

URSZULA KEMPIŃSKA¹

Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku

ORCID ID: 0000-0003-1922-8219

JAN ADAM MALINOWSKI²

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

ORCID ID: 0000-0001-9753-089X

PRZEMOC WOBEC KOBIET W CIĄŻY – PRZYCZYNY, SKUTKI I MOŻLIWOŚCI WSPARCIA

VIOLENCE AGAINST PREGNANT WOMEN –
CAUSES, EFFECTS AND POSSIBILITIES OF SUPPORT

Abstract

Violence in relation to each human is classified as a socially reprehensible act in civilized societies, especially when it affects pregnant women. An analysis of the world literature allows us to assume that the scale of violence against this social group varies from 0.9% to 29% (depending on the country, the adopted definition of the phenomenon and methods of assessment) as well as indicates the causes and effects of violence against pregnant women. The aim of the article is to initiate a social discussion on the marginalized problem of multi-faceted violence against a woman and her unborn child and to awaken interest in it on the part of not only researchers, but also practitioners and decision makers responsible for counteracting this phenomenon and supporting pregnant women – victims of violence.

Keywords: violence, pregnant women, determinants and consequences of violence, crisis intervention

Abstrakt

Przemoc w stosunku do każdej osoby klasyfikuje się w cywilizowanych społeczeństwach jako czyn naganny społecznie, zwłaszcza gdy dotyka ona kobiety ciężarne. Przeprowadzona analiza światowej literatury pozwala oszacować, że skala rozpowszechnienia przemocy wobec tej grupy społecznej waha się od 0,9% do 29% (w zależności od kraju, przyjętej definicji zjawiska i metod oceny), a także wskazać na przyczyny i skutki przemocy stosowanej wobec kobiet w ciąży. Za cel artykułu

¹ Dr Urszula Kempieńska, adiunkt na Wydziale Nauk Społecznych i Technicznych Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku. Zainteresowania naukowe: pedagogika społeczna, problematyka rodziny i młodych małżeństw. E-mail: ulakem@interia.pl.

² Dr Jan Adam Malinowski, adiunkt w Katedrze Pedagogiki Społecznej i Pracy Socjalnej na Wydziale Filozofii i Nauk Społecznych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Redaktor naczelny dwumiesięcznika „Wychowanie na co Dzień”. Zainteresowania naukowe: pedagogika społeczna, praca socjalna, profilaktyka społeczna, problematyka czasu wolnego i turystyki. E-mail: maljan@umk.pl.

przyjęto wywołanie społecznej dyskusji nad marginalizowanym problemem wieloaspektowej przemocy wobec kobiety i jej nienarodzonego dziecka, a także zainteresowanie nim nie tylko badaczy, ale i praktyków oraz decydentów odpowiedzialnych za przeciwdziałanie temu zjawisku i wspieranie kobiet ciężarnych – ofiar przemocy.

Słowa kluczowe: przemoc, kobiety ciężarne, uwarunkowania i skutki przemocy, interwencja kryzysowa

WPROWADZENIE

Przemoc w stosunku do każdej osoby bez względu na jej płeć, wiek, status społeczny bądź ekonomiczny klasyfikuje się w cywilizowanych społeczeństwach co najmniej jako czyn naganny społecznie, który w zależności od swojego charakteru i następstw pociąga za sobą określone sankcje. Zależą one od obowiązujących w danej grupie społecznej bądź kraju zasad normujących relacje międzyludzkie, które wyznaczone są nie tylko tradycją, ale i doktryną prawną i jej praktyczną wykładnią ukształtowaną preferowanymi i akceptowanymi normami społecznymi, religijnymi³ czy też uwarunkowaniami historycznymi. W wielu krajach, w tym europejskich, przemoc – zwłaszcza wobec kobiet – wzbudza szczególną społeczną dezaprobatę, co jednak nie oznacza, że nie spotyka się jej w państwach o najwyższej – wydawałoby się – kulturze prawnej. Wynika to z tego, że przemoc wobec kobiet z historycznego punktu widzenia była generowana rodzinnie w postaci powtarzalnych wzorców zachowań, przekazywanych z pokolenia na pokolenie, pomimo tworzenia praw, które chronią kobiety i dzieci. Dodatkowo obawa przed wstydem, ekonomiczna lub emocjonalna zależność od sprawcy, prowadzące do niezgłaszania organom ścigania przemocy przez jej ofiary, sprzyjały rozwojowi zjawiska (Cervantes-Sánchez et al. 2016, Makara-Studzińska, Sulima i Lewicka 2013). W efekcie przemoc wobec kobiet, wykraczająca wyraźnie poza obszar przemocy wewnątrzrodzinnej⁴, będąca naruszeniem praw człowieka, stanowi poważny problem nie tylko społeczny, prawny, ale i medyczny (Harrykisson, Rickert i Wiemann 2002), zwłaszcza gdy dotyczy kobiet ciężarnych. Obecny jest tu także wyraźny kontekst socjalny związany z zapewnieniem opieki i wsparcia kobietom oczekującym na dziecko. Wszystko to sprawia, że podjęta w niniejszym artykule problematyka ma interdyscyplinarny charakter, dlatego też, przygotowując go, sięgnięto do literatury z zakresu kilku dziedzin/dyscyplin naukowych – głównie z zakresu nauk społecznych (socjologia, pedagogika, nauki o polityce, psychologia), ekonomicznych oraz nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

