

**Araştırma / Original article****Aile içi şiddet mağduru kadınlarda ruhsal dayanıklılık, bağlanma biçimleri, başa çıkma tutumları ve psikopatoloji**Çetin IRMAK,<sup>1</sup> Merih ALTINTAŞ<sup>2</sup>**ÖZ**

**Amaç:** Bu çalışmada aile içi şiddete uğrayan ve konukevlerinde kalan kadınlarla, evinde yaşayan kadınların ruhsal dayanıklılık, bağlanma biçimleri, başa çıkma tutumları ve psikopatoloji açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** İstanbul'daki iki kadın konukevinde kalan aile içi şiddet mağduru 100 kadın ve evinde kalan ve halen şiddet gören 50 kadın olmak üzere toplam 150 kadın, Sosyodemografik Veri Formu, Şiddet Veri Formu, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ), DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu, Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtiler (PHQ-SADS) Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Konukevinde kalan kadınların %76'sı, evinde kalan kadınların %90'ı en az bir psikiyatrik tanıya sahipti. Konukevinde travma sonrası stres bozukluğu (%35), evinde kalan kadınlarda majör depresyon (%66) en sık görülen tanı idi. Evinde kalan grupta majör depresyon, somatizasyon bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu diğer gruba göre anlamlı derecede yüksek saptandı. PHQ-SADS Ölçeğine göre evinde kalan grupta, somatizasyon, yaygın anksiyete, panik, depresyon, işlevsellik bozulması alt ölçekleri ve ölçek toplam puanı diğer gruba göre anlamlı derecede yüksek bulundu. YİPDÖ toplam puanı ve kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil ve aile uyumu alt ölçekleri ise konukevinde kalan grupta anlamlı derecede yüksekti. Aktif başa çıkma alt ölçeği konukevinde kalan kadınlarda, işlevsel olmayan başa çıkma ve davranışsal boş verme alt ölçekleri ise evinde kalanlarda anlamlı olarak yüksek bulundu. İki grubun bağlanma biçimleri arasında fark saptanmadı. **Sonuç:** Aile içi şiddet, kadınların ruh sağlığını tedavi gerektirecek düzeyde olumsuz etkilemektedir. Evinde kalan ve şiddet gören kadınlara göre konukevlerinde kalan kadınlar, şiddete karşı koymakta koruyucu olan aktif başa çıkma tutumları ve ruhsal dayanıklılık açısından avantajlıdır ve daha az psikopatolojiye sahiptir. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2017; 18(6):561-570)

**Anahtar sözcükler:** Aile içi şiddet, kadın konukevi, psikolojik dayanıklılık, bağlanma, başa çıkma

**The resilience, attachment, coping, and psychopathology of battered women: comparison of sheltered versus in-home women****ABSTRACT**

**Objective:** To compare the resilience, attachment, coping, and psychopathology of the women exposed to domestic violence who were sheltered to those staying in their home. **Methods:** One hundred and fifty battered women -100 women staying in two sheltered houses in Istanbul (sheltered group) and 50 women staying in their home (in-home group)- were included in the study and completed the sociodemographic data form, the violence data form, the Scale for Adult Resilience (SAR) the Structured Clinical Interview Form for DSM-IV Axis I Disorders, the Patient Health Questionnaire--Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms (PHQ-SADS), the Adult Attachment Scale, and the Coping Strategies Scale. **Results:** The prevalence of any psychiatric diagnosis was 76% in sheltered group

<sup>1</sup> Bor Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Niğde

<sup>2</sup> Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Yazışma adresi / Correspondence address:**

Uzm. Dr. Merih ALTINTAŞ, Sağlık Bilimleri Üniv. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Sinan Ercan Cad. No.29 34736 Kazasker Erenköy-Kadıköy, İstanbul

E-mail: merihaltintas@yahoo.com

Geliş tarihi: 12.03.2017, Kabul tarihi: 09.05.2017, doi: 10.5455/apd.261145

and 90% in in-home group. The most common diagnosis was post-traumatic stress disorder (35%) in in-home group and major depression (66%) in sheltered group. The major depression, somatization disorder and generalized anxiety disorder were significantly more common in in-home group. The total score of the PHQ-SADS scale and subscores of somatization, generalized anxiety, panic, depression, impairment of functioning were significantly higher in-home group. The total score SAR and subscores of self-perception, future perception, structural style, and family resilience were significantly higher in the sheltered group. Among the subscales of the Coping Strategies Scale, score of active coping was significantly higher in sheltered group, as scores of nonfunctional coping and behavioral dismissal were higher in in-home group. There was no difference between the attachment styles of both groups. **Discussion:** Domestic violence negatively affects the mental health of women necessitating medical treatment. Compared to the women staying at home and living under ongoing violence, the sheltered battered women are advantageous in terms of active coping attitudes and resilience to combat violence, and prevalence of psychopathology. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2017; 18(6):561-570)

**Keywords:** domestic violence, sheltered house, resilience, attachment, coping

## GİRİŞ

Aile içi şiddet, kişilerde ruhsal sorunlara ve toplum için ekonomik yüke neden olan bir halk sağlığı sorunudur.<sup>1</sup> Aile içinde zorlamak, aşağılamak, cezalandırmak, güç göstermek, öfke-gerginlik boşaltmak amacıyla kadın eşe yöneltilen her türlü şiddet davranışı, kadına yönelik aile içi şiddet olarak tanımlanır. Aile içi şiddet yinelenen ve ilişki sürdükçe artış gösteren bir süreçtir.<sup>2</sup>

