



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**YETİŞKİNLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE CİNSEL MİTLER
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Şeymanur EKİCİ

UZMANLIK TEZİ

KONYA - 2025

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**YETİŞKİNLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE CİNSEL MİTLER
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Şeymanur EKİCİ

UZMANLIK TEZİ

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi. Hatice KÜÇÜKCERAN
Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

KONYA – 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitiminde geçirdiğim süre boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, pozitif enerjisi ve duruşuyla Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN hocama, ilgisi ve bilgisiyle yanımda olan, zorlu tez sürecinde gece gündüz demeden bana yardımcı olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN hocama teşekkür ederim. Asistanlık sürecimde sadece tıbbi olarak değil, dünyaya ve hayata dair sohbetleri ile bizi değerli hissettiren anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU ve Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ hocalarıma teşekkür ederim.

Asistanlık sürecimin her anını güzel hatırlamama vesile olan, bölümüme başladığım andan itibaren tecrübelerini esirgemeyen kıdemlilerime, beraber yola aldığımız eş kıdemlilerime, diğer tüm asistan arkadaşlarıma ve bölüm çalışanlarımıza güler yüzleri için teşekkür ederim. Rotasyonlarımda bizi bölümlerinin öğrencilerinden ayırmayan değerli hocalarıma, servislerde ve polikliniklerde birlikte çalıştığım adını sayamayacağım tüm doktor, hemşire ve personel, öğrenci arkadaşlara teşekkür ederim.

Çocukluğumdan bugüne kadar her aşamada beni motive eden ve her zaman arkamda olduğunu bildiğim ve kızı olmaktan gurur duyduğum canım annem Hatice ÖRS'e, hekimliği, çalışkanlığı ve özverisiyle her zaman örnek aldığım kıymetli babam ve hocam Prof. Dr. Rahmi ÖRS'e teşekkür ederim. Uzak mesafelere rağmen desteğini esirgemeyen canım kardeşim Havvanur KULU'ya, çocukluğumun şahidi ve yoldaşı abim Mehmet Emin ÖRS'e ve ailemizin eşsiz güzel rengi kardeşim Abdülkerim Emre ÖRS'e teşekkür ederim.

Evlendiğim günden beri bana her konuda destek veren, kızı olduğumu hissettiren ve sayesinde eğitimime devam edebildiğim canım annem Sıddıka EKİCİ'ye ve babam Ömer EKİCİ'ye hayatımda oldukları ve desteklerini esirgemedikleri için sonsuz teşekkürler.

Son olarak, hayatıma girdiği andan itibaren dokunduğu her şeyi güzelleştiren, hayata karşı duruşu, bilgisi ve sabrıyla mentorum olan kıymetli eşim Fatih EKİCİ'ye, asistanlık sürecinin tüm yoğunluk ve stresine rağmen eve döndüğümde beni her zaman gülen gözlerle karşılayan anlayışlı ve naif kızım Zeynep Vera'ya ve ailemizin en küçük ve pozitif üyesi bal oğlum Ömer'e sonsuz sevgi ve teşekkürler..

ÖZET

YETİŞKİNLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE CİNSEL MİTLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Şeymanur EKİCİ

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2025

Amaç: Çocukluk çağı travmalarının yaşam boyu devam eden biyolojik, psikolojik ve sosyal etkileri bilinmektedir. Cinsel mitler ise cinsellikle alakalı olarak toplumda yaygın olarak inanılan abartılı ve yanlış inançlardır. Çalışmanın amacı yetişkinlerde çocukluk çağı travmaları ve cinsel mitler arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Gereç ve yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18-65 yaş arasındaki yetişkinler oluşturdu. Çocukluk çağı travması yaygınlığı toplumda %50 kabul edilerek %90 güven aralığı %5 hata payı ile en az 273 kişinin dahil edilmesi amaçlandı. Katılımcılara uygulanan anket formunda; sosyodemografik bilgiler, Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ve Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ) yer aldı. Veriler Statistical Package for Social Sciences for Windows 22.0 (SPSS) programı kullanılarak analiz edildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 283 katılımcının %54,8'i (n=155) kadın, %72,1'i (n=204) üniversite mezunuydu. Yaş ortalaması $39,96 \pm 11,67$ yıldır ve %80,6'sı (n=228) cinsel olarak aktifti. Evli olanların %47,3'ü (n=113) evlilik şeklini aşk evliliği olarak tanımladı. Evlilik yaşı ortalaması $24,48 \pm 0,57$ yıl idi. Evlilik süresi ortalaması $17,03 \pm 11,38$ yıldır. Katılımcıların %44,2'sinin (n=125) gelirini giderine denk, %29,7'sinin (n=84) ise geliri giderinden yüksekti. Erkeklerin cinsel mitler ölçeği (CMÖ) toplam puanı ($73,82 \pm 22,14$) kadınların CMÖ toplam puanından ($65,18 \pm 17,18$) anlamlı ölçüde yüksekti ($p < 0,001$). CMÖ toplam puanı ile çocukluk çağı travması ölçeği (ÇÇTÖ) toplam puanı arasında korelasyon tespit edilmedi ($r = 0,013$ $p = 0,829$). Kadınlarda cinsel mitleri etkileyen faktörler çoklu doğrusal regresyon analizi ile

değerlendirildiğinde; çalışmıyor olmak ($\beta = -0,207$, $t = -2,026$, $p = 0,045$), görücü usulü evlenmek ($\beta = -0,245$, $t = -2,684$, $p = 0,008$), evlilik süresi ($\beta = 0,405$, $t = 2,166$, $p = 0,032$), düşük anne eğitim düzeyi ($\beta = -0,214$, $t = -2,025$, $p = 0,045$) ve duygusal istismar şiddeti ($\beta = 0,208$, $t = 2,006$, $p = 0,047$) ile ilişkiliydi. Erkekler de ise kronik tıbbi hastalık varlığı ($\beta = -0,296$, $t = -2,754$, $p = 0,007$), düşük baba eğitim düzeyi ($\beta = -0,340$, $t = -0,131$, $p = 0,009$), düşük duygusal ihmal ($\beta = -0,314$, $t = -2,604$, $p = 0,011$) ve fiziksel istismar düzeyleri ($\beta = -0,367$, $t = -2,952$, $p = 0,004$) cinsel mitlerde artışla ilişkiliydi.

Sonuç: Çocuklukta yaşanan travma şiddeti ile cinsel mitlerin düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmezken, cinsiyete göre travma çeşitlerinde cinsel mitlerin alt boyutlarında farklılıklar vardı. Erkeklerde hem cinsel mitlere inanma düzeyi hem de maruz kalınan travma şiddeti kadınlara göre daha fazlaydı. Erkeklerde cinsel mitleri, baba eğitim düzeyi, kadınlarda ise anne eğitim düzeyinin etkilediği gösterildi. Cinsel mitlerin oluşumunda sosyoekonomik ve kültürel faktörlerin rolüne dair önemli veriler sunmakla birlikte, daha kapsamlı ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: çocukluk çağı travmaları, istismar, ihmal, cinsel mitler, yetişkin

ABSTRACT

INVESTIGATING OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA AND SEXUAL MYTHS IN ADULTS

Dr. Şeymanur EKİCİ

Master Thesis

Konya – 2025

Objective: The lifelong biological, psychological, and social effects of childhood trauma are well-known. Sexual myths, on the other hand, are exaggerated and false beliefs widely held in society about sexuality. The aim of this study is to investigate the relationship between childhood trauma and sexual myths in adults.

Materials and Methods: The population of this descriptive study consisted of adults aged 18-65 who applied to the Family Medicine outpatient clinic at Necmettin Erbakan University Medical Faculty Hospital. The prevalence of childhood trauma was assumed to be 50% in the population, with a 90% confidence interval and a 5% margin of error, so at least 273 individuals were aimed to be included. The survey administered to participants included sociodemographic information, the Sexual Myths Scale (SMS), and the Childhood Trauma Scale (CTS). The data were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22.0 program. A p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: Of the 283 participants included in the study, 54.8% (n=155) were women, and 72.1% (n=204) were university graduates. The average age was 39.96 ± 11.67 years, and 80.6% (n=228) were sexually active. Of those married, 47.3% (n=113) defined their marriage as a love marriage. The average age of marriage was 24.48 ± 0.57 years. The average duration of marriage was 17.03 ± 11.38 years. Among the participants, 44.2% (n=125) had income equal to their

expenses, while 29.7% (n=84) had an income higher than their expenses. The total score of the Sexual Myths Scale (SMS) was significantly higher in men (73.82 ± 22.14) compared to women (65.18 ± 17.18) ($p < 0.001$). No correlation was found between the total score of the SMS and the total score of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) ($r = 0.013$, $p = 0.829$). Factors affecting sexual myths in women, evaluated through multiple linear regression analysis, included: being unemployed ($\beta = -0.207$, $t = -2.026$, $p = 0.045$), marrying through arranged marriage ($\beta = -0.245$, $t = -2.684$, $p = 0.008$), marriage duration ($\beta = 0.405$, $t = 2.166$, $p = 0.032$), low maternal education level ($\beta = -0.214$, $t = -2.025$, $p = 0.045$), and the intensity of emotional abuse ($\beta = 0.208$, $t = 2.006$, $p = 0.047$). In men, factors such as the presence of chronic medical conditions ($\beta = -0.296$, $t = -2.754$, $p = 0.007$), low paternal education level ($\beta = -0.340$, $t = -0.131$, $p = 0.009$), low emotional neglect ($\beta = -0.314$, $t = -2.604$, $p = 0.011$), and levels of physical abuse ($\beta = -0.367$, $t = -2.952$, $p = 0.004$) were associated with an increase in sexual myths.

Conclusion: Although no significant relationship was found between the severity of childhood trauma and the level of sexual myths, there were differences based on gender. In men, both the belief in sexual myths and the severity of experienced trauma were higher compared to women. It is an interesting finding that the level of paternal education influenced sexual myths in men, while maternal education level influenced them in women. While the study provides important data on the role of socio-economic and cultural factors in the formation of sexual myths, more comprehensive and multi-center studies are needed.

Keywords: childhood trauma, abuse, neglect, sexual myths, adults

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
TABLolar LİSTESİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Çocukluk Çağı Travmaları.....	3
2.1.1.Tanımlı ve Kapsamı	3
2.1.2. Tarihçesi	4
2.1.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı ve Epidemiyolojisi	5
2.1.4. Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler	7
2.1.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri (fiziksel, duygusal, cinsel istismar, ihmal vb.)	8
2.1.6. Çocukluk Çağı Travmalarının Fizyolojik Etkileri.....	10
2.1.7. Çocukluk Çağı Travmalarının Gelişimsel ve Ruhsal Etkileri	13
2.1.8. Çocukluk Çağı Travmalarının Yetişkinlikteki Sosyal Etkileri.....	17
2.2. Cinsel Mitler	18
2.2.1. Tanımı ve Kapsamı	18
2.2.2. Cinsel Mitler ve Cinsel Sağlık İlişkisi	19
2.3. Çocukluk Çağı Travmaları ile Cinsel Mitler Arasındaki İlişki	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi.....	21
3.2. Araştırmanın Evreni	21
3.3. Araştırmanın Örneklemleri	21
3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterleri.....	21
3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam.....	21
3.6. Veri Toplama Araçları.....	22
3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	22
3.6.2. Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ)	22
3.6.3. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ).....	22
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. Katılımcıların Özelliklerinin İncelenmesi	24
4.2. Katılımcıların Evlilik Özellikleri ve Cinsel Aktiflik Durumlarının İncelenmesi.....	25
4.3. Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	25
4.4. Örneklem Özelliklerinin Cinsiyete göre Karşılaştırılması	26
4.5. Ölçeklerin Alt Boyutlarıyla Özellikleri ve Cronbach Alfa Değerleri	28

4.6. Cinsiyete göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanlarının Karşılaştırılması	29
4.7. Cinsiyete göre Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	29
4.8. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanlarının Korelasyon Analizi	32
4.9. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ve Cinsiyete Göre Yaş, Evlilik yaşı ve Evlilik süresinin İncelenmesi	34
4.10. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Cinsiyete Göre Yaş, Evlilik yaşı ve Evlilik süresinin İncelenmesi	35
4.11. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ile Sosyodemografik Özellikleri ve Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri Verilerinin İncelenmesi	36
4.12. Cinsel Mitler Ölçeğine (CMÖ) göre Sosyodemografik Özellikleri ve Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri Verilerinin İncelenmesi.....	39
4.13. Cinsiyete Göre Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin (ÇÇTÖ) Regresyon Analizi.....	45
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
7. KAYNAKLAR	58
EK 1. Çalışmada Kullanılan Anket Form	58

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Dünya sağlık örgütü tarafından hazırlanmış raporda belirtilen çocuk istismarı risk faktörleri	8
Şekil 2 “Travmanın biyolojik etkilerinin gelişimsel travmatoloji modeli.” isimli tabloda uyarlanmıştır.	12
Şekil 3. Kadınlarda CMÖ ile ÇÇTÖ Arasındaki Lineer Regresyon Analizi.....	47
Şekil 4. Erkeklerde CMÖ ile ÇÇTÖ Arasındaki Lineer Regresyon Analizi.....	48

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	24
Tablo 2. Katılımcıların Evlilik Özellikleri ve Cinsel Aktiflik Durumları	25
Tablo 3. Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özellikleri.....	26
Tablo 4. Cinsiyete göre Sosyodemografik Özellikler	27
Tablo 5. Cinsiyete Göre Evlilik Özelliklerinin Analizi.....	27
Tablo 6. Ölçeklerin Alt Boyutlarıyla Özellikleri ve Cronbach Alfa Değerleri	28
Tablo 7. Cinsiyete göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Analizi	29
Tablo 8. Cinsiyete göre Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) Analizi	30
Tablo 9. Cinsiyete göre Cinsel Mitler Ölçek (CMÖ) Sorularının Analizi	30
Tablo 10. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ve Çocukluk çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Korelasyonu.....	33
Tablo 11. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ve Cinsiyetlere Göre Yaş, Evlilik yaşı ve Evlilik süresi Korelasyonu.....	34
Tablo 12. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Cinsiyete Göre Yaş, Evlilik yaşı ve Evlilik süresi Korelasyonu.....	36
Tablo 13. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ile Sosyodemografik Özelliklerin ve Ebeveynlerin Eğitim Düzeylerinin Analizi	38
Tablo 14. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ile Çocuk Sayısı ve Kardeş Sayısının Korelasyonu.....	39
Tablo 15. Cinsel Mitler Ölçeğine (CMÖ) göre Sosyodemografik Özelliklerin ve Ebeveynlerin Eğitim Düzeylerinin Analizi.....	42
Tablo 16. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ile Çocuk Sayısı ve Kardeş Sayısının Korelasyonu...44	
Tablo 17. Kadınlarda Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin (ÇÇTÖ) Regresyon Analizi	45
Tablo 18. Erkeklerde Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin (ÇÇTÖ) Regresyon Analizi	48

SİMGELER VE KISALTMALAR

CMÖ: Cinsel Mitler Ölçeği

ÇÇT: Çocukluk Çağı Travması

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICD-11: International Classification of Diseases-11, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

LHPA: Limbik-Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

R²: Modelin Açıklayıcı Gücü

TTSB: Travma sonrası stres bozukluğu

UNICEF: United Nations Children's Emergency Fund

VIF: Varyans Enflasyon Faktörü

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Çocukluk çağı travmaları, bireyin yaşamı boyunca psikolojik, duygusal ve sosyal gelişimini etkileyen en önemli risk faktörleri arasındadır (1). Travmaya maruz kalan bireylerin yetişkinlikte psikiyatrik bozukluklara sebep olabileceği bildirilmiştir. Bu deneyimler yalnızca bilişsel ve duygusal düzenlemeyi etkilemekle kalmaz, aynı zamanda bireyin benlik, ilişkiler ve genel olarak dünya algısını da şekillendirir. Çocukluk çağı travmalarının etkileri, anlık duygusal sıkıntıların ötesine geçerek kimlik oluşumunu, sosyal etkileşimleri ve hatta yaşamın ilerleyen dönemlerinde cinsel inanç ve davranışları da etkilemektedir (2).

Travma araştırmalarında yeterince keşfedilmemiş ancak son derece önemli bir alan, çocukluk çağı travmaları ile cinsellik, cinsiyet rolleri ve cinsel davranışlar hakkında olan etkileşimdir. Bu noktada cinsel mitler olarak adlandırılan yaygın yanlış inançlar gündeme gelmektedir. Kökleri genellikle kültürel, toplumsal ve tarihsel bağlamlara dayanan cinsel mitler, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin, cinsel işlev bozukluklarının ve cinsel sağlık ve ilişkilere dair yanlış algıların güçlenmesine katkıda bulunur. Nesiller boyunca aktarılabilen bu yanlış algılar, bireylerin kendi cinselliklerine, kişiler arası dinamiklere ve hatta toplumsal cinsiyet ve cinsel rollerle ilgili daha geniş toplumsal normlara yönelik tutumlarını şekillendirir. Bazı cinsel mitler nispeten iyi huylu görünse de diğerleri zararlı davranışlara, gerçekçi olmayan beklentilere ve rıza, yakınlık ve cinsel sağlık hakkında çarpık görüşlere katkıda bulunabilir (3).

Ortaya çıkan araştırmalar, özellikle cinsel istismar, ihmal veya duygusal kötü muamele olmak üzere çocukluk çağı travması yaşamış bireylerin zararlı cinsel mitleri içselleştirmeye daha yatkın olabileceğini göstermektedir (4, 5). Bu kırılganlık, düşük benlik saygısı, yakın ilişkilerde bozulmuş güven, bağlanma güvensizlikleri ve cinsellikle ilgili çarpıtılmış bilişsel şemalar dahil olmak üzere çoklu psikolojik mekanizmalardan kaynaklanabilir. Örneğin, çocukluk çağında cinsel istismar geçmişi olan bireyler, cinselliği insan ilişkilerinin doğal ve rızaya dayalı bir yönü olarak görmek yerine, doğası gereği tehlikeli, utanç verici veya zorunlu olarak gören olumsuz veya çarpık inançlar geliştirebilirler (6). Benzer şekilde, ihmal veya duygusal istismara maruz kalanlar yakınlık konusunda zorlanabilir ve bu da onların erken dönem güçsüzlük ve eylemsizlik deneyimleriyle uyumlu katı, gerçekçi olmayan veya güçsüzleştirici cinsel inançları kabul etmelerine yol açabilir (7).

Ayrıca, bireyin içinde yetiştiği sosyokültürel bağlam da cinsel inançların şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Cinsellikle ilgili tartışmaların tabu olarak kaldığı toplumlarda, çocukluk travması yaşamış bireyler cinsel ilişkiler hakkında doğru ve sağlıklı bilgilere erişemeyebilir, bu da yanlış kanıları ve mitleri daha da güçlendirebilir. Bu çarpıtılmış inançlar cinsel işlev bozukluğu, ilişki memnuniyetsizliği ve hatta sağlıksız veya zorlayıcı cinsel davranışların sürdürülmesi gibi uzun vadeli sorunlara katkıda bulunabilir (8).

Çocukluk çağı travmasını ve bunun psikolojik ve fizyolojik sonuçlarını inceleyen araştırmaların artmasına rağmen, çocuklukta yaşanan olumsuzluklar ve cinsel mitler arasındaki ilişki nispeten keşfedilmemiştir. Çocukluk çağı travmasının cinsel mitlerin kabulünü ne ölçüde etkilediğinin belirlenmesi, doğru, olumlu ve rızaya dayalı cinsel inançları teşvik etmeyi amaçlayan önleyici tedbirler, terapötik yaklaşımlar ve eğitim programlarının bilgilendirilmesine yardımcı olabilir.

Biyopsikososyal bir bakış açısıyla, cinsel sağlık yalnızca biyolojik faktörler tarafından belirlenmez, bunun yerine psikolojik deneyimler, sosyal şartlanma ve kültürel etkilerin karmaşık bir etkileşimi ile şekillenir. Bu nedenle, bireylerin cinsel inançlarını değerlendirirken, erken dönem travmatik deneyimlerin cinsel normları ve mitleri anlamalarını ve içselleştirmelerini nasıl şekillendirebileceğini göz önünde bulundurmak önemlidir. Aile hekimlerinin, ruh sağlığı uzmanlarının ve eğitimcilerin rolü, özellikle travma mağdurları arasında zararlı cinsel yanlış anlamaları fark etme ve bunlara meydan okuma konumunda olduklarından, bu konunun ele alınmasında kritik öneme sahiptir. Bununla birlikte, birinci basamak sağlık hizmetleri ve ruh sağlığı ortamlarında cinsel sağlık tartışmaları, rahatsızlık, eğitim eksikliği veya cinselliği çevreleyen kültürel tabular nedeniyle genellikle ihmal edilmektedir (9). Çocukluk çağı travmalarına maruz kalanların cinsel işlev bozukluğu ve ilişki zorlukları açısından zaten yüksek risk altında oldukları göz önüne alındığında, cinsel mitlerin travmaya duyarlı bir çerçevede ele alınması, genel refahlarını ve yakın ilişkilerini iyileştirmek için çok önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlikteki cinsel mitler arasındaki ilişkiyi araştırmak ve erken dönemdeki olumsuz deneyimlerin bu mitlerin içselleştirilmesini ve sürdürülmesini nasıl etkileyebileceğini incelemektir. Bu araştırma, duygusal, fiziksel ve cinsel

istismar gibi farklı çocukluk çağı travma türleri ile cinsel yanılığın yaygınlığı arasındaki ilişkiyi inceleyerek, cinsel tutum ve inançların altında yatan psikolojik mekanizmalar hakkında değerli bilgiler sağlamayı amaçlamaktadır. Ayrıca bu çalışma sağlık profesyonelleri ve eğitimciler için cinsel mitlerin etkili bir şekilde nasıl ele alınacağı ve travma mağdurları arasında daha sağlıklı cinsel tutumların nasıl teşvik edileceği konusunda kanıta dayalı öneriler sunmaktadır.

Araştırmamızın hipotezi cinsel mitler ve çocukluk çağı travmaları gibi cinsel sorunlara neden olan iki ayrı durumun olası ilişkisi üzerine kuruldu.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Çağı Travmaları

2.1. 1.Tanımı ve Kapsamı

Travma kelimesi eski Yunanca bir kelime olarak “yaralamak, delmek” anlamına gelmektedir. Kelimenin kökeni “sürtmek” anlamına gelen “teiro” fiiline dayanmaktadır. Travma kelimesine etimolojik olarak baktığımızda “sürterek” açılan bir yaraya işaret edebileceği gibi silgi, bez ya da merhem sürülerek iyileşmeye de işaret edebilir (10).

Stres, akut ya da kronik olarak günlük olaylardan yaşamı tehdit eden deneyimlere kadar değişen düzeylerde insan üzerinde etki göstermektedir. Bir stres etkeninin çocuğun entegre etme kapasitesini aşarak, gelişimini olumsuz yönde etkilemesi veya önemli bir sıkıntıya veya bozukluk belirtilerine yol açması çocukluk çağı travması (ÇÇT) olarak tanımlanmaktadır (11). ÇÇT denildiğinde çocuğun maruz kaldığı fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve/veya ihmal ilk olarak akla gelse de boşanma, göç, doğal afetler, sevdiği birinin fiziksel güvenliğini ve hayatını tehdit eden durumlar da travmaya neden olabilmektedir (12).

Çocuklar genellikle kendilerini savunma, kendilerine bakma ve duygusal ihtiyaçlarını başkalarına tam olarak iletme kapasitesine sahip değildirler (13). Ailedeki ve toplumdaki bağımlı konumları göz önüne alındığında, özellikle yetişkinlerin, ister bakıcılar ister başkaları olsun, davranışlarıyla ilgili olarak daha büyük riskle karşı karşıyadırlar. Çocukların başkalarına içinde buldukları zor durumları ve hissettiklerini ifade etme potansiyelleri düşüktür. Bu nedenle travma sessizce meydana gelebilmektedir (14).

Son yıllarda çocukluk döneminde yaşanan travmanın yaygın, çeşitli ve karmaşık doğası hakkında giderek daha fazla klinik çalışma yapılmaktadır (15, 16). Travmaya maruz kalma, çocukların gelişimini biyolojik, psikolojik ve davranışsal olarak olumsuz yönde etkilemektedir. ÇÇT yetişkin psikiyatrik bozukluklar, davranışsal sorunlar ve yüksek riskli davranışlar için yüksek riskle ilişkilendirilmiştir (17).

ÇÇT, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-11) gibi tanı sınıflandırma sistemlerinde travma ve stresörle ilişkili bozukluklar kapsamında ele alınmıştır (18, 19). Bu deneyimler, özellikle tekrarlayan durumlarda, çocuğun beyin gelişimi, duygu düzenleme mekanizmaları, stres tepkileri ve bağlanma stilleri üzerinde kalıcı izler bırakabilir (20). Örneğin, erken dönemde maruz kalınan travmalar, prefrontal korteks, amigdala ve hipokampus gibi beyin bölgelerinde yapısal ve işlevsel değişikliklere neden olarak çocuğun bilişsel işlevlerini, öğrenme kapasitesini ve duygusal tepkilerini olumsuz yönde etkilemektedir (21).

Travmanın etkileri, yalnızca psikolojik boyutla sınırlı kalmayıp, nörobiyolojik değişikliklere de yol açmaktadır. Jingjing ve arkadaşlarının yaptıkları ve 27 çalışmanın dahil edildiği meta-analizde özellikle hipotalamus-hipofiz-adrenal (LHPA) aksındaki bozulmaların, stres hormonu olan kortizolün düzensiz salınımına neden olarak bireyin stresle başa çıkma kapasitesini zayıflatabileceği gösterilmiştir (15). Bu durumun, bağışıklık sistemini zayıflatarak çeşitli fiziksel hastalıklara (kardiyovasküler hastalıklar, otoimmün bozukluklar gibi) yatkınlığı artırabileceği bilinmektedir (22).

ÇÇT yetişkinlik döneminde depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), dissosiyatif bozukluklar, kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklar için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (23). Banker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada travmatik deneyimlerin, bireyin ilişki kurma biçimlerini, özgüvenini ve benlik algısını da derinden etkilediği gösterilmiştir (1).

2.1. 2. Tarihçesi

Çocuklara yönelik istismar ve ihmalin tarihi insanlık tarihinin başlangıcına kadar dayanmaktadır. Eski çağlarda çocukların köle olarak satıldıkları, kurban edildikleri ve

öldürüldükleri görülmektedir. Farklı kültür ve toplumlarda bebeklerin canlı olarak gömüldükleri, nehire bırakıldıkları ve hayatta kalmanın yaşamayı hak etmek anlamına geldiği bilinmektedir.

Bilimsel anlamda ÇÇT ilk kez 1860 yılında Abroise Tardieu tarafından Paris Tıp Akademisinde gündeme getirilmiştir ancak bulunduğu dönemde gereken ilgiyi görmemiştir. II.Dünya savaşı sonrası savaş mağduru çocuklar ele alınmış ve özellikle toplama kamplarından veriler elde edilmeye başlanmıştır (24). Literatüre bakıldığında 1962 yılında C. Henry Kempe tarafından ilk kez “battered child” (hırpalanmış çocuk) tanımlaması yapılmıştır (25). 1972 yılında Caffey ve arkadaşları tarafından uzun kemik kırıkları ve subdural hematomlar incelenerek “dövülmüş bebek sendromu” tanımlanmış, hırpalanmış çocuk deyimini yerine “çocuk istismarı” kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Cinsel istismar bu zamanlarda gündeme gelmeye başlamıştır. 1989 yılında Birleşmiş Milletler tarafından yapılan “Çocuk Hakları Sözleşmesi” bu alanda atılan en önemli adımlardan biridir. Bu sözleşmeyle devletler bu konuda sorumluluk almaya yönlendirilmiştir (26).

Ülkemizde ÇÇT milenyum sonrası gündeme gelmeye başlamıştır. Bu alanda birçok sivil topluluk kuruluşu görev almakta ve pediatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı, erişkin ruh sağlığı, adli tıp uzmanları ve özellikle birinci basamakta yapılan rutin taramalarda tespit ve yönlendirme açısından aile hekimleri önemli rol oynamaktadır.

2.1. 3. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı ve Epidemiyolojisi

Dünya genelinde çocukluk çağı travmalarının prevalansı, sosyal, kültürel, ekonomik ve coğrafi faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Yapılan çalışmalar, çocukluk çağı travmalarının sıklığının yüksek olduğunu ve bu travmaların bireylerin yaşam boyu psikolojik ve fiziksel sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Birçok araştırma, dünya genelinde çocukların %25-50'sinin çeşitli travmatik deneyimler yaşadığını bildirmektedir (27). Ancak farklı kültür ve toplumlarda istismar ve ihmalin tanımının farklılaşması genel popülasyonda değerlendirme yapmayı zorlaştırmaktadır. Örneğin yalnızca Amerika’da bulunan eyaletler arasındaki yasal tanımlama farklılıkları oranların yorumlanmasında yanlışlıklara neden olabilmektedir (28).

UNICEF’in (United Nations Children’s Emergency Fund) 2020 yılında yayınladığı “çocuklara yönelik şiddetin önlenmesine ilişkin küresel durum raporunda” dünya genelinde 2-

17 yaş aralığındaki her iki çocuktan birinin her yıl bir tür şiddete maruz kaldığı tahmin edilmektedir (27). Bu rapora göre dünya çapında, 2-4 yaş aralığındaki yaklaşık 300 milyon çocuk, bakıcıları tarafından düzenli olarak şiddet içeren disipline maruz kalmaktadır. Ayrıca 120 milyon kız çocuğunun 20 yaşından önce bir tür zorla cinsel temasa maruz kaldığı bildirilmektedir. Duygusal şiddet ise üç çocuktan birini etkilemekte ve dünya çapında dört çocuktan biri, yakın partner şiddeti mağduru bir anneyle yaşamaktadır.

Russel ve arkadaşlarının sekiz çalışmayı dahil ederek yaptıkları sistematik bir incelemede, gelişmiş ülkelerde cinsel istismar prevalansının gelişmekte olan ülkelerle kıyaslandığında erkeklerde daha düşük, kızlarda daha yüksek yaygınlığa sahip olduğu gösterilmiştir (29). Örneğin, İskandinavya’da erkeklerde yaygınlığın %3 ile %23 arasında, kızlarda ise %11 ile %36 arasında ve Japonya’da erkeklerde %4,1, kızlarda ise %10,4 ile %60,7 arasında olduğu bulunmuştur (30, 31). Ancak düşük gelirli ve gelişmekte olan ülkelerde bu oranların cinsiyetten bağımsız olarak çok daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Özellikle savaş, mültecilik, doğal afetler gibi toplumsal krizler, çocuklar için ciddi travmalar yaratmaktadır (32).

Türkiye’de çocukluk çağı travmalarının prevalansı üzerine yapılan çalışmalar, bu tür travmaların oldukça yaygın olduğunu göstermektedir (33). Birçok araştırma, Türkiye’deki çocukların büyük bir kısmının çeşitli travmatik deneyimlere maruz kaldığını ortaya koymaktadır. Özellikle aile içi şiddet, ebeveyn kaybı, ekonomik zorluklar ve eğitimdeki eşitsizlikler Türkiye’de çocukluk dönemi travmalarının yaygın sebepleri arasında yer almaktadır (34).

Ülkemizde UNICEF tarafından yapılan çocuk istismarı ve aile içi şiddet konulu araştırmaya göre 7-18 yaşlar arasındaki çocukların yüzde 56’sının fiziksel istismara, yüzde 49’unun duygusal istismara ve yüzde 10’unun cinsel istismara tanık olduğu görülmektedir. Maruz kalınan fiziksel istismar oranı yüzde 43, duygusal istismar oranı yüzde 51, cinsel istismar oranı yüzde 3 ve ihmal oranı yüzde 25’tir.(33).

Özellikle çocuk işçiliği, sokakta çalışan çocuklar ve mülteci çocuklar gibi grupların travma deneyimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (35). Örneğin, savaş ve mültecilik, son

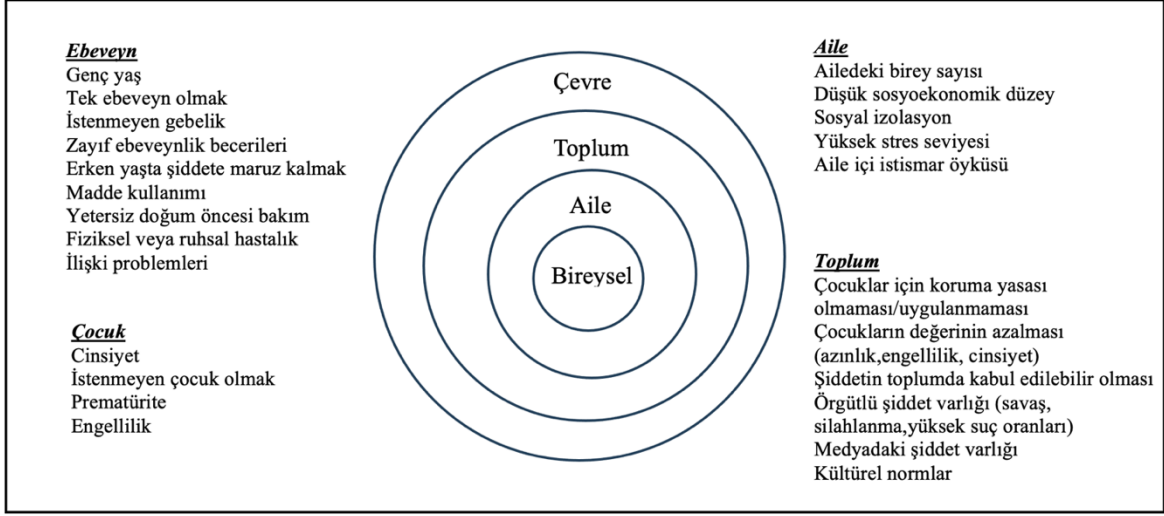
yıllarda Türkiye'de çocukluk çağı travmalarının artmasına neden olmuştur. Suriye iç savaşı nedeniyle Türkiye'ye göç eden çocuklar hem fiziksel hem de psikolojik travmalara maruz kalmaktadırlar (36).

2.1. 4. Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Çocukluk dönemi, bireylerin bilişsel, duygusal ve psikolojik gelişimleri açısından kritik bir evredir. Bu dönemde yaşanan travmatik deneyimler, bireyin yaşam boyu psikolojik sağlık durumu üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır (1). ÇÇT anlık ruhsal bozukluklara yol açmakla kalmamak, aynı zamanda bireyin sosyal, davranışsal ve bilişsel gelişim süreçlerini de olumsuz etkilemektedir. Bu travmalara neden olan risk faktörlerinin bilinmesi önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

Stith ve arkadaşlarının 155 çalışmayı dahil ederek 39 risk faktörünü incelediği meta-analizinde, fiziksel istismar ile üç risk faktörü arasında kuvvetli ilişki bulunmuştur. Bunlar ebeveyn öfkesi/aşırı tepkisi, aile çatışması ve aile uyumudur. Çocuk ihmali için ise beş risk faktörünün diğerlerinden daha etkin olduğu bulunmuştur. Bunlardan en önemlileri ebeveyn-çocuk ilişkisi ve ebeveynin çocuğu sorun olarak algılamasıdır. Ayrıca ebeveynin stres seviyesi, ebeveyn öfkesi/aşırı tepkisi ve ebeveyn öz saygısı diğer ilişkili faktörlerdir (37). Dünya sağlık örgütünün 1999 yılında çocuk istismarının önlenmesine ilişkin istişare raporunda verilen çocuk istismarına yönelik risk faktörleri Şekil 1'de gösterilmiştir (38).

ÇÇT etkileri bireyin hayatı boyunca devam etmektedir ancak bu etkilerin bireysel farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Dayanıklılık olarak tanımlanan bu kavram genellikle davranışsal, duyuşsal, sosyal yeterlilik ve akademik performans ile değerlendirilmektedir (39). Yapılan bazı çalışmalarda cinsiyetin (kız), çocuğun özdenetim becerilerinin gelişmiş olmasının, istikrarlı bir bakım veren ilişkisi olmasının ve yetişkinlikte destekleyici bir partnere sahip olmanın travmanın ileriye dönük etkilerine karşı koruyucu olabileceği gösterilmiştir (39, 40)



Şekil 1. Dünya sağlık örgütü tarafından hazırlanmış raporda belirtilen çocuk istismarı risk faktörleri

2.1.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri (fiziksel, duygusal, cinsel istismar, ihmal vb.)

2.1.5.1. İstismar

Fiziksel İstismar: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre çocuk istismarı; sorumluluk, güç veya güven ilişkisi bağlamında gerçekleşen, çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine veya onuruna karşı fiili veya potansiyel zararlarla sonuçlanan her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkâr muamele ve sömürü olarak tanımlanmıştır (41). Buna göre çocuk istismarı türleri; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olarak sınıflandırılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre fiziksel istismar; çocuğun ebeveynleri ya da bakmakla yükümlü kimselerin kasıtlı eylemleri sonucunda fiziki zarar görmesi ya da buna müsaade edilmesi olarak tanımlanmaktadır (41). Fiziksel istismar çeşitleri elle vurma, tokat atma, tekme atma gibi dövme türleri, sallama ve sarsma, ısırma, nefessiz bırakma ve boğma, haşlama ve yakma, zehirlenme sayılmaktadır (42).

Duygusal İstismar: Duygusal istismar oldukça sık olmakla birlikte gözle görünür izler bırakmadığı için farkedilmesi, tanımlanması ve yasal olarak kanıtlanması zordur. Duygusal istismar çocuğun gelişimini zedeleyen, benlik saygısını düşüren ve psikolojik bütünlüğünü bozan davranışları içermektedir. Bu tür istismar, sözel saldırılar, aşağılama, küçük düşürme, reddetme, tehdit etme, duygusal ihtiyaçları görmezden gelme veya çocuğu sevgi ve şefkatten

mahrum bırakma şeklinde kendini gösterebilmektedir (43). Örneğin, sürekli eleştirilen veya değersiz hissettirilen bir çocuk, yetişkinlikte özgüven eksikliği, depresyon ve kaygı bozuklukları gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Fiziksel ve cinsel istismar tek bir olayla izole kalabilirken, duygusal istismar bakımverenle sürekli devam eden bir davranış paterninin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (44). Duygusal istismarın çocuğun kimlik gelişimini engelleyerek, sağlıklı ilişkiler kurma becerisini zedelediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (45, 46).

Cinsel İstismar: UNICEF bir çocuğa yönelik cinsel istismarı, çocuğa karşı sömürü amaçları da dahil olmak üzere, bir yetişkin veya en az 4 yaş büyük bir çocuk tarafından tamamlanan veya denenen, yaralanma, acı veya psikolojik ızdırapla sonuçlanan veya sonuçlanma olasılığı yüksek olan herhangi bir kasıtlı, istenmeyen ve zorunlu olmayan cinsel eylem olarak tanımlamıştır (47). Cinsel istismar yalnızca temas yoluyla değil, sözel olarak cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik ve cinsel içerikli görüntüye maruz bırakma şeklinde de olabilmektedir. İstismara uğrayan çocuklar bu durumu terkedilme korkusu, suçlanma ve utanç hisleri nedeniyle çoğu zaman yetişkinliğe kadar saklama eğilimindedir. Yapılan bir çalışmada istismara uğrayan çocuklar istismarcıların %86'sının aile yakını/tanıdık olduğunu belirtmişlerdir (48). Aile içi cinsel istismarda annenin fiziksel olarak hasta olması ya da depresyonda olması, babanın alkol/madde kullanım öyküsü ve antisosyal davranışları, babanın fiziksel güç yoluyla elde ettiği katı ve otoriter bir role sahip olması, ebeveynlerin istismar öyküsü olması ve sosyal olarak izole bir aile yapısının olmasının risk faktörleri arasında olduğu bildirilmektedir (49).

Ülkemizdeki kültürel ve toplumsal yapı nedeniyle cinsel istismar çoğu zaman bildirilmemektedir. Resmi olarak verilen rakamların buzdağının görünen yüzü olduğu düşünülmektedir (50). Alikeşiifoğlu ve arkadaşlarının İstanbul'da 1955'i kız olmak üzere 4123 lise öğrencisini kapsayan çalışmasında öğrencilerin %13,4'ünün cinsel istismar mağduru oldukları tespit edilmiştir (51).

2.1.5.2. İhmal

İhmal ÇÇT içinde en çok görülen tür olmasına karşın hakkında diğer travmatik deneyimler kadar veri bulunmamaktadır. Mevcut literatürde, çocuk ihmalinin yaygınlık oranları %1,4 ile %80,1 arasında değişmektedir . Bu geniş spektrumda görülen yaygınlık oranları ihmal

konusundaki heterojenitenin belirgin olduğunu ve risk faktörlerinin iyi tanımlanması gerektiğini göstermektedir (52). Stolthenberg ve arkadaşlarının dahil ettiği dünya genelinde yapılan 244 çalışmanın meta-analizinde fiziksel ihmal prevalansı fiziksel ihmal için %16,3 ve duygusal ihmal için %18,4 olarak bulunmuştur (53, 54). İhmal, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) çocuk istismarının önlenmesine ilişkin raporunda şu şekilde tanımlanmıştır: “Çocuğun aile veya bakım veren tarafından sağlık, eğitim, duygusal gelişim, beslenme, barınma ve güvenli yaşam koşullarının çocuğun sağlığına veya fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimi açısından zarar vermeyecek ya da zarar verme ihtimali olmayacak ölçüde sağlanmasıdır. Ayrıca çocukların mümkün olduğu kadar uygun şekilde denetlenmemesini ve zarardan korunmamasını da içerir.” (41).

İhmalin farklı alt tipleri vardır. Çocuğun beslenme, giyim, kişisel hijyen ve tıbbi bakım gibi fiziksel ihtiyaçlarının, gelişimini olumsuz etkileyecek düzeyde karşılanmaması fiziksel ihmal olarak adlandırılmaktadır (55). Çocuğun okul çağına geldiğinde okula kaydettirilmemesi, okulda süregelen devamsızlığa izin verilmesi ve özel eğitim ihtiyaçlarının karşılanmaması gibi eğitimi için gerekli olan bakım ve denetimin sağlanmaması eğitim ihmali; çocuğun psikolojik ihtiyaçlarına yeterli yanıt vermeme, yeterli sevgi ve şefkati göstermeme, sosyal gelişimi için gerekli desteği vermeme, çocuğun aile içi şiddete tanık olmasına izin verme, çocuğun uyumsuz davranışlarına bilerek izin verme, duygusal veya davranışsal sorunlar için yardım almama ise duygusal ihmal olarak tanımlanmıştır (54). İhmal pasif, istismar aktif bir durum olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalar duygusal ihmal ile diğer istismar ve ihmal türlerinin çok yüksek oranda birliktelik gösterdiğini, ancak tersinin her zaman geçerli olmadığını ortaya koymuştur (56). İki araştırmanın sonuçlarına göreyse diğer çocuk istismarı ve ihmali biçimlerinin neden olduğu zararın aracısı duygusal istismar ve ihmal olabilmektedir (57, 58).

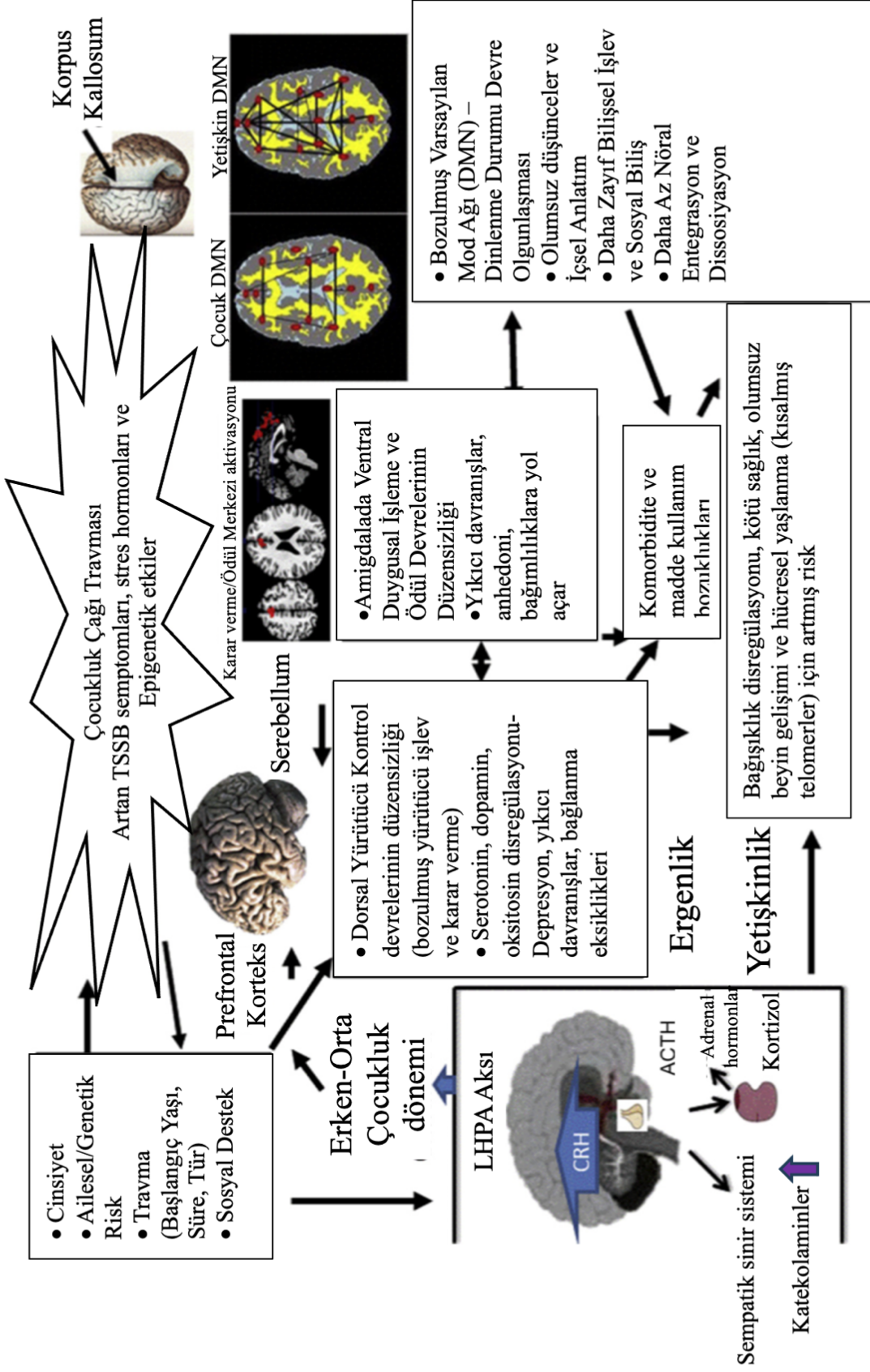
2.1.6. Çocukluk Çağı Travmalarının Fizyolojik Etkileri

Son yıllarda insan beyin gelişimi hakkında yapılan çalışmalar hız kazanmış olup gün geçtikçe yeni bilgiler ortaya çıkmaktadır. Beyin gelişimi nörogenezle başlayıp sinir göçü, olgunlaşma, sinaptogenez, budama ve miyelin oluşumuna doğru ilerleyen bir dizi aşamadan geçer (59). Doğumdan sonraki ilk yıllar beyin plastisesi için yaşamın ilerleyen yıllarından daha hassas bir dönemdir. Doğumdan önceki süreçte gen ve çevre ilişkisinin etkisi altında ilerleyen

sinaptik süreç doğumdan sonraki yıllarda daha çok deneyim ekseninde gerçekleşmektedir (60). Serebral korteksin tüm ana alt bölümlerini birbirine bağlayan korpus kallosum da dahil olmak üzere miyelinleşmede ise en çarpıcı artış 6 ay ile 3 yaş arasında meydana gelmektedir. Miyelinleşmenin zamanlaması, meydana geldiği beyin bölgesine bağlı olarak değişmektedir. Beynin belirli duyuşal ve motor bölgelerindeki bölgelerin miyelinleşmesi okul öncesi dönemde tamamlanırken, prefrontal korteks gibi daha yüksek bilişsel yeteneklerle ilgili bölgelerde süreç ergenliğe veya erken yetişkinliğe kadar tamamlanmaz. Gri madde ve serebral gri maddenin beyaz maddeye oranı (sinaptik yoğunluktaki ve budamadaki azalmaları yansıtır) ise 4 yaşından sonra giderek azalır. Subkortikal gri madde ve limbik sistem yapıları (septal alan, hipokampus, amigdala) aslında üçüncü dekada kadar hacminde bir artış gösterir (61). Prefrontal korteks tüm bölgeler arasında ontogenezi en gecikmiş olandır ve gelişimi üçüncü dekada kadar devam eder. Prefrontal korteks, planlanmış davranışlar, çalışma belleği ve motivasyon gibi yönetici bilişsel görevleri yerine getirir (62). ÇÇT inceleyen bir ikiz çalışması, kötü muameleye maruz kalan çocuklarda kötü muameleye maruz kalmamış çocuklara kıyasla daha düşük IQ (ortalama 8 puan) ve dil ve akademik başarıda eksiklikler olduğunu göstermiştir (63).

LHPA aksı, vücudun strese verdiği tepkiyi düzenlemede merkezi bir rol oynar ve hayvanlarda ve insanlarda en çok çalışılan biyolojik stres sistemidir. Çocuklarda şiddetli strese ve travmaya maruz kalmak yaşam boyu LHPA aksının düzenleyici süreçlerini bozabilmektedir (**Şekil 2**). Yetişkinlikte yapılan çalışmaların tutarlı bir şekilde düşük kortizol seviyeleri göstermesi bunu kanıtlar niteliktedir (21, 64).

ÇÇT'nin serotonin ve oksitosin hormonlarının düzeylerinde de değişikliklere yol açtığı gösterilmiştir (65). Oksitosin, kişilerarası ilişkilerde önemli bir rol oynar. Bir bireyin cinsel tepkisinin ve süt üretiminin düzenlenmesinde rol oynayan bu hormon, sosyal hafıza ve biliş, duygu tanıma, empati ve bağlanma dahil olmak üzere daha geniş bir sosyal etkileşim yelpazesinin düzenlenmesinden de sorumludur (66). Ek olarak, oksitosin sistemi vücudun strese verdiği tepkinin düzenlenmesinde rol oynar. Erken dönemde kötü muameleye maruz kalan kadınlarda oksitosin seviyelerinin azaldığı bulunmuştur. Bu ilişki özellikle kötü muamelenin duygusal istismar olduğu durumlarda güçlü olmuştur (67).



Şekil 2 “ Travmanın biyolojik etkilerinin gelişimsel travmatoloji modeli.” isimli tablodan uyarlanmıştır.

2.1.7. Çocukluk Çağı Travmalarının Gelişimsel ve Ruhsal Etkileri

Çocukluk dönemi insanın biyolojik ve ruhsal olarak gelişiminin en hızlı ilerlediği dönemdir. Çeşitli çalışmalar çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerin yetişkinlikte olan psikiyatrik bozukluklar için önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmalar, farklı travma tiplerinin farklı beyin bölgelerini uyardığını göstermiştir (45). Psikolojik travma, fiziksel travmaya benzer biyolojik tepkileri tetiklese de, stres faktörlerinin esas olarak beyin sapını ve hipotalamusu etkilediği düşünülmektedir. Psikolojik stres faktörlerinin esas olarak duyguyu, öğrenmeyi, hafızayı ve karar vermeyi düzenleyen bölgeler olan hipokampus, amigdala ve prefrontal korteksi etkilediği gösterilmiştir (68, 69).

Gelişimsel nörobiyoloji alanında elde edilen güncel veriler ÇÇT'nin epigenetik değişikliklere neden olduğu yönündedir (70). Çocukluk çağında travmatik deneyimi olan yetişkinlerden alınan kan, tükürük, sperm ve beyin dokusu örneklerinde DNA metilasyonunda (DNAm) epigenetik işaretlerdeki farklılıklar bulunmuştur (71-73). ÇÇT'nin gametlerdeki DNAm ile ilişkisi özellikle dikkat çekmektedir, çünkü gametlerdeki DNAm kalıpları doğurganlıkla ve yavruların sağlıklı gelişimiyle ilişkilendirilen çalışmalar bulunmaktadır (74).

Kötü muamele görmüş çocuklarda majör depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ve diğer davranış bozukluklarının oranlarının arttığı bildirilmiştir (15).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Beklenmedik bir anda ortaya çıkan, kişiyi çaresiz bırakan, yoğun bir şekilde korku ve dehşete sebep olan sarsıcı olaylar travmatik olay olarak adlandırılmaktadır. Bu olaylar kaza, savaş, şiddet ya da istismar gibi insan eliyle oluşturulmuş olabilir ya da doğal afetler gibi ya da başkasının maruz kaldığını görme ya da öğrenme gibi kişinin yaşamına yönelik tehdit olarak algıladığı, bedensel ve ruhsal bütünlüğünü bozan durumlar olabilir (75). Travmatik bir olay sonrası hastalık düzeyinde yaşanan belirtiler akut stres bozukluğu (ASB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olarak sınıflandırılmıştır. Travmatik olaydan sonra erken dönemde ortaya çıkan belirtiler ASB, 1 aydan uzun süren belirtiler ise TSSB olarak tanımlanmıştır. Bu belirtiler DSM-5'te olayı istem dışı düşünce ve imgelerle tekrar yaşamak, aşırı uyarılmışlık,

hatırlatıcılardan kaçınma davranışı ve olumsuz bilişsel değişiklikler olarak gruplanmıştır. Çocuklarda ASB ve TSSB arasındaki ilişkiye dair uzun dönemli çalışmalar, ASB tanısının çocuklarda ve ergenlerde TSSB'nin en iyi yordayıcısı olduğunu ileri sürmektedir (76).

Depresyon ve Duygudurum Bozuklukları

Epidemiyolojik çalışmalar, çocukluk dönemindeki istismar, ihmal veya kayıp gibi olumsuz deneyimlerin depresyon geliştirme riskinde önemli artışlarla ilişkili olduğunu göstermiştir(77). Felitti ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada birden fazla çocukluk olumsuz deneyimi olan kişilerde depresyon riskinin 4 kat arttığı gösterilmiştir (78). Yine benzer bir ikiz çalışmasında ÇÇT'nin majör depresyonun gelişiminde rolü olduğu doğrulanmıştır. Ayrıca depresyonun klinik seyrinde de daha düşük remisyon ve iyileşme oranları, daha uzun depresyon atakları ve daha kronik bir hastalık seyri ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (79). Bu nedenle, genetik yatkınlık ve çevresel etmenler içinde ÇÇT'nin depresyonun ortaya çıkması ve seyrinde önlenabilir bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir.

ÇÇT'nin bipolar bozukluğun erken başlangıcına ve şiddetine katkıda bulunduğu, bunun daha kötü klinik sonuçlara, daha hızlı bir döngüsellığe ve intihar girişimlerine yol açtığı bulunmuştur. Garino ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmadan bipolar bozukluğu olanlarda ÇÇT oranı %49 olarak tespit edilmiştir (80).Yine Hyun, Friedman tarafından yapılan bir çalışmada ÇÇT alt tiplerinden cinsel istismar ile duygu durum bozuklukları özellikle ilişkilendirilmiştir (81).

Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları toplam %28,8'e varan yaygınlık oranı ile en sık görülen ruhsal bozukluklardandır (82). Anksiyete bozukluklarının kişinin işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde oldukça önemli düzeyde olumsuz etkileri olmaktadır. ÇÇT nörobiyolojik olarak bazal kortizol seviyelerini düşürmekte ve LHPA aksı üzerinde düzensizliğe neden olmaktadır (21). Çeşitli çalışmalar anksiyete bozukluğu olan hastalarda anormal LHPA aks aktivitesi olduğunu göstermiştir. Çocukluk çağındaki olumsuz deneyimler, vücudun stres tepkisinde ve dolayısıyla yetişkinlikteki LHPA aks aktivitelerinde değişikliğe neden olarak bireyleri psikopatoloji geliştirmeye yatkınlaştırabilmektedir (83).

Psikotik Bozukluklar

ÇÇT psikoz için potansiyel bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (84). Read ve arkadaşları tarafından yapılan bir literatür incelemesinde, psikozlu hastalar arasında çocukluk çağında cinsel ve fiziksel istismara uğrama oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (85). Daha spesifik olarak, cinsel istismara uğramış çocuklarda şizofreni dahil psikotik bozukluk geliştirme riskinin genel nüfusa kıyasla 15 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (86). Dahası çocukluk çağında cinsel ve duygusal istismara maruz kalanlarda daha yüksek psikotik semptomlar, intihar davranışı, sanrılar ve halüsinasyonlar görülebileceği ortaya konmuştur (87). Psikotik bozukluklarda genetik faktörler ön planda olduğundan, ÇÇT'nin psikiyatrik bozuklukların gelişiminde genetik faktörlerle etkileşime girmede potansiyel bir rolü olduğu düşünülmektedir (88).

Alkol/madde Kullanım Bozuklukları

ÇÇT'nin bireyi madde kullanım bozukluğu yaşamaya yatkın hale getiren biyolojik etkilerinin yanısıra bu olasılığı arttıran psikolojik etkilere de sahip olabileceği düşünülmektedir. Biyolojik etkileri arasında özellikle bağımlılık üzerine olan epigenetik değişiklikler üzerinde durulmaktadır(89). Çocukluk çağı travmasının psikolojik etkileri arasında eyleme geçme ve bir dizi karşıt olma ve davranış bozukluğu ile travma veya kötü muameleden kaynaklanan kalıcı anıları ve duyguları bastırmak için kendi kendine ilaç verme sayılabilir (90, 91). Sartor ve arkadaşlarının 3768 kız ikiz dahil edilerek yaptıkları bir çalışmada travmaya maruz kalanlarda alkol bağımlılığı belirgin düzeyde yüksek bulunmuştur (92). Yine Lotzin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da çocukluk çağı travması yaşayan bireyler arasında alkol bağımlılığı yaygınlık oranlarının %22 ile %74 arasında olduğu gösterilmiştir (93).

Cinsel İşlev Bozuklukları ve Cinsel Sorunlar

Cinsel işlev bozuklukları cinsel işlevlerin herhangi bir evresinde bozulmayla karakterize, doyum ve eşler arası uyumu etkileyen bir bozukluk kümesidir. Cinsel işlev bozuklukları genellikle çok yönlü ve karmaşık bir süreç sonucunda oluşmaktadır. Çocukluk ve ergenlik döneminde sağlıklı ve güvenli bir ortam sağlanmamış bireylerde psikososyal gelişim konusunda yaşanan aksaklıklar ilerleyen süreçte cinsel işlev bozukluklarına neden

olabilmektedir (94). Saadedine ve arkadaşlarının cinsel işlev bozukluğu olan orta yaş kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin yordayıcı olduğu gösterilmiştir (95). Cinsel istismar ile cinsel işlev bozuklukları arasındaki kuvvetli ilişkiyi gösteren çok sayıda çalışma yapılmış olsa da diğer alt tipler için ilgili veriler kısıtlıdır. Ancak cinsiyete bağımlı olarak erkeklerde duygusal istismar geçmişine sahip olmak düşük cinsel tatmin ile ilişkilendirilirken, kadınlardaki cinsel uyum sorunları cinsel istismar ile ilişkilendirilmiştir (96).

Kişilik Bozuklukları

İlk olarak psikanalizin kurucusu Freud'un psikoseksüel gelişim teorisinde erken dönem yaşantılarının önemi vurgulanmış ve yaşanan travmatik olaylar neticesinde bu dönemlerde oluşan fiksasyonların psikotik, borderline ve nevrotik kişilik örgütlenmelerine sebep olabileceği ifade edilmiştir (97).Günümüzde yapılan çalışmalarda çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimlerin bireyde duygusal regülasyon yeteneğini zayıflatmasının duygu-durum bozukluklarının yanı sıra kişilik bozukluklarının gelişimini de etkilediği gösterilmiştir (98). Çocukluk çağında meydana gelen cinsel istismarın uzun vadedeki etkilerine dair elde edilen veriler borderline kişilik bozukluğu, yeme bozukluğu, somatizasyon bozukluğu gibi psikopatolojilerin ortaya çıkışında istismar öyküsünün etkili olduğu yönündedir (99). Benzer şekilde duygusal istismarın da borderline kişilik bozukluğu, narsistik kişilik bozukluğu ve pasif-agresif kişilik bozukluğu ile ilişkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (100). Semiz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada antisosyal kişilik bozukluğunun ÇÇT alt tiplerinin tümüyle belirgin ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir (101).

Diğer Psikiyatrik Bozukluklar

Çocukluk çağı travmalarının, özellikle ailesel travmaların, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve yeme bozuklukları gibi diğer psikiyatrik hastalıklarla da ilişkili olduğu düşünülmektedir. OKB, bireyde aşırı kontrol dürtüleri, kaygı ve rahatsızlık yaratacak durumları engellemeye yönelik kompulsif davranışlar ile kendini gösterir. Çeşitli çalışmalarda ÇÇT özellikle duygusal ihmal alt tipi ile OKB ilişkisi gösterilmiştir (102, 103).

Yeme bozuklukları, travma geçmişi olan bireylerde sıklıkla gözlemlenmektedir (104). Beden dismorfik bozukluğu tanısı konan kişiler arasında %28 ila %68'i duygusal ihmal ve duygusal istismar deneyimleri bildirmektedir (105). Benzer şekilde disosiyatif bozukluklar ile duygusal ihmal arasındaki ilişkiyi gösteren kanıtlar bulunmaktadır (106).

2.1.8. Çocukluk Çağı Travmalarının Yetişkinlikteki Sosyal Etkileri

ÇÇT duygusal düzensizliğe neden olabileceğinden, yakınlık korkusu, duygusal kaçınma, çocukluk ve yetişkinlikte güvenilir ilişkiler kurmada zorluk, cinsel işlev bozukluğu gibi sosyal ilişkilerde zorluklar için bir risk faktörü olmaktadır. ÇÇT mağduru kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada eleştiriye karşı artan hassasiyetleri, bozulmuş öz saygıları ve kendilerini savunmada artan zorlukları olduğu ve geçmiş deneyimleriyle başa çıkmak için bir araç olarak duygusal kaçınmayı kullandıkları belirtilmektedir (107). Bu zorluklar nedeniyle, çocukluk çağında olumsuz deneyimleri olan kadınlar ciddi ilişkilere daha az ilgi göstermekte, daha düşük evlilik ve daha yüksek boşanma oranlarına sahip görünmektedirler (6). ÇÇT LHPA aksında neden olduğu düzensizlik, yüksek duygusal tepkisellik ve duyguları etkin şekilde tanıma ve düzenleme yeteneklerinin bozulmasıyla ilişkilendirilmiştir (108). Dahası, LHPA ekseninin düzensizliğinin yetişkinler arasında artan kişilerarası zorlukları ve buna bağlı olarak zamanla artan evlilik dağılmasını ve tatminsizliği öngördüğü gösterilmiştir (109).

Travmaya maruz kalanların yoğun utanç ve suçluluk duyguları yaşamaları ve düşük benlik saygısı kendi kendini damgalamayla ilişkilendirilmiştir (110). Öz damgalanma sosyal olarak geri çekilmeye ve buna bağlı olarak düşük yaşam kalitesi ve daha düşük sosyal entegrasyona neden olabilmektedir (111). 2019 yılında ABD'de (Amerika Birleşik Devletler) çocukluk çağındaki olumsuz deneyimlerle ilgili yapılan bir anket çalışmasındaki katılımcıların dörtte birinin çocuklukta çok fazla olumsuz deneyimi olan biriyle yakın çalışmak veya aileleriyle evlenmelerini istemediklerini belirttikleri görülmüştür (112). Öz damgalanma ve sosyal damgalanma ile ÇÇT arasındaki bu ilişki mağdurların ilerleyen süreçte yaşadıkları uyum sorunlarıyla ilişkili olabilmektedir (113).

ÇÇT çocuğun birincil bakım vereniyle sağlıklı ilişki kuramamasının bir sonucu olarak bağlanma davranışları üzerinde derin bir etkiye sahip olabilmektedir (114, 115). Yaşamın ilk 2 yılı, sosyal etkileşimlerin işlenmesinden, bedensel ve duygusal durumların düzenlenmesi ve

stres yanıtından sorumlu olan beynin sağ yarım küresinin en büyük büyüme atılımını geçirdiği dönem olması nedeniyle bağlanma için kritik öneme sahiptir. Çeşitli çalışmalar düzensiz bağlanmanın yalnızca fiziksel ve cinsel istismardan değil aynı zamanda bebeğin sıkıntısını yatıştırmada başarısızlık gibi ihmal davranışlarından da kaynaklanabileceğini göstermektedir (116, 117). Bireyin yaşamın erken yıllarında yaşadığı bağlanma deneyiminin, kişiyi yetişkinlikte farklı olacağı umuduyla aynı tür bağlanma şeklini bilinçsizce aramaya veya tekrarlamaya yatkın hale getirdiği düşünülmektedir. Öte yandan istismara uğramış çocuklar, bir kişi tarafından ihanete uğrama deneyimlerini, kimsenin güvenilir olmadığı anlamına gelecek şekilde genelleştirebilmekte ve bu, yetişkinlikte diğer yetişkinlerle olan ilişkilerinde zorluklara yol açabilmektedir (115). Güvensiz bağlanma ve duygu düzenlemede yaşanan bozukluklar ÇÇT olası bir sonucu olarak romantik ilişkileri etkilemektedir (118). Ayrıca cinsel istismar öyküsü bulunan bireylerde cinselliğe dair negatif duygular, cinsel isteksizlik ve cinsel işlev bozuklukları görülmektedir (6).

Epidemiyolojik çalışmalar, çocuklukta kötü muamele ile yetişkinlikte eşcinsellik arasında pozitif bir ilişki bulmuştur; lezbiyenler ve gey erkekler, heteroseksüellere göre 1,6–4 kat daha fazla cinsel ve fiziksel taciz bildirmektedir (119-121). Ebeveynlik kalitesi, östrojen, oksitosin, vazopressin ve bunların reseptörlerinin etkisi ile stria terminalis ve medial amigdala gibi sosyal davranışı düzenleyen beyin bölgelerinde epigenetik değişikliklere neden olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, istismar ve kötü muamele, doğum sonrası sosyal çevreye yanıt veren biyolojik mekanizmalar yoluyla cinsel yönelimi etkileyebilmektedir (122).

2.2. Cinsel Mitler

2.2.1. Tanımı ve Kapsamı

DSÖ, cinselliği insan olmanın yaşam boyu ayrılmaz bir parçası olarak tanımlar (123). Cinsellik büyük ölçüde biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve dini faktörlerin etkileşiminden etkilenmekte ve düşünce, tutum, değer ve inançlarda ifade edilmektedir. Cinsel mitler, genellikle abartılı veya yanlış olan ve bilimsel değeri olmayan ancak doğru olduğu düşünülen cinsel konularla ilgili inançlardır. Bu mitler, bireylerin cinsellik hakkındaki tutumlarını etkiler ve kültürel yapıya ve bireysel özelliklere göre farklılık gösterir. Türk dil kurumunda mit kavramı, “Geleneksel olarak yayılan veya toplumun hayal gücü etkisiyle biçim değiştiren

alegorik bir anlatımı olan halk hikayesi” olarak tanımlanmıştır. Toplumumuzda cinsel konuların tabu olarak görülmesi, geleneksel olarak söylemlerle yayılmasına ve saklı bir şekilde ifade edilmesine neden olmakta ve bu durum mit oluşumuna zemin hazırlamaktadır.

İçinde bulunulan toplum kişinin psikososyal ve psikoseksüel gelişimi açısından önem taşımaktadır. Birey toplum ve kültüre göre cinsiyete dayalı rolleri ve davranışları benimsemekte, kimlik gelişimi ahlaki ve kültürel değerler çerçevesinde tamamlanmaktadır. Geleneksel toplumda kadın rolü cinsellik hakkında konuşmaktan hoşlanmamayı, cinselliğe ilişkin fantezileri reddetmeyi ve cinsel deneyimi olmayışını gerektirmektedir. Toplumsal cinsiyet perspektifinde kadın rolü aşağılanırken kadına dair cinsel şemalar pasif olma üzerinedir.

Cinsel mitlerin olumsuz etkileri yalnızca kadınlar için değildir. Erkek cinsel şemaları, cinselliğin fiziksel ve işlevsel boyutuna odaklanılan, erkekten yönetmesi ve kontrol etmesi beklentisi bulunan şemalardır. Erkeğin cinsel işlevinin yeterli olmasının erkekliğin ispatı olarak görülmesi nedeniyle cinsel işlev bozukluklarına davetiye çıkartmakta ve erkeğin her zaman cinselliğe hazır bir canlı olarak görülmesi erkeğin sevgi, aşk, duygusal yakınlık gibi hislerden mahrum kalmasına neden olmaktadır.

2.2.2. Cinsel Mitler ve Cinsel Sağlık İlişkisi

Cinsel mitler bireylerin kendilerini yetersiz hissetmelerine, cinsel performans kaygıları geliştirmelerine veya cinsel ilişkiyi stresli ve zor bir deneyim olarak görmelerine yol açabilmektedir. Örneğin, "erkekler sürekli olarak cinsel istek duyar" veya "kadınlar için cinsel tatmin yalnızca duygusal yakınlıkla mümkündür" gibi mitler, cinsel işlev bozukluklarının yaygınlaşmasına neden olabilir. Ayrıca, cinsel mitler, cinsel partnerler arasındaki iletişimsizlikleri de artırabilir, bu da cinsel tatminin azalmasına ve işlevsel bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilir (124).

Cinsel eğitim süreci, bireylerin cinsel mitlere dair yanlış inançlarını ortadan kaldırmak noktasında hayati önem taşımaktadır. Sungur’un yaptığı bir araştırmada cinsel sorunlar yaşayan çiftlerin ek bir müdahaleye gerek kalmadan sadece cinsel eğitim verilmesi ile sorunlarının çözüldüğü görülmüştür (125).

2.3. Çocukluk Çağı Travmaları ile Cinsel Mitler Arasındaki İlişki

ÇÇT bireyin psikososyal ve psikoseksüel gelişimini etkilemektedir. Travma deneyimleri sonucunda kişinin toplumsal cinsiyet rolleri algısı, cinsel kimlik ve yönelimindeki etkilerle ilgili epigenetik, biyolojik ve psikoanalitik açıdan farklı görüşler ortaya atılmıştır (126).

ÇÇT, özellikle cinsel istismar gibi durumlar, bireylerin cinsellik hakkında geliştirdiği inançları çarpıtarak, bu mitlerin kabul edilmesine ve hatta bireyler tarafından içselleştirilmesine yol açabilmektedir. Örneğin, cinsel istismara uğramış bir çocuk, cinselliği bir tehdit ve korku kaynağı olarak algılayabilir. Bu algı, "Cinsellik tehlikeli bir şeydir" veya "Cinsellik, acı ve güçsüzlükle ilişkilidir" gibi mitlerin içselleştirilmesine neden olabilmektedir. Literatürde cinsel mitler ve çocukluk çağı travmaları arasındaki bağlantıya dair çalışmalar kısıtlı olsa da, saklı, örtük iletişim cinsel mitlerin var olmasında temel rol oynamaktadır. Kişinin benlik saygısının azaldığı, beden imajının bozulduğu duygusal istismar gibi durumlarda yakınlık ve iletişim azalmakta ve cinsel mitlerin ortaya çıkabileceği bir zemin oluşmaktadır (96).

ÇÇT oldukça yaygın görülen ve bireyleri fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden ciddi şekilde etkileyen önemli yaşantılardır. Travmatik deneyimler yetişkinlerde ruhsal bozukluklara yatkınlık oluşturmalarının yanı sıra sosyal uyum sorunları, kişiler arası sorunlar ve bağlanma sorunlarına yol açabilirler. Diğer yandan kimlik gelişimini aksatarak olumsuz kendilik algıları ile kendisini gösterebilirler. Dahası çocuğun kendisine, çevresine ve geleceğine dair olumsuz bilişsel şemalar oluşturmaya katkı sağladığı bilinen çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik döneminde cinsel sağlığı olumsuz yönde etkileyebileceği ve cinsel işlev bozukluklarına yol açabileceği bildirilmektedir. Cinsel sağlık, evlilik uyumu ve yeterli kendilik algısı başta olmak üzere birçok bireysel ve kişiler arası faktörler iç içe olan önemli bir faktör ise cinsel mitlerdir. Cinsel mitler üzerine yapılan araştırmalar, literatürde sınırlı kalmakla birlikte, aile hekimleri arasında cinsel sağlık ve cinsel mitlerle ilgili sorgulama yapmaktan çekinme veya bu konuları göz ardı etme gibi bir eğilim mevcuttur. Ancak, aile hekimliği pratiğinde, biyopsikososyal model çerçevesinde gerçekleştirilen ayrıntılı bir değerlendirme süreci, cinsel sağlığın gözden geçirilmesi gereken bir alan olduğunu ortaya koymaktadır. Bu, hem bireysel sağlık hem de toplum sağlığı açısından önemli bir gerekliliktir, çünkü cinsel sağlık üzerindeki olumsuz inançlar, cinsel işlev bozuklukları, cinsel kimlik problemleri ve psikolojik travmalara neden olabilmektedir.

Bu bağlamda, cinsel mitlerin bireylerin yaşam kalitesini ve psikolojik iyilik hallerini nasıl etkileyebileceği üzerine yapılan araştırmalar büyük önem taşımaktadır. Sunulan çalışmanın amacı, cinsel mitlerin yaygınlığı ve çocukluk çağı travmalarının bu mitlerin gelişimi üzerindeki etkilerini anlamaya yönelik önemli bir adım olarak, aile hekimliği pratiğinde cinsel sağlık konusundaki farkındalığı artırmayı hedeflemektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalar oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Çalışmaya çocukluk çağı travması yaygınlığı %50 kabul edilerek (33, 127, 128), %90 güven aralığı %5 hata payı ile en az 273 kişinin dahil edilmesi amaçlandı. Ancak anket sorularının eksik doldurulması ve çalışmaya katılmayı reddetme gibi ihtimaller nedeniyle %10 pay ilave edilerek en az 300 kişinin çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Çalışmaya toplamda 309 kişi katıldı, ancak 26 kişinin anketi eksik doldurması nedeniyle çalışmaya toplamda 283 kişi dahil edildi. Hesaplanan örneklem büyüklüğüne yaklaşık 6 ayda (Aralık 2022 - Mayıs 2023) ulaşıldı.

3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

- 18 yaş altı-65 yaş üzeri hastalar
- Okuma yazma bilmeyen hastalar
- Anket doldurmaya uyum sağlayamayacak bilişsel bozukluk ve zihinsel yetersizliği olan hastalar

3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışma 02.12.2022 tarih ve 2022/4062 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi etik kurulu onaylıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

- 1- Sosyodemografik bilgi formu
- 2- Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ)
- 3- Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ)

Anket formları araştırmacı tarafından yüz yüze olarak katılımcılara uygulandı (Ek-1).

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan formdur. Formun ilk kısmında katılımcıların yaşı, cinsiyeti, anne ve babasının eğitim durumu, tıbbi ve psikiyatrik hastalık varlığı, kardeş sayısı ve kaçınıcı çocuk olduğu, sigara kullanım durumları soruldu. Formun ikinci kısmı evli katılımcıların evlilik özelliklerini araştırmak amacıyla bazı sorular (evlilik yaşı, evlenme şekli, evlilik süresi ve çocuk sayısı) yer aldı.

3.6.2. Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), 20 yaşına kadar olan dönemde yaşanan istismar ve ihmal deneyimlerini retrospektif ve niceliksel olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, duygusal istismar (3, 8, 14, 18, 25), fiziksel istismar (9, 11, 12, 15, 17), cinsel istismar (20, 21, 23, 24, 27), duygusal ihmal (5, 7, 13, 19, 28) ve fiziksel ihmal (1, 2, 4, 6, 26) olmak üzere beş alt boyutu kapsayan 28 maddeden oluşmaktadır (129). Ölçekte ters maddeler (10,16 ve 22. madde) bulunmaktadır. Alt ölçeklerin her biri 5-25 arasında puan alınır ve toplam puan 25-125 arasındadır.

Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları, ölçeğin yüksek iç tutarlılığa (Cronbach alfa: 0,93) ve test-tekrar test uyumuna (Gutmann yarım test katsayısı: 0,97) sahip olduğunu göstermiştir (130). Bu özellikleriyle ÇÇTÖ, çocukluk çağı travmalarının standardize edilmiş bir şekilde değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan güvenilir bir araçtır.

3.6.3. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ)

Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ), bireylerin cinsel mitlere ilişkin inançlarını değerlendirmek amacıyla Gölbaşı ve arkadaşları tarafından geliştirilen beşli Likert tipi bir ölçüm aracıdır. Bu ölçek başlangıçta 74 maddeden oluşturulsa da, uzman değerlendirmeleri ve istatistiksel analizler

sonucunda sekiz alt boyutta 28 maddeden oluşan son haline getirilmiştir. Bu boyutlar ve boyutlara ait sorular; cinsel yönelim (1,2,3,4,5), toplumsal cinsiyet (6,7,8,9,10,11), yaş ve cinsellik (12,13,14,15), cinsel davranış (16,17,18), mastürbasyon (19,20), cinsel şiddet (21,22,23,24), cinsel ilişki (25,26) ve cinsel doyum (27,28) şeklindedir.

Ölçekten alınabilecek puanlar 28 ile 140 arasında değişmekte olup, belirli bir kesme noktası yoktur ve yüksek puanlar cinsel mitlerin yaygınlığı ve gücüyle korelasyon göstermektedir. Psikometrik analizler, ölçeğin 0,91 Cronbach alfa katsayısı ve güçlü test-tekrar test güvenilirliği ($r=0,814$) ile yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermiştir. Türk toplumundaki cinsel mitleri değerlendirmek için güvenilir ve geçerli bir araçtır ve cinsel yanlış anlamaları ele almayı amaçlayan araştırma ve eğitim müdahaleleri için değerli bir kaynak olduğu düşünülmektedir (131).

3.7. Verilerin İstatiksel Analizi

Bu çalışmanın tüm verileri Statistical Package for Social Sciences 22. Versiyon (SPSS-22) kullanılarak analiz edildi. Örneklemin demografik ve klinik özelliklerini özetlemek için tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Tanımlayıcı verilerin analizinde kategorik verilerde frekans ve yüzde dağılım, sayısal verilerde ortalama \pm standart sapma kullanıldı. Kategorik değişkenlerde gruplar arasındaki ilişkileri değerlendirmek için Ki-kare (χ^2) kullanıldı. Sayısal değişkenler; iki kategoriye sahip değişkenlerle karşılaştırıldığında, istatistiksel test seçimi normallik varsayımına bağlı olarak, normal dağılım gösteren değişkenler için bağımsız örneklem t-testi uygulanırken, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki den fazla kategoriye sahip kategorik değişkenler için, normal dağılımlı verilerde tek yönlü ANOVA uygulandı. Normalliğin sağlanmadığı durumlarda Kruskal-Wallis testi kullanıldı ve anlamlı bir sonuç bulunursa, belirli grup farklılıklarını belirlemek için ikili karşılaştırmalar yapıldı. Anlamlılık gösteren sonuçların Post Hoc analizinde normal dağılım ve varyansları homojen olan verilerde grup örneklem büyüklükleri arasında belirgin bir fark yoksa Tukey testi, belirgin bir fark varsa Gabriel testi kullanıldı. Dağılım ve varyans ön şartı sağlanamayan verilerde ise Games-Howell testi kullanıldı.

Sürekli değişkenler için, dağılım özelliklerine göre korelasyon analizleri yapıldı. Normal dağılım gösteren değişkenler için Pearson korelasyonu kullanılırken, normal dağılım göstermeyen veriler için Spearman korelasyonu uygulandı. Korelasyonların gücü, korelasyon

katsayısına göre yorumlandı. Korelasyon katsayısına göre (r) : 0,00-0,29 (zayıf), 0,30-0,49 (orta), 0,50-0,74 (güçlü) ve 0,75-1,00 (çok güçlü) korelasyon olarak kabul edildi.

Cinsel mitlerle ilişkili potansiyel risk faktörlerini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapıldı. İkili karşılaştırmalarda cinsel mitler ile ilişkili bulunan ve ilişki potansiyeli bulunan değişkenler regresyon modeline dahil edildi. Anlamli çıkan değişkenler ve cinsel mitler için Modelin Açıklayıcı Gücü (R^2) ve Varyans Enflasyon Faktörü (VIF) değerleri çoklu doğrusallığı (multicollinearity) ve genel model uyumunu değerlendirmek için incelendi. Çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alfa katsayısı hesaplandı. Analizlerde, %95 güven aralığı temel alındı ve istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen 283 katılımcının %54,8'i ($n=155$) kadın, %72,1'i ($n=204$) üniversite mezunuydu. Yaş ortalaması $39,96 \pm 11,67$ yıldır ve %80,6'sı ($n=228$) cinsel olarak aktifti. Katılımcıların %78,1'inin ($n=221$) kronik hastalığı, %4,2'sinin ($n=12$) psikiyatrik hastalığı varken, %50,4'ü ($n=142$) sigara içmiyordu.

Katılımcıların %74,2'si ($n=210$) çalışıyordu ve %44,2'si ($n=125$) gelirinin gidere denk olduğunu belirtti. %29,7'sinin ($n=84$) ise geliri giderinden yüksekti (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Ortalama	Standart Sapma
Yaş		39,96	11,67
		Sayı (n)	%
Cinsiyet	Kadın	155	54,8
	Erkek	128	45,2
Eğitim Durumu	İlköğretim	22	7,8
	Lise	57	20,1
	Üniversite	204	72,1
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	73	25,8
	Çalışıyor	210	74,2

Gelir Düzeyi	Düşük	74	26,1
	Orta	125	44,2
	Yüksek	84	29,7
Kronik Hastalık	Evet	221	78,1
	Hayır	62	21,9
Psikiyatrik Hastalık	Evet	12	4,2
	Hayır	271	95,8
Sigara Alışkanlığı	Düzenli içiyor	49	17,4
	Ara sıra içiyor	43	15,2
	Bırakmış	48	17,0
	Hiç içmemiş	142	50,4

4.2. Katılımcıların Evlilik Özellikleri ve Cinsel Aktiflik Durumlarının İncelenmesi

Katılımcıların %79,2'si (n=224) evli, %14,1'i (n=40) bekar. Evli olanların %47,3'ü (n=113) evlilik şeklini aşk evliliği olarak tanımladı. Evlilik yaşı ortalaması 24,48±0,57 yıl idi. Evlilik süresi ortalaması 17,03±11,38 yıld. Çocuk sayısı ortanca değeri 2 (min:0–maks:5) idi (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Evlilik Özellikleri ve Cinsel Aktiflik Durumları

		Ortalama	Standart Sapma
Evlenme Yaşı		24,48	0,57
Evlilik Süresi		17,03	11,38
Çocuk sayısı (Ortanca/Min-Maks)		2	0-5
		Sayı (n)	%
Medeni Durum	Evli	224	79,2
	Bekar	40	14,1
	Boşanmış	15	6,7
Evlenme Şekli	Görücü usulü	93	38,9
	Mantık evliliği	33	13,8
	Aşk evliliği	113	47,3
Cinsel Aktiflik	Aktif	228	80,6
	Aktif değil	55	19,4

4.3. Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Katılımcıların ebeveynlerinin medeni durumuna bakıldığında, %69,6'si (n=197) evli, %30,4'unun (n=86) eşi vefat etmişti. %62,2'sinin (n=176) annesi ilköğretim mezunuydu. Diğer

katılımcıların annelerinin %16,3'ü (n=46) okur-yazar değildi ve %11,7'si (n=33) lise mezunuydu. Babalarının eğitim düzeyi incelendiğinde %49,8'i (n=141) ilköğretim mezunu, %24,4'ü (n=69) üniversite mezunu, %20,1'i (n=57) lise mezunuydu. Katılımcıların kardeş sayısı ortanca değeri 3 (min:0–maks:11) idi. Katılımcıların kardeşler arasındaki sıralaması ortanca değeri 2 (min:1–maks:8) idi (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı (n)	%
Annenin Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	46	16,3
	İlköğretim	176	62,2
	Lise	33	11,7
	Üniversite	28	9,8
Babanın Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	16	5,7
	İlköğretim	141	49,8
	Lise	57	20,1
	Üniversite	69	24,4
Ebeveynlerin Medeni Durumu	Evli	197	69,6
	Vefat	86	30,4
		Ortanca	Min-Maks
Kardeş Sayısı		3	0-11
Katılımcının Kardeşler Arasında Sıralaması		2	1-8

4.4. Örneklem Özelliklerinin Cinsiyete göre Karşılaştırılması

Katılımcıların cinsiyete göre yaş ortalamasına bakıldığında, kadınların ortalaması 37,63±9,73 yıl, erkeklerin ortalaması 42,79±13,15 yıl idi ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (**p<0,001**). Katılımcıların eğitim düzeyleri cinsiyete göre değerlendirildiğinde, her iki cinsiyet de ağırlıklı olarak üniversite mezunuydu ve arada anlamlı bir fark yoktu (p=0,666). Çalışmayanların oranı kadınlarda daha yüksekti ve cinsiyetler arasında anlamlı fark vardı (**p<0,001**). Kronik ve psikiyatrik hastalık oranlarında cinsiyete göre anlamlı fark yoktu (sırasıyla p=0,085; p=0,127). Kadınların %69,5'ini (n=107) hiç sigara içmemiş olanlar oluşturuyordu ve erkeklerle arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p<0,001**) (Tablo 4).

Tablo 4. Cinsiyete göre Sosyodemografik Özellikler

		Kadın		Erkek		t/Z veya x ²	p
Yaş (Ort ± Ss)*		37,63±9,73		42,79±13,15		-3,681	<0,001
		n	%	n	%		
Eğitim durumu	İlköğretim	14	9	8	6,3	0,814	0,666
	Lise	30	19,4	27	22		
	Üniversite	111	71,6	93	72,7		
Meslek durumu	Çalışıyor	101	65,2	135	85,2	27,242	<0,001
	Çalışmıyor	54	34,8	19	14,8		
Aylık Gelir Düzeyi	Düşük	53	34,2	21	35,9	12,207	0,002
	Orta	64	41,3	61	47,7		
	Yüksek	38	24,5	46	16,4		
Kronik Hastalık	Evet	28	18,1	34	26,6	2,959	0,085
	Hayır	127	81,9	94	73,4		
Psikiyatrik Hastalık	Evet	4	2,6	8	6,3	2,325	0,127
	Hayır	151	97,4	120	93,7		
Sigara Alışkanlığı	Düzenli içiyor	16	10,4	33	25,8	56,848	<0,001
	Arasına içiyor	21	13,6	22	17,2		
	Hiç içmemiş	107	69,5	35	27,3		
	Bırakmış	10	6,5	38	29,7		

*Ort ± Ss Ortalama, Standart sapma.
p<0,05 anlamlı kabul edildi.

Katılımcıların evlilik özelliklerine bakıldığında, kadınlarda evlenme yaşı ortalama 23,52±4,45 ve evlilik süresi ortalama 14,41±9,85 iken; erkeklerde evlenme yaşı ortalama 25,61±3,66 ve evlilik süresi 20,17±12,31 idi ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktaydı (**p<0,001**). Evlenme şekilleri her iki cinsiyet için de yüksek oranda aşk evliliği idi ve arada anlamlı fark bulunmuyordu (p=0,083). Her iki cinsiyette de evli oranı yüksek iken kadınlarda boşanmış olanların oranı erkeklerden yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlıydı (**p=0,007**). Cinsel aktif olanlar her iki cinsiyette de çoğunlukta iken erkeklerin oranı kadınlardan anlamlı olarak daha yüksekti (**p>0,007**) (Tablo 5).

Tablo 5. Cinsiyete Göre Evlilik Özellikleri

	Kadın (Ort ± Ss)*		Erkek (Ort ± Ss)*		t/χ ²	df	p
Evlenme Yaşı	23,52±4,45		25,61±3,66		-3,888	234	<0,001
Evlilik süresi	14,41±9,85		20,17±12,31		-3,919	203,493	<0,001
	n	%	n	%			

Evlenme şekli	Görücü usulü	48	36,6	45	41,7	4,969	2	0,083
	Mantık evliliği	24	18,4	9	8,3			
	Aşk evliliği	59	45	54	50			
Medeni Durum	Evli	116	74,8	108	84,4	0,043	2	0,007
	Bekar	22	14,2	18	14			
	Boşanmış	17	11	2	1,6			
Cinsel Aktiflik	Evet	116	74,8	112	87,5	7,178	1	0,007
	Hayır	39	25,2	16	12,5			

*Ort ± Ss Ortalama, Standart sapma.
p<0,05 anlamlı kabul edildi.

4.5. Ölçeklerin Alt Boyutlarıyla Özellikleri ve Cronbach Alfa Değerleri

Tablo 6’da kullanılan ölçeklerin Cronbach Alfa değerleri gösterilmiştir.

Tablo 6. Ölçeklerin Alt Boyutlarıyla Özellikleri ve Cronbach Alfa Değerleri

	Madde Sayısı	Min-Maks	Ort ± Ss*	Cronbach Alfa
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	28	25-83	37,08±9,80	0.821
Duygusal istismar alt boyutu	5	5-19	6,79±2,50	0.684
Fiziksel istismar alt boyutu	5	5-20	5,67±1,87	0.803
Cinsel istismar alt boyutu	5	5-20	5,79±2,18	0.850
Fiziksel ihmal alt boyutu	5	5-18	6,91±2,14	0.419
Duygusal ihmal alt boyutu	5	5-25	11,91±5,30	0.887
Cinsel Mitler Ölçeği	28	28-121	69,10±20,03	0.921
Cinsel yönelim alt boyutu	5	5-25	17,44±5,82	0.867
Toplumsal cinsiyet alt boyutu	6	6-28	13,89±5,26	0.778
Yaş ve cinsellik alt boyutu	4	4-20	8,07±3,67	0.848
Cinsel davranış alt boyutu	3	2-15	5,73±2,85	0.812
Mastürbasyon alt boyutu	2	2-10	5,28±2,45	0.895
Cinsel şiddet alt boyutu	4	4-20	7,81±3,18	0.634
Cinsel ilişki alt boyutu	2	2-10	5,57±2,43	0.730
Cinsel memnuniyet alt boyutu	2	2-10	5,30±2,32	0.712

*Ort±Ss Ortalama, Standart sapma

4.6. Cinsiyete göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

Erkek katılımcıların ÇÇTÖ alt boyutlarından fiziksel istismar puanı (15,83±5,64), duygusal istismar puanı (8,71±3,95) ve fiziksel ihmal puanı (6,63±3,08) kadınların fiziksel istismar puanı (12,28±4,30), duygusal istismar puanı (7,53±3,32) ve fiziksel ihmal puanından (4,98±2,40) anlamlı ölçüde yüksekti (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,007$; $p<0,001$). Tablo 7’de Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin cinsiyete göre kıyaslaması gösterilmiştir.

Tablo 7. Cinsiyete göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Analizi

	Kadın (Ort ± Ss)*	Erkek (Ort ± Ss)*	t-Z	p
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	65,18±17,18	73,82±22,14	-0,878	0,380
Cinsel İstismar**	17,28±5,45	17,64±6,24	-0,519	0,604
Fiziksel İstismar**	12,28±4,30	15,83±5,64	-5,840	<0,001
Duygusal İstismar**	7,53±3,32	8,71±3,95	-2,717	0,007
Fiziksel İhmal	4,98±2,40	6,63±3,08	-3,447	<0,001
Duygusal İhmal	5,12±2,44	5,48±2,44	-1,404	0,161

Student-t testi kullanılmıştır.

*Ort.±Ss Ortalama, Standart sapma

**Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

p<0,05 anlamlı kabul edildi.

4.7. Cinsiyete göre Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

CMÖ puanlarına bakıldığında, erkeklerin CMÖ toplam puanı (73,82±22,14) kadınların CMÖ toplam puanından (65,18±17,18) anlamlı ölçüde yüksekti ($p<0,001$). Alt boyutlarına bakıldığında erkeklerin toplumsal cinsiyet puanı (15,83±5,64), yaş ve cinsellik puanı (8,71±3,95) ve cinsel davranış puanı (8,71±3,95) kadınların toplumsal cinsiyet puanı (12,28±4,30), yaş ve cinsiyet puanı (7,53±3,32) ve cinsel davranış puanından (4,98±2,40)

anlamli olarak yuksekti (sirasıyla $p<0,001$; $p=0,007$; $p<0,001$). Cinsel yönelim, mastürbasyon, cinsel şiddet, cinsel ilişki ve cinsel memnuniyet için anlamlı bir fark yoktu (sirasıyla $p=0,604$; $p=0,210$; $p=0,137$; $p=100$; $p=0,072$) (Tablo 8). Tablo 9’da ise cinsel mitler ölçeğine verilen yanıtların cinsiyete göre analizi gösterilmiştir.

Tablo 8. Cinsiyete göre Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) Analizi

	Kadın (Ort±Ss)*	Erkek (Ort±Ss)*	t	df	p**
Cinsel Mitler Toplam Puan	65,18±17,18	73,82±22,14	-3,605	236,724	<0,001
Cinsel Yönelim alt boyutu	17,28±5,45	17,64±6,24	-0,519	280	0,604
Toplumsal Cinsiyet alt boyutu	12,28±4,30	15,83±5,64	-5,840	234,206	<0,001
Yaş ve Cinsellik alt boyutu	7,53±3,32	8,71±3,95	-2,717	280	0,007
Cinsel Davranış alt boyutu	4,98±2,40	6,63±3,08	-4,917	237,466	<0,001
Mastürbasyon alt boyutu	5,12±2,44	5,48±2,44	-1,257	280	0,210
Cinsel Şiddet alt boyutu	7,55±3,03	8,12±3,33	-1,490	280	0,137
Cinsel İlişki alt boyutu	5,36±2,37	5,84±2,48	-1,653	280	0,100
Cinsel Memnuniyet alt boyutu	5,08±2,35	5,58±2,26	-1,808	280	0,072

*Ort.±Ss Ortalama, Standart sapma.

**Student-t testi kullanılmıştır.

$p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

Tablo 9. Cinsiyete göre Cinsel Mitler Ölçek (CMÖ) Sorularının Analizi

	Kadın (Ort±Ss)*	Erkek (Ort±Ss)*	t-Z	p
Cinsel Mitler Ölçeği Toplam	65,18±17,18	73,82±22,14	-0,878	0,380
1. Eşcinsellik bir hastalıktır	3,43±1,54	3,53±1,59	-0,549	0,583
2. Eşcinsellik tedavi edilmelidir	3,71±1,46	3,77±1,52	-0,370	0,712
3. Eşcinseller toplum için zararlıdır	3,57±1,50	3,59±1,55	-0,123	0,902
4. Eşcinsel erkekler kadın gibi davranır	3,27±1,34	3,44±1,41	-1,003	0,317

5. Bireyin cinsel yönelimi dış görüntüsünden anlaşılır	3,19±1,25	3,30±1,38	-0,694	0,488
6. Erkekler matematik gibi zekâ gerektiren işlerde kadınlardan daha başarılıdır.	2,21±1,20	2,84±1,40	-3,967	<0,001
7. Ev işleri kadınların görevidir.	2,09±1,22	2,87±1,40	-4,917	<0,001
8. Erkeğin kararları kadınlara göre daha gerçekçi / mantıklıdır.	2,25±1,21	3,05±1,32	-5,322	<0,001
9. Erkekler kadınlardan daha rekabetçidir.	2,26±1,15	2,59±1,26	-2,248	0,025
10. Kadınlar yardıma muhtaçtır	1,97±1,20	2,56±1,44	-3,691	<0,001
11. Erkek olmak, kadın olmaktan daha değerlidir.**	1,44±0,83	1,93±1,21	-3,931	<0,001
12. Yaşlı bireylerin cinsel ilişkide bulunması doğru değildir.	1,86±1,03	1,85±1,04	0,98	0,922
13. Yaşlanma ile birlikte cinsel yaşam sona erer.	1,95±1,00	2,17±1,12	-1,749	0,081
14. Menopoza girmek (adetten kesilmek), kadının cinsel yaşamını sona erdirir.	1,69±0,92	2,14±1,14	-3,629	<0,001
15. Doyumlu bir cinsel yaşam için genç olmak şarttır	2,03±1,17	2,55±1,37	-3,348	0,001
16. Cinsel ilişkinin her aşaması erkeğin kontrolünde olmalıdır.	1,64±0,88	2,08±1,13	-3,688	<0,001
17. Kadın, cinsel ilişkide eşinin isteklerine göre hareket etmelidir.	1,60±0,90	2,18±1,19	-4,504	<0,001
18. Cinsel ilişkide eşini memnun etmek kadının görevidir	1,74±1,10	2,37±1,32	-4,295	<0,001
19. Mastürbasyon yapmak fiziksel hastalıkların gelişmesine neden olur	2,51±1,23	2,67±1,28	-1,102	0,271
20. Mastürbasyon yapmak psikolojik sorunlara neden olur.	2,61±1,32	2,81±1,32	-1,285	0,200
21. Eşlerden birinin rızası dışında gerçekleşen cinsel ilişki "tecavüz" sayılmaz.	1,89±1,14	2,15±1,26	-1,812	0,071
22. Erkek çocuklar tecavüz kurbanı olmazlar.**	1,44±0,94	1,67±1,08	-1,893	0,060
23. Tecavüze uğrayan erkek çocukları büyüdüklerinde eşcinsel olurlar.	1,99±1,04	1,91±1,03	0,654	0,514

24. Kadınlar dış görünüşleri / giyimleri ile cinsel şiddetin ortaya çıkmasına neden olurlar.	2,23±1,33	2,39±1,38	-0,972	0,332
25. Cinsellik, cinsel ilişki (cinsel birleşme) demektir.	2,48±1,28	2,69±1,34	-1,322	0,187
26. Eşlerin cinsel hazza yaşayabilmeleri için cinsel ilişki şarttır	2,88±1,40	3,15±1,45	-1,597	0,111
27. Cinsel ilişki mutlaka orgazmla (haz / tatmin) sonuçlanmalıdır.	2,79±1,39	3,16±1,41	-2,183	0,030
28. Kadınlar yalnızca “cinsel ilişki” yoluyla orgazma ulaşabilirler	2,29±1,24	2,42±1,23	-0,924	0,356

Student-t testi kullanılmıştır.

*Ort.±Ss Ortalama, Standart sapma

**Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

p<0,05 anlamlı kabul edilirdi.

4.8. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanlarının Korelasyon Analizi

Katılımcıların cinsiyetlere göre ve cinsiyetlerden bağımsız olarak CMÖ ve ÇÇTÖ puanları değerlendirildi. CMÖ toplam puanı ve ÇÇTÖ toplam puanı arasında kadın, erkek ve tüm katılımcılar olarak bakıldığında korelasyon yoktu (sırasıyla p=0,273 p=0,771 p=0,829). CMÖ toplamı ve ÇÇTÖ alt boyutlarıyla değerlendirildiğinde, kadınlarda CMÖ toplam puanı ÇÇTÖ duygusal istismar alt boyutuyla istatistiksel olarak zayıf düzeyde korelasyon bulundu (**r=0,170 p=0,035**). ÇÇTÖ toplam puanı ile CMÖ alt boyutları arasında korelasyon yoktu. Ancak CMÖ alt boyutlarından toplumsal cinsiyet ile ÇÇTÖ alt boyutlarından duygusal istismar arasında kadın grubunda zayıf korelasyon mevcuttu (**r=0,209 p=0,009**). Aynı şekilde bütün katılımcılar dahil edildiğinde, toplumsal cinsiyet ve cinsel davranış alt boyutlarıyla fiziksel ihmal alt boyutu zayıf bir şekilde koreleydi (sırasıyla **r=0,157 p=0,008**; **r=0,158 p=0,008**). Mastürbasyon alt boyutu ile kadınlarda ÇÇTÖ alt boyutlarından duygusal istismar arasında zayıf korelasyon bulunmaktaydı (**r=0,220 p=0,006**). Erkeklerde cinsel memnuniyet alt boyutuyla duygusal istismar alt boyutu arasında zayıf korelasyon tespit edildi (**r=0,181 p=0,041**) (Tablo 10)

Tablo 10. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ve Çocukluk çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Korelasyonu

		ÇÇTÖ Toplam			Duygusal istismar alt boyutu***			Fiziksel istismar alt boyutu***			Cinsel istismar alt boyutu***			Duygusal ihmal alt boyutu			Fiziksel ihmal alt boyutu		
		K	E	T	K	E	T	K	E	T	K	E	T	K	E	T	K	E	T
Cinsel Mitler Ölçeği Toplam	r	0,089	-0,026	0,013	0,170	0,137	0,118	0,019	0,020	0,029	-0,042	-0,045	-0,077	0,045	-0,106	-0,015	0,086	0,075	0,099
	p	0,273	0,771	0,829	0,035*	0,124	0,048*	0,818	0,822	0,631	0,608	0,611	0,198	0,580	0,234	0,799	0,287	0,400	0,098
Cinsel yönelim alt boyutu	r	0,070	-0,163	-0,064	0,117	0,133	0,110	0,049	-0,004	0,022	-0,039	-0,079	-0,060	0,029	-0,255	-0,109	0,086	-0,063	-0,016
	p	0,386	0,065	0,282	0,150	0,136	0,065	0,545	0,964	0,716	0,628	0,374	0,316	0,725	0,004**	0,067	0,288	0,480	0,795
Toplumsal cinsiyet alt boyutu	r	0,109	0,008	0,049	0,209	0,016	0,074	<0,001	-0,027	-0,014	0,037	-0,130	-0,092	0,058	-0,037	0,036	0,133	0,068	0,157
	p	0,176	0,925	0,412	0,009**	0,859	0,214	0,996	0,759	0,821	0,645	0,144	0,122	0,476	0,682	0,552	0,101	0,446	0,008**
Yaş ve cinsellik alt boyutu	r	-0,023	0,022	-0,026	0,109	0,115	0,097	-0,111	0,026	-0,038	-0,029	0,111	0,002	0,007	-0,065	-0,015	-0,021	0,028	0,038
	p	0,780	0,807	0,670	0,178	0,197	0,105	0,172	0,771	0,523	0,725	0,212	0,979	0,928	0,466	0,799	0,794	0,757	0,522
Cinsel davranış alt boyutu	r	0,099	0,043	0,093	0,104	0,121	0,071	0,050	0,045	0,049	-0,003	-0,056	-0,076	0,091	-0,032	0,047	0,033	0,131	0,158
	p	0,223	0,633	0,117	0,198	0,172	0,232	0,540	0,612	0,413	0,970	0,527	0,204	0,261	0,719	0,430	0,682	0,141	0,008**
Mastürbasyon alt boyutu	r	0,116	0,015	0,060	0,220	0,097	0,157	0,083	0,007	0,052	-0,053	0,008	-0,040	0,072	-0,003	0,044	-0,005	0,022	0,022
	p	0,153	0,868	0,313	0,006**	0,276	0,008**	0,309	0,941	0,385	0,511	0,926	0,499	0,372	0,975	0,465	0,954	0,806	0,710
Cinsel şiddet alt boyutu	r	0,058	0,065	0,031	0,040	0,149	0,079	0,084	-0,037	0,034	-0,012	-0,019	-0,027	0,007	-0,043	-0,010	0,137	0,105	0,103
	p	0,479	0,466	0,604	0,622	0,093	0,188	0,301	0,679	0,574	0,880	0,828	0,648	0,931	0,627	0,869	0,090	0,237	0,086
Cinsel ilişki alt boyutu	r	-0,005	-0,008	-0,025	0,063	0,033	0,038	0,002	-0,029	-0,011	0,002	-0,061	-0,036	-0,025	-0,029	-0,019	0,022	0,124	0,067
	p	0,952	0,924	0,674	0,435	0,709	0,529	0,981	0,743	0,852	0,977	0,493	0,542	0,755	0,744	0,755	0,787	0,164	0,259
Cinsel memnuniyet alt boyutu	r	-0,007	0,074	0,008	0,073	0,181	0,100	-0,018	0,043	0,007	-0,051	-0,015	-0,055	-0,002	0,015	0,015	-0,050	0,146	0,046
	p	0,929	0,409	0,900	0,367	0,041*	0,093	0,825	0,631	0,901	0,529	0,867	0,358	0,984	0,865	0,803	0,542	0,100	0,442

K: Kadın E:Erkek T:Toplam

Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

**Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

***Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır

4.9. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ve Cinsiyete Göre Yaş, Evlilik yaşı ve Evlilik süresinin İncelenmesi

Katılımcıların yaş ortalamaları ile CMÖ toplam puan ve alt boyutlarının puanlarının ilişkisi değerlendirildi. Kadınların yaş ortalamaları ile CMÖ toplam puanı, cinsel şiddet, cinsel ilişki, cinsel yönelim ve cinsel memnuniyet alt boyutları zayıf düzeyde koreleydi (sırasıyla $r=0,193$ $p=0,016$; $r=0,203$ $p=0,012$; $r=0,207$ $p=0,10$; $r=0,247$ $p=0,002$; $r=0,223$ $p=0,005$). Erkeklerin yaş ortalamaları ile toplumsal cinsiyet ve cinsel memnuniyet alt boyutu arasında zayıf düzeyde korelasyon tespit edildi (sırasıyla $r=0,245$ $p=0,005$; $r=0,177$ $p=0,046$).

Kadınlarda evlilik yaşı ile CMÖ toplamı ve cinsel şiddet alt boyutu zayıf düzeyde negatif yönde koreleydi (sırasıyla $r=-0,194$ $p=0,029$; $r=-0,189$ $p=0,033$). Cinsel yönelim alt boyutuyla ise zayıf düzeyde negatif yönde korelasyon gösteriyordu ($r=-0,241$ $p=0,006$). Erkeklerde evlilik yaşı ile cinsel memnuniyet ve cinsel şiddet arasında negatif yönde zayıf korelasyon tespit edildi (sırasıyla $r=-0,223$ $p=0,020$; $r=-0,270$ $p=0,005$). Ayrıca erkeklerde cinsel davranış alt boyutu ile evlilik yaşı arasında anlamlı düzeyde olmayan zayıf bir negatif korelasyon vardı ($r=-0,184$ $p=0,057$).

Evlilik süresine bakıldığında, kadınlarda CMÖ toplam puanı, cinsel şiddet ve cinsel yönelim alt boyutlarıyla orta düzeyde korelasyon tespit edildi (sırasıyla $r=0,237$ $p=0,007$; $r=0,330$ $p<0,001$; $r=0,255$ $p=0,004$). Ayrıca cinsel ilişki ve cinsel memnuniyet alt boyutlarıyla da zayıf korelasyon gösteriyordu (sırasıyla $r=0,176$ $p=0,047$; $r=0,209$ $p=0,018$). Erkeklerde ise evlilik süresi ile toplumsal cinsiyet ile zayıf bir korelasyon vardı ($r=0,199$ $p=0,039$) (Tablo 11).

Tablo 11. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ve Cinsiyetlere Göre Yaş, Evlilik yaşı ve Evlilik süresi Korelasyonu

		Yaş			Evlilik yaşı			Evlilik süresi		
		K	E	T	K	E	T	K	E	T
Cinsel Mitler Ölçeği Toplam	r	0,193	0,149	0,207	-0,194	-0,170	-0,122	0,237	0,153	0,225
	p	0,016*	0,093	<0,001**	0,029*	0,078	0,063	0,007**	0,114	<0,001**
Cinsel yönelim alt boyutu	r	0,247	0,127	0,181	-0,241	-0,160	-0,198	0,330	0,175	0,230
	p	0,002**	0,154	0,002**	0,006**	0,098	0,002**	<0,001**	0,070	<0,001**
Toplumsal cinsiyet alt boyutu	r	0,065	0,245	0,233	-0,142	-0,064	-0,010	0,075	0,199	0,219
	p	0,422	0,005**	<0,001**	0,112	0,511	0,876	0,401	0,039*	0,001**

Yaş ve cinsellik alt boyutu	r	-0,009	-0,037	0,012	0,002	0,030	0,044	-0,020	-0,015	0,015
	p	0,914	0,682	0,839	0,983	0,760	0,506	0,823	0,877	0,824
Cinsel davranış alt boyutu	r	0,025	0,122	0,141	-0,058	-0,184	-0,032	0,063	0,091	0,148
	p	0,755	0,170	0,018*	0,521	<u>0,057</u>	0,630	0,483	0,351	0,023*
Mastürbasyon alt boyutu	r	0,009	-0,008	0,017	-0,126	-0,100	-0,102	0,044	0,046	0,054
	p	0,908	0,930	0,776	0,157	0,302	0,120	0,621	0,636	0,411
Cinsel şiddet alt boyutu	r	0,203	0,063	0,141	-0,189	-0,270	-0,201	0,255	0,130	0,194
	p	0,012*	0,483	0,018*	0,033*	0,005**	0,002**	0,004**	0,179	0,003**
Cinsel ilişki alt boyutu	r	0,207	0,125	0,179	-0,063	-0,152	-0,073	0,209	0,057	0,148
	p	0,010**	0,160	0,003**	0,484	0,117	0,264	0,018*	0,561	0,023*
Cinsel memnuniyet alt boyutu	r	0,223	0,177	0,214	-0,072	-0,223	-0,105	0,176	0,159	0,182
	p	0,005**	0,046*	<0,001**	0,424	0,020*	0,109	0,047*	0,100	0,005**

K: Kadın E:Erkek T:Toplam

Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

**Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

4.10. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Cinsiyete Göre Yaş, Evlilik yaşı ve Evlilik süresinin İncelenmesi

Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaş ortalamaları ve ÇÇTÖ toplam puanları arasında zayıf korelasyon tespit edildi (kadınlarda $r=0,193$ $p=0,016$, erkeklerde $r=0,199$ $p=0,024$). Kadınlarda duygusal istismar alt boyutuyla yaş ortalaması ve evlilik süresi arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon mevcuttu ($r=-0,185$ $p=0,021$; $r=-0,192$ $p=0,030$). Erkeklerde yaş ortalaması ile fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında zayıf korelasyon tespit edildi (sırasıyla $r=0,255$ $p=0,004$; $r=0,245$ $p=0,005$).

Kadınlarda evlilik yaşı ile ÇÇTÖ toplamı ve duygusal istismar alt boyutu arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon bulundu (sırasıyla $r=-0,194$ $p=0,029$; $r=-0,192$ $p=0,030$). Fiziksel istismar ile ise anlamlı düzeyde olmayan zayıf bir negatif korelasyon vardı ($r=-0,169$ $p=0,058$).

Erkeklerde evlilik yaşı ile fiziksel ihmal arasında anlamlı düzeyde olmayan zayıf bir negatif korelasyon vardı ($r=-0,184$ $p=0,057$). Evlilik süresine bakıldığında fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ile zayıf korelasyon tespit edildi (sırasıyla $r=0,255$ $p=0,008$; $r=0,197$ $p=0,041$) (Tablo 12).

Tablo 12. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Cinsiyete Göre Yaş, Evlilik yaşı ve Evlilik süresi Korelasyonu

		Yaş			Evlilik yaşı			Evlilik süresi		
		K	E	T	K	E	T	K	E	T
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam	r	0,193	0,199	0,207	-0,194	-0,090	-0,122	0,237	0,202	0,225
	p	0,016*	0,024*	<0,001**	0,029*	0,355	0,063	0,007**	0,036*	<0,001**
Fiziksel istismar alt boyutu***	r	-0,062	-0,087	-0,077	-0,169	-0,096	-0,157	0,061	0,056	0,075
	p	0,448	0,327	0,195	0,058	0,322	0,016*	0,491	0,566	0,249
Duygusal istismar alt boyutu***	r	-0,185	-0,069	-0,147	0,031	-0,113	-0,030	-0,192	0,031	-0,102
	p	0,021*	0,441	0,013*	0,730	0,246	0,643	0,030	0,751	0,119
Cinsel İstismar alt boyutu***	r	-0,049	-0,118	-0,120	0,007	-0,013	-0,018	-0,041	-0,046	-0,064
	p	0,546	0,186	0,044*	0,942	0,895	0,784	0,647	0,638	0,327
Fiziksel İhmal alt boyutu	r	0,025	0,255	0,141	-0,058	-0,184	-0,032	0,063	0,255	0,148
	p	0,755	0,004**	0,018*	0,521	0,057	0,630	0,483	0,008**	0,023*
Duygusal İhmal alt boyutu	r	0,009	0,245	0,017	-0,126	-0,100	-0,102	0,044	0,197	0,054
	p	0,908	0,005**	0,776	0,157	0,302	0,120	0,621	0,041*	0,411

K: Kadın E:Erkek T:Toplam

Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

**Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

***Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır

4.11. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ile Sosyodemografik Özellikleri ve Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri Verilerinin İncelenmesi

Katılımcıların ÇÇTÖ puanları ve sosyodemografik özellikleri incelendiğinde eğitim düzeyleri ile ÇÇTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Ancak gelir düzeyleri incelendiğinde, düşük gelir düzeyine sahip olanların ÇÇTÖ toplam puanları, yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,035$). Orta gelir düzeyine sahip olanların puanı düşük gelir düzeyine sahip olanlardan duygusal ihmal alt boyutunda daha yüksekti ve anlamlı olarak fark vardı ($p=0,028$). Çalışma durumuna bakıldığında, çalışanların

fiziksel istismar puanları çalışmayanlardan yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (**p=0,012**).

Fiziksel ihmal boyutunda evlilerin puanı bekarlardan yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlıydı (**p=0,013**). Evlilik şekillerine bakıldığında, mantık evliliği ve görücü usulü evlilik yapanların ÇÇTÖ toplam puanı aşk evliliği yapanlardan yüksekti ve arada anlamlı fark bulunmaktaydı (sırasıyla **p=0,011**; **p=0,018**). Fiziksel istismar boyutunda ise görücü usulü evlilik yapanların puanı aşk evliliği yapanlardan anlamlı ölçüde yüksekti (**p=0,003**).

Cinsel aktif olmayan katılımcılar duygusal istismar ve cinsel istismar boyutlarında aktif olanlardan yüksek puan almıştı ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla **p=0,034**; **p=<0,001**).

Sigara alışkanlığına bakıldığında, ara sıra içenlerin hiç içmeyenlere göre duygusal ihmal boyutunda puanı yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (**p=0,024**).

Kronik ve psikiyatrik hastalığı olan katılımcılarla ÇÇTÖ toplamı ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Annesi okur-yazar olmayan katılımcıların, annesi lise mezunu ve üniversite mezunu olan katılımcılardan fiziksel ihmal boyutunda puanları yüksekti ve anlamlı fark vardı (sırasıyla **p=0,001**; **p=0,004**). Babası ilkokul mezunu olan katılımcıların ÇÇTÖ toplam puanı ve duygusal ihmal boyutundaki puanı babası üniversite mezunu olanlardan yüksekti ve arada anlamlı fark bulunmaktaydı (sırasıyla **p=0,005**; **p=0,036**). Fiziksel ihmal alt boyutunda ise, babası ilköğretim mezunu olanların puanı babası üniversite mezunu ve lise mezunu olanlardan yüksekti ve arada anlamlı fark vardı (sırasıyla **p=<0,001**; **p=0,036**). Babası okur-yazar olmayanların da fiziksel ihmal boyutundaki puanı babası üniversite mezunu olanlardan yüksekti ve anlamlı fark bulunmaktaydı (**p=0,041**) (Tablo 13).

Kardeş sayısı ve kardeşler arasındaki sıralama ile fiziksel ihmal arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon vardı (**r=0,305 p=<0,001**). Çocuk sayısı ile fiziksel ihmal arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon vardı (**r=0,305 p=0,004**) (Tablo 14).

Tablo 13. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ile Sosyodemografik Özelliklerin ve Ebeveynlerin Eğitim Düzeylerinin Analizi

		Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam	Duyusal istismar alt boyutu***	Fiziksel istismar alt boyutu***	Cinsel istismar alt boyutu***	Duyusal İhmal alt boyutu	Fiziksel İhmal alt boyutu
		(Ort±Ss)*	(Ort±Ss)*	(Ort±Ss)*	(Ort±Ss)*	(Ort±Ss)*	(Ort±Ss)*
Eğitim Düzeyi	İlköğretim ^a	36,68±9,13	5,77±1,23	5,77±2,07	5,68±1,70	11,95±5,96	7,50±2,22
	Lise ^b	38,25±10,04	7,18±2,84	5,66±1,85	5,96±2,51	12,20±5,72	7,25±2,16
	Üniversite ^c	36,80±9,83	6,80±2,47	5,67±1,86	5,75±2,13	11,83±5,13	6,76±2,12
	p**	0,609	0,090	0,989	0,623	0,899	0,130
Çalışma durumu	Çalışıyor	37,44±11,70	7,4±3,21	6,11±2,62	5,99±2,06	11,21±5,88	6,74±1,87
	Çalışmıyor	36,96±9,10	6,59±2,17	5,52±1,51	5,72±2,13	12,15±5,08	6,98±2,32
	p**	0,748	0,191	0,012	0,051	0,227	0,413
Gelir Düzeyi	Yüksek ^d	34,99±9,08	6,39±1,87	5,42±1,30	5,83±2,59	10,60±4,80	6,75±2,00
	Orta ^e	37,41±9,27	6,72±2,39	5,67±1,89	5,75±2,12	12,38±4,98	6,89±2,20
	Düşük ^f	38,93±11,10	7,38±3,15	5,97±1,31	5,79±1,75	12,63±6,13	7,15±2,22
	p**	0,035^{fd}	0,409	0,110	0,765	0,028^{ed}	0,498
Medeni Durum	Evli ^g	37,16±9,58	6,65±2,41	5,61±1,93	5,78±2,31	12,11±5,21	7,02±2,16
	Bekar ^h	35,18±8,79	7,20±2,51	6,03±1,60	5,53±1,04	10,28±4,95	6,15±1,66
	Boşanmış ⁱ	40,16±13,47	7,68±3,23	5,68±1,60	6,47±2,12	13,05±6,54	7,26±2,62
	p**	0,183	0,179	0,434	0,291	0,082	0,013^{gh}
Evlilik şekli	Görücü usulü ^j	38,78±10,36	7,25±2,61	5,88±2,24	5,74±1,73	12,57±5,85	7,34±2,12
	Mantık evliliği ^k	41,12±10,44	7,36±3,05	5,30±0,72	7,33±4,41	13,76±5,51	7,36±2,22
	Aşk evliliği ^l	35,04±8,87	6,14±2,07	5,51±1,86	5,46±1,64	11,26 ± 4,50	6,66±2,21
	p**	0,011^{kl} 0,018^{il}	0,179	0,003^{il}	0,058	0,055	0,053
Cinsel aktiflik	Evet	36,79±9,14	6,60±2,29	5,58±1,76	5,64±1,96	12,02±5,27	6,95±2,03
	Hayır	38,29±12,17	7,60±3,11	6,05±2,24	6,40±2,85	11,45±5,45	6,78±2,57
	p**	0,393	0,034	0,075	<0,001	0,477	0,609
Kronik hastalık	Evet	37,00±8,84	6,71±2,23	5,90±2,26	5,66±1,64	11,77±4,99	6,95±2,12
	Hayır	37,10±10,07	6,82±2,57	5,61±1,74	5,82±2,31	11,95±5,4	6,90±2,16
	p**	0,941	0,957	0,665	0,826	0,818	0,879
Psikiyatrik hastalık	Evet	39,82±6,45	6,71±2,23	5,90±2,27	5,66±1,64	14,18±4,36	7,36±1,57
	Hayır	36,97±9,9	6,82±2,57	5,61±1,74	5,82±2,31	11,82±5,32	6,90±2,17
	p**	0,186	0,092	0,311	0,719	0,393	0,274
Sigara kullanımı	Düzenli içiyor ^m	36,94±9,69	6,71±2,35	5,65±1,99	5,82±2,47	11,88±5,14	6,88±2
	Ara sıra içiyor ⁿ	40,44±10,38	7,58±3,23	5,53±1,32	6,12±2,05	13,95±6,08	7,26±2,19
	Hiç içmemiş ^o	35,89±8,96	6,63±2,29	5,67±1,80	5,65±2,07	11,40±4,92	6,56±1,82
	Bırakmış ^p	37,73±11,23	6,65±2,43	5,88±2,34	5,88±2,31	11,63±5,53	7,71±2,83
	p**	0,60	0,295	0,995	0,168	0,024^{no}	0,055
Annenin Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil ^r	38,09±8,56	6,61±2,092	5,30±0,81	5,33±1,16	13,02±5,86	7,83±2,31
	İlköğretim ^s	37,62±9,72	6,85±2,43	5,86±2,21	5,93±2,50	12,00±5,03	6,99±2,17
	Lise ^t	35,21±11,24	6,94±3,56	5,33±1,24	5,58±1,52	11,42±5,85	5,94±1,44
	Üniversite ^u	34,25±10,08	6,57±2,10	5,54±1,14	5,93±1,92	10,11±5,05	6,11±1,69
	p**	0,208	0,778	0,176	0,373	0,133	<0,001^{rt} 0,004^{ru}

Babanın Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil ^a	36,81±10,40	6,56±2,19	5,88±1,310	5,25±0,577	11,38±6,31	7,75±2,32
	İlköğretim ^v	38,48±9,64	6,84±2,34	5,72±2,07	5,83±2,27	12,74±5,34	7,36±2,17
	Lise ^y	36,58±10,03	6,74±2,79	5,88±2,28	5,91±2,38	11,60±5,01	6,46±2,25
	Üniversite ^z	34,66±9,48	6,88±2,65	5,37±0,91	5,72±2,07	10,59±5,00	6,18±1,64
	p**	0,05^{vz}	0,717	0,764	0,935	0,036^{vz}	<0,001^{vz} 0,036^{vy} 0,041^{üz}

* Ort±Ss Ortalama, Standart Sapma.

**İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır.

***İkili gruplarda Mann-whitney U ve çoklu gruplarda Kruskal-Wallis kullanılmıştır.

pxy= x ve y seçenekleri arası anlamlı

p<0,05 anlamlı kabul edilildi.

Tablo 14. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ile Çocuk Sayısı ve Kardeş Sayısının Korelasyonu

	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam	Duyusal istismar*	Fiziksel istismar*	Cinsel istismar*	Duyusal İhmal	Fiziksel İhmal
Çocuk sayısı	r=0,097 p=0,115	r=-0,037 p=0,543	r=<0,001 p=0,993	r=0,026 p=0,676	r=0,095 p=0,119	r=0,173 p=0,004
Kardeş sayısı	r=0,220 p=<0,001	r=0,105 p=0,079	r=0,014 p=0,817	r=-0,59 p=0,327	r=0,254 p=<0,001	r=0,305 p=<0,001

K: Kadın E:Erkek T:Toplam

ÇÇT toplamı, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal için Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

*Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

p<0,05 anlamlı kabul edilildi.

4.12. Cinsel Mitler Ölçeğine (CMÖ) göre Sosyodemografik Özellikleri ve Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri Verilerinin İncelenmesi

Katılımcıların CMÖ puanları ve sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, eğitim düzeyleri, gelir düzeyleri ve CMÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Ancak çalışma durumuna bakıldığında, çalışanların cinsel yönelim alt boyutunda puanı çalışmayanlardan daha yüksek iken çalışmayanların toplumsal cinsiyet alt boyutundaki puanı çalışanlardan yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla **p=0,016**; **p=0,011**).

Medeni durumlarına bakıldığında evli olanların CMÖ toplam puanı, cinsel yönelim, toplumsal cinsiyet, cinsel ilişki ve cinsel memnuniyet alt boyutlarındaki puanları bekar olanlardan anlamlı ölçüde yüksekti (sırasıyla **p=0,005**; **p=0,004**; **p=0,004**; **p=0,001**; **p=0,001**). Ayrıca cinsel yönelim alt boyutunda boşanmış olanların puanları bekarlardan yüksekti ve anlamlı fark bulunuyordu (**p=0,008**).

Evlilik şekillerine bakıldığında görücü usulü evlenenlerin CMÖ toplam puanı, cinsel yönelim, mastürbasyon ve cinsel şiddet alt boyutlarındaki puanları aşk evliliği yapanlardan yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunuyordu (sırasıyla $p=0,008$; $p=0,047$; $p=0,003$; $p=0,022$). Cinsel aktif olanların cinsel ilişki ve cinsel memnuniyet alt boyutlarındaki puanları aktif olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla $p=0,020$; $p=0,012$).

Kronik hastalığı olan katılımcıların CMÖ toplam puanı, cinsel yönelim, toplumsal cinsiyet, yaş ve cinsellik ve cinsel memnuniyet alt boyutlarındaki puanları kronik hastalığı olmayanlardan yüksekti ve anlamlı fark vardı (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,009$; $p=0,008$; $p=0,001$). Sigara kullanımına bakıldığında düzenli sigara içenlerin cinsel davranış alt boyutundaki puanları ara sıra içenlerden ve hiç içmemiş olanlardan yüksekti ve anlamlı fark bulunuyordu (sırasıyla $p=0,039$; $0,004$).

Annenin eğitim düzeylerine bakıldığında, annesi okur-yazar olmayanların ve lise mezunu olanların CMÖ toplam puanı annesi üniversite mezunu olan katılımcılardan yüksekti ve anlamlı fark vardı (sırasıyla $p=0,003$; $p=0,003$). Cinsel yönelim alt boyutunda annesi okur-yazar olmayanların puanı annesi lise mezunu olanlardan yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,012$). Toplumsal cinsiyet alt boyutunda annesi okur-yazar olmayanların puanı annesi üniversite mezunu olanlardan yüksekti ve anlamlı fark vardı ($p=0,002$). Cinsel şiddet alt boyutunda annesi okur-yazar olmayanların puanı ve annesi ilköğretim mezunu olanların puanı annesi üniversite mezunu olanlardan yüksekti ve anlamlı fark bulunuyordu (sırasıyla $p=0,006$; $p=0,011$). Benzer şekilde cinsel ilişki alt boyutunda da annesi okur-yazar olmayanların ve annesi ilköğretim mezunu olanların puanı annesi üniversite mezunu olanlardan yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla $p=0,002$; $p=0,026$). Cinsel memnuniyet alt boyutunda annesi okur-yazar olmayanların puanı annesi üniversite mezunu olanlardan, lise mezunu olanlardan ve ilköğretim mezunu olanlardan sırasıyla yüksekti ve anlamlı fark bulunuyordu (sırasıyla $p= <0,001$ $p=0,036$ $p=0,030$). Yine aynı alt boyutta annesi ilköğretim mezunu olanların puanı da annesi üniversite mezunu olanlardan yüksekti ve anlamlı fark vardı ($p=0,012$).

Babanın eğitim düzeyine bakıldığında, babası okur yazar olmayanların ve babası ilköğretim mezunu olanların CMÖ toplam puanı babası üniversite mezunu olanlardan yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunuyordu (sırasıyla $p=0,015$; $p=0,002$). Cinsel yönelim alt

boyutunda babası okur yazar olmayanların puanı, babası üniversite mezunu olanlardan ve babası lise mezunu olanlardan yüksekti ve anlamlı fark vardı (sırasıyla $p=0,031$; $p=0,046$). Toplumsal cinsiyet alt boyutunda babası ilköğretim mezunu olanların puanı babası lise mezunu olanlardan yüksekti ve istatikselsel olarak anlamlı fark bulunuyordu ($p=0,030$). Yaş ve cinsellik alt boyutunda babası ilköğretim mezunu olanların puanı babası üniversite mezunu olanlardan yüksekti ve anlamlı fark vardı ($p=0,029$). Cinsel şiddet ve cinsel ilişki alt boyutlarında babası ilköğretim mezunu olanların puanı babası üniversite mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla $p=0,002$; $p=0,003$). Cinsel memnuniyet alt boyutunda babası okur yazar olmayanların ve babası ilköğretim mezunu olanların puanı babası üniversite mezunu olanlardan yüksekti ve istatikselsel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$). Aynı alt boyutta babası okur yazar olmayanların puanı babası lise mezunu olanlardan yüksekti ve istatikselsel olarak anlamlı fark bulunuyordu ($p=0,004$) (Tablo 15).

Tablo 15'te kardeş sayısı ve kardeşler arasındaki sıralamanın CMÖ ile korelasyonu gösterilmiştir. Cinsel yönelim, toplumsal cinsiyet, cinsel şiddet, cinsel ilişki ve cinsel memnuniyet alt boyutları ile kardeş sayısı ve kardeşler arasındaki sıralama arasında pozitif yönde zayıf korelasyon vardı (sırasıyla $r=0,138$ $p=0,020$, $r=0,165$ $p=0,005$, $r=0,148$ $p=0,013$, $r=0,161$ $p=0,007$) (Tablo 16).

Tablo 15. Cinsel Mitler Ölçeğine (CMÖ) göre Sosyodemografik Özelliklerin ve Ebeveynlerin Eğitim Düzeylerinin Analizi

		Cinsel Mitler Ölçeği Toplam	Cinsel yönelim alt boyutu	Toplumsal cinsiyet alt boyutu	Yaş ve cinsellik alt boyutu	Cinsel davranış alt boyutu	Mastürbasyon alt boyutu	Cinsel şiddet alt boyutu	Cinsel ilişki alt boyutu	Cinsel memnuniyet alt boyutu
Eğitim Düzeyi	İlköğretim ^a	70,27±20,48	17,86±5,47	13,00±5,59	7,77±3,38	5,82±3,00	5,55±2,43	8,77±4,04	5,95±2,28	5,55±2,32
	Lise ^b	72,34±20,27	18,25±5,64	13,82±5,54	8,32±3,90	5,93±2,94	5,52±2,24	8,59±3,00	6,09±2,60	5,82±2,50
	Üniversite ^c	68,08±19,90	17,18±5,90	14,00±5,26	8,03±3,65	5,66±2,82	5,19±2,50	7,49±3,08	5,39±2,38	5,14±2,26
	p*	0,357	0,446	0,693	0,807	0,816	0,591	0,055	0,122	0,131
Çalışma durumu	Çalışıyor	69,88±17,10	18,86±5,32	12,65±4,46	7,90±3,23	5,28±2,60	5,89±2,29	8,17±3,06	5,63±2,55	5,50±2,44
	Çalışmıyor	68,83±20,97	16,96±5,91	14,31±5,45	8,12±3,81	5,88±2,92	5,08±2,47	7,69±3,22	5,56±2,39	5,24±2,28
	p*	0,704	0,016	0,011	0,660	0,121	0,015	0,055	0,122	0,131
Gelir Düzeyi	Yüksek	67,89±20,00	17,14±6,00	14,56±5,62	7,75±3,47	5,68±2,67	5,02±2,50	7,21±3,00	5,40±2,46	5,12±2,39
	Orta	69,08±21,76	17,32±5,93	13,82±5,25	8,18±3,68	5,88±2,96	5,11±2,53	7,92±3,36	5,60±2,36	5,24±2,29
	Düşük	70,52±16,88	18,00±5,46	13,23±4,81	8,23±3,90	5,52±2,87	5,88±2,15	8,30±2,98	5,73±2,53	5,63±2,30
	p*	0,716	0,624	0,282	0,660	0,683	0,053	0,088	0,703	0,357
Medeni Durum	Evli ^d	70,67±19,89	17,78±5,63	14,40±5,26	8,01±3,80	5,95±3,00	5,31±2,44	7,91±3,17	5,79±2,42	5,51±2,33
	Bekar ^e	60,58±19,46	14,85±6,50	11,73±4,83	8,25±3,03	4,95±2,08	5,15±2,59	7,03±3,04	4,43±2,11	4,20±1,83
	Boşanmış ^f	68,63±19,21	18,95±5,27	12,47±4,88	8,37±3,4	4,74±1,97	5,21±2,30	8,21±3,54	5,47±2,57	5,21±2,59
	p*	0,005^{de}	0,004^{de} 0,008^{fe}	0,004^{de}	0,869	0,078	0,919	0,088	0,001^{de}	0,001^{de}
Evlilik şekli	Görücü usulü ^g	75,59±18,90	19,05±5,31	15,17±5,21	8,38±3,62	6,34±3,10	5,90±2,44	8,70±3,05	6,26±2,35	5,78±2,44
	Mantık evliliği ^h	68,18±19,80	16,73±5,51	13,76±5,64	7,48±3,46	5,82±3,11	5,55±2,68	7,45±3,09	5,61±2,42	5,79±2,57
	Aşk evliliği ⁱ	67,26±19,83	17,21±5,70	13,64±5,12	7,91±3,86	5,50±2,75	4,80±2,22	7,50±3,27	5,47±2,46	5,22±2,14
	p*	0,008^{gi}	0,047^{gi}	0,098	0,443	0,125	0,003^{gi}	0,022^{gi}	0,062	0,179
Cinsel aktiflik	Evet	69,71±19,92	17,50±5,73	14,07±5,14	8,07±3,79	5,83±2,88	5,22±2,43	7,80±3,17	5,74±2,41	5,48±2,33
	Hayır	66,58±20,44	17,22±6,20	13,15±5,71	8,05±3,17	5,31±2,69	5,53±2,54	7,84±3,24	4,89±2,40	4,60±2,18
	p*	0,3	0,75	0,242	0,977	0,226	0,411	0,942	0,020	0,012
Kronik hastalık	Evet	77,39±16,98	19,76±4,64	15,42±5,66	9,16±3,69	6,18±2,87	5,95±2,63	8,73±3,42	6,10±2,42	6,10±2,05
	Hayır	66,76±20,32	16,79±5,96	13,46±5,07	7,76±3,61	5,60±2,84	5,10±2,36	7,55±3,07	5,43±2,42	5,08±2,35
	p*	<0,001	<0,001	0,009	0,008	0,159	0,150	0,10	0,55	<0,001
Psikiyatrik hastalık	Evet	72,82±16,98	17,55±5,99	14,73±5,37	8,18±2,89	5,73±2,57	5,91±2,30	8,91±1,87	5,82±2,64	6,00±2,57
	Hayır	68,95±20,15	17,44±5,82	13,86±5,26	8,06±3,70	5,73±2,87	5,26±2,45	7,76±3,22	5,56±2,43	5,28±2,31
	p*	0,531	0,953	0,591	0,926	1,00	0,388	0,078	0,735	0,312

Sigara kullanma	Düzenli içiyor ^j	74,84±22,69	17,73±5,67	15,61±5,42	9,02± 4,29	7,00±3,46	5,43±2,54	8,55±3,64	5,86±2,32	5,63±2,22
	Arasına içiyor ^k	68,19±19,75	16,79±6,23	13,91±4,49	8,56± 3,74	5,40±2,65	5,35±2,20	7,42±2,86	5,42±2,17	5,35±2,25
	Hiç içmemiş ^l	68,07±18,02	17,65±5,54	13,30±4,87	7,86± 3,42	5,46±2,60	5,36±2,48	7,81±3,09	5,49±2,43	5,14±2,33
	Bırakmış ^m	67,10±22,52	17,10±6,47	13,88±6,48	7,27± 3,49	5,50±2,78	4,85±2,48	7,40±3,17	5,69±2,79	5,42±2,48
	p*	0,175	0,799	0,069	0,078	0,039^{jk} 0,004^{jl}	0,613	0,249	0,771	0,615
Annenin Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil ⁿ	77,33±21,30	19,39±5,89	15,76±5,13	8,57±3,75	6,48±3,01	5,80±2,77	8,57±3,35	6,43±2,67	6,33±2,52
	İlköğretim ^o	69,63±19,85	17,41±5,64	13,98±5,55	8,15±3,86	5,85±2,97	5,22±2,35	8,07±3,20	5,65±2,43	5,32±2,29
	Lise ^p	61,79±17,39	15,30±5,92	12,42±4,27	7,48±2,74	4,85±2,06	5,09±2,55	6,85±2,88	4,88±2,15	4,91±1,92
	Üniversite ^r	60,89±16,38	17,00±5,98	12,00±3,33	7,43±3,20	4,79±2,13	5,07±2,39	6,07±2,21	4,54±1,75	4,00±1,89
	p*	0,003^{nr} 0,003^{pr}	0,012^{np}	0,002^{nr}	0,457	0,070	0,454	0,006^{nr} 0,011^{or}	0,002^{nr} 0,026^{or}	<0,001^{nr} 0,036^{np} 0,030^{no} 0,012^{or}
Babanın Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil ^s	77,44±15,87	20,63±4,61	15,19±5,04	6,81±3,17	6,63±2,87	5,63±2,68	8,69±3,07	6,81±2,99	7,06±2,35
	İlköğretim ^t	72,72±21,70	17,85±5,76	14,65±5,50	8,57±4,07	6,07±3,13	5,48±2,49	8,37±3,36	5,99±2,54	5,74±2,40
	Lise ^u	65,53±17,00	16,63±6,02	12,40±5,23	8,19±3,39	5,49±2,37	5,21±2,28	7,51±2,95	5,09±2,16	5,00±1,98
	Üniversite ^v	62,63±17,40	16,53±5,77	13,25±4,50	7,21±2,88	5,00±2,46	4,87±2,43	6,69±2,68	4,84±2,00	4,25±1,94
	p*	0,015^{sv} 0,002^{tv}	0,031^{sv} 0,046^{su}	0,030^{tu}	0,029^{tv}	0,064	0,364	0,002^{tv}	0,003^{tv}	<0,001^{sv} <0,001^{tv} 0,004^{su}

*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır.

p_{xy}= x ve y seçenekleri arası anlamlı

p<0,05 anlamlı kabul edilirdi.

Tablo 16. Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ile Çocuk Sayısı ve Kardeş Sayısının Korelasyonu

	Cinsel Mitler Ölçeği Toplam	Cinsel yönelim	Toplumsal cinsiyet	Yaş ve cinsellik	Cinsel davranış	Mastürbasyon	Cinsel şiddet	Cinsel ilişki	Cinsel memnuniyet
Çocuk sayısı	r= 0,231 p=<0,001	r=0,207 p=<0,001	r=0,154 p=0,012	r=0,068 p=0,265	r=0,158 p=0,010	r=0,121 p=0,048	r=0,238 p=<0,001	r=0,146 p=0,016	r=0,204 p=<0,001
Kardeş sayısı	r=0,165 p=0,06	r=0,138 p=0,020	r=0,104 p=0,082	r=0,056 p=0,350	r=0,075 p=0,235	r=0,114 p=0,055	r=0,165 p=0,005	r=0,148 p=0,013	r=0,161 p=0,007

Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

**Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

4.13. Cinsiyete Göre Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin (ÇÇTÖ) Regresyon Analizi

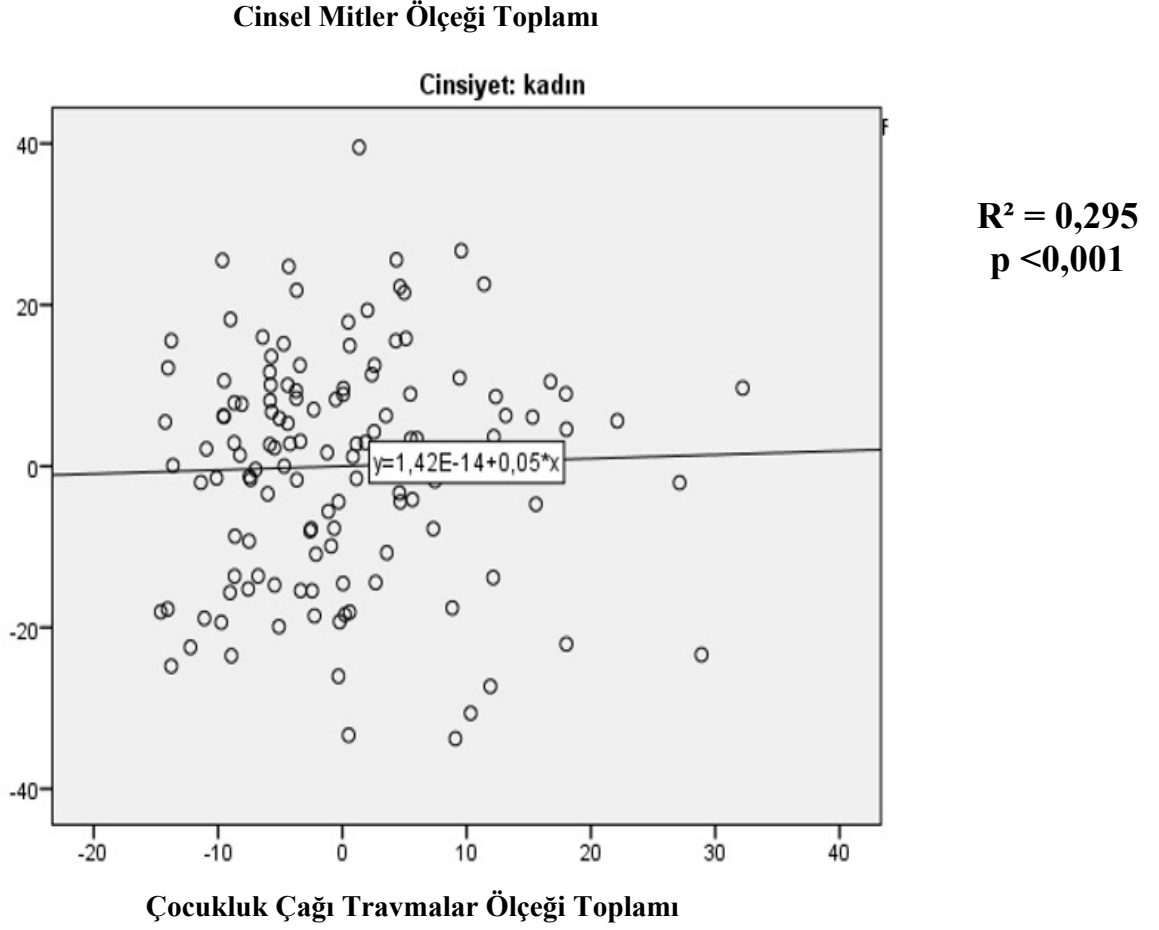
Cinsel mitlerin potansiyel belirleyicileri için oluşturulan lineer regresyon modeline yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, evlenme şekli, evlilik süresi, cinsel aktiflik, psikiyatrik hastalık varlığı, kronik hastalık varlığı, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi ve duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar varlığı eklendi. Kadınlar ve erkek için iki ayrı lineer regresyon modeli oluşturuldu. Kadınları içeren lineer regresyon modelinde çalışmıyor olmak ($\beta = -0,207$, $t = -2,026$, $p = 0,045^*$), görücü usulü evlilik yapmış olmak ($\beta = -0,245$, $t = -2,684$, $p = 0,008$), evlilik süresi ($\beta = 0,405$, $t = 2,166$, $p = 0,032$), düşük anne eğitim düzeyi ($\beta = -0,214$, $t = -2,025$, $p = 0,045$) ve duygusal istismar şiddeti ($\beta = 0,208$, $t = 2,006$, $p = 0,047$) cinsel mitlerde artışla ilişkiliydi. Diğer travma alt türleri ile cinsel mitler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. VIF değerlerinin evlilik süresi dışında 5'ten küçük olması ve tolerans değerlerinin 0.2 ile 5 arasında bulunması, regresyon modelinin gücünü olumsuz etkileyebilecek çoklu doğrusallık (multicollinearity) sorununun olmadığını göstermektedir (132). Ayrıca lineer regresyon modeli varyansın %29,5'ini açıkladı ($R^2 = 0,295$, düzeltilmiş $R^2 = 0,185$, $SE = 14,826$) (Tablo 17) (Şekil 3).

Tablo 17. Kadınlarda Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin (ÇÇTÖ) Regresyon Analizi

	Cinsel Mitler					Çoklu Doğrusallık	
	β	t	p*	95% Güven Aralığı		Tolerance	VIF
Sabit			<0,001	64,880	183,123		
Yaş	-0,326	-1,839	0,069	-1,218	0,046	0,204	4,895
Eğitim Düzeyi	0,157	1,459	0,147	-1,386	9,124	0,552	1,813
Gelir Düzeyi	-0,156	-1,577	0,118	-7,726	0,879	0,655	1,528
Çalışma Durumu	-0,207	-2,026	0,045	-14,10	-0,157	0,615	1,626
Medeni Durum	-0,139	-0,859	0,392	-11,599	4,583	0,247	4,056

Evlenme Şekli	-0,245	-2,684	0,008	-7,733	-1,164	0,767	1,304
Evlilik Süresi	0,405	2,166	0,032	0,058	1,299	0,183	5,458
Cinsel Aktiflik	0,253	1,589	0,115	-2,762	25,136	0,253	3,957
Psikiyatrik Hastalık Varlığı	-0,092	-1,035	0,303	-35,252	11,058	0,818	1,223
Kronik Tıbbi Hastalık Varlığı	-0,080	-0,906	0,367	-10,506	3,915	0,825	1,212
Anne Eğitim Düzeyi	-0,214	-2,025	0,045	-8,783	-0,094	0,575	1,738
Baba Eğitim Düzeyi	-0,063	-0,607	0,545	-4,870	2,586	0,596	1,679
Duygusal İstismar	0,208	2,006	0,047	0,015	2,498	0,615	1,684
Duygusal İhmal	-0,055	-0,437	0,663	-0,974	0,622	0,410	2,437
Fiziksel İstismar	-0,007	-0,070	0,945	-1,914	1,784	0,622	1,607
Fiziksel İhmal	0,047	0,340	0,734	2,711	0,339	0,339	2,947
Cinsel İstismar	-0,154	-1,602	0,112	-2,329	0,246	0,695	1,439

*p<0,05 anlamlı kabul edildi. **VIF**: Varyans Enflasyon Faktörü



Şekil 3. Kadınlarda CMÖ ile ÇÇTÖ Arasındaki Linear Regresyon Analizi

Erkekleri içeren linear regresyon modelinde kronik tıbbi hastalık varlığı ($\beta = -0,296$, $t = -2,754$, $p = 0,007$), düşük baba eğitim düzeyi ($\beta = -0,340$, $t = -0,131$, $p = 0,009$), düşük duygusal ihmal ($\beta = -0,314$, $t = -2,604$, $p = 0,011$) ve fiziksel istismar düzeyleri ($\beta = -0,367$, $t = -2,952$, $p = 0,004$) cinsel mitlerde artışla ilişkiliydi. Diğer travma alt türleri ile cinsel mitler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Linear regresyon modeli varyansın %31,3'ünü açıkladı ($R^2 = 0,313$, düzeltilmiş $R^2 = 0,181$, $SE = 20,600$) (Tablo 18) (Şekil 4).

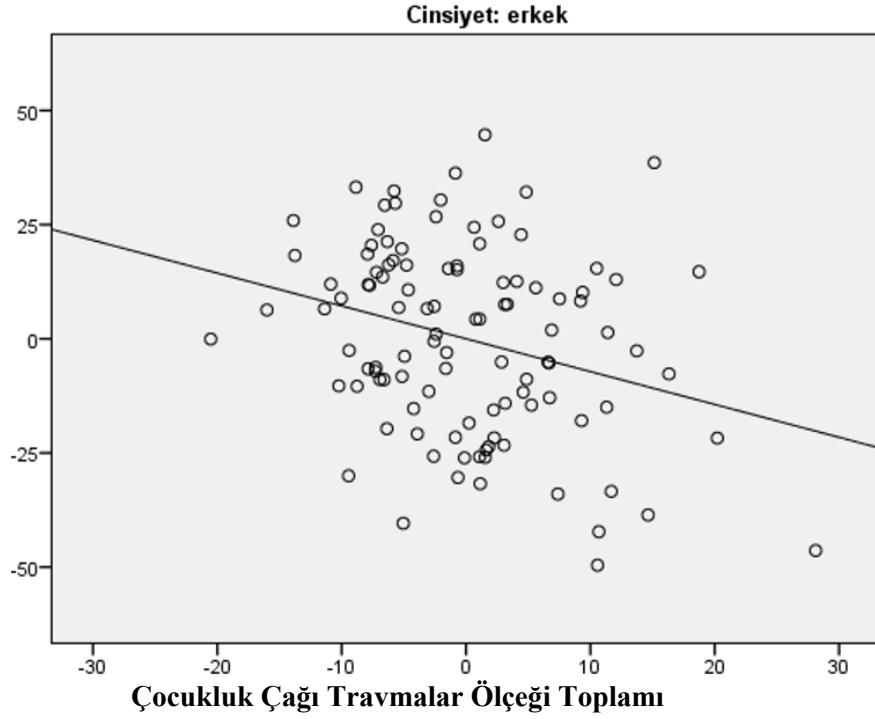
Tablo 18. Erkeklerde Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin (ÇÇTÖ) Regresyon Analizi

	β	t	p*	Cinsel Mitler		Çoklu Doğrusallık	
				95% Güven Aralığı		Tolerance	VIF
Sabit			0,021	12,346	149,552		
Yaş	-0,170	-0,545	0,587	-1,582	0,901	0,080	12,525
Eğitim Düzeyi	0,030	0,280	0,780	-6,645	8,827	0,696	1,436
Gelir Düzeyi	0,151	1,587	0,116	-1,272	11,367	0,848	1,179
Çalışma Durumu	0,141	1,401	0,165	-4,816	27,842	0,762	1,312
Medeni Durum	-0,040	-0,417	0,678	-19,279	12,597	0,840	1,190
Evlenme Şekli	-0,033	-0,312	0,756	-5,803	4,227	0,684	1,462
Evlenme Süresi	0,137	0,424	0,673	-0,957	1,476	0,074	13,550
Cinsel Aktiflik	0,170	1,411	0,162	-8,290	48,884	0,532	1,878
Psikiyatrik Hastalık Varlığı	0,102	1,009	0,316	-9,735	29,804	0,757	1,321
Kronik Tıbbi Hastalık Varlığı	-0,296	-2,754	0,007	-25,455	-4,116	0,669	1,496
Anne Eğitim Düzeyi	-0,017	0,424	0,896	-8,230	7,294	0,477	2,098
Baba Eğitim Düzeyi	-0,340	-0,131	0,009	-15,784	-2,322	0,476	2,102
Duygusal İstismar	0,194	1,457	0,150	-0,743	4,777	0,431	2,322
Duygusal İhmal	-0,314	-2,604	0,011	-2,328	-0,313	0,530	1,886
Fiziksel İstismar	-0,367	-2,952	0,004	-6,695	-1,308	0,499	2,005
Fiziksel İhmal	0,121	0,875	0,384	-1,506	3,876	0,403	2,484
Cinsel İstismar	-0,154	-1,181	0,241	-4,377	1,113	0,456	2,195

*p<0,05 anlamlı kabul edildi. VIF: Varyans Enflasyon Faktörü

Cinsel Mitler Ölçeği Toplamı

Şekil 4. Erkeklerde CMÖ ile ÇÇTÖ Arasındaki Lineer Regresyon Analizi



$R^2 = 0,313$
 $p = 0,021$

5. TARTIŞMA

Çocukluk çağı travmaları, bireylerin yaşam boyu fiziksel, duygusal ve psikolojik sağlıklarını derinden etkileyebilen önemli bir sorundur (1, 21, 98). Bu travmaların, özellikle cinsel kimlik ve cinsel davranışlar üzerindeki etkileri, karmaşık ve çok boyutlu bir ilişki ağı içerisinde şekillenmektedir. Cinsel mitler ise toplumsal ve kültürel normlarla beslenen, bireylerin cinsel yaşamlarını yönlendiren yanlış inanışlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Sunulan bu çalışmada çocukluk çağı travmaları ve cinsel mitlere inanma düzeyi arasında ilişki bulunmadı. Ancak cinsiyete göre travma çeşitleriyle ilişki gösterildi.

Çalışmada daha ileri yaştaki katılımcılarda toplam travma şiddeti fazlaydı, ancak cinsel istismar ve duygusal istismar türlerinin şiddeti ileri yaştaki katılımcılarda daha düşük seviyeler gösteriyordu. Öte yandan, Türkgil tarafından 2021 yılında yapılan bir çalışmada toplam travma düzeyinin genç yaştaki bireylerde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (133). Bu bulgu çalışmadaki örneklemin demografik özellikleri ve diğer değişkenler ile birlikte değerlendirilmelidir. İleri yaştaki bireylerin çocukluk dönemlerindeki sosyal ve ailevi şartları

bu durumun ortaya çıkışında etkili olduğu düşünülebilir (134). Büyüklerin yanında çocuk sevmenin ayıp karşılandığı, dövmenin bir eğitim biçimi olarak kullanıldığı toplum yapısı, dijital kaynakların artması ve buna bağlı olarak kültürel etkileşimin artmasıyla değişmiştir. Toplumun babaya otoriter bir rol biçmesi ve sosyoekonomik olarak refah düzeyinin düşük olması ihmal ve istismar için zemin hazırlamış olabilir (135). Bu bilgiler ışığında ileri yaştaki bireylerin travmalara daha açık sosyal ve ailevi şartlara sahip olduğu söylenebilir.

Çocukluk çağında erkeklerin travmaya maruziyeti kadınlardan daha fazlaydı ve travma türleri açısından cinsiyetler arası farklılıklar mevcuttu. Erkeklerde yaş arttıkça hem toplam travmaların toplam düzeyi hem de ihmal türlerinin şiddeti artıyorken, kadınlarda yaşın artışıyla toplam travma düzeyi artmakta ancak duygusal istismar şiddeti azalmaktaydı. Erkekler toplumsal cinsiyet rolleri gereği, duygularını göstermeme ve güçlü olma beklentisi nedeniyle travmatik deneyimlerini paylaşmak konusunda isteksiz olabilirler (136, 137). Bu durum travmatik deneyimlerin içselleştirilmesine neden olabilir. Kadınlar ise duygularını ifade etmekte daha özgür oldukları için sosyal olarak kendilerini destekleyecek ilişkiler kurabilir ve bu duyguların sağaltımında etkili olarak travmanın etkileri ile baş etme konusunda rol oynayabilir (136). Bu konuda yapılacak olan kapsamlı ve geniş çalışmalar konunun aydınlatılmasında literatüre katkı sağlayacaktır.

Çalışmaya katılan katılımcıların eğitim düzeyleri ile çocukluk çağı travmaları arasında bir ilişki yoktu, ancak anne ve baba eğitim düzeyi azaldıkça fiziksel ve duygusal ihmal şiddeti artıyordu. Stith ve arkadaşlarının 155 çalışmayı dahil ederek yaptıkları bir meta analizde, sosyoekonomik düzey azaldıkça çocukluk çağı travmalarının görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir (37). Bu meta analizin sonuçları da bu çalışmaya benzer olarak, sosyoekonomik düzeyin ihmal türleriyle istismardan daha çok ilişkili olduğunu göstermektedir. Düşük sosyoekonomik düzeydeki aileler, maddi kaynakların kısıtlı olması nedeniyle çocuklarının beslenme, barınma, sağlık hizmetlerine erişim ve eğitim gibi temel ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanmakta ve bu da ihmalin daha sık görülmesine yol açabilmektedir. Öte yandan, istismar türleri (fiziksel, cinsel, duygusal) daha çok bireysel, aile içi veya çevresel faktörlerle ilişkilidir. İstismar, ekonomik yetersizliklerden bağımsız olarak, ebeveynlerin psikolojik durumu, madde kullanımı, şiddet eğilimleri veya toplumsal normlar gibi daha karmaşık dinamiklerle bağlantılıdır. Bu nedenle, sosyoekonomik düzeyin ihmal üzerindeki etkisi daha belirgin,

istismar türleri daha çok psikososyal ve kültürel faktörlerle ilişkili olabilir. Bu durum, çocukluk çağı travmalarını önleme çalışmalarında sosyoekonomik eşitsizliklerin azaltılması ve ailelere destek mekanizmalarının sağlanması gibi sosyal politikaların ne kadar kritik olduğunu göstermektedir.

Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde kardeş sayısı ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki hakkında farklı görüşler mevcuttur. Kardeş sayısı fazla olanların fiziksel ve duygusal ihmale maruz kalma düzeylerinin yüksek bulunduğu çalışmalar olduğu gibi, arada anlamlı bir ilişki tespit edilmeyen çalışmalar da bulunmaktadır (138, 139). Bu çalışmada kardeş sayısı arttıkça maruz kalınan fiziksel ve duygusal ihmal şiddeti artıyordu. Ebeveynlerin çocuk sayısı arttıkça, her bir çocuk için duygusal ve fiziksel gereksinimlerin karşılanması zorlaşmaktadır. Ayrıca yapılan bir çalışmada çocuk sayısında en önemli belirleyicilerin annenin eğitim düzeyi ve çalışma durumu olduğu tespit edilmiştir (140). Annenin düşük eğitim düzeyine sahip olması doğum kararı almasında ve ihmal türlerinin ortaya çıkmasında ortak etiyolojik faktörlerden olabilir.

Yapılan çalışmalarda, çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalanların yetişkinlikte sahip oldukları sosyoekonomik düzeyleri açısından dezavantajlı oldukları bildirilmiştir (141-143). Sunulan bu çalışmada da geliri giderinden düşük olanlarda çocukluk çağı travmaları daha çok görülmekteydi. Özellikle geliri gidere denk olanlar, geliri giderinden yüksek olanlardan daha çok duygusal ihmale maruz kalmıştı. Çocukluk çağı travmaları düşük benlik saygısına ve sosyal ilişkilerde kırılmalı bir tutuma neden olabilmektedir (144). Bu nedenle travma geçmişli olan bireylerin iş bulmada ve iş hayatında risk almaktaki çekimser tavırları iş performansını olumsuz etkileyerek düşük gelir düzeyine neden olmuş olabilir. Ayrıca duygusal ihmalin uzun dönem etkileriyle ilgili yapılmış bir meta analizde ihmale maruz kalmış bireylerin stresle başa çıkma becerilerinin zayıfladığı gösterilmiştir (145). Bu becerilerin eksikliği yetişkinlikte finansal yönetim, iş stresiyle başa çıkma ve uzun vadeli planlar yapma konularında zorluklara neden olarak düşük gelir seviyesine yol açıyor olabilir.

Öte yandan bir işte çalışıyor olanların aktif çalışmıyor olanlardan daha çok fiziksel istismar geçmişine sahip oldukları bulundu. Travma sonrası gelişen dayanıklılık ve telafi etme

isteği bu duruma yol açmış olabilir (39). Ancak bu bulgu değerlendirilirken yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi gibi değişkenlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Literatür incelendiğinde, çocukluk çağı travmaları ile medeni durum arasında bir ilişki bildirilmemiştir (138, 146). Sunulan bu çalışmada çocukluk çağı travmaları toplam düzeyi ile medeni durum arasında bir ilişki bulunmasa da fiziksel ihmal şiddeti evli bireylerde daha fazlaydı. Çocukluk çağında travmaya maruz kalan kadınlar ise daha erken yaşta evlenmişti. Ülkemizin pek çok bölgesinde kız çocuğunun romantik bir ilişkiye girmeden, aileyi utandıracak bir davranış yapmaması için evlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca kız çocukları çoğu zaman ekonomik bir yük olarak görülmekte ve bu yüzden erken evlilikleri planlanmaktadır (147). Bu alanda evlilik şekli ile travma maruziyeti arasında ilişki bulunmayan çalışmalar olsa da (148, 149), bu araştırmada dikkat çekici olarak görücü usulü evlilik olarak adlandırılan planlanmış evlilikleri yapan bireylerin çocukluk çağında daha çok travmaya maruz kaldığı bulundu. Aile içinde kötü muameleye maruz kalan kız çocuklarının daha iyi bir yaşama sahip olma umudu evliliği bir kaçış olarak görmesine neden olabilmektedir (150). Ayrıca bu grubun romantik bir ilişki beklentisi olmadan görücü usulü evliliğe daha sıcak bakabileceği düşünülebilir.

Cinsel aktif olmayanlarda cinsel istismar ve duygusal istismar anlamlı derecede daha çok görülüyordu. Cinsel istismar sonrası oluşan güvensizlik ve yakınlık korkusu, baş etme mekanizmalarından biri olan kaçınma davranışına neden olabilmektedir. Cinsel istismara maruz kalan bireylerin cinselliğe karşı negatif bir tutum içinde olması literatürdeki diğer çalışmaları destekler nitelikteydi (6, 151).

Sigara kullananlarda hiç içmeyenlere oranla duygusal ihmal daha çok görülüyordu. Yapılan bir çalışmada da bulgularımıza benzer şekilde ihmal türlerinin şiddeti ile yetişkinlikte sigara kullanımı ilişkili bulunmuştur (152). Klasik psikoanalitik yaklaşıma göre sigara kullanımı, oral dönemde ihtiyaçların karşılanmamasına bağlı oral döneme saplanmanın göstergesi olabilir (153). Ayrıca duygu düzenlemede ebeveynlerin ayna rolü üstlendiği düşünülmektedir (154). Duygusal ihmal sonucunda bakım verenlerle duygusal yakınlığı kuramayan birey, stresle başa çıkmada ve duygu regülasyonunu sağlamada sigara kullanımına başvuruyor olabilir (145, 155).

Çalışmaya katılan katılımcıların yaş ortalamaları arttıkça cinsel mitlere inanma düzeyi artıyordu. Kuşaklar arası cinsel mit düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada, anneanne, anne ve torun arasında kuşaktan kuşağa cinsel mitlerin azaldığı tespit edilmiştir (156). Yıllar içinde eğitimin zorunlu hale gelmesi ve kentleşmenin artmasıyla metropollerde farklı kültürel yapıya sahip insanların iletişimi artmıştır. Ayrıca gelişen teknoloji ve sosyal medya sayesinde cinsellik hakkında elde edilebilecek bilgi kaynakları da daha ulaşılabilir hale gelmiştir. Ebeveynlerin sosyoekonomik düzeyleri ebeveynlik tutumlarını etkilemekte, demokratik ebeveyn tutumu ise cinsellik gibi tabu kabul edilen konuların konuşulabilir hale gelmesine sağlamakta ve cinselliğe dair mitlerin oluşmasında önleyici bir rol oynamaktadır (157).

Erkeklerin cinsel mitlere inanma düzeyi alanda yapılan diğer çalışmalarla benzer olarak kadın katılımcılardan daha yüksekti (3, 158, 159). Çalışmaya katılan bireylerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile cinsel mitlerin düzeyi arasında bir ilişki bulunamadı. Ancak ilginç bir şekilde, ileri analizde kadınlarda anne eğitim düzeyi, erkeklerde ise baba eğitim düzeyi cinsel mitleri yorduyordu. Ülkemizde bu alanda yapılan birçok çalışmada bireyin eğitim düzeyi üzerinde durulmuş ancak anne ve baba eğitim düzeyi sorgulanmamıştır (159, 160). Aker ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada anne ve babanın eğitim düzeyi cinsel mitlerle ilişkili bulunmuştur (161). Sunulan çalışmada anne ve babanın eğitim düzeyinin cinsiyet ile ilişkisinin ayrı olarak değerlendirilmesi bu çalışmayı diğerlerinden ayıran güçlü bir yöndür. Psikoseksüel gelişim kuramı ve Erikson'un psikososyal gelişim kuramına göre kız çocuklarının anne ile, erkek çocuklarının baba ile özdeşim kurması sağlıklı bir gelişimin doğal bir parçasıdır (162). 1970 yılında Albert Bandura tarafından geliştirilen "sosyal öğrenme teorisi"nde öğrenmenin yalnızca sözlü değil, gözlem yoluyla da sağlanabildiğinden bahsedilmiştir (163). Bu noktada çocuklar, ebeveynlerinin cinsellikle ilgili tutumlarını, inançlarını ve davranışlarını gözlemleyerek toplumsal cinsiyet rolüyle cinsel mitleri içselleştiriyor olabilir.

Dikkat çekici olarak, yapılan ileri analizde çalışmayan kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyi daha yüksek bulundu. Bu bulgu, kadınların eğitim almamış olmasının bir sonucu olabileceği gibi sosyal çevrelerin daha dar ve kısıtlı olmasıyla ilişkili olabilir. Cinsel mitlerin ortaya çıkışına sebep olan tutum ve kadının çalışma hayatına girmesine engel olan düşünce aynı ataerkil toplum yapısından köken almaktadır. Bu noktada toplumsal cinsiyet eşitsizliğine çözüm bulunmasının cinsel mitlerin önlenmesinde fayda sağlayabileceği düşünülmektedir.

Sunulan çalışmada bireyin kardeş sayısı ve kardeşler arasındaki sıralaması arttıkça cinsel mit düzeyleri artıyordu. Bireyin doğduğu andan itibaren etkileşime girdiği ve etkilendiği kişiler sadece ebeveynler değil abi, abla ve kardeşler olabilir (164). Bu alanda 15-24 yaş arasındaki gençlerle yapılmış bir çalışmada gençlerin cinsellikle ilgili sorunlarını en çok arkadaşları ve kardeşleriyle paylaştıkları görülmüştür (165). Nitekim büyük kardeşlerden sözlü ya da sosyal öğrenme ile bilişsel düzeyde olgunluğa erişmeden daha küçük yaşta cinsel bilgiye erişilebilmesi bu yanlış inanışlara yol açıyor olabilir.

Yaşan ve arkadaşları tarafından hemşirelerle yapılan bir çalışmada, katılımcılar cinsel aktifliklerine göre değerlendirildiğinde cinsel ilişki yaşamamış olan katılımcıların, aktif cinsel hayatı olanlardan daha çok cinsel miti olduğu bulunmuştur (166). Şaşırtıcı bir şekilde, sunulan bu çalışmada cinsel olarak aktif olanların cinsel ilişki boyutunda ve cinsel memnuniyet boyutunda daha çok cinsel mite sahip oldukları bulunmuştur. Bunun nedeni cinselliğe dair olumsuz deneyimler olabilir. Yaşan ve arkadaşlarının çalışmasının örneklem grubunun belirli bir meslek grubuna ait olması bu çalışmadaki örneklem grubu için karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır. Bu alanda daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda evli olanların cinsel mitlere inanma düzeyi bekar olanlardan daha fazlaydı. Ayrıca ileri analizde kadınlarda evlilik süresi arttıkça cinsel mitlere inanma düzeyinin arttığı tespit edildi. Yapılan farklı çalışmalarda da bu çalışmaya benzer şekilde evli bireylerin cinsel mit düzeyleri daha çok bulunmuştur (160, 167). Görücü usulü evlenenlerde cinsel mit düzeyi daha yüksek bulunurken, ileri analizde özellikle kadınlarda evlilik şeklinin cinsel mitleri yordayıcı etkisi tespit edildi. Yine ülkemizin Karadeniz bölgesinde kadınlarla yapılan bir çalışmada, çalışmamızdaki bulgularla uyumlu olarak görücü usulü evlilik ile cinsel mitler arasındaki ilişki gösterilmiştir(8). Ancak çalışmamızdaki bulgulardan farklı olarak evlilik süresiyle ilişki bulunmamıştı. Görücü usulü evlilikler özellikle geleneksel toplumlarda daha yaygın olarak tercih edilmektedir. Bu evlilik şeklini tercih eden çiftler cinsellik hakkında daha az açık konuşma ve eğitim alma fırsatına sahip olmuş olabilir. Nitekim cinsel deneyimlerini toplumun ve kültürün şekillendirdiği "ideal" kalıplara uydurmak isteyebilirler. Bu durum yanlış inanç ve beklentilere zemin hazırlamış olabilir.

Sunulan çalışmada katılımcıların evlilik yaşı küçüldükçe cinsel mitlere inanma düzeyleri artıyordu. Evlilik yaşı küçüldükçe cinsel mitlere inanma düzeyinin azaldığını gösteren çalışmalar olduğu gibi (8, 168), etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (169). Erken evlilik yapan bireylerin büyük bir çoğunluğu eğitimini tamamlayamamaktadır. Ayrıca psikolojik ve duygusal olarak henüz olgunlaşmadan evliliğin gerçekleşmiş olması cinsellikte gerçekçi olmayan beklentilere yol açabilmektedir. Cinsel bilginin eksikliği ve erken evliliğe yol açan geleneksel ve toplumsal yapı cinsel mitlerin oluşumunda etkili olmuş olabilir.

Kronik hastalıklar, genellikle 3 aydan uzun süren ve çözülmeyen yapısal veya işlevsel bozukluklarla seyreden durumlardır. İleri analizde, kronik hastalık sahibi olmak erkeklerde cinsel mitleri yorduyordu. Diyabet, obezite, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, kas-iskelet sistem rahatsızlıkları gibi kronik hastalıklar ve kullanılan tedaviler cinsel işlev bozukluklarına neden olabilmektedir (170). Bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu olan hastalarda cinsel mitlere inanma düzeyinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (8). Gelecekte bu konuda yapılacak olan çalışmalar kronik hastalıkların cinsel mitler üzerindeki olası dolaylı etkisi hakkında karanlıkta kalan kısımları açığa kavuşturabilir.

Sigarayı düzenli kullananlarda cinsel davranış boyutundaki mitlere inanma düzeyi daha fazlaydı. Cinsel davranış mitleri erkeğin cinsellikteki kontrolü ve kadından üstünlüğü üzerine olan mitlerdir. Tütün endüstrisinin, sigarayı sistematik bir biçimde cinsiyete dayalı bir bakış açısıyla pazarladığı bilinmektedir. Kadınların sigara içmesi artan kadınlık, özgürlük ve isyanın simgesi olarak lanse edilirken, erkeklerin sigara içmesi erkeksi bir güç olarak nitelendirilmiştir (171). Sigara içenlerde cinsel davranış boyutundaki mitlere inancın daha fazla olması bu pazarlama stratejisinin bir sonucu olabilir. Ayrıca sigara içenlerin büyük bir çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Cinsel davranış mitleri, toplum tarafından benimsenmiş erkek rolünden beslenen mitler olması nedeniyle bu pazarlama stratejisi ile ilişkili olabilir.

Çocukluk çağı travmalarına bakıldığında erkeklerin daha çok duygusal istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmale maruz kaldığı görüldü. Toplumsal normlar ve kültürel yapının cinsel mitlere zemin oluşturduğu bilinmektedir ancak travma öyküsünün cinsel mitlere inanışta önemli bir faktör olabileceği düşünülmüştür. Çalışmadaki bulgulara bakıldığında, kadınlarda duygusal istismarın toplumsal cinsiyet boyutundaki mitler ile ilişkili olması oldukça dikkat çekicidir. Örneğin; “Erkek olmak kadın olmaktan daha değerlidir.”, “Kadınlar yardıma muhtaçtır.” ve

“Erkekler matematik gibi zekâ gerektiren işlerde kadınlardan daha başarılıdır.” mitleri toplumsal cinsiyet boyutunda olan mitlerdir. Kişinin duygusal istismar sonucunda zedelene benlik algısı ve özsaygısı kadınlarda erkeklerden daha eksik olduğu inanişına sebep olmuş olabilir (43).

Erkeklerde çocukluk çağında fiziksel istismara ve duygusal ihmale daha çok maruz kalanlarda cinsel mitlere inanma düzeyinin azaldığı bulundu. Yaşanılan travmatik deneyimler kişinin psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma stratejisi geliştirmesine yol açabilmektedir (39). Bu nedenle travmaya maruz kalan erkeklerde hayata daha gerçekçi bir bakış açısıyla yaklaşımı ve eleştirel düşünme kapasitesi artmış olabilir. Dünya genelinde çocukluk çağı travmalarının faillerine bakıldığında, erkek cinsiyetin baskın olduğu görülmektedir (98, 172). Bu durum travma mağduru erkeklerin toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili inançlarını sorgulamasına neden olmuş olabilir. Ayrıca travma sonrası psikolojik ve sosyal destek alan birey, travmalarını içselleştirmemiş olabilir. Bu alanda daha geniş kapsamlı ve daha çok faktörün sorgulandığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın sonuçları, bazı metodolojik sınırlamalar göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Birincisi ve en önemlisi, bu çalışmada kesitsel bir tasarım kullanılmış olması, değişkenler arasındaki uzunlamasına ilişkilerin belirlenmesini ve nedensel yönelimin değerlendirilmesini sınırlamaktadır. Kesitsel tasarımın bir diğer önemli sınırlılığı, çocukluk çağı travmalarının retrospektif olarak değerlendirilmiş olmasıdır, ki bu durum hatırlama yanlılığına neden olabilir. Ayrıca çalışmada öz bildirim ölçeklerinin kullanılmış olması sosyal arzu edilirlilik yanlılığı başta olmak üzere potansiyel önyargıları içerebilir. İkinci olarak bu çalışmada tıbbi hastalıklar ve psikiyatrik bozuklukların varlığı tanısal testleri ve yapılandırılmış klinik görüşmeleri içermiyordu. Hastaların beyanına dayalı bir tanı değerlendirmesi tanı güvenilirliğini azaltabilir ve henüz tanı konulmamış hastalıkların gözden kaçmasına neden olabilir. Üçüncü olarak bu çalışmanın cinsel sağlık durumlarını değerlendiren görüşmeleri içermemesi çocukluk çağı travmalarının ve cinsel mitlerin cinsel sağlık üzerine etkisini incelememize olanak vermedi. Dördüncü olarak bu çalışmanın tek merkezli bir örnekleme gerçekleştirilmesi bulguların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Gelecekte yapılacak çok merkezli ve toplum temelli çalışmalar, çocukluk çağı travmaları ile cinsel mitler arasındaki ilişkinin daha geniş bir popülasyonda değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, çocukluk çağı travmalarının ve cinsel mitlerin birbirleriyle olan ilişkisini derinlemesine incelemeyi amaçlamış ve bu iki önemli olgunun nasıl etkileşim içinde şekillendiğine dair önemli bulgular ortaya koymuştur.

Çalışmada çocukluk çağı travmaları ve cinsel mit düzeyi arasında ilişki bulunmazken, cinsiyete göre bakıldığında fiziksel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmal alt boyutları ile cinsel mitlere inanma düzeyi arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bireylerin yaş, çalışma durumları ve evlilik durumları gibi sosyodemografik faktörlerin, çocukluk çağı travmalarına ve cinsel mitlere inanma düzeyine olan etkisi önemli bir bulgu olarak öne çıkmıştır. Görücü usulü evlilik, erken yaşta evlenme gibi geleneksel tutumların görüldüğü evlilik özellikleri özellikle kadınlarda cinsel mitlerle güçlü bir ilişki göstermiştir. Toplumsal eşitsizliklerin giderilmesi ve kadınların eğitim düzeylerinin artırılarak toplum içindeki konumlarının yeniden şekillendirilmesinin gelecek nesiller için de fayda sağlayacağı görüşündeyiz. Nitekim anne eğitim düzeyiyle kadınların cinsel mitlere olan inancı arasındaki pozitif yöndeki ilişki bu düşüncemizi doğrular niteliktedir.

Kronik hastalığa sahip olmanın erkeklerde cinsel mitleri yordayıcı etkisi dikkat çekicidir. Kronik hastalığı olan bireylerde cinsel sağlık ikinci planda kalmakta ve hekimler tarafından sorgulanmamaktadır. Birinci basamak hekimleri tarafından cinselliğe dair bilgilendirme yapılması ve hastaların cinselliğe dair sorunlarını rahat ifade edebilecekleri destekleyici bir ortam oluşturulması oldukça önem arz etmektedir.

Cinsel mitlerin yaygınlaşmasının önlenmesi için toplumsal düzeyde kapsamlı eğitim programları düzenlenmelidir. Bu programlar, cinsellik ve cinsel sağlık hakkında doğru bilgi vermeyi hedeflemeli ve özellikle genç bireylerin cinsel mitlerle ilgili yanlış inançlar geliştirmelerinin önüne geçilmelidir. Okullarda, üniversitelerde ve toplum sağlığı merkezlerinde yürütülecek cinsel eğitim seminerleri, katılımcıların cinselliğe dair yanlış algıları sorgulamalarına ve doğru bilgilere ulaşmalarına yardımcı olabilir.

Bu çalışma, çocukluk çağı travmalarının cinsel mitler üzerindeki etkilerini anlamak adına önemli bir katkı sağlamakla birlikte, konuyla ilgili daha kapsamlı ve çok faktörlü

çalışmaların yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Hem bireysel hem de toplumsal düzeyde çocukluk dönemi travmalarının önlenmesi ve iyileştirilmesi için sosyal politikaların geliştirilmesi ve psikolojik destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, bu sorunun çözülmesinde kritik bir rol oynamaktadır.

Ayrıca çocukluk çağı travmalarının dünya genelinde ve ülkemizde olan yaygınlığına bakıldığında toplumsal olarak önemli bir sorun olduğu görülmektedir. Birinci basamak hekimleri bebek ve çocuk izlemlerinde bu hususa özellikle dikkat etmeli ve olası bir travma tespitinde ilgili branşlar ve sosyal kurumlarla iletişim içinde olmalıdır. Ayrıca ailelerin eğitilmesinde doğum öncesi dönemden başlayarak eğitici bir rol üstlenmelidir.

Travmaların önlenmesi ve olası etkilerinin azaltılması için önleyici ve koruyucu politikalar önem taşımaktadır. Devletin çocuk hakları ve aile içi şiddet gibi konularda daha güçlü yasalar ve politikalar geliştirmesi, toplumsal farkındalık yaratmaya yardımcı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Banker J, Witting AB, Jensen J. Hormones and childhood trauma: links between the physical and psychological. *The Family Journal*. 2019;27(3):300-8.
2. Kouvelis G, Kangas M. Evaluating the association between interpersonal trauma and self-identity: A systematic review. *Traumatology*. 2021;27(2):118.
3. Koca ÖBN, Buran A. Yetişkin Bireylerin Cinsel Mitlere İnanma Düzeyleri, Cinsel Tutumları Ve Benlik Saygıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*. 2023;10(96):1282-91.
4. Topuz İ. Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma yaşantıları, cinsel mite inanma düzeyleri ve toplumsal cinsiyet rolü stresi düzeyleri arasındaki ilişki: Maltepe University (Turkey); 2022.
5. Gençoğlu D. Çocukluk çağı travmaları, bağlanma stilleri ve cinsel tutumlar arasındaki ilişkinin incelenmesi: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
6. Davis JL, Petretic-Jackson PA. The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and violent behavior*. 2000;5(3):291-328.
7. Erozkın A. The Link between Types of Attachment and Childhood Trauma. *Universal journal of educational research*. 2016;4(5):1071-9.
8. Erbil N. Relationship between sexual myths and sexual function of women. *International Journal of Caring Sciences*. 2019;12(3):1570-9.
9. Bulut A, Ortaylı N. Bir araştırmanın düşündürdükleri: Cinsel sağlık ama nasıl. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2004;13(2):60-3.
10. Papadopoulos RK. Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*. 2007;9(3):301-12.

11. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(5):577-84.
12. Wall CRG. Relationship over reproach: Fostering resilience by embracing a trauma-informed approach to elementary education. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2021;30(1):118-37.
13. Ünalı N, Alyanak B. Travma ile İlişkili Bozukluklar ve Dışsallaştırma Boyutu. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics*. 2018;4(3):53-8.
14. Terr LC. Childhood traumas: An outline and overview. *Focus*. 2003;1(3):322-34.
15. Liu J, Shi Y, Xie S, Xing L, Wang L, Li W, et al. Meta-analysis of prospective longitudinal cohort studies on the impact of childhood traumas on anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2025.
16. Çelik FGH, Hocaoğlu Ç. Çocukluk çağı travmaları: bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(4):695-711.
17. Rhee SH, Lahey BB, Waldman ID. Comorbidity among dimensions of childhood psychopathology: Converging evidence from behavior genetics. *Child development perspectives*. 2015;9(1):26-31.
18. Birliğı AP. Zihinsel bozuklukların tanı ve istatistiksel el kitabı (DSM-5®). *Amerikan Psikiyatri Yayını*. 2013.
19. Organization WH. ICD-11. (No Title). 1992.
20. Toof J, Wong J, Devlin JM. Childhood trauma and attachment. *The Family Journal*. 2020;28(2):194-8.
21. De Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2014;23(2):185-222.
22. Sumner JA, Cleveland S, Chen T, Gradus JL. Psychological and biological mechanisms linking trauma with cardiovascular disease risk. *Translational psychiatry*. 2023;13(1):25.
23. McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy RM, Coughlan H, Dodd P, et al. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2021;143(3):189-205.
24. Freud A. Research at the Hampstead Child-Therapy Clinic and other papers, 1956-1965. (No Title). 1969.
25. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *Child Abuse & Neglect*. 1985;9(2):143-54.
26. Unicef. Convention on the Rights of the Child. 1989.
27. Organization WH. Global status report on preventing violence against children 2020. 2020.
28. Grossman ER, McClendon JE, Gielen AC, McDonald EM, Benjamin-Neelon SE. A review of state regulations for child care: Preventing, recognizing and reporting child maltreatment. *Child: care, health and development*. 2023;49(4):657-68.
29. Russell D, Higgins D, Posso A. Preventing child sexual abuse: A systematic review of interventions and their efficacy in developing countries. *Child abuse & neglect*. 2020;102:104395.
30. Kloppen K, Haugland S, Svedin CG, Mæhle M, Breivik K. Prevalence of child sexual abuse in the Nordic countries: A literature review. *Journal of child sexual abuse*. 2016;25(1):37-55.
31. Tanaka M, Suzuki YE, Aoyama I, Takaoka K, MacMillan HL. Child sexual abuse in Japan: A systematic review and future directions. *Child Abuse & Neglect*. 2017;66:31-40.
32. Masten AS, Narayan AJ. Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Annual review of psychology*. 2012;63(1):227-57.

33. Unicef. Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması. Erişim: <http://atud.org.tr/kutuphane/unisefrapor.pdf>. 2010.
34. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1 (2), 95-119. 2009.
35. Aydın İ. TÜRKİYE’DE ÇOCUK İSTİSMARI VE ÇOCUK İŞÇİLİĞİ. *İş ve Hayat*. 2018;4(7):65-81.
36. Derince D. SURIYELİ MÜLTECİ ÇOCUKLAR ÖZELİNDE: SAVAŞ MAĞDURU ÇOCUKLAR VE ÇOCUK SAĞLIĞI SORUNLARI. *Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2019;1(1):57-70.
37. Stith SM, Liu T, Davies LC, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and violent behavior*. 2009;14(1):13-29.
38. Organization WH. Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva 1999.
39. Afifi TO, MacMillan HL. Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2011;56(5):266-72.
40. Austin AE, Lesak AM, Shanahan ME. Risk and protective factors for child maltreatment: A review. *Current epidemiology reports*. 2020;7:334-42.
41. Organization WH. Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. World Health Organization; 1999.
42. Hakan K. Çocukta fiziksel istismar. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2017;3(3):175-80.
43. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child abuse & neglect*. 2002;26(6-7):697-714.
44. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LR, Van Ijzendoorn MH. The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2012;21(8):870-90.
45. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews neuroscience*. 2016;17(10):652-66.
46. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2012;9(11):e1001349.
47. UNICEF. ICVAC: International Classification of Violence Against Children: UNICEF; 2023.
48. Jenny C, Roesler TA, Poyer KL. Are children at risk for sexual abuse by homosexuals? *Pediatrics*. 1994;94(1):41-4.
49. Milner JS, Robertson KR, Rogers DL. Childhood history of abuse and adult child abuse potential. *Journal of Family Violence*. 1990;5(1):15-34.
50. İŞERİ E, SOYSAL ACAR A, BODUR Ş. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 2008.
51. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, İter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse & Neglect*. 2006;30(3):247-55.
52. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child maltreatment*. 2005;10(1):5-25.
53. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LR, van IJzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*. 2015;24(1):37-50.

54. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013;48:345-55.
55. Strathearn L, Giannotti M, Mills R, Kisely S, Najman J, Abajobir A. Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*. 2020;146(4).
56. Erickson MF, Egeland B. A developmental view of the psychological consequences of maltreatment. *School Psychology Review*. 1987;16(2):156-68.
57. Sanders B, Becker-Lausen E. The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale. *Child abuse & neglect*. 1995;19(3):315-23.
58. Hart SN, Binggeli NJ, Brassard MR. Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse*. 1997;1(1):27-58.
59. Tierney AL, Nelson III CA. Brain development and the role of experience in the early years. *Zero to three*. 2009;30(2):9.
60. Johnston MV. Plasticity in the developing brain: implications for rehabilitation. *Developmental disabilities research reviews*. 2009;15(2):94-101.
61. Jernigan TL, Sowell ER. Magnetic resonance imaging studies of developing brain. *Neurodevelopment and adult psychopathology*. 1997:63-70.
62. Goldman-Rakic PS. Development of cortical circuitry and cognitive function. *Child development*. 1987:601-22.
63. Koenen KC, Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Purcell S. Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development and psychopathology*. 2003;15(2):297-311.
64. Miller GE, Chen E, Zhou ES. If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological bulletin*. 2007;133(1):25.
65. Cicchetti D, Rogosch FA. Gene× Environment interaction and resilience: Effects of child maltreatment and serotonin, corticotropin releasing hormone, dopamine, and oxytocin genes. *Development and psychopathology*. 2012;24(2):411-27.
66. Bartz JA, Zaki J, Bolger N, Ochsner KN. Social effects of oxytocin in humans: context and person matter. *Trends in cognitive sciences*. 2011;15(7):301-9.
67. Bradley B, Davis TA, Wingo AP, Mercer KB, Ressler KJ. Family environment and adult resilience: contributions of positive parenting and the oxytocin receptor gene. *European journal of psychotraumatology*. 2013;4(1):21659.
68. McEwen BS. In pursuit of resilience: stress, epigenetics, and brain plasticity. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2016;1373(1):56-64.
69. Molina PE. Neurobiology of the stress response: contribution of the sympathetic nervous system to the neuroimmune axis in traumatic injury. *Shock*. 2005;24(1):3-10.
70. Roberts AL, Gladish N, Gatev E, Jones MJ, Chen Y, Maclsaac JL, et al. Exposure to childhood abuse is associated with human sperm DNA methylation. *Translational psychiatry*. 2018;8(1):194.
71. Mehta D, Klengel T, Conneely KN, Smith AK, Altmann A, Pace TW, et al. Childhood maltreatment is associated with distinct genomic and epigenetic profiles in posttraumatic stress disorder. *Proceedings of the national academy of sciences*. 2013;110(20):8302-7.
72. Weder N, Zhang H, Jensen K, Yang BZ, Simen A, Jackowski A, et al. Child abuse, depression, and methylation in genes involved with stress, neural plasticity, and brain circuitry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2014;53(4):417-24. e5.

73. McGowan PO, Sasaki A, D'alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*. 2009;12(3):342-8.
74. Carrell DT, Hammoud SS. The human sperm epigenome and its potential role in embryonic development. *MHR: Basic science of reproductive medicine*. 2009;16(1):37-47.
75. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association D. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association* Washington, DC; 2013.
76. Rosenberg L, Rosenberg M, Robert R, Richardson L, Sharp S, Holzer CE, et al. Does acute stress disorder predict subsequent posttraumatic stress disorder in pediatric burn survivors? *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2015;76(11):4612.
77. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American journal of Psychiatry*. 2003;160(8):1453-60.
78. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*. 1998;14(4):245-58.
79. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*. 2000;157(10):1552-62.
80. Garo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186(2):121-5.
81. Hyun M, Friedman SD, Dunner DL. Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2000;2(2):131-5.
82. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
83. Gold PW. The organization of the stress system and its dysregulation in depressive illness. *Molecular psychiatry*. 2015;20(1):32-47.
84. Aas M, Andreassen OA, Aminoff SR, Færden A, Romm KL, Nesvåg R, et al. A history of childhood trauma is associated with slower improvement rates: Findings from a one-year follow-up study of patients with a first-episode psychosis. *BMC psychiatry*. 2016;16:1-8.
85. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;112(5):330-50.
86. Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(11):1114-9.
87. Üçok A, Bıkmaz S. The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;116(5):371-7.
88. Kim JS, Lee S-H. Influence of interactions between genes and childhood trauma on refractoriness in psychiatric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2016;70:162-9.
89. Garaycochea JI, Crossan GP, Langevin F, Mulderigg L, Louzada S, Yang F, et al. Alcohol and endogenous aldehydes damage chromosomes and mutate stem cells. *Nature*. 2018;553(7687):171-7.

90. Hammersley R, Dalgarno P, McCollum S, Reid M, Strike Y, Smith A, et al. Trauma in the childhood stories of people who have injected drugs. *Addiction Research & Theory*. 2016;24(2):135-51.
91. Widom CS, White HR, Czaja SJ, Marmorstein NR. Long-term effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2007;68(3):317-26.
92. Sartor CE, Mccutcheon VV, Pommer NE, Nelson EC, Duncan AE, Waldron M, et al. Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence in young women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2010;71(6):810-8.
93. Lotzin A, Haupt L, von Schönfels J, Wingenfeld K, Schäfer I. Profiles of childhood trauma in patients with alcohol dependence and their associations with addiction-related problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2016;40(3):543-52.
94. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004;7(3):3-13.
95. Saadedine M, Faubion S, Kingsberg S, Enders F, Kuhle C, Kling JM, et al. Adverse childhood experiences and sexual dysfunction in midlife women: Is there a link? *The Journal of Sexual Medicine*. 2023;20(6):792-9.
96. Meston CM, Heiman JR, Trapnell PD. The relation between early abuse and adult sexuality. *Journal of sex research*. 1999;36(4):385-95.
97. McKinney JP. Psychosexual Stages. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. 2010:1-2.
98. Carr CP, Martins CMS, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*. 2013;201(12):1007-20.
99. McLean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(2):369-71.
100. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, et al. Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of personality Disorders*. 2004;18(2):193-211.
101. Semiz UB, Basoglu C, Ebrinc S, Cetin M. Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42:865-73.
102. Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, et al. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and anxiety*. 2002;15(2):66-8.
103. Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety*. 2008;25(9):742-51.
104. Becker DF, Grilo CM. Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: Associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2011;16:e113-e20.
105. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Phillips KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child abuse & neglect*. 2006;30(10):1105-15.
106. Webermann AR, Brand BL, Chasson GS. Childhood maltreatment and intimate partner violence in dissociative disorder patients. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5(1):24568.
107. Jehu D. Mood disturbances among women clients sexually abused in childhood: Prevalence, etiology, treatment. *Journal of Interpersonal Violence*. 1989;4(2):164-84.

108. Gunnar MR, Quevedo KM. Early care experiences and HPA axis regulation in children: a mechanism for later trauma vulnerability. *Progress in brain research*. 2007;167:137-49.
109. Kiecolt-Glaser JK, Bane C, Glaser R, Malarkey WB. Love, marriage, and divorce: newlyweds' stress hormones foreshadow relationship changes. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2003;71(1):176.
110. Hofmann M, Jermann F, Baggio S, Küng A-L, Favre S, Dayer A, et al. Childhood trauma and self-stigma in mood disorders. *Psychiatry Research Communications*. 2023;3(3):100129.
111. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salahi J, Struening EL, et al. Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric services*. 2001;52(12):1627-32.
112. Purtle J, Nelson KL, Gollust SE. Public opinion about adverse childhood experiences: Social stigma, attribution of blame, and government intervention. *Child maltreatment*. 2022;27(3):344-55.
113. Kennedy AC, Prock KA. "I still feel like I am not normal": A review of the role of stigma and stigmatization among female survivors of child sexual abuse, sexual assault, and intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2018;19(5):512-27.
114. Stinehart MA, Scott DA, Barfield HG. Reactive attachment disorder in adopted and foster care children: Implications for mental health professionals. *The Family Journal*. 2012;20(4):355-60.
115. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*: Guilford Publications; 2016.
116. Baradon T. Microanalysis of multimodal communication in therapy: A case of relational trauma in parent-infant psychoanalytic psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2018;17(1):1-13.
117. Liotti G. The multimotivational approach to attachment-informed psychotherapy: A clinical illustration. *Psychoanalytic Inquiry*. 2017;37(5):319-31.
118. Zamir O. Childhood maltreatment and relationship quality: A review of type of abuse and mediating and protective factors. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2022;23(4):1344-57.
119. Corliss HL, Cochran SD, Mays VM. Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child abuse & neglect*. 2002;26(11):1165-78.
120. Saewyc EM, Skay CL, Pettingell SL, Reis EA, Bearinger L, Resnick M, et al. Hazards of stigma: The sexual and physical abuse of gay, lesbian, and bisexual adolescents in the United States and Canada. *Child welfare*. 2006:195-213.
121. Roberts AL, Austin SB, Corliss HL, Vander Morris AK, Koenen KC. Pervasive trauma exposure among US sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder. *American journal of public health*. 2010;100(12):2433-41.
122. Cushing BS, Kramer KM. Mechanisms underlying epigenetic effects of early social experience: the role of neuropeptides and steroids. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2005;29(7):1089-105.
123. Organization WH. *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. 2017.
124. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of sex research*. 2006;43(1):68-75.
125. Sungur M. Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy. *Sexual and marital therapy*. 1994;9(3):251-65.
126. Roberts AL, Glymour MM, Koenen KC. Does maltreatment in childhood affect sexual orientation in adulthood? *Archives of sexual behavior*. 2013;42:161-71.

127. Ulukol B, Kahiloğulları AK, Sethi D, Organization WH. Adverse childhood experiences survey among university students in Turkey: Study report 2013. Adverse childhood experiences survey among university students in Turkey: study report 20132014.
128. WHO. Violence against children 2022 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>].
129. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003;27(2):169-90.
130. Şar V, ÖZTÜRK PE, İKİKARDEŞ E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2012;32(4):1054-63.
131. Golbası Z, Evcılı F, Eroglu K, Bircan H. Sexual myths scale (SMS): development, validity and reliability in Turkey. *Sexuality and Disability*. 2016;34:75-87.
132. Kim JH. Multicollinearity and misleading statistical results. *Korean journal of anesthesiology*. 2019;72(6):558-69.
133. Türkgil B. Çocukluk çağı travmaları olan yetişkinlerde çocukluk çağı travmaları, ruminatif düşünce biçimi ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi: İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
134. Korkmaz H. Modern dönemde geleneksel kültür kodlarının/ataerkil yapının aile hayatına yansımaları. *Antakiyat*. 2022;5(1):54-71.
135. Topçu G. Varsayılan aile kısılacında babalık: Türkiye’de farklı babalık algıları ve sosyal politika ilişkisi. *Toplum ve Bilim*. 2018;145:54-101.
136. Eagly AH, Woo W, Diekman AB. Social role theory of sex differences and similarities: A current appraisal. *The developmental social psychology of gender*: Psychology Press; 2012. p. 123-74.
137. Turan N, Öztürk A, Kaya H, Aştı TA. Toplumsal cinsiyet ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011;4(1):167-73.
138. Güler K, Tuncay AM. YETİŞKİNLERDE BEDEN İMGESİ BAŞ ETME STRATEJİLERİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ. *Akademik Hassasiyetler*. 2021;8(17):193-221.
139. Durmuş H. Suça sürüklenen çocuklarda çocukluk çağı travması ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
140. Selim S, Üçdoğruk Ş. Sayma veri modelleri ile çocuk sayısı belirleyicileri: Türkiye’deki seçilmiş iller için sosyoekonomik analizler. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2003;18(2):13-31.
141. Hyman B. The economic consequences of child sexual abuse for adult lesbian women. *Journal of Marriage and Family*. 2000;62(1):199-211.
142. Zielinski DS. Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child abuse & neglect*. 2009;33(10):666-78.
143. Kunst M, Bogaerts S, Wilthagen T, Winkel FW. Income attainment among victims of violence: Results from a preliminary study. *Social indicators research*. 2010;95:169-80.
144. Mock SE, Arai SM. Childhood trauma and chronic illness in adulthood: mental health and socioeconomic status as explanatory factors and buffers. *Frontiers in psychology*. 2011;1:246.
145. Gruhn MA, Compas BE. Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child abuse & neglect*. 2020;103:104446.
146. Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu İ, Çoban Ş. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *Yeni Sempozyum Dergisi*. 2006;44(2):100-6.

147. Burcu E, Yıldırım F, Sırma ÇS, Sanıyaman S. Çiçeklerin kaderi: Türkiye’de kadınların erken evliliği üzerine nitel bir araştırma. *Bilig*. 2015(73):63-98.
148. GÜLGÖR FBF. Evli bireylerde çocukluk çağı travmanın incelenmesi. *SOCIAL MENTALITY AND RESEARCHER THINKERS JOURNAL (SMART JOURNAL)*. 2024;5(16):304-13.
149. Hanay BH. Çocukluk Çağı Travmaları, Algılanan Sosyal Destek ve Evlilik Doyumu İle Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Maltepe University (Turkey); 2022.
150. Holman TB, Li BD. Premarital factors influencing perceived readiness for marriage. *Journal of Family Issues*. 1997;18(2):124-44.
151. Larson JH, LaMont C. The relationship of childhood sexual abuse to the marital attitudes and readiness for marriage of single young adult women. *Journal of Family Issues*. 2005;26(4):415-30.
152. Cohen JR, Menon SV, Shorey RC, Le VD, Temple JR. The distal consequences of physical and emotional neglect in emerging adults: A person-centered, multi-wave, longitudinal study. *Child abuse & neglect*. 2017;63:151-61.
153. Freud S. Three essays on the theory of sexuality. Standard Edition, 7: 125-243. London: Hogarth Press; 1953.
154. Çetin FÇ. Kendilik patolojisi belirtisi olarak kimlik kargaşası. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(4):309-14.
155. Edwards VJ, Anda RF, Gu D, Dube SR, Felitti VJ. Adverse childhood experiences and smoking persistence in adults with smoking-related symptoms and illness. *The Permanente Journal*. 2007;11(2):5.
156. Atabey K, Tolan E, Kundi NM, Ünver H. Kadınların Kuşaklar Arası Cinsel Mit Düzeyleri. *Artuklu International Journal of Health Sciences*. 2023;3(3):278-83.
157. Kandemir ZK, Albayrak A, Karaaziz M. Cinsellik ve Ebeveyn Tutumlarının Cinsel Mitler Üzerine Bir Derleme. *ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities*. 2023;7(3):727-45.
158. Kukulcu K, Gürsoy E, Sözer GA. Turkish university students’ beliefs in sexual myths. *Sexuality and Disability*. 2009;27:49-59.
159. Karabulutlu Ö. Üniversite öğrencilerinde cinsiyete göre cinsel mitler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2018;27(3):155-64.
160. Torun F, Torun SD, Özyaydın AN. Erkeklerde Cinsel Mitlere İnanma Oranları ve Mitlere İnanmayı Etkileyen Faktörler. *Düşünen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*. 2011;24(1).
161. Aker S, Şahin M, Oğuz G. Sexual myth beliefs and associated factors in university students. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019;13(4):472-80.
162. Arslan E. Erken çocukluk döneminde gelişim. Ankara: Eğiten Kitap Yayıncılık. 2015.
163. Tatlıoğlu SS. Öğrenmeye sosyal-bilişsel bir bakış: Albert Bandura. *Sosyoloji Notları*. 2021;5(1):15-30.
164. McHale SM, Crouter AC, Whiteman SD. The family contexts of gender development in childhood and adolescence. *Social development*. 2003;12(1):125-48.
165. Kırmızıtoprak E, Şimşek Z. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda gençlerin bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2011;10(4):463-72.
166. Yaşan A, Gürgen F, editors. Cinsel partneri olan bir hemşire grubu ile hiç partneri olmamış bir hemşire grubunun cinsel bilgi edinme yolları ve cinsel mitlerin yaygınlığının karşılaştırılması. *Yeni symposium*; 2004.
167. Özdemir Ö, Yılmaz M. Determination of health professionals' belief in sexual myths. *Journal of Adnan menderes University Health Sciences Faculty*. 2020;4(3):221-32.

168. Korkmaz N, Çetin S. The factors affecting sexual satisfaction and sexual myths in married women: A prospective study. Journal of Health Sciences and Medicine. 2022;5(5):1312-8.
169. Uyar Ekmen B, Özkan M, Gül T. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Cinsel Mitlere İnanma Düzeyi (Tur). 2017.
170. Basson R. Sexuality in chronic illness: no longer ignored. The Lancet. 2007;369(9559):350-2.
171. Toll BA, Ling PM. The Virginia Slims identity crisis: an inside look at tobacco industry marketing to women. Tobacco control. 2005;14(3):172-80.
172. Watt ME, Scrandis DA. Traumatic childhood exposures in the lives of male perpetrators of female intimate partner violence. Journal of interpersonal violence. 2013;28(14):2813-30.

EK 1. Çalışmada Kullanılan Anket Form

Sayın Katılımcı,

Aşağıda size yönlendirilen sorular etik kurul onaylı bir tez çalışması kapsamında çocukluk çağı travmaları ve cinsel mitler hakkında bilgi toplamak amacı ile sorulmaktadır. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Size uygun yanıtları doldurarak ve kutucukları çarpı (x) işareti koyarak yanıtlatabilirsiniz. Yardıminız için teşekkür ederiz.

- 1) Yaşınız
 - 2) Cinsiyetiniz
 - 3) Eğitim düzeyiniz İlkokul mezunu Ortaokul mezunu
 Lise
 Üniversite
 - 4) Çalışma durumunuz: Çalışıyorum Çalışmıyorum
 - 5) Gelir düzeyiniz: Gelir giderden az Gelir gidere denk Gelir giderden fazla
 - 6) Kronik hastalığınız var mı? Evet Hayır
 - 7) Tanı konulmuş psikiyatrik hastalığınız var mı? Evet Hayır
 - 8) Cinsel olarak aktif misiniz? Evet Hayır
 - 9) Medeni durumunuz? Evli Bekar Boşanmış Diğer (Lütfen açıklayınız...)
- (Evli değilseniz 13.soruya geçiniz)**
- 10) Kaç yaşında evlendiniz?.....
 - 11) Evlenme şeklinizi nasıl tanımlarsınız? Görücü usulü Mantık evliliği
 Aşk Evliliği
 - 12) Evlilik süreniz:.....
 - 13) Çocuğunuz var mı?
 Hayır Evet (sayısı.....)
 - 14) Ebeveynleriniz: Evli Boşanmış Vefat Diğer
 - 15) Annenizin Eğitim düzeyi: Okuryazar değil İlkokul mezunu
 Lise
 Üniversite
 - 16) Babanızın Eğitim düzeyi: Okuryazar değil İlkokul mezunu
 Lise

() Üniversite

17) Kardeşiniz var mı? () Hayır () Evet (sayısı.....)

18) Kaçınıcı çocuksunuz?

19) Sigara alışkanlığınız: () Düzenli içerim. () Ara sıra içerim.

() Hiç içmedim () İçiyordum bıraktım.

CİNSEL MİTLER ÖLÇEĞİ

Cinsellikle ilgili olarak aşağıda verilen ifadelerden her birini okuyarak size uygun olan seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

Teşekkür ederiz.

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

EK 6: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ(CTQ-28)

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailemdedekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailemdedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailemdedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailemdedekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailemdedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailemdedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5