

DÜĞEM EKTİ	DİCLE ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.	YÜKSEK LİSANS TEZİ	DIYARBAKIR-2024
-------------------	---	---------------------------	------------------------



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKIYATRİ HEMŞİRELERİNİN PSİKIYATRİ
HASTALARININ CİNSELLİKLERİNE YÖNELİK ALGILARI**

Duçem EKTİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Funda GÜMÜŞ

DİYARBAKIR-2024



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKIYATRI HEMŞİRELERİNİN PSİKIYATRI
HASTALARININ CİNSELLİKLERİNE YÖNELİK ALGILARI**

Duçem EKTİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Funda GÜMÜŞ

DİYARBAKIR-2024



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DICLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ONAY

Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Duçem EKTİ' nin hazırladığı “Psikiyatri Hemşirelerinin Psikiyatri Hastalarının Cinselliklerine Yönelik Algıları” başlıklı tez Dicle Üniversitesi Lisansüstü Eğitim- Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Funda GÜMÜŞ

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Gül DİKEÇ

Doç. Dr. Funda GÜMÜŞ

Dr. Öğrt. Üyesi Tülay YILDIRIM ÜŞENMEZ

İmza

Tarih: 28/06/2024

Bu tez Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ../../2024 tarih ve ../.. sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.../.../.....

Prof. Dr. Mahmut BALKAN
Dicle Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve tezimi Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun bir şekilde hazırladığımı beyan ederim.

26/07/2024

Duçem EKTİ

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim ve tez hazırlama sürecinde bana her konuda sabırla, anlayışla yol gösteren ve destekleyen değerli tez danışmanım **Doç. Dr. Funda Gümüş'e**, Hayatım boyunca maddi manevi desteğini esirgemeyen, beni en iyi şekilde yetiştiren, yaptığı sonsuz fedakarlıkları ve emeği sayesinde bugünlere geldiğim biricik, sevgili annem **Nafiye EKTİ** ve sevgili babam **Ayhan EKTİ' ye**,

Her zaman bana destek olan kadın arkadaşlarım **Devrim ÖZDEMİR' e**, **Asiman DAĞDELEN' e**, **Kübra ÖZEK' e**, **Deniz ELİAÇIK' a**, **Sultan ATEŞ' e**, **Rabia ALGAN' a**, **Eylem ÇAKIR' a** ve **Ebru ERDEM' e**,

Çalışmanın tamamlanmasına katkıda bulunan ve deyimlerini bizimle paylaşan başta **İpek DENİZ** ve **Sinan TURĞUL** olmak üzere bütün katılımcılara,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Duçem EKTİ

İÇİNDEKİLER

BEYAN	I
TEŞEKKÜRLER	II
SİMGELER VE KISALTMALAR	VI
TABLolar LİSTESİ	VII
1. ÖZETLER	1
1.1. Türkçe Özet	1
1.2. Abstract	3
2. GİRİŞ VE AMAÇ	5
3. GENEL BİLGİLER	8
3.1. Cinsellik Tanımı	8
3.2. Cinsel Sağlık	10
3.3. Cinsellik ile ilgili Tabu ve Mitler	11
3.4. Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylerin Cinselliği	12
3.5. Ruhsal Bozukluklar ve Cinsel İşlev Bozukluğu	15
3.6. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Evlilik ve Ebeveynlik	16
3.7. Psikiyatrik İlaçlar ve Cinsellik	19
3.8. Hemşirelik ve Cinsellik Algıları	20
3.8.1. Hemşirelerin hasta cinselliğini değerlendirmeye yönelik engelleri	22
3.9. Psikiyatri Hemşireliği ve Cinsellik	23
4. GEREÇ VE YÖNTEM	25
4.1. Araştırmanın Amacı, Tipi ve Tasarımı	25
4.2. Araştırma Soruları	25
4.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26

4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
4.5. Veri Toplama Araçları	27
4.5.1. Katılımcı bilgi formu	27
4.5.2. Yarı-yapılandırılmış görüşme formu	28
4.6. Verilerin Analizi	28
4.7. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği	29
4.8. Araştırmanın Etiği	31
4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
5. BULGULAR.....	32
5.1. Katılımcıların Özellikleri	32
5.2. İçerik Analizi.....	34
6. TARTIŞMA.....	56
6.1. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamlarını nasıl tanımladıklarının tartışılması	56
6.2. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamlarını etkileyen faktörlerin tartışılması.....	57
6.3. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamları ile ilgili medeni haklarının tartışılması.....	58
6.4. Cinselliğin konuşulmamasının tartışılması	59
6.5. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel sağlığı ile ilgili yapılması gerekenlerin tartışılması.....	60
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	63
7.1. Sonuçlar	63
7.2. Öneriler	65
8. KAYNAKLAR.....	67
9. ÖZGEÇMİŞ	76
10. EKLER.....	77

11. ORJİNALLİK RAPORU 86



SİMGELER VE KISALTMALAR

ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
CİB	: Cinsel İşlev Bozukluğu
CİSED	: Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NANDA	: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanımları Birliği
TDK	: Türk Dil Kurumu
WAS	: Dünya Cinsel Sağlık Derneği
SSRI	: Serotonin Geri Alım İnhibitörü

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Özellikleri.....	32
Tablo 2. Ana Tema ve Alt Temalar	34



1. ÖZETLER

1.1. Türkçe Özet

Psikiyatri Hemşirelerinin Psikiyatri Hastalarının Cinselliklerine Yönelik Algıları

Öğrenci Adı ve Soyadı: Duçem EKTİ

Danışmanı: Doç. Dr. Funda GÜMÜŞ

Anabilim Dalı: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Amaç: Bu çalışma psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsellikleri ile ilgili düşüncelerini araştırmak amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma 1 Ocak-30 Mart 2024 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul onayı ve kurum izni alındı. Araştırmanın örneklemini Batman Eğitim Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniğinde ve Toplum ruh sağlığı merkezin (TRSM)' de çalışan hemşirelerin oluşturulması planlandı. Ancak gerekli katılımcı sayısına ulaşamadığı için Türkiye geneli psikiyatri hemşirelerine ulaşılarak çevrimiçi görüşmeler sağlandı. Araştırma amaçlı rastgele örneklem yöntemiyle belirlenen 31 psikiyatri hemşiresi ile yapıldı. Araştırma, veri doygunluğuna ulaşıldıktan sonra sonlandırıldı. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu" ve "Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu" kullanıldı. Nitel veri değerlendirmesi kuramsal tematik analiz yaklaşımı ile yapıldı.

Bulgular: Yapılan içerik analizinde psikiyatri hemşirelerinin psikiyatri hastalarının cinselliği ile ilgili algılarında beş ana tema ve yedi alt tema belirlendi. Bu ana temalar ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamları, cinsel yaşamlarını etkileyen faktörler, cinsel yaşamları ile ilgili medeni hakları, cinsel yaşamlarını konuşmama ve cinsel sağlıkları ile ilgili yapılması gerekenler olarak tanımlandı.

Sonuç: Bu çalışmada sonuç olarak psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinselliğini göz ardı ettikleri ve cinsel bakım vermede yetersiz oldukları

belirlendi. Psikiyatri hemşirelerinin, ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakımlarını planlarken cinselliği de dâhil etmeleri ve buna yönelik eğitimler planlanması önerildi.

Anahtar Sözcükler: Psikiyatri hemşireleri, cinsel bakım, cinsel tabu ve mitler, cinsel yaşam, cinsel işlev bozukluğu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar



1.2. Abstract

Perceptions Of Psychiatric Nurses to Psychiatric Patients' Sexuality

Student Name and Surname: Duçem EKTİ

Advisor: Assoc. Dr. Funda GUMUS

Department: Mental Health and Diseases Nursing

Purpose: This study was performed to examine psychiatric nurses' thoughts about the sexuality of individuals with mental disorders.

Materials and Methods: This research was performed between January 1 and March 30, 2024. Before starting the research, ethics committee approval and institutional permission were gotten. The sample of the research was planned to be nurses working in Batman Training and Research Hospital psychiatric clinic and Community mental health center (CMHC). However, because the necessary number of participants could not be reached, psychiatric nurses across Turkey were contacted and online interviews were done. The research was performed with 31 psychiatric nurses selected by random sampling method. The study finished after data saturation was reached. “Personal Information Form” and “Semi-Structured Interview Form” were used to collect data. Qualitative data evaluation was performed with a theoretical thematic analysis approach.

Results: In the content analysis, five main themes and seven sub-themes were identified in Perceptions of Psychiatric Nurses to Psychiatric Patients' Sexuality. These main themes were defined as the sexual lives of individuals with mental disorders, factors affecting their sexual lives, their civil rights regarding their sexual lives, not talking about their sexual lives and what should be done about their sexual health.

Conclusion: In this study, it was determined that psychiatric nurses ignored the sexuality of individuals with mental disorders and were insufficient in providing sexual care. It was recommended that psychiatric nurses include sexuality when planning the care of individuals with mental disorders and plan training accordingly.

Key Words: Psychiatric nurses, sexual care, sexual taboos and myths, sexual life, sexual dysfunction, sexually transmitted diseases



2. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik bireyin doğumundan önce başlayıp ölümüne kadar devam eden ihtiyaçlar hiyerarşisindeki temel bir dürtüdür. Psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, maddi ve manevi gibi hayatımızın her alanıyla karşılıklı etkileşim içinde olan bir kavramdır. Dolayısıyla sağlıklı bir cinsel yaşamı "...fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal bir iyilik hali" (1) mümkün kılar. Bu iyilik hali için bireylerin cinsellik ile ilgili doğru bilgilere ve cinsel sağlık hizmetlerine erişimi sağlanması, olası riskler ve korunmasız cinselliğin sonuçları hakkında bilgi sahibi olmaları ve cinsel sağlığı onaylayan ve destekleyen bir ortamda yaşamaları gerekmektedir (1). Bireyler, hayatın her yerinde olan cinselliği herhangi bir baskı ve zarar görmeden sürdürebilmesi gerekir. Bu şartların sağlanmadığı bir yerde cinsel sağlıktan bahsedilemez. Cinselliğin sağlıklı bir şekilde yaşanmasının önündeki diğer bir engel de toplumdaki tabu ve mitlerdir. Cinsel mit ve tabular kişinin sağlıklı bir cinsel yaşam ile ilgili bilgi ve düşüncelerini olumsuz yönde etkileyerek kaygı, korku, özgüvensizlik, suçluluk ve utanma gibi negatif duyguları uyandırır ve bunun sonucunda cinsel işlev bozukluklarına ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara zemin hazırlamaktadırlar (2-4). Cinsellik toplum içinde normal gelişimini sağlayan bireyler için bile halen tabu iken, ruhsal bozukluklara sahip dezavantajlı gruplar için ise çok daha büyük bir karmaşa ve problem halini alabilmektedir (5). Özellikle kognitif, düşünsel ve duygusal süreçlerde zorluk yaşayan şizofreni, iki uçlu duygu-durum bozukluğu, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi kronik ruhsal bozukluğu olan bireyler için cinsel yaşam daha karmaşık bir hal almaktadır (5). Dolayısıyla bu bireylerin sosyal yaşamda ilişki kurmaları, cinsel işlevler ve sorunlar ile ilgili konuşabilmeleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir (6). Cinsel yaşam, ruhsal bozukluklara sahip bireyler arasında her yönüyle önemli bir yer tutmaktadır. Fizyolojik ve biyolojik etkilenmeler ve tepkilerle oluşan cinselliğin sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için ruhsal faktörlerin karşılıklı ve bütün olarak uygun bir etkileşim içinde olması gerekir. Birçok psikolojik stresörün bireyin cinselliğe karşı ilgisini ya da tepki verme yeteneğini olumsuz etkileyerek cinsel işlev bozukluklarına yol açtığı bilinmektedir (8). İki uçlu duygu-durum bozukluğu olan hastaların, mani atakları sırasında libido artışı, uygunsuz cinsel birliktelikler ve hiperseksüalite; depresyonda ilgi ve cinsel istek azlığı (6)

şizofreni de ise hastalığın başlangıç evresinde cinsel istek ve aktivite artışı hastalığın kronikleşmesi halinde ise bu alanlarda azalma görülebilmektedir (7). Konuyla ilgili literatürdeki araştırmalar ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamlarında, hastalık sonrası dönemle beraber düşüş yaşandığı belirtilmiştir (6,9-12). Bu bağlamda Türkiye de yapılan bir araştırmada polikliniklere cinsel işlev bozukluğu şikâyetiyle başvuran birçok kadın hastada ek olarak psikiyatrik tanıların da mevcut olduğu bildirilmiştir (9). Düşünsel sürecin bozulmasıyla beraber gerçeği algılamada zorluk çeken ruhsal bozukluğu olan bireyler ek olarak cinsellik ile ilgili bilgi eksikliğine de sahipse bulaşıcı hastalıklara açık kapı olurlar. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar iki uçlu duygu-durum bozukluğu ve şizofreni gibi ruhsal bozukluğu olan bireylerde daha fazla görülmektedir. Özellikle iki uçlu duygu-durum bozukluğu olan hastaların, mani atakları esnasında görülen erotomani ve impuls kontrol güçlüğünden kaynaklı cinsel tacize uğrama ve rastgele cinsel ilişkiye girme oranları yüksektir. Bu yüzden cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riskleri daha daha fazladır (13). Dolayısıyla ruhsal bozukluklara sahip bireyler için hemşirelik bakım süreci çok önemlidir. Ancak literatür ruhsal bozukluklara sahip bireylerin cinsellikleri ile ilgili konuların çoğu hemşire tarafından ele alınmadığını ve hemşirelerin bakımlarında üreme ve cinsel sağlığa yer vermediklerini saptamıştır (14). Hemşirelerin, hemşirelik tanılarını belirleyebilme durumlarını değerlendirmek amacıyla bir psikiyatri kliniğinde yapılan çalışmada hemşirelerin bakım süreçlerinde en az cinsellik ve üreme konularına yer verdikleri görülmüştür (15). Hemşireler bu durumun nedenini bu kavramların daha soyut bir çerçevede yer alması, mahrem konuları içermesi ve hemşirelerin bu konulara yönelik bilgi eksikliğinin olması şeklinde açıklamışlardır (15). Oysaki cinselliğe yönelik veri toplamak, cinsel sorunların ve endişelerin saptanıp değerlendirilmesinde hemşirelere yol göstericidir (16). Giderilmemiş cinsel problemler ve kaygılar; ruhsal bozukluklara sahip olan bireylerin tedavi uyumlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir (17). Hemşirelerin bakım süreçlerinde cinselliğe yer vermemelerine karşın hastaların sağlık bakım profesyonellerinden cinsellik ile ilgili hizmet almak istedikleri belirtilmiştir (18). Ayrıca hastalar cinsel konularda, sağlık ekibi içinde hemşirelerle iletişime geçerken daha rahat olduklarını ifade etmişlerdir (19). Bu bağlamda hasta bireylerin beklediği cinsel sağlık hizmeti ile hemşirelerin verdiği bakım ve tedavi arasında büyük bir fark vardır (20). Psikiyatri hemşireleri,

ruhsal bozukluklara sahip bireylerin cinselliğini değerlendirebilmesi için gerekli becerilere sahiptir (18) fakat yapılan çalışmalarla birlikte hemşirelerin hastanın cinselliğini değerlendirmede zorluk yaşadıkları ve birtakım engellerle karşılaştıkları için az sayıda hemşirenin, hastanın cinsel değerlendirmesini yaptığı/yapabildiği bilinmektedir (14). Hemşireler bilgi eksikliği, uygunsuz fiziki şartlar, yetersiz zaman, cinselliğin önemsenmemesi, cinselliğin toplumda tabu olması, hasta ve hemşire arasındaki güven eksikliği, hasta/hemşirenin değer yargıları gibi nedenlerle hemşirelik bakımında cinselliği değerlendirmemektedirler (20). Oysaki ANA (American Nursing Association; Amerikan Hemşireler Birliği) cinselliği hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olarak kabul görerek cinsellikte hemşirelerin önemli bir kilit noktada olduğunu ortaya koymuştur. Bu bağlamda çalışmanın amacı, psikiyatri hemşirelerinin, ruhsal bozukluklara sahip bireylerin cinsellikleri ile ilgili algılarını incelemektir. Bu çalışmanın konuya yönelik başka araştırmalar için temel oluşturacağı ve hemşirelik literatürüne yeni bilgiler katacağı beklenmektedir.

3. GENEL BİLGİLER

3.1. Cinsellik Tanımı

Cinsellik doğumdan önce başlayıp hayat boyu devam eden yaşamın önemli bir parçasıdır (21). Açlık ve korunma gibi insanların temel ihtiyaçlarından olan cinsellik çok yönlü bir kavramdır (22). Ancak cinsellik belli davranış kalıplarına sokulduğu zaman karmaşık bir süreç haline gelir ve dolayısıyla bu durum cinselliğin yanlış tanımlanmasına yol açabilmektedir (23-24). Türk Dil Kurumu cinselliği “sevişme duygusu, seksüellik” olarak ifade etmektedir (25). Oysaki bu süreç biyolojik olarak salt üremeyi amaçlayan fiziksel etkinlik değildir; davranışsal ve bilişsel kavramları da kapsar (26). Nitekim DSÖ cinselliği “...biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, yasal, tarihi, dini, manevi faktörlerin etkileşiminden etkilenir.” olarak tanımlamaktadır (1). Cinsellik, bireyin kişilerarası ilişkileriyle, benlik ve beden imajı algısına etki eden kişiye dair hisler, düşünce ve davranışlar ile yakın ilişkilidir (27). Cinsellik toplum ile karşılıklı bir ilişki halindedir (26). Aynı zamanda biyolojik temelli, öğrenme ile gelişen bir olgudur (5). Yani cinsellik; düşünceler, fanteziler, kişilerarası ilişkiler, iletişim, tutum ve davranışlar, değer ve inançlar gibi yaşamın birçok boyutları vasıtasıyla deneyimlenir ve şekillenir (28).

Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED) ise bahsedilenleri şöyle özetler: “Hayat boyunca cinsellik, insan olmanın temel bir özelliğidir. Cinsellik, haz ve sağlık kaynağıdır; bireyin kendini gerçekleştirmesine ve tatminine katkı sağlar niteliktedir.” (29). Dünya Cinsel Sağlık Örgütü (WAS) cinselliğin insani bir özellik olduğunu ve seks, cinsel kimlikler ve roller, cinsel deneyim, erotizm, cinsel haz, cinsel yakınlaşma ve üremeyi de içine alan kapsamlı bir kavram olarak tanımlamıştır (30). Dolayısıyla cinsellik kolay ve kesin sınırları olan değil komplike ve çok boyutlu bir kavram olduğundan tanımlanması zor ve geniş kapsamlıdır. Cinsellik yalnızca biyolojik birlikteliği değil farklı bakış açılarıyla da değerlendirilmelidir (31). Bu yüzden Cinsel sorunu olan bir bireye yaklaşım, farklı bakış açılarını da içinde barındırmalıdır:

Biyolojik bakış açısı: Literatürde cinsellik ve sağlıklı olma durumunun birbirine bağlı olduğundan bahsedilmektedir. Buradan yola çıkarak fiziksel ve biyolojik sağlığında cinselliği etkilediği kanıksanabilir (7). Hem içgüdüsel hem de biyolojik temelli olan

cinsellik insanların temel ihtiyaçlarından biridir. Başta merkezi ve periferik sinir sistemi olmak üzere genital ve duyu organları, hormon ve kimyasal maddelerin etkileşime girdiği bir sũreçtir (5). Bu yũzden vũcudumuzu etkileyen her etken; hastalık, ilaç, madde, ergenlik, gebelik, menopoz cinselliğe de etki eder (31).

Psikolojik bakış açası: Cinsel yaşamın sağlıklı olması için tam bir iyilik hali önemlidir. Tam bir iyilik hali için de ruh sağlığı önemli bir yer tutmaktadır. Dolayısıyla insan psikolojisi sağlıklı bir cinselliğin yaşanıp yaşanmayacağını belirleyen etkenlerden biridir. Nitekim insan psikolojisi, cinselliğin nerede, ne zaman, nasıl, kiminle gerçekleşeceğini; duyu, dũřũnce, yaşantı ve travmalar, tutum ve davranışlar gibi kavramlardan etkilenerak belirler (31).

Sosyo-kũltũrel bakış açası: Cinsellik bireyin yaşadığı toplumu, kũltũrũ etkilediği gibi bunlardan da etkilenir (32). Toplumun yapısı, gelenekleri, dini inançları, mit ve tabuları, hayat standartları, bireylerin cinselliğe yaklaşımını etkiler. Hatta cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında kilit durumdadır (31).

Cinsellik alanında yapılan ilk bilimsel alışmalar Alfred Kinsey'in insan cinsel davranışlarını araştırmasıyla olmuştur. Kinsey cinselliğe bilimsel yaklaşarak onu salt ahlaki ve dini bağlantıdan ayırmıştır. Cinselliği psikolojik olarak açıklamaya çalışan ilk kuram ise Sigmund Freud'un insanın gelişim dönemlerini anlatan psikoanalitik kuramıdır. Daha sonra bu kuramın yerini zamanla cinsel davranışların, diğer bũtũn davranışlar gibi öğrenilerek kazanıldığını kabul eden sosyal, davranışsal, bilişsel öğrenme kuramları almıştır. William Masters ve Virginia Johnson laboratuvar ortamında cinsel aktiviteleri gözlemleyerek cinsel etkinlik sırasında grũlen fizyolojik değişimleri incelemiştir. Uyarılma, plato, orgazm ve zũlme evreleri olmak üzere 4 cinsel yanıt ortaya koymuşlardır (33) .

Uyarılma Evresi: Erotik duyu, dũřũnce ve fantezi gibi psikolojik uyarılar ve fiziksel uyarılar ile erkekte ereksiyon kadında ise vazokonjesyona yol açan cinsel işlev yanıt dngũsũnũn ilk evresidir (34).

Plato Evresi: Uyarı başladıktan sonra cinsel gerilimin artıp orgazm evresine giriş sũrecidir.

Orgazm evresi: Cinsel hazın en kısa ama en yoğun yaşandığı evredir. Erkeklerde ejakũlasyon kadında ise perine bölgesinde kasılma olarak kendini gösterir.

Çözülme Evresi: Döngüde görülen değişimlerin cinsellik öncesi haline döndüğü evredir.

Cinselliğin sağlıklı yaşanması için biyolojik, ruhsal ve sosyokültürel olarak mevcut ‘tam bir iyilik hali ve bunun devamlılığı’ sağlanmalı (1). Bu üç bakış açısı cinsel sağlık için olmazsa olmazdır. Eğer kişi cinsellik ile ilgili bir problem yaşarsa bu üç yaklaşımı değerlendirmesi gerekir (31).

3.2. Cinsel Sağlık

Cinsel sağlık, toplumun sağlığı ve esenliği ile ülkelerin refahı ve gelişimi için önemlidir (1,35). Her yaşta hayatın önemli bir parçası olan cinsel sağlık, bireyin cinsel yaşamını herhangi bir baskı ve zarar görme durumu olmadan mutlu bir şekilde sürdürebilmesidir (36-37). Sağlıklı bir cinsel yaşantının gerçekleşmesi, cinsel yaşamın içinde suçluluk, kaygı, korku, gerçek dışı beklentiler gibi sağlıksız duyguların olmaması ile mümkündür (38). Bu yüzden salt hastalık, sakatlık veya işlev bozukluklarının olmamasıyla değil; sosyo-kültürel ve psikolojik unsurları da içeren tam bir iyilik halinin olmasıyla güvenli ve sağlıklı bir cinsel yaşam sağlanır (1,30). Sağlıklı cinsel ilişki; partnerlerin rızasına dayalı, yararlanma ve istismar amaçlı olmayan karşılıklı tatmin olmayı içeren, istenmeyen gebeliklere, cinsel işlev bozukluklarına ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunmanın sağlandığı cinsel ilişkidir (39-40). Dünya Cinsel Sağlık Örgütü (World Association Sexual Health, WAS) Cinsel Haklar Bildirgesi’nde cinsel sağlığı “...Baskı, ayrımcılık ve şiddet olmaksızın, haz veren ve güvenli cinsel deneyimler edinmek olduğu kadar cinsellik ve cinsel ilişkilere olumlu ve saygılı bir yaklaşımı da gerektirir.” şeklinde ifade etmiştir (30). Cinsel sağlık, geniş kapsamlı bir cinsellik anlayışı olmadan açıklanamaz, idrak edilemez ve fonksiyonel hale getirilemez (29). İstenmeyen gebelikler, cinsel işlev bozuklukları, cinsel şiddet, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kadın sünneti gibi yanlış uygulamaların olduğu durumlarda cinsel sağlıktan söz edilemez. Cinselliğin sağlıklı bir şekilde yaşanması için bireyler ilk olarak cinsellik kavramını anlamalı ve kendi tutum ve inançlarını fark etmelidir (41). Bireylerin bu farkındalığı sağlaması için cinsellik ile ilgili doğru bilgilere ve cinsel sağlık hizmetlerine erişimi sağlanması, olası riskler ve korunmasız cinselliğin sonuçları hakkında bilgi sahibi olmaları ve cinsel

sağlığı onaylayan ve destekleyen bir ortamda yaşamaları gerekmektedir (1). Ayrıca cinsel sağlığın sağlanması insan haklarıyla doğrudan ilişkilidir. İnsan haklarına saygı gösterilip ihlal edilmediği yerlerde sağlıklı bir cinsel yaşamdan söz etmek mümkündür. Cinsel haklar tüm insanların;

- Eşitlik ve ayrımcılık yasağı haklarını,
- İşkenceye veya zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele veya cezaya maruz kalmama hakkını,
- Gizlilik hakkını,
- Ulaşılabilecek en yüksek sağlık standardına (cinsel sağlık dâhil) ve sosyal güvenliğe erişim haklarını,
- Evlenme, aile kurma ve evlenmek isteyen eşlerin özgür ve tam rızasıyla evlenme ve evliğin sona ermesinde ve sona ermesinde eşitlik haklarını,
- Çocuk sayısını ve çocuk aralığını belirleme hakkını,
- Bilgi edinme ve eğitim hakkını,
- Düşünce ve ifade özgürlüğü hakkını,
- Temel hak ihlallerine karşı etkili başvuru hakkını korur.

Bu verilerin doğrultusunda cinsellik ve cinsel sağlık şu şekilde özetlenebilir:

- Bütün insanlığa özgü ve hayatın doğal bir parçasıdır. Ancak her bireyin cinselliği biriciktir. Yani bireyler cinselliklerini farklı yaşayıp ifade edebilirler.
- Cinselliğin salt bedensel değil, etik, psikolojik, toplumsal ve duygusal boyutları vardır. Sadece hastalık olmaması değil, genel bir iyilik halidir.
- Sadece üreme çağını değil, gençlik ve yaşlılık da dâhil bireyin tüm yaşamını kapsar.
- Belirli insan haklarının yerine getirilmesine bağlıdır (1,31).

3.3. Cinsellik ile ilgili Tabu ve Mitler

Toplum cinselliği kitaplardan, filmlerden, medyadan hatta alanlarında uzman olan kişiler tarafından “yanlış” bilgilerle öğrenmektedir. Bu yüzden cinsellik ile ilgili “doğru” bilgiye ulaşmak daha zor ve sınırlıdır. Cinsellik ile ilgili yanlış bilgilere ulaşan kişiler farklı ve doğru olmayan davranışlar edinir. Bu öğrenilen yanlış edim, bilgi ve

tutumlar; gelecekte bireylerin cinsel hayatlarını, aile yaşamlarını ve doğurganlıklarını olumsuz yönde etkileyerek (2) toplum içinde cinsellikle ilgili tabu ve mitlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadırlar. Yanlış bilgilendirilmeden ve cinselliğin ayıp görülüp konuşulamamasından oluşan bu cinsel mitler ve tabular, cinselliğin özgürce ve sağlıklı bir şekilde yaşanmasını sınırlayan yargılardır (20,37). Tabu, toplumsal yargılardan dolayı yapılmaktan çekinilen, yasaklanan, söylenmemesi gereken eylem ve davranışlardır (42). Cinsel mit ise cinsellik ile ilgili yanlış- abartılı ve bilimsel olmayan- sınırları belli, tartışmasız kabul edilen kalıplaşmış yargılardır (3,43-44). Cinsel mit ve tabular kişinin cinsellik hakkındaki bilgi ve düşüncelerini negatif yönde etkileyerek kaygı, korku, özgüvensizlik, suçluluk, utanma gibi olumsuz duyguların oluşmasına sebep olmaktadır. Bu olumsuz duygular cinsel işlev bozuklukları ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara zemin hazırlayarak ve bunu sürdürerek yaşam kalitesini azaltabilmektedirler (2-4). Örneğin: ilk gece korkusu oluşturan cinsel mitler, bakirelik, namus gibi kültürel değer yargılarının bulunduğu gerici toplumlar, cinselliğin konuşulmasının dahi yasak olduğu muhafazakâr aile tarafından yetiştirilme gibi etkenlerin vajinismusa neden olduğu bilinmektedir (31). Cinsellik toplum içinde normal gelişimini sağlayan kişiler için bile halen tabu iken ruhsal bozukluklara sahip dezavantajlı gruplar için ise çok daha büyük bir karmaşa ve problem haline alabilmektedir (5). Özellikle kognitif, düşünsel ve duyuşal süreçlerde zorluk yaşayan *'şizofreni, bipolar bozukluk, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi kronik ruhsal bozukluğu olan kişiler'* için cinsel yaşam daha karmaşık bir hal alabilmektedir. Bu durum ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyal yaşamda ilişki kurmalarını, cinsel işlevler ve cinsel sorunlar ile ilgili konuşabilmelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (5-6).

3.4. Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylerin Cinselliği

Cinsel yaşam, ruhsal bozukluklar arasında her yönüyle önemli bir yer tutmaktadır. Fizyolojik ve biyolojik etkilenmeler ve tepkilerle oluşan cinselliğin sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için ruhsal faktörlerin karşılıklı ve bütün olarak uygun bir etkileşim içinde olması gerekir. Bu faktörler biyolojik, cinsellik ile ilgilenen beyin alanlarının zarar görmesi ve psikotrop ilaçların etkisi gibi psikopatolojik, düşük öz yeterlilik ve

benlik saygısı gibi psikolojik faktörlerdir. Literatür ruhsal bozukluklara sahip bireylerin cinsellikleri ile ilgili yetersiz veriye sahip olmakla birlikte birçok psikolojik stresörün bireyin cinselliğe karşı ilgisini ya da tepki verme yeteneğini olumsuz etkileyerek cinsel işlev bozukluklarına yol açtığı bilinmektedir (8). Yapılan çalışmalarda cinsel işlev bozukluğuna sahip kişilerin yarısından fazlasının aynı zamanda farklı bir ruhsal bozukluğa sahip olduğu da saptanmıştır (9). Ruhsal bozukluğu olan bireylerde görülen düşünce sürecinde, duyuşsal algılamada bozulma ve gerileme, sosyal izolasyon, davranış bozukluğu gibi belirtiler ve kullanılan ilaçlar cinsel işlev bozukluklarını tetiklediği belirtilmektedir (7). Ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaçlar, özellikle antidepresanlar, antipsikotikler ve duyudurum düzenleyiciler cinsel işlevleri negatif yönde etkilemektedirler (45). Burada vurgulanması gereken bir diğere şey de ilaç kullanımının cinsellik üzerinde olumsuz etkilerinin olmasıdır. Bu durum ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedaviye uyumunu kötü etkilemektedir. Bipolar bozukluk manik ve hipomanik atak sırasında libido artışı, uygunsuz cinsel birliktelikler ve hiperseksüalite; depresyonda ilgi ve cinsel istek azlığı şizofreni de ise hastalığın başlangıç evresinde cinsel istek ve aktivite artışı hastalığın kronikleşmesi halinde azalma görülebilmektedir (6-7). Konuyla ilgili literatür, hastaların cinsel yaşamlarında hastalık sonrası dönemle beraber düşüş yaşadığını belirtmiştir (10-12). Örneğin şizofreni tanısı alan bireylerde ilgi yetersizliği, dürtü kontrolü kaybı, haz alamama vb. durumlardan kaynaklı cinsellikte düşüş yaşanmaktadır (11). Ya da ruhsal bozukluğu olan bireylerin iletişim konusunda yaşadığı problemler cinsel yaşamlarına yansısıyla cinsellikte düşüş yaşanmaktadır. Ruhsal bozukluklar kişilerarası ilişkileri, iletişimi olumsuz etkileyerek bireyde cinsel benlik saygısında ve cinsel öz yeterlilikte azalmaya yol açabilmektedir. Cinsel benlik saygısı, cinselliği açık ve rahat bir biçimde ifade edebilme, cinsel ilişki yaşamayı talep edebilme veya reddedebilme ile ilgilidir (46). Cinsel öz yeterlilik ise bireylerin cinsellik ile ilgili orgazm olma isteği, korunma haplarına ulaşma, bireyin kendi tercihlerini ifade edebilme ve sınır koyabilme gibi istek ve düşüncelerini başarılı bir şekilde gerçekleştirebilme becerisi olarak açıklanabilir (47). Bireylerde yaşanan cinsel öz yeterlilik ve benlik saygısında azalmanın nedeni hasta bireylerin damgalanmasından ve toplumdaki tabulardan dolayı bu konular ile ilgili bilgi alınmamasından kaynaklanabilmektedir (48).

Cinsellik aynı zamanda iki birey arasında olan duygusal, fiziksel, sosyal gibi farklı boyutları olan bir süreç olarak da tanımlanabilir. Bu yüzden cinselliğin sağlıklı yaşanmasında eşlerin rolü çok önemlidir. Cinsel problemlerin varlığında ve tabii ki çözümlerinde de etkileri büyüktür (49). Hatta ruhsal bozuklukların durumu ve ilerlemesinde ailelerin belirleyici rolü olduğu için tedaviye ailenin de dâhil edilmesi burada önemli bir noktadır (50). Tüzer ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada hastane yatışındaki artışın aile içinde çatışma düzeyini artırdığını ve aile ortamındaki ilişkilerin de hastalarda relaps ve hastaneye yatışlarda önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Karşılıklı etkilenme söz konusu olduğu için hastalık durumu kişilerin eşlerinin de cinsellik ile ilgili problemler yaşamasına sebep olabilmektedir. Özellikle şizofreni, bipolar, depresyon gibi ruhsal bozukluklar bakım veren yükünü artırmaktadır. Türkiye’de şizofreni tanısıyla ayaktan tedavi gören hastaların eşleriyle yapılan bir çalışma incelendiğinde bu kişilerde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Cinsel işlev bozukluğunun altında yatan sebebin anksiyete ya da depresyondan kaynaklı olmadığı bu durumun eşlerin hastalık durumuyla ilgili olduğu bildirilmiştir (8).

Araştırmalar ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamlarının ruhsal bozukluğu olmayan bireylerin cinsel yaşamları gibi olduğunu ancak hastalığın getirdiği sosyal yaşamı etkileyen yıkımlardan dolayı cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini göstermektedir (7). Bu bağlamda Türkiye de yapılan bir araştırmada polikliniklere cinsel işlev bozukluğu şikâyetiyle başvuran birçok kadın hastada ek olarak psikiyatrik tanılarının da mevcut olduğu bildirilmiştir (9). Bu ek psikiyatrik tanılardan en yaygın olanı depresyon olduğu saptanmıştır. Ayrıca depresyon tedavisinde kullanılan bazı ilaçların, cinselliğe olumsuz etkileri olduğu gibi cinsel işlev bozukluklarının da depresyon, anksiyete gibi ruhsal bozuklukların oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir. Ruhsal bozukluklar sadece cinsel işlev bozukluklarına değil cinsel yolla bulaşan hastalıklara da komorbidite olmaktadır. Düşünsel sürecin bozulmasıyla beraber gerçeği algılamada zorluk çeken ruhsal bozukluğu olan bireyler bu duruma ek olarak bilgi eksikliğine de sahiplerse cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından yüksek risk altında olurlar. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar iki uçlu duygu-durum bozukluğu ve şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklarda daha fazla görülmektedir. Özellikle iki uçlu duygu-durum bozukluğu olan hastaların mâni atakları esnasında erotomani ve impuls kontrol güçlüğünden kaynaklı cinsel tacize

uğrama ve rastgele cinsel ilişkiye girme oranları yüksektir. Bu yüzden cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riskleri daha fazladır (13). Dolayısıyla özellikle ruhsal bozukluğu olan bireyler için hemşirelik bakım sürecinde cinselliğin ele alınması çok önemlidir.

3.5. Ruhsal Bozukluklar ve Cinsel İşlev Bozukluğu

Cinselliğin sağlıklı yaşanabilmesi için insanların homeostatik denge içinde olması gerekir. Yani hem bedenin hem de bireyin ruhsal yapısının uyumlu, sağlıklı olması gereklidir. Bu yüzden ruhsal bozukluklara sahip bireylerde cinsel işlev bozukluğu görülme oranı yüksektir ve cinsel işlev bozukluğu, ruhsal bozukluğu olan bireyler için komorbidite olabilir (27). Bir çalışmada şizofreni hastalarının önemli bir kısmı ya cinsel ilişki yaşamadıklarını ya da cinsel işlev bozukluğuna sahip olduklarını ifade etmişlerdir (51). Üçok ve ark. (2007) yaptığı bir çalışmada ise hastalık sonrası cinsel işlevlerde bir düşüş olduğu saptanmıştır (52). Bunun birçok nedeni olduğu düşünülmektedir. Örneğin şizofreni hastalarında beyindeki dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerdeki değişiklikler ve kullanılan antipsikotikler sertleşme, erken boşalma, vajinal kuruluk ve orgazm olamama gibi sorunlara neden olabilmektedir (53). Ayrıca şizofreniye sık eşlik eden depresyon ve anksiyete gibi tanılarda cinselliği olumsuz etkileyebilir (53). Bipolar bozuklukta ise depresif dönemlerde cinsel isteksizlik, uyarılma sorunları; manik atakta ise libido artışı, kontrolsüz cinsel ilişkiler ve hiperseksüalite görülebilmektedir (54). Aynı zamanda bu durum bireyi cinsel riskli davranışlara açık hale getirebilir. Öte yandan bipolar bozukluğa sahip bireylerin kullandığı ilaçlarda cinsel işlev bozukluğuna sebep olabilmektedir. Kullanılan antipsikotik ilaçlar şizofrenideki gibi sorunlara yol açmakla birlikte ek olarak antidepresanlardan dolayı cinsel isteksizlik, boşalmada gecikme gibi yan etkiler görülebilmektedir. Depresyon ile cinsel işlev bozukluğu (CİB) arasındaki ilişki ise çift yönlüdür. Yani CİB hem depresyondan dolayı gelişebilirken hem de depresyona yol açabilir. Bir çalışmada depresyon tanılı kişilerde CİB gelişme riski %50- 70, CİB olan kişilerde ise depresyon gelişme riski %130-210 civarında olduğu bildirilmiştir (55). Ayrıca CİB, antidepresanın da yan etkisi olabileceği unutulmamalıdır. Bu durum geliştiğinde doz azaltımı, ilaçlara ara verme ya da ilaç değişimi gibi seçeneklere

başvurulabilmektedir (55). İlaçlardan kaynaklı gelişen CİB, ruhsal bozukluğu olan bireylerde ilaç kullanımını bırakmaya neden olabilmektedir. Bu durum da atakların tekrarlanmasına neden olduğu için hastalığın seyrini\prognozunu kötü etkilemektedir. Bu yüzden ruhsal bozukluğu olan bireylerde cinsellik iyi sorgulanmalıdır (17). Bir çalışmada CİB sorgulandığı zaman hastalar kendilerinde CİB olduğunu belirtme oranları artmıştır (56). Ayrıca çevresel etkenler de göz ardı edilmemelidir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin damgalanmaya maruz kalması, iletişimde sıkıntı çekmeleri gibi nedenler benlik saygısında azalmaya, sosyal izolasyona neden olarak bireylerin yaşam kalitesini ve işlevselliğini önemli ölçüde etkilemektedir ve sağlıklı ilişkiler kurmalarını engellemektedir. Bunun sonucunda CİB oluşabilmektedir.

3.6. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Evlilik ve Ebeveynlik

Evlilik, iki bireyin rızaya dayalı, ortak bir yaşam alanı kurmak için yaptığı sözleşmedir. Evlilikte kişilerin psikolojik, biyolojik ve sosyal açıdan ihtiyaçlarının giderilmesi büyük önem arz eder. Biyolojik gereksinimlerden biri olan cinselliğin evliliğe, evliliğin de cinselliğe etkileri vardır; cinsellik evlilik uyumuyla doğru orantılı bir ilişki içindedir (27). Yapılan bir çalışmada cinsel birliktelik sıklığının ve doyumunun azalması evlilikte mutluluğun azalmasıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (57). Sonuç olarak cinsel doyumun olması evlilikte uyumun sağlanabilmesi için oldukça önemlidir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsellikleri ile ilgili çalışmalar sınırlı olmasına rağmen hastalık durumunun cinselliği olumsuz yönde etkilediğini bilinmektedir. Dolayısıyla bu durum cinsellekle ilgili problemler yaşayan ruhsal bozukluğa sahip bireylerin evliliklerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının boşanma oranlarının ruhsal bozukluğu olmayan bireylere göre 8 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (58). Şizofreni hastalarıyla ilgili başka bir çalışmada ise şizofreni hastalarının fiziki ve duygusal doyuma ulaşma oranları genel toplumla karşılaştırıldığında aralarında büyük bir fark olduğu belirtilmiştir (58). Doyuma ulaşmada problem yaşamamanın sebeplerinden biri mevcut ruhsal bozukluk olabilirken, doyuma ulaşamamak da cinsel işlev bozukluğuna ya da ruhsal bozukluklara sebep olabilmektedir. Fatalizade (2019) “*Psikiyatrik tanı alan ve almayan bireylerde evlilik doyumunun incelenmesi*” adlı çalışmasında mevcut

tatminsizliğin kadınlarda cinsel işlev bozukluğuna ve depresyon gibi ruhsal bozukluklara neden olabileceğini belirtmiştir. Cinsel işlev bozukluğu ve evlilik arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada ise cinsel olarak sağlıklı olan çiftlerin evlilik yaşamlarının, cinsel işlev bozukluğuna sahip çiftlere göre daha iyi olduğu saptanmıştır (59).

Evlilikte sadece cinsel doyum aranmaz; güvende olma, düzenli ve kararlı bir hayat da önemlidir. Partnerden gelen içten, sıcak, tutum ve davranışlar karşılığında kişinin istendiğini hissetmesi bireyi güvende hissettirir. Bunlardan herhangi birinin olmaması daha çok kadınlar olmak üzere kişilerde ruhsal problemlere yol açabilmektedir. Bu ruhsal problemler aynı zamanda evliliği de kötü etkileyebilmektedir. Hatta bir çalışma evlilik öncesinde psikoz tanısı almış kadın hastalarda bu durumun ileride evliliklerini devam ettirmeye engel teşkil edebileceği belirtilmiştir (60). Bu yaklaşıma göre ruhsal bozukluğu olan bireyler sağlık durumlarından kaynaklı evlenmekte problem yaşamaktadırlar ve bekar/boşanmış olma veya ayrı yaşama ruhsal bozukluğu olan bireylerde sağlıklı bireylere göre daha fazla görülmektedir (58,60). Şizofreninin aile üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada şizofreni hastalığına sahip bireylerin %67 oranında bekar olduğu ve çoğunun da ailesi ile birlikte yaşadığı görülmüştür (61). Ruhsal bozukluğu olan bireyler ve eşleriyle yapıldığı bir çalışmada nörotik gruplarda evlilik öncesi tanı alma oranının % 25,7 olduğunu ve bunların % 14,3'ünün hastalığı bildiği halde evlendiğini saptamıştır. Aynı çalışmanın psikotik grubunda ise evlilik öncesi tanı alma oranının % 21,4 olduğu ama evliliklerin hepsinin mevcut tanı bilinmeden olduğu saptamıştır (62). Bunun nedenlerinden biri ruhsal bozukluğa sahip bireylerin kendilerini damgalamaları olabileceği belirtilmiştir. Stigmaya maruz kalmış hastalar bu kötü yargıları içselleştirerek kendileriyle ilgili yanlış ve negatif duygu/düşünceler geliştirerek kendilerini sosyal yaşamdan izole edebilmektedir (63). Çalışmalar şizofreni tanı hastaların cinselliğe karşı ilgisiz olmadıklarını ama iletişim ve kendilerini ifade etme konusunda problem yaşadıklarını göstermiştir (38). Bir başka neden ise toplumun ruhsal bozukluğu olan kişilere bakış açısı olabilir. Psikiyatri hemşireleriyle yapılan bir çalışma da çalışmaya katılan tüm hemşirelerin şizofreni rahatsızlığı olan bir kişiyle evlenmek istemediklerini belirtmişlerdir (64). Öğrenci ve hekimlerle yapılan çalışmalarda da aynı sonuçlar elde edilmiştir. Tıp öğrencileriyle yapılan bir çalışmada

1. Sınıflardan 9, 5. Sınıflardan ise sadece 20 kişi şizofreni tanısı almış bireylerle evlenebilirim yanıtını vermiştir (65). Yine hemşire ve hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışma da salt evlilik değil beraber çalışma gibi durumlar için bile negatif tutum içinde oldukları saptanmıştır (66). Bir çalışma da ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakımının aileye getirdiği yükü beraber ekonomik zorluklar da evliliği kötü etkileyerek hastalığın klinik seyrini daha kötü bozabileceği belirtilmiştir (67). Literatür boşanmış kişiler arasında ruhsal bozukluğu olan bireylerin sayısının göz ardı edilemeyecek kadar yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Myerson 1917 yılında bir hastane de yaptığı çalışmada evlenme durumu şizofrenilerde %18 olmasına rağmen sağlıklı bireylerde %48 olduğunu tespit etmiştir. Bir başka yaklaşım da ruhsal bozukluğun evlilerde az; boşanmış, ayrı yaşayan veya bekârlarda ise yüksek görülmesidir. Bunun nedenleri düzenli ve güvenli ortamın oluşması, duygusal ve cinsel ihtiyaçların karşılanması olarak sıralanabilir. Darol ve Karapınar (2022) “Cinsiyet ve medeni durum ile stres zemininde oluşan hastalıkların ilişkisi” adlı çalışmalarında anksiyete bozukluğunun bekârlarda daha fazla görüldüğünü tespit etmişlerdir (68). 2010 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı bir çalışmada evli olma durumu hiç evlenmemiş olma durumuyla kıyaslandığında depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozuklukların riski evlilerde daha az, boşanma durumunun ise bu riski artırdığı gözlemlenmiştir (68). Literatürde birçok kaynak bunu desteklese de evliliğin ruhsal bozukluklardan koruyucu olduğuna dair bir kanıt yoktur. Bir çalışmada daha önce hiç evlenmemiş bekâr şizofrenili bireylerde morbidite oranı boşanan kişilere göre çok daha yüksek tespit edilmiştir (69). Üstün ve ark yaptığı bir çalışmada ise bekârlar evlilere göre tedavilerine daha çok uyum sağladıkları görülmüştür. Bir başka çalışmada da ruhsal bozukluğu olan yatan hastaların genelinin evli olduğu saptanmıştır (70).

Çocuk sahibi olunması evlilikte partnerlerin ilişkisini ve cinsel hayatını pozitif yönde etkileyen unsurlardan biridir. Çocuk sahibi olmanın pozitif etkileri olsa da ruhsal bozukluğu olan bireyler çocuk yetiştirmekle ilgili büyük problemler yaşamaktadırlar (71). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin tanı aldıktan sonraki süreçte evlilikte olduğu gibi çocuk sahibi olma durumlarında da bir düşüş yaşanmaktadır. Bunun nedeni bu bireylerin cinsel ve üreme yaşamına katılmakta zorluklar yaşamalarıdır. Yalnız bipolar bozukluk gibi bazı hastalıklarda ters orantı söz

konusudur. Bu bireylerin evlenme oranları düşük olmasına rağmen doğurganlık oranları sağlıklı bireylerle aynıdır. Bunun nedeni hastaların psikoz dönemindeki libido artışlarında yaşadıkları korunmasız cinsel ilişki sonucu oluşan istenmeyen gebelikler olduğu düşünülmektedir. Diğer ruhsal bozukluklarda cinsel ilişkiye girme oranı az ama riskli cinsel davranışların ve istenmeyen gebeliklerin oranı çok yüksektir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin eşlerin dışında çocuklarının yaşamlarının da etkilendiği bilinmektedir. Örneğin şizofrenili ebeveynler, çocuklarının ihtiyaçlarını anlamada zorluk çekebilir. Pehlivan (2006), “Psikiyatrik kadın hastalarda evlilik ve ebeveyn olma: Bir gözden geçirme” adlı çalışmasında depresyon da olan kadınları kontrol grubuyla karşılaştırdığında ebeveynlik konusunda daha az şefkat gösterdiklerini saptamıştır. Gebelik ve doğum sonrası dönemde tedavi edilmeyen psikoz hem anne hem de çocuk için tehlikelidir: alevlenme riski yüksektir (59).

3.7. Psikiyatrik İlaçlar ve Cinsellik

Cinsellik nörojenik, psikojenik, vasküler ve hormonal gibi birçok etmeden etkilenmektedir (72). Dolayısıyla bunlardan herhangi birinde oluşan bir olumsuzluk cinsel işlevleri kötü etkileyebilmektedir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin kullandığı antipsikotik, antidepresan gibi ilaçların da hastaların cinselliğini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Örneğin anti-dopaminerjik antipsikotikler, mezolimbik sistem yoluyla cinselliği kolaylaştıran dopamini engelleyerek cinsel işlevleri olumsuz etkileyebilir (72). Aynı zamanda SSRI (Serotonin Geri Alım İnhibitörü) kaynaklı CİB’ in %80 olduğu ileri sürülmektedir (73). Finn ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (1990) en önemli ilaç yan etkisinin cinsel işlev bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (74). İlaçlardan kaynaklı cinsel işlev bozukluğunu tedavi ederken şu yollar izlenebilir:

Spontan remisyonu beklemek: Risperidonun sebep olduğu cinsel işlev bozukluğuna sahip 36 hastanın sadece 6'sında (%16,7) 6 ay sonra, bir hastada ise 3 ay sonra kendiliğinden iyileşme saptanmıştır (72). Bu yüzden bu yöntemin uygulanması etkili olmamakla birlikte hasta- ilaç tedavi uyumunu bozarak relaps ve nüksetmelere neden olabilir, hastanın yaşam kalitesini bozabilir.

Dozun azaltılması: Spontan remisyonun etkili olmamasından kaynaklı genel olarak ilk yöntem olarak dozun azaltılması önerilmektedir (75). Fakat bu yöntem de bazen etkili

olmayabilmektedir (76). Çünkü bu yöntemde nüksetme riski taşıyabilir (77). Ancak hafif belirtileri olan veya genel prognozu iyi olan hastalar da bu yöntem kullanılabilir (1).

Başka bir ilaca geçiş: Nüksetme riski olan veya cinsel işlev bozukluğundan dolayı tedavi uyumsuzluğu yaşayan hastalarda cinselliği daha az etkileyen başka bir ilaca geçilebilir (75).

Bir antidotun (koadjuvan ilaç) eklenmesi: Yukarıdaki yöntemler önerilmiyorsa "antidot" reçete edilebilir (72). Örneğin aripiprazolün diğer antipsikotiklerle birlikte alındığında hem prolaktin düzeylerini azalttığı hem de cinsel işlev bozukluklarını olumlu etkilediği tespit edilmiştir (77). Aripiprazolün kullanılması uygun bir seçenek olmadığında sildenafil, tadalafil veya vardenafil gibi PDE-5 inhibitörleri erkek hastalarda cinsel işlev bozukluklarını iyileştirebilir (72).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç tedavileri genel olarak uzun sürmektedir. Bu durum bireyde cinsel işlev bozukluklarına yol açarak bireyin ve eşinin yaşam kalitesinin bozulmasına sebep olabilmektedir. Aynı zamanda bu durum nüksetmelere yol açabilmektedir (72-73). Bu yüzden ilaç tedavisine başlamadan önce, tedavi sırasında ve sonrasında cinsel işlevi sorgulamak önemlidir (73). Ancak cinsellik sağlık profesyonellerinin göz ardı ettiği bir problemidir. Montejo ve ark yaptığı bir çalışmada (1997) kendiliğinden cinsel işlev bozukluğunu bildiren hastaların oranı %14 iken hastalara doğrudan cinsel işlev bozukluğu ile ilgili sorular sorulduğunda bu oran %58' lere çıkmaktadır (78). Bu nedenle hastanın cinsel işlevlerini sorgulamak çok önemlidir. Hemşire cinselliği sorgularken "Tedaviye başladığınızdan beri cinsel hayatınız nasıl oldu" şeklinde net ve açık uçlu sorular sormalıdır. Tam bir cinsel değerlendirme yapmak aynı zamanda cinsel işlev bozuklukların tedavinin bir sonucu mu yoksa hastalık gibi diğer faktörlerin sonucu mu olduğunu belirlemede yardımcı olacaktır.

3.8. Hemşirelik ve Cinsellik Algıları

Ulusal Hemşirelik Dernekleri Federasyonu (ICN) hemşireliği; "Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeyi sağlayan bir meslek grubudur" şeklinde tanımlamıştır (79). Bu

bağlamda öznesi insan olan hemşireler (80) bakımını yaparken bireylere holistik bir bakış açısıyla yaklaşmalıdır. İnsanı bir bütün ele alması gereken hemşirelerin herhangi bir durumu ihmal ederek yaptığı hemşirelik bakımının, eksik bir şekilde verilmesine neden olabileceğini bilmelidir. Hemşireler, hastaya yönelik bakımlarını yaparlarken holistik bakımın önemli bir parçası olan hastanın cinsel sağlığını da göz önünde bulundurmalıdır. Ancak literatürde yapılan çalışmalarda cinsellik ile ilgili konuların çoğu hemşire tarafından ele alınmadığı ve hemşirelik bakımında yer verilmediği belirtilmiştir (14). Buna karşın çalışmalarda hastaların sağlık bakım profesyonellerinden cinsellik ile ilgili hizmet almak istediklerini belirttiklerini (18) ve cinsel konularda, sağlık ekibi içinde hemşirelerle iletişime geçerken daha rahat olduklarını ifade ettiklerini belirtmişlerdir (19). Ancak hasta bireylerin beklediği cinsel sağlık hizmeti ile hemşirelerin verdiği bakım ve tedavi arasında cinsel sağlık hizmeti açısından büyük bir fark vardır (20). Holistik bakımın önemli bir parçası olan cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve bakımı; yaşam kalitesini, mevcut hastalığı ve tedaviye uyumu etkilemesi nedeniyle önem taşımaktadır (6). Hemşireler, kişilerin cinsel sağlığını koruma ve iyileştirmede önemli rol ve sorumluluklara sahiptirler (20). Bu rol ve sorumluluklarını hastaların cinsellik ile ilgili güvenliğini sağlayarak ve danışmanlık yaparak yerine getirirler (21).

Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik toplumsal olumsuz tutumların önyargıya yol açtığı ve bu önyargıların bireysel ve toplumsal damgalamaya kadar götürdüğü bilinmektedir (22). Toplumun bir parçası olan hemşirelerin de doğal olarak bu önyargılardan etkilenebileceğinin düşünülmesi gerekmektedir. Bu durum hemşirelerin, hemşirelik bakımını holistik bir bakış açısıyla yerine getirmesine engel teşkil eder. Gerek hemşire/hastaların cinsellik ile ilgili inanç, tutum ve ön yargıları gerek bakım verenin cinsel bilgi ve iletişim eksikliği hemşirelerin hastalarla cinselliği konuşmasını zorlu bir hale getirmektedir. Bu durum ruhsal bozukluğu olan dezavantajlı bireyler ve ona bakım veren hemşireler için büyük bir karmaşa ve probleme yol açabilmektedir. Öte yandan psikiyatri hemşirelerinin gerçekten insanlara karşı duyarlılarsa, cinsel değerlendirmeyi de bakımlarına eklemesi gerekmektedir (81). Psikiyatri hemşireleri, cinsellikle ilgili bir sorunun ortaya çıkması kaçınılmaz olan ruhsal bozukluğa sahip bireylerin cinselliğini değerlendirmesi için gerekli

becerilere sahip bir şekilde danışan görevini üstlenmelidir. Hemşirenin hastanın cinselliğini değerlendirebilmesi için;

1. Kişiyeye özgü cinselliği açıklayabilmeli,
2. Cinselliği konuşurken utanmamalı,
3. Hastaya karşı önyargılı olmamalı ve cinsellik ile ilgili hem kendisini hem de kültürün inanç, değer ve tutumlarının nasıl olduğunu bilmeli,
4. Yaşa göre cinselliğin gelişimini, cinsellik ve cinsel fonksiyonlar konusunda bilgili olmalı,
5. Cinselliği konuşurken terapötik iletişimi kullanmalı,
6. Danışmanlık yapma yeteneğini geliştirmiş olmalıdır (19,21).

3.8.1. Hemşirelerin hasta cinselliğini değerlendirmeye yönelik engelleri

Yapılan çalışmalarla birlikte az sayıda hemşirenin hastanın cinsel değerlendirmesini yaptığı/yapabildiği bilinmektedir (14). Hemşireler çok disiplinli sağlık ekibi içerisinde cinsel sağlık alanında bakım verebilecek uygun pozisyonda olduğu halde (18) cinselliğin değerlendirilmesinin holistik bakımın önemli bir parçası olduğunu bilseler de (20) cinsellik konusuna bakımda yer vermede zorluk yaşadıkları ve kişinin cinselliğini değerlendirmede birtakım engellere sahip oldukları bilinmektedir. Literatürdeki çalışmalarda hemşirelerin/hemşirelik öğrencilerinin belirttiği engeller arasında;

- Hemşire/hemşirelik öğrencilerinin hastaların cinsel problemlerine yönelik danışmanlık verebilecek bilgilerinin ve iletişim becerilerinin olmaması ve olduğuna inanmaması,
- Hemşire ve hastaların cinsellikle ilgili önyargı, tutum ve inançları,
- Uygunsuz fiziki şartlar (Bireysel görüşme yapılacak odanın olmaması gibi),
- Hemşire ve hasta arasında ki güven eksikliği,
- İş yoğunluğundan dolayı yeterli zamanın olmaması,
- Hemşirelerin cinselliği önemsememeleri yer almaktadır (18-20,82).

Sonuç olarak bakım ve tedavi planına hastanın cinselliğini eklemeyen ve bu durum için engelleyici davranışlarda bulunma eğilimindeki hemşirelerin, cinsellik ile ilgili

daha dar bakış açısına ve daha fazla cinsel mit/tabuya sahip oldukları belirtilmiştir (18).

3.9. Psikiyatri Hemşireliği ve Cinsellik

Sağlık alanında görülen ilerlemeler ile hemşirelik alanında da değişim ve gelişmeler yaşanmıştır. Bu gelişmeler hemşirelik alanında uzman disiplinlerin oluşmasına neden olmuştur. Psikiyatri hemşireliği de bu özelleşmiş disiplinlerden biridir. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresini “Sanat olarak kendiliğın amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren bir ruh sağlığı profesyoneli ” şeklinde tanımlamıştır (83). Hedefi davranış sürecini anlamak olan psikiyatri hemşireleri hastasının toplum içinde daha iyi bir yer edinmesi ve bunu sürdürmesi için destek olurlar (84). Tarihi, toplumsal, ekonomik, teknolojik, hukuki ve kültürel değişimlerden etkilenen psikiyatri hemşireliği 19. yüzyıla kadar ruh sağlığı alanında bir meslek olarak benimsenmemiştir (85). İlk gelişmeler 1773 yılında Amerika da Virginia- Williamsburg’da ilk psikiyatri hastanesinin açılmasıyla görüldü (86). İlk psikiyatri hemşiresi Linda Richards, psikiyatri hastaların da en az fiziksel hastalığı olan bireyler kadar iyi bakım almaları gerektiğine inanmıştır. Daha sonra hemşireler, hemşirelik bakımlarını ruh sağlığı bozukluğu olan bireylere de uygulamaya başladılar. Mellow hastalarının doğru emosyonel desteklerin sağlanması gerektiğini vurgulamıştır. Amerikan Hemşireler Birliği’nin (ANA) psikiyatri ve ruh sağlığı uygulamaları bakım standartlarını geliştirdi. 1982, 1994, 2000 ve 2007 yıllarına revize edilen bu bakım standartları psikiyatri hemşireleri için hemşirelik süreci aşamalarını standardize etmektedir.

Psikiyatri hemşireliğinin görev, yetki ve sorumlulukları bilimle paralel olarak sürekli gelişmektedir. Günümüzde psikiyatri hemşireleri kanıta dayalı girişimlere yönelik bilimsel araştırmaların, toplumsal/kültürel faktörlerin insan davranışına etkileri ile ilgilenmektedir. Rol ve uygulama alanları buna paralel şekilde sürekli gelişmektedir (84). Bu gelişmelere rağmen halen hemşireler eski bir yaklaşım olan salt biyomedikal modele göre bakım vererek bireyin daha çok fizyolojik boyutuyla ilgilenmektedir (86). Bu durum hemşirelik bakımının en önemli unsuru olan bireye

holistik yaklaşımın zıddı bir yönelimdir. Ancak bireye holistik ve destekleyici sağlık hizmeti sunulmalıdır. Hemşireler, bireye verdikleri hemşirelik bakımında holistik yaklaşımın önemli bir konusu olan bireyin cinselliğinin değerlendirilmesini de göz önünde bulundurmalıdır. Hemşireliğin diğer branşlarında olduğu gibi ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım veren psikiyatri hemşireliğinde de cinsellik değerlendirilmelidir. Ancak yapılan bir çalışmada psikiyatri hemşireleri, ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsellikle ilgili sorunlar yaşayabileceklerini ve cinsel öykünün rutin olarak değerlendirmeye eklenmesi gerektiğini kabul etmelerine rağmen hemşirelik bakımında cinsel değerlendirmeye yer vermedikleri saptanmıştır (87). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin cinselliği değerlendirmesi profesyonelliklerini geliştirerek daha iyi bakım vermelerini sağlar. Ülkemizde hemşireler ve cinsellik ile ilgili sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmış ancak bilinen kadarıyla psikiyatri hemşireleriyle bir çalışma yapılmamıştır. Yabancı kaynaklarda da çalışmalar sınırlı sayıda ve güncel kaynak yeterince bulunmamaktadır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Amacı, Tipi ve Tasarımı

Bu araştırma psikiyatri hemşirelerinin, ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsellikleri ile ilgili algılarını incelemeyi amaçlamıştır. Çalışma, fenomenolojik desende kalitatif olarak planlandı. Araştırmanın yazımında kalitatif çalışmaların raporlandırılmasında kullanılan COREQ (consolidated criteria for reporting qualitative studies) kılavuzundan yararlanıldı.

Nitel araştırma gözlem, görüşme gibi farklı yöntemleri kullanarak algı ve deneyimleri meydana çıkarmayı amaçlar. Fenomenoloji deseni ise insanların olgu, durum veya kavramlar karşısında ki duygu ve düşüncelerini anlatmalarını sağlayarak algı ve deneyimlerini açığa çıkarmayı ve anlamayı amaçlar. Dolayısıyla bu araştırmada, uygulanabilirliği açısından ve bireylerin yaşam deneyimleri ile bakış açılarını vurgulayan fenomenolojik desen kullanıldı. Bu araştırmada incelenen fenomen psikiyatri hemşirelerinin, ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsellikleri ile ilgili algılarıdır.

4.2. Araştırma Soruları

Araştırmada şu sorulara yanıt arandı:

- Psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsellikleriyle ilgili düşünceleri nelerdir?
- Psikiyatri hemşirelerinin cinsel sağlık hizmetlerindeki rolleri nelerdir ve bu rolleri nasıl algırlar?
- Hemşireler cinsel sağlık hizmetlerindeki rollerini iyileştirmek için neleri önerirler?

4.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma 1 Ocak-30 Mart 2024 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul onayı ve kurum izni alındı. Araştırmanın örneklemini Batman Eğitim Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniğinde ve Toplum ruh sağlığı merkezin (TRSM)' de çalışan hemşirelerin oluşturulması planlandı fakat gerekli sayıya ulaşamadığı için Türkiye geneli psikiyatri hemşirelerine ulaşılarak çevrimiçi görüşmeler sağlandı.

4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı tarihte Türkiyede psikiyatri servisinde çalışan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri oluşturdu. Niteliksel araştırma tasarımı kullanılan bu araştırmada, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yönteminden yararlanıldı. Niteliksel araştırma tasarımı, örneklem büyüklüğü için belirlenmiş bir kuralın olmadığı, araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda örneklem büyüklüğüne karar verilebilen, esnek bir yapıya sahip olan araştırma tasarımıdır (88-89). Niteliksel araştırmalarda örneklemin geniş olması araştırma kaynaklarının sınırlı olması, bilgi toplama ve analiz yöntemlerinin özelliği nedeniyle çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bazen bir birey tek başına bir araştırmanın örneklemini oluşturabilmektedir (88). Fenomenolojik araştırmalarda veri kaynakları araştırmanın odaklandığı konuyu yaşayan ve bu durumu dışa vurabilecek, duygularını yansıtabilecek birey ya da gruplardır (88,90). Fenomenolojik araştırmaların 5 ile 25 katılımcı gerektirdiği (91), genellikle küçük bir örneklem grubu seçildiği (92-93) belirtilmekle birlikte veriler tekrarlamaya başladığında, diğer bir ifade ile veriler doyuma ulaştığında örneklemin sonlandırılmasının da bir ölçüt oluşturduğu belirtilmektedir (89). Bu araştırmanın örneklemini araştırmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılayan toplam 31 psikiyatri hemşiresi oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Psikiyatri hemşiresi olarak en az bir yıl çalışmış olmak
- Ruhsal tanı almamış olmak ve

- Araştırmaya katılmayı kabul edenlerdir.

4.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak Katılımcı Bilgi Formu (EK-2) ve Yarı-yapılandırılmış Görüşme Formu (EK-3) kullanıldı. Veri toplama sürecinde sorular pilot çalışmalar yapılarak katılımcıların geri bildirimlerine göre tekrar tekrar gözden geçirildi ve sorular psikiyatri hemşirelerinin anlayacağı şekilde revize edildi. Nitel araştırmalarda en sık kullanılan veri toplama yöntemi derinlemesine görüşmedir. Veriler yüz yüze, derinlemesine görüşme yöntemi ile toplanacaktır. Görüşmelerde bireyler daha önce farkında olmadıkları ya da üzerinde düşünmedikleri yaşantıları ve anlamları dışı vurabilir (91). Bu çalışmada psikiyatri hemşireleri ile 2 kez görüşme yapılması hedeflendi. İlk görüşmede çalışma hakkında gerekli bilgi verilerek çalışmaya katılıp katılmayacakları belirlendi. İkinci görüşme ise yüz yüze ya da çevrimiçi bireysel derinlemesine görüşmeler gerçekleştirildi. Araştırmaya katılabilmek için uygun koşulları sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul ederek araştırmacı ile iletişim kuran katılımcılarla, görüşme için uygun yer ve zaman belirlendi. Derinlemesine görüşmeler alanda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği yüksek lisans öğrencisi (DE) tarafından yapıldı. Kişisel bilgileri içeren bir form kullanıldı. Çalışmada “Ruhsal hastalığı olan bireylerin cinselliği hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna cevap arandı. Hemşirelerden bireysel görüşmelerin ses kaydına alınması hususunda yazılı onam alındı. Her bir bireysel görüşmenin ortalama 30 ile 60 dakika arasında sürdü. Araştırmada veri doygunluğunun sağlandığı düşünüldüğünde verilerin toplanması sonlandırıldı. Görüşme süresince katılımcılardan izin alınarak cevaplar ses kaydına alındı. Çalışmada katılımcıların herhangi bir kimlik bilgisi alınmadı.

4.5.1. Katılımcı bilgi formu

Bu form literatürden yararlanarak hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu gibi sosyo-demografik ile cinsel deneyimlerine ilişkin ilk cinsel deneyim yaşı, aktif cinsel yaşam durumu gibi toplamda 13 sorudan oluşmaktadır.

4.5.2. Yarı-yapılandırılmış görüşme formu

Araştırmacılar tarafından literatür ışığından hazırlanan form toplamda 8 Açık uçlu sorudan oluşturuldu. Form katılımcıların hastalarının cinsellikleriyle ilgili düşüncelerini anlamaya yönelik oluşturuldu.

1. Cinsel sağlığı nasıl tanımlarsınız?
2. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinselliği hakkında ne düşünüyorsunuz?
3. Size göre ruh sağlığı bozukluğu olan bireyler evlenebilmeli mi?
4. Size göre ruh sağlığı bozukluğuna sahip olan bireyler çocuk sahibi olabilir mi?
5. Hastalarınızla cinselliği konuşur musunuz?
6. Psikiyatri hemşirelerinin cinsellik konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünüyor musunuz?
- 6.1 Psikiyatri hemşirelerinin hastalarının cinselliği ile ilgili hangi konularda desteğe ihtiyaç duyduklarını düşünüyorsunuz? Açıklar mısınız?
7. Ruhsal bozukluğu olan bireylerde cinselliği etkileyen faktörlerin neler olduğunu düşünüyorsunuz?
8. Bu konu ile ilgili önemli olduğunu düşündüğünüz ama size sorulmayan eklemek istediğiniz bir ayrıntı var mı?

Yarı-yapılandırılmış görüşme formu oluşturulduktan sonra hemşirelerle pilot çalışmalar yapılarak soruların anlaşılabilirliği test edildi. Yapılan geri dönütlere göre sorular revize edildi. Pilot çalışmalardan elde edilen bulgular çalışmaya dâhil edilmemiştir.

4.6. Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25,0 paket programı ile yapılacak ve sonuçlar %95'lik güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık

düzeyinde değerlendirildi. Tanımlayıcı verilerin analizinde ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, sayı ve yüzde kullanıldı. Nitel veri analizinin amacı açıklamak, tanımlamak ve keşfetmektir. Nitel verilerin analizi veri toplama süreci ile başlar ve çözümlenmeden sonra rapor yazılana kadar devam etmektedir. Veri analizinde içerik analizi yöntemi kullanılacaktır. Fenomenolojik araştırmalarda, araştırmacıdan basit bir kaydedici rolden daha fazlası beklenmektedir. Araştırma öncelikle araştırmacının fenomenle karşılaşması, fenomene ilişkin ilk farkındalığın, ilgi ve beklentilerinin oluşması ile başlar. Araştırmacı, katılımcıların fenomene ilişkin deneyimlerini dinler ve okur, böylece gömülü veriye ulaşılır. Bu çalışmada verilerin analizinde Colaizzi'nin fenomenolojik yorumlama metodu kullanıldı. Fenomenolojik yaklaşımda veri analizi, yaşantıları ve anlamları ortaya çıkarmaya yöneliktir. Sosha'nın belirttiğine göre Colaizzi'nin fenomenolojik veri analizinin basamakları şu şekildedir:

1. Olguya yüklenen anlamları ve deneyimlenen duyguları anlamak için katılımcıların tanımlamaları tekrar ve tekrar okunur.
2. Olgu ile doğrudan ilgili olan önemli ifadeler seçilir.
3. Bu önemli ifadeler incelenerek, anlamlar formüle edilir.
4. Formüle edilen anlamlar alt tema, tema ve kategoriler şeklinde gruplandırılır.
5. Elde edilen sonuçlar zengin ve kapsamlı yaşam deneyimleri ile birleştirilir.
6. Olgunun temel kavramsal yapısı tanımlanır.
7. Bazı katılımcılarla tekrar görüşülerek elde edilen sonuçlarla katılımcının kendi deneyimleri karşılaştırılarak bulgular doğrulanır (90-93).

4.7. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği

Nitel araştırmaların geçerli ve güvenilir olması için birçok ölçüt tanımlanmıştır. Bu ölçütlerin kullanılması eldeki verilerin ve ulaşılan sonucun inandırıcılığını gösterir ve geçerli olmasını sağlar. Nitel araştırmalarda insan davranışları ve araştırmacıların farklı algı ve yorumlamaları gibi nedenlerden dolayı tam olarak güvenilirliğin sağlanması güçtür. Ancak güvenirliliğin sağlanması için;

- Verilerin toplama yöntemleri ve analizleri ayrıntılı açıklanarak,

- Birden fazla araştırmacı ile çalışarak,
- Katılımcıların ve süreçlerin açıkça tanımlanmasıyla,
- Uzman araştırmacılar tarafından inceleme yapılarak,
- Uzun süreli etkileşim sağlanarak,
- Katılımcıların değerlendirmeyi onaylayarak bazı tedbirler alınabilir (94).

Bu araştırmada uzun süreli etkileşim, katılımcıların onayı, katılımcıların ve süreçlerin açıkça tanımlanmasıyla, veri ve analizlerini ayrıntılı açıklayarak, iki uzmanın incelemesiyle inanılrlık sağlandı. Katılımcılar ile iki kez görüşme yapıldı. İlk görüşmede çalışma hakkında gerekli bilgi verilerek (Kişilere araştırmacının kim olduğu, araştırmanın amacı ve katılımcıdan ne istendiği hakkında) uygunluk durumlarına göre çalışmaya katılıp katılmayacakları belirlendi. İkinci görüşme ise, yüz yüze ya da evrimii bireysel derinlemesine görüşmeler gerçekleştirildi. Bu bireysel derinlemesine görüşmelerde katılımcılar deneyimlerini sorulan sorular doğrultusunda paylaştılar. Her bir bireysel görüşmenin ortalama 30 ile 60 dakika arasında sürmüştür. Araştırmada veri doygunluğunun sağlandığı düşünüldüğünde veri toplaması sonlandırıldı. Görüşme sonunda katılımcıyla görüşme özetlendi ve değerlendirmelerin doğru olarak anlaşıldığı teyit edildi. Böylelikle uzun süreli etkileşim sağlanmış oldu. Araştırma devam ederken ve sonlandığında uzman görüşüne başvuruldu. Nitel araştırmalarda geçerlilik ise aşağıdakiler gerçekleştirilerek sağlanabilir:

- Araştırmacı kişisel görüşüne göre seçicilik yapmamalı ve araştırmanın anlamını değiştirmemeli,
- Araştırmadan elde edilen veriler benzer olgulara genellenebilmeli,
- Araştırmacı araştırma sonucunda değerlendirme yapmalı, önermelerde bulunmalı
- Araştırma araştırılan konuyu yeterince aydınlatmalı,
- Katılımcıların düşünce ve değerlendirmeleri doğru Şekilde yansıtılmalıdır (91).

Bu araştırma da, amaç, evren ve örneklem, yer ve zaman, veri toplama araçları, bulgular, katılımcılara sorulan sorular, verilerin toplanması ve değerlendirilmesi, araştırmanın tipi tüm ayrıntılarıyla açıklanmıştır. Katılımcıların verdiği yanıtlar kişilerin amaçlarına göre değerlendirilip çalışmada öyle yer almıştır. Araştırmacılar bu araştırmayı kendi kişisel fikirlerini gözetmeden hazırlamıştır.

4.8. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için Dicle Üniversitesi Sosyal ve Beğeri Bilimler Etik kurulundan onay alınmıştır (Tarih:15.09.2023, Sayı: E-14679147-663.05-564608). Araştırmanın yürütüleceği kurum Batman il merkezinde yer alan Batman Eğitim Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniğini ve Toplum ruh sağlığı merkezi (TRSM)' dir. Fakat yeterli örneklem toplanamayınca farklı illerden psikiyatri hemşireleri ile çevrimiçi görüşmeler sağlandı. Araştırma örnekleme alınma ölçütlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan sözel ve yazılı izin alınmıştır. Katılımcılardan yazılı izin; araştırmanın amacı, süresi, uygulanması, verilerin toplanması, araştırmaya katılmanın gönüllülüğe bağlı olduğu, araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları ve isimlerinin saklı tutulacağına dair bilgileri içeren Bilgilendirilmiş Onam Formu ile alınmıştır. Araştırma Helsinki Deklarasyon prensiplerine uygun yürütölmüştür.

4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma ilk defa yapılması ve literatürde benzer çalışma olmaması yönünden güçlüdür. Görüşmelerin genel olarak çevrimiçi sağlanması araştırmanın sınırlılığıdır.

5. BULGULAR

5.1. Katılımcıların Özellikleri

Tablo 1. Katılımcıların Özellikleri

Katılımcı No	Yaş	Eğitim Durumu	Psikiyatri Kliniğinde Çalışma Süresi
1	25	Lisansüstü	2 yıl
2	26	Lisansüstü	1 yıl
3	38	Lisansüstü	10 yıla
4	33	Ön lisans	2 yıl
5	31	Lisansüstü	4 yıl
6	28	Lisansüstü	5 yıl
7	30	Lisansüstü	7 yıl
8	26	Lisansüstü	2 yıl
9	30	Lise	6 yıl
10	47	Lise	14 yıl
11	52	Ön lisans	18 yıl
12	43	Lisansüstü	15 yıl
13	27	Lisans	3 yıl
14	29	Lisansüstü	3 yıl
15	30	Lisansüstü	4 yıl
16	26	Lisansüstü	3 yıl
17	29	Lisans	1 yıl

18	37	Lisans	7 yıl
19	25	Lisans	1 yıl
20	32	Lisans	5 yıl
21	43	Lisans	16 yıl
22	29	Lisansüstü	1 yıl
23	32	Doktora	9 yıl
24	32	Lisans	6 yıl
25	47	Lise	1 yıl
26	45	Lise	5 yıl
27	36	Lisans	4 yıl
28	31	Lisansüstü	3 yıl
29	33	Doktora	7 yıl
30	34	Doktora	6 yıl
31	28	Lisans	2 yıl

Çalışmaya katılan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin özellikleri Tablo 1' de verildi. Katılımcıların çoğunluk 25-40 yaşları arasında olduğu, sıklıkla lisansüstü mezunu olduğu belirlendi. Katılımcılar ortalama 5-6 yıldır psikiyatride çalıştığını bildirdiler.

5.2. İçerik Analizi

Tablo 2. Ana Tema ve Alt Temalar

Ana Temalar	Alt Temalar
Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsel Yaşamları	
Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsel Yaşamlarını Etkileyen Faktörler	
Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsel Yaşamları ile İlgili Medeni Hakları	Evlilik
	Çocuk Sahibi Olma
Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsel Yaşamlarını Konuşmama	Cinsellikle İlgili Tabu ve Mitler
	Ruhsal Bozukluğu Olan Bireyler ile İlgili Nedenler
	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireleri ile İlgili Nedenler
Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsel Sağlığı ile İlgili Yapılması Gerekenler	Eğitim ve Danışmanlık
	Göz ardı Etmemek

Yapılan içerik analizinde beş ana tema, yedi alt tema belirlendi ve Tablo 2’de gösterildi. İlk tema olan “ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamları” başlığı altında katılımcıların ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamını nasıl tanımladıkları incelendi. Katılımcıların hastaların cinsel yaşamlarını etkileyen etmenleri, ikinci ana tema olan “ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamlarını etkileyen faktörler”i oluşturdu. Üçüncü temada hastaların “ruhsal bozukluğu olan

bireylerin cinsel yaşamları ile ilgili medeni hakları” yer aldı. Bu ana tema altında hastaların evlilikleri ve çocuk sahibi olmaları ile ilgili katılımcıların görüşleri sunuldu. Dördüncü ana temada katılımcıların hastaların cinselliği konuşmadıklarından bahsettiler ve “ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamlarını konuşmama” başlığı altında bu ana tema altında cinsellikle ilgili tabular ve mitler, ruhsal bozukluğu olan bireylerle ilgili nedenler, ve ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri ile ilgili nedenler yer aldı. Son ana tema “ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel sağlığı ile ilgili yapılması gerekenler” de ise katılımcıların hem hasta, hem hasta yakınları hem de hemşirelerin eğitim almaları ve cinselliği göz ardı etmemek gerektiği ile ilgili bulgular incelendi.

Ana Tema 1. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsel Yaşamları

Bu ana tema altında ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamlarını nasıl tanımladıkları incelendi. Sıklıkla katılımcıların hastaların tanı aldıkları ruhsal bozukluklar ya da belirtileri nedeniyle sağlıklı cinsel yaşamlarının olmadığını ifade ettikleri belirlendi.

“Hastalıklarından dolayı libido artışı veya düşüşü yaşayabiliyorlar özellikle akut dönemde. Bu yüzden sağlıklı bir cinsel hayatları olmuyor.” K1

“Servislerimiz erkek ve kadın hastalar ayrı olmak üzere düzenlenmiştir. Temel sebebi de bipolar hastalar gibi hastalar genelde akut dönemde, halk dilinde alevlenme dönemi de diyorlar, libidoları en üst düzeyde oluyor. Bunu kontrol etmeleri de çok zor olduğu için bizde servisler kadın erkek diye ayrı. Erkek ve kadınlarda kendi içlerinde akut ve subakut diye ayrılıyor. Hastaların duygusal diye tanımladıkları şey akut dönemdeki cinsel dürtüleri. Ama akut dönemi geçtikten sonra cinselliğe ilgileri azalıyor. O durumları hormonal yani. Bu yüzden sağlıklı cinsellik yaşayabileceklerini düşünmüyorum.” K3

“Mevcut tanı ve kullanılan ilaçlardan dolayı cinsel problemler yaşıyor ve sağlıklı bir cinsellikleri yok bu yüzden.” K15

Bir katılımcı hastaların tanılara göre cinsel hayatlarının olduğunu ve özellikle psikotik hastaların cinsel yaşamlarının olmaması gerektiğini belirtti;

“Erotomanik dediğimiz cinsel yönelimleri oluyor. Bastırılmış birtakım duygulardan kaynaklı olduğunu düşünüyorum. Çünkü doğu toplumları olarak duygu temelli insanlarız ve bu duygular bastırıldıkça daha ciddi problemlere neden olabiliyor. Hastalarımızın da bu bastırılış sonucunda ruh sağlığı bozuluyor ve cinsel anlamda artış yaşanabiliyor. Tabi ki de hastalık boyutunda farklı olmak üzere. Ben psikiyatrideki kişileri hasta olarak değil de ruh sağlığı bozulmuş birey olarak tanımlıyorum, aktif cinsel hayatları olabilir. Karşı tarafa veya kendisine zarar verecek boyuttaysa olmaması mantıklı olur. Düşünce süreci bozuk bir bireyse-psikotik dediğimiz bozukluk, aktif cinse hayatı olamamalı.” K2

Bazı katılımcılar hastalık belirtileri nedeniyle hastaların kimi zaman tehlikeli olacak kadar cinsel işlev bozuklukları olduğunu şu şekilde dile getirdi;

“Hastalarımız libidosu artmış oluyor genelde. Hatta cinsel saldırı da bulunacak kadar. Cinsel bozuklukları var. İlaç veriyoruz bu yüzden.” K4

“Libido artışı olabiliyor hastalarda. Hatta akut dönemde saldırganlığa kadar yola açabiliyor. Bu yüzden sağlıklı bir cinsel hayat yaşayamıyorlar.” K13

Bazı katılımcılar ise hastaların cinsel sağlıkların istenmeyen gebelikler ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklar nedeniyle iyi olmadığını şöyle ifade etti;

“Bize gelen hastaların libidolarının çok yüksek olduğunu görüyorum. İstenmeyen gebeliklere ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklara sahip olan hastalar geliyor. Cinsel sağlıklarına pek önem vermeden hareket ettiklerini görüyorum. Hastalarımız isterlerse duygusal, cinsel ilişki içinde olabilir. Bu kendi kararları. Evlilik öncesi veya sonrası fark etmez.” K5

Bazı katılımcılar cinselliğin ihtiyaç olduğunu ve muhakeme yetilerinin etkilendiği için cinsel yaşamlarının da etkilendiğini belirtti;

“Genelde psikiyatri hastaları atak dönemlerinde libido artışı veya düşüşü olabiliyor. Hastalar tanılarına göre farklı problemler yaşayabiliyorlar. Bunun dışında tabi ki de onların cinsel ihtiyaçları var ve karşılanmalı.” K7

“Psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerinde cinsel ihtiyacı var. Karşılamaıılar.” K10

“Hastalarımızı rahatsızlıklarından dolayı libidolarının çok yüksek olduğu, cinsel istek ve arzularının daha yüksek olduğunu ortadaydı. Bu yüzden cinsel problemler yaşıyorlar. Ama onlar içinde bir ihtiyaçtır, her canlı için. İstiyorsa yaşanabilir. Ama duygusal bir birliktelik bence ruh sağlığı yerinde olmayan bir hasta için sağlıklı değil bence. Ki gördüğüm kadarıyla ilişkileri sağlıklı olmadığını düşünüyorum. Çünkü doğru karar verme yetisi yok. Yine benim fikrim. Öyle bir hakkı yok gibi katı yaklaşamayız. Duygusal birliktelikte yaşayabilir isterse.” K11

“Dürtüleri çok yüksek oluyor. Yanlış davranışlarda bulunabiliyorlar ama bilinçli yaptıklarını düşünmüyorum istem dışı oluyor alevlenme dönemlerinde. Onun dışında cinsel istek duyabilirler birliktelik yaşayabilirler. İnsanı bir ihtiyaçtır.” K12

“Hastalar sağlıklı kişiler gibi yaşamıyorlar cinselliklerini. Kimilerinde istekte artış kimilerinde azalma görülebiliyor. Ama cinsellik onlar içinde bir ihtiyaçtır tabi sağlıklı bir şekilde yaşayabilmeliler.” K14

“Aktif dönemle beraber cinsellikte düşüş veya artış olabiliyor. Bu dönemde hastaları dürtüleri kontrol ediyor. Yanlış ve pişman olabilecekleri ilişkiler yaşayabiliyorlar bazen bu ilişkilerin sonucu ağır oluyor. Kişi için travmaya ya da depresyona neden olabiliyor. Bu yüzden aktif dönemde uygun bulmuyorum. Ama remisyon döneminde olabilir. Hayatlarına biraz heyecan katabilir. Mutlu edebilir onları bu durum. Evlilik öncesi de olabilir hatta olmalı çünkü insanlar evlenmeden önce tensel olarak uyumlu olup olmadıklarını bilmeliler.” K17

“Onlarında cinsel ihtiyaçları var. Cinsel birliktelik yaşayabilirler herhangi bir kısıtlama olmadan. Sağlıklı kişilerle sağlıklı ilişkiler yaşayarak; istismar olmadan çünkü bu bireyler suistimale uğrayabilir.” K18

Bir katılımcı ise hastaları desteklenerek, bilgilendirerek hastaların sağlıklı cinsel yaşamları olabileceğini şu şekilde ifade etti;

“Hastalık bireylerin libido artışına veya düşüşüne etki eder. Cinsel ihtiyaçları onlarında var ama cinsel yaşamları ile ilgili kararları kendileri almalı. Ben onlar

adına bir karar alamam. Benim yapmam gereken kişiyi buna hazırlamak, desteklemek. Bulaşıcı hastalıklardan korunmasını sağlamak.” K20

Bir katılımcı ise iç görüşü olmayan hastaların cinsel ilişkilerinin uygun olmadığını ve kısırlaştırılmaları gerektiğini şöyle dile getirdi;

“Ruhsal hastalarda zaten kategoriler var. İlk önce iç görüşü olmayan bir hastaysa uygun görmüyorum cinsel aktiviteyi. Hatta kısırlaştırılmalı. İç görüşü olan, rehabilite hastalarda yeteri kadar bilgilendirip yine kontrol altına alınması gerektiğini düşünüyorum.” K19

Ana Tema 2. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsel Yaşamını Etkileyen Faktörler

Bu ana tema altında, çalışmaya katılan ruh sağlığı ve hemşirelerin hastaların cinsel yaşamını etkileyen faktörleri sıklıkla ruhsal bozukluklar, belirtileri, kullandıkları ilaçlar, hastalara yönelik tutumlar ve damgalama olduğunu belirttiler. Sıklıkla akut dönemde libidoda artış ve düşüş olduğunu dile getirdiler. Kullanılan ilaçların genç erkek hastalarda cinsel işlev bozuklukları yarattığını ifade ettiler. Hastalık ve ilaçların hastaların cinsel yaşamını etkilediklerini katılımcılar şöyle dile getirdi;

“Hastalık ve ilaç demiştik.” K1

“Hastalıklar, ilaçlar. Çevresel uyaranalar çok açıklar.” K3

“Hastalıklarından dolayı olabilir.” K4

“Libidosu yüksek oluyorlar genelde. Bu dönemde cinsellikten uzak kaldıkları içinde olabilir belki.” K5

“Hastalık ve kullanılan ilaçlarda etkiliyor.” K7

“Hastalığın doğası, kullanılan ilaçlar, özellikle erkeklerde cinsel istekte azalmaya neden olabiliyor, riskli davranışlar.” K7

“İlaçlar. Duygudurum bozuklukları.” K9

“İlaç, hastalık.” K11

“Hastalık, ilaçlar, damgalama.” K12

“İlaçlar, hastalık durumu.” K14

“Hastalık, tedavisini düzenli alıp almadığı, ilaçlar.” K15

“Hastalık ve ilaçlar etkiliyor.” K18

“Hastalık, ilaç kullanımı, geldiği toplum yapısı.” K21

Bazı katılımcılar da hastaların yaşadıkları damgalamanın hastaların cinsel yaşamını etkilediğini ifade etti.

“Damgalama. Stigmaya maruz kalıyorlar. Zaten karşı taraf ruhsal bozukluğu olan hastalarla böyle şeyler yaşamak istemiyorlar.” K2

“Hastalık, ilaç, çevre, inançlar, damgalanmış olmaları, toplumda kendilerini eksik hissediyor olabilirler.” K10

“Fiziksel faktörler, stigma. Hastalar toplumda birey olarak görülüyor bu yüzden onlarla iletişime geçilmiyor.” K16

Bir katılımcı yaşanan travmatik olayların ve aile yaşamının da cinselliği etkilediğini dile getirdi;

“Hastalık, duygu durum bozukluğu, yaşadıkları travmatik olaylar, ilaçlar, aile yaşantısı.” K8

Bir diğer katılımcıda bastırılan duygular, aile tutumu, dini obsesyonlar, toplumun cinselliğe bakışı ve bilgi eksikliğinin hastaların cinsel yaşamını etkilediğini ifade etti;

“Hastalık, ilaçlar, toplumsal bastırılmışlar, dini takıntılar, eğitim eksikliği.” K13

“Hastalık, ilaç durumu demiştik. Birde toplumun cinselliğe bakış açısı onları da etkiliyor tabi.” K17

“Bastırılmış duygular, sosyoekonomik durum, ailenin yapısı.” K19

“Ailenin tutumu. Kişiler bilgi sahibi olmalı bu konuda” K20

Ana Tema 3. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsel Yaşamları ile İlgili Medeni Hakları

Bu ana tema altında çalışmaya katılan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan hastaların evlenme ve çocuk sahibi olma gibi medeni hakları hakkındaki görüşleri incelendi. Evlilik ve çocuk sahibi olma adında iki alt tema belirlendi.

Alt Tema 3.1. Evlilik

Çalışmaya katılan katılımcıların bir kısmının hastaların evlenmelerini eşlerine yük olmaları, stres yaşayacakları ve bunun hastalığı alevlendirebileceği için uygun veya doğru bulmadığını belirttikleri saptandı.

“Bence evlenmemeliler çünkü alile bütünlüğünü sağlayamazlar akut dönemlerden dolayı. Özellikle kişide düşünce sürecinde bozulmalar varsa.” K1

“Ataklardan ötürü problem yaşanabilir. Evlenmemeliler bu yüzden.” K15

“Bence evlenmemeliler. Çünkü hastaların atak dönemleri kötü geçiyor. Bu süreçler ilişkiyi aşırı yıpratır. Evlenmemeliler eşlerine yük olurlar sağlıklı bir ilişki de olmaz zaten.” K4

“Bence evlenmemeli. Şuan ki sağlık sisteminde tedaviye yönelik bir yaklaşımdan ziyade atak dönemini geçirmeye yönelik bir tedavi yöntemi var. Ya da çoğu hasta tedaviye uyumlu değil, atak dönemleri sık tekrarlanır. Evlilik hayatları hem onlar için hem de eşleri için sağlıklı değil. Eş için duygusal olarak ağır sonuçlar doğurabilir. Fiziksel saldırıya uğrayabilir. Sağlık sistemi hastaları topluma kazandıran bir sistem olsaydı belki bu durumlara sıcak bakabilirdik.” K11

“Bence evlenmemeliler. Çünkü hastaların atak dönemleri kötü geçiyor. Bu süreçler ilişkiyi aşırı yıpratır zaten sağlıklı bir evlilik yaşanmaz. Boşanmaya gider.” K16

Bir katılımcı ise tedavi olmayanların kendileri, eşler ve toplum için riskli olduğunu, evlenmemeleri gerektiğini ve hatta kısırlaştırılmaları gerekliliğini şöyle savundu;

“Evlennemeliler. Kısırlaştırılmalı rehabilite merkezlerinde rehabilite olamayanlar. Bakıma muhtaçlar ve kontrol edilmeleri çok zor. Evlilikte sorumluluk alınması gereken bir şey. Birey kendi sorumluluğunu alabildiği zaman evlenmeli. Ruhsal hastaların böyle bir sorumluluk alma yetileri yok. Bu da kişinin kendisine, eşine, topluma zarar veriyor.” K19

Bazı katılımcılarda hastalar evlense dahi sağlıklı cinsel hayatlarının olmayacağını şöyle ifade etti;

“Sağlıklı bir cinsel ilişki yaşayamazlar. Çünkü depresyon gibi tanılarda libido düşüklüğü yaşanırken diğer bazı hastalıklarda artış yaşanıyor. Hasta cinsel saldırıda bulunabiliyor ya da suistimal edilebiliyor. İstenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara çok denk geliyoruz hastalarda. Yani sağlıklı bir cinsellikleri yok hastalarımızın.” K21

Bir diğer katılımcı hastaların ülkemizde iyileşsin diye evlendirildiğini, bunun durumu daha da kötüleştirdiğini, evliliklerin de yürümediğini şöyle ifade etti;

“Ama bakıyoruz aileler evlendiriyorlar hastaları. Kendi gibi hasta bireylerle bazen. Bu en kötüsü çünkü zaten çocuklarda %100 psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyler oluyor. Bazıları da daha sağlıklı bireylerle evlendiriliyor o da farklı bir sorun. Aslında bizim toplumda bakış açısının değişmesi lazım: Evlendirirsek düzeli mantığını. Evliliklerin çoğu da yürümüyor. Zaten bizim hastalarımızın çoğu evliliği bitmiş, ayrı ya da eşi bırakıp gitmiş. Yani devam eden yok gibi.” K3

Bazı katılımcı ise tanılarına göre evlenebileceklerini, tedavi olduktan sonra kendine ya da çevreye zarar vermeleri azaldığında evlenebileceklerini şöyle belirtti;

“Az önce dediğim gibi kendine veya karşı tarafa zarar verme riski varsa tedavi olmamalı. Onun dışında düşünce süreci bozuk değil-psikotik değil, kendine zarar verme riski olmayan... Nevrotik düzeydeki bireyler evlenebilir.” K2

“Onlarında cinsel hayatları olmalı. Sevip sevimli ama bazı hastalıklara sahip bireyler evlenmemeli. Onun dışında depresyon gibi psikoz durumları olmayan hastalar evlenebilir...” K10

“İlaçlarını aldıkları sürece olabilir, çünkü tedaviye uyumlu olmadıkları zaman saldırgan davranışlarda kendilerine veya başkalarına zarar verme durumları olabiliyor. Tedaviye uyumlu değillerse, hastalıklarını kabul etmiyorlarsa bir başkasıyla duygusal bağ tartışılır bir konu bence.” K12

“Hastalar ilaçlarını düzenli aldıkları zaman, terapi aldıkları zaman sağlıklı bireyler gibi normal yaşamlarına döndüklerini gördüm bu yüzden tedavisini düzenli alıyorsa evlenebilirler.” K14

Bazı katılımcılar ise hastaların remisyon döneminde evlenebileceklerini, evliliğe strese neden olup hastalığı alevlendirdiğini ve bu nedenle de ruhsal bozukluklarını evlenecekleri kişilerle paylaşımları gerektiğini şöyle anlattılar.

“Hasta remisyon dönemindeyse ve istiyorsa olabilir. Ama karşılıklı açık olmak gerekiyor mesela bir kadın hastam vardı. Üç dört aylık evliyken beklenilenden erken dönemde atak dönemine girdi. Yoğun stres, düğün sürecinden kaynaklı. Hasta bipolar hasta. Eşi aradı “Bilmiyordum hasta olduğumu, beni kandırdılar.” falan dedi. Kişi kendini açıklayabiliyorsa karşıdaki de kabul ediyorsa belki sağlıklı bir evlilik olabilir. Çünkü remisyon dönemde sağlıklı bireylerden farkı olmuyor. Hasta arkadaşlarım var hatta: hemşire arkadaşlar, doktor arkadaşlar. İlaçlar düzenli kullanıldığı zaman atak dönemleri geç geliyor. Dört ayda bir hatta sadece bahar mevsimlerinde atak geçiriyor. Bazı hastalar var dört yıllık atak geçirmemiş. Ama şizofreni için öyle diyemiyorum. İlaçları kullansa dahi ilaçlara karşı şüpheleri olabiliyor. Genelde dört ayda bir yatışları oluyor. Onlarda [psikozda] çok sağlıklı görmüyorum ama bipolarda olabilir. Kroniklerden bahsediyorum. Yoksa depresyondan yatan hastalarımızda oluyor. Onlar zaten evlenebilir. Mesela bir şizofreni hastalarımız genelde eşlerinden şüpheleniyor. Evlilikleri pek devam etmiyor.” K3

“Evlenebilirler ama karşıdaki kişi hastalıktan haberdar olmalı.” K13

“İstismara uğramadan sağlıklı bir ilişki içindelerse evlenebilirler ama karşı tarafa bu durumun bildirilmesi, şeffaf olunması şartıyla. Önemli bir konu çünkü karşı taraf bununla baş edebilir mi? Kimisi çok iyi baş edebilir, kimisi de tam tersi destekleyemez daha kötü durumlara yol açabilir. Relapsları artırabilir.” K18

Yine benzer şekilde bazı tanılardaki hastaların evlenebileceğini ifade eden bir katılımcı özellikle aynı ruhsal bozukluğu olan bireylerin evlenmesinin daha iyi olduğunu şöyle belirtti;

“Evlenebilirler ki öyle hastalarım oldu. Sadece aynı hasta grubunda olan bireylerin birbiri ile evlenmesi birbirlerini anlaması konusunda bir tık daha iyi olacağını düşünüyor. İç görüşü olmayan, dezorganize hastaların evlenmemesi gerektiğini düşünüyorum.” K5

Bir katılımcı hastaların evlenme ve çocuk sahibi olma hakkının ellerinden alınamayacağını, bunun insan haklarına aykırı olduğunu dile getirdi. Evlilik sürecinde kendilerine rehberlik edilebileceği, hastaların evlilik ile ilgili stres riski nedeniyle prognozu açıklamaları gerekliliğini belirtti;

“Bu insan haklarıyla ilgili bir durum. Psikiyatrik rahatsızlığı olan birinin evlilik, çocuk sahibi olma gibi hakları kimse kısıtlayamaz. Ancak toplumsal sağlık profesyonellerinin bu süreçlerde evliliğin ve devamında çocuk sahibi olmanın artı eksileri ile ilgili konuşulmalı. Evlilik prognozu iyi etkiliyor zaten. Tabii karşı tarafında bu durumun bilmesi lazım hastalık hakkında her şeyi. Yeterince farkındalık oluşturulduktan sonra evlenebilirler.” K6

Bazı katılımcılar ise hastalar evlenseler de sağlıklı yaşamları olmadığını bunu bilerek evlenebileceklerini dile getirdi. Bazı katılımcılar ise hastaların evlilikte suistimal edilebileceklerini, bu nedenle kendilerine destek olabilecek kişilerle ve iç gözü kazandıklarında evlenmelerini vurguladı.

“Evlenenler çok ama sağlıklı bir ilişki, olmuyor bunlar göz önüne alınıp evlenebilirler.” K8

“Hasta suistimale açık olabiliyor. Karşıdaki hastayı kullanmıyorsa paylaşım varsa destek varsa ilişki yaşayabilirler evlenebilirler.” K9

“Açıkçası hastalığın getirdiği yıkımla beraber evliliklerinin çok zor geçeceğini düşünüyorum. Ama dışarda hasta olup da evli olan çok kişi var. Hastaların iç gözü kazandıkları zaman kararlarını vermeliler. Böyle daha sağlıklı olduğunu düşünüyorum.” K20

Bir katılımcı ise hastaların evlenebileceğini sadece atak dönemlerinde zorlanacaklarını ifade etti;

“Tabi ki evlenebilirler. Bence engel değil hastalıkları. Atak dönemlerinde biraz sıkıntı yaşayabilirler sadece.” K17

Alt Tema 3.2. Çocuk Sahibi Olma

Çalışmaya katılan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerin neredeyse tamamının hastaların çocuk sahibi olmamaları gerektiğini ifade ettikleri belirlendi. Ruhsal bozuklukların genetik geçişinin yüksek olduğunu, kendilerine bakamadıklarını, çocuğun sorumluluğunu üstlenemeyeceklerini, ekonomik olarak iyi durumda olmadıklarını ve tüm bu nedenle çocuk sahibi olmamaları gerektiğini ifade ettiler.

“Genetik yatkınlıkları var ve kendi öz bakımlarını bile karşılayamıyorlar. Başka bir bireye bağımlı oluyorlar bu yüzden çocuk sahibi olmamalıdır.” K1

“Hayır olmalılar. Genetik yatkınlıktan dolayı çocukları da hasta olabilir.” K4

“İç görüsü olmayan, dezorganize hastaların çocuk yapmaması gerektiğini düşünüyorum, çocuklarının da hayatlarının perişan olacağını düşünüyorum. Çünkü bu tarz hastalar öz bakım yetersizliği yaşıyor, başkasına muhtaç oluyor. Bu yüzden iç görülü hastaların özellikle kendi hasta grubunda bireylerle olması birbirlerine yardım edebilme, destek olma konusunda daha iyi olur. Ayrıca bu hastalıklar genetikle geçtiği için çocukların da bu hastalıklara riski çok yüksek.” K5

“Hayır olamamalı. Genetik yatkınlık var ve hastalar bakım verici rollerini yerine getiremezler.” K8

“Gen aktarımı olduğu için çocuk doğurmalarını doğru bulmuyorum. Bakımı verebilecek güçte olacaklarını da düşünmüyorum.” K9

“Ama her türlü çocuk sahibi olmamalı. Şizofreni gibi psikoz hastalarda zarar verme, genetik aktarım, bakım verememe, ekonomik olarak yetememe gibi durumlardan dolayı çocuk sahibi olmamalıdır.” K10

“Hayır olmamalıdır.” K11

“Hayır olmamalılar. Aile planlaması kesinlikle olmalı. Genetik yatkınlık olabileceğini kişi bilmeli ve çocuk sahibi olmamalılar. Çünkü çocukta ilerde aynı sıkıntıları yaşayabilir.” K12

“Çocuk sahibi olmamalılar. Çünkü genetik yatkınlık çok yüksek oluyor ve çocuğun bakımını yapmakta eksik kalabiliyorlar.” K13

“Çocuk sahibi olmamalılar. Hastalar maddi yönden sıkıntı çekiyorlar. Çocuklara yetmeyebilirler. Kendi öz bakımlarını bile yapamıyorken çocuklarının ihtiyaçlarını karşılayabileceklerini düşünmüyorum. Sağlıklı bir birey yetiştiremezler.” K14

“Çocuk sahibi olamamalı genetik yatkınlıktan dolayı.” K15

“Hasta kendi hayatını idame ettiremiyor. Öz bakım eksikliği var. Çocuğu bakımını nasıl kaldırabilir. Suistimal olacağını düşünüyorum çocuk için.” K16

“Hastadan hastaya değişen bir durum ama hastalarımız genel olarak kendi bakımlarını bile sağlayamıyorken ya da sağlıklı birey için bile çocuk bakmak zorken onlar için daha sıkıntı. Kendilerine yetemedikleri için bence çocuk sahibi olmamalılar.” K17

“Çocuk sahibi de olmamalılar. Genetik yatkınlık var bakım veremezler ve anne babaları tarafından istismara uğruyorlar.” K19

“Aynı düşüncedeyim yine psikotikse, aileyi yönetebilme ve koruyabilme sorunu yaşayabilen kişiler çocuk sahibi olmamalıdır.” K2

Bazı katılımcılar ise hastaların çocuk yapmalarının zorluklarını, çocukların ileride damgalanabileceğini, travmalar yaşayabileceğini, ruhsal bozukluğu olan bir bireyin çocuğunun olmasının çok farklı olmaları ile ilgili kaygıları ilettiler.

“Genetik olarak aktarıyor ve çok zorlukları var. Bu durumun çocukları etkileri benim için kaygı uyandırıcı. Toplumumuzda cinsellik tabu olduğu için bilgilendirme olamıyor. Bizim bile eğitimlerimizde yer almıyor. Ekonomik olarak sıkıntı yaşadıkları için keşke çocuk yapmasalar diyorum ama Türkiye de şartlar iyi olsa eşit imkanlar sağlansa neden olmasın.” K20

“Olmamalılar dediğim zaman katı bir görüşmüş gibi geliyor. Daha çok psikotik olanların çocuk sahibi olmalarıyla ilgili kafamda soru işaretleri var. Genetik yatkınlık oranı çok yüksek. Çocukları da hasta olabilir aynı süreçleri geçirebilir. Damgalama yaşayabilir. Bu şekilde travmalar aktarılabilir.” K18

“Ben hasta yakınlarına bazen evlendirmeyin diyorum yakınınızı. Çünkü atak döneminde diyelim libido artıyor korunmadan cinsel ilişki yaşıyor ve çocuk oluyor. Sağlıklı bir bireyin çocuğunun hasta olmasıyla psikiyatrik rahatsızlığı olan birinin çocuğunun hasta olması arasında çok fark var.” K3

Bir katılımcı genetik danışmanlık ve aile planlaması eğitimleri verilerek hastaların bu konuda bilgilendirilmesi gerektiğini şu şekilde ifade etti;

“Genel bir toplumsal bilinç gerekiyor. Bizim değil de otoritelerin yapması gerektiği bir şey. Zaten tanıli hastalarda bir hekim kontrolünde gebelik planlanması gerekiyor. Tekrar ediyorum tabi ki de kimsenin gebelik hakkı elinden alınamaz. Kontrollü olması lazım. Kâr zarar hesabı yapılmalı. Atağa girildiği zaman çocuğa ve kendisine zarar verme riski oluyor ve her atak hastanın durumunu kötü etkiliyor. Aile planlaması önemli burada.” K6

Bir katılımcı bunun tanıya göre değişebileceğini prognozu iyi seyreden hastaların çocukları olabileceğini şöyle özetledi;

“Tanıya ve hastaya göre değişir. Kişi atak dönemlerini nasıl ve ne sıklıkta geçiriyor? Destek sistemleri var mı? İlaçlarını düzenli kullanıyor mu? İç görüsü var mı? Bu faktörler göz önüne alınmalı. Buna göre evlenebilir veya çocuk sahibi olabilir.” K7

Ana Tema 4. Cinselliği Konuşmama

Çalışmaya katılan ruh sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin neredeyse tamamının hastaların cinsel yaşamları ile ilgili konuşmadıkları belirlendi. Bu ana tema altında cinselliği konuşmama nedenlerinde cinsellikle ilgili mitler ve tabu, ruhsal bozukluğu olan bireylerle ve ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri ile ilişkili etmenler alt temaları belirlendi.

Alt Tema 4.1. Cinsellikle ilgili Tabu ve Mitler

Bazı katılımcılar hastaların cinselliğinin bir tabu olduğu ve sıklıkla bu konuyu konuşmadıklarını belirtti. Bazı katılımcılar ise cinselliği konuşmayı uygun bulmadıklarını ifade etti.

“Hayır konuşmam. Bence hemşireler bakımlarında cinselliğe yer vermemeli hem uygun bulmuyorum hem de iş yükü. Bu işi diğer profesyoneller yapmalı. Erkek bir hastanın cinselliği ile ilgili soru sorması beni rahatsız eder.” K17

Bir katılımcı hemşireler bilgi sahibi olsalar dahi ülkemizdeki cinsellikle ilgili mit ve tabular nedeniyle bakım veremediklerini şu şekilde ifade etti:

“Hemşirenin eğitim düzeyi ve deneyimleri önemli. Hastayla nasıl konuşacağını bilmeli. Ama ben yeterli bulmuyorum; çünkü hemşirelerin yaklaşımları kötü oluyor (rencide edici konuşmalar, dalga geçmeler, duyarsız kalma...vb). Hastalara sağlıklı bir bireymiş gibi ayıplanıyor, damgalanıyor hemşireler tarafından. Hemşireler bilgi sahibi olsalar da inanç, tabu ve mitlerinden dolayı hemşirelerin cinselliği değerlendirmede yetersiz olduğunu düşünüyorum.” K2

Alt Tema 4.2. Ruhsal Bozuklukları Olan Hastalarla İlgili Nedenler

Bu alt tema altında ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri hastaların belirtileri ve prognozu, cinsiyetleri, bu konuya yönelik taleplerinin cinsellikle ilgili konuşma ya da konuşmamayı etkilediğini ifade ettiler. Bazı katılımcılar ise cinselliği konuşmanın akut dönemde hastaları daha olumsuz etkileyeceği için konuşmadıklarını dile getirdi;

“Hayır konuşmuyoruz. Genelde akut dönemde olan hastalarla çalışıyoruz. Cinsel istekleri aşırı artmış oluyor zaten. Onlarla cinselliği konuşmamız bu durumu daha da kötüye götürür.” K1

Katılımcılardan bazıları ise hastaların cinsel sağlıklarına dair bir talepleri olmadığı için cinselliği konuşmadıklarını ifade ettiler.

“Cinselliği hiç konuşmadım, hastaların da hiç talebi olmadı. Çalıştığım grup erkek hasta olduğu için karşılıklı çekinme oluyor. Genelde doktorlardan talep ediyorlar. İş yükü, hemşire azlığından dolayı cinselliği değerlendirmek için vakit kalmıyor.” K15

“Cinsellik tabu olduğu için utanıyorlar ve her hasta konuşmak istemiyor bu doğrultuda. Zaten kendimde iş yoğunluğundan ancak kısmen vakit ayırabiliyorum. Ama bence hemşireler cinselliklerine yer vermeli.” K7

Alt Tema 4.3. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireleri ile İlgili Nedenler

Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunun tabuların yanı sıra var olan iş yoğunluğu ve yükleri nedeniyle cinselliğe sıra gelmediğini ve bu konuyu konuşmadıklarını belirtti. İş yoğunluğu nedeniyle göz ardı edilen konulardan birinin cinsellik olduğu saptandı.

“Hayır konuşmuyoruz; çünkü hemşirelerin de tabu ve önyargı var dolayısıyla cinselliği değerlendiremiyoruz. Ayrıca evrak işleri çok oluyor bizde açıkçası pek vakitte ayıramıyoruz. Fiziksel şartlarda çok kötü. Yoğunluk var 40 hastaya iki hemşire bakıyor sadece.” K13

“Hayır konuşmuyoruz. Açıkçası cinsellik bakımı vermek hiç aklıma gelmedi. Gelse bile iş yükünden dolayı cinsel bakım verecek vaktimiz olmaz. Hastalardan da talep olmuyor. Bunların nedeni hem hasta hem hemşirenin sahip olduğu toplumsal yargılar olabilir.” K16

“O kadar çok yoğunluk var ki bu konuyu oturup konuşamazsın lüks olur. Artı çok da hoş karşılanmaz iki taraflı da toplumsal yargılardan dolayı. Az hastam olsa tabi ki de konuşmak isterim. Hemşirelerinde bu hastalarla konuşurum diye ekstra bir eğitim almaları şart.” K19

Bazı katılımcılar ise bu konuya yönelik eğitim almadıklarını, hastaları cinsellik yönünden değerlendirmedikleri, gerek olursa doktora yönlendirdiklerini şöyle ifade etti;

“Açıkçası konuşmadım şimdiye kadar. Anamnez de yer almıyor. Hasta veya hasta yakınları bahsederse anca ama hiç konuşmak istemediler şimdiye kadar. Problem olarak libido artışlarını gözlemlediğimizde müdahale ediyoruz; uyarı, doktoruna haber verme şeklinde. Hemşire bakımında yer vermeli bence. Toplumda tabu olduğu için açıkçası ben çekinirim konuşmaya. Önce kendimi geliştirmem lazım.” K18

“Hayır konuşmuyorum. İş yoğunluğu, hemşire sayısı azlığından, fazla evrak işleri. Eğitimlerimizde de cinsellik hiç olmadı. Daha iyi şartlar olsa konuşulabilir. Güven ortamı olmalı böyle bir ortamımız yok. Hastalar aktif dönemlerinde libido artışından cinsellik konuşmaya çalışıyorlar. Normal hayatlarına döndükleri zaman geri çekiliyorlar. Ama genel olarak konuşmaktan çekiniyorlar. Anamnezde cinsel öyküye yer verilmemiş. Bireysel görüşmeler doktor tarafından sağlanıyor. Doktor konuşuyordur bu konuyu.” K20

Bir katılımcı cinselliğin çok önemli olmadığını, bakımda yer verilmese de olabileceğini ve hemşirelerin bakımında yer almaması gerektiğini, bu durumu hoş karşılamadığını ifade etti;

“Rutin olarak konuştuğumuz konular değil. Benim hasta grubum atak döneminde olduğu için cinsellik konusunu pek konuşamıyoruz maalesef. Hastalar da konuşmak isteyebiliyor bazen özellikle partnerleriyle ilgili. Bizde elimizden geldiğince destek olmaya çalışıyoruz. Ama hemşire bakımında yer vermese de olur. Çok önemli değil. Hemşirelerin görevleri arasında olmaması gereken bir şey bence. Biraz daha yetiştirildiğim aileden dolayı muhafazar düşünüyorum. Hastalarla bu konuları konuşmayı çok hoş karşılamıyorum. Hemşirelerin de tabu ve mitleri oluyor. Bu konu da desteklenirsek belki cinsel bakıma yer verebiliriz.” K5

Bazı katılımcılar hastaların çekindiklerini ve cinsellekle ilgili konuşmak istediklerinde kendilerinin odadan çıkmasını istediklerini şöyle ifade etti;

“Erkek servisinde çalışıyorum. Genelde hastalar çekiniyor hatta bazen doktorla konuşurken bile vizite sırasında kadın arkadaşlar çıksınlar diye isteklerde bulunuyorlar. Çok nadir konuşmak isteyen oluyor. Anamnezimizde cinsellik ile ilgili ibare yok. Öykü alırken “Ailede psikiyatrik rahatsızlık var mı? İntihar öyküsü var mı?” diye soruyoruz. Bizim için bunlar daha önemli. Hemşireler bakımlarında cinselliğe yer vermeli ama bu şartlarda zor. Ortam personel sayısı, yoğunluk, fazla evrak işi gibi. Cinsel bakım verebilmemiz için gerekli destekler sağlanmalı.” K12

Bir hemşirede bu konuyu konuşmadığını ve çekindiğini görüşme sırasında daha iyi anladığını ifade etti.

“Zor bir konu. Özellikle tercih ettiğim bir konu değil. Şimdi sizinle konuşurken fark ettim. Benimde konuşurken çekindiğim bir konu. Çünkü defansif bir tutumla karşılaştığımda kendimi geri çekebilirim. Ama konuşulması gereken bir konu. Genellikle riskli eylem sorgularken, madde kullanımı olan hastada cinsel yolla bulaşan hastalık ile ilgili bilgi alırken sordum ama primer olarak sorgulamadım.” K6

Bazı katılımcılar hemşirelerin cinsellik konusunda yetkin olmadığını, kendi cinsel yaşamlarında kendilerine yetmediklerini vurguladı;

“Hemşirelerin bu konuda çok fazla bilgi sahibi olduklarını düşünmüyorum. Hastayla ilk başta terapötik iletişim konusunda sıkıntı yaşayabiliyoruz. Birazcık daha nasıl konuşulabilir? Bu konu normalleşebilir? Bunun üzerinde durabiliriz. Çünkü hemşirelerde bu konuyu nasıl konuşacağını bilmiyor. “Hasta yanlış anlar mı?” gibi düşüncelerde olabiliyor. Hemşirenin kendi tabuları da olabilir. Maalesef ki cinsellik toplumumuzda konuşulan bir konu değil. Üstü kapatılan bir konu. Ama üstü kapatılmaması gereken bir konu. Bastırdıkça daha çok ortaya çıkıyor.” K2

“Toplum olarak kendine bile yetemeyen insan var. Bunun içinde hemşireler var. Ama cinsel konularda kendine yetemeyen hemşire hastaya ne kadar yardımcı olabilir. Her ne kadar eğitim alsak, okusak da hayatımızda pratiğimizde eksik olduğumuz için sağlıklı bir bakım veremeyiz.” K17

Bazı hemşirelerde bakımda cinselliğin yeri olmadığını ve hekim ya da psikoloğun bu konu ile ilgilenmesi gerektiğini ifade etti;

“Hayır konuşmam. Bizim gibi cinselliğin tabu olduğu toplumlarda konuşmak zor oluyor. Bakımlarında yer vermelerine gerek yok. Psikoloğa ya da psikiyatriste yönlendiririz.” K8

“Bence hemşireler konuşmamalı eğitimini almadık yeterli bilgi sahibi değiliz. Doktorların ve psikologların işi olmalı.” K4

Bazı katılımcılar karşı cinsteki hastaların kendilerine yönelik duyguları nedeniyle cinselliği konuşmamaya çalıştıklarını, aynı cinsiyetten olan kişilerin bakım verdiğini, bazen doktorların da libido artışı olan hastalar için kendilerini uyardıklarını şöyle özetledi;

“Kadın servisindeyken konuşuyordum ama erkek servisinde bunu yapamıyorum akut döneminde oldukları için. Zaten normalde bize âşık oluyorlar. Cinselliği konuşsam o yakınlığı kurmuş olurum. Erkeklerle genelde erkek sağlık personelleri konuşuyor. İhtiyaçları varsa genelde erkek sağlık memurları konuşuyor. Cinsiyete göre bu konuşmayı yapıyoruz öyle diyeyim. Kadın hastalardan talep geliyordu ama erkek hastalardan pek talep gelmiyordu. Ben de talep etmiyorum açıkçası. Özellikle geç erkekler erkek sağlık memuruyla konuşmayı tercih ediyor. Daha büyük yaştakiler bir tık daha rahat onlardan. Doktorlarla değil de bizimle konuşmayı tercih ediyorlar. Bizi daha yakın görüyorlar. Sürekli klinikte olduğumuz için.” K3

“Hayır, özellikle konuşmamaya çalışıyoruz. Çünkü genelde hastalar erkek oluyor çalışanlarda kadın. Bize karşı yönelimleri oluyor; duygusal olarak yaklaşmak veya temas olarak dokunmak istiyorlardı. Hastalarda talep etmiyor genelde. Bakımızda cinselliğe yer vermiyoruz. Anamnezimizde de yok zaten. Bazen libido artışı olan hastalarda doktor uyarı yapıyor dikkat edin diye.” K11

Öte yandan bir katılımcı hemşirelerin cinsel yaşamlarının olmadığı, ya da sağlıklı bir cinsel yaşamlarının olmamasının da hastaların cinsel yaşamları ile ilgili konuşmasını etkilediğini şöyle vurguladı;

“Bir hemşire psikiyatri hastasına cinsellik ile ilgili ne kadar eğitim verebilir bakım sağlayabilir? Sonuçta karşımızdakiler hasta bireyler. Neyi nerde konuşacağımızı bilmeliyiz. Daha çok zarar verebiliriz. Bir eğitim alınması gerekiyor. Ayrıca biz hemşirelerde ruhsal olarak ne kadar sağlıklıyız ki. Bu kadar sağlıklı değilken hasta olan bir bireye nasıl doğru bakım verebiliriz. Mesela bir kadın hemşirenin eşiyle cinselliği ne kadar sağlıklı ki bir başkasına cinsel ile ilgili bakım versin. Yetersiz oldukları içinde cinsel bakım vermemeliler. Hemşirelerin hastalara bakış açısını da değiştirmesi gerekiyor. Biz onları kabullenmiyoruz. Bizlere karşı davranışlarını istemli saldırı hakaret olarak algılıyoruz. Cinsel yönelimlerini sapık olarak algılıyorlardı. Bu da onlara karşı tepkili olmamıza neden oluyor. Hemşire kendini geliştirmişse bakımına cinselliğe yer vermelidir.” K11

Ana Tema 5. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsel Sağlığı ile İlgili Yapılması Gerekenler

Bu tema altında bazı ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri aslında cinselliğine hemşirelik bakımına dâhil edilmesi gerekliliğini, bunun için de yapılması gerekenleri özetlediler. Bu ana tema altında eğitim ve danışmanlık ile göz ardı etmemek adında iki alt tema belirlendi.

Alt Tema 5.1. Eğitim ve Danışmanlık

Çalışmaya katılan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri hem hasta ve hasta yakınlarına hem de hemşirelere yönelik cinsellikle ilgili eğitimler planlaması gerektiğini belirttiler. Ayrıca hasta tanılama formlarında da cinsellik boyutunun incelenmesi gerektiğini söyleyen katılımcılar oldu. Katılımcılardan bazıları hastaların cinsel sağlıkları ile ilgili istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik eğitimler verilmesi gerektiğini açıkladı.

“Cinsellik bizim toplumumuzda tabu. Çoğunluğu sosyo-kültürel düzeyi daha düşük kişilerle çalışıyorum. Bu kişilerin bilgi ve tanımlama konusunda eksik olduklarını görüyorum. Anamnez alırken veya bir şey sorarken karşılaştığımız durumlar. Konuşulmaktan kaçınılan ve eğitime açık olunmayan bir konu. Bu durum ruhsal bozukluğu olan kişilerin cinselliğini daha kötü etkiliyor. Remisyon dönemlerinde sağlıklı bireylerden farkı olmuyor. Ancak özellikle duygudurum bozukluğu olan hastalarda ya da kişilik bozukluğu olan hastalarda riskli eylem olarak geçiyor. Bu kişilerin muhakeme gücünün bozulduğu, dürtü kontrolsüzlüğünün yaşandığı dönemlerde kötüye kullanma olabiliyor karşı taraftan. Bu konularda hastaların özellikle eğitim almaları gerektiğini düşünüyorum. Hem cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler konusunda. Hem de travmatize etkisi oluyor remisyon döneminde.” K6

“Eğitim programları planlanabilir. Evlendikleri zaman kontrolsüz çocuk sahibi olabiliyorlar. Hemşirelerinde eğitimi ve iletişimi geliştirilebilir.” K20

“Hastalar ve yakınlarıyla konuşulmalı, bilgi verilmeli cinsellik konusunda. Anamnezlerde cinselliğe yer verilmeli.” K12

Çoğu katılımcı hemşirelerin cinsellik konusunda yetkin olmadıklarını ve eğitim almaları gerektiğini ifade etti. Bu eğitimlerin hizmet içi eğitimler ya da sertifikalar şeklinde olabileceğini ifade ettiler.

“[Hemşireler] Yeterli değiller çünkü kendileri cinselliklerini sağlıklı bir şekilde yaşamıyorlar ki cinsel bakım versinler. Bu konu da eğitimler düzenlenebilir.” K1

“Hemşirelerin bu konuda yeterli olduklarını düşünmüyorum. Hizmet içi eğitimlerle desteklenebilirler.” K5

“Hemşireler bakımında cinselliğe yer vermeli. Hastaları bütüncül değerlendiriyoruz. Bunun içinde cinselliğe de yer verilmeli. Pek yeterli olduklarını düşünmüyorum hemşirelerin. Öncelikle bu konuları konuşabilme noktasında desteğe ihtiyaç var. Toplumsal tabuyu yıkmak, kendi yargılarımızdan kurtulmak. Bilgi seviyemiz artırılmalı. Hastayla görüşme sağlayacağız ama biz ne kadar biliyoruz.” K6

“Bilgi düzeyleri kısmen yeterli. Eğitim olarak desteklenmelidir bu yüzden. Ayrıca hastalarla daha fazla vakit geçirebilmeleri için zaman yaratılması. Güvenli ortam sağlanmalı.” K7

“Hemşirelerinde tabu ve mitleri var. Cinselliği ayıplayıp konuşmak istememe davranışları olabiliyor. Yeterli eğitim almalılar. Eğitim programlarına katılımları sağlanmalı. Kurum içi eğitimler artırılabilir. Sertifikalı programlar artırılabilir, uygun fiyata getirilebilir.” K9

“Yeterli bilgiye sahip değil. Eğitim almalılar. Hemşirelerde toplumdaki insanlar gibi tabu mit ve inançlara sahip. Hastaların cinsellikleri ile ilgili durumları ayıplıyorlar. Düşünceleri değişmeli ve bu konuda desteklenmeli.” K10

“Doktor, tıbbi sekreter işi hemşireye yüklenmiş. Bunları yapmaktan hastayı gözlemleyemiyoruz. Hastaları hastalıkları tanıyamıyoruz. Zamanla hastaları sağlıklı insanlar gibi görüp yargılıyoruz. Eğitimler verilmiyor. Verilen eğitimler çok verimsiz. Kâğıt verip, okutup, imza alıyorlar. Üniversitede psikiyatri dersi gördük ama saha

bambaşka bu aldığımız eğitim sahada eksik kalıyor. Eğitim konusunda desteklenmeliler.” K12

“Dediğim gibi hemşirelerinde ön yargısı var bu konuda desteklenmeliler. Cinsel eğitim normalleşebilir.” K13

“Eğitim, sertifika verilmedi. Yetersiz olduğunu düşünüyorum. Gerekli eğitimler, destekler sağlanmalı.” K14

“Problem varsa, saptanmışsa bakıma yer verilmeli. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda erkek hemşireler eğitim veriyor. Yeterli eğitim alırsa, hemşireler cinsellik bakımı verebilir.” K15

“Bence yeterli değiller. Ama koşullar sağlanırsa ve gerekli eğitimler alırsa hemşire bunu başarabilir.” K16

“Kendimden yola çıkarak söylüyorum. Bu konu topluma açık olmalı. Eğitimlerle vs. Biz kendimizi geliştirelim ki daha sonra hastalarımıza destek olalım. Hemşireler asistan olarak görülüyor. Hastayı en iyi takip eden kişiler biziz. Ama biz hastalarla ilgili bir şey söylediğimizde sanki çok göz ardı ediliyoruz gibi. Tedaviye daha çok dâhil edilebiliriz. Ben genel olarak yüksek lisansını yapmış, tecrübeli, bilgili kişilerle çalıştım. Genel konularda bilgili yeterli olduğumuzu düşünüyorum. Ama cinsellik konusunda değiliz. Daha fazla okumalar yapılarak, araştırmalar yapılarak, eğitimler takip edilerek kendimizi geliştirmeliyiz.” K18

Bir diğer katılımcı ise hemşirelerin bilgi eksikliği nedeniyle, hastalara olan yaklaşımının hastaların cinsel yaşamlarından etkilendiğini belirtti. Bu konuda da eğitimler olması gerektiğini şöyle ifade etti;

“Hemşire bakımına cinselliği dâhil etmeli çünkü bu alanı cinsellikten ayrı düşünemiyorsunuz. Sadece bakımda değil de güvenlik açısından da. O hastaya bakım verecekseniz hastanın cinselliğini değerlendirmeniz lazım. Birebir mi bakım vermeliyim güvenlik eşliğinde mi gitmeliyim? Mesela hastaya bir psikolog görüşmesi ayarlayacağım ya da günaydın toplantısında yaklaşımım nasıl olmalı. Hasta bu konuyu da konuşmak istiyor. Hemşire bunu göz ardı etmemeli. Hastanın cinsel dürtüsü, libidosu ne durumda bilmesi gerekiyor. Hatta hasta da libido artışı olduğu

zaman hemen doktora haber veriyoruz tedavisine ilaç ekletiyoruz. Bu hastaları rahatlatıyor. Genelde hemşireler yeterli değiller ve bunu kendi arasında bile konuşmaya açık değiller. Bir hastamız var mesela akut döneminde. Pedofili durumundan yatıyor. Bir hemşire bu hasta hakkında cinsi sapık dediğini duydum. Hasta bunu duymuş ve doktora şikayet etmiş. “Özellikle uyardık akut döneminde yaptığı bir şey. Hastayı böyle yargılayıp yaftalayamazsın” diye. Ben bir sağlık personeliysem bunu yapamam. Hemşire olmasına rağmen farkındalığı yok. Hemşireler farkındalık yönünden bilinçlendirilmeli. Hemşirenin en çok ihtiyaç duyduğu şey: psikiyatrideki hastalıklar, bu hastalıkların belirtileri nelerdir, hemşire neler yapabilir, hastanın klinikteki davranışları ne anlama gelir...vb bilmeli. Bu konularda eğitim almalılar. Genelde hizmet içi eğitimler pek yapılmıyor. Sorarak falan öğrendim.” K3

Hastaların cinsel sağlıklarını kararları ve seçimlerinin etkilediğini ifade eden bir katılımcı hastaların bu konuda terapi ya da danışmanlık almaları gerekliliği belirtti;

“Sağlıklı partner seçimleri olmadığı için aslında doğru bulmuyorum. Cinsel sağlığı açısından tabi ön yargım olduğundan değil, sağlıklı karar veremiyorlar. Bu yüzden istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklara açık oluyorlar. Hastaları düşündüğümde karşıyım. Cinsel terapi veya aile danışmanlığı terapisi almalılar.” K8

Alt Tema 5.2. Göz Ardı Etmemek

Bazı katılımcılar cinselliğe zaman ayırıp, bu konuyu konuşmayı göz ardı edilmemesi gerekliliğini şöyle paylaştı;

“Cinsellik göz ardı ediliyor, önemsenmiyor ama konuşulması gereken bir konu.” K9

“Toplumda sağlıklı bireylerde de ruh sağlığı bozuk bireylerde de üstü kapatılmış bir konu. Bence düşünülmesi gereken bir konu.” K2

6. TARTIŞMA

Bu araştırma psikiyatri hemşirelerinin, ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin cinsellikleri ile ilgili algılarını incelemeyi amaçlamıştır. Bulgular kısmında belirlenen 5 ana tema başlıklar haline getirilip literatür doğrultusunda nitel olarak tartışıldı.

6.1. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşirelerinin Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsel Yaşamlarını Nasıl Tanımladıklarının Tartışılması

Bu bölümde başta “Cinsellik hakkında düşünceleriniz nelerdir?” sorusu sorularak ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin cinselliği nasıl tanımladıkları sorgulandı. Genel olarak hemşirelerin cinselliği salt fiziki boyutuyla ele aldıkları tespit edildi. Bunun doğrultusunda ikinci soru olarak “Ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinselliği hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusu yöneltildi. Genel olarak ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, ruhsal bozukluğu olan bireylerin aldıkları tanıları doğrultusunda cinselliklerinde değişimler yaşandığını ve bunun sonucunda sağlıklı bir cinsel yaşamlarının olmadığını belirttiler. Bir katılımcı ise tanıya ek olarak kullanılan ilaçların cinselliği olumsuz etkilediğini belirtti. Bazı katılımcılar ruhsal bozukluğu olan bireylerin kimi zaman saldırganlaşabileceklerini özellikle psikotik hastaların cinsel yaşamlarının olmaması gerektiğini belirttiler. Bir katılımcı da iç görüsü olmayan hastaların kısırlaştırılmaları gerektiğini dile getirdi. Bunlara karşın bazı katılımcılar cinselliğin ihtiyaç olduğunu ve muhakeme yetilerinin etkilendiği için cinsel sağlıklarının da etkilendiğini ifade ettiler. Hatta bir katılımcı hastaların desteklenerek sağlıklı cinsel yaşamları olabileceğini “...*Benim yapmam gereken kişiyi buna hazırlamak, desteklemek. Bulaşıcı hastalıklardan korunmasını sağlamak*” (K20) sözleriyle ifade etti. Katılımcıların biri hastalarda istenmeyen gebeliklerin ya da cinsel yolla bulaşan hastalıkların sık görüldüğünü belirtti.

Çalışma bulguları, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel ilgi, ilişki kurma arzusu gibi normal cinsel ihtiyaçlara sahip

olduklarının farkında olduklarını göstermiştir. Literatür incelendiğinde psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinselliği ile ilgili düşüncelerini araştıran yeterli bir çalışma bulunamamıştır. Ancak benzer çalışmaları incelendiğinde, çalışmaların verileri elde edilen bulgular ile benzer niteliktedirler. Çalışmalar cinsel benliklerinin farkında olan hemşirelerin, hastalarla cinsel kaygılarını tartışma ve iyi kalitede cinsel sağlık hizmeti sunma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (95). Aşçı ve Gökdemir (2021) bir çalışmasında bakım planına cinselliği dâhil etmeyen hemşirelerin cinsellik ile ilgili fikirleri daha dar olduğunu ve daha çok cinsel mit ve tabuya sahip olduklarını belirtmişlerdir. Dolayısıyla elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin çoğunun cinsellikle ilgili ön yargıları olduğu ve bunun sonucunda hastaların cinselliği ile ilgili de farkındalıklarının olmadığı söylenebilir.

6.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsel Yaşamlarını Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri bu kısımda genel olarak var olan psikiyatrik tanının, kullanılan ilaçların, toplumun ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutum ve davranışlarıyla beraber damgalamanın ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinselliğini etkilediğini belirttiler. Bazı katılımcılar da çevresel etmenlere ek olarak yaşanan travmatik durumların ve kişilerin duygularını bastırmasının da cinselliği etkilediğini dile getirdiler. Bir katılımcı da “Hastalık, ilaçlar, toplumsal bastırılmışlar, dini takıntılar, eğitim eksikliği.” (K13) diyerek aile tutumu, dini obsesyonlar, toplumun cinselliğe bakışı ve bilgi eksikliğinin hastaların cinsel yaşamını etkilediğini ifade etti.

Literatür de bulgulardaki gibi hastalık ve yanı sıra kullanılan ilaçların ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinselliğini olumsuz etkilediğini saptamıştır (96). Muhakeme bozukluğu, düşünce süreçlerinde bozulma gibi psikotik belirtilerin varlığı bireylerin cinsel yaşamının yanında evlilik ebeveynlik ilişkileri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma durumlarını da etkilemektedir. Buna rağmen güncel literatür şizofreni hastalarının cinselliklerinin genel popülasyondaki

insanlar gibi olduğunu belirtmiştir (96). Polat (2019) “Cinsel işlev bozuklukları ve depresyon” adlı çalışmasında hormon ve endokrin değişimlerin yanında kullanılan çeşitli ilaçların, çevresel, psikososyal gibi etmenlerinde cinsel işlev bozukluklarına yol açtığını belirtmiştir. Ayrıca ruhsal bozukluğu olan bireylerle cinselliğin konuşulmaması da hastalarda problemlere yol açabildiği belirtilmiştir. Bir çalışma bu durumun nedenini hemşirelerin, ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinselliğinin olmadığına inanmalarına bağlamıştır (96). Benzer görüşler başka çalışmalarda da bildirilmiştir. Hemşirelerin bazıları, ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel olarak aktif olmadıklarına inanmaktadırlar (95). Elde edilen bulgular ve literatür bu konuda ayrılmıştır. Herhangi bir katılımcı hastaların cinselliğinin olmadığı düşüncesini belirtmemiştir.

6.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsel Yaşamları İle İlgili Medeni Haklarının Tartışılması

Bu ana tema altında çalışmaya katılan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin “Ruhsal bozukluğu olan bireyler evlenebilir mi ve çocuk sahibi olabilir mi ?” sorularına verdiği yanıtlar tartışıldı. Katılımcıların bazıları evliliğin ruhsal bozukluğu olan bireylere ve eşlerine iyi gelmeyeceğini ifade ettiler. Bir katılımcı ise tedavi olmayan bireylerin ek olarak toplum için de riskli olduğunu belirterek evlenmemeleri gerektiğini ve hatta kısırlaştırılmaları gerektiğini savundu. Birçok katılımcı ruhsal bozukluğu olan bireylerin evlenebileceklerini dile getirdi. Ancak bazı katılımcılara göre evlenecek kişilerin psikoz tanısı olmamalı, bazı katılımcılara göre tedavi olup iç görüsü sağlanan bireyler olmalı; bazı katılımcılara göre ise karşılıklı şeffaflık varsa evlilik olmalıdır. Bazı katılımcılar evlilik olsa dahi ruhsal bozukluğa sahip bireylerin sağlıklı bir cinsel yaşamlarının olmayacağını belirttiler. Bunlara karşılık bir katılımcı evlenme ve çocuk sahibi olma hakkının ruhsal bozukluğu olan bireylerin ellerinden alınamayacağını, bunun insan haklarına aykırı olduğunu dile getirdi. Bu doğrultu da DSÖ (2010) yaptığı bir çalışmada evli olma depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozuklukların riskini azalttığını belirtmiştir (1).

Çocuk sahibi olmak konusunda ise neredeyse bütün katılımcılar ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocuk sahibi olmamaları gerektiğini ifade etmişlerdir. Bir çalışma verilerinden elde edilen bulgulara göre ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocuk sahibi olma istekleri olduğunu kabul etmişlerdir. Ancak ruhsal bozukluğu olan bireylerin çoğunluğunun çocuklarına bakım sağlayamamaları nedeniyle çocuklarına başkalarının baktığını belirtmişlerdir (97). Bu çalışmada da benzer veriler elde edilmiştir. Psikiyatri hemşireleri ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocuk sahibi olma gereksinimlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Ancak ruhsal bozuklukların genetik geçişinin yüksek olduğunu, kendilerine bakamadıklarını, çocuğun sorumluluğunu üstlenemeyeceklerini, ekonomik olarak iyi durumda olmadıklarını, çocuklarının ileride damgalanabileceğini ve travmalar yaşayabileceklerini belirterek ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocuk sahibi olmamaları gerektiğini ifade ettiler. Bu doğrultu da bir çalışma da depresyonda olan kadınların ebeveynlik konusunda daha az şefkat gösterdikleri saptanmıştır (60). Bunlara karşın bir katılımcı prognozu iyi olan bazı tanılı hastaların çocuk sahibi olabileceklerini belirtmiştir. Bazı katılımcılar da aile planlamasının üzerinde durmuştur. Ruhsal bozukluğu olan bireyler içinde doğum kontrolü düşüktür. Bu yüzden cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler görülme oranı yüksektir. Aynı zamanda oluşabilecek komplikasyonlar, velayet kaybı çocuklar ve anneleri açısından morbiditeyi artırmaktadır. (98). Sonuç olarak literatür de aile planlaması üzerinde durmuştur. Aile planlamasının ruh sağlığı hizmetine dahil edilmesi, istenmeyen gebelikleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları azaltabilir.

6.4. Cinselliğin Konuşulmamasının Tartışılması

Çalışmaya katılan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin çoğunluğu ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamları ile ilgili konuşmadıklarını belirtmişlerdir. Ancak ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel sağlık ihtiyaçlarına uygun bakım verilmediğinde, hastalığın iyileşme süresi uzayabilir, relaplara yol açabilir, komorbiditeler ve intihar riskleriyle sonuçlanabilir. Bu nedenle, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri konfor alanlarından çıkmalı ve bütüncül bakım sürecinin bir parçası olarak cinsellik hakkındaki tartışmayı açmalıdırlar (99).

Katılımcılar cinsellikle ilgili mitlerden ve tabulardan, ruhsal bozukluğu olan bireyler ve ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri ile ilişkili faktörlerden kaynaklı cinsellik hakkında konuşmadıklarını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar toplumdaki cinsellik ile ilgili tabu ve mitlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yansımaları üzerinde dururken bazı katılımcılar da hemşirelerin de bu toplumun bir parçası olduğunu ve dolayısıyla onların da tabu ve mitlere sahip olduklarından hastalarla cinselliği konuşmadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada ruhsal bozukluğu olan bireyler, hekimiyle görüşmesi sırasında cinsellik konusunu konuşmak istemelerine rağmen çekingenlik, utangaçlık ve görüşme sürelerinin kısıtlılığı gibi sebeplerden ötürü cinsellik ile ilgili konuşmadıklarını ifade etmişlerdir (100). Yine aynı çalışma da ruhsal bozukluğu olan kadınların %73,1' i erkeklerin 50,9' u gözetimi altında oldukları hekimler tarafından cinsellik ile ilgili bakım almadıklarını bildirmişlerdir (100).

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin bakımlarında cinselliğe yer vermemelerinin nedenleri ile ilgili literatür ve çalışma da elde edilen bulgular uyusmaktadır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin cinselliği değerlendirmeme nedenleri olarak aşağıdakiler sıralanabilir:

- Hemşire/hemşirelik öğrencilerinin hastaların cinsel problemlerine yönelik danışmanlık verebilecek bilgilerinin ve iletişim becerilerinin olmaması ve olduğuna inanmaması,
- Hemşire ve hastaların cinsellikle ilgili önyargı, tutum ve inançları,
- Uygunsuz fiziki şartlar (Bireysel görüşme yapılacak odanın olmaması gibi),
- Hemşire ve hasta arasında ki güven eksikliği,
- İş yoğunluğundan dolayı yeterli zamanın olmaması,
- Hemşirelerin cinselliği önemsememeleri yer almaktadır (18-20,82,101).

6.5. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsel Sağlığı ile İlgili Yapılması Gerekenlerin Tartışılması

Bu tema altında cinselliğin hemşirelik bakımına dâhil edilmesi gerektiğini düşünen hemşirelerin düşünceleri ve hemşireler tarafından yapılan öneriler

tartıldı. Genel olarak ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri eğitim/danışmanlık ve cinselliğin göz ardı edilmemesi gerektiği üzerinde durmuşlardır.

Hemşireler, kişilerin cinsel sağlığını koruma ve iyileştirmede önemli rol ve sorumluluklara sahiptirler (20). Bu rol ve sorumluluklarını hastaların cinsellik ile ilgili güvenliğini sağlayarak ve danışmanlık yaparak yerine getirirler (21). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, cinsellikle ilgili bir sorunun ortaya çıkması kaçınılmaz olan ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinselliğini değerlendirmesi için gerekli becerilere sahip bir şekilde danışan görevini üstlenmeli. Higgins ve arkadaşları (2008) yaptıkları bir çalışmada ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin insanlara karşı duyarlılarsa, cinsel değerlendirmeyi de bakımlarına eklemesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar, hastalara yönelik eğitimin içeriğinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel sağlıklarını korumak için istenmeyen gebelikleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemeye yönelik eğitimler olması gerektiğini ifade ettiler. Yapılan araştırmalar hemşire/hemşirelik ğrencilerinin hastaların cinsel problemlerine yönelik danışmanlık verebilecek bilgilerinin ve iletişim becerilerinin olmadığını ve olduğuna da inanılmadığını saptamışlardır. Lu ve ark. yaptığı bir çalışmada deney grubundaki cinsel sağlık eğitimi programını tamamlayan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin bilgi, tutum ve öz yeterliliklerinde kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde iyileşme kaydettikleri saptanmıştır (99). Bu yüzden ruh sağlığı psikiyatri hemşirelerinin cinsel sağlık bakımı yeterliliklerini eğitim yoluyla artırmak son derece önemlidir. Çalışmaya katılan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri de eğitimin ve danışmanlığın sadece hasta ve yakınlarına değil hemşirelere yönelik olarak da planlanması gerektiğini belirtmişlerdir.

Sağlık profesyonelleri, ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamlarının veya cinsel sağlık hizmetine ihtiyaçları olmadığını düşünebilirler. Ancak ruhsal bozukluğu olan bireyler için sağlıklı bir cinsel yaşam onların genel iyilik halini artırabilir, cinsel benlik saygısını artırarak yaşama daha fazla katılmalarına ve damgalanmalarının üstesinden gelmelerine yardımcı olabilir (99). Bu nedenle, hemşireler ruhsal bozukluğu olan bireylerin kaliteli yaşamlar elde etmelerini desteklemek için, cinselliği önemseyip bakım yaparken cinselliği göz ardı etmemelilerdir. Bazı katılımcılar da ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin

cinselliğe zaman ayırıp bu konunun göz ardı edilmemesi gerektiğini ifade ettiler. Cort ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada (2001) ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsellikle ilgili sorunlar yaşayabileceklerini ve cinsel öykünün rutin olarak değerlendirmeye eklenmesi gerektiğini kabul etmişlerdir. Ancak ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin, hemşirelik bakımında cinsel değerlendirmeye yer vermediklerini saptanmıştır. Bu çalışma da katılımcıların çoğunluğunun ruhsal bozukluğu olan bireyler için cinselliğin önemli olduğunu ancak cinselliği göz ardı ettiklerini saptamıştır.



7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

7.1. Sonuçlar

Psikiyatri hemşirelerinin psikiyatrik hastalığı olan bireylerin cinselliği ile ilgili düşüncelerini araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Çoğunluğu lisansüstü ve lisans mezunu olan katılımcıların yaş ortalaması 33, psikiyatri hemşiresi olarak çalışma süre ortalamaları ise 5-6 yıl olarak hesaplandı.
- Katılımcıların, ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamlarının olmadığını, cinsel yaşamları olan hastaların ise cinselliklerini sağlıklı yaşamadıklarına inandıkları saptandı.
- Bazı katılımcıların cinselliğin, ruhsal bozukluğu olan bireyler içinde bir ihtiyaç olduğunu bu yüzden ruhsal bozukluğu olan bireylerin desteklenmeleri gerektiğine inandıkları saptandı.
- Bazı katılımcıların ise ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamlarının olmaması gerektiğine inandıkları saptandı.
- Bazı katılımcıların ruhsal bozukluğu olan bireylerin istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar vb. davranışlar açısından risk altında olduklarına inandıkları saptandı.
- Bir katılımcı ruhsal bozukluğu olan bireylerin kısırlaştırılmaları gerektiğini dile getirirken, bazı katılımcıların ise bu bireylerin aile planlaması yöntemleri kullanmaları gerektiğine inandıkları saptandı.
- Bazı katılımcıların ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel açıdan tehlikeli ve saldırgan olabileceklerine inandıkları saptandı.
- Ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsel yaşamlarının olmaması veya cinsel yaşamlarının sağlıklı olmamasının hastalık tanıları, hastalığın belirtileri,

kullanılan ilaçlar, maruz kalınan damgalama, cinsellik ile ilgili mit ve tabular, eğitimsizlik gibi nedenlerden kaynaklı olabileceği saptandı.

- Evlilik konusunda ise bazı katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireyler için evliliğin yasal ve insani bir hak olduğunu ve bu haklarının elinden alınmaması gerektiğine inandıkları saptandı.
- Bazı katılımcılar ruhsal bozukluğu olan hastaların evlenseler bile sağlıklı bir evlilik yapamayacaklarını ve bu durumun onların hastalıklarını alevlendirebileceğine inandıkları saptandı.
- Katılımcıların büyük bir çoğunluğu ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocuk sahibi olmaması gerektiğine inandıkları saptandı. Bu görüşün nedeni ise genellikle ruhsal bozuklukların genetik geçişli olması, ebeveynlerin hastalıklarından dolayı çocukların bakımını yapamayacakları düşüncesi ve bu bireylerin damgalamaya maruz kalma olasılıkları olarak saptandı.
- Katılımcıların hemşirelik bakımlarında ruhsal bozukluğu olan bireylerde cinsellik ile ilgili tanılama yapmadıkları saptandı.
- Katılımcıların cinselliği tanılamama nedenleri hemşire/hastaların cinsellik ile ilgili mitleri ve tabuları, hemşirelerin iş yoğunluğu, hastalığın belirtileri ve prognozu, hasta ve hemşire arasındaki cinsiyet farklılığı, hastaların bu konuya yönelik talepleri, hemşirelerin cinsellik bakımı vermenin hemşirelerin işi olmadığı düşüncesi olarak saptandı.
- Katılımcılar genel olarak ruhsal bozukluğuna sahip hastaların cinselliği için eğitim ve danışmanlık verilmesi gerektiğine inandıkları saptandı.
- Katılımcılar hemşirelerin cinsellik bakımı vermekte yeterli olmadıklarına ve hemşirelerin cinsellik konusunda farkındalıklarının olmadığına inandıkları saptandı.
- Katılımcılar hemşirelerin de cinsellik ile ilgili eğitim almaları ve hemşirelerin cinselliği göz ardı etmemeleri gerektiğine inandıkları saptandı.

7.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Cinselliğin sağlıklı yaşanması hem tedaviye uyumu hem hastalığın prognozu hem de yaşam kalitesini iyi yönden etkilediğinden ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinselliği sağlık profesyonelleri tarafından göz ardı edilmemelidir. Buna göre hemşireler ruhsal bozukluğu olan bireyler dile getirmeseler bile öykü alırken cinselliği değerlendirip bakımlarına dâhil etmelidir.
- Yapılan tedavinin artı eksi yönlerinin değerlendirmesi yapılmalı ve hastanın anlama, karar verme, düşünce süreçleri gibi durumları değerlendirilip hastayla konuşulmalıdır. Hasta ve yakınlarına ilaçlar, mevcut tanı ve cinselliğe etkileri ile ilgili eğitim verilmelidir.
- İstenmeyen gebeliklerin, cinsel yolla bulaşan hastalıkların ve cinsel işlev bozuklukların önlenmesi için aile planlaması bu bireylerde çok önemlidir. Aile planlaması ruh sağlığı hizmetlerine entegre edilmelidir.
- Ruhsal bozukluğu olan bireyler sosyal destek açısından desteklenmelidir. Evlenmek isteyen bireyler için devlet kurumlarında bu bireylere maddi ve manevi destek ağları kurulmalı, aile planlaması yapılmalıdır.
- Ebeveynlikte ruh sağlığı hizmetinin bir parçası olarak görülmeli ve bu konu göz ardı edilmemelidir. Ruh sağlığı hizmet sistemleri ve çocuk sistemleri ile ilgili kurumlar birlikte çalışmalıdır.
- Eğer hemşire cinsel bakım verirken kişisel faktörlerden dolayı problem yaşıyorsa kendi kişisel duygu, davranış ve inançlarının farkındalığını geliştirmelidir.
- Ruhsal bozukluğu olan bireylere, hemşirelere ve hemşirelik öğrencilerine verilen eğitimler cinsel bilgi açısından başarılı olmuştur ve farkındalık oluşturmuştur. Hemşireler için cinsellik eğitimlerinin artırılması

önerilmektedir. Hemşirelik öğrencileri için müfredata cinselliğin daha fazla dâhil edilmesi önerilmektedir.

- Cinsel eğitim ve danışmanlık hastaların tedavisinin bir parçası haline gelmelidir.
- Ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinselliği ile ilgili çok az sayıda çalışmalar vardır. Araştırmalar artırılıp sorunlar tespit edilmelidir.



8. KAYNAKLAR

1. Sexual health. <https://www.who.int/>. Erişim tarihi: 11.02.2024.
2. Doğan M, Solmaz Y, Eycan Ö, Abdan M, Kaya S, Güder P, et al. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Mitler/Cinsel Saldırı Mitlerine İlişkin Tutumları ve Görüşleri. Adli Tıp Bülteni. 2022; 27(1): 24 - 34.
3. Avcıbay B. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Mitlere İlişkin İnanç ve Tutumları. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2020; 10(3): 392-403.
4. Örüklü C, Dağcı DG, Çakmak S. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Mitlere Bakış Açısı ve İlişkili Faktörler. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; (13): 1-87.
5. Yıldız G. En Az Konuşulan En Çok Merak Edilen: Zihin Yetersizliği Olan Yetişkinlerde Cinsellik. AJESİ. 2020; 10(1): 827-855.
6. Namlı Z, Karakuş G, Tamam L, Demirkol ME. Bipolar Bozuklukta Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016; 8(4): 309-320.
7. Doğu B, Kocabiyik A, Karson F, Çitak S, Incesu C. Antipsikotik Tedavi Uygulanan Sızofreni Hastalarında Prolaktin Düzeyleri ve Cinsel İşlevlerin Cinsiyetlere Göre Karsılaştırılması. Noro-Psikyatri Arsivi. 2011; 48: 35.
8. Öbekli T. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı ile Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon, Anksiyete ve Cinsel İşlev Düzeylerinin İncelenmesi. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Fulya MANER).
9. Polat C. Cinsel işlev bozuklukları ve depresyon. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi. 2019; 3(6): 223-228.
10. Yüksel RN, Yaylacı ET, Kaya H, Erzin G, Akdağ EM, Demirci A, et al. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda cinsel işlevler ve prolaktin düzeyleri. Klinik Psikiyatri. 2019; 22: 48-56.
11. Çakmak S, Karakuş G, Evlice YE. Şizofrenide Cinsel İşlev Bozuklukları: Kesitsel Bir Değerlendirme. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2010; 13(2): 55-64.

12. Ceviz H. Bipolar I bozukluğu olan hastalarda ve eşlerinde cinsel işlev bozukluğu ve etkileyen faktörler. Trakya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2013, Tekirdağ (Danışman: Prof. Dr. Okan ÇALIYURT).
13. Karadağ F, Hariri AG, Kenar J. Şizofreni ve iki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı farkındalık ve riskli cinsel davranışlar. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2004; 7(1): 17-25.
14. Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinselliğinin Değerlendirilmesinde Plissit Modeli'nin Kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 2(4): 524-534.
15. Sabancıoğulları S, Elvan E, Kelleci M, Doğan S. Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. J Psychiatr Nurs. 2011; 2(3): 117-122.
16. Denat Y, Demir Y. Hemşirelikte göz ardı edilen bir durum: Cinselliğe yönelik veri toplama. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi. 2008; 18 (1): 1-7
17. Bal MD. Hemşirelerin Cinsel Bakıma İlişkin Tutum ve İnançları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2014; 11: 38-42.
18. Aşçı Ö, Gökdemir F. Hemşirelik Öğrencilerinde Cinsel Mitler ve Hasta Cinselliğini Değerlendirmeye Yönelik Tutumlar. Sağlık ve Toplum. 2021; 31(1): 100-109.
19. Tuğut N. Gölbaşı Z. Cinselliğin değerlendirilmesi: hemşireler için öneriler ve klinik stratejiler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2014; 11(2): 59-64.
20. Öz HG, Yangın HB, Sözer GA. Cinsel Sağlık Dersinin Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsel Mitleri Üzerine Etkisi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2021; 30(6): 400-408.
21. Karakoyunlu F, Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2009; 12(3): 82-92.

22. Evli M. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutum İlişkisinde Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminin Etkisi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 2021; 4(1): 64-74.
23. Yılmaz, R. Cinsel İşlev Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Terapi ve Diğer Psikoterapi Yöntem ve Teknikleri. Telakki Sosyal Bilimler Dergisi. 2023; 1(1): 46-59.
24. Güven, D. Kapsamlı Cinsellik Eğitimi ve Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bireyler. J Soc Humanit Sci Res. 2021; 8(66): 284-300.
25. Cinsellik. <https://sozluk.gov.tr/?ara=C%C4%B0NSELL%C4%B0K>. Erişim Tarihi: 11.02.2024.
26. Üçüncü H. Kadınlarda Premenstrual Sendrom ile Cinsel İşlev ve Çift Uyumu İlişkisinin İncelenmesi. O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, Ordu (Danışman: Prof. Dr. Nülüfer ERBİL)
27. Türkseven A, Söylemez İ, Dursun P. Cinsel İşlev Bozuklukları ile Evlilik Uyumu Arasındaki İlişki. Kriz Dergisi. 2020; 28(1): 9-20.
28. Bal Z, Gökbulut N, Uçar T. Kadınlarda Cinsel Sıkıntının Depresyon, Anksiyete ve Stres Üzerine Etkisi. Androloji Bülteni. 2022; 24(2).
29. Cinsel eğitim- giriş. <https://www.cised.org.tr/icerik/145/cinsel-egitim-giris>. Erişim Tarihi: 11.02.2024.
30. Dünya cinsel sağlık derneği'nin (WAS) 24. Kongre özetleri. <https://www.worldsexualhealth.net/>. Erişim tarihi: 11.02.2024.
31. Bilgilendirme dosyaları. <https://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/37/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>. Erişim Tarihi: 11.02.2024.
32. Mert DG, Özen NE. Genel Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Kadın Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu ve İlişkili Sosyokültürel Parametrelerin Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri. 2011; 14: 85-93.
33. Beji N, Serin Ö. Cinsellikle İlgili Kuramlar ve İlk Bilimsel. Androloji Dergisi. 2011; 45: 160-163.
34. İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2004; 7(Suppl 3): 3-13.

35. Gündüz CS, Gürkan ÖC. Cinsel İşlev Bozukluklarında Kanıta Dayalı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Uygulamaları. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi*. 2021; 2(3): 67-77.
36. Topaç M, Bolsoy N. Doğum Şeklinin Kadın Cinsel İşlevi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 4(1): 45-55.
37. Aksöyek A, Canatar T. Cinsellik ve cinsel eğitim. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2015; 9(2): 54-58.
38. Işık M. Evli kadınlarda özgül fobi, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel işlevleri arasındaki ilişki. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hakan Kardeş).
39. Gölbaşı Z, Erenel AŞ, Turan Z. Gebelikten Koruyucu Yöntem Kullanan Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Belirlenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 2(1): 9-17.
40. Koçak DY, Büyükkayacı Duman N. Türkiye’de hemşirelik alanında üreme sağlığı-cinsel sağlık konularında yapılmış olan tezlerin içerik açısından incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; (2): 265-270.
41. Gölbaşı Z. Sağlıklı Gençlik ve Toplum İçin Bir Adım: Cinsel Sağlık Eğitimi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2003; 6(6).
42. Derya YA, Taşhan ST, Uçar T, Karaaslan T, Tunç ÖA. Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumların Cinsel Tabulara Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 6(1): 1-8.
43. Öz HG, Sözer GA, Yangın HB. Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsel Mitlere İnanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2020; 3(2): 136-145.
44. Özdemir Ö, Yılmaz M. Sağlık Profesyonellerinin Cinsel Mitlere İnanma Durumlarının Belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2020; 4(3): 221-232.
45. Hariri AG, Karadağ F, Gökalp P, Aksoy UM. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Olan Hastalarda Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve

- Riskli Cinsel Davranışlar. Sağlıklı Kontrol Grubu ile Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi. 2009; 46: 52-60
46. Öz M, Kısa C. Cinsellik ve Duygular: Bir Gözden Geçirme. Habitus Toplumbilim Dergisi. 2023; 4(4): 211-228.
47. Yiğit MC. Bireylerde Benlik Saygısı ve Cinsel Özyeterlilik İlişkisinde Bilişsel Çarpıtmaların Rolü. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Mahir YEŞİLDAL).
48. Segraves RT, Balon R. Antidepressant-induced sexual dysfunction in men. Pharmacol Biochem Behav. 2014; 121: 132-7.
49. Taylan S, Özkan İ. Stomalı hastaların yaşadıkları cinsel sorunlar: Sistemik çalışma. Androloji Bülteni. 2021; 23(3).
50. Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2003; 6(4): 189-197.
51. Doğu B, Güler J, Çıtak S, Altunkaynak Y, Alpay N. Şizofreni Hastalarının Cinsel Yaşama İlişkin Öznel Düşüncelerinin Cinsiyetler Arası Karşılaştırması. Klinik Psikiyatr Dergisi. 2012; 15: 238-47.
52. Üçok A, İncesu C, Aker T, Erkoç Ş. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia on antipsychotic medication. Eur Psychiatry. 2007; 22(5): 328-333.
53. Şizofrenide cinsel işlev bozuklukları yönetimi. <http://2024.psikiyatrizarvesi.org/wp-content/uploads/2024/04/9.-Psikiyatri-Zirvesi-ve-16.-Anksiyete-Kongresi-2024-web-press-5.pdf>. Erişim tarihi: 26/07/2024.
54. Bipolar Bozuklukta Cinsel İşlev Bozuklukları Yönetimi. <http://2024.psikiyatrizarvesi.org/wp-content/uploads/2024/04/9.-Psikiyatri-Zirvesi-ve-16.-Anksiyete-Kongresi-2024-web-press-5.pdf>. Erişim tarihi: 26/07/2024.
55. Depresyonda Cinsel İşlev Bozuklukları Yönetimi. <http://2024.psikiyatrizarvesi.org/wp-content/uploads/2024/04/9.-Psikiyatri->

[Zirvesi-ve-16.-Anksiyete-Kongresi-2024-web-press-5.pdf](#). Erişim tarihi: 26/07/2024.

56. Morokoff J, Gilliland R. Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *J Sex Res.* 1993; 30: 43-53.
57. Abernethy V. Sexual knowledge, attitudes and practices of young female psychiatric patients. *Ardı Gen Psych.* 1974; 30: 180-182.
58. Fatalizade S. Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Bireylerde Evlilik Doyumunun İncelenmesi. Bursa Uludag University Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Bursa (Danışman: Prof. Dr. Salih Saygın EKER).
59. Pehlivan, K. Psikiyatrik Kadın Hastalarda Evlilik ve Ebeveyn Olma: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam.* 2006; 19(3): 143-154.
60. Köroğlu A, Hocaoğlu Ç. Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2017; 7(3): 170-175.
61. Maner F, Ersoy Z, Uygur N: Nörotik ve nörotik olmayan hastaların eşlerinin hastaya, hastalığa karşı tutumu ve anksiyete düzeyleri. X III. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 1997; 293-300.
62. Avcil C, Bulut H, Sayar GH. Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2016; (2): 175-202.
63. Ergün G. Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Şizofren Tanısı Almış Bireylere Bakış Açılı. *Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Antalya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Kamile Kukulcu).*
64. Yenilmez Ç, Güleç G, Ernur, D, Aydın A, Yücel Ö, Asil G ve ark. Eskişehir’de Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Şizofreniye Yönelik Bilgi ve Tutumları. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2010; 13(4): 185-95.
65. Özyiğit Ş, Savaş HA, Ersoy MA, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. *In Yeni Symposium Dergisi.* 2004; (Vol. 42, No. 3, pp. 105-112).
66. Köroğlu A, Hocaoğlu Ç. Şizofrenide Aile Yükü, Aile İşlevleri ve Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi.* 2019; 11(3): 294-302.

67. Darol ES, Karapınar A. Cinsiyet ve Medeni Durum ile Stres Zemininde Oluşan Hastalıkların İlişkisi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2022; 12(2): 263-272.
68. Eaton WW (1975) Marital status and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 52: 320-329.
69. Chasan MT, Karakuş G, Tamam L, Demirkol ME. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Psikotik Semptomların Tekrarlayan Yatışlara Etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 13(1): 75-86.
70. Gülsün M, AK M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009; 1(1): 68-79.
71. Miller LJ. Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1997; 23(4): 623-635.
72. Montejo AL, de Alarcón R, Prieto N, Acosta JM, Buch B, Montejo L. Management strategies for antipsychotic-related sexual dysfunction: a clinical approach. *J Clin Med*. 2021; 10(2): 308.
73. Rothmore J. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Med J Aust*. 2020; 212 (7): 329-334.
74. Finn SE, Bailey JM, Schultz RT, Faber R. Subjective utility ratings of neuroleptics in treating schizophrenia. *Psychol Med*. 1990; 20(4): 843-848.
75. Costa AMN, Lima MSD, Mari JDJ. A systematic review on clinical management of antipsychotic-induced sexual dysfunction in schizophrenia. *Sao Paulo Medical Journal*. 2006; 124: 291-297.
76. Downing L, Kim DD, Procyshyn RM, Tibbo P. Management of sexual adverse effects induced by atypical antipsychotic medication. *J Psychiatry Neurosci*. 2019; 44 (4): 287-288.
77. Clayton AH, Alkis AR, Parikh NB, Votta JG. Sexual dysfunction due to psychotropic medications. *Psychiatr Clin North Am*. 2016; 39 (3): 427-463.
78. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Ledesma A, Bouso o M, Calcedo A, De la Gandara J. SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther*. 1997; 23: 176-194.

79. Bölüktaş RP, Zülfünaz Ö, Yıldırım D. Uluslararası hemşirelik and'ının mesleki değerler açısından incelenmesi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2018; 6(13): 83-98.
80. Dağhan Ş. “Halk Sağlığı Hemşireliği Felsefesiyle Hemşire Olmak” Anlamı Nedir?. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2017; 10(2): 107-112.
81. Higgins A, Barker P, Begley C. ‘Veiling sexualities’: a grounded theory of mental health nurses responses to issues of sexuality. J Adv Nurs. 2008; 62(3): 307-317.
82. Kautz DD, Dickey CA, Stevens MN. Using research to identify why nurses do not meet established sexuality nursing care standards. J Nurs Qual Assur. 1990; 4(3): 69-78.
83. Taş G, Dikeç G, Baysan Arabacı L. Türkiye’de ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında yürütülen lisansüstü tezlerin niceliksel ve içerik açısından incelemesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2019; 10(3): 173-180.
84. Ünsal G, Karaca S, Arnik M, Öz Y C, Aşık E, Kızılkaya M. Ve ark. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. Clin Exp Health Sci. 2014; 4(2): 90-95.
85. Batmaz M, Yazıcı GH. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğine Giriş. Ed: Batmaz M, Yazıcı GH. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Nobel tip kitabevleri, İstanbul; 2021, s: 1-8
86. Ciydem E, Kackin O, Kutlu FY. Experiences and opinions of nurses working in psychiatric wards on assessing patients' sexual health: A qualitative study. Perspect Psychiatr Care. 2021; 57(3): 1222-1230.
87. Cort EM, Attenborough J, Watson JP. An initial exploration of community mental health nurses’ attitudes to and experience of sexuality-related issues in their work with people experiencing mental health problems. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2001; 8(6): 489-499.
88. Yıldırım A, Şimşek H. Nitel Araştırmalarda Örneklem. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri; Seçkin Yayıncılık. İstanbul; 2008, s: 104-112.
89. Aksayan S, Emiroğlu ON. Araştırma Tasarımı. Ed: Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma: İlke Süreç ve Yöntemleri. Odak Ofset, İstanbul; 2002, s: 49-63

90. Ersoy AF. Eğitimde Nitel Araştırma Desenleri. Ed; Saban A, Ersoy A. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara: Anı Yayınları. 2017, s: 81-138.
91. Joseph Ml. Innovates In Nursing: A Phenomenological And Consttuctivist Study. Capella University, Dissertation. 2007, Minneapolis (Adviser: Ph.D. Richard F. Flor).
92. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006; 29(5): 489-497.
93. Corben V. Misusing Phenomenology in Nursing Reseach: Identifying the issues. Nursing Resacher. 1999; 6(3): 52-66.
94. Arslan E. Nitel Araştırmalarda Geçerlilik ve Güvenilirlik. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2022; (51): 395-407.
95. Azar M, Kroll T, Bradbury-Jones C. How do nurses and midwives perceive their role in sexual healthcare?. BMC Womens Health. 2022; 22(1): 330.
96. İncedere A. Küçük DDL, Psikiyatri hastalarında cinsel yaşam ve ilişkili faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman; Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK).
97. Tumwakire E, Arnd H, Gavamukulya Y. A qualitative exploration of Ugandan mental health care workers' perspectives and experiences on sexual and reproductive health of people living with mental illness in Uganda. BMC Public Health. 2022; 22(1): 1722.
98. Kelly DL, Conley RR. Sexuality and schizophrenia: a review. Schizophr Bull. 2004; 30(4): 767-779.
99. Lu MJ, Li JB, Wu CY, Huong PTT, Hsu PC, Chang CR. 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. 2024; 30(1): 17-29.
100. Donnelly DA. Sexually inactive marriages. J Sex Re. 1993; 30: 171-179.
101. Gölbaşı Z, Evcili F. Hasta Cinselliğinin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik: Engeller ve öneriler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023; 16(3), 182-18

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı		Soyadı	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-posta			

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise		
Lisans		

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
	Hemşire		

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS/ÜDS/Y DS	YÖKD İL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	30							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			

10. EKLER

EK-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışmabiriminde çalışmakta olan hemşire Duçem EKTİ tarafından yürütülmektedir. Araştırma, Psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin cinsellikleri ile ilgili algılarını incelemek amacıyla planlanmaktadır.. Çalışma kapsamında kan ile ilgili ve kesici ya da delici herhangi bir girişim uygulanmayacaktır.

Bu çalışmada yer aldığınız takdirde sizi tanımamızı sağlayacak kişisel ve sosyodemografik özelliklerinizi içeren bir **Kişisel bilgi formu'nu** doldurmanız istenmektedir. Tüm uygulamalar ve görüşmeler araştırmacı tarafından gerçekleştirilecektir. Bu formları doldurmanız 30 dk sürecektir. Çalışma kapsamında kan ile ilgili ve kesici ya da delici herhangi bir girişim uygulanmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır, ayrıca istediğiniz zaman çalışmadan çekilebilirsiniz. Araştırmadan çekilme halinde veya istemediğiniz takdirde bilgileriniz bilimsel amaçla kullanılmayacaktır. Bununla birlikte bilgiler kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık bakanlığına açık olacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır. **Sizden beklenen, araştırma sonuçlarının güvenilir olması açısından soruların sizi yansıtacak şekilde samimiyetle cevaplanmasıdır. Bu araştırma için herhangi bir ödeme yapmayacaksınız, araştırmaya katıldığınız için size de bir ödeme yapılmayacaktır.**Bu araştırmanın yapılabilmesi için kurumdan izin alınmıştır.

Bu araştırma ile ilgili olarak karar verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye; doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili olaraknumaralı telefonda araştırmacı Duçem EKTİ' ye ulaşabilirsiniz.

Ben, (gönüllünün adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Duçem EKTİ

Adres: Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım, sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı, onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerinde haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:...../...../.....

SORUMLU ARAŞTIRMACI

Adı Soyadı	Tarih	İmza
Doç.Dr. Funda GÜMÜŞ		

DANIŞMAN

Adı Soyadı	Tarih	İmza
Doç.Dr. Funda GÜMÜŞ		

Bu çalışmaya özgür irademle gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman ayrılacağımı bilerek, şahsımdan sağlanan bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ KATILIMCI

Adı Soyadı	Tarih	İmza

EK-2 Kişisel Bilgi Formu

Gönüllünün Adı soyadı:

Tarih:

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet:

a. Kadın

b. Erkek

3. Medeni durum:

a. Bekâr /Dul

b. Evli

4. Çocuk sayısı:.....

5. Eğitim düzeyi:

a. Ortaokul

b. Lise

c. Lisans ve üstü

d.Lisans

üstü/Doktora

6.Gelir durumu?

a. Kötü

b. Orta

c. İyi

7.Ailenin yapısı

a. Muhafazakar

b.Dini inancı olmayan

d.Demokrat

8.Ailenin Cinsel Konularla İlgili Yaklaşımları

- a.Cinsellik ile ilgili konular konuşulurdu ve bilgi verilirdi.
- b.Cinsellik ile ilgili konular konuşulmazdı ve bilgi verilmezdi.
- c. Cinsellik ile ilgili konular konuşulmazdı ama bilgi verilirdi.
- d.Cinsellik konuşmak yasaktı.

9.Cinsel ilişki yaşama deneyimi

- A.Var
- b. Yok

10.Cinsellik ile ilgili yeterli bilgiye sahip olma durumu

- a. Olan
- b.Olmayan

11.Psikiyatri kliniği/Toplum ruh sağlığı merkezi'nde isteyerek mi çalışıyorsunuz?

EVET () HAYIR ()

Evet ise neden bu alanı tercih

ettiniz?.....

.....

.....

12.Psikiyatri alanında herhangi bir eğitim ve /veya sertifikanız var mı? EVET ()

HAYIR ()

Meslekte bulunma süreniz:

.....

.....

EK-3 Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. Cinsel sağlığı nasıl tanımlarsınız?
2. Ruhsal bozukluğu olan hastaların cinselliği hakkında ne düşünöyorsunuz?
3. Size göre ruh sağlığı bozukluğu olan bireyler evlenebilmeli mi?
4. Size göre ruh sağlığı bozukluğuna sahip olan bireyler çocuk sahibi olabilir mi?
5. Hastalarınızla cinselliği konuşur musunuz?
6. Psikiyatri hemşirelerinin cinsellik konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünöyor musunuz?
 - 6.1 Psikiyatri hemşirelerinin hastalarının cinselliği ile ilgili hangi konularda desteğe ihtiyaç duyduklarını düşünöyorsunuz? Açıklar mısınız?
7. Ruhsal bozukluğu olan hastalarda cinselliği etkileyen faktörlerin neler olduğunu düşünöyorsunuz?
8. Bu konu ile ilgili önemli olduğunu düşünödüğünüz ama size sorulmayan eklemek istediğiniz bir ayrıntı var mı?

EK-4 ETİK KURUL KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/09/2023-564608

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/09/2023-563631

	DİCLE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU PROJE ONAY BELGESİ FORMU (EK 4)
---	---

Üniversitemiz Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi/Enstitüsü Hemşirelik Bölümünde Yüksek Lisans Öğrencisi olan Duçem EKT'nin Doç. Dr. Funda GÜMÜŞ danışmanlığında "Psikiyatri Hemşirelerinin Psikiyatri Hastalarının Cinselliklerine Yönelik Algıları" başlıklı çalışması, Dicle Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Yönergesi uyarınca değerlendirilmiştir.

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	11/09/2023-560422
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar sayısı	14.09.2023—187
<input checked="" type="checkbox"/> Proje etik açısından uygun bulunmuştur.	
<input type="checkbox"/> Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.	
Açıklama:	
<input type="checkbox"/> Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.	
Açıklama:	

Prof. Dr. H. Musa BAĞCI
BAŞKAN

Prof. Dr. Hasan TANRIVERDİ
ÜYE

Prof. Dr. Mehmet Mesut ERGİN
ÜYE

Prof. Dr. Kemal ÖZGEN
ÜYE

Prof. Dr. Mehmet Halis ÖZER
ÜYE

Prof. Dr. Bahar BURTAN DOĞAN
ÜYE

Doç. Dr. Oktay BOZAN
ÜYE

ASLI GİBİDİR

HKM-FRM-499/00

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/09/2023-564608



T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hukuk Müşavirliği



Sayı : E-14679147-663.05-564608
Konu : İnceleme (Projenin Değerlendirilmesi)

18/09/2023

Sayın Duçem EKTİ

"Psikiyatri Hemşirelerinin Psikiyatri Hastalarının Cinselliklerine Yönelik Algıları" başlıklı çalışmanız Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Çalışma ve Yayın Etiği Yönergesi uyarınca Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığı tarafından değerlendirilmiş olup söz konusu çalışmanın bilimsel etik açısından uygun olduğuna ilişkin Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığı kararı Üniversitemiz Rektörlük Makamının 15.09.2023 tarih ve 563765 sayılı Olur'u ile uygun görülmüştür.

Bilgilerini rica ederim.

Av. Rengin AVCI
Hukuk Müşaviri V.

Ek: İlgili Belgeler(1 sayfa)

EK-5 İL SAĞLIK KURUM İZİNİ



T.C.
BATMAN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-96975357-770-229136291
Konu : Duçem EKTİ (Bilimsel Araştırma)

13.11.2023

BATMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 09.10.2023 tarihli ve E-65520872-000-226415018 sayılı dilekçe.

İlgi tarih sayılı dilekçeye istinaden; Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi/Enstitüsü Hemşirelik Bölümünde Yüksek Lisans Öğrencisi olan Duçem EKTİ'nin "*Psikiyatri Hemşirelerinin Psikiyatri Hastalarının Cinselliklerine Yönelik Algıları*" adlı tez çalışmasının Hastanenizde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Dr. Muhammet Atif GÜR
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

11. ORJİNALLİK RAPORU

Duçem EKTİ	
ORJİNALLİK RAPORU	
%8	BENZERLİK ENDEKSİ
%6	İNTERNET KAYNAKLARI
%4	YAYINLAR
%5	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR	
1	Submitted to Dicle University Öğrenci Ödevi %2
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı %2
3	gulhanemedj.org İnternet Kaynağı <%1
4	Ktuncer, Gülsüm Zekiye. "Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Ortak Karar Verme Modeli Temelli Rehberli Kendine Yardım Programının Duygusal Yeme Davranışına Etkisi", Dokuz Eylul Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın <%1
5	Submitted to Istanbul Bilgi University Öğrenci Ödevi <%1
6	www.researchgate.net İnternet Kaynağı <%1
7	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı <%1
8	www.cised.org.tr İnternet Kaynağı <%1
	<%1
9	openaccess.marmara.edu.tr İnternet Kaynağı <%1
10	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı <%1