Kadına yönelik şiddet dünyadaki en yaygın, ama üzerinde en az çalışılmış insan hakları suistimalidir.<sup>3-5</sup> Şiddet kavramının algılanmasındaki toplumsal, bireysel ve kültürel farklılıklar nedeniyle aile içi şiddetin yaygınlığının ve büyüklüğünün saptanması güçtür.<sup>6</sup> Tüm yaşamları boyunca her dört kadından birinin eşleri tarafından şiddete uğradığı tahmin edilmektedir.<sup>7,8</sup> On farklı ülkeden 15000 kadınla görüşülerek yapılan bir çalışmada, fiziksel ve/veya cinsel şiddete uğrama oranının %15-71 arasında değiştiği saptanmıştır.<sup>9</sup>

Türkiye’de 56 ilde 1800 kadınla yapılan bir çalışmada, yaşamı boyunca eşinden en az bir kez fiziksel şiddet görmüş kadınların oranı toplamda %35, Doğu illerinde ise %40 olarak bulunmuştur.<sup>10</sup> Ayrıca şiddet yaşayan kadınların Türkiye genelinde %49’unun, Doğu illerinde ise %63’ünün daha önce kimseye şiddet gördüklerini anlatmadıkları saptanmıştır.<sup>10</sup> Şiddete uğrayan kadınlarda ruhsal dayanıklılığı inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır ve bunların sonuçları da farklılık göstermektedir.<sup>11-12</sup> Ruhsal dayanıklılık bir uyum sağlama sürecidir ve sıkıntılı durumlardan sonra ortaya çıkması olası ruhsal hastalıklardan korunmak için gerekli bir unsurdur.<sup>13</sup> Aile içi şiddetin kadınların ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu ortaya konulmuştur.<sup>14,15</sup> Şiddete uğrayan kişinin bağlanma stillerinin değiştiği ve güvenli bağlanamadığı öne sürülmüştür.<sup>16</sup> Güvensiz bağlanma biçimleri

psikopatolojilerle ilişkilendirilmekte ve bazı çalışmalarda aile içi şiddet mağduru olmakla güvensiz bağlanma arasında bir ilişki olduğundan bahsedilmektedir.<sup>17-19</sup> Uygulanan şiddetin kadın üzerindeki ruhsal etkilerinin, kişinin sahip olduğu başa çıkma mekanizmaları ve sosyal desteği ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür.<sup>20</sup> Şiddet uygulanan kadınların, şiddet görmeyenlere oranla problem odaklı ve aktif başa çıkma yöntemlerini daha az kullandıkları bildirilmiştir. Aktif başa çıkma stratejilerinin ise şiddet içeren ilişkiyi sonlandırma ve resmi kaynaklara ulaşma ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir.<sup>21,22</sup> Buna göre aile içi şiddeti sonlandırmak için konukevlerine başvuran kadınlar olduğu gibi, bu kurumlara başvurmayan ve şiddet görmesi süren önemli bir grup vardır.

Bu çalışmada, aile içi şiddete uğrayıp halen konukevinde kalan kadınlarla, evinde kalan ve şiddet görmesi süren kadınların ruhsal dayanıklılık, başa çıkma tutumları, bağlanma biçimleri ve psikopatoloji açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Örneklem

Bu çalışmaya Temmuz 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında aile içi şiddet mağduru olduğu belirlenen, katılım için yazılı onam vermiş 18-60 yaşları arasındaki 150 kadın alınmıştır. Bu kadınlardan, İstanbul’da biri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na, diğeri bir belediyeye bağlı iki kadın konukevinde kalan 100 kadın, konukevinde kalan grubu oluşturmaktadır. Çocuğu için herhangi bir nedenle Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği’ne başvuran ve aile içi şiddete uğradığı belirlenen kadınlar ile belediyenin Çocuk Eğitim Merkezi psikologları tarafından evinde saptanan aile içi şiddet mağduru 50 kadın evinde kalan grubu oluşturmaktadır. Konukevinde aile içi

şiddete uğrama nedeninin dışında bir nedenle kalmakta olan, zeka geriliği, bunama saptanan ve görüşme sırasında bipolar bozukluk manik dönem veya psikotik bozukluk tanı ölçütlerini karşılayan kadınlar araştırmaya alınmadı. Evinde kalan kadınlarda, daha önce konukevine başvurmamış olma koşulu arandı. Konukevinde kalan kadınların araştırmaya alınabilmesi için resmi izinler alındı, gizlilik ve güvenlik uygulamalarına uyuldu.

### Veri toplama araçları

Tüm katılımcılar tarafından Demografik Bilgi Formu, Şiddet Veri formu, Yetişkinleri için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği (EBBÖ), DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I), Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtiler (PHQ-SADS) dolduruldu. Bazı katılımcıların okuryazar olmaması veya ölçekleri doldurmada zorlanmaları nedeniyle bu kişilere ölçekler araştırmacı tarafından okundu ve yanıtları kaydedildi.

