

# Przemoc domowa wobec kobiet ciężarnych a potrzeba wsparcia – przegląd literatury

## Domestic violence against pregnant women and the need for support – a literature review

MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA<sup>1/</sup>, MAGDALENA SULIMA<sup>2/</sup>, MAGDALENA LEWICKA<sup>2/</sup>

<sup>1/</sup> Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2/</sup> Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Przemoc jest nie tylko problemem społecznym, ale również istotnym problemem zdrowia publicznego. Formy przemocy, które są najczęściej stosowane wobec kobiet ciężarnych, to przemoc fizyczna, psychiczna oraz seksualna.

Przemoc wobec kobiet ciężarnych negatywnie wpływa na jej stan fizyczny i psychiczny, jak również może prowadzić do wystąpienia zaburzeń u dziecka oraz komplikować przebieg ciąży i porodu. Najsilniejszy związek z przemocą w ciąży wykazano wśród kobiet w izolacji społecznej, u których występował brak wsparcia społecznego. Otrzymanie wsparcia przez ciężarną, która jest ofiarą przemocy, może prowadzić do nabycia umiejętności radzenia sobie z problemami i trudnościami, jak również do uzyskania wyższej samooceny. Okazane wsparcie ciężarnej pozwala obniżyć poziom stresu, zapobiegając w ten sposób uruchomieniu niekorzystnych zmian fizjologicznych w organizmie kobiety ciężarnej i jej dziecka.

Przemoc wobec kobiet ciężarnych jest trudna do zmierzenia z różnych przyczyn, w tym z powodu, że niektóre kobiety nie chcą ujawnić, że są ofiarami przemocy. Dlatego istnieje potrzeba wyodrębnienia kobiet ciężarnych – ofiar przemocy w celu podjęcia działań psychoterapeutycznych. Okazanie wsparcia tym kobietom może przyczynić się do obniżenia negatywnych odczuć i poprawienia komfortu życia.

**Słowa kluczowe:** *przemoc, ciąża, wsparcie społeczne*

Violence is not only a social problem, but also an important public health problem. The forms of violence often used on pregnant women can be physical, psychological and sexual.

Violence against pregnant women has a negative impact on their physical and mental state, and may lead to disorders in the child and complicate pregnancy and childbirth. The strongest association with violence was demonstrated among pregnant women in social isolation, with no social support. The support of the pregnant woman, who is a victim of domestic violence, can help her acquire the skills to deal with problems and difficulties, as well as to achieve higher self-esteem. The support of a pregnant woman can reduce her stress levels, thus preventing adverse physiological changes in her body and in her baby.

Violence against pregnant women is difficult to measure for a variety of reasons, including the fact that some women do not want to reveal that they are victims of violence. Therefore, there is a need to identify pregnant women – victims of domestic violence – in order to provide them with psychotherapy. The support for these women can contribute to the reduction of negative feelings and improve their quality of life.

**Key words:** *violence, pregnancy, social support*

© Hygeia Public Health 2013, 48(2): 177-180

www.h-ph.pl

Nadesłano: 28.03.2013

Zakwalifikowano do druku: 05.05.2013

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska  
Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Uniwersytet  
Medyczny w Lublinie  
ul. Chodźki 15, 20-093 Lublin  
e-mail: marta.makara-studzinska@umlub.pl

### Wstęp

Współcześnie przemoc jest nie tylko problemem społecznym, ale również istotnym problemem zdrowia publicznego. Częstość przemocy wobec ciężarnych wynosi około 1-25% [1-5]. Przeżywanie przez matkę stresu związanego z różną formą przemocy zastosowanej wobec niej, powoduje konsekwencje, jakie obserwuje się na terenach skażonych czynnikami fizycznymi lub chemicznymi [6-10]. Skutkami przemocy mogą być: zwiększona liczba poronień samoistnych, porodów

przedwczesnych, komplikacji w ciąży (przedwczesne odklejenie łożyska, przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego, krwawienia), wyższy odsetek śmiertelności wewnątrzmacicznej lub okołoporodowej dziecka, urodzenie dziecka z niską masą urodzeniową i wadami wrodzonymi, zwiększona zachorowalność dziecka oraz zaburzenia rozwoju fizycznego lub psychicznego dziecka [5, 7, 11-16]. Ponadto zastosowanie przemocy wobec kobiety w ciąży niejednokrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia depresji poporodowej wśród tych

kobiet [3, 17, 18]. Badania dotyczące negatywnego wpływu przemocy na przebieg ciąży i porodu potwierdzają konieczność otoczenia kobiet szerokim systemem wsparcia. Identyfikacja zapotrzebowania ilościowego i jakościowego oraz źródeł pochodzenia wsparcia ma istotne znaczenie przy opracowywaniu całościowego modelu opieki nad ciężarną, wobec której zastosowana została przemoc.

## Definicja i formy przemocy

Przemoc jest terminem trudnym do zdefiniowania, ze względu na wieloznaczność tego pojęcia. Zdaniem Pospiszyl [19] przemoc to wszelkie nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnej relacji. Lipowska-Teutsch [20] zjawisko to określa jako „zespół atakujących, nadzorujących i kontrolujących zachowań, obejmujących przemoc fizyczną, przemoc seksualną i przemoc emocjonalną. Jest to spójna całość, ciąg zachowań o charakterze zamierzonym i instrumentalnym, których celem jest zniewolenie ofiary, wyeliminowanie jej suwerennych myśli i działań, podporządkowanie jej żądaniami i potrzebom sprawcy”.

Przemoc w rodzinie, określana także jako przemoc domowa, to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie, lub zaniechanie naruszające prawa, lub dobra osobiste członków rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą [21].

W literaturze przedmiotu najczęściej opisuje się cztery formy przemocy: przemoc fizyczną, znęcanie psychiczne i emocjonalne, wykorzystywanie seksualne oraz ekonomiczne. Mazur [22] podaje następującą klasyfikację rodzajów przemocy domowej:

- a. przemoc fizyczna – nieprzypadkowe obrażenia poniesione w wyniku przemocy ze strony sprawcy, z którym ofiara pozostaje w relacji bliskości; charakteryzuje się stosowaniem przymusu z użyciem przewagi fizycznej do podejmowania decyzji i działań niewygodnych i krzywdzących w odczuciu ofiary;
- b. przemoc psychiczna – poniżanie i upokarzanie; charakteryzuje pozbawienie ofiary osobistej mocy, izolowanie i narzucanie własnych sądów, pozbawianie środków służących do właściwego funkcjonowania psychicznego i fizycznego;
- c. przemoc seksualna – nadużycie i wykorzystanie seksualne, gwałt;
- d. zaniechanie fizyczne – brak należytej opieki, w tym lekarskiej;

- e. zaniechanie psychiczne – różnego rodzaju formy odrzucenia, obojętność, nieokazywanie pozytywnych uczuć, lekceważenie emocjonalne, lekceważenie psychicznych potrzeb ofiary;
- f. nadopiekuńczość – działania sprawcy dążące do ograniczenia właściwego rozwoju ofiary poprzez formy nadopiekuńczości, pozbawiające ją prawidłowego rozwoju psychofizycznego oraz doprowadzające do jej okaleczenia psychicznego i fizycznego.

Wyżej wymienione przejawy złego traktowania drugiego człowieka w zasadzie nie występują osobno. Przemocy fizycznej zawsze towarzyszy cierpienie psychiczne ofiary. Odrzucenie i obojętność, powodują niezaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa, miłości, przynależności, a więc godzą w psychiczny byt krzywdzonej osoby. Zaś nadopiekuńczość powoduje brak przygotowania do życia, a z czasem dla samej ofiary staje się uciążliwa i ogranicza możliwość nie tylko jej rozwoju, ale także działania. Do skutków przemocy zalicza się wystąpienie depresji, lęku, zespołu stresu pourazowego oraz somatyczne następstwa przemocy fizycznej i seksualnej [3, 22].

## Przemoc wobec ciężarnych

Literatura przedmiotu podaje, że częstość przemocy podczas ciąży wynosi około 1-25% [7-9, 14]. Kobiety doświadczające przemocy w ciąży, zgłaszają, że były również jej ofiarami przed ciążą [23-27]. W niektórych przypadkach krzywdzenie rozpoczyna się po raz pierwszy w ciąży [23, 24, 27, 28]. Sprawcami przemocy są przede wszystkim partnerzy lub mężowie. Zdarza się również, że sprawcami przemocy są rodzice, zwłaszcza, gdy ciężarna mieszka wraz z nimi [4, 6, 27, 29]. Najwięcej badań nad przemocą w ciąży dotyczy przemocy fizycznej i rodzaju doznawanych urazów przez maltretowane kobiety. Do najczęstszych urazów doznawanych przez kobiety ciężarne zaliczają się stłuczenia, otarcia, skaleczenia, złamania oraz zwichnięcia. Natomiast najczęstsze miejsca doznawanych urazów to okolica szyi, ramię, przedramion oraz twarzy [30]. Krzywdzenie emocjonalne jest również powszechną formą krzywdzenia ciężarnych. Badania wykazały, że zmniejszenie częstości przemocy fizycznej wiąże się z jednoczesnym nasileniem krzywdzenia psychicznego [31]. Wykorzystywanie seksualne zaś ze strony partnera przeważnie nie występuje jako jedna forma przemocy, najczęściej połączona jest z krzywdzeniem fizycznym [32]. Badania przeprowadzone przez Romero-Gutierrez i wsp. [6] wykazały, że u kobiet, które doświadczały przemocy seksualnej w ciąży częściej występowały komplikacje matczyne, natomiast u ciężarnych, u których zastosowano przemoc psychiczną, częściej występowały komplikacje z dzieckiem. Ponadto kobiety, wobec

których stosowana jest przemoc częściej doświadczają lęku, są depresyjne, nie akceptują ciąży, bardziej boją się porodu i podjęcia roli matki aniżeli kobiety, które tej przemocy nie doświadczają [28, 33].

### Przemoc wobec ciężarnych a potrzeba wsparcia społecznego

Sęk [34] określa wsparcie społeczne jako rodzaj interakcji podjętej przez jedną lub dwie osoby w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacyjnej, emocjonalnej lub instrumentalnej. Wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna, może być stała lub zmieniać się, w takim układzie znajduje się osoba pomagająca i odbierająca wsparcie. Aby taka wymiana była skuteczna, konieczna jest spójność między potrzebami biorcy a rodzajem udzielanego wsparcia. Celem tej interakcji jest zbliżenie do rozwiązania problemu jednego lub obu uczestników. Wyróżnia się różne rodzaje wsparcia społecznego: wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne oraz wartościujące.

Wsparcie, odgrywa istotną rolę w neutralizacji wpływu negatywnych wydarzeń i innych stresorów, dzięki wykluczeniu lub pomniejszeniu samych stresorów, wzmocnieniu możliwości jednostki związanych z radzeniem sobie ze stresem, czy też pomniejszeniu znaczenia i wpływu sytuacji stresowej już po jej zajściu. Wsparcie, jest również powiązane z niższym poziomem postrzegania stresu, a tym samym z opanowaniem sytuacji trudnej. Percepcja, dostępność i aktywizacja wsparcia społecznego podczas sytuacji trudnej jest podstawową zmienną modyfikującą pomyślnie radzenie sobie ze stresem. Wspieranie ciężarnej będącej ofiarą przemocy wymaga od personelu medycznego umiejętności oceny stanu psychicznego kobiety oraz wiedzy w zakresie postępowania z osobą, wobec której zastosowana została przemoc [35-38].

Otrzymanie wsparcia przez ciężarną, która jest ofiarą przemocy może prowadzić do nabycia umiejętności radzenia sobie z problemami i trudnościami, jak również do uzyskania wyższej samooceny. Okazane

wsparcie ciężarnej pozwala obniżyć poziom stresu, zapobiegając w ten sposób uruchomieniu niekorzystnych zmian fizjologicznych w organizmie kobiety ciężarnej i jej dziecka [39].

Opieka psychoterapeutyczna skrzywdzonych kobiet opiera się głównie na technikach psychoterapeutycznych – psychoterapia indywidualna, psychoterapia grupowa, medytacja, techniki relaksacyjne, wizualizacja. Zastosowane techniki mają na celu redukcję doświadczanego stresu oraz poprawę komfortu życia.

Ze względu na poważne konsekwencje przemocy dla kobiety ciężarnej i jej dziecka istotne znaczenie ma również opracowanie sposobu postępowania, zmierzającego do zmniejszenia odczuwanego przez pacjentki upośledzenia wywołanego skutkami przemocy [6, 14, 27]. Korzystając z dobrych wzorców krajów zachodnich istotne wydaje się wprowadzenie określonych pytań dotyczących przemocy do standardu opieki perinatalnej. Kolejnym etapem powinny być działania dotyczące profilaktyki przemocy, do których zaliczają się między innymi nauka zawodu, planowanie rodziny, poprawa świadomości społecznej skierowana głównie do kobiet z grup wysokiego ryzyka [5, 27, 40]. Rozpoznanie ciężarnej, która jest ofiarą przemocy wymaga zachowania przez personel medyczny zasady prywatności, wrażliwości oraz zaufania. Profesjonaliści powinni odbyć odpowiednie szkolenia w zakresie właściwego sposobu postępowania z osobą, będącą ofiarą przemocy [5, 13, 27, 40, 41].

### Podsumowanie

Przemoc wobec kobiet ciężarnych jest trudna do zmierzenia z różnych przyczyn, w tym z faktu, że niektóre kobiety, nie chcą ujawnić, że są ofiarami przemocy. Dlatego istnieje potrzeba wyodrębnienia kobiet ciężarnych – ofiar przemocy w celu podjęcia działań psychoterapeutycznych. Okazanie wsparcia tym kobietom może przyczynić się do obniżenia negatywnych odczuć i poprawienia komfortu życia.

### Piśmiennictwo / References

1. Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Prevalence and risk factors of intimate violence in eighteen U.S. States/Territories, 2005. *Am J Prev Med* 2008, 34: 112-118.
2. Jeancot I, Barlow P, Rozenberg S. Domestic violence during pregnancy: survey of patients and health care providers. *J Womens Health* 2008, 17: 557-567.
3. Urquia ML, O'Campo PJ, Heaman MI i wsp. Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. *Pregnancy and Childbirth* 2011, 11(42): 1-9.
4. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggress Violent Behavior* 2010, 15: 14-35.
5. Humphreys J, Tsoh JY, Kohn MA, Gerbert B. Increasing discussions of intimate partner violence in prenatal care using video doctor plus provider cueing: a randomized, controlled trial. *Womens Health Issues* 2011, 21(2): 136-144.
6. Romero-Gutierrez G, Cruz-Arvizu VH, Regalado-Cedillo CA, et al. Prevalence of violence against pregnant women and associated maternal and neonatal complications in Leon, Mexico. *Midwifery* 2011, 27: 750-753.

7. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, et al. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol* 1999, 93,5 (1): 661-666.
8. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence. *Trauma Violence Abuse* 2004, 5: 47-61.
9. Perales MT, Cripe SM, Lam N, et al. Prevalence, types and pattern of intimate-partner violence among pregnant women in Lima, Peru. *Violence Against Women* 2009, 15: 224-250.
10. Kornas-Biela D. Zagrożenia rozwoju dziecka w pierwszej fazie jego życia. [w:] *Sytuacje dzieci w Polsce w okresie przemian*. Balcerzak-Paradowska B (red). PWN, Warszawa 1999.
11. Covington DL, Justason BJ, Wright LN. Severity, manifestations and consequences of violence among pregnant adolescents. *J Adolesc Health* 2001, 28: 55-61.
12. Leung WC, Wong YYM, Leung TW, Ho PC. Pregnancy outcome following domestic violence in a Chinese community. *International J Gynecol Obstet* 2001, 72: 79-80.
13. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *Int J Gynec Obstet* 2002, 78(1): S5-S14.
14. McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstet Gynecol* 2002, 100 (1): 27-36.
15. El Kady D. Perinatal outcomes of traumatic injuries during pregnancy. *Cilin Obstet Gynecol* 2007, 50: 582-591.
16. Chambliss LR. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2008, 51: 385-397.
17. Beydoun HA, Al-Sahab B, Beydoun MA, Tamim H. Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the Maternity Experience survey. *Ann Epidemiol* 2010, 20: 575-583.
18. Janssen PA, Heaman MI, Urquia ML, et al. Risk factors for postpartum depression among abused and nonabused women. *Am J Obstet Gynecol* 2012, 207(489): 1-8.
19. Pospiszyl I. *Przemoc w rodzinie*. WSiP, Warszawa 1994.
20. Lipowska-Teutsch A. *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*. PARPA, Warszawa 1998.
21. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. *Dz.U.* nr 180 poz. 1493 ze zm.
22. Mazur J. *Przemoc w rodzinie*. Żak, Warszawa 2002.
23. Bohn DK, Tebben JG, Campbell JC. Influences of income, education, age, and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004, 33: 561-571.
24. Dunn LL, Oths KS. Prenatal predictors of intimate partner violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004, 33: 54-63.
25. Renker PR, Tonkin P. Women's views of prenatal violence screening: acceptability and confidentiality issues. *Obstet Gynecol* 2006, 107: 348-354.
26. Diaz-Olavarieta C, Paz F, Abuabara K, et al. Abuse during pregnancy in Mexico City. *Int J Gynecol Obstet* 2007, 97: 57-64.
27. Ergönen AT, Ozdemir MH, Can IÖ, et al. Domestic violence on pregnant women in Turkey. *J Forenc Legal Med* 2009, 16: 125-129.
28. Johnson JK, Haider F, Ellis K, et al. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG* 2003, 110: 272-275.
29. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000, 79: 625-30.
30. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico. A study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health* 2003, 93: 1110-1116.
31. Koenig LJ, Whitaker DJ, Royce RA, et al. Physical and sexual violence during pregnancy and after delivery: a prospective multistate study of women with or at risk for HIV infection. *Am J Public Health* 2006, 96(6): 1052-1059.
32. Edin KE, Hogberg U. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery* 2002, 18: 268-78.
33. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynecol Obstet* 2002, 79: 269-277.
34. Sęk H. O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego. [w:] *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*. Sęk H, Cierpiałowska L (red). Humaniora, Poznań 2001: 13-32.
35. Sęk H, Cieślak R. *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Sęk H, Cieślak R (red). PWN, Warszawa 2006: 11-29.
36. Skwara A, Kolarzyk E. Rola i znaczenie wsparcia społecznego w radzeniu sobie ze stresem. *Med Środow* 2002, 5(1): 15-18.
37. Dyga-Konarska M. Informacyjne i emocjonalne wsparcie pacjenta przez personel medyczny. *Stand Med* 2004, 5: 599-604.
38. Piotrowska M. Konieczne jest wsparcie społeczne. *Nowa Szkoła* 2006, 2: 18-25.
39. Knoll N, Schwarzem R. „Prawdziwych przyjaciół” – wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. [w:] *Wsparcie społeczne, stres, zdrowie*. Sęk H, Cieślak R (red). PWN, Warszawa 2004: 29-49.
40. Makara-Studzińska M, Moryłowska J, Zuber S. *Przemoc wobec kobiet ciężarnych – przegląd literatury*. *Zdr Publ* 2008, 118(2): 216-219.
41. Herzig K, Danley D, Jackson R, et al. Seizing the 9-month moment: addressing behavioral risks in prenatal patients. *Patient Education Counseling* 2006, 61: 228-235.