



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

PANİK BOZUKLUĞU TANISI İLE İZLENEN KADINLARDA MARUZ KALINAN PARTNER CİNSEL ŞİDDETİ İLE KLİNİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Yusuf Taylan BOZ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2024





T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

PANİK BOZUKLUĞU TANISI İLE İZLENEN KADINLARDA MARUZ KALINAN PARTNER CİNSEL ŞİDDETİ İLE KLİNİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Yusuf Taylan BOZ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca çok kez hem bilgileri hem tecrübelerinden faydalandığım değerli klinik şefim Doç. Dr. Tonguç Demir BERKOL'a,

Tez sürecimde sıkılmadan, yorulmadan yanımda yürüyen, başım sıkıştığında yanına koşabildiğim, desteklerini bir gün bile esirgemeyen kıymetli hocam, abim, tez danışmanım Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM'A,

Beraber çalıştığımız her gün klinik tecrübeme yenilerini ekleyebildiğim, kahvesini bizlerden esirgemeyen sevgili abim Uz. Dr. Hüseyin YUMRUKÇAL ve yanında yeni bakış açıları kazanma fırsatına eriştiğim, kültür sanat sohbetlerimizi özleyeceğim sevgili ablam Uz. Dr. Berna ÖZATA YILDIZHAN'a,

Eşkıdem olduğumuz için kendimi şanslı saydığım, meslek hayatımın en güzel anılarında hep yan yana olduğum sevgili 'eşkom' Dr. Meltem ŞEN'e, iş hayatının en zor günlerini bile eğlenceli kılabilen Dr. Osman ŞEHİTOĞULLARI'na ve beraber çalışma fırsatı bulduğum arkadaşlarım Burak, Hafize, Asude, Ceylan, Kevser, Semih ve bütün meslektaşlarıma,

H1A ailesinin başta sorumlu hemşiremiz, ablamız Semra ENGİNKAYA olmak üzere tek tek bütün üyelerine,

Bugüne gelebilmem için yaptıkları fedakarlıkları saymakla bitiremeyeceğim, sevgi ve desteklerini her anımda hissettiğim canım annem ve babam Neval BOZ ve Cevdet BOZ'a, ilk arkadaşım, her zaman örnek alacak bir yanını bulabildiğim, ablaların bir tanesi Op. Dr. Gizem BOZ İZCEYHAN ve sevgili abim Mustafa İZCEYHAN'a, ailemizin neşesi, 'dayısının gülüsü' Deniz İZCEYHAN'a

Teşekkürlerimle…

Dr. Yusuf Taylan BOZ

İstanbul, 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **i**

İÇİNDEKİLER ..... **ii**

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **iv**

TABLO LİSTESİ ..... **v**

ÖZET ..... **vi**

ABSTRACT ..... **vii**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. PANİK BOZUKLUĞU 3

2.1.1. Tanım 3

2.1.2. Tarihçe 5

2.1.3. Epidemiyoloji 5

2.1.4. Etiyoloji 6

2.1.5. Panik Bozukluğunun Yaşam Kalitesine Etkisi 7

2.2. SOMATOFORM DİSSOSİYASYON 9

2.3. KADINA YÖNELİK PARTNER ŞİDDETİ 10

2.3.1. Şiddet Tanımı 10

2.3.2. Kadına Yönelik Partner Şiddetinin Sağlık Üzerindeki Etkileri 12

2.3.3. Kadına Yönelik Cinsel Şiddet 15

2.4. SOSYAL DESTEK, PARTNER UYUMU, PARTNER ŞİDDETİ ve PANİK BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ 18

2.4.1. Sosyal destek ve Panik Bozukluğu 18

2.4.2. Partner Uyumu ve Panik Bozukluğu 18

2.4.3. Partner Şiddeti ve Panik Bozukluğu 20

3. GEREÇ VE YÖNTEM **22**

3.1. ÇALIŞMA EVRENİ-ÖRNEKLEM 22

3.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KOŞULLARI 22
3.3. DIŞLAMA KRİTERLERİ 22
3.4. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER 23
3.5. İŞLEM 24
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 25
4. BULGULAR 26
4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 26
4.2. ÖLÇEKLERE DAİR TANIMLAYICI VERİLER 27
4.3. ÖLÇEK SKORLARININ DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI 28
4.4. PANİK ATAĞI SIRASINDA GÖRÜLEN DİSSOSİYATİF BELİRTİLERİN KATILIMCILARA GÖRE DAĞILIMI 30
4.5. ÖLÇEK SKORLARININ PANİK ATAĞI SIRASINDA GÖRÜLEN DİSSOSİYATİF BELİRTİLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI 31
4.6. ÖLÇEK SKORLARININ BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİSİ 34
5. TARTIŞMA 36
6. KISITLILIKLAR 42
7. SONUÇ VE ÖNERİLER 43
8. KAYNAKLAR 45

SİMGELER VE KISALTMALAR

AT : Ayrılık Tehdidi

BM : Bağlılık Manipülasyonu

DSM-5 : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı 5. Baskı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GABA : Gama aminobütirik asit

KY/Z : Kaynak Yönetimi / Zorbalık

PB : Panik Bozukluğu

PBŞÖ : Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği

SDÖ : Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği

TSSTÖ : Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği

YPCŞÖ : Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. DSM-5'e Göre Panik Atağı Tanı Ölçütleri 3

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Verilerinin Değerlendirilmesi..... 26

Tablo 3. Ölçeklere Dair Tanımlayıcı Veriler 27

Tablo 4. Katılımcıların Ölçek Skorlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması 28

Tablo 5. Panik Atağı Sırasında Görülen Dissosiyatif Belirtilerinin Katılımcılara Göre Dağılımı..... 30

Tablo 6. Katılımcıların Ölçek Skorlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması 29

Tablo 7. Katılımcıların Ölçek Skorlarının Depersonalizasyon-Derealizasyon Belirtilerine Göre Karşılaştırılması 31

Tablo 8. Katılımcıların Ölçek Skorlarının Uyuşma-Karıncalanma Semptomlarına Göre Karşılaştırılması 32

Tablo 9. Dissosiyatif Belirti Sayısına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması..... 33

Tablo 10. Ölçek Skorlarının Birbirleri ile İlişkisi 34

Tablo 11. YPCŞÖ Alt Boyutlarının PBŞÖ ve SDÖ Puanlarını Yordayıcılığı..... 35

ÖZET

PANİK BOZUKLUĞU TANISI İLE İZLENEN KADINLARDA MARUZ KALINAN PARTNER CİNSEL ŞİDDETİ İLE KLİNİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Yusuf Taylan BOZ

Amaç: Partner şiddetine maruz kalmak bireylerde birçok ruhsal belirtiye neden olabilir veya var olan belirtileri şiddetlendirebilir. Bu çalışmada panik bozukluğu tanılı kadın hastaların maruz kaldığı partner cinsel şiddetinin yoğunluğu ile panik bozukluğu belirtilerinin şiddeti ve somatoform dissosiyasyon belirtilerinin ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Ayaktan Tedavi Ünitesi ve Psikoterapi Merkezi'ne başvuran, panik bozukluğu tanılı 88 kadın hasta dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği (PBŞÖ), Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDÖ), Travma Sonrası Tanı Ölçeği (TSSTÖ), Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği (YPCŞÖ) uygulanarak elde edilen veriler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Veriler değerlendirildiğinde YPCŞÖ ile PBŞÖ skorları arasında, pozitif yönde, SDÖ ile PBŞÖ skorları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyi ile YPCŞÖ arasında negatif yönde, çalışma durumu ile SDÖ skorları arasında negatif yönde ve çalışma durumu ile PBŞÖ skorları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bulgular, kadının maruz kaldığı cinsel şiddetin panik bozukluğu şiddeti üzerinde etkisi olduğunu, panik bozukluğu şiddeti ile somatoform dissosiyatif belirti şiddetinin ilişki içinde olduğunu, eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi sosyal faktörlerin kişinin ruh sağlığı üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Panik Bozukluğu, Partner Şiddeti, Cinsel Şiddet, Somatoform Dissosiyasyon

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN INTIMATE SEXUAL VIOLENCE AND CLINICAL SYMPTOMS IN WOMEN DIAGNOSED WITH PANIC DISORDER

Dr. Yusuf Taylan BOZ

Objective: Exposure to intimate violence can lead to numerous psychological symptoms or intensify existing ones. This study aims to investigate the relationship between the severity of sexual violence experienced by women diagnosed with panic disorder and the severity of their panic disorder symptoms, as well as somatoform dissociative symptoms.

Method: The study included female patients diagnosed with panic disorder who applied to the Psychiatry Outpatient Clinic and Psychotherapy Center at Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Education and Research Hospital. A sociodemographic data form, Panic Disorder Severity Scale, Somatoform Dissociation Questionnaire, Post-Traumatic Stress Diagnosis Scale and Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale were administered to all participants, and the data collected were evaluated.

Results: When evaluating the Panic Disorder Severity Scale (PDSS), Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ), Post-Traumatic Stress Diagnosis Scale, and Sexual Violence Scale in Intimate Partner Relationships (SVSIPR) scores applied to female patients diagnosed with panic disorder, a significant relationship was found between SVSIPR and PDSS scores, SDQ and PDSS scores, as well as between education level and SVSIPR and employment status and SDQ/PDSS scores.

Conclusion: The findings indicate that sexual violence experienced by women has an impact on severity of panic disorder and there is a relationship between panic disorder severity and severity of dissociative symptoms, and that social factors such as education level and employement status have an effect on an individual's mental health.

Key Words: Panic Disorder, Intimate Violence, Sexual Violence, Somatoform Dissociation

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsel şiddet tanımı, kişinin rızası olmadan sarf edilen sözler, imalar, şakalar, tehditlerden fiziksel zorbalığa kadar çok geniş bir spektrumu kapsar [1]. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı adına Hacettepe Üniversitesi tarafından 2014 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada ülkemizdeki kadınların %36'sının yaşam boyu partneri tarafından fiziksel şiddete, %12'sinin cinsel şiddete, %38'inin iki şiddet türünden en az birine maruz bırakıldığı sonucuna ulaşılmıştır [2]. Yapılan birçok araştırma sonucunda anlaşılmaktadır ki yakın partner şiddetine maruz kalmak depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, psikotik bozukluklar gibi birçok ruhsal hastalığın gelişimini artırmakta, var olan belirtilerin şiddetinin artmasında rol oynamaktadır [3].

Partner şiddeti gibi zorlayıcı, kimi zaman süreğen ve güvenlik gibi en temel insan haklarına saldıran; kişiyi deyim yerindeyse yardım aramaya muhtaç bırakan eylemlerin bireylerin ruh sağlığında bozulmalara yol açması beklenen bir durum haline gelir [4,5]. Anksiyete ve bununla ilişkili semptomlar, psikanalitik bakışa göre, bireyin kendi başına yönetmekte zorlandığı içsel çatışmalar ya da dışarıdan gelen tehditler ile ortaya çıkan regresyon durumunda, bilinçdışı bir yardım arayışı şeklinde ortaya çıkabilir [6]. Panik atağının sıkça kişinin güvenlik hissini kaybettiği yaşam olaylarını takiben ortaya çıkması da bunu desteklemektedir [7].

Dünya genelinde kültürel farklılıklar, cinsel şiddet tanımının coğrafyaya göre değişebilmesine neden olabilmektedir. Bu da bazı toplumlarda normal olarak adlandırılan eylemlerin, bireyler bu durumu tanımlayamasa da üzerlerinde travmatik etkileri olabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan partner cinsel şiddeti, yapısı gereği, diğer şiddet türlerine göre daha örtük kalabilmektedir. Tüm bu etkenlerin, şiddet eyleminin süreğenliğine katkıda bulunduğu düşünülmektedir [8] Bu süreğen durumun, özellikle anksiyete bozuklukları gelişimine yol açtığı son zamanlarda yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur [4].

Yakın partner şiddeti ve birey üzerindeki etkileriyle alakalı araştırmalar literatürde kendilerine yer bulmaya son zamanlarda başlamıştır. Özellikle son yıllara kadar gerek yasa önünde gerek resmî kurumlarca sadece tecavüz kavramı üzerinden

tanımlanan partner cinsel şiddeti konusu, araştırmalarda kendine yeni yer bulmaya başlamış, tanımı ve kapsadıkları konusunda halen fikir birliğine varılma aşamasındadır [9,10].

Literatürde partner cinsel şiddetinin bireylerin ruh sağlığı üzerindeki etkisini gösteren sınırlı sayıda çalışma mevcut olsa da partner cinsel şiddeti ve panik bozukluğunun şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya henüz rastlanmamıştır.

Çalışmamızda panik bozukluğu tanısı ile izlenen kadın hastalarda partnerleri tarafından uygulanan cinsel şiddetin yoğunluğunu ve niteliğini belirlemek, panik bozukluğu belirtilerinin şiddeti ve ortaya çıkan somatoform dissosiyatif belirtiler ile yakın partner cinsel şiddeti arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

HİPOTEZLER

1. Yakın partner cinsel şiddetine maruz kalmak, panik bozukluğu belirtilerinin şiddetini artırır.
2. Yakın partner cinsel şiddetine maruz kalan panik bozukluğu hastalarında somatoform dissosiyatif belirtiler, karşılaşmayanlarla kıyaslandığında daha sık görülür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PANİK BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım

Panik atağı; akut başlayan, yoğun belirtilerle seyreden ve yaklaşmakta olan felaket duygusunun eşlik ettiği kaygı atağıdır. Süresi dakikalardan saatlere kadar farklılık gösterebilir. Panik bozukluğu ise beklenmedik panik atakları ile buna bağlı bilişsel ve bedensel belirtiler ile seyreden yaygın bir bozukluktur [11].

Panik atağı esnasında aşağıda (Tablo 1) belirtilen 13 belirtiden en az dört tanesinin görülmesi beklenir:

Tablo 1. DSM-5'e Göre Panik Atağı Tanı Ölçütleri

1. Çarpıntı, kalbin güçlü ve hissedilir atması ya da kalp hızının artması
2. Terleme
3. Titreme veya sarsılma
4. Nefeste daralma ya da boğuluyor gibi olma hissetme
5. Soluğun tıkandığı hissi
6. Göğüste ağrı ya da sıkışma hissi
7. Mide bulantısı veya karın ağrısı
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersem ya da bayılacak gibi hissetme
9. Terleme, ürperme ya da ateş basma yaşantısı
10. Vücutta uyuşma, karıncalanma hissi
11. Gerçekliğe ya da kendi bedenine yabancılaşma (derealizasyon, depersonalizasyon)
12. Denetimi yitirme ya da "çıldırma" korkusu
13. Ölüm korkusu [12]

Panik bozukluğu tanı kriterleri ise aşağıda belirtildiği gibidir:

A. Yineleyici panik atakları (Tablo 1'de belirtilmiştir)

B. En az bir atak sonrası bir ay boyunca (veya daha uzun süreyle) aşağıdakilerden biri veya ikisi olur:

   1. Panik atağının yinelemesi veya bunun olası sonuçlarıyla ilgili süreğen endişe (beklenti anksiyetesi)

   2. Ataklarla ilişkili uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri

C. Bu bozukluk bir maddenin kötüye kullanımı ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkileri ile açıklanamaz.

D. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz [12].

Kaygılı bireyler kendilerini çoğunlukla "gergin" veya "korkmuş" olarak tanımlar. Özellikle panik atağı esnasında gözlerin açık, kaşların kalkmış olduğu "korkulu yüz ifadesi" dışarıdan gözlemlenebilir. Anksiyeteyi kronik olarak deneyimleyen kişilerde ise daha künt bir yüz ifadesi izlenebilir ve bu depresif bir bulgu olarak değerlendirilebilir [11].

Panik atağı esnasında düşünceler hızlanabilir, kişi anksiyetenin algılanan nedeni dışındaki şeylere odaklanmakta zorlanabilir. Atak esnasında kardiyo-pulmoner nedenlere bağlı ölüme ilişkin somatik kaygılar kişinin dikkatinin odak noktası olabilir. Hastalar çarpıntı, solunum zorluğu gibi belirtileri nedeniyle öleceklerine inanabilir. Bu hastaların yaklaşık beşte birinde panik atağı esnasında senkop atağı da görülebilir. Genç, sağlıklı görünümde olup acil servislere kalp krizinden ölmek üzere oldukları şikayetiyle ısrarlı başvurular bu hasta grubunda görülebilir [11].

