

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELİK BAKIMINA YÖNELİK “CİNSEL
İYİLİK HALİ MODELİ” NİN GELİŞTİRİLMESİ:
İNFERTİL KADINLARDA BİR UYGULAMA ÖRNEĞİ**

Ayşe DELİKTAŞ DEMİRCİ

DOKTORA TEZİ

2021-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELİK BAKIMINA YÖNELİK “CİNSEL
İYİLİK HALİ MODELİ” NİN GELİŞTİRİLMESİ:
İNFERTİL KADINLARDA BİR UYGULAMA ÖRNEĞİ**

Ayşe DELİKTAŞ DEMİRCİ

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TDK-2020-5383 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2021-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 17/05/2021

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN
Pamukkale Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Hatice BALCI YANGIN
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ece VARLIK ÖZSOY
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Keziban AMANAK
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Erol GÜRPINAR

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci

Ayşe DELİKTAŞ DEMİRCİ

İmza

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU

İmza

TEŞEKKÜR

Akademik hayatımda bireysel ve mesleki gelişimimde beni destekleyen ve yol gösteren saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU' na,

Tez çalışmama değerli görüş ve öneriler ile katkı sağlayan hocalarım Doç Dr. Hatice BALCI YANGIN ve Dr. Öğr. Üyesi Ece VARLIK ÖZSOY' a,

Yaşamım boyunca sonsuz desteklerini hissettiğim kıymetlim annem Cennet DELİKTAŞ ve babam Soner DELİKTAŞ' a, hem dostum hem kızkardeşim Gülistan DELİKTAŞ'a, küçük kardeşim Buğra DELİKTAŞ ve abim Sezer DELİKTAŞ'a,

Evliliğimiz boyunca akademik hayatımda gelişimimi destekleyen ve bu süreçleri desteği ile kolaylaştırmaya çalışan sevgili eşim Cihan DEMİRCİ ve henüz doğmamış olsa da bu süreçleri birlikte geçirdiğimiz kızım Duru DEMİRCİ'ye,

Lisansüstü eğitim sürecimdeki destekleri için değerli Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli katılımcılara ve araştırmanın yürütülmesi sürecinde beni destekleyen Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi çalışanlarına teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı; Salutogenez Modeli ve infertil kadınlara yönelik yapılandırılan psikoseksüel hemşirelik bakımının etkisini değerlendiren araştırma bulgularından yararlanarak hemşirelerin bakım süreçlerinde kadınların cinsel iyilik halini geliştirmek için yararlanabilecekleri bir model geliştirmektir.

Yöntem: Model geliştirme sürecinde teori-araştırma-teori stratejisi kullanılmıştır. Salutogenez Modeli' ne temellendirilerek yapılandırılan psikoseksüel hemşirelik bakım programının infertil kadınlarda etkinliğini inceleyen karma yöntem araştırma yürütülmüştür. Karma yöntem araştırmada araştırmanın nitel boyutunun deseni temellendirilmiş kuram çalışması, nicel boyutunun deseni ise randomize kontrollü çalışmadır. Model geliştirme sürecinde araştırmadan elde edilen bulgular, Salutogenez Modeli ve ilgili literatürden yararlanılmıştır.

Bulgular: Psikoseksüel hemşirelik bakımının infertil kadınların cinsel fonksiyon ve memnuniyet düzeylerinde koruyucu, cinsel benlik saygısı ve öz-yeterlilik düzeyi üzerine geliştirici etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Nitel bulgulardan *“Cinsel iyilik haline ulaşmak için öncelikle birey olarak güçlendirilmem ve cinselliği anlamlandırmam gerekiyor.”* çekirdek kategorisi elde edilmiştir. Ayrıca, nitel bulgulardan cinsel iyilik halinin gelişimini destekleyen ve kısıtlayan unsurlara ilişkin bilgiler edinilmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda Cinsel İyilik Hali Modeli geliştirilmiştir. Modelin temel kavramları, hemşire, insan, sağlığın varlığı, sağlığın yokluğu, psikoseksüel hemşirelik bakımı ve cinsel iyilik halidir. Modelin amacı, kavramları, varsayımları, araştırma ve uygulamada kullanımına ilişkin bilgiler sunulmuştur.

Sonuç: Çalışmada psikoseksüel hemşirelik bakımına ilişkin hemşirelik girişimlerini spesifik bir şekilde belirten ve hemşirelerin etkin bakım verme sürecinde yararlanabilecekleri Cinsel İyilik Hali Modeli geliştirilmiştir. Modelin kullanımı ile yürütülecek psikoseksüel hemşirelik bakımının kadınların cinsel iyilik halini geliştirmede etkili olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: cinsel iyilik hali, cinsel sağlık, hemşirelik, bakım, model geliştirme

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to develop a model which nurses can use to promote sexual well-being of women in their care processes by using the Salutogenesis Model and research findings that evaluate effect of psychosexual nursing care structured for infertile women.

Method: The theory-research-theory strategy was performed in the model development process. A mixed method study was conducted examining the effectiveness of the psychosexual nursing care program in infertile women which was adopted by based on the Salutogenesis Model. In the mixed method research, design of qualitative dimension was grounded theory, and design of quantitative dimension was randomized controlled study. During developing the model, findings obtained from the research, Salutogenesis Model and related literature were used.

Results: It has been determined that psychosexual nursing care has protective effect on the sexual function and satisfaction levels, and promote effect on the levels of sexual self-esteem and self-efficacy of infertile women. From the qualitative findings, the core category *"I first need to be empowered as an individual and to make sense of sexuality in order to reach the state of sexual well-being."* has been obtained. Also, findings were obtained from qualitative study about the factors that support and restrict the development of sexual well-being. In line with the findings, The Sexual Well-being Model was developed. The basic concepts of the model are nurse, human, ease, disease, psychosexual nursing care and sexual well-being. The purpose, concepts, assumptions, use of the model in research and practice is presented.

Conclusion: In the study, The Sexual Well-being Model which nurses may benefit from in providing effective care was developed by specifying the nursing interventions related to psychosexual nursing care. It is considered that psychosexual nursing care carried out with the use of the model will be effective in promote the sexual well-being of women.

Key words: sexual well-being, sexual health, nursing, care, development of model

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Sorusu	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Cinsel İyilik Hali	3
2.1.1. Cinsel İyilik Hali Kavramı: Cinsel Fonksiyon	4
2.1.2. Cinsel İyilik Hali Kavramı: Cinsel Memnuniyet	5
2.1.3. Cinsel İyilik Hali Kavramı: Cinsel Benlik Saygısı	6
2.1.4. Cinsel İyilik Hali Kavramı: Cinsel Öz-yeterlilik	6
2.1.5. Cinsel Sağlık ve İyilik Halini Etkileyen Faktörler	7
2.1.6. Cinsel Sağlık ve İyilik Halini Geliştirme	11
2.1.7. Cinsel Sağlıkta Kullanılan Modeller	21
2.1.8. Cinsel İyilik Halinin Geliştirilmesinde Psikoseksüel Hemşirelik Bakımı ve Önemi	24
2.1.9. Psikoseksüel Hemşirelik Bakımında Önemli Olan Unsurlar	26
2.2. Salutogenez Modeli	31
2.2.1. Salutogenez Modeli'nin Kavramları: Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları	33
2.2.2. Salutogenez Modeli'nin Kavramları: Bütünlük Duygusu	34
2.2.3. Salutogenez Modeli ve Kadın Sağlığında Kullanımı	36
2.2.4. Salutogenez Modeli ve Psikoseksüel Hemşirelik Bakımı	37
2.3. Model Geliştirme	40
2.3.1. Model ve Teorinin Tanımı ve Özellikleri	40
2.3.2. Teorinin Bileşenleri	44
2.3.3. Hemşirelikte Model ve Teori Kullanımı	45
	iii

2.3.4. Model Geliştirme	46
2.3.5. Model Geliştirme Kaynakları	46
2.3.6. Model Geliştirme Stratejileri	47
3. GEREÇ VE YÖNTEM	49
3.1. Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan Karma Yöntem Araştırma Desenine İlişkin Yöntem	50
3.1.1. Araştırmanın Türü	49
3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	50
3.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	51
3.1.4. Araştırma Örneklemine Özellikleri	51
3.1.5. Randomizasyon ve Körlük	52
3.1.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	59
3.1.7. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı	62
3.1.8. Araştırma Verilerinin Toplanması	65
3.1.9. Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri	74
3.1.10. Verilerin Değerlendirilmesi	74
3.1.11. Araştırmanın Etik Yönü	77
3.1.12. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri	78
3.2. Hemşirelik Bakımına Yönelik “Cinsel İyilik Hali Modeli”nin Geliştirilmesi	79
3.2.1. Araştırmanın Türü	79
3.2.2. Cinsel İyilik Hali Modeli’ ni Geliştirme Süreci	80
4. BULGULAR	81
4.1. Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan Karma Yöntem Araştırma Desenine İlişkin Bulgular	81
4.1.1. Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan RKÇ’ ye İlişkin Bulgular	82
4.1.2. Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan Temellendirilmiş Kuram Çalışmasına İlişkin Bulgular	93
4.2. Hemşirelik Bakımına Yönelik “Cinsel İyilik Hali Modeli”nin Geliştirilmesine İlişkin Bulgular	105
4.2.1. Cinsel İyilik Hali Modeli’nin Amacı	105
4.2.2. Cinsel İyilik Hali Modeli’nin Gelişim Süreci	105

4.2.3. Cinsel İyilik Hali Modeli' nin Özellikleri	106
4.2.4. Cinsel İyilik Hali Modeli' nin Temel Kavram ve Tanımları	106
4.2.5. Cinsel İyilik Hali Modeli' nin Yapı-Bağlantıları	112
4.2.6. Cinsel İyilik Hali Modeli'nin Temel Varsayımları	114
4.2.7.Cinsel İyilik Hali Modeli'nin Araştırma ve Uygulamada Kullanımı	115
5.TARTIŞMA	116
5.1.Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan Karma Yöntem Araştırma Desenine İlişkin Tartışma	116
5.1.2. İnfertil Kadınların Cinsel İyilik Halleri	116
5.1.3. İnfertil Kadınların Depresyon Düzeyleri	123
5.1.4. İnfertil Kadınların Bütünlük Duygusu	124
5.2.Hemşirelik Bakımına Yönelik “Cinsel İyilik Hali Modeli” nin Geliştirilmesine İlişkin Tartışma	126
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	132
6.1.Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan Karma Yönteme İlişkin Sonuçlar	132
6.2.Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan Karma Yönteme İlişkin Öneriler	135
6.3. Hemşirelik Bakımına Yönelik “Cinsel İyilik Hali Modeli” nin Geliştirilmesine İlişkin Sonuçlar	136
6.4. Hemşirelik Bakımına Yönelik “Cinsel İyilik Hali Modeli” nin Geliştirilmesine İlişkin Öneriler	137
KAYNAKLAR	139
EKLER	163
EK-1. Kişisel Bilgi Formu	
EK-2.Kadın Cinsel İşlev Ölçeği	
EK-3. Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği	
EK-4. Cinsel Öz-yeterlilik Ölçeği	
EK-5. Çok Boyutlu Cinsellik Soru Formu-Cinsel Benlik Saygısı alt boyutu	
EK-6. Bütünlük Duygusu Ölçeği	
EK-7. Beck Depresyon Envanteri	
EK-8. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	

- EK-9. Benim için Bir Mola: Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programı
Yapılandırma Sürecine İlişkin Görüş Yazısı
- EK-10. Benim için Bir Mola: Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programı-Katılımcı
El Kitabı
- EK-11. Benim için Bir Mola: Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programı-Uygulayıcı
El Kitabı
- EK-12. DISCERN Ölçüm Aracı
- EK-13. Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu
- EK-14. Etik Kurul Onay Yazısı
- EK-15. Kurum İzni
- EK-16. Aydınlatılmış Onam Formu
- EK-17. Veri Toplama Araçlarının Kullanımına İlişkin İzin Yazıları
- EK-18. Per Protocol Analizi ile Elde Edilen Bulgular

ÖZGEÇMİŞ

191

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1.	Örnekleme Dahil Edilme, Dışlanma ve Çıkma Kriterleri	51
Tablo 3.2.	Çalışmada Olası Yanlılıkları Önlemede Kullanılacak Yöntemler	53
Tablo 3.3.	Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	55
Tablo 3.4.	Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	57
Tablo 3.5.	Hemşirelik Bakım Türüne Göre Kadınların İnfertilite ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	58
Tablo 3.6.	Veri Toplama Araçlarına İlişkin Cronbach Alpha Değerleri	62
Tablo 3.7.	Katılımcı ve Uygulayıcı El Kitabına İlişkin Uzmanların DISCERN Ölçüm Aracına İlişkin Puan Ortalamaları ve Kendall Uyuşum Katsayısı	67
Tablo 3.8.	Katılımcı ve Uygulayıcı El Kitabına İlişkin Uzmanların Yazılı Materyallerin Uygunluğuna İlişkin Puan Ortalamaları ve Kendall Uyuşum Katsayısı	68
Tablo 3.9.	Metinlerin Okunabilirlik Sayılarına Göre Sınıflandırılması	69
Tablo 3.10.	“Benim İçin Bir Mola” Psikoseksüel Bakım Programına İlişkin Genel Bilgiler	72
Tablo 3.11.	Programın Uygulama Aşamasında Verilerin Değerlendirilmesi İçin Ele Alınan Değişkenler ve İstatistiksel Yöntemler	76
Tablo 4.1.	İnfertil Kadınların Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programına Katılma Durumları	81
Tablo 4.2.	Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların KCIÖ Ön Test-Son Test Ortalama Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (ITT Analizi)	82
Tablo 4.3.	Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların KCMÖ Ön Test-Son Test Ortalama Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (ITT Analizi)	85

Tablo 4.4.	Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların Cinsel Benlik Saygısı ve Cinsel Öz-Yeterlilik Ölçeği Ön Test-Son Test Ortalama Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (ITT Analizi)	87
Tablo 4.5.	Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların BDI Ön Test-Son Test Ortalama Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (ITT Analizi)	89
Tablo 4.6.	Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların Bütünlük Duygusu Ölçeği Ön Test-Son Test Ortalama Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (ITT Analizi)	90
Tablo 4.7.	İnfertil Kadınların Cinsel İyilik Hali, Depresyon ve Bütünlük Duygusu Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	92
Tablo 4.8.	Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri	93

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Cinsel İyilik Hali Kavramları	4
Şekil 2.2.	Cinsel Sağlık ve İyilik Halini Etkileyen Faktörler	7
Şekil 2.3.	Cinsel Sağlık/İyilik Halini Desteleyecek Girişimlerde Temel Alınması Gereken Unsurlar	13
Şekil 2.4.	Psikoseksüel Hemşirelik Bakımında Önemli Olan Unsurlar	26
Şekil 2.5.	Antonovsky' nin Sağlık Sürekliliği ve Salutogenez'e Bakış Açısı	31
Şekil 2.6.	Patogenez-Salutogenez, Hastalık-Sağlık, Risk-Kaynak Bakımı, Önleme-Geliştirme Kavramlarına Bir Bakış	32
Şekil 2.7.	Salutogenez Modeli	33
Şekil 3.1.	Araştırmanın Türü	49
Şekil 3.2.	Araştırmanın CONSORT Akış Şeması	54
Şekil 3.3.	Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı	64
Şekil 3.4.	Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programına Yönelik Eğitim Kitapçıklarının Oluşturulma Süreci	65
Şekil 3.5.	Araştırmanın Uygulama Aşaması	70
Şekil 3.6.	Cinsel İyilik Hali Modeli'ni Geliştirme Süreci	79
Şekil 4.1.	Nitel Bulguların Kavramsal Çerçevesi	94
Şekil 4.2.	Cinsel İyilik Hali Modeli	113

SİMGELER ve KISALTMALAR

AFUD	: American Foundation for Urulogic Disease (Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kurumu)
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
CİB	: Cinsel İşlev Bozuklukları
CONSORT	: Consolidated Standards of Reporting Trials
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DISCERN	: Tüketici Sağlığı Bilgileri için Kalite Kriterleri
DSM-5	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-Beşinci Baskı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- Version10 (Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10. Versiyon)
IMB Modeli	: Information-Motivation-Behavioral Skills Modeli (Bilgi - Motivasyon - Davranış Becerileri Modeli)
ITT	: Intention to Treat Analizi
KCMÖ	: Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği
KCIÖ	: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
RKÇ	: Randomize Kontrollü Çalışma
SDG	: Sustainable Development Goals (Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi)
SOC	: Sense of Coherence (Bütünlük Duygusu)
UNFPA	: United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
WAS	: World Association for Sexual Health (Dünya Cinsel Sağlık Birliği)

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Cinsel iyilik hali, cinsel sağlığın yanı sıra cinsel deneyimden bilişsel, psikolojik ve sosyal açıdan memnun olmayı içermektedir (Condran, 2014; Štulhofer ve ark., 2019). Cinsel iyilik hali, sıklıkla cinsellik ve cinsel sağlık kavramlarının yerine kullanılmasına rağmen, kavram olarak daha fazlasını içermektedir (Martin ve Woodgate, 2017). Kavram, cinsel benlik saygısı, öz-yeterlilik ve cinsel memnuniyeti yani cinselliğe ilişkin bilişsel-duygusal yanıtları ele alması ile cinsel sağlıktan farklılaşmaktadır (Foster ve Byers, 2016). Literatür incelendiğinde; cinsel iyilik hali ve boyutlarının bireyin fiziksel sağlığı (Anderson, 2013), yaşam doyumu (Woloski-Wruble ve ark., 2010; Stephenson ve Meston, 2015), depresyon (Peleg-Sagy ve Shahar, 2013) ve iyilik hali (Davison ve ark., 2009; Daugherty ve ark., 2017) gibi pek çok açıdan ruhsal sağlığını da etkilediği görülmektedir. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün (2006a) cinsel sağlığı “iyilik hali” kavramını kullanarak tanımlaması, “cinsel iyilik hali” kavramının detayları ile ele alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Cinsel iyilik hali, bireyin yaşam kalitesi ve pozitif sağlığı için önemli bir göstergedir. Algılanan sağlığın kötü düzeyde olması ya da bakım sürecinde cinsel sağlığın göz ardı edilmesi; cinsel iyilik hali ile ilişkili sorunları ortaya çıkarmaktadır (Taylor ve Davis, 2007; Sung ve Lin, 2013). Özellikle kadınlarda cinsellik, hayat boyunca birçok gelişimsel ve durumsal süreçten etkilenmektedir (Delibalta ve Çılgın, 2020). Kadınların çoğu bu gibi dönemlerde psikoseksüel sorunlara ilişkin sağlık profesyoneline bakım, destek ve bilgi almak istemektedir (Wilmoth ve ark., 2011; Vermeer ve ark., 2015).

Psikoseksüel bakımın amacı; medikal problemlere odaklanmaktan ziyade bireyin benlik algısı, benlik saygısı ve sürece partnerin katılımı gibi konuları ele almak (Goonewardene ve Persad, 2018) ve cinsel iyilik halini içeren sağlıklı cinselliğin pozitif yönlerine odaklanmaktır (Martin ve Woodgate, 2017). Amerikan Hemşireler Birliği'ne göre (1995), “Cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve cinsel kaygılarının ortaya çıkarılması profesyonel hemşirelik uygulamalarının ayrılmaz bir parçasıdır”. Ülkemizde ise Hemşirelik Yönetmeliği (19.04.2011) kapsamında hemşirenin görev,

yetki ve sorumlulukları içerisinde cinsel sağlık ve üreme sağlığı danışmanlığı yer almaktadır (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>). Bu anlamda hemşirelere gerek cinsel öykü alma sürecinde, gerekse cinsel sorunlara müdahale sürecinde önemli roller düşmektedir (Duman ve Koçak, 2016). Ancak, psikoseksüel bakımın ele alınmasında hemşirelere ait birçok engellerin olduğu belirtilmiştir (Fennell ve Grant, 2019). Hemşirelere ait engellerden biri olarak cinselliğe ilişkin bilgi ve eğitim düzeylerinin istenilen düzeyde olmaması birçok çalışmada belirtilmiştir (Olsson ve ark., 2012; Van der Stege ve ark., 2014; Mecugni ve ark., 2021). Williams ve arkadaşları (2017) tarafından psikoseksüel bakımda var olan eksikliği gidermek için her bir kadına standart bakımı sağlamada kullanılacak rehberlere gereksinim duyulduğu belirtilmiştir. Bu nedenle, hemşirelerin psikoseksüel bakım sırasında yararlanabilecekleri rehber niteliği taşıyan bir modele gereksinimleri bulunmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; Salutogenez Modeli ve infertil kadınlara yönelik yapılandırılan psikoseksüel hemşirelik bakımının etkisini değerlendiren araştırma bulgularından yararlanarak hemşirelerin bakım süreçlerinde kadınların cinsel iyilik halini geliştirmek için yararlanabilecekleri bir model geliştirmektir.

1.3. Araştırma Sorusu

Bu tez çalışmasına ilişkin araştırma soruları aşağıda yer almaktadır.

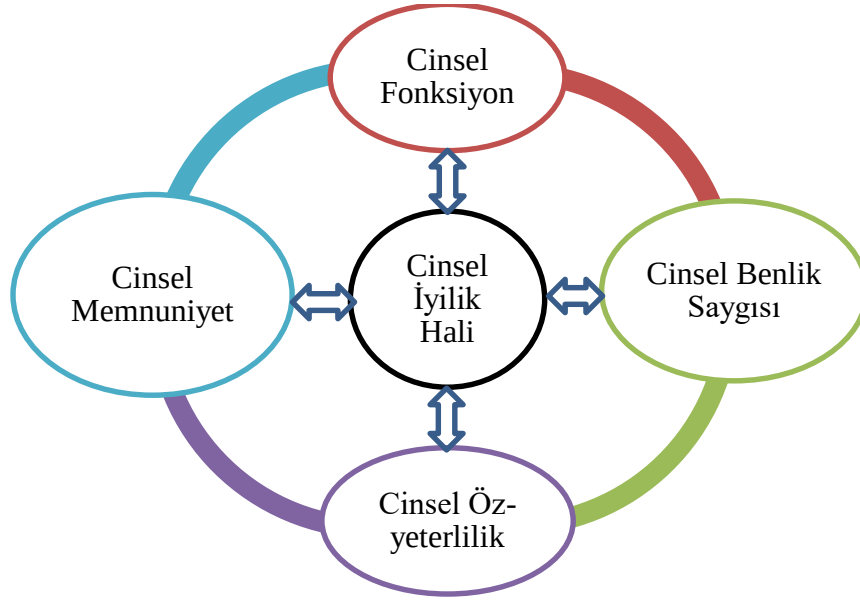
1. Salutogenez Modeli doğrultusunda infertil kadınlara yönelik yapılandırılan psikoseksüel hemşirelik bakım programının uygulandığı karma yöntem araştırmasından elde edilen nitel ve nicel bulgular nelerdir?
2. Literatürde cinsel iyilik hali ve cinsel iyilik halini geliştirmeye yönelik sunulan bilgi ve öneriler nelerdir?
3. Salutogenez Modeli, infertil kadınlar ile yürütülen karma yöntem araştırmasından edinilen bulgular ve literatürde var olan bilgiler doğrultusunda hazırlanan Cinsel İyilik Hali Modeli' nin kavramsal çerçevesi neleri içermektedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsel İyilik Hali

DSÖ (2010a) cinsel sağlığı, sadece hastalığın yokluğu ile değil, iyilik hali ile ilgili olarak tanımlamış; cinsel sağlık-hastalık paradigmasından cinsel iyilik haline doğru bir dönüşüm olduğunu vurgulamıştır. Cinsel iyilik hali kavramı; cinsel benlik saygısı, öz-yeterlilik ve cinsel doyum gibi cinselliğe ilişkin bilişsel-duygusal yanıtları ele alması ile cinsel sağlıktan farklılaşmaktadır (Foster ve Byers, 2016). Cinsel iyilik hali, cinsellik ve yakınlığın birçok farklı ifadelerinden oluşan çok boyutlu bir yapı olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, cinsel iyilik halinin cinsel açıdan tatmin edici bir ilişkinin duygusal ve fiziksel yönleri arasında bir denge olduğuna da vurgu yapılmaktadır (Rowlands ve ark., 2014).

Cinsel iyilik hali kavramının literatürde cinsel bilgi, benliğe ilişkin duygu ve düşünceler, cinsel farkındalık, cinsel değerlerin açıklanması ve cinsel iletişimde konfor gibi farklı şekillerde ele alındığı görülmektedir (Byers ve ark., 2013; Zimmer-Gembeck ve French, 2016). Kavramın içeriği açısından çalışmalarda çelişkiler olduğu, hatta bazı çalışmaların cinsel iyilik halini sadece cinsel fonksiyon olarak ele aldığı belirtilmektedir (Williams ve ark., 2017). Bu nedenle, kavramın açıklanması için yapılan kavram analizi sonucunda; cinsel iyilik hali kavramının cinsel fonksiyon, cinsel memnuniyet, cinsel benlik saygısı ve cinsel öz-yeterlilik kavramlarını içerdiği belirlenmiştir (Martin ve Woodgate, 2017). Bu dört kavramın herhangi birinde yaşanan sorun cinsel iyilik halinde azalmaya neden olmaktadır (Ussher ve ark., 2013). Bu tez çalışmasında cinsel iyilik hali kavramı; cinsel fonksiyon, cinsel memnuniyet, cinsel benlik saygısı ve cinsel öz-yeterlilik unsurlarının birleşimi olarak ele alınmıştır (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Cinsel İyilik Hali Kavramları

*Şekil araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Cinsel iyilik hali, bireyin yaşam kalitesi ve pozitif sağlığı için önemli bir göstergedir (Taylor ve Davis, 2007). Literatür incelendiğinde; cinsel iyilik hali ve boyutlarının yaşam doyumu (Woloski-Wruble ve ark., 2010), benlik saygısı, evlilik doyumu, fertilite kararı (Meltzer ve McNulty, 2010), kondom, kontraseptif kullanımı gibi riskli cinsel davranışlar (Hsu ve ark., 2015), depresyon (Peleg-Sagy ve Shahr, 2013), iyilik hali (Davison ve ark., 2009), fiziksel ve mental sağlık (Laumann ve ark., 2006; Anderson, 2013), emosyonel iyilik hali, yaşam kalitesi (R. C. Rosen ve Bachmann, 2008) ile başarılı yaşlanma (Thompson ve ark., 2011) gibi insan sağlığını pek çok açıdan etkilediği görülmektedir.

İnsanların yaşamlarında cinselliğin rolünün daha fazla anlaşılmasının daha kapsamlı müdahaleler için fırsatlar oluşturacağı belirtilmektedir. Bu müdahalelerin sağlık durumunu iyileştireceği ve bireylerin ve çiftlerin cinsel yaşamlarında memnuniyetlerin oluşturulmasına katkı sağlayacağına vurgu yapılmaktadır (WHO, 2010a). Bu tez çalışmasında, cinsel sağlık ve cinsel iyilik hali kavramı; literatürde kavramların bir arada ve bazen birbiri yerine kullanılması nedeni ile bir arada kullanılmıştır.

2.1.1. Cinsel İyilik Hali Kavramı: Cinsel Fonksiyon

Cinsel fonksiyon bozukluğu, bireyin cinsel ilişkiden tatmin olmasını engelleyen ve cinsel yanıt döngüsü sırasında ortaya çıkan zorlukları ifade eder. İnsanlarda cinsel

yanıt döngüsü; 1966’ da Masters ve Johnson tarafından dört basamaklı bir model olarak tanımlanmıştır. Bu basamaklar sırasıyla uyarılma, plato, orgazm ve çözülme fazıdır. Gümünüzde ise bu döngüye AFUD’ un (American Foundation for Urulogic Disease) (1998) önerisi ile cinsel istek fazı eklenmiş, plato fazı ise artık fizyolojik açıdan uyarılma evresinin bir bölümü olarak kabul edilmiştir. Cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflandırılmasında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5) ve Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD-10) taksonomilerinden yararlanılmaktadır (Demirci, 2016). ICD-10 kodlarına göre organik cinsel fonksiyon bozuklukları; erektil disfonksiyonu, vajinismus, disparoni (organik etiyolojiye bağlı olarak gelişen), organik olmayan cinsel fonksiyon bozuklukları ise cinsel istek yokluğu, cinsel tiksinti veya cinsel haz eksikliği, genital cevap başarısızlığı, orgazm disfonksiyonu, erken boşalma, organik olmayan vajinismus, organik olmayan disparoni ve aşırı cinsel tahriktir (McCabe ve ark., 2016). DSM-5’ in (2013) kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sınıflandırması ise; cinsel ilgi-uyarılma bozukluğu, kadın orgazm bozukluğu ve genito-pelvik-ağrı-penetrasyon bozukluğunu içermektedir.

2.1.2. Cinsel İyilik Hali Kavramı: Cinsel Memnuniyet

Cinsel memnuniyet; sadece cinsel fonksiyondan memnuniyeti değil aynı zamanda cinselliğin emosyonel boyutundan da memnun olmayı ifade etmektedir (Laumann ve ark., 2006). Cinsel memnuniyete ilişkin evrensel bir tanım kabul görmemiş, bu nedenle ölçüm araçları cinsel memnuniyeti ölçmede sıklıkla farklı boyut ve kavramları ele almıştır. Bu boyut ve kavramlar; cinsel işlev bozukluklarının (CİB) teşhisi için klinik kriterlerin varlığı ya da olmaması (Rust ve Golombok, 1985), cinsel memnuniyet ile ilişkili bireysel ve ilişkisel unsurların dahil edilmesi (Štulhofer ve ark., 2010) ve toplumsal cinsiyet özelliklerinin ele alınmasıdır (Meston ve Trapnell, 2005). Bu nedenle literatürde bireylerin cinsel memnuniyet tanımlarını içeren çalışmalar mevcuttur (Pascoal ve ark., 2014). Yekta ve arkadaşlarının (2015) İran’da yaşayan evli kadınların cinsel memnuniyet kavramına ilişkin tanımlarını inceledikleri çalışmada; cinsel memnuniyeti subjektif, evlilik doyumuna ulaşma aracı, fiziksel ve emosyonel boyutlar içeren, değerlerin gölgesinde ve beklenti temelli bir kavram olarak tanımladıkları belirlenmiştir.

Cinsel memnuniyet ile birlikte evlilik ilişkilerinde karşılıklı mutluluğun olduğu ve cinsel memnuniyetin çatışma veya işlev bozukluğunun olmamasından değil olumlu

cinsel deneyimlerden kaynaklandığı ifade edilmiştir (Pascoal ve ark., 2014). Davison ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada; cinsel memnuniyetin önemi vurgulanarak kadınların genel iyilik hali için gerekli bir unsur olduğu belirtilmiştir.

2.1.3. Cinsel İyilik Hali Kavramı: Cinsel Benlik Saygısı

Cinsel benlik saygısı; bireyin cinsel duygu, düşünce ve davranışlarını değerlendirmeyi içeren çok boyutlu bir yapı olarak kabul edilmektedir (Snell Jr ve Papini, 1989; Doyle Zeanah ve Schwarz, 1996). Cinsel benlik saygısı bireyin cinselliğini doyum verici bir şekilde deneyimleyebilmesine ilişkin kendine olan güven ve saygıyı kapsamaktadır (Snell ve ark., 1993; Snell, 1998). Cinsel benlik saygısı, bireyin cinsel yaşantısındaki zorluklar ile baş etmesini sağlar (Zarbakhsh ve ark., 2013). Yüksek cinsel benlik saygısına sahip bireyler, kendini cinsel açıdan çekici ve yeterli olarak görür ve bir başkasının cinsel ilişki sırasında kendisini nasıl algıladığına dair pozitif değerlendirmelere sahiptir (Mayers ve ark., 2003; Peixoto ve ark., 2018). Ayrıca, yüksek cinsel benlik saygısının bir sonucu olarak birey cinsel duygu, düşünce ve davranışlarını yönetebilir, riskli cinsel davranışlardan kaçınma açısından kendisini daha motive hissedebilir (Schick ve ark., 2010). Aksine, düşük cinsel benlik saygısı ise performans rahatsızlıkları, çoklu cinsel partnere sahip olma gibi cinsel davranışlarda sorunlara (James, 2011), cinsel disfonksiyon, cinsel distress (Weijenborg ve ark., 2019) ve cinsel ağrı (Ménard ve Offman, 2009) gibi cinsel açıdan problemlere yol açabilir.

Cinsel benlik saygısı sıklıkla cinsel doyum, ilişkilerde yakınlık ve pozitif cinsel deneyimler ile (Antičević ve ark., 2017) hatta yaşam doyumu ile ilişkilendirilmiştir (Moin ve ark., 2009). Çalışmalarda bireyin kendi cinselliğine ilişkin duygularının doğum (R. Zielinski ve ark., 2017) gibi bazı yaşamsal geçişlerde ya da fiziksel engeller, spinal kord yaralanmaları (Salehi ve ark., 2015), kanser (Cleary ve ark., 2011), infertilite (Jamil ve ark., 2020) gibi hastalıklarda olumsuz etkilenebileceği belirtilmektedir. Bu nedenle, cinsel benlik saygısının yaşam boyu bakış açısıyla ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

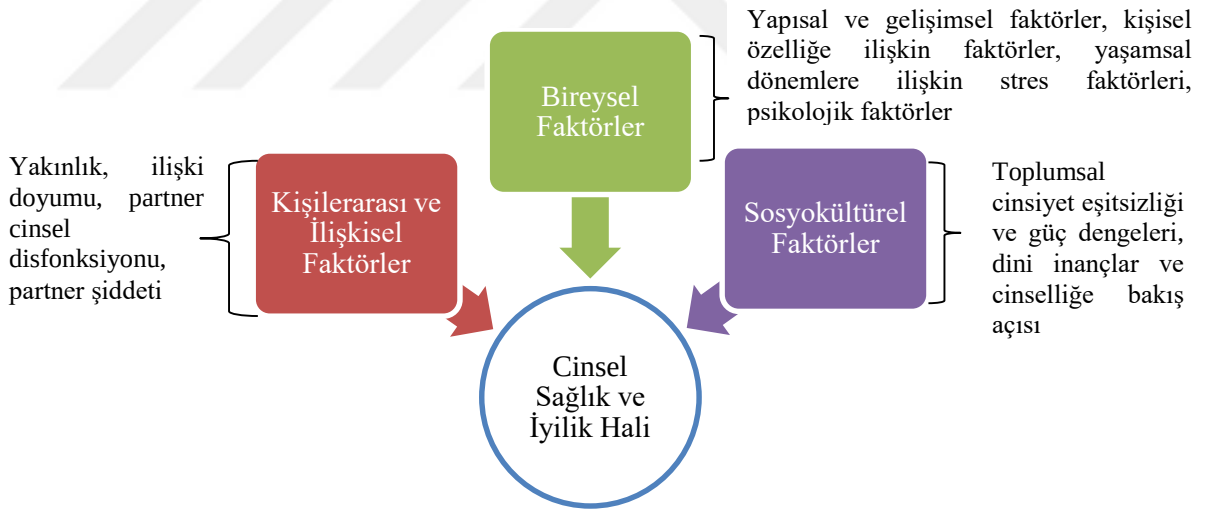
2.1.4. Cinsel İyilik Hali Kavramı: Cinsel Öz-yeterlilik

Sosyal bilişsel teoriye göre öz-yeterlilik, bireyin belirli bir durumda belirli bir davranışı gerçekleştirme kabiliyetine ilişkin inançlarıdır (Bandura, 1986). Cinsel öz-yeterlilik kavramı, bireyin sağlıklı ve pozitif cinsel tercihlerde bulunma ve uygulama

yeteneğine olan güvenini yansıtır (Rostosky ve ark., 2008). Cinsel öz-yeterliğin riskli cinsel davranış insidansını azaltmaya katkıda bulunabileceği belirtilmektedir. Örneğin, cinsel risk alma alanında, öz-yeterliliğin cinsel ilişkide kontraseptif kullanım düzeyiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Sieving ve ark., 2007). Benzer şekilde, cinsel öz-yeterlilik prezervatif kullanım oranı ile (Kalichman ve ark., 2002) ve daha az cinsel partnere sahip olmakla (Mitchell ve ark., 2005) ilişkilendirilmiştir. Cinsel öz-yeterlilik kişinin cinsel hayatını kontrol altına alabileceğine olan inancıdır. Bu nedenle, yaşamın erken dönemlerinde cinsel öz-yeterlilik oluşturma genç kadınlar için önemli olduğu ifade edilmektedir (Rostosky ve ark., 2008). Kavram, araştırmalarda cinsel iletişim (Impett ve ark., 2006; Impett ve Tolman, 2006), cinsel uyum (Reissing ve ark., 2005) ve sıklıkla cinsel davranışlar (Hsu ve ark., 2015) ile ilişkilendirilmiştir.

2.1.5. Cinsel Sağlık ve İyi Halini Etkileyen Faktörler

Cinsellik, "biyolojik, psikolojik, sosyoekonomik, kültürel, etik ve dini /spiritüel faktörlerin etkileşiminin sonucudur." (PAHO/WHO, 2000). Brotto ve arkadaşları (2016) cinsel sağlığa etki eden faktörleri; bireysel faktörler, kişilerarası ve ilişkisel faktörler ve sosyokültürel faktörler olarak belirlemiştir (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Cinsel Sağlık ve İyi Halini Etkileyen Faktörler

*Şekil araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

• Bireysel faktörler:

Yapısal faktörler: Cinsel fonksiyona etki edebilecek biyolojik faktörleri içermektedir. Cinsel gelişim sürecinde yaşanan bozukluklar, bu duruma örnek verilebilir (Brotto ve ark., 2016). Cinsel yanıt süreci, bedenin birçok organlarının katıldığı, kimyasal ve hormonal etkileşimi içeren bir süreçtir. Bu nedenle bazı

hastalıklar, ilaç ve maddeler gibi bedeni etkileyen her faktör ile ergenlik, gebelik gibi hormonal değişim ve gelişimlerinin olduğu dönemler; cinselliği etkileyebilir. Bu durum, sağlıklı ve mutlu bir cinsel yaşam için sağlıklı işleyen bir bedenin zorunlu olduğunu göstermektedir (Bozdemir ve Özcan, 2011).

Gelişimsel faktörler: Freud tarafından psikoseksüel gelişim süreci; oral dönem (0-1.5 yaş), anal dönem (1.5-3 yaş), fallik dönem (3-6 yaş), latent dönem (6-12 yaş), genital dönem (12-18 yaş) olarak sınıflandırılmıştır. Bu dönemlerde ebeveynler ile güvenli olmayan bağlanma deneyimi, çocuklukta cinsel olan/olmayan istismar ve ihmallere maruz kalma, ergenlik ve erken cinsel deneyimler, incinebilirlik ve ilişkili risk faktörleri; bireyin cinsel sağlık ve iyilik halini olumsuz etkileyebilmektedir (Brotto ve ark., 2016).

Kişisel özellikler: Bireyin kişilik, kendi ve diğerlerine yükledikleri anlamlardan oluşan bilişsel şemalar, cinselliğe ilişkin kişilik özellikleri cinselliğini etkileyen faktörlerdir (Brotto ve ark., 2016).

Yaşamsal dönemlere ilişkin stres faktörleri: Özellikle kadınlarda cinsellik, birçok gelişimsel ve durumsal süreçten etkilenmektedir (Özkan ve Beji, 2014). İnfertilite, gebelik, postpartum dönem ve menapoz bunlar arasında sayılabilmektedir (Brotto ve ark., 2016). İnfertil çiftlerde üreme yardımı için uygulanan inceleme ve tedavi yaklaşımları, birey ve çiftin başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlayarak cinsel sağlıkta ve çift ilişkisinde bozulmaya neden olabilmektedir (Keskin ve Gümüş, 2014). İnfertilite tedavileri bazı çiftlerde cinselliğin doğasını bozan bir durum olup önerilen zamanlarda gerçekleştirilen bir tedavi biçimine ya da zorunluluğa dönüşebilirken, tedavi beklentisinin olmadığı durumlarda da cinsel ilişki gereksiz ve amacı olmayan bir eyleme dönüşebilmektedir (Karaca ve Ünsal, 2012). Psikolojik olarak kendilerini yük altında hissetmeleri çiftin duygusal olarak birbirinden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Bu durum infertil çiftin cinsel fonksiyonları da dahil olmak üzere yaşamının her alanını etkileyebilir (Fahami ve ark., 2015).

Psikolojik faktörler: Bireyin psikolojisini oluşturan temel tutumlar, kişilik özellikleri, duygular, bilişsel işlevler, geçmiş yaşantılar, travmalar, öğrenilmiş davranış modelleri; bireyin cinselliğe ilişkin tercihlerini ve cinselliğin emosyonel boyutları gibi birçok unsurunu etkileyebilmektedir (Bozdemir ve Özcan, 2011). Cinsellikle ilgili soruna neden olan psikolojik faktörler; “yatkınlık yaratan

etkenler”, “başlatıcı etkenler” ve “devam ettirici etkenler” olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir. Yatkınlık yaratan etkenler; bireyin yetiştirildiği aile yapısı ve ilişkiler, cinselliğe ilişkin yanlış bilgiler ve travmatik cinsel deneyim gibi bireyin cinselliğe ilişkin sorun yaşamasına neden olabilecek erken yaşam dönemi etkenleridir. Başlatıcı etkenler ise gebelik, doğum, eşler arası iletişim sorunları, eşte cinsel fonksiyon bozukluğu, travmatik cinsel deneyimleri, anskiyete ve depresyon gibi unsurları içermektedir. Devam ettirici etkenler ise bireyin başarısızlık korkusu, performans anksiyetesi, olumsuz beden ve benlik algısı, cinsel mitler ve psikolojik sorunlar olarak tanımlanmaktadır (Boyacıoğlu, 1999).

- **Kişilerarası ve ilişkisel faktörler:** İletişim eksikliklerinin ve engellerinin fiziksel bir nedene bağlı olmayan CİB’in etiyolojisinde ve bozuklukların devam etmesinde rol oynadığı ve tedavi sonuçlarını etkileyebildiği belirtilmektedir (Byers, 2005). CİB tanısı alan ve almayan kişilerin birlikte ele alındığı bir çalışmada, her iki grupta cinsel işlev sorunlarına yönelik belirtileri etkileyen üç faktörden birinin kişilerarası ilişkilerden memnuniyet olduğu saptanmıştır (Şahin, 2018). İlişkisel faktörler arasında; yakınlık, ilişki doyumu, partner cinsel disfonksiyonu, partner rahatsızlığı, partner tepkisi, partner tutarsızlığı, partner şiddeti yer almaktadır (Brotto ve ark., 2016).

Evlilik uyumu: Evlilik uyumunun cinsel sağlık ya da işlev bozukluğu üzerine etkisi günümüzde yaygın olarak araştırılan konulardan biridir. Evlilik uyumunun düşük olması, cinsel doyumunda azalmayı da beraberinde getirmektedir. Düşük evlilik doyumu cinsel yakınlık için motivasyonu azaltabilmekte, hatta cinsel geri çekilmeyi desteklemekte ve zamanla cinsel isteksizlik, doyumsuzluk ve gerilime yol açabilmektedir (Öztürk ve Arkar, 2014). İlişki sorunları ve sağlıklı iletişim eksikliği kadınlarda orgazm olamamanın en önemli nedenlerindendir. İlişkilerini adil ve eşit paylaşımlarla yaşayan çiftlere göre erkeğin baskın olduğu ve güç çatışmalarının yaşandığı evliliklerde cinsel sorunlara daha fazla rastlanmaktadır. Hatta bazı iletişim problemlerinin CİB olan çiftlere özgü olduğu; orgazm bozukluğunun etiyolojisinde ve bozukluğun devam etmesinde iletişim eksikliği, iletişimdeki güven eksikliği ve iletişimdeki engellerin etkili olduğu öne sürülmektedir (Montesi ve ark., 2013).

Yakınlık: Cinsel aktivite için motivasyon olarak görülen unsurlardan biri, yakınlıktır. Yakınlık; çift ilişkilerinde entellektüel, kişilerarası, duygusal ve

fiziksel yönleri olan çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bu boyutlar arasında, emosyonel yakınlık ve yakınlığın cinsel yönü, çiftlerin ilişki memnuniyeti ile ilişkilidir (Yoo ve ark., 2014). Cinsel yakınlık, bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutlarıyla iki insan arasında bir etkileşimdir. Bilişsel boyut, kendini bir başkasına açma kararını vermektir. Duygusal boyutta, bir başkasına sevgi duyma, onu koruma, ona güvenme, onu çok düşünme ve merak etme, benzerlik ve farklılıklarını keşfetme arzusu vardır. Davranışsal boyutta, fiziksel yakınlaşma, dokunma, bakma, gülümseme gibi yüz iletişimi, sarılma, öpme ve sevişme isteği öne çıkar. Yakınlık kurmak; insanın kendisini, duygu, düşünce ve hatta bedenini, iç dünyasını bir başkasına açmasıdır. Cinsellik, duyguların yoğunlaşması, ilişkilerin derinleşmesi, canlı ve dinamik hissetme ile birlikte hayatın kalitesini artırır (Neto, 2012). Eşler arasında birbirlerine sevgi göstermelerinin az olması orgazm olamamayı da beraberinde getirmektedir. Oysaki kadınlar için orgazm olmak yakınlığı arttırmakta, duygusal bağlantıyı da arttırmaktadır (J. McCabe ve ark., 2010).

- **Sosyal ve kültürel faktörler:** Çeşitli sosyal ve kültürel faktörler bireyin ve çiftin cinsel işlevini etkileyebilir. Bu faktörler arasında; bireylerin yetiştiği aile, toplum, kültür, gelenek ve dini inanç ve ahlaki tutumlar yer almaktadır. Kültürler (1) üreme amacıyla cinselliğin engellendiği, cinselliği bastıran kültürler; (2) evlilik öncesi cinselliğe bir cinsiyet için izin verilmesine rağmen diğer cinsiyet için izin verilmediği cinselliğin kısıtlandığı kültürler; (3) cinselliğin hoş görülmediği, ancak açık seçik ortada olmadığı sürece görmezden gelindiği, cinselliğe izin veren kültürler ve (4) cinselliğin temel bir gereksinim olarak görüp cinselliği destekleyen kültürler olarak sınıflandırılmaktadır (Nalbant, 2000). Çoğu zaman, yalnızca sosyokültürel nedenler herhangi bir cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkmasında başlıca rolü oynayabilmektedirler. Örneğin, vajinismusun muhafazakar toplumsal yapı, bekaret ve namus gibi geleneksel değer yargıları, aşırı acı, kanama ve ilk gece korkuları gibi cinsel mitler ile cinselliğin yasaklandığı, rahatça konuşulamadığı, cinselliğe yönelik olumsuz tutumların sergilendiği tutucu aile ortamlarında yetişme vb. unsurlardan kaynaklandığı bilinmektedir (Bozdemir ve Özcan, 2011).
- Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve güç dengeleri:** Cinsel sağlık; cinsiyet normları, rolleri, beklentileri ve güç dinamiklerinden kritik olarak etkilenir. Toplumda, cinsiyetleri, ırkları veya ekonomik durumları nedeniyle nispeten az güce sahip olan

gruplar, genellikle bilgi, hizmet ve yasal düzeltmeye zayıf erişimlerinin bir sonucu olarak cinsel sağlık düzeyleri daha düşük olma eğilimindedir (DSÖ, 2008a). Toplumun kadınlara atfettiği “cinsiyet” rolü, kadınların sosyal yaşamda arka plana itilmesine neden olmuş ve fiziksel, zihinsel, sosyal ve özellikle üreme sağlığını önemli ölçüde etkilemiştir (Dinç, 2019). Cinselliğin toplumsal rolü ile ilgili faktörler, kadınların tatmin edici cinsel ilişki için ilişkiye izin vermesi, eşini memnun etmesi veya cinsel ihtiyacını yerine getirmesi ya da erkeklerin her zaman sağlam bir ereksiyon başlatması, gerçekleştirmesi ve sağlaması gerektiği gibi beklentileri etkiler (Brotto ve ark., 2016).

Dini inançlar ve cinselliğe bakış açısı: Cinsel sağlığa etki edebilecek diğer faktörler arasında dini inançlar yer almaktadır. Cinselliğin anlamı, cinsel davranış ve ritüeller; dinler arasında farklılık göstermektedir. Geleneksel değerler ve ritüeller; cinsel bilgiye ulaşımı kısıtlayabilir, sınırlı ve kısıtlanmış cinsel davranışlara vurgu yapabilir ki bu durum bireyde suçluluk, anksiyete gibi duygular yaşamasına neden olur ve dolayısı ile bireyin cinsel fonksiyonu etkilenebilir (Atallah ve ark., 2016). Dini inançlara bağlılık, özellikle kadınlar arasında cinsel aktivitenin azalması, zayıf cinsel tatmin ve cinsel suçluluk ile ilişkilidir. Abbott ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada; yüksek dini bağlılığa sahip kadınların daha tutucu cinsel tutumlar sergilediği ortaya konmuştur. Ayrıca, yüksek dini bağlılığı olan kadınların cinselliği ahlaki değerleriyle uyumlu olarak algılama olasılığının ve cinsel öz-güven düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

2.1.6. Cinsel Sağlık ve İyi Halini Geliştirme

Cinsellik, birey için yaşamın tatmin edici, zevkli ve ayrılmaz bir parçasıdır. Pozitif ve saygılı ilişkilerde cinsel sağlık çoklu sağlık sorunları için koruyucu faktör olarak gösterilmiştir (Satcher ve ark., 2015). DSÖ (1985), Ottawa Konferansı’nda sağlığı geliştirmeyi; insanların sağlıkları üzerindeki kontrolünü artırmalarını ve iyileştirmelerini sağlama süreci olarak tanımlamıştır. Sağlık, yaşamın amacı değil, günlük yaşam için bir kaynak olarak görülür. Sağlık, fiziksel kapasiteler kadar sosyal ve kişisel kaynakları önemseyen pozitif bir kavramdır. DSÖ (1975), cinsel sağlık bakımının medikalize yaklaşım doğrultusunda sadece üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemeye yönelik bakım ve danışmanlık olmaması gerektiğini

vurgulamıştır. Ayrıca, DSÖ (2010a) cinsel sağlık durumunu tedavi etmekten cinsel iyilik halini teşvik etmeye geçişin gerekliliğinden bahsetmiştir. Ayrıca, cinselliği, cinsel zevki, erotizmi ve insanların cinsel iyilik haline ilişkin algılarını anlama ve takdir etmeye daha fazla önem verilmesi gerekliliğine dikkat çekmiştir.

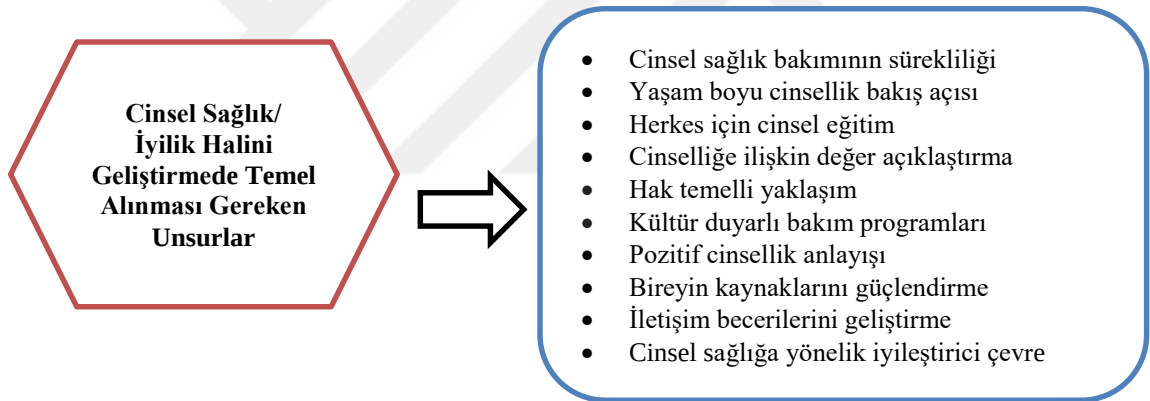
Cinsel sağlığı geliştirmeye yönelik yapılan girişimler, birey ve toplumun davranış, bilgi, tutum ve deneyimlerini değiştirmeyi, bireyin cinselliği, cinsel sağlığı ve yaşamını oluşturan çevreyi şekillendirmeyi amaçlamaktadır (Condran, 2014). Ancak, cinsel sağlığı geliştirmeye yönelik yapılan girişimlerin cinsel sağlığın boyutları yanı sıra güvenli ve tatmin edici cinsellik ile bütünleştirilip bütünleştirilmediği belirsizlik göstermektedir (Fasula ve ark., 2013). Oysaki cinsel iyilik halini geliştirmeye yönelik yapılan girişimlerin biyomedikal cinsel sağlığa ilişkin amaçları da karşılayabileceği belirtilmektedir. Ayrıca, cinsel risk paradigmasının yerine cinsel sağlık paradigmasının ele alınmasının cinsel hastalıklar ve sonuçlarına ilişkin yükü azaltırken genel sağlık ve iyilik halini desteleyecek yeni yaklaşımlar sunacağı belirtilmektedir (Fortenberry, 2013; Graugaard, 2017).

Cinsel sağlığı geliştirme, popüler bir terim olsa da, bilimsel literatürde daha az kullanılmaktadır. Cinsel sağlığın geliştirilmesi, bireylerin cinsellikten zevk alma yeteneğini etkileyen birçok faktörün kapsamlı bir şekilde ele alınmasını gerektirir (Rodriguez-Diaz, 2013). Sağlığa ilişkin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SDG 3) “2030 yılına kadar her yaştan herkes için sağlıklı yaşam sağlamak ve iyiliği teşvik etmek” için küresel bir davet oluşturmaktadır. “Herkes için sağlık” konusuna odaklanmak, SDG 3’ün 2030 yılına kadar cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişim sağlama hedefine doğru ilerlemektedir (Hedef 3.7). Hedef 3.7 ile ilişkili göstergeler üreme sağlığı üzerine odaklanmış olsa da, yine de cinsel sağlık kavramının hedefe dahil edilmesi ve SDG 3’ün önemli bir parçası olarak “herkes için iyi olmanın” teşvik edilmesi, SDG döneminde cinsel sağlıkta ilerlemenin kaydedilmesi için önemli bir fırsat oluşturmaktadır (WHO, 2017). Cinsel sağlığın geliştirilmesi; sağlıklı yaşam, refah, sürdürülebilir kalkınmanın sağlanmasında ve özellikle Milenyum Kalkınma Hedefleri 'nin uygulanmasında merkezi role sahiptir (WAS, 2008). Birçok kuruluşları katılımı ile 17 Nisan 2007’de “Milenyum Gelişim Bildirgesi için Cinsel Sağlık” ilkeleri belirlenmiştir. Bu ilkeler;

(1) Herkes için cinsel haklarını korumak, tanımak, geliştirmek ve sağlamak,

- (2) Daha ileri cinsiyet eşitliği ve hakkaniyet,
- (3) Cinsellik ile ilgili her türlü şiddetin azaltılması,
- (4) Kapsamlı cinsellik eğitimi ve bilgiye evrensel erişimi sağlama,
- (5) Üreme sağlığı programları, cinsel sağlığın merkeziliğini tanımlama,
- (6) HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) yayılmasını azaltmak,
- (7) Cinsel kaygılar, işlev bozuklukları ve hastalıkları tanımlama, sevk etme ve tedavi etme,
- (8) Bütünsel sağlık ve iyilik halinin bir parçası olarak cinsel zevkin tanımlanmasını başarmadır (WHO, 2007).

Literatür taraması ile cinsel sağlık/iyilik halini desteleyecek girişimlere yönelik elde edilen bulgular; bazı başlıklar altında aşağıda sunulmuştur (PAHO/WHO, 2000; WHO, 2001, 2003, 2006b, 2007, 2008, 2010a, 2017)(Şekil 2.3).



Şekil 2.3. Cinsel Sağlık/İyilik Halini Desteleyecek Girişimlerde Temel Alınması Gereken Unsurlar

*Şekil araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

• **Cinsel sağlık bakımının sürekliliği**

DSÖ (2017) tarafından cinsel sağlık kavramının üreme sağlığıyla olan ilişkisini ele almak için hazırlanan raporda; ne cinsel sağlığın ne de üreme sağlığının bir diğerini kapsadığı, ancak ayrılmaz bir şekilde birbirine bağlı olduğu belirtilmektedir. Raporda cinsel sağlık ve üreme sağlığı için belirlenen her bir müdahale alanlarına yapılan karşılıklı destekleyici ve koruyucu bir düzenlemenin diğer müdahale alanına etki edeceği ve sonuçta bir bütün olarak cinsel sağlığa erişiminin güçlendirileceği belirtilmektedir.

Cinsel sağlığı geliştirme için bir ÷lke stratejisinde cinsel sağlık hizmetlerinin yaşam boyu yaklaşımı ile sürekliliğinin olması gerektiği bildirilmiştir (Swartzendruber ve Zenilman, 2010; WHO, 2010b). Birey, aile, toplum veya sağlık sistemi düzeyinde cinsel sağlığı ele almak için eğitimli sağlık profesyonelleri tarafından entegre müdahaleler ve çalışan bir sevk sistemi gerekmektedir. Cinsel sağlık hizmetlerinin tüm bakım hizmetleri içerisine entegre edilmesi; cinsel sağlığın değerlendirilme sıklığının artırılması, cinsel sorunların ve müdahalenin daha erken tanımlanması yoluyla cinsel sağlık bakımını önemli ölçüde iyileştirecektir (Nusbaum ve Hamilton, 2002). Cinsel sağlığa yönelik kapsamlı çabalar, sürdürülebilirliği en üst düzeye çıkarmak için birden fazla düzeyde uygulama yoluyla başarılı olabilir. Örneğin; klinik ortamlarda, bireylerle ilgili hizmetlere cinsel sağlığa ilişkin değerlendirmelerin entegre edilmesine daha fazla dikkat edilmesi (örn., CYBE ve HIV taraması, aile planlaması ve danışmanlığı ve insan papillomavirüs enfeksiyonu ve hepatit B için aşılama) etkili bir şekilde daha kapsamlı bir bakımı sağlayabilir (Satcher ve ark., 2015).

Hizmetlerin birleştirilmesi, cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerinin farklı bileşenlerinin bir araya getirilmesi ve diğer sağlık hizmetleri ve ilgili sosyal hizmetlerle güçlü bağlantıların kurulması olarak anlaşılabilir. Birleştirme, cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerinin tek bir çatı altında sunulması gerektiği anlamına gelmez. Ancak, hizmetlerde süreklilik kavramı sağlık profesyonellerinin bireyleri bu hizmeti almaya yönlendirmek için yeterli bilgi ve becerilere sahip olmalarını gerektirir (WHO, 2006b, 2006a). Bununla birlikte, hizmetlerin birleşiminin önemi konusunda fikir birliği olmasına rağmen, sağlık hizmetleri hala parçalanmış durumdadır ve dikey programlar hala birçok ÷lke için mevcut hizmet sunum modelidir (WHO, 2010a).

- **Yaşam boyu cinsellik bakış açısı**

Cinsel sağlığı koruma, artık üreme yıllarının ötesine uzanan yaşam boyu süreçler olarak kabul edilmektedir. Cinsellik, farklı aşamalarda farklı şekillerde yaşanır. Cinsel sağlık sorunları yaşam boyu gelişir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin farklı yaşam aşamalarında cinsel sağlığı desteklemek için uygun önlemleri almaları gerekmektedir. Ayrıca, “yaşam boyu” bakış açısı giderek cinsel sağlık bakım programlarına daha fazla dahil edilmelidir (Satcher ve ark., 2015).

Bireylerin cinsel sağığına ilişkin aldıkları eğitim ve sağığılık hizmetinin yaşam boyunca bireylerin değıışen ihtiyaçlarına yanıt vermesinin önemine vurgu yapılmaktadır (Bozdemir ve zcan, 2011). DSÖ (2017) cinsel sağığına ilişkin planlanan girişim programlarının yaşam boyunca cinsel gereksinimlerin eşitliliğı ilkesini göz önünde bulundurmalarını önermektedir. Cinsel sağığılık; kültürel, sosyoekonomik, jeopolitik ve yasal ortamın yanı sıra bireysel özelliklerin karmaşıık bir karışımına bağılı olarak yaşam boyunca değıışen ihtiyaçlarla dinamik bir süreklilik üzerinde bulunur. Bu faktörlerin belirli kombinasyonları, geçici veya kalıcı olabilecek, sağığılık durumlarına duyarlılığı artırabilecek ve/veya sağığılık hizmetlerine erişimi engelleyebilecek şekilde olumsuz etkiler oluşturunabilir. Örneğın; bazı cinsel sağığılık müdahaleleri kültürel olarak kabul edilebilir veya yasal olarak izin verilemez olduğu için mevcut olmayabilir; mevcut cinsel sağığılık müdahalelerine bir dizi nedenden ötürü erişmek zor olabilir ve bu nedenle bazı bireylerin karşılanmayan cinsel sağığılık gereksinimleri olabilir. Bu nedenle cinsel sağığına ilişkin yürütülen program ve araştırmaların yaşam süreci boyunca bireyler arasındaki ihtiyaç çeşitliliğini karşılayacak şekilde düzenlenmelidir.

- **Herkes için cinsel eğitim**

Cinsel bilgi, bireyin cinsellik hakkında bilgiye sahip olmasının yanı sıra kişinin bilgiyi kendi cinselliğine ve cinsel ilişkilerinin anlaşıłmasına uygulama kapasitesini içermektedir. Bilgi, cinsel bir hak olarak tanımlanır (Fortenberry, 2013). Tüm bireyler doğru, kanıta dayalı ve uygun cinsel sağığılık bilgilerine ulaşabilmelidir. Bilgilere erişim sürecinde ayrımcılık, cinsiyet yanlılığı ve damgalamaya maruz kalmamalıdır (WHO, 2010a). DSÖ (2010a), herkes için cinsel eğitimin koşulu ile (1) okullarda gençler için kapsamlı cinsellik eğitiminin sağılanması; (2) sağığılık çalışanları, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, gençlik çalışanları ve diğerk profesyoneller için cinsellik ve cinsel sağığılık eğitiminin verilmesi ve (3) okula gitmeyen gençlerin ve özellikle incilenebilir grupların gereksinimlerini karşılamak için çeşitli toplum temelli stratejileri içeren eğitimler önermektedir.

Kaliteli ve kapsamlı cinsellik eğitiminin (zellikle okul temelli programlar aracılığıyla), istenmeyen gebeliklerin azaltılması, ilk cinsel ilişkinin geciktirilmesi ve yüksek riskli cinsel davranışların azaltılması da dahil olmak üzere cinsel sağığılık sonuçlarını iyileştirdiğı gösterilmiştir (WHO, 2010a). DSÖ (1975)'ye göre; toplum ve sağığılık çalışanlarına cinsel sağığılık eğitiminin sağılanması en yüksek nceliğıe sahiptir.

