



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KÖK HÜCRE NAKLİ SONRASI UYGULANAN
MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN CİNSEL YAŞANTI, CİNSEL
ÖZ-BİLİNÇ VE CİNSEL ÖZ YETERLİĞE ETKİSİ**

GÜNAY DİKBİYİK BOZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ESRA KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İSTANBUL-2019

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu çalışmanın ortaya çıkmasından tamamlanmasına kadar tüm süreçlerde beni destekleyen ve cesaretlendiren danışmanım, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN'e çok teşekkür etmek istiyorum.

Çalışmamda bana sabırla yardımcı olan tüm yöneticilerime ve çalışma arkadaşlarıma, çalışmaya gönüllü olarak katılıp, değerli vakitlerini bana ayıran, verilerin toplanmasına katkı sağlayan bu çalışma da yer alan hastalara kendi dünyalarını bana açma cesaretini gösterdikleri ve en mahrem anlarını paylaştıkları için teşekkürlerimi sunmak istiyorum.

Hayatımın her alanında olduğu gibi, eğitimimi sürdürmem konusunda da benden maddi ve manevi desteklerini ve güvenlerini esirgemeyen annem Necla DİKBIYIK'a, babam Musa DİKBIYIK'a, kardeşim Ülkü ÖZTÜRK'e ve tüm aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

- ACYÖ:** Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
aGvHH: Akut Graft versus Host Hastalığı
CMV: Sitomegalovirus
CÖBÖ: Cinsel Öz-Bilinç Ölçeği
CÖYÖ: Cinsel Öz- Yeterlik Ölçeği
CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DMSO: Dimetil Sülfoksit
EBMT: Avrupa Kan ve Kemik İliği Birliği
GvHH: Graft versus Host Hastalığı
GFH: Glomerüler Filtrasyon
HES: Hydroxyethyl Starch
HIV: Human Immunodeficiency Virus
HKHN: Hematopoetik Kök Hücre Nakli
HLA: Human Lökosit Antijen
HS: Hemorajik Sistit
kGvHH: Kronik Graft versus Host Hastalığı
KHN: Kök Hücre Nakli
KT: Kemoterapi
KİT: Kemik İliği Transplantasyonu
RT: Radyoterapi
VOH: Veno-Okluzif Hastalık
WOH: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablolar

SayfaNo.

Tablo 6.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik ve Nakil Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	34
Tablo 6.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Cinsel Yaşamları ve Düşüncelerine İlişkin Bulgular.....	35
Tablo 6.3. Bilgi Almak İsteyen Hastaların Bilgi Almak İstedikleri Sorulara İlişkin Bulgular.....	37
Tablo 6.4. Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Ön Test Ve Son Testteki Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Acyö) Alt Boyut Ve Toplam Puanları.....	38
Tablo 6.5. Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Ön Test Ve Son Testteki Cinsel Öz-Bilinç Ölçeği (Çöbö) Alt Boyut Ve Toplam Puanları.....	41
Tablo 6.6. Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Ön Test Ve Son Testteki Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (Çöyö) Toplam Puanı.....	42
Tablo 6.7. Deney Grubundaki Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Acyö), Cinsel Öz-Bilinç Ölçeği (Çöbö) Ve Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (Çöyö) Ön Teste Göre Son Testteki	43
Tablo 6.8. Kontrol Grubundaki Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Acyö), Cinsel Öz-Bilinç Ölçeği (Çöbö) Ve Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (Çöyö) Ön Teste Göre Son Testteki Puan Değişimlerinin İlişkisi.....	44

Şekiller

SayfaNo.

Şekil 6.1: Uygulama Şeması.....31



İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	iv
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ.....	v
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT.....	2
3.GİRİŞ ve AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	9
4.1. Kök Hücre Nakli.....	9
4.1.1. Kök Hücre Nakli Çeşitleri.....	9
4.1.1.1. Otolog Kök Hücre Nakli.....	9
4.1.1.2.Allogeneik Kök Hücre Nakli.....	9
4.1.2. Kök Hücre Nakli Komplikasyonları.....	10
4.1.2.1. Graft reddi (Rejekülasyonu).....	11
4.1.2.2. Enfeksiyonlar.....	11
4.1.2.3. Oral Mukozit.....	13
4.1.2.4. Hemorajik Sistit.....	13
4.1.2.5. Veno Okluziv Hastalık.....	13
4.1.2.6. Graft versus Host Hastalığı (GvHH).....	14
4.1.2.7. Renal Komplikasyonlar.....	15
4.1.2.8. Endokrin Bozukluklar.....	15
4.2. Cinsel Yaşantı, Cinsel Özyeterlilik ve Cinsel Özbilinç.....	16
4.3. Kök Hücre Nakli Olan Hastalarda Cinsellik ve Hemşirelik.....	18
4.4.Cinsel Danışmanlıkta Kullanılan Yöntemler.....	20
4.4.1.PLISSIT Modeli.....	20
4.4.2.BETTER Modeli.....	21
4.5. Motivasyonel Görüşme Tekniği.....	24
4.5.1. Motivasyonel Görüşmenin Dört Temel İlkesi.....	24

4.5.1.1. Empati Gösterme.....	25
4.5.1.2. Çelişkileri Ortaya Çıkarma.....	25
4.5.1.3. Direnci Çözme.....	25
4.5.1.4. Kendine Yeterliliği Destekleme.....	25
5. MATERYAL VE METOT.....	27
5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	27
5.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	27
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	28
5.5. Veri Toplama Araçları.....	29
5.5.1.Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu.....	29
5.5.2.Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ).....	30
5.5.3. Cinsel Öz Bilinç Ölçeği (CÖBÖ).....	30
5.5.4. Cinsel Öz Yeterlik Ölçeği (CÖYÖ).....	31
5.6. Uygulama.....	31
5.6.1.Müdahale Grubu Uygulaması.....	32
5.6.2.Kontrol Grubu Uygulaması.....	32
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	33
6. BULGULAR.....	34
7. TARTIŞMA.....	45
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
9. KAYNAKLAR.....	52
10. EKLER.....	63
11. ETİK KURUL ONAYI.....	74
12.ÖZGEÇMİŞ.....	77

1.ÖZET

KÖK HÜCRE NAKLİ SONRASI UYGULANAN MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN CİNSEL YAŞANTI, CİNSEL ÖZ-BİLİNÇ VE CİNSEL ÖZ YETERLİĞE ETKİSİ

Randomize kontrollü çalışma deseninde yürütülen bu çalışmanın amacı, kök hücre nakli sonrası uygulanan motivasyonel görüşmenin cinsel yaşantı, cinsel öz-biliş ve cinsel öz yeterliğe etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, Mayıs 2017-Şubat 2019 tarihleri arasında, İstanbul’da özel bir hastanede kemik ilgi nakli ünitesinde kök hücre nakli yapılan hastalar ile yürütülmüştür. Araştırma örneklemini 31 müdahale ve 31 kontrol olmak üzere 62 hasta oluşturmaktadır. Araştırmacı, müdahale grubu hastalarına ilki taburcu edildikleri gün yüz yüze, sonraki 2. ve 3. görüşmeler ise taburculuk sonrası 1.hafta ve taburculuk sonrası 1. ay olmak üzere olmak üzere toplamda üç kez motivasyonel görüşme temelli danışmanlık hizmeti vermiştir. Kontrol grubu hastalarına rutin taburculuk eğitimi dışında herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Araştırmanın sonunda araştırmanın etik yönü nedeni ile kontrol grubuna son test sonrası motivasyonel görüşme uygulanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında, “Sosyodemografik ve Cinsellik Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu”, “Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği”, “Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği” ve “Cinsel Öz- Bilinç Ölçeği” kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Araştırma verileri, araştırmanın ilk günü ve taburculuk sonrası 1. ayda toplanmıştır. Araştırma da elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Araştırmaya katılan 62 hastanın 29’u 40 yaş altı iken, 33’ünün 40 yaş ve üzeri olduğu, 27’sinin erkek hasta, 35’inin kadın hasta olduğu ve yapılan nakil türüne bakıldığında 29’u allogeneik, 33’ü ise otolog hücre nakli olan hastalara yapıldığı saptanmıştır. Araştırma sonunda verilerin değerlendirilmesine bakıldığında motivasyonel görüşmenin cinsel yaşantı üzerine etkisi olduğu bulunurken, cinsel öz-bilinç ve cinsel öz-yeterlik üzerine anlamlı bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel öz bilinç, cinsel öz yeterlik, cinsel yaşantı, kök hücre nakli, motivasyonel görüşme.

2. ABSTRACT

THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEW AFTER STEM CELL TRANSPLANTATION ON SEXUAL LIFE, SEXUAL SELF-AWARENESS AND SEXUAL EFFICIENCY

The aim of this study, which was conducted in a randomized controlled study design, was to determine the effect of motivational interview performed on stem cell transplantation on sexual experience, sexual self-awareness and sexual self-efficacy. The study was conducted with patients who underwent stem cell transplantation in a bone marrow transplantation unit in a private hospital in Istanbul between May 2017 and February 2019. The study sample consisted 31 patients and 31 controls. The researcher provided motivational interview-based counseling services to the intervention group patients three times, the first on the day of discharge, the second and third interviews on the first week after discharge and the first month after discharge. No intervention other than routine discharge training was applied to the control group patients. At the end of the research, motivational interview was applied to the control group after the last test due to the ethical aspect of the research. In the collection of research data, Data Collection Form on Sociodemographic and Sexuality Characteristics, "Arizona Sexual Experiences Scale", Sexual Self-Efficacy Scale and "Sexual Self-Consciousness Scale, which was prepared by the researcher by searching the relevant literature and containing the descriptive information of the patients using face to face interview method. Data were collected on the first day of the study and at the first month after discharge. Research findings obtained in evaluating IBM SPSS Statistics 22 for statistical analysis (SPSS IBM, Turkey) programs were used. Of the 62 patients who participated in the study, 29 were under 40 years old, 33 were 40 years and over, 27 were male, 35 were female, and 29 were allogeneic and 33 were autologous cell transplantation which was made. At the end of the study, it was found that while motivational interviewing had an effect on sexual experience, it did not create a significant difference on sexual self-awareness and sexual self-efficacy.

Keywords: Sexual self-awareness, sexual self-efficacy, sexual experience, stem cell transplantation, motivational interview.

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Kök hücre nakli, sadece kemoterapi tedavisinin ya da hem kemoterapi hem radyoterapi tedavisinin birlikte uygulanmasını takiben, hastanın kendisinden ya da sağlıklı bir donörden elde edilmiş hematopoetik kök hücre kaynağının infüze edilmesi işlemine dayalı bir tedavi çeşididir. Kök hücre nakli işlemi kordon kanından, kemik iliğinden ya da periferik kandan toplanan kök hücreler ile yapılmaktadır (1).

Kök hücre nakli, kemik iliğinin benign ve malign hastalıklarının, solid tümörlerin, genetik bozuklukların tedavisinde yaygın olarak kullanılmakta, (Ünal ve Sarı, 2004). Özellikle malign ve malign olmayan hastalıkların tedavisinde giderek daha fazla tercih edilmektedir (2).

Araştırma sonuçları bu tedavi yönteminin olumlu etki oluşturduğunu kanıtlanmakla birlikte çeşitli riskli durumları da beraberinde getirmektedir (2).

Kök hücre nakli hastalar için kullanılan bir tedavi yöntemidir. Bununla beraber kök hücre nakli komplikasyon için potansiyel ve yan etkiler açısından riskli prosedürdür. Yüksek doz kemoterapi ve radyoterapiye bağlı komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Rejim kaynaklı nötropeni, trombositopeni, enfeksiyon, kanama ve mukozit ile sonuçlanmaktadır. Kemoterapinin yan etkilerinden olan veno oklüzif hastalık karaciğer hasarına neden olmaktadır. Graft versus host hastalığı tedavi sürecinde görülen verici T lenfositlerinin başlattığı bir reddetme sürecidir (3).

Kök hücre nakli sonrası verici T lenfositlerinin başlattığı bir reddetmesi şeklinde gelişen graft versus host hastalığının gelişmesi, nötropeni süresinin uzaması, ağrı, bulantı-kusma gibi fizyolojik; izolasyon süreci, aile sosyal ortamdan uzak kalma, belirsizlik duygusu gibi psikolojik sorunlar hastalarda anksiyete ve depresyona neden olmaktadır.

Yorgunluk kök hücre alıcıları nakilden sonraki birkaç yıl boyunca etkileyen yaygın bir şikayettir. Birçok hasta kök hücre naklini takiben birkaç ay boyunca cinsel aktivitenin kesildiğini ve cinsel zorlukta artış olduğunu gösterir. Bazı araştırmacılar hormon replasman tedavisini cinsel işlev bozukluğunu azaltmak için bir tedavi seçeneği olarak incelemeye başlamış olsalar da kök hücre naklinde sağ kalanlar için müdahaleleri değerlendiren genel bir literatür eksikliği vardır. (4).

Kök hücre nakli sürecinde ve sonrasında yaşanan bu durumlar tedavi sürecine olan uyumun azalmasına neden olarak; başatme tekniklerinde bozulma, öz bakımda ve yaşam kalitesinde azamaya neden olmaktadır. (Chiodi et al. 1999, Hoodin 2003).

Boston’da bir kök hücre nakli polikliniğinde nakil sonrası cinsel sağlığı incelemek üzere yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan beş kadın hastanın tamamı nakil sonrası graft versus host hastalığı belirtisi görülmüş ve erken menapoz sorunları ile karşılaştığı bildirilmiştir (5).

Kök hücre naklinin geç etkilerinden olan kronik yorgunluk ve beden imajı değişiklikleri ile beraber kadınlarda infertilite, vajinal atrofi, gonadal disfonksiyon, cinsel isteksizlik ve memnuniyet azalması görülmekte ve bu durum orgazma ulaşma başarılarını olumsuz etkilemektedir. Diğer yan etki ise erkeklerde görülen jinekomastidir. İlaç ilişkili jimekomasti sıklıkla kanser tedavisinde alınan kemoterapik ajanlarla görülür. Vinkristin, busulfan ve siklofosfamid gibi kemoterapotik ajanlar testiküler hasar oluşturarak jinekomastiye neden olurlar (6).

Cinsel işlev bozukluğu hematopoetik kök hücre naklinin uzun dönem komplikasyonlarından. Cinsel işlev bozukluğuna eşlik eden kanama, yorgunluk, sıcak basma hissi, deri bütünlüğünde bozulma (graft versus host hastalığı gibi deriyi tutan komplikasyonlar), nörolojik yan etkiler, tat ve koku alma değişiklikleri ve hemorojik sistittir. Cinsel aktivitenin önemine ilişkin değerlendirmeler sağ kalanlarda eşlerden daha yüksektir. Hayatta kalan hastaların çoğu eşleriyle cinsel yönlendirme ile ilgili eşlerinin hakkında eşlerinden daha fazla tartıştı. Cinsel açıdan aktif olma olasılığı erkek hastalarda kadın hastalara oranla daha fazladır. Hayatta kalanların ve eşlerin %23,3 ve %38’i cinsel işlev bozukluğu nedeni olarak “eşlerin reddedildiğini” bildirirken, sadece %13,3’ü ve kadın eşlerin ve hayatta kalanların hiçbirini bunu cinsel işlev bozukluğu nedeni olarak göstermedi. Hayatta kalanlar ve eşler arasında cinselliğe yönelik tutumlar, cinsel faaliyetten memnuniyet ve cinsel işlev bozukluğunun nedenleri arasında zayıf bir uyum saptanmıştır. (7).

Bu etkilerle birlikte cinsel yaşam beklenmeyen kanser tanısına, yaşa bağlı gelişen cinsel fonksiyonlardaki değişikliklere (erkeklerde erektil disfonksiyonlar, kadınlarda menopozal değişiklikler gibi); kanser tedavilerinin neden olduğu beden imajındaki değişiklikler, infertilite, yorgunluk, ağrı ve tanıdan önce partneri ile oluşan iletişim

kaynaklı sorunlara yönelik oluşabilir. Kanser hastalarında cinsel disfonksiyonel sorunlar tek etkenle kalmayıp birçok etkene de bağlı oluşabilir (8).

Alınan tedaviler sonrasında ortaya çıkma potansiyeli yüksek olan kardiyovasküler, nörobilişsel problem ile sekonder malignitelerin yanı sıra tedavinin doğurganlık üzerine olumsuz etkileri bir araya gelerek kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bilindiği üzere hematopoetik kök hücre nakli uygulanacak hastalar kemik iliğini baskılamak amacıyla yüksek doz kemoterapi ve / veya radyoterapiye maruz kaldığından, gonadal yetmezlik geliştirme riski çok yüksektir. Bu nedenle başarı ile sonuçlanan kanser tedavileri sonrasında özellikle fertilitenin korunması talebi sıklıkla hastalar tarafından gündeme gelmektedir. Kemoterapi ve radyoterapinin gonadal fonksiyonlar üzerine uzun dönem etkileri tahmin edilenden daha da belirgindir (9).

Kadınlarda genel olarak kemoterapi sonrası ortaya çıkan cinsel sorunlar; cinsel ilgide ve vajinal kayganlıkta azalma, orgazm olamama, dispareni ve cinsel çekicilikte azalmalıdır (10).

Erkeklerde özellikle sinir hasarına neden olan bazı kemoterapötik ajanlar nadiren, kalıcı olabilen erektil disfonksiyona neden olabilir (10).

Radyoterapinin cinselliğe etkisi doğrudan olmaktan çok dolaylı yani hastaların cinselliği radyoterapiye bağlı semptomların neden olduğu vücut imajında ki değişikliğe, ağrıya, yorgunluğa ve eşlerin radyoterapi hakkındaki yanlış düşüncelerine bağlı etkilenmektedir. Buna ek olarak hastanın eşi/partneri hastayı yormamak, radyoterapi dönemini rahat geçirmesini sağlamak, hastanın radyoaktif olduğunu ya da radyoaktivitenin kendisini etkileyebileceğini düşünerek cinsel ilişkiden kaçınabilir. Cinsel ilişki öncesinde ve sonrasında istirahat edilmesi, ilişki sırasında uygun pozisyonların tercih edilmesi önerilebilir (11).

Radyoterapinin kadına yönelik etkileri; genellikle vajinal duyarlılık ve orgazm kapasitesinde yetersizlik, vajinal elastikiyette azalma ve disparenidir (12).

Radyoterapinin erkeğe yönelik etkileri; hastalık hakkındaki endişelere radyoterapi endişeleri ve yan etkilerinin de eklenmesi, yaşananlara hastanın cinsellik düşünemeyecek kadar üzülüp, yorulması gibi faktörler geçici iktidarsızlık sorunu yaşamalarına sebep olabilir. Cinsel ilgi (libido) azalabilir (12).

Kanser tedavisi alan hastaların özellikle cinsel istek, cinsel uyarılma ve orgazm ile ilgili sorunları sunduğu ortaya koyulmuştur. Cinsel benlik imajı ile ilgili psikolojik yönler örneklemin %60'ında etkilenmiştir, sosyal yönlerle ilgili problemler temel olarak hastalık ve tedavinin kışkırttığı düşük bağışıklık nedeni ile enfeksiyon kapma korkusundan kaynaklanmaktadır. Bu hastalar cinsel işlevlerinde ve cinselliklerini ifade etme biçimlerinde değişiklikler olduğunu göstermiştir (13).

Yüksek doz kemoterapi alan ve kök hücre nakli olan hastalar cinsel işlev bozukluğu dahil olmak üzere çeşitli psikolojik ve fiziksel fonksiyon anormallikleri yaşayabilir. Bununla birlikte hiçbir çalışma cinsel işlev bozukluğu ve kök hücre nakli arasında bir ilişki olup olmadığını prospektif olarak değerlendirmemiştir. Yüksek doz kemoterapi ve kök hücre nakli sonrası ilk 12 ayda tedavi öncesi zorlukların devam ettiği sonucuna varılmıştır (14).

Yapılan bir araştırmada 157 hastadan 126'sı nakil sonrası cinsel doyum elde etme yetenekleri ile ilgili 6-149 ay sonra adreslerine postalanan anketlere cevap verdi. Deneklerin %65 'i bir dereceye kadar cinsel olarak tatmin olduğunu belirtti, %3'ü nötr, %22'si memnuniyetsizdi. Yoğun tedavi sonrası çoğunda gonadal fizyolojik bozukluk olduğu, kadınların %57'sinin östrojen replasmanı aldığı ve sadece %40 'ının düzenli adet döngüsünün olduğu, erkeklerin %24'ü ereksiyon sorunu yaşadığı ve %13'ünün boşalmaya bağlı disfonksiyon yaşadığı belirlenmiştir. Erkeklerde ereksiyon veya boşalma ile ilgili zorluklar cinsel doyum elde edilememesi ile ilişkilendirilmiştir (15). Hematolenfoid hastalıkların tedavisi için sitotoksik veya immunosupresif ilaçları takiben kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ve menopoz semptomlarını tanımlamak için yapılmış bir çalışmada kadınların %73'ünün libidosunun azaldığını ve %48'inin genel cinsel yaşantılarından memnun olmadığını bildirdiğini gösterdi. Vajinal kuruluk %35 oranında bildirilirken, %23'ü vajinal kuruluğun orta ile şiddetli olduğunu bildirmiştir. Standart doz kemoterapi, malign ve hayatı tehdit edici hematolenfoid hastalıklar için immunosupresif tedavi ile tedavi edilen kadınların cinsel sağlıkta ve erken menopoz semptomlarında değişiklikler yaşadığını göstermektedir. Sonuçlar cinsel işlem döngüsünün arzu, uyarılma ve orgazm fazının değiştiğini göstermektedir (16).

Lösemi hastası olan kadın hastalara cinsellik üzerine yapılan bir çalışmada üç veri toplama yöntemi kullanılarak 50 hasta ile çalışma yapıldı. Kişisel veri toplama anketi,

bir psikiyatris tarafından yapılan yüzyüze görüşme ve yansıtımlı psikolojik test yapılmıştır. Her iki grupta buluşma, cinsel aktivite başlama yaşı, cinsel ilişkiler sıklığı ve cinsel davranış hakkındaki görüşler benzerdir. Bununla birlikte iç cinselliğe gelince hayatta kalanlar sağlıklı olan kontrol grubundan önemli ölçüde farklı olmuştur. Cinsellik görüntüleri daha kısıtlayıcıydı ve tutumları özellikle cinsel zevkle ilgili olanlar kontrol grubuna göre daha olumsuzdur. Hayatta kalanlar arasındaki cinsel kimlik kontrol grubuna göre daha az kadınsı ve çocuksu idi (17).

Transplantasyonun geç etkileri hastanın cinselliğini, psikolojik ve fiziksel faktörlerle olan ilişkilerini büyük ölçüde etkileyebilir. Psikolojik faktörler; hastalık nedeni ile gerileme, kişi bağımlılığı, duygusal ve fiziksel eş bağımlılığı, infertilite ile ilgili sıkıntı (18).

Fiziksel faktörler; hipoöstrojenizm, genital mukozakuruluğu ve bazen vulval veya vaginal graft versus host hastalığı. Yakınlık konusunu ele almak hastada bir tür “sessizlik komplosuna” bırakma riskiyle birlikte hematolojik alanda çalışan hemşireler ve uygulayıcılar arasında endişe ve utanmaya neden olabilir (18).

Hematopoetik kök hücre nakli sonrası yetişkin hastaların çoğunun endişeleri vardır. Buna rağmen sağlık profesyonelleri rutin olarak bu sorunları tartışmazlar. Bu nedenle cinsel sorunları tartışmanın önündeki engeller ve kolaylaştırıcıları araştırılmıştır. Avrupa Kemik İliği Nakli Birliği (EBMT) üyelerine 73 maddelik anket web üzerinden yapıldı ve %68 oranında sonuç cinsel sorunları tartıştıklarını belirtti. Yapılan araştırmada belirlenen başlıca engeller bir akraba varlığında cinsel sorunların tartışılması durumunda hastaların utanabileceği ve profesyonellerin hastaların cinsel sorunların sağlık profesyonelleri tarafından dile getirilmesini tercih etmeleridir. Sağlık profesyonelleri tarafından algılanan en önemli kolaylaştırıcı ise hastaların cinsel sorunları tartışmayı başlatmasıdır. Hematopoetik kök hücre nakli sağ kalanları muhtemelen ihtiyaç duydukları cinsel sorunlarına destek alamadıkları tahmin edilmektedir (21).

Kanserli hastalardaki takip ve tedavi seçeneklerinin gelişmesi kansere bağlı mortalite oranlarının azalmasına ve bu hastalarda yaşam kalitesi ile fertilite gereksinimleri üzerinde daha fazla odaklanılmasına yol açmaktadır. Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (ASCO) konu ile ilgili yayınladığı kılavuzda sağlık çalışanlarının kanser tedavisi öncesinde hasta için verdikleri bilgilendirme ve eğitim programları

kapsamında tedavi sonrasında doğurganlık ile karşılaşılabilecek problemler, infertilite riski ve doğurganlığın korunabilmesi için uygulanabilecek seçenekleri ayrıntılı bir şekilde, gerektiğinde konu ile ilgili bir uzman tarafından yardım alınarak verilmesi gerektiğini bildirmektedir (22). Hastalara hemşirenin bu açıdan rehberlik etmesi ve destek olması önemli bir rol oynamaktadır.

Bu çalışmanın amacı kök hücre nakli sonrası uygulanan motivasyonel görüşmenin cinsel yaşantı, cinsel öz bilinç ve cinsel öz yeterliğe etkisini belirlemektir.



4.GENEL BİLGİLER

4.1.Kök Hücre Nakli

Kök hücresi nakli yüksek doz kemoterapi ya da radyasyon tedavisi yapılarak zarar görmüş kök hücrelerin ortadan kaldırılması ve yerine sağlıklı hücrelerin yerleşmesi işlemidir (23).

4.1.1.Kök Hücre Nakli Çeşitleri

Kök hücre nakilleri; allojenik kök hücre nakli (AKHN) ve otolog kök hücre nakli (OKHN) olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır (24).

4.1.1.1.Otolog Kök Hücre Nakli

Kişinin kendisinden alınan kemik iliğinden ya da periferik kanından ayrıştırılan kök hücrenin, dimetil sülfoksit (DMSO) ya da hidroksetil starch (HES)' la dondurularak -135 °C mekanik dondurucuda, -156 °C buhar ya da -196 °C nitrojen tanklarında saklanıp, yüksek doz kemoterapi sonrasında santral venöz katater yoluyla kişiye verilmesi işlemidir (Ündar 2004).

Otolog kök hücre nakli işlem basamakları şöyledir:

- Nakil öncesi alıcının değerlendirilmesi ve eğitimi
- İşleme uygun santral venöz katater yerleştirilmesi
- Kök hücrenin toplanması ve dondurulması
- Hazırlık rejiminin uygulanmaya başlaması
- Kök hücre infüzyonu (Nakil günü)
- Engrafman (verilen kök hücrelerin alıcının kemik iliğine yerleşmesi) ve iyileşme (Nakilden 10 ile 50 gün sonra)
- İyileşme ve Taburculuk.

4.1.1.2.Allogeneik Kök Hücre Nakli

Sağlıklı vericiden alınan hematopoietik kök hücrelerin, malign hücreleri öldürmek amacıyla, yüksek doz kemoterapi ve radyoterapi sonrası alıcıya verilmesi işlemidir. Vericinin kemik iliğinden ya da periferik kanından toplanan kök hücreler kan

bankasında aferez (ayırma) işleminden geçtikten sonra hastaya aynı gün içinde ve dondurulmadan kateter yoluyla infüze edilebilir. (Ündar 2004).

Allojenik kök hücre nakli işlem basamakları şöyledir:

- Nakil öncesi alıcının değerlendirilmesi ve eğitim
- Nakil işlemine hazırlık (santral venöz kateter takılması, ilave tetkiklerin yapılması) için hastanın servise kabulü
- Hazırlık rejiminin uygulanmaya başlaması
- İmmünesupresif (siklosporin, tacrolimus) tedavinin başlanması
- Donörden kök hücre toplanması ve kök hücre infüzyonu
- Engrafman (verilen kök hücrelerin alıcının kemik iliğine yerleşmesi) ve iyileşme
- İyileşme süreci ve taburculuk (Demirer, 2004; Griffith, 1999; Sağlık Bakanlığı, 2005).

4.1.2.Kök Hücre Nakli Komplikasyonları

Kök hücre nakli sonrası erken ve geç dönemde çeşitli komplikasyonlar gözlemlenebilir. Erken komplikasyonlar; mukozit, hemorajik sistit, febril nötropeni, akciğer komplikasyonları, akut graft versus host hastalığı (aGVHH), gastrointestinal ve hepatik komplikasyonlar, renal toksisite, koagülasyon bozuklukları, CMV enfeksiyonu, graft yetmezlik, ağrı, kardiyovasküler ve endokrin sistem bozuklukları iken geç dönem görülen komplikasyonlar ise; kronik graft versus host hastalığı (kGVHH), büyüme-gelişme geriliği, hormonal sorunlar, oftalmik komplikasyonlar, enfeksiyonlar, sekonder maligniteler, solunum sistemi bozuklukları, kas ve iskelet sistemi bozuklukları, renal ve hepatik fonksiyon bozukluklarıdır (24).

Her iki kök hücre nakli türünün de avantajları ve dezavantajları olmasına rağmen gerek enfeksiyöz gerekse non-enfeksiyöz komplikasyonlar daha çok allojenik nakil türünde ortaya çıkmaktadır (26, 27).

Allojenik KHN'den sonra en az iki yıl sağkalımı olan 1479 hastanın dahil edildiği bir kohort çalışmasında en sık ölüm olarak nedeni primer hastalığın relapsı (%29) gösterilirken, relapsa bağlı olmayan mortalite nedenleri değerlendirildiğinde, %22 oranında kronik graft-versus-host hastalığı (GVHH), %11 oranında enfeksiyonlar, %7 oranında sekonder maligniteler, %5 oranında pulmoner komplikasyonlar, %2 oranında kardiyak toksisite ile karşılaşmıştır. Otolog KHN yapılan diffüz büyük B hücreli

hastalarda yapılan benzer bir çalışmada ise hastalığın relapsı dışındaki mortalite nedenleri sırası ile %31 oranında solunum yetmezliği, %13 oranında enfeksiyonlar, %15 oranında kardiyak toksisite ve %15 oranında sekonder maligniteler şeklinde bulunmuştur (28).

4.1.2.1. Graft Reddi (Rejeksiyonu)

Graft reddi allojenik KHN yapılan hastalarda nadir görülen ancak sonuçları ciddi olabilen bir komplikasyondur. En sık nedeni alıcının immün mekanizması tarafından verilen iliğin reddidir. Hastalığın relapsı, enfeksiyonlar ve kök hücre sayısının yetersiz olması diğer yaygın nedenlerdir. Hastanın nakil sonrası hiç engraftman olmaması ile karakterize olan primer graft reddi olarak adlandırılmakta ve daha sık görülmektedir. Engraftman başladıktan sonra ortaya çıkan graft reddi ise sekonder graft reddi olarak adlandırılmaktadır (29).

Graft reddinin allogeneik nakillerde görülme sıklığı %5 oranında olup bu oran akraba dışı dönörlerde, insan lökosit antijen (HLA) uyumsuz donörlerde ve düşük yoğunluklu hazırlama rejimleri ile yapılan nakillerde artmaktadır. Graft reddi görülen hastalarda tekrar nakil yapılması gerekmektedir (29). Tekrar eden nakillerde ise kemoterapi/radyoterapi tedavisine bağlı hastaların cinsel yaşam üzerinde olumsuz etkiler ortaya çıkmaktadır (30).

4.1.2.2. Enfeksiyonlar

Kök hücre nakli yapılan hastalarda nötropenik dönemin uzaması, graft reddini önlemek için immunsupresif tedavilerin kullanılması ve santral venöz kateter uygulamasına bağlı enfeksiyonlar sık görülen komplikasyonlar arasındadır. Bu durum, erken tedavi uygulanabilmesi açısından dikkatli değerlendirme ve yakın izlem gerektirmektedir (31,32).

Nakil sonrası süreçte ilk faz olan engraftman öncesi 0-30 günlük dönemde etken patojenler genellikle bakteriler ve Candida türleridir, eğer nötropeni uzun sürerse Aspergillus türleri de görülebilmektedir. 30-100 günlük dönem olan erken nakil sonrası fazda ise sitomegalovirüs (CMV), Pneumocystis jirovecii ve Aspergillus enfeksiyonları ile karşılaşmaktadır. 100. günden sonra gelişen geç nakil sonrası dönemde de CMV, respiratuar virüsler ve kapsülsüz bakteri enfeksiyonları risk oluşturmaktadır.

Gelişen enfeksiyonlara bağlı olarak hastalarda yorgunluk, halsizlik, bulantı-kusma ve ağrı gibi şikayetlerinin olması hastaların yaşam kalitelerini ve cinsel yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (33).

Başlıca bulaşma yolu cinsel salgılar nedeniyle korunmasız cinsel ilişki olan HIV ve Hepatit-B virüsü de dahil olmak üzere çok sayıda bakteri, virüs, mantar ve parazitin ortaya çıkardığı hastalıklar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları (CYBE) oluşturmaktadır. Bunlara örnek olarak HIV virüsünün neden olduğu AIDS ve hepatit-B virüsünün neden olduğu hepatitin yanında, virüslerin neden olduğu cinsel organ siğilleri ve uçukları, bakterilerinin neden olduğu gonore (bel soğukluğu), frengi, parazitlerin neden olduğu uyuz, kasık biti sayılabilmektedir (34).

Hastalık etkeni bulunduran biriyle girilen cinsel ilişki sonucu genellikle belirtiler ortaya çıksa da bazen bulaştıktan sonra hastalığa dair hiçbir belirti görülmeyebilmektedir. Bu nedenle sağlıklı görünen biriyle girilen cinsel ilişkiden enfeksiyon bulaşması ya da kendi hastalığını bilmeden başkalarına bulaştırmak çok kolaydır (34).

Vajinal akıntı sağlıklı kadınlarda da görülür ve miktarı, alışkanlığı, beyaz ya da sarı olarak rengi, adet döngüsü boyunca değişkenlik gösterir. Erkeklerde herhangi bir akıntı, kadınlarda ise alışılmışın dışında bir akıntı hastalık belirtisi olabilmektedir. Cinsel organların anatomik yapısı nedeni ile erkeklerden kadınlara enfeksiyon bulaşması daha kolaydır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon etkenleri ilişki sırasında salgı alışverişi dışında, herhangi bir nedenle etken bulunduran kan nakli, hasta biri tarafından kullanılmış iğne ile enjeksiyon ile de geçebilmektedir (34).

Hastalar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların belirti ve bulguları açısından bilgilendirilmelidir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların kadın ve erkeklerde olan ortak belirtileri olan; ağrılı idrar yapma, sık idrara çıkma, cinsel organlarda ağrılı/ağrısız açık yaraların ya da kabarıklıkların olması, cinsel organlarda siğil ve uçukların oluşması, kol ve bacaklarda görülen kaşıntısız kızarıklık, cinsel organda hissedilen karıncalanma ya da kaşıntı, baş ağrısı, halsizlik, bulantı, kusma, enfeksiyona bağlı ateş, üşüme ve ağız yaralarına dikkat edilmelidir (34).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hem kadınlarda hem erkeklerde cinsel aktivite sırasında ağrı hissedilmesine ve güçlük yaşanmasına neden olmasından dolayı cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir (35).

4.1.2.3. Oral Mukozit

Oral mukozit kemoterapi ve radyoterapi alan hastalarda görülen oral kavitede gelişen eritematöz ve ülseratif lezyonlardır (36).

Kök hücre nakli öncesi yüksek doz kemoterapi alanlarda tedaviye bağlı oral mukozit gelişme oranı yaklaşık %75-80'dir (37).

Hastanın mukozit sorunu yaşadığı dönemlerde, ağrı, konuşma bozukluğu, çiğneme ve yutma güçlüğüne yol açması sonucu beslenme bozuklukları ve bunlara bağlı dehidratasyon, malnütrisyon, anoreksi, kaşeksi meydana gelmekte ve oluşan ağrı, yaşam kalitesinin bozulması ve değişen beden imajı günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek cinsel istekte azalmaya neden olmaktadır (38, 39, 40).

4.1.2.4. Hemorajik Sistit

Hemorajik sistit enfeksiyöz veya non-enfeksiyöz nedene bağlı olarak mesane mukozasında kanamaya yol açan inflamatuvar bir durumdur (41). Allojenik kök hücre nakli yapılan 450 hastanın dahil edildiği çok merkezli bir çalışmada kök hücre nakillerinde morbidite ve moralliteyi artıran bu durumun insidansı %12.2 olarak saptanmıştır (42).

Ciddi hemorajik sistit; mesane kontraksiyonu, anemi, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu, mesane perforasyonu, böbrek yetmezliği ve ölüme yol açabilmektedir (43).

Hemorajik sistite bağlı olarak gelişen hematüri, dizüri ve poliüri gibi şikayetleri olan hastalarda ağrı ve sık idrar yapma gibi durumlar cinsel yaşam konforunu olumsuz etkilemektedir (43).

4.1.2.5. Veno-Oklüziv Hastalık

Glutatyon enzimatik sistem aktivitesinin az olduğu hastalarda, bazı ilaçların kullanımı ile toksik metabolitler oluşmakta ve bu toksik metabolitler temizlenemediği için özellikle hepatik asinüs bölgesinde hasara yol açmaktadır. Bu mekanizma ile meydana gelen veno-oklüzif hastalık; diğer adı ile hepatik obstrüksiyon sendromu, klinik olarak hızlı kilo artışı, batında asit birikimi, ağrılı hepatomegali ve hepatit ile karakterize bir durumdur (44). Hastalığın ciddi boyut kazandığı durumlarda %80'e varan mortalitesi nedeniyle dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir. HLA uyumsuz donör, akraba dışı

donör, miyeloablatif nakil öncesi hazırlık rejimleri, yüksek doz busulfan içeren rejimler, altta yatan kronik karaciğer hastalığı, transfüzyona ilişkili demir yüklemesi, yaş, tekrarlayan nakil yapılması gibi durumlar hepatik veno-oklüzif hastalık riskini arttırmaktadır (45, 46).

Hastaların gelişen bu komplikasyon nedeni ile beden imajında bozulma, ağrı ve enfeksiyon yatkinliklerinin artması hastanede yatış süresini uzatmakta ve kişinin günlük yaşamına tekrar dönmesini geciktirmesi nedeni ile cinsel yaşamını ertelemesi açısından olumsuz etkilemektedir (46).

4.1.2.6. Graft versus Host Hastalığı (GvHH)

Graft versus host hastalığı allojenik nakillerde vericinin aktive T lenfositlerinin alıcının dokularını yabancı olarak algılamasıyla saldırıya geçmesi ve doku harabiyeti oluşturmaktadır. Ortaya çıkış zamanı ve klinik özelliklerine göre sınıflandırılır (47).

Akut GvHH esas olarak cilt, karaciğer ve bağırsakları tutmaktadır. Klinik olarak yaygın eritematöz makülopapüler deri döküntüleri, bazı olgularda büller, bulantı-kusma, karın ağrısı, sulu bazen kanlı olabilen ishal ve sarılık şeklinde ortaya çıkmakta, kronik GvHH ise çoğunlukla cilt, ağız, karaciğer, genital ve göz gibi organları tutmaktadır. Daha az olarak gastrointestinal sistem, akciğer ve eklemleri de etkileyebilmektedir.

Geç başlangıçlı akut GvHH'in belirtileriyle beraber akut ve kronik GvHH bulguların birlikte görüldüğü tablo "Overlop Sendromu" olarak tanımlanmaktadır (48). Akut GvHH donöre ve kullanılan GvHH profilaksisine göre değişmekte olup yaklaşık %40 oranında görülmektedir. Kronik GvHH ise %50-70 oranında olmak üzere daha sık görülmektedir (49, 50).

GvHH özellikle HLA tam uyumlu olmayan donörler ve akraba dışı nakillerde profilaksi uygulanmadığında kaçınılmaz bir sonuçtur. GvHH ortaya çıkması açısından bazı durumlar daha fazla risk oluşturmaktadır. Allojenik kök hücre nakli alıcısı ile yapılan 2941 hastanın dahil olduğu bir çalışmada HLA uyumsuzluk derecesi, akraba dışı donörler ve tüm vücut ışınlama tedavisinin kullanılmasının akut GvHH açısından risk oluşturduğu gösterilmiştir (51). Bu etkenlerle birlikte 20 yaşından büyük ve önceden akut GvHH öyküsü olan hastalarda kronik GvHH gelişme oranı daha fazla bulunmuştur (52,53). GvHH'de ortaya çıkan deride kuruluk, eritem, alopesi, saçların

erken beyazlaması, gözlerde kuruluk ve kaşıntı, vajinal kuruluk ve atrofi, oral kavitede kuruluk ve mukozit, bulantı-kusma, trombositopeni, kas iskelet sisteminde alınan korikosteroidlere bağlı eklem ağrıları, kas güçsüzlükleri, immün yetmezlik ve buna bağlı ortaya çıkan tekrarlayıcı enfeksiyonlar hastaların beden imajını olumsuz etkilemesi, kas iskelet sisteminde hareket kısıtlılığı oluşturmaları nedeni ile cinsel yaşamlarını cinsel istek, uyarılma, orgazma ulaşma gibi cinsel fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir (54).

4.1.2.7. Renal Komplikasyonlar

Radyasyon hasarı, kemoterapik ajanların toksik yan etkileri, hipertansiyon ve GvHH ile birlikte görülen immün mekanizmalar hastalarda renal disfonksiyon açısından yüksek risk oluşturmaktadır. Ayrıca kök hücre nakli öncesi uygulanan hazırlık rejimleri renal komplikasyonun gelişmesine yol açmaktadır (55).

Sitotoksik ilaçlara bağlı nefrotoksisite kemoterapinin en sık görülen yan etkilerinden birisidir. Kök hücre nakli hastalarının hazırlık rejimlerinde kullanılan antimetabolit ve alkileyici ilaçlar nefrotoksisiteye en çok neden olan ilaçların başında gelmektedir. Kök hücre nakli öncesi kullanılan hazırlık rejimine bağlı ilaçların nefrotoksik etkisi, sıvı elektrolit dengesizliği, serum kreatinin düzeyi artışı, glomerül filtrasyon hızının azalması ve kalıcı böbrek yetmezliği gibi birçok ciddi sorun oluşabilmektedir (56).

Hematüri, dizüri ve poliüri gibi semptomlar hastanın günlük yaşam faaliyetlerini etkilemesi, cinsel istekte azalmaya neden olması ya da cinsel yaşamı ertelemek zorunda kalması nedeni ile cinsel yaşamı olumsuz etkilenmektedir (56,43).

4.1.2.8. Endokrin Bozukluklar

Kök hücre nakli yapılan hastalarda gonadal disfonksiyon geç görülen yan etkiler arasında yer almaktadır. Kök hücre nakli için gerekli olan radyoterapi ve diğer hazırlık rejimlerinde kullanılan kemoterapötik ilaçlar gonadotropik hormon salınımını bozabilmektedir. Bu durumda perifer gonadal organlarda direkt hasar oluşmakta ve hormonal disfonksiyon gelişmektedir. Erkeklerde germinal epitelyum zarar görmekte ve spermatogenez bozulmaktadır (57). Kadınlarda ise erkeklerden daha sık olmak üzere over yetersizlik gelişmektedir (58). Overler testislere oranla kemoterapi ve radyoterapiden daha çok etkilenmektedir. Kök hücre hazırlık rejiminde busulfan ve

endoksan gibi kemoterapötik ajanların kullanılması erken menapoz ve over yetersizlik açısından yüksek risk taşımaktadır (59). Hematopoetik kök hücre nakli sonrası hastalarda tip 2 diyabetes mellitus, osteopeni, hipotiroidi, hipogonadizm ve metabolik sendrom gibi endokrin bozukluk oranlarında artış görülmüştür. Total vücut ışınlaması tedavisi alan pretaransplant hastalarda radyoterapi direkt epifizyal büyüme büyüme plaklarını olumsuz etkilemesi nedeni ile hipotiroidi ve hipogonadizm gelişmekte ve cinselliği olumsuz etkilemektedir. Kranial radyoterapi tedavisi alan hastalarda ise seksüel gelişim durum açısından kemik gelişim durumu ve tiroid fonksiyonlarında değerlendirilmelidir. Erişkin hastalarda olan büyüme hormon eksikliği; hormon düşüklüğünden ziyade insülin ile uyarılan hipoglisemiye büyüme hormon cevabı ile değerlendirilmektedir (59). Özellikle nakil yapılacak hastaların genç yaşta olması hipogonadizm ve infertilite açısından değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. (60).

4.2. Cinsellik Yaşantı, Cinsel Öz yeterlilik ve Cinsel Özbilinç

Cinsellik doğum öncesi dönemde başlayan ve yaşam boyu devam eden, cinsel organların ve bireylerin kendi cinsel işlevleri ile ilgili algılarını, cinselliği ifade şekillerini ve cinsel tercihlerini kapsayan önemli bir kavramdır. (Bozdemir ve Özcan, 2011; Uysal ve Çakırcalı, 2015).

Cinsellik insan hayatının ayrılmaz parçalarındandır. Sağlığın ve yaşam kalitesinin en önemli parametrelerinden birisi de sağlıklı bir cinsel yaşamın olmasıdır (61,62).

Her bireyin cinselliği ifade etme şekli, cinselliğe verdiği önem kişiye özgü olmakla birlikte sosyo-kültürel, gelişimsel ve sağlık ilişkili faktörlerden etkilenmektedir (63,64,65).

Cinsellik insan olarak ne olduğumuzu anlatan bir ifadedir. Değer, tutum, davranış, fiziki görüntü, inanış, duygu, kişilik yapısı, sevilen ya da seilmeyen şeyler ve sosyalleşme alanı ile şekillenmektedir.

Cinsellik doğum öncesi dönemde başlayan, ömür boyu devam eden, üremeyi, cinsel zevk almayı ve vermeyi içermekte ve ahlaki, kültürel ve etik gibi etkenlerden etkilenmektedir. Cinsellik sadece cinsel organları içeren bir durum olmamakla beraber tüm bedeni ve aklı içeren duyuya dayalı bir deneyimdir (66).

Cinsel sağlık, cinsel bir varlık olarak insanın yalnızca bedensel değil, duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin

paylaşımını pozitif yönde zenginleştiren ve artıran sağlamlık hali olarak tanımlamaktadır (WHO, 2006).

Cinsel yaşamı etkileyen faktörler yaş, cinsiyet, benlik saygısı, psikolojik sorunlar ve kronik hastalıklardır. Yaş ile kadınlarda orgazma ulaşamama, klitoriste küçülme olması, vajina da genişlemem sorunlarının olması, cinsel istek azalması ile uterusun yeterince yükselememesi ve dispareni gibi durumlar yaşanırken; erkeklerde ise, cinsel ilgi azalması ve bununla birlikte cinsel ereksiyon fonksiyonunda azalma ve erken ejakülasyon görülmektedir (Uysal ve Çakırcalı, 2015; Açıkgöz, 2007).

Cinsiyetin cinsel yaşam üzerinde ki etkisine bakıldığında ise; erkeklerin kadınlara oranla cinsel yaşamı daha fazla devam ettirdiği, cinsel isteğin kadınlara oranla daha fazla olduğu, testosteron ve östrojen gibi vücut içindeki baskın hormonların fizyolojik ve anatomik farklılıkları nedeni ile cinselliğe bakış açısını, cinsel isteği ve ilişki sıklığı gibi konuları etkilediği bildirilmektedir (Uysal ve Çakırcalı, 2015; Açıkgöz, 2007).

Benlik saygısı ve psikolojik sorunların cinselyaşam üzerine olan etkisine bakıldığında ise bireyin kendine verdiği değerin göstergesi olan benlik saygısı sosyal ve biyolojik değişken gibi bileşenlerin birbirleriyle olan etkileşimi ile psikolojik olarak bireyi etkilemekte ve bu bileşenlerden biri eksik olduğunda işlevselliğini yitirebilmektedir. Psikolojik olarak sağlıklı olmayan bireylerin cinsel isteklerinde azalmaya neden olarak eşler arasında da iletişimin bozulmasına neden olarak cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir. (Açıkgöz, 2007; Ovayolu, 2017).

Kronik hastalıklar ve cinsel yaşam ilişkisine bakıldığında ise kronik hastalıkların cinsel yaşamı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Tanrıverdi, 2017). Kronik hastalıkların varlığı bireylerin orgazm bozukluğu, ejakülasyonda azalma, baskılanmış cinsel istek ve dispareni gibi cinsel işlev yeteneklerine zarar verebilmekte ve bireylerin cinsel ilişkiye girme ile ilgili endişelerinin artmasına neden olmaktadır. (Uysal ve Çakırcalı, 2015; Tanrıverdi, 2017).

İnsanların sağlıkla ilgili davranışlarını açıklayan Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model), algılanan davranışsal kontrolü (perceived behavioral control) açıklayan kuramlar ve Koruyucu Motivasyon Kuramı'nda (Protection Motivation Theory) bireyin öz etkililik-yeterlik algısının majör bir belirleyici olduğu belirtilmektedir (67). Cinsel öz yeterlik ise; bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol

edebilme algısı veya yargısı (Magil 1993) ya da bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı olarak tanımlanmaktadır (67).

4.3. Kök Hücre Nakli Olan Hastalarda Cinsellik ve Hemşirelik Bakımı

Yaşam kalitesinde önemli bir yeri olan cinsellik, kanser hastaları için de aynı ölçüde önem taşımakta, cinsel sağlık sorunları yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Cinsel açıdan ilişkinin kötü olması, cinsel performansa bağlı anksiyete varlığı, cinsel aktivite sırasında ağrı ve rahatsızlık korkusu, eş tarafından reddedilme ya da terk edilme endişesi yaşam kalitesini düşürebilmektedir (68)

Bireyler tarafından kanser hastalık olarak kabul görmüş olmasına ve genel sonuçları bilinmesine rağmen, sürecin özellikle cinsel ve üreme işlev bozuklukları üzerindeki etkileri pek bilinmemekte aynı zamanda reddedilmektedir (69).

Hastanın cinsel sağlığını korumak ve olası sorunları en aza indirmek, cinselliği ifade ediş ve cinsel yaşantıdan zevk alma yetisini geliştirmek yeni alternatif uygulanacak olan yöntemler için hemşire tarafından hastalara danışmanlık yapılması gerekmektedir (69).

Bazı hastalar cinsellik ile ilgili soru sormak için çekinme ve utanma gibi duygular nedeniyle kendilerini rahat hissetmemektedir. Bu gibi durumlarda hasta ile iletişim kurulduğunda korku ve yanlış anlaşılmalara yol açacak faktörler ortadan kaldırılmalı, hastaya mahremiyetine ait konularda duygularını açıklamasına izi verilmeli, cinsel yaşam ile ilgili var olan düşünceleri, kaygıları, değişen beden imajı, tedavinin cinsel yaşam üzerine etkisi ile ilgili etkili ve duyarlı tartışma ortamı oluşturulmalı, iyileştiğinde ve hemodinamik açıdan enerjisini yerinde hissettiğinde eşi ile ilişkiye girme konusunda cesaretlendirilmelidir (69).

Bu dönem de yaşanan cinsel sağlık sorunları çoğu zaman sağlık personeli tarafından küçümsenmekte, ihmal edilmekte, hasta ve ailesinin bilgi eksikliğine bağlı korku ve utanç yaşamalarına neden olmakta, hasta ve ailesi için bir kriz durumu haline gelene dek çözüm üretilmemektedir (70).

Kanser tedavisi gören hastalarda cinsellikle ilgili hemşirelerin yaklaşımlarının değerlendirildiği bir araştırmada hemşireler cinsel danışmanlık için dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda, %84.4 oranında cinsel danışmanın yeterli bilgiye sahip olması, %75.7 oranında saygı, güven ve gizliliğin sürdürülmesi, %74.7 oranında

hastaların rahat hissedeceği ortamın sağlanması ve %73.7 oranında ise etkili ve uygun iletişim becerilerini kullanması gerekliliğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada %88.2 oranında hemşirelerin hastalarına cinsellikle ilgili sorular sormadıkları saptanmıştır. Bunun nedeni olarak da belirttikleri durumlar ise; % 61.1 oranında “zaman yetersizliği”, %48.5 oranında “kanser tedavisine odaklanılması”, %41.7 oranında “cinsel yaşamla ilgili soruların hastayı sinirlendireceği endişesi” ve %39.8 oranında “cinsel danışmanlıkta bilgi eksikliği” olarak belirtmişlerdir (70,75). Başka bir çalışmada hemşirelerin cinsel danışmanlık konusunda çekimser davrandıkları, bunun nedeni olarak yetersiz zaman ve yoğun çalışma şartlarını vurguladıkları belirtilmiştir (71). Magnan ve ark.’nın yaptığı benzer bir çalışmada ise, sağlık çalışanlarının yoğun çalışma şartları, zaman eksikliği, konu hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları, cinsellik ile konularda yapılan danışmanlığı başka birilerinin işi olarak görmesi, cinsellik hakkında kişisel yanlış inanç-tutumları ve hastanın hazır olmaması gibi nedenlerle cinsel sorunları karşısında hastalara yardımcı olamadıkları belirlenmiştir (72). Duldt ve Pokorny’e göre ise hemşirelerin cinsellik ile ilgili kayıt yetersizliğinin olması bu konuda hastalara yardımcı olmaları konusundaki engelleridir (73). Yapılan başka bir araştırma da ise aktif kanser tedavisi altındaki hastaların kanser tedavisi olurken cinselliğin akıllarına gelen en son konu olduklarını, %82’si ise sağlık çalışanları ile seksüel endişelerini paylaştıklarını ifade etmişlerdir (74).

Cinsel danışmanlık rolü hemşirelerin aldığı eğitimlere ve bakımına entegre edilmelidir. Cinsel sorunları olan hastaya yaklaşım ve bakım konularında hemşirelere hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir. Cinsel sorunlara yönelik değerlendirmeler kurumda kullanılan hemşire formları ve prosedürlerine eklenmeli, hasta kayıt ve geri bildirimler düzenli olarak kayıt altına alınmalıdır. Konuyla ilgili olarak hemşirelerin kurum dışında düzenlenen onkoloji hemşireliği dernek faaliyetleri, kurs, konferans ve seminerlere katılımları desteklenmelidir. Cinsel sorunların değerlendirilmesinde multidisipliner yaklaşım içinde olunmalıdır (75).

4.4. Cinsel Danışmanlıkta Kullanılan Yöntemler

4.4.1. PLISSIT Modeli

Bu model 1976 yılında Annon tarafından sağlık çalışanlarının birey ile cinsel yaşam konusunda tartışabilmeleri ve problemlerini saptayabilmeleri için geliştirilmiş bir model olup iş birliği ile kişiyi değerlendirerek, kararlarını anlayarak ve saygı göstererek cinsel danışmanlık yapılmasını desteklemektedir. Bu model uygulamaya koyulduğunda ilk üç basamağında kişinin cinsel sorunlarını %80-90 oranında çözebilmektedir. Annon yaptığı çalışmalarda kişinin izin verme basamağında cinsel problemlerinin çözülebileceğini bildirmekte, kişilerin cinsel endişe ve anksiyetelerini açıklamasına izin verilmesini savunmaktadır. (Annon 1981). Bu model dört basamaktan oluşmaktadır.

PLISSIT Modelin açılımı:

- **Permission** – İzin verme
- **Limited Information** – Sınırlı Bilgi
- **Specific Suggestions** – Özel Öneriler
- **Intensive Therapy** – Kapsamlı Terapi

Permission – İzin verme; modelin ilk basamağı olup diğer bölümlerin temelini oluşturmaktadır. Bu basamakta hastaların kendileri ile ilgili konuşmalarına, hasta ve eşinin, cinsel yaşamları ile ilgili endişelerini ve cinsel aktivitelerinin önemini ifade etmelerine izin vermektedir. Fiziksel ya da duygusal olarak zararlı olmayan davranışlarını devam ettirmelerine ilişkin yeniden güven oluşturup, davranışlarını tanımlamalarına ve sorgulamalarına izin vermektedir (Annon 1981, Altener ve Hartzell 1997).

Bu basamakta hazırlık gerekmemektedir. Bireylerin cinsel yaşam ile ilgili düşüncelerini, hayallerini ve duygularına ilişkin endişelerini farketmeleri sağlanmaktadır. Bu basamakta bireyin endişesinin çözülmesi yeterli olmasa bile ikinci basamağa geçilebilmektedir. (Annon 1981).

İzin verme yaklaşımı her yerde uygulanabilmesi ve az zaman alması, çok hazırlık gerektirmemesi nedeni ile avantajlı bulunmaktadır (Annon 1981).

Modelin bu aşamasında hasta ile hemşire arasında bir etkileşim olmamakla birlikte hiçbir temas olmadan da izin verme ile ilgili fırsatlardan söz etmek mümkündür.

Limited Information – Sınırlı bilgi; hastalığın cinsellik üzerine etkisi, tedavinin cinsel fonksiyonları nasıl etkileyebileceği konusunda hastalara doğrudan bilgi verilen bu bölümde; cinsel sağlık konusunda hastaların tedavileri ile ilgili bilgilendirilmelerinin hemşirelik girişimleri arasında önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmaktadır. Hemşireler bu süreçte önemli role sahiptir. Hastaların yanlış bilgileri konusunda aydınlatılması, kulaktan dolma bilgilerin ve söylentilerin giderilmesi, sınırlı, doğru ve gerçekçi bilgi ile donatılması konusunda desteklenmesi gerekmektedir. İzin verme aşamasında tespit edilen spesifik ihtiyaçları ve bireye özgü kaygılarını karşılayan bilgiler verilmelidir (Annon 1981).

Spesifik Suggestion – Özel öneriler; Bu basamakta hedeflenen amaca ulaşmak amacı ile bireye özgü sorunun giderilmesinde yalnızca cinsel davranışlar üzerine odaklanmak yerine; cinsel sağlığın tüm yönleri ile ele alınması gerekmektedir. Özel öneriler bireysel ihtiyaçlara göre belirlenmeli ve farklılık göstermelidir. Bu aşama için en uygun olan zaman aralığı ise taburculuk hazırlığı ya da post operatif kontrol dönemidir. Bu basamakla çözülemeyen tüm sorunlar bir sonraki basamakta çözülmelidir (Annon 1981).

Intensive Therapy –Kapsamlı Terapi; Kronik ve ciddi sorunları olan bireyin cinsellik ile ilgili alanda uzmanlaşmış kişilere yönlendirildiği son basamaktır (Annon 1981).

4.4.2. BETTER Modeli

BETTER modeli cinsel sorunlarla ilgili eğitimlerin planlanması, gerektiğinde bireylerin danışmanlık hizmetlerine yönlendirilmesi ve cinselliğin değerlendirilmesinde bakım standartlarının sağlanması ve bireye bütüncül bakım verilmesinde onkoloji hemşirelerine yardımcı olan bir modeldir. (Mick ve ark. 2004; Katz 2005; Hordern 2008; Açıköz 2011; Oskay ve ark. 2011).

BETTER modeli bazı kelimelerin baş harflerinin bir araya gelmesiyle oluşturulmuş bir modeldir (Katz 2005; Hordern 2008; Açıköz 2011; Oskay ve ark. 2011).

BETTER Modeli açılımı:

- **Bringing up the topic – Konuyu gündeme getirmek**
- **Explain you are concerned with quality-of-life issues, including sexuality- Cinselliğin hayatın önemli bir parçası olduğunu açıklamak**
- **Telling patients that resources will be found to adres their concerns-Hastalara kaygıları ile ilgili yeni kaynaklar bulacağını söyleme**
- **Timing of intervention – Görüşmenin zamanlanması**
- **Educate patients about the side effects of their cancer treatments- Tedavinin yan etkileri konusunda eğitim**
- **Recording- Kaydetme**

Konuyu gündeme getirme (Bringing up the topic): Modelin bu aşamasında hastalarla tanışılır ve görüşmeler hakkında cinsellikle ilgili konuşulabileceği konusunda bilgi verilmektedir. Görüşme sırasında bireyi değerlendirirken cinselliğin anlatımı ve cinsellik ile ilgili endişeleri konusunda konuşulması için fırsat yaratılmaktadır. Bireyin eşi de bireyin izni doğrultusunda görüşmeye dahil edilmeli ya da eşi ile ayrı görüşme yapılmalıdır. Bireyin ve eşinin değişen durumlar ile yüzleşmesi gerekebilir ve bu yüzleşme için yardım edilmelidir. Görüşme de sosyal ilişki güvenin sağlanması için ön planda tutulmalıdır. Görüşmelerin tamamının özel olduğunun ve gizli tutulacağının açıklanması yararlıdır. (Mick ve ark. 2004; Katz 2005; Çam ve Gümüş 2006; Akyolcu 2008; Southard ve Keller 2009; Açıkgöz 2011; Uğur 2014).

Cinselliğin hayatın önemli bir parçası olduğunu açıklama (Explain you are concerned with quality-of-life issues, including sexuality): Modelin bu basmağı konu ile ilgili tartışmayı normalleştirerek bireyin yalnız hissetmesini engellemektedir. Amacın ne olduğunu görüşmenin başında açıklamak etkili ve hassas danışmanlık için gereklidir. Hastalığın yaşamın tüm boyutları üzerine olan etkilerini cinselli de dahil ele alınacağı bilgisi verilmektedir. Uygun iletişim teknikleri kullanılarak birey/eşinin değişen cinsel yaşam beden imajı ve tedavinin olası yan etkilerine ilişkin kaygılarını ifade etmeleri sağlanmalı ve hasta cinsellik ile ilgili soru sorma konusunda desteklenmelidir. Cinselliğin normal süreci ve hastalıkla birlikte karşılaşıacağı sorunlar hakkında bilgilendirilmelidir. Hastanın mevcut cinsel yaşamı değerlendirilmeli ve hastanın günlük yaşamı üzerindeki etkileri hakkında kendini ifade etmesi için teşvik edilmelidir (Mick ve ark. 2004; Katz 2005; Çam ve Gümüş 2006; Akyolcu 2008; Southard ve Keller 2009; Uzun 2009; Açıkgöz 2011; Uğur 2014).

Hastalara kaygıları ile ilgili yeni kaynaklar bulacağını söyleme (Telling patients that resources will be found to adres their concerns): Hastalara cinsel fonksiyon bozukluğu yaşayabileceği ve çözüm için destek sağlanacağı açıklanmalı ve kendisini ifade etmesi için izin verilmesi gerekmektedir. Bu basamakta hastaların cinsel kaygılarının şiddeti belirlenmektedir. Hastaya ve gerekli durumlarda eşine, bilgilendirmek için kitapçık, broşür gibi cinsellikle ilgili materyaller verilmeli, cinsel fonksiyonu artıracak psikososyal ve tıbbi girişimler anlatılmalıdır. Hasta tedavi gerektiren durumlarda veya ihtiyacı olan konularda danışmanlık alması için uygun kaynaklara yönlendirilmelidir (Mick ve ark. 2004; Katz 2005; Çam ve Gümüş 2006; Akyolcu 2008; Southard ve Keller 2009; Uğur 2014).

Görüşmenin zamanlanması (Timing of intervention): Görüşmelerin amacı ve görüşmelerde ele alınacak konular hakkında açıklama yapılır. Seçilen zaman hasta için uygun olmayabilir bu nedenle hastaya kendisinin belirleyebileceği uygun bir zaman aralığında görüşme talep edebileceği bilgisi verilmelidir. Her görüşmede cinselliğin ele alındığı zaman önemlidir. Çünkü hastalar için öncelik hayatta kalmak olabilmektedir. Hasta her zaman soru sorabileceği konusunda cesaretlendirilmelidir. Hastaların beklentilerine ve gereksinimlerine göre yapılacak olan görüşmenin zamanı da farklılık gösterebilmektedir. (Mick ve ark. 2004; Çam ve Gümüş 2006; Açıkgöz 2011).

Tedavinin yan etkileri konusunda eğitim (Educate patients about the side effects of their cancer treatments): Tedavi sürecinin cinselliğe olan yan etkileri hakkında hastayı bilgilendirmek, diğer yan etkileri bildirmek kadar önem taşımaktadır. Hastalar bu basamakta da cinsellik ile ilgili endişelerini ifade etmeleri için cesaretlendirilmelidir. Hastanın cinsellik ile ilgili semptom ve bulgu yönetimine yönelik bilgi düzeyi ölçülmelidir. Hasta ile başlatılan iletişim güvenli olmalı ve hasta istediği taktirde sürdürülmelidir. Bu basamakta hastanın gelecekle ilgili planlar oluşturmaya ve gelecek ile ilgili beklentiler içerisinde olmasına destek verilmelidir. Bu basamakta hastanın krizlerle başa çıkma, güçlü yönlerini kendisini farketmesi sağlanmalıdır. Her birey farklı kültür ve değere sahip olduğu için bunun bilincinde olunarak yaklaşılmalı ve hastanın gereksinimlerine ve öğrenmek istediği noktalara öncelik verilerek bilgi verilmelidir. Sorular yanıtlanırken açık, net ve samimi olunmalıdır (Mick ve ark. 2004; Katz 2005; Çam ve Gümüş 2006; Akyolcu 2008; Southard ve Keller 2009; Uzun 2009; Açıkgöz 2011).

Kaydetme (Recording): Yapılan tüm görüşme, değerlendirme ve girişimler kayıt edilmelidir (Mick ve ark. 2004; Katz 2005; Southard ve Keller 2009; Açıkgöz 2011).

4.5. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme, danışanların ambivalansı keşfedip çözümlemelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini ortaya çıkarmak için kullanılan direktif ve merkezinde danışanın olduğu bir yaklaşımdır. Ambivalans, değişim sürecinde, kişinin değişim olasılığını umutla düşünmeye, tasarlamaya ve keşfetmeye devam ettiği önemli bir durum ya da aşamadır. Ambivalans kavramı, karmaşık bir güvensizlikten çıkarak “bir harita” oluşturma fikridir. (70).

Motivasyonel görüşme kişilerin sorunlarını anlama ve değişim yoluna giderek eyleme geçme ve sorunların çözülmesini sağlamak için yapılan bir yöntemdir (76).

Motivasyonel görüşme özellikle değişime açık olmayan isteksiz ya da ambivalanı olan kişiler için kullanılan ve iyi sonuçlar elde edilen bir yöntemdir (76).

Direktif olmayan danışmanlıkla karşılaştırıldığında daha odaklı ve hedef yönelimlidir. Temel amacı ambivalanı anlamak ve çözümlemek olan bu yöntemde terapist hedefe ulaşmak için kasıtlı olarak direktif davranır (76).

Motivasyonel görüşmenin özellikleri; kişinin değişme ya da değişmeme nedenlerini anlamasına yardımcı olmak, danışanın sorunları üzerinde durmak, danışanın uzman olması, terapistin bilen rolünde olmaması, kişinin değişim isteğini ortaya çıkarmak, terapötik ilişkiden çok ortaklık kurmak, direnç ve inkarın danışan özellikleri olarak değil terapistin davranışına karşılık geri bildirim olarak algılamak, ambivalanın danışan tarafından çözülmesini sağlamak ve doğrudan ikna, saldırgan yüzleştirme ve tartışmadan uzak olmayı içermektedir (76).

4.5.1. Motivasyonel Görüşmenin Dört Temel İlkesi

Bu görüşme yönteminde terapist uzman rolünden uzak kalmalı, disiplinli ve otoriter olmamalıdır. Değişmek ya da değişmemek kişinin özgür seçiminde bulunmalıdır. Görüşmede asıl amaç kişilerin içsel motivasyonunu arttırmaktır (76). Ambivalanı anlamak için kişinin kendini dışarıdan bir göz olarak değerlendirmesi ve gözlemleme yoluyla kendisiyle yüzleşmenin her ikisinin de mümkün olduğu zihinsel duruma ulaşmasını sağlaması gerekmektedir. Sorun çözümlenmeden önce ambivalans

tanımlanmalıdır. Ambivalansı tanımlarken kişinin ambivalansı yaşadığı durum hakkında bilgi sahibi olmak, ikilemin adının ne olduğunu tespit etmek gerekmektedir. İklem ya da farklı tercihler açıklanmalıdır (76).

4.5.1.1 Empati Gösterme

Destekleyici, saygı duyan, sıcak, ilgili bir yaklaşım gösterilmektedir.

4.5.1.2. Çelişkiler ortaya çıkarma

Kişinin ileride olması istenilen hedeflerine yönelik şuanki mevcut davranışları arasında çelişki ve olguları, zihninde ortaya çıkarıp çelişkilerini anlamasını sağlamaktır (76).

4.5.1.3. Direnci Çözmek

Terapist bu aşamada edilgen olmamalı tam anlamıyla sürece ivme kazandırmalıdır. Bu görüşme yönteminin danışan ve terapistin birlikte hareket ettiği bir yöntem olması nedeni ile kazananı ya da kaybedeni yoktur. Kişinin terapist tarafından sunulan bilgi ve yöntemleri kabul etmesi ve yeni bakış açılarını görmesi sağlanmalıdır (76).

4.5.1.4. Kendine Yeterliliği Destekleme

Bu aşama kendine yeterlik noktasında değişimin başladığı ön belirleyici uygulamadır. Bir görev ya da işi devam ettirebilme ve başarma yönündeki yeterlilik durumudur (76). Motivasyonel görüşme standart geleneksel yaklaşımlardan farklı olarak, kişi ile ortaklık geliştirmesi, bilgi alışverişinin sağlanması, kişinin kendi bakımına karar verme hakkının olduğunu bilmesi, mevcut durum ile hedefe ulaşmak için olması gereken durum arasındaki uyumsuzluğun ortaya çıkarılması, danışmanın kişinin davranışını anlamasını sağlanması ve danışmanın saygı göstermesi özelliklerine sahiptir (77, 78). Ayrıca motivasyonel görüşme ile ilgili meta analizlerde kısa süreli (15 dakika) yapılan görüşmelerin de etkili olduğu bulunmuştur (79, 80).

Motivasyonel görüşme tekniği sorun kaynağının psikolojik ya da fizyolojik olmasından etkilenmemektedir. Çeşitli yaşam biçimi sorunlarının çözümünde etkili olduğu belirtilmiştir. Bu durum motivasyonel görüşmenin davranış sorunları yaşayan

farklı ve geniş gruplarda uygulanabilir olduğunu göstermektedir. Uygulama alanları olarak alkol ya da madde bağımlılığı, beyin felci rehabilitasyonu, kardiyak bakım süreci, çocuk koruma, kronik ağrı yönetimi, diyabet hastalığı, diyet uygulamaları, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ve enfeksiyonlardan korunma, olası kazaları önleme, anksiyete bozuklukları, depresyon, cinsel davranış değişikliği ve kilo verme gösterilebilmektedir (81, 82).



5. MATERYAL ve METOT

5.1.Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma kök hücre nakli yapılan hastalara uygulanan motivasyonel görüşmenin cinsel yaşantı, cinsel öz bilinç ve cinsel yeterliğe etkisini belirlemek amacıyla yapılmış randomize kontrollü bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Hipotezleri

H0a: Kök Hücre nakli yapılan hastalara uygulanan motivasyonel görüşmenin cinsel yaşantıya etkisi yoktur.

H1a: Kök Hücre nakli yapılan hastalara uygulanan motivasyonel görüşmenin cinsel yaşantıya etkisi vardır.

H0b: Kök Hücre nakli yapılan hastalara uygulanan motivasyonel görüşmenin cinsel öz bilince etkisi yoktur.

H1b: Kök Hücre nakli yapılan hastalara uygulanan motivasyonel görüşmenin cinsel öz bilince etkisi vardır.

H0c: Kök Hücre nakli yapılan hastalara uygulanan motivasyonel görüşmenin cinsel öz yeterliğe etkisi yoktur.

H1c: Kök Hücre nakli yapılan hastalara uygulanan motivasyonel görüşmenin cinsel öz yeterliğe etkisi vardır.

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, Mayıs/2017 – Şubat/2019 tarihleri arasında İstanbul’da özel bir üniversite hastanesinin erişkin kemik iliği nakil ünitesinde nakil olan hastalara yapılmıştır.

Ünitede iki ayrı tedavi odası ve iki ayrı hemşire bankosu bulunup, sorumlu hemşire ile birlikte on beş hemşire ve bir profesör, bir doçent, iki doktor öğretim üyesi, bir uzman ve bir pratisyen hekim olmak üzere altı hekim görev yapmaktadır.

Ünite yatışlı tedavi ve bakım hizmeti vermektedir. Yedi adet otolog ve yedi adet allogeneik kök hücre nakline yönelik toplam on dört yatak kapasiteli tedavi imkanı sunan hasta odası bulunmaktadır. Otolog ve allogeneik bölüm camlı bir bölme ile ayrılmıştır. Ayrıca allogeneik bölüme ait hasta odalarında HEPA (high-efficiency particulate air) filtre sistemi vardır. HEPA filtre sistemi en az 3 mikrometre partikül

tutucu %99,97 etkinlikte ve en az saatte 12 kez hava değişimi yapacak şekil de tesis edilmektedir (83, 84).

Planlanan kök hücre nakli için hasta konsey toplantısı sonrasında alınan nakil kararı ile yatış günü belirlenmekte ve o tarihte hastaların üniteye kabul gerçekleştirilmektedir. niteye kabul edilen hastalara ünitenin tanıtılması, güvenlik uygulamaları, düşme riski ve önlemleri, onam alınacak durumlar, enfeksiyonların önlemesi ve kontrolü, hijyenik bakım, hastalık ve tedavi bilgisi, tedavi plan/ilaaların güvenli kullanılması, tedavi yan etkileri ve önlemler, solunum uygulamaları egzersizleri, pansuman ve yara bakımı, ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi, beslenme ve diyet, tıbbi ekipmanların güvenli ve etkin kullanımı, bası yarası nleme bakımı, hareket/mobilizasyon, diyabet eğitimi, rehabilitasyon teknikleri (evde bakım), girişimsel yöntemler, hasta ve refakat rehberi, sigara bırakma eğitimi, danışılabilecek kişi ve kuruluşlar hakkında ünite hemşireleri tarafından eğitim verilmektedir. Tedavi süreçleri başlayıp nakil yapılan hastalarda komplikasyonlar gelişmediği sürece ortalama yatış süresi 4–5 hafta olarak değişmektedir. Hastalara taburculuk eğitimide, danışılabilecek kişi ve kuruluşlar, kontrol randevusu alma (randevu alma/randevu kartı) ve kök hücre nakli bilgilendirme rehberinde yer alan evin hazırlanması, egzersiz, sosyal ortam, cinsellik, aşi ve dikkat edilecek hususlar gibi konularda yine ünite hemşireleri tarafından verilmektedir. Hastalar taburculuklarından bir hafta sonra kontrole gelmekte ve sonraki kontrol dönemleri hastanın durumuna göre hekim tarafından belirlenmektedir.

5.4. Araştırmanın Evreni ve rneklemi:

Randomize kontrollü olarak tasarlanmış olan bu araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında ünitede nakil yapılan 241 hasta oluşturmaktadır. 241 hastanın 67’si katılımın gönüllülük esasına dayanması, psikolojik ve genel durumunun iletişime uygun olması, yabancı uyruklu hastalara tercüman desteğinin sağlanabilmesi gibi çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamıştır. Hastaların çoğunluğu araştırma konusunun cinsellik ile ilgili olması ve kültürel olarak bu konunun paylaşılmasını tercih etmemesi nedeni ile araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Çalışmaya katılan 67 hastanın, birinin çalışma sırasında eksitus olması, ikisinin genel durumunun bozulması, ikisinin ölçekteki soruları eksik cevaplanması nedeniyle toplamda 5 hasta

Çalışma dışı bırakılmış ve çalışma 31 kontrol ve 31 müdahale grubu olacak şekilde tamamlanmıştır.

Bu araştırma için daha önce yapılan benzer bir çalışma baz alınarak yapılan g analizi (G*Power 3.1.9.2) sonucunda; motivasyonel görüşme sonrası öz-etkililik skoruna göre yapılan değerlendirmede Δ :1.21, SS: 8.25 olarak alındığında G:0.95, β :0.05 ve α :0.05 için tespit edilen örneklem sayısı her bir grup için minimum 19 olmak üzere toplam 38 olarak saptanmıştır (Δ : Etki büyüklüğü (Effect Size) SS: Standart Sapma) (85).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Kök hücre nakli yapılması için kliniğe yatışı yapılan ve hazırlık rejimi sonrası kök hücre nakli yapılan hastalar,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar,
- 18 yaş üstü olan hastalar,
- Yabancı uyruklu hastalara tercüman desteğinin sağlanması,
- Genel durum ve psikolojik açıdan araştırmaya katılmaya uygun olması,
- İletişim sorunu olmayan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

5.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Ve Cinselliğe İlişkin zellikler Veri Toplama Formu, Arizona Cinsel Yaşantılar leği (ACYÖ), Cinsel z-Yeterlik leği (CY) ve Cinsel z- Bilinç leği (CB) kullanılmıştır.

5.5.1. Sosyodemografik zellikler Veri Toplama Formu

Bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, ocuk sayısı, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler ve nakil türü, hastalık hakkında düşüncesi, üreme sistemine ilişkin sorun yaşama durumu, daha önce cinsel hayatı ile ilgili sorun yaşama durumu, nakil öncesi cinsellikle ilgili bilgi alma durumu, bilgi talebi, kök hücre nakli sonrası cinsel ilişkiye bakış açısı gibi hastalığa ilişkin özelliklerini sorgulayan toplam 20 soru yer almaktadır. Form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiştir (86).

5.5.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

Bu ölçek, 2000 yılında McGahuey CA ve arkadaşları tarafından psikotrop ilaç kullanan hastalarda cinsel işlev değişikliklerini ve bozukluklarını en uygun şekilde değerlendirmek amacıyla tasarlanmış likert tipi bir ölçektir (87).

Ölçeğin Türkiye’deki geçerlik güvenirlik çalışması ise 2002 yılında Atilla SOYKAN tarafından yapılmış, Cronbach’s Alpha değeri 0.89 ve 0.90’dır (87). Bu araştırmanın verilerinin analizi sürecinde ölçek, orijinaline uygun biçimde puanlanmıştır. Bu araştırmadaki örneklem grubunun Cronbach Alpha değeri 0.80 ve 0.91 olarak bulunmuştur. kaynak

ACYÖ, kısa 5 maddeden oluşmaktadır ve cinsel işlevin beş temel bileşenini değerlendirmektedir. Bu bileşenler; cinsel istek, uyarılma, vajinal lumbrikasyon/penis sertleşmesi, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazmdan alınan tatmindir. Her bir cinsel işlev 1’den (bozukluk yok) 6’ya (tam işlev bozukluğu) kadar puanlanabilir ve toplam puan 5 ila 30 arasında değişmektedir. Düşük puanlar gelişmiş cinsel işlevi ve yüksek puanlar cinsel işlev bozukluğunu yansıtmaktadır. Toplam ACYÖ puanının 19 ve üzeri, tek bir madde puanının 5 ve üzeri ya da üç maddenin puanın 4 ve üzeri olması cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (87).

5.5.3. Cinsel Öz Bilinç Ölçeği (ÇÖBÖ)

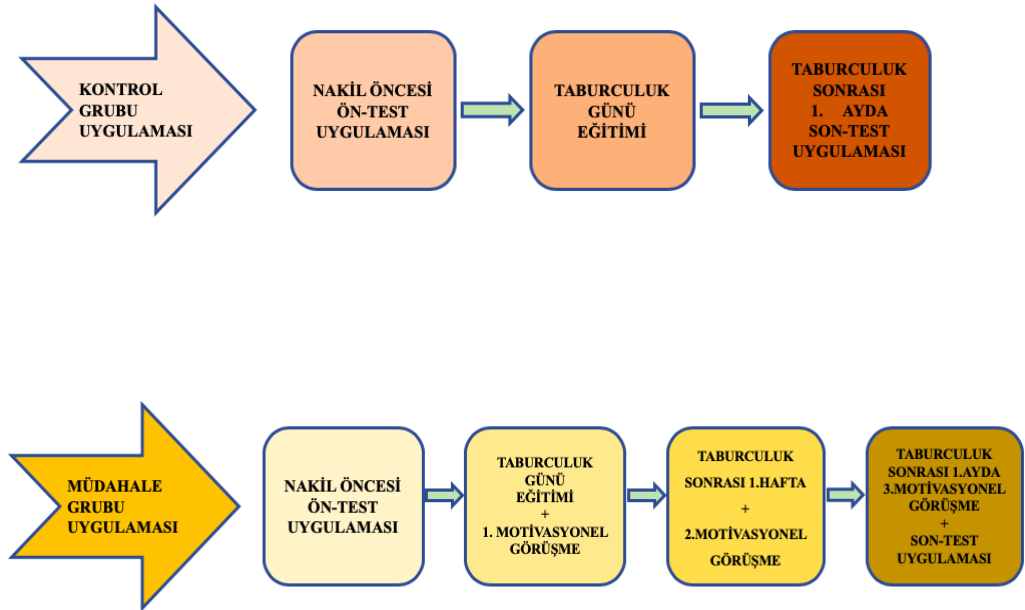
Cinsel öz bilinç ölçeği, 2007 yılında Van Lankveld, Geijen ve Sykora tarafından geliştirilmiş olup Çelik ve Çakmak tarafından 2012 yılında Türkçeye uyarlanmıştır (88). Ölçek hem bireylerin cinsel öz-bilinç hem de cinsel öz-odaklanma ve cinsel utangaçlık düzeylerini belirlemekte, bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi (self report) esasına dayalı olan bir ölçme aracı olarak sunulmaktadır. 5’li likert (0 Hiç Katılmıyorum- 4 Tamamen katılıyorum) tipinde olan cinsel öz bilinç ölçeğinin cinsel utangaçlık ile cinsel öz-odaklanma olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlarda cinsel utangaçlık alt boyutu 1-6. maddelerden, cinsel öz-odaklanma alt boyutu ise 7-12. maddelerden oluşmaktadır. Ölçek hem cinsel öz-bilinçliliğe ilişkin toplam puanı hem de her iki alt boyuta (cinsel öz- odaklanma ve cinsel utangaçlık) ilişkin puanı vermektedir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır.

Alınabilecek puan aralığı 0 ile 42 ararılığında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar cinsel öz-bilinçliliğin yüksek olduğunu göstermektedir (88).

5.5.4. Cinsel Öz Yeterlik Ölçeği (ÇÖYÖ)

Cinsel öz-yeterlik ölçeği Humphreys ve Kennett 2010 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Çelik tarafından 2012 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçek bireylerin cinsel öz-yeterlik düzeylerini belirlemeye yönelik geliştirilen ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi (self report) esasına dayalı olan, 8’li likert (1 Kesinlikle katılmıyorum – 8 Kesinlikle katılıyorum) tipinde tek faktörlü 5 maddeden oluşan bir ölçe aracıdır. Ölçeğin 3 ve 4. maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 5 ile 40’tır. Yüksek puanlar cinsel öz-yeterlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (89).

5.6. Uygulama Şeması



Şekil 1. Uygulama Şeması

5.6.1. Müdahale Grubu Uygulaması

Müdahale grubundaki hastalara kliniğe kabul edildikleri gün veri toplama araçları verilerek ön test Sosyodemografik ve Cinselliğe İlişkin Özellikler Veri Toplama Formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Cinsel Öz-Bilinç Ölçeği (CÖBÖ) ve Cinsel Özyeterlik Ölçeği (CÖYÖ) yapılmıştır.

I. motivasyonel görüşme: Müdahale grubundaki hastalara da kontrol grubunda olduğu gibi taburcu oldukları gün kliniğin rutin uygulamasında yer alan beslenme ve hijyen konularında taburculuk eğitim kitapçığı kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle taburculuk eğitimi verilmiştir. Taburculuk eğitimi içinde yer alan cinsellik konusunda ise motivasyonel görüşme tekniği kullanılmıştır. Tüm eğitim yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

II. motivasyonel görüşme: Taburculuktan sonraki 1. hafta kontrole gelen hastalar ile yüzyüze görüşme yöntemiyle, kontrole gelemeyen hastalarla ise telefon ile motivasyonel görüşme yapılmıştır. Bu görüşme her bir hasta için yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

III. motivasyonel görüşme: Taburculuktan 1 ay sonra kontrol için hastaneye gelen tüm hastalar ile yüzyüze görüşme yöntemiyle ile motivasyonel görüşme tekniği uygulanmıştır. Bu görüşme de her bir hasta için yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Son motivasyonel görüşmenin ardından veri toplama araçları Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Cinsel Öz-Bilinç Ölçeği (CÖBÖ) ve Cinsel Özyeterlik Ölçeği (CÖYÖ) ile son test uygulanmıştır.

5.6.2 Kontrol Grubu Uygulaması

Kontrol grubundaki hastalara kliniğe kabul edildikleri gün veri toplama araçları, Sosyodemografik ve Cinselliğe İlişkin Özellikler Veri Toplama Formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Cinsel Öz-Bilinç Ölçeği (CÖBÖ) ve Cinsel Özyeterlik Ölçeği (CÖYÖ) verilerek ön test yapılmıştır.

Bu gruptaki hastalara, taburcu oldukları gün kliniğin rutin uygulamasında yer alan beslenme, hijyen, cinsellik konularında taburculuk eğitim kitapçığı kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle taburculuk eğitimi verilmiştir. Bu eğitim yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Hastaların taburculuklarından 1 ay sonra kontrole geldikleri gün,

veri toplama araçları ile son test Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Cinsel Öz-Bilinç Ölçeği (CÖBÖ) ve Cinsel Özyeterlik Ölçeği (CÖYÖ) uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara son testten sonra motivasyonel görüşme tekniğiyle cinsellik eğitimi verilerek etik açıdan eşitlik ilkesinin korunması sağlanmıştır.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi, Q-Q grafikler ve histogramlar ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, Medyan, Frekans, Yüzde) yanı sıra normal dağılım gösteren niceliksel verilerin iki grup arası değerlendirmelerinde Student-t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin iki grup arası değerlendirmelerinde ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ön test son test niceliksel verilerinin değerlendirilmesinde normal dağılım gösterenler için eşleştirilmiş örnek-t testi, normal dağılım göstermeyenler için ise Wilcoxon işaretli Sıralar testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin değerlendirilmesinde Pearson Ki-Kare testi, Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare testi ve Fisher Tam Ki-Kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulun'dan etik kurul izni (Karar No: 604 Tarih: 16/05/2017) Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (EK.10).

Hastalara çalışmayla ilgili bilgi verildikten sonra, araştırmaya katılmaya gönüllü olanların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Hastaların çalışmaya dair bilgileri yapılan bu çalışma için kullanılmış ve gizlilik ilkesi gözetilmiştir.

6. BULGULAR

Tablo 6.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik ve Nakil Özelliklerine İlişkin Bulgular

Özellikler		Müdahale (n=31)	Kontrol (n=31)	Toplam (N=62)	Z/ χ^2	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Yaş grubu	40 yaş ↓	11 (%35.5)	18 (%58.1)	29 (46.8)	² 2.332	0.127
	40 yaş ve ↑	20 (%64.5)	13 (%41.9)	33 (53.2)		
Cinsiyet	Erkek	12 (%38.7)	15 (%48.4)	27 (%43.5)	² 0.262	0.608
	Kadın	19 (%61.3)	16 (%51.6)	35 (%56.5)		
Medeni durum	Evli	29 (%93.5)	22 (%71)	51 (%82.3)	² 3.979	0.046*
	Bekar	2 (%6.5)	9 (%29)	11 (%17.7)		
Çocuk sahibi olma	Evet	28 (%90.3)	23 (%74.2)	51 (%82.3)	² 1.768	0.184
	Hayır	3 (%9.7)	8 (%25.8)	11 (%17.7)		
Eğitim durumu	Okur-yazar	4 (%12.9)	4 (%12.9)	8 (%12.9)	³ 4.936	0.177
	İlköğretim	18 (%58.1)	10 (%32.3)	28 (%45.2)		
	Lise	5 (%16.1)	11 (%35.5)	16 (%25.8)		
	Üniversite	4 (%12.9)	6 (%19.4)	10 (%16.1)		
Nakil türü	Allogeneik	13 (%41.9)	16 (%51.6)	29 (%46.8)	² 0.259	0.611
	Otolog	18 (%58.1)	15 (%48.4)	33 (%53.2)		
	Uzun süre tedavi gerektiren	25 (80.6)	26 (%83.9)	51 (%82.3)		
	Kolay tedavi edilen	3 (%9.7)	2 (%6.5)	5 (%8.1)		

¹Z: Mann Whitney U Testi

² χ^2 : Fisher Tam Ki-Kare Testi

¹ χ^2 : Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare Testi

*p<0.05

Tablo 6.1’de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik ve nakil özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Çalışma %43.5’i (n=27) erkek, %56.5’i (n=35) kadın olmak üzere kök hücre nakli yapılan toplam 62 hasta ile yapıldı ve hastaların yaş ortalaması 39.68±11.62 olarak bulundu (p<0.05).

Müdahale grubundaki hastaların yarısından fazlası %64.5’i (n=20) 40 yaş ve üzerinde, yaş ortalaması 41.87±11.59, kontrol grubundaki %41.9’u (n=13) 40 yaşın, yaş ortalaması 37.48±11.41 altında idi. Müdahale grubundaki hastaların 19(%61,3) kadın, büyük çoğunluğu (%93.5) evli, %90.3’ü çocuk sahibi, yarısından fazlası (%58.1) ilköğretim mezunu, %58.1’inin nakil türü otolog, kontrol grubundaki hastaların ise %48,4 ‘ü kadın, büyük çoğunluğu %71’i evli, %74,2’si çocuk sahibi, %35,5’i (n=11) lise mezunu, %51,6’sı (n=16) nakil türü allogeneik olarak bulundu. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu ve nakil türüne göre

istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$), medeni duruma göre ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. ($p<0.05$).

Tablo 6.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Cinsel Yaşamları ve Düşüncelerine İlişkin Bulgular

Özellikler		Müdahale (n=31) n (%)	Kontrol (n=31) n (%)	χ^2	p
Daha önce üreme sisteminize ilişkin sorun yaşama durumu	Evet	1 (%3.2)	1 (%3.2)	-	-
	Hayır	30 (%96.8)	30 (%96.8)		
Daha önce cinsel hayatınız ile ilgili bir sorun yaşama durumu	Evet	2 (%6.7)	-	-	-
	Hayır	28 (%93.3)	31 (%100)		
Nakil öncesinde cinsellikle ilgili bilgi alma durumu	Evet	3 (%9.7)	4 (%12.9)	¹ 0.161	1.000
	Hayır	28 (%90.3)	27 (%87.1)		
Nakil öncesinde cinsellikle ilgili bilgi alınan kişiler	Hemşire	1 (%33.3)	-	-	-
	Doktor	2 (%66.7)	-		
	Gazete/dergi/internet/TV	-	4 (%100)		
Bilgi alma isteme durumu	Evet	20 (%64.5)	19 (%61.3)	² 0.001	1.000
	Hayır	11 (%35.5)	12 (%38.7)		
Kök hücre naklinin cinsel ilişkiye bakış açısını değiştirme durumu	Evet	15 (%48.4)	8 (%25.8)	² 2.488	0.115
	Hayır	16 (%51.6)	23 (%74.2)		
Kök hücre naklinin cinsel ilişkiye bakış açısını değiştirme şekli (n=23)	Olumlu	1 (%6.7)	-	-	-
	Olumsuz	14 (%93.3)	8 (%100)		
Kök hücre nakli sonrası cinsel ilişki yaşama gücünde azalma olacağını düşünme durumu	Evet	16 (%51.6)	12 (%38.7)	² 0.586	0.444
	Hayır	15 (%48.4)	19 (%61.3)		
Kök hücre nakli sonrası cinsel ilişki yaşama sıklığında azalma olacağını düşünme durumu	Evet	22 (%71)	16 (%51.6)	² 1.700	0.192
	Hayır	9 (%29)	15 (%48.4)		
Kök hücre naklinin cinsel ilişki yaşadığında kendine zarar vereceğini düşünme durumu	Evet	18 (%58.1)	12 (%38.7)	² 1.615	0.204
	Hayır	13 (%41.9)	19 (%61.3)		
Eşi ile cinsel ilişkiye girmekten korkma durumu	Evet	21 (%67.7)	18 (%58.1)	0.276	0.599
	Hayır	10 (%32.3)	13 (%41.9)		
Eşi ile cinsel ilişkiye girmekten korkma nedenleri	Enfeksiyonlara neden olma	19 (%86.4)	14 (%73.7)	0.392	0.531
	Kanamaya neden olma	3 (%13.6)	5 (%26.3)		

¹ χ^2 : Fisher Tam Ki-Kare Testi

² χ^2 : Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare Testi

Tablo 6.2’de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların cinsel ilişki özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların da kontrol grubundaki hastaların da büyük çoğunluğunun (%96.8) daha önce üreme sistemine ilişkin sorun yaşamadığı, müdahale grubundaki hastaların %93’ünün, kontrol grubundaki hastaların tamamının (%100) daha önce cinsel hayatı ile ilgili sorun yaşamadığı, müdahale grubundaki hastaların az bir kısmının (%9.7), kontrol grubundaki hastaların %12.9’unun nakil öncesi dönemde cinsellikle ilgili bilgi almadığı, müdahale grubundaki hastaların %33.3’ünün hemşireden, %66.7’sinin doktordan bilgi aldığı, kontrol grubundaki hastaların ise %100’ünün (n=4) gazete, dergi veya internet aracılığıyla bilgi aldığı, müdahale grubunun %64.5’inin bilgi almak istediği, kontrol grubunun %61.3’ünün bilgi almak istediği, müdahale grubunun %51.6’sının kök hücre naklinin cinsel ilişkiye bakış açısını değiştirmede, kontrol grubunun ise %74.2’sinin kök hücre naklinin cinsel ilişkiye bakış açısını değiştirmede, müdahale grubunun %93.3’ünün kök hücre naklinin cinsel ilişkiye bakış açısını olumsuz etkilediği, kontrol grubunun ise %100’ünün (n=2) kök hücre naklinin cinsel ilişkiye bakış açısını olumsuz etkilediği, müdahale grubunun %51.6’sı cinsel ilişki yaşama gücünde azalma olacağını düşünürken, kontrol grubunun %61.3’ünün cinsel ilişki yaşama gücünde azalma olacağını düşünmediği, müdahale grubunun %71’i cinsel ilişki yaşama sıklığında azalma olacağını düşündüğü, kontrol grubunun %51.6’sının cinsel ilişki yaşama sıklığında azalma olacağını düşündüğü, müdahale grubunun %58.1’i cinsel ilişki yaşadığında kendisine zarar vereceğini düşündüğü, kontrol grubunun ise %38.7’sinin cinsel ilişki yaşadığında kendisine zarar vereceğini düşünmediği, müdahale grubunun %67.7’si cinsel ilişkiye girmekten korktuğunu, kontrol grubunun ise %58.1’inin cinsel ilişkiye girmekten korktuğunu ve müdahale grubunun %86.4’ünün cinsel ilişkiye enfeksiyonlar nedeni ile girmekten korktuğunu, kontrol grubunun ise %73.7’sinin cinsel ilişkiye enfeksiyonlar nedeni ile girmekten korktuğu saptandı. Gruplar arasında hastaların cinsel yaşamları ve düşüncelerine ilişkin özellikleri göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. ($p>0.05$).

Tablo 6.3. Bilgi Almak İsteyen Hastaların Bilgi Almak İstedikleri Sorulara İlişkin Bulgular (n=39)

Konular	n	%
KİT sonrası cinsel ilişkiye girebilir miyim?	17	43.5
Kit sonrası çocuğum olur mu?	8	20.5
Kit sonrası eşime zararı olur mu? Eşime bulaşır mı?	4	10.2
Kit sonrası saçım ne zaman çıkar?	3	7.6
Kit sonrası ne zaman, ne sıklıkla ilişkiye girmeliyim?	3	7.6
Kit sonrası cinsel ilişki yaşarken nelere dikkat etmeliyim?	2	5.1
Kit sonrası cinsel ilişki yaşarsam enfeksiyon bulaşır mı?	2	5.1
Kit sonrası cinsel ilişkiye girmenin kan değerlerime etkisi olur mu?	2	5.1
Kit sonrası cinsel ilişki yaşarsam kanama olur mu?	2	5.1
Kit sonrası kemoterapi etkisi ne zaman biter?	1	2.5
Kit sonrası spermmlerim azalır mı?	1	2.5
Kit sonrası adetim ne zaman biter?	1	2.5
Kit sonrası cinsel ilişkiye girebilmek için kan değerlerimin ne kadar olması lazım?	1	2.5
Kit sonrası yenidoğan bebeğimi emzirebilir miyim?	1	2.5
Kit sonrası farklı kişilerle ilişkiye girebilir miyim?	1	2.5

Birden fazla konuda soru sorulmuştur.

Tablo 6.3’de bilgi almak isteyen hastaların bilgi almak istedikleri sorulara ilişkin bulgular verilmiştir.

Hastaların en çok %43,5 oranla (n=17) “KİT sonrası cinsel ilişkiye girebilir miyim?”, %8’i (n=8) “KİT sonrası çocuğum olur mu? ”, %10.2’si (n=4) “KİT sonrası eşime zararı olur mu? Eşime bulaşır mı? ”, %7.6’sı (n=3) “KİT sonrası saçım çıkar mı?”, “KİT sonrası ne zaman ne sıklıkla ilişkiye girmeliyim?”, %5.1’i (n=2) “KİT sonrası cinsel ilişki yaşarken nelere dikkat etmeliyim?”, “KİT sonrası cinsel ilişki yaşarsam enfeksiyon bulaşır mı?” , “KİT sonrası cinsel ilişkiye girmemin kan değerlerime etkisi olur mu?”, “KİT sonrası cinsel ilişki yaşarsam kanama olur mu?”, %2.5’i (n=1) “KİT sonrası kemoterapi etkisi ne zaman biter? ”, “KİT sonrası spermmlerim azalır mı?”, “KİT sonrası adetim ne zaman biter?”, “KİT sonrası cinsel ilişkiye girmek için kan değerlerimin ne kadar olması lazım?”, “KİT sonrası yenidoğan bebeğimi emzirebilir miyim?” ve “KİT sonrası farklı kişilerle ilişkiye girebilir miyim?” sorularını sorduğu belirlendi.

Tablo 6.4. Müdahale ve kontrol gruplarına göre Ön Test ve Son Testteki Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Alt Boyut ve Toplam Puanları

ACYÖ Ölçek Alt Boyutları		Müdahale (n=31)	Kontrol (n=31)	¹ Z	p
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Cinsel İstek	Ön test	2.61±1.43 (2)	2.16±1.24 (2)	-1.217	0,224
	Son test	2.68±0.98 (2)	2.35±1.36 (2)	-1.363	0,173
	Fark	0.06±0.89 (0)	0.19±0.79 (0)	-0.608	0,543
	² Z	-0.404	-1.321		
	p	0.686	0.186		
Kolay Uyarılma	Ön test	2.45±1.15 (2)	2.13±1.23 (2)	-1.257	0,209
	Son test	2.74±1.03 (3)	2.39±1.28 (2)	-1.475	0,140
	Fark	0.29±0.86 (0)	0.26±0.63 (0)	-0.063	0,950
	² Z	-1.822	-2.138		
	p	0.068	0.033*		
Vaginal Lumbrikasyon/Penis Sertleşmesi	Ön test	2.42±1.29 (2)	2.26±1.09 (2)	-0.336	0,737
	Son test	2.77±1.18 (3)	2.48±1.23 (2)	-0.998	0,318
	Fark	0.35±0.95 (0)	0.23±0.92 (0)	-0.541	0,589
	² Z	-2.011	-1.380		
	p	0.044*	0.167		
Orgazma Ulaşma Kapasitesi	Ön test	2.71±1.16 (3)	2.19±1.08 (2)	-1.819	0,069
	Son test	2.84±1.04 (3)	2.55±1.18 (3)	-1.039	0,299
	Fark	0.13±0.96 (0)	0.35±1.05 (0)	-0.913	0,361
	² Z	-0.790	-1.826		
	p	0.430	0.068		
Tatmin	Ön test	2.35±1.14 (2)	2.32±1.30 (2)	-0.257	0,797
	Son test	2.71±0.90 (3)	2.52±1.41 (2)	-1.077	0,281
	Fark	0.35±0.95 (0)	0.19±0.95 (0)	-0.525	0,599
	² Z	-2.011	-1.127		
	p	0.044	0.260		
Toplam	Ön test	12.55±5.32 (12)	11.06±5.72 (10)	-1.134	0,257
	Son test	13.74±4.25 (14)	12.29±5.95 (12)	-1.512	0,131
	Fark	1.19±3.39 (1)	1.23±3.55 (2)	-0.184	0,854
	² Z	-1.513	-1.880		
	p	0.130	0.060		

¹Z: Mann Whitney U Testi

²Z: Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

*p<0.05

Tablo 6.4 ‘de müdahale ve kontrol gruplarına göre ön test ve son testteki arizona cinsel yaşantılar ölçeği alt boyut ve toplam puanları verilmiştir.

Müdahale grubunda cinsel istek alt boyutunda ön test (2.61 ± 1.43) ve son test (2.68 ± 0.98) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Kontrol grubunda cinsel istek alt boyutunda öntest (2.16 ± 1.24) ve son test (2.35 ± 1.36) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Cinsel istek alt boyut puanına göre müdahale grubunun ön test puanı ile kontrol grubunun ön test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Cinsel istek alt boyut puanına göre müdahale grubunun son test puanı ile kontrol grubunun son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Müdahale grubunda kolay uyarılma alt boyutunda ön test (2.45 ± 1.15) ve son test (2.74 ± 1.03) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Kontrol grubunda kolay uyarılma alt boyutunda öntest (2.13 ± 1.23) ve son test (2.39 ± 1.28) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Kolay uyarılma alt boyut puanına göre müdahale grubunun ön test puanı ile kontrol grubunun ön test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Kolay uyarılma alt boyut puanına göre müdahale grubunun son test puanı ile kontrol grubunun son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Müdahale grubunda vajinal lumbrikasyon/penis sertleşmesi alt boyutunda ön test (2.42 ± 1.29) ve son test (2.77 ± 1.18) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0.044$).

Kontrol grubunda vajinal lumbrikasyon/penis sertleşmesi alt boyutunda öntest (2.26 ± 1.09) ve son test (2.48 ± 1.23) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Vajinal lumbrikasyon/penis sertleşmesi alt boyut puanına göre müdahale grubunun ön test puanı ile kontrol grubunun ön test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Vajinal lumbrikasyon/penis sertleşmesi alt boyut puanına göre müdahale grubunun son test puanı ile kontrol grubunun son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Müdahale grubunda orgazma ulaşma kapasitesi alt boyutunda ön test (2.71 ± 1.16) ve son test (2.84 ± 1.04) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Kontrol grubunda orgazma ulaşma kapasitesi alt boyutunda öntest (2.19 ± 1.08) ve son test (2.55 ± 1.18) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Orgazma ulaşma kapasitesi alt boyut puanına göre müdahale grubunun ön test puanı ile kontrol grubunun ön test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Orgazma ulaşma kapasitesi alt boyut puanına göre müdahale grubunun son test puanı ile kontrol grubunun son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Müdahale grubunda tatmin alt boyutunda ön test (2.35 ± 1.14) ve son test (2.71 ± 0.90) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Kontrol grubunda tatmin alt boyutunda öntest (2.32 ± 1.30) ve son test (2.52 ± 1.41) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Tatmin alt boyut puanına göre müdahale grubunun ön test puanı ile kontrol grubunun ön test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tatmin alt boyut müdahale grubunun son test puanı ile kontrol grubunun son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

ACYÖ Toplam puanına göre Müdahale grubunun ön testi (12.55 ± 5.32) ve son testi (13.74 ± 4.25) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış **saptandı**. ($p < 0.05$).

ACYÖ toplam puanına göre kontrol grubunda öntest (11.06 ± 5.72) ve son test (12.29 ± 5.95) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

ACYÖ toplam puanına göre müdahale grubunun ön test puanı ile kontrol grubunun ön test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Acyö toplam (aynı boyutta) müdahale grubunun son test puanı ile kontrol grubunun son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo 6.5. Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Ön Test ve Son Testteki Cinsel Öz-Bilinç Ölçeği (ÇÖBÖ) Alt Boyut ve Toplam Puanları

ÇÖBÖ Ölçek Alt Boyutları		Müdahale (n=31)	Kontrol (n=31)	¹ Z	p
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Cinsel Utangaçlık	Ön test	9.65±6.15 (10)	7.84±6.21 (8)	-1.010	0.312
	Son test	10.84±6.43 (11)	9.00±7.25 (7)	-1.193	0.233
	Fark	1.19±3.43 (0)	1.16±3.72 (0)	-0.106	0.915
	² Z	-1.809	-1.623		
	p	0.070	0.105		
Cinsel Odaklanma	Ön test	12.26±5.53 (13)	11.48±5.02 (12)	-0.727	0.467
	Son test	15.1±4.35 (16)	14.32±5.09 (15)	-0.162	0.871
	Fark	2.84±3.30 (3)	2.84±5.98 (2)	-0.311	0.756
	² Z	-3.732	-2.417		
	p	0.001**	0.016*		
ÇÖBÖ Toplam	Ön test	21.9±9.86 (21)	19.32±8.11 (21)	-1.036	0.300
	Son test	25.94±8.41 (26)	23.32±9.61 (25)	-1.078	0.281
	Fark	4.03±4.79 (4)	4.00±6.94 (3)	-0.282	0.778
	² Z	-3.646	-2.790		
	p	0.001**	0.005**		

¹Z: Mann Whitney U Testi

²Z: Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

*p<0.05 **p<0.01

Tablo 5. Müdahale ve kontrol gruplarına göre ön test ve son testteki cinsel öz-bilinç ölçeği (ÇÖBÖ) alt boyut ve toplam puanları verilmiştir.

Müdahale grubunda cinsel utangaçlık alt boyutunda ön test (9.65±6.15) ve son test (10.84±6.43) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05).

Kontrol grubunda cinsel utangaçlık alt boyutunda ön test (7.84±6.21) ve son test (9.00±7.25) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05).

Cinsel utangaçlık alt boyut puanına göre müdahale grubunun ön test puanı ile kontrol grubunun ön test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Cinsel utangaçlık alt boyut puanına göre müdahale grubunun son test puanı ile kontrol grubunun son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Müdahale grubunda cinsel odaklanma alt boyutunda ön test (12.26±5.53) ve son test (15.1±4.35) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış **saptandı** (p<0.05).

Kontrol grubunda cinsel odaklanma alt boyutunda ön test (11.48±5.02) ve son test (14.32±5.09) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış **saptandı** ($p<0.05$).

Cinsel odaklanma alt boyut puanına göre müdahale grubunun ön test puanı ile kontrol grubunun ön test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Cinsel odaklanma alt boyut puanına göre müdahale grubunun son test puanı ile kontrol grubunun son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Müdahale grubunda ÇÖBÖ toplam puanında ön test (21.9±9.86) ve son test (25.94±8.41) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış **saptandı** ($p<0.05$).

Kontrol grubunda ÇÖBÖ toplam puanında ön test (19.32±8.11) ve son test (23.32±9.61) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış **saptandı** ($p<0.05$).

ÇÖBÖ toplam puanına göre müdahale grubunun ön test puanı ile kontrol grubunun ön test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

ÇÖBÖ toplam puanına göre müdahale grubunun son test puanı ile kontrol grubunun son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.6. Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Ön Test ve Son Testteki Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (ÇÖYÖ) Toplam Puanı

ÇÖYÖ		Müdahale (n=31)	Kontrol (n=31)	¹ Z	p
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
ÇÖYÖ Toplam	Ön test	29.16±7.1 (32)	30.68±5.29 (31)	-0.641	0.521
	Son test	30.61±4.45 (31)	32.90±4.84 (34)	-2.023	0.043*
	Fark	1.45±5.59 (2)	2.23±3.96 (0)	-0.538	0.591
	² Z	-1.371	-2.691		
	p	0.170	0.007**		

¹Z: Mann Whitney U Testi

²Z: Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Tablo 6. Müdahale ve kontrol gruplarına göre ön test ve son testteki cinsel öz-yeterlik ölçeği (ÇÖYÖ) toplam puanı verilmiştir.

Müdahale grubunda cinsel öz yeterlik ölçeği ön test (29.16±7.1) puanı ve ÇÖYÖ son test (30.61±4.45) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Kontrol grubunda cinsel öz yeterlik ölçeği ön test (30.68±5.29) puanı ve ÇÖYÖ son test (32.90±4.84) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık **saptandı** ($p<0.007$).

ÇÖYÖ puanına göre müdahale grubunun ön test puanı ile kontrol grubunun ön test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

ÇÖYÖ puanına göre müdahale grubunun ön test puanı ile kontrol grubunun ön test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark **saptandı**. ($p<0.007$)

Tablo 6.7. Müdahale grubundaki Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Cinsel Öz-Bilinç Ölçeği (ÇÖBÖ) ve Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (ÇÖYÖ) ön teste göre son testteki puan değişimlerinin ilişkisi

Ölçekler ve Alt Boyutları	Cinsel Utangaçlık	Cinsel Odaklanma	ÇÖBÖ Toplam	ÇÖYÖ Toplam
	r; p	r; p	r; p	r; p
Cinsel İstek	0.266; 0.149	0.066; 0.724	0.126; 0.500	0.111; 0.551
Kolay Uyarılma	0.181; 0.329	0.263; 0.153	0.276; 0.133	0.335; 0.065
Vaginal lumbrikasyon/Penis sertleşmesi	0.247; 0.181	0.159; 0.392	0.283; 0.123	0.094; 0.614
Orgazma Ulaşma Kapasitesi	0.161; 0.385	-0.033; 0.858	0.086; 0.645	-0.110; 0.554
Tatmin	0.107; 0.568	0.096; 0.607	0.092; 0.621	0.096; 0.609
ACYÖ Toplam	0.274; 0.136	0.158; 0.396	0.246; 0.182	0.120; 0.519
Cinsel Utangaçlık/ÇÖYÖ Toplam	r; p		0.061; 0.745	
Cinsel Odaklanma/ÇÖYÖ Toplam	r; p		-0.170; 0.362	
ÇÖBÖ Toplam/ÇÖYÖ Toplam	r; p		-0.040; 0.832	

r: Spearman Rho Korelasyon Katsayısı

Müdahale grubunda Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Cinsel Öz-Bilinç Ölçeği (ÇÖBÖ) ve Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (ÇÖYÖ) ön teste göre son testteki puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. ($p>0.05$).

Tablo 6.8. Kontrol grubundaki Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Cinsel Öz-Bilinç Ölçeği (ÇÖBÖ) ve Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (ÇÖYÖ) ön teste göre son testteki puan değişimlerinin ilişkisi

Ölçekler ve Alt Boyutları	Cinsel Utangaçlık	Cinsel Odaklanma	ÇÖBÖ Toplam	ÇÖYÖ Toplam
	r; p	r; p	r; p	r; p
Cinsel İstek	0.117; 0.529	0.385; 0.033*	0.350; 0.048*	-0.134; 0.473
Kolay Uyarılma	0.093; 0.619	0.363; 0.045*	0.394; 0.028*	-0.046; 0.805
Vajinal Lumbrikasyon/Penis				
Sertleşmesi	0.043; 0.820	0.134; 0.473	0.155; 0.404	-0.166; 0.372
Orgazma Ulaşma Kapasitesi	0.041; 0.825	0.311; 0.089	0.300; 0.101	-0.211; 0.254
Tatmin	0.260; 0.157	0.363; 0.045*	0.493; 0.005**	-0.074; 0.691
ACYÖ Toplam	0.134; 0.474	0.356; 0.048*	0.397; 0.027*	-0.183; 0.325
Cinsel Utangaçlık/ÇÖYÖ Toplam	r; p	0.024; 0.898		
Cinsel Odaklanma/ÇÖYÖ Toplam	r; p	0.048; 0.800		
ÇÖBÖ Toplam/ÇÖYÖ Toplam	r; p	0.139; 0.456		
<i>r: Spearman Rho Korelasyon Katsayısı</i>				
	<i>*p<0.05</i>	<i>**p<0.01</i>		

Kontrol grubunda cinsel odaklanma alt boyutu ile ACYÖ cinsel istek ($p=0.033$), ACYÖ kolay uyarılma ($p=0.045$), ACYÖ tatmin ($p=0.045$) alt boyut ve ACYÖ toplamının ($p=0.048$) ön teste göre son testteki puan değişim miktarları arasında pozitif yönde ve sırasıyla %38.5, %36.3, %36.3 ve %35.6 düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki **saptandı** ($p<0.05$).

Kontrol grubunda ÇÖBÖ toplamı ile ACYÖ cinsel istek ($p=0.048$), ACYÖ kolay uyarılma ($p=0.028$), ACYÖ tatmin ($p=0.005$) alt boyut ve ACYÖ toplamının ($p=0.027$) ön teste göre son testteki puan değişim miktarları arasında pozitif yönde ve sırasıyla %35, %39.4, %49.3 ve %39.7 düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki **saptandı** ($p<0.05$; $p<0.01$).

8. TARTIŞMA

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik ve nakil özelliklerine ilişkin bilgilerin verildiği bulgular tartışılmıştır.

Çalışma %43.5'i (n=27) erkek, %56.5'i(n=35) kadın olmak üzere kök hücre nakli yapılan toplam 62 hastayı kapsamaktadır ve yaş ortalaması 39.68 ± 11.62 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun 40 yaş ve üzeri olan hasta sayısı %64.5 (n=20) olup kontrol grubunun ise %41.9 (n=13)'dur ve yaş ortalamaları benzer aralıktadır. Arizona cinsel yaşantı toplam puanına bakıldığında müdahale grubunun ön testi ve son testi arasında anlamlı fark saptandı. Kontrol grubunda ise ön test ve son test arasında anlamlı fark saptanmadı. Yapılan bir araştırmada yaşın cinsel fonksiyonu etkilediği ve artan yaşa paralel olarak yaşanan cinsel sorunlarda da artış olduğu belirtilmiştir. Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının çözümünde PLISSIT modelinin etkinliğini değerlendirmek amacı ile yapılan bir araştırmada artan yaş erkeğin ereksiyon olmasını etkilemekte iken kadınlarda ise yaş arttıkça daha az çekici olma korkusu baş göstermektedir (89). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastalara ilişkin gruplar arasında yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu ve nakil türüne göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sosyo demografik özelliklerin benzer oranda olması müdahale ve kontrol gruplarının karşılaştırılabilir olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Araştırmada müdahale grubunu oluşturanların %93.5' inin, kontrol grubunu oluşturanların ise %71'inin medeni durumu evli olarak saptanmıştır. Araştırma da çocuk sahibi olma durumu %82.3 olarak bulunmuştur. Eğitim durumu müdahale grubun da ve 58.1'i ile ilköğretim iken kontrol grubunda %35.5 ile lise mezunu olarak saptanmıştır. Öksüz ve Malhan'ın ülkemizde yaptığı Türk kadınlarında kadın cinsel işlev bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri ile ilgili çalışmasında öğrenim durumu ile cinsel disfonksiyon arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (90,91). Jinekolojik kanserli kadınlarda PLISST modeli doğrultusunda yapılan cinsel danışmanlığın etkinliği ile yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında cinsel işlev bozukluğu ile eğitim seviyesi arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (92,93). Araştırmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan müdahale grubundaki hastaların %58.1'ini (n=18) otolog kök hücre nakli olan hastalar oluşturur iken kontrol grubunda ise %51.6'sını (n=16) ise

allogeneik kök hücre nakli olan hastaların oluşturduğu bulunmuştur. Kontrol grubu hastalarının nakil türüne bağlı olarak nötropenik dönemde daha uzun süre kalması ve görülen komplikasyonlar açısından riskli olması bakımından daha yüksek risk taşımasına rağmen Tablo 6 'da öz yeterlik ölçeği bulgularına bakıldığında ise kontrol grubunun ön test ve son test puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Kwai han Yoo ve arkadaşlarının yaptığı hematopoetik kök hücre nakli sağ kalanlar ve eşlerine cinsel aktivite ve cinsel işlev bozukluğu ile ilgili memnuniyetlerini ölçmek için yapılan bir araştırma da çalışmanın %68,1 'ini (n=61) allogeneik kök hücre nakli hastası oluşturur iken, %31,9'unu (n=30) otolog kök hücre nakli olan hastalar oluşturmaktadır ve toplam 91 hastanın %50'sinin (n=45) eşleriyle ilişkiye girdiği bulunmuştur (94). Nakil çeşitlerinin cinsellik üzerine olan etkisini tartışan literatür bulguları bulunamamıştır. Kök hücre naklinin cinsellik üzerindeki etkisine ilişkin çalışmaların artırılması amacı ile araştırma çalışmamız yapılmıştır. Kök hücre nakli işlemi öncesinde kemoterapi, radyoterapi gibi hazırlık tedavileri gerekmektedir. Bu uygulamalar ortalama 3 aylık hazırlık programı ve tedavi süreci ile birlikte uzun bir zaman almaktadır. Araştırmamız da hastaların büyük çoğunluğu daha önce üreme sistemine ilişkin herhangi bir sorun yaşamadığını belirtmiştir. Ancak Thygesen Kh. ve ark. kök hücre naklinin cinsellik üzerine etkisi ile ilgili yaptığı çalışmada ise hastaların birçoğunun cinsel fonksiyonlarının ve etiyolojilerinin etkilendiği saptanmıştır (94). Nakil öncesi cinsellik ile ilgili bilgi alma durumuna %90.3 (n=28) oranında büyük kısmının bilgi almadığı ve yarısından fazlasının %62,9'unun (n=39) birden fazla konu hakkında soru sorduğu bulunmuştur. Humphreys'in kemik iliği nakli yapılan hastalarda cinsel işlevsellik ile ilgili yaptığı çalışmada kök hücre nakli yapılan hastaların yarısının cinsellik ile ilgili konuları sağlık uzmanları ile tartışmadıkları belirtilmiştir (95). Yine aynı çalışmada katılımcıların % 47,6'sı sağlık hizmeti sağlayıcılarının kök hücre naklinin cinsel işlev üzerine tartışmadıklarını ve % 53,4'ü cinsel işlev ile ilgili konuları tartışmadıklarını ve % 49,4'ü ise cinsel işlev ile ilgili danışmanlık istemediğini belirtmiştir. Pınar G. 'nin ise kanser hastalarında cinsel danışmanlık ve disfonksiyon ile ilgili yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %88.2'sinin hastalara cinsellik ile ilgili soru sormadığı tespit edilmiştir (96, 75). Guthrie tarafından yapılan hemşirelerin cinsellik algıları ile ilgili hasta bakımı ile ilgili diğer bir çalışmada ise kadınların %49'unun, erkeklerin

%39'unun cinsel sorunları için yardım almak istedikleri belirlenmesine rağmen ancak kadınların %6'sının, erkeklerin % 4'ünün yardım aldıkları belirlenmiştir (97).

Kök hücre naklinin cinsel ilişkiye bakış açısını değiştirme durumuna bakıldığında; evet diyenlerin tamamının bakış açısının olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Araştırmamızın hem müdahale hem kontrol grubunda bulunan hastaların eşi ile cinsel ilişkiye girmekten korkma nedenleri yüksek oranda enfeksiyonlara ve kanamaya neden olma durumu iken Norskov KH ve ark. yaptığı çalışmada kGvHH ve konakçı hastalığa bağlı bedensel değişiklikler, fiziksel kısıtlamaların olması ve cinsel işlev bozukluğu olarak belirtilmiştir (98).

Müdahale grubunda Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) toplam ön test (12,55±5,32) ve son test (13,74±4,25) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,005$). (Tablo 4). Verilen motivasyonel görüşme tekniği cinsel danışmanlık eğitimi etkin olarak bulunmuştur. Xu, Ming ve Hou yaptıkları bir araştırmada miyokard infarktüsü geçiren hastalara verilen cinsel danışmanlık eğitimi 240 hastada müdahale ve kontrol grubu olarak değerlendirmişlerdir. Müdahale grubu hastalarına her ay verilen cinsel danışmanlık eğitimi hastalarda cinsel ilişki sıklığı ve cinsel memnuniyet düzeylerini etkilediği saptanmıştır (99, 100).

Müdahale grubunda, ACYÖ'nin cinsel istek, kolay uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi ve tatmin alt boyutları ve toplam puanının da son test puanı, ön test puanından bir miktar yüksek olmakla birlikte ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak vajinal lumbrikasyon /penis sertleşmesi alt boyutunda son testteki artış istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmıştır. Barni ve Mondin'in 20-60 yaş arasında 50 meme kanserli hastaya yaptıkları çalışmasında araştırmaya katılanların %96'sında bir veya daha fazla cinsel sorun (cinsel isteksizlik/istekte azalma, orgazm olamama, vajinal kuruluk ve ağrı gibi) yaşadığını bulmuştur. En belirgin sorunun ise cinsel istek evresinde yaşandığı saptanmıştır (100). Kontrol grubunda ise ACYÖ 'nin kolay uyarılma alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutları ve toplam puanının da ön test ile son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Demirtaş ve Pınar'ın Türkiye de jinekolojik kanser tedavisi gören 168 kadın hastaya yaptığı kesitsel çalışmada kadınlar en sık vajinal kuruluk (%97,6), disparoni (%97), orgazm ile ilişkili güçlük (%92,9) ve cinsel istek azlığı (%91,1) yaşamakta oldukları saptanmıştır (102).

Müdahale ve kontrol grubunda Cinsel Öz-Bilinç Ölçeği (CÖBÖ) cinsel odaklanma alt boyutunda ve CÖBÖ ön test ve son test puanları arasında anlamlı düzeyde artış saptanmıştır ($p<0,005$). Bu bulguların araştırmanın çalışıldığı aşamada kontrol ve müdahale gruplarının randomize yapılmış olması homojen özellikte olduklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Kontrol grubunda Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (ÇÖYÖ) ön test ($30,68\pm5,29$) ve son test ($32,90\pm4,84$) puanı arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,005$). ÇÖYÖ puanına göre müdahale grubunun ön test puanı ile kontrol grubunun ön test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0,005$). Araştırmamızın homojen özellikte olduğunu gösteren bu sonuç cinsel öz yeterlik açısından yapılan motivasyonel görüşmenin müdahale grubuyla kontrol grubu karşılaştırıldığında etkili olmadığını göstermiştir.

Müdahale grubuna motivasyonel görüşme uygulanan araştırmamızın cinsel danışmanlıkta kullanılan BETTER ve PLISSIT modelleri ile değerlendirmesi yapıldığında ise; PLISSIT yöntemi kullanılan jinekolojik kanserli hastalardaki cinsel danışmanlığın hastalar üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Jinekolojik kanser tedavisi sonrası cinsel yaşamları ile ilgili yaşadıkları sorunlar hakkında ortaya çıkan sorunları öncelikli görmedikleri veya bu sorunları çözmek için destek almadıkları, çözüm aşamasında ise çaresiz kaldıkları bulunmuştur. Cinsel danışmanlık hizmetlerinin verilmesi bu nedenle önemlidir (103). Chun, 2011 yılında jinekolojik kanser teşhisi olan ve tedavi gören 61 kadın ile yaptığı çalışmada kadınların cinsel işlevlerini izlemiş ve müdahale-kontrol çalışması olarak planlanan çalışmada kadınlar müdahale ve kontrol grubu olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Müdahale grubuna, PLISSIT modeline dayanarak geliştirdiği, kadın cinselliğinin fiziksel ve psikososyal yönlerini yansıtan, entegre 6 saatlik (oturum başına iki saatlik) programı uygulamıştır. Her iki grubu da kadın cinsel fonksiyon indeksi ile değerlendirmesi yapılmıştır. Yapılan bu araştırma sonucunda üç haftalık süreç içinde uygulanan PLISSIT modeli uygulamasının jinekolojik kanser tanısı olan kadınlar için cinsel işlevleri artırmada etkili olduğunu ve hemşirelerin bu modeli kullanarak kadınların cinsel işlevlerini geliştirmeye katkıda bulunabileceğini belirtmiştir (104). Meme kanseri hastalarının cinsel sorunlarına yönelik BETTER modeline göre verilen eğitimin etkisine bakıldığında ise; verilen cinsel sağlık eğitiminin cinsel sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir.

Onkoloji alanında çalışan hemşireler hastalara BETTER Modeli'ne göre eğitim planlayabilir ve böylece cinsel sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunabilir (105).

Motivasyonel görüşme ile yapılan araştırmaların etkinliğine bakıldığında ise; Viau ve arkadaşlarının (2016) yılında yaptığı fenil-ketonürlü bireylerin öz yeterliliğini arttırmak için telefon ile motivasyonel görüşme yapmış ve 6 aylık süre sonunda öz etkililik ve öz yeterlik puanlarının arttığı saptanmıştır (106). Araştırmamızda motivasyonel görüşmenin öz yeterlik üzerine etkisi saptanmamıştır.

Yaptığımız araştırmada kök hücre nakli uygulanan hastalara uygulanan motivasyonel görüşmenin cinsellik üzerine olan etkisini araştırmak için müdahale grubuna motivasyonel görüşme tekniği uygulanmış, ACYÖ, ÇÖBÖ ve ÇÖYÖ ölçeklerinde ön test ve son test yapılmıştır. İlk ve son değerlendirme bulgularına bakıldığında ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında motivasyonel görüşmenin cinsel yaşantı üzerine etkili olduğu saptanmıştır.

Cinsellik ile ilgili yapılan araştırmaların tarihsel süreç içerisinde değerlendirmesi yapıldığında dönemsel özelliklerine, araştırmacıların cinsel yaşam ve cinsel kimliklerine, cinsel baskılara ve cinsel ayrımcılığa göre değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Cinsellik ile ilgili yapılacak olan çalışmaların çok faktörlü etkenlerden etkilenmesi ve müdahale gruplarıyla yapılan çalışmaların sınırlılıkları olması nedeni ile çok boyutlu olarak değerlendirilip bütüncül olarak ele alınması gerekmektedir (107).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuç

Bu araştırma randomize kontrollü çalışma olarak kök hücre nakli yapılan hastalara uygulanan motivasyonel görüşmenin cinsel yaşantı, cinsel öz bilinç ve cinsel yeterliğe etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Müdahale grubuna yapılan üç aşamalı motivasyonel görüşme tekniğinin, kontrol grubuna ise tek aşamalı standart uygulanan taburculuk eğitiminin sonucunda hastalarda; kök hücre nakli yapılan hastalara uygulanan motivasyonel görüşmenin müdahale grubunda cinsel yaşantıya etkisi olduğu, cinsel öz yaşantı ölçeğine göre bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamasına rağmen klinik olarak etkilerinin olduğu görülmüştür.

8.2. Öneri

- Kök hücre nakli yapılan hastaların cinsellik ile ilgili bilgi düzeylerinin önceden belirlenmesi,
- Bu hastalarda cinsel ilişkiye girme koşulları bilimsel çalışmalarla belirlenmeli ve kılavuz oluşturulmalı (trombosit sayısı, enfeksiyon durumu, uygun cinsel ilişkiye girme teknikleri vs.),
- Tedavinin neden olabileceği disparoni, vaginal kuruluk ya da erektil disfonksiyon, cinsel istekte ve doyumda azalma, olumsuz beden imajı olasılığına yönelik bilgilendirmenin yapılması,
- Hastaların bilgi düzeyine göre eğitimlerin bireye özel planlanması,
- Kişilerin kültürel ve manevi değerlerinin verilen eğitimlerde göz önünde bulundurulması,
- Cinsellik ile ilgili eğitimlerin nakil öncesi süreçte hekim, hemşire ya da alanda uzman kişiler tarafından verilmesinin sağlanması,
- Tedavinin her aşamasında psikolojik destek sağlanması gerekli görülür ise partnerlerinde dahil edilmesi,
- Hemşirelere etkin cinsel danışmanlık eğitimlerinin verilmesi,
- Motivasyonel görüşme tekniğinin cinsel danışmanlık eğitimlerinde kullanımının yaygınlaştırılması,

- Hemşirelerin hasta bakım süreçlerinde kullanabilecekleri cinsel danışmanlık verileri kayıt sisteminin geliştirilmesi önerilebilir.



9. KAYNAKLAR

1. Erdoğdu D. Kök hücre nakli ve hasta bakımı. İçinde: Sabuncu N ve Akça Ay F (Editörler). Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi ve Hasta Takibi. İstanbul: Nobel Matbaacılık, 2015: s.676-690.
2. Saria MG, Gosselin-Acomb TK. Hematopoietic stem cell transplantation; implications for critical care nurses, 2007 Feb; 11(1): 53-63.
3. Poliquin CM. Post bone marrow transplant patient management, 1999 Sep-Oct:63(5): 495-502.
4. Neitzert CS, Ritva P, Dancey J, Murray C, Avery J. The psychosocial impact of bone marrow transplantation; a review of literature, 1996 Sep 22(5): 409-22.
5. Sara Astarita Linda Caruso Anne Marie Barron Patricia Rissmiller, Experiences in Sexual Health Among Women After Hematopoietic Stem Cell Transplantation, ONF 2016, 43(6), 754-759 DOI: 10.1188/16.ONF.754-759.
6. Marshall J et al. Sexual and reproductive health in cancer survivors. Seminars in Oncology 2013; 40(6):729-730).
7. Yoo KH, Kang D, Kim IR, Choi EK et al., Satisfaction with sexual activity and sexual dysfunction in hematopoietic stemcell transplantation survivors and their partners: a couple study.2018 Aug; 53(8): 967-976.
8. Saria MG, Gosselin-Acomb TK. Hematopoietic stem cell transplantation; implications for critical care nurses, 2007 Feb; 11(1): 53-63.
9. Can G. Kanserde cinsel sağlık. Androloji Bülteni Hemşire  alı ma Grubu 2004; (19):335-356.
10. Seval MM., Kök hücre hastalarında fertilit . Türk Hematoloji Kongresi, Antalya, 2019; 227-231.

11. Can G, Kanserde cinsel sağlık. Androloji Bülteni Hemşire Çalışma Grubu, 2004; (19):335-356. Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavisinin kadın cinsel sağlığına etkileri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 7 (2): 36-40.
12. <http://oubs.iu.edu.tr/doc/1080.pdf,syf>: 169-173, Erişim tarihi 13.05.2019.)
13. file:///C:/Users/mfd/Downloads/AND_2013_55_279_283%20(1).pdf, syf: 279-282, (Erişim tarihi: 13.05.2019).
14. <http://www.gata.edu.tr/cerrahitipbilimleri/kadinhastaliklaridogumad/sss/genca7.html>, (Erişim tarihi: 13.05.2019).
15. Melo AD, Carvolho EC, Pela NT at al.The sexuality of patients with onco-hematological diseases, 2006 Mar-Apr; 14(2): 227-32.
16. Marks DI, Friedman SH, Delli Carpini L, Nezu CM, Nezu AM., a prospective study of the effects oh high-dose chemotherapy and bone marrow transplantation on sexual function in the first year after transplant., 1997 Apr;19(8):819-22.
17. Wingard JR, Curbow B, Baker F, Jabora J, Piantadosi S., Sexual satisfaction in survivors of bone marrow transplantation, 1992 Mar; 9(3): 185-90.
18. Tierney KD, Facione N, PadillaG, Blume K, Dadd M., Altered sexualhealth and quality of life in women prior to HSCT, 2007 Sep: 11(4); 298-308.
19. Puukka LR, Hirvanen E, Aalberg V, Havi L, Rautanen J, Shmes MA, sexuality of young women surviving leukaemia, 1997 Mar;76(3): 197-202.
20. Chiodi , Spinalli S, Abraham G. Sexual problems after stem cell transplantation, 2006, 22; 2 (58): 779-80, 782-3.
21. Eeltink CM, Stringer J, Liptotiott S, Babic A, (et all. 2018) Healthcare professionals perspective on disussing sexual issues in adult patient after hematopoietic stem cell transplant.

22. Seval MM., Kök hücre hastalarında fertilité. Türk Hematoloji Kongresi, Antalya, 2019; 227-231.
23. Kemik iliği nakli ve kemoterapi hakkında bilgiler' Çetin, N. Hacettepe Üniversitesi Pediatrik KİT Ünitesi Bilgilendirme Kitapçığı 2009.
24. Erdoğan D. Kök hücre nakli ve hasta bakımı. İçinde: Sabuncu N ve Akça Ay F (Editörler). Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi ve Hasta Takibi. İstanbul: Nobel Matbaacılık, 2015: s.676-690.) kaynaklar
25. Runge MS ve Greganti MA, 2008, Netter's Internal Medicine. Netter İç Hastalıklar, Ünal S. Ve Demir M, Öncü Basımevi, Ankara, 2009.
26. Rizzo JD, Wingard JR, Tichelli A, Lee SJ, Van Lint MT, Burns LJ, et al. Recommended screening and preventive practices for long-term survivors after hematopoietic cell transplantation: joint recommendations of the European Group for Blood and Marrow Transplantation, the Center for International Blood and Marrow Transplant Research, and the American Society of Blood and Marrow Transplantation. Biol Blood Marrow Transplant 2006; 12:138-51.
27. Majhail NS, Rizzo JD, Lee SJ, Aljurf M, Atsuta Y, Bonfim C, et al. Recommended screening and preventive practices for long-term survivors after hematopoietic cell transplantation. Biol Blood Marrow Transplant 2012; 18:348-71.
28. Hill BT, Rybicki L, Bolwell BJ, Smith S, Dean R, Kalaycio M, et al. The non-relapse mortality rate for patients with diffuse large B-cell lymphoma is greater than relapse mortality 8 years after autologous stem cell transplantation and is significantly higher than mortality rates of population controls. Br J Haematol 2011; 152:561-9.
29. Olsson R, Remberger M, Schaffer M, Berggren DM, Svahn BM, Mattsson J, et al. Graft failure in the modern era of allogeneic hematopoietic SCT. Bone Marrow Transplant 2013; 48:537-43.
30. Özkalemkas F. Transplantasyon öncesi hasta hazırlama. Kan ve Kemik İliği Transplantasyonu Kurs Kitabı. Çeşme. Roche Sanayi A.Ş., (2004) 28-36.

31. Tomblyn M, Chiller T, Einsele H, Gress R, Sepkowitz K, Storek J, et al. Guidelines for preventing infectious complications among hematopoietic cell transplantati- on recipients: a global perspective. Biol Blood Marrow Transplant 2009; 5:1143-238.
32. Junghanss C, Marr KA, Carter RA, Sandmaier BM, Maris MB, Maloney DG, et al. Incidence and outcome of bacterial and fungal infections following nonmyeloablative compared with myeloablative allo- geneic hematopoietic stem cell transplantation: a matched control study. Biol Blood Marrow Transplant 2002; 8:512-20.
33. Afessa B, Peters SG. Major complications following hematopoietic stem cell transplantation. Semin Respir Crit Care Med 2006; 27:297-309.
34. Bulut A, Ortaylı N. Bir araştırmanın düşündürdükleri: cinsel sağlık ama nasıl? Sted Dergisi. 2004; 13(2): 60
35. Çok F, Gray LA, Ersever H. Turkish university students, sexual behaviour, knowledge, attitudes and perceptions of risk related to HIV/AIDS. Culture, Health and Sexuality. 2001; 3(1): 81-9.
36. Keefe DM, Schubert MM, Elting LS, Sonis ST, Epstein JB, Raber-Durlacher JE, et al. Updated clinical prac- tice guidelines 55üreç5555 prevention and treatment of mucositis. Cancer 2007; 109:820-31
37. Vera-Llonch M, Oster G, Ford CM, Lu J, Sonis S. Oral mucositis and outcomes of allogeneic hematopoietic stem-cell transplantation in patients with hematologic malignancies. Support Care Cancer 2007; 15:491-6.
38. Bulut Erdem Ö. Kemoterapi alan yetişkin hastalarda arı sütü ile yapılan ağız bakımının mukozit derecelerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2012.
39. Kepçioğlu N. Kemoterapi uygulanan hematolojik maligniteli hastalarda oral mukozit riskinin ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2012.

40. Güngörmüş Z, Bulut Erdem Ö. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Oral Mukozit. Acı Badem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 5(1): 24-30.
41. Manikandan R, Kumar S, Dorairajan LN. Hemorrhagic cystitis: A challenge to the urologist. Indian J Urol 2010;26:159-66.
42. Gargiulo G, Orlando L, Alberani F, Crabu G, Di Maio A, Duranti L, et al. Haemorrhagic cystitis in haematopoietic stem cell transplantation (HSCT): a prospective observational study of incidence and management in HSCT centres within the GITMO network (Gruppo Italiano Trapianto Midollo Osseo). Ecancermedicalsecience 2014;8:420.
43. Erkurt MA, Kuku İ, Kaya E, Aydoğdu İ., Kanser Kemoterapisi ve Böbrek., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 16(1) 63-68 (2009).
44. Coppel JA, Richardson PG, Soiffer R, Martin PL, Kernan NA, Chen A, et al. Hepatic veno-occlusive disease following stem cell transplantation: incidence, clinical course, and outcome. Biol Blood Marrow Transplant 2010;16:157-68.
45. Carreras E, Bertz H, Arcese W, Vernant JP, Tomás JF, Hagglund H, et al. Incidence and outcome of hepatic veno-occlusive disease after blood or marrow transplantation: a prospective cohort study of the European Group for Blood and Marrow Transplantation. European Group for Blood and Marrow Transplantation Chronic Leukemia Working Party. Blood 1998;92:3599-604.
46. Mohty M, Malard F, Abecassis M, Aerts E, Alaskar AS, Aljurf M, et al. Revised diagnosis and severity criteria for sinusoidal obstruction syndrome/veno- occlusive disease in adult patients: a new classification from the European Society for Blood and Marrow Transplantation. Bone Marrow Transplant 2016;51:906-12.
47. Filipovich AH, Weisdorf D, Pavletic S, Socie G, Wingard JR, Lee SJ, et al. National Institutes of Health consensus development on criteria for clinical trials in chronic graft-versus-host disease: I. Diagnosis and staging working group report. Biol Blood Marrow Transplant 2005; 11:945-56.

48. Keklik M., Cetin M., Turk Hematoloji Dernegi Hematopoetik K k Hücre Nakli Kitabı, Kronik Graft versus Host Hastalığı, 2019; S 127-138.
49. Arora M, Nagaraj S, Witte J, DeFor TE, MacMillan M, Burns LJ, et al. New classification of chronic GVHD: added clarity from the consensus diagnoses. Bone Marrow Transplant 2009; 43:149-53.
50. Soci  G. Chronic GVHD: a new risk score? Blood 2011; 117:6408-9.
51. Flowers ME, Inamoto Y, Carpenter PA, Lee SJ, Kiem HP, Petersdorf EW, et al. Comparative analysis of risk factors for acute graft-versus-host disease and for chronic graft-versus-host disease according to National Institutes of Health consensus criteria. Blood 2011; 117:3214-9.
52. Atsuta Y, Suzuki R, Yamamoto K, Terakura S, Iida H, Kohno A, et al. Risk and prognostic factors for Japanese patients with chronic graft-versus-host disease after bone marrow transplantation. Bone Marrow Transplant 2006; 37:289-96.
53. Sohn SK, Kim DH, Baek JH, Kim JG, Lee KB, Lee KH, et al. Risk-factor analysis for predicting progressive or quiescent-type chronic graft-versus-host disease in a patient cohort with a history of acute graft-versus-host disease after allogeneic stem cell transplantation. Bone Marrow Transplant 2006; 37:699-708.
54. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetler Genel M d rl ğ , Avrupa Konseyi faaliyet raporu, 2005, Ankara.
55. Al-Hazzouri A, Cao Q, Burns LJ, Weisdorf DJ, Majhail NS. Similar risks for chronic kidney disease in long-term survivors of myeloablative and reduced-intensity allogeneic hematopoietic cell transplantation. Biol Blood Marrow Transplant 2008; 14:658-63.
56. Fillastre JP, Godin M. Drug-induced nephropathies. In Davison AM, Cameron JS, Gr nfeld JP, et al. Oxford Textbook of Clinical Nephrology. New York: Oxford University Press 1998; 2645-2657.

57. Socie G, Salooja N, Cohen A, et al. Nonmalignant late effects after allogeneic stem cell transplantation. Late Effects Working Party of the European Study Group for Blood and Marrow Transplantation. Blood 2003;101 (9):3373-85.
58. Sanders JE. The impact of marrow transplant preparative regimens on subsequent growth and development. The Seattle Marrow Transplant Team Semin Hematol 1991; 28 (3):244-9.
59. Yokuş O, Albayrak M., Hematolojik maligniteli olgularda kök hücre transplantasyonu sonrası erken ve geç dönemde ortaya çıkan endokrinolojik komplikasyonlar. JCEI, 2012; 3 (1): 149-156.
60. Baker KS, Gurney JG, Ness KK, Bhatia R, Forman SJ, Francisco L, et al. Late effects in survivors of chronic myeloid leukemia treated with hematopoietic cell transplantation: results from the Bone Marrow Transplant Survivor Study. Blood 2004; 104:1898-906.
61. Rosen RC. Prevalans and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Curr Psychiatry Rep 2000; 2(3): 189–95.
62. Sümer N. Kitab-ı mukaddeste cinsel motifler. Çukurova Üniversitesi Sos- yal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2007 Adana.
63. (Kerri D. Schuiling, Frances E. Likis. Women's gynecology health.8.baskı. Jones&Bartlett, 2006; 149–156.
64. Beji N. Aşçı ÖS. Cinsellikle ilgili Kuramlar ve İlk Bilimsel Çalışmalar. Androloji Bülteni 2011;45: 160–163.
65. https://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_17_63301310.pdf
66. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı No:1–B, 2009.

67. Bandura A (1982). Self-efficacy mechanism in human agency, *American Psychologist* 37(2),122-47.
68. Schwarzer R, Fuchs R (1995). Self-efficacy and health behaviors, To appear in: Conner M, Norman P Predicting Health Behavior. Research and Practice with Social Cognition Models, Buchingham open university press <http://userpage.fu-berlin.de/lruahahn/publicat/conner9.htm>
69. Katz A. Do ask, Do tell, why do so many nurses avoid the topic of sexuality? *Am J Nurs* 2005; 105: 66-68
70. Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavisinin kadın cinsel sağılığına etkileri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003;7(2):36-40)
71. Murshall J at all. Sexual and reproductive health in cancer survivors. *Seminars in Oncology* 2013; 40(6):729-730)
72. Magnan MA, Reynolds KE, Galvin EA. Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Medsurg Nurs* 2005; 14: 282-289.
73. Duldt BW, Pokorny ME. Teaching communication about human sexuality to nurses and other healthcare providers. *Nurse Educ* 1999; 24: 27-32.
74. Heather S. There is sex after breast cancer. <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token>.
75. Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2010; 52: 241- 247.
76. Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniğı. *Türkiye Klinikleri Psychiatry Special Topics*. 2009; 2:41-4.
77. (Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, preparing people to change addictive behavior. *What Is Motivational Interviewing?* New York: The Guildford Pres; 2002. p. 33-43.

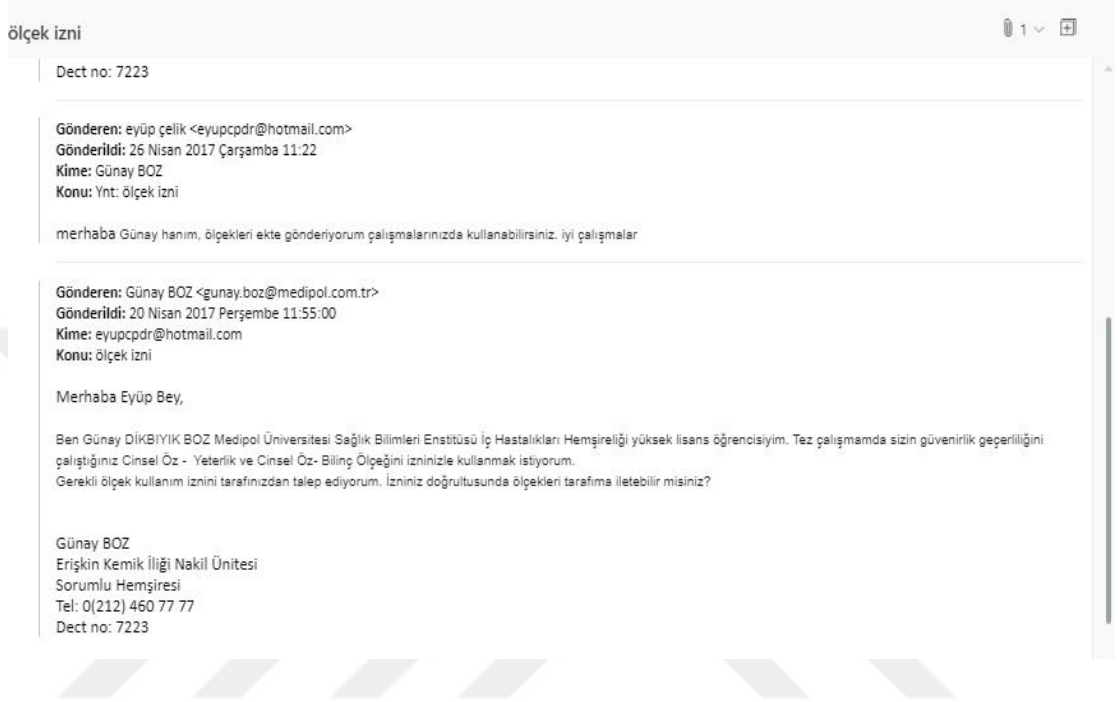
78. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, preparing people to change addictive behavior. Change and Resistance: Opposite Sides of a Coin New York: The Guildford Press; 2002. p. 43-52.
79. Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting. Australian family physician. 2012; 41(9):660.
80. Alvo MC, Cannon-Breland ML. Motivational interviewing for medication adherence. Journal of the American Pharmacists Association. 2015; 55(4): 354-63.
81. Rubak S, Sandbeak A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational Interviewing: a systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice 2005; 55:305-12.
82. Adamson SJ, Sellman JD. Five-Year Outcomes of Alcohol-Dependent Persons Treated With Motivational Enhancement. J Stud Alcohol Drugs 2008; 69(4):589-93.
83. Baker A, Bucci S, Lewin TJ, Kay-Lambkin F, Constable PM, Carr VJ. Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2006; 188:439-48.
84. Watkins CL, Auton MF, Deans CF, Dickinson HA, Jack CIA., Lightboy CE, et al. Motivational Interviewing early after acute stroke: A randomized, controlled trial. Stroke 2007; 38(3):1004-9.
85. Evcimen H, Tip 1 Diabetes Mellituslu Ergenlerde Motivasyonel Görüşmenin Öz Etkililik Düzeylerine Olan Etkisinin İncelenmesi. F.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2018.
86. Steele RG, Fitch MI, editors. Needs of family caregivers of patients receiving home hospice care for cancer. Oncology Nursing Forum; 1996.
87. Soykan A, The reliability and validity of Arizona Sexual Experiences Scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. International Journal of Impotence Research, 2004, 16(6), 531-534.

88. Çelik E, Cinsel Öz Bilinç Ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği, *International Periodical for the Languages Literature and History of Turkish or Turkic*, 2003, 1703-1713.
89. Zhang, H., Fan, S. ve Yip, P.S. (2015). Sexual dysfunction among reproductive- aged Chinese married women in Hong Kong: prevalence, risk factors, and associated consequences. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 738-745.
90. Humpreys T.P. & Kennett D.J, The reliability and validity of instruments supporting the sexual self-control model. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 2010, 19 (1-2), s 1-13.
91. Oksuz, E., Malhan, S. (2006). Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction in Turkish Women. *The Journal of Urology*, 175 (2), 654-658.
92. Lewis, J.H., Rosen, R., Goldstein, I. (2005). Erectile Dysfunction. *Nursing* , 35 (2), 64.
93. Mallis, D., Moisidis, K., Kirana, P.S. (2006). Moderate and Severe Erectile Dysfunction Equally Affects Life Satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 442-449.
94. Kwai HY, Kang D, Kim IR et al. Satisfaction with sexual activity and sexual dysfunction in hematopoietic stem cell transplantation survivors and their partners. 2017
95. Thygesen KH, Schjodt Ben, Jarden M. The impact of hematopoietic stem cell transplantation on sexuality: a systematic review of the literature . 2011; 47 (5): 716-24.
96. Humphreys CT, Tallman B, Altmaier EM, Barnette V. **Sexual** functioning in patients undergoing bone marrow transplantation: a longitudinal study. 2017; 39 (8): 491-6.
97. Guthrie C. Nurses' perception of sexuality relating to patient care. *J Clin Nurs* 1999; 8: 313-321.
98. Norskov KH, Schmidt M, Jarden M. Patients experience of sexuality 1-year after allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation. 2015; 19 (4): 419-26.
99. Xu, F., Ming, Q., Hou, L. (2015). The effect of sex counselling in the sexual activity of acute myocardial infarction patients after primary percutaneous coronary intervention. *Acta Cardiologica*, 70(4), 460-464.
100. Seidl, A., Bullough, B., Haughey, B. Ve ark. Understanding The Effect of Myocardial Infarction on Sexual Functioning: A Absis of Sexual Counseling (İçinde: Alteneider R.R., Hartzell D. (1997) Addressing Couples' Sexuality Concerns During The Childbearing Period: Use of The PLISSIT Model, *JOGNN*, 26: 651-658.

101. Barni, S. ve Mondin, R. (1997). Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 8(2), 149-153.
102. Demirtaş, B. ve Pınar, G. (2014). Determination of sexual problems of Turkish patients receiving gynecologic cancer treatment: a cross-sectional study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(16):6657-6663.
103. Audette, C. ve Waterman, J. (2010). The sexual health of women after gynecological malignancy. *Journal of Midwifery ve Women's Health*, 55, 357-62.
104. Chun, N. (2011). Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(4), 471-480.
105. Özkan Ölçer Z, Meme kanseri hastalarının cinsel sorunlarına yönelik BETTER modeline göre verilen eğitimin etkisi, Doktora Tezi, 2019, İstanbul.
106. Viau KS, Jones JL, Murtaugh MA, Gren LH, Stanford JB, Bilder DA. Phone-based motivational interviewing to increase self-efficacy in individuals with phenylketonuria. *Molecular genetics and metabolism reports*. 2016;6:27-33.
107. Esencan Yılmaz T, Beji Kızılkaya N., Günümüze değin cinsellik konusunda yapılan çalışmaların irdelenmesi, *Kadın cinsel sağlığı dergisi*, s 301-310).

10. EKLER

EK 1: CİNSEL ÖZ BİLİNÇ ÖLÇEĞİ VE CİNSEL ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ İZİNİ



EK 2: ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ İZİNİ

Ölçek izni

AS Atilla Soykan <asoykan@yahoo.com>
Cmt 6.05.2017 19:17
Günay BOZ

Selamlar Günay Hanım;

Ölçeği sitemizden bulabilirsiniz ve kullanabilirsiniz.
Çalışmalarınızda başarılar

Prof. Dr. Atilla Soykan

From: Günay BOZ <gunay.boz@medipol.com.tr>
To: "Asoykan@pol.net" <Asoykan@pol.net>
Sent: Saturday, May 6, 2017 3:56 PM
Subject: Ölçek izni

Merhaba Atilla Bey,

Ben Günay DİKBİYYIK BOZ Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamda sizin Türkiye güvenirlik geçerliliğini çalıştığınız Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğini(ACYÖ) izninizle kullanmak istiyorum. Gerekli ölçek kullanım iznini tarafınızdan talep ediyorum. İzniniz doğrultusunda ölçekleri tarafıma iletebilir misiniz?

Saygılarımla.

Günay BOZ
Erişkin Kemik İliği Nakil Ünitesi
Sorumlu Hemşiresi
Dect no: 7223

EK 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın KATILIMCI,

Bu katıldığımız çalışma bilimsel bir araştırma olup kök hücre nakli sonrası uygulanan motivasyonel görüşmenin cinsel yaşantı, cinsel öz-bilinç ve cinsel öz-yeterliliğe etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada hasta bilgi formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Cinsel öz-yeterlilik ve Cinsel öz-bilinç ölçeği tarafınızdan tamamlanacaktır. Araştırma 70 katılımcı ile yürütülecektir.

Araştırmanın sizin için beklenen yararları sağlık çalışanlarına bilgi sağlamadır.

Bu araştırma ile ilgili olarak doğru bilgi vermek sizin sorumluluğunuzdur. Araştırma sizin için herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, için 05342681578 no.lu telefondan Günay DİKBİYİK BOZ'a başvurabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Araştırmaya katıldığımız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığımız için teşekkür ederiz.

Gönüllünün

Adı / Soyadı

Telefon no

İmzası

Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı / Soyadı : Günay DİKBİYİK BOZ

İmzası :

Tarih:

EK 4: ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ) ERKEK FORMU

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

ERKEK FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyanırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay boşalırsınız ?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Boşalmanız tatmin edici midir ?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

EK 5: ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ) KADIN FORMU

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

KADIN FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Orgazminız tatmin edici midir ?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

EK 6: CİNSEL ÖZ BİLİNÇ ÖLÇEĞİ (ÇÖBÖ) FORMU

CİNSEL ÖZ-BİLİNÇ ÖLÇEĞİ

		Hiç Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Cinsel durumlarda utangaçlığımı baş etmek oldukça uzun zaman alıyor.	0	1	2	3	4
2	Cinsel durumlarda çabuk utanırım.	0	1	2	3	4
3	Cinsel durumlarda rahatsızlık hissedirim.	0	1	2	3	4
4	Diğer insanlar karşısında cinsel yönden kendimi serbest bırakmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
5	Cinsel ilişki boyunca kendimi görürsem kendi farkındalığımın rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
6	Cinsel ilişki boyunca sürekli olarak karşı tarafın beni gözlemlediğini düşünürüm.	0	1	2	3	4
7	Cinsel ilişki sırasında karşı tarafa bırakığım izlenimin farkında olurum.	0	1	2	3	4
8	Cinsel düşünce ve hislerime çok dikkat ederim.	0	1	2	3	4
9	Genellikle cinsel ilişki boyunca karşımdakinin benim hakkımda ne düşündüğünü merak ederim.	0	1	2	3	4
10	Cinsel açerikli davranırken endişeli olurum.	0	1	2	3	4
11	Cinsel ilişki sırasında vücudumdaki değişikliklere çok dikkat ederim.	0	1	2	3	4
12	Cinsel ilişki boyunca genellikle nazif davranışımı hayal ederim.	0	1	2	3	4

ÖLÇEĞİN ÖZELLİKLERİ

Ölçeğin türü: Kendini değerlendirme ölçeği/Kağıt kalem testi

Kimlere uygulanabileceği: Yetişkinlere

Kapsam: Ölçek bireylerin cinsel öz-bilinçlik düzeylerini belirlemeye yönelik geliştirilen ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi (self report) esasına dayalı olan bir ölçme aracıdır.

Derecelendirme: 5'li Likert (0 Hiç Katılmıyorum- 4 Tamamen katılıyorum)

Alt ölçekler/Puanlama:

Cinsel utangaçlık: 1, 2, 3, 4, 5, 6. maddeler

Cinsel öz-bilinçlik: 7, 8, 9, 10, 11, 12. maddeler

Ölçek hem toplam puan hem de her iki alt boyuta ilişkin puan vermektedir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır.

Orijinal Form Referans: van Lankveld, J. J. D. M., Geijen, W. E. H., Sykora, H. (2007). The Sexual Self-Consciousness Scale: Psychometric Properties. *Arch Sex Behav*, 37, 925-933.

Türkçe Form Referans: Çelik, E. (2013). The validity and reliability of the turkish version of the sexual self-consciousness scale. *Turkish Studies-International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 8(8), 1703-1713. DOI: 10.7827/TurkishStudies.5436.

EK 7: CİNSEL ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ (ÇÖYÖ) FORMU

CİNSEL ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ

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

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

ÖLÇEĞİN ÖZELLİKLERİ

Ölçeğin türü: Kendini değerlendirme ölçeği/Kağıt kalem testi

Kimlere uygulanabileceği: Yetişkinlere

Kapsamı: Ölçek bireylerin cinsel öz-yeterlik düzeylerini belirlemeye yönelik geliştirilen ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi (self report) esasına dayalı olan bir ölçme aracıdır.

Derecelendirme: 8'li likert (1 Kesinlikle katılmıyorum - 8 Kesinlikle katılıyorum)

Alt ölçekler/Puanlama:

Ölçek tek boyutludur. Toplam puan vermektedir. Ölçeğin 3. ve 4. maddeleri ters kodlanmaktadır. Yüksek puanlar cinsel öz-yeterlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Orijinal Referans: Humphreys, T. P., & Kennett, D. J. (2010). The reliability and validity of instruments supporting the sexual self-control model. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 19 (1-2).

Türkçe Referans: Çelik, E. (2013). Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Journal of European Education*, 3(2), 1-10.

**EK 8: MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİĞİ EĞİTİM KATILIM
BELGESİ**

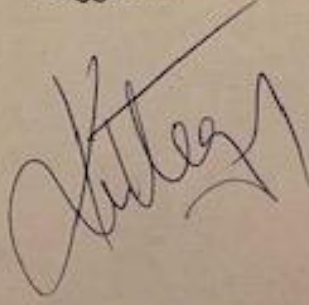
Motivasyonel Görüşme Tekniği
Eğitimi Katılım Belgesi

03 Şubat 2017

Sayın Günay DİKBİTİK BOZ,

03 Şubat 2017 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel
Görüşme Tekniği Birinci Aşama Eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla



Prof. Dr. Kültegin ögel
Motivasyonel Görüşme Eğitici

EK 9: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU



Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak olup sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Katılımınızda gönüllülük esastır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Araştırmacı Günay DİKBİYİK BOZ

1. Cinsiyetiniz
a) Kadın b) Erkek
2. Yaşınız: ...
3. Medeni durumunuz
a) Evli b) Bekar
4. Çocuk sayınız:
5. Eğitim durumunuz:
a) Okur-yazar b) İlköğretim c) lise d) Üniversite e) Lisansüstü
6. Nakil türü
a) Allogeneik nakil b) Otoolog nakil
7. Hastalığınız hakkında ne düşünüyorsunuz?
a) Tedavi edilmeyen bir hastalık
b) Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık
c) Kolay tedavi edilebilen bir hastalık.
8. Daha önce üreme sisteminize ilişkin sorun yaşadınız mı?
a) Evet b) Hayır
9. Daha önce cinsel hayatınız ile ilgili bir sorun yaşadınız mı?
a) Evet b) Hayır
10. Nakil öncesinde cinsellikle ilgili bilgi aldınız mı?
a) Evet b) Hayır

EK 9: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU (DEVAMI)

11. Kimden bilgi aldınız? (Cevabınız evet ise)

a) Hemşire b) Doktor c) Diğer hastalardan d) Gazete/Dergi/İnternet/TV

12. Bilgi almak ister miydiniz? (Cevabınız hayır ise)

a) Evet b) Hayır

13. Hangi konularda bilgi almak isterdiniz?(Cevabınız evet ise)

.....
.....

14. Kök hücre nakli cinsel ilişkiye bakış açınızı değiştirdi mi?

a) Evet b) Hayır

15. Cevabınız evet ise; Nasıl?

a) Olumlu b) Olumsuz

16. Kök hücre nakli sonrası cinsel ilişki yaşama gücünüzde azalma olacağını düşünüyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

17. . Kök hücre nakli sonrası cinsel ilişki yaşama sıklığınızda azalma olacağını düşünüyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

18. Kök hücre naklinin cinsel ilişki yaşadığınızda kendinize zarar vereceğini düşünüyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

19. Eşinizle cinsel ilişkiye girmekten korkuyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

20. Cevabınız evet ise neden?

a) Enfeksiyonlara neden olmak

b) Kanamaya neden olmak

c) Diğer(özel bir neden var ise lütfen belirtiniz)

TEŞEKKÜR EDERİM. ☺

EK.10: KURUM İZNİ



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 31034136-302.08.01
Konu : Günay DİKBİYİK BOZ

22.05.2017

MEDİPOL MEGA ÜNİVERSİTE HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Günay DİKBİYİK BOZ' un, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Kök Hücre Nakli Sonrası Yapılan Motivasyonel Görüşmenin Cinsel Yaşantı, Cinsel Öz-Bilinç ve Cinsel Öz-Yeterliğe Etkisi*" isimli tez çalışması kapsamındaki çalışmalarını, Mayıs 2017 - Şubat 2019 tarihleri arasında Başhekimliğinize bağlı Hastanenizin Erişkin Kemik İliği Nakli Ünitesi'nde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ederim.

Prof.-Dr. Neslin EMEKLİ

Müdür

EK:

- Etik Kurul Onayı (3 Sayfa)
- Anket Çalışması (4 Sayfa)

Özel Medipol Mega Hastaneler Kompleksi
Medikal Direktör
Prof. Dr. Orhan Gazi Yılmaz

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

11. ETİK KURUL ONAYI

 **MEDİPOL**
UNV



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 10840098-604.01.01-E.11670
Konu : Etik Kurulu Kararı

18/05/2017

E-İmza

Sayın Yrd. Doç. Dr. Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Kök Hücre Nakli Sonrası Yapılan Motivasyonel Görüşmenin Cinsel Yaşamı, Cinsel Öz-bilinç ve Cinsel Öz-yeterliğe Etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 18.05.2017 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrakınız <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 3661FF1AX4 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beşiktaş/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

11. ETİK KURUL ONAYI(DEVAMI)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kök Hücre Nakli Sonrası Yapılan Motivasyonel Görüşmenin Cinsel Yaşantı, Cinsel Öz-bilinç ve Cinsel Öz-yeterliliğe Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

11. ETİK KURUL ONAYI(DEVAMI)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	10.05.2017		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	10.05.2017		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Karar Bilgileri	Karar No: 167	Tarih: 16/05/2017
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.	

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Haneifi ÖZBEK
---------------------------------------	-------------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kuruma	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Haneifi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Yrd. Doç. Dr. İknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÖÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Toplantıda Bulunma

Sayfa 2

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Günay	Soyadı	DİKBİYİK BOZ
Doğum Yeri	Samsun	Doğum Tarihi	24.03.1988
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	-
E-mail	somonouz@gmail.com	Telefon	-

Eğitim Bilgileri

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Lisans	Erzurum Atatürk Üniversitesi	2011
Lise	Çarşamba Anadolu Lisesi	2006

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Erişkin Kemik İliği Transplantasyon Sorumlu Hemşiresi	Medipol Mega Üniversite Hastanesi	2014 - Halen
Erişkin Kemik İliği Transplantasyon Hemşiresi	Memorial Şişli Hastanesi	2011-2014

Yabancı Dil Bilgisi

	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi

Bilgisayar Program Bilgisi

Program	Kullanım Becerisi
Microsoft Office Powerpoint	İyi
Microsoft Office Word	İyi
Microsoft Office Exel	İyi

