



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**CİNSELLİĞİ DEĞERLENDİRME BECERİSİNİ
GELİŞTİRME PROGRAMININ ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

**NİLÜFER TUĞUT
DOKTORA TEZİ**

**DOĞUM-KADIN HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

SİVAS 2012



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**CİNSELLİĞİ DEĞERLENDİRME BECERİSİNİ
GELİŞTİRME PROGRAMININ ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

**NİLÜFER TUĞUT
DOKTORA TEZİ**

**DOĞUM-KADIN HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR.ZEHRA GÖLBAŞI**

SİVAS 2012

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof.Dr.Kafiye Eroğlu



Üye

Doç. Dr. Meral Kelleci



Üye

Yrd. Doç.Dr. Handan Güler



Üye

Yrd. Doç.Dr. Ferda Yıldırım



Üye

Doç.Dr. Zehra Gölbaşı

(Danışman)



ONAY

Bu tez çalışması, 25/05/2012 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Doç . Dr. Ali Altuğ Bıçakçı
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı senato toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Klavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET

CİNSELLİĞİ DEĞERLENDİRME BECERİSİNİ GELİŞTİRME PROGRAMININ ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Nilüfer TUĞUT

Doktora Tezi, Doğum- Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2012, 173 sayfa

Bu araştırma, “Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı’nın öğrenci hemşirelerin bilgi, tutum ve beceri düzeyine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu modelde deneysel olarak yapılmıştır. Araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini 2011-2012 öğretim yılı Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencileri (115) oluşturmuştur. Örneklem araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam veren toplam 74 öğrenciden (37 deney ve 37 kontrol) oluşmuştur. Programdan önce her iki gruptaki öğrencilere Kişisel Bilgi Formu, Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testi, Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği ve Cinselliği Değerlendirme Becerisi Formu uygulanmıştır. Deney grubundaki öğrenci hemşireler Bilgi Motivasyon Davranış (Information-Motivasyon-Behavioural [IMB]) modeline göre hazırlanan ve 18 saat süreli Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı’na alınmıştır. Programdan hemen sonra deney ve kontrol grubundaki öğrenci hemşirelere Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testi, Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği ve Cinselliği Değerlendirme Becerisi Kontrol Formu uygulanmıştır. Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testi ve Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği Program bitiminden 2 hafta ve 3 ay sonra tekrar uygulanarak programın kalıcılığı değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler, ortalama ve frekans dağılımı olarak sunulmuş, istatistiksel analizde ki kare testi, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ve bağımlı gruplarda t-testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi Cinselliği Değerlendirme Bilgisi ve Cinsel Tutum ve İnançları puan ortalamaları benzer bulunmuştur ($p>0.05$). Cinselliği Değerlendirme Becerisi toplam puan ortalamasının ise

kontrol grubunda deney grubundaki öğrenci hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Programdan hemen sonra yapılan ölçümde ise deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme beceri puan ortalamasının kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Programdan hemen sonra, 2. hafta ve 3. ay sonra yapılan ölçümlerde de deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme bilgi ve tutum puan ortalamaları kontrol grubundaki öğrenci hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sonuç olarak, cinselliği değerlendirme becerisini geliştirme programının öğrenci hemşirelerin bilgi, tutum ve becerisi üzerinde olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Cinsellik, cinselliğin değerlendirilmesi, cinselliği değerlendirme programı, Bilgi Motivasyon Davranış Modeli, öğrenci hemşireler, cinsel tutum ve inançlar.

ABSTRACT

THE EFFECT OF DEVELOPING THE SEXUALITY PROGRAM ON KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR OF STUDENT NURSES

Nilüfer TUĞUT

Doctorate thesis, Maternity Nursery Department

Consultant: Asst. Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2012, 173 pages

This study has been performed experimentally in order to determine the effect of sexuality assessment skill development program on knowledge, attitude and skill levels of student nurses in a model with pre test – final test control group. The research has been applied in Cumhuriyet University Health Science Faculty Nursery Department. The universe of the research consists of 2011-2012 academic year nursery department final grade students. (115) The sampling consists of 74 students who gave written confirmation for voluntarily participation to the experiment. (37 experiment, 37 control group) Before the program, personal info form, sexuality assessment info test, sexual attitude and beliefs scale and sexuality assessment skill forms were applied to the students in both groups. The student nurses in the experiment group were taken to sexuality assessment skill development program which lasted for 18 hours and prepared according to Information-Motivation-Behavioural (IMB) model. Right after the program, sexuality assessment info test, sexual attitude and beliefs scale and sexuality assessment skill forms were applied to the student nurses in experiment and control groups. Sexuality assessment info test, sexual attitude and beliefs scale were applied once again 2 weeks and 3 months after the end of program in order to evaluate the permanence of the program. The obtained data were submitted as average and frequency distribution and chi-square test were applied in the statistical analysis, variance analysis was used in repeated measurement and t-test was used in dependent groups. The sexuality assessment info test, sexual attitude and beliefs scale point averages of the student nurses in experiment and control groups before the program was found to be similar. ($p>0.05$). However it was found out that sexuality assessment

skill point averages of the student nurses in the control group were significantly higher than experiment group. ($p<0.05$). In the measurement made right after the program, it was found out that sexuality assessment skill of the student nurses in experiment group were significantly higher than student nurses control group. ($p<0.05$). In the measurements made 2 weeks and 3 months after the program, sexuality assessment info test, sexual attitude and beliefs scale point averages of the student nurses in experiment group were found to be significantly higher than student nurses in control group. ($p<0.05$). As a result, it can be said that the sexuality assessment skill development program has a positive effect on knowledge, attitude and skills of student nurses.

Key words: sexuality, assessment of sexuality, sexuality assessment program, info motivation behavior model, student nurses, sexual attitude and beliefs

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimime baŐladığım ilk günden itibaren, çalıŐmalarımnda bana yardım eden ve hep destek olan, ayrıca bu çalışmanın yapılmasında ve uygulanmasında bana yardımcı olan doktora tez danışmanım Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI'na, bu çalışmada bilgi ve deneyimleri ile yol göstererek değerli katkılar sağlayan Prof. Dr. Kafiye EROğLU'na, Yrd. Doç. Dr. Handan GÜLER'e, Doç.Dr. Meral KELLECI'ye, Yrd. Doç. Dr. Tayfun DOğAN'a, Yrd.Doç. Dr. Ferda YILDIRIM'a, Doç.Dr. Őerife KARAGÖZOğLU'na, çalıŐmamda bana her türlü manevi desteği veren arkadaşım Arş. Gör. Elvan ATA'ya, doktora hayatım boyunca benden desteğini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	iviii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Cinsellikle İlgili Temel Kavramlar.....	6
2.2. Normal Cinsel Yanıt Siklusu.....	20
2.3. Cinsel Bozukluklar.....	23
2.4. Cinselliği Etkileyen Faktörler.....	26
2.5. Cinsel Eğitim.....	43
2.6. Cinselliğin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik.....	47
3. GEREÇ ve YÖNTEM	77
3.1. Araştırmanın Şekli.....	77
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	77
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleri.....	78
3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	80
3.5. Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı.....	85
3.6. Veri Toplama Araçlarının ve Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı'nın Uygulanması.....	87
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	90
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	90
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	90
4. BULGULAR	91
5. TARTIŞMA	117
6. SONUÇLAR	126
7. ÖNERİLER	132
8. KAYNAKLAR	133

ÖZGEÇMİŞ	144
EKLER	147
EK-1 Kişisel Bilgi Formu	
EK-2 Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testi	
EK-3 Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği	
EK-4 Cinselliği Değerlendirme Becerisi Kontrol Formu	
EK-5 Yetişkin Birey İçin Fiziksel Değerlendirme Formu	
EK-6 Eğitim Sürecini Değerlendirme Formu	
EK-7 Öğrenci Hemşirelerde Cinselliği Değerlendirme Becerisini Geliştirme Programı	
EK-8 Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testi Cevap Anahtarı	
EK-9 Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı İzin Belgesi	
EK-10 Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Değerlendirme Formu	

TABLolar DİZİNİ

SAYFA NO

Tablo 1. Öğrenci Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	92
Tablo 2. Öğrenci Hemşirelerin Cinsellikle İlgili İlk Bilgilerini Öğrendikleri Kaynak, Bilgilerini Yeterli Bulma ve Eğitimleri Sırasında Cinsellikle İlgili Aldıkları Bilgiyi Yeterli Bulma Durumuna Göre Dağılımı.....	94
Tablo 3. Öğrenci Hemşirelerin Cinsellikle İlgili Konuları Anne-Baba İle Rahat Konuşabilme ve Konuşamama Nedenlerine Göre Dağılımı.....	96
Tablo 4. Öğrenci Hemşirelerin Cinsellik Fonksiyonuna Verdikleri Önem, Kişisel Değerlerinin Cinsellik Üzerine Konuşmayı Etkileme ve Cinsellikle İlgili Sorular Karşısında Kendini Rahat Hissetme Durumuna Göre Dağılımı.....	98
Tablo 5. Öğrenci Hemşirelerin Program Öncesi Cinselliği Değerlendirme Bilgisi, Cinsel Tutum ve İnançları, Cinselliği Değerlendirme Becerisi Puan Ortalamaları.....	100
Tablo 6. Öğrenci Hemşirelerin Program Öncesi Cinselliği Değerlendirmede Kendilerini Bilgi Açısından Yeterli Bulma ve Rahat Hissetme Durumuna Göre Dağılımı.....	102
Tablo 7. Öğrenci Hemşirelerin Programdan Hemen Sonra Cinselliği Değerlendirme Bilgisi, Cinsel Tutum ve İnançları, Cinselliği Değerlendirme Becerisi Puan Ortalamaları.....	103
Tablo 8. Öğrenci Hemşirelerin Programdan Hemen Sonra Cinselliği Değerlendirmede Kendilerini Bilgi Olarak Yeterli Bulma ve Rahat Hissetme Durumuna Göre Dağılımı.....	105
Tablo 9. Öğrenci Hemşirelerin Programdan İki Hafta Sonra Cinselliği Değerlendirme Bilgisi ve Cinsel Tutum ve İnançları Puan Ortalamaları.....	106
Tablo 10. Öğrenci Hemşirelerin Programdan Üç Ay Sonra Cinselliği Değerlendirme Bilgisi ve Cinsel Tutum ve İnançları Puan Ortalamaları.....	107
Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Program Öncesi, Programdan Hemen Sonra, İki Hafta Sonra ve Üç Ay Sonra Cinselliği Değerlendirme Bilgisi, Cinsel Tutum ve İnançları Puan Ortalamaları.....	108
Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrenci Hemşirelerin Program Öncesi ve Program Sonrası Cinselliği Değerlendirme Becerisi Puan Ortalamaları.....	111
Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Program Öncesi ve Sonrası Cinselliği Değerlendirmede Kendilerini Bilgi Olarak Yeterli Bulma ve Rahat Hissetme Durumuna Göre Dağılımı.....	113
Tablo 14. Öğrenci Hemşirelerin Program Öncesi ve Sonrası Cinselliği Değerlendirme Bilgisi, Cinsel Tutum ve İnançları, Cinselliği Değerlendirme Becerisi Puanı Fark Ortalamaları.....	115

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.Örnekleme Şeması.....	79
Şekil 2. Ön Deneme Öncesi ve Sonrası Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testinde Yer Alan Soru Sayısı ve Dağılımı.....	83
Şekil 3. Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı Uygulama Şeması.....	89

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
IMB	Bilgi- Motivasyon-Davranış Modeli (Information-Motivasyon-Behavioural Modeli)
NANDA	Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Birliği (North American Nursing Diagnosis Association)
CETAD	Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
UNESCO	Birleşmiş Milletler, Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
PAHO	Pan Amerikan Sağlık Örgütü (Pan American Health Organization)
SEICUS	Amerika Birleşik Devletleri Cinsel Bilgi ve Danışmanlık Eğitim Kurulu (Sexuality Information and Education Council of the United States).
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
MS	Medulla Spinalis
OY	Omurilik Yaralanması
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Cinsellik, bireyin emosyonel, mental ve fiziksel olarak erkeklik ya da dişiliği deneyimleme, gösterme becerisi olup, sahip olduğu cinsel organlarının fonksiyonlarını, cinselliği algılama düzeyini ve ifade etme tarzını içermektedir (French, 2009). Doğan'ın belirttiğine göre psikanalitik teorinin kurucusu olan Sigmund Freud'un tanımında olduğu gibi cinsellik, "hayati olmayan ancak türün sürekliliği için şart olan bir gereksinim ve içgüdü ayrıca motivasyon temelinde bulunan bir güç" olarak tanımlanmaktadır (Doğan, 1999). Bir başka deyişle cinsellik, iki insanın armoni eşliğinde beraberliklerini içeren, sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik (fiziksel görünüm ve üreme organları), psikolojik (beden imajı ve benlik saygısı), sosyal yönleri (cinsiyet rolleri ve kültürel inanışları) olan özel bir yaşantıdır (French, 2009; Guthrie, 1999; Kütmeç, 2009).

İntrauterin hayattan başlayıp ölüme kadar devam eden cinsellik yaşamın her evresinde sürekli bir gelişim ve değişim içindedir (Nusbaum ve Rosenfeld, 2009). İnsan yaşamında kişiliğin ve cinsel kimliğin gelişmesinde en önemli dönem çocukluk çağıdır. Çocuğun yetiştiği ve içinde yaşadığı aile, yakın çevre, alt kültür, toplumsal yapı, gelenekler, dini inanç ve ahlaki tutumlar cinsel tutum ve davranışların temel belirleyicileri olarak çocuğun kişiliğinin ve cinsel kimliğinin gelişmesinde önemli bir rol oynar (Nusbaum ve Rosenfeld, 2009; Vural ve Temel, 2010). Bu çağda ruhsal-cinsel olgunlaşma sürecinde ortaya çıkabilecek bazı yanlış davranışlar (cezalandırma, baskıcı tutum vb.) bireyin sağlıklı bir cinsel kimlik ve kişilik gelişimini olumsuz etkileyebileceği gibi, yetişkinlik döneminde libido azalmasına ya da libidonunun normal olmasına rağmen korku nedeni ile cinsel ilişkiden kaçınma, vajinismus, empotans, cinsel isteksizlik vb. sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir (Berman ve Bassuk, 2002; Safarinejad, 2006). Bu noktada genelde toplumun, özelde ailenin cinsellik kavramına bakış açısı bireyin cinselliğinin sağlıklı bir şekilde gelişmesinde anahtar bir rol oynamaktadır. Buna rağmen, yapılan çalışmalarda cinselliğe aile içinde değinilmediği ya da çok az değinildiği, cinsel bilgi kaynağına ulaşmada okul seçeneğinin alt sınırlarda yer aldığı belirtilmektedir (Erbil ve ark., 2010; Kaya ve ark., 2007; Yaşan ve Gürgeç, 2004). Cinselliğin hem aile hem de eğitim sistemi içinde az yer alması nedeniyle bireyler, cinsellikle ilgili oldukça sınırlı bilgiye ulaşabilmektedir. Bu sınırlı bilgiler de, cinsel deneyimleri ciddi şekilde sınırlayan, katı davranış kurallarını destekleyen

yanlış bilgilere ve cinsel mitlere dayanmaktadır. Çünkü cinsellik özellikle geleneksel toplumlarda rahat ve açık bir şekilde konuşulmayan bir konudur (Babacan, 2003). Toplumumuzda cinsellik ayıp, günah, güçlülük göstergesi olarak görülebilmektedir (Vural ve Temel, 2010; Yaşan ve Gürgen, 2004; Yıldız ve Pınar 2004a). Özellikle kapalı toplumlarda cinsellikle ilgili yanlış bilgi, inanç ve tutumlar nesilden nesille aktarılmakta bu yanlış bilgi, inançlar ve tutumların sonucu olarak cinsellik olumsuz etkilenmektedir (Yaşan ve Gürgen, 2004). Cinselliği ilgilendiren sorunlar diğer bedensel sorunlar gibi rahat ve doğal bir şekilde ifade edilmemekte ve dolayısıyla bu konuda yardım almaktan çekinilmektedir (Blagbrough, 2010).

Cinsellik çok yönlü bir kavram olması nedeniyle bireyin yaşantısından ve yaşantısında meydana gelen değişimlerden kolaylıkla etkilenmekte, diğer taraftan cinsel yaşamda meydana gelen değişimler de bireyi fizyolojik, biyolojik, sosyolojik ve psikolojik olarak etkilemektedir (Guthrie, 1999). Dolayısıyla bireyin yaşam dönemlerinde ortaya çıkan tıbbi sorunlar (kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diabetes mellitus, hipertansiyon vb.), planlı ya da acil olarak gerçekleştirilen ameliyatlar, doğrudan ya da dolaylı olarak bireyin cinselliği olumsuz etkilmektedir. Örneğin hipertansiyonlu bireylerle yapılan çalışmada kadınların % 42,6'sının cinsel fonksiyonunda sorun yaşadığı (Burchardt ve ark., 2002), antihipertansif tedavi alan bireylerin % 42,7'sinde cinsel disfonksiyon olduğu belirlenmiştir (Doumas ve ark., 2006). Genital organ kanserleri nedeniyle ameliyat olan kadınların % 20-100'ünde (Anderson ve Lutgenford, 1997), erkeklerin de % 40-100'ünde cinselliğin olumsuz etkilendiği ve cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadıkları belirtilmektedir (Blagbrough, 2010). Diğer taraftan bireyin cinselliğinde meydana gelen herhangi bir değişim de depresyon, beden algısında değişim, benlik saygısında düşme (Burghoper ve Jauch, 2006), cinsel eş ile iletişimin bozulması, yorgunluk ve ağrı gibi sorunlara neden olabilmektedir (Blagbrough, 2010; Doumas ve ark., 2006; Hanon ve ark., 2002; Yıldız ve Pınar, 2004). Sağlığın bozulduğu durumlarda ise bireyin cinsel boyutuna yönelik yaşanan endişe ve sorunların şiddeti ve kapsamı artmaktadır.

Bireylerin üzerinde oldukça yıkıcı etkileri olan ancak toplumsal, kültürel, dini ve sosyal etmenlerin etkisi ile bastırılan, mahrem kabul edilip ifade edilemeyen cinsellikle ilgili konuların, sağlık çalışanları tarafından da yeterince irdelenmediği ve hasta bakımında ele alınmadığı görülmektedir (Magnan ve ark., 2005; Magnan ve Reynolds 2006; Steinke ve Patterson, 1996). Hasta ile 24 saat birlikte olan ve onların bakımını üstlenen hemşireler,

hastanın var olan ve olası sorunlarına yönelik hemşirelik girişimlerini yerine getirirken, hastanın cinsel sağlığını da göz önünde bulundurmalıdır. Hemşirelik bakımının birincil amaçları arasında bütüncü ve kaliteli bakım sunmak yer almaktadır. Kaliteli ve bütüncü bir hemşirelik bakımının temelini, yaş dönemlerine göre bireyin tüm boyutlarını içine alan kapsamlı bir değerlendirme oluşturmaktadır (Ohl, 2007). Ancak çok az hemşire cinselliği değerlendirebilmektedir (Verschuren ve ark., 2010). Cinselliği değerlendiremeyen hemşireler birçok engeller sıralamaktadır. Bu engeller kapsamında, cinsellikle ilgili danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadığına inanmaları (Algier ve Kav, 2008; Güvel ve ark., 2005), utanmaları, önemsememeleri, iş yoğunluğu, zaman azlığı (Steinke ve Patneron, 1996; Pınar, 2010), cinselliğe ilişkin kişisel baskıcı tutumları (Akıncı ve ark., 2010; Algier ve Kav, 2008; Albaugh ve Kellogg, 2003) ve cinsellikle ilgili konuları tartışırken anksiyete yaşamaları yer almaktadır (Algier ve Kav, 2008; Verschuren ve ark., 2010; Yıldız ve Pınar, 2004).

Yapılan çalışmalarda, hemşireler cinselliği değerlendirememesi nedenleri arasında birinci sırada, kendilerinin cinselliğini değerlendirme becerilerlerinin yetersiz olduğunu, hastaların cinselliğine yönelik uygun hemşirelik girişimlerini bilmediklerini ifade etmişlerdir (Doherty ve ark., 2010; Okeahialam ve Obeka, 2006; Saunamaki ve ark., 2010). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da, ebe ve hemşirelerin cinselliğin yaşamda önemli olduğunu belirtirken, cinsel fonksiyon sorunlarına yönelik danışmanlık yapabilecek kişi olarak kendilerini dördüncü ve beşinci sırada görmektedir (Güvel ve ark., 2005). Günümüzde çalışmalarda sınırlı sayıda hemşirenin cinsellik alanında değerlendirme yapabildiği ve uygun girişimlerde bulunabildiği belirtilmektedir (Güngör ve ark., 2007; Okeahialam ve Obeka, 2006; Saunamaki ve ark., 2010). Oysa bireyin cinselliğini değerlendirmedeki temel amaç, bireyin gelişimsel dönemine uygun olarak cinselliğini değerlendirmek, cinselliği ile ilgili endişelerini ifade etmesi için fırsat vermek ve cinsel sağlığın geliştirilmesine yönelik eğitim ve danışmanlık yapmaktır. Nitekim bazı araştırma sonuçları hastaların utanma, dini inançların etkisi, toplumsal tabu gibi nedenlerle bu konuda soru sormaktan kaçındıkları ve hemşirelerden yardım alamadıklarını göstermektedir (Akıncı ve ark., 2010; Denat ve Demir, 2008; Merrill ve Thornby, 2005; Saunamaki ve ark., 2010). Bu nedenle hemşirelerin cinsellikle ilgili konularda gerekli bilgi ve beceriyle donanmış bir şekilde mezun olmaları gerekmektedir.

Hemşirelerin cinselliği değerlendirme becerisinin mesleki eğitimleri sırasında geliştirilmelidir. Öğrenci hemşirelerin hasta cinselliğini değerlendirmede bazı güçlükler

yaşadıkları gözlenmektedir. Bu güçlükler Akıncı ve ark.'ın (2010) yaptıkları çalışmada hastaların cinsel sorunlarını söylememesi (%61,5), cinsel konular üzerine danışma ve bilgi talep de etmemeleri (%57), hastaların cinsel konular üzerine konuşurken rahat hissetmemeleri (%54,7) ve öğrencilerin cinsel konularda yeterli bilgilerinin olmayışı (%54) olarak saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin cinselliğe bakış açılarının incelendiği başka bir çalışmada, araştırma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğunun cinsellikle ilgili orta derecede bilgi sahibi oldukları belirtilmiştir (Verschuren ve ark., 2010). Ersay ve Tortumluoğlu'nun (2006) çalışmasında da öğrenciler, hemşirelik programlarının cinsellik, cinsel sağlık ve çeşitli hastalık ya da tedavilere bağlı cinsel işlev bozuklukları gibi konuları içermediğini ve cinsellikle ilgili konulardan bahsederken kendilerini rahat hissetmediklerini ya da hastalarla cinselliği konuşmayı uygunsuz bulduklarını ifade etmişlerdir.

Bu nedenlerle öğrenci hemşirelerin bakım verdiği bireylerin gelişimsel dönemlerine göre cinselliği değerlendirmesi, buna göre riskleri tanınması ve cinsel danışmanlık verebilmesi ve cinsel sağlığı geliştirebilmesi için öncelikle cinsellik, cinsel sağlık, kronik sağlık sorunları ve tedavilerine bağlı olarak ortaya çıkan olası cinsel sorunlar, cinsel sorunları tanılama becerileri, cinselliği değerlendirme ve danışmanlık becerileri hakkında bilgilendirilmesi ve beceri kazandırılması önemlidir. Bu bilgi ve becerinin kazandırılması için model kullanımı önerilmektedir (Mick, 2007). Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programında, etkili cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitim programını oluşturulurken Information-Motivasyon-Behavioural (IMB) modeli temel alınmıştır. IMB modeli özellikle etkili cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitim programları oluşturmak için kullanılmaktadır (Canada Quidelines For Sexual Health Education, 2008). IMB modeli doğrultusunda oluşturulacak programla öğrenci hemşirelerin cinselliği ayrıntılı ele alabilecekleri düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, öğrenci hemşirelere uygulanan Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı'nın etkinliğini belirlemektir.

1.3 Araştırmanın Hipotezleri

H1: Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı'na katılan öğrenci hemşirelerin program sonrası cinselliği değerlendirme bilgi puan ortalaması, program öncesinden yüksektir.

H2: Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı'na katılan öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme bilgi puan ortalaması, programa katılmayan öğrenci hemşirelere göre daha yüksektir.

H3: Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı'na katılan öğrenci hemşirelerin program sonrası cinsel tutum ve inançları program öncesinden daha olumludur.

H4: Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı'na katılan öğrenci hemşirelerin Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği puan ortalaması, programa katılmayan öğrenci hemşirelere göre daha olumludur.

H5: Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı'na katılan öğrenci hemşirelerin program sonrası cinselliği değerlendirme beceri puan ortalaması program öncesinden yüksektir.

H6: Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı'na katılan öğrenci hemşirelerin program öncesine göre cinselliği değerlendirme beceri puan ortalaması, programa alınmayan öğrenci hemşirelere göre daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

Cinsellik, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, insan yaşamının dinamik bir parçası, sağlık durumunun da önemli bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır. Cinselliğin gelişimi temas, mahremiyet, duygusal ifade, zevk, şefkat, aşk gibi temel insan ihtiyaçlarının doyumuna bağlıdır. Dolayısıyla cinsellik her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır, tutum ve davranışlar yoluyla ifade edilir ve her bireyin cinselliği algılaması, ifade etme biçimi, cinselliğe verdiği öznel anlam bireysel farklılıklar gösterir (Worth Health Organization [WHO], 2006).

Cinsellik, insan doğasının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerini ifade eder. Cinselliğin biyolojik yönü, üremeyi sağlamak ve dolayısıyla insan neslinin devam etmesine imkan vermektir. Cinselliğin psikolojik yönü, cinsel ilişkiden haz alma, sevgi, sevmeye, sevilme gibi bireyin temel ihtiyaçlarının doyunulmasını amaçlar ve bunlarla ilişkili olarak çeşitli bireysel davranışları ve insan ilişkilerini içerir. Cinselliğin toplumsal yönü ise toplumun işleyişi, özelliği, değer yargıları, yasalar, sanat, tarih, cinslere verilen roller, üretim, eş seçme ve evlenme tercihleri gibi pek çok alan ile ilişki içindedir (Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği [CETAD], 2006).

Cinsellik yaşı, kökeni ya da kültürü ne olursa olsun insanın en temel gereksinimlerinden birisidir (Butler, 2004; Denat ve Demir, 2008). Bir başka deyişle cinsellik, iki insanın armoni eşliğinde beraberliklerini içeren, sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş pek çok yönü olan özel bir yaşantı olarak tanımlanmaktadır (Guthrie, 1999). Cinsellik, bireyin yalnızca üreme organlarını değil, insan olarak sahip olduğu tüm özelliklerini yansıtmaktadır. Bu nedenle cinsellik, tüm bireylerin intrauterin dönemden ölümüne kadar yaşamlarını bütünleyen önemli bir parça olarak ele alınmaktadır (CETAD, 2006; Nusbaum ve Rosenfeld, 2009).

2.1. Cinsellikle İlgili Temel Kavramlar

Cinsellikle ilgili temel kavramlar şunlardır (Sadok ve Sadok, 2003):

Biyolojik Cinsiyet (sex): Kişinin biyolojik kimliğini ifade eder. Kısaca "erkek" veya "dişi" olmayı belirtir. Cinsiyet anatomik, fiziksel, genetik, biyolojik özelliklerle şekillenir (CETAD, 2006; Sadok ve Sadok, 2003).

Cinsiyet Rolü (Toplumsal Cinsiyet): Cinsiyet (sex) ve cinsiyet rolü (gender) terimleri için kullanılan tanımlamalar her ne kadar açık ve nesnel şekilde yapılsa da, bunlar güçlü

bağlarla birbirine bağlı ve bazen de çatışmalı tanımlardır. Cinsiyet rolü, sosyal deneyimler sonucunda edinilen ve öğrenilen özellikler olarak belirtilmektedir. Ancak cinsiyeti ve cinsiyet rolünü birbirinden tamamen ayırmak mümkün değildir (Alexsander ve ark., 2004).

Cinsiyet rolü (toplumsal cinsiyet rolü) terimi, eril (masculine) ya da dişil (feminine) olarak etiketlenebilen davranışları, tutumları, değerleri, düşünme biçimlerini, konuşmayı, oturmayı ya da yürümeyi, giyinmeyi ve kişinin bedenini süslemesini kapsar (Sadok ve Sadok 2003). Çocuklar, toplum tarafından kız ya da erkek olarak etiketlenmelerinin ardından cinsiyetin kültürel anlamlarını öğrenmeye ve kazanmaya başlarlar. Cinsiyet rolü, toplumun tanımladığı ve bireylerin yerine getirmelerini beklediği cinsiyetle ilişkin bir grup beklentidir (Dökmen, 2004).

Cinsiyet rolleri en yoğun şekilde yetişkinlik döneminde ortaya konmaktadır. Örneğin; kadınların hem toplumca daha başarılı olacakları düşünülen öğretmen, hemşire gibi mesleklere yönelmeleri hem de ev işleri ve çocuk bakımı gibi faaliyetlerle ilgilenmeleri beklenmektedir. Bu durum, beklenti doğrulama ve öz- düzenleme süreçleri aracılığıyla cinsiyet rolleriyle tutarlı davranışları besleyen bir dayatma haline gelir (Eagly ve Diekman, 2000).

Cinsel Kimlik (Gender identity): Öznel bir özdeşim duygusu olup bireyin kendisini kız ya da erkek cinsiyetine ait hissetmesidir. Çocuğun kız ya da erkek olduğunu fark edebilmesi, kendi bedenini ve benliğini bir uyum içinde kabullenmesi, kız ya da erkek olmaktan huzur ve güven duygusu duyabilmesidir. Cinsel kimlik, bireyin anne ya da baba gibi olması, kız çocuk ya da erkek çocuk olması gibi görünüm ve davranışlar ile dışa vurulur (Sadock ve Sadock, 2003)

Cinsel Yönelim (Sexual orientation): Bireyin cinselliğini ya da erotik ve romantik ilgilerini herhangi bir cinsiyete yönlendirmesi ya da herhangi bir cinsiyet tarafından cinsel olarak uyarılmasıdır. Cinsel yönelim, kişinin düşünce, duygu ve davranışsal olarak cinsel çekim duyduğu cinsiyete göre aşağıda gruplandığı gibi tanımlanan bir özelliktir (Alexsander ve ark., 2004):

Karşı cinse ilgi (Heteroseksüel): Kişinin karşı cinsiyete cinsel ilgi duyması,

Aynı cinse ilgi (Homoseksüel, eşcinsel): Kişinin kendi cinsiyetine cinsel ilgi duyması,

Biseksüel olma: Kişinin her iki cinsiyetten olanlara cinsel ilgi duymasıdır.

Cinsel Sağlık

Günümüzde bireylerin sağlığı, iyiliği ve yaşam kalitesinin yüksek olması için cinselliğin önemli olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle cinsel sağlık, sağlığı koruma ve geliştirme programlarının içinde özel olarak ele alınmaktadır (French, 2009; Southard ve Keller, 2009; Zeng ve ark.,2010). Cinsel sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil aynı zamanda fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca cinsel sağlık, cinsellik ve cinsel ilişkiye pozitif ve saygılı yaklaşımı ve cinsel haz almak kadar, zorlama, fark gözetme ve şiddetten uzak güvenli cinsel deneyimler yaşamayı gerektirmektedir (Butler, 2004; French, 2009).

Cinsel sağlık, bir kişinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler, zorlama, şiddet ve ayrımcılık riskinden bağımsız olarak cinselliğini ifade etmesi yeteneğidir. Cinselliğin ifadesi, cinsel ilişkilerde karşılıklı saygıya dayalı bilgilendirilmiş, eğlenceli ve güvenli bir cinsel yaşama sahip olmaktır (French, 2009).

DSÖ sağlıklı cinselliği “somatik, emosyonel, entelektüel ve sosyal bileşkeleri pozitif yönde bütünleştiren, zenginleştiren ve kişiliği, iletişimi, sevgiyi geliştiren bütünlük” olarak tanımlamaktadır. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yapma hakkı vardır. Aynı zamanda cinsel sağlık, cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil, duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını pozitif yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık halidir (Southard ve Keller, 2009; WHO, 2006).

Cinsel yönden sağlıklı kişi, kendi vücudunun değerini bilen, üreme hakkında gerekli olan daha fazla bilgiyi arayan, kendi cinsel uyumu ve diğerlerinin cinsel uyumuna saygı gösteren, kendi davranışları için sorumluluk alan, uygulamalarda etkin karar verebilen, aile, eş ile etkin iletişim kurabilen, yaşam boyu cinsellikten hoşlanan, başkalarının cinsellikte diğerlerinin haklarına saygı gösteren, sağlığı geliştiren davranışları benimseyen, önyargılı davranışlardan ve olumsuz tutumlardan kaçınan kişidir (Sexuality Information and Education Council of the United States [SEICUS], 1996).

Cinsel sağlık, genel sağlık açısından toplumu en çok ilgilendiren konulardan biridir ve cinsel sorunlar, insanları en fazla mutsuz eden sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Cinsel sağlığın bozulması sadece fiziksel sağlığın kesintiye uğraması ile sonuçlanmamakta ve ruhsal

sağlığın, ardından aile sağlığının, sosyal sağlığın da bozulmasına neden olmaktadır (Bozdemir ve Özcan, 2011; French, 2009).

Crouch'un (1999) bildirdiğine göre, Mace ve arkadaşları cinsel sağlığın üç ögesi olduğunu belirtmektedir. Bunlar;

- Üreme ve cinsel fonksiyonları etkileyen organik hastalık ve sakatlıkların olmaması,
- Cinsel tepkileri bastıran ve insan ilişkilerini olumsuz etkileyen korku, utanç, suçluluk ve yanlış inançların olmaması,
- Sosyal ve kişisel etikle uyumlu olarak üreme ve cinsel davranışlardan hoşnut olma ve kontrol edebilme kapasitesine sahip olmamasıdır.

Cinsel sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı yaşam, refah, sürdürülebilir kalkınmanın sağlanmasında ve özellikle Milenyum Gelişim Bildirgesi Hedefleri'nin uygulanmasında merkezi role sahiptir. Tüm hükümetler, uluslararası kuruluşlar, özel sektör, akademik kurumlar, toplum ve özellikle Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin tüm üye kuruluşları, 17 Nisan 2007'de Sydney'de yapılan genel asamblesinde "Milenyum Gelişim Bildirgesi için Cinsel Sağlık" ilkeleri belirlenmiştir. Bu ilkeler (WHO, 2007):

- Herkes için cinsel haklarını korumak, tanımak, geliştirmek ve sağlamak,
- Daha ileri cinsiyet eşitliği ve hakkaniyet,
- Kınamak, mücadele ve cinsellik ile ilgili her türlü şiddeti azaltmak,
- Kapsamlı cinsellik eğitimi ve bilgiye evrensel erişimi sağlamak,
- Üreme sağlığı programları, cinsel sağlığın merkezlerini tanımlamak,
- HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan infeksiyonların (CYBE) yayılmasını önlemek ve durdurmak,
- Cinsel kaygılar, işlev bozuklukları ve hastalıkları tanımlamak, tedavi etmek ya da sevk etmek,
- Bütüncü sağlık ve iyilik halinin bir parçası olarak cinsel zevkin tanımlanmasını başarmaktır.

Cinsel sağlık kadın - erkek, genç - yaşlı bütün insanlar için temel bir haktır. Cinsel sağlık, cinsel hakların tanındığı, saygı duyulduğu ve uygulandığı ortamlarda mümkündür. Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin Cinsel Haklar Bildirgesinde, Cinsel Haklar aşağıdaki şekilde belirtilmektedir (CETAD, 2006):

- Cinsel özgürlük hakkı,
- Cinsel otonomi, cinsel bütünlük ve vücudunun güvenliği hakkı,
- Cinsel mahremiyet hakkı,
- Cinsel eşitlik hakkı,
- Cinsel zevk alma hakkı,
- Duygusal cinsel ifade hakkı,
- Özgürce cinsellik içeren ilişki kurma hakkı,
- Özgür ve sağlıklı üreme seçimi yapma hakkı,
- Bilimsel araştırmaya dayalı cinsel bilgi edinme hakkı,
- Kapsamlı cinsellik eğitimi hakkı,
- Cinsel sağlık bakımı hakkıdır.

Cinsel Sağlığın Geliştirilmesi İçin Geliştirilen Hedefler

Cinsel sağlığın geliştirilmesi için geliştirilen hedefler şunlardır (PAHO, 2001):

- *Cinsel sağlığın önündeki engellerin kaldırılması*

Strateji 1. Cinsel sağlığı halk sağlığı programlarına entegre etmek .

Strateji 2. Cinsiyete bağlı ayrımcılığı elimine etmek ve cinsiyet eşitliğini geliştirmek.

Strateji 3. Sorumlu cinsel davranışları geliştirmek.

Strateji 4. Farklı cinsel yönelimi olan gruplara karşı nefret, endişe, önyargı, ayrımcılığı elimine etmek.

Strateji 5. Cinsel şiddeti elimine etmek.

- *Toplumda kapsamlı cinsel eğitimin yaygınlaştırılması*

Strateji 1. Okullarda kapsamlı cinsel eğitimi sağlamak.

Strateji 2. Eğitim kurumlarının genel müfredatlarının içine uygun olarak cinsel eğitimi entegre etmek.

Strateji 3. Bedensel ve zihinsel özürli kişilere kapsamlı cinsel eğitim sağlamak.

Strateji 4. Özel grupların kapsamlı cinsel eğitime ulaşmasını sağlamak(Mahkumlar, yasadışı göçmenler, evsizler vb.).

Strateji 5. Diğer topluluklara kapsamlı cinsel eğitimin ulaşılabilirliğini sağlamak (Yasal göçmenler, azınlıklar, mülteciler vb.).

Strateji 6. Kapsamlı cinsel eğitimin iyileştirilmesi için basın ve televizyonlarla entegrasyonu sağlamak.

- ***Cinsel sağlık ile ilgilenen meslek gruplarına eğitim desteğinin sağlanması***

Strateji 1. Sağlık ve sağlıkla ilgili meslek elemanlarının cinsel sağlık konusunda eğitim ve öğretimini sağlamak.

Strateji 2. Öğretmenlerin cinsel sağlık konusunda eğitim ve öğretimlerini sağlamak.

Strateji 3. Seks biliminin bir disiplin olarak gelişmesini teşvik etmek.

- ***Toplumun kapsamlı cinsel sağlık hizmetlerine ulaşabilmesinin sağlanması***

Strateji 1. Mevcut sağlık hizmetlerinin içine cinsel sağlık konularını entegre etmek.

Strateji 2. Kapsamlı cinsel sağlık hizmetlerinin topluma ulaşmasını sağlamak.

Strateji 3. Bedensel ve zihinsel özürlü kişilere kapsamlı cinsel sağlık hizmetlerinin ulaşmasını sağlamak.

Strateji 4. Özel grupların kapsamlı cinsel sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamak (Mahkumlar, yasadışı göçmenler, evsizler vb.) .

Strateji 5. Diğer topluluklara kapsamlı cinsel sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini sağlamak (Yasal göçmenler, azınlıklar, mülteciler vb.) .

- ***Cinsellik ve cinsel sağlık konusunda araştırma projelerinin desteklenmesi ve teşvik edilmesi***

Strateji 1. Cinsel araştırma ve değerlendirmeyi teşvik edilmelidir.

Strateji 2. Seks bilimi bir araştırma disiplini olarak teşvik edilmelidir.

Strateji 3. Diğer disiplinlerin seksolojik araştırmalar yapması teşvik edilmelidir (Hemşirelik, sosyoloji, antropoloji, psikoloji, epidemiyoloji vb.).

Strateji 4. Sek biliminde yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular politikacılar, eğitimciler ve hizmet sunuculara uygun bir şekilde ulaştırılmalı ve onların çalışmalarında kullanması sağlanmalıdır.

Cinsel Uyum

Cinsel uyum, yalnızca doyumunu sağlayan bir genital birleşme değil genel uyumun bir parçasıdır. Cinsel uyum ölçütleri şunlardır:

1. Dirimsel yapı ve gelişme sağlıklı olmalıdır. Bunun için;

- Kromozomal bir bozukluk olmamalı,
- Birincil eşeyssel organlar gelişmiş olmalı,

- İkincil eşeyssel organlar gelişmiş olmalı,
- Hormonal gelişme ve üretkenlik olmalı.

2. Ruhsal, cinsel ve toplumsal gelişme sağlıklı olmalıdır.

Kişinin temel güven duygusu oluşmuş, girişken, çalışkan, üretme ve yaratma yetisi gelişmiş, kimlik karmaşasını çözmüş, doğal dirimsel yapısına uygun cinsel gelişimini tamamlamış, kendisi ve çevresiyle uyumlu, toplumsal ilişkilerde başarılı, benlik bütünlüğü tam olmalıdır. Ayrıca kişi özerk davranabilmeli ve karşı cinsle sağlıklı ilişki ve iletişim kurabilmelidir.

3. Erickson'un eşeyssel ütopyasındaki koşullar karşılanmalıdır.

Bu koşullar, karşı cinsten sevilen bir eş ile, karşılıklı doruk-doyuma ulaşabilmesi, karşılıklı güven duygusunun paylaşılabilmesi, iş, üreme, eğlenme alanlarında birlikte bir düzen kurulabilmesi, yeni yetişecek kuşaklara yeterli gelişme olanaklarının birlikte sağlanabilmesidir.

Cinsel Uyumu Etkileyen Faktörler:

Cinsel uyum bazı faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörler (WHO, 2006)

- Cinsel kimlik gelişimini bozan, saptıran, kısıtlayan faktörler (gelişimsel faktörler)
- Bireyin iş ve toplumsal yaşamını bozan faktörler (başarısızlıklar, uyumsuzluklar en önemli bunaltı ve çökkünlük kaynakları)
- Bireyin eşinin uygun ve uyumlu olmaması (eşlerden birisinin ağır nevroitik, psikotik olması, kişilik sorunlarının bulunması)

Cinsel Kimlik Gelişimi

Cinsel kimliğin çocukluğun ilk iki yılında başladığı fakat cinsel kimlik duygusunun yerleşmesinin 3-4 yaş dolayında olduğu belirtilmektedir (Nusbaum ve Rosenfeld, 2009). Bu yaştan sonra cinsel kimlikte değişim çok güç, belki de olanaksızdır. Çocukların kendi cinsiyetlerini ortalama 30 aylıkken anlamaya başladıkları bilinmesine rağmen bebeklerin ve çocukların cinsel kimliği ve cinsiyete özgü tanımları anlama yaşlarının daha küçük olduğu ifade edilmektedir (Zucker, 2002).

Cinsel kimlik gelişimi karmaşık bir süreç olup biyolojik, bireysel, ailesel, çevresel etkenler ile bilişsel ve zihinsel gelişimin etkileşimi sonucu gerçekleşmektedir. Ebeveyn-çocuk ilişkisinin ve bazı özgül aile dinamiklerinin özellikle yaşamın ilk 3 yılında çok önemli rol oynadığı ve çocuklarda cinsel kimlik bozukluğuna neden olduğu belirtilmektedir. Ebeveyn-

çocuk ilişkisi, çocukluk çağındaki öğrenmeler, ilk ilişkiler ve özdeşimler cinsel kimliğin gelişmesini etkilemektedir (Öztürk, 2001). Anne baba cinsiyet tercihlerinin, aile tarafından yetiştirilme tarzının, kültürel etkenlerin ve geleneklerin cinsel kimlik ve cinsel rol gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Anne ve babanın çocuklara yönelik tutumları onların cinsiyetine göre değişmektedir. Yenidoğan bir bebek, doğar doğmaz geleneksel kültürel ayrımlar ile karşılaşmaktadır. Okul öncesi dönemde bu tutumlar daha da belirgin hale gelmektedir. Anne babalar çocuklarına cinsiyetlerine uygun oyuncak sağlamakta, cinsiyetlerine özgü davranış ve ilgileri desteklemektedir.

Psikanalistlere göre cinsel kimlik, ebeveyn-çocuk ilişkisi sırasında oluşan mesajların çocuklar tarafından yorumlanması sonucu gelişir. Ebeveynlerden gelen kapalı ya da açık mesajları yorumlayan çocuk, karşı cinsiyetten biri olduğu zaman kendini güvende hissedeceğine ve sevileceğine inanmaktadır (Möller ve ark., 2009). Model olma ve özdeşim, cinsel kimlik gelişiminde en önemli psikososyal etkenlerden biridir. Karşı cinsiyet ile özdeşim çocuğun kendisini daha güvenli, emin ve değerli hissetmesini sağlamakta ve kaygısını azaltmaktadır (Möller ve ark. 2009;Öztürk, 2001).

Cinsel kimlik gelişimi, intrauterin dönemde başlayıp ölüncüye kadar devam eden bir süreç olmakla birlikte yetişkinlik dönemine kadar olan gelişim birey açısından oldukça önemlidir (Taylor ve ark., 2001). Hemşirelerin cinselliği değerlendirebilmesi için yaşam siklusu içinde cinsel kimliğin gelişimsel durumunu çok iyi bilmeleri gerekmektedir.

Doğumdan Adölesan Öncesi Döneme Kadar Cinsel Gelişimi

Yaşam dönemlerine göre doğumdan adölesan öncesi döneme kadar cinsel gelişim aşağıda sunulmuştur (Nusbaum, ve Rosenfeld, 2009):

- 0-2 Yaş Dönemi

Psikanalitik kurama göre bu dönem, id'in egemenliği altındadır. Bu dönemde, bebeğin doğal dürtülerin hemen doyurulması, gerginliğin hemen giderilmesi çocuğun en başta beklentisidir. Bu dönemin başında bebeğin şefkat ve dokunsal uyarılmaya gereksinimi vardır. Erkek çocuklar penil ereksiyona, kız çocuklar orgazmik potansiyele sahiptir. Genital bölgeye dokunulmasından hoşnut olurlar (Nusbaum, ve Rosenfeld, 2009; Taylor ve ark., 2001).

Bu dönemde çocuğun oral ihtiyacına engel olmamak için emzirmeyi erken dönemde bırakmaktan kaçınılmalıdır. Aile, fiziksel veya mental gelişme geriliğine yol açabilen durumlarda yeterli fiziksel gelişmeyi sağlamaya teşvik edilmelidir. Oyuncaklar, cinsiyete göre

seçilmelidir. Erkek-kadın ayrımı yapılmamalıdır. Ayrıca genital bölgenin kendi kendine güdülenmesi normal bir davranıştır, bunun kötü olarak gösterilmemesi gerekir (Taylor ve ark., 2001).

Freud 1-3 yaş arasının anal dönem olarak belirtmektedir. Anal dönem, çocuğun yürümeye, konuşmaya ve kendi benliğini çevresinden ayrı algılamaya başladığı yavaş yavaş bağımsızca düşünme ve davranma gibi yetilerin, yapıtaşlarının geliştiği bir devre olarak tanımlanmıştır. Bu dönemde çocuğun anal sfinkter kaslarının gelişmesiyle, çocuğun dünyasına yeni bir eylem yetisi katılmaktadır. Çocuk, içerde biriken dışkısını tutarak ya da bırakarak bir haz duyar. Çocuğun dışkısını tutabilmesi ve annesinin istediği yerde ve zamanda yapması çevreden büyük ilgi görür ve ödül alır. Böylece çocuk artık toplumun iyi, kötü, doğru, yanlış ve ayıp gibi yargıları ile karşılaşmaktadır (Cüceloğlu, 2003; Doğan, 1999; Nusbaum, ve Rosenfeld, 2009; Taylor ve ark., 2001).

Çocuk bu dönemde cinsel yapının farkına varılır. Çocukta anal bölgesine karşı bir merak görülür. Kız/ erkek cinsiyet farklılıklarını algılama bu dönemde ortaya çıkar. Her iki cins de genital bölgenin okşanmasından hoşlanır. Çocukların bu dönemde genital bölgesini okşaması halinde cezalandırılması, ileriki dönemlerde cinsel davranışında utanma ve suçluluk duygusuna neden olur. Ayrıca bu dönemde, kız ya da erkek çocuk kendi cinsiyetini tanımlayabilir. Çocuğun anatomiye ilişkin kelime hazinesi bu dönemde oluşur. Bu dönemde çocuğa vücut kısımları için uygun terimler kullanılmalıdır. Yeni yürüyen çocuğa, tuvalet eğitiminde başkalarının ona yardımcı olabileceği konusunda bilgi verilmelidir (Taylor ve ark., 2001).

- 3-5 Yaş Dönemi

Freud, bu dönemi fallik dönem olarak tanımlamaktadır. Bu dönemde çocuğun düşünce dünyasında giderek artan bir biçimde yeni bir algı alanı oluştuğunu ifade etmektedir. Bu eşeylik ayrılıkları ile ilgilidir ve çocuğun dikkati eşey organlarına ve bunların anlamlarına yönelir. Çevreden ve başka insanlardan ayrı bir kişi olduğunu kavramış olan çocuk, artık "nasıl bir kişi" olacağını araştırmaktadır. Bu nedenle kendi bedenine, cinsel ayrılıklarına ve genellikle çevrede olağangelen her şeye karşı derin, bitmek bilmez bir soruşturma ve öğrenme eğilimi gösterir. Cinsel ayrılıkların öğrenilmesi, cinsel benlik duygusunun başlaması ve cinsiyete uygun rollerin belirlenmesi de bu yaşlarda kesinleşmiştir. Çocuk cinsel yasakları ve değerleri bu dönemde hızla öğrenir. Bu çağda aşırı korkutmalar, suçlamalar ve cezalar,

çocukta atılganlığın kısıtlanması, girişim kısırlığı ve aşırı çekingenliğe neden olabilir. Bu dönemin kriz noktası Oedipus kompleksi ve iğdişlik korkusudur. Çocukta bu döneme kadar görülmeyen vicdan ve ahlak duygusu işte bu özdeşimlerin güçlenmesiyle gelişmektedir (Cüceloğlu, 2003; Doğan, 1999; Nusbaum, ve Rosenfeld, 2009; Taylor ve ark., 2001).

Kohlberg'e göre çocuk bu dönemde "diğer kimsenin" görüşünün, olaya bakışının farkına varıp onu kendi düşüncesiyle ilişki haline getirebildiği oranda ahlaksal gelişme devam eder. Fakat, her bireyde ahlaksal gelişim aşamalarının tümünün gelişmesi beklenemez. Sosyal ve kültürel çevresine bağımlı olarak her birey kendi koşulları içerisinde ahlak gelişimini sürdürür. Bu süreçte, sosyokültürel olumsuz yaklaşım sonucu bu döneme özgü saplanmalar görülebilir. Bu saplanmalar:

- Anne-babadan ayrılma gereksinimi ve girişimleri sonucu aşırı suçluluk duygularının belirlenmesi,
- Evlilik yaşamında eşile bir türlü rahat edememe, aşırı çekingenlik, girişimde bulunmama ve çabuk suçlanma eğilimleri,
- Cinsel ilişkiden korkma, kaçınma, cinsel soğukluk,
- Bedene bir zarar gelecek korkuları ve hipokondriazise eğilim,
- Karşı cinse karşı, eleştirici ve olumsuz tutumlar,
- Cinsel kimlikte güvensizlik ve cinsel kimlik sapmaları (Cüceloğlu, 2003).

Çocuk altı yaşına geldiğinde, cinsellik içselleştirilmiş ve cinsel eş seçimi yapılmıştır. Oyun ve giyim tarzı bu dönemlerde cinsiyete göre belirlenir. Çocuklar, oyun arkadaşlarının vücut bölümlerini araştırmaktan hoşlanırlar ve mastürbasyona eğilim vardır. Anne ve babanın cinsiyet davranışı tutarsızlığı, hoş görmemesi vb. çocukta anksiyeteye neden olur. Çocuğun mastürbasyon eğilimi karşısında anne-babanın olumsuz yaklaşımı, cinselliğin çocukta kötü bir şey olduğu izlenimini yaratabilir. Anne- baba bu tür yaklaşımdan kaçınmalıdır (Taylor ve ark., 2001).

- **6-12 Yaş Dönemi**

Freud bu dönemde çocuğun bedensel ve zihinsel gelişiminde önemli bilişsel ve duygusal ilerlemeler olduğunu belirtmektedir. Çocuğun bilişsel yetileri (algı, bellek, yargılama, vb.) gerçeğe daha uygun değerlendirmeler yapabilecek düzeye gelir. Çocuk neden-sonuç bağlantılarını gerçeğe uygun kurabilir. Kavramsal ve soyut düşünme yetisinin gelişmesi

ile daha uygun ve geçerli genellemeler yapabilir. Ego bu dönemde hızla gelişmektedir (Cüceloğlu, 2003; Doğan, 1999; Nusbaum ve Rosenfeld, 2009; Taylor ve ark., 2001).

Çocuk birçok dürtüsünü bu dönemde kontrol etmeyi öğrenir. Çocuğun cinsel dürtüleri sosyal faaliyetlere, eğlenceye yöneliktir. Kişisel gelişme, değişme ve bir gruba ait olma duygusu çocukta başlıca doyum kaynağıdır. Çocuğun aynı cinsten arkadaşlar edinmeye eğilimi ve karşı cinsin ailesine bir bağlılık vardır. Bu dönemde çocuğun cinsellik ve korkuların paylaşımı üzerine merak ve benliği fark etme artar. Ayrıca gizlilik döneminde ilişkilerde aynı cinsin tercihi, heteroseksüellikle ve homoseksüellikle ilişkili olmadığı bilinmeli, anne-baba çocuk soru sorduğunda açık ve gerçek bilgilerle yanıtlamalıdır (Taylor ve ark., 2001).

Adölesan Dönemde Cinsel Gelişim

Adölesan dönemde cinsel gelişim ise aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

12-22 Yaş Dönemi (Adölesan Dönem)

Adölesan dönem, çocuklukla yetişkinlik arasında kalan bir “ara dönem” olup gerçekte fiziksel, psikolojik, sosyal olgunluğa erişmenin tamamlanmasıdır. Bu dönem insan yaşamının en dinamik belki de en çok ilgi isteyen bölümünü oluşturmaktadır (Nusbaum ve Rosenfeld, 2009). Adölesan dönem üç bölüme ayrılarak incelenmektedir (Behrman ve Kliegman, 2002).

- Erken Adölesan Dönem (10-14 yaş)

Fiziksel ve davranışla ilgili hızlı değişimler, adölesanın alt evresi olan erken adölesanın en önemli özelliğidir. Bu dönemde bedendeki hızlı değişimlere karşı şaşkınlık ve endişe duyguları, değişikliklere ayak uyduramama, kendi vücuduna yabancılaşma, benlik saygısında azalma gibi duygular hakimdir (Nusbaum ve Rosenfeld, 2009).