*Demografik Bilgi Formu*, araştırmacılar tarafından hazırlanan, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendiren 46 soruluk yarı yapılandırılmış bir formdur. Şiddet Veri Formu, aile içi şiddetin varlığını, tipini (fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik, toplumsal ilişkileri kısıtlayıcı), süresini, kim tarafından uygulandığını, şiddete uğrayanların tepkisini sorgulayan yarı yapılandırılmış veri formudur. Şiddet tiplerinin tanımlanmasında Conflict Tactics Scale temel alınmıştır.<sup>23</sup>

*YİPDÖ*, yetişkin bireylerin ruhsal dayanıklılık düzeyini belirlemek için kullanılan 33 maddeli beşli Likert tipi bir ölçektir.<sup>24,25</sup> Yapısında kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, aile uyumu, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklardan oluşan altı faktör vardır. Kesme puanı kullanılmamaktadır ve toplam puanın artması ruhsal dayanıklılığın arttığını gösterir.

*COPE*, 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir.<sup>26,27</sup> Bu alt ölçekler pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, yadsıma, dinsel olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma ve plan yapmadır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği, birey tarafından hangi başa çıkma tutumunun daha fazla kulla-

nıldığı hakkında bilgi verir. Ölçek ayrıca başa çıkma tutumları ile ilgili beşer alt ölçeğin toplamından oluşan sorun odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma şeklinde üç büyük grup da içermektedir.

*EBBÖ*, iki bölümden oluşan, Kesebir ve arkadaşları<sup>28</sup> tarafından Türkçeye uyarlanan bir ölçektir. İlk bölüm çocuklukta anne-babayla olan ilişkinin özellikleri ve genel davranış özellikleri hakkında tanımlar içeren üç farklı ifadeden oluşmaktadır.<sup>29</sup> İkinci bölümde her bir bağlanma biçimi beş madde ile temsil edilmektedir ve en yüksek puan hangisinden alındıysa, bu, kişinin bağlanma biçimini belirlemektedir.<sup>30</sup>

*SCID-I*, DSM-IV'e göre birinci eksen tanısı koymaya yönelik yarı yapılandırılmış görüşme formudur.<sup>31,32</sup>

*PHQ-SADS*, somatik belirtileri değerlendiren PHQ-15, anksiyete belirtilerini değerlendiren GAD-7, kaygı nöbetlerini değerlendiren P-5, majör depresif bozukluk alanını değerlendiren PHQ-9 ve işlevsellik alt ölçeklerinden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir.<sup>33,34</sup>

### İstatistiksel analiz

Çalışmanın verileri, SPSS Windows 16.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Normal dağılıma uyan sayısal verilerin iki grup arasındaki karşılaştırması Student t testi ile, sıklık verileri ise ki-kare veya Fisher testi ile yapılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan sayısal verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### BULGULAR

Konukevinde kalan kadınların ( $s=100$ ), bu evlerde ortalama kalış süresi  $55.1 \pm 75.5$  gün (aralık: 4-360 gün), kalış sayısı ise  $1.5 \pm 1.09$  kez (aralık: 1-7 kez) idi. İki grubun uğradıkları şiddet türleri ve son bir yıl içinde uğranan şiddet sıklığı ( $p=0.081$ ), şiddete uğrama süresi ( $p=0.644$ ) ve şiddete verdikleri tepkiler bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Konukevinde kalan kadınların şiddet görmeye başlama yaşı, evde kalanlara göre anlamlı düzeyde düşüktü (sırasıyla  $14 \pm 6.1$ ,  $18.4 \pm 8.6$ ,  $p < 0.001$ ). Konukevinde kalan kadınların %67'sinin, evinde kalan kadınların %76'sinin gebelikte şiddete uğradığı saptandı ( $p=0.640$ ). Konukevinde kalan kadınların şiddet uygulayan kişiyi herhangi bir yere şikayet etme oranı (%64) evinde kalan kadınlara göre (%36) anlamlı düzeyde yüksekti ( $p < 0.01$ ).

Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Evinde kalan gruba göre, konukevinde kalan kadınların yaş ortalaması anlamlı olarak düşük (sırasıyla 37.3±6.9, 31.6±8.1,  $p<0.001$ ), eğitim süresi yüksek (5.1±4.1 yıl, 7.2±4.1 yıl,  $p=0.003$ ), evlilik oranı düşük (%88, %62,  $p=0.004$ ), evlilik süresi kısa (16.0±6.4 yıl, 12.6±6.9 yıl,  $p=0.007$ ), çocuk sayısı düşük (3.1±1.7 vs. 1.8±1.4,  $p<0.001$ ) ve kardeş sayısı düşük (6.5±4.05, 5.2±2.4,

$p=0.014$ ) bulundu (Tablo 1). Konukevinde kalan kadınların %59'u gelir getirici herhangi bir işte çalışmazken, bu oran evinde kalan kadınlarda %74'tü. Konukevinde kalan kadınlar, evinde kalan kadınlardan anlamlı oranda daha az sosyal güvenceye sahipti (sırasıyla %53, %86,  $p<0.001$ ). Evde yaşayan kişi sayısı ortalaması evinde kalan grupta (5.2±2.06) konukevinde kalan kadınlara göre (4.5±2.1) anlamlı oranda yüksek saptandı ( $p=0.032$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1.** Konukevinde kalan ve evinde kalan kadınların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Konukevinde kalanlar		Evinde kalanlar		Test	p
	Ort.±SS		Ort.±SS			
Yaş	31.6±8.1		37.3±6.9		t=2.09	<0.001
Eğitim süresi (yıl)	7.2±4.1		5.1±4.1		t=0.58	0.003
Evde yaşayan kişi sayısı	4.5±2.1		5.2±2.1		t=0.03	0.032
Anne eğitim süresi (yıl)	3.1±3.5		1.8±2.8		t=3.19	0.020
Baba eğitim süresi (yıl)	5.2±2.8		2.9±3.9		t=3.64	0.001
Çocuk sayısı	1.8±1.4		3.1±1.7		t=2.24	<0.001
Kardeş sayısı	5.2±2.4		6.5±4.1		t=10.43	0.014
Evlilik öyküsü						
Evlilik yaşı (yıl)	19.2±3.8		20.9±5.7		t=-1.93	0.55
Evlilik sayısı	1.4±0.6		1.0±0.2		t=4.08	0.028
Evlilik süresi (yıl)	12.6±6.9		16.0±6.4		t=-2.75	0.007
	Sayı %		Sayı %			
Medeni durum						
Evlili	62	62	44	88	$\chi^2=11.28$	0.004
Bekar	20	20	2	4		
Boşanmış	18	18	4	8		
Çalışma durumu						
Çalışmayan	59	59	37	74	$\chi^2=3.26$	0.71
Çalışan	41	41	13	26		
Sosyal güvence varlığı	53	53	43	86	$\chi^2=15.76$	<0.001
Eşiyle yaşama	67	67	48	96	$\chi^2=15.67$	<0.001
Akraba evliliği	10	12.5	15	31.3	$\chi^2=6.71$	0.010

**Tablo 2.** Konukevinde kalan ve evinde kalan kadınların Yetişkinleri için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Konukevinde kalanlar		Evinde kalanlar		z/t*	p
	Ort.±SS		Ort.±SS			
Kendilik algısı	22.5±5.0		18.9±5.3		-3.968	<0.001
Gelecek algısı	14.8±4.1		9.4±4.9		-5.732	<0.001
Yapısal stil	15.3±3.3		12.4±3.5		-4.542	<0.001
Sosyal yeterlilik	21.5±4.9		19.9±5.5		-1.744	0.081
Aile uyumu	18.3±6.5		15.5±5.2		-2.412	0.016
Sosyal kaynaklar	23.5±6.1		21.9±5.7		-1.527	0.121
Toplam	116.2±20.6		98.6±17.9		5.125*	<0.001

\* z: Mann Whitney-U testi, t: Student t testi

Sigara içme, alkol kullanımı, psikiyatri kliniğine başvuru, psikiyatrik ilaç kullanımı, birinci derece yakınında psikiyatrik bozukluk öyküsü, intihar girişimi, şiddet nedeni ile psikiyatrik başvuru, psikiyatri bölümüne yatış oranları, kadınların eşlerinin bir işte çalışma oranı bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). İki grupta da madde kullanan kadın olmadığı gözlemlendi. Evinde kalan kadınların eşlerinin eğitim yılı ortalaması ve psikiyatrik başvuru oranı konukevinde kalanlara göre anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla  $p=0.033$  ve  $p=0.029$ ).

Diğer taraftan eşlerin sigara içmesi, alkol kullanımı, madde kullanımı ve adli olay öyküsü iki grup arasında anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0.05$ ). Evde kalan kadınların eşinin ailesinden de şiddet görmüş olma oranı, konukevindeki kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek iken ( $p=0.030$ ), konukevindeki kadınların kendi ailesinden şiddet görme oranı evde kalanlara göre daha yüksekti ( $p=0.008$ ). Konukevinde kalan kadınların %55'i, evinde kalanların %50'si kendi anne-babaları arasında şiddete tanık olmuştu.

**Tablo 3.** Konukevinde kalan ve evinde kalan kadınların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Konukevinde kalanlar Ort.±SS	Evinde kalanlar Ort.±SS	z/t*	p
Sorun odaklı başa çıkma	55.8±8.3	51.8±10.9	-1.954	0.051
Aktif başa çıkma	12.0±2.8	10.6±3.5	2.797	0.006
Plan yapma	12.1±2.7	12.9±16.6	0.531	0.596
Geri durma	10.3±2.5	10.9±2.5	-1.173	0.241
Yararlı sosyal destek kullanımı	10.5±2.6	9.6±3.3	-1.363	0.173
Diğer meşguliyetleri bastırma	10.4±2.1	9.7±2.8	-1.899	0.058
Duygusal odaklı başa çıkma	56.6±7.8	56.8±7.01	-0.146	0.884
Pozitif yeniden yorumlama	12.8±2.4	12.4±2.4	-1.071	0.284
Dini olarak başa çıkma	14.5±2.4	14.3±2.7	-0.02	0.998
Şakaya vurma	7.1±3.4	7.3±3.2	-0.649	0.516
Kabullenme	11.5±2.8	12.2±2.6	-1.568	0.117
Duygusal sosyal destek kullanma	10.6±2.9	10.5±3.2	-0.118	0.906
İşlevsel olmayan başa çıkma	39.4±8.2	43.6±8.6	-3.196	0.001
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.1±2.9	12.06±3.4	-1.668	0.095
İnkar	6.6±2.6	7.3±3.3	-1.169	0.242
Davranışsal boş verme	7.5±2.9	9.6±3.9	-3.187	0.001
Zihinsel boş verme	9.5±2.2	9.1±2.6	-0.779	0.436
Madde kullanımı	4.7±2.3	5.3±3.1	-1.655	0.098

\* z: Mann Whitney-U testi, t: Student t testi

Gruplararası YİPDÖ puanları açısından (Tablo 3) konukevinde kalan kadınların 'kendilik algısı', 'gelecek algısı', 'yapısal stil', 'aile uyumu' alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ve toplam dayanıklılık puanı, evde kalan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Başa

çıkma tutumlarının değerlendirildiği COPE'ye göre ise, konukevinde kalan kadınların 'aktif başa çıkma' puanları evinde kalan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0.006$ ) (Tablo 3). 'İşlevsel olmayan başa çıkma' ve 'davranışsal olarak boş verme' puan-

**Tablo 4.** Konukevinde kalan ve evinde kalan kadınların Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Konukevinde kalanlar Ort.±SS	Evinde kalanlar Ort.±SS	z	p
Kaçıngan bağlanma	4.3±1.2	4.2±1.4	-0.319	0.749
Kaygılı bağlanma	2.6±1.5	2.8±1.4	-0.982	0.326
Güvenli bağlanma	2.4±1.7	2.7±1.7	-0.978	0.328

ları ise evinde kalan kadınlarda, konukevinde kalanlara göre anlamlı oranda daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla  $p=0.001$ ,  $p=0.001$ ) (Tablo 3). Diğer başa çıkma tutumları bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Bağlanma biçimlerini gösteren EBBÖ puanlarına

göre, kaçınan bağlanma puanı konukevinde kalan kadınlarda daha yüksek, kaygılı bağlanma ve güvenli bağlanma puanları ise evinde kalan kadınlarda daha yüksek saptandı, ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 5.** Konukevinde kalan ve evinde kalan kadınların SCID-I Tanıları ile Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtiler puanlarının karşılaştırılması

	Konukevinde kalanlar		Evinde kalanlar		Test	p
	Sayı	%	Sayı	%		
SCID-I tanıları						
Major depresyon	30	30	33	66	$\chi^2=17.73$	<0.001
Distimi	7	7	7	14		0.165
BTA depresyon	10	10	1	2		0.076
Bipolar bozukluk	1	1	3	6		0.073
Obsesif-kompulsif bozukluk	3	3	1	2		0.720
Travma sonrası stres bozukluğu	35	35	15	30	$\chi^2=0.74$	0.389
Panik bozukluğu	7	7	6	12		0.305
Panik bozukluk olmadan agorafobi	1	1	-	-		0.478
Yaygın anksiyete bozukluğu	8	8	15	30	$\chi^2=12.43$	<0.001
Özgül fobi	18	18	15	30	$\chi^2=2.80$	0.095
Sosyal fobi	7	7	4	8		0.825
BTA anksiyete bozukluğu	3	3	3	6		0.377
Uyum bozukluğu	7	7	-	-		0.055
Somatizasyon bozukluğu	4	8	12	24	$\chi^2=13.99$	<0.001
Farklılaşmamış somatoform bozukluk	5	5	6	12		0.121
Hipokondriyazis	1	1	-	-		0.478
Vücut dismorfik bozukluğu	1	1	-	-		0.478
	Ort.±SS		Ort.±SS			
PHQ-SADS puanları						
Somatizasyon	10.7±6.5		16.6±7.3		$z=-4.461$	<0.001
Yaygın anksiyete	7.8±6.0		12.1±6.1		$z=-3.892$	<0.001
Panik	0.9±1.6		1.8±2.1		$z=-2.815$	0.005
Depresyon	10.3±2.5		16.3±6.9		$z=-4.432$	<0.001
İşlevsellik (bozulma)	1.2±0.9		1.7±0.9		$z=-2.874$	0.004
PHQ-SADS toplam	31.3±18.8		48.5±19.9		$z=-4.506$	<0.001

SCID-I: DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu; BTA: Başka Türü Adlandırılmayan

SCID-I sonuçlarına göre, evinde kalan kadınlarda konukevinde kalan kadınlara göre daha yüksek oranda majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 5). Ayrıca evinde kalan kadınlarda, PHQ-SADS toplam ölçek puanı ile somatizasyon, yaygın anksiyete, panik, depresyon ve işlevsellikte bozulma puanları, konukevinde kalan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 5).

## TARTIŞMA

Türkiye'de konukevinde kalan veya evinde yaşa-

mayı sürdüren şiddet mağduru kadınların karşılaştırıldığı bu çalışmada, kadınların uğradıkları şiddet türleri ve sıklığı, Türkiye'den bildirilen diğer çalışmalar ile uyumluydu<sup>3,10,35</sup> ve konukevinde kalan kadınlar ile evinde yaşamayı sürdürenler arasında bu açıdan fark yoktu. Ancak sosyodemografik veriler açısından konukevinde kalan kadınlar ile evinde yaşamayı sürdürenler arasında dikkate değer farklar bulundu.

Çalışma grubumuzun yaş ortalaması literatür ile uyumlu olmasına karşın,<sup>3,36,37</sup> evinde kalan kadınların yaş ortalamasının (37.3) konukevinde kalanlardan (31.6) anlamlı olarak daha yüksek

olması, evinde kalanların bir kısmını çocuklarını hastaneye getiren genç annelerin oluşturmasından kaynaklanabilir. Kadının eğitim süresinin düşük olmasının şiddet görme riskini artırdığı göz önüne alındığında,<sup>38</sup> konukevinde kalan kadınların eğitim süresinin (7.2 yıl) evinde kalanlardan yüksek olması (5.1 yıl), eğitimin şiddetten uzak kalabilmeyi sağlayarak koruyucu olduğu düşünülebilir.

Türkiye’de yapılan çalışmalarda bir işte çalışmama oranı kadınlarda %80-81 düzeyindedir.<sup>3,39</sup> Bizim çalışmamızda bir işte çalışmama oranı konukevinde kalan kadınlarda düşük iken (%59), evinde kalan kadınlarda literatürdekine yakın oranda (%74) bulunmuştur. Konukevinde kalan kadınların kaldıkları kurum tarafından çalışmaya yönlendirilmesi bu kadınların daha fazla çalışıyor olmasını açıklayabilir. Diğer taraftan konukevinde kalan kadınların sosyal güvencelerinin daha düşük oranda olması dikkat çekiciydi (%53 ve %86). Bu durumun konukevinde kalan kadınların önemli bir kısmının boşanma sürecini başlatması ve sosyal güvencesinin kaynağı olan evliliğini sonlandırmasının olduğu düşünüldü.<sup>40</sup>

Türkiye Aile Araştırmasının sonuçlarına göre, akraba evliliği oranı %21’dir.<sup>41</sup> Akraba evliliği ile şiddete uğrama arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.<sup>42</sup> Çalışmamızda akraba evliliği oranı şiddetin sürdüğü grupta %31.3, konukevinde kalan grupta %12.5 olarak saptandı. Literatüre göre çocuk sayısının fazla olması şiddet görme riskini artıran etkenlerden biridir.<sup>16,43</sup> Çalışmamızda, konukevinde kalan kadınların ortalama 1.8, evinde kalan kadınların ise 3.1 çocuğunun olduğu görüldü.

Konukevinde kalan kadınların kendi ailesinden de şiddet görmüş olma oranı evinde kalan gruba göre daha yüksektir (%77 ve %56). Ayrıca iki grupta da yaklaşık iki kadından biri anne-babalarının arasındaki herhangi bir şiddete tanıklık etmiştir. Eşyle kaldığı evden ailesinin yanına dönen bir kadın, aile üyelerinden şiddet görebilmekte, zaman zaman da yeniden evlendirilmeye çalışılmaktadır. Bu durumda kalan kadınların bir kısmı konukevine gelmeyi yeğleyebilmektedir.

Araştırmamızda alkol-madde kullanım oranlarının gruplar arasında fark olmaksızın çok düşük düzeyde bulunması sosyokültürel özelliklerle ilişkilendirilebilir. Madde kullanımının iki grupta da en düşük oranda başvurulan başa çıkma yolu olduğu da görülmüştür.

Aile içi şiddete uğramanın psikiyatrik bozukluk açısından risk etkeni olduğu, özellikle travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon ile ilişkili

olduğu bilinmektedir.<sup>14,36</sup> Araştırmamızda da konukevinde kalan kadınların %76’sına, evinde kalan kadınların %90’ına en az bir psikiyatrik tanı konmuştur. Evinde kalan kadınlarda majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu tanıları daha yüksek bulunmuştur. Benzer olarak psikopatolojik semptomatolojiyi ölçen PHQ-SADS Ölçeğinde depresyon, somatizasyon, yaygın anksiyete, panik ve işlevsellik alt ölçekleri ile ölçek toplam puanı evinde kalan grupta konukevinde kalan gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Koci ve arkadaşları<sup>37</sup> şiddete uğrayan kadınlarda konukevine yerleştikten sonra somatizasyon, anksiyete ve depresyon puanlarında anlamlı düşüş saptamıştır.

Güvensiz bağlanma aile içi şiddet mağduru olmak için yüksek risk etkeni olabilir.<sup>19</sup> Travmatik deneyimler kişinin bağlanma stillerini değiştirebilir ve güvenli bağlanmasını engelleyebilir.<sup>16</sup> Güvensiz bağlanan kimseler güç durumlarla karşılaştıklarında yaşadıkları gerilimi düşürecek süreçleri kullanmaktan çok, saldırganlığı artıracak davranışlar gösterirler.<sup>44</sup> Kaçınan bağlanan şiddete uğrayan kadınların ise, ilişkilerinde çözüm arayışına girmekte zorlanmakta, dolayısıyla olası şiddete daha da yakınlaşmaktadırlar.<sup>45</sup> Araştırmamızda iki grup arasında bağlanma biçimleri açısından anlamlı bir fark saptanmadı. İki grupta da en çok kaçınan bağlanma, en az ise güvenli bağlanma saptanmıştır. Benzer şekilde Gezen ve arkadaşları,<sup>46</sup> konukevinde kalan kadınlarla, şiddet görmesi süren kadınlar arasında bağlanma stilleri açısından anlamlı fark saptamamışlardır.

Baş çıkma, bireyin kendisi için stres oluşturan durumlara dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanmıştır.<sup>47</sup> Şiddet uygulayan kişiyi şiddetten sorumlu tutabilme aktif başa çıkma stratejileri ile ilişkilidir.<sup>48</sup> Şiddet mağduru kadınların aktif başa çıkma stratejilerini az kullandıkları ve sorunu görmezden gelmeye eğilimli oldukları saptanmıştır.<sup>49</sup> Çalışmamızda konukevinde kalan kadınların aktif başa çıkma stratejilerini daha fazla kullandığı saptanmıştır. Evinde kalan grupta ise, davranışsal boş verme alt ölçek puanı ve işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanı yüksek bulunmuştur. Duygusal odaklı başa çıkma tutumları açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde şiddet mağduru olan bu iki grubun başa çıkma tutumlarını karşılaştıran bir araştırmaya rastlanmamıştır. Araştırmamızın sonuçlarına göre konukevinde kalan kadınların aktif başa çıkma yöntem-

lerini daha sık kullanması, konukevine gitme ve şiddeti önleme kararının da aslında aktif bir başa çıkma tutumu olması ile ilişkilendirilebilir.

Ruhsal dayanıklılık genel olarak bir başarı veya uyum sağlama sürecini göstermektedir.<sup>13</sup> Humphreys,<sup>11</sup> kadın konukevinde kalan kadınlarla yaptığı bir araştırmada ruhsal dayanıklılıkla, fiziksel ve ruhsal strese uğramanın anlamlı olarak ters orantılı olduğunu saptamıştır. Cesario ve arkadaşları,<sup>12</sup> kadınların konukevine girdikten sonra ruhsal dayanıklılık puanlarının yükseldiğini bildirmiştir. Çalışmamızda konukevinde kalan kadınların, evinde kalanlara göre ruhsal dayanıklılık toplam puanları, kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil ve aile uyumu alt ölçek puanları evinde kalan kadınlara göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Konukevinde kalan gruptaki kadınların şiddet uygulayan kişiyle bağı kesilmiştir, ancak evinde kalan grupta şiddet sürmek-

tedir.

Çalışmamızın en önemli sınırlılığı, örnekleme yalnız İstanbul'daki konukevlerinde kalan kadınların alınması ve olgu sayısının sınırlı olmasıdır. Olgu sayısının iki grup için de artırıldığı ve diğer illerde bulunan kadınların da alındığı daha kapsamlı multidisipliner çalışmalara gerek vardır.

Sonuç olarak, aile içi şiddet kadınların ruh sağlığını ileri düzeyde olumsuz etkilemektedir. Evinde kalan kadınlara göre konukevinde kalan kadınlar, daha yüksek aktif başa çıkma tutumları ve ruhsal dayanıklılık göstermekte ve daha düşük oranda majör depresyon, somatizasyon bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu göstermektedirler. Konukevinde kalmanın, kadınların şiddet gördükleri ortamdan uzaklaşmalarını sağlayarak psikiyatrik patolojileri azalttığı ve bu anlamda koruyucu olabileceği düşünülmüştür.

**Yazarların katkıları:** Ç.I., M.A.: Konuyu bulma ve planlama, literatür taraması, araştırmanın yürütülmesi, istatistik, makalenin yazımı.

#### KAYNAKLAR

- Centers for Disease Control and Prevention. *Understanding intimate partner violence*, 2014. Accessed on Feb 2017. Available from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv-factsheet.pdf>
- Heise L. *Violence against women the hidden health burden*. *World Health Statistics Quarterly* 1993; 46:78-85.
- Akyazı S. *Kadın Sığınmaevinde Kalan Aile İçi Şiddete Maruz Kalmış Kadınlarda Ruhsal Bozukluklar*. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2010.
- UNFPA. *The State of World Population 1997. Violence against of women: Family and Reproductive Health*. WHO/FRH/WHD, 1997.
- Heise L. *Violence Against Women: Global Organizing for Change*. JL Edleson, ZC Eisikovits, (Eds.), *Future Interventions with Battered Women and Their Families*. Thousand Oaks CA: Sage Publications, 1996, p.7-33.
- Arslantürk Z, Amman T. *Sosyoloji, Kavramlar, Kurumlar, Süreçler, Teoriler*. İstanbul: Çamlıca Yayınları, 2001.
- Koss M P, Goodman LA, Brovne A, Fitzgerald LF, Keita GP, Russo NF. *No Safe Heaven: Male Violence Against Women at Home, at Work, and in the Community*. Washington DC: American Psychological Association, 1999.
- World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva, Switzerland, 2013.
- Garcia-Moreno C, Jansen H A, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, WHO Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women Study Team, *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence*. *The Lancet* 2006; 368:1260-1269.
- Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*. Ankara: Elma Teknik Basım, 2008.
- Humphreys J. *Resilience in sheltered battered women*. *Issues Ment Health Nurs* 2003; 24:137-152.
- Cesario SK, Nava A, Bianchi A, McFarlane J, Maddoux J. *Functioning outcomes for abused immigrant women and their children 4 months after initiating intervention*. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 35:8-14.
- Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. *What is resilience?* *Can J Psychiatry* 2011; 56:258-265.
- Kelly U. *Intimate partner violence, physical health, posttraumatic stress disorder, depression, and quality of life in latinas*. *West J Emerg Med* 2010; 11:247-251.



15. Page A.Z, İnce M. Aile içi şiddet konusunda bir derleme. *Türk Psikoloji Yazıları* 2008; 11:81-94.
16. Bracken MI, Messing JT, Campbell JC, La Flair LN, Kub J. Intimate partner violence and abuse among female nurses and nursing personnel: prevalence and risk factors. *Issues Ment Health Nurs* 2010; 31:137-148.
17. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 41:1111-1123.
18. Higginbotham BJ, Ketring SA, Hibbert J, Wright DW, Guarino, A. Relationship religiosity, adult attachment styles, and courtship violence experienced by females. *J Fam Viol* 2007; 22:55-62.
19. McKeown A. Attachment, personality and female perpetrators of intimate partner violence. *J Forensic Psychiatr Psychol* 2014; 25:556-573.
20. Stewart D.E, Robinson GE. A review of domestic violence and women's mental health. *Arch Womens Ment Health* 1998; 1:83-89.
21. Clements CM, Sawhney DK. Coping with domestic violence: control attributions, dysphoria and hopelessness. *Journal of Traumatic Stress* 2000; 13:219-240.
22. Taft CT, Resick PA, Panuzio J, Vogt DS, Mechanic MB. Coping among victims of relationship abuse: a longitudinal examination. *Violence Vict* 2007; 22:408-418.
23. Straus Murray A, Douglas Emily M. A short form of the revised conflict tactics, and typologies for severity and mutuality. *Violence Vict* 2004; 19:507-520.
24. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12:65-76.
25. Basım N, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2011; 22:104-114.
26. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 2:267-283.
27. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005; 6:221-226.
28. Kesebir S, Kökçü F, Dereboy F. Erişkin bağlanma biçimi ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Yeni Sempozyum Dergisi* 2012; 50:99-104.
29. Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52:511-524.
30. Mikulincer M, Shaver PR, Gillath O, Nitzberg RA. Attachment, caregiving, and altruism: boosting attachment security increases compassion and helping. *J Pers Soc Psychol* 2005; 89:817-839.
31. First MB, Spitzer RL, Gibbon M. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1997.
32. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:233-236.
33. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32:345-359.
34. Yazıcı Güleç M, Güleç H, Şimşek G, Turhan M, Aydın Sünbül E. Psychometric properties of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. *Compr Psychiatry* 2012; 53:623-629.
35. Ayrancı U, Günay Y, Unlüoğlu İ. Hamilelikte aile içi eş şiddeti. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2002; 3:75-87.
36. Cody MW, Jones JM, Woodward MJ, Simmons CA, Gayle Beck J. Correspondence between self-report measures and clinician assessments of psychopathology in female intimate partner violence survivors. *J Interpers Violence* 2015 Jun 8. pii: 0886260515589566. [Epub ahead of print]
37. Koci AF, McFarlane J, Cesario S, Symes L, Bianchi A, Nava A, et al. Women's functioning following an intervention for partner violence: new knowledge for clinical practice from a 7-year study. *Issues Ment Health Nurs* 2014; 35:745-755.
38. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrell D, et al. Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med* 2006; 30:447-457.
39. Altınay AG, Arat Y. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. 2008. Accessed on Feb 2017. Available: [http://kasum.ankara.edu.tr/files/2013/11/Ayşe-Gül-Altınay-Yeşim-Arat-turkiyede\\_kadina\\_yonelik\\_siddet\\_2007.pdf](http://kasum.ankara.edu.tr/files/2013/11/Ayşe-Gül-Altınay-Yeşim-Arat-turkiyede_kadina_yonelik_siddet_2007.pdf)
40. Erbek E, Eradamlar N, Beştepe EE, Akar H, Alpkan L. Kadına yönelik fiziksel ve cinsel şiddet: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam* 2004; 17:196-204.
41. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. *Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması*. Ankara: Afşaroğlu Matbaası, 2011.
42. Olgun İzmirli G. Isparta İli Gönen İlçesinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Sıklığı ve Aile İçi Şiddet Görmeye Sebep Olan Faktörler. *Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, 2013.*

43. Abbaspoor Z, Momtazpour M. Domestic violence and its related factors based a prevalence study in Iran. *Global J Health Sci* 2016; 8.
44. Fournier B, Brassard A, Shaver PR. Adult attachment and male aggression in couple relationships: the demand-withdraw communication pattern and relationship satisfaction as mediators. *J Interpers Violence* 2011; 26:1982-2003.
45. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50:571-579.
46. Gezen M, Oral ET. Kadın sığınma evinde yaşayan kadınlar ile şiddet gördüğü evde yaşamaya devam eden kadınların bağlanma biçimlerinin ve ruhsal belirti düzeylerinin incelenmesi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2013; 26:65-71.
47. Güleç Öyeçkin D, Yetim D, Melih Şahin E. Kadına yönelik farklı eş şiddeti tiplerini etkileyen psikososyal faktörler. *Türk Psikiyatri Derg* 2012; 23:75-81.
48. Meyer A, Wagner B, Dutton MA. The relationship between battered women's causal attributions for violence and coping efforts. *J Interpers Violence* 2010; 25:900-918.
49. Hunter AJ. A cross-cultural comparison of resilience in adolescents. *J Pediatr Nurs* 2001; 16:172-179.