İlk ataktan sonra birçok hastada panik atağının tekrarlayacağı korkusu gelişir. Bu nedenle ataklar arasındaki süreçte panik dışı (genel) kaygı düzeyi artar. Beklenti anksiyetesi, genel anksiyetenin dikkat artışı, endişe ve hiperaktivite gibi birçok özelliğini taşır. Bu durum panik atağı ile genel kaygı arasındaki farkı ortadan kaldıracak kadar yoğun olabilir. Bu kadar yüksek düzeydeki kaygı, panik eşiğini

düşürebilir, bu da yeni atak riskini artırabilir. Beklenti anksiyetesi kaçınma davranışına yol açarak agorafobinin ortaya çıkmasına neden olabilir [13].

2.1.2. Tarihçe

Panik sözcüğü, Yunan tanrısı Pan'dan köken alır. Pan, Yunan mitolojisinde Arkadia'da kırların, çobanların tanrısıdır. Hermes'in oğlu Pan; insan gövdesi, keçi ayakları ve ıssız yaz günlerinde attığı korkutucu beklenmedik 'panik' çığlıklarıyla bilinmektedir [14]. Gezginler, Pan ile karşılaşma, irkilme korkusu nedeniyle açık alanlara, pazara (Yunanca agora) gitmekten kaçınmış, agorafobi (geniş, açık/halka açık yerlerden korkma) kavramı buradan köken almıştır [15].

Panik sözcüğünü ilk defa 1879 yılında Henry Maudsley kullanmıştır [16]. 1964 yılında ise Klein, farmakolojik diseksiyon adını verdiği yaklaşımında imipramine verdiği yanıtla yaygın anksiyete bozukluğu hastalarından ayrılan bir grup tanımlamış ve panik bozukluğunu Freud'un tanımladığı anksiyete nevrozundan ayırmıştır. Klein daha sonra çalışmalarında beklenti anksiyetesinin panik atağında sonra oluştuğunu; panik atağı ve beklenti anksiyetesinin sonucunda da agorafobi geliştiğini ifade etmiştir [17]. Klein yaptığı çalışmalarla panik bozukluğu kavramının 1978 yılında RDC (Research Diagnostic Criteria) ölçütlerine dahil edilmesine katkıda bulunmuştur [18].

Panik bozukluğu kavramı DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sürecinde ilk kez DSM-III'te kendine yer bulmuştur. DSM-III-R'de agorafobi, panik bozukluğuna eşlik eden ayrı bir tablo olarak tanımlanmış; beklenti anksiyetesi, panik bozukluğu için tanı kriterlerinden biri olarak tanımlanmıştır. DSM-IV ve DSM-IV-R'de agoraafobili/agorafobisiz panik bozukluğu şeklinde iki ayrı durum tanımlanmış ve diğer tanılarla ilişkili olarak ortaya çıkabilen panik atağı tanımlanıp ayırıcı tanı kriterleri eklenmiştir [15]. DSM-5'te ise agorafobi panik bozukluğundan ayrı bir durum olarak tanımlanmış, PB belirleyicileri arasından çıkarılmıştır [19].

2.1.3. Epidemiyoloji

Anksiyete bozuklukları, tüm ruhsal bozukluklar arasında en sık görülen gruptur. Panik bozukluğu yaşam boyu prevalansı farklı çalışmalarda %1,6-5,2 arasında bulunmuştur. Panik bozukluğu görülme sıklığı cinsiyetler arasında farklılık

gösterir. Çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre yaklaşık 2 kat daha sık görüldüğü gösterilmiştir [20].

Ülkemizde genel toplumda yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırma sonuçlarına göre de panik bozukluğu görülme sıklığı kadın cinsiyette erkeklere göre daha fazladır. Prevalans kadınlarda %0,5 erkeklerde ise %0,2 olarak bulunmuştur [21].

Panik atağı yaşam boyu yaygınlığı, yapılan bir uluslararası epidemiyoloji çalışmasında %13,2 olarak saptanmıştır. Panik bozukluğu tanısı olmaksızın panik atağı yaşayan bireylerin yaklaşık üçte ikisinin yaşam boyu birden fazla panik atağı deneyimlediği gösterilmiştir. Aynı çalışmada yaşam boyu panik atağı öyküsü olan bireylerin %12,8'inin yaşam boyu panik bozukluğu tanısı aldığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada panik bozukluğu yaygınlığı, gelir düzeyi yüksek ülkelerde daha düşük ülkelere kıyasla daha fazla bulunmuştur [22].

Panik bozukluğu başlangıç yaşı bireylerde değişiklik gösterse de ergenlik ve 30 yaş arası olarak kabul edilir ve ortalama başlangıç yaşı kadın ve erkeklerde farklılık gösterse de 25 olarak gösterilmiştir [22].

Kadınlarda başlangıç yaşı iki dönemde belirginleşir. 15-34 yaşlar arası erken başlangıçlı, 45-54 yaşlar arası geç başlangıçlı panik bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Medeni durum, kişinin yaşadığı yer gibi sosyal değişkenlerin panik bozukluğu görülme sıklığını etkilediği bulunmuş; evli bireylerde evli olmayanlara göre daha az, şehirde yaşayanlarda köyde yaşayanlara göre 1,5-2 kat daha sık görüldüğü saptanmıştır [23].

2.1.4. Etiyoloji

Panik bozukluğu etiyolojisini aydınlatmaya yönelik çalışmalar biyolojik ve psikososyal gelişim başlıkları altında toplanmıştır.

Yapılan çalışmalar kalıtımın panik bozukluğu için güçlü bir risk faktörü olduğunu ve panik bozukluğunun ailesel özelliğinin diğer anksiyete bozukluklarına göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Panik bozukluğu tanılı hastaların birinci derece akrabalarında panik bozukluğu görülme riski farklı çalışmalarda %2.8-14.7 arasında bulunmuştur [24]. Beş binin üzerinde katılımcıyla yapılan bir ikiz çalışmasına

göre panik bozukluğunun kalıtılabilirliği %28'dir [25]. Aile ve ikiz çalışmalarını inceleyen bir meta-analiz çalışması ise kalıtılabilirliği %48 olarak saptamıştır [26].

Serotonerjik, GABAerjik, noradrenerjik sistemlerin, prefrontal korteksin ve limbik sistemin birbiriyle etkileşimlerinin panik atağı, beklenti anksiyetesi, korku ve kaçınmayı öğrenme gibi bilişsel süreçler ve agorafobi üzerinde etkisi olduğu yapılan nörobiyoloji çalışmalarında gösterilmiştir [7].

Panik bozukluğuyla ilgili nöroanatomi çalışmaları bu hastalığın sempatik sinir sisteminin ve bu hücrelerin köken aldığı beyin sapındaki locus cereleus bölgesinin aşırı duyarlılığına bağlı bir fonksiyonel bozukluk olduğuna işaret eder [7,27].

Yapılan farklı görüntüleme çalışmalarında panik bozukluğu hastalarında tutarlı amigdal hiperaktivasyon bulgularına ulaşılamamıştır. Çalışmalar esas olarak beyin sapı, anterior ve medial singulat korteks, insula ve prefrontal korteksin lateral ve medial kısımlarını içeren korku ağında anormal aktivasyona işaret eder [28].

Bilişsel kuram panik atağını bedensel belirtilerin katastrofik yorumlanmasıyla açıklar. İlk panik atağından sonra bu durumun tekrarlayacağına dair korku, kaçınma davranışı gelişmesine sebep olur [29]. Psikodinamik kurama göre anksiyete, bilinç dışı savunma düzeneklerinin hem sebebi hem sonucudur. Anksiyete oluşturan dürtülere karşı oluşan savunma düzeneklerinin yetersizliği panik atağı gelişmesinin nedenidir [7].

Franklin'in 1989 yılında panik bozukluğu üzerine yapılmış 13 araştırmayı derleyerek ulaştığı sonuçlara göre panik bozukluğu tanılı hastaların %86'sının öyküsünde ilk panik atağı öncesi önemli bir yaşam olayı vardır. Bu olayların %69'unun sağlıkla ilişkili olaylar, %39'unun kişilerarası çatışmalar ve %32'sinin kayıp ya da ayrılık yaşantısı olduğu belirtilmiştir [30].

2.1.5. Panik Bozukluğunun Yaşam Kalitesine Etkisi

Panik bozukluğunda deneyimlenen yoğun anksiyete atakları bireyin kişisel deneyimlerinin yanında hem sosyal yaşantısını hem de yakın ilişkilerini etkileyebilir. Panik bozukluğu tanılı bireylerin yakın ilişkilerinde, partnerlerinin bu rahatsızlığı nasıl

algıladığı ve bu duruma nasıl tepki verdiği, hastalığın seyrini ve tedavi sürecini önemli ölçüde etkileyebilir [31].

Panik bozukluğunun kişilerarası ilişkilere etkileri, aşağıdaki başlıklar üzerinden açıklanabilir:

1. Sosyal çekilme ve izolasyon
2. İletişim sorunları
3. İlişki doyumu ve güven sorunları
4. Duygusal destek arayışı ve etkileri
5. Psikososyal işlevsellik [32-34]

Panik bozukluğu tanılı bireyler genellikle atakları tetikleyebilecek durum ve ortamlardan uzaklaşma eğiliminde olurlar. Panik atağının tetiklenebileceği durum ve ortamlardan kaçınma eğilimi kişinin sosyal etkileşimlerini, sosyal ilişkilerini sınırlayarak izolasyon hissine neden olabilir. Sosyal çekilme, bireylerin arkadaşları ve aileleriyle olan ilişkilerinin zayıflamasına neden olabilir. Bu tür bir izolasyon, bireylerin sosyal becerilerini köreltebilir ve sosyal destek alabilecekleri sosyal çevrelerinden uzaklaşmalarına yol açabilir [23,35].

Panik bozukluğu, bireylerin iletişim becerilerini de etkileyebilir. Panik atağı sırasında yaşanan aşırı korku ve endişe, bireyin hislerini, düşüncelerini açıkça ifade etmesini zorlaştırabilir. Bu durum, iletişimde tutarsızlığa ve yanlış anlamalara yol açabilir [33].

Panik bozukluğu, ilişkilerin yanında genel psikososyal işlevselliği de etkileyebilir. Tekrarlayan panik atakları, bireylerin iş yaşamında, sosyal etkileşimlerde ve genel yaşam kalitelerinde performans düşüşüne neden olabilir. Panik bozukluğu tanılı kişiler, panik ataklarının sosyal ve profesyonel yaşamlarına etkilerini yönetmekte zorluk çekebilirler [36]. Panik atağının tekrarlayacağı kaygısı, kişinin sosyal etkinliklerin yanında iş yaşamlarına katılımını zorlaştırarak profesyonel başarısını etkileyebilir.

2.2. SOMATOFORM DİSSOSİYASYON

Somatoform dissosiyasyon, bedensel belirtilerin psikojenik olarak ortaya çıktığı bir durumdur. Bu kavram, "somatoform" (bedensel) ve "dissosiyasyon" (zihinsel ayrışma) terimlerinin birleşiminden türemiştir. Bu durumda kişi bedensel şikayetler deneyimler ve bu şikayetler kişinin kontrolü ve farkındalığı olmadan, bilinçdışı ortaya çıkabilir [12].

Somatoform dissosiyasyon, genellikle stres, travma veya duygusal çatışmalarla ilişkilidir. Çocukluk veya erişkinlik döneminde maruz kalınan uzun süreli stres, travmatik deneyimler bu tür belirtilerin gelişimine neden olabilir [37] Bessel van der Kolk, “The Body Keeps the Score” kitabında bu durumu daha çok TSSB ve dissosiyatif bozukluklarla ilişkilendirmiştir. Van der Kolk, travmanın bedensel etkilerini ve bu tür belirtilerin, geçmişteki travmatik olaylara karşı bir tür savunma mekanizması olarak nasıl geliştiğini açıklar [38].

Şikayetler fiziksel ve dissosiyatif belirtiler şeklinde iki ana başlıkta toplanabilir:

- Baş ağrısı, mide rahatsızlıkları, baş dönmesi, yorgunluk ve cilt sorunları gibi genel ve çoğunlukla tıbbi bir neden bulunamayan ve uzun süre devam eden fiziksel belirtiler ile

- Bedenden kopma, çevreye yabancılaşma, gerçekdışı hissetme gibi dissosiyatif belirtiler [38-40].

Travmatik yaşantılar somatoform dissosiyatif belirtilerin gelişmesine neden olabilir. Türkiye’de 277 kadın ile yapılan bir çalışmada partner şiddetine maruz kalan kadınlarda depresyon, konversiyon ve diğer somatoform bozukluklar görülme oranları genel popülasyona göre yüksek bulunmuştur ve Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDÖ) puanları anlamlı düzeyde yüksektir [41]. Partner şiddeti ve intihar eğilimi arasındaki ilişkiyi araştıran bir başka çalışmada da katılımcılarda tehdit, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalmanın intihar eğilimiyle yüksek SDÖ puanları üzerinden dolaylı ilişkisi olduğu saptanmıştır [42].

Somatoform dissosiyasyon, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Tedavi genellikle psikoterapidir, gerektiğinde ilaç tedavisi eklenebilir. Travma odaklı terapi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), destekleyici psikodinamik psikoterapi ve EMDR (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) gibi yaklaşımlar genellikle faydalıdır [43].

2.3. KADINA YÖNELİK PARTNER ŞİDDETİ

2.3.1. Şiddet Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'ne göre şiddet; gücün ve iktidarın fiziksel veya ruhsal yaralanmaya ve kayba yol açacak şekilde bir insana, bir gruba ya da bir topluma doğrudan ya da dolaylı uygulanmasıdır [44].

Birleşmiş Milletler (BM) 'in 2002 yılında yayınladığı 'Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Bildirgesi'ne göre, kadına yönelik şiddet aşağıdaki maddeleri kapsayacak şekilde anlaşılmalı ancak bunlarla sınırlı kalmamalıdır:

a. Darp, kız çocuklarının cinsel istismarı da dahil olmak üzere hane halkı içerisinde meydana gelen fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet, çeyizle ilişkili şiddet, evlilik içi tecavüz, kadın sünneti ve kadına zarar veren diğer geleneksel uygulamalar ve istismarla ilişkili şiddeti kapsayan aile içi şiddet;

b. Eğitim kurumları, işyeri veya başka bir yerde cinsel istismar, tecavüz, yıldırma, kadın ticareti ve fuhuşa zorlanmayı kapsayan genel toplumda meydana gelen fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet;

c. Nerede gerçekleştiğinden bağımsız olarak devlet tarafından göz yumulan, kadına yönelik fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet [1].

DSÖ 2013 yılında yayınladığı bildirgede kadına yönelik partner şiddetini fiziksel şiddet, cinsel şiddet, duygusal şiddet/istismar, ekonomik şiddet/istismar şeklinde dört gruba ayırarak tanımlamıştır [10].