- Orta Adölesan Dönem (14-18 yaş)

Adölesanın bu dönemde fiziksel değişimleri tamamlanmak üzeredir. Kişiliğin oluşması ve özerklik bu dönemin başlıca özelliğini oluşturur. Adölesanda bağımsız olma isteği, karşı cinse ilginin artması, saldırganlık davranışında azalma gibi davranış değişiklikleri gözlenir. Bu dönemde adölesanlar, deneme dürtüsünün sonucu olarak yüksek riskli davranışlar sergileyebilir (Nusbaum ve Rosenfeld, 2009).

- Geç Adölesan Dönem (18-22 yaş)

Kişisellik ve geleceğe dönük planlar, geç adölesan döneminin başlıca özelliklerini oluşturur. Bu dönemde adölesanın fiziksel değişikliklere ilişkin şüpheleri kaybolur. Cinsel

kimlik gelişmiş, soyut düşünce yapısı tamamen yerleşmiştir. Genel olarak adölesan dönem, genç insanların yeni yetenekler edindiği ve birçok yeni durumla karşı karşıya kaldığı hızlı bir gelişme dönemidir. Bu dönem, sadece ilerleme için fırsatlar sunmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık ve iyilik konusundaki riskleri de beraberinde getirir (Nusbaum ve Rosenfeld, 2009). Arkadaşlık, cinsiyet, meslek seçimi, evlenme gibi konularda düşünme, hazırlık yapmaya başlama bu dönemde başlar. Bu dönem karmaşasını önlemek için anne-baba rollerin belirlenmesinde memnun edici bir orta yol bulmaya çalışılmalıdır. Çok sert veya yumuşak kurallar, benlik bilincine ve içsel değer sistemine müdahale edebilir. Anne-babalar kendi inanç ve ahlaki değer sistemlerini çocuklarıyla, gençler de duygularını aileleriyle paylaşabilmelidir. Adölesanlar bu dönemde ciddiye alınmazlarsa güven ve iletişim eksikliği oluşur. Bu nedenlerle adölesanların bu dönem korkusunu yenmesi için bedensel değişikliklerle ilgili gerekli bilgiler ergenlik başlamadan önce verilmelidir (Taylor ve ark., 2001).

Adölesanların özellikle cinsel ve üreme sağlığı konusunda yaşadıkları sorunlar, onların genel sağlık sorunları arasında önemli yer tutmaktadır. Her şeyle baş edebileceğine dair düşünce ve tutumlarla donanmış, dokunulmazlığı olduğuna inanan, riskleri göze alabilen, bilgi yoksunluğu yaşayan ve bilgi kaynaklarına ulaşmakta zorlanan adölesanların, cinsellik ve cinsel sağlık açısından bilinçlendirilmesi zorunludur (Gölbaşı, 2003). Bu dönemde gençler özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar, gebelik konusunda bilgilendirilmelidirler (Taylor ve ark., 2001).

Yetişkinlikten Yaşam Sonuna Kadar Olan Dönemde Cinsel Gelişim

Yetişkinlik ve yaşlılıkta cinsel gelişim ise aşağıdaki gibi açıklanmaktadır. Bunlar:

- 20–40 Yaş Dönemi (Genç Yetişkin)

Genç yetişkinlikte, ergenlikten erişkinliğe geçiş ile hormonal ve duygusal olarak yaşanan çalkantılı dönemden daha durgun ve dingin bir döneme geçilmiş olur. Ergenliğin biyolojik gelişimi sosyal açıdan erişkinlikte tamamlanır. Ergenliğin bitmesi ile fiziksel değişiklikler tamamlanmıştır. Artık kadınlık/erkeklik hormonları belli bir döngü ve düzen içinde salgılanır. Kadın/erkek sağlıklı bir ergenlik dönemi yaşamışsa kendi vücudunu daha iyi tanır. Genç yetişkin, bu dönemde mastürbasyonla haz almayı öğrenmiş ve ilk cinsel deneyimlerini yaşamıştır (Nusbaum ve Rosenfeld, 2009).

Cinsellik öğrenilen bir eylem olduğundan, erişkinlik döneminde cinselliğin sağlıklı bir şekilde yaşanması cinsel hazzın giderek artmasını sağlayacaktır. Örneğin, kadının cinsellik ile ilgili olumlu algıları, cinselliğin gelişim sürecini hızlandırır. Ayrıca erişkinlikle birlikte kadının toplumdaki yeri ve sorumlulukları da değişmektedir. Bu dönemde düzenli eş ilişkilerinin kurulması ile kadının yaşamında toplumsal ve cinsiyet rolüne özgü değişiklikler olur (Taylor ve ark., 2001).

- **40-54 Yaş Dönemi (Orta Yaş Yetişkinlik)**

Bu dönemin en önemli özelliği yaratıcılığı da içine alan üretme ve üretilen şeylere sevgi ile bağlanmalıdır. Bir yetişkin kendisine gereksinme duyulmasını bekler. Kişi çocuklarından beklentilerine uygun yanıt alamazsa, yetersizlik, işe yaramazlık, durgunluk, yoksullaşma duygularına kapılabilir. Bunun sonucunda yetişkinlikte üretken ve verimli olamama, durağanlık tehlikesiyle karşılaşır. Ayrıca bu dönemde yaşlanma, çocuk doğurma yeteneklerinin kaybolması, cinsel yönden kadınlık/erkeklik görevlerinin azalacağı veya kaybolacağı endişesi, evliliğin sıkıcı bir ilişki haline gelmesi, çocukların büyüyerek evden ayrılmasıyla oluşan boşluk, eşinin yaş dönümü bunalımına girmesi, eşin ilgisinde azalma, emeklilik nedeni ile yaşam koşullarında sosyal ve ekonomik değişme ve azalma yer almaktadır. Bu faktörlere bağlı olarak yaşamı canlı tutan uyaranların azalması cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir (CETAD, 2006; Fogel ve Woods, 2008; Kütmeç, 2009; Meston, 1997). İnsan cinselliğini etkileyen faktörlerin hiçbirisinin yaştan daha önemli olmadığını, kadın ve erkeklerdeki cinsel davranış ve isteğin ergenlikten yaşlanmaya doğru düzenli bir biçimde azaldığı belirtilmektedir (Delameter, 2005).

- **55- 64 Yaş Dönemi (Geç Yetişkinlik) ve 65 Yaş ve Üzeri (Kıdemli Yaşlılık)**

Ülkemize kıyasla cinsellikle ilgili konularda daha özgür değerlere sahip batı ülkelerinde bile yaşlı bireylerin ve çiftlerin cinsel sağlığı, uzun yıllar boyunca tabu veya tıpla ilgisi olmayan bir lüks olarak kabul edilmiştir. Yaşlı bireylerin cinsel yaşamlarının genel sağlık ve yaşam kalitesi üzerine etkileri, tıpkı yaşlı nüfusta sık görülen hareketsizlik, entelektüel gerileme, inkontinans, sosyal izolasyon ve ağrı şikâyetleri gibi sorunlarda olduğu gibi ihmal edilmektedir (Bouman ve Arcelus, 2001; Doğan ve Eker, 2009; Nusbaum ve Rosenfeld, 2009).

Cinsel sorunlar hemen her yaş grubundan insanlar için utanç verici, açıklanması ve paylaşılması kolay olmayan konulardır ve bu durum yaşlılarda cinsel sorunların yakınma

olarak daha az dile getirilmesine yol açabilmektedir. Ayrıca genç erişkinler, yaşlıların kırılğan, yetersiz, aktif yaşamla ilgisi olmayan, mutsuz, hasta ve aseksüel olduklarını düşünme eğilimindedirler (Doğan ve Eker, 2009). Sosyal olarak cinselliğin gençlik ve estetik odaklı olarak algılanması da yaşlı cinselliğine karşı önyargıları pekiştirmektedir. Sevişen yaşlı bedenler pek kabul gören imgeler olarak görülmemekte ve yaşlı cinselliğin araştırılıp incelenmesi çok istenmemektedir (Doğan ve Eker, 2009).

Kadınlarda cinsellikle ilgili sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştıran etkenler arasında menopoza sonrası semptomlar, özellikle depresyonla seyreden duyu durum bozuklukları, obezite, tedavi edilmekte olan hipertansiyon, diyabet, kas-iskelet sistemi ile ilgili semptomlar ve kanser tedavisi sayılabilir (Aziz ve ark., 2005). Bu yaş grubundaki kadınlarda cinsellikle ilgili sorunları belirgin hale getiren bir etken de östrojen ve/veya androjen eksikliğidir (Bouman ve Arcelus, 2001). Ayrıca bu dönemde benlik saygısında azalma, cinsel çekiciliğin azaldığı kaygısı, olumsuz beden imajı, anksiyöz-bağımlı obsesif kişilik özellikleri, terk edilme deneyimi, cinsel travma ve istismar öyküsü de bireysel psikolojik etken olarak cinsellikle ilgili sorunların ortaya çıkmasında etkili olur (Bitzer ve ark., 2007; Bitzer ve ark., 2008). Kadının yaşlandıkça cinsel çekiciliğini kaybettiği, erkeğin ise sürdürdüğü yargısı önemli bir toplumsal engel olarak varlığını sürdürmektedir.

Bu dönemde erkeklerde cinsellikle ilgili sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı etkenler, nörovasküler cinsel yanıtı etkileyen ve oldukça yüksek oranda görülen kardiyovasküler ve metabolik (diyabet) hastalıklardır. Nörovasküler cinsel yanıt üzerinde etkisi olan, antihipertansifler ve lipid düşürücüler gibi sık kullanılan ilaçların, depresyon ve antidepresan ilaç tedavisinin, nörolojik ve kas-iskelet sistemi hastalıklarının, prostat hastalıklarının, alkol ve sigaranın, erkek cinsel işlev bozukluklarını ortaya çıkarmada etkili faktörlerdir (Bitzer ve ark., 2008). Erkeklerde cinsel işlevsellik açısından önemli bireysel psikolojik etmenler arasında performans anksiyetesi, obsesif kişilik özellikleri, iş stresi ve depresyon gibi etkenler sayılabilir (Althof ve ark., 2005). “Erkekler her zaman seks isterler ve seks için daima hazırdırlar.”,“cinsellik her zaman cinsel birleşme ve orgazmı sonlanmalıdır ” gibi mitler erkeklerin ileri yaşta da cinselliğini olumsuz yönde etkilemeyi sürdürür.

Yaşa bağılı olarak cinsel aktivite engellenmemelidir. Yaşlı cinselliğine yönelik verilen temel danışmanlık, bilgilendirmeyi, cinsellikle ilgili mitlerin düzeltilmesini,

bireyin ve çiftin ihtiyaçlarına, değerlerine ve klinik durumlarına göre bireysel olarak düzenlenmesi gereken biyomedikal ve psikososyal yaklaşımların kombinasyonunu içermelidir (Bitzer ve ark., 2008; Nusbaum ve Rosenfeld, 2009). Çiftlere bedensel değişikliklere uyum ve cinsel birleşmede rahat pozisyonların kullanımı öğretilmelidir. Cinsel birleşmenin mümkün olmadığı durumlarda, çiftlere okşama, kucaklama gibi alternatif yöntemler öğretilmelidir. Çünkü çiftler cinsel anlamda aktif oldukları süreçte ilişkilerine devam edebilirler (Bitzer ve ark., 2008; Nusbaum, ve Rosenfeld, 2009; Taylor ve ark., 2001).Yurtiçi ve yurtdışında yapılan çalışmalarda, cinsel sorun yaşama sıklığının yaş ilerledikçe arttığı belirtilmektedir (Çayan ve ark., 2004; Koptegel, 1996; Laumann ve ark., 1999; Messon, 1997; Önem ve Kadioğlu, 2005; Öksüz ve Malhan, 2006).

2.2. Normal Cinsel Yanıt Siklusu

Cinsellikle ilgili bir sorunu saptayabilmek için öncelikle sağlıklı cinsel aktiviteyi ve cinselliğin fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel faktörlerin birbirleri ile etkileşimi sonucu şekillendiğini bilmek gerekmektedir.

Cinsel işlevi Kaplan 1979 yılında üç aşamalı model olarak ele almış ve bunları istek, uyarılma ve orgazm şeklinde sınıflandırılmıştır (Lubkin ve Larse, 2006). Whipple ve Brash-McGreer 1997 yılında, tüm kadınların cinsel yanıt siklusunun, Linear Modele uymadığını fark etmiş, Circular Model'i geliştirilmiştir. Bu modele göre cinsel yanıt siklusu istek, uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evrelerinden oluşmaktadır. Buna ek olarak kadının geçmişteki cinsel deneyimlerinin sonraki cinsel yaşamı üzerine olumlu ya da olumsuz etkilerinin olabileceği belirtilmektedir (Association of Reproductive Health Professionals, 2008). Ayrıca Basson, ilişki tatminini, cinsel uyarılma ve duygusal yakınlığının önemini içeren Non-Linear Modelini geliştirmiştir. Bu model, kadın cinsel fonksiyonlarının erkek cinsel fonksiyonlarından daha karmaşık olduğu gerçeğini ve kadın cinsel fonksiyonlarının birçok psikososyal konulardan (beden imajı, ilişki tatmini, geçmişteki olumsuz cinsel deneyimler gibi) önemli ölçüde etkilendiğini ortaya koymuştur (Basson ve ark., 2004).

Kadın cinsel yanıt döngüsünün beş evresi bulunmaktadır (Fogel ve Woods, 2008; Lubkin ve Larsen, 2006; Mete, 2008; Nusbaum ve Rosenfeld, 2009):

İstek evresi: Cinsel aktivitenin ilk aşaması cinsel istek evresidir. Bu aşama hayal etme, isteme ve düşünceleri içerir (Fogel ve Woods, 2008; Lubkin ve Larsen, 2006; Mete, 2008;

Nusbaum ve Rosenfeld, 2009). Bu evrede fizyolojik bir değişim olmaz. Cinsel istek evresi, cinsel uyarılma için hazırlık dönemidir (Fogel ve Woods, 2008).

Uyarılma evresi: Uyarılma evresi, psikolojik ve fizyolojik uyarın ya da her ikisinin birlikte olmasıyla erotik duygu ve düşüncelerin belirlenmesiyle başlar (Lubkin ve Larsen, 2006). Uyarılma evresi, cinsel uyarılmanın fizyolojik evresini içerir. Bu evrede vajinal lubrikasyon, dış genitallerde şişme, vajinanın 1/3 alt kısmının daralma, vajinada 2/3 kısılma, meme başı ereksiyonu meydana gelir. Bu evrede klitoris gerilir ve hassaslaşır. Uyarılma evresinde sistemik cevap olarak kalp atım hızı, solunum sayısı ve kan basıncı artar (Fogel ve Woods, 2008; Nusbaum ve Rosenfeld, 2009).

Plato Evresi: Aslında uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğinde olan bu evrede, etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte, kadın plato sürecine girer. Bu evrede, haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer. Orgazm evresine giriş niteliğindedir (Nusbaum ve Rosenfeld, 2009; Fogel ve Woods, 2008).

Orgazm Evresi: Orgazm evresi, evreler arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evre, kadında perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Orgazm öznel olarak pelvisde duyumsanır. Bu evrede kadının erkekten farkı bir cinsel birleşmede birden fazla orgazm olabilmesidir. Kadınlar cinsel aktivite sırasında elde ettikleri memnuniyetin mastürbasyondan elde ettikleri memnuniyetten daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (Fogel ve Woods, 2008; Nusbaum ve Rosenfeld, 2009).

Çözülme Evresi: Çözülme evresinde, kadın genel bir rahatlama gevşeme yaşar. Kadında gevşeme evresi, erkekten daha yavaştır. Bu evrede, beden önceki haline dönmektedir. Bu aşamada, yeni bir uyarılma olursa kadında tam çözülme olmadan yeni bir cinsel cevap oluşabilir. Kadında cinsel uyarı deriden tüm vücuda yayılır.

Kadın orgazm ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda platoyu takiben genital bölgelerde ve bedenin bütününde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde aynı sırayı takip ederek kaybolur. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre çok değişir. Kadınlar, çözülme evresinde cinsel uyarının yeniden başlamasıyla yeniden uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahiptir. Cinsel cevap kadından

kadına ve her kadın için dönemden döneme farklılık gösterebilir. Cinsel cevap uyarana, kişinin ilişkiden, kendinden ve eşinden memnuniyetine göre değişiklik gösterebilir (Fogel ve Woods, 2008; Nusbaum, ve Rosenfeld, 2009).

Kadına benzer şekilde erkek cinsel yanıt döngüsünün de beş evresi bulunmaktadır (Fogel ve Woods, 2008; Lubkin ve Larsen, 2006; Mete, 2008; Nusbaum ve Rosenfeld, 2009):

Uyarılma Evresi: Erkeklerde asıl olarak dış genital organlar, cinsel uyarıya belirgin duyarlılığa sahiptir. Peniste ereksiyon sağlandıktan sonra, uyarılma sürerse ereksiyon uzun süre devam edebilir. Ancak uyarılma ve plato evreleri boyunca cinsel uyarı sürüyor olsa bile, dış etkenlerde ortaya çıkan bir değişiklik ya da psikolojik gerginlik ereksiyonu kısmen ya da tamamen kaldırabilir. Cinsel uyarı devam ederse ereksiyon tekrar sağlanabilir (Fogel ve Woods, 2008; Nusbaum ve Rosenfeld, 2009).

Plato evresi: Plato evresinde, cinsel uyarının çok arttığı orgazm öncesi dönemde sperm içermeyen renksiz bir sıvının geldiği dönemdir. Bu evrede, erkeklerde cinsel organlarda ve vücudun genelinde kan akım hızında artış olur. Plato evrenin süresi, kişiler arasında hatta aynı kişide değişik zamanlarda oldukça değişkendir (Fogel ve Woods, 2008; Lubkin ve Larsen, 2006; Nusbaum ve Rosenfeld, 2009).

Orgazm evresi: Bu evrede ejakulasyon gerçekleşir. Orgazm evresi boyunca testis derisi ve testislerde plato evresinde oluşan değişikliklere ek başka bir şey gözlenmez (Fogel ve Woods, 2008; Lubkin ve Larsen, 2006; Nusbaum ve Rosenfeld, 2009).

Çözülme evresi: Bu evrede, genital organlarda oluşmuş fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi duruma dönmesi gerçekleşir, gevşeme yaşanır (Fogel ve Woods, 2008; Lubkin ve Larsen, 2006; Nusbaum ve Rosenfeld, 2009).

Yanıtız evre: Bu evre sadece erkeklerde vardır. Orgazmdan sonra erkekler, yeniden cinsel olarak uyarılmaları için kişisel farklılıklar gösterebilen ve yaşla paralel olarak artan bir süreye gereksinim duyarlar (Fogel ve Woods, 2008; Lubkin ve Larsen, 2006; Nusbaum ve Rosenfeld, 2009).

Cinsel aktivitenin bu evrelerinde kadın ve erkeklerde kardiyovasküler sistemde ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler kan basıncında, nabız ve solunum sayısında artış olarak görülmektedir. Masters ve Johnson (1968) tarafından laboratuvar ortamında yapılan ilk çalışmada, cinsel ilişki sırasında birleşmenin zirvesinde, solunum sayısının 40-60 / dk, kalp hızının 140 – 180/dk arasında olduğu, kan basıncının 80 / 50 mmHg'lık artış gösterdiği

belirlenmiştir. Kalp hızı ve kan basıncındaki bu artışlar belirli bir düzeye kadar ve kısa süre için tolere edilebilmekte ancak bu artışların uzun sürmesi birey için riskli olabilmektedir (Drory, 2002).

2.3. Cinsel Bozukluklar

Tüm cinsel bozukluklar, esas olarak üç ana gruptan oluşmaktadır. Bunlar (İncesu, 2004; Youngkin ve Davis, 2004; Zucker, 2002):

Cinsel Kimlik Bozuklukları (Transseksüalite)

Transseksüalite, kişinin kendi biyolojik cinsiyetinden duyduğu kalıcı rahatsızlık duygusu ile karakterizedir. Kişi, çocukluk çağından itibaren kendi cinsel organlarını reddeder, karşı cinsin cinsel kimliğine uygun tutum, davranış ve rolleri benimser. Transseksüel olgular, karşı cins gibi giyinmek, oynamak, davranmak ve cinsiyetini kalıcı olarak değiştirmek ister. Transseksüalitenin nedenlerine yönelik çeşitli varsayımın ortaya atılmışsada, hala tam olarak etiolojisi bilinmemektedir (İncesu, 2004; Youngkin ve Davis, 2004; Zucker, 2002).

Parafililer

Parafililer temel olarak, bir kişinin cinsel açıdan uyarılabilmesi için alışılmadık nesnelere, eylemler ya da durumları içeren tekrarlayıcı ve yoğun cinsel dürtü, fantezi ve davranışlara gereksinim duyması ile ortaya çıkan bozukluklardır. Egzibisyonizm (teşhircilik), fetişizm (yalnızca belirli nesnelere uyarılabilme), frötterizm (sürtünmecilik), pedofili (küçük yaşta çocuklara yönelik cinsel ilgi), mazohizm (acı çekerek/aşağılanarak uyarılabilme), sadizm (acı yaşatarak/ağlayarak uyarılabilme), transvestik fetişizm (karşı cins gibi giyinerek/giysileriyle uyarılabilme), voyörizm (gözetlemecilik), telefon skotolojisi (açık seçik telefon konuşmaları ile uyarılabilme), nekrofil (cesetlere yönelik cinsel ilgi), parsiyalizm (bedenin sadece bir bölümüne odaklanma), zoofili (hayvanlara yönelik cinsel ilgi), koprofil (dışkıya yönelik cinsel ilgi) ve ürofil (idrara yönelik cinsel ilgi) en sık rastlanan parafil türleridir (İncesu, 2004; Zucker, 2002).

Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları yedi başlık altında sınıflandırmaktadır. Bunlar (Alexsander ve ark., 2004; Fogel ve Woods, 2008):

Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu

a. Hipoaktif cinsel istek bozukluğu, cinsel düşünce ve fantezilerin, cinsel birleşme ve orgazma ulaşma sıklığının azlığı ya da yokluğu, cinsel etkinliği başlatma, katılma ya da

yanıt verebilme motivasyonunun yetersizliği olarak tanımlanır. Bu bozukluğun nedeni çoğunlukla psikolojiktir. Cinselliğin yasaklandığı tutucu toplumlarda ve kültürlerde sık görülür (Alexsander ve ark., 2004; Fogel ve Woods, 2008; İncesu, 2004).

b. Cinsel tiksinti bozukluğu, cinsel ilişki kurmaktan sürekli ve aşırı biçimde tiksinti duyma ve bu nedenle cinsellikten tümüyle kaçınmaktır. Cinsel istek azlığına ve diğer bozukluklara göre daha nadir olarak görülür. Bu sorun ülkemizde de sıklıkla görülmektedir (İncesu, 2004).

Cinsel Uyarılma Bozukluğu

Cinsel uyarılma bozukluğu her iki cinsiyette farklı nedenlerle oluşabilmektedir. Bunlar:

a. Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu, yeterli cinsel uyarıya rağmen kadında beklenen salgı-kabarma yanıtının yeterince oluşmaması ya da cinsel etkinliğin sonuna kadar sürdürülememesidir. Psikolojik (tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyi vb.) ya da organik (diabetes mellitus, hiperprolaktinemi, laktasyon ve menopoz dönemi, yaşlanma, çeşitli ilaç ve psikoaktif madde kullanımları) nedenlerden kaynaklanabilir (Alexsander ve ark., 2004; Fogel ve Woods, 2008; İncesu, 2004).

b. Erkeklerde Cinsel Uyarılma Bozuklukları, tatminkar cinsel performans için yeterli seviyede ereksiyonun oluşturulamaması veya sürdürülememesi şeklinde tanımlanmaktadır. Erektile disfonksiyonun risk faktörleri, ileri yaş, kalp ve damar hastalıkları, dislipidemi, diyabet, hipertansiyon, renal ve psikiyatrik bozukluklar gibi hastalıklar, kronik hastalıklar, bazı ilaçlar (vazodilatör, antihipertansif, hipoglisemik, kardiyak), spinal kord yaralanmaları, sedanter yaşam, şişmanlık, anksiyete, stres, duygusal problemler, sigara ve alkol kullanımıdır (Kongkanand, 2000).

Orgazmik Bozukluk

Cinsel işlev bozukluğu olan orgazm bozukluk her iki cinsiyette farklı yaşanmaktadır.

a. Kadında orgazm bozukluk, yeterli cinsel uyarıya karşın çoğunlukla ya da her zaman orgazmın yaşanmaması, gecikmesi ya da güçlüğüle ulaşılabilmesidir. Kadındaki orgazm bozukluğu yaşamın önceki evrelerinde yokken sonradan da ortaya çıkabilir. İkincil olarak ortaya çıkan orgazm bozukluklarının en sık nedenleri arasında eşler arasında uyumsuzluk, evlilik içi çatışma, cinsel travma, çeşitli jinekolojik, sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlar,

alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı, depresyon, diğer psikiyatrik hastalıklar, menopoz ve yaşlılık sayılabilir (Alexsander ve ark., 2004; Fogel ve Woods, 2008; İncesu, 2004).

b. Erkeklerde Orgazmik Bozukluk, ereksiyon problemi olan erkeklerde orgazm olmadan ejakulasyon olabilmektedir. Ejakulasyonu kontrol eden sinirsel yapıların hasarı, bazı ameliyatlara, psikolojik faktörler, ilaç tedavisi, prostat enfeksiyonu, diabetes mellitus, myelit, spinal kord yaralanması gibi nedenlerden dolayı da ejakulasyon ve orgazm olmamaktadır (Jannini ve ark., 2002).

c. Anorgazmi (İnhibe erkek orgazmı), normal bir cinsel uyarılma dönemini izleyerek inatçı ve tekrarlayıcı biçimde orgazmın gecikmesi ya da olmamasıdır (Pryor, 2002).

d. Retarde Ejakülasyon (Geç boşalma), ejakülasyonun hiç olmaması, kısmen oluşması ya da oldukça uzun süren bir uyarılma sonucunda oluşmasıdır.

Cinsel Ağrı Bozuklukları

Cinsel ağrı bozuklukları ise üç ana başlık altında incelenmektedir.

a. Vajinismus, vajinanın dış üçte birini çevreleyen kaslarda yineleyici ya da sürekli bir biçimde oluşan kasılmalar ve sürekli acı nedeni ile cinsel birleşmenin gerçekleşmemesi ya da ağrılı/sıkıntılı olarak gerçekleşmesidir (Alexsander ve ark., 2004; Fogel ve Woods, 2008; İncesu, 2004).

b. Disparoni, cinsel ilişki sırasında yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olmasıdır. Kadın cinsel organları veya idrar yoluna ait enfeksiyon, genital bölgedeki eski operasyon skarları, doğum sırasında oluşan laserasyonlar, endometriozis, alt batında bulunan tümörler, radyoterapi, barsak hastalıkları, uterusun retrovert olması disparoniye yol açabilir. Diğer cinsel sorunlara bağlı ya da psikolojik nedenlerle de disparoni olabilir (Alexsander ve ark., 2004; Fogel ve Woods, 2008; İncesu, 2004; Mazza, 2004).

c. Ağrılı ejakülasyon, ejakülasyon sonrası peniste yanma hissi olmasıdır. Genellikle üretra, prostat ve mesane enfeksiyonu gibi durumlara bağlı olarak oluşmaktadır (Pryor, 2002).

Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Tıbbi hastalıklarla cinsel fonksiyon bozuklukları arasındaki bağlantılar, beş başlık altında incelenebilir (Pryor, 2002):

- Tıbbi durum veya tedavisi cinsel işlevlerle ilgili fizyolojik ya da anatomik mekanizmaları etkileyebilir.
- Tıbbi duruma veya tedaviye psikolojik tepki olarak cinsel işlev bozukluğu olabilir.

- Tıbbi ve psikişik faktörlerin bileşimi, cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir.
- Hastalık veya cerrahi girişim, var olan cinsel sorunu ortaya çıkarabilir.
- Psikolojik faktörlerin sebep olduğu cinsel işlev bozuklukları, fiziksel şikayetler görünümünde ortaya çıkabilir.

Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Alkol veya maddeyi kötüye kullanım cinsel işlevin tüm aşamalarını olumsuz etkilemektedir

Başka Türli Adlandırılmayan Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Başka türli adlandırılmayan cinsel fonksiyon bozukluğu cinsel fobiler, cinsel doyum eksikliği, maskelenmiş bozukluklar olarak üç ana başlık altında incelenmektedir (Pryor, 2002).

- Cinsel fobiler, tecavüz, ensest gibi erken cinsel travma yaşantıları sonucunda ortaya çıkabilirler.
- Cinsel doyum eksikliğinin temelinde genel ilişki güçlükleri, evlilik içi sorunlar, eşlerin birbirlerini eskisi gibi çekici bulmamaları, rutin cinsel aktiviteye bağlı bıkkınlık gibi etkenler dikkati çekmektedir.
- Maskelenmiş bozukluklar bazı kadınlarda çeşitli psikiyatrik bozukluklar (anksiyete, depresyon vb.) ya da jinekolojik rahatsızlıkların varolan cinsel işlev bozukluğunu maskeleyen durumdur.

2.4. Cinselliği Etkileyen Faktörler

Cinsellik bireysel, toplumsal, psikolojik ve fizyolojik (hastalıklar, ameliyetler vb.) faktörlerden etkilenmektedir.

a. Bireysel Faktörler

Cinselliğe yönelik yapılan bazı çalışmalarda bireysel özelliklerin cinsel yaşama etkileri incelenmiştir. Çalışmalarda yaş, eğitim düzeyi (Abdo ve ark., 2004; Demirezen ve ark., 2006; Kütmeç, 2009), gelir düzeyi, çalışma durumu (Çayan ve ark., 2004; Demirezen ve ark., 2006; Elnashar ve ark., 2007; Kütmeç, 2009), eş ve evliliğe ilişkin özellikler (Aygin ve Aslan 2008; Fahami ve ark., 2007; Kütmeç, 2009), beden kitle indeksi (Assimakopoulos ve ark., 2006; Kütmeç, 2009) gibi bireysel özelliklerin cinselliği etkilediği saptanmıştır.

b. Toplumsal Faktörler

Bireyin içinde yaşadığı toplumun kültürel yapısı, yaşam koşulları, kadın ya da erkek oluşu, kişisel, ailevi ve dini değerlerin çatışması ya da yanlış bilgilendirme, sosyal tabular cinselliği etkileyen sosyo-kültürel etmenler arasında yer almaktadır (Oskay, 2005). Kültürler birbirinden farklı olabildiği gibi, aynı kültür içindeki yöresel farklılıklarda cinselliğe bakışı etkiler. Bu bakış açılarında farklılıklar şöyle sıralanabilir:

- *Cinselliği bastıran kültürler:* Bu kültürlerde üreme amacı dışında cinsellik engellenir. Bu da gençlerin bilgisiz bırakılması ve evlilik öncesi ilişkinin kesinlikle yasaklanması ile sağlanır. Ergen ve ergen cinselliği korku, suç ve kızgınlıkla ilişkilendirilir.

- *Cinselliği kısıtlayan kültürler:* Kızlar ve erkekler erken yaşlarda farklılaştıkları için karşı cins arkadaşlıklarına hoş bakılmaz. Evlilik öncesi ilişki için bir cinse izin verilse bile, diğer cins için yasaklanır. Cinsiyetlerden birinin ergenliğe geçişi kutlamayla karşılanarak desteklense de diğeri için sınırlama sürdürülür. Genellikle bu kültürlerde cinsellik çelişkilidir.

- *Cinselliğe izin veren kültürler:* Cinsellik hoş görülmez ama göz önünde değilse ses çıkarılmaz. Bir dereceye kadar ergenlerin cinsel eylemlerine izin verilebilir, evlilik öncesi ilişki normal karşılanabilir. Cinsel ilişkinin gerçekleşip gerçekleşmediğinden çok, hangi tür davranışın doğru olduğu tartışılır. Cinsellik insan yaşamının doğal, normal kaçınılmaz bir parçası olarak kabul edilir.

- *Cinselliği destekleyen kültürler:* Cinselliğin öğrenildiği kültürlerdir. Cinsellik insan mutluluğunun bir parçasıdır ve erken cinsel deneyim toplumsal ve biyolojik olgunluk için gerekli görülür. Gelenekler, görenekler ve kurumlar aracılığıyla gençler cesaretlendirilerek cinsel becerilerini geliştirmeleri sağlanır. Çocukların özellikle ergenler için düzenlenmiş buluşma yerlerinde zaman geçirmeleri sağlanır ve ergen törenleri yapılır. Çocuklar ergenliğin sonunda eşlerini seçerler.

Türkiye’de toplumun cinselliğe bakışının yukarıda bulunan ilk üç grup içinde yer aldığı belirtilmektedir (Nalbant, 2000). Toplumumuzda cinsellik ayıp, günah, güçlülük göstergesi, hatta sözel ve davranışsal saldırı aracı olarak görülebilmektedir. Sosyo-kültürel yapının neden olduğu baskılar nedeniyle cinsel yaşamla ilgili sorunlar diğer bedensel sorunlar gibi doğal ifade edilememekte ve dolayısıyla bu konuda yardım almaktan kaçınılmaktadır. Hem aile hem de eğitim sistemi içinde cinselliğe az yer verilmesi nedeniyle oldukça kısıtlı

bilgiye ulaşılabilmekte ki bu bilgilerin büyük bir bölümünü yanlış bilgi ve deneyimlerin oluşturduğu düşünölmektedir (Babacan, 2003; Sungur, 1998). Toplumlar yeni kuşakları yetiştirirken, zaman içinde oluşturduğu kalıp düşönceleri ve yargıları da yeni kuşaklara aktarır. Çocuklar doğduğu gündten itibaren kadın ve erkek oluşlarına göre ayrı biçimlerde yetiştirilmektedir. Büyöme sürecinde ise içinde büyödükleri kültüre göre bir kadının ve erkeğin neleri yapması ve neleri yapmaması gerektiğini öğrenmektedir. Ancak bu süreçte öğrendikleri ve benimsedikleri birçok şey yanlıştır. Cinsellikle ilgili inanışların birçoğu abartılı ve yanlıdır (CETAD, 2006). Bu yanlış bilgi ve inançlar da beklentilerin abartılı olmasına, böylece cinsel performansla ilgili kaygıların oluşmasına ve cinsellikle ilgili sorunlara neden olabilmektedir (Babacan, 2003). Bireyin cinsel davranışının gelişimindeki en önemli unsur, bireyin içinde yetiştiği kültürel yapının, toplumun cinselliğe karşı bakış açısidır (Sungur, 1999).

Bireyin cinsellik konusundaki öğrenme ihtiyacının karşılanması konusunda ölkemizde, örgün eğitim süreci de yetersiz kalmaktadır. CETAD'ın 2006 yılında yapmış olduğu bir çalışmada, cinsel konularda bilgilenmenin ana kaynağını sıklıkla arkadaş, çevre, gazete-dergi gibi medya araçları, filmler ve pornografik materyallerin oluşturduğu belirtilmektedir (CETAD, 2006). Bu informal bilgi kaynaklarında cinsellikle ilgili birçok eksik, yanlış ve/veya abartılı bilgi verilmektedir. Bu yanlış bilgilenme sonucunda, bireylerde cinsellikle ilgili pek çok önyargı oluşmaktadır. Yanlış bilgilenmenin en sık karşılaşılan sonuçlarından biri cinsel mitlerdir (Özmen, 1999). Cinsel mitler, kişilerin cinsel konularda doğru olduğunu düşöndükleri, çoğu zaman abartılı, yanlış, bilimsel değeri bulunmayan inanışlardır. Bu yanlış inanışlar ve kavramlar bireylerin cinselliğe ait tutum ve davranışlarını etkilemektedir (Nobre, 2003). Cinsel mitler bireylerin cinsel sağlığını ve dolayısıyla genel sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek sonuçlara neden olabilmektedir. Örneğin, erkekler cinsel ilişkiye her zaman hazır ve istekli olmalıdır miti, herhangi bir nedenle cinsel olarak yeterince uyarılmayan erkeklerde ciddi oranda başarısızlık ve yetersizlik duygusu ortaya çıkarır. Benlik saygısını olumsuz etkileyen ve travmatik olarak algılanan bu durum, oluşturduğu aşırı kaygı ve başarısızlık korkusu (performans anksiyetesi) ile akut başlangıçlı, psikojenik sertleşme bozukluklarına zemin hazırlar. En eski ve yaygın mitlerden masturbasyon yapmanın ise bedensel (örneğin; körlük) veya ruhsal (örneğin; delilik) hastalık veya yıkımlara yol açtığı, sapıklık olduğu, alışkanlık yaptığı şeklindeki önyargılar sıklıkla

masturbasyonu takiben gelişen suçluluk ve pişmanlık duygularının yaşanmasına yol açmaktadır. Ayrıca toplumumuzda doğurganlığa, genç ve güzel görünüme saygı duyan kültürel tavırlar yaşlı insanların cinselliğe ilgi duymamaları gerektiği gibi bir beklentiye yol açabilmektedir. 1960'lı yıllardan beri cinsel ifadelerde daha çok özgürlük bulunmasına karşın, yaşlı insanların bedensel olarak çekici olmadığı, cinsel ilişkiye isteksiz olduğu, cinsel uyarıyı başarmada yetersiz kişiler olduğu gibi düşünceler, hala geniş çapta varlığını sürdürmektedir (Torun ve ark., 2011; Özmen, 1999).

c. Psikolojik Faktörler

Cinsellikle ilgili soruna neden olan psikolojik faktörleri üç başlık halinde incelenmektedir. Bunlar (Boyacıoğlu, 1999):

Yatkınlık yaratan etkenler, kişinin erken yaşam deneyimi içinde cinsel zorluklar geliştirmesine yatkınlık sağlayan etkenlerdir. Örneğin, yetiştirilme tarzı ve bozuk aile ilişkileri, yetersiz ya da yanlış cinsel bilgiler, travmatik cinsel deneyim ve psikoseksüel roldeki güvensizliktir.

Başlatıcı etkenler, gebelik ve doğum, eşler arasında genel ilişki bozukluğu, aldatılma, eşteki cinsel fonksiyon bozukluğu, rastlantısal başarısızlık, yaşlanma, organik hastalıklara reaksiyon, depresyon, anksiyete ve travmatik cinsel deneyimlerdir (Bernhard, 2002; Çayan ve ark., 2004; Karakoyunlu ve Öncel, 2008; Laumann ve ark., 1999; Salonia ve ark., 2006; Yıldız, 2002). Örneğin kadınlarda organik bir hastalık bulunsun ya da bulunmasın, eş ile duygusal ilişkinin ve evlilik ilişkisinin bireyin cinsel yaşamını etkilediği belirtilmektedir. Kendine güven, beden imajı, eş ile ilişkinin düzeyi ve yaşam kalitesi bireyin cinsel yaşantısını her yönden etkileyebilmektedir.

Devam ettirici etkenler, performans anksiyetesi, başarısızlık korkusu, suçluluk duygusu, yakınlık korkusu, bozuk kendilik algısı, yetersiz cinsel bilgi, cinsel mitler, kısıtlı ön sevişme, kendini yetersiz tanıma ve psikiyatrik rahatsızlıklardır (Karakoyunlu ve Öncel, 2008; Salonia ve ark., 2006; Çayan ve ark., 2004; Yıldız, 2002; Bernhard, 2002; Laumann ve ark., 1999). Örneğin, devam ettirici etkenlerden olan beden imajı vücudun herhangi bir bölümünün görünümü ya da fonksiyonu değiştiği zaman değişebilmekte ve birey kendini tamamen farklı görebilmektedir (Burch, 2005). Beden imajı yaş, hormonal değişiklikler, hastalık, sakatlık, yaralanma, ameliyat, radyoterapi, kemoterapi gibi nedenlerle değişebilmektedir (Bernhard, 2002).

d. Hastalıklar

Hastalıklar, bireyin vücut fonksiyonunda ve yapısındaki değişimlere neden olduğu gibi beden imajı, benlik saygısı, rol ve ilişkilerde değişime de neden olmaktadır. Ayrıca hastalıkta kullanılan ilaçların etkisi ve psikososyal yansımalar cinselliği olumsuz etkilenmektedir. Hastalıkların cinselliğe etkisi sorgulanırken üç aşama dikkate alınmalıdır (Yıldız, 2002):

- I. Aşama: Fiziksel hastalığın fiziksel boyutu ve hastada yarattığı kısıtlamalar (Hastalık semptomları, ilaçların etkisi, protezler vb.).
- II. Aşama: Hastalığın yarattığı psikolojik etkiler (Anksiyete, depresyon, başetme güçlükleri, hastalığa karşı tutumu vb.).
- III. Aşama: Hastalığın kişilerarası ilişkilere etkisi (Hasta bireyin aile içindeki, arkadaşları arasındaki, çevresindeki ve işindeki rolü, hasta sorumluluklarını yerine getirme ve sürdürme vb.).

Çoğu zaman hastalığa bağlı gelişen cinsellikle ilgili sorunlarda organik nedenlerle psikolojik nedenler iç içedir. Zaman zaman biri ön plana çıksa bile sorun ele alınırken her ikisi de değerlendirilmelidir. Hastalığın getirdiği psikolojik etkiler dikkate alınmadığı zaman cinsel uyumu sağlamak zorlaşır (Nusbaum ve Rosenfeld, 2004; Yıldız, 2002).

Cinselliği olumsuz etkileyen hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, kan yağlarının yükselmesi, damar sertliğine yol açan durumlar, aort anevrizması, kalp yetmezliği), renal ve ürolojik hastalıkları (peyronie hastalığı, kronik böbrek yetmezliği), karaciğer hastalıkları (siroz), akciğer hastalıkları (solunum yetmezlikleri, kronik akciğer hastalığı), genetik hastalıklar (kleinfelter sendromu, penisin yapısal ve doğumsal hastalıkları), beslenme bozuklukları (kötü ve dengesiz beslenme, vitamin eksiklikleri), metabolik hastalıklar (diabet mellitus, hipofiz bezi hastalıkları, böbreküstü bezi hastalıkları, tiroid bezi hastalıkları), sinir sistemi hastalıkları (multiple skleroz, parkinson hastalığı, epilepsi, omurilik iltihaplanmaları, omurilik yaralanmaları, tümörler) ve zehirlenmeler (kurşun, tarım ilaçları), ameliyatlar (prostat kanseri ameliyatları, karın içi büyük ameliyatlar, büyük damar ameliyatları) yer almaktadır (CETAD, 2006; Lubkin ve Larsen, 2006; Nusbaum ve Rosenfeld, 2004).

Kardiyovasküler Hastalıklar ve Cinsellik

Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde, her iki cinsten de oldukça yüksek bir prevalansa sahip olan cinsellikle ilgili sorunlar, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Yılmaz ve Pınar, 2005; Yıldız ve Pınar, 2004b). Kalp hastalığı tanısı aldıktan ve tedavi amaçlı girişimlerden sonra hastaların büyük bir çoğunluğu uygun fiziksel durumlarına rağmen hastalık öncesi normal cinsel aktivitelerine geri dönememektedir. Cinsellikle ilgili sorunlar, bu hasta grubunda daha çok psikolojik kaynaklıdır ve çoğunda cinsel ilişki sırasında yeniden kalp krizi geçirme korkusu vardır (Yılmaz ve Pınar, 2005). Oysa ki kardiyovasküler hastalıklı bireylerin yalnızca çok az bir kısmında cinsel aktiviteyi kısıtlayan özel bir kardiyak neden bulunmaktadır (Yıldız ve Pınar, 2004b). Semptomatik kalp hastalığının ruhsal etkisine bağlı libido azalması, libidonun normal olmasına rağmen korku nedeni ile cinsel ilişkiden kaçınma, depresyon, cinsel aktivitedeki yaşa ve kullanılan ilaçlara bağlı değişiklikler cinselliği etkilemektedir (Roose ve Seidman, 2003; Yılmaz ve Pınar, 2005).

Hipertansiyon ve Cinsellik

Normal cinsel fonksiyon nörojenik, vasküler, musküler, hormonal ve yapısal bileşenlerin eksiksiz bütünlüğü sayesinde ve koordinasyon halinde çalışması ile gerçekleşmektedir (Demirezen, 2006; Lubrin ve Larsen, 2006). Hipertansiyon, bu bileşenlerin bütünlüğünü ve koordinasyon halinde çalışmasını bozarak cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilmektedir. Hipertansiyonun vasküler, musküler etkileri yanında hastalığın tedavisinde kullanılan bazı antihipertansif ilaçlar da pelvik bölgede, cinsel organların yapı ve fonksiyonunda önemli değişiklikler yaparak cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Doumas ve ark., 2006; Lubrin ve Larsen, 2006).

Hipertansif bireylerde cinsellikle ilgili sorunların ortaya çıkmasında kişisel ve kişilerarası faktörlerde etkili olabilmektedir. Ayrıca hastalığa bağlı gelişen beden imajında bozulma, kendine güveninin azalması ya da kaybolma, benlik saygısında düşme gibi pek çok faktör de cinselliği olumsuz etkilemektedir (Nusbaum, 2003).

Diabetes Mellitus ve Cinsellik

Diyabetli hastalara yaklaşımda genel olarak metabolik parametrelere odaklanılmakta, çoğunlukla cinsellik ihmal edilmektedir (Corrana ve ark., 2004; Yıldız ve Pınar, 2004a). Diyabetli hastalarda cinsellikle ilgili sorunların temel nedeni nörojenik, vaskülojenik ve psikojeniktir. Hastalığın varlığı, kronikliği, sürekli diyet uygulama mecburiyeti, olası

komplasyonları ve getirdiği kısıtlamalar cinsellikle ilgili yaşanan sorunların artmasına sebep olmaktadır (Lubrin ve Larsen, 2006). Diyabet hastalığı kişinin kendisiyle ilgili dűřüncelerinde sürekli değişmelere neden olur ve buna paralel olarak beden imajı, benlik saygısı, eř ve sosyal ilişkileri değişmektedir (Berman ve Berman, 2002; Cappelleri ve ark., 2008).

Kronik Böbrek Yetmezliği ve Cinsellik

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), hastalarında cinsellik fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir (Zhang, 2003). Cinselliđi etkileyen fizyolojik faktörler vasküler, hormonal, nörolojik ve ilaçlara bağlı olan faktörlerdir. Ayrıca kronik böbrek yetmezliği sağaltımı her zaman stres verici bir yaşam olayı olarak tanımlanmıştır. Bu hastalarda cinsellikle ilgili sorunların ortaya çıkmasına neden olan faktörler arasında anksiyete ve depresyon, aile içinde değişen roller, değişen beden imajı, çalışma gücünde azalma veya çalışamama sonucu oluşan maddi sorunlar, bozulmuş sosyal yaşam, benlik saygısında dűřme ve sonuçta dűřük yaşam kalitesi en başta gelmektedir (Elliott, 2004).

KBY tedavisinde kullanılan hemodiyaliz çeşitli riskleri olan bir tedavidir ve bu tedaviye bağlı çeşitli komplasyonlarla karşılaşmak mümkündür. Her iki cinste de sıkça karşılaşılan cinsellikle ilgili sorunlarda bu komp likasyonlardan biridir (Diemont, 2000; Durna, 2000). Hemodiyaliz hastaların %50'sinde sperm sayısında azalma, sperm motilitesinde bozulma ve anormal sperm sekelleri bulunmaktadır. Hemodiyalize giren kadınlarda ise orgazm problemleri ve vajinal kuruluğa bağlı dispareni görölmektedir (Palmer, 2003).

Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı ve Cinsellik

Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOA) olan hastalarda solunum fonksiyonları kötüleştikçe ve hastalık şiddeti arttıkça cinsellikle ilgili sorunların görölme sıklığı artmaktadır. (Nusbaum ve Rosenfeld, 2004). KOA'lı hastalarda cinsellikle ilgili sorunlara neden olan faktörler arasında solunum fonksiyonları, oksijen saturasyonu ve fiziksel aktivitede azalma, hastalık nedeniyle ortaya çıkan şikayetlerde artma, psikososyal sorunlar, kullanılan ilaçlar, kronik sistemik inflamasyon ve ileri yař yer almaktadır (Nusbaum ve Rosenfeld, 2004). KOA'lı kadın hastalarında normal popölasyona göre cinsel sorunlar yaşadıkları ve cinsel birleşme sıklığının daha az, beden imajında bozulma, benlik saygısında dűřme olduğu bildirilmektedir (Kaptein, 2008).

Medulla Spinalis - Omurilik Yaralanması ve Cinsellik

Medulla spinalis (MS) ve omurilik yaralanmalarına (OY) sekonder gelişen komplikasyonlar önemli morbidite ve mortalite nedenidir ve insan hayatında pek çok alanda geniş kapsamlı, uzun süreli etki oluşturur. Cinsel yaşam da bunlardan biridir. MS ve OY sonrası cinsel yaşamda beden imajı, benlik saygısı, libido, duyu, ereksiyon, lubrikasyon, koitus için pozisyon ve fertilitate ciddi sorunlara neden olmaktadır. Çocukluk dönemi, adölesan veya genç erişkin dönemde meydana gelen MS ve OY’de hastaların aileler tarafından cinsel yönden çekici bulunmadığı bildirilmektedir (Gündüz ve ark., 2010; Lubrin ve Larsen, 2006).

Multiple Skleroz ve Cinsellik

Multiple sklerozda meydana gelen nörolojik değişiklikler günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir. Günlük yaşam aktivitelerden biri olan cinsel yaşam da multiple sklerozdan etkilenir. Cinsel siklus endokrin ve vasküler faktörlerin yanı sıra birçok nöral ve santral sistemin kontrolü altındadır. Hastalık sürecinde oluşan lezyonların spinal kordu etkilemesi genellikle ana sebep olarak düşünülmektedir. Cinselliği etkileyen diğer faktörler ise psikososyal faktörlerdir (Stahl, 2003). Depresyon, stres, yorgunluk gibi psikolojik faktörler ile spastisite, mesane-barsak fonksiyon bozuklukları, genital bölgede duyu kayıpları gibi fiziksel faktörlerde cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olarak cinsel yaşamı ve cinsel doyumu etkilemektedir.

Multiple sklerozlu hastalarla yapılan çalışmalar sonucunda tanı aldıktan sonra hastaların beden imajlarının bozulduğu, üreme yeteneğini kaybetme korkusu yaşadıkları, benlik saygılarının azaldığı, eş memnuniyeti kaygısı taşıdıkları ve yetersizlik hissettikleri belirlenmiştir. Hastaların terk edilme/kabul görmeme korkusu, aldatılma korkusu ve cinsel rol kaybı korkusu yaşadıkları saptanmıştır (Lubrin ve Larsen, 2006).

Psikiyatrik Sorunlar ve Cinsellik

Psikiyatrik hastalıklardan travmatik çocukluk yaşantıları ile birlikte travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, depresyon, şizofreni gibi zihinsel hastalıklar cinselliği olumsuz etkilemektedir (İncesu, 2001; Riecher-Rossler, 2002; Rowlands, 1995; Sullivan ve Lunkoff, 1990).

- Anksiyete, Depresyon ve Cinsellik

Depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere birçok psikiyatrik hastalık, cinsellikle ilgili geçici ya da kalıcı kayıplara sebep olur. Primer olarak ortaya çıkan cinsellikle

ilgili sorunlar zamanla ikincil olarak depresyon, anksiyete ve uyum bozukluklarına neden olur. Cinsellikle ilgili sorunların nedeni depresyon gibi bir psikiyatrik tablonun semptomu olabileceği gibi, primer olarak ortaya çıkan bir cinsellikle ilgili bir sorun, zamanla ikincil olarak depresyon, anksiyete ya da çeşitli uyum bozuklukları ile kişilerarası ve aile içi ilişkilerin bozulmasıdır. Ayrıca depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların önemli bir bölümü yan etki olarak cinsellikle ilgili sorunlara sebep olur (İncesu, 2001) .

- *Şizofreni ve Cinsellik*

Şizofreni tanılı hastalar kendilerini diğer insanlara göre kendilerini damgalanmış ve sosyal olarak mesafeli hissetmektedir. Dolayısıyla bu durum onları umutsuz ve endişeli yapmaktadır. Onlara gösterilen önyargı, ayrımcılık, güçlük çıkarma ve olumsuz davranışlar onların kişisel özgüvenlerine, kişilik gelişmesine, cinsel ve yakın ilişki kurma olasılıklarına zarar vermektedir. Gelecek neslin hastalıklı olabilmesi olasılığı üzerine yaratılan korkular da yine bu ilişki kurma düzeyini olumsuz etkilemektedir (Rowlands, 1995). Bu hastalarda cinselliğin olmama nedenlerinden biride östrojen seviyesinin düşük olması ve prolaktin hormonunun yüksek olmasıdır (Riecher-Rossler, 2002). Diğer bir neden ise, birinci kuşak antipsikotik ilaçların şizofreni tanılı hastalarda libido, uyarılma ve orgazm sorunlarına yol açmasıdır (Sullivan ve Lunkoff, 1990). Ayrıca bu hastalarda kullanılan nonspesifik antipsikotiklerin sedasyon ve kilo alımı gibi yan etkileri cinsel ilgisizliğe neden olmaktadır (Riecher-Rossler, 2002; Sullivan ve Lunkoff, 1990).

Kanser ve Cinsellik

Kanser tanısı konulmasından itibaren uygulanan tıbbi ve cerrahi tedavinin en büyük olumsuz etkilerinden biri de cinsellik üzerinde olmaktadır (Pınar,2010). Özellikle ilk tanı aşamasında anksiyete veya depresyon bu hastada sık yaşanan sorunlardır. Literatürde psikolojik distres düzeyi yüksek olan kanser hastalarında cinsellikle ilgili sorunların daha fazla ifade edildiği ve bu hastalarda cinsel ilişki isteminde ve cinsel uyarıda azalmanın ve orgazma ulaşmada yetersizliğin önemli sorunlar olduğu ileri sürülmektedir (Reis, 2003;Schaffir, 2010).

Hem erkeklerde hem de kadınlarda kemoterapi istek kaybına ve cinsel ilişki sıklığında azalmaya, kemoterapiyi takiben meydana gelen bulantı-kusma, diyare, konstipasyon, stomatit ve tad/koku duyusundaki değişiklikler cinsel açıdan bireyin çekicilik ve özgüven duygusunu azalmasına neden olabilir. Kanserli hastaların tedavisinde kullanılan bazı ajanlar infertiliteye

neden olabilir (Pinar, 2010). Ayrıca hastalık ve tedaviden kaynaklanan bu gibi sorunlar da, bireyde depresyon ya da anksiyeteye neden olarak cinsel isteği, heyecanlanmayı ya da orgazm yeteneğini bozabilir (Wilmoth ve ark., 2004).