³ Widnieją już w Starym Testamencie, w Księdze Wyjścia, gdzie także znajduje się przekaz odnoszący się do przemocy wobec kobiety ciężarnej: „Gdyby mężczyźni bijąc się uderzyli kobietę brzemienną powodując poronienie, ale bez jakiegokolwiek szkody, to [winny] zostanie ukarany grzywną, jaką <na nich> nałoży mąż tej kobiety, i wypłaci ją za pośrednictwem sędziów polubownych. Jeżeli zaś ona poniesie jakąś szkodę, wówczas on odda życie za życie, oko za oko, ząb za ząb, rękę za rękę, nogę za nogę, oparzenie za oparzenie, ranę za ranę, siniec za siniec” (Wj 21,22-25).

⁴Na temat przemocy wobec kobiet-żon obszernie pisała już w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia Irena Pospiszyl, czerpiąc obficie z wyników badań zagranicznych (Pospiszyl 1998).

Pomoc udzielana kobietom w ciąży – ofiarom przemocy przybiera niejednokrotnie postać działań wpisujących się w zakres interwencji kryzysowej. Należy także zauważyć, że cechą charakterystyczną tego problemu jest jego obecność we wszystkich warstwach społecznych na całym świecie, czego dowodzą badania porównawcze w tym zakresie, chociaż sygnalizują one zróżnicowanie pomiędzy krajami Afryki i Ameryki Łacińskiej a Azji i Europy (Devries et al. 2010).

Dostrzegając społeczne, kulturowe, a w tym i obyczajowe, następstwa globalizacji, warto, podejmując zagadnienie przemocy doświadczanej przez kobiety, w tym będące w ciąży, przyjrzeć się, jak zjawisko to kształtuje się nie tylko w Polsce, ale i innych krajach, z których – chociażby za sprawą migracji zarobkowej – przenoszone są określone wzorce zachowań, niestety nie zawsze pożądaných społecznie. Nie bez znaczenia jest także – jeśli spojrzeć na ten problem z perspektywy nowych zadań służb socjalnych – powiększająca się liczebnie zbiorowość uchodźców oraz emigrantów ekonomicznych przybywających do Polski całymi rodzinami, w których przemoc – jak wskazują na to pierwsze badania obejmujące tę zbiorowość – ma także miejsce (Klaus 2016).

1. PRZEMOC WOBEC KOBIET W CIĄŻY

Przemocy doświadczają także kobiety w ciąży, będące zarówno w formalnym związku małżeńskim, jak i pozostające w nieformalnym związku, który, z racji analizowanego tu problemu, trudno nazwać partnerskim. W obu sytuacjach agresorem jest zatem ojciec oczekiwanego dziecka. Zjawisko przemocy, pomimo tego, że budzi w społeczeństwie szczególną repulsję, to nie ogranicza się do incydentalnych zdarzeń, co potwierdzają chociażby alarmujące doniesienia medialne. I wprawdzie nie stanowią one same w sobie podstawy do wyciągania szerszych wniosków o charakterze naukowym, to uzyskują wartość szczególnych egzemplifikacji, gdyż znajdują potwierdzenie w oficjalnych statystykach urzędowych oraz będących efektem prowadzonych badań naukowych czy też sondaży opinii publicznej (CBOS 2012). I chociaż statystyki te charakteryzują się dużą rozbieżnością, to jednak muszą budzić niepokój, bez względu na to, jaki odsetek kobiet ciężarnych doświadczających przemocy wskazują. Odnotować w tym miejscu należy, że szacunki rozpowszechnienia przemocy wobec kobiet w ciąży wahają się od 0,9% do 29% w zależności od kraju, przyjętej definicji zjawiska i metod oceny (Nasir i Hyder 2003, 105; Dunn i Oths 2004, 54; Jasinski 2004, 48; Devries et al. 2010, 162).

Przemoc stosowana przez intymnego partnera (*Intimate Partner Violence – IPV*) jest obecnie akceptowanym powszechnie w literaturze naukowej terminem używanym do opisanego „nadużywania siły wobec kobiet” lub „przemocy w rodzinie”. Według Komitetu ds. Przemocy Rodzinnej amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (*US National Institutes of Mental Health Committee on Family Violence IPV*) zjawisko, o którym tu mowa, obejmuje „czyny, które są szkodliwe fizycznie i emocjonalnie lub które mogą wywołać obrażenia fizyczne

(...), mogą również obejmować przymus seksualny lub napaść, fizyczne zastraszanie, groźby, ograniczanie wolności oraz odmowę dostępu do zasobów [materialnych i finansowych – dop. U.K., J.M.]” (Bailey 2010, 183-184). Ponadto sygnalizuje się, że IPV stanowi jedną piątą wszystkich przestępstw z użyciem przemocy (Bailey 2010, 184). Najczęściej wobec kobiet, także ciężarnych, stosowana jest przemoc psychiczna (zastraszanie, poniżanie, dręczenie, obrzucanie wyzwiskami), fizyczna (uderzenia – w tym w brzuch, kopnięcia, duszenie) i seksualna (próba gwałtu, gwałt) lub wszystkie te trzy rodzaje jednocześnie, co wskazuje na złożoność i dotkliwość problemu (Dobrzyńska-Mesterhazy 1996, Pospiszyl 1998, Valladares et al. 2005, Koenig et al. 2006, 1054; Salmona 2013, Cervantes-Sánchez et al. 2016). Znalazło to również potwierdzenie w analizie wyników badań międzynarodowych z lat 2011-2015, którą przeprowadziły Marta Makara-Studzińska i Agata Madej (Makara-Studzińska i Madej 2015, 376). Regułą jest też, iż przemocy fizycznej towarzyszy dręczenie psychiczne ofiary (Kałdon 2016, 121). Rozmiar przemocy potęguje jeszcze zaniedbanie fizyczne i psychiczne (Pospiszyl 1998, 114-117) lub zniewalająca nadopiekuńczość ze strony osób najbliższych, co przez znawców problemu wyróżniane jest jako oddzielne kategorie przemocy (Mazur 2002, 39-40). Przemoc w jakiegokolwiek postaci skutkuje w przypadku kobiet ciężarnych nie tylko następstwami w odniesieniu do samej kobiety, ale i wobec jej nienarodzonego dziecka.

2. UWARUNKOWANIA PRZEMOCY WOBEC KOBIET CIĘŻARNYCH

Analizując literaturę, tak polską jak i zagraniczną, można dostrzec, że od lat wskazuje się w niej na podobne przyczyny lub okoliczności sprzyjające zachowaniom manifestującym się przemocą w stosunku do innych osób. Dotyczy to także przemocy, która dotyczy kobiet w ciąży. Można sprowadzić je do kilku predyktorów. Wśród nich szczególną pozycję zajmuje niewątpliwie nadużywanie alkoholu, a zwłaszcza alkoholizm partnera (Jeyaseelan et al. 2004, 117; Valladares et al. 2005, 1246; Cuevas et al. 2006, 247; Kałdon 2016, 122; Kałdon 2017, 115-116) oraz – coraz częściej – zażywanie narkotyków (Koenig et al. 2006, 1052). Jak bowiem empirycznie stwierdzono, w związkach, w których mężczyzna nałogowo spożywa alkohol, istnieje 3,2 razy większe ryzyko zaistnienia przemocy (Cervantes-Sánchez et al. 2016, 2). Zagrożenie przemocą rośnie także w sytuacji zdrady lub podejrzeń o zdradę, czy też „chorobliwej” zazdrości ze strony partnera, jego wątpliwości co do ojcostwa (Bacchus, Mezey i Bewley 2006, 596-597; Koenig et al. 2006, 1056) oraz nieadekwatnego reagowania przez niego na niepoddawanie się jego woli i odmowę przez partnerkę uprawiania seksu, a nawet brak przygotowania posiłków w domu (Valladares et al. 2005, 1246). W tym miejscu należy zauważyć, że normy kulturowe i religijne panujące w wielu społeczeństwach, np. w państwach Ameryki Środkowej i Południowej oraz w wielu krajach Afryki i Azji, zakładają, że kobieta musi być posłuszna swojemu mężowi, nawet jeśli się z nim nie zgadza (Valladares et al. 2005, 1246), zwłaszcza gdy takie podejście do relacji mężczyzna – kobieta zostało wyniesione przez męża z domu rodzinnego (Ellsberg et al. 1999,

241). Stosowaniu przemocy sprzyja także izolowanie kobiet ciężarnych od ich rodzin, uzależnienie emocjonalne od partnera, trudności w rozpoznaniu siebie jako ofiary, brak wiedzy o instytucjach mogących udzielić pomocy (Kabile 2012).

Z dostępnych publikacji, których autorzy dokonują przeglądu światowej literatury, bądź analizują wyniki badań własnych, wynika także, że eskalacji przemocy sprzyja niechciana ciąża. Równocześnie wskazuje się, że planowanie ciąży i jej pragnienie przez partnerów zmniejsza ryzyko zachowań agresywnych (Valladares et al. 2005, 1245; Cuevas et al. 2006, Koenig et al. 2006). Kolejny predyktor sprzyjający przyjęciu roli ofiary to doświadczenie przemocy w dzieciństwie (Cuevas et al. 2006, 244). Ponadto wymienia się niski status społeczno-ekonomiczny oraz codzienne trudności ekonomiczne (Ellsberg et al. 1999, 241; Valladares et al. 2005, 1245; Cervantes-Sánchez et al. 2016, 2). Sprawia to, że zasadne jest uznanie ubóstwa za szczególnego „towarzysza” kobiety doznającej przemocy, co często idzie w parze z niskim poziomem wykształcenia, a w niektórych regionach świata nawet z analfabetyzmem (Dunn i Oths 2004, 54, Cuevas et al. 2006, 244, Koenig et al. 2006, 1052, Cervantes-Sánchez et al. 2016, 3; Kałdon 2016, 121).

Podsumowując przegląd czynników sprzyjających stosowaniu przemocy wobec kobiet będących w ciąży, należy jeszcze przynajmniej zasygnalizować, że w znaczącym odsetku przeprowadzone badania wskazują na istotną zmienną, jaką jest wiek badanych kobiet. Otóż zauważa się występowanie zależności dowodzącej, że im młodsze kobiety, tym większe ryzyko doznania przemocy (Bailey 2010, 185). Z przemocą częściej spotykały się bowiem niepełnoletnie dziewczęta, które zaszły w ciążę, mając mniej niż 18 lat (Salmona 2013).

Wskazany w oparciu o literaturę predyktorom przemocy wobec kobiet w ciąży trudno przypisać konkretną rangę, chociaż można je niewątpliwie wiązać z okolicznościami zewnętrznymi – społeczno-kulturowymi i ekonomicznymi, jak i czynnikami związanymi z psychiką ofiary. Łącznie tworzą one pewien katalog, którego znajomość powinna uwarunkowywać służby publiczne, w tym instytucje socjalne i ich pracowników na możliwość większego prawdopodobieństwa spotkania się w swojej pracy z kobietami w ciąży jako potencjalnymi ofiarami przemocy. Wskazując na określone przyczyny – okoliczności sprzyjające zachowaniom przemocowym – należy mieć na uwadze również to, że często nie występują one pojedynczo. Ponadto, zwracając uwagę na czynniki wywołujące przemoc, należy uwzględnić okoliczności sprzyjające jej powstawaniu. Wynika to przede wszystkim z tego, że – jak to zauważa Irena Pufal-Struzik, posiłkując się także światową literaturą – „dla zrozumienia przemocy wobec kobiet niezbędne jest uwzględnienie kontekstu, w jakim ona występuje” (Pufal-Struzik 2015, 126).

3. SKUTKI PRZEMOCY WOBEC KOBIET W CIĄŻY I SPOSOBY RADZENIA Z SYTUACJĄ KRYZYSOWĄ

U kobiet ciężarnych – ofiar przemocy występuje, zarówno w wyniku doznanych urazów fizycznych jak i doświadczania stresu, znacznie większe ryzyko poronienia,

porodu przedwczesnego, śmiertelności okołoporodowej i niskiej masy urodzeniowej dziecka (Valladares et al. 2002, 700; Brotnow et al. 2015). Potwierdzają to również dane WHO, z których wynika, że w przypadku 16% kobiet ciężarnych będących ofiarami przemocy, prawdopodobieństwo przyjścia dziecka na świat z niską masą urodzeniową jest zwiększone. Informacja ta ma istotne znaczenie, gdyż niska masa urodzeniowa, obok porodów przedwczesnych, to główna przyczyna zachorowalności i umieralności noworodków. *IPV* w czasie ciąży może nasilić też przewlekłe problemy kobiety oczekującej dziecka, takie jak nadciśnienie i cukrzyca ciążowa, które mają wpływ na kondycję zdrowotną mającego się narodzić dziecka, a także infekcje szyjki macicy, HIV i inne choroby przenoszone drogą płciową (Koenig et al. 2006, 1052; Bailey 2010, 189). Maltretowane kobiety później, niż kobiety nie spotykające się z przemocą, zgłaszają się na pierwszą wizytę do ginekologa lub w ogóle nie poddają się badaniom, gdyż partner im tego zabronił (Valladares et al. 2005, 1246). Oprócz bezpośrednich efektów fizycznych, *IPV* wiąże się również z wieloma czynnikami zdrowia psychicznego (Bacchus, Mezey i Bewley 2004, 8-9). U kobiet, które doświadczają *IPV* podczas ciąży, stwierdzono dziewięciokrotny wzrost ryzyka zaburzeń nastroju i lęków. Jest znacznie bardziej prawdopodobne, że będą one hospitalizowane z powodu problemów związanych ze zdrowiem psychicznym. *IPV* wiąże się także z wieloma negatywnymi zachowaniami zdrowotnymi przekładającymi się na niezadowalający przyrost masy ciała kobiety ciężarnej oraz popadnięcie przez nią w uzależnienie od substancji psychoaktywnych (palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie narkotyków i leków), co dodatkowo potęguje zagrożenia tak dla przyszłej matki, jak i mającego się narodzić dziecka (Bailey 2010, 188-190).

Na skalę zagrożeń związanych z przemocą wobec kobiet wskazują dane Światowej Organizacji Zdrowia, z których wynika, że w odniesieniu do wszystkich kobiet, które w wymiarze całego świata straciły życie w wyniku zbrodni zabójstwa, 38% zostało zamordowanych przez swojego partnera intymnego. Z kolei 42% kobiet doświadczających przemocy doznało urazów z rąk partnera. Wymowne jest także to, że kobiety będące ofiarami przemocy ze strony partnera są dwukrotnie częściej narażone na wystąpienie depresji niż kobiety niedoświadczające przemocy. Podobny wymiar posiada zagrożenie związane z popadnięciem w problem alkoholowy (WHO 2013), co wskazuje na to, iż kobiety prześladowane przez swoich partnerów życiowych często szukają ukojenia w alkoholu.

Z danych WHO wynika również, że kobiety doświadczające przemocy są 1,5 razy częściej narażone na zakażenie chorobami przenoszonymi drogą płciową, zaś przemoc partnera i przemoc seksualna ze strony innych osób są skorelowane z niechcianą ciążą i aborcją. Sprawia to, że prawdopodobieństwo poronienia jest dwa razy większe w przypadku kobiet, które doświadczają przemocy fizycznej i/ lub przemocy psychicznej i seksualnej (WHO 2013).

Uwzględniając informacje zawarte w raporcie WHO z 2002 roku Marta Makara-Studzińska, Anna Grzywna i Renata Turek z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie (2005, 134) wyodrębniły cztery grupy konse-

kwencji zdrowotnych przemocy: 1) fizyczne (np. rany, złamania, zaburzenia żołądkowo-jelitowe), 2) związane ze sferą seksualną i reprodukcyjną, 3) psychologiczne i związane z zachowaniem, oraz 4) kończące się śmiercią (np. zabójstwo lub samobójstwo). Wskazując na nie, należy mieć świadomość, że przemoc pociąga za sobą także różnorodne inne skutki o charakterze pozazdrowotnym, które posiadają wymiar społeczny, wychowawczy i ekonomiczny. Na znaczenie tych ostatnich wskazuje chociażby zainteresowanie okazywane IPV w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, ponieważ całkowite roczne koszty opieki zdrowotnej związane z jego skutkami w tym kraju szacuje się na miliardy dolarów (Max et al. 2004, 259-272; Mitchell 2004, 396).

Kobiety, w zależności od państwa, w którym żyją, stosują różne strategie radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych. W krajach uprzemysłowionych najczęściej kontaktują się z lekarzem (w tym z psychiatrą) lub psychologiem, dzwonią pod bezpłatny numer pomocy ofiarom albo spotykają się z członkami organizacji wspierającej ofiary (Salmona 2013). W krajach afrykańskich i Ameryki Łacińskiej, częściej niż w innych częściach świata, stosują akty samoobrony lub uciekają z domów. Większość z nich wraca jednak po paru godzinach. Powodem powrotu jest zazwyczaj troska o utrzymanie związku i brak pomocy ze strony najbliższej rodziny (Valladares et al. 2005, 1246). Bywa jednak i tak – również i w Polsce – że spotyka się kobiety, które po kolejnym pobiciu uciekają z domu (często z dziećmi) i, nie mając materialnego zabezpieczenia, stają się bezdomne (Szluż 2013, 749).

Kobiety, bez względu na kraj, z którego pochodzą, rzadko rozmawiają o przemocy, a jeżeli już, to czynią to, zwierając się rodzicom, a nie władzom. Łączy się to z obawą przed społecznym naznaczeniem (WHO 2013). Większość tych kobiet uważa, że problemy domowe nie powinny być omawiane poza rodziną, a osoby z zewnątrz nie powinny w nie ingerować, gdyż przemoc ze strony partnera jest sprawą osobistą (Valladares et al. 2005, 1246). Przyczyny nieujawnienia przemocy to również strach przed odwetem, obwinianie się, obawa, że inni nie zrozumieją ich sytuacji lub nie zachowają tajemnicy, lęk przed utratą dzieci, zależność ekonomiczna lub psychiczna od sprawcy i deklarowana przez niego obietnica zmiany postępowania (Kershner i Anderson 2002, 32).

4. INTERWENCJA KRYZYSOWA JAKO DZIAŁANIE WSPIERAJĄCE KOBIETĘ CIĘŻARNĄ I JEJ NIENARODZONE DZIECKO

Pomoc udzielana kobietom – ofiarom przemocy domowej powinna z jednej strony koncentrować się m.in. na wzmacnianiu mechanizmów radzenia sobie i koncentracji na mocnych stronach, czyli na zasobach kobiet będących w tak trudnej sytuacji (Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy 2000, 52), z drugiej zaś powinna mieć, na co zwraca uwagę m.in. I. Pufal-Struzik, charakter bardziej kompleksowy i wielopłaszczyznowy niż dotychczas. W większym też stopniu powinna być skupiona na pokonaniu wewnętrznego „lęku i strachu u kobiet maltretowanych psychicznie i/bądź fizycznie”

(Pufal-Struzik 2015, 132). I wprawdzie I. Pufal-Struzik formułuje tę refleksję w odniesieniu do wszystkich kobiet – ofiar przemocy domowej, można jednak przyjąć, że tym bardziej jest ona uzasadniona w odniesieniu do kobiet będących w ciąży, kiedy to doświadczany lęk potęguje dodatkowo obawa o zdrowie, a nawet życie nienarodzonego dziecka. Działania interwencyjne należy rozszerzyć także poza środowisko rodzinne, zwłaszcza gdy ciąża dotyczy kobiet niezamężnych, pozostających w luźnym związku z agresorem – intymnym partnerem. Dodatkowej uwagi wymaga sytuacja, gdy ciężarna zamieszkuje z rodzicami nie akceptującymi jej ciąży (Makara-Studzińska, Sulima i Lewicka 2013, 178). Dotyczy to zwłaszcza tych niepełnoletnich dziewcząt, które nie tylko, że nie uzyskują wsparcia od swojej rodziny, ale z powodu ciąży są nawet przez nią szykanowane.

W przypadku ujawnienia przemocy, gdy wsparcie psychologiczne nie przynosi pożądanych efektów, potrzebne są działania z zakresu interwencji kryzysowej, adekwatne do zdiagnozowanych przyczyn i fazy doświadczanej przez kobietę agresji. Obejmować one powinny zapewnienie schronienia i zaspokojenie podstawowych potrzeb materialnych, a także pomocy medycznej (Krzywicka 2007, 133), co nabiera szczególnego znaczenia w przypadku kobiet będących w ciąży, którym niezbędne jest udzielenie wsparcia w postaci opieki przedporodowej, poporodowej, a później – pediatrycznej ich dziecka (Koenig et al. 2006, 1058).

Działania realizowane w ramach interwencji kryzysowej sukcesywnie powinny przeradzać się w długoterminową pomoc psychoterapeutyczną i z wykorzystaniem grup wsparcia (Dobrzyńska-Mesterhazy 1996, 126-127), a w razie konieczności należy je wspomagać pomocą psychiatryczną (Makara-Studzińska i Madej 2015, 384). Stanowi to wyzwanie nie tylko dla pracowników socjalnych zatrudnionych w ośrodkach pomocy społecznej, centrach pomocy rodzinie, ośrodkach interwencji kryzysowej, ale i przedstawicieli innych służ publicznych (kuratorów, policjantów, pielęgniarek środowiskowych), jak i organizacji *non profit* oraz instytucji kościelnych specjalizujących się w udzielaniu pomocy ofiarom przemocy.

REFLEKSJE KOŃCOWE

Przemoc w relacjach międzyludzkich wymaga przede wszystkim działań interwencyjnych włącznie z tymi, które wpisują się w zakres interwencji kryzysowej. Niemniej należy jednak pamiętać, że w kompleksowym podejściu do przeciwdziałania przemocy nie może zabraknąć także działań profilaktycznych skierowanych do ogółu społeczeństwa. Literatura zarówno polska jak i zagraniczna pokazuje bowiem, że nie ma grup społecznych wolnych od tej patologii, chociaż rzeczywiście – jak dowodzą chociażby przywoływane tu prace badaczy tego problemu – można mówić o grupach zwiększonego ryzyka. Najogólniej ujmując, profilaktyka powinna koncentrować się na budowaniu społecznej postawy wyrażającej dezaprobatę dla jakiegokolwiek przemocy. I wprawdzie można w ramach takich działań akcentować szczególnie odrażający charakter przemocy podejmowanej w stosunku do kobiet

ciężarnych, to należy pamiętać, że wyrasta ona z ogólniejszego klimatu spotykanej jeszcze aprobaty dla zachowań przemocowych w ogólności. Dlatego też działania profilaktyczne, o ile mają być skuteczne – a nie zawsze takie są (Kotlarska-Michalska 2012, 97) – muszą wpisywać się w szerszą strategię o charakterze zintegrowanym, realizowaną przez dobrze do tego przygotowanych specjalistów reprezentujących instytucje edukacyjne, socjalne, ochrony zdrowia oraz reprezentujące organy ścigania i sądownicze. O ile pierwsze z wymienionych tu instytucji w coraz większym wymiarze podejmują tego typu działania, to jednak ich efekty są widoczne dopiero po dłuższym czasie. Co więcej, nie mogą się one kończyć w fazie adolescencji i muszą być kontynuowane w stosunku do osób rozpoczynających dorosłe życie, także wówczas, gdy podejmują one decyzję o potomstwie. Rodzi to konieczność doskonalenia osób pracujących w pozostałych wymienionych instytucjach, tak aby w profesjonalny sposób rozpoznawały przemoc oraz w odpowiedni sposób pomagały jej ofiarom. Dotyczy to personelu medycznego podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej – w tym pielęgniarek środowiskowych – oraz pracowników socjalnych, psychoterapeutów, psychologów, pedagogów zatrudnionych w placówkach ukierunkowanych na pracę z osobami dorosłymi, a także kuratorów sądowych.

BIBLIOGRAFIA:

- Bacchus, Loraine, Gill Mezey i Susan Bewley. 2004. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 113(1), 6-11. DOI: 10.1016/S0301-2115(03)00326-9.
- Bacchus, Loraine, Gill Mezey i Susan Bewley. 2006. A qualitative exploration of the nature of domestic violence in pregnancy. *Violence Against Women*, 12(6), 588-604. DOI: 10.1177/1077801206289131.
- Badura-Madej, Wanda i Agnieszka Dobrzyńska-Mesterhazy. 2000. *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bailey, Beth A. 2010. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health*, 10(2), 183-197. DOI: 10.2147/IJWH.S8632.
- Brotnow, Line et al. 2015. Expectant Mothers Maximizing Opportunities: Maternal Characteristics Moderate Multifactorial Prenatal Stress in the Prediction of Birth Weight in a Sample of Children Adopted at Birth. *PLoS ONE*, 10(11), e0141881. DOI: 10.1371/journal.pone.0141881.
- CBOS. 2012. *Przemoc i konflikty w domu*. Komunikat z badań. BS/82/2012. Dostęp: 2.08.2018. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_082_12.PDF.
- Cervantes-Sánchez, Paulina et al. 2016. Violence against pregnant women. *Journal of Community Medicine and Health Education*, 6(5), 1-4. DOI: 10.4172/2161-0711.1000474.

- Cuevas, Sofia et al. 2006. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 239-249. DOI:10.1590/s0036-36342006000800004.
- Devries, Karen et al. 2010. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 158-170. DOI: 10.1016/S0968-8080(10)36533-5.
- Dobrzyńska-Mesterhazy, Agnieszka. 1996. Przemoc w rodzinie: diagnoza i interwencja kryzysowa. W: *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, wybór i oprac. Wanda Badura-Madej, 115-144. Warszawa: Interart.
- Dunn, Linda L. i Kathryn S. Oths. 2004. Prenatal predictors of intimate partner abuse. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33(1), 54-63. DOI: 10.1177/0884217503261080.
- Ellsberg, Mary C. 1999. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 89, 241-244.
- Harrykissoo, Samantha D., Vaughn I. Rickert i Constance M. Wiemann. 2002. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156(4), 325-330. DOI: 10.1001/archpedi.156.4.325.
- Jasinski, Jana L. 2004. Pregnancy and domestic violence. *Trauma Violence and Abuse*, 5(1), 47-64. DOI: 10.1177/1524838003259322.
- Jeyaseelan, Lakshmanan et al. 2004. World studies of abuse in the family environment – risk factors for physical intimate partner violence. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 11(2), 117-124. DOI: 10.1080/15660970412331292342.
- Kabile, Joëlle. 2012. Pourquoi ne partent-elles pas? *Pouvoirs dans la Caraïbe*, 17 [En ligne]. DOI: 10.4000/plc.867.
- Kałdon, Barbara M. 2016. Zjawisko przemocy w rodzinie na podstawie Niebieskiej Karty. Charakterystyka danych Komendy Rejonowej Policji Warszawa VI. *Seminare*, 37(2), 115-125.
- Kałdon, Barbara M. 2017. Zjawisko przemocy na przykładzie danych z Komendy Powiatowej Policji w Żyrardowie. *Seminare*, 38(3), 107-121. DOI: 10.21852/sem.2017.3.08.
- Kershner, Marion i Jon E. Anderson. 2002. Barriers to disclosure of abuse among rural women. *Minnesota Medicine*, 85(3), 32-37.
- Klaus, Witold. 2016. *Przemoc ze strony najbliższych w doświadczeniach życiowych uchodźczyń. Analiza kryminologiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Koenig, Linda J. et al. 2006. Physical and sexual violence during pregnancy and after delivery: a prospective multistate study of women with or at risk for HIV infection. *American Journal of Public Health*, 96(6), 1052-1059. DOI: 10.2105/AJPH.2005.067744.

- Kotlarska-Michalska, Anna. 2012. Przejawy, formy oraz skutki przemocy wobec kobiet w rodzinie. W: *Zdrowotne skutki przemocy w rodzinie*, red. Bożena Zawadzka, Małgorzata Orłowska i Magdalena Gościńiewicz, 77-99. Kielce: Zakład Pracy Socjalnej i Promocji Zdrowia Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach.
- Krzywicka, Liliana. 2007. Przemoc w rodzinie – specyfika pracy socjalnej z ofiarami przemocy. W: *Praca socjalna wobec współczesnych problemów społecznych*, red. Sabina Pawlas-Czyż, 121-138. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „AkapiT”.
- Makara-Studzińska, Marta i Agata Madej. 2015. Przemoc wobec kobiet a depresja – przegląd badań. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(5), 373-378. DOI: 10.5281/zenodo.17895.
- Makara-Studzińska, Marta, Anna Grzywna i Renata Turek. 2005. Przemoc w związkach między kobietą a mężczyzną. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(2), 131-136.
- Makara-Studzińska, Marta, Magdalena Sulima i Magdalena Lewicka. 2013. Przemoc domowa wobec kobiet ciężarnych a potrzeba wsparcia – przegląd literatury. *Hygeia Public Health*, 48(2), 177-180.
- Max, Wendy et al. 2004. The economic toll of intimate partner violence against women in the United States. *Violence and Victims*, 19(3), 259-272. PMID: 15631280.
- Mazur, Jadwiga. 2002. *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Mitchell, Connie. 2004. The health impact of intimate partner violence. *Journal of the California Dental Association*, 32(5), 396-398.
- Nasir, Khurram i Adnan A. Hyder. 2003. Violence against pregnant women in developing countries. *European Journal of Public Health*, 13(2), 105-107. DOI: 10.1093/eurpub/13.2.105.
- Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu w przekładzie z języków oryginalnych*. 1990³. (Biblia Tysiąclecia). Poznań-Warszawa: Wydawnictwo Pallottinum.
- Pospiszył, Irena. 1998. *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- Pufal-Struzik, Irena. 2015. Brak wiary w siebie i lęk u kobiet – ofiar przemocy domowej. W: *(Prze)moc w rodzinie. Instytucjonalne formy (po)mocy*, red. Małgorzata Orłowska, Magdalena Gościńiewicz i Grażyna Pisarczyk, 123-135. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „AkapiT”.
- Salmona, Muriel. 2013. *Le livre noir des violences sexuelles*. Paris: Dunod.
- Szluz, Beata. 2013. Bezdomna kobieta. Konieczność czy wybór? W: *Kobiety w pracy socjalnej*, red. Anna Kotlarska-Michalska, 745-761. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Valladares, Eilette et al. 2005. Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(9), 1243-1248. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2005.00621.x.

- Valladares, Eilette et al. 2002. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstetrics and Gynecology*, 100(4), 700-705. DOI: 10.1016/S0029-7844(02)02093-8.
- WHO. 2013. *Violence against women: a 'global health problem of epidemic proportions'*. New clinical and policy guidelines launched to guide health sector response. Geneva. Dostęp: 29.11.2017. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/.