



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNE PLISSIT MODELİ İLE VERİLEN
CİNSEL SAĞLIK EĞİTİMİNİN BİLGİ VE TUTUMA ETKİSİ**

CEYDA SU GÜNDÜZ
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
PROF. DR. NURDAN DEMİRCİ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL - 2025



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNE PLISSIT MODELİ İLE VERİLEN CİNSEL SAĞLIK EĞİTİMİNİN BİLGİ VE TUTUMA ETKİSİ

CEYDA SU GÜNDÜZ
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
PROF. DR. NURDAN DEMİRCİ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL - 2025

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 çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ceyda Su GÜNDÜZ

İTHAF

Tez çalışmam süresince her daim yanımda olan, laptopuma yatarak molalarımı düzenleyen, ben tüm gün çalışırken benim yerime de dinlenip uyuyan, veri toplama formlarımı patileyerek anketlerimi güvenli yerde saklamam gerektiğini hatırlatan, evimi paylaştığım canım sarı kedim, kızım *GİFT GÜNDÜZ*'e,

İTHAF EDİYORUM.

Ceyda Su GÜNDÜZ

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bana her zaman yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini paylaşan, değerli tez danışmanım Prof. Dr. Nurdan Demirci'ye,

Tez izleme komitemde yer alarak tezimin gelişmesine katkı sağlayan sayın hocalarım Prof. Dr. Ümran Oskay ve Doç. Dr. Dilek Potur'a, tezimde uzman görüşleri ile katkıda bulunan hocalarıma,

Katılımcı olarak tezimin varolmasını sağlayan sevgili hemşirelik öğrencilerimize,

Tez sürecinde görüşlerine başvurduğum sevgili arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Sevil Çiçek Özdemir ve Uzm. Dr. Fatma Seda Ekici'ye,

Clinical trials'a kayıt sırasında yardımcı olan, istatistik uzmanı öneren ve her daim yanımda olan iş arkadaşım Arş. Gör. Hamide Arslan Tarus'a,

Tez sürecinde yaşadığım sorunlarda destek olan, eğitim provasını birlikte yaptığım ve tez yazım sürecinde beni zorla motive eden doktora eğitimi dönem arkadaşım Arş. Gör. Dr. Hilal Karadeniz'e,

EndNote kullanımı konusunda destek veren arkadaşım Öğr. Gör. Can Lafçı'ya,

Tez savunma sınavı hazırlık aşamasında yardımcı olan arkadaşlarım Arş. Gör. Semra Nurkalem ve Arş. Gör. Buse Erguvan'a,

Yaşamım boyunca yanımda olan sevgili aileme ve arkadaşlarıma,

Severek çalıştığım cinsel sağlık alanındaki bu tezin gerçekleşmesini sağlayan kendime,

TEŞEKKÜR EDERİM.

Ceyda Su GÜNDÜZ

İstanbul / 2025

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR LİSTESİ	i
TABLO LİSTESİ	ii
ŞEKİL LİSTESİ	iii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Cinsellik ve Cinselliğin Önemi	7
4.2. Cinsellikle İlgili Kavramlar	7
4.3. Cinsel Haklar	9
4.4. Cinsel Mitler	11
4.5. Cinsel Yanıt Döngüsü	11
4.6. Cinsel İşlev Bozuklukları	16
4.6.1. Kadında cinsel işlev bozuklukları	17
4.6.2. Erkeklerde cinsel işlev bozuklukları	19
4.6.3. Maddelerin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu	21
4.6.4. Tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu	21
4.6.5. Tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu	21
4.7. Hemşirelerin Cinsel Sağlık Bakımı Vermedeki Rol ve Sorumlulukları	21
4.8. Cinsel Danışmanlık ve Cinsel Danışmanlık Modelleri	26
4.8.1. BETTER modeli	27
4.8.2. Kaplan modeli	28
4.8.3. ALARM modeli	28
4.8.4. ALLOW modeli	29
4.8.5. PLEASURE cinsel sağlık modeli	29
4.8.6. IMB modeli	30
4.8.7. PLISSIT modeli	30
5. GEREÇ ve YÖNTEM	38
5.1. Araştırmanın Birinci Aşaması	38
5.1.1. Araştırmanın amacı ve tipi	38
5.1.2. Araştırmanın evreni ve örneklem	38
5.1.3. Veri toplama yöntemi	38
5.1.4. Araştırma prosedürü	39
5.1.5. Verilerin istatistiksel analizi	39
5.1.6. Araştırmanın etik boyutu	40

5.1.7. Sınırlılıklar.....	40
5.2. Araştırmanın İkinci Aşaması.....	40
5.2.1. Araştırmanın amacı ve tipi	40
5.2.2. Araştırmanın hipotezleri.....	40
5.2.3. Araştırmanın yeri ve zamanı	40
5.2.4. Araştırmanın evreni ve örnekleme	41
5.2.5. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	45
5.2.6. Araştırmadan dışlanma kriterleri	45
5.2.7. Araştırmanın değişkenleri	45
5.2.8. Veri toplama araçları	45
5.2.9. Araştırmanın ön hazırlığı.....	48
5.2.10. Araştırmanın uygulanması	49
5.2.11. Verilerin değerlendirilmesi.....	54
5.2.12. Araştırmanın etik yönü.....	55
5.2.13. Araştırmanın sınırlılıkları	55
6. BULGULAR	56
6.1. Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ) ve Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ)'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışmasının Bulguları	57
6.1.1. Öğrencilerin tanıtıcı bulguları (ölçek uyarlama çalışması)	57
6.1.2. Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ) geçerlilik ve güvenirlik bulguları	58
6.1.3. Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) geçerlilik ve güvenirlik bulguları.....	60
6.2. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları	63
6.3.Öğrencilerin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ)'ne İlişkin Bulguları	66
6.4. Cinsel Eğitim Grubunun PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulguları	80
7. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	87
7.1. Tartışma.....	87
7.1.1. Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ) ve Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ)'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasının bulgularının tartışılması	87
7.1.2. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması	88
7.1.3. Öğrencilerin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ)'ne ilişkin bulguların tartışılması	93

7.1.4. Cinsel eğitim grubunun PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne yönelik görüşlerine ilişkin bulguların tartışılması.....	104
7.2. Sonuç	108
8. KAYNAKLAR.....	112
9. ÖZGEÇMİŞ	123
10. BİLİMSEL FAALİYETLER	124
11. EKLER	128
Ek 1- Cinsel Sağlık Bakım Anketi Türkçe'ye Uyarlama ve Kullanım İzni	128
Ek 2- Cinsel Sağlık Bakım Anketi Türkçe'ye Uyarlaması İçin Etik Kurul Onayı	129
Ek 3- Cinsel Sağlık Bakım Anketi Türkçe'ye Uyarlaması İçin Kurum İzni.....	130
Ek 4- Cinsel Sağlık Bakımı Anketi Uyarlaması Bilgilendirilmiş Onam Formu	131
Ek 5- Öğrenci Tanıtım Formu	132
Ek 6- Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği.....	134
Ek 7- Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği	136
Ek 8- Cinsel Mitler Ölçeği	137
Ek 9- PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi Öğrenci Görüş Formu	138
Ek 10- “Cinsellik, Cinsel Terapi ve Cinsel Tedaviler Eğitimi” Katılım Belgesi	140
Ek 11- PLISSIT Çalışması İçin Vaka Örneği.....	141
Ek 12- PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne Katılım Belgesi Örneği	142
Ek 13- Cinsel Mitler Ölçeği Kullanım İzni	143
Ek 14-Araştırma Uygulaması İçin Etik Kurul Onayı	144
Ek 15- Araştırma Uygulaması İçin Kurum İzni	145
Ek 16- Bilgilendirme Formu ve Onay Formu	146

KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG	American College of Obstetricians and Gynaecologists (Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Koleji)
ANA	: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
CİB	: Cinsel İşlev Bozuklukları
CMÖ	: Cinsel Mitler Ölçeği
CSBBÖ	: Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği
CSBTÖ	: Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği
CSBÖÖ	: Cinsel Sağlık Bakım Özyeterlilik Ölçeği
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. Baskı (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikül Stimüle Edici Hormon
KR-20	: Kuder Richardson-20
GANO	: Genel Ağırlıklı Not Ortalamaları
GnRH	: Gonadotrop Relasing Hormon
HUÇEP	: Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
IICPI	: Uluslararası Entegratif Kognitif Psikoterapi Enstitüsü
LTH	: Lutetrop hormon
LH	: Luteinleştirici Hormon
IQR	: Interquartile Range (Çeyrekler Arası Genişlik)
NANDA	: North America Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
$\bar{X}$	: Aritmetik ortalama

TABLO LİSTESİ

Sayfa Numarası

Tablo 1.	Cinsel yanıt döngüsüyle ilişkili fizyolojik değişiklikler	14
Tablo 2.	PLISSIT modelini diğer modellerle karşılaştırarak seçme nedenlerimiz.....	37
Tablo 3.	PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi programı	52
Tablo 4.	Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler.....	54
Tablo 5.	Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri (Ölçek uyarlaması çalışması).....	57
Tablo 6.	Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği madde uyum istatistikleri.....	59
Tablo 7.	Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeğinin uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değer aralıkları.....	61
Tablo 8.	Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği ve alt boyut güvenirlikleri.....	62
Tablo 9.	Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri.....	63
Tablo 10.	Öğrencilerin cinsel sağlık ile ilgili bilgileri.....	65
Tablo 11.	Öğrencilerin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	66
Tablo 12.	Öğrencilerin Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	68
Tablo 13.	Öğrencilerin Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	70
Tablo 14.	Cinsel eğitim grubunun bazı özellikleri ile izlem testinin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	73
Tablo 15.	Kontrol grubunun bazı özellikleri ile izlem testinin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	76
Tablo 16.	Cinsel eğitim grubu izlem testinin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puanları arasındaki korelasyon.....	79
Tablo 17.	Kontrol grubu izlem testinin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puanları arasındaki korelasyon.....	79
Tablo 18.	Cinsel eğitim grubunun PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne yönelik yürüşleri.....	80
Tablo 19.	Cinsel eğitim grubunun PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne yönelik ifadeleri.....	81

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa Numarası
Şekil 1.	Kadında cinsel yanıt döngüsü 13
Şekil 2.	Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü 13
Şekil 3.	PLISSIT modelinin grafiksel gösterimi 32
Şekil 4.	CONSORT akış diyagramı 42
Şekil 5.	PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi powerpoint sunum slaytı.....48
Şekil 6.	Öğrencilere PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi verilmesi.....50
Şekil 7.	PLISSIT modeli kullanımına yönelik örnek vaka çalışması slaytı 51
Şekil 8.	Araştırmanın akış çizelgesi.....53
Şekil 9.	3 boyutlu 1. dereceden DFA modeli.....60

1. ÖZET

Tezin başlığı : Hemşirelik Öğrencilerine PLISSIT Modeli ile Verilen Cinsel Sağlık Eğitiminin Bilgi ve Tutuma Etkisi

Öğrencinin Adı Soyadı : Ceyda Su Gündüz

Danışmanın Adı Soyadı : Prof. Dr. Nurdan Demirci

Programın Adı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı

Amaç: Araştırma hemşirelik öğrencilerine PLISSIT modeli ile verilen cinsel sağlık eğitiminin bilgi ve tutuma etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tez iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada, “Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği” ve “Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği”nin Türkçe’ye uyarlaması yapılmıştır. Tezin ikinci aşaması, bir deney ve bir kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü araştırma deseninde randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yürütülmüştür. Araştırma, bir devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim gören dördüncü sınıf öğrencilerin katılımıyla Kasım 2023–Mart 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada cinsel eğitim grubu (n=43) ve kontrol grubu (n=45) olmak üzere iki grup yer almıştır. Kontrol grubuna herhangi bir eğitim yapılmazken cinsel eğitim grubuna 16 saatlik PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi verilmiştir. Veriler “Öğrenci Tanıtım Formu”, “Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği”, “Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği”, “Cinsel Mitler Ölçeği”, “PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’ne İlişkin Öğrenci Görüş Formu” kullanılarak toplanmıştır. Ölçekler eğitimden önce, eğitimden hemen sonra ve 3 ay sonra uygulanmıştır.

Bulgular: Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği, Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği ve Cinsel Mitler Ölçeği’nin ön test toplam puan ortalaması gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Cinsel eğitim grubunun Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği ve Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği’nin son testindeki ve izlem testindeki toplam puan ortalaması, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek iken Cinsel Mitler Ölçeği’nin daha düşüktü ($p<0,05$). Cinsel eğitim grubunun %97,7’si PLISSIT modeli kullanımının cinsel sağlık bakımı sağlama becerisini geliştirmede çok etkili/etkili olduğunu, %86’sı eğitimden sonra bu modeli kullanarak cinsel sağlık bakımı verdiğini ifade etmiştir.

Sonuç: Hemşirelik öğrencilerine verilen PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’nin cinsel sağlık bakımı bilgisini artırmada ve cinsel sağlık bakımı tutumunu olumlu yönde geliştirmede ve cinsel mitleri azaltmada etkili olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel sağlık eğitimi, cinsel sağlık bilgisi, cinsel sağlık bakım tutumu, hemşirelik öğrencileri, PLISSIT modeli

2. SUMMARY

Title of Thesis: The Effect of Sexual Health Education Given to Nursing Students with the PLISSIT Model on Knowledge and Attitude

Student Name, Surname: Ceyda Su Gündüz

Supervisor Name : Prof. Nurdan Demirci

Program Name : Obstetrics and Gynaecology Nursing PhD Program

Objective: The research was conducted to determine the effect of sexual health education given to nursing students with the PLISSIT model on knowledge and attitudes.

Materials and Methods: The thesis consists of two stages. In the first stage, the Knowledge of Sexual Healthcare (KSH) and Attitude to Sexual Healthcare (ASH) scales were adapted into Turkish. In the second phase of the thesis; It was conducted as a randomized controlled experimental study with one experimental and one control group, repeated measures research design. The research was conducted between November 2023 and March 2024 with the participation of fourth-year students studying in the nursing department of a state university. There were two groups in the study: sexual education (n=43) and control (n=45). While no education was given to the control group, the sexual education group was given 16 hours of Sexual Health Education Based on PLISSIT Model. Data were collected using the “Student Introduction Form”, “Knowledge of Sexual Healthcare Scale (KSHS)”, “Attitude to Sexual Healthcare Scale (ASHS)”, “Sexual Myths Scale (SMS)”, and “Student Opinion Form on Sexual Health Education Based on PLISSIT Model”. The scales were applied before the education, immediately after the education and 3 months later.

Results: The pre-test total mean score of the KSHS, ASHS and SMS did not show a statistically significant difference between the groups ($p>0.05$). The total mean score of the KSHS and ASHS in the post-test and follow-up test of the sexual education group was statistically significantly higher than the control group, while the Sexual Myths Scale was lower ($p<0.05$). 97.7% of the sexual education group stated that the use of the PLISSIT model was very effective/effective in improving their ability to provide sexual health care, 86% stated that they provided sexual health care using this model after the education.

Conclusion: It has been determined that Sexual Health Education Based on the PLISSIT Model given to nursing students is effective in increasing sexual health care knowledge, developing positive sexual health care attitudes and reducing sexual myths.

Keywords: Sexual health education, sexual health knowledge, sexual health care attitudes, nursing students, PLISSIT model

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Cinsellik, tüm yaşamı kapsayan temel insan gereksinimleri arasında yer almaktadır. Cinsiyeti, cinsiyet rollerini, cinsel kimlikleri, cinsel yönelimi, erotizmi, zevk alıp vermeyi, yakınlığı ve üremeyi kapsamaktadır. Cinsellik; cinsellik içeren düşünceler, fanteziler, arzular, inançlar, tutumlar, değerler, davranışlar, uygulamalar, roller ve ilişkiler ile deneyimlenmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2006). Cinsellik, yaş veya fiziksel durumdan bağımsız olarak herkesin yaşamında bir ihtiyacı, temel ve doğal bir unsuru temsil etmektedir. Cinselliğin ifadesi her insanın ayrılmaz bir parçasıdır ve temel bir insan hakkıdır (Verrastro ve ark., 2020). Cinsellik, bireysel kimliğin temel bir parçası olmakla birlikte insan işleyişinin bütününe etkilemektedir (Ventriglio ve Bhugra, 2019).

Cinsellik sosyal ve kültürel faktörler, ileri yaş, geçirilen ameliyatlar, jinekolojik problemler, hormonal değişiklikler, madde kötüye kullanımı, kronik hastalıklar, depresyon, anksiyete ve bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar gibi birçok faktörden olumsuz olarak etkilenmekte ve bunun sonucunda da toplumda cinsel işlev bozukluğu yaygın olarak görülmektedir (McCabe ve ark., 2016b). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), cinselliğin sağlık hizmetlerine dahil edilmesi gerektiğini belirtmiştir (Mace ve ark., 1974). Bütüncül bakımın gerçekleşebilmesi için cinselliğin ele alınmasının önemine rağmen araştırmalar, cinselliğin sağlık hizmetlerinde genellikle olması gerektiği gibi dikkate alınmadığını göstermektedir (Verrastro ve ark., 2020). Hasta/sağlıklı bireylere cinsel sağlık bakımı verilmesinde hemşireler kilit role sahiptirler. Hemşirelerin bireylerle cinsel sağlıkla ilgili konuları rahatça ve uygun şekilde tartışabilecek bilgi, beceri ve yeteneklere sahip olmaları önemlidir (Fennell ve Grant, 2019). Hemşireler, cinsel sağlık hizmetinin öneminin ve bu konudaki sorumluluklarının farkında olsalar dahi danışanlarını cinsellik konusunda bilgilendirmek, cinsel sağlık sorunlarını ele almak ve gerektiğinde yönlendirmek için yeterli bilgi ve becerilere sahip değildir (Sung ve ark., 2016; Vermeer ve ark., 2015). Hemşirelerin danışanlarıyla cinselliği ele almamalarının birincil nedeni, hemşirelik programı müfredatında cinsel sağlık eğitiminde yer verilmesindeki yetersizliktir (Hoekstra ve ark., 2012). Amerika Birleşik Devletleri'nde, hemşirelik lisans programlarındaki eğitici hemşirelerin katılımıyla yapılan bir çalışmada; katılımcıların çoğunun (%84) ifade ettiğine göre hemşirelik programlarının cinsellik eğitimi vermeye öğrencileri yeterince hazırlamadığı ve hemşirelik programlarının %27'sinin cinsellik içeriğini kapsamadığı belirlenmiştir (Aaberg, 2016). GÜDÜL ÖZ ve ark. (2020)'lerinin Türkiye'de hemşirelik

öğrencilerinin katılımıyla yaptığı tanımlayıcı bir çalışmada öğrencilerin (n=475) çoğunluğunun (%75,4) cinsel sağlık eğitimi almadığı ve yarısından fazlasının (%51,4) klinikte cinsel sağlığı değerlendirmedeği belirtilmiştir (Güdül Öz ve ark., 2020). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada üçüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin %64'ü klinik uygulama sırasında cinsellik alanı ile ilgili veri toplayabildiklerini belirtmesine rağmen %54'ü hemşirelik tanısı koyamamış ve %70'i hemşirelik uygulamasını gerçekleştirememiştir (Durgun Ozan ve ark., 2019). Hemşirelerin cinsel danışmanlık konusunda yeterince hazırlıklı olmaması, hastaların cinsel sorunlarıyla karşılaştıklarında rahatsızlık duymalarına ve cinsellik değerlendirmesi yapmamalarına neden olmaktadır (Aaberg, 2016; Durgun Ozan ve ark., 2019; Sung ve ark., 2016). Cinsel sorunlar hakkında konuşulmadığı için; bu alandaki hemşirelik bakımı ertelenmektedir (Durgun Ozan ve ark., 2019).

Erken dönemde engellerin aşılabilmesi için cinsel sağlık eğitime mümkün olan en kısa sürede başlanılmalı; kesinlikle mezun olmadan önce hemşirelik öğrencilerine yönelik bu eğitim sağlanmalıdır (Aaberg, 2016; Sung ve Lin, 2013). Öğrenci hemşireler, hastaların cinsellik gereksinimini değerlendirme ve bütüncül bakım sağlama konusunda desteklenmelidir (Blakey ve Aveyard, 2017). Hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bilgisini artırmak, cinsel mitlerini gidermek ve cinsel sağlık hizmetlerine yönelik kişisel rahatsızlık tutumlarını geliştirmek için cinsel sağlık eğitimi oluşturmak ve geliştirmek, hemşirelik bakımı için kritik bir görevdir (Güdül Öz ve ark., 2020; Sung ve Lin, 2013).

Hemşirelik öğrencilerine yönelik cinsel sağlık eğitimi verilirken programın yapılandırılması ve içeriği önem arz etmektedir. Hemşirelik yöneticileri ve eğitimcileri, tutarlı ve etkin cinsel sağlık eğitim programları oluşturmak için daha fazla sorumluluk almalıdır (Fennell ve Grant, 2019). Cinsel sağlık eğitim programları hemşirelik öğrencilerinin yeterliliklerini etkili bir şekilde artıracak ve cinsel sağlık sorunlarının kapsamını anlamalarını sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır (Sung ve ark., 2016). Hemşirelikte cinsellik eğitiminde bilginin öğrenilmesi yanında pratikte uygulanmasına da odaklanılmalıdır (Şentürk Erenel ve Çiçek Özdemir, 2020). Modeller ise çeşitli ortamlarda kullanılabilmekte ve öğrencilere cinsel sağlık bakımına gereksinim duyan hastalarla her yerde karşılaşılabileceklerini ve teori ile pratiği ilişkilendirebileceklerini hatırlatmaktadır (Blakey ve Aveyard, 2017). Ayrıca cinsel danışmanlıkta model kullanılmasının danışanlar açısından yararları olduğuna dair birçok kanıt bulunmaktadır. Cinsel danışmanlıkta model kullanılması; kadınların cinsel işlevlerinin gelişmesini (Faghani ve Ghaffari, 2016; Karakas ve Aslan, 2019; Karimi ve ark., 2019; Mahmoodi Dangesaraki ve ark., 2019; Shahin ve ark., 2021; Youssef Abd-Ella ve ark., 2019),

cinsel yaşam kalitesinin yükselmesini (Abdelhakm ve ark., 2018; Faghani ve Ghaffari, 2016; Mahmoodi Dangesaraki ve ark., 2019), cinsel doyumun artmasını (Karakas ve Aslan, 2019), cinsel işlev bozukluğuna yol açabilecek stres ve anksiyetesinin azalmasını (Karimi ve ark., 2019) sağlayarak cinsel sağlığı iyileştirmekte; ayrıca evlilik doyumunun artmasını (Shahin ve ark., 2021) ve evlilik yakınlığının güçlenmesini (Nho ve ark., 2019) sağlayarak evlilik ilişkilerini sağlamlaştırmaktadır. Bu nedenlerden dolayı üniversiteler, hemşirelik öğrencilerinin cinsellikte kullanılan modellere aşina olmalarını ve bunları uygulayacak donanım ve özgüvene sahip olmalarını sağlamalıdır (Blakey ve Aveyard, 2017). Eğitim programlarında hemşirelik öğrencilerinin katılımına da fırsat veren yeterli uygulama süresi ayrılmalı ve PLISSIT gibi modeller kullanılarak öğrencilere doğrudan talimatlar sağlanmalıdır (Sung ve ark., 2016).

Hemşirelerin, hemşirelik süreci boyunca cinselliği ele almamaları bakım verdikleri bireylere bütüncül bir yaklaşım sergilemelerini engellemektedir. Hemşirelerin cinsel sağlık bakımı vermemelerinin temel nedeni olan cinsel sağlık eğitim eksikliği giderilmelidir. Cinsel sağlık bakımına ilişkin bilgi ve becerilerini geliştirmek için etkili eğitim stratejileri gereklidir. Literatürde PLISSIT modelini öğrencilerin kullanımıyla ilgili sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Ross ve ark. (2021)'nın, 174 tıp öğrencisinin katılımıyla çevrimiçi olarak yürüttüğü çalışmada, cinsel öykü alma becerilerini geliştirmek için çevrimiçi PLISSIT modeli tabanlı bir eğitim uygulanmıştır. Öğrenciler, hasta ve danışan rollerinde eşleşerek Zoom üzerinden cinsel vakalara yönelik 5-6 dakikalık cinsel öykü alma videoları kaydetmiş ve eğitmenler tarafından asenkron olarak değerlendirilmiştir. Çalışma öğrencilerin cinsel terminolojiyi kullanmada rahatlama, bağlama uygun soru sorma ve klinik becerilerde ilerleme kaydettiğini göstermiştir. Eğitimlerin faydalı olduğu ve öğrencileri rahatlattığı belirtilmiştir (Ross ve ark., 2021). Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında ise Tuğut ve Gölbaşı (2017) hemşirelik öğrencilerine Bilgi Motivasyon Davranış Modeline göre hazırlanmış 18 saatlik cinsellik değerlendirme becerileri eğitimi vermiştir. Bu eğitimin öğrencilerin bilgi, tutum ve davranışlarını eğitimden hemen sonra, 2 hafta sonra ve 3 ay sonra anlamlı düzeyde geliştirdiği görülmüştür (Tuğut ve Gölbaşı, 2017). Demirhan Kayacık ve ark. (2024) ise ebellek öğrencilerine jinekolojik kanserlerde PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık eğitimi vermiştir. Bu eğitimin öğrencilerin cinsel tutum ve inançlarını eğitimden bir ay sonra anlamlı düzeyde iyileştirdiği saptanmıştır (Demirhan Kayacık ve ark., 2024). Bu çalışmada model kullanımı jinekolojik kanserler olmak üzere sınırlı bir alanla kısıtlı tutulmuştur, ancak daha kapsamlı bir eğitim içeriğinin öğrencilere sunulması gerekmektedir. Bu bağlamda, Türkiye'de hemşirelik öğrencilerine PLISSIT modelinin öğretilmesinin etkinliğini araştıran kapsamlı bir

çalışmaya rastlanmamıştır. PLISSIT modelinin hemşirelik öğrencilerine etkili şekilde öğretilmesi üzerine yapılandırılmış bir eğitim programının geliştirilmesi ve bunun etkinliğinin ölçüldüğü çalışmaların yürütülmesi önemlidir.

Bu çalışmada cinsel sağlık eğitiminde PLISSIT modeli kullanımı hemşirelik öğrencilerine öğretilecek ve etkililiği belirlenecektir. Cinsel sağlık eğitim içeriğine modellerin dahil edilmesi; hemşirelik öğrencilerinin belirli bir plan doğrultusunda bakım vermelerini, hizmette gereksiz zaman ve enerji harcamalarının engellenmesini; danışanların sistematik ve anlaşılır eğitim almalarını sağlayacaktır. Ayrıca hemşirelik eğitmenlerinin cinsel sağlık ile ilgili ders içeriklerini gözden geçirmelerine ve hemşirelik müfredatlarının güncellenmesine katkıda bulunabilir ve eğitimde yenilikçi modellerin benimsenmesini teşvik edebilir. Bu çalışmanın sonuçları, hemşirelik eğitiminde cinsel sağlık konusunun daha etkin bir şekilde ele alınmasını ve PLISSIT modelinin bu süreçteki rolünün anlaşılmasına katkı sağlaması açısından önemlidir.

Çalışmanın Amacı; Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerine PLISSIT modeli ile verilen cinsel sağlık eğitiminin bilgi ve tutuma etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Öncelikle konu ile ilgili kapsamlı bir değerlendirme aracına rastlanmadığı için “Cinsel Sağlık Bakım Anketi” nin Türkçe’ye uyarlanması amaçlanmıştır. Bu tez sonucunda, hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımı konusunda bilgi düzeylerini artırması ve cinsel sağlık bakım tutumunu olumlu yönde geliştirmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca, öğrencilerin toplumda yaygın olarak karşılaşılan cinsel mitlerini azaltarak cinsel sağlık konusunda bilimsel ve objektif yaklaşım benimsemeleri hedeflenmektedir. Bu eğitim süreci, öğrencilerin hem mesleki gelişimlerini destekleyecek hem de gelecekteki hasta bakım kalitesini artırmaya katkıda bulunacaktır. Türkiye’de hemşirelik öğrencilerine yönelik PLISSIT modeli eğitiminin etkisini değerlendiren ilk araştırmalardan biri olarak, ileride yapılacak çalışmalara örnek oluşturacaktır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Cinsellik ve Cinselliğin Önemi

Cinselliğin tanımlanması karmaşık ve çok boyutlu yapısı nedeniyle oldukça zordur. Cinsellik, bireysel olarak ifade edilen, yaşam deneyimlerinden gelişen ve son derece kişisel bir olgudur. (Berman ve ark., 2022). Tüm insanlar cinsel varlıklardır ve cinsellik her bireyin kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır (Aksöyek ve Canatar, 2015; Berman ve ark., 2022). DSÖ'ye göre cinsellik çok boyutlu bir kavramdır ve içeriği son derece zengindir. Cinselliğin kapsamı içerisine cinsiyet, cinsiyet rolleri, cinsel kimlik, cinsel yönelim, cinsel haz ve erotizm, yakınlık hissi ve üreme girmektedir. Cinselliğin deneyimlenmesi ve ifade edilmesi düşünceler, değerler, inançlar, tutumlar, arzular, fanteziler, davranışlar, ilişkiler ve roller doğrultusunda olmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2006). Tatmin edici ve normal bir cinsel ifade, kişinin kendisine veya başkalarına yönelik zorlama veya yaralama tehdidi olmaksızın, karşılıklı olarak ilgili yetişkinlere zevk ve tatmin veren davranışlar olarak tanımlanabilir (Berman ve ark., 2022). Cinselliği etkileyen faktörler arasında biyolojik, ruhsal, psikolojik, ailesel, sosyal, kültürel, dini, ekonomik, yasal ve politik durum, hastalık süreçleri, ilişki sorunları ve kişisel beklentiler yer almaktadır (Berman ve ark., 2022; Dünya Sağlık Örgütü, 2006). Cinsel kimliğin bir parçası olarak cinsiyet, konuşma tarzı, ses tonu, diksiyon, giyim stili, saç kesimi, oturuş ve yürüyüş şekli gibi insanın doğumundan başlayıp tüm yaşamı boyunca şekillenen birçok özelliği bulunmaktadır (Keçe ve Özcan, 2019). Cinsellik, Abraham Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisine göre solunum, beslenme, boşaltım ve uyku gibi temel insan gereksinimleri arasındadır (Ünsal, 2017). Cinsellik; öz kimliğin, kişilerarası ilişkilerin, yakınlığın ve sevginin geliştirilmesinde önemlidir (Berman ve ark., 2022). Sağlıklı bir cinsel yaşam; bireylerin, çiftlerin ve ailelerin genel sağlığını ve huzurunu; toplumların ve ülkelerin sosyal ve ekonomik gelişimini sağlamaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2024). Bireylerin cinsel sağlıklarını korumak ve geliştirmek sağlıklı bir ailenin temeli olarak düşünülmelidir (Kazemi ve ark., 2021).

4.2. Cinsellikle İlgili Kavramlar

Biyolojik cinsiyet kromozomlar, testisler, penis, overler ve vulva gibi çeşitli fiziksel niteliklerle bağlantılıdır. Biyolojik cinsiyetin, cinsiyet kromozomları tarafından belirlenen *genetik cinsiyet* ve erkek-kadın arasındaki fiziksel farklılıkları ortaya koyan *anatomik cinsiyet* olmak üzere iki yönü bulunmaktadır (Crooks ve ark., 2024a).

Toplumsal cinsiyet kadın ve erkek biyolojik cinsiyetine yönelik toplumun farklı beklentileri ve her iki cinsiyette biçtiği rollerdir (Aksöyek ve Canatar, 2015). Toplumsal cinsiyet rolleri; belirli bir biyolojik cinsiyete sahip insanların içinde yaşadığı toplum kültürüne göre normal ve uygun olduğu düşünülen tutum ve davranışların tamamını ifade eder. Toplumsal cinsiyet rolleri, insanlardan yerine getirmesi beklenen cinsiyetle ilgili davranışsal beklentileri oluşturur. Bu beklentiler kültürel olarak tanımlanır ve toplumdan topluma farklılık gösterir (Crooks ve ark., 2024a).

Cinsel kimlik, kişinin kadın veya erkek olarak kendisine yönelik imajıdır (Berman ve ark., 2022). Bir kişinin kendi cinsiyetini psikolojik olarak nasıl algıladığı ile ilgili bir kavramdır (Crooks ve ark., 2024a). Cinsel kimlik gelişimi, yaşamın ilk yıllarında başlamaktadır. Çocuklar 2 yaş civarında kendilerini kız ya da erkek olarak ayırt edebilme yeteneği kazandıktan sonra, cinsel rolleriyle uyumlu davranışlar geliştirmektedir. Cinsel kimlik hissinin ise genellikle 3-4 yaş dolaylarında belirginleştiği kabul edilmektedir. Bu yaşlardan sonra, cinsel kimlikte değişim olması oldukça güçtür. Cinsel kimliğin gelişiminde genetik faktörler, hormonal faktörler ve doğum sonrası psikososyal koşulların etkili olduğu düşünülmektedir (Güner, 2016; Özsungur, 2010).

Bir kişinin cinsel ilgisinin aynı cinsiyete, karşı cinsiyete veya her iki cinsiyete olmasına ise cinsel yönelim denir. Cinsel yönelimler heteroseksüel, homoseksüel (eşcinsel) veya biseksüel olabilir. Karşı cinsiyette olan kişilere cinsel ilgi duyan bireyler heteroseksüel olarak tanımlanmaktadır. Sadece kadınlardan hoşlanan kadınlara lezbiyen; sadece erkeklerden hoşlanan erkeklere gay; her iki cinsiyette olan kişilerden de hoşlanan bireylere biseksüel denir. Cinsel yönelimin kökenleri hala tam olarak anlaşılamamıştır. Cinsel yönelimin gelişmesinde cinsel yönelimi bireyin genetik bileşimi açısından tanımlar. Psikolojik teoriler erken öğrenme deneyimlerinin genetiğin ve çevrenin etkisinin birlikte olabileceği düşünülmektedir. Bazı biyolojik teoriler ve bilişsel süreçlerin rolünü vurgulamaktadır (Berman ve ark., 2022).

Cinselliğin ifadesi olarak bir kişinin dokunmak, öpmek, vücudun uyarılması gibi faaliyetleri cinsel davranışlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007). Cinsel yakınlık denilince ise akla sadece cinsel ilişki gelebilmektedir. Fakat cinsel yakınlık dokunmak, sarılmak, öpüşmek, masaj yapmak, erotik öyküler okumak, aşk yaşamak, birlikte vakit geçirmek gibi cinselliğin birçok farklı ifadesi ile sağlanmaktadır. Hatta anlamlı bir bakışma bile cinsel yakınlık olarak değerlendirilebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007; Yurdakul ve Ardic Çobaner, 2015).

Cinsel sağlık, güvenli ve zevkli cinsel deneyimler yaşamayı ve cinselliğe yönelik pozitif ve saygılı bir tutumu gerektirir. Cinsellikte herhangi bir zorlamanın, şiddetin veya ayrımcılığın yeri yoktur. DSÖ'ye göre cinsel sağlığın olabilmesi için cinsellikle ilgili hastalık, fonksiyon bozukluğu veya herhangi bir engellilik durumunun olmaması yeterli değildir. (Dünya Sağlık Örgütü, 2006). Cinsel sağlık, cinsel ilişkiler saygılı, güvenli ve zevkli olduğunda ortaya çıkar. Cinsel sağlığın sağlanabilmesi için cinsel haklar vazgeçilmezdir (Berman ve ark., 2022).

4.3. Cinsel Haklar

Cinsel haklar insan hakkı olarak kabul görmektedir (Kismödi ve ark., 2017). Cinsel sağlığın elde edilmesi ve geliştirilmesi için, her bireyin cinsel haklarına saygılı davranılmalı ve cinsel hakları korunmalıdır (Dünya Sağlık Örgütü, 2006). Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin 2014 yılında revize edilen "Cinsel Haklar Bildirgesi" ne aşağıda yer verilmiştir (Dünya Cinsel Sağlık Birliği, 2014):

Eşitliğin sağlanması ve ayrımcılık yapılmama hakkı: Herkes, ırk, milliyet, etnik köken, renk, dil, yaş, cinsiyet, medeni durum, din, siyasi görüş, sağlık ve hastalık durumu, engellilik, cinsel yönelim, cinsel kimlik, mülk, ekonomik ve sosyal durum gibi faktörlerden dolayı hiçbir ayırım gözetilmeksizin bu bildirgede belirtilen tüm cinsel haklardan yararlanma hakkına sahiptir.

Yaşam, özgürlük ve kişisel güvenlik hakkı: Herkesin, keyfi olarak tehdit edilemeyecek, sınırlanamayacak veya cinsellikle ilgili nedenlerle elinden alınamayacak yaşama, özgürlük ve güvenlik hakkı vardır. Bunlar arasında; cinsel yönelim, rızaya dayalı cinsel davranış, cinsel kimlik ve ifadesi veya cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetlere erişim veya bunların sağlanması yer almaktadır.

Özerklik ve beden bütünlüğü hakkı: Herkesin cinselliği ve bedeniyle ilgili konularda özgürce karar verme hakkı vardır. Bu hak, cinsel davranışlara ve uygulamalara karar vermeyi, partner ve ilişki seçimini içerir. Cinsellikle ilgili tıbbi testler, müdahaleler, tedaviler, ameliyatlar veya araştırmalar öncesinde bilgilendirilmiş onam, özgür ve bilinçli karar vermeyi sağlamak için gereklidir.

İşkenceden ve zalimce, insanlık dışı veya küçük düşürücü muamele veya cezadan uzak kalma hakkı: Herkesin cinsellikle ilgili işkence, insanlık dışı, zalimce veya küçük düşürücü ceza veya muameleden korunma hakkı vardır. Bu zalimce ceza ve muamele kapsamına kişiye zarar ve acı veren geleneksel uygulamalar; bir kişinin iradesi dışı sterilize edilmesi, doğum kontrolü sağlanması veya kürtaj yapılması girmektedir. Ayrıca hiç kimse cinsiyet, cinsel yönelim, cinsel kimlik ve ifadesi ve bedensel çeşitlilik nedeniyle işkenceye veya küçük düşürücü muameleye maruz kalamaz.

Her türlü şiddet ve zorlamalardan uzak olma hakkı: Herkesin cinsellikle ilgili şiddet ve zorlamalardan özgür olma hakkı vardır. Bu şiddet ve zorlamalara cinsel taciz, cinsel zorbalık, tecavüz, cinsel sömürü, zorla yapılan bekaret testi ve cinsel müdahaleler, cinsel kimliği ve ifadesi, cinsel yönelim ve bedensel çeşitlilik nedeniyle işlenen şiddet dahildir.

Gizlilik hakkı: Herkesin cinselliği, cinsel yaşamı ve kendi bedeni ve rızaya dayalı cinsel ilişkileri ve uygulamalarıyla ilgili seçimleri konusunda keyfi müdahalelerden korunma hakkı vardır. Bu hak, cinsellikle ilgili kişisel bilgilerin başkalarına ifşa edilmesinin kontrolünü içerir.

Keyifli, tatmin edici ve güvenli cinsel deneyim olanağı sunan cinsel sağlık da dahil olmak üzere en yüksek sağlık imkanına ulaşma hakkı: Her bireyin cinsellikle ilgili en yüksek erişilebilir sağlık ve refah seviyesine sahip olma hakkı vardır. Bu hak, cinsel sağlık dahil olmak üzere keyifli, doyum veren ve güvenli cinsel deneyimlerin mümkün olmasını gerektirir. Kaliteli sağlık hizmetlerinin bulunabilirliği, erişilebilirliği, kabul edilebilirliği ve cinsel sağlığı etkileyen ve belirleyen koşullara erişim gereklidir.

Bilimsel gelişmelerden ve uygulamalardan yararlanma hakkı: Herkesin cinsellik ve cinsel sağlıkla ilgili bilimsel gelişmelerden ve bunların uygulamalarından yararlanma hakkı vardır.

Bilgiye erişim hakkı: Her bireyin cinsellik, cinsel sağlık ve cinsel haklar ile ilgili bilimsel olarak doğru ve anlaşılır bilgiye çeşitli kaynaklardan erişim hakkı vardır. Cinsellikle ilgili bilgilere erişim keyfi olarak yasaklanmamalı, bu bilgiler saklanmamalı veya kasıtlı olarak yanlış sunulmamalıdır.

Eğitim hakkı ve kapsamlı cinsel eğitim hakkı: Her bireyin kapsamlı bir cinsel eğitim alma hakkı vardır. Kapsamlı cinsel eğitim herkesin yaşına ve kültürüne uygun, bilimsel olarak doğru ve insan hakları, cinsiyet eşitliği, cinsellik ve cinsel zevke yönelik olumlu bir yaklaşım temelinde olmalıdır.

Eşitliğe ve kendi rızasına dayalı evlilik ve benzeri ilişki türlerini yaşama ve feshetme hakkı: Herkesin evlenip evlenmemeye karar verme, evliliği, birlikteliği veya benzeri ilişkileri özgür ve tam rıza ile yaşama hakkı vardır. Herkes, evlilik, birliktelik ve benzeri ilişkilerde eşit haklara sahiptir ve bu ilişkilerin sona ermesi durumunda ayrımcılık ve dışlanma olmaksızın sosyal refah ve diğer yardımlara eşit olarak hak kazanır.

Çocuk sahibi olup olmama, çocuk sayısını ve aralığını belirleme ve bu konuda gerekli bilgi ve malzemelere sahip olma hakkı: Her bireyin çocuk sahibi olma durumunu, çocuk sayısını ve aralığını belirleme hakkı vardır. Bu hakkı kullanmak, doğurganlık, gebelik, doğum kontrolü sağlama, kürtaj ve evlat edinme ile ilgili cinsel sağlık, üreme sağlığı ve sosyal hizmetlere erişimi gerektirir.

Düşünce, fikir ve ifade özgürlüğü hakkı: Herkesin cinsellik ile ilgili düşünce, fikir, görüş ve bunları ifade etme özgürlüğü hakkı vardır. Kişi bu hakkını görünüm, iletişim ve davranış gibi yollarla ifade edebilir.

Örgütlenme ve barışçıl toplanma özgürlüğü hakkı: Her bireyin cinsellik, cinsel sağlık ve cinsel haklar hakkında barışçıl bir şekilde örgütlenme, toplanma, gösteri yapma ve savunma hakkı vardır.

Kamusal ve siyasal yaşama katılım hakkı: Herkesin yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeyde insan yaşamının sivil, ekonomik, sosyal, kültürel, siyasi ve diğer yönlerine aktif ve özgür katılım sağlama hakkı vardır. Herkesin cinselliği ve cinsel sağlığı da dahil olmak üzere refahını belirleyen politikaların geliştirilmesine ve uygulanmasına katılma hakkı vardır.

Adalet ve tazminata erişim hakkı: Herkesin cinsel haklarının ihlali durumunda adalet ve tazminata erişim hakkı vardır. Bu hak etkili, yeterli, erişilebilir ve uygun yasama, yargı ve diğer önlemleri gerektirir.

4.4. Cinsel Mitler

Yanlış ve hatalı cinsel inanışlar (cinsel mitler), cinselliğin özgür, tatminkar ve sağlıklı bir şekilde yaşanmasını sınırlayan kalıp yargılardır (Aksöyek ve Canatar, 2015). Günümüzde cinsellik ve cinsel işlevsellik konusunda giderek artan bir farkındalık olmasına rağmen, bazı toplumlar ve bireyler hâlâ cinselliğe ilişkin mitlere sahiptir (Berman ve ark., 2022). Bu hatalı bilgi ve inanışlar, sağlıklı bir cinsel yaşama sahip olmanın ve doyumlu bir cinsellik yaşamının önündeki en büyük engellerden biridir (Aksöyek ve Canatar, 2015). Hemşireler hastaların sahip olduğu inançları öğrenmeli ve güncel bilgiler sağlamalıdır (Berman ve ark., 2022). Sık bilinen cinsel mitler arasında eşcinselliğin tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğu ve topluma zarar vereceği inancı, erkek cinsiyetinin kadın cinsiyetine göre daha önemli olduğu, yaşlılarda ve menopoza giren kadınlarda cinsel yaşamın bittiği, mastürbasyonun sağlığa zarar verdiği, cinsel fantezilerin ahlaksızlık olduğu, kadınların giyimi nedeniyle tecavüzün gerçekleştiği, cinselliğin cinsel ilişkiden ibaret olduğu, kadının sadece cinsel ilişki yoluyla doyuma ulaştığı, iyi bir cinsel ilişkide eşlerin orgazma eşzamanlı ulaşması gerektiği, erkeğin cinsellik için her daim istekli ve hazır olduğu, cinselliğin erkeğin kontrolü altında yaşanması gerektiği gibi birçok yanlış inanış vardır (Çakır Kardeş ve ark., 2021; Golbası ve ark., 2016).

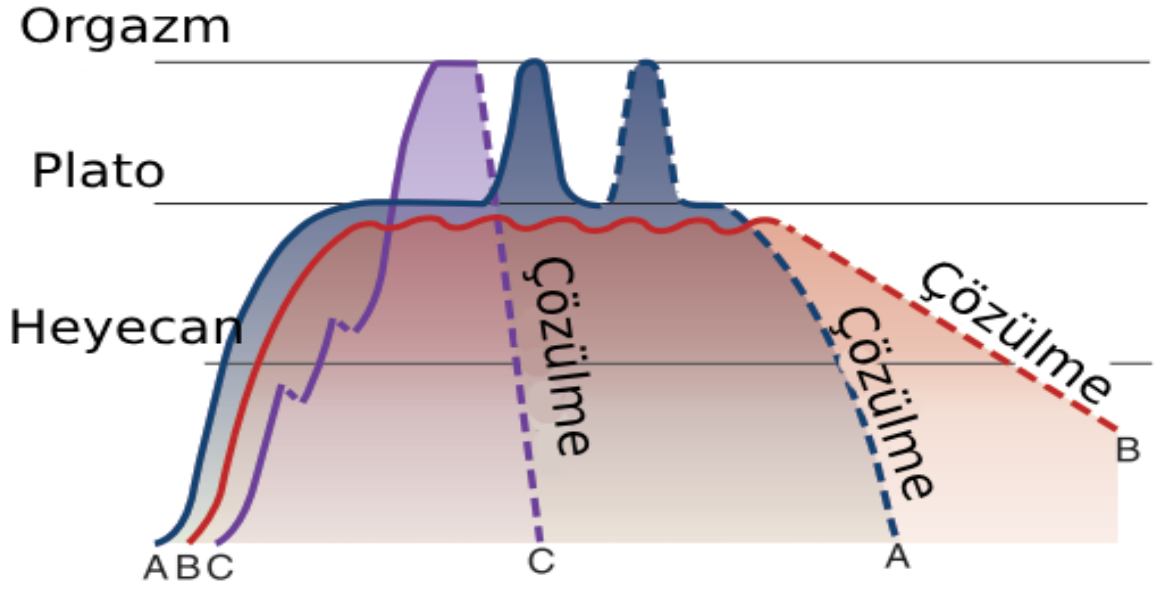
4.5. Cinsel Yanıt Döngüsü

Kadında hipotalamus, hipofiz ve over aksı cinsel davranışların temelini oluşturur. Hipotalamustan Gonadotrop Relasing Hormon (GnRH) isimli hormon salgılanmaktadır. Bu hormon; hipofizden Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH), Luteinleştirici Hormon (LH) ve

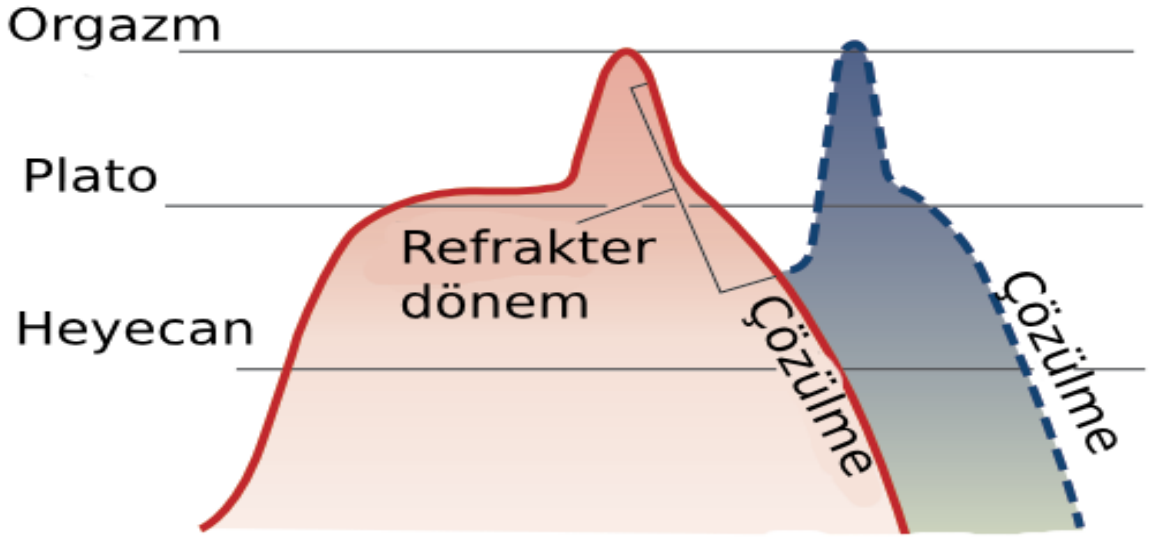
Lutetrop hormon (LTH-Prolaktin) salınımını uyarır. Overlerden östrojen FSH etkisiyle; progesteron ise LH etkisi ile salgılanır. Östrojen hormonunun genital organların sağlıklı kalmasında ve cinsel yanıt döngüsünde birtakım görevleri vardır. Östrojen vajinanın nemi, sıcaklığı, esnekliği ve uygun asidik pH'ının sağlanması için gereklidir ve cinsel uyarılma sırasında lubrikasyon ve vajinal genişlemeyi sağlar. Progesteron hormonu ise cinsel isteği azaltmakta ve sarılma, şefkat gibi duygulara yol açmaktadır. Kadınların cinsel istekliliğinde overler ve adrenal korteks tarafından üretilen androjenler etkili olmaktadır. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü merkezi sinir sistemi kontrolü altında hem sempatik hem de parasempatik sinir aktivasyonu ile oluşmaktadır. Erkeklerin cinsel davranış ve cinsel isteğinde temel olan hormon testesterondur. Bu hormon testislerdeki leyding hücrelerinden ve az miktarda böbrek üstü bezlerinden salgılanmaktadır (Büyükkayacı Duman, 2019b).