Tedavide radyoterapi kullanılması ise, kadının cinselliğinde ve fertilitesinde sürekli ve şiddetli değişikliklere neden olmaktadır. Çünkü, tedavi sırasında uygulanan radyasyon dozu over fonksiyonlarını durdurarak geri dönüşsüz steriliteye neden olmaktadır. Ayrıca ışınlamanın vajen epitelinde oluşturduğu travmalar sonucu vajen kayganlığında azalma, kuruluk ve vajinal kanalda daralma gözlenmektedir. Meydana gelen bu incelme ve kuruluk, vajinada infeksiyon ve travma riskini artırmaktadır. Ayrıca kanser tedavisi gören bir kadın genellikle, kadınlık kimliğini, değerlerini, önceliklerini ve cinsel eş sorumluluğunu yeniden kazanma çabası içersindedir (Hoskins ve ark., 1997). Yapılan bir çalışmada, kadınlara yöneltilen “Kanser tedavisi sonrası bir kadın, bir eş/bir partner ya da bir anne olarak ne gibi endişeler yaşadınız? ” şeklindeki bir soruya, pek çok kadın, bu rollerine müdahale eden pek çok sorun ifade etmiştir. Örneğin bir kadın, ‘kadın olarak kendini eksik ve cinsel fonksiyonlarını yerine getirmede yetersiz hissettiği’ şeklinde kadınlık kimliği ile ilgili endişelerini ifade etmiştir. Bu gruptaki kadınların cinsiyet rolüyle ilgili diğer en büyük endişe kaynağı, eş rolünde olmaktır (Wilmoth ve Spinelli, 2004). Erkekler de cinsel benlik imajı, fiziksel olarak kendini çekici hissetme, eşinin şefkat, sıcaklık, yumuşaklık gibi duygusal gereksinimlerini doyurabilme ve sevmeye becerilerinin bir bütününden oluşur. Kanser deneyimi ise bu öz güveni değiştirebilmektedir (Yaniv, 2000).

Operasyonlar ve Cinsellik

Cinselliği olumsuz etkileyen operasyonlardan bazıları şunlardır:

- Mastektomi

Meme kanseri tanı ve tedavisinin bireylerde yarattığı biyo-psiko-sosyal zorlanmalara cerrahi girişim eklenince, sorunlar daha da karmaşık bir hal almaktadır. Memenin kaybı, kadınlarda, sıklıkla depresyon ve duygulanım bozuklukları, cinsel istek kaybı, beden imajında bozulma, dişilik özelliklerini kaybetme ve uygun giysi bulmada zorlanma gibi sıkıntı ve zorluklar yaşamasına neden olmaktadır. Tanı ve tedaviden sonra yıllar geçse de bu endişe ve korkular sürmektedir (Akyolcu, 2008). Literatürde meme kanserli kadınların yaklaşık % 50’sinin cinsel yaşamında değişiklik olduğu, bu değişikliklerin cinsel uyarılma ve istekte azalma, orgazm yeteneğinde azalma ve ağrılı cinsel ilişki olduğu belirtilmektedir (Avis ve

ark., 2003; Wilmoth ve ark., 2004). Sertöz ve arkadaşları'nın (2004) yaptıkları çalışmada, total mastektominin beden algısını bozduğu, bozulmuş beden algısının cinsel doyumda azalmaya ve eş uyumunda bozulmaya neden olduğu, meme kanserli kadınlarda en sık gözlenen cinsel işlev bozukluğunun, cinsel ilişkiden kaçınma ve iletişim bozukluğu olduğu bulunmuştur.

- ***Kadın Genital Organlara Yönelik Yapılan Operasyonlar***

Kadın genital organlara yapılan operasyonlar, kadının cinsel fonksiyonlarını ve cinsel sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır (Reis, 2003; Schaffir, 2010). Cerrahi girişim uygulanan hastaların genital organlarında yapısal değişiklikler meydana geldiği için üreme ve cinsel fonksiyonları genellikle etkilenmektedir (Reis, 2003; Schaffir, 2010). Total histerektomi, radikal histerektomi, bilateral salpingo ooferektomi, vulvektomi sonrasında vajina boyunda kısılma, vajinal duyarsızlık, disparoni ve vajinal kayganlıkta, cinsel arzuda ve orgazm yeteneğinde azalma, penis penetrasyonunda yetersizlik ya da penetrasyonu hissedememe gibi sorunlar sık görülmektedir. Ayrıca bu operasyonun kendine zarar vereceği, eşine eskisi gibi güzel/çekici görünemeyeceği, kısılan vajinanın doyum verici cinsel ilişkiye izin vermeyeceği ve cinsel yaşamının biteceği şeklinde kaygı ve endişe yaşamaktadırlar (Green ve ark., 2000; Reis, 2003; Wilmoth, 2004).

- ***Erkek Genital Organlara Yönelik Yapılan Operasyonlar***

Erkek genital organlara yönelik yapılan operasyonlar, ereksiyon ve ejakulasyonu kontrol eden refleks mekanizmasında değişime neden olması ve buna bağlı erkeğin eşini/partnerini tatmin edememe, erkekliğini kaybetme endişesi, tedavilerin neden olduğu yan etkiler ve beden imajında bozulma gibi nedenlerle cinsel yaşamları olumsuz etkilenmektedir (Dahl ve ark., 2005; Johnson, 2004). Literatürde testis kanserli hastaların yaklaşık % 20'sinin cinsel istek kaybı ve orgazma ulaşmada güçlük çektikleri, prostat kanseri nedeniyle radyoterapi uygulanan vakaların % 50'sinde, radikal prostatektomi (prostatın kapsülünün üretra ve seminuler vesikülleri ile birlikte çıkarılması) sonrası vakaların % 85'inde erektil disfonksiyon görüldüğü belirtilmektedir. Bu ameliyatı geçiren erkeklerde bedensel çekicilikte azalma, ejakulasyon ve orgazm problemleri ile her iki testisin çıkarıldığı durumlarda infertilite ortaya çıkmaktadır (Incrocci, 2006).

- *Sistektomi*

Pelvisi etkileyen cerrahi girişimlerden biri olan radikal sistektomi idrar boşaltımında ve cinsel fonksiyonda, sosyal ilişkilerde önemli değişikliklere, psikososyal strese neden olan travmatik bir olaydır (Hedgepeth, 2010). Kadınlarda radikal sistektomi yapılırken, vajen yan duvarında bulunan nörovasküler bantlar, mesanenin, üretranın ve anterior vajinal duvarın çıkarılması sırasında sıklıkla yerinden oynamakta veya zedelenmektedir. Bunlara ek olarak distal üretranın çıkarılması klitorisin belirgin devaskularizasyonuna neden olarak cinsel uyarılma ve istek bölgesine de etki etmektedir. Erkeklerde prostat bezinin çıkarılması, sistektomi sonrası erektil disfonksiyon için risk oluşturmaktadır (Hedgepeth, 2010). Zippe ve ark. (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, hastaların % 80'inin sistektomi öncesi aktif cinsel yaşama sahip olduğu, sistektomili hastaların sadece % 48'inin başarılı vajinal ilişki yaşadığı, % 52'sinin cinsel tatmin düzeyinde azalma olduğu bildirilmiştir. Ayrıca çalışmada, hastaların % 30'unda da ürostominin neden olduğu fiziksel eksiklik ve utanma nedeniyle cinsel istekte azalma olduğu saptanmıştır.

Pelvisi etkileyen cerrahi girişimlerden biri olan üriner diversiyonlar, gizlilikle sürdürülen normal bir yaşam fonksiyonunun belirgin hale gelmesine, beden imgesinin değişmesine, benlik saygısında azalmaya neden olarak bireyin duygulanım ve yaşam tarzında önemli değişikliklerin oluşmasına, kişinin artık normal bir yaşam sürdüremeyeceğini düşünmesine neden olabilmektedir (Persson ve Hellström, 2002). Üriner diversiyonlu bireyler, cinsel yönden yetersizlik duygusu hissedebilmekte, cinsel ilişki sırasında torbanın açılması, idrar sızıntısı ve koku olma korkusu gibi nedenlerden dolayı cinsel sorunlar deneyimleyebilmektedir (Ayaz, 2008).

- *Stoma*

Bağırsak hastalıkları nedeniyle stoma açılması fiziksel görünümde değişikliklere neden olan ve boşaltım fonksiyonunun kaybına yol açan bir uygulamadır. Stoma tipine bakılmaksızın, stoma beden imajı için bir tehdit olarak algılanabilmektedir. Beden görünümünün değişmesi ile bireyler çekiciliklerinin azaldığını düşünebilmekte ve cinsel yönden yetersizlik duygusu hissedebilmektedir (Ayaz, 2008). Yapılan çalışmalarda da stoma nedeniyle beden görünümünün de oluşan değişimin cinsel fonksiyonu etkilediği belirlenmiştir (Ayaz, 2008; Burghofer ve Jauch, 2006). Bununla birlikte, fekal sekresyonun özelliği ve onu kontrol etme yetisi, kötü koku, dışkıının sıvı akması veya sızıntı ve bağırsak hareketlerini

düzenlemede yetersizlik bireyin benlik saygısını azaltabilmektedir. Bu durum cinsel istekte azalma ya da isteksizliğe neden olmaktadır (Ayaz, 2008; Potter ve Perry, 2001).

Cinsellik ve İlaçlar

Farmakolojik ajanların vücutta emilimi, metabolizması ve dağılımı sırasında tedavi edici etkileri yanında istenmeyen etkilerinin de görülmesi kaçınılmazdır. Alkol ve yasal olmayan ilaçlar da dahil olmak üzere kullanılan ilaçların büyük bir kısmı cinsellikle ilgili sorunların ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (CETAD, 2006).

Cinselliği etkileyen farmakolojik ajanlar olarak diüretikler (tiyazid grubu diüretikler, potasyum tutucular, furosemid), hipertansiyon ilaçları (reserpin, guanetidin, metildopa, beta blokerler, alfa-2 antagonistleri, ace inhibitörleri, kalsiyum kanal blokerleri), psikiyatrik ilaçlar (antipsikotikler, duygudurum düzenleyicileri, antidepresanlar, anksiyolitik/sedatif-hipnotik ilaçlar), ülser ilaçları (H2 antagonistleri), allerji ilaçları (klorfeniramin, difenhidramin hidroklorid, pseudoephedrin vb.), astım tedavisinde kullanılan ilaçlar (albuterol, terbutalin, epinefrin gibi beta-2 antagonistleri ve sempatomimetikler, teofilin gibi ksantinler, kortikosteroidler ve antikolinergikler), epilepsi ilaçları (fenitoin, karbamazepin, valproik asit, primidon, fenobarbital vb.), kalp hastalıklarında kullanılan ilaçlar (digital glikozitleri, antiaritmik ilaçlar, pentoksifilin ve hipolipidemikler), kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar, toksik maddeler, alkol/uyuşturucu maddeler (alkol, nikotin, kafein, esrar, kokain, opioidler, barbituratlar, amfetaminler vb.) yer almaktadır (CETAD,2006; Corrana ve ark., 2004; Basil, 2006; Dusing, 2002; Doumas ve Doumas, 2006; Fogari, 2004; Hanon, 2002; Öksüz ve Malhan, 2006; Ünal ve ark., 2005;Yıldız, 2002).

Yapılan çalışmalarda antihipertansif (Basil, 2006; Dusing, 2002; Doumas ve Doumas, 2006; Fogari, 2004; Hanon, 2002; Ünal ve ark., 2005) ve kalp-damar ilaçları (Corrana ve ark., 2004; Öksüz ve Malhan, 2006) ile antidepresan/anksiyolitik ilaç (İnsesu, 2001; Werneke ve ark., 2006) kullananlarda ilaçların yan etkisine bağlı olarak cinsellikle ilgili sorunların yaygın olduğu bildirilmektedir (CETAD, 2006; Yıldız, 2002).

- Antihipertansif, Kardiyovasküler ve Diyabetus Mellitusta Kullanılan İlaçların Cinselliğe Etkisi

Hipertansiyonun ve kalp damar hastalığının vasküler, muskuler ve farmakojenik etkileri yanında hastalığın tedavisinde kullanılan bazı antihipertansif ilaçlar pelvik bölgede, cinsel organların yapı ve fonksiyonunda önemli değişiklikler yaparak cinsel fonksiyonları olumsuz

yönde etkileyebilmektedir (Fogari, 2004). Antihipertansifler ve kalp damar ilaçları cinsel salgı bezini besleyen sinirlerin periferel blokajına ve merkezi sinir sisitemi depresyonuna neden olarak negatif etki göstermektedir. Aynı zamanda hastalar tedavi sürecine ilişkin bıkkınlık, yorgunluk ve tükenmişlik yaşayabilmektedirler. Bu duruma hastalığa ve takip-tedavisine ilişkin bilgi eksikliğinin de eklenmesi tedavi sürecine uyumu olumsuz etkilemektedir. Hastanın tedavi sürecine gösterdiği uyumsuzluk, kan basıncının düzensiz seyrine, yükselmesine ve dolayısıyla cinsel fonksiyonlar ile ilgili yaşanan rahatsızlıkların sıklığı ve şiddetinin artmasına neden olabilmektedir (Ünalın, 2005).

Her iki kronik hastalıklarda (HT-KVH) kullanılan ilaçlar arasında yer alan β -blokörler, sempatik sinir sisteminin adrenerjik aktivitesinde baskılama, sedasyon, uyku bozukluğu, depresyon gibi yan etkileri nedeniyle cinselliği olumsuz etkilenmektedir. Tiyazid grubu diüretikler, erektil fonksiyonu etkilemesi bakımından en çok suçlanan ilaçlar arasındadır (Porst ve Buvat, 2006). Basil ve ark. (2006) yaptığı bir çalışmada, bu ilacı kullanan grupta libido kaybı olduğu gözlenmiş ve bu etkinin tiazid alan hastalarda daha baskın olduğu vurgulanmıştır. Bu ilaçlara rağmen kalsiyum antagonistleri ve ACE inhibitörleri cinselliği olumsuz yönde etkilemekte, α - blokerler ve anjiotensin reseptör blokerleri ise olumlu yönde etkilemektedir.

Kullanılan ilaçlar arasında cinsellikle ilgili en önemli sorunlara neden olabilecek ilaçlardan biride glikokortikoidlerdir. Kronik oral glikokortikoid tedavisinin serum testosteron düzeyi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu, uzun süre oral kortikosteroid kullanan erkek hastalarda ortalama serum testosteron düzeyinin % 33'den daha düşük olduğu bildirilmektedir. Oral glikokortikoid kullananların aksine, inhale glikokortikoidlerin serum testosteron düzeyine etkisi olmadığı bildirilmektedir (Karadağ ve ark., 2007).

Bu ilaçların ikincil yan etkileri olan huzursuzluk, cilt, ağız müköz membranlarda kuruma, konstipasyon, hazımsızlık, bulantı, döküntü, kaşıntı cinsellikle ilgili pek çok sorunlara neden olabilmektedir (CETAD, 2006).

- *Psikiyatrik İlaçlar*

Psikiyatrik ilaçlar, cinsel salgı bezleri inerve eden sinirlerin blokajına ve merkezi sinir sistemi depresyonuna neden olan birincil ve ikincil etkileri ile cinselliğe olumsuz yönde etkilemektedir. İlaçların cinselliğe birincil yan etkilerine bağlı cinsel istekte azalma, uyarılma,

erektil disfonksiyon, lubrikasyonda azalma, vajinal kuruluğa bağlı disparoni, orgazm sorunları gelişir.

İlaçların ikincil yan etkileri olan huzursuzluk, cilt, ağız müköz membranlarda kuruma, konstipasyon, ödem, kilo alımı, hazımsızlık, bulantı, döküntü, kaşıntı, üriner problemler, mizaç bozuklukları, anksiyete, depresyon, yabancılaşma, irritabilite, mani, nörolojik bozukluklar, kognitif kayıplar, baş dönmesi, yorgunluk, baş ağrısı, hareket bozukluğu, ağrı, uyku bozukluğu, his kaybı, tremor, güçsüzlük, vasküler bozukluklar, aritmi, baş ağrısı, periferik vazokonstrüksiyon ve nefes darlığı cinsellikle ilgili pek çok sorunlara neden olur (CETAD, 2006; Yıldız, 2002; İncesu, 2001). Örneğin trisiklik antidepresan ilaçların cinsel istek, uyarılma ve orgazm aşamalarının her üçünü de olumsuz yönde etkilemektedir. Trisiklik antidepresanlar arasında en az cinsellikle ilgili yan etkilere neden olanları dezipramin ve nortriptilin, orta derecede cinsel yan etkilere neden olanların protriptilin ve imipramin; en çok cinsel yan etkilere neden olanların ise klomipramin, amitriptilin ve doksepin olduğu belirtilmektedir (İncesu, 2001).

Depresyon tedavisinde kullanılan monoamine oksidaz (MAO) inhibitörleri trisiklik antidepresanlara benzer şekilde kolinerjik ve beta-adrenerjik aktiviteye yol açtıkları azalma ile prolaktin ve serotonin düzeylerinde artışa bağlı cinsel işlevleri % 20-40 oranında olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) grubu antidepresanlar ise genel olarak cinsel işlevin bütün aşamalarını olumsuz yönde etkileyebilmekle birlikte, esas olarak "orgazm" aşamasını etkilemektedirler (Labbate, 1998; İncesu, 2001). Kadınlarda orgazm olamama ya da daha zor orgazm olma erkeklerde ise ejakülasyonda gecikme, ejakülasyonda inhibisyon ya da anhedonik ejakülasyon (zevk olmaksızın boşalma) sık olarak karşılaşılan yakınmalardır (İncesu, 2001). Sedatif ve trankilizanlar hem pozitif hem de negatif etki sağlar. Bunlar merkezi sedasyon sağlar, cinsel bezlerin otonomik inervasyonunun blokajına, hipotalamik ve hipofiz fonksiyonlarının supresyonuna neden olurlar (İncesu, 2001; Labbate, 1998).

Cinselliği Etkileyen Diğer Faktörler

Kadının yaşamında gebelik, doğum sonu ve menopoz dönemi en önemli dönemlerdendir. Bu dönemlerde yaşanan değişikler (hormonal uyarılar, fiziksel ve sosyal değişiklikler) cinselliği önemli etkilemektedir (La Marre ve ark., 2003; Trutnovsky ve ark., 2007).

Gebelik ve Cinsellik

Gebelik, doğurgan çağıdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır. Bu dönem genital organlara özgü değişikliklerin yanı sıra metabolik ve sistemik değişikliklerin, vücut biçiminde, beden imajında birtakım farklılıkların ortaya çıktığı bir dönemdir. Bu dönemde hormonal dalgalanmalar, bedensel ve sosyal değişiklikler, kadının fiziksel iyilik halini, duygu durumunu, eşliyle ilişkisini, beden imajını ve cinsel yaşamını etkilemektedir (La Marre ve ark., 2003; Trutnovsky ve ark., 2007).

Gebelik süresince gebelik öncesine göre genel olarak cinsel ilişki sıklığı (% 49-73) azalmaktadır. Gebelikte cinsel ilgi, aktivitenin azalmasına neden olan pek çok faktör vardır. Bunlar (Trutnovsky ve ark., 2007):

- ***Biyomedikal faktörler***, bulantı-kusma, yorgunluk, uyku hali, fiziksel değişiklikler, disparoni, fiziksel aktivitede azalma, düşük/doğum korkusu
- ***Psikososyal nedenler***, duygusal değişimler, cinsellik öyküsü (disparoni vb), gebeliğe ilişkin olumsuz ya da ambivalan duygular, beden imajında değişimler, fetüse zarar verme korkusu, bebekten çekinme
- ***Çiftin ilişkisi ile ilgili nedenler***, gebelik öncesi ve gebelikte olan ilişkisi.

Yapılan bir çalışmada, gebelikte erkeklerin %72'sinde cinsel aktivitede azalma, % 41,9'unda cinsel istek azalması ve % 32,3'ünde ise ereksiyon problemi görülmüştür. Gebelikte evlilik dışı cinsel ilişki sıklığı ise % 28 olarak bulunmuştur (Onah, 2002). Kadınlarda ise gebeliğin ilk trimesterinde cinsel istekte azalma, ikinci trimesterde cinsel istekte artma ve üçüncü trimesterde ise cinsel istekte tekrar azalma olmaktadır (Bustan ve ark., 1995; Ertem ve Sevil, 2010; Onah, 2002).

Yapılan bir çalışmada 3. trimester de cinsel ilişkiyi engelleyen faktörler olarak bebeğe zarar verme korkusu, orgazmik uterus kontraksiyonlarından korku (% 6-62), pozisyon zorluğu (% 12-20), çekicilik kaybı (% 4-20) ile eşin tatmin olup olmadığı endişesi (% 35-88) olarak neden olarak bildirilmektedir (Trutnovsky ve ark., 2007).

Doğum Sonu Dönem ve Cinsellik

Doğum sonu dönem, genital organlara özgü değişikliklerin yanı sıra metabolik ve sistemik değişikliklerin, vücut biçiminde, beden imajında birtakım farklılıkların ortaya çıktığı bir dönemdir (La Marre ve ark., 2003). Bu dönemdeki hormonal dalgalanmalar cinselliği doğrudan etkilediği gibi, bedensel ve sosyal değişiklikler, kadının fiziksel iyilik halini, duygu

durumunu, eşiyle ilişkisini dolaylı etkilemektedir. Bu dönemde kadın cinselliğini etkileyen faktörlerden biri de emzirmedir. Uykusuzluk, gece uykusunun bölünmesi ve çocuksuz geçirilen zamanın azlığı cinsel aktiviteyi bozan ilave faktörler olarak ele alınabilmektedir (La Marre ve ark., 2003; Trutnovsky ve ark., 2007).

DSÖ'nün bildirdiğine göre, doğum sonu 8. haftada kadınların % 71'i, 10. haftada, % 90'ı cinsel ilişkiye başlamaktadır. Yapılan bir çalışmada, kadınların doğum sonu dönemde cinsel ilişkiye en erken 6-7. haftalarda başladıkları belirlenmiştir (Arslan ve ark., 2004). Başka bir çalışmada, doğum sonrası üç ay içerisinde kadınların % 80'inin en az bir cinsel problem yaşadıklarını ve üçte ikisinin postpartum altıncı ayda halen problemler yaşamaya devam ettikleri belirtilmektedir (Trutnovsky ve ark., 2007). Avery ve ark. (2000) yaptığı çalışmada kadınların postpartum 12 haftalık süreçte % 57'sinde cinsel aktivite düzeylerinde azalma olduğu bildirilmiştir. İlk bir yıllık süreçte kadınların çoğunda cinsel ilişki sıklığında anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır.

Menapoz Dönemi ve Cinsellik

Menapozla birlikte ortaya çıkan hormonal değişimler, artan kronik hastalıklar, ilaç kullanımı ve cerrahi tedavi gibi fizyolojik faktörler cinsellikle ilgili değişikliklere neden olmaktadır (Delameter, 2005; Kütmeç, 2009; Önem ve Kadioğlu, 2005). Postmenopozal kadında periferik sinir etkilenmesi sonucunda, hissizlik, kaşıntı, giysi intoleransı, iki nokta ayırt etme eşiğinin artması, parestezi, klitoral reaksiyon duyusunun kaybı ve orgazm kapasitesinin düşmesi görülmektedir (Brotto ve Luria, 2008; CETAD, 2006; Önem ve Kadioğlu, 2005).

Bu dönemde östrojenin azalması, deride sebace ve ter bezlerinin fonksiyon kaybına ve dolayısı ile "kadın kokusu" adı verilen duyunun azalmasına neden olur. Bu nedenle, östrojen doğrudan değil dolaylı yoldan cinsel eşin libidosunu da etkileyebilmektedir. Östrojenin bir diğer etkisi, psikolojik yapıyı etkileyen fiziksel değişimlere (deri, kas, tırnaklar, saç değişimleri) neden olmasıdır. Sekonder seks karakterlerindeki değişimler, kadının kadınlık kimliğinde kayıplara dolaylı neden olarak cinsel davranışı etkileyebilmektedir (Fogel ve Woods, 2008).

Testosteron cinsel yanıtta rol oynayan dopamin, oksitosin ve santral etkili noradrenalin gibi merkezi nörotransmitterlerin regülasyonunu sağlar (Brotto ve Luria, 2008). Menapozda testosteron düzeyindeki azalma, azalmış cinsel arzu ve cinsel cevaba neden olur.

Androjen eksikliğinin başlıca semptomları, cinsel motivasyon, fantezi, cinsel zevk almada azalma, cinsel uyarımda azalma, orgazm kapasitesinde azalma ve sonuç olarak libidoda azalmadır. Ayrıca vajinal konjesyonda, pubik kıllarda, kemik ve kas kitlesinde azalma, yaşam kalitesinde kötüleşme, vazomotor semptomlar, uykusuzluk, depresyon ve baş ağrısının daha sık olarak ortaya çıkması androjen yetersizliğinin diğer önemli semptomlarıdır (Brotto ve Luria, 2008; Fogel ve Woods, 2008; Önem ve Kadioğlu, 2005).

Cinselliği etkileyen psikolojik faktörler arasında, yaşlanma ve çocuk doğurma yeteneklerinin kaybolması, cinsel yönden kadınlık görevlerinin azalacağı veya kaybolacağı endişesi, evliliğin sıkıcı bir ilişki haline gelmesi, çocukların büyüyerek evden ayrılmasıyla oluşan boşluk, eşinin yaş dönümü bunalımına girmesi, eşin ilgisinde azalma, emeklilik nedeni ile yaşam koşullarında sosyal ve ekonomik değişme ve azalma yer almaktadır. Ayrıca bu faktörlere bağlı olarak yaşamı canlı tutan uyarıların azalması cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir (Brotto ve Luria, 2008; CETAD, 2006; Fogel ve Woods, 2008; Meston, 1997). Kadının menapoz süresince ve sonrasında yaşadığı değişim, kültürel mit ve mesajlara bağlı olarak cinsellik ifadelerini değiştirebilmektedir. Yaşlanma ile birlikte cinsellikte ki bu değişimler, kültür ve davranışlar tarafından da etkilenmektedir (Fogel ve Woods, 2008; Kütmeç, 2009).

2.5. Cinsel Eğitim

Cinsellik eğitimi bilgi edinme, değer oluşturma, olumlu tutum, inanç geliştirme ve iletişimi sağlama gibi konuları içeren yaşam boyu süren bir eğitimidir. Bu eğitim cinselliğin biyolojik, sosyo-kültürel, psikolojik ve manevi boyutlarını ele almaktadır. Cinsel eğitim programlarının amacı (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2009).

- Cinsellikle ilgili bilgi ve anlayışı artırmak,
- Cinsellikle ilgili duygu, değer, tutumları açıklamak ve aydınlatmak,
- Cinsellikle ilgili becerileri geliştirmek ve desteklemek,
- Cinsellikle ilgili riskli davranışları önlemektir

Cinsel eğitim sonunda, cinselliğin oldukça geniş bir yelpaze içindeki farklı görünüşleri konusunda esnek ve nesnel tutumlar geliştirmeleri, kendi cinsellikleri ve bireysel ilişkileri ile ilgili içgörü kazanmaları, cinselliklerini daha geniş bir rol içinde (eş, ebeveyn) kullanabilmeleri ve içinde yaşadıkları toplumun sosyal beklentilerini anlamaları amaçlanmaktadır.

Cinsel eğitimin içeriğini belirleyen en önemli etkenler, eğitimin verileceği grubun gelişim özellikleri, eğitim düzeyi, eğitimi yönlendirecek felsefi ve etik değerlerdir. Bu nedenle cinsel eğitim konuları toplumdaki topluma, toplumun sosyokültürel ve ekonomik yapısına ve ihtiyaçlarına göre farklılık gösterir (UNESCO, 2009). Çalışandemir ve ark. (2008) belirttiğine göre, gelişmiş ülkelerin pek çoğunda, Batı ve Kuzey Afrika, Asya ve Avrupa ülkelerinde, zorunlu olmasa da cinsel eğitim okullarda verilmektedir.

Türkiye’de ise günümüzde okullarda Millî Eğitim ve Sağlık Bakanlıkları’nın katkıları ile geliştirilen cinsel bilgiler, sağlık bilgisi dersi (üreme organları, menstürasyon döngüsü ve sperm üretimi vb.) kapsamında kısaca değinilmektedir. Türkiye’de 21. Yüzyılın başında pilot bölge seçilen bazı okullarda cinsel eğitim vermeye çalışılmaktadır. Üniversite düzeyinde ise sınırlı sayıda cinsel sağlık eğitimi dersi verilmektedir (Çalışandemir ve ark., 2008).

Özellikle sağlık profesyonellerinin bu konudaki eğitim açığının kapatılması gerekmektedir. Çünkü cinsel eğitim programları hastaların cinsellikle ilgili kaygılarının giderilmesinde, duygu ve düşüncelerinin paylaşılmasında, hemşire-hasta arasında güvene dayalı bir iletişim kurulmasında hemşirelerin ihtiyaç duyduğu güveni ve rahatlığı sağlaması açısından gereklidir (Bozdemir ve Özcan, 2011).

UNESCO (2009) cinsel eğitimin altı başlık altında toplanması gerektiğini belirtmiştir.

Bunlar (UNESCO, 2009):

- ***İlişkiler:*** Aile, arkadaşlar, sevgili ve romantik ilişkiler, uzun süreli ilişkiler, evlilik ve aile olma.
- ***Değerler, tutumlar ve beceriler:*** Cinsel bilginin kaynağı, değerleri ve tutumları, cinsel davranış üzerine akran grubunun etkisi, karar verme, iletişim, reddetme ve tartışma becerisi, yardım ve destek bulma.
- ***Kültür, toplum ve insan hakları:*** Cinsellik, kültür ve insan hakları, cinsellik ve medya, toplumsal cinsiyet rollerine bakış açıları, cinsel tecavüz, istismar ve zararlı uygulamaları içeren toplumsal cinsiyete bağlı şiddet.
- ***İnsan gelişimi:*** Kadın ve erkek üreme sistemi anatomi ve fizyolojisi, yaşam dönemlerine göre cinsellik, beden imajı, benlik saygısı, mahremiyet.
- ***Cinsel davranış:*** Cinsiyet, cinsellik ve cinsel yaşam dönemleri, cinsel davranışlar ve cinsel cevap.
- ***Cinsel sağlık ve üreme sağlığı***

Cinsel eğitimin, etkili olması için model kullanılmalıdır. Model belirlenirken, bireylerin ihtiyaçları ve davranışları, sağlık hedefini etkileyen davranışlar, bu davranışları etkileyen riskli ve koruyucu faktörler ve bu riskli ve koruyucu faktörleri değiştiren davranışlar belirlenir. Toplumun hassas olduğu değerlere ve uygunluğuna göre aktiviteler eldeki kaynaklarla düzenlenir (eğitim zamanı, beceriler, destekler vb.). Cinsel davranışı etkileyen ve program sonunda değiştirilmesi hedeflenmiş özel konular belirlenir (bilgi, değerler, sosyal yapı, tutum ve beceriler). Öğrencilerin aktif olarak katılacağı öğretim yöntemleri kullanılır ve bunları içselleştirmeleri birbirleriyle entegre etmelerine yardım edilir. Çoklu uygulamalarda eğitim aktiviteleri, riskli ve koruyucu faktör hedeflerinin her birinin değişimini sağlamak amaçlı dizayn edilir. Kişisel değerler belirlenir. Beceriler ve bu becerileri kullanmada kişinin etkililiği belirlenir. Başlıklar topluma uygun olarak seçilir. Uygulama sonrası eğitime katılanlardan programın değerlendirilmesi istenir (UNESCO, 2009).

Kanada Cinsel Sağlık Eğitimi Rehberine (2003) göre, cinsel davranışları geliştirme amaçlı yürütülecek programlarda bilgi verilmesi, motivasyon ve kişisel gelişimin sağlanması, cinsel sağlığı destekleyen becerilerin geliştirilmesi ve bireyin cinsel sağlığına katkıda bulunacak ortamın yaratılarak bireyin cinsel sağlığını güçlendirmesi ve cinsel sorunların önlenmesi önerilmektedir. Bu hedeflere ulaşmak için cinsel sağlık eğitim programında kullanılmak üzere Bilgi- Motivasyon-Bilgi (IMB) modeli önerilmektedir (Canada Quidelines For Sexual Health Education, 2008). IMB modeli, Fisher ve arkadaşlarının etkili cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitim programını oluşturmak için 1992 yılında geliştirmiştir. Bu modelle cinsel sağlıkla ilgili sorunları önleme, risk azaltma ve cinsel sağlığı geliştirme hedeflenmektedir. Cinsel sağlık eğitim programları bu modelinin üç bileşeni üzerine temellenmiştir. Bunlar (Canada Quidelines For Sexual Health Education, 2008):

1. Bilgi: Bireylerin cinsel sağlıklarını artıracak, cinsel sorunlarını önleyecek ve davranışa kolayca dönüşebilecek bilgiyi sağlaması gerekir.

2. Motivasyon: Bireyin olumsuz risk davranışlarını değiştirme, tutarlı ve sağlıklı davranışları sürdürmede aldıkları bilgileri kullanmaya motive edilmesini sağlar. Cinsel ve üreme sağlığı davranışı söz konusu olduğunda motivasyon üç şekilde olur. Bunlar (Canada Quidelines For Sexual Health Education, 2008):

- **Duygusal motivasyon:** Bir kişinin cinselliğe ve cinsel sağlıkla ilgili davranışlara gösterdiği duygusal tepkiler, genellikle o kişinin cinsel sağlık sorunlarından kaçınmak veya cinsel sağlığını artırmak için gerekli önlemleri alıp almamasını belirler.

- **Kişisel motivasyon:** Bir kişinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı davranışlarıyla ilgili tutum ve inançları büyük oranda o kişinin davranışı yapıp yapmadığını gösterir.

- **Sosyal motivasyon:** Bir kişinin sosyal normlarla ilgili inançları, cinsel sağlık ve üreme sağlığı davranışlarıyla ilgili sosyal destek algısı, bireyin davranış değişikliğini etkiler.

3. Davranış Becerisi: Cinsel sağlık ve üreme sağlığı becerileri etkili cinsel sağlık eğitim programının kilit noktasıdır. Davranış becerileri şu alanda oluşur:

- Davranışı yerine getirmek için objektif beceriler
- Davranışı yerine getirecek kişi olarak kendine olan inancı

IMB modelinin cinsel sağlık eğitim programlarına uyarlanması, uygulanması üç aşamalı olan temel bir işlemi içerir. Bunlar (Canada Quidelines For Sexual Health Education, 2008):

- **Veri Toplama:** Program planlamacıları hedef popülasyonun cinsel sağlık eğitimi gereksinimini değerlendirir. Sağlık davranışlarıyla doğrudan bağlantılı ve hedef popülasyonun sahip olduğu bilgi, motivasyon ve davranış becerilerinin düzeyi tanımlanır.

- **Girişim:** Program planlamacıları uygun ve bağlantılı programları geliştirir ve uygular. Bireylerin gereksinimleri ve program hedefleri ile ilgili bilgi, motivasyon ve davranış becerileri açısından eksikliklerin neler olduğu saptanır. Bireyin bilgi, motivasyon ve davranış becerileri alanında sahip olduğu avantajlar program hedeflerine ulaşmak için kullanılabilir.

- **Değerlendirme:** Program planlamacıları programın etkinliğini ölçer ve değişiklik gerektiren kısımları belirlemek için değerlendirme mekanizması oluştururlar. Değerlendirme aşaması, grubun program hedefleriyle ilişkili bilgisi, motivasyonu, ve davranış becerileri üzerinde, istenen etkiye sahip olup olmadığına karar vermek için gereklidir. Bu aşama program planlayıcıların programlarındaki zayıflıkları belirlemelerine yardımcı olur.

2.6. Cinselliğin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik

Cinsel sağlık, genel sağlık açısından toplumu en çok ilgilendiren konulardan biridir ve cinsel sorunlar, insanları en fazla mutsuz eden sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Cinsel sağlığın bozulması sadece fiziksel sağlığın kesintiye uğraması ile sonuçlanmamaktadır. Gerek kadın gerekse erkekte halkalar halinde ruhsal sağlığın, ardından aile sağlığının ve sosyal

sağlığın da bozulması söz konusudur. Her ne tanı ile klinikte yatıyor olursa olsun her bireyin holistik hemşirelik yaklaşımı çerçevesinde değerlendirilmesi, cinsellikle ilgili sorunların rahatlıkla ifade edilebileceği bir ortam içerisinde tutulması, hasta bakım planında mutlaka cinselliğinin ele alınması, hasta eğitimlerinde cinsel sağlığın korunmasına yönelik eğitimlere daha geniş yer verilmesi gerekmektedir. Cinselliğin değerlendirilmesinde Taylor'un belirttiğine göre, Wats tarafından ileri sürülen dört genel düzey tanımlanmıştır. Bunlar:

- Düzey 1: Sağlık öyküsünün bir bölümü olarak (Bir hemşire tarafından alınır)
- Düzey 2: Cinsel öykü (Cinsel konularda yetişmiş ve eğitilmiş bir hemşire tarafından alınır).
- Düzey 3: Cinsel problem öyküsü (Bir cinsel terapist tarafından alınır.)
- Düzey 4: Psikiyatrik / Psikososyal öykü (Bir psikiyatri kliniği hemşiresi tarafından alınır).

Görüldüğü üzere hemşirelere cinselliğin değerlendirilmesinde pek çok sorumluluk düşmektedir. Yapılan bir çalışmada, sağlık ekibi içinde hastaların cinsellikleri ve cinsel sağlıkları ile ilgili kendilerini rahatça ifade edebildikleri kişi olarak ilk sırada hemşirelerin yer aldığını göstermektedir (Dixon ve Dixon, 2006). Hemşirenin bu konuda eğitici, danışman, destekleyici rolleri vardır (Denat ve Demir, 2008; Karakoyunlu ve Öncel, 2008). Hemşirelerin cinselliği değerlendirmede başlıca roller aşağıda sıralanmıştır. Bunlar (Long ve ark., 1993):

Benzer cinsel endişelere sahip olan hasta gruplarında eğitici

Kronik bir hastalığı olan veya cerrahi bir müdahale geçiren hastaların durumlarına uygun bilgi verir ve özel öneriler sunar. Bireylerin durumlarına yönelik (gebelik, kronik hastalık, cerrahi girişim sonrası, kanser vb.) cinsellikle ilgili eğitici broşürler hazırlar.

Yaşam siklüsü boyunca olabilecek değişimler konusunda rehber-danışman

Hemşirelerin, bakım verdiği bireyin yaşam siklüsüne göre cinsellikle ilgili ayrıntılı danışmanlık verme rolü vardır. Örneğin, adolesan ve orta yaş dönemi beden imajı değişimleri nedeniyle cinsellik konusunda endişelerin yoğun yaşandığı bir dönemdir. Hemşireler, bireylere vücutlarındaki bu major değişikliklerle baş etmeleri için yaşanacak durumlarla ilgili bilgiler verir.

Cinsel sağlığı geliştirecek ortamı sağlama

Cinsel sağlığı geliştirecek çevreyi sağlamak için ilk adım, kişiye özel konularda ve cinsel endişeleri hakkında soru sorması için izin vermektir. Hemşire bireye cinsellikle ilgili

konuları rahatlıkla konuşabileceğini belirtmelidir. Hemşire bireyi servise kabul ettiği andan itibaren mahremiyetine özen göstermelidir. Hastaneye yatış birey ve ailesi için başedilmesi zor bir süreç olabilir ve yalnız kalmaya ihtiyaç duyabilirler. Örneğin bir kaza sonucu yoğun bakım ünitesinde yatan genç bir adamın eşiyle yalnız kalması için uygun ortam sağlanmaya çalışılmalıdır.

Cinsel endişeler konusunda normalliği onaylama

Bireyin durumunun normal olduğunun onaylanması, sağlık profesyonellerinin bir çocuğunun görevidir. Kadınlar için çok zor olan pelvik muayene, hasta için bir eğitim ortamına dönüştürülebilir. Muayenenin başında, bireye ayna yardımıyla işlemi izlemek isteyip istemediği sorulur. Bireyin dış genitaleri gösterilebilir ve anatomisinden bahsedilebilir (Long ve ark., 1993).

Hemşirelerin bu rolleri yerine getirebilmeleri için cinsellik konusunda bilgi ve beceri düzeyinin yeterli olması gerekmektedir. Yeterli bilgi ve beceriye sahip hemşirelerin, bireylerin dinsel ve kültürel özelliklerini göz önünde bulundurarak, değişikliğe uğramış cinsel yaşamları ile ilgili problemleri tartışmaya izin verme, hastalık ve tedaviye bağlı olası cinsel sorunları tanılamaya yardımcı olma ve öneriler sunma sorumluluğu vardır (Safarinejad, 2006). Hemşirenin bu sorumlulukları yerine getirebilmesi için sahip olması gereken özellikler şunlardır (Sprunk ve Alteneider, 2000; Potter ve Perry, 2001).

- İnsan anatomisini ve fizyolojisini, fizyopatolojisi, psikoseksüel gelişimini ve fonksiyonunu bilmeli,
- Cerrahi tedavi, tıbbi tedavinin (ilaç, kemoterapi ve radyoterapi) cinsel fonksiyon ve beden imajında oluşturabileceği olası değişiklikler hakkında bilgili olmalı,
- Cinsellik konusunu kabul etmeli, cinsellikle ilgili konularda rahat olmalı, cinselliğe karşı kendi duygularını gözden geçirmeli,
- Cinsellik konusunda kendi inanç, değer ve tutumlarının farkına varmalı,
- Bireyin kültürel, dini uygulamalarına karşı duyarlı olmalı,
- Cinsellik ve cinsel fonksiyon konusunda bilgi sahibi olmalı,
- Cinsel konuları açıkça ve dürüstçe tartışmalı
- Cinsellikle ilgili konularda bireyi yargılamadan ele almalı ve beden dilinin farkında olmalı,
- Bireyin cinsel tercihleri hakkında varsayımda bulunmamalı,

- Empati yapma yeteneğine sahip olmalı,
- Cinselliği, hemşirelerin önemli bir uygulama alanı olarak kabul etmeli,
- Cinsellikle ilgili kişisel konuları incelemede istekli, duyarlı ve nazik olmalı,
- İletişim ve kişiler arası becerileri gelişmiş olmalı,
- Hasta birey ve ailesinin cinsellikle ilgili gereksinimlerini belirleyebilmeli, hem eğitici hem de danışman rolünü kullanabilmeli,
- Hemşire bireyi rahatlatıcı tutum ve davranış sergilemeli ve rahat bir ortam hazırlamalı,
- Eşlerin yaşam biçimlerini, cinsel aktivitelerini ve tercihlerini kabul etmeli,
- Mahremiyeti korumalı,
- Bireye kesintisiz ve acele etmeden yeterli zaman sağlamalı,
- Gerektiğinde başka bir yere yönlendirmek için kaynakları ve sınırlılıkları bilmeli

Cinselliğin Değerlendirilmesinde Hemşirenin Sahip Olması Gereken Beceri

Alanları

Duldt ve Pokerny'in (1999) belirttiğine göre, Kozier ve ark. (1995) hemşirenin cinselliği değerlendirilebilmesi için öncelikle aşağıda yer alan dört beceri alanına sahip olması gerektiğini belirtmişlerdir:

1. Cinsellikle ilgili rahatlık
2. Etkili iletişim becerileri
3. Sağlık ve hastalıkta cinsellikle ilgili temel bilgi
4. Hemşirelik uygulamasında cinselliği kapsayan modelleri etkin kullanma

Bu beceri alanının gelişmesi için bazı stratejiler geliştirilmiştir. Bunlar (Mick, 2007):

1. Cinselliği Anlama: Hemşireler, cinselliği sadece cinsel yaşam olarak algılamakta ve cinselliğin diğer pek çok yönünü görmezden gelmektedir. Cinselliği daha iyi anlamak için, bireylerin cinsellikle ilgili kaygılarını, bu kaygıların yaşam kalitesini nasıl etkilediğini öğrenmeleri gerekmektedir. Çünkü sağlık durumunda bozulma ve uygulanan tedaviler bireyin beden imajında bozulma, üreme yeteneğini kaybetme korkusu, benlik saygısında azalma, eş memnuniyet kaygısı, yetersizlik hissi, terk edilme korkusu/kabul görmeme korkusu, aldatılma korkusu ve cinsel rol kaybı korkusu gibi pek çok soruna neden olabilmektedir (Mick, 2007).

2. Bilgi Sağlama: Hemşirelerin, holistik yaklaşım çerçevesinde, insanların önemli, fakat göz ardı edilen gereksinimlerinden olan cinselliğe yönelik kapsamlı bakım verme sorumlulukları vardır. Bu bağlamda hemşirelerin bireyi değerlendirebilmesi için öncelikle ayrıntılı bir öykünün alınması ve gerekli tanısal testlerin yapılması gerekir. Hemşireler, hastaların cinsellik hakkında nadiren soru sorduklarını bu nedenle olası ya da potansiyel cinsellik ile ilgili kaygıların ve sorunların genellikle tanımlanmadığını ya da tanımlansada uygun ortamlar oluşturularak destekleyici bakım verilmediğini belirtmektedir (Mick, 2007).

Hemşirelerin bakım verdiği birey ile ilgili aşağıda yer alan bazı bilgi ve becerilerin bakıma yansıtılması gerekmektedir. Bunlar (Denat ve Demir, 2008);

- Bireyin cinsiyet ve cinsellik ifadesini benlik kavramı ile ilişkili olduğunu kavrama,
- Bireyin cinsellikle ilgili değer ve inançlarının farkında olma,
- Bireyin cinselliğe verdiği anlam,
- Cinsellik ve cinsel işlev bilgisi,
- Birey ve eşin yaşam tarzı bilgisi,
- Bireyin cinsel aktiviteye ilişkin ne zaman, kimden ve nerede danışmanlık alacağı bilgisi.

Bireyden ayrıntılı olarak alınan bilgi, sağlık personelinin bireyi tanımasına yardımcı olur, gereksiz incelemelerle zaman ve para kaybını önler. Detaylı bir bilgi hastanın daha önceki cinsel deneyimlerini, geçirdiği ameliyatları, var olan hastalıklarını, kullandığı ilaçları, cinsellikle ilgili sorunlara neden olabilecek risk faktörlerini, toplumsal değer yargılarını, cinsiyete özgü rol ve beklentilerini, cinsel inançları ve kaygıları içermelidir (Yiğit, 2007).

Ayrıntılı bilgi sağlayan hemşire, bireyin ihtiyacını belirler ve bu konuda uygun girişim planlar. Böylelikle bireyin sağlığını koruma ve yükseltme hedeflenir. Bireylerin kendi sorunlarının farkına varması, endişe/kaygılarını ifade etmesi ve bunlarla başetmeleri sağlanır. Hemşirelerin, bireyin cinsellikle ilgili kaygılarını etkin şekilde ele almaları için cinselliği nasıl değerlendireceklerini bilmeleri gerekir. Cinsellikle ilgili yeterli bilgi sağlama ve gerekli müdahale için PLISSIT, BETTER ve ALARM gibi modeller önerilmektedir (Mick, 2007).

3. Rahatsızlığın Nedenlerine Yönelme: Hemşirelerin bireyle cinselliği rahat görüşmesi için ilk adım, kendi değerlerinin farkına varması ve onlardan haberdar olması, olumsuz tutum ya da his aktarmaması ve bilinçaltı düşüncelerini ya da beden dilini bastırmak için çaba göstermesidir (Longworth, 1997; Mick, 2007). Bunun için ilk olarak, kişinin

cinsellikle ilgili konularda kendi değer ve hislerini değerlendirmesi önemlidir. Cinsellikle ilgili önyargılarını duyarsızlaştırmak için de cinsellik ve aşk sahnelerini konu alan filmler izlenmesi, analiz edilmesi ve birkaç kişi ile tartışılması, cinsellikle ilgili kelimelerin eş anlamlarının listesini oluşturulması ve daha sonra bu kelimeleri sesli söylenmesi yardımcı olacaktır. Hemşirelerin kendi değerlerini netleştirebilmeleri için grup seks, eş değiştirme ve homoseksüellik gibi konuları meslektaşlarla birlikte grup içi tartışmalıdır. Ayrıca kişinin bu konularla ilgili cinsel eğitim dersleri alması da önyargılarını duyarsızlaştırmada yardımcı olacaktır (Longworth, 1997).

4. Objektif Bir Dinleyici Olma: Sağlık personeli cinselliği ele alırken kültürel ve entelektüel yaklaşımlarla, aile etkisi, akran baskısı, bilişsel bilgilerle önyargılı ve duygusal olarak yaklaşabilir. Hemşirelerin önyargıları, cinsellik gibi hassas konular tartışıldığında ortaya çıkar. Hemşirelerin değerlerinin farkında olması, bireylerin sorularına önyargılı davranmalarını engeller. Bireyin cinsellik hakkındaki kaygılarını dinlerken objektif olmak, iletişimin önündeki engelleri kaldırır ve bireylere hemşireler ile her konuyu tartışabilecekleri inancını verir (Mick, 2007).

5. Bağımsız Değerlendirmeler Gerçekleştirme: Hemşireler cinsellikle ilgili veri toplamalarına, tanılamalarına ve müdahalede bulunmalarına rağmen genellikle değerlendirmelerini sadece veri formunda yer alan soruları sormakla sınırlandırır. Veri formunda cinsellikle ilgili soru yoksa bunun gerekli olmadığını veya bireye sormak için önemli bir bilgi olmadığını düşünürler (Mick, 2007). Cinselliğin değerlendirilmesi için dünya genelinde tam anlamıyla her kültüre uygun ve kullanışlı bir form geliştirilemediği için, değişik ölçüm araçları kullanılmaktadır. Literatürde en çok kullanılan cinsellikli ilgili araçlar şunlardır (Dalpiaz ve ark., 2008; Kingsberg ve Kellogg-Spadt, 2010; Meston ve Derogatis, 2002; Tuğut ve Gölbaşı, 2010).

- Brief Index of Sexual Function for Women - Kısa Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi
- Female Sexual Function Index - Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi
- Female Sexual Distress Scale - Kadın Cinsel Distres Skalası
- Sexual Function Questionnaire - Cinsel Fonksiyon Ölçeği
- Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction- Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği
- The Sexual Interaction Inventory- Cinsel Etkileşim Modeli

- Derogotis Sexual Functioning Inventory- Cinsel İşlevsellik Envanteri
- Sexual History Form- Cinsel Öykü Formu
- Sexual Myth Questionnaire - Cinsel Mit Ölçeği
- International Index of Erectile Function- Uluslararası Erektıl Fonksiyon İndeksi
- Sexual Quality of Life Questionnaire-Female- Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın

Ölçeklerin kullanılabilceği durumlar:

- Spesifik bir cinsel bozukluğu tanılamak ve/veya tanımlamak
- Cinsel problemin şiddetini değerlendirmek
- Tedavinin memnuniyetini ölçmek
- Hastalığın, hastanın ve partnerinin yaşam kaliteleri üzerine olan etkisini ölçmek (Kingsberg ve Kellogg-Spadt, 2010).
- Sağlıklı bireyin cinsel yaşam kalitesini belirlemek (Tuğut ve Gölbaşı, 2010)

Ülkemizde en yaygın kullanılan ölçüm araçları Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği Cinsel Mit Ölçeği Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi'dir. Yaygın kullanılmalarının nedeni Bu ölçeklerin Türkçe güvenilirlik ve geçerliklerinin yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır (Demirezen,2006).

5.Uygulama Standartlarını Kullanma: Amerika Onkoloji Hemşireler Derneği, holistik bakımın bir bileşeni olarak cinselliğın değerlendirmesini içeren mesleki bakım standartları belirlemiştir. Mesleki standartlarda, geçmiş ve mevcut cinsel yaşam, cinselliğın biyopsikososyal etkilerini tanımlama yer almaktadır (Mick, 2007).

6. Ayrıntılı Sorular Sorma: Hemşire, bakım verdiği bireyle etkin iletişim kuramazsa, cinsellikten bahsederken rahatsızlık hissedebilir. Hemşire, hasta kabul sırasında cinsellikle ilgili ilk değerlendirmeye başlayabilir. Hemşire bakım verdiği bireye genel sorular sorarak (medeni durumu, çocuk sayısı, geçirilmiş ameliyatlar) mevcut ve olası problemleri tanımlayabilir. Hemşire bireyi değerlendirirken, beden imajına, benlik saygısına, rol ve ilişkilerine, korku, endişelerine yönelik sorularıda dahil etmelidir. Ayrıca hemşireler, bireye cinsellikle ilgili konuları paylaşmada zorluk yaşadığını fakat kaygılarını ifade etmeleri gerektiğini ve hemşirelik bakımında ayrıca bu konunun ele alınacağı mesajı verilmelidir (Mick, 2007).

5. Varsayımlar Yapmaktan Kaçınma: Hemşireler genellikle cinselliği öncelikli olmayan sağlık kaygısı olarak görür ve varsayımlarda bulunabilir ya da yanlış algılara sahip olabilir. Birçok hemşire cinsellik kavramını, cinsel ilişki ile sınırlar ve cinselliği hastalık boyunca önemsiz olarak görebilir. Hemşireler bu nedenlerle, bireyin cinsellekle ilgili kaygılarını, hastalığın cinselliğe etkilerini düşünmez ve değerlendirmeyi gözardı ederler. Oysa ki hemşirelerin cinselliğin sosyodemografik ve sosyakültürel faktörlerden nasıl etkilendiğini bilmeleri ve cinselliğin hastalar için öncelikli olduğunu düşünmeleri gerekir (Mick, 2007).

9. Cinselliği Öğrenme: Hemşireler cinselliği değerlendirme becerisini geliştirmek için kendilerini bu konuda eğitmekle sorumludurlar. Hemşirelerin, cinsellekle ilgili bilgili olması, değerlendirmesi ve uygun müdahaleler geliştirmesi gerekir. Yeterli danışmanlık verebilmeleri için cinselliği etkileyen faktörleri çok boyutlu düşünmelidirler. Bunun için cinselliğin örgün eğitimlerde ayrıca yer alması gerekir (Mick, 2007).

10. Cinsellik Hakkında Soru Sormaya Teşvik Etme: Hemşireler, bireylerin cinsellekle ilgili mevcut veya olası kaygılarını ortaya çıkaracak soruları da içeren sorular sormaları ve bu konuda da istekli olmaları gerekir. Hemşireler bireye hastalığı ve tedavisi hakkında ya da herhangi bir soruyu doğrudan ya da dolaylı olarak soru sorabileceklerini belirtip, bunu yapmaları için fırsat vermelidirler (Mick, 2007).

Tüm bu stratejilerin hedefi (Duldt ve Pokerny, 1999):

- Başka fikirlere ve tartışmalı cinsel durumlara açık olma,
- Cinsel heyecana karşı duyarsızlaşabilecek ve insancıl bir şekilde yeniden duyarlı olma,
- Cinsel konularda açıkça konuşabilme,
- Cinselliği ayrıntılı değerlendirebilme,
- Cinsellekle ilgili sorunları önceden farketme ve önlem alma,
- Cinsellekle ilgili sorunu çözme ya da sevk etme.