Nedeni ise sınırlı bir kitleye yapılacak olan eğitimin sonuçta çok sayıda insanı etkileyebileceğinin düşünülmesidir. Sağlık ve eğitim profesyonellerinin eğitimi; cinsel eğitimi uygulama için kendilerine güvenme fırsatı sunar. Khalaf ve arkadaşları (2014) tarafından cinsel eğitimin uygulanabilirliğine ilişkin yapılan çalışmada; ulusal bir cinsel eğitimin oluşturulabilmesi için ailelerin, öğretmenlerin, toplum liderlerinin, dini otoritelerin ve politika yapıcıların cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili kamuoyunda istenen değişikliği yapmak için multidisipliner bir yaklaşımla kampanya geliştirmeleri gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

- **Cinselliğe ilişkin değer açıklama ve cinselliğin normalizasyonu**

Cinsel sağlık, sağlık ve refahın hemen hemen her alanında olduğundan daha fazla kültürel normlardan ve ahlaki standartlardan büyük ölçüde etkilenir ve birçok toplumda bu normlar ve standartlar dini inançlara derinlemesine dayanır (WHO, 2010a). Bireyin cinsel ahlaki değerlerinin aile veya toplumdaki direkt ya da indirekt olarak geldiği, bu değerlerin bireyin cinsel ilişkide utanma, kendini suçlama gibi duygular ile sonuçlanacağı belirtilmektedir (Zarbakhsh ve ark., 2013). DSÖ (1975) cinsel tabular ve mitleri; cinsel eğitimin önündeki önemli engeller olarak tanımlamaktadır. Cinsel eğitim, cinselliğin olumlu doğasını kabul etmeyi engelleyen mitler ve tabulara müdahaleyi sağlar (Giami, 2002).

Sağlık hizmetlerinde cinsel işlevi ve cinsellik hakkındaki inançları ve endişeleri doğru bir şekilde değerlendirmenin önemi vurgulanırken, cinsel sağlığa ilişkin konuşmayı hemşirelik değerlendirmesinin rutin bir parçası haline getirerek cinsellik tartışmasını meşrulaştırmak ve normalleştirmeye de değinilmektedir (Farnam ve ark., 2014). Bu zor ve hassas konuyu tartışmaya başlamanın en iyi yöntemlerinden biri "Kanser teşhisi konan veya tedavi edilen bir hastayla konuştuğumda (cinsiyeti etkileyebilecek herhangi bir tedavi / ilaç), genellikle cinsellik ve cinsel işlev hakkında sorular sorarım." şeklinde cümlelerin hemşireler tarafından kullanılması ile cinselliğin normalizasyonu sağlanabilir. Cinselliğin normalizasyonunu sağlayan bu cümle ile bireyin cinselliğe ilişkin konuşma sürecinde rahat olması sağlanır. Hemşire cinsel sağlığa ilişkin kalan soruları standart değerlendirme modellerinden birini kullanarak yönetebilir. Başarılı sağlık eğitim programlarının bilgileri bireyselleştirmek, tutumları ve değerleri keşfetmek ve becerilerin uygulanmasına izin vermek için canlandırma ve

grup tartışmaları gibi katılımcı etkinliklerini kullandıkları belirtilmektedir (WHO, 2010a).

- **Kültür duyarlı bakım programları**

İnsanların cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine ve bilgilerine erişiminin belirlenmesinde sosyal ve kültürel faktörler önemli olabilmektedir. Bu nedenle, cinsel sağlığın geliştirilmesine yönelik programlarda geleneksel değerlerin, inançların ve normların etkisi göz ardı edilmemelidir (Rawson ve Liamputtong, 2010). Farklı sosyal ve kültürel alanlarda cinsel sağlığı teşvik etmek, sosyal normlara duyarlılık ve bir bütün olarak nüfusun çeşitli cinsel ve üreme sağlığı ihtiyaçlarının derinlemesine anlaşılmasını gerektirir (WHO, 2010a).

Toplumlar, aileler ve cinsel ilişkilerdeki cinsiyetten etkilenen güç ilişkileri cinsel sağlık üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, genel olarak bireylerin cinsellik, sosyal roller ve kimlikler hakkında sahip veya eksik olacağı unsurları belirleyen kültürel normların ürünüdür (Rodriguez-Diaz, 2013). Toplumsal cinsiyet ve sosyoekonomik eşitsizlikler; cinsel ilişkileri belirlemek de dahil olmak üzere kimin gücü ve kontrolü olduğunu etkiler. Ayrıca cinsellik ile ilgili normların (örn. kabul edilebilir cinsellik ifadeleri) temelini oluşturup hizmetlere ve kaynaklara erişimi engelleyebilirler. DSÖ (2017), cinsel sağlık girişimlerinin planlaması ve değerlendirilmesi sürecinde; cinselliğe ilişkin kültür ve sosyal normların göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmiştir. Sağlık profesyonelleri de benzer şekilde içinde bulunduğu kültür ile aynı normları benimser ve hastalarla etkileşimlerinde bu normları güçlendirebilir veya daha da devam ettirebilir. Bu nedenle cinselliğe ilişkin mevcut kültürel ve sosyal normlar, cinsel sağlık müdahalelerine erişimi ve kalitesini etkileyebilir.

Cinsel sağlığı etkilemede toplumsal cinsiyet ve toplumsal cinsiyete bağlı güç dinamiklerinin önemi konusunda farkındalığın gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (WHO, 2010a). Cinsel sağlığa ilişkin programlar ve hizmetlerin her cinsiyete özgü ihtiyaçları karşılaması gerekmektedir. Kadınlar, geleneksel olarak bilgi, hizmet ve eğitime daha az eriştiği için programların cinsel rahatsızlık, sağlık ve hastalıktan kendilerini korumak için aktif olarak kadınların güçlendirilmesi gerekir. Kültür duyarlı

bakım yaklaşımı, cinsel sağlık müdahale programlarının başarısı için gerekli olan unsurlar arasında yer almaktadır (Bozdemir ve Özcan, 2011).

- **Hak temelli yaklaşım**

Cinsel sağlığın elde edilmesi ve sürdürülebilmesi için insan haklarına saygı gösterilmesi ve insan haklarının korunması gerekmektedir. Cinsel haklar, temel insan haklarının ayrılmaz bir bileşeni olması nedeniyle devredilemez ve evrenseldir. Cinsel sağlık, bireylerin ulaşılabilir en yüksek standartta yararlanma hakkı olan sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Cinsel haklar, tüm insanların cinselliğini yerine getirme ve ifade etme ve cinsel sağlıktan yararlanma haklarını, başkalarının haklarına saygı göstererek ve ayrımcılığa karşı koruma çerçevesinde korur (WHO, 2006a, 2010a). Cinsel haklar arasında; (1) cinsel özgürlük hakkı, (2) cinsel otonomi, cinsel bütünlük ve vücudun güvenliği hakkı, (3) cinsel mahremiyet hakkı, (4) cinsel eşitlik hakkı, (5) cinsel zevk hakkı, (6) duygusal cinsel ifade hakkı, (7) özgürce cinsellik içeren ilişki kurma hakkı, (8) özgür ve sağduyulu üreme seçimi yapma hakkı, (9) bilimsel araştırmaya dayalı cinsel bilgi edinme hakkı, (10) kapsamlı cinsel eğitim hakkı ve (11) cinsel sağlık bakımı hakkı yer almaktadır (WHO, 2017).

Herkes için cinsel haklar olmadan, cinsel sağlık bakımı yapılmaz (Bozdemir ve Özcan, 2011). Cinsel sağlık tanımının merkezinde otonomi, refah ve insan haklarının yerine getirilmesi, geliştirilmesi ve korunması kavramlarıyla desteklenen cinsellik kavramı yer almaktadır (WHO, 2015). DSÖ (2017) cinsel sağlığa ilişkin planlanan girişim programlarının “insan haklarına saygı, koruma ve hakların yerine getirilmesi” ilkesini karşılamasının gerekliliğini ileri sürmüştür. Bu nedenle cinsel program uygulayıcıları ve araştırmacılar, cinsel sağlık müdahalelerinin insan haklarına saygı duymasını ve bu hakların bireylere ulaşmasını sağlamakla yükümlüdür.

DSÖ (2006)’ nün cinsel sağlık tanımı ve Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin (World Association for Sexual Health, WAS) (2014) Cinsel Haklar Bildirgesi’ nde üzerinde durulan önemli kavramlardan biri; seçme hakkıdır. "Seçme" kelimesi kavram olarak cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerini almaya karar vermede otonominin merkezi önemini vurgulamak için kullanılmaktadır. Cinsel sağlığın geliştirilmesi, otonomi ve kendini gerçekleştirmenin ima ettiği daha genel bir pozitif sağlık durumu ile ilişkili olarak çerçevelendiğinde daha gerçekçi bir hedeftir (Fortenberry, 2013). Kadınların ve

erkeklerin cinsel yaşamları da dahil olmak üzere hayatlarının bütün yönleriyle ilgili kendi özgür iradeleri ile bilinçli seçim yapma hakkı ve yeteneği olması gerekir (Bozdemir ve Özcan, 2011).

- **Pozitif cinsellik anlayışı ile bütüncül cinsel sağlık anlayışı**

Cinselliğin ve cinsel sağlığın bir ömür boyu olduğu bilinciyle hem haz duyma hem de güvenli bir cinsellik yaşamak için; korkuya dayalı bir yaklaşımdan öte cinselliği olumlayan bir yaklaşım daha pozitif bir bakış açısı oluşturur (Bozdemir ve Özcan, 2011). Pozitif cinsellik anlayışı, cinsel sağlık müdahale programlarının başarısı için gerekli olan ilkeler arasındadır. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı müdahaleleri, kanıta dayalı, saygılı ve pozitif bakış açısı gibi bakım kalitesi standartlarını karşılamalıdır. DSÖ (2006a) cinsel sağlığın cinsellik ve cinsel ilişkilere pozitif ve saygılı bir yaklaşım gerektirdiğini vurgulamıştır.

Cinsel sağlığa ilişkin eğitiminin içeriği, biyomedikal görüş ile geliştirildiği için güvenli olmayan cinsel ilişkinin olumsuz sonuçlarına daha çok odaklanılmaktadır. Cinsel problemler ve disfonksiyonların boyutları, belirleyicileri ve doğasına ilişkin araştırmalar yürütülürken, cinsel sağlık ve iyilik halini oluşturan unsurların çok az ele alındığı bilinmektedir. Cinsel iyilik hali kavramının sıklıkla cinsel yolla bulaşan hastalıkların olmayışı olarak ele alınması dikkat çekmektedir (Bloomington, 2016). Cinsel iyilik hali kavramı sadece fonksiyonlara değil aynı zamanda bireyin ilişki ve cinselliğe ilişkin algılarına da odaklanmaktadır (Verschuren ve ark., 2010). Pozitif sağlık yaklaşımı, rahatsızlıklara ya da disfonksiyonlara odaklanmaktan öte bireyleri iyileştirmeye yardım etmeye ve yaşam doyumunu iyileştirmeye vurgu yapmaktadır (R. C. Rosen ve Bachmann, 2008). Sağlık profesyonelleri, cinsel iyilik halini içeren sağlıklı cinselliğin pozitif yönlerine odaklanan eğitimi bireylere vermelidir. Pozitif yaklaşım içeren cinsel eğitim; fiziksel yakın ilişkiyi iyileştirmenin yanı sıra bireyin beden imajı ve öz-güvenini iyileştirmeye yönelik olmalıdır (Martin ve Woodgate, 2017). DSÖ (2017) cinsel sağlığa ilişkin planlanan girişim programları için cinsel sağlığa bütüncül yaklaşım stratejisini önermiştir. Cinsel sağlık programları (sağlık hizmetleri dahil) ve araştırmaları sadece hastalığın ve disfonksiyonun önlenmesini değil, aynı zamanda pozitif cinsel sağlık ve genel refahın aktif olarak teşvik edilmesini de kapsamalıdır. Ayrıca, olumsuz sonuçların önlenmesinin yanı sıra cinsel sağlık ve iyilik haline de önem verilmelidir.

- **Bireyin kaynaklarını güçlendirme**

Cinsel sağlığın geliştirilmesinde; bireysel müdahalelere ihtiyaç vardır ve hastanın (ve uygun olduğunda partnerin) gündeme getirdiği belirli konulara ve endişelere dayanmalıdır (Krebs, 2008). DSÖ (1985)' ye göre geçerli ve uygulanabilir cinsel sağlık veya cinsel iyilik hali kavramları, bireysel cinsel deneyim ve cinsel ihtiyaçların çeşitliliği ve benzersizliğine odaklanmaktadır. Bu nedenle cinsel bakımın bireyselliği önem taşımaktadır. Cinsellik ile ilgili politika, program ve hizmetlerin amacı, bireylerde ölçülebilir bir "cinsel sağlık" düzeyine ulaşmak değil, bireylerin cinsellik ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamaları ve kişisel ortaya çıkan sorunlar ve zorluklarla başa çıkmak için gerekli olan kaynaklara sahip olabildiğini sağlamaktır. Cinsel gereksinim ve deneyimlerin kültür, yaşı, engellilik, kronik hastalık durumu ve cinsel tercihe göre farklılıklar gösterebileceği belirtilmektedir. DSÖ (1985) raporu, her bireyin ihtiyaç ve beklentilerine göre benzersiz olduğunu göz önünde bulundurarak cinsel konulara bireysel yaklaşımını temel almıştır. Hemşireler bireysel cinsel değerlendirmede güncel ilişkiler, normal cinsel aktivite kalıpları, yakınlık düzeyi, mevcut aktivitelerden memnuniyet, iletişim kalıpları, hastalık ve tedavi ve baş etme becerileri gibi konuları dikkatle ele almalıdır. Cinsel değerlendirmede birey ve/veya partnerin ihtiyaçlarına göre ilave konular eklenebilir (Krebs, 2008).

- **İletişim becerilerini geliştirme**

WAS' a (2014) göre; insan cinselliği, birey ve toplum arasındaki etkileşimler yoluyla inşa edilir ve geliştirilir. Bu nedenle cinsel sağlık/iyilik halini geliştirme sürecinde iletişimin önemi göz ardı edilmemelidir. İletişim becerilerinin geliştirilmesi, bireyin sosyal çevresinden daha fazla destek alma ya da yeni sosyal döngü içine girme yeteneğini arttırmayı amaçlamaktadır. Aynı zamanda eş ile iletişimi iyileştirmek; cinsellik hakkında açık ve rahat olmayı sağlamakta, kişiye öz-güven ve bağımsızlık kazandırmakta, fiziksel görünüme ilişkin beden imajı ile ilgili olumlu gelişimlerde bulunmakta, cinsel anlamda güçlendirmekte, partnerin cinsel gereksinimlerini anlayabilmeyi sağlamakta, kriz aracılığı ile emosyonel yaklaşmanın artmasını teşvik etmekte, fiziksel, mental ve emosyonel anlamda rahatlamayı sağlamakta ve cinsel ilişkiyi teşvik etmektedir (Heinrichs, 2007). Partneri ile cinsel gereksinimleri hakkında iyi bir iletişime sahip olan kişilerin daha yüksek benlik saygısı ve daha az depresyon riskine sahip oldukları bildirilmiştir (Ogunleye ve Oke, 2012). Cinselliği teşvik

edecek negatif veya pozitif geribildirimlerin cinsel öz-yeterliği etkileyeceği belirtilmektedir (Celik, 2013). Bireylerin açıkça cinsel isteklerini dile getirmesi ya da endişelerini açıklamasının cinsel doyumda etkili olduğu belirtilmiştir (Velten ve Margraf, 2017). Kişilerarası iletişim becerilerinin yüksek benlik saygısı ve özgüven sağladığı ve cinsel doyum için gerekli olduğu belirtilmiştir (Yoo ve ark., 2014). Sözel ya da sözel olmayan etkileşimler ile cinsel anlamda kendini ifade etmenin (dokunma, sarılma, duygularını, düşüncelerini ve gereksinimlerini ifade etme) cinsel doyumu arttırabileceği belirtilmiştir (Soleimani ve ark., 2015).

- **Cinsel sağlığa yönelik iyileştirici çevre**

İyileştirici çevre, bireylerin iyileşme kapasitelerini destekleyen ve geliştiren koşulları sağlamayı amaçlamaktadır. İyileştirici çevrenin oluşabilmesi için iyileşme alanlarında duyuşal girdilerin arttırılması, sağlıklı davranış stilleri geliştirmeyi amaçlayan bakımın arttırılması, iyileştirici ilişkilerin geliştirilmesi ve bireyde farkındalığın arttırılması gibi unsurların göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Rakel ve Jonas, 2012). Cinsel sağlık bağlamında, cinsel sağlık ile ilgili kişisel hedeflerin gerçekleştirilmesini teşvik eden ve koruyan etkin çevrenin oluşturulması gerekmektedir (WHO, 2015). DSÖ (2010a); erkeklerin ve kadınların cinsel sağlık ve iyilik haline yönelik gerekli olan unsurlar arasında cinsel sağlığı onaylayan ve geliştiren bir ortamdan bahsetmiştir. Tip 1 Diabetes Mellitusu olan hastaların cinsellik algıları ve cinsel bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada; hastalar fiziki ortamın uygun olmamasını profesyonel destek almanın önündeki engeller olarak belirtmiştir (Dedemoğlu, 2019). Cinsellik insan yaşamının mahrem yönleri ile ilişkilendirilmiştir. Bireyler hakkında sahip olunan bilginin üçüncü kişilerle paylaşılmaması ve yasal zorunluluk olmadıkça açıklanmaması gerekmektedir (Bozdemir ve Özcan, 2011). Cinsel konularda birey ile tartışmayı başlatabilmek için bireyin gizliliğinin sağlanması esastır. Olsson ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin hastaları ile cinsel konularda iletişim kurmalarının önündeki engellerden biri birden fazla hastanın aynı odada kalması yani “koğuş” sistemi gösterilmiştir.

2.1.7. Cinsel Sağlıkta Kullanılan Modeller

Son yıllarda cinsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesini ve yönetimini kolaylaştırmak için bir dizi model geliştirilmiştir. Modeller; cinsel danışmanlık süreci, cinsel sağlık unsurları ya da cinsel eğitim ilkelerini belirlemeyi hedeflemektedir.

Cinsel danışmanlık sürecinde hemşirelik alanında sıklıkla kullanılan modeller üç kategoride incelenmektedir. Bunlar; sadece veya öncelikli olarak değerlendirmeye odaklananlar; değerlendirme tamamlandıktan sonra öncelikle müdahalelere odaklananlar ve genel bir değerlendirme ve yönetim süreci için hem değerlendirme hem de müdahaleyi birleştirenlerdir (Büyükkayacı Duman, 2018).

Cinsel işlevin değerlendirilmesine odaklanan modeller arasında ALARM Cinsel Yanıt Modeli ve Cinsel Sağlık Modeli bulunmaktadır. Bu modeller cinsel aktivite türünü ve sıklığını, uyarılma duygularını, lubrikasyon miktarını ve orgazma ulaşma ve orgazmdan sonra çözüme ulaşma becerisini ele almaktadır. Ek olarak, bu modeller mevcut hastalık durumunu, tedavi türlerini ve ilişkili yan etkileri, eşlik eden hastalıkları ve mevcut ilaçları değerlendirmektedir (R. E. Zielinski, 2013).

Müdahaleye odaklanan modeller arasında PLISSIT ve Ex-PLISSIT bulunmaktadır. Bu modeller genellikle hemşirelerin müdahaleleri belirlemeden önce cinsel işlev bozukluğu seviyesini yeterince değerlendirdiğini varsaymaktadır. Hemşireler tarafından cinsel danışmanlık süresinde sıklıkla kullanılan PLISSIT modeli; (P) hastaya cinselliğe ilişkin duygu, düşünce, korku ve endişelerin ifade edilmesine izin verme, (LI) sağlık profesyonelinin cinsel danışmanlık yapabilmeleri ve cinsel sağlığı değerlendirebilmeleri için sınırlı bilgi, (SS) cinsel sorunların giderilmesi ve cinsel işlevlerin normale dönmesi için yaşam kalitesini arttırmaya yönelik özel önerileri ve (IT) yoğun terapiyi içermektedir (Annon, 1976). Davis ve Taylor PLISSIT'in bir uzantısı olan Ex-PLISSIT modelini geliştirmiştir. Bu model dört PLISSIT seviyesinin her birinde izin vermeyi içermektedir. Ayrıca, her etkileşimi takiben birey/partner ile tartışma ve müdahale stratejilerinin gözden geçirilmesini içerir (Taylor ve Davis, 2007).

Son kategori, hem cinsel işlevi hem de endişeleri değerlendiren ve belirlenen sorunları yönetmek için müdahaleler sağlayan modelleri içerir. Bu modeller arasında PLEASURE modeli, BETTER modeli ve ALLOW Cinsel Sağlık Modeli bulunmaktadır. PLEASURE modeli; cinsel duyguların, tutumların ve aktivitelerin değerlendirilmesini; mevcut tedavi ve hastalık yan etkilerinin değerlendirilmesini ve hastanın olası ve gerçek cinsel işlev bozuklukları ve sorunlarını anlamasını içerir (Schain, 1988). BETTER modeli, hasta ile cinsellik konusunu gündeme getirmeyi,

cinselliğin önemli bir parçası olduğunu açıklama, hastalara kaygıları ile yeni kaynaklar bulacağını söyleme, görüşmenin zamanlanması, tedavinin yan etkileri konusunda eğitim verme ve kaydetme basamaklarını içerir (Cohen, 2004). ALLOW Cinsel Sağlık Modeli ise cinsel sağlığın değerlendirilmesini ve sonrasında sorunların çözümüne yönelik eğitim, danışmanlık gibi özel öneriler ya da yoğun tedavi programlarını içeren cinsel tedaviyi kapsar (Büyükkayacı Duman, 2018). Belirtilen modellerin kullanımı; cinsel danışmanlıkta uygun adımlar sunmakta, cinselliği değerlendirme ve yönetmeyi sağlamaktadır. Cinsel danışmanlık sürecinde yararlanabilecek birçok model olmasına rağmen modellerin bazı spesifik hasta gruplarında kullanıldığı ve etkinliklerinin farklı olduğu görülmektedir (F. Karimi ve ark., 2021). BETTER Modeli özellikle onkoloji hasta gruplarında kullanırken (Cohen, 2004), PLISSIT Modeli' nin etkinliğini değerlendiren bir sistematik derleme çalışmasında ise modelin stomalı bireyler ve cinsel problem yaşayan kadınlar ile sınırlı kaldığı bildirilmiştir (Uslu ve ark., 2016). PLISSIT Modeli'ne ilişkin modelin ilk iki basamağının hemşireler tarafından yapılabilmesi, ancak son iki basamak için beceri gerektirmesi, modelin doğrusal şekilde birbirini takip eden basamaklar içermesi ve terapistin bir önceki basamaklara dönmesi/teşhisini koyamaması nedeni ile sürecin kesintiye uğraması; modelin sınırlılıkları olarak belirtilmektedir (Taylor ve Davis, 2007).

Cinsel eğitim sürecinde kullanılması için geliştirilen model ise Bilgi - Motivasyon - Davranış Becerileri (IMB) Modeli'dir. IMB modeli; bilgi, motivasyon ve davranışsal beceri faktörlerine kapsamlı bir şekilde odaklanmaktadır. IMB modeline göre, cinsel ve üreme sağlığı bilgileri, bu bilgiler üzerinde hareket etme motivasyonu ve etkin bir şekilde hareket etme davranış becerileri; cinsel ve üreme sağlığını geliştirici davranışların performansının temel belirleyicileridir. Birey iyi bilgilendirildiği, iyi motive edildiği ve ilgili davranış becerilerine sahip olduğu ölçüde; bireyde üreme sağlığını geliştirme davranışı kalıplarını başlatma ve sürdürmesi beklenir (Fisher ve ark., 2003). IMB Modeli'nin etkinliğine ilişkin yapılan bir derleme çalışmasında; modelin sıklıkla AIDS hastalarını ele aldığı, en sık kullanılan müdahale stratejilerinin bilgi yapısı için ise öğretim broşürleri, motivasyon yapısı için motivasyonel görüşme teknikleri ve davranışsal beceri yapısı için öğretim ya da rol oynama olduğu belirlenmiştir. Çalışmaların çoğunluğunda müdahale sonrası değerlendirmede önemli davranış değişiklikleri olduğu, bazı çalışmaların ise modelin bireyin bilgi ve

motivasyon düzeylerini geliştirmede etkili iken davranış değişikliği oluşturmada etkin olmadığına dair sonuçlara ulaşılmıştır (Yılmaz ve Tuzer, 2017).

Cinsel sağlığın çok boyutlu bir kavram olması nedeni ile ele alınan unsurların belirlenmesi için ise Cinsel Sağlık Modeli geliştirilmiştir. Cinsel Sağlık Modeli; cinsel anatomi ve fonksiyonu, cinsellik hakkında konuşmalar, zorluklar, kültür, cinsel kimlik, cinsel sağlık bakımı, güvenli cinsel ilişki, pozitif cinsellik, beden imajı, fantezi, ilişkiler, yakınlık ve maneviyat gibi cinsel sağlığa ilişkin on temel unsuru içermektedir. Model; bireylere doğru bilgi, kişisel farkındalık ve kendini kabul etme sağlayarak cinsel sağlıklarını iyileştirmeleri için teorik bir çerçeve sunmaktadır. Model, riskli cinsel davranışlar için koruyucu sağlık hizmeti yaklaşımı temel alıp eğitim üzerine odaklanmaktadır (B. E. Robinson ve ark., 2002; B. B. E. Robinson, 2015). Farnam ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada; PLISSIT Modeli, sıklıkla cinsel sorunların tedavisinde kullanılan bir model olarak ele alınmış ve Cinsel Sağlık Modeli ile etkinliği açısından kıyaslanmıştır. Çalışma sonucunda; PLISSIT Modeli' nin zaman, kaynak ve personel maliyeti nedeni ile Cinsel Sağlık Modeli'ne temellendirilmiş grup eğitimlerinin daha maliyet etkin bir yöntem olacağı ve etkili olabileceği belirlenmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda hemşirelerin cinselliği değerlendirememesi nedenleri arasında ilk sıralarda cinsel fonksiyona yönelik uygun hemşirelik girişimlerini bilmemeleri olduğu belirlenmiştir (Tuğut ve Gölbaşı, 2014). Bu nedenle, uygulamada hemşirelere cinsel sağlığı geliştirme sürecinde yararlanabilecekleri rehber niteliği taşıyan bir modele gereksinim olduğu düşünülmektedir.

2.1.8. Cinsel İyilik Halinin Geliştirilmesinde Psikoseksüel Hemşirelik Bakımı ve Önemi

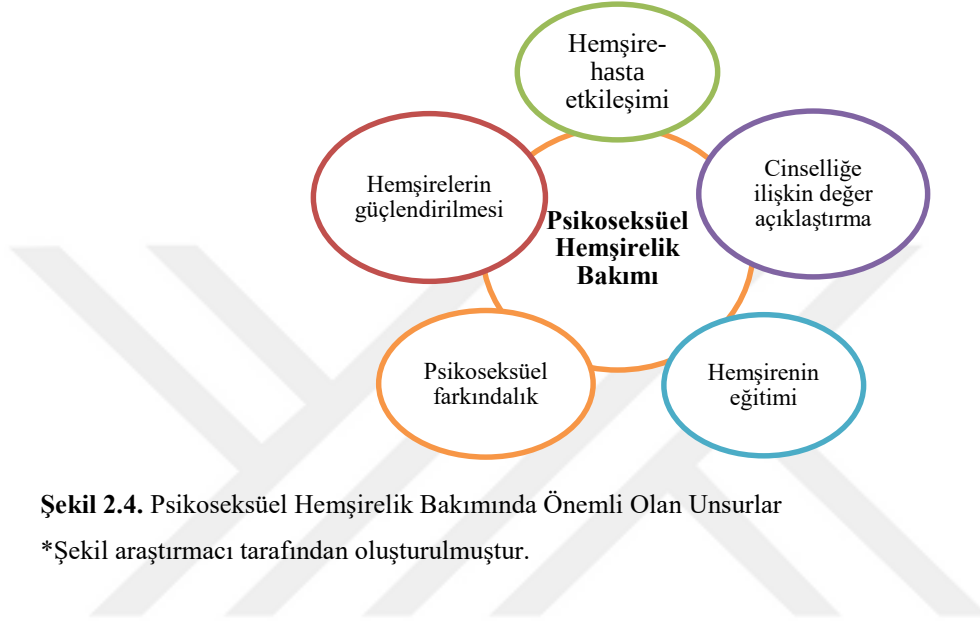
Cinsel sağlığın psiko-sosyal yönlerini ele alma konusundaki artan talepler ve birincil korunmaya daha fazla önem verilmesi, danışmanlık becerilerinin artan kullanımına yol açmaktadır (Irwin, 1997). Cinsel sağlığın geliştirilmesi, temel bir hemşirelik işlevi ve bütüncül bakımın bir parçasıdır (Fogel, 1990). Psikoseksüel hemşirelik, hem hastadan sözel olmayan bilgileri gözlemlene ve kullanma becerisi hem de psikoseksüel problemlere yanıt vermek için bir dizi hemşirelik becerisinin geliştirilmesine dayanmaktadır. Psikoseksüel bakımda psikoloji ile cinsellik arasında güçlü bir ilişki olduğu varsayılmaktadır (Savage, 2004).

Psikoseksüel bakım, kadının beden imajını veya cinsel işlevini psikolojik, fiziksel veya sosyal olarak etkileyen herhangi bir konuda bilgi, tavsiye ve tedavinin değerlendirilmesi ve sağlanmasıdır (Kotronoulas ve ark., 2009). Bakımın amacı; medikal problemlere odaklanmaktan ziyade bireyin benlik algısı, benlik saygısı ve sürece partnerin katılımı gibi konuları ele almak (Goonewardene ve Persad, 2018) ve cinsel iyilik halini içeren sağlıklı cinselliğin pozitif yönlerine odaklanmaktır (Martin ve Woodgate, 2017). Amerikan Hemşireler Birliği'ne göre (1995), "Cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve cinsel kaygılarının ortaya çıkarılması profesyonel hemşirelik uygulamalarının ayrılmaz bir parçasıdır". Ülkemizde Hemşirelik Yönetmeliği (19.04.2011) kapsamında hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları içerisinde cinsel sağlık ve üreme sağlığı danışmanlığı yer almaktadır. Aynı yönetmelikte, cinsel sağlık eğitimi hemşirenin bağımsız bir fonksiyonu olarak tanımlanmıştır (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>). Bu anlamda hemşirelere gerek cinsel öykü alma sürecinde, gerekse cinsel sorunlara müdahale sürecinde önemli roller düşmektedir (Duman ve Koçak, 2016).

Bakım sürecinde cinsel sağlığın göz ardı edilmesi; bireyin kendisini sağlıklı olarak hissetmesini ve fiziksel fonksiyonları ile beden imajındaki değişimlere karşı baş etme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Sung ve Lin, 2013). Buna rağmen, psikoseksüel bakımın sağlanması konusunda sağlık profesyonellerinin yetersiz olduğu ya da hiç sağlayamadığına dair ortak bir görüş bulunmaktadır (Ayaz, 2013; Ferreira ve ark., 2015). Psikoseksüel bakımın ele alınmasında hemşirelerin cinselliğe ilişkin tutumları, zamanın yetersiz olması, cinselliğin hasta bakımında öncelik olarak görülmemesi, klinikte kullanılacak rehberlerin yetersiz olması ve hemşirelerin bireysel özellikleri gibi engeller bulunmaktadır (Zeng ve ark., 2012; Gölbaşı ve Evcili, 2013). Hemşirelerin cinselliğe ilişkin bilgi ve eğitim düzeylerinin istenilen düzeyde olmaması; birçok çalışmada hemşirelere ait engel olarak belirtilmiştir (Olsson ve ark., 2012; Van der Stege ve ark., 2014). Williams ve arkadaşları (2017) tarafından kadınlara standart bakımı sağlamada kullanılacak rehberlere gereksinim duyulduğu belirtilmiştir. Bu nedenle, hemşirelerin psikoseksüel bakım sırasında yararlanabilecekleri rehber niteliği taşıyan bir modele gereksinimleri bulunmaktadır.

2.1.9. Psikoseksüel Hemşirelik Bakımında Önemli Olan Unsurlar

Hemşireler tarafından verilen psikoseksüel hemşirelik bakımında hemşire-hasta etkileşimi, hemşirelerin güçlendirilmesi, cinselliğe ilişkin değer açıklama, psikoseksüel farkındalık ve hemşirenin eğitimi gibi unsurların etkili olduğu belirtilmektedir (Blagbrough, 2010; Bates, 2011; Gölbaşı ve Evcili, 2013; Williams ve ark., 2017; Fennell ve Grant, 2019) (Şekil 2.4).



Şekil 2.4. Psikoseksüel Hemşirelik Bakımında Önemli Olan Unsurlar

*Şekil araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

• Hemşire-hasta etkileşimi

Hemşire-hasta etkileşimi; birey olarak anlaşılma, saygı görme ve tanınma deneyiminin yanı sıra dinlenilme ve iyi hissetme deneyimini içerir (Haugan ve ark., 2012). Sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki etkileşimin kadının cinsel iyilik halini iyileştirdiğini belirtmektedir (Neumann ve ark., 2011). Hemşirelik uygulamalarında cinsel sağlığın geliştirilmesinin etkinliği, hemşirelerin iletişim ve danışmanlık becerilerinin gelişimine bağlı bulunmaktadır (Irwin, 1997).

İletişim sürecinde hemşirenin açık olması, hastanın cinsel davranışları, cinsel mitlerine yönelik olarak yargılayıcı ve etiketleyici bir yaklaşım içinde olmaması aradaki iletişim sürecinin güçlenmesini sağlayacaktır (Bates, 2011; Epner ve Baile, 2014). Cinselliğin değerlendirilmesi sürecinde hemşirenin beden dili, kendine güveni, konuya hakimiyeti ve iletişim becerileri önemlidir. İletişim sürecinde doğru zamanda doğru soruların sorulması ile konuyu kişiselleştirmeyen ve genel bir soru ile iletişim sürdürülebilir (Krebs, 2008).

Hemşire-hasta iletişimi; hastaların memnuniyetini, bakım kalitesini ve sağlığını etkiler. Cinsel öykünün hastalarla tartışılması fiziksel ve duygusal sağlık değerlendirmesinin önemli bir parçasıdır. Cinsel öykü hakkında iletişim, hastaların tarama davranışlarını, kişisel sağlık bilgilerini açıklama istekliliğini ve sağlayıcılarıyla genel ilişkilerini etkileyebilir (Politi ve ark., 2009). Hemşire-hasta etkileşimlerini geliştirme stratejileri arasında hemşirenin iletişim tarzı, sosyokültürel ve sosyoseksüel inanç ve değerleri ile içerik ve zamanlamanın önemini içerir iken; değerlendirme yapmanın önündeki engelleri azaltacak stratejiler başlangıçta hemşirenin bilgi ve becerisine, hemşirenin konfor ve güven düzeyine odaklanır. Hemşireler, hastanın kapsamlı değerlendirildiği ve hastaya uygun müdahalelerin hasta bakım planına dahil edildiğinden emin olmalıdır. Bunun için bireyin cinsel endişeleri tartışmaya ilişkin herhangi bir rahatsızlık veya utanç duygusu duymaması sağlanmalıdır. Bu nedenle, hemşire herhangi bir klinik değerlendirmede bireye cinsellik hakkında sorular sormalıdır. Cinsellik hakkında konuşma, cinsellik konusunu normalleştirir ve meşrulaştırır. Ayrıca hemşirenin cinsel kaygıları tartışmaya yönelik açık bir tutumda olduğunu bireye gösterir (Krebs, 2008).

- **Hemşirelerde cinselliğe ilişkin değer araştırma**

Hemşirelerin cinsel sağlık bakımı yerine getirme durumu ve etkileyen faktörleri inceleyen sistematik derleme çalışmasında; hemşirelerin cinselliği tartışma sırasındaki rahatlığı ve hemşirelerin cinsel sağlığın çok özel bir konu olduğu ve öncelikli olmadığına dair inanç ve tutumlarının hastaların cinsel sağlığı ele almasını etkileyen faktörler arasında sıralanmıştır (Fennell ve Grant, 2019). Benzer şekilde Williams ve arkadaşları (2017) tarafından Batı Avustralyalı hemşirelerin jinekolojik kanser tedavisi gören kadınlar için psikoseksüel bakım hizmetlerini nasıl kavramsallaştırdıklarına ilişkin yaptıkları çalışmada; hemşirelerin bireysel ve profesyonel değerlerinin psikoseksüel bakım sürecini etkilediği belirtilmektedir.

Cinselliği baskılayan veya kısıtlayan toplumsal tutumlar, hemşirelerin cinsel sağlık hizmeti sağlama ihtiyacını kavramsallaştırmasını engeller ve konunun gündeme gelmesini engeller. Bireylerin sahip olduğu cinselliğe ilişkin değerleri ve konfor düzeyi; cinsel sağlığı tartışma düzeyini belirlemektedir (Fitch ve ark., 2013). Çin’ de hemşireler ile yapılan bir çalışmada; hemşirelerin % 77.7’ sinin cinselliği hastalar ile tartışmak için çok özel bir konu olarak, % 63.4’ ü ise hastanede yatan hastaların

cinsellik ile ilgili sorunlarla ilgilenmek için çok fazla hasta olarak gördükleri saptanmıştır (Zeng ve ark., 2012).

Ülkemizde yapılan birçok çalışmada; hemşirelerin cinselliği konuşurken kendilerini rahatsız hissettikleri (Bal, 2014) ve cinselliğin hastalarla tartışmak için çok özel bir konu olduğunu düşündükleri (Gürel ve Taşkın, 2020) saptanmıştır. Ayrıca hemşire öğrencilerin cinsel sağlık bakımı verme düzeyini; öğrencilerin kişisel değerlerinin, iletişim sürecinde kendini rahat hissetme durumunun ve cinsel sağlığın önemi hakkındaki görüşünün etkilediği belirlenmiştir (Aker ve ark., 2018). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımına ilişkin negatif tutum ve inançlarının olduğu saptanmıştır (Öz ve ark., 2021). Cinselliğe yüklenen anlam ve değerlerin oluşmasında; profesyonel eğitim düzeyi ve cinselliğe ilişkin kültürel kaynaklı anlamlar ve değerlerin etkili olduğu bildirilmektedir. Cinselliğin ele alınmasına ilişkin yaşanan zorluklar; cinselliğin öğrenilen ahlaki davranışlar ile ele alınması, meslek içerisinde konunun baskılanmasıdır (Ferreira ve ark., 2015). Bu durum, hemşirenin hasta ile iletişimi sırasında özgüvensiz bir duruş sergilemesine neden olmaktadır. Bu nedenle, hemşirelerin cinselliğe ilişkin kendi duygu, davranış ve inançlarının farkında olmaları ve bu özelliklerinin hasta ile cinselliği tartışmada ne düzeyde etkili olduğunun farkında olması gerekmektedir. Farkındalık sonrasında hemşireler; cinsellik konusunu ele alma sürecinde rahatlık düzeyini geliştirmek için cinsel sağlığı değerlendirmeye yönelik eğitimlere katılması ve cinsel sağlığa ilişkin modellerden etkin bir şekilde faydalanması önerilmektedir (Gölbaşı ve Evcili, 2013).

• Hemşirenin eğitimi

Hemşirelerin kapsamlı bir şekilde bireylerin cinsel sağlıklarını ele alamama nedenleri arasında; sıklıkla literatürde hemşirelerin cinsellik, cinsel sağlık, cinsel sağlığı etkileyen faktörler ve cinsel sağlığın değerlendirilmesi gibi konulara ilişkin eğitim eksikliği gösterilmektedir (Saunamäki ve ark., 2010). Türkiye’de yürütülen birçok çalışmada hemşirelerin cinsel danışmanlığa ilişkin özel bir eğitim almadığı ve bu nedenle yetersiz bilgiye sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Gölbaşı ve Evcili, 2013). Benzer şekilde diğer ülkelerde de hemşirelerin eğitim müfredatlarında cinsel sağlığın yeterli olmadığı ve hemşirelerin cinsel sağlığa ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu ifade edilmektedir (Mecugni ve ark., 2021). Hemşirelerin eğitim

eksikliklerinin üstesinden gelme ihtiyacı açıktır. Çünkü cinsel eğitim programları, hemşirelerin hastaların cinsel kaygılarını gidermek, duygu ve düşüncelerini paylaşmak ve hastalar ile güvene dayalı bir iletişim kurmak için ihtiyaç duydukları güven ve rahatlığı sağlamak için gereklidir (Bozdemir ve Özcan, 2011). Tugut ve Golbasi (2017) tarafından hemşirelik öğrencilerine verilen cinsel eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada; cinsel eğitimin hemşirelik öğrencilerinin cinselliğe ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarında olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, cinsel sağlığı koruma, geliştirme ve rehabilite etme amacıyla verilen kapsamlı eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin hastaların sorunlarla başetmelerinin güçlendirilmesinde, tedavilerin olası ve varolan komplikasyonlarının yönetilmesinde önemlidir.

- **Psikoseksüel farkındalık**

Hemşirelerin var olan hastalığın bireyin cinselliğinden çok daha önemli olduğuna yönelik algıları, bireylerin cinsel sağlıklarını ele alma sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Onkoloji hastaları (Zeng ve ark., 2011) ya da yaşamı kısıtlayıcı hastalığı olan bireylerin hastalık ciddiyet düzeyinin cinsel bakım ihtiyaçlarının sıklıkla gözden kaçırılmasına neden olduğu bildirilmektedir (Blagbrough, 2010). Ancak, cinselliğin holistik bakımın bir parçası olduğu ve yaşam boyu cinsellik anlayışının bakım süreçlerinde temel olması ve cinselliğin bir hak olduğunun unutulmaması gerekmektedir.

Psikoseksüel farkındalık, hemşirelik ve sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşenidir. Her ne kadar belirli cinsel sağlık ortamlarında çalışan hemşireler, belirli bilgi ve uygulama alanları geliştirebilse de, tüm hemşirelerin cinselliği genel sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçası olarak kabul etmelidirler. Sağlık profesyonellerinin bakım verdiği hastaların sağlıkta ve hastalıkta cinsel varlıklar olduğunun farkına varmaları ve cevap vermeleri gerekmektedir. Tüm hemşirelerin, günlük klinik uygulamalarında hastalarının cinsel sağlık ihtiyaçlarını dinlemelerine ve yanıtlamalarına olanak tanıyan beceriler edinmeleri beklenmektedir (Brown, 2000). Cinselliğin öneminin "farkında" olmak, hemşireler hastaların isterlerse duygularını paylaşabilecekleri bir ortam oluşturmasını sağlayabilir (Cort, 2003).

- **Hemşirelerin sisteme dahil edilmesi ya da güçlendirilmesi**

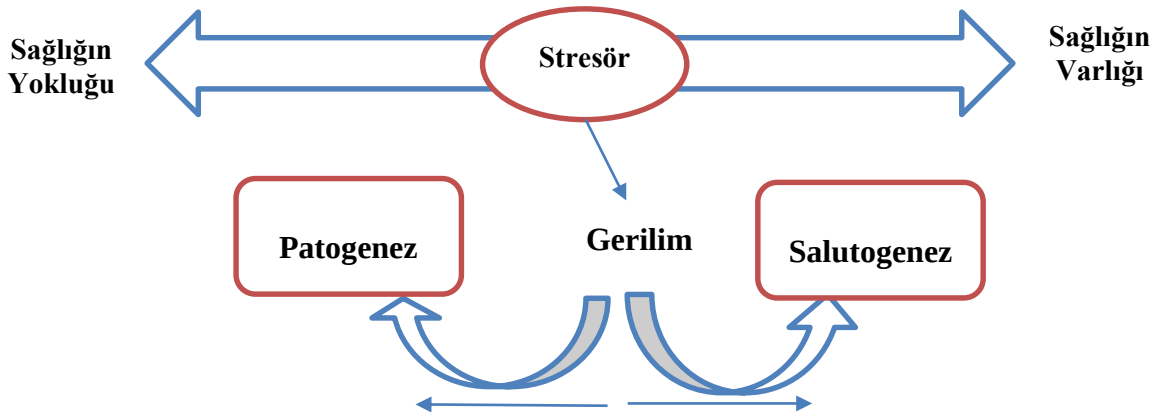
Hemşirelerin psikoseksüel sağlığa katkısının gerçek kapsamını değerlendirmek zordur. Çünkü; psikoseksüel bakım sağlayan birçok hemşire belirli cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde yer almaz. Ancak, hastalarının cinsel kaygılarını duyarlı bir şekilde tanımaya ve yanıt vermeye çalışır ve böylece belkide daha büyük sıkıntılar önlenebilir (Irwin, 2006). Williams ve arkadaşları (2017) hemşirelerin ekibin bir üyesi olarak algılanmasının ve çalışma ortamında desteklenmesinin psikoseksüel bakım sürecini etkilediğini belirtmektedirler. Hemşirelerin rollerinin açıklanması gerekmektedir. Tüm hemşireler, hastalarına iyi bakım uygulamalarını sağlama konusunda profesyonel bir sorumluluğa sahiptir. Bunun yanı sıra hemşirelerin klinik süreçte dökümantasyon, sevk gibi bazı rollerinin sınırlarının açıkça belirlenmiş olması önemlidir. Çünkü hemşirelerin bu tür sorumluluklarına ek olarak kanıta dayalı psikoseksüel bakım sunmasını beklemek gerçekçi olmayabilir (Williams ve ark., 2017). Hemşire, cinsel sorunları tartışmaktan kaçınabilir, bu görüşmeyi başka birinin yapması gerektiği varsayımına sahip olabilir (Hordern ve Street, 2007). Bu nedenle, her kadın için standart bakım olarak psikoseksüel sorunların değerlendirilmesine yönelik kılavuzlar uygulanmalıdır. Bu strateji sağlık kurumunun, jinekolojik kanser hasta bakımının önemli bir parçası olarak psikoseksüel bakıma değer verdiğini gösterecektir (Williams ve ark., 2017).

Organizasyonel desteğin sözel ya da yazılı olarak varlığı; hemşirelerin hastaları ile cinsel sağlığa ilişkin tartışmalar yapabilmeleri için yeterli zamanı ayırmalarına olanak sağlayabilir (Saunamäki ve Engström, 2014). Hemşire akademisyenler ve yöneticiler, sürekliliği olan eğitim programlarını sunmak için daha fazla sorumluluk almalıdırlar. Kurumsal politikalar ve yönetim destekleri; hemşirenin cinsel sağlık konularını ele alma rahatlığını ve istekliliğini arttıracak ve role ilişkin sorumluluklarını açıklaştıracaktır. Hemşirelik girişimlerini geliştirmeye odaklanan politika değişiklikleri ve yönetim desteği; hemşirelerin cinsel sağlığı ele almasını engelleyen unsurların incelenmesine yardımcı olabilir (Jonsdottir ve ark., 2016). Fennell ve Granbt (2019) tarafından yapılan bir sistematik derleme çalışmasında; hemşirelerin hastaların cinsel sağlıklarını ele almalarını etkileyen faktörler arasında zaman, sorumluluk ve kurumsal desteğe ilişkin algılanan engeller yer almaktadır. Benzer şekilde, ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında uygun ortam (%28,1) ve uygun

zamana sahip olmanın (%7,4) perinatal alanda çalışan hemşire ve ebelerin bakımda cinselliği ele alma konusunda kolaylaştırıcı faktörler olduğu belirlenmiştir (Piran, 2019).

2.2. Salutogenez Modeli

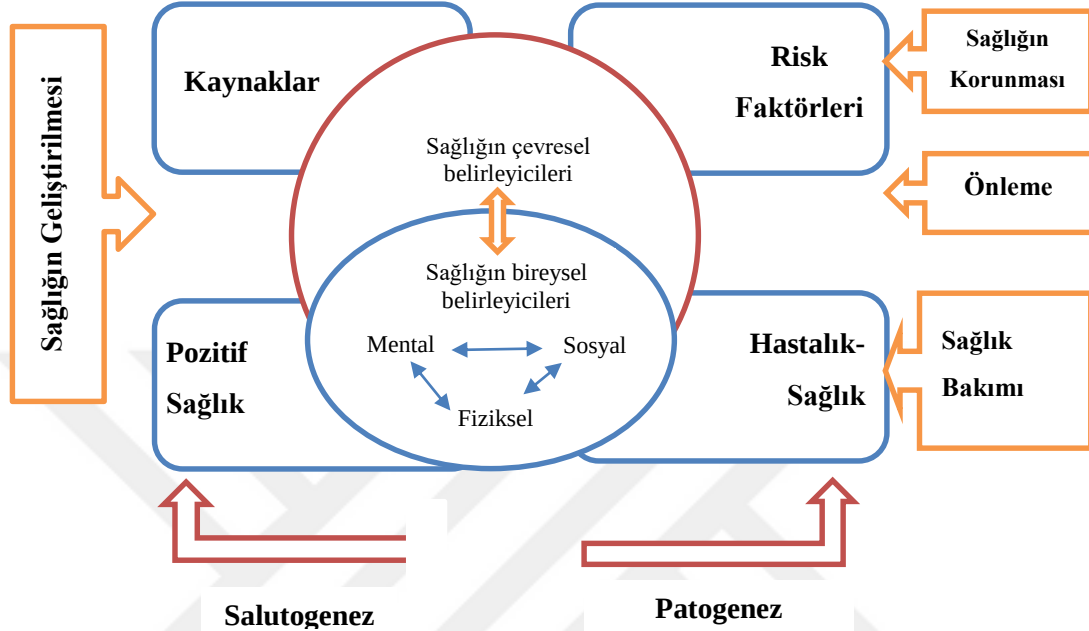
Salutogenez, sağlığı sağlık-hastalık sürekliliği içerisinde tanımlayarak, sağlığı sistematik olarak keşfeden ilk teori ve modeldir. Salutogenez' in anlamı “salus” Latince' de sağlık anlamına, “genezis” Yunanca orjin anlamına gelmektedir. Bu nedenle Salutogenez “sağlığın ortaya çıkışı ya da sağlığın kökeni” şeklinde kullanılır ve temel sorusu; "Sağlığı oluşturan şey nedir?". Salutogenez kavramı, medikal sosyolog Aaron Antonovsky tarafından 1970' li yıllarda ileri sürülmüştür. Model, sadece sınırlılıklar ve hastalık sebeplerine odaklanmaktan ziyade sağlığı yaratan şeyin neler olduğunun incelenmesini önermektedir. Model, kaos ve belirsizlik ile başa çıkabilmeye odaklanmaktadır; çünkü modele göre stres yaşamın bir parçasıdır. Stresörler bazen hastalık yönüne yönelmeye neden olabilirken bazen de daha güçlü bir şekilde sağlığa yönelmeyi sağlayabilmektedir. Salutogenez, bireyin sağlık yönüne doğru yönelmesini sağlayan kaynak, durum ve faktörlere odaklanmaktadır. Antonovsky' e göre (1979) sağlık ve hastalık yatay bir çizgi ekseninde bir süreç olup, eksenin bir ucunda sağlığın yokluğu, diğer ucunda ise sağlığın varlığından bahsedilmektedir. Model'e göre; insanlar bu yatay çizginin herhangi bir yerinde olabilir ve hastalık her zaman vardır, var olacaktır (Antonovsky, 1987; Eriksson ve Lindström, 2007) Antonovsky' nin Salutogenez'e ilişkin bakış açısı Şekil 2.5' te verilmiştir.



Şekil 2.5. Antonovsky' nin Sağlık Sürekliliği ve Salutogenez'e Bakış Açısı

Kaynak: Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion*. Folkhälsan research center, Health promotion research.

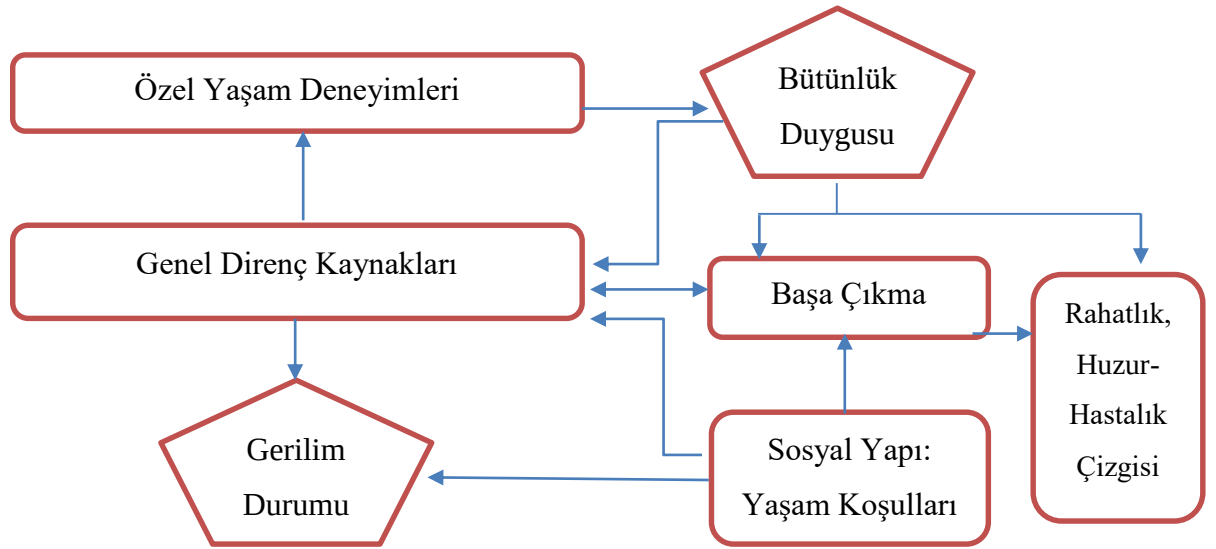
Salutogenez, sağlık profesyonellerinin sağlık ve hastalık kavramına yaklaşımının hastalığı önleme değil, bireyi sağlık eksenine yaklaştıracak unsurlara odaklanmak olması gerektiğini vurgular (Antonovsky, 1979, 1987, 1996; Eriksson ve Lindström, 2007; Becker ve ark., 2010; Bag, 2017) (Şekil 2.6).



Şekil 2.6. Patogenez-Salutogenez, Hastalık-Sağlık, Risk-Kaynak Bakımı, Önleme-Geliştirme Kavramlarına Bir Bakış

Kaynak: Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion*. Folkhälsan research center, Health promotion research.

Antonovsky (1979) modelinde günlük yaşantıda bireyin karşısına çıkan olumsuz durumları stresör olarak tanımlamış; stresörlere verilen tepkileri ele almıştır. Stresörler; uygun ve beklenen olarak karşılanırken bazen tehdit edici olarak algılanabilir. Modelde bireyin karşılaştığı stresörü beklenen bir durum olarak algılayıp, daha etkili baş etmesi, bunun için var olan mevcut kaynaklarına yönelmesi üzerinde durulmaktadır (Antonovsky, 1996; Bag, 2017) Modele göre bireyin sağlık/iyilik haline yaklaşmasını sağlayan unsurlar; çevresel tehdit olarak algılanan stresörler ile bireyin mevcut genelleştirilmiş direnç kaynakları ile bütünlük duygusunun etkileşimi olarak tanımlanmıştır. Bireyin sağlık/iyilik haline yaklaşması süreci Şekil 2.7' de sunulmuştur.



Şekil 2.7. Salutogenez Modeli

Kaynak: Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.

2.2.1. Salutogenez Modeli'nin Kavramları: Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları

Genelleştirilmiş direnç kaynakları, bireylerin stresörler ile olan mücadelesinde bireye güç veren kaynaklardır. Bu kaynaklar; fiziksel, biyolojik, genetik, bilişsel, değer-tutumlar, soysal destek, benlik duygusu, bilgi ve kültürel ait olma gibi kavramları içermektedir (Antonovsky, 1979, 1987). Genelleştirilmiş direnç kaynakları, güçlü bir bütünlük duygusunun gelişimi için temel unsur olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik, stres yönetimini geliştirme ve diğer genelleştirilmiş direnç kaynaklarının harekete geçirilmesini sağlayabilecek özelliklere sahiptir. Bu nedenle modelde açıkça belirtilmemesine rağmen; hemşireliğin genelleştirilmiş bir direnç kaynağı olarak görülebileceği bildirilmiştir (Sullivan, 1989).

Antonovsky' e göre direnç kaynakları bireylerin yaşam deneyimleri ile ömür boyunca gelişir ve bireyin bütünlük duygusunu güçlendirir. Bireyin stresör ile olan mücadelesinde bireyin kendi kaynaklarını tanıması ve stresli durumlarda bunlardan yararlanma yeteneği modelde kilit nokta olarak tanımlanmaktadır (Antonovsky, 1987). Maruz kalınan stresörü bireysel olarak değerlendirme ve onun ile etkili baş etmeyi sağlayan unsur ise modelin diğer kavramı olan bütünlük duygusu olarak belirtilmektedir. Bu nedenle, modelde genelleştirilmiş direnç kaynakları ile bütünlük duygusu arasında karşılıklı ve dinamik bir ilişki olduğu ifade edilmektedir. Direnç kaynakları gelişmiş olan bireyler bütünlük duygusu ile tutarlı yaşam deneyimlerine

sahip iken, genelleştirilmiş direnç kaynakları bireyin bütünlük duygusunun gelişimine ve direnç kaynaklarının harekete geçirilmesine katkı sağlayabilir (Kvåle ve Synnes, 2013; Idan ve ark., 2017).

2.2.2. Salutogenez Modeli'nin Kavramları: Bütünlük Duygusu

Modelin diğer kavramı olan bütünlük duygusu (Sense of Coherence, SOC) ise bireyin içinde bulunduğu durumu kavraması, var olan mevcut kaynaklarını tanımlaması ve harekete geçirmesini sağlayarak bireyin etkili bir şekilde başa çıkma, direnme gücü olarak tanımlanmaktadır. Böylece, bütünlük duygusu bireyin sağlığının gelişimine ve iyilik haline önemli katkıları bulunmaktadır. Bu özelliği ile kavram, bireyin hayata ve dünyaya yönelik duruşunu ifade etmektedir. Tutarlılık duygusu; hayatı, yapılandırılmış, yönetilebilir ve anlamlı olarak gösteren küresel bir yönelimdir. Ayrıca, bütünlük duygusu, bireyin var olan kaynaklarını kullanma becerisini belirtir. Bütünlük duygusu; sağlıklı olmayı teşvik eden psikolojik bir kaynak, stresli durumlara cevap verme kapasitesinin belirleyicisi gibi ifadeler ile tanımlanabilmektedir (Eriksson, 2017; Koelen ve ark., 2017).

Bütünlük duygusu, insan olarak düşünme, olma ve eyleme geçme yoludur, yaşama yön verir. Antonovsky' e (1979) göre bütünlük duygusu, bireyin yaşamındaki olayları yönetmek ya da problemleri çözmek için farklı stratejileri seçme yeteneğini veren bir baş etme kaynağı olarak görülebilir. Salutogenez, bir süreçtir. Bu süreç, var olan genel direnç kaynaklarını güçlendirme, yeni kaynaklar oluşturma ve bireyin bunları fark etmesi, tanıması ve kullanmasını içermektedir. Bütünlük duygusu, pozitif sağlık gelişimi için gösterge görevi görmektedir (Eriksson ve Lindström, 2007; Becker ve ark., 2010).

Antonovsky'e göre bütünlük duygusu çocukluk yıllarından itibaren gelişmeye başlayarak yaşam deneyimleri ile birlikte değişimler göstermektedir. Ergenlik dönemine ulaşıldığında bu dönem ve sonrasında bütünlük duygusu üzerinde küçük değişimler olmasına rağmen genel bir değişim olmayacağı belirtilmiştir (Antonovsky, 1979, 1987). Ancak, yıllar sonrasında bütünlük duygusunun gelişim süreci çalışmalarda sıklıkla tartışılmış, bütünlük duygusunun yaşı ilerlemesi ile gelişebileceğine dair görüşler ortaya çıkmıştır (Eriksson ve Lindström, 2007; Nilsson ve ark., 2010). Antonovsky'e göre bütünlük duygusu yaşam deneyimlerinden çok fazla

etkilenecek gelişir ve bireyin karşılaştığı stresli durumlar ve bireye sunulan direnç kaynaklarının çeşitliliği de bütünlük duygusunun gelişimini etkileyebilir (Antonovsky, 1987). Bütünlük duygusu; anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılığı içeren üç unsurun birleşimi ile ele alınmaktadır.

❖ **Anlaşılabilirlik**

Bütünlük duygusunun bilişsel bileşeni olan anlaşılabilirlik kavramı; bireyin içinde bulunduğu stresörü açık ve biçimlendirilmiş bir şekilde algılamasıdır. Bu durum, etkili bir baş etme için ön koşul olarak tanımlanmaktadır (Golembiewski, 2017). Ayrıca, anlaşılabilirlik unsuru bireye gelecekte karşılaşacağı uyaranları öngörebilmeyi, onlara karşı açık olmayı ve duygular yerine gerçek olanı yargılama becerisi sağlar (Eriksson ve Lindström, 2005; Kvåle ve Synnes, 2013).

❖ **Yönetilebilirlik**

Bireyin stresörün neden olduğu durum ile baş edebilmesi için yeterli düzeyde kaynaklarının olduğu duygusudur. Yönetilebilirlik kavramı, modelin davranışsal bileşeni olarak tanımlanmaktadır. Yönetilebilirlik bireyin mevcut kaynaklarını görebilmesi ve bunları etkili baş etme için kullanma becerisi ile ilgilidir. Yönetilebilirlik duygusu yüksek olan bireyler karşılaştıkları durumlarda onları baş edilebilir olarak değerlendirecek, “kendisine haksızlık edildiği” gibi olumsuz düşüncelere sahip olmayacaktır (Kvåle ve Synnes, 2013; Golembiewski, 2017).

❖ **Anlamlılık**

Modelin motivasyonel bileşeni olan anlamlılık; bireyin yaşamındaki olayları, talepleri, olumsuz durumları; mücadele etmeye, enerji harcamaya, sorumluluk almaya ilişkin ne derece anlamlı gördüğü algısıdır (Antonovsky, 1987). Kısacası, bireyin yaşamı duygusal anlamda anlamlı hissetmesi ile ilgili bir bileşendir. Anlamlılık duygusu yüksek olan bireye mutsuz yaşantılar yüklendiğinde, istekli olarak bu zorluğu üstlenecek, anlamını aramaya karar verecek ve üstesinden gelmek için elinden gelenin en iyisini yapacaktır (Eriksson ve Lindström, 2005). Antonovsky (1979) ve Frankl'a (1963) göre “anlamlılık”, yaşama arzusunun temeli, hayatı ileriye doğru iten anlam, hastalık ve ölümün kaçınılmazlığına karşı direnme arzusudur ve salutojenik kaynakların en önemlisi olarak nitelendirilir (Golembiewski, 2017).

Yüksek bütünlük duygusuna sahip olma; kişiye hayatı anlaşılabilir, yönetilebilir ve anlam verilebilir şeklinde görmesini sağlar. Anlaşılabilirlikte kişi uyararı algılamada ilk koşul olan “tutarlılığı” deneyimlerken, yönetilebilirlik duygusuyla “iyi bir yük dengesi” algılar. Ayrıca yüksek bütünlük duygusu, bireyin kendisinde ve çevresinde bulunan kaynaklarını tanımlaması, sağlığı geliştirmeye yönelik bu kaynakları kullanabilmesi için içsel bir güven verir (Antonovsky, 1979, 1987, 1996; Eriksson ve Lindström, 2007; Becker ve ark., 2010; Bag, 2017). Güçlü bir bütünlüğe sahip kişi, kendine özgü insani yeteneklerini, beklentilerini ve problem çözme yeteneklerini mükemmelliğe getirmiştir. Yüksek bütünlük duygusu olan bireylerin stresli durumlarla başa çıkmak için yüksek motivasyonu vardır ve baş etme yetenekleri yüksek ve esnektir. Kaynakların başarılı kullanımı, uzun vadeli gerginliğin azaltılmasıyla sonuçlanır. Bu nedenle bütünlük duygusu, kişinin sağlığını korumaya ve sağlığın sürekliliğinin sağlanmasına yardımcı olmaktadır (Mittelmark ve Bauer, 2017).