Masters ve Johnson (1966) insan vücudunda cinsel uyarılar sonucu ortaya çıkan fizyolojik tepkileri dört evrede sınıflandırmıştır. Bu fazlar uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evresidir. Daha sonraki yıllarda bu modele cinsel istek evresi eklenmiştir. Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu 1998 yılında cinsel yanıt döngüsünü cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme aşamaları olmak üzere tekrar sınıflandırmıştır (Büyükkayacı Duman, 2019b).

Cinsel yanıt döngüsü, istek aşaması adı verilen bilinçli cinsel arzularla başlar. Görme, duyma, koklama, dokunma, hayal gücü ve cinsel fanteziler cinsel uyarılmayı tetikleyebilir. Cinsel isteklilik bireyler arasında farklılık gösterir ve cinsel istek seviyesi, çok düşük veya oldukça yüksek düzeylere kadar değişen geniş bir aralıkta olabilir. Uyarılma aşamasında vazokonjesyon ve miyotoni olmak üzere iki temel fizyolojik değişiklik oluşur. Orgazm aşaması, fizyolojik ve psikolojik salınımın eşlik ettiği cinsel gerilimin istemsiz doruk noktasıdır. Orgazm aşaması cinsel hazzın en yoğun yaşandığı fakat en kısa süren evredir. Orgazma tüm vücut dahil olmasına rağmen hissedilen asıl odak noktası pelvik bölgedir. Çözülme aşamasına geçince de vücut eski uyarılmamış durumuna döner. Çözülme orgazmdan sonra 10-15 dakika sürebilir veya orgazm gerçekleşmemişse daha uzun sürebilir (Berman ve ark., 2022; Büyükkayacı Duman, 2019b; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009). Masters ve Johnson'ın cinsel yanıt döngüsünün dört aşamasına yönelik kadın ve erkek cinsel yanıt döngülerine Şekil 1 ve Şekil 2'de yer verilmiştir (Crooks ve ark., 2024b).



Şekil 1. Kadında cinsel yanıt döngüsü (Crooks ve ark., 2024b'den yararlanılarak hazırlanmıştır)



Şekil 2. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü (Crooks ve ark., 2024b'den yararlanılarak hazırlanmıştır)

Cinsel yanıt döngüsünün yaygın olarak ortaya çıkan aşamaları hem kadınlarda hem de erkeklerde benzer bir sırayı takip etmektedir (Berman ve ark., 2022). Cinsel yanıt döngüsünün aşamalarına ilişkin fizyolojik değişikliklere yönelik açıklamalar Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Cinsel yanıt döngüsüyle ilişkili fizyolojik değişiklikler (Berman ve ark., 2022; Büyükkayacı Duman, 2019b; Crooks ve ark., 2024b; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009)

Cinsel Yanıt Döngüsünün aşamaları	Değişiklikler	
	Kadınlar	Erkekler
İstek	Her iki cinsiyet: Fanteziler, zihinsel ve fiziksel uyarılar gibi çağrışımlar sonucu heyecanlanma gerçekleşir.	
Uyarılma	Vajina, penisi içine almaya yönelik değişiklikler geçirir. Kayganlaşma gerçekleşir. Vajina koyulaşır, uzar ve genişler. Vajinanın iç üçte ikisi genişler ve uzar; dış üçte birlik kısım şişer ve daralır. Klitoris büyür. Labialar yaklaşık 2-3 kat büyür. Uterus büyür ve yükselir.	Penis erekte olur. Glans penis büyür. Sperm içerebilen birkaç damla kayganlaştırıcı sıvı gelir.
	Her iki cinsiyet: Uyarılma arttıkça kas gerginliği de artar. İstemli ve istemsiz kaslarda kasılmalar olur. Seks kızarması gerçekleşir. Meme başları dikleşir. Nabız ve kan basıncı artar. Pelvik ve genital bölgeye doğru kan akışı artar. Kişi sakinliğini yitirme hissine kapılır. Kadınların bu evreye ulaşması genellikle erkeklere göre daha fazla zaman alır.	
Plato	Klitoris geri çekilir, bartholin bezlerinden salgılar iyice artar, meme başları çevresindeki areola büyür. Labiaların rengi koyulaşmaya ve şişmeye devam eder. Uterusta giderek yükselme olur. “Orgazmik platform” oluşur.	Penisin rengi koyulaşır. Glans penisin belirginleşmesi artar. Kayganlaştırıcı sıvılar cowper bezlerinden salgılanır. Testisler belirgin bir biçimde büyür ve yükselme en üst düzeye ulaşır.
	Her iki cinsiyet: Nabız, kan basıncı ve solunum hızı giderek artar. Vücutta cinsel kızarma artar. Kaslarda daha fazla gerginlik olur. Dış rektal sfinkter ve kalça kaslarında kasılmalar olur. Orgazmın yaklaşmakta olduğu hissi uyanır.	

Tablo 1. Cinsel yanıt döngüsüyle ilişkili fizyolojik değişiklikler (devam)

Cinsel Yanıt Döngüsünün aşamaları	Değişiklikler	
	Kadınlar	Erkekler
Orgazm	Pelvik taban kasları ve uterus kasları 0,8 saniyelik aralıklarla yaklaşık 5-12 kere kasılır. (Küçük kasılmalar, çoklu orgazmlar veya erkeğinkine benzer basit, yoğun bir orgazm da dahil olmak üzere çeşitli orgazm modelleri gerçekleşebilir.)	Peniste 0,8 saniyelik aralıklarla ritmik, itici kasılmalar 3-6 kere gerçekleşir. Kasılmalar sonucu üretra ve penisten meni dışarı atılır. Mesaneye retrograd ejakülasyonun önlenmesi için iç mesane sfinkteri kapanır. Boşalma olmadan da orgazm gerçekleşebilir.
	Her iki cinsiyet: Nabız, kan basıncı ve solunum hızı en yüksek seviyeye ulaşır. En yüksek kalp hızı (110-180 atım/dk), solunum hızı (40/dk veya daha fazla) ve kan basıncı (sistolik 30-80 mmHg ve diyastolik 20-50 mmHg normalin üzerine) meydana gelir. Tüm vücuda deri kızarması yayılır. Vücuttaki kas gruplarında ve anal sfinkterde istemsiz spazmlar meydana gelir.	
Çözülme	Servikte açılma meydana gelir. Bu açılma spermlerin uterusu girmesini kolaylaştırır. Orgazm olduktan yaklaşık 20-30 dakika sonra serviks tekrar kapanır. Kadınlarda bu aşamada uyarılma devam ettiği sürece yeniden orgazm olma potansiyeli mevcuttur.	Orgazmın ardından döngü tekrar başa döner ve refrakter döneme geçilir. Bu dönemde vücut, fiziksel olarak cinsel uyarılara yanıt veremez. Bu dönemin uzunluğu özellikle yaşa ve diğer faktörlere bağlı olarak birkaç dakikadan günlere kadar değişir.
	Her iki cinsiyet: Vazokonjesyon yaklaşık 10-30 dakika sonra tersine döner. Tüm miyotoni belirtileri 5 dakika içinde ortadan kalkar. Cinsel organlar ve memeler heyecan öncesi durumuna döner. Nabız, kan basıncı ve solunum hızı normal seviyelerine döner. Kişide uyuşukluk ve rahatlama hissi oluşur. Diğer reaksiyonlar arasında uykululuk, ağlama veya gülme gibi duygusal patlamalar yer alır.	

4.6. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları (CİB), bireylerin cinsel sağlığını olumsuz bir şekilde etkileyen ve cinsel yaşam kalitesini düşüren önemli unsurlar arasında yer almaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2024). Çoğu birey için cinsel işlevin yeterli olması çok önemlidir ve pek çok kişi yaşamının bir döneminde CİB yaşamaktadır (Berman ve ark., 2022). Cinsel problemler hem birey hem de partnerinde mutsuzluk, keder, hayal kırıklığı, cinsel yetersizlik gibi duygular yaratmaktadır. Cinsel yaşamında doyumu ve mutluluğu yakalayamayan kişilerin sosyal ve mesleki yaşamları da bu süreçten olumsuz etkilenmektedir. Çözülemeyen ve daha karmaşık hale gelen cinsel sorunlar bireylerin yaşam kalitesini ve kişiler arası ilişkilerini etkiler (Uslu ve ark., 2016).

Cinsel sorunların oluşmasında birçok geçmiş ve güncel faktörler söz konusu olabilmektedir (Berman ve ark., 2022). CİB etiyojisinde hem fizyolojik hem de psikososyal nedenler bulunmaktadır (Nazik, 2019). CİB'e neden olan fizyolojik faktörler arasında; cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) varlığı, hastalıklar, yaralanma, ilaç yan etkileri, hormon düzeyleri, ameliyatlara, eşin genel ve cinsel sağlığı vs yer alırken psikososyal faktörler arasında; katı yetiştirilme tarzı, cinsel mitler ve tabular, kültürel normlar, suçluluk duygusu, utanma, gebelik ve CYBE endişesi, performansta başarısızlık korkusu, cinsellikle ilgili abartılı beklenti, düşük beden imajı, düşük benlik saygısı, stresli bir yaşam tarzı, cinsel yönelimini veya cinsel kimliğini kabullenememe, aile ilişkilerinde sorunlar, partnerle yaşanan çatışma ve öfke, partner ile yakınlık eksikliği, iletişim eksikliği, partneri ile cinsel beklentiler hakkında konuşmama, cinsel ilişki sıklığı veya cinsel aktivitelerdeki anlaşmazlıklar, cinsel travma, depresyon veya anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklar ve yetersiz cinsel eğitim yer almaktadır (Berman ve ark., 2022; Nazik, 2019; Özcan ve Kızılkaya Beji, 2018) Yaşanılan cinsel sorunlar her zaman meydana gelebileceği gibi sadece belirli bir zaman, belirli bir kişi veya belirli bir cinsel aktivite türünde ortaya çıkarak durumsal da olabilir (Berman ve ark., 2022).

CİB sınıflandırılırken cinsel yanıt döngüsünden yararlanılmaktadır (Nazik, 2019). CİB, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) beşinci baskısına (DSM-5) göre sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre kadınlarda görülen cinsel işlev bozuklukları; cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, cinsel organlarda-pelviste ağrı/ penetrasyon bozukluğu (disparoni, vajinusmus) ve orgazm bozukluğudur. Erkeklerde görülen CİB ise; düşük cinsel istek bozukluğu, sertleşme bozukluğu, erken boşalma ve geç boşalmadır. Ayrıca bu tanı kitabında her iki cinsiyet için; maddenin/ilacın yol açtığı CİB, tanımlanmış diğer bir CİB ve tanımlanmamış CİB başlıklarına yer verilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Dördüncü Uluslararası Cinsel Tıp Konsültasyonu'nda (2015);

kadınlarda en sık görülen CİB'in; cinsel isteksizlik ve uyarılma bozukluğu; erkekler için ise en yaygın CİB'in; erken boşalma ve erektil disfonksiyon olduğu bildirilmiştir (McCabe ve ark., 2016a).

Bazı kişiler cinsel işlev bozukluğu olmamasına rağmen cinsel yaşamından memnun olmayabilir. Bu memnuniyetsizlik nedenleri genellikle romantizm, sevgi, şefkat ve ilgi eksikliğine bağlıdır. Cinsellikten tatmin olmak bir partner ile değerlere ve seçilen yaşam tarzına uygun, samimi ve karşılıklı olarak tatmin edici bir şekilde ilişki kurma becerisine bağlıdır (Berman ve ark., 2022).

4.6.1. Kadında cinsel işlev bozuklukları

Kadınların yaşadığı CİB yaşam kalitesini düşürmekte, benlik saygısını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu cinsel işlev bozuklukları cinsel isteksizlik, cinsel uyarılamama, orgazm olamama ve dispareni gibi problemleri içeren psikoseksüel hastalıklardır (Nazik, 2019).

4.6.1.1. Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu

DSM-5'e göre "Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu kadında cinsel ilgi/uyarılma yokluğu ya da belirgin olarak az olması" olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Cinsel ilgi ve istek, cinsel ilişki yaşama motivasyonunu; cinsel uyarılma ise cinsel aktivite sırasında yaşanan fizyolojik tepkileri ifade eder (Bekmezci ve Meram, 2020; Berman ve ark., 2022). Cinsel istek konusunda önemli olan sıklıktan ziyade partnerlerin cinsel ihtiyaçlarının örtüşmesidir. Cinsel istek eksikliğinin en yaygın nedeni depresyon gibi psikolojik sorunlar olsa da ilaçlar ve hormon dengesizlikleri gibi farklı etkenler de bu durumu etkileyebilir (Berman ve ark., 2022). Cinsel uyarılma bozukluğunda, cinsel olarak uyarılma girişimlerine rağmen cinsel yanıt döngüsüne göre gerçekleşmesi beklenen vazokonjesyon, kayganlaşma gibi fizyolojik değişiklikler meydana gelmemektedir (Özcan ve Kızılkaya Beji, 2018). Kadında kayganlaşma eksikliği uyarılma evresinin başlıca sorunudur. Vajinal kayganlaşmanın olmaması ise cinsel ilişki sırasında rahatsızlık hissine ve ağrı yaşanmasına neden olmaktadır (Berman ve ark., 2022). İlgi\uyarılma bozukluklarının tespiti ve tedavisi için detaylı bir tıbbi ve cinsel sağlık öyküsünün alınması ve fiziksel muayene yapılması önemlidir (Özcan ve Kızılkaya Beji, 2018). İlişki çatışmalarının, tıbbi ve psikolojik problemlerin tedavi edilmesi, cinsel isteksizlik ve uyarılma sorunlarının çözülmesinde fayda sağlamaktadır (Bekmezci ve Meram, 2020).

4.6.1.2. Cinsel organlarda-pelviste ağrı/ penetrasyon bozukluğu

DSM 5'in tanımına göre cinsel organlarda veya pelviste ağrı/içe girme bozukluğu; vajinal ilişki esnasında devamlı ya da tekrarlayıcı zorluk yaşama, cinsel ilişki esnasında belirgin vulva

vajinal veya pelvik ağrı; ilişki sırasında bu ağrı ile ilgili belirgin korku ve kaygı duyma; penetrasyon sırasında pelvik taban kaslarını sıkma veya germe gibi belirtilerden en az birinin varlığı ile meydana gelen ve kişide belirgin sıkıntıya neden olan en az 6 ay boyunca devam eden bir bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Cinsel ilişki sırasında veya hemen sonrasında disparoni yaşanabilir. Cinsel ilişkide rahatsızlık ve ağrı nedenleri arasında vajinal kayganlaşmayı engelleyen durumlar, östrojen eksikliği, cilt tahrişleri, laserasyonlar, enfeksiyonlar, lezyonlar, tümörler, endometriozis, gebelik, emzirme, sedanter yaşam tarzı, psikolojik travma ve stres yer almaktadır (Bekmezci ve Meram, 2020; Berman ve ark., 2022; Nazik, 2019). Vajinismus, vajinal kasların dış üçte birinin istemsiz spazmıdır ve vajinaya girişi ağrılı ve bazen imkânsız hale getirir (Berman ve ark., 2022). Cinsel ilişkiyi engelleyen bu kasılmalar kadının kontrolü dışındadır. Kasılmalar penetrasyon sırasında olabildiği gibi vajene parmak ilerletilmesi ve jinekolojik muayene esnasında da oluşabilir (Nazik, 2019). Disparoni veya vajinismus sorunları cinsel işlevi bozmakta, partner ilişkilerinde sorunlara yol açmakta ve kadınların özgüvenleri ve zihinsel sağlıkları üzerinde olumsuz etki yaratabilmektedir (Berman ve ark., 2022). Tedavide sorunun nedenine yönelik müdahale gerekmektedir. Eğer hipöstrojenik vajinal atrofi nedeniyle disparoni sorunu oluşmuşsa lokal östrojen tedavisi, vajinal kayganlaştırıcı ve vajinal nemlendirici kullanımı yarar sağlamaktadır. Bu cinsel işlev bozukluğunun psikolojik tedavisine yönelik biofeedback, cinsel terapi, bilişsel davranışçı terapi ve vajinal dilatasyon uygulanmaktadır (Bekmezci ve Meram, 2020).

4.6.1.3. Kadında orgazm bozukluğu

DSM 5'in tanımına göre orgazm bozukluğu; cinsel etkinliklerin tümünde ya da neredeyse tamamında her orgazmda belirgin gecikme, orgazm seyrekliği, yokluğu ve orgazm hissinin çok düşük yoğunlukta olması belirtilerinden en az birinin varlığı olan, kişide belirgin sıkıntıya yol açan ve en az 6 ay boyunca süren bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Orgazm bozukluğu yaşayan kadın hiç orgazm yaşamamış ya da sadece mastürbasyon gibi belirli koşullarda orgazm yaşıyor olabilir (Berman ve ark., 2022). Orgazm bozukluğuna yol açan faktörler arasında yetersiz cinsel tecrübe, hastalıklar (kalp damar hastalıkları, nörolojik hastalıklar, diyabetes mellitus, pelvik taban kas zayıflığı, kanser vb), pelvik cerrahi ameliyat (histerektomi, konizasyon vb) geçirme, ilaçlar (antihipertansifler, antihistaminikler, antidepresanlar vb), alkol ve madde kullanımı, hormonal değişiklikler, cinsel travma, anksiyete, suçluluk, utanma duygusu, beden imajının olumsuz olması, partner ile iletişim sorunları ve uyumsuzluk yer almaktadır (Bekmezci ve Meram, 2020; Özcan ve Kızılkaya Beji, 2018). Orgazm bozukluğunda kadının cinsel ilişki esnasında orgazm olmayı hedef haline getirmesi ise

kaygıya yol açarak karşılıklı haz ve yakınlığı azaltmakta; orgazm olmayı daha da güçleştirerek kaygı, hayal kırıklığı ve öfkeye yol açmaktadır (Berman ve ark., 2022). Orgazm bozukluğu yaşayan kadınlarda öncelikle ayrıntılı bir tıbbi, psikososyal ve cinsel öykü alındıktan ve fiziksel muayene yapıldıktan sonra bu doğrultuda tedaviye karar verilmektedir (Özcan ve Kızılkaya Beji, 2018). Orgazm bozukluğunda temel olarak tedavi eğitim, psikososyal yaklaşımlar ve vibratör kullanımını içermektedir (Bekmezci ve Meram, 2020).

4.6.2. Erkeklerde cinsel işlev bozuklukları

CİB, erkekleri her yaşta etkileyebilen sağlık sorunlarıdır. Ancak yaş arttıkça erkeklerde CİB görülme sıklığı da artmaktadır. Birçok toplumda cinselliğin güç ve erkeklikle bağdaştırılması sonucu erkekler üzerinde baskı oluşmakta ve cinselliğin erkekler için ayrı bir önemi bulunmaktadır. Dolayısıyla erkeklerde görülen CİB daha ciddi psikolojik yıkıma yol açabilmektedir (Nazik, 2019).

4.6.2.1. Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu

DSM-5'in tanımına göre erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu, cinsellik içeren düşüncelerin, hayallerin ve isteğin, en az 6 ay boyunca kişide belirgin bir sıkıntıya yol açacak şekilde devamlı veya tekrarlayıcı bir şekilde az olması ya da hiç olmaması sorunudur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Erkeklerde cinsel isteksizliğe yol açan faktörler arasında hipofizer/hipotalamik hastalıklar, testosteron eksikliği, endokrin tümörler, yetersiz tiroid hormonu, renal hastalıklar, cushing sendromu, adrenal yetmezlik, nörolojik sorunlar, peyroni hastalığı, aspartam kullanımı, ruh sağlığı hastalıkları, kronik ağrı ve yorgunluk yer almaktadır. Cinsel isteksizlik sorunu yaşam boyu devam eden erkeklerde cinsel kimlik bozukluğu, parafili varlığı; edinsel olanlarda ise aşırı tutucu ve baskıcı bir ailede yetişme, gelişimsel anormallik ve cinsel istismar öyküsü de bu durumun gelişmesinde etkileyen faktörler arasında bulunmaktadır (Nazik, 2019). Tedavi planı cinsel isteksizliğe yol açan etiyojolojiye yönelik hazırlanmaktadır (Gereklioğlu ve ark., 2010).

4.6.2.2. Sertleşme bozukluğu (Erektile disfonksiyon)

Cinsel aktivite sırasında ereksiyonun sağlanamaması ya da sürdürülememesi erkeklerde cinsel uyarılma evresinin başlıca bozukluğudur. Bazı erkekler tam ereksiyona ulaşamaz, bazıları ise orgazmdan önce ereksiyonlarını kaybederler (Berman ve ark., 2022). DSM-5'in tanımına göre sertleşme bozukluğu, en az 6 ay boyunca süren cinsel etkinliklerin tümünde ya da neredeyse tamamında ereksiyon sağlamada belirgin zorluk yaşama, cinsel ilişki bitene kadar ereksiyonu sürdürmede belirgin güçlük çekme ve sertlik düzeyinde belirgin azalma belirtilerinden en az birinin varlığı olan ve kişide belirgin sıkıntıya yol açan sorundur (Amerikan Psikiyatri Birliği,

2014). Erektile disfonksiyona neden olan faktörler arasında çeşitli fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları ile radyoterapi, ilaç kullanımı, pelvik cerrahi, alkol-madde kullanımı, uzun süreli infertilite, çift çatışmaları, cinsel travma, cinsel mitler ve performans anksiyetesi önemli yer tutmaktadır. Bu sağlık sorunları arasında kalp-damar hastalıkları, diabetes mellitus, hipertansiyon, metabolik sendrom, hiperlipidemi, hiperprolaktinemi, hipotiroidi, hipertiroidi, hipogonadizm, epilepsi, kanser, multiple skleroz, omurilik yaralanmaları, parkinson hastalığı, depresyon, anksiyete bozukluğu, psikotik bozukluklar ve kişilik bozuklukları yer almaktadır (Kulacaoğlu, 2016; Mazzilli, 2022). Erektile disfonksiyon her yaşta ve etnik kökenden erkeğin cinsel yaşamını olumsuz etkileyebildiği gibi partnerinin cinsel yaşam kalitesini de negatif yönde etkiler (Mazzilli, 2022; Nazik, 2019). Erektile disfonksiyon tedavisinde etkili ilaçların kullanımı fiziksel sorunu azaltabilir ancak psikolojik veya ilişki sorunları devam edebilir (Berman ve ark., 2022). Erektile disfonksiyon tedavi yaklaşımları olarak ideal kiloya ulaşma, sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıkların bırakılması, düzenli egzersiz yapılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri, vakum cihazı, oral erektogenik ilaçlar, intraüretral alprostadil uygulaması, intrakavernosal self-enjeksiyon uygulaması, penil protezlerin implantasyonu, çift terapisi ve cinsel terapi yer almaktadır (Gereklioğlu ve ark., 2010; Kulacaoğlu, 2016; Mazzilli, 2022).

4.6.2.3. Erken boşalma (Prematür ejakülasyon)

Erken boşalma, erkekler arasında ilk sırada görülen cinsel işlev sorunlarından biridir. Erken boşalmanın dokunulmadan önce boşalmak, penetrasyondan önce boşalmak, vajinaya tek bir itme ile boşalmak, penetrasyondan sonraki bir veya iki dakika içinde boşalmak gibi birçok tanımı bulunmaktadır. Erkek boşalma kontrolü konusunda endişe duymakta veya çift boşalmanın karşılıklı tatmin için çok hızlı olduğu düşünülmektedir (Berman ve ark., 2022). DSM-5'e göre erken boşalma, en az 6 ay boyunca süren, partnerli cinsel etkinliklerin tümünde ya da neredeyse tamamında, devamlı veya tekrarlayıcı olarak, penis vajinaya ilerledikten sonra yaklaşık bir dakika içinde ve erkeğin isteginden önce boşalmanın olması ve kişide belirgin sıkıntıya neden olması olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Erken boşalmanın etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Ancak anksiyete ve penil hipersensitivite gibi biyolojik ve psikolojik faktörler boşalma kontrolünü önleyebilmektedir (Nazik, 2019). Erken boşalma tedavisinde davranış terapisi, ilişki danışmanlığı, farmakoterapi veya bunların kombinasyonu uygulanmaktadır (Gereklioğlu ve ark., 2010). Farmakoterapi, yaşam boyu prematür ejakülasyon sorunu olan hastalar için birinci basamak tedavi olarak düşünülürken, edinilmiş prematür ejakülasyonu olan hastalar için anksiyete, prostatit gibi altta yatan nedeni tedavi etmek ilk hedef olmalıdır (Salonia ve ark., 2021).

4.6.2.4. Geç boşalma (Gecikmiş ejakülasyon)

Geç boşalma bozukluğunda erkek uzun süreler boyunca (bir saat veya daha fazla) ereksiyonunu sürdürebilir ve boşalmada aşırı zorluk çekmektedir (Berman ve ark., 2022). DSM-5'in tanımına göre geç boşalma, en az 6 ay boyunca süren partnerli cinsel etkinliklerin tümünde ya da neredeyse tamamında erkek bir gecikme olmasını istememesine rağmen boşalmada belirgin gecikme, belirgin boşalma sıklığı ya da yokluğu belirtilerinden en az birinin varlığı ve kişide belirgin sıkıntıya neden olması sorunudur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Geç boşalma sorunu yaşayan bazı erkekler kendi kendine uyarılma veya partner tarafından manuel veya oral uyarım sonrasında boşalırken, diğer erkekler tüm uyarı türlerinde boşalmada büyük zorluk yaşamaktadır. Bu bozukluk erken boşalma sorununa göre çok daha az sıklıkta görülmektedir (Berman ve ark., 2022). Geç boşalmaya neden olan faktörler arasında sistemik veya nörolojik (diabetes mellitus, multiple skleroz vs) hastalıklar, ilaç kullanımı (seçici serotonin geri alım inhibitörü), testesteron düşüklüğü, prostat cerrahisi ve kültürel faktörler yer almaktadır (Nazik, 2019; Şirin ve Kendirci, 2016). Tedavide geç boşalma nedenlerinin araştırılması ve düzeltilmesi, uygun medikal tedaviyle eş zamanlı psikoterapinin yapılması ve yakın klinik takip planlanması önerilmektedir (Şirin ve Kendirci, 2016).

4.6.3. Maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu

Hastadan alınan öykü, yapılan fizik muayene veya laboratuvar bulguları; madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu esnasında veya ilaç alındıktan sonra klinik açıdan belirgin bir CİB belirtilerinin geliştiğini ve söz konusu madde/ilaç alımının bu belirtilere yol açtığını göstermektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

4.6.4. Tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu

Bu kategorinin kullanıldığı durumda kişide CİB belirtilerinin özellikleri baskın bir şekilde mevcuttur. Fakat bu belirtiler herhangi bir CİB tanısını koyabilmek için tanı kriterlerini tam olarak karşılamamaktadır. Klinik açıdan ise kişide belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal ve iş yaşamı ile ilgili alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

4.6.5. Tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu

Bu kategorinin kullanıldığı durumda bir CİB bulunmasına rağmen belirtiler karışık ya da tipik değildir. Dolayısıyla CİB'in asıl nedeni belirsizdir (Nazik, 2019).

4.7. Hemşirelerin Cinsel Sağlık Bakımı Vermedeki Rol ve Sorumlulukları

Hemşireler, bakım verdikleri bireylerin gereksinimlerini karşılamak üzere 7/24 hasta yanında bulunan ve sağlık ekibi içerisinde kilit pozisyonda olan meslek üyeleridir (Barış Eren ve

Büyükkayacı Duman, 2019; Büyükkayacı Duman ve Vural, 2019). Cinsellik ve cinsel işlevsellik sağlığın önemli bir boyutu olduğu için hemşirelik bakımının bir parçasıdır (Berman ve ark., 2022). Hemşirelerin cinsel sağlık bakımı vermesine yönelik hem uluslararası hem de ulusal düzeyde rol ve sorumlulukları olduğu kabul edilmektedir. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) 1974'te cinselliği genel sağlık bakımının önemli bir parçası olarak kabul etmiştir. Böylelikle hemşirelik uygulamasının, hastalık yönetimine odaklanan tıbbi bir bakım modelinden, bütünsel bir yaklaşıma ve hasta merkezli bir bakım modeline doğru gelişimi hızlanmıştır (Nakopoulou ve ark., 2009). Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği'nin (NANDA, 2021-2023) cinsellik paternindeki primer hemşirelik tanıları içerisinde “cinsel işlev bozukluğu” ve “etkisiz cinsellik örüntüsü” tanıları yer almaktadır (Herdman ve ark., 2021). Ülkemizde, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte (19.04.2011); hemşireler tarafından cinsel sağlık eğitiminin, CYBE ve güvenli cinsel ilişki eğitiminin hemşirelik kararı ile uygulanabileceği; cinsel danışmanlığın ise hemşirelik kararı, hekim kararı ya da hekim ile birlikte yapılabileceği şeklinde belirtilmektedir. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında çalışan hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları arasında kadına sağlıklı cinsel yaşam, aile planlaması konusunda eğitim ve danışmanlık sağlama; ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hemşireliği alanında çalışan hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları arasında CYBE önlenmesinde ve AIDS ile mücadelede eğitim ve danışmanlık yapma, sorumlu üreme ve cinsel danışmanlık ve sorumlu ebeveynlik için eğitim ve danışmanlık yapma, kadın yaşam evrelerine göre cinsel sağlık/üreme sağlığı sorunlarını belirleme, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütme; toplum ruh sağlığı merkezi hemşireliği alanında çalışan hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları arasında; ergenlik döneminde ortaya çıkabilecek riskli cinsel davranışlar konusunda koruyucu müdahaleleri gerçekleştirme ve bu doğrultuda ergene, aileye ve topluma danışmanlık yapma; okul sağlığı hemşireliği alanında çalışan hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları arasında okuldaki öğrencilere içeriğinde cinsel eğitim de yer alan sağlık eğitimi faaliyetleri planlama ve yürütme yer almaktadır (T.C. Resmi Gazete, 2011). Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nda yaş dönemlerine göre cinsel sağlık ve üreme sağlığı içeriği ve cinsel sağlık ve üreme sağlığı çalışmalarına katılma, izleme ve değerlendirme temel becerisi yer almaktadır (HUÇEP, 2022).

Sağlığın ayrılmaz bir parçası olan cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve bu alandaki gereksinimlerin fark edilip karşılanmasında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Barış Eren ve Büyükkayacı Duman, 2019; Büyükkayacı Duman ve Vural, 2019). Tüm bireylerin cinsel sağlığını değerlendirmek ve cinselliğe yönelik hastaları konuşmaya

cesaretlendirmek, onların herhangi bir kaygı veya sorunu dile getirmelerini teşvik etmek açısından hemşirelerin konumu kritik öneme sahiptir (Berman ve ark., 2022). Hemşire, hekim ile iş birliği içerisinde birey veya çiftle cinsel sağlık hakkında konuşmalı, ilk tıbbi ve cinsel öyküyü almalı ve cinsel sağlık ile ilgili gerekli formları doldurmalıdır (Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014; Karakoyunlu ve Öncel, 2009). Hemşireler; gebe, infertil, kontraseptif yöntem kullanan, CYBE nedeniyle bakım alan, mevcut hastalığı veya tedavisi cinsel işlevini etkileyecek olan ve cinsellikle ilgili sorun yaşayan danışanlarda daha derinlemesine bir cinsel öykü almalıdır (Berman ve ark., 2022). Daha sonra bireylerden alınan öyküye göre fizik muayene ve gerekli görülürse cinsel sağlık sorunlarını tespit etmeye yönelik tanımlayıcı testler uygulanmalıdır (Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014). Cinsel işlev bozukluklarını, cinsel kaygıları veya cinsellikle ilgili değişiklikleri ele alan hemşirelik yaklaşımları birey ve çiftin cinselliğe ve cinsel sağlığına yönelik bilgi ve bilinç düzeyinin artırılmasını, kişinin kendi ve partnerinin cinsel sağlığının sorumluluğunu almasını, cinsellikle ilgili kaygı ve endişelerinin ortaya çıkarılmasını ve çözüme ulaşılmasını, gerekli eğitim ve tedavinin verilmesini sağlayacaktır (Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014; Karakoyunlu ve Öncel, 2009). Hemşireler, bireylerin cinsel sağlıkları ile ilgili verdikleri kararlara saygı göstermelidir. Bu saygı, hemşirenin bireylerin kararını kabul etmesi veya desteklemesi anlamına gelmemektedir. Hemşirenin görevi, bireylere doğru, eksiksiz ve anlaşılır bilgiler vererek bilgilendirilmiş bir karar vermesini sağlamaktır. Hemşireler, cinsel sağlık sorunları hakkında hastalarla konuşurken, mevcut seçeneklerin faydalarını, risklerini ve tedavi alternatiflerini değerlendirmelerine yardımcı olmalıdır (American Nurses Association, 2022). Hemşirelik müdahaleleri hastalara cinsel sağlık, cinsel anatomi ve işlev, istenmeyen gebeliklerin ve CYBE'lerin önlenmesini ve cinsel taciz veya istismardan kaçınmayı içeren sorumlu cinsel davranış, kegel egzersizi, kendi kendine meme muayenesi, kendi kendine vulva muayenesi ve kendi kendine testis muayenesi konularında eğitim verilmesine büyük ölçüde odaklanır. Adölesan dönem, gebelik, menopoz ve yaşlılık gibi gelişimsel krizler ile hastalıklar, tıbbi ve cerrahi tedaviler cinsel işlevler üzerinde önemli etkiler yaratabilir ve bu etkiler bireylerle tartışılmalı ve gerekli bilgilendirme yapılmalıdır (Berman ve ark., 2022). Adölesan dönem, gençlerin biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan önemli değişimler yaşadığı bir süreçtir ve hormonal değişikliklerle birlikte cinsel ilgi gelişimi ve cinselliğin keşfi başlamaktadır. Bu dönemde adölesanlar, cinsellikle ilgili yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıkları için özellikle erkekler, cinselliklerini kanıtlama baskısıyla daha fazla risk alma eğiliminde olmaktadır. Adölesanların sağlık davranışları ve deneyimleri, HIV, diğer CYBH ve istenmeyen gebelik gibi çeşitli risklerle ilişkilidir. Bu dönemdeki riskli davranış ve deneyimleri hedef alan müdahaleler,

bireylerin yaşam boyu cinsel sağlıkları ve genel sağlık sonuçları üzerinde uzun vadeli etkilere sahip olabilmektedir (Wilkins ve ark., 2022). Gebelik döneminde meydana gelen anatomik, fizyolojik ve emosyonel değişiklikler çiftlerin cinsel işlevlerini etkileyebilir (Ziaei ve ark., 2022). Bireysel farklılıklar olmakla birlikte gebelik sırasında genellikle cinsel işlev bozukluğu artış göstermektedir (Heidari ve ark., 2017). Gebelikte cinsel ilişki yaşamaktan suçluluk duyma, fizyolojik ve emosyonel değişiklikler, kadının beden imajının değişmesi, cinsel çekiciliğin azaldığı düşüncesi, gebeliğe bağlı semptomlar, cinsel ilişkide uygunsuz pozisyon endişesi, cinsel mitler, cinsel ilişkinin düşük, kanama, enfeksiyon, fetüsün yaralanması, erken membran rüptürü ve erken doğuma yol açacağı endişesi cinsel yaşamı olumsuz etkileyen faktörlerdir (Shahbazi ve ark., 2018; Ziaei ve ark., 2022). Menopoz, kadınların yaşam döngüsünde doğal bir aşama olup, bu dönemde de cinsellik önemli bir yere sahiptir. Ancak, menopozla birlikte ortaya çıkan semptomlar ve yaşa bağlı cinsel işlevlerdeki gerileme, yaşam kalitesinde belirgin bir düşüşe yol açabilir. Cinsel işlevde yaşanan sorunlar; psikososyal faktörler, bazı ilaçların yan etkileri, vulvovajinal atrofi, kronik hastalıklar veya cinsel istekte azalma gibi farklı nedenlerden kaynaklanabilir. Bu faktörlerin değerlendirilmesi ve menopozdaki kadınların uygun bir bakım alabilmesi oldukça önemlidir (Thornton ve ark., 2015).

Hemşirelerin cinsel sağlık bakımı verirken başarılı olabilmesi için bazı önemli özellikler ve dikkate alınması gereken hususlar bulunmaktadır. Cinsel sağlık hakkında iletişim kurmak, genellikle zorlayıcı ve çekinilen bir konudur. Bu nedenle hemşireler, iletişim becerilerini geliştirerek hastalardan cinsel sağlıkları hakkında yeterli ve doğru bilgi alınmasını sağlayabilir. Bu süreci kolaylaştırmak için hemşirelerin sahip olması gereken bazı özellikler ve dikkat etmeleri gereken önemli noktalara aşağıda yer verilmiştir: (Akcan ve Turhan, 2022; Aygin ve ark., 2017; Barış Eren ve Büyükkayacı Duman, 2019; Başçı ve Karataş, 2019; Berman ve ark., 2022; Büyükkayacı Duman ve Vural, 2019; Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014; Karakoyunlu ve Öncel, 2009; Oskay ve Başgöl, 2015; Sung ve Lin, 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007):

- Cinselliğin hemşirelik müdahalesi için önemli bir alan olduğu kabul edilmeli
- Temel cinsel sağlık bilgisine sahip olmalı
- Cinsel sağlık alanındaki güncel bilimsel yayınlar takip edilmeli ve konu ile ilgili eğitim ve kongrelere katılmalı
- Kendini tanımalı ve kendi cinselliği konusunda rahatlık duymalı
- Cinsel farkındalığı olmalı ve bunun için özel hazırlanmış eğitim programlarına katılmalı

- Danışanın yetiştiği kültürel ve sosyal yapı hakkında bilgi sahibi olmalı
- Görüşmeden önce cinsel sağlık değerlendirmesi yapılacağı açıklanarak bireyin onamı alınmalı
- İmkân varsa hastanın tercih ettiği cinsiyette sağlık çalışanı talebi dikkate alınmalı
- Gizlilik sınırları belirlenmeli
- Danışan ile güven ilişkisi oluşturulup, sağlıklı bir iletişim sürecini başlattıktan sonra görüşmeye yönelik uygun zaman planlamalı
- Bireyin izni alınarak sonraki görüşmelerde partneri de davet edilmeli ve mümkün olduğunca görüşmeler eş/partner katılımı ile gerçekleştirilmeli
- Mahremiyete dikkat edilmeli ve danışan için açık iletişimi ve konforu kolaylaştıran bir çevre oluşturulmalı
- Uygun oturma düzeni oluşturulmalı
- Uygun bir ses tonu kullanılmalı (*Canlı ve enerjik ses tonu olumlu etki bırakır. Gerginlik varsa ses tonu yumuşak ve sakin olmalı. Monoton ses tonu dikkat dağıtır*).
- Jest ve mimiklere dikkat edilmeli
- Başvurana ismiyle hitap edilmeli
- Partner veya eş gibi genel ifadeler kullanılmalı
- Cinsellikle ilgili ifadelerin anlaşılmasında ortak bir dil oluşturulmalı
- Danışanın cinsellikle ilgili kullandığı terimleri kabul edilmeli ve bunlarla alay edilmemeli
- Soruların hangi amaçla sorulduğu net olarak açıklanmalı
- Hastanın utanmasını önlemek için, çevredeki ortamdan bahsedilerek veya görüşmenin amacı açıklanarak konuya giriş yapılmalı
- Başlangıçta rahatsız edici olmayacak sorular sorulmalı
- Cinsel sağlıkla ilgili konularda soru sorulurken genelden başlayıp özele doğru gidilmeli
- Cinsellik normalleştirilerek danışan konuşmaya cesaretlendirilmeli
- Sık sık içerik tepkisi ve duygu tepkisi verilerek etkili iletişim teknikleri kullanılmalı
- “Neden?” ile başlayan yargılayıcı sorulardan kaçınılmalı
- Açık uçlu sorular sorulmalı
- Birey cinsellikle ilgili bazı soruları yanıtlamakta isteksiz ise o sorular kendisini rahat hissedeceği uygun zamana ertelenmeli
- Kişinin kendi kararını vermesine yardımcı olunmalı
- Hemşire kendi değer yargıları ve kişisel değerleri doğrultusunda yaklaşımdan kaçınılmalı

- Kültürel farkındalığı yüksek ve yargılayıcı olmayan bir tutum benimsenmeli
- Eğitim esnasında danışanın ilgisini  kebilecek çeşitli araçlar ve materyaller kullanılmalı
- Bilgiler düzenli bir bilgi akışı dahilinde verilmeli
- Cinsel gereksinimine uygun ve gerektiği kadar bilgi verilmeli
-  nemli bilgiler tekrarlanmalı ve danışanın da tekrarlaması istenmeli
- Görüşme sonunda bilgilerin anlaşılıp anlaşılmadığı kontrol edilmeli
- Cinsel danışmanlık verilirken kullanılan modellere h kim olunmalı ve danışmanlık esnasında bu modellerden yararlanılmalı

4.8. Cinsel Danışmanlık ve Cinsel Danışmanlık Modelleri

Cinsel danışmanlık, bireylerin cinsel aktiviteyi güvenli bir şekilde sürdürebilmeleri, cinsel sorunlarına, kaygılarına ve endişelerine yönelik bilgi ve profesyonel destek alabilmeleri amacıyla sunulan etkileşim sürecidir (Akcan ve Turhan, 2022). Cinsel sorunların çoğu cinsellik hakkındaki bilgi eksikliğinden ve cinsel mitlerden kaynaklandığı için etkili cinsel danışmanlık ve cinsel sağlık eğitimiyle C B  nlenebilir (Berman ve ark., 2022). Cinsel danışmanlık ve eğitim, genital anatomi ve cinsel yanıt döngüsüne yönelik bilgi seviyesini ve farkındalığı artırarak cinsel işlevi iyileştirebilir. Ayrıca kayganlaştırıcı kullanımı,  n sevişme süresinin uzatılması, cinsel fanteziler, cinsel duygular ve cinsellik hakkındaki konuşmaların artırılması ve evlilik yakınlığının teşvik edilmesi gibi öneriler sağlayarak cinsel işlevi iyileştirebilir ve ilişki doyumunu artırabilir (Darooneh ve ark., 2022). Cinsel danışmanlık sürecinde görüşmenin başlatılması ve sürdürülebilmesi genellikle zorluklar içermektedir. Bu nedenle, danışmanlık sürecinin etkin bir şekilde ilerleyebilmesi için rehber niteliğindeki modellerin kullanımı gibi uygun stratejiler ve yaklaşımlardan yararlanılması önem arz etmektedir (Akcan ve Turhan, 2022). Cinsel sağlık hakkında danışmanlık verecek hemşirenin, kendi değerleri ve tutumlarına yönelik farkındalık geliştirmesi büyük önem taşımaktadır. Hemşirenin bireylere karşı cinsellikle ilgili olumsuz bir yaklaşım sergilemesi, kişilerin cinsel sağlık bakım hizmetlerinden kaçınmasına ve hemşire ile olan iletişimlerini sınırlamalarına yol açabilir (Karakoyunlu ve  ncel, 2009). Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Koleji (ACOG), kapsamlı cinsellik eğitiminin tıbbi açıdan doğru, kanıta dayalı ve yaşa uygun olması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu tür bir eğitim; cinsel ilişkiyi geciktirmenin faydaları, üreme sağlığının normal gelişimi, istenmeyen gebelikleri önlemek için doğum kontrol yöntemleri ve CYBH  nleme konusunda bilgi sağlamalıdır. Erken yaşlarda başlayarak hayat boyu devam etmesi önerilen bu eğitim programları ayrıca; cinsel ifade çeşitliliği ( rneğin, oral ve anal seks, karşılıklı mastürbasyon,

erotik mesajlaşma ve sanal seks), sağlıklı ilişkiler (cinsel veya cinsel olmayan), cinsel kimlik, cinsel yönelim, iletişim becerileri, cinsel şiddeti tanıma ve önleme, rıza ve karar alma süreçleri gibi konuları kapsamalıdır (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016). ACOG, kadın cinsel işlev bozukluklarının yönetiminde, karmaşık vakalarda çeşitli uzmanlara yönlendirme yapılmasını önermektedir. Eğer cinsel işlev bozukluğunun temelinde psikolojik veya psikiyatrik sorunlar bulunuyorsa, hastalar psikiyatrist veya klinik psikologlara yönlendirilmelidir. Pelvik taban kaslarıyla ilgili problemler, örneğin disparoni veya penetrasyon zorluğu yaşayan hastalar için pelvik taban fizyoterapistlerinin desteği gereklidir (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019). Pelvik taban kaslarının durumu değerlendirildikten sonra farklı yaklaşımlar gerekebilir. Örneğin hipertonic pelvik taban kasları için ters kegel egzersizi ve hipotonik pelvik taban kasları için kegel egzersizi önerilebilir (Cavkaytar ve ark., 2015; Sahoo ve ark., 2024). Hormon dengesizliklerinin mevcut olduğu durumlarda ise, hastalar hormonal değerlendirme yapabilecek endokrinolog veya jinekolog gibi uzmanlara yönlendirilmelidir. Ayrıca, karmaşık cinsel işlev bozuklukları ve ilişkiye dayalı cinsel sorunlarda cinsel terapistlerin desteği önerilmektedir (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019).

Hemşirelerin cinsel öykü alırken, cinsel işlevi değerlendirirken ve belirlenen sorunların yönetiminde kullanabilecekleri birçok model bulunmaktadır. BETTER, Kaplan, ALARM, ALLOW, PLEASURE, IMB ve PLISSIT modeli gibi modeller, hemşirelerin hastalarla cinsellik konusunu ele alırken uygun adımları atmaları için bir rehber olmaktadır (Akcan ve Turhan, 2022; Annon, 1976; Büyükkayacı Duman, 2019a; Darooneh ve ark., 2022; Mick ve ark., 2004). Cinsellikle ilgili bakım verirken kullanılan modeller, danışanlara bütüncül bakım sunulmasını desteklemektedir. Bu modeller, cinsel sorunlar konusunda eğitimlerin planlanması ve uygulanmasına rehberlik etmekte ve gerektiğinde hastaların cinsel terapistler gibi uzmanlara yönlendirilmesini sağlamaktadır. Böylelikle, bireylerin cinsel sağlığıyla ilgili ihtiyaçları daha kapsamlı ve profesyonel bir şekilde ele alınmaktadır (Akcan ve Turhan, 2022). Cinsel sağlık hizmeti sağlarken yaygın olarak kullanılan modellerin açıklamalarına aşağıda yer verilmiştir:

4.8.1. BETTER modeli

Mick ve arkadaşları tarafından onkoloji hastalarına yönelik geliştirilen BETTER modeli (Mick ve ark., 2004) cinsel sorunları tartışmak için iyi bir modeldir ve cinsel ilişkilerin kalitesinin önemini vurgulamaktadır (Darooneh ve ark., 2022). Bu modeli kullanarak, hemşireler hastaların cinsellik ile ilgili endişelerini daha etkili bir biçimde çözümleyebilmektedir (Mick ve ark., 2004). Bu modelde, danışmanlık programı belirlenirken zamanlama konusunda hem

danışman hem de danışanların görüşü dikkate alınmalıdır (Darooneh ve ark., 2022). Bu modelin adımları BETTER sözcüğünün baş harflerinin açılımı doğrultusunda belirlenmiştir ve aşağıda yer verilmiştir (Darooneh ve ark., 2022; Mick ve ark., 2004):

B (Bring up the topic/Konuyu gündeme getirin): Cinsellik konusu gündeme getirilerek hastaların bu konuyu paylaşmaları ve tartışmaları için fırsat yaratılmaktadır.

E (Explain/Açıklayın): Yaşam kalitesi konusunda cinselliğin önemi açıklanır. Danışman, hastaların cinsellikle ilgili tüm sorularını yanıtlamayacağını ancak endişelerini tartışabileceklerini açıklamaktadır. Cinsellik hakkında konuşma normalleştirilerek hastanın cinsel sorunları hakkında konuşması teşvik edilir.

T (Tell/Söyleyin): Cinsel sorunlarının olası çözümleri hakkında hasta bilgilendirilir. Danışman, hastalarının endişelerini gidermek için uygun kaynakları bulacağını ve gerekirse çözülemeyen sorunları için danışmanlık alması sağlanacağı söylenir.

T (Timing/Zamanlama): Cinsel danışmanlık, hastaların beklenti ve ihtiyaçları doğrultusunda ve hasta konforunun iyi olduğu uygun bir zamanda planlanır. Hasta cinsel sorunlarla başa çıkmaya hazır değilse gelecekte bilgi isteyebilir.

E (Educate/Eğitin): Hastalar kanser tedavilerinin cinsel yaşama yan etkileri hakkında bilgilendirilir.

R (Record/Kaydedin): Değerlendirme ve müdahaleler hastaların tıbbi kayıtlarına kaydedilir.

4.8.2. Kaplan modeli

Değerlendirme odaklı olan bu model sağlık personeline cinsel yanıt döngüsündeki problemleri tespit etmek ve çözüm için öneriler vermek amacıyla rehberlik etmek üzere tasarlanmıştır. Süreç, “cinsel öykü almayı”, “çözümü ve öneriler geliştirmeyi” içeren aşamalardan oluşmaktadır (Büyükkayacı Duman, 2019a). Cinsel öykü alma basamağında bireyin genel sağlık durumu, hastalık öyküsü, cinsel sağlık öyküsü ve deneyimleri, cinselliği etkileyen faktörler, cinsellikle ilgili inanç, tutum ve mitleri, sosyokültürel özellikleri vb. değerlendirilir. Bir sonraki aşamada ise elde edilen veriler değerlendirilerek tedaviye gerek olup olmadığı, gerek varsa öneriler verilmesi veya sevk edilmesini içerir (Kaplan ve Peksoy Kaya, 2024).

4.8.3. ALARM modeli

Kaplan'ın üç aşamalı cinsel tepki modelini birleştiren ve genişleten ALARM modeli (Anderson, 1990), danışanların cinselliği ve cinsel aktivitelerine ilişkin yararlı bir iletişim ve değerlendirme modelidir. ALARM, danışanın tıbbi geçmişiyle birlikte cinsel aktivitenin her aşamasını sorgular (Ingersoll ve Satterly, 2016). ALARM cinsel tepki modeli, sağlık profesyonellerine cinselliği değerlendirmeyi teşvik etmektedir. 1990 yılında geliştirilen bu model, cinsel yanıtın

hangi aşamasında bir sorun oluştuğunu belirlemede sağlık profesyonellerine yol göstermektedir (Anderson, 1990). Bu yaklaşım öncelikle cinselliğin davranışsal ve fiziksel yönlerine odaklandığından cinselliğin bireyselleşmiş yönlerini, yakınlık, cinsel kaygı, duygusal bağlılık ve öz imaj gibi diğer önemli alanları gözden kaçırabilir. ALARM modeli şu aşamalardan oluşmaktadır (Hordern, 2008):

A (Activity/Aktivite): Mevcut cinsel aktivite sıklığı değerlendirilir.

L (Libido/Arzu): Cinsel isteklilik değerlendirilir.

A (Arousal and orgasm (Uyarılma ve orgazm): Uyarılma süreci ve orgazma ulaşma durumu değerlendirilir.

R (Resolution/Çözülme): Cinsel uyarılma döngüsünün çözülme aşaması ve cinsel yaşamdan memnuniyet değerlendirilir.

M (Medical history/Medikal geçmiş): Cinsellikle ilgili tıbbi öykü alınır.

4.8.4. ALLOW modeli

Bu model, cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve cinsellikle ilgili sorunların çözümü için sonraki aşamalarda eğitim, danışmanlık ve yoğun tedavi programları gibi eylem planlarının oluşturulmasını hedeflemektedir (Büyükkayacı Duman, 2019a). ALLOW modeli hastaya cinsel aktivite ve cinsel işlev hakkında soru sormak, hastanın endişelerini normalleştirmek, bilgi ve rahatlık eksikliğinden kaynaklanan sınırlamaları ele almak, değerlendirme için cinsel konularla ilgili tartışmalar açmak ve bir uzmana yönlendirme anlamına gelmektedir. ALLOW modeli, cinsel rehabilitasyonu kolaylaştırmak için sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki iş birliğine daha fazla vurgu yapmaktadır (Dune, 2012). Model beş basamaktan oluşmaktadır (Akcan ve Turhan, 2022):

A (Ask/Sor): Hastaya cinsel aktivite ve cinsel işlevi hakkında soru sorulması

L (Legitimize/Onayla): Hastanın endişelerinin normalleştirilmesi

L (Limitation/Sınırları belirle): Bilgi ve rahatlık eksikliğinden kaynaklanan sınırlamaların ele alınması

O (Open up/Aç): Değerlendirme için cinsel konularla ilgili tartışmaların açılması

W (Work Together/Birlikte çalış): Uzmana yönlendirilmesi

4.8.5. PLEASURE cinsel sağlık modeli

PLEASURE modeli cinsel tutumların, inançların, hislerin ve davranışların incelenmesini; güncel tedavi ve hastalığın yan etkilerinin değerlendirilmesini; danışanların gerçek ve potansiyel cinsel işlev bozuklukları ve üreme ile ilgili konulara ilişkin sorunları anlamasını kapsar. Model cinselliğin değerlendirilmesini ve memnuniyet durumunun tespitini

içermektedir. PLEASURE modeli spesifik olarak P (Partner/Partner), L (Lovemaking/Sevişme), E (Emotions/Duygular), A (Attitudes/Tutumlar), S (Symptoms/Semptomlar), U (Understanding/Anlayış), R (Reproduction/Üreme), E (Energy/Libido) konularını değerlendirir ve belirlenen sorun ve kaygılara dayalı olarak müdahaleler geliştirilir (Büyükkayacı Duman, 2019a; Ingersoll ve Satterly, 2016; Schain, 1988).

4.8.6. IMB modeli

IMB modeli (bilgi, motivasyon, davranış becerileri), üreme ve cinsel sağlık ile ilgili sorunları önleme, riskleri azaltma ve cinsel sağlığı geliştirmede rehber olmaktadır (Akcan ve Turhan, 2022; Fisher ve Fisher, 1992). IMB modelin bilgi, motivasyon, davranış becerileri olmak üzere üç ana varsayımı bulunmaktadır. Birincisi, bireylerin değiştirilmek istenilen hedef davranışları ile ilgili doğru önleyici bilgilere ihtiyacı vardır. İkincisi, bireylerin hedef sağlık davranışını yapması yönünde motive edilmesi gerekir. Üçüncüsü, uygun bilgi ve motivasyonla, bireyler hedef davranışa ulaşmak için davranışsal becerileri kullanacaktır (Tuthill ve ark., 2017).

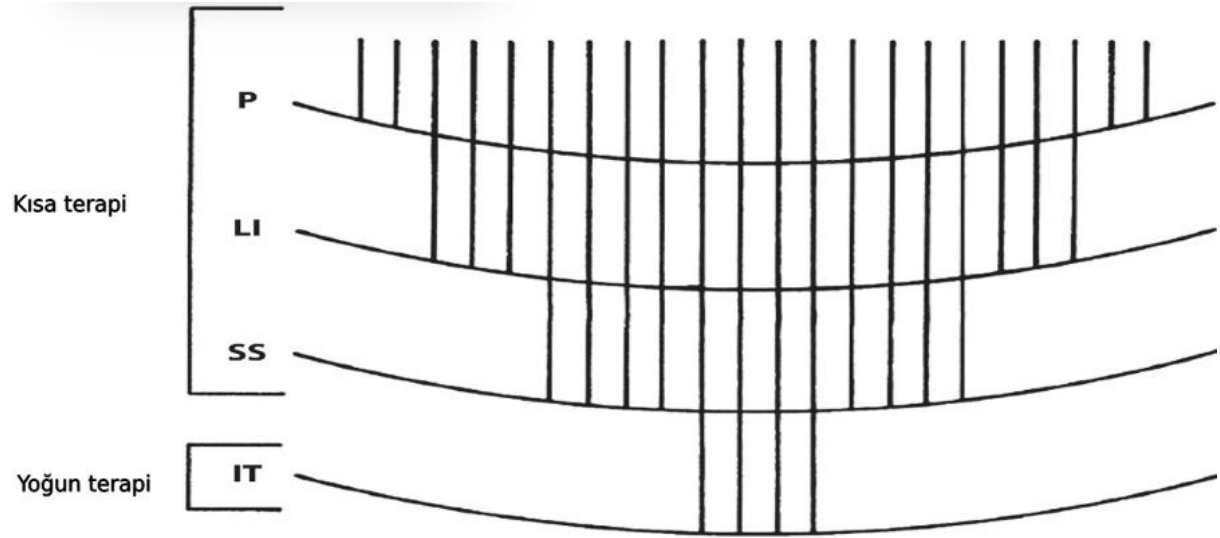
4.8.7. PLISSIT modeli

Hemşirelerin cinsel işlevi değişen hastalara bakım verebilmek için kullanabileceği tekniklerden biri PLISSIT modelidir (Berman ve ark., 2022). PLISSIT modeli, 1976 yılında Annon tarafından, bireylerin cinsellik ve cinsel sağlık konusundaki bakım ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla tasarlanmıştır (Annon, 1976). PLISSIT modeli, cinsel sorunlara birey merkezli bir yaklaşım sağlar. Sağlık uzmanlarının kullanımına yönelik, danışanların cinsel ihtiyacını değerlendirmesine ve uygun bir cinsel müdahale planlamasına yardımcı bir rehberdir (Khakbazan ve ark., 2016). Modelin belirgin sayıda avantajı vardır ve çeşitli vakalarda kullanılabilir ve her hastanın bireysel ihtiyaçlarına uyarlanabilir (Almeida ve ark., 2019). Bu yaklaşım çok yönlüdür ve hem ayakta tedavide hem de yatarak tedavide çok çeşitli hastalıklara, durumlara ve ortamlara uygulanabilir. Bu modele göre, tedavi aşamaları birbirini tamamlar nitelikte olup, her bir düzey bir önceki üzerine inşa edilerek ilerler. Ancak sağlık profesyoneli danışanın ihtiyaçlarına göre tedavi düzeyleri arasında ileri geri hareket edebilir (Ingersoll ve Satterly, 2016). PLISSIT modelinin önemli avantajları arasında eğitim için uygun bir çerçeveye sahip olması yer almaktadır (Kazemi ve ark., 2021). Model, farklı eğitim seviyelerine sahip hemşireler için müdahale ve değerlendirme süreçlerinde rehberlik sağlamaktadır (Akcan ve Turhan, 2022). Tüm profesyonel hemşireler ilk üç düzeyde görev yapabilmelidir. Fakat hemşire sınırlı bilgi, özel öneriler ve yoğun terapi düzeylerinde danışanı birinci aşamada belirlenen belirli sorunlarda daha yetenekli bir sağlık uzmanına da yönlendirebilir (Berman ve ark., 2022).

PLISSIT modeli cinsel işlevi incelemek ve değerlendirmek için en çok kullanılan cinsel danışmanlık modellerinden biridir (Kazemi ve ark., 2021; Mehrabi ve ark., 2019). PLISSIT modeli ile sağlanan bakım, cinsel fonksiyonları geliştirir, cinsel stresi azaltır, cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, cinsel tatmini iyileştirir ve cinsel aktivite sıklığını artırmaktadır (Uslu ve ark., 2016). PLISSIT modeliyle cinsel danışmanlığın incelendiği bir sistematik derlemede; modelin cinsel danışmanlıkta etkili, basit, kullanışlı, maliyet etkin, yaşam kalitesini artıran, çiftler arasındaki ilişkiyi olumlu yönde etkileyen, beden imajını iyileştiren ve cinsel işlevi geliştiren bir danışmanlık yöntemi olduğu belirlenmiştir. Bu model, cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerin cinsel işlevlerini iyileştirmek ve cinsel sağlığı desteklemek amacıyla kullanılmalıdır. Ayrıca, sağlık profesyonellerine cinsel danışmanlık hizmeti sunarken rehberlik etmesi için önerilmektedir (Tuncer ve Oskay, 2022). PLISSIT modelinin hemşirelik bakımı uygulaması olarak kullanılması, hemşirelerin başa çıkmakta zorluk çektiği sorunları ele alma konusunda basit bir yol sunmaktadır (Almeida ve ark., 2019). Bu model 2006 yılında Davis ve Taylor tarafından revize edilmiştir. PLISSIT'in sınırlaması, her adımda danışanlardan geri bildirim alamamak ve bir adımdan diğer adıma doğrusal bir şekilde ilerlemektir. PLISSIT'in genişletilmiş formatı olarak EX-PLISSIT modelin amacı, danışan ve danışman arasında sürekli bir diyalog fırsatı yaratmak ve danışmanlığın tüm aşamalarında danışanların cinsel sorunlarını aktif olarak dinlemektir. PLISSIT'in doğrusal modunun aksine EX-PLISSIT modeli döngüsel bir biçimde yapılır. Bu modelde daha fazla eğitim ve klinik beceri gerektirmektedir. EX-PLISSIT'te, tüm aşamalarda "izin" verilmektedir. Danışanlar cinsel sağlıkları ile ilgili merak ettikleri konuları veya endişelerini modelin her basamağında dile getirebileceklerini farkedebilirler. Süreç daha döngüseldir ve danışanlar cinsel sağlık ihtiyaçlarına göre geri dönüp aşamalar tekrar gözden geçirilebilir ve daha bireyselleştirilmiş bir yaklaşım sunar. Bu genişletilmiş modelde derinlemesine bir yansıtma ve değerlendirme sürecine dayalı bir öğrenme döngüsü mevcuttur. Bu süreçte, yansıtma ve değerlendirmenin iki temel unsuru bulunur: birinde danışan, diğerinde ise sağlık profesyonelinin kendisi odağa alınır. Etkili bir gözden geçirme için, danışanın bakış açısının her aşamada dikkate alınması önemlidir. Bu yaklaşım, danışana yaşadığı sorunları ifade etmesi için daha fazla fırsat sunar (Taylor ve Davis, 2007). Örneğin yapılan bir çalışmada jinekolojik kanser hastalarına EX-PLISSIT modeline dayalı verilen danışmanlıkta “sınırlı bilgi”, “spesifik öneriler” ve yoğun terapi” aşamalarında PLISSIT modelinde uygulananlara ek olarak katılımcılardan cinsel sağlıkları hakkında tekrar geri bildirim alınmış ve ardından katılımcıların kanser tanısı aldıktan sonra cinsel yaşamlarında

yaşadıkları değişiklikler hakkında konuşmalarına olanak sağlamıştır (Mohammadi ve ark., 2022).

PLISSIT modelinin basamakları: PLISSIT modeli danışmanlık sürecinde dört yaklaşım düzeyi sağlamaktadır. Her yaklaşım düzeyi, sağlık uzmanının artan düzeyde bilgi ve becerisini gerektirir. Sağlık uzmanı ilk üç aşamayı kullanarak, hastanın cinsel sorunlarının %80-90'ını çözebilir. Modelin grafiksel gösteriminde görülebileceği gibi (Şekil 3), yatay çizgiler zaman içindeki cinsel sorunlar veya endişeler olacaktır. Teorik modelin her seviyesinde belirli sayıda soruna erişilebilir (Annon, 1976).



Şekil 3. PLISSIT modelinin grafiksel gösterimi (Annon, 1976'dan yararlanılarak hazırlanmıştır)

“PLISSIT” sözcüğündeki her harf veya harf çifti, cinsel kaygıların ele alınması için önerilen bir yöntemi belirtmektedir (Annon, 1976). PLISSIT, “izin”, “sınırlı bilgi”, “spesifik öneriler” ve “yoğun terapi” sözcüklerinin kısaltmasıdır. PLISSIT modelinde bireylerin cinsel sorunları hakkında tartışmalarına izin verilir, gereksinimleri hakkında onlara sınırlı bilgi verilir ve ardından cinsel sorunlarını çözmeleri sağlanır. Son aşamada daha fazla müdahale gerektiren danışanlar için özel terapi sağlanmaktadır. (Almeida ve ark., 2019; Kazemi ve ark., 2021; Mehrabi ve ark., 2019). Bu modelin dört düzeyi aşağıda detaylı olarak verilmiştir:

P (Permission/İzin): Bu basamağın avantajları belirli bir mahremiyet olması koşuluyla, herhangi bir zamanda, neredeyse her ortamda kullanılabilmesi ve danışmanın minimum hazırlık yapmaya ihtiyaç duymasıdır. İzin verme yaklaşımının gizlilik sınırlamaları açıkça yasal hususlar (örneğin, çocuklarla cinsel aktivite, tecavüz, hayvanlara yönelik cinsel davranışlar gibi konular yasal olarak suç teşkil eder) tarafından belirlenmektedir (Annon, 1976). Modelin ilk basamağında bireylerin cinselliğe özgü duygu, düşünce ve endişelerini açığa çıkarmaları

sağlanır (Akcan ve Turhan, 2022). Bu ilk seviyede amaç, hastalara güvenli bir ortamda cinsellik hakkında tartışmaya katılmaları için "izin vermek"tir. Bu seviye göz ardı edilirse, cinsellikle ilgili genel bir bilgi sağlanır ve bireye özgü olmadığı için sorunları çözmede çok fazla etkili olmaz (Kazemi ve ark., 2021). İzin verme aşaması, danışanın cinsel sorunlarıyla doğrudan ilişkili olarak kullanıldığında en uygun ve yararlı olmaktadır (Annon, 1976). Bireyin cinsellikle ilgili doğru uygulamalarını sürdürmesine "izin verilmeli" ve cinsel işlevine zarar veren sorunları tartışmaya kişi teşvik edilmelidir (Khakbazan ve ark., 2016). Danışan kişi eşini aldatmak gibi konularda izin isterse yargılamaktan kaçınılarak danışanın kendini ifade etmesine olanak tanınır, ancak profesyonel ve etik sınırlar korunur. Sağlık profesyoneli, etik olarak bu kararları desteklemek durumunda değildir ancak danışanı ilişkisel dinamikler veya psikolojik etkiler üzerine farkındalığa yönlendirebilir. Bu kararın kendi ve partneri üzerindeki etkileri sorulabilir, kişisel tercihi olabileceği ancak bu konuda sağlık çalışanının rehberlik etme yetkisinin bulunmadığı açıklanabilir veya çift terapisti gibi farklı alana yönlendirilebilir (Annon, 1976; McCarthy ve Wald, 2013; Taylor ve Davis, 2007). Bu basamak kişinin endişelerini ve kaygısını azaltmak için genellikle yeterlidir (Khakbazan ve ark., 2016). "İzin verme" basamağına bir örnek olarak, doğum sonrası dönemdeki kadınlara bu süreçte yaşayabilecekleri belirli cinsel sağlık sorunlarına ilişkin duygu ve endişelerini tartışmaları için izin verilmesi gösterilebilir. Bu basamakta, kadınların düşüncelerini, endişelerini, sorularını ve deneyimlerini güvenli ve rahat bir ortamda paylaşmaları teşvik edilir. Örneğin, bu adımda "Doğum sonrası dönemde cinsel sorunlarla ilgili neler deneyimlediniz?" gibi açık uçlu ve genel sorular sorularak kadınlara kendilerini ifade etme fırsatı sunulur (Abdelhakm ve ark., 2018). Bazen, insanlar sadece anormal bir cinsel yaşama veya davranışa sahip olmadıklarını alanında uzman birinden öğrenmek isterler (Annon, 1976). Bireylere onları rahatsız eden durumlar hakkında konuşma özgürlüğü verilmesi kişilerin durumla başa çıkmalarına ve mevcut durumun endişelenmeleri veya suçluluk duymaları gerektirmeyen bir sorun olarak anlamalarına yardımcı olur (Almeida ve ark., 2019). Bu nedenle izin verme, bir tedavi tekniği olduğu kadar koruyucu bir önlem olarak da görülebilir. Cinsel alandaki teori çok kapsamlı olduğu için danışman cevabını bilmediği sorunlarla karşılaşabilir. O zaman danışman kendisine izin vermeli ve bazen bir danışmanın sunması gereken en önemli hizmetin danışanlarını dinlemesi, ilgi, anlayış, saygı göstermesi olduğunun farkına varmalıdır. Danışman, danışanın sorunu ile ilgili gerekli bilgi ve becerilere sahip değilse danışanı başka bir uzmana yönlendirmelidir. Modeldeki bu aşama diğer yaklaşım seviyeleri ile birlikte de uygulanabilir. Eğer danışman uygun ortam, bilgi ve becerilere sahipse, izin verme basamağını ikinci basamak tedavi ile birleştirebilir (Annon, 1976).

LI (Limited information/Sınırlı bilgi): Modelin bu aşamasında, ilk aşamada saptanan cinsellikle ilgili gereksinimler, sorunlar ve endişeler hakkında doğrudan ve güvenilir “sınırlı bilgi” kişiye sağlık profesyonelleri tarafından sağlanır (Kazemi ve ark., 2021; Shahbazi ve ark., 2018). Sınırlı bilgi verirken sağlık profesyonelinin danışanın endişesiyle doğrudan ilgili "sınırlı" bilgi sağlaması önemlidir. Geniş içerikli cinsel bilgi sunmanın danışanın belirli bir cinsel sorunla ilgili tutumunu veya davranışını değiştirmede çok az doğrudan etkisi olmaktadır (Annon, 1976). Cinsel anatomi ve cinselliğin fizyolojik yönleri hakkında “sınırlı bilgi” verilmesi ve bireyin mevcut hastalığının ve tedavisinin cinsel işlevler üzerine etkilerine yönelik bilgilendirilmesi çok faydalı olmaktadır (Kazemi ve ark., 2021; Khakbazan ve ark., 2016). Aynı zamanda, sınırlı bilgi sağlamak cinsel mitleri ortadan kaldırmak için iyi bir yaklaşımdır (Annon, 1976). Bu aşamada sunulan sınırlı bilgi, kişilerin önceki uygun davranışlarını yapmalarına veya farklı bir davranış geliştirmelerine neden olabilir (Almeida ve ark., 2019). “Sınırlı bilgi” basamağına bir örnek olarak, doğum sonrası dönemdeki kadınlara bu dönemdeki cinsel yaşam kalitesi hakkında kısa ve net bilgiler verilebilir. Bu bilgiler arasında, doğum sonrası cinsel aktiviteye ne zaman başlanılabileceği, eş desteğinin cinsel yaşamın kalitesini artırmada önemi, cinsel birleşme dışında duygusal yakınlık ve fiziksel temasın sürdürülebileceği yer alır. Ayrıca, doğum sonrası dönemde sıkça görülebilen yorgunluk, halsizlik, vajinal kuruluk, dispareni ve cinsel istekte değişiklikler hakkında bilgilendirme yapılabilir. Bu aşamada, kadınların doğum sonrası cinsel yaşamla ilgili yanlış anlamaları varsa ele alınarak doğru bilgiler sunulur ve yanlış algılar düzeltilir (Abdelhakm ve ark., 2018; Çıtak Bilgin ve Çakır, 2022). İzin vermede olduğu gibi sınırlı bilgi vermek de bir tedavi tekniği olduğu kadar koruyucu bir önlem olarak da görülebilir (Annon, 1976). Danışanlardan cinsellikle ilgili kitap veya makaleleri incelemeleri istenebilir ve konu ile ilgili resimler kullanılarak olumlu sonuçlar elde edilebilir (Khakbazan ve ark., 2016). Sınırlı bilgi cinsel sorunları çözmek için yeterli değil ve sağlık profesyoneli uygun bilgi, beceri ve deneyime sahipse, üçüncü tedavi seviyesine geçilebilir (Almeida ve ark., 2019).

SS (Special suggestions/Spesifik öneriler): Bu aşamada danışman, birey veya partner kaynaklı endişelere yönelik olarak özel öneriler sunar ve bireylerin cinsel ilişkiden daha fazla tatmin sağlamaları için rehberlik eder (Akcan ve Turhan, 2022). Özel öneriler, her bir kişinin bireysel gereksinimlerine uymalıdır. Bu aşamada, sağlık personelinin hastaya özel bilgi verebilmesi için cinsellik hakkında daha fazla bilgi edinmesi gerekebilir (Kazemi ve ark., 2021). Danışman bir danışana özel önerilerde bulunmadan önce, danışandan belirli özel bilgileri edinmelidir. Bu nedenle danışman mevcut cinsellikle ilgili sorunun tanımı, sorunun başlangıcı ve seyri, danışanın sorunun nedenine ve sürdürülmesi ilişkin düşünceleri, geçmiş tedavi ve sonuçları,

mevcut beklentiler ve tedavinin hedeflerini içeren cinsel sorun öyküsü almalıdır. Bu tedavi düzeyi, uyarılma, ereksiyon, boşalma, orgazm veya dispareni ile ilgili sorunların çözümü için özellikle etkilidir (Annon, 1976; Rostamkhani ve ark., 2015). Bu düzeyde hemşirenin cinsellik ve işlevselliğin bir hastalık sürecinden veya tedaviden nasıl etkilenebileceği ve hangi yaklaşımların etkili olabileceği hakkında uzmanlaşmış bilgi ve beceriye ihtiyacı vardır. Örneğin kardiyak bir ünite de çalışan hemşirelerin kardiyak rehabilitasyon sırasında cinsel yaşama yeniden uyum konusunda vereceği öneriler için uzmanlaşmış bilgiye ihtiyacı vardır (Berman ve ark., 2022). Bu adımda cinsellikle ilgili soruna veya endişeye bağlı olarak çözüm sağlanır (Shahbazi ve ark., 2018). Bireyin cinsel sorunlarına özgü pratik ipuçları, alternatif cinsel pozisyonlar, mevcut ilaçlar ve cinsel tatmini iyileştirme yolları hakkında önerileri içerir (Khakbazan ve ark., 2016). "Spesifik öneriler" basamağına bir örnek olarak, doğum sonrası dönemde cinsel yaşam üzerinde etkisi olan sorunları yönetmek için kadınlara özel müdahaleler önerilebilir. Örneğin, bir kadın ağrı veya rahatsızlık korkusu nedeniyle eşiyle cinsel ilişkiye girmek konusunda endişe duyuyorsa, nefes egzersizleri ve dikkat dağıtma gibi rahatlama stratejileri önerilebilir. Psikolojik destek sağlanarak, bu süreçte yaşanan duygusal zorluklar ele alınabilir. Ayrıca, günde en az 30 dakika yürüme gibi hafif fiziksel aktiviteler önerilerek genel sağlık ve rahatlama sağlanabilir. Eğer dispareni sorunu mevcutsa, öncelikle sorunun nedeninin araştırılması önemlidir. Buna ek olarak, kayganlaştırıcı kullanımı, ön sevişme süresinin uzatılması, genital bölgeye masaj yaparak uyarının artırılması gibi yöntemler tavsiye edilebilir. Ağrı hissedildiğinde pozisyon değiştirilmesi, baskıyı azaltmak ve kadına daha fazla kontrol imkânı vermek için kadının üstte olduğu veya yan yana pozisyonların tercih edilmesi de önerilen diğer yaklaşımlardandır (Abdelhakm ve ark., 2018; Çıtak Bilgin ve Çakır, 2022; Johnson, 2011). Genellikle danışanın davranışını değiştirmek için herhangi bir aktif adım atmasını gerektirmeyen izin ve sınırlı bilgi vermenin aksine, özel öneriler, danışanın belirtilen hedeflerine ulaşması için davranışını değiştirmesini sağlamaya yönelik doğrudan girişimlerdir. Bu tedavi seviyesi, önceki iki seviye ile kolaylıkla birleştirilebilir (Annon, 1976). Mevcut sorun bu basamakta aşılamazsa bir üst basamak olan yoğun terapi aşamasına geçilir (Akcan ve Turhan, 2022).

IT (*Intensive therapy*/Yoğun terapi): Kişiler arası çatışmalar veya psikolojik faktörler gibi ilk üç aşamada çözülemeyen, cinsel sorunların altında yatan karmaşık nedenleri olan bazı vakalarda yoğun terapiye ihtiyaç duyulacaktır (Khakbazan ve ark., 2016). Bu son aşamada, daha fazla müdahaleye ihtiyaç duyan bireylere "yoğun terapi" sağlanır (Kazemi ve ark., 2021). Danışman, bu aşamayı yönetmek için yeterli bilgiye sahip değilse bireyi bir cinsel terapistle,

psikoloğa veya psikiyatriste yönlendirmelidir (Akcan ve Turhan, 2022; Khakbazan ve ark., 2016; Shahbazi ve ark., 2018). "Yoğun terapi" basamağına bir örnek olarak, doğum sonrası dönemde cinsel ilişki sırasında ağrı sorununun şiddetlenmesi veya kadın cinsel isteksizliğinin devam etmesine bağlı evlilikte çatışmaların ortaya çıkması gibi durumlarda yoğun terapiye ihtiyaç duyulabilir. Bu aşamada, kadınla konuşma başlatılırken "Cinsel sorunlarınızın çözülmediğini düşünüyorsanız, bu sorunların daha ayrıntılı olarak değerlendirilmesi için sizi bir uzmana yönlendirmemi ister misiniz?" gibi bir cümle kurulabilir. Spesifik önerilerle çözüme ulaşmayan cinsel sorunların daha detaylı bir şekilde ele alınması için kadın veya çift, cinsel terapist, psikiyatrist veya aile danışmanı gibi uzmanlara yönlendirilebilir (Abdelhakm ve ark., 2018). İlk üç aşamada çözüme ulaşamayan bireylerin cinsel sorunları bu aşamada uzman tarafından derinleştirilmektedir (Almeida ve ark., 2019). Yoğun terapide en yararlı öneriler genellikle her iki partnere birlikte verilecek önerilerdir. Böylesine mahrem bir durumda iki kişiyi içeren bir problem üzerinde tek kişiyle çalışmak her zaman risklidir ve danışman, mümkünse her iki kişiyi de terapiye almaya çalışmalıdır (Annon, 1976).

PLISSIT modelini hemşirelik öğrencilerine öğretmek için seçmemizin temel nedenleri bu model, cinsel sağlık eğitimi ve danışmanlığında sık kullanılan, yapılandırılmış ve adım adım ilerleyen bir modeldir. PLISSIT modelinin dört aşamadan oluşan yapısı hemşirelik öğrencilerine yol gösterici olacak ve kolayca kavrayabilmelerini sağlayacaktır. Model, farklı eğitim seviyelerine sahip hemşireler için müdahale ve değerlendirmede rehberlik sağlamaktadır. Böylelikle model, hemşirelik öğrencilerinin bilgi ve yetenek düzeyine uygun bir yapı sunarak profesyonel terapist müdahalesi gerektiren durumlarda ise yönlendirme sağlayacaktır. Yoğun terapi gerektiren durumlarda uzmanlara yönlendirme aşaması, öğrencilerin uzmanlık alanlarını aşmamalarını sağlar. Böylelikle, hemşirelik öğrencileri bilgi ve yetenek düzeylerine uygun bir şekilde bireylere destek olabilir. Cinsel sağlık bakımı sağlamaya yönelik kullanılan modeller içerisinde PLISSIT modelini hemşirelik öğrencilerine öğretmek için tercih etme nedenlerimize Tablo 2’de yer verilmiştir.

Tablo 2. PLISSIT modelini diğer modellerle karşılaştırarak seçme nedenlerimiz

Model adı	PLISSIT modelini tercih nedeni
BETTER	BETTER modeli onkoloji hastalarına yönelik geliştirilmiş ve daha çok onkoloji hastalarının katılımıyla yapılan çalışmalarda etkinliği incelenmiştir. PLISSIT modelinin daha çeşitli vakalarda kullanılabilmesi ileride farklı alanlarda çalışacak öğrenci hemşireler için öğrenimi daha uygun olacaktır.
Kaplan	Kaplan modeli, temel olarak klinik değerlendirmelerde kullanılır. Ancak hemşirelik öğrencilerine yönelik cinsel sağlık danışmanlığı eğitimi için doğrudan bir rehberlik sağlamada uygulanabilirliği sınırlı kalacaktır.
ALARM	ALARM modeli, cinselliğin davranışsal ve fiziksel yönlerine odaklandığından cinselliğin bireyselleşmiş yönlerini göz önüne almakta sınırlı kalabileceği için bireye özgü bir model olan PLISSIT modelinin öğretilmesi daha uygun olacaktır.
ALLOW	ALLOW modelinin etkilerine yönelik yapılan araştırmalar sınırlıdır. Bu durum sıkça araştırılmış ve etkinliği daha fazla çalışmayla kanıtlanmış olduğu için PLISSIT modelini tercih etmemizi sağlamıştır.
PLEASURE	PLEASURE modeli, cinsel sağlığı pozitif bir çerçevede ele alarak cinsel yaşam kalitesi ve cinsel memnuniyet üzerine odaklanır. Ancak, bu modelin araştırma ve eğitim materyali açısından yeterince geliştirilmemiş olması, hemşirelik öğrencilerinin eğitiminde uygulanabilirliğini sınırlar.
IMB	IMB modeli, bilgi, motivasyon ve davranışsal beceriler üzerine kurulu olup davranış değişikliği odaklıdır. Cinsel sağlık danışmanlığında IMB modelinin davranış değişikliğine odaklanması PLISSIT modelinin basit ve uygulamalı yapısı ile kıyaslandığında hemşirelik öğrencilerinin eğitiminde zorlayıcı olabilir.
EX-PLISSIT	EX-PLISSIT modeli her aşamasında “izin verme” yi dahil ederek danışanın deneyimlerini derinlemesine araştırmayı hedefler. Ancak bu genişletilmiş yapı, temel seviyedeki hemşirelik öğrencileri için gereğinden fazla karmaşık olabilir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

Hemşirelik öğrencilerine PLISSIT modeli ile verilen cinsel sağlık eğitiminin bilgi ve tutuma etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu tez; metodolojik ve deneysel çalışma olmak üzere 2 aşamada gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın birinci aşaması: Cinsel Sağlık Bakım Anketi'nin Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Bu ankette yer alan Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ) ve Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) çalışmanın ikinci aşamasında kullanılmıştır.

Araştırmanın ikinci aşaması: Çalışmanın esasını oluşturan bu aşamada ise son sınıf hemşirelik öğrencilerine PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi verilmiştir.

5.1. Araştırmanın Birinci Aşaması

5.1.1. Araştırmanın amacı ve tipi

Araştırma CSBBÖ ve CSBTÖ'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla “metodolojik” olarak yapılmıştır. Araştırmanın soruları:

- 1) “Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği” Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç mıdır?
- 2) “Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği” Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç mıdır?

5.1.2. Araştırmanın evreni ve örneklem

Çalışma, Türkiye'deki bir devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim gören 2. ve 3. sınıf öğrencilerle yapılmıştır. Veriler Nisan-Mayıs 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmaya psikiyatrik hastalığı olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü, 2. sınıf ve 3. sınıf hemşirelik öğrencileri dahil edilmiştir. Psikiyatrik hastalık tanısı nedeniyle hiçbir öğrenci çalışmadan dışlanmamıştır. Hemşirelik öğrencileri arasında 101 öğrenci gönüllü olmadığı için çalışmaya katılmamıştır. Sonuç olarak 381 öğrencinin (%79) verileri analiz edilmiştir. Ölçek çalışmalarında örneklem büyüklüğünün madde sayısının 5-10 katı olması gerekmektedir (Devellis, 2017). Ölçekler arasında 31 madde ile en fazla madde sayısına sahip olan CSBBÖ'nün 10 katı olacak şekilde (en az 310 öğrenci) örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Test- tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek için ilk ölçümden 4 hafta sonra örneklemdeki 163 öğrenciye ölçekler tekrar uygulanmıştır.

5.1.3. Veri toplama yöntemi

Veriler, Google Formlar kullanılarak oluşturulan çevrimiçi “Cinsel Sağlık Bakım Anketi” aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcılar, “Bilgilendirilmiş Onam Formunu” okuyup onayladıktan sonra veri toplama formunu doldurmuşlardır.

5.1.4. Araştırma prosedürü

5.1.4.1. Ölçeklerin Türkçe'ye çevrilmesi

Ölçeklerin dil geçerliliğini sağlamak için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır (Brislin, 1970). Ölçekler öncelikle, ana dili Çince olan İngilizce bilen bağımsız 2 akademisyen hemşire ve 1 çevirmen tarafından ayrı ayrı Çince'den İngilizce'ye çevrilmiştir. Araştırmacı tarafından İngilizce üç çeviri tek bir çeviri haline getirilmiştir. Sonra, İngilizce ve Türkçe dillerini bilen bağımsız 2 akademisyen hemşire ve 1 çevirmen tarafından İngilizce çeviri Türkçe'ye çevrilmiştir. Çeviriler araştırmacı tarafından tek bir çeviri haline getirilmiştir. Daha sonra Çin'de 7 yıl yaşamış Türk uyruklu bir çevirmen tarafından Türkçe çeviri Çince'ye geri çevrilmiş ve iki çeviri arasında büyük anlam farklılıklarının olmadığı belirlenmiş, küçük düzeltmeler yapılmıştır.

5.1.4.2. İçerik geçerliliği

Ölçeklerin kapsam geçerliği Davis (1992) tarafından geliştirilen teknikle yapılmıştır (Davis,1992). Ölçeklerin maddelerinin kapsam geçerliğini belirlemek için 1 uzman hekim ve 16 hemşirelik alanında uzman öğretim üyesinin görüşü alınmıştır. Kapsam geçerlilik indeksi CSBBÖ'nün 0,88 ve CSBTÖ'nin 0,92 olarak hesaplanmıştır. Her bir ölçek için kapsam geçerlilik indeksi değerleri 0,80'den büyük olduğundan her bir ölçek içerik geçerliliği açısından yeterli kabul edilmiştir (Polit ve ark., 2007). Araştırmacılar tarafından uzmanların görüşleri doğrultusunda gerekli revizyona gidilmiştir.

Ölçeklerin maddelerinin anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 10 hemşirelik öğrencisi ile ön uygulama yapılmıştır. Öğrencilerin geribildirimleri doğrultusunda çeviride birkaç sözcük düzeltilmesi yapılmıştır. Bu katılımcıların verileri çalışmaya dahil edilmemiştir.

5.1.5. Verilerin istatistiksel analizi

Veriler IBM SPSS 23, IBM SPSS AMOS 23 ve Winsteps uygulama programları kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. $p \leq 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Her bir ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğini ölçmek için sınıf içi korelasyon katsayısına (ICC) bakılmıştır. CSBBÖ'nin dikotom bir ölçek olması nedeniyle iç yapı geçerliliğini değerlendirmek için Rasch analizi kullanılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğini kestirmek için Rasch modelindeki her bir madde için uyum indeksi hesaplanmıştır. Güvenirlik için kişi ve madde ayırma güvenilirlikleri hesaplanmıştır. CSBTÖ'nin yapı geçerliliğini değerlendirmek için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği belirlemek için Cronbach Alfa değerinden yararlanılmıştır.

5.1.6. Araştırmanın etik boyutu

“Cinsel Sağlık Bakımı Anketi’nin Türkçe’ye uyarlamasının yapılması ve bu çalışmada kullanılması için anketi geliştiren Su-Ching Sung’dan e-mail yoluyla izin alınmıştır (Ek-1). Bu anketin Türkçe’ye uyarlamasının yapılması için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay (Tarih: 30.06.2022 Sayı: 70) (Ek-2) ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından kurum izni alınmıştır (Ek-3). Araştırmaya katılan öğrencilere araştırma hakkında gerekli açıklama yapılarak, çevrimiçi bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek-4).

5.1.7. Sınırlılıklar

Katılımcıların hepsinin öğrenci hemşire olması ve çalışmanın tek bir üniversitede ve 2022-2023 bahar döneminde online olarak gerçekleştirilmesi çalışmanın sınırlılıklarıdır.

5.2. Araştırmanın İkinci Aşaması

5.2.1. Araştırmanın amacı ve tipi

Bu çalışmanın amacı, hemşirelik öğrencilerine PLISSIT modeli ile verilen cinsel sağlık eğitiminin bilgi ve tutuma etkisini belirlemektir.

Araştırma hemşirelik öğrencilerine PLISSIT modeli ile verilen cinsel sağlık eğitiminin cinsel sağlık bakım bilgisi, cinsel sağlık bakım tutumu ve cinsel mitleri üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla bir deney ve bir kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü araştırma deseninde randomize kontrollü deneysel olarak yürütülmüştür.

5.2.2. Araştırmanın hipotezleri

Hemşirelik öğrencilerine PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi verildiğinde öğrencilerin:

H₁: Cinsel sağlık bakım bilgisi daha yüksektir.

H₂: Cinsel sağlık bakım tutumu daha olumludur.

H₃: Cinsel mitleri daha azdır.

5.2.3. Araştırmanın yeri ve zamanı

Bu araştırma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde öğrenim gören dördüncü sınıf öğrencilerinin katılımıyla Kasım 2023 – Mart 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür.

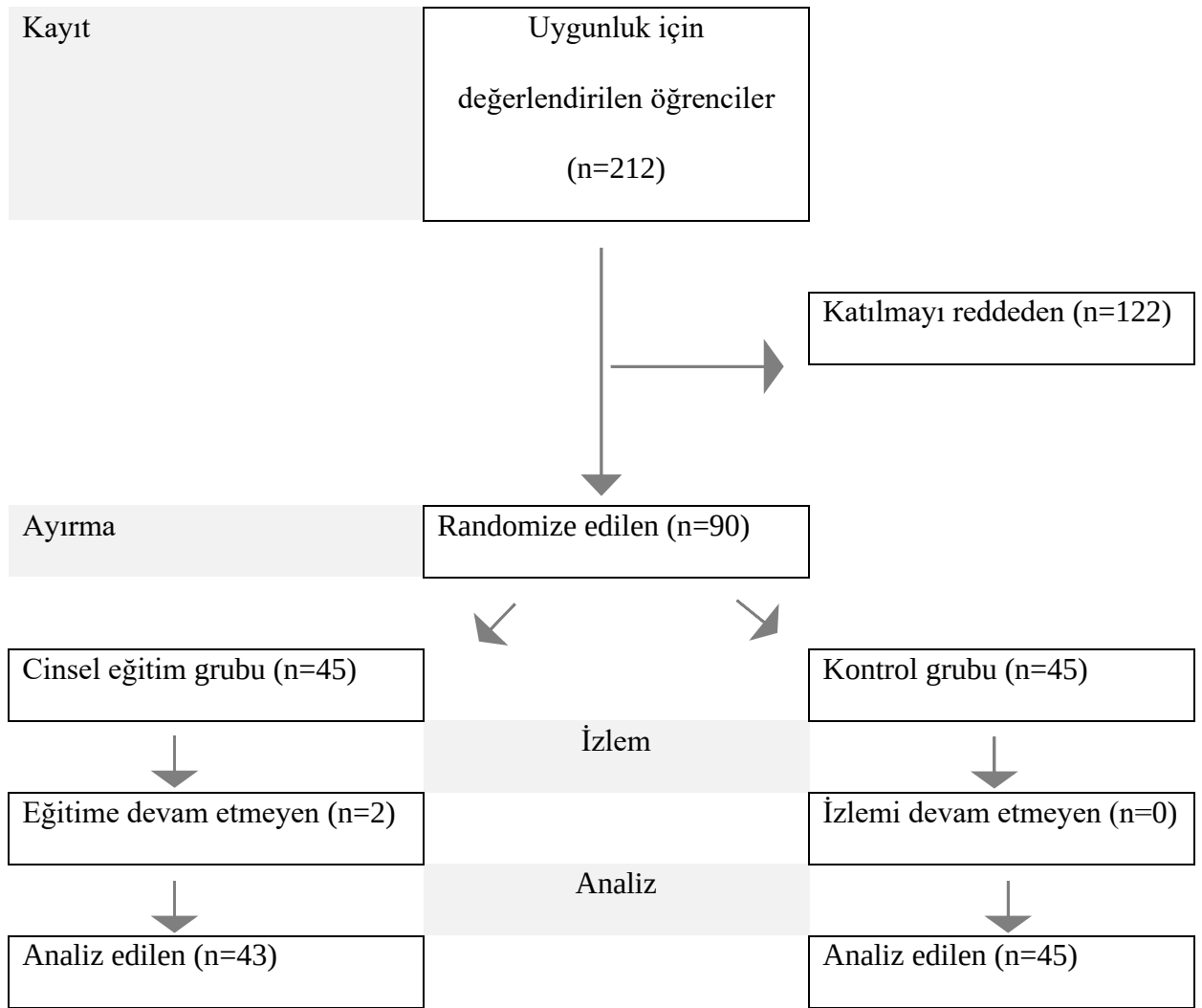
Araştırmaya başlamadan önce deneysel araştırmalar için uluslararası düzeyde bir çalışma protokol kayıt sistemi olan Clinical trials’a kayıt olunmuştur (NCT05883826).

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Bölümünde öğrencilere 4 yıl boyunca Klasik Eğitim Modeline göre yapılandırılan mesleki eğitim verilmektedir. Öğrenciler birinci sınıftan itibaren

temel alan dersleri olarak sırasıyla Hemşirelik Esasları, İç Hastalıkları Hemşireliği, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Hemşirelikte Eğitim İlke ve Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Halk Sağlığı Hemşireliği teorik ve staj derslerini almaktadırlar. Öğrenciler cinsel sağlıkla doğrudan ilişkili olmak üzere, Hemşirelik Esasları dersi kapsamında “Cinselliği İfade Etme”; Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında “Üreme Organlarının Anatomisi ve Fizyolojisi”, “Cinsel Sağlık ve Aile Planlaması”, “Genital Yol ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Hemşirelik Bakımı”; Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında “Cinsel İşlev Bozuklukları ve Hemşirelik Yaklaşımı” konularını öğrenmektedirler. Eğitim programında yer alan ve cinsel sağlıkla ilişkili olan “Toplumsal Cinsiyet”, “Aile İçi Şiddet”, “Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık” seçmeli dersleri ise sadece bu dersi seçen öğrenciler tarafından alınmaktadır. Çalışmaya katılan tüm öğrenciler PLISSIT modeli kullanımını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Araştırma için son sınıf hemşirelik öğrencilerinin seçilme nedeni öğrencilerin temel düzey cinsel sağlık bilgilerine sahip olmalarıdır.

5.2.4. Araştırmanın evreni ve örneklemi

Araştırmanın evrenini; 2023–2024 eğitim öğretim yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde öğrenim gören dördüncü sınıf hemşirelik öğrencileri (N=212) oluşturmuştur. Araştırma sürecinde Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) diyagramı oluşturulmuştur (Şekil 4).



Şekil 4. CONSORT akış diyagramı

Araştırmanın örnekleme; dahil edilme kriterlerine uyan hemşirelik bölümü son sınıf öğrencileri oluşturmuştur (n=90). Örneklem sayısını belirlemek için güç analizi cinsel sağlık bakım bilgisi, cinsel sağlık bakım tutumu ve cinsel mitler değişkenleri için ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği için örneklem büyüklüğünün hesaplanması:

Sung ve Lin (2013) çalışması temel alınarak Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği bakımından farklılığın tespiti için, GPower 3.1.9.7 programı ile uygulanan güç analizi sonucunda tip 1 hata: 0,05 tip 2 hata: 0,10 ve effect size= 1,08 değerine göre örneklem büyüklüğü gruplarda 19 kişi toplamda 38 kişi olarak tespit edilmiştir.

Araştırmanın verileri toplandıktan sonra G*Power 3.0.10 programı kullanılarak yapılan post hoc Power analizi sonucunda; 2 grup, 3 tekrarlı çalışma deseninde %5 hata payı ile çalışmanın gücü %100 olarak belirlenmiştir.

Güç analizi bilgileri

F tests - ANOVA: Repeated measures, within-between interaction

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input:	Effect size f	= 0.751
	α err prob	= 0.05
	Total sample size	= 86
	Number of groups	= 2
	Repetitions	= 3
	Corr among rep measures	= 0.5
	Nonsphericity correction ϵ	= 1
Output:	Noncentrality parameter λ	= 291.025
	Critical F	= 3.049792
	Numerator df	= 2.000000
	Denominator df	= 168
	Power (1- β err prob)	= 1.000000

Cinsel Sağlık Bakımı Tutum Ölçeği için örneklem büyüklüğünün hesaplanması:

Sung ve Lin (2013) çalışması temel alınarak Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği bakımından farklılığın tespiti için, GPower 3.1.9.7 programı ile uygulanan güç analizi sonucunda tip 1 hata: 0,05 tip 2 hata: 0,10 ve effect size= 0,86 değerine göre örneklem büyüklüğü gruplarda 30 kişi toplamda 60 kişi olarak tespit edilmiştir.

Araştırmanın verileri toplandıktan sonra G*Power 3.0.10 programı kullanılarak yapılan post hoc Power analizi sonucunda; 2 grup, 3 tekrarlı çalışma deseninde %5 hata payı ile çalışmanın gücü %100 olarak belirlenmiştir.

Güç analizi bilgileri

F tests - ANOVA: Repeated measures, within-between interaction

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input:	Effect size f	= 0.448
	α err prob	= 0.05
	Total sample size	= 86
	Number of groups	= 2
	Repetitions	= 3
	Corr among rep measures	= 0.5
	Nonsphericity correction ϵ	= 1

Output: Noncentrality parameter λ = 103.563
Critical F = 3.049792
Numerator df = 2.000000
Denominator df = 168
Power (1- β err prob) = 1.000000

Cinsel Mitler Ölçeği için örneklem büyüklüğünün hesaplanması:

Süvari ve Kaydırak (2024)'ın çalışması temel alınarak Cinsel Mitler Ölçeği bakımından farklılığın tespiti için, G*Power 3.0.10 programı ile uygulanan güç analizi sonucunda tip 1 hata: 0,05 tip 2 hata: 0,20 ve effect size $f=0,145$ değerine göre örneklem büyüklüğü gruplarda en az 39'ar kişi toplamda 78 kişi olarak tespit edilmiştir. Araştırma sürecinde örneklem kaybı yaşanabileceği için örneklem sayısının %20'si kadar daha öğrencinin araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Cinsel Mitler Ölçeği için hesaplanan örneklem büyüklüğü sayısı Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği ve Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği için hesaplanan örneklem sayısından daha büyük olduğu için bu değer gözönüne alınmıştır.

Araştırmanın verileri toplandıktan sonra G*Power 3.0.10 programı kullanılarak yapılan post hoc Power analizi sonucunda; 2 grup, 3 tekrarlı çalışma deseninde %5 hata payı ile çalışmanın gücü %100 olarak belirlenmiştir.

Güç analizi bilgileri

F tests - ANOVA: Repeated measures, within-between interaction

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input: Effect size f = 0.6970539
 α err prob = 0.05
Total sample size = 86
Number of groups = 2
Repetitions = 3
Corr among rep measures = 0.5
Nonsphericity correction ϵ = 1
Output: Noncentrality parameter λ = 250.716
Critical F = 3.049792
Numerator df = 2.000000
Denominator df = 168
Power (1- β err prob) = 1.000000

Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiştir ve çalışmaya katılmayı kabul eden 90 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Bu öğrenciler randomizasyon sonrası cinsel eğitim grubu (45) ve kontrol grubu (45) olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır. Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin cinsel eğitim grubu ve kontrol grubuna ataması <https://www.random.org/> sitesi kullanılarak yapılmıştır. Randomizasyon için gruplar arasında dengenin sağlanması amacıyla öğrenciler azalan genel ağırlıklı not ortalamaları (GANO)'na göre sıralanmıştır. Daha sonra randomizasyon sitesinden yararlanılarak cinsel eğitim grubu için 45 öğrenci ve kontrol grubu için 45 öğrenci olacak şekilde randomize atama yapılmıştır.

5.2.5. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Son sınıf hemşirelik öğrencisi olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

5.2.6. Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Araştırmadan ayrılmak istemesi,
- Veri toplama formlarını eksik doldurması,
- Cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nin tamamına katılmamasıdır.

Cinsel eğitim grubunda yer alan 2 öğrenci eğitimleri tamamlamadığı ve son test/izlem testini doldurmadığı için çalışmadan çıkarılmıştır.

5.2.7. Araştırmanın değişkenleri

Bağımsız değişken: Araştırmanın bağımsız değişkenlerini yaş, cinsiyet, GANO, aile tipi, çoğunlukla yaşadığı yer, şu an kaldığı yer, anne ve baba eğitim düzeyi, öğrencinin anne ve baba ile anlaşma düzeyi, cinsellik bilgi kaynağı, cinsel sağlık ile ilgili eğitim alma durumu, hemşirelik programında cinsel sağlık eğitimi almanın önemine ilişkin özellikler ile PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi alma ve almama durumu oluşturmaktadır.

Bağımlı değişken: Araştırmanın bağımlı değişkenlerini “Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği”, “Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği” ve “Cinsel Mitler Ölçeği” puanları oluşturmaktadır.

5.2.8. Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri “Öğrenci Tanıtım Formu” (Ek-5), “Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ)” (Ek-6), “Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ)” (Ek-7), “Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ)” (Ek-8), “PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne İlişkin Öğrenci Görüş Formu” (Ek-9) kullanılarak elde edilmiştir.

Veriler, PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne başlamadan önce, eğitim tamamlandıktan hemen sonra ve 3 ay sonra olmak üzere anket formu kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formları öğrenciler tarafından doldurulmuştur. Her katılımcının veri toplama formlarını doldurması yaklaşık 20-40 dakika sürmüştür.

5.2.8.1. Öğrenci Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri (Gerbild ve ark., 2018; Güdül Öz ve ark., 2020; Lu ve ark., 2024; Rezaei-Fard ve ark., 2019; Sharon ve ark., 2020; Sung ve Lin, 2013; Tuğut, 2016; Ünal Toprak ve Turan, 2021) doğrultusunda hazırlanan öğrenci tanıtım formunda 15 soru bulunmaktadır. Bu sorular öğrencilerin “grup, yaş, cinsiyet, GANO, medeni durum, aile tipi, yaşadığı yer, şu an kaldığı yer, anne ve baba eğitim düzeyi, ebeveynle anlaşma düzeyi, cinsellik bilgi kaynağı, cinsel sağlıkla ilgili eğitim alma durumu, hemşirelik programında cinsel sağlık eğitimi önemi” bilgilerini içeren sorulardır.

5.2.8.2. Cinsel Sağlık Bakımı Anketi

Cinsel sağlık bakımı anketi; hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımı verme potansiyelini belirlemeye yönelik Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği, Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği ve Cinsel Sağlık Bakım Özyeterlilik Ölçeği olmak üzere 3 ayrı ölçek içermektedir. Ölçeklerin orijinal dili Çince'dir. Sung tarafından 2011 yılında ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Sung, 2011). Ankette yer alan ölçekler üç ayrı ölçek olduğu için yapılacak çalışmalarda ayrı ayrı kullanılabilir. Ölçeklerin Türkçe'ye uyarlaması bu tez kapsamında yapıldıktan sonra çalışmada Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği ve Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ): Ölçek; hemşirelik öğrencilerinin hastalık, tıbbi tedavinin cinsel sorunlara etkileri, cinselliği iyileştiren müdahaleler, cinsel değerlendirme, cinsel sağlık bakımı ile ilgili iletişim ve cinsel şiddet vb durumlarda yaklaşım konusundaki bilgilerini ölçmek için tasarlanmıştır. Ölçek, cinsel tıp ve hemşirelik (1-18. madde), cinsel değerlendirme (19-26. madde) ve cinsel taciz ve saldırı (27-31. madde) olmak üzere üç bölümden ve toplam 31 maddeden oluşmaktadır. Her madde “evet”, “hayır” ve “bilmiyorum” şeklinde derecelendirilmiştir. Doğru cevaba 1 puan, yanlış cevaba ve bilmiyorum cevabına 0 puan verilmektedir. Ölçekten 0-31 arasında puan alınabilmektedir. Ölçekten ne kadar yüksek puan alınırsa, cinsel sağlık bakımı ile ilgili bilgi düzeyleri de o kadar yüksektir. Ölçeğin Kuder Richardson-20 (KR-20) güvenirlik katsayısı 0.99'dur (Gündüz ve Demirci, 2024). KR-20 katsayısı, ölçekte maddelerin ikili puanlama (örn. Doğru=1, Yanlış\bilmiyorum=0 puan) yapıldığı durumlarda kullanılan iç tutarlılığın bir göstergesidir. Cronbach Alfa'ya

benzemektedir. Bu nedenle ikili cevaplar içeren bu ölçekte KR-20 güvenirlik katsayısı tercih edilmiştir (Bajpai ve Bajpai, 2014; Bursal, 2019). Güvenirlik katsayılarının 0,60'ın üstünde olması gerekmektedir (Büyüköztürk, 2016). Bu çalışmada KR-20 güvenirlik katsayısı ön test için 0,63; son test için 0,81 ve izlem testi için 0,71 olarak belirlenmiştir.

Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ): Ölçek hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık hizmetlerine yönelik tutumu, mesleki rolleri ve cinsel sağlık konularında bilgi sağlama konusundaki tutumlarını belirlemektedir. Ölçek, algılanan rahatlık (1-6. madde), bilgi sağlama (9, 10, 11, 12, 17, 18. madde) ve profesyonel roller (7,8,13,14,15,16. madde) olmak üzere 3 alt boyut ve toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Her alt boyutta 6 madde yer almaktadır. 5'li Likert tipte olan ölçekte her madde 5 = çok katılıyorum, 4 = katılıyorum, 3 = kararsızım, 2 = katılmıyorum ve 1 = hiç katılmıyorum olarak derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 18-90 arasında değişmektedir. Yüksek puan, cinsel sağlık bakımında olumlu bir tutum sergilendiğini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.86'dır (Gündüz ve Demirci, 2024). Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,86 olarak belirlenmiştir.

5.2.8.3. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ)

Ölçek, bireylerin sahip olduğu cinsel mitleri belirlemek üzere Gölbaşı ve ark. (2016) tarafından geliştirilerek geçerliliği ve güvenirliği yapılmıştır. Madde sayısı 28 olan 5'li Likert tipteki bu ölçekte ifadeler "1" puan (Asla katılmıyorum), "5" puan (Kesinlikle katılıyorum) arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin cinsel yönelim (1-5. madde), toplumsal cinsiyet (6-11. madde), yaş ve cinsiyet (12-15. madde), cinsel davranış (16- 18. madde), mastürbasyon (19-20. madde), cinsel şiddet (21-24. madde), cinsel ilişki (25- 26. madde) ve cinsel memnuniyet (27- 28. madde) olmak üzere 8 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 28-140 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması sahip olunan cinsel mitlerin yüksek olduğunu göstermektedir. Cronbach Alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur (Golbası ve ark., 2016). Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,91 olarak belirlenmiştir.

5.2.8.4. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne İlişkin Öğrenci Görüş Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden (Kalogirou ve ark., 2022; Kucukkelepce ve ark., 2021) yararlanılarak, PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nin cinsel eğitim grubu öğrencileri tarafından değerlendirilmesine yönelik hazırlanmıştır. Form 2 kısımdan oluşmaktadır. İlk kısım eğitimde öğretilen PLISSIT modeli hakkında öğrencilerin düşüncelerini ve eğitimden öğrencilerin memnuniyet durumuna yönelik soruları içerdiği için PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi bittikten hemen sonra doldurulmuştur. Formun 2. kısmında ise öğrencilerin pratikte PLISSIT modeli kullanımına yönelik sorular yer aldığı için

eğitim bittikten 3 ay sonra doldurulmuştur. Bu süre esnasında öğrencilerin öğrendikleri PLISSIT modelini gerçek bireylerde uygulama fırsatı olacağı düşünülmüştür.

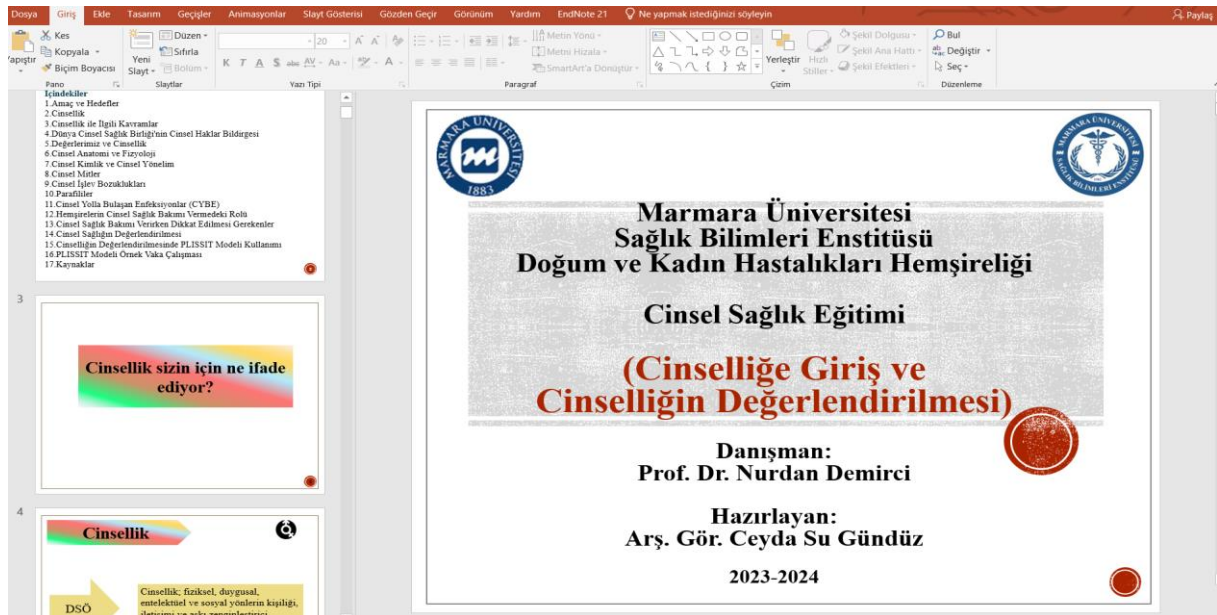
5.2.9. Araştırmanın ön hazırlığı

5.2.9.1. Araştırmacının hazırlığı

Araştırmacı, Uluslararası Entegratif Kognitif Psikoterapi Enstitüsü (IICPI) tarafından 13.11.2021-03.04.2022 tarihleri arasında düzenlenen 6 aylık (120 saatlik) “Cinsellik, Cinsel Terapi ve Cinsel Tedaviler Eğitimi” ne katılmış ve eğitimi tamamlamıştır (Ek-10).

5.2.9.2. Eğitim materyallerinin hazırlanması

Cinsel eğitim grubundaki öğrencilere verilecek PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi için sunumlar hazırlanmıştır (Şekil 5). Öncelikle PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’nin içeriği cinsellikle ilgili yapılmış araştırmalar temel alınarak oluşturulmuştur (Aaberg, 2016; Gerbild ve ark., 2018; Gürel ve Taşkın, 2020; Mace ve ark., 1974; Sharon ve ark., 2020; Sung ve Lin, 2013; Sung ve ark., 2016; Tsai ve ark., 2013). PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’nin her hafta 1 oturum olacak şekilde 4 hafta içinde tamamlanması planlanmıştır. Eğitim içeriğinde PLISSIT modeli ve aşamalarına detaylı olarak yer verilmiştir. Eğitim esnasında öğrencilerin pratik yapmasını sağlamak için PLISSIT modelinin uygulanmasına yönelik 10 tane vaka oluşturulmuştur (Ek-11). Vakalar, literatür bilgisi, araştırmacıların cinsel sağlıkla ilgili aldıkları eğitim ve klinik tecrübeleri doğrultusunda oluşturulmuştur. Eğitim içeriği ve oluşturulan vakalar hakkında konu alanı ile ilgili eğitim almış 6 uzman kişiden görüş alınmış ve uzman görüşleri doğrultusunda eğitim içeriği ve vakalarda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.



Şekil 5. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi powerpoint sunum slaytı

5.2.10. Araştırmanın uygulanması

5.2.10.1. Araştırmanın ön uygulaması

Veri toplama formunun ve eğitimin anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 10 hemşirelik öğrencisi ile ön uygulama yapılmıştır. Öğrencilerin görüşleri doğrultusunda veri toplama formunda bir değişiklik yapılmamış; eğitim sunumlarında küçük değişiklikler yapılmıştır. Ön uygulamaya katılan öğrencilerin verileri çalışmaya dâhil edilmemiştir.

5.2.10.2. Veri toplanması ve PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nin verilmesi

Araştırma yüz yüze olarak uygulanmıştır. Örneklem grubunda yer alan öğrencilerle yüzyüze toplantı yapılmıştır. Süreç içerisinde yapılacak uygulamalar detaylı olarak açıklanmış ve öğrencilerin merak ettikleri sorular yanıtlanmıştır. Araştırmanın amacını ve yöntemini detaylı şekilde açıklayan Bilgilendirme Formu ve Onay Formu öğrencilerle paylaşılmış ve onamları alınmıştır. Daha sonra öğrencilere ön test (Öğrenci Tanıtım Formu, Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği, Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği ve Cinsel Mitler Ölçeği) uygulanmıştır.

Kontrol grubu ve cinsel eğitim grubu ile iletişimin sorunsuz ve hızlı olmasının sağlanması açısından iki ayrı WhatsApp grubu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Veri toplama zamanları ve eğitim gün ve yer bilgileri WhatsApp gruplarından öğrencilere duyurulmuştur.

Araştırma boyunca kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Cinsel eğitim grubuna PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi araştırmacı tarafından verilmiştir. Eğitim, Marmara Üniversitesi kütüphanesinde yer alan grup çalışma odasında gerçekleştirilmiştir (Şekil 6). Grup çalışma odasında 2 masa ve yaklaşık 16 sandalye bulunmakta olup ses yalıtımı mevcuttur. Eğitim esnasında araştırmacı kendi bilgisayarını kullanmıştır.

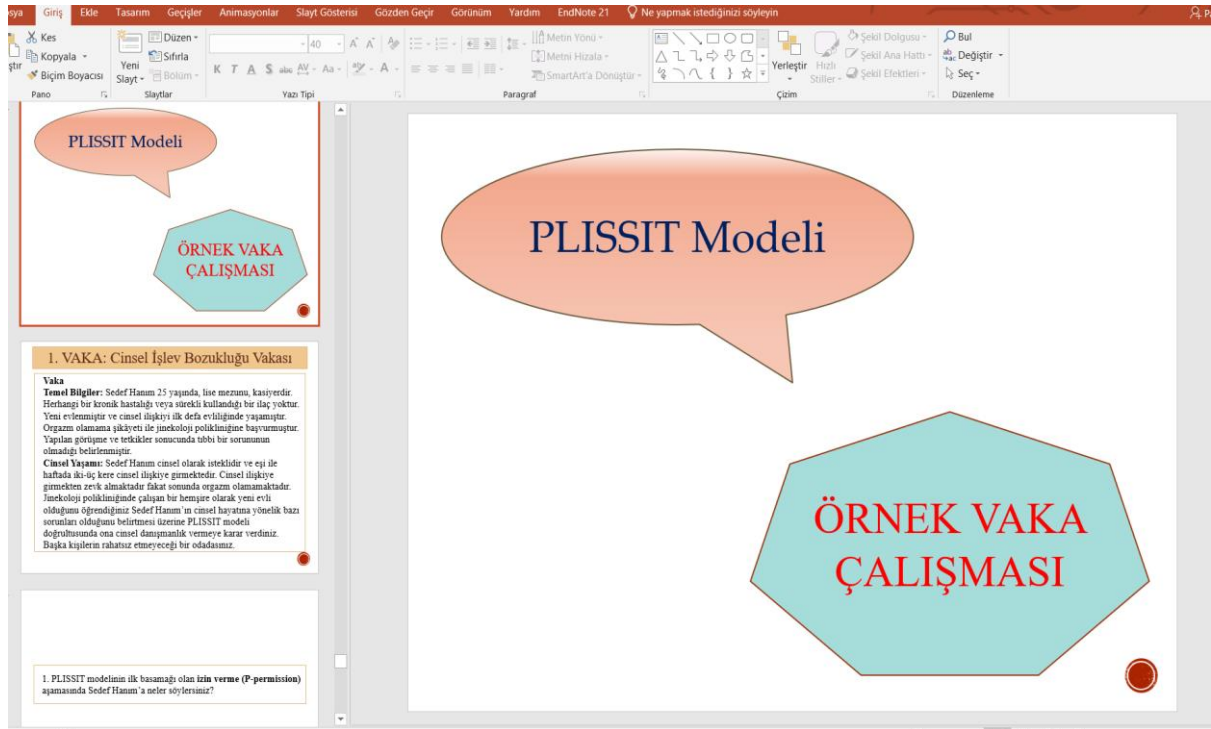


Şekil 6. Öğrencilere PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi verilmesi

PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi powerpoint sunumu, soru cevap, anlatım, tartışma, vaka analizi, bireysel rol play egzersizi vs eğitim teknikleri kullanılarak yapılmıştır. Cinsel eğitim grubunun PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne katılımlarını sağlayabilmek üzere eğitim oturumları tekrarlı bir şekilde hafta sonu da yapılmak üzere düzenlenmiştir. Haftalık program öğrencilerin uygun oldukları zamanda katılımını sağlamak amacıyla tüm hafta boyunca devam etmiştir ve bu nedenle her eğitim oturumu 5 kere tekrarlanmıştır. Öğrenci kendi müsaitliğinin olduğu günde eğitime katılmıştır. Eğitim oturumlarında 8-10 kişilik öğrenci grupları yer almıştır. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nde teorik konu araştırmacı tarafından kısa ve öz olacak şekilde anlatılmıştır. Araştırmacı tarafından PLISSIT modeli kullanımına yönelik örnek vaka çalışması yapılmıştır (Şekil 7). Eğitim sürecinde her öğrenci kendisine verilen vakanın çözümlemesini hazırlamıştır. Daha sonra her öğrenci eğitici rehberliğinde rol play egzersizi yapılarak vakaları PLISSIT modeli doğrultusunda değerlendirmiş ve süreci yönetmiştir. Yaklaşık 16 saatlik PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi 4 haftalık süreçte tamamlanmıştır. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi programına Tablo 3'te yer verilmiştir.

Cinsel eğitim grubuna eğitimden hemen sonra son test (*Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği*, *Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği* ve *Cinsel Mitler Ölçeği*) ve eğitimden 3 ay sonra izlem testi (*Cinsel*

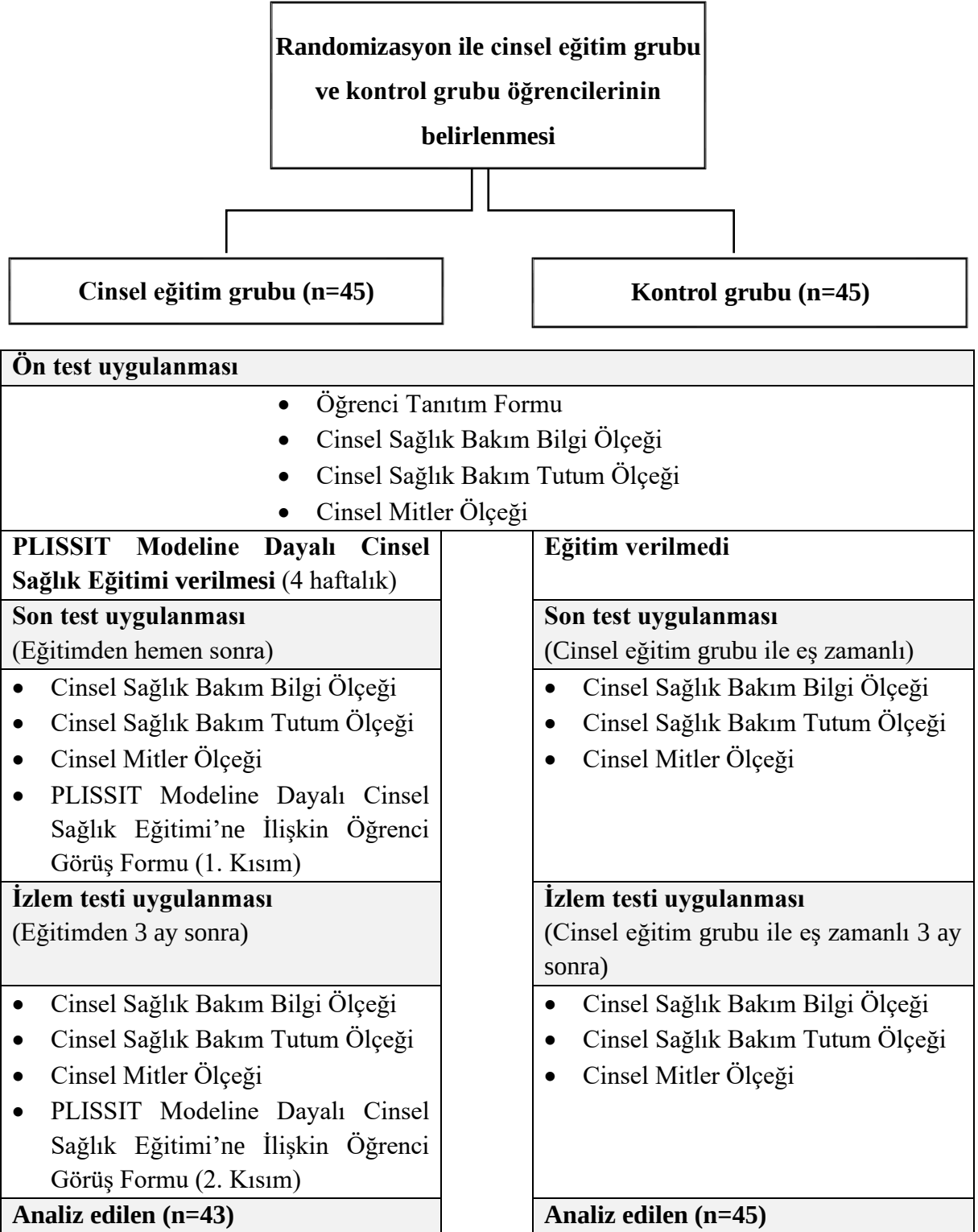
Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği, Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği ve Cinsel Mitler Ölçeği) uygulanmıştır. Kontrol grubunda yer alan öğrencilere de cinsel eğitim grubu ile eş zamanlı olacak şekilde son test ve izlem testi uygulanmıştır. Cinsel eğitim grubundaki öğrenciler kontrol grubundan farklı olarak PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’ni aldıktan henmen sonra “PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’ne İlişkin Öğrenci Görüş Formu”nun ilk kısmını, 3 ay sonra ise bu formun ikinci kısmını doldurmuştur. Cinsel eğitim grubunda yer alan 2 öğrenci kişisel nedenler ve yoğunluklarından dolayı eğitimleri tamamlamadığı ve son test/izlem testini doldurmadığı için çalışmadan çıkarılmıştır. Araştırmanın akış çizelgesine Şekil 8’de yer verilmiştir. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’ni tamamlayan öğrencilere katılım belgesi verilmiştir (Ek-12).



Şekil 7. PLISSIT modeli kullanımına yönelik örnek vaka çalışması slaytı

Tablo 3. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi programı

Zaman	Eğitim Konusu	Eğitim İçeriği	Süre	Eğitim tekniği
1.hafta	Cinselliğe Giriş ve Cinselliğin Değerlendirilmesi	- Cinsellik ile İlgili Kavramlar - Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin Cinsel Haklar Bildirgesi - Değerlerimiz ve Cinsel Sağlık - Cinsel Anatomi ve Fizyoloji - Cinsel Kimlik ve Cinsel Yönelim - Cinsel Mitler - Cinsel İşlev Bozuklukları ve Parafililer - Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar - Hemşirelerin Cinsel Sağlık Bakımı Vermedeki Rolü - Cinsel Sağlık Bakımı Verirken Dikkat Edilmesi Gerekenler - Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesi	4 saat (her 40 dakikada 10 dakika mola)	-Powerpoint sunumu - Anlatım - Soru cevap -Tartışma
		Cinselliğin Değerlendirilmesinde PLISSIT Modeli Kullanımı ve PLISSIT Modeli Örnek Vaka Çalışması (<i>Cinsel İşlev Bozukluğu Vakası</i>)		-Vaka analizi -Bireysel rol play egzersizi
2.hafta	Değişim Sürecinde Cinsel Sağlık Bakımı	- Adölesan Dönem ve Cinsellik - Gebelikte Cinsel Yaşam - Doğum Sonrası Cinsel Yaşam - Klimakterik Dönemde Cinsel Yaşam - Yaşlılıkta Cinsel Yaşam	4 saat (her 40 dakikada 10 dakika mola)	-Powerpoint sunumu - Anlatım - Soru cevap -Tartışma
		PLISSIT Modeli Doğrultusunda Vaka Çalışması (<i>Gebelikte Cinsel Yaşam, Doğum Sonu Cinsel Yaşam, Klimakterik Dönemde Cinsel Yaşam Vakaları</i>)		-Vaka analizi -Bireysel rol play egzersizi
3.hafta	Hastalık Sürecinde Cinsel Sağlık Bakımı	- Kanser/ Jinekolojik Kanser ve Cinsel Yaşam - Histerektomi ve Cinsel Yaşam - Üriner İnkontinans ve Cinsel Yaşam - Diabetes Mellitus ve Cinsel Yaşam - Kalp hastalıkları ve Cinsel Yaşam - Nörolojik sorunlar ve Cinsel Yaşam	4 saat (her 40 dakikada 10 dakika mola)	-Powerpoint sunumu - Anlatım - Soru cevap -Tartışma
		PLISSIT Modeli Doğrultusunda Vaka Çalışması (<i>Kanser Hastası ve Cinsel Yaşam, Histerektomi ve Cinsel Yaşam, Kalp Hastalıkları ve Cinsel Yaşam Vakaları</i>)		-Vaka analizi -Bireysel rol play egzersizi
4.hafta	Cinsel Sağlığı Geliştirme Durumlarında Cinsel Sağlık Bakımı	- Fiziksel Engellilerde Cinsel Yaşam - Zihinsel Engellilerde Cinsel Yaşam - Gebeliği Önleyici Yöntemler ve Cinsel Yaşam - İnfertil Çiftler ve Cinsel Yaşam - Cinsel istismar\Cinsel Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımı - LGBT ve Cinsel Yaşam	4 saat (her 40 dakikada 10 dakika mola))	-Powerpoint sunumu - Anlatım - Soru cevap -Tartışma
		PLISSIT Modeli Doğrultusunda Vaka Çalışması (<i>Gebeliği Önleyici Yöntemler ve Cinsel Yaşam, İnfertil Çiftler ve Cinsel Yaşam, LGBT ve Cinsel Yaşam Vakaları</i>)		-Vaka analizi -Bireysel rol play egzersizi



Şekil 8. Araştırmanın akış çizelgesi

5.2.11. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri IBM SPSS (Statistical Package of Social Sciences) 27.0 paket programıyla yapılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 4. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler

Değişkenler	İstatistiksel Yöntemler
Sürekli değişkenler (öğrencilerin yaş ve GANO tanıtıcı özellikleri ve ölçeklerin bulguları)	Ortalama $\pm$ standart sapma, Medyan [çeyrekler arası genişlik]
Kategorik değişkenler (öğrencilerin cinsiyet, aile tipi vs. tanıtıcı özellikleri ve PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne İlişkin Öğrenci Görüş Formu'na ilişkin bulgular)	Sıklıklar (sayı, yüzde)
Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunun değerlendirilmesi	Shapiro Wilk testi
Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun (Cinsel eğitim ve kontrol) GANO, ölçek toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	Bağımsız Örneklem T-Testi (t-tablo değeri)
Normal dağılıma sahip olan verilerde üç veya daha fazla bağımlı grubun (Grup içi ön test, son test, izlem testi) ölçek toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (F-tablo değeri)
Normal dağılıma sahip olan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması	Tek yönlü varyans analizi – ANOVA (F-tablo değeri)
Normal dağılıma sahip olan verilerde iki nicel değişken ölçek toplam puanlarının ilişkilerinin incelenmesi	Pearson korelasyon katsayısı
Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun (Cinsel eğitim ve kontrol) yaşlarının, ölçek toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	Mann-Whitney U test (Z-tablo değeri)
Normal dağılıma sahip olmayan verilerde üç veya daha fazla bağımlı grubun (Grup içi ön test, son test, izlem testi) ölçek toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	Friedman test (χ^2 -tablo değeri)
Normal dağılıma sahip olmayan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması	Kruskal-Wallis H (χ^2 -tablo değeri)
Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki nicel değişken ölçek toplam puanlarının ilişkilerinin incelenmesi	Spearman korelasyon katsayısı
Nitel değişkenler (cinsiyet, aile tipi, çoğunlukla yaşanan yer vb.) bakımından iki grup (Cinsel eğitim ve kontrol) arasındaki farklılığın değerlendirilmesi	“Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları
Ölçek ve alt boyutlarının güvenirlikleri	Cronbach Alfa Katsayısı, Kuder Richardson-20 değeri

Cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin “PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’ne İlişkin Öğrenci Görüş Formu”ndaki açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlar, araştırmacı tarafından Microsoft Word belgesine aktarılmıştır. Öğrencilerin görüşlerini anlamak amacıyla bu belge dikkatlice incelenmiş ve analiz edilmiştir. Araştırmanın bulguları sunulurken n ve yüzde değerleri verilmiştir. Öğrencilerin düşüncelerinden önemli ifadelerden doğrudan alıntılar yapılmıştır.

5.2.12. Araştırmanın etik yönü

Tez çalışmanın esasını oluşturan ikinci aşamasında “Cinsel Mitler Ölçeği”nin kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren Zehra Gölbaşı’dan e-mail yoluyla izin alınmıştır (Ek-13). Tezin bu aşamasının uygulanabilmesi için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay alınmıştır (Tarih: 17.10.2023 Sayı: 97) (EK-14). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından kurum izni alınmıştır (Ek-15). Araştırmaya katılan öğrencilere araştırma hakkında gerekli açıklama yapılarak, bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek-16).

5.2.13. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma tek bir üniversitenin son sınıf hemşirelik öğrencilerinin dahil edilmesi ve araştırmanın yürütüldüğü zaman olan 2023-2024 öğrenim yılı ile sınırlıdır. Ayrıca araştırmada elde edilen verilerin kapsamı, çalışmada kullanılan veri toplama aracı ve öğrencilerin verdiği cevapların doğruluğu ile sınırlılık göstermektedir.

6. BULGULAR

Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerine verilen PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nin bilgi ve tutuma etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulguların istatistiksel analizleri 4 bölümde incelenmiştir.

- Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ) ve Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ)'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışmasının Bulguları
- Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları
- Öğrencilerin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ)'ne İlişkin Bulguları
- Cinsel Eğitim Grubunun PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulguları

6.1. Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ) ve Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ)'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışmasının Bulguları

6.1.1. Öğrencilerin tanıtıcı bulguları (ölçek uyarlama çalışması)

Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri (n=381) (Ölçek uyarlama çalışması)

Değişken	$\bar{X} \pm S. S.$	min-maks
Yaş (yıl)	20,76±1,29	19-29
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	294	77,2
Erkek	87	22,8
Sınıf		
2.Sınıf	178	46,7
3.Sınıf	203	53,3
İnanç		
Var	362	95,0
Yok	19	5,0
Medeni durum		
Evli	2	0,5
Bekar	379	99,5
Aile tipi		
Çekirdek	326	85,6
Geniş	55	14,4
Anne ilişkisi		
Çok iyi	159	41,7
İyi	149	39,1
Normal	66	17,3
Kötü	4	1,0
Çok kötü	3	0,8
Baba ilişkisi		
Çok iyi	107	28,1
İyi	129	33,9
Normal	114	29,9
Kötü	23	6,0
Çok kötü	8	2,1
Cinsellik/toplumsal cinsiyet ders/kurs alma durumu		
Evet	36	9,4
Hayır	345	90,6
Flört deneyimi		
Evet	280	73,5
Hayır	101	26,5
Âşık olma deneyimi		
Evet	244	64,0
Hayır	137	36,0
Partner varlığı		
Evet	103	27,0
Hayır	278	73,0
Cinsel deneyim		
Evet	48	12,6
Hayır	333	87,4
Cinsel tacize uğrama		
Evet	37	9,7
Hayır	344	90,3

Araştırmaya katılan toplam 381 öğrencinin yaş ortalaması $20,76 \pm 1,29$ olup, çoğunluğu (294; %77,2) kadındır. Öğrencilerin 178 (%46,7)'i 2. sınıf, 203 (%53,3)'ü ise 3. sınıftır. Öğrencilerin neredeyse tamamı bekar (379;%99,5) olup dini inançlarının olduğunu (362; %95) ifade etmiştir. Öğrencilerin çoğunluğu olmak üzere; annesiyle olan ilişkisini çok iyi (%41,7), babasıyla olan ilişkisini ise iyi (%33,9) olarak belirtmiştir. Öğrencilerin yaklaşık %86'sı çekirdek aileden geldiğini, %91'i daha önce cinsellik/toplumsal cinsiyet dersi/kursu almadığını, %74'ü flört deneyimi, %64'ü âşık olma deneyimi yaşadığını, %73'ü partnerinin olduğunu, %12,6'sı cinsel deneyim yaşadığını ve %9,7'si cinsel tacize uğradığını ifade etmiştir.

6.1.2. Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ) geçerlilik ve güvenirlik bulguları

Rasch analizinde uyum istatistikleri; ortalama kare istatistikleri ve standardize edilmiş z istatistikleri kullanılarak rapor edilir (Wright ve Linacre, 1994). Rasch Analizi, iç uyum (infit) ve dış uyum (outfit) olmak üzere iki tür ortalama kare uyum istatistikleri sağlamaktadır (Wright ve Linacre, 1994; Ayala, 2009). CSBBÖ için yapılan Rash analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği madde uyum istatistikleri

Alt boyutlar	Madde	b	SH	İç uyum	İç uyum Z	Dış uyum	Dış uyum Z	Gözlenen puan ölçüm korelasyonu	Beklenen puan ölçüm korelasyonu	Gözlenen uyum	Beklenen uyum
1. alt boyut: Cinsel tip ve hemşirelik	Madde1	-1,71	0,13	0,87	-2	0,77	-2,2	0,59	0,5	80,5	77,9
	Madde 2	-1,51	0,13	1,33	4,8	1,52	4,8	0,26	0,49	67,8	75,6
	Madde 3	0,31	0,12	1,08	1,8	1,15	1,6	0,33	0,39	68,6	70,4
	Madde 4	-1,18	0,12	1,21	3,8	1,27	3,2	0,33	0,48	64,1	72,3
	Madde 5	0,15	0,12	0,95	-1,2	0,87	-1,5	0,45	0,4	70,8	69,3
	Madde 6	0,45	0,12	1,08	1,6	1,09	0,9	0,32	0,38	71,9	71,8
	Madde 7	-0,4	0,12	0,95	-1,1	0,92	-1,2	0,48	0,44	67,8	67,8
	Madde 8	0,14	0,12	0,98	-0,5	0,96	-0,5	0,42	0,4	70	69,2
	Madde 9	0,56	0,12	1,22	3,9	1,47	3,8	0,19	0,37	66,8	72,9
	Madde 10	2,32	0,2	1,09	0,6	1,33	1,1	0,15	0,22	91,6	92
	Madde 11	0,18	0,12	0,9	-2,3	0,82	-2,1	0,48	0,4	73	69,4
	Madde 12	-1,16	0,12	0,84	-3,2	0,78	-2,9	0,59	0,48	77,3	72,2
	Madde 13	-0,52	0,12	0,82	-4,5	0,76	-3,9	0,58	0,45	77,3	68,1
	Madde 14	1,8	0,17	1,06	0,5	1,29	1,3	0,2	0,26	87,6	87,8
	Madde 15	0,98	0,13	1,02	0,3	0,94	-0,4	0,33	0,33	78,6	78,5
	Madde 16	-0,48	0,12	0,89	-2,8	0,82	-2,7	0,53	0,44	73,2	68
	Madde 17	0,7	0,13	0,93	-1,1	0,83	-1,5	0,41	0,36	78,4	74,7
	Madde 18	-0,66	0,12	0,85	-3,6	0,82	-2,9	0,56	0,46	75,1	68,7
2. alt boyut: Cinsel değerlendirme	Madde 19	0,00	0,15	1,08	1,0	1,17	1,4	0,58	0,62	80,9	79,1
	Madde 20	0,81	0,14	1,09	1,5	1,21	2,1	0,57	0,60	68,3	72,0
	Madde 21	-1,38	0,21	0,73	-2,1	0,69	-1,3	0,70	0,63	92,2	89,7
	Madde 22	0,78	0,14	1,18	2,8	1,24	2,4	0,54	0,60	64,8	72,2
	Madde 23	0,76	0,14	0,97	-0,5	1,01	0,1	0,61	0,61	74,1	72,2
	Madde 24	0,16	0,15	0,78	-3,1	0,63	-3,9	0,70	0,62	83,3	77,6
	Madde 25	1,15	0,13	0,98	-0,4	1,04	0,4	0,60	0,60	74,1	70,4
	Madde 26	-2,28	0,26	1,10	0,6	0,92	-0,1	0,61	0,62	91,8	93,6
3. alt boyut: Cinsel taciz ve saldırı	Madde 27	-2,11	0,37	0,98	0,0	0,96	0,1	0,71	0,71	93,5	93,5
	Madde 28	0,86	0,19	0,83	-2,7	0,79	-2,4	0,76	0,71	79,1	68,1
	Madde 29	0,82	0,19	1,30	4,0	1,39	3,8	0,63	0,71	51,1	68,3
	Madde 30	0,27	0,20	0,80	-2,2	0,76	-2,2	0,76	0,71	77,7	73,8
	Madde 31	0,15	0,20	1,07	0,7	1,07	0,6	0,69	0,71	74,1	75,4

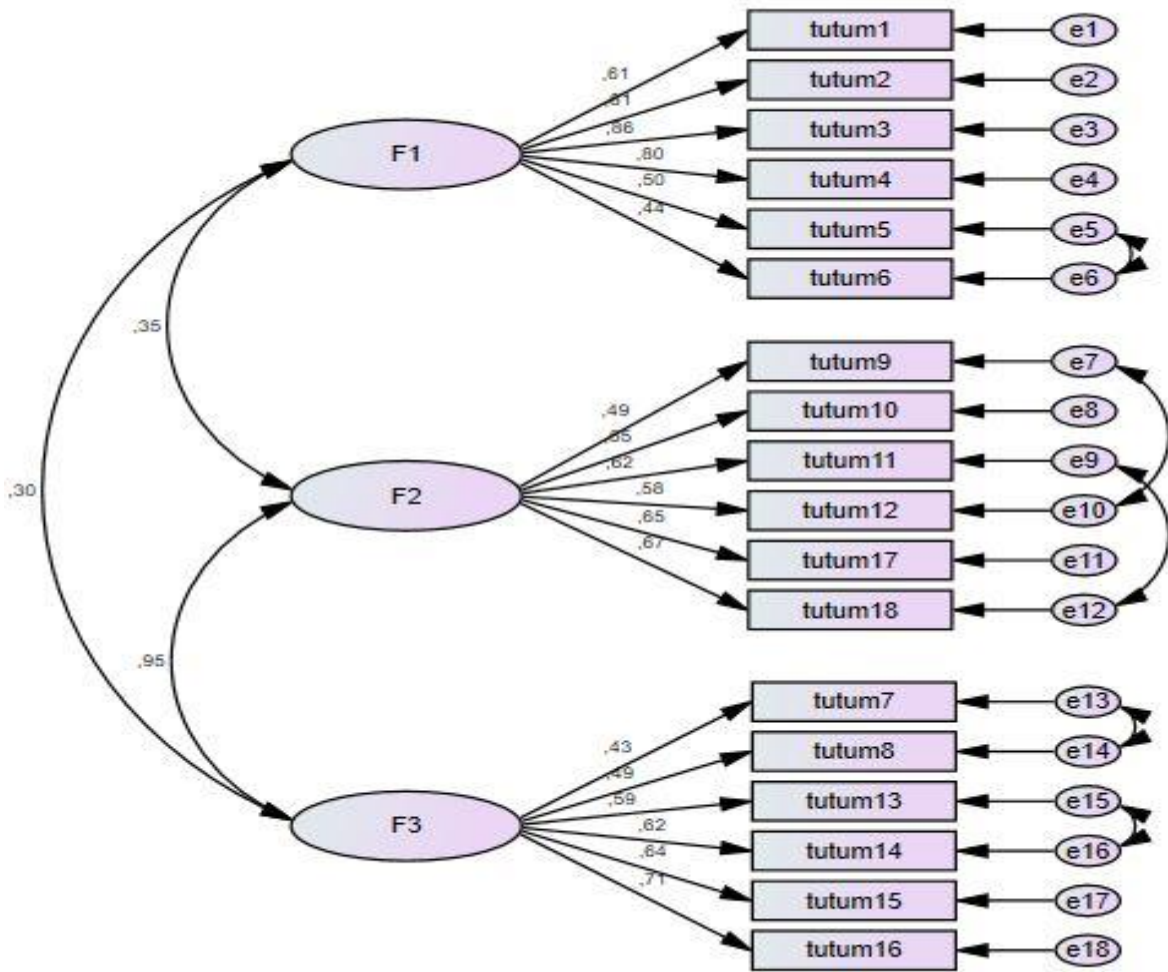
b: Güçlük parametresi; SH: standard hata; İç uyum Z: Standartlaştırılmış iç uyum; Dış uyum Z: Standartlaştırılmış dış uyum

Rasch analizinde güvenilirlik, madde ayrışma indeksi ve kişi ayrışma indeksi ile hesaplanmaktadır (Wright ve Masters, 1981). CSBBÖ güvenilirlik analizlerine baktığımızda; ölçeğin madde ayrışma değeri 10,16 ve madde güvenilirliği 0,99 bulunmuştur. Ölçeğin kişi ayrışma değeri 2,27 ve kişi güvenilirliği ise 0,84'tür.

Test tekrar test uygulamaları için uygulanan analiz sonucunda birinci alt boyut ($r=0,732$), ikinci alt boyut ($r=0,405$), üçüncü alt boyut ($r=0,311$) ve ölçek toplam ($r=0,629$) puanları belirlenmiştir.

6.1.3. Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) geçerlilik ve güvenilirlik bulguları

Doğrulayıcı faktör analizi için; ilk aşamada, 1. dereceden DFA modeli oluşturulmuştur (Şekil 9) (Hair ve ark., 2005).



Şekil 9. 3 boyutlu 1. dereceden DFA modeli

İkinci aşamada, maximum likelihood yöntemi kullanılarak uyum indekslerinde iyileştirilmeler yapılmıştır. Ölçekten elde edilen uyum değerlerinin ölçeğin yapısını doğruladığı bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeğinin uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değer aralıkları (Çoklu ve ark., 2012)

Uyum İndeksleri	Anlam	Sonuçlar
X ² / Serbestlik Derecesi	5'in altı = Orta uyum 3'ün altı = Mükemmel uyum	3,077
Goodness of Fit Index (GFI)	0,90'in üstü iyi uyum 0,95'in üstü mükemmel uyum	0,898
Tucker-Lewis Index (TLI)	0,90'in üstü iyi uyum	0,886
Incremental Fit Index (IFI)	0,95'in üstü mükemmel uyum	0,906
Comparative Fit Index (CFI)	0,90'in üstü iyi uyum 0,95'in üstü mükemmel uyum	0,905
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0,10'na küçük = zayıf uyum 0,08'den küçük = iyi uyum 0,05'dan küçük = Mükemmel uyum	0,074
Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)	0,10'un altı zayıf uyum 0,08'in altı İyi uyum 0,05'in altı mükemmel uyum	0,061

Bu çalışmada madde-toplam korelasyon katsayıları 0,353-0,535 arasında değişmektedir. Ölçeğin tamamı ve üç faktör için Cronbach Alfa değeri sırasıyla 0,864, 0,838, 0,780 ve 0,783 idi (Tablo 8). ICC analizi sonucunda birinci alt boyut (r=0,807), ikinci alt boyut (r=0,740), üçüncü alt boyut (r=0,768) ve ölçek toplam (r=0,832) puanları belirlenmiştir.

Tablo 8. Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği ve alt boyut güvenirlikleri

Ölçek maddeleri	Madde- toplam korelasyon	Madde çıkarıldığında Cronbach Alfa	Cronbach Alfa
1.Hasta size cinsel sorunları hakkında soru sorduğunda kendinizi rahat hissedersiniz.	0,353	0,863	0,838
2.Hastanın cinsel sorununu değerlendirmeniz gerektiğinde kendinizi rahat hissedersiniz.	0,515	0,855	
3.Hastanın cinsel sorunlarını tartışmanız gerektiğinde kendinizi rahat hissedersiniz.	0,492	0,856	
4.Hastanın cinsel sorunlarına yönelik bilgi verirken kendinizi rahat hissedersiniz.	0,526	0,855	
5.Cinsel saldırı mağdurlarına fiziksel sağlık değerlendirmesi yapmanız gerektiğinde, kendinizi rahat hissedersiniz.	0,424	0,860	
6.Cinsel istismar mağdurlarına psikolojik destek sağlamanız gerektiğinde, kendinizi rahat hissedersiniz.	0,423	0,860	
9.Hemşireler, hastaların cinsel kaygılarına yönelik profesyonel bilgi verme sorumluluğuna sahiptir	0,495	0,856	0,780
10.Hemşireler, cinsel istismar mağdurlarına fiziksel sağlık değerlendirmesi yapmaktan sorumludur.	0,458	0,858	
11.Hemşireler, cinsel istismar mağdurlarına psikolojik destek vermekten sorumludur.	0,472	0,857	
12.Hemşireler, bir hastanın cinsel sorunlarını değerlendirdikten sonra hastanın başka profesyonel yardıma ihtiyacı olduğunu tespit ettiğinde uygun yönlendirmeyi yapma sorumluluğuna sahiptir.	0,523	0,856	
17.Hemşirelerin rolü, cinsel saldırı mağdurlarına fiziksel sağlık değerlendirmesi yapmak için uygundur.	0,487	0,857	
18.Hemşirelerin rolü, cinsel saldırı mağdurlarına psikolojik destek sağlamak için uygundur	0,535	0,855	
7.Hemşireler, hastaların cinsel kaygılarını inisiyatif alarak (karar verme yetkisini kullanarak) değerlendirme sorumluluğuna sahiptir.	0,428	0,860	0,783
8.Hemşirelerin inisiyatif alarak, hastaların cinsel kaygılarını onlarla tartışma sorumluluğu vardır.	0,456	0,858	
13.Hemşirelerin rolü, hastanın cinsel sorunlarını proaktif (henüz oluşmadan tanımlamaya ve önlem alarak engellemeye yönelik girişim yapmak) olarak değerlendirmek için uygundur.	0,514	0,856	
14.Hemşirelerin rolü, hastanın cinsel kaygılarını proaktif bir şekilde tartışmak için uygundur.	0,502	0,856	
15.Hemşirelerin rolü, hastaların cinsel kaygılarını tartışmaya yönlendirilmesinde ilk iletişim noktası olmak için uygundur.	0,515	0,856	
16.Hemşirelerin rolü, hastaların cinsel sorunlarına yönelik profesyonel bilgi vermeye uygundur.	0,518	0,856	Toplam: 0,864

6.2. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları

Bu bölümde çalışmanın ikinci aşaması olan hemşirelik öğrencilerine PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitiminin verildiği randomize kontrollü deneysel araştırma bulgularına yer verilmiştir. Tablo 9’da öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 9. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri

Değişken	Cinsel eğitim grubu (n=43)		Kontrol grubu (n=45)		İstatistiksel analiz*
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
Yaş (yıl)	22,02±0,96	22,0 [1,0]	22,16±1,19	22,0 [2,0]	Z=-0,234 p=0,815
Genel ağırlıklı not ortalaması (GANO)	2,93±0,43	2,9 [0,7]	2,96±0,43	3,0 [0,7]	t=-0,383 p=0,703
	n	%	n	%	İstatistiksel analiz**
Cinsiyet					
Kadın	41	95,3	42	93,3	$\chi^2=0,167$
Erkek	2	4,7	3	6,7	p=0,683
Aile tipi					
Çekirdek aile	37	86,0	35	77,8	$\chi^2=1,011$
Geniş aile	6	14,0	10	22,2	p=0,315
Çoğunlukla yaşanan yer					
Kırsal bölge	6	14,0	7	15,6	$\chi^2=0,045$
Kentsel bölge	37	86,0	38	84,4	p=0,832
Şu an kalınan yer					
Ailesi ile birlikte evde	22	51,2	19	42,2	$\chi^2=0,717$
Öğrenci evinde	3	7,0	4	8,9	p=0,699
Yurtta	18	41,8	22	48,9	
Anne eğitim düzeyi					
Okuryazar değil	5	11,6	6	13,3	$\chi^2=2,163$ p=0,826
Okuryazar	3	7,0	6	13,3	
İlkokul	20	46,5	19	42,3	
Ortaokul	6	14,0	5	11,1	
Lise	5	11,6	7	15,6	
Üniversite	4	9,3	2	4,4	
Baba eğitim düzeyi					
Okuryazar değil	2	4,6	1	2,2	$\chi^2=4,424$ p=0,490
Okuryazar	-	-	4	8,9	
İlkokul	15	34,9	16	35,6	
Ortaokul	8	18,6	7	15,6	
Lise	15	34,9	14	31,1	
Üniversite	3	7,0	3	6,7	
Anneyle ilişki düzeyi					
Çok iyi	16	37,2	25	55,6	$\chi^2=3,095$ p=0,213
İyi	19	44,2	15	33,3	
Ortalama	8	18,6	5	11,1	
Babayla ilişki düzeyi					
Çok iyi	9	20,9	16	35,6	$\chi^2=6,652$ p=0,155
İyi	19	44,2	12	26,7	
Ortalama	12	27,9	14	31,1	
Kötü	1	2,3	3	6,7	
Çok kötü	2	4,7	-	-	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T-Testi (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır.