Fiziksel Şiddet

- Tokat atma veya zarar verebilecek bir obje fırlatma,
- İtme, yumruk atma veya zarar verebilecek bir objeyle vurma,
- Tekme atma, sürükleme, bilerek boğma, yakma
- Tabanca, bıçak veya herhangi bir silahla tehdit etme ve/veya bu silahları kullanma

Cinsel Şiddet

- İstemediği halde fiziksel olarak cinsel ilişkiye zorlama
- Kadının partnerinin yapabileceklerinden korktuğu için cinsel ilişkiyi kabul etmesi
- Cinsellik esnasında aşağılayıcı veya onur kırıcı bulduğu bir şey yapmaya zorlama

Duygusal Şiddet/İstismar

- Hakaret ya da küfür, korkutma
- Başkalarının yanında küçük düşürme
- Kadına veya çevresindekilere zarar vermekle tehdit etme

Ekonomik Şiddet/İstismar

- Kadının çalışmasına engel olma
- İşten ayrılmaya zorlama
- Harcamaları için para vermeme [10]

DSÖ'nün istatistik verilerine göre bir kadının fiziksel veya cinsel yakın partner şiddetine maruz kalma olasılığı küresel olarak %30'dur. Bu oran Afrika, Doğu Akdeniz ve Güneydoğu Asya bölgelerinde daha yüksek (yaklaşık %37); Avrupa ve Batı Pasifik bölgelerinde ise daha düşük (yaklaşık %25) olarak saptanmıştır. Aynı

veriler kadının maruz kaldığı yakın partner şiddeti yoğunluğunun 40-44 yaşları arasında en yüksek oranlara ulaştığını, 50 yaş sonrasında bu oranların düştüğünü göstermektedir. Kadının maruz kaldığı yakın partner şiddeti sıklığı gelir düzeyi yüksek bölgelerde dünya ortalamasının altında saptanmıştır (yaklaşık %23) [10]. Aynı şekilde kadının sahip olduğu gelirin de maruz kaldığı partner şiddetini etkilediği düşünülmektedir. Düşük gelir sahibi kadınların, daha yüksek gelir elde eden kadınlara göre fiziksel, psikolojik veya cinsel şiddete uğrama konusunda daha yüksek risk altında olduğu bildirilmiştir [45]. Bununla birlikte eğitim ve gelir düzeyi düşük olan erkeklerin partnerine yönelik şiddet eğiliminin daha yüksek olduğu görülmektedir [44,46]. Yine dünyanın farklı yerlerinde yapılan birçok çalışma ışığında partnerini aldatma eğilimi olan ya da birden fazla partneri olan erkeklerin daha fazla şiddet eğilimi olduğu söylenebilir [47-49].

Kadının maruz kaldığı cinsel şiddeti konu alan araştırmalar göstermektedir ki cinsel şiddet hemen her zaman diğer şiddet türleriyle beraber karşımıza çıkmaktadır [50] Afrika'da 2004 yılında kadınlarla yapılan bir çalışmada tüm katılımcıların sadece %2'si yalnızca cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir [51]. Diğer taraftan ABD'de yapılan iki bağımsız araştırma fiziksel şiddete maruz kalan kadınların yaklaşık yarısının aynı zamanda cinsel şiddete maruz kaldığını göstermektedir [52,53]. Ülkemize bakıldığında Hacettepe Üniversitesi kapsamında 2014 yılında yapılan bir araştırmada kadınların %36'sı fiziksel, %12'si cinsel şiddete; %38'i ise iki şiddet türünden en az birine maruz kaldığını belirtmiştir [2].

2.3.2. Kadına Yönelik Partner Şiddetinin Sağlık Üzerindeki Etkileri

Ülkemizde bir merkezde psikiyatri polikliniğine başvuran 300 yetişkin kadınla yapılan bir çalışmada katılımcıların %70,1'i eşleri tarafından sözel, %49'u fiziksel şiddete maruz kaldığını; sözel şiddete maruz kalan kadınların %65,3'ü aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldığını bildirmiştir. Çalışan kadınlarda fiziksel şiddete maruz kalma anlamlı oranda yüksek bulunmuştur [54].

Kadına yönelik partner şiddeti gerek bedensel gerek ruhsal anlamda önemli sağlık sorunlarını da beraberinde getirir. Partner fiziksel şiddeti ya da cinsel saldırı sonucu kadınlar doğrudan fiziksel yaralanmalara maruz kalabilir. Bunun ötesinde

kronik ağrı, travmatik yaralanmalara bağlı sekonder problemler gibi ciddi sonuçlar ortaya çıkabilir [55].

Partner şiddetine maruziyeti kadınlarda ciddi üreme sağlığı sorunlarına yol açabilir [56]. Örneğin bir çalışmada partner şiddetinin menstruasyondan bağımsız pelvik ağrı, düzensiz menstrual kanama, üriner enfeksiyon gibi jinekolojik problemlerle ilişkisi olduğu gösterilmiştir [57]. DSÖ'ye göre partner şiddetine maruz kalan kadınların düşük yapma oranı kalmayanlara göre iki kat fazladır ve doğum yapanların %16'sı düşük doğum ağırlıklı bebekler dünyaya getirmektedir [10].

Yakın partner şiddetinin ciddi ve yıkıcı ruhsal sonuçları olabilir. Bir sistematik gözden geçirme ve meta-analize göre depresyon görülme sıklığı üç, anksiyete bozukluğu görülme sıklığı dört kat artmaktadır [5]. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) görülme sıklığı üç ile yedi kat arasında artış göstermektedir [5,58]. Travmatik gerçeğe karşı bir bilinçdışı bir savunma olarak dissosiyatif bozukluklar gelişebilir [59]. Aynı şekilde psikotik belirtiler, yeme bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu ile partner şiddeti arasında önemli ilişki mevcuttur [10]. 2021 yılında yapılan bir sistematik gözden geçirme maruz partner şiddetine maruziyet ile alkol, sigara, damar içi uyuşturucu madde bağımlılığı ve genel madde kullanımı arasında bir korelasyon olduğunu göstermiştir [60].

2006 yılında Avusturalya'da partner şiddeti ve kadın sağlığı ilişkisini araştıran bir çalışmaya göre partner şiddetiyle bağlantılı olarak ortaya çıkan hastalık yükünün %34,7'si depresyona, %27,3'ü anksiyete bozukluğuna ve %10,7'si intihar eğilimine atfedilebilir [61]. 2008'de ABD'de ülke geneli kadın popülasyonunda son 12 ayda bildirilen majör depresyon sıklığı %2,4'ken bir sığınma merkezine şiddet nedeniyle başvuran kadınların son 12 ayda %51,4'ü majör depresyon tanısı almıştır [62]. Görülmektedir ki, maruz kalınan şiddet yoğunluğu arttıkça depresif belirtilerin şiddeti de artmaktadır [63]. Partner şiddetine maruz kalan ve depresyon tanısı alan kadınlarda umutsuzluk, düşük özsaygı gibi belirtiler daha yaygındır [64]. Yaşanan travmaların yarattığı derin çaresizlik ve umutsuzluk hissi intihar yönelimini artırdığından şiddet mağdurlarında intihar girişim oranları genel topluma kıyasla oldukça yüksektir [65].

Ülkemizde bir psikiyatri polikliniğine başvuran 300 kadından evliliğinde fiziksel şiddete maruz kalanların %47,6'sı; sözel şiddete maruz kalanların %39,1'i bu başvuruların gördüğü şiddetle ilişkisi olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların belirtileri SCL-90-R (Symptom Checklist, Ruhsal Belirti Tarama Testi) ile taranmış; sözel şiddete maruz kalmanın fobik belirtiler dışında tüm alt grup puanlarında artışa neden olduğu gösterilmiştir. Fiziksel şiddete maruz kalma ile somatik, fobik belirtiler; hostilite ve tüm alt grup puanları arasında ilişki olduğu ortaya konmuştur [54].

Partner cinsel şiddeti, bireyler üzerinde yıkıcı etkiler yarattığı gibi, toplumu da derinden etkileyen sonuçlar doğurur. Bu sonuçlarla mücadele etme konusunda karşımıza çıkan ilk zorluk şiddeti tanımak olmuştur. Gerek kültürel normlar gerek utanç duygusuyla destek göremeyeceği endişesi, kadınların başta cinsel şiddet olmak üzere maruz kaldığı her türlü şiddeti bildirmesine, yardım arayışına girmesine engel olmuştur. Farklı kültür ve geleneklerde erkeğin kadına uyguladığı şiddet meşru görülmüştür ve dünyanın birçok yerinde bu bakış geçerliliğini korumaktadır.

Kadının suçlanma, damgalanma ile karşılaşma endişesiyle yardım arayışına girememesi toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin derinleşmesine katkıda bulunur. Ayrıca, bu tür şiddet, kadınların sosyal statüsünü ve özgüvenini zedeleyerek, toplum içinde ikincil bir konuma itilmesine neden olabilir [56]. Şiddete maruz kalan kadınlar sıklıkla yalnızlaşma, toplumsal hayattan dışlanma gibi durumlarla karşı karşıya kalır. Bu durum yalnızca bireylerin değil, tüm toplumun sosyal sağlığını etkiler. Özellikle toplumsal yapı içinde bu tür şiddetin normalleştirilmesi ya da görmezden gelinmesi, şiddetin tekrarlanmasına zemin hazırlar [3].

Partner şiddetine maruz kalan kadınlar aile içinde de zorluklar yaşayabilir. Varsa çocuklarıyla ilişkilerinde zorluklar yaşayabilir, bu da nesiller arası travmaya neden olabilir. Annesinin maruz kaldığı şiddeti gözlemleyen çocuklarda da travmatik etkiler olabilir ve bunun sonucunda davranışsal sorunlar, öğrenme güçlükleri gibi ruh sağlığı problemleri ortaya çıkabilir [59].

Hane içi şiddete tanıklık eden çocukların yetişkin hayatında hem şiddet uygulama hem de şiddet mağduru olma olasılığının arttığı, yapılan araştırmalarla gösterilmiştir [66]. Bandura'nın sosyal öğrenme teorisi, çocukların çevrelerinde

gözlemledikleri davranışları taklit etme eğiliminde olduklarını öne sürer. Şiddet içeren aile ortamında büyüyen çocuklar, bu davranışı bir çözüm yöntemi olarak öğrenebilir ve yetişkin olduklarında ilişkilerinde şiddet kullanma olasılıkları artar [67].

Ülkemizde yapılan bir çalışmada partneri tarafından fiziksel şiddete maruz bırakılan kadınların %11,4'ü şiddeti hak ettiklerini, %12,9'u başkalarının maruz kaldığı şiddeti hak ettiğini düşündüğünü belirtmiştir. Fiziksel şiddeti hak ettiğini düşünen kadınların %88,5'i çocukluğunda da şiddete maruz kaldığını bildirmiştir [54]. Partner cinsel şiddeti özelinde bakıldığında 2011 yılında ABD'de yapılan bir çalışmaya göre partneri tarafından fiziksel güç uygulanarak cinsel ilişkiye zorlanan kadınların %82'si bu yaşantılarını çevresiyle dahi paylaşmamıştır [68]. Birçok toplumda cinsel ilişkinin kadının bir görevi olarak görülmesi, cinselliğe zorlanan kadınların dahi bu durumu tecavüz olarak adlandırmasının, bildirmesinin ve yardım istemesinin önüne geçmektedir [69]. ABD'de 2003'te yapılan bir çalışmada cinsel saldırı mağduru kadınların yaklaşık üçte biri (%32,8) bu yaşadıklarını tecavüz olarak adlandırmış, yarısından fazlası (%57,5) tecavüz olarak adlandırmamış, geri kalan katılımcılar ise (%9,7) emin olmadıklarını belirtmiştir [70].

Sosyokültürel nedenlerle beraber partner şiddetinin tanınmasını zorlaştıran bir diğer konu da sağlık profesyonellerinin çalışma pratiğine bu konuyu dahil etmemesi hatta kimi zaman sorgulamaktan kaçınmasıdır. ABD'de psikiyatri asistanlarıyla yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların çoğu rutin olarak hastalarına aile içi şiddet hakkında soru sormadığını, %61'i şüpheli bir durum gördüğünde sorduğunu ve %15'i bir sorun olduğundan şüphelendiğinde bile sormadığını belirtmiştir [71]. Yeni Zelanda'da bir merkez aile içi şiddet sorgulamasını muayene rutinine eklediğinde tespit oranlarının arttığını bildirmiştir [72].

2.3.3. Kadına Yönelik Cinsel Şiddet

Kadına yönelik cinsel şiddeti tanıma yolunda önemli engellerden biri de bu konunun yakın zamana kadar hem toplumsal bazda hem de resmî kurumlarca göz ardı edilmesi ya da sessizce kabul edilmesi olmuştur. Antik çağlardan Orta Çağ'a kadar, kadınların cinsel saldırıya uğraması çoğu toplumda erkeğin sahiplik hakları üzerinden değerlendirildi. Örneğin, Roma hukukunda, bir kadına cinsel saldırıda bulunulması,

kadına sahip olduğu kabul edilen erkeğin malına zarar verilmesi olarak değerlendiriliyordu; kadının hakları yok sayılıyordu [73].

19. yüzyıl sonlarına doğru feminist hareketin ortaya çıkmasıyla beraber kadına yönelik cinsel şiddet konusunda farkındalığın tohumları atılmaya başlandı. Özellikle Batı toplumlarında kadınların oy hakkı ve eşitlik için verdikleri mücadele, cinsel şiddet konusunu da gündeme getirdi. Cinsel şiddet bu dönemde ahlaki bir problem olarak tartışılmaya başlanmıştı ancak hukuki alandaki tartışmalar hala yetersizdi [74].

20. yüzyılın ilk yarısında batı toplumlarında kadının hukuki statüsü değişmeye başlamıştı. 1920'lerde İngiltere'de kadına yönelik cinsel suçlarla ilgili yasalar çıktı ancak bu yasaların sınırlı ve mağduru koruma konusunda yetersiz görüldü [1]. ABD'de 1960'lara kadar cinsel şiddet konusu hukuki bağlamda bir temele oturtulmamıştı; tecavüz, evlilik içi şiddet ve cinsel taciz gibi konular büyük ölçüde görmezden geliniyordu [9].

20. yüzyılın ikinci yarısına gelindiğinde ikinci dalga feminizmin yükselişiyle kadına yönelik cinsel şiddet konusunda büyük ilerlemeler kaydedildi. Feminist hareket ile cinsel şiddet hem bir insan hakları ihlali hem de toplumsal bir sorun olarak gündeme geldi. Birçok batı ülkesinde tecavüz kriz merkezlerinin kurulmasıyla cinsel şiddete karşı yasal mücadele hız kazandı. Örneğin ABD'de ilk tecavüz kriz merkezi 1972 yılında faaliyetlerine başladı [75]. Bununla birlikte kadınlar kendi deneyimlerini paylaşarak cinsel şiddet konusunu tartışmaya açtı ve toplumsal farkındalık yolunda öneli adımlar atılmış oldu [76].

1980'ler, kadına yönelik cinsel şiddetin küresel düzeyde tanınmaya başlandığı bir dönem oldu. Bu dönemde feminist hareketlerin güçlenmesi, kadınların örgütlenmesi ve medyanın bu konuya eskisine göre daha fazla yer vermesi cinsel şiddet konusunda farkındalığın artmasına katkıda bulundu. Bu döneme kadar dünyada "gerçek tecavüz" kavramı failin yabancı biri olması, fiziksel zorbalık içermesi ve mağdurun mutlaka fiziksel olarak direndiğine dair kanıtlar bulunması şartlarını esas alıyordu [77]. Aynı dönemlerde K. Yllo ve D. Finkelhor'un "License to Rape: Sexual Abuse of Wives" adlı ve D. Russell'ın "Rape in Marriage" adlı kitaplarının yayınlanmasıyla evlilik içi tecavüz konusu gündeme gelmeye başladı [78,79].

Ülkemizde de 1980'lerin sonunda sivil toplum örgütleri tarafından bu konu gündeme getirildi fakat evlilik içi tecavüzün resmi olarak Türk Ceza Kanunu tarafından suç olarak kabul edilmesi ancak 2005 yılına kadar gerçekleşmedi.

20. yüzyılın sonları, kadına yönelik cinsel şiddetin küresel düzeyde tanınması açısından önemli bir dönem oldu. 1993 yılında, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (CEDAW) kapsamında, cinsel şiddeti insan hakları ihlali olarak tanımladı [1,80]. 1995 yılında Pekin'de düzenlenen Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, cinsel şiddetin küresel bir sorun olarak ele alındığı önemli bir platform oldu. Birçok kadın hakları savunucusu bu konferansta bir araya gelerek cinsel şiddete karşı ortak eylem planları geliştirme imkânı buldu. Bu gelişmelerle birçok ülkede kadına yönelik şiddeti önleme amaçlı yeni yasalar çıktı, mevcut yasalar güçlendirildi. Özellikle evlilik içi tecavüz ve cinsel saldırı konularında önemli hukuki adımlar atıldı [59].

