



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**KRONİK İNSOMNİ TANILI KADIN HASTALARDA
YAKIN PARTNER CİNSEL ŞİDDETİNE MARUZ KALMANIN
İNSOMNİ ŞİDDETİ VE UYKU KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Melike Neva ERDEMLİ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2025



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**KRONİK İNSOMNİ TANILI KADIN HASTALARDA
YAKIN PARTNER CİNSEL ŞİDDETİNE MARUZ KALMANIN
İNSOMNİ ŞİDDETİ VE UYKU KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Melike Neva ERDEMLİ

Tez Danışmanları: Doç. Dr. Onur DURMAZ

Prof. Dr. S. Füsun MAYDA DOMAÇ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2025

TEŞEKKÜR

Tez sürecimde sıkılmadan, yorulmadan yanımda yürüyen, başım sıkıştığında yanlarına koşabildiğim, desteklerini bir gün bile esirgemeyen tez danışmanlarım Doç.Dr. Onur Durmaz ve Prof Dr. Füsün Mayda Domaç'a,

Beraber çalıştığımız her gün klinik tecrübeme yenilerini ekleyebildiğim, kapısını her çaldığımda beni güler yüzü ve pozitif enerjisi ile karşılayan, tez sürecimin her aşamasında beni yüreklendiren ve destek olan canım ablam ve hocam Doç. Dr. Esra Aydın Sünbül'e,

Akbaytugan servisinde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, engin mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yol göstericilerim olan Prof. Dr. Hüseyin Güleç, Doç. Dr. Mihriban Dalkıran'a,

Engin mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, kendileri ile çalışma fırsatı bulduğum ve öğrencileri olduğum için gurur duyduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe, Prof. Dr. Filiz İzci, Prof. Dr. Medine Yazıcı, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin, Doç. Dr. Başak Ünübol, Doç. Dr. Hatice Kaya, Doç. Dr. Hikmet Ekin Güngör, saygıdeğer başhekimimiz Doç. Dr. Sema Baykara'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, Başasistan Dr. Mine Ergelen, Uzm. Dr. Begüm Başyigit Saygılı, Uzm. Dr. Melike Ezerbolat Özateş, Uzm. Dr. Melike Yerebakan Tüzer, Uzm. Dr. Muhsin Koray Kılıç, Uzm. Dr. Özgür Süner, Uzm. Dr. Ekin Revşan Parlak, Uzm. Dr. Ali Baz, Uzm. Dr. Dilek Çağlar Tetik, Uzm. Dr. Ege Sipahi, Uzm. Dr. Özge Bebek İrem, Uzm. Dr. Harun Yetkin ve adını sayamadığım, deneyimlerini bizlerle paylaşmaktan kaçınmayan tüm uzmanlarıma,

Nöroloji rotasyonum sırasında mesleki eğitimime çok değerli katkıları olan Prof. Dr. Füsün Mayda Domaç, Doç. Dr. Mustafa Ülker, Uzm. Dr. Rahşan Karacı başta olmak üzere nöroloji uzman doktorları ve uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma,

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Adak, Başasistan Uzm. İpek Süzer Gamlı ve diğer çocuk psikiyatri uzman doktorları ve uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışmaktan keyif aldığım, Erenköy'ü benim için güzel ve anlamlı kılan tüm asistan arkadaşlarıma,

Hastanemiz Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Merkezinde birlikte çalıştığımız süre boyunca, bana ilham veren ekip ruhları ve katkılarıyla bu süreci zenginleştiren kıymetli tüm çalışma arkadaşlarım ve Hakan Yayla, Yağmur Akbaş ve Pınar Türker'e.

Yollarımız iyi ki kesişmiş dediğim, çok uzun yıllardır birbirimize güç vererek hayat yolunda omuz omuza yürüdüğümüz, biricik dostum ve kardeşim Duygu Bayram'a,

Erenköy'ün hayatıma kattığı en büyük güzelliklerden olan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, herkesin böyle bir dostu olmalı dediğim, canım dostum Büşranur Oğuz Selçuk'a,

Bugüne gelebilmem için yaptıkları fedakarlıkları saymakla bitiremeyeceğim, sevgi ve desteklerini her anımda hissettiğim, benimle gülen ve benimle ağlayan, canım annem ve babam Kadriye Erdemli ve Orhan Erdemli'ye ve dünyanın en düşünceli ve en iyi kalpli kardeşi Hasan Edip Erdemli'ye,

Dünyamı güzelleştiren, yüzümü güldüren, tez sürecimin ve hayatımın her aşamasında desteğini gösteren, hakkında ne söylesem kelimelerin kifayetsiz kalacağı, en büyük iyi kilerimden canım sevgilim Baki Kaan Fenercioğlu ve dünya tatlısı kedimiz Mia'ya,

Bu süreçte kalbimde bir aileye dönüşen, zarafeti ve inceliğiyle her an yanımda olduğunu hissettiren, varlığıyla ruhuma iyi gelen çok sevgili Arife Süveyda Emirli'ye ve dünyanın en iyi ablası, biricik Keşkül'ümüzün annesi Deniz Fenercioğlu'na,

Bugünlere gelmemde çok büyük emeği olan, sevgisini hep kalbimde taşıdığım ve özlemle andığım bir tanecik babaannem Sıtkiye Erdemli'ye,

Teşekkürlerimle...

Dr. Melike Neva ERDEMLİ

İstanbul, 2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
TABLO LİSTESİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İNSOMNİ.....	3
2.1.1. Tanım ve Sınıflandırma.....	3
2.1.2. İnsomni Epidemiyolojisi	4
2.1.3. İnsomninin Psikolojik Modelleri.....	6
2.2. ŞİDDET	9
2.2.1. Fiziksel Şiddet	10
2.2.2. Psikolojik Şiddet	11
2.2.3. Ekonomik Şiddet	11
2.2.4. Dijital Şiddet	12
2.2.5. Cinsel Şiddet	13
2.3. PARTNER İLİŞKİLERİNDE KADINA YÖNELİK ŞİDDET	13
2.3.1. Partner ilişkilerinde Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet.....	15
2.3.2. Partner İlişkilerinde Kadına Yönelik Psikolojik Şiddet.....	16
2.3.3. Partner ilişkilerinde Kadına Yönelik Ekonomik Şiddet.....	17
2.3.4. Partner ilişkilerinde kadına yönelik dijital şiddet.....	18
2.3.5. Partner İlişkilerinde Kadın Yönelik Cinsel Şiddet.....	19
2.4. İNSOMNİ VE PARTNER ŞİDDETİ.....	22

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. ETİK KURUL ONAYI	26
3.2. ÇALIŞMA EVRENİ-ÖRNEKLEM.....	26
3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KOŞULLARI	26
3.4. DIŞLAMA KRİTERLERİ	26
3.5. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER	27
3.5.1. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu	27
3.5.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	27
3.5.3. İnsomni Şiddet Ölçeği (UŞİ)	27
3.5.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)	28
3.5.5. Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği (YPCÇÖ).....	28
3.5.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	29
3.5.7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	29
3.5.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (TSSB-KL).....	29
3.6. İŞLEM.....	29
3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	30
4. BULGULAR.....	32
4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	32
4.2. CİNSEL ŞİDDET MARUZİYETİNE GÖRE PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	35
4.3. CİNSEL ŞİDDETE MARUZ KALMAYAN KATILIMCILAR İÇİN KORELASYON SONUÇLARI.....	36
4.4. CİNSEL ŞİDDETE MARUZ KALAN KATILIMCILAR İÇİN KORELASYON SONUÇLARI.....	38

4.5. CİNSEL ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMUNA GÖRE UYKUSUZLUK ŞİDDETİ İNDEKSİ (UŞİ) ÜZERİNE YAPILAN HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZLERİ	40
4.6. CİNSEL ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMUNA GÖRE UYKU KALİTESİ (PUKİ) ÜZERİNE YAPILAN HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZLERİ	46
5. TARTIŞMA.....	48
5.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI	48
5.2. YAKIN PARTNER CİNSEL ŞİDDETİNİN UYKUSUZLUK ŞİDDETİ VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ.....	51
5.3. CİNSEL ŞİDDET MARUZİYETİNE GÖRE PSİKOLOJİK BELİRTİLER VE UYKU PARAMETRELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	58
5.4. ÖLÇEKLER ARASI KORELASYON ANALİZLERİ	60
6. KISITLILIKLAR	64
7. SONUÇLAR.....	65
8. KAYNAKLAR	68
9. EKLER	78
EK-1: ETİK KURUL ONAYI	78
EK-2: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	80
EK-3: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	82
EK-4: PITTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ	83
EK-5: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	85
EK-6: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	86
EK-7: YAKIN PARTNER İLİŞKİLERİNDE KADININ MARUZ KALDIĞI CİNSEL ŞİDDET ÖLÇEĞİ	87
EK-8: UYKUSUZLUK ŞİDDETİ İNDEKSİ (UŞİ)	89
EK-9: DSM İÇİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU KONTROL LİSTESİ	90

SİMGELER VE KISALTMALAR

AT	: Ayrılık Tehdidi
BAÖ	: Beck Anksiyete ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon ölçeği
BM	: Bağlılık Manipülasyonu
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı 5. Baskı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektroensefalografi
ICSD-3	: Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması-3
KY/Z	: Kaynak Yönetimi / Zorbalık
PSG	: Polisomnografi
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TSSB-KL	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu- Kontrol Listesi
UŞİ	: Uykusuzluk Şiddet İndeksi
YPCŞÖ	: Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Kronik İnsomni için ICSD-3 Tanı Kriterleri.....	4
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve karşılaştırılması	32
Tablo 3. Cinsel şiddet maruziyetine göre TSSB-KL, PUKİ, UŞİ, BDÖ, BAÖ puanlarının karşılaştırılması	35
Tablo 4. Cinsel şiddete maruz kalmamış vakalar arasında TSSB-KL, BDÖ, BAÖ, PUKİ, UŞİ ve günlük işlevsellik puanları arasındaki korelasyonlar.....	36
Tablo 5. Cinsel şiddete maruz kalmış vakalar arasında TSSB-KL, BDÖ, BAÖ, PUKİ, UŞİ ve günlük işlevsellik puanları arasındaki korelasyonlar.....	38
Tablo 6. Cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların uykusuzluk şiddeti puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler	40
Tablo 7. Cinsel şiddete maruz kalmış katılımcıların uykusuzluk şiddeti puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler	41
Tablo 8. Cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların uyku kalitesi puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler	42
Tablo 9. Cinsel şiddete maruz kalmış katılımcıların uyku kalitesi puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler	43
Tablo 10. Cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların günlük işlevsellik puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler	44
Tablo 11. Cinsel şiddete maruz kalmış katılımcıların günlük işlevsellik puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler	45
Tablo 12. Cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların PUKİ toplam puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler	46
Tablo 13. Cinsel şiddete maruz kalmış katılımcıların PUKİ toplam puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler	47

ÖZET

KRONİK İNSOMNİ TANILI KADIN HASTALARDA YAKIN PARTNER CİNSEL ŞİDDETİNE MARUZ KALMANIN İNSOMNİ ŞİDDETİ VE UYKU KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Melike Neva ERDEMLİ

Amaç: Partner şiddetine maruz kalmak bireylerde birçok uyku problemlerine neden olabilir veya var olan problemleri şiddetlendirebilir. Bu çalışmada kronik insomni tanılı kadın hastaların maruz kaldığı partner cinsel şiddetinin derecesi ile uykusuzluk şiddeti ve uyku kalitesi arasındaki ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Uyku Bozuklukları Ayaktan Tedavi Merkezi'ne başvuran, kronik insomni tanılı 108 kadın hasta dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Uykusuzluk Şiddet Ölçeği (UŞİ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği (YPCŞÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (TSSB-KL) uygulanarak elde edilen veriler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Veriler değerlendirildiğinde cinsel şiddete maruz kalan grupta, yakın partner cinsel şiddetine maruz kalmanın derecesinin anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres belirti düzeylerinden bağımsız olarak uykusuzluk şiddeti ve uykusuzluk kaynaklı gelişen günlük işlevsellik bozulması için yordayıcı olduğu bulunmuştur. Cinsel şiddete maruz kalmayan grupta ise anksiyete düzeylerinin uykusuzluk şiddeti için açıklayıcı olduğu saptanmıştır.

Sonuç: İnsomni yakınmaları ile başvuran tüm kadınlarda partner cinsel şiddetinin taranması, değerlendirilmesi ve bu alanda yapılacak yeni çalışmaların partner cinsel şiddetinin sebep olabileceği uyku bozukluklarını ele alması; yakın partner şiddetine maruz kalan kadınların uykusuzluk problemlerini ve uykusuzluk kaynaklı gelişen günlük işlevsellikteki bozulmaları tedavi etmek açısından önemli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Partner Şiddeti, Cinsel Şiddet, Uykusuzluk Şiddeti

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN EXPOSURE TO INTIMATE PARTNER SEXUAL VIOLENCE AND INSOMNIA SEVERITY AND SLEEP QUALITY IN FEMALE PATIENTS DIAGNOSED WITH CHRONIC INSOMNIA

Dr. Melike Neva ERDEMLİ

Objective: Exposure to intimate partner violence can be the cause of sleep disorders or intensify the existing ones. This study aims to investigate the relationship between the degree of intimate partner sexual violence with sleep quality and insomnia severity in women with chronic insomnia diagnoses.

Method: The study included 108 female patients diagnosed with chronic insomnia who applied to the Sleep Disorder Center in Erenköy Mental and Nervous Diseases Training and Research Hospital. A sociodemographic data form, Insomnia Severity Index (ISI), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale (SCIRS), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist for DSM-5 were administered to all participants, and the data collected were evaluated.

Results: When evaluating the data, the degree of exposure to sexual coercion was found to be the precursor to the insomnia severity and interference with daily functioning resulting from insomnia, independent of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder levels in the group that has experienced sexual coercion. In the group with no exposure to sexual coercion, the anxiety levels were found to be meaningful for the insomnia severity.

Conclusion: Screening and assessment of partner sexual violence in all women presenting with insomnia complaints, as well as future studies focusing on sleep disorders potentially caused by partner sexual violence, will be important for addressing insomnia and related impairments in daily functioning among women exposed to intimate partner violence.

Key Words: Partner Violence, Sexual Violence, Insomnia Severity

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsel şiddet; bireyin rızası olmaksızın, rıza oluşturularak ya da rızanın sağlanmasının mümkün olmadığı durumlarda, bir ya da birden fazla kişi tarafından gerçekleştirilen, cinselliğe yönelik her türlü tehdit, girişim, davranış ya da müdahale biçiminde tanımlanmaktadır. Bu tür eylemler, gerçekleşmiş olabileceği gibi gerçekleşmemiş de olabilir; ancak tehdit, şantaj ve benzeri baskı unsurlarını içermesi cinsel şiddet kapsamına alınmasını mümkün kılar (1). Dünya genelinde yürütülen araştırmalar, cinsel şiddetin en sık kadınlar ve çocukları hedef aldığını ortaya koymaktadır. Şiddeti uygulayan faillerin ise çoğunlukla mağdurlarla duygusal ya da yakın ilişkisi bulunan kişiler, mevcut veya eski partnerler olduğu görülmektedir (2). Yakın partner şiddeti, yalnızca evli kadınlara yönelik şiddeti kapsayan aile içi şiddet kavramından ayrılarak; bekar ya da boşanmış kadınların mevcut veya geçmiş duygusal ilişkilerinde maruz kaldıkları şiddeti de içermektedir. Bu yönüyle, yakın partner şiddeti tanımı, şiddeti daha geniş bir çerçevede ele almakta ve bu tür şiddetin hangi ilişkisel bağlamlarda ortaya çıktığını anlamaya olanak tanımaktadır (3).

Yakın partner cinsel şiddete uğrayan kadınların fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, diğer şiddet türlerine uğrayan ve şiddete uğramamış kadınlara göre önemli ölçüde daha kötüdür(4). Yakın partner cinsel şiddetine uğrayan kadınlarda akut yaralanmalar, travmatik beyin hasarı, pelvik ağrı, istenmeyen gebelikler, baş ağrısı, insomni, cinsel işlev bozukluğu, depresyon, anksiyete ve posttravmatik stres bozukluğu gibi problemler görülebilir (5).

Yapılan çalışmalarda uyku bozuklukları stresli yaşam deneyimleriyle ilişkili bulunmuştur ve partner şiddeti mağdurluğu ciddi bir stres durumu olarak tanımlanmıştır(6). Farklı kültürel yapılar, dünya genelinde cinsel şiddetin tanımının coğrafi olarak değişkenlik göstermesine neden olabilmektedir. Bu durum, bazı toplumlarda sıradan ya da meşru kabul edilen eylemlerin, bireyler tarafından açıkça tanımlanamasa da psikolojik açıdan travmatik etkiler yaratabileceğini düşündürmektedir. Özellikle partner kaynaklı cinsel şiddet, ilişkinin doğası gereği diğer şiddet biçimlerine oranla daha örtük kalabilmektedir. Tüm bu unsurların, şiddetin devamlılığına zemin hazırladığı düşünülmektedir (7). Bu süregelen stresli yaşam

durumunun, özellikle uyku bozuklukları gelişimine yol açtığı son zamanlarda yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (8). Ancak, partner şiddetine maruz kalan bireylerde görülen çok sayıda sorun arasında, uyku bozuklukları diğer psikolojik ya da fiziksel problemler kadar dikkat çekmemiş ve görece olarak daha az ele alınmıştır. Bununla birlikte, uyku problemleri genel sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde geniş kapsamlı etkilere sahiptir ve partner şiddetine maruz kalan bireylerde mutlaka değerlendirilmesi gereken bir konudur (9).

Literatürde yakın partner şiddetinin uyku bozuklukları üzerindeki etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma mevcut olup, yakın partner cinsel şiddeti ve insomni şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya henüz rastlanmamıştır. Bu çalışmaların genelde kadın konukevlerinde kalan, maruz kaldıkları şiddeti adli mercilere bildiren ya da telefon üzerinden ankete katılan kadınlar üzerinde yapıldığı görülmüş olup, daha önce uyku bozuklukları ayaktan tedavi merkezine başvuran kadınların dahil edildiği bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır.

Çalışmamızda kronik insomni tanısı ile izlenen kadın hastalarda partnerleri tarafından uygulanan cinsel şiddetin derecenin uykusuzluk şiddeti ve uyku kalitesi ile arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Hipotezler:

1-Kronik insomni tanısı mevcut olan kadın hastalarda yakın partner cinsel şiddet derecesi ile insomni şiddeti arasında depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirti düzeylerinden bağımsız olarak pozitif yönde ilişki vardır.

2-Kronik insomni tanısı mevcut olan kadın hastalarda yakın partner cinsel şiddet düzeyi ile uyku kalitesi arasında depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirti düzeylerinden bağımsız olarak negatif yönde ilişki vardır.

3-Kronik insomni tanısı mevcut olan yakın partner cinsel şiddetine maruz kalmış kadın hastalarda depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirti düzeyleri arttıkça insomni şiddeti artar, uyku kalitesi azalır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNSOMNİ

2.1.1. Tanım ve Sınıflandırma

İnsomni, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11'de (ICD-11) yer alan bir uyku bozukluğu olup, uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte zorlanma ile uykunun kalitesinde düşüklük yaşanması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu durum, bireyin uyuyabilmek için yeterli zaman, fırsat ve uygun çevre koşullarına sahip olmasına rağmen ortaya çıkar. Tanı koyulabilmesi için belirtilerin en az bir ay boyunca, haftada üç veya daha fazla kez tekrarlanması gerekmektedir. Uyku problemi yaşayan bireyler, bu durumu fazlasıyla önemseyerek uykusuzluğun etkileri konusunda endişe duyabilirler. Yetersiz ve düzensiz uyku; halsizlik, bitkinlik, dikkat ve konsantrasyon sorunları, ruh halinde değişimler, gündüz aşırı uyku isteği, motivasyon eksikliği ve enerji düşüklüğü gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (10).

Uyku hastalıklarının tanı ve tedavisinde ortak bir dil oluşturmak, standart bir yaklaşım geliştirmek amacıyla ilk sınıflandırma 1979 yılında yapılmış olup 1991 yılında American Academy of Sleep Medicine (AASM) tarafından güncellenerek *International Classification of Sleep Disorders-1 (ICSD-1)* adıyla yayımlanmıştır. Bu sınıflandırma, uyku bozukluklarının daha sistematik bir şekilde ele alınmasını sağlamış ve klinik uygulamalarda yol gösterici olmuştur. 2014 yılında güncellenerek *International Classification of Sleep Disorders-3 (ICSD-3)* adıyla yayımlanmıştır (11).

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması (ICSD-3), uykusuzluğu kronik uykusuzluk bozukluğu, kısa süreli uykusuzluk bozukluğu, diğer uykusuzluk bozukluğu ve izole semptom ve normal varyantlar başlıklarıyla sınıflandırmıştır. Ayrıca, izole semptom ve normal varyantlar başlığı altında yatakta aşırı zaman harcama ve kısa uykucu olma gibi durumlar da tanımlanmıştır(10). Kısa süreli uykusuzluk üç aydan kısa süren, kronik uykusuzluk ise üç aydan uzun süren bir durumdur (12).

Kronik insomni için tanı kriterleri aşağıda belirtildiği gibidir: (ICSD-3) (13):
(A-F ölçütlerini karşılamalıdır)

Tablo 1. Kronik İnsomni için ICSD-3 Tanı Kriterleri

A) Hastanın, hasta yakınının veya bakıcısının gözlemlerine göre aşağıdakilerden biri veya daha fazlasının bulunması: - Uykuyu başlatmada güçlük - Uykuyu sürdürmede güçlük - İstenilenden erken uyanma - İstenilen uyku saatinde yatmaya direnç - Ebeveyn/bakıcı müdahalesi olmaksızın uykuya dalmada güçlük
B) Hastanın veya gözlemcinin bildirdiği gece uykusuna bağlı gündüz belirtilerinden en az biri: - Yorgunluk/halsizlik - Dikkat veya bellek bozukluğu - Sosyal, ailevi, mesleki veya akademik işlevsellikte düşüş - Duygudurum değişiklikleri/irritabilite - Gündüz uykululuk - Davranış problemleri - Motivasyon ve enerji kaybı - Hata ve kaza yapma eğilimi - Uyku memnuniyetsizliği ve uykuya ilişkin kaygılar
C) Uyku-uyanıklık sorunlarının, yetersiz süre veya uygunsuz ortam koşulları (gürültü, ışık, güvenlik, konfor vb.) ile açıklanamaması
D) Uyku bozukluğu ve eşlik eden gündüz semptomlarının haftada en az üç kez görülmesi
E) Uyku bozukluğu ve eşlik eden gündüz semptomlarının en az üç aydır devam etmesi
F) Uyku ve uyanıklık bozukluğunun başka bir uyku hastalığı ile açıklanamaması

2.1.2. İnsomni Epidemiyolojisi

Farklı ülkelerde kronik uykusuzluğun yaygınlığı, uygulanan tanı ve tarama yöntemlerine bağlı olarak %6 ile %76,3 arasında değişen oranlarda tespit edilmektedir(14).

Benbir ve çalışma arkadaşlarının Türkiye’de uyku bozukluklarının epidemiyolojisini incelemek amacıyla gerçekleştirdiği araştırmanın bulgularına göre, katılımcıların yarısında en az bir uykusuzluk belirtisi görüldüğü saptanmış, insomni yaygınlığı ise %12,2 olarak tespit edilmiştir. Hastaların %42,2’sinin uykuya dalmada

zorlandığı, %24,6'sının uykusunu sürdüremediği ve %24,6'sının ise sabah erken saatlerde uyandığı belirlenmiştir. Ayrıca, %5,8'inin dinlendirici olmayan bir uyku yaşadığı ve %2,8'inin ise bu belirtilerin en az iki farklı kombinasyonunu deneyimlediği saptanmıştır (14).

Yedi Avrupa ülkesinde kapsayan bir araştırmada, katılımcıların %37'si uyku problemleri yaşadığını belirtmiş, %20,2'si kısa uyku süreleriyle başa çıkmakta zorlandığını, %16,6'sı ise uyuduklarında yeterince dinlenemediklerini ifade etmiştir. Ayrıca, %8,2'si genel uyku deneyimlerinden memnun olmadığını belirtirken, katılımcıların %34,5'i haftada en az üç gece uykuya dalmakta, uykusunu sürdürmekte ya da dinlendirici bir uyku almakta güçlük çektiklerini dile getirmiştir (15).

Uykusuzluk bozukluğunda yaş ve cinsiyet önemli risk etmenleri arasındadır. Kadınlar, erkeklere oranla iki kat daha fazla uykusuzluk problemi yaşamakta olup, menopoza sonrası bu durum daha da yaygın hale gelmektedir. 65 yaşın üzerindeki bireylerde ise insomni semptomları %50'ye kadar ulaşabilmektedir. Bunun yanı sıra, düşük gelir ve eğitim seviyesine sahip olanlar ile boşanmış veya dul bireylerde uykusuzluk bozukluğunun daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (16).

Psikiyatrik rahatsızlıklar (%30-40), tıbbi ve nörolojik hastalıklar (%4-11), uyku ile ilişkili solunum bozuklukları (%5-9), periyodik bacak hareketleri bozukluğu (%15), alkol bağımlılığı veya aşırı tüketimi ile kafein ve diğer uyarıcı maddelerin kullanımı (%3-7), uykusuzluk bozukluğuna eşlik edebilen ya da risk faktörü olarak değerlendirilen durumlardır (17). Epidemiyolojik çalışmalar, yüksek stres seviyesine sahip bireylerde uykusuzluk riskinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, işsiz olanlar, vardiyalı/gece çalışanlar veya uygun olmayan sıcaklıktaki bir yatak odasında uyuyan kişilerde de insomni riskinin arttığı belirlenmiştir (17).

Depresyon ve anksiyete, insomni için hem tetikleyici hem de sonuç olabilmektedir(18). İnsomni ile psikiyatrik rahatsızlıklar arasındaki bağlantıyı araştıran ilk çalışmalardan birinde, insomni sorunu yaşayan kişilerin %40'ında psikolojik bir bozukluk bulunduğu, en yaygın görülen rahatsızlıkların ise anksiyete bozukluğu (%24) ve depresyon (%14) olduğu belirlenmiştir (19).

Ohayon ve Roth (2003), uykusuzluğun duygudurum bozukluklarının %41'inde ve anksiyete bozukluklarının %18'inde, bu hastalıklar başlamadan önce görüldüğünü, ayrıca majör depresif bozukluğu olan hastaların %80'inde uykusuzluk tanısının mevcut olduğunu ve bu hastaların %50'sinde uykusuzluğun depresyonun başlangıcından önce ortaya çıktığını belirtmişlerdir (20). Uykusuzluk, majör depresyon gelişme riskini 2.8 kat, anksiyete bozukluğu gelişme riskini 3.23 kat ve psikotik bozukluk gelişme riskini ise 1.28 kat artırmaktadır (21).

2.1.3. İnsomninin Psikolojik Modelleri

Geçmişte, uykusuzluğun nedenleri ve işleyişiyle ilgili çeşitli modeller öne sürülmüştür. İlk yaklaşımlardan biri, bu bireylerin "hafif uyuyan" kişiler olduğu varsayımına dayanırken, zamanla fizyolojik, davranışsal ve bilişsel faktörleri içeren farklı modeller bu anlayışı değiştirmiştir. Bu teoriler, insomninin nasıl ortaya çıktığını, kronik hale geldiğini veya kendiliğinden sürdüğünü açıklamak adına farklı perspektifler sunmaktadır (10).