Cinsel eğitim ve kontrol grupları arasında; yaş, GANO, cinsiyet, aile tipi, çoğunlukla yaşanan yer, şu an kalınan yer, anne ve baba eğitim düzeyi, anneyle ve babayla olan ilişki düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Gruplar sosyo-demografik özellikler açısından benzerdir.

Öğrencilerin hepsi bekardır. Öğrencilerin yaş ortalaması cinsel eğitim grubunda $22,02\pm0,96$ ve kontrol grubunda $22,16\pm1,19$ olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin GANO'su cinsel eğitim grubunda $2,93\pm0,43$ ve kontrol grubunda $2,96\pm0,43$ olarak saptanmıştır. Cinsel eğitim grubunun %95,3'ü, kontrol grubunun %93,3'ü olmak üzere öğrencilerin çoğunluğu kadındır. Cinsel eğitim grubunun %86'sı, kontrol grubunun %77,8'i çekirdek aileye sahiptir. Cinsel eğitim grubunun %86'sının ve kontrol grubunun %84,4'ünün yaşamlarını çoğunlukla kentsel bölgede geçirdiği belirlenmiştir. Cinsel eğitim grubunun %51,2'sinin ailesi ile birlikte evde ve kontrol grubunun %48,9'unun yurttan yaşadığı saptanmıştır. Cinsel eğitim grubunun %46,5'inin ve kontrol grubunun %42,3'ünün anne eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu görülmektedir. Baba eğitim düzeyi ise cinsel eğitim grubunun %34,9'unda ilköğretim ve lise, kontrol grubunun %35,6'sında ilköğretim olduğu belirlenmiştir. Cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin %44,2'sinin anne ve baba ile ilişkilerinin iyi olduğu; kontrol grubunda anne ile ilişkisinin %55,6'sında çok iyi ve baba ile ilişkisinin %35,6'sında çok iyi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10’da öğrencilerin cinsel sağlık ile ilgili bilgilerinin gruplara göre karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 10. Öğrencilerin cinsel sağlık ile ilgili bilgileri

Değişken	Cinsel eğitim grubu (n=43)		Kontrol grubu (n=45)		İstatistiksel analiz*
	n	%	n	%	
Cinsellik bilgi kaynağı					
Okul	29	67,4	23	51,1	$\chi^2=3,672$ p=0,299
Sağlık kurumu	1	2,3	3	6,7	
Arkadaş	2	4,7	1	2,2	
İnternet	11	25,6	18	40,0	
Cinsel sağlık ile ilgili seçmeli ders alma durumu					
Evet	11	25,6	11	24,4	$\chi^2=0,015$ p=0,902
Hayır	32	74,4	34	75,6	
Hemşirelik programında cinsel sağlık eğitimi almanın önemi					
Çok önemli	29	67,4	25	55,6	$\chi^2=1,310$ p=0,252
Önemli	14	32,6	20	44,4	

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır.

Cinsel eğitim ve kontrol grupları arasında; cinsellik bilgi kaynağı, cinsel sağlık ile ilgili seçmeli ders alma durumu, hemşirelik programında cinsel sağlık eğitimi almanın önemi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05). Gruplar öğrencilerin cinsel sağlık ile ilgili bilgileri açısından benzerdir.

Cinsel eğitim grubunda %67,4’ünde ve kontrol grubunda %51,1’inde cinsellik ile ilgili bilgi kaynağının okul olduğu görülmüştür. Cinsel eğitim grubunun %74,4’ünün ve kontrol grubunun %75,6’sının cinsel sağlık ile ilgili seçmeli ders almadığı saptanmıştır. Cinsel eğitim grubunun %67,4’ü ve kontrol grubunun %55,6’sı hemşirelik eğitiminde cinsel sağlık eğitimi almanın çok önemli olduğunu belirtmiştir.

6.3.Öğrencilerin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ)'ne İlişkin Bulguları

Tablo 11'de cinsel eğitim ve kontrol gruplarında yer alan öğrencilerin gruplar arası ve grup içi CSBBÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların değerlendirmesi yer almaktadır.

Tablo 11. Öğrencilerin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Cinsel eğitim grubu (n=43)		Kontrol grubu (n=45)		İstatistiksel analiz*
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
CSBBÖ toplam puanı	Ön test ⁽¹⁾	19,00±3,78	19,0 [5,0]	19,51±3,87	20,0 [4,0]	Z=-0,906 p=0,365
	Son test ⁽²⁾	27,18±1,78	27,0 [3,0]	20,88±4,51	21,0 [4,0]	Z=-6,572 p<0,001
	İzlem testi ⁽³⁾	25,44±2,43	25,0 [3,0]	20,98±3,70	21,0 [5,0]	Z=-5,636 p<0,001
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=70,331$ p<0,001 [1-2,3]		$\chi^2=12,350$ p=0,002 [1-2,3]		
1. alt boyut: Cinsel tip ve hemşirelik	Ön test ⁽¹⁾	8,58±2,58	9,0 [4,0]	9,56±2,43	9,0 [3,0]	Z=-1,934 p=0,053
	Son test ⁽²⁾	15,21±1,52	15,0 [2,0]	10,58±3,42	10,0 [3,0]	Z=-6,306 p<0,001
	İzlem testi ⁽³⁾	13,91±1,90	14,0 [2,0]	10,62±3,05	10,0 [4,5]	Z=-5,034 p<0,001
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=65,819$ p<0,001 [1-2,3]		$\chi^2=7,502$ p=0,023 [1-2]		
2.alt boyut: Cinsel değerlendirme	Ön test ⁽¹⁾	6,28±1,38	6,0 [2,0]	5,96±1,33	6,0 [2,0]	Z=-1,288 p=0,198
	Son test ⁽²⁾	7,07±0,83	7,0 [1,0]	6,16±1,33	6,0 [1,5]	Z=-3,555 p<0,001
	İzlem testi ⁽³⁾	6,86±1,03	7,0 [2,0]	6,18±1,05	6,0 [1,0]	Z=-3,324 p<0,001
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=13,500$ p=0,001 [1-2,3]		$\chi^2=1,197$ p=0,550		
3.alt boyut: Cinsel taciz ve saldırı	Ön test ⁽¹⁾	4,13±0,77	4,0 [1,0]	4,00±1,21	4,0 [2,0]	Z=-0,085 p=0,933
	Son test ⁽²⁾	4,91±0,29	5,0 [0,0]	4,16±0,82	4,0 [1,0]	Z=-5,188 p<0,001
	İzlem testi ⁽³⁾	4,67±0,52	5,0 [1,0]	4,18±0,72	4,0 [1,0]	Z=-3,432 p<0,001
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=36,260$ p<0,001 [1-2,3]		$\chi^2=0,194$ p=0,908		

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Mann-Whitney U test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında Friedman test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Gruplar arası karşılaştırmada CSBBÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarında ön test açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Gruplar arası CSBBÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarında son test ve izlem testi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Cinsel eğitim grubunun CSBBÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının son test ve izlem testi açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsel eğitim grubunun grup içi CSBBÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Cinsel eğitim grubunun son test ve izlem testi CSBBÖ toplam puanının, ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna ek olarak, son test CSBBÖ toplam puanının, izlem testine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun grup içi CSBBÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,002$). Kontrol grubunun son test ve izlem testi CSBBÖ toplam puanının, ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsel eğitim grubunun grup içi CSBBÖ tüm alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (“cinsel tıp ve hemşirelik” ve “cinsel taciz ve saldırı” alt boyutu $p<0,001$; “cinsel değerlendirme” alt boyutu $p=0,001$). Cinsel eğitim grubunun son test ve izlem testi CSBBÖ tüm alt boyut puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun grup içi CSBBÖ “cinsel tıp ve hemşirelik” alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,023$). Kontrol grubunun son test CSBBÖ “cinsel tıp ve hemşirelik” alt boyut puanının, ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun grup içi CSBBÖ “cinsel değerlendirme” ve “cinsel taciz ve saldırı” alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 12’de cinsel eğitim ve kontrol gruplarında yer alan öğrencilerin gruplar arası ve grup içi CSBTÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların değerlendirmesi yer almaktadır.

Tablo 12. Öğrencilerin Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Cinsel eğitim grubu (n=43)		Kontrol grubu (n=45)		İstatistiksel analiz*
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
CSBTÖ toplam puanı	Ön test ⁽¹⁾	68,02±8,19	69,0 [12,0]	69,69±7,91	69,0 [9,5]	t=-0,970 p=0,335
	Son test ⁽²⁾	78,16±6,89	78,0 [12,0]	70,96±8,02	70,0 [9,0]	t=4,514 p<0,001
	İzlem testi ⁽³⁾	74,91±9,01	73,0 [15,0]	68,56±9,53	70,0 [8,5]	t=3,208 p=0,002
	İstatistiksel analiz* Fark	F=45,864 p<0,001 [1-2,3] [2-3]		F=1,817 p=0,169		
1. alt boyut: Algılanan rahatlık	Ön test ⁽¹⁾	19,35±4,39	20,0 [5,0]	21,64±3,94	22,0 [4,0]	Z=-2,632 p=0,008
	Son test ⁽²⁾	23,90±3,27	24,0 [5,0]	21,56±3,82	22,0 [4,0]	Z=-2,976 p=0,003
	İzlem testi ⁽³⁾	22,86±4,10	22,0 [6,0]	21,38±3,98	22,0 [5,0]	t=1,720 p=0,089
	İstatistiksel analiz* Fark	F=41,534 p<0,001 [1-2,3]		$\chi^2=1,102$ p=0,576		
2.alt boyut: Bilgi sağlamak	Ön test ⁽¹⁾	24,83±2,99	24,0 [5,0]	24,64±3,19	24,0 [4,0]	Z=-0,008 p=0,993
	Son test ⁽²⁾	26,69±2,96	27,0 [6,0]	24,86±3,30	24,0 [3,5]	Z=-2,513 p=0,012
	İzlem testi ⁽³⁾	25,72±3,26	25,0 [6,0]	23,67±3,57	24,0 [3,5]	Z=-2,708 p=0,007
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=14,271$ p<0,001 [1-2]		$\chi^2=5,123$ p=0,077		
3.alt boyut: Profesyonel roller	Ön test ⁽¹⁾	23,83±3,13	24,0 [5,0]	23,40±3,70	23,0 [4,5]	t=0,596 p=0,553
	Son test ⁽²⁾	27,56±2,66	29,0 [6,0]	24,53±3,25	24,0 [3,5]	Z=-4,378 p<0,001
	İzlem testi ⁽³⁾	26,33±3,30	27,0 [6,0]	23,51±4,18	24,0 [5,5]	Z=-3,351 p<0,001
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=33,318$ p<0,001 [1-2,3]		$\chi^2=4,392$ p=0,111		

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T-Testi (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Mann-Whitney U test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında Friedman test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Gruplar arası karşılaştırmada CSBTÖ toplam puanında ön test açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05). Gruplar arası CSBTÖ toplam puanında son test

($p<0,001$) ve izlem testi ($p=0,002$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Cinsel eğitim grubunun CSBTÖ toplam puanının son test ve izlem testi açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsel eğitim grubunun grup içi CSBTÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Cinsel eğitim grubunun son test ve izlem testi CSBTÖ toplam puanının, ön teste göre, son testin ise izlem testine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun grup içi CSBTÖ toplam ve tüm alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Gruplar arası karşılaştırmada CSBTÖ “algılanan rahatlık” alt boyut puanında izlem testi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Gruplar arası CSBTÖ “algılanan rahatlık” alt boyut puanında ön test ($p=0,008$) ve son test ($p=0,003$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Cinsel eğitim grubunun CSBTÖ “algılanan rahatlık” alt boyut ön test puanının, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Buna ek olarak, cinsel eğitim grubunun CSBTÖ “algılanan rahatlık” alt boyut son test puanının, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsel eğitim grubunun grup içi CSBTÖ “algılanan rahatlık” ve “profesyonel roller” alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Cinsel eğitim grubunun son test ve izlem testi CSBTÖ “algılanan rahatlık” ve “profesyonel roller” alt boyut puanlarının, ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplar arası karşılaştırmada CSBTÖ “bilgi sağlamak” ve “profesyonel roller” alt boyut puanında ön test açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Gruplar arası CSBTÖ “bilgi sağlamak” “profesyonel roller” alt boyut puanında son test ve izlem testi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (“bilgi sağlamak” alt boyut son test $p=0,012$; “bilgi sağlamak” alt boyut izlem testi $p=0,007$; “profesyonel roller” alt boyut $p<0,001$). Cinsel eğitim grubunun CSBTÖ “bilgi sağlamak” ve “profesyonel roller” alt boyut puanının son test ve izlem testi açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsel eğitim grubunun grup içi CSBTÖ “bilgi sağlamak” alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Cinsel eğitim grubunun son test CSBTÖ “bilgi sağlamak” alt boyut puanının, ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 13'te cinsel eğitim ve kontrol gruplarında yer alan öğrencilerin gruplar arası ve grup içi CMÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların değerlendirilmesi yer almaktadır.

Tablo 13. Öğrencilerin Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Cinsel eğitim grubu (n=43)		Kontrol grubu (n=45)		İstatistiksel analiz*
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
CMÖ toplam puanı	Ön test ⁽¹⁾	52,49±13,02	50,0 [17,0]	52,16±15,29	48,0 [17,0]	Z=-0,422 p=0,673
	Son test ⁽²⁾	37,53±9,25	35,0 [13,0]	53,40±17,82	52,0 [19,5]	Z=-4,955 p<0,001
	İzlem testi ⁽³⁾	43,06±11,21	44,0 [16,0]	49,84±15,23	48,0 [17,0]	Z=-2,044 p=0,041
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=57,031$ p<0,001 [1-2,3]		$\chi^2=4,386$ p=0,112		
1.alt boyut: Cinsel yönelim	Ön test ⁽¹⁾	14,14±4,35	13,0 [4,0]	14,93±4,85	15,0 [6,5]	t=-0,806 p=0,422
	Son test ⁽²⁾	9,09±3,89	8,0 [6,0]	14,04±5,46	14,0 [7,0]	Z=-4,281 p<0,001
	İzlem testi ⁽³⁾	10,16±4,43	10,0 [8,0]	14,02±5,58	14,0 [7,0]	Z=-3,351 p<0,001
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=54,770$ p<0,001 [1-2,3]		F=3,149 p=0,051		
2.alt boyut: Toplumsal cinsiyet	Ön test ⁽¹⁾	8,67±3,05	8,0 [4,0]	8,93±4,17	8,0 [4,0]	Z=-0,344 p=0,732
	Son test ⁽²⁾	6,95±2,09	6,0 [0,0]	9,18±5,17	7,0 [4,0]	Z=-3,120 p=0,002
	İzlem testi ⁽³⁾	8,16±3,95	7,0 [5,0]	8,24±3,61	6,0 [3,0]	Z=-0,768 p=0,443
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=19,356$ p<0,001 [1-2]		$\chi^2=4,463$ p=0,107		
3.alt boyut: Yaş ve cinsellik	Ön test ⁽¹⁾	6,83±3,41	6,0 [4,0]	6,02±2,89	4,0 [4,0]	Z=-1,292 p=0,196
	Son test ⁽²⁾	4,93±1,54	4,0 [2,0]	6,53±3,38	5,0 [4,0]	Z=-2,358 p=0,018
	İzlem testi ⁽³⁾	5,74±2,12	5,0 [4,0]	6,20±2,76	5,0 [4,0]	Z=-0,535 p=0,593
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=14,673$ p<0,001 [1-2]		$\chi^2=4,357$ p=0,113		
4.alt boyut: Cinsel davranış	Ön test ⁽¹⁾	3,91±1,31	4,0 [1,0]	4,11±2,18	3,0 [2,0]	Z=-0,398 p=0,691
	Son test ⁽²⁾	3,42±0,96	3,0 [0,0]	4,64±2,53	4,0 [3,0]	Z=-3,191 p=0,001
	İzlem testi ⁽³⁾	3,79±1,14	3,0 [2,0]	4,38±2,15	3,0 [3,0]	Z=-0,994 p=0,320
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=10,300$ p=0,006 [1-2]		$\chi^2=1,659$ p=0,436		

Tablo 13. Öğrencilerin Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

		Cinsel eğitim grubu (n=43)		Kontrol grubu (n=45)		İstatistiksel analiz*
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
5.alt boyut: Mastürbasyon	Ön test ⁽¹⁾	5,02±1,81	6,0 [2,0]	4,56±2,08	4,0 [4,0]	Z=-1,450 p=0,147
	Son test ⁽²⁾	2,74±1,19	2,0 [2,0]	4,69±1,95	5,0 [2,0]	Z=-4,896 p<0,001
	İzlem testi ⁽³⁾	3,56±1,57	4,0 [2,0]	4,44±2,36	4,0 [4,0]	Z=-1,567 p=0,117
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=36,208$ p<0,001 [1-2,3]		$\chi^2=0,054$ p=0,973		
6.alt boyut: Cinsel şiddet	Ön test ⁽¹⁾	5,39±1,66	5,0 [2,0]	5,60±2,38	5,0 [2,0]	Z=-0,428 p=0,668
	Son test ⁽²⁾	4,56±1,14	4,0 [1,0]	6,08±2,69	5,0 [3,0]	Z=-3,768 p<0,001
	İzlem testi ⁽³⁾	5,13±1,55	4,0 [2,0]	5,40±1,60	5,0 [2,0]	Z=-1,019 p=0,308
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=13,067$ p=0,001 [1-2]		$\chi^2=7,352$ p=0,025 [2-3]		
7.alt boyut: Cinsel ilişki	Ön test ⁽¹⁾	4,28±1,86	4,0 [4,0]	4,11±1,89	4,0 [4,0]	Z=-0,463 p=0,643
	Son test ⁽²⁾	2,90±1,26	2,0 [2,0]	4,27±1,97	4,0 [4,0]	Z=-3,498 p<0,001
	İzlem testi ⁽³⁾	3,19±1,36	3,0 [2,0]	3,64±1,82	3,0 [2,5]	Z=-1,113 p=0,266
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=32,291$ p<0,001 [1-2,3]		$\chi^2=5,197$ p=0,074		
8.alt boyut: Cinsel memnuniyet	Ön test ⁽¹⁾	4,23±1,63	4,0 [2,0]	3,91±1,77	4,0 [3,0]	Z=-1,040 p=0,298
	Son test ⁽²⁾	2,93±1,16	2,0 [2,0]	3,96±1,94	4,0 [2,0]	Z=-2,795 p=0,005
	İzlem testi ⁽³⁾	3,32±1,34	3,0 [2,0]	3,51±1,67	3,0 [2,0]	Z=-0,236 p=0,813
	İstatistiksel analiz* Fark	$\chi^2=30,712$ p<0,001 [1-2,3]		$\chi^2=3,897$ p=0,144		

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T-Testi (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Mann-Whitney U test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında Friedman test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Gruplar arası karşılaştırmada CMÖ toplam puanında ön test açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05). Gruplar arası CMÖ toplam puanında son test (p<0,001) ve izlem testi (p=0,041) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Cinsel eğitim grubunun CMÖ toplam puanının son test ve izlem testi açısından kontrol grubua göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Cinsel eğitim grubunun grup içi CMÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Cinsel eğitim grubunun son test ve izlem testi CMÖ toplam puanının, ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun grup içi CMÖ toplam puan, “cinsel yönelim”, “toplumsal cinsiyet”, “yaş ve cinsellik”, “cinsel davranış”, “mastürbasyon”, “cinsel ilişki” ve “cinsel memnuniyet” alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubunun grup içi CMÖ “cinsel şiddet” alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,025$). Kontrol grubunun izlem testi CMÖ “cinsel şiddet” alt boyut puanının son teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Gruplar arası karşılaştırmada CMÖ “cinsel yönelim” alt boyut puanında ön test açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Gruplar arası CMÖ “cinsel yönelim” alt boyut puanında son test ve izlem testi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Cinsel eğitim grubunun CMÖ “cinsel yönelim” alt boyut puanının son test ve izlem testi açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Cinsel eğitim grubunun grup içi CMÖ “cinsel yönelim”, “mastürbasyon”, “cinsel ilişki” ve “cinsel memnuniyet” alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Cinsel eğitim grubunun son test ve izlem testi CMÖ bu alt boyut puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Gruplar arası karşılaştırmada CMÖ “toplumsal cinsiyet”, “yaş ve cinsellik”, “cinsel davranış”, “mastürbasyon”, “cinsel şiddet”, “cinsel ilişki” ve “cinsel memnuniyet” alt boyut puanlarında ön test ve izlem testi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiş ($p>0,05$) olup, son test açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (“toplumsal cinsiyet” alt boyutu $p=0,002$; “yaş ve cinsellik” alt boyutu $p=0,018$; “cinsel davranış” alt boyutu $p=0,001$; “mastürbasyon”, “cinsel şiddet” ve “cinsel ilişki” alt boyutu $p<0,001$; “cinsel memnuniyet” alt boyutu $p=0,005$). Cinsel eğitim grubunun CMÖ bu alt boyut puanlarının son test açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Cinsel eğitim grubunun grup içi CMÖ “toplumsal cinsiyet”, “yaş ve cinsellik”, “cinsel davranış” ve “cinsel şiddet” alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (“toplumsal cinsiyet”, “yaş ve cinsellik” ve “cinsel şiddet” alt boyutu $p\leq 0,001$; “cinsel davranış” alt boyutu $p=0,006$). Cinsel eğitim grubunun son test CMÖ bu alt boyut puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 14’da cinsel eğitim grubunda yer alan öğrencilerin bazı özellikleri ile izlem testinden aldıkları CSBBÖ, CSBTÖ ve CMÖ toplam puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 14. Cinsel eğitim grubunun bazı özellikleri ile izlem testinin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişken	n	Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği		Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği		Cinsel Mitler Ölçeği	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Aile tipi							
Çekirdek aile	37	25,24±2,55	26,0 [3,0]	74,46±9,08	73,0 [15,5]	44,21±10,71	44,0 [13,0]
Geniş aile	6	26,67±0,81	26,5 [1,3]	77,67±8,86	77,5 [15,3]	36,00±12,60	31,5 [14,3]
İstatistiksel analiz*		Z=-1,368 p=0,171		t=-0,805 p=0,426		Z=-1,793 p=0,073	
Çoğunlukla yaşanan yer							
Kırsal bölge	6	25,00±3,09	25,0 [4,5]	76,83±13,73	83,0 [18,3]	40,00±11,13	38,0 [20,5]
Kentsel bölge	37	25,51±2,35	26,0 [2,0]	74,59±8,24	72,0 [13,5]	43,56±11,29	44,0 [15,0]
İstatistiksel analiz*		Z=-0,480 p=0,631		Z=-1,088 p=0,277		t=-0,719 p=0,476	
Şu an kalınan yer							
Aile ile birlikte	22	26,27±1,57	26,0 [2,0]	75,73±9,28	74,5 [16,8]	43,59±11,65	43,5 [18,8]
Aileden uzakta	21	24,57±2,87	25,0 [4,5]	74,04±8,86	72,0 [13,0]	42,58±10,98	44,0 [16,5]
İstatistiksel analiz*		t=2,390 p=0,023		t=0,606 p=0,548		t=0,309 p=0,759	
Anne eğitim düzeyi							
Okuryazar değil	5	26,00±1,22	26,0 [2,0]	75,40±8,56	73,0 [13,0]	44,60±13,37	41,0 [23,0]
Okuryazar/ilkokul	23	25,34±2,42	26,0 [2,0]	74,86±9,91	76,0 [16,0]	40,78±10,48	43,0 [15,0]
Ortaokul/üzeri	15	25,40±2,83	26,0 [4,0]	74,80±8,29	72,0 [15,0]	46,07±11,57	47,0 [18,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=0,127$ p=0,938		$\chi^2=0,087$ p=0,957		F=1,065 p=0,354	
Baba eğitim düzeyi							
İlkokul/altı	17	24,52±2,37	25,0 [4,0]	72,00±9,13	72,0 [11,0]	45,17±10,19	45,0 [9,5]
Ortaokul/üzeri	26	26,03±2,32	26,0 [3,0]	76,80±8,58	76,0 [14,8]	41,69±11,81	43,5 [24,5]
İstatistiksel analiz*		Z=-2,166 p=0,030		Z=-1,331 p=0,183		Z=-0,997 p=0,319	

Tablo 14. Cinsel eğitim grubunun bazı özellikleri ile izlem testinin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

Değişken	n	Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği		Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği		Cinsel Mitler Ölçeği	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Anneyle ilişki düzeyi							
Çok iyi/iyi	35	25,45±2,45	26,0 [3,0]	74,94±9,97	72,0 [16,0]	42,97±11,28	44,0 [17,0]
Ortalama	8	25,37±2,50	26,0 [2,8]	74,75±4,83	74,0 [9,3]	43,50±11,62	42,0 [15,0]
İstatistiksel analiz*			Z=-0,047 p=0,962		t=0,054 p=0,957		t=-0,119 p=0,906
Babasıyla ilişki düzeyi							
Çok iyi/iyi	28	25,64±2,46	26,0 [2,0]	74,50±8,86	72,0 [15,8]	43,68±11,30	44,5 [16,0]
Ortalama/kötü/çok kötü	15	25,07±2,43	26,0 [3,0]	75,67±9,56	75,0 [12,0]	41,93±11,32	41,0 [17,0]
İstatistiksel analiz*			Z=-0,775 p=0,438		Z=-0,906 p=0,365		t=0,482 p=0,632
Cinsellik bilgi kaynağı							
Güvenilir kaynak	29	25,51±2,50	26,0 [2,0]	75,89±8,56	74,0 [13,5]	43,86±11,06	46,0 [17,5]
Düşük güvenilir kaynak	14	25,28±2,36	26,0 [3,3]	72,83±9,91	70,5 [15,5]	41,42±11,74	43,0 [15,5]
İstatistiksel analiz*			Z=-0,276 p=0,783		t=1,037 p=0,306		t=0,663 p=0,511
Cinsel sağlık ile ilgili seçmeli ders alma durumu							
Evet	11	24,73±2,86	26,0 [5,0]	75,45±10,84	80,0 [14,0]	44,27±11,62	43,0 [24,0]
Hayır	32	25,69±2,26	26,0 [2,0]	74,82±8,49	72,5 [15,8]	42,66±11,23	44,0 [15,0]
İstatistiksel analiz*			Z=-0,790 p=0,429		t=0,231 p=0,619		t=0,409 p=0,685
Hemşirelik prog. cinsel sağlık eğitimi almanın önemi							
Çok önemli	29	25,72±2,38	26,0 [3,0]	77,15±9,31	78,0 [12,5]	40,93±11,10	41,0 [20,0]
Önemli	14	24,85±2,50	25,5 [3,3]	70,29±6,45	67,5 [6,5]	47,50±10,42	46,0 [10,8]
İstatistiksel analiz*			Z=-1,222 p=0,222		Z=-2,842 p=0,004		Z=-1,833 p=0,067

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T-Testi (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Cinsel eğitim grubunun şu an kalınan yere göre izlem testindeki CSBBÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,023$). Ailesiyle birlikte kalanların CSBBÖ toplam puanlarının, aileden uzakta kalanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsel eğitim grubunun baba eğitim düzeyine göre izlem testindeki CSBBÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,030$). Baba eğitim düzeyi ortaokul/üzeri olan öğrencilerin CSBBÖ toplam puanlarının, ilkokul/altı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsel eğitim grubunun hemşirelik programında cinsel sağlık eğitimi almanın önemine göre izlem testindeki CSBTÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,004$). Hemşirelik programında cinsel sağlık eğitimi almanın çok önemli olduğunu düşünen öğrencilerin CSBTÖ toplam puanlarının, önemli olduğunu düşünenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 15’te kontrol grubunda yer alan öğrencilerin bazı özellikleri ile izlem testinden aldıkları CSBBÖ, CSBTÖ ve CMÖ toplam puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 15. Kontrol grubunun bazı özellikleri ile izlem testinin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişken	n	Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği		Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği		Cinsel Mitler Ölçeği	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Aile tipi							
Çekirdek aile	35	21,37±3,02	21,0 [5,0]	68,74±9,52	70,0 [7,0]	49,71±12,68	48,0 [14,0]
Geniş aile	10	19,60±5,46	19,5 [11,0]	67,90±10,06	68,5 [15,3]	50,30±22,94	42,5 [26,5]
İstatistiksel analiz*		t=0,983 p=0,347		t=0,244 p=0,808		Z=-0,601 p=0,548	
Çoğunlukla yaşanan yer							
Kırsal bölge	7	19,71±3,68	20,0 [5,0]	66,45±10,29	65,0 [16,0]	55,42±13,10	60,0 [10,0]
Kentsel bölge	38	21,21±3,71	21,0 [5,0]	68,94±9,48	70,0 [7,8]	48,82±15,53	46,5 [14,0]
İstatistiksel analiz*		t=-0,982 p=0,331		Z=-1,005 p=0,315		Z=-1,725 p=0,085	
Şu an kalınan yer							
Aile ile birlikte	19	20,68±3,77	20,0 [7,0]	69,58±11,65	71,0 [11,0]	50,68±14,83	49,0 [25,0]
Aileden uzakta	26	21,19±3,71	21,0 [5,0]	67,81±7,80	67,5 [8,3]	49,23±15,78	46,0 [15,3]
İstatistiksel analiz*		t=-0,451 p=0,655		Z=-1,428 p=0,153		Z=-0,437 p=0,662	
Anne eğitim düzeyi							
Okuryazar değil ⁽¹⁾	6	19,00±5,25	20,5 [8,3]	60,33±5,64	60,5 [9,8]	61,83±24,02	57,0 [35,3]
Okuryazar/ilkokul ⁽²⁾	25	20,96±3,39	20,0 [5,0]	68,20±10,83	70,0 [8,5]	50,80±12,35	49,0 [18,5]
Ortaokul/üzeri ⁽³⁾	14	21,85±3,43	22,0 [4,5]	72,71±5,36	72,0 [7,8]	43,00±12,79	41,5 [18,0]
İstatistiksel analiz*		F=1,267		F=4,083		F=3,731	
Fark		p=0,292		p=0,024 [1-3]		p=0,032 [1-3]	
Baba eğitim düzeyi							
İlkokul/altı	21	20,95±4,12	20,0 [4,5]	66,23±10,38	65,0 [10,0]	50,95±17,78	48,0 [20,5]
Ortaokul/üzeri	24	21,00±3,38	21,0 [5,0]	70,58±8,42	70,5 [7,5]	48,88±12,92	48,5 [13,0]
İstatistiksel analiz*		t=-0,043 p=0,966		Z=-2,041 p=0,041		Z=-0,046 p=0,964	

Tablo 15. Kontrol grubunun bazı özellikleri ile izlem testinin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

Değişken	n	Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği		Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği		Cinsel Mitler Ölçeği	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Anneyle ilişki düzeyi							
Çok iyi/iyi	35	20,75±3,76	20,0 [5,0]	68,25±10,01	69,5 [10,3]	50,33±15,58	48,0 [17,8]
Ortalama	8	22,80±2,78	22,0 [5,0]	71,05±4,01	72,0 [6,5]	46,00±12,90	43,0 [24,5]
İstatistiksel analiz*		t=-1,172 p=0,247		t=-0,604 p=0,549		Z=-0,506 p=0,613	
Babayla ilişki düzeyi							
Çok iyi/iyi	28	20,71±3,43	20,5 [5,0]	70,57±8,27	70,0 [12,3]	50,25±15,07	48,0 [12,0]
Ortalama/kötü/çok kötü	17	21,41±4,18	22,0 [5,0]	65,23±10,75	68,0 [11,5]	49,18±15,95	43,0 [28,5]
İstatistiksel analiz*		t=-0,608 p=0,546		t=1,871 p=0,068		Z=-0,293 p=0,769	
Cinsellik bilgi kaynağı							
Güvenilir kaynak	23	20,26±3,32	20,0 [4,0]	67,43±9,43	70,0 [11,0]	51,22±11,20	49,0 [13,0]
Düşük güvenilir kaynak	22	21,72±4,01	22,5 [5,3]	69,73±9,71	70,0 [9,8]	48,40±18,73	43,5 [25,3]
İstatistiksel analiz*		Z=-1,577 p=0,115		t=-0,803 p=0,427		Z=-1,239 p=0,215	
Cinsel sağlık ile ilgili seçmeli ders alma durumu							
Evet	11	21,73±3,61	20,0 [6,0]	68,36±9,72	66,0 [9,0]	53,18±24,46	49,0 [38,0]
Hayır	34	20,73±3,75	21,0 [5,3]	68,62±9,62	70,0 [9,5]	48,76±11,10	48,0 [12,3]
İstatistiksel analiz*		t=0,769 p=0,446		Z=-0,596 p=0,551		t=0,580 p=0,573	
Hemşirelik prog. cinsel sağlık eğitimi almanın önemi							
Çok önemli	25	21,60±3,28	21,0 [4,5]	70,56±11,29	70,0 [14,5]	47,76±14,48	43,0 [23,5]
Önemli	20	20,20±4,12	20,5 [6,8]	66,05±6,12	69,5 [9,5]	52,45±16,11	48,5 [10,8]
İstatistiksel analiz*		t=1,269 p=0,211		Z=-1,832 p=0,067		Z=-0,915 p=0,360	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T-Testi (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Kontrol grubunun anne eğitim düzeyine göre izlem testindeki CSBTÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,024$). Anne eğitim düzeyi ortaokul/üzeri olan öğrencilerin CSBTÖ toplam puanlarının, okuryazar olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun baba eğitim düzeyine göre izlem testindeki CSBTÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,041$). Baba eğitim düzeyi ortaokul/üzeri olanların CSBTÖ toplam puanlarının, ilkokul/altı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun anne eğitim düzeyine göre izlem testindeki CMÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,032$). Anne eğitim düzeyi ortaokul/üzeri olanların CMÖ toplam puanlarının, okuryazar olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 16’da cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin eğitimden 3 ay sonra ölçeklerden aldıkları toplam puanlar arasındaki ilişkilerin değerlendirmesi yer almaktadır.

Tablo 16. Cinsel eğitim grubu izlem testinin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puanları arasındaki korelasyon

Ölçekler	İstatistiksel analiz*	Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği	Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği	Cinsel Mitler Ölçeği
Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği	<i>r</i>	1,000		
	<i>p</i>	-		Simetrik
Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği	<i>r</i>	0,265	1,000	
	<i>p</i>	0,086	-	
Cinsel Mitler Ölçeği	<i>r</i>	-0,239	-0,520	1,000
	<i>p</i>	0,123	<0,001	-

*Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin izlem sürecinde CSBTÖ ve CMÖ toplam puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,520$; $p<0,001$). CSBTÖ toplam puanları arttıkça, CMÖ toplam puanları azalacaktır.

Tablo 17’de kontrol grubundaki öğrencilerin izlem testindeki ölçeklerden aldıkları toplam puanlar arasındaki ilişkilerin değerlendirmesi yer almaktadır.

Tablo 17. Kontrol grubu izlem testinin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puanları arasındaki korelasyon

	İstatistiksel analiz*	Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği	Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği	Cinsel Mitler Ölçeği
Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği	<i>r</i>	1,000		
	<i>p</i>	-		Simetrik
Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği	<i>r</i>	0,257	1,000	
	<i>p</i>	0,089	-	
Cinsel Mitler Ölçeği	<i>r</i>	-0,465	-0,128	1,000
	<i>p</i>	0,001	0,418	-

*Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson” korelasyon katsayısı; en az birinin normal dağılım göstermediği durumlarda ise “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Kontrol grubundaki öğrencilerin izlem sürecinde CSBBÖ ile CMÖ toplam puanları arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,465$; $p=0,001$). CSBBÖ toplam puanları arttıkça, CMÖ toplam puanları azalacaktır.

6.4. Cinsel Eğitim Grubunun PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulguları

Tablo 18'de cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne yönelik görüşlerinin değerlendirmesi yer almaktadır.

Tablo 18. Cinsel eğitim grubunun PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne yönelik görüşleri (n=43)

Değişken	n	%
PLISSIT modelinin cinsel sağlık bakımı sağlama becerisini geliştirmede etkisi		
Çok etkili	20	46,5
Etkili	22	51,2
Orta düzeyde etkili	1	2,3
PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne yönelik memnuniyet durumu		
Çok memnunum	29	67,4
Memnunum	13	30,2
Orta düzeyde memnunum	1	2,3
İleride meslek yaşamında cinsel sağlık bakımı verirken PLISSIT modelini kullanmayı düşünme		
Evet	43	100,0
Hayır	0	0,0

PLISSIT modeli kullanımının cinsel sağlık bakımı sağlama becerisini geliştirmeye etkisi hakkında öğrencilerin %46,5'inin çok etkili, %51,2'sinin ise etkili olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nden öğrencilerin %67,4'ünün çok memnun, %30,2'sinin ise memnun olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin tamamı ileride meslek yaşamında cinsel sağlık bakımı verirken PLISSIT modelini kullanmayı düşündüğünü ifade etmiştir.

“PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’ne İlişkin Öğrenci Görüş Formu” doğrultusunda açık uçlu sorulardan elde edilen öğrenci görüşlerine Tablo 19’da yer verilmiştir.

Tablo 19. Cinsel eğitim grubunun PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’ne yönelik ifadeleri

Değişken	n	%
PLISSIT Modeline İlişkin Görüşler*		
Avantajları*** (n=43)		
Sistematik yaklaşım sağlaması ve yol gösterici olması	16	37,21
Etkili ve uygulaması kolay olması	15	34,88
Cinsel sağlığı değerlendirme sağlaması	14	32,56
İletişimi kolaylaştırması	10	23,26
Cinsel sorunları belirlemesi	10	23,26
Cinsel sorunlara çözüm sunması	9	20,93
Cinsel sağlık bakımı sağlaması	8	18,60
Bireye özgü ve bütüncül olması	5	11,63
Cinsel sağlığı geliştirmesi	2	4,65
Mesleki gelişim ve doyum sağlaması	2	4,65
Güven ilişkisi kurması	2	4,65
Zaman verimliliği sağlaması	1	2,33
Dezavantajları*** (n=20)		
Çekingen danışanda yetersiz kalması	8	40,0
Dar kapsamlı olması	7	35,0
Kısıtlı zamanda kullanım zorluğu	2	10,0
İletişim güçlüğü olan danışanda kullanım zorluğu	1	5,0
“Sınırlı bilgi” ve “özel öneriler” aşamalarının birbirine karışması	1	5,0
Danışanın aktif rol eksikliği	1	5,0
Ölçek kullanımı sağlamaması	1	5,0
Eğitim Etkinliğine İlişkin Görüşler*		
Yüz Yüze Eğitimin Olumlu Yönleri (n=43)		
Eğitime katılımı artırması	17	39,53
Kalıcı ve daha iyi öğrenme sağlaması	17	39,53
Vaka çalışmalarında gerçekçilik sağlaması	6	13,95
Etkin dinleme sağlaması	3	6,98
Yüz Yüze Eğitimin Olumsuz Yönleri (n=3)		
Her ortamdan erişilememesi	2	66,67
Mola süresine uyma zorunluluğu	1	33,33
En Beğenilen Yönler*** (n=43)		
PLISSIT vaka çalışmaları	17	39,53
İnteraktif eğitim olması	8	18,60
Kapsamlı eğitim içeriği	7	16,28
Küçük grupla eğitim almak	7	16,28
Sade ve anlaşılır anlatım	4	9,30
Yüz yüze eğitim olması	2	4,65
Sunumlar	1	2,33
Ön test uygulanması	1	2,33
En Az Beğenilen Yönler (n=24)		
Uzun teorik konular ve slayt fazlalığı	18	75,0
Vaka çalışmasına yeterli zaman ayrılmaması	2	8,33
Bilgisayar ekranına bakmak	2	8,33
Rol play yapma	1	4,17
Yetersiz araç-gereç kullanımı	1	4,17

Tablo 19. Cinsel eğitim grubunun PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne yönelik ifadeleri (devam)

Değişken	n	%
Geliştirme Önerileri*** (n=31)		
Vaka çalışmalarının artırılması	10	32,26
Sunumların kısaltılması	6	19,35
Araç gereç kullanımı (<i>broşür, anatomi maketi, aile planlaması yöntemleri ile ilgili malzemeler vb</i>)	6	19,35
Gerçek hastalarla uygulama imkânı veya video gösterimi olması	5	16,13
Seçmeli ders haline getirilmesi	3	9,68
Molaların uzatılması	2	6,45
Görsel içeriklerin çoğaltılması	1	3,23
PLISSIT Modeli Kullanımına İlişkin Görüşler**		
Kullanmama Nedenleri (n=6)		
Uygun hasta bulunmaması	4	66,67
Fırsat olmaması	2	33,33
Kullanırken Hissedilen (n=37)		
Olumlu duygular (<i>Özgüvenli / Profesyonel / Başarılı / Rahat / Mutlu / Değerli</i>)	31	83,78
Olumsuz duygular (<i>Endişeli / Çekingen / Utanmış</i>)	6	16,22
Kullanım Yararı*** (n=37)		
Rahatlık ve iletişimde kolaylık sağlaması	13	35,14
Sistematiik yaklaşım sağlaması	9	24,32
Bütüncül ve bireye özgü yaklaşım sağlaması	8	21,62
Etkin bilgilendirme sağlaması	8	21,62
Cinsel sorunların çözümüne yardımcı olması	8	21,62
Profesyonel yaklaşım sağlaması	7	18,92
Cinsel sağlığı değerlendirme kolaylığı sağlaması	5	13,51
Danışan memnuniyeti sağlaması	2	5,41
Güven duygusu oluşturmaması	1	2,70
Cinsel mitleri belirlemesi	1	2,70
Kullanım Zorluğu (n=20)		
İletişim sorunları (<i>Hastanın çekingenliği, kendi çekingenliği, iletişimde ve karşı cinsle iletişimde zorlanma</i>)	13	65,0
İlk kullanım zorluğu	3	15,0
Cinsel mitlerin giderilmesinde zorlanma	3	15,0
Bireye özgü bakımda güçlükler	1	5,0

*Eğitimden hemen sonra PLISSIT modeli ve eğitim etkinliğine yönelik cinsel eğitim grubuna (n=43) sorulan sorular doğrultusunda oluşturulmuştur.

**Eğitimden 3 ay sonra hasta/sağlam bireylere PLISSIT modelini kullanarak cinsel sağlık bakımı verme durumlarına yönelik sorulan sorular doğrultusunda oluşturulmuştur. Öğrencilerden 37'si modeli kullanmıştır.

***Sorulara birden fazla cevap verildiğinde n katlanmıştır ve yüzdelere cevap veren öğrenci sayısı üzerinden alınmıştır.

Cinsel eğitim grubundaki öğrenciler PLISSIT modelinin avantajı olarak çoğunlukla sistematik yaklaşım sağlaması ve yol gösterici olmasını (%37,21) ifade etmiştir. Öğrencilerin %53,49'u modelin herhangi bir dezavantajı olmadığını belirtirken (n=23), %46,51'i ise çeşitli dezavantajlarını ifade etmiştir (n=20). Dezavantajı olduğunu belirten öğrenciler arasında en yaygın görüş, modelin çekingen danışanlar için yetersiz kalmasıdır (%40,0).

Öğrenciler eğitim etkinliğinin yüz yüze olmasının olumlu yönü olarak çoğunlukla eğitime katılımı artırması (%39,53), kalıcı ve daha iyi öğrenme sağlaması (%39,53) olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %93,02'si eğitim etkinliğinin yüz yüze olmasının olumsuz bir

yönünün bulunmadığını belirtirken (n=40), %6,98'i ise çeşitli olumsuz taraflarını ifade etmiştir (n=3). Eğitimin yüz yüze olmasının olumsuz yönü olduğunu belirten öğrenciler arasında en yaygın görüş, her ortamdan erişilememesidir (%66,67). Öğrenciler eğitim etkinliğinin en beğenilen yönü olarak çoğunlukla PLISSIT vaka çalışmaları (%39,53) olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %44,19'u eğitim etkinliğinin en az beğenilen yönü olmadığını belirtirken (n=19), %55,81'i ise en az beğenilen yönleri olduğunu ifade etmiştir (n=24). En az beğenilen yönü olduğunu belirten öğrenciler arasında en yaygın görüş, uzun teorik konular ve slayt fazlalığıdır (%75,0). Öğrencilerin %27,91'i eğitim etkinliğinin daha fazla geliştirilmeye ihtiyacı olmadığını belirtirken (n=12), %72,09'u ise geliştirme önerilerinde bulunmuştur (n=31). Geliştirme önerilerinde bulunan öğrenciler arasında en yaygın görüş ise vaka çalışmalarının artırılması yönünde olmuştur (%32,26).

Öğrencilerin %86,05'i eğitimden 3 ay sonra PLISSIT modelini kullanarak hasta/sağlam bireylere cinsel sağlık bakımı verdiğini (n=37), %13,95'i ise modeli kullanmadığını (n=6) ifade etmiştir. PLISSIT modelini kullanmayan öğrenciler nedenini çoğunlukla uygun hasta bulunmaması (%66,67) olarak belirtmiştir. PLISSIT modelini kullanan öğrenciler ise çoğunlukla olumlu duygular (%83,78) hissetmiş ve kullanım yararı olarak çoğunlukla rahatlık ve iletişimde kolaylık sağlamasını (%35,14) ifade etmiştir. Modeli kullanan öğrencilerden %45,95'i PLISSIT modelini kullanarak hasta/sağlam bireylere cinsel sağlık bakımı verirken herhangi bir zorluk yaşamadığını (n=17) ifade ederken, %54,05'i ise zorluk yaşadığını (n=20) belirtmiştir. Bu öğrenciler zorluk yaşama nedeni olarak çoğunlukla iletişim sorunları (%65,0) olduğunu belirtmiştir.

Öğrencilerin PLISSIT modeline ilişkin avantajları ve dezavantajlarına yönelik görüşlerinden bazı örneklerle aşağıda yer verilmiştir:

- *“Bu modeli öğrenmeden önce konuya nasıl giriş yapacağım, hangi bilgiyi nerede kullanacağım, hastaya neleri nasıl sormam gerektiği ve nasıl bir yol izlemem gerektiği hakkında çok fikrim yoktu. Model öncülüğünde bunları şu anda daha rahat yapabiliyim.”*
- *“İzin verme aşamasıyla hastaların endişesi en aza indirilebilir. Hastanın cinsel mitleri açığa çıkarılabilir ve bu sayede daha iyi danışmanlık verilebilir.”*
- *“Model bakım vermede genel bir yol çizmeye yardımcı oldu. Bu sayede kimi hastalara direkt danışmanlık verebilecek iken kimisine ilgili kişilere yönlendirip profesyonel destek almalarını sağlayabileceğim.”*

- “Cinsellikle ilgili konuda kendimi rahat ifade etmemi sağladı. Belli bir sıraya göre akış olduğu için kafa karışıklığını önüyor.”
- “Bu modelde sınırlı bilgi ve özel öneriler aşamaları çok benzer olduğu için içerik karışıyor.
- “Sınırlı bilgi aktarımı sağlaması dezavantajı.”
- “Çekingen olan, konuşma veya iletişim güçlüğü olanlarda kullanımı zor olacaktır.”
- “Kliniklerde hemşirelere düşen hasta sayısına bakıldığı zaman hastanın cinsellik dahil edilerek bütüncül olarak değerlendirilmesi biraz güç olabilir.”

