TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIĞI OLAN KADINLARDA CİNSEL YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BİLGİN BAŞKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. SIDIKA OĞUZ

İSTANBUL – 2015

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans

Anabilim Dalı : İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Sahibi : Bilgin Başkan

Tez Başlığı : İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi\ Haydarpaşa Kampüsü, Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi : 08.04.2015

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)		**Kurumu**	**İmza**
Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ	M.Ü	Sağlik Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD.	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)			
Doç. Dr. Aysel GÜRKAN	M.Ü	Sağlik Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.	
Doç. Dr. Gülbeyaz CAN	İ.Ü	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Hemşirelik AD.	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 23../04../2015 tarih ve 45 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

I. BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum (İnflamatuvar barsak hastalığı olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi) başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve etik kurallara uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynakçada gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde belirtildiğini iletir ve bunu onurumla doğrularım.

Bilgin BAŞKAN

II. TEŞEKKÜR

Araştırmam sırasında manevi ve bilimsel desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan, değerli hocam sayın **Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ'a**,

Tüm yaşamım boyunca hep yanımda olan ve beni destekleyen annem Leyla ÇİNTİR'e, eşim Evren BAŞKAN'a ve oğlum Tuna'ya,

Araştırmamda beni destekleyen arkadaşlarım, Nesrin İLHAN ve Öznur ÇİLİNGİR'e

Teşekkür ederim…

Bilgin BAŞKAN

III. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

IV. KISALTMALAR LİSTESİ viii

V. TABLOLAR LİSTESİ ix

1. ÖZET 1

2. SUMMARY 2

3. GİRİŞ ve AMAÇ 3

4. GENEL BİLGİLER 6

4.1. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları 6

4.1.1. Epidemiyoloji 7

4.1.2. Etiyoloji ve Patogenez 7

4.1.2.1. Çevresel faktörler 8

4.1.2.2. Genetik faktörler 9

4.1.2.3. Bozulmuş immun yanıt mekanizması 9

4.1.3. Patoloji 10

4.1.4. Belirti ve Bulgular 11

4.1.5. Komplikasyonlar 13

4.1.6. Prognoz 13

4.1.7. Tanı 15

4.1.8. Tedavi 15

4.1.8.1. Medikal tedavi 15

4.1.8.2. Cerrahi tedavi 17

4.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları ve Yaşam Kalitesi 18

4.3. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları ve Cinsel Yaşam Kalitesi 20

4.4. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları ve Hemşirelik 22

5. GEREÇ ve YÖNTEM 26

5.1. Araştırmanın Tipi 26

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 26

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 26

5.4. Araştırma Sorusu 28

5.5. Veri Toplama Araçları 28

5.5.1. Hasta Bilgi Formu 28

5.5.2. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kadın (CYKÖ-K) 28

5.6. Araştırmanın Değişkenleri 29

5.6.1. Bağımlı Değişken 29

5.6.2. Bağımsız Değişken 29

5.7. Veri Toplama Yöntem ve Süreci 29

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi 29

5.9. Verilerin Toplanması ile İlgili Etik Konular 30

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları 30

6. BULGULAR 31

6.1. İBH olan Kadınların Sosyodemografik Özellikleriyle İlgili Bulgular 32

6.2. İBH olan Kadınların Cinsel Yaşam Kaliteleriyle İlgili Bulgular 39

7. TARTIŞMA ve SONUÇ 52

8. KAYNAKLAR 62

9. EKLER.....69

10. ÖZGEÇMİŞ.....78

V. KISALTMALAR LİSTESİ

AZT	Azathiopirin
CFB	Cinsel fonksiyon bozukluğu
CD	Cinsel disfonksiyon
CH	Crohn
CSA	Siklosporin
CYKÖ-K	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IBD	Inflammatory Bowel Disease
İBH	İnflamatuvar Barsak Hastalıkları
İV	İntravenöz
MTX	Methotrexate
MS	Multipl Skleroz
TNF-α	Anti tümör nekrozis faktör antikor
TPN	Total parenteral nutrisyon
ÜK	Ülseratif Kolit
WHO	World Health Organization
5-ASA	5-aminosalisilik asit
6-MP	6-merkaptopurin

VI. TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 6.1. İ.B.H. olan Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı 32

Tablo 6.2. İ.B.H. olan Kadınların Sağlık Davranışları ve Sağlıkla İlgili Çeşitli Özelliklerinin Dağılımı 34

Tablo 6.3. İ.B.H. olan Kadınların Hastalık ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı ... 35

Tablo 6.4. İ.B.H. olan Kadınların Hastalığa Bağlı Yaşadığı Semptom ve Bulgularının Dağılımı 37

Tablo 6.5. İ.B.H. olan Kadınların Cinsel Yaşam ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı 38

Tablo 6.6. İ.B.H. olan Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) Puan Ortalamaları 39

Tablo 6.7. İ.B.H. olan Kadınların Yaşı, Hastalık Tanı Süresi ve Evlilik Süresi ile CYKÖ-K Arasındaki İlişki 40

Tablo 6.8. İ.B.H. olan Kadınların ve Eşin Sosyodemografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu 41

Tablo 6.9. İ.B.H. olan Kadınların Sağlık Davranışları ve Sağlıkla İlgili Çeşitli Özelliklerine Göre CYKÖ-K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu 43

Tablo 6.10. İ.B.H. olan Kadınların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre CYKÖ-K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu 44

Tablo 6.11. İ.B.H. olan Kadınların Hastalığa Bağlı Yaşadığı Semptom ve Bulgulara Göre CYKÖ-K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu 46

Tablo 6.12. İ.B.H. olan Kadınların Cinsel Yaşam ile İlgili Özelliklerine Göre CYKÖ-K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu 48

Tablo 6.13. İ.B.H. olan Kadınların Cinsellikte Yaşadıkları Sorunlara Göre CYKÖ-K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu 49

Tablo 6.14. İ.B.H. olan Kadınların Hastalığa Bağlı Cinsellikte Yaşadıkları Sorunlara Göre CYKÖ-K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu 50

İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Öğrenci: Bilgin BAŞKAN
Danışmanı: Doç.Dr. Sıdıka OĞUZ
Anabilim Dalı: İç Hastalıkları Hemşireliği

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışma inflamatuvar barsak hastalığı (İ.B.H.) olan kadınlarda, hastalığın cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek için tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem: İstanbul'da bir üniversite hastanesinde gastroenteroloji polikliniğine başvuran, araştırmaya alınma koşullarını karşılayan 118 İ.B.H. olan kadın ile gerçekleştirildi. Araştırmada, hasta bilgi formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kadın (CYKÖ-K) kullanıldı. Veriler; tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, One-way Anova, t-testi ve Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: İ.B.H. olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamaları 55,41±2,54 bulundu. Öğrenim düzeyi düşük kadın ve eşlerin, çalışmayan, geniş ailede yaşayan, stresli kişilik ve yorgunluğu olan kadınların cinsel yaşam kalitesinin düşük olduğu görüldü ($p<,05$). Hastalıkları aktif olan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının ileri derecede düştüğü saptandı ($p<,0001$). İ.B.H.'na bağlı semptom ve bulguların cinsel yaşamı olumsuz etkilediği tespit edildi ($p<,05$). Kadınların cinsel yaşamlarındaki memnuniyet ve hastalıklarına bağlı cinsellikte sorun yaşama durumuna göre CYKÖ-K puan ortalamalarında anlamlı fark bulundu ($p<,0001$).

Sonuç: İ.B.H. olan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: İnflamatuvar barsak hastalığı, Ülseratif kolit, Crohn, Cinsel yaşam kalitesi, Hemşirelik

Assessment of Sexual Function and Quality of Life in Women with Inflammatory Bowel Diseases

Student: Bilgin BAŞKAN

Thesis Advisor: Doç.Dr. Sıdıka OĞUZ

Department: Internal Diseases Nursing

2. SUMMARY

Purpose: This cross-sectional and descriptive study has been conducted to assess sexual function and quality of life in women with inflammatory bowel diseases.

Materials and Method: This study was conducted on 118 women with inflammatory bowel diseases, who applied to a university hospital in İstanbul and met the conditions of the survey. Patient information forms, Sexual Quality of Life - Female (SQOL-F) questionairres were used in the survey. The data were assessed with descriptive statistics, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, One-way Anova, t-tests and Pearson correlation analysis.

Findings: The SQOL-F average score for the women with IBD was 55,41±2,54. It was found that sexual function and quality of life was reduced in women with lower education levels, stress personalities and fatique and those who do not work or who live in a large family (p<,05). The SQOL-F score of the women with active IBD was seriously decreased (p<,0001). Syptoms and findings resulting from IBD negatively affects the quality of sexual life (p<,05). Significant difference has been detected for the women's SQOL-F average scores according to the women's satisfaction with their sexual life and having problems in their sexual lives caused by their illnesses.

Conclusion: It was found that women with IBD has a reduced quality of sexual life.

Key Words: Inflammatory bowel disease, Ulcerative colitis, Crohn, Quality of sexual life, Nursing.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

İnflamatuvar barsak hastalığı Ülseratif Kolit (Ü.K.) ve Crohn (C.H.) hastalığını içeren nedeni bilinmeyen, alevlenme ve remisyon dönemleri ile tekrarlayan, benzer tedavi yöntemlerine cevap veren; kronik, kontrolsüz, vücut sağlığını olumsuz yönde etkileyen intestinal inflamatuvar hastalıklardır (Akpınar, 2007; Osmanoğlu, 2007; Runge and Greganti, 2009; Uzunismail, 2012; Fauci et al, 2013).

İnflamatuvar barsak hastalığı genellikle 15–30 yaş aralığında ortaya çıkmakta ve bireylerin yaşamlarını eğitim, beden imajı, kişilik ve cinsel kimliğin belirlendiği, evlilik ve çocuk planlama, mesleki kariyer gibi hayatında önemli olayların yer aldığı, hayatın en aktif döneminde etkilemektedir. Bu dönem kadınların yaşam süreci içerisinde cinsel açıdan da en aktif olduğu dönemi kapsamaktadır. (Sainsbury and Heatley, 2005; Neubauer, Arlukıewıcz and Paradowski, 2009; Fauci et al, 2013).

İnflamatuvar barsak hastalıklarında diyare, rektal kanama, karın ağrısı, yetersiz beslenme, kilo kaybı, halsizlik, yorgunluk, karında şişkinlik hissi, acil defakasyon ihtiyacı gibi hastanın kendi kontrolü dışında belirti ve bulguları vardır. Bu belirti ve bulgular, hastalığın bilinmeyen yapısı, sık hastaneye yatış gereksinimi, cerrahi girişimlere maruz kalma ihtimali, kanser gelişme riski vb. gibi durumların psikososyal etkileri hastanın yaşamdan beklentilerini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir (Hanauer and Sandborn, 2001; Smith et al, 2002; Boztaş, 2003; Friedman, Mcquaid and Greendell,2007; Neubauer et al, 2009; Stjernman, Tysk, Almar, Ström and Hjortswang, 2011; Uzunismail, 2012; Fauci et al, 2013).

Cinsellik bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal yaşamının önemli bir parçası ve temel ihtiyaçlarındandır. Kadınların yaşamında tercih edilme, vücut imajı ve çocuk sahibi olmayı da içeren çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte; toplumsal, kültürel, ahlaki, çevresel birçok faktörden etkilenir (Çavdar, 2006; Nazik ve Eryılmaz, 2011; http://akademikpersonel.duzce.edu.tr/ferhanacikgoz/diger/ferhanacikgoz22.02.2013_15.54.37diger.pdf Erişim Tarihi: 13.01.2015). Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) tanımına göre; sağlıklı cinsel yaşam, işlev bozukluğu ve hastalığın olmayışı değil

aynı zamanda ruhsal ve mental yönden cinsel yaşamdaki iyilik halidir (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010 Erişim Tarihi: 16.02.15). Cinsel sağlık görüldüğü üzere, genel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Bu bağlamda cinsellik ve cinsel sağlık, bireyin genel sağlığı değerlendirilirken mutlaka ele alınmalıdır. Cinsel yaşamı etkileyen kadın sağlık sorunları cinsel fonksiyonu bozmakta ve cinsel yönden yetersizliğe neden olarak kadınlarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte ve erkeklere oranla daha sık görülmektedir (Çavdar, 2006; Kütmeç, 2009). İ.B.H. çoğunlukla cinsel yönden aktif hastaları etkilemekte, hastaların yaşadığı ağrı, diyare, yorgunluk, cinsel ilişki sırasında bir komplikasyon yaşama endişesi (inkontinans, gaz çıkışı, kötü koku), cerrahi girişimler, yetersiz beslenme ve ilaç kullanımına bağlı vücut imajındaki değişiklikler, bireyin cinselliğini ve cinsel fonksiyonlarını etkileyebilir. Bireylerde yaşanılan bu durumlar; eşleri tarafından terk edilme endişesi yaşamalarına, eş ile uyuşmazlıklara ve boşanmalara yol açabilmektedir. Dolaysıyla kadınların özgüveni, cinsel yaşamı etkilenmekte; yaşam kalitesinin önemli bir boyutu olan cinsel yaşam kalitelerinde olumsuzluğa neden olmaktadır (Kütmeç, 2009; Çetinkaya ve ark., 2010; Sexual relationship and Inflammatory Bowel Disease (IBD) www.myibdportal.org/Erişim tarihi: 16.02.15).

Ülkemizde cinselliğin konuşulması halen bir tabu olmaya devam etmekte ve sağlık profesyonelleri tarafından sorgulanmadıkça hastalar tarafından yaşanılan sıkıntılar gizli kalmaktadır (Kütmeç, 2009; Vicdan ve Canlı, 2011). Cinsel aktivitenin sürdürülmesi sağlıklı bireylerde olduğu gibi İ.B.H. olan bireylerde de önemli bir işlevdir ve yaşam kalitesinin önemli bir parçasıdır.

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 yaşamla ilgili sorunlarla baş edebilmesinde büyük sorumluluk düşmektedir. İ.B.H. olan bireylere bakım veren hemşirelerin, hastaların cinsel yaşam kalitelerini değerlendirmesi ve cinsel yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemesi; hastalığın başarılı bir şekilde yönetiminde, hastalara yönelik planlanılacak eğitimlerde ve hastaların yaşadığı sıkıntılarda hemşirelik girişimlerinin

planlamasında yol gösteri olacaktır (Kütmeç, 2009; Tuğut ve Gölbaşı, 2010; http://akademikpersonel.duzce.edu.tr/ferhanacikgoz/diger/ferhanacikgoz22.02.2013_15.54.37diger.pdf Erişim Tarihi: 13.01.2015).

Bu bağlamda bu araştırma, İ.B.H. olan kadınlarda, hastalığın cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirildi.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları

İnflamatuvar barsak hastalığı, gastrointestinal sistemin idiopatik, kronik ve tekrarlayan inflamasyonudur (Runge and Greganti, 2009). İ.B.H., Ü.K. ve C.H. hastalığını içermektedir (Friedman, McQuaid and Grendell, 2007; Fauci et al, 2013). Bu hastalıklar arasında önemli farklılıklar bulunmasına rağmen, epidemiyoloji, etyopatogenez, klinik özellikler, bağırsak dışı tutulumlar ve tedavideki benzerlikler açısından İ.B.H. başlığı altında toplanmıştır (Çavuşoğlu, 2003; Uzunismail, 2012). Buna rağmen bu hastalıklar (Ü.K., C.H.) arasındaki belirgin farkları bilmek, tıbbi ve cerrahi tedavinin belirlenmesinde önem kazanmaktadır (Friedman et al, 2007).

Ülseratif kolit, rektumdan başlayarak arada sağlam kısım bırakmaksızın yalnızca kolonu tutan mukozal bir inflamasyondur. C.H. ise ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir yerini tutabilen, bağırsağın tüm tabakalarını içine alan bir inflamasyondur. Ü.K.'te genel olarak kolon tutulduğu, mukoza ve submukoza ile sınırlı kaldığı için gerektiğinde cerrahi olarak tedavi edilebilir. Fakat C.H.'da bağırsağın tüm tabakaları hastalığa eşlik ettiği için cerrahi tedavi yalnızca komplikasyonların giderilmesine olanak sağlamaktadır. İ.B.H. gösterdiği birçok bağırsak dışı komplikasyonlar nedeniyle, yalnızca sindirim sistemine özgü hastalıklar değil, remisyon ve alevlenmelerle seyreden, kadınların cinselliği ve yaşam kaliteleri üzerine önemli etkisi olan kronik sistemik hastalıklardır (Trachter, Roger and Leiblum, 2002; Boztaş, 2003; Kaymakoğlu, 2007; Habermann and Ghosh, 2009; Goldman and Ausıello, 2011).

Ülseratif kolit ilk kez Samuel Wilks tarafından 1859 yılında spesifik bir hastalık olarak tanımlanmış, sonraki yıllarda da bağırsak mukozasındaki değişiklikler ortaya konmuştur (Jewell, 2002). C.H. ise ilk olarak 1761 yılında Morgagni tarafından tanımlanmış, 1932 yılında Crohn ve arkadaşları hastalığı terminal ileit olarak adlandırmıştır. Yıllar içinde hastalığın tüm gastrointestinal sistemi segmental olarak

tutabileceği anlaşılmış ve araştırmacılardan Burrill B. Crohn adıyla anılmıştır (McNally, 2004; Akpınar, 2007; Siegel and Sands, 2010).

4.1.1. Epidemiyoloji

İnflamatuvar barsak hastalığının görülme sıklığı coğrafi bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Coğrafi olarak kuzey ülkelerde (Avrupa, İngiltere ve Kuzey Amerika) daha sık görülür. Kuzey Amerika'da prevalans oranları Ü.K. için yılda 37-246/100.000 iken, C.H. için 26-199/100.000'dir (Goldman and Ausıello, 2011; Fauci et al, 2013). Ülkemizde ise Ü.K. için 25,5/100.000 iken, C.H. için 7,7/100.000'dir. Toplam İ.B.H. prevalansı ise 36/100.000'dır (www.dromersenturk.com/tibbi.../Crohn-Epidemiyoloji-ve-Patogenez.pdf Erişim tarihi: 25.02.2014). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; Ü.K. insidansı 4,4/100.000, C.H. insidansı 2,2/100.000 bulunmuştur. Yine aynı çalışmada İ.B.H. sıklığının ülkemizde Kuzey ve Batı Avrupa'ya göre daha düşük, Ortadoğu'ya yakın olduğu bildirilmiştir (Tözün ve ark., 2009).

İnflamatuvar barsak hastalığı, ırk olarak beyaz ırkta ve etnik köken olarak yahudiler de daha fazla görülmektedir (Çavuşoğlu, 2003; Kumar and Clark, 2010). Ü.K. ve C.H. hastalığı iki dönemde ortaya çıkmaktadır. En çok 15-30 yaş aralığında görülmekte ve 60-80 yaşları arasında ikinci kez pik yapmaktadır (Giese and Terrell, 1996; Kaymakoğlu, 2007). Ü.K.'e sahip hastalar arasında belirgin cinsiyet farkı yoktur ve benzer sıklıkta görülmektedir. C.H.'da ise erkek/kadın oranı 1/1,8'dir. Buna ek olarak kadınlar erkeklere göre, crohn hastalığı gelişimi açısından %20 ile %30 arasında daha fazla riske sahiptirler (Trachter et al, 2002). İ.B.H. ailelerde artmış insidans göstermektedir ve hastaların %6-20'sinde pozitif aile öyküsü bulunmaktadır (Runge and Greganti, 2009).

4.1.2. Etiyoloji ve patogenez

İnflamatuvar barsak hastalığının etiyolojisi bilinmemektedir. İ.B.H.'nın genetik olarak duyarlı bir kişide bazı faktörler tarafından tetiklenen inflamasyonun barsak

duvarında oluşturduğu hasar sonucu meydana geldiği düşünülmektedir. Buradan yola çıkarak İ.B.H.'nın etiyolojisinde 3 temel faktör üzerinde durulmaktadır. Bunlar çevresel faktörler, genetik faktörler ve bozulmuş immun yanıt mekanizmasıdır (Kaymakoğlu, 2007; Runge and Greganti, 2009; Kumar and Clark, 2010).

4.1.2.1. Çevresel faktörler

İnflamatuvar barsak hastalığı ile ilişkili olabilecek birçok potansiyel çevresel risk faktörü bulunmaktadır. Prenatal olaylar, anne sütü ile yeterince beslenememe, mikroorganizmalar, çocukluk çağı enfeksiyonları, oral kontraseptifler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, diyet, hijyen, sigara, apendektomi, psikolojik ve diğer çevresel faktörlerin İ.B.H.'nın ortaya çıkmasına veya alevlenmesine neden olabileceği ileri sürülmektedir (Kirsner, 1994; Kaymakoğlu, 2007).

Şehirde yaşayanlar, kırsal kesimdekilere; sosyal ve ekonomi seviyesi yüksek olanlar, düşük olanlara oranla daha fazla İ.B.H.'na yakalanmaktadır (Kaymakoğlu, 2007). Ü.K.'li hastalarda normal popülasyona göre daha az sigara içme alışkanlığı, C.H.'da ise daha fazla sigara içme alışkanlığı var ve sigara içmeye devam eden hastalar, medikal tedaviye daha az yanıt vermektedirler (Goldman and Ausıello, 2011). Sigara içiminin C.H.'nu tetiklediği, Ü.K. için ise koruyucu olduğu ileri sürülmektedir. Özellikle Ü.K.'te sigara kullanmayan ya da sigarayı bırakanlarda daha sık karşılaşıldığı gözlemlenmiştir (Kumar and Clark, 2010). İ.B.H.'nın patogenezinde beslenme şeklinin önemi vurgulanmaktadır. Yıllarca İ.B.H. oluşumunda ve tetikleyen faktör olarak inek sütü alerjisi, anne sütü ile beslenememe, yüksek şeker tüketimi ve liften yoksun beslenme sorumlu tutulmuş, fakat aralarındaki ilişki açıklanamamıştır (Delegge, 2011). Oral kontraseptif kullanımının İ.B.H. riskini arttırdığı bildirilmekle birlikte, hastalığa sebep olma mekanizması açıklanamamıştır (Friedman et al, 2007). Apendektomi ile Ü.K. arasında ters bir ilişki olduğu düşünülmektedir. 20 yaşından önce yapılmış apendektominin Ü.K.'e karşı koruyucu olduğu ve Ü.K.'in klinik gidişini olumlu yönde etkilediği iletilmektedir. C.H.'da ise apendektominin C.H. riskini arttırdığı ve klinik gidişi olumsuz yönde etkilediği ifade edilmektedir (Kumar and Clark, 2010). İ.B.H.'nın

ortaya çıkış ve alevlenmesinde stres ve psikolojik faktörler de ilişkilendirilmiştir (Uzunismail, 2012).

4.1.2.2. Genetik faktörler

İnflamatuvar barsak hastalığının genetik bir temeli vardır. İ.B.H. ailelerde artmış insidans göstermektedir. Hastaların %6-20'sinde pozitif aile öyküsü bulunmakta ve bu durum İ.B.H. için en önemli risk faktörüdür. İ.B.H. hastalarının yaklaşık %15'inin birinci derece akrabaları etkilenmiş ve ailesinde İ.B.H. bulunan bir kişinin hastalığa yakalanma oranı normal topluma göre 30-100 kat artmıştır (Yamada, Hasler, Inadomi, Anderson and Brown, 2009; Goldman and Ausıello, 2011; Runge and Greganti, 2009).

4.1.2.3. Bozulmuş immun yanıt mekanizması

İnflamatuvar barsak hastalığında çeşitli immun sistem mekanizmalarında farklılaşma meydana gelmektedir. İ.B.H. genetik olarak duyarlı kişilerde bazı faktörler tarafından tetiklenen inflamasyonun barsak duvarında oluşturduğu hasar sonucu meydana gelmektedir. İ.B.H.'da bazı çevresel ve genetik faktörler kişiyi İ.B.H. açısından duyarlı hale getirir. Bu faktörlerin etkisi ile duyarlı hale gelen kişide kesin kanıtlanamamasına rağmen, luminal bakteriler, diyet antijenleri ve intestinal epitel hücreler gibi tetikleyici faktörlerin etkisi ile sindirim kanalı mukozasında inflamasyon başlar. Normal kişilerde bu inflamasyon fizyolojik sınırlar içinde kalırken, İ.B.H.'da inflamatuvar cevap aşırı olmakta ve hastalığı meydana getirmektedir. İ.B.H.'da bir kez inflamasyon başladığında immun cevabın kontrolünde yetersizlik oluşarak, kontrol edilemeyen bir inflamasyona yol açmaktadır (Oktay, 2001; Kaymakoğlu, 2007; Runge and Greganti, 2009; Yamada et al, 2009; Fauci et al, 2013).

4.1.3. Patoloji

Ülseratif kolit ve C.H.'nun birbirinden farklı karakteristik özellikleri olmasına rağmen, bazı olgularda birbirinden ayırt edilemeyebilir. İ.B.H.'ında patolojik bulgular hastalığın aktivite durumuna göre değişiklik göstermekte ve bu patolojik bulgular her zaman klinik ve endoskopik değerlendirmeyle paralellik göstermemektedir (Çavuşoğlu, 2003; Goldman and Ausıello, 2011).

Ülseratif kolit kolon mukozasının hastalığıdır. Ü.K.'te inflamasyon rektumdan başlar, tüm kolon boyunca ilerler ve mukozal yüzeyle sınırlı kalır (Osmanoğlu, 2007; Kumar and Clark, 2010; Lichtenstien and Osterman, 2010). Hastalıklı bölge ile hasta olmayan bölge arasında her zaman kesin bir sınır bulunmaktadır (Runge and Greganti, 2009; Goldman and Ausıello, 2011; Fauci et al, 2013). ÜK'in tipik lezyonu kript apseleridir. Hastalığın aktif döneminde inflamatuvar hücreler epitelde toplanır, kriptleri istila ederler ve kript lümeninde toplanarak kript apselerini oluştururlar. Kript apseleri Ü.K.'i, C.H.'dan ayıran en önemli özelliklerdendir (Çavuşoğlu, 2003; Osmanoğlu, 2007; Lichtenstein and Osterman, 2010). Uzun süreli hastalıkta kolon mukozasında displastik değişiklikler gelişebilir, kolon kanseri açısından dikkatli olmak gerekir (Tözün ve Atuğ, 2004). Ü.K.'i olan hastalarda kolon kanseri oranında artış vardır ve bu hastalar arasında endişeye neden olmaktadır (Giese and Terrell, 1996; Hodgson, Baulton, Cousins and Gupta, 2005).

Crohn hastalığında hedef organ tüm sindirim sistemidir. C.H. ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümünü ve tüm katmanlarını tutabilir (Kaymakoğlu, 2007; Kumar and Clark, 2010). C.H.'da Ü.K.'in aksine çoğu zaman rektum tutulmaz. Ağız, dil, özefagus, mide ve duedenum nadiren tutulmaktadır (Akpınar, 2007). C.H.'da tutulum süreklilik göstermez. Arada normal mukozanın olduğu atlama alanları mevcuttur. Bu durum hem endoskopik, hem de radyografik olarak gözlemlenebilen C.H.'na özgü kaldırım taşı görüntüsünü meydana getirmektedir. Başlangıçta C.H.'da küçük aftöz ülserler vardır, zamanla derinleşerek submukoza, muskolaris ve serozaya penetre olabilirler. Dolayısıyla bağırsak

luplarına, mezentere ve komşu organlara fistüller gelişir, batın içinde apse meydana gelebilir (Akpınar, 2007; Uzunismail, 2012; Fauci et al, 2013).

4.1.4. Belirti ve bulgular

Ülseratif kolit hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen kronik gidişli bir hastalıktır (Yıldırım, 2008). Ü.K.'in kronik intermittan (remisyon ve alevlenmeler), kronik devamlı (kontinü-sürekli hafif aktivasyon bulguları) ve akut fulminan (tek bir atak) olmak üzere üç tipi bulunmaktadır (Kaymakoğlu, 2002). Ü.K.'te klinik belirtiler, hastalığın şiddeti ve yaygınlık derecesine göre değişiklik göstermekte ve hastaların %68'inde hafif, %26'sında orta şiddette, %6'sında şiddetli bir seyir izlemektedir (Çavuşoğlu, 2003).

Ülseratif kolitin en tipik belirtisi diyare ile birlikte gaitada kan bulunmasıdır (Yamada et al, 2009; Goldman and Ausıello, 2011). Ü.K. yalnızca rektum ile sınırlı kalmış ise kan dışkının yüzeyindedir, fakat inflamasyon daha proksimale yayılmış ise kan dışkı ile karışmış durumdadır (Kaymakoğlu, 2007). Hasta rektal inflamasyon nedeniyle, gece ve gündüz az miktarda, sık sık büyük tuvaletini yapar (Yamada et al 2009). Tenesmus rektum tutulumu olan hastalarda sıklıkla görülmektedir. Hastalar tarafından dışkılama isteğinin olup, dışkı yapamama olarak ifade edilmektedir (Kumar and Clark, 2010; Lichtenstein and Osterman, 2010). Urgency Ü.K.'in en rahatsız edici semptomlarından birisidir. Hastada büyük tuvaletini kaçıracakmış hissi ile birlikte ani dışkılama ihtiyacı gelişir. Bu hastalarda zaman zaman fekal inkontinans gelişebilmektedir. Bu durum hastanın iş, aile ve toplumdaki yaşantısında sınırlamalara, toplumdan kendisini soyutlamasına neden olabilmektedir (Lichtenstein and Osterman, 2010; Goldman and Ausıello, 2011). Ağrı belirgin bir bulgu olmamakla birlikte bazı hastalarda dışkılama ile hafifleyen karın ağrısı olabilir. Karın ağrısına göre sol alt kadranda kramp şeklinde ağrı daha sık görülür (Çavuşoğlu, 2003; McNally, 2004). Şiddetli hastalarda ateş, gece terlemesi, bulantı, kusma, halsizlik, kilo kaybı ve artralji gibi sistemik hastalık belirtileri ve anemi, lökosit, sedimantasyon hızında artış, diyareye bağlı olarak elektrolit bozuklukları ve

hipokalemi dikkat çeken labaratuvar bulgularıdır (Hodgson et al, 2005; Goldman and Ausıello, 2011).

Crohn, hastalarda belirgin iş gücü kaybı, hastaların %50'sinde çalışma saatlerinde azalma ve işe düzenli olarak devam edememe sebebi ile iş hayatlarında değişikliğe neden olabilmektedir (Yamada et al, 2009). C.H.'nun inflamatuvar, obstrüktif ve fistülizan olmak üzere üç tipi vardır (Kaymakoğlu, 2007).

Hastalarda diyare, karın ağrısı ve kilo kaybı en belirgin semptomdur (Kumar and Clark, 2010; Goldman and Ausıello, 2011). C.H.'da ateş, kilo kaybı, sağ alt kadran ağrısı, palpabl kitle gibi inflamatuvar belirtiler; postprandiyal karın ağrısı, gaz, bulantı, kusma gibi obstrüktif belirtiler; enterovajinal, enterokutanöz, enteroenterik, enterovezikal fistüller veya apse gibi fistülöz özellikler gözlemlenebilmektedir. C.H.'nın %20-40'ında fistülizan hastalık gelişir. Aynı hastada C.H.'nın her üç tipide görülebilir (Andreoli, Carpenter, Griggs and Loscalzo, 2001). C.H.'da tutulum yerine, yaygınlığına, inflamasyonun derecesine göre belirti ve bulgular değişiklik gösterebilir (Uzunismail, 2012). Rektumun eşlik ettiği kolon tutulumlu hastalarda dışkı az hacimli, tenezm ve acil dışkılama ihtiyacı (bazen inkontinans) mevcutken; ince barsak tutulumlu hastalarda ise dışkı daha hacimli ve steatore mevcuttur. İnce barsak tutulumlu hastalarda tenezm ve acil dışkılama ihtiyacı gözlenmez (Goldman and Ausıello, 2011). İleum tutulumlu hastalarda aralıklı intestinal darlık ve serozal inflamasyona bağlı olarak yemekten sonra sağ alt kadran ağrısı görülür ve dışkılama sonrası ağrıda belirgin rahatlama gözlenmektedir. Ağrıya; bulantı, kusma ve karında şişkinlik de eşlik edebilir (Kaymakoğlu, 2007; Yamada et al, 2009; Goldman and Ausıello, 2011). Hastalarda oral alımın azalmasına ve emilim bozukluklarına bağlı olarak kilo kaybı gelişebilmektedir. Bu kayıp %10-20 hastada total vücut ağırlığının %20'sinden fazla olabilir (Yamada et al, 2009). Çoğu zaman kilo kaybı obstrüksiyonu olan hastalarda, hasta yemek yemediği zaman semptomların azaldığını hissetmesi nedeni ile az yemesinden dolayı meydana gelmektedir (Akpınar, 2007).

4.1.5. Komplikasyonlar

İnflamatuvar barsak hastalıklarının hem lokal, hemde sistemik komplikasyonları mevcuttur (Kaymakoğlu, 2007).

Ülseratif kolitin barsağa ait komplikasyonları kanama, toksik megakolon, perforasyon, darlık ve kanserdir. C.H.'nun barsağa ait komplikasyonları ise darlık, kanser, fistül ve apsedir (Stenson and Korzenik, 2000; Lichtenstein and Osterman, 2010; Siegel and Sands, 2010).

İnflamatuvar barsak hastalığının barsak dışı komplikasyonları ise; eklem bulguları (periferal artrit, ankilozan spondilit), karaciğer bulguları (sklerozan kolanjit, safra taşları), cilt bulguları (eritama nodosum, piyoderma gangrenosum), hematolojik bulgular (anemi, lökositoz, trombositoz), göz bulguları (üveit, episklerit) ve ağızda aft ülserleridir (Lichtenstein and Osterman, 2010; Siegel and Sands, 2010).

4.1.6. Prognoz

Ülseratif kolitin ortaya çıktığı dönemdeki ciddiyeti hastalığın seyrini belirlemede önemlidir (Friedman et al, 2007). Bununla birlikte hastalığın kolon tutulumunun artması ile hastalığın ciddiyeti ve cerrahi girişim oranı doğru orantılıdır. Hastaların %80'i kronik intermittan, %10-15'i kronik devamlı ve %5-10'u akut fulminan tip ile uyumludur. Genç hastalardaki klinik gidiş, yaşlı hastalara kıyasla daha ciddidir (Kaymakoğlu, 2001). Başlangıçta hastalığı şiddetli olan kişilerin %50'sinde iki yıl içerisinde, hafif hastalığı olanların yaklaşık olarak %10'nunda on yıl sonrasında cerrahi müdahaleye gereksinim duyulmaktadır (Yamada et al, 2009). Genel olarak değerlendirirsek, Ü.K.'i olan her dört kişiden birinde on yıl içerisinde cerrahi müdahale yapılmaktadır. Hastalık yaşının ilerlemesi, tutulum yerinin uzaması, hastalığın genç yaşta başlaması ve primer sklerozan kolonjit gibi faktörlerin bulunması kanser oluşma riskini arttırmaktadır. Ü.K.'in gebelik üzerine olumsuz bir etkisi yoktur (Kaymakoğlu, 2001).

Her geçen gün medikal ve cerrahi tedavi seçeneklerinin artması Ü.K.'in prognozunu olumlu yönde etkilemiştir. Akut atakların tedavisinde kortikosteroidler, remisyonun idamesinde sülfasalazin kullanımı ve rektal yolla uygulanabilen mesalamine'in kullanımı medikal tedaviyi kolaylaştırmıştır. Bu olumlu gelişmelere rağmen Ü.K.'li hastalar alevlenme dönemlerinde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememekte ve normal yaşantılarına devam etmekte zorlanmaktadırlar. Bu hastaların remisyon dönemi bile stres ve sıkıntılıdır (Çavuşoğlu, 2003). Bu bağlamda hastalar partneleriyle olan cinsel yaşamlarını sürdürmekte sıkıntı yaşamakta ve cinsel yaşamlarının geleceği hakkında endişe duymaktadırlar.

Crohn'nun seyri remisyon ve alevlenme dönemlerini içine alarak değişkenlik gösterebilmektedir. Çoğu zaman hayattan alınan tatmin ve üretkenlik aniden ortaya çıkan alevlenme dönemleri ile kesintiye uğrayarak hastanın sıkıntılı dönemler yaşamasına sebep olmaktadır (Friedman et al, 2007). Ü.K.'e göre C.H.'da prognoz daha kötüdür. Bununla birlikte Ü.K.'e göre C.H.'da komplikasyonların daha fazla olması nedeniyle yaşam kaliteleri de daha kötüdür. Perianal tutulum, internal ve eksternal fistüller, ince veya kalın barsakta gelişebilen darlık nedeniyle oluşabilen komplikasyonlar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, medikal tedaviyi zorlaştırmakta ve sonuç olarak cerrahi tedaviyi zorunlu kılmaktadır (Çavuşoğlu, 2003). Hastaların %30'unda hastalık tedavi almaksızın iyileşebilmektedir (Yamada et al, 2009). Bununla birlikte hastalığın seyri sırasında hastaların %60-70'i cerrahi girişime gereksinim duymakta ve bu hastaların %50'sinde gelecekte tekrar cerrahi girişim gerekmektedir (Friedman et al, 2007). C.H.'na sahip olmak kolon ve ince barsak adenokarsinom riskini arttırmaktadır. 20 yaşından önce hastalık tanısı konan kişilerde mortalite ve morbidite oranları artmıştır. C.H.'nun gebelik üzerine olumsuz bir etkisi yoktur. Fakat C.H. olan kadınlarda fertilite olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Kaymakoğlu, 2001).

Ülseratif kolitte olduğu gibi C.H.'da da her geçen gün medikal tedavi seçeneklerinin artması, destek tedavi seçeneklerinin geliştirilmesi hastaların daha kaliteli bir yaşam sürmelerini ve yaşam sürelerinin uzamasını olumlu yönde etkilemiştir. Buna rağmen birçok hasta tekrar tekrar cerrahi girişime maruz

kalmaktadır. Hastaların çoğunda hayat boyu süren bir tıbbi tedavi gereksinimi vardır (Çavuşoğlu, 2003).

4.1.7. Tanı

Crohn ve Ü.K. birçok hastalığa benzer özellikleri taşımaktadır (Braunwald et al, 2004). İnflamatuvar barsak hastalıklarında klinik, endoskopik, radyolojik, histolojik bulguların değerlendirilmesi sonucu %95 oranında C.H. ve Ü.K.'i birbirinden ve birçok diğer hastalıktan ayırt etmek mümkün olabilir. C.H. ve Ü.K.'in birbirinden ayrımının yapılamadığı durumlarda da hastalığa indetermine kolit denir (Kaymakoğlu, 2007). Medikal tedaviye karar verilirken hastada Ü.K. veya C.H. ayrımı yapılması çok önemli olmamasına rağmen; cerrahi tedavide bu ayrımın yapılması önemlidir. Çünkü Ü.K.'te kolektomi ve ileoanal anastomoz küratif bir cerrahi seçeneği olarak düşünülebilir (Goldman and Ausıello, 2011).

4.1.8. Tedavi

İnflamatuvar barsak hastalıklarında tedaviyle; inflamasyonun azaltılması, beslenme durumunun düzeltilmesi, semptomların iyileştirilmesi, remisyonun sağlanması ve sürdürülmesi hedeflenmektedir. İ.B.H.'ında hastalığın lokalizasyonu, aktivitesi, süresi, hasta üzerindeki etkisi, hastanın hastalığa uyum durumu ve önceden tedavi almış ise tedaviye verdiği yanıtın bilinmesi tedavi rejiminin planlanmasında önem arz etmektedir (Özin ve Ülker, 2002). İ.B.H.'nın tedavisini medikal ve cerrahi tedavi olmak üzere iki başlık altında inceleyebiliriz.

4.1.8.1. Medikal tedavi

İnflamatuvar barsak hastalıklarının tedavisinde antiinflamatuvarlar, immunsupresifler, antibiyotikler, biyolojik ajanlar, nutrisyonel ve destekleyici ilaçlar kullanılmaktadır (Kaymakoğlu, 2007).

İnflamatuvar barsak hastalıklarının tedavisinde en çok kullanılanılan ilaç, antiinflamatuvar etkili aminosalisilatlardır (Kaymakoğlu, 2007). Bu gruba 5-aminosalisilik asit (5-ASA) içeren bileşikler dahildir. 5-ASA içeren ilaçlar Ü.K.'in tedavisinde C.H.'na göre daha önem arz etmektedir (Goldman and Ausıello, 2011). Ü.K.'te 5-ASA remisyonun sağlanması ve sürdürülmesinde etkilidir. C.H.'da ise kolon tutulumu mevcut ise fayda sağlayabilir, fakat ileum tutulumu olan hastada etkisiz olduğu bilinmelidir (Uzunismail, 2012). Aktif İ.B.H.'ğı olanlarda remisyonu başlatmak için kortikosteroidler en etkili antiinflamatuvar ilaçlardır, fakat birçok yan etkisinin olması kullanımını sınırlandırmaktadır (Yurdakul, 2001; Goldman and Ausıello, 2011).

İnflamatuvar barsak hastalığının tedavisinde en sık kullanılan immunsupresifler, azathiopirin (AZT), 6-merkaptopurin (6-MP), siklosporin (CSA) ve methotrexate (MTX)'tır (Lichtenstein and Osterman, 2010). İmmunsupresifler tedaviye dirençli İ.B.H., steroid bağımlı hastalık ve perianal hastalıkta (özellikle fistülün tedavisi) tercih edilmektedir (Runge and Greganti, 2009). İmmunsupresiflerin kısa ve uzun dönem yan etkileri açısından hastaların dikkatli şekilde izlenmesi gerekmektedir (Andreoli et al, 2001).

İnflamatuvar barsak hastalıklarında antibiyotikler sıklıkla kullanılmıştır (Yurdakul, 2001). En sık kullanılan antibiyotikler metronidazol ve siprofloksasindir. Ü.K.'in yönetiminde antibiyotiklerin etkisi sınırlıdır. Ü.K.'te süpüratif komplikasyonların tedavisinde kullanılmaktadır. Fakat aktif C.H.'da, perianal hastalığı olanlarda ve fistül tedavisinde etkilidir. C.H.'nın tedavisinde metronidazol sık kullanılır (Lichtenstein and Osterman, 2010). C.H.'da siprofloksasin perianal hastalıkta ve fistüllerde, tek başına veya metronidazolle beraber kullanılarak hastada olumlu sonuçlar alınmasını sağlamaktadır (Yurdakul, 2001).

Biyolojik ajanlar İ.B.H.'ında kullanılan en yeni ilaçlardır. TNF-α'ya (Anti tümör nekrozis faktör antikor) karşı fare-insan şimerik monoklonal antikoru olan infliximab ağır-orta aktif C.H.'nın tedavisinde, fistüllerin kapanmasında ve refrakter Ü.K. hastalarının tedavisinde kullanılmaktadır (Goldman and Ausıello, 2011).

Adalimumab, TNF-α'ya karşı insan kaynaklı Ig G1 monoklonal antikorudur. Biyolojik ajanlardan infliximab ve adalimumab basit veya kompleks perianal fistüllerin tedavisinde başarılıdır. Bu tedavilere başlanmadan önce mutlaka apse varlığı ekarte edilmelidir. Biyolojik ajanlar ile tedavi birinci basamak tedavi değildir. Ancak 5-ASA, steroid ve immunsupresiflere cevap vermeyen hastalarda kullanılabilir (Ersoy ve Hamzaoğlu, 2013).

İnflamatuvar barsak hastalıklarında azalmış gıda alımı, sindirim bozukluğu, absorbsiyon bozukluğu, besin kaybında artma, besin ihtiyacında artma ve ilaç-besin etkileşmelerinden dolayı malnütriyon gelişebilir (Delegge, 2011). İ.B.H.'da önerilen nutrisyonel tedavi dengeli beslenmedir (Yamada et al, 2009). Barsağın istirahate alınması ve total parenteral nutrisyonun uygulanması (TPN) aktif dönemdeki C.H.'da faydalıdır. Fakat yeniden yemek yenmeye başlandığında hastalık yeniden ortaya çıkar (McNally, 2004). Ü.K.'te TPN mevcut olan atağın klinik seyrini değiştirmemekle birlikte, CH'da barsak istirahati ve yeterli TPN desteğinin sağlanması remisyonu kolaylaştırmaya yardımcı olabilir (Habermann and Ghosh, 2009).

Antidiyaretik ilaçlar ve antikolinerjik ilaçlar İ.B.H.'nın tedavisinde kullanılan destekleyici ilaçlardır. Antidiyaretikler hastalarda ani dışkılama ihtiyacı ve dışkılama sıklığını, antikolinerjikler ise ani dışkılama ihtiyacı, yemek sonrası oluşan ağrı ve kramp gibi şikayetleri azaltmada fayda sağlayabilirler (Yamada et al, 2009). Ü.K.'te antikolinerjikler kullanırken dikkatli olunmalıdır. Toksik megakolon gelişimine katkıda bulunabilirler (Habermann and Ghosh, 2009).

4.1.8.2. Cerrahi tedavi

İnflamatuvar barsak hastalığında ilk tercih medikal tedavidir. Fakat hastalıkların seyri sırasında medikal tedaviye yanıtsızlık, yaşam kalitesinde bozulma ve yan etkilerin ortaya çıkması ile birlikte cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulabilir (Yüceyar, 2001; Lichtenstein and Osterman, 2010).

Ülseratif kolitte cerrahi tedavi ya acilen ya da elektif şartlarda uygulanmaktadır. Acil cerrahi endikasyonları şiddetli kanama, perforasyon ve toksik megakolon'dur. Elektif cerrahi endikasyonları ise medikal tedaviye yetersizlik, uygun medikal tedavi kullanımını etkileyen ağır ilaç yan etkileri, displazi ve kanser gelişmesi, sık sık oluşan nüksler sebebi ile sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi sayılabilir (Özin ve Ülker, 2002; Osmanoğlu, 2007; Yamada et al, 2009; Lichtenstein and Osterman, 2010). Ü.K.'te cerrahi tedavi küratif bir işlemdir ve hastaların %25'i medikal tedaviye yetersizlikten dolayı cerrahi müdahaleye gereksinim duymaktadırlar (Goldman and Ausıello, 2011). Ü.K.'te cerrahi tedavinin hedefi kontinansı ve cinsel fonksiyonları koruyarak tüm hastalıklı kolonu çıkarmaktır. Dolayısı ile bu durum kolorektal kanser riskinin ortadan kaldırılmasında önem arz etmektedir (Lichtenstein and Osterman, 2010).

Crohn'da cerrahi tedavi, belirtileri kontrol altına almak ve komplikasyonları tedavi etmek için gereklidir. Özellikle dirençli hastalık, medikal tedaviye yanıtsızlık, obstrüksiyon, fistül ve apse oluşumunda tercih edilmektedir (Hanauer and Sandborn, 2001; Siegel and Sands, 2010). Semptomların başlangıcından itibaren 20 yıl içinde hastaların ¾ cerrahi müdahaleye maruz kalmaktadır. Hastaların tanı konulduktan sonra üç yıl içerisinde cerrahi oranı %25-45'tir. Ameliyat geçiren hastaların ilk beş yıl içerinde ikinci kez operasyon geçirme oranı %25-38 ve ikinci bir ameliyatı geçiren hastaların yaklaşık 1/3'de üçüncü bir cerrahi operasyon ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Siegel and Sands, 2010). C.H.'da cerrahi tedavide en önemli problem hastalığın tekrar etmesidir (Bulut, 2003). Cerrahi tedavi C.H.'da kesin sonuç değildir. Bu nedenle yapılan rezeksiyonun sıklık ve yaygınlığı minumum tutulmalıdır (McNally, 2004; Yamada et al, 2009). Bundan dolayı amaç C.H.'nun tedavisinde cerrahi tedaviyi mümkün olduğunca geciktirmektir. Farklı cerrahi seçenekleri olmasına rağmen amaç yalnızca hastalıklı bölgenin çıkarılmasıdır (Akpınar, 2007).

4.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları ve Yaşam Kalitesi

Sağlık araştırmalarında son yıllarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesine önem verilmektedir. Yaşam kalitesi kavramının tarihi ilk filozoflardan Aristoya kadar

uzanmaktadır (Müezzinoğlu, 2005). DSÖ tanımına göre sağlık; işlev bozukluğu ve hastalığın olmayışı değil aynı zamanda ruhsal ve mental açıdan iyilik halidir. DSÖ tanımdan itibaren yaşam kalitesi kavramı daha güncel hale gelmiştir (http://whqlibdoc.who.int/hist/chronicles/chronicle1947 Erişim Tarihi: 16.02.2015). Bu bağlamda yaşam kalitesi hasta bireyin fizyolojik fonksiyonlarını ele almaktan çok hastanın, hastalık ve tedavi süreci ile ilişkili hissettiklerini vurgulayan bir süreç olarak tanımlanmıştır.

Hem C.H., hem de Ü.K.'i içeren İ.B.H., remisyon ve aktivasyon atakları ile seyreden, yaygın, sıkıntılı ve sık sık yanlış anlaşılan kadınların cinselliği ve yaşam kaliteleri üzerine önemli etkiye sahip olabilen kronik bir hastalıktır. Çoğu kronik hastalıklarda bu konuya artan dikkate rağmen, İ.B.H.'da cinselikle ilgili yeterli bilgi yoktur. Bununla birlikte yaklaşık olarak İ.B.H. olan kadın popülasyonun %40'ının seksüel zorluklarla karşı karşıya kaldığı tahmin edilmektedir (Trachter et al, 2002).

İnflamatuvar barsak hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi veya zorluk yaşaması, özellikle halsizlik ile birlikte diğer hastalık semptomları, hastalık seyrinin belirsizliği, tedavi sürecinin uzun olması, sık kontroller ve tekrarlayan hastane yatışları, cerrahi girişime maruz kalma, düzenli ilaç kullanımı ve bu ilaçların yan etkileri, tekrarlayan kolonoskopiler hastaların iyilik halinde bozulmaya ve bunun sonucunda da yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine sebep olabilir. Ve bu durum hastaların bağımsızlığını, yaşam üzerindeki kontrolünü, mahremiyetini, özgüvenini, iş ve aile hayatını, eş ile ilişkilerini, geleceğe yönelik beklentilerini olumsuz etkileyebilir (Friedman et al, 2007; Neubauer et al, 2009; Fauci et al, 2013). Anketlerim sırasında hastalar ile yaptığım görüşmelerde hastalar ağrısız (günlük yaşamlarında karın ağrısı ve ilişki esnasında yaşadıkları ağrı), halsizliği kontrol altına alınmış ve günlük yaşam aktivitelerini tam olarak yerine getirmek istediğini ilettiler. Bu noktada tedavinin amacı hastaların bu isteğine odaklanmalıdır. Ancak genellikle pratikte hastalığın aktivasyonunun ve komplikasyonların etkilerini kontrol altına almaya odaklanıldığı için, hastaya özgü ihtiyaçlar ve günlük yaşam aktivitelerinin yapılabilirliği gözden kaçırılmaktadır.

İnflamatuvar barsak hastalıklarıyla ilgili çalışmaları inceleyen bir derlemede, genel olarak yazarlar yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörün hastalık aktivitesi olduğuna yönelik genel bir kanıya varmışlardır. Çalışmalarda İ.B.H. olan bireyler, remisyondaki bireyler veya sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında, aktif İ.B.H. olan hastaların yaşam kalitelerinde önemli düşüşler gözlemlenmiştir (Neubauer et al, 2009).

Çok farklı problemleri içinde barındıran İ.B.H.'nın tedavi ve bakımında bütünsel ve multidisipliner bir tedavi yaklaşımı benimsenmeli, bu hastaların takibinde olan sağlık profesyonellerinin bu durumu dikkate alması önemlidir (Giese and Terrell, 1996; Trachter et al, 2002; Sainsbury and Heatley, 2005). İ.B.H.'na bağlı olarak cinsel yaşamda meydana gelen değişiklikler yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. İ.B.H.'nın tedavisinde yer alan ekibin önemli bir üyesi olan hemşirelerin hastalığın yaşam kalitesi ve cinsel yaşam kalitesi üzerine olan etkisine karşı duyarlı olmalı, bu durumun sosyal ve emosyonel etkilerini gözden kaçırmayarak hastasını bütüncül bir tedavi yaklaşımı içinde ele almalıdır (Giese and Terrell, 1996; Trachter et al, 2002)

4.3. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları ve Cinsel Yaşam Kalitesi

Cinsellik bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal yaşamının önemli bir parçası ve temel ihtiyaçlarındandır. Kadınların yaşamında tercih edilme, yeterlilik, memnuniyet, vücut imajı ve çocuk sahibi olmayı da içeren çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte; toplumsal, kültürel, ahlaki, çevresel birçok faktörden etkilenir (Çavdar, 2006; Nazik ve Eryılmaz, 2011; http://akademikpersonel.duzce.edu.tr /ferhanacikgoz/diger/ferhanacikgoz22.02.2013_15.54.37diger.pdf Erişim Tarihi: 13.01.2015).

Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre sağlıklı cinsel yaşam, işlev bozukluğu ve hastalığın olmayışı değil aynı zamanda ruhsal ve mental yönden cinsel yaşamdaki iyilik halidir (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010 Erişim Tarihi: 13.01.2015). Görüldüğü üzere cinsel sağlık, genel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Bu bağlamda

cinsellik ve cinsel sağlık, bireyin genel sağlığı değerlendirilirken mutlaka ele alınmalıdır (Çavdar, 2006; Kütmeç, 2009).

İnsanların hayatında cinsel ilişki önemli bir yere sahiptir. Bazı çiftlerde İ.B.H. cinsel yaşam üzerine çok az etki ederken, bazı çiftlerde cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Özellikle hastalar aktif dönemde cinsel ilişkiye daha az istek duyabilirler (Sexual relationship and IBD www.myibdportal.org Erişim tarihi: 16.02.2015). Hastaların yaşadığı ağrı, diyare, yorgunluk, cinsel ilişki sırasında bir komplikasyon yaşama endişesi, cerrahi girişimler, yetersiz beslenme ve ilaç kullanımına bağlı vücut imajındaki değişiklikler bireyin cinselliğini ve cinsel fonksiyonlarını etkileyerek; eşleri tarafından terk edilme endişesi yaşamalarına, eş ile uyuşmazlıklara ve boşanmalara yol açabilmektedir. Dolaysıyla kadınların özgüveni, cinsel yaşamı etkilenmekte; yaşam kalitesinin önemli bir boyutu olan cinsel yaşam kalitelerinde olumsuzluğa neden olmaktadır (Kütmeç, 2009; Çetinkaya ve ark., 2010; Sexual relationship and IBD www.myibdportal.org Erişim tarihi: 16.02.2015).

İnflamatuvar barsak hastalığı çoğunlukla hastaları, arkadaş ilişkileri kurma (cinsel partner), vücut imajı ve cinselliğin hayatlarında önemli bir yer kapladığı cinsel yönden aktif, genç-yetişkin dönemde etkilemektedir. Hastalar İ.B.H. ile yaşamaya çalışırken, gerek hastalığın kendisinden, gerekse yapılan tıbbi ve cerrahi müdahalelerden dolayı hastaların cinsel yaşamı etkilenebilmektedir (Giese and Terrell, 1996; Muller, Prosser, Bampton, Mountifield and Andrews, 2010). Her geçen gün tıptaki ilerlemelere paralel olarak Ü.K. için normal bir hayat beklentisi oluşurken, C.H.'da ise normale yakın bir hayat beklentisi vardır. Yani İ.B.H. hastaların yaşam süresinde bir değişikliğe sebep olmamaktadır. Bu bağlamda hastaların hayat standartını etkileyen, İ.B.H. olan kişilerin yaşadığı cinsel problemlere olan ilgi her geçen artmaktadır (Muller et al, 2010).

İnflamatuvar barsak hastalığının cinsel aktivite ve cinsel yaşam üzerindeki etkileri inceleyen çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Moody, Probert, Srivastava, Rhodes ve Mayberry'ye göre (1992) C.H. olan kadınların kontrol grubundan daha fazla cinsel zorluklarla karşılaştığını ve bunun karın ağrısı, ishal ve

dışkı inkontinansı korkusuna bağlı olduğunu iletmişlerdir. Bununla birlikte aynı grup daha sonra hasta ve kontroller arasında anlamlı farkın, disparoni ve cinsel ilişki sıklığı ile ilişkili olduğunu bildirdi. Hastaların %60'ında, perianal hastalık ve fistülü olan kadınların ise 1/3'ünde disparoni görülmüştür. Timmer, Bauer, Dıgnass ve Rogler ise (2007) cinsel olarak aktif İ.B.H. olan hastaları, sağlıklı kontroller ile karşılaştırdığı çalışmasında cinsel zorluk açısından anlamlı bir sonuç ile karşılaşmadıklarını iletmişlerdir. Buna rağmen İ.B.H. olan kadınlar kontrollere göre hastalık aktivitesine paralel olarak daha fazla cinsel zorluklar yaşamışlardır. Timmer ve ark. na göre (2007) bu durum kontrol grubuna göre değişiklik gösterebilir. Muller ve ark. nın (2010) çalışmasında hastaların %50,2'sinde cinsel yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiği, bayanların %66,3'nün cinsel aktivitelerinin azaldığı ve özellikle opere bayan hastaların cinsel isteklerinin daha fazla düştüğü görülmüştür.

Hastalarda meydana gelen acilen tuvalete çıkma ihtiyacı, inkontinans, gaz şikayeti, şişkinlik, gün içerisinde tuvalette önemli miktarda zaman geçirme gibi değişiklikler, hastanın toplum ve eş ile olan ilişkilerinde zor duruma düşmesine, tiye alınmasına ve kişinin toplumdan, cinsel aktiviteden, sosyal aktivitelerden kendini soyutlamasına neden olarak, benlik saygısını ve özgüvenini olumsuz yönde etkilemektedir (Trachter et al, 2002; Dubinsky, 2005). Çok özel ve hassas konular olmasından dolayı cinsellik hastalar tarafından ne toplumda ne de kişisel ilişkilerde çok rahat konuşulamamaktadır. Sonuç olarak bu konuların konuşulmaması toplum içerinde utanç duyulan hastalıklar olarak nitelendirilmesine yol açmaktadır (Trachter et al, 2002). Bu konuda sağlık profesyonellerine düşen en büyük görev, hastalarına yeterli zaman ayırarak, karşılıklı güven ilişkisi oluşturduktan sonra; hastaların cinsellikle ilgili yaşadığı sıkıntıları belirleyebilmek için uygun ortam oluşturmalı ve konuşmaları için cesaretlendirmelidir.

4.4. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları ve Hemşirelik

Ülkemizde ve dünyada cinselliğin konuşulması halen bir tabu olmaya devam etmekte ve sağlık profesyonelleri tarafından sorgulanmadıkça hastalar tarafından yaşanılan sıkıntılar dile getirilmemektedir (Dubinsky, 2005; Kütmeç, 2009).

Cinsellikle ilgili bilgi toplamak zordur, hele bu bayan bir hasta ise daha zordur (Trachter et al, 2002). Bu klinik pratikte yaşanılan tipik bir problemdir (Dubinsky, 2005). Cinselliğin özel olmasından (mahrem olmasından) dolayı hem hastalar, hem de sağlık profesyonelleri bu gibi konuları konuşurken kendilerini rahat hissetmeyebilirler (Trachter et al, 2002). Hastalar özellikle hekim erkek ise utanma, gizleme davranışları ve cinselliği konuşulması zor bir konu olarak değerlendirmelerinden dolayı sağlık profesyonellerine soru sormaktan çekinmekte ve kendilerini bu konuları konuşmada rahat hissetmemektedirler (Trachter et al, 2002; Vicdan ve Canlı, 2011). Sağlık profesyonelleri ise hastalığın cinsellik üzerindeki etkilerini bilmelerine rağmen hastaları ile bu konuları konuşmaya zaman ayırmazlar. Bu durum meşgul ve zamanlarının sınırlı olmasından, önemsememe, cinsellikle ilgili yeterli bilgi ve donanıma sahip olmamalarından, hastalığı ve komplikasyonlarını kontrol altına almanın öncelikli olmasından dolayı iş rutini arasında bu gibi sorunları değerlendirmeyi aksatabilirler (Trachter et al, 2002; Vicdan ve Canlı, 2011). Bu gibi durumlar hastada sorunun ortaya konması ve sorun saptandığında bu konuda yardım almayı zorlaştırmaktadır. Bundan dolayı hastalar yaşadıkları sıkıntılar ile baş başa kalmakta, hastalıkları ve cinsel yaşamını yönetmede sıkıntı yaşamaktadır. Oysa sağlık profesyonelleri hastaları sadece sorarak ve dinleyerek İ.B.H. olan bireylerin yaşamlarını ciddi anlamda değiştirebilir, hastaların cinsel yaşam ve yaşam kalitelerinde muazzam bir fark yaratabilirler (Dubinsky, 2005; Vicdan ve Canlı, 2011). Dolayısı ile bütüncül düşünürsek bireyin, ailenin ve toplumun yaşam kalitesini yükseltebilirler.

Cinsellikle ilgili konuyu gündeme getirecek, hastayı iyi hissettirecek kişi sağlık profesyonelidir. Bu konuları ortaya çıkarmak için en önemli nokta hasta için bu konuları basitleştirmektir. Sonrasında cinsellikle ilgili konuşabilmek için güven ilişkisi oluşturmak, güvenli ve güvenilir bir ortam yaratmak, yalnız olmadıklarını, onları anladığımızı, inandığımızı, önemli olduklarını, ilgiyi hak ettiklerini hissettirmeliyiz. Bununla birlikte cinsellik hastalar tarafından kabul edilebilir, konuşulabilir bir duruma dönüşecektir (Dubinsky, 2005). Hastalar ile cinselliği konuşmak için zamanlama önemlidir. Mutlaka güven ilişkisi oluştuktan sonra,

iletişim için ilk adım atılmalıdır. İletişimde yöneltilen açık uçlu sorular, konuşmayı başlatmak açısından yararlı olabilir (Dubinsky, 2005; Fauci et al, 2013).

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 yaşamla ilgili sorunlarla baş edebilmesinde büyük sorumluluk düşmektedir (Kütmeç, 2009; http://akademikpersonel.duzce.edu.tr/ferhanacikgoz/diger/ferhanacikgoz22.02.2013_15.54.37diger.pdf Erişim Tarihi: 13.01.2015). Fakat nadiren hemşireler cinsellikle ilgili değerlendirme yapabilmekte ve uygun girişimlerde bulunabilmektedir. Bu durum hemşirelerin cinsellikle ilgili bilgi yetersizliği, bu konuları konuşurken kendilerini rahat hissetmemeleri, utanmaları ve zaman kısıtlığından kaynaklanabilir (Kütmeç, 2009). İ.B.H.'nın bakımında görevli hemşirelerin bu konuda kendilerini geliştirmeleri gerekmektedir.

İnflamatuvar barsak hastalığının bakımında görevli hemşireler hasta ile iletişimlerinde hastanın otoritesine saygılı olmalı, hastanın bilgi, tutum ve davranışlarını dikkate almalı, hastayı bu doğrultuda değerlendirmelidir (http://www.sgna.org/Portals/0/Education/Independent%20study/IBD/IBD%20Module%20IV_FINAL.pdf Erişim Tarihi: 13.01.2015). Hemşireler İ.B.H. olan hastaların tedavilerini etkili bir şekilde yönetebilmeleri için, hastayı bireysel olarak değerlendirmeli, hastanın yaşadığı zorlukların farkında olmalı, tedavi stratejilerini bilmeli, hastalığın kendisini anlamalı ve hastaya yeterli zaman ayırmalıdır. Bu durum hasta-hemşire ilişkisini geliştirmede önemlidir (Moody et al, 1992; http://www.sgna.org/Portals/0/Education/Independent%20study/IBD/IBD%20Module%20IV_FINAL.pdf Erişim tarihi: 13.01.2015)

İnflamatuvar barsak hastalığı olan her hastada rutin olarak cinsellikle ilgili konuları konuşmaya gerek yoktur. Bununla beraber cinsel yönden sıkıntılı olduğunu ve danışmanlığın yararlı olacağını düşündüğümüz hastalara konuşmayı teklif edebiliriz (Timmer et al, 2007). Bu noktada hemşirenin görevi, İ.B.H. olan bireyler için destekleyici danışmanlık ve hastanın cinsel güvenliğini sağlamaktır (Smith et al,

2002; Karakoyunlu ve Öncel, 2009). İ.B.H. olan kadınların hastalıklarının yönetiminde, yetenekli ve yetkin bir hemşire, bu hastaların hastalıklarını iyice kabullenmelerinde ve anlamalarında etkili olabilir. İ.B.H. olan bireylere bakım sağlayan bir hemşirenin sorumlulukları değişkendir. Bu sorumluluklar fiziksel ve psikolojik öykü elde etmeyi, uygun hemşirelik araçları ile hemşirelik tanısı oluşturmayı, hastalara hastalıkları ve tedavisini öğretmeyi, cinsellikle ilgili konularda bilgilendirmeyi, danışmanlık yetenekleri ile destekleyici bir çevre sağlayarak, hastaların stres ve anksiyetelerini azaltmayı kapsamaktadır (Smith et al, 2002).

Hemşireler İ.B.H. olan bireyin genel sağlığının sürdürülmesinde olduğu kadar, cinsel sağlığın sürdürülmesinde de önemli role sahiptir. Hemşireler İ.B.H.'da cinsel sorunları tanılarken; cinselliği değerlendirmeli, problemi belirlemeli, problemin çözümlenmesi ve sağlıklı cinselliği sürdürebilmek için çaba harcamalıdır (Smith et al, 2002; Kütmeç, 2009; Tuğut ve Gölbaşı, 2010). Bunun için İ.B.H. olan hastaların bakımında sorumlu bir hemşire; kişiye özgü cinselliğin farkında olmalı, rahat olmalı, yargılayıcı olmamalı, iyi bir dinleyici olmalı, iletişim ve danışmanlık becerilerini geliştirmeli, cinsellik konusunda kendini yetiştirmelidir (Karakoyunlu ve Öncel, 2009). Bu yetkinlikleri kazanmış bir hemşirenin, İ.B.H. olan hastalara bakım verirken hastaların hastalığa ve hastalıkla birlikte şekillenen yeni yaşamlarına uyum sağlamasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, İ.B.H. olan kadınlarda hastalığın cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, İstanbul'da bir üniversite hastanesinde Mayıs 2014 – Eylül 2014 tarihleri arasında Gastroenteroloji Polikliniği'nde gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; araştırmanın yapıldığı tarihler arasında İstanbul'da bir üniversite hastanesinde gastroenteroloji polikliniğine başvuran İ.B.H. olan kadın hastalar oluşturdu.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde; aşağıda gösterilen evrendeki eleman sayısı bilinen örneklem hesabı formülü ile %99 güven aralığında yapılan hesaplama sonucunda, 85 hastanın örnekleme alınması gerektiği belirlendi. Araştırmanın örneklemini ise; verilerin toplandığı süre içerisinde polikliniğe başvuran İ.B.H. olan kadın hastalardan, araştırmaya alınma koşullarını karşılayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden 118 hasta oluşturdu.

Araştırmaya alınma koşulları;

- Crohn ve ülseratif kolit hastalığı tanısı konmuş olması
- Evli veya cinsel yaşantısı aktif olması
- Eşi ve kendisinde cinsel fonksiyon bozukluğu olmaması
- Görüşmeyi engelleyecek düzeyde iletişim sorunu olmaması
- Herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmaması
- 18 yaşından büyük olması

Çalışmanın yürütüldüğü hastanenin gastroenteroloji polikliniğinde haftada bir gün pazartesi günleri inflamatuvar barsak hastalığı poliklinik hizmeti verilmektedir. Yaz aylarında daha az olmakla birlikte polikliniğe günde yaklaşık 70-80 hasta başvurmaktadır. Kadın/erkek görülme oranı yaklaşık 1/1 kabul edersek, haftada yaklaşık 40 kadın hasta, 6 ayda ortalama 960 hasta başvurmaktadır.

"Örneklem Hesaplaması:

$$n = \frac{N\, t^2\, p\, q}{d^2(N-1) + t^2\, p\, q}$$

Formüllerde

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma olarak simgelenmiştir (Sümbüloğlu 2002)".

N=960

p= 0.036 (İBH derneği verileri, 2007)

q= 0.964 (İBH derneği verileri, 2007)

d=0.05

t= 2.58(α=0.01 seçilince ∞ serbestlik derecesindeki t değeri)

$$n = \frac{N\, t^2\, p\, q}{d^2(N-1) + t^2\, p\, q} \qquad n = \frac{960 \times (2.58)^2 \times 0.036 \times 0.964}{(0.05)^2 \times (960-1) + (2.58)^2 \times 0.036 \times 0.964} = \frac{221.738}{2.62} = \mathbf{85}$$

5.4. Araştırma Sorusu

İnflamatuvar barsak hastalığı olan kadınların cinsel yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenir mi?

5.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri Hasta Bilgi Formu (Ek-1) ve "Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın" (CYKÖ-K) (Ek-2) ile toplandı.

5.5.1. Hasta bilgi formu

Hasta bilgi formunda, hastaların ve eşinin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan (yaş, boy, kilo, eğitim durumu, eşin eğitim durumu vb.) 17 soru, hastalık ile ilgili özellikleri sorgulayan (tanısı, tanı süresi, ailede C.H. veya Ü.K. varlığı vb.) 10 soru ve cinsellikle ilgili özelliklerini sorgulayan (cinsellikle ilgili eğitim alma durumu, cinsel hayattan memnuniyet, cinsel yaşamda sorun yaşama durumu vb.) 7 soru olmak üzere toplam 34 soru bulunmaktadır (Ek-1).

5.5.2. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) (Ek-2)

İngiltere'de Symonds ve ark. tarafından 2005 yılında geliştirilmiş CYKÖ-K ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği Tuğut ve Gölbaşı tarafından 2010 yılında yapılmıştır. On sekiz yaşın üzerindeki tüm kadınlara uygulanabilmesine rağmen 18-65 yaş aralığındaki kadınlarda geçerlik ve güvenirliği saptanmıştır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri 0,83 olarak bulunmuştur. Yüksek güvenirlik düzeyine sahip olan CYKÖ-K'nın ülkemizdeki kadınların cinsel yaşam kalitesininin belirlenmesinde kullanılabileceği belirtilmektedir (Tuğut ve Gölbaşı, 2010). Bu araştırmada ise CYKÖ-K Cronbach alpha değeri 0,94 bulundu. 18 maddeden oluşan bu ölçek bireyin son dört haftadaki cinsel yaşam kalitesini ölçmektedir. Ölçeğin puanlanmasında her soru 1-6 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13 ve 18 nolu soruların

puanlarının tersine dönüşümünün yapılması gerekmektedir. Sonrasında CYKÖ-K alınan toplam puan 100'e dönüştürülür ve bu dönüşüm için; [(ölçekten alınan ham puan-18) x 100/90] formülü kullanılır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (Tuğut ve Gölbaşı, 2010).

5.6. Araştırmanın Değişkenleri

5.6.1. Bağımlı değişken

İnflamatuvar barsak hastalığı olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesi araştırmanın bağımlı değişkenidir.

5.6.2. Bağımsız değişken

İnflamatuvar barsak hastalığı olan kadınlarda sosyodemografik, cinsellik ve hastalıkla ilgili özellikler araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

5.7. Veri Toplama Yöntem ve Süreci

Araştırmanın verileri, hastalar gastroenteroloji polikliniğine başvurduğunda poliklinik muayene öncesi veya sonrasında izole bir alanda hastaların yazılı onayı alındıktan sonra, yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirildi. Soru formlarının doldurulması yaklaşık olarak 10 – 15 dakika sürdü.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında gerçekleştirildi. Verilerin değerlendirilmesinde; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, tek örneklem kolmogorov smirnov, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, One-way Anova, t testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında $p <,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.9. Verilerin Toplanması ile İlgili Etik Konular

Araştırmaya katılacak bireylere kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapılmış ve gizlilik ilkesine uyulmuştur. Araştırmaya başlamadan önce; araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alındı (Ek-3). Etik kurul onayı için "Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu"ndan onay alındı (Ek-4). Anketleri uygulamadan önce potansiyel katılımcılara Hasta Bilgilendirme Formu (Ek-5) ile araştırmanın amacı, planı ve yararları açıklandı. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere Hasta Onam Formu (Ek-6) doldurularak yazılı izinleri alındı.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada İ.B.H. olan kadınlarda hastalığın cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirildi. Dolayısı ile veri topladığımız hasta bilgi formu ve CYKÖ-K anketinde cinsellikle ilgili sorular yer almaktadır. Toplumumuzda cinsellik halen mahremiyet içeren bir konudur. Bundan dolayı çalışmaya katılan İ.B.H. olan kadınlar yaşadıkları sıkıntıları ifade etmekten çekinmiş olabilirler. Bu yüzden verilerin güvenirliği çalışmaya katılan kadınların verdiği cevaplar ile sınırlıdır. Çalışmada İ.B.H. olan kadınların cinsel sorun yaşama durumları CYKÖ-K anketi ile değerlendirilmiş olup, mevcut sonuçlar bire bir yapılacak görüşme sonucunda farklılık gösterebilir.

6. BULGULAR

Bu bölümde, İ.B.H. olan kadınlarda hastalığın cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları yer almaktadır. Bulgular iki bölümde sunulmuştur. Birinci bölümde; hastaların sosyodemografik özellikleri, ikinci bölümde ise hastaların cinsel yaşam kaliteleriyle ilgili bulgular yer almaktadır.

6.1. İ.B.H. Olan Kadınların Sosyodemografik Özellikleriyle İlgili Bulgular

Tablo 6.1. İ.B.H. Olan Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=118)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Yaş	25 yaş ve altı	7	5,9
	26-35 yaş	37	31,4
	36-45 yaş	**42**	**35,6**
	46 yaş ve üstü	32	27,1
Öğrenim durumu	Okur yazar	3	2,6
	İlkokul	**46**	**39,0**
	Ortaokul	19	16,1
	Lise	22	18,6
	Üniversite ve üstü	28	23,7
Meslek	Ev hanımı	**78**	**66,1**
	Memur	11	9,3
	İşçi	7	5,9
	Emekli	10	8,5
	Serbest meslek	12	10,2
Eşin öğrenim durumu	Okur yazar	1	0,8
	İlkokul	36	30,5
	Ortaokul	17	14,4
	Lise	**37**	**31,4**
	Üniversite ve üstü	27	22,9
Eş mesleği	Serbest meslek	**48**	**40,7**
	Memur	19	16,1
	İşçi	38	32,2
	Emekli	13	11,0
Evlenme şekli	Görücü usülü	34	28,8
	Tanışarak isteyerek	**84**	**71,2**
Çocuk varlığı	Var	**94**	**79,7**
	Yok	24	20,3
Ekonomik durum	Kötü	7	5,9
	Orta	**78**	**66,1**
	İyi	32	27,1
	Çok iyi	1	0,9
Aile şekli	Çekirdek	**106**	**89,8**
	Geniş	12	10,2
Yaş (Ort±SS)= 39,47±9,45 (Min=21, Max=60)			
Evlilik süresi (Ort±SS)= 17,04±10,36 (Min=1, Max=37)			
Çocuk sayısı (Ort±SS)= 2,08±0,83 (Min=1, Max=5)			

İnflamatuvar barsak hastalığı olan kadınların %35,6'sı 36-45 yaşları arasında ve yaş ortalamasının 39,47±9,45 (Min=21, Max=60) olduğu belirlendi. Kadınların %39'unun ilkokul mezunu ve %66,1'inin ev hanımı, eşlerinin ise %31,4'ünün lise

mezunu ve %40,7'sinin serbest meslek sahibi olduğu, %71,2'sinin tanışarak isteyerek evlendiği belirlendi. İ.B.H. olan kadınların %79,7'sinin çocuk sahibi ve çocuk sayısı ortalamaları 2,08±0,83 (Min=1, Max=5) bulundu. Kadınların %66,1'nin ekonomik durumunu orta olarak tanımladığı ve %89,8'nin çekirdek aileye sahip olduğu tespit edildi. Araştırmaya katılan kadınların evlilik süresi ortalamaları ise 17,04±10,36 (Min=1, Max=37) bulundu (Tablo 6.1).

Tablo 6.2. İ.B.H. Olan Kadınların Sağlık Davranışları ve Sağlıkla İlgili Çeşitli Özelliklerinin Dağılımı (N=118)

Sağlık davranışları ile ilgili özellikler		n	%
Beden kitle indeksi (BKİ)*	18,50 - ↓ (Zayıf)	5	4,3
	18,50 – 24,99 (Normal)	**57**	**48,3**
	25,00 – 29,99 (Hafif şişman)	36	30,5
	30 - ↑ (Obez)	20	16,9
Sigara kullanımı	Var	30	25,4
	Yok	**88**	**74,6**
Alkol kullanımı	Var	4	3,4
	Yok	**114**	**96,6**
Günlük yaşamda stresli kişilik durumu	Var	**80**	**67,8**
	Yok	38	32,2
Günlük yaşamda yorgun hissetme durumu	Var	**97**	**82,2**
	Yok	21	17,8

* BKİ = Ağırlık (kg) / boy² (m) formülü ile hesaplanmış ve gruplandırılmıştır.

Tablo 6.2'de görüldüğü gibi İ.B.H. olan kadınların %48,3'ünün normal kilolu olduğu, %74,6'sının sigara kullanmadığı, %96,6'sının alkol kullanmadığı, %67,8'nin günlük yaşamında stresli olduğu ve %82,2'sinin günlük yaşamında genelde kendisini yorgun hissettiğini belirttiği görüldü.

Tablo 6.3. İ.B.H. Olan Kadınların Hastalık ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=118)

Hastalık ile ilgili özellikler		n	%
Primer hastalık tanısı	CH	**62**	**52,5**
	ÜK	56	47,5
Primer hastalık tanı süresi	5 yıl ve ↓	**66**	**55,9**
	6-10 yıl	25	21,2
	11 yıl ve ↑	27	22,9
Ailede CH, ÜK olma durumu	Var	21	17,8
	Yok	**97**	**82,2**
Farklı kronik hastalık varlığı	Var	23	19,5
	Yok	**95**	**80,5**
Kronik hastalık *	Romatizmal hast.	9	7,6
	Kardiovasküler hast.	7	5,9
	Endokrin ve metabolizma hast.	5	4,2
	Solunum sistemi hast.	4	3,4
	Cilt hast.	1	0,8
	Sinir sistemi hast.	1	0,8
Hastalıkla ilgili tedavi alma durumu	Evet	**113**	**95,8**
	Hayır	5	4,2
Kullanılan ilaçlar *	Antiinflamatuvar	92	78,0
	İmmunsupresif	64	54,2
	Biyolojik ajan	41	34,7
	Vitamin-mineral	19	6,1
	Antibiyotik	11	9,3
	Antianemik	8	6,8
	Antidepresan	8	6,8
	Steroid	3	2,5
	Antispazmotik	1	0,8
Hastalık aktifliği	Evet	56	47,5
	Hayır	**62**	**52,5**
Ameliyat olma durumu	Evet	22	18,6
	Hayır	**96**	**81,4**
Ameliyat türü *	Kolon rezeksiyonu	13	11,0
	Fistül ve abse komp. bağlı	10	8,5
Ameliyat sayısı	1 kez	19	16,1
	2 kez	1	0,8
	4 kez	2	1,7
Hastalıkla ilgili eğitim alma durumu	Evet	14	11,9
	Hayır	**104**	**88,1**
Hastalığıyla ilgili eşinden destek alma durumu	Evet	**77**	**65,3**
	Hayır	41	34,7
Primer hastalık tanı süresi(Ort±SS)= 7,10±6,04 (Min=1, Max=28)			
Ameliyat sayısı(Ort±SS)= 1.31±0.89 (Min=1, Max=4)			

. * Birden fazla şık işaretlenmiştir.

İnflamatuvar barsak hastalığı olan kadınların hastalık ile ilgili özellikleri incelendiğinde; %52,5'inin C.H. ve %47,5'inin ise Ü.K. hastası olduğu bulundu. Kadınların %55,9'unun primer hastalık sürelerinin 5 yıl ve altında olduğu ve primer hastalık tanı süreleri ortalamasının ise 7,10±6,04 (Min=1, Max=28) olduğu gözlendi. %82,2'sinin ailesinde C.H. veya Ü.K. hastası bulunmadığı, %80,5'inin farklı bir kronik hastalığının olmadığı tespit edildi. İ.B.H. olan kadınların C.H. ve Ü.K.'ten farklı olarak %7,6'sında romatizmal hastalık olduğu belirlendi. %95,8'nin hastalıkla ilgili olarak tedavi aldığı ve tedavi alan hastaların %78'inin antiinflamatuvar kullandığı belirlendi. %52,5'inin son dört haftalarını göz önüne aldıklarında hastalıklarını aktif olarak değerlendirmediği, %81,4'ünün hastalıklarından dolayı ameliyat geçirmedikleri, fakat ameliyat geçiren hastaların %11'nin kolon rezeksiyonu ve %8,5'nin fistül ve abse komplikasyonuna bağlı opere oldukları belirlendi. Kadınların %16,1'nin bir kez, 0,8'nin 2 kez ve 1,7'sinin dört kez ameliyat olduğu ve ameliyat sayısı ortalamaları 1,31±0,89 (Min=1, Max=4) olduğu belirlendi. %88,1'nin hastalıkları ile ilgili eğitim almadıkları ve %65,3'nün hastalığıyla ilgili eşinden destek aldığı saptandı (Tablo 6.3).

Tablo 6.4. İ.B.H. Olan Kadınların Hastalığa Bağlı Yaşadığı Semptom ve Bulguların Dağılımı (N=118)

Semptom ve bulgular ile ilgili özellikler*	n	%
Halsizlik, yorgunluk	99	83,9
Eklem ağrıları	82	69,5
Karında şişkinlik hissi	78	66,1
Karın ağrısı	66	55,9
Acilen tuvalete çıkma ihtiyacı	66	55,9
Sık dışkılama	48	40,7
Diyare	42	35,6
İştahsızlık	34	28,8
Rektal kanama	31	26,3
Kilo kaybı	28	23,7
Dışkı inkontinansı	25	21,2
Fistül	25	21,2
Abse	10	8,5

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Kadınların hastalıkları ile ilgili semptom ve bulguları değerlendirildiğinde, %83,9'nun halsizlik ve yorgunluk, %69,5'nin eklem ağrıları, %66,1'nin karında şişkinlik hissi, %55,9'nun karın ağrısı, %55,9'nun acilen tuvalete çıkma ihtiyacı, %40,7'sinin sık dışkılama ihtiyacı, %35,6'sının diyare, %28,8'nin iştahsızlık, %26,3'nün rektal kanama, %23,7'sinin kilo kaybı, %21,2'sinin dışkı inkontinansı, %21,2'sinin fistülü ve %8,5'nin absesi olduğu belirlendi (Tablo 6.4).

Tablo 6.5. İ.B.H. Olan Kadınların Cinsel Yaşam ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=118)

Cinsellikle ilgili özellikler		n	%
Cinsellikle ilgili eğitim alma durumu	Evet	5	4,2
	Hayır	**113**	**95,8**
Cinsel hayattan memnun olma durumu	Evet	**63**	**53,4**
	Hayır	55	46,6
Cinsellikte sorun yaşama durumu	Var	**68**	**57,6**
	Yok	50	42,4
Yaşanan sorunlar *	Cinsel istek azlığı	65	55,1
	Vajinal kayganlıkta azalma	25	21,2
	Orgazm olmada güçlük	18	15,3
	Vajinal darlık	7	5,9
	Vajinal gevşeklik	3	2,5
Hastalığa bağlı cinsellikte sorun yaşama durumu	Var	59	50,0
	Yok	59	50,0
Yaşanan sorunlar *	Cinsel ilişki sırasında ağrı	48	40,7
	Cinsel ilişki sırasında gaz çıkışı	21	17,8
	Cinsel ilişki sırasında makattan kanama	14	11,9
	Cinsel ilişki sırasında fistülden akıntı	11	9,3
	Cinsel ilişki sırasında inkontinans	4	3,4

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

İnflamatuvar barsak hastalığı olan kadınların cinsel yaşam ile ilgili özellikleri değerlendirildiğinde %95,8'inin cinsellikle ilgili eğitim almadığı, %53,4'ünün cinsel hayatından memnun olduğu, %57,6'sının cinsellikte sorun yaşadığı ve %55,1 ile en fazla cinsel istek azlığı sorunu görüldüğü tespit edildi. İ.B.H. olan kadınların %50'sinin hastalığa bağlı cinsellikte sorun yaşadıkları ve %40,7 ile en fazla yaşanan sorunun cinsel ilişki sırasında ağrı olduğu belirlendi (Tablo 6.5).

6.2. İ.B.H. Olan Kadınların Cinsel Yaşam Kaliteleriyle İlgili Bulgular

Tablo 6.6. İ.B.H. Olan Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) Puan Ortalamaları

Madde	Min	Maks	Ort±Ss
1.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli/zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum	1	6	3,40±1,63
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum	1	6	3,74±1,64
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum	1	6	3,92±1,67
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum	1	6	3,77±1,93
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum	1	6	3,61±1,74
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim	1	6	4,12±1,78
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum	1	6	3,86±1,95
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum	1	6	4,12±186
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum	1	6	3,99±1,69
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum	1	6	3,41±1,93
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum	1	6	3,46±1,86
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum	1	6	4,37±1,69
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünmüyorum	1	6	3,11±1,86
14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum	1	6	3,44±1,86
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum	1	6	4,41±1,77
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum	1	6	3,44±1,96
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum	1	6	3,98±1,81
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum	1	6	3,64±1,69
CYKÖ-K Toplam Puan	18	108	55,41±2,54

Araştırmaya katılan İ.B.H. olan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ve standart sapması 55,41±2,54 bulundu (Tablo 6.6).

Tablo 6.7. İ.B.H. Olan Kadınların Yaşı, Hastalık Tanı Süresi ve Evlilik Süresi ile CYKÖ-K Arasındaki İlişki

	CYKÖ-K	
Özellikler	**r**	**p**
Yaş	-0,160	,084
Tanı süresi	-0,046	,621
Evlilik süresi	-0,234	**,011**

** Pearson korelasyon analizi yapıldı.

Tablo 6.7' de görüldüğü gibi İ.B.H. olan kadınların yaşı ve hastalık tanı süresi ile CYKÖ-K puan ortalamaları arasında ilişki olmadığı saptandı (p>,05). İ.B.H. olan kadınların evlilik süresi ile CYKÖ-K puan ortalamalarında negatif korelasyon saptandı (p=,01).

Tablo 6.8. İ.B.H. Olan Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu (N=118)

Sosyodemografik Özellikler	CYKÖ-K			İstatiksel Değerlendirme	
	n	Ort±Ss	Medyan	t/ Z_{MWU} / $\chi 2_{kw}$	p
Öğrenim durumu					
Okur yazar+İlkokul	49	47,30±26,04	50		
Ortaokul	19	50,00±22,98	56		
Lise	22	**64,34±26,52**	74		
Üniversite ve Üstü	28	**66,26±19,17**	70	**$\chi 2_{kw}$ =14,36**	**,002**
Eşin öğrenim durumu					
Okur yazar+İlkokul	37	46,69±25,00	52		
Ortaokul	17	45,81±24,62	42		
Lise	37	56,84±25,38	63		
Üniversite ve Üstü	27	**71,44±18,40**	76	**$\chi 2_{kw}$ =18,70**	**,000**
Çalışma durumu					
Çalışmayan	78	51,11±26,18			
Çalışan	40	**63,80±21,80**		**t= -2,632**	**,010**
Eş mesleği					
Serbest meslek	48	55,48 ±26,75	63		
Memur	19	65,02±21,75	70		
İşçi	38	51,31±25,33	54		
Emekli	13	53,07±24,52	53	$\chi 2_{kw}$ =4,07	,253
Evlenme şekli					
Görücü usülü	34	48,79±26,38			
Tanışarak-isteyerek	84	58,09±24,67		t= -1,818	,072
Çocuk varlığı					
Var	94	53,19±26,01			
Yok	24	64,12±21,26		t= -1,901	,060
Ekonomik durum					
Kötü	7	55,07±24,79	53		
Orta	78	52,99±26,15	59		
İyi+Çok iyi	33	61,21±23,49	67	$\chi 2_{kw}$ =1,96	,375
Aile tipi					
Çekirdek aile	106	**57,03±24,90**	62		
Geniş aile	12	41,11±26,48	32	**Z_{MWU} =414,500**	**,049**

$\chi 2_{KW}$: Kruskal Wallis Testi Z_{MWU} :Mann Whitney U Testi

Tablo 6.8'de İ.B.H. olan kadınların ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldı.

Lise ve üniversite mezunu olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamaları, okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunu olan kadınların puan ortalamalarına göre yüksek bulundu (p=,002).

Çalışan kadınların (memur + işçi + emekli + serbest meslek) CYKÖ-K puan ortalamaları, çalışmayan (ev hanımı) kadınların puan ortalamalarına göre yüksek bulundu (p=,010).

Eşleri üniversite mezunu olan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması, eşleri okuryazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olan kadınların puan ortalamalarına göre yüksek bulundu (p<,0001).

Çekirdek aile tipinde olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamaları, geniş aile tipinde olan kadınların puan ortalamalarına göre yüksek bulundu (p=,049).

Eş mesleği, evlenme şekli, çocuk durumu ve ekonomik duruma göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (p>,05).

Tablo 6.9. İ.B.H. Olan Kadınların Sağlık Davranışları ve Sağlıkla İlgili Çeşitli Özelliklerine Göre CYKÖ-K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu (N=118)

Sağlık davranışları ile ilgili özellikler	CYKÖ-K			İstatiksel Değerlendirme	
	n	Ort±Ss	Medyan	t/ Z_{MWU} / $\chi 2_{kw}$	P
BKİ					
18,50 - ↓ (Zayıf)	5	52,88±34,63	70		
18,50 – 24,99 (Normal)	57	57,50±25,16	63		
25.00 – 29,99 (Hafif şişman)	36	51,85±24,10	53		
30 - ↑ (Obez)	20	56,50±27,36	59	$\chi 2_{kw}$ =1,163	,762
Sigara kullanımı					
Var	30	57,11±26,17			
Yok	88	54,83±25,28		t=0,422	,674
Alkol kullanımı					
Var	4	50,83±24,61	58		
Yok	114	55,57±25,53	59	Z_{MWU} =198,000	,655
Stresli kişilik durumu					
Var	80	50,19±25,41			
Yok	38	**66,40±21,93**		**t= -3,377**	**,001**
Yorgun hissetme durumu					
Var	97	51,69±25,72			
Yok	21	**72,59±15,04**		**t= -3,584**	**,000**

$\chi 2_{KW}$: Kruskal Wallis Testi Z_{MWU} :Mann Whitney U Testi

Tablo 6.9'da İ.B.H. olan kadınların sağlık davranışları ve sağlıkla ilgili çeşitli özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldı.

Günlük yaşamlarında genellikle stresli bir kişiliği olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamaları, stresli kişiliği olmayan kadınların puan ortalamalarına göre düşük bulundu (p=,001).

Günlük yaşamlarında kendini yorgun hisseden kadınların CYKÖ-K puan ortalamaları, kendini yorgun hissetmeyen kadınların puan ortalamalarına göre düşük bulundu (p<,0001).

Hastaların BKİ'ne, sigara ve alkol kullanım durumuna göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark görülmedi (p>,05).

Tablo 6.10. İ.B.H. Olan Kadınların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre CYKÖ–K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu (N=118)

Hastalık ile ilgili özellikler	CYKÖ-K			İstatiksel Değerlendirme	
	n	Ort±Ss	Medyan	t/ Z_{MWU} /F	P
Primer hastalık tanısı					
Crohn	62	57,50±25,20			
Ülseratif kolit	56	53,09±25,68		t=0,941	,348
Primer hastalık tanı süresi					
5 yıl ve ↓	66	57,45±25,84			
6-10 yıl	25	50,13±27,45			
11 yıl ve ↑	27	55,30±22,47		F=0,750	,475
Ailede CH, ÜK olma durumu					
Var	21	52,85±28,22			
Yok	97	55,96±24,89		t= -0,507	,613
Kronik hastalık varlığı					
Var	23	50,77±22,58			
Yok	95	56,53±26,04		t= -0,976	,331
Tedavi olma durumu					
Evet	113	55,17±25,83	59		
Hayır	5	60,88±13,36	70	Z_{MWU} =253.000	,693
Hastalığın aktiflik durumu					
Aktif	56	46,68±24,04			
Remisyonda	62	**63,29±24,18**		**t= -3,736**	**,000**
Ameliyat olma durumu					
Evet	22	55,65±28,53			
Hayır	96	55,35±24,81		t= 0,049	,961
Hastalık hakkında eğitim alma durumu					
Evet	14	54,60±27,80	55		
Hayır	104	55,52±25,22	59	Z_{MWU} =724.500	,977
Eşten destek alma					
Evet	77	**60,34±21,88**			
Hayır	41	46,15±29,07		**t=2.984**	**,003**

Z_{MWU} :Mann Whitney U Testi

Tablo 6.10'da İ.B.H. olan kadınların hastalık ile ilgili özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldı.

Hastalığı aktif olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamaları, hastalığı aktif olmayan kadınlara göre düşük bulundu (p<,0001). Hastalıkları ile ilgili eşlerinden destek alma durumuna göre kadınlar değerlendirildiğinde, eşinden yeterli destek alan

kadınların CYKÖ-K puan ortalamaları, eşinden yeterli destek almayan kadınlara göre yüksek bulundu (p=,003).

Crohn veya ülseratif kolit tanısı almış olmak, primer hastalık tanı süresi, ailede C.H. veya Ü.K. olma durumu, farklı bir kronik hastalık durumu, tedavi olma durumu, ameliyat olma durumu ve hastalık ile ilgili eğitim alma durumu ile CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (p>,05).

Tablo 6.11. İBH Olan Kadınların Hastalığa Bağlı Yaşadığı Semptom ve Bulgulara Göre CYKÖ-K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu (N=118)

Semptom ve bulgular ile ilgili özellikler *		CYKÖ-K		İstatiksel Değerlendirme	
		n	Ort±Ss	t	p
Diyare	Var	42	50,44±23,88		
	Yok	76	58,15±25,97	t= -1,587	,115
Rektal kanama	Var	31	55,19±24,47		
	Yok	87	55,49±25,88	t= -0,055	,956
Karın ağrısı	Var	66	49,78±25,50		
	Yok	52	**62,56±23,66**	**t= -2,790**	**,006**
Karında şişkinlik hissi	Var	78	53,81±24,36		
	Yok	40	58,52±27,40	t=-0,952	,343
Halsizlik, yorgunluk	Var	99	52,51±25,10		
	Yok	19	**70,52±21,92**	**t= -2,919**	**,004**
İştahsızlık	Var	34	43,75±25,25		
	Yok	84	**60,13±24,06**	**t= -3,300**	**,001**
Kilo kaybı	Var	28	47,89±25,33		
	Yok	90	57,75±25,12	t= -1,809	,073
Eklem ağrıları	Var	82	52,23±26,13		
	Yok	36	**62,65±22,39**	**t= -2,079**	**,040**
Sık dışkılama	Var	48	51,92±23,67		
	Yok	70	57,80±26,44	t= -1,239	,218
Acilen tuvalete çıkma ihtiyacı	Var	66	49,49±25,25		
	Yok	52	**62,92±23,80**	**t= -2,942**	**,004**
Dışkı inkontinansı	Var	25	53,73±23,88		
	Yok	93	55,86±25,92	t= -0,371	,711
Fistül	Var	25	53,06±31,98		
	Yok	93	56,04±23,51	t= -0,519	,605
Abse	Var	10	58,88±26,48		
	Yok	108	55,09±25,42	t= 0,450	,653

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 6.11'de İ.B.H. olan kadınların hastalığa bağlı yaşadığı semptom ve bulgulara göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldı.

Karın ağrısı olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, karın ağrısı olmayan kadınlara göre (p=,006); halsizlik ve yorgunluğu olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, halsizlik ve yorgunluğu olmayan kadınlara göre (p=,004); iştahsızlığı olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, iştahsızlığı olmayan kadınlara göre (p=,001); eklem ağrıları olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, eklem ağrıları olmayan kadınlara göre (p=,040); acilen tuvalete

çıkma ihtiyacı olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, acilen tuvalete çıkma ihtiyacı olmayan kadınlara göre düşük (p=,004) bulundu.

Diyare, rektal kanama, karında şişkinlik hissi, kilo kaybı, sık dışkılama, dışkı inkontinansı, fistül ve abse gibi hastaların şikayetleriyle, CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark görülmedi (p>,05).

Tablo 6.12. İ.B.H. Olan Kadınların Cinsel Yaşam ile İlgili Özelliklerine Göre CYKÖ-K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu (N=118)

Cinsellikle ile ilgili özellikler			CYKÖ-K		İstatiksel Değerlendirme	
	n	%	Ort±Ss	Medyan	t/ Z_{MWU}	p
Cinsellikle ilgili eğitim alma durumu						
Evet	5	4,2	62,44±28,93	64		
Hayır	113	95,8	55,10±25,35	58	Z_{MWU} =232,500	,504
Cinsel hayattan memnun olma durumu						
Evet	63	53,4	**68,97±18,99**			
Hayır	55	46,6	39,87±22,92		**t= 7,54**	**,000**
Cinsellikte sorun yaşama durumu						
Var	68	57,6	43,77±22,52			
Yok	50	42,4	**71,24±20,12**		**t= -6,843**	**,000**
Hastalığa bağlı cinsellikte sorun yaşama durumu						
Var	59	50,0	44,82±23,75			
Yok	59	50,0	**66,00±22,60**		**t= -4,963**	**,000**

Z_{MWU} :Mann Whitney U Testi

Tablo 6.12'de İ.B.H. olan kadınların cinsellikle ile ilgili özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldı.

Cinsel hayatından memnun olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, cinsel hayatından memnun olmayan kadınların puan ortalamalarına göre yüksek olduğu (p<,0001), cinsellikte sorun yaşayan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, cinsellikte sorun yaşamayan kadınların puan ortalamalarına göre düşük olduğu (p<,0001), hastalığa bağlı cinsellikte sorun yaşayan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, hastalığa bağlı cinsellikte sorun yaşamayan kadınların puan ortalamalarına göre düşük olduğu (p<,0001) tespit edildi.

Kadınların cinsellikle ilgili eğitim alma durumlarına göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (p>,05).

Tablo 6.13. İ.B.H. Olan Kadınların Cinsellikte Yaşadıkları Sorunlara Göre CYKÖ-K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu (N=118)

Cinselllikte yaşanan sorunlar *	CYKÖ-K			İstatiksel Değerlendirme	
	n	Ort±Ss	Medyan	t/ Z_{MWU}	p
Cinsel istek azlığı					
Var	65	42,13±21,59			
Yok	53	**71,69±19,73**		**t= -7,687**	**,000**
Vajinal kayganlıkta azalma					
Var	25	41,91±24,03			
Yok	93	**59,04±24,66**		**t= -3,100**	**,002**
Vajinal darlık					
Var	7	48,25±29,98	58		
Yok	111	55,86±25,19	62	Z_{MWU} =327,500	,487
Vajinal gevşeklik					
Var	3	74,44±9,68	70		
Yok	115	54,91±25,52	58	Z_{MWU}=98,500	,206
Orgazm olmada güçlük					
Var	18	45,00±21,94	43		
Yok	100	57,28±25,64	63	Z_{MWU}=639,500	,051

* Birden fazla şık işaretlenmiştir. Z_{MWU} :Mann Whitney U Testi

Tablo 6.13'te İ.B.H. olan kadınların cinsellikte yaşadıkları sorunlara göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldı.

Cinsel istek azlığı olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, cinsel istek azlığı olmayan kadınların puan ortalamalarına göre düşük olduğu (p<,0001), vajinal kayganlıkta azalması olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, vajinal kayganlıkta azalması olmayan kadınların puan ortalamalarına göre düşük olduğu (p=,002) saptandı.

Kadınların vajinal darlık, vajinal gevşeklik ve orgazm olmada güçlük sorunlarına göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (p>,05).

Tablo 6.14. İ.B.H. Olan Kadınların Hastalığa Bağlı Cinsellikte Yaşadıkları Sorunlara Göre CYKÖ-K Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu (N=118)

Hastalığa bağlı cinsellikte yaşanan sorunlar *	CYKÖ-K			İstatiksel Değerlendirme	
	n	Ort±Ss	Medyan	t/ Z_{MWU}	p
Cinsel ilişki sırasında ağrı					
Var	48	42,66±23,89			
Yok	70	**64,15±22,71**		**t= -4,944**	**,000**
Cinsel ilişki sırasında makattan kanama					
Var	14	27,14±18,82	23		
Yok	104	**59,22±23,79**	64	**Z_{MWU}=215,500**	**,000**
Cinsel ilişki sırasında dışkı inkontinansı					
Var	4	16,66±8,60	19		
Yok	114	**56,77±24,73**	62	**Z_{MWU}=40,500**	**,005**
Cinsel ilişki sırasında gaz çıkışı					
Var	21	48,20±23,39			
Yok	97	56,97±25,68		t= -1,441	,152
Cinsel ilişki sırasında fistülden akıntı					
Var	11	41,11±24,73	39		
Yok	107	56,88±25,14	62	Z_{MWU}=385,500	,060

* Birden fazla şık işaretlenmiştir. Z_{MWU} :Mann Whitney U Testi

Tablo 6.14'te İ.B.H. olan kadınların hastalığa bağlı cinsellikte yaşadıkları sorunlara göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldı.

Cinsel ilişki sırasında ağrısı olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, cinsel ilişki sırasında ağrısı olmayan kadınların puan ortalamalarına göre düşük olduğu (p<,0001), cinsel ilişki sırasında makattan kanaması olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, cinsel ilişki sırasında makattan kanaması olmayan kadınların puan ortalamalarına göre düşük olduğu (p<,0001) ve cinsel ilişki sırasında dışkı inkontinansı olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, cinsel ilişki sırasında dışkı inkontinansı olmayan kadınların puan ortalamalarına göre düşük olduğu (p=,005) tespit edildi.

Kadınların cinsel ilişki sırasında gaz çıkışı ve cinsel ilişki sırasında fistülden akıntı durumlarına göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark görülmedi (p>,05).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

İnflamatuvar barsak hastalığı olan kadınların cinsel yaşam kalitelerine ilişkin değerlendirme cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları ile yapılmış, CYKÖ-K ‘dan alınan puanların artması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde ve yurt dışında CYKÖ-K ile yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Fakat İ.B.H.’da CYKÖ-K ile yapılmış çalışmaya rastlanmadı. Daha çok C.F.B.’nun değerlendirildiği çalışmalar var. Dolayısı ile bu çalışma tartışılırken C.F.B.’nun değerlendirildiği çalışmalara da yer verilmiştir. Çalışmamızda literatürde belirtildiği üzere C.F.B. arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir, şeklinde yorumlanmıştır (Erol, 2002; Yaralı, 2013).

Çalışmamıza katılan İ.B.H. olan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması 55,41±2,54 bulundu (Tablo 6.6). Yurt dışında sağlıklı kadınlarda Maasoumi ve ark. (2013) yaptığı çalışmada kadınların CYKÖ-K puan ortalaması 86,4±1,78; Symonds, Boolell ve Quırk’in (2005) çalışmasında ise 90,1 bulunmuştur. Ülkemizde sağlıklı kadınlarda yapılmış çalışmalarda ise CYKÖ-K puan ortalamasının 68,51 ile 85,51 puanları arasında değişiklik gösterdiği tespit edildi (Tuğut ve Gölbaşı, 2010; Doğan, Tuğut ve Gölbaşı, 2013; Yaralı, 2013). Bu durum göstermektedir ki ülkemizde sağlıklı kadınlarda yapılmış çalışmalarda bile CYKÖ-K puan ortalamaları yurt dışında yapılmış çalışmalara kıyasla düşüktür.

Ülkemizde ve yurt dışında kronik hastalığı olan kadınlarda yapılmış çalışmalarda ise; CYKÖ-K puan ortalamasının sırayla 62,7; 52,50±22,87; 63,04±26,05; 68,01±22,22 olduğu görüldü (Symonds et al, 2005; Gölbaşı ve Erenel, 2012; Starowicz ve Rola, 2012; Çelik, Gölbaşı, Kelleci ve Satman, 2014). Bu çalışmada CYKÖ-K puan ortalamalarının sağlıklı kadınlarda ve kronik hastalığı olan kadınlarda yapılmış çalışmalara kıyasla düşük olduğu, jinekolojik kanseri olan (52,50±22,87) kadınlarda yapılmış olan çalışmaya ise benzer olduğu gözlenmektedir. İ.B.H. olan kadınlarda CYKÖ-K puanlarındaki bu düşüklüğün hastaların yaşadığı karın ağrısı, yorgunluk, eklem ağrıları, acilen tuvalete çıkma ihtiyacı, hastalıklarının

aktif olması, cinsel istek azlığı, cinsel ilişki sırasında ağrı, makattan kanama ve dışkı inkontinansının cinsel yaşamları üzerine olumsuz etkisinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Görüldüğü üzere sağlıklı ve kronik hastalığı olan kadınlarda yapılmış olan çalışmalara göre, İ.B.H.'da CYKÖ-K puan ortalamalarının düşük olması, çalışmaya katılan kadınların %46,6'sının cinsel yaşamlarından memnun olmadıklarını belirtmesi ve kadınların deneyimlediği şikayetlerin cinsel yaşam üzerine olumsuz etkisi; İ.B.H.'da cinsel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gereken önemli bir konu olduğunu göstermektedir. Bu durum çalışmamızın "İ.B.H. olan kadınların cinsel yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenir" hipotezini desteklemektedir.

İnflamatuvar barsak hastalığı olan kadınların evlilik süresi arttıkça CYKÖ-K puanlarının düştüğü belirlendi (r= -,234) (Tablo 6.7). Çoban (2012) evlilik yılı ile CYKÖ-K puan ortalamaları arasında negatif korelasyon olduğunu, Güvel ve ark. ise (2003) evlilik süresi ile kadın cinsel fonksiyon indeks skoru arasında zayıf negatif korelasyon olduğunu saptamışlardır. Çalışmamız yukarıdaki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada İ.B.H. olan kadınların eğitim seviyeleri yükseldikçe CYKÖ-K puanlarının da yükseldiği gözlendi (p=,002) (Tablo 6.8). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda eğitim seviyeleri yükseldikçe cinsel yaşamın olumlu şekilde etkilendiği saptanmıştır (Çayan ve ark., 2004; Safarinejad, 2006; Bahar, Savaş, Yıldızgördü ve Barlıoğlu, 2007; Özerdoğan, Sayıner, Köşgeroğlu ve Ünsal, 2009; Çoban, 2012; Yaralı, 2013). Demirezen, Erdoğan ve Önem (2006) kadınlarda cinsel fonksiyonların değerlendirildiği bir çalışmada düşük eğitim düzeyinin cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir. Güvel ve ark. (2003) ile Öksüz ve Malhan'nın (2006) çalışmalarında ise eğitim seviyesi ile cinsel disfonksiyon (C.D.) arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları Güvel ve Öksüz'ün çalışmalarından farklı, diğer çalışmalar ile uyumludur.

Bu çalışmada İ.B.H. olan kadınların eşlerinin eğitim seviyeleri yükseldikçe, kadınların CYKÖ-K puanlarının da yükseldiği gözlendi (p<,0001) (Tablo 6.8).

Diabetli kadınlarda C.D. ve cinsel yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada ise kadınların ve eşlerinin eğitim seviyesinin düşük olmasının C.D.'nu anlamlı derecede arttırdığı, bundan dolayı cinsel yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği gözlenmiştir (Çelik ve ark., 2014). Çalışmamızın sonuçları Çelik'in çalışması ile uyumludur. Kadınların ve eşlerinin eğitim seviyesi arttıkça; hastalığın yarattığı sıkıntıları kabullenmelerinin, hastalıkla baş edebilme düzeylerinin, hastalığa bakış açılarının daha iyi olmasından ve kadınların yaşadığı sorunları eşi ile paylaşımının artmasından dolayı cinsel yaşamlarının pozitif yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada çalışan kadınların çalışmayanlara göre CYKÖ-K puan ortalamalarının yüksek olduğu bulundu (p=,010) (Tablo 6.8). Çoban'nın (2012) ve Yaralı'nın (2013) çalışmalarında, çalışan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Tashbulatova'da (2007) çalışan kadınların daha az cinsel sorun yaşadıklarını tespit etmiştir. Akyüz'ün (2009) çalışmasında ise çalışan ve çalışmayan kadınların hemen hemen aynı düzeyde cinsel yaşamlarında sorun yaşadıkları bildirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları Çoban, Yaralı ve Tashbulatova'nın sonuçlarına benzer; Akyüz'ün çalışmasından farklıdır.

Çalışmaya katılan İ.B.H. olan kadınların eşlerinin meslek durumlarının, İ.B.H. olan kadınların CYKÖ-K puanları üstüne bir etkisi gözlenmedi (Tablo 6.8). Yaralı'nın (2013) çalışmasında da eşin meslek durumunun kadınların CYKÖ-K puanları üzerine anlamlı fark yaratmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçları Yaralı'nın çalışma sonuçları ile uyumludur.

Bu çalışmada çekirdek ailede yaşayan kadınların, geniş ailede yaşayan kadınlara göre CYKÖ-K puan ortalamalarının yüksek olduğu bulundu (p=,049) (Tablo 6.8). Yaralı'nın (2013) çalışmasında aile tipinin cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin önemli olmadığı görüldü. Başka bir çalışmada da aile durumu ile cinsel yaşam kalitesi arasında fark olmadığı bildirilmiştir (Gölbaşı ve Erenel, 2014). Bu çalışma yukarıdaki çalışmalardan farklılık göstermektedir. Bu durum çekirdek ailede bireylerin cinsel yaşamlarında kendilerini daha rahat hissetmelerinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda günlük yaşamda stresli bir kişiliği olan kadınların, stresli bir kişiliği olmayan kadınlara göre CYKÖ-K puan ortalamalarının düşük olduğu görüldü (p=,001) (Tablo 6.9). Yapılan çalışmalarda her ne sebeple olur ise olsun bireylerin maruz kaldığı stresin cinsel fonksiyonları ve cinsel yaşamı etkileyen önemli bir faktör olduğu bulunmuştur (Güvel ve ark., 2003; Demir ve ark., 2007; Karakoyunlu, 2007; Tashbulatova, 2007). İ.B.H.'da hastalık ile birlikte yaşamaya alışma, hastalıkla birlikte şekillenen yeni ilişkilerine uyum sağlama, uygulanan tedaviler, ilişki sırasında bir komplikasyon yaşama endişesi, kendini yetersiz görme ve ilişki sırasında ağrı yaşama korkusu hastalarda strese sebep olarak; hastaların cinsel yaşamlarında olumsuzluğa neden olabileceği belirtilmektedir (Moody ve ark., 1992; Moody and Mayberry, 1993; Trachter, 2002). Bu çalışmanın sonuçları literatür ile uyum göstermektedir.

Bu çalışmada günlük yaşamında kendisini yorgun hisseden kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, kendini yorgun hissetmeyen kadınlara göre düşük olduğu bulundu (p<,0001) (Tablo 6.9). Yapılan çalışmalarda farklı sebeplerden dolayı oluşabilen yorgunluğun cinsel istek ve yaşamı olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Moody and Mayberry, 1993; Çavdar, 2006; Akyüz, 2009; Marin et al, 2013). Bu çalışma yukarıdaki yapılmış çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Kronik bir hastalık ile başa çıkmaya çalışmak yıpratıcı, yorucu bir süreçtir. İ.B.H.'da hastalığın belirtilerine bağlı oluşan halsizlik ve yorgunluğun hastanın cinsel isteğini azaltarak cinsel yaşamını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

İnflamatuvar barsak hastalığı olan kadınlar primer hastalık tanılarına göre incelendiğinde, C.H. veya Ü.K. açısından CYKÖ-K puan ortalamalarında anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 6.10). İ.B.H.'da yapılan çalışmalarda bireylerin C.H. veya Ü.K. hastası olmalarının cinsel yaşam ve yaşam kaliteleri üzerine olumsuz etkisi görülmediği bildirilmiştir (Timmer et al, 2008; Tanrısever, 2009; Muller ve ark., 2010). Moody ve Mayberry (1993) ise İ.B.H.'da C.D.'nu incelediği bir çalışmada C.H. olan kadınların daha fazla cinsel zorluk deneyimlediklerini iletmiştir.

Çalışmamız Timmer, Tanrısever ve Muller'in çalışmalarına benzer, Moody ve Mayberry'nin çalışmasından farklıdır.

Çalışmaya aldığımız kadınlar primer hastalık tanı süresine göre incelendiğinde, primer hastalık tanı süresi ile CYKÖ-K puanları arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 6.10). Muller ve ark. na göre (2010) hastalık yaşının cinsel fonksiyonlar üzerine anlamlı bir etkisi görülmemektedir. Bu çalışma Muller ve arkadaşlarının çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Mevcut çalışmada İ.B.H.'na ilaveten farklı bir kronik hastalığı olan kadınların, olmayan kadınlara göre cinsel yaşam kaliteleri açısından fark görülmedi (Tablo 6.10). İ.B.H.'da ve farklı hasta gruplarında yapılan çalışmalarda kronik hastalığa sahip olmanın cinsel sorunlar üzerine etkili olduğu bildirilmiştir (Erol ve ark., 2002; Saferinejad, 2006; Bahar ve ark., 2007; Muller ve ark., 2010). Timmer ve ark. (2007) çalışmasında kadınlar arasında komorbiditenin ilişki sıklığını etkileyerek, cinsel yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Çalışmamızda İ.B.H.'na ilaveten bir kronik hastalığın bulunması hastanın cinsel yaşam kalitesini etkilemediği görüldü. Fakat zaten başlı başına sadece İ.B.H.'nın bulunması hastaların CYKÖ-K puanlarını olumsuz yönde etkilemiştir. Dolayısı ile komorbit olsun veya olmasın kronik hastalıklar arasında önemli bir yeri olan İ.B.H. olan kadınların takip ve tedavileri esnasında, bu hastalığa ilaveten, yaşadığı seksüel zorluklar gözden kaçırılmayarak cinselliğin dikkatle değerlendirilmesi, cinsel yaşam kalitesi ve dolaylı olarak yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önem arz etmektedir.

Hastalığının aktif dönemde olduğunu söyleyen kadınların, remisyon döneminde olduğunu söyleyen kadınlardan CYKÖ-K puanlarının ileri derecede düşük olduğu saptandı ($p<,0001$) (Tablo 6.10). Literatürde hastaların, hastalıklarının aktif dönemde olmasının cinsel ilişki sırasında oluşturabileceği zorluklardan dolayı, cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Trachter et al, 2002; Timmer et al, 2008). Bu çalışma literatür bilgisi ile uyumludur. İ.B.H. olan kadınlar, hastalığın aktif dönemlerinde yaşadıkları karın ağrısı, diyare, sık dışkılama ihtiyacı, halsizlik ve yorgunluk nedeniyle cinsel istekte azalma yaşayabilirler. Cinsel

partnerinin taleplerini karşılamak amacıyla paylaştıkları ilişkilerinde bu sebeplerden dolayı, çiftlerde cinsel açıdan memnuniyetsizlik ve doyum sorunları yaşanabileceği ve bundan dolayı cinsel yaşamın olumsuz yönde etkilenebileceği düşünülmektedir.

Hastalıkları ile ilgili ameliyat olan kadınlar ile, ameliyat olmayan kadınlar arasında cinsel yaşam kalitesi puanları açısından fark görülmedi (Tablo 6.10). Muller ve ark. (2010) opere olan hastaların olmayanlara göre cinsel aktivitelerinin düştüğünü ve cinsel hayatlarının olumsuz yönde etkilendiğini, özellikle opere olan bayanların cinsel aktivitelerinin daha fazla düştüğünü belirtmektedir. Bu çalışmanın sonuçları Muller ve arkadaşlarının çalışma sonuçları ile farklılık göstermektedir. Bu farklılık çalışmamızda İ.B.H.'na bağlı opere olan kadınların oranının az olmasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmada hastalıkları ile ilgili eğitim alan kadınlar ile eğitim almayan kadınların cinsel yaşam kalitelerinde fark saptanmadı (Tablo 6.10). Buna rağmen İ.B.H. olan kadınlara hastalıkları ile ilgili verilecek eğitimin hastalıklarını tanımaları, belirti, bulgularını kontrol edebilmeleri ve hastalıkla baş edebilme yöntemlerini geliştirebilmeleri açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Hastalıkları ile ilgili eşlerinden destek alan kadınların, eşlerinden destek almayan kadınlara göre cinsel yaşam kalitelerinin yüksek olduğu bulundu (p=,003) (Tablo 6.10). Gölbaşı ve Erenel (2014) yaptığı çalışmada jinekolojik kanseri olan kadınların, özellikle eşlerinin desteği arttıkça cinsel yaşam kalitelerinin de arttığını bildirmiştir. Bu çalışma Gölbaşı ve Erenel'in çalışması ile benzerlik göstermektedir. Hastaların hastalıkları ile baş edebilmesinde sosyal destek çok önemlidir. (www.sgna.org/Portals/0/Education/Independent%20study/IBD/IBD%20Module%20IV_FINAL.pdf Erişim Tarihi: 13.01.2015). Literatür ve çalışmamızdan çıkan sonuç doğrultusunda, hastaların özellikle hayatlarını paylaştıkları eşlerinin, İ.B.H. ile baş etmelerinde kendilerinin yanında ve en büyük destekçisi olmasının, hastalıklarını yönetebilmeleri açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda hastalar ile yapılan görüşmelerde eşlerininde danışmanlık kapsamında görüşmeye dahil edilmesi önemlidir.

İnflamatuvar barsak hastalığı olan kadınlar hastalıklarına bağlı semptom ve bulgulara göre değerlendirildiğinde; karın ağrısı (p=,006), halsizlik ve yorgunluğu (p=,004), iştahsızlığı (p=,001), eklem ağrısı (p=,040) ve acilen tuvalete çıkma ihtiyacı (p=,004) olan kadınların; olmayan kadınlara göre CYKÖ-K puan ortalamalarının düşük olduğu görüldü (Tablo 6.11). Moody ve ark. (1992) İ.B.H.'da cinsel yaşamın olumsuz yönde etkilenmesinin sebebini %24 karın ağrısı, %20 diyare, %14 dışkı inkontinası korkusunun oluşturduğunu belirtti. Marin ve ark.'da (2013) İ.B.H. olan kadınların cinsel isteklerinin azalması ve dolayısı ile cinsel yaşamlarının olumsuz yönde etkilenmesini karın ağrısı, diyare ve inkontinans gibi hastalıkla ilgili şikayetlere bağlı olduğunu bildirdi. Görüldüğü üzere çalışmamızda İ.B.H. olan kadınlarda, hastaları daha fazla rahatsız eden karın ağrısı, halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, eklem ağrısı, acilen tuvalete çıkma ihtiyacı gibi semptom ve bulguların yapılan çalışmalara ve literatüre benzer şekilde çalışmamızda da cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (Trachter et al, 2002; Dubinsky, 2005; Çetinkaya ve ark., 2010; Sexual relationship and IBD www.myibdportal.org/Erişim tarihi: 16.02.2015). Bu çalışmada İ.B.H. olan kadınların yaşadığı karın ağrısı, halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, eklem ağrısı, acilen tuvalete çıkma ihtiyacının cinsel yaşam kalitelerini etkileyen önemli birer faktör olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan kadınların, hastalıkları ile ilgili bu semptom ve bulgular ile başa çıkmaya ve hastalıklarını yönetmeye çalışırken, enerjilerinin azalması, kendilerini yorgun hissetmesi ve özgüvenlerinin azalmasından dolayı cinsel istek ve cinsel memnuniyetlerinin olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Cinsel hayatından memnun olan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, olmayan kadınlardan ileri derecede yüksek olduğu saptandı (p<,0001) (Tablo 6.12). Kapdağlı (2009) çalışmasında kadınların %69,9'unun cinsel yaşamlarından memnun olduklarını bildirdi. Evli sağlıklı kadınlarda yapılan bir çalışmada ise kadınların cinsel yaşam memnuniyeti %78.8 olarak bulunmuştur (www.ergunoksuz.compubs22.pdf Erişim Tarihi: 13.01.2015). Marin ve ark.'nın (2013) çalışmasında ise İ.B.H. teşhisinden sonra kadınların %46'sının cinsel memnuniyetlerinin kötüye gittiği görülmektedir. Bu çalışmada ise kadınların

%53,4'ü cinsel yaşamlarından memnun olduklarını, %46,6'sının ise cinsel yaşamlarından memnun olmadıklarını belirttiği görüldü (Tablo 6.12). Buradan yola çıkılarak hastaların yaklaşık yarısının cinsel hayatlarından memnun olmadığı, bu durumun hastalıklarından kaynaklanan şikayetler sebebi ile memnuniyet düzeyini azalttığı düşünülmektedir. Görüldüğü üzere bu çalışmada İ.B.H. olan kadınlarda cinsel yaşam memnuniyeti Marin'nin çalışmasına benzer, diğer çalışmalardan daha düşüktür. Bu durum bize cinsel yaşam üzerinde İ.B.H.'nın etkisinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Hastaların cinsel yaşamdaki sorunlarının belirlenip, çözümü için multidisipliner bir yaklaşım izlenmesi ve etkili bir danışmanlık hizmetinin verilmesinin hastaların cinsellikle ilgili yaşadığı sorunlarla baş edebilmesinde önemli olduğu düşünülmektedir.

Cinsellikte sorun yaşayan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının, cinsellikte sorun yaşamayan kadınlara göre düşük olduğu görüldü (p<,0001) (Tablo 6.12). Dolayısı ile cinsellikte sorun yaşama durumunun cinsel yaşam üzerine etkisi, en çok cinsel istek azlığı (p<,0001) ve vajinal kayganlıkta azalmadan (p=,002) kaynaklanmaktadır (Tablo 6.13). İ.B.H.'da kadınların cinsel isteklerinin azalma eğiliminde olduğu ve bu azalmanın kadının deneyimlediği karın ağrısı, diyare ve inkontinanstan kaynaklandığı, bu durumdan dolayı cinsel yaşamın olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Marin et al, 2013). Cinsel fonksiyonlar ile ilgili problemlerin incelendiği kesitsel bir çalışmada, kadınların %40'nın en az bir tane cinsel sorun yaşadığı, cinsel isteksizlik ve orgazm bozukluğunun ise en yaygın görülen cinsel sorunlar olduğu bildirilmiştir (Nazareth, Boynton and King, 2003). Literatürde belirtildiği üzere hastalarda, İ.B.H.'na bağlı semptom ve bulgular, perianal hastalığın bulunması, kullanılan tedaviler, geçirilen pelvik cerrahiler, sigara kullanımı, kadınlarda cinsel istek azlığı ve vajinal kayganlıkta azalmaya neden olarak, cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (Timmer et al, 2008; Marin et al, 2013; Sexual relationship and IBD www.myibdportal.org/Erişim tarihi: 16.02.2015). Bu çalışma diğer çalışmaların sonuçları ve literatür ile uyumludur.

İnflamatuvar barsak hastalığına bağlı cinsellikte sorun yaşayan kadınların, sorun yaşamayan kadınlara göre CYKÖ-K puan ortalamalarının daha düşük olduğu

bulundu (p<,0001) (Tablo 6.12). Hastalığa bağlı cinsellikte sorun yaşama durumunun cinsel yaşam üzerine etkisi, en çok cinsel ilişki sırasında ağrı (p<,0001), cinsel ilişki sırasında makattan kanama (p<,0001) ve cinsel ilişki sırasında dışkı inkontinansı (p=,005) problemlerinden kaynaklandığı görüldü (Tablo 6.14). Moody ve ark. (1992) çalışmalarında, İ.B.H. olan hastaların kontrollere oranla daha fazla disparoni deneyimlediklerini, dışkı inkontinansı korkusu sebebi ile cinsel ilişkiden kaçındıklarını saptamıştır. Yapılan başka çalışmalarda ise İ.B.H. olan kadın hastalarda disparoni yaygın olmasına rağmen, kontroller ile karşılaştırıldığında anlamlı fark oluşturmadığı görülmektedir (Moody and Mayberry, 1993; Timmer et al, 2007). Çalışmamızın sonuçları Moody ve arkadaşlarının çalışmasına benzer, diğerlerinden farklıdır.

Bu araştırma sonucunda,

1. İnflamatuvar barsak hastalığı olan kadınlarda, CYKÖ-K puan ortalamasının 100 üzerinden 55,41±2,54 olduğu,
2. Kadınların İ.B.H.'na bağlı olarak %50'sinin cinsel yaşamlarında sorun yaşadığı,
3. İ.B.H. olan kadınların ve eşinin eğitim durumu düştükçe cinsel yaşam kalitesinin düştüğü, çalışmayan, geniş ailede yaşayan, stresli kişilik yapısında ve yorgunluğu olan, eşlerinden yeterli destek görmeyen kadınların cinsel yaşam kalitesinin,
4. Cinsel yaşamlarından memnun olmayan ve hastalıklarına bağlı cinsel sorun yaşayan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin belirgin derecede düşük olduğu saptandı.

Sonuç olarak; CYKÖ-K'nın belirlenmiş bir eşik değeri olmamasına rağmen, bu çalışmada kadınların 100 üzerinden 55,41±2,54 puan alması, yurt dışında ve ülkemizde sağlıklı ve kronik hastalığı olan kadınlarda yapılmış olan çalışmalara kıyasla CYKÖ-K puan ortalamalarının düşük olması; İ.B.H. olan kadınların cinsel yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenir hipotezimizi doğrulamaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Bu çalışmada İ.B.H. olan kadınların cinsel yaşamlarının, hastalıklarından dolayı olumsuz yönde etkilendiği görüldü. Gelecekte eşleri de kapsayan çok merkezli araştırmalar yapılarak, partnerlerinde eşlerine İ.B.H. tanısı konması ile birlikte bu değişimden cinsel yaşamlarının nasıl etkilendiği, hissettikleri ve davranışlarının incelenmesi,
2. Hastalığı ile ilgili eşlerinden destek alan kadınların cinsel yaşamlarının olumlu yönde etkilendiği görüldü ve dolayısıyla İ.B.H. olan kadınların hastalığa uyumunda cinsel partnerlerin önemli olduğunun unutulmaması,
3. Çalışmada özellikle İ.B.H. olan kadınların ve eşlerinin öğrenim durumunun cinsel yaşamı etkileyen önemli bir faktör olduğu görüldü. Dolayısı ile ülkemizde eğitime önem verilmesi,
4. Çalışmaya katılan kadınların İ.B.H.'na bağlı yaşadığı semptomların ve hastalığın aktif olmasının cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği, bundan dolayı cinsel sorunları ele almadan önce fizyolojik sorunların çözülmesi, fakat hastalığın sıkıntılarını gidermeye çalışırken hemşirelerin cinsellik ile ilgili problemleri gözden kaçırmaması,
5. Hemşirelerin hasta izlem programlarında CYKÖ-K ile ilgili tanılamayı standart hale getirilerek cinsel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1.Akpınar H. Crohn hastalığı. İçinde: Tözün N, Şimşek H, Özkan H, Şimşek İ, Gören A, eds. Klinik Gastroenteroloji ve Hepatoloji. Özyurt Matbaacılık, Ankara; 2007, s: 829-848.

2.Akyüz EÖ. Doğum Sonrası Cinsel Sorunlar ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Aydın (Danışman: Doç. Dr. Z Karaçam).

3.Andreoli TE, Carpenter CC, Griggs RC, Loscalzo J. Cecil Essentials Of Medicine. Çev.Ed: Çavuşoğlu H. Cecil Essentials of Medicine Türkçesi. Tavaslı Matbaacılık, İstanbul; 2001, s: 345-350.

4.Bahar A, Savaş H, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007;8: 287-292.

5.Boztaş G. İnflamatuar Barsak Hastalıkları: Klinik, Tanı, Tıbbi ve Cerrahi Tedavi. İçinde: Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D, eds. Kolon Rektum e Anal Bölge Hastalıkları. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul; 2003, s: 577-583.

6.Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. (Eds), Harrıson's Principles of Internal Medicine. Çev.Ed: Sağlıker Y. Harrison İç Hastalıkları Prensipleri. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2004, s: 1679-1692.

7.Bulut T. İnflamatuvar barsak hastalıklarında medikal ve cerrahi tedavi prensipleri. Ankem Derg. 2003;17(4): 365-370.

8.Çavuşoğlu H. İnflamatuvar Barsak Hastalığı. İçinde: İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S, eds. İç Hastalıkları. Öncü Basımevi, Ankara; 2003, s: 1577-1591.

9.Çavdar İ. Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. Meme Sağlığı Dergisi. 2006;2(2): 64-66.

10.Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urol Int. 2004;72(1): 52-7.

11.Çelik S, Gölbaşı Z, Kelleci M, Satman İ. Sexual dysfunction and sexual quality of life in women with diabetes: The study based on a diabetic center. Sex Disabil doi: 10.1007/s11195-014-9383-3.

12.Çetinkaya ZA, Sezikli M, Güzelbulut F, Öztürk M, Yetkin D, Yeşil A, Kurdaş OÖ. İnflamatuvar barsak hastalığında cinsel disfonksiyon varlığı. Türk J Gastroenterol. 2010;21(Suppl): 104-107.

13.Çoban V. Postpartum Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Sivas (Danışman: Doç. Dr. Z Gölbaşı).

14.Delegge M. (Ed) Nutrition and Gastrointestinal Disease. Çev.Eds: Topgül K, Malazgirt Z. Nütrisyon ve Gastrointestinal Hastalık. Nobel Matbaacılık, İstanbul; 2011, s: 59-84.

15.Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA. Hastane çalışanı bayanlarda cinsel işlev bozukluğu. Türk Üroloji Dergisi. 2007;33(2): 156-160.

16.Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. Birinci basamak sağlık merkezine başvuran kırk yaşın altındaki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi. Androloji Bülteni. 2006;25: 177-180.

17.Doğan T, Tuğut N, Gölbaşı Z. The relationship between sexual quality of life, happiness and satisfaction with life in married turkısh women. Sex Disabil. 2013;31: 239-247.

18.Dubinsky MC. Sexuality issues in IBD. Practical Gastroenterology. 2005;9: 55-66.

19.Erol B, Tefekli A, Ozbey I, Salman F, Dincag N, Kadıoğlu A, Tellaloğlu S. Sexual dysfunctionin intype II diabetic females: A comparative study. Jaurnal of sex &marial therapy. 2002;28: 55-62.

20.Ersoy Ö, Hamzaoğlu HÖ. Fistülizan crohn hastalığı. Güncel Gastroenteroloji. 2013;13(4): 314-320.

21.Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. (Eds) Harrison's Principles of Internal Medicine. Çev.Ed: Biberoğlu K. Harrıson's Principles Internal Medicine Türkçe. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2013, s: 1886-1899.

22. Friedman SL, Mcquaid KR, Greendell JH. (Eds) Current Diagnosis & Treatment in Gastroenterology. Çev.Eds: Sivri B, Gönen Ö. Current Gastroenteroloji Tanı ve Tedavi. Öncü Basımevi, İstanbul; 2007, s: 108-129.

23.Giese LA, Terrell L. Sexual health issues in inflammatory bowel disease. Gastroenterology Nursing.1996;19(1): 12-17.

24.Goldman L, Ausıello D. (Eds) Cecıl Medıcıne. Çev.Eds: Ünal S, Kalyoncu U. Cecil Medicine Türkçe. Ayrıntı Basımevi, Ankara; 2011, s: 1042-1050.

25.Gölbaşı Z, Erenel AS. The qualityof sexual life in women with gynaecologial cancers. Arch Gynecol Obstet. 2012;285: 1713-1717.

26.Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. Türk Üroloji Dergisi. 2003;29(1): 43-48.

27.Habermann TM, Ghosh AK. (Eds) Mayo Clinic Internal Medicine: Concise Textbook. Mayo Clinic Internal Medicine: Concise Textbook Türkçe. Çev.Eds: Ünal S, Demir AU, Öncü Basımevi, Ankara; 2009, s: 237-239.

28.Hanauer SB, Sandborn W. Management of crohn's disease in adults. AJG. 2001;96(3): 635-643.

29.Hısasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumorı N, Horıta H, Kato R, Kobayashı K, Hashımato K, Yamashıta N, Itoh N. Prevalance of female sexual dysfunction symptoms and ıts relationship to qualitiy of lıfe: A Japanese female cohort study. Urology. 2005;65: 143-148.

30.Hodgson HJF, Baulton R, Cousins C, Gupta S. A Colour Handbook of Gastroenterology. Çeviren: Cengiz A, Cengiz M. Resimli El Kitabı Gastroeneteroloji. AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., İstanbul; 2005, s: 151-158.

31.Jewell DP. Ulcerative Colitis. In: Feldman M, Friedman L, Sleisenger M, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Saunders, Philadelphia; 2002, p: 2039-2064.

32.Kapdağlı D. Postmenopozal Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2009, Adana (Danışman: Prof. Dr. N Bozdemir).

33.Karakoyunlu FB. Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Görülme Sıklığı. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Antalya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Öncel).

34.Karakoyunlu FB, Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009;12(3): 82-92.

35.Kaymakoğlu S. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları. İçinde: Ökten A, ed. Gastroenterohepatoloji. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2001, s: 189-211.

36.Kaymakoğlu S. Ülseratif Kolit. İçinde: Çapa Gastroenterohepatoloji Günleri. "Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu Kitabı. 2002, s: 44-47.

37.Kaymakoğlu S. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları. İçinde: Büyüköztürk K, ed. İç Hastalıkları.Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2007, s: 885-889.

38.Kirsner JB. Overview of etiology, pathogenesis and epidemiyology of inflammatory bowel disease. In: Berk JE, Haubrich WS, Kalser MH, Roth JLA, Schaffner F, eds. Bockus Gastroenterology.5.ed. Philadelphia, J.B. Lippincott; 1994, p: 1293-1318.

39.Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Ostbye T, Gress RE, Adams TD. Obesity and sexual quality of life. Obesity. 2006;14(3): 472-479.

40.Kumar P, Clark M. Kumar & Clark Clinical Medicıne. Çev.Eds: Tabak F, Tabak Ö.Kumar & Clark Clinical Medicıne Türkçesi. Ekspres Matbaası, İstanbul; 2010, s: 309-319.

41.Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4(12): 111-136.

42.Lichtenstein GR, Osterman MT. Ulcerative Colitis. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 9. ed.,Saunders Elsevıer, Philadelphia; 2010, p: 1975-2013.

43.Maasoumi R, Lamyian m, Montazeri A, Azin SA, Aguilar-Vafaie ME, Hajizadeh E. The sexual quality of life-female questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. Reprod Health. 2013;5 :10-25.

44.Marin L, Manosa M, Planella EG, Gordillo J, Zabana Y, Cabre E, Domenech E. Sexual function and patients perceptions in inflammatory bowel disease: a case-control survey. J Gastroenterol. 2013;48: 13-720.

45.McNally P. (Ed) GI/Liver Secrets. Çev.Ed: Beşışık F. Gastrointestinal Sistem Karaciğer Sırları. Nobel Matbaacılık, İstanbul; 2004, s: 297-311.

46.Moody G, Probert CSJ, Srivastava EM, Rhodes J, Mayberry JF. Sexual dysfunction amongst women with crohn's disease: A hidden problem. Digestion.1992;52: 179-183.

47.Moody G, Mayberry JF. Perceived sexual dysfunction amongst patients with inflammatory bowel disease. Digestion.1993;54: 256-260.

48.Muller KR, Prosser R, Bampton P, Mountifield R, Andrews JM. Female gender and surgery impair relationships, body image, and sexuality in inflammatory bowel disease: Patient perceptions. Inflammatory Bowel Diseases.2010;16(4): 657-663.

49.Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. Üroonkoloji Bülteni. 2005;1: 25-29.

50.Nazareth I, Botnyon P, King M. Problems with sexoal function in people attending London general practitioners: cross sectional study. British Medical Journal. 2003;327(7412): 423-428.

51.Nazik E, Eryılmaz G. Kadında disporani ve hemşirelik yaklaşımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011;4(1): 211-215.

52.Neubauer K, Arlukıewıcz A, Paradowski L. Quality of life in inflammatory bowel disease. Adv Clin Exp Med. 2009;18(1): 79-83.

53.Oktay E. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları: Etyopatogenez, Semptomatoloji, Tanı ve Komplikasyonlar. İçinde: Göksoy E, Uzunismail H, eds. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları. Kaya Basım, İstanbul; 2001 s: 199-206.

54.Osmanoğlu N. Kolitis Ülseroza. İçinde: Tözün N, Şimsek H, Özkan H, Şimşek İ, Gören A, eds. Klinik Gastroenteroloji ve Hepatoloji. Özyurt Matbacılık, Ankara; 2007, s: 849-855.

55.Öksüz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkısh women. J Urol. 2006;175(2): 654-8.

56.Özerdoğan N, Sayıner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40-65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009;2(2): 46-59.

57.Özin YÖ, Ülker A. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları. İçinde: Gastroenteroloji. Fersa Matbaacılık, Ankara; 2002, s: 283-287.

58.Runge MS, Greganti MA. (Eds) Netter's Internal Medicıne. Çev.Eds: Ünal S, Demir M. Netter's İç Hastalıkları. Öncü Basımevi, Ankara; 2009, s: 319-326.

59.Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran prevalence and associated risk factors. Int J Impot Res. 2006;18(4): 382-95.

60.Sainsbury A, Heatley RV. Review article: Psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2005;21(5): 499-508.

61.Sexual and Reproductive Health for Individuals with Inflammatory Bowel Disease. (2009). Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, England.

62.Siegel CA, Sands BE. Crohn's Disease. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 9. Ed, Saunders Elsevier, Philadelphia; 2010, p: 1941-1973.

63.Smith GD, Watson R, Roger D, McRorie E, Hurst N, Luman W, Palmer KR. İmpact of nurse-led counselling service on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. Journal of Advanced Nursing. 2002;38(2): 152-160.

64.Stenson WF, Korzenik J. (Eds) Inflammatory Bowel Dısease. In: Yamada T, ed. Textbook of Gastroenterology.4. ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2000, p: 1699-1749.

65.Stjernman H, Tysk C, Almar S, Ström M, Hjortswang H. Unfavourable outcome for women in a study of health-related quality of life, social factors and work disability in Crohn's disease. Eur J Gastroenteral Hepatol. 2011;23: 671-679.

66.Starowicz ML, Rola R. Sexual quality of life in women with multiple sclerosis. Przeglad Menapauzalny. 2012;5: 381-387.

67.Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. (2002) Biyoistatistik. 10.Baskı. Ankara: Hatipoğlu Basım, s. 264.

68.Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of Questionnaire on Sexual Quality of life in women. Journal of Sex&Marital Therapy. 2005;31: 385-397.

69.Tanrısever MB. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalarında Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. M Kendir).

70.Tashbulatova D. İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmalık Tezi, 2007, Adana (Danışman: Doç. Dr. A Arıdoğan).

71.Tekin N. İstanbul ilinde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerine Başvuran Evli Kadınların Cinsel Sorunları ve Sağlık Ekibi Üyelerinin Konuya Yaklaşımı. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 1995, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. A Coşkun).

72.Timmer A, Bauer A, Dıgnass A, Rogler G. Sexual persons with inflammatory bowel disease: A survey with matched controls. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2007;5: 87-94

73.Timmer A, Kemptner D, Bauer A,Takses A, Ott C, Fürst A. Determinants of female sexual function in inflammatory bowel disease: a survey based cross-sectional analysis. BMC Gastroenterology. 2008;8(45)

74.Tözün N, Atuğ Ö. İltihabi Barsak Hastalıkları. İçinde: Memik F, ed. Klinik Gastroenteroloji. Nobel & Güneş Kitabevi, Bursa; 2004, s: 448-461.

75.Tözün N, Atuğ Ö, İmeryüz N, Hamzaoğlu HÖ, Tiftikçi A, Parlak E, Dağlı Ü, Ülker A, Hulagu S, Akpınar H, Tuncer C, Süleymanlar İ, Övünç O, Hilmioğlu F, Aslan S, Türkdoğan K, Bahçecioğlı Hİ, Yurdaydin C. Clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Turkey a multicenter epidemiologic survey. J Clin Gastroenterol. 2009;43: 51-57.

76.Trachter AB, Roger AI, Leiblum SR. Inflammatory bowel disease in woman: Impact on relationship and sexual health. Inflammatory Bowel Diseases. 2002;8(6): 413-421.

77.Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel yaşam kalitesi ölçeği – kadın türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenirlilik çalışması. Cumhuriyet Tıp Derg. 2010;32: 172-180.

78.Uzunismail H. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları. İçinde: Altıparmak MR, Hamuryudan V, Sonsuz A, Yazıcı H, eds. Cerrahpaşa İç Hastalıkları. 2. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul; 2012, s: 1029-1039.

79.Vicdan N, Canlı Z. Miyokard infarktüsü ve cinsel işlev bozukluğu. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2011;1(2): 2-6.

80.Yamada T, Hasler WL, Inadomi JM, Anderson MA, Brown RS. (Eds) Handbook of Gastroenterology. Çev.Eds: Kaymakoğlu S, Akyüz F. Gastroenteroloji El Kitabı. 2. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul; 2009, s: 357-373.

81.Yaralı S. Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Erzurum (Danışman: Yard. Doç. Dr. N Hacıalioğlu).

82.Yıldırım Y. Ülseratif kolit ve hemşirelik yönetimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;24(2): 135-146.

83.Yurdakul İ. İnflamatuar Barsak Hastalıklarının Tıbbi Tedavisi. İçinde: Göksoy E, Uzunismail H, eds. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları. Kaya Basım, İstanbul; 2001, s: 207-218.

84.Yüceyar S. İnflamatuar Barsak Hastalıklarının Cerrahi Tedavisi. İçinde: Göksoy E, Uzunismail H, eds. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları. Kaya Basım, İstanbul; 2001, s: 219-225.

9. EKLER

EK-1 HASTA BİLGİ FORMU

Anket No:

1.**Yaşınız?…..** **2. Boyunuz?.....** **3. Kilonuz?….**

4. Eğitim durumunuz?
1) Okur-Yazar Değil 2) Okur-Yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul
5) Lise 6) Üniversite ve üstü

5. Mesleğiniz?1) Ev Hanımı 2) Memur 3) İşçi
4) Emekli 5) Serbest meslek 6) Diğer (yazınız)…..

6. Eşinizin eğitim durumu?
1) Okur-Yazar Değil 2) Okur-Yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul
5) Lise 6) Üniversite ve üstü

7. Eşinizin mesleği?1) Serbest meslek 2) Memur 3) İşçi
4) Emekli 5) Diğer (yazınız)…..

8. Evlenme şekliniz? 1) Görücü usülü 2) Tanışarak - isteyerek

9. Kaç yıldır evlisiniz?.....

10.Çocuğunuz var mı? 1) Var Çocuk Sayınız:….. 2) Yok

11.Ekonomik durumunuz: 1) Kötü 2) Orta 3)İyi 4) Çok iyi

12.Aile tipiniz: 1) Çekirdek aile (Eş ve çocuklarla)
2) Geniş aile (Eş, çocuklar ve aile büyükleri)

13. Nerede yaşıyorsunuz? 1) Köy 2) İlçe 3) Şehir

14. Sigara Kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

15. Alkol Kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

16. Günlük yaşamınızda genellikle stresli bir kişiliğiniz mi var? 1) Evet
2) Hayır

17. Günlük yaşamınızda genelde kendinizi yorgun hisseder misiniz? 1) Evet
2) Hayır

18. Hastalığınız: 1) Crohn
2) Ülseratif Kolit

19. Hastalığınızın tanı alma süresi:…….

20. Ailenizde crohn ya da ülseratif kolit hastası olan var mı? 1) Var 2) Yok

21. Başka bir kronik hastalığınız var mı? 1) Var Belirtiniz:……
2) Yok

22. Aşağıdaki hatalık belirtilerden sizde var olanları "var" sütununa olmayanları "yok" sütununa (X) işareti koyunuz.

Mevcut Klinik Bulgular	Var	Yok
İshal		
Rektal Kanama		
Karın Ağrısı		
Şişkinlik		
Halsizlik, Yorgunluk		
İştahsızlık		
Kilo kaybı		
Eklem Ağrıları		
Sık Dışkılama		
Acilen Tuvalete Çıkma İhtiyacı		
Dışkı Kaçırma (inkontinans)		
Fistül		
Abse		

23. Şu anda hastalığınız ile ilgili tedavi alıyor musunuz?
1) Evet Kullanılan ilaçlar:….
2) Hayır

24. Geçtiğimiz son dört hafta içinde hastalığınız aktif miydi? 1) Evet 2) Hayır

25. Hastalığınızdan dolayı ameliyat geçirdiniz mi? 1) Evet 2) Hayır

26. Cevabınız evet ise ne ameliyatı geçirdiniz belirtiniz.
……

27. Daha önce hastalığınız ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? 1) Evet
2) Hayır

28. Daha önce cinsellikle ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? 1) Evet
2) Hayır

29. Hastalığınız ile ilgili eşinizden yeterli destek aldığınızı düşünüyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır

30. Genel olarak cinsel hayatınızdan memnun musunuz? 1) Evet 2) Hayır

31. Cinsel yaşamınızla ilgili herhangi bir sorununuz var mı? 1) Evet 2) Hayır

32. Cevabınız evet ise aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri (X) koyarak belirtiniz.

( ) Cinsel istek azlığı
( ) Vajinal kayganlıkta azalma
( ) Vajinal darlık
( ) Vajinal gevşeklik
( ) Orgazm olmada güçlük
( ) Diğer……..

33. Hastalığınızdan dolayı cinsel yaşamınızda sorun yaşıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

34. Cevabınız evet ise aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri (X) koyarak belirtiniz.

( ) Cinsel ilişki sırasında ağrı
( ) Cinsel ilişki sırasında makattan kanama
( ) Cinsel ilişki sırasında inkontinans
( ) Cinsel ilişki sırasında gaz çıkışı
( ) Cinsel ilişki sırasında fistül bölgesinden akıntı
( ) Diğer……

Not: Lütfen anket sorularını yanıtlarken son dört haftadaki durumunuzu göz önüne alarak cevaplayınız.

EK-2 CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KADIN (CYKÖ-K)

1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli/zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünmüyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum

1) Tamamen Katılıyorum 2) Büyük Ölçüde Katılıyorum 3) Kısmen Katılıyorum
4) Kısmen Katılmıyorum 5) Büyük Ölçüde Katılmıyorum 6) Hiç Katılmıyorum

EK-3 KURUM İZİN YAZISI

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığına

06.03.2014

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Bilgin Başkan'nın "İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Polikliniğinde yapması uygundur. Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Osman Cavit ÖZDOĞAN
Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanı

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Prof. Dr. Osman Cavit ÖZDOĞAN
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji
Öğretim Üyesi
Diploma No: 49891

Fevzi Çakmak Mah. Mimar Sinan Cad.
No: 41 Üst Kaynarca Pendik / İSTANBUL
Tel: 0216 657 06 06
Fax: 0216 657 06 95

EK-4 ETİK KURUL İZİN YAZISI

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

PROJENİN ADI: İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Doç.Dr. Sıdıka OĞUZ
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Bilgin BAŞKAN
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 28.03.2014-4

Sayın Doç.Dr. Sıdıka OĞUZ

33 protokol nolu "İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli projeniz Enstitümüzün Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

Prof. Dr. İnci ALİCAN

Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Prof. Dr. Levent KABASAKAL

Prof. Dr. Aysel PEHLİVAN

Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK

Doç. Dr. Hakkı ARIKAN

Doç. Dr. Asım CİNGİ

Prof. Dr. Pınar AY

Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

Yrd. Doç. Dr. Zübeyir SARI

Yrd. Doç. Dr. Tolga GÜVEN

Marmara Üniversitesi Göztepe Kampüsü Sağlık Bilimleri Enstitüsü 34688 Kadıköy / İSTANBUL
0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23
Ayrıntılı bilgi için:
saglik.ogrenci@marmara.edu.tr
http://saglik.marmara.edu.tr

EK-5 HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Projenin adı: İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Çalışmanın amacı ve özeti: Bu araştırma bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmanın adı "İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi"dir. İnflamatuvar barsak hastalıkları, ülseratif kolit ve crohn hastalığını içeren, zaman zaman tekrarlayan, yaşam boyu süren, vücut sağlığını olumsuz yönde etkileyen kronik hastalıklardır. Bu çalışmadaki amacımız İ.B.H. olan kadınlarda, hastalığın cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmektir.

Çalışma nedeniyle size bir soru formu doldurtulacaktır. Bu soru formunda; sosyo-demografik bilgileriniz, hastalığınıza yönelik, cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitenizi belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Bu sorular içerisinde mahremiyetiniz ile ilgili sorularda yer almaktadır. Bu formun doldurulması yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır.

Katılma ve çıkma: Bu araştırmada ancak siz gönüllü olursanız bilgileriniz kullanılacaktır. Eğer kabul etmezseniz hiçbir ceza uygulaması yoktur. Yazılı onay vermiş olsanız da istediğiniz an araştırmadan çekilebilirsiniz.

Masraflar: Bu araştırma için sizden ücret talep edilmeyecektir.

Gizlilik: Bu araştırmaya katıldığınız takdirde tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Çalışmaya verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı Soyadı:

Hem. Bilgin BAŞKAN
Telefon No: 0 533 740 0252
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Gönüllünün Adı Soyadı:
İmzası:
Telefon No:
Tarih:

Gönüllünün yakınının Adı Soyadı:
İmzası:
Telefon No:
Tarih:

EK-6 HASTA ONAY FORMU

Projenin adı: İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Bilgilendirme formunu okudum ve çalışmanın amacı bana ayrıntılı olarak anlatıldı. Araştırmacı ile paylaştığım bilgilerin çalışma amacı dışında kullanılmayacağını ve bu çalışmadan istediğim zaman herhangi bir sebep göstermeksizin çıkabileceğimi biliyor, çalışmaya kendi onayımla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı:
İmzası:
Telefon No:
Tarih:

Gönüllünün yakınının Adı Soyadı:
İmzası:
Telefon No:
Tarih:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı Soyadı:
İmzası:
Telefon No:
Tarih:

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Bilgin	**Soyadı**	Başkan
Doğum Yeri	Biga	**Doğum Tarihi**	14.07.1979
Uyruğu	TC	**Tel**	05337400252
E-mail	bcintir@yahoo.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	M.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği	
Lisans	İ.Ü.Florence Nıghtıngale Hemşirelik Yüksekokulu	2000
Lise	Biga Mehmet Akif Ersoy Lisesi	1996

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
İnfüzyon Saha Sorumlusu	Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri	2008-…….
Eğitim Hemşiresi	Schering Plough	2003-2008
Hemşire	Memorial Hastanesi	2002-2003

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	Orta	Zayıf	Zayıf

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL	TOEFL	TOEFL	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft office programları	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.