2.1.3.1. Uyarıcı kontrol modeli: Uykusuzluk bozukluğunun açıklanması için ileri sürülen ilk sistematik model olan uyaran kontrol modeli 1972 yılında Bootzin tarafından tanımlanmış olup, insomnide edimsel koşullanmanın rolüne değinmektedir (22).

Uyaran kontrolü, bir uyarının geçmişteki koşullandırma deneyimlerine bağlı olarak farklı tepkilere neden olabileceği ilkesine dayanır. Basit koşullandırma süreçlerinde, belirli bir uyaran her zaman aynı tepkiyle ilişkilendirilirken, daha karmaşık koşullandırma durumlarında uyaran birden fazla tepkiyle eşleştirildiğinden, belirli bir yanıtın ortaya çıkma olasılığı azalır. Modele göre, uykusuzluk yaşayan bireyler için yatak, yatak odası ve yatma zamanı gibi uyaranlar, uyku dışı davranışlarla ilişkilendirilmeye başlar. Yatakta yemek yemek, televizyon izlemek veya düşünmek gibi eylemler, uyaran kontrolünü bozarak uyanıklığı artırabilir (10).

Uyaran kontrol modeline göre insomni tedavisi uyaran kontrolünün yeniden sağlanmasına dayanmaktadır. Uykusuzluk bozukluğu yaşayan kişiler sadece uykuları geldiğinde yatakta bulunmalı ve yatak odasında uyku ve cinsellik dışında aktiviteler gerçekleştirmemelidirler (22).

2.1.3.2. Spielman'ın 3 Faktörlü Modeli: Davranışsal model olarak adlandırılan bu model 1987'de Spielman tarafından ileri sürülmüş olup,uykusuzluğun akut bir şekilde nasıl ortaya çıktığını ve kronik hale geldiğini tanımlamaktadır. Hazırlayıcı,tetikleyici ve devam ettirici faktörlerin uykusuzluk bozukluğu gelişimindeki rolüne değinmektedir (23).

Bazı bireyler, yüksek uyarılma seviyelerine sahip olmaları nedeniyle uyku düzenlerinde daha kolay bozulmalar yaşayabilecek psikofizyolojik bir yatkınlığa sahiptir. Hazırlayıcı faktörler olarak adlandırılan bu yatkınlık, uykusuzluğa neden olan tetikleyicilere karşı hassasiyeti artırmaktadır. Stresli yaşam olayları, fiziksel veya psikiyatrik rahatsızlıklar gibi uykusuzluğa yol açan sorunlar ya da jet lag gibi uyku düzenini bozan sebepler uykusuzluğu tetikleyici ya da hızlandırıcı faktörlerdir(24). Stresli yaşam olaylarının etkisinin azalmasına rağmen,bireyin uyku sorunlarına karşı geliştirdiği işlevsel olmayan ve uykusuzluğun kronik hale gelmesine neden olan bilişsel ve davranışsal etmenler devam ettirici faktörleri oluşturur (23).

Kişinin uykusu gelmediği halde yatakta uzun süre kalması, düzensiz uyku saatlerine sahip olması, gün içinde fazla kafein tüketmesi, uykuya dalmak amacıyla alkol kullanması ve gündüz uykularına yönelmesi, adaptif olmayan uyku alışkanlıkları arasında yer alır. Ayrıca, uykusuzluk konusunda aşırı endişelenmek, uykusuzluğun günlük yaşamda yaratabileceği olumsuz etkiler üzerine sürekli düşünmek, performans kaygısı yaşamak ve uyku kontrolünü kaybettiğine inanmak, uykusuzluğun kronikleşmesine yol açan işlevsiz bilişsel süreçlere örnek olarak gösterilebilir(10).

2.1.3.3. Nörokognitif Model: Perlis ve arkadaşlarının 1997 yılında geliştirdiği bu modelin temel ilkeleri arasında kortikal, bilişsel ve somatik aşırı uyarılmışlık bulunmaktadır.Klasik koşullanma sonucu ortaya çıkan kortikal uyarılmışlık uykusuzluğun etiyojisi ve patofizyolojisinde merkezi bir öneme sahiptir ve uykusuzluğun kronikleşmesinde rol alır (25).

Kortikal uyarılmışlık uyku kayıtlarında uykuya geçiş ve NREM uykuda izlenen yüksek frekanslı EEG aktivitesi olarak gözlenir.Yüksek frekanslı EEG aktivitesi Beta (14-32 Hz) ve Gamma (>32 Hz)bandındaki EEG aktiviteleridir ve duyuşal işlem,bilgi işlem ve uzun süreli bellek oluşumunu sağlar ve normal uykuya sahip kişilerde uyku

süresince baskılanmaktadır.Kronik uykusuzluk bozukluğu durumunda ise artmış kortikal uyarılmışlık nedeni ile duyusal işlem ve bilgi işlem aktivitesi devam etmektedir,bu durum dış dünyadaki uyaranlardan kopmaya engel olmakta ve uyku ile uyanıklığın ayırt edilmesini zorlaştırabilmektedir, ayrıca uzun süreli bellek aktivitesindeki artış kişinin uykuya geçiş ve uyku süresi hakkındaki yargısını bozabilmektedir (25).

2.1.3.4. Psikobiyolojik inhibisyon modeli: Espie'nin 2002 yılında geliştirdiği psikobiyolojik inhibisyon modeli, insomniyi aşırı uyarılma bozukluğu olarak değerlendiren görüşün aksine, uykusuzluğun temelinde uyarılmayı inhibe etmede rol olan nörobiyolojik süreçlerin bir veya daha fazlasında meydana gelen yetersizliğin rol aldığını öne sürmektedir (26).

Bu modele göre normal uyku, homeostatik ve sirkadiyen düzenleme gibi işlemlerle yürütülen ve uykunun istemsiz başlatılması ve sürdürülmesi ile ilişkili olan otomatiklik ve uyku sisteminin psikososyal ve çevresel koşullara uyum sağlama yeteneğini ifade eden plastisite ile sağlanmaktadır (27). Stresli yaşam olayları sonucu psikolojik ve fizyolojik aşırı uyarılma nedeni ile akut uykusuzluk bozukluğu oluşabilmektedir ve kişi strese karşı oluşan doğal yanıtlardan sonra normal uykuya plastisite ve otomatisite işlevleriyle yeterli inhibisyon sağlanarak geri dönebilmektedir. Eğer bu süreçte kişi uyku ile ilgili uyaranlara karşı aşırı dikkat, uyumaya niyet etme ve uykuyu başlamak için çaba gösterme şeklinde uykuyu kontrol etme girişimlerinde bulunursa yeterli inhibisyon düzeyine ulaşılamaması nedeni uyarılmışlık ortadan kalkamaz ve kronik uykusuzluk bozukluğu gelişir (26,27).

2.1.3.5. Aşırı/artmış uyarılabilirlik modeli: Riemann ve arkadaşlarının 2010 yılında geliştirdiği aşırı uyarılmışlık modeli günümüze kadar elde edilen psikolojik ve biyolojik verileri birleştiren bir model olma özelliğini taşımaktadır.Nöroendokrin, nöroimmünolojik, elektrofizyolojik ve nörogörüntüleme yöntemlerinden elde edilen sonuçlardan yararlanarak insomninin aşırı uyarılmışlık zemininde gelişen psikobiyolojik bir bozukluk olduğunu öne sürmektedir (28).

Uykusuzluk bozukluğu hastalarının,normal uyuyan bireylere göre gündüz ve gece boyunca metabolik hızlarının daha yüksek olduğu,hem uyku hem uyanıklık

sırasında sempatik otonom sinir sistem aktivasyonuna sahip oldukları, uykudan 30 dk önce ve uyku sırasında kalp hızı ve vücut ısısının yükseldiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (29,30). Nöroendokrin sisteme bakıldığında insomni hastalarında idrar serbest kortizol ve plazma adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol düzeyinde artış olduğunun tespit edilmesi, hipotalamik-hipofizer-adrenal aksın aktivitesinde artışın rol oynayabileceğini göstermektedir(31). Nöroimmünolojik çalışmalar, interlökin-6 (IL-6) ve tümör nekroz faktörü (TNF) artışının insomni hastalarında otonom uyarılma da artış ve uyku kalitesinde düşüş ile ilişkili olabileceğini göstermiştir (32,33).

İnsomni tanılı hastaların PSG sonuçlarında uykuya geçiş ve NREM uyku süresince yüksek frekanslı EEG aktivitesinde artış olduğu, duyuşal ve bilişsel aktivite artışı nedeni ile hastaların uykuya başlamak ve sürdürmekte zorluk yaşadığı gözlenmiştir (34). Beyin görüntüleme çalışmalarında uyanıklığı düzenleyen, duyguları ve bilişsel işlevleri kontrol eden bölgelerde aşırı aktivite artışı tespit edilmiş olup bu bölgelerdeki aşırı uyarılmışlık durumu uykuyu düzenleyen merkezilerin işlevini etkileyerek uykusuzluk bozukluğuna sebep olabilir (10).

2.2. ŞİDDET

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre şiddet, 'kişinin kendisine, bir başkasına veya bir grup ya da topluluğa yönelik olarak kasıtlı şekilde fiziksel baskı veya güç kullanması, tehdit etmesi ya da bunu eyleme dökmesi sonucunda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişimsel bozukluk veya yoksunluk yaratması ya da bu sonuçların meydana gelme olasılığını arttırması durumu' olarak tanımlanmaktadır(35). DSÖ'nün tanımına benzer şekilde, 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanununa göre şiddet ; "Bireyin fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik olarak zarar görmesine ya da acı çekmesine yol açan veya yol açma ihtimali bulunan eylemler, buna yönelik tehdit ve baskılar ile özgürlüğün keyfi olarak kısıtlanmasını da kapsayan, toplumsal, kamusal ya da özel alanlarda gerçekleşen her türlü fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik tutum ve davranışlar." şeklinde tanımlanmıştır(36). Bu tanımlara göre şiddet yalnızca dışarıdan gözlemlenebilen veya tıbbi olarak tespit edilebilen fiziksel yaralanmalarla sınırlı kalmayıp, fark edilmesi güç ya da uzun yıllar sonra ortaya çıkabilen psikolojik zararları da içermektedir (37).

Ayrıca, bu tanımlarda dikkat çeken bir diğer önemli nokta, sadece belirli bir eylemin gerçekleşmesi değil, aynı zamanda bu eylemlere dair tehditlerin de şiddet kapsamında değerlendirilmesidir (3).

Şiddet, insanlık tarihinin en büyük sorunlarından biri olup, insan hakları ihlali ve toplum sağlığını ciddi şekilde tehdit eden bir olgu olarak çeşitli boyutlarda ve farklı şekillerde kendini ortaya koymaktadır (37). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), şiddeti uygulayan ve maruz kalan ilişkisine göre üç gruba (kendine yönelik şiddet, kişiler arası şiddet ve kolektif şiddet) ve şiddetin doğasına göre ise dört gruba (fiziksel şiddet, cinsel şiddet, psikolojik şiddet ve mahrum bırakma/ihmal) ayırmakta; cinsel şiddet hariç, diğer tüm şiddet türlerinin kendine yönelik, kişiler arası ya da kolektif biçimde gerçekleşebileceğini belirtmektedir (35). Kendine yönelik şiddet, kişinin kendisine zarar verici davranışları ve intihar girişimlerini içerirken, kişiler arası şiddet ise aile içi/yakın partner şiddeti ile toplumsal şiddet olarak iki alt gruba ayrılmaktadır. Aile içi/yakın partner şiddeti, genellikle ev ortamında aile bireyleri ya da romantik ilişkide bulunan kişiler arasında meydana gelirken, toplumsal şiddet kamusal alanda, birbirleriyle doğrudan bağı olmayan kişiler arasında gerçekleşmektedir. Bunun yanı sıra, kolektif şiddet ise devlet, organize örgütler veya terörist gruplar gibi geniş topluluklar tarafından ekonomik, sosyal veya politik sebeplerle uygulanan şiddet biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır (35). Polat (2017) ise şiddet türlerini, fiziksel şiddet, cinsel şiddet, duygusal şiddet, ekonomik şiddet ve dijital şiddet olarak sınıflandırmıştır (38).

2.2.1. Fiziksel Şiddet

Kişiler üzerinde egemenlik kurma ve onları sindirme, korkutma amacı ile uygulanan, kişinin vücut bütünlüğüne zarar veren, tokat atma gibi basit eylemlerden başlayıp, ölümcül sonuçlar doğurabilecek seviyelere kadar uzanabilen bir şiddet biçimidir (38,39). İtme, yumruk atma, sarsma, tokat atma gibi yöntemlerle aletsiz olarak veya kesici delici aletler, kemer, kayış veya ev eşyaları gibi çeşitli araçlarla alet kullanılarak uygulanabilmektedir (38).

Bireyler üzerindeki etkilerinin ve yol açtığı mağduriyetlerin daha kolay tespit edilmesi ve yarattığı zararların diğer şiddet biçimlerine göre daha somut bir şekilde

değerlendirilebilmesi bakımından şiddetin en belirgin ve kolay farkedilen türü olarak öne çıkmaktadır (40). Klinikte en sık deri, iskelet ve santral sinir sisteminde ortaya çıkan belirtilerle kendini gösterir. Genellikle en yaygın görülen yaralanmalar morluklar ve yüzeysel deri sıyrıklarıdır (38). Fiziksel saldırıya maruz kalmak aynı zamanda depresyon, anksiyete, intihar düşüncelerinde artış, uyku ve yeme bozuklukları gibi çeşitli psikolojik etkiler doğurabilir. Mağdurlar kendilerini değersiz hissedebilir ve çevrelerine olan güvenlerini kaybedebilirler (40).

2.2.2. Psikolojik Şiddet

Bir kişiye yönelik düzenli olarak psikolojik baskı yapmak, duygusal olarak istismar etmek ve küçümsemek, yaptırım uygulayarak tehdit etmek gibi durumlar psikolojik şiddet olarak kabul edilir. Bu tür şiddetin ana hedefi bireyi korkutmak kendisini güçsüz hissettirmesini sağlamak ve özgüveni duygusunu zedelemektir (41).

Psikolojik şiddet söylem yoluyla ve eylem yoluyla yapılan olmak üzere iki kategoriye ayrılabilir. Söylem yoluyla psikolojik şiddet aşağılama, küfürlü söylemler, haksız yere ve sürekli eleştirilerde bulunma, alay etme, tehditte bulunma ve kişinin özel hayatına dair bilgileri başkalarına ifşa etme şeklinde ortaya çıkabilir. Eylem yoluyla psikolojik şiddet ise, kişinin davranışlarını denetim altına alma ve kontrol etmeye çalışma, özgürlüklerini kısıtlama ve engelleme, kişiyi sosyal çevresinden izole etme ve duygusal ihtiyaçları göz ardı etme gibi eylemleri içerir (42).

Kişinin bedeninin değil duygularının hedef alındığı bu şiddet türü, genellikle fiziksel bulguların olmayışı nedeni zor fark edilir, bu nedenle, diğer şiddet türlerine göre en tehlikeli olanlardan biridir (38,43). Psikolojik şiddete uğrayan kadınların ruh sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkiler gözlemlenmektedir. Yapılan araştırmalar, bu bireylerde depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıkların yaygın olduğunu göstermektedir. Ayrıca, suicidal düşünceler, yeme bozuklukları ve stresle başa çıkma becerisinde azalma gibi problemler de sıkça ortaya çıkmaktadır (42).

2.2.3. Ekonomik Şiddet

Maddi kaynakların bir birey üzerinde baskı kurma, onu kontrol altında tutma ve sindirme amacıyla kullanılmasıdır. Hem iş hayatında hem de aile içinde farklı

şekillerde ortaya çıkabilen ekonomik şiddet, iş ortamında, emeğin karşılığının verilmemesi, yapılan işlerin değersizleştirilmesi, terfi hakkının göz ardı edilmesi gibi uygulamalarla cinsiyet fark etmeksizin her bireyi etkileyebilir. Aile içinde ise ekonomik şiddet genellikle kadınlara, çocuklara ve yaşlılara yönelik olarak görülmektedir. DSÖ'nün mahrum bırakma/ihtimal kategorisinde ele aldığı ekonomik şiddet, bireyin temel kaynaklardan yoksun bırakılmasını içermektedir, kişinin mali bağımsızlığının engellenmesi fiziksel, psikolojik ve duygusal şiddetin önünü açabilmektedir (44).

Artan enflasyon, yetersiz sosyal güvence, iş bulamama gibi durumlar da ekonomik baskının bir çeşidi olarak değerlendirilebilir. Geçim sıkıntısına neden olan düşük maaşlar ve sürekli fiyat artışları, bireylerin yaşam kalitesini düşürerek hem maddi hem de psikolojik yük oluşturmaktadır. Ekonomik istikrarsızlık ve geleceğe yönelik kaygılar, insanlarda stres ve gerginliği artırarak toplumda şiddet eğiliminin yükselmesine katkıda bulunabilir (45).

2.2.4. Dijital Şiddet

İnsanların yüz yüze etkileşimi sonucu yaşanan şiddet davranışları, iletişim teknolojilerinin bireylerin gündelik yaşamınlarına entegre olmasıyla dijital ortamda da görülmeye başlanmış olup ve bu durum dijital şiddet teriminin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu şiddet türünde sosyal medya platformları, e-postalar ve cep telefonları gibi teknolojiler kullanılarak hedeflenen kişiye psikolojik zarar vermek amaçlanmaktadır (46).

Bir kimsenin kişisel bilgilerini ve sırlarını izinsiz bir şekilde ifşa etmek, birinin itibarını zedelemek, dostluk ilişkilerini veya saygınlığını bozmak için asılsız haberler yaymak ya da yalanlar söylemek, saldırgan bir dil kullanarak bir kişiye sürekli olarak korku, tehdit ve taciz içeren istenmeyen mesajlar göndermek, başka birinin kimliğine bürünmek, ya da kasıtlı olarak birini çevrimiçi bir gruptan dışlamak gibi eylemler, siber şiddetin örnekleri arasında yer alır (47). Dijital zorbalık, failin kendini farklı bir isimle tanıtarak kimliğini gizleyebilmesi, dijital ortamlar sayesinde zorbalığın tüm dünyaya hızla yayılabilmesi ve siber zorbalıkta cinselliğin daha kolay ve fazla kullanabilmesi özellikleri ile diğer zorbalık türlerinden ayrılır (48).

Kanada’da gerçekleştirilen bir çalışmada dijital şiddetin hem erkekleri hem de kadınları benzer oranlarda etkilediğini, ancak erkeklerin çoğunlukla yabancılar tarafından, kadınların ise daha çok tanıdık kişiler tarafından dijital şiddete uğradığını göstermektedir. Kanada’da gerçekleştirilen bir çalışmada ise, 18-24 yaş arasındaki kadınların, 25 yaş ve üzeri kadınlara kıyasla üç kat daha fazla siber mağduriyet bildirdiği ifade edilmiştir (49).

2.2.5. Cinsel Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre cinsel şiddet, iş, ev veya herhangi bir ortamda gerçekleşebilen; bireyin rızası olmadan cinsel ilişkiye zorlanması, istenmeyen cinsel içerikli davranışlara maruz kalması, rahatsız edici sözler ve cinselliğe dayalı eleştirilerle karşılaşması gibi durumları kapsar. Bu bağlamda, baskı ve zorlama yalnızca fiziksel şiddetle sınırlı kalmayıp tehdit, duygusal baskı ve psikolojik manipülasyon yoluyla da uygulanabilmektedir. Ayrıca, bir kişinin rıza gösteremediği durumlarda da cinsel şiddet meydana gelebilir. Örneğin, birey alkol veya uyuşturucu etkisi altındayken, uykudayken ya da zihinsel olarak karar verme yetisini kaybetmiş durumdayken cinsel şiddete maruz kalabilir (50).

2.3. PARTNER İLİŞKİLERİNDE KADINA YÖNELİK ŞİDDET

Yakın partner tanımı birbiriyle duygusal bir bağ paylaşan, düzenli olarak iletişim halinde olan, fiziksel ve cinsel temasları devam eden ve birbirlerinin yaşamları hakkında bilgi sahibi olan kişileri kapsar. Uzun süre birlikte vakit geçirmek, çeşitli aktiviteleri beraber gerçekleştirmek, duygusal hassasiyete neden olabilecek kişisel bilgileri partnerle paylaşmak ve partnerine yoğun duygusal yatırımda bulunmak, yakın partner ilişkilerinin temel özellikleri arasında yer alır(51). Yakın partner şiddeti ise ilişkinin sürdüğü ya da sona erdiği durumlarda partnerlerden birinin diğerine yönelik fiziksel, cinsel, psikolojik şiddet veya tacizde bulunması şeklinde tanımlanır (52).

Kişiler arası şiddet türleri arasında yer alan yakın partner şiddeti dünyada en yaygın şiddet türlerinden biridir (3). Yapılan çalışmalara göre partner şiddetinin büyük çoğunluğu erkekler tarafından kadın partnerlerine karşı uygulanmaktadır ve bu sebeple yakın partner şiddeti erkeklerin kadın partnerlerine uyguladığı şiddet sorunu olarak ele alınabilmektedir (35). Aile içi şiddetle kıyaslandığında, yakın partner şiddeti sadece

evli kadınlara yönelik şiddeti kapsamakla kalmaz, aynı zamanda bekar ya da boşanmış kadınların duygusal ilişkilerde ya da önceki ilişkilerinde yaşadıkları şiddeti de içerir. Bu bağlamda, yakın partner şiddeti daha geniş bir perspektiften ele alınarak şiddetin hangi durumlar ve ilişkilerde ortaya çıktığını ortaya koymaktadır (3).

İstanbul Sözleşmesi, aile içi şiddeti toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin en yaygın biçimi olarak kabul etmiş ve bu nedenle ayrı bir tanım yapma gereği duymuştur. Sözleşmeye göre aile içi şiddet, mağdur ve failin evli olup olmamasına ya da aynı evde yaşayıp yaşamadıklarına bakılmaksızın, mevcut veya daha önceki eşler veya birlikte yaşayan bireyler arasında gerçekleşen fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik şiddet eylemlerini kapsar (53). Benzer şekilde, Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Şiddetin Ortadan Kaldırılması Bildirisi de aile kavramını, yalnızca evlilikle sınırlı tutmayıp, evlilik dışı birliktelikleri de içine alacak şekilde tanımlamıştır. Böylelikle, kadının aile içi şiddetten korunmasının kapsamı genişletilmiştir (54).

Bugün romantik ilişkilerdeki şiddet, hala çözülmemiş küresel bir sorun olarak devam etmektedir. Kadınlara şiddet uygulayan kişilerin çoğunlukla kadınlarla yakın ilişkiler içinde olan kişiler, kocaları ya da eski partnerleri olduğu gözlemlenmektedir. Dünya genelinde her üç kadından biri, hayatları boyunca en az bir kez partnerleri tarafından şiddetin farklı türlerine maruz kalmaktadır. Dünya genelinde kadınların %35'i fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalmakta ve bu şiddetin %30'u partnerlerinden, %7'si ise partneri olmayan kişilerden kaynaklanmaktadır. Dünya çapında kadın cinayetlerinin %38'i kadınların eşi veya birlikte yaşadığı kişi tarafından işlenmektedir. Kadınların yakın partner şiddetine maruz kalma oranlarının 40-44 yaş aralığında en yüksek seviyeye ulaştığı, ancak 50 yaş sonrasında bu oranların azaldığı görülmektedir. Ayrıca, gelir düzeyi yüksek bölgelerde yakın partner şiddetine maruz kalma sıklığının dünya ortalamasının altında olduğu belirlenmiş olup, bu oran yaklaşık %23 olarak tespit edilmiştir (2).

2014 yılında Hacettepe Üniversitesi ile Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) iş birliğinde gerçekleştirilen *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*, kadınların maruz kaldığı şiddet deneyimlerini kapsamlı biçimde ortaya koymuştur. Araştırmanın sonuçlarına göre; kadınların partnerleri tarafından maruz

kaldığı yaşam boyu fiziksel şiddet oranı %36, psikolojik şiddet oranı %44, ekonomik şiddet oranı %30, cinsel şiddet oranı ise %12 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre, kadınların partner şiddetine maruz kaldıklarında, şiddeti anlatma davranışında azalma olduğu ve kadınların %44'ünün maruz kaldıkları şiddeti hiçbir kişiye ve kuruma anlatmadığı belirtilmiştir. Partneri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalmış kadınların %39'u şiddeti bilen kişilerden hiçbirinin kendilerine yardım etmediklerini ifade etmiştir (55).

Kadınların, kendilerine zarar veren partnerlerle yaşamaya devam etmelerinin sebepleri; toplumsal cinsiyet rolleri, ataerkil normlar, ekonomik bağımlılık, dinsel değer yargıları, duygusal bağıllık, şiddetin toplumda meşrulaştırılması, şiddeti uygulayanın tehditleri gibi çok yönlü sosyo-kültürel etkenlerle şekillenmektedir (56). Bu süreçte partnerle kurulan romantik bağlar ve ilişkiye dair geliştirilen olumlu inançlar da önemli bir rol oynamaktadır. Kadınlar, romantik ilişki içerisinde şiddet deneyimlemelerine rağmen; partnerlerine duydukları sevgi, partnerin zamanla değişeceğine dair beklenti, yalnız kalma korkusu, ayrılığın daha ciddi sonuçlara yol açacağına dair kaygılar ve ailelerinin ilişkiyi sonlandırmalarına izin vermeyeceği düşüncesi gibi nedenlerle bu ilişkileri sürdürmeye devam edebilmektedir. Tüm bu dinamikler, şiddet döngüsünün fark edilmesini güçleştirmekte ve bu döngünün süreklilik kazanmasına zemin hazırlamaktadır (57).

2.3.1. Partner ilişkilerinde Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet

Yakın partner ilişkilerinde kadınların en sık karşılaştığı şiddet türlerinden biri fiziksel şiddettir. Bu tür şiddetin en yaygın biçimde görülmesinin nedenlerinden biri, yol açtığı zararların somut, gözle görülür olması ve bu nedenle diğer şiddet biçimlerine kıyasla daha kolay fark edilebilmesidir(3). Partnerlerin birbirlerine tokat atma, tekmeleme, sürüklenme, itme, yumrukla vurma, boğazını sıkma, vücudunu zarar verecek şekilde yakma, saç çekme, bir nesne fırlatma, bıçak veya silah gibi tehlikeli aletlerle tehditte bulunma ya da bu aletleri kullanma gibi davranışlarda bulunması partner ilişkilerinde fiziksel şiddetin temel örnekleri arasında yer almaktadır. Yapılan araştırmalar, bu eylemler arasında kadınlara yönelik en yaygın fiziksel şiddet biçimlerinin tokat atma ve nesne fırlatma olduğunu ortaya koymaktadır (55).

Dünya Sağlık Örgütü'nün dünya genelinde yaptığı bir araştırmada, kadınların %10 ila %69'u hayatlarının bir noktasında yakın bir erkek partner tarafından fiziksel saldırıya uğradığı, bu şiddet eylemleri sonucunda yaşamını yitiren kadınların oranının ise %40 ile %70 arasında olduğu gösterilmiştir (35). Ulusal düzeyde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, Türkiye'de kadınların %36'sı yaşamlarının bir döneminde yakın partnerleri tarafından fiziksel şiddete uğramıştır. Aynı çalışmada, kadınların %13'ünün yumruklandığı, %10'unun tekmelendiği, %6'sının boğazının sıkıldığı ve %3'ünün kesici aletlerle tehdit edildiği tespit edilmiştir. Ayrıca fiziksel şiddetin, her 10 kadından biri için hamilelik sürecinde de devam ettiği belirlenmiştir. Maruz kaldığı fiziksel şiddet nedeniyle yaralanan kadınların oranı %25 olarak saptanmış; yaralanan her iki kadından birinin ise tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyduğu ortaya konmuştur (55).