Öğrencilerin eğitim etkinliğine ilişkin yüz yüze olmasına yönelik olumlu yönleri, yüz yüze olmasına yönelik olumsuz yönleri, en çok beğenilen yönü, en az beğenilen yönü ve geliştirmeye yönelik önerilerine yönelik görüşlerinden bazı örneklerle aşağıda yer verilmiştir:

- “Eğitimin yüz yüze olması eğitmenle etkileşim ve rol play açısından faydalı oldu.”
- “Az kişi ve yüz yüze anlatım konuyu anlamamı kolaylaştırdı. Yapılan vaka çalışması çok iyi bir pekiştiriciydi.”
- “Yüz yüze olunca kendimi dinlemeye zorlayabilirim. Ama online olunca dikkatimi dağıtan çok fazla uyaran oluyor. Bu nedenle yüz yüze eğitim güzel.”
- “Online olsa kendimiz daha çok mola verebilirdik.”
- “Online olsa kendi rahat ortamımda ve istediğim yerde katılırdım.”
- “PLISSIT vaka çalışmalarını en çok beğendim. Anlatılan konunun pekişmesini sağlıyordu. Ayrıca eğlenirken öğrenmiş oluyoruz.”
- “Konuyla ilgili hazırlanan sunumları ve bize verilen bilgilerin net, anlaşılır bir şekilde anlatılmasını en çok sevdim.”
- “Etkinlikte en çok her bilginin detaylı olarak verilmesini beğendim. Eşcinsellik, yaşlılıkta cinsellik, engellilerde cinsellik gibi özel grupları da ele alan konular her derste anlatılmadığı için eğitimde yer verilmesi bilgilendirici oldu.”
- “Arkadaşlarımla birlikte öğrenmek güzeldi. Hem az kişiydik hem de sınıf ortamı gibiydi. Bize özel hazırlanmış hissi verdi. Yaşlılarımızla birlikte öğrenmek de motive etti.”
- “Cinsel sağlık hakkında detaylı bilgi almış oldum ve yeni bir model öğrendim. Daha önce bu kadar detaylı bilgi almamıştım.”
- “Eğitimin en az beğendiğim yönü yeterli araç gereç olmamasıydı.”
- “Vaka sunumunu hazırlamak için verilen sürenin az olması kapsamlı bir plan hazırlayamama sebep oldu.”
- “Slaytlar uzundu fakat hepsi gerekli bilgilerdi.”

- *“Etkinlik oldukça güzeldi. Bence eğitim dönem boyunca belki bir seçmeli ders şeklinde verilebilir. Hem bu şekilde daha fazla PLISSIT vaka çalışması ve örnek görülebilir.”*
- *“Öğrenme etkinliği sırasında canlı bir hastayla o modeli uygulayabilirsiniz. Belki daha faydalı olabilir.”*
- *“Eğitimde anatomik makette gösterimler iyi olabilir.”*

Öğrencilerin PLISSIT modeli kullanımına ilişkin kullanmama nedeni, kullanırken hissedilen, kullanımının yararı ve kullanımının zorluklarına yönelik görüşlerinden bazı örneklerle aşağıda yer verilmiştir:

- *“Modeli uygulayabileceğim uygun hasta bulamadım.”*
- *“Modeli uygulamak için fırsatım olmadı.”*
- *“Modeli kullanarak cinsellik hakkında konuşmak daha rahat ve daha kolay oldu benim için. Hem hasta ve hem benim için daha rahat bir ortam oluştu.”*
- *“Sistematik bir şekilde ilerlemem özgüvenimi arttırdı ve konuya hakimiyetim arttı. Bu nedenle bu modeli kullanmam hem benim hem de hastalarım için iyi oldu.”*
- *“Öncesinde endişeli, stresli hissettim. Hastalarla konuşmaya başladıktan bir süre sonra kendimi daha rahat ifade etmeye başladım.”*
- *“Kendimi biraz çekingen hissettim, konuyu rahat konuşmakla biraz zorlandım. Hastada aynı şekilde cevap verdi.”*
- *“PLISSIT modeli ile adım adım belli bir program içerisinde cinsel sağlığı değerlendirmek daha kolay oldu.”*
- *“Öncelikle hastadan İzin aldığım için kendimi daha rahat ifade edebildim ve yetkin hissettim. Hastanın ihtiyacı olan bilgiyi seçerek, sınırlandırarak hastaya bilgi ve eğitim verdim. Hem hasta ihtiyacı olan bilgiyi aldı, fazlasını değil. Hem de eğitim esnasında süre tasarrufunda bulunmuş oldum. Hastanın özel bilgiler isteyceğinde bana danışabileceğini söyledim ve güven bağı kurduk.”*
- *“Aile planlaması eğitimi almak isteyen birine tesadüfi şekilde bu model kullanmam gerektiğini fark ettim. Lohusalık sürecinden çıktıktan sonra eski cinsel yaşamlarına dönmüşler. Fakat kadın isteksiz, erkek ise kadının çocuk doğurduktan sonraki bakımsızlığından rahatsız oluyormuş. Modele göre ilerledim. Yardımcı olduğum için mutluyum.”*

- *“Cinsellik ülkemizde konuşulması tartışılması zor bir konu olduğu için her ne kadar PLISSIT modeli süreci kolaylaştırırsa da değerlendirdiğim kişi zaman zaman kendini gergin ve rahatsız hissetti.”*
- *“Her hastada bireye özgü bir bakım yapmam gerektiği için biraz zorlandım.”*
- *“Karşı cinsiyete karşı biraz daha durağandım ve açık konuşamadım. Hasta da bana sorunlarını anlatamadı.”*
- *“Hastanın cinsel mitlerini tespit edip yönlendirmek zordu. Çünkü bu davranışları öylesine rutin haline getirmiş ki onu anlatma gereği bile duymadı ilk aşamada.”*
- *“İlk kez bu modeli öğrendiğimden uygulaması zor oldu. Fakat biraz inceledikten sonra nasıl yaklaşmam gerektiğini öğrendim ve anladım.”*

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

7.1. Tartışma

Hemşirelik öğrencilerine verilen PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nin bilgi ve tutuma etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızdan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında tartışılmıştır.

- Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ) ve Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ)'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışmasının Bulgularının Tartışılması
- Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Öğrencilerin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ)'ne İlişkin Bulguların Tartışılması
- Cinsel Eğitim Grubunun PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.1.1. Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ) ve Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ)'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasının bulgularının tartışılması

Türkiye'de hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımı vermeye hazır oluşlarını değerlendiren kapsamlı araçlara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada CSBB ve CSBT ölçeklerinin Türkçe versiyonu geliştirilmiş ve her birinin içerik ve yapı geçerliliği ve güvenilirliği değerlendirilmiştir.

Orijinal CSBB ölçeği üç alt boyut ve 31 maddeden oluşmaktadır (Sung, 2011). Rasch analizinde kabul edilebilir uyum değerleri için farklı görüşler vardır. Ortalama kareler için kabul edilebilir değerlerin 0,7 ile 1,3 arasında (Linacre, 2018) olması veya 0,5 ile 1,5 arasında olması optimal olarak kabul edilmekte ve 2 üzerindeki değerlerin modele uyum göstermediği belirtilmektedir (Wright ve Linacre, 1994; Ayala, 2009).

Rasch analizinde iki tür güvenirlik indeksi kestirilir; bunlardan biri kişi güvenirliliği, diğeri ise madde güvenirliliğidir. Ayırışma da güvenirlik gibi, madde ve birey parametrelerinin tekrar edilebilirliğinin bir göstergesidir (Wright ve Masters, 1981). Kişi ve madde güvenirliliği için kabul edilebilir değerler 0,80'den yüksek olmalıdır. Ayırışma indekslerinin değerleri ise 1.50'yi geçtiğinde kabul edilebilirdir (Linacre, 2018). Analiz sonucunda CSBB ölçeğindeki bu değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlenmiştir. Cronbach Alfa değeri 0,70'in üzerinde olan ölçekler iç tutarlılığa sahiptir ve ölçek güveniliridir (Nunnally, 1978). Rasch analizinde madde ayırışma indeksi değeri KR-20 güvenirlik katsayısı olarak yorumlanır.

Dolayısıyla ölçeğin güvenirlik katsayı 0,99 olarak bulunmuştur. ICC analizi sonucunda ölçek toplam puanı ($r=0,629$) istatistiksel olarak anlamlı derecede bir uyum göstermektedir. Elde edilen ayrışma değerleri ve güvenirlik değerleri yorumlandığında ölçme aracının güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. CSBB ölçeği için doğru cevaba 1 puan, yanlış cevaba ve bilmiyorum cevabına 0 puan verilmektedir. Ölçekten 0-31 arasında puan alınabilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 31'dir. Ölçekten ne kadar yüksek puan alınırsa, cinsel sağlık bakımı ile ilgili bilgi düzeyleri de o kadar yüksektir.

Orijinal CSBT ölçeği üç alt boyut ve 18 maddeden oluşmaktadır (Sung, 2011). DFA sonucunda elde edilen χ^2/df , IFI, CFI, RMSEA ve SRMR uyum değerleri incelendiğinde; CSBT ölçeğinin genel olarak iyi uyum sağladığı görülmektedir (Hu ve Bentler, 1999; Meydan ve Şeşen, 2011; Tabachnick ve Fidell, 2001). Madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0.30'un altında ise bu maddelerde ciddi bir sorun olduğu düşünülür ve bu maddeler ölçekten çıkartılabilir (Şencan, 2005; Alpar, 2012). Bu çalışmada madde-toplam korelasyon katsayılarının hiçbiri 0.30'un altında bulunmamıştır. Madde analizinde herhangi bir madde silindiğinde Cronbach Alfa değerini önemli derecede değiştirmemiştir. Bu nedenle CSBT ölçeğinden madde çıkartılmamıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.864'dür. Bu değer genelde kabul edilebilir değer olan 0,70'ten (Nunnally, 1978) yüksektir. ICC analizi sonucunda ölçek toplam ($r=0.832$) puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede bir uyum göstermektedir. Elde edilen uyum değerleri ve güvenirlik değerleri yorumlandığında ölçme aracının geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. CSBTÖ 5'li Likert tipte olup ölçekten alınabilecek puanlar 18-90 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan 90'dır. Yüksek puan, cinsel sağlık hizmetlerinde olumlu bir tutum sergilendiğini göstermektedir.

7.1.2. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

Bu bölümde öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir. Buna göre araştırmada; cinsel eğitim ve kontrol grubundaki öğrencilerin sosyo-demografik ve cinsel sağlık ile ilgili bilgilerinin benzer olduğu belirlenmiştir. Grupların benzer özellikte olması araştırma bulgularının karşılaştırılabilmesi ve sonuçların geçerliliğinin sağlanması açısından kritik öneme sahiptir.

Hemşirelik öğrencilerinin yaşı arttıkça cinsel sağlık eğitimine yönelik tutumları da olumlu yönde gelişmektedir (Sharon ve ark., 2020). Cinsel sağlık eğitimi ile ilgili literatür incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamasının 18,9 ile 22,45 arasında değiştiği görülmektedir (Çulha ve Afşin, 2023; Doğan ve ark., 2022; GÜDÜL ÖZ ve ark., 2021; Kartal, 2020; Özsoy ve Bulut, 2017; Sung ve Lin, 2013; Tuğut ve Gölbaşı, 2017). Çalışmamızda, cinsel

eğitim grubunun yaş ortalaması $22,02 \pm 0,96$, kontrol grubunun ise $22,16 \pm 1,19$ olarak bulunmuştur (Tablo 9). Bu durum literatürdeki benzer çalışmalarla örtüşmekle birlikte, genel olarak araştırmamızda katılımcı popülasyonunun 1-2 yaş kadar daha büyük olduğu görülmüştür. Bunun, literatürdeki bazı çalışmalara 1., 2. ve 3. sınıf hemşirelik öğrencilerinin de katılımından kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Çulha ve Afşin, 2023; Doğan ve ark., 2022; GÜDÜL ÖZ ve ark., 2021; Özsoy ve Bulut, 2017).

Daha iyi akademik performans gösteren hemşirelik öğrencilerinin, cinsel sağlık eğitimine daha yüksek bir performansla devam etmeleri beklenebilir (Pitt ve ark., 2012). Bu nedenle cinsel eğitim ve kontrol grubundaki hemşirelik öğrencilerinin GANO'larının belirlenmesi araştırma açısından önem taşımaktadır. Çalışmamızda öğrencilerin GANO ortalamaları, cinsel eğitim grubunda $2,93 \pm 0,43$, kontrol grubunda $2,96 \pm 0,43$ olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

Kadın hemşirelik öğrencileri cinsel sağlık bakımı konusunda erkek hemşirelik öğrencilerine kıyasla daha olumlu tutum ve inançlara sahiptir (GÜDÜL ÖZ ve ark., 2022). Cinsel sağlık eğitimi üzerine yapılan çalışmalarda ise hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu görülmektedir. Sung ve Lin (2013)'in çalışmasında araştırmaya dahil edilenlerin tamamı, Çulha ve Afşin'in (2023)'ün çalışmasında %82,7'si, Tuğut ve Gölbaşı (2017)'nin çalışmasında %80,0'i, Özsoy ve Bulut (2017)'un çalışmasında %72,9'u, Doğan ve ark. (2022)'nin çalışmasında cinsel sağlık dersini alan öğrencilerin %92,9'u, cinsel sağlık dersini almayan öğrencilerin %87,2'si, GÜDÜL ÖZ ve ark (2021)'in çalışmasında %69,4'ü, Ünal Toprak ve Turan (2021)'in çalışmasında cinsel sağlık dersini alan öğrencilerin %76,9'u, cinsel sağlık dersini almayan öğrencilerin %88,5'i ve Kartal (2020)'in çalışmasında ise %62,5'inin kadın olduğu saptanmıştır (Çulha ve Afşin, 2023; Doğan ve ark., 2022; GÜDÜL ÖZ ve ark., 2021; Kartal, 2020; Özsoy ve Bulut, 2017; Sung ve Lin, 2013; Tuğut ve Gölbaşı, 2017; Ünal Toprak ve Turan, 2021). Çalışmamızda ise cinsel eğitim grubunun %95,3'ünün, kontrol grubunun %93,3'ünün kadın olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9). Çalışmamıza davet edilen hemşirelik öğrencilerinin %76,8'i (n=163) kadın öğrenciydi. Erkek öğrencilerin katılım oranının daha düşük olmasının, çoğunlukla ek işte çalışmaları nedeniyle araştırmaya katılmaya yeterli zaman bulamayacaklarını ifade etmeleriyle açıklanabilir. Ayrıca literatürde yapılan bazı çalışmalara göre (Mthimunya ve Daniels, 2019; Pitt ve ark., 2012), erkek öğrencilerin akademik başarılarının ve meslekteki kalıcılıklarının kadın öğrencilere göre daha düşük olması katılım oranını azalttığını düşündürmüştür.

Aile tipi, gençlerin cinsel sağlığı üzerinde etkili bir faktördür. Geniş ailelerde, aile üyeleri cinsellik konusunda iletişimde daha etkin bir rol oynayabilir ve ebeveynlere kıyasla daha rahat

bir iletişim alternatifi haline gelebilir (Grossman ve ark., 2015). Sung ve Lin (2013)'in çalışmasında öğrencilerin %66'sının, Tuğut ve Gölbaşı (2017)'nin çalışmasında %85,7'sinin, Doğan ve ark. (2022)'nin çalışmasında cinsel sağlık dersini alan öğrencilerin %76,8'inin, cinsel sağlık dersini almayan öğrencilerin %72,3'ünün, GÜDÜL ÖZ ve ark. (2021)'in çalışmasında %81,2'sinin ve Kartal (2020)'in çalışmasında %80'inin çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir (Doğan ve ark., 2022; GÜDÜL ÖZ ve ark., 2021; Kartal, 2020; Özsoy ve Bulut, 2017; Sung ve Lin, 2013; Tuğut ve Gölbaşı, 2017). Çalışmamızda ise cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin %86'sının, kontrol grubundaki öğrencilerin %77,8'inin çekirdek aileye sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9). Bu sonuçlar, öğrencilerin çoğunlukla çekirdek aile yapısına sahip olması yönünden literatürdeki çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Yaşanılan bölgenin kırsal ya da kentsel bölgede olması bireylerin cinselliğe bakış açısını etkileyen bir faktördür. Kırsal bölgede yaşayan öğrencilerin kentsel bölgeye kıyasla daha fazla cinsel mitlere sahip olduğu ve cinsel sağlık bilgi seviyelerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun muhtemel nedenleri arasında kırsal bölgelerde cinsellik hakkında konuşmaktan kaçınma eğilimi ve bilgi kaynaklarına sınırlı erişim yer almaktadır (Evcili ve Gölbaşı, 2017). Ünal Toprak ve Turan (2021)'in çalışmasında cinsel sağlık dersini alan öğrencilerin %56,4'ünün, cinsel sağlık dersini almayan öğrencilerin %36,5'inin ilde, Tuğut ve Gölbaşı (2017)'nin çalışmasında %62,9'unun şehirde, Doğan ve ark. (2022)'nin çalışmasında cinsel sağlık dersini alan öğrencilerin %39,3'ünün, cinsel sağlık dersini almayan öğrencilerin %48,9'unun büyükşehir veya şehirde, GÜDÜL ÖZ ve ark (2021)'in çalışmasında %42,4'ünün ilde ve Kartal (2020)'in çalışmasında %65'inin ilde olmak üzere çoğunlukla kentsel bölgede yaşamış olduğu belirlenmiştir (Doğan ve ark., 2022; GÜDÜL ÖZ ve ark., 2021; Kartal, 2020; Tuğut ve Gölbaşı, 2017; Ünal Toprak ve Turan, 2021). Çalışmamızda ise cinsel eğitim grubunu oluşturan öğrencilerin %86'sının, kontrol grubunun %84,4'ünün, çoğunlukla kentsel bölgede yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 9). Bu bulgular, öğrencilerin çoğunluğunun yaşadığı yerin kentsel bölge olması açısından, literatürdeki diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Bireylerin cinselliğe yönelik tutumu üzerine aile dinamikleri ve kültürel özelliklerin önemli etkisi bulunmaktadır (Vefikulucay Yılmaz ve ark., 2020). Doğan ve ark. (2022)'nin çalışmasında cinsel sağlık dersini alan öğrencilerin %77,6'sının, cinsel sağlık dersini almayan öğrencilerin %78,7'sinin yurttan kaldığı belirlenmiştir (Doğan ve ark., 2022). Benzer şekilde GÜDÜL ÖZ ve ark (2021)'in çalışmasında da öğrencilerin %70,6'sının yurttan kaldığı saptanmıştır (GÜDÜL ÖZ ve ark., 2021). Çalışmamızda ise cinsel eğitim grubunun %51,2'sinin ailesi ile

birlikte evde, kontrol grubunun %48,9'unun yurttta yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 9). Marmara Üniversitesi Hemşirelik bölümüne 2020 yılında yerleşen öğrencilerin İstanbul ilinde ikamet ediyor olma oranının (%33.6) diğer illere göre yüksek olması (Yükseköğretim Kurulu, 2020) göz önüne alındığında, öğrencilerin ailesi ile birlikte evde kalma oranının yüksek olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Ebeveyn eğitim düzeyi yükseldikçe hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımı sağlamaya yönelik tutumları olumlu yönde gelişmektedir (Güdül Öz ve ark., 2022). Literatürdeki bulgulara göre, öğrencilerin çoğunlukla annelerinin eğitim düzeyi ilkökul düzeyindedir; Özsoy ve Bulut (2017)'un çalışmasında %50,8'i, Doğan ve ark. (2022)'nin çalışmasında cinsel sağlık dersini alan öğrencilerin %52,7'si, cinsel sağlık dersini almayan öğrencilerin %53,2'si, Demirhan Kayacık ve ark. (2024)'nin çalışmasında deney grubunun %55,3'ü, kontrol grubunun %72,2'si annesinin ilkökul mezunu olduğunu belirtmiştir (Demirhan Kayacık ve ark., 2024; Doğan ve ark., 2022; Özsoy ve Bulut, 2017). Çalışmamızda benzer şekilde cinsel eğitim grubunun %46,5'inin, kontrol grubunun %42,3'ünün anne eğitim düzeyinin çoğunlukla ilkökul olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Bu sonuç, anne eğitim düzeyinin literatür bulgularıyla paralellik göstermektedir. Baba eğitim düzeyi ile ilgili olarak, Doğan ve ark. (2022)'nin çalışmasında cinsel sağlık dersini alan öğrencilerin %43,8'i, cinsel sağlık dersini almayan öğrencilerin %40,4'ü ve Demirhan Kayacık ve ark. (2024)'nin çalışmasında deney ve kontrol grubunun %50,0'si babalarının eğitim düzeyinin lise ve üstü olduğunu belirtmişlerdir (Demirhan Kayacık ve ark., 2024; Doğan ve ark., 2022). Özsoy ve Bulut (2017)'un çalışmasında ise öğrencilerin babalarının %46,6'sının ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır (Özsoy ve Bulut, 2017) Çalışmamızda baba eğitim düzeyi açısından çoğunlukla, cinsel eğitim grubunda öğrencilerin %34,9'unun ilkökul, %34,9'unun lise mezunu; kontrol grubunda ise %35,6'sının ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Bu bulgular, baba eğitim düzeyinin literatürdeki çalışmalarla genel olarak uyumlu olduğunu göstermektedir.

Ebeveyn-çocuk ilişkisi öğrencilerin cinselliğe bakışlarını etkileyen bir faktördür (Brar ve ark., 2018; Widman ve ark., 2016). Sung ve Lin (2013)'in çalışmasında öğrencilerin %44'ü ebeveyn-çocuk ilişkisini iyi olarak algılamaktadır (Sung ve Lin, 2013). Çalışmamızda ise annesi ile ilişkisini çok iyi veya iyi olarak değerlendiren öğrencilerin oranı cinsel eğitim grubunda %81,4, kontrol grubunda %88,9 iken, babası ile ilişkisini çok iyi veya iyi olarak değerlendirenlerin oranı cinsel eğitim grubunda %65,1, kontrol grubunda %62,3 olarak saptanmıştır (Tablo 9). Bu bulgular, Sung ve Lin'in (2013) çalışmasından daha olumlu sonuçlar göstermektedir. Türkiye'de çocukların anneleriyle olan ilişkilerinin, babalarıyla olan ilişkilerine kıyasla daha

iyi olması kültürel yapı ile ilişki olabilir. Geleneksel aile yapısında, çocukların fiziksel bakımından daha çok annelerin sorumlu olması, anne-çocuk ilişkisini olumlu yönde geliştirebilir (Kuzucu, 2011).

Yapılan bir çalışmada bazı hemşireler tarafından cinsel sağlık ile ilgili bilgi eksikliklerini meslektaşlarından tavsiye alarak, mesleki yayınlar okuyarak, internette araştırma yaparak veya kendi veya tanıdıklarının kişisel deneyimlerini kullanarak gidermeye çalıştıkları, ancak bu kaynakların kalitesi konusunda belirsizlik yaşadıkları bildirilmiştir (Yodchai ve ark., 2018). Ankara’da yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğu olmak üzere %74,8’i cinsel sağlıkla ilgili bilgi kaynağının okuldaki dersler olduğunu belirtmiştir (Şentürk Erenel ve Çiçek Özdemir, 2020). Benzer şekilde çalışmamızda cinsel eğitim grubunun %67,4’ü, kontrol grubunun %51,1’i cinsellikle ilgili bilgilerini en çok okuldan elde ettiğini belirtmiştir (Tablo 10). Çalışmamızdaki hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık ile ilgili bilgiyi okul gibi güvenilir bir kaynaktan sağlaması olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle, hemşirelik eğitmenlerinin cinsel sağlık eğitimini geliştirmeleri büyük önem taşımaktadır.

Cinsel sağlık bakımı eğitimi alan hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımına ilişkin daha olumlu tutum ve inançlara sahip olduğu görülmüştür (Seid ve ark., 2022). Sung ve Lin (2013)’in çalışmasında öğrencilerin %43’ü cinsellik/toplumsal cinsiyet eğitimi kursu almıştır (Sung ve Lin, 2013). Demirhan Kayacık ve ark. (2024)’nın çalışmasında deney grubunun %13,6’sı, kontrol grubunun %44,4’ü; Çulha ve Afşin (2023)’in çalışmasında öğrencilerin %42,3’ü; Doğan ve ark. (2022)’nin çalışmasında cinsel sağlık dersini alan öğrencilerin %88,5’i, cinsel sağlık dersini almayan öğrencilerin %69,8’i daha önce cinsel sağlık eğitimi almıştır (Çulha ve Afşin, 2023; Demirhan Kayacık ve ark., 2024; Doğan ve ark., 2022). Çalışmamızda cinsel eğitim grubunun %25,6’sının, kontrol grubunun %24,4’ünün cinsel sağlıkla ilgili seçmeli ders aldığı görülmüştür (Tablo 10). Literatürde yer alan çalışmalara kıyasla cinsel sağlık eğitimi alan öğrenci oranının bizim çalışmamızda genel olarak daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu düşük oran, çalışmamızda yalnızca cinsel sağlık ile ilgili seçmeli ders alma durumunun sorgulanmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Oysa literatürdeki diğer çalışmalarda cinsel sağlık eğitimi, temel hemşirelik derslerinin içeriğinde yer alan cinsel sağlık konularını ve okul dışı farklı kaynaklardan alınan eğitimleri kapsayacak şekilde değerlendirilmiş olabilir.

Hemşireler ve hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlığı değerlendirme ve cinsel sağlık bakımı sağlama konusunda yaşadıkları önemli engellerden biri, yeterli cinsel sağlık eğitimi almamış olmalarıdır (Hoekstra ve ark., 2012; Klaeson ve ark., 2017; Wang ve Rong, 2019). İsrail’de yapılan bir çalışmada, 4. sınıf hemşirelik öğrencilerine (n=36) hemşirelik müfredatında cinsel

sağlık eğitimi derslerinin yer almasının önemine ilişkin görüşleri sorulmuştur. Katılımcıların %77'i bu derslerin "çok önemli" veya "önemli" olduğunu ifade etmiştir (Sharon ve ark., 2020). Çalışmamızda ise cinsel eğitim ve kontrol grubundaki öğrencilerin tamamı hemşirelikte cinsel sağlık eğitiminin "çok önemli" veya "önemli" olduğunu belirtmiştir (Tablo 10). Bu bulgu, hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık eğitiminin önemini fark ettiklerini ve bu konuda eğitim almaya istekli olduklarını düşündürmektedir.

7.1.3. Öğrencilerin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ)'ne ilişkin bulguların tartışılması

7.1.3.1. Öğrencilerin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Bu bölümde, hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakım bilgi düzeylerini ölçen CSBBÖ puanlarının, gruplar arası ve grup içine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların literatür doğrultusunda tartışılması amaçlanmaktadır.

Hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlığı değerlendirebilmeleri ve bu doğrultuda bakım verebilmeleri açısından yeterli cinsel sağlık bilgisine sahip olmaları büyük önem taşımaktadır (Blakey ve Aveyard, 2017; Wang ve Rong, 2019). GÜDÜL ÖZ ve ark. (2020)'nın Türkiye'de gerçekleştirdiği çalışmada hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunun cinsel sağlık eğitimi almadığı ve cinsel sağlığı klinikte değerlendirmedeği tespit edilmiştir. Öğrencilerin cinsel sağlığı klinikte değerlendirmeme durumu; cinsel sağlık bakımı verebilecek düzeyde bilgiye sahip olmadıklarını düşünmeleri, bu konuda utanmaları ve hastanın kendilerini ciddiye almayacağı endişesi ile açıklanmıştır (GÜDÜL ÖZ ve ark., 2020). UĞURLU ve KARAHAN (2021)'in Türkiye'de yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bilgisine orta düzeyde sahip oldukları belirlenmiştir (Uğurlu ve Karahan, 2022). Bu bulgu, cinsel sağlık eğitiminin yeterince yaygın olmadığını ve bu alanda bilgi eksikliğinin devam ettiğini göstermektedir. Benzer şekilde, Blakey ve Aveyard (2017) tarafından yapılan bir literatür incelemesinde, birçok hemşirelik öğrencisinin cinsel sağlık bakımı hakkında bilgi eksikliği hissettiği ortaya konulmuştur (Blakey ve Aveyard, 2017). Tayvan'da CSBBÖ kullanılarak yapılan bir çalışmada son sınıf hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeyleri incelenmiş ve deney grubunun ön test toplam puanı $23,76 \pm 3,70$, kontrol grubunun ise $24,39 \pm 3,30$ olduğu saptanmıştır (Sung ve Lin, 2013). Bu çalışmaya kıyasla, bizim çalışmamızda cinsel eğitim grubunda ön test CSBBÖ toplam puan ortalaması $19,00 \pm 3,78$, kontrol grubunda ise $19,51 \pm 3,87$ olarak belirlenmiştir (Tablo 11). Tayvan'daki öğrencilerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasının nedeni, muhtemelen eğitim sistemindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Sung ve Lin (2013)'in bu çalışmasında

öğrencilerin %43'ünün daha önce cinsel sağlık ile ilgili eğitim aldığı görülürken, bizim çalışmamızda hemşirelik eğitimi esnasında cinsel sağlıkla ilgili seçmeli ders alan öğrencilerin oranı %25 gibi daha düşük oranda olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Eğitim sisteminde cinsel sağlık konusuna daha fazla yer verilerek öğrencilerin bilgi düzeyleri artırılabilir.

Sung ve Lin (2013)'in yaptığı yarı deneysel çalışmada son sınıf hemşirelik öğrencileri kontrol (n=95) ve deney (n=95) gruplarına atanmıştır. Deney grubuna geleneksel eğitim, grup tartışması, rol yapma, vaka analizi, beyin fırtınası gibi eğitim yöntemleri kullanılarak verilen cinsel sağlık eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımı konusundaki bilgi, tutum ve öz yeterliliklerini eğitimden sonraki 14. ve 19. haftada anlamlı düzeyde artırdığı belirlenmiştir (Sung ve Lin, 2013). Türkiye'de yapılan ön test-son test kontrol gruplu deneysel bir çalışmada ise; hemşirelik öğrencilerine verilen 18 saatlik cinsellik değerlendirme becerileri eğitiminin öğrencilerin bilgi, tutum ve davranışlarını eğitimden hemen sonra, 2 hafta sonra ve 3 ay sonra anlamlı düzeyde geliştirdiği görülmüştür (Tuğut ve Gölbaşı, 2017). Çalışmamızda cinsel eğitim grubunda, PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi sonrasında ve 3 ay sonra, cinsel sağlık bakım bilgi düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 11). Çalışmamızın bulguları literatürle uyum göstermektedir.

Çalışmamızda cinsel eğitim grubunun CSBBÖ toplam puanları son testte 3 ay sonra yapılan izlem testine kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Bu durum öğrencilerin cinsel sağlık bilgilerinin tamamını uygulama alanında yeteri kadar kullanma fırsatı bulamadıklarını ve zamanla bilgi düzeylerinde azalma olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, öğrencilerin cinsel sağlık bilgilerinin uygulama alanında daha fazla kullanılması teşvik edilmeli ve bu bilgilerin düzenli aralıklarla yenilenmesi sağlanmalıdır.

Çalışmamızda cinsel eğitim grubunun CSBBÖ tüm alt boyut puanlarının ("cinsel tıp ve hemşirelik", "cinsel değerlendirme" ve "cinsel taciz ve saldırı") son test ve izlem testi açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 11). Bu sonuç, cinsel eğitim grubuna verilen cinsel sağlık eğitim içeriğinin bu konuları da kapsamı ile doğrudan ilişkilidir (Tablo 3). Eğitim programı, cinsel sağlık konularını derinlemesine ele alarak öğrencilerin bilgi düzeyini artırmıştır. Bu bulgular, cinsel sağlık eğitim içeriklerinin detaylandırılması ve kapsamlı bir şekilde uygulanmasının öğrenci bilgilerinde anlamlı bir artış sağlayabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nin etkileri değerlendirildiğinde, cinsel eğitim grubunda yer alan hemşirelik öğrencilerinin eğitim öncesine

ve kontrol grubuna kıyasla eğitimden hemen sonra ve 3 ay sonra CSBBÖ toplam puanlarının anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (Tablo 11). Bu bulgu araştırmanın 1. Hipotezi olan “**H₁: Hemşirelik öğrencilerine PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi verildiğinde öğrencilerin cinsel sağlık bakım bilgisi daha yüksektir.**” hipotezini desteklemektedir. Elde edilen sonuçlar, PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’nin cinsel sağlık bakımına yönelik bilgi düzeylerinin artırılmasında önemli bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

7.1.3.2. Öğrencilerin Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Bu bölümde, hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakım tutum düzeylerini ölçen CSBTÖ puanlarının, gruplar arası ve grup içine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Hemşirelik eğitimcilerinin yalnızca cinsel sağlık konusunda bilgi sağlamaları değil, aynı zamanda öğrencilerin cinsel sağlık bakımı konusunda olumlu tutumlar geliştirmelerine odaklanmaları, öğrencilerin gelecekteki cinsel sağlık bakımı uygulamalarındaki yetkinliklerini artırmak açısından kritik bir öneme sahiptir (Aaberg, 2016; Sung ve ark., 2015). Pakistan’da yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık değerlendirmesine yönelik olumlu tutum sergiledikleri belirlenmiştir (Jadoon ve ark., 2022). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımı konusunda olumlu tutum ve davranışlara sahip oldukları ve tutum ölçeğinden 32,54 puan aldıkları (ölçektan alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 72’dir ve yüksek puan olumsuz tutumu gösterir) bulunmuştur (Şentürk Erenel ve Çiçek Özdemir, 2020). Buna karşılık Etiyopya’da yapılan bir çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımına yönelik olumsuz tutum ve inançlara sahip oldukları ve Şentürk Erenel ve Çiçek Özdemir (2020)’in çalışmasında kullandığı aynı ölçekten 42,3 puan aldıkları tespit edilmiştir (Seid ve ark., 2022). Tayland’da bizim çalışmamızdaki aynı ölçek kullanılarak yapılan bir araştırmada deney grubunda yer alan hemşirelik öğrencilerinin ön test toplam puanının 66,59±7,02, kontrol grubunun ise 64,60± 7,74 olduğu saptanmıştır (ölçektan alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan 90’dır ve yüksek puan olumlu tutumu gösterir) (Sung ve Lin, 2013). Çalışmamızda ön test CSBTÖ toplam puan ortalamasının, cinsel eğitim grubunda 68,02±8,19, kontrol grubunda 69,69±7,91 olduğu görülmüştür (Tablo 12). Hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımına yönelik tutumları birçok faktörden etkilenmektedir (Sharon ve ark., 2020). Türkiye’de yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımına yönelik tutumları lisans sınıf düzeyi, anne eğitim durumu, cinsellik hakkında konuşma, cinsel sağlık eğitimi alma, klinik cinsel sağlık değerlendirmesi,

karşı cinse cinsel sağlık hizmeti sunmada zorluk çekme, cinsel sağlık hizmeti sunma konusunda utangaçlık hissetme özellikleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Güdül Öz ve ark., 2022). Din, kültür ve karşı cinsiyetten bireylerle cinsellik hakkında konuşmak da cinselliği değerlendirme sürecinde engeller yaratmaktadır (Jadoon ve ark., 2022). Bizim çalışmamızda öğrencilerin CSBTÖ puanlarının daha yüksek olmasının nedeni çalışmaya katılan öğrencilerin kültürel ve sosyal farklılıkları olabilir (Russell ve ark., 2023). Bu farklılıklar, hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık konularına yaklaşımındaki tutumlarını etkileyebilir. Sung ve Lin (2013)'in çalışmasına kıyasla bizim çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bilgi düzeyi daha düşük olsa da neredeyse tamamının cinsel sağlık eğitiminin önemini farkında olması (Tablo 10) ve farklı kültürlerden insanların bir arada yaşadığı, kültürel etkileşimin yüksek olduğu bir metropol şehirde eğitim almaları, cinsel sağlık bakımına yönelik tutumlarının daha olumlu olmasını sağlamış olabilir.

Hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık eğitimi alma durumu arttıkça konuya yönelik daha olumlu tutumlara sahip olunmaktadır (Sharon ve ark., 2020). Danimarka'da yapılan bir çalışmada, sağlık alanındaki öğrencilere verilen 2 haftalık cinsel sağlık ve rehabilitasyona dayalı eğitimin, öğrencilerin cinsel sağlık bakımı ile ilgili tutumlarını olumlu yönde değiştirdiği, hastaları rencide etme korkularını azalttığı ve cinsel sağlık ile ilgili iletişimde rahatlık duygularını artırdığı bulunmuştur. Ayrıca, bu olumlu etkilerin eğitimden 3 ay sonra da devam ettiği bildirilmiştir (Gerbild ve ark., 2018). Benzer şekilde Çulha ve Afşin (2023) tarafından yapılan ön test-son test tek gruplu yarı deneysel çalışmada ise hemşirelik öğrencilerine cinsel sağlık tanılmasına ilişkin verilen akran eğitiminin cinsel sağlık tutumları üzerinde olumlu bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (Çulha ve Afşin, 2023). Demirhan Kayacık ve ark. (2024)'nın Türkiye'de yaptığı çalışmada ise ebelik öğrencileri deney ve kontrol gruplarına ayrılmış ve deney grubuna jinekolojik kanserlerde PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık eğitimi verilmiştir. Sonuç olarak, deney grubunun cinsel tutum ve inançlarının kontrol grubuna kıyasla eğitimden bir ay sonra anlamlı düzeyde iyileştiği belirlenmiştir (Demirhan Kayacık ve ark., 2024). Steinke ve ark. (2016) kardiyovasküler hastalarına yönelik kanıta dayalı cinsel danışmanlık için Bandura'nın sosyal-bilişsel kuramı doğrultusunda yapılandırılmış web sitesindeki eğitim modüllerini tamamlayan hemşirelik öğrencilerinin (n=95), cinsel danışmanlığa ilişkin güven ve sorumluluk duygularının arttığını bildirmiştir (Steinke ve ark., 2016). Çalışmamızın bulguları da bu literatürle uyumlu olarak, cinsel eğitim grubundaki hemşirelik öğrencilerinin PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi sonrası ve 3 ay sonra cinsel sağlık bakımına yönelik tutumlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı

düzeyde gelişme gösterdiğini ortaya koymaktadır (Tablo 12). Bu bulguların aksine Doğan ve ark. (2022) tarafından hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin katılımıyla yapılan çalışmada, cinsel sağlık dersi almanın cinsel sağlık bakımına ilişkin tutum ve inançları etkilemediği belirtilmiş ve bu tür derslerin daha etkili olabilmesi için rol-play, drama gibi etkinliklerin eğitime entegre edilmesi önerilmiştir (Doğan ve ark., 2022). Bu araştırmanın da önerdiği gibi, çalışmamızda PLISSIT modeline dayalı vaka çalışmaları yapılması, öğrencilerin cinsel sağlık bakımı tutumlarını olumlu yönde geliştirmede etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda cinsel eğitim grubunun CSBTÖ toplam puanları son testte izlem testine kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 12). Bu bulgu, PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi sonrasında öğrencilerin olumlu yönde gelişen tutumlarının zamanla gerileyebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle öğrencilerin edindikleri bilgi ve edindikleri tutumları uygulama alanında sürdürülebilmesi ve bu tutumların kalıcı hale getirilmesi için cinsel sağlık bakımına yönelik eğitimlerin belli aralıklarla tekrarlanması önem arz etmektedir. Bu nedenle öğrencilerin cinsel sağlık bakımı vermeleri teşvik edilmeli ve belli aralıklarla eğitimleri tekrarlanmalıdır. Literatürde de, cinsel sağlık eğitimi sonrasında hemşirelik öğrencilerinin tutum puanlarında zamanla bir düşüş olduğu tespit edilmiştir (Sung ve Lin, 2013). Bu düşüşün muhtemel nedeni, eğitim sonrası bilgi ve becerilerin yeterince uygulanamaması ve bu nedenle tutum değişikliklerinin kalıcı hale gelememesidir.

Çalışmamızda cinsel eğitim grubunun CSBTÖ “algılanan rahatlık” alt boyut puanının son test açısından, “bilgi sağlamak” ve “profesyonel roller” alt boyut puanlarının son test ve izlem testi açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 12). Bu sonuç, cinsel sağlık eğitim programının kapsamlı bir teorik içeriğe sahip olması ve cinsel sağlık bakımı sırasında dikkat edilmesi gerekenler ile hemşirelerin rollerine yönelik bilgi sağlamasıyla ilişkilendirilebilir (Tablo 3). Bu kapsamlı eğitim içeriği, öğrencilerin bilgi düzeylerini artırarak, cinsel sağlık bakımı verme konusunda kendilerini daha rahat hissetmelerine, bilgi sağlama tutumlarını geliştirmelerine ve mesleki rollerini daha kolay benimsemelerine katkıda bulunmuş olabilir. Sung ve ark. (2015)’nın çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımı bilgisi ile cinsel sağlık bakımına yönelik tutumları arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır (Sung ve ark., 2015). Bu çalışma bulgusu da bilgi düzeylerindeki artışın olumlu tutumları desteklediğini göstermektedir. Fakat çalışmamızdaki cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin izlem sürecinde CSBBÖ ve CSBTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiş olması ($r=0,265$; $p=0,086$) (Tablo 16), bu olumlu tutum gelişimindeki etkenin eğitim sürecinde sağlanan teori

ve uygulama birlikteliği olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca öğrencilerin %97,7'sinin PLISSIT modelini cinsel sağlık bakımı sağlama becerisini geliştirmede çok etkili veya etkili bulması ve %86'sının bu modeli kullanarak hasta/sağlam bireylere cinsel sağlık bakımı verdiğini belirtmesi (Tablo 18, 19) öğrencilerin bu alt boyutlarda olumlu tutumlar geliştirmesinin nedeninin uygulamaya dayalı öğrenme süreçlerinden kaynaklandığını düşündürmüştür.

Çalışmamızın bulguları PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi verilen cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin hem eğitim öncesine hem de kontrol grubuna kıyasla eğitimden hemen sonra ve 3 ay sonrasında CSBTÖ puanlarının anlamlı düzeyde arttığını göstermiştir (Tablo 12). Dolayısıyla bu bulgular araştırmanın 2. hipotezi olan “**H₂: Hemşirelik öğrencilerine PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi verildiğinde öğrencilerin cinsel sağlık bakım tutumu daha olumludur.**” hipotezini doğrulamaktadır. Bu sonuçlar, PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nin, öğrencilerin cinsel sağlık bakımıyla ilgili tutumlarını olumlu yönde geliştirdiğini ve bu gelişmenin belli bir süre devam edebileceğini göstermektedir. Cinsel sağlık eğitimlerinin düzenli olarak tekrarlanması ve öğrencilerin bu bilgileri uygulamada aktif olarak kullanmalarının teşvik edilmesi, tutumların uzun vadede olumlu kalmasını sağlayabilir.

7.1.3.3. Öğrencilerin Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Bu bölümde, hemşirelik öğrencilerinin cinsel mitlerini ölçen CMÖ puanlarının, gruplar arası ve grup içine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bireylere etkili ve yeterli cinsel sağlık bakımı sunabilmek için hemşirelik öğrencilerinin öncelikle kendi cinsel inanışlarının ve cinsel mitlerinin farkına varmaları önemlidir (Özsoy ve Bulut, 2017). Hemşirelik öğrencilerinin cinselliğe yönelik hatalı ve yanlış inanışları hemşirelik sürecine olumsuz yansırabilir ve bu durum, cinsel sağlık bakımı sunulmasını engelleyebilir (Kartal, 2020). Üstelik hemşirelik öğrencilerinin sahip olduğu cinsel mitler arttıkça hastaların cinselliğini değerlendirmeye ilişkin algıladıkları engeller de artmaktadır. Bu mitler, cinsel sağlık bakımının kalitesini olumsuz etkileyebileceği gibi, bakımın başlatılmasında bile zorluklar oluşturabilir (Aşçı ve Gökdemir, 2021). Hemşirelik öğrencilerinin öncelikle cinsel mitlerin etkisinden kurtulmaları, yeterli ve doğru cinsel bilgiye sahip olmaları ve bu bilgiyi bireylere etkili ve ikna edici bir şekilde ulaştırmaları gerekmektedir (Yılmaz ve Karataş, 2018). Türkiye'deki hemşirelik öğrencilerinin katılımıyla yapılan diğer çalışmalarda CMÖ toplam puanlarının 56,77 ile 66,70 arasında değiştiği görülmektedir. CMÖ toplam puanları, GÜDÜL ÖZ ve ark. (2020)'nın Türkiye'nin güneyinde yaptığı çalışmasında 56,77±17,80; Aşçı ve Gökdemir

(2021)'in çalışmasında $66,22 \pm 17,42$; Kartal (2020)'ın Tokat'ta yürüttüğü çalışmasında $66,70 \pm 14,26$; Güdül z ve ark. (2021)'nin Türkiye'nin güneyinde yaptığı diğerk bir çalışmasında $66,70 \pm 18,50$ olduğu belirlenmiştir (Aşçı ve Gökdemir, 2021; Güdül z ve ark., 2020; Güdül z ve ark., 2021; Kartal, 2020). Çalışmamızda n test CM toplam puan ortalamasının, cinsel eğitim grubunda $52,49 \pm 13,02$ ve kontrol grubunda $52,16 \pm 15,29$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 13). Literatürdeki çalışmaları incelediğimizde, katılımcılar çeşitli demografik özelliklere göre bizim çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Örneğin Kartal (2020)'in çalışmasında katılımcıların %37,5'i erkek olup erkeklerin CM toplam puan ortalamasının 77,00 olduğu saptanmış; ilçe ve köy-bucakta daha uzun süre yaşayan katılımcılar örneklemin %35'ini oluşturmuş ve bu grubun CM toplam puan ortalamaları, ilde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Kartal, 2020). Güdül z ve ark. (2020)'nin çalışmasında, katılımcıların %27,4' erkek olup erkeklerin CM toplam puan ortalaması 68,49 olarak belirlenmiş; katılımcıların %53,9'u en uzun süre ilçe veya köyde yaşamış ve genel olarak anne-baba eğitim düzeyleri bizim çalışmamıza kıyasla daha düşük bulunmuştur. Ebeveyn eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların CM toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Güdül z ve ark., 2020). Aşçı ve Gökdemir (2021)'in çalışmasında, katılımcıların %41,1'i erkek olup erkeklerin CM toplam puan ortalaması 74,41 olarak saptanmıştır (Aşçı ve Gökdemir, 2021). Güdül z ve ark. (2021)'nin çalışmasında ise katılımcıların %30,6'sı erkek olup erkeklerin CM toplam puan ortalaması 81,3 olarak belirlenmiştir (Güdül z ve ark., 2021). Bizim çalışmamızda cinsel eğitim grubunun %4,7'sinin erkek olduğu ve %14'ünün çoğunlukla yaşadığı yerin kırsal bölge olduğu saptanmış; kontrol grubunun ise %6,7'sinin erkek olduğu ve %15,6'sının çoğunlukla yaşadığı yerin kırsal bölge olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Literatürdeki çalışmaları incelediğimizde katılımcıların erkek ğrenci, en uzun süre kırsalda yaşama, ebeveyn eğitim düzeyinin düşük olması oranlarının bizim çalışmamıza kıyasla daha fazla olduğu ve bu faktörlerin CM toplam puan ortalamalarını arttırdığı görülmektedir. Bu nedenle çalışmamıza katılan öğrencilerin cinsel mitlerinin daha az olmasının olası nedenlerinin cinsiyet, ebeveyn eğitim düzeyi ve kültürel farklılıklar gibi faktörler olduğunu düşünmekteyiz.

Hemşirelik ğrencilerinin cinsel mitlerini ve inançlarını farketmelerini sağlamak için yapılandırılmış cinsel sağlık eğitimi verilmesi önemli olcaktır (nal Toprak ve Turan, 2021). Türkiye'nin güneyinde bir şehirde yapılan bir çalışmada cinsel sağlık eğitimi alan ve klinikte cinsel sağlığı değerlendiren hemşirelik ğrencilerinin cinsel mitlerinin daha az olduğu tespit edilmiştir (Güdül z ve ark., 2020). Benzer şekilde, Türkiye'de hemşirelik ğrencilerinin

katılımıyla yapılan birçok çalışmada da cinsel sağlık dersinin cinsel mitleri anlamlı düzeyde azalttığı görülmüştür (Güdül Öz ve ark., 2021; Kartal, 2020; Özsoy ve Bulut, 2017; Sarpkaya Güder ve Tekbaş, 2022; Ünal Toprak ve Turan, 2021). Çalışmamızda cinsel eğitim grubunun PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi sonrası ve eğitimden 3 ay sonra cinsel mitlerinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır (Tablo 13). Bu bulgu, literatürde cinsel sağlık eğitiminin cinsel mitlerin azaltılmasında etkili olduğunu gösteren çalışmalarla uyumludur. Bu sonuç, eğitim müdahalesinin öğrencilerin cinsel mitlere karşı farkındalık kazanmalarını sağladığını ortaya koymuştur. Ancak çalışmamızda, CMÖ'nin toplumsal cinsiyet, yaş ve cinsellik, cinsel davranış, mastürbasyon, cinsel şiddet, cinsel ilişki ve cinsel memnuniyet alt boyutları puanlarında izlem testinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bununla birlikte, cinsel yönelim konusundaki önyargılar gibi spesifik mitlerin azaltılması dahi genel cinsel mitlerin azalmasında etkili olabilmektedir. Bununla birlikte bu bulgular, bazı cinsel mitlerin zamanla yeniden oluşabileceğini göstermektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, hemşirelik öğrencileri toplumda cinselliğin tabu, mahrem veya utanç verici bir konu olarak görüldüğünü belirtmiştir (Yılmaz ve Karataş, 2018). Öğrencilerin de düşündüğü üzere yaşanan toplumun kültürel yapısı cinselliğe olumsuz bir bakış açısına neden olup cinsel mitlerin kalıcı olarak değişmesini zorlaştırıyor olabilir. Ayrıca zamanla cinsel sağlık bilgilerinin unutulması ve uygulama alanında yeteri kadar bilgi ve becerilerini kullanma fırsatı bulamamak da cinsel mitlerin artmasına neden olabilir.