Bireyin Cinselliğinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Modeller

Hemşireler cinselliği etkin bir şekilde değerlendirmek için farklı modeller kullanabilirler. Hasta cinselliğini değerlendirilmesinde PLISSIT, BETTER, ALARM ve ALLOW modelleri hemşireler için önerilen ve en kullanışlı modellerdir (Dixon ve Dixon, 2006; Katz, 2005b; Katz, 2005c; Mick, 2007; Taylor ve Davis; 2006).

- **PLISSIT ve Ex- PLISSIT Modeli**

Cinsellik konusunu uygulamaya dahil etme yöntemlerinden biri, yaygın olarak kullanılan ve uygulaması kolay olan PLISSIT modelidir. Model, 1976 yılında Annon tarafından, cinsellik ve cinsel sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması amacı ile geliştirilmiştir ve 2006 yılında Davis ve Taylor tarafından revize edilmiştir (Taylor ve Davis; 2006) Bu model, farklı düzeyde eğitim almış hemşireler için müdahale ve değerlendirme için rehberler oluşturur.

PLISSIT Modeli, bireyin mevcut problemlerine yaklaşım için kavramsal bir şemadır. P-LI-SS-IT modeli bireyin her sorununa dört yaklaşım seviyesi sağlar. Bu model, cinselliği değerlendirme için bir yaklaşım tarzıdır ve açık uçlu soruları içerir. Model, birey ile işbirliğini sağlar, hastanın inançları, değer sistemi, kararlarını anlama ve saygı duyma kuralını destekler (Taylor ve Davis, 2006).

Girişimin aşamaları ilerledikçe, daha kapsamlı bilgi, eğitim ve beceri gerektirmektedir. Ex-PLISSIT ise, PLISSIT modelinin genişletilmiş bir modeli olup, primer bakımdan sorumlu hemşireler için hastaların cinsellik ve cinsel sağlık ihtiyaçlarını karşılamada bir çerçeve oluşturmaktadır (Taylor ve Davis, 2006).

PLISSIT modelinde bir aşamadan diğer aşamaya doğrusal geçilebilirken, Ex-PLISSIT modelinde izin verme aşaması, diğer aşamalarının merkezinde bulunmaktadır. Modelde sınırlı bilgi, spesifik öneriler ve yoğun tedavi aşamaları izin verme temeline dayanmaktadır (Taylor ve Davis, 2006).

Ex-PLISSIT modeli, hemşirelerin yalnızca hastalara cinsel sağlık ile ilgili kendilerini ifade etme fırsatı vermelerini değil; aynı zamanda hasta ile açık iletişim kurmalarını, etkileşimlerini tekrar incelemelerini ve böylece hastanın bireysel gereksinimlerinin karşılanmasını kapsamaktadır (Taylor ve Davis, 2006).

Modelin aşamaları incelendiğinde;

1. İzin Verme – **Permission**

Bireyin cinsel sağlık ihtiyaçlarını karşılamada ilk adım, değerlendirme sürecidir. Değerlendirme esnasında hemşire hastaya izin vermede sınırları belirlememişse, hastalar cinsellik ve cinsel sağlıklarıyla ilgili olarak ne anlatıp neyi anlatmamaları gerektiğine karar veremezler. Bu nedenle hemşire izin verme sınırlarını açık belirlemeli ve hastayı cesaretlendirmelidir (Taylor ve Davis, 2006).

Bu aşamada hemşirelerden, hastaların cinsellik ve cinsel sağlıkları ile ilgili sorunlarını ifade etmesine izin vermeleri ve hastaların duygularını anlamaya çalışarak uygun tedavi ortamı yaratmaları beklenmektedir. Hastaya yöneltilen sorular seçilirken dikkatli olunmalıdır. Örneğin; “Bu hastalığı olan insanların cinsel istek kaybı veya tatmin sorunları gibi cinsel güçlüklerle karşılaşması sık görülen bir durumdur. Hastalığınız sizin cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?” veya “Hastalığınızdan sonra cinsel ilişkiniz nasıl etkilendi? Bu konuda konuşmak ister misiniz?” Sağlık profesyoneli ile hasta arasında bir iletişim olmadan da, izin verme konusunda bazı fırsatlar vardır. Hasta bekleme odası ve ilan tahtası, yararlanılabilen hizmetleri açıklama ve gizlilik konusunda güven vermek için ideal yerlerdir (Dixon ve Dixon, 2006; McInnes, 2003).

Bireyin sağlık ekibi içinde ilk iletişim kurduğu kişi hemşire olduğu için, bu basamak genellikle hemşirenin sorumluluğu haline gelmiştir. Bu basamak duygu ve davranışların fark edildiğini bildirmektedir. Hasta birey ve eşinin, cinselliğe yönelik düşünce/endişelerini ve cinsel aktivitelerinin önemini ifade etmelerine izin vermeyi kapsamaktadır. Açık uçlu sorular ile hastanın endişelerini tartışmasına teşvik etmektedir. Hemşire ya da diğer sağlık çalışanları kendini rahatsız hissederse, bu duygularını istemeden hastalara da geçirebilmektedir. Hemşire yapıcı tartışma için hastalara açıklık ve izin hissini verebilmeli, onlarla önyargısız bir ilişki kurabilmelidir. Hemşire cinsellik konusunu açarak bireyi bu konularda konuşmaya ve soru sormaya teşvik etmektedir (Dixon ve Dixon, 2006; McInnes, 2003).

İzin verme yaklaşımının pek çok avantajı vardır. Bu aşama modelin anahtar elemanıdır. Diğer bölümlerin temelini oluşturur ve merkezi olarak kabul edilmelidir. Her bölümün uygulanmasına izin verme ile başlanmalıdır. Değerlendirme süreci hastanın sağlık gereksinimlerine hitap eden ilk adımdır. İzin verme, değerlendirme süreci boyunca hastaların kendileri ile ilgili konuşmaları, kendilerini ifade etmelerini sağlamak için fırsat sağlamaktadır (Taylor ve Davis; 2006). Her yerde uygulanabilmekte ve az zaman almakta ve çok hazırlık gerektirmemektedir. Ayrıca PLISSIT modelindeki yaklaşımın her seviyesi ile birlikte kullanılabilir. Sağlık profesyonelleri kendi kültürü ve başka kültürler içindeki cinsel davranışlar hakkında ne kadar bilgi sahibi olurlarsa, modelin bu basamağını uygulamada o kadar rahat hissederler. İzin verme bireyin endişesini çözmede yeterli olmazsa ikinci basamağa geçilmelidir (Katz, 2005c; Taylor ve Davis, 2006).

2. Sınırlı Bilgi- Limited Information

PLISSIT ve Ex-PLISSIT modellerinde sınırlı bilgi aşamasında, bilgi kaynağı olarak hemşirelerin önemli rolü bulunmaktadır. Hastalığın cinsellik üzerine etkisi, tedavinin cinsel fonksiyonları nasıl etkileyebileceği konusunda bilgi verilen bu bölümde, cinsel sağlık konusunda hastaların tedavileri ile ilgili bilgilendirilmelerinin, hemşirelik girişimleri arasında önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmaktadır (Taylor ve Davis, 2006). Bu aşamada hemşireler yanlış bilgileri açığa çıkarma ve mitleri ortadan kaldırma konusunda bilgi kaynağı olmalıdır. Bu amaçla, hastalara konu ile ilgili broşür, kitapçıklar ve özel internet sitelerinin adresi verilebilir.

Bu basamaktaki hemşirelik girişimleri, hastanın bilgisini artırmayı amaçlamaktadır. Bu seviyede, normal cinsel işlev bileşenlerini hasta ile birlikte gözden geçirme, hastalığın ve uygulanan tedavilerin, cinsellik üzerindeki etkisi, tedavinin cinsel işlev üzerindeki etkileri ve bu etkilere yönelik bilgi vermeyi içermektedir. Uygun şekilde verilen bilgi ile hemşire, hastanın ameliyat sonrası cinsel fonksiyonu ile ilgili endişeleri daha iyi baş etmesine yardım edebilmektedir (Dixon ve Dixon, 2006; McIlInnes, 2003).

Sınırlı bilgi genellikle izin verme ile aynı zamanda verilebilmektedir. Ancak tedavinin ilerleyen her seviyesi daha fazla zaman, bilgi, tecrübe ve beceri gerektireceğinden her seviye ayrı tartışılmaktadır. Sağlık profesyonellerinin cinsel sorunları ele almada sınırlı bilgi basamağını kullanma isteklilikleri, cinsel alandaki bilgi seviyelerine bağlıdır. İzin vermede olduğu gibi sağlık profesyonellerinin bu aşamada rahat hissetmeleri bilgi seviyeleri, teorik yönelimleri ve değer yargıları ile belirlenmektedir. Eğer sınırlı bilgi vermek yeterli değilse iki seçenek mevcuttur. Birey başka bir yere sevk edebilir veya uygun mekan, bilgi, beceri ve tecrübe ile modelin üçüncü aşamasına geçilmelidir.

3. Özel öneriler-Spesifik Suggestion

Bireye özgü sorunun giderilmesinde, bir problem çözme yönteminin kullanılmasını gerektiren bölümde yalnızca cinsel davranışlar üzerine odaklanmak yerine, cinsel sağlığın tüm yönlerinin ele alınması gerekmektedir. Özel öneriler, bireysel gereksinimlere göre farklılık göstermelidir (Taylor ve Davis, 2006). Hemşireler bireye özel öneriler vermeden önce ilgili özel bilgiyi edinmelidir. Bireyler hakkındaki gerekli bilgiyi ve şartlarını öğrenmeden özel önerilerde bulunmak uygun olmayacaktır. Özel öneriler hedeflenen amaca ulaşmak için bireylerin davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olmaya yönelik doğrudan

çalabaldır. Modelin önceki seviyelerinde olduğu gibi özel tavsiyeler de koruyucu tedbir olarak da kullanılabilmektedir .

Bu basamak, cinsel yaşamın daha doyum verici olması için, bireye / eşe önerilen özel önerileri ve bilgileri içermektedir. Özellikle uyarılma, ereksiyon, ejakülasyon, orgazm ve ağrılı ilişki ile ilgili sorunlar için etkilidir. Verilen özel öneriler cinsel sorun hikayesinden elde edilen bilgiye bağlıdır. Özel öneriler ve bilgi cinsel iyileşmeyi kolaylaştırmakta, başarısızlık korkusunu azaltmakta ve cinsel performansla ilgili gerçek dışı beklentileri ortadan kaldırmaktadır. Bu aşamada hastanın sorununa özel çözücü yaklaşım gösterilmelidir. Bu duruma romatizma ağrılarında farklı cinsel pozisyonların denenmesi ve cinsel aktivite öncesinde analjezik alınmasının önerilmesi örnek olarak verilebilir. Tartışma sırasında hemşire, bireyin değişen beden imajının ve cinsel fonksiyonunun cinselliğe zarar vermediğini anlamasını sağlamalıdır (Dixon ve Dixon, 2006; McInnes, 2003). Cinsel sorunların çoğu bu yaklaşımla başarı ile tedavi edilebilmektedir. Bu yaklaşımla çözülemeyen bazı problemler son basamağa kalacaktır. Bu noktada birey uygun yere sevk edebilmektedir.

4. Yoğun Bakım–Intensive Therapy

Bu aşama hem PLISSIT hem de ex-PLISSIT modelinin en son aşamasıdır. Bu aşamada primer hemşirenin hastaya yoğun tedavi verebilmesi ve gerektiğinde bireye uygun birime sevk edebilmesi için uzman olması gerekmektedir.

Sonuç olarak PLISSIT, Ex-PLISSIT modeli hemşirelere ve diğer sağlık profesyonellerine, kendilerini rahat hissedebilecekleri ve hastaların ihtiyaçlarını güvenle tespit edip, karşılayabilecekleri bir çerçeve sağlamaktadır (Davis, 2007; Taylor ve Davis 2006).

- **BETTER Modeli**

BETTER modeli, sağlık çalışanlarının kanserli hastaların bakımına cinselliği dahil etmelerine yardımcı olmak amacı ile Mick ve ark.(2003) tarafından geliştirilmiştir (Mick ve ark., 2003). Modelin kullanımında temel olan nokta iyi iletişim becerilerine sahip olmaktır.

BETTER modelin hemşire tarafından etkin biçimde kullanılmasında öncelikle hemşirenin;

- Cinselliği ayrıntılı tanımlaması gerekir.
- Cinsellik konusunu gündeme getirmeli ve doğru bilgiler vermelidir.
- Kanser tanısı alan hasta ile cinselliği ne zaman tartışacağını bilmelidir.
- Hastanın tedavisi konuşulduğunda cinselliğe etkileri tartışılmalıdır.

- Hasta sağlık kontrolleri için geldiğinde cinsellikle ilgili sorular sormalıdır.

Modelin aşamaları incelendiğinde (Katz, 2005c; Mick ve ark., 2003);

Ana konuyu gündeme getirme- **Bring up the topic:** “Siz taburcu olmadan önce histerektomi operasyonu sonrası cinselliğinize ilişkin sorularınızı ve kaygılarınızı paylaşmanızı istiyorum” denilebilir.

1. Açıklama-**Explain:** Cinselliğin kaliteli yaşamın bir parçası olduğu ve hastaların bu konuyu sağlık çalışanları ile konuşabilecekleri açıklanmalıdır. Örneğin, "birçok kadın cinsellikle ilgili sorunlarının paylaşımında utanma duygusu yaşayabilmektedir. Biz hemşireler olarak bu konuları rahatlıkla konuşabilmeniz için buradayız. nk bu sizin yaşamınız için çok önemli bir durum" denilebilir.

2. Söyleme-**Telling:**Hastalara endişelerini gidermeye yönelik kaynakların bulunabileceği söylenmelidir. Örneğin, “bende histerektomiye ilişkin ilginizi çekecek kitapların bir listesi var ve onlar sizin için yararlı olabilir”.

3. Zamanlama- **Timing:** Hasta ile birlikte cinsellikleri ile ilgili en ideal görüşme zamanı belirlenmelidir. şu anda ve istedikleri herhangi bir zamanda bilgi talep edebilecekleri açıklanmalıdır. Örneğin, “Bu akşam ziyaretileriniz ayrıldıktan sonra bu konuda konuşabiliriz. Taburcu olduktan sonra da herhangi bir zamanda beni arayabilirsiniz. Doktorunuzda sizin sorularınıza cevap vermek isteyecektir”.

4. Eğitim - **Education:** Tedavinin cinsellik ile ilgili yan etkilerine dair eğitim verilmelidir. Örneğin, "birçok kadın tedavi öncesindeki cinsel yaşamları ile cerrahi sonrası cinsel yaşamlarında farklılık hissedebilir. Normalde rahminiz orgazmı yaşamanızda etkili olan organdır. Ancak sizin rahminiz alınacağından orgasm duygusunda da farklılıklar yaşayabilirsiniz" denilebilir.

5. Kayıt - **Recording:** Hastanın dosyasına histerektomi sonrası cinsellik konusunun tartışıldığına dair kayıt tutulmalıdır. Örneğin, “planlanan cerrahi müdahale ile ilgili potansiyel yan etkiler hasta ile tartışıldı. Hastaya okuması için materyaller verildi, iletişime geçebileceği ilgili kuruluşlar hakkında bilgi verilir.

- **ALARM Modeli**

Bu model Andersan ve Lamb tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. ALARM modeli Kaplan (1979) yılında ortaya koyduğu cinsel yanıt modelinin genişletilmiş halidir. Cinsel işlevsellikle ilgili sorunları kısa sürede saptamada kullanışlı bir modeldir (Mick, 2007). Bu

model kanserden etkilenen insanların cinsellikle ilgili konulardaki iletişimini ve cinsel aktivitelerinin değerlendirilmesini içerir. Modelde;

- Cinsel aktivite türü ve düzeyine, uyarılmaya ilişkin duygulara, vajinal lubrikasyonun niteliği ve niceliğine, orgazma ulaşabilme yeteneğine ve orgazmı izleyen çözülmeye,

- Güncel tedavilere, önerilere, tamamlayıcı tedavilere (bitkiler ve vitaminler) yer verilmektedir.

Model cinselliğin fiziksel ve davranışsal yönleri üzerine odaklandığı için cinsel yaşamın diğer alanlarını (beden imajı, ilişkiler ve yakınlık) gözden kaçırmamak önemlidir. Modelde her bir aşamaya aşağıdaki sorular örnek verilebilir (Hordern, 2008):

1. Cinsel aktivitenin türü ve düzeyi (öpüşme, mastürbasyon ve cinsel aktivitenin sıklığı) - Aktivite: Son 6 ayda mastürbasyon yaptınız mı?, Yaptıysanız ne sıklıkta yaptınız? (haftalık- aylık), Cinsel ilişkide bulunuyor musunuz?, Cinsel partneriniz kadın mı erkek mi?, Hastalık belirti ve bulguları görülmeden önce ne sıklıkta cinsel ilişki yaşıyordunuz? (haftalık- aylık), Cinsel ilişki dışında (öpüşme-sarıma) aktiviteleri günlük ne sıklıkta yapıyordunuz?

2. İstek- Libido: Sekse ilgi duyuyor musunuz? Eşinizin cinsel ilgi düzeyini sizin ki ile benzer, daha az, daha fazla olarak ifade eder misiniz?, Hastalığınız ortaya çıkmadan önce cinselliğe olan ilginizde bir değişme oldu mu?, Mevcut düzenli ilişki varlığında cinsel aktiviteyi başlatan kim olur?, Aylık ya da haftalık cinsel ilişki sıklığınızı belirtiniz, Bu ilişki sıklığından daha sık ya da daha az cinsel ilişkide bulunmak ister miydiniz?

3. Orgasm olabilme yeteneği-Arousal

Erkek: Cinsel aktivite sırasında uyarılmanızı tedavi öncesinde olduğu gibi aynı düzeyde mi hissediyor sunuz?, Orgazm oluyor musunuz?, Eşiniz ya da tek başına cinsel aktivite sırasında ereksiyon sorunu yaşıyor musunuz?, Emosyonel uyarılma hissediyor musunuz?, Erektile zorluk yaşıyorsanız, bu sorun nasıl başladı?, Ne kadar sıklıkla meydana gelir?, Belirli özel durumlarda (örneğin, yalnızca eşinizle birlikte iken) mi oluyor? , Tek başına ya da partner ile cinsel aktivite sırasında boşalma (erken veya geç ejakülasyon) ile ilgili herhangi bir zorluk var mı?, Erken veya gecikmiş boşalma yaşıyorsanız ilişkiye başladıktan ne kadar süre sonra boşalma yaşıyorsunuz?

Kadın: Cinsel aktiviteye başladığınızda vajinanızın ıslandığını hissediyor musunuz?, Postmenopozal dönemde iseniz cinsel aktivite sırasında herhangi bir değişiklik hissettiniz

mi?, HRT aldınız mı?, Uyarılma problemi yaşadığınız ilişki sırasında ağrı da hissettiniz mi? Cinsel aktivite sırasında orgazma ulaşabildiniz mi? Orgazm yaşamadıysanız bundan rahatsızlık duydunuz mu?

4. Çözülme ve gevşeme yeteneği- **Resolution** : Cinsel aktivite sonrasında kendinizi nasıl hissediyorsunuz?, Cinsel ilişki sonrası kendinizi gevşemiş hissediyor musunuz?, Skala üzerinde cinsel yaşamınıza puan veriniz? (1; bundan kötüsü olamaz, 10, bundan iyisi olamaz), Cinsel aktivite sonrası ağrı ve rahatsızlık hissediyor musunuz?

5. Şimdi, geçmişte sürece eşlik eden tıbbi bilgiler- **Medical information**: Şu anda ilaç tedavisi alıyor musunuz? (Diyabet ya da hipertansiyon), Kanser tanısı konulmadan önce aldığınız medikal tedavi var mı?, Uyuşturucu, madde kullanımı var mı? Cinsel aktivite veya yanıtları etkileyen alkol ya da reçetesiz ilaçlar tüketiyor musunuz?

- **ALLOW MODELİ**

Hastanın cinsellikle ilgili kaygılarını değerlendirmesinde, cinsel öykünün alınmasında ve tedavi sürecinin planlanmasında kullanılan bir diğer model ise ALLOW modelidir (Hatzichristou, 2004).

1. Sor -Ask : Hastaya cinsel fonksiyonları ve cinsel aktivitesi ile ilgili sorular sorulur.

2. Onayla-Legitimize: Disfonksiyonun klinik bir sorun olduğunun kabul edilmesi aşamasıdır. Buna karşılık hasta var olan problemini gözardı ediyorsa bu hastanın yardım için gecikmesine neden olabilir.

3. Sınırları belirleme-Limitations: Cinsel disfonksiyonun değerlendirilmesi ve sınırlarının belirlenmesini içine alır. Hastanın cinsellikle ilgili konularda klinisyen ile tartışmak ya rahatsızlık vericidir ya da bilgi yetersizliği olduğu için farkına varılmayan bir durumu da işaret edebilir. Bu ilk 3 aşamada yapılan değerlendirmelerle bir sonraki basamağa geçilir.

4. Açmak- Open up: Varolan ya da potansiyel problemle ilgili tartışmalar açılır. Hastanın değerlendirilmesinde bu aşamada meslektaş tavsiyesi alınabilir ya da hasta farklı birimlere yönlendirilebilir.

5. Birlikte Çalışma-Work together: Son aşamada hasta ile birlikte tedavi planının belirlenmesi ve uygun hedef / amaçların oluşturulması aşamasıdır.

Cinselliğin Değerlendirilmesinde Yaşanan Engeller

Çok yönlü değerlendirilmesi gereken cinsellik, bireyin yaşantısında meydana gelen değişimlerden kolaylıkla etkilenmekte, cinsel yaşamda meydana gelen değişimler de bireyi fizyolojik, biyolojik, sosyolojik ve psikolojik olarak etkilemektedir (Guthrie, 1999; Yiğit, 2007). Cinsellik, bireyin yaşantısını çok yönlü etkilemesine rağmen, hastaya verilen bakım sırasında sıklıkla gözardı edilmektedir (Denat ve Demir, 2008; Gutrie, 1999; Magnan ve ark., 2005; Magnan ve Reynold, 2008). Oysaki kaliteli bir hemşirelik bakımının temelini, bireyin tüm yönlerini kapsayan kapsamlı değerlendirme oluşturmaktadır. Hemşirelik süreci kapsamında veri toplamanın önemi sıklıkla vurgulanmasına rağmen üzerinde pek fazla durulmayan ya da üzerinde durmaktan kaçınılan bir konu da cinselliğe yönelik veri toplama sürecidir (Aygın ve Aslan, 2005; Denat ve Demir, 2008; Güvel ve ark., 2005). Bireye sunulan bakımda öncelikle hastalık prognozu veya tedavisine ilişkin eğitimler ve gerekli açıklamalar yapılarak genellikle primer semptomların giderilmesine odaklanılmaktadır. Halbuki, cinsel yaşamın yaşam kalitesini arttırıcı bir etken olduğu göz önünde bulundurulduğunda, hastaların sistematik değerlendirilmesinde cinselliğin ele alınması oldukça önemlidir (Aygın ve Aslan, 2005; Denat ve Demir, 2008; Güvel ve ark., 2005; McKelvey ve ark., 1999).

Sağlık, hastalık ve tedavi sürecinin her aşamasında bireylerle daha fazla birlikte olan hemşirelere özellikle bu konuda önemli sorumluluklar düşmektedir. Literatürde cinselliğin hem pratik hem de eğitim için öncelikli bir alan olması gerektiği ve hemşirelerin cinselliği değerlendirmede anahtar bir role sahip olduğu belirtilmektedir (Denat ve Demir, 2008; Zeng ve ark., 2010). Bu nedenle cinselliğin değerlendirilmesinde doğru ve verimli veri toplama, hemşireye cinsel sağlığın hastalık sürecinden etkilenme oranının değerlendirilmesinde, kapsamlı bakımın sağlanmasında, cinsel problemlerin ve kaygıların tanınmasında yardımcı olacaktır.

Cinselliğin değerlendirilmesi rutin sağlık değerlendirilmenin bir bölümü olduğu tüm sağlık meslek örgütleri tarafından benimsenmesine rağmen sağlık profesyonelinin pek çok nedenlerle hastaların cinselliğini görüşmede zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (Verschuren ve ark., 2010). Yaşanan engeller nedeniyle de cinselliğin değerlendirilmesi ihmal edilmektedir (Duldt ve Pokorny, 1999).

Yapılan bir çalışmada, kadınların % 49'unun, erkeklerin % 39'unun cinsellikle ilgili yardım almak istediklerini buna rağmen kadınların % 6'sının, erkeklerin % 4'ünün yardım

aldıkları belirlenmiştir (Dunn ve ark.,1998). Laumann ve ark. (2005), kadınların % 20'sinin, erkeklerin % 10'unun cinsellikle ilgili yardım istediklerini saptamışlardır. Ülkemizde hastaların, taburculuk öncesi cinsel ilişki ile ilgili bilgi talep ettikleri, buna rağmen kendilerine bu konuda bilgi verilmediği belirlenmiştir (Akıncı ve Yıldız, 2010; Yıldız ve Pınar, 2004a). Bireylerin yardım isteyememe ve yardım alamama nedenleri arasında pek çok engeller bulunmaktadır. Bu engeller şöyle sıralanmaktadır:

Hemşireye Ait Önyargı : Ülkemizde, sistematik olarak ne hemşirelik eğitiminde, ne tıp eğitiminde, ne uzmanlık eğitimlerinde, ne de hizmet içi eğitim programlarında cinsellik kavramı, cinsellik ile ilgili etik değerler ya da benzeri kavramsal konulara ayrıntılı olarak yer verilmemektedir (Yiğit, 2007). Sağlık çalışanlarının cinselliğe bakış açıları, bu nedenle toplumun genel değer yargılarının etkisi altında kalmakta ve cinsellik onlar için bir tabu olmaktan öteye geçmemektedir (Kingsberg ve Kellogg-Spadt, 2010; Yiğit, 2007). Cinselliğin bir tabu olarak algılanması nedeniyle cinsellikle ilgili konularda konuşmanın rahatsızlık hissi yaratması, utanma duygusu, iletişimi başlatmada kendine olan güvensizlik, hemşire ve birey arasında engel olmaktadır. Hemşirelerin cinsellik ve cinsel davranışa ilişkin kişisel bakış açısı, kurumsal ya da hasta kaynaklı faktörlere göre cinsellikle ilgili konularda iletişimi kısıtlayan en önemli etken olarak gösterilmektedir (Haboubi, 2003; Magnan, 2006).

Bilgi Eksikliği: Cinselliğin değerlendirilmesi, ayırıcı tanı ve tedavileri istenilen düzeyde değildir ve hemşirelerin yaptıkları hasta görüşmelerinde cinselliği değerlendirme alışkanlıkları bulunmamaktadır (Magnan, 2005). Araştırmalar, hemşirelerin hastanın cinselliğe ilişkin kaygılarını azaltmaya yönelik kurulacak iletişimi başlatmanın hemşirenin görevi olduğuna inandıklarını ancak insan cinselliğinin değerlendirilmesine yönelik aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını ortaya koymaktadır (Magnan 2006, Haboubi 2003). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin tamamına yakını cinsellikle ilgili eğitim almadıklarını, eğitim alanların ise yarısının konuyla ilgili bilgilerini yeterli bulmadıkları belirlenmiştir (Pınar, 2010). Yurt dışında yapılan bir çalışmada, hemşirelerin sadece % 61'inin cinsel sağlık eğitimi aldıkları belirlenmiştir (McFadyen, 2004). Yapılan başka bir çalışmada cinsellikle ilgili eğitim alan hemşirelerin hasta cinselliğinin değerlendirilmesinde kendilerini daha rahat hissettikleri ve hastanın cinselliğine ilişkin kaygıların azaltılmasında etkili danışmanlık verdikleri belirlenmiştir (Saunamaki, 2010). Farklı araştırmalar da hemşirelerin cinsel eğitim düzeyindeki artış ile cinsellikle ilgili konularda konuşurken kendini rahat hissetme, tartışma

sırasında aktif olma ve hasta cinselliğini değerlendirmede daha pozitif davranışlar gösterme arasında önemli bir ilişki saptanmıştır (Jaarsma ve ark. 2010, Saunamaki ve ark., 2010).

Yanlış Beklenti ve İnançlar: Cinselliğin değerlendirilememesi nedenlerinden biri, bireylerin yanlış beklenti ve inançlarıdır. Örneğin “iki tarafın birlikte orgazm olması gerektiği” yanlış inancı nedeniyle kendisinde orgazm ya da erken boşalma sorunu yaşadıklarını düşünen çiftler bulunmaktadır. Böyle durumlarda sağlık profesyonelinin de başvuran kişinin kaygılarına katıldığı, sorunu bir cinsel işlev bozukluğu gibi değerlendirdiği ve sonuç olarak birçok gereksiz hatta zararlı olabilecek tetkik ya da tedaviye yönlendikleri belirlenmiştir (Yiğit, 2007). Hemşirelerin yanlış beklenti ve inançlarından bir diğeri bakım verdiklere bireye cinsel konularda soru sorduklarında, bireyin rahatsız olacağı ve anksiyete seviyesinin artacağı düşüncesidir (Magnan, 2005). Jaarsma ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada, hemşireler hastalarının rahatsızlık (% 67), utanma (% 72) ve anksiyete (% 68) yaşayacağını düşündükleri için iletişimi başlatamadıklarını ifade etmişlerdir.

Kültür, Din, Etnik Köken, Alt Kültüre Bağlı Olarak Geliştirilen Tutum ve İnançlar:

Dünyanın pek çok bölgesinde gerek geleneklerden, gerekse kültürel etkenlerden kaynaklanan çeşitli tutum, inanç ve alışkanlıklar, zaman zaman sağlık çalışanlarının uygulamalarının önünde bir engel oluşturabilmektedir (Magnan, 2005). İlk gece kanlı çarşafın gösterilmesi zorunluluğundan, masturbasyonun günah sayılmasına, karşı cinsten bir sağlık personeline cinsel sorunları anlatmanın güçlüğünden, cinsel yaşamın tabu sayılmasına kadar geniş bir yelpazede ele alınabilecek çok sayıda etmen, bu alanda sağlık çalışanı-hasta ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Yiğit, 2007).

Terminoloji İle İlgili Sorunlar: Cinselliği değerlendiren kişi ile bakım verdiği bireyle ortak bir dil geliştirmesi çok önemlidir. Çünkü genel ve soyut ifadelerle yapılan bir görüşmede cinselliğin anlaşılabilmesi çok zordur (Yiğit, 2007; Magnan, 2005).

Zaman Eksikliği: Hemşirelerin araştırma kapsamına alındığı dört farklı çalışmada katılımcıların hasta ile cinsel konularda iletişimlerinin önünde gördükleri en büyük engel, tartışma için zaman ayıramama olarak gösterilmiştir (Byrne, 2010; Magnan, 2006; Pınar, 2010, Zeng ve ark., 2011). Öğrenci hemşirelerin katıldığı bir çalışmada, öğrencilerin hastaları ile cinsellikle ilgili konularda konuşmalarının önünde gördükleri engelleri sıralamaları istenmiş, 341 öğrencinin % 67,9'u hasta ile bu konuları konuşmak için zaman bulamadığını ifade etmiştir (Magnan ve ark., 2008).

Cinselliği Değerlendirmeye Yönelik Klinikte Kullanılacak Rehberlerin Yetersiz Olması: Hemşire öykü formlarında cinselliğin yer almaması, hastalardan toplanılan verilerin eksik olması ve güvenilir olmaması sonucu cinselliğin bakım planları içine dahil edilememesi önemli bir problem olarak görülmektedir (Haboubi, 2003; Magnan, 2006). İngiltere'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin % 98'i hastaların cinselliğini değerlendirmek ve cinsel öyküsünü almak üzere rehberlik oluşturacak dökümanların kullanımının hastaya verilen bakımın kalitesini artıracacağı yönünde görüş bildirmişlerdir (Jolley, 2002).

Cinselliğe İlişkin Tartışmanın Başlatılmasında Hastaya Güvenme: Hemşirelerin hastalarının kendilerinden cinsellikle ilgili konularda konuşmak gibi bir beklentilerinin olmadığına dair düşünceleri de iletişim sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Başka bir çalışmada hemşirelerin % 78,3' ü, öğrenci hemşirelerin % 66,4'ü hastalarının kendilerinden cinsellikle ilgili konularda konuşmak gibi beklentisinin olmadığını düşünmektedir (Magnan ve Norris, 2008).

Sağlık, hastalık ve tedavi sürecinin her aşamasında bireylerle daha fazla birlikte olan hemşirelerin konuyu ele almada yaşadıkları diğer engeller şöyle sıralanmaktadır (Aygün ve Aslan, 2005; Akıncı ve ark., 2010; Blagbrough, 2010; Guthrie, 1999; Doherty ve ark., 2010; Güvel ve ark., 2007; Magnan ve ark., 2005; Magnan ve Norris, 2008; McKelvey, 1999; Verschuren ve ark., 2010; Yıldız, 2002; Yıldız ve Pınar, 2004a; Zeng ve ark., 2010):

- Cinsellik konusunda kişisel sıkıntı yaşamaları,
- Cinselliğin hassas ve karışık olması ve bu nedenle fark edilememesi,
- Cinsellikle ilgili kişisel tutum ve inanışlarının sıklıkla hastanın ki ile uyuşmaması
- Deneyim ve zaman gerektirmesi,
- Hastanede kalma süresinin çok az olması,
- Hasta /hemşire ilişkisinin sınırlı olması,
- Hemşirelerin cinsellikle ilgili minimum düzeyde eğitim almaları
- Bilgi eksikliğine bağlı benlik saygısında azalma,
- Cinselliği değerlendirmenin doktorların görevi olarak görmeleri,
- Hemşirelerin kişilik özellikleri (utangaç, çekingen vb.),
- Kişinin gizliliğiyle ilgili konulara girilmesine karşı gösterilen doğal isteksizlik,
- Fiziksel ortamın mahremiyeti sağlayamaması,
- Bu konudaki çalışmaların ve araçların yetersizliğidir.

Cinselliği Değerlendirme Süreci

Hemşirelerin sağlıklı ya da hasta bireylere etkili bir bakım verebilmeleri için hemşirelik süreci doğrultusunda çalışmaları başarıya ulaşımlarında anahtar rol oynayacaktır (Taylor ve ark, 2001). Hemşirelik bakımı durumun belirlenmesi, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarını içerir (Biol, 2008)

- Durumun Belirlenmesi

Yukarıda bahsedilen beceri alanlarını ve stratejileri benimseyen hemşirenin bir sonraki adımı bireyin/ailenin bakım gereksinimlerini saptamak için, durumun ön değerlendirilmesinin yapılması gerekir (Biol, 2008; Fogel ve Woods, 2008). Bireyin durumunun belirlenmesi veri toplama ve verileri doğrulama aşamalarından oluşur. Veri toplama sağlıklı/hasta, birey/aile ile ilk karşılaştığı andan itibaren başlar ve aralıksız devam eder. Hemşirelik bakımının tüm aşamalarına temel olabilmesi için, verilerin doğru ve eksiksiz toplanması çok önemlidir.

Cinselliğin başarılı bir şekilde değerlendirilmesi, fiziksel, psikolojik ve sosyo-kültürel bütünlük içinde bireyden veri toplanmasıdır. Veriler çeşitli kaynaklardan toplanır. En iyi bilgi kaynağı bireyin kendisidir. Sağlıklı/hasta birey hakkında veriler görüşme, dinleme, gözlem, hemşirelik öyküsü, fiziksel değerlendirme gibi çeşitli yöntemlerle toplanır. Veri toplama aşamaları aşağıdadır (Biol, 2008).

a. Görüşme

Sağlıklı/hasta bireyden bilgi almak amacıyla yapılan görüşmenin başarılı olabilmesi için ilk olarak veri toplamadan önce görüşme ortamı sağlamalıdır. Bireyin sorunlarının, gereksinimlerinin rahatça ifade edebileceği sıcak, özel ve duyarlı bir ortam sağlanması gereklidir (Nusbaum ve Rosenfeld, 2004; Peck, 2001; Yaniv, 2000). İnsanların cinsel konuları tartışmaya gönülsüz olmasındaki bir neden, bu konuşmanın diğerleri tarafından duyulacağı veya açıklanacağı korkusudur. Hastane ortamında gizlilik şartlarının sağlandığından emin olmak için görüşme, oda arkadaşları dahil diğer bireylerin bulunmadığı ve kimsenin görüşmeyi duyamayacağı bir ortamda yürütülmelidir. Görüşmeye, aile bireylerinin veya cinsel partnerlerin olmadığı zamanda başlamak uygundur. Bireyin izni ile daha sonraki görüşmelerde veya eğitim aşamalarında aile üyeleri veya eş de davet edilebilir (Fuller ve Schaller, 2000).

Bu aşamada gizliliğin korunması da önemli bir etkidir. Bireyin gizliliğin korunduğu bir çevrede sakin ve yansız konuşma, göz teması kurma ve beden dilini kullanma önemli

ögelerdendir. Bununla birlikte, öncelikle birey bu değerlendirmeye niçin gereksinim duyduğunu da merak eder. Bu nedenle, bu bilgilerin bireyin bakımı için gerekli olduğu, bakımı planlamada ve onlara yardım etmede yararlı olacağı hemşire tarafından açıklanmalıdır (Denat ve Demir,2008; Nusbaum ve Rosenfeld, 2004; Peck, 2001).

Ayrıca hastanın içinde bulunduğu durumun dikkatle ele alınması gerekir. Cinselliği değerlendirmeye yönelik veri toplamanın, her yaşta farklı olduğu ve hastanın gelişimsel düzeyi ile karşılıklı bir ilişki içinde olduğu unutulmamalıdır. Örneğin; ergenlerde erken cinsel deneyim ve bedenlerindeki değişimlere ilişkin kaygı taşırlar. Evli bireyler ise kendi cinselliklerine ve çocuklarının cinselliğine ilişkin kaygı duyarlar. Bu nedenle cinsellik ve üremeye ilişkin veri toplamada sorulacak sorular her birey için bireysel ve özenle seçilmiş olmalıdır (Nusbaum ve Rosenfeld, 2004; Taylor ve ark., 2001)

Başlangıçta bireye/hastaya kolayca yanıtlayabileceği sorular sorulmalıdır (Biol, 2008; Peck, 2001). Cinsellikle ilgili veri toplarken öncelikle koruyucu genel sorulara yer vermelidir (Fuller ve Schaller, 2000; Peck, 2001). Bireyler genellikle bedensel içerikli ve koruyucu sağlık uygulamaları gibi genel üreme konularına yönelik soruları yanıtlamakta zorluk yaşamazlar. Aynı zamanda cinselliği değerlendirirken açık uçlu sorularla başlamak en iyi yaklaşımdır (Fuller ve Schaller, 2000; Peck, 2001; Taylor ve ark., 2001). Açık uçlu sorular, yönlendirici olmayan, konuşmanın devam etmesine olanak sağlayan soru tipidir. Daha fazla bilgi almayı sağlar, konuşanın keşif yapmasına yarar, dinleyen dikkatle dinlediğini gösterir. Nasıl, ne, hangi gibi soru kelimeleriyle başlayan sorular, bu soru tipine örnek olabilir. İletişimde soru sorarken yargılayıcı ve hesap sorucu bir izlenim bıraktığı için “neden, niçin, niye” gibi soru sözcüklerinden kaçınarak “ne” ve “nasıl” soru sözcükleri kullanılarak açık uçlu sorular sorulmasına özen gösterilmelidir (Peck, 2001; Taylor ve ark., 2001).

Örneğin, “ilk adet kanamanız ne zaman başladı?”, “Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz?”, “Prostat muayenesi yaptırdınız mı?” gibi. Önceliğin bu konulara verilmesi, konuya giriş sağlarken hem bireyi hem de hemşireyi rahatlatacaktır (Taylor ve ark., 2001). Bireyin gereksinimlerini öğrenme konusunda “Cinsellik veya üremeye ilgili herhangi bir sorunuz bulunuyor mu?”, “İnsanlar bazen hastalığın cinselliğini etkileyip etkilemeyeceğine ilişkin endişe yaşarlar, siz bu konuda ne düşünüyor sunuz?” gibi sorular tercih edilebilir.

Değerlendirmeye daha sonra “Hastalığınız nedeniyle cinsel yaşamınızla ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?”, gibi duygularını ifade etmesine olanak veren soru ile devam edilmelidir (Fogel ve Woods, 2008). Ayrıca hemşire, cinsellik ve cinsiyetle ilgili rollere ilişkin hisleri ve inanışları sorgularken, “Hastalığınız nedeniyle eş, sevgili ya da annelik/babalık rolünüzün ne şekilde değiştireceğinizi düşünüyor sunuz?” gibi sorular seçebilir. Hastaneye yatma ve hastalık gibi olayların neden olduğu sorunları tanılamaya yönelik ise “Bir kadın olarak bu cerrahi müdahale size ne ifade ediyor?”, “Hastaneden çıktıktan sonra bu hastalığın/ameliyatın cinselliğinizi ne şekilde değiştireceğini düşünüyorsunuz?”, “Hastanede olmak kadınlık/erkeklikle ilgili rollerinizde nasıl bir değişim yarattı?” gibi sorular sorulabilir. Cinsel yaşam ile herhangi bir sorunun olup olmadığını sorgulamaya yönelik “Cinsel performansınızı nasıl buluyorsunuz?”, “Hastalığınız süresince cinsel performansınızda bir değişim yaşadınız mı?” gibi sorular sorulabilir. İlaç kullanımıyla ilgili “Bu ilaçları alan bazı insanların cinsel fonksiyonlarında bazı değişiklikler olur. Bu konuyla ilgili benden açıklamamı istediğiniz bir durum var mı?” gibi sorular seçilebilir (Fuller ve Schaller, 2000).

b. Dinleme

Cinselliğin değerlendiren hemşirenin sahip olması gereken en önemli özelliklerden biri de etkili dinleme ve etkili tepki verme becerisinin olmasıdır (Denat ve Demir, 2008; Fuller ve Schaller, 2000; Taylor ve ark., 2001). Etkili dinleme ve etkili tepki verme becerileri, uygun soru sorma, özetleme yapma, başka sözcüklerle tekrarlama, anahtar sözcüklerle tepki verme, karşısındakinin davranışını, sözlerini ve duygularını tanımlama, uygun biçimde yansıtma, anlayıp anlamadığını sınama ve etkili geribildirim verme gibi becerileri gerektirmektedir. Dinlemek çok kolay görünmektedir fakat iletişimdeki anlaşmazlıkların çoğunun nedenini dinleyememek oluşturmaktadır. Dinlemek sadece duymak değil, söylenenlerin altında yatan mesajları anlamaktır. İyi bir dinlemenin koşulları, karşısındakinin sözünü kesmeden, müdahale etmeden sessizce dinlemek, anlatılmak istenenin ne olduğunu anlamaya ve anlatılanın altında yatan duyguyu anlamaya çalışmak, değiştirmeye kalkmadan, yargılamadan yani koşulsuz kabulle dürüst olarak dinlemektir (Devito, 2004).

Ayrıca etkili sözlü tepki vermek de etkili iletişim becerilerindedir. Ben dilinin kullanılması etkili sözlü tepki vermede son derece önemlidir. Ben dili, olaydan kişinin nasıl etkilendiğini anlatmaya dayalı bir sözel tepki yoludur. Bu yol duyguların ortaya konmasını

sağlar ve iletişimi zedelemeyiz. Ben diline karşılık yaygın olarak kullanılan sen dili, olumsuz yargılayan, kişide kendini savunma gereksinimi hissettiren iletilerdir. Davranıştan çok kişiliğe yöneliktir. Ben iletileri, sen iletilerinin içerdiği olumsuzlukları içermez. Suçlayıcı değildir ve kişiye kendini savunma gereksinimi hissettirmez. Ayrıca ben mesajı alan kişi başkalarını düşünmeyi de öğrenir. Bu iletiler, özellikle olumsuz duyguların yaşandığı durumlarda, olumsuz duyguların yaşandığı kişiye önce davranış ya da durum tanımlanarak, bu davranış veya durumdan nasıl etkilenildiği belirtildikten sonra, ne hissedildiğinin söylenmesine dayalıdır. Burada önemli olan hissedileni yargılamadan iletmektir (Gordon, 2004). Cinselliğin değerlendirilmesinde iletişimin etkili olabilmesi için, hemşire bireysel ayrılıkların varlığını kabul etmeli, insanın değerli ve önemli olduğunu kabul etmeli, insana saygı duymalı, herkesin kendisi ile ilgili kararlar alabilme hakkı ve gücü olduğuna inanmalı, zorlamada bulunmamalı (gönüllülüğe önem verme) ve insanları değiştirmeden oldukları gibi kabul etmelidir.

Sorularda kullanılan terimler, bireyler tarafından rahatlıkla anlaşılmalıdır. Bunun içinde anlaşılabilir bir dil kullanılmalıdır. Örneğin; penis (kamış), vagina (hazne) ya da klitoris (bızır) gibi anatomik isimler ya da koitus (cinsel ilişki) gibi terimler birey için anlamsız olacaktır. Görüşme sırasında birey tarafından anlaşılabilir dili kullanırken bazı kelimelerin başka anlamlara da gelebileceği düşünülerek, hemşire tarafından bireyin terimleri anladığı doğrulanmalıdır. Şayet birey bakım vericilerin dilini anlamazlarsa ortak bir noktada buluşmak zorlaşabilir (Albaugh ve Kellogg-Spadt 2003; Denat ve Demir 2008; Peck, 2001). Bireyden veri toplarken kavramların seçiminde de dikkatli olunmalıdır. Örneğin; “yetersiz”, “disfonksiyon”, “frijit”, “impotans” ve “eksik” gibi bazı kelimeler olumsuz bir çağrışıma neden olabileceğinden bunlardan kaçınılmalı ve “endişe”, “doyumsuzluk” gibi kelimelerle değiştirilmelidir (Fuller ve Schaller, 2000).

Birey hemşirenin güvenini kazanır ve görüşme sırasında rahat olurlarsa veri sağlama konusunda daha fazla yoğunlaşacaklardır. Bunun için “pek çok insan hoşlanır” veya “insanların çoğu hisseder” gibi sorularla başlamak yararlıdır. Bu ifadeler bireyi rahatlatarak, bireye güven verebilir (Denat ve Demir, 2008). Ayrıca değerlendirme sırasında, bireylerin nasıl hissettiğini, bu duyguyu hisseden olarak yalnız olmadığını bilmek rahatlatır ve problemleri hakkında konuşmaya teşvik eder (Fuller ve Schaller, 2000; Taylor ve ark., 2001). Hemşire sergilediği bu davranışın normal olduğunu ortaya koyan belirli sorularla durumu

özetlemelidir. Örneğin; “Birçok insana masturbasyonu.....yapmanın bir yolu olarak görür”, “Bir çok insan cinsellikle ilgili konuları konuşurken kendini huzursuz hisseder...”, “Cinsel ilişkinin sürdürülmesine ilişkin emin olamama hissi olağan dışı bir şey değildir...” gibi ifadeler uygun olabilir (Fuller ve Schaller, 2000).

c. Gözlem

Gözlem tüm duyu organlarımız aracılığı ile hastayı dikkatle izleme anlamına gelir. Bu aşamada hastadan ne gözlememiz gerektiğini bilmemiz gerekir. Bu aşamada bizi yönlendirecek olan mesleki bilgilerimiz, deneyimlerimiz, veri toplama modelleridir.

- Hemşirelik Öyküsü

Hemşirenin sağlıklı/hasta bireyin genel sağlık durumu ile yaşamındaki değişikliklere ve hastalığına karşı sosyo-kültürel, mental ve duygusal olarak gösterdiği tepkilerin belirlenmesidir. Hemşirelik öyküsü, veri toplamanın ilk aşaması olan görüşme yapılırken alınır. Cinselliğin değerlendirilmesi de bu aşamada başlar. Hemşirenin birey/hastadan alması gereken bilgiler (Kütmeç, 2009):

Sosyo - demografik bilgiler: Bu kapsamda yaş, eğitim düzeyi, doğum yeri, yaşanılan yer, büyüdüğü aile yapısı, büyüdüğü yer ve özellikleri, medeni durumu, ortalama geliri, çocuk sayısı, eşin yaşı, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, ekonomik durumu, eşin büyüdüğü ortamın özellikleri ve eşin evlilik sayısı değerlendirilmelidir.

Yakınmalar: Yakınması, yakınmanın başlama zamanı, seyri, yakınması ile ilgili olaylar, yakınmanın başladığı tarihteki önemli yaşam olayları, cinsel veya diğer alanlardaki korkuları, eşinin fiziksel, psikolojik rahatsızlıkları, daha önce yaptığı başvurular, yapılan tetkik ve tedaviler, tedaviden alınan sonuçlar, eşinin cinsellikle ilgili sorunları, sorunu kimlerin bildiği, sorunun çözümünü isteme nedenleri, eşinin cinsellikle ilgili sorunlara tepkisi değerlendirilmelidir.

Tıbbi Özgeçmiş: Daha önce tıbbi bir rahatsızlık geçirip geçirmediği, aldığı tedaviler, halen sürmekte olan tedavisinin olup olmadığı sorgulanmalıdır. Cinsel yolla geçen hastalıklar, meme ya da kanser için ailesel risk faktörleri öğrenilmelidir.

Soy geçmişi: Ailesinde kronik, psikiyatrik hastalığı olan var mı? İntihar nedeniyle kayıp var mı belirlenmelidir.

Aile Öyküsü: Anne/babanın eğitim durumu, çocuk ve gençlik döneminde anne/babanın tutumu, anne/baba ayrılığı, kardeş sayısı, cinsiyeti ve yaşı, anne/babasının

kişiliğine dair düşünceleri, anne/babasının birbirleriyle ilişkilerine dair düşünceleri, kendisinin ve eşinin anne-baba evine uzaklık durumu değerlendirilmelidir.

Cinsel Gelişim Öyküsü: Cinsel konulardaki bilgi düzeyi, ergenliğe giriş yaşı, ilk mensturasyona gösterdiği tepki, sekonder seks karakterlerinin gelişimine gösterdiği tepki, cinsellikle ilgili bilgilerin öğrenilme yaşı, bilgi kaynakları, cinsel taciz, travma öyküsü, varsa ayrıntıları, mastürbasyona ilişkin düşünceleri, mastürbasyon yapma durumu, karşı cins ile ilk yakınlaşma yaşı ve bunu kiminle yaşadığı, ilk cinsel birleşme yaşı ve evlilik öncesi cinsel yaşam öyküsü değerlendirilmelidir.

Evlilik/İlişki Öyküsü: Bu kapsamda evlenmeden önce eşi ile tanışma şekli, görüşme süresi, evlilik şekli, akrabalık/yakın aile ilişkisi olup olmadığı, evlilikte uyulması gereken gelenek ve görenekler, evliliğini nasıl değerlendirdiği, evliliğinin tatmin edicilik düzeyi, eşinin sevmediği özellikleri, eşinin cinsel konulardaki bilgi düzeyi ve evini paylaştığı kişi sayısı belirlenmelidir.

Evlilik Dışı İlişki Öyküsü: Evlilik dışı ilişkisi olmuş mu? Eşinin evlilik dışı ilişkisi var mı değerlendirilir.

Üreme Öyküsü: Kadınlar ve erkekler üreme sistemi değerlendirilmelidir.

Cinsel İşlev Aşamalarının Sorgulanması: Cinsel istek, uyarılma, ön sevişme, birleşme, lubrikasyon, tatmin ve orgazm aşamalarının sorgulanması gerekmektedir.

Psikiyatrik Özgeçmiş: Daha önce psikiyatrik bir rahatsızlık geçirip geçirmediği, aldığı tedaviler, halen sürmekte olan tedavisinin olup olmadığı sorgulanmalıdır (Kütmeç, 2009).

- **Fiziksel Değerlendirme:** Fiziksel değerlendirme, yaşam bulgularının alınması, palpasyon, inspeksiyon, perküsyon ve oskültasyon teknikleri kullanılarak tüm bedenin muayene edilmesidir. Fiziksel değerlendirme hemşirelik öyküsü alındıktan sonra yapılır (Biol, 2008).

Cinselliğin değerlendirilmesinde fizik muayene yapan hemşire hastanın memelerini, iç ve dış genital organlarını değerlendirmekte (Lightner, 2002), muayene sırasında hastanın reaksiyonlarını, sorulara yanıtlarını, cinsel organların anatomik ve fizyolojik yapısı hakkındaki bilgisini değerlendirme fırsatı bulabilmektedir (Lightner, 2002; Yıldız, 2006). Örneğin, fizik muayenede pürülan akıntı saptanması cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları ortaya çıkarabilir. Kadında disparani varsa üriner bir enfeksiyondan şüphelenilebilir ve idrar

kültürü çalışılabilir. Ayrıca cinselliği etkileyebilen hormonlara (testesteron, estrogen, androjen, tiroid gibi), karaciğer fonksiyonlarına, kolesterol oranlarına da bakılmalıdır (Fogel ve Woods, 2008).

- Hemşirelik Tanıları

Hemşirelik tanısının belirlenmesi, hemşirelik sürecinin ikinci aşamasıdır. Bu aşamada belirlenen hemşirelik tanıları, hemşirelik aktivitelerine temel oluşturur. Bireyin sorununun başarı ile çözümlenmesi, hemşirelik tanısının doğru belirlenmesine bağlıdır (Biol, 2008).

Hemşire cinsellikle ilgili tanı koyarken öncelikli olarak konuya ilişkin anatomik, fizyolojik, sosyo kültürel, etik ve duruma özel konuları değerlendirmelidir. Birey/hastanın cinsellik alanında yaşadığı güçlükleri açığa çıkarması gerekmektedir. Ayrıca içinde bulunduğu durumun dikkate alınması gerekir. Örneğin, mevcut veya olası bir tanıya işaret eden faktörler içinde üreme organı ameliyatı veya üreme organlarındaki değişiklikler, geçmiş veya güncel fiziki taciz, kronik hastalık ve puberte veya menopoz gibi gelişimsel nedenler yer alabilir (Perry ve Potter, 2003).

Cinsellik ve üreme fonksiyonunda NANDA'nın hemşirelik tanıları içerisinde cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel örüntülerde değişim yer almaktadır (Carpetino 1999; Gulanick ve ark., 1998; Fuller ve Schaller, 2000). Cinsellik ve üreme fonksiyonundaki bozukluklar diğer sağlık problemleriyle de ilişkili olabilir. Cinsel rolün üreme fonksiyonuyla ilişkili olduğu sekonder hemşirelik tanıları içerisinde ise, aile çevresinin değişmesi, rol performansının değişmesi, vücut imajındaki bozukluk, aile içi süreçlerde bozulma, başatme yetersizliği, inkontinans, yüksek enfeksiyon riski ve beslenme değişiklikleri yer almaktadır (Fuller ve Schaller, 2000).

Cinsel fonksiyon bozukluğu ile cinsel örüntülerde değişim tanılarındaki farklılık bireyin cinsel doyumu yaşamasında problem algılayıp algılamadığı veya cinsellikle ilgili kaygılarını dışa vurup vurmama durumuna bağlıdır. Cinsel örüntülerde değişim tanısında önemli olan faktör cinsel güçlükler, sınırlayıcılar veya değişikliklerin tanımlanmasıdır. Cinsel fonksiyon bozukluğuna ilişkin hemşirelik tanısı ise arzu edilmeyen şekilde algılanan cinsel fonksiyon değişikliği yaşayan veya yüksek risk altında bulunan birey için kullanılır (Fuller ve Schaller, 2000). En çok kullanılan iki hemşirelik tanısı şöyledir (Carpetino, 1999; Gulanick ve ark., 1998; Fuller ve Schaller, 2000).

Tanı 1: Cinsel Örüntülerde Değişim: Cinsel sağlığında bir değişim olan veya bu riski taşıyan bireydeki durumdur.

a. İlişkili Faktörler:

1. Fiziksel değişiklikler veya sınırlılıklar: Akut hastalıklar, ağrı veya rahatsızlıklar, cerrahi girişim veya travma, hareket kaybı, aktivitede azalma, hormonal değişimler, alkol veya madde bağımlılığı, ilaçların yan etkileri, gebelik ve infertilite vb. (Gulanick ve ark., 1998).

2. Korku veya anksiyete: Gebelik veya cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili endişeler, dini ve kültürel engeller, mahremiyet-gizlilik eksikliği, sosyal stigma, değerlerde çatışma vb. (Gulanick ve ark., 1998).

3. Bilgi eksikliği: Cinsellik konusunda eğitim eksikliği, aile planlaması yöntemini bilmeme, güvenli kontraseptif yöntem uygulamaları, sosyal becerilerde sınırlılık vb. (Gulanick ve ark., 1998).

b. Tanımlayıcı Majör Özellikler:

Cinsel işlevlerde ya da cinsel kimlikte olumsuz değişimler olması ya da bunun beklenmesi (Carpetino, 1999).

c. Tanımlayıcı Minör Özellikler:

Cinsel işlevler ya da cinsel kimlik hakkındaki kaygıların ifade edilmesidir (Carpetino, 1999). Sözel ya da sözel olmayan uygunsuz cinsel davranışların, olası veya gerçek cinsel davranış güçlüklerinin, sınırlamaları veya değişiklikleri ile ilgili kaygıların ifade edilmesidir (Gulanick ve ark.,1998, Fuller ve Schaller, 2000).

Cinsel Örüntülerde Değişim tanısının etiyolojisini oluşturan diğer problemlere ilişkin hemşirelik tanıları ise;

Beden imajında bozulma, bireyin, kendi bedenini algılama biçiminde bozukluk olmasıdır. Giderek önem kazanan beden imajı, günlük yaşantımızın önemli bir parçasının oluşturmaktadır. Beden imajı kavramı, bireyin kendi bedenine ilişkin neler düşündüğünü, neler hissettiğini ve çevresi ile ilgili yaşantılara karşı vereceği tepkileri belirler. Bedendeki değişiklikler hangi nedene bağlı olursa olsun bu değişikliklere verilen tepkiler bireyden bireye farklı olmaktadır. İnsanda bir çok hastalığın yol açtığı bedensel ya da işlevsel kayıplarda, bireyin fiziksel sağlığı bozulmakla birlikte, ruhsal yönden de olumsuz olarak etkilenmektedir.

Bu açıdan bakıldığında, beden görüntüsünün değişmesi çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmaktadır. Beden imajında bozulma cinselliği çok boyutlu etkilemektedir.

Benlik Saygısında Azalma, bireyin önceden olumlu benlik saygısına sahip iken, hastalığa tepki olarak kendisi hakkında olumsuz duygular hissetmesidir. Fiziksel sağlık ile benlik saygısı arasında yakın bir ilişki vardır. Bireyin fiziksel görünümünün hastalık yada tedavi nedeniyle değişmesinin ve bozulmasının beden imajını değiştirdiği, bu değişikliğinde benlik saygısına tehdit olarak algılanabildiği, dolayısıyla bu durumun sıklıkla kişinin zevk ve doyum duygusunda yetersizliğe ve sorunlara neden olabildiği belirtilmektedir.

Eş Memnuniyeti Kaygısı, kronik ve ciddi hastalıklar ve hastalıklara bağlı gelişen cinsel sorunlar eşlerin uyumunu bozar. Evlilikte sağlıklı cinsel ilişki kurmak evliliğin devamını sağlamada büyük önem taşır. Evliliklerdeki cinsel problemler, önemli bir sorun kaynağıdır. Cinsel rollerin yerine getirilmesi evlilik görevlerinden biri olarak görülür. Evliliğin devamını sağlamada bu görevin yerine getirilmesi gerekir.

Yetersizlik Hissi, yetersizlik hissi bireyin cinsellik algısında değişiklik nedeniyle kendini yetersiz algılamasıdır. Eşin beklentilerini yerine getirememe, cinsellikle ilgili konuların açıkça konuşulmaması, tartışılmaması korkuyu körükler. Eşin isteklerini yerine getirememe ile suçluluk ve yetersizlik hisleri, kaygı ve başarısızlık korkularıyla cinsellikle ilgili sorunlara yol açar. Cinsellikle ilgili sorunların oluşmasında bir neden olarak ve oluşan cinsel sorunların artarak devamında çok önemlidir. Cinsel sorunlarla birlikte hastalar küçük düşme, başarısızlık duyguları, kadınlık ve erkeklik işlerini yapamamaktan cinsel rolünü yerine getirememekten dolayı eşine karşı eziklik, yetersizlik duyguları yaşar.

Cinsel Rol Kaybı Korkusu, cinsel rol kaybı bireyin algıladığı rolünün, beklentilere ve normlara uygunluğu konusunda bozulma olmasıdır. Rol değişiklikleri cinsel yaşamı etkiler. Cinsel sorunlar, insanların yaşamında haz ve doyum kaybının yanında, cinsel rollerini yerine getirmemekten dolayı korku verir.

Tanı 2: Cinsel Fonksiyon Bozukluğu: Cinsel işlevlerindeki yetersizlik ya da doyumsuzluk olarak düşünülen, bir değişim olan ya da bu riski taşıyan bireydeki durumdur (Carpetino, 1999).

Sağlık/hastalık öyküsü alınırken veya fizik muayene sırasında birey, cinsellikle ilgili problemlerini, cinsel rolünü tamamı ile yerine getirme güçlüğü, cinsel tatmin

sağlayamamasını, belirli bir eş/partnerle yaşadığı ilişki değişikliğini veya ifade anlamında diğer bireylerle yaşadığı değer /inanış çatışmalarını dile getirebilir.

Muayenede hiç bir genital veya pelvik yapı bulgusu bulunmayabilir (Fuller ve Schaller, 2000).

a. Tanımlayıcı Majör Özellikler

Cinsel işlevlerle ilgili problemin sözel olarak ifade edilmesi, hastalık ya da tedavi ile birlikte cinsel performansın sınırlandırıldığının bildirilmesidir (Carpenito, 1999).

b. Tanımlayıcı Minör Özellikler

Cinsel performansın gelecekte sınırlanacağı korkusu, cinsellik konusunda yanlış bilgilendirilme, cinsellik ve cinsel fonksiyon konularında bilgisiz olma, cinselliğin ifadesine ilişkin değer/inanç çatışmalarının olması, kendisi için önemli olan kişilerle ilişkilerde değişim olması, cinsiyet rolünde doyumsuzluk olmasıdır (Carpenito, 1999).

Cinsel fonksiyon bozukluklarının etiyolojisini oluşturan diğer problemlere ilişkin hemşirelik tanıları ise (Fuller ve Schaller, 2000);

- Gebelik korkusuna, cinsel fonksiyon veya istek kaybına, hastalık sürecinin etkisine bağlı endişe (Gulanick ve ark., 1998),

- Cinsel partner veya cinsel organ kaybına bağlı yaşam düzeninde bozulma (Gulanick ve ark., 1998),

- Cinsel pozisyona, penil penetrasyonuna, genital ameliyatının etkilerine, vajinal lubrikasyon eksikliğine bağlı ağrı (Gulanick ve ark., 1998),

- Cinsel birliktelik süresince acıya, cinsel suistimale bağlı korku (Gulanick ve ark., 1998),

- Cinsel suistimale, hataya, hormonal dengesizliğin etkilerine, cinsellik hakkındaki bilgi eksikliğine bağlı cinsellikle ilgili yaşam tarzında değişim/bozulma (Gulanick ve ark., 1998),

- Cinsel birleşme esnasındaki pozisyona bağlı hareket kısıtlılığı (Gulanick ve ark., 1998),

- Reddedilme korkusuna bağlı beden imajında bozulma (Gulanick ve ark., 1998),

- Evliliğin bitmesi veya boşanmaya bağlı sosyal etkileşimde bozulma (Gulanick ve ark., 1998),

- Cinsel fantezilere ilişkin obsesifliğe bağlı süreçlerde değişiklik (Gulanick ve ark., 1998).Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile temas korkusuna bağlı sosyal izolasyon (Bomar, 2004),

- Cinsel mitlere, öğrenmede ilgi eksikliğine ve kavramsal kısıtlamalara bağlı bilgi eksikliği (Bomar, 2004).

- ***Planlama ve Girişimler***

Planlama hemşirelik sürecinin üçüncü aşamasını oluşturur. Hemşirelik sürecinin ikinci aşamasında hemşirelik problemleri belirlendikten sonra planlama aşaması başlar. Bakımın amaçları uzun vadeli beklenen sonuçları belirlenir. Amaçlar belirlenirken planlama aşamasında öncelikler belirlenmelidir. Hemşirelik girişimlerine karar verilmesi ile bakım planının yazılması başlar (Biol,2008).

Hemşire, planlama ve girişim aşamasında bireyi/hastayı ve hastanın izniyle cinsel eşi de değerlendirme içerisinde tutmalıdır. Birey/hasta ve cinsel eş için cinsellikle ilgili oluşturulan hedeflerin gerçekçi olup olmadığını veya karşılıklı olarak istenip istenmediğini belirlemek için düzenli bir şekilde yeniden değerlendirilmelidir.

Genel Girişimler

- Güven verici bir hemşire hasta/ birey ilişkisi kurulmalı, cinselliğe ilişkin öykü alınmalı (Perry ve Potter, 2003),

- Cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında kişi, kendini rahatsız eden konularda soru sorması için cesaretlendirilmelidir. Hemşireler, hastaların kendi problemlerini anlamasına ve kendileri ile etkili şekilde ilgilenecek ve kendilerini keşfetmelerine yardımcı olarak cinsel ilişkiyi teşvik etmeli (Perry ve Potter, 2003),

- Hasta/ bireyin cinsel eşi ile ilişkisini inceleyip, tanımlaması sağlanmalı (Perry ve Potter, 2003),

- Hasta/birey ve cinsel eş görüşme boyunca problemlerinden bahsetmeye teşvik edilmeli ve cinsel tatmin sağlamanın alternatif yolları (kucaklama, öpme, sarılma vb.) tartışılmalı ve gerçekçi bir şekilde bilgi sağlanmalı (Cox ve ark.,2002),

- Bir vücut parçasının kaybı ya da değişimi işlevselliği etkiliyorsa hasta/bireyin ve eşin kayba uyum düzeyi tanılmalı, kayba karşı yaşanan tepkilerin normalliği, endişeleri cinsel eşle paylaşma gerekliliği açıklanmalı (Perry ve Potter, 2003),

- Vücut imajını değiştirecek cerrahi girişimlere maruz kalan hastalar (örneğin mastektomi veya kolostomi gibi) kendi cinsellik algılarında da değişikliğe sahip olurlar. Bu hastalarda cinsel aktivitenin sürdürülmesi önceliğe sahiptir. Bu önceliğin hastanın da ihtiyacı olduğunu belirlemek önemlidir ve plan bu şekilde yapılmalıdır (Perry ve Potter, 2003),
- Cinsel aktivitede doyum almayı engelleyen nedenler tanılanmalı (Perry ve Potter, 2003),
- Cinsel fonksiyonlara ilişkin ilgi, aktivite, tutum ve bilgiler incelenip tanılanmalı (Perry ve Potter, 2003),
- Kronik hastalıkların cinsel işlevselliğe etkileri tartışılmalıdır. Bu hastalara kişisel fonksiyonu ile ilgili kaygılarını dile getirmesi veya bu kaygılar ile ilgili sorular sorması için cesaret verilmelidir (Perry ve Potter, 2003),
- Cinselliği değerlendiren bireyin/hastanın planlanan girişimler ile beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığı belirlenmeli, hemşirelik hizmetinin etkili ve destekleyici olup olmadığı sorulmalıdır (Perry ve Potter, 2003).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, “Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı’nın öğrenci hemşirelerin cinsellikle ilgili bilgi, tutum ve becerisine etkisini” belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu modelde deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

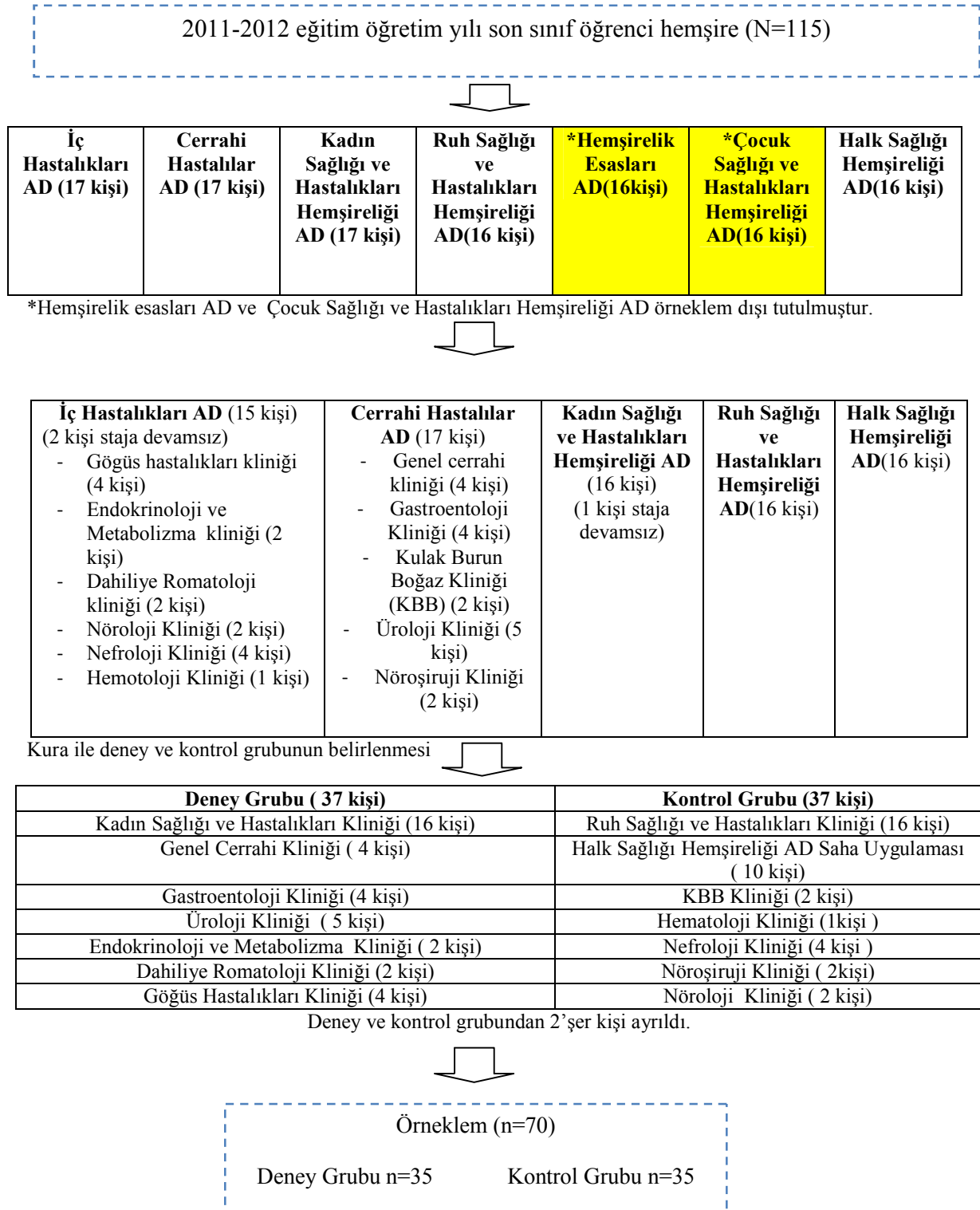
Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde yapılmıştır. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümün’de 2004-2005 eğitim ve öğretim yılından itibaren, eğitim programında değişiklik yapılarak entegre müfredat programı uygulanmaya başlanmıştır. Eğitim programında temel olarak ilgili konu alanları sağlıktan hastalığa, basitten karmaşığa ve bireyden topluma doğru yapılandırılmıştır. Bu yapılandırmada Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeli temel alınmıştır. Gordon sağlığı, yaşamın kalitesine, insanın potansiyel başarısına yardımcı olan 11 fonksiyonel sağlık örüntüsü (*sağlığın algılanması, beslenme şekli ve metabolik durum, boşaltım şekli, aktivite egzersiz şekli, uyku istirahat şekli, bilişsel algılama, kendini algılama, rol-ilişki şekli, cinsellik ve üreme, başatma, stresi tolere etme şekli, inanç ve değerleri*) modeli tanımlanmıştır (Biol, 2008). Bu fonksiyonlar birbirleriyle ilişkili ve birbirine bağımlıdır. Gordon tarafından hazırlanan bu çerçeve, verilerin toplanması ve analizi sürecine kolaylık getirmiştir. İlk yıl öğrenciler, insanı ve hemşirelik mesleğini anlamaya yönelik ağırlıklı olarak teorik dersler almaktadır. İkinci ve üçüncü yıl öğrenciler sağlıklı ve hasta bireyin bakımının teorisini ve uygulamasını öğrenmektedir. Dördüncü yıl da ise öğrencilerden, üç yılda edindikleri teorik ve pratik bilgileri Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre uygulayabilmesi, geliştirebilmesi ve kazandığı bilgi ve becerileri uygulama alanı ile entegre etmesi istenmektedir. Entegre eğitim programında cinselliğe yönelik konular ise, dört yıllık eğitim programı süresince ilk üç yıl yürütülen mesleki dersler kapsamında yer almakta ve internlik uygulamasında ise cinsellikle ilgili aldıkları bilgi ve becerileri gözden geçirip uygulamalarına yansıtılmaları beklenmektedir. Ayrıca üçüncü sınıf güz döneminde sınırlı sayıda öğrenci “cinsel sağlık eğitimi” seçmeli dersini almaktadır. Hemşirelik bölümünde 2011-2012 eğitim yılı itibarıyla toplam 454 öğrenci öğrenim görmektedir. Eğitim 11 öğretim üyesi ve 14 araştırma görevlisi toplam 25 kişilik eğitici kadrosu tarafından yürütülmektedir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencileri (N=115 kişi) oluşturmuştur. Öğrenci hemşireler, her iki dönem boyunca haftada 3,5 gün internlik uygulamasını yapmakta ve her bir uygulama alanında ortalama, 4-6 hafta çalışmaktadırlar.

2011-2012 eğitim-öğretim yılı başlangıcında öğrenci hemşireler uygulama yapacakları temel anabilim dallarına göre [İç hastalıkları Anabilimdalı (AD) (17 kişi), Cerrahi Hastalıklar AD (17 kişi), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD (17 kişi), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD (16 kişi), Hemşirelik Esasları AD (16 kişi), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD (16 kişi), Halk Sağlığı Hemşireliği AD (16 kişi)] toplam yedi gruba ayrılmıştır. Gruplama yapılırken her gruba düşen erkek öğrenci ve 3. Sınıf, 1. yarıyıldan itibaren alan “Cinsel Sağlık Eğitimi” seçmeli dersini alan öğrenci sayısının benzer olmasına dikkat edilmiştir. Yetişkin bireylerin cinselliği değerlendirilmesi hedeflendiğinden Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinikleri, cinselliğin değerlendirilmesinde bireyin sözel olarak kendilerini ifade etmeleri beklendiğinden Yoğun Bakım Klinikleri örneklem dışında tutulmuştur. Kalan öğrenciler uygulama yaptıkları klinikler temel alınarak random olarak (kura yöntemi ile) deney ve kontrol grubuna atanmıştır. Buna göre 37 öğrenci deney, 37 öğrenci kontrol grubunda yer almıştır. Araştırma başladıktan sonra deney grubundaki öğrenci hemşirelerden bir kişi tüm programa katılmadığı için, bir kişi de sağlık problemi nedeniyle program sonrasında çalışmadan ayrılmıştır. Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerden iki kişi neden belirtmeden araştırmayı bırakmıştır. Sonuç olarak araştırma 35 öğrenci hemşire deney, 35 öğrenci hemşire kontrol olmak üzere toplam 70 öğrenci hemşire ile tamamlanmıştır (Şekil 1).

Şekil 1. Örneklem Şeması



3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testi, Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği, Cinselliği Değerlendirme Becerisi Kontrol Formu ve Eğitim Sürecini Değerlendirme Formu aracılığı ile toplanmıştır.

3.4.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK 1)

Bu form araştırmacı tarafından öğrencilerin, kendileri (4 madde) ve aileleri (2 madde) ile ilgili sosyodemografik özellikleri cinsellikle ilgili bilgilerini yeterli bulup bulmadıkları (2 madde), cinsellikle ilgili bilgileri nereden aldıkları (1 madde), cinsellikle ilgili rahatlık düzeyleri (3 madde) ve cinsellikle ilgili değerlerini (2 madde) belirlemek amacıyla hazırlanmış, kapalı uçlu (11 madde) ve açık uçlu (3 madde) toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

3.4.1.2. Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testi (EK 2)

Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testi, öğrenci hemşirelerin cinsellikle ilgili bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla çeşitli literatürden yararlanarak geliştirilmiştir (Alexsander ve ark., 2004; Carpetino 1999; CETAD, 2006; Fuller and Schaller, 2000; French, 2009; Lubkin ve Larsen, 2006; Mazza, 2004; Mick, 2007; Miller ve Green, 2002; Nusbaum ve Rosenfeld, 2004; Potter ve Perry 2001; Yıldız ve Pınar, 2004; Youngkin ve Davis, 2004; Taylor, 2006).

Bu test için öncelikle Cinselliği Değerlendirme Becerisini Geliştirme Programı'nda yer alan konuların program içindeki ders saati ağırlıkları dikkate alınarak çoktan seçmeli madde tipinde toplam 51 soru hazırlanmıştır. Her bir sorunun, o programın sonunda öğrencinin ulaşması beklenen öğrenim hedeflerini ölçecek nitelikte olmasına dikkat edilmiştir. Maddelerdeki aksaklıkların düzeltilerek ön uygulamaya uygun duruma getirilmesi için cinselliği değerlendirme bilgi testinde bulunan maddeler dil, psikometrik ve bilimsel denetimden geçirilmiştir.

Hazırlanan maddeleri kapsam geçerliliği ve bilimsel dile uygunluk açısından Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman iki öğretim üyesi tarafından değerlendirilmiştir. Uzmanlar geliştirilen bu testi, eğitim programının içeriğini temsil edip etmediği, teste yer alan soruların dil ve anlatım, bilimsel doğruluk, ölçme ve değerlendirme kurallarına uygunluk açısından değerlendirmişlerdir. Uzmanların görüşünden elde edilen bilgiler ışığında cinselliği değerlendirme bilgi testinde aşağıda belirtilen düzeltmeler yapılmıştır:

- Türk dili ve anlatımı açısından eleştiriler doğrultusunda soru kökü ve seçeneklerin anlaşılabilirliklerini düzeltilmiştir.

- Soruların seçeneklerinden zor ya da çok kolay olduğu düşünülenler çıkarılarak yerine yenileri yazılmıştır.

Düzeltilme sonrası bu testin ön uygulaması, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2010-2011 eğitim öğretim yılı son sınıfta okuyan 90 öğrenci hemşire üzerinde yapılmıştır. Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testi uygulanmadan önce öğrenci hemşirelere uygulamayla ilgili kısa bir açıklama yapılmış ve uygulamanın amacı açıklanmıştır. Daha sonra öğrenci hemşirelere testler dağıtılarak yanıtlamaları istenmiştir. Ön uygulama sonunda elde edilen öğrenci hemşire puanları şöyle hesaplanmıştır:

- Her bir soruya doğru yanıt verene 1 puan,
- Her bir soruya yanlış yanıt veren ve boş bırakana 0 puan verilmiştir.

Maddelerin sahip oldukları psikometrik özellikleri ortaya koymak amacıyla, öğrencilerin testteki maddelere verdikleri yanıtlardan iki temel madde istatistiği hesaplanmıştır. Birincisi madde güçlük indeksi, diğeri ise madde ayırt edicilik indeksidir.

Madde güçlük indeksi (p_j), bir teste yer alan her bir maddenin doğru yanıtlar yüzdesini göstermektedir. Bu yüzde, bir maddeyi doğru yanıtlayan sayısının, toplam yanıtlayıcı sayısına bölünmesiyle elde edilmekte ve 0,00 ile +1,00 arasında değişen değerler almaktadır (Baykul, 2010). Bir maddeyi yanıtlayıcıların büyük bir bölümü yanıtlamışsa maddenin sayısal değeri +1 yaklaşır ve madde kolay bir madde olarak yorumlanır. Eğer bir maddeyi çok az kişi yanıtlamışsa maddenin sayısal değeri 0,00'a yaklaşır ve madde zor, güç bir madde olarak yorumlanır (Özçelik, 2010). Madde güçlük indeksi açısından sorular aldıkları değer doğrultusunda aşağıdaki şekilde değerlendirilir:

- 0,00-0,19 arasında olan maddeler çok güç,
- 0,20-0,39 arasında olan maddeler güç,
- 0,40-0,59 arasında olan maddeler orta güçlükte,
- 0,60-0,79 arasında olan maddeler kolay,
- 0,80-1,00 arasında olan maddeler çok kolay .

Bir testte yer alacak maddelerin, o maddelerin ölçtüğü özellik ne ise, o özelliğe sahip olanlarla olmayanları ayırması istenir. Bir başka deyişle, test puanı yüksek olanların maddeyi doğru yanıtlamaları, test puanı düşük olanların ise maddeyi yanlış yanıtlamaları ya da boş

bırakmaları beklenir (Baykul, 2010). Test geliştirme sürecinde, bir maddeyi bilenle bilmeyeni ayırt etme yüzdesi olarak ele alınan değer, madde ayırt edicilik indeksi (r_{jx}) olarak adlandırılır. Bu indeks -1,00 ile +1,00 arasında değişen değerler alır. Madde ayırt ediciliğin negatif değer alması, o maddeyi düşük puanlı kişilerin yanıtladığını, sıfıra yakın bir değer alması yüksek ve düşük puanlı eş sayıda kişinin maddeyi yanıtladığını, pozitif değer alması ise o maddeyi yüksek puanlı kişilerin yanıtladığı anlamına gelir. Bu nedenle ayırt ediciliği negatif ve sıfır civarında olan maddelerin testte hiç kullanılmaması gerekir. Madde ayırt edicilik indekslerine göre sayısal değeri (Özçelik, 2010);

- 0,20-0,30 arasında olan maddeler kullanılabilir,
- 0,31-0,40 arasında olan maddeler iyi,
- 0,41 ve üstünde olan maddeler ise oldukça iyi olarak belirtilmektedir.
- 0,16-0,20 arasında olan maddelerin geliştirilerek kullanılması gerekir.
- Negatif ve 0,15 arasındaki maddeler çıkarılmalıdır.

Buna göre madde güçlük indeksi 0,20-39 arasında olan maddeler (23 soru) ve 0,40-0,79 arasında olan maddeler (25 soru) üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan alınmıştır. Madde güçlük indeksi 0,80 ve üzerinde olan hiçbir madde olmamıştır. Doğru yanıtlama yüzdesi 0,00-0,19 arasında olan üç madde testten çıkarılmıştır. Madde ayırt edicilik indeksleri 0,20-0,30 arasında olan maddeler (10 soru), 0,31-0,40 arasında olan maddeler (8 soru), 0,41 ve üstünde olan maddeler (14 soru) üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan teste alınmıştır. Madde ayırt edicilik değeri negatif ve 0,15 arasındaki maddeler direkt (12 soru) ve 16-0,20 arasındaki maddeler (4 soru) madde analizlerine bakılarak testen çıkarılmıştır. Yapılan düzeltmelerden sonra soru sayısı 32 maddeye düşmüştür (Şekil 2). Bu testin cevap anahtarı Ek 8'de verilmiştir.

Maddeler arası korelasyon katsayılarının ortalaması da bir güvenilirlik ölçüsü olarak kullanılmaktadır. Özellikle bilgi testlerinde, Kuder-Richardson yönteminden sıklıkla yararlanır. Maddeler iki kategorili (0 ve 1 şeklinde) olduğunda KR-20 ile Cronbah alfa aynı sonucu verir. Diğer bir deyişle, KR-20, Cronbach alfa katsayısının özel bir durumu olup maddeler iki seçenekli ve 0-1 şeklinde kodlanmış ve teste ilişkin Cronbah alfa katsayısı hesaplanmış ise KR-20'yi hesaplamaya gerek yoktur (Alpar, 2010). Cronbah alfa katsayısı 0,40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, 0,40-0,59 arası düşük güvenilirlikte, 0,60-0,79 arası oldukça güvenilir, 0,80-100 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak

değerlendirilir (Tavşanel, 2002). Testin İç Tutarlılığı (İnternal Consistency) incelemeye yönelik olarak Cronbach alfa güvenilirliği hesaplanmış, güvenilirlik katsayısı 0,76 olarak bulunmuş ve ölçeğin iç tutarlılığının oldukça güvenilir düzeyde olduğu saptanmıştır.

Bu güvenilirlik değerlerine dayanarak, testte yer alan maddelerin programda yer alan özellikleri ölçtüğü diğer bir ifade ile testin ölçülen özellikler bakımından iç tutarlılığa sahip olduğu ve aynı zamanda testin uygulama koşullarından gelen tesadüfi hatalardan da arınık olduğu söylenebilir.

Şekil 2. Ön Deneme Öncesi ve Sonrası Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testinde Yer Alan Soru Sayısı ve Dağılımı

Cinselliği Değerlendirme Becerisini Geliştirme Programının Oturumları	Ön Denemeye Alınan Soru Sayısı	Ön Deneme Sonrası Kalan Soru Sayısı
Cinsellik ve Cinsel Sağlıkla İlgili Temel Kavramlar	11	6
Sağlık Durumunda Bozulma ve Cinsel Sağlık	10	5
Cinselliğin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik	10	6
Bireyin Cinselliğini Değerlendirmede Uygun Görüşme Ortamı Sağlama ve Hemşire- Hasta İletişimi	7	5
Bireyin Cinselliğini Değerlendirmede Uygun Soru Seçimi	6	4
Bireyin Cinselliğini Değerlendirmede Tanılama ve Uygun Girişimleri Planlama	7	6
Toplam	51	32

3.4.1.3. Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği (EK 3)

Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği, Magnan ve Reynold (2005) tarafından geliştirilmiş ve Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları ilk ölçümde 0,75, ikinci ölçümde de 0,82 olarak bulunmuştur. Ayhan ve ark. (2010) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları ilk ölçümde 0,74, ikinci ölçümde de 0,94 olarak bulunmuştur. Ölçekte yer alan her ifade için katılımcılar, kendi düşüncelerine en uygun gelen cevabı, 1-6 arasındaki skala üzerinde işaretlemektedir (1=Kesinlikle katılmıyorum, 6=kesinlikle katılıyorum). Ölçeğe cevap verirken oluşabilecek yanlılıktan kaçınmak için 12 maddenin 6'sı (1, 2, 4, 6, 8, 10, 12. maddeler) ters olarak puanlandırılmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12-72 arasında değişebilmektedir. Hem toplam ölçek puanı için hem de madde puanları için yüksek puanlar, hemşirenin hastanın cinsel sorununu değerlendirme ve buna yönelik danışmanlık vermesinde daha fazla engel olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik

katsayısı 0,76 olarak bulunmuştur. Yapılan benzer çalışmalarda ise ölçeğin Cronbach alpha güvenirlik katsayıları % 69-94 arasında değişmektedir (Ayhan ve ark., 2010, Magnan, 2005; Magnan ve ark., 2010; Magnan ve Reynolds, 2006; Reynolds ve; Zeng ve ark., 2010).

3.4.1.4. Cinselliği Değerlendirme Becerisi Kontrol Formu (EK 4)

Cinselliği Değerlendirme Becerisi Kontrol Formu ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Alexsander ve ark., 2004; Carpetino 1999; CETAD, 2006; Fuller and Schaller, 2000; French, 2009; Lubkin ve Larsen, 2006; Mazza, 2004; Mick, 2007; Miller ve Green, 2002; Nusbaum ve Rosenfeld, 2004; Potter ve Perry 2001; Yıldız ve Pınar, 2004; Youngkin ve Davis, 2004; Taylor, 2006).

Bu kontrol formu öğrenci hemşirenin, bakım verdiği bireylerin cinselliğini değerlendirme sırasında yapması gereken davranışları kapsamaktadır. Her bir maddenin programın sonunda öğrenci hemşirenin ulaşması beklenen öğrenim hedeflerini ölçecek nitelikte olmasına dikkat edilerek 39 madde hazırlanmıştır. Hazırlanan maddelerdeki aksaklıkların düzeltilerek kullanıma uygun duruma getirilmesi için form dil ve bilimsel denetimden geçirilmiştir. Öncelikle hazırlanan maddeler kapsam geçerliliği ve bilimsel dile uygunluk açısından Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman iki öğretim üyesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Hemşirelik Esasları alanında uzman bir öğretim üyesi, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik alanında uzman bir öğretim üyesi toplam beş uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanların görüşünden elde edilen bilgiler ışığında Cinselliği Değerlendirme Becerisi Kontrol Formu düzeltilmiş, sekiz madde çıkarılarak 31 madde ve dört alt boyuttan oluşan en son şekli verilmiştir. Alt boyutların madde sayıları ve madde numaraları aşağıda gösterilmiştir.

- Uygun ortam sağlama (5 madde): 1,2,3,4,5. maddeler,
- İletişim becerisi (14 madde): 6,7,.....,20. maddeler
- Cinsellekle ilgili rahatlık (4 madde): 21,22,23,24. maddeler,
- Amaca uygun soru sorma (7 madde): 25,26,27,28,29,30,31. maddeler.

Öğrenci hemşirelerin bu beceriyi öğrenmiş olarak kabul edilebilmesi için her bir davranışı doğru ve tam olarak yapması gerekmektedir. İşaretleme 3'lü likert tip üzerine yapılır. Puanlama "davranışı göstermedi" yanıtı için 0, "yetersiz/eksik" yanıtı için 1, "yeterli" yanıtı için 2 puan olarak yapılır. Cinselliği Değerlendirme Becerisi Kontrol Formu için en

düşük puan 0, en yüksek puan 62'dir. Aynı şekilde alt boyutlara ilişkin de toplam puan hesaplanır. Aşağıda alt boyutların en düşük ve en yüksek puanları verilmiştir:

- Uygun ortam sağlama: En düşük 0, en yüksek 10 puan
- İletişim becerisi: En düşük 0, en yüksek 28 puan
- Cinsellikle ilgili rahatlık: En düşük 0, en yüksek 8 puan
- Amaca uygun soru sorma: En düşük 0, en yüksek 14 puan.

Öğrenci hemşirelerin bu kontrol formundan aldıkları puan, kontrol formun toplam puanına yaklaştıkça cinselliği değerlendirme becerinin geliştiği şeklinde yorumlanır. Cinselliği değerlendirme beceri kontrol formunun iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach alfa güvenilirliğine bakılmıştır ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur. Beceri kontrol formunun iç tutarlılığının yüksek derecede güvenilir düzeyde olduğu saptanmıştır.

3.4.1.5. Eğitim Sürecini Değerlendirme Formu (EK 5)

Bu form Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı sonrası, deney grubundaki öğrencilerin programla ilgili değerlendirmelerini almak için araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu formda programın içeriğini (3 madde), süresini (1 madde), programda kullanılan yöntemleri (1 madde), kullanılan araç gereci (1 madde), fiziki ortamı (1 madde) ve eğitici sunumunu (1 madde) değerlendirmek amacı ile geliştirilen sekiz soru yer almaktadır.

3.5. Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı

Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı öğrenci hemşirelerin bilgisi, cinsel tutum ve inanışları ve cinselliği değerlendirme becerisini geliştirmeye yönelik hazırlanmış bir programdır. Öğrencilerde Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programında, Fisher ve arkadaşlarının etkili cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitim programını oluşturmak için 1992 yılında geliştirdiği IMB modeli temel alınmıştır

IMB modeli bilgi, motivasyon ve davranış becerileri bileşenlerine temellenmiştir. Cinselliği değerlendirme beceri programının etkili olabilmesi için, öğrencilere cinsellik ve cinselliği değerlendirebilecek, cinsellikle ilgili sorunları belirleyecek ve davranışa kolayca dönüştürebilecek bilgiyi sağlaması amacıyla teorik bilgi verilmesi hedeflenmiştir. Öğrencilerin olumsuz tutumlarını değiştirmek, tutarlı ve uygun davranışları sürdürmede aldıkları bilgileri, istenen davranışlarına dönüştürmek ve uygun şekilde hareket etmeye yeterince motive olmalarını sağlamak için anlatım, tartışma, zihinde canlandırma, beyin

fırtınası, vaka, rol oynama gibi aktif öğrenme tekniklerinden bazılarının kullanılması planlanmıştır. Çünkü, uygun davranışın gelişiminde sadece bilginin olması yeterli değildir. Bilgilendirme ve motivasyon, davranış becerilerinin geliştirilmesini desteklemekte ve bireyin gerekli davranış becerilerini geliştirme olasılığını arttırmaktadır (Canada Quidelines For Sexual Health Education, 2008; Vural ve Temel, 2010). Bilgilendirme ve motivasyon sağlandıktan sonra davranışı yerine getirmek için objektif beceriler (nasıl görüşüleceğini bilmek gibi.) davranışı gerçekleştirecek tutum ve inançları (kişinin etkili biçimde görüşme yeteneğine olan inancı gibi.) geliştirmek için teorik bilgi, beyin fırtınası, grup içi oyunlar, rol play ve vaka tartışması kullanılması planlanmıştır.

Tüm bu basamaklar doğrultusunda hazırlanan program, alanında uzman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Hemşirelik Esasları ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği alanında uzman üç öğretim üyesine verilerek görüşleri alınmıştır. Uzmanlar tarafından eğitim programının içeriği, hedef ve öğrenim hedefleri, kullanılacak eğitim yöntemleri, konuya ayrılan süre gibi özellikler açısından incelenerek, programın öğrenci hemşireler için uygun olup olmadığı değerlendirilmiştir. Program genel olarak olumlu değerlendirilmiştir. Program kapsam ve dil yapısı açısından uzmanların önerileri doğrultusunda bazı düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Program toplam 10 oturumdan oluşmaktadır. Oturumların ana başlıkları aşağıdaki gibidir:

- Cinsellik ve Cinsel Sağlıkla İlgili Temel Kavramlar (II. Oturum, 1,5 saat)
- Sağlık Durumunda Bozulma ve Cinsel Sağlık (III. Oturum, 2 saat)
- Cinselliğin Değerlendirilmesi (IV. Oturum, 2 saat)
- Cinselliğin Değerlendirilmesinde Hemşirenin Roller (V. Oturum, 2 Saat)
- Bireyin Cinselliğini Değerlendirmede Uygun Görüşme Ortamı Sağlama ve Hemşire- Hasta İletişimi (VI. Oturum, 2 saat)
- Bireyin Cinselliğini Değerlendirmede Uygun Soru Seçimi (VII. Oturum, 2 saat)
- Bireyin Cinselliğini Değerlendirmede Tanılama ve Uygun Girişimleri Planlama (VIII. Oturum, 2saat)
- Bireyin Cinselliğinin Değerlendirilmesine Yönelik Vaka Analizi (IX. Oturum, 2,5 saat)

Her bir ana başlığın altında konunun amacı, öğrenme hedefleri, kullanılan eğitim yöntemleri (anlatım, tartışma, zihinde canlandırma, beyin fırtınası, vaka, rol oynama,

interaktif oyunlar), oturumların süresi ve içerik yer almaktadır (EK 7). Literatürde grup oturumlarının 90-120 dakika arasında olması önerilmektedir (Güleç, 1993). Bu araştırmada, oturumlar için ortalama uygulama süresi 90- 120 dakika olarak planlanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçlarının ve Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı'nın Uygulanması

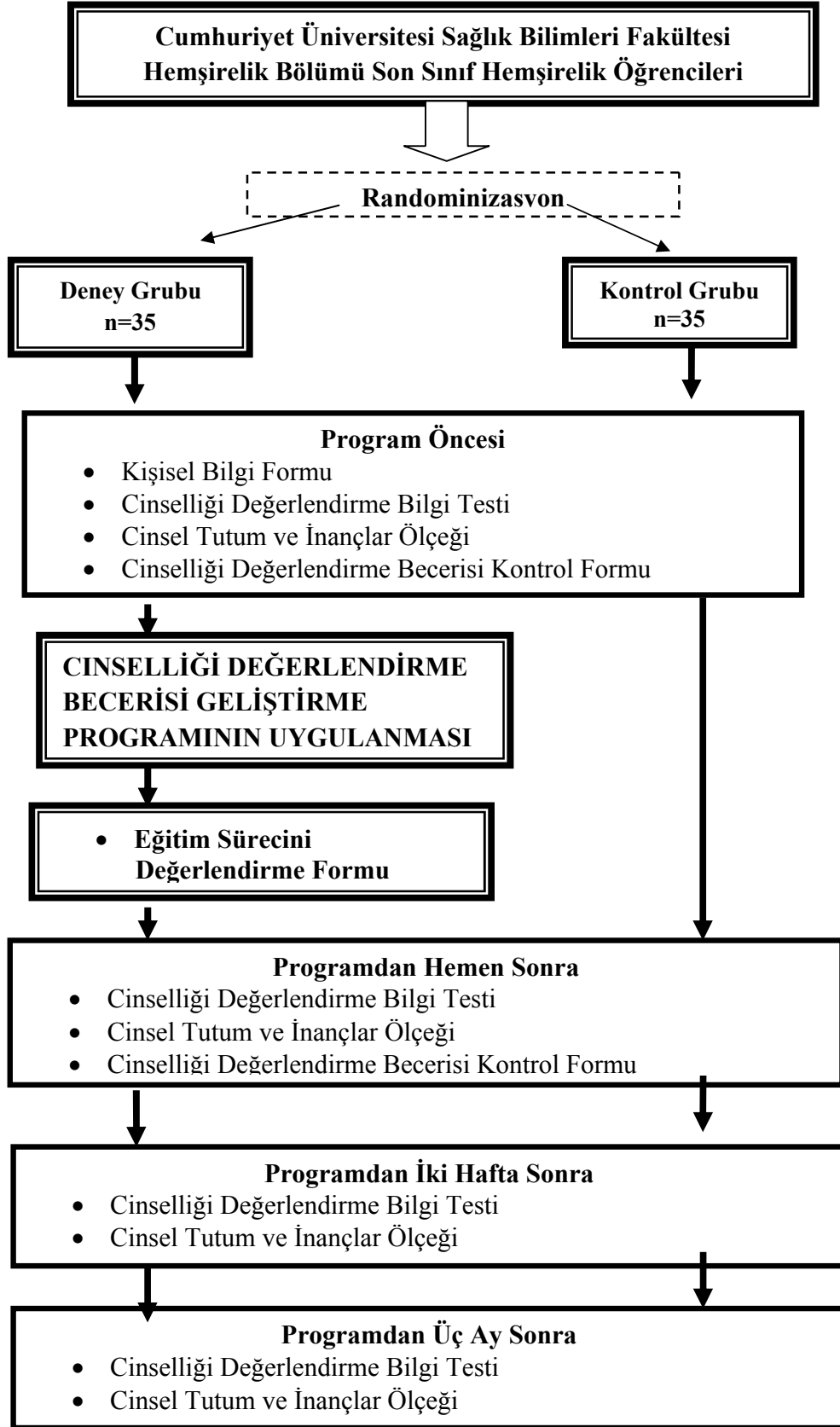
Uygulamaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'ndan izin alınmıştır (EK 9). Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam veren her iki gruptaki öğrencilere program öncesi aynı anda Kişisel Bilgi Formu, Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testi, Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği uygulanmıştır. Cinselliği Değerlendirme Becerisi Kontrol Formu araştırmacı tarafından öğrenci hemşirelerin hasta/sağlıklı bireyi değerlendirdikleri sırada gözlemlenerek değerlendirilmiştir. Her öğrenciye yaklaşık 15 dakika süre ayrılmıştır.

Veri toplama araçları uygulandıktan sonra derslikler Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programına uygun bir şekilde önceden hazırlanmış, eğitimin verileceği ortam genişlik, havalandırma, gürültü gibi eğitimi etkileyebilecek durumlar açısından incelenmiştir. Eğitimin uygulanacağı gün içinde ayrıca gürültü ve diğer çevresel faktörler gözden geçirilerek gerekli önlemler alınmış, kullanılacak araç-gereçler tüm öğrencilerin görebileceği şekilde ayarlanarak, oturum düzeni öğrenci sınıfa gelmeden önce eğitim programına uygun olarak düzenlenmiştir.

Hazırlıklar tamamlandıktan sonra belirlenen tarihte deney grubuna “Öğrenci Hemşirelerin Cinselliği Değerlendirme Becerisini Geliştirme Programı” 10 oturum olarak verilmiştir. İlk oturumda deney grubunda grup kuralları belirlenerek, özellikle program sonlanana kadar her oturumda paylaşılan bilgilerin grup dışında paylaşılmasının gereği anlatılmış ve gruba devamlılık vurgulanmıştır. Her oturum başında bir önceki oturumda neler konuşulduğu özetlenmiş, o anki oturumla önceki oturumun bağlantısı kurulmuştur. Programın sonunda da araştırmacı, grup üyelerinden program sürecini değerlendirmeleri istenmiştir. Grup oturumları tamamlandıktan sonra deney ve kontrol grubuna aynı zamanda Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testi, Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği uygulanmıştır. Programdan hemen sonra Cinselliği Değerlendirme Becerisi Kontrol Formu araştırmacı tarafından öğrencilerin bakım verdiği bireyi değerlendirdiği aşamada gözlemlenerek uygulanmıştır. Öğrenci Hemşirelerin Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programından 2 hafta ve

3 ay sonra Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testi, Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği her iki gruba aynı zamanda tekrar uygulanarak izlemleri yapılmıştır. Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programının uygulama şeması şekil 3’de gösterilmiştir.

Şekil 3: Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı Uygulama Şeması



3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 14 yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede, sayımla elde edilen (öğrencilerin cinsiyeti, aile tipi, yaşadıkları yer vb) veriler frekans dağılımı olarak, ölçümle elde edilen veriler (öğrencilerin yaşı, bilgi puan ortalaması vb) ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerinin yaş grubu, bireyin yaşamında cinsellik fonksiyonunun önemi gibi bazı özellikler açısından denkleğinin gösterilmesinde ki kare testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerinin Cinselliğı değerlendirme bilgi puanı, Cinsel İnanışlar ve Tutum Ölçeğı puanı ve Cinselliğı değerlendirme becerisi puanı arasındaki farkı belirlemek için t testi kullanılmıştır. Grupların yukarıda belirtilen puanlara ilişkin kendi içinde yapılan analizlerde ise; iki ölçüm yapıldığında bağımlı gruplarda t testi, üç ölçüm yapıldığında ise tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. İstatistiksel sonuçların anlamlılığı için yanılma düzeyi 0,05 kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülmesi için C.Ü. Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü AD Başkanlığı'ndan izin belgesi alınmıştır (EK 10). Örneklem grubuna seçilen öğrencilere Deney hakkında sözel ve yazılı açıklama yapılmıştır ve çalışmaya katılmayı isteyip istemediklerine dair karar vermeleri için yeterli zaman verilmiştir. Öğrencilerde araştırmaya ilişkin yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ettiklerine dair yazılı onam alınmıştır. Çalışmanın uygulama aşamasında öğrencilerden araştırmada kullanılan veri toplama formlarına isim yazmamaları, ancak rumuz yazmaları istenmiştir. Öğrencilerin bakım verdikleri bireylerden uygulama öncesi sözlü onam alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulgularının, 2011-2012 eğitim-öğretim yılında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerini kapsamaması, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü eğitim öğretim müfradatına benzer bir başka hemşirelik okulu olmadığı için kontrol grubunun aynı sınıftan seçilmesi ve cinselliğı değerlendirme becerisi geliştirme programı sonlandıktan sonra öğrenci hemşirelerin uygulama alanları değıştüğinden cinselliğı değerlendirme becerisi kontrol formunun izleminin yapılamaması araştırmanın sınırlılığı olarak ele alınabilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, “Öğrenci Hemşirelere Uygulanan Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı’nın Etkinliği”ni ortaya koymak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tanımlayıcı bulgular, eğitim programı öncesi ve sonrası değerlendirme bulguları olarak üç grupta ele alınmıştır.

1. Tanıtıcı Bulgular

Tablo 1. Öğrenci Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Gruplar			Test
	Deney Grubu x±ss	Kontrol Grubu x±ss	Toplam x±ss	
Yaş ortalaması	21,68±0,96	21,91±1,61	(21,80±1,32)	t= 0,719 p=0,475
	Sayı (%) n=35	Sayı (%) n=35	Sayı (%) n=70	
Yaş				
20-21	15 (42,9)	18 (51,5)	33 (47,2)	x ² =0,229 p=0,633
22 ve üstü	20 (57,2)	17 (47,6)	37 (52,8)	
Cinsiyet				
Kız	27 (77,1)	29 (82,9)	56 (80,0)	x ² =0,357 p=0,766
Erkek	8 (22,9)	6 (17,1)	14 (20,0)	
Medeni Durum				
Evli	2 (5,7)	2 (5,7)	4 (5,7)	
Bekar	33 (94,3)	33 (94,3)	66 (94,3)	
Anne Eğitimi				
İlköğretim	26 (74,3)	29 (82,9)	55 (78,6)	x ² =0,764 p=0,382
Lise ve üstü	9 (25,7)	6 (17,1)	15 (21,4)	
Baba Eğitimi				
İlköğretim	19 (54,3)	21 (60,0)	40 (57,1)	x ² =0,233 p=0,629
Lise ve üstü	16 (45,7)	14 (40,0)	30 (42,9)	
Aile Tipi				
Çekirdek	30 (85,7)	30 (85,7)	60 (85,7)	
Geniş	5 (14,3)	5 (14,3)	10 (14,3)	
Üniversite eğitime kadar yaşadığı yer				
Köy-Kasaba-İlçe	15 (42,9)	11 (31,4)	26 (37,1)	x ² = 0,979 p=0,322
Şehir	20 (57,1)	24 (68,6)	44 (62,9)	
Şuanda yaşadığı yer				
Öğrenci evi	10 (28,6)	6 (17,2)	16 (22,9)	x ² =1,963 p=0,375
Ailesi ile birlikte	14 (40,0)	13 (37,1)	27 (38,6)	
Yurtta	11 (31,4)	16 (45,7)	27 (38,6)	
Toplam	35 (100)	35 (100)	70 (100)	

Tablo 1’de öğrenci hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımlar yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, öğrencilerin yaş ortalamasının 21,80±1,32 (min:20, max:29) olduğu ve grupların yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır (p>0,05). Öğrenci hemşirelerin % 80’inin kız, % 94,3’ünün bekar olduğu ve gruplar arasında cinsiyet ve medeni durum açısından fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05).

Öğrenci hemşirelerin anne-baba eğitimi incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin % 74,3'ünün annesinin, % 54,3'ünün babasının ilköğretim mezunu ve kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin ise % 82,9'unun annesinin, % 60'ının babasının ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Grupların anne ve baba eğitimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalışmada yer alan tüm öğrenci hemşirelerin % 85,7'sinin çekirdek ailede yaşadığı, % 62,9'unun yaşamlarının büyük bölümünü şehirde geçirdiği ve % 38,6'sının şu anda ailesi ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Öğrenci hemşirelerin aile tipi, yaşadığı yer ve şu anda yaşadığı yer açısından deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 2. Öğrenci Hemşirelerin Cinsellikle İlgili İlk Bilgilerini Aldıkları Kaynak, Bilgilerini Yeterli Bulma ve Eğitimleri Sırasında Aldıkları Cinsellikle İlgili Aldıkları Bilgiyi Yeterli Bulma Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Toplam	Test
	Sayı (%) n=35	Sayı (%) n=35	Sayı (%) n=70	
İlk bilgilerin öğrenildiği kaynak				
Anne	11 (31,5)	10 (28,6)	21 (30,0)	x ² =10,178 p=0,070
Arkadaş	7 (20,0)	4 (11,4)	11 (15,7)	
Yazılı kaynak(Kitap, dergi vb)	6 (17,1)	13 (37,2)	19 (27,1)	
Görsel kaynak (Sinema, video vb.)	6 (17,1)	- -	6 (8,6)	
Okul	4 (11,4)	6 (17,1)	10 (14,3)	
Kardeş	1 (2,9)	2 (5,7)	3 (4,3)	
Cinsellikle ilgili sahip oldukları bilgileri yeterli bulma				
Yetersiz	4 (11,4)	5 (14,3)	9 (12,9)	x ² =4,242 p=0,390
Kısmen yeterli	20 (57,2)	18 (51,4)	38 (54,3)	
Yeterli	11 (31,4)	12 (34,3)	23 (32,8)	
Eğitimleri sırasında cinsellikle ilgili aldıkları bilgiyi yeterli bulma				
Yetersiz	10 (28,6)	7 (20,0)	17 (24,3)	x ² =0,260 p=0,878
Kısmen yeterli	17 (48,5)	18 (51,4)	35 (50,0)	
Yeterli	8 (22,9)	10 (28,6)	18 (25,7)	
Toplam	35 (100)	35 (100)	70 (100)	

Tablo 2’de öğrenci hemşirelerin cinsellikle ilgili ilk bilgilerini öğrendikleri kaynak, bilgilerini yeterli bulma ve eğitimleri sırasında aldıkları cinsellikle ilgili aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin % 31,5’i, kontrol grubundaki öğrencilerin % 28,6’sı cinsellikle ilgili ilk bilgilerini annesinden aldığını belirtmiştir. Öğrenci hemşirelerin cinsellikle ilgili ilk bilgilerini öğrendikleri kaynak açısından deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05).

Öğrenci hemşirelerin cinsellikle ilgili bilgilerini yeterli bulma durumuna göre dağılımı incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerinlerin % 57,2'si, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin % 51,4'ü cinsellikle ilgili sahip oldukları bilgileri “kısmen yeterli” buldukları belirlenmiştir. Grupların cinsellikle ilgili bilgilerini yeterli bulma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p>0,05$).

Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin % 48,5'inin, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerinlerin ise % 51,4'ünün eğitimleri sırasında cinsellikle ilgili aldıkları bilgileri “kısmen yeterli” buldukları saptanmıştır. Grupların eğitimleri sırasında cinsellikle ilgili aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 3. Öğrenci Hemşirelerin Cinsellikle İlgili Konuları Anne-Baba İle Rahat Konuşabilme ve Konuşamama Nedenlerine Göre Dağılımı

Cinsellikle İlgili Konular	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Toplam	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Anne ile rahat konuşabilme (n=35)				
Rahat konuşan	21 (60,0)	21 (60,0)	42 (60)	
Rahat konuşamayan	14 (40,0)	14 (40,0)	28 (40)	
Konuşamama nedenleri (n=14)				
Utanma	10 (71,4)	10 (71,4)	20 (71,4)	
Baskılayıcı kültür	3 (21,4)	3 (21,4)	6 (21,4)	
Ayıp olarak algılama	1 (7,2)	1 (7,2)	2 (7,2)	
Baba ile rahat konuşabilme (n=35)				
Konuşan	8 (2,9)	8 (2,9)	16 (22,9)	$\chi^2=1,019$
Konuşamayan	27 (77,1)	27 (77,1)	54 (77,1)	$p=0,601$
Konuşamama nedenleri (n=27)				
Utanma	13 (37,1)	20 (57,1)	33 (61,1)	$\chi^2=11,225$ $p=0,024$
Cinsiyet farklılığı	3 (8,6)	2 (5,7)	5 (9,3)	
Mahrem bir konu olarak görme	11 (31,3)	1 (2,8)	8 (22,2)	
Ayıp-günah olarak algılama	- -	4 (11,4)	4 (7,4)	

Tablo 3’de öğrenci hemşirelerin cinsellikle ilgili konuları anne-baba ile rahat konuşabilme ve konuşamama nedenlerinin dağılımları yer almaktadır. Öğrenci hemşirelerin cinsellikle ilgili konuları anne ile rahat konuşabilme ve konuşamama nedenlerinin dağılımları incelendiğinde, her iki gruptaki öğrencilerin % 40’ının cinsellikle ilgili konuları anneleri ile rahat konuşamadıkları saptanmıştır. Öğrenci hemşirelerin yaşadığı rahatsızlığın nedeni incelendiğinde, ilk sırada her iki grupta da utanma faktörünün (% 71,4) yer aldığı belirlenmiştir. Grupların cinsellikle ilgili konuları anne ile rahat konuşabilme durumları ve konuşamama nedenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$)

Öğrenci hemşirelerin cinsellikle ilgili konuları baba ile rahat konuşabilme ve konuşamama nedenlerinin dağılımları incelendiğinde ise, her iki gruptaki öğrencilerin % 77,1’ i babaları ile cinsellikle ilgili konuları rahat konuşamadıklarını belirtmişlerdir. Rahat

konuşamayan öğrencilerin yarısından fazlası (%61,1) bu rahatsızlığın nedeni olarak utanma faktörünü ilk sırada ifade etmiştir. Grupların cinsellikle ilgili konuları baba ile rahat konuşabilme durumları ve rahatsızlık nedenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.Öğrenci Hemşirelerin Cinsellik Fonksiyonuna Verdikleri Önem, Kişisel Değerlerinin Cinsellik Üzerine Konuşmayı Etkileme ve Cinsellikle İlgili Sorular Karşısında Kendini Rahat Hissetme Durumuna Göre Dağılımları

Özellikler	Grup			
	Deney Grubu x±ss	Kontrol Grubu x±ss	Toplam x±ss	Test
Bireyin yaşamında cinsellik fonksiyonunun önemi	7,8±1,66	8,00±1,78	7,92±1,71	t=0,346 p=0,603
	Sayı (%) n=35	Sayı (%) n=35	Sayı (%) n=70	
Kişisel değerlerin cinsellik üzerine konuşmayı etkileme durumu				
Her zaman	6 (17,1)	2 (5,7)	8 (11,4)	x ² =5,413 p=0,248
Bazen	21 (60,0)	27 (77,1)	48 (68,6)	
Hiç	8 (22,9)	6 (17,2)	14 (20,0)	
Cinsellikle ilgili sorular karşısında kendini rahat hissetme durumu				
Rahat	4 (11,4)	- -	4 (5,7)	x ² =4,242 p=0,390
Rahat Değil	31 (88,6)	35 (100)	66 (94,3)	
Toplam	35 (100)	35 (100)	70 (100)	

Tablo 4’de öğrenci hemşirelerin cinsellik fonksiyonuna verdikleri önem, kişisel değerlerinin cinsellik üzerine konuşmayı etkileme ve cinsel sorular karşısında kendini rahat hissetme durumuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin “sizce bireyin yaşamında cinsellik fonksiyonu ne kadar önemlidir?” sorusuna 1-10 arasında değişen bir skalada verdikleri puanların ortalaması 7,8±1,66 iken, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin puan ortalamasının 8,00±1,78 olduğu saptanmıştır. Öğrenci hemşirelerin bu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05).

Öğrenci hemşirelerin kişisel değerlerinin cinsellik üzerine konuşmayı etkileme durumu incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin % 60’ı, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin % 77,1’i kişisel değerlerinin cinsellik üzerine konuşmayı “bazen”

etkilediğini belirtmiştir. Grupların kişisel değerlerinin cinsellik üzerine konuşmayı etkileme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p>0,05$).

Öğrenci hemşirelere cinsellikle ilgili sorular karşısında kendilerini rahat hissetme durumları incelendiğinde, deney grubundaki ğrenci hemşirelerin % 88,6'sı, kontrol grubundaki ğrenci hemşirelerin tamamı cinsellikle ilgili sorular karşısında kendilerini “rahatsız” hissettiklerini belirtmiştir. Grupların cinsellik hakkında soru sorulduğunda kendilerini rahat hissetme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

2. EĞİTİM PROGRAMI ÖNCESİ DEĞERLENDİRME BULGULARI

Tablo 5. Öğrenci Hemşirelerin Program Öncesi Cinselliği Değerlendirme Bilgisi, Cinsel Tutum ve İnançları, Cinselliği Değerlendirme Becerisi Puan Ortalamaları

Program Öncesi	Deney Grubu (n=35)	Kontrol Grubu (n=35)	Test
	x±ss	x±ss	
Cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalaması	15,8±3,20	16,48±2,97	t=0,928 p=0,357
Cinsel tutum ve inançları puan ortalaması	30,62±6,37	29,57±6,75	t=0,673 p=0,503
Cinselliği değerlendirme becerisi toplam puan ortalaması	14,14±7,94	19,56±12,17	t=2,086 p=0,041
Uygun ortam sağlama alt boyutu puan ortalaması	2,34±2,96	5,71±4,41	t=3,748 p=0,001
İletişim becerisi alt boyutu puan ortalaması	9,05±4,37	12,14±5,93	t=2,475 p=0,016
Cinsellikle ilgili rahatlık alt boyutu puan ortalaması	2,22±0,91	2,34±0,90	t=0,601 p=0,527
Amaca uygun soru sorma alt boyutu puan ortalaması	1,42±1,61	0,91±1,31	t=1,462 p=0,148

Tablo 5’de öğrenci hemşirelerin program öncesi cinselliği değerlendirme bilgisi, cinsel tutum ve inanışları, cinselliği değerlendirme becerisi puan ortalamaları yer almaktadır. Öğrenci hemşirelerin program öncesi cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalaması incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalamasının 15,8±3,20, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin ise 16,48±2,97 olduğu ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05).

Öğrenci hemşirelerin program öncesi cinsel tutum ve inançları puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin puan ortalamasının 30,62±6,37,

kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin ise $29,57\pm 6,75$ olduğu ve grupların program öncesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p>0,05$).

Her iki gruptaki öğrencilerin program öncesi cinselliği değerlendirme becerisi toplam puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubundaki öğrencilerin puan ortalamasının $14,14\pm 7,94$, kontrol grubundaki öğrencilerin ise $19,56\pm 12,17$ olduğu bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin program öncesi cinselliği değerlendirme becerisi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Öğrenci hemşirelerin program öncesi cinselliği değerlendirme becerisi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin uygun ortam sağlama puan ortalaması $2,34\pm 2,96$, iletişim becerisi puan ortalaması $9,05\pm 4,37$, cinsellikle ilgili rahatlık puan ortalaması $2,22\pm 0,91$ ve amaca uygun soru sorma puan ortalaması $1,42\pm 1,61$ 'dir. Cinselliği değerlendirme becerisi alt boyut puan ortalamaları kontrol grubu öğrenci hemşirelerde sırasıyla $5,71\pm 4,41$, $12,14\pm 5,93$, $2,34\pm 0,90$, $0,91\pm 1,31$ 'dir. Grupların cinsellikle ilgili rahatlık, amaca uygun soru sorma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0,05$), uygun ortam sağlama, iletişim becerisi puan ortalamaları arasında ise fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 6. Öğrenci Hemşirelerin Program Öncesi Cinselliği Değerlendirmede Kendilerini Bilgi Açısından Yeterli Bulma ve Rahat Hissetme Durumuna Göre Dağılımı

Program Öncesi Kendilerini	Grup			Test
	Deney Grubu n=35	Kontrol Grubu n=35	Toplam n=70	
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bilgi Açısından Yeterli bulma				
Yetersiz	6 (17,1)	4 (11,4)	10 (14,3)	$\chi^2=1,474$ p=0,478
Kısmen yeterli	15 (42,9)	20 (57,2)	35 (50,0)	
Yeterli	14 (40,0)	11 (31,4)	25 (35,7)	
Rahat hissetme				
Rahatsız	2 (5,7)	1 (2,9)	3 (4,3)	$\chi^2=2,399$ p=0,301
Kısmen rahat	12 (34,3)	10 (18,5)	22 (27,1)	
Rahat	21 (60,0)	24 (68,6)	45 (68,6)	

Tablo 6’da öğrenci hemşirelerin program öncesi cinselliği değerlendirmede kendilerini bilgi açısından yeterli bulma ve rahat hissetme durumuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin % 42,9’u, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin % 57,2’si cinselliği değerlendirmede kendilerini bilgi açısından “kısmen yeterli” olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Her iki gruptaki öğrenci hemşirelerin kendilerini bilgi olarak yeterli bulma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin % 60’ı, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin % 68,6’sı cinselliği değerlendirirken kendilerini rahat hissettiklerini ifade etmiştir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p>0,05$).

3. EĞİTİM PROGRAMI SONRASI DEĞERLENDİRME BULGULARI

Tablo 7. Öğrenci Hemşirelerin Programdan Hemen Sonra Cinselliği Değerlendirme Bilgisi, Cinsel Tutum ve İnançları, Cinselliği Değerlendirme Becerisi Puan Ortalamaları

Programdan Hemen Sonra	Deney Grubu (n=35)	Kontrol Grubu (n=35)	Test
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	
Cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalaması	25,11±2,36	15,54±3,06	t=14,646 p=0,001
Cinsel tutum ve inançları puan ortalaması	22,20±6,03	31,71±7,56	t=5,816 p=0,001
Cinselliği değerlendirme becerisi toplam puan ortalaması	51,77±6,91	18,68±8,36	t=16,867 p=0,001
Uygun ortam sağlama alt boyutu puan ortalaması	9,62±1,13	4,65±3,53	t=7,927 p=0,001
İletişim becerisi alt boyutu puan ortalaması	24,40±3,54	11,37±4,42	t=13,585 p=0,001
Cinsellikle ilgili rahatlık alt boyutu puan ortalaması	6,57±2,50	2,11±2,28	t=7,785 p=0,001
Amaca uygun soru sorma alt boyutu puan ortalaması	11,17±2,21	1,62±1,89	t=19,360 p=0,001

Tablo 7’de öğrenci hemşirelerin programdan hemen sonra cinselliği değerlendirme bilgisi, cinsel tutum ve inançları, cinselliği değerlendirme becerisi puan ortalamaları yer almaktadır. Programdan hemen sonra cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalaması deney grubundaki öğrenci hemşirelerde 25,11±2,36, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerde 15,54±3,06 olup, gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Öğrenci hemşirelerin programdan hemen sonra cinsel tutum ve inanışları puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin puan ortalaması

22,20±6,03, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin ise 31,71±7,56 olduğu ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$).

Öğrenci hemşirelerin programdan hemen sonra cinselliği değerlendirme becerisi toplam puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin puan ortalamasının 51,77±6,91, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin ise 18,68±8,36 olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede grupların puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Öğrenci hemşirelerin programdan hemen sonra cinselliği değerlendirme becerisi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin uygun ortam sağlama puan ortalaması 9,62±1,13, iletişim becerisi puan ortalaması 24,40±3,54, cinsellikle ilgili rahatlık puan ortalaması 6,57±2,50, amaca uygun soru sorma puan ortalaması 11,17±2,21 olduğu belirlenmiştir. Cinselliği değerlendirme becerisi alt boyut puan ortalamaları kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerde sırasıyla 4,65±3,53, 11,37±4,42, 2,11±2,28, 1,62±1,89'dur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, tüm alt boyutlara ilişkin grupların puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 8. Öğrenci Hemşirelerin Programdan Hemen Sonra Cinselliği Değerlendirmede Kendilerini Bilgi Olarak Yeterli Bulma ve Rahat Hissetme Durumuna Göre Dağılımı

Programdan Hemen Sonra Kendilerini	Grup			
	Deney Grubu n=35	Kontrol Grubu n=35	Toplam n=70	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bilgi açısından yeterli bulma				
Yetersiz	2 (5,7)	2 (5,7)	4 (5,8)	$\chi^2=9,138$ p=0,010
Kısmen yeterli	7 (20,0)	19 (54,3)	26 (37,1)	
Yeterli	26 (74,3)	14 (40,0)	40 (57,1)	
Rahat hissetme				
Rahatsız	1 (2,9)	4 (11,4)	5 (7,2)	$\chi^2=12,429$ p=0,002
Kısmen Rahat	4 (11,4)	15 (42,9)	19 (27,1)	
Rahat	30 (85,7)	16 (45,7)	46 (65,7)	
Toplam	35 (100,0)	35 (100,0)	70 (100,0)	

Tablo 8’de öğrenci hemşirelerin programdan hemen sonra cinselliği değerlendirmede kendilerini bilgi olarak yeterli bulma ve rahat hissetme durumuna göre dağılım yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, program sonrası cinselliği değerlendirmede deney grubundaki öğrenci hemşirelerin % 74,3’ü, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin % 40’ı işlem sonrası kendilerini cinsellikle ilgili bilgi açısından “yeterli” olarak değerlendirmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirirken rahatlık durumları incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin % 85,7’si, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin ise % 45,7’si kendilerini rahat hissettiklerini belirtmişlerdir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 9.Öğrenci Hemşirelerin Programdan İki Hafta Sonra Cinselliği Değerlendirme Bilgisi, Cinsel Tutum ve İnançları Puan Ortalamaları

Programdan İki Hafta Sonra	Grup		
	Deney Grubu (n=35)	Kontrol Grubu (n=35)	Test
	x±ss	x±ss	
Cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalaması	26,37±2,69	15,20±3,64	t=14,589 p=0,001
Cinsel tutum ve inançları puan ortalaması	23,25±8,09	28,22±8,33	t=2,231 p=0,014

Tablo 9’da öğrenci hemşirelerin programdan iki hafta sonra cinselliği değerlendirme bilgisi, cinsel tutum ve inanışları puan ortalamaları yer almaktadır. Tabloda, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalamasının 26,37±2,69, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin 15,20±3,64 ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$).

Öğrencilerin programdan iki hafta sonra cinsel tutum ve inançları puan ortalaması incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin puan ortalamasının 23,25±8,09, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin puan ortalamasının 28,22±8,33 ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 10. Öğrenci Hemşirelerin Programdan Üç Ay Sonra Cinselliği Değerlendirme Bilgisi, Cinsel Tutum ve İnançları Puan Ortalamaları

Programdan Üç Ay Sonra	Grup		
	Deney Grubu (n=35)	Kontrol Grubu (n=35)	Test
	x±ss	x±ss	
Cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalaması	25,08±3,27	15,25±5,25	t=9,391 p=0,001
Cinsel tutum ve inançları puan ortalaması	23,54±5,71	31,25±8,77	t=4,358 p=0,001

Tablo 10'da öğrenci hemşirelerin programdan üç ay sonra cinselliği değerlendirme bilgisi, cinsel tutum ve inançları puan ortalaması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, programdan üç ay sonra cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalamasının deney grubundaki öğrenci hemşirelerde 25,08±3,27, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerde 15,25±5,25 olduğu ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Deney grubundaki öğrencilerin programdan üç ay sonra ki cinsel tutum ve inançları puan ortalaması 23,54±5,71 iken kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerde bu rakamın 31,25±8,77 olduğu ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Program Öncesi, Programdan Hemen Sonra, İki Hafta Sonra ve Üç Ay Sonra Cinselliği Değerlendirme Bilgisi, Cinsel Tutum ve İnançları Puan Ortalamaları

	Deney Grubu (n=35)					Kontrol Grubu (n=35)				
	Program Öncesi	Programdan Hemen Sonra	Programdan İki Hafta Sonra	Programdan Üç Ay Sonra	Test	Program Öncesi	Programdan Hemen Sonra	Programdan İki Hafta Sonra	Programdan Üç Ay Sonra	Test
	x±ss	x±ss	x±ss	x±ss		x±ss	x±ss	x±ss	x±ss	
Cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalaması	15,8±3,2 ^a	25,11±2,3 ^b	26,37±2,69 ^c	25,08±3,27 ^d	F=124,722 p=0,001 a-b p<0,05 a-c p<0,05 a-d p<0,05	16,48±2,9 ^a	15,54±3,0 ^b	15,20±3,6 ^c	15,25±5,2 ^d	F= 1,570 p= 0,219
Cinsel tutum ve inançları puan ortalaması	30,62±6,3 ^a	22,20±6,0 ^b	23,25±8,0 ^c	23,54±5,7 ^d	F=22,356 p=0,001 a-b p<0,05 a-c p<0,05 a-d p<0,05	29,57±6,7 ^a	31,71±7,5 ^b	28,22±8,3 ^c	31,25±8,7 ^d	F=2,290 p=0,083

Tablo 11’ de deney ve kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin programdan önce, programdan hemen sonra, iki hafta sonra ve üç ay sonra cinselliği değerlendirme bilgisi, cinsel tutum ve inançları puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalaması, program öncesi $15,8\pm 3,20$, programdan hemen sonra $25,11\pm 2,36$, programdan iki hafta sonra $26,37\pm 2,69$ ve programdan üç ay sonra $25,08\pm 3,27$ olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi, programdan hemen sonra, iki hafta sonra ve üç ay sonra puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını saptamak için yapılan ayrıntılı değerlendirmede ise, program öncesi ve programdan hemen sonra, program öncesi ve programdan iki hafta sonra, program öncesi ve programdan üç ay sonraki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$).

Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi, programdan hemen sonra, iki hafta sonra ve üç ay sonra cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalamaları incelendiğinde, program öncesi $16,48\pm 2,97$, programdan hemen sonra $15,54\pm 3,06$, programdan iki hafta sonra $15,20\pm 3,64$ ve programdan üç ay sonra $15,25\pm 5,25$ olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi ve programdan hemen sonra, iki hafta sonra ve üç ay sonra cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalamasının birbirine yakın değerler aldığı ve puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$).

Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi, programdan hemen sonra, iki hafta sonra ve üç ay sonra ki cinsel tutum ve inançları puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin puan ortalamasının programdan önce $30,62\pm 6,37$, programdan hemen sonra $22,20\pm 6,03$, programdan iki hafta sonra $23,25\pm 8,09$, programdan üç ay sonra $23,54\pm 5,71$ olarak saptanmıştır. Yapılan analiz sonucunda, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi, programdan hemen sonra, iki hafta sonra ve üç ay sonra yapılan cinsel tutum ve inançları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını saptamak için yapılan ayrıntılı değerlendirmede, programdan önce ve hemen sonra, programdan önce ve programdan iki hafta sonra, programdan önce ve programdan üç ay sonra ki puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$).

Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin cinsel tutum ve inançları puan ortalamasının programdan önce $29,57 \pm 6,75$, programdan hemen sonra $31,71 \pm 7,56$, programdan iki hafta sonra $28,22 \pm 8,33$ ve programdan üç ay sonra $31,25 \pm 8,77$ olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi, programdan hemen sonra, iki hafta sonra ve programdan 3 ay sonra yapılan cinsel tutum ve inançları puan ortalamalarının birbirine yakın değerler aldığı ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrenci Hemşirelerin Program Öncesi ve Program Sonrası Cinselliği Değerlendirme Becerisi Puan Ortalamaları

	Deney Grubu (n=35)			Kontrol Grubu (n=35)		
	Program Öncesi	Program Sonrası	Test	Program Öncesi	Program Sonrası	Test
	x±ss	x±ss		x±ss	x±ss	
Cinselliği değerlendirme becerisi toplam puan ortalaması	14,14±7,94	51,77±6,91	t=23,032 p=0,001	19,56±12,17	18,68±8,36	t=0,531 p=0,601
Uygun ortam sağlama alt boyutu puan ortalaması	2,34±2,96	9,62±1,13	t=14,936 p=0,001	5,71±4,41	4,65±3,53	t=1,648 p=0,109
İlertişim becerisi alt boyutu puan ortalaması	9,05±4,37	24,40±3,54	t=18,220 p=0,001	12,14±5,93	11,37±4,42	t=0,914 p=0,367
Cinsellekle ilgili rahatlık alt boyutu puan ortalaması	2,22±0,91	6,57±2,50	t=9,754 p=0,001	2,34±0,90	2,11±2,28	t=9,557 p=0,581
Amaca uygun soru sorma alt boyutu puan ortalaması	1,42±1,61	11,17±2,21	t=20,061 p=0,001	0,91±1,31	1,62±1,89	t=3,101 p=0,004

Tablo 12’de deney ve kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi ve program sonrası cinselliği değerlendirme becerisi puan ortalamaları yer almaktadır. Her iki grubun cinselliği değerlendirme becerisi puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme becerisi puan ortalamasının program öncesi 14,14±7,94, program sonrası ise 51,77±6,91 olduğu belirlenmiştir. Puanlar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme becerisi puan ortalamasının program öncesi 19,56±12,17, program sonrası 18,68±8,36 olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, kontrol grubunun program öncesi ve sonrası cinselliği değerlendirme becerisi puan ortalamasının birbirine yakın değerler aldığı ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme becerisi alt boyutu incelendiğinde, uygun ortam sağlama puan ortalamasının program öncesi 2,34±2,96, program sonrası 9,62±1,13, iletişim becerisi puan ortalamasının program öncesi 9,05±4,37, program sonrası 24,40±3,54, cinsellikle ilgili rahatlık puan ortalamasının programdan öncesi 2,22±0,91, program sonrası 6,57±2,50, amaca uygun soru sorma puan ortalamasının program öncesi 1,42±1,61, program sonrası 11,17±2,21 olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi ve program sonrası cinselliği değerlendirme becerisi alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme becerisi alt boyutları incelendiğinde ise, uygun ortam sağlama puan ortalamasının program öncesi 5,71±4,41, program sonrası 4,65±3,53, iletişim becerisi puan ortalamasının program öncesi 12,14±5,93, program sonrası 11,37±4,42, cinsellikle ilgili rahatlık puan ortalamasının program öncesi 2,34±0,90, program sonrası 2,11±2,28 ve amaca uygun soru sorma puan ortalamasının program öncesi 0,91±1,31, program sonrası 1,62±1,89 olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki öğrencilerin program sonrası uygun ortam sağlama, iletişim becerisi, cinsellikle ilgili rahatlık puan ortalamasının program öncesine göre benzer olduğu ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi ve program sonrası amaca uygun soru sorma puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrenci Hemşirelerin Program Öncesi ve Sonrası Cinselliği Değerlendirmede Kendilerini Bilgi Olarak Yeterli Bulma ve Rahat Hissetme Durumuna Göre Dağılımı

Program Öncesi ve Programdan Hemen Sonra Kendilerini	Deney Grubu			Kontrol Grubu		
	Program Öncesi n=35	Program Sonrası n=35	Test	Program Öncesi n=35	Program Sonrası n=35	Test
	Sayı (%)	Sayı (%)		Sayı (%)	Sayı (%)	
Bilgi açısından yeterli bulma						
Yetersiz	6 (17,1)	2 (5,7)	t=3,311	4 (11,4)	2 (5,7)	t=1,406
Kısmen yeterli	15 (42,9)	7 (20,0)	p=0,002	20 (57,2)	19 (54,3)	p=0,169
Yeterli	14 (40,0)	26 (74,3)		11 (31,4)	14 (40,0)	
Rahat hissetme						
Rahatsız	2 (5,7)	1 (2,9)	t=2,380	1 (2,9)	4 (11,4)	t=3,055
Kısmen Rahat	12 (34,3)	4 (11,4)	p=0,023	10 (18,5)	15 (42,9)	p=0,04
Rahat	21 (60,0)	30 (85,7)		24 (68,6)	16 (45,7)	

Tablo 13’de deney ve kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi ve sonrası cinselliği değerlendirmede kendilerini bilgi olarak yeterli bulma ve rahat hissetme durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin % 40’ı program öncesi, % 74,3’ü program sonrası cinselliği değerlendirmede kendilerini bilgi olarak yeterli gördüklerini belirtmişlerdir. Yapılan istatistiksel analizde deney grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi ve sonrası cinselliği değerlendirmede kendilerini bilgi olarak yeterli bulma durumu arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin ise % 31,4’ü program öncesi, % 40’ı program sonrası cinselliği değerlendirmede kendilerini bilgi olarak yeterli bulduklarını ifade etmiş ve program öncesi ve sonrası arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p>0,05$).

Öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirmede rahatlık durumları incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin % 60’ı program öncesi, % 85,7’si program sonrası cinselliği değerlendirmede kendilerini rahat hissettiklerini belirtmişlerdir ve program öncesi ve sonrası arasındaki bu farkın istatistik olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Cinselliği değerlendirmede program öncesi kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin % 68,6’sı, program sonrası % 45,7’sinin kendilerini rahat hissettikleri belirlenmiş ve program öncesi ve sonrası rahatlık durumları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 14. Öğrenci Hemşirelerin Program Öncesi ve Sonrası Cinselliği Değerlendirme Bilgisi, Cinsel Tutum ve İnançları, Cinselliği Değerlendirme Becerisi Puanı Fark Ortalamaları

Program Öncesi ve Sonrası Puan Fark Ortalaması	Deney Grubu (n=35)	Kontrol Grubu (n=35)	Test
	x±ss	x±ss	
Cinselliği değerlendirme bilgisi puanı fark ortalaması	9,31±3,52	0,94±5,54	t=13,065 p=0,001
Cinsel tutum ve inançları puanı fark ortalaması	8,42±6,45	2,14±8,61	t=5,811 p=0,001
Cinselliği değerlendirme becerisi toplam puanı fark ortalaması	37,62±9,66	0,88±8,29	t=16,120 p=0,001
Uygun ortam sağlama alt boyutu puanı fark ortalaması	7,28±2,88	1,05±3,79	t=10,351 p=0,001
İletişim becerisi alt boyutu puanı fark ortalaması	15,34±4,98	0,77±4,99	t=13,554 p=0,001
Cinsellikle ilgili rahatlık alt boyutu puanı fark ortalaması	4,34±2,63	0,22±2,42	t=7,552 p=0,001
Amaca uygun soru sorma alt boyutu puanı fark ortalaması	9,74±2,87	0,71±1,36	t=16,694 p=0,001

Tablo 14’de öğrenci hemşirelerin program öncesi ve sonrası cinselliği değerlendirme bilgisi, cinsel tutum ve inanışları, cinselliği değerlendirme becerisi puanı fark ortalamaları yer almaktadır. Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme bilgisi puanı fark ortalamasının 9,31±3,52, kontrol grubu öğrenci hemşirelerin ise 0,94±5,54 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinsel tutum ve inançları puanı fark ortalamasının 8,42±6,45, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin 2,14±8,61 dir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme becerisi toplam puanı fark ortalaması $37,62 \pm 9,66$, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin ise $0,88 \pm 8,29$ olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Öğrencilerin cinselliği değerlendirme becerisi alt boyutu puan fark ortalaması incelendiğinde, deney grubundaki öğrenci hemşirelerde uygun ortam sağlama puanı fark ortalaması $7,28 \pm 2,88$, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerde ise $1,05 \pm 3,79$; iletişim beceri puanı fark ortalaması deney grubundaki öğrenci hemşirelerde $15,34 \pm 4,98$, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerde ise $0,77 \pm 4,99$; cinsellikle ilgili rahatlık puanı fark ortalaması deney grubundaki öğrenci hemşirelerde $4,34 \pm 2,63$, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerde ise $0,22 \pm 2,42$; amaca uygun soru sorma puanı fark ortalaması deney grubundaki öğrenci hemşirelerde $9,74 \pm 2,87$, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerde ise $0,71 \pm 1,36$ olduğu saptanmıştır. Öğrenci hemşirelerin program öncesi ve sonrası cinselliği değerlendirme becerisi kontrol formunun tüm alt boyutlarında grupların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

5. TARTIŞMA

Bütüncü sağlık bakımı kavramının önemli bir unsuru olarak bireylerin sistematik değerlendirilmesinde cinselliğin ele alınması oldukça önemlidir (Aygın ve Aslan, 2005; Denat ve Demir, 2008; Güvel ve ark., 2005; McKelvey ve ark., 1999). Cinselliği değerlendirmede ilk adım, tıbbi öykünün yanı sıra ayrıntılı ve sistematik bir cinsel öykü almaktır. Böylece, olası ve güncel problemlerin tanımlanması, risk faktörlerinin ortaya çıkarılması, bireyin cinselliğini etkileyebilen durumların açıklığa kavuşturulması ve gerekli durumlarda bireyin ilgili uzmanlara yönlendirilmesi mümkün olabilecektir. Bu nedenle her hemşirenin cinselliği değerlendirme becerisine sahip olarak mezun olması önemlidir. Hasta/sağlıklı bireyler de, cinselliğe ilişkin kaygılarına yönelik, kendilerini rahatça ifade edebildikleri kişi olarak hemşireleri ilk sırada gördüklerini belirtmektedirler (Taylor ve ark. 2006). Ancak hemşirelerin çoğu, bireylerin cinsellikle ilgili gereksinimlerini karşılamada yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıkları düşünülmektedir (Yaniv, 2000). Ayrıca hemşirelerin bireysel özellikleri, cinsellik hakkındaki bilgisi, kendi kişisel inanç ve tutumları bakım verdiği bireyin cinselliğini değerlendirmede bir engel olabilmektedir (Aygın ve Aslan, 2005; Yiğit, 2007).

Çalışmaya alınan her iki gruptaki öğrencilerin yaş, medeni durum, aile tipi, anne ve baba eğitimi, üniversite eğitimine kadar yaşadıkları yer ve şu anda yaşadıkları yer açısından aralarında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$, Tablo 1). Bu sonuçlar her iki gruptaki öğrencilerin benzer özelliklere sahip olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Bireylerin cinsel konulardaki bilgi kaynakları ve aile içinde ebeveynlerle cinsel konulardaki iletişimin niteliği onların cinsel değer ve tutumlarını şekillendiren önemli bir faktördür. Bireysel değer ve tutumlar ise bireyin profesyonel yaşamındaki rol performansını olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Canada Guidelines for Sexual Health Education, 2008). Çalışmamızda öğrenci hemşirelerin cinsellikle ilgili ilk bilgilerini aldıkları kaynak arasında ilk üç sırada anne (% 30), dergi, kitap gibi yazılı kaynaklar (%27,1) ve arkadaş'ın (% 15,4) yer aldığı, okuldan bilgi almanın ise düşük düzeyde (%14,3) olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 2). Öğrenci hemşirelerin cinsel konularda ebeveynleri ile iletişimlerinde ne kadar rahat oldukları incelendiğinde, her iki gruptaki öğrencilerin yarıdan fazlası (%60) cinsel konuları anneleri ile rahat bir şekilde konuşabildiklerini ifade ederken çok azı (%22,9) babaları ile iletişimde rahat olduğunu belirtmiştir (Tablo 3). Diğer taraftan öğrenci hemşirelere bireyin yaşamında cinsellik fonksiyonunun ne kadar önemli olduğu

sorulduğunda, her iki gruptaki öğrenci hemşirelerin cinsellik fonksiyonunu önemli gördükleri belirlenmiştir (D:7,8±1,66, K:8,00±1,78, p>0,05, Tablo 4). Ayrıca öğrenci hemşirelerin yarıdan fazlası (D:% 60, K: %77,1) kişisel değerlerinin bakım verdikleri bireylerle cinsellik üzerine konuşmalarını etkilediğini belirtmiştir (p>0,05, Tablo 4). Öğrenci hemşirelerin cinsellik fonksiyonunu, bireyin yaşamında önemli bir noktada görmeleri cinsellik fonksiyonuna yönelik rol ve fonksiyonları açısından önemli bir alt yapı olarak ele alınabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da, ebe ve hemşirelerin çoğunun cinselliği yaşamlarında önemli buldukları saptanmıştır (Güvel ve ark., 2005). Sevil ve ark. (2004) yaptığı çalışmada birinci sınıf ve üçüncü sınıf öğrenci hemşirelerin çoğu, cinselliği gereksinim olarak görmektedirler. Pınar'ın (2010) yaptığı çalışmada da hemşirelerin çoğunun cinselliği yaşamın ayrılmaz bir parçası olarak gördükleri bulunmuştur. Haboubi ve Lincoln'ün (2003) yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının %79'unun bireyin cinsel yaşamının önemli olduğu konusunda hemfikir oldukları belirtilmiştir. Ringhofer (2005), Albaugh ve Kellogg'un (2003) yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının çoğunun yaşamında cinselliğin önemli olduğu bulunmuştur.

Öğrenci hemşireler cinselliği yaşamın ayrılmaz bir parçası olarak görmelerine rağmen, bakım verdiği bireylerin cinsellik hakkındaki soruları karşısında tamamına yakını (%94,3) rahatsızlık yaşadığını belirtmiştir (D:%88,6 K: %100, p>0,05, Tablo 4). Hemşirelerin cinsellik fonksiyonunu ele almada değişen düzeylerde rahatsızlık yaşadığı farklı çalışmalar tarafında desteklenmektedir. Örneğin, Haboubi ve Lincoln'ün (2003), sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının sadece %9'unun bireylerle cinsel konuları ele almada ve tartışmada kendilerini rahat hissettikleri belirtilmiştir. Hordern'in (2000) meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmada da hemşirelerin büyük çoğunluğunun hastalar ile cinsel sorunları konuşurken rahatsız oldukları belirlenmiştir. Hemşireler üzerinde yapılan başka çalışmalarda da, hemşirelerin büyük çoğunluğunun cinsellikle ilgili konuların konuşulmasının gerekliliğini kabul ettiklerini belirtmelerine rağmen bu konuyu konuşmaktan rahatsız oldukları belirtilmektedir (Guthrie, 1999; Kong ve ark., 2009; Magnan 2006; Jaarsma ve ark. 2010; Vassiliadou ve ark. 2008; Zeng ve ark. 2011). Bu çalışmada öğrenci hemşirelerin cinsel sorular karşısında kendilerini rahat hissetmemelerinin bir nedeni cinsellikle ilgili sahip oldukları bilgi düzeyi ile ilgili olabilir. Cinsellikle ilgili eğitim alan hemşirelerin hasta cinselliğinin değerlendirilmesinde kendilerini daha rahat hissettikleri ve hastanın cinselliğine ilişkin kaygıların azaltılmasında etkili danışmanlık verdikleri belirtilmektedir (Saunamaki ve

ark., 2010). Çalışmada öğrenci hemşirelerin (D: %48,5, K:%51,4) eğitimleri sırasında cinsellikle ilgili aldıkları bilgileri “kısmen yeterli” buldukları saptanmıştır ($p>0,05$, Tablo 2). Bu bulguya paralel olarak öğrenci hemşirelerin deney grubundaki öğrenci hemşirelerin %57,2’si kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin %51,4’ü cinsellikle ilgili sahip oldukları bilgileri “kısmen yeterli” buldukları belirlenmiştir ($p>0,05$, Tablo 2). Bu çalışmada öğrenci hemşirelerin cinsellikle ilgili konularda kendilerinin orta düzeyde bilgi sahibi olduklarını düşünmelerine rağmen her iki gruptaki öğrenci hemşirelerin program öncesi bireyin cinselliğini değerlendirmeye yönelik bilgilerinin çok yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Cinselliği değerlendirme bilgi testinden alınabilecek en yüksek puanın 32 olduğu düşünüldüğünde, her iki gruptaki öğrenci hemşirelerin orta düzeyde bilgi sahibi olduğu dikkati çekmektedir (D: $15,8\pm 3,20$, K: $16,48\pm 2,97$, $p>0,05$, Tablo 5). Hemşirelerin cinsellikle ilgili bilgi düzeyinin istenen düzeyde olmaması, bakım verdiği bireyin değerlendirilmesinde cinselliği ele alamamaya yada yetersiz ele almaya neden olabilmektedir (Aygün ve Aslan, 2005; Olsson, 2011). Yapılan yurt içi çalışmalarda, hemşirelerin çoğu cinsellik ve cinsel danışmanlıkla ilgili eğitim almadıklarını, eğitim alanların bu bilgilerin yeterli olmadığını ve daha ileri bilgilere ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir (Akıncı ve ark., 2010; Güvel ve ark., 2005; Pınar, 2010; Yiğit, 2007). Yurt dışında yapılan pek çok çalışmada hemşirelerin cinsellikle ilgili bilgi düzeyinin düşük olduğu ve eğitim müfredatında bu konunun yetersiz olduğu belirtilmektedir (Algier ve Kav, 2008; Hordern, 2000; Jaarsma ve ark., 2010; Katz, 2005a; Katz, 2005b; McFadyen, 2004; McKelvey ve ark., 1999; Zmijewski, 2002; Yaniv, 2000; Vassiliadou ve Stamatopoulou, 2008). Yapılan diğer çalışmalarda, sağlık bakım profesyonellerinin cinsel sağlığa yönelik hastadan veri toplanmasını engelleyen nedenler arasında bilgi yetersizliği olduğu belirtilmiştir (Albaugh ve Kellogg, 2003; Haboubi ve Lincoln, 2003; Parish ve ark., 2007; Stokes ve Mears, 2000). Bu sonuçlar cinselliğin halen tabu konular olarak görülen konular içinde yer aldığını, üniversite dahil tüm eğitim birimlerinde yeterli bilgi verilmediğini düşündürmektedir.

İnsanı holistik olarak ele alan hemşirelerin, bireyin bakımında cinselliği değerlendirebilecek düzeyde bilgiye sahip olması beklenir. Hemşirelerin bilimsel bilgilerini kullanarak cinselliği değerlendirmesi, bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve hemşire-birey arasında memnuniyetini arttırmak gibi sonuçları açısından önemlidir (Volpe

ve Wertheimer, 2004). Bu nedenlerle öğrencilerin cinsellikle ilgili bilgilerinin artırılması gerekmektedir.

Hemşirelerin cinsellik fonksiyonunu etkili bir şekilde ele alabilmeleri için yeterli bilginin yanısıra konuya ilişkin pozitif bir tutuma sahip olmaları da önemlidir (Longworth, 1997; Mick, 2007). Çünkü, hemşirenin tutumları ve değer yargıları cinselliği değerlendirme aşamasında hastanın tepkilerini ve yanıtlarını büyük ölçüde etkileyecektir. Hemşire, tepkilerinin farkında olmadığına, sözel olmayan mesajlar yoluyla bu tepkileri yansıtabilecek ve bu durum hastayı yargılama biçimi olarak da algılanabilecektir. Bu çalışmada program öncesinde deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinsel tutum ve inançları puan ortalamasının $30,62 \pm 6,37$, kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin ise $29,57 \pm 6,7$ olduğu ve grupların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$, Tablo 5). Bu sonuçlara göre her iki gruptaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme ve bu fonksiyona yönelik danışmanlık vermede orta düzeyde engele sahip olduğu dikkati çekmektedir. Ayhan ve ark. (2010) öğrenci hemşirelerin cinsel tutum ve inançlarını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışma sonucu ($34,88 \pm 1,11$) ile bu çalışma sonucu benzer bulunmuştur. Magnan ve ark. (2006), Magnan ve Norris (2006), Magnan ve Reynold (2006)'ın'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin cinsel tutum ve inançları toplam puan ortalaması sırasıyla $32,24 \pm 7,67$, $33,56 \pm 8,01$, $37,48 \pm 8,19$ olarak bulunmuş ve hemşirelerin cinselliği değerlendirmede kendi inaç ve tutumlarının olumsuz etkisi olduğu belirlenmiştir. Çinli hemşirelerle yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin cinsel tutum ve inançları toplam puan ortalaması $45,83 \pm 8,14$ olarak saptanmış ve hemşireler için cinsel tutum ve inançların cinselliği değerlendirmede büyük engel teşkil ettiği bulunmuştur (Zeng ve ark., 2010). Görüldüğü gibi Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği kullanılarak yapılan benzer çalışmalarda da hemşirelerin değişen düzeylerde engele sahip olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmada hemşirelerin hasta ile cinsel konuları tartışırken utanma duygusu yaşadıkları, cinselliğin hastanın özeli olduğunu, müdahale edilmesine gerek olmadığını düşündükleri (Takahaski ve Kai, 2005), hemşirelerin bu konuyu konuşmaktan inaç ve tutumları nedeniyle kaçındıkları (Guthrie, 1999; Magnan ve Reynolds, 2006), cinsel yaşamla ilgili soruların hastayı sınırlendireceği düşüncesini taşıdıkları (Pınar, 2010), cinselliği kanser hastalarıyla tartışmak için oldukça özel bir konu olarak kabul etmiş oldukları ve kanser hastasının hastalıklarından dolayı cinselliğe karşı ilgilerinin eksik olduğu (Zeng ve ark., 2010), kanser hastalarının çok hasta oldukları ve cinsel yaşamla ilgilenmedikleri inancını

taşıdıkları (Sunquist ve Yee, 2003) belirlenmiştir. McKelvey ve ark. (1999), yaptığı çalışmada, tıp ve hemşirelik öğrencilerinin de cinsellikle ilgili olumsuz tutumlarının olduğu ve bu tutumun bakıma olumsuz yansıdığı saptanmıştır. Lemieux ve ark. (2004), yaptığı çalışmada, birçok hastanın cinsel konularda utanan sağlık bakımı uzmanlarıyla karşılaştıkları bildirilmiştir.

Bazı araştırma sonuçları hastaların utanma, dini inançların etkisi, toplumsal tabu gibi nedenlerle bu konuda soru sormaktan kaçındıkları ve hemşirelerden yardım alamadıklarını göstermektedir (Akıncı ve ark, 2010; Denat ve Demir, 2008; Merilly ve Thornby, 2005; Saunamaki ve ark., 2010). Başka çalışmalarda, hemşirelerin hastalarla cinsellik konusunu tartışmama nedenleri arasında bakım verdikleri hastaya cinsellik konusunda soru sormanın hastanın özel yaşamına bir karışma olduğunu hissetmeleri olarak saptanmıştır (Doherty ve ark., 2010; Güngör ve ark., 2007; Okeahialam ve Obeka, 2006; Saunamaki ve ark., 2010). Byrne ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin % 72'si hastanın cinsellikle ilgili konularda konuşmaya hazır olmadığına dair inanışlara sahip olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin hastalarla cinsellik konusunu tartışmama nedenleri arasında bakım verdikleri hastaların cinselliğini değerlendirme becerilerinin yetersiz olduğu, belirledikleri problemler için de uygun hemşirelik girişimlerini bilmedikleri ifade edilmektedir (Doherty ve ark., 2010; Güngör ve ark., 2007; Okeahialam ve Obeka, 2006; Saunamaki ve ark., 2010). Bu tür nedenlerle sınırlı sayıda hemşire, cinsellik alanında değerlendirme yapabilmekte ve uygun girişimlerde bulunabilmektedir (Okeahialam ve Obeka, 2006; Saunamaki ve ark., 2010). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da çoğu hemşirelerin çalıştıkları kurumda cinselliği değerlendiremediği, bunun için daha fazla bilgi ve beceriye sahip olması gerektiğine inandıkları belirtilmektedir (Güvel ve ark., 2005; Pınar, 2010). Bu çalışmada Cinselliği Değerlendirme Becerisi Kontrol Formuna ait en yüksek puanın 62 olduğu düşünüldüğünde her iki gruptaki öğrencilerin (D:14,14±7,94, K: 19,56±12,17, $p<0,05$, Tablo 5) cinselliği değerlendirme becerisinin oldukça yetersiz olduğu söylenebilir. Ayrıca deney ve kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin cinsellikle ilgili rahatlık, amaca uygun soru sorma alt boyutundaki puan ortalamaları benzer ($p>0,05$) iken uygun ortam sağlama ve iletişim becerisi alt boyutunda kontrol grubunun puan ortalamasının deney grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, Tablo 5). Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin uygun ortam sağlama alt boyut puan ortalamasının deney grubuna göre yüksek olmasının

nedenlerinden biri, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görüşme odalarının olması ve hastalarla bu ortamda görüşülmesi, diğer bir neden ise Toplum Sağlığı ve Hemşireliği stajında olan öğrencilerin bireyleri ev ortamında değerlendirmesi sayılabilir. Yukarıda verilen hem literatür bilgileri hem de bu araştırmadan elde edilen bulgular öğrenci hemşirelerin cinsellik fonksiyonu ve cinselliği değerlendirmeye yönelik nispeten pozitif bir tutuma sahip olmalarına rağmen bilgi ve beceri açısından yetersiz olduklarını göstermektedir. Bu sonuçlar hemşirelik eğitim müfredatlarında cinsellikle ilgili bilgilere yeterince yer verilmediği ve hemşirelerin cinsellik fonksiyonuna yönelik gerekli bilgi ve beceriye sahip olmadan mezun olabildiklerini düşündürmektedir. Bu nedenle özellikle son sınıf hemşirelik öğrencilerine yönelik cinselliğin değerlendirilmesi gibi hem eğitim hem de uygulama alanlarında ihmal edilebilen becerileri kazandırmaya yönelik mezuniyet öncesi kısa programların etkili olabileceği söylenebilir. Nitekim bu çalışmada “Cinselliği Değerlendirme Becerisini Geliştirme Programı”ndan geçen deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirmeye yönelik bilgi, tutum ve becerilerinde bir artış meydana geldiği belirlenmiştir.

Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin program sonrası, iki hafta ve üç ay sonrası yapılan ölçümden aldıkları cinselliği değerlendirme bilgi puan ortalaması ($25,11 \pm 2,36$; $26,37 \pm 2,69$; $25,08 \pm 3,27$) program öncesine göre ($15,8 \pm 3,2$) çok yükseldiği belirlenmiştir. Meydana gelen bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Bu sonuçlara dayanarak H1 hipotezi kabul edilmiştir. Kontrol grubundaki öğrencilerin bilgilerinde ise anlamlı bir artış gözlenmemiştir ($p < 0,05$, Tablo 5, Tablo 7, Tablo 9, Tablo 10, Tablo 11). Deney ve kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi bilgi düzeyleri benzer iken programdan sonra yapılan ölçümlerde deney grubundaki öğrencilerin bilgi puan ortalamalarının kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı'nın öğrenci hemşirelerin bilgi gelişimine katkı sağladığını göstermektedir. Bu sonuçlara dayanarak H2 hipotezi kabul edilmiştir. Literatürde hemşirelerin bakım verdikleri bireylerin cinsellik fonksiyonunu etkili bir şekilde ele alamamasının bir nedeni olarak konuya ilişkin bilgilerinin yeterli olmaması gösterilmektedir (Parish ve ark., 2007; Saunamaki, 2010). Bu nedenle bilgi düzeyindeki artış öğrenci hemşirelerin bireyin cinsellik fonksiyonunu ele almada öz güvenlerini artıracak ve daha etkili uygulama yapmalarını sağlayacak bir alt yapı olarak düşünülebilir.

Bilgi düzeyine benzer şekilde deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinsel tutum ve inançları puan ortalaması programdan önce $30,62 \pm 6,37$ iken, programdan hemen sonra $22,20 \pm 6,03$, programdan iki hafta sonra $23,25 \pm 8,09$ ve üç ay sonra $23,54 \pm 5,71$ olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 5, Tablo 7, Tablo 9, Tablo 10, Tablo 11). Puan ortalamasındaki istatistiksel olarak anlamlı olan bu düşüşün öğrenci hemşirelerin daha az engele sahip olduğunu gösterdiği göz önüne alındığında istendik bir durumdur. Cinsel Tutum ve İnanışları Ölçeği puanındaki programdan hemen sonra belirlenen düşüş, programın öğrencilerin pozitif tutum kazanmasına katkı verdiğini, üçüncü ayda bu düşüşün devam etmesi ise gelişen bu pozitif tutumun kalıcı olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Bu sonuçlara dayanarak H3 hipotezi kabul edilmiştir. Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin cinsel tutum ve inançları puan ortalamasında ise pozitif tutum geliştiğini gösteren anlamlı bir düşüş meydana gelmemiştir ($p < 0,05$, Tablo 11). Bu bulgulara dayanarak H4 hipotezi kabul edilmiştir.

Cinselliği değerlendirme becerisinin gelişiminde sadece yeterli bilginin olması ve tutumun pozitif yönde gelişmesi yeterli değildir. Öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme ile ilgili aldıkları bilgileri ve kazandıkları olumlu tutumları gözden geçirip uygulamalarına yansıtılmaları beklenmektedir. Ayrıca cinselliğin ayrıntılı değerlendirilmesi için öncelikli olarak uygun görüşme ortamının sağlanması, hemşire - hasta iletişim becerisinin olması, cinselle ilgili rahatlık düzeyi ve cinselliğe yönelik amaca uygun soruların sorulması gerekmektedir (Yaniv, 2000). Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme becerisi toplam puan ortalaması programdan önce $14,14 \pm 7,94$ iken, programdan sonra $51,77 \pm 6,91$ 'e yükseldiği görülmektedir ($p < 0,05$, Tablo 5, Tablo 7, Tablo 12). Bu sonuçlara dayanarak H5 hipotezi kabul edilmiştir. Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme becerisi toplam puan ortalamasında ise anlamlı bir artış olmadığı dikkati çekmektedir ($p > 0,05$, Tablo 5, Tablo 7, Tablo 12). Fakat program sonrası kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin amaca uygun soru sorma alt boyut puan ortalamasının ($2,28 \pm 1,92$), program öncesine ($1,28 \pm 1,92$) göre arttığı görülmektedir (Tablo 5, Tablo 7, Tablo 12). Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin program sonrası amaca uygun soru sorma puan artışının Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği stajında klinik ortamda vaka tartışmaları sırasında öğretim elemanı tarafından cinselliğin değerlendirilmesi konusunun ayrıntılı olarak ele alınmasının neden olduğu düşünülmektedir. Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme becerisi tüm alt boyut puan ortalamaları (uygun

ortam sağlama, iletişim becerisi, cinsellikle ilgili rahatlık, amaca uygun soru sorma) program sonrası kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde bir artış gösterdiği dikkati çekmektedir ($p<0,05$, Tablo 12) Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirme becerisi tüm alt boyut puan ortalamalarının artması ile bu grubun bakım verdiği bireyin cinsel sağlığının korunup, sürdürülebilmesi için öncelikle sorunlarını, gereksinimlerini rahatça ifade edebileceği sıcak, özel ve duyarlı bir ortam sağlayabildiği, etkin iletişim kurabildiği, cinsellikle ilgili rahatlık düzeyinin arttığı ve tehditkar olmayan cinselliğe yönelik amacına uygun sorular sorabildikleri söylenebilir. Bu sonuçlar, Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı'nın öğrenci hemşirelere cinselliği değerlendirme becerisini kazandırdığı görülmektedir. Bu sonuçlara dayanarak H6 hipotezi kabul edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi ve sonrası bakım verdiği bireyin cinselliğini değerlendirdikten sonra kendilerini bilgi olarak yeterli bulma durumları sorulduğunda, deney grubundaki öğrenci hemşirelerin % 40'ı program öncesi, % 74,3'ü program sonrası cinselliği değerlendirmede kendilerini bilgi olarak yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Deney grubundaki öğrencilerin program öncesi ve sonrası cinselliği değerlendirmede kendilerini bilgi olarak yeterli bulma durumu arasındaki bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 6, Tablo 8, Tablo 13). Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin programdan sonra cinselliği değerlendirme bilgisi ve becerisi kazandığı ve bu nedenle kendilerini bilgi açısından yeterli buldukları söylenebilir. Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin ise % 31,4'ü program öncesi, % 40'ı program sonrası cinselliği değerlendirmede kendilerini bilgi olarak yeterli bulduklarını ifade etmiş ve program öncesi ve sonrası arasındaki bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$, Tablo 6, Tablo 8, Tablo 13) Ayrıca öğrenci hemşirelere bakım verdiği bireyin cinselliğini değerlendirirken rahatlık durumları sorulduğunda, deney grubundaki öğrencilerin % 60'ı program öncesi, % 85,7'si program sonrası cinselliği değerlendirmede kendilerini rahat hissettiklerini belirtmişlerdir. Program öncesi ve sonrası arasındaki bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 6, Tablo 8, Tablo 13). Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirirken kendilerini daha rahat hissettikleri bunun da bilgi artışı ve olumlu cinsel tutum gelişimine bağlı olduğu söylenebilir. Program öncesi kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin yarıdan fazlası (%68,6) rahatım cevabını verirken program sonrası rahatım cevabını verenlerin

(%45,7) sayısının azaldığı görülmektedir .(p<0,05, Tablo 6, Tablo 8, Tablo 13). Kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin program öncesi bu aşamada kendilerini rahat hissetme nedenleri cinselliği değerlendirme bilgilerin çok sınırlı olması, genel sorular yönelmeleri, amaca uygun sorular yönelmemeleri ve bakım verdiği bireyle sınırlı görüşme yapmaları olarak düşünülebilir. Program sonrası yapılan görüşmede kontrol grubundaki öğrenci hemşirelerin rahatsızlığın artmasının nedeni bu konuda farkındalıkların artması olarak değerlendirilebilir.

Deney grubundaki öğrenci hemşirelerin kontrol grubuna göre cinselliği değerlendirme bilgisi, cinsel tutum ve inançları ve cinselliği değerlendirme puanı fark ortalamalarının yüksek olması IMB modeli temel alınarak uygulanan cinselliği değerlendirme beceri programının başarılı olduğunu desteklemektedir (p<0,05, Tablo 14). IMB modeli doğum ve jinekolojik kanser tedavi gören kadınlarda, cinsel sağlığı geliştirmeyi amaçlayan çalışmada (Canada Guidelines for Sexual Health Education, 2008), üniversite öğrencilerinde AIDS'si önlemeye yönelik davranış değişikliği amaçlayan çalışmada (Fisher ve ark., 1996), Human Immunodeficiency Virus (HIV) taşıyan gençlerin tedaviye uyumunu artırmayı amaçlayan çalışmada (Rongkavilit, 2010), HIV taşıyan eş cinsellerde cinsel sağlığı koruma davranışı geliştirmeyi amaçlayan çalışmada (Nöstlinger ve ark., 2011), kondom kullanımı üzerine yürütülen çalışmada da (Zhang ve ark., 2011) etkin olduğu gösterilmiştir. Bu çalışma sonuçları cinsel eğitim programlarında bu modelin başarı olduğunu desteklemektedir.

Sonuç olarak, öğrenci hemşirelere cinselliği değerlendirme beceri programı, sağlıklı/hasta bireylerle cinsellik hakkında konuşurken kendilerini daha rahat hissetme, cinsel konulardaki yanlış bilgi ve inanışları giderme olanağı, cinsellikle ilgili konularda bilgi düzeylerinin artması, profesyonel, güvenli ve yargılanmayan bir ortamda değerlendirme yapma, riskleri tanımlama ve cinsel danışmanlık verebilme becerisi sağladığı söylenebilir.

6. SONUÇLAR

6.1. Tanıtıcı Bulgular İle İlgili Sonuçlar

- Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları 20-29 yaş arasında değişmekte olup, öğrencilerin yaş ortalaması $21,80 \pm 1,32$ 'dir. Öğrenci hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, anne, baba eğitimi, aile tipi, yaşadığı yer ve şu anda yaşadığı yer açısından deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p > 0,05$, Tablo 1).
- Deney grubundaki öğrencilerin % 31,5'i, kontrol grubundaki öğrencilerin % 28,6'sı cinsellikle ilgili ilk bilgilerini annesinden aldığını belirtmiştir. Öğrenci hemşirelerin cinsellikle ilgili ilk bilgilerini öğrendikleri kaynak açısından deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin % 57,2'si, kontrol grubundaki öğrencilerin % 51,4'ü cinsellikle ilgili sahip oldukları bilgileri "kısmen yeterli" buldukları belirlenmiştir. Grupların cinsellikle ilgili bilgilerini yeterli bulma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p > 0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin % 48,5'inin, kontrol grubundaki öğrencilerin ise % 51,4'ünün eğitimleri sırasında cinsellikle ilgili aldıkları bilgileri "kısmen yeterli" buldukları belirlenmiştir. Grupların eğitimleri sırasında cinsellikle ilgili aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$, Tablo 2).
- Her iki gruptaki öğrencilerin % 40'ının cinsellikle ilgili konuları anneleri ile rahat konuşamadıkları saptanmıştır. Öğrencilerin yaşadığı rahatsızlığın nedeni incelendiğinde, ilk sırada her iki grupta da utanma faktörünün yer aldığı belirlenmiştir. Grupların cinsellikle ilgili konuları anne ile rahat konuşabilme durumları ve konuşamama nedenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p > 0,05$, Tablo 3). Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin % 77,1' i babaları ile cinsellikle ilgili konuları rahat konuşamadıkları belirlenmiştir. Rahat konuşamayan öğrencilerin yarıdan fazlası (% 61,1) bu rahatsızlığın nedeni olarak utanma faktörünü ilk sırada ifade etmiştir. Grupların cinsellikle ilgili konuları baba ile rahat konuşabilme durumları ve rahatsızlık nedenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$, Tablo 3).

- Deney grubundaki öğrencilerin “sizce bireyin yaşamında cinsellik fonksiyonu ne kadar önemlidir?” sorusuna 1-10 arasında değişen bir skalada verdikleri puanların ortalaması $7,8 \pm 1,66$ iken, kontrol grubundaki öğrencilerin puan ortalamasının $8,00 \pm 1,78$ olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p > 0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin % 68,6’sı, kontrol grubundaki öğrencilerin % 77,1’i kişisel değerlerinin cinsellik üzerine konuşmayı “bazen” etkilediğini belirtmiştir. Grupların kişisel değerlerinin cinsellik üzerine konuşmayı etkileme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin % 88,6’sı, kontrol grubundaki öğrencilerin tamamı cinsellikle ilgili sorular karşısında kendilerini “rahatsız” hissettiklerini belirtmiştir. Grupların cinsellik hakkında soru sorulduğunda kendilerini rahat hissetme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p > 0,05$, Tablo 4).

6.2.Eğitim Programı Öncesi Cinselliği Değerlendirme Bilgisi, Cinsel Tutum ve İnançları, Cinselliği Değerlendirme Becerisi Puan Ortalama Sonuçları

- Deney grubundaki öğrencilerin program öncesi cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalamasının $15,8 \pm 3,20$, kontrol grubundaki öğrencilerin ise $16,48 \pm 2,97$ olduğu ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin program öncesi cinsel tutum ve inançları puan ortalamasının $30,62 \pm 6,37$, kontrol grubundaki öğrencilerin ise $29,57 \pm 6,7$ olduğu ve grupların program öncesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p > 0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin program öncesi cinselliği değerlendirme becerisi puan ortalamasının $14,14 \pm 7,94$, kontrol grubundaki öğrencilerin ise $19,56 \pm 12,17$ olduğu bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin program öncesi cinselliği değerlendirme becerisi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p < 0,05$). Program öncesi cinselliği değerlendirme becerisi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubundaki öğrencilerin uygun ortam sağlama puan ortalaması $2,34 \pm 2,96$, iletişim becerisi puan ortalaması $9,05 \pm 4,37$, cinsellikle ilgili rahatlık puan ortalaması $2,22 \pm 0,91$ ve amaca uygun soru sorma puan ortalaması $1,42 \pm 1,61$ ’dir. Cinselliği değerlendirme becerisi alt boyut puan ortalamaları kontrol grubunda

sırasıyla $5,71\pm 4,41$, $12,14\pm 5,93$, $2,34\pm 0,90$, $0,91\pm 1,31$ 'dir. Grupların cinsellikle ilgili rahatlık, amaca uygun soru sorma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0,05$), uygun ortam sağlama, iletişim becerisi puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 5).

6.3. Eğitim Programı Sonrası Cinselliği Değerlendirme Bilgisi, Cinsel Tutum ve İnançları, Cinselliği Değerlendirme Becerisi Puan Ortalama Sonuçları

- Programdan hemen sonra cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalaması deney grubundaki öğrencilerde $25,11\pm 2,36$, kontrol grubundaki öğrencilerde $15,54\pm 3,06$ olup, gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin programdan hemen sonra cinsel tutum ve inançları puan ortalaması $22,20\pm 6,03$, kontrol grubundaki öğrencilerin ise $31,71\pm 7,56$ olduğu ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin programdan hemen sonra cinselliği değerlendirme becerisi toplam puan ortalamasının $51,77\pm 6,91$, kontrol grubundaki öğrencilerin ise $18,68\pm 8,36$ olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede grupların puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin programdan hemen sonra uygun ortam sağlama puan ortalaması $9,62\pm 1,13$, iletişim becerisi puan ortalaması $24,40\pm 3,54$, cinsellikle ilgili rahatlık puan ortalaması $6,57\pm 2,50$ ve amaca uygun soru sorma puan ortalaması $11,17\pm 2,21$ olduğu görülmektedir. Cinselliği değerlendirme becerisi alt boyut puan ortalamaları kontrol grubundaki öğrencilerde sırasıyla $4,65\pm 3,53$, $11,37\pm 4,42$, $2,11\pm 2,28$, $1,62\pm 1,89$ 'dur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, tüm alt boyutlara ilişkin grupların puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 7, Tablo 12).
- Deney grubundaki öğrencilerin programdan iki hafta sonra cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalamasının $26,37\pm 2,69$, kontrol grubundaki öğrencilerin $15,20\pm 3,64$ ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 9). Programdan üç ay sonra cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalamasının deney grubundaki öğrencilerde $25,08\pm 3,27$, kontrol grubundaki öğrencilerde $15,25\pm 5,25$ olduğu ve grupların puan

ortalamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$, Tablo 10).

- Deney grubundaki öğrencilerin program öncesi, programdan hemen sonra, iki hafta sonra ve üç ay sonra cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını saptamak için yapılan ayrıntılı değerlendirmede ise, program öncesi ve programdan hemen sonra, program öncesi ve programdan iki hafta sonra, program öncesi ve programdan üç ay sonraki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Kontrol grubundaki öğrencilerin program öncesi ve programdan hemen sonra, iki hafta sonra ve üç ay sonra cinselliği değerlendirme bilgisi puan ortalamalarının birbirine yakın değerler aldığı ve puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$, Tablo 11).
- Deney grubundaki öğrencilerin programdan iki hafta sonra cinsel tutum ve inançları puan ortalamasının $23,25 \pm 8,09$, kontrol grubundaki öğrencilerin puan ortalamasının $28,22 \pm 8,33$ olduğu ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 9). Deney grubundaki öğrencilerin programdan üç ay sonra ki cinsel tutum ve inançları puan ortalaması $23,54 \pm 5,71$ iken kontrol grubundaki öğrencilerde bu puanın $31,25 \pm 8,77$ olduğu ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$, Tablo 10).
- Deney grubundaki öğrencilerin program öncesi, programdan hemen sonra, iki hafta sonra ve üç ay sonra yapılan cinsel tutum ve inançları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$, Tablo 11). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını saptamak için yapılan ayrıntılı değerlendirmede, programdan önce ve hemen sonra, programdan önce ve programdan iki hafta sonra, programdan önce ve programdan üç ay sonra ki puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 11). Kontrol grubundaki öğrencilerin cinsel tutum ve inançları puan ortalamasının programdan önce $29,57 \pm 6,75$, programdan hemen sonra $31,71 \pm 7,56$, programdan iki hafta sonra $28,22 \pm 8,33$, programdan üç ay sonra $31,25 \pm 8,77$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz

sonucunda, kontrol grubundaki öğrencilerin program öncesi, programdan hemen sonra, iki hafta sonra ve programdan 3 ay sonra puan ortalamalarının birbirine yakın değerler aldığı ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ($p>0,05$, Tablo 11).

- Deney grubundaki öğrencilerin % 42,9'u, kontrol grubundaki öğrencilerin % 57,2'si program öncesi cinselliği değerlendirirken kendilerini bilgi açısından "kısmen yeterli" olarak buldukları saptanmıştır. Her iki gruptaki öğrencilerin kendilerini bilgi olarak yeterli bulma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin % 60'ı, kontrol grubundaki öğrencilerin % 68,6'sı program öncesi cinselliği değerlendirirken kendilerini rahat hissettiklerini ifade etmiştir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$, Tablo 6, Tablo 13). Program sonrası cinselliği değerlendirirken deney grubundaki öğrencilerin % 74,3'ü, kontrol grubundaki öğrencilerin % 40'ı kendilerini cinsellikle ilgili bilgi açısından "yeterli" buldukları saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarakta anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 8). Program sonrası cinselliği değerlendirirken deney grubundaki öğrencilerin % 85,7'si, kontrol grubundaki öğrencilerin ise % 45,7'si kendilerini rahat hissettiklerini belirtmişlerdir. Gruplar arasındaki fark istatistik olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 8, Tablo 13).
- Deney grubundaki öğrencilerin cinselliği değerlendirme bilgisi puanı fark ortalamasının $9,31\pm 3,52$, kontrol grubunun $0,94\pm 5,54$ olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında puan fark ortalaması açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin cinsel tutum ve inançları puanı fark ortalamasının $8,42\pm 6,45$, kontrol grubundaki öğrencilerin $2,14\pm 8,61$ olduğu ve gruplar arasında puan fark ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin cinselliği değerlendirme becerisi toplam puanı fark ortalaması $37,62\pm 9,66$, kontrol grubundaki öğrencilerin ise $0,88\pm 8,29$ 'dur. Gruplar arasında program öncesi ve sonrası cinselliği değerlendirme becerisi puanı fark ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrencilerin cinselliği değerlendirme becerisi alt boyutu puan fark ortalaması incelendiğinde, deney grubundaki öğrencilerde uygun

ortam sağlama puanı fark ortalaması $7,28\pm2,88$, kontrol grubundaki öğrencilerde ise $1,05\pm3,79$; iletişim beceri puanı fark ortalaması deney grubundaki öğrencilerde $15,34\pm4,98$, kontrol grubundaki öğrencilerde ise $0,77\pm4,99$; cinsellikle ilgili rahatlık puanı fark ortalaması deney grubundaki öğrencilerde $4,34\pm2,63$, kontrol grubundaki öğrencilerde ise $0,22\pm2,42$; amaca uygun soru sorma puanı fark ortalaması deney grubundaki öğrencilerde $9,74\pm2,87$, kontrol grubundaki öğrencilerde ise $0,71\pm1,36$ olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin program öncesi ve sonrası cinselliği değerlendirme becerisi tüm alt boyutlara ilişkin puan fark ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 14)

7. ÖNERİLER

Öğrenci hemşirelere yönelik geliştirilen Cinselliği Değerlendirme Becerisi Geliştirme Programı'nın etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda öneriler sunulmuştur.

Cinselliği değerlendirme becerisi geliştirme programı sonrası öğrencilerin bilgi, tutum ve beceri düzeylerinde artış sağlanmıştır. Bu sonuca dayanarak:

- Öğrencilerin klinik uygulamalarına entegre etmede güçlük yaşadıkları cinselliği değerlendirme becerisi gibi karmaşık becerilere yönelik mezuniyet öncesi kısa eğitim programlarının lisans müfredatlarına yerleştirilmesi,
- Son sınıf öğrencilerde denenen bu programın halen klinikte çalışan hemşirelerde de uygulanması,
- Bu araştırma, daha çok kız öğrencilerinin yoğunlukta olduğu öğrenci grubuna ait sonuçları içerdiğinden, daha geniş kapsamlı bir genelleme yapabilmek için kız ve erkek öğrencilerin eşit ağırlıkta olduğu daha geniş örneklem grubunda benzer çalışmaların denenmesi,
- Bu çalışmada kullanılan Cinselliği Değerlendirme Becerisi Kontrol Formu'nun daha ileri düzeyde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak standart form haline getirilmesi önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

- Abdo, C.H.N., Oliveira, W.M., Moreira, E.D., Fittipaldi, J.A.S. (2004). Prevalance of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women results of the Brazilian study on sexual behaviour, *International Journal of Impotence Research*, 16,160-166.
- Akıncı, A.C., Yıldız, H., Zengin, N. (2010). The level of comfort among nursing students during sexual counseling to patients who have chronic medical conditions, *Sex Disability*, 28,287-296.
- Akyolcu, N. (2008). Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam, *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2),77-83.
- Albaugh, J.A, Kellogg, S.K.(2003). Sexuality and sexual health: The nurse's role and initial approach to patients, *Urol Nurs*, 23, 227-228.
- Alexsander, L.L, LaRosa, J.H, Bader, H. (2004). *New Dimensions in Women's Health*. 2nd ed. Jones and Barlett Inc, 83- 124.
- Algier, L., Kav, S.(2008). Nurses' approach to sexuality-related issues in patients receiving cancer treatments, *Turk J Cancer*, 38(3),135-141.
- Alpar, R. (2010). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*, 1. Baskı, Ankara.
- Althof, S.E, Leiblum, S.R, Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, SB., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues, O., Wylie, K. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction, *J Sex Med*, 2,793-800.
- Anderson, B., Lutgenford, S. (1997). Quality of life gynecologic cancer survivors, *Ca-A Cancer Journal For Clinicians*, 47, 218-225.
- Assimakopoulos, K., Panayiotopoulos, S., Iconomou, G., Karaivazoglou, K., Matzaroglou, C., Vagenas, K., Kalfarentzos, F. (2006). Assessing sexual function in obese women preparing for bariatric surgery, *Obesity Surgery*,16(8), 1087-1091.
- Arslan, H., Potur, DC., Bilgi, NÇ. (2004). Postpartum disparoni gelişimini etkileyen faktörler ve koruyucu önlemler, *Androloji Bülteni*, 18,266-268.
- Association of Reproductive Health Professionals (2008). *What You Need to Know: Female Sexual Response*. American Society For Reproductive Medicine.
- Avery, M.D., Duckett, L., Frantzich, C.R. (2004). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(3),227-237.
- Avis, N.E., Crawford, S., Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer, *Psycho-Oncology*, 13, 95-308.
- Ayaz, S. (2008). Stomalı bireylerde hemşirenin rolü, *Türkiye Klinikleri J Med Sci.*, 27,86-90.
- Aygin, D., Aslan, F.E. (2008). Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2),105-114.
- Aygin, D., Aslan, F.E. (2005). Cinsel işlev bozukluklarında ne yapıyoruz? Ne yapmalıyız?. *Androloji Bült*, (22), 264-7.
- Ayhan, H., İyigün, E., Taştan, S., Coşkun, H.(2010). Turkish version of the reliability and validity study of the sexual attitudes and belief survey, *Sex Disabil*, 28,287-296.

- Aziz, A., Bergquist, C., Nordholm, L., Möller, A., Silfverstolpe, G.(2005). Prophylactic oophorectomy at elective hysterectomy. Effects on psychological well-being at 1-year follow-up and its correlations to sexuality, *Maturitas*, 16,349-357.
- Babacan, S.S (2003). İnsan seksualitesinin kültürel ve psikososyal yönleri, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 11(1),131-136.
- Basil, N.O, Ndudim, C.O. (2006). Sexual dysfunction in female hypertensives, *J Nat M Ass.*, 98,638-640.
- Basson, R. (2004). Introduction to special issue on woman's sexuality and outline of assessment of sexual problems, *Menopause*, 11(6),709-711.
- Baykul, Y. (2010). Eğitimde ve Psikolojide Ölçme: Klasik Test Teorisi ve Uygulaması. 2. Baskı, PEGEM Yayınları, Ankara, 159-389.
- Behrman, R., Kliegman, R. (2002). *Nelson Essentials of Pediatrics*, Çeviren: Tuzcu S, Tuzcu M. Ankara, Tavaslı Matbaacılık, 4. baskı, 251-263.
- Berman, J., Berman, L. (2002). *Female Sexual Function and Dysfunction Course*. 97th. Annual Meeting, Los Angeles.
- Berman, J.R., Bassuk, J. (2002). Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction, *World Journal of Urology*, 20,111-118.
- Bernhard, L.A. (2002). Sexuality and sexual health care for women, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 45(4),1089-1098.
- Birol, L. (2008). *Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*, İzmir, Etki Matbaacılık, 129-158.
- Bitzer, J., Platano, G., Tschudin, S., Aledr, J. (2007). Sexual counselling for women in the context of physical diseases-A teaching model for physicians, *J Sex Med*, 4,29-37.
- Bitzer, J., Platano, G., Tschudin, S., Aledr, J. (2008). Sexual counselling in elderly couples, *J Sex Med*, 5, 2027-2043.
- Blagbrough, J. (2010). Importance of sexual needs assessment in palliative care, *Nursing Standard*, 24(52),35-39.
- Bouman, W.P., Arcelus, J. (2001). Are psychiatrists guilty of "ageism" when it comes to taking a sexual history? *Int J Geriatr Psychiatry*, 1, 27-31.
- Bomar, P. (2004). *Family Sexuality. Promoting Health in Families*, Third Edition, Saunders an Imprint of Elsevier, Philadelphia.
- Boyacıoğlu, G.S.(1999). Kadın cinsel işlev bozuklukları, *Psikiyatri Dünyası*, 2,54-59.
- Bozdemir, N., Özcan, S.(2011). Cinsellik ve cinsel sağlığa genel bakış. *TJFMPC*, 5,37-46.
- Brotto, L.A., Luria, M. (2008). *Menopause, Aging, and Sexual Response in Woman. Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders*, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc, 251-281.
- Burch, J. (2005). Psychological problems and stomas: A rough guide for community nurses, *British Journal of Community Nursing*, 10 (5), 224-227.
- Burchardt, M., Burchardt, T., Anastasiadis, A.G., Kiss, A.J., Baer, L., Pawar, R.V., dela Taille, A., Shabsigh, A., Ghafar M.A., Shabsigh, R. (2002). Sexual dysfunction is common and overlooked in female patients with hypertension, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28,17-26.
- Burghofer, K., Jauch, K.W. (2006). Sexuality and body image in patients with rectal cancer, *MMW Fortschr Med*, 148,36-7.
- Bustan, M.A., elTomi N.F., Faiwalla M.F., Manav V.(1995). Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti women, *Arch Sex Behav*, 24(2),207-15.

- Butler, L., Banfield, V., Sveinson, T. (1998). Conceptualizing sexual health in cancer, *Western Journal of Nursing Research*, 20(6),683-705.
- Byrne, M., Doherty, S., McGee, H., Murphy, A. (2010) General practitioner views about discussing sexual issues with patients with coronary heart disease: a national survey in Ireland, <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/40>.
- Cappelleri, J.C., Althof, S.E., O'Leary, M.P, Tseng, L.J. (2008). Analysis of single items on the Self-Esteem and Relationship questionnaire in men treated with sildenafil citrate for erectile dysfunction: results of two double-blind, placebo-controlled trials, *BJU Int*, 101(7),861-866.
- Carpetino, L (1999). *Handbook of Nursing Diagnosis. Seventh Edition.* Lippincott. Philadelphia. Çev.Ed: Firdevs Erdemir.
- Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. İstanbul: Organizasyon, 2006.
- Cox, H., Hinz, M.D., Lubno, M.A (2002). *Clinical Applications of Nursing Diagnosis. Fourth Edition.* F.A Davis Company, Philadelphia. 618-632.
- Crouch, S. (1999). Sexual Health 1: Sexuality and nurses' role in sexual health. *British Journal of Nursing* 8(9),601-606.
- Cüceloğlu, D.(2006) .Yeniden İnsan İnsana. Otuz besinci basım. Remzi kitapevi, İstanbul.
- Çalışandemir, F., Bencik, S., Artan, İ. (2008). Çocukların cinsel eğitimi: Geçmişten günümüze bir bakış, *Eğitim ve Bilim*, 33(150),14-27.
- Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canbolat, B., Acar, D., Ulusoy, E.(2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish woman, *Urol Int.*,72(1),52- 7.
- Dahl, A.A., Mykletun, A., Fossa, S.D.(2005). Quality of life in survivors of testicular cancer, *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 23(3),193-200.
- Dalpiaz, O., Kerschbaumer, A., Mitterberger, M., Pinggera, G.M, Colleselli, D., Bartsch, G., Strasser, H. (2008). Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field, *BJU International*, 101 (6), 717–721.
- Demirezen, E. (2006). Hipertansif kadınlarda cinsel yaşam, *Androloji Bülteni*, 26:261-263.
- Demirezen, E., Erdoğan, S., Önem K.(2006). Birinci basamak sağlık merkezine başvuran kırk yaşın altındaki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi, *Androloji Bülteni*, 25:177-180.
- Denat, Y., Demir, Y. (2008). Hemşirelikte gözardı edilen bir durum: Cinselliğe yönelik veri toplama, *Tepecik Eğitim Hast Dergisi*, 18 (1),1-7.
- Devito, J. (2004). *The Interpersonal Communication Book. Tenth edition,* Boston.
- Diemont, W.L., Vrugink, P.A., Meuleman, E.J (2000) Sexual dysfunction after renal replacement therapy, *Am J Kidney Dis*, 35(5), 845-51.
- Dixon, K.D., Dixon, N.P. (2006). The PLISSIT model: Care and management of patients' psychosexual needs following radical surgery, *Lippincott's Case Management*, 11(2), 101-106.
- Doğan, O. (1999). *Sağlık Bilimleri Alanında Davranış Bilimleri*, T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, No:76, Sivas.
- Doğan, S., Eker, E.(2009). Yaşlı bireylerde cinsel sorunlara yaklaşım, *Geriatrı ve Geriatriknöro Psikiyatrik*, 1, 58-66.

- Doherty, S., Byrne, M., Murphy, AW., McGee HM. (2010). Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A national survey in Ireland, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5May,
- Doumas, M., Doumas, S. (2006). The effect of antihypertensive drugs on erectile function: A proposed management algorithm, *J Clin Hypertens (Greewich)*, 8, 269-74.
- Doumas, M., Tsiodras, S., Tsakiris, A., Douma, S., Chounta, A., Papadopoulos, A., Kanellalakopoulou, K., Giamarellou, H.(2006). Female sexual dysfunction in essential hypertension: A common problem being uncovered, *Journal of Hypertension*, 24(12),2387–2392.
- Dökmen, Z.Y. (2004). *Toplumsal cinsiyet. Sistem yayıncılık, İstanbul.*
- Drory, Y.(2002). Sexual activity and cardiovascular risk, *European Heart Journal Supplements*, 4,13–18.
- Duldt, B.W., Pokorny, M.E. (1999). Teaching communication about human sexuality to nurses and other healthcare providers, *Nurse Educ*, 24,27-32
- Dunn, K.M., Croft, P.R., Hackett, GI (1998). Sociation of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey, *J Epidemiol Community Health*, 53(3),144-8.
- Durna, Z., Özcan, S., Erdogan, N. (2000). Düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyleri, *Hemşirelik Forumu*, 3(2),6-14
- Dusing, R.(2003). Effect of the angiotensin II antagonist valsartan on sexual function in hypertensive men, *Blood Press Suppl.* 12, 29–34.
- Eagly, A. H. , Wood, W. , Diekman, A. B. (2000). Social role theory of sex differences and similarities: A Current Appraisal, ‘‘Eckes, T. & Trauther, H. M. (eds). *The Developmental Socail Psychology of Gender*,Mahvah, New Jersey: Lawrance Erlbaum Associates, Publisher, 123-160.
- Elliott, S. (2004). Sexuality and chronic kidney disease, *Nephrology Days*, Vancouver, 15 October.
- Elnashar, A.M, El-Dien Ibrahim, M., El-Desoky, M.M., Ali, O.M, El-Sayd Mohamed Hassan, M. (2007). Female sexual dysfunction in Lower Egypt, *BJOG.*, 114, 201–206.
- Erbil, N., Orak, E., Bektaş, AE (2010). Anneler Cinsel Eğitim Konusunda Ne Biliyor, Kızlarına Ne Kadar Cinsel Eğitim Veriyor? *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7,1.
- Ersay, A.R, Tortumluoğlu, G., Şenyüz, P., Pamukçu K. (2006). Sağlık alanında eğitim gören yükseköğretim öğrencileri cinsel sağlık eğitiminin nasıl verilmesi gerektiğini düşünüyorlar?, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 3(2),1–12.
- Ertem, G., Sevil, Ü. (2010). Gebeliğin cinselliğe etkisi, *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(1),40-47.
- Fahami, F., Beygi, M., Zahraei, RH., Arman, S. (2007). Sexual dysfunction in menopausal women and the socioeconomic state, *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research (IJNMR)*, 12(2),61-64.
- Fisher, J.D, Fisher, W.A., Bryan, A.D., Misovich, S. J. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills Model-based hiv risk behavior change intervention for inner-city high school youth, *Health Psychol*, 21(2),177-186.
- Fogari, R., Preti, P., Zoppi, A., Corradi, L., Pasotti, C., Rinaldi, A., Mugellini A. (2004). Effect of valsartan and atenolol on sexual behavior in hypertensive

- postmenopausal women, *Journal of the American Society of Hypertension*, 17,77–81.
- Fogel, C.I., Woods, N.F. (2008). *Women's Health Care In Advanced Practice Nursing*. This edition first published, Springer Publishing Company, 295-306.
 - French, K. (2009). *Sexual Health*, This edition first published, Blackwell Publishing Ltd, USA., 9-22.
 - Fuller, J., Schaller, J. (2000). *Assessing Sexuality and Reproductive Patterns. Health Assesment*. 3rd. Ed.. Lippincott, Philadelphia.
 - Gordon, T. (2004). *Etkili Öğretmenlik Eğitimi*. Aksay Emel (Çev). On yedinci basım. Sistem Yayıncılık, İstanbul.
 - Gölbaşı, Z. (2003). Sağlıklı gençlik ve toplum için bir adım: cinsel sağlık eğitimi. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Eğitim - Kültür ve Araştırma Dergisi, 5(2),33-41.
 - Green, M.S., Nauman, W., Elliot, M. (2000). Sexual dysfunction following vulvectomy, *Gynecologic Oncology*, 77:73-77.
 - Gulanick, M., Klopp, A., Galanes, S. (1998). *Nursing Care Plans Nursing Diagnosis and Intervention*. Fourth Edition, Mosby Year Book, St. Louis, Missouri.
 - Guthrie, C. (1999). Nurses' perceptions of sexuality to patient care, *J Clin Nurs*, 8 (3),313-321.
 - Güleç, C. (1993). *Psikoterapiler*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 125.
 - Gündüz, B., Baran, S., Erhan, B., Bardak, A.N., Savafi, F. (2010). Omurilik yaralanmalı hastalarda erektil disfonksiyonun değerlendirilmesi, *Tıp Rehab Derg*, 56,71-4.
 - Güngör, S., Başer, I., Ceyhan, S., Karaşahin, E., Acikel, C.H. (2007). Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women, *International Journal of Impotence Research*, 19(4),358-365.
 - Güvel, S., Çulha, F., Yaşar, F., Volkan Ş., Boyam, F., Peşkirioğlu, L. (2005). Hemşirelerde kadın cinsel fonksiyonları konusunda bilgi düzeyinin sorgulanması, *Androl Bült*, (20),82-84.
 - Haboubi, N.H.J., Lincoln, N.(2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients, *Disabil Rehabil*, 25, 291-296.
 - Hanon, O., Mounier-Vehier C., Fauvel, J.P., Marquand, A., Jaboureck, O., Justin E.P., Kearney- Schwartz, A., Girerd, X.(2002). Sexual dysfunction in treated hypertensive patients. Results of a national survey, *Archives Des Maladies Du Coeur et Des Vaisseaux*, 95(7-8),673-677.
 - Hatzichristou, D., Rosen, R.C., Broderick, G., Clayton, A., Cuzin, B., Derogatis, L., Litwin, M., Meuleman, E., O'Leary, M., Quirk, F., Sadovsky, R., Seftel, A. (2004). Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women, *J Sex Med*, 1(1),49-57.
 - Hedgepeth, R.C., Gilbert, S.M., Lee, C.T, Wood, D.P. (2010). Body image and bladder cancer specific quality of life in patients with ileal conduit and neobladder urinary diversions, *Urology*, 6, 1-5.
 - Hordern, A (2008). Intimacy and sexuality after cancer, *Cancer Nursing*, 31 (21),9-17.
 - Hordern, A. (2000). Intimacy and sexuality for the women with breast cancer, *Cancer Nurs*, 23,230-236.
 - Hoskins, N.S., Perez, C.A., Young, R.C. (1997). *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. 2.ed, Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers,.

- Incrocci, L.(2006). The effect of cancer on sexual function, *The Journal of Sexual Medicine*, 3(2),73.
- İncesu, C. (2004). Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*; Ek 3:3-13.
- İncesu, C. (2001). Antidepresif ilaçların yol açtığı cinsel yan etkiler ve başa çıkma yolları, *Düşünen Adam*, 14(4),221-226.
- Jaarsma, T., Stromberg, A., Fridlund, B., Geest, S.D., Martensson, J., Moons, P., Norekval, T.M., Smith K., Steinke E., Thompson D.R. (2010). Sexual counselling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence, *Eur. J. Cardiovasc. Nursing*, 9(1),24–29.
- Jannini, E.A., Simonell, C., Lenzi, A. (2002). Sexological approach to ejaculatory dysfunction, *International journal of andrology*, 25,317–323.
- Johnson, B.K. (2004). Prostate cancer and sexuality: implications for nursing, *Geriatric Nursing*, 25(6),341-347.
- Jolley, S. (2002) Taking a sexual history: the role of the nurse.the role of the nurse. <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/taking-a-sexual-history>
- Kaptein, A.A, van Klink, R.C.J., deKok, F., Scharloo, M., Snoei, L., Broadbent, E., Bel, E.H.D., Rabe, K.F.(2008). Sexuality in patients with asthma and COPD, *Respiratory Medicine*, 102,198- 204.
- Karadağ, F., Özcan, H., Karul, A.B., Ceylan, E., Cildağ, O.(2007). Correlates of erectile dysfunction in moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease patients, *Respirology*, 12,248-253.
- Karakoyunlu, F.B, Öncel, S. (2009). Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 82-93.
- Katz, A. (2005a). Sexuality and hysterectomy: Finding right words. *AJN*, 105(12),65-68.
- Katz, A. (2005b). The sounds of silence: Sexuality information for cancer patients, *Journal of Clinical Oncology*, 23(1),238-241.
- Katz, A.(2005c). Do ask, Do tell, why do so many nurses avoid the topic of sexuality? *Am J Nurs*, 105, 66-68.
- Kaya, F., Serin, Ö. ve Genç, A. (2007) Eğitim fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin cinsel yaşamlarına ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (6),441-448.
- Kingsberg, S.A., Kellogg-Spadt, S. (2010). The Essentials of Assessing the Sexual Concernsof Your Female Patients, *Medscape Education Ob/Gyn & Women's Health*, <http://www.medscape.org/viewarticle/710343>.
- Kong, S.K, Wu, L.H, Loke, A.Y. (2009). Nursing students' knowledge, attitude and readiness to work for clients with sexual health concerns, *J. Clin. Nurs.*, 18(16),2372-2382.
- Kongkanand, A. (2000). Prevalence of erectile dysfunction, *International Journal of Andrology*, 23 (2),77-80.
- Kütmeç, C. (2009). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12),112-136.
- Labbate, L.A., Grimes, J., Hines, A. (1998). Sexual dysfunction induced by serotonin reuptake antidepressants, *Journal of Sex &Marital Therapy*, 24,3-12.

- Laumann, E., Paik, A., Rosen, R.(1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors, *JAMA*, 281,537–544.
- LaMarre, A., Paterson, L., Gorzalka, B.(2003). Breastfeeding and postpartum maternal Sexual functioning: A review.*The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12,3-4.
- Lemieux, L., Kaiser, S., Pereira, J., Meadows, L.M. (2004). Sexuality in palliative care: patient perspectives. *Palliative Medicine* 18,630–637.
- Lightner, D.J. (2002). Female Sexual Dysfunction, *Mayo Clinic*, 77, 698-702.
- Long, B.C., Phipps, W.J., Cossmeier, V.L. (1993). *Medical Surgical Nursing a Nursing Process Approach.. Mosby Year Book, St Louis, 3 rd, 1100-1119.*
- Longworth, J.C.D. (1997). Sexual assessment and counseling in primary care, *Nurse Practitioner Forum*, 8(4), 166-171.
- Lubkin, IM., Larsen, P.(2006). Chronic Illness Impact and Interventions,*Sexuality*, Six ed., Jones and Bartlett Pub.,California,285-305.
- Magnan, M.A., Norris, D.M. (2008). Nursing Students’ perceptions of barriers to addressing patient sexuality concerns, *J. Nurs. Educ.*, 47(6), 260–268.
- Magnan, M.A, Reynolds, K. (2006). Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization, *Clinical Nurse Specialist*, 20(6),285-291.
- Magnan, M.A., Reynolds, K.E., Galvin, E.A. (2005). Barriers to adressing patient sexuality in nursing parctice, *MedSur. Nurs.* 14(5),282–289.
- Mazza, D.(2004). *Women’s Healty in General Practice*, First ed., British, 267-279.
- McFadyen, J. (2004). Teaching sex education: are Scottish school nurses prepared for the challenge?, *Nurse Education Today*; 24:113–120.
- McIlnes, R.A. (2003). Chronic Illness And Sexuality, *MJA*, 179 (5), 263-266.
- McKelvey, R.S., Webb, J.A., Baldassar, L.V. (1999). Sex knowledge and sexual attitudes among medical and nursing students, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33,260-266.
- Merilly, J., Thornby, J. (2005). Why doctors have difficulty with sexual histories, *South Med J*, 83,613-617.
- Meston, C. M.(1997). Aging and Sexuality Successful Aging ,*West J Med*, 167:285–290
- Meston, C.M., Derogatis, L.R. (2002). Validated instruments for assessing female sexual function, *J Sex Marital Ther*, 28,155-64.
- Mete, S. (2008). Kadın ve Cinsellik. Şirin A., Kavlak O. Edt, *Kadın Sağlığı. Birinci Baskı. Bedray Basın Yayıncılık*, 110-123.
- Mick, J., Hughes, M., Cohen, M.Z. (2003). Sexuality and cancer: How oncology nurses can address it BETTER , *Oncology Nursing Forum*, 30(2), 152–153.
- Mick, J.M (2007). Sexuality assesment: 10 Strategies for improvement, *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 11(5),671-675.
- Canada Guidelines for Sexual Health Education (2008). Minester of Health Community Acquired Infection Division Centre for Infection Disease Prevention and Control Public Health Agency of Canada Ottawa, Ontario,3-62.
- Möller, B., Schreier, H., Romer, G. (2009). Gender identity disorder in children andadolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc, Health Care* ,39,117-143
- Nalbant, H. (2000). Toplumlarda Cinselliğe Bakış. Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen El Kitabı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (No: 54), İstanbul,15-24.
- Nöstlinger, C., Nideröst S., Platteau T, Müller, M.C., Stanekova, D. (2011). Sexual Protection Behavior in HIV-Positive Gay Men: Testing a Modified Information-

- Motivation-Behavioral Skills Model, *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 817-827.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J., Gomes, F.A.(2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems, *Sex Relation Ther*,18,171-204.
 - Nusbaum, M., Rosenfeld, J.A. (2009). *Sexual Health Across the Lifecycle A Practical Guide for Clinicians*, Cambridge University Press, Newyork, 1-132.
 - Ohl, L.E. (2007). Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective, *Urologic Nursing*, 27(1), 57-63.
 - Okeahialam, B.N., Obeka, N.C. (2006). Sexual dysfunction in female hypertensives, *Journal of the National Medical Association*, 98(4),638-640.
 - Olsson, C., Berglund, A.L, Larsson, M., Athlin, E..(2011). Patient's sexuality, A neglected area of cancer nursing?
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S146238891100143>
 - Onah, H.E., Iloabachie, G.C, Obi, S.N., Ezugwu, F.O, Eze, J.N.(2002). Nigerian male sexual activity during pregnancy, *International Journal of Gynecology &Obstetrics*,76,219-223.
 - Oskay, U.Y. (2005). Kadınlarda orgazmın kültürel ve psikososyal boyutu, *Androloji Bülteni*, 22,261-263.
 - Öksüz, E., Malhan, S.(2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women, *J Urol*. 175 (2), 654-8 .
 - Önem, K., Kadioğlu, A., (2005). Kadının orgazmik işlev bozukluğunda hormon replasman tedavisi, *Androloji Bülteni*, <http://www.androloji.org.tr/images/file/>
 - Özçelik, D.A. (2010). Test Hazırlama Klavuzu, 4. Baskı, Pegem yayınları, Ankara, 120-129.
 - Özmen, H.E.(1999). Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları, *Psikiyatri Dünyası*, 2,49-53.
 - Öztürk, M.O. (2001). Cinsel Uyum Sorunları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Baskı, Tuna Matbaacılık, Ankara, 443-462.
 - Palmer, B.F. (2003). Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease, *Adv Ren Replace Ther*, 10(1),48-60
 - Pan American Health Organization, World Health Organization (2000). *Promotion of Sexual Health, Recommendations for Action*,Guatemala, May 19-22.
 - Parish, WL., Luo, Y., Laumann, EO., Kew, M. ve Yu, Z. (2007). Unwanted sexual activity among married women in Urban China, *Journal of Sex Research*, 44(2),158-171.
 - Peck, S. (2001). The importance of the sexual health history in the primary care setting, *JOGNN*, 30,269-274.
 - Perry, G.A., Potter, P.A. (1995). *Self Concept and Sexuality. Basic Nursing. Fifth Ed.* Mosby Company.
 - Persson, E, Hellström, A.L. (2002). Experiences of swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* , 29(2),103-108.
 - Pınar, G.(2010). Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları, *Gülhane Tıp Dergisi*, 52, 241-247.
 - Porst, H., Buvat, J. (2006).*The Standards Committee of the International Society for Sexual Medicine*, First ed., Published by Blackwell Publishing, 320-376
 - Potter, P.A, Perry, A.G. (2001). *Fundamentals of Nursing. 5th Ed.* St. Loise: Mosby Inc;

- Pryor, J.P. (2002). Orgasmic and ejaculatory dysfunction, *Sexual And Relationship Therapy*, 17 (1),87-95.
- Reis, N. (2003). Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri, *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (2),35-41.
- Riecher-Rossler, A.(2002). Oestrogen effects in schizophrenia and potential therapeutic implications:a review, *Archives of Women’s Mental Health*, 5,111-118.
- Ringhofer, J. (2005). Meeting the needs of your ostomy patient. *RN*, 68, 37-41.
- Roose, S.P, Seidman, S.N.(2003). Sexual activity and cardiac risk: depression a contributing factor? *Am J Cardiol*, 86,38-40.
- Rowlands, P.(1995). Schizophrenia and sexuality, *Sexual and Marital Therapy*, 10, 47-61.
- Rongkavilit, C., Naar-King, S., Kaljee, L.M, Panthong, A., Koken, J.A., Bunupuradah, T., Parsons, J.T. (2010). Applying the information-motivation-behavioral skills model in medication adherence among Thai youth living with HIV: A qualitative study, *AIDS Patient Care And Stds [AIDS Patient Care STDS]*, 24 (12), 787-94.
- Rusth, F.C., Constanca, J.H. (2003). *Fundamentals of Nursing Human Health and Function. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins*, 249.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2003). *Human Sexuality. Synopsis of Psychiatry Ninth Ed.. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia*, 692-701.
- Safarinejad, M.R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: Prevalence and associated risk factors, *International Journal of Impotence Research*, 18,382-395.
- Salonia, A., Briganti, A., Deho, F., Salonia A, Briganti A, Deho F. (2006). Women’s sexual dysfunction: a review of the “surgical landscape. *Eur Urol*, 50,44–52.
- Saunamaki, N., Andersson, M, Engstrom, M. (2010). Discussing sexuality with patients: Nurses’ attitudes and beliefs, *J. Adv. Nur.*, 66(6),1308–1316.
- Schaffir, J., Fleming, M., Waddell, V.(2010). Patient perceptions regarding effect of gynecological surgery on sexuality, *J Sex Med*, 7,826–831.
- Sertöz, Ö., Elbi H., Noyan, A., Alper, M., Kapkaç, M. (2004). Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4),264-75.
- Sevil, Ü., Karaca Ertem, G., Kavlak, O. (2004). Hemşirelik yüksekokulu birinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinin cinselliğe bakış açıları ve cinsel eğitim konusundaki düşüncelerinin karşılaştırılması, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 20(1), 11-22.
- SIECUS (1996). *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education., Second Ed. New York.*
- Southard, N.Z, Keller, J. (2009). The importance of assessing sexuality, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2),213-219.
- Sprunk, E., Alteneder, R.R.(2000). The impact of an ostomy on sexuality, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 4 (2), 85-88.
- Stahl, M.S. (2003). Cinsiyete Özgü Ve Cinsel İşlevle İlişkili Psikofarmakoloji, *Temel Psikofarmakoloji. Çev: Taneli B, Taneli Y. Bursa, Yelkovan Yayıncılık*, 540-574.
- Steinke, E., Patterson-Midgley, P. (1996). Sexual counseling following acute myocardial infarction, *Clinical Nursing Research*, 5(4),462-472.
- Stokes, T. ve Mears, J. (2000). Sexual health and the practice nurse: A survey of reported practice and attitudes, *The British Journal of Family Planning*, 26(2),89- 92.

- Sullivan, G., Lunkoff, D.(1990). Sexual side effects of antipsychotic medication: Evaluation and interventions, *Hospital and Community Psychiatry*, 41,1238-1241.
- Sungur, M. (1998). Cinsel eğitim, *Klinik Psikiyatri*, 2:103-108
- Sungur, M.Z. (1999). Cultural factors in sex therapy: The Turkish experience, *Sex Marital Ther*, 14,165–171.
- Sunquist, K., Yee, L. (2003). Sexuality and body image after cancer. *Aust Fam Physician*. 32: 19-22.
- Tavşanel, E. (2002). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, Atlas Yayınları, Ankara, 16-61.
- Taylor, B., Davis, S. (2006). Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs, *Nursing Standard*, 21(11),35-40.
- Taylor, C., Carol, L., Lemone, P. (2001). Sexuality. *Fundamentals of Nursing*. Lippincott Company, Fourth Edition, Philadelphia, 779-816.
- Torun, F., Torun, S.D., Özyayın, N. (2011). Erkeklerde cinsel mitlere inanma oranları ve mitlere inanmayı etkileyen faktörler, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24,24-31.
- Tuğut, N., Gölbaşı, Z. (2010). Cinsel yaşam kalitesi ölçeğinin türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Dergisi*, 32,172-180.
- Trutnovsky, G., Haas, J., Lang, U., Ptre, E. (2007). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth, *Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 46(4),282-7.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (2009). *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-informed Approach For Schools, Teachers And Health Educators*.
- Ünalın, P.C., Cıfcılı, S., Uzuner, A., Akman, M.(2005). Hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışları, *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 9(4), 153-158.
- Vassiliadou, A., Stamatopoulou, E. (2008). The role of nurses in the sexual counseling of patients after myocardial infarction, *Health Science Journal*, 2(2).
- Verschuren, J.E.A., Enzlin, P., Dijkstra, P.U., Geertzen, J.H.B., Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: A generic conceptual framework, *J. Sex. Res*, 47(2),153–170.
- Volpe, E., Wertheimer, J. (2004). Exploring Sexuality Attitudes and Knowledge in Nursing: An Education Program. Florida.47.
- Vural, K.B., Temel, A.B. (2010). Cinsel doyumun yordanmasında bazı faktörlerin incelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1),24-35.
- Werneke, U., Northey, S., Bhugra, D.(2006). Antidepressants and sexual dysfunction, *Acta Psychiatr Scand*, 114, 384–397.
- Wilmoth, M.C., Coleman, E.A., Smith, S.C., Davis, C.(2004). Fatigue, Weight Gain, and Altered Sexuality in Patients With Breast Cancer: Exploration of a Symptom Cluster, *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1069-1075.
- World Health Organization- WHO (2006). *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*. Geneva.
- Yaniv, H.(2000) Kanserli Hastalarda Seksüalite. *Onkoloji Hemşireliği Derneği Mezuniyet Sonrası Eğitim Kurs Kitabı*. Ankara, 21-22 Eylül, 24-38.

- Yaşan, A., Gürgen, F. (2004). Cinsel partneri olan bir hemşire grubu ile hiç partneri olmamış bir hemşire grubunun cinsel bilgi edinme yolları ve cinsel mitlerin yaygınlığının karşılaştırılması, *Yeni Symposium*, 42(2),72-76.
- Yıldız, H. (2002). Sağlığın bozulduğu durumlarda hemşirelerin cinsel sağlığa yaklaşımları, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi, 12(49), 81-90.
- Yıldız, H., Pınar, R. (2004a). Diyabetli kadınlarda ihmal edilen bir konu: Cinsel yaşam, *Hemşirelik Forumu*, 7(3),11-13.
- Yıldız, H., Pınar, R. (2004b). Miyokard infarktüsülü hastalarda cinsel disfonksiyon, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 4(4),309-317.
- Yılmaz, H., Pınar, R. (2005). Cinsel disfonksiyonu olan kardiyovasküler hastaların bakımı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21 (2), 135-145.
- Yiğit, F. (2007). Cinsel öykü alınmasında bariyerlerin önemi, *Androloji Bülteni*, 30:264-267.
- Youngkin, E.Q., Davis M.S.(2001). *Women a Primary Care Clinical Guide*, Third ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey.109-131.
- Zeng, Y.C., Qiuping., L, Nina W., Shirley, C. (2010). Chine nurse's attitudes and belief toward sexuality care in canser patients, *Cancer Nursing*, 34.
- Zhang, W.D., Fan, J.M., Guan, J. (2003). Studies on sexual dysfunction in male patients with chronic renal insufficiency, *Zhonghua Nan Ke Xue*, 9(7), 489-93.
- Zhang, H., Liao, M., Nie, X., Pan R., Wang, C., Ruan, S., Zhang, C., Tao, X., Kang, D., Jiang, B. (2011). Predictors of consistent condom use based on the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) model among female sex workers in Jinan, China. 11 (1), 113-123.
- Zippe, C.D., Raina, R., Shah, A.D., Massanyi Eric, Z., Agarwal A., Ulchaker, J., Jones, S., Klein, E.(2004). Female sexual dysfunction after radical cystectomy: a new outcome measure, *Urology*, 63(6),1153-1157.
- Zmijewski, H.C. (2002). Sexual counseling by the et nurse: If not you,then who? *Journal of Wound, Ostomy And Continence Nursing*, 29,184-185.
- Zucker, K.J. (2002). *Gender Identity Disorders. Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook 3rd edition.* M Lewis(ed), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 724-734.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Nilüfer Tuğut
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas, 04/07/1978
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 58140-Sivas
E-posta Adresi	nlfr_yildirim@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Sivas Kongre Lisesi, 1998
Lisans	Erciyes Üniversitesi, 2002
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2005

İş Tecrübesi

Kızılay Tıp Merkezi	2002-2005
Cumhuriyet Üniversitesi	Araştırma görevlisi, 2005-

Üyelikler

Türk Hemşireler Derneği
Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği
Hemşirelik Eğitim Derneği



CİNSELLİK ve CİNSEL EĞİTİM



Nilüfer Tuğut;

3- 4 Aralık 2011 tarihleri arasında İstanbul'da düzenlenen "Cinsellik ve Cinsel Eğitim"
toplantısına katılmıştır.

CETAD
Cem İNCESU
Yönetim Kurulu Başkan Yrd.

TAPV
Nurcan MÜFTÜOĞLU
Genel Koordinatör

CETAD
CİNSEL EĞİTİM TEDAVİ VE ARAŞTIRMA DERNEĞİ

Cinsellik ve Cinsel Tedaviler Eğitimi
1. MODÜL: CİNSELLİK KAVRAMI
KATILIM BELGESİ

Nilüfer Tuğnut Yıldırım

16 – 18 Eylül 2011 tarihlerinde yapılan
Cinsellik ve Cinsel Tedaviler Eğitimi 1.Modül'üne katılmıştır.

CETAD
Yönetim Kurulu Başkanı
Nesrin YETKİN

EKLER

EK-1

Kişisel Bilgi Formu

Anket No:

Rumuz:

“Cinsel Sağlık Eğitimi” adlı seçmeli dersi aldınız mı? 1. Evet

2. Hayır

1. Yaşınızı yazınız.....

2. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış

3. Annenizin/babanızın eğitim durumu nedir?

Anne Baba

Okur-yazar değil

() ()

Okur yazar

() ()

İlkokul mezunu

() ()

Ortaokul mezunu

() ()

Lise mezunu

() ()

Üniversite ve üzeri

() ()

4. Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek 2. Geniş 3. Parçalanmış

5. Üniversite eğitiminize kadar yaşadığınız yer neresidir?

1. Köy 2. Kasaba 3. İlçe 4. Şehir merkezi.....

6. Şu anda nerede kalıyorsunuz?

1. Ailem ile beraber evde

2. Arkadaşlarım ile evde

3. Yalnız başıma evde

4. Yurtta

5. Diğer.....

7. Cinsellikle ilgili ilk bilgileri kimden ya da nereden öğrendiniz?

1. Annemden

2. Babamdan

3. Kardeşlerimden

4. Yazılı kaynaklardan (Kitap, dergi, vb.)

5. Görsel kaynaklardan (Sinema, video, vb.)

6. Hiçbir kimseden ve kaynaktan bilgi almadım

7. Diğer.....

8. Cinsellikle ilgili konuları annenizle rahat konuşabiliyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır (neden).....

9. Cinsellikle ilgili konuları babanızla rahat konuşabiliyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır (neden).....

10.Kişisel değerleriniz bakım verdiğiniz bireylerle cinsellik üzerine konuşmanızı etkiliyor mu?

1. Her zaman
2. Genellikle
3. Bazen
4. Çok Az
5. Hiç

11.Sizce bireyin yaşamında cinsellik fonksiyonu ne kadar önemlidir? Aşağıdaki skalada katıldığınızı ya da katılmadığınızı en iyi ifade eden numarayı yuvarlak içine alınız

- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
 - 7.
 - 8.
 - 9.
 - 10
- Önemsiz Önemli

12.Bakım verdiğiniz birey size cinsellik hakkında soru sorduğunda kendinizi rahat hissedermisiniz?

1. Çok rahatsızım
2. Rahatsızım
3. Kısmen rahatım
4. Rahatım
5. Çok rahatım

13.Profesyonel bir kişi olarak cinsellikle ilgili bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?

1. Hiç yeterli değil
2. Yetersiz
3. Kısmen Yeterli
4. Yeterli
5. Çok Yeterli

14.Sizce mesleki eğitim sırasında cinsellikle ilgili aldığımız bilgiler bakım verdiğiniz bireyin cinsellik fonksiyonunu değerlendirmede yeterli mi?

1. Hiç yeterli değil
2. Yetersiz
3. Kısmen Yeterli
4. Yeterli
5. Çok Yeterli

EK 2-CİNSELLİĞİ DEĞERLENDİRME BİLGİ TESTİ

- Aşağıdaki seçeneklerden hangisinde cinsellik kavramı doğru bir şekilde tanımlanmıştır?**
 - Cinsel ilişkiden haz alma, sevgi, sevmeye ve sevilmedir.
 - Üremeyi sağlamak ve insan neslinin devam etmesine imkan vermektir.
 - Genital organlar vb. biyolojik özelliklerin bir bütünüdür.
 - Bireyin kendi bedenini ve benliğini belli bir cinsellik içinde algılayışıdır.
 - Bireyin değerlerinin, tutumlarının, davranışlarının, fiziksel görünümünün, duygularının, kişiliğinin bir bütünüdür.
- Bireyin cinsiyetinin farkında olmaya başladığı ve cinsellikle ilgili soruların ortaya çıktığı dönem aşağıdakilerden hangisidir?**
 - 4-6 yaş okul öncesi dönem
 - 6-10 yaş okul çağı
 - 10-13 ergenlik öncesi
 - 2-3 yaş dönemi
 - 13-19 ergenlik dönemi
- Kadının ve erkeğin sosyal olarak belirlenen rol ve sorumluluklarını ifade eden tanım aşağıdakilerden hangisidir?**
 - Cinsellik
 - Cinsiyet
 - Toplumsal cinsiyet
 - Cinsel kimlik
 - Cinsel yönelim
- Aşağıda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepki verilmiştir. Bu aşamalar aşağıdakilerden hangisinde doğru sıralanmıştır?**
 - Çözülme evresi
 - Plato evresi
 - Uyarılma evresi
 - Orgazm evresi
 - İstek evresi
 - V-I-II-III-IV
 - V-III-II-IV-I
 - III-V-IV-II-I
 - I-III-IV-II -V
 - III-I-IV-V-II
- Aşağıdakilerden hangisi cinsel yönden sağlıklı kişinin özelliklerinden değildir?**
 - Sevme, sevgisini sunabilme ve sunulan sevgiyi algılayabilme kapasitesine sahiptir.
 - Cinsellikle ilgili sorunlarını nasıl çözmesi gerektiğinin bilincinde olan kişidir.
 - Kişi enerjisini, cinsel tatmin arayışları yerine, geliştirmek, ilerlemek ve üretmek için harcayan kişidir.
 - Kişi cinsel ihtiyaçlarında ahlâki değerlerini ön plana çıkaran kişidir.
 - Kişi başkalarına değil kendine olan sorumluluklarını bilen ve bunları yerine getirmeye gayret eden kişidir.
- Çoğu kez yabancıları olmak üzere bu davranışı beklemeyen bir kişiyi çıplakken, soyunurken ya da cinsel etkinlikte bulunurken gözetleme ve bundan haz elde etmeyi amaçlama” şeklinde tanımlanan normal dışı cinsel davranış aşağıdakilerden hangisidir?**
 - Homoseksüalite
 - Transseksüalite
 - Fetişizm
 - Voyörizm
 - Pedofili
- Aşağıda verilen değişimlerden hangileri gebelikte meydana gelen dispareni neden olan faktörlerden değildir?**
 - Pelvik vazokonjesyon
 - Vücut imajı değişikliği
 - Kandida
 - Yorgunluk
 - Pelvik vazodilatasyon
- Kardiyovasküler risk sınıflamasına göre aşağıdaki gruplardan hangisi güvenli olarak cinsel yaşamlarına devam edebilirler?**
 - Orta şiddette anjinası olan hastalar
 - Kardiyovasküler hastalık için 3'den az risk faktörü olanlar
 - Sürekli olmayan aritmili hastalar
 - Orta şiddetli derecede kapak hastaları
 - Son 6 hafta içinde MI geçirmiş olanlar
- Aşağıdaki ilaçların hangisi cinsel fonksiyon üzerinde olumsuz etkileri olan ilaçlardır?**
 - Diüretik ilaçlar
 - Hipertansiyon ilaçlar
 - Psikiyatrik ilaçlar
 - Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar
 - Ülser ilaçları
 - I.II.III
 - I.II.IV
 - I.II.III.IV
 - I.IV.V
 - I.II.III.IV.V
- Jinekolojik kanserler sonucu ortaya çıkan cinsel sorunlar bireyi hangi boyutta direkt olarak etkilemez?**
 - Beden imajı
 - Dişilik/kadınlık kimliği
 - Cinsel fonksiyon
 - Üreme yeteneği
 - Toplumsal cinsiyet rolü
- Aşağıdakilerden hangisi hemşirenin cinsellik konusunu etkili bir şekilde ele alabilmesi için sahip olması gereken özelliklerden değildir?**
 - İnsan cinselliğinin anatomi, fizyolojisi, fizyopatolojisi, psikoseksüel gelişim ve fonksiyonunu bilmeli
 - Cinsellik konusunu kabul etmeli, cinsellikle ilgili konularda rahat olmalı, cinselliğe karşı kendi duygularını gözden geçirmeli
 - Cinsellik konusunda kendisinden çok hastanın inanç, değer ve tutumlarının farkına varmalı
 - Cinsellikle ilgili konuları açıkça ve dürüstçe tartışmalı
 - Bireyin kültürel, dini ve etik olarak uygulamalarına karşı duyarlı olmalı

EK 2-CİNSELLİĞİ DEĞERLENDİRME BİLGİ TESTİ

12. 18 yaşında ve bekar olan Aylın Hanım vajinal enfeksiyon tanısıyla kadın doğum kliniğinde yatmaktadır. Hasta değerlendirmesi sırasında Aylın Hanım hemşireye “erkek arkadaşıyla bir kez cinsel ilişki yaşadığını ancak bu davranışı sonunda endişe yaşadığını ve yanlış bir davranış olup olmadığını” sorar. Aşağıdakilerden hangisi hemşirenin hastaya vermesi gereken uygun bir cevaptır?
- Evlilik öncesi ilişkiye tamamen karşıyım.
 - Evlilik öncesi ilişki olabilir normal karşılıyorum.
 - Evlilik öncesi ilişki konusunda kararsızım.
 - Benim düşüncem önemli değil, önemli olan sizin düşünceniz.
 - Başka bir soruya geçelim.
13. Mastektomi olan Ayşe Hanım eşinin sürekli masturbasyon yaptığını iletiyor ve hemşirenin eşi ile konuşmasını istiyor. Bunun üzerine hemşire eşi ile konuşuyor. Eşi, “Ayşe Hanımın operasyon sonrası kendi görüntüsünden rahatsız olduğunu ve cinsel ilişkiden Ayşe Hanımın kaçtığını bu nedenle kendisinin masturbasyon yaptığını” ifade ediyor. Aşağıdakilerden hangisi hemşirenin Ayşe Hanımın eşine vermesi gereken uygun bir cevaptır?
- Masturbasyon yapmak günahdır, eşiniz bana iletince çok sinirlendim.
 - Masturbasyon yaparak kendi sağlığınıza zarar veriyorsunuz, bence çok yanlış yapıyorsunuz.
 - Masturbasyon yaptığınızı eşinize hissettirmeyin bari, bende olsam çok üzülürüm.
 - Benim eşim bunu yapsa boşarım, ona destek olmalısın
 - Bu konuyu eşinizle hiç konuşmayı düşündünüz mü?
14. Aşağıdakilerden hangisi histerektomi sonrası cinsel fonksiyonu olumsuz etkileyen faktörler arasında yer almaz?
- Pelvik vazokonjesyonda azalma
 - Otonomik sinir hasarına bağlı lubrikasyonda artma
 - Üst vajende doku hasarı
 - Ovarian hormon kaybına bağlı değişiklikler
 - Psikolojik değişiklikler
15. Hemşire bakım verdiği bireye “Ameliyattan altı hafta sonra tıbbi kontrolünüzü yaptırınca kadar yakın cinsel ilişkiye girmeniz gerekirken, eşinize sarılmanız ve öpmeniz gayet normaldir. Eğer kendinizi uyarılmış hissederseniz üzülmeyin. Bu zararlı değil, hatta iyileşmenizi hızlandıracak” şeklinde bilgi vermiştir. Hemşirenin bu davranışı PLISSIT modelinin hangi aşamasını ifade eder?
- İzin (Birinci Aşama)
 - Sınırlı Bilgiler (İkinci Aşama)
 - Spesifik öneri (Üçüncü Aşama)
 - Yoğun Terapi
 - İzin ve sınırlı bilgiler
16. Jinekolojik onkoloji servisinde üç hemşire çalışmaktadır. Servisin çok yoğun olduğunu ifade etmektedirler. Çalışan hemşirelerden biri veri toplarken cinsellik örüntüsüne değinenin bu hastalar için doğru olmadığını düşünmekte ve bilgi almamaktadır. Sizce hemşirenin bu davranışının en önemli nedeni aşağıdakilerden hangisidir?
- Personel azlığı
 - Zaman azlığı
 - Yetersiz bilgiye sahip olma
 - Doğal isteksizlik
 - Cinsellik konusunda kendi değer ve tutumları
17. Cinselliğin değerlendirilmesinde önemli bir basamak olan bilgi toplama sürecinde aşağıdakilerden hangisi öncelikli olarak yapılmalıdır?
- Öykü alma
 - Kayıtları gözden geçirme
 - Laboratuvar analizi
 - Fizik muayene
 - Gözlem
18. Aşağıdakilerden hangisi hemşirenin bireyin cinselliğini değerlendirme sürecinde görüşme sırasında dikkat etmesi gereken noktalardandır?
- Görüşme, oda arkadaşları dahil diğer bireylerin bulunmadığı ve görüşmenin duyulmayacağı bir ortamda yürütülmelidir.
 - Görüşmeye, aile bireylerinin veya eş/partnerin olmadığı zamanda başlamak uygundur.
 - Bireyin gereksinimlerini rahatça ifade edebileceği sıcak, özel ve duyarlı bir ortam sağlanması gereklidir
 - Görüşmeye gürültü faktörünün kontrol altına alındıktan sonra başlanmalıdır.
 - Görüşmeye eşi/cinsel partneri yanındayken başlanmalıdır.
- I.II.IV.V
 - I.II.III.V
 - I.III.V
 - I.II.III.IV
 - I.II.IV
19. Aşağıdakilerden hangisi hemşirenin cinselliği değerlendirirken etkili iletişim kurması için sahip olması gereken tutum ve davranışlardan değildir?
- Bireysel ayrılıkların varlığını kabul etme
 - İnsanın değerli ve önemli olduğunu kabul etme
 - İnsana saygı duyma
 - Herkesin kendisi ile ilgili kararlar alabilme hakkı olduğuna inanma
 - Gönüllülüğe önem verme
20. Aşağıdakilerden hangisi cinselliği değerlendiren hemşirenin iyi bir dinleyici olması için uyması gereken koşullardan biri değildir?
- Karşısındakinin sözünü kesmeden, müdahale etmeden sessizce dinlemek
 - Anlatılmak istenenin ne olduğunu anlamaya çalışmak
 - Anlatılanın altında yatan duyguyu anlamaya çalışmak
 - Değiştirmeye kalkmadan, yargılamadan dinlemek
 - Koşullu kabulde dürüst olarak dinlemek

EK 2-CİNSELLİĞİ DEĞERLENDİRME BİLGİ TESTİ

21. Cinselliği değerlendiren hemşire hastaya “Cinsel yaşamın hakkında sen hiç konuşmuyorsun. Rahmi alınan kadın tek sen değilsin. Bu konuda çok isteksizsin ya da durumu umursamıyorsun” şeklinde iletişim kurarsa aşağıdaki hangi uygun olmayan davranışı ifade eder?
- Yargılamak, eleştirmek, suçlamak, aynı düşüncede olmamak
 - Uyararak, gözdağı vermek
 - Yorumlamak, analiz etmek, tanı koymak
 - Ahlak dersi vermek
 - Öğretmek, nutuk çekmek
22. Aşağıdakilerden hangisi cinselliğin değerlendirilmesi sürecinde hastanın hemşireyi daha iyi anlayabilmesi için hemşirenin iletişimde dikkat edeceği noktalardan biri değildir?
- Görüşme için uygun ortamı belirlemeli
 - Değerlendirme sürecinde olabildiğince rahat olmalı
 - Hastayı kaygılandırmamak için latince kelime kullanmalı
 - Değerlendirmede öncelikle genel sağlık sorularıyla başlanmalı
 - Değerlendirdiği bireyle göz teması kurmalı
23. Hemşire depresyon tanısı alan bireyin cinselliğini değerlendirirken ilaç kullanımıyla ilgili sorular yöneltilir. Kullanılan ilaçların cinselliğe etkisini belirlemek için aşağıdaki hangi soruyu sorması uygun olur?
- Birçok insan bu ilacı kullandığında doyumсуuzluk yaşıyor. Şimdiye kadar sizde de böyle bir durum oldu mu?
 - Bu ilacı kullandığımız için doyumсуuzluk yaşıyor olmalısınız, öyle değil mi?
 - Bu ilacın sizde doyumсуuzluk yapmayacağını mı düşünüyorsunuz?
 - Bu ilacın sizde doyumсуuzluk yapacağını mı düşünüyorsunuz?
 - Bu ilaçları alan bazı insanların cinsel fonksiyonlarında değişimler olur. Sizin bu konuyla ilgili endişeleriniz var mı?
24. Emine Hanım 5 yıllık evli, 2 çocuk sahibi. İki haftadır hastanede yatıyor. Hemşire, Emine Hanımın cinselliğini değerlendirirken cinsiyet rolüne ilişkin etkilenimlerini sorgulamak istiyor. Hemşirenin aşağıdakilerden hangi soruyu seçmesi uygun olur?
- Bana kendinizi, eşinizi, çocuklarınızı anlatır mısınız?
 - Hastanede olmak eş/sevgili ya da annelik rolünüzü nasıl etkiliyor?
 - Hastalığınızın bir eş/sevgili yada anne olarak rolünüzü olumsuz etkileyebileceğinin farkında mısınız?
 - Hastanede olmak eş/sevgili ya da anne olarak rolünüzü etkiliyor olmalı, öyle değil mi?
 - Hastanede olmanız nedeniyle eşinizi/sevgilinizi ya da çocuklarınızı özlemiş olmalısınız.
25. Bedenin fiziksel görüntüsünde değişime neden olan girişimler (örneğin mastektomi veya kolostomi gibi) bireyin kendi cinsellik algısında değiştirir. Bu hastalarda cinsel aktivitenin sürdürülmesi için uygun girişim planlanmalıdır. Aşağıdakilerden hangisi bu girişimler arasında yer almaz?
- Bireyin ve partnerin kayba uyum düzeyi tanılanmalı
 - Kayba karşı yaşanan tepkilerin normalliği açıklanmalı
 - Endişeleri partnerle paylaşma gerekliliği açıklanmalı
 - Cinsel aktivitede doyum almayı engelleyen nedenler tanılanmalı
 - Hemşire primer bakım vericilerle, bu konuda özelleşmiş hekim veya ruh sağlığı uzmanları, danışmanlarla işbirliği yapmalı, direkt sevk etmeli
26. “Hastaneye yatmanın” bireyin cinsel yaşamına etkisini belirlemek isteyen hemşire aşağıdaki sorulardan hangisini kullanmalıdır?
- Hastanede olmak size ne ifade ediyor, bana açıklayabilir misiniz?
 - Hastanede olmak yaşamınızı olumsuz etkiledi, öyle değil mi?
 - Hastanede yattığınız için eşinizin size aldatılabileceğine ilişkin bir korkunuz var mı?
 - Hastanede olmanın cinsel yaşamınızı üzerindeki etkilerini açıklayabilir misiniz?
 - Hastanede olmak sizin cinsel yaşamınızı olumlu mu, olumsuz mu etkiledi?
27. Aşağıdakilerden hangisi kronik hastalık nedeniyle hastaneye yatan bireyin cinsel yaşamına ilişkin endişe/sıkıntılarını belirlemek için sorulması gereken soru tipidir?
- Bir kadın/erkek olarak bu hastalık size ve eşinize ne ifade ediyor?
 - Hastalığınız nedeniyle cinsel yaşamınızla ilgili herhangi bir endişeniz var mı?
 - Size göre hastalığınızın cinsel yaşamınızı etkileyecek mi?
 - Hastalığınız nedeniyle cinsel ilişki sıklığınız azalmış olmalı, öyle değil mi?
 - Hastaneden çıktıktan sonra bu hastalığınızın cinsel yaşamınızı ne şekilde değiştireceğini düşünüyorsunuz?
 - I.II.
 - II.III.
 - II.IV.
 - II.V.
 - IV.V
28. Hemşirenin “cinsel fonksiyon bozukluğu” tanısı koyabilmesi için tanımlayıcı major özellik aşağıdakilerden hangisidir?
- Cinsel performansın gelecekte sınırlanacağı korkusu
 - Cinsellik konusunda yanlış bilgilendirilme
 - Cinsiyet rolünde doyumсуuzluk olması
 - Cinsel işlevlerle ilgili problemin sözel olarak ifade edilmesi
 - Cinsel fonksiyon konusunda bilgisiz olması

EK 2-CİNSELLİĞİ DEĞERLENDİRME BİLGİ TESTİ

29. Aşağıdakilerden hangisi cinselliğe yönelik konulabilecek sekonder hemşirelik tanılar arasında yer almaz?
- Aile içi süreçlerde değişim
 - Vücut imajında değişim
 - Bireysel baş etmede yetersizlik
 - Yüksek enfeksiyon riski
 - Cinsel örüntüde değişim
30. Aşağıdakilerden hangisi cinsel sorunlara yönelik hemşirelik yaklaşımın amacı arasında yer almaz?
- Kadının bireysel cinsel sağlığına güçlendirmek
 - Kadınların cinsel sorunlarını ifade edebilmeleri için cesaretlendirmek
 - Cinsel sorunların nedenlerini ve özelliklerini belirlemek
 - Belirlenen sorunların çözümü için uygun girişimlerde bulunmak
 - Cinsel sorunlara yönelik uygun terapi yapmak
31. Meme kanseri tanısı alan bireyde cinsel yaşamla ilgili sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerinin amacı aşağıdakilerden hangisidir?
- Eşyle olan ilişkisini güçlendirmek
 - Cinsel yaşamıyla ilgili yaşadığı sorunları ifade etmesi için cesaretlendirmek
 - Aile yaşamıyla ilgili sorunları ifade etmesi için cesaretlendirmek
 - Cinsel yaşamıyla ilgili sorunlara yönelik terapisteye yönlendirmek
 - Beden imajı ile ilgili yaşadığı sorunları ifade etmesi için cesaretlendirmek
32. eklindeki bir soruya kadın, ‘Bir kadın olarak eşimi ihmal ediyorum. Tüm gece uyuyorum, kalktığı zaman çocuğum okuldan dönmüş oluyor. Ona bir şeyler yedirmek ve günlük işlerinde ona yardımcı olmak istiyorum. Ama yapamıyorum, çocuğumun benden uzaklaşmasından endişeleniyorum’ şeklinde endişelerini ifade etmiştir. Aşağıdakilerden hangisi kadının rol-ilişki biçimine yönelik uygun hemşirelik tanısı arasında yer almaz?
- Aile süreçlerinde değişim
 - Ebeveynlikte değişim
 - Bakım verici rolünde zorlanma
 - Ebeveyn çocuk bağlılığında değişim
 - Ebeveyn rol çatışması

EK-3**Cinsel Tutum ve İnançlar Ölçeği****Anket No: Rumuz:**

Aşağıda her bir ifadeden sonra 6 numara yer almaktadır. Her bir ifadeye katıldığınızı ya da katılmadığınızı en iyi ifade eden numarayı **yuvarlak içine alınız.**

	<u>KESİNLİKLE KATILMIYORUM</u>				<u>KESİNLİKLE KATILYORUM</u>	
1. Cinselliğin tartışılması hastanın sağlığı açısından gereklidir.	1	2	3	4	5	6
2. Hastalarımın hastalıklarının ve tedavilerinin cinselliklerini nasıl etkileyebileceğini anlarım.	1	2	3	4	5	6
3. Cinsellikle ilgili konularda konuşmaktan rahatsızlık duyuyorum.	1	2	3	4	5	6
4. Hastalarımınla cinsel konular hakkında konuşurken birlikte çalıştığım hemşirelerin çoğundan daha rahatım.	1	2	3	4	5	6
5. Hastanede yatan hastaların çoğunun cinsellikle ilgilenmek için çok hasta olduklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
6. Hastalarımın, onların cinsel sorunlarını tartışmak için zaman yaratırım.	1	2	3	4	5	6
7. Hastalarım bana cinsellikle ilgili soru sorduklarında, onlara bu konuyu doktorlarıyla konuşmalarını öneririm.	1	2	3	4	5	6
8. Hastanın cinsel sorunlarını tanılama yeteneğime güveniyorum.	1	2	3	4	5	6
9. Cinsellik hastalarla tartışmak için çok özel bir konu.	1	2	3	4	5	6
10. Hastaya cinsel sorunları hakkında konuşması için izin vermek bir hemşirelik sorumluluğudur.	1	2	3	4	5	6
11. Cinsellik sadece hasta tarafından başlatılırsa tartışılmalıdır.	1	2	3	4	5	6
12. Hastalar cinsel sorunları hakkında hemşirelerin soru sormalarını beklerler.	1	2	3	4	5	6

EK-4

Cinselliği Değerlendirme Becerisi Kontrol Formu

Bu değerlendirme formu öğrencinin, bakım verdiği bireylerin cinselliğini değerlendirme becerisini sağlayacak davranışları kapsamaktadır. Öğrencinin bu beceriyi öğrenmiş olarak kabul edilebilmesi için her bir davranışı doğru ve tam olarak yapması gerekmektedir. Bu ölçeklerde beceri düzeyi belirlenirken puanlamada “0 davranışı göstermedi, 1 yetersiz/eksik, 2 yeterli” şeklinde belirtilmektedir. Öğrencinin yaptığı her doğru davranış için sütuna (X) işareti koyunuz.

Öğrenilecek Beceri: Cinselliği değerlendirme becerisi

- **Davranış Düzeyi:** Bilişsel ve devimsel
- **Performans Ölçütleri:** Süreç
- **Öğrencinin Adı-Soyadı:**
- **Başarı Puanı:**
-

BECERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ GÖZLENECEK DAVRANIŞLAR	DAVRANIŞ DÜZEYİ		
	0	1	2
Uygun Ortam Sağlama			
1. Sessiz, sakın, ısı ve ışık yönünden yeterli olan uygun bir ortam sağlama			
2. Mümkünse yalnız olabileceği (Oda arkadaşı ve diğer arkadaşlarının olmadığı) bir ortamı sağlama			
3. Uygun oturma pozisyonu için ortamı düzenleme (yan yana, köşeli oturma vb.)			
4. İletişim için kişisel mesafeyi ayarlama (80 cm-2 m)			
5. Mahremiyetin korunmasına dikkat etme (Odanın kapısını kapatma vb.)			
İletişim Becerisi			
6. Bireyi gülümseyerek karşılama			
7. Bireye ismi ile hitap etme			
8. Görüşmenin amacını açıklama			
9. Bireye verdiği bilginin ne amaçla kullanılacağı konusunda bilgi verme			
10. Alınan bilgiye kimlerin ulaşabileceğini açıklama			
11. Göz teması kurma			
12. Bireyin duyabileceği yumuşak ve sıcak ses tonu ile konuşma			
13. Etkin dinleme			
14. Beden diline dikkat ederek iletişimi sürdürme (endişeli görünüyorsunuz vb.)			
15. Ön yargılı davranmama (Yaşadığınız durumun alinyazısı olduğunu düşünüyorsunuz vb.)			
16. Tavsiye niteliğindeki basmakalıp ifadelerden kaçınma			
17. Görüşme sonunda bireyin duygularını ifade etmesine fırsat verme			

18. Birey tarafından anlaşılmadığında aynı soruyu farklı şekilde sorarak anlamasını sağlama			
19. Basit, kısa, öz ve anlaşılır dil kullanma			
20. Özetleme ve geri bildirim yaparak iletişimi sonlandırma			
Cinsellikle İlgili Rahatlığı Değerlendirme			
21. Cinsellikle ilgili kişisel konuları konuşmada bedensel ve sözlü iletişimde rahat olma			
22. Cinsellikle ilgili kişisel konularda bireyin sorularını rahatlıkla cevaplayabilme			
23. Bireyin cinsellikle ilgili endişelerini ifade etmesine fırsat verme			
24. Bireyi cinsellikle ilgili soru sormaya teşvik etme, cesaretlendirme			
Amaca Uygun Soru Sorma			
25. İletişime öncelikle bireyi rahatsız etmeyecek sorularla başlama (İlk adet kanamanız ne zaman oldu ? vb.)			
26. Bireyin cinsellikle ilgili gereksinimlerini belirleyebilmeye yönelik uygun soruları seçme - Cinsel sağlığınız ya da üreme sağlığınız ile ilgili herhangi bir sorun yaşıyor musunuz? - İnsanlar bazen hastalığının cinsel yaşamı etkileyip etkilemeyeceği konusunda endişe yaşarlar, siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?			
27. Kadın ya da erkek olarak rollerine ilişkin duygu ve inanışları ortaya çıkarmaya yönelik uygun soru sorma - Cinsel yaşamınızla ilgili olarak eş veya anne/babalık rollerinizi etkileyen herhangi bir probleminiz ya da endişeniz var mı? - Hastalığınız nedeniyle eş, sevgili ya da annelik/babalık rolünüzün ne şekilde değişeceğini bekliyorsunuz? - Hastalığınız nedeniyle bedeninizle ilgili algılamalarınızda düşünceleriniz de bir değişiklik oldu mu? - Sizce kadın ya da erkek olarak rol veya sorumlulukların ne olması gerektiğine inanıyor sunuz?			
28. Hastalık gibi olayların neden olduğu cinsel sorunları belirlemek için uygun soruyu sorma - Hastalığınız nedeniyle cinsel yaşamınızla ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı/yaşıyor musunuz? - Hastalığınız nedeniyle cinsel yaşamınızda herhangi bir değişim yaşadınız mı/yaşıyor musunuz?			
29. Hastaneye yatmanın cinselliğe etkisini belirlemeye yönelik uygun soru sorma - Bir kadın/erkek olarak hastaneye yatmak cinsel yaşamınızı nasıl etkiliyor? - Hastaneden çıktıktan sonra bu hastalığın/ameliyatın cinselliğinizi ne şekilde değiştireceğini düşünüyor sunuz? - Hastanede olmak kadınlık/erkeklikle ilgili rollerinizde nasıl bir değişim yarattı? - Hastanede olmak kadın ya da erkek olarak beden algınızla ilgili düşüncelerinizde bir değişikliğe neden oldu mu?			

30. Cinsel yaşamını etkileyebilen ilaçların kullanımı ile ilgili uygun soru sorma - Bu ilaçları alan bazı insanların cinsel fonksiyonlarında değişimler olur. Bu konuyla ilgili benden açıklamamı istediğiniz bir durum var mı?			
31. Cinsel yaşantı ve tatmin olma düzeyini belirlemeye yönelik uygun soruyu sorma - Cinsel performansınızı nasıl buluyorsunuz? - Hastalığınız süresince cinsel performansınızda bir değişim yaşadınız mı? - Hastalığınız süresince cinsel performansınızda nasıl bir değişim yaşadınız ?			
Fizik Muayene (Gerek olduğunda Ek'5 kullanarak fizik muayene yapması)			
Cinselliği değerlendirme becerisi toplam puan			

Uygulama sonrası Öğrenci Tarafından Doldurulacaktır.

1. Cinselliği değerlendirirken cinsellikle ilgili bilgilerinizin yeterli olduğunu düşündünüz mü?

1. Hiç yeterli değildi 2. Yetersizdi 3. Kısmen Yeterliydi 4. Yeterliydi 5. Çok yeterliydi

2. Cinselliği değerlendirirken kendinizi rahat hissettiniz mi?

1. Çok rahatsızdım 2. Rahatsızdım 3. Kısmen rahattım 4. Rahattım 5. Çok rahattım

EK-5

Yetişkin İçin Fiziksel Değerlendirme Formu

Bu değerlendirme formu, yetişkin fiziksel muayenesini kapsamaktadır. Bu ölçeklerde beceri düzeyi belirlenirken puanlamada “0 davranışı göstermedi, 1 yetersiz, 2 orta yeterlikte, 3 yeterli” şeklinde belirtilmektedir. Öğrencinin yaptığı her doğru davranış için sütuna (X) işareti koyunuz.

Öğrenilecek Beceri: Fiziksel değerlendirme becerisi kazandırmak amacıyla kullanılacaktır.

- **Davranış Düzeyi:** Bilişsel ve devimsel
- **Performans Ölçütleri:** Süreç
- **Öğrencinin Adı-Soyadı:**
- **Mutlak Başarı Puanı:**

Sürecin Değerlendirilmesi	Davranışı Gösterip Göstermeme			
	0	1	2	3
Gözlenecek Davranışlar				
Anneye yapılacak işlem hakkında bilgi verme				
Araç gereci uygun bir şekilde hazırlama				
Uygun fizik koşulları düzenleme				
Mahremiyetine özen gösterme				
Kişiyi rahatlatma				
Kişiyeye uygun pozisyon verme				
Deri-Saçlar Tırnakların Değerlendirmesi				
Deri rengini değerlendirme				
Lezyon yönünden değerlendirme				
Benlerin görünümünü değerlendirme				
Deride şişlik/sertlik değerlendirme				
Saç yapısını değerlendirme (dökülme, kepeklenme gibi)				
Tırnakların biçimdeki değişikliği değerlendirme (Kırılma, incelme gibi)				
Ağız- Burun- Boyun Değerlendirmesi				
Ağızda yara değerlendirme yapması				

Ağız kokusunu değerlendirmesi				
Diş muayenesi (Diş sayısı, Diş Çürüğü)				
Diş etini değerlendirmesi				
Protezi değerlendirmesi				
Dudakların nemliliğini değerlendirmesi				
Burun tıkanıklığını değerlendirmesi				
Burun akıntısını değerlendirmesi				
Boyunda kitle değerlendirmesi				
Lezyon yönünden değerlendirmesi				
Troit muayenesi yapması				
Sesini değerlendirmesi (Ses kısıklığı gibi)				
Gözlerin Değerlendirilmesi				
Gözleri kızarıklık yönünden değerlendirmesi				
Gözleri ödem yönünden değerlendirmesi				
Gözleri görme yönünden değerlendirmesi				
Kulakların Değerlendirilmesi				
Kulakları akıntı yönünden değerlendirmesi				
Kulakları çınlama yönünden değerlendirmesi				
Kulakları ağrı yönünden değerlendirmesi				
Kulakları işitme yönünden değerlendirmesi				
Göğüs ve Solunum Sistemi Değerlendirilmesi				
Meme inspeksiyonu				
Meme palpasyonu				
Solunum sayısını değerlendirmesi				
Solunumun seslerini değerlendirmesi				
Balgam yönünden değerlendirmesi				
Kardiyo-Vasküler Değerlendirmesi				
Varis yönünden değerlendirmesi				
Siyanoz yönünden değerlendirmesi				
Ödem yönünden değerlendirmesi				
Çarpıntı yönünden değerlendirmesi				
Gastrointestinal Sistem Değerlendirmesi				

Bulantı-kusma yönünden değerlendirmesi				
Mide ağrısı yönünden değerlendirmesi				
Hazımsızlık yönünden değerlendirmesi				
Hemoroid yönünden değerlendirmesi				
Dışkıyı tutup-tutmama yönünden değerlendirmesi				
Kas İskelet Sistem Değerlendirmesi				
Ekstremitelerde şekil bozukluğu yönünden değerlendirmesi				
Eklemleri şişlik, sertlik yönünden değerlendirmesi				
Eklemleri ağrı yönünden değerlendirmesi				
El, kol, ayaklarda his kaybını değerlendirmesi				
El, kol, ayaklarda güç kaybını değerlendirmesi				
Sinir Sistemi Değerlendirmesi				
Tik veya tremor yönünden değerlendirmesi				
Koordinasyon yönünden değerlendirilmesi				
Paralizi yönünden değerlendirilmesi				
Hafızanın değerlendirilmesi				
Duygu değişimini değerlendirilmesi				
Kadın Üreme Organlarının Fiziksel Değerlendirilmesi				
Dış Muayene				
Bireyin cinsel organlarındaki oluşabilecek değişimi açıklaması				
Dış genital organların inspeksiyonu				
Vajinal akıntının değerlendirilmesi				
Herhangi bir lezyon varsa palpasyonu				
Erkek Üreme Organlarının Fiziksel Değerlendirilmesi				
Bireyin cinsel organlarındaki oluşabilecek değişimi açıklaması				
Penisin İnpeksiyonu				
Penisin palpasyonu				
Herni inpeksiyonu				
İnguinal herni inpeksiyonu				
Femoral herni palpasyonu				
Olası skrotal herni değerlendirilmesi				

EK-6

Eğitim Sürecini Değerlendirme Formu

Anket No:

Rumuz:

Programın kalitesinin devamı için aşağıda sunduğumuz form aracı ile ilgili görüşleriniz bizim için oldukça değerli ve yol gösterici olacaktır. Formdaki maddelerinin her birinin uygunluğunu 1 ile 4 puan arasında değerlendirmenizi rica ediyorum. Yardım ve katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Nilüfer Tuğut

1. Katılmıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Katılıyorum 4. Tamamen Katılıyorum

BECERİ GELİŞTİRME PROGRAMI İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELER	1	2	3	4
Katıldığım beceri geliştirme programının içeriği, beklentimi karşıladı				
Katıldığım beceri geliştirme programı, bana yeni bilgiler kattı				
Katıldığım beceri geliştirme programının süresi, yeterliydi				
Katıldığım beceri geliştirme programında kullanılan araç gereç, yeterliydi				
Katıldığım beceri geliştirme programının yöntemleri, uygundu				
Eğitimcinin sunumu, iyiydi				
Fiziki ortam, uygundu				

EK-7

Öğrenci Hemşirelerde Cinselliği Değerlendirme Becerisini Geliştirme Programı

İÇERİK

- Tanışma ve ısınma
- Program hakkında bilgi-grup sözleşmesi oluşturma
- Cinsellik ve Cinsel Sağlıkla İlgili Temel Kavramlar
- Sağlık Durumunda Bozulma ve Cinsel Sağlık
- Cinselliğin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik
- Bireyin Cinselliğini Değerlendirmede Uygun Görüşme Ortamı Sağlama ve Hemşire- Hasta İletişimi
- Bireyin Cinselliğini Değerlendirmede Uygun Soru Seçimi
- Bireyin Cinselliğini Değerlendirmede Tanılama ve Uygun Girişimleri Planlama
- Cinselliğini Değerlendirmesine Yönelik Vaka Analizi

“Öğrenci Hemşirelerde Cinselliği Değerlendirme Becerisini Geliştirme Programı” 10 oturumdan oluşmaktadır. Her bir oturumun altında konunun amacı, öğrenme hedefleri, kullanılan eğitim yöntemleri (anlatım, tartışma, zihinde canlandırma, beyin fırtınası, vaka, rol oynama, oyunlar), oturumların süresi ve içeriği yer almaktadır.

Geliştirilen programın ana hedefi :

- Öğrenci hemşirelerin kapsamlı olarak cinsellik kavramını tanımlaması
- Öğrenci hemşirelerin cinsellikle ilgili kendi değer ve tutumlarının farkına varması
- Öğrenci hemşirelerin cinselliği değerlendirmede pozitif tutum geliştirmesi
- Öğrenci hemşirelerin kapsamlı olarak cinselliği değerlendirme becerilerinin gelişmesi

I. OTURUM

Tanışma ve ısınma

Program hakkında bilgi-grup sözleşmesi oluşturma

Amaç: Grup üyelerinin birbirleri ile tanışmalarını sağlamak ve program hakkında bilgi vermek

Hedefler:

1. Üyelerin birbirlerini tanımalarını sağlamak
2. Grup süresinden beklentilerini öğrenmek
3. Grup sözleşmesi yapmalarını sağlamak
4. Uygulanacak eğitim programı hakkında bilgi vermek
5. Konu başlıkları hakkında bilgi vermek

Oturum Süresi: 60 dakika

Yöntem: Anlatım, tartışma, zihinde canlandırma, beyin fırtınası, oyunlar

II. OTURUM

Cinsellik ve Cinsel Sağlıkla İlgili Temel Kavramlar

- Cinsellik ve Cinsellikle İlgili Temel Kavramlar
 - *Cinsiyet*
 - *Toplumsal Cinsiyet*
 - *Cinsiyet Rolü*
 - *Cinsel Kimlik*
 - *Cinsel Kimlik Gelişimi ve Değer Oluşturma Süreci*
 - *Cinsel Kimlik Sapması*
 - *Cinsel Kimlik Yadsınması*
 - *Norm Dışı Cinsel Davranışlar*
- Cinsel Uyum
 - *Cinsel Uyumu Bozan Etkenler*
- Kadın ve Erkekten Cinsel Yanıt Döngüsü, Cinsel İşlev Fizyolojisi
- Cinsel İşlev Bozuklukları
- Cinsel Sağlık
 - *Cinsel Sağlığın Öğeleri*
 - *Cinsel Yönden Sağlıklı Kişinin, Ailenin ve Toplumun Özellikleri*
 - *Cinsel Gelişim Dönemleri ve Gelişim Dönemlerine Yönelik Cinsel Sağlık*

Amaç: Cinsellik ve cinsel sağlık kavramlarının anlam ve önemini kavramış olarak konuya duyarlı bir yaklaşım göstermesi.

Hedefler:

1. Cinselliği tanımlaması
2. Cinsellik ilgili kavramları tanımlaması
3. Cinsel sağlığı tanımlaması
4. Cinsel sağlığın bileşenlerini ifade etmesi
5. Cinsel yönden sağlıklı kişinin özelliklerini sıralaması
6. Cinsel yönden sağlıklı ailenin özelliklerini sıralaması
7. Cinsel yönden sağlıklı toplumun özelliklerini sıralaması
8. Cinsel uyumu bozan etkenleri açıklaması
9. Yaşam siklusu içinde cinselliğin gelişimsel durumunu açıklaması
10. Yaşam siklusu içinde cinselliğin gelişimsel durumunu bilgisi doğrultusunda değerlendirmesi
11. Kadın/erkek cinsel yanıt döngüsünü açıklaması
12. Cinsel işlev bozukluklarını açıklaması

Oturum Süresi: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, tartışma, zihinde canlandırma, beyin fırtınası, oyunlar

III. OTURUM

Sağlık Durumunda Bozulma ve Cinsel Sağlık

- Cinsellikle İlgili Sorunlara Neden Olan Bireysel Faktörler
 - *Bireyin yaşı*
 - *Öğrenim düzeyi*
 - *Ekonomik durumu*
 - *Genel sağlık durumu vb.*
- Cinsellikle İlgili Sorunlara Neden Olan Toplumsal Faktörler
 - *Toplumsal değer yargıları*
 - *Cinsiyete özgü rol ve beklentiler*
 - *Cinsel inanışlar*
 - *Geçmiş cinsel deneyimler*
 - *Cinsel tacize maruz kalma vb.*
- Cinsellikle İlgili Sorunlara Neden Olan Organik Nedenler
- Cinsel İşlevleri Olumsuz Yönde Etkileyen Fiziksel Hastalıklar

- *Kalp Damar ve Dolaşım Sistemi Hastalıkları*
 - *Renal Ve Ürolojik Hastalıklar*
 - *Operasyonlar vb.*
 - *Cinsel Sağlığa Yan Etkisi Bulunan İlaçlar*
 - *Antidepresanlar*
 - *Antihipertansifler vb*
- Cinsellikle İlgili Sorunlara Neden Olan Psikolojik Faktörler
- *Anksiyete*
 - *Depresyon*
 - *Korku*
 - *Beden imajı*
 - *Benlik saygısı*
 - *Baş etme becerileri*
 - *Eş rolünde değişim*
 - *Kişiler arası ilişkiler vb.*

Amaç: Üreme ve cinsel fonksiyonları etkileyen, cinsel tepkileri bastıran, sosyal ve kişisel ilişkileri olumsuz etkileyen fizyolojik, psikolojik, toplumsal ve biyolojik faktörleri tanımlaması ve uygun yaklaşımda bulunması

Hedefler:

1. Cinsellikle ilgili sorunların nedenlerini açıklayabilmesi
2. Cinselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel hastalıkları tanımlaması
3. Fiziksel hastalıklarının erkek/kadın cinselliğini nasıl etkilediğini açıklamaları
4. Cinselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel hastalıklara yönelik uygun bakımı verebileceğini ifade etmesi
5. Cinsel sağlığa yan etkisi bulunan ilaçları açıklaması
6. Cinselliği olumsuz yönde etkileyen psikolojik faktörleri tanımlaması
7. Cinselliği olumsuz yönde etkileyen toplumsal faktörleri tanımlaması
8. Cinselliği olumsuz yönde etkileyen bireysel faktörleri tanımlaması
9. Bireyin cinselliğini değerlendirirken bütüncü olarak ele alması

Oturum Süresi: 120 dakika

Yöntem: Anlatım, tartışma, zihinde canlandırma, beyin fırtınası, oyunlar

IV. OTURUM

- Cinselliğin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik

- *Cinselliği Değerlendirmenin Önemi*
- *Cinselliğin Değerlendirilmesi*

- Cinsel Öykü Almadaki Engeller

- *Sağlık Profesyonelinin Cinsellikle İlgili Değer ve Tutumları*
- *Hastaların Cinsellikle İlgili Değer ve Tutumları*
- *Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsellikle İlgili Değer ve Tutumları*

Amaç: Grup üyelerinin cinselliği değerlendirmenin önemini fark etmesi ve kendi cinsel sağlıklarını nasıl algılandığına ilişkin duygu ve düşüncelerini belirlemesi ayrıca olması gereken özelliklerin farkına varması.

Hedefler:

1. Cinselliğin değerlendirilmesinin önemini açıklaması
2. Cinselliği değerlendirmede yaşanan engelleri açıklaması
3. Cinselliğe karşı kendi duygularını ifade etmesi
4. Cinsellik konusunda kendi inançlarının farkına varması
5. Cinsellik konusunda kendi değerlerini ifade etmesi
6. Cinsellik konusunda tutumlarının farkına varması
7. Cinsel konuları açıkça ve dürüstçe ifade edebilmesi

Oturum Süresi: 120 dakika

Yöntem: Anlatım, tartışma, zihinde canlandırma, beyin fırtınası, oyunlar, rol play

V. OTURUM

- Cinselliğin Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rollerini

- Bireyin Cinselliğinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Modeller

- *Plissit Model*
- *Better Model*
- *Alarm model*

Amaç: Grup üyelerinin cinselliği değerlendirmede hemşirenin rollerini fark etmesi ve bireyin cinselliği değerlendirirken model kullanması

Hedefler:

1. Cinselliğin değerlendirilmesinde hemşirenin rollerini ifade etmesi
2. Cinselliğin değerlendirilmesinde kullanılan modelleri açıklaması

Oturum Süresi: 120 dakika

Yöntem: Anlatım, tartışma, zihinde canlandırma, beyin fırtınası, oyunlar, rol play

VI. OTURUM

Bireyin Cinselliğini Değerlendirmede Uygun Görüşme Ortamı Sağlama ve Hemşire-Hasta İletişimi

- Cinsellik Örüntüsüne Yönelik Veri Toplama Aşamasında Uygun Görüşme Ortamı Nasıl Sağlanır?

- Cinselliğin Değerlendirilmesinde Hemşire- Hasta İletişiminin Önemi

- Cinselliğin Değerlendirilmesinde Hemşire- Hasta İletişiminin Basamakları

- Cinselliğin Değerlendirilmesinde Veri Toplama Aşamasında Hemşire - Hasta İletişimi Nasıl Sağlanır?

- **Oturum Süresi: 120 dakika**

Amaç: Cinsel sağlık öyküsüne yönelik doğru ve verimli veri toplamada uygun görüşme ortamı sağlaması ve hemşire- hasta iletişiminin önemini fark etmesi

Hedefler

1. Bireyin cinselliğini değerlendirmede uygun görüşme ortamı hazırlaması
2. Bireyin cinselliğini değerlendirmede hemşire - hasta iletişiminin önemini açıklaması
3. Bireyin cinselliğini değerlendirmede uygun iletişim tekniklerini kullanması.

Yöntem: Anlatım, tartışma, zihinde canlandırma, beyin fırtınası, oyunlar

VII. OTURUM

Bireyin Cinselliğini Değerlendirmede Uygun Soru Seçimi

- Cinselliğin değerlendirilmesinde ne tür sorularla başlanmalıdır?

- Cinselliğin değerlendirilmesinde sağlık öyküsü hangi bilgileri kapsamalıdır?

- Hemşire bireyin gereksinimlerini öğrenmek (mevcut bilgi ve anlama düzeyi, kullanılan dil vb.) için ne tür sorular kullanmalıdır?

- Hemşire cinsellik ve cinsiyetle ilgili rollere ilişkin hisleri ve inanışları nasıl sorgulamalıdır?

- Hemşire, bireye hastaneye yatma, hastalık gibi olayların neden olduğu cinsellikle ilgili sorunları ortaya çıkarmak için ne tür sorular sormalıdır?

- Hemşire, bireyin cinsel yaşamındaki doyumunu tanımlanmasında, olası risk faktörleri ve bireyin gereksinimlerini belirlerken ne tür sorular sormalıdır?

- Hemşire, ilaç kullanımının neden olduğu cinsellikle ilgili sorunları ortaya çıkarmak için ne tür sorular sormalıdır?

Amaç: Cinsel sağlık öyküsüne yönelik doğru ve etkin veri toplamanın, cinselliğin hastalık sürecinden etkilenme oranının değerlendirilmesinde, kapsamlı bakımın sağlanmasında, cinsel problemlerin ve kaygıların tanınmasında önemini fark etmesi

Hedefler

1. Bireyin gereksinimlerini öğrenmek (mevcut bilgi ve anlama düzeyi, kullanılan dil vb.) için uygun sorular seçmesi
2. Cinsellikle ilgili veri toplarken dikkat edilmesi gereken noktaları açıklaması
3. Değerlendirmeye birey için tehdit edici olmayan sorularla başlaması ve sonrası özel sorularla devam etmesi
4. Cinsellik ve cinsiyetle ilgili rollere ilişkin hisleri ve inanışları uygun soru seçimiyle sorması
5. Bireye hastaneye yatma olayların neden olduğu cinsellikle ilgili sorunları ortaya çıkarmak için uygun sorular seçmesi
6. Bireye hastalık gibi olayların neden olduğu cinsellikle ilgili sorunları ortaya çıkarmak için uygun sorular seçmesi
7. Bireyin cinsel yaşamındaki doyumunu tanımlanması için uygun sorular seçmesi
8. Bireyin ilaç kullanımının neden olduğu cinsellikle ilgili sorunları ortaya çıkarmak için uygun sorular seçmesi

Oturum Süresi:120 dakika

Yöntem: Anlatım, tartışma, zihinde canlandırma, beyin fırtınası, oyunlar

VIII. OTURUM

Bireyin Cinselliğini Değerlendirmede Tanılama ve Uygun Girişimleri Planlama

- **Tanı 1: Cinsel Örüntülerde Değişim:**
- **Tanı 2: Cinsel Fonksiyon Bozukluğu:**
 - *İlişkili Faktörler*
 - *Tanımlayıcı Majör Özellikler*
 - *Tanımlayıcı Minör Özellikler*
- **Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Etiyolojisini Oluşturan Diğer Problemlere İlişkin Hemşirelik Tanıları**
- **Genel Girişimler**

Amaç: Öğrencilerin cinsellik konusunda sorun yaşayan bireye bakım verirken doğru tanılması ve uygun girişimde bulunması

Hedefler:

1. Bireyin cinselliğinin değerlendirmesinde öğrencinin uygun tanıyı belirlemesi
2. Bireyin cinselliğini değerlendirmesinde öğrencinin uygun planlama yapması
3. Bireyin cinselliğini değerlendirmesinde öğrencinin uygun girişimde bulunması
4. Bireyin cinselliğini değerlendirmesinde öğrencinin uygun değerlendirmesi

Oturum Süresi: 120 dakika**Yöntem:** Anlatım, tartışma, zihinde canlandırma, beyin fırtınası, oyunlar**IX. OTURUM****Cinselliğin Değerlendirmesine Yönelik Vaka Analizi**

Öğrencilerin cinsellik konusunda sorun yaşayan hastaya sistematik yaklaşarak cinsel öyküsüne yönelik doğru ve verimli veri toplaması, tanılması, kapsamlı bakımın sağlanması ve değerlendirmesi

Hedefler:

1. Bireyin cinselliğinin değerlendirilmesinde öğrencinin uygun verileri bulması
2. Bireyin cinselliğinin değerlendirilmesinde öğrencinin uygun tanıyı belirlemesi
3. Bireyin cinselliğinin değerlendirilmesinde öğrencinin uygun planlama yapması
4. Bireyin cinselliğinin değerlendirilmesinde öğrencinin uygun girişimde bulunması
5. Bireyin cinselliğinin değerlendirilmesinde öğrencinin süreci uygun değerlendirmesi

Oturum Süresi: 150 dakika**Yöntem:** Anlatım, tartışma, zihinde canlandırma, beyin fırtınası, rol play**X. OTURUM**

Kapanış –Değerlendirme

Oturum Süresi: 60 dakika**Yöntem:** Tartışma, değerlendirme formu uygulama

EK-8**Cinselliği Değerlendirme Bilgi Testi Cevap Anahtarı**

1. E	2. A	3. C	4. B
5. E	6. D	7. E	8. B
9. E	10. B	11. C	12. D
13. E	14. B	15. B	16. E
17. A	18. D	19. E	20. E
21. A	22. D	23. E	24. B
25. E	26. D	27. D	28. E
29. E	30. E	31. B	32. E



T.C.
Cumhuriyet Üniversitesi
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SAYI: B.30.2.CUM.0.28.00.00/466
KONU:

23 08/2011

REKTÖRLÜK MAKAMINA

Fakültemiz Hemşirelik Bölümü Arş.Gör.Nilüfer Tuğut'un "Cinselliği Değerlendirme Becerisini Geliştirme Programının Öğrenci Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi" başlıklı tez uygulamasını Fakültemiz 4.sınıf hemşirelik öğrencilerinde uygulayabilmesi için izinlerinizi arz ederim.

Prof.Dr.Suphi MÜDERRİS
Dekan

Ek: Anket formu (7 syf)

Tarih	11.07.11
Ek	24.03.2011
...	...

Sogun Geciktiler

Sayı	09.09.11
Değer	1291
...	...

Hemşirelik Bilgi (Cinsiyet) formu

9-4-11 (2011)

Uygundan
Saglık Bil. Fak.
H

CÜTF KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
DEĞERLENDİRME FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Cinselliği Değerlendirme Becerisini Geliştirme Programının Öğrenci Hemşirelerin Bilgi Tutum ve Davranışlarına Etkisi.
	ARAŞTIRMA PROTOKOL NİMARASI	10/05/2011-127
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Zehra GÖLBAŞI
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI, KURUMU, BÖLÜMÜ	C.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum-Kadın Hast. AD.

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGELENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	X
	ÇOCUK ONAM FORMU	
	VELİ/VASI ONAM FORMU	
	BELGELENDİRİLMİŞ ONAM FORMU, KONTROL LİSTESİ	X
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	
	BAŞVURU DİLEKÇESİ	X
	İMZALI İKİ TAMDÜLT DİLEKÇESİ	X
	ARAŞTIRMA DÜTÇESİ	
	SIGORTA	
	İMZALI HELSİNKİ BİLDİRGESİ	X
	GERİYE DÖNÜŞ ÇALIŞMALARDA GİZLİLİK TAAHHÜT NAMESİ	
	ÇALIŞMA VERİ TOPLAMA VE VEYA İZLEM FORMLARI	
	İLAÇ ÇALIŞMASI - GÖZLEMSEL İLAÇ ÇALIŞMASI FORMLARI	
	CİDDİ ADVERS OLAY (CAO) BİLDİRİMİ	
	ÇALIŞMADA KULLANILACAK ÖLÇEK VE ANKETLER	
	BAŞVURU FORMU -Araştırmacının türü -Araştırmacının niteliği -Araştırmacının unvanı, bilimsel dayanığı -Araştırma protokolü, materyal ve yöntemleri -Araştırmacının hedeflenen başlama ile bitiş tarihi ve süresi -Araştırmacının destekleyicisi ve bütçesi -Tadilatlar -Araştırmacının niteliğine-deneyimine ilişkin sunulan çalışmanın uygunluğu -Destekleyici personel, mevcut olanaklar ve acil durum yöntemleri dahil merkezin yeterliliği -Çalışacak diğer vakatları en geç bir hafta içinde etik kurul üyesi ve raporlar tarafından değerlendirilmesi için başlama	
	ÇOK MERKEZLİ VEYA MÜLTERİDISPLİNER ARAŞTIRMALARDA, ÇALIŞMAYA KATILAN BİLİM VE ANABİLİM DALINA BİLGİ VERİLDİĞİNİ GÖSTEREN BELGE	
	Karar No: 2011-46/ 2.3	Tarih: 31.05.2011 - 15.9

KARAR BİLGİLERİ	Yrd.Doç.Dr.Zehra GÖLBAŞI sorumluluğunda yürütülen yukarıda bilgileri verilen klinik araştırmanın yukarıdaki belgeleri, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplanmaya katılan CÜTF Klinik Araştırmalar Etik Kurulü üyelerinin oy çoğunluğu ile karar verilmiştir.
------------------------	--

CÜTF KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ÇALIŞMA ESASI		İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, CÜ Etik Kurul Yönergesi							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Prof. Dr. Fae KAPTANOĞLU									
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma Türü		Katılım *		İmza
			E	K	E	DI	E	H	
Prof.Dr.Fae KAPTANOĞLU (Başkan)	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Cumhuriyet.Üniv.Tıp Fac.		K				E	
Yrd.Doç.Dr.Gölay YILDIRIM (Başkan Yardımcısı)	Tıp Tarihi ve Etiği	Cumhuriyet.Üniv.Tıp Fac.		K				E	
Yrd.Doç.Dr.Kökül DEVECİ (Raporör)	Tıbbi Biyokimya	Cumhuriyet.Üniv.Tıp Fac.	E					E	
Prof.Dr.Dilem İÇAĞASIOĞLU (üye)	Çocuk Sağ. ve Hast.	Cumhuriyet.Üniv.Tıp Fac.		K				E	
Prof.Dr.M.Kemal YILDIRIM (üye)	Farmakoloji	Cumhuriyet.Üniv.Tıp Fac.	E					E	
Prof.Dr.Ayhan KOYUNCU (üye)	Genel Cerrahi	Cumhuriyet.Üniv.Tıp Fac.	E					E	
Prof.Dr.Esin YILDIZ (üye)	Tıbbi Patoloji	Cumhuriyet.Üniv.Tıp Fac.		K				E	
Prof.Dr.Camal AÖIRMAN (sivil üye)	Temel İştah Bilimleri	Cumhuriyet Üniv.Dahiyat Fak.	E					E	
Doç.Dr.M.Dilem YILMAZ (üye)	Kardiyoloji	Cumhuriyet.Üniv.Tıp Fac.	E					E	
Doç.Dr.Kenan KAYGUSUZ (üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Cumhuriyet.Üniv.Tıp Fac.	E					E	
Doç.Dr.Sadettin KILIÇKAP (üye)	Tıbbi Onkoloji	Cumhuriyet.Üniv.Tıp Fac.	E					E	
Doç.Dr.Hülya YÖKER (üye)	Perinataloloji	Cumhuriyet.Üniv.Dış Hekimliği Fak.		K				E	
Doç.Dr.Hava TEL (üye)	Kadın Sağ. ve Hast. Hemşireliği	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi		K				E	
Yrd.Doç.Dr.Zeynep ÇINAR (üye)	Hiyazmetik	Cumhuriyet.Üniv.Tıp Fac.		K				E	
Prof.Dr.NAN (üye)	Hukuk Müşaviri	Cumhuriyet Üniv. Rektörlük		K				E	