Ülkemizde yapılan başka bir araştırmada, partneri tarafından fiziksel şiddete maruz kalan kadınların %11,4'ü bu şiddeti hak ettiklerini, %12,9'u ise diğer kadınların maruz kaldığı şiddeti hak ettiğini düşündüğünü ifade etmiştir. Fiziksel şiddeti hak ettiğini düşünen kadınların %88,5'inin ise çocukluk döneminde de şiddet yaşantısı bildirdiği ortaya konmuştur (58). Fiziksel şiddet gören kadınlarda; uyku sorunları, iştahsızlık, baş ağrısı, değersizlik duygusu, kaygı, korku, isteksizlik ve intihar düşünceleri gibi pek çok olumsuz etki ortaya çıkabilmektedir. Yapılan çalışmalar, şiddete maruz kalan kadınların intihar girişiminde bulunma oranının, şiddet yaşamayan kadınlara göre beş kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır (3,55).

2.3.2. Partner İlişkilerinde Kadına Yönelik Psikolojik Şiddet

Partner ilişkilerinde psikolojik şiddet; partnere yönelik fiziksel temas içermeyen ancak duygusal ve psikolojik olarak zarar verici tutumlar; küçümseme, dalga geçme, isim takma, aşağılayıcı sözler söyleme, utandırma, hakaret etme, davranışlarını kontrol altına alma, kısıtlama, arkadaş çevresinden ve ailesinden uzaklaştırma, temel ihtiyaçlara erişimini engelleme, sevdiği eşyalarına zarar verme ve fiziksel şiddetle tehdit etme gibi travmatik ve kişinin ruhsal bütünlüğünü bozabilecek davranışlardır (59).

Ulusal düzeyde yapılan araştırmalara göre, kadınların %44'ü yakın partnerleri tarafından psikolojik şiddete maruz kalmaktadır. Romantik ilişkilerde en yaygın şiddet biçimi olarak öne çıkan psikolojik şiddetin en sık rastlanan formu ise hakaret ve küfür gibi sözlü saldırılardır. Kadının yaşamını kontrol altına almaya yönelik davranışlar da duygusal şiddet kapsamında değerlendirilmektedir. En yaygın kontrol edici davranışlar arasında %54-%74 oranında kadının nerede olduğunu sürekli bilmek isteme, %37-%60 oranında karşı cinsten biriyle iletişimini kısıtlama ve %30-%43 oranında giyim tarzına müdahale etme yer almaktadır (55).

Gözle görülür izler bırakmayan bu şiddet biçiminin fark edilmesi çoğu zaman güçtür ve bu durum, kadının gerekli destek ve başvuru yollarına erişimini geciktirebilir ya da tamamen engelleyebilir. Psikolojik şiddetin çoğu zaman fark edilmemesi, zamanla sıradanlaştırılıp meşrulaştırılması ya da önemsizleştirilmesi kadınların uzun süre istismara maruz kalmasına neden olur. Bu sürenin uzaması, kadının baskı, tehdit ve kısıtlamaya maruz kalması yoluyla ruh sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olabilir ve fiziksel, ekonomik ve cinsel şiddet türlerine maruz kalmasını kolaylaştırabilir (42). Araştırmalar, psikolojik şiddete maruz kalan kadınların düşük özsaygı, başarısızlık korkusu ve zarar görme endişesi yaşadığını ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra, bu kadınlarda ilişki sorunları, kendine zarar verme eğilimi, psikosomatik rahatsızlıklar, cinsel sağlık problemleri, beslenme bozuklukları ve alkol veya madde bağımlılığı gibi çeşitli olumsuz etkiler de gözlemlenmektedir (60).

2.3.3. Partner ilişkilerinde Kadına Yönelik Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet, partnerin üzerinde güç ve kontrol sağlamak amacıyla uygulanan ve partnerin mali kaynaklarını kullanma veya sürdürmesini kontrol eden davranışları, ekonomik bağımsızlığını ve kendi kendine yeterlilik kapasitesini tehdit eden müdahaleleri içermektedir (61).

Kadının iş hayatına katılımını engellemek veya istemediği halde çalışmaya zorlamak, gelirine el koymak, harcamalarına müdahale etmek ve evin temel giderlerine finansal katkıda bulunmamak bu şiddet türüne örnek olarak gösterilmektedir (38,55). Bunun yanı sıra, partner tarafından ortak hesaba el konulması ya da hesap bilgilerinin gizlenmesi, bankacılık işlemlerine erişiminin engellenmesi,

mal varlığının saklanması ve mali karar süreçlerinde kadının fikrinin alınmaması da ekonomik şiddetin yaygın biçimleri arasında yer almaktadır (62).

Türkiye genelinde yapılan bir araştırmaya göre, evli kadınların %30'u hayatlarının bir döneminde ekonomik şiddete uğramıştır. En yaygın görülen ekonomik şiddet türü ise "çalışmalarını engelleme ya da işten ayrılmalarına neden olma" olarak belirlenmiştir (55). Uluocak ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise ekonomik şiddet kapsamında en yaygın görülen şiddet türü %16,6 ile kadının ekonomik konularda görüşlerinin dikkate alınmaması olarak belirlenmiştir (3). Yapılan araştırmalar, kadınların eğitim seviyeleri ve bununla ilişkili olarak gelir düzeyi arttıkça ekonomik şiddet görme olasılıklarının da arttığını ortaya koymaktadır (63).

Ekonomik şiddetin maruz kalan kadınlarda para yönetimini öğrenememe, yanlış ve sağlıksız evlilik kararları verme, kaldıramayacağı psikolojik ve ekonomik yükler taşıma, bedensel ve psikolojik açıdan uygun olmayan işlerde çalıştırılma, emeğinin karşılığını alamama gibi zararları olmakla beraber depresyon, intihar düşünceleri, sosyal izolasyon gibi psikolojik ve sosyal sorunlar da ortaya çıkabilmektedir (44,64).

2.3.4. Partner ilişkilerinde kadına yönelik dijital şiddet

Dijital çağın hayatımıza dahil olmasıyla birlikte, gerçek dünyada şiddetin farklı türlerinin hedefi olan kadınlar, dijital ortamda da benzer şekilde hedef alınmaktadır ve yakın partnerleri tarafından baskı ve kontrol etme davranışlarına maruz kalmaktadırlar (65). Dijital partner şiddeti, partnerinin sosyal medya aktivitelerini ve yazışmalarını denetlemek, dijital platformlardaki hesaplarının parolasını talep etmek veya izinsiz bir şekilde erişmek ,ısrarla konumunu istemek, sürekli olarak telefonla aramak, görüntü ve video kaydı atması için zorlamak, cinsel içerikli mesaj ya da resimlerini partnerinin onayı olmadan göndermek , çevrimiçi olup olmadığını denetlemek, izinsiz olarak özel bilgileri veya görüntülerini paylaşmak ve paylaşımlarının altına küçümseyici ve hakaret içeren yorumlar yazmak gibi eylemleri kapsamaktadır (43).

Türkiye’de kadına yönelik dijital şiddet üzerine yapılan araştırmalar incelendiğinde, 2014 yılında gerçekleştirilen ve en kapsamlı çalışmalar arasında yer

alan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmasında dijital şiddetin “ısrarlı takip” kapsamında ele alındığı görülmektedir. Araştırma bulgularına göre, her 10 kadından 3’ü hayatlarının bir döneminde ısrarlı takibe maruz kalmıştır. Kadınların en sık karşılaştığı ısrarlı takip biçimleri arasında %19 ile sürekli telefonla aranmak ilk sırada yer almaktadır. Bunu %8 oranında kısa mesaj veya e-posta yoluyla rahatsız edilme, %6 oranında sosyal medya üzerinden takip edilme izlemektedir. İsrarlı takip mağdurlarının %52’si bu davranışların tanımadıkları kişiler tarafından gerçekleştirildiğini dile getirirken, %17’si eski eşleri ya da erkek arkadaşları tarafından takip edildiklerini belirtmiştir (55).

Birleşmiş Milletler, çevrimiçi platformda meydana gelen saldırgan davranışların, tacizin, hakaret içeren söylemlerin ve küçük düşürücü görsellerin %95’inin kadınlara yönelik olduğunu ve bunların çoğunun şimdiki veya eski partnerleri tarafından gerçekleştirildiğini öngörmektedir(66). 2013 yılında Woman's Aid tarafından gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, katılımcıların %45’i, ilişki sürecinde sosyal medya platformları veya e-posta aracılığıyla çevrimiçi istismara uğradıklarını bildirmiştir. Ayrıca, %48’i ilişkiyi sonlandırdıktan sonra eski partnerlerinden çevrimiçi taciz veya istismara maruz kaldığını ifade etmiştir. %38’lik bir kesim ise ilişkiyi bitirmelerinin ardından çevrimiçi takip edilme deneyimi yaşamıştır. Katılımcıların %75’i ise, polislerin çevrimiçi şiddet ve tacize nasıl etkili bir şekilde müdahale edebileceğinden endişe duymaktadır. Bu oran, istismarı polise bildiren ancak yardım alamayan %12’lik bir grubu da kapsamaktadır (67).

Şiddetin dinamikleri büyük ölçüde aynı kalsa da teknoloji, şiddetin erişim alanını genişletmekte ve yeni istismar biçimlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Örneğin, teknolojiyle bağlantılı şiddet eylemleri, anonim bir şekilde gerçekleştirilebilir ve teknolojinin erişilebilirliği sayesinde herhangi bir yerden kolaylıkla uygulanabilir. Bunun sonucunda, kadının güvenlik algısı zedelenmekte; güvenli mesafe ve güvenli alan kavramları tehdit altında kalmaktadır (66).

2.3.5. Partner İlişkilerinde Kadın Yönelik Cinsel Şiddet

Yakın partner cinsel şiddeti, çoğunlukla dile getirilmeyen ancak önemli bir toplumsal sorun olan şiddet türlerinden biridir(38). Partnerlerden birinin cinsel ilişkiye

açık bir şekilde rıza göstermemesi veya özgür iradesiyle karar almasını engelleyen koşulların bulunmasıyla ortaya çıkar (68). Kişinin baskı, tehdit, duygusal manipölasyon veya fiziksel zorlama nedeniyle kendi isteğı dışında bir cinsel eyleme maruz kalması, bu şiddet türünün temelini oluşturur (38). Dolayısıyla cinsel şiddet yalnızca fiziksel güç kullanımını içeren zorlamalarla sınırlı kalmaz; aynı zamanda ima, psikolojik baskı ve tehdit içeren zorlamalarla da gerçekleşebilir. Bu zorlamalar arasında bireyin bir olanaktan yoksun bırakılması veya belirli bir olanağın sağlanacağına dair vaatlerde bulunulması, ayrılma veya başka bir ilişkiye yönelme tehdidi, fiziksel şiddet uygulayacağını söyleme gibi durumlar yer alabilir. Ayrıca, cinsel ilişki yaşamayı sevgi ya da bağlılığın bir göstergesi olarak sunarak duygusal baskı kurma da yaygın bir manipölasyon biçimidir (68).

2014 yılında yapılan Türkiye Kadına Yönelik Şiddet araştırmasına göre, kadınların hayatlarının herhangi bir döneminde eşleri veya partnerleri tarafından cinsel şiddete maruz kalma oranı %12 olarak belirlenmiştir. En sık rastlanan cinsel şiddet biçiminin, kadının rızası olmadan korktuğı için cinsel birliktelik yaşaması olduğu saptanmıştır. Ayrıca, cinsel şiddetin çoğı zaman fiziksel şiddetle birlikte meydana geldiğı tespit edilmiştir. Her üç kadından birinin “*Kadın istemese bile, bir görev olarak eşiyle cinsel ilişkiye girmelidir*” şeklindeki düşüncüyü benimsediğı ortaya çıkmıştır (55). Küresel ölçekte değerlendirildiğinde, bir ilişkisi bulunan kadınların yaklaşık üçte birinin eşleri ya da sevgilileri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete uğradığı bulunmuştur (2).

Araştırmalar, cinsel şiddetin yaygınlığına dair veriler sunsa da, bu tür şiddetin gerçekte daha yaygın olabileceğı vurgulanmaktadır(69). Yakın partner cinsel şiddeti, diğer şiddet türleri arasında en az yardım istenen, en çok saklanan ve bildirilmeyen şiddet türlerinden biridir (70). Kadınların maruz kaldıkları cinsel şiddeti anlatamamalarının ardında pek çok duygusal, psikolojik ve sosyal etken bulunmaktadır. Duygusal ve psikolojik düzeyde; kaygı, korku, utanç, suçluluk, intihar düşünceleri ya da girişimleri, umutsuzluk ve özgüven kaybı gibi yoğun olumsuz duygular bu süreci zorlaştırmaktadır. Sosyal düzeyde ise kadının suçlanma ihtimali, kişilerarası ilişkilerde yaşanabilecek sorunlar, toplumsal damgalanma, aile ve toplum yaşamından dışlanma gibi tehditler kadınların şiddeti dile getirmesinin önünde önemli

engeller oluşturmaktadır (71). Araştırma sonuçları, kadınların partner şiddetine maruz kaldıklarında bu durumu paylaşma davranışının azaldığını ortaya koymaktadır. Kadınların %44'ü, yaşadıkları şiddeti herhangi bir kişi ya da kuruma bildirmediğini belirtmiştir. Ayrıca, partneri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalan kadınların %39'u, bu durumu bilen kişiler arasında kendilerine herhangi bir yardımda bulunan olmadığını ifade etmiştir (55).

Bunun yanı sıra, birçok kadın partneri tarafından maruz kaldığı cinsel şiddetin farkında olmamakta ya da bu durumu olağan bir ilişki dinamiği olarak görmektedir. Toplumda cinselliğin bir “kadınlık görevi” olarak kabul edilmesi, kadına yönelik cinsel şiddeti meşrulaştırarak normalleştirmekte ve kadınların yaşadıkları şiddeti sorgulamalarını zorlaştırmaktadır (72). Özellikle fiziksel zorlama içermeyen fakat ima ve tehdit yolu ile uygulanan cinsel şiddet deneyimleri, bazı kadınlar tarafından “normal” bir ilişkinin parçası olarak kabul edilebilmektedir (73). Toplumsal yapı içerisinde bu tür şiddetin sıradanlaştırılması veya yok sayılması, şiddet döngüsünün devam etmesine olanak tanımaktadır (74). 2003 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde gerçekleştirilen bir araştırmada, yakın partnerleri tarafından cinsel şiddete uğrayan kadınların yalnızca %33’ü yaşadıkları durumu tecavüz olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %6’sı bu olayı tecavüz olarak görmezken, %8’si ise bu konuda kararsız olduklarını belirtmiştir (75).

Partner şiddetinin tespit edilmesini güçleştiren bir diğer önemli etken, sağlık çalışanlarının mesleki uygulamalarında bu konuya yeterince yer vermemeleri ve zaman zaman bu tür durumları sorgulamaktan kaçınmalarıdır. Amerika Birleşik Devletleri’nde psikiyatri asistanlarıyla yürütülen bir anket çalışmasında, katılımcıların büyük bir kısmı hastalarına rutin olarak aile içi şiddetle ilgili sorular yöneltmediğini belirtmiştir. Ayrıca, katılımcıların %55’i şiddet şüphesi oluştuğunda bu konuda soru sorduğunu, %15’i ise böyle bir şüphe durumunda dahi herhangi bir sorgulamada bulunmadığını ifade etmiştir (76).

Partnerleri tarafından cinsel şiddete uğradığını bildiren kadınların fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, diğer şiddet türlerini bildiren veya şiddete uğramamış kadınlara göre önemli ölçüde daha kötüdür (4). Yakın partner cinsel şiddeti genellikle tek seferlik bir olay olarak gerçekleşmez; aksine, süreklilik gösterebilir ve zamanla

şiddetin boyutu değişebilir. Bu durum değerlendirilirken, şiddetin süreğen etkisinin göz ardı edilmemesi önemlidir. Mağdurlar, tekrar eden baskı ve zorlamalar nedeniyle giderek daha fazla psikolojik, duygusal ve fiziksel zarar görebilirler. Bu nedenle, yalnızca tekil olaylar üzerinden değil, şiddetin uzun vadeli etkileri ve mağdur üzerindeki baskının nasıl devam ettiği de dikkate alınmalıdır (68).

Kadına yönelik cinsel şiddetin çeşitli ciddi sonuçları olabilir. İstenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, jinekolojik rahatsızlıklar, kendine zarar verme davranışları, düşükler ve baş ağrısı gibi fiziksel sağlık problemleri görülebilir. Bunun yanı sıra, korku, kaygı, özgüven eksikliği, depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu cinsel işlev bozuklukları, uyku bozuklukları ve yeme problemleri gibi psikolojik etkiler de ortaya çıkabilir. Daha ağır durumlarda ise intihar, cinayet ve HIV/AIDS gibi hayati tehlike oluşturan sonuçlar yaşanabilir (5,77). Yakın partnerleri tarafından cinsel şiddete maruz kalan kadınların ruhsal olarak anksiyete ve depresyona sahip olma oranları şiddete maruz kalmayanlara göre 2 katından daha fazladır (4). Travmatik yaşantıların yol açtığı yoğun çaresizlik ve umutsuzluk duygusu, intihara eğilimi artırmakta; bu nedenle şiddet mağdurlarında intihar girişim oranları, genel nüfusa kıyasla belirgin şekilde daha yüksek düzeyde seyretmektedir (78).

2.4. İNSONMİ VE PARTNER ŞİDDETİ

Yakın partner şiddeti, kadınlarda uyku bozuklukları da dâhil olmak üzere ciddi sağlık sorunlarıyla ilişkili bulunmuştur. Ancak, partner şiddetine maruz kalan bireylerde görülen çok sayıda sorun arasında, uyku bozuklukları diğer psikolojik ya da fizyolojik problemler kadar dikkat çekmemiş ve görece olarak daha az ele alınmıştır. Bununla birlikte, uyku problemleri genel sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde geniş kapsamlı etkilere sahiptir ve partner şiddetine maruz kalan bireylerde mutlaka değerlendirilmesi gereken bir konudur (9).

Hauri ve Fisher, stresli yaşam olaylarının kalıcı uyku bozukluklarına nasıl zemin hazırlayabileceğine ilişkin kuramsal bir çerçeve ortaya koymuşlardır. Öğrenme kuramı perspektifinden bakıldığında, stresli bir yaşantı başlangıçta uykusuzluğa sebep olabilir; bu durum, zamanla bireyin uyku ortamını hayal kırıklığı ve uyarılmışlıkla özdeşleştirmesi ile sonuçlanabilir. Bu olumsuz çağrışım ise, stres etkeni ortadan

kalktıktan sonra bile uykusuzluğun devam etmesine neden olan kalıcı bir unsur haline gelir (79).

Uyku bozukluklarıyla ilgili teoriler, uykuyu başlatma ve/veya sürdürme problemlerinin biyopsikososyal stres faktörlerinden kaynaklandığını belirtmektedir. Bu faktörler arasında güçlü bir yaşam stresör olayı olarak yakın partner şiddeti ile ilişkili gerçek ve/veya algılanan tehditler de bulunmaktadır (6,27). Gerçek veya algılanan tehdit, akut, hatta kronik uykusuzluğun ana tetikleyici faktörü olarak kabul edilmekte ve aşırı tehlike yaşayan kadınlar klinik düzeyde daha yüksek uykusuzluk seviyeleri bildirmektedir (80). Yakın partner şiddetinde diğer stresörler ve yaşam olaylarına kıyasla bu durumun daha belirgin olabileceği, ev ve uyku ortamının geçmiş veya mevcut tehlikeleri temsil ettiği ve kendisine en yakın olan kişilerin tehdit kaynağı olduğu durumlarda güvenlik sorunlarının daha şiddetli hissedilebileceği düşünülmektedir (81).

Cinsel şiddet gibi travmatik olaylar, sirkadiyen ritimde düzensizliğe yol açarak artmış uyarılma durumu yaratabilir ve uykunun regülasyonunu bozabilir (82). Fiziksel veya cinsel olarak zarar görme, aşağılayıcı ve küçümseyici sözlü tacize maruz kalma ve ısrarlı olarak takip edilme tehdidi altında korkarak yaşamak gibi stresli durumlar hipotalamus-hipofiz-adrenal aksın (HPA) tekrarlayan şekilde aktive olmasına ve kortikotropin salgulaticı hormon seviyelerinde artışa neden olarak uykusuzluğa sebep olur (6). Partner şiddeti, tek seferlik bir olaydan ziyade tekrarlayan bir örüntü şeklinde gerçekleşme eğilimindedir. Bu durum, kronik stresin artmasına ve sürekli yüksek uyarılmışlık halinde olmaya katkıda bulunur (83). Stres sonucu gelişen uyku bozuklukları ise, stresin ve uyarılmışlık düzeyinin daha da artmasına neden olarak uykusuzluk döngüsünü pekiştirmektedir (84).

Uyku bozuklukları, özellikle de yakın partner şiddetine maruz kalan bireylerde, fiziksel, psikolojik ve çevresel etmenler arasındaki karmaşık ilişkilerin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir (85). Yakın partner şiddeti literatüründe uyku bozuklukları konusu daha az ilgi gören bir alan olup, ayrıca yakın partner şiddeti, ruh sağlığı ve uyku bozukluklarının kesişim noktası büyük ölçüde göz ardı edilmiştir (9). Uyku bozuklukları, diğer ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkilendirilmiş olup, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon veya anksiyete tanısı konulurken önemli bir belirti olarak

kabul edilmektedir. Fakat uykusuzluğun, sağlık profesyonellerinin potansiyel yakın partner şiddeti mağdurlarını belirlemelerine yardımcı olabilecek önemli bir işaret niteliği de taşıyabileceği unutulmamalıdır (85).

Uyku bozukluklarının psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğu bilinse de, uykusuzluğa yol açan çevresel faktörlerin, diğer zihinsel veya fiziksel rahatsızlıklardan bağımsız olarak anlaşılması büyük önem taşımaktadır (9). Harvey (2008), uykusuzluğu yalnızca bir psikiyatrik bozukluğun semptomu olarak görmek yerine, uykusuzluğu incelemek için transdiagnostik değerlendirmelerin kullanılmasını önermiştir. Yani, uyku bozukluklarının değerlendirilmesi, bunları belirli bir zihinsel bozuklukla doğrudan ilişkilendirmeden yapılmalıdır(86).Uykusuzluğun, depresyon ve TSSB gibi diğer ruhsal sağlık sorunlarından bağımsız olarak ele alınması, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi önemlidir, çünkü uykusuzluk, depresyon ve/veya TSSB' ye yönelik standart tedaviler sonrasında da devam edebilmektedir(87). Pigeon ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında, yakın partner şiddeti mağduru kadınlarda önce insomniye yönelik bilişsel davranışçı terapi (CBTi) uygulanması, ardından travmaya yönelik bilişsel işlemleme terapisi (CPT) sürecine geçilmesinin, yalnızca travmaya yönelik bilişsel işlemleme terapisi (CPT) uygulanmasına kıyasla tüm ölçütlerde daha güçlü klinik iyileşmeler sağlamıştır. Özellikle insomni ve depresyon belirtilerinde belirgin düzeyde etkili sonuçlar elde edilmiş, travma sonrası stres belirtilerinde ise orta düzeyde fakat klinik olarak anlamlı iyileşmeler gözlenmiştir (88).

Yakın partner şiddeti bağlamında uykusuzluğun tedavisi, bazı bireylerde bu durumun adaptif bir tepki olması nedeniyle karmaşılaşabilir. Özellikle, hâlâ güvensiz ortamlarda yaşayan veya uyku ortamında kendini emniyette hissetmeyen bireyler için uykusuzluk, bir tür koruma mekanizması olarak gelişmiş olabilir. Gerçek güvenlik tehditleri, kişisel güvenliği artırmaya yönelik yöntemlerle doğrudan ele alınmalıdır; buna karşılık, kişinin kendini güvensiz hissetmesi gibi bilişsel algılar ise tedavi sürecinin bir parçası olarak doğrudan müdahale gerektirebilir. Güvenliğin sağlanmasının ardından, bireylerin uykusuzluğa yol açan öğrenilmiş uyku davranışlarını “unutmaları” için desteğe ihtiyaçları olabilir; zira güvenliğin sağlanması, uyku problemlerinin ortadan kalkacağı anlamına gelmemektedir. Bu durum, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi sorunların klinik

değerlendirme ve müdahale süreçlerinde göz ardı edilmesi ya da ikinci plana atılması gerektiğini değil, uyku bozukluklarının da eşit derecede önemszenmesi gerektiğini ifade etmektedir (87).

Uyku kalitesini olumsuz etkileyen etkenlerin belirlenmesi, yakın partner şiddeti gibi travmatik deneyimler yaşamış kadınlar açısından özellikle kritik bir önem taşıyabilir. Çünkü uyku, fizyolojik dengeyi destekleyerek ve günlük yaşantının fiziksel ve psikolojik stresinden iyileşmeyi hızlandırarak iyileştirici bir işlevi yerine getirmektedir(8). Aynı zamanda uyku problemleri odaklanma, bilişsel beceriler, bellek süreçleri ve karar verme yetilerini zayıflatabilir; bu da akademik, mesleki ya da annelik gibi alanlarda sorumlulukları sağlıklı bir biçimde yerine getirmeyi olumsuz etkileyebilir (85). Özellikle, uykusuzluk veya yetersiz uyku süresi, içgörü ve farkındalık gibi problem çözme becerileri için gerekli olan elementleri olumsuz yönde etkileyerek, güvenlik arayışındaki mağdurlar için büyük problemler doğurabilir (9).

Sağlık profesyonelleri sadece şiddetle ilişkili fiziksel sağlık koşullarına (fiziksel yaralanmalar, obstetrik ve genital yaralanmalar) değil, aynı zamanda depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, uyku bozuklukları gibi şiddetle bağlantılı uyarı semptomlarına ve psikolojik sorunlara da dikkat etmelidir. Böylece sağlık profesyonelleri yakın partner cinsel şiddetine maruz kalan kadınları tarayabilir, tanımlayabilir ve bakım sağlayabilir, güvenilir bir ilişki geliştirebilir ve dikkatli, yargılayıcı olmayan bir dinleme yaklaşımını benimseyebilirler (85).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL ONAYI

Bu uzmanlık tez çalışması T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kurul’unda 22.08.2024 tarihinde 2024/9 sayılı toplantıda 52 karar sayısı ile onay almıştır (Ek-1). Çalışma Helsinki Deklarasyon ilkelerine uygun olarak gerçekleştirilmiş olup, bu süreçte herhangi bir çıkar çatışması ortaya çıkmamıştır.

3.2. ÇALIŞMA EVRENİ-ÖRNEKLEM

Araştırma, Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Bozuklukları Ayaktan Tedavi Merkezi’ne 01.09.2024-28.02.2025 tarihleri arasında başvuran, 18 yaş ve üzerinde olan, yakın partner ilişkisi bulunan, araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmak için yazılı ve sözel onam vermiş, ICSD-3 tanı kriterlerine göre kronik insomni tanısı almış ve ek psikiyatrik tanısı olmayan 108 kadın hasta ile yapılmıştır.