Sarpkaya Güder ve Tekbaş (2022)’in çalışmasında cinsel sağlık eğitimi alan öğrencilerin CMÖ tüm alt boyut puan ortalamalarının son test açısından eğitim almayan öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, tek gruplu ön test-son test karşılaştırma deseni kullanılan Güdül Öz ve ark. (2021)’in çalışmasında “cinsel şiddet” alt boyutu hariç tüm alt boyut puanlarında; Kartal (2020)’in çalışmasında ise “toplumsal cinsiyet” ve “cinsel şiddet” alt boyutları hariç tüm alt boyut puanlarında eğitim sonrası anlamlı düzeyde bir düşüş tespit edilmiştir. Literatürdeki bu bulgulara genel olarak benzer şekilde, çalışmamızda cinsel eğitim grubunun CMÖ tüm alt boyut puanlarının (“cinsel yönelim”, “toplumsal cinsiyet”, “yaş ve cinsellik”, “cinsel davranış”, “mastürbasyon”, “cinsel şiddet”, “cinsel ilişki” ve “cinsel memnuniyet”) son test açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13). Bu sonuç, cinsel eğitim grubuna verilen eğitim içeriğinin cinsel mitlere yönelik konuları hem doğrudan hem de dolaylı olacak şekilde kapsamaması ile ilişkili olabilir (Tablo 3).

Çalışmada PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nin öğrencilerin eğitim öncesine ve kontrol grubuna kıyasla eğitimden hemen sonra ve 3 ay sonra cinsel mitleri anlamlı düzeyde azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 13). Dolayısıyla araştırmanın 3. hipotezi olan **“H₃: Hemşirelik öğrencilerine PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi verildiğinde öğrencilerin cinsel mitleri daha azdır.”** hipotezi doğrulanmıştır.

7.1.3.4. Öğrencilerin bazı özellikleri ile izlem testinin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Bu bölümde, hemşirelik öğrencilerinin bazı özellikleri ile izlem testinin CSBBÖ, CSBTÖ ve CMÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmamızda cinsel eğitim grubundaki öğrencilerden ailesiyle birlikte kalanların izlem testindeki CSBBÖ toplam puanlarının, aileden uzakta kalanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 14). Bu sonuç aile ile birlikte yaşamının hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlıkla ilgili bilgi düzeylerini artırmada destekleyici bir faktör olduğunu göstermektedir. Ayrıca cinsel eğitim grubundaki öğrencilerden baba eğitim düzeyi ortaokul/üzeri olanların izlem testindeki CSBBÖ toplam puanlarının, ilköğretim/altı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 14). Dolayısıyla bu sonuç, baba eğitim düzeyinin hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakım bilgisi üzerinde etkili bir faktör olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin aile tipi, çoğunlukla yaşanan yer, anne eğitim düzeyi, anne ve baba ilişki düzeyi, cinsellik bilgi kaynağı, cinsel sağlık ile ilgili seçmeli ders alma durumu, hemşirelik programında cinsel sağlık eğitimi almanın önemi açısından ise izlem testindeki CSBBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 14). Evcili ve Gölbaşı (2017)'nin yaptığı çalışmada ise hemşirelik öğrencilerinden yaşı daha büyük olanların, kentsel bölgede yaşayanların, anne eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olanların ve annesi çalışanların cinsel sağlık bilgisinin anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlenmiştir (Evcili ve Gölbaşı, 2017). Bu çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısı kentsel bölgede (%55,5) ikamet ederken, bizim çalışmamızda cinsel eğitim grubundaki katılımcıların çoğunlukla kentsel bölgede (%86) yaşadığı görülmektedir. Kentsel bölgede yaşayan babalar çocuk bakımına daha fazla katılım göstererek onların eğitimsel gelişimini daha fazla etkileyebilmektedir (Stahlschmidt ve ark., 2013). Bu nedenle çalışmamıza katılan öğrenciler arasında baba eğitim düzeyi daha yüksek

olanların cinsel sağlık bilgisinin daha yüksek olmasında, bölgesel ve kültürel farklılıklar gibi faktörlerin etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda cinsel eğitim grubundaki öğrencilerden hemşirelik programında cinsel sağlık eğitimi almanın çok önemli olduğunu düşünenlerin izlem testindeki CSBT toplam puanlarının, önemli olduğunu düşünenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 14). Bu bulgu, öğrencilerin eğitime verdiği önemdeki artışın onların cinsel sağlıkla ilgili tutumlarını daha olumlu yönde geliştirmesine katkı sağladığını göstermektedir. Ayrıca, tutumdaki değişimin yalnızca öğrencilerin eğitime verdiği önem düzeyi ile ilişkili olduğu ve incelediğimiz diğer özellikler tarafından etkilenmediği belirlenmiştir. Bu durum, cinsel sağlık eğitiminin önemine yönelik farkındalık artırılarak, öğrencilerin tutumlarının daha olumlu yönde geliştirilebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin izlem testindeki CM toplam puanını tanıtıcı özelliklerine ilişkin etkileyen bir faktör belirlenmemiştir (Tablo 14). Fakat literatürdeki başka çalışmalarda bu sonuçlar değişkenlik gösterebilmektedir. Örneğin Kırmızıgül ve ark. (2024)’nın yürüttüğü bir çalışmada sağlıkla ilgili bölümlerde eğitim alan öğrencilerden kadınların, çekirdek ailesi olanların, annesi ve babası çalışanların, baba eğitim düzeyi daha yüksek olanların; Vefikulucay Yılmaz ve ark. (2020)’nın çalışmasında kadın olan, yaşça büyük olan, son sınıf ğrencisi olan, uzun süredir şehirde yaşayan, anne ve babası çalışan ve ilk cinsel bilgilerini aile bireylerinden alan hemşirelik ğrencilerinin; Koç ve Kartal (2021)’ın yaptığı bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinden kadınların ve en uzun süre şehir merkezinde yaşayanların; Evcili ve Glbası (2017)’nın yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinden kadınların, kentsel bölgede yaşayanların, anne ve baba eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olanların ve annesi çalışanların cinsel mitlerinin anlamlı düzeyde daha az olduğu belirlenmiştir (Evcili ve Golbasi, 2017; Kırmızıgul ve ark., 2024; Koc ve Kartal, 2021; Vefikulucay Yılmaz ve ark., 2020).

Çalışmamızda kontrol grubundaki öğrencilerin izlem testindeki CSBB toplam puanını tanıtıcı özelliklerine ilişkin etkileyen bir faktör belirlenmemiştir (Tablo 15). Çalışmamızdaki cinsel eğitim grubunun ve Evcili ve Glbası (2017)’nın çalışmasındaki örneklemin cinsel sağlık bilgisini etkileyen faktörler bulunması açısından bu durum değişiklik gösterebilmektedir (Evcili ve Golbasi, 2017).

Kontrol grubundaki öğrencilerin izlem testindeki CSBT toplam puanlarının anne eğitim düzeyi ortaokul/üzeri olanların, okuryazar olmayanlara ve baba eğitim düzeyi ortaokul/üzeri olanların ilkokul/altı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo

15). Benzer şekilde, Türkiye’de yapılan bir çalışmada annenin eğitim düzeyi arttıkça, hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık hizmeti hakkındaki tutum ve inançlarının olumlu yönde etkilendiği belirlenmiştir (Güdül Öz ve ark., 2022). Çalışma bulgumuza göre ebeveyn eğitim düzeyinin hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımına yönelik tutumu etkilemede ana faktör olduğu; diğer aile tipi, çoğunlukla yaşanan yer, şu an kalınan yer, anne ve baba ilişki düzeyi, cinsellik bilgi kaynağı, cinsel sağlık ile ilgili seçmeli ders alma durumu gibi özelliklerin etkili olmadığı belirlenmiştir (Tablo 15). Bu sonuçlar ebeveyn eğitim düzeyinin artmasının hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımı tutumlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Araştırmamızda kontrol grubundaki öğrencilerden anne eğitim düzeyi ortaokul/üzeri olanların izlem testindeki CMÖ toplam puanlarının, okuryazar olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 15). Diğer faktörler kontrol grubunun izlem testindeki CMÖ toplam puanları üzerinde etkili olmamıştır (Tablo 15). Bu bulgular anne eğitim düzeyinin artmasının hemşirelik öğrencilerinin cinsel mitlerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

7.1.3.5. Öğrencilerin izlem testinin Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği (CSBBÖ), Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği (CSBTÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) toplam puanları arasındaki korelasyonuna ilişkin bulguların tartışılması

Bu bölümde, hemşirelik öğrencilerinin izlem testinin CSBBÖ, CSBTÖ ve CMÖ toplam puanları arasındaki korelasyona ilişkin bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin izlem testinde CSBTÖ ve CMÖ toplam puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=-0,520$; $p<0,001$) bulunması cinsel sağlık bakımına yönelik olumlu tutumların cinsel mitleri azaltmada etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 16). Bu, verilen eğitimin uzun vadede bireylerin cinsel sağlık bakım tutumları ve mitler arasındaki ilişkiyi güçlendirdiğini ve tutumda olumlu yönde gelişmenin mitlerin azalmasına katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

Kontrol grubundaki öğrencilerin izlem testinde ise CSBBÖ ile CMÖ toplam puanları arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=-0,465$; $p=0,001$) bulunması, bilgi düzeyinin cinsel mitleri azaltmada bir miktar etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 17). Literatürde de benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bilgi düzeyi arttıkça, cinsel mitlere olan inançlarının azaldığı bildirilmiştir (Sarpkaya Güder ve Tekbaş, 2022; Ünal Toprak ve Turan, 2021). Kontrol grubundaki bilgi düzeyi artışı, mitlerin azalmasına bir miktar katkı sağlamış olsa da bu ilişki, cinsel eğitim grubundaki tutum ve cinsel mitler ilişkisi kadar güçlü değildir. Bununla birlikte, cinsel eğitim grubunda bilgi ile mitler arasında

anlamli bir iliski bulunmamis olmasi tutum degisikliginin mitlerden uzaklastirmada daha belirleyici oldugunu gostermektedir. Benzer sekilde Evcili ve Demirel (2018)'in yaptigi bir calismada da bireyleri cinsellik ile ilgili konularda bilgilendirmeyen, cinsel saglik degerlendirmesini bütüncül bakimin bir geregi olarak gormeyen ve cinsellik ile ilgili konulari tartisirken rahatsizlik duyan ogrencilerin cinsel mitlerinin anlamli düzeyde daha yüksek oldugu; Akalin ve Özkan'in calismasinda ise cinsel mitlerin hemshirelik ogrencilerinin cinsel saglik bakimina iliskin tutumlarini anlamli düzeyde olumsuz yönde etkiledigi bildirilmistir (Akalin ve Ozkan, 2021; Evcili ve Demirel, 2018).

7.1.4. Cinsel eğitim grubunun PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne yönelik görüşlerine ilişkin bulguların tartışılması

Bu bölümde cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne yönelik görüşlerine ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Çalışmamızda öğrencilerin %97,7'si PLISSIT modelinin cinsel sağlık bakımı verme becerisini geliştirmede çok etkili ve etkili olduğunu belirterek bu eğitimi olumlu değerlendirmiştir (Tablo 18). Bu sonuç, modelin öğrencilere cinsel sağlık bakımı verme konusunda güven kazandırdığını ve becerilerini geliştirdiğini göstermektedir. Yapılan sistematik bir derlemede 14 çalışmanın incelenmesi sonucunda cinsel danışmanlık konusunda PLISSIT modelinin etkili, basit, kullanışlı ve maliyeti düşük bir yöntem olduğu belirlenmiştir. PLISSIT modeli, sağlık profesyonellerine cinsel danışmanlık sağlamada rehberlik etmesi için önerilmiştir (Tuncer ve Oskay, 2022).

Çalışmamızda öğrencilerin büyük çoğunluğu (%67,4 çok memnun, %30,2 memnun) PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nden memnun kaldığını belirtmiştir (Tablo 18). Öğrencilerin neredeyse tamamının eğitimden memnun olması, PLISSIT modelinin dahil edildiği cinsel sağlık eğitimlerinin eğitim müfredatlarına dahil edilmesinin öğrenciler üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda cinsel eğitim grubundaki öğrencilerden bazıları PLISSIT modelinin sistematik yaklaşım sağlaması, yol gösterici olması, etkili ve uygulaması kolay olması, etkili ve kapsamlı cinsel sağlığı değerlendirme sağlaması, iletişimi kolaylaştırması, cinsel sorunları belirlemesi, cinsel sorunlara çözüm sunması, cinsel sağlık bakımı sağlaması, bireye özgü ve bütüncül olması, cinsel sağlığı geliştirmesi, mesleki gelişim ve doyum sağlaması, güven ilişkisi kurması ve zaman verimliliği sağlaması gibi olumlu yönleri olduğunu düşünmüşlerdir (Tablo 19) Literatürde de benzer şekilde PLISSIT modelinin bu avantajlarına değinilmektedir (Almeida ve ark., 2019; Annon, 1976; Berman ve ark., 2022; Kazemi ve ark., 2021; Khakbazan ve ark.,

2016; Tuncer ve Oskay, 2022; Uslu ve ark., 2016). Bizim çalışmamızda öğrenciler tarafından belirtilmemiş olmakla birlikte, literatürde bu modelin stresi azalttığı (Karimi ve ark., 2019), beden imajını ve çift memnuniyetini geliştirdiği (El- Sayed Saboula, 2015) yönünde olumlu etkilerini de ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır.

Çalışmamıza katılan cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin %46,5'i PLISSIT modelinin bazı dezavantajları ve sınırlılıklarının olabileceğini düşünmüşlerdir (Tablo 19). Öğrenciler modelin çekingen danışanda yetersiz kalması, dar kapsamlı olması, kısıtlı zamanda kullanım zorluğu, sınırlı bilgi aktarımı, iletişim güçlüğü olan danışanda kullanım zorluğu, "sınırlı bilgi" ve "özel öneriler" aşamalarının birbirine karışması, danışanın aktif rol eksikliği, ölçek kullanımı sağlamaması dezavantajlarını belirtmişlerdir. Bazı öğrenciler (n=8) modelin çekingen danışanda yetersiz kalacağını düşünmüştür. Bu düşüncenin aksine PLISSIT modeli "izin verme" aşaması sayesinde iletişimi kolaylaştırması avantajı ile öne çıkmaktadır (Annon, 1976). Öğrencilerin modelin dar kapsamlı olması (n=7) eleştirisi, modelin ikinci aşaması olan "sınırlı bilgi verme" basamağındaki sınırlamayı vurguluyor olabilir. Oysa PLISSIT modeli yapısı gereği kapsamlı ve genel cinsel sağlık eğitimi sağlamaktan ziyade bireye özgü ve pratik bir yaklaşım sağlamakta ve bireylerin cinsel sorunlarına kısa ve öz yanıtlar sunmayı hedeflemektedir (Annon, 1976). Öğrencilerin PLISSIT modeli kullanımının dezavantajları ve sınırlılıklarına dair düşünceleri genellikle toplumsal yapı, modeli yeni öğrenme ve tecrübe eksikliğine bağlı nedenlerden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmanın bu sonucu hemşirelik öğrencileri bakış açısından modelin sınırlılıklarının belirlenmesini sağlamıştır.

Çalışmamızda öğrenciler eğitim etkinliğinin yüz yüze olmasından genel olarak memnun kalmışlardır ve sadece 3 öğrenci olumsuz yönünden bahsetmiştir. Öğrenciler eğitim etkinliğinin yüz yüze olmasına yönelik eğitime katılımı artırması, kalıcı ve daha iyi öğrenme sağlaması, vaka çalışmalarında gerçekçilik sağlaması, etkin dinleme sağlaması gibi olumlu yönlerini; her ortamda erişilememesi, mola sürelerine uymak zorunda kalmak gibi olumsuz yönlerini belirtmişlerdir (Tablo 19). E-öğrenme ve yüz yüze öğrenmeye yönelik öğrenci bakış açılarının araştırıldığı bir çalışmada bizim bulgumuza benzer olarak yüzyüze eğitimin zaman verimliliği, kolaylık ve erişilebilirlik açısından dezavantajları olduğu belirlenmiş; yüz yüze eğitimin etkileşimi artırması avantajı öne çıkmıştır (Gherheş ve ark., 2021).

Öğrencilerin eğitim etkinliğine yönelik en beğendikleri yönün PLISSIT vaka çalışmaları, en az beğendikleri yönün uzun teorik konular ve vaka çalışmasına yeterli zamanın ayrılmaması olduğuna ve eğitim etkinliğinin vaka çalışmalarının artırılarak geliştirilebileceğine dair ifadeleri dikkat çekmektedir (Tablo 19). Bu durum öğrencilerin modeli öğrenmeye istekli olduğunu ve

teorik ders konularından ziyade vaka çalışmaları ile uygulamaya dönük interaktif bir eğitimle öğrenmek istediklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nden 3 ay sonra hasta/sağlıklı bireylere PLISSIT modelini kullanarak cinsel sağlık bakımı verme durumları hakkında bilgi alınmıştır. Araştırmamızda PLISSIT modelini kullanarak hasta/sağlam bireylere cinsel sağlık bakımı verme oranı %86 olmak üzere yüksek bir oranda olduğu saptanmıştır (Tablo 19). Bu yüksek oranın elde edilmesinde araştırmacının eğitim sonrasında öğrencilerin PLISSIT modelini uygulama alanında pratik etmelerinin önemli olduğunu vurgulaması etkili olmuş olabilir. Ayrıca modelin eğitim sonrası kullanılması PLISSIT modelinin hemşirelik öğrencileri açısından uygulanabilir ve pratik bir yaklaşım sunduğunu göstermektedir. Önceki araştırmalar da PLISSIT modelinin sağlık profesyonelleri tarafından pratikte başarıyla uygulandığını göstermektedir (Abdelhakm ve ark., 2018; Faghani ve Ghaffari, 2016; Karakas ve Aslan, 2019; Karimi ve ark., 2019; Mahmoodi Dangesaraki ve ark., 2019; Nho ve ark., 2019; Shahin ve ark., 2021; Youssef Abd-Ella ve ark., 2019). Öğrencilerden 6 tanesinin uygun hasta ile karşılaşmama ve fırsat olmaması nedenlerinden dolayı modeli gündelik yaşam veya hemşirelik stajları esnasında hiç kullanmaması öğrencilerin PLISSIT modeli öğrenme sürecini zorlaştıracağını ve çalışmamızdaki bazı öğrencilerin (n=5) de önerdiği gibi eğitim etkinliğine gerçek hastalarla uygulama imkânı veya video gösterimi eklenmesinin yararlı olacağını düşündürmüştür (Tablo 19). Uygulama alanında bu modeli kullanan öğrenciler, modelin avantajlarını başta rahatlık ve iletişimde kolaylık sağlaması olmak üzere deneyimlediklerini belirtmiştir. Modeli kullanırken öğrenciler çoğunlukla (n=31) özgüvenli, profesyonel, başarılı, rahat, mutlu ve değerli gibi olumlu duygular içinde olmuşlardır (Tablo 19). Bu durum öğrencilerin modeli kullanarak cinsel sağlık bakımı vermeye yönelik olumlu bir tutum geliştirdiğini ve modelin öğrenci hemşirelere öğretilmesinin uygun olabileceğini düşündürmüştür. Öğrencilerin bir kısmı (n=6) ise modeli kullanırken kendisini endişeli, çekingen veya utanmış hissetmiştir. Ayrıca PLISSIT modelini kullanırken 20 öğrenci çeşitli zorluklarla karşılaştığını ifade etmiştir (Tablo 19). Öğrencilerin yaşadıkları bu zorluklar modelin belirli bir aşaması ile sınırlı değildir. Ancak hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımına yönelik müdahalelerinin sıklığının değerlendirildiği bir çalışmada PLISSIT modelini takiben, izin verme düzeyinden spesifik öneriler düzeyine doğru, hemşirelik müdahalesinin davranışsal sıklığında azalma olduğu saptanmıştır. Bu azalmalar, modelin daha karmaşık aşamalarında öğrencilerin zorlandığını göstermektedir (Huang ve ark., 2013). Çalışmamızda modeli kullanırken zorluk yaşadığını ifade eden öğrencilerin iletişim sorunları (n=13) ile ilgili

ifadeleri dikkat çekmektedir. PLISSIT modeli “izin verme” aşaması sayesinde iletişimi kolaylaştıran bir model (Annon, 1976) olmasına rağmen bazı öğrenciler hastanın çekingen olması, kendi utangaçlığı ve karşı cinsiyette hastaya modeli uygularken çekinme gibi zorluklar yaşamıştır. Bu bulgular bazı hemşirelik öğrencileri için modelin iletişim sorunluklarını giderme ve cinsel sağlığı değerlendirmede rahatlık sağlamada yetersiz kaldığı durumlar olabileceğini düşündürmüştür. Literatürde de benzer olarak hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlığı klinikte değerlendirmeme veya cinsel sağlık bakımı vermeme nedenleri arasında kendilerini rahat hissetmemeleri, utanmaları ve hastanın kendilerini ciddiye almayacağı endişeleri yer almaktadır (Güdül Öz ve ark., 2020; Klaeson ve ark., 2017). Bu durumlar hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlığı değerlendirmedeki rahatlık durumlarının belirlenmesi sonucunda özellikle güçlük yaşayan öğrencilerin eğitici tarafından desteklenmesi, PLISSIT modelinin pratik uygulamaları sırasında tüm aşamalarında karşılaşılan zorlukların ele alınması, eğitim süreçlerinin daha kapsamlı hale getirilmesi ve öğrencilere daha fazla uygulama fırsatı sağlanması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca öğrencilerin %14’ünün modeli hiç kullanmadığı da göz önüne alındığında, gelecekte PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’ni daha etkili hale getirmek için uygulama eksikliklerine odaklanılması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Eğitim sürecinde uygulama eksikliklerine odaklanılması, modelin etkinliğini artıracak ve öğrencilerin cinsel sağlık bakımı sağlamada daha yetkin hale gelmelerini sağlayacaktır. Tayvan’da hastanelerde hemşirelik öğrencileri tarafından cinsel sağlık bakımının sağlanmasıyla ilişkili faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada da öğrencilerin cinsel sağlık bakımı uygulama deneyimlerinin bakım verme yeterlilikleri üzerinde en güçlü etkiye ($\beta=0,784$, $p<0,0001$) sahip olduğu bulunmuştur (Wang ve Rong, 2019).

Çalışmamızda öğretilen PLISSIT modelinin hemşirelik öğrencilerinin ilgisini çektiği ve uygulamada kolaylık sağladığı, kullanımı sırasında çok fazla sorun yaşamadıkları ve yaşadıkları sorunların çoğunlukla iletişim sorunları gibi cinsel sağlık bakımı vermekle ilgili genel sorunlarla benzer olduğu söylenebilir.

7.2. Sonuç

Hemşirelik öğrencilerine verilen PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nin bilgi ve tutuma etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızdan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar;

- CSBB ve CSBT ölçeklerinin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerine dayalı olarak öğrenci hemşireler için geçerli ve güvenilir araçlar olduğu belirlenmiştir.
- Cinsel eğitim ve kontrol grupları arasında yaş, GANO, cinsiyet, aile tipi, çoğunlukla yaşanan yer, şu an kalınan yer, anne ve baba eğitim düzeyi, anneye ve babayla olan ilişki düzeyi, cinsellik bilgi kaynağı, cinsel sağlık ile ilgili seçmeli ders alma durumu, hemşirelik programında cinsel sağlık eğitimi almanın önemi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 9, 10).
- Gruplar arası karşılaştırmada CSBBÖ, CSBTÖ ve CMÖ toplam ve alt boyut puanlarında sadece CSBTÖ'nin "algılanan rahatlık" alt boyutu hariç ön test açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11, 12, 13).
- Cinsel eğitim grubunun CSBTÖ "algılanan rahatlık" alt boyut ön test puanının, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 12).
- Cinsel eğitim grubunun CSBBÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının son test ve izlem testi açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 11).
- Cinsel eğitim grubunun grup içi son test ve izlem testi CSBBÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının ön teste göre; son test CSBBÖ toplam puanının ise izlem testine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 11).
- Kontrol grubunun grup içi son test ve izlem testi CSBBÖ toplam puanının ön teste göre; son test "cinsel tıp ve hemşirelik" alt boyut puanının ise ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 11).
- Kontrol grubunun grup içi CSBBÖ "cinsel değerlendirme" ve "cinsel taciz ve saldırı" alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 11).
- Cinsel eğitim grubunun CSBTÖ toplam puanının son test ve izlem testi açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 12).

- Cinsel eğitim grubunun grup içi son test ve izlem testi CSBTÖ toplam puanının ön teste göre; son testin ise izlem testine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 12).
- Kontrol grubunun grup içi CSBTÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 12).
- Cinsel eğitim grubunun CSBTÖ “algılanan rahatlık” alt boyut son test puanının, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 12).
- Gruplar arası karşılaştırmada CSBTÖ “algılanan rahatlık” alt boyut puanında izlem testi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 12).
- Cinsel eğitim grubunun grup içi son test ve izlem testi CSBTÖ “algılanan rahatlık” ve “profesyonel roller” alt boyut puanlarının ön teste göre; son test CSBTÖ “bilgi sağlamak” alt boyut puanının ise ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 12).
- Cinsel eğitim grubunun CSBTÖ “bilgi sağlamak” ve “profesyonel roller” alt boyut puanının son test ve izlem testi açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 12).
- Cinsel eğitim grubunun CMÖ toplam ve “cinsel yönelim” alt boyut puanlarının son test ve izlem testi açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 13).
- Cinsel eğitim grubunun grup içi son test ve izlem testi CMÖ toplam, “cinsel yönelim”, “mastürbasyon”, “cinsel ilişki” ve “cinsel memnuniyet” alt boyut puanlarının ön teste göre; son test “toplumsal cinsiyet”, “yaş ve cinsellik”, “cinsel davranış” ve “cinsel şiddet” alt boyut puanlarının ise ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 13).
- Kontrol grubunun grup içi CMÖ toplam puan, “cinsel yönelim” “toplumsal cinsiyet”, “yaş ve cinsellik”, “cinsel davranış”, “mastürbasyon”, “cinsel ilişki” ve “cinsel memnuniyet” alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 13).
- Kontrol grubunun grup içi izlem testi CMÖ “cinsel şiddet” alt boyut puanının son teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 13).
- Gruplar arası karşılaştırmada CMÖ “toplumsal cinsiyet”, “yaş ve cinsellik”, “cinsel davranış”, “mastürbasyon”, “cinsel şiddet”, “cinsel ilişki” ve “cinsel memnuniyet” alt boyut

puanlarında izlem testi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiş ($p>0,05$) olup, cinsel eğitim grubunun CMÖ bu alt boyut puanlarının son test açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 13).

- Cinsel eğitim grubunun izlem testindeki CSBBÖ toplam puanlarının ailesiyle birlikte kalanların aileden uzakta kalanlara göre; baba eğitim düzeyi ortaokul/üzeri olan öğrencilerin ise ilkokul/altı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 14).
- Cinsel eğitim grubunun izlem testindeki CSBTÖ toplam puanlarının hemşirelik programında cinsel sağlık eğitimi almanın çok önemli olduğunu düşünenlerin, önemli olduğunu düşünenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 14).
- Kontrol grubunun izlem testindeki CSBTÖ toplam puanlarının anne eğitim düzeyi ortaokul/üzeri olan öğrencilerin, okuryazar olmayanlara göre; baba eğitim düzeyi ortaokul/üzeri olanların, ilkokul/altı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).
- Kontrol grubunun izlem testindeki CMÖ toplam puanlarının anne eğitim düzeyi ortaokul/üzeri olanların, okuryazar olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).
- Cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin izlem sürecinde CSBTÖ ve CMÖ toplam puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,520$; $p<0,001$) (Tablo 16).
- Kontrol grubundaki öğrencilerin izlem testinde CSBBÖ ile CMÖ toplam puanları arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,465$; $p=0,001$) (Tablo 17).
- Cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin %97,7'sinin PLISSIT modeli kullanımının cinsel sağlık bakımı sağlama becerisini geliştirmede çok etkili veya etkili olduğunu düşündüğü saptanmıştır (Tablo 18).
- Cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin %97,6'sının PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nden çok memnun veya memnun olduğu bulunmuştur (Tablo 18).
- Cinsel eğitim grubundaki öğrenciler PLISSIT modelinin avantajı olarak çoğunlukla sistematik yaklaşım sağlaması ve yol gösterici olmasını ($n=16$); dezavantajı olarak ise çekingen danışanda yetersiz kalmasını ($n=8$) ifade etmiştir (Tablo 19).

- Cinsel eğitim grubundaki öğrenciler eğitim etkinliğinin yüz yüze olmasının olumlu yönü olarak çoğunlukla eğitime katılımı artırmasını (n=17); yüz yüze olmasının olumsuz yönü olarak ise her ortamdan erişilememesi (n=2) olduğunu belirtmiştir (Tablo 19).
- Cinsel eğitim grubu eğitim etkinliğinin en beğenilen yönü olarak çoğunlukla PLISSIT vaka çalışmaları (n=17), en az beğenilen yönü olarak ise uzun teorik konular ve slayt fazlalığı (n=18) olduğunu ifade etmiştir. Cinsel eğitim grubu eğitim etkinliğini geliştirmeye yönelik çoğunlukla vaka çalışmalarının artırılmasını (n=10) önermiştir (Tablo 19).
- Cinsel eğitim grubundaki öğrencilerin %86'sının PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'nden sonra PLISSIT modelini kullanarak hasta/sağlam bireylere cinsel sağlık bakımı verdiği ve modeli kullanan bu öğrencilerin %54'ünün bakım verirken zorluk yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 19).
- Cinsel eğitim grubu PLISSIT modeli kullanmama nedeni olarak uygun hasta bulunmamasını (n=4) belirtmiştir. Modeli kullanan öğrenciler ise çoğunlukla olumlu duygular hissetmiş (n=31) ve kullanım yararı olarak rahatlık ve iletişimde kolaylık sağlamasını (n=13) ifade etmiştir. Modeli kullanırken zorluk yaşayan öğrenciler (n=20) bu zorlukların çoğunlukla iletişim sorunları ile ilgili (n=13) olduğunu belirtmiştir (Tablo 19).

Araştırma verileri doğrultusunda öneriler:

- Hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımıyla ilgili bilgi ve tutumlarını belirlemede CSBB ve CSBT ölçeklerinin kullanılması,
- Hemşirelik öğrencilerine verilecek cinsel sağlık eğitiminde PLISSIT modelinin kullanılması,
- PLISSIT modeli kullanımı öğretilmeden öğrencilerin cinsel sağlık hizmeti vermedeki rahatlık düzeylerinin belirlenmesi ve güçlük yaşayan öğrencilerin model kullanımının eğitici tarafından desteklenmesi,
- Hemşirelik öğrencilerinin PLISSIT modelini pratik uygulamalarda kullanırken karşılaştıkları zorlukların ele alınması ve rehberlik edilmesi,
- Cinsel mitlerin azaltılmasını sağlayacak modeller geliştirilmesi,
- Hemşirelik öğrencilerine PLISSIT modeli eğitimi esnasında standart hasta, vaka çalışması, video gösterimi gibi farklı eğitim teknikleri kullanılarak anlama ve öğrenmenin pekiştirilmesi önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

- Aaberg, V. (2016). The state of sexuality education in baccalaureate nursing programs. *Nurse Education Today*, 44, 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.009>
- Abdelhakm, E. M., Said, A. R., & Elsayed, D. M. S. (2018). Effect of PLISSIT model sexual counseling program on sexual quality of life for postpartum women. *American Journal of Nursing Science*, 7(2). <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20180702.14>
- Akcan, K., & Turhan, İ. (2022). Cinsel danışmanlık modelleri. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 7(17), 50-56. <https://doi.org/10.46648/gnj.382>
- Aksöyek, A., & Canatar, T. (2015). Sexuality and sexual education. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 9(2). <https://doi.org/10.5455/tjfmmpc.175393>
- Almeida, N. G., Britto, D. F., Figueiredo, J. V., Moreira, T. M. M., Carvalho, R. E. F. L., & Fialho, A. V. M. (2019). PLISSIT model: Sexual counseling for breast cancer survivors. *Rev Bras Enferm*, 72(4), 1109-1113. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0525>
- Alpar, R. (2012). Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik. (2nd ed., pp.494-498). Ankara: Detay Yayıncılık.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2016). Comprehensive Sexuality Education (Committee Opinion No. 678). <https://www.acog.org/clinical/clinicalguidance/committeeopinion/articles/2016/11/comprehensive-sexuality-education>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019). Female Sexual Dysfunction: Practice Bulletin No: 213. *Obstetrics & Gynecology*, 134, e1-18.
- American Nurses Association (ANA). (2022). Position Statement: Sexual and Reproductive Health. <https://www.nursingworld.org/globalassets/practiceandpolicy/nursing-excellence/ana-position-statements/social-causes-and-healthcare/srhpositionstatement-approved-03072022.pdf>
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı (DSM-5) (E. Köroğlu, Trans. Ed.; 5th ed.). Hekimler Yayın Birliği.
- Anderson, B. L. (1990). How cancer affects sexual functioning. *Oncology*, 4(6), 81-88.
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1-15.
- Aşçı, Ö., & Gökdemir, F. (2021). Hemşirelik öğrencilerinde cinsel mitler ve hasta cinselliğini değerlendirmeye yönelik tutumlar. *Sağlık ve Toplum*, 31(1), 100-109.
- Ayala, R. J. (2009). The theory and practice of item response theory. New York, NY: Guilford Press.

- Aygin, D., Açıl, H., Yaman, Ö., & Çelik Yılmaz, A. (2017). Üniversitede okuyan kadın öğrencilerin cinsel mitler ile ilgili görüşleri. *Androloji Bülteni*, 19(2), 44-49. <https://doi.org/10.24898/tandro.2017.06025>
- Azar, M., Kroll, T., Chakhtoura, H., Gebran, V., & Sailian, S. D. (2022). Nurses and midwives role in patient sexual health assessment: A cross-sectional study. *Sexuality and Disability*, 40(3), 583-598. <https://doi.org/10.1007/s11195-022-09739-x>
- Barış Eren, N., & Büyükkayacı Duman, N. (2019). Hemşirelik sürecinde cinsel sorunlara yaklaşım. In N. Büyükkayacı Duman (Ed.), *Cinsel Sağlık* (pp. 133-142). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Başçı, A. B., & Karataş, N. (2019). Birinci basamakta cinsel sağlığın değerlendirilmesi. In N. Büyükkayacı Duman (Ed.), *Cinsel Sağlık* (pp. 69-77). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bekmezci, E., & Meram, H. E. (2020). Kadın cinsel işlev bozukluğu yönetiminde güncel yaklaşımlar ve kanıt temelli uygulamalar. *Androloji Bülteni*, 22, 233-237. <https://doi.org/10.24898/tandro.2020.44977>
- Berman, A., Snyder S., & Frandsen, G. (2022). Sexuality. In A. Berman, S. Snyder, G. Frandsen (Eds.), *Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice* (11th ed., pp. 1025-1038). Pearson Education Limited.
- Blakey, E. P., & Aveyard, H. (2017). Student nurses' competence in sexual health care: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 3906-3916. <https://doi.org/10.1111/jocn.13810>
- Brar, P., Dworkin, J., & Jang, J. (2018). Association of parenting with sexual attitudes and behaviors of college students in India. *Sexuality & Culture*, 22(4), 1037-1053. <https://doi.org/10.1007/s12119-018-9511-9>
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 1(3), 185-216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
- Bursal, M. (2019). SPSS ile Temel Veri Analizleri. (2nd ed.). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Büyükkayacı Duman, N. (2019a). Cinsel sağlığın değerlendirilmesinde model kullanımı. In N. Büyükkayacı Duman (Ed.), *Cinsel Sağlık* (pp. 59-66). Nobel Tıp Kitabevleri. .
- Büyükkayacı Duman, N. (2019b). Cinselliğin fizyolojisi. In N. Büyükkayacı Duman (Ed.), *Cinsel Sağlık* (pp. 25-31). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Büyükkayacı Duman, N., & Vural, G. (2019). Cinsel sağlığın değerlendirilmesi. In N. Büyükkayacı Duman (Ed.), *Cinsel Sağlık* (pp. 47-58). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Crooks, R., Baur, K., & Widman, L. (2024a). Gender identity. In *Our Sexuality* (14th ed., pp. 112-144). Cengage.
- Crooks, R., Baur, K., & Widman, L. (2024b). Sexual Arousal and Response. In *Our Sexuality* (14th ed., pp. 145-172). Cengage.
- Çakır Kardeş, V., Bostancı, S., Aktaş, C., Ay, B., Gürcan, M. A., Yiğit, D., Özdemir, Y., Çetin, H. E., Avşar, M. O., Bekteş, E. E., Öz, B., Karasu, B., & Uzun, A. (2021). Tıp fakültesi

- öğrencilerinde cinsel mitlere inanma durumu ve ilişkili faktörler. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 5(3), 464-471. <https://doi.org/10.29058/mjwbs.945816>
- Çoklu, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2012). Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve Lisrel uygulamaları, (2nd ed.). Ankara: Pegem yayınları.
- Çulha, Y., & Afşin, F. (2023). Hemşirelik öğrencilerinde cinsel sağlık tanılmasına ilişkin akran eğitiminin cinsel sağlık konusundaki tutumlarına etkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 5(1). <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1230476>
- Darooneh, T., Ozgoli, G., Keshavarz, Z., & Nasiri, M. (2022). Educational programs and counseling models for improving postpartum sexual health: A narrative review. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/14681994.2022.2085250>
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5, 194-197.
- Demirhan Kayacık, A., Hamlacı Baskaya, Y., & İlçioğlu, K. (2024). Effect of sexual counseling training in gynecological cancers according to the PLISSIT model on midwifery students' awareness and attitude: A randomized clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 12(3), 140-149. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2024.100377.2355>
- Devellis, R. F. (2017). Ölçek geliştirme, kuram ve uygulamalar [scale development, theory and applications] (T. Totan, Trans. Ed.; 3rd ed., pp. 156–158). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Doğan, N., Fışkın, G., & Yüceler Kaçmaz, H. (2022). Cinsel sağlık dersi alan ve almayan öğrencilerin cinsel sağlık bakımına ilişkin inanç ve tutumları. *Androloji Bülteni*, 24, 1-10. <https://doi.org/10.24898/tandro.2022.67689>
- Dune, T. M. (2012). Sexuality and physical disability: Exploring the barriers and solutions in healthcare. *Sexuality and Disability*, 30(2), 247-255. <https://doi.org/10.1007/s11195-012-9262-8>
- Durgun Ozan, Y., Duman, M., & Çiçek, Ö. (2019). Nursing students' experiences on assessing the sexuality of patients: Mixed method study. *Sexuality and Disability*, 37(4), 613-623. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09567-6>
- Faghani, S., & Ghaffari, F. (2016). Effects of sexual rehabilitation using the PLISSIT model on quality of sexual life and sexual functioning in post-mastectomy breast cancer survivors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(11), 4845-4851. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2016.17.11.4845>
- Fennell, R., & Grant, B. (2019). Discussing sexuality in health care: A systematic review. *J Clin Nurs*, 28(17-18), 3065-3076. <https://doi.org/10.1111/jocn.14900>
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS - risk behavior. *Psychol Bull* 111(3), 455–474.
- Fışkın, G., & Kızılkaya Beji, N. (2014). Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü. *Androloji Bülteni*, 16(56), 73-76.

- Gerbild, H., Larsen, C. M., Rolander, B., & Areskoug-Josefsson, K. (2018). Does a 2-week sexual health in rehabilitation course lead to sustained change in students' attitudes?-A pilot study. *Sexuality and Disability*, 36(4), 417-435. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-9540-1>
- Gereklioğlu, Ç., Başhan, İ., & Akpınar, E. (2010). Erkek cinsel işlev bozukluklarında aile hekimliği yaklaşımı. *Marmara Medical Journal*, 23(2), 308-315.
- Gherheş, V., Stoian, C. E., Fărcaşiu, M. A., & Stanici, M. (2021). E-learning vs. face-to-face learning: analyzing students' preferences and behaviors. *Sustainability*, 13(8). <https://doi.org/10.3390/su13084381>
- Golbası, Z., Evcılı, F., Eroglu, K., & Bircan, H. (2016). Sexual myths scale (SMS): development, validity and reliability in Turkey. *Sexuality and Disability*, 34(1), 75-87. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9430-3>
- Güdül Öz, H., Ak Sözer, G., & Balcı Yangın, H. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin cinsel mitlere inanma durumları ve etkileyen faktörler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 136-145. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.743376>
- Güdül Öz, H., Balcı Yangın, H., & Ak Sözer, G. (2021). Cinsel sağlık dersinin hemşirelik öğrencilerinin cinsel mitleri üzerine etkisi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(6). <https://doi.org/10.17942/sted.910182>
- Güdül Öz, H., Balcı Yangın, H., & Ak Sözer, G. (2022). Attitudes and beliefs of nursing students toward sexual healthcare: A descriptive study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 266-272. <https://doi.org/10.1111/ppc.12780>
- Gündüz, C. S., & Demirci, N. (2024). Turkish validity and reliability study of the "Sexual Healthcare Questionnaire" for Nursing Students. *Journal of Nursing Measurement*. <https://doi.org/10.1891/JNM-2024-0025>
- Güner, P. (2016). Cinsel kimlik gelişimi. *Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular*, 2(1), 9-14.
- Gürel, R., & Taşkın, L. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin hastaların cinsel bakımına ilişkin inanç ve tutumları. *THDD*, 1(1), 27-38.
- Hair, J., Black, W. C., Babin, B.J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2005). Multivariate data analysis. (6th ed., pp.791). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Heidari, M., Shokravi, F. A., Zayeri, F., & Azin, S. A. (2017). Effectiveness of the PLISSIT model-based counseling on the sexual function of couples during pregnancy. *Health Education and Health Promotion*, 5(4), 39-54.
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). NANDA international nursing diagnoses definitions and classification 2021-2023 (Twelfth ed.). Thieme.
- Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Couperus, M. F., Sanderma, R., & Jaarsma, T. (2012). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? *Heart & Lung*, 41(5), 492-499. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.04.009>

- Hordern, A. (2008). Intimacy and sexuality after cancer: A critical review of the literature. *Cancer Nursing*, 31(2), E9-17.
- Huang, C.Y., Lee, S., Yen, W. J., Li, C. R., & Tsai, L.Y. (2013). Nursing intervention on sexual health: A multilevel behavioral survey of senior nursing students in clinical practice. *International Journal of Sexual Health*, 25(4), 273-280. <https://doi.org/10.1080/19317611.2013.815298>
- HUÇEP. (2022). Hemşirelik ulusal çekirdek eğitim programı. https://www.hemed.org.tr/wp-content/uploads/2023/10/hemsirelik_cekirdek_egitim_programi.pdf
- Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structural analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.
- Ingersoll, T. S., & Satterly, B. (2016). *Sexuality concepts for social workers*. Cognella.
- Jadoon, S. B., Nasir, S., Victor, G., & Pienaar, A. J. (2022). Knowledge attitudes and readiness of nursing students in assessing peoples' sexual health problems. *Nurse Education Today*, 113, 105371. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105371>
- Kalogirou, M. R., Dahlke, S., Pietrosanu, M., & Hunter, K. F. (2022). Using an E-learning activity to enhance student nurses' understanding of cognitive impairment. *Nurse Educ Today*, 108, 105167. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105167>
- Karakas, S., & Aslan, E. (2019). Sexual counseling in women with primary infertility and sexual dysfunction: Use of the BETTER model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(1), 21-30. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1474407>
- Karakoyunlu, F. B., & Öncel, S. (2009). Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 82-92.
- Karimi, F., Babazadeh, R., Asgharipour, N., Esmaily, H., & Roudsari, R. L. (2019). The effectiveness of counseling based on the PLISSIT model on depression, anxiety and stress among postpartum women with sexual dysfunction: A randomized trial. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 7(4), 1912-1920. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2019.36434.1399>
- Kartal, B. (2020). Cinsel sağlık eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin cinsel mitlerine etkisi. *Androloji Bülteni*, 22, 167–171. <https://doi.org/10.24898/tandro.2020.80774>
- Kazemi, Z., Mousavi, M. S., & Etemadifar, M. (2021). The effect of counseling based on the PLISSIT model on sexual quality of life of married women with multiple sclerosis referring to MS center in 2019: A randomized, controlled trial. *Arch Womens Ment Health*, 24(3), 437-444. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01080-6>
- Keçe, C., & Özcan, K. (2019). Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde güncel yaklaşımlar. In N. Büyükkayacı Duman (Ed.), *Cinsel Sağlık* (pp. 95-115). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Khakbazan, Z., Daneshfar, F., Behboodi-Moghadam, Z., Nabavi, S. M., Ghasemzadeh, S., & Mehran, A. (2016). The effectiveness of the Permission, Limited Information, Specific

- suggestions, Intensive Therapy (PLISSIT) model based sexual counseling on the sexual function of women with Multiple Sclerosis who are sexually active. *Mult Scler Relat Disord*, 8, 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2016.05.007>
- Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A Guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, 29(1), 1-92. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865>
- Klaeson, K., Hovlin, L., Guva, H., & Kjellsdotter, A. (2017). Sexual health in primary health care - a qualitative study of nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11-12), 1545-1554. <https://doi.org/10.1111/jocn.13454>
- Kucukkelepce, G. E., Dinc, L., & Elcin, M. (2021). Views of nursing students on using standardized patient and in-class case analysis in ethics education. *Nurse Educ Today*, 107, 105155. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105155>
- Kulacaoğlu, F. (2016). Psikojenik nedenli erektil disfonksiyon. *Androloji Bülteni*, 18(67), 230–232.
- Linacre, J. M. (2018). A user's guide to Winsteps. Chicago, IL: Winsteps.com.
- Lu, M. J., Li, J. B., Wu, C. Y., Huong, P. T. T., Hsu, P. C., & Chang, C. R. (2024). Effectiveness of a sexual health care training to enhance psychiatric nurses' knowledge, attitude, and self-Efficacy: A quasi-experimental study in Southern Taiwan. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 30(1), 17-29. <https://doi.org/10.1177/10783903211045733>
- Mace, D. R., Bannerman, R. H. O., & Burton, J. (1974). The teaching of human sexuality in schools for health professionals (Public health paper no. 57). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/37441#sthash.0JVbfMYk.dpuf>
- Mahmoodi Dangesaraki, M., Maasoumi, R., Hamzehgardeshi, Z., & Kharaghani, R. (2019). Effect of the EX-PLISSIT model on sexual function and sexual quality of life among women after hysterectomy: A randomised controlled trial. *Sexual Health*, 16(3), 225-232. <https://doi.org/10.1071/SH18107>
- Mazzilli, F. (2022). Erectile dysfunction: Causes, diagnosis and treatment: An update. *Journal of Clinical Medicine*, 11(21). <https://doi.org/10.3390/jcm11216429>
- Meydan, C. H., & Şeşen, H. (2011). Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları. (pp.37) Ankara: Detay Yayıncılık.
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., & Segraves, R. T. (2016a). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: A consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *J Sex Med*, 13(2), 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., & Segraves, R. T. (2016b). Risk factors for sexual dysfunction among women and men: A consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *J Sex Med*, 13(2), 153-167. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.015>

- Mehrabi, M., Lotfi, R., Rahimzadeh, M., & Merghati Khoei, E. (2019). Effectiveness of sexual counseling using PLISSIT model on sexual function of women with type 2 diabetes mellitus: Results from a randomized controlled trial. *Int J Diabetes Dev Ctries* 39(4), 626-632. <https://doi.org/10.1007/s13410-019-00726-1>
- Mick, J., Hughes, M., & Cohen, M. Z. (2004). Using the BETTER model to assess sexuality. *Clin J Oncol Nurs*, 8(1), 84-86. <https://doi.org/10.1188/04.CJON.84-86>
- Mthimunya, K., & Daniels, F. M. (2019). Predictors of academic performance, success and retention amongst undergraduate nursing students: A systematic review. *South African Journal of Higher Education*, 33(1), 200-220. <https://doi.org/10.20853/33-1-2631>
- Nakopoulou, E., Papaharitou, S., & Hatzichristou, D. (2009). Patients' sexual health: A qualitative research approach on Greek nurses' perceptions. *J Sex Med*, 6(8), 2124-2132. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01334.x>
- Nazik, E. (2019). Cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması ve epidemiyolojisi. In N. Büyükkayacı Duman (Ed.), *Cinsel Sağlık* (pp. 35-43). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Nho, J.-H., Kim, Y. H., & Kook, H.J. (2019). Effect of a web-based sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands. *International Journal of Sexual Health*, 31(1), 50-59. <https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1565792>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. (2nd ed., pp. 245-246). New York: McGrawHill.
- Oskay, Ü., & Başgöl, Ş. (2015). Jinekolojik kanser hastalarında yaşanan cinsel sorunlar ve bu sorunların giderilmesinde kullanılan model ve yaklaşımlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 31(1), 108-119.
- Özcan, H., & Kızılkaya Beji, N. (2018). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları: 2018 güncelleme. *Androloji Bülteni*, 20, 133-137. <https://doi.org/10.24898/tandro.2018.42204>
- Özsoy, S., & Bulut, S. (2017). Cinsel sağlık bilgisi dersinin hemşirelik öğrencilerinin cinsel mitleri üzerine etkisi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 54-67.
- Özsungur, B. (2010). Cinsel kimlik gelişimi ve cinsel kimlik bozukluğunda psikososyal değişkenler: Gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 17(3), 163-174.
- Pitt, V., Powis, D., Levett-Jones, T., & Hunter, S. (2012). Factors influencing nursing students' academic and clinical performance and attrition: an integrative literature review. *Nurse Education Today*, 32(8), 903-913. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.04.011>
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Focus on research methods: Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 30(4), 459-467.
- Rezaei-Fard, M., Lotfi, R., Rahimzadeh, M., & Merghati-Khoei, E. (2019). Effectiveness of sexual counseling using PLISSIT model to promote sexual function of women with spinal cord injury: A randomized controlled trial. *Sexuality and Disability*, 37(4), 511-519. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09596-1>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional

- self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Ross, M. W., Newstrom, N., & Coleman, E. (2021). Teaching sexual history taking in health care using online technology: A PLISSIT-Plus zoom approach during the coronavirus disease 2019 shutdown. *Sex Med*, 9(1), 100290. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.100290>
- Rostamkhani, F., Jafari, F., Ozgoli, G., & Shakeri, M. (2015). Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: A quasi-experimental study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(1), 139-146.
- Russell, J. L., Chen, H. C., Jensen, F. B., & Nichols, N. D. (2023). Nursing students' perceived attitudes toward addressing sexual health in their future profession: A longitudinal quantitative study. *Nurse Education Today*, 130, 105953. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105953>
- Salonia, A., Bettocchi, C., Boeri, L., Capogrosso, P., Carvalho, J., Cilesiz, N. C., Cocci, A., Corona, G., Dimitropoulos, K., Gul, M., Hatzichristodoulou, G., Jones, T. H., Kadioglu, A., Martinez Salamanca, J. I., Milenkovic, U., Modgil, V., Russo, G. I., Serefoglu, E. C., Tharakan, T., . . . Minhas, S. (2021). European association of urology guidelines on sexual and reproductive health-2021 update: Male sexual dysfunction. *Eur Urol*, 80(3), 333-357. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2021.06.007>
- Sarpkaya Güder, D., & Tekbaş, S. (2022). The effect of sexual health course on students' level of belief in sexual myths. *International Journal of Sexual Health*, 34(2), 267-276. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.2005730>
- Schain, W. (1988). A sexual interview is a sexual intervention. *Innovative Oncological Nursing*, 4(4), 2-3, 15.
- Seid, K., Kebede, T., Dessalegn, N., Ejara, Y., Moga, F., Daniel, M., Mohammed, N., & Hassen, S. (2022). Nursing students' attitudes and beliefs regarding sexual healthcare in Ethiopia: An online cross-sectional study. *PLoS One*, 17(12), e0278760. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278760>
- Shahbazi, Z., Farshbaf-Khalili, A., Sattarzadeh, N., & Kamalifard, M. (2018). The effect of sexual counseling based on PLISSIT model on sexual function of pregnant women: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 7(3), 372-379. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2019.61>
- Shahin, M. A., Gaafar, H. A. A., & Alqersh, D. L. A. (2021). Effect of nursing counseling guided by BETTER model on sexuality, marital satisfaction, and psychological status among breast cancer women. *Egyptian Journal of Health Care*, 12(2).
- Sharon, D., Gonen, A., & Linetsky, I. (2020). Factors influencing nursing students' intention to practice sexuality education in their professional work. *American Journal of Sexuality Education*, 15(2), 262-278. <https://doi.org/10.1080/15546128.2020.1724223>
- Steinke, E. E., Barnason, S., Mosack, V., & Hill, T. J. (2016). Baccalaureate nursing students' application of social-cognitive sexual counseling for cardiovascular patients: A web-

- based educational intervention. *Nurse Education Today*, 44, 43-50. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.015>
- Sung, S.-C., Huang, H.-C., & Lin, M.-H. (2015). Relationship between the knowledge, attitude, and self-efficacy on sexual health care for nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 31(3), 254-261. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.11.001>
- Sung, S.-C., & Lin, Y.-C. (2013). Effectiveness of the sexual healthcare education in nursing students' knowledge, attitude, and self-efficacy on sexual healthcare. *Nurse Education Today* 33(5), 498-503. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.06.019>
- Sung, S. C. (2011). The effectiveness of “Sexual Issues and Nursing Profession Development Program” in nursing students’ knowledge, attitudes, and self-efficacy on sexual healthcare [Unpublished doctoral dissertation], Shu-Te University, Kaohsiung, Taiwan.
- Sung, S. C., Jiang, H. H., Chen, R. R., & Chao, J. K. (2016). Bridging the gap in sexual healthcare in nursing practice: implementing a sexual healthcare training programme to improve outcomes. *J Clin Nurs*, 25(19-20), 2989-3000. <https://doi.org/10.1111/jocn.13441>
- Şencan H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik (1st ed., pp. 249-260). Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Şentürk Erenel, A., & Çiçek Özdemir, S. (2020). Attitude and behaviors of senior nursing students in assessment of sexual health. *Sexuality and Disability*, 38(3), 503-514. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09642-3>
- Şirin, H., & Kendirci, M. (2016). Gecikmiş ejakülasyon. *Androloji Bülteni*, 18(65), 92–98.
- T.C. Resmi Gazete. (2011). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. 19 Nisan 2011 Tarihli Sayı: 27910.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2007). Gençlik danışmanlık ve sağlık hizmet merkezleri CSÜS eğitimi modülü katılımcı rehberi. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2009). Üreme sağlığına giriş katılımcı rehberi. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi.
- Tabachnick B. G., & Fidel, L. S. (2001). Using multivariate statistics. (4th ed., pp. 699-700). MA: Allyn & Bacon.
- Taylor, B., & Davis, S. (2007). The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. *Sexuality and Disability*, 25(3), 135-139. <https://doi.org/10.1007/s11195-007-9044-x>
- The World Association for Sexual Health. (2014). *Declaration of sexual rights*. https://www.worldsexualhealth.net/files/ugd/793f03_779f193815894895b9d1480bde676c37.pdf?index=true
- Thornton, K., Chervenak, J., & Neal-Perry, G. (2015). Menopause and sexuality. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 44(3), 649-661. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.009>

- Tsai, L. Y., Huang, C. Y., Liao, W. C., Tseng, T. H., & Lai, T. J. (2013). Assessing student nurses' learning needs for addressing patients' sexual health concerns in Taiwan. *Nurse Educ Today*, 33(2), 152-159. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.05.014>
- Tuğut, N. (2016). Cinsel işlev bozukluğu ve güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 2(1), 70-75.
- Tuğut, N., & Gölbaşı, Z. (2017). Sexuality assessment knowledge, attitude, and skill of nursing students: An experimental study with control group. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(3), 123-130. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12127>
- Tuncer, M., & Oskay, Ü. Y. (2022). Sexual counseling with the PLISSIT model: A systematic review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(3), 309-318. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1998270>
- Tuthill, E. L., Butler, L. M., Pellowski, J. A., McGrath, J. M., Cusson, R. M., Gable, R. K., & Fisher, J. D. (2017). Exclusive breast-feeding promotion among HIV-infected women in South Africa: An Information-Motivation-Behavioural Skills model-based pilot intervention. *Public Health Nutr*, 20(8), 1481-1490. <https://doi.org/10.1017/S1368980016003657>
- Uğurlu, M., & Karahan, N. (2022). Sexual health knowledge and influencing factors among health science students at a state university in Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 27(1), 75-82. <https://doi.org/10.1080/13625187.2021.1980871>
- Uslu, E., İnfal, S., & Ulusoy, M. N. (2016). Cinsel sorunların çözümünde PLISSIT modelinin etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 52-63. <https://doi.org/10.18863/pgy.51356>
- Ünal Toprak, F., & Turan, Z. (2021). The effect of sexual health courses on the level of nursing students' sexual/reproductive health knowledge and sexual myths beliefs in Turkey: A pretest-posttest control group design. *Perspect Psychiatr Care*, 57(2), 667-674. <https://doi.org/10.1111/ppc.12593>
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: İnsan, çevre, sağlık & hastalık, hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 11-25.
- Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2019). Sexuality in the 21st century: Sexual fluidity. *East Asian Archives of Psychiatry*, 29(1), 30-34. <https://doi.org/10.12809/eaap1736>
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., de Kroon, C. D., Stiggelbout, A. M., & ter Kuile, M. M. (2015). Sexual issues among cervical cancer survivors: How can we help women seek help? *Psycho-oncology*, 24(4), 458-464. <https://doi.org/10.1002/pon.3663>
- Verrastro, V., Saladino, V., Petruccelli, F., & Eleuteri, S. (2020). Medical and health care professionals' sexuality education: State of the art and recommendations. *Int J Environ Res Public Health*, 17(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph17072186>
- Wang, Y.H., & Rong, J.R. (2019). Factors associated with the provision of sexual health care by nursing students in hospitals: An analytical cross-sectional study. *International Journal of Studies in Nursing*, 4(3). <https://doi.org/10.20849/ijsn.v4i3.622>

- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S. M., Nesi, J., & Garrett, K. (2016). Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: A meta-analysis. *JAMA Pediatr*, 170(1), 52-61. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2731>
- Wilkins, N. J., Rasberry, C., Liddon, N., Szucs, L. E., Johns, M., Leonard, S., Goss, S. J., & Oglesby, H. (2022). Addressing HIV/sexually transmitted diseases and pregnancy prevention through schools: An approach for strengthening education, health services, and school environments that promote adolescent sexual health and well-being. *J Adolesc Health*, 70(4), 540–549. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.05.017>
- World Health Organization. (2006). *Sexual health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- World Health Organization. (2024). *Sexual health-Overview*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- Wright, B. D., & Masters, G. N. (1981). The measurement of knowledge and attitude. Chicago: University of Chicago, Department of Education, Statistical Laboratory.
- Wright, U. D., & Linacre, J. M. (1994). Reasonable mean-square fit values. *Rasch Measurement Transactions*, 8(3), 370.
- Yılmaz, M., & Karataş, B. (2018). Opinions of student nurses on sexual myths; A phenomenological study. *Sexuality and Disability*, 36(3), 277-289. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-9517-0>
- Yodchai, K., Hutchinson, A. M., & Oumtanee, A. (2018). Nephrology nurses' perceptions of discussing sexual health issues with patients who have end-stage kidney disease. *Journal of Renal Care*, 44(4), 229-237. <https://doi.org/10.1111/jorc.12257>
- Youssef Abd-Ella, N., Hessin Yousef Heggy, E., & El-Kurdy, R. (2019). Effect of PLISSIT based sexual counseling model on sexual dysfunction among diabetic pregnant women. *Egyptian Journal of Health Care*, 10(3), 363-378.
- Yurdakul, M., & Ardıç Çobaner, A. (2015). Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde sağlık eğitimi, iletişim ve danışmanlık. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 1(2), 28-34.
- Yükseköğretim Kurulu. (2020). Marmara Üniversitesi hemşirelik programı yerleşenlerin geldikleri iller. <https://yokatlas.yok.gov.tr/2020/lisans.php?y=107210817>
- Ziaei, T., Keramat, A., Kharaghani, R., Haseli, A., & Ahmadnia, E. (2022). Comparing the effect of extended PLISSIT model and group counseling on sexual function and satisfaction of pregnant women: A randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.34172/jcs.2022.06>

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

10. BİLİMSEL FAALİYETLER

Makale

- Gündüz, C. S.,** Tarus, H. A., Yalazı, R. Ö., & Demirci, N. (2024). Human papilloma virüsünün cinsel fonksiyon bozukluğuna etkisi var mıdır? *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 641-647. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1436557>
- Gündüz, C. S.,** & Demirci, N. (2024). Turkish validity and reliability study of the “Sexual Healthcare Questionnaire” for nursing students. *Journal of Nursing Measurement*. <https://doi.org/10.1891/JNM-2024-0025>
- Gündüz, C. S.,** Bilgiç, G., Durmuş, A., Kılıç, A., Karadeniz, H., & Can Gürkan, Ö. (2023). The impact of COVID-19 pandemic on nursing image in society: A cross-sectional study. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 15(4), 1114-21. <https://doi.org/10.5336/nurses.2023-96324>
- Karadeniz, H., **Gündüz, C. S.,** & Can Gürkan, Ö. (2023). İnfertilitede kanıta dayalı biyolojik temelli geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 181-192. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1262706>
- Karadeniz, H., Durmuş, A., **Gündüz, C. S.,** Bilgiç, G., & Can Gürkan, Ö. (2022). COVID-19 pandemisinin hemşirelerin mesleki imaj algısına etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11 (2):255-261. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1022453>
- Eren, H., Aydoğan, S., Eyüboğlu, G., Eyikara, E., Doğan, N., İskender Durmuş, M., **Gündüz, C. S.,** Göçmen Baykara, Z., & Çalışkan, N. (2022). Eğitim ve danışmanlığın hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerleri ile bakım verici rollerine etkisinin belirlenmesi: Boylamsal Çalışma. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 30(3), 290-8. <https://doi.org/10.5336/mdethic.2022-90669>
- Gündüz, C. S.,** & Gürkan, Ö. C. (2021). Cinsel işlev bozukluklarında kanıta dayalı geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi*, 2(3), 67-77. <https://doi.org/10.53445/batd.868415>

Gündüz, C. S., & Çalışkan, N. (2021). The effect of preoperative video based pain training on postoperative pain and analgesic use in patients undergoing total knee arthroplasty: A non-randomized control group intervention study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 741-752. <https://doi.org/10.1177/1054773820983361>

Eyüboğlu, G., Baykara, Z. G., Çalışkan, N., Eyikara, E., Doğan, N., Aydoğan, S., Çiftaldöz, B.U., Özyıldız, A., **Gündüz, C. S.**, Erdoğan, B.C., Çakmak, N.C.S., & İstek, N. (2021). Effect of music therapy on nursing students' first objective structured clinical exams, anxiety levels and vital signs: A randomized controlled study. *Nurse Education Today*, 97 104687. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104687>

Gündüz, C. S., & Yıldız, H. (2021). Gebelikte uyku sorunlarının perinatal süreçteki etkileri ve çözüm sürecinde hemşirelik yaklaşımları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 471-478. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.769794>

Çalışkan N., Karadağ M., Durmuş İskender M., Aydoğan S., **Gündüz C. S.** (2020). Eleştirel düşünme dersinin hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ve eleştirel düşünme motivasyonlarına etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, vol.12, 544-551. <https://doi.org/10.5336/Nurses.2020-75126>.

Kitap Bölümü

Demirci, N., Coşkun Potur, D., Can Gürkan, Ö., **Gündüz, C. S.** (2023). Jinekolojide Bakım Uygulamaları. İçinde Yıldız, H., Demirci, N. (Editörler), *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bakım-Uygulama Rehberi* (1. Baskı, sf:77-111). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri. ISBN: 9786253976576.

Yıldız, H., Demirci, N., Can Gürkan Ö., Potur, D., Ekşi Güloğlu, Z., **Gündüz, C. S.**, Arslan Tarus, H. (2023). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşirelik Bakım Uygulamaları İçin Ek Materyaller. İçinde Yıldız, H., Demirci, N. (Editörler). *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bakım-Uygulama Rehberi* (1. Baskı, sf: 229-300). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri. ISBN: 978-625-397-657-6.

Demirci N, Ekşi Güloğlu Z, **Gündüz C. S.** (2023). Doğum Eyleminde Bakım Uygulamaları. İçinde Yıldız, H. and Demirci, N. (Editörler). *Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*

Bildiri (Poster veya Sözel)

Gündüz, C. S., Arslan Tarus, H. ve Demirci, N. (2024, 23-25 Mayıs). *Hemşirelik öğrencilerinin kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği stajındaki yansıtıcı düşünme yöntemi ile belirlenen deneyimleri* [Sözel Bildiri]. Uluslararası Küresel Dünyada Kadın Kongresi IV: Eşitlik İçin Mücadele (WGW2024). Hibrit, İstanbul.

Gündüz, C. S. ve Demirci, N. (2023, 21-23 Aralık). *Hemşirelik öğrencilerine yönelik Cinsel Sağlık Bakımı Anketi'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması* [Sözel Bildiri]. II Uluslararası III Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara.

Gündüz, C. S., Arslan Tarus, H. ve Demirci, N. (2023, 21-23 Aralık). *Toplum, yaşlı bireyler ve sağlık çalışanlarının yaşlı bireylerin cinselliğine yönelik yaklaşımları* [Poster Bildiri]. II Uluslararası III Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara.

Arslan Tarus, H., **Gündüz, C. S.** ve Demirci N. (2023, 21-23 Aralık). *Endometriozisli kadınların ağrı ile baş etme yöntemleri* [Poster Bildiri]. II Uluslararası III Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara.

Yıldız, H., **Gündüz, C. S.,** Gülüstan, B., Sezer, H., ve Özdemir, İ. (2023, 21-23 Aralık). *Covid-19 pandemi sürecinde kadınların gebelikten korunma yaklaşımları* [Sözel Bildiri]. II Uluslararası III Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara.

Gündüz, C. S., Arslan Tarus, H., Ölmez Yalazı, R., Demirci, N. (2022, 24-26 Kasım). *Does human papilloma virus have an effect on sexual dysfunction?* [Sözel Bildiri]. The 30th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI). Amsterdam, The Netherlands, Online.

Gündüz, C. S., Ölmez Yalazı, R., Arslan Tarus, H., Demirci, N. (2022, 24-26 Kasım). *Human papillomaviruses infection and nursing approaches* [Poster Bildiri]. The 30th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI), Amsterdam, The Netherlands, Online.

- Karadeniz, H., **Gündüz, C. S.**, Can Gürkan, Ö. (2022, 25-27 Şubat). *Evidence based practices in infertility that are biologically based traditional and complementary medicine practices* [Sözel Bildiri]. Second International Congress on Biological and Health Sciences, Online.
- Karadeniz, H., Durmuş, A., **Gündüz, C. S.**, Bilgiç, G., Can Gürkan, Ö. (2022, 25-27 Şubat). *The effect of the COVID-19 pandemic of the professional image perception of nurses* [Sözel Bildiri]. Second International Congress on Biological and Health Sciences, Online.
- Coşkuner Potur, D., İşbay B., Karşlı K., **Gündüz C. S.** (2022, 29-30 Eylül, 1 Ekim). *Doğum ağrısı ve doğum korkusunun, doğum memnuniyetiyle ilişkisinin belirlenmesi*, [Sözel Bildiri]. 4. Uluslararası 5. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, Denizli.
- Yıldız, H., **Gündüz C. S.**, Sunay B., Arslan S. ve Sarıgül Z. (2022, 21-23 Ekim). *Kadın sağlığı hemşireliği dersi uygulamasını online ve klinikte yapan öğrencilerin yeterlilikleri hakkındaki düşünceleri* [Sözel Bildiri]. Uluslararası Genç Araştırmacılar Öğrenci Kongresi, Aydın, Online.
- Gündüz, C. S.**, Çalışkan, N. (2019, 19-21 Aralık). *Total diz artroplastisi öncesi hastaya verilen teknoloji temelli ağrı eğitiminin ameliyat sonrası ağrıya ve analjezik kullanımına etkisi* [Sözel Bildiri]. 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.
- Çalışkan, N., Karadağ, M., İskender, M.D., Aydoğan, S., **Gündüz, C. S.** (2019, 19-21 Aralık). *Eleştirel düşünme dersinin hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme becerilerine etkisi* [Sözel Bildiri]. 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.

11. EKLER

Ek 1- Cinsel Sağlık Bakım Anketi Türkçe’ye Uyarlama ve Kullanım İzni

Ek 2- Cinsel Sağlık Bakım Anketi Türkçe’ye Uyarlaması İçin Etik Kurul Onayı

Ek 3- Cinsel Sağlık Bakım Anketi Türkçe'ye Uyarlaması İçin Kurum İzni

Ek 4- Cinsel Sağlık Bakımı Anketi Uyarlaması Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmanın Adı: Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik “Cinsel Sağlık Bakımı Anketi”nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması

Sayın Katılımcı,

Yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve bu bilgilendirme sonucunda kararınızı vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırma ile hemşirelik öğrencilerine yönelik “Cinsel Sağlık Bakımı Anketi”nde yer alan üç ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini belirlemek amaçlanmıştır. Bu araştırma, hemşirelik eğitimi alanında yarar sağlayacaktır. Araştırma için Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır. Araştırmaya sizin dışınızda en az 309 kişi katılacaktır. Sizden bu çalışmada anket sorularını yanıtlamanız istenecektir. Bu işlem yaklaşık 20-30 dakikanızı alacaktır. Bunun size ve yakınlarınıza hiçbir zararı olmayacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Gerek duyduğunuz tüm bilgileri istemeye ve doğru, açık, anlaşılır bilgi almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılmayı istemezseniz burada size verilen hizmet olumlu veya olumsuz şekilde etkilenmeyecektir. Gerekli gördüğü takdirde araştırmanın herhangi bir kısmında katılımcı araştırmadan çıkabilir, araştırmacı çalışmayı sonlandırabilir. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılabilir gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulabilir ve yayınlanabilir.

Araştırma ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya ... e-posta adresi veya ... numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce katılımcılara verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim

İmza/Tarih

İmza/Tarih

Katılımcının adı soyadı

Sorumlu Araştırmacının adı soyadı

Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ

Ek 5- Öğrenci Tanıtım Formu

Sayın katılımcı, bu anket hemşirelik öğrencilerine PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi verilmesinin cinsel sağlık bakım bilgisi ve cinsel sağlık bakım tutumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bilimsel amaçlı bu çalışmaya vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak, araştırma amacı dışında kullanılmayacaktır. Bu doğrultuda soruları içtenlikle cevaplamanız araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Vakit ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ, Arş. Gör. Ceyda Su GÜNDÜZ

➤ İsim Soyisim:.....

(Açıkça yazmak istemezseniz; ilk isminizin ilk 2 harfini ve soyisminizin ilk 2 harfini yazınız. Örneğin; Ceyda Su GÜNDÜZ için: CeGü. İsterseniz belirlediğiniz bir nick de kullanabilirsiniz. Nick Örneği: sarikedi veya pembepati gibi. Ama LÜTFEN nickinizi unutmayınız. Ön test, son test ve izlem testinde de aynı nicki yazmanız gereklidir.)

1) Çalışmada hangi grupta yer alıyorsunuz?

a) Cinsel eğitim grubu

b) Kontrol grubu

2) Yaşınız:.....

3) Cinsiyetiniz:

a) Kadın

b) Erkek

4) Genel akademik ortalamanızı 4'lük sisteme göre yazınız:.....

5) Medeni durumunuz nedir?

a) Bekar

b) Evli

c) Diğer (Açıklayınız.....)

6) Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek

b) Geniş

c) Dağılmış

7) Hayatınız boyunca çoğunlukla yaşadığınız yer neresidir?

a) Kırsal bölge

b) Kentsel bölge

8) Şu an nerede kalıyorsunuz?

a) Ailem ile birlikte evde

c) Yurtta

b) Öğrenci evinde

d) Diğer (Açıklayınız.....)

9) Annenizin eğitim düzeyi nedir?

a) Okuryazar değil

e) Lise

b) Okuryazar

f) Üniversite

c) İlkokul

g) Lisansüstü

d) Ortaokul

10) Babanızın eğitim düzeyi nedir?

- a) Okuryazar değil
- b) Okuryazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Üniversite
- g) Lisansüstü

11) Genel olarak, annenle ilişkinin nasıl olduğunu düşünüyorsun?

- a) Çok iyi
- b) İyi
- c) Ortalama
- d) Kötü
- e) Çok kötü

12) Genel olarak, babanla ilişkinin nasıl olduğunu düşünüyorsun?

- a) Çok iyi
- b) İyi
- c) Ortalama
- d) Kötü
- e) Çok kötü

13) Cinsellik ile ilgili bilgiyi en çok nereden alıyorsunuz?

- a) Aile
- b) Okul
- c) Sağlık Kurumu
- d) Arkadaş
- e) İnternet
- f) Diğer.....

14) Cinsel sağlık ile ilgili seçmeli ders aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

15) Hemşirelik programında cinsel sağlık eğitimi almanın önemi hakkında ne düşünüyorsunuz?

- a) Çok önemli
- b) Önemli
- c) Orta düzeyde önemli
- d) Önemli değil
- e) Hiç önemli değil

Ek 6- Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği

Aşağıdaki sorular cinsel sağlık bakımına ilişkin bilginize dayanmaktadır. Lütfen en uygun olduğunu düşündüğünüz kendi cevabınızı işaretleyiniz.

	Evet	Hayır	Bilmiyor
I. Cinsel Tıp ve Hemşirelik			
1. Cinsel aktivite sırasında yaşanan anksiyete erkeklerde prematür ejakülasyon (erken boşalma) sorununa yol açabilir.			
2. Testosteron hormonu cinsel istekle ilişkilidir.			
3. Candida (mantar) enfeksiyonuna bağlı genital bölgede kaşınma ve yanma hissi yaşayan kadınlara, enfeksiyonun tekrarlamasını önlemek amacıyla kaşınan bölgeleri yıkamaları için ilaçlı duş jeli kullanması önerilebilir.			
4. İnsan papilloma virüsü (HPV) cinsel yolla bulaşabilir. Bu nedenle 9 ile 16 yaş arasındaki kadınların Gardasil aşısı gibi yeni HPV aşısı yaptırmaları daha iyi olacaktır.			
5. Yaşlanma, vajinal kayganlığın azalmasına neden olabileceğinden, kayganlığı artırmak için penis başına vazelin sürülmesi önerilir.			
6. Histerektomi (<i>rahimin alınması</i>) ameliyatı geçiren hastalarda, over (<i>yumurtalık</i>) işlevlerinin bozulmasına bağlı olarak hastaların cinsel istekleri etkilenecektir.			
7. Prematür ejakülasyon (<i>erken boşalma</i>), "cinsel yanıt döngüsü"nün orgazm evresine ait bir sorundur.			
8. Bir fetişistin temel özelliği, cinsel uyarılma sağlamak için cansız nesneler kullanmasıdır ve nadiren tıbbi yardıma ihtiyaç duyar.			
9. Erkek fatma veya hanım evladı tipi davranışlar, cinsiyet kimliği bozukluğunun belirtileri olarak kabul edilir.			
10. Bir erkeğin her gün mastürbasyon yapması kolaylıkla erektil disfonksiyona (<i>sertleşme bozukluğu</i>) yol açacaktır.			
11. Omurilik yaralanması nedeniyle omurilik felci (parapleji) olan bir erkek hastada erektil disfonksiyon (<i>sertleşme bozukluğu</i>) yoksa, partneriyle duygusal odak egzersizi yapması önerilebilir.			
12. Doğum sonrası kadının perineal ve abdominal yaralarının iyileşmesi ve loşiasının (<i>doğum sonrası vajinal akıntıya verilen isim</i>) bitmesi halinde, doğumdan 6 hafta sonra cinsel ilişkiye girmeye başlayabilir.			
13. Antipsikotik, antihipertansif ilaçlar ve diyabet hastalığı; erektil disfonksiyona (<i>sertleşme bozukluğu</i>) neden olabilir.			
14. Kadından erkeğe cinsiyet değiştirme ameliyatının en sık görülen komplikasyonu idrar yolundaki idrarın ters yöne akmasıdır (üreteral reflü).			
15. Oral kontreseptifler (<i>doğum kontrol hapları</i>), diyabetik kadınlar için doğum sonrası en uygun doğum kontrol yöntemidir.			
16. Ooferektomi (<i>yumurtalıkların alınması</i>) ameliyatı olmuş kadınlarda vajinal kuruluğa bağlı disparoni (<i>ağrılı cinsel ilişki</i>) görülmesinin nedeni östrojen azalmasıdır.			
17. Miyokardiyal enfarktüs geçiren erkek hastaların partneri, cinsel ilişki sırasında fiziksel yükü azaltmak için üstte olduğu pozisyona geçebilir.			

18. Antidepresan ilaçlar (Seçici serotonin geri alım inhibitörleri) orgazmada gecikmeye neden olabilir.			
II. Cinsel Değerlendirme			
19. Hasta cinsel işlev değişimleri yaşadığında ve bundan endişe duyduğunda “cinsel yaşam tarzı değişiklikleri” hemşirelik tanısı olarak konulabilir.			
20. Hastalarla cinsel konular konuşulurken, utanma veya konudan kaçınmayı önlemek için hasta ile iletişimde belirsiz ifadeler kullanılabilir, örneğin penis yerine “çük, malum organ ya da ufaklık” gibi belirsiz ve kaçınan terimlerle iletişim kurulabilir.			
21. Cinsel konular hakkında konuşurken hastanın utanmasını önlemek için, çevredeki ortamdan bahsedilerek veya görüşmenin amacı açıklanarak konuya giriş yapılabilir.			
22. Bir hastanın cinsel sorununu tanımlarken “genelleştirilmiş” veya “normalleştirilmiş” bir yaklaşım kullanmak cinsel değerlendirmeyi kolaylaştırabilir.			
23. Cinselliği değerlendirme içeriği, mastürbasyonla ilgili tutum ve duyguların tartışılmasını kapsamaz.			
24. Danışan ve terapistlerin farklı terminoloji kullanması, cinselliğin değerlendirilmesini etkilemez.			
25. Hastanın doğumdan sonra libidosunun düşük olması, kesinlikle yaşadığı rol değişikliği ile ilgilidir.			
26. Cinsellik ile ilgili dini ve kültürel tabular, bireyin cinselliği ifade ediş şeklini etkileyebilir.			
III. Cinsel Taciz ve Cinsel Saldırı			
27. İstenmeyen cinsel şakalar veya rahatsız edici bakışlar bir tür cinsel tacizdir.			
28. Halka açık yerlerde pornografik görüntülerin gösterilmesi yasalara aykırıdır.			
29. Zorlayıcı cinsel davranış (tecavüz gibi) HIV enfeksiyonu bulaşma riskini artıracaktır.			
30. Tecavüze uğrayan bir kadın tıbbi muayene olmak üzere acil servise başvurmuştur. En uygun hemşirelik yaklaşımı, cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek için mağdurdan vücudunu temizlemesini ve vajinal lavaj yapmasını istemektir.			
31. Cinsel istismara uğramış bir mağdurun fiziksel travma değerlendirmesini yaparken, vücudundaki ve cinsel organındaki kanıtlar mağdurun ifadeleri ile karşılaştırılmalı ve tek tek kaydedilmelidir.			

Ek 7- Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği

Aşağıdaki sorular cinsel sağlık bakımına yönelik tutumlarınız hakkındadır. Lütfen size en uygun cevabı seçiniz.

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Çok Katılıyorum
1. Hasta size cinsel sorunları hakkında soru sorduğunda kendinizi rahat hissedersiniz.	1	2	3	4	5
2. Hastanın cinsel sorununu değerlendirmeniz gerektiğinde kendinizi rahat hissedersiniz.	1	2	3	4	5
3. Hastanın cinsel sorunlarını tartışmanız gerektiğinde kendinizi rahat hissedersiniz.	1	2	3	4	5
4. Hastanın cinsel sorunlarına yönelik bilgi verirken kendinizi rahat hissedersiniz.	1	2	3	4	5
5. Cinsel saldırı mağdurlarına fiziksel sağlık değerlendirmesi yapmanız gerektiğinde, kendinizi rahat hissedersiniz.	1	2	3	4	5
6. Cinsel istismar mağdurlarına psikolojik destek sağlamanız gerektiğinde, kendinizi rahat hissedersiniz.	1	2	3	4	5
7. Hemşireler, hastaların cinsel kaygılarını inisiyatif olarak (karar verme yetkisini kullanarak) değerlendirme sorumluluğuna sahiptir.	1	2	3	4	5
8. Hemşirelerin inisiyatif olarak, hastaların cinsel kaygılarını onlarla tartışma sorumluluğu vardır.	1	2	3	4	5
9. Hemşireler, hastaların cinsel kaygılarına yönelik profesyonel bilgi verme sorumluluğuna sahiptir	1	2	3	4	5
10. Hemşireler, cinsel istismar mağdurlarına fiziksel sağlık değerlendirmesi yapmaktan sorumludur.	1	2	3	4	5
11. Hemşireler, cinsel istismar mağdurlarına psikolojik destek vermekten sorumludur.	1	2	3	4	5
12. Hemşireler, bir hastanın cinsel sorunlarını değerlendirdikten sonra hastanın başka profesyonel yardıma ihtiyacı olduğunu tespit ettiğinde uygun yönlendirmeyi yapma sorumluluğuna sahiptir.	1	2	3	4	5
13. Hemşirelerin rolü, hastanın cinsel sorunlarını proaktif (henüz oluşmadan tanımlamaya ve önlem olarak engellemeye yönelik girişim yapmak) olarak değerlendirmek için uygundur.	1	2	3	4	5
14. Hemşirelerin rolü, hastanın cinsel kaygılarını proaktif bir şekilde tartışmak için uygundur.	1	2	3	4	5
15. Hemşirelerin rolü, hastaların cinsel kaygılarını tartışmaya yönlendirilmesinde ilk iletişim noktası olmak için uygundur.	1	2	3	4	5
16. Hemşirelerin rolü, hastaların cinsel sorunlarına yönelik profesyonel bilgi vermeye uygundur.	1	2	3	4	5
17. Hemşirelerin rolü, cinsel saldırı mağdurlarına fiziksel sağlık değerlendirmesi yapmak için uygundur.	1	2	3	4	5
18. Hemşirelerin rolü, cinsel saldırı mağdurlarına psikolojik destek sağlamak için uygundur	1	2	3	4	5

Ek 8- Cinsel Mitler Ölçeği

Cinsellikle ilgili olarak aşağıda verilen ifadelerden her birini okuyarak size uygun olan seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz.

İFADELER		Asla Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Kısmen Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
1	Eşcinsellik bir hastalıktır.					
2	Eşcinsellik tedavi edilmelidir.					
3	Eşcinseller toplum için zararlıdır.					
4	Eşcinsel erkekler kadın gibi davranır.					
5	Bireyin cinsel yönelimi dış görüntüsünden (giyimi, konuşması, davranışları) anlaşılır.					
6	Erkekler matematik gibi zekâ gerektiren işlerde kadınlardan daha başarılıdır.					
7	Ev işleri kadınların görevidir.					
8	Erkeğin kararları kadınlara göre daha gerçekçi / mantıklıdır.					
9	Erkekler kadınlardan daha rekabetçidir.					
10	Kadınlar yardıma muhtaçtır.					
11	Erkek olmak, kadın olmaktan daha değerlidir.					
12	Yaşlı bireylerin cinsel ilişkide bulunması doğru değildir.					
13	Yaşlanma ile birlikte cinsel yaşam sona erer.					
14	Menopoza girmek (adetten kesilmek), kadının cinsel yaşamını sona erdirir.					
15	Doyumlu bir cinsel yaşam için genç olmak şarttır.					
16	Cinsel ilişkinin her aşaması erkeğin kontrolünde olmalıdır.					
17	Kadın, cinsel ilişkide eşinin isteklerine göre hareket etmelidir.					
18	Cinsel ilişkide eşini memnun etmek kadının görevidir.					
19	Mastürbasyon yapmak fiziksel hastalıkların gelişmesine neden olur.					
20	Mastürbasyon yapmak psikolojik sorunlara neden olur.					
21	Eşlerden birinin rızası dışında gerçekleşen cinsel ilişki "tecavüz" sayılmaz.					
22	Erkek çocuklar tecavüz kurbanı olmazlar.					
23	Tecavüze uğrayan erkek çocukları büyüdüklerinde eşcinsel olurlar.					
24	Kadınlar dış görünüşleri / giyimleri ile cinsel şiddetin ortaya çıkmasına neden olurlar.					
25	Cinsellik, cinsel ilişki (cinsel birleşme) demektir.					
26	Eşlerin cinsel hazzı yaşayabilmeleri için cinsel ilişki şarttır.					
27	Cinsel ilişki mutlaka orgazmla (haz / tatmin) sonuçlanmalıdır.					
28	Kadınlar yalnızca "cinsel ilişki" yoluyla orgazma ulaşabilirler.					

Ek 9- PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi Öğrenci Görüş Formu

(Birinci Bölüm)

- 1) Eğitiminizde kullanılan PLISSIT modeli hakkında ne düşünüyorsunuz?.....
- 2) PLISSIT modelinin olumlu yönleri nelerdir?.....
- 3) PLISSIT modelinin cinsel sağlık bakımı vermenize olan katkısını birkaç cümle ile yazınız.....
- 4) PLISSIT modeli cinsel sağlık bakımı verme becerinizi geliştirmede ne kadar etkiliydi?
a) Çok etkiliydi b) Etkiliydi c) Orta düzeyde etkiliydi d) Çok etkili değildi e) Etkisizdi
- 5) PLISSIT modelinin olumsuz yönleri veya sınırlılıklarını yazınız.....
- 6) PLISSIT modeli kullanımına ilişkin eğitiminizin yüz yüze olmasına ilişkin olumlu duygu ve düşüncenizi yazınız.....
- 7) PLISSIT modeli kullanımına ilişkin eğitiminizin yüz yüze olmasına ilişkin olumsuz/geliştirilmesi gereken yönleri hakkında duygu ve düşüncelerinizi yazınız.....
- 8) PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne yönelik memnuniyet durumunuza göre işaretleyiniz.
a) Çok memnunum d) Memnun değilim
b) Memnunum e) Hiç memnun değilim
c) Orta düzeyde memnunum
- 9) Eğitim etkinliğiyle ilgili en çok neyi beğendiğiniz? Nedenini belirtiniz...
- 10) Eğitim etkinliğiyle ilgili en az neyi sevdiğiniz? Nedenini belirtiniz...
- 11) İleride meslek yaşantınızda cinsel sağlık bakımı verirken PLISSIT modelini kullanmayı düşünüyor musunuz?
a) Evet b) Hayır (Nedenini belirtiniz.....)
- 12) Sizce eğitim etkinliğini nasıl geliştirebiliriz?.....

PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne İlişkin Öğrenci Görüş Formu
(İkinci Bölüm)

1. PLISSIT modelini kullanarak hasta/sağlam bireylere cinsel sağlık bakımı verdiniz mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır (Nedenini yazınız.....)

2. PLISSIT modelini kullanarak hasta/sağlam bireylere cinsel sağlık bakımı verirken nasıl hissettiniz?.....

3. PLISSIT modeli kullanımının hasta/sağlam bireylere cinsel sağlık bakımı verirken yararı oldu mu?
 - a) Evet (Yararlarını yazınız.....)
 - b) Hayır (Sizce yararı neden yoktur?.....)

4. PLISSIT modelini kullanarak hasta/sağlam bireylere cinsel sağlık bakımı verirken zorlandığınız durumlar oldu mu?
 - a) Evet (zorlandığınız durumları yazınız.....)
 - b) Hayır

5. Bu konuyla ilgili bize söylemek istediğiniz başka bir şey var mı?

Ek 10- “Cinsellik, Cinsel Terapi ve Cinsel Tedaviler Eğitimi” Katılım Belgesi

Uluslararası Entegratif Kognitif
Psikoterapi Enstitüsü (IICPI)



IICPI
International Integrative Cognitive
Psychotherapy Institute (IICPI)

2022

CEYDA SU GÜNDÜZ



Uluslararası Entegratif Kognitif Psikoterapi Enstitüsü (IICPI) tarafından **13.11.2021 - 03.04.2022** tarihleri arasında düzenlenen 6 aylık (120 saatlik) **CİNSELLİK, CİNSEL TERAPİ VE CİNSEL TEDAVİLER EĞİTİMİ**'nin tüm teorik ve pratik çalışmalarını başarıyla tamamlamış, **IICPI** standartlarında gerekli bilimsel yeterliliği göstermiş, ruh sağlığı ve cinsel sağlık bilimi alanında faaliyet gösteren uluslararası ve ulusal tüm kurum ve kuruluşların etik kurallarında belirtilen mesleki davranış ilkelerine bağlı kalmayı ve faaliyet göstereceği ülkenin kanunlarına uygun davranmayı taahhüt ederek, mezun olduğu lisans eğitiminin tanıdığı tüm hak ve yetkileri kullanırken faydalanmak üzere **"CİNSELLİK, CİNSEL TERAPİ VE CİNSEL TEDAVİLER EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ"** almaya hak kazanmıştır.

Has completed all the theoretical and practical studies of 6 months (120 hours) of **SEXUALITY, SEXUAL THERAPY AND SEXUAL TREATMENTS TRAINING** organized by **International Integrative Cognitive Psychotherapy Institute (IICPI)** between **13.11.2021 - 03.04.2022** has demonstrated the required scientific knowledge and professional competencies in line with IICPI standards, has committed to adhere to the principles of professional conduct stated in the ethical rules of all international and national institutions and organizations operating in the field of mental health and sexual health science and to comply with the laws of the country of practice, is hereby considered qualified to receive **"SEXUALITY, SEXUAL THERAPY AND SEXUAL TREATMENTS TRAINING PARTICIPATION CERTIFICATE"** in order to benefit from all the rights and authorizations given by the laws.

DATE : 03.04.2022
CERTIFICATE NO : 2022-CTE-0221

International Integrative Cognitive Psychotherapy Institute (IICPI)
www.iicpi.org

Ek 11- PLISSIT Çalışması İçin Vaka Örneği

1. Vaka: Cinsel İşlev Bozukluğu Vakası

Öğrenim Hedefleri:

- PLISSIT modelinin izin verme (P-permission) aşamasına göre; cinsel işlev bozukluğu olan kadının duygu, düşünce, endişe ve sorunlarını ifade etmesini sağlar.
- PLISSIT modelinin sınırlı bilgi verme (LI- limited information) aşamasına göre; cinsel işlev bozukluğu olan kadına cinsellik hakkında sınırlı bilgi verir.
- PLISSIT modelinin özel öneriler verme (SS-specific suggestions) aşamasına göre; cinsel işlev bozukluğu olan kadının ihtiyacına uygun olacak şekilde cinsel sorununa yönelik spesifik öneriler verilmesi gerektiğini bilir.
- PLISSIT modelinin yoğun terapi (IT- intensive therapy) aşamasına göre; cinsel işlev bozukluğu olan kadının sorunlarının çözümü için ilgili birimden yardım almaya yönlendirilmesi gerektiğini bilir.

Vaka

Temel Bilgiler: Sedef Hanım 25 yaşında, lise mezunu, kasiyerdir. Herhangi bir kronik hastalığı veya sürekli kullandığı bir ilaç yoktur. Yeni evlenmiştir ve cinsel ilişkiyi ilk defa evliliğinde yaşamıştır. Orgazm olamama şikâyeti ile jinekoloji polikliniğine başvurmuştur. Yapılan görüşme ve tetkikler sonucunda tıbbi bir sorununun olmadığı belirlenmiştir.

Cinsel Yaşamı: Sedef Hanım cinsel olarak isteklidir ve eşi ile haftada iki-üç kere cinsel ilişkiye girmektedir. Cinsel ilişkiden zevk almaktadır, fakat sonunda orgazm olamamaktadır. Evlilik öncesi mastürbasyon yaparak orgazm olabilmektedir. Jinekoloji polikliniğinde çalışan bir hemşire olarak yeni evli olduğunu öğrendiğiniz Sedef Hanım'a PLISSIT modeli doğrultusunda cinsel sağlık bakımı vermeye karar verdiniz. Başka kişilerin rahatsız etmeyeceği bir odadasınız.

1. PLISSIT modelinin ilk basamağı olan izin verme (P-Permission) aşamasında Sedef Hanım'a neler söylersiniz?

2. PLISSIT modelinin ikinci basamağı olan sınırlı bilgi verme (LI- Limited Information) aşamasında Sedef Hanım'a hangi bilgileri verirsiniz?

3. Modelin üçüncü basamağı olan özel öneriler verme (SS-Specific Suggestions) aşamasında nasıl bir yol izlenebilir?

4. PLISSIT modelinin dördüncü basamağı olan yoğun terapi (IT- Intensive Therapy) aşamasında Sedef Hanıma yönelik nasıl bir yaklaşım gösterilebilir?

Ek 12- PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi'ne Katılım Belgesi Örneği



Ek 13- Cinsel Mitler Ölçeği Kullanım İzni

Ek 14-Araştırma Uygulaması İçin Etik Kurul Onayı

Ek 15- Araştırma Uygulaması İçin Kurum İzni

Ek 16- Bilgilendirme Formu ve Onay Formu

Bilgilendirme Formu

Sayın Katılımcı (Cinsel Eğitim Grubu),

“Hemşirelik Öğrencilerine PLISSIT Modeli ile Verilen Cinsel Sağlık Eğitiminin Bilgi ve Tutuma Etkisi” başlıklı çalışmamız hemşirelik öğrencilerine verilen PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’nin etkililiğinin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır. Araştırmada sizden eğitim öncesi, eğitimden hemen sonra ve eğitimden 3 ay sonra olmak üzere toplam 3 kere yüzyüze ortamda anket doldurmanız istenecektir. Anket içeriğinde “Öğrenci Tanıtım Formu”, “Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği”, “Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği”, “Cinsel Mitler Ölçeği” ve “PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’ne İlişkin Öğrenci Görüş Formu” yer alacaktır. Araştırmamızda doğru sonuca varabilmemiz için; anketlerdeki tüm maddelerin doğru cevaplanması önemlidir. Anketleri doldurmak için tahminen 20-40 dk arasında zaman ayırmanız gerekecektir. Araştırmacı sizinle telefon ederek veya WhatsApp uygulaması üzerinden iletişime geçebilecektir. WhatsApp uygulamasında cinsel eğitim grubunda yer alan katılımcılar ve araştırmacının bulunduğu bir grup oluşturulacak ve bu grup araştırmacı tarafından iletişim amacıyla kullanılacaktır. Bu gruptan eğitimden bir gün önce hatırlatma mesajı alacaksınız. Tüm eğitim 2023-2024 eğitim öğretim döneminde 4 haftada tamamlanacak ve toplam eğitim yaklaşık 16 saat sürecektir. Eğitim etkinliği katılımcıların ve araştırmacının uygun olduğu bir zaman diliminde yüzyüze yapılacaktır. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’nde yer alan teorik konular araştırmacı tarafından anlatılacaktır. Eğitim esnasında eğitici rehberliğinde size verilen vaka örneklerinden en az bir tanesini PLISSIT modeli doğrultusunda değerlendirmeniz ve süreci yönetmeniz beklenecektir.

Bu çalışmanın size ve yakınlarınıza hiçbir zararı olmayacaktır. Araştırma sırasında herhangi bir ilaç kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla veya bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmadan kendi isteğiniz ile ayrılabilirsiniz ve bu durum aldığımız hiçbir hizmeti etkilemeyecektir. Çalışmanın mali yükümlülüğü araştırmacılara ait olup gönüllü katılımcılara ücret ödemesi veya herhangi bir ücret talebi yapılmayacaktır. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Bu tez çalışması Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ danışmanlığında doktora öğrencisi Arş. Gör. Ceyda Su GÜNDÜZ ile birlikte yapılmaktadır. Herhangi bir soru ya da sorun olduğunda Arş. Gör. Ceyda Su GÜNDÜZ’e ... mail adresinden veya ... cep telefonu numarasından ulaşabilirsiniz.

Sayın Katılımcı (Kontrol Grubu).

“Hemşirelik Öğrencilerine PLISSIT Modeli ile Verilen Cinsel Sağlık Eğitiminin Bilgi ve Tutuma Etkisi” başlıklı çalışmamız hemşirelik öğrencilerine verilen PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Sağlık Eğitimi’nin etkililiğinin belirlenmesi amacıyla Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde yapılacaktır. Araştırmada sizden toplam 3 kere olmak üzere 2023-2024 eğitim öğretim yılı sürecinde yüzyüze ortamda anket doldurmanız istenecektir. Anket içeriğinde “Öğrenci Tanıtım Formu”, “Cinsel Sağlık Bakım Bilgi Ölçeği” “Cinsel Sağlık Bakım Tutum Ölçeği” ve “Cinsel Mitler Ölçeği” yer alacaktır. Araştırmamızda doğru sonuca varabilmemiz için; anketlerdeki tüm maddelerin doğru cevaplanması önemlidir. Anketleri doldurmak için tahminen 20-30 dk arasında zaman ayırmanız gerekecektir. Araştırmacı sizinle telefon ederek veya WhatsApp uygulaması üzerinden iletişime geçebilecektir. WhatsApp uygulamasında kontrol grubunda yer alan katılımcılar ve araştırmacının bulunduğu bir grup oluşturulacak ve bu grup araştırmacı tarafından iletişim amacıyla kullanılabilir. Bu gruptan anket formlarını doldurmanız için hatırlatma yapılacak ve anket formları yüz yüze uygulanacaktır.

Bu çalışmanın size ve yakınlarınıza hiçbir zararı olmayacaktır. Araştırma sırasında herhangi bir ilaç kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla veya bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmadan kendi isteğiniz ile ayrılabilirsiniz ve bu durum aldığınız hiçbir hizmeti etkilemeyecektir. Çalışmanın mali yükümlülüğü araştırmacılara ait olup gönüllü katılımcılara ücret ödemesi veya herhangi bir ücret talebi yapılmayacaktır. Sizden sadece anket formlarını doldurmanız beklenmektedir. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Bu tez çalışması Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ danışmanlığında doktora öğrencisi Arş. Gör. Ceyda Su GÜNDÜZ ile birlikte yapılmaktadır. Herhangi bir soru ya da sorun olduğunda Arş. Gör. Ceyda Su GÜNDÜZ’e ... mail adresinden veya ... cep telefonu numarasından ulaşabilirsiniz.

Onay Formu

Sayın Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ ve Arş. Gör. Ceyda Su GÜNDÜZ tarafından Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde bilimsel bir araştırma yapılacağı belirtilerek “Hemşirelik Öğrencilerine PLISSIT Modeli ile Verilen Cinsel Sağlık Eğitiminin Bilgi ve Tutuma Etkisi” başlıklı bu araştırma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığını biliyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu doktora tez araştırmasında “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılmasına izin veriyorum. Onayladığım bu formun bir kopyası bana WhatsApp uygulaması üzerinden gönderilecektir veya elden verilecektir.

Araştırma sırasında herhangi bir soru ve sorunum olması durumunda; Arş. Gör. Ceyda Su Gündüz’ü ... e-posta adresi veya ... numaralı telefondan ulaşabileceğimi biliyorum.

İmza:

Katılımcının adı soyadı: