

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN CİNSEL
İŞLEVLERİ İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE
DİSOSİYATİF BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif Nur SABANCI

İstanbul

Şubat-2024

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN CİNSEL İŞLEVLERİ İLE
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE DİSOSİYATİF
BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif Nur SABANCI

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Volkan KOÇ

İstanbul

Şubat-2024

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Volkan KOÇ (İmza)

Üye Doç. Dr. Yusuf BİLGE (İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Gülşah BALABAN (İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

İmza

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tez çalışması olarak hazırlamış olduğum “**Üreme Çağındaki Kadınların Cinsel İşlevleri ile Çocukluk Çağı Travmaları ve Disosiyatif Belirtileri Arasındaki İlişkiler**” adlı araştırmanın öneri başvurusu aşamasından sonuçlanma aşamasına kadar geçen sürede bilimsel etiğe ve akademik kurallara uyduğumu, tezin hazırlanma aşamasında ve içerisinde yer alan her başlığın altındaki kısımların hazırlanmasında bilimsel ahlak ve geleneğe uygun davrandığımı, bütün içerikleri tez yazım kullarını dikkate alarak hazırladığımı, yararlandığım ve esinlendiğim içeriklerin her birine kaynak gösterdiğimi, kaynakların hepsine kaynakçada yer verdiğimi, araştırmayı bütünüyle kendim yaptığımı beyan ederim.

Elif Nur SABANCI

ÖN SÖZ

Tez çalışmam boyunca çalışmaktan mutluluk duyduğum bu süreci sağlıklı bir şekilde atlatmama yardımcı olan ve bilgi birikimi ile yol gösteren değerli tez danışmanın Dr. Volkan Koç'a çok teşekkür ederim.

En büyük destekçilerim olan canım annem Hatice Sabancı'ya, babam Ali Sabancı'ya, biricik kardeşim Umut Ahmet Sabancı'ya gerek manevi gerekse maddi sağladıkları bütün iyilikler ve varlıkları için çok teşekkür ederim. Her birinize minnettar olduğumu söylemek isterim.

Bu çalışma Havva'dan beri bütün kadınlara...

Elif Nur SABANCI

İstanbul-2024

ÖZET

ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN CİNSEL İŞLEVLERİ İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE DİSOSİYATİF BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Elif Nur SABANCI

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Volkan KOÇ

Şubat, 2024 - 100 Sayfa

Mevcut çalışma kapsamında bugünlerde özellikle Türkiye’de sayıca öteki çalışmalara kıyasla az olan cinsellik araştırmalarına katkı sağlamak, çokça konuşulmayan bu konuları güncel bir perspektif ile ele almak ve kadınların cinsel işlev belirtilerinin çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtilerle olan ilişkisini incelemek amaçlanmıştır. Buna ek olarak üreme çağındaki kadınların çoklu partner ilişkilerinin, cinsel birliktelik sırasında korunma tercihlerinin, istemsiz gebelik ve kürtaj yaşantılarının ve cinsel yolla bulaşıcı hastalık deneyimlerinin çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtiler ile bağıntılı olup olmadığı değerlendirilmiştir. Araştırmanın örneklemini Türkiye’de yaşayan 25-45 yaş arası kadın katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcılara Cinsel Belirti İndeksi Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Disosiyatif Belirtiler Ölçeği uygulanmıştır. Ek olarak demografik bilgiler, cinsel korunma tercihleri, çoklu partner ilişkileri, kürtaj ve istemsiz gebelik yaşantıları hakkında bilgi alınmıştır. Cinsel işlev belirtilerinin demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin analizler gerçekleştirilmiş ve araştırmanın temel amacı doğrultusunda çocukluk çağı travmaları, disosiyatif belirtiler ve cinsel işlev belirtileri arasındaki korelasyonlara ve çocukluk çağı travmaları ile disosiyatif belirtilerin cinsel işlev belirtilerini yordayıp yordamadığına bakılmıştır. Sonuçlara göre çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtiler arasında pozitif yönde, cinsel işlev belirtileri ile çocukluk çağı travmaları arasında negatif yönde ve cinsel işlev belirtileri ile disosiyatif belirtiler arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtiler birlikte

regresyon modellerine alındığında çocukluk çağı travmalarının daha iyi bir yordayıcı olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte elde edilen sonuçlar bir bütün halinde ele alındığında cinsel işlev belirtilerinin anlaşılmasında çocukluk çağı travmalarının tek başına yeterli olmayabileceği ve daha bütüncül bir bakış açısının gerekli olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel Fonksiyon Belirtileri, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Belirtiler



ABSTRACT

RELATIONSHIPS BETWEEN SEXUAL FUNCTIONS OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE AND CHILDHOOD TRAUMA AND DISSOCIATIVE SYMPTOMS

Elif Nur SABANCI

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Asst. Prof. Volkan KOÇ

February, 2024 - 100 Pages

Within the scope of the current study, it is aimed to contribute to sexuality research, which is few in number compared to other studies, especially in Turkey these days, to address these issues that are not talked about much from a current perspective, and to examine the relationship between women's sexual function symptoms and childhood traumas and dissociative symptoms. In addition, it was evaluated whether the multiple partner relationships of women of reproductive age, their preferences for protection during sexual intercourse, their experiences of unintentional pregnancy and abortion, and their experiences of sexually transmitted diseases were related to childhood traumas and dissociative symptoms. The sample of the research consists of female participants between the ages of 25-45 living in Turkey. Sexual Symptom Index Scale, Childhood Trauma Scale and Dissociative Symptoms Scale were administered to the participants. Additionally, information was obtained about demographic information, sexual protection preferences, multiple partner relationships, abortion and unintended pregnancy experiences. Analyzes were carried out to determine whether sexual function symptoms differed according to demographic variables, and in line with the main purpose of the research, the correlations between childhood traumas, dissociative symptoms and sexual function symptoms and whether childhood traumas and dissociative symptoms predicted sexual function symptoms were examined. According to the results, statistically significant relationships were found in the positive direction between childhood traumas and dissociative symptoms, in the negative direction between sexual function symptoms and childhood traumas, and in the negative direction between sexual function symptoms and dissociative symptoms. When childhood traumas and dissociative symptoms were taken into regression

models together, it was concluded that childhood traumas could be a better predictor. However, when the results obtained were considered as a whole, it was concluded that childhood traumas alone may not be sufficient to understand sexual function symptoms and a more holistic perspective may be required.

Key Words: Sexual Function Symptoms, Childhood Traumas, Dissociative Symptom



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1 Cinsellik	2
1.1.2 Kadınlarda Görülen Cinsel İşlev Bozuklukları	7
1.1.3 Riskli Cinsel Davranış, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Cinsel Korunma Yolları.....	9
1.1.4 Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları ve Riskli Davranışlar ilgili Çalışmalar	12
1.2 Çocukluk Çağı Travmaları.....	13
1.2.1 Çocukluk Çağı Travma Türleri	14
1.2.1.1 İstismar	14
1.2.1.2 İhmal	18
1.2.1.3 Ev İçi Şiddet ve İşlev Bozukluğu	20
1.2.2 Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı	22
1.3 Disosiyasyon	22
1.3.1 Disosiyatif Bozukluklar.....	25

1.3.2 Kadın Cinsel İşlevi, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Belirtiler ve Riskli Cinsel Davranışlar Olası İlişkisi.....	28
1.4. Araştırmanın Amacı.....	30

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM.....	33
2.1 Örneklem.....	33
2.2 Veri Toplama Gereçleri.....	33
2.2.1 Sosyodemografik bilgi Formu ve Ek Sorular.....	33
2.2.2 Cinsel İşlev Belirti Ölçeği.....	33
2.2.3 Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ).....	34
2.2.4 Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES).....	35
2.3 İşlem.....	35
2.4 Veri Analizi.....	35

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR.....	36
3.1 Tanımsal İstatistik Bulguları.....	36
3.2 Demografik Bilgilere ve Ek Sorulara İlişkin Bulgular.....	37
3.3 Değişkenlerin Korelasyon Analizleri.....	49
3.4 Regresyon Analizi.....	52

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA.....	55
4.1 Demografik Değişkenler ve Ek sorulara Dair Değerlendirilme.....	55

4.2 Korelasyon Analiz Sonuçlarına Dair Değerlendirilme	59
4.3 Cinsel İşlev ve Alt Alanların Yordanmasına Dair Değerlendirme	60
4.5 Sonuç.....	62
KAYNAKÇA	64
EKLER.....	86
ÖZ GEÇMİŞ.....	100



TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1: Tanımsal İstatistikler	36
Tablo 3.2: Evli ve Bekar Kadınların Bağımsız T- testi Sonuçları	38
Tablo 3.3: Eğitim Süreleri Korelasyon Analizi Sonuçları	39
Tablo 3.4: Kadınların Çoklu Partner İlişkileri Bağımsız T- testi Sonuçları	41
Tablo 3.5: İstemsiz Gebelik Yaşantıları Bağımsız T- testi Sonuçları	43
Tablo 3.6: Kürtaj Yaşantıları Bağımsız T- testi Sonuçları.....	45
Tablo 3.7: Korunma Tercihlerine Bağımsız T- testi Sonuçları.....	47
Tablo 3.8: Cinsel Yolla bulaşan Hastalık Bağımsız T- testi Sonuçları.....	49
Tablo 3.9: Değişkenlerin Korelasyon Sonuçları	51
Tablo 3.10: Regresyon Analizi Sonuçları	53

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1.1: Kadın cinsel yanıt döngüsü..... 5
- Şekil 2.1: Erkek cinsel yanıt döngüsü..... 5



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Cinsellik, insan doğasının temel gereksinimlerinden biri olup kişinin hormonlarını, temel cinsel dürtüsünü, cinsel tepkilerini, cinsel kimliğini ve beden imgesini içeren geniş bir kavramdır ve insanın cinsel uyarılmaya yanıt olarak ortaya çıkan bilişsel süreçleri (fanteziler ve düşünceler), davranışları ve duyguları kapsar. İnsan davranışının yanı sıra kişinin cinsel etkinliği, ilişkisel olarak bağ kurma anlamında da ifade edilmektedir. Cinsel davranış doğası gereği ilişki içerisinde bulunma, müzakere etme, partner tatmini, üreme, doğurganlık gibi birçok değişkenle bağlantılıdır (Sutker ve Adams, 2001: 713).

Kadın cinselliği, günümüz biyopsikososyal yaklaşımı göz önüne aldığımızda fizyolojik, psikolojik ve kültürel etkiler olmak üzere üç farklı başlık üzerinden değerlendirilmektedir. Fizyoloji açısından hormonal durum nörolojik durum ve kullanılan ilaçlar; psikolojik açıdan cinsellik bilgisi cinselliğe karşı arzu, geçmiş istismar yaşantıları ve stres; kişilerarası ilişkiler açısından partner varlığı kurulan ilişki kalitesi ve partnerin cinsel işlevi; son olarak ise kültürel açıdan toplumsal cinsiyet rolleri, toplumsal tabular, din ve kültürel değerlerin tamamı değerlendirilir (John ve ark., 2012: 772-774).

İnsan, biyolojik ve psikolojik yönleri olan ötekilerle etkileşim içerisinde sosyal bir varlıktır ve bu etkileşim kişiyi olumlu veya olumsuz deneyimlere açık hale getirir (Papadimitriou, 2017: 107). Çocukluk çağlarından yetişkinlik dönemine kadar olan süreçte yaşanan travmatik deneyimler kimi zaman bireyin kimlik oluşturma süreçleri, tercihleri ve yaşantıları üzerinde kimi zaman da farklı psikopatolojilerin oluşumunda etkili olabilmektedir (Felitti, 2009: 131-132; Gilbert ve ark., 2009: 68-72).

Kişinin yaşamla ve ötekilerle olan ilişkisi sonucu oluşan travmatik deneyimler ve ardından ortaya çıkan ezici duygularla başa çıkma becerisi olarak savunma mekanizmaları, beden imgesi sorunları, kaygının eşlik ettiği olumsuz duygular, disosiyatif belirtiler ortaya çıkabilmekte ve cinsel ilişkiler de dahil olmak üzere kişilerin yakın ilişkiler kurmasını zorlaştırabilmektedir (Ellason ve Ross, 1997: 448-

450). Çocukluk çağı travmalarının psikolojik duygusal sonuçlar doğurabilme olasılığına sahip olması bir ilişki içerisinde bulunmayı zorlaştırabilir ve kişinin cinsel aktiviteye rahatça katılım yeteneğini etkileyerek riskli cinsel davranışların oluşumunda ve cinsel açıdan işlev bozuklukları üzerinde etkili olabilir (Felitti ve ark., 1998: 253-255).

Literatür bir bütün olarak değerlendirildiğinde çocukluk çağı travmalarına karşı ilk tepkiler aşırı uyarılma ve disosiyatif belirtiler olsa da ilerleyen dönemlerde duygusal problemler, kimlik sorunları, yüksek düzeyde kaygı, algı bozuklukları, benlik saygısında azalma ve yüksek düzey olumsuz deneyime maruz kalınması ardından nörobiyolojik açıdan farklı sonuçlar doğurabileceği ve bu sonuçların kadınların yetişkin yaşamında cinsellik açısından tercihlerini bunun yanında aktif cinsel işlevsellikleri üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir (Heim ve Nemeroff, 2001: 1023). Kadın cinsellik araştırmalarında cinsel işlev bozukluğuna sebebiyet veren psikolojik etkenler göz önüne alındığında disosiyatif belirtilerin ilerleyen yaş dönemlerindeki göstergelerinin örtüşmesi olası bir ilişki ihtimalini akla getirmektedir. Bu olası ilişki disosiyatif belirtilerle ilişkili olabilecek psikopatolojilerden birinin yani cinsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesi ve ek olarak cinsel açıdan riskli kabul edilen davranışlarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bu bölümde cinsellik, kadın cinsel işlev bozuklukları, riskli sayılabilecek cinsel davranışlar, çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif bozukluklara, bölümün sonunda ise araştırmanın amacı ve araştırma sorularına yer verilmiştir.

1.1. Cinsellik

Cinsellik, doğum öncesi dönemde başlayarak yaşamın sonuna kadar devam eden kişinin arzularını, mizacını, karakterini, değer yargılarını, inancını, duygularını, fiziksel özelliklerini, bütün kişiler arası ilişkilerini kapsar (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, 2008: 7) ve insan yaşamındaki temel ihtiyaçlardan biri olup sevgi ve aşk gibi duygu eksenleri arasında düşünsel birçok kavramı içinde barındırır (Butcher ve ark., 2013: 778). Kişiler arası ilişkiyi, sevme sevilme ihtiyaçlarının giderilmesini, bağ kurma, kendini açma gibi duygusal anlamda birlik içinde olmayı ve ilişki içerisinde sarılma, öpme, dokunma gibi davranışsal aktiviteleri de kapsar (Kulaksızoğlu ve ark., 2009: 299). Başka bir açıdan cinsellik; olumlu bir tutum ve

davranışı, şiddetten uzak zorlama olmadan güvenli bir deneyim olarak tarif edilebilir ve cinselliğin sağlıklı bir şekilde varlığını sürdürebilmesi için kişinin önce kendi cinsinin ardından karşıdaki cinsin özelliklerini tanımasını gerektirir (Parrinder, 2003: 355-357; World Health Organization, 2022).

Cinselliğin fizyolojik olarak çevresel sinir sistemi ile aktive olması, üreme organları ve hormonlar biyolojik yanına, kişinin içinde bulunduğu kültürün özellikleri, ailesi ve geleneklerinden hareketle cinsellikle ilgili istek ve eylemleri sosyal yanına, duyguları, öğrenilmiş davranışları, seçimleri, nerede ne zaman ve kiminle cinsel ilişki yaşayacağı gibi seçimleri ise psikolojik yanına işaret etmekte ve bu durumun farklı boyutların bir arada cinsellik üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir (Beji ve Serin, 2011: 163).

Cinsellik kavramı, ulaşabildiğimiz ilk bilimsel çalışmaların öncesinde de varlığını sürdürmektedir. Cinsellik tarihine baktığımızda ise Freud'un 1900'lü yıllarda konu hakkındaki görüşleri belirttiği cinsellik üzerine üç deneme eseriyle karşımıza çıkmaktadır. Dönemin yaygın görüşü cinselliğin yetişkinlik döneminde ortaya çıkıp faaliyet gösterdiği yönünde olup çocukluk döneminde görülen cinsel aktivite normal dışı kabul edilmiştir. Freud cinsellik dürtüsünün doğuştan her insanda olduğunu belirterek bu durumu libido olarak adlandırıp her yaş evresinde libidinal dürtünün bir nesnesinin olacağından bahsetmiştir (Freud, 1981: 77-80).

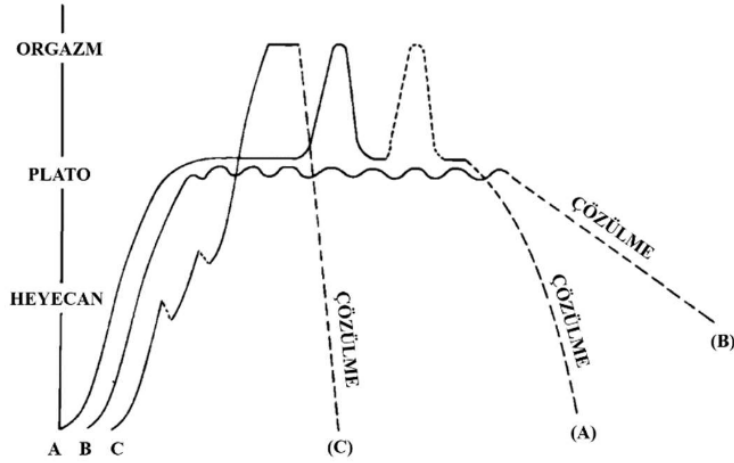
İlerleyen dönemlerde cinsellik çalışmaları Havelock ve Elis tarafından araştırılmaya devam edilmiş cinsel davranışlar ile ilgili ilk çalışma 1938-1958 yılları arasında Kinsey ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Kayır ve Özdemir, 2007: 416-421; Masters ve Johnson, 1966: 3). Cinsellikle ilgili bilimsel gelişmeleri takip eden süreçte Masterson ve Johnson (1966: 4-8) cinsel yanıt döngüsüyle ilgili fizyolojik ve anatomik bilgiler içeren kapsamlı bir çalışma yürütüp cinselliğin insan bedeninde fizyolojik olarak heyecan, plato, orgazm ve çözülme olarak evrelere ayrıldığını ileri sürmüştür. Kadın ve erkekte seyreden cinsel yanıt döngüsünün aşamaları olarak benzer döngüsel olarak farklı olabileceğine dikkat çekmiştir (bkz. Şekil 1.1, şekil 1.2). Dönemin cinsellik araştırmaları ve cinsel terapiler konusunda önde gelen bir diğer ismi olan Kaplan (1979: 1-257) ise Masters ve Johnson'un sistematik cinsel yanıt döngüsüne ek olarak cinsel istekten bahsetmiştir. Cinsel Yanıt Döngüsü: Heyecan, plato, orgazm ve çözülme evreleri olarak aşağıdaki gibi dört aşamaya ayrılmaktadır (Masters ve Johnson, 1966: 4-8).

Heyecan Evresi: Cinsel yanıt döngüsünün ilk basamağı olan heyecan evresi psikolojik ve bedensel belirtilerin ortaya çıktığı aşama olarak kabul edilir. Arzu ve fantezileri kapsayan bu evrede hoşça giden uyarıcıların varlığı kadın ve erkekte belirgin olarak farklı bedensel belirtiler ortaya çıkmaktadır. Kadınlarda göğüs uçlarında sertleşme, lubrikasyon (kayganlaşma) erkeklerde ereksiyon, kan dolaşımında hızlanma gibi belirtiler gözlemlenmektedir. Heyecan evresi yerini bir sonraki aşama olan plato evresine bırakabilirken uyarım süresinin azlığı, kişinin psikolojisi veya hoşça gitmeyen herhangi bir durumun varlığı heyecan evresinin sonlanmasına sebep olabilir (İncesu, 2004: 3-4; Masters ve Johnson, 1966: 5).

Plato Evresi: Plato evresi, heyecan evresinin devamı niteliğinde olup haz grafiğinin giderek artış gösterdiği evre olarak karşımıza çıkmaktadır. Uyarıcıların ve dürtülerin devamlılığı plato evresini bir sonraki orgazm evresine taşıyabilirken herhangi bir uyarıcı eksikliği ile orgazm aşamasına geçmeden uzun bir çözülme ile sonlanabilir. Bu evrede genellikle kadınlarda klitoriste şişme, kaslarda kasılmaları gözlemlenmektedir (İncesu, 2004: 3-4; Masters ve Johnson, 1966: 5).

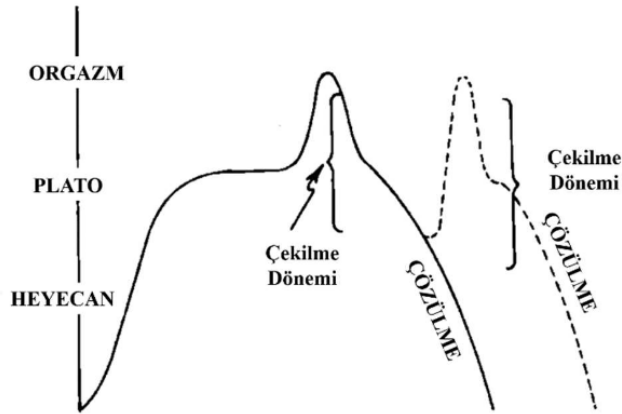
Orgazm Evresi: Orgazm evresi döngü içerisindeki diğer bütün evrelere kıyasla en kısa süren bunun yanında hazzın en yoğun olarak yaşandığı aşamadır. Kadınlarda kitoral gövde ve vajina bölgesindeki yoğun kan akışı, ritmik kasılmalar meydana gelirken erkeklerde penis ve prostat bölgelerinde hissedilen kasılmalarla ejakülasyon meydana gelir (İncesu, 2004: 3-4; Masters ve Johnson, 1966: 5).

Çözülme Evresi: Cinsel yanıt döngüsünün son basamağı olan çözülme evresi orgazmın hemen ardından gerçekleşebileceği gibi orgazma ulaşmayan plato evresinden sonra da gözlemlenebilir. Döngünün başlangıcından ulaşılan evrelere kadar ortaya çıkan belirtilerin tümü aynı sıra ile ters yönde dakikalar içerisinde ortadan kalkar. Uyarıcıların devamı durumunda kadınlarda arka arkaya birden fazla kez orgazm görülürken erkeklerde süre, yaş gibi kriterler doğrultusunda yeni bir orgazm oluşması bir miktar süreye ihtiyaç duyulması gibi farklılıklar gösterebilir (Masters ve Johnson, 1966: 5; İncesu, 2004: 3-4).



Şekil 1. 1: Kadın cinsel yanıt döngüsü

Kaynak: Masters ve Johnson, 1966: 5



Şekil 2. 1: Erkek cinsel yanıt döngüsü

Kaynak: Masters ve Johnson, 1966: 5

Masters ve Johnson'un sistematik cinsel yanıt döngüsünden farklı olarak Tiefer (2001: 90-92), kadınların yaşayabilecekleri cinsel sorunların sadece bedensel belirtileri ve ilaç tedavileri ile sürdürülmesi konusuna farklı bir açıdan yaklaşarak cinsel yaşam problemlerini sınıflandırmıştır. Kadınlarda var olabilecek cinsel problemlerin sosyokültürel açıdan kadının toplumdaki yeri (toplumsal beklentilere göre cinsellikten kaçınma) ile ilgili olabileceğini, partnerleri ile arasında oluşabilecek problemlerden

(olumsuz iletişim, istismar yaşantısı, ihanet, eşit olmayan güç ilişkisi) kaynaklanabileceği, psikolojik çatışmalardan (reddedilme, geçmiş fiziksel-cinsel-duygusal istismar yaşantıları, depresyon ve kaygı varlığı) ortaya çıkabileceğini ve tıbbi nedenlerden (nörolojik durumlar, ilaç veya maddenin etkileri, hamilelik) dolayı oluşabileceğini öne sürmüştür. Cinsel işlev ile ilgili herhangi bir rahatsızlığın çözümü için sınıflandırma başlıklarının kadının bulunduğu toplum ve kimliğinden ayrı olmaksızın bir bütün olarak değerlendirilmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır (Tiefer, 2011: 94-95).

1.1.1. Cinsel İşlev Bozukluklarına Genel Bakış

Cinsel işlev bozuklukları cinsel yanıt döngüsü içerisinde herhangi bir sebep kaynaklı olarak gerçekleşen döngünün bozulması veya istek uyarılmanın görülmemesi şeklinde seyredebilen bir çeşit rahatsızlık kümesi olarak karşımıza çıkar (Kulaksızoğlu ve ark., 2009: 300). Cinsel işlev bozukluklarına sebebiyet verebilecek birden fazla başlık söz konusudur bunlar; endokrin ile ilgili sorunlar, müsküler nedenler, vasküler sebepler, nörolojik sebepler ve psikolojik sebepler şeklinde sıralanabilir (Başara ve ark., 2014: 294). Cinsel ilişkiden sağlıklı olarak söz edebilmek için kişilerin uygun yer, zaman ve partner denklemini sağlamış olması beklenir. Bu koşulların sağlanmadığı aksi bir durumda cinsel işlev bozukluğundan söz edilmeyeceğinden söz edilmektedir (Gülsün ve ark., 2009: 69-70). Cinsel yaşamda meydana gelen bu tip döngü bozulmaları kişilerin psikolojik sağlığını da etkilemekte ve karşı cinsle kurdukları ilişki içerisinde elde ettikleri yakınlık, korunma, sevgi gibi doyumları da riskli bir konuma getirebilmektedir (Gülsün ve ark., 2009: 68).

Psikanalitik kuram kapsamında cinselliğin doğasını anlamak, arzu, uyarılma, orgazmı içeren geniş bir bakış açısıyla detaylıca işlenmiş ve orgazm için cinsel uyarılmanın kökeninde kadın ve erkekte bulunan erojen bölgelerin uyarılması ile gerçekleştiğine işaret edilerek erkeklere nazaran kadınlar için daha çok fantezi kaynaklı olduğundan söz edilmiştir (Abraham, 2002: 335-238).

Yetişkinlik döneminde günümüz diliyle adlandırılan cinsel işlev bozukluklarına bilinç dışı çatışmaların, çocukluk çağı travmaların ve psikoseksüel gelişim döneminde yaşanan olumsuzlukların sebebiyet verebileceği ve bu çatışmalardan doğan Oedipus kompleksi, kastrasyon gibi durumların oluşabileceğinden söz edilmektedir. Freud'un

yapmış olduğu histeri (duygusal motor becerilerde bozukluk, duygusal iniş çıkışların eşlik ettiği bellek kaybı gibi belirtilerin görülebildiği bir tür nevroz) üzerine olan çalışmalarında da ise histerinin kişinin cinsel olarak yaşamış olduğu tecrübelerle bağlantılı ve bu durumun bir çeşit bilinç dışı arzuyu ifade etme biçimi olabileceğini ileri sürmüştür (Köybaşı, 2020: 203).

Günümüzde ise insanların cinsel yaşamında beliren sorunların fizyolojik, psikolojik ve kültürel sebeplerden kaynaklanabileceği yönünde ortak bir fikir birliği mevcuttur. Cinsel işlev sınıflandırmasına bakıldığında cinsel bozukluğa yatkınlık sağlayabilecek faktörler, cinsel bozukluğu başlatıcı faktörler ve cinsel bozukluğu sürdürücü faktörler olarak üç gruba ayrıldığı görülmektedir. Bu bağlamda geçmiş travmatik cinsel deneyimler ve istismar hem cinsel bozukluklar için yatkınlık hem de cinsel bozukluğu başlatıcı faktörler arasında yer almakta olup suçluluk duyguları, iletişim eksiklikleri, bilgi yetersizlikleri gibi durumların cinsel sorunların devam etmesine neden olacağı düşünülmektedir (İncesu, 2004: 8-9). Öte yandan kültürel yapının cinselliğin rahat bir şekilde konuşulması, paylaşılması konusunda etkili olduğu ve cinsellik hakkında konuşmaların yaygın olmamasıyla kadın cinsel işlev bozukluğunun az rastlanan bir durum olduğu düşünülse de uygun bir dille sorulduğunda veya uygun ortam sağlandığında kadınların rahatsızlıklarını dile getirebildiği, cinsel işlev bozukluğunun yaygın olduğu söylenebilir (Çiftçi ve ark., 2018: 95-97; Yaşar ve ark., 2010: 237).

1.1.2. Kadınlarda Görülen Cinsel İşlev Bozuklukları

Birçok farklı belirti kümesinin genel başlığı olan cinsel işlev bozuklukları uyarılma, arzu, orgazm ve cinsel ağrı ile kişiye rahatsızlık veren ve partneri ile ilişkisini zorlaştıran kalıcı ve tekrarlı belirtileri kapsar (Reed, 2022: 495). Cinsel işlev bozukluğu ilk cinsel deneyim ile aynı anda veya sorunsuz bir şekilde devam eden cinsel aktivite sürecinin herhangi bir anında ortaya çıkabilir ve bunun yanı sıra işlev bozukluğunun yaşam kalitesini yüksek oranda düşürebilir. Ayrıca kadınların %40'nın cinsel şikayetlerden mustarip olduğu tahmin edilmektedir (Clayton ve Valladares Juares, 2017: 283-284; Morrison, 2016: 351). Erkeklerle nazaran kadınlarda görülen cinsel işlev bozukluklarının genel yaygınlık oranlarının daha yüksek olduğu ve bu durumun bir sebebi olarak kadınların cinsel problemlerde daha az tedavi arayışında olabileceği belirtilmektedir (Wesells, 2000: 38-39).

Kadın cinselliği birçok bileşenden oluşan karmaşık bir yapıya sahiptir (Dawson ve Ark., 2017: 722). Psikolojik açıdan sağlıklı olmamak, psikiyatrik hastalık öyküsü, organik patolojilerin varlığı, geçmiş travma yaşantısı, antidepresan ve antipsikotik ilaç kullanımı, damgalama ve ilişki kurmada zorluklar, kişinin kendi bedenini ve haz noktalarının farkında olmaması, kültürel çevresi, cinsellik ile ilgili meseleleri konuşmada tabuların olup olmaması cinsel işlev bozukluğuna katkıda bulunabilir (Basson ve Gilks, 2018: 7-9; Clayton ve Hamilton, 2010: 323).

Kadınlarda görülen cinsel işlev bozuklukları, zihinsel bozuklukların istatistiksel el kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) beşinci basım (DSM-5) sınıflandırmasında DSM IV tanı kümelerine göre daha sade bir hale getirilmiş ve şu şekilde gruplara ayrılmıştır: Kadınlarda Orgazm Bozukluğu, Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu, Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçerme Bozukluğu, Maddenin Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu, Tanımlanmamış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu (Amerika Psikiyatri Birliği, 2013:429-450). Detaylı bir değerlendirme ve tedavinin doğru planlamasına katkı sağlamak için yaşam boyu, kazanılan, genelleştirilmiş, durumsal tip şeklinde ek ibareler ve önem derecelerine göre hafif, orta, şiddetli şeklinde ek ibareler kullanılmaktadır (Özcan ve Beji, 2018: 136).

- Kadında Orgazm Bozukluğu: Kişinin nerdeyse bütün cinsel aktivelinde orgazm duyumu yoğunluğunda belirgin düzeyde azalma yaşanması, orgazmın gecikmesi, nadiren olması, düşük düzeyde yaşanması veya olmaması durumlarının en az altı ay süreyle devam etmesi şeklinde gerçekleşir. Kişide ciddi düzeyde belirgin sıkıntıya yol açar, cinsel bozukluk olmayan herhangi bir psikiyatrik tanı ile açıklanamaz ve belirtiler madde etkisi veya herhangi bir tıbbi durumdan kaynaklı gelişmemiştir. Belirtiler genelleştirilmiş veya durumsal olarak ortaya çıkabilir, hafif, orta veya şiddetli şekilde seyredebilir. Orgazmın gerçekleşmeme sebepleri arasında düşük cinsel uyarılma olup olmadığına dikkat edilmedi (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 429-430).
- Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu: Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, DSM-IV'te bulunan hipoaktif arzu bozukluğu ile uyarılma bozukluğunun DSM-5'te güncellenmesi sonucunda oluşan yeni bir tanı kümesidir (Özcan ve Beji, 2018: 135). Kişinin cinsel aktiviteye karşı düşünsel ve eylemsel olarak ilgi duymaması,

partnerinin cinsel aktivite için attığı adımları reddetme, zevk almaya, erotik düşünceler ve eylemlere karşı ilgisizlik, cinsel heyecanın nerdeyse tümünde ya da büyük bir kısmında azalması veya yok olması şeklinde belirtiler görülür. Belirtilerin en az altı ay süresince devam etmesi, belirgin düzeyde sıkıntıya yol açması ile karakterizedir. Diğer cinsel işlev bozuklukları veya stres faktörleri, partner sorunları gibi nedenler ile açıklanamaz. Belirtiler maddenin ilacın veya herhangi bir tıbbi durumun etkileri sonucu oluşmamıştır. Hafif, orta veya şiddetli seyredebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 433).

- Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu: Cinsel organlarda pelviste ağrı ve içe girme bozukluğu DSM-IV'te yer alan disparoni ve vajinusmus tanılarının tek başlık altında birleştirilmesiyle oluşturulmuş bir tanıdır. Cinsel ilişki sırasında vajinada şiddetli düzeyde ağrı, vajinal girişim sırasında pelvik kaslarının gerilmesi sonucu cinsel birlikteliğin gerçekleşmemesi gibi durumların tekrarlı bir biçimde devam etmesi şeklinde belirtiler görülür. Hafif, orta veya şiddetli seyredebilir. Belirtiler en az altı ay süreyle devam eder ve diğer psikiyatrik tanımlar ile açıklanamaz. Herhangi bir tıbbi durum sonucu veya maddenin etkisi ile açıklanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 437).
- Maddenin Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu: Cinsel işlevlerde bozulmalar mevcuttur fakat belirtiler madde zehirlenmesi, ilaç kullanımı ardından veya madde yoksunluğu şeklinde görülür. Belirtiler ilaç kaynaklı, tıbbi duruma bağlı veya diğer psikiyatrik bozukluklar ile açıklanamaz. Sadece deliryum sırasında meydana gelmez (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 446).
- Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu: Cinsel işlev bozuklukları arasında tanımlanmamış belirteci görülen belirtilerin diğer var olan hiçbir tanı kriterlerine uygun olmaması durumunda kullanılır. A tipik belirtilerde, nedeninin belirsiz olması veya yetersiz bilginin var olması durumunda başvurulmuş bir tanıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 450).

1.1.3. Riskli Cinsel Davranış, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Cinsel Korunma Yolları

Her gün bir milyondan fazla insanın cinsel yolla bulaşan enfeksiyon ile yaşamına devam etmeye çalışmaktadır (World Health Organization, 2023). Ölümle

sonuçlanabilme olasılığına sahip cinsel yolla bulaşıcı hastalıklara karşı önlem almama, herhangi bir korunma yöntemi kullanmadan cinsel ilişkide bulunma, çoklu partner ilişkileri, istemsiz gebelik ve düşük yaşantısı, cinsel açıdan riskli kabul edilen davranışlardır (Bartholow ve ark., 1994: 748-750; Boyer ve Fine, 1992:4-8; Courtois, 1979: 338-345). Riskli davranışlar konusunda yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travma yaşantısıyla ilişkili olabilecek birden fazla cinsel sağlık sorunu belirtilmektedir. Bunlar; erken yaşta cinsel ilişkide bulunma (16 yaşından küçük), istenmeyen gebelikler, birden fazla cinsel partnere sahip olma, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon teşhisi olarak sıralanabilir (Wood ve ark., 2022: 2-13). Çocukluk çağında travma yaşantısına maruz kalmış çocukların kısa vadede tekrarlayan istismar yaşantısına maruz kalma, rastgele cinsel ilişkiye girme davranışları ve cinsel yolla bulaşıcı hastalıkların etkileri klinik olarak gözlemlenirken uzun vadede erken yaşlarda hamile kalma ve düşük riski, cinsel işlev bozuklukları gibi etkilerden söz edebilir (Çalışkan ve Sağlam, 2015: 6-10; İblioğlu ve ark., 2018: 88; Şahin ve Taşar, 2012: 161-164).

Sağlık açısından riskli cinsel davranış, birçok ülkede istismardan kurtulan kadınlar için belgelenmiş zararlı davranış biçimlerinden biri olarak kabul görmektedir. Avustralya, Yeni Zelanda, Norveç ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalarda farklı topluluk örneklerinde yüksek riskli cinsel faaliyetlerin cinsel istismarla ilişkili olabileceği sonucuna ulaşmıştır (Felitti ve ark., 2001; Ferguson ve ark., 1997; Fleming ve ark., 1999; Grimstad ve Schei, 1999).

Kişilerin cinsel hayatlarında birden fazla partnerin olması, korunmasız riskli cinsel davranışlarda bulunmak, korunma yöntemi tercih etmeden penetrasyon ve enfeksiyon belirtisi olan partnerlerle cinsel aktivitede bulunmak cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanmaya neden olabilecek risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Seidman, 1994: 330-341). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sıklıkla cinsel aktivite sırasında herhangi bir korunma yolu tercih etmeden penisin vajinaya, ağza veya anüse olan teması sonucunda taşıyıcıyı veya hasta olan kişinin partnerine enfeksiyon bulaştırması şeklinde gerçekleşir (Akin ve Özvarış, 2012: 345-350). Enfeksiyon sadece yetişkin cinsel aktivitelerinde değil bütün vücut salgılarının temasında, gebelik döneminde annenin hastalık taşıyıcısı olduğu durumlarda kan yoluyla bebeğe geçebilir veya doğum sonrası emzirme yoluyla bulaş meydana gelebilir (World Health Organization, 2023).

Çoklu partner ilişkilerinde bulunan kadınların, vajinanın organ yapısından daha geniş ve açık yüzeye sahip olmasından dolayı erkeklere nazaran herhangi bir korunma yolu tercih etmeden cinsel ilişki içerisinde bulunmaları risk altında olduklarına işaret etmektedir (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, 2007). Cinsel temasla bulaşan Gonore, Klamidyal enfeksiyonlar, Trikomonas, HPV, Sifiliz, Genital herpes, Hepatit B, Hepatit C ve HIV yaygın olarak görülen rahatsızlıklar arasındadır (Doğan, 2017: 33; Kaya ve ark., 2001: 1). Hastalık belirtileri taşımak veya aktif olarak hastalığı geçiriyor olmak genellikle damgalamaya neden olarak kişiler için sadece tıbbi açıdan değil psikolojik açıdan da zorlayıcı olabilmektedir (Nilsson, 1990: 185-186). Cinsel yolla bulaşan hastalıkların sadece bireysel anlamda değil gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için genel ciddi bir sağlık sorunu olduğuna işaret edilmektedir (Heinz, 2004: 197). Bunu yanında bireylerin cinsel ilişki tercihlerinde partner sayılarının elliden fazla olması ve cinsel yolla bulaşan hastalığa sahip olmaları çocukluk çağında travma yaşantısına maruz kalmış olmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Çocukluk çağı travma bildiriminde bulunan bireylerde 1,4 ile 1,6 arasında risk artışı gözlemlendiği belirtilmektedir (Felitti ve ark., 1998: 249-253).

Cinsel aktivasyon sırasında kullanılan korunma yöntemlerinin iki ana işlevi olduğu söylenebilir. Bu işlevlerden biri olası bir gebeliği engelleme bir diğeri ise cinsel yolla bulaşıcı olan herhangi bir rahatsızlığa yakalanma riskini en alt düzeye indirmedir (Tirri, 2022: 514). Cinsel aktivite sırasında kullanılan korunma yöntemleri modern ve geleneksel yöntemler olarak iki gruba ayrılır (Ataşer ve ark., 2017: 242-245). Ağız yoluyla alınan haplar (oral kontraseptifler), rahim içi araçlar, kondom (prezervatif), cerrahi sterilizasyon modern yöntemler; geri çekme ve hiçbir korunma tercih etmeme geleneksel yöntemler arasında kabul edilir (Conk, 1987: 73-79). Korunma yöntemleri arasında bulunan kondom kullanımı cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılması konusunda riski büyük ölçüde azaltacağı ön görülmektedir (Stone ve ark., 1986: 180). Korunma yöntemlerin kullanılması sadece cinsel yolla bulaşan hastalıklar değil istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve akabinde oluşabilecek kürtaj yaşantılarının da önüne geçmekte kadınların yaşayabilecekleri riskli cerrahi müdahaleler veya ilaç kaynaklı düşüklerin önlenmesi konusunda önemli bir yere sahiptir (Seyrek ve ark., 2021: 184).

Tekrarlayan istemli kürtaj yaşantısına sahip kadınların çocukluk çağı travma bildirimlerinin olduğu hiç kürtaj deneyimi olmayan kadınlara nazaran yaşça daha genç

oldukları, daha fazla istismar ve güvenlik tehdit edici olaylar yaşadıkları bildirilmektedir (Bleil ve ark., 2011: 123-126). Bu bağlamda çocukluk çağı travma deneyimine sahip yetişkin kadınların cinsel açıdan riskli davranışların bir çıktısı olarak istemsiz gebelikler ve akabinde yaşanan birden fazla kürtaj deneyimlerinin olduğu söylenebilir (Haddad ve ark., 2020: 32-35).

1.1.4. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları ve Riskli Davranışlar İlgili Çalışmalar

Türkiye’de yaşayan kadınların tıbbi destek başvurularındaki jinekolojik muayene sırasında gerçekleştirilen araştırmalarda katılımcıların %69,4’ünde cinsel işlev bozukluğu tespit edilmiştir (Gölbaşı ve ark., 2014: 4). Cinsel işlev bozukluğu ile ilgili 18-56 yaş aralığında gerçekleştirilen bir başka çalışma da ise yaygınlık oranı %52,2 olarak belirlenmiştir (Hacıhelvacıoğlu, 2012: 71). Oranların yadsınamayacak kadar yüksek olmasına karşın çalışmalar arasında farklılığın görülmesinin sebepleri arasında cinsel işlev bozukluğunun kültür, sosyoekonomik durum, sağlık hizmetlerine ulaşabilme imkânı, katılımcıların yaş dağılımları gibi olası nedenler belirtilmektedir (Gölbaşı ve ark., 2014: 6).

Sadece ülkemizde değil cinsel işlev bozukluklarının dünya çapında da oldukça fazla olduğu söylenebilir (Derogatis ve Burnett, 2008: 289-290). Dünya genelinde yapılan araştırmalara bakıldığında Almanya’daki yaygınlık oranının yaklaşık %38 olduğu bildirilmiştir (Korda, 2008: 77). Malezya’da 163 kadından 42’sinde (%25,8) cinsel işlev bozukluğuna rastlandığı, alt alanlara bakıldığında ise cinsel istek sorununun %39,3 uyarılma sorununun %25,5 orgazm sorununun %16,6 tatmin sorununun %21,5 ve ağrı sorununun %16,6 olduğu görülmektedir (Ishak ve Othman, 2010: 3080-3087). Macaristan’daki kadınlarda görülen cinsel işlev bozukluğu yaygınlık çalışmasında 5942 katılımcının %20,3’ünde cinsel işlev bozukluğu ve eş tanı ile bu kadınların orgazm bozukluğu ve pelvik ağrı yaşadığı belirtilmektedir (Erdos ve ark., 2023: 1112). Hindistan’da gerçekleştirilen bir çalışmada ise 149 kadının üçte ikisinin işlev bozukluğu yaşadığı %77,7’sinde arzu, %91,3’ünde uyarılma, %96,6’sında kayganlaşma ve %86,6’sında orgazm ile ilgili sorunlar bulunduğu tespit edilmiştir (Singh ve ark., 2009: 115-119).

Ülkemizde ve tüm dünyadaki veriler göz önüne alındığında cinsel işlev bozukluklarının cinsel yolla bulaşan rahatsızlıklar sonucu oluşabileceği, kadınların cinsel hayatlarını olumsuz açıdan etkileyebileceği hatta ektopik gebeliğe, genital lezyonlara, bağışıklık sistemi işlev bozukluğuna, karaciğer hastalığına kadar ölüme neden olabilecek sonuçlara sebebiyet verebileceği söylenebilir (Sulak, 2003: 399) Benzeri şekilde cinsel yolla bulaşıcı rahatsızlığa sahip kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların cinsel aktivite ve işlevlerinin bütün boyutlarında rahatsızlık yaşayabildikleri vurgulanmaktadır (Adeli ve ark., 2022: 516). Ek olarak farklı bir kadın çalışmasında ise partner sayısı, istenmeyen gebelik sonrası kürtaj yaşantısı, cinsel yolla bulaşan hastalık ve hormonal korunma yöntemi kullanımının ilişkili olabileceğinden söz edilmektedir (Krepelka ve ark., 2020: 9-11).

1.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Travma terimi Yunanca yara anlamına gelmekle birlikte psikolojik açıdan ilk kez ele alınması sanayi devrimi sırasında görev yapan cerrahların tren kazası sonucunda fiziksel yara alamayan kurbanların bedensel ve psikolojik tepkilerini fark etmelerine dayanmaktadır ve kişinin baş edebileceği miktardan fazla tehditle karşılaşması sonucu duygusal ve fiziksel tepkiler vermesi şeklinde açıklanmıştır (Erichsen, 2007: 49-51; Danese ve Baldwin, 2017: 517). Travmatik yaşantıya çocuk bağlamında baktığımızda Sigmund Freud, Pierre Janet, Jean-Martin Charcot gibi zamanın önde gelen hekimleri histeri olarak öne sürdüğü kavram ile günümüzde kronik çocukluk çağı travmasının psikolojik yansımalarını tanımlamaya yönelik bir girişimde buldukları söylenebilir (Young, 1997: 21). İlerleyen zamanlarda Herman (1992:33) çocuğun içinde bulunduğu ortama dikkat çekerek bakım verenleri ve yakın çevresi tarafından oluşabilecek şiddet içerikli davranışların, maruz kalınabilecek beden bütünlüğüne karşı tehdit gibi olası durumların çocuk üzerinde bıraktığı etkilerden bahsetmiştir.

Yönümüzü şimdiki zamana çevirdiğimizde ise güncel bir tanım olarak çocukluk çağı travmaları 20 yaşından küçük çocuklarla ilişki içerisinde çocuğun hayatta kalmasına, onuruna, ruhsal ve fizyolojik gelişimine fiili veya potansiyel zarar ile sonuçlanabilen her türlü fiziksel, duygusal, cinsel istismarı, ihmali, kötü muameleyi, ticari sömürüyü içeren söylem ve davranışlar şeklinde tanımlanabilir (World Health Organization, 2020). Çocukluk çağı travmalarının farklı kültürlerde farklı çeşitlerde

tanımlanabileceğine dikkat çekilmektedir (Krug ve ark., 2002: 59). Çocuğa karşı zarar verici eylem, çocuk veya yetişkin tarafından şiddet olarak algılanıp algılanmamasına veya bilinçli bir eylem olup olmadığına bakılmaksızın istismar olarak kabul edilmektedir (Uğurlu ve Gülseren, 2014: 12). Olumsuz çocukluk çağı deneyiminin bireylerin yetişkinlik dönemindeki hayat kaliteleri açısından olumsuz sonuçlar doğurabileceği hatta risk faktörlerinden biri olabileceği söylenebilir (Felitti ve ark., 2001: 256). Çocukluk çağında travmaya maruz kalan çocukların travma yaşantısı ardından dünyayı farklı bir sinir sistemi ile deneyimlediği, yetişkinlik dönemlerinde depresyon, kaygı bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları gibi birçok rahatsızlığa yakalanma olasılıklarının olabileceğine işaret edilmektedir (Çelik ve Hocaoğlu, 2018: 706; Van Der Kolk, 2014: 53).

1.2.1. Çocukluk Çağı Travma Türleri

Çocukluk çağı travma türlerinin birden çok sınıflaması mevcuttur. Genel olarak istismar, ihmal, aile içi şiddet, doğal afetler, tıbbi travma, savaş ve terörizm gibi yaşantılar çocukluk çağı travmaları arasında sayılır ve çocuğa karşı ihmal davranışı fiziksel ve duygusal ihmal, istismar davranışı ise fiziksel istismar, cinsel istismar ve duygusal istismar şeklinde sınıflandırılır (Şar ve ark., 2012: 1055; World Health Organization, 2020).

Çocuğa karşı kötü davranışın her biçimi dünyanın her yerinde sağlık açısından önemli bir risk olarak kabul edilmekte ve duygusal olarak istismara uğramış kişilerin uğramamış olan kişilere göre psikolojik sağlık açısından olumsuz belirtiler gösterme riskinin üç kat daha fazla olduğu, fiziksel istismar ve ihmale maruz kalmış kişilerin ihmal yaşantısı geçirmemiş olanlara kıyasla daha fazla depresif belirti riski taşıdığı, cinsel istismara maruz kalmış kişilerde bir takım ruhsal bozukluklar, riskli sayılabilecek cinsel davranışlar, cinsel yolla bulaşan hastalık ve enfeksiyonlar, intihar girişimleri, uyuşturucu kullanımı gibi davranışların gözlemlenebileceğine işaret edilmektedir (Norman ve ark., 2012: 24).

1.2.1.1. İstismar

İstismar kavramı genellikle fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olmak üzere üç gruba ayrılarak değerlendirilmektedir.

Fiziksel istismar çocuğun herhangi bir kaza olmaksızın bedensel bütünlüğüne ebeveyni, bakım vereni veya çevresinde bulunan bireyler tarafından uygulanan zarar verici davranışların tamamını kapsar. Çocuğa karşı zarar verici davranış herhangi bir alet kullanarak veya aletsiz olarak sınıflandırılır. Aletsiz istismara örnek olarak çimdikleme, tokat-yumruk atma, hırpalama, sarsma; aletli istismara örnek olarak herhangi bir ev eşyası ile vurma, sigara söndürme, ütü ile cilt yüzeyinde yanıklara sebep olma, kemer, kayış veya hortum ile çocuk üzerinde güç kullanma şeklinde sıralanabilir. Beden üzerinde bırakılan fiziksel hasar gözle görülebilir nitelikte olduğundan genellikle diğer istismar türlerine göre daha sık fark edilebilir (Polat, 2021: 65-71).

Fiziksel istismara işaret eden sendromlardan biri “Sarsılmış Bebek Sendromu”dur. Hastaneye başvuru öyküsünde retina kanaması şikâyeti olan bebeklerin incelenmesi sonucunda bebeğin şiddetli sarsılma sonucunda kafa ve boyun travmalarının ortaya çıktığı belirlenmiştir. Bu sendrom bebeğin ölümü ile sonuçlanabilen bazı vakalarında olabildiği fiziksel bir istismar durumudur (Duhaim ve ark., 1987: 409). Aile bireyleri veya bakım verenler tarafından fiziksel istismarın saklanması için anlatılan olay sıklıkla çocuğun düştüğüne veya vaziyetin küçük bir kaza sonucu meydana geldiği şeklindedir. Duruma sebebiyet verenin öteki kardeş olduğu da söylenenler arasında olabilir. Bu tip durumlarda çocuğun yaşına göre gelişimsel durumu ve motor becerilerinin düşünülmesi istismarın değerlendirilmesi açısından oldukça önemlidir (Straus ve ark., 2014: 66-70; Polat, 2021: 31-32). Bir diğer istismar şekli ise “Munchausen Sendromu” olarak adlandırılan bakım verenin veya ebeveynin hikâye ve kanıtlar uydurarak, yanlış yönlendirmeler yaparak çocuklarını sayısız zararlı hastane müdahalelerine ve araştırmalarına maruz bırakıp çocuğun travmatize olmasını sağlama veya bu duruma izin verme şeklinde gerçekleşir (Meadow, 1977: 344).

Çocukların güvende olması gereken alan olan aile evi ortamı travma yaşamaları açısından riskli sayılabilecek alanların başında olup bakım vereni veya ebeveyni tarafından disiplini sağlama, terbiye etme, yasak koyma, cezalandırma davranışlarıyla sıklıkla istismar ve ihmal davranışlarına maruz kalabildikleri bir yer olma olasılığına sahiptir (Kotlaja ve ark., 2020: 8). Disiplini sağlamak geçmiş dönemlerde her ne kadar özveri, öğrenme gibi anlamlara gelen bir kelime olsa da günümüzde kontrol, ceza veya itaat anlamalarına gelmekte olup ailelerin şiddet içerikli davranışlarını çocuğu terbiye etme gibi açıklamalarla kullandıkları söyleyenebilir (Durrant ve Stewart-Tufescu,

2017: 359). Çocukluk döneminde bu tip davranışlar ile ceza alan veya şiddete, ihmale maruz kalan çocukların ebeveyn veya bakım verenlerine karşı yaygın güvensizlik sürdürebilebileceği, fiziksel duyumlar, psikolojik ve duygusal ihtiyaçlar hakkında korku, utanç ve suçluluk duyguları taşıyabileceği hatta gelecek yaşantıların da benzer davranışlar sergileme olasılıklarının olduğuna işaret edilmektedir (Dorahy ve Clearwater, 2012: 155-175; Gartner, 2017: 7-25; Güler ve Ark., 2002: 133; Lev-Wiesel, 2008: 145-160). Bunun yanında erken çocukluk döneminde maruz kalınan fiziksel istismar kişinin yetişkinlik çağında sosyal, akademik alanda ve cinsel yaşamında etkiye sebep olabileceğine dikkat çekmektedir (Güçlü ve Acemioğlu, 2020: 100).

Cinsel İstismar: Cinsel istismar kavramı Kempe'nin (1978: 384) tanımlaması ile "Gizli Pediatrik Problem" olarak adlandırılmış olup günümüzde çocuğun fiziksel ve psikolojik olarak hazır olmadığı (0-18 yaş) bir dönemde kendisinden en az 5 yaş büyük birinin cinsel tatmini amacıyla sindirme, kandırma veya zorlama yoluyla cinsel davranışlara maruz kalması şeklinde tanımlanır (Shaw, 1999: 4; World Health Organization, 2023).

Cinsel istismar davranışının farklı çeşitleri mevcuttur. Bunlar; cinsel dokunma, oral veya genital seks, cinsel penetrasyon (ırza geçme), cinsel sömürü (çocuk pornografi), interfemoral ilişki (ırza tasatti) şeklinde temas gerektiren eylemler olarak biliniyor olsa da temas içermeyen ve cinsel istismar başlığı altında değerlendirilen eylemler de mevcuttur. Bunlar; çocukla cinsel içerikli konuşmalar yapmak, teşhircilik ve röntgencilik şeklinde sıralanabilir (Polat, 2021: 104-112). Cinsel istismarın bir alt grubunda yer alan kavramlardan biri de ensest ilişkidir. Aile birliği içerisinde aralarında kan bağı bulunan ve kanunen evlilik birliğine izin verilmeyecek kişiler arasında olan cinsel davranışların tamamını kapsar. İstismarı gerçekleştirenler aileden farklı bireyler olabilirken ahlaki açıdan toplum tarafından kabul edilemez bir durum olduğundan maruz kalan çocuk için uzun sürelidir ve genellikle diğer istismar türlerine kıyasla açığa çıkması oldukça zordur (Bozbeyoğlu ve ark., 2010: 30-33). Cinsel istismarı ele alan bir çalışmaya bakıldığında her yıl çocukların %1'lik kısmının çocukluk çağı deneyimleri arasında cinsel istismar öyküsünün olabileceği, cinsiyete göre ise kız çocuklarının %12-%25'i erkek çocuklarının %8-%10'u cinsel istismar kurbanı olduğu belirtilmektedir (Finkelhor, 1944: 31).

Farklı bir çalışma da ise cinsel istismar yaygınlık verileri kız çocukları için %26,5, erkek çocukları için %5,1 şeklinde bulunmuştur. Ek olarak kadınlara cinsel saldırı risk oranı %11,2 iken erkeklere yönelik bu risk %5,1 olarak saptanmıştır (Finkelhor ve ark., 2014: 3). Çocukluk çağında meydana gelmiş cinsel istismarı ardından yetişkinlik döneminde travma ile ilişkili aşırı uyarılma, olumsuz bilişler, duygusal kaçınma, ve disosiyatif belirtiler ve sağlık açısından riskli davranışlar (sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı, cinsel ilişki yaşı, çoklu partner ilişkileri) gösterme olasılığının arttığı ve istismar ile tıbbi sorunlar arasındaki ilişkiye bakıldığında çocukluk çağı cinsel istismara uğramış kadınların istismara uğramamış kadınlara göre daha yüksek düzeyde sağlık açısından riskli davranış sergilediklerini bildirdikleri görülmektedir (Hebert ve ark., 2018: 308-310; McLean ve ark., 2014: 560-564; Steine ve ark., 2017: 100; Springs ve Friedrich, 1992: 527). Cinsellik bağlamında baktığımızda bir grup gençten cinsel istismar öyküsüne sahip kadınların istismar öyküsü bulunmayan kadınlara göre ortalama olarak ilk cinsel ilişki yaşının daha erken dönemlerde olduğunu ve cinsel açıdan korunma, doğum kontrol yöntemlerini kullanma olasılıklarının daha düşük olabileceği belirtilmektedir (Mason ve ark., 1998: 987).

Duygusal istismar çocuğun yetişmekte olduğu çevrede ebeveynleri, bakım verenleri veya yoğun bir şekilde etkileşimde bulunduğu yetişkinler tarafından uygulanan çocuğun gelişimini ve öz değerini etkileyen davranış şeklidir. Çocuğu yüksek sesle korkutarak (bağırarak) ve korku ile yaşamasına izin vermek, bakım vereni olarak ihtiyaçlarını göz ardı edip çocuğun yardım taleplerine karşı tepkisiz kalarak çocuğu reddetmek, ebeveynlerin veya bakım verenlerin çocuğa toplumsal açıdan kötü örnek olabilecek davranışlar öğretmek suça yöneltmek, çocuğu küçük düşürecek davranışlarda bulunmak, aile baskısı altında aşırı korumacı bir tutum ile bireyselliğine alan açmadan yetiştirmek, birden fazla çocuklu ailelerde kardeşler arasında kıyas veya karşılaştırma yapmak, çocuğun gelişimsel ve hazır bulunuşluk seviyesine uygun olmayan işleri yapması konusunda baskı yapmak, duygusal istismar kapsamında sayılabilecek davranışlar arasındadır (Yörükoğlu, 1983: 128-136). Hagan (1993: 33-34) çocuğun duygusal istismara maruz kalmasının kendiliğinden ortaya çıkabilecek olumlu duygusal ifade kapasitesinin engelleneceğinin üzerinde durup çocuğun önemli düzeyde zihinsel yeti ve süreçleri ile yaratıcı potansiyelinin etkilenebileceğine işaret etmiştir.

Çocuğa karşı uygulanan duygusal istismar, cinsel ve fiziksel istismara göre dışarıdan görülebilen etkilerin (Örneğin fiziksel istismar belirtileri) hemen fark edilmesi mümkün olmayacağından diğer istismar türlerine göre fark edilmesi en zor istismar türü olduğu söylenebilir (Felitti, 1998: 251). Okul öncesi dönemde ihmal edilmiş ve duygusal olarak istismara maruz kalmış çocukların öfkeli, yıkıcı ve karşıt davranış, olumsuz benlik saygısı, zayıf duygusal beceriler, geri çekilme davranışları, gecikmiş dil gelişimi, zayıf akran etkileşimleri, duygusal ifadeleri yorumlamadaki zorluk gibi acil müdahale gerekliliği göz önünde bulundurulması gereken duygusal ve davranışlar zorluklar sergilediği görülmektedir (Naughton, 2013: 770). Bir meta analiz çalışması sonucunda ise çocukluk çağında yaşanan duygusal istismarın tüm dünyada sayıca çok olduğunu hatta evrensel bir sorun olabileceğine işaret etmektedir (Marije ve ark., 2012: 884). Araştırmalar çocukluk çağı duygusal istismarın yetişkinlik döneminde travmayla ilişkili bozuklukların ve belirtilerin varlığı arasında neden bir ilişkiyi desteklemektedir (Hoeboer ve ark., 2021; Sullivan ve ark., 2006: 229). Duygusal istismarda dahil olmak üzere istismarın çeşitli biçimlerine uzun süre maruz kalan kişilerin çeşitli travma sonrası stres bozukluğu, duyarsızlaşma ve disosiyatif belirtiler geliştirmesinin muhtemel olarak görülmektedir (Gama ve ark., 2021: 1). Duygusal istismar sıklıkla özünde zarar verici boyutlara sahip olmasına rağmen, fiziksel ve cinsel istismar vakalarına göre bireysel ve kamusal alanda farkındalığın düşük olmasından kaynaklı zihinsel sağlık için ömür boyu sürebilecek etkilerinin göz önüne alınmasının gerekliliğinden söz edilmektedir (Flaherty, 2006: 1237; Rees, 2010: 66).

1.2.1.2. İhmal

İhmal, genel olarak çocuğu olumsuz olarak etkileyen psikolojik ve gelişimsel problemlere neden olabilecek uygunsuz bakım veren davranışları olarak kabul edilir. Olması gereken ebeveynlik davranışlarında eksiklik olması, çocuğun yaşına uygun olarak ihtiyaç duyduğu eğitim, tıbbi bakım, duygusal taleplerinin ve gereksinimlerinin karşılanmaması şeklinde açıklanabilir (Sedlak, 1997: 153-157). Çocuğa karşı ihmal ve istismar kavramları birbirine karıştırılabıl原因 tanımlar olabilirken aralarındaki temel fark genellikle yapılan istismar eylemlerinin aktif, ihmal eylemlerinin pasif olması durumudur. Verilen zarar bilinçli ve kasıtlı olduğu takdirde aktif, imkanlardan dolayı, yetersizlikten veya bilinçsiz bir şekilde gerçekleştirildiğinde pasif olarak değerlendirilmektedir (Alisinanoğlu ve Bağcı, 2023: 75-77).

Bakım veren tarafından çocuğa karşı dokunma (temas) davranışının fiziksel, biyolojik ve psikolojik bir gereklilik olduğu söylenebilir (Hofer, 1996: 580). Çocuk ihmali üzerine gerçekleştirilen bir araştırmada fiziksel ihmal yaygınlık oranının %16,3 duygusal ihmalin yaygınlık oranının ise %18,4 olduğu, cinsiyet bağlamında belirgin bir fark olmadığı, bulgulanmış olup çocuk ihmalinin önemli bir sorun olmakla birlikte bilimsel araştırmalarda ihmal edilen bir kavram olduğuna dikkat çekilmiştir (Stoltenborgh ve ark., 2013: 348-353).

İhmalin çocukluğun erken dönemlerinde gerçekleşmesi fiziksel istismarın sonuçlarına benzer özellikler gösterebilmekte ve bunun yanında fiziksel istismarla kıyaslandığında ihmal edilen çocuklarda daha ciddi bilişsel eksikler gözlemlenmektedir (Kathryn ve David, 2002: 690). Yeterli miktarda duygusal ve fiziksel desteğin olmaması çocuklarda hayal kırıklığı gibi deneyimlere yol açarak duygu düzenleme, benlik saygısı oluşturma gibi becerilerin gelişimi üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır. Bu durum yetişkinliğe adım atarken kişilerarası ilişki kurma becerilerini de olumsuz etkilemekte ve artan miktarda dürtüselliklere, duygusal ve davranışsal açıdan zorlanmalara sebebiyet verebilmektedir (De Bellis, 2005: 160-166; Hildyard ve Wolfe, 2002: 690-694).

Fiziksel ihmal, genel bir tanım olarak çocuğun hayatta kalabilmesi için gerekli olan temel ihtiyaçlarının (Barınma, beslenme, bakım, tıbbi yardım vs.) ebeveynleri veya bakım verenleri tarafından karşılanmaması şeklindeki tutumları kapsar. Çocuğun gözetimsiz bırakılması, evde varsa diğer kardeşler tarafından büyütülmesi, güvenli olmayan bir ortamın varlığı, çok az yiyecek bulunması veya hiç olmaması, kirli kıyafetler, tırnaklar, giysiler, seyrelmiş bitli saçlar, vücut kokusu, bodur büyüme, olgunlaşmamış motor beceriler, sosyal becerilerde dikkatsizlik gibi belirtiler sıralanabilir (Hobbs ve ark.,1999: 203-205).

Bakım verenin anne olduğu 143 aile üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada yaklaşık olarak dört anneden birinin çocuğuna karşı taleplerini göz ardı etme, hastalık durumlarında herhangi bir tıbbi desteğe başvurmama, çocuğun eğitimi konusunda veli olarak görevlerini yerine getirmeme gibi davranışlar sergilediği görülmüştür (Güler ve ark., 2002: 130). Fiziksel ihmalin olası nedenleri arasında ebeveynlik bilgi ve becerilerindeki potansiyel eksiklere dikkat çekmektedir (Turner ve ark., 2019: 7). Polonko (2016: 260-284) fiziksel ihmal sonucunda davranış kalıplarının nesiller arası bir döngü oluşturabileceğini, çocuğun bilişsel işlev kapasitesinin düşük performans

gösterebileceğini ve ileriki yaşamında akademik başarısı üzerindeki olumsuz etkilerin oluşabileceğine işaret etmektedir.

Duygusal ihmal, çocuğun yetişkinliğe ulaşma sürecine kadar olan evrelerde psikolojik, bilişsel, gelişimsel olarak bakım verenleri tarafından uygun duygusal ortamın sağlanmaması ve çocuğun ihtiyaç duyduğu sevilme, takdir görme, onaylanma, şefkat gibi davranışlardan mahrumiyeti şeklinde tanımlanabilir. Çocuğun ebeveynleri ile ilişki içerisindeyken onlardan öğrenmesi gereken duygusal güvenlik duyguları olgunlaşması için gerekli olup aynı zamanda bu ilişki içerisinde duygusal ihmallerle suiistimal edilen ilişkinin zarar verici yönünün de oldukça fazla olduğu söylenebilir (Calussen ve Crittenden, 1991: 5-10; Glaser, 2002: 697-710). Çocuğun duygusal gelişimi sürecinde duyguları ifade etme, anlama, düzenleme gibi becerilerinin kazanıldığı evrelerde yaşanabilecek ihmaller çocuğun gelişimsel düzeyine uygun olarak geçirilmesi gereken yaşam dönemlerinde aksaklıklara neden olup farklı psikolojik belirtilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir (Santrock, 2015: 245-247).

Çocuğun aileden bağımsız geçireceği yaşam için gerekli olan becerileri öğrenme sürecinde özerk bırakılmayıp duygusal olarak bağımlı bir şekilde gelişen ebeveyn çocuk ilişkisinin işlevsizliği, çocuk için gerekli olan stres düzenleme becerilerinin kazanılmamasına neden olup çocuğun temel gelişimini olumsuz etkileyebileceği, ilerleyen yaşam dönemlerinde ise utanç duygularının ve sağlık açısından olumsuz belirtilerin oluşabilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu duruma paralel olarak duygusal ihmalin psikolojik rahatsızlıkların da habercisi olabileceğine bireyin ilerleyen yaşam dönemlerinde psikolojik ve davranışsal olarak sorun yaşama olasılıklarının oluşabileceğine işaret edilmektedir (Rees, 2008: 527; Ross ve ark., 2019: 36). Çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalmanın psikopatoloji, cinsel zorluklar ve kişilerarası problemlerle ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Mullen ve ark., 1996: 7).

1.2.1.3. Ev İçi Şiddet ve İşlev Bozukluğu

Çocukluk çağı travma türlerinden biri olan aile içi şiddet ebeveyn, anne baba, bakım verenler veya aileyle bir arada yaşayan farklı bir aile üyesi tarafından vurma, tekme atma, sarsma, boğma, bıçakla yaralama, hırpalama, sözlü saldırıda bulunma gibi

tehditten ölüme kadar varabilecek bütün eylemler ve ihmaller şeklinde tanımlanabilir (İçli, 1994: 7-9). Aile ve ev içi şiddet çeşitli kültürlerde farklı eğitim seviyelerinde ve farklı gelir düzeyine sahip kişiler arasında görülebilen dünya genelinde mevcut bir sorundur. Ülkemizde de görülmekte olup güvenlik kaygısı, utanma hali, düşük ekonomik düzey, yeterli bilgiye ve farkındalığa sahip olmama gibi nedenlerle şiddet olaylarının büyük bir kısmının resmi olarak bildirilmediği söylenebilir (Alper ve Ark., 2005: 50-54). Şiddet kimi zaman ebeveynler veya bakım verenler arasında çatışmalı duruma çocuğun şahitlik ettiği bir senaryo ile gerçekleşirken kimi zaman da çocuğun kurban pozisyonunda olduğu bir döngüde devam edebilir (Vahip ve Doğanavşargil, 2006: 111-113). Kişilerin geçmiş yaşamlarında şiddet ve istismar içeren koşullarda büyümüş olmaları, ekonomik açıdan zorlayıcı koşulların varlığı, genetik aktarımları ve alkol kullanımları risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Burgess ve Draper, 1989: 59). Çocuğun aktif olarak şiddet yaşantısının içinde bulunuyor olması veya kurban rolünde olması psikolojik ve bedensel sağlık açısından birden fazla olumsuz durumla sonuçlanabilir. Ağırlıklı olarak kadın ve çocukların kurban rolünde olduğu ev içi şiddet yaşantısı, mağdurların psikolojik sağlığını etkilediği ve farklı psikopatolojilere sebebiyet verebileceği konusunda araştırmalar mevcuttur (Kivark ve ark., 2015: 321-322; Kurt ve ark., 2018: 26-27). Bu bağlamda çocukluk çağında yakın partner şiddetine tanıklık etmiş çocukların gelecek yaşamlarında depresif belirtiler gösterme ve madde bağımlılığı gibi durumların ortaya çıkmasında zemin hazırladığı söylenebilir (Dube ve ark., 2002: 16-17).

Şahitlik edilen veya maruz kalınan ev içi şiddet yaşantısının dışında aile üyelerinden birinin hükümlü olması, aile içinde madde bağımlılığı, birlikte yaşayan aile bireylerinden birinde veya birden fazla kişide psikiyatrik rahatsızlık bulunması da ev içi işlev bozukluğu kategorisinde değerlendirilen ve araştırılan diğer alt başlıklar arasındadır. Aile üyelerinden birinin tutuklandığına veya hapisanede kaldığına şahitlik eden çocukların daha yüksek düzey düzeyde kaygı ve güvenlik açısından tehdit yaşadıkları söylenebilir (Metcalf ve ark., 2022: 329). Benzeri şekilde aile üyelerinde madde ve alkol bağımlılığı olan çocukların cinsel, duygusal ve fiziksel istismar mağduru olduğu görülmektedir (Taplin ve ark., 2014: 1311).

1.2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı

Güncel bilgilere bakıldığında 2-4 yaş arasındaki her 4 çocuktan 3'ü ebeveynleri veya bakım verenleri tarafından düzenli olarak fiziksel cezaya ve psikolojik şiddete, 20 yaşın altındaki 120 milyon kız çocuğu ve genç kadının zorla cinsel ilişkiye maruz kaldığı her 5 kadından birinin 0-17 yaş arası dönemde cinsel istismara uğradığı dünya sağlık örgütü tarafından bildirilmektedir (World Health Organization, 2020). Ülkemizde ise TÜİK verilerine göre güvenlik birimlerince karşılanan çocukların %41,7'sinin suç (yaralanma, aile düzenine karşı suçlar, tehdit, cinsel suçlar) mağduru olduğunu görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2021).

Çocukluk çağı travmaları gerek dünyada gerekse ülkemizde sıklıkla çalışmaya devam edilen bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerika'da 34.000'den fazla yetişkin üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada çocuk cinsel istismarı genel yaygınlık oranı %10,4, cinsiyet açısından bakıldığında bu oran kadınlarda %75,2 erkeklerde ise %28,8 şeklinde bildirilmiştir (Pérez-Fuentes ve ark., 2013:18-20). Başka bir araştırmaya göre 112 katılımcı içerisinde 23 katılımcının (%20,5) fiziksel istismara, 51 katılımcının (%45,5) duygusal istismara ve 24 katılımcının (%21,4) cinsel istismara maruz kaldığı ifade edilmiştir. Ayrıca kadın katılımcıların %20'si fiziksel istismar, %45,4'ü duygusal istismar ve %22'si cinsel istismara maruz kaldıklarını belirtmiştir (Koç ve ark., 2015: 134).

1.3. Disosiyasyon

Disosiyasyon (Ayrılma) terimi köken olarak “dis” (parça) ve “sociare” (bir araya gelmek) kelimelerinden oluşur ve on beşinci yüzyıla kadar “arkadaşıktan ayrı-bağlantıyı kesmek” anlamlarında kullanılmıştır (Oxford English Dictionary, 2023). Disosiyasyon kavramı için henüz belirtilerin bir tanımının olmadığı dönemlerde bilinçteki bölünmeler şeklinde açıklandığı ve bilimsel literatürde kişiliğin, zihnin, ruhun çoğalması ayrışması şeklinde birçok farklı terimle ifade edildiği ve günümüz psikiyatrik terminolojide ise hala bölünme, ayrışma gibi anlamlarla kullanımına devam edildiği söylenebilir (Hart, 1925: 236; Moskowitz ve ark., 2019: 18; Sadock ve Sadock, 2014).

Disosiyatif belirtiler kişinin günlük hayat akışında meydana gelebilen ve normal olarak karşılanan hayal kurma, dalgınlık, unutkanlık davranışları ile işlev bozukluğu

düzeyinde belirtiler gösteren disosiyatif kimlik bozukluğuna kadar geniş bir küme içerisinde yer alır. Küme içerisinde yer alan birçok tanının genel başlığı olan disosiyatif bozukluklar kişinin duyguları, düşünceleri, farkındalığı arasında gerçekleşen uyumlu ilişkinin bozulması şeklinde kendini gösterir (Rajkumar, 2022: 843). Bu uyumlu ilişkideki aksaklığın algı, bilinç, bellek, kimlik ve motor davranışlarda bozulmalarla kademeli veya ani şekilde meydana gelebileceği, geçici veya kronik olabileceği konusunda yaygın bir görüş mevcuttur (Sadock ve Sadock, 2014).

Disosiyatif belirtilerden günümüz disosiyatif bozukluklar kümesine kadar uzanan tüm belirtiler insanlığın eski dönemlerinde farklı şekilde yorumların yapıldığı bir dizi garip davranış biçimleri olarak karşılanmıştır (Okano, 2011: 889). Literatürde ilk kez ‘çifte kişilik’ vakası 1791’de yayınlanmış olup o yıllarda insanlar tarafından anlaşılmayan belirtiler kişinin içine giren kötü ruhlar veya şeytani güçler şeklinde yorumlanmış, 1900’lü yıllarda ise ilk kez Benjamin Rush disosiyatif (çözülme-ayırışma) tanımlamasından bahsetmiştir (Carson, 1981: 666). Benzer çalışmalarla ilgilenen Mitchill (1816;185-186), Mary Reynolds olgusu ile çift kişilikten söz etmiş, Morton Prience’in kaleme aldığı vaka çalışmalarından sonra disosiyatif kimlik bozukluğu (Çoklu kişilik bozukluğu) tanımlayıcı olarak kullanılmaya başlanmıştır (Fahy, 1988: 597-601).

Dönemin hekimleri hipnoz, uyurgezerlik, telkin, füğ, geçici amneziler gibi bir dizi farklı belirtileri içeren olguları incelemiş, histerinin ve çoklu kişilik patolojilerinin psikolojik travmanın bir sonucu olabileceği düşünmüştür. Zihinsel sistemin temel yapılanmalarını inceleyen Pierre Janet kişinin bilinç akışını çevresel ve intrapsişik koşullar ile duygular ve düşüncelerin eşlik ettiği karmaşık bir yapı olarak tanımlamış belirli koşullar altında zihinsel hiyerarşinin katmanlarının (automatismes psychologiques) ayrışabileceğini, kişinin farkındalığının ve kontrolünün dışında işleyebileceğini öne sürmüştür. Janet’in ayrışma görüşü William James tarafından desteklenmiştir (Kihlstrom, 2001: 258-260). Öte yandan bilişsel yetenek testleri ile ilgili çalışmalarla bilinen Alfred Binet, başlangıçta bilincin ikiye katlanması (kişiliğın) vurgulamış bir süre sonra görüşünü genişleterek sadece iki değil üç, dört şeklinde daha fazla sayıda kişiliğın olabileceğinden bahsetmiş ve birden fazla yayın yaparak amnezinin, obsesif düşüncelerin, konversiyon bozukluğunun, paralizinin, işitsel var

sanların bilincin ikileşmesi sonucu meydana gelebileceğine işaret edip psikiyatrik olarak disosiyatif belirtileri sınıflandırmıştır (Binet, 1892: 38; Ross, 1989: 29-30).

Sigmund Freud, Jean Martin Charcot'nun yanında uzun süre histeri üzerine çalışmış ardından Josef Breuer ile histerik belirtiler gösteren hastalarla dönemin sinir hastalıkları ile ilgili önerilen hidroterapi, elektroterapi, dinleme gibi yöntemler gerçekleştirmiştir. Bu yöntemlerin yeterli olmadığını düşünen Freud, hipnozu kullanmaya başlamıştır. En önemli vakalarından biri olan Anna O. ile hiptonik telkinin farklı bir biçimini kullandığından bahsetmiş, bilincin ikileşmesi üzerine çeşitli varsayımlarda bulunmuştur (Freud ve Breuer, 1893: 21-47). Freud ve Breuer dönemin ifadesi ile “zihin bölünmesinin” veya “bilincin bölünmesinin” zihinsel zayıflığa yatkınlıkla ilgili olmadığını aksine zihinsel zayıflık ve belirtilerin çözülmeden kaynaklı olabileceğini iddia etmiş ve kişinin yaşayabileceği travma sırasında şiddetli duyguların etkisini vurgulamıştır (Freud, 1893: 12). Geçmişte histeri olarak adlandırılan belirtiler ile günümüzde kişinin hipnotik bir hal içerisindeyken veya felçlik durumlarında benzer beyin mekanizmalarının aktive olması tarihsel bağlam içerisinde değerlendirildiğinde Charcot'un henüz psikiyatrinin olmadığı dönemlerde bilimsel olarak konuya dikkat çekmiş olması ve Freud'un cinsellik ile yaptığı çalışmalarda öne sürdüğü görüşlerinden bazılarının hala desteklendiği belirtilmektedir (Bogousslavsky, 2020: 14). Breuer'in şizofreni tanımlaması yapmış olması ve Freud'un hipnoz uygulamasından uzaklaşması yirminci yüzyılda incelenen vakaların seyrekleşmesine ve önceki süreç kadar ilgi görmemesine neden olduğu düşünülmektedir (Ross, 1989: 38-40).

İkinci Dünya Savaşı ardından ortaya çıkan amnezi ve füğ gibi belirtiler disosiyatif belirtileri ve araştırmaları tekrar gündem haline getirmiş 1970'lerde travma yaşantısı ve feminizm hareketi ile çocuk istismarı ile esneste konularına dikkat çekilmiştir. Disosiyatif belirtilerin çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismar ile ilişkili olabileceği ve farklı psikopatolojilere sebep olabileceğinin üzerinde durulmuştur (Ross ve Ark., 1989: 490). 1980'de disosiyatif bozukluklarının tanınması açısından bir dönüm noktası olmuş ve DSM- III'te resmi olarak yer almıştır (Nakatani, 2000: 1-2). DSM- III'ün 1980-1990 dönemlerinde incelenen ve artan vakaların bir kısmını tanımlayabilmiş olmasına karşın kişiler arası amnezi hakkında herhangi bir atıfta bulunmaması durumu DSM-IV'te amnezi tanımlaması getirilerek düzeltmeye gidilmiştir (Kihlstrom, 2001: 260-263).

Disosiyasyon kavramının tarihsel olarak gelişim ve değişim sürecinin yanında disosiyasyon ve disosiyatif bozukluklara yönelik son 20 yıllık süreçte kişiliğin yapısal olarak ayrışmasını bütünleşik bir şekilde sunulduğu yapısal ayrışma teorisinden söz edilmektedir (Van der Hart ve Rydberg, 2019: 191-199). Yapısal terimi sadece dikkat ve bilişi içeren bir kavram olarak değil organizmayı bir bütün olarak değerlendiren bir kavram olarak kabul edilir. Travmatik yaşantının birey üzerindeki etkilerine odaklanan teori, ayrışma vakaları ile ilgili klinik bulgular, motivasyon sistemlerini, bağlanma teorisini, psikanalitik ve psikodinamik teoriyi, peritratmatik ayrışma çalışmalarını bir bütün olarak değerlendirir. Her ne kadar kendi içinde Myers'in (1940) sınıflamasını temel alarak travma yaşantısına sahip askerlerin travma anılarından tekrarlayıcı bir şekilde acı çeken kişiler için 'duygusal kişilik' travma yaşantısından sonra hayatı normal akışında devam ediyormuş gibi görünen çeşitli amnezi, uyarılma ve uyuşma yaşayan kişiler için ise 'görünüşte normal kişilik' ayrımında değişiklik yaparak 'kişiliğin ayrılan kısımları' şeklinde ele alınmış olsa da oluşan kişiliklerin ve kimliklerin ayrıştırılarak değerlendirilmesi fikrinden uzaktır. Kişinin yaşadığı öznel ayrılık duygusundan bağımsız olarak bir bedeni paylaşan davranışsal ve duygusal içerikler olarak değerlendirir (Bromberg, 2001: 165-223; Cassidy ve Shaver, 2008: 166; Lensvelt-Mulders ve ark., 2008: 1138; Van der hart, 2021: 3-5).

1.3.1. Disosiyatif Bozukluklar

Disosiyatif bozukluklar kişinin, kendini ve dünyayı algılayışında değişiklik meydana gelmesiyle bütün halinde çalışan bilinç, algı, bellek ve kimlik farkındalığının ayrışma belirtileri göstermesi ve psikolojik olarak kişinin kaldırabileceğinden fazla yüklerle karşılaşması sonucu bir takım duygu ve düşüncelerin zihnin düzenli bir şekilde çalışan mekanizmasından ayrılarak özerk halde çalışmaya devam etmesi şeklinde açıklanır (Şar, 2018: 453-461; İzci ve Beşikçi, 2022: 32). Ayrışma belirtileri genellikle ergenlik dönemlerinde ortaya çıkıp yetişkinlik döneminde daha düşük seviyelere iner (Putnam, 1993: 39-40). Ülkemizdeki yaygınlık oranı %1,1 olarak bildirilmiş ve genel popülasyonda kadınlar için ömür boyu disosiyatif bozukluk oranı %18,3 ve başka türlü adlandırılmayan disosiyatif bozukluk oranı %8,3 olarak bildirilmiştir (Şar ve ark, 2007: 169-176).

Disosiyasyonun varlığı çeşitli stresörler ve çocukluk çağı travmalarının sonucu gelişen bir çeşit yanıt mekanizması olarak kabul edilir ve çocukluk çağı travma bildiriminde bulunan bireylerde yüksek düzeyde ayrışma seviyelerinden söz edilebilir (Rolelofs ve ark., 2002; Van der hart, 1989). İstismar mağduru çocuğun yaşadığı olayı hatırlamak istememesi veya olaydan kaçmak istemesi sonucunda oluşabilir (Çolak, 2022: 62).

Putnam'a (1993: 40-41) göre ayrışma, normal bilinç akış içerisinde bilginin entegrasyonun tam anlamıyla doğru bir şekilde sağlanmaması sonucu amnezi, benlik algısında bozulmalar, trans benzeri durumlar, davranışsal olarak değişiklikler, bellek becerilerinde değişimler, işitsel ve görsel halüsinasyonlar şeklinde kendini gösterir. Nitekim disosiyatif bozuklukların genel belirtileri arasında amnezi dikkat çeker. Bellek araştırmalarında travmatik deneyimin kişinin anlamlandırma kapasitesinde etkili olabilecek ve kişide bellek farklılıklarına yol açabilme olasılığına sahip bir kavram olarak değerlendirilir (Vissia ve ark., 2022: 2-5). Disosiyatif kimlik bozukluğu tanısına sahip hastaların geçmişe yönelik bellekte sorunlar ve anıların hatırlanmasında güçlük yaşadıkları tespit edilip bu tanı grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun çocukluk çağı travma bildiriminde bulunduğu bildirilmektedir (Barlow, 2011: 61-66). Kluft (1991: 609-615) ise ayrılmış kişiliklerin çevresel etkenlere duyarlı olduğunu, her birinin kendi kişilik örüntülerinin ve kimliklerinin olabileceğinden söz etmektedir. Bu bağlamda disosiyatif kimlik bozukluğu belirtileri gösteren hastaların genellikle içinde başka birinin varlığından bahsettiği ve hissedilen kişinin farklı bir cinsiyeti, ismi, yaşı etnik kökeni, karakteri, fiziksel özellikleri olabileceği klinik görünümde güncel olarak kabul görmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 29-294).

Disosiyatif bozukluklar ana başlık olarak zihinsel bozuklukların istatistiksel el kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) beşinci basım (DSM-5) sınıflandırmasında alt başlıklara şu şekilde ayrılır: Disosiyatif Amnezi (Unutkanlık Çözülmesi), Disosiyatif Kimlik Bozukluğu (Kimlik Çözülmesi Bozukluğu), Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon) / Gerçekdışılık Çözülmesi (Derealizasyon), Tanımlanmış Bir Diğer Çözülme Bozukluğu, Tanımlanmamış Çözülme Bozukluğu. Belirtilere göre varsa Disosiyatif Füg (Kaçış Çözülmesi) alt türü olarak ifade edilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 291-307).

- Disosiyatif Amnezi (Unutkanlık Çözülmesi): Genellikle yüksek stres faktörünün etkili olduğu herhangi bir olaydan sonra aniden ortaya çıkan amnezi, kişinin önemli sayılabilecek kişisel bilgileri hatırlamama durumu olarak kendini gösterir.

Sıradan bir unutma olayı şeklinde açıklanamaz ve kişinin sosyal, mesleki hayatını önemli ölçüde etkileyip işlev kaybına neden olmaktadır. Belirli bir süre boyunca olayları hatırlayamama şeklinde belirtiler gösteren sınırlı amnezi disosiyatif amnezinin en yaygın şekli olarak kabul edilmektedir. Sınırlı amnezi travmatik tek bir yaşantının geçmiş anısından daha geniş olabilir. Genelleştirilmiş amnezi ise sınırlı amneziye göre daha nadir görülen kişinin yaşam öyküsüyle alakalı tam bir bellek kaybını içermektedir. Kişi öğrenilmiş bütün becerileri, dünyayı anlamlandırdığı bütün bilgileri, kişisel kimliğini hatırlayamaz. Kimi vakalarda disosiyatif amnezinin al türü olan füğ belirteci not düşülür. Genel olarak belirti ve şikayetler bir maddenin (alkol veya ilaçlar vs.), nörolojik veya başka bir tıbbi durumla (kısmi nöbetler, geçici genel amnezi, kafa/travmatik beyin hasarı, diğer nörolojik durum vs.) ve farklı bir psikiyatrik tanı ile açıklanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 298).

- Disosiyatif Füğ (Kaçış Çözülmesi): Bellek yitimi ile seyreden kimi zaman kaçış veya seyahat içeren şaşkın dolaşma hali.
- Disosiyatif Kimlik Bozukluğu (Kimlik Çözülmesi Bozukluğu): Kişinin çevresi tarafından fark edilebilen kültür ve din bağlamında açıklanamayan iki veya daha fazla sayıda farklı kişilik durumlarının varlığı şeklinde tanımlanır. Kimlikteki bozukluk davranış şekilleri, bilinç, bellek, motor beceriler, benlik duygusu gibi birçok alanda farklılıklar içermektedir. Kişinin günlük hayatında önemli sayılabilecek bilgileri, travmatik yaşantıları hatırlama konusunda tutarsızlıkları ve yineleyen hafıza boşlukları görülür. Bu hafıza boşlukları normal bir unutma olarak açıklanamaz. Belirtiler belirgin düzeyde sıkıntıya, sosyal ve mesleki alanlarda yüksek düzeyde işlevsellikte bozulmalara yol açar ve herhangi bir maddenin etkisi (bilinç kaybı, alkol vs.) veya tıbbi durum (nöbetler vs.) ile açıklanamaz. Yetişkinler dışında çocuklarda görülebilen belirtiler ise hayali oyun arkadaşları veya çocuk fantezileri ile açıklanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 292).
- Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon) / Gerçekdışılık (Derealizasyon) Bozukluğu: Kendine yabancılaşma belirtileri kişinin kendi benliğinin tamamı veya bir kısmına karşı duyarsızlaşması şeklinde görülür. Kişi tamamıyla tüm varlığından kopmuş (“Ben aslında yokum.”, “Ben hiç kimseyim.”) veya duygu, düşüncelerinin varlığının farkında olup bunların kendisine ait olmadığını (“Duygularım var biliyorum ama onları hissedemiyorum”, “Düşüncelerim bana ait

gibi gelmiyor.”) dile getirebilir. Öte yandan belirtiler vücut parçaları veya eylemler ilgili olabilir ve zamansal çarpıtmalar gözlenebilir. Gerçek dışılık ise kişinin çevresine karşı yabancılaşması şeklinde kendini göstermektedir. Kendi ile gerçek dünya arasında ince bir perde varmış şeklinde ifade edilebilmektedir. Genellikle öznel görsel (nesne uzaklığı, boyutunda değişiklikler) ve işitsel (seslerin kısıldığı veya yükseldiğine dair söylemler) gözlemlenmektedir. Kendine yabancılaşma ve gerçek dışılık tekrarlayan şekilde birlikte veya ayrı görülebilir ve belirtiler sosyal, mesleki alanda ciddi düzeyde işlev kaybına neden olmaktadır. Herhangi bir madde (ilaç vs.) veya tıbbi durum (nöbetler vs.) ile açıklanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 302-303).

- Tanımlanmış ve Tanımlanmamış Disosiyatif (Çözülme) Bozukluğu: Tanımlanmış disosiyatif bozukluk tanısı belirtilerin ciddi düzeyde sosyal, mesleki yaşamda işlev kaybına neden olduğu ve herhangi bir tanı kümesini tam karşılamadığı durumlarda kullanılır. Tanımlanmış disosiyatif bozukluğunun farklı örnekleri vardır. Bunlar: Belirtilerin tanı ölçütlerine yaklaştığı fakat tam olarak karşılamadığı kronik ve tekrarlayan disosiyatif belirtiler, psikotik belirtilerin varlığı ile karışık disosiyatif belirtilerin bulunması ve bu belirtilerin bir aydan daha kısa sürmesiyle iki akut durumun meydana gelmesi, beyin yıkama ve düşünce değiştirme için zorlayıcı ikna eylemlerine maruz kalma sonucu oluşan disosiyatif durumlar, disosiyatif trans (belirli kültürlere özgü epizodik bilinç değişiklikleri), disosiyatif stupor (uyarana cevap vermeyen bilinç hali, tepkisizlik) veya koma, Ganser sendromu (sahte hastalık) şeklinde sıralanabilir. Tanımlanmamış disosiyatif bozukluklar kategorisi belirtilerin hiçbir tanı kümesini karşılamaması durumlarında veya acil servis girişlerinde kullanılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 292)

1.3.2. Kadın Cinsel İşlevi, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Belirtiler ve Riskli Cinsel Davranışlar Olası İlişkisi

Cinsel işlevi etkileyebilme olasılığına sahip birçok faktör bulunmaktadır. Literatür incelendiğinde cinsel işlev bozukluğu bildiriminde bulunan kadınlarda çocukluk çağı travma hikayesi olduğu, bu kadınların kayda değer kısmının (%49-84) cinsel uyarılma gibi sorunlar yaşadıkları ve çocukluk çağı travma geçmişi olan kadınların cinsel sorunlar yaşama olasılarının erkeklere nazaran daha fazla olduğu söylenebilir

(Laumann ve ark., 1999: 537; Leonard ve Follette, 2002: 306-310). Bu olasılığın çocukluk çağı travmaları arasında cinsel istismar mağduru kız çocuklarının erkek çocuklara nazaran daha yüksek düzeyde olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Benzer sebeplerden hareketle yetişkinlik döneminde cinsel uyarılma ve cinsel tepkilere karşı farklılaşma, riskli cinsel davranış açısından kadınların erkeklere nazaran daha yüksek düzeyde risk grubu olduğuna işaret edilmiştir (Abajobir ve ark, 2017: 249). Daha önce de belirtildiği gibi çocukluk çağı travma yaşantısının yetişkinlik döneminde kadınların duygusal, davranışsal ve değerlendirici yönlerinden en az birinde sorun yasabileceklerini konu alan çalışmalar işaret edilen çıkarımları destekler niteliktedir (Easton ve ark., 2011: 41). Sadece yetişkinlik dönemi açısından birden fazla risk faktörünün söz konusu olması değil aynı zamanda çocuk mağduriyetinin yetişkinlikteki mağduriyet yaşantıları ile ilişkili olabileceği literatür tarafından desteklenmektedir (Fereidonni ve ark., 2023).

Disosiyatif belirtilerin stres verici olumsuz ezici duygulara karşı bir çeşit tepki mekanizması olarak kabul edildiği ve bilincin, belleğin, kimliğin, bir bütün olarak algılanma işlevselliğindeki bir çeşit bozulma şeklinde tanımlandığı göz önüne alındığında geçmiş travmatik deneyime bağlı olarak yüksek düzey stres, cinsel aktivasyon sırasında disosiyona ve olası bir dikkat dağınıklığına yol açabilir. Bu bağlamda cinsel yanıt döngü evrelerinin herhangi bir aşamasını etkileyerek cinsel işlev kaybına neden olabilecek bir dizi durum meydana gelebilir (Barlow, 1986: 140-144; Putnam, 1993: 40-43). Nihayetinde kadınların cinsel tepkilerine yönelik teorik modeller de stresin psikolojik olarak zihin ve beden arasındaki bir kopukluğa (disosiyasyon) neden olabileceğine ve duygusal durumun rahatsızlığını azaltma girişimi olarak bir koruma mekanizması şeklinde çalışabileceğine işaret eder. Örnek olarak Barlow (1986) modeli kişinin kendi bedeninden ayrılma deneyimini duyarsızlaşma şeklinde açıklayarak kişinin odağını uyarılardan uzaklaştırarak tam anlamıyla içinde bulunduğu anı algılayamaması ile ilişkilendirir (Masters ve Johnson, 1966: 5-6; Brotto ve ark., 2010: 591-592). Nitekim disosiyatif bozukluklar kümesinde yer alan Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon)/ Gerçekdışılık (Derealizasyon) tanımlarında bulunan klinik belirtiler de benzer şekilde kişilerin şimdiki ana ve bedenine karşı olan duyarsızlaşmayı ifade eder (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 302-303). Üreme çağındaki kadınların cinsel işlevi, çocukluk çağı travmaları, disosiyatif belirtiler ve riskli cinsel davranışlar arasındaki olası ilişkiye bakılacak olursa,

yetişkinlik döneminde kadınların yaşadıkları partner şiddeti cinsel açıdan riskli davranışlarla ve disosiyatif belirtiler ile ilişkili olabilir. Çoklu partner, cinsel ilişki (seks) sırasında kondom kullanmama veya tutarsız kullanım, istenmeyen gebelik, isteyerek kürtaj deneyimi gibi bulgulara rastlanmaktadır (Coker, 2007: 149; McFarlane ve ark, 2005: 99). Çocukluk çağı travmasının yetişkin yaşamında insan ilişkileri, partner seçme ve birliktelik kurma üzerinde etkileri göz önüne alındığında kadınların travmatik deneyimin tekrarlanacağı ilişkiler içinde bulunma olasılıkları olabilir ve bu olası durum disosiyatif belirtilerin cinsel işlev üzerinde etki ederek işlev bozukluğuna sebebiyet verebileceğini düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Amacı

Cinsel işlev ilk bakışta çağrışım olarak daha çok mahremiyet, ilişki kurma, yaşamın daha özel anlarını paylaşılması gibi kavramları akıllara getirirse de iki yetişkin bireyin öznel paylaşımı dışında cinsel sağlık, insan neslinin devamlılığı veya toplumsal olarak birçok farklı perspektiften değerlendirilen bir kavramdır (Danışkan ve Sevil, 2017: 75). Toplumsal olarak cinsel sağlık, cinsel ilişki (seks), kürtaj deneyimleri, korunma tercihleri gibi konulara yaklaşımın mesafeli olduğu görülmektedir ve literatür taraması sonucu özellikle kadın cinselliği konusunda yapılan araştırmaların öteki konulara kıyasla daha sınırlı olması dikkat çekicidir.

Travmanın insan yaşamına olan etkileri konusunda birçok araştırma mevcuttur ve travma yaşantısının olumsuz etkileri bireyin ailelerin ve toplumların refahını etkileyip yaşam boyu sürebilir (Maschi ve ark., 2012: 62). Çocuklara yönelik travmatik deneyim, kötü muamele ile şiddetin sonuçları yaşam boyu süren fiziksel ve zihinsel sağlığın bozulmasını içerir, bunun yanında sosyal ve mesleki sonuçlar ülkelerin sosyal ve ekonomik gelişimini yavaşlatabileceği de ön görülmektedir (WHO, 2020). Çocukluk çağı travmalarının uzun vadede olabilecek etkilerini göz önüne aldığımız da kişinin bireysel sağlığı, aile sağlığı, travmalarının aktarımı ve toplumsal olarak halk sağlığı açısından önemli bir konu olduğu hatta çocukluk çağı travmaları konusunda olumlu küçük bir hamlenin domino etkisi yaratarak birçok olumsuz sayılacak durumun önüne geçebileceği söylenebilir (Gölge ve ark., 2013:82-83; Öztürk, 2020: 4). Bu çerçeveden bakıldığında üreme çağındaki kadınların cinsel işlevi üzerinde çocukluk çağı travmalarının önemli bir etkisinin olabileceği düşünülmüştür.

Üreme çağındaki kadınların cinsel işlevi, çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtiler ile ilgili konularla ilgili bir çalışma yürütülmediği görülmektedir. Var olan çalışmalar ise klinik gruplarla ve daha çok gözleme dayalı nitel çalışmalar veya değişkenlerin ayrı ayrı ele alındığı araştırmalardır. Mevcut çalışma kapsamında belirlenen değişkenlerin birbiriyle olan olası ilişkisi teorik çerçeve ve niceliksel veri analizleri doğrultusunda tartışılması hedeflenmiştir. Ayrıca disosiyatif belirtiler ve disosiyatif bozukluklarla ilgili olan çalışmalara katkı sunması ve çocukluk çağı travma önleme çalışmalarına, aile destek programlarına, kadın çalışmalarına, cinsel eğitim programlarına ve literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Bu çerçevede cinsel işlev belirtilerinin çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtiler ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amacın yanı sıra cinsel işlevle, çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtilerle bağlantılı olabilecek bazı demografik özellikler ve deneyimlere göre de değerlendirmeler yapılmıştır. Bu doğrultuda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

Araştırmada cevap aranan sorular şu şekildedir:

1. Kadınların cinsel işlev, çocukluk çağı travma ve disosiyatif belirti düzeyleri medeni duruma göre farklılaşmakta mıdır?
2. Kadınların cinsel işlev, çocukluk çağı travma ve disosiyatif belirti düzeyleri eğitim duruma göre farklılaşmakta mıdır?
3. Kadınların cinsel işlev, çocukluk çağı travma ve disosiyatif belirti düzeyleri çoklu partner tercihlerine göre farklılaşmakta mıdır?
4. Kadınların cinsel işlev, çocukluk çağı travma ve disosiyatif belirti düzeyleri istemsiz gebelik deneyimlerine göre farklılaşmakta mıdır?
5. Kadınların cinsel işlev, çocukluk çağı travma ve disosiyatif belirti düzeyleri kürtaj deneyimlerine göre farklılaşmakta mıdır?
6. Kadınların cinsel işlev, çocukluk çağı travma ve disosiyatif belirti düzeyleri cinsel korunma tercihlerine göre farklılaşmakta mıdır?
7. Kadınların cinsel işlev, çocukluk çağı travma ve disosiyatif belirti düzeyleri cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçmişine göre farklılaşmakta mıdır?
8. Çocukluk çağı travma, cinsel işlev ve disosiyatif belirti düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

9. Çocukluk çağı travma ve disosiyatif belirti düzeyi birlikte cinsel işlev belirtilerini yordamakta mıdır?



İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini 25-45 yaş arası kadın katılımcılardan oluşmaktadır. Toplam 300 kişi katılım sağlamıştır. Yaş ortalaması 31,5 ve standart sapması 6,21'dir. Katılımcılardan elde edilen demografik bilgiler Tablo 2.1'de verilmiştir.

Tablo 2.1: Demografik bilgileri içeren tablo

		Katılımcılar (N=300)	
Yaş		Ortalama	Standart Sapma
		31.5	6.21
		Sıklık	Yüzde
Medeni Durum	Evli	108	36
	Bekar	192	64
Ekonomik Durum	Yüksek	37	12.3
	Orta	218	72.7
	Düşük	45	15

2.2. Veri Toplama Gereçleri

2.2.1. Sosyodemografik bilgi Formu ve Ek Sorular

Katılımcıların yaşı, medeni durumu ve ekonomik durumu gibi değişkenlerin verilerine ulaşabilmek amacıyla kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Ek olarak katılımcılara çoklu partner ilişkileri, istemsiz gebelik yaşantıları, kürtaj deneyimleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklarla karşılaşp karşılaşmadıkları, korunma tercih ve yöntemleri hakkında kısa yanıtı sorular sorulmuştur. Kişisel bilgi formu ve ek soruların örneği ekler bölümünde yer almaktadır.

2.2.2 Cinsel İşlev Belirti Ölçeği

Cinsel işlev belirti ölçeği Rosen ve Arkadaşları (2000: 191-208) tarafından kadınların cinsel fonksiyon bozukluğunu tespit edebilmek üzere geliştirilmiş ve Türkçe

uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öksüz ve Malhan (2005: 54-59) tarafından yapılmıştır. Likert tipi olup toplam 19 maddesi ve 6 alt alanı bulunan öz bildirim ölçeğidir. Alt alanları cinsel istek, cinsel uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı şeklinde sıralanabilir. Bazı soruların yanıtları katılımcıların cinsel olarak aktif olmasına bağlı olduğundan cinsel olarak aktif olmayanlar için cevap seçenekleri mevcuttur. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan 36'dır. Puanın 26,55 altında kalması cinsel işlev bozukluğu ile uyumlu olarak tanımlanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği iç tutarlılık ve test tekrar test şeklinde değerlendirilmiştir. Cronbach alfa değerleri 0,75-0,95, test-tekrar test güvenilirliği ise 0,80-0,90 arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçek toplam puanı kullanılabilirliktedir. Ayrım geçerliliği (ölçeğin klinik ve klinik olmayan popülasyonda ayırım yeteneği) değerlendirilmiş alt alanlarda dahil olmak üzere gruplar arasında istatistik açıdan anlamlı farklar görülmüştür. Sağlıklı popülasyon ile cinsel fonksiyon bozukluğu olan kişileri birbirinden ayırt edebilir özelliktedir (Öksüz ve Malhan, 2005: 54-59).

2.2.3. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ)

Yetişkinlerin geri dönük istismar ve ihmal yaşantılarını değerlendirmeyi amaçlayan çocukluk çağı travmaları ölçeği Bernstein ve arkadaşları (1994: 1132-1136) tarafından geliştirilmiş Türkçe uyarlama çalışması Şar ve Arkadaşları (2012: 1054-1063) tarafından yapılmıştır. Toplam madde sayısı 28 olan ölçeğin 3 maddesi travmatik deneyimin inkarını ölçmeyi hedefleyen öz bildirim ölçeğidir. 5'li Likert tipi olan ölçeğin beş boyutu vardır. Bunlar; cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmaldir. Ölçeğin genişletilmiş biçimine bir boyut daha eklenmiştir ve madde sayısı 33 olacak şekilde tasarlanmıştır. Ölçeğin toplam puanı ve alt ölçek puanları kullanılabilirliktedir. Her travma tipi ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa değerleri, 0,79-0,94 arası değişmektedir. Gutmann yarıya bölme katsayısının 0,97 ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısının 0,90 olduğu bulunmuştur. CTQ-33 ile orijinal versiyonu arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (Şar ve ark., 2020: 35-51).

2.2.4. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

Disosiyatif yaşantılar ölçeği, disosiyatif psikopatolojiye sahip olan bireyleri güvenilir bir şekilde tanımlayabilmek için Bernstein ve Putnam (1986: 727-735) tarafından geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Şar ve arkadaşları (1993: 10-13) tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır ve toplam 28 maddeye sahiptir. Test tekrar güvenilirlik katsayısı 0,85 ve iç tutarlılık katsayısı s 0,93 olarak bulunmuştur (Şar ve ark., 1993: 10-13). Ölçeğin toplam puanı kullanılabilir. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ve Disosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı yüksek korelasyon bulunmuştur.

2.3. İşlem

Etik kurul onayı (bkz. Ek-1) çevrim içi olarak demografik bilgi formu, kısa sorular, Cinsel Fonksiyon Belirti Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Disosiyatif Belirtiler Ölçeği katılımcılara internet üzerinden ulaştırılmış ve 300 kişiden veri toplanmıştır. Farklı eğitim seviyesi farklı sosyoekonomik durumda olan kadınlara ulaşılma amacıyla çeşitli derneklerin kadın gruplarında ve rastgele internet ortamında karşılaşılabilecekleri mecralarda paylaşım yapılmıştır. Katılımcılara formu doldururken kendilerini kötü hissettikleri herhangi bir anda formu doldurmayı bırakabilecekleri konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Veri kontrolü sırasında eksik veya hatalı veri tespiti yapılan 46 katılımcının verileri toplam veri setinden çıkarılmıştır.

2.4. Veri Analizi

Analizler IBM SPSS Statistics 25 programı ile gerçekleştirilmiş ve değişkenlerin ilk olarak normallik değerlerine bakılmıştır. Ardından demografik değişkenler ve ek sorular için bağımsız gruplar t-testi ve varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Değişkenler arası ilişkileri farklı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Ardından cinsel fonksiyon belirtilerinin ve alt alanlarının çocukluk çağı travmalarını ve disosiyatif belirtiler tarafından yordanıp yordanmadığını değerlendirebilmek amacıyla regresyon analizi gerçekleştirilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde elde edilen verilere ilişkin analizlere yer verilmiştir. Öncelikle demografik özellikler ve ek sorulara ilişkin analiz sonuçları ardından korelasyon ve regresyon analizlerinin sonuçları yer almaktadır.

3.1. Tanımsal İstatistik Bulguları

Çalışmada yer alan değişkenlerin normallik değerlendirmeleri basıklık ve çarpıklık değerleri (-2 ila +2) göz önüne alınarak gerçekleştirilmiştir ve değişkenlerin normal dağılım gösterdikleri görülmüştür (George, 2016:114). Değişkenlerin tanımsal istatistik bulguları ve diğer ilgili bilgiler Tablo 3.1’de yer almaktadır.

3.1: Tanımsal İstatistikler

Değişkenler	Ort.	S	Çarpıklık	Basıklık	α
Çocukluk Çağı Travmaları	73.82	19.28	0.71	-0.26	0.90
Disosiyatif Belirtiler	66.23	50.52	1.126	1.21	0.95
Cinsel Fonksiyon Belirtileri	24.16	8.75	-0.98	0.22	0.97
Cinsel İstek	4.028	1.129	-0.328	-0.39	0.76
Cinsel Uyarılma	3.745	1.767	-0.91	-0.2	0.96
Lubrikasyon	4.49	1.94	-1.417	0.762	0.96
Orgazm	3.448	1.951	-0.561	-0.868	0.94
Memnuniyet	3.993	1.558	-0.502	-0.872	0.87
Ağrı Rahatsızlık	4.236	2.222	-1.071	-0.437	0.98

3.2. Demografik Bilgilere ve Ek Sorulara İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan yetişkin kadınların literatüre göre önemli görülen demografik bilgilerine dair veriler ve ek sorulara yönelik karşılaştırma analizleri gerçekleştirilmiştir. Bekar ve evli kadınların çocukluk çağı travmaları, disosiyatif belirtileri, cinsel fonksiyon belirtileri ve cinsel fonksiyon belirti ölçeğinin alt alanları bağımsız gruplar t- testi ile karşılaştırılmıştır (bkz. Tablo 3.2.1).

Analiz sonucunda medeni durumu bekar olan kadınların çocukluk çağı travma puanlarının ($Ort. = 76,4, S = 19,67$) medeni durumu evli olan kadınların çocukluk çağı travma puanlarına ($Ort. = 69,23, S = 17,75$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu ($t = -3,13, p = 0,002$); medeni durumu bekar kadınların disosiyatif belirti puanlarının ($Ort. = 68,36, S = 48,07$) medeni durumu evli olan kadınların disosiyatif belirti puanlarından ($Ort. = 62,36, S = 54,63$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -0,94, p = 0,343$) ve medeni durumu bekar olan kadınların cinsel fonksiyon belirti puanlarının ($Ort. = 23,54, S = 9,43$) medeni durumu evli olan kadınların cinsel belirti puanlarından ($Ort. = 25,25, S = 7,3$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 1,74, p = 0,082$) görülmüştür.

Cinsel fonksiyon belirti alt alanları ile yapılan analize göre medeni durumu evli olan kadınların cinsel istek puanlarının ($Ort. = 3,72, S = 1,05$) medeni durumu bekar olan kadınların cinsel istek puanlarına ($Ort. = 4,2, S = 1,13$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı ($t = -3,58, p \leq 0,001$), medeni durumu evli olan kadınların uyarılma puanlarının ($Ort. = 3,85, S = 1,45$) medeni durumu bekar olan kadınların uyarılma puanlarına ($Ort. = 3,86, S = 1,92$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,83, p = 0,406$), medeni durumu evli olan kadınların lubrikasyon puanlarının ($Ort. = 4,74, S = 1,54$) medeni durumu bekar olan kadınların lubrikasyon puanlarına ($Ort. = 4,34, S = 2,11$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 1,86, p = 0,064$), medeni durumu evli olan kadınların orgazm puanlarının ($Ort. = 4,05, S = 1,72$) medeni durumu bekar olan kadınların orgazm puanlarına ($Ort. = 3,45, S = 2,03$) puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı ($t = 2,68, p = 0,008$), medeni durumu evli olan kadınların memnuniyet puanlarının ($Ort. = 4,19, S = 1,45$) medeni durumu bekar olan kadınların memnuniyet puanlarına ($Ort. = 3,87, S = 1,65$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 1,72, p = 0,086$), medeni durumu evli olan kadınların ağrı ve rahatsızlık puanlarının ($Ort. = 4,69, S = 1,78$) medeni durumu bekar olan kadınların ağrı ve rahatsızlık puanlarına ($Ort. = 3,97, S =$

2,39) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı ($t = 2,92$, $p = 0,004$) görülmüştür.

Tablo 3.2: Evli ve Bekar Kadınların Bağımsız T- testi Sonuçları

Değişkenler	Evli (n=108)		Bekar (n=192)		<i>t</i>
	<i>Ort.</i>	<i>S</i>	<i>Ort.</i>	<i>S</i>	
Çocukluk Çağı Travmaları	69.23	17.75	76.4	19.67	-3.13*
Disosiyatif Belirtiler	62.36	54.63	68.36	48.07	-0.94
Cinsel Fonksiyon Belirtileri	25.25	7.3	23.54	9.43	1.74
Cinsel İstek	3.72	1.05	4.2	1.13	-3.58*
Cinsel Uyarılma	3.85	1.45	3.86	1.92	0.83
Lubrikasyon	4.74	1.54	4.34	2.11	1.86
Orgazm	4.05	1.72	3.45	2.03	2.68*
Memnuniyet	4.19	1.45	3.87	1.65	1.72
Ağrı Rahatsızlık	4.69	1.78	3.97	2.39	2.92

* $p < 0.05$

Araştırmaya katılım sağlayan kadınların eğitim süreleri ile çocukluk çağı travmaları, disosiyatif belirtileri, cinsel fonksiyon belirtileri ve cinsel fonksiyon belirti ölçeğinin alt alanları Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (bkz. Tablo 3.2.2).

Analiz sonucunda kadın katılımcıların eğitim süresi ile çocukluk çağı travma puanları ($r_s = -0,14$; $p = 0,011$) ve disosiyatif belirtileri ($r_s = -0,02$; $p < 0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür. Katılımcıların cinsel fonksiyon belirtileri ($r_s = 0,02$; $p = 0,615$) ve cinsel fonksiyon belirtileri alt alanlarından olan

cinsel istek ($r_s = 0,04$; $p = 0,405$) cinsel uyarılma ($r_s = 0,03$; $p = 0,562$) lubrikasyon ($r_s = -0,02$; $p = 0,704$) orgazm ($r_s = 0,01$; $p = 0,746$) memnuniyet ($r_s = 0,01$; $p = 0,822$) ağrı ve rahatsızlık ($r_s = 0,01$; $p = 0,813$) ile eğitim süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Tablo 3.3: Eğitim Süreleri Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Eğitim Süresi
Çocukluk Çağı Travmaları	-0.14*
Disosiyatif Belirtiler	-0.02*
Cinsel Fonksiyon Belirtileri	0.02
Cinsel İstek	0.04
Cinsel Uyarılma	0.03
Lubrikasyon	-0.02
Orgazm	0.01
Memnuniyet	0.01
Ağrı Rahatsızlık	0.01

* $p < 0.05$

Araştırmaya katılım sağlayan kadınların çoklu partner ilişki tercihleri ile çocukluk çağı travmaları, disosiyatif belirtileri, cinsel fonksiyon belirtileri ve cinsel fonksiyon belirti ölçeğinin alt alanları bağımsız gruplar t- testi ile karşılaştırılmıştır (bkz. Tablo 3.2.3). Analiz sonucunda çoklu partner ilişkileri olan kadınların çocukluk çağı travma puanlarının ($Ort. = 82,36$, $S = 20,52$) çoklu partner ilişkisi olmayan kadınların çocukluk çağı travma puanlarına ($Ort. = 70,38$, $S = 17,68$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu ($t = 4,74$, $p \leq 0,001$) ve çoklu partner ilişkisi olan kadınların disosiyatif belirti puanlarının ($Ort. = 85,23$, $S = 54,77$) çoklu partner ilişkisi olmayan kadınların disosiyatif belirti puanlarından ($Ort. = 58,68$, $S = 46,71$) istatistiksel

açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu ($t = 4,23$ $p \leq 0,001$); çoklu partner ilişkileri olan kadınların cinsel fonksiyon belirti puanlarının ($Ort. = 23,58$, $S = 8,88$) çoklu partner ilişkisi olmayan kadınların cinsel fonksiyon belirti puanlarına ($Ort. = 24,39$, $S = 8,71$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -0,72$, $p = 0,910$) görülmüştür.

Cinsel fonksiyon belirti alt alanları ile yapılan analize göre çoklu partner ilişkileri olan kadınların cinsel istek puanlarının ($Ort. = 4,03$, $S = 1,32$) çoklu partner ilişkisi olmayan kadınların cinsel istek puanlarına ($Ort. = 4,02$, $S = 1,04$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,10$, $p = 0,920$), çoklu partner ilişkileri olan kadınların cinsel uyarılma puanlarının ($Ort. = 3,68$, $S = 1,86$) çoklu partner ilişkisi olmayan kadınların cinsel uyarılma puanlarına ($Ort. = 3,76$, $S = 1,73$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -0,38$, $p = 0,704$), çoklu partner ilişkileri olan kadınların lubrikasyon puanlarının ($Ort. = 4,55$, $S = 1,89$) çoklu partner ilişkisi olmayan kadınların lubrikasyon puanlarına ($Ort. = 4,46$, $S = 1,96$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,39$, $p = 0,696$), çoklu partner ilişkileri olan kadınların orgazm puanlarının ($Ort. = 3,58$, $S = 1,86$) çoklu partner ilişkisi olmayan kadınların orgazm puanlarına ($Ort. = 3,37$, $S = 1,98$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,47$, $p = 0,635$), çoklu partner ilişkileri olan kadınların memnuniyet puanlarının ($Ort. = 3,63$, $S = 1,64$) çoklu partner ilişkisi olmayan kadınların memnuniyet puanlarına ($Ort. = 4,13$, $S = 1,54$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı ($t = -2,51$, $p = 0,012$), çoklu partner ilişkileri olan kadınların ağrı ve rahatsızlık puanlarının ($Ort. = 4,08$, $S = 2,27$) çoklu partner ilişkisi olmayan kadınların ağrı ve rahatsızlık puanlarına ($Ort. = 4,29$, $S = 2,2$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -0,75$, $p = 0,453$) görülmüştür.

Tablo 3.4: Kadınların Çoklu Partner İlişkileri Bağımsız T- testi Sonuçları

Değişkenler	Evet (n=86)		Hayır (n=214)		t
	Ort.	S	Ort.	S	
Çocukluk Çağı Travmaları	82.36	20.52	70.38	17.68	4.74*
Disosiyatif Belirtiler	85.23	54.77	58.68	46.71	3.95*
Cinsel Fonksiyon Belirtileri	23.58	8.88	24.39	8.71	-0.72
Cinsel İstek	4.03	1.32	4.02	1.04	0.101
Cinsel Uyarılma	3.68	1.86	3.76	1.73	-0.38
Lubrikasyon	4.55	1.89	4.46	1.96	0.392
Orgazm	3.58	1.86	3.37	1.98	-0.475
Memnuniyet	3.63	1.64	4.13	1.54	-2.51*
Ağrı Rahatsızlık	4.08	2.27	4.29	2.2	-0.75

* $p < 0.05$

Araştırmaya katılım sağlayan kadınların istemsiz gebelik yaşantıları ile çocukluk çağı travmaları, disosiyatif belirtileri, cinsel fonksiyon belirtileri ve cinsel fonksiyon belirti ölçeğinin alt alanları bağımsız gruplar t- testi ile karşılaştırılmıştır (bkz. Tablo 3.2.4). Analiz sonucunda istemsiz gebelik yaşantısına sahip kadınların çocukluk çağı travma puanlarının ($Ort. = 78,98, S = 20,56$) istemsiz gebelik yaşantısına sahip olmayan kadınların çocukluk çağı travma puanlarına ($Ort. = 72,58, S = 18,8$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 2,28, p = 0,023$), istemsiz gebelik yaşantısına sahip kadınların disosiyatif belirti puanlarının ($Ort. = 76,12, S = 60,94$) istemsiz gebelik yaşantısına sahip olmayan kadınların disosiyatif belirti puanlarına ($Ort. = 63,93, S = 47,58$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 1,65, p = 0,099$) ve istemsiz gebelik yaşantısına sahip kadınların cinsel fonksiyon belirti

puanlarının (*Ort.* = 23,79, *S* = 8,87) istemsiz gebelik yaşantısına sahip olmayan kadınların cinsel fonksiyon belirti puanlarına (*Ort.* = 24,25, *S* = 8,75) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -0,35$, $p = 0,270$) görülmüştür.

Cinsel fonksiyon belirti alt alanları ile yapılan analize göre istemsiz gebelik yaşantısına sahip kadınların cinsel istek puanlarının (*Ort.* = 3,76, *S* = 1,27) istemsiz gebelik yaşantısına sahip olmayan kadınların cinsel istek puanlarına (*Ort.* = 4,09, *S* = 1,08) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı ($t = -1,980$, $p = 0,049$), istemsiz gebelik yaşantısına sahip kadınların cinsel uyarılma puanlarının (*Ort.* = 3,68, *S* = 1,73) istemsiz gebelik yaşantısına sahip olmayan kadınların cinsel uyarılma puanlarına (*Ort.* = 3,75, *S* = 1,77) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -0,27$, $p = 0,785$), istemsiz gebelik yaşantısına sahip kadınların lubrikasyon puanlarının (*Ort.* = 4,4, *S* = 1,89) istemsiz gebelik yaşantısına sahip olmayan kadınların lubrikasyon puanlarına (*Ort.* = 4,5, *S* = 1,95) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -0,36$, $p = 0,717$), istemsiz gebelik yaşantısına sahip kadınların orgazm puanlarının (*Ort.* = 3,53, *S* = 1,87) istemsiz gebelik yaşantısına sahip olmayan kadınların orgazm puanlarına (*Ort.* = 3,7, *S* = 1,97) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -0,57$, $p = 0,565$), istemsiz gebelik yaşantısına sahip kadınların memnuniyet puanlarının (*Ort.* = 3,85, *S* = 1,65) istemsiz gebelik yaşantısına sahip olmayan kadınların memnuniyet puanlarına (*Ort.* = 4,02, *S* = 1,57) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -0,73$, $p = 0,462$), istemsiz gebelik yaşantısına sahip kadınların ağrı rahatsızlık puanlarının (*Ort.* = 4,43, *S* = 1,81) istemsiz gebelik yaşantısına sahip olmayan kadınların ağrı rahatsızlık puanlarına (*Ort.* = 4,16, *S* = 2,3) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 1,33$, $p = 0,185$) görülmüştür.

Tablo 3.5: İstemsiz Gebelik Yaşantıları Bağımsız T- testi Sonuçları

Değişkenler	Evet (n=58)		Hayır (n=242)		<i>t</i>
	<i>Ort.</i>	<i>S</i>	<i>Ort.</i>	<i>S</i>	
Çocukluk Çağı Travmaları	78.98	20.56	72.58	18.8	2.28
Disosiyatif Belirtiler	76.12	60.94	63.93	47.53	1.65
Cinsel Fonksiyon Belirtileri	23.79	8.87	24.25	8.74	-0.35
Cinsel İstek	3.76	1.27	4.09	1.08	-1.98*
Cinsel Uyarılma	3.68	1.73	3.75	1.77	-0.27
Lubrikasyon	4.4	1.89	4.5	1.95	-0.36
Orgazm	3.53	1.87	3.7	1.97	-0.57
Memnuniyet	3.85	1.65	4.02	1.57	-0.73
Ağrı Rahatsızlık	4.53	1.81	4.16	2.3	1.33

* $p < 0.05$

Araştırmaya katılım sağlayan kadınların kürtaj yaşantıları ile çocukluk çağı travmaları disosiyatif belirtileri, cinsel fonksiyon belirtileri ve cinsel fonksiyon belirti ölçeğinin alt alanları bağımsız gruplar t- testi ile karşılaştırılmıştır (bkz. Tablo 3.2.5). Analiz sonucuna göre kürtaj yaşantısına sahip kadınların çocukluk çağı travma puanlarının ($Ort. = 78,01, S = 20,55$) kürtaj yaşantısına sahip olmayan kadınların çocukluk çağı travma puanlarına ($Ort. = 72,79, S = 28,86$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 1,18, p = 0,062$), kürtaj yaşantısına sahip kadınların disosiyatif belirti puanlarının ($Ort. = 77, S = 61,45$) kürtaj yaşantısına sahip olmayan kadınların disosiyatif belirti puanlarına ($Ort. = 63,67, S = 47,24$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 1,55, p = 0,124$) ve kürtaj yaşantısına sahip kadınların cinsel belirti puanlarının ($Ort. = 23,99, S = 8,86$) kürtaj yaşantısına sahip olmayan kadınların

cinsel belirti puanlarına ($Ort. = 24,2, S = 8,74$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,16, p = 0,871$) görülmüştür.

Cinsel fonksiyon belirti alt alanlarına göre yapılan analizde kürtaj yaşantısına sahip kadınların cinsel istek puanlarının ($Ort. = 3,77, S = 1,26$) kürtaj yaşantısına sahip olmayan kadınların cinsel istek puanlarına ($Ort. = 4,09, S = 1,08$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -1,94, p = 0,053$), kürtaj yaşantısına sahip kadınların cinsel uyarılma puanlarının ($Ort. = 3,71, S = 1,7$) kürtaj yaşantısına sahip olmayan kadınların cinsel uyarılma puanlarına ($Ort. = 3,75, S = 1,78$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -0,16, p = 0,873$), kürtaj yaşantısına sahip kadınların lubrikasyon puanlarının ($Ort. = 4,52, S = 1,84$) kürtaj yaşantısına sahip olmayan kadınların lubrikasyon puanlarına ($Ort. = 4,48, S = 1,96$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,15, p = 0,876$), kürtaj yaşantısına sahip kadınların orgazm puanlarının ($Ort. = 3,57, S = 1,9$) kürtaj yaşantısına sahip olmayan kadınların orgazm puanlarına ($Ort. = 3,69, S = 1,96$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -0,42, p = 0,668$), kürtaj yaşantısına sahip kadınların memnuniyet puanlarının ($Ort. = 3,87, S = 1,66$) kürtaj yaşantısına sahip olmayan kadınların memnuniyet puanlarına ($Ort. = 4,02, S = 1,57$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -0,65, p = 0,551$), kürtaj yaşantısına sahip kadınların ağrı rahatsızlık puanlarının ($Ort. = 4,54, S = 1,8$) kürtaj yaşantısına sahip olmayan kadınların ağrı rahatsızlık puanlarına ($Ort. = 4,16, S = 2,31$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 1,37, p = 0,172$) görülmüştür.

Tablo 3.6: Kürtaj Yaşantıları Bağımsız T- testi Sonuçları

Değişkenler	Evet (n=59)		Hayır (n=241)		t
	Ort.	S	Ort.	S	
Çocukluk Çağı Travmaları	78.01	20.55	72.79	18.86	1.18
Disosiyatif Belirtiler	77	61.45	63.67	47.24	1.55
Cinsel Fonksiyon Belirtileri	23.99	8.86	24.2	8.74	-0.16
Cinsel İstek	3.77	1.26	4.09	1.08	-1.94
Cinsel Uyarılma	3.71	1.7	3.75	1.78	-0.16
Lubrikasyon	4.52	1.84	4.48	1.96	-0.15
Orgazm	3.57	1.9	3.69	1.96	-0.42
Memnuniyet	3.87	1.66	4.02	1.57	-0.65
Ağrı Rahatsızlık	4.54	1.8	4.16	2.31	1.37

* $p < 0.05$

Araştırmaya katılım sağlayan kadınların çocukluk çağı travma, disosiyatif belirti, cinsel fonksiyon belirti ve cinsel fonksiyon belirti ölçeğinin alt alan puanlarının korunma tercihlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla bağımsız t-testi yapılmıştır (bkz. Tablo 3.2.6).

Analiz sonucunda korunmayı tercih eden kadınların çocukluk çağı travma puanlarının ($Ort. = 71,61, S = 17,93$) korunmayı tercih etmeyen kadınların çocukluk çağı travma puanlarına ($Ort. = 84,56, S = 22,05$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı ($t = 3,93, p \leq 0,001$), korunmayı tercih eden kadınların disosiyatif belirti puanlarının ($Ort. = 59,79, S = 45$) korunmayı tercih etmeyen kadınların disosiyatif belirti puanlarına ($Ort. = 98,03, S = 63$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı ($t = -4,12, p < 0,001$) ve korunmayı tercih eden kadınların cinsel fonksiyon belirti

puanlarının (*Ort.* = 64,5, *S* = 24,6) korunmayı tercih etmeyen kadınların cinsel fonksiyon belirti puanlarına (*Ort.* = 61,03, *S* = 21,86) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,93$, $p = 0,353$) görülmüştür.

Cinsel fonksiyon belirti alt alanları ile yapılan analize göre korunmayı tercih eden kadınların cinsel istek puanlarının (*Ort.* = 4,00, *S* = 1,00) korunmayı tercih etmeyen kadınların cinsel istek puanlarına (*Ort.* = 3,8, *S* = 3,1) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,92$, $p = 0,357$), korunmayı tercih eden kadınların cinsel uyarılma puanlarının (*Ort.* = 3,7, *S* = 1,7) korunmayı tercih etmeyen kadınların cinsel uyarılma puanlarına (*Ort.* = 3,5, *S* = 1,6) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 1,08$, $p = 0,278$), korunmayı tercih eden kadınların lubrikasyon puanlarının (*Ort.* = 4,5, *S* = 1,9) korunmayı tercih etmeyen kadınların lubrikasyon puanlarına (*Ort.* = 4,3, *S* = 1,7) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,66$, $p = 0,630$), korunmayı tercih eden kadınların orgazm puanlarının (*Ort.* = 3,7, *S* = 1,0) korunmayı tercih etmeyen kadınların orgazm puanlarına (*Ort.* = 3,3, *S* = 1,8) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 1,1$, $p = 0,271$), korunmayı tercih eden kadınların memnuniyet puanlarının (*Ort.* = 4,0, *S* = 1,6) korunmayı tercih etmeyen kadınların memnuniyet puanlarına (*Ort.* = 3,7, *S* = 1,4) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 1,12$, $p = 0,260$), korunmayı tercih eden kadınların ağrı rahatsızlık puanlarının (*Ort.* = 4,2, *S* = 2,2) korunmayı tercih etmeyen kadınların ağrı rahatsızlık puanlarına (*Ort.* = 4,1, *S* = 1,9) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,22$, $p = 0,826$) görülmüştür.

Tablo 3.7: Korunma Tercihlerine Bağımsız T- testi Sonuçları

Değişkenler	Evet (n=249)		Hayır (n=51)		t
	Ort.	S	Ort.	S	
Çocukluk Çağı Travmaları	71.61	17.93	84.56	22.05	-3.93*
Disosiyatif Belirtiler	59.79	45	98.03	63	-4.12*
Cinsel Fonksiyon Belirtileri	64.5	24.6	61.03	21.86	0.93
Cinsel İstek	4	1	3.8	1.3	0.92
Cinsel Uyarılma	3.7	1.7	3.5	1.6	1.08
Lubrikasyon	4.5	1.9	4.3	1.7	0.66
Orgazm	3.7	1.9	3.3	1.8	1.1
Memnuniyet	4	1.6	3.7	1.4	1.12
Ağrı Rahatsızlık	4.2	2.2	4.1	1.9	0.22

* $p < 0.05$

Araştırmaya katılım sağlayan kadınların cinsel yolla bulaşan hastalık yaşantıları ile çocukluk çağı travmaları, disosiyatif belirtileri, cinsel fonksiyon belirtileri ve cinsel fonksiyon belirti ölçeğinin alt alanları bağımsız gruplar t- testi ile karşılaştırılmıştır (bkz. Tablo 3.2.7). Analiz sonucunda cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçirmiş kadınların çocukluk çağı travma puanlarının ($Ort. = 81,18, S = 18,04$) cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçirmemiş kadınların çocukluk çağı travma puanlarına ($Ort. = 71,61, S = 19,13$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir ($t = 3,69, p \leq 0,001$). Cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçirmiş kadınların disosiyatif belirtiler puanlarının ($Ort. = 79,15, S = 51,29$) cinsel yolla hastalık geçirmemiş kadınların disosiyatif belirti puanlarına ($Ort. = 62,45, S = 49,75$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 2,43, p = 0,016$) ve cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçirmiş kadınların cinsel fonksiyon belirti puanlarının ($Ort. = 24,53, S = 8,79$) cinsel yolla

bulaşıcı hastalık geçirmemiş kadınların cinsel fonksiyon belirti puanlarına (*Ort.* = 24,05, *S* = 8,75) göre farklılaşmadığı ($t = 0,4$ $p = 0,687$) görülmüştür.

Cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçirmiş kadınların cinsel istek puanlarının (*Ort.* = 4,1, *S* = 1,26) cinsel yolla hastalık geçirmemiş kadınların cinsel istek puanlarına (*Ort.* = 4, *S* = 1,18) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,63$, $p = 0,523$), cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçirmiş kadınların cinsel uyarılma puanlarının (*Ort.* = 3,7, *S* = 1,84) cinsel yolla hastalık geçirmemiş kadınların cinsel uyarılma puanlarına (*Ort.* = 3,75, *S* = 1,74) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -0,24$, $p = 0,810$), cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçirmiş kadınların lubrikasyon puanlarının (*Ort.* = 4,65, *S* = 1,85) cinsel yolla hastalık geçirmemiş kadınların lubrikasyon puanlarına (*Ort.* = 4,44, *S* = 1,96) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,81$, $p = 0,418$), cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçirmiş kadınların orgazm puanlarının (*Ort.* = 3,86, *S* = 1,85) cinsel yolla hastalık geçirmemiş kadınların orgazm puanlarına (*Ort.* = 3,61, *S* = 1,97) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,95$, $p = 0,343$), cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçirmiş kadınların memnuniyet puanlarının (*Ort.* = 3,79, *S* = 1,61) cinsel yolla hastalık geçirmemiş kadınların memnuniyet puanlarına (*Ort.* = 4,05, *S* = 1,58) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = -1,17$, $p = 0,243$), cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçirmiş kadınların ağrı rahatsızlık puanlarının (*Ort.* = 4,41, *S* = 1,96) cinsel yolla hastalık geçirmemiş kadınların ağrı rahatsızlık puanlarına (*Ort.* = 4,18, *S* = 2,29) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmadığı ($t = 0,81$, $p = 0,418$) görülmüştür.

Tablo 3.8: Cinsel Yolla bulaşan Hastalık Bağımsız T- testi Sonuçları

Değişkenler	Evet (n=69)		Hayır (n=231)		t
	Ort.	S	Ort.	S	
Çocukluk Çağı Travmaları	81.18	18.04	71.61	19.13	3.69*
Disosiyatif Belirtiler	79.15	51.29	62.45	49.75	2.43*
Cinsel Fonksiyon Belirtileri	24.53	8.79	24.05	8.75	0.4
Cinsel İstek	4.1	1.26	4	1.08	0.63
Cinsel Uyarılma	3.7	1.84	3.75	1.74	-0.24
Lubrikasyon	4.65	1.85	4.44	1.96	0.81
Orgazm	3.86	1.85	3.61	1.97	0.95
Memnuniyet	3.79	1.61	4.05	1.58	-1.17
Ağrı Rahatsızlık	4.41	1.96	4.18	2.29	0.81

* $p < 0.05$

3.3. Değişkenlerin Korelasyon Analizleri

Araştırmaya katılım sağlayan kadınların cinsel fonksiyon belirtileri, çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtileri arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi yapılmıştır (bkz. Tablo 3.3).

Yapılan analiz sonucuna göre cinsel fonksiyon belirtileri ile çocukluk çağı travmaları ($r = -0,24$; $p < 0,001$) ve disosiyatif belirtiler ($r = -0,18$; $p = 0,002$) arasında negatif yönlü ve çocukluk çağı travmaları ile disosiyatif belirtiler arasında ($r = 0,54$; $p < 0,001$) pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

Yapılan alt ölçek analizlerin sonucuna göre cinsel istek ile çocukluk çağı travmaları ($r = -0,10$; $p = 0,071$) ve disosiyatif belirtiler ($r = -0,10$; $p = 0,086$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Cinsel istek ile cinsel fonksiyon belirtileri arasında ($r = 0,58$; $p < 0,001$) pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

Cinsel uyarılma ile çocukluk çağı travmaları ($r = -0,19$; $p = 0,001$) ve disosiyatif belirtiler arasında ($r = -0,16$; $p = 0,007$) negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Cinsel uyarılma ile cinsel fonksiyon belirtileri ($r = 0,93$; $p < 0,001$) ve cinsel istek arasında ($r = 0,52$; $p < 0,001$) pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

Lubrikasyon ile çocukluk çağı travmaları ($r = -0,16$; $p = 0,004$) ve disosiyatif belirtiler arasında ($r = -0,14$; $p = 0,018$) negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Lubrikasyon ile cinsel fonksiyon belirtileri ($r = 0,90$; $p < 0,001$) ve cinsel istek arasında ($r = 0,40$; $p < 0,001$) ve cinsel uyarılma arasında belirtileri ($r = 0,85$; $p < 0,01$) pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

Orgazm ile çocukluk çağı travmaları ($r = -0,18$; $p = 0,002$) ve disosiyatif belirtiler arasında ($r = -0,12$; $p = 0,031$) negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Orgazm ile cinsel fonksiyon belirtileri ($r = 0,86$; $p < 0,001$), cinsel istek arasında ($r = 0,40$; $p < 0,001$), cinsel uyarılma arasında ($r = 0,83$; $p < 0,001$) ve lubrikasyon arasında ($r = 0,76$; $p < 0,001$) pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

Memnuniyet ile çocukluk çağı travmaları ($r = -0,35$; $p < 0,001$) ve disosiyatif belirtiler arasında ($r = -0,26$; $p < 0,001$) negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Memnuniyet ile cinsel fonksiyon belirtileri ($r = 0,79$; $p < 0,001$), cinsel istek arasında ($r = 0,48$; $p < 0,001$), cinsel uyarılma arasında ($r = 0,71$; $p < 0,001$) lubrikasyon arasında ($r = 0,59$; $p < 0,001$) ve orgazm arasında ($r = 0,63$; $p < 0,001$) pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

Ağrı rahatsızlık ile çocukluk çağı travmaları ($r = -0,19$; $p = 0,001$) ve disosiyatif belirtiler arasında ($r = -0,12$; $p = 0,044$) negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Ağrı rahatsızlık ile cinsel fonksiyon belirtileri ($r = 0,79$; $p < 0,001$), cinsel istek arasında ($r = 0,32$; $p < 0,001$), cinsel uyarılma arasında ($r = 0,63$; $p < 0,001$) lubrikasyon arasında ($r = 0,72$; $p < 0,001$), orgazm arasında ($r = 0,53$; $p <$

0,001) ve memnuniyet arasında ($r = 0,51$; $p < 0,001$) pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 3.9: Değişkenlerin Korelasyon Sonuçları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Çocukluk								
Çağı	-							
Travmaları								
2. Disosiyatif								
Belirtileri	0.54***	-						
3. Cinsel								
Fonksiyon	-0.24***	-0.18**	-					
Belirtileri								
4.Cinsel İstek								
	-0.10	-0.10	0.58***	-				
5.Cinsel								
Uyarılma	-0.19**	-0.16**	0.93***	0.52***	-			
6.Lubrikasyon								
	-0.16**	-0.14*	0.90***	0.40***	0.85***	-		
7.Orgazm								
	-0.18**	-0.12*	0.86***	0.40***	0.83***	0.76***	-	
8.Memnuniyet								
	-0.35**	-0.26**	0.79***	0.48***	0.71***	0.59***	0.63***	-
9.Ağrı								
Rahatsızlık	-0.19**	-0.12*	0.79***	0.32***	0.63***	0.72***	0.52***	0.51***

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

3.4. Regresyon Analizi

Çocukluk çağı travma puanlarının ve disosiyatif belirti puanlarının cinsel fonksiyon belirti ve cinsel fonksiyon belirti alt alanlarının puanlarını yordayıp yordamadığını belirlemek amacıyla her biri için çoklu regresyon analizi gerçekleştirilmiştir (bkz Tablo 3.4). Yapılan analizlere göre çocukluk çağı travma ($\beta = -0,201$; $t = -3,009$; $p = 0,003$) ve disosiyatif belirti ($\beta = -0,07$; $t = -1,051$; $p = 0,294$) puanlarının birlikte cinsel fonksiyon belirti puanlarını istatistik açıdan anlamlı olarak yordadığı ve cinsel fonksiyon belirtilerine ait varyansın %5,4'ünü açıkladığı (*Düz.* $R^2 = 0,054$; $F_{2,297} = 9,599$, $p = 0,001$), ancak disosiyatif belirti puanlarının modele istatistiksel açıdan anlamlı katkı sağlamadığı görülmektedir.

Çocukluk çağı travma ($\beta = -0,061$; $t = -1,042$; $p = 0,298$) ve disosiyatif belirti ($\beta = -0,071$; $t = -0,886$; $p = 0,377$) puanlarının birlikte cinsel istek puanlarını istatistik açıdan anlamlı olarak yordamadığı görülmektedir (*Düz.* $R^2 = 0,007$; $F_{2,297} = 2,028$, $p = 0,133$). Çocukluk çağı travma ($\beta = -0,146$; $t = -2,159$; $p = 0,032$) ve disosiyatif belirti ($\beta = -0,076$; $t = -1,128$; $p = 0,26$) puanlarının birlikte cinsel uyarılma puanlarını istatistik açıdan anlamlı olarak yordadığı ve cinsel uyarılmaya ait varyansın %0,3'ünü açıkladığı görülmektedir (*Düz.* $R^2 = 0,033$; $F_{2,297} = 6,053$, $p = 0,003$). Çocukluk çağı travma ($\beta = -0,128$; $t = -1,885$; $p = 0,06$) ve disosiyatif belirti ($\beta = -0,067$; $t = -0,99$; $p = 0,323$) puanlarının birlikte lubrikasyon puanlarını istatistik açıdan anlamlı olarak yordadığı ve lubrikasyona ait varyansın %2,4'ünü açıkladığı görülmektedir (*Düz.* $R^2 = 0,024$; $F_{2,297} = 4,632$, $p = 0,010$). Çocukluk çağı travma ($\beta = -0,152$; $t = -2,242$; $p = 0,026$) ve disosiyatif belirti ($\beta = -0,042$; $t = -0,618$; $p = 0,537$) puanlarının birlikte orgazm puanlarını istatistik açıdan anlamlı olarak yordadığı ve orgazma ait varyansın %2,5'ini açıkladığı görülmektedir (*Düz.* $R^2 = 0,025$; $F_{2,297} = 4,881$, $p = 0,008$). Çocukluk çağı travma ($\beta = -0,295$; $t = -4,578$; $p < 0,001$) ve disosiyatif belirti ($\beta = -0,102$; $t = -1,586$; $p = 0,114$) puanlarının birlikte memnuniyet puanlarını istatistik açıdan anlamlı olarak yordadığı ve memnuniyete ait varyansın %12,4'ünü açıkladığı görülmektedir (*Düz.* $R^2 = 0,124$; $F_{2,297} = 22,15$, $p < 0,001$). Çocukluk çağı travma ($\beta = -0,184$; $t = -2,718$; $p = 0,007$) ve disosiyatif belirti ($\beta = -0,017$; $t = -0,248$; $p = 0,805$) puanlarının birlikte ağrı rahatsızlık puanlarını istatistik açıdan anlamlı olarak yordadığı ve ağrı rahatsızlığa ait varyansın %3,1'ini açıkladığı görülmektedir (*Düz.* $R^2 = 0,031$; $F_{2,297} = 5,78$, $p = 0,003$).

Tablo 3.10: Regresyon Analizi Sonuçları

Yordanan Değişken	Yordayan Değişken	<i>R</i>	<i>Düz R²</i>	<i>F</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Cinsel Fonksiyon Belirtileri	Çocukluk Çağı Travmaları	0.246	0.054	9.599*	-0.201	-3.009	0.003
	Disosiyatif Belirtiler				-0.07	-1.051	0.294
	Çocukluk Çağı Travmaları				-0.061	-1.042	0.298
Cinsel İstek	Disosiyatif Belirtiler	0.116	0.007	2.028	-0.071	-0.886	0.377
	Çocukluk Çağı Travmaları				-0.146	-2.159	0.032
	Disosiyatif Belirtiler				-0.076	-1.128	0.26
Cinsel Uyarılma	Çocukluk Çağı Travmaları	0.198	0.033	6.053*	-0.128	-1.885	0.06
	Disosiyatif Belirtiler				-0.067	-0.99	0.323
	Çocukluk Çağı Travmaları				-0.152	-2.242	0.026
Lubrikasyon	Disosiyatif Belirtiler	0.174	0.024	4.632*	-0.042	-0.618	0.537
	Çocukluk Çağı Travmaları						
	Disosiyatif Belirtiler						
Orgazm	Çocukluk Çağı Travmaları	0,178	0,025	4,881*			
	Disosiyatif Belirtiler						
	Çocukluk Çağı Travmaları						

Tablo 3.10: Regresyon Analizi Sonuçları (Devamı)

Memnuniyet	Çocukluk				
	Çağı				-0.295 -4.578 <0.001
	Travmaları	0.36	0.124	22.145***	
	Disosiyatif Belirtiler				-0.102 -1.586 0.114
Ağrı Rahatsızlık	Çocukluk				
	Çağı				-0.184 -2.718 0.007
	Travmaları	0.194	0.031	5.78*	
	Disosiyatif Belirtiler				-0.017 -0.248 0.805

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Analizleri gerçekleştirilmiş olan bu araştırmanın amacı üreme çağındaki kadınların cinsel fonksiyon belirtileri, çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtileri arasında bir ilişki olup olmadığını ve beraberinde kadınların çoklu partner ilişkileri, istemsiz gebelik yaşantıları, kürtaj deneyimleri, korunma tercihleri ve cinsel yolla bulaşıcı hastalık verilerinin değişkenlerle bağlantılı olup olmadığını değerlendirmektir. Bu bölümde değişkenlere dair şimdiye kadar gerçekleştirilmiş analiz sonuçları ışığında değerlendirilmeler yapılmıştır. Öncelikli olarak demografik değişkenlere ve ek sorulara yer verilmiş ardından değişkenlere dair korelasyon ve regresyon analizinin sonuçları tartışılmıştır. Son olarak araştırmanın sonucu değerlendirilip gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

4.1. Demografik Değişkenler ve Ek sorulara Dair Değerlendirilme

Araştırmaya katılım sağlayan kadınların medeni durumlarına (bkz. Tablo 3.2) eğitim sürelerine (bkz. Tablo 3.3), çoklu partner ilişkilerine (bkz. Tablo 3.4), istemsiz gebelik yaşantılarına (bkz. Tablo 3.5), kürtaj yaşantılarına (bkz. Tablo 3.6), korunma tercihlerine (bkz. Tablo 3.7) ve cinsel yolla bulaşan hastalık (bkz. Tablo 3.8) yaşantılarına dair veriler ile karşılaştırma analizleri gerçekleştirilmiştir.

Kadınların medeni durumu çocukluk çağı travmaları, disosiyatif belirtileri, cinsel işlev belirtileri ve cinsel işlev belirti alt alanları ile karşılaştırıldığında medeni durum ile ana değişkenler içerisinde çocukluk çağı travmaları ve cinsel işlev belirti alt alanlarından ise cinsel istek ve orgazm ile istatistiksel açıdan anlamlı ilişki görülmüştür. Bunun yanında araştırmaya katılan bekar kadınların evli kadınlara kıyasla çocukluk çağı travmalarının, cinsel fonksiyon belirti alt alanlarından cinsel isteğin daha yüksek olduğu ve daha düşük orgazm yaşadıkları görülmüştür. Araştırmaya katılım sağlayan kadınların medeni durumlarıyla disosiyatif belirtiler ve cinsel fonksiyon belirtileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. Çocukluk çağı travma puanları göz önüne alındığında bekar kadınların çocukluk çağı travma puanlarının daha yüksek olması evli kadınların çocukluk çağı travmalarına maruz kalmadıkları anlamına gelmemektedir. Nitekim evli grupta yer alan kadınları nesne ilişkileri

çerçevesinde değerlendirdiğimizde kişilerin temel psikolojik sorunlarının özellikle erken çocukluk döneminde ebeveyn ile olan iletişim ve ilişki üzerinden inşa edildiği olası bir olumsuz veya kötü sayılabilecek nesne ilişkisinin savunma mekanizması ortaya çıkarabileceği ve ardından özdeşimin varlığı ile kişinin ileride seçeceği partner de dahil olmak üzere birçok ilişkisine yansıtacağı söylenebilir. Başka bir deyişle evli kadınların çocukluk çağında bakım verenlerle kurdukları nesne ilişkilerinin bir benzerini bilinçdışı şekilde partnerleri üzerinden inşa ederek eşlerinden güven ve sevgi bekleyerek evliliklerini daha iyi yönlendirme konusunda istekli oldukları söylenebilir. Bunun yanı sıra çocukluk çağı travması yüksek düzeyde olan bekar yetişkin kadınların evlilik tutumları hakkında yapılan araştırmalar mevcuttur (Larson ve LaMont, 2005: 415). Çocukluk çağı travma mağduriyeti yaşamış olan bekar kadınların evlilik hakkında daha olumsuz duyguları, evliliğe daha az hazırlık yapmaları ve evlilikten önce daha uzun bekleme süreleri tercih ettikleri söylenebilir. Bu bağlamda yüksek düzeyde maruz kalınan çocukluk çağı travma deneyimi konusunda farkındalık sahibi bekar kadınların evlilik konusuna daha temkinli yaklaştıkları düşünülebilir. Bekar kadınların evli kadınlara kıyasla cinsel işlev belirti alt alanlarından cinsel istek düzeyinin daha yüksek, orgazm olmalarının daha düşük görülmesi evli kadınların düzenli seks hayatına sahip olmaları ve bekar kadınların düzenli partnerinin olmaması durumunda daha az seks yaşantısına sahip olması şeklinde düşünülebilir. Eğitim süreleri ile ana değişkenler arasında yapılan karşılaştırma analizlerinin sonuçlarına baktığımızda ise kadınların çocukluk çağı travma puanları arttıkça eğitim sürelerindeki azalma dikkat çekicidir. Ayrıca eğitim süreleri azaldıkça disosiyatif belirti puanlarının artışı istatistiksel açıdan görülmüştür. İnsan davranışına etki eden birçok faktör mevcut olup aile hayatı, ebeveynin çocukla ilişkisi, eğitim bilinci ve yaşantısının kuşaklar arası aktarımı göz önüne alındığında çocuğun yetiştiği çevrenin etkileri gerek çocukluk çağların da gerekse yetişkinlik çağlarında gözlemlenebilir (Derin ve Öztürk, 2018: 23-27). Eğitim sürelerinin artışında gözlemlenen bilinçli davranış değişiklikleri, travmatik deneyimin ve akabinde travma yaşantısıyla ortaya çıkabilecek disosiyatif örüntülerin azalışı bu bağlamda açıklanabilir. Ana değişkenlerle bir bağlantısı olabileceği düşünülen kadınların çoklu partner tercihleri ile çalışmanın değişkenleri arasında istatistiksel açıdan ilişki olup olmadığı değerlendirilmiştir. Çoklu partner ilişkisi olan kadınların çocukluk çağı travmalarının, disosiyatif belirtilerinin ve cinsel işlev belirti alt alanlarından memnuniyetin istatistiksel açıdan anlamlı olarak ilişkisi görülmektedir. Çoklu partner ilişkileri cinsel açıdan riskli davranış kategorisinde

değerlendirilmekte olup çocukluk çağı travmalarının cinsel açıdan riskli davranışlar ile ilişkili olabileceğine işaret eden araştırmalar mevcuttur (Senn ve Carey, 2008: 711; Senn ve ark., 2010: 324). Bu açıdan analiz sonuçları literatürle paralellik göstermektedir. Çoklu partner tercihleri ile disosiyatif belirtileri inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çocukluk çağı travmasının akabinde yetişkinlikte meydana gelebilecek disosiyatif belirtilerle aynı anda var olabilecek olası dürtüsel ve cinsel açıdan riskli davranışlar bir arada kadınların partner seçimlerini etkiliyor olabilir.

Kadınların istemsiz gebelik yaşantıları ile çalışmanın ana değişkenleri arasında ilişki olup olmadığına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun yanı sıra istemsiz gebelik yaşantısı olan kadınlarla istemsiz gebelik yaşamamış kadınlar arasında cinsel istek konusunda istatistiksel açıdan anlamlı olarak bir ilişki olduğu ve istemsiz gebelik yaşamayan kadınların cinsel istek düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde çocukluk dönemlerinde istismar yaşantısına sahip yetişkin kadınların istenmeyen gebelik yaşama olasılıklarının istismar yaşantısına sahip olmayan kadınlara kıyasla daha fazla olduğu söylenebilir (Dietz ve ark., 1999: 1359). Bu bağlamda mevcut araştırmanın bulguları farklılık göstermektedir. İstemsiz gebeliğin ardından olası bir kürtaj yaşantısının oluşturabileceği travmatik deneyim, kadınların cinsel istekleri üzerindeki etkisiyle cinsel isteksizlik meydana getiriyor olabilir. Kadınların kürtaj yaşantılarına baktığımızda ise kürtaj deneyimine sahip olan ve olmayan kadınlar ile araştırmanın ana değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. Buna karşın literatüre bakıldığında tekrarlanan kürtaj yaşantısının çocukluk çağı olumsuz deneyimlerle ilişkili olabileceğine ve çocukluk döneminde istismara maruz kalmış kadınların kürtaj yaptırma olasılıklarının daha fazla olduğu söylenebilir (Bleil ve ark., 2011: 122). Henüz yetişkinlik dönemi içerisinde yer almayan yaş grubunun travmatik deneyim ardından maruz kaldığı kürtaj yaşantısının kadınların ilerleyen yaş dönemlerinde psikolojik sağlıkları üzerinde etkili olabileceğine dair işaretler mevcuttur (Fergusson ve ark., 2006: 16). Elbette mevcut araştırmaya katılan kişilerin rastgele yöntemle seçilmiş olması sınırlılıklar arasındadır.

İstemsiz gebelik ve kürtaj yaşantılarının ardından kadınların korunma tercihlerine bakıldığında cinsel birliktelik sırasında korunmayı tercih eden kadınlarla korunmayı tercih etmeyen kadınlara kıyasla çocukluk çağı travmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki görülmüştür. Cinsel birliktelik sırasında korunma tercihinde bulunan

kadınlarla korunma tercihinde bulunmayan kadınların disosiyatif belirtileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmüştür. Elde edilen sonuçlara göre korunmayı tercih eden kadınların çocukluk çağı travma ve disosiyatif belirti puanlarının korunmayı tercih etmeyen kadınlara göre daha düşük olduğu söylenebilir. Bu bağlamda çocukluk çağı yaşantısının kadınların yetişkinlik dönemlerinde dürtüsel ve riskli davranışlarla ilişkili olabileceğine dair literatürle benzer şekilde paralellik göstermektedir (Erel ve Gölge, 2015: 189). Ayrıca ana değişkenler ile yapılan kadınların cinsel birliktelik sırasında korunma tercih edip etmedikleri ile ilgili karşılaştırma analizi ile eğitim sürelerine göre yapılan karşılaştırma analiz sonuçlarındaki benzerlik dikkat çekmektedir. Eğitim süresinin artması kadınların korunmaya olan bakış açılarını etkiliyor olabilir.

Literatürde bahsedildiği gibi cinsel birliktelik sırasında modern yollarla korunma yöntemi tercih ediyor olmanın cinsel yolla bulaşan hastalıklar üzerinde etkisi bilinmektedir. Cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçmişi olan ve olmayan kadınlara baktığımızda çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak ilişki olduğu cinsel fonksiyon belirtileriyle istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçmişi olan kadınların çocukluk çağı travmalarının ve disosiyatif belirtilerinin cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçirmemiş kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu söylenebilir. Elde edilen bulgular literatürü ve şimdiye kadar birbiri üzerine bağlantılı olabileceği düşünülen araştırmanın diğer sonuçlarını da destekler niteliktedir. Bu bağlamda disosiyatif belirtiler kadınların yetişkinlik dönemlerinde maruz kaldıkları travmatik şiddet yaşantıları ile ortaya çıkabilmekte ve güvenli seks yapma, korunma yöntemi tercihleri gibi konularda etkiye sahip olabileceği söylenebilir (Sutherland, 2014; 46-47). Disosiyatif belirtiler ile kadın cinselliği konusunda yapılan araştırma sayısı oldukça azdır. Bu açıdan çocukluk çağı travmasına maruz kalmış kişilerde ortaya çıkabilecek disosiyatif belirtiler de travmatik deneyimin çocuklukta veya yetişkinlikte meydana gelmiş olması aynı büyük çerçevede yer alabilir. Nitekim çocukluk döneminde yaşanan travmalar, kurulan ilk ilişkiler ve bağların yansımaları ve benzer tercihler yetişkinlik döneminde görülebilir (Roberts ve ark., 2004: 540-542). Genel bağlamda cinsel penetrasyon sırasında kondom kullanmaya karşı olumsuz beklentiler, cinsel yolla bulaşıcı hastalık ve birden fazla cinsel partnere sahip olma olasılığının travmatik cinsel ilişki yaşamış kadınlarda daha yüksek olduğu söylenebilir (Thompson ve

ark.,1997). Bu durum sadece yetişkinlik dönemde meydana gelen travmatik deneyimin etkilerini değil çocukluk döneminde de yaşanan travmatik deneyimin yetişkin cinsel yaşantısında ortaya çıkarabileceği ve birden fazla durumda etkili olabileceği görüşünü destekler niteliktedir.

4.2. Korelasyon Analiz Sonuçlarına Dair Değerlendirilme

Araştırmada kadın katılımcılardan elde edilen çocukluk çağı travmaları, disosiyatif belirtiler, cinsel fonksiyon belirtileri ve alt alanlarına dair veriler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda çeşitli bulgular elde edilmiştir (bkz Tablo 3.9). Elde edilen bulgular literatür eşliğinde değerlendirilerek çalışmanın sınırlılıklarına yer verilmiştir.

Kadınların cinsel fonksiyon belirtileri ile çocukluk çağı travmaları ve cinsel fonksiyon belirtileri ile disosiyatif belirtileri arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki görülmüştür. Çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtiler arasında ise istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır. Cinsel fonksiyon belirti alt alanlarının çocukluk çağı travmalar ve disosiyatif belirtiler ile korelasyon analizi uygulanmış negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki görülmüştür. Cinsel fonksiyon belirtileri ile cinsel istek, cinsel uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı ve rahatsızlık alanlarıyla pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki görülmüştür.

Çocukluk çağı travmaları arttıkça disosiyatif belirtilerin artacağı ve cinsel fonksiyon belirtilerinin azalacağına, disosiyatif belirtiler arttıkça cinsel fonksiyon belirtilerinin azalacağına dair istatistiksel bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Travma yaşantısının disosiyatif belirtilerin oluşumunu etki sahibi olabileceğine dair işaretlerde bulunan çalışmalar mevcuttur (Trickett ve ark., 2001: 1008, Uytun ve ark., 2014: 42-46; Özden, 2018: 71; Yıldız ve ark., 2021: 216). Bu bağlamda literatür ile uyumlu sonuçlar elde edildiği söylenebilir. Çocukluk çağı travmaları ile cinsel fonksiyon belirti sonuçları açısından bakıldığında literatürde çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin yetişkin cinsel hayatına olası olumsuz etkileri ile ilgili farklı araştırmalar görülmektedir (Mullen ve ark., 1994: 39-40, Güneş ve ark., 2016: 63; Kaya ve ark., 2022: 57). Bu bağlamda ise elde edilen bulguların literatür ile paralellik gösterdiği söylenebilir. Nitekim araştırmaya katılım sağlayan kadın grubunun

çocukluk çağı travma ölçeği açısından katılımcıların daha iyimser bakış açısı ile soruları yanıtlamış olma olasılıkları ve cinsellik ile meselelerde öz bildirim sağlamanın bulunduğumuz coğrafya ve kültür bağlamında öteki konulara kıyasla kadınlar tarafından daha zorlayıcı olması göz önüne alınması gereken sınırlılıklar arasındadır.

4.3. Cinsel İşlev ve Alt Alanların Yordanmasına Dair Değerlendirme

Çocukluk çağı travmalarının ve disosiyatif belirtilerin cinsel fonksiyon belirtileri ve alt alanları yordayıp yordamadığını incelemek amacıyla regresyon analizi (bkz. Tablo 3.10) gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar literatür eşliğinde değerlendirilmiştir.

Araştırma sonuçlarında kadın katılımcıların çocukluk çağı travmalarının ve disosiyatif belirtilerinin birlikte cinsel fonksiyon belirtilerini %5,4'ünü, alt alanlardan ise cinsel uyarılmanın %0,3'ünü, lubrikasyonun %2,4'ünü, orgazmın %2,5'ini, memnuniyetin %12,4'ünü, ağrı ve rahatsızlığın %3,1'ini istatistiksel olarak açıkladığı görülmüştür. Alt alanlardan olan cinsel isteği ise istatistiksel olarak yordamadığı görülmüştür.

Cinsel istekle ilgili bozuklukların ortaya çıkmasında olası psikolojik nedenler arasında depresyon rahatsızlığı, kaygı rahatsızlıkları, cinsel taciz, travmatik ve kötü sayılabilecek geçmiş cinsel deneyimler yer almaktadır (Akbulut ve ark., 2015: 12). Bu çerçeveden bakıldığında değişkenlerin cinsellik üzerinde etki oranları anlaşılır görünmektedir. Cinsel isteksizlik elbette herhangi bir sağlık sorunu veya farklı patolojik durumun bir sonucu olarak meydana geliyor olabilir. Disosiyatif belirtilerle çocukluk çağı travmalarının birlikte cinsel isteği yordamaması bu açıdan düşündürücüdür. Cinsel istek ve uyarılma ilgili sorunlar konusunda çocukluk çağı cinsel istismarının bildirildiği öykülerin olduğu ve cinsel uyarılma ile ilgili bozuklukların çeşitli sağlık sorunlarından hareketle oluşabileceği söylenebilir. Bu duruma ek olarak konuyla alakalı psikososyal alanda desteğe ihtiyaç duyulabileceği söylenebilir (Özcan ve Beji, 2018:134; Pulverman ve ark., 2018: 188). Cinsel yanıt döngüsü içerisinde yer alan lubrikasyon aşaması ile ilgili kadınların hemen hemen bütün cinsel ipuçları için yanıt verebilecekleri düşünülmüş olsa da kadınların kendilerine özgü tercih ettikleri uyarıcılara yanıt verdikleri gözlemlenmiştir (Sawatsky ve ark., 2018: 103). Bu açıdan araştırmanın çıktıları genel değerlendirildiğinde erken dönem yaşantıların anıları ve kişinin üzerinde bırakabileceği etkilerden tercihlerinin etkilenebilme olasılığının olduğu söylenebilir. Çalışmanın literatür kısmında

değerlendirilip sıkça bahsedildiği gibi çocukluk çağı travmalarının kişilerin gelecek yaşam kaliteleri ve psikolojik sağlıkları üzerinde önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Seks sırasında veya cinsel birlikteliğin sonunda hissedilen memnuniyet, kişinin tatmin olup olmadığını yeterli doyumunu hissedip hissetmediğini fark edip değerlendirdiği aşamalardan biridir. Bu aşamada elbette bireysel beklentilerin de söz konusu olduğu unutulmamalıdır. Çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtilerin birlikte memnuniyetin %12,4'ünü açıkladığı görülmüştür. Bu bağlamda kümülatif olarak çocukluk çağı travmalarına maruz kalan kişilerle yapılan bir araştırmada kişilerin cinsel doyum ile ilgili problemler yaşadıkları gözlemlenmiştir (Godbout ve ark., 2020: 43). Bu bağlamda klinik araştırmaların mevcut araştırma sonuçlarını desteklediği ve çocukluk çağı travmalarının seks sırasındaki memnuniyeti etkiliyor olabileceği söylenebilir. Ayrıca çocukluk dönemi olumsuz deneyimin çocuğun karakter gelişimi konusunda etkili olabileceği konusunu akıllara getirmiştir.

Çocukluk çağı travma deneyiminin ardından ortaya çıkabilecek disosiyatif belirtiler yoğunlukları kişinin hayatını etkileyebilir. Bu yorum mevcut araştırmanın konusu olan kadın cinselliği ve disosiyatif belirtileri konusunda etkilerini tekrar gündem haline getirmiştir. Disosiyatif bozukluklar içerisinde değerlendirilen kendine yabancılaşma (Depersonalizasyon) başlığına bakıldığında kişinin dikkat düzeyi ile yakından ilişkili görülmektedir öyle ki kişinin kendi bedeninden kopmuş hissetmesi, kendini dışarıdan bir gözle izliyor olması hissi şeklinde açıklanmıştır. Gerçek dışılık (Derealizasyon) ise kişinin dünyaya yabancı hissetmesi şeklinde açıklanabilir. Bu belirtiler değişmiş bir bilinç durumu olarak dikkat çekmektedir. Benzer şekillerde kişilerin cinsel birliktelik sırasında yaşadıkları orgazm anı için de değişmiş bir bilinç durumu yarattığı söylenebilir (Menston ve ark., 2004: 66).

Araştırma bulguları nörobiyolojik açıdan değerlendirildiğinde ve beyin görüntülenme çalışmaları incelendiğinde ise mevcut korelasyon ve regresyon bulgularını farklı alanlarda destekleyen çalışmalara rastlanmıştır. Hipokampus beyinde otobiyografik hafıza, mekânsal ve bilişsel haritalar, dış dünyanın bilinçli deneyim ve inşası açısından ve çeşitli işlevlerinden sorumlu merkezinde yer alır. Bu çerçevede erken dönem travma geçmişine sahip yetişkinlerde hipokampal hacim azalmalarına rastlanmıştır. Sadece insanlar açısından değil hayvan deneyimlerinde de benzer sonuçlar elde edilmiştir (Read ve ark., 2014: 65; Teicher ve Ark., 2012: 563). Benzer şekiller de çocuklukta cinsel istismara maruz kalan disosiyatif belirtiler gösteren kadınlar üzerine yürütülen bir

çalışmada daha küçük hipokampal hacim bulgulandığından söz edilebilir (Stein ve ark., 1997: 951). Bu açıdan bakıldığında araştırmanın mevcut korelasyon sonucunu destekler niteliktedir. Cinsellik bağlamında baktığımızda ise cinsel tepki frontal lobun devre dışı kalması ve beynin dürtüsel limbik sistemimin aktive olmasıyla gerçekleştiği söylenebilir. Kadınların orgazmı sırasında hipokampus bölgesindeki aktivasyon artışı beyin görüntüleme çalışmalarında yer almaktadır (Menston ve ark., 2012: 173). Orgazm aşamasının cinsel yanıt döngüsünün her bir basamağının geçilerek gelinen son basamak olduğu düşünüldüğünde sağlıklı gerçekleşen seks yaşantısında da beynin benzer bölgelerinin uyarıldığı söylenebilir. Bu açıdan cinsel işlev belirtiler ile çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtiler arasında istatistiksel anlamda ilişkiler görülmüş olması düşündürücüdür. Elbette belirtilen beyin alanları kendi özelinde diğer bağlamlar dışlanarak tartışılmıştır, birbirlerinden bağımsız çalışmamakta ve etkilendikleri birçok sistemin olduğu da unutulmamalıdır. Değişkenlerle ilgili ayrıntılı araştırmalara ihtiyaç olabilir.

4.5. Sonuç

Kadınların cinsel işlevleri göz önüne alınarak olası çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif belirtileri incelenmiş olup travma yaşantısının ortaya çıkarabileceği cinsel riskli sayılabilecek davranışlar sorgulanmıştır. Kadınların medeni durumları, eğitim süreleri, çoklu partner tercihleri, istemsiz gebelik yaşantıları, kürtaj deneyimleri, seks sırasında korunma tercihleri ve cinsel yolla bulaşıcı hastalık geçmişleri değerlendirilmiştir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler görülmüştür. Çocukluk döneminde travma veya istismar yaşantısına maruz kalmış yetişkin kadınlarda cinsel işlevlerde zorluklar veya disosiyatif belirtiler görülür ya da görülmez genellemesi yapmak elbette doğru olmayacaktır fakat literatürde ve tartışmada da bahsedildiği gibi bazı çocukluk çağı travma öyküsüne sahip kadınların cinsel işlev bozukluğu veya disosiyatif belirtiler geliştirmiş olmaları dikkat çekici görünmektedir.

Araştırmanın öz bildirim üzerine dayalı olması ve cinsellik konusu kültürel bağlamda değerlendirildiğinde katılımcıların her biri için yüz yüze görüşme yapılamamış olması sınırlılıklar arasındadır. Nitekim cinsellik hakkında konuşmak veya kadınların cinsel

hayatları hakkında bilgi veriyor olmaları hala tam anlamıyla kırılmamış tabulardan biridir. Kişinin kırılabilirlik kapasitesi travma yaşantısıyla etkileşim haline girerek cinsel işlev bozukluk sağlayıcısı olma olasılığına sahiptir. Elde ettiğimiz istatistiksel ilişkiler ve yordama yüzdeleri konunun daha derinlemesine incelenmesi gerekliliğinin habercisi olabilir.

Mevcut araştırma kadın cinsel işlev bozuklukları üzerinden psikolojik temeller göz önüne alınarak gerçekleştirilmiştir. Kadınlarda görülen cinsel işlev bozuklukları ele alınırken biyolojik, psikolojik, kişiler arası ilişkiler ve kültürel etkiler bir arada değerlendirilmelidir. Mevcut araştırma öteki bağlamlar dışlanarak psikoloji alanına odaklanarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların dürüst bir şekilde araştırma sorularını cevapladıkları var sayılmıştır. Gelecek çalışmalarda bir tanı grubu üzerinden veya farklı disiplinlerle bir arada çalışmalar yürütülebilir. Öyle görülüyor ki çalışmanın ana değişkenleri ile cinsel fonksiyon belirtilerinin alt alanlarının birçoğunda istatistiksel açıdan ilişkiler mevcuttur. Alt alanların ayrıntılı incelendiği araştırmalar literatüre katkı sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Abraham, G. (2002). The psychodynamics of orgasm. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(2): 325-38. doi: 10.1516/0020757021601757.
- Abajobir, A.A., Kisely, S., Maravilla, J.C., Williams, G. ve Najman, J.M. (2017). Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviours: A systematic review and meta-analysis, *Child Abuse & Neglect*, 63(63): 249-260. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.023>.
- Adeli, M., Moghaddam-Banaem, L. ve Shahali, S. (2022). Sexual dysfunction in women with genital warts: a systematic review. *BMC Womens Health*, 22(1): 516. doi: 10.1186/s12905-022-02073-6.
- Alisinanoğlu, F. ve Bağcı, S. (2023). Erken çocukluk dönemindeki çocukların ebeveynlerinin çocuk ihmal ve istismarına ilişkin farkındalık düzeyleri. *Edebiyat Dilbilim Eğitim ve Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 2(1): 63-78.
- Akbulut, M. F., Üçpınar, M. B. ve Gürbüz, Z. G. (2015). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri Üroloji*, 8(3): 10-15.
- Akın, A. ve Özvarış, B.Ş. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve genital yol enfeksiyonları, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 345-362.
- Alper, Z., Ergin, N., Selimoğlu, K., Bilgel, N. (2005). Domestic violence: a study among a group of Turkish women. *European Journal General Practice*, 11(2): 48-54.
- Ateşer, G. B., Güzel, E., Kaya, S., Aydın, D. S., Şahbaz, N., ve Durmuş, M. K. (2017). Türk kadınlarının gebelikten korunma yöntem tercihleri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 33(4): 241-246.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5)*, (Köroğlu, E, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2): 140–148. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.2.140>

- Barlow, M.R. (2011). Memory for complex emotional material in dissociative identity disorder. *Journal of Trauma Dissociation*, 12(1): 53-66.
- Bartholow, B.N., Doll, L.S., Joy, D., Douglas, J.M., Bolan, G., Harrison, J.S., Moss, P.M. ve McKirnan, D. (1994). Emotional, behavioral, and HIV risks associated with sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. *Child Abuse & Neglect*, 18(9): 747-761. doi: 10.1016/0145-2134(94)00042-5.
- Basson, R. ve Gilks, T. (2018). Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health*, 14(1): 1-16. doi: 10.1177/1745506518762664.
- Başara, I., Akın, Y. ve Yeni, E. (2014). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu tanı ve izleminde görüntüleme yöntemleri (Derleme). *Androloji Bülteni*, 16(59): 294-299.
- Bernstein, E.M. ve Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 174(12): 727-735. doi:10.1097/00005053-198612000-00004. PMID: 3783140.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D. ve Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2): 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Beji, N. ve Serin, Ö. (2011). Cinsellikle ilgili kuramlar ve ilk bilimsel çalışmalar. *Androloji Bülteni*, 13(45): 89-171.
- Bdair, A.A. ve Constantino, R.E (2007). Barriers and promoting strategies to sexual health assesment for patients with coronary artery dieases in nursing practice: a literature reiew. *By Health*, 9(3): 473-492. doi: 10.4236/health.2017.93034
- Bleil, M. E., Adler, N. E., Pasch, L. A., Sternfeld, B., Reijo-Pera, R. A. ve Cedars, M. I. (2011). Adverse childhood experiences and repeat induced abortion. *American journal of obstetrics and gynecology*, 204(2): 122,1-6.
- Binet, A. (1892). *Les altérations de la personnalité*. Paris: F. Alcan. English edition: *Alterations of personality*. New York: D. Appleton and Company

- Bleil, M.E., Adler, N.E., Pasch, L.A., Sternfeld, B., Reijo-Pera, R.A. ve Cedars, M.I. (2011). Adverse childhood experiences and repeat induced abortion. *American Journal Obstetrics & Gynecology*, 204(2):122-126. doi: 10.1016/j.ajog.2010.09.029
- Bogousslavsky, J. (2020). The mysteries of hysteria: a historical perspective. *International Review Psychiatry*, 32(5-6): 437-450.
- Boyer, D. ve Fine, D. (1992). Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Fam Plann Perspect*, 24(1): 4-11, 19.
- Bozbeyoğlu, A. ., Koyuncu, E., Kardam, F. ve Sungur, A. (2010). Ailenin karanlık yz: Türkiye'de ensest. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 13(1): 1-37.
- Bromberg, P. M. (2001). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. New York: Routledge.
- Brotto, L.A., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S. ve Luria, M. (2010). Women's Sexual Desire and Arousal Disorders, *The journal of sexual medicine*, 7(2): 586–614. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01630.x
- Burgess, R. L. ve Draper, P. (1989). The explanation of family violence: The role of biological, behavioral, and cultural selection. *Crime and Justice*, 11(1): 59-116.
- Butcher, J.N., Mineka, S. ve Hooley, J.M. (2013). *Abnormal psychology*. (Okhan, G. ev.). 1. Baskı, Kakns yayınları.
- Carlson, E.T. (1981). *The history of multiple personality in the United States: I: The beginnings*. *American Journal of Psychiatry*. 138(5): 666-8. doi: 10.1176/ajp.138.5.666.
- Cassidy, J. ve Shaver, P. R. (Ed.) (2008). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. 2. Baskı. New York: Guilford.
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). (2008). *Cinsel Yaşam ve Sorunları*.
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). (2007). *Kadın Cinselliği*.

- Claussen, AH. ve Crittenden, PM. (1991). Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*. 15(1-2): 5-18. doi: 10.1016/0145-2134(91)90085-r.
- Clayton, AH., Hamilton, DV. (2010). Female sexual dysfunction. *Psychiatric Clinics of North America Journal*, 33(2), 323-38. doi: 10.1016/j.psc.2010.01.011
- Clayton, A., Valladares Juarez, EM. (2017). Female Sexual Dysfunction. *Psychiatric Clinics of North America Journal*, 40(2): 267-284.
- Coker, A.L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 8(2):149-177. doi: 10.1177/1524838007301162.
- Conk, Z. (1987). Kontrasepsiyon yöntemleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(1), 72-80.
- Courtois, C. (1979). The incest experience and its aftermath. *Victimology: An International Journal*, 4(4): 337-347.
- Çalışkan, Z. ve Sağlam, M. (2015). Cinsel İstismar Mağduru Çocuklarla Çalışan Uzmanların Gözünden Mağdur Çocukların Özellikleri. *Annals of Health Sciences Research*, 4 (2): 6-11
- Çelik, F. G. H. ve Hocaoğlu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4): 695-711.
- <https://doi.org/10.31832/smj.454535>
- Çolak, B. (2022). *Çocukluk Çağı Cinsel İstismarına Maruz Bırakılan Genç Kadınlar: Kurum Bakımı ve Sonrası Yaşam Deneyimlerinin Feminist Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Danese, A., ve Baldwin, J. R. (2017). Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annual Review Psychology*, 68(1): 517-44.
- Daşıkın, Z. ve Sevil, Ü. (2017). Kadınlarda jinekolojik muayeneyi engelleyen psikososyal faktörler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 26(2): 75-83.

- Dawson, ML., Shah, NM., Rinko, RC., Veselis, C. ve Whitmore, KE. (2017). The evaluation and management of female sexual dysfunction. *The Journal of Family Practice*, 66(12): 722-728.
- De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, 10(2): 150–172.
- Derin, G. ve Öztürk, E. (2018). Psikotarih temelli çocuk yetiştirme stillerinin kuşaklararası travma geçişi açısından incelenmesi. *Turaz Akademi*, 1(1): 16-29.
- Derogatis, LR. ve Burnett, AL. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(2): 289-300.
Doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00668.x.
- Dietz, P. M., Spitz, A. M. Anda, F. R. (1999). Unintended pregnancy among adult women ex-posed to abuse or household dysfunction during their childhood, *Jama*, 282(14): 1359-1364.
- Doğan, S. (2017). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda danışmanlık vermek. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(2): 32-36.
- Dorahy, M. J. ve Clearwater, K. (2012). Shame and guilt in men exposed to childhood sexual abuse: A qualitative investigation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(2): 155–175.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J. ve Williamson, D. F. (2002). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and victims*, 17(1): 3-17.
- Duhaime, AC., Gennarelli TA, Thibault LE, Bruce DA Margulies SS, Wiser R. (1987). The shaken baby syndrome: a clinical, pathological, and biomechanical study. *Journal of Neurosurgery*, 66(3): 409–415.
- Durrant, J. E. ve Stewart-Tufescu, A. (2017). What is “Discipline” in the Age of Children’s Rights?. *The International Journal of Children's Rights*, 25(2): 359-379. <https://doi.org/10.1163/15718182-02502007>

- Easton, S. D., Cooney, C., O'leary, P., Zhang, Y. ve Hua, L. (2011). The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood. *Journal of Family Violence*, 26(26): 41-50.
- Ellason, J.W. ve Ross, C.A. (1997). Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychological Reports: Sage Journal*, 80(2): 447-50 doi: 10.2466/pr0.1997.80.2.447
- Erel, Ö. ve Gölge, Z. B. (2015). Üniversite öğrencilerinde riskli davranışlar ile çocukluk çağı istismar, dürtüsellik ve riskli davranışlar arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(3): 189-197.
- Erichsen, J. E. (2007). The classic: injuries of the nervous system, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 458(1): 47-51.
- Erdos, C., Kelemen, O., Pocs, D., Horvath, E., Dudas, N., Papp, A. ve Paulik, E. Female Sexual Dysfunction in Association with Sexual History, Sexual Abuse and Satisfaction: A Cross-Sectional Study in Hungary. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3): 1112. doi: 10.3390/jcm12031112.
- Fahy, T.A. (1988). The diagnosis of multiple personality disorder. A critical review. *The British Journal Psychiatry*, 153(5): 597-606. doi: 10.1192/bjp.153.5.597.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. ve Marks, J.S. (1998). 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*, 14(4): 245-58. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. ve Marks, J.S. (2001). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. In K. Franey, R. Geffner, ve R. Falconer (Eds.), *The Cost of Child Maltreatment: Who Pays? We All Do*, 53-69. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- Felitti, V.J. (2009). Adverse childhood experiences and adult health, *Academic Pediatrics*, 9(3): 131-132. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.03.001>

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. ve Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 21(8): 789-803. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00039-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00039-2)
- Fergusson, D. M., John Horwood, L. ve Ridder, E. M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1): 16-24.
- Fereidooni, F., Daniels, J.K. ve Lommen, M.J.J. (2023). Childhood maltreatment and revictimization: a systematic literature review. *Trauma Violence Abuse*. (Baskıdan önce çevrimiçi). doi: 10.1177/15248380221150475
- Finkelhor, D. (1944). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Children Journal*, 4(31): 31-53.
- Finkelhor, D., Shattuck, M.A., Turner, H.A., ve Hamby, S.L. (2014). *Journal of Child and Adolescent Health*, 55 (3): 329-333.
- Finkel, M Dejong AR. (2001). Medical findings in sexual abuse. *Child abuse: diagnosis and treatment*. 2. Baskı. New York: Lippincott.
- Flaherty, EG., Thompson R, Litrownik AJ., et al. (2016). Effect of early childhood adversity on child health. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(12): 1232–1238.
- Fleming, J., Mullen, P.E., Sibthorpe, B. ve Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23(2): 145- 159. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00118-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00118-5)
- Freud, S. (1981). *Cinsellik Üzerine* (22 b.). (A. A. Öneş, Çev.), 1.Baskı. Ankara: Say Yayınları.
- Freud, S. ve Breuer J. (1893). *Fräulein Anna O, Case Histories from Studies on Hysteria*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume II (1893-1895): Studies on Hysteria. London: The Hogart Press.
- Gama, C. M. F., Portugal, L. C. L., Gonçalves, R. M., de Souza Junior, S., Vilete, L. M. P., Mendlowicz, M. V. ve Pereira, M. G. (2021). The invisible scars of emotional abuse: a common and highly harmful form of childhood maltreatment. *BMC Psychiatry*, 21(1): 1–14.

- Gartner, R. B. (Ed.). (2017). *Understanding the sexual betrayal of boys and men: The trauma of sexual abuse*. 1.Baskı New York: Routledge Press.
- George, D. ve Mallery, P. (2016). *IBM SPSS Statistics 23 Step By Step: A Simple Guide and Reference* (14. Baskı). Oxfordshire: Routledge.
- Gilbert, R., Widom, S. C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. ve Janson, S (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-, ncome countries, *The Lancet*, 373(9657): 68-82.
- Gölbaşı, Z., Tuğut, N., Erenel, A. ve Eroğlu, K. (2014). Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36(1): 1-10.
- Gölge, Z. B., Yavuz, M. F., Korkut, S. ve Kahveci, S. (2013). Yetişkin kadın mağdurlarda cinsel saldırı sonrası görülen ruhsal ve sosyal sorunlar. *Adli Tıp Bülteni*, 18(3): 82-91.
- Güçlü, D. M., ve Acemioğlu, R. (2020). Erken çocukluk döneminde yaşanan fiziksel istismar: Nitel bir çalışma. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(4): 97-111.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., ve Aydoğan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihtmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3): 128-134.
- Gülsün, M., Ak, M. ve Bozkurt, A. (2009). Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(1): 68-79.
- Güneş, M., Selcuk, H., Demir, S., İbiloğlu, A. O., Bulut, M., Kaya, M. C., Yılmaz, A., Atli, A. ve Sır, A. (2016). Çocuk Evliliği Yapan Kadınlarda Çift Uyumu ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travması. *Journal of Mood Disorders*, 6(2): 63-70.
- Glaser D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*. 26(6-7): 697-714. doi: 10.1016/s0145-2134(02)00342-3.
- Godbout, N., Bakhos, G., Dussault, É. ve Hébert, M. (2020). Childhood interpersonal trauma and sexual satisfaction in patients seeing sex therapy: Examining

- mindfulness and psychological distress as mediators. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(1): 43-56.
- Grimstad, H. ve Schei, B. (1999). Pregnancy and delivery for women with a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(1): 81-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00113-6)
- John, L., Hamilton, O.N., Krisztina, B., St. John's, N.L., Celine, B., Quebec, Q.C., Margaret, B. (2012). Female sexual health consensus clinical guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(8): 769-775.
- Johnson, CF. (2008). Abuse and neglect of children. *Nelson textbook of pediatrics*. 18. Baskı. Philadelphia: Saunders, 178-182.
- Hacıhelvacıoğlu, S., Alan, C., Koçoğlu, H., Alan, H. ve Ersay, A. R. (2012). Stres üriner inkontinansın kadın cinsel fonksiyon üzerindeki etkisi, *Türkiye Klinikleri*, 22(2): 71-77.
- Haddad, S., Martin-Marchand, L. ve Lafaysse, M. (2020). Repeat induced abortion and adverse childhood experiences in Aquitaine, France: a cross-sectional survey, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1(26): 29-25. <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1815697>
- Hart, B. (1925). The development of psychopathology as a branch of science. In C. MacFie et al. (Ed.), *Problems of personality: Studies presented to Dr Morton Prince*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner.
- Hebert, M., Langevin, R. ve Oussaid, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of Affective Disorders*, 1(225): 306-312. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.044.
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. With a new afterword. New York: Basic Books, 1-304.
- Herman, JL. (2011). *Travma ve iyileşme*. (Tosun T, Çev.). 1. Baskı. İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Heim, C. ve Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry*, 49(12): 1023-1039.

- Heinz M. (2004). Sexually transmitted diseases. *Endocrine Development* 7(1): 197-212. doi: 10.1159/000077086.
- Hildyard, K. L. ve Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7): 679–695. doi:10.1016/S0145-2134(02)00341-1
- Hobbs, C., Hanks, H. ve Wynne, J. (1999). *Child Abuse and Neglect. A Clinician's Handbook*, 2. Baskı. London: Churchill Livingstone 1-465.
- Hoeboer, C., De Roos, C., van Son, G. E., Spinhoven, P. ve Elzinga, B. (2021). The effect of parental emotional abuse on the severity and treatment of PTSD symptoms in children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 111(8): 104775.
- Hofer, M. A. (1996). On the nature and consequences of early loss. *Psychosomatic Medicine*, 58(6): 570-581.
- Ishak, IH., Low, WY. (2010). Othman S. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(9): 3080-7. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01848.x.
- İblioğlu, A. O., Atlı, A., Oto, R. ve Özkan, M. (2018). Çocukluk çağı cinsel istismar ve ensest olgularına çok yönlü bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10 (1): 84-98.
- İçli, T. G. (1994). Aile içi şiddet: Ankara, İstanbul ve İzmir örneği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 11(1-2): 7-20.
- İncesu C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 7(3): 3-13.
- Kathryn, L Hildyard., David, A Wolfe. (2002). *Child neglect: developmental issues and outcomes*, 26(6-7): 679–695. doi:10.1016/s0145-2134(02)00341-1
- Kaya, H., Alnak, A., Subaşı, B. Z., Arslan, N. B., & Şahin, D. (2022). Erken yaşta evliliklerin ruhsal sonuçları: Kadınların ruhsal ve cinsel sağlığındaki uzun dönem etkiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 25(1): 57-66.

- Kaya, C., Yilmazer, M., ve Şatıroğlu, H. (2001). Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda güncel yaklaşımlar (CYBH): Derleme. *Jinekoloji Obstetrikte Enfeksiyon Dergisi*, 11(2): 1-14.
- Kayır, A. ve Özdemir, Ö. (2007). *İnsanda Cinsellik. Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 416-421.
- Kaplan, HS. (1979). *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*. New York: Brunner-Mazel.
- Kempe, CH. (1978). Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics*, 62(3): 382-389.
- Kivrak, Y., Gey, N., Kivrak, H. A., Kokaçya, M. H., Çöpoğlu, Ü. S. ve Ari, M. (2015). Kadına yönelik eş şiddeti, çocukluk travmaları, depresyon ve yaşam kalitesi: Toplum temelli çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(5): 314-322.
- Kluft, RP (1991). Clinical manifestations of multiple personality disorder. *North American Psychiatric Clinics*, 14(3): 605-629.
- Kurt, E., Yorguner Küpeli, N., Sönmez, E., Bulut, N. S., & Akvardar, Y. (2018). Psikiyatri polikliniğine başvuran kadınlarda aile içi şiddet yaşantısı. *Archives of Neuropsychiatry*, 55(1): 22-8.
- Kulaksızoğlu, I.B., Tükel, R., Yargıç, İ., Yazıcı, O. (2009). *Psikiyatri*, İstanbul: İstanbul üniversitesi basım ve yayınevi
- Kihlstrom, J.F. (2001). *Comprehensive Handbook of Psychopathology*, Adams, H.E. ve Sutker P.B. (Ed.) 3. Basım. New York: Plenum
- Krepelka, P., Fait, T., Urbankova, I., Hanacek, J., Krofta, L. ve Dvorak, V. (2020). Risky sexual behaviour and contraceptive use among young women in the Czech Republic. *Central European Journal of Public Health*, 28(1): 3-12. doi: 10.21101/cejph.a5823.
- Koç, E. M., Şahin, P. Ö., Güngör, E., Dağlı, F. Ş., ve Derman, O. (2015). Çocuk istismarı ve ihmali önleme derneği gençlik kolu gönüllülerinin çocukluk dönemi istismar sıklığı. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 24(4), 133-140.
- Korda, JB. (2008) Weibliche sexuelle dysfunktion, *Urologe*, 47(1): 77-89. doi: 10.1007/s00120-007-1618-9.

- Kotlaja, MM., Fagan, AA., Wright, EM. (2020). Perceptions of danger, tolerance of delinquency, and economic disadvantage: Examining neighborhood influences on child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 106(104562): 1-11. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104562
- Köybaşı, G. P. (2019). Histeriden oedipus'a Freud teorisinde kadınlık ve cinsellik, *Madde Diyalektik ve Toplum*, 3(3): 203-212.
- Larson, J. H., ve LaMont, C. (2005). The relationship of childhood sexual abuse to the marital attitudes and readiness for marriage of single young adult women. *Journal of Family Issues*, 26(4): 415-430.
- Laumann, E.O., Paik, A. ve Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *The Journal of American Medical*, 281(6): 537-44. doi: 10.1001/jama.281.6.537.
- Lensvelt-Mulders, G., Van der Hart, O., Van Ochten, J. M., Van Son, M. J. M., Steele, K. ve Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(7): 1138–1151.
- Lev-Wiesel, R. (2008). Beyond survival: Growing out of childhood sexual abuse. In S. Joseph ve P. A. Linley, (Ed.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. Washington, DC. 145-160.
- Leonard, L. M. ve Follette, V. M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: Review of the empirical literature and clinical implications. *Annual Review of Sex Research*, 13(1): 346–388.
- Marije Stoltenborgh, Marian J. Bakermans-Kranenburg, Lenneke RA Alink ve Marinus H. van IJzendoorn (2012). The Universality of Childhood Emotional Abuse: A Meta-Analysis of Worldwide Prevalence, *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 21(8): 870-890.
Doi: 10.1080/10926771.2012.708014
- Maschi T., Baer J., Morrissey M. B. ve Moreno C. (2012). The aftermath of childhood trauma on late life mental and physical health. *A review of the literature. Traumatology* 19(1): 49-64. <https://doi.org/10.1177%2F1534765612437377>

- Mason, W.A., Zimmerman, L., ve Evans, W. (1998). Sexual and physical abuse among incarcerated youth: Implications for sexual behavior, contraceptive use, and teenage pregnancy. *Child Abuse & Neglect*, 22(10): 987-995. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00080-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00080-5)
- Maters, W.H. ve Johnson, V.E. (1966). *Human Sexual Response*. 1.Basım, Newyork: Little Brown and Company.
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet*. 310 (8033): 343-345. doi: 10.1016/s0140-6736(77)91497-0
- Meston, C.M, Hull, E., Livein, R.J. ve Sipski, M. (2004). Disorders of Orgasm in Women, *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1): 66-68. doi: 10.1111/j.1743-6109.2004.10110.x
- Meston, C.M., Levin, R.J., Sipski, M.L., Hull, E.M. ve Heiman, J.R. (2012). Women's orgasm, *Annual Review of Sex Research*, 15(1): 173-257.
- Metcalf, R.E., Muentner, L.D., Reino, C., Schweer-Collins, M.L., Kjellstrand, J.M. ve Eddy, J.M. (2022). Witnessing Parental Arrest As a Predictor of Child Internalizing and Externalizing Symptoms During and After Parental Incarceration. *Journal of Child Adolescent Trauma*.16(2): 329-338. doi: 10.1007/s40653-022-00490-1.
- McFarlane, J., Malecha, A., Watson, K., Gist, J., Batten, E., Hall, I. ve Smith, S. (2005). Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics Gynecology International*. 105(1): 99-108. doi: 10.1097/01.AOG.0000146641.98665.b6.
- McLean, C. P., Morris, S. H., Conklin, P., Jayawickreme, N. ve Foa, E. B. (2014). Trauma characteristics and posttraumatic stress disorder among adolescent survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Family Violence*, 29(5): 559–566.
- Moskowitz, A., Dorahy, M., Schafer, I. (2019). *Psychosis trauma and dissociation*. 2. Baskı, New Jersey: Willey Blackwell Press.
- Mitchill, S. L. (1816) A double consciousness, or duality of person in the same individual. *Medical Repository*, 3(3): 185-186.

- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E. ve Herbison, G. P. (1994). *The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. The British Journal of Psychiatry*, 165(1): 35–47. doi:10.1192/bjp.165.1.35
- Mullen, P.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Romans, S.E. ve Herbison, G.P., (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study, *Child Abuse & Neglect*, 20(1): 7-21. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00112-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00112-3)
- Morrison, J. (2016). *Made easy the clinician's guide diagnosis*. (Ş. Muzaffer, Çev.). 1. Baskı, İstanbul: Nobel Yayıncılık
- Myers, C. S. (1940). *Shell shock in france 1914–1918*. Cambridge: cambridge university press.
- Nakatani, Y. (2000). Dissociative disorders: from Janet to DSM-IV. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 102(1): 1-12.
- Nash, M. R., Hulse, T. L., Sexton, M. C., Harralson, T. L. ve Lambert, W. (1993). Long-term sequelae of childhood sexual abuse: Perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2): 276–283. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.276>
- Naughton, AM., Maguire, SA., Mann, MK., Lumb, RC., Tempest, V., Gracias, S., Kemp, AM. (2013). Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. *The Journal American Medical*. 167(8): 769-775. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.192
- Nilsson Schönnesson L. (1990). Educational requirements of human sexuality in the counseling for and prevention of sexually transmitted diseases. *Journal Semin Dermatol*, 9(2): 185-189.
- Norman, RE., Byambaa, M., De R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *Plos Medicine Journal*, 9(11): 1-37. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349.

- Okano, K. (2011). Dissociative disorder the concept and its history. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 113(9): 888-896.
- Oxford English Dictionary/OED online (OED). Oxford University Press. <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/> (12.03.2023 tarihinde erişim sağlandı.)
- Öksüz, E. ve Malhan, S. (2005). Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik analizi. *Sendrom Dergisi*, 17(7): 54-60.
- Özcan, H. ve Beji, N. K. (2018). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları: 2018 güncelleme. *Androloji Bülteni*, 20(1): 133-137.
- Özden, M. Ş. (2018). Travma ve disosiyatif bozukluklar: genel bir bakış. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3): 71-76.
- Öztürk, E. (2020). Psikotarih, travma ve dissosiyasyon: Çocukluk çağı travmaları, savaşlar ve dissosiyasyonun anamnezi. *Ankara: Türkiye Klinikleri*. 1-21.
- Parrinder, G. (2003). *Dünya Dinlerinde Cinsel Ahlak*. (Elçi N, Çev.). 1. Baskı, İstanbul: Say Yayınları, 355-367.
- Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S. ve Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study, *Comprehensive Psychiatry Journal*, 54(1): 16-27. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.010>.
- Polat, O. (2021). *Tüm boyutlarıyla Çocuk İstismarı-1*. 4.Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Polonko, K.A. (2006). Exploring assumptions about child neglect in relation to the broader field of child maltreatment. *Journal of Health and Human Services Administration*, 29(3): 260-284.
- Pulverman, C. S., Kilimnik, C. D., ve Meston, C. M. (2018). The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: A comprehensive review. *Sexual Medicine Reviews*, 6(2): 188-200.

- Putnam, F.W. (1993). Dissociative disorders in children: behavioral profiles and problems. *Child Abuse & Neglect*, 17(1): 39-45. doi:10.1016/0145-2134(93)90006-q.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C. ve Shabsigh, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument For The Assessment Of Female Sexual Function. *Journal of Sex Marital Therapy*, 26(2): 191-208.
- Ross, C.A., Heber, S., Norton, G.R., Anderson, G. (1989). *Differences between Multiple Personality Disorder and Other Diagnostic Groups on Structured Interview*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(8): 487–491. doi:10.1097/00005053-198908000-00006
- Papadimitriou, G. (2017). The "Biopsychosocial Model": 40 years of application in Psychiatry. *Psychiatriki Journal*, 28(2): 107-110.
- Rajkumar, R.P. (2022). The molecular genetics of dissociative symptomatology: a transdiagnostic literature review. *Genes (Basel) Journal*, 13(5): 843. doi: 10.3390/genes13050843.
- Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A. ve Perry, B. D. (2014). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, 4(1): 65–79.
- Reed, MA. (2022) Female Sexual Dysfunction. *Clin Plast Surg*. 49(4), 495-504. doi: 10.1016/j.cps.2022.06.009
- Rees, C. (2008). The influence of emotional neglect on development, *Paediatrics and Child Health*, 18(12): 527-534. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2008.09.003>.
- Rees, C.A., (2010). Understanding emotional abuse. *Archives of Disease in Childhood*, 95(1): 59–67. doi:10.1136/adc.2008.143156
- Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J., Golding, J., ve ALSPAC Study Team. (2004). The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse & Neglect*, 28(5): 525-545.
- Roelofs, K., Keijsers, G. P., Hoogduin, K. A., Naring, G. W. ve Moene, F. C. (2002). Childhood abuse in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(11): 1908-1913.

- Ross, C.A (1989). *Multiple personality disorder diagnosis clinical features and treatment*. 1. Basım, New York: John Wiley and Sons
- Ross, N. D., Kaminski, P. L. ve Herrington, R. (2019). From childhood emotional maltreatment to depressive symptoms in adulthood: The roles of self-compassion and shame. *Child Abuse & Neglect*, 92(1): 32-42. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.016>
- Sadock, B.J. ve Sadock, V.A. (2014). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11. Basım, New York: Wolters Kluwer.
- Santrock, JW. (2015). *Life Span Develoment*. (Y. Galip, Çev.). Ankara: Nobel Yayıncılık, 1-643. (Orijinal çalışma basım tarihi 2001)
- Sawatsky, M. L., Dawson, S. J. ve Lalumiere, M. L. (2018). Genital lubrication: A cue-specific sexual response?. *Biological Psychology*, 134(1): 103-113.
- Sedlak, A. J. (1997). Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect. *Journal Aggression, Maltreatment, Trauma*, 1(1): 149-187.
- Senn, T. E. ve Carey, M. P. (2010). Child maltreatment and women's adult sexual risk behavior: Childhood sexual abuse as a unique risk factor. *Child Maltreatment*, 15(4): 324-335.
- Senn, T. E., Carey, M. P. ve Venable, P. A. (2008). Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical Psychology Review*, 28(5): 711-735.
- Seidman, S.N., Rieder, R.O. (1994). A review of sexual behavior in the United states. *American Journal of Psychiatry*, 151(3): 330-341.
- Seyrek, S. G., Çakıroğlu, M. M. ve İncekara, N. (2021). Aile planlaması ve kontraseptif metotlar. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(3): 184-190.
- Singh, JC., Tharyan, P., Kekre, NS., Singh, G. ve Gopalakrishnan, G., Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *Journal of Postgraduate Medicine*. 55(2): 113-20. doi: 10.4103/0022-3859.52842.

- Shaw, JA (1999). *Sexually aggressive behavior. In: Sexual Aggression*. 1. Bask1. Washington: American Psychiatric Press.
- Steine, I. M., Winje, D., Krystal, J. H., Bjorvatn, B., Milde, A. M., Gronli, J., Pallesen, S. ve Nordhus, H.I. (2017). Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 65(1): 99–111.
- Stein, M.B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M.G. and McClarty, B. (1997). Hippocampal volume in women sexually abused in childhood. *Psychological Medicine*, 27(4): 951-959. doi: 10.1017/s0033291797005242.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., ve Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3): 345-355.
- Stone, K.M., Grimes, D.A. ve Magder, L.S. (1986). Personal protection against sexually transmitted diseases. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 155(1):180-188. doi: 10.1016/0002-9378(86)90108-0.
- Straus, M. A., Douglas, E. M. ve Medeiros, R. A. (2014). *The primordial violence: Spanking children, development, violence, and crime*. 1.Bask1, New York, Routledge press
- Sullivan, T. P., Fehon, D. C., Andres-Hyman, R. C., Lipschitz, D. S. ve Grilo, C. M. (2006). Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 198(2): 229–239.
- Sulak, P.J. (2003). Sexually transmitted diseases. *Seminars in Reproductive Medicine*, 21(4): 399-413. doi: 10.1055/s-2004-815595.
- Sutker, B.P. ve Adams, H.E. (2001). *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. 3.Bask1, New York, Academic/Plenum press.
- Sutherland, M. A., Fantasia, H. C., Adkison, L. (2014). Sexual health and dissociative experiences among abused women. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(1): 41–49.doi:10.3109/01612840.2013.836727

- Springs, F. E. ve Friedrich, W. N. (1992). Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *In Mayo Clinic Proceedings*, 67(6): 527-532. [https://doi.org/10.1016/S0025-6196\(12\)60458-3](https://doi.org/10.1016/S0025-6196(12)60458-3)
- Şahin, F. ve Taşar, M. A. (2012). Cinsel istismar ve ensest. *Türk Pediatri Arşivi*, 47 (3): 159-164. doi:10.4274/tpa.848
- Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 32(4): 1054-1063.
- Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Fatih, P. ve Türk-Kurtça, T. (2020). A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): overprotection- overcontrol as additional factor. *Journal of Trauma and Dissociation*, 22(1): 35-51. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760171>
- Şar V, Yargıç L.İ. ve Tutkun H. (1993). Disosiyatif yaşantılar ölçeği (DES), Türkçe versiyon (uyarlama), *Dissociation*, 8(1): 10-13.
- Şar, V., Akyüz, G. ve Doğan, O. (2007). *Prevalence of dissociative disorders among women in the general population*. 149(1-3): 169-176.
- Şar, V. (2018). *Dissosiyatif Bozukluklar*. Karamustafalıoğlu KO, (Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Taplin, C., Saddichha, S., Li, K. ve Krausz, M.R. (2014). Family history of alcohol and drug abuse, childhood trauma, and age of first drug injection. *Substance Use Misuse Journal*. 49(10): 1311-1316.
- Teicher, M. H., Anderson, C. M. ve Polcari, A. (2012). Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(9): 563–572. doi:10.1073/pnas.1115396109.
- Tiefer, Leonore (2001). A new view of women's sexual problems: Why new? Why now?. *Journal of Sex Research*, 38(2): 89-96.

- Tirri, B.F. (2022). Kontrazeption bei Frauen mit sexuell übertragbaren Infektionen [Contraception in Women with Sexually Transmitted Infections]. *Ther Umsch Journal*, 79(10): 513-517. doi: 10.1024/0040-5930/a001394.
- Turner, Heather A., Vanderminden, Jennifer., Finkelhor, David., Hamby, Sherry. (2019). Child Neglect and the Broader Context of Child Victimization. *Child Maltreatment*, 24(3): 1-10. doi:10.1177/1077559518825312
- Türkiye İstatistik Kurumu (Tük) (2021). *Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri*. (28.02.23 tarihinde erişim sağlandı.)
Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Güvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2021-45586>
- Thompson, N.J., Potter, J.S., Sanderson, C.A. ve Maibach, E.W. (1997). The relationship of sexual abuse and HIV risk behaviors among heterosexual adult female STD patients. *Child Abuse & Neglect* 21(2): 149-156. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00140-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00140-8)
- Trickett, P. E., Noll, J. G., Reiffman, A., ve Putnam, F. W. (2001). Variants of intrafamilial sexual abuse experience: Implications for short- and long-term development. *Development and Psychopathology*, 13(1): 1001-1019.
- Uğurlu, Z. ve Gülsen, I. (2014). Çocuk hakları ve hukuki bağlamda çocuğun ihmal ve istismardan korunması. *Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1(1): 1-24.
- Uytun, M. Ç., Durmuş, R. ve Öztop, D. B. (2014). Dissosiyatif bozuklukta tanı ve ayırıcı tanı: olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 17(1): 41-48.
- Vahip, I., ve Doğanavşargil, Ö. (2006). Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(2): 107-114.
- Van der Hart, O. ve Rydberg, J. A. (2019). Vehement emotions and trauma-generated dissociation: A Janetian perspective on integrative failure. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3(3): 191-201
- Van der Hart, O. (2021). Charles Samuel Myers (1873-1946), *European Journal of Trauma and Dissociation*, 5(4): 1-4.

- Van der Kolk, B. A. ve Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146(12): 1530-1540.
- Vissia, E.M., Lawrence, A.J., Chalavi, S., Giesen, M.E., Draijer, N., Nijenhuis, ERS., Aleman, A., Veltman, D.J., Reinders, A.A.T.S. (2022). Dissociative identity state-dependent working memory in dissociative identity disorder: a controlled functional magnetic resonance imaging study. *The British Journal fo Psychiatry*. 8(3): 1-82. doi: 10.1192/bjo.2022.22.
- Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. (2010). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 1(3): 235– 240.
- Yıldız, S., Kazğan, A., Osman, K., ve Emir, B. S. (2021). Adli Psikiyatri Servisinde Tedavi Gören Hastalarda Çocukluk Çağı Travması ve Dissosiyatif Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1): 216-226.
- Young, A. (1997). *The Harmony of Illusions: Inverting Post- traumatic Stress Disorder*. (Princeton, NJ: Princeton University Press)
- Yörükoğlu, A. (1983). *Çocuk Ruh Sağlığı*. 5. Baskı. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları
- Wessells, H. (2000). Female sexual dysfunction. *Postgrad Med*. 107(6): 35-39. doi: 10.3810/pgm.5.15.2000.suppl5.31.
- Wood, S., Ford, K., Madden, H.C.E., Sharp, C.A., Hugle, K.E. ve Bellis, M.A. (2022). Adverse Childhood Experiences and Their Relationship with Poor Sexual Health Outcomes: Results from Four Cross-Sectional Surveys. *International Journal Environmenatl Research and Public Health*, 19(14): 8869. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148869>
- World Health Organization. *Child maltreatment*. World Health Organization. (20.12.22 tarihinde erişim sağlandı.) Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>
- World Health Organization. *Guidelines for medicolegal care of victims of sexual violence*. (25.02.23 tarihinde erişim sağlandı.) Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42788>

World Health Organization. (t.y.) *Violence Against Children*. (21.02.2023 tarihinde erişim sağlandı.) Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>

World Health Organization. *Sexual health*. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

World Health Organization. *Sexually transmitted infection*. Erişim Adresi: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))



EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-28839
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Elif Nur SABANCI
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Üreme Çağındaki Kadınların Cinsel İşlevleri İle Çocukluk Çağı Travmaları ve Disosiyatif Belirtileri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi" başlıklı araştırmanız kurulumuzun 26.05.2022 tarihli ve 2022/05 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek:43-Elif Nur SABANCI Etik Onay Belgesi (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSCS7EURL* Pin Kodu : 35332

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/enVission/Dogrula/0N3>

Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon: 444 97 98 Faks: +90 (212) 693 82 29
e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Zeynep Funda TEZ
Unvanı: Yeminli Katip
Tel No: +902126929606



EK 2. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU VE EK SORULAR

Kişisel Bilgi Formu

Yaş _____

Medeni Durum (Evli/Bekar)

Eğitim süresi (Kaç yıllık eğitim geçmişine sahipseniz rakam/sayı olarak belirtiniz.

Örneğin: 4) (İlkokul 1.sınıftan itibaren sayınız.) _____

1.Daha önce çoklu partner ilişkileriniz oldu mu? (Birden fazla evlilik, flört, sevgili vb)

2.Daha önce kaç partneriniz oldu? (Sadece rakam/sayı belirtiniz.) _____

3.Daha önce istemsiz gebelik yaşadınız mı? (Evet/Hayır)

4.Daha önce kürtaj yaptırdınız mı? (Evet/Hayır)

5.Kaç kere kürtaj operasyonu geçirdiniz? (Rakam/sayı ile belirtiniz. Geçirmediyseniz 0 yazabilirsiniz.) _____

6.Cinsel birliktelik sırasında siz veya partneriniz herhangi bir korunma yolu tercih eder mi? (Evet/Hayır)

8.Daha önce cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalandınız mı? (Evet/Hayır)

EK3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALAR ÖLÇEĞİ

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

1)Yeterli yemeğim olurdu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

3) Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

6) Üst baş açısından bakımsızdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

7) Sevildiğimi hissediyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

8) Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

9) Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

10) Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

11) Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

12)Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

13) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

14) Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

16) Çocukluğum mükemmeldi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

17) Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

18)Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

19)Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

20) Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

21) Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

25) Ailemdelikiler bana karşı suçlayıcıydı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

27) Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

28) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

29) Ailedekiler yaşıtlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

30) Ailedekiler her şeyime karışırdı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

31) Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

32)Ailedekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

33)Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

EK4. DİSOSİYATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100



6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşılır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanbaşıda duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylediği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamımızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştıklarını farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

EK5. CİNSEL FONKSİYON BELİRTİ ÖLÇEĞİ

Elinizdeki form, son dört haftada süregelen cinsel işlevinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanmıştır ve 19 sorudan oluşmaktadır. Her soruyu şıklardan birinin yanındaki kutuyu işaretleyerek cevaplayınız. Hangi cevabı işaretleyeceğiniz konusunda kararsız kalırsanız size en uygun gelen cevabı işaretleyiniz. Bu ankete verilen cevaplar yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirilecektir.

Cinsel Aktivite: Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

Cinsel İlişki: Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

Cinsel Uyarılma: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

Orgazm: Hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

1. Son 4 hafta içinde **ne sıklıkla** cinsel istek veya ilgi duyduunuz?
 - Hemen her zaman veya her zaman
 - Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
2. Son 4 hafta içinde cinsel istek veya **İlgi düzeyinizi** (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?
 - Çok yüksek
 - Yüksek
 - Orta
 - Düşük
 - Çok düşük veya hiç
3. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **ne sıklıkla uyarıldığınızı** hissettiniz?
 - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
 - Hemen her zaman veya her zaman
 - Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)

- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
4. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **uyarılma düzeyinizi** nasıl değerlendirirsiniz?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç
5. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **uyarılacağımdan** ne kadar emindiniz?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok emindim
- Emindim
- Oldukça emindim
- Az emindim
- Çok az veya hiç emin değildim
6. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **uyarılma** sizin için **ne kadar tatminkardı?**
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
7. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **vagina ne sıklıkta ıslandı (kayganlaştı)?**
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **vajinanızın ıslanmasında (kayganlaşması) ne kadar zorlandınız?**
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Çok zor veya imkansızdı
 - Çok zor
 - Zor
 - Biraz zor
 - Hiç zorluk çekmedim
9. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar **cinsel organınızın ıslaklığını (kayganlığını) ne sıklıkta koruyabildiniz?**
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Hemen her zaman veya her zaman
 - Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
10. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar **vajinanızın ıslaklığını (kayganlığını) korumada ne kadar zorlandınız?**
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Çok zor veya imkansızdı
 - Çok zor
 - Zor
 - Biraz zor
 - Hiç zorluk çekmedim
11. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişkide **ne sıklıkta orgazm oldunuz?**
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Hemen her zaman veya her zaman
 - Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında **orgazma ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok zor veya imkansızdı
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında **orgazma ulaşma ne kadar tatminkardı?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında siz veya eşiniz arasındaki **duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde eşinizle (partnerinizle) cinsel ilişkiniz **ne kadar tatminkardı?**

- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

16. Son 4 hafta içinde genel olarak cinsel hayatınız sizin için **ne kadar tatminkardı?**
- Çok tatminkardı
 - Genellikle tatminkardı
 - Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
 - Genellikle tatminkar değildi
 - Hiç tatminkar değildi
17. Son 4 hafta içinde vaginal giriş (duhul) **sırasında** ne sıklıkta **ağrı veya rahatsızlık** duyduunuz?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Hemen her zaman veya her zaman
 - Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
18. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhulu) **takiben** ne sıklıkta **ağrı veya rahatsızlık** duyduunuz?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Hemen her zaman veya her zaman
 - Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
19. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhul) sırasında veya sonrasında duyduğunuz **ağrı veya rahatsızlığın derecesini** nasıl değerlendiririsiniz?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - Çok yüksek
 - Yüksek
 - Orta
 - Düşük
 - Çok düşük veya hiç

ÖZ GEÇMİŞ

Elif Nur SABANCI

A. EĞİTİM YAŞANTISI

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Klinik Psikoloji (Tez Aşaması)

Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik (2017-2019), İstanbul Aydın Üniversitesi (2015-2017)

Lise: İmkb Anadolu Öğretmen Lisesi/ İmkb Fen Lisesi (2010-2014)

B. İŞ DENEYİMİ

Goodjob İnsan İç görü ve Marka Strateji Danışmanlığı (2023-halen)

Snotra Psikoloji (2023-halen)

Dr. Cenk Varlık Muayenehanesi (2022)

Hedef X Özel Eğitim Kursu (2022)

Schlitterbahn Waterpark (Usa)- Lifeguard (2018)

C. ALDIĞI EĞİTİMLER

Marmara Üniversitesi – Aile/Çift Danışmanlığı Uygulayıcı Eğitim Programı (2021)

Çözüm Odaklı Terapi Eğitimi (2018)

Çocuk Testleri Eğitimi Uygulayıcı Sertifikası (2018) – Bier Cümle Tamamlama Testi, Louissa Duss Psikianalitik Hikayeler Testi, Frostig Görsel Algı Testi, Kelime Söyleşi Testi, Frankfurter Dikkat Testi, Catell 2A-3A Testi, Çocuklar İçin Anksiyete Ölçeği, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Çocuklar İçin Hiperaktivite Ölçeği, Öğrenme Güçlüğü Belirti Tarama Envanteri, Sınav Kaygısı Ölçeği, Burdon Dikkat Testi, Gesel Gelişim Figürleri Testi, Peabody Resim Kelime Eşleştirme Testi, Metropolitan

Galatasaray Üniversitesi Yabancı Diller Yüksek Okulu – Yabancı Dil Eğitimi (2016)