3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KOŞULLARI

- 1) Çalışmaya katılmak için gönüllü olma
- 2) Kadın cinsiyet
- 3) 18 yaş üzeri olmak
- 4) Yakın partner ilişkisi içinde olmak
- 5) ICSD-3 ölçütlerine göre “Kronik insomni” tanı kriterlerini karşılıyor olmak

3.4. DIŞLAMA KRİTERLERİ

- 1) Ruhsal belirtilere yol açacak genel tıbbi durum bozukluğu olması
- 2) Bipolar affektif bozukluk, şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar, alkol ve madde kullanım bozuklukları tanılarında birisinin olması
- 3) Zeka geriliği, demans öyküsü veya nörolojik bir hastalığın olması

- 4) Uykusuzluk ile ikincil neden oluşturabilecek kronik genel tıbbi durumların olması (malignite, kemoterapi, steroid kullanımı, gebelik, ağrı bozuklukları vb)
- 5) Benzodiazepin grubu ilaçlar, melatonin ve agonistleri gibi uykuyu etkileyen bir ilaç tedavisi altında olmak, son 1 ay içerisinde psikotrop ilaç kullanımına başlamış veya ilaç dozu değiştirilmiş olmak
- 6) Son 1 ayda vardiyalı çalışma, jetlag gibi uyku etkinliğini ve sirkadiyen ritmi bozan bir durum mevcudiyeti

3.5. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER

3.5.1. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

3.5.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından, katılımcılar için hazırlanan veri formudur. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, partneri ile nasıl tanıştığı, nerede yaşadığı, çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikler ile yakın partnerinin eğitim düzeyi, iş durumu, zararlı alışkanlıkları ve süresi gibi sorular yer almaktadır.

3.5.3. İnsomni Şiddet Ölçeği (UŞİ)

Uykusuzluk şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği yüksek bir ölçme aracıdır (89). Boysan ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (90). Yedi sorudan oluşan ölçek maddeleri 0-4 arasında puanlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-28 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça daha ciddi uyku problemini ifade etmektedir. 0-7 puan aralığı klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluğu, 8-14 puan aralığı uykusuzluk alt eşiğini, 15-21 orta şiddette uykusuzluğu, 22-28 şiddetli uykusuzluğu ifade eder. Ölçeğin maddelerinin ölçüm yaptığı özellikler sırasıyla; i) uykuya geçişte zorluklar, ii) uykuyu sürdürme güçlükleri, iii) çok erken uyanma, iv) uyku paterninden alınan doyum, v) günlük işlevsellikte ortaya çıkan bozulmalar, vi) uyku kaynaklı bozulmaların fark edilebilirliği ve vii) uyku sorununun neden olduğu stres düzeyidir. Ölçek, bir öz bildirim aracı olmasının yanı sıra, klinisyen veya bir diğer kişi (örneğin, eş) tarafından değerlendirmede kullanabilecek bir araçtır (90).

3.5.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)

Uyku kalitesini, uyku miktarını ve uykudaki bozulmaları değerlendirebilmek amacıyla Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (91). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(92). Son bir ay içerisindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda ayrıntılı bilgi sağlayan öz bildirim dayalı bir tarama ve değerlendirme testidir (27). Toplam 24 sorudan oluşur ve 7 bileşene ait puanlar elde edilir. Öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, uyku verimliliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gün içindeki işlev bozukluğunun değerlendirildiği yedi alt öğeden oluşmaktadır. Her birinin yanıtı belirti sıklığına göre 0-3 arasında puanlanmaktadır. Yedi bileşene ait puanların toplamı ise toplam PUKİ puanını vermektedir. Ölçekte teste katılan kişinin yatak arkadaşı tarafından doldurulan beş soru da bulunmaktadır. Ancak bu son beş soru puanlamada kullanılmamaktadır. Elde edilen toplam puan 0-21 arasında değişmekte ve yüksek değerler uyku kalitesinin kötü, uyku bozukluğu seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. PUKİ' nin iyi ve kötü uyuyanları ayırt edebilmede tanı duyarlılığı %89,6, özgünlüğü %86,5 bulunmuştur (92,93).

3.5.5. Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği (YPCÇÖ)

Shackelford ve Goetz tarafından 2004 senesinde geliştirilmiştir (94). Güvenç ve arkadaşları tarafından 2022 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır (95). Ölçek yakın partner ilişkilerinde cinsel şiddetin fiziksel güç kullanmanın yanı sıra, ima ve sözel manipülasyon yoluyla daha fazla uygulandığı 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 içermektedir. 39 maddeden oluşan 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 (95).

3.5.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (96). Türkçeye uyarlaması Hisli tarafından yapılmış olup, ölçek 21 belirti kategorisinden meydana gelmektedir. Bu belirtiler bedensel, ruhsal ve bilişsel belirtilerdir. Ölçeğin kesme puanı genelde 17 olarak değerlendirilir ve en yüksek skor 63'tür. Puanın yükselmesi hastalığın şiddeti hakkında bilgi verir (97).

3.5.7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerini ve şiddetini ölçmek için Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (98). Ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği, Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (33). 21 maddeden oluşur, her soru 0-3 arası puanlandırılır. Puanın yüksekliği hastalığın şiddeti hakkında fikir verir (99).

3.5.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (TSSB-KL)

Weathers ve arkadaşları tarafından TSSB semptomlarını saptamak ve semptomların şiddetini değerlendirmek amacıyla DSM-5'teki tanı kriterleri dikkate alınarak geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Boysan ve arkadaşları tarafından yapılan ölçek 20 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan 80'dir. Dört semptom kümesine karşılık gelen dört faktörlü yapı içinde değerlendirilir. B kriterlerini içeren yeniden yaşantılama, C kriterlerini içeren kaçınma belirtileri, D kriterlerini içeren olumsuz bilişler ve E kriterlerini içeren aşırı uyarılmışlık belirtileriyle karakterize maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2017 yılında Boysan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek değerlendirmesinde kesme puanı 33 olarak kullanılması önerilmektedir (100).

3.6. İŞLEM

Kesitsel nitelikte vaka kontrol çalışması olan bu tezde, kronik insomni tanıılı kadın hastalarda maruz kalınan yakın partner cinsel şiddetinin, uykusuzluk şiddeti ve uyku kalitesi ile ilişkilendirilmesi amaçlanmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Bozuklukları

Ayaktan Tedavi Ünitesi'ne başvuran, 18 yaş üzeri, ICSD-3 tanı kriterlerine göre kronik insomni tanısı olan 108 kadın hasta çalışmaya alınmıştır. Olgu görüşmeleri Eylül 2024-Şubat 2025 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Uygulamada katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş onam formu verilerek doldurmaları istenmiştir. Katılımcılarla yüz yüze görüşme yapılmış, görüşmede sosyodemografik veri formu, uykusuzluk şiddeti düzeyini ölçmek amacı ile İnsomni Şiddet Ölçeği (UŞİ), uyku kalitesini ölçmek amacıyla Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ), Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği (YPCŞÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (TSSB-KL) uygulanmıştır. Cinsel şiddet sorgulamasını ve etkilerinin incelenmesi amacıyla kullandığımız YPCŞÖ, önerildiği şekilde kaynak/zorbalık (KY/Z), bağılık manipülasyonu (BM), ayrılık tehdidi (AT) alt tiplerini kullanarak yürütülmüştür (101). Katılımcılardan 41 kişi YPCŞÖ'de cinsel şiddetin herhangi bir türüne maruz kaldığını belirtmiş olup, 67 kişi herhangi bir cinsel şiddet türüne maruz kalmadığını belirtmiştir. Daha önceki çalışmalarda da YPCŞÖ'nin kesme puanının 1 olduğu gözlenmiş olup (102), katılımcılar bu doğrultuda cinsel şiddete maruz kalan ve kalmayan olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Travma sonrası stres belirti düzeyini ölçerken kullandığımız TSSB-KL'nin aşırı uyarılmışlık, olumsuz bilişler, kaçınma ve yeniden yaşantılama alt boyutları da önerildiği şekilde çalışmaya dahil edilmiştir (100). Cinsel şiddete maruz kalan grup TSSB-KL ölçeklerini maruz kaldıkları cinsel şiddet travmasını göz önüne alarak doldurmuş olup, cinsel şiddete maruz kalmayan grup için hayatlarında yaşadıkları ve zihinlerini meşgul eden en kötü olayı göz önüne alarak doldurmaları istenmiştir.

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların demografik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelendi. Araştırmada değerlendirilen katılımcıların demografik özellikler ile ilgili oransal verileri Ki-Kare Testi ile karşılaştırıldı. Cinsel şiddet maruziyetine göre TSSB-KL, PUKİ, UŞİ, BDÖ, BAÖ ve günlük işlevsellik puanlarının karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar t testi kullanıldı. Cinsel şiddet maruziyetine göre YPCŞÖ, TSSB-KL, BDÖ, BAÖ, PUKİ, UŞİ ve günlük işlevsellik puanları arasındaki korelasyonlar

normal dağılan verilerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılmayan verilerde ise Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirildi. Cinsel şiddete maruz kalan ve kalmayan katılımcıların PUKİ toplam, uykusuzluk şiddeti, uyku kalitesi ve günlük işlevsellik puanlarını açıklamada etkili olan değerşkenler Hiyerarşık Doğrusal Regresyon analizi ile incelendi. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak belirlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve arpıklık değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edildi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 26.0 programı kullanıldı.



4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve karşılaştırılması

		Maruziyet yok		Maruziyet var		Analiz	p
		n/Ort.	%/SS.	n/Ort.	%/SS.		
Yaş		46,13	11,37	45,83	10,86	t=0,138	0,981
İlişki süresi		19,07	11,95	21,17	12,41	t=-0,872	0,373
Eğitim durumu	İlkokul	9	13,4	10	24,4	X ² =3,063	0,382
	Ortaokul	4	6	4	9,8		
	Lise	22	32,8	10	24,4		
	Üniversite	32	47,8	17	41,5		
İlişki durumu	Bekar/ilişkisi var	10	14,9	7	17,1	X ² =0,088	0,766
	Evli	57	85,1	34	82,9		
Tanışma	Aile aracılığıyla	22	32,8	17	41,5	X ² =3,826	0,281
	Arkadaş aracılığıyla	20	29,9	16	39,0		
	İnternet	7	10,4	2	4,9		
	İş yeri/okul	18	26,9	6	14,6		
Evlenme	Anlaşarak	42	73,7	22	64,7	X ² =2,349	0,672
	Aile zoru	1	1,8	2	5,9		
	Kaçarak	1	1,8	1	2,9		
	Kaçırılarak	1	1,8	0	0,0		
	Görücü usulü	12	21,1	9	26,5		
	Diğer	0	0,0	0	0,0		
Çocuk sayısı	0	16	23,9	7	17,1	X ² =9,802	0,044
	1	10	14,9	8	19,5		
	2	32	47,8	15	36,6		
	3	9	13,4	6	14,6		
	4	0	0,0	5	12,2		
İş	Çalışmıyor	34	50,7	27	65,9	X ² =7,581	0,181
	Serbest meslek	8	11,9	2	4,9		
	Memur	3	4,5	5	12,2		
	İşçi	4	6,0	2	4,9		
	Emekli	11	16,4	2	4,9		
	Diğer	7	10,4	3	7,3		
İkamet	Yurt	1	1,5	0	0,0	X ² =6,471	0,263
	Aile evi	7	10,4	2	4,9		
	Tek başına ev	2	3,0	3	7,3		
	Arkadaşla ev	0	0,0	2	4,9		
	Partneriyle ev	1	1,5	0	0,0		
	Eşiyle ev	56	83,6	34	82,9		
Partner eğitim	Okuryazar	0	0,0	0	0,0	X ² =5,117	0,275
	İlkokul	7	10,4	7	17,1		
	Ortaokul	16	23,9	9	22,0		
	Lise	5	7,5	7	17,1		
	Üniversite	33	49,3	13	31,7		
	Yüksek lisans	6	9,0	5	12,2		
	Doktora	0	0,0	0	0,0		
Partner iş	Yok	11	16,4	8	19,5	X ² =0,427	0,808
	Var	53	79,1	32	78,0		
	Emekli	3	4,5	1	2,4		
Partner alışkanlık	0,00	25	37,3	19	46,3	X ² =0,859	0,354
	1,00	42	62,7	22	53,7		
Sigara	0,00	48	71,6	25	61,0	X ² =1,321	0,250
	1,00	19	28,4	16	39,0		
Alkol	0,00	60	89,6	35	85,4	X ² =0,421	0,516
	1,00	7	10,4	6	14,6		

Cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının $46,13 \pm 11,37$ yıl ve ilişki süresi ortalamalarının $19,07 \pm 11,95$ yıl olduğu bulunmuştur.

Medeni durumlarına bakıldığında, 57 katılımcının (%85,1) evli, 10'unun (%14,9) bekar ve ilişki içerisinde olduğu görülmüştür. Tanışma şekilleri incelendiğinde; 22'si (%32,8) aile aracılığıyla, 20'si (%29,9) arkadaş aracılığıyla, 7'si (%10,4) internet yoluyla ve 18'i (%26,9) işyeri veya okulda tanıştıklarını belirtmiştir. Evlilik şekilleri değerlendirildiğinde; katılımcıların 42'sinin (%73,7) anlaşarak, 1'inin (%1,8) aile zoru ile, 1'inin (%1,8) kaçarak, 1'inin (%1,8) kaçırılarak ve 12'sinin (%21,1) görücü usulü ile evlendiği belirlenmiştir. Çocuk sayıları açısından bakıldığında, 16 katılımcının (%23,9) çocuğu olmadığı, 10'unun (%14,9) bir çocuğu, 32'sinin (%47,8) iki çocuğu ve 9'unun (%13,4) üç çocuğu olduğu görülmüştür.

Eğitim durumları değerlendirildiğinde, katılımcıların 9'unun (%13,4) okuryazar, 4'ünün (%6,0) ortaokul, 22'sinin (%32,8) lise, 31'inin (%46,3) üniversite ve 1'inin (%1,5) yüksek lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. İstihdam durumları incelendiğinde; katılımcıların 34'ü (%50,7) çalışmadığını, 8'i (%11,9) serbest meslekle uğraştığını, 3'ü (%4,5) memur, 4'ü (%6) işçi, 11'i (%16,4) emekli olduğunu ve 7'si (%10,4) diğer meslek gruplarında çalıştığını belirtmiştir. Katılımcıların yaşam koşulları değerlendirildiğinde; 1'inin (%1,5) yurttan, 7'sinin (%10,4) aile evinde, 2'sinin (%3) tek başına, 1'inin (%1,5) partneriyle birlikte evde ve 56'sının (%83,6) eşiyle birlikte evde yaşadığı tespit edilmiştir.

Partnerlerin eğitim durumlarına bakıldığında; 7'sinin (%10,4) ilkokul, 16'sının (%23,9) ortaokul, 5'inin (%7,5) lise, 33'ünün (%49,3) üniversite ve 6'sının (%9) yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Partnerlerin iş durumları incelendiğinde; 11'inin (%16,4) işsiz, 53'ünün (%79,1) çalışan ve 3'ünün (%4,5) emekli olduğu bulunmuştur. Partnerlerin alışkanlık durumlarına bakıldığında; 42 partnerin (%62,7) herhangi bir alışkanlığa sahip olduğu, 19'unun (%28,4) sigara kullandığı ve 7'sinin (%10,4) alkol kullandığı tespit edilmiştir.

Cinsel şiddete maruz kalan katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının $45,83 \pm 10,86$ yıl ve ilişki süresi ortalamalarının $21,17 \pm 12,41$ yıl olduğu bulunmuştur.

Medeni durumlarına bakıldığında; 34 katılımcının (%82,9) evli, 7 katılımcının (%17,1) ise bekar ve ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Tanışma şekilleri incelendiğinde; 17 katılımcının (%41,5) aile aracılığıyla, 16 katılımcının (%39,0) arkadaş aracılığıyla, 2 katılımcının (%4,9) internet yoluyla ve 6 katılımcının (%14,6) işyeri veya okul ortamında tanıştığı bulunmuştur. Evlilik şekillerine bakıldığında; 22 katılımcının (%64,7) anlaşarak, 2 katılımcının (%5,9) aile zoru ile, 1 katılımcının (%2,9) kaçarak ve 9 katılımcının (%26,5) görücü usulü ile evlendiği belirlenmiştir. Çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde; 7 katılımcının (%17,1) çocuğunun olmadığı, 8 katılımcının (%19,5) bir çocuğu, 15 katılımcının (%36,6) iki çocuğu, 6 katılımcının (%14,6) üç çocuğu ve 5 katılımcının (%12,2) dört çocuğu olduğu bulunmuştur.

Eğitim durumları değerlendirildiğinde; katılımcıların 10'unun (%24,4) okuryazar, 4'ünün (%9,8) ortaokul, 10'unun (%24,4) lise, 12'sinin (%29,3) üniversite ve 5'inin (%12,2) yüksek lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. İstihdam durumlarına bakıldığında; 27 katılımcının (%65,9) çalışmadığı, 2 katılımcının (%4,9) serbest meslekle uğraştığı, 5 katılımcının (%12,2) memur, 2 katılımcının (%4,9) işçi, 2 katılımcının (%4,9) emekli ve 3 katılımcının (%7,3) diğer meslek gruplarında yer aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların yaşam koşulları değerlendirildiğinde; 2'sinin (%4,9) aile evinde, 3'ünün (%7,3) tek başına, 2'sinin (%4,9) arkadaşlarıyla ve 34'ünün (%82,9) eşiyile birlikte yaşadığı tespit edilmiştir.

Partnerlerin eğitim durumları incelendiğinde; 7'sinin (%17,1) ilkokul, 9'unun (%22,0) ortaokul, 7'sinin (%17,1) lise, 13'ünün (%31,7) üniversite ve 5'inin (%12,2) yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Partnerlerin iş durumlarına bakıldığında; 8'inin (%19,5) işsiz, 32'sinin (%78,0) çalışan ve 1'inin (%2,4) emekli olduğu görülmüştür. Partnerlerin alışkanlık durumları değerlendirildiğinde; 22 partnerin (%53,7) herhangi bir alışkanlığının olmadığı, 16'sının (%39,0) sigara kullandığı ve 6'sının (%14,6) alkol kullandığı belirlenmiştir.

Ki-Kare testi sonuçlarına göre, cinsel şiddete maruz kalma durumuna göre çocuk sayısı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş olup ($\chi^2=9,802$, $p=0,044$), diğer sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı farklılıklar saptanmamıştır (Tablo 2).

4.2. CİNSEL ŞİDDET MARUZİYETİNE GÖRE PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 3. Cinsel şiddet maruziyetine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Yok		Var		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
Yaşantılama	6,43	4,77	9,02	5,04	-2,682	0,008
Kaçınma	2,67	2,25	3,59	2,41	-1,996	0,048
Olumsuz Bilişler	8,15	6,68	11,68	7,64	-2,525	0,013
Aşırı uyarılmışlık	9,64	5,65	10,61	5,87	-0,851	0,397
TSSB-KL	26,90	17,39	34,90	18,67	-2,258	0,026
Günlük İşlevsellik	6,30	2,13	9,66	2,93	-6,879	<0,001
Uyku Kalitesi	6,07	1,80	7,88	2,64	-4,217	<0,001
UŞİ	12,37	2,90	17,54	4,41	-7,346	<0,001
PUKİ	15,85	3,00	16,02	3,29	-0,281	0,779
BDÖ	13,48	8,57	20,34	10,60	-3,687	<0,001
BAÖ	13,69	11,00	20,02	10,64	-2,942	0,004

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi, UŞİ=Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, TSSB-KL=Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, PUKİ=Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ= Beck Anksiyete Ölçeği.

Bağımsız gruplar t-testi sonuçlarına göre; cinsel şiddete maruz kalan katılımcıların, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (TSSB-KL) ölçeğinin alt boyutlarından yaşantılama ($t = -2,682$, $p = 0,008$), kaçınma ($t = -1,996$, $p = 0,048$) ve olumsuz bilişler ($t = -2,525$, $p = 0,013$) puanlarının, cinsel şiddete maruz kalmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur, aşırı uyarılmışlık puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ayrıca, TSSB-KL toplam puanı da cinsel şiddet maruziyeti gösteren katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur ($t = -2,258$, $p = 0,026$).

Cinsel şiddete maruz kalan katılımcıların, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) ölçeğinin alt faktörlerinden günlük işlevsellik ($t = -6,879$, $p < 0,001$) ve uyku kalitesi

($t = -4,217$, $p < 0,001$) puanlarının, cinsel şiddete maruz kalmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. UŞİ toplam puanı da cinsel şiddet maruziyeti gösteren katılımcılarda anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuş olup ($t = -7,346$, $p < 0,001$), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Bunun yanı sıra, depresyon (BDÖ) ($t = -3,687$, $p < 0,001$) ve anksiyete (BAÖ) ($t = -2,942$, $p = 0,004$) puanlarının da cinsel şiddete maruz kalan katılımcılarda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

4.3. CİNSEL ŞİDDETE MARUZ KALMAYAN KATILIMCILAR İÇİN KORELASYON SONUÇLARI

Tablo 4. Cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların ölçek puanları arasındaki korelasyonlar

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-Yaşantılama	r	-									
	p										
2-Kaçınma	r	0,732	-								
	p	<0,001									
3-Olumsuz Bilişler	r	0,744	0,844	-							
	p	<0,001	<0,001								
4-Aşırı uyarılmışlık	r	0,600	0,725	0,778	-						
	p	<0,001	<0,001	<0,001							
5-TSSB-KL	r	0,850	0,890	0,950	0,882	-					
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001						
6-Günlük İşlevsellik	r	0,406	0,325	0,307	0,254	0,354	-				
	p	0,001	0,007	0,011	0,038	0,003					
7-Uyku Kalitesi	r	-0,109	-0,125	-0,141	-0,137	-0,145	0,077	-			
	p	0,378	0,314	0,257	0,269	0,243	0,536				
8-UŞİ	r	0,230	0,161	0,139	0,102	0,170	0,784	0,679	-		
	p	0,061	0,192	0,263	0,412	0,168	<0,001	<0,001			
9-PUKİ	r	0,109	0,269	0,205	0,241	0,222	0,298	0,313	0,414	-	
	p	0,378	0,028	0,096	0,050	0,071	0,014	0,010	<0,001		
10-BDÖ	r	0,407	0,591	0,732	0,591	0,661	0,254	-0,183	0,073	0,307	-
	p	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,038	0,139	0,556	0,012	
11-BAÖ	r	0,629	0,606	0,698	0,642	0,728	0,436	-0,039	0,297	0,263	0,708
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,757	0,015	0,032	<0,001

r= Pearson Korelasyon Analizi, UŞİ=Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, TSSB-KL=Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, PUKİ=Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ= Beck Anksiyete Ölçeği.

Cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcılarda yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre; yaşantılama puanları ile günlük işlevsellik ($r = 0,406$, $p = 0,001$), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ($r = 0,407$, $p = 0,001$) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ($r = 0,629$, $p < 0,001$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur. Kaçınma puanları ile günlük işlevsellik ($r = 0,325$, $p = 0,007$), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ($r = 0,269$, $p = 0,028$), BDÖ ($r = 0,591$, $p < 0,001$) ve BAÖ ($r = 0,606$, $p < 0,001$) puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyonlar tespit edilmiştir. Olumsuz bilişler puanları ile günlük işlevsellik ($r = 0,307$, $p = 0,011$), BDÖ ($r = 0,732$, $p < 0,001$) ve BAÖ ($r = 0,698$, $p < 0,001$) puanları arasında anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar bulunmuştur. Aşırı uyarılmışlık puanları ile günlük işlevsellik ($r = 0,254$, $p = 0,038$), PUKİ ($r = 0,241$, $p = 0,050$), BDÖ ($r = 0,591$, $p < 0,001$) ve BAÖ ($r = 0,642$, $p < 0,001$) puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Son olarak, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (TSSB-KL) toplam puanları ile günlük işlevsellik ($r = 0,354$, $p = 0,003$), BDÖ ($r = 0,661$, $p < 0,001$) ve BAÖ ($r = 0,728$, $p < 0,001$) puanları arasında da pozitif yönde anlamlı korelasyonlar bulunmuştur.

Cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcılarda yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre; Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) ölçeğinin faktörlerinden günlük işlevsellik puanları ile UŞİ toplam puanı ($r = 0,784$, $p < 0,001$), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ($r = 0,298$, $p = 0,014$), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ($r = 0,254$, $p = 0,038$) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ($r = 0,436$, $p < 0,001$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Uyku kalitesi faktörü ile UŞİ toplam puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r = 0,679$, $p < 0,001$). Ayrıca, UŞİ toplam puanı ile PUKİ ($r = 0,414$, $p < 0,001$) ve BAÖ ($r = 0,297$, $p = 0,015$) puanları arasında da anlamlı düzeyde pozitif korelasyonlar tespit edilmiştir (Tablo 4).

4.4. CİNSEL ŞİDDETE MARUZ KALAN KATILIMCILAR İÇİN KORELASYON SONUÇLARI

Tablo 5. Cinsel şiddete maruz kalmış katılımcıların ölçek puanları arasındaki korelasyonlar

		1 (b)	2(b)	3(b)	4(b)	5 (a)	6 (a)	7 (a)	8 (a)	9 (a)	10 (a)	11 (a)	12 (a)	13 (a)	14 (a)
1-Kaynak Yönetimi/Zorbalık (b)	r/rho	-													
	p	.													
2-Ayrılma Tehdidi (b)	r/rho	0,587	-												
	p	0,001													
3-Bağlılık Manipülasyonu (b)	r/rho	0,450	0,580	-											
	p	0,003	0,001												
4-YPCŞÖ (b)	r/rho	0,826	0,781	0,781	-										
	p	0,001	0,001	0,001											
5-Yaşantılam (a)	r/rho	0,146	0,183	0,020	0,082	-									
	p	0,362	0,251	0,903	0,610										
6-Kaçınma (a)	r/rho	0,212	0,338	0,062	0,192	0,724	-								
	p	0,183	0,031	0,699	0,229	<0,001									
7-Olumsuz Bilişler (a)	r/rho	0,335	0,304	0,190	0,323	0,764	0,615	-							
	p	0,032	0,053	0,234	0,040	<0,001	<0,001								
8-Aşırı uyarılmışlık (a)	r/rho	0,181	0,142	0,051	0,159	0,624	0,588	0,801	-						
	p	0,257	0,376	0,754	0,322	<0,001	<0,001	<0,001							
9-TSSB-KL (a)	r/rho	0,246	0,257	0,102	0,218	0,872	0,761	0,947	0,887	-					
	p	0,120	0,104	0,526	0,171	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001						
10-Günlük İşlevsellik (a)	r/rho	0,291	0,474	0,286	0,379	0,399	0,387	0,439	0,334	0,442	-				
	p	0,065	0,002	0,070	0,014	0,010	0,012	0,004	0,033	0,004					
11-Uyku Kalitesi (a)	r/rho	0,342	0,364	0,405	0,447	-0,054	-0,040	0,048	0,202	0,063	0,253	-			
	p	0,028	0,019	0,009	0,003	0,736	0,806	0,767	0,206	0,695	0,110				
12-UŞİ (a)	r/rho	0,433	0,478	0,396	0,535	0,232	0,233	0,320	0,342	0,332	0,816	0,766	-		
	p	0,005	0,002	0,010	0,001	0,144	0,142	0,041	0,029	0,034	<0,001	<0,001			
13-PUKİ (a)	r/rho	0,044	0,089	0,134	0,121	0,139	-0,033	0,234	0,354	0,240	0,393	0,490	0,554	-	
	p	0,786	0,579	0,403	0,452	0,387	0,836	0,141	0,023	0,130	0,011	0,001	<0,001		
14-BDÖ (a)	r/rho	0,319	0,330	0,086	0,246	0,477	0,281	0,593	0,479	0,559	0,358	0,025	0,253	0,087	-
	p	0,042	0,035	0,593	0,121	0,002	0,075	<0,001	0,002	<0,001	0,021	0,878	0,111	0,588	
15-BAÖ (a)	r/rho	0,051	0,148	0,022	0,013	0,508	0,405	0,467	0,503	0,539	0,488	0,000	0,324	0,279	0,556
	p	0,753	0,356	0,890	0,937	0,001	0,009	0,002	0,001	<0,001	0,001	0,999	0,039	0,078	<0,001

a=Pearson Korelasyon Analizi. b=Spearman Korelasyon Analizi, UŞİ=Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, TSSB-KL=Trauma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, PUKİ=Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ= Beck Anksiyete Ölçeği, YPCŞÖ=Cinsel Şiddet Ölçeği.

Cinsel şiddete maruz kalmış katılımcılarda yapılan Spearman Korelasyon Analizi sonuçlarına göre; Cinsel Şiddet Ölçeği (YPCŞÖ) alt boyutlarından kaynak yönetimi/zorbalık puanları ile olumsuz bilişler ($r = 0,335$, $p = 0,032$), uyku kalitesi ($r = 0,342$, $p = 0,028$), Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) ($r = 0,433$, $p = 0,005$) ve Beck

Depresyon Ölçeği (BDÖ) ($r = 0,319$, $p = 0,042$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur. Ayrılma tehdidi puanları ile kaçınma ($r = 0,338$, $p = 0,031$), günlük işlevsellik ($r = 0,474$, $p = 0,002$), uyku kalitesi ($r = 0,364$, $p = 0,019$), UŞİ ($r = 0,478$, $p = 0,002$) ve BDÖ ($r = 0,330$, $p = 0,035$) puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyonlar tespit edilmiştir. Bağlılık manipülasyonu puanları ile uyku kalitesi ($r = 0,405$, $p = 0,009$) ve UŞİ ($r = 0,396$, $p = 0,010$) puanları arasında da anlamlı düzeyde pozitif korelasyonlar bulunmuştur. YPCŞÖ toplam puanları ile olumsuz bilişler ($r = 0,323$, $p = 0,040$), günlük işlevsellik ($r = 0,379$, $p = 0,014$), uyku kalitesi ($r = 0,447$, $p = 0,003$) ve UŞİ ($r = 0,535$, $p = 0,001$) puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Cinsel şiddete maruz kalmış katılımcılarda yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre; yaşantılama puanları ile günlük işlevsellik ($r = 0,399$, $p = 0,010$), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ($r = 0,477$, $p = 0,002$) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ($r = 0,508$, $p = 0,001$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Kaçınma puanları ile günlük işlevsellik ($r = 0,387$, $p = 0,012$) ve BAÖ ($r = 0,405$, $p = 0,009$) puanları arasında da anlamlı pozitif korelasyonlar tespit edilmiştir. Olumsuz bilişler puanları ile günlük işlevsellik ($r = 0,439$, $p = 0,004$), Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) ($r = 0,320$, $p = 0,041$), BDÖ ($r = 0,593$, $p < 0,001$) ve BAÖ ($r = 0,467$, $p = 0,002$) puanları arasında da pozitif yönde anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Aşırı uyarılmışlık puanları ile günlük işlevsellik ($r = 0,334$, $p = 0,033$), UŞİ ($r = 0,342$, $p = 0,029$), BDÖ ($r = 0,479$, $p = 0,002$) ve BAÖ ($r = 0,503$, $p = 0,001$) puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif korelasyonlar saptanmıştır. Son olarak, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (TSSB-KL) toplam puanları ile günlük işlevsellik ($r = 0,442$, $p = 0,004$), UŞİ ($r = 0,332$, $p = 0,034$), BDÖ ($r = 0,559$, $p < 0,001$) ve BAÖ ($r = 0,539$, $p < 0,001$) puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyonlar elde edilmiştir.

Bu bulgulara ek olarak; günlük işlevsellik puanları ile Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) ($r = 0,816$, $p < 0,001$), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ($r = 0,393$, $p = 0,011$), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ($r = 0,358$, $p = 0,021$) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ($r = 0,488$, $p = 0,001$) puanları arasında istatistiksel olarak

anlamli düzeyde pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Uyku kalitesi puanları ile UŞİ puanları arasında da istatistiksel olarak anlamli ve pozitif yönde bir korelasyon tespit edilmiştir ($r = 0,766$, $p < 0,001$). Bunun yanı sıra, UŞİ puanları ile PUKİ ($r = 0,554$, $p < 0,001$) ve BAÖ ($r = 0,324$, $p = 0,039$) puanları arasında da anlamli düzeyde pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Son olarak, BDÖ puanları ile BAÖ puanları arasında da istatistiksel olarak anlamli düzeyde pozitif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r = 0,556$, $p < 0,001$) (Tablo 5).

4.5. CİNSEL ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMUNA GÖRE UYKUSUZLUK ŞİDDETİ İNDEKSİ (UŞİ) ÜZERİNE YAPILAN HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZLERİ

Tablo 6. Cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların uykusuzluk şiddeti puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	11,609	0,651		17,843	<0,001	10,310	12,909
	TSSB-KL	0,028	0,020	0,170	1,395	0,168	-0,012	0,069
2	(Sabit)	11,721	0,705		16,631	<0,001	10,313	13,129
	TSSB-KL	0,036	0,027	0,217	1,323	0,191	-0,018	0,091
	BDÖ	-0,024	0,055	-0,070	-0,428	0,670	-0,134	0,087
3	(Sabit)	11,868	0,677		17,520	<0,001	10,515	13,222
	TSSB-KL	-0,002	0,030	-0,013	-0,069	0,945	-0,062	0,058
	BDÖ	-0,091	0,059	-0,271	-1,547	0,127	-0,209	0,027
	BAÖ	0,131	0,050	0,497	2,600	0,012	0,030	0,232

SH= Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, TSSB-KL=Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, PUKİ=Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ= Beck Anksiyete Ölçeği.

Model 1: $R^2=0,03$, $F=1,95$, $p=0,168$

Model 2: $R^2=0,03$, $F=1,05$, $p=0,355$

Model 3: $R^2=0,13$, $F=3,02$, $p=0,036$

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon analizine göre cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların uykusuzluk şiddeti puanlarını açıklamada TSSB-KL puanlarının istatistiksel açıdan anlamli seviyede etkili olmadığı ($F=1,95$, $p=0,168$) bulunmuştur. Model 1'e BDÖ puanlarının eklenmesiyle açıklayıcılığın istatistiksel açıdan anlamli seviyede değişmediği ($F=1,05$, $p=0,355$) tespit edilmiştir. Model 2'ye BAÖ

puanlarının eklenmesiyle uykusuzluk şiddeti puanlarının %13'ünün istatistiksel olarak anlamlı seviyede ($F=3,02$, $p=0,036$) TSSB-KL, BDÖ ve BAÖ puanları tarafından açıklandığı bulundu. Model 3 incelendiğinde uykusuzluk şiddeti puanlarını açıklamada sadece BAÖ ($p=0,012$, GA:0,30 - 0,232) puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Cinsel şiddete maruz kalmış katılımcıların uykusuzluk şiddeti puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	14,803	1,409		10,507	<0,001	11,953	17,652
	TSSB-KL	0,078	0,036	0,332	2,195	0,034	0,006	0,151
2	(Sabit)	14,424	1,589		9,077	<0,001	11,207	17,641
	TSSB-KL	0,065	0,043	0,277	1,506	0,140	-0,023	0,153
	BDÖ	0,041	0,077	0,098	0,534	0,597	-0,114	0,196
3	(Sabit)	13,948	1,658		8,415	<0,001	10,589	17,306
	TSSB-KL	0,050	0,046	0,212	1,087	0,284	-0,043	0,143
	BDÖ	0,011	0,082	0,026	0,129	0,898	-0,156	0,177
	BAÖ	0,081	0,081	0,196	1,009	0,320	-0,082	0,244
4	(Sabit)	14,664	1,382		10,608	<0,001	11,861	17,468
	TSSB-KL	0,032	0,038	0,133	0,822	0,416	-0,046	0,109
	BDÖ	-0,009	0,068	-0,022	-0,137	0,892	-0,148	0,129
	BAÖ	0,020	0,068	0,048	0,292	0,772	-0,118	0,158
	YPCŞÖ	0,090	0,021	0,584	4,243	<0,001	0,047	0,132

SH= Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, TSSB-KL=Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, PUKİ=Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ= Beck Anksiyete Ölçeği, YPCŞÖ=Cinsel Şiddet Ölçeği.

Model 1: $R^2=0,11$, $F=4,82$, $p=0,034$

Model 2: $R^2=0,12$, $F=12,51$, $p=0,095$

Model 3: $R^2=0,14$, $F=2,01$, $p=0,129$

Model 4: $R^2=0,43$, $F=6,70$, $p<0,001$

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon analizine göre cinsel şiddete maruz kalmış katılımcıların uykusuzluk şiddeti puanlarının %11'inin istatistiksel olarak anlamlı seviyede ($F=4,82$, $p=0,034$) TSSB-KL puanları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e BDÖ puanlarının eklenmesiyle uykusuzluk şiddeti puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=1,05$, $p=0,355$) TSSB-KL ve BDÖ puanları tarafından açıklanmadığı bulunmuştur. Model 2'ye BAÖ puanlarının eklenmesiyle

açıklayıcılığın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede değişmediği ($F=2,01$, $p=0,129$) saptanmıştır. Model 3'e YPCŞÖ puanlarının eklenmesiyle uykusuzluk şiddeti puanlarının %43'ünün istatistiksel olarak anlamlı seviyede ($F=6,70$, $p<0,001$) TSSB-KL, BDÖ, BAÖ ve YPCŞÖ puanları tarafından açıklandığı tespit edilmiştir. Model 3 incelendiğinde uykusuzluk şiddeti puanlarını açıklamada sadece YPCŞÖ ($p<0,001$, GA: 0,047 - 0,132) puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların uyku kalitesi puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	6,478	0,407		15,926	<0,001	5,666	7,291
	TSSB-KL	-0,015	0,013	-0,145	-1,179	0,243	-0,040	0,010
2	(Sabit)	6,631	0,438		15,133	<0,001	5,756	7,507
	TSSB-KL	-0,004	0,017	-0,043	-,0260	0,796	-0,038	0,030
	BDÖ	-0,032	0,034	-0,154	-0,943	0,349	-0,101	0,036
3	(Sabit)	6,681	0,437		15,291	<0,001	5,808	7,554
	TSSB-KL	-0,017	0,019	-0,166	-0,892	0,376	-0,056	0,021
	BDÖ	-0,055	0,038	-0,263	-1,450	0,152	-0,131	0,021
	BAÖ	0,044	0,032	0,269	1,355	0,180	-0,021	0,109

SH= Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, TSSB-KL=Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, PUKİ=Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ= Beck Anksiyete Ölçeği.

Model 1: $R^2=0,02$, $F=1,39$, $p=0,243$

Model 2: $R^2=0,03$, $F=1,14$, $p=0,326$

Model 3: $R^2=0,06$, $F=1,38$, $p=0,257$

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon analizine göre cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların UŞİ'nin faktörlerinden olan uyku kalitesi puanlarını açıklamada TSSB-KL puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olmadığı ($F=1,39$, $p=0,243$) görülmüştür. Model 1'e BDÖ puanlarının eklenmesiyle açıklayıcılığın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede değişmediği ($F=1,14$, $p=0,326$) saptanmıştır. Model 2'ye BAÖ puanlarının eklenmesiyle açıklayıcılığın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede değişmediği ($F=1,38$, $p=0,257$) bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 9. Cinsel şiddete maruz kalmış katılımcıların uyku kalitesi puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	7,566	0,891		8,488	<0,001	5,763	9,369
	TSSB-KL	0,009	0,023	0,063	0,395	0,695	-0,037	0,055
2	(Sabit)	7,602	1,009		7,533	<0,001	5,559	9,645
	TSSB-KL	0,010	0,028	0,072	0,368	0,715	-0,046	0,066
	BDÖ	-0,004	0,049	-0,015	-0,078	0,938	-0,102	0,095
3	(Sabit)	7,673	1,066		7,197	<0,001	5,512	9,833
	TSSB-KL	0,012	0,030	0,088	0,420	0,677	-0,048	0,072
	BDÖ	0,001	0,053	0,003	0,013	0,990	-0,106	0,108
	BAÖ	-0,012	0,052	-0,049	-0,233	0,817	-0,117	0,093
4	(Sabit)	8,040	0,967		8,313	<0,001	6,078	10,001
	TSSB-KL	0,003	0,027	0,021	0,110	0,913	-0,051	0,057
	BDÖ	-0,010	0,048	-0,038	-0,200	0,843	-0,106	0,087
	BAÖ	-0,044	0,048	-0,176	-0,912	0,368	-0,140	0,053
	YPCŞÖ	0,046	0,015	0,500	3,106	0,004	0,016	0,076

SH= Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, TSSB-KL=Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, PUKİ=Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ= Beck Anksiyete Ölçeği, YPCŞÖ=Cinsel Şiddet Ölçeği.

Model 1: R²=0,00, F=0,16, p=0,695

Model 2: R²=0,00, F=0,08, p=0,924

Model 3: R²=0,01, F=0,07, p=0,976

Model 4: R²=0,22, F=2,48, p=0,061

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon analizine göre cinsel şiddete maruz kalmış katılımcıların UŞİ'nin faktörlerinden olan uyku kalitesi puanlarını açıklamada TSSB-KL puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olmadığı (F=0,16, p=0,695) tespit edilmiştir. Model 1'e BDÖ puanlarının eklenmesiyle açıklayıcılığın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede değişmediği (F=0,08, p=0,924) belirlenmiştir. Model 2'ye BAÖ puanlarının eklenmesiyle açıklayıcılığın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede değişmediği (F=0,07, p=0,976) ortaya konmuştur. Model 3'e YPCŞÖ puanlarının eklenmesiyle açıklayıcılığın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede değişmediği (F=2,48, p=0,061) saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 10. Cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların günlük işlevsellik puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	5,131	0,455		11,287	<0,001	4,223	6,039
	TSSB-KL	0,043	0,014	0,354	3,052	0,003	0,015	0,072
2	(Sabit)	5,089	0,493		10,326	<0,001	4,105	6,074
	TSSB-KL	0,041	0,019	0,331	2,123	0,038	0,002	0,079
	BDÖ	0,009	0,039	0,035	0,227	0,821	-0,069	0,086
3	(Sabit)	5,187	0,476		10,891	<0,001	4,236	6,139
	TSSB-KL	0,015	0,021	0,124	0,719	0,475	-0,027	0,057
	BDÖ	-0,036	0,042	-0,145	-0,870	0,387	-0,119	0,047
	BAÖ	0,087	0,035	0,449	2,455	0,017	0,016	0,158

SH= Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, TSSB-KL=Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, PUKİ=Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ= Beck Anksiyete Ölçeği.

Model 1: R²=0,12, F=9,13, p=0,003

Model 2: R²=0,13, F=4,61, p=0,013

Model 3: R²=0,20, F=5,33, p=0,002

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon analizine göre cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların günlük işlevsellik puanlarının %12'sinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede (F=49,13, p=0,003) TSSB-KL puanları tarafından açıklandığı görülmüştür. Model 1'e BDÖ puanlarının eklenmesiyle günlük işlevsellik puanlarının %13'ünün istatistiksel olarak anlamlı seviyede (F=4,61, p=0,013) TSSB-KL ve BDÖ puanları tarafından açıklandığı bulunmuştur. Model 2 incelendiğinde günlük işlevsellik puanlarını açıklamada sadece TSSB-KL (p=0,038, GA: 0,002 - 0,079) puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu saptanmıştır. Model 2'ye BAÖ puanlarının eklenmesiyle günlük işlevsellik puanlarının %20'sinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede (F=5,33, p=0,002) TSSB-KL, BDÖ ve BAÖ puanları tarafından açıklandığı tespit edilmiştir. Model 3 incelendiğinde günlük işlevsellik puanlarını açıklamada sadece BAÖ (p=0,017, GA: 0,016 - 0,158) puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 11. Cinsel şiddete maruz kalmış katılımcıların günlük işlevsellik puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	7,236	0,889		8,136	<0,001	5,437	9,035
	TSSB-KL	0,069	0,023	0,442	3,080	0,004	0,024	0,115
2	(Sabit)	6,823	0,996		6,852	<0,001	4,807	8,838
	TSSB-KL	0,055	0,027	0,352	2,030	0,049	0,000	0,110
	BDÖ	0,045	0,048	0,161	,931	0,358	-0,052	0,142
3	(Sabit)	6,275	1,004		6,248	<0,001	4,240	8,310
	TSSB-KL	0,038	0,028	0,240	1,349	0,186	-0,019	0,094
	BDÖ	0,010	0,050	0,036	0,200	0,843	-0,091	0,111
	BAÖ	0,093	0,049	0,339	1,912	0,064	-0,006	0,192
4	(Sabit)	6,625	0,908		7,293	<0,001	4,782	8,467
	TSSB-KL	0,029	0,025	0,182	1,135	0,264	-0,023	0,080
	BDÖ	<0,001	0,045	0,001	0,005	0,996	-0,091	0,091
	BAÖ	0,063	0,045	0,230	1,415	0,166	-0,028	0,154
	YPCŞÖ	0,044	0,014	0,429	3,150	0,003	0,016	0,072

SH= Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, TSSB-KL=Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, PUKİ=Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ= Beck Anksiyete Ölçeği, YPCŞÖ=Cinsel Şiddet Ölçeği.

Model 1: R²=0,20, F=9,49, p=0,004

Model 2: R²=0,21, F=5,16, p=0,010

Model 3: R²=0,28, F=4,90, p=0,006

Model 4: R²=0,44, F=7,04, p<0,001

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon analizine göre cinsel şiddete maruz kalmış katılımcıların günlük işlevsellik puanlarının %20'sinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede (F=9,49, p=0,004) TSSB-KL puanları tarafından açıklandığı saptanmıştır. Model 1'e BDÖ puanlarının eklenmesiyle günlük işlevsellik puanlarının %21'inin istatistiksel olarak anlamlı seviyede (F=5,16, p=0,010) TSSB-KL ve BDÖ puanları tarafından açıklandığı bulunmuştur. Model 2 incelendiğinde günlük işlevsellik puanlarını açıklamada sadece TSSB-KL (p=0,049, GA: 0,000 - 0,110) puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu gözlemlenmiştir. Model 2'ye BAÖ puanlarının eklenmesiyle günlük işlevsellik puanlarının %28'inin istatistiksel olarak anlamlı seviyede (F=4,90, p=0,006) TSSB-KL, BDÖ ve BAÖ puanları tarafından açıklandığı tespit edilmiştir. Model 3'e YPCŞÖ puanlarının eklenmesiyle günlük işlevsellik puanlarının %44'ünün istatistiksel olarak anlamlı seviyede (F=7,04,

$p<0,001$) TSSB-KL, BDÖ, BAÖ ve YPCŞÖ puanları tarafından açıklandığı bulunmuştur. Model 4 incelendiğinde günlük işlevsellik puanlarını açıklamada sadece YPCŞÖ ($p=0,003$, GA: 0,016 - 0,072) puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

4.6. CİNSEL ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMUNA GÖRE UYKU KALİTESİ (PUKİ) ÜZERİNE YAPILAN HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZLERİ

Tablo 12. Cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların PUKİ toplam puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	14,821	0,667		22,215	<0,001	13,488	16,153
	TSSB-KL	0,038	0,021	0,222	1,834	0,071	-0,003	0,080
2	(Sabit)	14,353	0,706		20,324	<0,001	12,942	15,763
	TSSB-KL	0,006	0,027	0,034	0,214	0,831	-0,049	0,061
	BDÖ	0,099	0,055	0,284	1,792	0,078	-0,011	0,210
3	(Sabit)	14,383	0,713		20,177	<0,001	12,958	15,807
	TSSB-KL	-0,002	0,032	-0,011	-0,061	0,952	-0,065	0,061
	BDÖ	0,086	0,062	0,245	1,377	0,173	-0,039	0,210
	BAÖ	0,027	0,053	0,098	0,504	0,616	-0,079	0,133

SH= Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, TSSB-KL=Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, PUKİ=Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ= Beck Anksiyete Ölçeği.

Model 1: $R^2=0,05$, $F=3,36$, $p=0,071$

Model 2: $R^2=0,10$, $F=3,35$, $p=0,041$

Model 3: $R^2=0,10$, $F=2,29$, $p=0,087$

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon analizine göre cinsel şiddete maruz kalmamış katılımcıların PUKİ toplam puanlarını açıklamada TSSB-KL puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olmadığı ($F=3,36$, $p=0,071$) saptanmıştır. Model 1'e BDÖ puanlarının eklenmesiyle PUKİ toplam puanlarının %10'unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=3,35$, $p=0,041$) TSSB-KL ve BDÖ puanları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1 incelendiğinde herhangi bir değişkenin istatistiksel olarak anlamlı seviyede etkili olmadığı bulunmuştur. Model 2'ye BAÖ puanlarının eklenmesiyle PUKİ toplam puanlarını açıklamada TSSB-KL, BDÖ ve BAÖ

puanlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede etkili olmadığı ($F=2,29$, $p=0,087$) saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 13. Cinsel şiddete maruz kalmış katılımcıların PUKİ toplam puanlarını açıklamada etkili olan değişkenler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	14,547	1,081		13,454	<0,001	12,360	16,734
	TSSB-KL	0,042	0,027	0,240	1,545	0,130	-0,013	0,098
2	(Sabit)	14,744	1,222		12,064	<0,001	12,270	17,218
	TSSB-KL	0,049	0,033	0,278	1,468	0,150	-0,019	0,117
	BDÖ	-0,021	0,059	-0,068	-0,360	0,721	-0,140	0,098
3	(Sabit)	14,253	1,261		11,305	<0,001	11,698	16,807
	TSSB-KL	0,033	0,035	0,188	0,949	0,349	-0,038	0,104
	BDÖ	-0,052	0,062	-0,168	-0,837	0,408	-0,179	0,074
	BAÖ	0,084	0,061	0,271	1,366	0,180	-0,040	0,208
4	(Sabit)	14,503	1,242		11,680	<0,001	11,985	17,021
	TSSB-KL	0,027	0,034	0,152	0,777	0,442	-0,043	0,097
	BDÖ	-0,059	0,061	-0,191	-0,968	0,340	-0,183	0,065
	BAÖ	0,062	0,061	0,201	1,016	0,316	-0,062	0,187
	YPCŞÖ	0,031	0,019	0,274	1,650	0,108	-0,007	0,070

SH= Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, TSSB-KL=Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, PUKİ=Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ= Beck Anksiyete Ölçeği, YPCŞÖ=Cinsel Şiddet Ölçeği.

Model 1: $R^2=0,06$, $F=2,39$, $p=0,130$

Model 2: $R^2=0,06$, $F=1,23$, $p=0,303$

Model 3: $R^2=0,11$, $F=1,46$, $p=0,241$

Model 4: $R^2=0,17$, $F=1,83$, $p=0,145$

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon analizine göre cinsel şiddete maruz kalmış katılımcıların PUKİ toplam puanlarını açıklamada TSSB-KL puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olmadığı ($F=2,39$, $p=0,130$) tespit edilmiştir. Model 1'e BDÖ puanlarının eklenmesiyle açıklayıcılığın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede değişmediği ($F=1,23$, $p=0,303$) bulunmuştur. Model 2'ye BAÖ puanlarının eklenmesiyle açıklayıcılığın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede değişmediği ($F=1,46$, $p=0,241$) bulundu. Model 3'e YPCŞÖ puanlarının eklenmesiyle açıklayıcılığın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede değişmediği ($F=1,83$, $p=0,145$) saptanmıştır (Tablo 13).

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza kronik insomni tanılı 108 kadın hasta dahil edilmiştir. Bu çalışmada, partner tarafından uygulanan cinsel şiddetin ağırlığı ile uykusuzluk şiddeti ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması hedeflenmiştir. Araştırmamız bu anlamda özgün bir çalışmadır. Katılımcılara Sosyodemografik veri formu, İnsomni Şiddet Ölçeği (UŞİ), Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ), Yakın Partner İlişkilerinde Kadının Maruz Kaldığı Cinsel Şiddet Ölçeği (YPCŞÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (TSSB-KL) uygulanmıştır. Katılımcılardan 43 kişi YPCŞÖ’de cinsel şiddetin herhangi bir türüne maruz kaldığını belirtmiş olup, 65 kişi herhangi bir cinsel şiddet türüne maruz kalmadığını belirtmiştir. Katılımcılar bu doğrultuda cinsel şiddete maruz kalan ve kalmayan olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

5.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda cinsel şiddete maruz kalan ve kalmayan katılımcıların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, yaş, eğitim durumu, ilişki durumu, tanışma şekli, evlenme şekli, iş durumu, ikamet durumu, partner eğitimi, partnerin iş durumu ve partnerin alışkanlıkları gibi değişkenlerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İki grup arasında demografik değişkenlerdeki bu benzerlik, psikolojik değişkenler ve uyku değişkenleri üzerine yapılan karşılaştırmaların daha güvenilir olmasını sağlamıştır. Ancak çocuk sayısı değişkeni açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2 = 9,802$, $p = 0,044$).

Çalışmamızdaki bulgular literatürle benzerlik göstermekte olup, Skandro ve arkadaşlarının (2024) partner cinsel şiddetinin sosyodemografik belirleyicilerini incelemek amacıyla yaptığı bir çalışmada, yaş, eğitim düzeyi ve partnerin çalışma durumu gibi temel sosyodemografik değişkenlerin partner şiddeti maruziyeti üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte, partnerin alkol kullanımı şiddet riskini anlamlı düzeyde artıran en güçlü belirleyiciler olarak saptanmıştır (103). Keskin’in (2023) çalışmasında da benzer şekilde partneri alkol kullanan kadınların

cinsel şiddet yaşama riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (104). Çalışmamızda cinsel şiddete maruz kalan ve kalmayan katılımcıların partnerlerinin alkol kullanımı açısından anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu farklılığın sebebi çalıştığımız örnekleimde partnerlerin alkol kullanım oranlarının genel olarak düşük olmasından kaynaklanmış olabilir. Alkol kullanımının sosyal ve kültürel normlar nedeniyle sınırlı olduğu örneklemelerde, gruplar arasında anlamlı fark oluşması güçleşebilmektedir. Ayrıca, alkol kullanımının sıklığı ve şiddeti gibi ayrıntıların değerlendirilmemesi de, partner alkol kullanımının cinsel şiddet üzerindeki etkisinin tam olarak yansıtılamamasına neden olmuş olabilir.

Lovestad'ın 2019 yılında yaptığı çalışmasında da yaş, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlerin yakın partner cinsel şiddet maruziyeti ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermediği bulunmuş olup, bu sonuçlar çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Fakat aynı çalışmada evli olmayan ancak bir yakın partner ilişkisi bulunan kadın katılımcıların cinsel şiddete maruz kalma riskinin, evli katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu gösterilmiştir (105). 2014 yılında yapılan Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'nda da çalışmamızın bulguları ile örtüşecek şekilde, yaşla birlikte cinsel şiddet maruziyetinde düzenli bir azalma ya da artış gözlenmemiştir (55). Mevcut çalışmamızda hem cinsel şiddete maruz kalan hem de maruz kalmayan gruplarda evli bireylerin oranının yüksek olması dikkat çekicidir. Bu durum, medeni durumun cinsel şiddet maruziyetine ilişkin belirleyici bir faktör olarak ortaya çıkmamasına yol açmıştır.

Keskin'in (2023) çalışmasında Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2008 ve 2014 yıllarında Türkiye genelinde yaptığı kadına yönelik aile içi şiddet araştırmasından elde edilen veriler kullanılarak yapılan çalışmasında kadının eğitim düzeyi ve eşin eğitim düzeyi arttıkça ise cinsel şiddet maruziyetinin azaldığı bulunmuştur. Ayrıca bölgesel farklılıkların da cinsel şiddet maruziyeti ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterdiğini belirlenmiştir (104). Literatüre bakıldığında kadınların eğitim düzeyinin artmasının, kadınların cinsel şiddeti tanımasını kolaylaştırdığını, özgüvenlerini arttırdığını, partner seçimini belirlediğini ve bu şekilde cinsel şiddet üzerinde koruyucu olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (106).

Dimbuene ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında kadınların erkek partnerlerine kıyasla daha yüksek eğitim seviyesine sahip olmalarının ilişkide güç dengesizliklerine yol açabileceği ve bu durumun cinsel şiddet riskini artırabileceği belirtilmiştir. Aynı çalışmada erkek partnerlerin eğitim düzeyinin cinsel şiddet maruziyeti üzerinde belirleyici bir etkisi olduğu, ancak bu ilişkinin her zaman tutarlı olmadığı ve sonuçların ülkeden ülkeye değişebileceği bulunmuştur (107). 2016 yılında İran'da yapılan bir çalışmada, eşin işsiz olmasının cinsel şiddet riskini anlamlı şekilde artırdığı bulunmuştur (108). Kadının eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde çalışmamızın bulguları Keskin'in çalışmasından farklılık göstermekte olup, Keskin'in çalışması Türkiye genelini temsil eden geniş bir örneklem kullanılarak yürütülmüştür, mevcut çalışmamız kentsel bir bölgede gerçekleştirilmiştir ve örnekleme genel olarak yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin yer aldığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle, kadının eğitim düzeyinin cinsel şiddet maruziyetine karşı koruyucu etkisi bu çalışmada belirgin bir şekilde ortaya çıkmamış olabilir. Partnerin eğitim düzeyine ilişkin bulgular, eğitim düzeyinin tek başına cinsel şiddeti önleyici bir faktör olmayabileceğini ve kültürel normlar, toplumsal cinsiyet rolleri gibi diğer yapısal değişkenlerin şiddet davranışlarını şekillendirmede etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Keskin'in (2023) çalışmasında cinsel şiddete maruz kalma ile kişisel gelire sahip olma/çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olup, bu durum çalışmamızın bulgularıyla paralellik göstermektedir (104). Literatürde sosyoekonomik düzey ile yakın partner şiddeti arasındaki ilişki hakkında farklı görüşler bulunmaktadır. Gartner ve McCarthy, çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre cinsel şiddet açısından daha çok risk altında olduğunu, kadının çalışmasının, ev içi geleneksel iş bölümüne yönelik bir tehdit oluşturduğunu ve bu durumun da partner ilişkilerinde kadına şiddet davranışlarını artırabileceği öne sürülmektedirler (109). Bazı çalışmalarda tam tersine ekonomik açıdan bağımlı olan kadınların, evden ayrılma olanaklarının sınırlı olması nedeniyle, şiddet içeren ilişkilere karşı daha savunmasız kalabilecekleri de ileri sürülmektedir (110). Dolayısıyla, mevcut bulgular ışığında çalışmanın yürütüldüğü kültürel ve sosyoekonomik bağlamın önemli bir belirleyici olabileceği ve kadınların çalışma durumunun tek başına cinsel şiddete karşı koruyucu

ya da risk faktörü olarak değerlendirilmesi yerine, bu ilişkinin dinamik ve bağlama özgü bir şekilde ele alınması gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda partnerle evlenme şekli ve cinsel şiddet maruziyeti arasında anlamlı fark bulunmamış olup, Asadi ve arkadaşlarının (2019) karşılıklı rızaya dayalı evliliklerin cinsel şiddet maruziyeti üzerinde anlamlı bir koruyucu etkisi olmadığını saptandıkları İran merkezli çalışması da bulgularımızı desteklemektedir (111). Mevcut bulgular geleneksel toplumlarda, anlaşılarak evliliklerde dahi kadının cinsellik üzerindeki haklarının kısıtlanmasının ve cinsel şiddetin normalleştirilmesinin evlilik şekline bağlı farkların belirginleşmesini engellemiş olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca kadınlar evlilik içindeki cinsel zorlamayı “şiddet” olarak tanımlayabilmektedirler. Bu bağlamda cinsel şiddetin algılanması ve raporlanması konusundaki bireysel ve kültürel farklılıklar da bu bulguyu etkileyen önemli faktörler arasında değerlendirilebilir.

Çalışmamızda, cinsel şiddete maruz kalan ve kalmayan katılımcılar arasında çocuk sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu bulgu, Ruiz-Pérez ve arkadaşlarının (2006) çalışmasıyla da paralellik göstermektedir. Söz konusu çalışmada, üç veya daha fazla çocuğa sahip olmanın genel yakın partner şiddeti riskini artırdığı belirtilmiştir (112). Chen ve Ngoubene-Atioky’nin (2019) çalışmasında da çocuk sayısının artmasının, cinsel şiddete maruz kalan kadınların evliliği sürdürme eğilimini artırdığı rapor edilmiştir. Bu sonuçlar, çocuk sahibi olmanın kadınların ayrılık ya da boşanma kararlarını doğrudan etkileyebileceğini göstermektedir. Kadınların çocukların refahını koruma isteği, sosyal statü kaybı korkusu ve ekonomik bağımlılık gibi etkenler, şiddet içeren ilişkilere devam edilmesine yol açabilmektedir (112). Dolayısıyla, çocuk sayısı sadece bir sosyodemografik değişken değil, aynı zamanda şiddet döngüsünün sürdürülmesinde önemli bir psikososyal faktör olarak değerlendirilebilir.

5.2. YAKIN PARTNER CİNSEL ŞİDDETİNİN UYKUSUZLUK ŞİDDETİ VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Çalışmamızın sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, partner cinsel şiddetinin derecesi arttıkça anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres belirti

şiddetlerinden bağımsız olarak uykusuzluk şiddeti artar şeklindeki hipotezimizi destekler niteliktedir.

Bu çalışmada cinsel şiddete maruz kalan ve kalmayan bireylerde uykusuzluk şiddetini yordayan faktörler hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmiştir. Gruplar arasındaki hiyerarşik regresyon analizleri karşılaştırıldığında önemli farklılıklar gözlenmiştir. Cinsel şiddete maruz kalmayan bireylerde, uykusuzluk şiddeti üzerinde anksiyete belirti düzeyi (BAÖ) anlamlı bir yordayıcı olarak bulunmuş; travma sonrası stres belirti düzeyi (TSSB-KL) ve depresyon belirti düzeyi (BDÖ) ise anlamlı katkı sağlamamıştır. Bu grupta oluşturulan model, uykusuzluk şiddetinin yalnızca %13'ünü açıklamıştır. Bu bulgular, cinsel şiddet gibi ağır travmatik yaşantılar bulunmadığında, uyku problemlerinin daha çok güncel psikolojik stres ve kaygı düzeyleriyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, elde edilen sonuçlar genel popülasyonda uykusuzluk şikayetlerinin sıklıkla anksiyete bozuklukları ile birlikte görüldüğünü belirten literatürle uyumludur (113). Klinik açıdan değerlendirildiğinde, cinsel şiddet yaşamamış kadınlarda uykusuzluk şikayetlerine yönelik müdahalelerde anksiyete yönetiminin öncelikli bir hedef olarak ele alınması gerektiği söylenebilir.

Buna karşılık, cinsel şiddete maruz kalan bireylerde modelin ilk aşamasında yalnızca travma sonrası stres belirti düzeyi (TSSB-KL) yer almış ve bu model, uykusuzluk şiddetinin %11'ini açıklamıştır. İkinci aşamada, depresyon belirti düzeyi

(BDÖ) değişkeni eklenmiş; üçüncü aşamada ise anksiyete belirti düzeyi (BAÖ) değişkeni modele dahil edilmiştir. Bu değişkenlerin eklenmesiyle birlikte açıklanan varyans %14'e yükselmiş, ancak modelin genel anlamlılığı sağlanamamıştır. Son aşamada, Cinsel Şiddet Ölçeği (YPCŞÖ) puanının eklenmesiyle açıklanan varyans %43'e ulaşmış ve model istatistiksel olarak anlamlı hale gelmiştir ($p < 0.001$). Bu bulgular, cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda cinsel şiddet düzeyinin uykusuzluk şiddeti üzerinde, psikolojik belirti şiddetleri kontrol edildikten sonra bile güçlü bir yordayıcı olduğunu göstermektedir. Modelde Cinsel Şiddet Ölçeği toplam puanının sürekli bir değişken olarak kullanılması, cinsel şiddetin yalnızca varlığına değil, aynı zamanda derecesine de odaklanılmasına olanak tanımıştır.

Yakın partner şiddeti ile uyku bozuklukları ilişkisi günümüzde hala araştırılmakta olan bir konudur. Literatürde uyku bozukluklarını inceleyen çalışmalar, partner şiddeti gibi çevresel stresörlerin uyku problemlerine bağımsız katkısını nadiren araştırmaktadır (9). Fransa’da 2017 yılında yapılan ulusal çaplı bir çalışmada insomni tanılı kadınların, insomni tanılı olmayan kadınlara göre hayatları boyunca yaklaşık 3 kat daha fazla cinsel şiddete maruz kaldığını ve maruz kalınan cinsel şiddetinin insomni ile yüksek ilişkili olduğunu bulmuştur (84). Pigeon ve arkadaşlarının (2011) yakın partner şiddetine maruz kalan kadınlarla yürüttükleri bir çalışmada ise, katılımcıların %46’sının klinik düzeyde insomni semptomları bildirdiği saptanmıştır (87). Bu oran, genel erişkin popülasyonda bildirilen %10–15’lik prevalansla karşılaştırıldığında oldukça yüksektir (16). Bu çalışmaların sonuçları uyku bozuklukları şikayeti ile kliniklere başvuran kadın hastalarda cinsel şiddet mağduriyetinin sistematik olarak taranması gerektiğinin altını çizmektedir. Mevcut çalışmamızda uyku bozuklukları ayaktan tedavi merkezine başvuran kronik insomni tanılı kadın hastalarla gerçekleştirilmiş olup, örneklem seçimi, literatürde insomni semptomlarının cinsel şiddet maruziyeti ile ilişkili olabileceğine işaret eden önceki araştırmalarla uyumludur. Çalışmada, cinsel şiddet deneyimlerinin uykusuzluk şiddeti üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik analizler gerçekleştirilmiş ve maruz kalınan cinsel şiddet düzeyi artışının anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres belirti şiddetlerinden bağımsız olarak, uykusuzluk şiddetinin güçlü bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, literatürle uyumlu olarak klinik uygulamada uyku şikayetleri ile başvuran kadınlarda cinsel şiddet öyküsünün sistematik olarak değerlendirilmesinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Walker ve arkadaşlarının (2011) gerçekleştirdiği bir çalışmada, yakın partner şiddetine maruz kalan ve partnerlerine uzaklaştırma kararı çıkartmış olan 609 kadından oluşan bir örneklem incelenmiştir. Katılımcıların %48’i gece 5 saatten az uyuduklarını belirtmişlerdir. Araştırmada, partner şiddeti ile uyku süresi arasındaki ilişkiler çok değişkenli bir model çerçevesinde ele alınmış; depresyon, travma sonrası stres belirtileri, genel sağlık durumu ve sosyal destek gibi bilinen etkileyici faktörler kontrol altına alınmıştır. Elde edilen bulgular, psikolojik belirti şiddetleri sabit tutulduğunda dahi yakın partner şiddetinin düzeyinin artmasıyla birlikte, kadınların uyku süresinde anlamlı bir azalma yaşandığını ortaya koymuştur. Mevcut çalışmamızın bulgularını

destekleyen bu çalışmanın sonuçları uyku süresinde azalma şikayetleri ile kliniklere başvuran kişilerde yakın partner şiddeti açısından dikkatli olmanın önemini vurgulamaktadır (9).

Lalley-Chareczko ve arkadaşlarının 2015 yılında yürüttükleri geniş örneklemli çalışmada, demografik ve psikolojik sağlık değişkenleri kontrol edildiğinde dahi, yakın partner şiddeti deneyiminin uyku bozuklukları, özellikle uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlükleri ile güçlü bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (81). Bu bulgular, mevcut çalışmamızda cinsel şiddetin psikolojik belirtilerden bağımsız olarak uykusuzluk şiddetini anlamlı düzeyde arttırdığı yönündeki bulguları desteklemektedir. Aynı çalışmada yakın partner şiddetinin hem fiziksel hem de psikolojik sağlık üzerindeki etkilerinin, uyku bozukluklarının kısmi aracılığıyla gerçekleştiği bulunmuştur (81). Araştırmanın bulgularına bakıldığında, yakın partner şiddetine maruz kalan bireylerde uyku bozukluklarının yalnızca psikolojik hastalıklarla ilişkili bir semptom değil, aynı zamanda psikolojik sağlık problemleri açısından bağımsız ve kritik bir risk faktörü olduğunu ve bu bağlamda, uyku bozukluklarının klinik değerlendirme ve müdahale süreçlerine daha doğrudan ve sistematik biçimde dahil edilmesi gerektiği sonucuna varılabilir.

Goldstein ve arkadaşlarının (2023) orta yaşlı kadın gazilerle yürüttüğü çalışmada, yaşam boyu psikolojik, fiziksel ve cinsel partner şiddeti öyküsünün uykusuzluk şiddeti ilişkisi araştırılmış; özellikle psikolojik şiddetin, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) kontrol edildikten sonra dahi uykusuzluk üzerinde anlamlı ve bağımsız bir etkisi olduğu gösterilmiştir. Buna karşın, fiziksel ve cinsel şiddet değişkenleri, psikopatoloji eklendikten sonra istatistiksel anlamlılıklarını yitirmiştir (114). Ancak bu bulgu, cinsel şiddetin ölçümündeki sınırlılıklar ışığında dikkatle değerlendirilmelidir. Söz konusu çalışmada cinsel şiddet yalnızca “bir partnerin bireyi cinsel ilişkiye zorlaması” biçiminde doğrudan fiziksel zorlama bağlamında ele alınmış; ima, manipülasyon, tehdit veya duygusal baskı yoluyla gerçekleşen örtük cinsel zorlamalar değerlendirilmemiştir. Bu nedenle, cinsel şiddetle uykusuzluk arasındaki ilişkiyi tüm boyutlarıyla anlayabilmek için daha geniş kapsamlı ölçümler içeren çalışmalar gereklidir.

Çalışmamızdan elde edilen bu bulgular, uyku bozukluklarının yalnızca psikolojik stres belirtilerine ikincil bir durum olarak değil, doğrudan cinsel şiddet yaşantılarının özgün bir sonucu olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada uykusuzluk şiddeti, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) temel alınarak iki faktör üzerinden incelenmiştir: uyku kalitesi ve günlük işlevsellik. Uyku kalitesi faktörü, bireylerin uykuya dalma güçlüğü, uykuyu sürdürme güçlüğü, istenilenden erken uyanma ve uyku düzeninden memnuniyet düzeylerini kapsamaktadır. Günlük işlevsellik faktörü ise, uyku problemlerinin gündelik yaşama etkisi, çevredekiler tarafından fark edilmesi ve bu problemlerin bireyde yarattığı sıkıntı düzeyini değerlendirmektedir (90). Türkçe'ye uyku kalitesi ve günlük işlevsellik olarak çevrilmiş olan faktörlerin literatürde uluslararası kaynaklara bakıldığında aslında 'şiddet' ve 'etki' olarak adlandırıldığı görülmektedir (115).

Cinsel şiddete maruz kalmayan bireylerde yürütülen analizler sonucunda, uyku kalitesi faktöründe travma sonrası stres belirtileri, depresyon ve anksiyete düzeylerinin anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Günlük işlevsellik faktöründe ise yalnızca anksiyete düzeyinin anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, cinsel şiddet maruziyeti bulunmayan bireylerde uyku kalitesi problemlerinin ölçümlenen psikolojik değişkenlerle açıklanamadığını, buna karşın günlük işlev kayıplarının anksiyete düzeyi ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, cinsel şiddet maruziyeti bulunmayan bireylerde uyku bozukluklarından kaynaklanan günlük işlevsellikte bozulma şikayetleri değerlendirilirken, kaygı düzeylerine ve yaşam stresi faktörlerine odaklanmanın daha işlevsel olabileceği düşünülmektedir.

Cinsel şiddete maruz kalan bireylerde yürütülen hiyerarşik regresyon analizleri, uyku kalitesi ve günlük işlevsellik faktörleri üzerinde farklı düzeylerde etkiler göstermiştir. Uyku kalitesi faktöründe, travma sonrası stres belirtileri, depresyon ve anksiyete düzeyleri anlamlı bir etki göstermemiştir. Modele Cinsel Şiddet Ölçeği (YPCŞÖ) puanlarının eklenmesiyle bireysel düzeyde uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuş ($p=0.004$), ancak modelin genel anlamlılık düzeyi istatistiksel sınırdan kalmıştır ($p=0.061$). Bu durum, cinsel şiddet deneyiminin uyku kalitesini etkileyebileceğini, ancak diğer değişkenlerin veya örneklem büyüklüğünün modelin genel açıklayıcılığını sınırlamış olabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan,

günlük işlevsellik faktörüne ilişkin analizlerde cinsel şiddet ölçeği puanlarının modele eklenmesiyle açıklanan varyans %44'e yükselmiş ve model genel anlamda güçlü bir şekilde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Günlük işlevsellik üzerinde yalnızca cinsel şiddet puanları anlamlı bir yordayıcı olarak belirlenmiş ve travma sonrası stres, depresyon ve anksiyete belirtilerinin etkisi ortadan kalkmıştır. Bu bulgular, cinsel şiddet düzeyinin yalnızca psikopatolojik belirtiler aracılığıyla değil, doğrudan bireyin uyku kalitesi ve gündelik yaşam işlevselliği üzerinde özgün ve bağımsız bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Sonuçlar günlük işlevsellikte bozulma problemleri ile sağlık hizmetlerine başvuran kadın bireylerde cinsel şiddet öyküsünün sistematik olarak sorgulanmasının önemine işaret etmektedir.

İnsomni, yalnızca bireyin gece uykusunu değil, aynı zamanda gündüz işlevselliğini de olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Yapılan araştırmalar, uykusuzluğun üretkenlik kaybı, günlük işlevsellikte bozulma, kaza riskinde artış ve yaşam kalitesinde belirgin düşüş gibi çeşitli olumsuz sonuçlara yol açtığını göstermektedir. Bu etkiler, bireyin hem kişisel yaşamını hem de sosyal ve işlevsel alanlardaki performansını ciddi biçimde zayıflatmaktadır (116,117). Yakın partner şiddetine uğrayan kadınlarda uyku bozukluklarına bağlı olarak, gün içinde dikkat, bilişsel işlevler, hafıza süreçleri ve karar verme yetileri zayıflayabilmekte, bunun sonucu olarak akademik ve mesleki alanlarda ya da annelik gibi alanlarda sorumlulukları sağlıklı bir biçimde yerine getirmeyi olumsuz etkileyebilir (85). Aynı zamanda insomni sonucu gelişen günlük işlevsellik bozulması, olumsuz koşullarla başa çıkma becerilerini ve güvenlik arayışı süreçlerinde kritik öneme sahip olan içgörü ve farkındalık yetilerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durum, söz konusu kadınların problem çözme yetilerinin zayıflamasına ve güvenliğe yönelik adımlar atmada güçlük yaşamalarına yol açabileceği için özel bir öneme sahiptir. İnsomni ve sonucunda gelişebilecek günlük işlevsellikte bozulmaya yönelik önleyici bir yaklaşım, yakın partner şiddetine maruz kalan bireylerde ruhsal ve fiziksel sağlık problemlerinin gelişimini engelleyebilir, bireylerin güvenlik planlarını oluşturma, uygulama ve sürdürme becerisini destekleyebilir ve tedavi planlarına odaklanmalarını arttırabilir (9). Bu bağlamda, uykusuzluk şikayetlerinin erken dönemde değerlendirilmesi ve müdahale edilmesi, yalnızca uyku düzeninin iyileştirilmesine değil, aynı zamanda

mağdurların başa çıkma stratejilerini güçlendirmesine, güvenliklerini sağlamalarına ve tedavi süreçlerine daha etkin katılım göstermelerine katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda, cinsel şiddete maruz kalan ve kalmayan bireylerde uyku kalitesi (PUKİ) üzerine etkili faktörler karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Cinsel şiddete maruz kalmayan bireylerde, uyku kalitesi üzerinde travma sonrası stres belirtileri, depresyon ve anksiyete düzeylerinin anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Model genel olarak düşük düzeyde varyans açıklamış ve bireysel değişkenler anlamlı yordayıcı olmamıştır. Cinsel şiddete maruz kalan bireylerde ise, travma sonrası stres belirtileri, depresyon, anksiyete ve cinsel şiddet puanlarının uyku kalitesi (PUKİ) üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Her dört değişkenin birlikte modele dahil edilmesine rağmen, modelin genel açıklayıcılığı düşük kalmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşamamıştır. Dolayısıyla cinsel şiddet derecesinin, anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres belirti şiddetlerinden bağımsız olarak uyku kalitesini anlamlı düzeyde etkilemediği bulunduğundan dolayı Hipotez 2 desteklenmemiştir.

Hipotez 1'i test etmek için kullanılan Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'ndeki (UŞİ) maddelerin çoğu, bireylerin uykusuzluk semptomlarına ilişkin subjektif algılarını doğrudan değerlendirmekte ve gece uykusundaki bozulmaların derecesine, uykusuzluğun gündüz işlevselliği üzerindeki etkilerine ve uyku problemlerinin bireyde yarattığı sıkıntı ya da endişe düzeyine odaklanarak algılanan uykusuzluk şiddetini kapsamlı bir şekilde ölçmektedir (118,119). Buna karşılık, hipotez 2'nin test edilmesi için kullanılan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), henüz net olarak tanımlanmamış daha geniş bir kavram olan genel uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (119). PUKİ, kişinin belirttiği yatış ve kalkış saatlerine göre uyku verimliliğini matematiksel olarak hesaplamakta, uyku sırasında banyo yapmak için uyanma, ağrı nedeniyle uykunun bölünmesi ve uyku ilacı kullanım sıklığı gibi unsurları da değerlendirerek uykuya etki eden bazı fizyolojik ve çevresel faktörler hakkında bilgi sunmaktadır. Ancak PUKİ, uyku problemlerinin bireyde yarattığı subjektif stres, endişe ya da yaşam kalitesi üzerindeki etkileri doğrudan ölçmemektedir. Bu nedenle, cinsel şiddet gibi travmatik yaşantıların birey üzerinde yarattığı öznel sıkıntı ve işlev kaybını değerlendirme açısından UŞİ, PUKİ'ye kıyasla

daha hassas bir ölçüm aracı olduğu düşünülmüştür; bu durum da çalışmamızdaki bulgulara yansımaktadır.

Woods ve arkadaşlarının (2010) kadın konukevlerinde kalan kadın katılımcılarla yaptığı yapısal eşitlik modellemesine dayalı çalışması, çocukluk çağı istismarı ve yakın partner şiddetinin uyku kalitesi üzerindeki etkisinin travma sonrası stres semptomları aracılığıyla dolaylı olarak gerçekleştiğini ortaya koymuştur (8). Ancak mevcut çalışmada elde edilen bulgular, Woods ve arkadaşlarının bulgularından kısmen farklılık göstermektedir. Mevcut çalışmada cinsel şiddet deneyiminin, travma sonrası stres, depresyon ve anksiyete belirtileri kontrol edildikten sonra dahi uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı saptanmıştır. Bu farklılık, örneklem özellikleri, kullanılan analiz yöntemleri ve uyku bozukluğunun ölçüm boyutları gibi faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Özellikle Woods ve arkadaşlarının çalışmasında yer alan katılımcıların konukevlerinde kalan, daha ağır travma öyküsüne sahip bireyler olması, kadın konukevlerinin uyku için elverişli olmayan koşullara sahip olması ve uyku kalitesine yönelik etkilerin yapısal eşitlik modellemesi ile dolaylı yollarla incelenmesi, elde edilen sonuçların farklılaşmasına katkı sağlamış olabilir.

5.3. CİNSEL ŞİDDET MARUZİYETİNE GÖRE PSİKOLOJİK BELİRTİLER VE UYKU PARAMETRELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Cinsel şiddete maruz kalan bireylerin depresyon belirti düzeyleri, maruz kalmayan bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın bulgularına benzer şekilde, Ouellet-Morin ve arkadaşlarının (2015) longitudinal yapıdaki çalışmasında, partner şiddetine maruz kalan kadınlarda depresyon gelişme riskinin, kontrol grubuna kıyasla izlem boyunca %61 oranında daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (120). Türkiye’de yapılan güncel bir araştırmada, partner cinsel şiddetine maruz kalmış olan bireylerin depresyon puanlarının, şiddet yaşamayan bireylerden anlamlı şekilde daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (102). Söz konusu çalışmada, yalnızca fiziksel zorlamaya dayalı cinsel şiddet değil, aynı zamanda ima, tehdit ve manipülasyon yoluyla kişinin rızası dışında belirli cinsel davranışlara yönlendirilmesi gibi baskı biçimleri de değerlendirilmiştir. Bu kapsam, çalışmamızın bulgularıyla paralellik göstermekte; fiziksel temas içermese dahi duygusal baskı, tehdit

veya manipölasyon içeren cinsel zorlamalara maruz kalanlarda depresif belirtilerlerin yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde gerek partner cinsel şiddetinin bireylerin ruh sağlığını doğrudan etkilediğini gösteren birçok çalışma mevcuttur. An ve arkadaşlarının (2019) yürüttüğü araştırmada, partner kaynaklı cinsel şiddet deneyimi yaşayan kadınlarda anksiyete bozuklukları, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu görülme olasılığı, hem genel toplumdaki kadınlara hem de fiziksel şiddete maruz kalan kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, cinsel şiddet mağdurlarında en sık karşılaşılan ruhsal sorunlardan birinin anksiyete bozukluğu olduğu ve bunun diğer psikiyatrik rahatsızlıklara kıyasla daha yaygın olduğu belirlenmiştir (121). Benzer şekilde, çalışmamızda da cinsel şiddete maruz kalan bireylerin anksiyete, depresyon ve travma sonrası belirti düzeylerinin, maruz kalmayan bireylere kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek bulunması, An ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında rapor edilen bulgularla örtüşmektedir. Şiddetin herhangi bir türüne kronik şekilde maruz kalan kadınlar sıklıkla güven duygusunda sarsılma, kontrol kaybı, suçluluk duyguları, özgüven eksikliği, umutsuzluk ve çaresizlik hisleri yaşamaktadırlar, bu durum zamanla çeşitli psikiyatrik hastalıkların gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (122).

Freyd (1996) tarafından tanımlanan "ihanet travması" (betrayal trauma), yani mağdurun yakın olduğu bir kişi tarafından gerçekleştirilen travmatik deneyimlerin, anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres belirtileriyle güçlü ilişkili olduğu gösterilmiştir (123). Goldsmith ve arkadaşlarının (2013) yürüttüğü çalışmada, yüksek ihanet içeren travmaların (örneğin mağdurun yakın ilişkide olduğu bir kişi tarafından gerçekleştirilen fiziksel, duygusal veya cinsel istismar) depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirtileriyle anlamlı biçimde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu ilişkide, duygusal düzenleme güçlüklerinin aracı rol oynadığı bulunmuştur. Başka bir deyişle, bireyler yakın çevresinden gelen travmatik deneyimlerin ardından duygularını düzenlemekte daha fazla güçlük yaşamakta, bu da ruhsal belirtilerin gelişmesine katkıda bulunmaktadır (124). Bu literatür ışığında değerlendirildiğinde, çalışmamızda yakın partner kaynaklı cinsel şiddete maruz kalan bireylerde, cinsel şiddete maruz kalmayanlara oranla daha yüksek anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres

belirtilerinin gözlenmesi, olayın yalnızca niteliğinden değil, failin kurbanla olan yakın ilişkisi bağlamında yaşanan ihanetin psikolojik etkilerinden de kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda, cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda maruz kalmayanlara göre uykusuzluk şiddeti daha yüksek bulunmuş olup, literatürde de çalışmamızdakine benzer bulgulara rastlanmaktadır. Steine ve arkadaşlarına göre, cinsel şiddete uğrayan bireyler, şiddete uğramayan bireylere kıyasla daha sık uyku problemleri bildirmiştir. Ayrıca çalışmada, uyku sorunlarının şiddetinin yalnızca cinsel istismara maruz kalma durumundan değil ve algılanan sosyal destek düzeyinden de etkilendiği gösterilmiştir (125). Bu bulgular, cinsel istismar mağdurlarında uyku sorunlarının yaygın olduğunu ve uyku bozukluklarının tedavisinde sosyal desteğin önemli bir rol oynayabileceğini ortaya koymaktadır. Literatürde benzer nitelikte bir çalışma Cox ve arkadaşları (2023) tarafından yapılmış olup, bu çalışmanın bulgularına göre, cinsel saldırıya maruz kalanlar kişilerde maruz kalmayanlara göre, insomni semptomları daha yüksek, uykuya dalış süresi daha uzun, gece uyanmaları daha sık ve öznel uyku kalitesi daha düşük bulunmuştur. Yine aynı çalışmada cinsel saldırı mağdurları travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı alıp almamalarına göre iki gruba ayrılmıştır. Bulgulara göre, travmaya maruz kalan bireylerde, özellikle TSSB tanısı alanlarda daha belirgin olmak üzere, her iki grupta da uyku parametrelerinde bozulmalar gözlenmiştir. Çalışmada, TSSB tanısı bulunmasa dahi cinsel saldırı mağdurlarında öznel uyku bozukluklarının görüldüğü belirtilmiş ve doğrudan travmatik yaşantının kendisinin, TSSB gelişiminden bağımsız şekilde insomni riskini artırabileceği ifade edilmiştir. Bu bulgular, cinsel saldırı mağdurlarında uyku bozukluklarının, TSSB tanısı olsun ya da olmasın, klinik müdahalelerde dikkate alınması gereken önemli bir hedef olduğunu göstermektedir (126).

5.4. ÖLÇEKLER ARASI KORELASYON ANALİZLERİ

Yakın partner şiddeti ile travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişki, literatürde ilgi gören ve farklı çalışmalarda ele alınan bir konu olmuştur. Bazı çalışmalarda, yakın partner şiddetine maruz kalmanın yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık semptom kümeleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (127). Woods ve Wineman (2004) çalışmasında, yaşam boyu cinsel şiddet deneyimi ile TSSB semptom kümeleri arasındaki ilişkiler incelenmiş ve özellikle kaçınma

semtomlarının cinsel şiddet öyküsüyle anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur ve bu kadınlarda, travmatik olayla ilgili düşünce, duygu ve hatırlatıcılardan kaçınma, travmaya ilişkin anıları bastırma ve travmayı hatırlatan durum, insan veya yerlerden uzak durma eğiliminin daha belirgin olduğu rapor edilmiştir (128).

Çalışmamızda, yakın partner ilişkilerinde cinsel şiddetin ayrılık tehdidi alt boyutu ile travma sonrası stres belirtilerinden kaçınma semptomları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrılık tehdidi, partnerin cinsel ilişkiyi reddetme durumunda aldatma veya ilişkiyi sonlandırma tehdidinde bulunmasını ve başka kadınlarla ilişki kurma imalarını içermektedir. İlişkinin sona ereceği ya da partner tarafından aldatıldığı/aldatılacağı düşüncesi ile cinsel ilişkide bulunmak, mağdurlarda yoğun duygusal stres, değersizlik ve terk edilme korkusu gibi güçlü olumsuz duygulara yol açabilir. Bu tür yoğun travmatik deneyimler, travmayı hatırlatan düşünce ve duygularla yüzleşmeyi zorlaştırarak, mağdurların kaçınma semptomlarını daha belirgin şekilde geliştirmesine yol açabilir. Iverson ve arkadaşlarının (2013) çalışması, kaçınmacı başa çıkma stratejilerinin uzun vadede yeniden şiddet mağduru olma riskini artırdığını göstermiştir. Bu doğrultuda değerlendirildiğinde, çalışmamızda gözlenen kaçınma belirtilerinin, ilerleyen süreçte kaçınmacı başa çıkma stratejilerini pekiştirebileceği ve mağdurların ilişkilerinde ileride yeniden mağduriyet yaşama olasılığını artırabileceği düşünülmektedir (129).

Birkeland ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında, cinsel travma ve zorbalık/tehdidin, olumsuz bilişler (örneğin olumsuz inançlar, yoğun suçluluk ve utanç duyguları) ile arasında yüksek ilişki olduğu bulunmuştur. Bu tür travmatik yaşantılar sonrasında, bireylerin dünyaya, diğer insanlara ve kendilerine yönelik algıları daha olumsuz hale gelmekte ve güven duygusunda belirgin bir bozulma yaşanmaktadır. Öngörüselleme kuramı çerçevesinde değerlendirildiğinde, bu bireyler gelecekteki olası tehditlere karşı aşırı temkinli olacak şekilde bilgi işlemeye başlamakta ve "güvenmek zarar verir" gibi olumsuz temel inançlar geliştirebilmektedir. Şiddetli zorbalık/tehdit, bireyin sürekli zarar görme korkusu yaşamasına ve çevresel tehdit algısının kalıcı hale gelmesine neden olarak, insanların güvenilmez ve dünyanın tehlikeli bir yer olduğu yönündeki olumsuz bilişsel şemaların oluşumuna zemin hazırlamaktadır (130). Çalışmamızda da, cinsel şiddetin kaynak yönetimi/zorbalık alt

boyutunu kapsayan; bireyin cinsel ilişkiye zorlanmak için maddi olanaklardan mahrum bırakılması, fiziksel şiddet tehdidi, duygusal baskı, fiziksel zorlama yoluyla cinsel ilişkiye girilmesi ve istek dışı cinsel davranışa maruz kalınması gibi maddeleri içeren parametre ile olumsuz bilişler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, partnerin güç ve kontrol mekanizmalarını kullanarak mağdura uyguladığı dolaylı ve doğrudan zorlayıcı davranışların, mağdurların kendilik algısında, diğer insanlara yönelik güven duygusunda ve dünyaya ilişkin temel bilişsel şemalarında derin bozulmalara yol açabileceğini göstermektedir.

Literatürde travma sonrası stres belirtileri ile uykusuzluk şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanmaktadır. Han ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, cinsel şiddete maruz kalan kişilerde uykusuzluk şiddetinin travma sonrası stres belirtileri ile, özellikle yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık semptom kümeleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, uyku problemlerinin TSSB'nin belirli semptom kümeleriyle özgül bağlantılar taşıdığını göstermektedir. Travmatik olayların zihinde istemsiz şekilde yeniden canlanması nedeniyle uykuya başlatmayı ve sürdürmeyi zorlaştırabilmekte ve aşırı uyarılmışlık semptomları ise sürekli tetikte olma, kolay irkilme ve uykuya dalamama gibi fizyolojik tepkiler yoluyla uyku düzenini bozabilmektedir (131). Çalışmamızdaki bulgular Han ve arkadaşlarının çalışmasına benzer özellikte olup, yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık semptomlarının özellikle uykusuzluk şiddeti indeksinin günlük işlevsellik faktörü ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Uyku problemleri yalnızca gece yaşanan bir zorluk olarak kalmayıp, travmatik anların istemsiz şekilde canlanması ve aşırı fizyolojik uyarılmışlık gibi semptomlar yoluyla bireylerin gündüz işlevselliklerini de ciddi şekilde bozmaktadır. Özellikle dikkat, konsantrasyon, motivasyon ve sosyal işlevsellik gibi alanlarda yaşanan aksamalar, mağdurların akademik, mesleki ve kişisel yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Dolayısıyla, TSSB semptomlarının uyku şikayetleri üzerinden bireyin genel işlevselliğini etkileyebileceği ve bu ilişkinin müdahale planlamalarında özel olarak ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

Cinsel şiddete maruz kalmayan ve maruz kalan gruplarda görülen psikolojik belirti düzeyleri ile uyku parametreleri arasındaki anlamlı korelasyonlar, bu iki boyutun birbiriyle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Depresyon ve

insomni arasındaki ilişki incelendiğinde, bu iki durum genellikle birlikte görülmekte olup, özellikle yaşlı bireyler ve kadınlar arasında bu birliktelik daha yaygındır (132). Harvey (2008), insomni'nın yalnızca psikiyatrik bozuklukların bir belirtisi değil, aynı zamanda bu bozuklukların gelişiminde, sürdürülmesinde ve nüksünde rol oynayan bağımsız bir etken olabileceğini ileri sürmektedir. Özellikle anksiyete ve depresyon gibi birçok psikopatoloji ile insomni arasında çift yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Bu ilişkiye göre, psikolojik semptomlar uyku düzenini olumsuz yönde etkilerken, bozulmuş uyku da psikolojik belirtilerin şiddetini artırarak karşılıklı olarak birbirini besleyen bir döngü oluşturmaktadır (86). Bu bulgular bize insomninin psikiyatrik hastalıkların tedavisinden bağımsız olarak da ele alınıp tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğunu göstermektedir.

Cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda anksiyete, depresyon ve TSSB belirti düzeyleri ile uykusuzluk şiddeti (UŞİ) arasında anlamlı ilişkiler bulunmasına karşın, uyku kalitesi (PUKİ) skorları ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda psikolojik semptomların özellikle öznel uykusuzluk deneyimini ve bunun gündelik yaşamdaki etkilerini artırdığını, ancak genel uyku kalitesi algısına aynı oranda yansımadağını düşündürmektedir. Buna karşın, cinsel şiddete maruz kalmayan bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyleri arttıkça uyku kalitesinde azalma olduğu bulunmuştur. Bu farklılık, cinsel şiddete maruz kalanlarda uyku bozukluklarının daha çok travmatik yaşantının nörofizyolojik etkileri ve travmaya özgü psikopatolojik süreçler üzerinden şekillenmiş olabileceği, buna karşılık, cinsel şiddete maruz kalmayan bireylerde uyku kalitesinin, anksiyete ve depresyon düzeylerindeki artışla birlikte anlamlı şekilde kötüleşebileceği ile açıklanabilir.

Özetle çalışmamızda cinsel şiddetin anksiyete, depresyon ve travma sonrası belirti şiddetlerinden bağımsız olarak uykusuzluk şiddetini arttırdığı, fakat uyku kalitesi üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur, bu doğrultuda hipotez 1 doğrulandığı, fakat hipotez 2 doğrulanmadığı görülmüştür. Cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda anksiyete, depresyon ve travma sonrası belirti düzeyleri ile uykusuzluk şiddeti ilişkili bulunmuş, uyku kalitesi ile anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ve hipotez 3 kısmen doğrulandığı görülmüştür.

6. KISITLILIKLAR

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.

Çalışma kronik insomni nedeniyle uyku bozuklukları ayaktan tedavi merkezine başvuran kişiler dahil edilerek yürütüldü. Çalışmanın toplum temelli olarak yürütülmemesi, çalışmanın sonuçlarının genel popülasyon için geçerliliği açısından bir kısıtlılık yaratabilir.

7. SONUÇLAR

Kadının maruz kaldığı cinsel şiddetin uyku sağlığına etkileri alanında sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yakın partner cinsel şiddetini değerlendirirken sadece fiziksel zorlama içeren cinsel şiddet biçimlerini değil, ima, manipülasyon ve tehdit yoluyla uygulanan cinsel şiddet biçimlerini de değerlendiren, yakın partner ilişkilerinde kadının maruz kaldığı cinsel şiddet ölçeği (YPCŞÖ) ve uykusuzluk şiddet indeksi ile Pittsburgh uyku kalitesi indeksi arasında yapılan bir çalışmaya ise literatürde rastlanmamıştır. Ayrıca literatürdeki çalışmalar genellikle kadın sığınma evlerinde kalan, ya da eşlerine karşı uzaklaştırma kararı çıkarmış olan kadınlar üzerinde yapılmış olup, daha önce uyku bozuklukları ayaktan tedavi merkezinde yapılan bu nitelikte bir çalışmaya rastlanmamıştır.

1. Cinsel şiddete maruziyet durumları arasında çocuk sayısı oranlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p=0,044$).
2. Cinsel şiddete maruz kalan katılımcıların, kalmayanlara göre yaşantılama ($p=0,008$), kaçınma ($p=0,048$), olumsuz bilişler ($p=0,013$), TSSB-KL ($p=0,026$), günlük işlevsellik ($p<0,001$), uyku kalitesi ($p<0,001$), UŞİ ($p<0,001$), BDÖ ($p<0,001$), BAÖ ($p=0,004$) ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur. PUKİ puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p= 0.779$).
3. Cinsel şiddetin Kaynak Yönetimi/Zorbalık alt grubu ile travma sonrası stres belirtilerinden olumsuz bilişler arasında anlamlı ilişki olduğu ($r=0,335$, $p=0,032$) bulunmuştur.
4. Cinsel şiddetin Ayrılık Tehdidi alt grubu ile travma sonrası stres belirtilerinden kaçınma arasında anlamlı ilişki olduğu ($r=0,338$, $p=0,031$) bulunmuştur.
5. Cinsel şiddete maruz kalan grupta uykusuzluk şiddetinin (UŞİ), TSSB-KL ($r=0,332$, $p=0,034$), BAÖ ($r=0,324$, $p=0,039$), ve YPCŞÖ ($r=0,535$, $p=0,001$) puanları ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır.

6. Cinsel şiddete maruz kalmayan grupta uyku kalitesinin (PUKİ), BAÖ ($r=0,263$, $p=0,032$), BDÖ ($r=0,307$, $p=0,012$), kaçınma ($r=0,269$, $p=0,028$) ve aşırı uyarılmışlık ($r=0,241$, $p=0,050$) puanları ile anlamlı düzeyde ilişki tespit edilmiştir. UŞİ puanları ile BAÖ puanları arasında ($r=0,297$, $p=0,015$) anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.
7. Cinsel şiddete maruz kalan grupta, cinsel şiddetin derecesinin, anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres belirti düzeylerinden bağımsız olarak uykusuzluk şiddetini yordadığı ($R^2=0,43$, $F=6,70$, $p<0,001$) bulunmuştur.
8. Cinsel şiddete maruz kalan grupta, cinsel şiddetin derecesinin anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres belirti düzeylerinden bağımsız olarak uykusuzluk kaynaklı gelişen günlük işlevsellikte bozulmayı arttırdığı ($R^2=0,44$, $F=7,04$, $p<0,001$) saptanmıştır.
9. Cinsel şiddete maruz kalmamış olan grupta uykusuzluk şiddetinin, anksiyete belirti düzeyi (BAÖ) tarafından yordandığı ($R^2=0,13$, $F=3,02$, $p=0,036$) bulunmuştur.
10. Cinsel şiddete maruz kalmayan grupta anksiyete belirti düzeyinin, uykusuzluk kaynaklı gelişen günlük işlevsellikte bozulmanın derecesini yordadığı ($R^2=0,20$, $F=5,33$, $p=0,002$) saptanmıştır.
11. Her iki grupta da uyku kalitesi (PUKİ) puanları için anlamlı yordayıcı bulunmamıştır

Sonuç olarak, araştırmanın hipotezleri doğrultusunda, yakın partner cinsel şiddetinin derecesinin anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirti düzeylerinden bağımsız olarak uykusuzluk şiddetini ve günlük işlevselliği yordayıcı olduğu bulunmuştur. Cinsel şiddete maruz kalmayanlarda ise anksiyetenin uykusuzluk şiddeti ve günlük işlevsellik üzerinde yordayıcı olduğu saptanmıştır. Her iki grubun da uyku kalitesini yordayan bir değişken bulunamamıştır.

Bulgularımız uyku bozuklukları ayaktan tedavi merkezlerine ve kliniklere insomni ve günlük işlevsellikte bozulma yakınmaları ile başvuran kadınlarda yakın

partner cinsel şiddeti maruziyetinin göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır.

Çalışmamız cinsel şiddetin uykusuzluk şiddeti ve günlük işlevsellikte bozulma üzerindeki bağımsız etkisini ortaya koyarak, uyku bozukluklarının yönetimi ve tedavisine yeni bir perspektif sunmaktadır. Uyku bozukluklarını anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluklarının bir semptomu olarak değerlendirmenin ötesinde, yakın partner cinsel şiddeti mağdurlarını tespit etmede bir işaret olarak görmek, partner şiddeti mağdurlarının uyku problemlerine yönelik kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine zemin oluşturarak, daha etkili stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunabilir.

Bu bağlamda, araştırmamızın sonuçları, ileride yapılacak çalışmalara ışık tutarak, uyku bozukluklarının daha geniş bir perspektiften ele alınmasına ve multidisipliner yaklaşımların benimsenmesine katkıda bulunacaktır.

8. KAYNAKLAR

1. Cinsel Şiddetle Mücadele Derneği. Kavramlar Sözlüğü, 2019. www.cinselsiddetlemucadele.org (Erişim tarihi: 20/04/2025)
2. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013.
3. Uluocak Ş, Gökulu G, Bilir O. Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde stratejik bir başlangıç noktası: Partner şiddeti. International Journal of Human Sciences/ Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2014 Jul 22;362–87.
4. Plichta SB, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. Womens Health Issues. 2001; 11 (3):244–58
5. Lutgendorf M. Intimate partner violence and women's health. Obstetrics & Gynecology, 2019; 134:470–80.
6. Logan T, Walker R, Jordan CE, Leukefeld CG. Women and victimization: Contributing factors, interventions, and implications. Washington, DC: American Psychological Association; 2007
7. White ME, Satyen L. Cross-cultural differences in intimate partner violence and depression: A systematic review. Aggression and Violent Behavior, 2015 Sep 1;24:120–130.
8. Woods SJ, Kozachik SL, Hall RJ. Subjective sleep quality in women experiencing intimate partner violence: contributions of situational, psychological, and physiological factors. Journal of Traumatic Stress 2010 Feb; 23 (1):141–50.
9. Walker R, Shannon L, Logan TK. Sleep Loss and Partner Violence Victimization. Journal of Interpersonal Violence. 2011 Jul 28; 26 (10):2004–24.
10. Benbir Şenel G, İsmailoğulları S, Tuncel Berktaş D, Bican Demir A, Akyıldız UO, editors. Uyku Nörofizyolojisi ve Hastalıkları. Ankara: Türk Nöroloji Derneği; 2022.
11. Genç S. The new Classification of Sleep Disorders (ICSD-3): The Changes in The Classification Of Sleep Related Breathing Disorder with ICSD-3. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 2017 Sep 1; 8 (31):23–31.
12. Grima NA, Bei B, Mansfield D. Insomnia theory and assessment. Australian Journal of General Practice, 2019 Apr 1; 48 (4):193–7.
13. American Academy of Sleep Medicine. Insomnia. International Classification of Sleep Disorders. 2014;(3).
14. Benbir G, Demir AU, Aksu M, Ardic S, Firat H, İtil O, et al. Prevalence of insomnia and its clinical correlates in a general population in Turkey. Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2015 Sep; 69(9):543–52.

15. Ohayon MM, Reynolds CF. Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Medicine*. 2009 Jul 15;10(9):952–60.
16. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*. 2002 May 1;6(2):97–111.
17. Ohayon M, Guilleminault C. Epidemiology of sleep disorders. *Sleep: a comprehensive handbook*, Wiley Online Library. 2005 Nov 4;73–82.
18. Roth T. Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *J Clin Sleep Med*. 2007 Aug 15;3(5):7–10.
19. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989 Sep;262(11):1479–84
20. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research* 2003 ;37(1):9–15.
21. Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, Kienzler C, Spiegelhalder K, Johann A, et al. Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 2019 Feb 1 ;43:96–105.
22. Bootzin, Richard R. Stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the American Psychological Association*. 1972;7:395–6.
23. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *The Psychiatric Clinics of North America* 1987 Dec;10(4):541–53.
24. Spielman AJ. Assessment of insomnia. *Clinical Psychology Review*. 1986;6(1):11–25.
25. Perlis ML, Giles DE , Mendelson WB, Bootzin RR, Wyatt JK. Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. *Journal of Sleep Research* 1997 ;6(3):179–88.
26. Espie CA. Insomnia: conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annual Review of Psychology* 2002;53:215–43.
27. Ellis JG, Gehrman P, Espie CA, Riemann D, Perlis ML. Acute insomnia: current conceptualizations and future directions. *Sleep Med Rev* .2012 Feb;16(1):5–14.
28. Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, Voderholzer U, Berger M, Perlis M, et al. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev* .2010 Feb;14(1):19–31.
29. Monroe LJ. Psychological and physiological differences between good and poor sleepers. *J Abnorm Psychol* 1967 Jun ;72(3):255–64.
30. Bonnet MH, Arand DL. Heart rate variability in insomniacs and matched normal sleepers. *Psychosom Med*. 1998;60(5):610–5

31. Vgontzas AN, Bixler EO, Lin HM, Prolo P, Mastorakos G, Vela-Bueno A, et al. Chronic insomnia is associated with nyctohemeral activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: clinical implications. *J Clin Endocrinol Metab* 2001 ;86(8):3787–94.
32. Irwin M, Clark C, Kennedy B, Gillin JC, Ziegler M. Nocturnal catecholamines and immune function in insomniacs, depressed patients, and control subjects. *Brain Behav Immun*. 2003;17(5):365–72.
33. Vgontzas AN, Papanicolaou DA, Bixler EO, Lotsikas A, Zachman K, Kales A, et al. Circadian interleukin-6 secretion and quantity and depth of sleep. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999 ;84(8):2603–7.
34. Perlis ML, Merica H, Smith MT, Giles DE. Beta EEG activity and insomnia. *Sleep Med Rev* .2001;5(5):365–76.
35. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002 Oct 5;360(9339):1083–8.
36. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanuna İlişkin Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete. 2013 Jan 18;madde 3-bent m.
37. Dogrucan A, Yıldırım Z. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Üzerine Bir İnceleme. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi . 2020 Aug;2(2):122–38.
38. Polat O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi . 2017 Mar 14;22(1):15–34.
39. Çetiner G. Aile içi Şiddet Yaşayan Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve İntihar Olasılığı. [Ankara]: T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
40. Uluocak Ş. Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde stratejik bir başlangıç noktası: Partner şiddeti. *International Journal of Human Sciences/ Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2014 Jul 22;362–87.
41. Tatlıoğlu K, Küçükköse İ. Türkiye’de kadına yönelik şiddet: Nedenleri, koruma, önleme ve müdahale hizmetleri. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* . 2015;7(13):194–209.
42. Orbay İ. Görünmeyene Işık Tutmak: Psikolojik Şiddet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2021;33(1):267–90.
43. Fidan F, Yeşil Y, Üniversitesi S, Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü Ç, DoçDr Y, Üniversitesi T. Nedenleri ve Sonuçları İtibariyle Flört Şiddeti. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018;(01):16–24.
44. Konuk Kandemir N, Alici B. Ekonomik Şiddetin Toplumsal Yansımalarına Türk Sinemasından Bakış: Nefesim Kesilene Kadar. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi* 2022 Jan;17(57):365–85.
45. Ünsal A. Genişletilmiş bir şiddet tipolojisi. *Cogito* 1996;(6–7):29–36.

46. Barındık G. Dijitalleşen Medya ve Yarattığı Yeni Şiddet Alanı: Dijital Şiddet. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2021.
47. Tamer N, Vatanartıran S. Ergenlerin Teknolojik Zorbalık Algıları. Online Journal of Technology Addiction and Cyberbullying 2014 Dec 22 2025;1(2):1–20.
48. Shariff S. Cyber-dilemmas in the new millennium: School obligations to provide student safety in a virtual school environment. McGill Journal of Education / Revue des sciences de l'éducation de McGill. 2005;40(3):457–77.
49. Perreault S. Self-reported Internet victimization in Canada, 2009. Juristat article 2011 Sep 15;1–31.
50. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence Geneva; 2010.
51. Shorey RC, Cornelius TL, Bell KM. A critical review of theoretical frameworks for dating violence: Comparing the dating and marital fields. Aggress Violent Behav. 2008 Jun 1;13(3):185–94.
52. Breiding MJ, Basile KC, Smith SG, Black MC, Mahendra R. Intimate partner violence surveillance : uniform definitions and recommended data elements. Vol. 2. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2015. 51–83 p.
53. Kadının İnsan Hakları Derneği. İstanbul Sözleşmesinin Önemi 2011 [Erişim tarihi: 04.04.2025].
54. Study of the Secretary-General of the United Nations. Ending violence against women From words to action. In: United Nations Publication. United Nations Publication; 2006. p. 42–3.
55. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara; 2014.
56. Özkan G. Kadına Yönelik Şiddet - Aile İçi Şiddet ve Konuya İlişkin Uluslararası Metinler Üzerine Bir İnceleme. Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi 2017 Jun 1;7(1):533–64.
57. Alan Dikmen H, Özaydın T, Dereli Yılmaz S. Üniversitedeki Kadın Öğrencilerde Yaşanan Flört Şiddeti ile Anksiyete ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki. Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018 Jan 1;9(2):170–6.
58. Kurt E, Yorguner Kupeli N, Sonmez E, Bulut NS, Akvardar Y. Domestic Violence Among Women Attending to Psychiatric Outpatient Clinic. Archives of Neuropsychiatry. 2018 Mar 1;1(55):22–8.
59. Murphy CM, Hoover SA. Measuring emotional abuse in dating relationships as a multifactorial construct. Violence Vict . 1999 [cited 2025 Apr 4];14(1):39–53.

60. Burks BK. Emotional abuse of women. Intimate violence against women: When spouses, partners, or lovers attack. 2006; 15–29.
61. Adams AE, Sullivan CM, Bybee D, Greeson MR. Development of the Scale of Economic Abuse. Violence Against Women. 2008 May 1;14(5):563–88.
62. Ciorba Vondelinde KM. How Are Domestic Violence Programs Meeting the Economic Needs of Battered Women in Iowa? An Assessment and Recommendations. Building Comprehensive Solutions to Domestic Violence. 2022 Mar;(16):1–19.
63. Çalışkan H, Çevik Eİ. Kadına Yönelik Şiddetin Belirleyicileri: Türkiye Örneği. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi 2018 Jul 30;7(14):218–33.
64. İnci R. Çalışan Kadınlarda Şiddet Algısı ve Bu Algıda Ekonomik Şiddetin Yeri. Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi. 2019;2(3):189–206.
65. Şener G, Dirini İ, Şebnem NT, Şevket A, Tasarım U, Akdoğan F. Cinsiyetçi Dijital Şiddetle Mücadele Rehberi 2019. p. 5–8.
66. Baker L, Campbell M, Barreto E. Understanding Technology-Related Violence Against Women: Types of Violence and Women’s Experiences. Learning Network Brief 6 2013;1–7.
67. Laxton C, Fisher H, Hawkins S. Women’s Aid report into online abuse, harassment and stalking. 2014.
68. Tırtıl L. Cinsel travmalara tarihte ve günümüzde adli tıp bakışı ve günümüz Türkiye’indeki adli tıp uygulaması. Psikiyatride Güncel 2021];11(4):327–40
69. Saka NE. Kanaması Dinmeyen Yara “Kadına Yönelik Cinsel Şiddet” (Constantly bleeding “sexual violence against women”). Günebakan Dergisi. 2018;(75–76):15–22.
70. Cantürk N, Koç S. Adli Tıp Kurumunda Değerlendirilen Cinsel Suç Sanıklarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Psikiyatrik Profilleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2010;63(2):49–53.
71. United Nations Populations Funds [UNFPA]. The Managing Gender-based Violence Programmes in Emergencies E-learning Campaign Guide. 2012.
72. Çamaş GG, Gülgün M. Sosyal Hiyerarşi: Cinsel Şiddet Mitlerini Anlamak. Türk Psikoloji Dergisi. 2016;(78):62–74.
73. Logan TK, Cole J, Shannon L. A mixed-methods examination of sexual coercion and degradation among women in violent relationships who do and do not report forced sex. Violence Vict. 2007;22(1):71–94.
74. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. J Fam Violence. 1999 Jun;14(2):99–132.

75. Kahn AS, Jackson J, Kully C, Badger K, Halvorsen J. Calling it Rape: Differences in Experiences of Women Who do or do not Label their Sexual Assault as Rape. *Psychol Women Q*. 2003 Sep;27(3):233–42.
76. Currier GW, Barthauer LM, Begier E, Bruce ML. Training and experience of psychiatric residents in identifying domestic violence. *Psychiatr Serv*. 1996;47(5):529–30.
77. Atman ÜC. Kadına Yönelik Şiddet; Cinsel Taciz / Irza Geçme. Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu. 2003;12(9):333–5.
78. Devries KM, Mak JYT, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, et al. The Global Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women. *Science*. 2013 Jun 28;340(6140):1527–8.
79. Hauri P, Fisher J. Persistent psychophysiologic (learned) insomnia. *Sleep*. 1986;9(1):38–53.
80. Mazzotta CM, Crean HF, Pigeon WR, Cerulli C. Insomnia, Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, and Danger: Their Impact on Victims' Return to Court for Orders of Protection. *J Interpers Violence*. 2021 Mar 28;36(5–6):2443–63.
81. Lalley-Chareczko L, Segal A, Perlis ML, Nowakowski S, Tal JZ, Grandner MA. Sleep Disturbance Partially Mediates the Relationship Between Intimate Partner Violence and Physical/Mental Health in Women and Men. *J Interpers Violence*. 2017 Aug 5;32(16):2471–95.
82. Germain A, McKeon AB, Campbell RL. Sleep in PTSD: Conceptual model and novel directions in brain-based research and interventions. *Curr Opin Psychol*. 2017 Apr 1;14:84–9.
83. Tjaden P, Thoennes N. Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women Findings From the National Violence Against Women Survey. Findings From the National Violence Against Women. Washington, DC; 2000 Nov.
84. Reynaud E, Vuillermoz C, Léon C, Roland N, El Khoury F. Association between the experience of sexual violence and insomnia in a national sample of French adults. *Sleep Med*. 2023 Jan 1;101:228–32.
85. Gonçalves M, Matos M. Sleep and women intimate partner victimization: prevalence, effects and good practices in health care settings. *Sleep Sci*. 2019;12(1):35–42.
86. Harvey AG. Insomnia, psychiatric disorders, and the transdiagnostic perspective. *Curr Dir Psychol Sci*. 2008 Oct;17(5):299–303.
87. Pigeon WR, Cerulli C, Richards H, He H, Perlis M, Caine E. Sleep Disturbances and Their Association With Mental Health Among Women Exposed to Intimate Partner Violence. *J Womens Health*. 2011;20(12):1923–9.

88. Pigeon WR, Crean HF, Cerulli C, Gallegos AM, Bishop TM, Heffner KL. A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Augment PTSD Treatment in Survivors of Interpersonal Violence.
89. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med* 2001;2(4):297–307.
90. Boysan M, Güleç M, Beşiroğlu L, Kalafat T. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2010;11(3):248–52.
91. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193–213.
92. Ağargün M, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1996;7(2):107–15.
93. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep.* 1991 Aug;14(4):331–8.
94. Shackelford TK, Goetz AT. Men’s Sexual Coercion in Intimate Relationships: Development and Initial Validation of the Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale. *Violence Vict.* 2004 Oct;19(5):541–56.
95. Güvenç R, Hacıoğlu Yıldırım M, Yıldırım EA. Reliability And Validity of Turkish Version of Sexual Coercion in Intimate Partner Relationships Scale. *Archives of Neuropsychiatry.* 2021;151–7.
96. Beck AT. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961 Jun 1;4(6):561.
97. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi.* 1988 Aug ;6(22):118–26.
98. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893–7.
99. Ulusoy M, Hisli Şahin N. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 1998 Jan;12.
100. Boysan M, Guzel Ozdemir P, Ozdemir O, Selvi Y, Yilmaz E, Kaya N. Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (PCL-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* 2017 Jul 3;27(3):300–10.
101. Shackelford TK, Goetz AT. Men’s sexual coercion in intimate relationships: Development and initial validation of the sexual coercion in intimate relationships scale. *Violence Vict.* 2004;19(5):541–56.

102. Bingül E, Mestcioğlu AÖ. Yakın Partner İlişkilerinde Cinsel Şiddete Maruz Kalan Kadınlarda Depresyon ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi . [İstanbul]: T.C. İstanbul Okan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2023.
103. Skandro S, Abio A, Baernighausen T, Lowery Wilson M. Socio-demographic determinants of intimate partner violence in Angola: a cross-sectional study of nationally representative survey data. 2024;27:21–33.
104. Keskin A, Üniversitesi İ, Fakültesi İ, Ekonomisi Ve Endüstri Ç, Bölümü İ, İstanbul T. Türkiye’de Kadına Yönelik Cinsel Şiddeti Etkileyen Sosyoekonomik ve Demografik Faktörler. İstanbul İktisat Dergisi-Istanbul Journal of Economics 2023;73(1):587–613.
105. Lövestad S. Intimate partner violence, sociodemographic factors and mental health among population based samples in Sweden [Gothenburg]: Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg; 2019.
106. Weitzman A. Does Increasing Women’s Education Reduce Their Risk of Intimate Partner Violence? Evidence from an Education Policy Reform HHS Public Access. Criminology. 2015; Moretti(3):574–607.
107. Dimbuene ZT, Ahinkorah BO, Amugsi DA. Men’s education and intimate partner violence—Beyond the victim-oriented perspective: Evidence from demographic and health surveys in Central Africa. PloS One . 2024 Apr 1;19(4):e0302627.
108. Ahmadi R, Soleimani R, Jalali MM, Yousefnezhad A, Roshandel Rad M, Eskandari A. Association of intimate partner violence with sociodemographic factors in married women: a population-based study in Iran. Psychol Health Med. 2017 Aug 9;22(7):834–44.
109. Gartner R, McCarthy B. The Social Distribution of Femicide in Urban Canada, 1921–1988. Law Soc Rev. 1991;25(2):287–311.
110. Jewkes R, Morrell R, Sikweyiya Y, Dunkle K, Penn-Kekana L. Men, Prostitution and the Provider Role: Understanding the Intersections of Economic Exchange, Sex, Crime and Violence in South Africa. PLoS One. 2012 Jul 20;7(7):e40821.
111. Asadi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Yavarikia P, Mirghafourvand M. Socio-Demographic Predictors of Intimate Partner Violence in a Population Sample of Iranian Women. 2019;20(2):69735.
112. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Álvarez-Kindelán M, Palomo-Pinto M, Arnalte-Barrera M, Bonet-Pla Á, et al. Sociodemographic Associations of Physical, Emotional, and Sexual Intimate Partner Violence in Spanish Women. Ann Epidemiol. 2006 May 1;16(5):357–63.
113. Palagini L, Miniati M, Caruso V, Alfi G, Geoffroy PA, Domschke K, et al. Insomnia, anxiety and related disorders: a systematic review on clinical and therapeutic perspective with potential mechanisms underlying their complex link. Neuroscience Applied . 2024 Jan 1;3:103936

114. Goldstein LA, Jakubowski KP, Huang AJ, Seal K, Maguen S, Inslicht SS, et al. Lifetime History of Interpersonal Partner Violence is Associated with Insomnia among Midlife Women Veterans HHS Public Access. *Menopause*. 2023;30(4):370–5.
115. Shinohara E, Hada A, Minatani M, Wakamatsu M, Kitamura T. The Insomnia Severity Index: Factor Structure and Measurement and Structural Invariance across Perinatal Time Points. *Healthcare* 2023, Vol 11, Page 1194. 2023 Apr 21;11(8):1194.
116. Zammit GK, Weiner J, Damato N, Sillup GP, McMillan CA. Quality of life in people with insomnia. *Sleep*. 1999 May 1;22 Suppl 2:S379-85.
117. Drake CL, Roehrs T, Roth T. Insomnia causes, consequences, and therapeutics: An overview. *Depress Anxiety*. 2003;18(4):163–76
118. Fabbri M, Beracci A, Martoni M, Meneo D, Tonetti L, Natale V. Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Jan 26 ;18(3):1082.
119. Chen PY, Jan YW, Yang CM. Are the Insomnia Severity Index and Pittsburgh Sleep Quality Index valid outcome measures for Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia? Inquiry from the perspective of response shifts and longitudinal measurement invariance in their Chinese versions. *Sleep Med*. 2017 Jul 1;35:35–40.
120. Ouellet-Morin I, Fisher HL, York-Smith M, Fincham-Campbell S, Moffitt TE, Arseneault L. Intimate Partner Violence And New-Onset Depression: A Longitudinal Study of Women’s Childhood and Adult Histories of Abuse. *Depress Anxiety*. 2015 May;32(5):316-24
121. An JH, Moon CS, Kim DE, Lee-Tauler SY, Jeon HJ, Cho SJ, et al. Prevalence of intimate partner violence victimization and its association with mental disorders in the Korean general population. *Arch Womens Ment Health*. 2019 Dec 1;22(6):751–8.
122. Han Almış B, Gümüştas F, Koyuncu Kütük E. Effects of Domestic Violence Against Women on Mental Health of Women and Children. *Current Approaches in Psychiatry*. 2020;12(2):232–42.
123. Freyd JJ, Klest B, Allard CB. Betrayal trauma: Relationship to physical health, psychological distress, and a written disclosure intervention. *Journal of Trauma and Dissociation* . 2005;6(3):83–104.
124. Goldsmith RE, Chesney SA, Heath NM, Barlow MR. Emotion regulation difficulties mediate associations between betrayal trauma and symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety. *J Trauma Stress*. 2013 Jun;26(3):376–84.
125. Steine IM, Krystal JH, Nordhus IH, Bjorvatn B, Harvey AG, Eid J, et al. Insomnia, Nightmare Frequency, and Nightmare Distress in Victims of Sexual Abuse: The Role of Perceived Social Support and Abuse Characteristics. *J Interpers Violence*. 2012 Jun;27(9):1827–43.

126. Cox RC, Garcia AN, Jessup SC, Woronko SE, Rast CE, Olatunji BO. Subjective sleep disturbances in sexual assault survivors: Associations with trauma and posttraumatic stress disorder symptom severity HHS Public Access. *Behav Ther.* 2023;54(5):863–75.
127. Pill N, Day A, Mildred H. Trauma responses to intimate partner violence: A review of current knowledge. *Aggress Violent Behav.* 2017 May;34:178–84.
128. Woods SJ, Wineman NM. Trauma, posttraumatic stress disorder symptom clusters, and physical health symptoms in postabused women. *Arch Psychiatr Nurs* 2004 Feb 1;18(1):26–34.
129. Iverson KM, Litwack SD, Pineles SL, Suvak MK, Vaughn RA, Resick PA. Predictors of Intimate Partner Violence Revictimization: The Relative Impact of Distinct PTSD Symptoms, Dissociation, and Coping Strategies. *J Trauma Stress.* 2013 Feb 16;26(1):102–10.
130. Birkeland MS, Skar AMS, Jensen TK. Understanding the relationships between trauma type and individual posttraumatic stress symptoms: a cross-sectional study of a clinical sample of children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2022 Dec 1;63(12):1496–504.
131. Han S, Chung YK, Kim MR, Lee H, Kim YJ, Chang HY, et al. Differences in Trauma-Related Guilt in Females with History of Sexual Violence Based on Insomnia Severity. *Sleep Med Res.* 2018 Jun 30;9(1):39–45.
132. Tsuno N, Besset A, Ritchie K. Sleep and Depression. *J Clin Psychiatry.* 2005 Oct 15;66(10):1254–69.

9. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI





EK-2: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“Kronik İnsomni Tanılı Kadın Hastalarda Yakın Partner Cinsel Şiddetine Maruz Kalmanın İnsomni Şiddeti ve Uyku Kalitesi ile İlişkisi” isimli araştırma, Dr. Melike Neva Erdemli tarafından açıklandı. Kronik insomni tanısı ile uyku bozuklukları ayaktan tedavi merkezine başvuran kadın hastalarda yakın partnerleri tarafından cinsel şiddete maruz kalmanın, hastalardaki uyku kalitesi ve insomni şiddeti üzerindeki etkisinin araştırılması amacıyla yapılan bu çalışmada 01.09.2024-28.02.2025 tarihleri arasında uyku bozuklukları ayaktan tedavi merkezine ve psikiyatri polikliniklerine başvurmuş olan katılımcıların kendisi tarafından doldurulacak olan çeşitli psikiyatrik ölçekler sonrasında elde edilen verilerin toplanması ile kendisi tarafından yürütüleceğini, herhangi bir şekilde parasal ödemede bulunmam gerekeceğini belirtti.

Araştırmaya katılmam halinde İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabileceği, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya kanuni temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş olacağı, yalnızca verilerin analiz için kullanılacağı;

Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya kanuni temsilcisinin zamanında bilgilendirileceği;

Gerekirse testlere başladıktan sonra istediğim zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebileceğim veya araştırmadan çekilebileceğim, araştırmadan çıkarılmam veya çıkmam halinde, hastalığım ile ilgili tedavisinde bir aksama olmayacağı araştırmadan ayrılabilirim açıklandı.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim biliyorum;

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum;

Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamamayı, yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi.

Tarih:

Araştırmaya katılan gönüllü hastanın;

Adı soyadı :

İmzası :

Araştırmayı yürüten Dr.;

Adı soyadı : Dr. Melike Neva Erdemli

Bölümü : Psikiyatri

İmzası:

EK-3: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1) Ad-Soyad:

Tarih:

2) Yaş:

3) Eğitim Durumu: Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite () Yüksek Lisans () Doktora ()

4) İlişki Durumu: Bekar/İlişkisi var () Evli ()

İlişkinizin süresi nedir? _____

5) Partnerinizle nasıl tanıştınız?

Aile aracılığıyla () Arkadaş aracılığıyla () İnternet üzerinden ()
İşyeri/Okuldan ()

Diğer: _____

6) Evli iseniz nasıl evlendiğiniz ;

Anlaşarak () Ailenin zoruyla () Kaçarak () Kaçınılarak ()
Görücü usulü ()

7) Çocuğunuz var mı? Varsa sayısını belirtiniz Yok () Var () _____

8) İş Durumunuz:

Çalışmıyor () Serbest Meslek () Memur () İşçi () Diğer: _____

9) Nerede yaşıyorsunuz?

Yurt () Ailemle evde () Tek başıma evde () Arkadaşımla evde ()

Partnerimle evde () Eşimle evde ()

10) Eşiniz/partnerinizin son bitirdiği okula göre eğitim durumu:

Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul ()
Üniversite () Lisansüstü ()

11) Eşiniz/partneriniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu? Evet () Hayır ()

12) Eşinizin/partnerinizin zararlı bir alışkanlığı var mı? Varsa sıklığı/miktarını belirtiniz

Yok () Sigara () _____ Alkol () _____ Kumar () _____

Eğer zararlı bir alışkanlığı varsa ne kadar süredir devam ediyor? _____

EK-4: PITTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

		PITTSBURGH UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ FORMU				 EREKNÖY RUH VE SINIR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
KOD	HB.FR.107	YAY.TR.	01.09.2016	REV.TR.	23.11.2020	REV.NO	2	SAYFA SAYISI:	1

İSİM:.....

YAŞ:.....

TARİH:.....

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki mutad uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1	Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?	MUTAD YATIŞ SAATİ:
2	Geçen ay geceleri uykuya daldığınız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?	 dakika
3	Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?	MUTAD KALKIŞ SAATİ:
4	Geçen ay geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)	Bir gecedeki uyku süresi: saat

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5	Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız
	Geçen ay boyunca hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla
b	Gece yarısı veya sabah erken uyandınız
	Geçen ay boyunca hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla
c	Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız
	Geçen ay boyunca hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz
	Geçen ay boyunca hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla
e	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız
	Geçen ay boyunca hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla
f	Aşırı derecede üşüdünüz
	Geçen ay boyunca hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla
g	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz
	Geçen ay boyunca hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla
h	Kötü rüyalar gördünüz
	Geçen ay boyunca hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla
i	Ağrı duyduunuz
	Geçen ay boyunca hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla
j	Diğer neden(ler). Lütfen belirtiniz.
	

* Geçen ay bu nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız.

Geçen ay boyunca hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla

	PITTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ FORMU	 ERENKÖY RUH VE SINIR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ							
KOD	HB.FR.107	YAY.TR.	01.09.2016	REV.TR.	23.11.2020	REV.NO	2	SAYFA SAYISI:	2

6. Geçen ay uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

Çok iyi.....

Oldukça iyi.....

Oldukça kötü.....

Çok kötü.....

7. Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

Geçen ay boyunca hiç Haftada birden az..... Haftada bir veya iki kez..... Haftada üç veya daha fazla.....

8. Geçen ay araba sürerken yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmakta zorlandınız?

Geçen ay boyunca hiç Haftada birden az..... Haftada bir veya iki kez..... Haftada üç veya daha fazla.....

9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu?

- Hiç problem oluşturmadı.....
- Yalnızca çok az problem oluşturdu.....
- Bir dereceye kadar problem oluşturdu.....
- Çok büyük problem oluşturdu.....

10. Bir yatak partneriniz ya da oda arkadaşınız var mı?

- Bir yatak partneri ya da oda arkadaşı yok.....
- Diğer odada bir yatak partneri ya da oda arkadaşı var.....
- Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil.....
- Partner aynı yatakta.....

*Eğer bir oda arkadaşınız ya da yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınız sorun.

a	Gürültülü horlama			
	Geçen ay boyunca hiç	Haftada birden az	Haftada bir veya iki kez	Haftada üç veya daha fazla
b	Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar			
	Geçen ay boyunca hiç	Haftada birden az	Haftada bir veya iki kez	Haftada üç veya daha fazla
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama			
	Geçen ay boyunca hiç	Haftada birden az	Haftada bir veya iki kez	Haftada üç veya daha fazla
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık			
	Geçen ay boyunca hiç	Haftada birden az	Haftada bir veya iki kez	Haftada üç veya daha fazla
e	Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız. Lütfen belirtiniz.....			
	Geçen ay boyunca hiç	Haftada birden az	Haftada bir veya iki kez	Haftada üç veya daha fazla

EK-5: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|---|
| 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. | 12 (0) Karar verirken eskiden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum. |
| 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarıyım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. | 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum. |
| 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. | 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum. | 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. |
| 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. |
| 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskiden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum. | 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. |
| 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. | 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. | 20 (0) Sekse karşı ilgisimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilgisim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum. | 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor. |
| 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum. | |

Toplam BECK-D skoru:.....

EK-6: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK-7: YAKIN PARTNER İLİŞKİLERİNDE KADININ MARUZ KALDIĞI CİNSEL ŞİDDET ÖLÇEĞİ

Cinsellik, yakın partner ilişkilerinin önemli bir parçasıdır. Ancak bazen bir çatışma kaynağı da olabilmektedir. Aşağıdaki sorulara samimiyetle vereceğiniz yanıtlar yakın partner ilişkilerindeki cinsellik hakkında bilinenlere katkıda bulunacak ve çiftlere ilişkilerindeki cinsellik alanını geliştirmek için yardımcı olacaktır. Bazı soruların yanıtlamanın sizi rahatsız edebileceğini düşünüyoruz ancak yanıtlarınızın kesinlikle gizli kalacağını unutmayın.

Aşağıda yakın partner ilişkilerinde meydana gelebilecek eylemlerin bir listesi bulunmaktadır. Lütfen aşağıda yer alan eylemlerin, şu anki yakın partner ilişkiniz içerisinde son bir ayda NE SIKLIKLA meydana geldiğini en iyi temsil eden sayıyı her maddenin sonundaki boşluğa yazınız.

- 0 = Geçen ay içinde OLMADI
- 1 = Geçen ay 1 kez gerçekleşti
- 2 = Geçen ay 2 kez gerçekleşti
- 3 = Geçen ay 3 ila 5 kez gerçekleşti
- 4 = Geçen ay 6 ila 10 kez eylem gerçekleşti
- 5 = Geçen ay 11 VEYA DAHA FAZLA kez gerçekleşti

___ 1. Partnerim eğer onunla cinsel ilişki yaşamazsam, bana sağladığı olanaklardan beni alıkoyacağını ima etti.

___ 2. Partnerim beni, eğer onunla cinsel ilişki yaşamazsam, bana sağladığı olanaklardan beni alıkoymakla tehdit etti.

___ 3. Partnerim beni, eğer onunla cinsel ilişki yaşamazsam, bana sağladığı olanaklardan beni alıkoydu.

___ 4. Partnerim eğer onunla cinsel ilişki yaşarsam, bana hediye vereceğini ya da başka olanaklar sağlayacağını ima etti.

___ 5. Partnerim onunla cinsel ilişki yaşamaya mecbur hissedeyim diye, bana hediyeler verdi ya da başka olanaklar sağladı.

___ 6. Partnerim onunla cinsel ilişki yaşamaya mecbur hissedeyim diye, bana aldığı hediyeleri ya da sağladığı başka olanakları hatırlattı.

___ 7. Partnerim istemediğimi bildiği halde, ısrarlı bir şekilde onunla cinsel ilişki istiyor muyum diye sormaya devam etti.

___ 8. Partnerim ben farkında değilken (uykuda, alkol ya da ilaç etkisindeyken), benimle cinsel ilişki başlattı ve buna isteğim dışında devam etti.

___ 9. Partnerim onunla cinsel ilişkiye yaşamam için beni, fiziksel olarak zorlamakla tehdit etti.

- ___ 10. Partnerim onunla cinsel ilişki yaşamam için beni, fiziksel olarak zorladı.
- ___ 11. Partnerim bana onunla cinsel ilişki yaşamaya mecbur olduğumu hissettirdi.
- ___ 12. Partnerim beni onunla cinsel ilişki yaşamazsam, başka bir kadınla cinsel ilişki yaşamakla tehdit etti.
- ___ 13. Partnerim onunla cinsel ilişki yaşamam gerektiğini hissettirmek için, bana başka çiftlerin bizden daha sık cinsel ilişkiye girdiğini söyledi.
- ___ 14. Partnerim beni, onunla cinsel ilişki yaşamazsam, bana şiddet uygulamakla tehdit etti.
- ___ 15. Partnerim beni, onunla cinsel ilişkiye yaşamazsam, önem verdiğim birine ya da bir şeye şiddet uygulamakla tehdit etti.
- ___ 16. Partnerim beni, cinsel olarak uygun bulmadığım bir şeyi yapmaya zorladı.
- ___ 17. Partnerim istemediğimi belirtmeme rağmen, bana pornografik içerikli resim ya da video gösterdi veya izletti.
- ___ 18. Partnerim benim onayım olmadan benim iç çamaşırılı, çıplak veya cinsel ilişki esnasında fotoğrafımı/videomu çekti.
- ___ 19. Partnerim onunla cinsel ilişki yaşamazsam, ilişkimizi bitireceğini ima etti.
- ___ 20. Partnerim onunla cinsel ilişki yaşamazsam, beni ilişkimizi bitirmekle tehdit etti.
- ___ 21. Partnerim onunla cinsel ilişki yaşamazsam, başka bir kadınla cinsel ilişki yaşayacağını ima etti.
- ___ 22. Partnerim eğer onunla cinsel ilişki yaşamazsam, başka bir kadınla uzun süreli ilişki için arayışa girebileceğini ima etti.
- ___ 23. Partnerim eğer onunla cinsel ilişki yaşamazsam, beni başka bir kadınla uzun süreli ilişki için arayışa girmekle tehdit etti.
- ___ 24. Partnerim onunla cinsel ilişki yaşayayım diye, başka kadınların onunla ilişki yaşamaya ilgi duyduklarını ima etti.
- ___ 25. Partnerim onunla cinsel ilişki yaşayayım diye, başka kadınların onunla ilişki yaşamaya ilgi duyduklarını söyledi.

EK-8: UYKUSUZLUK ŞİDDETİ İNDEKSİ (UŞİ)

UYKUSUZLUK ŞİDDETİ İNDEKSİ (ISI) ÖLÇEĞİ

İsim: _____ Tarih: _____

1. Lütfen su andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin/problemlerinizin **ŞİDDETİNİ** değerlendiriniz.

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
a) Uykuya dalmakta güçlük:	0	1	2	3	4
b) Uykuyu sürdürmekte güçlük:	0	1	2	3	4
c) Çok erken uyanma problemi:	0	1	2	3	4

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/memnuniyetsizsiniz?

Çok Memnun	Memnun	Nötr	Memnun Değil	Hiç Memnun Değil
0	1	2	3	4

3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle Engelle-yici Değil	Biraz Engelle-yici	Oldukça Engelle-yici	Çok Engelle-yici	Çok Fazla Engelle-yici
0	1	2	3	4

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle Fark Edilemez	Biraz Fark Edilebilir	Oldukça Fark Edilebilir	Çok Fark Edilebilir	Çok Fazla Fark Edilebilir
0	1	2	3	4

5. Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

Kesinlikle Endişelendirmiyor	Biraz Endişelendiriyor	Oldukça Endişelendiriyor	Çok Endişelendiriyor	Çok Fazla Endişelendiriyor
0	1	2	3	4

Puanlama/Yorumlama Yönergesi:

Yedi maddenin puanlarını toplayınız (1a+1b+1c+ 2+3+4+5) = _____

Toplam puan 0-28 arasında değişmektedir.

0-7 = Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk

8-14 = Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği

15-21 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Orta düzeyde şiddetli)

22-28 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Şiddetli)

EK-9: DSM İÇİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU KONTROL LİSTESİ

DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. *Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığınız en kötü olayı* düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyun. SON BİR AY İÇİNDE bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.

GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı:	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	Aşırı
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelerden veya durumlardan) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
14. Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD