



**İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN BEDEN
İMAJLARININ CİNSEL DOYUM VE CİNSEL ÖZ-YETERLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Seniha BALCI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

OCAK 2022

ETİK BEYAN

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

- 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,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Seniha BALCI

27.01.2022

İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN BEDEN
İMAJLARININ CİNSEL DOYUM VE CİNSEL ÖZ-YETERLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Seniha BALCI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ocak 2022

ÖZET

Bu çalışma inflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerin beden imajlarının, cinsel doyum ve cinsel öz-yeterliklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmada 88 hasta yer almış, veriler kişisel bilgi formu, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği, Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği ve Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği ile çevrimiçi anketle toplanmıştır. Veri analizinde SPSS 25.0 programı kullanılarak, istatistikler yapılmış ve Shaphiro Wilks testi, Student t-testi, One Way anova analizi, Pearson korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık 0,05 düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda katılımcıların Yeni Cinsel Doyum Ölçeği puan ortalaması $49,77 \pm 22,65$, Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği puan ortalaması $36,95 \pm 4,79$ ve Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği puan ortalaması $167,76 \pm 33,15$ olarak saptanmıştır. Yeni Cinsel Doyum Ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları ve sosyoekonomik durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p < 0.05$); 21-30 yaş aralığındaki grubun ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek ve geliri giderinden az olan grubun ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği puan ortalamaları açısından cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p < 0.05$); erkeklerin kadınlara göre puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir. Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği puan ortalamaları açısından öğrenim durumu ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p < 0.05$); üniversite mezunu bireylerin puan ortalaması ilkökul mezunu ve lise mezunu bireylerden anlamlı düzeyde yüksek; 21-30 yaş grubundaki bireylerin puan ortalaması diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha yüksektir. Çalışmada inflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerin beden imajlarının, cinsel doyum ve cinsel öz-yeterliklerinin sosyodemografik ve hastalık süreci değişkenlerinden etkilendiği saptanmıştır. Bu doğrultuda, IBH olan bireylere bakım veren hemşirelerin bütüncül bakım kapsamında beden imajı ve cinselliği de ele almaları önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.3
Anahtar Kelimeler : İnflamatuvar bağırsak hastalıkları, Crohn hastalığı, Ülseratif kolit, Beden imajı, Cinsellik, Cinsel doyum, Cinsel öz-yeterlilik
Sayfa Adedi : 91
Danışman : Doç.Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR

EVALUATION OF BODY IMAGE, SEXUAL SATISFACTION AND SEXUAL SELF-EFFICACY OF INDIVIDUALS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

(M. Sc. Thesis)

Seniha BALCI

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

January 2022

ABSTRACT

This study was conducted to evaluate the body images, sexual satisfaction and sexual self-efficacy of individuals with inflammatory bowel disease. 88 patients were included in the study, and data were collected through a personal information form, the New Sexual Satisfaction Scale, the Sexual Self-Efficacy Scale, and the Versatile Body Self-Relationship Scale and an online questionnaire. In data analysis, statistics were made using SPSS 25.0 program and Shapiro Wilks test, Student's t-test, One Way anova analysis, Pearson correlation analysis and multiple regression analysis were used. The results obtained were evaluated at the 95% confidence interval and the significance level of 0.05. At the end of the study, the mean score of the participants from the scales was found to be 49.77 ± 22.65 on the New Sexual Satisfaction Scale, 36.95 ± 4.79 on the Sexual Self-Efficacy Scale, and 167.76 ± 33.15 on the Versatile Body-Self-Relationships Scale. There is a statistically significant difference between age groups and socioeconomic status groups in terms of the mean scores of the New Sexual Satisfaction Scale ($p < 0.05$); the mean score of the 21-30 age group is significantly higher than the other groups, and the mean score of the group with less income than the other groups is significantly higher than the other groups. There is a statistically significant difference between gender groups in terms of the mean scores of the Sexual Self-Efficacy Scale ($p < 0.05$); the mean score of men is significantly higher than that of women. There is a statistically significant difference between the educational status and age groups in terms of the Versatile Body Self-Relationship Scale mean scores ($p < 0.05$); mean score of university graduates is significantly higher than primary school graduates and high school graduates; The mean score of individuals in the 21-30 age group is significantly higher than the other age groups. In the study, it was determined that the body images, sexual satisfaction and sexual self-efficacy of individuals with inflammatory bowel disease were affected by sociodemographic and disease process variables. In this direction, it is recommended that nurses who care for individuals with IBD should also consider body image and sexuality within the scope of holistic care.

Science Code : 1032.3
Key Words : Inflammatory bowel diseases, Crohn's disease, Ulcerative colitis, Body image, Sexuality, Sexual satisfaction, Sexual self-efficacy
Page Number : 91
Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR

TEŞEKKÜR

Tez yazma sürecimde ve tüm yüksek lisans öğrenimim boyunca her konuda yanımda olan, bilgisini, anlayışını, yardımını esirgemeyen çok kıymetli ve saygıdeğer danışmanım Doç. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR'e, tüm hayatım boyunca beni her konuda destekleyen, yanımda olan ve güçlendiren ailem annem Zehra BALCI, babam Rasim BALCI ve kardeşim Aysu BALCI'ya teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
SİMGELER KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları	5
2.1.1. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının epidemiyolojisi.....	5
2.1.2. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının etiyolojisi.....	7
2.1.3. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında belirti ve bulgular	8
2.1.4. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının komplikasyonları.....	9
2.1.5. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında tanı ve prognoz	11
2.1.6. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında tedavi	11
2.1.7. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında hemşirelik bakımı	14
2.2. Cinsellik	16
2.2.1. Cinsellik kavramı	16
2.2.2. Kadın cinselliği	18
2.2.3. Erkek cinselliği.....	19
2.2.4. Cinselliği etkileyen faktörler	19
2.2.5. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının cinsellik üzerine etkileri	20
2.2.6. Cinsel sorunlara yönelik hemşirelik bakımı.....	21
2.3. Beden İmajı	23

	Sayfa
2.3.1. Beden imajı kavramı	23
2.3.2. Beden imajını etkileyen faktörler	28
2.3.3. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının beden imajı üzerine etkileri	30
2.3.4. Beden imajı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Yöntem	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	35
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	35
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri	36
3.5. Verilerin Toplanması	36
3.6. Veri Toplama Araçları	37
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	39
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	39
4. BULGULAR	41
4.1. Cinsel Doyum	44
4.2. Cinsel Öz-Yeterlik	47
4.3. Beden İmajı	50
4.4. Ölçekler Arası Korelasyonlar	53
5. TARTIŞMA	55
5.1. Cinsel Doyum	55
5.2. Cinsel Öz-Yeterlik	56
5.3. Beden İmajı	57
5.4. Ölçekler Arası Korelasyonlar	58
5.5. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yanları	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
KAYNAKLAR	63

	Sayfa
EKLER.....	79
EK-1. Anket Formu	80
EK-2. Yeni Cinsel Doyum Ölçeği	82
EK-3. Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği.....	83
EK-4. Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği.....	84
EK-5. Kurum Çalışma İzin Yazısı	87
EK-6. Etik Kurul Onayı	89
ÖZGEÇMİŞ	91

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	41
Çizelge 4.2. Çalışmaya katılan bireylerin hastalık ve hastalık süreçlerine ilişkin özelliklerin dağılımı	43
Çizelge 4.3. Çalışmaya katılan bireylerin Yeni Cinsel Doyum Ölçeği, Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği ve Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeğinden aldıkları puanlar	44
Çizelge 4.4. Çalışmaya katılan bireylerin Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	45
Çizelge 4.5. Çalışmaya katılan bireylerin Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) puan ortalamalarının hastalık ve hastalık süreçlerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı.....	46
Çizelge 4.6. Çalışmaya katılan bireylerin bazı özelliklerinin Yeni Cinsel Doyum Ölçeğinden aldıkları puanları etkileyen faktörlere yönelik çoklu regresyon analizi.....	47
Çizelge 4.7. Çalışmaya katılan bireylerin Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	48
Çizelge 4.8. Çalışmaya katılan bireylerin Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği puan ortalamalarının hastalık ve hastalık süreçlerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı.....	49
Çizelge 4.9. Çalışmaya katılan bireylerin bazı özelliklerinin Cinsel Öz-yeterlilik Ölçeğinden aldıkları puanları etkileyen faktörlere yönelik çoklu regresyon analizi.....	50
Çizelge 4.10. Çalışmaya katılan bireylerin Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği (ÇYBSİÖ) puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	51
Çizelge 4.11. Çalışmaya katılan bireylerin Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği (ÇYBSİÖ) puan ortalamalarının hastalık ve hastalık süreçlerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı	52
Çizelge 4.12. Çalışmaya Katılan Bireylerin Bazı Özelliklerinin Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeğinden Aldıkları Puanları Etkileyen Faktörlere Yönelik Çoklu Regresyon Analizi	53
Çizelge 4.13. Çalışmaya katılan bireylerin Yeni Cinsel Doyum Ölçeği, Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği ve Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği arasındaki ilişki.....	53

SİMGELER KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamalarıyla birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
5- ASA	5-aminosalisilik asit
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CH	Crohn Hastalığı
CÖYÖ	Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği
ÇYBSİÖ	Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği
ERCP	Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi
ESD	Endoskopik Submukozal Diseksiyon
EUS	Endoskopik Ultrason
İBH	İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı
MR	Manyetik Rezonans
N-ECCO	European Crohn's and Colitis Organization
NSAİİ	Nonsteroidal Antiinflamatuvar İlaçlar
OKS	Oral Kontraseptif
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TİPS	Transjuguler İntrahepatik Portosistemik Şant
ÜK	Ülseratif Kolit
vd.	Ve Diğerleri
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YCDÖ	Yeni Cinsel Doyum Ölçeği

1. GİRİŞ

Problem tanımı ve önemi

İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı (İBH), Ülseratif Kolit (ÜK) ve Crohn Hastalığını (CH) içeren gastrointestinal kanalın kronik, tekrarlayan inflamatuvar bir hastalığıdır. İBH'nin etioloji ve patogenezi hâlâ tam anlaşılamamıştır. Patogenezinde genetik ve çevresel faktörlerin birlikte etkili olduğu düşünülmektedir (Pierik ve ark,2005). İBH olgularının sadece %22'sinde aile hikayesi olması, tek yumurta ikizlerinde yapılan çalışmalarda CH ve ÜK'nin diğer kardeşte sırasıyla %27 ve %15 oranında görülmesi çevresel etkenlerin etiolojideki önemli rolünü ortaya koymaktadır (Li ve ark,2015). Genel olarak, İBH kadın ve erkekleri eşit olarak etkilese de şimdiye kadar yapılan çalışmalarda ÜK daha çok erkeklerde görülürken, CH ise daha çok kadınlarda görülmektedir (M'Koma,2013). İBH 15 - 30 yaş ve 55 - 65 yaş aralıklarında pik yapmasına rağmen her yaşta görülebilir. Şehirlerde yaşayanlarda, sosyoekonomik durumu iyi olanlarda, sedanter yaşamı olanlarda, kapalı ortamlarda çalışanlarda görülme sıklığı artmaktadır (Carter vd., 2004; Oktay, 2001; Stansfield vd., 2007). İBH'nin en yüksek yıllık insidansı; ÜK için 100 000'de 24,3 ve CH için 100 000'de 19,2 ile Avrupa'dadır. Kuzey Amerika'da ise insidans ÜK için 100 000'de 19,2 iken, CH için 100 000'de 20,2'dir. Asya ve Orta Doğu'da ÜK için, 100 00'de 6,3 ve CH için ise 100 000'de 5'tir (M'Koma,2013). Avrupa'da en yüksek prevalans ÜK için 100 000'de 505 ile Norveç'te, CH için 100 000'de 322 ile Almanya'da raporlanmıştır. Kuzey Amerika'da ise en yüksek prevalans; ÜK için 100 000'de 286 ile ABD'de, CH için 100 000'de 319 ile Kanada'da tespit edilmiştir (Ng vd.,2018). Ülkemizde İBH insidansı ÜK için 2,6/100 000 ve CH için 1,4/100 000 olarak saptanmıştır (Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Tezel vd., 2003).

ÜK ve CH' nda hastalık nedenleri benzerlik gösterse de semptomlar her hasta grubu için hastalığın aktivitesine ve lokalizasyonuna göre farklılık göstermektedir (Özgürsoy Uran ve Yıldırım,2016). Hastalığın majör belirti ve bulguları benzer olmakla birlikte; diyare, ateş, aşırı yorgunluk, abdominal ağrı ve kramp, dışkıda kan görülmesi, iştahsızlık ve kilo kayıpları olarak belirtilmektedir. Ayrıca kusma, anemi, gece terlemesi, halsizlik, taşikardi, artralji ve yüksek ateş gibi bazı ek belirtiler de ortaya çıkabilir (Carter vd., 2004; Deberry vd., 2014; Kalkan ve Soykan, 2014; Lönnfors vd., 2014; Tezel vd., 2003). Gastrointestinal sistemi ve diğer sistemleri etkileyen bu semptomlar; hastaların biyopsikososyal fonksiyonlarını

etkileyebilen çok boyutlu ve oldukça kompleks tablolardır. Bu durum hastaların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir (Özgürsoy Uran ve Yıldırım,2016). Hastalık yineleme ve iyileşme dönemleri göstermektedir. Bireyin hastalığı nasıl yöneteceğini ve hastalıktan nasıl etkileneceğini bilmesi bakımın önemli bir yönünü oluşturmaktadır. Sıvı ve elektrolit dengesizliklerini, beslenme eksikliklerini, enfeksiyonları, duygudurum bozukluklarını, kronik ağrıyı ve beden imajı bozukluklarını yönetme multidisipliner sağlık ekibinin bazı amaçlarından (Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Aydınтуğ, 1992; Mason vd., 2012). Bu ekip içerisinde hemşirenin de kilit rolleri bulunmaktadır. Hemşirenin İBH bakımında aktif rol oynaması etkili bir hastalık yönetim sürecine katkı sağlamaktadır. Günlük yaşam aktivitelerini, iş ve sosyal yaşamlarını etkileyen ve hayat boyu süren kronik hastalıklardan biri olan İBH nedeniyle hastalar özelleşmiş bir tedavi ve bakıma gereksinim duymaktadırlar. Hemşirelerin bu gereksinimler doğrultusunda İBH'na özgü bakım sürecini planlaması önemlidir. (Özgürsoy Uran ve Yıldırım, 2016).

ÜK ve CH tedavisinin bir bölümünde geçici veya kalıcı ostomilerin açılması, hastalığa bağlı gelişen apse ve fistüllerin varlığı, kramplar, kanlı ve sık dışkılama ihtiyacı gibi problemler beden imajında bozulma, depresyon, cinsellikle ilgili problemler gibi sorunlara neden olabilmektedir. Mahmood ve arkadaşlarının (2015) 29'u CH, 18'i ÜK tanısı almış olan 47 katılımcıyla yapmış oldukları bir çalışmada erkek hastalarda sırasıyla %52,4 erektil disfonksiyon, %23 orgazm bozukluğu ve %81 cinsel istek bozukluğu tespit edilmiştir. Erkek hastaların sadece %23,8' i cinsel ilişkiden memnuniyet bildirmiştir. Kadınlarda ise %96,7 cinsel istek bozukluğu, %57,7 uyarılma bozukluğu ve %61,5 cinsel işlev bozukluğu bulunmuştur. Cinsel ilişki sırasında kayganlık, orgazm, memnuniyet ve ağrı sorunları ise sırasıyla %50, %53, %50 ve %54 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada hastalığı aktif dönemde olan hastalarda, aktif olmayan dönemde olan hastalara kıyasla cinsel fonksiyon bozukluğunun daha kötü olduğu (%73,3'e karşı %45,5) tespit edilmiştir. Aynı çalışmada cinsel aktivite sıklığında azalma oranı kadınlarda %66,3, erkeklerde %40,5 bulunmuştur. Akkan Çetinkaya ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada kadın hastaların %57,14' ünde, erkek hastaların %58,82'sinde cinsel disfonksiyon bildirilmiştir. Alt gruplara bakıldığında cinsel disfonksiyon CH %75, ÜK hastalarında ise %33,33 bulunmuştur. İBH çoğunlukla cinsel yönden aktif hastaları etkilemektedir.

Cinselliğin değerlendirilmesinde kullanılan kavramlardan birisi olan cinsel doyum, kişinin cinsel ilişkisiyle alakalı olumlu ya da olumsuz boyutlarının kişisel değerlendirmesiyle ortaya

çıkan duygusal tepkisi olarak ifade edilir (Lawrance ve Byers, 1995). Bir diğer cinselliğin değerlendirilmesinde kullanılan parametre olan cinsel öz-yeterlik ise, bireylerin cinsellikle ilgili duygusal tepkileri ve davranışlarını başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmeleriyle ilgili inançlarıdır (Bailes vd.,1998). İBH hastalarının yaşadığı ağrı, diyare, yorgunluk, cinsel ilişki sırasında bir komplikasyon yaşama endişesi (inkontinans, gaz çıkışı, kötü koku), yetersiz beslenme, ilaç kullanımına ve cerrahi girişimlere bağlı vücut imajındaki değişiklikler, bireyin cinsel doyumunu ve cinsel öz-yeterliliğini olumsuz etkileyebilmektedir (Kütmeç, 2009; Çetinkaya vd., 2010). Bununla birlikte cinsel doyum ve cinsel öz-yeterlilik beden imajı ile karşılıklı etkileşim gösterebilmektedir (Önen Sertöz vd., 2004) .

Beden imajı, kişinin fiziksel görünümüne ilişkin inançlarını, algılarını, duygu ve düşüncelerini, davranışlarını içeren kendilik algısına ait bir boyuttur (Cash, 2002). Kate ve arkadaşlarının (2010) 347 katılımcıyla yapmış olduğu çalışmada İBH hastalarının %66,8'inde beden imajında bozulma (kadınlarda %74,8, erkeklerde %51,4; opere edilmişlerde %81,4, edilmemişlerde %51,3) bildirilmiştir. İBH olan bireylerin hastalık algısını, psikolojik durumunu, cinsel sağlığını ve cinsel memnuniyetini, beden imajını araştırmak için 74 katılımcıyla gerçekleştirilen çalışmada, erkeklerin %53,9'u ve kadınların %83,6'sı cinsel ilgi eksikliği yaşadığını bildirmiştir. Erkeklerin %17,4'si ereksiyon sorunu yaşadığını, kadınların %55,7'si ise orgazm olmada zorluk yaşadığını bildirmiştir. Aynı çalışmada İBH'nın beden imajını olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Knowles vd, 2013).

Bugüne kadar yapılan araştırmalardan kanıtlar, İBH kohortlarının genellikle beden imajı ve cinsel fonksiyonla ilgili sorun yaşadıklarını göstermektedir (Knowles vd, 2013, Trachter vd, 2002). Ayrıca cinsellikle ilgili sorunların İBH hastalarında oldukça belirgin olduğu ancak hastaların sorgulanmadıkça bu konudaki şikayetlerini dile getirmediikleri belirtilmiştir (Akkan Çetinkaya vd., 2011). Hemşireler hastaların hastaneye başvurduğu süreç içerisinde hastalar ile en çok iletişimde bulunan sağlık personelidir ve özellikle kadın hastalar çoğu zaman sorunlarını hemşireler ile daha kolay paylaşmaktadırlar. Bu nedenle, hemşirelere hastaların karşılaştığı cinsel ve sosyal yaşamla ilgili sorunlarla baş edebilmesinde büyük sorumluluk düşmektedir. İBH olan bireylere bakım veren hemşirelerin, hastaların beden imajı ve cinsel yaşamlarını değerlendirmesi ve cinselliklerini etkileyen faktörleri belirlemesi; hastalığın başarılı bir şekilde yönetiminde, hastalara yönelik planlanacak eğitimlerde ve hastaların yaşadığı sıkıntılarda hemşirelik girişimlerinin planlamasında yol gösteri olacaktır (Kütmeç, 2009; Tuğut ve Gölbaşı, 2010).

Araştırmanın amacı

Bu çalışma inflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerin beden imajlarının, cinsel doyum ve cinsel öz-yeterliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. İBH hastalarında beden imajı nasıldır?
2. İBH hastalarında beden imajını etkileyen sosyodemografik faktörler ve hastalık süreci faktörleri nelerdir?
3. İBH hastalarında cinsel doyum nasıldır?
4. İBH hastalarında cinsel doyumunu etkileyen sosyodemografik faktörler ve hastalık süreci faktörleri nelerdir?
5. İBH hastalarında cinsel öz-yeterlilik nasıldır?
6. İBH hastalarında cinsel öz-yeterliliği etkileyen sosyodemografik faktörler ve hastalık süreci faktörleri nelerdir?
7. İBH hastalarında beden imajı ile cinsel doyum arasında ilişki var mıdır?
8. İBH hastalarında beden imajı ile cinsel öz-yeterlilik arasında ilişki var mıdır?
9. İBH hastalarında cinsel doyum ile cinsel öz-yeterlilik arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde ilgili literatür araştırması sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda İBH, cinsellik ve beden imajı konularında detaylı bilgilere yer verilmiştir.

2.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH) net bir şekilde etiyolojisi belli olmayan, ancak T hücreleri aktivasyon artışı ile bağdaştırılan, çevresel etkenler ve genetik etkenler ile intestinal immün faktörler arasındaki etkileşim sonucunda ortaya çıktığı düşünülen, kronik ve sistemik hastalıklardır (Tözün ve Hamzaoğlu, 1997). İBH, Ülseratif Kolit (ÜK) ve Crohn Hastalığı (CH) hastalığı olarak iki ana bağırsak hastalığını içermektedir. Bu hastalıklar genellikle genç erişkinleri etkilemekte ve hastanın yaşam sürecinde devam eden, alevlenme ve rahatlama dönemlerini kapsayan kronik hastalıklardır. İBH'nin etyolojisi ile patogenezi tam olarak açıklanamadığı bilinmektedir. Ancak son yapılan çalışmalarda genetik yatkınlığı olanlarda immün yanıt sistemindeki değişimle birlikte çevresel etkenlere karşı oluşan bozulmuş bağışıklık yanıtıyla hastalığın geliştiği belirtilmektedir (Gökalp ve Mollaoğlu, 2003).

CH, çevresel ve genetik faktörlerin etkileşiminden kaynaklanan ve gastrointestinal sistemde herhangi bir yeri tutan bir hastalık iken, ÜK ise rektum ve kolonu etkileyen genelde biyopside granülomlar olmadan kolonun sürekli inflamasyonuna yol açan kronik inflamatuvar bir rahatsızlıktır (Özkaraman vd., 2017). Bu hastalıkların patogenezi tam olarak bilinmemekte olup, birbirinden farklı klinik ve patolojik özelliklere sahiptirler. Fakat büyük oranda örtüşmektedirler. Hastalıkların ikisi de genç erişkinlikte görülme eğilimindedir. Buna rağmen erken çocukluk döneminde de ortaya çıkmaları mümkündür. (Pierik vd., 2005).

2.1.1. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının epidemiyolojisi

Son yıllarda İBH insidansı artmaya başlamıştır. Hastalığın insidans ve prevalans artışları coğrafi bölgelere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Asya'ya nazaran batı ülkelerinde daha yaygın görülen İBH, ırk olarak beyazlarda, etnik köken olarak ise Yahudilerde daha yaygın görülmektedir (Tokdemir, 2011).

ÜK bakımından en yüksek yıllık insidans Avrupa, Orta Doğu ile Kuzey Amerika'da, CH bakımından ise Asya ve Orta Doğu'da olduğu görülmüştür (Molodecky ve Rabi, 2012). Yapılan bir çalışmada ise en yüksek prevalansın Avrupa ülkelerinden Norveç ve Almanya'da, Kuzey Amerika'da Kanada'da olduğu belirtilmektedir (Akyüz ve Akyüz, 2011).

İBH'nın Türkiye'deki insidansı CH hastalığı için 1,4/100, ÜK için ise 2,6/100 olduğu bildirilmektedir (Mowat vd., 2011). Güney Amerika, Doğu Avrupa, Afrika ve Asya'da prevalans ve insidans oranları daha önce düşük oranda olsa da son on yıldaki veriler de hastalığın görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir. Bu değişikliğin zaman, yaş, coğrafi bölgelere göre farklılık göstermesi, çevresel etkenlerin hastalığın ortaya çıkışında etkili rol oynadığını düşündürmektedir (Leung, 2015). Nüfus temelli yürütülen çalışmalarda cinsiyet, ırk/etnik köken, yaş gibi demografik faktörler tanımlanmaktadır (Leung, 2015):

Cinsiyet

İBH insidansında cinsiyete göre küçük farklılıklar olduğu bildirilmiştir. CH yetişkin başlangıçlı olduğunda hafif oranda kadın baskınlığı bulunduğu, bunun da hastalığın ortaya çıkışında hormonal faktörlerin etkili olabileceği belirtilmektedir. ÜK hastalığında ise hafif erkek baskınlığı söz konusu olabilir (Gökcalp ve Mollaoğlu, 2003).

İrk ve etnisite

CH ve ÜK hastalığı Yahudi olanlarda olmayanlara nazaran daha yaygın görülmektedir. İBH insidansı İspanyol popülasyonlarında ve siyah ırkta beyaz ırka göre daha düşük orandadır (Buran, 2017). Bunun yanı sıra ırksal ve etnik farklılıklar, genetik farklılıklar yanında yaşam tarzı ve çevresel faktörlerle ilişki olabilmektedir (Göktürk ve Karaca, 2012).

Yaş

CH ve ÜK hastalarında başlangıç genelde 15-30 yaş aralığı olmakla birlikte, İBH'nın ortaya çıkışı her yaşta olabilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda 50-80 yaş aralığı olası ikinci zirve olarak bildirilmekte, CH ve ÜK için iki modlu yaş dağılımı bulunduğu belirtilmektedir (Ng vd., 2017).

2.1.2. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının etiyojisi

Otoimmün ve kronik hastalıkların pek çoğunda olduğu gibi İBH'nın CH hastalığı ve ÜK hastalığında da immün, genetik, çevresel faktörlerin etkileşimleri etkili olmaktadır (Ng vd., 2017).

Genetik faktörler

Literatürde İBH'nın etiyojisine ilişkin yapılan çalışmalarda genetik faktörlerin birebir etkisinin bulunduğu belirlenmemiştir (Biber Tanrısever, 2009). Ancak hastalığın ikizlerde yaygın görülmesi, aile içindeki dağılım, etnik gruplarda dağılım özellikleri, çiftlerde nadiren görülmesi etiyojinin genelde genetik ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Göktürk ve Karaca, 2012). Özellikle CH normal nüfusa göre birinci derece akrabalar arasında hastalığın görülme oranı 4-20 kat daha fazladır (Mercimek, 2010). Beyaz ırk ve Yahudilerde görülme sıklığının fazla olması, monozigot ikizlerde insidans artışı, İBH olan bireylerin birinci derece yakınlarında hastalığın görülme sıklığının %10 artış göstermesi hastalık ile genetik ilişkisini destekler bulgulardır (Godet vd., 1995).

İlaçlar

Yapılan çalışmalarda oral kontraseptiflerin (OKS) ve nonsteroidal antiinflatuvarların (NSAİİ) kullanımının İBH etiyojisinde rol oynadığı belirtilmiştir. Deney grubunda bulunan kadınlardan (OKS) kullananlardan, kontrol grubunda olanlara göre risk oranlarında iki kat artış olması, bu gruptaki ilaçların hastalığın etiyojisinde etkili olduğunu düşündürmüştür. Fakat hastalık ile OKS arasındaki ilişkinin açıklanmasını sağlayacak net kanıtlara ulaşılammıştır (Buran, 2017). Bazı çalışmalarda NSAİİ ilaçların İBH'nda alevlenme riskini arttırdığından dolayı, bunların etiyojiye alınması gerektiği bildirilmiştir (Ng vd., 2017). NSAİİ kullanımı, mukozal geçirgenliğin artmasına ve koruyucu prostaglandinleri bloke etmekte, kuvvetli lökosit kemotraktanı olan lökotrien B4 seviyesini arttırmakta ve kolonik inflamasyon alevlenmesine neden olmaktadır. Bu nedenle NSAİİ kullanımının İBH riski ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Ng vd., 2017).

Sigara kullanımı

CH açısından sigara kullanımı ciddi bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Sigara kullanımı hastalığın tekrarlama riskini arttırdığı gibi şiddetinin de artmasına neden olur (Tözün ve Hamzaoğlu, 1997). Bunun yanı sıra sigara kullanan hastalarda klinik gidişat diğerlerine nazaran daha riskli olup, tedaviye yanıt da genelde olumsuz olmaktadır. Bu hastaların cerrahi tedaviye olan gereksinimi daha fazla olmaktadır. Hastaların sigara kullanımına devam etmeleri durumunda, hastalık prognozu olumsuz yönde etkilenir. Sigara kullanımı patofizyolojik olarak ise, CH'nda intestinal kanalda vaskülit gibi olayların tetiklenmesine, buna bağlı olarak iskemik sonuçlara yol açar (Ng vd., 2017). CH ve ÜK hastalığında pasif içiciliğin olası etkisi özellikle çocuk yaştaki hastalarda koruyucu veya risk faktörü olduğu hususu tartışmalıdır (Biber Tanrısever, 2009).

Sosyoekonomik durum

Sosyoekonomik bakımdan refah düzeyi ileri olan ülkelerde değişen yaşam tarzıyla birlikte stres, hava kirliliği, ilaç kullanımı gibi modern hayatın getirdiği bazı durumlar bağırsak mikrobiyotası yapısının ve aktivitesinin değişmesine neden olmaktadır (Hamarat, 2010). Bu etkenler nedeniyle mukozal bariyerde oluşan geçici hasarlanma ile bağışıklık sisteminde mikrobiyotaya görülebilmektedir (Tözün ve Hamzaoğlu, 1997). Çocukluk döneminde iyi sosyoekonomik durumda olan bireylerin enfeksiyonlardan korunmaya yatkın olmaları nedeniyle bağışıklık sistemleri yeterli antijene maruz kalmamaktadır. Bu nedenle bireylerin erişkinlik döneminde kronik intestinal inflamasyonlara duyarlılığı daha yüksek olmaktadır (Hamarat, 2010).

2.1.3. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında belirti ve bulgular

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları olan CH hastalığı ve ÜK hastalığına ilişkin belirti ve bulgulara aşağıda yer verilmektedir.

Crohn hastalığı

CH'nda görülen belirtiler arasında ishal, karın ağrısı, bazı vakalarda rektal kanama eşliğinde ishal, kilo kaybı ve yorgunluk bulunmaktadır (Lichtenstein vd., 2018). Hastalıkta inflamatuvar sürecin transmural olması nedeniyle fibrotik darlıklar gelişebilir. Bunlar

genellikle tekrarlayan karın ağrısına, ince bağırsak tıkanıklığına ya da seyrek olarak kolonda ortaya çıkan obstrüksiyon ataklara neden olurlar. İshalin yaygın görülmesine karşın bağırsak semptomları genelde uzun süre dalgalı seyir izler (Sands, 2004). Gross kanama olmayan persistan ancak intermittan seyir izleyen ishale İBH'nın eklem veya göz problemleri gibi diğer özelliklerinin de eklenmesi durumunda CH tanısı gündeme gelir. Bu hastalık ile ilişkili olan ishalin çeşitli nedenleri olabilir. İltihabi reaksiyon gelişmiş olan kalın ve ince bağırsaktan bozulmuş sıvı emilimi ve aşırı sıvı sekresyonuna bağlı mukuslu, bunun yanı sıra baskın kolonik tutulumu bulunan CH'nda ise kanlı ağır dışkılama olabilir. CH hastalarında yorgunluk ortak belirtiler arasındadır. Kilo kaybı ise genelde oral alımda azalma ile ilişkilidir. Zira bağırsak obstrüksiyonu bulunan hastalar yemek yemediği zamanlarda kendilerini daha iyi hissetmektedirler. Kilo kaybı aynı zamanda malabsorpsiyon ile de ilişkili olabilir. Ateş bulgusu daha azdır, inflamasyon süreçten dolayı gelişebilir ya da intraabdominal apse ile komplike olmuş bağırsak perforasyonu sonucunda oluşabilir (Sands, 2004).

Ülseratif kolit

ÜK hastalarının hastaneye başvurma nedenleri genelde kanlı ishaldir. Bunun yanı sıra sıkışma hissi, kolik abdominal ağrı, inkontinans ve tenesmus semptomları izlenebilir (Silverberg, 2005). Distal hastalığı bulunan hastalarda sıklıkla mukuslu ve kanlı kabızlık görülebilir. Semptomlar genelde kademeli başlar, birkaç haftada ilerleme gösterir. Ayrıca semptomlardan daha önce ortaya çıkan rektal kanama atağı yaşanabilir. Bunun yanında halsizlik, ateş, kilo kaybı benzeri sistemik bulgular görülebilir. Hastalarda kan kaybı nedeniyle demir eksikliğine bağlı sekonder anemi, otoimmün anemi nedeniyle çarpıntı ve dispne veya kronik hastalık anemisi de görülebilir. Hastalığın şiddeti klinik bir hastalık aktivitesi yardımıyla ölçülebilir. Montreal sınıflandırması, hastalığın şiddetini diyare miktarı ve sıklığına, laboratuvar anormalliklerinin mevcudiyetine, sistemik semptomların varlığına göre hafif, orta, ciddi olarak sınıflandırma yapan objektif bir endeks olarak ifade edilebilir (Satsangi vd., 2006).

2.1.4. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının komplikasyonları

İBH'nın kronik seyri nedeniyle tanısal sürecin tamamlanması uzun sürebilmektedir. ÜK ve CH sıklığı, şiddeti hastalar arasında değişiklik göstermekte ve tekrarlayıcı olmaktadır.

Hastaların bir kısmında hafif belirtiler görülse de genelde hastaların yaşam kalitesini bozan ve hastaları düşkün hale getiren hastalıklardır. Hastalığın seyri sırasında görülen akut ataklar, yaşamı tehdit edici komplikasyonlar, kolorektal kanser gelişimi riskleri bulunmaktadır. Bu sebeple hastalığın uygun şekilde tedavisi ve desteklenmesi önem arz etmektedir.

CH'nda görülebilen komplikasyonlar arasında ağız mukozasındaki aftöz ülserler, yanaklarda ve dudaklarda oluşan diffüz şişlikler, mukozadaki inflamatuvar hiperplaziler, vestibül bölgeler yama şeklinde polipoid mukoza değişimleri, fissürler sayılabilir (Ünür ve Doğan Onur, 2003). CH aktif dönemlerinde görülen beslenme bozuklukları, hastaların ağız hijyenlerine özen göstermemeleri, çürük insidansı artışına, ağız sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Rooney, 1984).

ÜK hastalığının komplikasyonları arasında başlangıçta bazı olgularda görülen deri, göz ve artrit sorunları gösterilebilir. Artrit, sakroiliyak eklemleri ve omurgayı etkileyen aksiyal artrit, periferik büyük eklem tutulumu şeklindeki artrit ve romatoid artrit benzeri artrit şeklinde üç şekilde gelişebilir. Büyük eklem tutulumu şeklindeki artrit şiddeti ile ÜK şiddeti arasında ilişki mevcut iken diğer artrit türleri ile böyle bir ilişki bulunmamaktadır. İrit en yaygın görülen göz tutulumu olup, fotofobi, ağrı ve görme bulanıklığı ile etkisini gösterir. Ağızda aftöz ülserler, sklerozan kolanjit, tromboembolik bozukluklar ise nadiren görülebilir (Gitnich, 1989).

ÜK hastalığının en ciddi komplikasyonu ise toksik megakolon olmaktadır. Hastaların %3-5'inde görülen bir komplikasyondur. Kolonda ilerleyici tarzda dilatasyon, bağırsak duvarında gerilme ve perforasyon ile seyretmektedir. Takipne, distansiyon, karında hassasiyet, ateş ve taşikardiye neden olan, aynı zamanda yaşamı tehdit eden ve acilen cerrahi olarak tedavi edilmesi gereken bir komplikasyondur (Bennett, 1986). ÜK hastalığına on yıldan uzun süredir maruz kalan hastalarda ise kolorektal kanser gelişim riski artış göstermektedir. Özellikle hastalığın kolonun tümünde tutulum yapması riski arttırmaktadır. Normal popülasyonda kolorektal kanser gelişme riski 60 yaş olurken, ÜK hastalarında bu risk 50'li yaşlarda olmaktadır (Terzi ve Canda, 2004).

2.1.5. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında tanı ve prognoz

İBH tanısı endoskopik, radyolojik ve histolojik çalışmalar, laboratuvar bulguları ile fiziki muayene ve öykü sonucunda konur. Parametrelerin herhangi biri tek başına tanı konması için yeterli değildir. ÜK için kanlı ishal karakteristik semptom olup, kilo kaybı ve karın ağrısı da tipik belirtilerdir. Bunun yanında ayırıcı tanı için hastalara kullandığı ilaçlar, sigara kullanımı, yurtdışına seyahat hususunda sorular sorulmalıdır. İBH'nda başta B12 vitamin eksikliği olmak üzere beslenme bozuklukları, bazı cilt değişimleri, seronegatif romatizmal eklem ağrısı olması durumlarında da tanı düşünülmelidir (Hoffman vd., 2008). Laboratuvar testleri yanında hastalarda dışkı parazit ve mikrobiyolojik olarak incelenmelidir. Tanıda dışkıda kalprotektin ölçümü standart yöntem haline gelmiştir (Mosli vd., 2015).

İBH'nda ilk tanıda endoskopi altın standart olarak kabul edilmektedir. CH şüphesi varsa mutlaka terminal ileum incelenmelidir. Bunun nedeni hastaların pek çoğunda mukozal değişikliklerin olmasıdır (Peyrin-Biroulet vd., 2010). ÜK hastalığının akut alevlenme dönemlerinde hemen hemen çoğu zaman rektumda şiddetli iltihaplanma olduğu gözlenir. Akut değerlendirme için genelde sigmoidoskopi yeterli olur. Tanı aşamasında histoloji inceleme ile önemli bilgiler elde edilebilir. Bazen iltihabi bağırsak hastalıklarının birbirinden ve diğer bağırsak hastalıklarından ayrılması için uzun süreli takip yapılması gerekebilir. Fakat hastaların %90'ına beş yıl içerisinde kesin tanı konabilir (Henriksen vd., 2006). CH şüphesi varsa ilk tanıda üst gastrointestinal sistem özofagogastroduodenoskopi ile biyopsi yapılmak suretiyle incelenmelidir (Hoffman vd., 2008). İnce bağırsağın manyetik rezonans (MR) enterografisi ve ultrasonografi hastalık derecesinin belirlenmesi için ilk tanı değerlendirmesinde yeterli olmaktadır. Bilgisayarlı tomografi (BT) veya MR apse ve fistülün gösterilmesinde ultrasonografiden üstün olsa da hastalığın seyrini izlemek amacıyla yaygın olarak ultrasonografi kullanılır (Potthast vd., 2002; Hoffman vd., 2008).

2.1.6. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında tedavi

İBH tedavisi her zaman tutulum yerine, tutulumun derecesine, hastalığın seyrine bağlı olarak her hastaya özel planlanmalıdır. Hastalığın bireysel seyrinin öngörülemez olması nedeniyle hasta sıklıkla klinik takibe alınmalı, tatmin edilemez yanıt alındığında tedavinin yeniden düzenlenmesi gerekir. Bu şekilde komplikasyonu olmayan hastalara gereksiz ve pahalı

antikor tedavisi uygulamasının önüne geçilir ve komplikasyonların erken dönemde tespit edilmesi sağlanır (Wehkamp vd., 2016).

Hastalara uygulanacak tedaviye karar verilmesi aşamasında hastaya hem hastalık hakkında hem de planlanan tedavi hakkında bilgiler verilmeli, hastanın tedaviye aktif olarak katılımının önemli olduğu aktarılmalıdır. İBH semptomlarının kontrol altında tutulabilmesi için genelde uzun süreli kombine ilaç tedavilerinin uygulanması gerekmektedir. Hekim ve İBH hemşireleri tarafından hastalara ilaç etkileşimleri, olası yan etkileri hususunda bilgi verilmelidir. Tedavide cerrahi süreç de dikkate alınarak, genel cerrahlar ve gastroenteroloji hekimleri iş birliği içerisinde olmalıdırlar (Bernstein vd., 2010).

Medikal tedavi

İBH’nda uygulanan medikal tedavide antiinflamatuvar ilaçlar, biyolojik ilaçlar, immün baskılayıcılar, semptomatik rahatlama amacıyla kullanılan ilaçlar ve antibiyotikler olmak üzere beş kategoride ilaç grubu bulunmaktadır. Son dönemde hastalıkların altında yatan parafizyolojik mekanizmalara uygun bazı farmasötik maddeler üretilerek çalışmalar yapılmıştır (Green vd., 2006).

Amino salisilat türevlerinin tümü İBH’nın tedavisi ve remisyonun sağlanmasında kullanılır. Bu alanda yapılan çalışmalarda ÜK tedavi sürecinde amino salisilatların hemen tamamının aynı etkiyi gösterdiği, CH’na nazaran ÜK’te daha etkin olduğu belirlenmiştir. CH’nda, 5-aminosalisilik asit (5-ASA) kullanımının ÜK hastalığına göre etkinliğinin daha az olduğu görülmüştür. Fakat hafif iltihaplı hastalığı bulunan hastaların bir kısmında özellikle terminal ileal hastalıkta yüksek dozda mesalazine yanıt verebildiği bulunmuştur. CH’nda 5- ASA’nın remisyonu korumadaki önemi günümüzde hala tartışmalıdır ve net sonuçları bulunmamaktadır. Araştırmalarda farklı sonuçlara ulaşıldığından hasta gruplarında 5- ASA kullanımı ile remisyon aşamasının sürmesi sağlanabilir (Akobeng ve Gardener, 2016).

Otoimmün hastalıkların tedavisinde kortikosteroidler sıkça kullanılan güçlü ve seçici olmayan sistemik antiinflamatuvar ilaçlardır. Kortikosteroidler İBH tedavisinde alevlenme evresinde “kurtarma” olarak temel dayanak gibidir. Bu ilaçlar kısa dönemde tedavide efektif

etki yaparken, uzun süreli kullanımda venöz tromboembolizm, kötü yara iyileşmesi, kemik kaybı gibi önemli yan etkilere neden olabilmektedir (Yurdakul, 2011).

Azatioprin, 6-merkaptopurin gibi immün modülatörler ise İBH olan bireylerin tedavisi için kullanılan önemli bir ilaç grubudur. Bu ilaçlar bağışıklık sistemini bloke etmekte ve inflamasyonu azaltarak etki yapmaktadırlar. İlaçlar steroidsiz tedavide uzun süre İBH remisyonu için önemli olmuştur. Bu ilaç grubunun temel sınırlamaları olası yan etkiler ve başlangıç aktivitelerinin yavaşlığı olmuştur (Stretton vd., 2014).

İBH'nın etiyojisi net olarak bilinmemektedir. Bağırsak mikrobiyotalarına karşı tanımlanamamış bakteriyel patojen ya da immünolojik reaksiyonla ilişkili olabileceğine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Patogenezdeki mikrobiyota değişimi medikal tedavide antibiyotiklerin de olmasına neden olmuştur (Green vd., 2006). Antibiyotiklerin kullanımı bağırsakta bakterilerin yoğunluğunu azaltmakta ve bakterilerin çoğalmasına engel olmaktadır. Tedavide sıklıkla kullanılan antibiyotikler ise siprofloksasin ve metronidazoldur. İBH tedavisinde antibiyotiklerin kullanımı genelde CH için çalışılmıştır. CH'nda remisyon, ameliyat sonrasında enfeksiyon ve apse için de antibiyotiklerin kullanımı söz konusudur (Su vd., 2000).

Cerrahi tedavi

Kronik İBH hastalarının medikal tedaviye yanıt vermediği durumlarda veya tedaviye bağlı olarak komplikasyonların gelişmesi durumunda cerrahi tedavi uygulanması gerekebilir. Uygun medikal tedaviye rağmen hastaların yaşam kalitesinde ve hastalık belirtilerinde tam iyileşmenin sağlanamaması mümkündür. Hastalarda beslenme yetersizliği, persistan anemi, protein kaybına neden olan enteropati gelişmesi durumunda cerrahi tedavi uygulanması düşünülmelidir. ÜK hastalarında üç yıl içerisinde %38 oranında cerrahi tedavi seçeneği uygulanmaktadır. Cerrahi tedavi gereksinimi bulunan hastaların oranı hastalığın yaygınlığı ile doğrudan ilişkilidir (Farmer vd., 1993., Terzi ve Canda, 2004). Hastalarda tüm kolon tutulumu olduğunda, bunların %61'inde cerrahiye gerek duyulurken, sadece sol kolon tutulumunda bu oran %52, proktosigmoiditi bulunan hastalarda ise %14 oranında cerrahi tedaviye gerek duyulmuştur (Farmer vd., 1993., Terzi ve Canda, 2004). ÜK hastalığı kolon mukozasını etkilediğinden bağırsak sorunlarının giderilmesi için kolonun cerrahi ile

çıkarılması yeterli olur. Günümüzde İBH tedavisinde sıklıkla kullanılan cerrahi tedavi yöntemleri aşağıdaki gibidir:

1. Total proktokolektomi + ileal poş-anal kanal anastomozu (Restoratif proktokolektomi)
2. Total proktokolektomi + Kock tipi kontşnent ilestomi
3. Total kolektomi + ilea poş- distal rektal anastomozu
4. Total proktokolektomi + Brooke tip ileostomi

İBH tedavisinde sadece segmental kolektomi veya proktektomi yapılması genelde yeterli değildir. Cerrahi sonrasında geriye hastalıklı bağırsak segmenti kaldığından hastalığın ilerlemesi sonucunda kolektominin tamamlanması endikasyonu ortaya çıkacaktır. Total proktokolektomi sonrası hastalıklı olan tüm kolon çıkarıldığından sonradan tıbbi tedaviye gerek duyulmaz. Hastalar normal sağlıklarına kavuşur, günlük aktivitelerini yapabilir ve kanser riski artışı yaşanmaz (Gemlo, 1997., Terzi ve Canda, 2004).

2.1.7. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında hemşirelik bakımı

Avrupa’da İBH olan bireylerin bakımının geliştirilmesi amacıyla 2001 yılında European Crohnn’s and Colitis Organization (N-ECCO) kurulmuştur. Avrupa’da N-ECCO’nun yapısı İBH hemşire eğitimine erişimi sağlamaktadır (Demirkıran ve Terakye, 2001). Bu organizasyon tarafından İBH hemşiresi kanıta dayalı olan bakım ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi sorumluluğunu üstlenen, hastalar için bilgi, eğitim ve emosyonel destek sağlayıcı bağımsız bir klinik uzman şeklinde tanımlanmaktadır (O’connor vd., 2013). N-ECCO tarafından İBH hemşiresinin nitelikleri özellikle her zaman ulaşılması mümkün olan, hasta ile iletişime geçebilecek, iyi dinleyici olması yanında hastaların yaşadıkları sorunları tartışabilecek, analizini yapabilecek şekilde ifade edilmektedir (Özgürsoy Uran ve Yıldırım, 2016).

Türkiye’de ise günümüzde kabul gören İBH hemşireliği uzmanlığına ilişkin bir tanımlama bulunmamaktadır. Fakat hastaların yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkisi bulunan İBH hemşireliği için lisans eğitimi sonrasında düzenlenecek eğitim programları ile branşlaşmanın teşviki gereklidir. İBH alanında özel eğitim alan, hastalarla sahada aktif şekilde çalışan, donanımı yeterli uzman hemşirelere gerek duyulmaktadır (Lacucci vd., 2010).

Hastaların reçete edilen ilaçlara karşı gösterdikleri istemli veya istem dışı davranışlar, onların tedaviye uyumlarını ve uyumsuzluklarını göstermektedir. Hastanın ilacın yan etkilerinden dolayı veya eksik bilgi nedeniyle ya da kısa süreli kullanımda beklenen iyileşmeyi sağlayamadığından dolayı istemli olarak ilacı kullanmayı bırakması mümkündür. Ayrıca ilaca erişememe, ilacı bulamama gibi nedenlerle istem dışı olarak tedaviye uyumsuzluk gösterebilmektedir. Bunun yanı sıra ilacın nasıl kullanıldığını anlamama veya yanlış anlama gibi nedenler de tedaviye uyumu etkilemektedir (Jin vd., 2008). Bunun gibi nedenler İBH olan bireylerin tedavisini olumsuz yönde etkileyebilir. Dolayısıyla İBH'nda hemşirelik bakımının önem arz ettiğinden bahsedilebilir.

Yapılan araştırmalarda genelde kronik hastalıkları bulunan hastaların tedaviye uyumsuzluk düzeyinin yüksek olduğu yönündedir. Bu bağlamda tedaviye uyum için hastalara hassas davranılması gerekecektir (Nitzan vd., 2016). Kronik hastalıkları olan hastalara tanı ve tedavi hakkında doğru bilgilerin verilmesi hemşirelik açısından önemli bir husustur. Hemşirelerin hastalarla iletişimde olduklarında optimal tedavi seçeneğinin faydalarını anlaşılır şekilde anlatmaları gerekmektedir (Carter vd., 2004).

Hemşirelerin İBH olan hastalarla iletişimde tedavi hakkında vereceği eğitim için en uygun ortamı seçmeleri önemlidir. İletişim açısından poliklinik veya klinikte ferah ve sessiz bir ortamın seçilmesine dikkat edilmelidir.

Hastaların kullandıkları ilacı almayı hatırlayabileceği küçük ancak önemli pratikleri kazanmaları açısından alarm kurma, ilaç kutusu kullanma, not tutma gibi alışkanlıkları kazanmaları sağlanmalıdır.

Hemşireler tarafından hastalara ilacın adı, alacağı doz miktarı, ilacı önerilen şekilde kullanmaları doğru olarak anlatılmalıdır.

Hemşireler tarafından ilacın olası yan etkileri hakkında gereken bilgilendirme yapılmalıdır (Wang vd., 2016).

Hastaların ilacın yan etkileri, uzun tedavi süreci, ilaç etkinliğine karşı inancını olumsuz etkileyebilir. Bundan dolayı sağlık hizmeti sağlayıcılarının terapi planı tasarımında tedaviye

yönelik sorunları dikkate almaları, olası teröpatik engellerin azaltılması açısından hastaları da sürece dahil etmeleri önem arz etmektedir (Golik vd., 2014).

İBH bireylerin yaşam kalitelerini ciddi olarak etkileyen, atak ve remisyonlar ile karakterize olmuş kronik hastalıklardır. Hastalarda çoklu ilaç kullanımını ve sürekli izlemi zorunlu hale getirir. İBH yönetiminde multidisipliner ekipte aktif rol oynayacak, donanımlı uzmanlık yetkisi bulunan İBH hemşiresine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu hastalığı olan bireylerin yönetiminde doktor, diyetisyen, hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacıdan meydana gelen multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Literatürde İBH yönetiminde uzman hemşirelerinin katkısının önemli olduğu bildirilmektedir. Hemşireler eğitim, destek ve danışmanlık yanında hastaların tanı, tedavi ve izlenmesinde önemli katkıda bulunmaktadır (Stretton vd., 2014).

İBH erken dönemde başlamakta, tekrarlama ve iyileşme dönemleri ile seyretmektedir. Hastanın hastalığı nasıl yönetmesi gerektiğini, bundan nasıl etkileneceğini bilmesi bakım sürecinde önemlidir. Beslenme eksikliklerini, sıvı ve elektrolit dengesizliklerini, duyu durum bozukluklarını, enfeksiyonları, beden imajı bozukluklarını, kronik ağrıyı yönetebilme multidisipliner sağlık ekibinin amaçları arasında yer almaktadır (Avşar ve Kaşıkçı, 2009). Hemşireler ise bu ekipte kilit role sahiptirler. Hemşirelerin İBH bakımında aktif rol almaları, etkili hastalık yönetim süreci ve yaşam kalitesine olumlu katkı sağlayabilecektir.

2.2. Cinsellik

Bu bölümde cinsellik kavramı, kadın cinselliği, erkek cinselliği, cinselliği etkileyen faktörler, İBH'nın cinsellik üzerine etkileri, cinsel sorunlara yönelik hemşirelik bakımı hakkında detaylı bilgilere yer verilmektedir.

2.2.1. Cinsellik kavramı

Cinsellik kavramı ilk olarak 19.yüzyılda ortaya çıkmış olup, zoolojinin ve biyolojinin teknik jargonunda kullanılmıştır. Bu yüzyılın sonlarına doğru ise kavramın günümüzde kullanılan anlamında yaygın kullanımı başlamıştır (Giddens, 2010). Cinsellik kavramı hem insanların cinsel varlıklar olduklarını hem de cinsel eylemleri kapsar. Cinsellik, cinsel kimliği, cinsel yönelimleri, toplumsal cinsiyet rollerini, bedene ilişkin hisleri, cinsellikle ilgili düşünce, fantezi ve deneyimleri, sevgi, şefkat, keder ve hazzı kapsar (WHO, 2010).

Cinsellik kavramı biyolojik boyut yanında entelektüel, duygusal ve sosyal boyutları da içermektedir. Lhomond (2009) tarafından “Eleştirel Feminizm Sözlüğü” kitabında yapılan cinsiyet tanımlamasında da cinselliğin biyoloji ile sınırlı kalmadığı, cinsel davranış, tutum ve edimlerin toplumsallık içerisinde var olduğunu ifade ederek, cinsellik kavramını geniş anlamıyla bu kullanımların toplumsal kuruluşu biçimlendirmesi ve düzenlenmesi şeklinde tanımlamaktadır. Toplumsal kuruluş ise toplumlara ve dönemlere göre farklılık gösteren normlar ve kurallar bütününe belirlemektedir. Bunlar ise bazı cinsel edimleri buyurur, bazılarını yasaklar ve edimlerin bir arada gerçekleştirilebileceğini, gerçekleştirilmesi gerektiğini veya gerçekleştirilmemesi gerektiğine yönelik kişileri belirler (Lhomond, 2009). Bir başka anlatımla cinsellik, farklı toplumlarda ve dönemlerde “farklılık gösteren normlar ve kurallar bütünü” şeklinde değerlendirilmektedir.

Cinsellik, algılarda ve tanımlarda farklılık olsa da insanlığın varoluşundan itibaren var olup, bugüne kadar önemini kaybetmemiştir (Bozdemir ve Özcan, 2011). Cinsellik, bireylerin duygu paylaşımı ile karşılıklı haz yaşadıkları, yaşam memnuniyetini ve iyilik hallerini etkileyen bir işlev olarak tanımlanmaktadır (Rosen vd., 2000). Cinsellik, cinsel davranış ve cinsel ifadenin insan yaşamında önemli bir yerinin olduğundan bahsedilebilir. Doğum anından ölüm anına kadar yaşamın parçası olarak devam eden cinsellik ve cinsel davranışlar pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Kişinin toplumdaki ilişkileri, içerisinde yer aldığı kültür ortamı, yaşam koşulları, yaşı, kişilik özellikleri, medeni durumu, cinsel deneyimlerini hangi oranda değiştirdiği gibi faktörler cinsel davranışlar üzerinde rol oynayabilmektedir (Kayır, 1995).

Bireylerde cinsel gelişim, cinsel organların oluşumu veya cinsel birleşme yanında süreç içerisinde kişide biyolojik ve kültürel olguların neden olduğu etkileri de kapsamaktadır. Cinsel gelişim, bireyin anne rahmine düşmesi ile başlar, yaşam boyu sürer. Bireyde cinsel gelişimi dolaylı veya doğrudan açıklayan bazı kuramcılar cinsel gelişimin biyolojik boyutu üzerinde dururken, bazı kuramcılar ise cinsellik ile doyurulan ihtiyaç ve duygular üzerinde durmuşlardır. Bağlanma kuramcılarını kişileri bağlanmanın cinsellikte yakınlığa ve fiziksel temasa yönlendirdiğini ileri sürmektedirler. Bowlby’ya (1969) göre bireyin doğumunda anne ile emme veya dokunma davranışı ile bağ kurmakta ve yakınlık ihtiyacını karşılamaktadır. Bağlanmanın türünün ise bireyin daha sonraki ilişkilerinde tutumunu etkileyeceğini ileri sürmektedir (Okci, 2017).

Cinsellik ve cinsel gelişim aşamalarının sessiz yaşanması, paylaşımı cinselliğin mahrem olduğu yönünde algı yaratsa da cinsellik yatak odası dışına çıkarak yaşamda pek çok alanda etkili olmuştur. Bunun en önemli bulgusu ise “dil” olarak gösterilebilir. Toplumdaki argo sözcükler incelendiğinde pek çoğunun cinsellik, kadın bedeni ile cinsellikte pasiflik üzerine olduğu görülebilir. Erkeği yücelten, kadını hedef alan küfürler genelde cinsellikte rolü betimlemektedir (Tüzin, 2006).

İnsan cinsel bir varlık olup, bedensel yanında düşünsel, duygusal ve toplumsal bütünlüğü sağlayan, iletişim, kişilik gelişimi ile sevgi paylaşımını olumlu olarak zenginleştiren, artmasını sağlayan sağlıklılık durumudur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan cinsellik tanımlamasında cinselliğin sosyal, psikolojik, politik, ekonomik, hukuki, dini, kültürel, tarihi, ruhsal ve biyolojik faktörlerin etkileşiminden de etkilenen bir olgu olduğu ifade edilmektedir (WHO, 2010).

2.2.2. Kadın cinselliği

Kadın cinselliği toplumsal alanı etkilerken, kendisi de ondan etkilenen bir kavramdır ve kadın yaşamındaki etkisi belirleyicidir (Dinçer, 2007). Ataerkil toplumların özelliklerinden biri de kadın cinselliğinin denetlenmesidir. Kadınlar tarihsel süreç içerisinde farklı coğrafyalarda cinsiyet ayrımcılığına maruz kalmışlar, çeşitli konularda cinsel baskılarla karşılaşmışlardır (Ersoy, 2009). Kadın cinsel sağlığında gelenek ve göreneklerin, kültürün etkileri net olarak bilinmemekle birlikte farklı kültürlerde ayrımcılık, zorlama, insan ticareti, aldatma ya da şiddetin olumsuz etkilerinin olduğu belirgindir (Dinçer, 2007).

Kadın cinselliği, partneri ve kendisinin yer aldığı çevrenin komponentlerinden dolayı etkilenmektedir. Kadının ve erkeğin cinsel sağlığında toplumsal kültürün rolü bulunmaktadır. Gelenek ve görenekler ise kadının puberte, evlilik, gebelik, yaşlılık, menopoz gibi yaşamının her döneminde cinselliği nasıl yaşaması konusunda belirleyicidir (Moreira vd., 2006). Kadınlar tarihsel süreç boyunca cinsiyet ayrımcılığına maruz kalmışlardır. Toplumsal eşitlik bakımından bazı gelişmeler olsa da kadınların ayrımcılığa maruz kaldıkları ve cinsel istismara uğradıkları bilinmektedir. Bunda geleneksel cinsiyet rollerinin ve rollerin öğrenildiği sürecin önemli bir etkisi bulunmaktadır (Demirbilek, 2007). Kadın bekaretini kaybetme korkusundan dolayı kendi isteğiyle cinsel ilişkiden kaçınmakta, isteği dışındaki cinsel temasları önlemek için de bedeninin denetimini kendi üstlenmekte

veya bir erkekle paylaşmaktadır. Bu şekilde kadın bedeni yanında kadın cinselliğinin de denetlenmesi söz konusu olmaktadır (Dinçer, 2007).

2.2.3. Erkek cinselliği

Erkek olmak her ne kadar toplumumuzda kadınlara oranla daha avantajlı olarak görünse de erkeklik en fazla erkeği ezmektedir (Atay, 2004). Toplum tarafından erkeğe genelde hiyerarşik bakımdan üstün bir konum atfetmektedir. Fakat bu konuma da sahip olmanın bedeli bulunmaktadır. Erkekler erkek olmanın ayrıcalıkları ve güçleri açısından oldukça yüksek bedel ödemektedirler. Erkekler geleneksel erkeğe uygun olan davranış tanıma göre hareket ederken, duygularına olan bağı yitirmekte, sosyal maskeleri ile kendi benliklerini karıştırmakta ve kendilerini yok etmektedirler (Goldberg, 2009).

Selek (2014) cinselliğin erkekliğin ana damarı olduğunu belirtmekte ve damarın kesilmesi halinde geriye herhangi bir şey kalmayacağını ifade etmektedir. Ayrıca cinselliğin koruması, sahiplenmesi ve fethetmesi gereken erkek bakımından sürekli sınanma alanı olduğunu belirtmektedir. Erkek cinselliğini buna benzer olarak yorumlayan Barutçu (2013) ise, toplumumuzda evlilik öncesi cinsel deneyimin erkek açısından neredeyse zorunlu görüldüğünü ifade etmektedir. Zira erkekten evlendiği zaman iktidarını başarılı olan bir cinsel ilişkiyle devam ettirmesi ve aile kurumunu zora sokabilecek bir sorunu yaşatmaması beklentisi bulunmaktadır. Erkek cinselliğinde erkeğin üstün olduğu bir olgu olarak sürmesi, diğer yandan üstünlüğün kaybedilme riski nedeniyle erkeğin cinselliği diken üzerinde yaşaması, sürekli korku duymasına neden olmaktadır. Bu etkenler ataerkil sistemden erkeğin en büyük payı almasında etkili olmaktadır. Bunlar egemen ve otoriter erkeklik kimliğini kuramama nedeniyle sistemden dışlanacağı bilinciyle yaşanan korku ve tedirginliğin benzeridir (Barutçu, 2013).

2.2.4. Cinselliği etkileyen faktörler

Cinselliği etkileyen pek çok faktör olduğu söylenebilir. Cinsel istek genelde cinsel yanıt döngüsünün ilk aşaması olarak kabul edilir. İstek psikolojik bir durum olarak görünse de genellikle tedavi veya hormonal dengesizlik gibi fiziksel durumlardan etkilendiği bilinmektedir. Cinsel istek azalması, kişide stres kaynağı olan, seksüel aktivite ile ilgili cinsel

düşüncelerin, fantezilerin, isteğin veya alma eğiliminin yenileyici olarak ya da sürekli şekilde hiç olmaması veya az olması şeklinde ifade edilir. Kişinin cinsel işlevselliğini etkileyebilecek yaşam koşulları, yaşı gibi etkenler dikkate alınarak, cinsel isteğin hiç olmadığı ya da azaldığı kanısına varılır. Cinsel istek burada cinsel içerikli fanteziler, rüyalar, cinsel etkinliğe ilişkin arzuların farkında olma, erotik materyale ilgi, çekici cinsel eşlere dikkatin çekilmesi, azalan cinsellik nedeniyle hayal kırıklığı yaşanması gibi durumları içermektedir. Cinsellikte isteğin olması bazı faktörlere bağlıdır. Bu faktörler arasında yeterli özgüven, biyolojik güdü, önceki cinsel deneyimlerin olumlu olması, uyumlu cinsel eşin varlığı, cinsel eşle diğer alanlarda da iyi ilişki kurulması sayılabilir. Bu alanlarda yaşanan bir sorun cinsel isteği ortadan kaldırabilir veya azaltabilir. Cinsel isteği buna bağlı olarak cinselliği etkileyen faktörler fiziksel ve psikolojik nedenlere dayanabilir (Aksöyek ve Canatar, 2015).

Cinselliği etkileyen fiziksel nedenler; bazı ilaçlar, yaşlanma, böbrek yetmezliği, alkolizm, ağrı, nörolojik hastalıklar, kronik hastalıklar ve hormonal dengesizlikler olarak sıralanabilir.

Cinselliği etkileyen psikolojik nedenler ise; ilişkilerde sorun yaşanması, stres, anksiyete, beden imgesine ilişkin kayıplar, depresyon, gebelik, çocuk yetiştirme, cinsel travma gibi nedenler şeklinde sıralanabilir.

Cinsel isteğin normal düzeyinin belirlenmesi zordur. Aynı zamanda cinsel eşin istek düzeyi eşlerin birinin aşırı isteğini belirlemek amacıyla değerlendirilmelidir. Ayrıca eşlerden birinde cinsel istek düzeyinin farklı olması da eşlerde psikolojik bir sorun olduğunu göstermez. Bunun yanında kişilere göre cinsel temas ve doyum ihtiyacı değişkenlik gösterebildiği gibi aynı kişide farklı zamanlarda da değişkenlik gösterebilir (Mark ve Jozkowski, 2013).

2.2.5. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının cinsellik üzerine etkileri

İBH'nın bireyler üzerinde çeşitli etkileri ve komplikasyonları olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte İBH'nın neden olabileceği cinsel sorunlar yaygın olarak göz ardı edilebilmektedir. Özellikle hastalığın bir neticesi olan bağırsak stomasında bireyler cinsel çekiciliklerinin

azaldığını düşünmekte ve bireylerin cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen duyguların etkisinde kaldıkları belirtilmektedir (Gozuyesil vd., 2017). Hastalık bireylerin cinsel yaşamını etkiler. Yaşanan olumsuzluk hastanın psikolojisinden veya hastalığın semptomlarından kaynaklanabilir. Genelde karında ağrı, gaz, anüste acı ya da dışkı kaçırmaya korkusu gibi faktörler cinsellik ile bağlantılı olmaktadır. Bu nedenle hastalar cinsel yaşamda sorun yaşadıklarını sağlık profesyonellerine belirtmelidir.

İBH genelde seksüel olarak aktif yaş döneminde olan bireyleri etkilemekte olup, remisyonlar ve relapslar ile ilerleyen kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Hastalığın kendisi, semptomları ve komplikasyonların sonuçları bireyin cinselliğini, kendi beden imajını ve cinsel fonksiyonlarını etkileyici nitelikte olabilir (Giese ve Terrell, 1996). Hastalığın belirtileri olan ağrı, yorgunluk ve diyareye bazen kötü koku ve inkontinans eklenebilir. Ayrıca sıklıkla cerrahi müdahalelere ve kalıcı olabilen ostomilere gerek duyulabilir. Sıklıkla steroid kullanımına ve malnütrisyona bağlı olarak beden dış görünümünde de değişiklikler de görülebilir. Bunların yanı sıra İBH'nda bireylerde depresyon başta olmak üzere bazı psikolojik rahatsızlıkların da görüldüğü bilinmektedir (Farrokhyar vd., 2006). Bu bağlamda erkek ve kadın İBH'nda cinsel sorunların olabileceği öngörülebilir. Kadınlarda cinsel tatmin açısından ruh hali majör belirleyici olurken, erkek hastalarda erektil fonksiyonların somatik problemlerden etkilendiği görülmektedir. Bu nedenle kadınlarda cinselliğin psikososyal ve somatik yönlerinin kesin olarak ayrımı yapılamaz (Basson, 2005).

2.2.6. Cinsel sorunlara yönelik hemşirelik bakımı

Psikoseksüel hemşirelik, hastadaki sözel olmayan bilgilerin gözlemlenmesi ve kullanma becerisi ile psikoseksüel sorunlara yanıt verebilmek için bazı hemşirelik becerilerinin geliştirilmesine dayanır. Psikoseksüel bakımda cinsellikle ilgili psikoloji arasında güçlü bir ilişki bulunduğu varsayılır (Savage, 2004). Psikoseksüel bakım, kadının cinsel işlevini veya beden imajını fiziksel, psikolojik ya da sosyal bakımdan etkileyen herhangi bir konuda tavsiye, bilgi ve tedavinin sağlanması ve değerlendirilmesidir (Kotronoulas vd., 2009).

Psikoseksüel bakımda medikal sorunlara odaklanmaktan çok kişinin benlik saygısı, benlik algısı ve partnerin sürece katılımının ele alınması, cinsel iyilik halini kapsayan sağlıklı cinselliğin olumlu yönlerine odaklanması amaçlanmaktadır (Martin ve Woodgate, 2017; Goonewardene ve Persad, 2018). Hemşirelik Yönetmenliği kapsamında ülkemizde

hemşirenin yetki, görev ve sorumlulukları dahilinde cinsel sağlık ve üreme danışmanlığı bulunmaktadır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Ayrıca ilgili yönetmelikte cinsel sağlık eğitimi de hemşirenin bağımsız fonksiyonu olarak ifade edilmiştir. Bu bağlamda hemşirelere hem cinsel öykü alma hem de cinsel sorunlara müdahale etme sürecinde önemli görevler düşmektedir (Duman ve Koçak, 2016).

Cinsel sağlığın bakım sürecinde göz önüne alınmaması, kişinin kendini sağlıklı hissetmesini, beden imajı ile fiziksel fonksiyonlardaki değişimlerle baş etmesini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (Sung ve Lin, 2013). Ancak psikoseksüel bakımın sağlanması açısından sağlık personellerinin yetersizliği veya bakımın hiç sağlanamadığına ilişkin görüş birliği bulunmaktadır (Ayaz, 2013; Ferreira vd., 2015).

Psikoseksüel bakımın sağlanmasında zamanın yetersizliği, hemşirelerin cinselliğe ilişkin tutumları, hasta bakımında cinselliğin öncelik olarak görülmemesi, hemşirelerin bireysel özellikleri, klinikte kullanılan rehberlerin yetersizliği gibi bazı engeller vardır (Zeng vd., 2012; Gölbaşı ve Evcili, 2013). Pek çok çalışmada hemşirelerin cinselliğe yönelik eğitim ve bilgi düzeylerinin istenen seviyede olmaması hemşirelere ilişkin engel olarak belirlenmiştir (Olsson vd., 2012; Van der Stege vd., 2014).

Cinsel sorunlara yönelik hemşirelik bakımında hemşire hasta etkileşimi, cinselliğe yönelik değer açıklama, hemşirelerin güçlendirilmesi, hemşire eğitimi, psikoseksüel farkındalık gibi faktörlerin etkili olduğu ifade edilmektedir (Bates, 2011; Gölbaşı ve Evcili, 2013; Williams vd., 2017; Fennell ve Grant, 2019).

Hemşire hasta etkileşimi, saygı görme, birey olarak anlaşılma ve tanınma deneyimi, iyi hissetme ve dinlenilme deneyimini kapsamaktadır (Haugan vd., 2012). Hemşirenin iletişim sürecinde açık olması, hastanın cinsel mitlerine, cinsel davranışlarına yönelik etiketleyici, yargılayıcı bir yaklaşım sergilememesi sürecin güçlenmesinde etkili olacaktır (Bates, 2011; Epner ve Baile, 2014). Cinselliğin değerlendirilmesine hemşirenin kendine güveni, beden dili, iletişim becerileri ve konuya hakimiyeti önem arz etmektedir. Süreç içerisinde doğru zamanda sorulacak doğru sorularla konuyu kişiselleştirmeden, genel sorularla iletişim devam ettirilebilir (Krebs, 2008).

Hemşire ve hasta iletişimi hastaların bakım kalitesini, memnuniyetini, sağlığını etkiler. Hastalarla cinsel öykünün tartışılması, duygusal ve fiziksel sağlık değerlendirmesinde önemlidir. Cinsel öyküde iletişim, hastaların kişisel sağlık bilgilerini açıklamada istekliliği, tarama davranışlarını, sağlayıcılar ile genel ilişkilerinde etkileyici rol oynayabilir (Politi vd., 2009). Hemşire klinik bir değerlendirmede hastaya cinsellik hakkında sorular yöneltmelidir. Cinsellik hakkına konuşma, cinselliği meşrulaştırır ve normalleştirir. Aynı zamanda kişiye hemşirenin cinsel kaygıları tartışmaya yönelik tutumda olduğunu gösterir (Krebs, 2008).

2.3. Beden İmajı

Bu bölümde beden imajı kavramı, beden imajını etkileyen faktörler, İBH'nın beden imajı üzerine etkileri ve beden imajı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı konularına ilişkin detaylı bilgilere yer verilmektedir.

2.3.1. Beden imajı kavramı

Beden imajı kavramı literatürde ilk olarak 16.yüzyılda Ambroise Pare tarafından ileri sürülen “beden imajı bozukluğu” yaklaşımında görülmektedir. Daha sonra kavramın duraklamaya girdiği görülmüş, 20.yüzyılın ilk yarısında ise beden imajı kavramını tanımlayan ve inceleyen araştırmalar yapılmıştır (Erkal ve Pek, 1993).

Sigmund Freud ise beden imajı kavramı ile ego kavramını benzer olduğunu ileri sürmüştür, beden imajı gelişiminde ego oluşumunun önemli yerinin olduğunu belirtmiştir. Burada ego, sadece yüzeysel varlık olarak değil yüzeyin içe yansımada beden imajına referans oluşturduğunu savunmuştur (Örsel, 2001). Adler ise beden imajındaki değişimi “bizi çevreleyen olaylar değiştikçe bizler de değişiriz” şeklinde açıklamaktadır. Ayrıca “her insanın kendisine gereken her şeyi yapabileceği, önemli olan farklılıklara karşı kişinin kendi donanımı ile neler yapabileceği” ifadesini kullanmıştır. Fisher ise psikolojik hayatın bedenine üzerine aktarılması nedeniyle bireyin duygu ve düşüncelerinin bedene odaklı hale geldiğini belirtmektedir (Örsel, 2001).

Kişilerin bedenleri ile ilgili hissettikleri kendileri için hissettikleri ile aynıdır. Beden insanlarla karşı karşıya kalındığında, ilk göze çarpan olduğundan algıların merkezinde yer aldığı söylenebilir. Bunun yanı sıra yüksek benlik saygısına sahip insanların kendilerini net olarak anlayabileceklerini belirtmesi de literatüre katkı sağlamıştır (Potur, 2003).

Beden genel olarak kişinin şekil bulmuş hali olarak ifade edilebilir (Cash, 2008). Beden imajı kavramı ise kişinin bu somut şekliyle sahip olduğu deneyimi anlatır ve genelde kendini nasıl gördüğüne ilişkin sübjektif yargı içerir. Beden imajı, kişinin fiziksel görünümüne ilişkin inançlarını, algılarını, duygu ve düşüncelerini, davranışlarını içeren kendilik algısına ait bir boyuttur (Cash, 1990). Beden imajı kişinin yaşamındaki pek çok alanı doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilme gücüne sahiptir. Kişinin beden imajına karşı tutumları; yeme ve egzersiz davranışları, kişilerarası güven, cinsel davranış, deneyim ve duygusal denge kavramları ile ilişkilidir (Cash, 2004). Normal beden imajı oluşumunda ve sürdürülebilmesinde aşağıda belirtilen üç bileşene ihtiyaç bulunmaktadır:

- a) **Beden gerçekliği:** Gerçekte olan bedenin yapısıdır. Bu yapı genetik kodlar dışında beslenme ve doğa gibi koşullarla da bağlantılıdır. Beden şekli, var olan motor kapasitesine bağlıdır (Öngören, 2015).
- b) **Beden ideali:** Bu kişinin kendinin nasıl göründüğüne ilişkin düşüncesidir. Kişinin başkalarının kendisinin nasıl göründüğüne dair düşüncelerini de etkileyebilen kişisel beden ideali bulunmaktadır. Beden ideali, kişinin bilinçsiz veya bilinçli olarak beden gerçekliği ve sunumunu belirli bir standart ya da normla kıyaslamasını kapsar. Kişinin beden ideali kültür, yetiştirilme tarzı, eğitim gibi pek çok faktöre bağlıdır. Her bireyin kendi standardı ve normu bulunur. Bunlar her gün değişebilir niteliktedir. Ayrıca bunlar gerçekçi olmadığı takdirde depresyon veya mutsuzluk ile neticelenebilir (Desmond vd., 2012). Kişinin bedeninin görünümü “kendisini nasıl hissettiği” ile ilgili bir unsurdur. Beden deneyimi kişinin yaşam deneyimlerine bir temel oluşturur. Bu nedenle kendisiyle iletişiminden başlayarak çevresi ile iletişime kadar geniş bir alana sahiptir (Desmond vd., 2012). Beden ideali, beden işleviyle de ilişkilidir. Kişi açısından beden idealinin ne kadar gerçekçi olduğu ise net değildir. Beden gerçekliğinin bozulması bazıları için beden idealine saldırıdır, bazıları için de beden işlevine gerçekçi standartlar getirir (Özaltın, 2003).
- c) **Beden sunumu:** Kişinin beden görünümünü sosyal dünyaya nasıl sunduğuna ilişkindir. Bedeni algılama şekli, bedenin farklı sosyal ortamlarda gösterdiği performanstan da etkilenir. Belli sınırlarda beden sunumu kontrolü yapılabilir, başkaları tarafından nasıl algılandığı etkin olarak düşünülebilir. Beden görünümündeki değişim ile beden imajı anksiyetesi oluşabilir (Desmond vd., 2012).

Kişi hayatı boyunca üç bileşen arasında dengeyi korumaya çalışır. Beden bileşenlerinden birisi değiştiğinde, diğerleri yeni duruma uyum sağlayabilir. Beden imajı, yaralanma, hastalık, sağlık gibi durumlarda değişim göstermektedir (Özaltın, 2003). Beden imajı bozukluğu, beden veya bedeninin algılanmasında oluşan bir değişiklikten temel alan benlik algısı bozukluğu olarak ifade edilebilir (Polat, 2007).

Günümüzde ruh sağlığı uzmanlarının ele aldığı konular arasında beden imajı da yer almaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar yaklaşık bir yüzyıl öncesine dayanmakta olup, beden imajı bedene ilişkin deneyimlerin nöropatolojik formlarının anlaşılması için gerçekleştirilen klinik eğilimler sonucunda tanınmaya başlamıştır. Bu alanda özellikle nörologların beyin hasarı sonucunda kişilerin beden algılarındaki değişikliklere ilişkin incelemeler bulunmaktadır. Paul Schilder tarafından beden imajı çalışmaları yirminci yüzyılın ilk yarısına kadar yürütülmüş ve çalışmalar beyin hasarı sonucunda bozulmuş beden algısı çalışmalarının ötesine geçmiştir (Fisher, 1990; Cash, 2008). Daha sonra psikolog Seymour Fisher kariyeri boyunca beden imajı çalışmaları yürütmüştür (Fishler ve Cleveland, 1968; Cash, 2004).

Pek çok araştırmacı tarafından beden imajı farklı şekillerde tanımlanmış ve kavramın çok boyutlu yapısının olduğu vurgulanmıştır. Yapılan bir tanımlamaya göre beden imajı, kişinin kendi bedeni hakkındaki algıları, düşünce ve duyguları şeklinde ifade edilmektedir (Grogan, 2008). Moe (1999) tarafından ise beden imajı, kişinin beden görünümü hakkında zihninde yarattığı resim olarak açıklanmıştır. Öznel bir algı olan beden imajı, kişinin kendi algılaması ile diğerlerinin algısı arasında herhangi bir bağlantı bulunmamaktadır. Normal kiloda olan veya düşük kilolu olan kadınların kendilerini kilolu olarak düşünmeleri ya da normal kilodaki erkeklerin kendilerinin ince veya çok kilolu olarak düşünmeleri böyle bir olgu olmaktadır. Beden imajı aynı zamanda kişinin kendi bedenine ilişkin olarak başkalarının ne düşündüğüne yönelik inançları da kapsar.

Beden imajı literatürde olumlu ve olumsuz olmak üzere iki farklı boyutta değerlendirilmektedir. Bunlardan olumsuz beden imajı, bireyin bedenine ilişkin olumsuz duygu ve düşünceleri olarak ifade edilmektedir (Grogan, 2008). Literatürde olumsuz beden imajı ise beden imajı sorunları ve memnuniyetsizliği şeklinde açıklanır. Bu durum beden şekli, ölçüsü ve kas yoğunluğunun olumsuz şekilde değerlendirilmesi ile ilişkili olup, kişinin genelde ideal beden imajı ile bedenini değerlendirmesi sonucunda oluşan farkı

açıklamaktadır (Cash ve Szymanski, 1995). Ayrıca olumsuz beden imajı, kişilerin yaşam kalitelerinde ve psikolojik fonksiyonlarında etkisi olabilen bir etkidir (Homan ve Tylka, 2015). Son yıllarda gerçekleştirilen meta analiz çalışmalarında ise beden imajının başta kadınlar olmak üzere erkekler arasında da giderek yaygınlaştığı ortaya konmuştur (Cash vd., 2004).

Olumsuz beden imajı kişinin ruh sağlığı üzerinde önemli risk faktörleri oluşturabilir. Bu alanda yapılan çalışmalarda, olumsuz beden imajının depresyon, özsaygı, kısıtlı ve tıkınırcasına yeme davranışı, beden disformik bozukluğu, bulimia, obezite, anoreksiya gibi yeme bozuklukları gibi değişkenlerle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Herman ve Polivy, 2004; Grilo, vd., 2005; Buhlmann, vd., 2007; Goldfield, vd., 2010; McCabe ve Ricciardalli, 2003). Olumsuz beden imajına sahip kişilerin yaşama kaliteleri de olumsuz yönde etkilenmektedir (Cash ve Fleming, 2002). Çalışmalardan elde edilen sonuçlar aynı zamanda olumlu beden imajının ruh sağlığı için önem arz ettiği yönünde yorumlanabilir.

Olumlu beden imajı ise kendine özgü bir yapı arz etmekte olup, olumsuz beden imajının karşıtı olmamaktadır. Bireylerin olumsuz beden imajları düşük olsa da olumlu beden imajlarına sahip oldukları söylenemez (Wood-Barcalow vd., 2010). Çok boyutlu bir yapıya sahip olan olumlu beden imajı görünüşün değerlendirilmesinden fazlasını içermektedir. Bu alandaki çalışmalar genelde nitel araştırmalar olsa da çok yönlü beden imajını ortaya koymaktadır (Frisen ve Holmqvist, 2010; WoodBarcalow vd., 2010; Pope vd., 2014).

Olumlu beden imajına sahip ergen yetişkinler ile gerçekleştirilen nitel araştırmada görüşlerden yola çıkılarak ortak bazı temalar oluşturulmuştur. Çalışmaların sonucunda oluşturulan ortak temalar olumlu beden imajının daha iyi anlaşılmasında rol oynamaktadır (Tylka ve Wood-Barcalow, 2015). Bu ortak temalardan aşağıda bahsedilmiştir:

Bedeni kabul ve sevgi: Bu tema bedenden her açıdan memnun olunmasa dahi bedene ilişkin sevgi ve kabulü belirtir. Olumlu beden imajına sahip olan Amerika Birleşik Devletleri'nden (ABD) üniversiteli kadın katılımcılar, gerçekçi olmayan toplumsal beden imajına uymak yerine bedenlerinin benzersiz olmasını takdir ettiklerini belirtmişlerdir (Wood-Barcalow vd., 2010). İsveçli ergenlerle yapılan bir çalışmada ise katılımcıların üçte ikisinin beğenmedikleri bir ve birden fazla beden bölgesinden bahsetse de bundan rahatsızlık duymadıklarını ve bu özelliklerini kabullendiklerini belirtmişlerdir (Frisen ve Holmqvist, 2010). Afrikalı

Amerikalı ergen kızların ise bedenlerinin varlığına şükrettikleri, üçte birinin ise bedenlerini genel olarak sevdikleri ortaya konmuştur (Pope vd., 2014).

Bedeni takdir: Bu tema bedeninin işlevselliği, özellikleri ve sağlığının takdir edilmesi olarak ifade edilebilir (Avalos vd., 2005). Bedenin takdiri, kişinin sadece görünümünü ya da kültürel beden imajı ile ne derece uyumlu olduğunun takdiri değildir. Bedenin benzersiz özelliklerinin ve neler yapabileceklerini farkına varmaktır. ABD’de yürütülen bir araştırmada üniversiteli kadın katılımcılar, bedenlerine minnettar olmanın ve işlevselliğine odaklanmanın olumlu beden imajına yardımcı olduğunu belirtmişlerdir (Wood-Barcalow vd., 2010). İsveçli olumlu beden imajı olan ergenler ise, bedenlerini korumak için çalıştıklarını, bedenlerini geliştirmek amacıyla da egzersiz yaptıklarını ve bedenlerine iyi bakmanın önemini vurgulamışlardır (Frisen ve Holmqvist, 2010). Olumlu beden imajı olan Afrikalı Amerikan ve İsveçli ergenler ise farklı şekillerini ve görünümelerini takdir ettiklerini, bu şekilde kendilerinin benzersiz olduklarını belirtmişlerdir (Holmqvist ve Frisen, 2012).

İşlevsel görünüşe yatırım: Bu tema kişinin tarzı ve kişiliğini yansıtan kişisel bakım ve giyinme gibi durumlarla düzenli ilgilenmesini ifade eder. Çünkü olumlu beden imajı olan kişiler bedenlerini görmezden gelmedikleri gibi yargılamazlar (Cook-Cottone, 2015). Olumlu beden imajı olan ABD’li üniversiteli kadın katılımcılar, sağlıklı beslenme, kişisel bakım, egzersiz yapma gibi işlevsel görünüşe yönelik davranışlar sergilediklerini belirtmişlerdir (Wood-Barcalow vd., 2010).

Güzellik kavramında esneklik: Bu tema güzelliği esnek olarak kavramsallaştırma ve görünüşün değişmeyecek tek şekilde değil daha fazla olarak kişiye özgü olan görünüşlere olabileceği algısını kapsar. Yapılan bir araştırmada İsveçli erkek ve kız ergenler, güzel ve çekici olmak ile toplumsal güzellik tanımlarının aynı anlamda olmadığını, insanların dışsal ideallerine ulaşabilmeleri için kendileri gibi olmaya çabalamaları gerektiğini belirtmişlerdir (Holmqvist ve Frisen, 2012). ABD’li kadın katılımcılar ise farklı görünümleri takdir ettiklerini, kişilerin sınırsız güzel olabileceklerini ve bireylerin güzellik bakımından karşılaştırılmamaları gerektiğini ifade etmişlerdir (Wood-Barcalow vd., 2010).

İçsel pozitiflik: Bu tema olumlu beden imajı, mutluluk, iyimserlik gibi olumlu duygular ile kişisel bakım, gülümseme, yardım etme gibi işlevsel davranışlar arasındaki bağlantıyı belirtmektedir (Tylka, 2011). ABD’li olumlu beden imajı olan kadın katılımcılar,

kişiselleştirilmiş yoga gibi stres gideren faaliyetleri, keyif verici egzersizleri, kişisel bakımlarını ve koruyucu bakımlarını düzenli yaptıklarını belirtmişlerdir (Wood-Barcalow vd., 2010).

Bedeni korumak için bilgileri filtreleme: Bu tema kişinin bedenine yönelik tehlike arz eden mesajları reddedip, olumlu beden imajını geliştirebilecek bilgileri kabullenmesini ifade etmektedir. Bu sürecin kişiler tarafından düzenli kullanılması ise koruyucu filtreleme olarak tanımlanır (Wood-Barcalow vd., 2010). ABD'li kadın katılımcılardan koruyucu filtresi olanlar ise toplumun sunmuş olduğu imajların gerçekçi olmadığını ifade etmişlerdir (Wood-Barcalow vd., 2010). İsveçli ergenlerden olumlu beden imajı olanlar ise görünümleri ile ilgili olumsuz yorumlardan rahatsızlık duymadıklarını bildirmişlerdir (Frisen ve Holmqvist, 2010).

2.3.2. Beden imajını etkileyen faktörler

İnsanlarla karşılaşmada bedenin ilk göz çarpan olmasından dolayı algıların merkezinde olduğundan insan davranışları da buna göre şekillenmektedir. Örnek vermek gerekirse, kişinin görünümünden dolayı duyguları olumlu veya olumsuz olabilir. Kişinin zihninde oluşturmuş olduğu beden formudur. Bu beden formu ise elastik yapıda olup, değişme özelliği bulunmaktadır. Yani bedenin çöküşü, büyümesi, toplumsal çevre ile etkileşim, travma gibi nedenlerle değişimler olabilir (Öngören, 2015). Bir diğer ifade ile bedene sürekli değişim olması doğaldır. Kişinin yaşına, hayatındaki olaylara, moda, mevsimlere göre farklılıklar olabilir (Hetherington vd., 2006). Bu bağlamda beden imajını etkileyen faktörler gelişimsel, fizyolojik, toplumsal değişiklikler ve farklılıklar, travmatik durumlar şeklinde ifade edilebilir (Yılmaz, 2009). Beden imajı değişimine neden olan faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Öz, 2010):

- Fizyolojik değişimler: Gençlik dönemi, yaşlılık dönemi, gebelik ve doğum
- Geçici değişimler: Bandaj, traksiyon.
- Yavaş giden değişimler: Akut hastalıklar, yaralanma, yanıklar.
- Kalıcı değişimler: Nefrektomi, mastektomi, amputasyon, karaciğer hastalıkları, böbrek yetmezliği.
- Ruhsal bozukluklar: Şizofreni, depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıklar.
- Bunaltı arttırıcı durumlar: Bazı invaziv girişimler, hastanede yatma.

Organ kayıpları veya fiziksel bir hastalık durumu yaşayan kişi, bedenini, yaşamını, amaçlarını, geleceğini tehdit altında hisseder. Özgüveni ve beden imajı zedelenir, yeterliliği ve özgürlüğü kısıtlanır. Buna bağlı olarak bazı bozukluklar ortaya çıkar. Kişinin kendi bedenine, bedeninin parçalarına, işlevlerine verdiği değer ve anlam farklıdır. Aynı şekilde kişinin beden imajı kavramı ile başka kişilerinin onun bedenine ilişkin değerleri de farklı olabilmektedir (Polat, 2007).

İnsanların yaş alması ve genç olma düşüncelerinden uzaklaşmasıyla birlikte beden imajlarına ilişkin olumsuz kavrayışlar ortaya çıkmaktadır (McLean vd., 2011). Bir başka anlatımla yetişkinlerin gençlere oranla bedenlerinin işleyişine daha fazla önem verme eğiliminde oldukları söylenebilir (Roy ve Payette 2012). Yapılan çalışmalarda kadınlarda yaşla birlikte hangi beden imajının geliştiğine yönelik algılarının genelde genel sağlık ve işlevselliğe odaklanmanın daha fazla olduğu yönündedir (Liechty ve Yarnal 2010; Cameron vd., 2019). Bazılarına göre, genel sağlık ve işlevselliğe odaklanmanın artması ile görünümü koruma isteği arasında gerilim söz konusu olabilir (Roy ve Payette 2012; Cameron vd., 2019).

Çocukluk dönemi ve yetişkinlik dönemindeki gibi kişilerin ideal vücut tipi veya görünümü ile karşılaştırma derecesinin de yetişkinlerde vücut imajı endişelerinde etkili olabilir (Slevec ve Tiggeman, 2011). Bu ideal batı kültürlerinde genelde gençlerle ilişkilendirilmekte, yetişkinler ise yetersiz temsil edilme eğiliminde olmaktadır (Peat vd., 2008). Bu durum özellikle erkeklerden ziyade beden imajı endişesi olan kadınları daha fazla etkilemektedir (Roy ve Payette 2012; Peat vd., 2008). Kadınların yaş ve kilo hakkındaki görüşlerinin belirlenmesine yönelik bir çalışmada, yaşlı kadınların gençliğin güzelliğinin ideal standardı olduğu düşüncesini güçlendiren yaşlılığın fiziksel belirtileri üzerine düşüncelerin yaşlanmaya yönelik endişe ile ilgili olduğu ve beden imajı bozukluğunun arttığı belirlenmiştir (Becker vd., 2013).

Beden imajı gelişimini açıklayan modellerden en kapsamlı olanlardan biri biyopsikososyal modeldir. Ricciardelli ve McCabe (2001) bu modelin savunucularından olup, beden imajı gelişimini anlamada psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel faktörlerin etkili olduğu ileri sürmektedirler. Beden imajı gelişiminde bu faktörlerin etkili olduğunu kanıtlayan pek çok araştırma bulunmaktadır (McCabe ve Ricciardelli, 2005).

Beden imajı gelişimini etkileyen biyolojik faktörlerin yaş, kilo ve cinsiyet olduğu söylenebilir. Beden imajı deneyimleri ve algıları erkek ve kızlarda farklı olabilmektedir. Bunun temel nedenleri arasında toplumsal cinsiyet rolleri bulunmaktadır (Jones ve Crawford, 2006). Erken çocukluk döneminde beden imajı endişelerinin görülmeye başladığı yönünde bulgular olsa da yaşla birlikte beden memnuniyetsizliğinin belirgin şekilde kızlarda arttığı görülmüştür (Striegel-Moore vd., 2000).

Beden imajı gelişimini etkileyen psikolojik faktörlerin en önemlileri arasında özsaygı yer almaktadır. Genel özsaygı, yeme bozukluklarının ve beden imajı ideallerinin gelişiminde etkili olmaktadır (Cash ve Fleming, 2002). Olumlu benlik kavramı, bireyin beden imajı algılamasını tehdit edici olaylara karşı koruyucu bir etken olarak olumlu beden imajı değerlendirmesini geliştirmede rol oynayabilir. Zayıf özsaygı ise beden imajı tehditlerine karşı duyarlılığın artmasına neden olabilir (Tiggeman ve WilsonBarrett, 1998). Bu beden imajı memnuniyeti ile özsaygı arasında bağlantı olduğunu gösteren bir durumdur.

Beden imajı gelişimini doğrudan etkileyen sosyokültürel değişkenler ise ebeveynler, kitle iletişim araçları ve akran grupları olarak gösterilebilir (Stice ve Shaw, 2002). Bireylerin aileleri ile çok zaman geçirmeleri ve kendileri için önemli rol model olmaları nedeniyle ebeveynler beden imajı ile yeme davranışları gelişiminde etkili olduğu belirtilmektedir (Golan ve Crow, 2004). Teknolojinin gelişimiyle birlikte bireylerin beden imajı gelişimlerinde kitle iletişim araçlarının da etkili olduğu ifade edilebilir (Ricciardelli ve McCabe, 2001). Özellikle genç yaşta kızlarda beden imajı memnuniyetini olumsuz etkileyen, risk taşıyan diyet gibi yeme davranışlarına teşvik eden kitle iletişim araçlarının incelik ideali mesajlarına karşı duyarlılığın daha fazla olduğu görülmüştür (Clark ve Tiggemann, 2008). Bireylerde akran grupları da kilo olmaya dair olumsuz algılarda farkındalıklarına önemli katkı sağlarlar. Akranların verdikleri mesajlar, beden şekli ve kiloya ilişkin eleştirileri, kilo kontrolü yöntemleri, beden şekli tartışmaları, kilo kaygılarına ilişkin modellemeyi kapsar (Lieberman vd., 2001).

2.3.3. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının beden imajı üzerine etkileri

İBH olan bireylerde yorgunluk ve diyare gibi semptomların yanında, hastalığı ilişkin bilgi eksikliği, başkalarına yük olma, bağırsak kontrolünün kaybı, istenmeyen kokular üretme gibi etkiler nedeniyle beden imajında bozulmalar, psikiyatrik ve sosyal problemler

yaşanabilmektedir. Bu bakımdan hastayı anlamak, uygun şekilde yaklaşmak ve hastanın yeni haline uyumunu sağlamak sorunların belirlenmesinde ve giderilmesinde önem arz etmektedir.

Psikiyatrik hastalıklar bireylerin genel sağlığını olumsuz olarak etkileyebildiği gibi, var olan kronik hastalıklar da bireylerde psikiyatrik belirtilerin tetiklenmesine veya yoğunlaşmasına neden olabilmektedir. İBH olan bireylerde de kronik ağrı, kramp yorgunluk ve diyare gibi belirtiler de kişilerde psikolojik stresleri etkileyebilir. Hastalık bilgisi, kökeni, ostomi torbası ve cerrahi gereksinimi, başkalarına yük olma, bağırsak kontrolünü kaybetme, istenmeyen kokular, beden imajının bozulmasına, psikiyatrik sorunlara neden olabilir (Uran ve Yıldırım, 2016).

İBH patogenezinde bozulmuş immün yanıtın dolaylı fiziksel aktivitede azalma, ağrı, tedavide yan etki görülmesi, ostomi nedeniyle kötü koku, sürekli tuvalet ihtiyacı, kanser gelişme riski, cerrahi operasyon, cinsel isteksizlik, beden imajının bozulma tehdidi/bozulmasına neden olduğu gibi hastalarda depresyon gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın artmasına yol açabilmektedir (Öz, 2010).

2.3.4. Beden imajı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı

Beden fonksiyonları ve görünümünde önemli bozulmalar olan ve bunlarla baş etme mücadelesi veren bireyler duygusal, fiziksel ve sosyal anlamda bazı kayıplar yaşamakta, bundan dolayı bir kriz ve yas durumuna girmektedirler. Bireylerin bu sorunları aşması, kısa süreli yaşaması, durumuna uyum sağlaması baş etme becerileri yanında yakınları ve sağlık uzmanları tarafından desteklenmelerine bağlıdır. Hemşireler ise bireylerin değişen beden imajlarına ilişkin duygularıyla baş etmelerinde, olumlu yaşam tarzı ve yeni beden imajı geliştirmelerinde gereken desteği sunabilecek en uygun sağlık elemanlarıdır. Diğer sağlık elemanlarına göre hemşireler hastalarla en yakın olan, sürekli ilişki halinde olan ve hastaları etkileme olasılığı en yüksek sağlık elemanları olmaları nedeniyle daha avantajlıdırlar (Polat, 2007).

Hemşireler bakım hizmeti verdikleri hastanın beden imajına dair bilgiyi edinir ve uygun hemşirelik müdahaleleri ile hastanın değişen beden imajının anlamlı olarak yeniden düzenlenmesinde rol oynar. Henker (1979) tarafından beden imajı değişen hastalara

yapılacak müdahalenin aşağıda belirtildiği gibi üç aşamada gerçekleştirileceği bildirilmektedir:

- a) Hazırlık aşaması: Histerektomi, mastektomi, kolostomi gibi daha önceden planlanmış durumlarda hazırlık aşaması bulunmaktadır. Bu dönem yapılan müdahalelerin amacı ise hasta ile güven verecek destekleyici ilişkinin kurulması, hasta ile yakınlarının olası değişikliklere hazırlanmasıdır.
- b) Sorunla karşılaşma aşaması: Bu aşamadaki hemşirelik müdahalelerin bazı amaçları bulunmaktadır. Bunlar hastanın duygularını açığa çıkarmasına yardımcı olma, yaşadığı krizi anlamasına ve baş etme mekanizmalarını harekete geçirmesine yardımcı olma ve hastanın yeniden sosyal dünyaya açılmasını sağlamaktır.
- c) İzleme aşaması: Bu aşama uzun süreli olup, hastanın rehabilitasyonu açısından plastik cerrahi, protezler gibi uygulamalar ile uyumunun geliştirilmesi hedeflenir. Hastalarda bazı zamanlarda duygusal gerginlikler oluşabilir. Bu sebeple hastanın duygusal olarak güçlenmesi ve topluma daha kolay katılımın sağlanmasına yönelik etkinliklerin yapılması amaçlanır.

Beden imajı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımında hemşirenin hasta bakımından tehdidi bilmeli ve anlamalıdır. Hastanın değişen durumu nasıl algıladığı değerlendirilmeli, baş etme yolları tanınmalı, gelişmeleri sağlanmalı, hasta bakımında gereksinimleri değerlendirerek gidermeli, olanakları aktif olarak kullanmalıdır (McCloskey, 1976; Polat, 2007).

Beden imajı sorunlarına yönelik olarak hastalara uygulanacak olan hemşirelik müdahaleleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Biro, 2011):

- Hastanın beden imajına ilişkin sorunu hakkında mümkün ise önceden bilgilendirilmeli, olası değişikliğe karşı hazır olması sağlanmalıdır.
- Beden imajında yaşanan değişiklikte etkilenme döneminde genelde hastanın gereksinimlerine odaklanılmalı, hasta iletişimde doğrudan ve basit yönergeler kullanılarak, hastanın dinlenmesi sağlanmalıdır.
- Hastanın duygularını, korkusunu ifade edebileceği ortam oluşturulmalı, sözel iletişime ağırlık verilerek, sözel olmayan mesajlar değerlendirmeye alınmamalıdır.
- Hastanın bedeni ile ilgili olan algılarını, duygularını, düşüncelerini açığa çıkarabilecek şekilde cesaretlendirilmesi gerekir. Bunu sağlayabilmek için hemşire hem hastanın

gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olmalı hem de hasta ile etkileşimde bulunarak, aralıklı olarak yanında oturmalıdır.

- Hastanın geri çekilme evresinde inkarını güçlendirmeden, öfkesini ifade etmesi ve kaybını yok saymasına izin verilerek, hastanın savunmaları fark edilmelidir.
- Hastanın kabullenme evresinde duyguları değişken olduğu için hemşirelik müdahaleleri daha esnek olmalı, hastanın rahat bir şekilde duygularını ifade etmesi sağlanmalıdır.
- Kabullenme evresinde hastanın yeniden benlik saygısını kazanmasına yardımcı olunmalı, intihar düşüncesi bakımından dikkatli olunmalıdır.
- Hastanın da kendi bakımına katılımı teşvik edilmeli, uygun olan davranışları ise desteklenmelidir.
- Hastanın öncelikle değişen beden imajına bakabilmesi, ardından dokunabilmesi için cesaretlendirilmesi gerekir. Fakat her şeyden önce hastanın bunlara hazır olup olmadığı dikkate alınmalıdır.
- Hastanın yeni beden imajını kabullenmesini kolaylaştırmak amacıyla benzer sorunlar yaşamış bireylerle tanıştırılması ve etkileşimlerini sağlanması gerekir.
- Hasta ile yapılan görüşmelerde onun üzüntüsünü ve korkularına ifade etmesine olanak verilmelidir.
- Hastanın yavaş yavaş kendi bakımına katılımı sağlanmalı, kendisine uygun şekilde duygusal destek ve bilgi verilmelidir.
- Hastanın yeni beden imajını başka kişilere nasıl açıklaması gerektiği tartışılmalıdır.
- Hastanın saçını düzeltme, giyimi, makyajı gibi hususlarda yardımda bulunulmalı ve değişen beden imajını daha kolay kabullenmesi sağlanmalıdır.
- Hasta ve ailesiyle yeniden yapılanma evresinde eğitim programı, eğitim konuları ve hastanın ailesi ile uyumu üzerine tartışılmalıdır.
- Hasta ve ailesine rehabilitasyon malzemeleri ve bilgi almaları için yol gösterici olmak için çaba gösterilmelidir.
- Hastanın yeni beden imajına uyumu için güdülenmesi ve gelecek planlarına katkı sağlanmalıdır (Biol, 2011).

Beden imajına ilişkin sorunlara yönelik sayılan müdahalelerin hemşireler tarafından nitelikli olarak yerine getirilebilmesi önemli oranda hemşirenin hastanın yeni beden imajına karşı kendi tutum ve duygularını fark etmesine, kendi beden imajını kabullenmesine bağlıdır (Stanley, 1977; Polat, 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Yöntem

Araştırma ilişki arayıcı tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji Bilim Dalı poliklinik ve yataklı servisine başvuran İBH tanısı almış olan ve iletişim bilgisi bulunan bireylerle yapılmıştır. Gastroenteroloji yataklı servisinde CH, ÜK, Akut-Kronik Pankreatit, Kolanjit, Kolelithiazis, Koledokilitiazis, Karaciğer Sirozu, Akut-Toksik Hepatit gibi tanıları olan hastalara bakım verilmektedir. Bu hastalıklar tekrarlı yatış gerektiren hastalıklar olduğu için hemşireler bakım verdikleri hastaların hastalık sürecindeki durumlarını ve ihtiyaçlarını gözlemlene fırsatı bulmaktadırlar. Hastalara uygulanan işlemler arasında ERCP (Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi), EUS (Endoskopik Ultrason), ESD (Endoskopik Submukozal Diseksiyon), TİPS (Transjuguler İntrahepatik Portosistemik Şant), Band Ligasyon, Balon Dilatasyon, Karaciğer Biyopsisi, Parasentez, Endoskopi, Kolonoskopi, Rektoskopi yer almaktadır. Kolonoskopi, Rektoskopi gibi işlemler öncesinde hastalara özel diyet verilmekte ve işlem öncesinde bağırsak temizliği yapılmaktadır. Hastaların işlem öncesi ve sonrası diyetlerinin takibini, işlem öncesi hazırlıklarını ve sonrasındaki bakımlarını hemşireler yapmaktadır. Klinikte hastaların cinsellikleri ve beden imajlarıyla ilgili sorgulamalar yapılmamakta ve buna yönelik herhangi bir girişim uygulanmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Örneklem sayısını belirlemek için Türkiye’de İBH olan bireylerin yaşadıkları cinsel sorunları ortaya koyan Bulut ve Törüner (2019)’in çalışmasında bulunan ortalamalardaki standart sapmalar (ÜK Hastaları için ± 7.51 , CH Hastalığı Hastaları için ± 6.51) kullanılarak evrenin bilinmediği durumlarda standart sapmaya göre yapılan örneklem sayısı hesaplama formülü kullanılmıştır.

$$n = \frac{t^2 \sigma^2}{d^2} \quad (3.1)$$

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

σ : Standart sapma. Çoğunlukla bilinmediği için örneklem standart sapması (S) kullanılır.

d: Ortalamaya göre yapılmak istenen \pm sapma

Formüle göre yapılan hesaplamada örneklem sayısı; ilk kullanılan standart sapma için 87, ikinci kullanılan standart sapma için ise 66 olarak hesaplanmıştır. Bu kapsamda çalışmaya 88 birey dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- En az 1 yıldır İBH tanısı olan
- En az okur-yazar
- Cinsel partneri olan
- Başka herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan
- Araştırmaya katılmayı kabul eden

3.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği, Cinsel Öz-yeterlik Ölçeği ve Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği kullanılmıştır. Çalışma ilk planlandığında verilerin yüz yüze anket yöntemiyle toplanması düşünülmüştür. Fakat COVID-19 pandemisi sebebiyle verilerin daha önce gastroenteroloji yataklı servisine ve polikliniğine başvurmuş olan İBH tanısı alan bireylerden çevrimiçi anket yöntemiyle toplanmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda hastane kayıtlarından hastalara telefonla ulaşılarak araştırmaya katılmaya davet edilmişlerdir. Katılmak isteyenlere çevrimiçi anket linki Whatsapp® aracılığıyla gönderilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Kişisel bilgi formu

Form araştırmacılar tarafından hastaların sosyodemografik özelliklerini (ilk 7 madde) ve hastalıklarıyla ilgili (son 6 madde) özelliklerini belirlemeye yönelik geliştirilmiş 13 sorudan oluşmaktadır.

Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ)

Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) , Stulhofer ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçektir (Štulhofer vd., 2010). Ölçeğin madde toplam puan güvenilirlik katsayısının $r=.57- .61$ arasında değiştiği ve iç tutarlılık için Cronbach alfa katsayısının $.94$ olduğu bulunmuştur. Klinik ve saha araştırmalarında cinsel doyumunu ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek 5’li likert tipi (1-5) bir ölçme aracıdır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100’dür. Ölçeği ben merkezli alt boyut ve eş-partner/cinsel aktivite merkezli alt boyut oluşturmaktadır. Ben-Merkezli alt boyut, kişisel deneyimler ve duygular tarafından oluşan cinsel doyumunu belirler. Eş partner/cinsel aktivite merkezli alt boyutu ise bir kişinin eşinin/partnerinin cinsel davranış ve tepkilerinden, ayrıca cinsel faaliyetlerin çeşitlilik ve / veya sıklığından aldığı cinsel doyumunu ölçer. Bu iki alt boyut YCDÖ’ni temsil eder. Ben-merkezli alt boyut 1-10. maddeler, eş-partner / cinsel aktivite-merkezli alt boyut 11-20. maddelerdir. YCDÖ ise 1-20.maddelerdir. Ölçeğin puanlaması maddelerin toplanmasıyla hesaplanır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel doyumun iyi olduğunu göstermektedir (Štulhofer vd., 2010). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Tuğut (2016) tarafından yapılmış ve iç tutarlılık katsayısı kadınlarda $.94$, erkeklerde $.95$ olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfha değeri $0,979$ bulunmuştur.

Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (CÖYÖ)

Ölçek Humphreys & Kennett (2010) tarafından cinsel öz-yeterliği ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek 8’li likert (0 Kesinlikle katılmıyorum - 8 Kesinlikle katılıyorum) tipi tek faktörlü 5 maddeden oluşan bir ölçme aracıdır. Ölçek bireylerin cinsel öz-yeterlik düzeylerini belirlemeye yönelik geliştirilen ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi (self report) esasına dayalı olan bir ölçme aracıdır. Ölçek toplam puan vermektedir. Ölçeğin 3 ve 4. maddeleri ters kodlanmaktadır. Yüksek puanlar cinsel öz-yeterlik düzeyinin yüksek

olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek olası puan aralığı 5 ile 40'tır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Çelik (2012) tarafından yapılmış ve iç tutarlık katsayısı .71 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0,600 bulunmuştur.

Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği (ÇYBSİÖ)

Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği (ÇYBSİÖ) bireylerin beden imgeleriyle ilgili tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (Cash, 2000). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Doğan ve Doğan (1992) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlama 57 madde ve "Görünüş Değerlendirme", "Görünüş Yönelimi", "Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme", "Fiziksel Yeterlilik Yönelimi", "Sağlık Değerlendirmesi", "Sağlık Yönelimi" ve "Beden Alanlarında Doyum" olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek "kesinlikle katılmıyorum" (1) ve "tamamen katılıyorum" (5) olmak üzere 5'li Likert tipi derecelendirmeye sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarından "Görünüş Değerlendirme", kişinin fiziksel görünüşünü çekici bulup bulmadığı ve görünüşünden memnun olup olmadığıyla ilgilidir. Yüksek puanlar görünüşle ilgili memnuniyeti belirtirken düşük puanlar fiziksel görünüşle ilgili genel bir beden imajı memnuniyetsizliğine işaret eder. "Görünüş Yönelimi", kişinin görünümüne yaptığı yatırımın derecesidir. Yüksek puanlar kişinin nasıl görüldüğüne daha çok önem verdiğini ve görünüşüne dikkat ettiğini gösterirken düşük puanlar bireylerin görünüşlerine karşı hissiz olduğunu, görünüşlerinin özellikle önemli olmadığını ya da 'iyi görünmek' için çaba harcamadıklarını gösterir. "Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme", kişinin fiziksel olarak 'formda' hissedip hissetmemesiyle bağlantılıdır. Yüksek puanlar bireyin kendisini formda, şekilli, atletik olarak aktif ve yetkin hissettiğini gösterir. Düşük puanlar ise, fiziksel olarak formda olmadığını, biçimsiz ya da atletik olarak yeteneksiz olduğunu hissetmekle bağlantılıdır. "Fiziksel Yeterlilik Yönelimi", kişinin fiziksel olarak 'formda' ya da atletik olarak yetkin olmak için yaptığı yatırımın derecesini ifade eder. Yüksek puan alan bireyler, fiziksel olarak formda olmaya değer verip aktif olarak egzersiz yaparken düşük puan alanlarda bu durum söz konusu değildir. "Sağlık Değerlendirmesi", kişinin fiziksel olarak sağlıklı olduğunu ya da fiziksel olarak hastalığının olmadığını hissetmesini ifade eder. Bu boyuttan yüksek puan alan bireyler bedenlerinin sağlıklı olduğunu hissederken; düşük puan alanlar ise sağlıksız olduklarını hisseder ve bedensel semptomlara daha duyarlı, hastalıklara karşı kırılganlardır. "Sağlık Yönelimi", kişinin fiziksel olarak sağlıklı bir yaşam tarzı için yaptığı yatırımın derecesidir. Bu boyuttan yüksek skor alan bireyler sağlık farkındalığına sahiptir ve sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemeye çalışırlar. Düşük puan alanlar

ise, sağlıkları hakkında daha ilgisiz bireylerdir. “Beden Alanlarından Doyum Ölçeği”, bireyin görünüşünün farklı yönleriyle ilgili memnuniyetine işaret eder. Alt ölçek puanları, ters maddeler çevrildikten sonra ilgili maddelerin toplamlarının ortalamalarının alınmasıyla oluşur. Bir katılımcının ölçek maddelerinden aldığı puanların toplanmasıyla en az 57 en fazla 285 olacak şekilde ölçek toplam puanı elde edilir. Güvenirlik için, yapılan test tekrar testte ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı .94 iken, bu değer kadınlar için .96, erkekler için ise .92 olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları ise .72 ve .81 değerleri arasında değişmektedir. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0,911 bulunmuştur.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi’nden yazılı izin, araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan etik komisyon izni ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Bilgilendirilmiş onam çevrimiçi anketin girişinde yer almış, onaylanmadan anket doldurulamamıştır. Onamda bireylere istedikleri taktirde çalışmanın herhangi bir basamağında ayrılacakları bildirilmiştir. Çevrimiçi anket doldurulduktan sonra gelen veriler anonim olmuş, araştırmacılar anketi dolduranların kişisel verilerini görmemiştir. Veriler araştırma için oluşturulmuş özel bir e-posta adresinde sadece araştırmacının ulaşabileceği şekilde depolanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesi için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama±standart sapma ile değerlendirilmiştir. Sürekli değerşkenlerin karşılaştırılmasında verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro Wilks testi ile saptanmıştır. Kendi içinde iki gruba ayrılan değerşkenlerin analizi için Student t-testi analizi, ikiden fazla gruba ayrılanlar için One Way anova analizi uygulanmıştır. Tek yönlü anova analizinde farklılaşmanın yönünün belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden Tukey ve LSD testleri yapılmıştır. YCDÖ, CÖYÖ ve ÇYBSİÖ arasındaki ilişkilerin tespit edilebilmesi amacıyla Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. YCDÖ, CÖYÖ ve ÇYBSİÖ belirleyicilerinin ortaya koyulması amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık 0,05 düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Çizelge 4.1’de çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Katılımcıların %85,2’si kadın, %14,8’i erkek; %48,9’u üniversite, %37,5’i lise, %13,6’sı ilkokul- ortaokul mezunudur. Katılımcıların yaş ortalaması 36.14 ± 7.70 olup, %54,5’i 31-40 yaş, %20,5’i 21-30 yaş, %20,5’i 41-50 yaş ve %4,5’i 51-60 yaş aralığındadır. Katılımcıların %3,4’ü bekar, %96,6’sı evli; %61,4’ü çalışmakta, %38,6’sı çalışmamakta; %83’ü çekirdek ailede, %17’si geniş ailede yaşamakta; %72,7’isi gelirini giderinden az, %19,3’ü gelirini giderine denk ve %8’i gelirini giderinden fazla olarak belirtmektedir (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Cinsiyet	n	%
Kadın	75	85,2
Erkek	13	14,8
Öğrenim Durumu		
İlkokul- Ortaokul Mezun	12	13,6
Lise Mezun	33	37,5
Üniversite Mezun	43	48,9
Yaş		
21-30 yaş	18	20,5
31-40 yaş	48	54,5
41-50 yaş	18	20,5
51-60 yaş	4	4,5
Medeni Durum		
Bekar	3	3,4
Evli	85	96,6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	54	61,4
Çalışmıyor	34	38,6
Aile Tipi		
Çekirdek	73	83,0
Geniş	15	17,0
Algılanan Sosyoekonomik Durum		
Gelir giderden az	64	72,7
Gelir gideri karşılıyor	17	19,3
Gelir giderden fazla	7	8,0

Çizelge 4.2’de çalışmaya katılan bireylerin hastalık ve hastalık süreçlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Katılımcıların %84,9’unun Crohn Hastalığı (CH), %15,9’unun Ülseratif Kolit (ÜK) hastalığına sahip olduğu; %29,5’inin 1-18 ay, %29,5’inin 19-36 ay, %13,6’sının 37-54 ay, %18,2’sinin 55-72, %4,5’inin 72-90 ay ve %4,5’inin 91 ay ve üzeri süredir bu hastalığa sahip olduğu görülmektedir. Hastalık sürecinde yaşanan sorunlar incelendiğinde; katılımcıların %88,6’sı karın ağrısı çektiğini, %93’ü sık dışkılama ihtiyacı hissettiğini, %87,5’i kanlı dışkıladığını, %83’ü yorgun hissettiğini, %59,1’i ateş sorunu yaşadığını, %65,9’u hastalık sürecinde aşırı kilo kaybettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %61,4’ünün yılda 1-2 kere, %20,5’inin yılda 2-3 kere, %5,7’sinin yılda 3-4 kere hastaneye yatış yaptığı; %12,5’inin ise hiç yatış yapmadığı belirlenmiştir. Bu yatışların her seferinde ne kadar sürdüğüne bakıldığında; %31,8’inin 15-30 gün, %58’inin 0-15 gün ve %10,2’sinin 30 ve üzeri gün hastanede yattığı görülmüştür. Hastaların %77,3’ü daha önce hiç kolostomi açılmadığını, %15,9’u geçici kolostomi açıldığını ve %6,8’i kalıcı kolostomi açıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Çalışmaya katılan bireylerin hastalık ve hastalık süreçlerine ilişkin özelliklerin dağılımı

Özellik	n	%
Tanı		
CH	74	84,1
ÜK	14	15,9
Hastalık Süresi (ay)		
1-18	26	29,6
19-36	26	29,6
37-54	12	13,6
55-72	16	18,2
73-90	4	4,5
91 ve üzeri	4	4,5
Hastalığa Bağlı Yaşanan Sorunlar		
Karın ağrısı/kramp		
Hayır	10	11,4
Evet	78	88,6
Sık dışkılama ihtiyacı		
Hayır	6	6,8
Evet	82	93,2
Kanlı dışkılama		
Hayır	11	12,5
Evet	77	87,5
Yorgunluk		
Hayır	15	17,0
Evet	73	83,0
Ateş		
Hayır	36	40,9
Evet	52	59,1
Kilo kaybı		
Hayır	30	34,1
Evet	58	65,9
Hastaneye yatma sıklığı		
Hiç yatmamış	11	12,5
Yılda 1-2 kere	54	61,4
Yılda 2-3 kere	18	20,5
Yılda 3-4 kere	5	5,7
Her seferinde hastanede kalma süresi		
0-15	51	58,0
15-30	28	31,8
30 ve üzeri	9	10,2
Kolostomi açılma durumu		
Evet (Geçici)	14	15,9
Evet (Kalıcı)	6	6,8
Hayır	68	77,3

Çizelge 4.3'te katılımcıların YCDÖ, CÖYÖ ve ÇYBSİÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Katılımcıların YCDÖ puan ortalaması $49,77 \pm 22,65$, CÖYÖ puan ortalaması $36,95 \pm 4,79$ ve ÇYBSİÖ puan ortalaması $167,76 \pm 33,15$ 'tir (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Çalışmaya katılan bireylerin Yeni Cinsel Doyum Ölçeği, Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği ve Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeğinden aldıkları puanlar

Ölçek	\bar{X}	SS	Cronbach Alpha
Yeni Cinsel Doyum Ölçeği	49,77	22,65672	0,979
Cinsel Öz-Yeterlilik Ölçeği	36,95	4,79202	0,600
Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği	167,76	33,15793	0,911

4.1. Cinsel Doyum

Çizelge 4.4'te çalışmaya katılan bireylerin YCDÖ puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. YCDÖ puan ortalamaları açısından cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu ve aile tipi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$). YCDÖ puan ortalamaları açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup ($p < 0.05$); 21-30 yaş aralığındaki grubun ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir. YCDÖ puan ortalamaları açısından sosyoekonomik durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup ($p < 0.05$); geliri giderinden az olan grubun ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir (Çizelge 4.4) .

Çizelge 4.4. Çalışmaya katılan bireylerin Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	n	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	p	
Cinsiyet	Kadın	75	49,82±21,09	t: ,053	0.958
	Erkek	13	49,46±31,26		
Öğrenim Durumu	İlkokul Mezunu	9	35,99±26,64	2.051	0.113
	Ortaokul Mezunu	3	47,33±10,26		
	Lise Mezunu	33	47,39±21,02		
	Üniversite Mezunu	43	54,72±22,66		
Yaş	21-30 yaş ¹	18	66,00±18,67	F: 5.385	0.002* Fark: 1-2, 1-4
	31-40 yaş ²	48	45,66±22,83		
	41-50 yaş ³	18	49,00±18,92		
	51-60 yaş ⁴	4	29,50±17,69		
Medeni Durum	Bekar	3	50,00±8,71	t:0.018	0,986
	Evli	85	49,76±23,01		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	54	50,31±23,88	t:0,281	0,779
	Çalışmıyor	34	48,91±20,88		
Aile Tipi	Çekirdek	73	50,5616±22,71	t:0,719	0,474
	Geniş	15	45,9333±22,73		
Sosyo-ekonomik Durum	Gelir giderden az ¹	64	53,67±22,70	F: 3,904	0,024* Fark: 1-2, 1-3
	Gelir gideri karşılıyor ²	17	41,17±19,93		
	Gelir giderden fazla ³	7	35,00±18,61		

t: Student T-Testi F: One-Way Anova Analizi

Çizelge 4.5.'te çalışmaya katılan bireylerin YCDÖ puan ortalamalarının hastalık ve hastalık süreçlerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. YCDÖ puan ortalamaları açısından tanı, karın ağrısı/kramp, sık dışkılama ihtiyacı, kanlı dışkılama, yorgunluk, ateş, hastaneye yatma sıklığı, her seferinde hastanede kalma süresi ve kolostomi açılma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). YCDÖ puan ortalamaları açısından hastalık süresi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup ($p<0.05$); 1-18 ay aralığında hastalık süresine sahip olan grubun ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir. YCDÖ puan ortalamaları açısından kilo kaybı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup ($p<0.05$); kilo kaybedenlerin puan ortalaması kilo kaybetmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksektir (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Çalışmaya katılan bireylerin Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) puan ortalamalarının hastalık ve hastalık süreçlerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı

	Özellikler	n	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	p
Tanı	Crohn Hastalığı	74	49,14±23,88	t:-0,592	0,556
	Ülseratif Kolit	14	53,07±14,72		
Hastalık Süresi (ay)	1-18 ¹	26	61,96±24,75	F: 2,753	0,024* Fark: 1-2,3,4,6
	19-36 ²	26	46,00±15,82		
	37-54 ³	12	46,00±22,88		
	55-72 ⁴	16	42,43±21,51		
	73-90 ⁵	4	42,75±24,84		
	91 ve üzeri ⁶	4	33,00±18,38		
Hastalığa Bağlı Yaşanan Sorunlar					
Karın ağrısı/kramp	Hayır	10	40,30±24,77	t:-1,412	0,161
	Evet	78	50,98±22,25		
Sık dışkılama ihtiyacı	Hayır	6	54,50±24,59	t:0,527	0,599
	Evet	82	49,42±22,63		
Kanlı dışkılama	Hayır	11	42,36±13,73	t:-1,162	0,249
	Evet	77	50,83±23,53		
Yorgunluk	Hayır	15	43,40±25,59	t:-1,199	0,234
	Evet	73	51,08±21,96		
Ateş	Hayır	36	47,91±23,93	t:-0,637	0,526
	Evet	52	51,05±21,87		
Kilo kaybı	Hayır	30	42,26±22,25	t:-2,289	0,025*
	Evet	58	53,65±22,05		
Hastaneye yatma sıklığı	Hiç yatmamış	11	58,45±26,21	F:1,845	0,145
	Yılda 1-2 kere	54	50,23±21,06		
	Yılda 2-3 kere	18	40,55±22,06		
	Yılda 3-4 kere	5	58,60±28,40		
Her seferinde hastanede kalma süresi	0-15	51	53,88±23,19	F:2,043	0,136
	15-30	28	44,14±20,31		
	30 ve üzeri	9	44,00±23,89		
Kolostomi açılma durumu	Evet (Geçici)	14	43,2857±16,03	F:0,808	0,449
	Evet (Kalıcı)	6	46,5000±27,86		
	Hayır	68	51,3971±23,37		

t: Student T-Testi F: One Way Anova Analizi

Çizelge 4.6'da çalışmaya katılan bireylerin bazı özelliklerinin yeni cinsel doyum ölçeğinden aldıkları puanları etkileyen faktörlere yönelik çoklu regresyon analizi yer almaktadır. Çoklu regresyon analizi, yaş, kilo kaybı ve her seferinde hastanede kalma süresinin cinsel doyumunu anlamlı olarak yordadığını belirlemiştir ($p < 0,05$). Modelde varyansın %21'i bağımsız

değişkenler tarafından açıklanmıştır. Cinsel doyumu yaşın azalışı %37, kilo kaybı %29 ve her seferinde hastanede yatış süresinin azalışı %21 oranında artırmaktadır (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Çalışmaya katılan bireylerin bazı özelliklerinin Yeni Cinsel Doyum Ölçeğinden aldıkları puanları etkileyen faktörlere yönelik çoklu regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	β	t	p	R ²	Adj R ²
Yaş	-1,101	0,282	-0,374	-3,908	0,000		
Kilo Kaybı	14,019	4,559	0,295	3,075	0,003	0,459	0,213
Her Seferinde Hastanede Kalma Süresi	-7,075	3,186	-0,212	-2,221	0,029		

B: Regresyon katsayısı SE: Standart Hata β : Tahmini risk oranı R²: Açıklanan varyans
Adj R²: Düzeltilmiş R² *p<0.05

4.2. Cinsel Öz-Yeterlik

Çizelge 4.7’de çalışmaya katılan bireylerin CÖYÖ puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. CÖYÖ puan ortalamaları açısından öğrenim durumu, yaş, medeni durum, çalışma durumu, aile tipi ve sosyoekonomik durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05). CÖYÖ puan ortalamaları açısından cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup (p<0.05); erkeklerin kadınlara göre CÖYÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Çalışmaya katılan bireylerin Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	Özellik	n	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	p
Cinsiyet	Kadın	75	36,52±5,03	t:-2,082	0,040*
	Erkek	13	39,46±1,45		
Öğrenim Durumu	İlkokul Mezunu	9	37,33±4,21	F:0,081	0,970
	Ortaokul Mezunu	3	36,33±3,51		
	Lise Mezunu	33	36,69±4,48		
	Üniversite Mezunu	43	37,11±5,30		
Yaş	21-30 yaş	18	39,16±2,43	F:2,464	0,068
	31-40 yaş	48	35,87±5,67		
	41-50 yaş	18	37,83±3,14		
	51-60 yaş	4	36,00±4,32		
Medeni Durum	Bekar	3	38,66±2,30	t:0,627	0,532
	Evli	85	36,89±4,85		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	54	37,24±5,02	t:0,704	0,483
	Çalışmıyor	34	36,50±4,43		
Aile Tipi	Çekirdek	73	37,38±4,59	t:1,880	0,064
	Geniş	15	34,86±5,31		
Sosyoekonomik Durum	Gelir giderden az	64	37,32±4,62	F:1,281	0,283
	Gelir gideri karşılıyor	17	35,29±4,63		
	Gelir giderden fazla	7	37,57±6,42		

t: Student T-Testi F:One Way Anova Analizi

Çizelge 4.8’de çalışmaya katılan bireylerin CÖYÖ puan ortalamalarının hastalık ve hastalık süreçlerine ilişkin özellikleri göre dağılımı yer almaktadır. CÖYÖ puan ortalamaları açısından, tanı, hastalık süresi (ay), karın ağrısı/kramp, sık dışkılama ihtiyacı, kanlı dışkılama, yorgunluk, ateş, kilo kaybı, hastaneye yatma sıklığı, her seferinde hastanede kalma süresi ve kolostomi açılma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. Çalışmaya katılan bireylerin Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği puan ortalamalarının hastalık ve hastalık süreçlerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı

	Özellik	n	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	p
Tanı	Crohn Hastalığı	74	37,00±4,89	t: 0,203	0,839
	Ülseratif Kolit	14	36,71±4,33		
Hastalık Süresi (ay)	1-18	26	38,76±2,90	F: 1,735	0,136
	19-36	26	35,07±5,72		
	37-54	12	37,50±5,21		
	55-72	16	37,18±4,81		
	73-90	4	36,00±4,89		
	91 ve üzeri ⁶	4	35,75±4,34		
Hastalığa Bağlı Yaşanan Sorunlar					
Karın ağrısı/kramp	Hayır	10	34,70±7,19	t: -1,594	0,115
	Evet	78	37,24±4,37		
Sık dışkılama ihtiyacı	Hayır	6	37,83±3,37	t: 0,463	0,644
	Evet	82	36,89±4,88		
Kanlı dışkılama	Hayır	11	37,54±5,00	t: 0,435	0,665
	Evet	77	36,87±4,78		
Yorgunluk	Hayır	15	36,20±5,33	t: -0,667	0,506
	Evet	73	37,10±4,69		
Ateş	Hayır	36	36,72±5,30	t: -0,377	0,707
	Evet	52	37,11±4,45		
Kilo kaybı	Hayır	30	36,06±5,58	t: -1,254	0,213
	Evet	58	37,41±4,30		
Hastaneye yatma sıklığı	Hiç yatmamış	11	39,00±2,40	F: 1,357	0,262
	Yılda 1-2 kere	54	37,00±4,69		
	Yılda 2-3 kere	18	35,38±5,77		
	Yılda 3-4 kere	5	37,60±5,36		
Her seferinde hastanede kalma süresi	0-15	51	37,60±4,05	F: 1,369	0,260
	15-30	28	36,35±5,53		
	30 ve üzeri	9	35,11±5,94		
Kolostomi açılma durumu	Evet (Geçici)	14	34,71±5,29	F:1,972	0,145
	Evet (Kalıcı)	6	36,50±4,27		
	Hayır	68	37,45±4,65		

t: Student T-Testi F: One Way Anova Analizi

Çizelge 4.9’da çalışmaya katılan bireylerin bazı özelliklerinin cinsel öz-yeterlilik ölçeğinden aldıkları puanları etkileyen faktörlere yönelik çoklu regresyon analizi yer almaktadır. Çoklu regresyon analizi, cinsiyet, aile tipi, kilo kaybı, geçici/kalıcı kolostomi açılma durumunun cinsel öz-yeterliliği anlamlı olarak yordadığını belirlemiştir ($p < 0,05$). Modelde varyansın %14’ü bağımsız değişkenler tarafından açıklanmıştır. Cinsel öz-yeterliliği cinsiyetin erkek

oluşu %28, aile tipinin çekirdek oluşu %20, kilo kaybı %25 ve kolostomi açılma durumu %20 oranında artırmaktadır (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. Çalışmaya katılan bireylerin bazı özelliklerinin Cinsel Öz-yeterlilik Ölçeğinden aldıkları puanları etkileyen faktörlere yönelik çoklu regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²	<i>Adj R</i> ²
Cinsiyet	3,821	1,381	0,285	2,768	0,007		
Aile Tipi	-2,536	1,284	-0,200	-1,974	0,052	0,180	0,140
Kilo Kaybı	2,557	1,048	0,254	2,441	0,017		
Geçici/kalıcı kolostomi açılma durumu	1,334	0,655	0,209	2,037	0,045		
B: Regresyon katsayısı Adj R ² : Düzeltilmiş R ²	SE: Standart Hata * <i>p</i> <0.05	β : Tahmini risk oranı	R ² : Açıklanan varyans				

4.3. Beden İmajı

Çizelge 4.10'da çalışmaya katılan bireylerin ÇYBSİÖ puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. ÇYBSİÖ puan ortalamaları açısından cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, aile tipi ve sosyoekonomik durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (*p*>0.05). ÇYBSİÖ puan ortalamaları açısından öğrenim durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup (*p*<0.05); üniversite mezunu bireylerin ÇYBSİÖ puan ortalaması ilkokul mezunu ve lise mezunu bireylerden anlamlı düzeyde yüksektir. ÇYBSİÖ puan ortalamaları açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup (*p* <0.05); 21-30 yaş grubundaki bireylerin ÇYBSİÖ puan ortalaması diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha yüksektir (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Çalışmaya katılan bireylerin Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği (ÇYBSİÖ) puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	Özellikler	n	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	p
Cinsiyet	Kadın	75	166,25±31,56	t: -1,025	0,308
	Erkek	13	176,46±41,61		
Öğrenim Durumu	İlkokul Mezunu ¹	9	152,11±38,10	F: 3,276	0,025* Fark: 4-1,3
	Ortaokul Mezunu ²	3	151,00 ±20,07		
	Lise Mezunu ³	33	159,72±29,07		
	Üniversite Mezunu ⁴	43	178,37±33,15		
Yaş	21-30 yaş ¹	18	191,11±31,60	F: 4,472	0,004* Fark: 1-2,3,4
	31-40 yaş ²	48	163,22±33,06		
	41-50 yaş ³	18	162,11±27,10		
	51-60 yaş ⁴	4	142,50±17,25		
Medeni Durum	Bekar	3	160,66±28,50	t: -0,375	0,708
	Evli	85	168,01±33,42		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	54	171,59±37,30	t: 1,373	0,173
	Çalışmıyor	34	161,67±24,52		
Aile Tipi	Çekirdek	73	169,73±33,27	t: 1,239	0,219
	Geniş	15	158,13±31,90		
Sosyo-ekonomik Durum	Gelir giderden az	64	171,00±34,10	F: 2,233	0,113
	Gelir gideri karşılıyor	17	152,82±24,32		
	Gelir giderden fazla	7	174,42±36,80		

t: Student T-Testi F:One Way Anova

Çizelge 4.11’de çalışmaya katılan bireylerin ÇYBSİÖ puan ortalamalarının hastalık ve hastalık süreçlerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. ÇYBSİÖ puan ortalamaları açısından, tanı, karın ağrısı/kramp, sık dışkılama ihtiyacı, kanlı dışkılama, yorgunluk, ateş, kilo kaybı, her seferinde hastanede kalma süresi ve kolostomi açılma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) ÇYBSİÖ puan ortalamaları açısından hastalık süresi (ay) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup ($p<0.05$); 1-18 ay hastalık süresine sahip olan bireylerin 19-36 ay, 37-54 ay, 55-72 ay ve 91 ve üzeri ay hastalık süresine sahip bireylere göre ÇYBSİÖ puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir. ÇYBSİÖ puan ortalamaları açısından hastaneye yatma sıklığı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup ($p<0.05$); daha önce hiç hastaneye yatmamış olan bireylerin yılda 1-2 kez ve 2-3 kez hastaneye yatış yapmış olan bireylere göre ÇYBSİÖ puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir. (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. Çalışmaya katılan bireylerin Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği (ÇYBSİÖ) puan ortalamalarının hastalık ve hastalık sürelerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı

	Özellik	n	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	p
Tanı	Crohn Hastalığı	74	169,33±34,76	t: 1,026	0,308
	Ülseratif Kolit	14	159,42±21,99		
Hastalık Süresi (ay)	1-18 ¹	26	187,84±32,44	F: 4,095	0,002* Fark: 1-2,3,4,6
	19-36 ²	26	164,84±20,77		
	37-54 ³	12	158,66±37,96		
	55-72 ⁴	16	157,81±31,35		
	73-90 ⁵	4	160,75±51,16		
	91 ve üzeri ⁶	4	130,25±18,02		
Hastalığa Bağlı Yaşanan Sorunlar					
Karın ağrısı/kramp	Hayır	10	155,50±33,83	t: -1,246	0,216
	Evet	78	169,33±32,96		
Sık dışkılama ihtiyacı	Hayır	6	168,50±44,03	t: 0,056	0,955
	Evet	82	167,70±32,57		
Kanlı dışkılama	Hayır	11	167,00±32,78	t: -0,081	0,936
	Evet	77	167,87±33,42		
Yorgunluk	Hayır	15	159,26±32,09	t: -1,091	0,279
	Evet	73	169,50±33,31		
Ateş	Hayır	36	165,52±35,94	t:-0,524	0,602
	Evet	52	169,30±31,35		
Kilo kaybı	Hayır	30	165,76±36,94	t:-0,404	0,687
	Evet	58	168,79±31,31		
Hastaneye yatma sıklığı	Hiç yatmamış ¹	11	194,18±30,73	F: 2,871	0,041* Fark: 1-2,3
	Yılda 1-2 kere ²	54	164,42±30,45		
	Yılda 2-3 kere ³	18	161,94±38,21		
	Yılda 3-4 kere ⁴	5	166,60±28,81		
Her seferinde hastanede kalma süresi	0-15	51	173,00±30,97	F: 1,535	0,221
	15-30	28	160,75±35,95		
	30 ve üzeri	9	159,88±34,34		
Kolostomi açılma durumu	Evet (Geçici)	14	155,85±19,90	F: 2,166	0,121
	Evet (Kalıcı)	6	151,33±41,77		
	Hayır	68	171,66±33,93		
t: Student T-Testi	F:One Way Anova				

Çizelge 4.12'de çalışmaya katılan bireylerin bazı özelliklerinin çok yönlü beden self ilişkileri ölçeğinden aldıkları puanları etkileyen faktörlere yönelik çoklu regresyon analizi

yer almaktadır. Çoklu regresyon analizi hastalık süresi, öğrenim durumu, cinsiyet faktörlerinin beden imajını anlamlı olarak yordadığını belirlemiştir ($p<0,05$). Modelde varyansın %24'ü bağımsız değişkenler tarafından açıklanmıştır. Beden imajını hastalık süresinin azalması %43, öğrenim durumunun artışı %19, ve cinsiyetin erkek oluşu %19 oranında artırmaktadır (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12. Çalışmaya Katılan Bireylerin Bazı Özelliklerinin Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeğinden Aldıkları Puanları Etkileyen Faktörlere Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

Değişkenler	B	SE	β	t	p	R ²	Adj R ²
Hastalık Süresi	-0,533	0,121	-0,433	-4,414	0,000		
Öğrenim Durumu	6,970	3,388	0,197	2,057	0,043	0,266	0,239
Cinsiyet	18,256	8,913	0,196	2,048	0,044		

B: Regresyon katsayısı SE: Standart Hata β : Tahmini risk oranı R²: Açıklanan varyans
Adj R²: Düzeltilmiş R² *p<0.05

4.4. Ölçekler Arası Korelasyonlar

Çizelge 4. 13'te çalışmaya katılan bireylerin yeni cinsel doyum ölçeği, cinsel öz-yeterlik ölçeği ve çok yönlü beden-self ilişkileri ölçeği arasındaki ilişki yer almaktadır. Çizelge 4.13'te görüldüğü gibi YCDÖ ile CÖYÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon olduğu; YCDÖ ile ÇYBSİÖ arasında pozitif yönde yüksek düzeyde bir korelasyon olduğu; ÇYBSİÖ ile CÖYÖ Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13. Çalışmaya katılan bireylerin Yeni Cinsel Doyum Ölçeği, Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği ve Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği arasındaki ilişki

Değişkenler	Cinsel Doyum	Cinsel Öz-Yeterlilik	Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri
Cinsel Doyum	1		
Cinsel Öz-Yeterlilik	0,340** p: 0.001	1	
Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri	0,695** p: 0.000	0,328** p: 0.002	1

*p <0.05

** Pearson Korelasyon Testi

5. TARTIŞMA

5.1. Cinsel Doyum

Cinsel doyum, kişinin hayatındaki değişikliklerden etkilenmekte ve cinsel doyumdaki değişimler bireyi biyopsikososyal yönden etkilemektedir (Althof vd.,2010). Çalışmamızda yer alan katılımcıların YCDÖ puan ortalaması $49,77 \pm 22,65$ bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük-en yüksek puan aralığı 20-100 olduğu düşünüldüğünde çalışmamıza katılan bireylerin orta seviyede bir cinsel doyuma sahip oldukları söylenebilir.

Çalışmamızda cinsel doyumun yaş (21-30 yaş grubunun daha ileri yaş gruplarına göre daha yüksek cinsel doyuma sahip oldukları), kilo kaybı (kilo kaybı yaşayanların yaşamayanlara göre daha yüksek cinsel doyuma sahip oldukları), hastalık süresi (1-18 ay aralığında hastalık süresine sahip olan grubun daha yüksek hastalık süresine sahip olanlara göre daha yüksek cinsel doyuma sahip oldukları) ve her yatışta hastanede kalma süresi (süre arttıkça cinsel doyumun azaldığı) değişkenlerinden etkilendiği saptanmıştır. İBH hastalarının cinsel doyumunu ve etkileyen faktörleri ortaya koyan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Örneğin İBH hastalarında cinsel doyumun yaş ile ilişkilendiren bir çalışmaya rastlanmamış, ancak İBH hastalarının cinsel ilgi ve memnuniyetin araştırıldığı, 2569 katılımcıyla yapılan bir çalışmada, ilerleyen yaşla birlikte cinsel aktiviteye ilgi ve cinsel yaşamdan memnuniyetin azaldığı bulunmuştur (Eluri vd., 2018). Bu çalışmadan yola çıkarak çalışma bulgumuzun, 21-30 yaş grubunun cinsel yaşamın en aktif olduğu genç erişkinlik dönemine denk gelmesinden kaynaklandığı düşünülebilir. İBH hastalarıyla yapılan cinsel doyum çalışmalarında kilo kaybıyla ilişkili sonuç bulunamamıştır. Ancak Thabet ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada obez ve normal kilodaki bireyler arasında obez bireylerin beden imajından memnuniyetsizliğin normal kiloda olan bireylere göre daha fazla olduğu ve bu hastalarda cinsel doyumun düşük olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma bulguları yapmış olduğumuz çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Çalışma bulgumuzun zayıf olmanın güzel/yakışıklı olmakla ilişkilendirildiği algıdan kaynaklı olduğu düşünülebilir. İBH hastalarının cinsel doyumunu ile hastanede kalış süre ya da sıklığını araştıran herhangi bir çalışma bulgusuna rastlanmamıştır. Ancak literatürde İBH hastalarının yaşadığı perianal fistül, ishal, idrar kaçırma, karın ağrısı, çoklu ilaç tedavileri, ameliyat ve zayıflatıcı semptomların cinselliği olumsuz etkilediği (Sanders vd., 2016) belirtilmektedir. Yapılan bir araştırmada kadınların yarısının ve erkek hastaların üçte birinin İBH tanısı aldıktan sonra

cinsel doyumlarının kötüleştiği sonucuna ulaşılmıştır (Marín vd., 2013). İBH olan 2151 hasta üzerinde yapılan bir ankette, katılımcıların %80'i semptomların cinsel doyumlarını etkilediğini ve cinsel doyumun azalmasının artan hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Marín vd., 2013). Hastalık süresinin artışı hastalıkla, semptomlarla, komplikasyonlarla birlikte geçen sürenin uzaması anlamına gelmektedir. Hastalıkla geçen süre uzadıkça hastalığın şiddeti ve seyri de ağırlaşabilir, komplikasyonlar olabilir. Bu doğrultuda sonucumuzun hastalık ilerledikçe semptomların artış göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca İBH olan bireylerin atak dönemlerinde hastaneye yatmaları cinsel partnerlerinden ayrı kalmalarına neden olmakta ve hastaneye yatış ne kadar sık ve uzun olursa bu durumun partnerler arasındaki cinselliği olumsuz etkileyebileceği ve cinsel doyumunu düşürebileceği düşünülmektedir.

5.2. Cinsel Öz-Yeterlik

İBH olan bireylerin hastalığa bağlı yaşadıkları problemler nedeniyle cinsel yaşamları etkilenebilmektedir (Marín vd., 2013). Çalışmamızda yer alan katılımcıların CÖYÖ ortalaması $36,95 \pm 4,79$ bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 40 olduğu düşünüldüğünde çalışmamıza katılan bireylerin yüksek seviyede bir cinsel öz-yeterliliğe sahip oldukları söylenebilir.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların cinsel öz-yeterliliklerinin cinsiyet (erkeklerin kadınlara göre daha yüksek cinsel öz-yeterliliğe sahip oldukları), kolostomi açılma durumu (kolostomi açılmasının cinsel öz-yeterliliği %20 oranında arttırdığı) ve aile tipi (çekirdek ailede yaşamanın cinsel öz-yeterliliği %20 oranında arttırdığı) değişkenlerinden etkilendiği saptanmıştır. Literatürde İBH hastalarında cinsel öz-yeterliliğin ve bu durumu etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, Çelik (2012) tarafından farklı bir grupta yapılan araştırmada erkeklerin cinsel öz-yeterliliklerinin kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun erkeklerin kadınlara göre daha rahat bir cinsel yaşam sürdürebilmesi, erkeklerin cinselliklerinin bir güç olarak görülmesi ve kullanılması, erkeklerin kadınlara göre cinsel konularda daha rahat konuşup paylaşımında bulunabilmesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürde kolostomi açılmasının İBH hastalarında cinsel öz-yeterliliği etkilediğine dair bir bulguya rastlanmamıştır. Bulgumuzun İBH olan bireylerin yaşadığı sorunların (sık dışkılama, kanlı dışkılama, karın ağrısı, yorgunluk vs.) kolostomi açıldıktan sonra azalmasıyla birlikte günlük yaşam aktivitelerinde

olumlu değişikliklerin yaşanmasından ve bu durumun cinselliğe olumlu yansımından kaynaklandığı düşünölmektedir. Çalışmamızda çekirdek aile tipine sahip İBH olan bireylerin cinsel öz-yeterliliklerinin yüksek bulunmasının ise geniş aileye nazaran çekirdek ailede mahremiyet kaygısı yaşanmadan daha rahat bir cinsel deneyimin yaşanabilmesi olanağından kaynaklandığı düşünölmüştür.

5.3. Beden İmajı

Beden imajı karın ağrısı, kramp, sık ve kanlı dışkılama, inkontinans, halsizlik, kilo alma ya da kilo kaybı, depresyon gibi fiziksel sorunlardan olumsuz etkilenmektedir (Öz, 2010). Çalışmamızda bireylerin beden imajını belirlemeye yönelik ÇYBSİÖ kullanılmış ve ortalaması $167,76 \pm 33,15$ olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük-en yüksek puan aralığı 57-285 olduğu düşünöldüğünde çalışmamıza katılan bireylerin ortanın üzerinde bir beden imajına sahip oldukları söylenebilir. Çalışmamızda hastaların yüksek beden imajına sahip olmalarının örneklem grubumuzdaki hastaların çoğunluğunun (%59,2) komplikasyonların yoğun yaşanmadığı ilk 3 yıllık süreçte olmalarından kaynaklandığı düşünölebilir.

Çalışmamızda İBH hastalarının beden imajının cinsiyet (kadınların erkeklere göre daha düşük beden imajına sahip olduğu), yaş (ileri yaştakilerin genç yaştakilerden daha düşük beden imajına sahip olduğu), öğrenim durumu (öğrenim durumu düşük olanların yüksek olanlardan daha düşük beden imajına sahip oldukları), hastalık süresi (hastalık süresi uzun olanların kısa olanlara göre daha düşük beden imajına sahip oldukları) ve hastaneye yatma sıklığı (daha sık yatanların daha düşük beden imajına sahip oldukları) değişkenlerine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Literatürde İBH hastalarının beden imajlarını ve etkileyen faktörleri ortaya koyan çok sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. İBH hastalarında yaşanan cinsel fonksiyon ve beden imajı sorunlarının incelendiği 56 çalışmanın sistematik derlemesinde; hastaların yaklaşık üçte ikisinin beden imajlarında bozulma olduğu ve bu durumun kadınlarda daha fazla yaşandığı saptanmıştır (Jedel vd., 2015). Kadınlarda beden imajı sorunlarının daha fazla görölmesinin kadınların dış görünüşlerine ve bedenlerine erkeklerden daha çok önem vermelerinden kaynaklandığı düşünölmektedir. İBH'nın sıklıkla 15-25 yaş aralığında ve 55-65 yaş aralığında göröldüğü, en sık 21-30 yaşta, bunların ardından 51-60 yaşta pik yaptığı belirlenmiştir (Tözün vd., 2009; Rıcanek vd., 2011; Keeton vd., 2015). Yapılan iki ayrı çalışmada, genç yaşta olmanın İBH hastalarında beden imajını

açısından risk oluşturduğu belirlenmiştir (McDermott vd., 2014; McDermott vd., 2015). Bazı çalışmalarda ise beden imajı ile yaş arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Saha vd., 2015, Trindade vd., 2017). IBH hastalarının öğrenim durumları ile beden imajlarının kıyaslandığı herhangi bir çalışma sonucuna rastlanmamakla birlikte, Kurt ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada eğitim durumu lisans ve lisansüstü olan bireylerin beden imajlarının eğitimi ilkököl ve lise mezunu olan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulgumuzun eğitim düzeyi arttıkça oluşan kendine güven duygusundan ve sağlık okuryazarlığının artmasından (Sezer, 2012) kaynaklandığı düşünülmektedir. Yine IBH hastalarının hastaneye yatış sıklığı ve hastaneden kalma süresinin beden imajına etkisini araştıran herhangi bir çalışma bulgusu bulunamamıştır. Çalışma bulgumuzdaki hastaneye yatış sıklığı ve hastane kalış süresindeki artışın bu dönemdeki artan semptomlar (karın ağrısı, sık ve kanlı dışkılama (zaman zaman 30-40 kez/gün) , kilo alma ya da kilo kaybı, anal apse ve fistüller, ateş, bulantı, kusma vs.) ve cinsel partnerden uzak kalma nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir.

5.4. Ölçekler Arası Korelasyonlar

YCDÖ ile ÇYBSİÖ arasında pozitif yönde yüksek düzeyde bir korelasyon olduğu ve beden imajı arttıkça cinsel doyumun arttığı belirlenmiştir. ÇYBSİÖ ile CÖYÖ puan ortalamaları arasında da pozitif yönde zayıf bir korelasyon olduğu ve beden imajı arttıkça cinsel öz-yeterliliğin arttığı belirlenmiştir. IBH hastalarında beden imajı, cinsel doyum ve cinsel öz-yeterliliğin körele edildiği bir çalışma bulgusuna rastlanmamıştır. Ancak farklı hasta popülasyonlarında yapılan çalışmalarda beden imajı memnuniyetsizliğinin aynı zamanda düşük cinsel doyum ile ilişkili olduğu (McDermott vd., 2015; Önen Sertöz vd., 2004) belirlenmiştir. Çalışmamızda bulunan korelasyonlar çift yönlü değerlendirilebilir. Bireylerin beden imajı algısı arttıkça kendilerini çekici bulma durumları da artarak daha rahat bir cinsellik yaşadıkları ya da cinsel doyum ya da özyeterlilikleri arttığında kendilerini daha çekici hissederek beden imajları artmış olabilir. Cinsel yaşamında doyumun olması öz-yeterliliği artırabileceği gibi, cinsel öz-yeterliliğin yüksek oluşu daha rahat bir cinsel yaşam ifadesini ve bu doğrultuda doyumunu artırmış olabilir.

5.5. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yanları

Araştırmanın İBH hastalarında çok nadir çalışılmış olan beden imajı ve cinselliği değerlendiriyor olması ve erkek ve kadınları bir arada değerlendiriyor olması çalışmanın güçlü yanlarıdır. Araştırmanın çevrimiçi yapılmış olması, tek merkezli olması ve verilerin hastaların kendi beyanlarına dayalı olması ise araştırmanın sınırlılıklarıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İBH olan bireylerin beden imajlarını, cinsel doyumlarını ve cinsel öz-yeterliliklerini değerlendirmek için yapmış olduğumuz çalışma sonucunda;

- ÇYBSİÖ puan ortalamasının $167,76 \pm 33,15$ olduğu
- Beden imajının yaş değişkenine göre farklılık gösterdiği ve 21-30 yaş arasındaki katılımcıların daha yüksek ($p < 0.05$) beden imajına sahip olduğu; yaş azaldıkça beden imajının yükseldiği ($p < 0.05$)
- Beden imajının hastalık süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği ve 1-18 ay hastalık süresine sahip olan bireylerin 19-36 ay, 37-54 ay, 55-72 ay ve 91 ve üzeri ay hastalık süresine sahip bireylere göre ÇYBSİÖ puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek ($p < 0.05$) beden imajına sahip oldukları; hastalık süresi arttıkça beden imajının düştüğü ($p < 0.05$)
- Beden imajının hastaneye yatma sıklığı değişkenine göre farklılık gösterdiği ve henüz hastaneye yatış yapmayan katılımcıların yılda 1-2 ve 2-3 kere yatış yapanlara göre daha yüksek ($p < 0.05$) beden imajına sahip oldukları; hastaneye yatma sıklığı arttıkça beden imajının düştüğü ($p < 0.05$)
- Öğrenim durumu yükseldikçe beden imajının yükseldiği ($p < 0.05$)
- Öğrenim durumunun imajındaki değişimi %19 oranında açıkladığı ($p < 0.05$)
- YCDÖ puan ortalamasının $49,77 \pm 22,65$ olduğu
- Cinsel doyumun yaş değişkenine göre anlamlı farklılık oluşturduğu ve 21-30 yaş grubunun diğerlerine göre daha yüksek ($p < 0.05$) cinsel doyuma sahip oldukları; yaş azaldıkça cinsel doyumun arttığı ($p < 0.05$)
- Cinsel doyumun kilo kaybı yaşama durumuna göre farklılaştığı ve kilo kaybı yaşayanların yaşamayanlara göre daha yüksek ($p < 0.05$) cinsel doyuma sahip oldukları; kilo kaybı arttıkça cinsel doyumun arttığı ($p < 0.05$)
- Hastalık süresi arttıkça cinsel doyumun azaldığı ($p < 0.05$)
- Hastanede kalma süresi arttıkça cinsel doyumun azaldığı ($p < 0.05$)
- Sosyoekonomik durum düştükçe cinsel doyumun arttığı ($p < 0.05$)
- CÖYÖ puan ortalamasının $36,95 \pm 4,79$ olduğu
- Cinsel öz-yeterliliğin cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterdiği ve erkeklerin kadınlara göre daha yüksek ($p < 0.05$) cinsel öz-yeterliliğe sahip olduğu

- Kolostomi açılma durumu arttıkça cinsel öz-yeterliliğin yükseldiği ($p<0.05$)
- Çekirdek aile tipine sahip olan bireylerde cinsel öz-yeterliliğin yükseldiği ($p< 0.05$)
- Kilo kaybı arttıkça cinsel öz-yeterliliğin yükseldiği ($p<0.05$)
- Beden imajı arttıkça cinsel doyumun arttığı ($p<0.05$)
- Beden imajı arttıkça cinsel öz-yeterliliğin arttığı ($p<0.05$) ve
- Cinsel doyum arttıkça cinsel öz-yeterliliğin arttığı ($p<0.05$) saptanmıştır.

Bulunan sonuçlar doğrultusunda hemşirelere;

- İBH olan bireylere bakım veren hemşirelerin bütüncül bakım kapsamında beden imajı ve cinselliği de ele almaları
- İBH hasta takip programlarına özellikle cinsellikleri ve beden imajlarıyla ilgili sorgulamaların dahil edilmesi
- İBH hastalarının beden imajı ve cinselliklerine yönelik değerlendirmelerine eşlerinin/partnerlerinin de katılması önerilmektedir.

Hemşire akademisyenlere ise;

- İBH hastalarının beden imajı ve cinsellikle ilgili yaşadıklarını ortaya koyan tanımlayıcı çalışmaları farklı popülasyonlarda araştırmaları
- İBH hastalarının beden imajı ve cinsellikle ilgili yaşadıkları sorunları etkileyen faktörleri saptayan ilişki arayıcı çalışmalar yapmaları
- İBH hastalarının beden imajı ve cinsellikle ilgili yaşantılarını derinlemesine anlamak için niteliksel araştırmalar yapmaları
- İBH hastalarının yaşadıkları beden imajı ve cinsellikle ilgili sorunların çözümüne yönelik girişimsel araştırmalar yapmaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akkan Çetinkaya, Z., Sezikli, M., Güzelbulut, F., Öztürk, M., Yetkin, D., Yeşil, A., ve Övünç Kurdaş, O. (2011). İnflamatuvar barsak hastalığında cinsel disfonksiyon varlığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 10(3), 104-107.
- Akobeng, A. K., and Gardener, E. (2016). Oral 5-aminosalicylic acid for maintenance of medically-induced remission in CH's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.
- Aksöyek, A., and Canatar, T. (2015). Cinsellik ve Cinsel Eğitim. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 9 (2), 54-58.
- Akyüz, Ü., ve Akyüz, F. (2011). İnflamatuvar bağırsak hastalığı mı? İrritabl bağırsak sendromu mu? *İç Hastalıkları Dergisi*; 18:35-40.
- Althof, S. E., Buvat, J., Gutkin, S. W., Beiger, M., Stothard, D. R and Fugl-Meyer, A. R. (2010). Sexual satisfaction in men with erectile dysfunction: Correlates and potential predictors. *Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 203-215.
- Aray, C. (2009). *Deneyisel kolit modeli üzerine glutamin, n-asetil sistein ve intrarektal metotreksatın etkilerinin incelenmesi*, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 28-31.
- Atay, T. (2004). Erkeklik en çok erkeği ezer. *Toplum ve Bilim*, 101, 11-30.
- Avalos, L. C., Tylka, T. L., and Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2, 285-297.
- Avşar, G., ve Kaşıkçı, M. (2009). Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 67-73.
- Ayaz, S. (2013). Sexuality and nursing process: A literature review. *Sexuality and Disability*; 31(1), 3-12.
- Aydınlı M, Koruk M. (2012). ÜK; Klinik doğal seyir ve prognoz. Ö. Şentürk (Ed.). *İnflamatuvar barsak hastalıkları*, Ankara: Epimat Ofset, 51-57.
- Aydıntuğ, O. (1992). Anti-nötrofil sitoplazmik anikorlar (ANCA) ile ilişkili hastalıklar. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 12, 222-230.
- Bailes, S., Creti, L., Fichten, C. S., Libman, E., Brender, W., and Amsel, R. (1998). Sexual selfefficacy scale for female functioning. In C.M. Davis, W.L. Yarber, R. Bauserman, G. Shreer, and S. L. Davis (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures*. London: Sage, 531-534.
- Barutçu, A. (2013). *Türkiye'de erkeklik inşasının bedensel ve toplumsal aşamaları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara,46-50.

- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1327-1333.
- Bates, J. (2011). Broaching sexual health issues with patients. *Nursing Times*;107(48), 20-22.
- Becker, C. B., Diedrichs, P. C., Jankowski, G., and Werchan, C. (2013). I'm not just fat, I'm old: Has the study of body image overlooked "old talk"? *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 1-12.
- Benchimol, E. I., To, T., Griffiths, A. M., Rabeneck, L., and Guttman, A. (2011). Outcomes of pediatric inflammatory bowel disease: socioeconomic status disparity in a universal-access healthcare system. *The Journal of Pediatrics*, 158(6), 960-967.
- Bennett, J. R., Colin-Jones, D. G., and Dyer, N. (1986). Management of ulcerative colitis. *Pract Prob Gastroenterol*, 99, 243-256.
- Bernstein, C. N., Fried, M., Krabshuis, J. H., Cohen, H., Eliakim, R., Fedail, S., and Watermeyer, G. (2010). World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the diagnosis and management of IBD in 2010. *Inflammatory Bowel Diseases*, 16(1), 112-124.
- Bernstein, C. N., Wajda, A., Svenson, L. W., MacKenzie, A., Koehoorn, M., Jackson, M., and Blanchard, J. F. (2006). The epidemiology of inflammatory bowel disease in Canada: a population-based study. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ ACG*, 101(7), 1559-1568.
- Biber Tanrısever, M. (2009). *ÜK ve CH hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon, Uzmanlık Tezi*, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Birol, L. (2011). *Hemşirelik süreci-hemşirelik bakımında. Sistematik yaklaşım*. (10. Baskı). İzmir: Etki Yayıncılık, 56-80.
- Borum, M. L., Igiehon, E., and Shafa, S. (2010). Physicians may inadequately address sexuality in women with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 16(2), 181-181.
- Bowlby J. (1969). *Attachment. Attachment and loss: Loss*. New York: Basic Books 1, 35-37.
- Bozdemir, N., ve Özcan, S. (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(4).
- Buhlmann, U., Cook, L. M., Fama, J. M., and Wilhelm, S. (2007). Perceived teasing experiences in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 4(4), 381-385.
- Bulut, E. A., and Törüner, M. (2019). The influence of disease type and activity to sexual life and health quality in inflammatory bowel disease. *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 30(1), 33.
- Buran, T. (2017). İnflamatuar Barsak hastalığında epidemiyoloji, prevalans ve insidans. *Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatoloji Özel Dergisi*, 10(1):15-17.

- Cameron, E., Ward, P., Mandville-Anstey, S.A., and Coombs, A. (2019). The female aging body: A systematic review of female perspectives on aging, health, and body image. *Journal Women Aging*, 231(1):3–17.
- Carter, M. J., Lobo, A. J., and Travis, S. P. L. (2004). Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*, 53(5),1-16.
- Cash, T. F. (1990). The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images. In T. F. Cash and T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press, 51-79.
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, 1, 1-5.
- Cash, T. F. (2008). *The body image workbook* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger, 2-10.
- Cash, T. F., and Szymanski, M. L. (1995). The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64(3), 466-477.
- Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I., and Perry, A. A. (2004). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983– 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1081–1089.doi: 10.1037/0022-006X.72.6.1081.
- Cash, T. F., and Fleming, E. C. (2002). The impact of body-image experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 455-460.
- Castro, M., Papadatou, B., Baldassare, M., Balli, F., Barabino, A., Barbera, C., and Oderda, G. (2008). Inflammatory bowel disease in children and adolescents in Italy: Data from the pediatric national IBD register (1996-2003) *Inflammatory Bowel Diseases*, 14(9), 1246-1252.
- Clark, L., and Tiggemann, M. (2008). Sociocultural and individual psychological predictors of body image in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology*, 44(4), 1124-1134. doi: 10.1037/0012-1649.44.4.1124.
- Cook-Cottone, C. P. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image*, 14,158–167. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.03.004.
- Çelik, E. (2012). *Evli bireylerin cinsel özgüven düzeyleri ile cinsel öz-yeterlik, evlilik yaşam doyumu ve cinsel utangaçlıklarının incelenmesi*. Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi, Sakarya, 5-30.
- Çetinkaya, Z. A., Sezikli, M., Güzelbulut, F., Öztürk, M., Yetkin, D., Yeşil, A. ve Kurdaş, O. Ö. (2011). İnflamatuvar barsak hastalığında cinsel disfonksiyon varlığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 10(3), 104-107.
- Deberry, J. J., Bielefeldt, K., Davis, B. M., Szigethy, E. M., Hartman, D. J., and Coates, M. D. (2014). Abdominal pain and the neurotrophic system in ulcerative colitis. *Inflammatory Bowel Diseases*, 20(12), 2330-2339.

- Demirbilek, S. (2007). Cinsiyet ayrımcılığının sosyolojik açıdan incelenmesi. *Finans Politik and Ekonomik Yorumlar*;44(511), 12-25.
- Demirkıran F., ve Terakye G., (2001). Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi. *Kriz Dergisi*, 9, 29-39.
- Desmond, D. M., Coffey, L., Gallagher, P., MacLachlan, M., Wegener, S. T., and O'Keeffe, F. (2012). *Limb amputation. In The Oxford handbook of rehabilitation psychology.* Oxford University Press, 1-53.
- Diaz, J. A., Griffith, R. A., Ng, J. J., Reinert, S. E., Friedmann, P. D., and Moulton, A. W. (2002). Patients' use of the Internet for medical information. *Journal of General Internal Medicine*, 17(3), 180-185.
- Dinçer Ö. (2007). *Namus ve bekaret: Kuşaklar arasında değişen ne? İki kuşaktan kadınların cinsellik algıları*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 36-41.
- Duman, N. B., ve Koçak, D. Y. (2016). İnfertilitenin cinsel sağlığa etkileri ve profesyonel hemşirelik yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*; 2(1), 51-58.
- Egelioglu Çetişli, N., Serçekuş, P., ve Oğuz, N. (2014). Primer infertil kadınlarda cinsel doyum ve çift uyumu. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16(3), 38-47.
- Elkjaer, M., Shuhaibar, M., Burisch, J., Bailey, Y., Scherfig, H., Laugesen, B., and Munkholm, P. (2010). E-health empowers patients with ulcerative colitis: a randomised controlled trial of the web-guided 'Constant-care' approach. *Gut*, 59(12), 1652-1661.
- Eluri, S., Cross, R. K., Martin, C., Weinfurt, K. P., Flynn, K. E., Long, M. D., and Kappelman, M. D. (2018). Inflammatory bowel diseases can adversely impact domains of sexual function such as satisfaction with sex life. *Digestive Diseases and Sciences*, 63(6), 1572-1582.
- Epner, D. E., and Baile, W. F. (2014). Difficult conversations: Teaching medical oncology trainees communication skills one hour at a time. *Academic Medicine*; 89(4), 578.
- Erkal S. ve Pek, H. (1993). Beden imajında değişimler ve hemşirenin rolü. *Hemşirelik Bülteni*, 7(30), 61-71.
- Ersoy E. (2009). Cinsiyet kültürü içerisinde kadın ve erkek kimliği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*;19(2), 209-230.
- Eshuis, E. J., Slors, J. F. M., Stokkers, P. C., Sprangers, M. A., Ubbink, D. T., Cuesta, M. A., and Bemelman, W. A. (2010). Long-term outcomes following laparoscopically assisted versus open ileocolic resection for CH's disease. *Journal of British Surgery*, 97(4), 563-568.
- Eshuis, E. J., Voermans, R. P., Stokkers, P. C. F., van Berge Henegouwen, M. I., Fockens, P., and Bemelman, W. A. (2010). Laparoscopic resection with transcolonic specimen extraction for ileocaecal CH's disease. *Journal of British Surgery*, 97(4), 569-574.

- Farmer, R. G., Easley, K. A., and Rankin, G. B. (1993). Clinical patterns, natural history, and progression of ulcerative colitis: A Long term follow-up of 1116 patients. *Digestive Diseases and Sciences*, 38(6), 1137-1146.
- Farrokhyar, F., Marshall, J. K., Easterbrook, B., and Irvine, J. E. (2006). Functional gastrointestinal disorders and mood disorders in patients with inactive inflammatory bowel disease: prevalence and impact on health. *Inflammatory Bowel Diseases*, 12(1), 38-46.
- Fennell, R., and Grant, B. (2019). Discussing sexuality in health care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*; 28(17-18), 3065-3076.
- Ferreira, S. M. d. A., Gozzo, T. d. O., Panobianco, M. S., Santos, M. A. d., ve Almeida, A. M. d. (2015). Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: Perspective of professionals. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*; 23(1), 82-89.
- Frisen, A., and Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image*, 7(3), 205-212.doi: 10.1016/j.bodyim.2010.04.001.
- Gemlo, B. T. (1997). Surgical treatment of chronic ulcerative colitis. *Core Subjects at the ASCRS Meeting*; 23-28.
- Ghersin, I., Khateeb, N., Katz, L. H., Daher, S., Shamir, R., and Assa, A. (2019). Anthropometric measures in adolescents with inflammatory bowel disease: A population-based study. *Inflammatory Bowel Diseases*, 25(6), 1061-1065.
- Giddens, A. (2010). *Mahremiyetin dönüşümü*, (2. Basım), Çev. İ. Şahin, İstanbul: Ayrıntı Yayınları,35-50.
- Giese, L. A., and Terrell, L. (1996). Sexual health issues in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Nursing*, 19, 12-17.
- Gitnick, G. (1989). Inflammatory bowel disease: Part II. Extraintestinal involvement and manifestations. *Am Fam Physician*; 39:225-33.
- Godet, P. G., May, G. R., and Sutherland, L. R. (1995). Meta-analysis of the role of oral contraceptive agents in inflammatory bowel disease. *Gut*; 37(5), 668-73.
- Golan, M., and Crow, S. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*, 62(1), 39-50. doi:10.1111/j.1753-4887.2004.tb00005.x
- Goldberg, H. (2009). *The hazards of being male: Surviving the myth of masculine privilege*. Los Angeles: Wellness Institute, Inc, 8-15.
- Goldfield, G. S., Moore, C., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., and Flament, M. F. (2010). Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents. *Journal of School Health*, 80(4), 186-192.

- Golik, M., Kurek, M., Poteralska, A., Bieniek, E., Marynka, A., Pabich, G., and Rydzewska, G. (2014). Working Group Guidelines on the nursing roles in caring for patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in Poland. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 9(4), 179-193.
- Goonewardene, S. S., and Persad, R. (2018). Psychosexual interventions. In *Prostate cancer survivorship*. Cham: Springer, 171-172.
- Gozuyesil, E., Taylan, S., Manav, A. I., and Akil, Y. (2017). The evaluation of self-esteem and sexual satisfaction of patients with bowel stoma in Turkey. *Sexuality and Disability*, 35(2), 157-169.
- Gökalp, O., ve Mollaoğlu, H. (2003). Uygunuz ilaç kullanımı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2), 17-20.
- Göktürk, S., ve Karaca, Ç. (2012). İnflamatuvar barsak hastalıkları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gastroenterohepatology Special Topics*, 5(3), (11-16).
- Gölbaşı, Z., ve Evcili, F. (2013). Hasta cinselliğinin değerdendirilmesi ve hemşirelik: Engeller ve öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 16(3), 182- 189.
- Green, C, Elliott, L, and Beaudoin, C. (2006). A population-based ecologic study of inflammatory bowel disease: searching for etiologic clues. *American Journal of Epidemiology*, 164(7), 615-623.
- Grilo, C., Masheb, R., Brody, M., Burke-Martindale, C., and Rothschild, B. (2005). Binge eating and self-esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 347-351.doi:10.1002/eat.20130.
- Grogan, S. (2008). *Body image. Understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (2nd ed.). London: Routledge 5-9.
- Gündoğan, F. (2006). *Sirozlu hastaların beden imajı ve benlik saygılarının değerdendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 36-44.
- Hamarat, H. (2010). *ESOGÜ Tıp Fakültesi gastroenteroloji kliniğinde inflamatuvar barsak hastalığı tanısı ile takip edilen hastaların retrospektif değerdendirilmesi*, Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, 26-40.
- Haugan, G., Rannestad, T., Hanssen, B., and Espnes, G. A. (2012). Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23-24), 3429-3441.
- Henriksen, M., Jahnsen, J., Lygren, I., Sauar, J., Schulz, T., Stray, N., and Ibsen Study Group, (2006). Change of diagnosis during the first five years after onset of inflammatory bowel disease: results of a prospective follow-up study (the IBSEN Study). *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 41(9), 1037-1043.

- Herman, C.P., and Polivy, J. (2004). The self-regulation of eating. In R.F. Baumeister and K.D. Vohs (Eds.), *The handbook of self-regulation: Research, Theory, and Applications*. New York: Guilford, 492-508.
- Hetherington, E. M., Parke, R. D., Gauvain, M. and Locke, V. O. (2006). *Child psychology: a contemporary viewpoint*. New York: Mc Graw Hill, 18-20.
- Hjortswang, H., Järnerot, G., Curman, B., Sandberg-Gertzén, H., Tysk, C., Blomberg, B., and Ström, M. (2003). The influence of demographic and disease-related factors on health-related quality of life in patients with ulcerative colitis. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 15(9), 1011-1020.
- Hoffmann, J. C., Preiss, J. C., Autschbach, F., Buhr, H. J., Häuser, W., Herrlinger, K., and Zeitz, M. (2008). Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of Crohn's disease. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 46(9), 1094-1146.
- Holmqvist, K., and Frisén, A. (2012). "I bet they aren't that perfect in reality:" Appearance ideals viewed from the perspective of adolescents with a positive body image. *Body Image*, 9(3), 388-395.
- Homan, K. J., and Tylka, T. L. (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image*, 15, 1-7.
- Iacucci, M., de Silva, S., and Ghosh, S. (2010). Mesalazine in inflammatory bowel disease: a trendy topic once again?. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 24(2), 127-133.
- IIEF Validation Group of Turkish Society of Andrology. (2002, 29-31 March). *International index of erectile function (IIEF) Turkish version*, 4th National Sexual Dysfunction Congress Abstract Book, Istanbul, 43.
- İnternet: Hemşirelik Yönetmeliği, (2011). Web: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> adresinden 29 Eylül 2021'de alınmıştır.
- İnternet: WHO-World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes*. WHO/RHR/HRP/10.22. Web: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/ adresinden 10 Kasım 2021'de alınmıştır.
- Jedel, S., Hood, M. M., and Keshavarzian, A. (2015). Getting personal: A review of sexual functioning, body image, and their impact on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(4), 923-938.
- Jin, J., Sklar, G. E., Oh, V. M. S. and Li, S. C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(1), 269-286.
- Jones, D. C., and Crawford, J. K. (2006). The peer appearance culture during adolescence: Gender and body mass variations. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 243. doi:10.1007/s10964-005-9006-5
- Kalkan, Ç., ve Soykan, İ. (2014). ÜK: semptomlar, klinik bulgular ve doğal seyir. İçinde Ü. Dağlı (Ed.). *İnflamatuvar bağırsak hastalığı*. Ankara: FersaMatbaacılık, 63-80.

- Kayır, A. (1995). Cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları. İçinde E. Adam, R. M. Tükel, O. Yazıcı, (Ed.). *Psikiyatri*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 228-239.
- Keeton, R. L., Mikocka-Walus, A., and Andrews, J. M. (2015). Concerns and worries in people living with inflammatory bowel disease (IBD): A mixed methods study. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 573-578.
- Knowles, S. R., Gass, C., and Macrae, F. (2013). Illness perceptions in IBD influence psychological status, sexual health and satisfaction, body image and relational functioning: A preliminary exploration using Structural Equation Modeling. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(9), e344-e350.
- Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., and Patiraki, E. (2009). Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: Critical review of the evidence. *Supportive Care in Cancer*, 17(5), 479-501.
- Krebs, L. U. (2008). Sexual assessment in cancer care: Concepts, methods, and strategies for success. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 80-90.
- Kurt, E., Özdilli, K., ve Yorulmaz, H. (2013). Romatoid Artrit'li hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(3), 202-208.
- Kütmeç C. (2009). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 111-136.
- Lawrance, K., and Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267-285.
- Leung, W. K. (2015). Optimization of inflammatory bowel disease cohort studies in Asia. *Intestinal Research*, 13(3), 208-212.
- Lhomond, B. (2009). "Cinsellik", *Eleştirel feminizm sözlüğü*, (Der. H. Hirata vd., Çev. G. Acar-Savran), İstanbul: Kanat Kitap, 18-42.
- Li, G., Ren, J., Wang, G., Wu, Q., Gu, G., Ren, H., and Li, J. (2015). Prevalence and risk factors of acute lower gastrointestinal bleeding in crohn disease. *Medicine*, 94(19), e804.
- Lichtenstein, G. R., Hanauer, S. B., Sandborn, W., and Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. (2018). Management of Crohn's disease in adults. *American Journal of Gastroenterology*, 113, 481-517.
- Lichtenstein, G. R., Loftus, E. V. Jr, Isaacs, K. L., Regueiro, M. D., Gerson, L. B., and Sands, B. E. (2018). ACG clinical guideline: management of CH's disease in adults. *American Journal of Gastroenterology*, 113(4), 481-517.
- Lieberman, M., Gauvin, L., Bukowski, W. M., and White, D. R. (2001). Interpersonal influence and disordered eating behaviors in adolescent girls: The role of peer modeling, social reinforcement, and body-related teasing. *Eating Behaviors*, 2(3), 215-236.

- Liechty, T., and Yarnal, C. M. (2010). The role of body image in older women's leisure. *Journal of Leisure Research*, 42(3), 443-467.
- Lönnfors, S., Vermeire, S., and Avedano, L. (2014). IBD and health-related quality of life—discovering the true impact. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(10), 1281-1286.
- Mahmood, S., Nusrat, S., Crosby, A., Zhao, Y. D., and Ali, T. (2015). Assessment of sexual function among inflammatory bowel disease patients. *Official journal of the American College of Gastroenterology*, 110(4), 601-603.
- Mantzouranis, G., Fafliora, E., Glantzounis, G., Christodoulou, D. K., and Katsanos, K. H. (2015). Inflammatory bowel disease and sexual function in male and female patients: an update on evidence in the past ten years. *Journal of Crohn's and Colitis*, 9(12), 1160-1168.
- Marín, L., Mañosa, M., Garcia-Planella, E., Gordillo, J., Zabana, Y., Cabré, E., and Domènech, E. (2013). Sexual function and patients' perceptions in inflammatory bowel disease: a case-control survey. *Journal of Gastroenterology*, 48(6), 713-720.
- Mark, K. P., and Jozkowski, K. N. (2013). The mediating role of sexual and nonsexual communication between relationship and sexual satisfaction in a sample of college-age heterosexual couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 39 (5), 410-427.
- Martin, K. M., and Woodgate, R. L. (2017). Concept analysis: The holistic nature of sexual wellbeing. *Sexual and Relationship Therapy*, 35(1), 15-29.
- Mason, I., Holbrook, K., Garrick, V., Johns, K., Kane, M., and Kemp, K. (2012). Inflammatory bowel disease nursing: Results of an audit exploring the roles, responsibilities and activity of nurses with specialist/advanced roles within inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 5(142), 397.
- McCabe, M. P., and Ricciardelli, L. A. (2003). Body image and strategies to lose weight and increase muscle among boys and girls. *Health Psychology*, 22(1), 39-46.
- McCabe, M. P., and Ricciardelli, L. A. (2005). A longitudinal study of body image and strategies to lose weight and increase muscles among children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26, 559-577.
- McCombie, A., Geary, R., Andrews, J., Mulder, R., and Mikocka-Walus, A. (2016). Does computerized cognitive behavioral therapy help people with inflammatory bowel disease? A randomized controlled trial. *Inflammatory Bowel Diseases*, 22(1), 171-181.
- McDermott, E., Moloney, J., Rafter, N., Keegan, D., Byrne, K., Doherty, G. A., and Mulcahy, H. E. (2014). The body image scale: A simple and valid tool for assessing body image dissatisfaction in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 20(2), 286-290.
- McDermott, E., Mullen, G., Moloney, J., Keegan, D., Byrne, K., Doherty, G. A., and Mulcahy, H. E. (2015). Body image dissatisfaction: clinical features, and psychosocial disability in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(2), 353-360.

- McLean, S. A., Paxton, S. J., and Wertheim, E. H. (2011). A body image and disordered eating intervention for women in midlife: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 751-758.
- Mercimek, K. (2010). *Trakya bölgesinde inflamatuvar bağırsak hastalıklarının epidemiyolojik özellikleri*. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
- M'koma, A. E. (2013). Inflammatory bowel disease: an expanding global health problem. *Clinical Medicine Insights: Gastroenterology*, 6, 33-47.
- Moe, B. (1999). *Understanding the causes of a negative body image*. Newyork, NY: The Rozen Publishing Group, Inc, 5-7.
- Molodecky, N. A., Soon, S., Rabi, D. M., Ghali, W. A., Ferris, M., Chernoff, G., and Kaplan, G. G. (2012). Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*, 142(1), 46-54.
- Moreira Jr, E. D., Kim, S. C., Glasser, D., and Gingell, C. (2006). Epidemiology: Sexual activity, prevalence of sexual problems, and associated help-seeking patterns in men and women aged 40–80 years in Korea: Data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB). *The Journal of Sexual Medicine*, 3(2), 201-211.
- Mosli, M. H., Zou, G., Garg, S. K., Feagan, S. G., MacDonald, J. K., Chande, N., and Feagan, B. G. (2015). C-reactive protein, fecal calprotectin, and stool lactoferrin for detection of endoscopic activity in symptomatic inflammatory bowel disease patients: a systematic review and meta-analysis. *Official Journal of the American College of Gastroenterology*, 110(6), 802-819.
- Mowat, C., Cole, A., Windsor, A. L., Ahmad, T., Arnott, I., Driscoll, R., and IBD Section of the British Society of Gastroenterology. (2011). Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*, 60(5), 571-607.
- Muller, K. R., Prosser, R., Bampton, P., Mountifield, R., and Andrews, J. M. (2010). Female gender and surgery impair relationships, body image, and sexuality in inflammatory bowel disease: patient perceptions. *Inflammatory Bowel Diseases*, 16(4), 657-663.
- Ng, S. C., Shi, H. Y., Hamidi, N., Underwood, F. E., Tang, W., Benchimol, E. I., and Kaplan, G. G. (2017). Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: A systematic review of population-based studies. *The Lancet*, 390(10114), 2769-2778.
- Nitzan, O., Elias, M., Peretz, A., and Saliba, W. (2016). Role of antibiotics for treatment of inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*, 22(3), 1078-1087.
- O'connor, M., Bager, P., Duncan, J., Gaarenstroom, J., Younge, L., Detre, P., and van de Woude, C. J. (2013). N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(9), 744-764.
- Okci, B. (2017). *Cinsel yönelimin bağlanma stilleri, cinsel doyum ve psikopatoloji yönünden değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 52-65.

- Okci, B., Saatçioğlu, Ö. ve Çelikel, Ç. F. (2016). *Yeni Cinsel Doyum Ölçeği kısa formu (YCDÖ-KF) türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. 52. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildirisi, Antalya, 1.
- Oksuz, E., and Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology*, 175(2), 654-658.
- Oktay, E. (2001). Beşinci Bölüm: İnflamatuar barsak hastalıkları: etyopatogenez, semptomatoloji, tanı ve komplikasyonlar. İçinde E. Göksoy, H. Uzunismail (Ed.). *Gastrointestinal sistem hastalıkları*. İstanbul: İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Sempozyum Dizisi, 199-206.
- Olsson, C., Berglund, A.L., Larsson, M., and Athlin, E. (2012). Patient's sexuality—a neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*; 16(4), 426-431.
- Ozgenç, F. K. Z., Urgancı, N., Erkan, T., Onal, Z., Sarı, S., and Turkish Pediatric IBD Study Group, (2017). Pediatric inflammatory bowel diseases in Turkey: results of Turkish pediatric IBD Database, in *Espghan 50. Annual Meeting of The European Society for Paediatric Gastroenterology*, Prague Czech Republic: Hepatology and Nutrition.
- Önen Sertöz, Ö., Elbi Mete, H., Noyan, A., Alper, M., ve Kapkaç, M. (2004). Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: Kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 264-275.
- Öngören, N. (2015). Sosyolojik açıdan sağlıklı beden imgesi. *Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 16(34), 25-45.
- Örsel, S. K. (2001). *Düşünme ihtiyacı ve beden algısına ilişkin özgüven*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 22-47.
- Öz, F. (2010). *Sağlık alanında temel kavramlar*, (Yenilenmiş 2. Baskı). Ankara: Mattek Matbaacılık, 31-40.
- Özaltın, G. (2003). Beden imgesi değişimine yaklaşımlar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*; 13(51), 3-14.
- Özden A. (2013). Türkiye’de iltihabi bağırsak hastalığı tarihine kısa bakış, *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 17(4), 294-301.
- Özgürsoy Uran, B., ve Yıldırım, Y., (2016). Yeni bir uzmanlık alanı: İnflamatuar barsak hastalıkları hemşireliği; *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*; 1(2), 27-33.
- Özkaraman, A., Orulu, N., Atalay, H. Ö., Babadağ, B., Yılmaz, H., Dinçer, M., and Alparlan, G. B. (2017). Oral kemoterapi alan hastalarda yaşanan güçlükler ve ilaç uyumunun değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*, 13(2), 91-97.
- Peat, C. M., Peyerl, N. L., and Muehlenkamp, J. J. (2008). Body image and eating disorders in older adults: a review. *The Journal of General Psychology*, 135(4), 343-358.

- Peyrin-Biroulet, L., Loftus, E. V., Colombel, J. F., and Sandborn, W. J. (2010). The natural history of adult CH's disease in population-based cohorts. *American Journal of Gastroenterology*, 105(2), 289-997.
- Pierik, M., Yang, H., Barmada, M. M., Cavanaugh, J. A., Annese, V., Brant, S. R., and Vlietinck, R. (2005). The IBD international genetics consortium provides further evidence for linkage to IBD4 and shows gene-environment interaction. *Inflammatory Bowel Diseases*, 11(1), 1-7.
- Polat A. (2007) *Düzce ilindeki hemodiyaliz hastalarının beden imajı ve benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 12-35.
- Politi, M. C., Clark, M. A., Armstrong, G., McGarry, K. A., and Sciamanna, C. N. (2009). Patient-provider communication about sexual health among unmarried middle-aged and older women. *Journal of General Internal Medicine*, 24(4), 511-551.
- Pope, M., Corona, R., and Belgrave, F. Z. (2014). Nobody's perfect: A qualitative examination of African American maternal caregivers' and their adolescent girls' perceptions of body image. *Body Image*, 11, 307-317.
- Pothast, S., Rieber, A., Von Tirpitz, C., Wruk, D., Adler, G., and Brambs, H. J. (2002). Ultrasound and magnetic resonance imaging in Crohn's disease: A comparison. *European Radiology*, 12(6), 1416-1422.
- Potur, D. C. (2003). *İlk gebelikte beden imajının algılanma durumunun değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 26-42.
- Quaresma, M. R., Goldsmith, C. H., Lamont, J., and Ferraz, M. B. (1997). Assessment of sexual function in patients with rheumatic disorders: a critical appraisal. *Journal of Rheumatology*, 24, 1673-1676.
- Ricanek, P., Brackmann, S., Perminow, G., Lyckander, L. G., Sponheim, J., Holme, Ø., and Ibsen II Study Group. (2011). Evaluation of disease activity in IBD at the time of diagnosis by the use of clinical, biochemical, and fecal markers. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 46(9), 1081-1091.
- Ricciardelli, L. A., and McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 325-344.
- Rooney, T. P. (1984). Dental caries prevalence in patients with Crohn's disease. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 57(6), 623-624.
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R., and D'Agostino, R. (2000). The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
- Roy, M., and Payette, H. (2012). The body image construct among western seniors: A systematic review of the literature. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.; 55(1), 505-521.

- Sabuncu N, Gülseven B., ve Şenturan L. (1999). Kolostomili bireylerin umutsutluk düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu*, 29(2), 257-262.
- Saha, S., Zhao, Y. Q., Shah, S. A., Esposti, S. D., Lidofsky, S., Bright, R., and Sands, B. E. (2015). Body image dissatisfaction in patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(2), 345-352.
- Sands, B. E. (2004). From symptom to diagnosis: Clinical distinctions among various forms of intestinal inflammation. *Gastroenterology*, 126(6), 1518-1532.
- Satsangi, J., Silverberg, M. S., Vermeire, S. and Colombel, J. F. (2006). The Montreal classification of inflammatory bowel disease: Controversies, consensus, and implications. *Gut*, 55(6), 749-753.
- Savage, J. (2004). Researching emotion: The need for coherence between focus, theory and methodology. *Nursing Inquiry*, 11(1), 25-34.
- Sawczenko, A., and Sandhu, B. K. (2003). Presenting features of inflammatory bowel disease in Great Britain and Ireland. *Archives of Disease in Childhood*, 88(11), 995-1000.
- Selek, P. (2014). *Sürüne sürüne erkek olmak*. Ankara: İletişim Yayınları, 14-26.
- Sezer, A. (2012). *Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 10-48
- Silverberg, M. S., Satsangi, J., Ahmad, T., Arnott, I. D., Bernstein, C. N., Brant, S. R., and Warren, B. F. (2005). Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 19(Suppl A), 5A-36A.
- Slevec, J. H., and Tiggemann, M. (2011). Predictors of body dissatisfaction and disordered eating in middle-aged women. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 515-524.
- Stansfield, C., Fraser, A., Thompson, J., and Povey, J. (2007). Roles descriptive for inflammatory bowel disease nurse specialists. *Royal College of Nursing*, 1-20.
- Stice, E., and Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993.
- Stretton, J. G., Currie, B. K., and Chauhan, U. K. (2014). Inflammatory bowel disease nurses in Canada: an examination of Canadian gastroenterology nurses and their role in inflammatory bowel disease care. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 28(2), 89-93.
- Striegel-Moore, R. H., Schreiber, G. B., Lo, A., Crawford, P., Obarzanek, E., and Rodin, J. (2000). Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old black and white girls: The NHLBI growth and health study. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 49-66.

- Su, C. G., Stein, R. B., Lewis, J. D., and Lichtenstein, G. R. (2000). Azathioprine or 6-mercaptopurine for inflammatory bowel disease: do risks outweigh benefits?. *Digestive and Liver Disease*, 32(6), 518-531.
- Sung, S. C., and Lin, Y. C. (2013). Effectiveness of the sexual healthcare education in nursing students' knowledge, attitude, and self-efficacy on sexual healthcare. *Nurse Education Today*, 33(5), 498-503.
- Tan, M., ve Karabulutlu, E. (2004). Sürekli periton diyalizi uygulanan hastaların benlik saygısı ve beden imajını algılayışları, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 7(3), 67-73.
- Terzi, C., ve Canda, A. E. (2004). ÜK ve cerrahi tedavi, *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*; 14(3), 141-151.
- Tezel, A., Dökmeci, G., and Eskiocak, M. (2003). Epidemiological features of ulcerative colitis in Trakya, Turkey. *Journal of Internal Medicine Research*, 31(2), 141-148.
- Thabet, J. B., Sallemi, R., Charfi, N., Bouali, M. M., Zouari, L., Zouari, N., and Maâlej, M. (2014). Sexual satisfaction in Tunisian obese subjects. *Sexologies*, 23(3), e71-e73.
- Tiggemann, M., and Wilson- Barrett, E. (1998). Children's figure ratings: Relationship to self-esteem and negative stereotyping. *International Journal of Eating Disorders*, 23(1), 83-88.
- Tokdemir, G. (2011). *Kanser tedavisinde oral ajan kullanan hastalara verilen eğitimin ilaç uyumu ve öz etkililiğe etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 36-40.
- Tozun, N., Atug, O., Imeryuz, N., Hamzaoglu, H. O., Tiftikci, A., Parlak, E., and Turkish IBD Study Group. (2009). Clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Turkey: A multicenter epidemiologic survey. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 43(1), 51-57.
- Tözün, N., ve Hamzaoğlu, H. (1997). İltihabi barsak hastalıklarında etyolojik faktörler. *Güncel Gastroloji*; 1(2), 287-294.
- Trachter, A. B., Rogers, A. I., and Leiblum, S. R. (2002). Inflammatory bowel disease in women: impact on relationship and sexual health. *Inflammatuvary Bowel Diseases*, 8(6), 413-21.
- Trindade, I. A., Ferreira, C., and Pinto-Gouveia, J. (2017). The effects of body image impairment on the quality of life of non-operated Portuguese female IBD patients. *Quality of Life Research*, 26(2), 429-436.
- Tuğut, N., ve Gölbaşı, Z. (2010). Cinsel yaşam kalitesi ölçeği-kadın türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 32(2), 172-180.
- Tüzin, D. (2006). Argo ve küfür bağlamında cinsel eylemin nesnesi olarak "Kadın". *Milli Folklor*, 18(71), 105-107.

- Tylka, T. L. (2011). Positive psychology perspectives on body image. In T. F. Cash and L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 56-64.
- Ünür, M., ve Doğan Onur, Ö. (2003). *Ağız hastalıklarının teşhis ve tedavisi*. (1. Baskı). İstanbul: Quintessence Yayıncılık, 47-51.
- Van der Stege, H. A., Hilberink, S. R., Visser, A. P., and Van Staa, A. (2014). Motivational factors in discussing sexual health with young people with chronic conditions or disabilities. *Sex Education*, 14(6), 635-651.
- Van der Valk, M. E., Mangen, M. J. J., Leenders, M., Dijkstra, G., van Bodegraven, A. A., Fidder, H. H., and Oldenburg, B. (2014). Risk factors of work disability in patients with inflammatory bowel disease-A Dutch nationwide web-based survey Work disability in inflammatory bowel disease-A Dutch nationwide web-based survey? Work disability in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(7), 590-597.
- Vernier-Massouille, G., Balde, M., Salleron, J., Turck, D., Dupas, J. L., Mouterde, O., and Colombel, J. F. (2008). Natural history of pediatric Crohn's disease: a population-based cohort study. *Gastroenterology*, 135(4), 1106-1113.
- Wang, Y., Parker, C. E., Bhanji, T., Feagan, B. G., and MacDonald, J. K. (2016). Oral 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4). CD000543. doi: 10.1002/14651858.CD000543.pub4.
- Wehkamp, J., Götz, M., Herrlinger, K., Steurer, W., and Stange, E. F. (2016). Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Morbus CH und Colitis ulcerosa. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113, 72-81.
- Williams, N. F., Hauck, Y. L., and Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 35-42.
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., and Augustus-Horvath, C. L. (2010). But I like my body: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7(2), 106-116.
- Yıldız, Y., Alacacıoğlu, A., Varol, U., Küçükzeybek, Y., Aşık, N., Salman, T., and Tarhan, M. O. (2018). Evaluating sexual satisfaction and quality of life in patients with gynecological cancer. *Acta Oncologica Turcica*, 51(3), 370-376.
- Yılmaz, H. Ö. (2009). *Obez bireylere verilen beslenme eğitiminin beden imgesiyle uğraşıya, beslenme davranışına ve kilo vermeye etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 25-27.
- Yurdakul, İ. (2011). İnflamatuvar barsak hastalıklarının tıbbi tedavisi. Beşinci Bölüm: İçinde E. Göksoy, H. Uzun İsmail (Ed.). *Gastrointestinal sistem hastalıkları*. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Sempozyum Dizisi, 207-218.

Zeng, Y. C., Liu, X., and Loke, A. Y. (2012). Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice. *Journal of Advanced Nursing*; 68(2), 280-292.

EKLER

EK-1. Anket Formu

Anket Formu Erişim adresi

https://docs.google.com/forms/d/19D6rSO4ITWspc3Q7SFj0KcZXGocd5mNujnJe1RNvHqk/viewform?edit_requested=true

Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: a) Erkek b) Kadın

3. Öğrenim durumunuz nedir?

a) Okuryazar

b) İlkokul mezunu

c) Ortaokul mezunu

d) Lise mezunu

e) Yüksekokul mezunu

4. Medeni durumunuz nedir?

a) Bekar

b) Evli

c) Boşanmış / eşi ölmüş

5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

a) Tam gün çalışıyor

b) Çalışmıyor

c) Diğer (belirtiniz).....

6. Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek

b) Geniş

c) Diğer (.....)

EK-1. (devam) Anket Formu

7. Sizce sosyoekonomik düzeyiniz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

- a) Gelir gideri karşılıyor
- b) Gelir giderden az
- c) Gelir giderden fazla

8. Tanınız:

9. Hastalık süreniz:

10. Aşağıda hastalığın oluşturduğu semptomlar yer almaktadır. Yaşadığınız semptomları işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Karın ağrısı, kramp
- b) Sık dışkılama ihtiyacı
- c) Kanlı dışkılama
- d) Yorgunluk
- e) Ateş
- f) Kilo kaybı

11. Hastalığınız sürecinde ne sıklıkta hastaneye yatıyorsunuz?

12. Hastanede her seferinde yaklaşık kaç gün yatışınız oluyor?

13. Şimdiye kadar geçici/kalıcı kolostomi açıldı mı?

a) Evet (() Geçici () Kalıcı)

b) Hayır

EK-2. Yeni Cinsel Doyum Ölçeği

Yeni Cinsel Doyum Ölçeği

Aşağıda yer alan maddeleri okurken son altı ay içindeki cinsel yaşamınızı düşününüz. Son 6 ay içindeki cinsel yaşamınızı en iyi yansıtan, memnuniyet derecenizi belirten numarayı daire içine alınız.

		Hiç memnun değilim	Biraz memnunuz	Orta düzeyde memnunuz	Çok memnunuz	Son derece memnunuz
1.	Cinsel uyarılma yoğunluğum	1	2	3	4	5
2.	Cinsel boşalmamın (orgazm) kalitesi	1	2	3	4	5
3.	Cinsel ilişki boyunca kendimi cinsel zevke teslim etme ve bırakmam	1	2	3	4	5
4.	Cinsel ilişki boyunca odaklanmam/konsantrasyonum	1	2	3	4	5
5.	Eşime/partnerime cinsel tepki biçimim	1	2	3	4	5
6.	Vücudumun cinsel açıdan fonksiyonelliği (işlevselliği)	1	2	3	4	5
7.	Cinsel ilişki sırasında duygusal serbestliğim (açılmam)	1	2	3	4	5
8.	Cinsel ilişki sonrasındaki ruh halim	1	2	3	4	5
9.	Cinsel boşalma (orgazm) sıklığı	1	2	3	4	5
10.	Eşime/partnerime tattırdığım zevk	1	2	3	4	5
11.	Cinsel ilişki sırasında aldığım ve verdiğim arasındaki denge	1	2	3	4	5
12.	Cinsel ilişki boyunca eşimin/partnerimin duygusal paylaşımı (açılması)	1	2	3	4	5
13.	Cinsel ilişkiyi eşimin/partnerimin başlatması	1	2	3	4	5
14.	Eşimin/partnerimin cinsel boşalma (orgazm) becerisi	1	2	3	4	5
15.	Eşimin/partnerimin kendisini cinsel zevk için teslim etmesi (bırakması)	1	2	3	4	5
16.	Eşimin/partnerimin benim cinsel ihtiyaçlarımla ilgilenme tarzı	1	2	3	4	5
17.	Eşimin/partnerimin cinsel yaratıcılığı	1	2	3	4	5
18.	Eşimin/partnerimin cinsel ilişkiye hazır olması	1	2	3	4	5
19.	Cinsel ilişkimin çeşitliliği	1	2	3	4	5
20.	Cinsel ilişkimin sıklığı	1	2	3	4	5

EK-4. Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği

Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği

Aşağıda bireylerin duygu, düşünce ve davranışları ile ilgili çeşitli anlatımlar verilmiştir. Lütfen her anlatımı dikkatle okuyarak size en uygun seçeneği, ilgili harfin altındaki boşluğa (x) biçiminde işaretleyerek belirtiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Kararsızım	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.	Dışarı çıkmadan önce görünüşüme daima dikkat ederim.					
2.	Kendimi en iyi gösterecek giysileri almaya dikkat ederim.					
3.	Fiziksel sağlık testlerinin çoğundan geçerim.					
4.	Üst düzeyde fiziksel güce sahip olmak benim için önemlidir.					
5.	Bedenim cinsel yönden çekicidir.					
6.	Sağlığımı kontrol altında tutuyorum.					
7.	Fiziksel sağlığımı etkileyen etkenler hakkında çok şey biliyorum.					
8.	Bilinçli olarak sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirdim.					
9.	Diğer insanların gördükleri halimden hoşnutum.					
10.	Fırsat buldukça aynada görünüşümü kontrol ederim.					
11.	Fiziksel yönden dayanıklı bir kişiyim.					
12.	Sportif yarışmalara katılmak benim için önemli değildir.					
13.	Fiziksel yönden iyilik halimi korumak için özel çaba harcamıyorum.					
14.	Sağlık durumum beklenmedik iniş çıkışlar göstermektedir.					
15.	Sağlıklı olmak yaşamımdaki en önemli şeylerden biridir.					
16.	Sağlığımı bozabilecek herhangi bir şeyi yapmam.					
17.	Birçok kişi benim iyi görüdüğüm düşüncesindedir.					
18.	Her zaman iyi görünmek benim için önemlidir.					
19.	Fiziksel becerileri kolayca öğrenirim.					
20.	Fiziksel gücümü artıracak şeyler yaparım.					
21.	Nadiren hastalanırım.					

EK-4. (devam) Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği

		Kesinlikle Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Kararsızım	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
22.	Kendim için sık sık sağlıkla ilgili kitap ve dergiler okurum.					
23.	Giysisiz (elbisesiz) görünüşümü beğeniyorum.					
24.	Görünüşüm uygun olmadığında tedirgin olurum.					
25.	Genellikle nasıl görüldüğüme dikkat etmeden elime ne geçerse giyerim.					
26.	Bedensel spor ve oyunlarda yetersizim.					
27.	Atletik (sportif) becerilerim üzerinde pek düşünmem.					
28.	Fiziksel dayanıklılığımı geliştirmeye çalışırım.					
29.	Bedenimin bir günden bir güne nasıl olacağını hiç bilemiyorum.					
30.	Hasta olduğumda hastalık belirtilerine fazla dikkat etmem.					
31.	Dengeli ve besleyici bir diyet almaya özel çaba harcamam.					
32.	Giydiklerimin üzerime uymasından hoşlanırım.					
33.	İnsanların görünüşümle ilgili düşüncelerine aldırmanm.					
34.	Saçlarımın güzel görünmesi için özel çaba harcarım.					
35.	Fizik yapımı beğenmiyorum.					
36.	Fiziksel yönden aktif (hareketli) olmaya çalışırım.					
37.	Sıklıkla hastalıklara karşı dayanıksız olduğumu düşünürüm.					
38.	Herhangi bir hastalık belirtisi ortaya çıktığında bedenimle yakından ilgilenirim.					
39.	Grip veya soğuk algınlığına yakalandığımda bu durumu önemsemem ve normal yaşamımı sürdürürüm.					
40.	Fiziksel yönden çekici değilim.					
41.	Nasıl görüldüğümü hiç düşünmem.					
42.	Fiziksel görünüşümü daima iyileştirmeye çalışırım.					
43.	Fiziksel görünüşüm uyumludur.					
44.	Fiziksel sağlıkla ilgili çok şey biliyorum.					
45.	Yıl boyunca düzenli spor yaparım.					
46.	Fiziksel yönden sağlıklı bir kişiyim.					

EK-4. (devam) Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği

		Kesinlikle Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Kararsızım	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
47.	Fiziksel sağlığımdaki en küçük değişiklikleri bile fark ederim.					
48.	Kendimde bir hastalığın ilk belirtileri ortaya çıktığında tıbbi yönden yardım isterim.					
49.	Yüzümden hoşnutum. (yüz şekli, görünüşü, cilt)					
50.	Saçımdan hoşnutum. (rengi, sıklığı, yapısı)					
51.	Alt gövdemden hoşnutum. (kalçalar, bacak, uyluk)					
52.	Orta gövdemden hoşnutum. (mide, bel)					
53.	Üst gövdemden hoşnutum. (göğüsler, omuz, kollar)					
54.	Kas yapısından hoşnutum. (tonusu)					
55.	Ağırlığımdan hoşnutum. (kilo)					
56.	Boyumdan hoşnutum.					
57.	Tüm görünüşümden hoşnutum.					

EK-5. Kurum Çalışma İzin Yazısı

Yazı Tarih ve Sayısı: 17.11.2020-E.124/05



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 42000842-199-
Konu : Eğitim-Öğretimle İlgili Diğer
İşler

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 28.10.2020 tarihli ve . sayılı yazı.

İlgi yazı, konusu itibarıyla tarafınıza ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehmet ARHAN
Başhekim

Ek: İlgi Yazı Örneği
DAĞITIM
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığına » İç
Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına »
Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanlığına



Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel:2025088 Faks:0 (312) 223 05 28
e-Posta :hastane@gazi.edu.tr İnternet Adresi :www.hastane.gazi.edu.tr

Bilgi için :Ayşe KABASAKAL
Hemşire
Telefon No:2024025

EK-5. (devam) Kurum Çalışma İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.11.2020-E.145540



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 57676391-045.03-
Konu : İdari

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 17.11.2020 tarihli ve 42000842-199- 122705 sayılı yazı.

Bilim Dalımızda inflamatuvar bağırsak hastalarında araştırma yapmak için başvuran
Seniha BALCI'nın Klinik araştırma yapmasında sakınca yoktur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. İbrahim DOĞAN
Bilim Dalı Başkanı V.

23.11.2020 Birim Evrak Sorumlusu

Cenan BATAR



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 06500 Beşevler-ANKARA
Tel:0 (312) 212 68 40 Faks:0 (312) 221 32 02
e-Posta : ttip@gaazi.edu.tr İnternet Adresi : http://med.gazi.edu.tr/

Büğü için :Cenan BATAR
Birim Evrak Sorumlusu
Telefon No 25819-25821

EK-6. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 09.10.2020-E.107860

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu

* 0 9 0 5 5 8 3 0 2 0 8 0 1 *

Sayı : 91610558-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 28.09.2020 tarih ve E.101976 sayılı yazı

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Seniha BALCI'nın, Doç.Dr.Sengül YAMAN SÖZBİR'in danışmanlığında yürüttüğü "*İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Bireylerin Beden İmajlarının, Cinsel Doyum ve Cinsel Öz-Yeterliklerinin Değerlendirilmesi*" adlı tez çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun 06.10.2020 tarih ve 09 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,


İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2020-527

Ek: 1 Liste



Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No: 6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel: 0 (312) 202 20 97 - 0 (312) 2... Faks: 0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi: <http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için: Burak Çınrak
Birim Evrak Sorumlusu

EK-6. (devam) Etik Kurul Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 06.10.2020	TOPLANTI SAYISI : 09
ADI – SOYADI	İMZA
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA Başkan	
Prof.Dr.C.Haluk BODUR	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Gülay BAYRAMOĞLU	
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ	
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Kemal ÖZTEMEL	
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : BALCI, Seniha
Uyruğu : T.C.

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi / Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Gazi Üniversitesi / Hemşirelik Bölümü	2018
Lise	Hasan Ali Yücel Anadolu Öğretmen Lisesi	2014

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2019-halen	Gazi Üniversitesi Hastanesi / Gastroenteroloji Kliniği	Klinik Hemşiresi

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

1. Balcı, S., Dereli, P., Yaman Sözbir, Ş., ve Şentürk Erenel, A. (2020). *Preterm eylem riskine yönelik magnezyum sülfat tedavisi alan epilepsi tanılı gebeye gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri hemşirelik bakım modeli doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi: Olgu sunumu*. 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, 142.
2. Dereli, P., Balcı, S., Şentürk Erenel, A., ve Yaman Sözbir, Ş., (2020). *Tubaovaryen apse drenajı sırasında çoklu komplikasyon gelişen vakaya gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri hemşirelik bakım modeli doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi: Olgu sunumu*. 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, 143.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..