2.2.3. Salutogenez Modeli ve Kadın Sağlığında Kullanımı

Salutogenez, bir süreçtir ve bu süreç var olan genel direnç kaynaklarını güçlendirme, yeni kaynaklar oluşturma ve bireyin bunları fark etmesi, tanınması ve kullanmasını yani bütünlük duygusunun oluşturulması ve/veya artırılmasını içermektedir (Eriksson ve Lindström, 2007). Salutogenez Modeli, özellikle doğum süreci ve intrapartum bakıma ilişkin yapılan çalışmalarda dikkate alınmıştır. Perinatal dönemde sağlık hizmetlerinin medikalizasyonu maternal bakım hizmetlerinde patogenez bakış açısının hakim olmasına neden olmuştur (Ferguson ve ark., 2015). Bu nedenle, salutogenez yaklaşım temelli maternal bakım modelinin benimsenmesi; sağlık profesyonellerine daha pozitif ve sağlık odaklı bakış açısı sağlayabilir. Böylece bakım eşitsizliğini azaltabilir ve maternal bakımının kalitesini artırabilir. Salutogenez yaklaşımlı bakımda; kadının geçmiş deneyimlerini tanımlama, güçlü ve zayıf yönlerini belirleme, sınırlılıklarını düzenleme ile kadının sağlık ve iyilik hali artırılabilir, böylece kadının ideal sağlık eksenine yaklaştırılması sağlanabilir (Perez-Botella ve ark., 2015).

Salutogenez Modeli’nin perinatal bakımda ele alınma şeklinin incelendiği bir sistematik derleme çalışmasında; bütünlük duygusunu etkileyen faktörler yani genelleştirilmiş direnç kaynakları, bütünlük duygusunun etkileri, annelerde bütünlük duygusunu geliştirme yolları ve perinatal bakımda Salutogenez Modeli’nin kullanımı

başlıkları altında toplamda 34 çalışma incelenmiştir. Bütünlük duygusunu etkileyen faktörler; sosyodemografik özellikler, psikolojik faktörler, doğumla ilişkili faktörler, sosyal destek varlığı olarak belirlenmiştir. Bütünlük duygusunun maternal sağlık üzerine etkileri ise artmış ilişki memnuniyeti, sosyal destek algısı, parental psikolojik iyilik hali (daha düşük depresyon oranı, posttravmatik stres bozukluğu ve anksiyete semptomları), pozitif intrapartum çıktıları (daha az sezaryen, müdahaleli doğum, daha fazla oranda normal doğum, artmış pozitif doğum deneyimi), baş etme becerileri ve annelik fonksiyonuna uyum olarak saptanmıştır (Shorey ve Ng, 2020).

Salutogenez Modeli'nin perinatal sağlıkta bütünlük duygusunun doğum korkusunun ele alınmasında (Jean Greer BSc, 2014), doğum deneyimlerini ele almaya yönelik model gelişiminde (Dahlberg ve ark., 2016), parental mental iyilik halini geliştirme (Kelly ve ark., 2016) amacı ile kullanıldığı belirlenmiştir. Sağlıklı kadınlarda maternal bakımı Salutogenez Modeli kullanarak ele alan çalışmaları inceleyen derleme çalışmasında ise modelin pozitif gebelik çıktısı özellikle sigaranın bırakılması üzerine etkili olduğu belirlenmiştir. İntrapartum süreçte bütünlük duygusunun doğum tipi tercihi, komplikasyonsuz doğum oranı, epidural tercihi ile ilişkilendirildiği belirtilmiştir. Postnatal dönemde ise bebeğin beslenmesine ilişkin annelerin duyguları, deneyimleri ve düşüncelerinin belirlenmesinde modelin kullanıldığı ifade edilmektedir (Perez-Botella ve ark., 2015).

Jinekolojik kanser hastası olan kadınlarda bütünlük duygusu demoralizasyon için koruyucu faktör olarak nitelendirilmiş (Boscaglia ve M. Clarke, 2007) olup, çalışma sayısının bu alanda sınırlı olduğu görülmektedir. Kadın hayatında önemli bir geçiş dönemi olan menopoza döneminde olan kadınların bütünlük duygusu menopozal semptomlar, baş etme becerileri, yaşam kalitesi (Ngai, 2019) ve sağlıkla ilişkili davranışlar ile ilişkilendirilmiştir (Kurowska ve Kierzenkowska, 2014).

2.2.4. Salutogenez Modeli ve Psikoseksüel Hemşirelik Bakımı

DSÖ (2006) cinsel sağlığı; cinsel açıdan sadece hastalığın, fonksiyon bozukluğunun ya da sakatlığın olmayışı değil fiziksel, emosyonel, sosyal ve mental açıdan tam bir iyilik halinde olma olarak tanımlamıştır. Cinsel sağlık, tatmin edici ve güvenilir cinsel ilişkilerin yanı sıra cinselliğe ve cinsel ilişkilere ilişkin pozitif ve saygılı bir yaklaşımı gerektirmektedir. Cinsel sağlık aynı zamanda duyguları, davranışları ve düşüncelerin

kontrolünü kapsamaktadır (WHO, 2010b). Cinsellik, geçmişten bugüne kadar medikalizasyon bakış açısıyla ele alınmış, bireysellikten çok toplumsal olarak konuya odaklanılmıştır. Medikalizasyon bakış açısı ise koruyucu ve kontrol eden sağlık yaklaşımlarının daha yaygın olarak kullanılmasına neden olmuştur (Giami, 2002). Cinselliğin bilişsel yanıtlarının ise çalışmalarda çok az ele alındığı belirtilmektedir (Downing-Matibag ve Geisinger, 2009).

Cinsel sağlığa ilişkin eğitiminin içeriği, biyomedikal görüş ile geliştirildiği için güvenli olmayan cinsel ilişkinin olumsuz sonuçlarına daha çok odaklanılmaktadır. Cinsel problemler ve disfonksiyonların boyutları, belirleyicileri ve doğasına ilişkin birçok araştırmalar yürütülürken, çalışmalarda cinsel sağlık ve iyilik halini oluşturan unsurların çok az ele alındığı bilinmektedir (Laumann ve ark., 2006). Cinsel iyilik hali kavramının bile sıklıkla cinsel yolla bulaşan hastalıkların olmayışı olarak ele alınması dikkat çekmektedir (Condran, 2014; Bloomington, 2016). Ancak, cinsel iyilik hali kavramı sadece cinsel fonksiyonlara değil, aynı zamanda bireyin ilişki ve cinselliğe ilişkin algılarına da odaklanmaktadır (Verschuren ve ark., 2010). Pozitif sağlık yaklaşımı, rahatsızlıklara ya da disfonksiyonlara odaklanmaktan ziyade bireyleri iyileştirmeye yardım etmeye ve yaşam doyumunu iyileştirmeye vurgu yapmaktadır. Bu yaklaşımın kadınlarda cinsel doyum ve iyilik halini içeren çalışmalarda nadir olarak ele alındığı belirtilmektedir (Rosen ve Bachmann, 2008). Sağlık profesyonelleri, cinsel iyilik halini içeren sağlıklı cinselliğin pozitif yönlerine odaklanacak şekilde hastalara eğitim vermelidir. Pozitif yaklaşım içeren cinsel eğitim; sadece fiziksel yakın ilişkiyi iyileştirmeye değil, aynı zamanda bireyin beden imajını ve öz-güvenini iyileştirmeye yönelik olmalıdır. Böylece, cinsel iyilik halinin fiziksel ve psikolojik her iki yönü de ele alınmış olacak ve bireye bütüncül bakım verilebilecektir (Martin ve Woodgate, 2017).

Literatürde hemşirelik teorisyenlerinin biomedikal paradigmanın aksine, sağlık odaklı kavramsal modellere odaklanmaları gerektiği (Sullivan, 1989), benzer yaklaşımın psikoseksüel bakımın hemşirelik bakımının rutin bir parçası haline getirilebilmesi için de gerekli olduğu belirtilmektedir (Ferreira ve ark., 2015). Hemşirelik bakım uygulamalarının ayrılmaz bir parçası olan cinsel sağlığın geliştirilmesinde, artmış bütünlük duygusunun önemli bir strateji olacağı bildirilmiştir (Quintard ve ark., 2014). Bu nedenle, Salutogenez Modeli' nin bireyin iyilik hali üzerine odaklanmasından

dolayı “Cinsel İyilik Hali Modeli” ile uyumlu olduğu düşünölmektedir. Bireyin cinsel iyilik halini geliştirmeye yönelik öncü olan şeyin içsel süreç olduğu belirtilmektedir. Cinsel iyilik haline sahip olmak için etkili baş etme mekanizmalarına ve öz-güvene sahip olma; gerekli olarak görölmektedir. Bu gerekli olan unsurlar; cinsel benlik saygısı ve öz-yeterliliği için de gerekli olan öncü unsurlardır (Martin ve Woodgate, 2017).

Cinsel sağlığın geliştirilmesinde, artmış bütönlük duygusu önemli bir strateji olarak bildirilmiştir (Quintard ve ark., 2014). Bütönlük duygusunun gelişimi için, sağlık profesyonelleri özellikle hemşirelerin bireylerle sahip olduğu açık iletişim ve yapılandırılmış eğitimler, büyük önem arz etmektedir (Moons ve Norekvål, 2006; Mayer ve Boness, 2011). Sağlık profesyoneli tarafından verilen eğitim, kişinin yaşadığı durumu daha tahmin edilebilir kılarak, anlaşılabilirlik duygusunu artırır (Sagy ve Antonovsky, 2000). Bireyin bütönlük duygusunu geliştirmek için genelleştirilmiş direnç kaynaklarının uygunluğunu anlama ve onları kullanabilme yeteneğine sahip olması gerekmektedir. Sağlık profesyoneli ile birey arasında kurulacak destekleyici ilişki, bireyi bilgilendirerek ve teşvik ederek bireyin diğer direnç kaynaklarının farkında olmasını sağlamaktadır (Moons ve Norekvål, 2006). Kişinin geleceğinin şekillenmesinde yer alması ve kontrol hissi yaşaması; anlamlılık duygusunun artmasını sağlar (Wolff ve Ratner, 1999).

Bireye yakın çevresi tarafından değer verildiğinin gösterilmesi de bu duygunun gelişmesine yardımcı olur (Antonovsky, 1987). Antonovsky’ e göre sosyal destek ve benliği geliştirmek, bütönlük duygusunun arttırılması için çok önemli bir faktördür. Grup üyelerinden algılanan destek, bütönlük duygusunun değişimine yardımcı olabilir (Höjdahl ve ark., 2015). Grup uygulamaları ile bütönlük duygusunun davranış ve algısal olmak üzere iki mekanizma aracılığı ile geliştirileceği belirtilmektedir. Algısal mekanizma ile kişinin stresli olayı daha yönetilebilir, anlaşılabilir ve anlamlı görmesi sağlanır. Davranışsal mekanizma ile ise kişinin stresten kaçmaktan ziyade onunla savaşması amaçlanır (Kähönen ve ark., 2012). Ev ödevleri, gevşeme egzersizleri ve grup çalışmaları; kadının bazı şeyleri anlamlı olarak tanımlamasını teşvik edebilir (Höjdahl ve ark., 2015). Sağlık profesyoneli, bireyin hayatı üzerinde kontrol sahibi olabilmesi için onu desteklemeli ve karar verme süreçlerine bireyi de dahil ederek bu duyguyu geliştirebilmelidir (Moons ve Norekvål, 2006).

2.3. Model Geliştirme

2.3.1. Model ve Teorinin Tanımı ve Özellikleri

Model, “onu ifade eden şeyleri anlamamıza yardımcı olan bir simge” olarak tanımlanmaktadır. Bir hemşirelik modeli, inançlar, değerler, kavramlar ve bunlar üzerine kurulan kuramlar oluşturmayı amaçlayan düşüncelerden meydana gelir. Kuram sözcüğü ise Yunanca’da “görüş” anlamına gelen “theoria” sözcüğünden gelir. Teorinin sözlük anlamı olayları açıklayan genel ilkelerdir. Velioğlu (2012) kuramın en basit ve açık anlamıyla, “veriye bir bakış açısı getirmek ya da verinin örgütlenip anlamlandırılması” olduğunu belirtmektedir.

Pek çok kuram hemşireliğin doğasını, bakımı ve bakım verilen bireyi, hasta-hemşire etkileşiminin yapısını, bu etkileşimin gerçekleştiği ortamı yani çevreyi ve sağlığı, kuramcının algılaması ile tanımlanır. Bu nedenle hemşirelik alanında geliştirilmiş kuramlar farklı gruplarda sınıflandırılabilir. Hemşirelik alanında geliştirilmiş kuramlar hemşirelik işlevlerine, ilkelerin genellemesine, hemşirelik tanımlarına ve kendilerini besleyen temel felsefi akımlara göre sınıflandırılabilir. Kuramlar, teorilerin gelişmişlik düzeylerine göre ve soyutlanabilirlik düzeylerine göre sınıflandırılır (Meleis, 2011).

1. Gelişmişlik Düzeylerine Göre Teori Türleri

- **Betimleyici teori:** Sadece kavramları belirtir ve tanımlar. En gelişmemiş teoridir. Bilgi sunucu özelliği vardır. Bir disiplinin çalışmasını ve özelliklerini belirler. Bir olay, durum ya da ilişkiyi, özelliklerini ve bileşenlerini, olayın hangi şartlar altında oluştuğunu ve sonuçlarını tanımlar. Betimleyici teoriler, tamamlayıcı teorilerdir ve araştırmalarda rehberlik için gereklidirler. Hemşirelikte betimleyici teori tipleri; yaşam sürecini tanımlama, insan-çevre etkileşimleri tanımlama, yaşam sürecindeki değişimi hemşirelik tanısını belirlemeyi içerir. Betimleyici hemşirelik teorileri bütün bunların tanımlaması, açıklanması ve hemşirelik tanısının tahmin edilmesine yardım eder. Betimleyici teoriler eylem odaklı değildir ve durum değişikliği için herhangi bir girişimde bulunmaz (Meleis, 2007, 2011; Hugh McKenna ve ark., 2014).
- **Açıklayıcı teori:** Kavramlar arası ilişkileri açıklar. Orta düzeyde bir teoridir. Bilgi inşa edici özelliği bulunmaktadır. Bir olguyu, bir durumu çözümledikten sonra, öğeleri arasındaki bağlantıları açığa çıkarma yoluyla aydınlatma, ikinci bir şeyin yalnızca ne olduğunu değil, nedenini de ortaya koyma; iki şey arasındaki nedensel

bağlantıyı göstermedir. Açıklayıcı teori kişiler, gruplar, durumlar ya da olayların özellikleri ya da boyutları arasındaki belirtilen ilişkileri açıklar. Bir olayın her bir parçasının diğerleriyle nasıl bir ilişki içerisinde olduğunu açıklar. Açıklayıcı teori tanımlayıcı teoriler ile tespit edilen olayı/durumu formüle eder (McKenna, 2005).

- **Tahmin edici teori:** Kavramlar ya da önermeler arasındaki ilişkileri tahmin eder. Yüksek düzeyde bir teoridir. Kavramlarla bağlantılı olan önermelerin daha spesifik neden-sonuç ilişkisine dikkat çeker. Tahmin edici teoriler, açıklayıcı teoriler üzerine inşa edilir ve deneysel araştırmalarla test edilip üretilebilir (Hugh McKenna ve ark., 2014).
- **Kontrol edici/öngören teori:** Belirli sonuçlara ulaşmak için gerekli olan eylemleri öngörür. En yüksek düzeyde bir teoridir. Tanımlayıcı, açıklayıcı ve tahmin edici teori üzerine inşa edilir. Öngörülebilir neden-etki ilişkilerini tahmin eder. Ayrıca, bilginin özel ve bağlamsal durumlarda kullanımını sağlar. Bu tür, kuramlar değişim için yapılacakları ve hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının tahminini içerir. Kuramın o zamanda hangi şartlar altında gerçekleştiğini ve sonuçlarını inceler. O yaşam sürecindeki şartları, kişi-çevre ilişkilerini, sağlık durumlarını ve ihtiyaçları, şartların hastanın yaşam sürecini nasıl etkilediğini, sağlık durumunu ve çevreyle etkileşimini açıklar. Çevre üzerine de yoğunlaşır (Meleis, 2007; Hugh McKenna ve ark., 2014).

2. Soyutlama Düzeylerine Göre Teori Türleri

- **Meta-teori:** En soyut düzeyde olan teoridir. Meta teori hemşireye, hemşirelikte evrensel bir vizyon sunar. Hemşirelikte meta teori bir üstyapı/en üst sistem olarak kabul edilir. Yani yeni grand ve middle-range kuramların keşfi için bir çatı oluşturur (DeNisco, 2019). Meleis ve Fawcett; hemşirelikte iki önemli meta-kuramcılardır. Meta-kuramcılar; kendi kendilerine teori şekillendirmezken gelişen teorilerin ve hangi hasta ve sağlık profesyonellerin etkilendiğinin tanımlanması, sınıflandırılması, tartışılması sorumluluklarına sahiptir. Meta-kuramcıların diğer bir görevi, hemşirelik kuramcıları arasında vurgulanan bilim felsefesindeki değişiklikleri analiz etmektir (Meleis, 2007).
- **Grand teoriler:** Kavramsal modeller olarak da ifade edilirler. Bu tür teoriler sıklıkla araştırmaya kolaylıkla uygulanamayan bir soyut düzeye sahiptir. Grand teorilerin amaçları; bir bakış açısı sağlamak, hemşirelik uygulamalarına geniş bir perspektif sağlamak, geleceğe genel bir yön vermektir. Orem' in Öz Bakım

Eksikliği Kuramı, Roy' un Adaptasyon Modeli ve Peplau' nun Kişilerarası İlişki Modeli grand teorilere örnektir (Hugh McKenna ve ark., 2014). Grand teoriler, kavram, gözlem, araştırma bulguları ve deneyimin sentezinden kurulur. Çok sayıda soyut kavram arasında ilişkiyi sağlar ve geniş kapsamlılığı yansıtır. Grand teoriler soyutlanmada en yüksek seviyedir ve deneysel çalışmalarda kullanılmazlar. Hemşirelikte ilk teoriler grand teoriler olarak kabul edilir (Meleis, 2007). Grand teoriler meta teorilerden daha kapsamlıdır. Grand teoriler daha geniş kapsamlı fakat meta teorilere göre daha az soyuttur. Bu nedenle grand teoriler test edilebilirler (McKenna, 2005).

- **Middle Range teori:** Hemşirelik teorilerinin ikinci seviyesidir. Grand teorilere göre daha az soyuttur ve daha kapsamlı ve spesifiktir. Alanı sınırlıdır ve test edilebilen birçok değişkeni vardır. Karmaşık durumları açıklamak için yeterince soyut ve ölçülebilirdir. Middle range teoriler; yapıları içerisinde daha az kavram ve öngörü içermekte, daha fazla test edilebilmekte, daha sınırlı alanda uygulama ve araştırma ile daha güçlü ilişkiler sunmaktadır (McKenna ve ark., 2014). Middle range teoride araştırma ve uygulama arasındaki ilişki güçlüdür ve bu da onu uygulamalı disiplinler için önemli kılar. Ayrıca middle-range teoriler, genellikle grand teorilerde görülen kavramlar ile detay arasındaki dengeyi korurlar. Bu nedenle middle-range teorilerin hemşireler için en iyi teori olduğu söylenmektedir (Meleis, 2011; DeNisco, 2019).
- **Uygulama teorisi:** Bazen, mikro-teori olarak adlandırılmaktadır. Somut ve araştırılabilir kavramları içermektedir. Teori, çok spesifik bir odak, middle range teoriden daha dar kapsam ve daha somut düzeydedir (McKenna ve ark., 2014). Uygulama teorisi hemşirelere büyük yararlar sağlar ve hemşirelik uygulamalarına doğrudan bir yaklaşım oluşturur. Uygulama teorileri, hastalara gerçek hemşirelik bakımının verilmesinde kullanılan hemşirelik teorileridir. Uygulama teorilerinin pek çok özelliği vardır. Bunlar:
 - Hemşirelik müdahalelerinin yürütülmesinde kullanılmaktadır ve çoğunlukla psikomotor işlemleri (kıyafetlerin değiştirilmesi, kan alma, ilaç alımı vb.) ya da iletişimle ilgili (eğitim, danışmanlık) işlemleri kapsamaktadır.
 - Klinik uygulamalardan gelmektedir ve özel hemşirelik uygulamalarını tanımlama, açıklama ya da belirtilebilmektedir.

- Uygulama teorileri, uygulama için bir dizi ilke ya da yönlendirmelerle birleştirilmiştir ve çoğunlukla teorileri test etmede önemli bir role sahiptir.
- Hemşirelik teorileri, hemşirelik uygulamalarına ve özel hemşirelik girişim ya da uygulamalarının derinlemesine analizlerini sağlayarak hemşirelik bilgisinin gelişmesine yararlı olabilir (McEwen ve Wills, 2017).

3. Paradigma Kaynaklarına Göre Teori Türleri

- **Sistem Paradigmaları:** Bu teoriler, çoğunlukla genel sistem paradigmasından kaynak alır. Sistem, bir bütün olarak özel bir amaç için işlev gören parçaların birleştirilmesinden elde edilir. Bu nedenle, parçalar sistem ile ilişkilidir.
- **Etkileşimsel Paradigmalar:** Etkileşimsel paradigmlar, sembolik etkileşim paradigmlarından köken alır. Bu paradigma, insanlar ve onların toplumdaki rolleri arasındaki ilişkiyi vurgular.
- **Gelişimsel Paradigmalar:** Ana temaları; büyüme, gelişme, olgunlaşma ve değişimdir. Hemşirenin sorumluluğu pozitif değişimi desteklemek ve doğal değişim için bariyerlerin ortadan kaldırılmasını teşvik etmeyi içerir.
- **Davranışsal Paradigmalar:** Bu tür teoriler, insanın yaşamını sürdürebilmesi için gereksinimlerin karşılanması gerektiğini varsayar (McKenna ve ark., 2014).

4.Amaçlarına Göre Teori Türleri

- İlke (norm) koyucu teoriler “olması gerekeni” belirler.
- Betimleyici teoriler ise, mevcut durumu açıklar, anlatır.

5. Kapsamlarına Göre Teori Türleri

- **Mikro teoriler:** Bir bütünün bölümleri ile ilgili olup, bu teorilerden bütünle ilgili makro teoriler oluşturmaya çalışırlar.
- **Makro teoriler:** Önce bütünle ilgili sonuçlar çıkaran ve bütünü oluşturan bölümleri bu sonuçlarla açıklayan teorilerdir.

6. Yönelimlerine Göre Teori Türleri

- **Disipline yönelik teoriler:** Uzmanlaşmış ve özel alanla ilgili teorilerdir.
- **Probleme yönelik teoriler:** Yaygın olarak görülen ortak problemleri incelemek amacıyla geliştirilen teorilerdir.

7. Bölümler Arası İlişkiler Bağlamında Teori Türleri

- **Statik teoriler:** Faktörleri arasındaki ilişkilerin basitliği ve ilkelerinin değişmezliği özelliğine sahiptir.
- **Dinamik teoriler:** Faktörler arasındaki ilişkiler karmaşık ve birbirine bağlıdır (Baransel, 1993).

2.3.2. Teorinin Bileşenleri

Teori; amaç, kavram ve tanımlar, teorinin önermeleri, kavramlar ve varsayım gibi birçok bileşeni içermektedir. Kavramsal model geliştirme de benzer şekilde ilişkileri, yapı ve bağlantıları daha fazla tanımlama ve açıklamayı içeren teori geliştirmenin bir parçasıdır.

- **Amaç:** Teorinin amacı, teorinin neden oluşturulduğunu, hangi durum ve bağlamda uygulanabileceğini açıklar (Meleis, 2007).
- **Kavramlar ve tanımları:** Kavramlar, teorileri inşa etmek için nesne ya da olayları tanımlayan etiketlerdir. Kuramsal tanımlama; kavramların diğer kavramlar ile olan ilişkisini açıklar ve olgunun tanımlanmasına ve sınıflandırılmasına izin verir. Teoriler, olguyu tanımlamak ve açıklamak için kavramsal tanımları açık bir şekilde yapmalı ve ampirik gerçeklikte kavramların nasıl ifade edileceğini açıklamalıdır (McEwen ve Wills, 2017).
- **Kuramsal önermeler:** Kavramlar geliştirilip sunulduktan sonra kuramsal önermeleri oluşturmak için kavramlar bir bütün haline getirilebilir. Önermeler, açıklama ve tahminler yapılmadan önce şekillendirilmelidir. Önermeler, iki ya da daha fazla kavramlar arasındaki bağlantıya dayanarak iddia edilir. Birçok kuramsal önermeler; kanunlar, aksiyomlar, ampirik genellemeler ve hipotez gibi birçok ifadeler içermektedir. Kuramsal ifadeler; kavramların değiştiği olgunun varlığını iddia eden (varoluş ifadeleri) ve kavramlar arası ilişkiyi tanımlayan ifadeler (ilişkisel ifadeler) şeklinde ikiye ayrılır (McEwen, 2002; Chin ve Kramer, 2011).
- **Yapı ve bağlantılar:** Teorinin mantıksal düzenleme ile yapılandırılması ve kavramlar ve ifadeler arasındaki bağlantıları detaylandırmak; teori gelişim sürecinde önemlidir. Teori yapılandırması; ilişkilerin sıralamasının, merkezi ilişkileri ve ilişkilerin kalitesi ve güçlü yanlarının belirlenmesidir. Kuramsal bağlantılar; değişkenlerin kuram içerisinde neden ilişkilendirildiğine ilişkin gerekçeli bir açıklamayı içerir. Bağlantılar oluşturulduğunda değişkenlerin nasıl ilişkilendirildiğinin detaylandırılması teorinin test edilmesine katkı sağlar (McEwen, 2002; Chin ve Kramer, 2011).

- **Varsayımlar:** Varsayımlar, kanıt olmaksızın doğru olarak kabul edilirler. Olgu hakkında inançları sunan varsayımlar; deneysel olarak test edilemez ancak felsefi olarak tartışılabilir. Teorinin varsayımlar; kuramcının önermeleri desteklemek için yeterli kanıt olabileceğini düşündüğü şeylere temellidir. Varsayımlar; deneyimler aracılığı ile bilinen gerçeklere dayalı doğru ya da yanlışın ne olduğunu belirten değerlere dayalı varsayımlar şeklinde literatürde yer almaktadır. Varsayımlar, teoride örtülü ya da açık bir şekilde sunulabilir (McEwen, 2002; Meleis, 2007; Chin ve Kramer, 2011).
- **Model:** Olgunun şekilsel olarak sunulmasını içerir. Kuramsal modeller, dil, sembol ve oklar aracılığı ile gerçek dünyayı sunar (McEwen, 2002).

2.3.3. Hemşirelikte Model ve Teori Kullanımı

Model, bir olguyu etkileyebilecek faktörleri bir bütün olarak görmeyi ve hedefe ulaşmak için seçilecek yolları belirlemeyi sağlayan kavramsal bir çerçevedir (Fawcett ve Desanto-Madeya, 2012). Teori ve model, hemşirelere bakım verdiği bireylerin sağlığını değerlendirme, bakım sürecinde elde ettiği yüzlerce veriyi organize etme, analiz etme ve bu bilgiyi açıklama olanağı sağlar (Alligood ve Tomey, 2006; Fawcett ve Desanto-Madeya, 2012; İnan ve ark., 2013). Sağlık hizmetlerinde kalite taleplerinin artması nedeniyle hastanelerde hemşirelik teorilerinin kullanıldığı görülmektedir (Körükçü ve ark., 2017). Model aracılığı ile sunulan amaçlı ve sistematik bir bakım; hemşirelerin daha etkili bakım vermelerini ve bakım sonuçları üzerinde daha çok kontrol sahibi olmalarını sağlamaktadır (McEwen ve Wills, 2017). Modellerin yaygın olarak kullanıldığı hastanelerde, hasta gereksinimlerinin karşılanma düzeyi ile hasta-hemşire memnuniyetinde artma olurken hastanede kalma süresi ve sağlık bakım maliyetinde azalma olduğu bildirilmiştir (Fawcett ve Desanto-Madeya, 2012). Bu nedenle, uygulamada modelin kullanılması önem arz etmektedir. Teorilerin hemşirelik uygulamalarını etkilediği yollar şu şekilde sıralanmıştır (McEwen & Wills, 2007):

- Hemşirelik bakımını organize eder.
- Uygulama için standartlar oluşturur.
- Hemşirelik uygulaması ile hangi eylemlerin yerine getirileceğini belirtir.
- Dikkate alınması gereken klinik problemleri belirtir.
- Hangi uygulamaların yapılması gerektiğini açıklar.
- Hemşirelik bakımı alanları tanımlar.
- Hemşirelik sürecinin içeriğini ve biçimini tanımlar.

- Hizmet alan sınıflandırma sistemlerini ve hemşirelik bakım sistemlerini tasarlar.

2.3.4. Model Geliştirme

Hemşirelik; felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine kurulu bir sağlık disiplindir. Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleğin uygulamalarında kullanılabilecek bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır (Velioğlu, 2012). Mesleğe özgün bilimsel bilgi üretimi; kuramların ve ya diğer bir deyişle teorilerin test edilmesi ve/ya da geliştirilmesi ile gerçekleştirilmektedir (McKenna, 2005).

Hemşirelikte kavram ve kuram geliştirme, artan bilimsel bilgi içeriği ve mesleğin profesyonel bir disiplin olarak görülme isteği gibi nedenlerle zorunlu olarak görülmektedir (Velioğlu, 2012). Ayrıca, doktora programlarında teori/ model test etme ve geliştirilmesine yönelik araştırmalar yapılmasına öncelik verilmesinin hemşirelikte bilimsel bilgi gelişimine önemli katkılar sağlayacağı belirtilmektedir (Meleis, 2007).

2.3.5. Model Geliştirme Kaynakları

Model geliştirme çalışmaları, olayları açıklamak/keşfetmek veya boyutlar arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Hemşirelik teorilerin geliştirilmesi sürecinde; ele alınan konuya ilişkin var olan teoriler, iteratürden elde edilen bilgiler ve araştırma, eğitim ya da uygulamalardan elde edilen bulgulardan yararlanılabilmektedir (Im, 2005). Teori geliştiren araştırmalarda araştırmacı bir fenomeni tanımlamayı, boyutları veya özelliklerini keşfetmeyi veya boyutlar arasındaki ilişkileri belirlemeyi amaçlamaktadır. Teori geliştirme araştırmaları, olayları açıklamak ve keşfetmek amacıyla yapılmaktadır. Teori, tümevarım yaklaşımı ile ortaya çıkarılmakta, araştırma yolu ile üretilmektedir. Teori, hem nitel araştırmalar hem de nicel çalışmalar yoluyla üretilebilir. Herhangi iki yöntemden birinin kullanıldığı teorinin en önemli kaynağı; uygulamadır. Her iki yaklaşımın da başlangıç noktasını klinik uygulamalar oluşturur iken sonlanma noktası yeni bir teorinin oluşumudur (Jacox, 1974).

Tüm hemşirelik becerileri; teori geliştirmede bir kaynak olarak kullanılabilir. Kuramsal bilgi, “gücün temeli” olarak görülür. Bu nedenle, hemşireler profesyonel otonomiye ulaşmayı hedefledikleri için, teori en önemli mekanizma olmaya başlamaktadır. Hemşirelik alanında var olan teoriler sahip olunan kuramsal bilginin zenginliği ile geliştirilmiştir. Hemşire akademisyenler tarafından geliştirilen teoriler; daha fazla gelişim için ivme kazandırır. Teoriler ile hemşireliğin merkezinde olan ve

üzerinde görüş birliği sağlanmış kavramlar kümesinin oluşmasına katkı sağlanır. Bu durumda gelişim sürecinin bir sonraki adımına hazırlık sağlamaktadır. Ayrıca, hemşirelerin eğitim, kültür ve sosyoekonomik özellikleri; çeşitli bakış açılarının oluşması için kaynak sağlayabilir. Bakım vericilerde çeşitliliğin oluşması; bazı durumlarda sorun teşkil edebileceği gibi teori gelişimi için yararlı kaynak olabilmektedir. Ayrıca hemşireler, etkili dinleme becerilerine sahip olup sorgulama ve değerlendirme konusunda uzmanlaşmışlardır. Tüm bu roller kavramsallaştırma için bir kaynak ve varlık olarak değerlendirilmektedir (Meleis, 2007).

2.3.6. Model Geliştirme Stratejileri

Meleis (2011), hemşirelikte model geliştirilme sürecinde kullanılabilecek stratejileri; (a) teori-uygulama-teori, (b) uygulama-teori, (c) araştırma-teori strateji ve (d) teori-araştırma-teori olarak sınıflandırmıştır.

Teori-Uygulama-Teori Stratejisi: Strateji, ilgilenen olguyu tanımlayan bir teori ile başlar. Bu yaklaşım, teorinin olgunun tanımlanması ve açıklanmasına yardımcı olduğunu varsayar. Araştırmacı, kavramları modifiye eder ve orijinal teoride öngörülmeven kavramlar arası ilişkileri düşünür. Bu süreci başarılı ile tamamlamak için araştırmacı; (1) hemşirelik dışında olan teoriye ilişkin temel bilgilere sahip olma, (2) teorinin yapıları ayrıştırılarak analiz edilmesi ve yapıların tanımlanması ve değerlendirilmesi, (3) klinik uygulamada tanımlamak için varsayımları, önermeleri ve kavramların kullanılması, (4) hemşireliğe aktarmak için varsayımları, kavramları ve önermelerin yeniden tanımlanması, (5) yeniden tanımlanan varsayımları, kavramları ve önermeleri sunan teorinin yeniden yapılandırılması süreçlerini içerir (Meleis, 2011; McEwen ve Wills, 2017; Im, 2018).

Uygulama-Teori Stratejisi: Ele alınan olguyu tanımlamak ve açıklamak için uygun bir teorinin olmadığı durumlarda teoriler tümevarımsal bir şekilde klinik uygulamadan gelişir. Bu strateji, ilgilenen olgunun çok önemli olduğunu varsayar. Olgunun tanımlanmasından elde edilen içgörü; önerme dizilerinin gelişimi ile diğer benzer durumları anlaşılmasını iyileştirir. Temellendirilmiş kuram yaklaşımını içeren bu strateji; uygulamadan gelen bir soru ile başlar. Strateji; uygulamada yeni olgunun gözlenmesi, kavramların gelişimi, daha sonra bu kavramların etiketlenmesi, tanımlanması ve özelliklerinin açıklanmasını içerir. Bunu başarmak için araştırmacı; (1) olguyu gözlemler, (2) benzerlikleri ve farklılıkları analiz eder, (3)

yanıtları karşılaştırır, (4) sonrasında kavramları ve önerme ifadelerini geliştirebilir ve bağlantıları sunar (Meleis, 2011; McEwen ve Wills, 2017; Im, 2018).

Araştırma-Teori Stratejisi: Hemşirelikte teori geliştirmede en yaygın kullanılan stratejidir. Teori geliştirme, teorilerin tekrarlanmış ve doğrulanmış birçok araştırma bulgularından üretilmesi nedeni ile bir araştırma üretme olarak düşünülmektedir. Strateji, gerçek yaşamda doğrunun olduğu, doğrunun duyular ile algılandığı ve doğrulanabileceğini varsayar. Bu stratejide araştırmacı (1) disiplinde var olan bir olguyu seçer ve olgunun karakteristiklerini tanımlar, (2) olgunun karakteristiklerini ölçmek için bir metot geliştirilir ve kontrol grubu olan bir çalışmada uygular, (3) ölçüm sonuçlarının sistematik bir desene sahip olup olmadığına karar vermek için analiz eder, (4) desenler oluşturulduğunda kuramsal ifadelere yapılandırır (Meleis, 2011; McEwen ve Wills, 2017; Im, 2018).

Teori-Araştırma-Teori Stratejisi: Teorisyenin teorisini var olan bir teoriden yararlanarak başlattığı, teoriyi kullanarak araştırma yaptığı ve araştırma bulgularından yararlanarak teorisini daha da geliştirdiği bir teori oluşturma sürecidir (Meleis, 2011; McEwen ve Wills, 2017; Im, 2018). Hemşirelik teorilerin geliştirilmesi sürecinde ele alınan konuya ilişkin var olan hemşirelik ya da hemşirelik olmayan teoriler, literatürden elde edilen bilgiler ve araştırma, eğitim ya da uygulamadan elde edilen bulgulardan yararlanabileceği belirtilmiştir (Im, 2005).

Teori-araştırma-teori stratejisini kullanarak model geliştirme sürecinde araştırmacı; (1) olayı açıklamak için hemşirelik alanıyla uyumlu bir teoriyi seçer, (2) teori kavramlarını araştırma için yeniden tanımlar ve işlevselleştirir, (3) bulguları sentezler ve orijinal teoriyi değiştirmek veya geliştirmek için kullanır, (4) sonuç olarak yeni bir teori elde eder (Meleis, 2011).

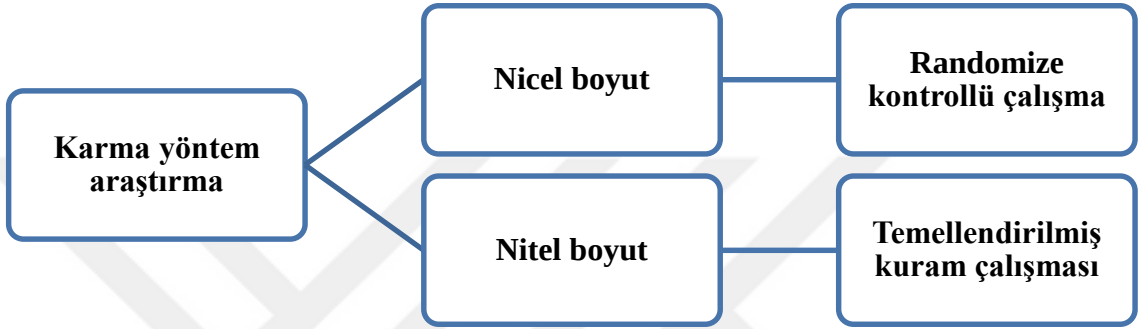
Bu çalışmada, model geliştirme sürecinde teori-araştırma-teori stratejisi kullanılmıştır. Belirlenen strateji ile Salutogenez Modeli'nden (teori), öngörülen kavramsal çerçeve doğrultusunda infertil kadınlara uygulama yapılarak elde edilen nitel ve nicel bulgulardan (araştırma) ve literatürden elde edilen bilgilerden faydalanılarak model (teori) geliştirilmiştir. Böylece, teori ve araştırma süreci birlikte kullanılarak zengin bir model içeriğinin oluşturulması hedeflenmiştir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan Karma Yöntem Araştırma Desenine İlişkin Yöntem

3.1.1. Araştırmanın Türü

Araştırmanın deseni, karma yöntem araştırmasıdır. Araştırmanın türüne ilişkin bilgiler Şekil 3.1’de özetlenmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın Türü

Karma yöntem araştırması, felsefi varsayımları ve kuramsal çerçeveleri içeren farklı araştırma desenlerinin kullanılmasını, nitel ve nicel verilen toplanmasını ve bu iki veri türünün bütünleştirilmesini kapsayan bir araştırma yaklaşımıdır. Bu araştırmanın temel varsayımına göre, nitel ve nicel yaklaşımlardan yalnızca bir tanesini kullanmak yerine, her iki yaklaşımın birlikte kullanılması araştırma problemi ile ilgili daha kapsamlı bir anlayışın oluşturulmasına imkan sağlamış olur. Çalışmada, karma araştırma yöntemlerinden biri olan yakınsayan paralel desen kullanılmıştır. Bu desen, araştırma problemine ilişkin kapsamlı bir analiz yapılmasına zemin oluşturması için, araştırmacının nitel ve nicel veriyi birleştirdiği ya da kaynaştırdığı karma yöntemler desenidir. Bu desen, nicel ve nitel yöntemlere eşit öncelik verir, çözümleme aşamasında bu aşamaları birbirinden ayrı tutar ve daha sonra genel yorumlama yaparken sonuçları birleştirir (Creswell ve Clark, 2017). Bu desenin seçilme nedeni, kadınlardan elde edilen çoklu veriler yardımıyla psikoseksüel hemşirelik bakım programının cinsel iyilik hali üzerine etkisini detaylı bir şekilde ortaya koymaktır.

Araştırmanın nicel boyutunun türü: Araştırmanın nicel boyutu; psikoseksüel hemşirelik bakım programının cinsel iyilik halini geliştirmede etkinliğini değerlendirmek amacıyla randomize tek kör ve kontrollü deneysel bir araştırmadır. Bu desenin seçilme nedeni; Randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) uygulamanın etkinliğini en iyi şekilde değerlendirmeyi sağlaması ve neden sonuç ilişkisi hakkında en iyi kanıt sağlayan “altın standart” olarak kabul edilmesidir (Belgin ve Koçoğlu, 2017). Araştırmanın nicel boyutu Schulz ve arkadaşları (2010) tarafından oluşturulan Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) Özet Raporlama Kılavuzu dikkate alınarak raporlanmış ve yürütülmüştür (Clinical Trials Number: NCT04612959).

Araştırmanın nitel boyutunun türü: Araştırmanın nitel boyutunun deseni ise temellendirilmiş kuram çalışmasıdır. Temellendirilmiş kuram çalışması; katılımcıların bakış açısında temellendirilmiş, bir süreç, eylem ya da etkileşimle ilgili soyut bir genel kuramı araştırmacının bulup çıkardığı, sosyoloji kaynaklı bir araştırma desendir. Bu süreç, çoklu veri toplama basamaklarının kullanılmasını, bilgi kategorilerinin ilişkilendirilme ve geliştirilmesini kapsamaktadır (Charmaz, 2006). Temellendirilmiş kuram deseni, derinlemesine araştırılması gereken keşfedilmemiş veya karmaşık sorunları açıklığa kavuşturmak için en iyi nitel tasarım olarak tanımlanmaktadır (Strauss ve Corbin, 1997). Temellendirilmiş kuram desenin seçilmesinin nedeni; bireyde cinsel iyilik halini sağlayan unsurları kendi sosyal dünyası içinde açıklama, ilişkilendirebilme ve model şeklinde sunabilmeyi sağlamasıdır. Araştırmanın nitel boyutu, Tong ve arkadaşları (2007) tarafından oluşturulan Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) kontrol listesi dikkate alınarak yürütülmüş ve raporlanmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Haziran-Kasım 2020 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi’nde yürütülmüştür. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi’nin sağlık ekibi; doktor, hemşire, biyolog ve embriyologdan oluşmaktadır. Merkezde kan alma odası, toplantı odası, arşiv odası, muayene odası, doktor odası, laboratuvar ortamı ve ameliyathane bulunmaktadır. Merkezde rutin hemşirelik bakımı; planlanan tedavi sonrasında ilaç kullanımlarının ve hastane ziyaretlerinin açıklamasını içermektedir.

3.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran tüm primer infertil kadınlar, araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. İlgili birimin kayıtları incelendiğinde; 2019 yılı içerisinde günlük 10 hasta kaydının yapıldığı, bunlardan sekizinin primer infertil hasta olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle araştırmanın evrenini 960 primer infertil kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi ise Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran ve araştırma kapsamına dahil edilme kriterlerine uyan primer infertil kadınlar oluşturmuştur.

3.1.4. Araştırma Örneklemine Özellikleri

Nicel ve nitel araştırma örnekleme dahil edilmesi planlanan kadınların araştırmaya dahil edilme, dışlanma ve çıkma kriterleri Tablo 3.1'de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Örneklem Dahil Edilme, Dışlanma ve Çıkma Kriterleri

Nicel Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	Nicel Araştırmadan Dışlanma Kriterleri
• Uzmanlar tarafından yapılan jinekolojik değerlendirme sonucunda primer infertilite tanısı almış olma* • Üremeye yardımcı tedavi yöntemlerinden birinin planlanmış olma* • Cinsel ilişki yönünden aktif olma • Türkçe okuyup yazabilme • Çalışmaya katılmaya gönüllü olma	• Cinsel disfonksiyon ile ilişkili bilinen herhangi bir rahatsızlığı (diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı, böbrek yetmezliği ve otoimmün ve romatizmal hastalıklar) olma* • İnfertilite tanısından önce bir psikiyatrik tanı alma* • Embriyo transferinin yapılmış olması • Bilgisayar ya da mobil telefon ve internet erişimine sahip olmama
Araştırmadan Çıkma Kriterleri	
• Araştırmadan ayrılmak isteme • Araştırma sürecinde iki ve/veya daha fazla oturumlara devam etmeme	
Nitel Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	Nitel Araştırmadan Dışlanma Kriterleri
• Araştırmanın girişim grubunda olması	• Çalışmaya katılmaya gönüllü olmama

*Hasta dosyasında yer alan bilgilerden alınmıştır.

Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın nicel boyutunun örnekleme: Araştırmanın nicel boyutuna yönelik örneklem büyüklüğü, Demir (2016) tarafından yapılan doktora tez çalışmasının verileri (Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği; ortalama, standart sapma) dikkate alınarak G*Power (v3.1.7) programında hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü belirlenerek %95 güç ve 0.05 hata payı ile örneklem sayısı hesaplanmıştır. Örneklem sayıları sırası ile n1= 33, n2=33 bulunmuş, yaşanabilecek olası riskler göz önüne alınarak toplam örneklem

büyükliğünün n=70 olması (girişim: 35, kontrol: 35) planlanmıştır. Girişim grubu, psikoseksüel bakım programının uygulandığı primer infertil kadınlardan kontrol grubu ise standart bakımın uygulandığı primer infertil kadınlardan oluşmaktadır.

Araştırmanın nitel boyutunun örnekleme: Araştırmanın nitel boyutuna yönelik örnekleme, konunun derinlemesine anlaşılmasını sağlayacak kişilerden oluşmaktadır. Araştırmada, temellendirilmiş kuram çalışmalarında yaygın olarak kullanılan yaklaşım olarak amaçlı örnekleme ve kuramsal örnekleme birlikte kullanılmıştır. Farklı iki tekniğin çalışmaya farklı katkıları olacağı ve çalışma verileri zenginleştireceği düşünülmektedir (Moser ve Korstjens, 2018). Amaçlı örnekleme, konuya ilişkin geniş bir bakış açısı elde etmek ve ortaya kavramsal çerçeve çıkarabilmek için “bilgi açısından zengin” durumların bilinçli olarak seçilmesini sağlar (Palinkas ve ark., 2015). Kuramsal örnekleme, araştırmacının veri toplama sürecinde tekrar hangi veriyi toplanması gerektiğine ve onları nerede bulacağına karar verdiği, yani kuram üretmek için veri topladığı süreçtir (Strauss ve Corbin, 1997). Amaçlı örnekleme ile bu çalışmada görüş çeşitliliğini arttırmak için eğitim, ekonomik durum, yaş, evlilik süresi gibi sosyo-ekonomik değişkenlerde çeşitlilik sağlanmaya çalışılmıştır. Veri toplama ve analiz işlemi birlikte yürütülmüş, elde edilen veriler sürekli olarak karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma işlemi sırasında kuramsal örnekleme grubu belirlenmiştir. Bu araştırmanın kuramsal örnekleme; cinsel iyilik halinde gelişme ve değişim yaşamayan bireyler oluşturmuştur. Bu bireyler ile cinsel iyilik hali üzerinde değişimi engelleyen ya da kısıtlayan faktörler üzerine görüşmeler yapılmıştır. Ayrıca, programın bu sürece olan katkıları ve eksik kalan noktalarını ifade etmeleri istenmiştir. Araştırmanın katılımcı sayısına, verilerin doyum noktası, yani verilerin tekrar etmeye başladığı nokta karar vermiştir. Yapılan görüşmelerde tekrar eden veriler ortaya çıktığında, çalışma sonlandırılmıştır. Araştırmanın nitel boyutu, toplamda 20 kadın ile yürütülmüştür.

3.1.5. Randomizasyon ve Körleme

Bu çalışmada örneklem grubu; infertilite tedavisi planlanan kadınlar arasından kapalı zarf yöntemi ile randomizasyon yapılarak belirlenmiştir. Kapalı opak zarflardan 35 tanesinin içinde “1” (girişim grubu) 35 tanesinin içinde “2” (kontrol grubu) yazan birer kart bulunmaktadır. Örnekleme dahil edilme kriterlerini taşıyan her kadına kapalı 70 adet zarfın bulunduğu torbadan birini seçmesi istenmiştir. Araştırma gruplarını içeren

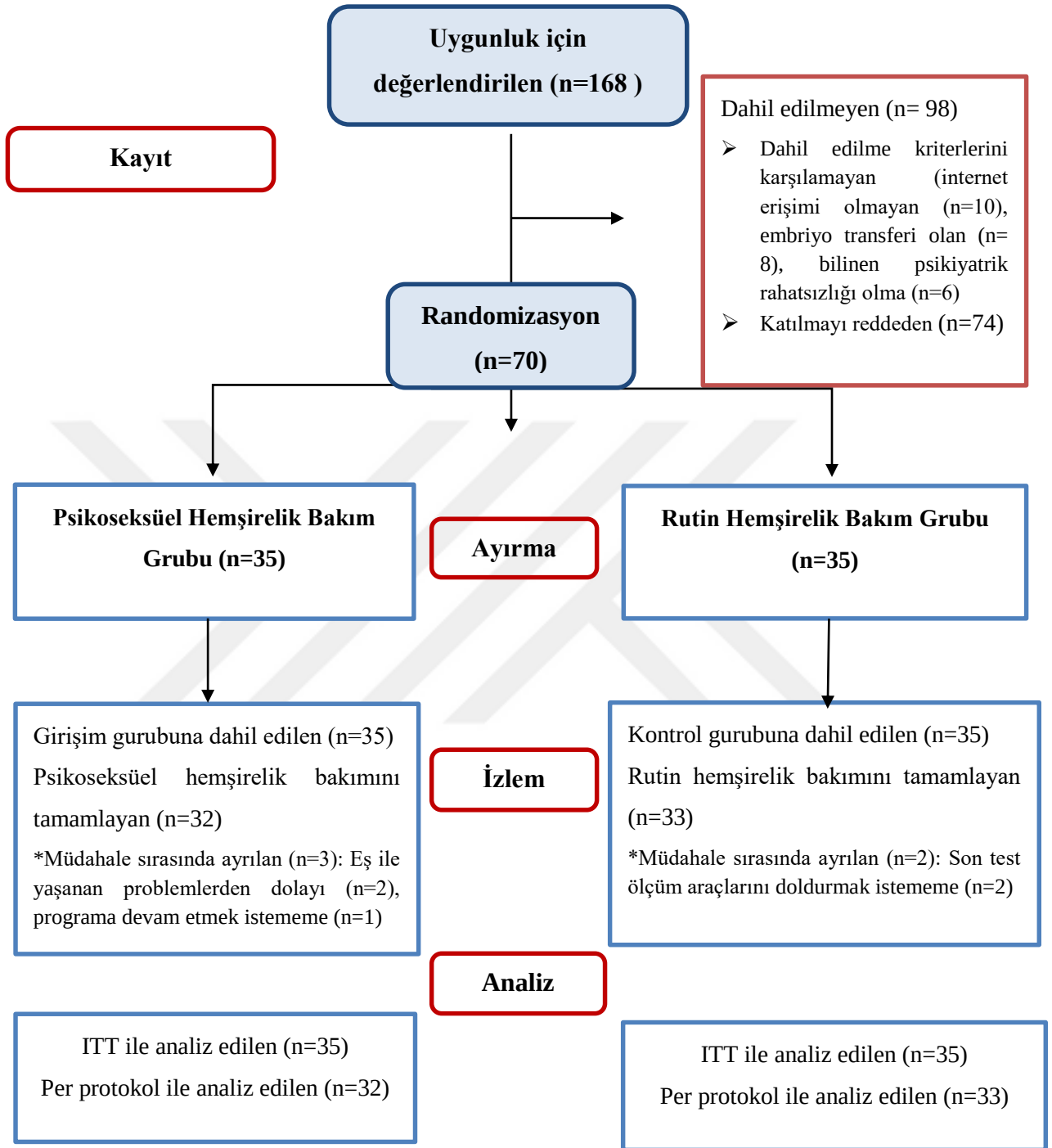
kapalı bir zarf kadın tarafından seçildikten sonra, zarfın içinden çıkan karta göre kadınlar seçilen gruba dahil edilmiştir.

Araştırmada araştırmaya katılan kadınların hangi grupta olduklarını bilmemeleri sağlanmıştır. Bu nedenle çalışmada tek yönlü körleme yapılmıştır. Ancak, girişim sonrası veriler online platform aracılığı ile kadınların yanıtlaması ile toplanmış, böylece sonuçların değerlendirilmesi aşamasında oluşabilecek yanlılık en aza indirilmiştir. Ayrıca, araştırmanın yürütülmesi aşamasında Cochrane Yanlılık Değerlendirme Aracı'nda belirtilen yanlılık türleri ve düşük düzeyde yanlılığı sağlayacak önlemler dikkate alınmıştır (Sterne ve ark., 2019). Araştırmada her bir yanlılık türüne yönelik alınacak önlemler, Tablo 3.2'de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Çalışmada Olası Yanlılıkları Önlemede Kullanılacak Yöntemler

Yanlılık Türü		Alınacak Önlem
Seçimde (rastgele oluşturma)	Yanlılık dizisini	Kapalı zarf yöntemi kullanılmıştır (Her bir zarfta 1 girişim grubunu, 2 kontrol grubunu ifade eden kağıtlar hazırlanmıştır.)
Seçimde (paylaşımı gizleme)	Yanlılık	Opak mühürlü zarf kullanılmıştır.
Uygulama Aşamasında Yanlılık	Aşamasında	Doktora tez araştırması olduğu için araştırmacı körlenmemiş, sadece katılımcılarda körleme yapılarak tek yönlü körleme sağlanmıştır. Sonuçların değerlendirilmesinde ise online anket programı kullanılarak bireyler kendi verilerini kendileri girmiş ve sistemde var olan veriler program aracılığı ile direk olarak SPSS programına aktarılmıştır. Analizler, araştırmadan bağımsız istatistik alanında uzman kişi tarafından yapılmıştır. Böylece sonuçların değerlendirilmesinde oluşabilecek olan tüm yanlılıklar en aza indirilmiştir.
Belirleme Aşamasında Yanlılık	Aşamasında	Çalışma verilerinin sisteme kaydı sürecinde uzman bir kişiden destek alınmış araştırmacıdan gruplar gizlenmiştir.
Aşınma Yanlılığı		Veri kaybının türü, nedeni ve gruplardaki dağılımı incelenmiş, randomizasyon sonra kayıp veri durumunda intention to treat analizi yapılmıştır. Veriler, intention to treat ve per protocol sonuçları kıyaslanarak sunulmuştur.
Raporlama Aşamasında Yanlılık	Aşamasında	Çalışma protokolü Clinical Trials.gov' a kayıt ettirilmiştir.
Diğer yanlılık Türleri		Çalışma sürecinde etik ilkeler çerçevesinde yukarıda belirtilen adımlar titizlikle uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına uygunluk için infertil kadınların değerlendirilme, dahil edilme, randomize edilme ve ön test-son test ölçümü yapılma süreci; CONSORT şemasında özetlenmiştir (Şekil 3.2).



Şekil 3.2. Araştırmanın CONSORT Akış Şeması

Psikoseksüel hemşirelik bakımını alarak girişim grubunda olan kadınlar ile rutin hemşirelik bakımını alarak kontrol grubunda yer alan kadınların sosyo-demografik özellikleri ve karşılaştırması Tablo 3.3'te sunulmuştur.

Tablo 3.3. Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=70)

Tanıtıcı Özellikler	Gruplar		Toplam (n=70)	χ^2	p
	Psikoseksüel hemşirelik bakımı (n=35) n (%)	Rutin hemşirelik bakımı (n=35) n (%)	n (%)		
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	6 (17.1)	6 (17.1)	12 (17.1)	0.345	0.841
Lise	7 (22.0)	9 (25.8)	16 (22.9)		
Üniversite	22 (62.9)	20 (57.1)	42 (60.0)		
Meslek					
Ev hanımı	18 (51.4)	19 (54.2)	37 (52.9)	0.316	0.854
Memur	7 (20.0)	8 (22.9)	15 (21.4)		
Serbest meslek	10 (28.6)	8 (22.9)	18 (25.7)		
Aile tipi					
Çekirdek aile	31 (88.6)	32 (91.4)	63 (90.0)	0.159 ^a	1.000
Geniş aile	4 (11.4)	3 (8.6)	7 (10.0)		
Eşin eğitim düzeyi					
İlköğretim	8 (22.9)	8 (22.9)	16 (22.9)	0.000	1.000
Lise	12 (34.2)	12 (34.2)	24 (34.2)		
Üniversite	15 (42.9)	15 (42.9)	30 (42.9)		
Eşin mesleği					
Çalışmıyor	-	1 (2.9)	1 (1.4)	2.873 ^a	0.412
İşçi	12 (34.3)	9 (25.7)	21 (30.0)		
Memur	4 (11.4)	8 (22.9)	12 (17.2)		
Serbest meslek	19 (54.3)	17 (48.5)	36 (51.4)		
Gelir düzeyi algısı					
Gelir giderden az	7 (20.0)	9 (25.7)	16 (22.9)	0.650	0.723
Gelir gidere eşit	22 (62.9)	22 (62.9)	44 (62.9)		
Gelir giderden fazla	6 (17.1)	4 (11.4)	10 (14.2)		
	Psikoseksüel hemşirelik bakımı $\bar{x} \pm SS$ (Min-Max)	Rutin hemşirelik bakımı $\bar{x} \pm SS$ (Min-Max)	Toplam $\bar{x} \pm SS$ (Min-Max)	T	p
Yaş	31.31 $\pm$ 5.83 (23.0-45.0)	29.17 $\pm$ 4.31 (24.0-41.0)	30.24 $\pm$ 5.20 (23.0-45.0)	1.749	0.085
Eşin yaşı	35.51 $\pm$ 6.40 (27.0-52.0)	31.89 $\pm$ 3.55 (26.0-40.0)	33.70 $\pm$ 5.45 (26.0-52.0)	2.935	0.005*

Not: χ^2 : Pearson Ki-Kare testi; t: Bağımsız gruplar için t testi; $\bar{x}$: Ortalama; SS: Standart sapma

* p: anlamlılık değeri p < .05

^a Fisher' in Kesin Testi

Tablo 3.3 incelendiğinde; psikoseksüel hemşirelik bakım grubunda olan kadınların % 62.9'u üniversite düzeyinde eğitime ve % 88.6' sı çekirdek aile tipine sahip olup %

51.4' ü ev hanımıdır. Rutin hemşirelik bakımı alan kadınların çoğu ise benzer şekilde üniversite düzeyinde eğitime (% 57.1) ve çekirdek aile tipine (% 91.4) sahip olup ev hanımıdır (% 54.2). Her iki grupta da çoğu kadının eşinin eğitim düzeyi üniversite iken; mesleği serbest meslek ve gelir düzeyi algıları “gelir gidere eşit” şeklindedir. Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların yaş ortalaması 31.31 ± 5.83 iken rutin hemşirelik bakımı alan kadınların yaş ortalaması 29.17 ± 4.31 ’ dir. Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların eşlerinin yaş ortalaması 35.51 ± 6.40 iken rutin hemşirelik bakımı alan kadınların eşlerinin yaş ortalaması 31.89 ± 3.55 ’ dur. Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınlar ile rutin hemşirelik bakımı alan kadınlar arasında sosyo-demografik özellikler açısından “eş yaşı” değişkeni haricinde herhangi bir anlamlı farklılığın olmadığı, grupların homojen bir şekilde dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p > .05$) (Tablo 3.3).

İnfertil Kadınların Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşamlarına İlişkin Bulgular

İnfertil kadınların evlilik ilişkileri ve cinsel yaşamlarına ilişkin bulgular, kadınların aldıkları hemşirelik bakım türüne göre Tablo 3.4’te sunulmuştur.

Psikoseksüel hemşirelik bakım grubunda yer alan kadınların % 85.7’si tanışarak evlenmiş, % 74.2’ si cinselliğe ilişkin iyi düzeyde bilgiye, % 77.1’ i ise tamamen açık ve samimi bir eş iletişimine sahiptir. Kadınların çoğu (% 71.4) cinsel konularda bilgi kaynağını kendisi olarak belirtmiş, yarısı (%57.1) cinsel ilişkiyi genelde karşılıklı olarak başlattıklarını ve % 51.4’ü ise cinsel yaşamlarını iyi olarak değerlendirdiklerini ifade etmişlerdir. Rutin hemşirelik bakım grubunda yer alan kadın çoğu (% 82.9) ise; benzer şekilde tanışarak evlenmiş, % 45.8’inin cinselliğe ilişkin iyi düzeyde bilgisi ve % 77.1’ inin tamamen açık ve samimi eş iletişimi mevcuttur. Ayrıca, kadınların çoğu (% 62.9) cinsel konularda bilgi kaynağını kendisi olarak belirtmiş, % 68.4’ü cinsel ilişkiyi genelde karşılıklı olarak başlattıklarını ve % 54.3’ ü ise cinsel yaşamlarını iyi olarak değerlendirdiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 3.4. Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=70)

Tanıtıcı Özellikler	Gruplar		Toplam (n=70) n (%)	χ^2	P
	Psikoseksüel hemşirelik bakımı (n=35) n (%)	Rutin hemşirelik bakımı (n=35) n (%)			
Evlilik şekli					
Görücü usulü	5 (14.3)	6 (17.1)	11 (15.7)	0.108	0.743
Tanışma	30 (85.7)	29 (82.9)	59 (84.3)		
Eş ile iletişimin algılanan niteliği					
Tamamen açık ve samimi	27 (77.1)	27 (77.1)	54 (77.2)	1.067	0.587
Kısmen açık ve samimi	8 (22.9)	7 (20.0)	15 (21.4)		
Açık ve samimi değil	0 (0.0)	1 (2.9)	1 (1.4)		
Cinselliğe ilişkin bilgi düzeyi					
Hiç	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6.870 ^a	0.076
Az	1 (2.9)	4 (11.4)	5 (7.1)		
Orta	7 (20.0)	11 (31.4)	18 (25.8)		
İyi	26 (74.2)	16 (45.8)	42 (60.0)		
Çok iyi	1 (2.9)	4 (11.4)	5 (7.1)		
Cinsel konularda bilgi kaynağı					
Aile	4 (11.4)	4 (11.4)	8 (11.4)	0.791 ^a	0.673
Arkadaş	6 (17.2)	9 (25.7)	15 (21.4)		
Kendisi	25 (71.4)	22 (62.9)	47 (67.2)		
Cinsel ilişkiyi genelde başlatan kişi					
Kendisi	1 (2.9)	3 (8.6)	4 (5.7)	3.000 ^a	0.223
Eşi	14 (40.0)	8 (22.9)	22 (31.4)		
Her ikisi	20 (57.1)	24 (68.4)	44 (62.9)		
Cinsel yaşamı değerlendirme					
İyi	18 (51.4)	19 (54.3)	37 (52.9)	0.494 ^a	0.781
Orta	16 (45.7)	14 (40.0)	30 (42.9)		
Kötü	1 (2.9)	2 (5.7)	3 (4.2)		
Cinsel yaşamda sorunun kaynağı olarak algılanan kişi^b					
Kendisi	5 (41.7)	1 (12.5)	6 (30.0)	7.787 ^a	0.100
Eşi	4 (33.3)	1 (12.5)	5 (25.0)		
Her ikisi	2 (16.7)	6 (75.0)	8 (40.0)		
Çevre	1 (8.3)	0 (0.0)	1 (5.0)		
	Psikoseksüel hemşirelik bakımı $\bar{x} \pm SS$ (Min-Max)	Rutin hemşirelik bakımı $\bar{x} \pm SS$ (Min-Max)	Toplam $\bar{x} \pm SS$ (Min-Max)	t	p
Evlilik süresi (yıl)	4.91±2.55 (1.0-11.0)	4.74±2.95 (1.0-16.0)	4.83±2.74 (1.0-16.0)	0.260	0.796

Not: χ^2 :Pearson Ki-Kare testi; t: Bağımsız gruplar için t testi; $\bar{x}$: Ortalama; SS=Standart sapma

^a Fisher' in Kesin Testi kullanılmıştır.

^b Cinsel yaşamında sorun olduğunu düşünen 20 kişi yanıtlamıştır.

Psikoseksüel hemşirelik bakım grubunda kadınlar çoğunlukla (% 41.7) cinsel yaşamda sorunun kaynağı olarak algılanan kişiyi kendisi olarak belirtmişlerdir. Psikoseksüel hemşirelik bakım grubunda yer alan kadınların evlilik süreleri (yıl) ortalama 4.91 ± 2.55 ’ dir. Rutin hemşirelik bakım grubunda ise kadınlar % 75.0 oran ile cinsel yaşamda sorunun kaynağı olarak algılanan kişiyi eş ve kendileri olarak tanımlamıştır. Rutin hemşirelik bakım grubunda yer alan kadınların evlilik süreleri (yıl) ortalama 4.74 ± 2.95 ’ tür. Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınlar ile rutin hemşirelik bakımı alan kadınlar arasında evlilik ilişkileri ve cinsel yaşamlarına ilişkin özellikler açısından herhangi anlamlı bir farklılığın olmadığı, grupların homojen bir şekilde dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p > .05$) (Tablo 3.4).

İnfertil Kadınların İnfertilite ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

İnfertil kadınların infertilite ile ilgili özellikleri ve karşılaştırmasına ilişkin bulgular, aldıkları hemşirelik bakım türüne göre Tablo 3.5’te verilmiştir.

Tablo 3.5. Hemşirelik Bakım Türüne Göre Kadınların İnfertilite İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=70)

Tanıtıcı Özellikler	Gruplar		Toplam (n=70) n (%)	χ^2	P
	Psikoseksüel hemşirelik bakımı (n=35) n (%)	Rutin hemşirelik bakımı (n=35) n (%)			
İnfertilite sebebi					
Kadın	14 (40.0)	17 (48.6)	31 (44.3)	1.925	0.382
Erkek	7 (20.0)	3 (8.6)	10 (14.3)		
Açıklanamayan	14 (40.0)	15 (42.8)	29 (41.4)		
Tedavi deneyimi					
Var	20 (57.1)	19 (54.3)	39 (55.7)	0.058	0.810
Yok	15 (42.9)	16 (45.7)	31 (44.3)		
	Psikoseksüel hemşirelik bakımı $\bar{x} \pm SS$ (Min-Max)	Rutin hemşirelik bakımı $\bar{x} \pm SS$ (Min-Max)	Toplam $\bar{x} \pm SS$ (Min-Max)	t	P
İnfertilite süresi	3.54 ± 2.37 (1.0-10.0)	3.83 ± 3.09 (1.0-15.0)	3.68 ± 2.73 (1.0-15.0)	-0.434	0.666
Tedavi deneyimi (sayısı)	1.31 ± 1.88 (0.0-9.0)	1.26 ± 1.36 (0.0-6.0)	1.28 ± 1.62 (0.0-9.0)	0.146	0.884

Not: χ^2 : Pearson Ki-Kare testi; t: Bağımsız gruplar için t testi; $\bar{x}$: Ortalama; SS=Standart sapma

Tablo 3.5’ te psikoseksüel hemşirelik bakım grubunda yer alan kadınların % 40.0 oranında kadın kaynaklı infertil ve % 40.0 oranında ise açıklanamayan infertil olduğu görülmektedir. Kadınların yarısının (% 57.1) tedavi deneyimi mevcuttur. Psikoseksüel

hemşirelik bakımı alan kadınların infertilite süreleri (yıl) ortalama 3.54 ± 2.37 , tedavi deneyimleri (sayısı) ise ortalama 1.31 ± 1.88 'dir. Rutin hemşirelik bakım grubunda yer alan kadınların % 48.6'sı kadın kaynaklı infertil ve % 42.8'i ise açıklanamayan infertildir. Kadınların yarısının (% 54.3) ise geçmişte tedavi öyküsü bulunmaktadır. Rutin hemşirelik bakımı alan kadınların infertilite süreleri (yıl) ortalama 3.83 ± 3.09 , tedavi deneyimleri(sayısı) ise 1.26 ± 1.36 'dır. Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınlar ile rutin hemşirelik bakımı alan kadınlar arasında infertilite özellikleri açısından herhangi bir anlamlı farklılığın olmadığı, grupların homojen bir şekilde dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p>.05$) (Tablo 3.5).

3.1.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Nicel Veri Toplama Araçları: Araştırmaya dahil edilen girişim ve kontrol grubunda olan kadınlardan aşağıda belirtilen veri toplama araçları kullanılarak veriler toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen "Kişisel Bilgi Formu" sosyo-demografik değişkenlere, infertiliteye ve cinsel hayata ilişkin tanıtıcı bilgiler içeren sorulardan oluşmaktadır (Afroughi ve Pouzesh, 2018; Sarac ve Koc, 2018; Luk ve Loke, 2019) (Ek-1).

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) (Female Sexual Function Index-FSFI) kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla Rosen ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilen ve 19 madde ve 6 alt boyuttan oluşan çok boyutlu bir ölçektir. Ölçek son 4 haftadaki cinsel işlev ya da sorunları değerlendirmektedir. Ölçeğin alt boyutları; istek (1-2. maddeler), uyarılma (3-6. maddeler), lubrikasyon (7-10. maddeler), orgazm (11-13. maddeler), doyum (14-16. maddeler) ve ağrı (17-19. maddeler) alt boyutlarını içermektedir. Bu ölçekte her bir alt boyut 0 veya 1 ile 6 arasında puanlanmaktadır. Toplam puan aralığı 2 (en az) ile 36 (en fazla) arasındadır. Yüksek puan, daha iyi cinsel fonksiyona işaret eder. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması; Aygin ve Eti-Aslan (2005) tarafından yapılmıştır (Ek-2). Ölçeğin yapı geçerliliği için yapılan faktör analizinde KMO değeri 0.96, iki faktörün birikimli varyansı % 86.82 olarak hesaplanmıştır. Güvenirliliğine ilişkin bulgular ise iç tutarlılık analizi Cronbach alfa katsayısı 0.98, test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.75'dir. Ölçeğin ve alt boyutlarının ve bu araştırma için hesaplanan Cronbach alfa katsayıları Tablo 3.6' da verilmiştir.

Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği: Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (KCMÖ), kadınların cinsel memnuniyet düzeylerini belirlemek amacı ile Meston ve Trampnell (2005) tarafından geliştirilmiş 30 maddelik bir ölçektir. KCMÖ; memnuniyet (1-6. maddeler), iletişim (7-12. maddeler), uyumluluk (13-18. maddeler), endişe (ilişki ile ilgili) (19-24. maddeler) ve endişe (kişisel) (25-30. maddeler) alt boyutlarından oluşmaktadır. Her alt boyut 6 ile 30 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçeğin toplam puanı ise memnuniyet+iletişim+uyumluluk+ (ilişkisel endişe+kişisel endişe/2) formülü kullanılarak hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 30 ile 150 arasında olup, yüksek puan daha iyi cinsel memnuniyet düzeyini ifade etmektedir. Türkiye’de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Abalı Çetin ve Aslan (2018) tarafından yapılmıştır (Ek-3). KCMÖ’den elde edilen ölçümlerin iç tutarlılık katsayıları alt boyutlarda 0.661-0.952 arasında değişmekte olup, indeks toplamında $\alpha=0.907$ ’dir. Ölçeğin ve alt boyutlarının ve bu araştırma için hesaplanan Cronbach alfa katsayıları Tablo 3.6’da sunulmuştur.

Cinsel Öz-Yeterlilik Ölçeği: Ölçek Humphreys ve Kennett (2010) tarafından cinsel öz-yeterliliği ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek 8’li likert (0 Kesinlikle katılmıyorum - 8 Kesinlikle katılıyorum) tipi tek faktörlü 5 maddeden oluşan bir ölçme aracıdır. Ölçeğin 3 ve 4. maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek olası puan aralığı 0 ile 40’tır. Yüksek puanlar cinsel öz-yeterlilik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması; Eyüp (2013) tarafından yapılmıştır (Ek-4). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.71, madde-toplam korelasyonlarının 0.35 ile 0.55 arasında sıralandığı belirlenmiştir. Ölçeğin bu araştırma için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı Tablo 3.6’da sunulmuştur.

Çok Boyutlu Cinsellik Soru Formu- Cinsel Benlik Saygısı alt boyutu: Çok Boyutlu Cinsellik Formu’ nun alt boyutlarından biri olan Cinsel Benlik Saygısı alt boyutu, Snell ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilen, 5 maddeden oluşan bir ölçektir. Alt boyut, cinsel benlik saygısını ölçme amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 20, en düşük puan ise 0 olup, puanların yükselmesi cinsel benlik saygısı düzeyinin artması olarak yorumlanmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği, Deliktaş Demirci ve Kabukcuoğlu (2019) tarafından tez projesine yönelik ön çalışma olarak yapılmış, henüz yayınlanmamıştır. Ölçek Ek-5’ te sunulmuştur. Ölçeğin iç

tutarlık katsayısının 0.95 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin bu araştırma için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı Tablo 3.6' da verilmiştir.

Bütünlük Duygusu Ölçeği: Bütünlük Duygusu Ölçeği, Antonovsky (1987) tarafından geliştirilmiştir. Bütünlük duygusunun belirlenmesine yönelik geliştirilen ölçek; toplamda 13 madde ve üç boyutlu bir yapıya sahiptir. Ölçeğin boyutları; anlaşılabilirlik (2, 6, 8, 9, 11. maddeler), yönetilebilirlik (3, 5, 10, 13. maddeler) ve anlamlılıktır (1, 4, 7, 12. maddeler). Bu maddelerden 1, 2, 3, 7 ve 10. maddeler ters çevrilmelidir. Ölçek toplam puanı; 13 ila 91 arasında değişmektedir. Ölçekten alınacak yüksek puanlar bireyin bütünlük duygusu algısının yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Scherler ve Lajunen (1997) tarafından yapılmıştır (Ek-6). Scherler ve Lajunen'in (1997) yaptıkları kültürlerarası çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayılarının anlaşılabilirlik için 0.57, yönetilebilirlik için 0.54, anlamlılık için 0.62 ve tüm ölçek için 0.69 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin ve alt boyutlarının bu araştırma için hesaplanan Cronbach alfa katsayıları Tablo 3.6' da sunulmuştur.

Beck Depresyon Envanteri: Beck Depresyon Envanteri (BDE), erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek üzere Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 21 sorudan oluşan ölçek; her yanıtta elde edilen 0-3 arasındaki puanların toplanması ile değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0 ila 63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon belirti düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır (Ek-7). Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa katsayısı. 74 bulunmuştur. Ölçeğin bu araştırma için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı Tablo 3.6' da verilmiştir.

Tablo 3.6. Veri Toplama Araçlarına İlişkin Cronbach Alpha Değerleri

Cronbach alpha değerleri				
Ölçek	Ölçek alt boyutları	Ölçek	Ön test	Son test
KCiÖ	İstek	0.89	.65	.64
	Uyarılma	0.95	.75	.93
	Lubrikasyon	0.95	.83	.73
	Orgazm	0.96	.59	.90
	Memnuniyet	0.96	.81	.92
	Ağrı	0.98	.57	.95
	Toplam	0.98	.90	.94
KCM	Memnuniyet	0.89	.65	.82
	İletişim	0.91	.74	.76
	Uyumluluk	0.89	.92	.80
	Endişe (ilişki ile)	0.89	.95	.96
	Endişe (kişisel)	0.89	.95	.97
	Toplam	0.91	.95	.91
Cinsel Benlik Saygısı Ölçeği		0.95	.95	.93
Cinsel Öz-yeterlilik Ölçeği		0.71	.85	.88
BDE		0.74	.89	.91
Bütünlük	Anlaşılabilirlik	0.57	.69	.79
Duygusu	Yönetilebilirlik	0.54	.62	.64
Ölçeği	Anlamlılık	0.62	.75	.76
Toplam		0.69	.83	.84

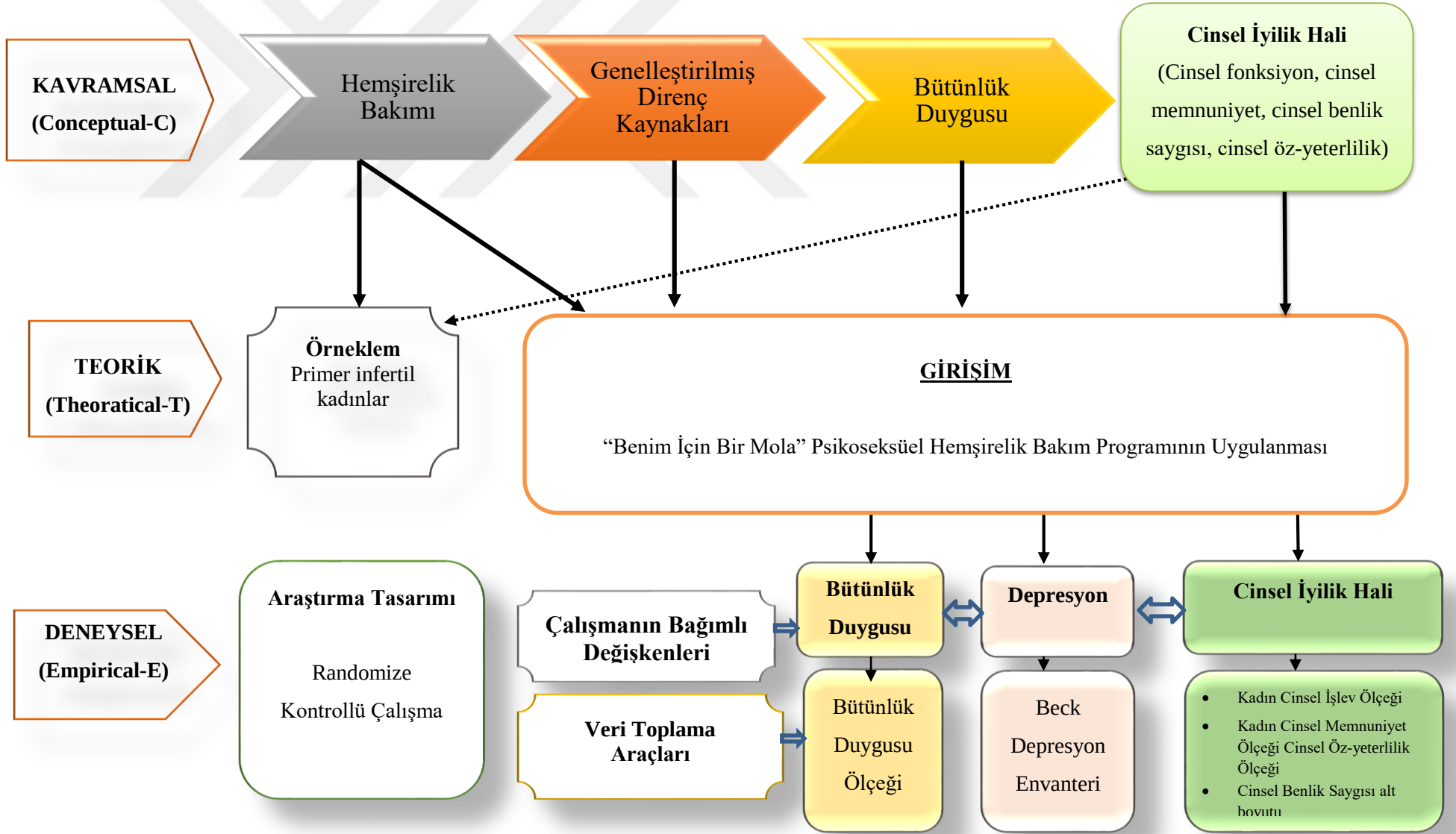
Nitel Veri Toplama Araçları: Araştırmanın girişim grubunda olan ve nitel araştırmaya dahil edilme kriterini karşılayan kadınlardan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak nitel veriler toplanmıştır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu: Kadınlar ile mevcut cinsel iyilik halleri, cinsel iyilik halinde yaşadıkları değişimler, psiko eğitim sürecinde cinsel iyilik halinde değişimi sağlayan unsurlara ilişkin nitel verileri elde etmeye yönelik sorular sorulmuştur. Görüşmeler, bu amaç doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile yürütülmüştür (Ek-8).

3.1.7. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı

Bu araştırmanın planlanması aşamasında Salutogenez Modeli kullanılmıştır. Model, sağlık odaklı olup, sağlığı sağlık-hastalık sürekliliği içerisinde tanımlayan ve sistematik olarak açıklayan ilk modeldir. Salutogenez, bireyin sağlık yönüne doğru yönelmesini sağlayan kaynak, durum ve faktörlere odaklanmaktadır (Antonovsky, 1979, 1987, 1996). Sullivan (1989), Salutogenez Modeli'nin hemşirelik alanında kullanımı için uygunluğunu değerlendirmiş, hemşirelik bakımının bütünlük duygusunu güçlendirerek bireyin iyilik haline ulaşmasını sağladığını belirtmiştir.

Bütünlük duygusunun gelişimi için, sağlık profesyonelleri özellikle hemşirelerin bireylerle sahip olduğu açık iletişim ve yapılandırılmış eğitimler, büyük önem arz etmektedir (Moons ve Norekvål, 2006; Mayer ve Boness, 2011). Sağlık profesyoneli tarafından verilen eğitim, kişinin yaşadığı durumu daha tahmin edilebilir kılarak, anlaşılabilirlik duygusunu artırır (Sagy ve Antonovsky, 2000). Bireyin bütünlük duygusunu geliştirmek için genelleştirilmiş direnç kaynaklarının uygunluğunu anlama ve onları kullanabilme yeteneğine sahip olması gerekmektedir. Sağlık profesyoneli ile birey arasında kurulacak destekleyici ilişki, bireyi bilgilendirerek ve teşvik ederek bireyin diğer direnç kaynaklarının farkında olmasını sağlamaktadır (Moons ve Norekvål, 2006). Hemşirelik teorisyenlerinin biomedikal paradigmanın aksine sağlık odaklı kavramsal modellere odaklanmaları gerektiği (Sullivan, 1989), benzer yaklaşımın psikoseksüel bakımın hemşirelik bakımının rutin bir parçası haline getirilebilmesi için de gerekli olduğu belirtilmektedir (Ferreira ve ark., 2015). Bu nedenle, modelin bireyin iyilik hali üzerine odaklanması ve hemşirelik bakım uygulamaları ile olan yakın ilişkisi nedeni ile infertil kadınlarda psikoseksüel bakım programının cinsel iyilik hali üzerine etkisini değerlendirmek için Salutogenez Modeli tercih edilmiştir. Araştırmanın kavramsal-teorik-deneysel yapısı Şekil 3.3' te gösterilmiştir.



Şekil 3.3. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı

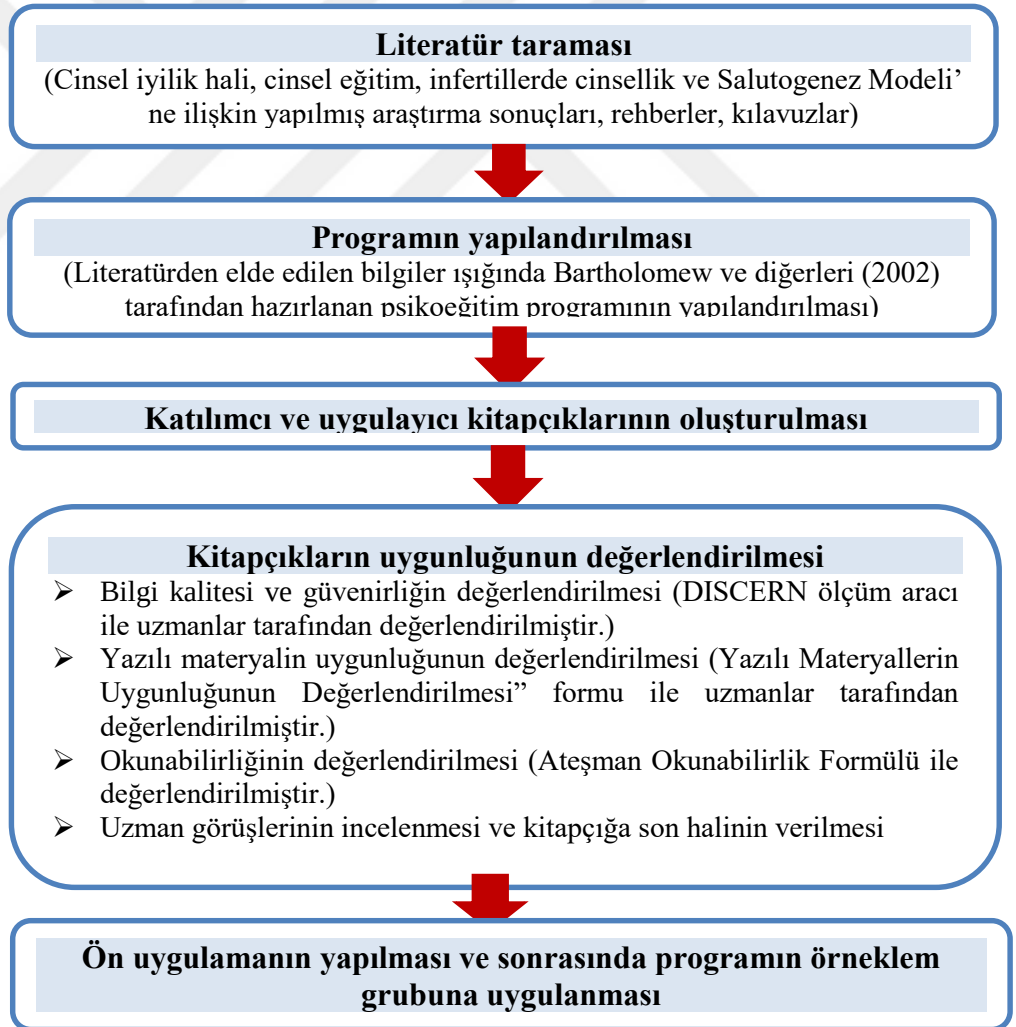
3.1.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın veri toplama süreci iki aşamadan oluşmaktadır:

- ❖ **“Benim için Bir Mola” Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Hazırlanma Süreci:** Programın yapılandırmasını uygunluğunun değerlendirilmesi ve pilot uygulama süreçlerini içermektedir.
- ❖ **Uygulama Süreci:** Araştırmada girişim ve kontrol gruplarının belirlenerek program uygulama sürecinin başlatıldığı ve verilerin toplandığı süreci içermektedir.

3.1.8.a. “Benim için Bir Mola” Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Hazırlanma Süreci

Araştırmanın infertil kadınların cinsel iyilik hallerini geliştirmeye yönelik olan hemşirelik bakım programının uygulama öncesine ilişkin metodolojik süreçleri Şekil 3.4’te sunulmuş ve aşağıda açıklanmıştır.



Şekil 3.4. Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programına Yönelik Eğitim Kitapçıklarının Oluşturulma Süreci

❖ **Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Yapılandırma Süreci**

Programının oluşturulmasında modele ilişkin kavramsal çerçeve ve Bartholomew ve arkadaşları (2002) tarafından hazırlanan psikoeğitim programı dikkate alınmıştır. Psikoeğitim programı, kadınların benlik saygıları, kişilerarası iletişim becerileri ve cinsel konforlarını arttırmalarına yardımcı olmak için danışmanlara yönelik tasarlanmıştır. Her bir oturumu birbirinden bağımsız olan program; tercihen grup çalışması olmasına rağmen, bireysel olarak da uygulanabilmektedir. Program, etkileşimli ve yapılandırılmış format, bilgi paylaşımı, tartışma, alıştırmalar, etkinlikler ve role-play içermektedir. Texas Üniversitesi araştırma ekibinde yer alan Profesör Kevin Knight' tan programın araştırma için kullanım izni alınmış ve programın infertil kadınlarda kullanılabileceği ve uyarlanabileceği görüşü alınmıştır (Ek-9).

Psikoseksüel bakım programı yapılandırılır iken cinsel iyilik halinin boyutları dikkate alınmıştır. Bu çalışmada psikoseksüel bakım programının amacı, bireyde bütünlük duygusu geliştirilerek bireyin cinsel iyilik halinin oluşturulması/geliştirilmesidir. Bu nedenle yapılandırılan programda bütünlük duygusunun boyutları (anlamlılık, yönetilebilirlik ve anlaşılabilirlik) ve cinsel iyilik hali boyutlarının (cinsel fonksiyon, cinsel doyum, cinsel benlik saygısı ve cinsel öz-yeterlilik) gelişimini sağlayan unsurlar dikkate alınmıştır.

Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programına İlişkin Hazırlanan Kitapçıkların Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Program sürecinde kadınların yararlanabilmesi için eğitim içeriğinin, ev ödevlerinin ve ev okumalarının yer aldığı katılımcı el kitabı hazırlanmıştır (Ek-10). Ayrıca, programı yönlendirmede araştırmacının kullanması için uygulayıcı kitabı hazırlanmıştır (Ek-11). Programa yönelik hazırlanan katılımcı ve uygulayıcı el kitabının uygulama öncesinde güvenirlik, bilgi kalitesi, okunabilirlik, biçim, öğrenme, motivasyon ve kültürel uygunluğu değerlendirilmiştir. Kitapçıkların değerlendirilme sürecine ilişkin bilgiler aşağıda sunulmuştur.

Bilgi kalitesi ve güvenirliğin değerlendirilmesi

Katılımcı ve uygulayıcı el kitapçığının güvenirlik ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesinde Tüketici Sağlığı Bilgileri için Kalite Kriterleri (DISCERN) ölçüm aracı kullanılmıştır.

DISCERN ölçüm aracı, Charnock ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiş ve Gökdoğan ve arkadaşları (2003) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçüm aracı, sağlık problemleri ve tedavi seçenekleriyle ilgili bilgilendirme amacıyla hazırlanan yazılı eğitim materyallerinin kalitesini ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 16 soru ve 3 bölümden oluşan DISCERN ölçüm aracı; bilginin güvenilirliğini (1-8. sorular), bilginin kalitesini (9-15. sorular) ve eğitim materyalinin genel değerlendirmesini (16. soru) içermektedir. Her soru 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Her bir soruda "5" materyalin uygunluğuna "1" materyalin uygunsuzluğuna işaret etmektedir. Ölçüm aracından toplamda 15-75 arasında bir puan elde edilmektedir. Genel değerlendirmeyi veren 16. madde ise ayrı değerlendirilmektedir. Düşük puan kalitenin kötü, yüksek puan iyi olduğunu belirtmektedir (Gökdoğan ve ark., 2003) (Ek-12). Uygulayıcı kitabı ve katılımcı el kitabına ilişkin Prof. Dr. Emel EGE, Prof. Dr. Emel TAŞÇI DURAN, Prof. Dr. Esin ÇEBER TURFAN, Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ, Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK, Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR, Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN, Doç. Dr. Hatice BALCI YANGIN, Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ, Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK, Dr. Öğr. Üyesi Elif ULUDAĞ' dan uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşü sonrasında elde edilen DISCERN ölçüm aracı ortalama puanları Tablo 3.7' de verilmiştir.

Tablo 3.7. Katılımcı ve Uygulayıcı El Kitabına İlişkin Uzmanların DISCERN Ölçüm Aracına İlişkin İlişkin Puan Ortalamaları ve Kendall Uyuşum Katsayısı

Ölçüm Araçları	Katılımcı Kitabı		Uygulayıcı Kitabı	
	Ort±SS (Min-Max)	Kendall's W, p	Ort±SS (Min-Max)	Kendall's W, p
DISCERN Ölçüm Aracı				
Bilgi güvenilirliği	35.64±4.43 (28.00-40.00)	W=0.851 p=0.000	38.91±1.81 (34.00-40.00)	W=1.000 p=0.000
Bilgi kalitesi	32.55±3.14 (27.00-35.00)		31.64± 5.46 (18.00-35.00)	
Genel Değerlendirme	4.82±0.40 (4.00-5.00)		3.91± 0.30 (3.00-4.00)	
Toplam puan	68.18± 5.91 (55.00-75.00)		70.55±6.38 (56.00-75.00)	

Tablo 3.7’ de görüldüğü üzere; katılımcı ve uygulayıcı el kitapçığının bilgi güvenirliği ve kalitesinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, belirtilen boyutlar konusunda uzman görüşlerinin istatistiksel olarak birbiriyle uyumlu olduğu saptanmıştır (W=1.000, p=0.000).

Yazılı materyalin uygunluğunun değerlendirilmesi

Öğretim materyalinin uygunluğunu değerlendirmek amacıyla ise “Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi” formu kullanılmıştır. Bu form, içerik (4 madde), okur-yazarlık durumu (5 soru), resim, grafik, tablo, liste (5 soru), plan ve tipi (8 soru), öğrenme ve motivasyon (3 soru), kültürel uygunluk (2 soru) olmak üzere altı bölüm ve toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Toplam 1 ile 27 puan üzerinden değerlendirilebilen form puanının yüksek olması materyalin uygunluk derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Gökdoğan ve ark., 2003) (Ek-13). Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi formlarına ilişkin uzmanların görüşü Tablo 3.8’de verilmiştir.

Tablo 3.8. Katılımcı ve Uygulayıcı El Kitabına İlişkin Uzmanların Yazılı Materyallerin Uygunluğuna İlişkin Puan Ortalamaları ve Kendall Uyuşum Katsayısı

Ölçüm Araçları	Katılımcı Kitabı		Uygulayıcı Kitabı	
	Ort±SS (Min-Max)	Kendall's W, p	Ort±SS (Min-Max)	Kendall's W, p
Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi				
İçerik	3.82±0.40 (3.00-4.00)	W=0.897 p=0.000	4.91±0.30 (4.00-5.00)	W=0.899 p=0.000
Okuryazarlık	4.91±0.30 (4.00-5.00)		5.00± 0.00 (5.00-5.00)	
Resim, Grafik	5.00±0.00 (5.00-5.00)	3.00± 0.00 (3.00-8.00)	3.00± 0.00 (3.00-8.00)	3.00± 0.00 (3.00-3.00)
Yazı ve Plan	5.82±2.18 (3.00-8.00)		3.00± 0.00 (3.00-3.00)	
Öğrenme ve Motivasyon	3.00±0.00 (3.00-3.00)	2.00± 0.00 (2.00-2.00)	2.00± 0.00 (2.00-2.00)	2.00± 0.00 (2.00-2.00)
Kültürel Uygunluk	2.00± 0.00 (2.00-2.00)		2.00± 0.00 (2.00-2.00)	
Toplam puan	24.55±2.21 (22.00-27.00)		24.64± 2.16 (22.00-27.00)	

Tablo 3.8’ de görüldüğü üzere; uzman görüşünden elde edilen puan ortalamalarının yüksek olması nedeni ile katılımcı ve uygulayıcı el kitapçığının içerik, okuryazarlık, resim- grafik, yazı ve plan, öğrenme ve motivasyon açısından uygun olduğu

belirlenmiştir. Ayrıca, belirtilen boyutlar konusunda uzman görüşlerinin istatistiksel olarak birbiriyle uyumlu olduğu saptanmıştır ($W=0.899$, $p=0.000$). Uzman görüşlerinde formlara ek olarak biçimsel öneriler verilmiştir. Öneriler dikkate alınarak katılımcı ve uygulayıcı kitabında biçimsel anlamda düzenlemeler yapılmıştır.

Okunabilirliğin değerlendirilmesi:

Katılımcılara yönelik hazırlanan el kitapçığının zorluk düzeyini belirlemek için okunabilirlik analizi yapılmıştır. Okunabilirlik analizi yapılırken Ateşman Okunabilirlik Formülü'nden yararlanılmıştır. Ateşman (1997) bilimsel metinlerin okunabilirlik düzeyini belirlemek için Flesch (1948) tarafından geliştirilen “Flesch-Kincaid Okunabilirlik Formülü”nü Türkçe'ye uyarlamıştır. Ateşman bu uyarlama ile “tümce uzunluğu” ve “sözcük uzunluğu” değişkenlerini temel alarak Türkçe metinlerin okunabilirlik düzeylerini tanımlama ve sınıflandırmaya yönelik bir formül geliştirmiştir (Ateşman, 1997). Formül sonucunda elde edilen okunabilirlik sayısı; aşağıda Tablo 3.9'da belirtilen sınıflandırmaya göre değerlendirilmiştir.

Tablo 3.9. Metinlerin Okunabilirlik Sayılarına Göre Sınıflandırılması

Okunabilirlik Sayısı	Metnin Okunabilirliği
90-100	Çok kolay
70-89	Kolay
50-69	Orta güçlükte
30-49	Zor
1-29	Çok zor

Kaynak: Ateşman, E. (1997). Türkçede okunabilirliğin ölçülmesi. Dil Dergisi, 58(71-74).

Katılımcı el kitapçığında bulunan metinlerin toplam hece sayısı 24.194, kelime sayısı 7612 ve cümle sayısı 690 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen değerler Ateşman Okunabilirlik Formülü'ne yerleştirilmiş, Ateşman Okunabilirlik Analizi Formülü'ne göre; katılımcı kitabının okunabilirlik sayısı 99.75 olarak hesaplanmış, bu sayı doğrultusunda katılımcı kitabının zorluk düzeyi çok kolay olarak değerlendirilmiştir.

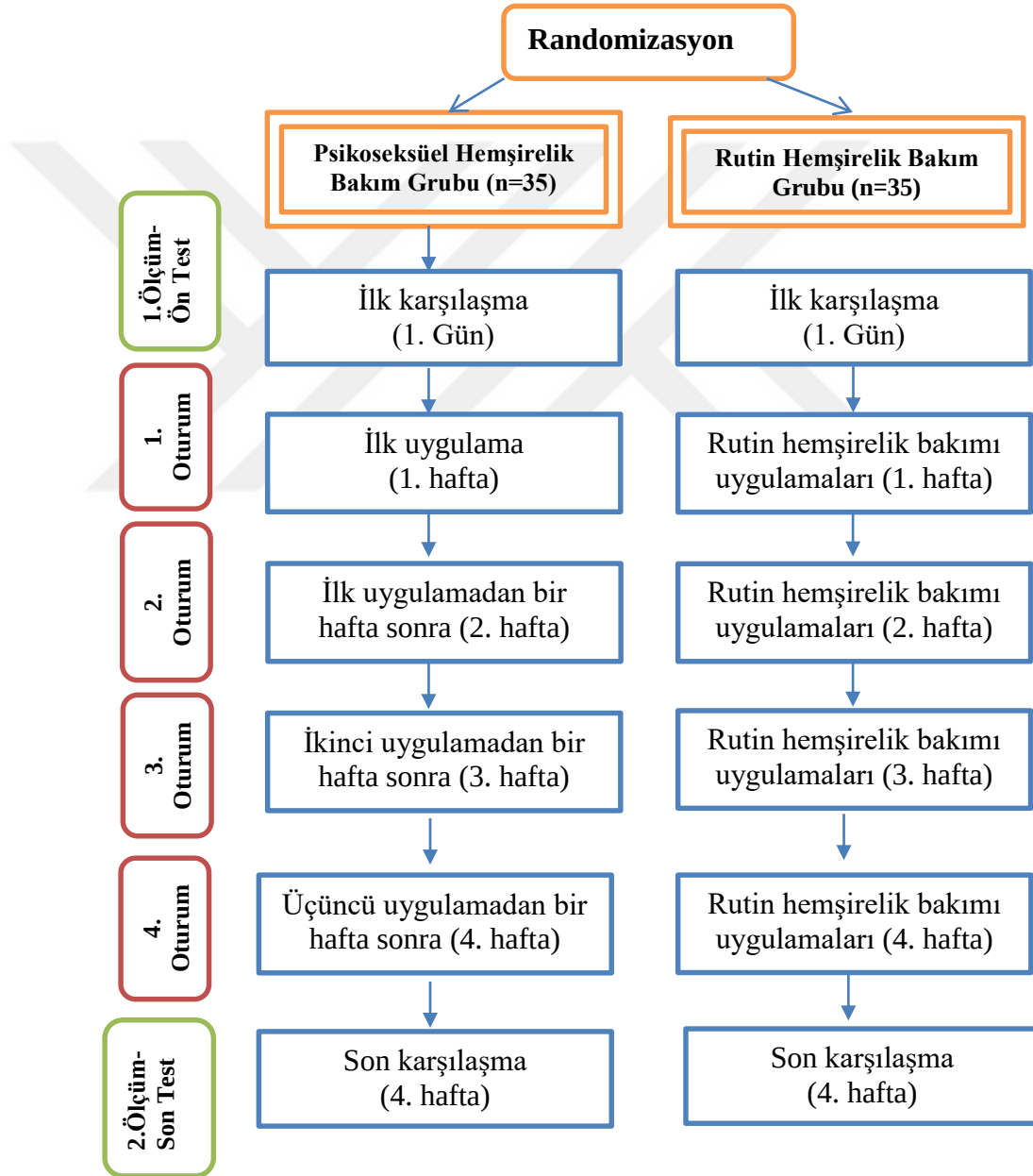
Ön Uygulama

Yapılandırılan eğitim programını değerlendirmek amacıyla 6 evli kadının katılımı ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında bilgilenme, eş ilişkilerinde ve kendi bedeninde farkındalık kazanma, bedene ilişkin olumlu duygu ve düşünceler kazanma ve grup içi iletişim ve etkileşim gibi olumlu geri bildirimler verilmiştir.

Oturumlara ilişkin mola zamanları, power point sunum kullanımı ve müzik kullanımı gibi teknik öneriler sunulmuştur. Ön uygulamaya alınan kadınların verileri araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.1.8.b. Araştırma Verilerinin Toplanması ve “Benim için Bir Mola” Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Uygulanma Süreci

Araştırmanın uygulama sürecinde; uygulama öncesi hazırlık yapılmış, uygulama süreci yürütülmüş ve uygulama sonrasında veriler toplanmıştır. Araştırmanın uygulama prosedürü; Şekil 3.5’te verilmiştir.



Şekil 3.5. Araştırmanın Uygulama Aşamaları

Uygulama Öncesi Hazırlık

İnfertilite tedavisi planlanmış olan kadınlar ile görüşmeler yapılmış, kadınlar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve kadınların dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uygunluğu değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan bilgilendirilmiş gönüllü olur formları alınmış ve araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemini oluşturan kadınların tanıtıcı özellikleri, cinsel iyilik halleri, bütünlük duyguları ve depresyon düzeylerine ilişkin ölçüm araçlarının olduğu online formun erişim adresi kadınlar ile paylaşılmıştır. Girişim grubunda bulunan kadın ile görüşme planlamasının yapılabilmesi için toplamda dört kez daha görüşüleceği, görüşmenin dördünde psikoseksüel hemşirelik bakım programının uygulanacağı, ilk üçünün grup görüşmesi, biri ise eş katılımının teşvik edileceği bireysel uygulamalar şeklinde planlandığından bahsedilmiştir. Psikoseksüel hemşirelik bakım programının uygulanması için dört haftaya gereksinimin olduğu, her bir oturumun haftada bir kez şeklinde gerçekleştirileceği belirtilmiştir. Grup uygulamaları sonrasında psikoseksüel hemşirelik bakım uygulamalarının kalıcılığını sağlamak adına verilecek olan kitapçıkların eş ile paylaşımı konusunda kadınlara bilgi verilmiştir. Ayrıca, girişim grubunda olan kadınların eğitime uygun gün ve saatleri konusunda görüşülerek, planlamalar yapılmıştır. Ayrıca, katılımcılar için hazırlanmış olan kitapçık içeriği tanıtılarak bireylere teslim edilmiştir. Girişim grubu için katılımcı sayısının en az 6 olduğu durumlarda uygulamanın yapılacağı hakkında bilgi verilmiş, psikoseksüel bakım programının ilk oturumu için planlama yapıldıktan sonra görüşme sonlandırılmıştır. Kontrol grubundaki kadınlara ise dört hafta sonra bir kez daha görüşme yapılacağı belirtilmiştir.

Uygulama Süreci

• Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Grubu

Araştırmacı tarafından yapılandırılan “Benim İçin Bir Mola” adlı psikoseksüel hemşirelik bakım programı online platform üzerinden yürütülmüştür. Psikoseksüel bakım programı; kadınlarda bilgi artışı sağlamak, beceri ve davranış geliştirmek ve/veya değiştirmek amacı ile yürütülen bir psikoeğitim sürecini içermektedir. Psikoeğitim; grup içi bilgilendirme, tartışma ve egzersizlerini, ev okumalarını ve ödevlerini içermektedir. Psikoseksüel hemşirelik bakım programına ilişkin genel bilgiler ise Tablo 3.10’ da verilmiştir.

Tablo 3.10. “Benim için Bir Mola” Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programına İlişkin Genel Bilgiler

1. Oturum: Beden Farkındalığı		
Amacı	İçeriği	Kullanılan Yöntemler ve Teknikler
Kadının kendi bedenine ilişkin bilgi ve farkındalığını artırma	• Kadın ve erkek üreme anatomisi • Menstrüel siklus ve gebelik oluşum süreci • İnertilite tedavi süreci • Cinsel yanıt döngüsü • Bedeni tarama ve ana odaklanma egzersizleri tanıtımı ve kullanımı	• Cinsel Eğitim • Tartışma • Grup Uygulamaları • Farkındalık egzersizi • Ev ödevi (bedeni tarama egzersizi) • Ev okumaları (cinsel yanıtta kadın ve erkeğin farkı) • Bilgi testi
2. Oturum: Cinselliğe Yeni Bir Bakış		
Kadının cinselliğe yüklediği anlamları keşfetmesini ve cinselliğin normalizasyonu nu sağlama, benlik saygısını güçlendirme	• Cinselliğin anlamı ve boyutları • Cinsel mitler • Benlik saygısını güçlendirme • Bedeni tarama ve ana odaklanma egzersizleri kullanımı	• Bir önceki oturumu hatırlama • Cinsel Eğitim • Tartışma • Grup Uygulamaları (olumlama egzersizi) • Farkındalık egzersizi • Güçlendirme stratejisi • Ev ödevi (takdir ettiklerim egzersizi ve bedeni keşfetme egzersizi) • Ev okumaları (cinsel açıdan sağlıklı bir erişkinin davranışları, mutlu ve doyumlu cinsel yaşamın unsurları) • Bilgi testi
3. Oturum: İletişim ve İlişkiye Yeni Bir Bakış		
Etkili iletişim tekniklerine ilişkin bilgi sağlama ve davranış değişikliği oluşturma	• Etkili iletişim teknikleri (ben dili, sen dili, etkili dinleme, sözsüz iletişim, kişisel haklar) • Cinsel iletişim	• Bir önceki oturumu hatırlama • Cinsel eğitim • Tartışma • Grup uygulamaları • Rol-oynama • Farkındalık egzersizi • Güçlendirme stratejisi • Ev ödevi (duygular listem evlilik ile ilgili cümle tamamlama ve cinsellikle ilgili cümle tamamlama) • Ev okumaları (evlilikte iletişimi güçlendirmek için öneriler) • Bilgi testi
4. Oturum: Cinsel Hayatın Gözden Geçirilmesi		
Cinsel sağlığa ilişkin bireysel danışmanlığın sağlanması	• Cinsel iyilik hali • Cinsel sorunların paylaşımının teşviki • Programın katkıları üzerine geri bildirim alma	• Cinsel danışmanlık • Cinsel eğitim • Güçlendirme stratejisi • Bireyselleştirilmiş psikoseksüel destek

Tablo 3.10' da görüldüğü üzere; psikoseksüel hemşirelik bakım programı dört oturumdan oluşmakta olup, üç oturum grup uygulaması ve son oturum bireysel danışmanlık şeklinde yürütülmüştür. Birinci oturumda ele alınan konular; kadınlarda beden farkındalığı oluşturmak ve içinde bulunduğu süreci anlamlandırabilmesi için kadın ve erkek üreme anatomi ve fizyolojisi, cinsel yanıt aşamaları, infertilite ve tedavi süreçleridir. İkinci oturumda; kadınların cinselliğe yükledikleri anlamları geliştirmek ve/veya değiştirebilmek için beden imajı, benlik saygısı, yakınlık, duyusallık, erotizm, ebeveynlik/üreme gibi cinselliğin birçok boyutu üzerine bilgilendirmeler, grup tartışmaları ve egzersizleri yapılmıştır. Üçüncü oturumda; iletişim ve ilişkiye yeni bir bakış açısı kazandırabilmek için etkili iletişim teknikleri, kişisel haklar, ben dili kullanımı ve cinsel iletişim gibi konular ele alınmış, egzersizler ve grup tartışmaları yapılmıştır. Dördüncü oturumda ise bireysel danışmanlık şeklinde yürütülmüş, eşlerle birlikte katılım teşvik edilmiştir. Ancak, katılımcılardan hiçbirinin eşi dördüncü oturuma katılmamıştır. Bu oturumda kadınların cinsel hayata ilişkin mevcut soru ve sorunları varsa onlar ele alınmış ve son olarak program değerlendirilmesi yapılmıştır. Oturumlar, yaklaşık 45-50 dakika sürmüştür.

Rutin Hemşirelik Bakım Grubu

Rutin hemşirelik bakımı, tedavi planlaması yapıldıktan sonra tedavi sürecinde ilaç kullanımı ve kontrol zamanlarına ilişkin bilgilendirmeleri içermektedir. Bilgilendirme, her kadına sözlü olarak yapılmakta ve ortalama 10 dakika sürmektedir. Araştırmaya katılan tüm kadınlara araştırmanın yürütüldüğü infertilite polikliniği hemşireleri tarafından rutin hemşirelik bakımı verilmiştir.

Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programı Uygulama Sonrası

Araştırmanın Nicel Boyutuna İlişkin Veri Toplanması: Araştırmanın girişim ve rutin bakım grubunda bulunan kadınlardan dördüncü haftanın sonunda kendilerine yönlendirilen KCIÖ, Çok Boyutlu Cinsellik Soru Formu- Cinsel Benlik Saygısı Alt Boyutu Ölçeği, KCMÖ, Cinsel Öz-Yeterlilik Ölçeği, BDE ve Bütünlük Duygusu Ölçeği' ni doldurmaları istenmiştir.

Araştırmanın Nitel Boyutuna İlişkin Veri Toplanması: Araştırmada nitel araştırmaya katılmayı kabul eden girişim grubundaki kadınlar ile görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler katılımcıya göre değişmekle birlikte yaklaşık 30-40 dakika sürmüş ve her birey ile sadece bir kez görüşme yapılmıştır. Görüşmeler, online

görüşmeler ile yürütülmüş, katılımcıların izni ile ses kaydına alınmıştır. Araştırmacı, görüşme sırasında görüşmecilerin deneyimlerini ve kişisel bakış açılarını anlatmalarına destek olmak için yarı yapılandırılmış görüşme formunda bulunan açık uçlu sorular kullanmış ve onları özgürce konuşmaya teşvik etmiştir. Temellendirilmiş kuram çalışmasında, sürekli karşılaştırma metodu ile veri toplama ve analiz işlemi birlikte yürütülmüş, elde edilen veriler sürekli olarak karşılaştırma işlemine tabi tutulmuştur.

3.1.9. Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri

Araştırmanın değişkenleri aşağıda belirtilmiştir.

Bağımlı Değişkenler: KCiÖ, KMÖ, Cinsel Öz yeterlilik Ölçeği, Cinsel Benlik Saygısı alt boyutu, BDE ve Bütünlük Duygusu Ölçeği'nden alınan puanlardır.

Bağımsız Değişkenler: Psikoseksüel hemşirelik bakımıdır.

Kontrol Değişkenler: Kadınların sosyo-demografik, evlilik, cinsellik ve infertiliteye ilişkin tanıtıcı bilgileridir.

Araştırmanın hipotezleri şunlardır;

- 1. Hipotez.** H₁: Psikoseksüel hemşirelik bakım programı alan infertil kadınların rutin hemşirelik bakımı alan kadınlara göre cinsel fonksiyon düzeyleri daha yüksektir.
- 2. Hipotez.** H₁: Psikoseksüel hemşirelik bakım programı alan infertil kadınların rutin hemşirelik bakımı alan kadınlara göre cinsel memnuniyet düzeyleri daha yüksektir.
- 3. Hipotez.** H₁: Psikoseksüel hemşirelik bakım programı alan infertil kadınların rutin hemşirelik bakımı alan kadınlara göre cinsel öz yeterlilik düzeyleri daha yüksektir.
- 4. Hipotez.** H₁: Psikoseksüel hemşirelik bakım programı alan infertil kadınların rutin hemşirelik bakımı alan kadınlara göre cinsel benlik saygısı düzeyleri daha yüksektir.
- 5. Hipotez.** H₁: Psikoseksüel hemşirelik bakım programı alan infertil kadınların rutin hemşirelik bakımı alan kadınlara göre bütünlük duygusu düzeyleri daha yüksektir.
- 6. Hipotez.** H₁: Psikoseksüel hemşirelik bakım programı alan infertil kadınların rutin hemşirelik bakımı alan kadınlara göre depresyon puanları daha düşüktür.

3.1.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows 22.0 programı kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının bu araştırma için Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır.

Araştırmanın kategorik verileri tanımlayıcı istatistikler olarak sayı ve yüzde, sürekli verileri ise ortalama ve standart sapması hesaplanmıştır. Randomizasyon sonrası girişim ve kontrol grubu arasındaki kategorik değişkenler bakımından iki grup arasında farklılığın olup olmadığı belirlenmiştir. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu; Shapiro Wilks testi ile yapılmış, ayrıca çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değeri +2 ve -2 arasında olan değişkenler, bu çalışmada normal dağılıma uygun olarak değerlendirilmiştir (George ve Mallery, 2011). Araştırmanın normalite verileri incelendiğinde; normal dağılıma uygun oldukları belirlenmiş ve analizlerde parametrik testler tercih edilmiştir. Araştırmanın nicel boyutunda psikoseksüel bakım programının etkinliği incelenmiştir.

Araştırmada randomizasyon sonrasında girişim ve kontrol grubunda kayıp veri olması nedeni ile intention to treat analizi yapılmıştır. Gruplar arası farklılığın kıyaslandığı durumlarda veriler hem kayıp verilerin dikkate alındığı intention to treat analizi ile hem de kayıp verilerin dikkate alınmadığı per protocol analizi ile sunulmuş ve kıyaslamalar yapılmıştır. Intention to treat analizi; örneklem grubundaki bireylerin çalışma süresince örneklemden ayrılmalarına rağmen, girişim sonuçlarının randomize olarak atandıkları gruplarda karşılaştırılmasını sağlamaktadır. Böylece randomizasyonun sağladığı gruplar arası homojenite sürdürülebilmekte ve tip 1 hata önlenmektedir (Hollis ve Campbell, 1999). Araştırmanın istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p=0.05$ kabul edilmiştir. Psikoseksüel hemşirelik bakım programının etkinliğini inceleyen tüm analizlerde etki büyüklüğü hesaplaması yapılmıştır. Etki büyüklüğü, çalışmadaki gruplara ait sonuçlar arası farkın klinik olarak anlamlı olup olmadığını göstermektedir (Kilic, 2014). Etki büyüklüğünün sunumunda t testinde kullanılan Cohen's d değeri (standartlaştırılmış ortalama farkı) kullanılmıştır. Etki büyüklüğünün sınıflandırılmasında; Cohen's d değerinin 0,2'den küçük olması durumunda, etki büyüklüğünün zayıf, 0.5 olması durumunda orta ve 0,8'den büyük olması durumunda ise kuvvetli değerlendirilmiştir. Programın uygulama aşamasında verilerin değerlendirilmesi için ele alınan değişkenler ve istatistiksel yöntemler Tablo 3.11'de verilmiştir.

Tablo 3.11. Programın Uygulama Aşamasında Verilerin Değerlendirilmesi İçin Ele Alınan Değişkenler ve İstatistiksel Yöntemler

Değişkenler	İstatistiksel yöntemler
Tanımlayıcı veriler	
❖ Girişim ve kontrol grubu sosyo-demografik, cinsel yaşamları ve infertilite sorunlarına ilişkin tanıtıcı bilgiler	❖ Kategorik veriler için sayı, yüzde
❖ Randomizasyon sonrası girişim ve kontrol grubunun homojenitesi	❖ Sürekli veriler için ortalama ve standart sapma
❖ Normal dağılıma uygunluk testleri	❖ Kategorik verilerde Pearson Ki-Kare veya Fisher' in Kesin Testi
❖ Ölçeklerin güvenirliği	❖ Sürekli verilerde bağımsız gruplar için t testi
❖ Ölçeklerin tanımlayıcı verileri	❖ Shapiro-Wilk testi p değeri
	❖ Çarpıklık katsayısı
	❖ Basıklık katsayısı
	❖ Cronbach alpha
	❖ Ölçek puan ortalamaları, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri
Veri toplama araçları	
❖ Girişim ve kontrol grubunun bağımlı değişkenlere göre ön test-son test ölçüm farkları	❖ Bağımsız gruplar için t testi
❖ Girişim ve kontrol grubunun kendi içinde bağımlı değişkenlere göre ön test-son test ölçüm farkları	❖ İki eş arasındaki farkın t testi
❖ Randomizasyon etkisinin sürdürülmesi, yanlılığın önlenmesi	❖ Intention to treat analizi
❖ Girişimin klinik anlamlılığın test edilmesi	❖ Etki büyüklüğü
	❖ İki ortalama arası farkta; Cohen' in d değeri (standartlaştırılmış ortalama farkı)
❖ Araştırmada ele alınan kavramlar (cinsel fonksiyon, cinsel memnuniyet, cinsel öz-yeterlilik, cinsel benlik saygısı, bütünlük duygusu, depresyon) arası ilişkinin test edilmesi	❖ Perason korelasyon analizi

Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Nitel görüşmeler araştırmacı tarafından transkript edilerek analiz edilmiştir. Analiz sürecinde Strauss ve Corbin (1997) tarafından belirtilen açık, aksiyel ve seçici kodlama adımları izlenmiştir. Açık kodlama, satırbaşına kodlama gibi olup burada ‘ne olduğu’ gibi sorulara cevap vermektedir. Kategorilerin oluşturulmasında benzerlikler ve farklılıklar dikkate alınmıştır. Aksiyel kodlama, her kategori alt kategorileri ile

bağlantıları ve aralarındaki bağlantıları keşfederek ilişkilendirilme sürecini içermektedir. Seçici kodlama, son temel kategorinin tanımlandığı bir adım olup, ortaya çıkan tüm kategorileri kapsayacak daha soyut bir kategori belirlenmiştir. Verilerin analizi sürecinde; sürekli karşılaştırma yönteminden yararlanılmıştır. Sürekli karşılaştırma yöntemi, verilerdeki tüm varyasyon durumlarını dikkate alarak teori geliştirmeyi sağlar (Strauss ve Corbin, 1997). Analiz, ortaya çıkan kategorilerdeki benzerlikler ve farklılıklar arasında sürekli bir karşılaştırmalı yöntemle ileri geri hareket etme ile yürütülmüştür.

Geçerlik ve Güvenirlik:

Bu araştırmada güvenirliliği sağlamak için literatürde belirtilen Trustworthiness, Auditability, Credibility and Transferability kavramsal çerçevesinin unsurları olan; güvenirlilik, denetlenebilirlik, güvenirlilik ve aktarılabilirlik ele alınmıştır. Güvenirlilik; verilerin, bulguları yorumlamanın ve çalışma kalitesi için önemli olan yöntem bölümüne ilişkin güven düzeyini gösterir (Daniel, 2019). Bu çalışmada güvenirliliği sağlamak için veriler, Strauss ve Corbin (1997) tarafından önerilen ve hiyerarşik, sistematik bir yaklaşımı içeren sürekli karşılaştırma yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Denetlenebilirlik, katılımcıların deneyimlerinin, görüşlerinin doğru bir şekilde aktarılmasını sağlar. Bu nedenle, görüşmeden sonra, katılımcılara transkript üzerindeki ifadeler gösterilmiş ve ifadelerini onaylamaları ve reddetmeleri istenmiştir. Güvenirlilik, verilerin güvenirliliği anlamına gelir. Araştırmacı, görüşmelerin transkriptlerini kelimesi kelimesine yapmış ve bulguların sunumunda ifadeler doğrudan alıntılar şeklinde sunulmuştur. Aktarılabilirlik, elde edilen sonuçların benzer çevrede uygulanabilirliği hakkında geçici yargıların oluşturulması anlamına gelir. Bu kapsamda tüm kadınların soruları özgürce yanıtlayarak deneyimlerini kapsamlı bir şekilde aktarmaları sağlanmıştır.

3.1.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olamayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (No: 331) (Ek-14), Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden gerekli yazılı izinler alınmıştır (Ek-15). Araştırma örneklemini oluşturan infertil kadınlara araştırmanın amacı, süresi ve önemi konusunda bilgilendirmeler sözlü ve yazılı olarak belirtilmiş, ayrıca araştırmaya katılmanın gönüllüğü ve istediği zaman araştırmadan ayrılabilceği konusunda her

kadına bilgi verilmiştir. Bilgilendirmeler sonrasında isteklilik ve gönüllülük ilkesi ışığında Aydınlatılmış Onamları alınmıştır (Ek-16). Araştırma, tamamlandıktan sonra kontrol grubunda bulunan kadınlara tercihleri doğrultusunda girişim grubunda kullanılan psikoseksüel hemşirelik bakım programı için hazırlanan eğitim kitapçığı verilmiştir. Ayrıca, araştırmada veri toplama sürecinde kullanılan ölçekler için geçerlik ve güvenilirliği yapan yazarlardan e-posta yolu ile yazılı izin alınmıştır (Ek-17).

3.1.12. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Araştırmanın güçlü yanları; girişimin etkinliğini değerlendirmede randomize kontrollü deneysel çalışma deseninin tercih edilmesi, araştırma sürecinde yanlışlık riskini en aza indirecek yaklaşımların ele alınmış olması ve programın etkinliğinin nitel ve nicel verilerin bir arada kullanılması ile daha zengin bir biçimde sunulmasıdır. Nitel verilerin temellendirilmiş kuram çalışması ile elde edilmesi, kavramsal modelin sunulması; nicel verilerin ise randomize kontrollü çalışma deseni ile elde edilmiş olması; verilerin kalitesini arttırmaktadır. Ayrıca, araştırmanın temellendirildiği Salutogenez Modeli, biomedikal görüşün aksine sağlık odaklı bir modeldir. Literatür incelendiğinde; ülkemizde ve dünyada hemşirelik alanında cinsel sağlığın ele alınmasında pozitif sağlık yaklaşımı ile cinsel iyilik hali kavramı üzerine odaklanan ve hemşirelik bakım uygulamalarında cinsel iyilik halini geliştirmeye yer veren herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu araştırma; ülkemizde psikoseksüel bakımda pozitif sağlık anlayışı ile cinsel iyilik hali kavramı üzerine odaklanan ilk hemşirelik çalışmasıdır. Cinsel iyilik hali kavramına ilişkin yapılan kavram analizi sonucunun kullanılabilirliğini test eden ilk çalışmadır. Böylece, çalışma bulguları doğrultusunda ortak bir terminolojinin belirlenmesine katkı sağlamaktadır.

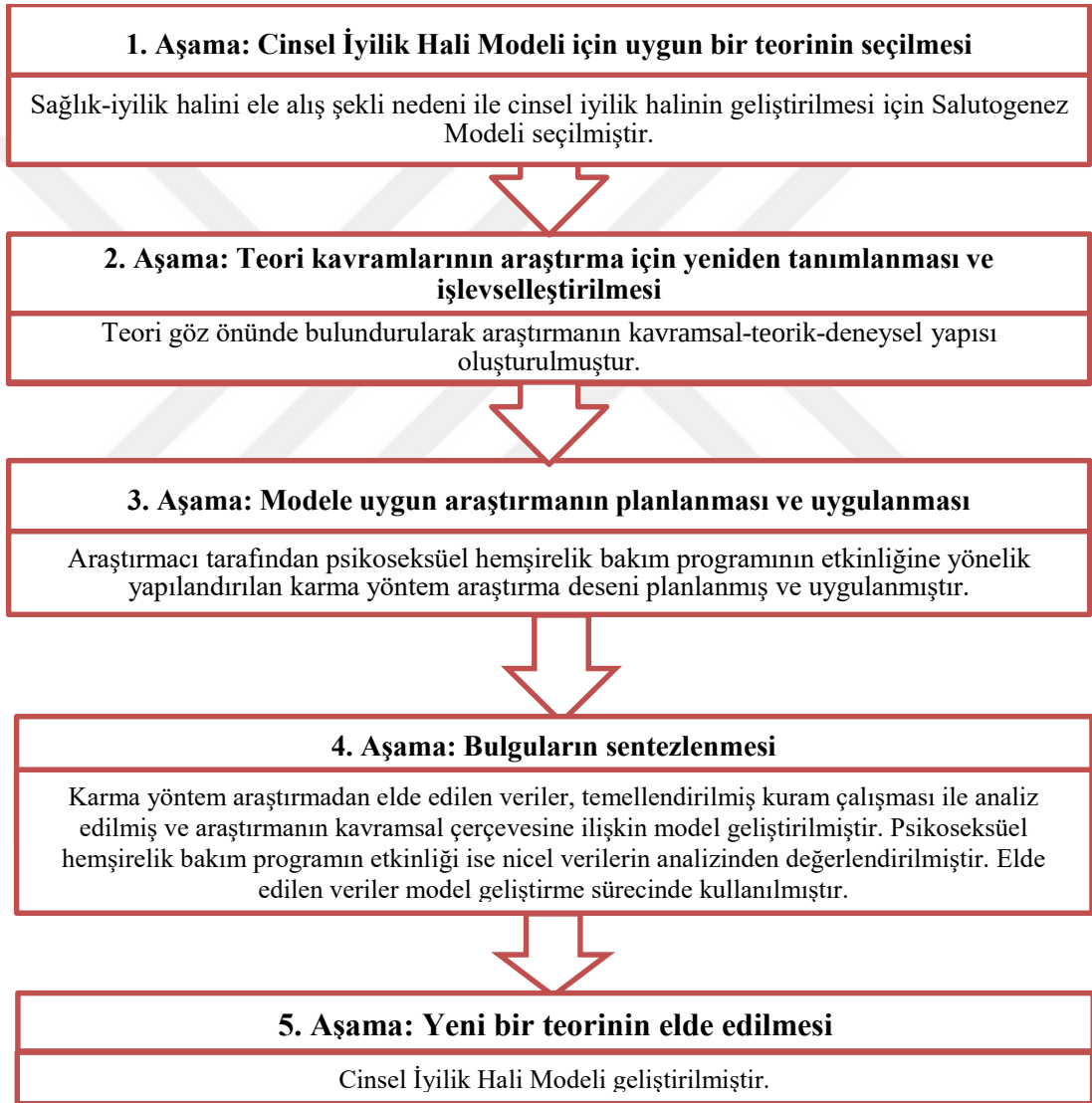
Araştırmanın sınırlılıkları ise araştırmanın Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde yani tek bir merkezde yürütülmesi, cinsellik gibi bir konuda programa eşlerin dahil edilememesi, araştırmaya internet bağlantısı olan ve kullanmayı bilen kadınların dahil edilmesi ve psikoseksüel hemşirelik bakım programının uzun dönem sonuçlarının elde edilememesidir. Ayrıca, programın online olarak yürütülmesi bazı kadınlar için cinsellik gibi bir konuda kendilerini rahatça ifade edebilme fırsatı sunarken bazı kadınların grup içi tartışmalara katılmada çekimser kalmasına neden olmuştur. Araştırmanın COVID-19 pandemi sürecinde yürütülmesi; tedavi

planlamalarında yaşanan değişiklikler ve koruyucu önlemler gibi nedenlerden dolayı örnekleme ulaşmada zorlukların yaşanmasına neden olmuştur.

3.2. Hemşirelik Bakımına Yönelik “Cinsel İyilik Hali Modeli”nin Geliştirilmesi

3.2.1. Araştırmanın Türü

Bu tez çalışmasında hemşirelerin psikoseksüel bakım süreçlerinde bireylerin cinsel iyilik halini geliştirmeye yönelik kullanabilecekleri “Cinsel İyilik Hali Modeli” geliştirilmiştir. Model geliştirme sürecinde teori-araştırma-teori stratejisi kullanılmıştır. Model geliştirme süreci Şekil 3.6’ da verilmiştir.



Şekil 3.6. Cinsel İyilik Hali Modeli’ ni Geliştirme Süreci

*Şekil, Meleis (2011) tarafından belirtilen teori-araştırma-teori stratejisinin aşamalarını temel alarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

3.2.2. Cinsel İyilik Hali Modeli' ni Geliştirme Süreci

1.Aşama: Cinsel İyilik Hali Modeli için uygun bir teorinin seçilmesi: Modelin geliştirilme sürecinde; sağlığı geliştirme yaklaşımı çerçevesinde sıklıkla kullanılan Salutogenez Modeli'nden yararlanılmasına karar verilmiştir. Salutogenez Modeli' nin cinsel iyilik hali ile olan ilişkisi ne dair bilgiler, tez çalışmasının genel bilgiler kısmında yer verilmiştir.

2. Aşama: Teori kavramlarının araştırma için yeniden tanımlanması ve işlevselleştirilmesi: Salutogenez Modeli ve cinsel iyilik hali kavramları göz önünde bulundurularak araştırmanın kavramsal-teorik-deneysel yapısı oluşturulmuş, karma yöntem araştırma desenine ilişkin yöntem bölümünde verilmiştir. Salutogenez Modeli'nin temel kavramları (genelleştirilmiş direnç kaynakları, bütünlük duygusu ve bütünlük duygusunu oluşturan anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik, anlamlılık kavramları) (Antonovsky, 1979) hemşirelik meta-paradigmaları (insan, sağlık-hastalık, çevre ve hemşirelik) (Fawcett, 1978) ve cinsel iyilik hali kavramının alt boyutlarından (cinsel fonksiyon, cinsel doyum, cinsel benlik saygısı ve cinsel öz-yeterlilik) (Martin ve Woodgate (2017) yararlanılmıştır.

3. Aşama: Modele uygun araştırmanın planlanması ve uygulanması: Araştırmacı tarafından infertil kadınlara psikoseksüel hemşirelik bakım programının etkinliğine yönelik yapılandırılan karma yöntem araştırma deseni planlanmış ve uygulanmıştır. Araştırma planlanması ve uygulanmasına ilişkin bilgi, “Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan Karma Yöntem Araştırma Desenine İlişkin Yöntem” başlığı altında verilmiştir.

4.Aşama: Bulguların sentezlenmesi: Araştırmadan elde edilen nitel ve nicel bulguların analiz edilmesi ile psikoseksüel bakımının etkisi ve etkiyi oluşturan unsurlar ve uygulamalar hakkında bilgi elde edilmiştir. Elde edilen bulgular, psikoseksüel hemşirelik bakım programının etkinliğine yönelik yapılandırılan karma yöntem araştırma desenine ilişkin bulgular bölümünde verilmiştir.

5.Aşama: Yeni bir teorinin elde edilmesi: Model geliştirme sürecine ilişkin ilk dört adımın tamamlanması ile “Cinsel İyilik Hali Modeli” içeriği ve şekli belirlenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan Karma Yöntem Araştırma Desenine İlişkin Bulgular

Bu bölümde psikoseksüel hemşirelik bakım programının etkinliğini incelemek amacıyla yürütülen karma yöntem araştırma desenine ilişkin bulgular; RKÇ ile yürütülen nicel boyuta ve temellendirilmiş kuram çalışması ile yürütülen nitel boyuta ilişkin bulgular şeklinde sunulmuştur.

4.1.1. Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan RKÇ'ye İlişkin Bulgular

İnfertil Kadınların Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programına Katılma Durumları

Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınlar ve eşlerin programa katılma düzeylerine ilişkin subjektif verileri Tablo 4.1' de verilmiştir.

Tablo 4.1. İnfertil Kadınların Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programına Katılma Durumları

Programa katılma düzeyleri	Evlilik ilişkisinde eğitimde edindiği bilgiden yararlanma n (%)	Ev ödevlerini yapma n (%)	Ev ödevlerinden edindiği bilgi ve beceriyi evlilik ilişkisinde kullanma n (%)	Ev ödevlerine eşin katılımı n (%)
Hiç	-	-	-	6 (18.75)
Kısmen	14 (43.75)	18 (56.25)	14 (43.75)	16 (50.00)
Çoğunlukla/tamamen	18 (56.25)	14 (43.75)	18 (56.25)	10 (31.25)

İnfertil kadınların çoğunun evlilik ilişkilerinde psikoseksüel hemşirelik bakım programında edindiği bilgiler ve ev ödevlerinden edindiği bilgi ve beceriden çoğunlukla/tamamen yararlandığı, kısmen ev ödevlerini yaptığı ve eşlerin ev ödevlerine kısmen katılım sağladığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

İnfertil Kadınların Cinsel İyilik Hallerine İlişkin Bulgular

Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınlar ve rutin hemşirelik bakımı alan kadınların KCIÖ aracılığı ile ölçülen cinsel fonksiyonlarına ilişkin ön test ve son test puan ortalamaları ve karşılaştırmaları Tablo 4.2'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların KCIÖ Ön Test-Son Test Ortalama Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (ITT analizi)

Ölçek ve alt boyutları		Psikoseksüel hemşirelik bakımı (n=35)	Rutin hemşirelik bakımı (n=35)	t**	p	Cohen's d
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
KCIÖ	Ön test	22.36±5.56	24.46±3.05	-1.963	0.054	0.47
	Son test	23.63±8.53 t*=-0.817, p=0.420 Cohen's d =0.18	20.01±6.48 t*=4.156, p=0.000* Cohen's d =0.88	1.997	0.050*	0.48
İstek	Ön test	1.61±0.87	2.14±0.90	-2.511	0.014*	0.60
	Son test	3.86±0.99 t*=-10.384, p=0.000* Cohen's d =2.41	2.25±0.96 t*=-2.013, p=0.052 Cohen's d =0.12	6.882	0.000*	1.65
Uyarılma	Ön test	3.73±0.99	4.07±0.64	-1.730	0.088	0.41
	Son test	4.33±1.08 t*=-2.993, p=0.005* Cohen's d =0.58	3.80±1.08 t*=1.552, p=0.130 Cohen's d =0.30	2.067	0.043*	0.49
Lubrikasyon	Ön test	4.17±1.40	4.53±0.91	-1.274	0.207	0.30
	Son test	4.83±1.13 t*=-3.525, p=0.001* Cohen's d =0.52	4.26±0.99 t*=1.297, p=0.203 Cohen's d =2.28	2.234	0.029*	0.54
Orgazm	Ön test	4.05±1.36	4.24±0.69	-0.751	0.455	0.17
	Son test	2.67±1.37 t*=6.180, p=0.000* Cohen's d =1.01	1.87±0.47 t*=19.923, p=0.000* Cohen's d =4.01	3.284	0.002*	0.78
Memnuniyet	Ön test	4.38±1.34	4.90±0.70	-2.056	0.044*	0.48
	Son test	5.08±0.98 t*=-3.856, p=0.000* Cohen's d =0.59	4.83±0.96 t*=0.422, p=0.675 Cohen's d =0.08	1.061	0.293	0.26
Ağrı	Ön test	4.42±1.08	4.57±0.82	-0.653	0.516	0.16
	Son test	4.86±1.25 t*=-2.745, p=0.010* Cohen's d =0.37	4.33±1.52 t*=0.985, p=0.332 Cohen's d =0.20	1.597	0.115	0.38

Not: KCIÖ: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, t*= İki eş arasındaki farkın t testi; t**= Bağımsız gruplar için t testi; Cohen's d= Cohen' in d değeri (standartlaştırılmış ortalama farkı), $\bar{x}$: Ortalama, SS=Standart sapma
* p: anlamlılık değeri p <.05

Tablo 4.2 incelendiğinde; psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel fonksiyon ortalama puanında artış görülmesine rağmen, artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (t=-0.817, p=0.420). Cinsel fonksiyona ilişkin orgazm alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlarda girişim öncesine göre girişim sonrasında puan artışlarının olduğu belirlenmiştir. Girişim sonrasında psikoseksüel hemşirelik bakımı

alan kadınların cinsel fonksiyona ilişkin istek, uyarılma, lubrikasyon, memnuniyet ve ağrı alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarındaki artışın girişim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<.05$). Girişim sonrasında orgazm alt boyut puan ortalamasında girişim öncesine göre azalma olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=6.180, p=0.000$). Cinsel fonksiyon ve alt boyutlarının girişim öncesi ve sonrasında elde edilen mevcut puan ortalamaları farkına ilişkin sırasıyla Cohen' in d değeri (standartlaştırılmış ortalama farkı) cinsel fonksiyonu arttırmaya yönelik düşük düzeyde (Cohen's $d=0.18$), cinsel isteği arttırmaya yönelik kuvvetli düzeyde (Cohen's $d=2.41$), uyarılma (Cohen's $d=0.58$), lubrikasyon (Cohen's $d=0.52$) ve memnuniyeti (Cohen's $d=0.59$) arttırmaya yönelik orta düzeyde, ağrıyı iyileştirmeye yönelik (Cohen's $d=0.37$) zayıf ile orta arası bir düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Rutin hemşirelik bakım grubunda yer alan kadınların zamanla cinsel fonksiyon puan ortalamalarında azalma olduğu ve bu azalışın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($t=4.156, p=0.000$). Cinsel fonksiyona ilişkin istek dışında diğer tüm alt boyutlarda son test puan ortalamalarında ön test puan ortalamalarına göre azalma olduğu, bu azalmanın sadece orgazm alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($t=19.923, p=0.000$) (Tablo 4.2).

İnfertil kadınların cinsel fonksiyona ilişkin ön test puan ortalamaları psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınlar ile rutin hemşirelik bakımı alan kadınlar arasında cinsel fonksiyon puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($t=-1.963, p=0.054$). Son test puan ortalamalarında ise psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel fonksiyon puanlarında artış olur iken, rutin hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel fonksiyon puanlarında azalma olduğu ve bu azalmanın istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($t=1.997, p=0.050$). İstek puan ortalaması ön testte rutin hemşirelik bakımı alan grupta psikoseksüel hemşirelik bakımı alan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek iken; son testte psikoseksüel hemşirelik bakımı alan grupta rutin hemşirelik bakımı alan gruba göre istek puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t=6.882, p=0.000$). Cinsel fonksiyona ilişkin memnuniyet dışında diğer tüm alt boyutların ön test puan ortalamaları açısından psikoseksüel hemşirelik bakımı alan

ve rutin hemşirelik bakımı alan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$). Ancak, son test puan ortalamaları incelendiğinde; psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların uyarılma, lubrikasyon ve orgazm alt boyut puan ortalamalarının rutin hemşirelik bakımı alan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $t=2.067$, $p=0.043$; $t=2.234$, $p=0.029$; $t=3.284$, $p=0.002$). Memnuniyet ve ağrı alt boyutuna ilişkin son testte ölçülen puan ortalamaları açısından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla $t=1.061$, $p=0.293$; $t=1.597$, $p=0.115$) (Tablo 4.2).

Ayrıca, kayıp verilerin dışlanarak yani “per protocol” tekniği ile yapılan analiz sonuçları ile “intention to treat” tekniği ile infertil kadınların cinsel fonksiyon puan ortalamalarının kıyaslandığı analiz sonuçlarının benzer olduğu görülmektedir (Ek-18).

Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınlar ve rutin hemşirelik bakımı alan kadınların Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği ile ölçülen cinsel memnuniyetlerine ilişkin ön test ve son test puan ortalamaları ve karşılaştırmaları Tablo 4.3’ te yer almaktadır.

Tablo 4.3. Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların KCMÖ Ön Test-Son Test Ortalama Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (ITT analizi)

Ölçek ve alt boyutları		Psikoseksüel hemşirelik bakımı (n=35)	Rutin hemşirelik bakımı (n=35)	t**	p	Cohen's d
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
Alt Boyutlar	KCMÖ	Ön test	78.46±14.00	71.87±22.56	1.467	0.147
		Son test	78.80±26.58 t*=-0.070, p=0.945 Cohen's d =0.02	59.04±20.77 t*=3.584, p=0.001* Cohen's d =0.59	3.465	0.001*
	Memnuniyet	Ön test	17.31±3.67	16.26±4.02	1.193	0.237
		Son test	20.57±1.83 t*=-5.250, p=0.000 Cohen's d =1.12	16.16±3.79 t*=0.282, p=0.780 Cohen's d =0.03	6.208	0.000*
	İletişim	Ön test	12.86±3.55	11.97±3.16	1.103	0.274
		Son test	15.69±2.74 t*=-4.524, p=0.000* Cohen's d =0.89	11.84±3.24 t*=0.361, p=0.720 Cohen's d =0.04	5.369	0.000*
	Uyumluluk	Ön test	23.26±6.50	22.11±8.33	0.640	0.524
		Son test	22.82±5.53 t*=0.608, p=0.547 Cohen's d =0.07	13.08±3.66 t*=6.912, p=0.000* Cohen's d =1.40	8.694	0.000*
	Endişe (ilişki ile)	Ön test	25.11±6.54	23.40±8.24	0.964	0.338
		Son test	25.86±4.93 t*=-0.941, p=0.354 Cohen's d =0.13	22.20±8.79 t*=1.250, p=0.220 Cohen's d =0.14	2.148	0.035*
	Endişe (kişisel)	Ön test	24.94±6.93	23.17±8.22	0.975	0.333
		Son test	26.28±5.27 t*=-1.451, p=0.156 Cohen's d =0.22	22.18±8.59 t*=1.001, p=0.324 Cohen's d =0.12	2.403	0.019*

Not: KCMÖ: Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği, t*= İki eş arasındaki farkın t testi; t**= Bağımsız gruplar için t testi; Cohen's d= Cohen' in d değeri (standartlaştırılmış ortalama farkı), $\bar{x}$: Ortalama, SS=Standart sapma, * p: anlamlılık değeri p <.05

Tablo 4.3' de psikoseksüel hemşirelik bakım programında olan kadınların program öncesi ve sonrasında gruplar arasında cinsel memnuniyet düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (t=-0.070, p=0.945). Psikoseksüel hemşirelik bakım programı sonrasında uyumluluk alt boyutu hariç KCMÖ diğer tüm alt boyutların puan ortalamaları, öncesine göre artış göstermektedir. Memnuniyet ve iletişim alt boyutlarında bu artışın istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık oluşturduğu belirlenmiştir (sırasıyla $t=-5.250$, $p=0.000$; $t=-4.524$, $p=0.000$). Etki büyüklüklerine ilişkin yapılan analiz sonucunda; psikoseksüel bakım programının sırasıyla cinsel memnuniyeti arttırmaya yönelik zayıf düzeyde (Cohen's $d=0.02$), memnuniyeti (Cohen's $d=1.12$) ve iletişimi (Cohen's $d=0.89$) arttırmaya yönelik kuvvetli düzeyde, ilişki (Cohen's $d=0.13$) ve kendisi (Cohen's $d=0.22$) hakkında endişe ve uyumluluk (Cohen's $d=0.07$ alt boyutu için zayıf düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Rutin hemşirelik bakım programında olan kadınların zamanla cinsel memnuniyet düzeylerinin azaldığı ve bu azalışın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($t=3.584$, $p=0.001$). Memnuniyet ve iletişim alt boyutlarının ön test ve son test puan ortalamalarında değişim gözlenmez iken, uyumluluk, endişe (ilişki ile) ve endişe (kişisel) alt boyutlarında hafif bir azalmanın olduğu tespit edilmiştir. Alt boyut puan ortalamalarından sadece uyumluluk alt boyutunun son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($t=6.912$, $p=0.000$) (Tablo 4.3).

İnfertil kadınların cinsel memnuniyetlerine ilişkin ön test puan ortalamaları psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınlar ile rutin hemşirelik bakımı alan kadınlar arasında cinsel memnuniyet puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($t=1.467$, $p=0.147$). Son test puan ortalamalarında psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel memnuniyet puanları ön test puan ortalaması ile benzer düzeyde iken, rutin hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel memnuniyet düzeylerinde anlamlı bir azalmanın olduğu saptanmıştır ($t=3.465$, $p=0.001$). Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel memnuniyete ilişkin tüm alt boyutlarda son test puanlarının rutin hemşirelik bakımı alan kadınların puan ortalamalarından anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.05$) (Tablo 4.3).

Kayıp verilerin dışlanarak yani “per protocol” tekniği ile yapılan analiz sonuçları ile “intention to treat” tekniği ile infertil kadınların cinsel memnuniyet puan ortalamalarının kıyaslandığı analiz sonuçlarının benzer olduğu görülmektedir. Sadece psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel memnuniyete ait endişe (kişisel) alt boyut puan ortalama farkı program öncesine göre per protocol ile anlamlı ($p=0.038$), intention to treat ile anlamlı olmadığı ($p=0.156$) saptanmıştır (Ek-18).

Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınlar ve rutin hemşirelik bakımı alan kadınların Cinsel Benlik Saygısı Ölçeği ile ölçülen cinsel benlik saygıları ve Cinsel Öz yeterlilik Ölçeği ile ölçülen cinsel öz yeterlilik düzeylerine ilişkin ön test ve son test puan ortalamaları ve karşılaştırmaları Tablo 4.4’ de verilmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların Cinsel Benlik Saygısı Ve Cinsel Öz-Yeterlilik Ölçeği Ön Test-Son Test Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması (ITT analizi)

Ölçek		Psikoseksüel hemşirelik bakımı (n=35)	Rutin hemşirelik bakımı (n=35)	t**	p	Cohen’s d
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
Cinsel Benlik Saygısı Alt Boyutu	Ön test	15.57±3.96	15.63±4.77	-0.055	0.957	0.01
	Son test	18.59±2.51	16.52±3.99	2.603	0.011*	0.62
		t*=-4.643, p=0.000* Cohen’s d =0.91	t*=-1.720, p=0.095 Cohen’s d =0.20			
Cinsel Öz yeterlilik Ölçeği	Ön test	22.86±5.75	22.09±5.86	0.556	0.580	0.13
	Son test	25.79±4.39	20.73±4.44	4.798	0.000*	1.15
		t*=-6.302, p=0.000* Cohen’s d =0.57	t*=1.373, p=0.179 Cohen’s d =0.26			

Not: t*= İki eş arasındaki farkın t testi, t**= Bağımsız gruplar için t testi, Cohen’s d= Cohen’ in d değeri (standartlaştırılmış ortalama farkı), $\bar{x}$: Ortalama, SS=Standart sapma, * p: anlamlılık değeri p <.05

Yapılan analiz sonucunda; psikoseksüel hemşirelik bakım programında olan kadınların cinsel benlik saygısı düzeylerini arttırdığı ve bu artışın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir (t=-4.643, p=0.000). Rutin hemşirelik bakım programında olan kadınların ise cinsel benlik saygısına ilişkin ön test ve son test puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir (t=-1.720; p=0.095). Psikoseksüel hemşirelik bakım programında olan kadınların cinsel benlik saygısı puan ortalaması ile rutin hemşirelik bakım grubunda olan kadınların ön test puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (t=-0.055, p=0.957). Ancak, grupların son test puan ortalamaları incelendiğinde; psikoseksüel hemşirelik bakım programının kadınların cinsel benlik saygı düzeylerini rutin hemşirelik bakım bakımına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttırdığı belirlenmiştir (t=2.603, p=0.011). Etki büyüklüklerine ilişkin yapılan analiz sonucunda; psikoseksüel bakım programının sırasıyla cinsel benlik saygısını arttırmaya yönelik kuvvetli düzeyde (Cohen’s d=0.91),

cinsel öz yeterlilik düzeyini ise arttırmaya yönelik orta düzeyde (Cohen's $d=0.57$) bir etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Psikoseksüel hemşirelik bakım programının cinsel öz yeterlilik düzeyini arttırdığı ve bu artışın ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($t=-6.302$, $p=0.000$). Rutin hemşirelik bakımı alan kadınların zamanla cinsel öz yeterlilik düzeylerinde bir azalma olduğu gözlenmesine rağmen, bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir ($t=-6.302$, $p=0.000$). Psikoseksüel hemşirelik bakım programında olan kadınların cinsel öz yeterlilik puan ortalaması ile rutin hemşirelik bakım grubunda olan kadınların ön test puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı ($t=0.556$, $p=0.580$), ancak, grupların son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir ($t=4.798$, $p=0.000$) (Tablo 4.4).

Per protocol tekniği ile yapılan analiz sonuçları ile intention to treat tekniği ile infertile kadınların cinsel benlik saygısı ve cinsel öz yeterlilik puan ortalamalarının kıyaslandığı analiz sonuçlarının benzer olduğu görülmektedir. Sadece rutin hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel benlik saygısı puan ortalamaları farkının per protocol ile anlamlı ($p=0.030$), intention to treat analizi ile anlamlı olmadığı ($p=0.095$) saptanmıştır (Ek-18).

İnfertil Kadınların Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulgular

Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınlar ve rutin hemşirelik bakımı alan kadınların Beck Depresyon Envanteri aracılığı ile belirlenen depresyon düzeylerine ilişkin ön test ve son test puan ortalamaları ve karşılaştırmaları Tablo 4.5' te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların BDE Ön Test-Son Test Ortalama Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (ITT analizi)

Ölçek		Psikoseksüel hemşirelik bakımı (n=35) $\bar{x} \pm SS$	Rutin hemşirelik bakımı (n=35) $\bar{x} \pm SS$	t^{**}	p	Cohen's d
BDE	Ön test	13.63±9.53	13.09±8.84	0.247	0.806	0.06
	Son test	10.41±9.01	13.25±9.35	-1.291	0.201	0.31
		$t^*=2.709$, $p=0.010^*$ Cohen's $d =0.35$	$t^*=-0.287$, $p=0.776$ Cohen's $d =0.02$			

Not: BDE: Beck Depresyon Envanteri, t*= İki eş arasındaki farkın t testi, t**= Bağımsız gruplar için t testi, Cohen's d= Cohen' in d değeri (standartlaştırılmış ortalama farkı), $\bar{x}$: Ortalama; SS=Standart sapma, * p: anlamlılık değeri $p < .05$

Grupların depresyon düzeylerine ilişkin yapılan karşılaştırma sonucunda; psikoseksüel hemşirelik bakım programının kadınların depresyon puanlarını azalttığı ve bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($t=2.709$, $p=0.010$). Ayrıca, psikoseksüel bakım programının kadının depresyon düzeyini azaltmaya yönelik zayıf düzeyde (Cohen's $d=0.35$) bir etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Rutin hemşirelik bakımının kadınların depresyon düzeylerini etkilemediği, bu nedenle anlamlı bir farklılığın oluşmadığı saptanmıştır ($t=-0.287$, $p=0.776$). Psikoseksüel hemşirelik bakım programında olan kadınların ön testte depresyon puan ortalaması ile rutin hemşirelik bakım grubunda olan kadınların puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($t=0.27$, $p=0.806$). Grupların son test puan ortalamaları açısından gruplararası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($t=-1.291$, $p=0.201$) (Tablo 4.5).

Per protocol tekniği ile yapılan analiz sonuçları ile intention to treat tekniği ile infertil kadınların depresyon puan ortalamalarının kıyaslandığı analiz sonuçlarının benzer olduğu görülmektedir (Ek-18).

İnfertil Kadınların Bütünlük Duygusuna İlişkin Bulgular

Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınlar ve rutin hemşirelik bakımı alan kadınların Bütünlük Duygusu Ölçeği aracılığı ile ölçülen bütünlük duygusu düzeylerine ilişkin ön test ve son test puan ortalamaları ve karşılaştırmaları Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Hemşirelik Bakım Türüne Göre İnfertil Kadınların Bütünlük Duygusu Ölçeği Ön Test-Son Test Ortalama Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (ITT analizi)

Ölçek			Psikoseksüel hemşirelik bakımı (n=35) $\bar{x} \pm SS$	Rutin hemşirelik bakımı (n=35) $\bar{x} \pm SS$	t**	p	Cohen's d
Alt Boyutlar	Bütünlük Ölçeği	Ön test	55.66±14.16	54.57±12.31	0.342	0.733	0.08
		Son test	59.57±22.19 t*=-1.030, p=0.310 Cohen's d =0.21	49.49±17.57 t*=2.214, p=0.034* Cohen's d =0.33	2.108	0.039*	0.50
	Anlaşılabilirlik	Ön test	21.11±6.48	20.20±5.97	0.614	0.541	0.15
		Son test	24.47±5.74 t*=-6.898, p=0.000* Cohen's d =0.55	19.78±6.46 t*=1.033, p=0.309 Cohen's d =0.07	3.211	0.002*	0.77
	Yönetilebilirlik	Ön test	15.11±5.30	15.11±4.33	0.000	1.000	0.00
		Son test	17.69±4.96 t*=-5.128, p=0.000* Cohen's d =0.50	14.43±4.02 t*=1.797, p=0.081 Cohen's d =0.16	3.020	0.004*	0.72
	Anlamlılık	Ön test	19.43±4.71	19.26±3.71	0.169	0.866	0.04
		Son test	22.45±3.70 t*=-6.698, p=0.000* Cohen's d =0.71	18.63±3.42 t*=1.615, p=0.115 Cohen's d =0.17	4.479	0.000*	1.07

Not: t*= İki eş arasındaki farkın t testi, t**= Bağımsız gruplar için t testi, Cohen's d= Cohen' in d değeri (standartlaştırılmış ortalama farkı), $\bar{x}$: Ortalama, SS=Standart sapma, * p: anlamlılık değeri p <.05

Kadınların aldıkları hemşirelik bakım türüne göre bütünlük duygusu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; psikoseksüel hemşirelik bakım programı sonrasında kadınların bütünlük duygusu düzeylerinde artışın olduğu gözlemlenir iken; bu artışın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir (t=-1.030, p=0.310). Son test ölçümlerinde Bütünlük Duygusu Ölçeği' nin tüm alt boyutlarının puan ortalamalarında bir artışın olduğu belirlenmiş ve bu artışın tüm boyutlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır (p<.05). Ayrıca, psikoseksüel bakım programının sırasıyla bütünlük duygusunu arttırmaya yönelik zayıf düzeyde (Cohen's d=0.21), anlaşılabilirlik (Cohen's d=0.55), yönetilebilirlik (Cohen's d=0.50) ve anlamlılık duygusunu (Cohen's d=0.71) arttırmaya yönelik ise orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Rutin hemşirelik bakımı alan kadınların zamanla bütünlük duygu düzeylerinin azaldığı ve bu azalışın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır

($t=2.214$, $p=0.034$). Bütünlük Duygusu Ölçeği' nin tüm alt boyut puanlarının puan ortalamalarında bir azalmanın olduğu belirlenmiş, ancak bu azalmanın tüm boyutlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>.05$) (Tablo 4.6).

Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınlar ile rutin hemşirelik bakımı alan kadınlar arasında bütünlük duygusu ön test puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($t=0.342$, $p=0.733$). Son test puan ortalamalarında ise psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların bütünlük duygu puanlarında ön test puan ortalamasına göre artma, rutin hemşirelik bakımı alan kadınların bütünlük duygusu puanlarında ise anlamlı bir azalmanın olduğu saptanmıştır ($t=2.108$, $p=0.039$). Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların girişim sonrası ölçümde bütünlük duygusuna ilişkin tüm alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ve rutin hemşirelik bakımı alan kadınların son test puanlarına göre bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.05$) (Tablo 4.6).

Per protocol tekniği ile yapılan analiz sonuçları ile intention to treat tekniği ile infertil kadınların bütünlük duygusu ve tüm alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının kıyaslandığı analiz sonuçlarının benzer olduğu görülmektedir (Ek-18).

Araştırma Kavramlarının Test Edilmesi: Kavramlar Arası İlişkiye İlişkin Bulgular

Psikoseksüel hemşirelik bakım programının yürütülmesi sürecinde ele alınan kavramlar arası korelasyon analizine ilişkin bulguları Tablo 4.7’ de yer almaktadır.

Tablo 4.7. İnfertil Kadınların Cinsel İyilik Hali, Depresyon Ve Bütünlük Duygusu Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçek		KCiÖ	KCMÖ	Cinsel Benlik Saygısı	Cinsel Öz-yeterlilik	BDE	Bütünlük Duygusu
KCİÖ	r	1	0.773	0.152	0.126	-0.274	0.802
	p	-	0.000**	0.208	0.299	0.022*	0.000**
KCMÖ	r	0.773	1	0.096	0.347	-0.173	0.755
	p	0.000**	-	0.431	0.003**	0.151	0.000**
Cinsel Benlik Saygısı	r	0.152	0.096	1	0.061	-0.009	0.167
	p	0.208	0.431	-	0.618	0.941	0.167
Cinsel Öz-yeterlilik	r	0.126	0.347	0.061	1	-0.237	0.190
	p	0.299	0.003**	0.618	-	0.048*	0.115
BDE	r	-0.274*	-0.274*	-0.009	-0.237*	1	-0.381**
	p	0.022	0.022	0.941	0.048	-	0.001
Bütünlük Duygusu	r	0.802**	0.755**	0.167	0.190	-0.381**	1
	p	0.000	0.000	0.167	0.115	0.001	-

Not: KCİÖ: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, KCMÖ: Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri, ** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlılık göstermektedir. *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlılık göstermektedir.

Tablo 4.7 incelendiğinde KCİÖ puan ortalaması ile KCMÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı yüksek düzeyde ilişki ($r=0.773$, $p=0.000$), BDE puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı düşük düzeyde ilişki ($r=-0.274$, $p=0.022$), bütünlük duygusu puan ortalaması ile arasında ise pozitif yönde anlamlı yüksek düzeyde ilişki ($r=0.802$, $p=0.000$) saptanmıştır. KCMÖ puan ortalaması ile KCİÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı yüksek düzeyde ilişki ($r=0.773$, $p=0.000$), cinsel öz-yeterlilik puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki ($r=0.347$, $p=0.003$), bütünlük duygusu puan ortalaması ile arasında ise pozitif yönde anlamlı yüksek düzeyde ilişki ($r=0.755$, $p=0.000$) saptanmıştır. Cinsel öz-yeterlilik puan ortalaması ile KCMÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki ($r=0.347$, $p=0.003$), BDE puan ortalaması ile arasında ise negatif yönde anlamlı düşük düzeyde ilişki ($r=-0.237$, $p=0.048$) tespit edilmiştir. BDE puan ortalaması ile KCİÖ puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı düşük düzeyde ilişki ($r=-0.274$, $p=0.022$), cinsel öz-yeterlilik puan ortalaması ile arasında negatif yönde anlamlı düşük düzeyde ilişki ($r=-0.237$, $p=0.048$), bütünlük duygusu puan ortalaması ile arasında ise negatif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki ($r=-0.381$, $p=0.001$)

saptanmıştır. Bütünlük duygusu puan ortalaması ile KCIÖ puan ortalaması ile arasında pozitif yönde anlamlı yüksek düzeyde ilişki ($r=0.802$, $p=0.000$), KCMÖ puan ortalaması ile arasında pozitif yönde anlamlı yüksek düzeyde ilişki ($r=0.755$, $p=0.000$), BDE puan ortalaması arasında ise negatif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki ($r=-0.381$, $p=0.001$) saptanmıştır (Tablo 4.7).

4.1.2. Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan Temellendirilmiş Kuram Çalışmasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların Özellikleri

Araştırmanın nitel bölümü, görüşmeye katılmayı kabul eden 20 kadın ile yürütülmüştür. Kadınların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.8’ de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

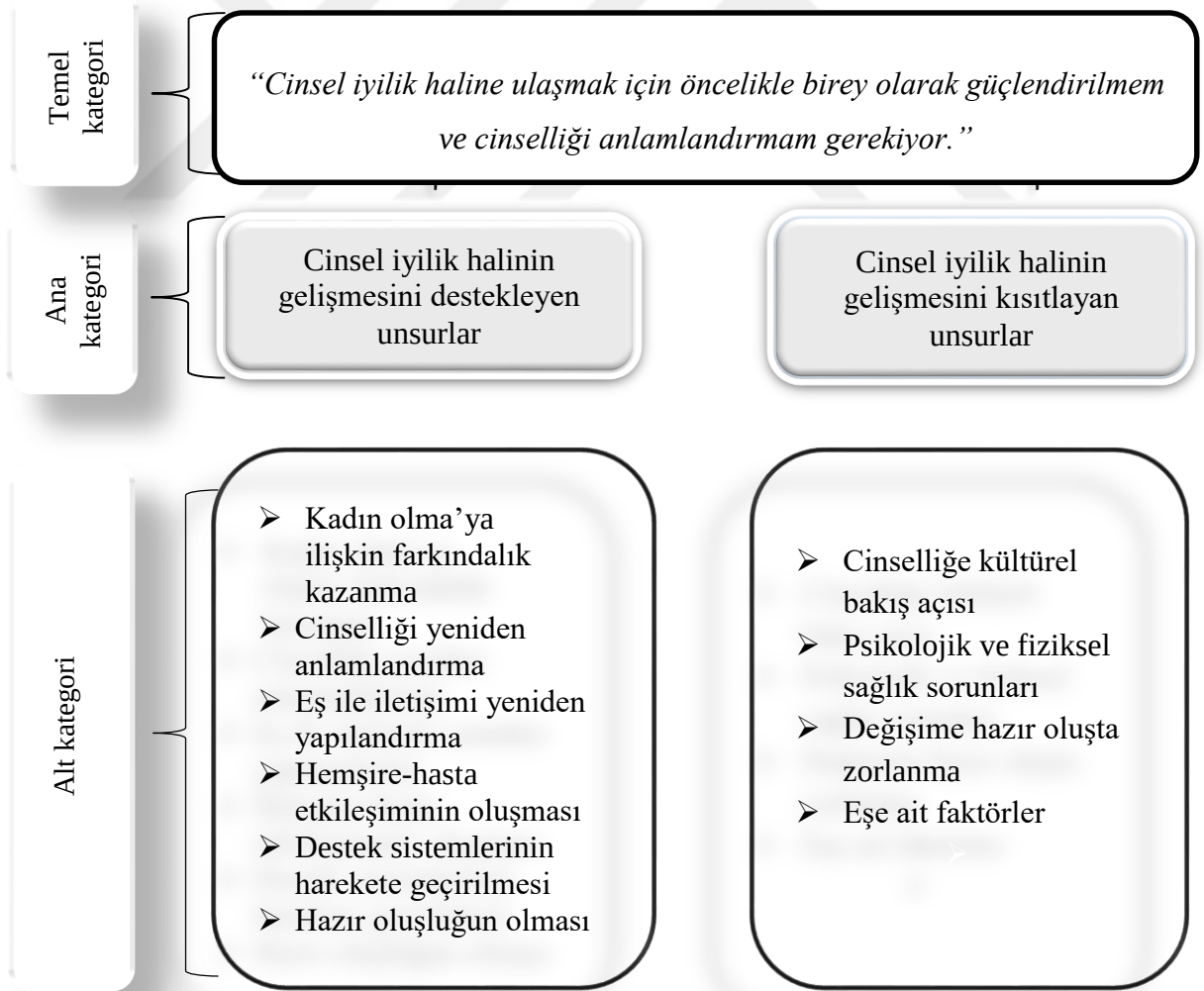
Tanıtıcı Özellikler							
Katılımcılar	Yaş	Eğitim düzeyi	Eş yaşı	Eş eğitim düzeyi	Evlilik süresi (yıl)	İnfertilite süresi (yıl)	Tedavi deneyimi (sayı)
Katılımcı A	28	Üniversite	32	Üniversite	3	1	0
Katılımcı B	26	Üniversite	31	İlköğretim	3	3	0
Katılımcı C	27	Üniversite	27	Üniversite	3	2	0
Katılımcı D	31	Üniversite	40	Lise	2	2	0
Katılımcı E	23	İlköğretim	37	İlköğretim	11	10	2
Katılımcı F	24	İlköğretim	28	İlköğretim	6	6	3
Katılımcı G	43	Üniversite	47	İlköğretim	1	1	0
Katılımcı H	33	İlköğretim	32	İlköğretim	8	3	0
Katılımcı I	42	Üniversite	52	Üniversite	6	5	4
Katılımcı J	29	Lise	31	Lise	5	3	2
Katılımcı K	40	Üniversite	39	Üniversite	9	4	1
Katılımcı L	33	Üniversite	48	Üniversite	4	3	4
Katılımcı M	34	Üniversite	37	Üniversite	5	4	2
Katılımcı N	35	Üniversite	35	Lise	10	10	3
Katılımcı O	29	Üniversite	31	Üniversite	6	6	1
Katılımcı P	31	Üniversite	40	Üniversite	7	6	2
Katılımcı R	34	Üniversite	39	Üniversite	4	2	0
Katılımcı S	28	İlköğretim	36	Lise	4	3	0
Katılımcı T	26	Lise	32	Lise	5	4	3
Katılımcı U	29	Üniversite	38	Lise	4	2	2

Tablo 4.8’ de görüldüğü üzere; katılımcılar 23-43 yaş aralığında (ortalama 31.25), ilköğretim, lise ve üniversite düzeyinde eğitime sahiptir. Kadınlar; 27-52 yaş aralığında (ortalama 36.6) eşe sahip olup, eşlerin eğitim düzeyi ilköğretim, lise ve üniversite olarak değişmektedir. Evlilik süreleri 1-11 yıl (ortalama 5.3) olan kadınlar;

1-10 yıldır infertilite rahatsızlığı yaşamakta, tedavi sayıları ise 0-4 (ortalama 1.45) olarak değişiklik göstermektedir.

Nitel Bulgular

Görüşmelerden elde edilen verilerin analizi sonucunda; “*Cinsel iyilik haline ulaşmak için öncelikle birey olarak güçlendirilmem ve cinselliği anlamlandırmam gerekiyor.*” şeklinde çekirdek tema, iki ana tema (cinsel iyilik halinin gelişmesini destekleyen unsurlar, cinsel iyilik halinin gelişmesini kısıtlayan unsurlar) ve her bir ana tema başlığı altında ise 10 alt tema (“kadın olma” ya ilişkin farkındalık kazanma, cinselliği yeniden anlamlandırma, eş ile iletişimi yeniden yapılandırma, hemşire-hasta etkileşiminin oluşması, destek sistemlerinin harekete geçirilmesi, hazır oluşluğun olması, cinselliğe kültürel bakış açısı, psikolojik ve fiziksel sağlık sorunları, değişime hazır oluştta zorlanma, eşe ait faktörler) elde edilmiştir. Temellendirilmiş kuram çalışmasına ilişkin elde edilen model Şekil 4.1’ de verilmiştir.



Şekil 4.1. Nitel Bulguların Kavramsal Çerçevesi

Çekirdek Tema: “Cinsel iyilik haline ulaşmak için öncelikle birey olarak

Katılımcılar, bakım programının etkisi olarak beden ve benlik farkındalığı yaşayarak, kişisel haklar, kadın bedeni üzerine bilgiler edinerek güçlendiklerini ifade etmişlerdir. Olumlama egzersizleri ile kendi beden ve benliklerinin olumlu özelliklerine odaklanan kadınlar; kendini sevmenin değişim için kilit nokta olduğunu belirtmişlerdir. Birçok katılımcı, çocuk sahibi olamama, tedavi süreci ve kültürel özelliklerin etkisi ile cinselliği hedef odaklı bir eylem olarak sınırlandırdıklarını ifade etmişlerdir. Ancak, eğitimler ile birlikte cinselliğin duysal yönünü keşfettiklerini, cinsellik kavramlarının değiştiğini dile getirmişlerdir. Kendi bedenini seven ve tanıyan, kendine güvenen kadın olarak güçlü ve motive hissettiklerini; cinsel hayatlarını yönlendirme, değişiklikler oluşturma, farklı bakış açıları kazanma gibi birçok değişim döngüsünün olduğu sürece katıldıklarını belirtmişlerdir.

Ana tema 1. Cinsel iyilik halinin gelişmesini destekleyen unsurlar

Kadınların cinsel iyilik halinin gelişmesini destekleyen unsurlara yönelik ifadeleri; “kadın olma” ya ilişkin farkındalık kazanma, cinselliği yeniden anlamlandırma, eş ile iletişimi yeniden yapılandırma, hemşire-hasta etkileşiminin oluşması, destek sistemlerinin harekete geçirilmesi ve hazır oluşluğun olması şeklinde altı alt tema başlığı altında toplanmıştır.

Alt tema 1. “Kadın olma” ya ilişkin farkındalık kazanma

Kadınlar, kadın üreme sistemine ilişkin yapılan bilgilendirme ile kendi bedenlerini tanıdıklarını, kadın olarak bedenlerine ilişkin farkındalık kazandıklarını belirtmişlerdir. Kadınlar, bu bilgilendirme ile üremenin ve bedenin mucize oluşunu fark ettiklerini, kendilerini güçlü ve değerli hissettiklerini ve kendilerine daha fazla zaman ayırmaya çalıştıklarını dile getirmişlerdir. Kadınlardan birkaçı, “Kadın olarak ben kimim?” sorusunu program süreci içerisinde sorguladıklarını ve olumlama egzersizleri ile bu soruya yanıt aldıklarını dile getirmişlerdir. Kendisi ile baş başa kaldığını ifade eden kadınlar; kendilerine karşı olumlu bir bakış açısı kazandıklarını ifade etmişlerdir. Kendilerini sorgulama süreci içinde bulunmanın bile kendileri için motivasyon olduğunu belirten kadınlar, uzaklaştıkları “kadın olma” tanımlarına ilişkin farkındalık kazandıklarını, hayattaki başarılarını yeniden listeleme fırsatını kazandıklarını, listeler sayesinde öz-güvenlerinin arttığını ve olumlu şeylere odaklanma becerisi

kazandıklarını dile getirmişlerdir. Kazanılan beden farkındalığının değişim için kilit nokta olduğunu belirten kadınlar, böylece kendilerinin güçlü yanlarını keşfettiklerini ifade etmişlerdir.

“Zamanla evliliğimde kendime bakış açım daha katı olmaya başlamıştı. Bedenimi sevmemeye başlayıp, kilolu olduğumu düşünüp üzüldüm. Ancak, eğitimle birlikte aslında bunun tamamen kendime olan öz güvenimin azalmasından kaynaklandığını fark ettim. Bu eğitimler ile kendimi sorguladığımda kendime olan saygımın arttığını hissettim.” (Katılımcı A)

“Bedenim hakkında yapılan bilgilendirmeler ile kendimi beden konusunda yeterli ve değerli görmenin önemli olduğunu hissettim. Bedeninizi sevmediğinizde kendinize engeller koyuyorsunuz. Ancak, kendinizi sevmeye aşamasına geçtiğinizde öz güveniniz artıyor. Kendinizi sevmeye başladığınızda her şeyi yapabileceğinize dair inancınız artıyor. Çünkü bu duygu insanı motive ediyor. Bu nedenle, kendini, bedenini sevmenin kadın hayatında kilit bir nokta olduğunu düşünüyorum.” (Katılımcı B)

Öz-güven ve benlik saygısında artış yaşayan kadınlar; aynı zamanda cinsel yaşamlarında da kendilerine daha fazla güven duyduklarını, eş ilişkilerinde kontrolün kendinde olduğunu hissettiklerini ve kadın olarak kendilerini daha çekici hissettiklerini belirtmişlerdir. Bilginin kendilerini güçlü hissettirdiğini belirten kadınlar, bu nedenle cinsel konulara ilişkin konuşmada kendilerini daha rahat hissettiklerini ve cinsel yaşama ilişkin beklentilerini daha açık ve net bir şekilde ifade edebildiklerini dile getirmişlerdir. Ayrıca, bazı katılımcılar kendilerine olan saygı düzeyindeki artış ile cinsel yakınlaşmaların arttığını ifade etmişlerdir.

“Bedenime ilişkin bilgiler öğrendikçe yeni bir bakış açısı ile yumurtlama dönemlerimde eşime küçük sürprizler yaparak, etkinlikler planlayarak cinsel hayatımı yönlendirip şekillendirebiliyorum. Eskiden de cinsel hayatımızda sorun yok diyebilirdim, ancak şimdi bilinçli bir şekilde bilerek, farkında olarak cinsel hayatın içinde olmak daha fazla keyif veriyor.” (Katılımcı C)

“Program sayesinde kadın olarak değerli olduğumu hissettim. Ayrıca, kişisel haklarımı öğrenmek benim değişimim için çok önemliydi. Artık çevremdeki

insanlara daha kolay bir şekilde hayır diyebiliyor ve kendi önceliklerime yer veriyorum. Bu benzer şekilde cinsel hayatıma da yansıdı. Cinsel hayatıma ilişkin kendi beklenti ve isteklerimi daha çok ifade edebiliyorum artık.”
(Katılımcı D)

Alt tema 2. Cinselliği yeniden anlamlandırma

Birçok kadın, üremeye yardımcı tedavi sürecinde olma nedeni ile program öncesinde cinsel yaşantılarını daha çok bebek sahibi olmaya odaklanarak şekillendirdiklerini belirtmişlerdir. Cinsel yaşamın ödev olarak görüldüğü bir süreci yaşayan kadınlar; cinselliğin anlamına ilişkin yapılan görüşmeler sonucunda cinselliğin duygusal yönünü ve önemini fark ettiklerini vurgulamışlardır. Cinselliği yeniden anlamlandıran kadınlar; odaklanan hedeften kurtulma ile streslerinin azaldığını, kendilerini daha güçlü ve değerli hissettiklerini, daha doyumlu bir cinsel ilişki yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, cinsellik ile ilgili yapılan konuşmaların ve bunun deneyimlenmiş olması; cinselliğin normal bir olgu olarak görülmesini sağladığını böylece eş ile cinsel içerikli konuşmalarda artış yaşadıklarını, eş ile yakınlık artışı olduğunu ve eşin de cinsel konularda daha rahat olduğunu ifade etmişlerdir.

“Eğitimden önce cinselliği bir ödev gibi görüp yumurtlama dönemlerinin takibi ve o süreçte cinsel ilişkiye girme zorunluluğu gibi duygularımız oluyordu. Bu durum da ister istemez biz de stres yaratıyordu. Hem eğitimde konuşulanlar hem de ev ödevleri sayesinde eşimle bu konular üzerine konuşma fırsatı bulduk. Eskiden kendimizi birbirimize açık çift olarak tanımlayabilirken aslında konuşacak, paylaşacak çok duygu, düşünce ve beklentilerimizin olduğunu fark ettik. Bu da eşimle aramdaki yakınlığı arttırdı açıkçası.”
(Katılımcı E)

“Cinselliğin duygusal yönünü fark ettikçe eşin ile birbirine karşı saygın ve yakınlığın da artıyor açıkçası. Aldığımız eğitim ile cinselliğin sadece cinsel birleşmeden ibaret olmadığını öğrendim. Cinselliğin farklı yönlerini öğrendikçe ve bunları eşime aktardıkça onun da yaklaşımları değişti.”
(Katılımcı K)

Cinsel sağlık ve mitler konusunda yapılan bilgilendirmeler ile cinsel yaşamlarında daha önce bildikleri yanlışları düzelttiklerini, doğru beklenti oluşturdıklarını ve cinsel

yaşamlarını bu bilgiler aracılığı ile yeniden yapılandırdıklarını ve anlamlandırdıklarını belirtmişlerdir. Bilgilendirme ile kendini güçlü hissettiğini belirten kadınlar; daha öncesinde cinsel konuda rahatça konuşabildiğini düşünmesine rağmen yeterince rahat olmadığını fark ettiklerini belirtmiş, eş ilişkilerinde yakınlıklarının ve cinsel doyumlarının daha da arttığını ifade etmişlerdir.

“Bu zamana kadar cinselliği hep arkadaş ortamından, oradan buradan öğrendik. Böyle bir eğitim hiç almadım. Kulaktan dolma bilgiler ile yanlış beklentiler oluşturduğumu düşünüyorum. Eğitimle birlikte doğru bilgileri öğrenmek, cinsellikle ilgili bilinen yanlış şeyler üzerine konuşmak; doğru beklentiler oluşturmama yardımcı oldu.” (Katılımcı F)

“Eskiden cinsel ilişkiye başlarken kaygılarım oluyordu ve süreç zaten direk olumsuz olarak etkileniyordu. Cinsel ilişkinin orgazm ile sonuçlanması gerektiğini düşünüp, olmayınca kendimi kötü hissediyordum. Ancak, cinselliğin anlamına ilişkin yaptığımız konuşmalar sayesinde kendime bu hedefleri koymadım. Sonuçta da kendimi rahat hissettiğimi ve daha fazla doyum alabildiğimi fark ettim.” (Katılımcı G)

Alt tema 3. Eş ile iletişimi yeniden yapılandırma

Kadınların çoğu; etkili iletişim teknikleri öğrenme ve eşler ile birlikte yapılan ev ödevleri ile birlikte evlilik ilişkilerini gözden geçirdiklerini ve davranış değişikliği oluşturmaya başladıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, eşler ile olan yakınlık düzeylerinde artış olduğunu ve ilişkilerinde geleceğe yönelik kararlar aldıklarını belirtmişlerdir. Eş ile yaşanan sorunlarda sen dilini kullanmaktan ziyade ben dilini kullandıklarını, olumlu bildirim ile iletişimi devam ettirdiklerini, böylece evlilik ilişkilerinde sorunlarda/çatışmalarda azalma olduğu, problem çözmenin daha kolay olduğunu ve eş ilişkilerinde olumlu anlamda değişim yaşadıklarını belirtmişlerdir. Etkili iletişim teknikleri aracılığı ile evlilik ilişkilerinde eşlerin karşılıklı olarak birbirlerine daha fazla saygı duyduklarını, kendi gereksinimlerini dile getirmenin yanı sıra eşlerine karşı daha fazla empati duyduklarını ifade etmişlerdir.

“Eş ile iletişim tekniklerini, sen dili, ben dilini öğrenmek; açıkçası eşimle birbirimize olan saygımızı arttırdı. Suçlamalar yapmak yerine birbirimize karşı daha anlayışlı olup daha fazla empati kuruyoruz. Bu durumda birbirimize

karşı daha fazla destek duygusu hissettirip bizi birbirimize yakınlaştırıyor.”
(Katılımcı H)

“Ev ödevlerimizi yaparken aslında eşimle hiç iletişim kurmadığımızı, birbirimiz hakkında bilmediğimiz çok şeyin olduğunu fark ettik. Bu farkındalık bizim iletişimimizi arttırdı. Artık, her akşam sadece kendimiz hakkında konuştuğumuz sohbet saatleri oluşturduk.” (Katılımcı I)

Gereksinimlerini daha fazla eşe belirtebildiklerini belirten katılımcılar, cinsel heyecanlanma ve cinsel yakınlık düzeylerinin olumlu şekilde etkilendiğini ifade etmişlerdir. Eş ile ilişkilerde özen, sevgi, şefkat gibi yakınlık unsurlarına ilişkin farkındalık kazandıklarını, böylece eşe karşı hissedilen yakınlığın arttığını dile getirmişlerdir. Ayrıca, daha fazla ve etkili iletişim sayesinde eşe karşı bakış açılarında değişim yaşadıklarını, eşi daha çekici bulduklarını ifade etmişlerdir.

“Eşimle çok açık bir iletişime sahip olduğumuzu düşünürken, yaptığımız ev ödevleri ile aslında birbirimize karşı çok açık olmadığımızı fark ettik. Yakınlığımız sayesinde cinsel hayata ilişkin beklentilerimizi daha çok birbirimize ifade edebiliyor ve daha anlayışlı olabiliyoruz.” (Katılımcı I)

“Farkında olmadığımız özelliklerimizi karşı taraftan duymak, ilişkimize iyi geldi gerçekten. Artık, onu daha fazla çekici buluyorum.” (Katılımcı E)

Alt tema 4. Hemşire- hasta etkileşiminin oluşması

Bazı kadınlar, program sırasında hemşirenin bazı özellikleri nedeni ile kendilerini daha rahat hissettiklerini dile getirmişlerdir. Hemşirenin hasta ile iletişiminin çok önemli olduğuna vurgu yapan kadınlar, hemşirenin beden dili ile iletişime açık olduğunu, sakinliği ile bireyi konuşmaya cesaretlendirdiğini, empati kurduğunu ve bireye anlaşıldığını hissettirerek bireyin cinsellik konuşmalarında kendilerini rahat hissetmelerini sağladığını ifade etmişlerdir. Özellikle hemşirenin cinsel konuları konuşurken ki kendi rahatlık düzeyinin katılımcıların cinsel konuları konuşmalarında ki rahatlık düzeyini belirlediğini ifade etmişlerdir. Ayrıca, hemşirenin konuya ilişkin bilgi düzeyinin önemli olduğunu, karşılarında donanımlı ve profesyonel bir kişinin olduğunu bilmenin sürece katılmayı kolaylaştırdığını belirtmişlerdir. Hemşirenin cinselliği bir bütüncül bir bakış açısı ile ele almasının önemli olduğunu ifade

etmişlerdir. Cinsel sağlığın tedavi süreci ile birlikte ele alınmasının önemine değinen kadınlar, ayrıca cinsellik hakkında yaşam boyu bilgilendirmelerin gerekliliğine vurgu yapmışlardır.

“Öyle bir iletişim kurdunuz ki; samimi olduğunuzu, bizi anladığınızı ve aynı zamanda konuya hakim olduğunuzu hissettirdiniz. Bu duruşunuz sayesinde cinsellik konusunda bir herhangi bir çekinme olmadan rahatça konuşabilmeyi sağladığınızı düşünüyorum.” (Katılımcı K)

Alt tema 5. Destek sistemlerinin harekete geçirilmesi

Kadınlardan birkaçı, grup etkinliklerinin kendilerini grup içerisinde ifade etme fırsatı ve farklı düşünceleri dinleyerek bakış açılarının gelişmesi gibi katkılarından bahsetmişlerdir. Daha öncesinde “Neden ben?, Bu sorunu sadece ben mi yaşıyorum?” gibi düşünceler ile kendilerini yalnız ve hatta suçlu hissettiklerini belirten kadınlar, aynı deneyimi paylaşan kadınlar ile bir arada olmanın bile onlara iyi hissettirdiklerini, psikolojik bir destek olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca, cinselliğin grup üyeleri ile birlikte sohbet ortamında konuşulmasının kendilerini cinsel konularda daha rahat hissetmelerini sağladıklarını dile getirmişlerdir.

“Özellikle grup görüşmeleri, sanki bir grup terapisi gibi psikolojik rahatlama sağladı bende. Benimle birlikte aynı sorunları olan insanlarla bir arada olmak; kendimi yalnız hissetmemi önledi ve bana güç verdi. Onların farklı düşünceleri, bakış açıları ve deneyimleri; benim süreci yönetmem konusunda bana destek oldu.” (Katılımcı L)

“Cinselliği ailemiz, eşimiz ile bile çok fazla ve açık bir şekilde konuşamaz iken; bu gruba katılanların konuşması beni de cinselliğe ilişkin duygu ve düşüncelerimi paylaşma konusunda cesaretlendirdi. Farklı görüşleri görmek ise benim kendime, cinselliğe ve evlilik ilişkilerime bakış açıma katkıları oldu.” (Katılımcı C)

Kadınlardan bazıları, tedavi sürecinde kendilerini çok stresli hissettiklerini, ancak öğretilen beden tarama egzersizleri ile ana odaklanmanın onlarda rahatlama, andan doyum alabilme ve hayata karşı pozitif bakış açısı sağladığını ifade etmişlerdir. Ayrıca, beden ve kişisel haklar hakkında bilgilendirme ile tedavi sürecini

anlamlandırabilmenin yanı sıra kendi bendelerinin değerli olduğunu hissettiklerini, toplumsal baskılardan kurtulduklarını ve bunun kendilerine bir dayanıklılık sağladığını dile getirmişlerdir. Kişisel haklarını öğrenmenin, aile içinde belirlenen kadın olma rolünden çıkarak rahatlıkla hayır diyebilmeyi geliştirdiğini ve böylece kendilerini güçlü hissettiklerini, cinsel hayatta söz sahibi olduklarını fark ettiklerini, öz-güven ve benlik saygısında artış yaşadıklarını belirtmişlerdir. Birkaç katılımcı ise cinselliğin anlamının kendilerinde değişmiş olmasının bile kendilerinde psikolojik rahatlamayı sağladıklarını belirtmişlerdir. Psikolojik olarak rahatlama yaşadıklarını dile getiren kadınlar, aynı zamanda cinsel ilişki sırasında da kendilerini daha rahat ve özgür hissettiklerini ve ilişkiden daha fazla doyum aldıklarını belirtmişlerdir.

“Beden tarama egzersizlerini çok kısa da olsa gün içerisinde yapmaya çalışıyorum. Onun bedenimde yarattığı rahatlamayı fark ettikçe stresli olduğumu hissettiğim her anda kendimi bu egzersizi yaparken buluyorum. Egzersiz ile birlikte sadece ana odaklanmak; insanı tüm sıkıntılarından, düşüncelerinden uzaklaştırıyor.” (Katılımcı N)

“Programda öğrendim bedenim, kişisel haklarım hakkındaki bilgiler sayesinde kendimi o kadar güçlü hissediyorum ki. Bedenimin eşsizliğini bilmek, buna inanmak beni motive etti. Hatta etrafımdaki tüm kadınlar ile bunu paylaşıyorum. Omuzlarımdan yük azalmış gibi hissediyor ve bu rahatlamanın da cinsel hayatımı olumlu etkilediğini düşünüyorum. Artık, daha fazla kendime güveniyor, daha fazla ilişkimden doyum alabiliyorum.” (Katılımcı G)

Alt tema 6. Hazır oluşluğun olması

Bazı kadınlar, cinsel yaşamlarında genel olarak bir sorun yaşamadıklarını, bunu sağlayan öğeleri ise kendilerinin cinsel sağlığa ilişkin daha önce bilgi edinmiş olmaları, cinsellik konusunda tabudan ziyade rahatlık ve iletişimlerinde açıklığın olması, eş ve kendisinin cinselliğe duygusal anlam yüklemeleri olarak belirtmişlerdir. Ayrıca daha önce olumlama egzersizleri yapmış olmaları nedeni ile kendi bedenlerine karşı olumlu bakış açısına sahip olduklarını, eş ile iletişimde etkili bir iletişim sürecini sürdürebildiklerini bu öğelerin cinsel yaşama katkı sağladığını, doyumlu bir cinsel hayatlarının olduğunu belirtmişlerdir.

“Eğitimde verilen özellikle iletişime ilişkin konular; benim aşına olduğum konular idi. Bunları bildiğim ve evlilik hayatımda kullandığım için eşim ile iletişimde herhangi bir sorun yoktu zaten.” (Katılımcı O)

“Cinsel hayatımıza ilişkin herhangi bir sorunumuz yok. Doyumlu bir ilişkimizin olduğunu düşünüyorum. Bunda etkili olan faktörlerin eşim ve benim cinselliğe yüklediğimiz anlam ve beklentilerimizi açık bir şekilde konuşabilmemiz olduğunu düşünüyorum.” (Katılımcı P)

Ana tema 2. Cinsel iyilik halinin gelişmesini kısıtlayan unsurlar

Kadınların cinsel iyilik halinin gelişmesini kısıtlayan unsurlara yönelik ifadeleri cinselliğe kültürel bakış açısı, psikolojik ve fiziksel sağlık sorunları, değişime hazır oluştta zorlanma ve eşe ait faktörler şeklinde dört alt tema başlığı altında toplanmıştır.

Alt tema 1. Cinselliğe kültürel bakış açısı

Kadınlardan birkaçı, yaşları nedeni ile cinselliğin kendileri için önemli olmadığını, aile ve toplumdan böyle öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Bazı kadınlar ise bebek sahibi olma arzusu ve üzerlerinde hissettikleri baskı nedeni ile cinselliğin hedef odaklı olmasını değiştiremediklerini ve bu nedenle yaşadıkları stresten dolayı cinsel ilişki sırasında kasılmalarının devam ettiğini belirtmişlerdir. Birkaç katılımcı ise cinselliğin çok fazla konuşulduğu bir ortamda olmaktan dolayı kendilerini rahatsız hissettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca, aynı katılımcılar cinsel doyumlarında herhangi bir değişim yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların çoğu ise program içeriğinin cinsellik olması nedeni ile çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlarını gözlemlediklerini ve cinsellikten bu kadar kaçınılmasına anlam veremediklerine vurgu yapmışlardır.

“Bizimkisine cinsellik denilemez. Yaş olmuş 42, eşim deseniz 52 yaşında. Biz böyle gördük öğrendik ailelerimizden. Cinsellik olsa da olur olmasa da olur.” (Katılımcı I)

“Sanırım gergin olduğum için hala ilişki sırasında hafif ağrılarım oluyor. Streten, hep çocuk sahibi olma isteği ile ilişkiye girmekten olabileceğini düşünüyorum. Eğitimlerde bu konuyu ne kadar konuşmuş olsak da bu düşüncemi maalesef değiştiremiyorum.” (Katılımcı E)

Alt tema 2. Psikolojik ve fiziksel sağlık sorunları

Kadınlardan bazıları, aile bireylerinin kaybının etkisini hala yaşıadıklarını, psikolojik anlamda kendini toparlayamadıklarını ifade etmişlerdir. Bazı kadınlar ise tedavi sürecinde yaşadıkları olumsuzluklar nedeni ile kendilerini hiç iyi hissetmediklerini, eş ile iletişimde bu nedenle olumsuz etkilenmeler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Birkaç katılımcı ise kendilerine karşı hiçbir şekilde olumlu bakış açısına sahip olamadıklarını dile getirmişlerdir. Birkaç katılımcı ise yaşadıkları üreme sağlığı sorunları nedeni ile bedenlerini hiç anlayamadıklarını, bu durumdan dolayı ruhsal açıdan etkilendiklerini belirtmişlerdir. Bir katılımcı ise çocukluk çağında yaşadığı bir travma nedeni ile kendine olan inanç ve saygıda zedelenme yaşadığını, bu nedenle eşini yeteri kadar tatmin edemediğini düşündüğünü belirtmiştir. Tedavide yaşanan tedavinin ertelenmesi ve embriyo transferi sonrası kanama gibi olumsuz süreçler nedeni ile ruhsal anlamda olumsuz etkilendiklerini ifade etmişlerdir.

“Geçen sene babamı aniden kaybettik. Gündelik yaşamda sürekli aklımda ve bu beni olumsuz etkiliyor.” (Katılımcı U)

“Açıkçası ben embriyo transferinden sonra çok umutlanmıştım. Bebeğimin olabileceğini düşünmüştüm. İki gün sonrasında aniden kanamam oldu ve tüm tedavi sonlandırıldı. Tamamen ruhsal olarak çöktüm. Bu nedenle eş ilişkilerim hatta daha da kötüye gitti. Ondan uzaklaştım, içime kapandım çünkü.” (Katılımcı B)

Alt tema 3. Değişime hazır oluştta zorlanma

Bazı katılımcılar, süreç içerisinde iş yaşamlarındaki yoğunluktan dolayı çok zorlandıklarını, hayat tempolarının yoğunluğu nedeni ile kendilerine vakit ayıramadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınlar, bu nedenle ev ödevlerini ve okumalarını yeteri düzeyde uygulayıp yaşamlarında değişiklik yapma fırsatı bulamadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, bazı kadınlar iş hayatlarında yaşadıkları stres ve fiziksel yorgunluk nedeni ile cinsel heyecan ve isteklerinin olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar ise ilişki sırasında kasılmalarının olduğunu belirtmenin yanı sıra cinsel hayatlarında herhangi bir sorun olmadığını dile getirmişlerdir. Bazı katılımcılar ise cinsel hayatlarında yakınlık artışı, cinselliğin anlam değişimi gibi olumlu kazanımlar edinmesine rağmen, cinsel hayatlarında daha önce herhangi bir

olumsuzluk yaşamadıklarını, bu nedenle herhangi bir değişimin olmadığını ifade etmişlerdir.

“Eğitime katıldım. Ancak, ev ödevlerini ve okumalarını yeterli düzeyde yapamadım. İş hayatım o kadar yoğun ki sizle bu görüşmeyi bile çok zor koşullarda yaptım.” (Katılımcı P)

“Eşim yakınlaşmak istese bile iş hayatının yoğunluğu ve stresi nedeni ile hiçbir şey için enerjimin olmadığını hissediyorum. Bu koşullar altında da zaten yeteri kadar birlikte vakit geçirip yakınlaşamıyoruz.” (Katılımcı N)

Alt tema 4. Eşe ait faktörler

Birçok katılımcı, kendilerinde yaşadıkları değişimleri tamamı ile evlilik ilişkilerine yansıtamadıklarını, bunun nedeni olarak ise eşin ev ödevleri ve okumalara katılımlarının yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Eşlerin “Sen kendi başına hallet.” gibi süreçten uzak kalmaları, ev ödevleri ve okumalarına ilişkin olumsuz tepkileri; kadınlar tarafından motivasyon bozucu öğeler olarak tanımlanmıştır. Bazı katılımcılar ise eşlerinin cinselliğe ilişkin tabularının olduğunu, cinsellik konuşmaktan her zaman kaçındığı ve çekindiğini ifade etmişlerdir. Bir katılımcı ise eşin cinsel ilişkiyi bebek sahibi olmak için bir araç olarak nitelendirdiğini, bu durumun kendisini ve ilişkisini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Çoğu katılımcı, programa eşlerin de dahil edilmesi gerekliliğine vurgu yaparken, bunun eşlerin katılmayı reddetme ihtimalleri nedeni ile mümkün görünmediğini belirtmişlerdir. Ayrıca, eş katılımlarının yetersiz olduğunu ya da cinsellikle ilgili konuşmalardan kaçınan eşlerin olduğunu belirten kadınlar; cinsel hayatlarında herhangi bir değişiklik yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, evlilikte olan iletişim sorunlarını programda öğrendikleri teknikleri kullanmalarına rağmen çözemediklerini, eşlerin iletişime kapalı olduklarını ve bazı kişisel özelliklerinin iletişimi engellediğini belirtmişlerdir.

“Ben ne kadar çabalasam da olmuyor. Çünkü eşim her şeyi kendisinin bildiğini düşünen ve uyumlu olmayan birisi. Birden fazla kez ev ödevlerini birlikte yapmak için ısrar ettim. Ancak, onun olumsuz tepkilerini gördükçe kendi kabuğuma çekilmeyi tercih ettim.” (Katılımcı M)

“Bu eğitimlerde öğrendiğim iletişim tekniklerini doğru bir şekilde kullanabilmek için enerji sarf ediyorum. Ancak, eşim çok içine kapanık, çok az iletişim kuran birisi. Onu tanımak, hayallerini, düşüncelerini ve geleceğe yönelik kararlarını öğrenmek için sürekli soru sormak zorunda kalıyorum. Sorularım ise eşime her defasında “çok fazla, gereksiz” geliyor.” (Katılımcı D).

4.2. Hemşirelik Bakımına Yönelik “Cinsel İyilik Hali Modeli”nin Geliştirilmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, hemşirelerin psikoseksüel bakım süreçlerinde bireylerin cinsel iyilik halini geliştirmeye yönelik kullanabilecekleri “Cinsel İyilik Hali Modeli” nin bileşenlerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

4.2.1. Cinsel İyilik Hali Modeli’nin Amacı: Model; psikoseksüel hemşirelik girişimine ilişkin hemşirelik süreci, hemşirelik girişimleri ve temel alınması gereken yaklaşımlarını tanımlayarak hemşirelerin daha etkili psikoseksüel bakım vermelerini amaçlamaktadır. Hemşirelerin belirtilen hemşirelik girişimleri ile bireylerin genelleştirilmiş dürenç kaynaklarını arttırarak kadınların cinsel fonksiyon, memnuniyet, benlik saygısı ve öz-yeterlilik düzeylerinde yani cinsel iyilik hallerinde artış elde etmesi amaçlanmaktadır. Böylece, bireyin sağlığın yokluğu ekseninden sağlığın varlığı eksenine taşınması hedeflenmektedir.

4.2.2. Cinsel İyilik Hali Modeli’nin Gelişim Süreci: Model geliştirme sürecinde araştırmacının cinsel sağlığa, hemşirelikte kavram ve kurama ilişkin lisansüstü düzeyinde aldığı derslerden ve araştırmacının kişisel okumalarından yararlanılmıştır. Literatür okumalarında cinsel sağlık/iyilik haline yönelik araştırmalar, DSÖ raporları ve rehberleri, Salutogenez Modeli ve modelin temellendirildiği çalışmalar, hemşirelik meta-paradigmlarına ilişkin tanımlardan yararlanılmıştır. Araştırmacı, hemşirelik meta-paradigmalarının anlamları üzerine odaklanmış, bu konuda çalışma yürütmüştür. Modelde yararlanılan Salutogenez Modeli’ ne ilişkin modelin yaygın olarak kullanıldığı Norveç Bilim ve Teknik Üniversitesi Sağlığı Geliştirme Araştırma Merkezi’nde (Norwegian University of Science and Technology, Center for Health Promotion Research) iki ay Erasmus Staj Hareketliliği kapsamında eğitim almıştır. Ayrıca, merkezde bulunan araştırmacılar ile Salutogenez Modeli’ nin kadın sağlığı

alanında kullanımına ilişkin iki çalışma yürütmüş ve yayınlamıştır. Benzer şekilde tezin birinci aşaması olarak yürütülen karma yöntem araştırmasında Salutogenez Modeli' ne temellendirilerek yapılandırılan karma yöntem araştırma bulguları; araştırmacının geliştirdiği modelin temel kavramlarını oluşturmuştur. Sonuç olarak, araştırmacının lisans ve lisansüstü eğitim sürecinde edindiği hemşirelik felsefesi, bilgi ve gözlemleri doğrultusunda “Cinsel İyilik Halini Geliştirme Modeli” geliştirilmiştir.

4.2.3. Cinsel İyilik Hali Modeli' nin Özellikleri: Model, gelişmişlik düzeyine göre kontrol edici/öngören bir modeldir. Cinsel iyilik haline ulaşılması için gerekli olan psikoseksüel hemşirelik bakımı ve bakımda temel alınacak yaklaşım ve girişimleri sunar. Aynı zamanda bu özelliği ile bir uygulama modeli özelliği taşımaktadır.

4.2.4. Cinsel İyilik Hali Modeli'nin Temel Kavram ve Tanımları: Model, hemşire, insan, sağlığın varlığı, sağlığın yokluğu, cinsel iyilik hâkli ve psikoseksüel hemşirelik bakımı ana kavramları içermektedir. Psikoseksüel hemşirelik bakımı; hemşirelik süreci, hemşirelik girişimleri ve temel alınacak yaklaşımlar olmak üzere üç alt başlıkta verilmiştir. Modelin kavram ve tanımları aşağıda detaylı bir şekilde yer almaktadır.

- **Hemşire**

Bireyi sağlık/iyilik haline yaklaştıran bir genelleştirilmiş direnç kaynağıdır. Hemşire, verdiği bakım ile bireyin diğer genelleştirilmiş direnç kaynaklarını harekete geçirme özelliğine sahiptir. Ayrıca, hemşire psikoseksüel hemşirelik bakımında yer alan girişimler ile bireye yeni direnç kaynakları sunabilir veya bireyin sahip olduğu kaynakları fark etmesini sağlayarak direnç kaynaklarının kullanımını arttırabilir. Hemşire, sunduğu direnç kaynakları ile bireyi harekete geçirecek güce ve özelliklere sahiptir. Hemşirenin rolü bireysel gereksinimleri göz önünde bulundurarak bireyin sağlığını geliştirici bakım sürecini planlaması ve uygulamasıdır. Hemşirelik bakımının amacı; bireyin direnç kaynaklarını ve kaynaklarını kullanabilme yetkinliğini artırarak bireyi sağlık halini sürdürebilmesi için bağımsız hale getirebilmektir.

İnsan

İnsan, genelleştirilmiş direnç kaynakları ve bütünlük duygusuna sahip bir varlıktır. İnsan, sağlığın varlığı-yokluğu sürekliliğine sahip biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. İnsan, yaşamı boyunca sağlığın varlığı ve yokluğu yatay ekseninde herhangi bir noktada bulunur. Sağlık sürekliliği sürecinde karşılaştığı stres ya da gerginlik durumu ile sahip olduğu genelleştirilmiş direnç kaynaklarının düzeyi, türü ve onları

kullanmasına bağılı olarak “sağlığın yokluğu” ya da “sağlığın varlığı” noktasına yaklaşır. Böylece, insanın yaşamı boyunca bu yatay eksen üzerindeki yeri değişebilir. Önemli olan, bireyin artmış genelleştirilmiş direnç kaynakları aracılığı ile sağlık/iyilik halinin varlığı noktasına olabildiğince yaklaşmasıdır.

Sağlığın varlığı

Yatay bir çizgi ekseninde ileri ve sonsuzluğu gösteren noktadır. Bireyin fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam bir iyilik halinde olmasıdır. Bir kişiye sağlıklı diyebilmek için hem bireyin kendini sübjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekir. Sağlığın varlığı için bireysel direnç kaynakları önem arz etmektedir. Sağlığın varlığı; günlük yaşamda bireylerin iç ve dış streslere adaptasyonu ve bireysel direnç kaynaklarını harekete geçiren bir denge durumu olarak ifade edilebilir. Sağlıklı olmak, sağlık sürekliliğini sağlamak bireyin amacı olmalıdır.

Sağlığın yokluğu

Hastalık, eksenin bir ucunda “sağlığın yokluğu” olarak tanımlanmıştır. Fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam bir iyilik halinde bozulmanın yaşanmasıdır. Bireyin sübjektifve objektif göstergelerinin sağlığın yokluğuna işaret etmesidir. Sağlığın yokluğu; bireyin günlük hayatta karşılaştığı stresörlerle baş edememesi ve bireysel direnç kaynaklarının yetersizliği veya kaynaklarını etkin kullanamamaya bağılı ortaya çıkar.

Cinsel iyilik hali

Cinsel iyilik hali, bireyin cinselliğine ilişkin emosyonel, fiziksel, mental ve sosyal anlamda iyilik halinin bir dengede olmasıdır. Kavram, aynı zamanda bireyin sağlığın varlığı noktasına yaklaşmasına aracılık eder. Cinsel iyilik hali kavramı; cinsel fonksiyon, cinsel doyum, cinsel benlik saygısı ve cinsel öz-yeterlilik kavramlarını içermektedir. Bu kavramlardan herhangi birinde yaşanan bir sorun kavramın diğer boyutlarını da olumsuz etkileyebilir.

Cinsel fonksiyon: Kavram; cinsel yanıt döngüsünün sağlıklı bir şekilde varlığını ifade eder. Cinsel yanıt döngüsü; cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme fazını içermektedir.

Cinsel memnuniyet: Bireyin ve partnerin cinselliğin emosyonel, fonksiyonel ve ilişkisel boyutuna ilişkin olumlu değerlendirmelerini ifade eder.

Cinsel benlik saygısı: Bireyin cinsel varoluşuna ilişkin duygu, düşünce ve davranışlarını dikkate alarak kendini olumlu değerlendirmesini içerir.

Cinsel öz-yeterlilik: Bireylerin cinsel yaşamdaki davranış ve duygularını başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmelerine ilişkin inançlarıdır.

Psikoseksüel hemşirelik bakımı

Hemşire tarafından bireye direnç kaynağı sunacak ve bireyin cinsel iyilik halinin gelişmesine katkı sağlayacak bir bakım sürecidir. Cinsel İyilik Hali Modeli'nde psikoseksüel hemşirelik bakımının bireyin çevresini oluşturduğu ve şekillendirdiği kabul edilmektedir. Bu nedenle modelde çevre meta-paradigması psikoseksüel hemşirelik bakımı olarak tanımlanmıştır. Hemşirelik bakımı; bireyin gereksinimlerini dikkate alarak yapılandırılır, bireyi bağımsızlaştırmayı ve güçlendirmeyi amaç edinir ve sağlığı geliştirmeye odaklanır. Bakım süreci, hemşirelik bakım sürecini, hemşirelik uygulamalarını ve bakım sürecinde temel alacağı bazı yaklaşımları içermektedir.

Hemşirelik Süreci: Hemşirenin birey ile ilk karşılaşmasından itibaren başlayan bir süreçtir. Veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi içermektedir. Bu aşamalar birbirini takip etmenin yanı sıra zaman zaman eş zamanlı olarak da yürütülebilecek birbiri içine geçmiş süreçlerdir. Her bir aşamada elde edilen bulgular doğrultusunda hemşire bir önceki aşamalara tekrar dönme ve yürütme gereksinimi duyabilir. Karar verme sürecinde hemşire bireyden elde ettiği sözel ya da sözel olmayan veriler ile yaptığı gözlemlerden yararlanır.

Hemşirelik Girişimleri: Hemşirenin psikoseksüel bakım sürecinde bireyin cinsel iyilik halini geliştirme amacı ile uygulaması gereken girişimleri içermektedir. Belirtilen hemşirelik girişimleri, uygulama sürecinde bireyin gereksinimleri, özellikleri, direnç kaynaklarının varlığı ve düzeyine göre bireyselleştirilmelidir. Bütüncül bir bakımın sunulabilmesi için girişimlerin her birinin dikkate alınması gereklidir. Bu girişimler aşağıda sunulmuştur.

Pozitif yaklaşım ile cinsellik eğitimi: Psikoseksüel bakım sürecinde her bir bireye gereksinimi düzeyinde planlanmış cinsel eğitim verilmelidir. Cinsel eğitim, her birey için bir haktır. Bireyin cinselliğe ilişkin eksik olan bilgilerinin tamamlanması, yanlış olan bilgilerinin düzeltilerek yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Eğitim, sadece cinsel yanıt sürecinin fizyolojisi ve anatomisi gibi sadece cinselliğin biyolojik yönüne ya da riskli cinsel davranışlar gibi cinselliğin davranışsal yönüne odaklanmamalıdır. Cinsellik, pozitif yaklaşım ile ele alınmalı; cinselliğin emosyonel ve ilişkisel boyutuna yer verilmelidir. Pozitif cinsel yaklaşımda beden imajı, benlik saygısı,

duyusallık/erotizm, yakınlık gibi kavramlara yer verilmeli; bireyin içinde bulunduğu sürecin cinsellik üzerine etkisi hakkında konuşulmalıdır. Eğitim ile birlikte birey içinde bulunduğu stresörü açık ve biçimlendirilmiş bir şekilde algılayabilir. Böylece, gelişen anlaşılabilirlik duygusu ile birey gelecekte karşılaşacağı uyaranları öngörebilir, onlara karşı açık olur ve gerçek olan üzerine odaklanarak onları yargılar.

Beden ve benliğe ilişkin farkındalık kazandırma: Kadınlara kendi bedenlerini tanımları için eğitimler verilmelidir. Kendi bedeninin anatomisi ve fizyolojisine ilişkin bilgilendirmeler yapılmalı, bedenine ilişkin farkındalığının artırılması için egzersizler (örneğin; beden tarama egzersizi vb.) öğretilmelidir. Kadın olma tanımları, toplumsal cinsiyetin kendi üzerlerinde oluşturdukları baskı ve beklentiler üzerine tartışmalar yapılmalı, kendilerini ifade etmelerine olanak tanınmalıdır. Ayrıca, bireyin kendi benliğine ve bedenine ilişkin düşüncelerini fark etmesi sağlanmalı ve olumlu düşünceler kazanması (örneğin; olumlama egzersizler aracılığı ile) sağlanmalıdır. Bireye kişisel haklar hakkında bilgi verilmeli, bu haklara sahip çıkmak için neler yapabileceği (örneğin; hayır deme) üzerine görüşmeler yapılmalı, toplumda güçlendirilmelidir.

Direnç kaynaklarını güçlendirme: Direnç kaynakları, bireyin yaşamındaki stresli olayların etkilerini nötralize etme ve stres yönetimini iyileştirme fonksiyonuna sahiptir. Bireyin sahip olduğu direnç kaynaklarının türü ve düzeyi, bireyi sağlığın varlığı eksenine taşıyacağı için önem arz etmektedir. Bireyin direnç kaynakları, hazır oluşluğunu sağlayan etkenler ve değişimde zorlanmaya neden olan faktörler tanımlanmalıdır. Ayrıca, bireyin içinde bulunduğu hastalık etkeninin birey üzerinde olan etkileri tanımlanmalıdır. Etkinin birey üzerinde biyo-psiko-sosyal boyutları değerlendirilmeli, etkilenen boyutu güçlendirecek kaynaklar oluşturulmalıdır. Bireyler için önemli direnç kaynaklarından bazıları; sosyal destek (eş, yakın çevre, akran desteği vb.), psikolojik rahatlama (beden tarama egzersizleri, gevşeme egzersizleri vb.), eş ilişkileri vb. dir. Birey için bakım sürecinde direnç kaynaklarının oluşturulması, kaynakların varlığına ilişkin farkındalığın sağlanması ve kaynakları kullanabilme yeteneğinin oluşturulması; bakımın önem verdiği noktalardır. Böylece, bireyde yönetilebilirlik duygusu geliştirilmiş olur ve birey stresörün neden olduğu durum ile baş edebilmesi için yeterli düzeyde kaynaklarının olduğunu varsayar.

Öz-güçlenmenin gerçekleştirilmesi: Hemşire psikoseksüel bakım sürecini etkili bir şekilde yönetebilmesi için öz-güçlenmesini gerçekleştirmelidir. Bu özelliği ile hemşirenin sadece sağlıklı/hasta bireylere değil, aynı zamanda kendisine de bakım verme rolünün olduğu söylenebilir. Hemşirenin psikoseksüel bakım için öz-güçlenmesi; cinselliğe ilişkin değer açıklaştırmayı, cinsel eğitimi, psikoseksüel farkındalığı ve sistem içerisinde rollerinin tanımlanarak güçlendirilmesini içermektedir. Hemşirenin cinselliğe ilişkin sahip olduğu inanç ve tutumları, psikoseksüel bakım verme düzeyini etkiler. Bu nedenle, hemşireler öncelikle cinselliğe yükledikleri anlam, mitler ve bireysel değerlerini fark etmelidir. Bakım sürecini yönetebilmesi için hemşireler profesyonel cinsel eğitim almalıdır. Ayrıca, cinselliğin bireyin hayatında yeri ve önemini fark etmeli ve bu bakış açısına sahip olarak bakımını planlamalıdır.

Hemşire-hasta etkileşiminin oluşturulması: Hemşire-hasta etkileşiminin oluşturulması ve devam ettirilmesi, psikoseksüel bakımın etkinliğinin sağlanması için önem arz etmektedir. Etkileşim; bakımın tüm aşamasında ve tüm uygulamalarda devamlılığı sağlanması gereken önemli bir unsurdur. Hemşirenin hasta ile etkileşim kurduğu süreçte bireyin anlaşıldığını, saygı duyulduğunu, dinlenildiğini, empati duyulduğunu, yargılanmadığını ve profesyonel bir sağlık profesyonelinden bakım aldığını hissetmesi önem arz etmektedir.

Cinsel sağlığa yönelik iyileştirici çevrenin oluşturulması: Çevre, bireyin etkileşimde olduğu kişi ve nesneler olarak tanımlanmaktadır. İyileştirici çevre ise bireyin etkileşimde olduğu kişi ve nesnelerin bireyin cinsel iyilik halinin gelişmesine katkı sağlayacak şekilde düzenlemeleri içermektedir. Cinsel iyilik halinin geliştirilmesi için gerekli olan iyileştirici çevre; mahremiyet, gizlilik, güven duygusu gibi unsurları içermektedir. Ayrıca, hemşire-hasta etkileşimi iyileştirici çevrenin oluşturulması sürecine katkı sağlayabilir.

Cinselliği anlamlandırma sürecini yönetme: Bireyin cinselliğe ilişkin sahip olduğu değerler ve yüklediği anlamlar; bireyin cinsel hayatını ele alma ve yönetme şeklini belirlemektedir. Bu nedenle cinselliğe ilişkin değerler açıklaştırılmalı, cinsel mitler üzerine konuşulmalı ve cinselliğin normalizasyonu sağlanmalıdır. Cinselliğin normalizasyonu ile birey cinselliğin tanımı ve önemine ilişkin farkındalık kazanabilir, ilişkiden aldığı memnuniyet düzeyinde artış gerçekleştirebilir. Bu süreçte bireyin

cinsellik tanımları konuşulmalı, cinselliğin tüm boyutlarını sunan pozitif cinsel eğitim ile yeni bir bakış açısı kazandırılmalı, cinselliğin yeniden anlamlandırılması süreci yönetilmelidir. Anlamlandırma ile birlikte birey yaşadığı durumu anlamlandırarak kaçınma yerine memnuniyetle karşılar, enerji, katılım ve adanmışlık yatırımlarına layık görür. Anlamlılık, kişiye motivasyon ve baş etme isteği sağlamaktadır.

İletişim becerilerini geliştirme: Cinsellik, bireylerin etkileşimi ile inşa edildiği için psikoseksüel hemşirelik girişimlerinde iletişim ele alınması gereken unsurdur. İletişim becerilerini geliştirerek bireyin var olan sosyal çevresinden destek alabilmesi, cinsellik hakkında açık ve rahat olabilmesi sağlanır. Böylece, eş ile yakınlık artırılabilir, cinsel gereksinimlerin karşılıklı olarak anlaşılabilmesi teşvik edilebilir. İletişim becerilerine ilişkin bilgilendirmeler yapılmalı ve egzersizler ile davranış değişikliği oluşturma amaçlanmalıdır. Bilgilendirmeler ve egzersizlere eşlerin birlikte katılımı teşvik edilmelidir.

Temel Alınacak Yaklaşımlar: Hemşirelerin psikoseksüel bakım sürecinde bütüncül bir bakım sunabilmesi için tüm hemşirelik girişimlerini bazı yaklaşımları temel alarak planlaması ve yürütmesi gerekmektedir.

Güçlendirme yaklaşımı: Hemşire, uyguladığı girişimler ile bireyi güçlendirir, direnç kaynaklarını artırır. Bireyi güçlendirerek içinde bulunduğu süreci anlaşılabilir, yönetilebilir ve anlamlı olarak değerlendirebilmesini sağlar. Böylece, bireyde bütünlük duygusunun artmasını sağlayarak bireyi sağlık/iyilik haline yaklaştırır.

Hak temelli yaklaşım: Her birey; devredilemez ve evrensel cinsel haklara sahiptir. Her bir birey yaşam boyunca cinsiyet, din, dil, ırk ayrımı yapılmadan cinselliğinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için etkin psikoseksüel hemşirelik bakımı alma hakkına sahiptir.

Yaşam boyu cinsellik yaklaşımı: Cinsel sağlık yaşam boyu değişkenlik gösterir. Bu nedenle, bireyin içinde bulunduğu sürecin cinsel sağlığına olan etkisi ele alınmalı, cinsel iyilik halinin geliştirilmesi için gerekli olan hemşirelik girişimleri planlanmalıdır. Hemşirelik girişimlerinin bireyin değişen gereksinimlerine yanıt verecek şekilde planlanması gerekmektedir.

Kültür duyarlı yaklaşım: Cinsellik, kültürden etkilenen ve kültür tarafından şekillenen bir yapıya sahiptir. Bu nedenle psikoseksüel hemşirelik bakımı sürecinde kültürün

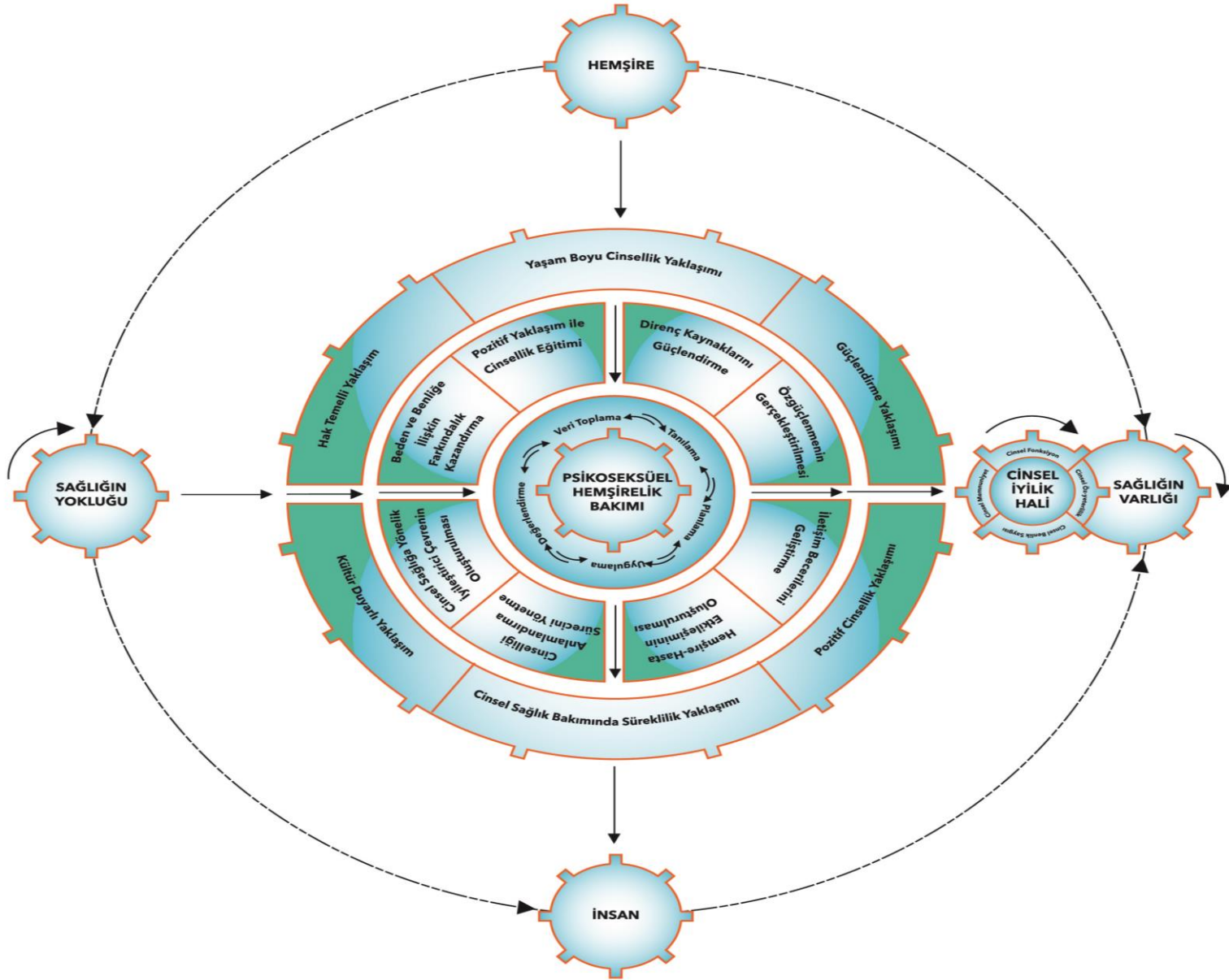
içinde bulunulan sürece ve cinselliğe olan etkisi göz ardı edilmemelidir. Kültürün şekillendirdiği toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ve güç dinamikleri dikkate alınmalıdır. Ayrıca, hemşire tarafından planlanan girişimler içinde bulunduğu kültüre uygun ve o toplumun bireyleri tarafından kabul edilebilir olmalıdır.

Cinsel sağlık bakımında süreklilik yaklaşımı: Cinsellik, birey var olduğu sürece var olan bir unsurdur. Cinsel sağlık/iyilik halinin bireyden ve bireyin içinde bulunduğu süreçten ayrı düşünülmesi imkânsızdır. Bu nedenle, cinsel sağlık hizmetleri tüm bakım hizmetleri içerisine entegre edilmelidir. Birey, aile, toplum veya sağlık sistemi düzeyinde cinsel sağlığı ele almak için eğitimli sağlık profesyonelleri tarafından entegre müdahaleler ve çalışan bir sevk sistemi gerekmektedir.

Pozitif cinsellik yaklaşımı: Cinsellik, sadece cinsel fonksiyon değil cinselliğin emosyonel, davranışsal ve ilişkisel boyutlarını da içermektedir. Bu nedenle, cinselliğin ele alınması sürecinde tüm bu boyutlar dikkate alınarak pozitif cinsellik yaklaşımı doğrultusunda hemşirelik girişimleri planlanmalıdır.

4.2.5. Cinsel İyilik Hali Modeli' nin Yapı-Bağlantıları

Modelin yapı-bağlantıları Şekil 4.2' de sunulmaktadır.



Şekil 4.2. Cinsel İyilik Hali Modeli

Şekil 4.2’ de görüldüğü üzere; hemşire verdiği psikoseksüel hemşirelik bakımı ile bireyi sağlığın yokluğu ekseninden cinsel iyilik hali noktasına taşıyarak sağlığın varlığı eksenine yönlendirebilir. Ayrıca, psikoseksüel hemşirelik bakımı ile bireyi güçlendirerek bireyi sağlığını yönetebilir durumuna getirebilir, birey sahip olduğu kaynakları kullanarak kendisini sağlığın varlığı eksenine yaklaştırabilir. Bu nedenle, hemşire ve insan birbirini etkileyen aktörler olabilir. Böylece hemşire, birey, sağlığın yokluğu ve varlığı eksenini arasında ilişki olduğu kabul edilmektedir. Hemşire tarafından planlanan psikoseksüel hemşirelik bakımı bireyin cinsel fonksiyon, memnuniyet, benlik saygısı ve öz-yeterlilik düzeylerini yani cinsel iyilik halini geliştirebilir. Bu nedenle, psikoseksüel hemşirelik bakımının cinsel iyilik hali ve kavramları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, araştırmadan ve literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda cinsel iyilik halinin kavramlarının birbirleri arasında ilişkili olduğu düşünülmektedir.

4.2.6. Cinsel İyilik Hali Modeli’nin Temel Varsayımları

- Hemşireler psikoseksüel bakım ile bireylerin cinsel iyilik hallerini geliştirebilir.
- Psikoseksüel bakım ile bireyi güçlendirerek bireyin sağlığın yokluğu ekseninden sağlığın varlığı eksenine doğru hareket etmesini kolaylaştırır.
- Psikoseksüel bakım sürecini planlama ve uygulama aşamasında temel alınan yaklaşımlar (güçlendirme yaklaşımı, hak temelli yaklaşım, yaşam boyu cinsellik yaklaşımı, kültür duyarlı yaklaşım, cinsel sağlık bakımında süreklilik yaklaşımı, pozitif cinsellik yaklaşımı) bakımın etkinliğini artırır.
- Pozitif yaklaşım ile verilen cinsel eğitim bireyin cinsel iyilik halini geliştirir.
- Kadına beden ve bedenliğe ilişkin farkındalık kazandırma bireyin cinsel iyilik halini geliştirir.
- Kadının direnç kaynaklarını güçlendirerek cinsel iyilik hali geliştirir.
- Hemşire öz-güçlenmeyi gerçekleştirerek daha etkili psikoseksüel bakım uygular.
- Hemşire-hasta etkileşimi psikoseksüel bakımın kalitesini etkiler.
- Cinsel sağlığa yönelik oluşturulan iyileştirici çevre kadının cinsel iyilik halini etkiler.
- Kadının cinselliğe yüklediği anlamın ele alınması cinsel iyilik halini etkiler.
- Eşlerin iletişim becerilerinin geliştirilmesi kadının cinsel iyilik halini etkiler.
- Kadının cinsel iyilik hali kadını sağlığın varlığı eksenine yakınlaştırır.

4.2.7. Cinsel İyilik Hali Modeli'nin Araştırma ve Uygulamada Kullanımı

Cinsel İyilik Hali Modeli'nin kavramsal çerçevesi; bireyin cinsel iyilik halini etkileyen yaklaşımları ve psikoseksüel hemşirelik girişimlerini sunmaktadır. Bu nedenle, model araştırmalarda bireyin cinsel iyilik halini etkileyen bakım sürecinin ele alınmasında kullanılabilir. Modelde sunulan kavramların açıklanmasına yönelik yapılacak çalışmaların modelin gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Belirtilen psikoseksüel hemşirelik girişimlerinden yararlanılarak bireyin cinsel fonksiyon, doğum, öz-yeterlilik ve benlik saygısında pozitif değişimlerin yaşanacağı varsayılmaktadır. Modelin geliştirilmesinde infertil kadınlar örnek grup olarak ele alınmıştır. Araştırmalar ile model doğrultusunda yapılandırılmış olan psikoseksüel hemşirelik bakımının farklı örneklem gruplarında etkisi üzerine incelemeler yapılabilir. Ayrıca, cinselliğin kültürden etkilenen bir kavram olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, farklı kültürlerde modelin varsayımları ve modelin etkinliği test edilebilir. Modelde ele alınan kavramlardan cinsel iyilik halini bir bütün olarak değerlendiren herhangi bir ölçek bulunmamaktadır. Ancak, cinsel iyilik halini oluşturan kavramlardan cinsel fonksiyon, cinsel memnuniyet, cinsel benlik saygısı ve cinsel öz-yeterliliğin değerlendirilmesine yönelik yurtdışında ve ülkemizde ölçekler mevcuttur (Büyükkayacı Duman ve Vural, 2019).

Cinsel İyilik Hali Modeli herhangi bir klinik/saha ortamında psikoseksüel hemşirelik bakımının planlanması ve düzenlenmesinde hemşirelere kolayca rehberlik edebilir. Klinik uygulamalarda hemşireler tarafından kadınlara verilen psikoseksüel hemşirelik bakımının kadınların cinsel iyilik hallerini geliştirmede etkili olacağı düşünülmektedir. Modelde sunulan psikoseksüel hemşirelik girişimleri ve bakım sürecinde temel alınması gereken yaklaşımların hemşirelere psikoseksüel bakım sürecinde rehber olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, hemşirelerin psikoseksüel hemşirelik bakımına ilişkin yetkinliklerini arttırabilmek için modelde belirtilen unsurların ele alındığı eğitimler gerçekleştirilebilir. Böylece, modelde de belirtildiği üzere hemşirelerde öz-güçlenme gerçekleştirilmiş olacak, ayrıca psikoseksüel hemşirelik bakımının etkinliği de arttırılabilecektir.

5.TARTIŞMA

5.1. Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan Karma Yöntem Araştırma Desenine İlişkin Tartışma

Bu bölümde infertil kadınlara uygulanan Salutonegez Modeli' ne temellendirilmiş psikoseksüel hemşirelik bakım programının cinsel iyilik hali, depresyon düzeyleri, bütünlük duygusu üzerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar aşağıda yer alan başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1.1. İnfertil kadınların cinsel iyilik halleri

5.1.2. İnfertil kadınların depresyon puanları

5.1.3. İnfertil kadınların bütünlük duygusu

5.1.2. İnfertil Kadınların Cinsel İyilik Halleri

Psikoseksüel hemşirelik bakımının infertil kadınların cinsel iyilik hali üzerine etkisi cinsel fonksiyon, cinsel memnuniyet, cinsel benlik saygısı ve cinsel öz-yeterlilik boyutları ele alınarak tartışılmıştır.

Psikoseksüel hemşirelik bakım programı alan kadınların cinsel fonksiyon düzeylerinin rutin hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel fonksiyon düzeylerinden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Bu nedenle tez çalışmasının birinci hipotezi kabul edilmiştir. İnfertil kadınlarda cinsel disfonksiyonu ele alan bir meta-analiz çalışmasında; infertilite ile cinsel disfonksiyonun önemli düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir (de Mendonca ve ark., 2017). Türkiye' de yapılan çalışmada ise infertil kadınlarda vajinismus, anorgazm, doyum sorunu, kaçınma gibi cinsel fonksiyon bozukluklarının yaşandığı tespit edilmiştir (Yangin ve ark., 2016). Çalışmalar, infertil bireylerin cinsel fonksiyonlarında sorun yaşayabileceklerini bildirmektedir. Hem infertilitenin hem de ÜYTE sürecinin getirdiği stres nedeni ile bu süreçte infertil bireylerin cinsel sağlıklarına yönelik destek sağlanmasının önemli olduğu söylenebilir. Bu çalışmada, psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel fonksiyona ilişkin orgazm hariç diğer tüm alt boyutlarının ortalama puanlarının son test ölçümlerinde ön test ölçümlerine göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Psikoseksüel bakım programının etki büyüklüklerinin ise cinsel isteği arttırmaya yönelik kuvvetli düzeyde, uyarılma, lubrikasyon ve memnuniyeti arttırmaya yönelik orta düzeyde, ağrıyı iyileştirmeye yönelik zayıf ile

orta arası bir düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, orgazm alt boyutunda yaşanan azalma, rutin hemşirelik bakımı alan kadınlarda da görülmüş ve bu grupta orgazm düzeyinde azalmanın anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu durumda, psikoseksüel hemşirelik bakımının cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, memnuniyet ve ağrı boyutlarında sağlığı geliştirici etkisi olur iken orgazm alt boyutu için kısmi olarak koruyucu rol üstlendiği söylenebilir (Tablo 4.2). Psikoseksüel hemşirelik bakımının cinselliğin sadece emosyonel boyutuna değil aynı zamanda fonksiyonel boyutuna da olumlu bir etkisinin olması; hemşirelik bakımının gücünü göstermektedir.

İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonu etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılan çalışmalarda; sıklıkla kadının cinsel öz-yeterlilik, cinsel memnuniyet, evlilik doyumu, kadın ve eşlerinin eğitim düzeyi ile kadının aksiyete, depresyon düzeyi gibi faktörler sıralanmıştır (Alirezaei ve ark., 2018; Youseflu ve ark., 2020). Bu çalışmada da cinsel fonksiyon ile cinsel memnuniyet arasında pozitif yönde anlamlı yüksek düzeyde, depresyon puan ortalaması ile arasında negatif yönde anlamlı düşük düzeyde, bütünlük duygusu ile arasında ise pozitif yönde anlamlı yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır (Tablo 4.7). Bu nedenle cinsel fonksiyonu geliştirmeye yönelik girişimlerin planlanması sürecinde cinsel memnuniyet, depresyon ve bütünlük duygusu gibi cinsel fonksiyon ile ilişkili kavramların da ele alınması önem arz etmektedir. Psikoseksüel hemşirelik bakım programında kadın bedenine ilişkin yapılan bilgilendirmeler ve benlik saygısını güçlendirecek yaklaşımlar ile kadınlar *“kadın olmaya ilişkin farkındalık kazandıklarını”*, bu durumun kendilerine olan saygıyı, cinsel iletişimlerini ve eş ile olan cinsel yakınlaşmalarını olumlu bir şekilde etkilediğini bildirmişlerdir. Beden imajının infertil kadınlarda cinsel fonksiyonu belirlemede en güçlü değişken olduğu belirtilmektedir (Hashemi ve ark., 2011). Bu nedenle, psikoseksüel hemşirelik girişimlerinde bedene ilişkin olumlu bakış açısı kazandıracak girişimlere yer verilmesinin önemli olduğu söylenebilir. Beden tarama egzersizleri ile sağlanan psikolojik rahatlamının ise *“destek sistemlerini harekete geçirdiği”* ve cinsel ilişki sırasında kendilerini daha rahat ve özgür hissettiklerini ve ilişkiden daha fazla doyum aldıklarını belirtmişlerdir. Farkındalık temelli beden-zihin girişimlerinin tedavi sürecinde olan infertil kadınlarda etkisinin değerlendirildiği sistematik derleme çalışmasında; beden-zihin temelli girişimlerin infertil kadınların anksiyete ve

depresyon düzeylerini azaltmada etkin olduğu (Gaitzsch ve ark., 2020), farkındalık temelli girişimler ile kadınların cinsel fonksiyon düzeylerinin iyileştirildiği bildirilmiştir (Brotto ve ark., 2016). Bu nedenle, psikoseksüel hemşirelik bakım sürecinde bireyin ruh sağlığının değerlendirilmesinin ve ruh sağlığını geliştirmeye yönelik girişimlerin planlanmasının önemli olduğu söylenebilir.

Çalışmada psikoseksüel bakım programında eş ilişkilerini destekleyen ev ödevleri ve iletişime ilişkin bilgilendirmeler ile kadınlar *“eş ile iletişimi yeniden yapılandırdıklarını”*, eşe karşı bakış açılarında değişim yaşadıklarını, eş daha çekici bulduklarını, cinsel heyecanlanma ve cinsel yakınlık düzeylerinin olumlu şekilde etkilendiğini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde, infertil çiftlere yönelik iletişim becerileri eğitim workshopunun etkinliğini değerlendiren girişimsel çalışmada; eşlerin iletişim becerilerinde gelişim görüldüğü ve cinsel fonksiyonlarında olumlu bir değişimin görüldüğü belirlenmiştir (Fahami ve ark., 2015). Kaba ve Egelioglu Çetişli (2019) tarafından yapılan çalışmada da infertil kadınlarının cinsel fonksiyon düzeylerinin eşler arasındaki uyum ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle, psikoseksüel hemşirelik bakım sürecine eşlerin katılımının teşvik edilmesi, eş ilişkilerinde olumlu değişimler sağlayacak bilgilendirmeler ve egzersizlerin bakıma dahil edilmesi önem arz etmektedir. Ayrıca, çalışmalarda cinsel fonksiyonda ele alınan unsurların istek, uyarılma, lubrikasyon, memnuniyet ve ağrı boyutlarının birbirleri arasında anlamlı bir korelasyon olduğuna vurgu yapılmaktadır (C. B. Rosen, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R, 2000; Vallejo-Medina ve ark., 2018). Bu nedenle, psikoseksüel hemşirelik bakım programında bulunan hemşirelik girişimleri ile cinsel fonksiyonda yer alan unsurlardan birkaçının etkilenmesi ile bile hemşirelik bakımının cinsel fonksiyonu geliştirmede tetikleyici olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel memnuniyet genel ortalamalarının rutin hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel memnuniyet ortalamalarından anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Bu nedenle tez çalışmasının ikinci hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca, psikoseksüel bakım programının cinsel memnuniyeti arttırmaya yönelik zayıf düzeyde etkisinin olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, psikoseksüel hemşirelik bakımının infertil kadınlarda cinsel memnuniyet düzeyleri üzerine koruyucu etkisi olabilir. Çalışmada

cinsel memnuniyet puan ortalaması ile cinsel fonksiyon puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı yüksek düzeyde, cinsel öz-yeterlilik puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı orta düzeyde, bütünlük duygusu puan ortalaması ile arasında ise pozitif yönde anlamlı yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır (Tablo 4.7). İnfertil bireylerin cinsel memnuniyet gibi cinselliğin emosyonel boyutunda (Soleimani ve ark., 2015) ve partner ile iletişimde (Pinto-Gouveia ve ark., 2012) sorun yaşadıkları bildirilmektedir.

Çalışmada cinselliğin anlamına ilişkin yapılan görüşmeler sonucunda kadınlar “*cinselliği yeniden anlamlandırdıklarını*”, odaklanan hedeften kurtulma ile streslerinin azaldığını, kendilerini daha güçlü ve değerli hissettiklerini, daha doyumlu bir cinsel ilişki yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar, cinsel sağlık ve mitler konusunda yapılan bilgilendirmeler ile cinsel yaşamlarında doğru beklenti oluşturduklarını ve cinsel yaşamlarını bu bilgiler aracılığı ile yeniden yapılandırdıklarını ve anlamlandırdıklarını, eş ilişkilerinde yakınlıklarının ve cinsel doyumlarının daha da arttığını belirtmişlerdir. Literatürde farkındalık egzersizleri ile kişinin cinsel amaca ilişkin odak noktasının değişebileceği, cinselliğin amaçlarına odaklanmanın kişilerin istek ve doyumlarını arttırabileceği belirtilmektedir. Ayrıca, cinsel ilişkinin amaçları hakkındaki eğitiminin bireyin cinsel doyumunu arttıracağı belirtilmektedir (Muisse ve ark., 2017). İnfertil çiftlerin cinsellikle ilgili konularda bilgi ve uygulamalarının yetersiz olduğu bilinmektedir. Cinsel bilgi ve eğitim eksikliği; kültürel tutum, tabu ve kısıtlamalar ile birleştğinde birçok cinsel soruna yol açabilmektedir. Bu çalışmada; birkaç katılımcı “*cinselliğe ilişkin kültürel bakış açısı*” ndan dolayı cinselliğin çok fazla konuşulduğu bir ortamda olmaktan dolayı kendilerini rahatsız hissettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca, aynı katılımcılar cinsel doyumlarında herhangi bir değişim yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Konuya ilişkin yapılan bir çalışmada; infertil kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyinin fertil kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Uyar Ekmen ve ark., 2017). Çalışmada bazı katılımcılar ise “*eşe ait faktörler*” olarak eşlerinin cinselliğe ilişkin tabularının olduğunu, cinsellik konuşmaktan her zaman kaçındığı ve çekindiğini ifade etmişlerdir. Bir katılımcı ise eşin cinsel ilişkiyi bebek sahibi olmak için bir araç olarak nitelendirdiğini, bu durumun kendisini ve ilişkisini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Çiftlere verilen cinsel eğitimin etkinliğini değerlendiren bir çalışma; cinsel sağlık eğitiminin cinsel ilişkilerin kalitesini ve cinsel memnuniyeti olumlu bir şekilde etkilediği sonucuna ulaşmıştır (A.

Karimi ve ark., 2013). Bu nedenle, psikoseksüel hemşirelik bakım programlarında cinselliğe ilişkin bilgilendirmeler ile birlikte cinsel mitlerin üzerinde durulması ve cinselliğin anlamı üzerine konuşmaların yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada; psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların ilişkiden memnuniyet ve iletişim düzeylerinin program öncesine göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Psikoseksüel bakım programının sırasıyla memnuniyeti ve iletişimi arttırmaya yönelik kuvvetli düzeyde, ilişki ve kendisi hakkında endişe ve uyumluluk alt boyutu için zayıf düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Kadınların çoğu; etkili iletişim teknikleri öğrenme ve eşler ile birlikte yapılan ev ödevleri ile birlikte “*eş ilişkilerini yeniden yapılandırdıklarını*”, evlilik ilişkilerini gözden geçirdiklerini ve davranış değişikliği oluşturmaya başladıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların program öncesinde rutin hemşirelik bakımı alan kadınların uyumluluk, endişe (ilişki ile) ve endişe (kişisel) puan ortalamaları arasında fark yok iken, program sonrasında anlamlı bir şekilde psikoseksüel hemşirelik bakım programının lehine değişim olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Kadınlar eşler ile olan yakınlık düzeylerinde artış olduğunu, etkili iletişim teknikleri aracılığı ile evlilik ilişkilerinde eşlerin karşılıklı olarak birbirlerine daha fazla saygı duyduklarını, kendi gereksinimlerini dile getirmenin yanı sıra eşlerine karşı daha fazla empati duyduklarını ve ben dili kullanımı aracılığı ile evlilik ilişkilerinde sorunlarda/çatışmalarda azalma olduğu, problem çözmenin daha kolay olduğunu ifade etmişlerdir. Bazı kadınlar ise “*psikolojik ve fiziksel sağlık sorun*” yaşadıklarını, tedavi sürecinde yaşadıkları olumsuzluklar nedeni ile kendilerini hiç iyi hissetmediklerini, eş ile iletişimde bu nedenle olumsuz etkilenmeler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Belirtilen alt boyutlarda psikoseksüel hemşirelik programı rutin hemşirelik bakımına göre; uyumlulukta daha az bir azalma ile, ilişki hakkında endişe için diğer grupta azalma olmasına rağmen herhangi bir değişimin olmaması ile, kişisel endişeler için ise diğer grupta azalma olmasına rağmen olumlu bir şekilde artış ile anlamlı bir farklılık oluşturmuştur (Tablo 4.3). Bu nedenle, psikoseksüel hemşirelik bakımının infertil kadınların cinsel memnuniyet düzeylerine ilişkin koruyucu ve geliştirici etkisi olduğu ifade edilebilir. Hemşireler psikoseksüel bakım sürecine eşleri dahil etmeli, eş iletişimini geliştirmeye

yönelik bilgilendirmeler, egzersizler ve ev okumalarını programlarına dahil etmelidirler.

Bu araştırmada psikoseksüel hemşirelik bakım programı alan infertil kadınların cinsel benlik saygılarının rutin hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel benlik saygı puanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Bu nedenle tez çalışmasının dördüncü hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca, psikoseksüel bakım programının cinsel benlik saygısını arttırmaya yönelik kuvvetli düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınlar, “*kadın olmaya ilişkin farkındalık kazandıklarını*”, kazanılan beden farkındalığının değişim için kilit nokta olduğunu belirtmişlerdir. Birkaç katılımcı ise “*psikolojik ve fiziksel sağlık sorunları*” yaşadıklarını, psikolojik sorunları nedeni ile kendilerine karşı hiçbir şekilde olumlu bakış açısına sahip olamadıklarını dile getirmişlerdir.

Çalışmalarda, infertilite kadının benlik saygısına tehdit edici unsur olarak tanımlanmakta, üreme fonksiyonun sadece kadının bir rolü olarak algılanması, çevre tarafından yapılan baskılar ve çocuksuz olmanın bir yetersizlik, eksiklik olarak düşünülmesi nedene ile bireyin benlik saygısını olumsuz olarak etkilemektedir (Karamidehkordi ve Roudsari, 2014; Wischmann ve ark., 2014). İnfertilite sürecinde olan kadınların infertiliteyi kişiselleştirerek, kadınlık rollerinin değersizleştiğini düşündüğü belirtilmektedir (Bayraktar, 2018). Bilgilendirmeler ve olumlama egzersizi ile öz-güven ve benlik saygısında artış yaşayan kadınlar; kadın olarak kendilerini daha çekici hissettiklerini belirtmişlerdir. Kişisel haklarını öğrenmenin, “*destek sistemlerini harekete geçirdiğini*”, benlik saygısında artış yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, beden ve kişisel haklar hakkında bilgilendirme ile tedavi sürecini anlamlandırabilmenin yanı sıra kendi bendelerinin değerli olduğunu hissettiklerini dile getirmişlerdir. Ehsan ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada; infertil kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumu ile sahip oldukları stres düzeyinin ilişkili olduğu saptanmıştır. Gönenç ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada ise; toplumsal cinsiyete ilişkin yapılan bilgilendirmelerin toplumsal cinsiyet algısını olumlu yönde değiştirmek için önemli olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, infertil kadınların tedavi süreçlerinde dayanıklılıklarını arttırmak için toplum içerisinde eğitimler ile güçlendirilmesi önem arz etmektedir.

Araştırmada, psikoselüel hemşirelik bakımı alan infertil kadınların cinsel öz-yeterlilik düzeylerinin rutin hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel öz-yeterlilik düzeylerinden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Bu nedenle, tez çalışmasının üçüncü hipotezi kabul edilmiştir. Psikoseksüel bakım programının cinsel öz yeterlilik düzeyini arttırmaya yönelik orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir. İnfertil bireylerin cinsel öz-yeterlilikte sorun yaşadıkları, ayrıca öz-yeterliliğin cinsel fonksiyon ve libido, orgazm, lubrikasyon ve uyarılma alt boyutları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Kafaei Atrian ve ark., 2019). Bu nedenle, infertil bireylerde cinsel öz-yeterlilik kavramı ele alınması gereken önemli bir kavramdır.

Bu çalışmada kadınlar, “*kadın olmaya ilişkin farkındalık kazandıklarını*”, aynı zamanda cinsel yaşamlarında da kendilerine daha fazla güven duyduklarını, eş ilişkilerinde kontrolün kendinde olduğunu hissettiklerini belirtmişlerdir. Bilginin kendilerini güçlü hissettirdiğini belirten kadınlar, bu nedenle cinsel konulara ilişkin konuşmada kendilerini daha rahat hissettiklerini ve cinsel yaşama ilişkin beklentilerini daha açık ve net bir şekilde ifade edebildiklerini dile getirmişlerdir. Benzer şekilde Bandura’ ya temellendirilmiş eğitim ile kadınlara yapılan cinsel fonksiyon ve bozukluğu ile cinsel sağlığı geliştirmeye yönelik yapılan bilgilendirmelerin kadınların cinsel öz-yeterlilik düzeylerini geliştirdiği belirlenmiştir (Alimohammadi ve ark., 2020). Bu nedenle, yaşam boyu öğrenme bakış açısı ile kadınlara kapsamlı cinsel eğitimlerin verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada kişisel haklarını öğrenmenin “*destek sistemlerini harekete geçirdiğini*” aile içinde belirlenen kadın olma rolünden çıkarak rahatlıkla hayır diyebilmeyi geliştirdiğini ve böylece kendilerini güçlü hissettiklerini, cinsel hayatta söz sahibi olduklarını fark ettiklerini belirtmişlerdir. Kadınlara yapılan bilgilendirme ile kadınların cinsel öz-yeterlilik düzeylerinin arttığı ve bu artışın evlilik doyumu ve cinsel memnuniyet düzeyleri üzerine olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır (Shokrani, 2020). Ayrıca, çalışmada cinsel öz-yeterlilik puan ortalaması ile cinsel memnuniyet puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı orta düzeyde, depresyon puan ortalaması ile arasında ise negatif yönde anlamlı düşük düzeyde ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Bu nedenle, infertil kadınlara güçlendirme amacı ile yapılacak olan

bilgilendirme ve uygulamalar; sadece cinsel öz-yeterlilik değil aynı zaman da cinsel iyilik halinin diğer unsurlarını olumlu şekilde etkileyebilir.

5.1.3. İnfertil Kadınların Depresyon Puanları

Araştırmada psikoseksüel hemşirelik bakımı alan infertil kadınların depresyon puanlarının rutin hemşirelik bakımı alan infertil kadınların depresyon puanlarından anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Bu nedenle, tez çalışmasının altıncı hipotezi kabul edilmiştir. Psikoseksüel bakım programının bireylerin sadece cinsel iyilik halini değil, aynı zamanda psikolojik sağlıkları üzerine sağlığı geliştirici etkisinin olduğu söylenebilir. Bazı kadınlar “*psikolojik ve fiziksel sağlık sorunları*” yaşadıklarını, yaşadıkları üreme sağlığı sorunları nedeni ile bedenlerini hiç anlayamadıklarını, bu durumdan dolayı ruhsal açıdan etkilendiklerini belirtmişlerdir. Ha ve Ban (2021) infertil kadınların depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu ve bu durumun yaşam kalitelerini tehdit ettiğini belirtmektedir. Bu çalışmada kadınlardan birkaçı, grup etkinliklerinin kendilerini grup içerisinde ifade etme fırsatı ve farklı düşünceleri dinleyerek bakış açılarının gelişmesi gibi katkılarından bahsetmişlerdir. Daha öncesinde “Neden ben?, Bu sorunu sadece ben mi yaşıyorum?” gibi düşünceler ile kendilerini yalnız ve hatta suçlu hissettiklerini belirten kadınlar, aynı deneyimi paylaşan kadınlar ile bir arada olmanın bile onlara iyi hissettirdiklerini, “*destek sistemlerinin harekete geçtiğini*”, psikolojik bir destek olduğunu ifade etmişlerdir. Cinsellik hakkında grup içerisinde konuşmaların yapılması, diğer kadınların da benzer sorunları yaşadığı ve bu sorunların cinsel sorunlara neden olabileceğini görmeyi sağladığı, düşüncelerin ve davranışların normalizasyonunu sağlama, anksiyeteyi azaltmanın yanı sıra cinsel tabulardan uzaklaşmayı, cinsel iletişimde artmayı sağladığı belirtilmektedir (Farnam ve ark., 2014). Bu nedenle, infertil bireylerde akran desteğini sağlamaya yönelik girişimler planlanması ve çalışmaların yürütülmesi önem arz etmektedir.

Kadınlardan bazıları, tedavi sürecinde kendilerini çok stresli hissettiklerini, ancak öğretilen beden tarama egzersizleri ile ana odaklanmanın onlarda rahatlatma, andan doyum alabilme ve hayata karşı pozitif bakış açısı sağladığını ifade etmişlerdir. Farkındalık temelli grup danışmanlığının IVF tedavi sürecinde olan infertil kadınların depresyon semptomlarını azaltabileceği bildirilmektedir (Kalhori ve ark., 2020). Bedeni tarama egzersizleri gibi farkındalık eğitimlerinin cinsel öz-yeterliliği arttırdığı

belirlenmiştir (Assarzadeh ve ark., 2019). Cinsel doyumda en önemli faktörlerden biri olarak mental sağlık olduğu belirlenmiştir (Shahhosseini ve ark., 2014). Ayrıca, farkındalık egzersizlerinin artmış dikkat düzenlemesi, beden farkındalığı, ruh halini düzenlemesi, empati, açıklık ve fizyolojik uyarılma ile ilişkilendirilmiş, yüksek farkındalık durumunun düşük doyum ve cinsel disfonksiyona neden olacak davranışları azalttığı belirlenmiştir (Khaddouma ve ark., 2015). Ayrıca, farkındalık temelli egzersizlerin cinsel, istek, uyarılma ve orgazm oranını arttırdığı belirlenmiştir (Adam ve ark., 2015). Çalışmada depresyon puan ortalaması ile cinsel fonksiyon puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı düşük düzeyde ilişki, cinsel öz-yeterlilik puan ortalaması ile arasında negatif yönde anlamlı düşük düzeyde ilişki, bütünlük duygusu puan ortalaması ile arasında ise negatif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki saptanmıştır (Tablo 4.7). Bu nedenle, infertilite sürecinde cinselliği etkileyen faktörlerden biri olan psikolojik durumun psikoseksüel hemşirelik bakımına dahil edilmesi gerekmektedir.

5.1.4. İnfertil Kadınların Bütünlük Duygusu

Salutogenez Modeli' nin temel kavramı olan bütünlük duygu düzeyinin psikoseksüel hemşirelik bakım grubu ile rutin hemşirelik bakım grubu arasında zayıf-orta düzeyde etki büyüklükleri ile anlamlı bir farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.6). Bu durumda, psikoseksüel hemşirelik bakımının infertil kadınlarda bütünlük duygusu üzerine koruyucu ve geliştirici rolünün olduğu söylenebilir. Anlaşılabilirlik, kişinin yaşadığı deneyimin yapılandırılmış, öngörülebilir ve açıklanabilir olduğunu hissetmesidir. Sağlık profesyoneli tarafından verilen eğitim, kişinin yaşadığı durumu daha tahmin edilebilir kılarak, anlaşılabilirlik duygusunu artırır (Sagy ve Antonovsky, 2000). Ayrıca, Salutogenez Modeli'ne göre bilgi geliştirilmiş direnç kaynağı olarak görülmektedir. Katılımcılara sağlanan bilgi, durumun anlaşılabilirliğini arttırmaktadır (Antonovsky, 1987). Böylece, kadınlara sağlanan farkındalık ve bilgilendirme ile yapılandırılan anlaşılabilirliğin kadınların öz-güvenlerini arttırdığı açıklanabilir.

Bazı kadınlar, program sırasında “*hemşire-hasta etkileşimi*”nin önemine vurgu yapmış, hemşirenin bazı özellikleri nedeni ile kendilerini daha rahat hissettiklerini dile getirmişlerdir. Hemşire- hasta etkileşimi; birey için geliştirilmiş bir direnç kaynağı rolü görebilir. Bireyin bütünlük duygusunu geliştirmek için geliştirilmiş direnç kaynaklarının uygunluğunu anlama ve onları kullanabilme yeteneğine sahip olması

gerekmektedir. Bütünlük duygusunun gelişimi için, sağlık profesyonelleri özellikle hemşirelerin bireylerle sahip olduğu açık iletişim ve yapılandırılmış eğitimler, büyük önem arz etmektedir (Moons ve Norekvål, 2006; Mayer ve Boness, 2011). Sağlık profesyoneli ile birey arasında kurulacak destekleyici ilişki, bireyi bilgilendirerek ve teşvik ederek bireyin diğer direnç kaynaklarının farkında olmasını sağlamaktadır (Moons ve Norekvål, 2006). Antonovsky (1987), bireyin sahip olduğunu algıladığı mevcut kaynakların, meşru bir diğerinin kontrol ettiği kaynaklar da olabileceğini ve bu kaynakların bireyin güvendiği bir kişi de olabileceğini belirtmiştir. Bu nedenle kadınların hemşirelere olan güveni, kullandıkları bir kaynak olarak görülebilir ve bu da yönetilebilirliği artırarak bütünlük derecesini artırabilir. Bu bulgu, hemşire-hasta etkileşiminin bütünlük duygusu geliştirmedeki önemini ortaya koymaktadır.

Bazı kadınlar, cinsel yaşamlarında genel olarak bir sorun yaşamadıklarını, “*hazır oluşluğun olması*”nı sağlayan öğelerin olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle, psikoseksüel hemşirelik bakımının bütünlük duygusunu koruma ve geliştirme için bir direnç kaynağı işlevi gördüğü öne sürülebilir. Bazı katılımcılar, süreç içerisinde “*değişime hazır oluştta zorlanma*” yaşadıklarını, bu nedenle ev ödevlerini ve okumalarını yeteri düzeyde uygulama fırsatı bulamadıklarını belirtmişlerdir. Kaynaklarının farkına varma, kaynakların oluşturulması, yeterli kaynağının olduğunu düşünme ve kaynaklarını etkili bir şekilde kullanılabilme yeteneği; yönetilebilirlik olarak tanımlanmaktadır (Antonovsky, 1987). Bu nedenle, psikoseksüel hemşirelik bakımında kadınlara içinde bulundukları süreçte baş etmelerini arttıracak ve bireye direnç kaynağı olma rolünü üstlenebilecek kaynakların oluşturulması önemlidir.

Kadınların çoğu; etkili iletişim teknikleri öğrenme ve eşler ile birlikte yapılan ev ödevleri ile birlikte “*eş ilişkilerini yeniden yapılandırdıklarını*” ifade etmişlerdir. Antonovsky’ e göre sosyal destek ve benliği geliştirmek, bütünlük duygusunun artırılması için çok önemli bir faktördür. Ayrıca, kadınlar programın grup görüşmeleri şeklinde yürütülmesinin “*destek sistemlerinin harekete geçirilmesini*” sağladığını, psikolojik rahatlamanın yanı sıra cinselliği yeniden anlamlandırmaları üzerinde etkisinin olduğunu belirtmişlerdir. Grup üyelerinden algılanan destek, bütünlük duygusunun değişimine yardımcı olabilir (Höjdahl ve ark., 2015). Bireye sağlanan emosyonel desteğin bireyin daha az olumsuz duygular hissetmesini sağladığı ve negatif deneyimleri daha fazla yönetilebilir gördüğü belirtilmektedir (Antonovsky,

1987). Cinsel sağlığı geliştirmeye yönelik çalışmalarda grup tartışmalarının sıklıkla kullanıldığı belirtilmektedir. Grup uygulamaları, katılımcılar arasında açık olmayı teşvik etmekte ve anlamlı etkilerin oluşmasını kolaylaştırmaktadır (Condran, 2014). Bu nedenle, psikoseksüel hemşirelik bakımında bireye destek sağlayacak destek unsurlarının oluşturulması önem arz etmektedir.

Çalışmada, program ile “*cinselliği yeniden anlamlandıran*” kadınlar; odaklanan hedeften kurtulma ile streslerinin azaldığını, daha doyumlular bir cinsel ilişki yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, cinsellik ile ilgili yapılan konuşmaların cinselliğin normal bir olgu olarak görülmesini sađladđını böylece eş ile cinsel içerikli konuşmalarda artış yaşadıklarını, eş ile yakınlık artışı olduğunu ve eşin de cinsel konularda daha rahat olduğunu ifade etmişlerdir. Ev devler, gevşeme egzersizleri ve grup çalışmaları; kadının bazı şeyleri anlamlı olarak tanımlamasını teşvik eder (Höjdahl ve ark., 2015). Anlamlandırma, Salutogenez Modeli’nin motivasyonel bileşeni olmakla birlikte bireyin sahip olduğu sorun ile baş etmesi için bireye dayanıklılık sağlar (Antonovsky, 1987). Kişinin geleceğinin şekillenmesinde yer alması ve kontrol hissi yaşaması; anlamlılık duygusunun artmasını sağlar (Wolff ve Ratner, 1999). Ayrıca, bireye sağlanacak olan baş etme stratejileri bireyin stresli durum ile baş etmesini sağlayan genelleştirilmiş direnç kaynağı olarak görülmektedir. Bireyin genelleştirilmiş direnç kaynakları arttırılarak bireyin anlamlılığı arttırılabilir. Bu çalışmada, kadınlar cinselliğin anlamının aıklaştırılmasının streslerini azalttığını belirtmişlerdir. Çalışmada bütünlük duygusu puan ortalaması ile depresyon puan ortalaması arasında ise negatif yönde anlamlı orta düzeyde ilişki saptanmıştır (Tablo 4.7). Bu nedenle, psikoseksüel hemşirelik bakımında kadınların içinde bulundukları süreci anlamlandırmalarını sağlayacak girişimlere yer verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

5.2. Hemşirelik Bakımına Yönelik “Cinsel İyilik Hali Modeli” nin Geliştirilmesine İlişkin Tartışma

Bu bölümde Cinsel İyilik Hali Modeli’ nin kavramları ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

“Cinsel İyilik Hali Modeli” hemşire, insan, sağlığın varlığı, sağlığın yokluğu, psikoseksüel hemşirelik bakımı ve cinsel iyilik hali kavramlarını içermektedir.

Hemşirelik bakımının bireyin bütünlük duygusunu güçlendirerek bireyin iyilik haline ulaşmasını teşvik ettiği, bu nedenle genelleştirilmiş bir direnç kaynağı olarak görülebileceği bildirilmiştir (Sullivan, 1989). Hemşirelerin sağlığı geliştirici meslek grubu olarak tanımlandığı sistematik derleme çalışmasında; genel ya da spesifik hasta gruplarında sağlığı geliştirici oldukları veya sağlığı geliştirme projelerinin yönetici rolünü üstlenerek sağlığı geliştirme uzmanlık alanlarına sahip oldukları bildirilmiştir (Kemppainen ve ark., 2013). Modelde psikoseksüel hemşirelik bakımı sürecinde uygulanabilecek hemşirelik girişimleri; pozitif yaklaşım ile cinsellik eğitimi, beden ve benliğe ilişkin farkındalık kazandırma, direnç kaynaklarını güçlendirme, öz-güçlenmenin gerçekleştirilmesi, hemşire-hasta etkileşiminin oluşturulması, cinsel sağlığa yönelik iyileştirici çevrenin oluşturulması, cinselliği anlamlandırma sürecini yönetme ve iletişim becerilerini geliştirme olarak belirtilmiştir. Hemşirelik bakım sürecinde temel alınması önerilen yaklaşımlar ise pozitif cinsellik yaklaşımı, güçlendirme yaklaşımı, hak temelli yaklaşım, yaşam boyu cinsellik yaklaşımı, kültür duyarlı yaklaşım ve cinsel sağlık bakımında süreklilik yaklaşımı olarak sıralanmıştır.

Günümüzde cinsel sağlığa ilişkin eğitiminin içeriği, biyomedikal görüş ile geliştirildiği için güvenli olmayan cinsel ilişkinin olumsuz sonuçlarına daha çok odaklanılmaktadır (Laumann ve ark., 2006). Ancak, pozitif sağlık yaklaşımı rahatsızlıklara ya da disfonksiyonlara odaklanmaktan ziyade bireyleri iyileştirmeye yardım etmeye ve yaşam doyumunu iyileştirmeye vurgu yapmaktadır (R. C. Rosen ve Bachmann, 2008). Sağlık profesyonelleri, cinsel iyilik halini içeren sağlıklı cinselliğin pozitif yönlerine odaklanacak şekilde hastalara eğitim vermelidir. Pozitif yaklaşım içeren cinsel eğitim; sadece fiziksel yakın ilişkiyi iyileştirmeye değil, aynı zamanda bireyin beden imajını ve öz-güvenini iyileştirmeye yönelik olmalıdır. Böylece, cinsel iyilik halinin fiziksel ve psikolojik her iki yönü de ele alınmış olacak ve bireye bütüncül bakım verilebilecektir (Martin ve Woodgate, 2017). Cinsel sağlığın daha çok ilişkisel, beceri ve iyilik hali üzerine odaklanarak, bu unsurları güçlendirmeyi temel alan çalışmalarda; pozitif yaklaşım ile verilen cinsel eğitimlerin cinsel sağlığı geliştirmede etkin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Federation, 2018; Crocker ve ark., 2019). Bu nedenle, modelde psikoseksüel hemşirelik bakım sürecinde *“pozitif yaklaşım ile cinsellik eğitimi”* uygulanması gereken hemşirelik girişimi olarak, ayrıca *“pozitif cinsellik yaklaşımı”* hemşirelik bakım sürecinde temel alınması gereken

yaklaşımlardan biri olarak belirtilmiştir. Ayrıca, kapsamlı cinsel eğitimin verilebilmesi için hak temelli yaklaşım gerekliliğine vurgu yapılmıştır (Federation, 2018). Bu unsur, modelde “*hak temelli yaklaşım*” olarak psikoseksüel hemşirelik bakım sürecinde temel alınması gereken yaklaşımlardan biri olarak tanımlanmıştır. Cinsel eğitimin etkinliğinin bireylerin yaşı ile gelişimsel dönemleri ve dönemin getirdiği gereksinimlere uygun bir şekilde planlanması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (International, 2020). Bu durum, modelde “*yaşam boyu cinsellik yaklaşımı*” olarak ele alınmış, psikoseksüel hemşirelik bakım sürecinin bu yaklaşım dikkate alınarak planlanması önerilmektedir.

Pozitif yaklaşım ile verilen cinsel eğitimin etkinliğe ulaşmasında açık ve güvenilir öğrenme ortamının oluşturulması, bireyin güçlendirilmesi ve destek sistemlerinin sürece dahil edilmesinin önemli olduğu belirtilmiştir (Crocker ve ark., 2019). Belirtilen unsurlardan bireyin güçlendirilmesi ve destek sistemlerinin sürece dahil edilmesi; Cinsel İyilik Hali Modeli’nde “*direnç kaynaklarını güçlendirme*” olarak hemşirelik girişimleri başlığı altında ele alınmıştır. Güçlendirme yaklaşımı ile bireyin bilgi, değer/tutum ve becerilerini iyileştirerek cinsel sağlığını geliştirme sürecinde karar verme mekanizmalarının etkinleştirilmesi hedeflenmektedir (Haberland ve Rogow, 2015). Ayrıca, araştırmacı tarafından tez projesi dahilinde yürütülen karma yöntem araştırmasında; kadınlar psikoseksüel bakım programı ile direnç kaynaklarının arttığını ve güçlendirildiklerini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde modelde hemşire tarafından verilen psikoseksüel hemşirelik bakımının bireyin direnç kaynaklarını güçlendirerek onu kendi sağlığını geliştirme sürecinde aktif hale getirdiği belirtilmiştir. Ayrıca, güçlendirme yaklaşımı öğrenmeyi sağlamanın, güvenli ve sağlıklı cinsel davranışları uygulamanın ve sağlıklı cinsel davranışları sınırlandırmanın en iyi yolu olarak tanımlanmıştır (Bostani Khalesi ve ark., 2020). Diğer bir unsur olarak belirtilen açık ve güvenilir öğrenme ortamının oluşturulması; modelde hemşirelik girişimlerinden “*cinsel sağlığa yönelik iyileştirici çevrenin oluşturulması*” olarak belirtilmiştir. İyileştirici çevre; bireyin psikolojik, fiziksel, davranışsal ve tıbbi yönlerini desteklemeyi ve kişilerarası ilişkileri geliştirmeyi içerir (Sakallaris ve ark., 2015). İyileştirici çevrenin cinsel sağlık üzerinde etkisine ilişkin literatürde çalışma olmamasına rağmen; iyileştirici çevre sağlık bakım hizmetinin kalitesi, sağlık profesyonelinin kalitesi, sağlık bakım kaynaklarının yeterliliği,

yönetimsel sürecin kalitesi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi belirleyen önemli bir etken olarak tanımlanmıştır (Amankwah ve ark., 2019). Bu nedenle, cinsel sağlığı geliştirmeye yönelik yapılan girişimler bireyin cinselliği, cinsel sağlığı ve yaşamını oluşturan çevreyi şekillendirmeyi amaçlamalıdır (Condran, 2014).

Cinsel sağlık gereksinimlerinin ele alınmasında sağlık profesyonellerinin birey ile konforlu bir şekilde cinsel sağlığa ilişkin görüşmeleri başlatıp sürdürebilmesinin gerekli olduğu belirtilmektedir (Kingsberg ve ark., 2019). İletişim sürecinde yargılayıcı olmama, kabul etme, empati gösterme, dinleme becerilerini kullanma ve uyum içinde olma gibi hemşirenin davranışlarına odaklanılmaktadır. Kapsamlı cinsel eğitimin standartlarından biri olarak hizmet verenin desteğinin sürekliliğine vurgu yapılmıştır (International, 2020). Tez çalışmasında yürütülen karma yöntem araştırmasında kadınlar hemşirenin kendileri ile olan iletişim ve etkileşimini cinsel iyilik hallerini geliştirmede kolaylaştırıcı faktör olarak tanımlamışlardır. Bu durum, modelde *“hemşire-hasta etkileşiminin oluşturulması”* psikoseksüel hemşirelik girişimi olarak tanımlanmıştır. Cinsel sağlığı ele almada profesyonel yeterlilik kavramı üzerinde durulmaktadır. Profesyonel yeterliliği arttırmak için cinsel eğitim modüllerini inceleyen bir sistematik derleme çalışmasında; birçok modülün ebe ve hemşireleri güçlendirmek için yürütüldüğü, bu yaklaşımın ise cinsel sağlığı ve danışmanlığı güçlendirme için zorunlu olduğu bildirilmektedir (Karimian ve ark., 2018). Bu nedenle, psikoseksüel bakımın etkinliğinin artması için modelde *“öz-güçlenmenin gerçekleştirilmesi”* psikoseksüel hemşirelik girişimlerinden biri olarak belirtilmiştir. Öz-güçlenme başlığı altında hemşirelerin profesyonel yetkinliklerini arttırabilmesi için cinsel eğitimler alması gerekliliği ifade edilmiştir. Ayrıca, hemşirelerin bireysel değerlerinin uygulamalarına ciddi düzeyde yön verdiği, cinsel sağlığa ilişkin iyi uygulamaları yürütmesinde engel olduğu bildirilmektedir (Hendry ve ark., 2018). Bu nedenle *“öz-güçlenmenin gerçekleştirilmesi”* hemşirelik girişiminde hemşirelerin cinselliğe ilişkin yükledikleri anlam ve değerini açıklanmasının ve cinselliğin normalizasyonun gerekliliğine yer verilmiştir.

Kültür, bireylerin cinsel kimliklerinin, davranışlarının, tutumlarının ve sağlıklarının belirlenmesinde önemli bir unsur olarak tanımlanmaktadır (Robinson ve ark., 2002). Kadınlarda cinsel disfonksiyon prevalansının incelendiği bir meta-analiz çalışmasında; cinsel disfonksiyon oranının ülkenin toplumsal cinsiyet eşitsizlik oranı

ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (McCool ve ark., 2016). Cinsel sağlığa ilişkin etkin girişimlerin oluşturulmasında toplumsal cinsiyet unsurlarının ve onun oluşturduğu güç unsurlarının birey üzerine olan etkilerinin ele alınmasının gerekliliğinden bahsedilmektedir (International, 2020). Bu nedenle, “*kültür duyarlı yaklaşım*” modelde psikoseksüel hemşirelik bakım sürecinde göz önünde bulundurulması gereken yaklaşım olarak tanımlanmış, toplumsal cinsiyet ve güç unsurlarının dikkate alınmasına ilişkin vurgu yapılmıştır. Özellikle toplum tarafından güçsüzleştirilen kadınlara yönelik verilecek cinsel eğitimler ile kadınların sağlık, bilgi ve davranışlarında gelişim yaşayarak güçlendirileceği, bunun için cinsel eğitimlerin içinde bulunan toplumun kültürüne uygun bir şekilde eğitim programlarına dahil edilmesinin gerekliliğinden bahsedilmektedir (Najmabadi ve Sharifi, 2019). Cinselliğe ilişkin endişe ve problemlerin normalizasyonun uygulamalarda önemli bir girişim olduğu düşünülmektedir (Zamani ve ark., 2019). HIV riskini azaltmak için oluşturulmuş olan Cinsel Sağlık Modeli’nde cinsellik hakkında konuşabiliyor olma, cinselliğe ilişkin değer ve tercihlerinin farkında olma; modelin yapı taşı olarak belirtilmiştir (Robinson ve ark., 2002). Ayrıca, tez projesinde yürütülen karma yöntem araştırmasında da kadınlar kendilerinin ya da eşlerinin cinselliğe yükledikleri anlamlarının cinsel iyilik hallerini etkilediğini, programda cinselliğe yönelik yapılan anlamlandırma çalışmaları ile cinselliğin normalleştiğini belirtmişlerdir. Bu nedenle modelde psikoseksüel hemşirelik bakım sürecinde “*cinselliği anlamlandırma sürecini yönetme*” hemşirelik girişimine yer verilmiştir.

Kadınların bedenlerine ilişkin farkındalıklarının cinsel iyilik hallerini geliştirmede etkin olduğu bildirilmektedir. Ayrıca beden farkındalığına ilişkin girişimler yapmanın cinsel disfonksiyon tedavisinin bütüncü bir unsuru olduğu belirtilmiştir (Seal ve Meston, 2020). Literatürde bulunan postpartum dönemde cinsel sağlık bakım programı ile HIV riskini azaltmaya ilişkin geliştirilmiş olan Cinsel Sağlık Modeli’nde kadınlara cinsel anatomi, cinsel fonksiyon ve cinsel yanıt yanıt sürecine ilişkin bilgilendirmelerin yapılmasının gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (B. E. Robinson ve ark., 2002; Zamani ve ark., 2019). Ayrıca, tez çalışmasında yürütülmüş olan karma yöntem araştırmasında kadınlar beden farkındalığı kazanma ve benliklerini tanımanın cinsel sağlık/iyilik hallerinde gelişme ve iyileşme sağladığını belirtmişlerdir. Bu nedenle modelde psikoseksüel hemşirelik bakımında uygulanacak girişimlerden biri

olarak “*beden ve benliğe ilişkin farkındalık kazandırma*” tanımlanmıştır. Kadınlarda beden imajını geliştirmek için uygulanacak olan eğitim ve danışmanlık programlarının cinsel sağlığı geliştirebileceği bildirilmiştir (Karamidehkordi ve Roudsari, 2014).

Basson (2000) ilişkisel faktörlerin kadın cinselliğini etkileme konusunda önemli bir rolü olduğunu belirtmiştir. Postpartum cinsel sağlık bakım programının etkili sonuçlara ulaşmasında; kişiler arası ilişkileri güçlendirecek becerilere ve bilgilendirmelere yer verilmesinin öneminden bahsedilmiştir. Programda yer alan eğitim ve beceri geliştirecek egzersizler ile partnerlerin problem çözme becerilerinin geliştiği, yakınlık duygularının ve dolayısı ile cinsel doyumlarının arttığı belirtilmektedir (Zamani ve ark., 2019). Araştırmacı tarafından yürütülen karma yöntem araştırmasında da kadınlar iletişime yönelik yapılan bilgilendirmeler, verilen ev ödevleri ve okumalarının eşleri ile olan iletişimlerini yeniden yapılandırıldığını ifade etmişlerdir. Bu nedenle modelde psikoseksüel hemşirelik girişimlerinden biri “*iletişim becerilerinin geliştirilmesi*” olarak tanımlanmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan Karma Yönteme İlişkin Sonuçlar

- Bu araştırmanın nicel sonucuna göre;
- Psikoseksüel hemşirelik bakım programı alan kadınlar ile rutin hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel fonksiyon düzeylerine ilişkin son test ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).
 - Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel fonksiyona ilişkin orgazm hariç diğer tüm alt boyutlarının ortalama puanlarının son test ölçümlerinde ön test ölçümlerine göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Psikoseksüel hemşirelik bakım programının cinsel fonksiyon ve alt boyutlarına ilişkin etki büyüklükleri düşük ile kuvvetli düzey arasında değişmektedir.
 - Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan kadınlar ile rutin hemşirelik bakımı alan kadınların son test ölçümlerinde cinsel memnuniyet, uyumluluk, endişe (ilişki ile) ve endişe (kişisel) alt boyut puan ortalamaları ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir. Psikoseksüel bakım programının cinsel memnuniyet ve alt boyutlarına ilişkin zayıf ile kuvvetli arasında değişen etki büyüklüklerinin olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).
 - İnfertil kadınların cinsel benlik saygılarının psikoseksüel hemşirelik bakım programı ile arttığı tespit edilmiştir. Psikoseksüel hemşirelik bakım programının cinsel benlik saygısını arttırmaya yönelik kuvvetli düzeyde etkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).
 - Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan infertil kadınların program sonrasında cinsel öz-yeterlilik düzeyleri ile rutin hemşirelik bakımı alan kadınların cinsel öz-yeterlilik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Psikoseksüel hemşirelik bakım programının cinsel öz yeterlilik düzeyini arttırmaya yönelik orta düzeyde bir etki büyüklüğünün olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).
 - Psikoseksüel hemşirelik bakımı alan infertil kadınların depresyon puanlarının program sonrasında program öncesine göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu

tespit edilmiştir. Ayrıca, psikoseksüel bakım programının kadının depresyon puanını azaltmaya yönelik zayıf düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

- İnfertil kadınların bütünlük duygu düzeyi açısından psikoseksüel hemşirelik bakımı ile rutin hemşirelik bakımı alanlar arasında anlamlı farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, psikoseksüel bakım programının bütünlük duygusu ve alt boyutları üzerine zayıf ile orta düzey arasında değişen etki büyüklüğünün olduğu belirlenmiştir.
 - Araştırmada ele alınan kavramlar arası ilişki incelendiğinde; cinsel fonksiyon ile cinsel memnuniyet, bütünlük duygusu ve depresyon arasında istatistiksel olarak düşük ile yüksek düzey arasında değişen anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Cinsel memnuniyet ile cinsel fonksiyon, bütünlük duygusu ve cinsel öz-yeterlilik arasında orta ile yüksek düzey arasında değişen anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Cinsel öz-yeterlilik ile cinsel memnuniyet ve depresyon arasında düşük ile orta düzey arasında değişen anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, depresyon ile yukarıda belirtilen ilişkilere ek olarak bütünlük duygusu arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ilişki saptanmıştır (Tablo 4.7).
- Bu araştırmanın nitel sonucuna göre;
- Kadınlar, kadın üreme sistemine ilişkin yapılan bilgilendirme ile “*kadın olmaya ilişkin farkındalık kazandıklarını*” belirtmişlerdir. Bilginin kendilerini güçlü hissettirdiğini belirten kadınlar, bu nedenle cinsel konulara ilişkin konuşmada kendilerini daha rahat hissettiklerini ve cinsel yaşama ilişkin beklentilerini daha açık ve net bir şekilde ifade edebildiklerini dile getirmişlerdir.
 - Kadınlar, program öncesinde cinsel yaşamı ödev olarak gördüklerini belirtmiş, cinselliğin anlamına ilişkin yapılan görüşmeler sonucunda “*cinselliği yeniden anlamlandırdıklarını*” vurgulamışlardır. Cinselliği yeniden anlamlandıran kadınlar; streslerinin azaldığını, kendilerini daha güçlü ve değerli hissettiklerini, daha doyumlulu bir cinsel ilişki yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, eş ile cinsel içerikli konuşmalarda artış yaşadıklarını, eş ile yakınlık artışı olduğunu ve eşin de cinsel konularda daha rahat olduğunu ifade etmişlerdir.

- Kadınların çoğu; etkili iletişim teknikleri öğrenme ve eşler ile birlikte yapılan ev ödevleri ile birlikte “*eş iletişimini yeniden yapılandırdıkları*”nı, evlilik ilişkilerinde sorunlarda/çatışmalarda azalma olduğu, problem çözmenin daha kolay olduğunu ve eş ilişkilerinde olumlu anlamda değişim yaşadıklarını belirtmişlerdir.
- “*Hemşire-hasta etkileşiminin oluşması*”na vurgu yapan kadınlar, hemşirenin beden dili ile iletişime açık olduğunu, sakinliği ile bireyi konuşmaya cesaretlendirdiğini, empati kurduğunu ve bireye anlaşıldığını hissettirerek bireyin cinsellik konuşmalarında kendilerini rahat hissetmelerini sağladığını ifade etmişlerdir.
- Kadınlardan bazıları grup uygulamalarının, beden tarama egzersizlerinin, beden ve kişisel haklar açısından bilgilendirilmenin “*destek sistemlerinin harekete geçirilmesini sağladığı*” ifade etmişlerdir. Psikolojik olarak rahatlama yaşadıklarını dile getiren kadınlar, aynı zamanda cinsel ilişki sırasında da kendilerini daha rahat ve özgür hissettiklerini ve ilişkiden daha fazla doyum aldıklarını belirtmişlerdir.
- Bazı kadınlar, cinsel yaşamlarında genel olarak bir sorun yaşamadıklarını, bunun temelinde bilgi gibi bireysel kaynaklarının “*hazır-oluşluğun olması*”na vurgu yapmışlardır.
- Kadınlardan bazıları cinsel iyilik hallerinin gelişmesini kısıtlayan unsurlardan biri olarak “*cinselliğe kültürel bakış açısı*”nı göstermiş, bebek sahibi olma arzusu ve üzerlerinde hissettikleri baskı nedeni ile yaşadıkları stresten dolayı cinsel ilişki sırasında kasılmalarının devam ettiğini belirtmişlerdir.
- Yaşanan “*psikolojik ve fiziksel sağlık sorunları*” nedenleri ile kadınlarından birkaçı kendilerini ruhsal anlamda toparlayamadıklarını, bu nedenle eş ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir.
- Bazı kadınlar, “*değişime hazır oluştaki zorlanma*” yaşadıklarını, ev ödevlerini ve okumalarını yeteri düzeyde uygulayıp yaşamlarında değişiklik yapma fırsatı bulamadıklarını belirtmişlerdir.
- Ayrıca, kadınların çoğu “*eşe ait faktörler*” nedeni ile eşin ev ödevleri ve okumalara katılımlarının yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

6.2. Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programının Etkinliğine Yönelik Yapılandırılan Karma Yönteme İlişkin Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara yönelik hemşirelik uygulama alanlarına ve araştırmacılara aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

Hemşirelik uygulayıcılarına yönelik öneriler;

1. Hemşirelerin psikoseksüel bakım sürecinde kadınların cinsel fonksiyonlarının yanı sıra cinsel memnuniyet, cinsel benlik saygısı, cinsel öz-yeterlilik gibi cinselliğin emosyonel, davranışsal ve bilişsel boyutlarını da ele alması,
2. Psikoseksüel hemşirelik bakım sürecinde bireyin beden imajı ve benlik saygısı gibi kavramların ele alınması, olumlu bir beden imajı ve benlik saygısı kazandırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması,
3. Bireyin cinsel iyilik halini sağlamada etkili olacak direnç kaynaklarının sorgulanması ve kaynakları güçlendirmeye yönelik girişimlerin planlanması,
4. Ruh sağlığının cinsellik üzerine olan etkisi dikkate alınarak, bireyin var olan stresinin tanımlanması ve baş etmesi için bireye seçeneklerin sunulması,
5. Eş iletişimini geliştirmeye yönelik bilgilendirmeler, egzersizler ve okumaların psikoseksüel hemşirelik bakım sürecine dahil edilmesi,
6. Psikoseksüel hemşirelik bakım programlarında cinselliğe ilişkin bilgilendirmeler ile birlikte cinsel mitlerin üzerinde durulması ve cinselliğin anlamı üzerine konuşmaların yapılması,
7. Hemşire-hasta etkileşiminin cinsel iyilik hali üzerine etkisinin bilincinde olunması,
8. Hemşirelik girişimlerini planlar iken içinde bulunulan kültürün kadın üzerindeki etkisi ele alınması ve kadını güçlendirmeye yönelik girişimlerin planlanması,
9. Psikoseksüel hemşirelik bakımına mümkün ise eşlerin katılımının sağlanması, mümkün değil ise eşlerin ev ödevlerine ve okumalarına katılımının teşvik edilmesi önerilebilir.

Hemşirelik araştırmacılarına yönelik öneriler;

1. Araştırmalarda cinselliğin ele alınmasında pozitif cinsellik yaklaşımının temel alınması, cinsel fonksiyon cinselliğin diğer kavramları (emosoyonel, davranışsal, bilişsel) ile birlikte ele alınması,

2. Cinsel sağılığı geliştirmeye yönelik hemşirelik bakımının etkisini gösteren nitel ve nicel çalışmaların yürütülmesi,
3. Cinsel iyilik halinin kavramsal analizini nitel ve nicel çalışmalar ile test eden çalışmaların yürütülmesi,
4. Cinsel iyilik hali üzerine etkili olan faktörlerin ve cinsel iyilik halinin boyutlarına ilişkin kavramsal modellemeler yapılarak incelemelerin yapılması,
5. Bütünlük duygusunun cinsel iyilik hali üzerine etkisini inceleyen çalışmaların yürütülmesi,
6. Hemşire-hasta etkileşiminin psikoseksüel hemşirelik bakımının etkinliği üzerine etkisini inceleyen çalışmaların planlanması önerilebilir.

6.3. Hemşirelik Bakımına Yönelik “Cinsel İyilik Hali Modeli” nin Geliştirilmesine İlişkin Sonuçlar

Bu tez çalışmasında Salutogenez Modeli’ne temellendirilerek (teori) infertil kadınlarda psikoseksüel hemşirelik bakımının etkisi karma yöntem araştırma deseni (araştırma) kullanılarak değerlendirilmiş ve geliştirilen Cinsel İyilik Hali Modeli’ nin amacı; psikoseksüel hemşirelik bakımına ilişkin hemşirelik süreci ve girişimlerini spesifik bir şekilde belirterek hemşirelerin kadınlara etkili bir psikoseksüel hemşirelik bakımı vermesi ve kadınların cinsel iyilik halinin geliştirilmesidir.

Model temelde hemşire, insan, sağığın varlığı, sağığın yokluğu, psikoseksüel hemşirelik bakımı ve cinsel iyilik kavramlarından oluşmaktadır. Psikoseksüel hemşirelik bakımında hemşirelik süreçleri, hemşirelik girişimleri ve temel alınacak hemşirelik yaklaşımları belirtilmiştir.

Psikoseksüel hemşirelik girişimleri; pozitif yaklaşım ile cinsellik eğitimi, beden ve benliğe ilişkin farkındalık kazandırma, direnç kaynaklarını güçlendirme, öz-güçlenmenin gerçekleştirilmesi, hemşire-hasta etkileşiminin oluşturulması, cinsel sağığa yönelik iyileştirici çevrenin oluşturulması, cinselliği anlamlandırma sürecini yönetme ve iletişim becerilerini geliştirmedir.

Psikoseksüel hemşirelik girişimleri planlanır ve uygulanırken temel alınması önerilen yaklaşımlar; güçlendirme, hak temelli, yaşam boyu cinsellik, kültür duyarlı, cinsel sağık bakımında srekliplik ve pozitif cinsellik yaklaşımıdır.

Belirtilen hemşirelik girişimleri ve yaklaşımlar doğrultusunda verilen psikoseksüel hemşirelik bakımının kadını cinsel iyilik hali dolayısı ile sağlığın varlığı eksenine doğru yaklaştıracığı düşünülmektedir.

6.4. Hemşirelik Bakımına Yönelik “Cinsel İyilik Hali Modeli” nin Geliştirilmesine İlişkin Öneriler

Hemşirelik uygulayıcılarına yönelik öneriler;

1. Hemşirelerin psikoseksüel bakım sürecinde kadına yaşam boyu yaklaşımı ve pozitif bakış açısı ile cinsel eğitimler vermesi,
2. Kadını güçlendirme yaklaşımını temel alarak beden ve benliğe ilişkin farkındalık kazandırmaya yönelik uygulamalar (kadın olma tanımları üzerine görüşme, beden tarama egzersizleri, beden ve benliği olumlama egzersizleri, beden fonksiyon ve anatomisine ilişkin bilgilendirmeler vb.) yapması,
3. Kadının iyilik halini sağlamada direnç kaynakları olabilecek unsurları (algılanan sosyal destek, psikolojik rahatlık vb.) güçlendirme ve harekete geçirmeye yönelik girişimler planlaması,
4. Hemşire olarak kendisinin cinselliğe yüklediği değerlerin farkına varması, cinsel sağlık/iyilik halinin önemine ilişkin olumlu bir tutum oluşturmaması, cinsel sağlığa ilişkin profesyonel yetkinliğini arttırmak için eğitimlere katılması,
5. Bakım sürecinde kadın ile etkili bir iletişim kurarak hemşire-hasta etkileşimini oluşturmaması,
6. Kadınların cinselliğe yükledikleri anlamları ortaya çıkarma ve içinde bulundukları kültürü dikkate alarak cinselliğin normalizasyonunu sağlamaya yönelik girişimler (cinselliğin anlamına ilişkin görüşmeler, değer açıklama yöntemlerinin kullanımı vb.) planlaması,
7. Bakım verme sürecinde bireyin mahremiyetini koruyan, otonomisini destekleyen iyileştirici bir çevre oluşturmaması,
8. Etkili iletişim becerileri hakkında bilgi ve beceri kazandırmaya yönelik girişimler (etkili iletişim unsurları hakkında eğitim, ev ödevleri vb.) planlaması,
9. Her bir kadın için psikoseksüel bakımın bir hak ve gereksinim olduğu farkındalığına sahip olması,

10. Psikoseksüel bakım verme sürecinde kendisine rehber olabilmesi için “Cinsel İyilik Hali Modeli”nden faydalanması ve bireyin gereksinimlerini dikkate alarak psikoseksüel hemşirelik bakımını planlaması önerilebilir.

Hemşirelik araştırmacılarına yönelik öneriler;

1. Cinsel İyilik Hali Modeli’ nin uygulamada ve araştırmada kullanımına ilişkin çalışmaların yürütülmesi,
2. Modelin farklı örneklem grupları ile etkinliğini ölçen nitel ve nicel çalışmaların yürütülmesi,
3. Modelin kavramlarını ve kavramlar arası ilişkilerini ele alan çalışmaların planlanması önerilebilir.



KAYNAKLAR

- Afroughi, S., & Pouzesh, M. Prevalence and risk factors of infertility in a sample of Iranian couples. *Journal of Biometrics & Biostatistics*. 2018; 9 (04): 1-5.
- Aker, M. N., Esra, U., Pınar, T., & Bilsel, M. Hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımı vermeye ilişkin tutum ve inançları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 7 (1): 41-49.
- Alimohammadi, L., Zarei, F., & Mirghafourvand, M. The effect of counseling based on Bandura's self-efficacy theory on sexual self-efficacy and quality of sexual life. *Women & Health*. 2020; 60 (4): 473-486.
- Alirezaei, S., Ozgoli, G., & Majd, H. A. Evaluation of factors associated with sexual function in infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2018; 12 (2): 125.
- Alligood, M., & Tomey, A. *Nursing theory: Utilization & application*. (p: 307–333). America: Mosby Company. 2006; p: 203.
- Amankwah, O., Weng-Wai, C., & Mohammed, A. H. Modelling the mediating effect of health care healing environment on core health care delivery and patient satisfaction in Ghana. *Environmental Health Insights*. 2019; 13: 1178630219852115.
- Anderson, R. Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2013; 56 (2): 208-214.
- Annon, J. S. The plissit model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*. 1976; 2 (1): 1-15.
- Antičević, V., Jokić-begić, N., & Britvić, D. Sexual self-concept, sexual satisfaction, and attachment among single and coupled individuals. *Personal Relationships*. 2017; 24 (4): 858-868.
- Antonovsky, A. *Health, stress, and coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*, 1979: 12-37.
- Antonovsky, A. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-bass; 1987, p: 20-30.

- Antonovsky, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 1996; 11 (1): 11-18.
- Association, E. N. Standards of emergency nursing practice: Mosby Inc; 1995, p:
- Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., Graham, C., . . . Brotto, L. Ethical and sociocultural aspects of sexual function and dysfunction in both sexes. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016; 13 (4): 591-606.
- Ateşman, E. Türkçede okunabilirliğin ölçülmesi. *Dil Dergisi*. 1997; 58 (71-74).
- Ayaz, S. Sexuality and nursing process: A literature review. *Sexuality and Disability*. 2013; 31 (1): 3-12.
- Aygin, D., & Aslan, F. E. Kadın cinsel işlev ölçeği'nin türkçeye uyarlaması. 2005.
- Bag, B. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde salutogenez modeli. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler*. 2017; 9 (3).
- Bal, M. D. Hemşirelerin cinsel bakıma ilişkin tutum ve inançları. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*. 2014; 11 (3): 38-42.
- Bandura, A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ. 1986, p: 34.
- Baransel, A. Çağdaş yönetim düşüncesinin evrimi (3. Baskı). İstanbul: İÜ İşletme Fakültesi Yayını. 1993; (257): 168.
- Bartholomew, N., Chatham, L., & Simpson, D. Time out! For me: An assertiveness and sexuality workshop for women. 2002, p: 1-228.
- Basson, R. The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26 (1): 51-65.
- Bates, J. Broaching sexual health issues with patients. *Nursing Times*. 2011; 107 (48): 20-22.
- Bayraktar, E. Toplumsal cinsiyet, kültür ve şiddetin İnfertilite İle İlişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 27 (3): 234-238.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. Beck depression inventory (bdi). *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4 (6): 561-571.
- Becker, C. M., Glascoff, M. A., & Felts, W. M. Salutogenesis 30 years later: Where do we go from here? *International Electronic Journal of Health Education*. 2010; 13: 25-32.

- Belgin, A., & Koçoğlu, D. Randomize kontrollü deneyler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017; 4 (1): 73-92.
- Blagbrough, J. Importance of sexual needs assessment in palliative care. Nursing Standard. 2010; 24 (52).
- Bloomington, I. U. (2016). Culture of care: Our focus areas sexual well-being. Retrieved from <http://care.indiana.edu/focus-areas/sexual/index.shtml>
- Boscaglia, N., & M. Clarke, D. Sense of coherence as a protective factor for demoralisation in women with a recent diagnosis of gynaecological cancer. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. 2007; 16 (3): 189-195.
- Bostani Khalesi, Z., Sembor, M., & Azen, S. A. An explanation of empowerment-based sexual health education strategies: A qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2020; 6 (3): 253-265.
- Boyacıoğlu, G. S. Kadın cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası. 1999; 2: 54-59.
- Bozdemir, N., & Özcan, S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2011; 5 (4).
- Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., . . . Wylie, K. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. The Journal of Sexual Medicine. 2016; 13 (4): 538-571.
- Brown, V. Caring for sexuality in health and illness. Nursing Standard (through 2013). 2000; 15 (6): 29.
- Büyükkayacı Duman, N. (2018). Cinsel sağlığın değerlendirilmesinde model kullanımı. In N. B. Duman (Ed.), *Cinsel Sağlık*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Byers, E. S. Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. Journal of Sex Research. 2005; 42 (2): 113-118.
- Byers, E. S., Nichols, S., Voyer, S. D., & Reilly, G. Sexual well-being of a community sample of high-functioning adults on the autism spectrum who have been in a romantic relationship. Autism. 2013; 17 (4): 418-433.
- Celik, E. Cinsel öz-yeterlik ölçeğinin türk kültürüne uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Journal of European Education. 2013; 3 (2): 1-10.

- Cetin, S. A., & Aslan, E. Validity and reliability of the turkish version of the sexual satisfaction scale for women. *Sexuality & Culture*. 2018; 22 (3): 881-893.
- Charmaz, K. *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*: Thousand Oaks, CA: Sage; 2006, p:35.
- Charnock, D., Shepperd, S., Needham, G., & Gann, R. Discern: An instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1999; 53 (2): 105-111.
- Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy. Sexuality in irish women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2011; 38(2): 1.
- Cohen, M. Z. Using the better model to assess sexuality. *Clin J Oncol Nurs*. 2004; 8: 84-86.
- Condran, B. Addressing the dimensions of sexual health: A review of evaluated sexual health promotion interventions: National Collaborating Centre for Infectious Diseases; 2014, p: 2-5.
- Cort, E. Psychosexual awareness: An invaluable skill for nurses. *Nursing in Practice*. 2003; 11: 74-76.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*: Thousand Oaks, CA: Sage; 2017, p:58.
- Crocker, B. C., Pit, S. W., Hansen, V., John-Leader, F., & Wright, M. L. A positive approach to adolescent sexual health promotion: A qualitative evaluation of key stakeholder perceptions of the australian positive adolescent sexual health (pash) conference. *BMC Public Health*. 2019; 19 (1): 1-16.
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H. M., & Aune, I. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2016; 7: 2-7.
- Daniel, B. K. Using the tact framework to learn the principles of rigour in qualitative research. *Electronic Journal of Business Research Methods*. 2019; 17 (3).
- Daugherty, T. K., Julian, H. M., Lynch, N. M., Chen, S. J., Whipple, T. L., & Ginsburg, A. F. Beyond the absence of disease or infirmity: The case for sexual wellness. *College Student Journal*. 2017; 50 (3): 404-408.

- Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L., & Davis, S. R. Psychology: The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2009; 6 (10): 2690-2697.
- de Mendonca, C. R., Arruda, J. T., Noll, M., Paulo, M. d. O., & do Amaral, W. N. Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2017; 215: 153-163.
- Dedemoğlu, Ş. Tip 1 diabetes mellitusu olan hastaların cinsellik algılarının ve cinsel bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019, Antalya
- Delibalta, R. T., & Çılgın, H. Comparison of primipara women's pre-pregnancy, pregnancy, and postpartum sexual lives. *J Surg Med*. 2020;4 (11):1018-1022.
- Demir, S. Cinsel işlev bozukluğu olan infertil kadınlarda cinsel danışmanlığın cinsel sağlığa etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2016, İstanbul
- Demirci, N. Kadının yaşam dönemlerinde cinsellik ve cinsel sağlık. In A. M. Coşkun (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları, 2016.
- DeNisco, S. M. Advanced practice nursing: Essential knowledge for the profession: Essential knowledge for the profession: USA: Jones & Bartlett Publishers; 2019, p: 38.
- Dinç, A. The effect of gender inequality on women's health. *Recent Studies in Health Sciences*. 2019: 227.
- Downing-Matibag, T. M., & Geisinger, B. Hooking up and sexual risk taking among college students: A health belief model perspective. *Qualitative Health Research*. 2009; 19 (9): 1196-1209.
- Doyle Zeanah, P., & Schwarz, J. C. Reliability and validity of the sexual self-esteem inventory for women. *Assessment*. 1996; 3 (1): 1-15.
- Duman, N. B., & Koçak, D. Y. İnfertilitenin cinsel sağlığa etkileri ve profesyonel hemşirelik yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*. 2016; 2 (1): 51-58.
- Edition, F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013; 21.

- Ehsan, Z., Yazdkhasti, M., Rahimzadeh, M., Ataee, M., & Esmaelzadeh-Saeieh, S. Effects of group counseling on stress and gender-role attitudes in infertile women: A clinical trial. *Journal of reproduction & infertility*. 2019; 20 (3): 169.
- Epner, D. E., & Baile, W. F. Difficult conversations: Teaching medical oncology trainees communication skills one hour at a time. *Academic Medicine*. 2014; 89 (4): 578.
- Eriksson, M. The sense of coherence in the salutogenic model of health. *The handbook of salutogenesis*. 2017: 91-96.
- Eriksson, M., & Lindström, B. Validity of antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2005; 59 (6): 460-466.
- Eriksson, M., & Lindström, B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007; 61 (11): 938-944.
- Fahami, F., Pahlavanzadeh, S., & Asadi, M. Efficacy of communication skills training workshop on sexual function in infertile women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2015; 20 (2): 179.
- Farnam, F., Janghorbani, M., Raisi, F., & Merghati-Khoei, E. Compare the effectiveness of plissit and sexual health models on women's sexual problems in tehran, iran: A randomized controlled trial. *The Journal of Sexual Medicine*. 2014; 11 (11): 2679-2689.
- Fasula, A. M., Fogel, C. I., Gelaude, D., Carry, M., Gaiter, J., & Parker, S. Project power: Adapting an evidence-based hiv/sti prevention intervention for incarcerated women. *AIDS Education and Prevention*. 2013; 25 (3): 203-215.
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*: FA Davis; 2012, p:43.
- Federation, I. P. P. (2018). Putting sexuality back into comprehensive sexuality education: Making the case for a rights-based, sex-positive approach. Ippf. In.
- Fennell, R., & Grant, B. Discussing sexuality in health care: A systematic review. *Journal of clinical nursing*. 2019; 28 (17-18): 3065-3076.
- Ferguson, S., Davis, D., Browne, J., & Taylor, J. Sense of coherence and childbearing choices: A cross sectional survey. *Midwifery*. 2015; 31 (11): 1081-1086.

- Ferreira, S. M. d. A., Gozzo, T. d. O., Panobianco, M. S., Santos, M. A. d., & Almeida, A. M. d. Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: Perspective of professionals. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2015; 23 (1): 82-89.
- Fisher, W. A., Fisher, J. D., & Harman, J. The information-motivation-behavioral skills model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. 2003; 22: 82-106.
- Fitch, M. I., Beaudoin, G., & Johnson, B. Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: Part ii—health care provider perspectives. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2013; 23 (3): 182-188.
- Fogel, C. I. *Sexual Health Promotion*. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1990, p:56.
- Fortenberry, J. D. The evolving sexual health paradigm: Transforming definitions into sexual health practices. *Aids*. 2013; 27: S127-S133.
- Foster, L. R., & Byers, E. S. Predictors of the sexual well-being of individuals diagnosed with herpes and human papillomavirus. *Archives of Sexual Behavior*. 2016; 45 (2): 403-414.
- Gaitzsch, H., Benard, J., Hugon-Rodin, J., Benzakour, L., & Streuli, I. The effect of mind-body interventions on psychological and pregnancy outcomes in infertile women: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*. 2020: 1-13.
- Gazete, R. (2011). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik, 19 nisan 2011. Retrieved from <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
- George, D., & Mallery, M. *Spss for windows step by step: A simple study guide and reference*, 17.0 update, 10/e: Pearson Education India; 2011.
- Giami, A. Sexual health: The emergence, development, and diversity of a concept. *Annual Review of Sex Research*. 2002; 13 (1): 1-35.
- Golembiewski, J. A. Salutogenic architecture in healthcare settings. In: Mittlemark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. & Espnes, G. A. (eds) *The Handbook of Salutogenesis*, Springer, New York; 2017,p: 267-276.

- Goonewardene, S. S., & Persad, R. (2018). Psychosexual interventions. In *Prostate Cancer Survivorship*. Springer, Cham. p: 171-172.
- Gökdoğan, F., Kır, E., Özcan, A., Cerit, B., Yıldırım, Y., & Akbal, S. Eğitim kitapçıkları güvenilir mi?, 2. Uluslararası & IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, Antalya, Türkiye. 2003: 517-521.
- Gölbaşı, Z., & Evcili, F. Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: Engeller ve öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16 (3): 182-189.
- Gönenç, İ. M., Topuz, Ş., Sezer, N. Y., Yılmaz, S., & Büyükkayacı Duman, N. Toplumsal cinsiyet dersinin toplumsal cinsiyet algısına etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 7 (1): 22-29.
- Graugaard, C. Sexuality as a health-promoting factor—theoretical and clinical considerations. *Nature Reviews Urology*. 2017; 14 (10): 577-578.
- Gürel, R., & Taşkın, L. Cinsel sağlık: Hemşirelik öğrencilerinin bakış açıları, inanç ve tutumları. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*. 2020; 1 (1): 27-38.
- Ha, J.-Y., & Ban, S.-H. Effects of mind-body programs on infertile women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Asian Nursing Research*. 2021.
- Haberland, N., & Rogow, D. Sexuality education: Emerging trends in evidence and practice. *Journal of Adolescent Health*. 2015; 56 (1): S15-S21.
- Hashemi, M., Esmaily, H., Salari, M., Latifnejad-rodsari, R., Rahsepar, A. A., Karami Dehkordi, A., & Khorashadizadeh, F. Determination of the association between body image with sexual function and marital adjustment in fertile and infertile women by path analysis modeling. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2011; 3.
- Haugan, G., Rannestad, T., Hanssen, B., & Espnes, G. A. Self-transcendence and nurse–patient interaction in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21 (23-24): 3429-3441.
- Heinrichs, K. D. An investigation of female sexual self-esteem in heterosexual, pre-menopausal women engaged in continuous long-term relationships. Unpublished masters thesis). Trinity Western University, Washington, USA. Retrieved from <https://www2.twu.ca/cpsy/theses/heinrichskristelle.pdf>. 2007.

- Hendry, A., Snowden, A., & Brown, M. When holistic care is not holistic enough: The role of sexual health in mental health settings. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 27 (5-6): 1015-1027.
- Hisli, N. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirliigi.(a reliability and validity study of beck depression inventory in a university student sample). *J. Psychol.* 1989; 7: 3-13.
- Hollis, S., & Campbell, F. What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *BMJ*. 1999; 319 (7211): 670-674.
- Hordern, A. J., & Street, A. F. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: Mismatched expectations and unmet needs. *Medical Journal of Australia*. 2007; 186 (5): 224-227.
- Höjdahl, T., Magnus, J. H., Mdala, I., Hagen, R., & Langeland, E. Emotional distress and sense of coherence in women completing a motivational program in five countries. A prospective study. *International Journal of Prisoner Health*. 2015.
- Hsu, H. Y., Yu, H. Y., Lou, J. H., & Eng, C. J. Relationships among sexual self-concept and sexual risk cognition toward sexual self-efficacy in adolescents: Cause-and-effect model testing. *Japan Journal of Nursing Science*. 2015; 12 (2): 124-134.
- Humphreys, T. P., & Kennett, D. J. The reliability and validity of instruments supporting the sexual. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2010; 19: 1-2.
- Idan, O., Eriksson, M., & Al-Yagon, M. The salutogenic model: The role of generalized resistance resources. *The handbook of salutogenesis*. 2017: 57-69.
- Im, E.-O. Development of situation-specific theories: An integrative approach. *Advances in Nursing Science*. 2005; 28 (2): 137-151.
- Im, E.-O. Theory development strategies for middle-range theories. *Advances in Nursing Science*. 2018; 41 (3): 275-292.
- Impett, E. A., Schooler, D., & Tolman, D. L. To be seen and not heard: Femininity ideology and adolescent girls' sexual health. *Archives of Sexual Behavior*. 2006; 35 (2): 129-142.
- Impett, E. A., & Tolman, D. L. Late adolescent girls' sexual experiences and sexual satisfaction. *Journal of Adolescent Research*. 2006; 21 (6): 628-646.

- İnan, F., Üstün, B., & Bademli, K. Türkiye’de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16 (2): 132-139.
- International, P. (2020). Plan international cse standards. Retrieved from <https://plan-international.org/>
- Irwin, R. Sexual health promotion and nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 25 (1): 170-177.
- Irwin, R. Thirty years of psychosexual nursing. *Sexual and Relationship Therapy*. 2006; 21 (4): 445-461.
- James, R. Correlates of sexual self-esteem in a sample of substance-abusing women. *Journal of psychoactive drugs*. 2011; 43 (3): 220-228.
- Jamil, S., Shoaib, M., Aziz, W., & Ather, M. H. Does male factor infertility impact on self-esteem and sexual relationship? *Andrologia*. 2020; 52 (2): e13460.
- Jean Greer BSc, R. 'Fear of childbirth'and ways of coping for pregnant women and their partners during the birthing process: A salutogenic analysis. *Evidence Based Midwifery*. 2014; 12 (3): 95.
- Jonsdottir, J. I., Zoëga, S., Saevarsdottir, T., Sverrisdottir, A., Thorsdottir, T., Einarsson, G. V., . . . Fridriksdottir, N. Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a university hospital. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016; 21: 24-30.
- Kaba, F., & Cetişli, N. E. Sexual function and dyadic adjustment in infertile women. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019; 13 (1): 28-33.
- Kafaei Atrian, M., Mohebbi Dehnavi, Z., & Kamali, Z. The relationship between sexual self-efficacy and sexual function in married women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2019; 7 (2): 1683-1690.
- Kähönen, K., NÄÄTÄNEN, P., Tolvanen, A., & SALMELA-ARO, K. Development of sense of coherence during two group interventions. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2012; 53 (6): 523-527.
- Kalhori, F., Masoumi, S. Z., Shamsaei, F., Mohammadi, Y., & Yavangi, M. Effect of mindfulness-based group counseling on depression in infertile women: Randomized clinical trial study. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2020; 14 (1): 10.

- Kalichman, S., Stein, J., Malow, R., Averhart, C., Devieux, J., Jennings, T., . . . Feaster, D. J. Predicting protected sexual behaviour using the information-motivation-behaviour skills model among adolescent substance abusers in court-ordered treatment. *Psychology, Health & Medicine*. 2002; 7 (3): 327-338.
- Karaca, A., & Ünsal, G. İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2012; 3 (2).
- Karamidehkordi, A., & Roudsari, R. L. Body image and its relationship with sexual function and marital adjustment in infertile women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery research*. 2014; 19 (7 Suppl1): S51.
- Karimi, A., Dadgar, S., Afiat, M., & Rahimi, N. The effect of sexual health education on couples' sexual satisfaction. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013; 15 (42): 23-30.
- Karimi, F., Babazadeh, R., Roudsari, R. L., Asgharipour, N., & Esmaily, H. Comparing the effectiveness of sexual counseling based on plissitand better models on sexual selfdisclosure in women with sexual problems after childbirth: A randomized trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2021; 26 (1): 68-74.
- Karimian, Z., Azin, S. A., Javid, N., Araban, M., Maasoumi, R., Aghayan, S., & Khoie, E. M. Reaching consensus: A review on sexual health training modules for professional capacity building. *Health Promotion Perspectives*. 2018; 8 (1): 1.
- Kelly, R. G., Hauck, Y., & Thomas, S. Salutogenesis: A framework for perinatal mental wellbeing. *Australian Journal of Child and Family Health Nursing*. 2016; 13 (2): 4-9.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. Nurses' roles in health promotion practice: An integrative review. *Health Promotion International*. 2013; 28 (4): 490-501.
- Keskin, G., & Gümüş, A. B. İnfertilite: Umutsuzluk perspektifinden bir İnceleme. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2014; 5 (1).
- Khalaf, Z. F., Low, W. Y., Merghati-Khoei, E., & Ghorbani, B. Sexuality education in malaysia: Perceived issues and barriers by professionals. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2014; 26 (4): 358-366.

- Kickbusch, I. Health promotion—the move towards a new public health. WHO Copenhagen, untitled paper. 1985.
- Kilic, S. Etki büyüklüğü. *Journal of Mood Disorders*. 2014; 4 (1): 44-46.
- Kingsberg, S. A., Schaffir, J., Faught, B. M., Pinkerton, J. V., Parish, S. J., Iglesia, C. B., . . . Simon, J. A. Female sexual health: Barriers to optimal outcomes and a roadmap for improved patient–clinician communications. *Journal of Women's Health*. 2019; 28 (4): 432-443.
- Koelen, M., Eriksson, M., & Cattan, M. Older people, sense of coherence and community. *The Handbook of Salutogenesis*. 2017: 137-149.
- Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., & Patiraki, E. Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: Critical review of the evidence. *Supportive Care in Cancer*. 2009; 17 (5): 479-501.
- Krebs, L. U. Sexual assessment in cancer care: Concepts, methods, and strategies for success. *Seminars in Oncology Nursing*. 2008; 24(2): 80-90.
- Kurowska, K., & Kierzenkowska, E. Sense of coherence in relation to health behaviors among women in menopausal period. *Curr Gynecol Oncol*. 2014; 12 (3): 206-215.
- Kvåle, K., & Synnes, O. Understanding cancer patients' reflections on good nursing care in light of antonovsky's theory. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013; 17 (6): 814-819.
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J.-H., Wang, T., Levinson, B., . . . Gingell, C. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Archives of Sexual Behavior*. 2006; 35 (2): 143-159.
- Luk, B. H., & Loke, A. Y. Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2019; 37 (2): 108-122.
- Martin, K. M., & Woodgate, R. L. Concept analysis: The holistic nature of sexual well-being. *Sexual and Relationship Therapy*. 2017; 35 (1): 15-29.
- Mayers, K. S., Heller, D. K., & Heller, J. A. Damaged sexual self-esteem: A kind of disability. *Sexuality and Disability*. 2003; 21 (4): 269-282.

- McCabe, J., Tanner, A. E., & Heiman, J. R. The impact of gender expectations on meanings of sex and sexuality: Results from a cognitive interview study. *Sex Roles*. 2010; 62 (3-4): 252-263.
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., . . . Segraves, R. T. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: A consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016; 13 (2): 135-143.
- McCool, M. E., Zuelke, A., Theurich, M. A., Knuettel, H., Ricci, C., & Apfelbacher, C. Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sexual Medicine Reviews*. 2016; 4 (3): 197-212.
- McEwen, M., & Wills, E. M. *Theoretical basis for nursing*: Lippincott Williams & Wilkins; 2017, p: 56.
- McKenna, H. *Theory and Research: The Relationship Nursing Theories and Models*. New York: Taylor & Francis Group; 2005. p: 55.
- McKenna, H., Pajnkihar, M., & Murphy, F. *Fundamentals of nursing models, theories and practice, with wiley e-text*: John Wiley & Sons; 2014, p: 60-74.
- Mecugni, D., Gradellini, C., Caldeira, E., Aaberg, V., Dias, H., Gómez-Cantarino, S., . . . Sim-Sim, M. Sexual competence in higher education: Global perspective in a multicentric project in the nursing degree. *Healthcare*. 2021; 9(2):166.
- Meleis, A. *Theory: Metaphors, Symbols, Definitions. Theoretical nursing: Development & progress*. (4th ed., p. 45-48). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007; p: 55.
- Meleis, A. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011, p: 48-59.
- Meltzer, A. L., & McNulty, J. K. Body image and marital satisfaction: Evidence for the mediating role of sexual frequency and sexual satisfaction. *Journal of Family Psychology*. 2010; 24 (2): 156.
- Ménard, A. D., & Offman, A. The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2009; 18 (1/2): 35.
- Meston, C., & Trapnell, P. Outcomes assessment: Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The sexual

- satisfaction scale for women (sss-w). *The Journal of Sexual Medicine*. 2005; 2 (1): 66-81.
- Mitchell, C. M., Kaufman, C. E., Beals, J., Choice, P. o., & Team, H. W. P. Resistive efficacy and multiple sexual partners among american indian young adults: A parallel-process latent growth curve model. *Applied Developmental Science*. 2005; 9 (3): 160-171.
- Mittelmark, M. B., & Bauer, G. F. The meanings of salutogenesis. *The Handbook of Salutogenesis*. 2017: 7-13.
- Moin, V., Duvdevany, I., & Mazor, D. Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Sexuality and Disability*. 2009; 27 (2): 83-95.
- Montesi, J. L., Conner, B. T., Gordon, E. A., Fauber, R. L., Kim, K. H., & Heimberg, R. G. On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples. *Archives of Sexual Behavior*. 2013; 42 (1): 81-91.
- Moons, P., & Norekvål, T. M. Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? A hypothesis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2006; 5 (1): 16-20.
- Moser, A., & Korstjens, I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*. 2018; 24 (1): 9-18.
- Muise, A., Boudreau, G. K., & Rosen, N. O. Seeking connection versus avoiding disappointment: An experimental manipulation of approach and avoidance sexual goals and the implications for desire and satisfaction. *The Journal of Sex Research*. 2017; 54 (3): 296-307.
- Najmabadi, K. M., & Sharifi, F. Sexual education and women empowerment in health: A review of the literature. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2019; 7 (2): 150-155.
- Nalbant, H. Toplumlarda cinselliğe bakış. *Cinsel sağlık bilgileri eğitimi öğretmen el kitabı*. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı; 2000, p: 15-24.
- Neto, F. Perceptions of love and sex across the adult life span. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2012; 29 (6): 760-775.

- Neumann, M. S., O'Donnell, L., San Doval, A., Schillinger, J., Blank, S., Ortiz-Rios, E., . . . O'Donnell, C. R. Effectiveness of the voices/voces sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus prevention intervention when administered by health department staff: Does it work in the “real world”? *Sexually Transmitted Diseases*. 2011; 38 (2): 133-139.
- Ngai, F. W. Relationships between menopausal symptoms, sense of coherence, coping strategies, and quality of life. *Menopause*. 2019; 26 (7): 758-764.
- Nilsson, K. W., Leppert, J., Simonsson, B., & Starrin, B. Sense of coherence and psychological well-being: Improvement with age. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2010; 64 (4): 347-352.
- Nusbaum, M. R., & Hamilton, C. The proactive sexual health history: Key to effective sexual health care. *American Family Physician*. 2002; 66 (9): 1705.
- Ogunleye, A. J., & Oke, O. S. Effect of sexual self assertiveness and sexual self esteem on sexual self disclosure among heterosexual adolescents in nigeria. *Elixir Journal of Social Science*. 2012; 47 (2012): 8817-8820.
- Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M., & Athlin, E. Patient's sexuality—a neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*. 2012; 16 (4): 426-431.
- Öz, H. G., Yangın, H. B., & Sözer, G. A. Attitudes and beliefs of nursing students toward sexual healthcare: A descriptive study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021: 1-7.
- Özkan, Z., & Beji, N. Psikolojik ve kişilerarası etmenlerin cinsel fonksiyon üzerine etkileri. *Androloji Bülteni*. 2014; 58: 203-208.
- Öztürk, C. Ş., & Arkar, H. Evli çiftlerde evlilik uyumu ve cinsel doyum arasındaki ilişkiler. *Literatür ve Sempozyum*. 2014; 1 (3): 16-24.
- Pan American Health Organization, Regional Office of the World Health Organization. 2000. Promotion of sexual health: Recommendations for action. Washington, DC: PAHO, 2000.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2015; 42 (5): 533-544.

- Pascoal, P. M., Narciso, I. d. S. B., & Pereira, N. M. What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *Journal of Sex Research*. 2014; 51 (1): 22-30.
- Peixoto, M. M., Amarelo-Pires, I., Pimentel Biscaia, M. S., & Machado, P. P. Sexual self-esteem, sexual functioning and sexual satisfaction in portuguese heterosexual university students. *Psychology & Sexuality*. 2018; 9 (4): 305-316.
- Peleg-Sagy, T., & Shahar, G. The prospective associations between depression and sexual satisfaction among female medical students. *The Journal of Sexual Medicine*. 2013; 10 (7): 1737-1743.
- Perez-Botella, M., Downe, S., Magistretti, C. M., Lindstrom, B., & Berg, M. The use of salutogenesis theory in empirical studies of maternity care for healthy mothers and babies. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2015; 6 (1): 33-39.
- Pinto-Gouveia, J., Galhardo, A., Cunha, M., & Matos, M. Protective emotional regulation processes towards adjustment in infertile patients. *Human Fertility*. 2012; 15 (1): 27-34.
- Piran, M. Perinatal alanda çalışan hemşire ve ebelerin bakımda cinselliği ele alma konusunda yaşadığı engeller ve kolaylaştırıcı faktörlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019, Ankara
- Politi, M. C., Clark, M. A., Armstrong, G., McGarry, K. A., & Sciamanna, C. N. Patient-provider communication about sexual health among unmarried middle-aged and older women. *Journal of General Internal Medicine*. 2009; 24 (4): 511.
- Quintard, B., Constant, A., Lakdja, F., & Labeyrie-Lagardère, H. Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the sense of coherence. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014; 18 (1): 41-45.
- Rawson, H. A., & Liamputtong, P. Culture and sex education: The acquisition of sexual knowledge for a group of vietnamese australian young women. *Ethnicity & Health*. 2010; 15 (4): 343-364.
- Reissing, E. D., Laliberté, G. M., & Davis, H. J. Young women's sexual adjustment: The role of sexual self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitudes. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2005; 14 (3/4): 77.

- Robinson, B. B. E. Sexual health model. *The International Encyclopedia of Human Sexuality*. 2015: 1115-1354.
- Robinson, B. E., Bockting, W. O., Simon Rosser, B., Miner, M., & Coleman, E. The sexual health model: Application of a sexological approach to hiv prevention. *Health Education Research*. 2002; 17 (1): 43-57.
- Rodriguez-Diaz, C. E. Sexual health promotion and the attention to the social determinants of health in the caribbean. *Sexuality Research and Social Policy*. 2013; 10 (3): 161-164.
- Rosen, C. B., J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. The female sexual function index (fsfi): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26 (2): 191-208.
- Rosen, R. C., & Bachmann, G. A. Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: The case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2008; 34 (4): 291-297.
- Rostosky, S. S., Dekhtyar, O., Cupp, P. K., & Anderman, E. M. Sexual self-concept and sexual self-efficacy in adolescents: A possible clue to promoting sexual health? *Journal of Sex Research*. 2008; 45 (3): 277-286.
- Rowlands, I. J., Lee, C., Beesley, V. L., & Webb, P. M. Predictors of sexual well-being after endometrial cancer: Results of a national self-report survey. *Supportive Care in Cancer*. 2014; 22 (10): 2715-2723.
- Rust, J., & Golombok, S. The golombok-rust inventory of sexual satisfaction (griss). *British Journal of Clinical Psychology*. 1985; 24 (1): 63-64.
- Sagy, S., & Antonovsky, H. The development of the sense of coherence: A retrospective study of early life experiences in the family. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2000; 51 (2): 155-166.
- Sakallaris, B. R., Macallister, L., Voss, M., Smith, K., & Jonas, W. B. Optimal healing environments. *Global Advances in Health and Medicine*. 2015; 4 (3): 40-45.
- Salehi, M., Tavakol, H. K., Shabani, M., & Ziaei, T. The relationship between self-esteem and sexual self-concept in people with physical-motor disabilities. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015; 17 (1).

- Sarac, M., & Koc, I. Prevalence and risk factors of infertility in turkey: Evidence from demographic and health surveys, 1993-2013. *Journal of Biosocial Science*. 2018; 50 (4): 472.
- Satcher, D., Hook, E. W., & Coleman, E. Sexual health in america: Improving patient care and public health. *Jama*. 2015; 314 (8): 765-766.
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66 (6): 1308-1316.
- Saunamäki, N., & Engström, M. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; 23 (3-4): 531-540.
- Savage, J. Researching emotion: The need for coherence between focus, theory and methodology. *Nursing inquiry*. 2004; 11 (1): 25-34.
- Schain, W. A sexual interview is a sexual intervention. *Innovations in Oncology nursing*. 1988; 4 (4): 2-3.15.
- Scherler, R., & Lajunen, T. (1997). *A comparison of finnish and turkish university students on the short form of the sense of coherence scale*. Paper presented at the Fifth Congress of European Psychology.
- Schick, V. R., Calabrese, S. K., Rima, B. N., & Zucker, A. N. Genital appearance dissatisfaction: Implications for women's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. *Psychology of Women Quarterly*. 2010; 34 (3): 394-404.
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. Consort 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Trials*. 2010; 11 (1): 1-8.
- Seal, B. N., & Meston, C. M. The impact of body awareness on women's sexual health: A comprehensive review. *Sexual Medicine Reviews*. 2020; 8 (2): 242-255.
- Shokrani, S. The effect of education based on sexual self-efficacy on marital satisfaction in women. *Arch. Pharm. Pract.* 2020; 11 (1): 138-142.
- Shorey, S., & Ng, E. D. Application of the salutogenic theory in the perinatal period: A systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies*. 2020; 101: 103398.

- Sieving, R. E., Bearinger, L. H., Resnick, M. D., Pettingell, S., & Skay, C. Adolescent dual method use: Relevant attitudes, normative beliefs and self-efficacy. *Journal of Adolescent Health*. 2007; 40 (3): 275. e215-275. e222.
- Snell Jr, W. E., & Papini, D. R. The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*. 1989; 256-263.
- Snell, W. E. The multidimensional sexual self-concept questionnaire. *Handbook of Sexuality-related Measures*. 1998: 521-524.
- Snell, W. E., Fisher, T. D., & Walters, A. S. The multidimensional sexuality questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*. 1993; 6 (1): 27-55.
- Soleimani, A. A., Najafi, M., Ahmadi, K., Javidi, N., Kamkar, E. H., & Mahboubi, M. The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2015; 9 (3): 393.
- Stephenson, K. R., & Meston, C. M. The conditional importance of sex: Exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2015; 41 (1): 25-38.
- Sterne, J. A., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., . . . Eldridge, S. M. Rob 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019; 366.
- Strauss, A., & Corbin, J. M. *Grounded Theory in Practice*: Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1997, p: 36-42.
- Štulhofer, A., Buško, V., & Brouillard, P. Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *Journal of Sex Research*. 2010; 47 (4): 257-268.
- Štulhofer, A., Jurin, T., Graham, C., Enzlin, P., & Træen, B. Sexual well-being in older men and women: Construction and validation of a multi-dimensional measure in four european countries. *Journal of Happiness Studies*. 2019; 20 (7): 2329-2350.
- Sullivan, G. C. Evaluating antonovsky's salutogenic model for its adaptability to nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1989; 14 (4): 336-342.

- Sung, S.-C., & Lin, Y.-C. Effectiveness of the sexual healthcare education in nursing students' knowledge, attitude, and self-efficacy on sexual healthcare. *Nurse Education Today*. 2013; 33 (5): 498-503.
- Swartzendruber, A., & Zenilman, J. M. A national strategy to improve sexual health. *JAMA*. 2010; 304 (9): 1005-1006.
- Şahin, Ö. Kadınlarda postpartum depresyon seviyesinin doğum sonrası cinsel haz ve doyuma olan etkisi. Üsküdar üniversitesi, (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), 2018, İstanbul
- Taylor, B., & Davis, S. The extended plissit model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. *Sexuality and Disability*. 2007; 25 (3): 135-139.
- Thompson, W. K., Charo, L., Vahia, I. V., Depp, C., Allison, M., & Jeste, D. V. Association between higher levels of sexual function, activity, and satisfaction and self-rated successful aging in older postmenopausal women. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011; 59 (8): 1503-1508.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (coreq): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19 (6): 349-357.
- Tugut, N., & Golbasi, Z. Sexuality assessment knowledge, attitude, and skill of nursing students: An experimental study with control group. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2017; 28 (3): 123-130.
- Tuğut, N., & Gölbaşı, Z. Cinselliğin değerlendirilmesi: Hemşireler İçin öneriler ve klinik stratejiler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*. 2014; 11 (2): 59-63.
- Uslu, E., İnfal, S., & Ulusoy, M. N. Cinsel sorunların çözümünde plissit modelinin etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016; 8 (1): 52-63.
- Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2013; 69 (2): 327-337.
- Uyar Ekmen, B., Özkan, M., & Gül, T. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda cinsel mitlere İnanma düzeyi (tur). *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2017; 20 (3): 209-217.
- Vallejo-Medina, P., Pérez-Durán, C., & Saavedra-Roa, A. Translation, adaptation, and preliminary validation of the female sexual function index into spanish (colombia). *Archives of Sexual Behavior*. 2018; 47 (3): 797-810.

- Van der Stege, H. A., Hilberink, S. R., Visser, A. P., & Van Staa, A. Motivational factors in discussing sexual health with young people with chronic conditions or disabilities. *Sex Education*. 2014; 14 (6): 635-651.
- Velioğlu, P. Hemşirelikte kavram ve kuramlar: Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunlar Derneği; 2012, p:
- Velten, J., & Margraf, J. Satisfaction guaranteed? How individual, partner, and relationship factors impact sexual satisfaction within partnerships. *Plos One*. 2017; 12 (2).
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G., & Ter Kuile, M. M. Psychosexual support for gynecological cancer survivors: Professionals' current practices and need for assistance. *Supportive Care in Cancer*. 2015; 23 (3): 831-839.
- Verschuren, J. E., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H., & Dekker, R. Chronic disease and sexuality: A generic conceptual framework. *Journal of Sex Research*. 2010; 47 (2-3): 153-170.
- WAS. Sexual health for the millennium: A declaration and technical document. Minneapolis: World Association for Sexual Health; 2008.
- Weijenborg, P., Kluivers, K., Dessens, A., Kate-Booij, M., & Both, S. Sexual functioning, sexual esteem, genital self-image and psychological and relational functioning in women with mayer-rokitansky-küster-hauser syndrome: A case-control study. *Human Reproduction*. 2019; 34 (9): 1661-1673.
- WHO. Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health. A Training Manual for Health Managers. 2001, Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research.
- WHO. Global health—Sector strategy for HIV/AIDS 2003–2007. World Health Organization, Geneva. 2003.
- WHO. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva, Switzerland: Author. 2006a. Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.
- WHO. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their

- children in resource-constrained settings. 2006b. Retrieved from <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf>
- WHO. The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes. Geneva: WHO; 2007. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/topics/countries/strategic_approach/en/index.html
- WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008. Retrieved from https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
- WHO. Developing sexual health programmes: A framework for action. 2010a. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf
- WHO. Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. 2010b. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf
- WHO. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. World Health Organization, 2015. ISBN 978 92 4 154900 4.
- WHO. Sexual health and its linkages to reproductive health: An operational approach. 2017. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258738/1/9789241512886-eng.pdf?ua=1>.
- Williams, N. F., Hauck, Y. L., & Bosco, A. M. Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2017; 30: 35-42.
- Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V., & Nixon, T. (2011). Ovarian cancer survivors: Qualitative analysis of the symptom of sexuality. In: *Oncology Nursing Forum*, 2011; 6. doi:<https://doi.org/10.1188/11.ONF.699-708>
- Wischmann, T., Schilling, K., Toth, B., Rösner, S., Strowitzki, T., Wohlfarth, K., & Kentenich, H. Sexuality, self-esteem and partnership quality in infertile women and men. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2014; 74 (8): 759.

- Wolff, A. C., & Ratner, P. A. Stress, social support, and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*. 1999; 21 (2): 182-197.
- Woloski-Wruble, A. C., Oriel, Y., Leefsma, M., & Hochner-Celnikier, D. Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010; 7 (7): 2401-2410.
- Yangin, H., Kukulu, K., Gulşen, S., Aktaş, M., & Sever, B. A survey on the correlation between sexual satisfaction and depressive symptoms during infertility. *Health Care for Women International*. 2016; 37 (10): 1082-1095.
- Yekta, Z. P., Raisi, F., Ebadi, A., & Shahvari, Z. Sexual satisfaction concept analysis in iranian married women: A hybrid model study. *Global Journal of Health Science*. 2015; 7 (6): 345.
- Yılmaz, T., & Tuzer, H. Sağlıkta davranış değişikliği oluşturmada bilgi, motivasyon, davranış becerileri (imb) modeli: Literatür review. *Sağlık Akademisi Kastamonu*. 2017; 2 (3): 199-210.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamma, R. Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2014; 40 (4): 275-293.
- Youseflu, S., Jahanian Sadatmahalleh, S., Bahri Khomami, M., & Nasiri, M. Influential factors on sexual function in infertile women with endometriosis: A path analysis. *BMC Women's Health*. 2020; 20: 1-7.
- Zamani, M., Roudsari, R. L., Moradi, M., & Esmaily, H. The effect of sexual health counseling on women's sexual satisfaction in postpartum period: A randomized clinical trial. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. 2019; 17 (1): 41.
- Zarbakhsh, M., Taghavi Dinani, P., & Rahmani, M. The relationship between sexual self-esteem and all its components with marital satisfaction in athletic women of tehran. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*. 2013; 2 (2): pp. 200-206.
- Zeng, Y.-C., Li, Q., Wang, N., Ching, S. S., & Loke, A. Y. Chinese nurses' attitudes and beliefs toward sexuality care in cancer patients. *Cancer Nursing*. 2011; 34 (2): E14-E20.

- Zeng, Y. C., Liu, X., & Loke, A. Y. Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 68 (2): 280-292.
- Zielinski, R., Low, L. K., Smith, A. R., & Miller, J. M. Body after baby: A pilot survey of genital body image and sexual esteem following vaginal birth. *International Journal of Women's Health*. 2017; 9: 189.
- Zielinski, R. E. Assessment of women's sexual health using a holistic, patient-centered approach. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2013; 58 (3): 321-327.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & French, J. Associations of sexual subjectivity with global and sexual well-being: A new measure for young males and comparison to females. *Archives of Sexual Behavior*. 2016; 45 (2): 315-327.



EKLER

EK-1. Kişisel Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

- Yaş:
- Eğitim:
☐ Okuryazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite
☐ Lisansüstü
- Meslek
☐ Ev Hanımı ☐ Memur ☐ Serbest Meslek ☐ Diğer:
- Evlilik süreniz:
- Evlilik şekli: ☐ Görücü usulü ☐ Tanışma ile
- Kaçıncı evliliğiniz:
- Eşiniz kaçıncı evliliği:
- Eş yaşı:
- Eş eğitimi:
☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü
- Eş mesleği:
☐ İşsiz ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Serbest Meslek ☐ Diğer
- Gelir algısı:
☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla
- Aile tipi: ☐ Çekirdek Aile ☐ Geniş Aile

İNFERTİLİYE İLİŞKİN BİLGİLER

- İnfertilite Süresi:.....
- İnfertilite Sebebi: ☐ Kadın ☐ Erkek ☐ Kadın+Erkek ☐ Açıklanamayan
- Şu andaki tedavi aşaması:
- İnfertilite Tedavisine Devam Süresi:.....
- Daha önce tedavi deneyimi: ☐ Var ☐ Yok ise soru 7'ye geçiniz.
- Var ise kaç kez olduğunu belirtiniz:
- Çocuk isteme süresi:.....

CİNSEL HAYATA İLİŞKİN BİLGİLER

- Cinsel konularda ilk bilgilerinizi kimden aldınız? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)
☐ Anne ☐ Baba ☐ Arkadaş ☐ Kimseden bilgi almadım
- Cinselliğe ilişkin bilgi düzeyiniz sizce nasıl?
☐ Hiç yok ☐ Az ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi
- Eşinizle aranızdaki iletişim sizce açık ve samimi mi?
☐ Evet ☐ Hayır
- Cinsel yaşamınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
☐ İyi ☐ Kötü ☐ Diğer:
- Cinsel ilişkinizi kötü olarak düşünüyorsanız size göre bu daha çok kimden kaynaklanıyor?
☐ Benden
☐ Eşimden
☐ Her ikimizden
☐ Çevremizden (aile ve çocuklar)
- Sorun eşinizden kaynaklanıyorsa nedenleri nelerdir?
☐ İletişim sorunu
☐ Fiziksel sorunlar
☐ Psikolojik sorunlar
☐ Diğer:.....
- Cinsel ilişkiyi genellikle kim başlatır?
☐ Eşim
☐ Ben
☐ Her ikimiz
- Cinsel hayata ilişkin sorunlarınızı en çok kim ile paylaşırsınız?
☐ Eşim ☐ Arkadaşım ☐ Ailem ☐ Diğer:

EK-2. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Sayın Katılımcı,

Son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz. Teşekkür ederiz.

Ölçek içinde geçen bazı terimler;

***Cinsel aktivite:** Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin etme dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.
****Cinsel ilişki:** Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine/vajinaya girmesi)
*****Cinsel uyarılma:** Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerinin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar.

******Orgazm:** Bızır, hazne, rahim, makat, alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması

1. Son 4 hafta içinde ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

- 5= Hemen hemen her zaman
- 4= Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 3= Bazen (15 günde)
- 2= Bir kaç kez (15 günden az)
- 1= Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- 5= Çok yüksek
- 4= Yüksek
- 3= Orta
- 2= Düşük
- 1= Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkla uyarıldığınızı hissettiniz?

- 0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5= Hemen hemen her zaman
- 4= Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 3= Bazen (15 günde)
- 2= Bir kaç kez (15 günden az)
- 1= Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasındaki cinsel uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

- 0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5= Çok yüksek
- 4= Yüksek
- 3= Orta
- 2= Düşük
- 1= Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derece emindiniz?

- 0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5= Çok emindim
- 4= Emindim
- 3= Oldukça emindim
- 2= Az emindim
- 1= Çok az/hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?

- 0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5= Hemen hemen her zaman
- 4= Çoğu zaman (15 günden fazla)

- 3= Bazen (15 gün)
2= Bir kaç kez (15 günden az)
1= Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman
7. **Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında, hazneniz ne sıklıkta ıslandı/kayganlaştı?**
0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
5= Hemen hemen her zaman
4= Çoğu zaman (15 günden fazla)
3= Bazen (15 gün)
2= Bir kaç kez (15 günden az)
1= Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman
8. **Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması/kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?**
0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
1= Çok çok zor veya imkansızdı
2= Çok zordu
3= Zordu
4= Biraz zordu
5= Hiç zorluk çekmedim
9. **Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını/kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?**
0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
5= Hemen hemen her zaman
4= Çoğu zaman (15 günden fazla)
3= Bazen (15 gün)
2= Bir kaç kez (15 günden az)
1= Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman
10. **Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını/kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?**
0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
1= Hemen hemen her zaman
2= Çoğu zaman (15 günden fazla)
3= Bazen (15 gün)
4= Bir kaç kez (15 günden az)
5= Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman
11. **Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?**
0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
5= Hemen hemen her zaman
4= Çoğu zaman (15 günden fazla)
3= Bazen (15 gün)
2= Bir kaç kez (15 günden az)
1= Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman
12. **Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**
0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
1= Çok çok zordu/ imkansızdı
2= Çok zordu
3= Zordu
4= Biraz zordu
5= Hiç zorluk çekmedim
13. **Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?**
0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
5= Çok tatminkardı
4= Genellikle tatminkardı
3= Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
2= Genellikle tatminkar değildi
1= Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?

0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

5= Çok tatminkardı

4= Genellikle tatminkardı

3= Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi

2= Genellikle tatminkar değildi

1= Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle olan cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkardı?**

5= Çok tatminkardı

4= Genellikle tatminkardı

3= Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi

2= Genellikle tatminkar değildi

1= Hiç tatminkar değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

5= Çok tatminkardı

4= Genellikle tatminkardı

3= Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi

2= Genellikle tatminkar değildi

1= Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyunuz?

0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

1= Hemen hemen her zaman

2= Çoğu zaman (15 günden fazla)

3= Bazen (15 gün)

4= Bir kaç kez (15 günden az)

5= Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyunuz?

0= Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

1= Hemen hemen her zaman

2= Çoğu zaman (15 günden fazla)

3= Bazen (15 gün)

4= Bir kaç kez (15 günden az)

5= Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı/ rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

0= cinsel birleşme girişimim olmadı

1= vajinal birleşme sırasında veya sonrasında çok yüksekti

2= yüksekti

3= orta derecedeydi

4= düşüktü

5= çok düşüktü veya hiç yoktu

EK-3. Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Şu anki cinsel yaşamımdan genel olarak memnunum.					
Eşim ve ben cinsel yaşamımızı yeterince konuşmuyor ve paylaşmıyoruz.					
Cinsel yaşamımda bir şeylerin eksik olduğunu hissediyorum.					
Eşim cinsel yaşamımız hakkında konuşmak istediğinde rahatlıkla konuşurum.					
Cinsel yaşamımda duygusal olarak eşimle yeterince yaklaşamadığımı hissediyorum.					
Cinsel yaşamımız hakkında konuşmak istediğimde eşim benimle rahatlıkla konuşur.					
Öpüşme, cinsel ilişkide bulunma gibi yaşadığım cinsel yakınlaşmaların sıklığından memnunum.					
Eşim istediğinde ona olan en derin duygu ve hislerimi rahatlıkla açıklarım.					
Uyarılma, orgazm, ilişki sıklığı, eşimle uyum ve iletişim gibi konularda önemli bir sorun ya da endişe yaşamıyorum.					
Ben istediğimde eşim bana olan en derin duygu ve hislerini rahatlıkla açıklar.					
Şu anki cinsel yaşamınız sizin için ne kadar tatmin edici?					
Eşimin benim cinsel istek ve arzularımın yeterince farkında olmadığını ya da önemsemediğini düşünüyorum.					
Cinsel yaşamımız hakkında konuşmak istediğimde eşim çoğu kez kendini savunucu bir tutum içine girer.					
Eşimle cinsel açıdan genel olarak uyumlu olmadığımızı düşünüyorum.					
Eşimin cinsellik ile ilgili inanç ve tutumlarının benimkilerden çok farklı olduğunu düşünüyorum.					
Cinsel sorunlarım yüzünden eşimin beni eksik bir kadın olarak görmesinden endişe duyuyorum					
Cinsel yaklaşma ile ilgili ihtiyaç ve arzular açısından ben ve eşimin farklı olduğumuzu düşünüyorum.					
Cinsel sorunlarım yüzünden eşimi hayal kırıklığına uğrattığımı düşünüyorum.					
Birbirimizi fiziksel olarak yeterince çekici bulmadığımızı düşünüyorum.					
Cinsel sorunlarım canımı sıkıyor.					
Eşimle cinsel tarz ve tercihlerimizin uyumlu olmadığını düşünüyorum.					
Cinsel sorunlarım cinsel tatminsizlik yaşamama neden oluyor.					
Cinsel sorunlarımın eşimi sinirlendireceğinden endişeleniyorum.					
Cinsel sorunlarım yüzünden eşim dışında bir başkasıyla ilişki yaşamaktan endişeleniyorum.					
Cinsel sorunlarımın ilişkimizi olumsuz etkileyeceğinden endişeleniyorum.					

Cinsel sorunlarıma bağlı endişelerim yüzünden kendimi algılayışım etkileniyor.					
Cinsel sorunlarım yüzünden eşimin başka biri ile ilişki yaşamasından endişeleniyorum.					
Cinsel sorunlarıma bağlı endişelerim yüzünden kendimi kötü hissediyorum.					
Eşimin cinsel olarak tatmin olmadığından endişeleniyorum.					
Cinsel sorunlarımdan rahatsız oluyor ve öfke duyuyorum.					



EK-4. Cinsel Öz-Yeterlilik Ölçeği

1 Kesinlikle Katılmıyorum 2 3 4 5 6 7 8 Kesinlikle Katılıyorum

1	İstemediğim cinsel yaklaşımlarla karşılaştığımda, kontrolün tamamen bende olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5	6	7	8
2	İstemediğim cinsel yaklaşımlarla/ilişkilerle rahatlıkla başa çıkabilirim.	1	2	3	4	5	6	7	8
3	İstemediğim cinsel yaklaşımlara karşı kontrolüm yoktur.	1	2	3	4	5	6	7	8
4	İstemediğim cinsel yaklaşımları/ilişkileri engellemek için yeterince iyi başa çıkamam.	1	2	3	4	5	6	7	8
5	İstemediğim cinsel yaklaşımlarla/ilişkilerle başa çıkmak için kullandığım yöntemlerime güvenirim.	1	2	3	4	5	6	7	8

EK-5. Çok Boyutlu Cinsellik Soru Formu- Cinsel Benlik Saygısı alt boyutu

	Tamamen tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Çok az tanımlıyor	Beni tanımlamıyor
Cinsel bir partner olarak kendime güvenirim.					
Ben oldukça iyi bir cinsel partnerim.					
Cinsel ilişkide diğer birçok insandan daha iyiyim.					
Kendimi oldukça uygun bir cinsel partner olarak değerlendiririm.					
Cinsel ilişkide kendime çok güvenirim.					



EK-6. Bütünlük Duygusu Ölçeği

Aşağıda hayatınızın belirli alanlarına ilişkin sorular sıralanmıştır. Soruların seçeneklerindeki 1 ve 7 rakamları cevabın iki uç noktasını belirlemektedir. Cevabınızı, duygunuzu en iyi yansıtan rakamı daire içine alarak belirtiniz.

1. Çevrenizde olup bitenle ilgilenmediğiniz duygusunu taşıyor musunuz?
1 Çok nadiren 2 3 4 5 6 7 Çok sık
veya Hiçbir zaman
2. Geçmişte, iyi tanıdığınızı zannettiğiniz insanların davranışlarına şaşırdığınız oldu mu?
1 Hiçbir 2 3 4 5 6 7 Hep oldu
zaman
olmadı
3. Güvendiğiniz insanların sizi hayal kırıklığına uğrattığı oldu mu?
1 Hiçbir 2 3 4 5 6 7 Hep oldu
zaman
olmadı
4. Şimdiye kadar hayatınızın
1 Belirgin 2 3 4 5 6 7 Belirgin
hedefleri, hedefleri,
amacı amacı oldu
olmadı
5. Haksızlığa uğradığınız duygusunu taşıyor musunuz?
1 Çok sık 2 3 4 5 6 7 pek nadiren
veya hiçbir zaman
6. Alışık olmadığınız bir durumda olup ne yapacağınızı bilmediğiniz duygusunu taşıyor musunuz?
1 Çok sık 2 3 4 5 6 7 pek nadiren
veya hiçbir zaman
7. Her gün yaptığınız işleri yapmak
1 Derin bir 2 3 4 5 6 7 Acı ve
zevk ve sıkıntı
tatmin kaynağı
kaynağı
8. Çok karmaşık duygularınız ve fikirleriniz var mı?
1 Çok sık 2 3 4 5 6 7 Pek nadiren
veya hiçbir zaman
9. Hissetmemeyi tercih ettiğiniz duygulara sahip olduğunuz olur mu?
1 2 3 4 5 6 7

Çok sık

Pek nadiren
veya hiçbir
zaman

10. Birçok insan, kuvvetli karakterli olanlar bile, bazen belli durumlarda başarısızlık hissi duyarlar.
Geçmişte siz ne sıklıkta böyle hissettiniz?

1

2

3

4

5

6

7

Hiçbir
zaman

Çok sık

11. Bir şey olduğunda, genelde

1

2

3

4

5

6

7

Önemini
abarttığınızı
veya
küçümsediğini
fark edersiniz

Olaylara
gereken
önemi
atfedersiniz

12. Gündelik hayatta yaptığınız şeylerin nispeten anlamsız olduğunu ne sıklıkta hissedersiniz?

1

2

3

4

5

6

7

Çok sık

Pek nadiren
veya hiçbir
zaman

13. Ne sıklıkta kontrol edebileceğinizden emin olmadığınız duygularınız olur?

1

2

3

4

5

6

7

Çok sık

Pek nadiren
veya hiçbir
zaman

EK-7. Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1) a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2) a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3) a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4) a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5) a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6) a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7) a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8) a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9) a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10) a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11) a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12) a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13) a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum

c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14) a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15) a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16) a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17) a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18) a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok
19) a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20) a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sıızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntıları var c. Ağrı sıızı gibi bu sıkıntıları beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21) a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

EK-8. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Ana Soru 1. Cinsellik kelimesi size neyi ifade ediyor?

Alt soru 1. Eğitim öncesindeki cinselliğe yüklediğiniz anlam, eğitim sonrasında değişti mi? Evet ise bu değişikliklerden bahseder misiniz?

Alt Soru 2. Sizde cinselliğin anlamını değiştiren hemşirelik uygulamaları nelerdi? Bu hemşirelik uygulamalarından bahseder misiniz?

Ana Soru 2. Cinsel hayatınızdan aldığınız şu anki doyumdan bahseder misiniz?

Alt Soru 1. Eğitim öncesindeki cinsel hayatınızdan aldığınız doyum, eğitim sonrasında değişti mi? Evet ise bu değişikliklerden bahseder misiniz?

Alt Soru 2. Sizde cinsellikten aldığınız doyumunu değiştiren hemşirelik uygulamaları nelerdi? Bu hemşirelik uygulamalarından bahseder misiniz? (girişimler ile detaylandırılabilir)

Ana Soru 3. Şu anki cinsel sağlığınızdaki (heyecanlanma, istek, orgazm, ağrı, çözülme) bahseder misiniz?

Alt Soru 1. Eğitim öncesindeki cinsel sağlığınıza, eğitim sonrasında değişti mi? Evet ise bu değişikliklerden bahseder misiniz?

Alt Soru 2. Sizde cinsel sağlığınıza değiştiren hemşirelik uygulamaları nelerdi? Bu hemşirelik uygulamalarından bahseder misiniz?

Ana Soru 4. Cinsel hayatınızı yönetebilmeye olan şu anki inancınızdan bahseder misiniz?

Alt Soru 1. Eğitim öncesindeki bu inancınız, eğitim sonrasında değişti mi? Evet ise bu değişikliklerden bahseder misiniz?

Alt Soru 2. Sizde cinsel hayatınızı yönetebilme inancını (kontrol duygusunu) sağlayan hemşirelik uygulamaları nelerdi? Bu hemşirelik uygulamalarından bahseder misiniz?

Ana Soru 5. Cinsel bir partner olarak şu anki kendinize olan duygu ve düşüncelerinizden bahseder misiniz?

Alt Soru 1. Eğitim öncesindeki kendinize ilişkin duygu ve düşünceleriniz, eğitim sonrasında değişti mi? Evet ise bu değişikliklerden bahseder misiniz?

Alt Soru 2. Sizde kendinize olan duygu ve düşüncelerinizi değiştiren hemşirelik uygulamaları nelerdi? Bu hemşirelik uygulamalarından bahseder misiniz?

Ana Soru 6. Bakım programımızı düşündüğünüzde sizde ve cinsel hayatınızda değişiklikleri sağlayan uygulamalarımız nelerdi, bahseder misiniz?

Ana Soru 7. Bakım programı uygulamalarımıza neler dahil edilseydi cinsel yaşantınız için programın daha fazla yarar sağlayacağını düşünürdünüz?

EK-9. Benim için Bir Mola: Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programı Yapılandırma Sürecine İlişkin Görüş Yazısı

Hi Ayse,

- 1) yes, you may use the interventional programme
- 2) yes, see the TIME OUT! FOR ME to use with women <https://ibr.tcu.edu/manuals/datar-interventions/>
- 3) you can modify or adapt the materials to be appropriate for couples

Best regards,

Kevin

~~~~~  
Kevin Knight, Ph.D.

mail.akdeniz.edu.tr/owa/?ae=Item&t=IPM.Note&id=RgAAAD8I1HBDnHCQ7udooHbbaqyBwDqalNjqRhRLk78lp8LFMCAAAZ%2b93AA...

**EK-10. Benim için Bir Mola: Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programı-  
Katılımcı El Kitabı**

**BENİM İÇİN BİR MOLA!:**  
**PSİKOSEKSÜEL BAKIM PROGRAMI**



**HAZIRLAYAN**

**Arş. Gör. Ayşe DELİKTAŞ DEMİRCİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU**

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**ANTALYA, 2020**

**EK-11. Benim için Bir Mola: Psikoseksüel Hemşirelik Bakım Programı-  
Uygulayıcı El Kitabı**

**BENİM İÇİN BİR MOLA!:**  
**PSİKOSEKSÜEL BAKIM PROGRAMI**  
**UYGULAYICI KİTABI**



**HAZIRLAYAN**

**Arş. Gör. Ayşe DELİKTAŞ DEMİRCİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU**

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ANTALYA, 2020

## EK-12. DISCERN Ölçüm Aracı

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |               |          |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|----------|-------------|
| <b>Bölüm 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |               |          |             |
| <b>Bu Kitapçık Güvenilir mi?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |               |          |             |
| <b>1. Amacı açık mıdır? (Yanıtınız “Hayır” ise 3. Soruya geçiniz)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama: Kitapçığın başında şu açıklamaların net olarak yer alma durumuna bakın.<br><input type="checkbox"/> Konusu ne?<br><input type="checkbox"/> Hangi konuları kapsıyor ( ve hangi konuları kapsamıyor)?<br><input type="checkbox"/> Kimler için yararlı olur?                                                                                                                                                                                                                                       |          |               |          |             |
| <b>2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama: Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşamayacağını düşünün.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |               |          |             |
| <b>3. Konu ile ilgili mi?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama: Kitapçıkta;<br>➤ Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığını,<br>➤ Kitapçıkta bilgilerin ve önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığını düşünün.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |               |          |             |
| <b>4. Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş mi?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama:<br><input type="checkbox"/> Bakım seçenekleri hakkındaki ifadelerin bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.<br><input type="checkbox"/> Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan kuruluş ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları gözden geçirin.<br>Derecelendirme notu: Kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır. Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir. |          |               |          |             |
| <b>5. Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama:<br>➤ Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.<br>➤ Kitapçığın baskı tarihine bakın<br>➤ Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |               |          |             |
| <b>6. Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama:<br>➤ Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.<br>➤ Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.<br>➤ Kitapçığın başka bir tanılamasının olması                                                                                                                                                                                             |          |               |          |             |
| Dikkatli olunmalı eğer:<br>➤ Kitapçık diğer uygulama seçeneklerinden bahsetmeden özel bir uygulama avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,<br>➤ Kitapçık tek bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir uygulamaya tepkiler açısından tipik olmayabilir)<br>➤ Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.                                                                                                                              |          |               |          |             |
| <b>7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |               |          |             |

|                                                                                                                                                                                                                                           |          |               |          |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|----------|-------------|
| ➤ Uygulama seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.                                                                                          |          |               |          |             |
| <b>8. Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?</b>                                                                                                                                                                               |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama:                                                                                                                                                                                                                                 |          |               |          |             |
| ➤ Bakım programında kullanılan uygulamalar ile ilgili uzman görüşündeki farklılıkları ya da bilgi eksiklikleri yönünden tartışmaları gözden geçirin.                                                                                      |          |               |          |             |
| ➤ Kitapçıkta sunulan uygulama seçeneklerinin herkesi aynı şekilde etkileyip etkilemediği konusunda dikkatli olun.                                                                                                                         |          |               |          |             |
| <b>BÖLÜM 2</b>                                                                                                                                                                                                                            |          |               |          |             |
| <b>Bakım Seçenekleri Konusunda Bilgi Kalitesi Nasıldır?</b>                                                                                                                                                                               |          |               |          |             |
| Bu kitapçıkta tanımlanan her bir oturumda uygulanan girişimleri dikkate alarak soruları uygulayın. Beden farkındalığı, cinselliğe, iletişime ve ilişkiye yeni bir bakış ve cinsel danışmanlık, bu bölümde girişim olarak düşünülmektedir. |          |               |          |             |
| <b>9. Her bir girişimin nasıl uygulandığını tanımlıyor mu?</b>                                                                                                                                                                            |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama:                                                                                                                                                                                                                                 |          |               |          |             |
| Bakımın vücut üzerindeki etkilerine nasıl ulaştığını tanımlayıp tanımlamadığına bakın.                                                                                                                                                    |          |               |          |             |
| <b>10. Her bir girişimin yararlarını tanımlıyor mu?</b>                                                                                                                                                                                   |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama:                                                                                                                                                                                                                                 |          |               |          |             |
| ➤ Semptomların giderilmesi ya da kontrol edilmesi, durumun tekrarının önlenmesi ve kısa ve uzun süreli durumlara ilişkin yararları yer alabilir.                                                                                          |          |               |          |             |
| <b>11. Her bir girişimin risklerini tanımlıyor mu?</b>                                                                                                                                                                                    |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama:                                                                                                                                                                                                                                 |          |               |          |             |
| ➤ Girişimin yan etkileri, komplikasyonları ve kısa ve uzun süreli ters etkilerine ilişkin riskleri yer alabilir.                                                                                                                          |          |               |          |             |
| <b>12. Girişimlerin uygulanmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?</b>                                                                                                                                                              |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama:                                                                                                                                                                                                                                 |          |               |          |             |
| ➤ Bakım programına katılımın ertelenmesi, dikkatle takip etme (Bakım uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen programdan vazgeçmenin riskleri ve yararlarının neler olduğuna bakın.                              |          |               |          |             |
| <b>13. Bakım programında ele alınan konuların seçeneklerinin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?</b>                                                                                                                       |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama:                                                                                                                                                                                                                                 |          |               |          |             |
| ➤ Bakım programında ele alınan konuların günlük aktiviteler üzerindeki etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.                                                                                                                       |          |               |          |             |
| ➤ Bakım programında ele alınan konuların aile, arkadaş ve bakım verenlerle ilişkisine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın                                                                                                         |          |               |          |             |
| <b>14. Birden fazla girişim seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?</b>                                                                                                                                                                    |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |
| Açıklama:                                                                                                                                                                                                                                 |          |               |          |             |
| ➤ Her bir girişimden en fazla yararlanacak kişiler ve durumların tanımlanıp tanımlanmadığı                                                                                                                                                |          |               |          |             |
| ➤ Özel bir uygulamayı seçmeden ya da reddetmeden önce daha fazla araştırma ya da düşünmek için alternatifleri ileriye sürüp sürmediğine bakın.                                                                                            |          |               |          |             |
| <b>15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?</b>                                                                                                                                                                                |          |               |          |             |
| <b>Hayır</b>                                                                                                                                                                                                                              |          | <b>Kısmen</b> |          | <b>Evet</b> |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2</b> | <b>3</b>      | <b>4</b> | <b>5</b>    |

|                                                                                                                                                                                      |          |                                       |          |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| Açıklama:<br>➤ Bakım programında uygulanacak uygulama seçenekleri hakkında ailesi, arkadaşları, doktorlar ya da diğer sağlık elemanları ile tartışmaların yer alıp almadığına bakın. |          |                                       |          |                     |
| <b>BÖLÜM 3</b><br><b>Kitapçığın Genel Değerlendirmesi</b>                                                                                                                            |          |                                       |          |                     |
| <b>16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak Bakım seçenekleri konusunda bir kaynak olarak bu kitapçığın kalitesini genel anlamda değerlendirin.</b>                        |          |                                       |          |                     |
| <b>Düşük</b>                                                                                                                                                                         |          | <b>Orta</b>                           |          | <b>Yüksek</b>       |
| Ciddi/Aşırı eksiklik var                                                                                                                                                             |          | Eksiklikler önemli, ancak ciddi değil |          | Çok az eksiklik var |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                             | <b>2</b> | <b>3</b>                              | <b>4</b> | <b>5</b>            |

### EK-13. Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Evet<br>1 puan | Hayır<br>0 puan | Var ise<br>önerileriniz |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|-------------------------|
| <b>A. İçerik Durumu</b><br>1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi?<br>2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?<br>3. Konu hedeflerle sınırlı mı?<br>4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                 |                         |
| <b>B. Okuryazarlık Durumu</b><br>5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?<br>6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?<br>7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?<br>8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir?<br>9. İleri organizasyon var mıdır?                                                                                                                                                                  |                |                 |                         |
| <b>C. Resim Grafik Durumu</b><br>10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?<br>11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?<br>12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?<br>13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?<br>14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?                                                                                                              |                |                 |                         |
| <b>D. Yazı ve Plan Durumu</b><br>15. Resimler ilgili metnin yanında mı?<br>16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ipuçları var mı?<br>17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?<br>18. Materyal dağınık görünüyor mu?<br>19. Kağıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?<br>20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?<br>21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?<br>22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı? |                |                 |                         |
| <b>E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu</b><br>23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?<br>24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modellerle gösterilmiş mi?<br>25. Davranış uygulanabilir halde mi?                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                 |                         |
| <b>F. Kültürel Uygunluk Durumu</b><br>26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?<br>27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                 |                         |

## EK-14. Etik Kurul Onay Yazısı

**T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
2019**

**KARAR**

|                                               |                                                                                                                                    |                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>                   | ETİK KURULUN ADI                                                                                                                   | Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu                                                 |
|                                               | AÇIK ADRESİ:                                                                                                                       | Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok<br>1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA           |
|                                               | TELEFON                                                                                                                            | 0 (242) 249 69 54                                                                                                  |
|                                               | FAKS                                                                                                                               | 0 (242) 249 69 03                                                                                                  |
|                                               | E-POSTA                                                                                                                            | etik@akdeniz.edu.tr                                                                                                |
|                                               | ETİK KURUL KODU                                                                                                                    | 2012-KAEK-20                                                                                                       |
| <b>PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ<br/>UNVANI/ADI/SOYADI</b> |                                                                                                                                    | Prof.Dr.Kamile KABUKÇUOĞLU                                                                                         |
| <b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>                  |                                                                                                                                    | Hemşirelik Bakımına Yönelik "Cinsel İyilik Hali Modeli"nin Geliştirilmesi: İnfertil Kadınlarda Bir Uygulama Örneği |
| <b>DESTEKLEYİCİ</b>                           |                                                                                                                                    |                                                                                                                    |
| <b>KARAR BİLGİLERİ</b>                        | Karar No: 331                                                                                                                      | Tarih: 03.04.2019                                                                                                  |
|                                               | Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. |                                                                                                                    |

## EK-15. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/05/2019-E.62366



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 57830559-302.14.03-E.62366  
Konu : Ayşe DELİKTAŞ DEMİRCİ Tez  
Çalışması

10/05/2019

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 09/05/2019 tarihli ve 26708535-302.14.03-E.61421 sayılı yazı,

Anabilim Dalınız Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Ayşe DELİKTAŞ DEMİRCİ'nin "**Cinsel İyilik Hali Modeli'nin Geliştirilmesi: İnfertil Kadınlarda Bir Uygulama Örneği**" konulu tezi ile ilgili araştırmasını; Üniversitemiz Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde yapabilmesinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi'de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof.Dr. Narin DERİN  
Müdür

## EK-16. Aydınlatılmış Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Ben, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde araştırma görevlisi ve doktora öğrencisiyim. Doktora tez çalışmam kapsamında, infertilite sürecinde cinsel sağlık düzeyinizi belirlemeyi amaçlıyoruz. Bu düzeyi belirlemek için sizden iki kez (ilk karşılaşma ve 4 hafta sonra,) veri toplamamız gerekiyor. Bu araştırmadan ortaya çıkacak sonuçlar doğrultusunda sunulan öneriler ile infertil bireylerde eş ilişkileri ve cinsel hayata ilişkin hemşirelik bakım uygulamalarının geliştirilmesin katkıda bulunulacaktır. Çalışmada kullanılacak ölçeklere verdiğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz sadece çalışmayı yürüten araştırmacı tarafından yani ben tarafından bilenecek ve isimleriniz gizli kalacaktır.

Katılımlarınız tamamen gönüllü olmanıza bağlıdır ve katılmaya karar verdikten sonra istediğiniz zaman ilgili araştırmacılara bilgi vermeniz çalışmadan ayrılmanız için yeterli olacaktır. Çalışma öncesinde sormak istediğin sorular varsa yanıtlayabilirim. Çalışma sonrasında, çalışma sonuçları ile ilgili bilgi almak isterseniz bana telefon ile ya da e-posta ile ulaşabilirsiniz. Teşekkürler...

Yukarıda yer alan açıklamaları okudum ve yapılacak çalışmaya gönüllü olarak katılmak istiyorum.

**Katılımcının Adı-Soyadı:**

**İmzası:**

**Araştırmacının İletişim Bilgileri**

Adı-Soyadı: Ayşe DELİKTAŞ DEMİRCİ

E-posta:

## EK-17. Veri Toplama Araçlarının Kullanımına İlişkin İzin Yazıları

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Beck Depresyon Envanteri</b><br/>Gulsen T. [Redacted]</p> <p><b>Gönderildi:</b> 18 Ekim 2019 Cuma 12:40<br/><b>Kime:</b> Ayşe Deliktaş<br/><b>Ekler:</b> <a href="#">BECK DEPRESYON ENVANTERİ PDF.pdf (109 KB)</a> [Tarayıcıda Aç]; <a href="#">Beck Depresyon Envanteri'n~1.pdf (4 MB)</a> [Tarayıcıda Aç]; <a href="#">Beck Depresyon Envanteri'n~2.pdf (6 MB)</a> [Tarayıcıda Aç]</p> <p>Sayın Ayşe Deliktaş,</p> <p>Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.</p> <p>Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına<br/>Gülşen Hisli</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>Re: ABOUT SENSE OF COHERENCE TURKISH RELIABILITY AND VALIDATY</b><br/>Timo Juhani Lajunen [Redacted]</p> <p>19.10.2019 21:44 tarihinde yanıtladınız.</p> <p><b>Gönderildi:</b> 19 Ekim 2019 Cumartesi 12:17<br/><b>Kime:</b> Ayşe Deliktaş<br/><b>Ekler:</b> <a href="#">socTR.pdf (180 KB)</a> [Tarayıcıda Aç]; <a href="#">SOC_English.doc (47 KB)</a> [Tarayıcıda Aç]; <a href="#">socsci-08-00278.pdf (338 KB)</a> [Tarayıcıda Aç]; <a href="#">Cross-Cultural Evaluation ~1.pdf (342 KB)</a> [Tarayıcıda Aç]</p> <p>Merhaba Ayşe Hanım,</p> <p>That's a funny coincidence. Did you stay in NTNU in Øya or another school associated with NTNU? Trondheim is quite the opposite in good and bad to Turkey.</p> <p>Please find attached some files about SOC (TR, English and two papers). There is another SOC translation to Turkish, pls try to find it from the authors. You are welcome to use ours if you like it but it might be also good to compare it to Öztekin &amp; Tezer.</p> <p>SOC works really well in nursing and health psychology contexts. I would be happy to hear more about your study.</p> <p>Öztekin, C., &amp; Tezer, E. (2009). The role of sense of coherence and physical activity in positive and negative affect of Turkish adolescents. <i>Adolescence</i>, 44(174), 421-432.</p> <p>Ankara'dan çok selam,<br/>Timo</p> |
| <p><b>Re: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği- Kullanım İzni Hakkında</b><br/>Dilek Aygün [Redacted]</p> <p>19.10.2019 21:38 tarihinde yanıtladınız.</p> <p><b>Gönderildi:</b> 19 Ekim 2019 Cumartesi 17:20<br/><b>Kime:</b> Ayşe Deliktaş</p> <p>Merhabalar Ayşe,</p> <p>Hem ölçeği hem de makalelerimi kullanmanızda hiçbir sakınca yok. Makalenin orijinal halini ve yazdığım diğer makalelere ulaşmanızı ve tezimi de indirmenizi, kesme değerlerini belirlemek ve ters çevrilen puanları belirlemek açısından öneriyorum. Kolaylıklar diliyorum iyi çalışmalar</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>Ynt: Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği Kullanım İzni Hakkında</b><br/>Prof.Dr. Ergül ASLAN [Redacted]</p> <p><b>Gönderildi:</b> 17 Ekim 2019 Perşembe 17:40<br/><b>Kime:</b> Ayşe Deliktaş<br/><b>Bilgi:</b> [Redacted]</p> <p>Sayın Ayşe Deliktaş Demirci,</p> <p><b>Ölçeği tezinizde kullanabilirsiniz, Başarılar dilerim.</b></p> <p>Prof.Dr. Ergül Aslan</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## EK-18. Per Protocol Analizi ile Elde Edilen Bulgular

**Tablo.** Hemşirelik bakım türüne göre infertil kadınların KCIÖ ön test son test ortalama puanlarının karşılaştırılması (per protocol)

|              |                                                       | Psikoseksüel<br>hemşirelik bakım<br>grubu<br>(n=32)<br>$\bar{X} \pm SS$ | Rutin hemşirelik<br>bakım grubu<br>(n=33)<br>$\bar{X} \pm SS$ | $t^{**}$   | p             | Cohen's<br>$d$ |      |
|--------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------|---------------|----------------|------|
| Alt Boyutlar | KCIÖ                                                  | Ön test                                                                 | 22.36±5.56                                                    | 24.46±3.05 | -1.963        | 0.054          | 0.47 |
|              |                                                       | Son test                                                                | 23.63±8.53                                                    | 20.01±6.48 | 1.997         | <b>0.050*</b>  | 0.08 |
|              |                                                       | $t^{*}=-0.817$ , p=0.420<br>Cohen's $d =0.18$                           | $t^{*}=4.156$ , <b>p=0.000*</b><br>Cohen's $d =0.88$          |            |               |                |      |
|              | İstek                                                 | Ön test                                                                 | 1.61±0.87                                                     | 2.14±0.90  | -2.511        | <b>0.014*</b>  | 0.60 |
|              |                                                       | Son test                                                                | 3.94±1.01                                                     | 2.21±0.96  | 7.067         | <b>0.000*</b>  | 0.05 |
|              |                                                       | $t^{*}=-10.840$ ,<br><b>p=0.000*</b><br>Cohen's $d =2.47$               | $t^{*}=-1.717$ , p=0.096<br>Cohen's $d =0.07$                 |            |               |                |      |
|              | Uyarılma                                              | Ön test                                                                 | 3.73±0.99                                                     | 4.07±0.64  | -1.730        | 0.088          | 0.41 |
|              |                                                       | Son test                                                                | 4.36±1.13                                                     | 3.78±1.11  | 2.070         | <b>0.043*</b>  | 0.05 |
|              |                                                       | $t^{*}=-3.393$ , <b>p=0.002*</b><br>Cohen's $d =0.59$                   | $t^{*}=1.825$ , p=0.077<br>Cohen's $d =0.32$                  |            |               |                |      |
|              | Lubrikasyon                                           | Ön test                                                                 | 4.17±1.40                                                     | 4.53±0.91  | -1.274        | 0.207          | 0.30 |
|              |                                                       | Son test                                                                | 4.86±1.18                                                     | 4.25±1.02  | 2.238         | <b>0.029*</b>  | 0.06 |
|              |                                                       | $t^{*}=-3.661$ , <b>p=0.001*</b><br>Cohen's $d =0.53$                   | $t^{*}=1.449$ , p=0.157<br>Cohen's $d =0.29$                  |            |               |                |      |
|              | Orgazm                                                | Ön test                                                                 | 4.05±1.36                                                     | 4.24±0.69  | -0.751        | 0.455          | 0.17 |
|              |                                                       | Son test                                                                | 2.71±1.43                                                     | 1.85±0.47  | 3.301         | <b>0.002*</b>  | 0.08 |
|              | $t^{*}=5.426$ , <b>p=0.000*</b><br>Cohen's $d =0.96$  | $t^{*}=18.833$ , <b>p=0.000*</b><br>Cohen's $d =4.05$                   |                                                               |            |               |                |      |
| Memnuniyet   | Ön test                                               | 4.38±1.34                                                               | 4.90±0.70                                                     | -2.056     | <b>0.044*</b> | 0.48           |      |
|              | Son test                                              | 5.09±1.01                                                               | 4.82±0.99                                                     | 1.060      | 0.293         | 0.02           |      |
|              | $t^{*}=-4.287$ , <b>p=0.000*</b><br>Cohen's $d =0.60$ | $t^{*}=0.407$ , p=0.687<br>Cohen's $d =0.09$                            |                                                               |            |               |                |      |
| Ağrı         | Ön test                                               | 4.42±1.08                                                               | 4.57±0.82                                                     | -0.653     | 0.516         | 0.16           |      |
|              | Son test                                              | 4.89±1.30                                                               | 4.32±1.56                                                     | 1.598      | 0.115         | 0.04           |      |
|              | $t^{*}=-2.968$ , <b>p=0.006*</b><br>Cohen's $d =0.39$ | $t^{*}=1.115$ , p=0.273<br>Cohen's $d =0.20$                            |                                                               |            |               |                |      |

Not: KCIÖ: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, t\*= İki eş arasındaki farkın t testi; t\*\*= Bağımsız gruplar için t testi; Cohen's d= Cohen' in d değeri (standartlaştırılmış ortalama farkı),  $\bar{x}$ : Ortalama, SS=Standart sapma

\* p: anlamlılık değeri p <.05

**Tablo.** Hemşirelik bakım türüne göre infertil kadınların KCMÖ ön test son test ortalama puanlarının karşılaştırılması (per protocol)

|              |                        | Psikoseksüel<br>hemşirelik<br>bakım<br>grubu<br>(n=32) | Rutin<br>hemşirelik<br>bakım grubu<br>(n=33)                           | t**                                                                  | p                                 | Cohen's<br>d |
|--------------|------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------|
|              |                        | $\bar{x} \pm SS$                                       | $\bar{x} \pm SS$                                                       |                                                                      |                                   |              |
| Alt Boyutlar | KCMÖ                   | Ön test<br>Son test                                    | 78.48±14.00<br>78.80±26.58<br>t*=-0.070,<br>p=0.945<br>Cohen's d =0.02 | 71.87±22.56<br>59.04±20.77<br>t*=3.584,<br>p=0.001*                  | 1.467<br>3.465<br>0.147<br>0.001* | 0.35<br>0.14 |
|              | Memnuniyet             | Ön test<br>Son test                                    | 17.31±3.37<br>20.78±1.77<br>t*=-5.318,<br>p=0.000*<br>Cohen's d =1.29  | 16.26±4.02<br>16.03±3.86<br>t*=0.879,<br>p=0.386<br>Cohen's d =0.06  | 1.193<br>6.342<br>0.237<br>0.000* | 0.28<br>0.07 |
|              | İletişim               | Ön test<br>Son test                                    | 12.86±3.55<br>15.88±2.80<br>t*=-4.413,<br>p=0.000*<br>Cohen's d =0.94  | 11.97±3.16<br>11.73±3.30<br>t*=0.185,<br>p=0.855<br>Cohen's d =0.07  | 1.103<br>5.454<br>0.274<br>0.000* | 0.26<br>0.05 |
|              | Uyumluluk              | Ön test<br>Son test                                    | 23.26±6.50<br>23.28±5.56<br>t*=-1.638,<br>p=0.112<br>Cohen's d =0.00   | 22.11±8.32<br>12.79±3.56<br>t*=-7.721<br>p=0.000*<br>Cohen's d =1.46 | 0.640<br>9.083<br>0.524<br>0.000* | 0.15<br>0.20 |
|              | Endişe<br>(ilişki ile) | Ön test<br>Son test                                    | 25.11±6.54<br>26.03±5.13<br>t*=-1.769,<br>p=0.087<br>Cohen's d =0.16   | 23.40±8.24<br>22.10±9.05<br>t*=1.581,<br>p=0.124<br>Cohen's d =0.15  | 0.964<br>2.151<br>0.338<br>0.035* | 0.23<br>0.05 |
|              | Endişe<br>(kişisel)    | Ön test<br>Son test                                    | 24.94±6.93<br>26.47±5.48<br>t*=-2.173,<br>p=0.038*<br>Cohen's d =0.24  | 23.17±8.22<br>22.07±8.84<br>t*=1.332,<br>p=0.192<br>Cohen's d =0.13  | 0.975<br>2.409<br>0.333<br>0.019* | 0.23<br>0.06 |

Not: KCMÖ: Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği, t\*= İki eş arasındaki farkın t testi; t\*\*= Bağımsız gruplar için t testi; Cohen's d= Cohen' in d değeri (standartlaştırılmış ortalama farkı),  $\bar{x}$ : Ortalama, SS=Standart sapma

\* p: anlamlılık değeri p <.05

**Tablo.** Hemşirelik bakım türüne göre infertil kadınların Cinsel Benlik Saygısı ve Cinsel Öz-yeterlilik Ölçeği ön test son test ortalama puanlarının karşılaştırılması (per protocol)

|                                                 |                 | Psikoseksüel<br>hemşirelik bakım<br>grubu<br>(n=32) | Rutin hemşirelik<br>bakım grubu<br>(n=33) |        |               |              |
|-------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------|---------------|--------------|
|                                                 |                 | $\bar{x} \pm SS$                                    | $\bar{x} \pm SS$                          | t**    | p             | Cohen's<br>d |
| <b>Cinsel Benlik<br/>Saygısı Alt<br/>Boyutu</b> | <b>Ön test</b>  | 15.57±3.96                                          | 15.63±4.77                                | -0.055 | 0.957         | 0.01         |
|                                                 | <b>Son test</b> | 18.69±2.61                                          | 16.45±4.10                                | 2.610  | <b>0.011*</b> | 0.00         |
|                                                 |                 | t*=-4.750,<br>p=0.000*<br>Cohen's d =0.93           | t*=-2.267,<br>p=0.030*<br>Cohen's d =0.18 |        |               |              |
| <b>Cinsel Öz<br/>yeterlilik Ölçeği</b>          | <b>Ön test</b>  | 22.86±5.75                                          | 22.09±5.86                                | 0.556  | 0.580         | 0.13         |
|                                                 | <b>Son test</b> | 26.03±4.53                                          | 20.58±4.53                                | 4.857  | <b>0.000*</b> | 0.12         |
|                                                 |                 | t*=-6.228,<br>p=0.000*<br>Cohen's d =0.61           | t*=1.659, p=0.107<br>Cohen's d =0.29      |        |               |              |

Not: t\*= İki eş arasındaki farkın t testi, t\*\*= Bağımsız gruplar için t testi, Cohen's d= Cohen' in d değeri (standartlaştırılmış ortalama farkı),  $\bar{x}$ : Ortalama, SS=Standart sapma

\* p: anlamlılık değeri p <.05

**Tablo.** Hemşirelik bakım türüne göre infertil kadınların BDI ön test son test ortalama puanlarının karşılaştırılması (per protocol)

|            |                 | Psikoseksüel<br>hemşirelik bakım<br>grubu<br>(n=32) | Rutin hemşirelik<br>bakım grubu<br>(n=33) |        |       |              |
|------------|-----------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------|-------|--------------|
|            |                 | $\bar{x} \pm SS$                                    | $\bar{x} \pm SS$                          | t**    | p     | Cohen's<br>d |
| <b>BDE</b> | <b>Ön test</b>  | 13.63±9.53                                          | 13.09±8.84                                | 0.247  | 0.806 | 0.06         |
|            | <b>Son test</b> | 10.28±9.42                                          | 13.33±9.62                                | -1.291 | 0.201 | 0.03         |
|            |                 | t*=3.163, p=0.003<br>Cohen's d =0.35                | t*=-0.453, p=0.653<br>Cohen's d =0.03     |        |       |              |

Not: BDE: Beck Depresyon Envanteri, t\*= İki eş arasındaki farkın t testi, t\*\*= Bağımsız gruplar için t testi, Cohen's d= Cohen' in d değeri (standartlaştırılmış ortalama farkı),  $\bar{x}$ : Ortalama; SS=Standart sapma

\* p: anlamlılık değeri p <.05

**Tablo.** Hemşirelik bakım türüne göre infertil kadınların Bütünlük Duygusu Ölçeği ön test son test ortalama puanlarının karşılaştırılması (per protocol)

|              |                                    | Psikoseksüel<br>hemşirelik<br>bakım<br>grubu<br>(n=32)<br>$\bar{x} \pm SS$                                             | Rutin<br>hemşirelik<br>bakım grubu<br>(n=33)<br>$\bar{x} \pm SS$                  | t**            | p                      | Cohen's<br>d |
|--------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------|--------------|
| Alt Boyutlar | <b>Bütünlük Duygusu<br/>Ölçeği</b> | <b>Ön test</b><br>55.66±14.16<br><b>Son test</b><br>59.57±22.19<br><br>t*=-1.030,<br>p=0.310<br>Cohen's d =0.21        | 54.57±12.31<br>49.49±17.57<br><br>t*=2.214,<br><b>p=0.034*</b><br>Cohen's d =0.33 | 0.342<br>2.108 | 0.733<br><b>0.039*</b> | 0.08<br>0.04 |
|              | <b>Anlaşılabilirlik</b>            | <b>Ön test</b><br>21.11±6.48<br><b>Son test</b><br>24.69±5.96<br><br>t*=-11.725,<br><b>p=0.000*</b><br>Cohen's d =0.57 | 20.20±5.97<br>19.64±6.63<br><br>t*=1.494,<br>p=0.145<br>Cohen's d =0.09           | 0.614<br>3.226 | 0.541<br><b>0.002*</b> | 0.15<br>0.03 |
|              | <b>Yönetilebilirlik</b>            | <b>Ön test</b><br>15.11±5.31<br><b>Son test</b><br>17.84±5.17<br><br>t*=-7.944,<br><b>p=0.000*</b><br>Cohen's d =0.52  | 15.11±4.33<br>14.33±4.12<br><br>t*=1.835,<br>p=0.076<br>Cohen's d =0.18           | 0.000<br>3.032 | 1.000<br><b>0.004*</b> | 0.00<br>0.04 |
|              | <b>Anlamlılık</b>                  | <b>Ön test</b><br>19.43±4.71<br><b>Son test</b><br>22.63±3.82<br><br>t*=-9.123,<br><b>p=0.000*</b><br>Cohen's d =0.75  | 19.26±3.71<br>18.52±3.49<br><br>t*=1.820,<br>p=0.078<br>Cohen's d =0.21           | 0.169<br>4.527 | 0.866<br><b>0.000*</b> | 0.04<br>0.04 |

Not: t\*= İki eş arasındaki farkın t testi, t\*\*= Bağımsız gruplar için t testi, Cohen's d= Cohen' in d değeri (standartlaştırılmış ortalama farkı),  $\bar{x}$ : Ortalama, SS=Standart sapma

\* p: anlamlılık değeri p <.05

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

|              |                  |         |      |
|--------------|------------------|---------|------|
| Adı          | Ayşe             | Uyruğu  | T.C. |
| Soyadı       | DELİKTAŞ DEMİRCİ | Tel no  |      |
| Doğum tarihi |                  | e-posta |      |

### Eğitim Bilgileri

|               | Mezun olduğu kurum                            | Mezuniyet yılı |
|---------------|-----------------------------------------------|----------------|
| Lise          | Melikgazi Mustafa Eminoğlu Anadolu Lisesi     | 2009           |
| Lisans        | Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi | 2013           |
| Yüksek Lisans | Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi     | 2016           |
| Doktora       | Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi     | 2021           |

### İş Deneyimi

| Görevi              | Kurum                                     | Süre (yıl-yıl)    |
|---------------------|-------------------------------------------|-------------------|
| Hemşire             | Pınarbaşı Devlet Hastanesi                | 2013-2014         |
| Araştırma Görevlisi | Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi | 2014-Devam ediyor |

| Yabancı Dilleri | Sınav türü | Puanı |
|-----------------|------------|-------|
| YDS             | İngilizce  | 88.75 |

### Proje Deneyimi

| Proje Adı                                                                                                      | Destekleyen kurum                                        | Süre (Yıl-Yıl) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------|
| Primipar Kadınların Vajinal Doğum Deneyimleri Temellendirilmiş Bir Kuram Çalışması                             | Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi | 2018-2019      |
| Doğum Eyleminin 1. ve 2. Evresinde Anne Pozisyonlarının Kadın Sağlığına Olan Etkisi: Bir Meta-Analiz Çalışması | Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi | 2016-2016      |

**Burslar-Ödüller:** Başarı Ödülü, Türk Hemşireler Derneği, Mayıs 2012

### **Yayınlar ve Bildiriler:**

**SCI-Expanded (Science Citation Index -Expanded), SSCI (Social Science Citation Index), AHCI (Arts and Humanities Citation Index) Tarafından Taranan Dergilerde Yayımlanan Makaleler**

- **Deliktas Demirci, A.**, Kabukcuoglu, K., Haugan, G., & Aune I. (2021). Turkish midwives' experiences and opinions in promoting normal births: A grounded theory study. *Midwifery*, doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103006>.
- Gokgoz, C., **Demirci, A. D.**, & Kabukcuoglu, K. (2021). Sexual behaviours and education in adolescents and young adults with Down syndrome: A grounded theory study of experiences and opinions of their mothers in Turkey. *Research in Developmental Disabilities*, 112, 103907.
- **Deliktas Demirci, A.**, Oruc, M., & Kabukcuoglu, K. (2021). 'It was difficult, but our struggle to touch lives gave us strength': The experience of nurses working on COVID-19 wards. *Journal of Clinical Nursing*, 30(5-6), 732-741.
- **Deliktas Demirci, A.**, Aydin, R., Korukcu, O., & Kabukcuoglu, K. (2020). Is marital adjustment a way to increase women's identification with the motherhood role during pregnancy?: A correlational assessment. *Health Care for Women International*, 1-15.
- **Demirci, A. D.**, Kabukcuoglu, K., Haugan, G., & Aune, I. (2019). "I want a birth without interventions": Women's childbirth experiences from Turkey. *Women and Birth*, 32(6), e515-e522.
- **Deliktas, A.**, Korukcu, O., Aydin, R., & Kabukcuoglu, K. (2019). Nursing students' perceptions of nursing metaparadigms: A phenomenological study. *The Journal of Nursing Research*, 27(5), e45.
- **Deliktas, A.**, & Kukulu, K. (2019). Pregnant women in Turkey experience severe fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(5), 501-511.
- Korukcu, O., **Deliktaş, A.**, & Kukulu, K. (2017). Transition to motherhood in women with an infant with special care needs. *International Nursing Review*, 64(4), 593-601.

- **Deliktas, A., & Kukulu, K.** (2018). A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 263-278.