2000'li yıllara gelindiğinde dijital teknolojilerin gelişmesi ve internetin yaygınlaşmasıyla cinsel şiddet farkındalığı ve bununla mücadele süreci hız kazandı. Özellikle sosyal medya, cinsel şiddete maruz kalan kadınların hikayelerini paylaşarak kitlelere ulaşabileceği büyük bir platform haline geldi ve dijital platformlarda cinsel şiddetle mücadele amaçlı çeşitli kampanya ve hareketler başladı. Örneğin 2017 yılında #MeToo hareketi dünya çapında milyonlarca kadının maruz kaldığı cinsel şiddet deneyimini paylaşmasına olanak sağladı. Tüm bu gelişmeler kadına yönelik cinsel şiddet konusunda küresel farkındalığa büyük katkı sağladı [81,82].

Partner cinsel şiddeti tanımı ve bu tanımın kapsadıkları literatürde halen tartışılan bir konudur. Genel olarak üzerinde durulan ve ortak kabul edilen iki kavram taraflardan birinin rızasının olmayışı ve özgür karar verebileceği uygun bir ortamın bulunmayışıdır [83]. Partner cinsel şiddeti yasal olarak tecavüz üzerinden tanımlanmış olsa da sözel manipülasyondan fiziksel zorlamaya kadar oldukça geniş bir yelpazede tanımlanması gerekir [84]. Yapılan birçok araştırma göstermektedir ki partner cinsel şiddeti karşımıza, sık akla gelen fiziksel zorbalıktan çok daha yüksek oranlarda partner rızası olmaksızın söylenen sözler, imalar, tehditler veya cinsel anlamda küçük düşürücü tutum ve davranışlar gibi cinsel istismar ve sınır ihlalleri olarak çıkmaktadır [56,85,86].

2.4. SOSYAL DESTEK, PARTNER UYUMU, PARTNER ŞİDDETİ ve PANİK BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ

2.4.1. Sosyal destek ve Panik Bozukluğu

Kişilerarası ilişkiler, bireylerin ruh sağlığı üzerinde derin etkiler yaratabilir. Araştırmalar, yakın ilişkilerdeki duygusal destek veya stresin, kişinin ruhsal semptomlarını, mevcut hastalığın gidişatını doğrudan etkileyebileceğini ortaya koymaktadır [87]. Evlilik veya uzun süreli romantik ilişkilerde partnerlerin birbirini iyi tanıması ve birbirlerinin ihtiyaçlarını karşılayabilme gücünün artması beklenir. Böyle bir ilişkide partner desteği, bireyin kendini güvende hissetmesine yardımcı olur, bu da panik atağı sıklığı ve belirti şiddetinin azalmasını sağlayabilir [36].

Panik bozukluğu şiddeti ile sosyal destek mekanizmasının ilişkisini birçok kez araştırılmıştır. Huang ve arkadaşları, 2010 yılında sosyal desteğin panik ve agorafobi semptomları ile intihar düşüncesi üzerindeki etkilerini araştırma amacıyla geliştirdiği modelde sosyal desteğin panik semptomları ile negatif ilişkisini göstermişlerdir [88]. Bir başka çalışmada arkadaş sayısı ile ölçülen sosyal destek boyutu ve panik ataklarının sıklığı arasında anlamlı bir negatif korelasyon bulunmuştur [89].

2.4.2. Partner Uyumu ve Panik Bozukluğu

2018 yılında V. Palardy ve arkadaşları tarafından evlilik uyumu ve panik bozukluğu/agorafobi şiddetini araştıran bir sistematik gözden geçirme çalışması, farklı araştırmalarda birbirinden farklı sonuçlar ortaya çıktığını göstermiştir [90]. Çalışmaların çoğu evlilik uyumu ile hastalık şiddeti arasında anlamlı korelasyon bulamasa da 2005 yılında yapılan bir araştırma düşük evlilik uyumu bildiren panik bozukluğu hastalarında daha sık felaket düşünceleri ile bedensel duyumlara yönelik ve anksiyetenin olası sonuçlarına yönelik daha şiddetli korku olduğunu göstermiştir [90], [91]. Raşit Tükel ise 1995 yılında katılımcıları ev hanımları, çalışan kadınlar ve çalışan erkekler olmak üzere üç alt gruba ayırdığı bir çalışmada ev hanımlarında evlilik kalitesi ile hastalık şiddeti arasında pozitif korelasyon olduğunu göstermiştir. Diğer gruplarda anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır [92].

Panik bozukluğu, kayıp yaşantısı veya terk endişesi gibi kişinin kendini güvende hissetmediği durumlarda ortaya çıkabilir ya da var olan belirtiler

şiddetlenebilir [29]. Süreğen eleştiriye, duygusal ihlale veya kontrol edici davranışlara maruz kalmak; partnerinden beklediği desteği görememek ya da ilişki içinde stres yaşamak, bireyin kendini güvende hissetmesini zorlaştırır; bu da panik ataklarını tetikleyebilir [93]. 2011 yılında El-Baalbaki ve arkadaşları, yaptıkları araştırmada partnerin destekleyici tutumu ile PB klinik şiddeti, katastrofik düşünceler ve eşlik ediyorsa agorafobik kaçınma arasında negatif ilişki olduğunu göstermiştir [94].

Kişiler genellikle panik ataklarının yoğun olduğu, kendini güvende hissetmediği dönemlerde, deneyimlerini ilişki içinde olduğu kişilere aktarmakta zorlanır [33]. Yakın ilişkilerde yaşanan iletişim güçlükleri partnerlerin bu hastalığı anlamalarını ve destek olmalarını engelleyebilir [43]. İletişim güçlükleri nedeniyle kişinin partneri tarafından anlaşılmadığına inanması, güven sorunları ortaya çıkmasına neden olabilir. Destek göremediği inancıyla kişi süreğen bir destek arayışına girebilir, bu durum kişinin kendini yetersiz, zayıf hissetmesine neden olabilir. Aynı zamanda partnerinden beklediği desteği görememek ilişkide memnuniyet ve tatmin düzeyini yani ilişki doyumunu olumsuz etkileyebilir [32].

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin yakınlarında hastalığa ilişkin korku, utanç, hayal kırıklığı, suçluluk duygusu veya yas süreci gibi yaşantılar duygu dışavurumu (expressed emotion) olarak adlandırılır [95]. Peter ve arkadaşları tarafından 1993 yılında panik bozukluğu ve agorafobi şiddeti ile ilişkide duygu dışavurumu arasındaki ilişkiyi değerlendirme amacıyla yapılan bir çalışmada, hastalık şiddeti ile eleştirel tutum arasında pozitif, duygusal sıcaklık ile negatif korelasyon gösterilmiştir [96]. Rodde ve Florin, 2002 yılında yaptığı benzer çalışmada duygu dışavurumu ile bedensel duyumlardan korku arasında anlamlı bir ilişki gösterememiştir [97].

Panik bozukluğu, ilişkideki karşılıklı bağımlılığı güçlendirebilir ve hastanın partnerine olan ihtiyacını artırabilir. Karşılıklı bağımlılık, bireyin kendilik duygusunu bir başkasıyla olan ilişkisi aracılığıyla tanımlaması ve o kişiye aşırı bağlılık geliştirmesi durumudur [98]. Böyle bir durumda kişinin partnerini kaybetme endişesinin yoğunlaşması; buna bağlı olarak da hastalık belirtilerinin şiddetlenmesi beklenir [99].

İlişkide kişilerden birinde panik bozukluğu görülmesi diğer partner üzerinde de önemli bir ruhsal yük oluşturabilir. Partnerler, panik bozukluğu yaşayan kişiye sürekli destek sağlamak zorunda kalabilir. Partnerlerinin yaşadıklarını anlayamadıkları ya da destek olamadıkları durumlarla sık karşılaşabilirler. Partnerin, hastanın anksiyete belirtilerini yönetme ya da iyileştirmeye çalışması durumunda ilişki içinde çatışmalar, yanlış anlamalara ve duygusal mesafelenme söz konusu olabilir. Tüm bu durumlar kişinin yaşadığı hastalık sürecini olumsuz etkileyebilir [100].

2.4.3. Partner Şiddeti ve Panik Bozukluğu

2020 yılında kadın ruh sağlığı ve partner şiddeti ilişkisini araştıran bir çalışmada katılımcıların %70'i şiddete maruziyet öncesi ruhsal iyilik hali tanımlarken %43'ü kendisine partneri tarafından şiddet uygulandığı dönemde psikiyatrik hastalık tanısı almıştır. Bu tanılar arasında depresyondan sonra en sık anksiyete bozukluğu (tanı alanların %41'i) bulunmaktadır. Özellikle partner şiddetiyle beraber panik atakları gelişen katılımcıların birçoğu partner şiddeti sonrasında kimliklerini, ötekilere güvenini ve dünyanın güvenli bir yer olduğuna inancını kaybettiklerini belirtmiştir [101].

2018 yılında Koreli kadınlarla yapılan bir çalışma, hangi türden olursa olsun partner şiddetinin ruhsal hastalıkların gelişme riskini artırdığını desteklemiştir. Aynı zamanda partner cinsel şiddeti özelinde bakıldığında anksiyete bozukluğu gelişme riski diğer ruhsal hastalıklardan daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, cinsel şiddette özerklik kaybı ve travmatik deneyimin kronikliğinin diğer partner şiddeti türlerine göre daha yaygın olduğuna işaret edebilir [102].

Kişilerin kendilerine uygulanan partner şiddetini algılama biçimi ve buna verdiği içsel tepki, bu durumun klinik sonuçlarını değiştirebilir. ABD'de yapılan bir araştırmaya göre, ilişki içerisinde şiddete maruz kalan kişilerde suçluluk duygusu ön planda olduğunda yardım arama ve ilişkiyi sonlandırma ihtimali daha yüksekken utanç duygusu ön planda olduğunda ilişkiyi sonlandırma ya da yardım arama davranışları ile daha az karşılaşılmaktadır. Bu da utanç duygusu ön planda olan kişilerin şiddete daha uzun süre ve daha çok maruz kaldığını düşünmektedir. Cinsel şiddet özelinde bakıldığında, partner cinsel şiddetine maruz kalma ile anksiyete bozukluğu görülme

oranlarının arttığı saptanmış ve bu durum kişide oluşan utanç duygusuyla ilişkilendirilmiştir [103,104].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA EVRENİ-ÖRNEKLEM

Araştırma, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Psikoterapi Ünitesi'nde tedavi görmekte olan, 18-65 yaş arası, en az bir yıldır beraber yaşadığı bir partneri olan, en az ilkokul mezunu, araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmak için yazılı ve sözel onam vermiş, DSM-5 kriterlerine göre panik bozukluğu tanısı almış, panik bozukluğunun aktif olduğunu gösterecek şekilde çalışmaya katılmadan önce dört hafta içinde en az bir panik atağı deneyimlemiş ve ek psikiyatrik tanısı olmayan 88 kadın hasta ile yapılmıştır.

Örneklem büyüklüğü, G Power 3.1.9.2 ile etki büyüklüğü 0.30, α-hata 0.05 ve güç 0.90 olarak değerlendirilerek 88 katılımcı olarak hesaplanmıştır.

3.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KOŞULLARI

1) Çalışmaya katılmak için gönüllü olma
2) Kadın cinsiyet
3) 18-65 yaş aralığında ve en az bir yıldır partneriyle beraber yaşıyor olma
4) DSM-5 kriterlerine göre Panik Bozukluğu tanısı almış olma
5) Panik bozukluğunun aktif olduğunu gösterecek şekilde çalışmaya katılmadan önce dört hafta içinde en az bir panik atağının olması
6) Ek psikiyatrik veya nörolojik tanı almamış olma

3.3. DIŞLAMA KRİTERLERİ

1) 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olma
2) Görüşmeyi ve değerlendirmeyi etkileyecek düzeyde bilişsel bozukluk bulunması
3) Okuma – yazma bilmeme

3.4. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER

1) Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

2) Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından, katılımcılar için hazırlanan veri formudur. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum gibi sosyodemografik özellikler ile hastaların panik bozukluğu belirtilerinden hangilerini deneyimlediği ile ilgili tanımlayıcı sorular yer almaktadır.

3) Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği

Foa ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen ölçek, travma sonrası stres belirtilerini belirlemek için geliştirilmiştir. DSM IV tanı kriterleri esas alınarak geliştirilen ölçek, kişideki TSSB belirtileri şiddetini de göstermektedir. Ölçek dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kişinin şimdiye dek deneyimlediği travmatik yaşantıları deneyimlemesi, ikinci bölümde birden fazla travmatik yaşantı varsa en çok hangisinde etkilendiği, 3 ve 4. Bölümlerde son bir ay içerisinde bu durumların kişide yarattığı etkiler ölçülmüştür. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Işıklı tarafından 2022 yılında yapılmıştır [105]. Çalışmamız da bu ölçek bir dışlama kriteri olarak kullanılmıştır.

4) Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği

Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği (PBŞÖ) değerlendiricinin doldurduğu 7 maddelik bu ölçektir. Ölçek maddeleri, panik belirtilerinin şiddetini ve yarattığı işlevsel bozulmayı ölçmektedir. PBŞÖ 5'li likert tipindedir ve belirtiler 0-4 puan arasında değerlendirilmektedir, toplam skor 0 ile 28 arasında değişmektedir. Ölçek iyi düzeyde psikometrik özelliklere sahiptir ve ölçeğin tedaviyle oluşan değişime duyarlı bulunmuştur [106]. Monkul ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır [107].

5) Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDÖ)

Nijenhuis tarafından geliştirilen, Şar tarafından 1996 yılında Türkiye için uyarlanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Psikiyatri hastaları, travmatik yaşantıları olan kişiler ve tarama amacıyla klinik dışı popülasyonlarda uygulanır. Hastaların kendi başlarına doldurduğu ölçek toplam 20 soru içermekte ve denek bunların her biri için 1

ile 5 arasında değişen seçeneklere işaret koymaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalar sonucunda toplam puanı 40 ve üzerinde olan kişilerde bir dissosiyatif bozukluk bulunma olasılığının yüksek olduğu bildirilmiştir [108].

6) Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği (YPCŞÖ)

Ölçek Shackelford ve Goetz tarafından 2004 senesinde geliştirilmiştir [109]. Ölçek yakın partner ilişkilerinde cinsel şiddetin fiziksel zorbalık ya da fiziksel zorbalık tehdidinden çok, ima sözel manipülasyonların daha fazla görüldüğü tespitiyle geliştirilmiş olup; cinsel şiddeti bir olanaktan yoksun bırakma ya da olanak sağlamayı vaat etme, ayrılma ya da başka ilişkilere yönelme tehdidi, fiziksel şiddet uygulayacağını söyleme ya da uygulama, cinsel ilişki yaşamayı sevgi ya da bağlılık göstergesi olarak sunma gibi ima ve tehditleri içermemektedir. Ölçek partner cinsel şiddetini kaynak yönetimi/zorbalık, bağlılık manipülasyonu ve ayrılma tehdidi olarak üç alt tipte gruplandırmakta ve maruz kalınan şiddetin sıklığına göre yapılan puanlama ile bir ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güvenç ve arkadaşları tarafından 2022 yılında yapılmıştır [110].

3.5. İŞLEM

Kesitsel nitelikte vaka kontrol çalışması olan bu tezde, panik bozukluğu tanılı kadın hastalarda maruz kalınan güncel partner cinsel şiddeti ile panik bozukluğunun şiddeti ve somatoform dissosiyatif belirti şiddetinin ilişkilendirilmesi amaçlanmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Ayaktan Tedavi Ünitesi ve Psikoterapi Eğitim ve Araştırma Merkezi'ne ayaktan başvuran, 18-65 yaş aralığında, panik bozukluğu dışında psikiyatrik hastalığı olmayan 88 kadın hasta çalışmaya alınmıştır. Uygulamada katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş onam formu verilerek doldurmaları istenmiştir. Katılımcılarla yüz yüze görüşme yapılmış, görüşmede sosyodemografik veri formu, Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği (PBŞÖ), Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDÖ), Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ), Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği (YPCŞÖ) uygulanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların tanıları, DSM-5 tanı ölçütlerine göre iki uzman tarafından konulmuştur. Olgu görüşmeleri Mart 2024-Eylül 2024 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızda güncel partner cinsel şiddetinin panik bozukluğu şiddeti ve somatoform dissosiyatif belirtilerle ilişkisi incelendiğinden, katılımcılar değerlendirilirken yaşam boyu travmatik olay belirtmişlerse, bu olayla ilişkili, beklenmedik panik atağıyla ilişkili flashback ya da aşırı uyarılmışlık belirtileri dışında, TSSB'nin (A) kriterlerini karşılayan veya eşik altı stres belirtilerinin olması, çalışmadan dışlanma nedeni olmuştur. Halen ya da eşik altı TSSB belirtileri olan 5 kişi ile akut yas sürecinde olan bir kişi çalışmadan dışlanmıştır.

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Öncelikle ölçek alt boyut ve toplam skorlarının dağılımları çarpıklık-basıklık (skewness-kurtosis) değerlerine göre hesaplanmış ve normal dağılım özellikleri gösterdikleri saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen kişilere dair tanımlayıcı frekans dağılımları ve ortalama-standart sapma değerleri belirlenmiştir. Hipotez testleri için iki grup karşılaştırması kullanılan analizlerde bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmış, anlamlı çıkan F değerlerine göre Post-Hoc test olarak LSD kullanılmıştır. İlişkisel analizler için ise Pearson korelasyon analizi ve Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği (YPCŞÖ) alt boyutlarının SDÖ ve PBŞÖ yordayıcılığını test etmek için doğrusal (lineer) regresyon kullanılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 olarak belirlenmiştir (p=0.05).

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya katılan kişilerin yaş ortalaması 40,909 (7,584), ortalama tanı süreleri ise 8,5 (7,34) yıldır. Katılımcıların 86'sı (%97,7) evli, 84'ü ise (%95,5) 1 yıldan fazla süredir partneri ile birliktedir. 32 katılımcı (%36,4) ilkokul, 25 katılımcı (%28,4) lise mezunudur. Katılımcıların 54'ü (%61,4) Ev hanımı, 12'si (%13,6) İşçi ve 10'u (%11,4) işsizdir.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Verilerinin Değerlendirilmesi

		Ort.	**SS**
Yaş		40,909	7,584
Tanı Süresi (Yıl)		8,500	7,339
		Sayı	**%**
Medeni Durum	Bekar	1	1,1
	Evli	86	97,7
	Boşanmış	1	1,1
Çocuk	Evet	79	89,8
	Hayır	9	10,2
Eğitim Durumu	İlkokul	32	36,4
	İlköğretim	17	19,3
	Lise	25	28,4
	Üniversite	14	15,9
Meslek	İşsiz	10	11,4
	Ev hanımı	54	61,4
	İşçi	12	13,6
	Memur	9	10,2
	İşveren	3	3,4

4.2. ÖLÇEKLERE DAİR TANIMLAYICI VERİLER

Çalışmada kullanılan ölçeklere dair ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerlere ait veriler Tablo 3'te gösterilmiştir. Katılımcılar çalışmaya dahil edilirken panik bozukluğu dışında ek psikiyatrik tanılarının olmaması esas alınmıştır. Tüm katılımcılara Travma Sonrası Stres Tanı (TSSÖ) uygulanmış, halen veya eşik altı TSSB belirtileri olanlar çalışmadan dışlanmıştır. Katılımcılardan 33 tanesinin YPCŞÖ skorunun sıfır olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Ölçeklere Dair Tanımlayıcı Veriler

		Min.	**Maks.**	**Ort.**	**SS**
PBŞÖ		8,00	24,00	13,738	3,422
SDÖ		22,00	47,00	31,147	6,054
YPCŞÖ	**Kaynak Yönetimi-Zorbalık**	,00	47,00	4,181	7,333
	Ayrılık Tehdidi	,00	29,00	2,306	4,574
	Bağlılık Manipülasyonu	,00	19,00	2,670	4,070
	Toplam	,00	88,00	8,352	14,265

4.3. ÖLÇEK SKORLARININ DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmaya katılan kişilerin ölçek skorlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması adına bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Analizlere göre katılımcıların Cinsel Şiddet Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarında İlköğretim mezunlarının puanlarının, Lise-Üniversite mezunlarının puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir fark elde edilememiştir ($p>.05$).

Tablo 4. Katılımcıların Ölçek Skorlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

		Eğitim	N	Ort.	SS	p
PBŞÖ		İlköğretim	49	13,673	3,217	,843
		Lise-Üniversite	39	13,820	3,705	
SDÖ		İlköğretim	49	31,408	5,529	,654
		Lise-Üniversite	39	30,820	6,715	
YPCŞÖ	**Kaynak Yönetimi-Zorbalık**	İlköğretim	49	5,571	8,850	**,046**
		Lise-Üniversite	39	2,435	4,309	
	Ayrılık Tehdidi	İlköğretim	49	3,387	5,725	**,012**
		Lise-Üniversite	39	,948	1,761	
	Bağlılık Manipülasyonu	İlköğretim	49	3,469	4,726	**,038**
		Lise-Üniversite	39	1,666	2,803	
	Toplam	İlköğretim	49	11,387	17,428	**,024**
		Lise-Üniversite	39	4,538	7,443	

Çalışmaya katılan kişilerin ölçek skorlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması adına bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Analizlere göre katılımcıların PBŞÖ ve SDÖ puanlarında İşsiz-Ev Hanımı olanların puanlarının, çalışanların puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir fark elde edilememiştir ($p>.05$).

Tablo 5. Katılımcıların Ölçek Skorlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Meslek	**N**	**Ort.**	**SS**	**p**
PBŞÖ		İşsiz-Ev Hanımı	64	14,218	3,583	**,031**
		Çalışıyor	24	12,458	2,604	
SDÖ		İşsiz-Ev Hanımı	64	31,984	6,641	**,033**
		Çalışıyor	24	28,916	3,269	
YPCŞÖ	**Kaynak Yönetimi-Zorbalık**	İşsiz-Ev Hanımı	64	4,578	7,999	,411
		Çalışıyor	24	3,125	5,152	
	Ayrılık Tehdidi	İşsiz-Ev Hanımı	64	2,531	4,618	,456
		Çalışıyor	24	1,708	4,496	
	Bağlılık Manipülasyonu	İşsiz-Ev Hanımı	64	2,984	4,072	,240
		Çalışıyor	24	1,833	4,028	
	Toplam	İşsiz-Ev Hanımı	64	9,203	15,151	,364
		Çalışıyor	24	6,083	11,556	

4.4. PANİK ATAĞI SIRASINDA GÖRÜLEN DİSSOSİYATİF BELİRTİLERİN KATILIMCILARA GÖRE DAĞILIMI

Panik atağı belirtilerinden dissosiyasyonla ilişkili olabilecek belirtilerden "baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma hissi" yaşayanlar 71 kişi (%80,7), uyuşmalar (hissizlik veya karıncalanma hissi) yaşayanlar 60 (%68,2) kişi ve depersonalizasyon-derealizasyon yaşayanlar 32 (%36,4) kişidir.

Tablo 6. Panik Atağı Sırasında Görülen Dissosiyatif Belirtilerinin Katılımcılara Göre Dağlımı

Belirti		**Sayı**	**%**
Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma hissi	Yok	17	19,3
	Var	71	80,7
Uyuşmalar (hissizlik veya karıncalanma hissi)	Yok	28	31,8
	Var	60	68,2
Depersonalizasyon veya derealizasyon	Yok	56	63,6
	Var	32	36,4

4.5. ÖLÇEK SKORLARININ PANİK ATAĞI SIRASINDA GÖRÜLEN DİSSOSİYATİF BELİRTİLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların Panik Atağı belirtilerinden Depersonalizasyon-Derealizasyon belirtilerinin olup olmamasına göre ölçek skorlarının karşılaştırılmasında ise bu belirtileri deneyimlediğini belirten kişilerin PBŞÖ puanlarının, bu belirtileri göstermeyen kişilerin puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.01$), diğer puanlarda ise anlamlı bir fark elde edilemediği saptanmıştır ($p>.05$).

Tablo 7. Katılımcıların Ölçek Skorlarının Depersonalizasyon-Derealizasyon Belirtilerine Göre Karşılaştırılması

		Semptom	**N**	**Ort.**	**SS**	**p**
PBŞÖ		Yok	56	12,964	3,156	**,004**
		Var	32	15,093	3,495	
SDÖ		Yok	56	30,625	4,992	,287
		Var	32	32,062	7,568	
YPCŞÖ	**Kaynak Yönetimi-Zorbalık**	Yok	56	4,321	7,929	,815
		Var	32	3,937	6,267	
	Ayrılık Tehdidi	Yok	56	2,392	5,126	,817
		Var	32	2,156	3,474	
	Bağlılık Manipülasyonu	Yok	56	2,750	4,349	,810
		Var	32	2,531	3,591	
	Toplam	Yok	56	8,625	15,462	,814
		Var	32	7,875	12,106	

Katılımcıların panik atağı belirtilerinden uyuşma-karıncalanma belirtilerinin olup olmamasına göre ölçek skorlarının karşılaştırılmasında ise bu belirtileri deneyimlediğini belirten kişilerin SDÖ puanlarının, bu belirtileri göstermeyen kişilerin puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.01$), diğer puanlarda ise anlamlı bir fark elde edilemediği saptanmıştır ($p>.05$).

Tablo 8. Katılımcıların Ölçek Skorlarının Uyuşma-Karıncalanma Semptomlarına Göre Karşılaştırılması

		Semptom	**N**	**Ort.**	**SS**	**p**
PBŞÖ		Yok	28	12,928	3,343	,130
		Var	60	14,116	3,420	
SDÖ		Yok	28	28,321	4,286	**,002**
		Var	60	32,466	6,331	
YPCŞÖ	**Kaynak Yönetimi-Zorbalık**	Yok	28	3,714	5,002	,685
		Var	60	4,400	8,228	
	Ayrılık Tehdidi	Yok	28	1,785	3,270	,469
		Var	60	2,550	5,077	
	Bağlılık Manipülasyonu	Yok	28	2,178	3,043	,442
		Var	60	2,900	4,474	
	Toplam	Yok	28	7,035	9,651	,557
		Var	60	8,966	16,007	

Çalışmaya katılan kişilerin üç dissosiyatif belirtiden deneyimledikleri sayılara göre oluşturulan grupların ölçek skorları karşılaştırması için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analizlere göre belirti sayısına göre oluşturulan üç grubun PBŞÖ ve SDÖ ölçek skorlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<.05$). Hangi grupların birbirlerinden farklı olduğunu belirlemek için yapılan post-hoc testinde ise (LSD); üç belirtiye sahip olan grubun PBŞÖ puanlarının bir belirtiye sahip olanların puanlarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca 1 belirtiye sahip olanların SDÖ puanlarının ise; iki belirtiye sahip olanların puanlarından ve üç belirtiye sahip olanların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9. Dissosiyatif Belirti Sayısına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Belirti Sayısı	**N**	**Ort.**	**SS**	**p**	**Fark**
PBŞÖ		1	23	12,434	3,552	**,021**	3>1
		2	43	13,674	2,884		
		3	22	15,227	3,803		
SDÖ		1	23	28,391	4,164	**,018**	3>1 3>2
		2	43	31,488	5,439		
		3	22	33,363	7,798		
YPCŞÖ	**Kaynak Yönetimi-Zorbalık**	1	23	3,478	4,551	,762	-
		2	43	4,767	8,933		
		3	22	3,772	6,331		
	Ayrılık Tehdidi	1	23	1,652	3,098	,512	-
		2	43	2,883	5,657		
		3	22	1,863	3,356		
	Bağlılık Manipülasyonu	1	23	2,173	3,142	,545	-
		2	43	3,162	4,690		
		3	22	2,227	3,650		
	Toplam	1	23	6,695	9,057	,643	-
		2	43	9,814	17,238		
		3	22	7,227	12,413		

4.6. ÖLÇEK SKORLARININ BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİSİ

Çalışmaya katılan kişilerin PBŞÖ, SDÖ ve YPCŞÖ alt boyut ve toplam puanlarının Yaş ve Tanı Süresi değişkenleri ile ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. PBŞÖ puanlarıyla SDÖ puanlarının ve YPCŞÖ Bağlılık-Manipülasyon alt boyut puanlarının pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanırken; SDÖ puanlarının ise YPCŞÖ toplam puanlarıyla ve Kaynak Yönetimi-Zorbalık alt boyut puanlarıyla pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<.05$).

Tablo 10. Ölçek Skorlarının Birbirleri ile İlişkisi

		Yaş	**Tanı**	**PBŞÖ**	**SDÖ**	**Toplam**	**KYZ**	**AT**	**BM**
Yaş		1							
Tanı Süresi (Yıl)		,367**	1						
PBŞÖ		,085	,080	1					
SDÖ		,086	,009	,314**	1				
YPCŞÖ	**Toplam**	,192	,014	,154	,224*	1			
	KY-Z	,197	,050	,163	,238*	,975**	1		
	AT	,151	-,003	,099	,183	,945**	,893**	1	
	BM	,152	-,017	,269*	,199	,812**	,734**	,723**	1

Not. N=88, r: Pearson Korelasyon Katsayısı, *:p<.05, **:p<.01

Çalışmadan elde edilen Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği alt boyut puanlarının (Kaynak Yönetimi-Zorbalık, Ayrılık Tehdidi, Bağlılık Manipülasyonu) oluşturduğu modelin PBŞÖ ve SDÖ puanlarını yordayıcılığını belirlemek için basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır.

Analizlere göre 3 alt boyut puanının oluşturduğu modelin SDÖ puanlarındaki varyansın yaklaşık %0,6'sını açıkladığı ve modelin SDÖ puanlarını anlamlı düzeyde yordamadığı belirlenmiştir (p>.05).

3 alt boyut puanlarının oluşturduğu modelin PBŞÖ puanlarındaki varyansın yaklaşık %1'ini anlamlı düzeyde açıkladığı belirlenmiştir (p<.05).

Alt boyut puanlarının katsayılarına bakıldığında ise KY-Z ve BM puanlarının pozitif yönde, AT puanlarının ise negatif yönde PBŞÖ puanlarına yordayıcı etkisi olduğu; model içerisinde BM puanlarının pozitif etkisinin anlamlı düzeyde olduğu (Beta: ,377; p:,018) belirlenmiştir.

Tablo 11. YPCŞÖ Alt Boyutlarının PBŞÖ ve SDÖ Puanlarını Yordayıcılığı

		B	**S.E.**	**Beta**	**t**	**p**
Bağımlı Değişken; *PBŞÖ*	Sabit	13,108	,426		30,777	,000
	KYZ	,094	,112	,202	,844	,401
R:,315, R^2:,099, R^2_{adj}:,067	AT	-,265	,176	-,354	-1,502	,137
F: 3,090, p: **,031**	BM	,317	,131	,377	2,414	**,018**
Bağımlı Değişken; *SDÖ*	Sabit	30,209	,768		39,317	,000
	KYZ	,275	,202	,333	1,363	,177
R:,252, R^2:,063, R^2_{adj}:,030	AT	-,226	,318	-,171	-,710	,480
F: 1,897, p: ,136	BM	,116	,237	,078	,490	,626

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza panik bozukluğu tanılı, belirtileri aktif olarak devam eden 88 kadın hasta dahil edilmiştir. Bu çalışmada, partner tarafından uygulanan cinsel şiddetin ağırlığı ile panik bozukluğu şiddeti arasındaki ilişkinin araştırılması hedeflenmiştir. Araştırmamız bu anlamda özgün bir çalışmadır. Ayrıca, katılımcıların panik atağı esnasında deneyimlediği belirtiler, panik bozukluğunun şiddeti, somatoform dissosiyatif yaşantıların şiddeti ve partner cinsel şiddetinin ağırlığı ile katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi sosyodemografik verilerinin ilişkisi değerlendirilmiştir. Katılımcılara Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği (PBŞÖ), Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği (YPCŞÖ), Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDÖ) ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ) uygulanmıştır. Katılımcıların TSSTÖ skorları ile değerlendirilmiş, tamamında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı ekarte edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde partner cinsel şiddeti ile panik bozukluğu şiddeti arasında hipotezimizi destekler nitelikte bulgular saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların PBŞÖ, SDÖ ve YPCŞÖ alt boyut ve toplam skorlarının birbirleriyle ilişkisi incelenmiştir. Yapılan analizlerde YPCŞÖ ve PBŞÖ skorları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, katılımcıların maruz kaldığı partner cinsel şiddeti boyutlarının panik bozukluğu şiddetini açıklayabildiği; özellikle bağlılık manipülasyonu yaşayan kişilerin diğer cinsel şiddet boyutları ile birlikte değerlendirildiğinde daha şiddetli panik belirtileri yaşayabileceği öngörülmektedir. Yakın partner şiddeti ile ruh sağlığı ilişkisi günümüzde hala araştırılmakta olan bir konudur. Literatürde gerek partner cinsel şiddetinin gerek diğer şiddet türlerinin bireylerin ruh sağlığını doğrudan etkilediğini gösteren birçok çalışma mevcuttur [111], [112,113]. Lang, bir araştırmasında yakın partner şiddetinin anksiyete duyarlılığını artırdığını, Cheng de partner şiddetine maruz kalan kadınlarda panik atağı sıklığının genel topluma göre 1,5 kat daha fazla olduğunu öne sürmüştür [114,115]. Glowacz, partner şiddetinin anksiyete bozukluğu riskini artırdığını, aynı zamanda anksiyete bozukluğunun partner şiddetini kolaylaştırıcı etkisi olduğunu öne sürmüştür [116]. Rioli de benzer şekilde ruhsal bozuklukların, partner şiddeti mağduru olma riskini

artırdığını vurgulamıştır [117]. Partner cinsel şiddetinin ruh sağlığına etkilerini değerlendiren bir araştırma An ve arkadaşları tarafından yapılmış ve birden fazla önemli sonuca varılmıştır. Bu araştırmaya göre cinsel şiddet deneyimi olan bireylerde anksiyete bozukluğu ve diğer ruhsal hastalıkların görülme ihtimali hem genel toplumdan hem de diğer şiddet türleri mağdurlarından daha yüksek bulunmuştur. Yine bu çalışmada da cinsel şiddet mağdurlarında anksiyete bozukluğu görülme ihtimalinin diğer ruhsal hastalıklardan daha yüksek olduğu saptanmıştır [4]. Bulgularımızı destekleyen bir diğer çalışma Barker ve arkadaşları tarafından yapılmış, cinsel şiddet başta olmak üzere her türden yakın partner şiddetinin bireylerde anksiyete bozukluğu görülme ihtimalini artırdığı sonucuna varılmıştır [118]. Çalışmalarda partner cinsel şiddetinin daha çok anksiyete bozukluğuna yol açması, cinsel şiddetin süreğenliği ve otonomi kaybının daha yoğun hissedilmesi ile ilişkilendirmiştir. İmalar ve doğrudan söylemlerle yapılan cinsel şiddetin fiziksel şiddete kıyasla daha saklanabilir ve göz ardı edilebilir olmasının, kişinin yardım arama davranışını baskılıyor olabileceğini düşündürmektedir. Cinsel şiddet, kişiler tarafından diğer şiddet türlerine göre daha yoğun ve süreğen bir tehdit olarak algılanabilmekte, bu da cinsel şiddet mağdurlarının genel anksiyete seviyesinin artmasına neden olabilmektedir [3]. Friedman, otonomi kaybının birey üzerinde etkisini, istismar edilen kişinin hayatta kalma ve güvenlik hissini kaybetmesi; istismar edilen kişiyi, istismarcının iradesine boyun eğmeye zorlayarak, kendi temel insani ihtiyaçlarından ziyade onun arzularını önceliklendirmesi ile hayatta kalma, güvenlik, kendini gerçekleştirme ve iyi olma gibi temel insan haklarından uzaklaştırmak zorunda kalması üzerinden açıklar [119]. Literatürde, güvenlik hissinin tehdit eden yaşam olayları ile ilk panik atağının tetiklendiği ya da var olan panik ataklarının sıklığı ile şiddetinin arttığı birçok kez gösterilmiştir [12,30]. Çalışmamızdaki YPCŞÖ ile PBŞÖ ilişkisi, ölçeğin özellikle Bağlılık Manipülasyonu alt boyutu ile açıklanmaktadır. Ölçekte BM alt boyutu, partnerin, cinselliği kendisine olan sevgi ve bağlılığın şartı olarak ya da ilişkide cinselliğin kadının bir görevi veya zorunluluğu olduğunu öne sürmesi şeklinde tanımlanmıştır. Buradan yola çıkarak cinsel şiddetinin özellikle bu boyutunun kişinin hem güvenlik hissini hem de otonomisini tehdit ederek panik bozukluğu şiddetini artırdığı düşünülmektedir. Çalışmamızın bulguları ve literatür bilgileri bir arada değerlendirildiğinde, cinsel şiddet ile yakın partner şiddetinin bütün türlerinin panik

bozukluğu ile birlikte diğer tüm ruhsal bozuklukların hem sıklığını hem de şiddetini artırdığı sonucuna varılabilir.

Panik bozukluğu şiddeti ile somatoform dissosisyatif belirtilerin şiddeti anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Aynı şekilde panik atağı esnasında depersonalizasyon-derealizasyon deneyimleyen katılımcıların panik bozukluğu şiddet ölçeği skorları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, panik bozukluğu yaşayan bireylerin somatoform dissosiyatif belirtiler geliştirme olasılığının yüksek olabileceğini, dissosiyatif deneyimleri olanlarda panik bozukluğu şiddetinin yüksek olabileceğini; yani bu iki durum arasında bir etkileşim olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle travmatik yaşantıların etkisiyle, fiziksel bir hastalık olmadan ortaya çıkan bedensel belirtiler olarak tarif edilen somatoform dissosiyasyon bulguları, bireyin ruhsal durumu ile doğrudan ilişkilidir [120] Bryant ve Panasetis, bulgularımızı destekler nitelikte, panik bozukluğu olan bireylerin, travma yanıtı olarak dissosiyatif reaksiyonlar yaşama olasılığının yüksek olduğunu belirtmektedir [121]. Ray ve arkadaşları da çalışmalarında, dissosiyatif yaşantıların panik bozukluğu şiddetini ve tedavi sürecini etkileyebileceğine vurgu yapmıştır [122]. Bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, panik bozukluğu şiddeti ile somatoform dissosiyasyonun iki yönlü bir ilişki içerisinde olduğu, durumlardan biri tedavi edilirken diğerinin de göz önünde bulundurulması gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda YPCŞÖ ile SDÖ skorlarının birbiriyle ilişkisi değerlendirilmiş, korelasyon analizinde YPCŞÖ toplam puanları ve KY/Z alt grup puanlarının SDÖ puanları ile pozitif yönde anlamlı ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Korelasyon tablosunda anlamlı çıkan iki pozitif ilişkiye rağmen regresyon analizlerinde KY/Z, BM ve AT alt boyutlarının bir aradaki modeli SDÖ puanlarını anlamlı düzeyde açıklamadığı görülmektedir. Katılımcıların partner cinsel şiddeti ile ilgili alt boyutlarının dissosiyasyon düzeyine benzer-paralel şekilde etki ettiği, ancak aynı alt boyutlardan elde edilen ölçüm hatalarının da benzer olabileceği düşünüldüğünde alt boyutların bir arada olduğu şekilde somatoform dissosiyasyon şiddetini yordamadığı görülmektedir. Partner şiddeti gibi travmatik durumlara verilen içsel ve dışsal yanıtlar kişiye özel olsa da literatürde dissosiyatif belirtiler sıklıkla travmatik yaşantılarla ilişkilendirilmiştir [37]. Kandeğer ve Naziroğlu, aile içi şiddet ve intihar eğiliminin ilişkisini araştırdıkları

çalışmalarında partner şiddetinin somatoform dissosiyasyatif belirtilerle doğrudan ilişkisi olduğunu saptamıştır [42]. Aynı şekilde Kotan ve arkadaşları, psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarla yaptıkları bir çalışmada partner şiddetinin SDÖ skorlarını doğrudan etkilediği sonucuna ulaşmıştır [41]. Sack ve arkadaşları da bir araştırmalarında cinsel travma mağdurlarının hem yüksek oranlarda hem de yüksek şiddetlerde somatoform belirtiler deneyimlediğini göstermiştir [123]. Dissosiyatif yaşantılar, literatürde güncel travmalardansa sıklıkla çocukluk çağı travmaları ile ilişkilendirilmektedir [124]. Çalışmamızda, güncel partner cinsel şiddetinin panik bozukluğu ve somatoform dissosiyatif yaşantıların şiddeti ile ilişkisi izole olarak değerlendirmek istendiğinden, Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu nedenle korelasyon analizinde ilişki saptanmasına rağmen regresyon analizinde YPCŞÖ skorlarının SDÖ skorları üzerinde tek başına yordayıcı bir etken olarak bulunmaması TSSB belirtileri olan bireylerin çalışma dışı bırakılması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği, Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği ve Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği skorları eğitim durumlarına göre değerlendirilmiş ve PBŞÖ ve SDÖ skorları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, eğitim düzeyinin bu ruhsal bozuklukların şiddeti üzerinde belirleyici bir faktör olmadığını düşündürmektedir. Literatürde yüksek eğitim düzeyinin bireylerin ruh sağlığına olumlu etkisi olduğunu ve psikolojik dayanıklılığı artırdığını öne süren çalışmalar mevcuttur. Örneğin Kressler ve arkadaşları eğitim düzeyinin, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozuklukların prevalansını etkileyebileceğini belirtmişlerdir [125]. McLeod ise bir araştırmasında eğitim düzeyinin ruh sağlığına etkisinin tek başına değerlendirilemeyeceğini; sosyal destek sistemleri ve yaşam koşulları gibi diğer faktörlerle etkileşim içinde olduğunu ortaya koymaktadır [126]. Bu bulgular ışığında eğitim düzeyinin ruh sağlığı üzerindeki etkisinin katmanlı bir yapı sergilediği ve diğer sosyal faktörlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılabilir.

Katılımcıların eğitim düzeyi ve YPCŞÖ skorları değerlendirildiğinde, ilköğretim mezunu katılımcıların hem toplam puanlarının hem de alt grup puanlarının ayrı ayrı lise ve üniversite mezunu katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu

görülmektedir. Bu durum, eğitim düzeyinin cinsel şiddet algısı ve deneyimi üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Literatürde, eğitim düzeyinin kişilerin cinsel şiddet konusundaki bilgi ve farkındalığını etkilediği sıklıkla vurgulanmaktadır. Örneğin Tjaden ve Theonnes, eğitim düzeyi arttıkça kişinin cinsel şiddet konusunda daha bilgili olduğunu, bu durumun da yardım arama davranışını olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir [127]. Aynı zamanda Heise (1998) ve Möller (2014) birbirinden bağımsız yaptıkları araştırmalarda cinsel şiddetle ilgili toplumsal norm ve tutumların, eğitim düzeyine bağlı olarak değiştiğini belirtmiş; kişilerin eğitim düzeyi arttıkça cinsel şiddete karşı duyarlılığının arttığını ve bu durumu daha fazla kınadıklarını ortaya koymuştur [128,129]. Diğer yandan Iverson ve arkadaşları, yakın partner şiddetini öngörmeyi sağlayabilecek faktörleri araştırdıkları bir çalışmada eğitim düzeyinin partner cinsel şiddeti mağduru olma ile doğrudan bir ilişkisi olmadığını savunmuştur [111]. Çalışmamızın bulguları literatürle bir arada değerlendirildiğinde sadece akademik anlamda eğitimin değil, toplumsal ve kültürel anlamda eğitimin kadına yönelik cinsel şiddeti ve bu durumun ruh sağlığına etkilerini azaltmada önemli olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda, işsiz veya ev hanımı olduğunu belirten katılımcılarla iş sahibi katılımcıların PBŞÖ, SDÖ ve YPCŞÖ skorları karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular, işsiz ve ev hanımı olan katılımcıların PBŞÖ ve SDÖ puanlarının, çalışanların puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, işsizlik ve ev hanımlığı gibi sosyal rollerin, bireylerin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkisi olabileceğini ortaya koymaktadır. Literatürde işsizlik ve ruh sağlığı arasındaki ilişki çok kez incelenmiştir. Paul ve Moser, işsizliğin bireylerde anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi ruhsal hastalıkların gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir [130]. McKee'nin işsizlik ve ruh sağlığı ilişkisini inceleyen araştırmalar ile yaptığı bir meta analiz çalışmasına göre işsizlik, kişinin sosyal yaşamını daraltarak destek sistemlerinin zayıflamasına neden olabilir, bu da kişinin ruhsal belirtileriyle baş etmesini zorlaştırabilir. Aynı zamanda işsizlik, maddi belirsizlik, iş bulma kaygısı gibi stres faktörlerini beraberinde getirerek kişin anksiyete düzeyini artırabilir [131]. Somatoform dissosiyasyon, bireylerin psikolojik stresle baş etme mekanizmalarından biri olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda, işsiz ve ev hanımı olan katılımcıların yüksek ölçek skorları, bu grubun psikolojik stres

düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve bu stresle başa çıkmada zorluk yaşadığını düşündürmektedir.

Diğer yandan çalışmamızda, YPCŞÖ skorları ile katılımcıların çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Kadınların çalışma durumu ile cinsel şiddete uğrama riski arasındaki ilişkiyi konu alan çalışmalar mevcuttur. Alkan ve Tekmanlı, araştırmalarında, çalışan kadınların cinsel şiddete maruz kalma oranlarının işsiz kadınlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır [132]. Aker, bir araştırmasında, yakın partner şiddeti mağdurlarındaki ruhsal bozuklukların, ekonomik bağımlılıkla ilişkili olduğunu belirtmiştir [133]. Chemhaka bir çalışmasında, kadınların sosyoekonomik durumları ile cinsel şiddet algıları arasındaki ilişkiyi incelemiş ve ekonomik durumun, cinsel şiddeti haklı çıkarma tutumları üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur [134]. Ekonomik bağımsızlık, kadınların cinsel şiddet karşısında güçlenmelerine ve bu tür durumlarla başa çıkma yeteneklerini artırmalarına yardımcı olabilir. Diğer taraftan kadının çalışması toplumsal cinsiyet normlarına başkaldırı olarak algılanarak kadına yönelik her cinsten şiddet davranışının artmasına neden olabilir [135]. Bu veriler değerlendirildiğinde, partner şiddetine maruz kalan bireylerde çalışma motivasyonlarının arasında ekonomik bağımsızlığın kişide kendine ait, serbest bir alan hissi yaratmayı desteklemesi olabileceği düşünülebilir. Diğer yandan çalışma hayatı ile birlikte gelen sosyal etkileşimlerin, kişinin hayatında var olan cinsel şiddet deneyimlerini tanımlayabilmesine katkı sağladığı yorumu yapılabilir. Sonuç olarak cinsel şiddet deneyimlerinin, sosyal ve kültürel faktörlerden etkilenmekte olup bireylerin ekonomik durumuyla dolaylı yoldan ilişki işinde olduğu sonucuna varılabilir.

Özetle çalışmamızda partner cinsel şiddetinin özellikle bağlılık manipülasyonu alt grubunun ağırlığı ile panik bozukluğu şiddeti arasında ilişki olduğu, partner cinsel şiddeti ile somatoform dissosiyatif yaşantılar arasında kısmi bir ilişki olduğu ve hipotezimizin kısmen doğrulandığı görülmüştür. Ayrıca panik bozukluğu ve somatoform dissosiyasyon belirtilerinin birbiriyle ilişki içinde olduğu, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi kişinin sosyoekonomik düzeyinin hem partner cinsel şiddeti mağduru olma hem de ruh sağlığı üzerinde etkileri olduğu sonucuna varılmıştır.

6. KISITLILIKLAR

Çalışmamız kesitsel niteliktedir, kontrol grubu kullanılmamıştır. Bu durum partner şiddetinin genel popülasyondaki yaygınlığı ve etkilerini karşılaştırmada kısıtlı veriye neden olmuştur. Kullanılan Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği'nin bir kesme noktası olmadığından, çalışma örneklemi şiddete göre gruplanmamıştır.

Çalışmamız partner şiddetinin nedenlerinden ziyade panik bozukluk şiddeti ile kadın bireyin yaşadığı partner şiddeti ilişkisini önceleğiğinden, katılımcıların eşlerinin eğitim ve çalışma durumu değerlendirilmemiştir.

Çalışmada materyaller kesitsel olarak elde edilmiştir ve katılımcıların beyanına dayanmaktadır. Şiddet ve travma ile ilgili tüm çalışmalarda bu duruma bağlı mevcut olan kısıtlılık durumu, örneğin katılımcıların beyanlarında sınırlı bilgi verme olasılığı, güven ilişkisinin sınırlı zamanda kurulmuş olmasından dolayı kendilerini net ifade imkânı bulmakta zorluk çekmeleri, çalışmamız açısından da beklenen bir kısıtlılık olarak değerlendirilmelidir.

Partner cinsel şiddeti ve ruh sağlığı üzerinde etkileri ile ilgili olarak bu alanın yakın zamanlarda araştırılmaya başlanan bir konu olmasından dolayı elimizde bu alanda kısıtlı veriler olması çalışmamızın verilerinin karşılaştırılmasında kısıtlılığa neden olmuştur.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız panik bozukluğu tanılı kadın hastaların partner cinsel şiddeti deneyimlerinin ağırlığı, panik bozukluğu şiddeti, somatoform dissosiyastif yaşantılarının şiddeti ve sosyodemografik verileri değerlendiren ilk çalışma olup, bulgularımız partner cinsel şiddetinin bireylerin hastalığa bağlı ruhsal belirtileri üzerinde etkileri olduğunu ortaya koymuştur.

Korelasyon analizinde partner cinsel şiddeti ile panik bozukluğu şiddeti arasında ilişki olduğu, partner cinsel şiddetinin Bağlılık Manipülasyonu (BM) alt grubu ile panik bozukluğu şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Regresyon analizinde de Partner cinsel şiddetinin (YPCŞÖ), özellikle bağlılık manipülasyonu (BM) alt boyutunun panik bozukluğu şiddeti üzerinde yordayıcı olduğu saptanmıştır.

Korelasyon analizinde partner cinsel şiddeti ile somatoform dissosiyatif belirtilerin ağılığı arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuş ancak yapılan regresyon analizinde güncel partner cinsel şiddetinin somatoform dissosiyasyon üzerinde bir yordayıcılığı olmadığı sonucuna varılmıştır.

Panik bozukluğu şiddeti ve somatoform dissosiyasyon şiddeti arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu görülmüştür.

Katılımcıların ölçek skorları ile sosyodemografik verilerin ilişkisi değerlendirildiğinde, bireylerin çalışma durumu ile panik bozukluğu şiddeti ve somatoform dissosiyatif belirtilerin şiddeti arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. Katılımcıların eğitim seviyesi ile partner cinsel şiddeti ağırlığı arasında anlamlı negatif ilişki olduğu görülmüştür.

Kadının maruz kaldığı cinsel şiddet ve ruh sağlığına etkileri alanında sınırlı çalışma bulunmaktadır ve YPCŞÖ ve PBŞÖ arasında ise çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmamızın sonuçları ele alındığında bu alanda yeni çalışmaların yapılmasının, bireylerin gerek koruyucu ruh sağlığı gerekse klinikte uygulanacak tedavilerde partnere bağlı travmatik stres faktörünün ele alınmasının tedavi yönetimi ve iyileşmede önemli olacağı düşünülmektedir.

Sadece panik bozukluğu olguları açısından değil genel olarak ruhsal yakınma ile başvuran tüm kadınlarda partner cinsel şiddetinin değerlendirilmesi ve bu alanda yeni çalışmaların partner cinsel şiddetini etkileyen sosyal ve ruhsal etmenlerin ele alınması önemli olacaktır. Çalışmamızda da özellikle sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde eğitim ve çalışma durumu ilişkisinde elde edilen sonuçlar şiddete maruz kalmanın belirleyicilerinin tespit edilmesinde şiddete maruz kalma ve eğitim ile şiddete maruz kalma ve çalışan kadın olma ilişkisinde illiyet bağının önemini ve paradoksal durumunu göstermiştir. Yapılacak çalışmalarda katılımcıların ve partnerlerinin eğitim, çalışma durumu, ilişki süresi göz önünde bulundurularak gruplamalar yapılması cinsel şiddetin toplum genelinde dağılımı ile ilgili daha zengin veriler elde edilmesine olanak sağlayacaktır.

İlerleyen dönemlerde bu alanda gerçekleştirilecek prospektif izlem çalışmalarının, elde edilen verilerin daha geniş bir zaman diliminde, farklı örneklem grupları üzerinde test edilmesine ve daha kapsamlı sonuçlar elde edilmesine olanak tanıyacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ortaya konduğu gibi cinsel şiddet ve partner şiddetinin her türünün bireylerin ruh sağlığı üzerinde etkileri olduğu bilinmektedir. Hastanelerde ruhsal hastalıklar tedavi edilirken klinik tablolara eşlik eden travmatik yaşantıların olabileceğinin göz önünde bulundurulması, kurumumuzda olduğu gibi psikoterapi ve sosyal hizmet alanları yaratılmasının bireylerin yardım almasını kolaylaştırarak ruh sağlığı üzerinde olumlu etkiler yaratabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda ortaya konan verilerden yola çıkarak bireysel ve toplumsal düzeyde eğitimle, kadınlara yönelik gerek cinsel gerek diğer türlerde şiddetin karşısında durularak, kadınlar başta olmak üzere bütün toplumun ruh sağlığının daha iyi seviyelere gelmesine katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

8. KAYNAKLAR

[1] United Nations, “Declaration on the Elimination of Violence against Women”, Şub. 1994.

[2] I. Yüksel, Alanur. Çavlin, Banu. Ergöçmen, Turkey. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı., ve Hacettepe Üniversitesi. Nüfus Etütleri Enstitüsü., *Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması, Ankara, 2015*.

[3] J. M. Golding1, “Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis”, 1999.

[4] J. H. An *vd.*, “Prevalence of intimate partner violence victimization and its association with mental disorders in the Korean general population”, *Arch Womens Ment Health*, c. 22, sy 6, ss. 751-758, Ara. 2019, doi: 10.1007/s00737-019-00997-x.

[5] K. Trevillion, S. Oram, G. Feder, ve L. M. Howard, “Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *PLoS One*, c. 7, sy 12, Ara. 2012, doi: 10.1371/journal.pone.0051740.

[6] S. Freud, *Inhibitions, symptoms, and anxiety. In J. Strachey (Ed. & Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* , c. 20. Hogharth Press, 1926.

[7] B. Sadock, V. Sadock, ve P. Ruiz, *Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, 11th bs. LWW, 2014.

[8] M. E. White ve L. Satyen, “Cross-cultural differences in intimate partner violence and depression: A systematic review”, 01 Eylül 2015, *Elsevier Ltd*. doi: 10.1016/j.avb.2015.05.005.

[9] E. B. Freedman, *Redefining Rape: Sexual Violence in the Era of Suffrage and Segregation*. Harvard University Press, 2013.

[10] C. García-Moreno, World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, ve South African Medical Research Council, *Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*.

[11] A. Shah, C. S. Pataki, C. Professor of Psychiatry, the Biobehavioral Sciences, ve N. Sussman, “EDITORIAL ASSISTANT CONTRIBUTING EDITORS”.

[12] E. Köroğlu, American Psychiatric Association., ve American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force., *Dsm-5 ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı*.

[13] E. J. L. Griez, *Anxiety disorders : an introduction to clinical management and research*. Wiley, 2001.

[14] “Azra Erhat MİTOLOJİ SÖZLÜĞÜ İÇİNDEKİLER ÖNSÖZ”.

[15] A. E. Nardi ve R. C. R. Freire, “The panic disorder concept: A historical perspective”, içinde *Panic Disorder: Neurobiological and Treatment Aspects*, Springer International Publishing, 2016, ss. 1-8. doi: 10.1007/978-3-319-12538-1_1.

[16] “The_History_of_Mental_Symptoms”.

[17] J. Angst, “Panic disorder: history and epidemiology”, 1998.

[18] R. L. Spitzer, J. Endicott, ve E. Robins, “Research Diagnostic Criteria Rationale and Reliability”.

[19] V. Þar, Ý. Üniversitesi, Ý. Týp, F. Psikiyatri, ve A. Dalý, “DSM-5 Taslak Taný Ölçütlerine Genel bir Bakýþ: ‘Batý Cephesinde Yeni bir Þey Yok’ mu?”

[20] B. Bandelow ve S. Michaelis, “Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century”, 2015. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: www.dialogues-cns.org

[21] O. ’Uluşahin, A. ’Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Tuna Matbaacılık, 2015.

[22] M. M. Weissman *vd.*, “The Cross-national Epidemiology of Panic Disorder Background: Epidemiological data on panic disorder”. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: http://archpsyc.jamanetwork.com/

[23] A. J. Psychiatry, W. W. Eaton, R. C. Kessler, H. U. Wittchen, ve W. J. Magee, “Panic and Panic Disorder in the United States”, 1994.

[24] J. Schumacher, A. S. Kristensen, J. R. Wendland, M. M. Nöthen, O. Mors, ve F. J. McMahon, “The genetics of panic disorder”, 2011, *BMJ Publishing Group*. doi: 10.1136/jmg.2010.086876.

[25] C. M. Middeldorp *vd.*, “Familial Clustering of Major Depression and Anxiety Disorders in Australian and Dutch Twins and Siblings”, *Twin Research and Human Genetics*, c. 8, sy 6, ss. 609-615, Ara. 2005, doi: 10.1375/twin.8.6.609.

[26] J. M. Hettema, M. C. Neale, ve K. S. Kendler, “Reviews and Overviews A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders”, 2001.

[27] J. M. Gorman, M. R. Liebowitz, A. J. Fyer, ve J. Stein, “A Neuroanatomical Hypothesis for Panic Disorder”, 1989.

[28] T. Sobanski ve G. Wagner, “Functional neuroanatomy in panic disorder: Status quo of the research”, *World J Psychiatry*, c. 7, sy 1, s. 12, 2017, doi: 10.5498/wjp.v7.i1.12.

[29] L. M. Casey, T. P. S. Oei, ve P. A. Newcombe, “An integrated cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions”, *Clin Psychol Rev*, c. 24, sy 5, ss. 529-555, 2004, doi: 10.1016/j.cpr.2004.01.005.

[30] J. A. Franklin ve G. Andrews, “Stress and the onset of agoraphobia”, *Aust Psychol*, c. 24, sy 2, ss. 203-219, 1989, doi: 10.1080/00050068908259562.

[31] Carter MM, Turovsky J, Sbrocco T, Meadows EA, ve Barlow DH, “Patient dropout from a couple’s group treatment for panic disorder with agoraphobia”, *Professional Psychology-Research and Practice*, c. 26, ss. 626-628, 1995.

[32] D. R. Carter ve J. L. Cummings, “The effects of panic disorder on intimate relationships”, *J Clin Psychol*, c. 56, sy 1, ss. 25-38, 2000.

[33] M. G. Gelder, D. M. Clark, ve P. Salkovskis, “COGNITIVE TREATMENT FOR PANIC DISORDER”.

[34] M. Holubova, M. Ociskova, M. Kotian, ve C. Psychagogia, “Marriage in a panic: Panic disorder and intimate relationships”, 2020. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: www.nel.edu

[35] J. Strickland, J. Keller, J. V. Lavigne, K. Gouze, J. Hopkins, ve S. Lebailly, “The structure of psychopathology in a community sample of preschoolers”, *J Abnorm Child Psychol*, c. 39, sy 4, ss. 601-610, May. 2011, doi: 10.1007/s10802-011-9487-5.

[36] D. H. Barlow, “Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic”, *Guilford Press.*, 2002.

[37] G. M. Sullivan ve S. Dorsey, “Trauma and dissociation”, *Journal of Trauma & Dissociation*, 2020.

[38] B. A. Van der Kolk, *Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York, NY: Viking, 2014.

[39] E. R. S. Nijenhuis, R. Van Dyck, ve P. Spinhoven, “The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20)”, *J Nerv Ment Dis*, 1996.

[40] World Health Organization, *International Classification of Diseases*. 2019.

[41] Z. Kotan, V. O. Kotan, H. D. Yalvaç, ve S. Demir, “Association of Domestic Violence Against Women With Sociodemographic Factors, Clinical Features, and Dissociative Symptoms in Patients Who Receive Services From Psychiatric Outpatient Units in Turkey”, *J Interpers Violence*, c. 35, sy 15-16, ss. 2711-2731, Ağu. 2020, doi: 10.1177/0886260517703372.

[42] A. Kandeğer ve A. Naziroğlu, “The mediating effects of self-perception and somatoform dissociation in the relationship between domestic violence and suicidal ideation”, *Arch Womens Ment Health*, c. 24, sy 2, ss. 251-257, Nis. 2021, doi: 10.1007/s00737-020-01064-6.

[43] S. G. Hofmann, A. Asnaani, I. J. J. Vonk, A. T. Sawyer, ve A. Fang, “The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses”, 2012, *Springer New York LLC*. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.

[44] E. G. Krug ve World Health Organization., *World report on violence and health*. World Health Organization, 2002.

[45] T. Abramsky *vd.*, “Women’s income and risk of intimate partner violence: Secondary findings from the MAISHA cluster randomised trial in North-Western Tanzania”, *BMC Public Health*, c. 19, sy 1, Ağu. 2019, doi: 10.1186/s12889-019-7454-1.

[46] A. Butchart, Claudia. García-Moreno, Christopher. Mikton, ve World Health Organization., *Preventing intimate partner and sexual violence against women : taking action and generating evidence.* World Health Organization, 2010.

[47] A. Keskin, "Türkiye'de Kadına Yönelik Cinsel Şiddeti Etkileyen Sosyoekonomik ve Demografik Faktörler", *Istanbul Journal of Economics / İstanbul İktisat Dergisi*, c. 73, sy 1, ss. 587-614, Haz. 2023, doi: 10.26650/istjecon2022-1267250.

[48] L. Townsend *vd.*, "HIV risk behaviours and their relationship to intimate partner violence (IPV) among men who have multiple female sexual partners in Cape Town, South Africa", *AIDS Behav*, c. 15, sy 1, ss. 132-141, Oca. 2011, doi: 10.1007/s10461-010-9680-5.

[49] E. Were *vd.*, "A prospective study of frequency and correlates of intimate partner violence among African heterosexual HIV serodiscordant couples", *AIDS*, c. 25, sy 16, ss. 2009-2018, Eki. 2011, doi: 10.1097/QAD.0b013e32834b005d.

[50] C. Krebs, M. J. Breiding, A. Browne, ve T. Warner, "The Association Between Different Types of Intimate Partner Violence Experienced by Women", *J Fam Violence*, c. 26, sy 6, ss. 487-500, Ağu. 2011, doi: 10.1007/s10896-011-9383-3.

[51] K. L. Dunkle *vd.*, "Prevalence and patterns of gender-based violence and revictimization among women attending antenatal clinics in Soweto, South Africa", *Am J Epidemiol*, c. 160, sy 3, ss. 230-239, Ağu. 2004, doi: 10.1093/aje/kwh194.

[52] J. McFarlane *vd.*, "Intimate partner sexual assault against women and associated victim substance use, suicidality, and risk factors for femicide", *Issues Ment Health Nurs*, c. 26, sy 9, ss. 953-967, Kas. 2005, doi: 10.1080/01612840500248262.

[53] J. C. Campbell, "Women's responses to sexual abuse in intimate relationships", *Health Care Women Int*, c. 10, sy 4, ss. 335-346, 1989, doi: 10.1080/07399338909515860.

[54] E. Kurt, N. Yorguner Küpeli, E. Sönmez, N. S. Bulut, ve Y. Akvardar, "Psikiyatri polikliniğine başvuran kadınlarda aile içi şiddet yaşantısı", *Noropsikiyatri Arsivi*, c. 55, sy 1, ss. 22-28, Mar. 2018, doi: 10.29399/npa.14812.

[55] M. Ellsberg ve L. Heise, *Researching violence against women*. World Health Organization, 2005.

[56] J. Campbell, "Violence against women II". [Çevrimiçi]. Erişim adresi: www.thelancet.com1331

[57] H. Mark, K. Bitzker, B. F. Klapp, ve M. Rauchfuss, "Gynaecological symptoms associated with physical and sexual violence", *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, c. 29, sy 3, ss. 167-175, 2008, doi: 10.1080/01674820701832770.

[58] K. Fedovskiy, S. Higgins, ve A. Paranjape, “Intimate partner violence: How does it impact major depressive disorder and post traumatic stress disorder among immigrant latinas?”, *J Immigr Minor Health*, c. 10, sy 1, ss. 45-51, Şub. 2008, doi: 10.1007/s10903-007-9049-7.

[59] J. L. Herman, *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books, 1992.

[60] L. M. Howard, K. Trevillion, H. Khalifeh, A. Woodall, R. Agnew-Davies, ve G. Feder, “Domestic violence and severe psychiatric disorders: Prevalence and interventions”, *Psychol Med*, c. 40, sy 6, ss. 881-893, Haz. 2010, doi: 10.1017/S0033291709991589.

[61] T. Vos *vd.*, “Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia”.

[62] C. A. Helfrich, G. T. Fujiura, ve V. Rutkowski-Kmitta, “Mental health disorders and functioning of women in domestic violence shelters”, *J Interpers Violence*, c. 23, sy 4, ss. 437-453, Nis. 2008, doi: 10.1177/0886260507312942.

[63] G. Dillon, R. Hussain, D. Loxton, ve S. Rahman, “Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature”, *Int J Family Med*, c. 2013, ss. 1-15, Oca. 2013, doi: 10.1155/2013/313909.

[64] M. B. Mechanic, T. L. Weaver, ve P. A. Resick, “Mental health consequences of intimate partner abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse”, *Violence Against Women*, c. 14, sy 6, ss. 634-654, Haz. 2008, doi: 10.1177/1077801208319283.

[65] K. M. Devries *vd.*, “The global prevalence of intimate partner violence against women”, 2013, *American Association for the Advancement of Science*. doi: 10.1126/science.1240937.

[66] C. Spatz Widom, “The Cycle of Violence”.

[67] A. Bandura, *Social learning and personality development*. New York: Rinehart and Winston, 1963.

[68] T. K. Logan ve J. Cole, “Exploring the intersection of partner stalking and sexual abuse”, *Violence Against Women*, c. 17, sy 7, ss. 904-924, Tem. 2011, doi: 10.1177/1077801211412715.

[69] T. K. Logan, J. Cole, ve L. Shannon, “A Mixed-Methods Examination of Sexual Coercion and Degradation Among Women in Violent Relationships Who Do and Do Not Report Forced Sex”, 2007.

[70] A. S. Kahn, J. Jackson, C. Kully, K. Badger, J. Halvorsen, ve A. Kahn, “CALLING IT RAPE: DIFFERENCES IN EXPERIENCES OF WOMEN WHO DO OR DO NOT LABEL THEIR SEXUAL ASSAULT AS RAPE”, Schwartz & Leggett, 2001.

[71] G. W. Curlier, M. M. Linda Barthauer, E. Begler, ve M. L. Bruce, “Training and Experience of Psychiatric Residents in Identiff 1ng Domestic Violence”, 1996.

[72] K. Agar, J. Read, ve J. M. Bush, “Identification of abuse histories in a community mental health centre: The need for policies and training”, *Journal of Mental Health*, c. 11, sy 5, ss. 533-543, Eki. 2002, doi: 10.1080/09638230020023886.

[73] S. Brownmiller, *Against Our Will: Men, Women, and Rape*. New York: Ballantine Books, 1975.

[74] C. A. MacKinnon, *Toward a Feminist Theory of the State*. Harvard University Press, 1989.

[75] L. Kelly, *Surviving Sexual Violence*. University of Minnesota Press, 1988.

[76] M. R. Burt, “Cultural Myths and Supports for Rape”, 1980.

[77] R. Lazar, “Negotiating sex: The legal construct of consent in cases of wife rape in Ontario, Canada”, *Canadian Journal of Women and the Law*, c. 22, sy 2, ss. 329-363, 2010, doi: 10.3138/cjwl.22.2.329.

[78] D. Russell, *Rape In Marriage*. Indiana University Press, 1990.

[79] D. Finkelhor ve K. Yllo, *License to Rape: Sexual Abuse of Wives*. Free Press, 1987.

[80] L. Alcoff ve L. Gray, “Survivor Discourse: Transgression or Recuperation?” [Çevrimiçi]. Erişim adresi: http://www.journals.uchicago.edu/t-and-c

[81] R. Campbell ve S. M. Wasco, “Understanding rape and sexual assault: 20 Years of progress and future directions”, Ocak 2005. doi: 10.1177/0886260504268604.

[82] J. Baumgardner ve A. Richards, *Manifesta: Young Women, Feminism, and the Future*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2000.

[83] M. E. Bagwell-Gray, J. T. Messing, ve A. Baldwin-White, “Intimate Partner Sexual Violence: A Review of Terms, Definitions, and Prevalence”, 19 Temmuz 2015, *SAGE Publications Ltd*. doi: 10.1177/1524838014557290.

[84] T. K. Logan, R. Walker, ve J. Cole, “Silenced Suffering: The Need for a Better Understanding of Partner Sexual Violence”, *Trauma Violence Abuse*, c. 16, sy 2, ss. 111-135, Nis. 2015, doi: 10.1177/1524838013517560.

[85] S. E. Ullman, S. M. Townsend, H. H. Filipas, L. L. Starzynski, ve H. H. Filipas, “STRUCTURAL MODELS OF THE RELATIONS OF ASSAULT SEVERITY, SOCIAL SUPPORT, AVOIDANCE COPING, SELF-BLAME, AND PTSD AMONG SEXUAL ASSAULT SURVIVORS”.

[86] J. Clay-Warner, “The Context of Sexual Violence: Situational Predictors of Self-Protective Actions”, 2003.

[87] Beck. A, G. Emery, ve R. L. Greenberg, *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books, 2005.

[88] M. F. Huang, C. F. Yen, ve F. W. Lung, “Moderators and mediators among panic, agoraphobia symptoms, and suicidal ideation in patients with panic disorder”, *Compr Psychiatry*, c. 51, sy 3, ss. 243-249, May. 2010, doi: 10.1016/j.comppsych.2009.07.005.

[89] Smith LC, Friedman S, ve Nevid J, "Clinical and sociocultural differences in African American and European American patients with panic disorder and agoraphobia", *J Nerv Ment Dis.*, 1998.

[90] V. Palardy, G. El-Baalbaki, C. Fredette, E. Rizkallah, ve S. Guay, "Social support and symptom severity among patients with obsessive-compulsive disorder or panic disorder with agoraphobia: A systematic review", 2018, *PsychOpen*. doi: 10.5964/ejop.v14i1.1252.

[91] R. Marcaurelle, C. Bélanger, A. Marchand, T. E. Katerelos, ve N. Mainguy, "Marital predictors of symptom severity in panic disorder with agoraphobia", *J Anxiety Disord*, c. 19, sy 2, ss. 211-232, 2005, doi: 10.1016/j.janxdis.2004.01.005.

[92] Tukel R, "The effects of gender and employment status on severity of agoraphobia and marital relationship in agoraphobics", *Noro Psikiyatr Ars*, 1995.

[93] M. M. Weissman ve G. L. Klerman, *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books, 1997.

[94] G. El-Baalbaki, C. Bélanger, S. J. Fredman, D. H. Baucom, R. Marcaurelle, ve A. Marchand, "Marital Interactions as Predictors of Symptoms Severity in Panic Disorder with Agoraphobia", *Int J Psychol Stud*, c. 3, sy 2, Kas. 2011, doi: 10.5539/ijps.v3n2p107.

[95] K. Bademli ve Z. Duman, "Caregivers of Schizophrenia Patients", *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, c. 5, sy 4, s. 461, 2013, doi: 10.5455/cap.20130529.

[96] P. I. Hand ve C. Wilke, "The Influence of 'Quality of Spouse Relationship' on Severity of Symptoms and Treatment Outcome in Agoraphobia: An Empirical Study Using the Camberwell Family Interview", 1993.

[97] S. Rodde ve I. Florin, "Expressed emotion, relationship satisfaction, and therapeutic outcome in agoraphobic patients", *Z Klin Psychol Psychother*, 2002.

[98] M. Beattie, *Codependent No More: How to Stop Controlling Others and Start Caring for Yourself*. Hazelden Publishing, 1992.

[99] M. Bowen, *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson, 1976.

[100] Aksoy UM, Aksoy SG, Maner F, Gokalp P, ve Yanik M, "Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder", *Psychiatr Danub*, c. 24, sy 4, ss. 381-385, 2012.

[101] N. Moulding, S. Franzway, S. Wendt, C. Zufferey, ve D. Chung, "Rethinking Women's Mental Health After Intimate Partner Violence", *Violence Against Women*, c. 27, sy 8, ss. 1064-1090, Haz. 2021, doi: 10.1177/1077801220921937.

[102] J. H. An *vd.*, "Prevalence of intimate partner violence victimization and its association with mental disorders in the Korean general population", *Arch Womens Ment Health*, c. 22, sy 6, ss. 751-758, Ara. 2019, doi: 10.1007/s00737-019-00997-x.

[103] R. C. Shorey, A. E. Sherman, A. J. Kivisto, S. R. Elkins, D. L. Rhatigan, ve T. M. Moore, "Gender differences in depression and anxiety among victims of intimate partner violence: The moderating effect of shame proneness", *J Interpers Violence*, c. 26, sy 9, ss. 1834-1850, Haz. 2011, doi: 10.1177/0886260510372949.

[104] R. S. Henry, P. B. Perrin, B. M. Coston, ve J. M. Calton, "Intimate Partner Violence and Mental Health Among Transgender/Gender Nonconforming Adults", *J Interpers Violence*, c. 36, sy 7-8, ss. 3374-3399, Nis. 2021, doi: 10.1177/0886260518775148.

[105] S. Işıklı, "Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, c. 11, ss. 24-42, 2022.

[106] M. K. Shear, T. A. Brown, ve D. H. Barlow, "Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale", 1997.

[107] E. Monkul, Tural U., ve Onur E., "Panic Disorder Severity Scale: reliability and validity of the Turkish version", *J Depress Anxiety*, c. 20, ss. 8-16, 2004.

[108] Aydemir Ö ve Köroğlu E, *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, 4.Baskı. İstanbul: HYB Yayıncılık, 2009.

[109] Shackelford TK ve Goetz AT, "Men's Sexual Coercion in Intimate Relationships", 2004.

[110] Güvenç R, Yıldırım EA, ve Hacıoğlu Yıldırım M, "Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması", *Noro-Psikyatri Arsivi*, c. 59, sy 2, ss. 151-157, 2022.

[111] K. Alsaker, T. Morken, V. Baste, J. Campos-Serna, ve B. E. Moen, "Sexual assault and other types of violence in intimate partner relationships", *Acta Obstet Gynecol Scand*, c. 91, sy 3, ss. 301-307, Mar. 2012, doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01336.x.

[112] B. Mahenge, S. Likindikoki, H. Stöckl, ve J. Mbwambo, "Intimate partner violence during pregnancy and associated mental health symptoms among pregnant women in Tanzania: A cross-sectional study", *BJOG*, c. 120, sy 8, ss. 940-947, 2013, doi: 10.1111/1471-0528.12185.

[113] F. M. C. Leite, M. H. C. Amorim, F. C. Wehrmeister, ve D. P. Gigante, "Violence against women, Espírito Santo, Brazil", *Rev Saude Publica*, c. 51, 2017, doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006815.

[114] A. J. Lang, C. M. Kennedy, ve M. B. Stein, "Anxiety sensitivity and PTSD among female victims of intimate partner violence", *Depress Anxiety*, c. 16, sy 2, ss. 77-83, 2002, doi: 10.1002/da.10062.

[115] T. C. Cheng, "Intimate Partner Violence and Welfare Participation: A Longitudinal Causal Analysis", *J Interpers Violence*, c. 28, sy 4, ss. 808-830, Mar. 2013, doi: 10.1177/0886260512455863.

[116] F. Glowacz, A. Dziewa, ve E. Schmits, “Intimate Partner Violence and Mental Health during Lockdown of the COVID-19 Pandemic”, *Int J Environ Res Public Health*, c. 19, sy 5, Mar. 2022, doi: 10.3390/ijerph19052535.

[117] G. Rioli *vd.*, “An update on intimate partner violence and mental health”, 01 Aralık 2017, *Edizioni Minerva Medica*. doi: 10.23736/S0391-1772.17.01943-4.

[118] L. C. Barker, D. E. Stewart, ve S. N. Vigod, “Intimate Partner Sexual Violence: An Often Overlooked Problem”, *J Womens Health*, c. 28, sy 3, ss. 363-374, Mar. 2019, doi: 10.1089/jwh.2017.6811.

[119] M. Friedman, *Autonomy, Gender, Politics*. Oxford: Oxford University Press., 2003.

[120] K. Roelofs, K. A. L. Hoogduin, G. P. J. Keijsers, G. W. B. Näring, F. C. Moene, ve P. Sandijck, “Hypnotic susceptibility in patients with conversion disorder”, *J Abnorm Psychol*, c. 111, sy 2, ss. 390-395, 2002, doi: 10.1037/0021-843X.111.2.390.

[121] R. A. Bryant ve P. Panasetis, “The role of panic in acute dissociative reactions following trauma”, *British Journal of Clinical Psychology*, c. 44, sy 4, ss. 489-494, Kas. 2005, doi: 10.1348/014466505X28766.

[122] S. Ray ve et al., “Dissociative experiences and health anxiety in panic disorder”, *Indian J Psychiatry*, 2021.

[123] M. Sack, C. Lahmann, B. Jaeger, ve P. Henningsen, “Trauma prevalence and somatoform symptoms: Are there specific somatoform symptoms related to traumatic experiences?”, *Journal of Nervous and Mental Disease*, c. 195, sy 11, ss. 928-933, Kas. 2007, doi: 10.1097/NMD.0b013e3181594846.

[124] H. J. Irwin, “Pathological and nonpathological dissociation: The relevance of childhood trauma”, *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, c. 133, sy 2, ss. 157-164, 1999, doi: 10.1080/00223989909599730.

[125] R. C. Kessler *vd.*, “Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication”.

[126] J. D. McLeod, “The social context of stress and coping: The role of social support”, *J Health Soc Behav*, 1991.

[127] P. Tjaden ve N. Theonnes, “Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women Findings From the National Violence Against Women Survey”. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: http://www.ojp.usdoj.gov

[128] L. L. Heise, “Gender-based violence: An end to silence”, *TheLancet*, c. 352, sy 9134, ss. 1183-1184, 1998.

[129] I. Möller, “The impact of education on attitudes towards sexual violence”, *J Interpers Violence*, c. 29, sy 12, ss. 2345-2361, 2014.

[130] K. I. Paul ve K. Moser, “Unemployment impairs mental health: Meta-analyses”, *J Vocat Behav*, c. 74, sy 3, ss. 264-282, Haz. 2009, doi: 10.1016/j.jvb.2009.01.001.

[131] F. M. McKee-Ryan, Z. Song, C. R. Wanberg, ve A. J. Kinicki, “Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study”, *Journal of Applied Psychology*, c. 90, sy 1, ss. 53-76, Oca. 2005, doi: 10.1037/0021-9010.90.1.53.

[132] Ö. Alkan ve H. H. Tekmanlı, “Determination of the factors affecting sexual violence against women in Turkey: a population-based analysis”, *BMC Womens Health*, c. 21, sy 1, Ara. 2021, doi: 10.1186/s12905-021-01333-1.

[133] S. Aker ve Y. Aydın Kartal, “Examining the relationship between intimate partner violence and alexithymia and depression levels of women”, *Journal of Human Sciences*, c. 20, sy 4, ss. 741-751, Ara. 2023, doi: 10.14687/jhs.v20i4.6442.

[134] G. B. Chemhaka, S. Moyo, M. S. Simelane, ve C. Odimegwu, “Women’s socioeconomic status and attitudes toward intimate partner violence in Eswatini: A multilevel analysis”, *PLoS One*, c. 18, sy 11 November, Kas. 2023, doi: 10.1371/journal.pone.0294160.

[135] S. Hekimoglu, “Sociodemographic Characteristics of Women Who are Victims of Femicide Between 2014-2016 that is Accessed Through Digital Media”, *Turkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences*, 2018.