

Agresja i przemoc w rodzinie a rozwój psychofizyczny i funkcjonowanie społeczne dzieci

Aggression and violence in family and psychophysical development and public functioning of children

¹ Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.

Ordynator: dr n. med. Jolanta Meller

² Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Kierownik: prof. dr hab. n. med. Wojciech Gruszczyński
Adres do korespondencji: Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn

Praca finansowana ze środków własnych

Streszczenie

Wstęp: Przemoc zdarza się w każdej grupie społecznej i to z porównywalną częstotliwością. Różnice środowiskowe dotyczą jedynie sposobu przejawiania przemocy, a nie jej natężenia. Jest ona procesem, który stale przybiera na sile, natomiast skutki stosowanej przez sprawcę przemocy zależą od wieku i stadium rozwojowego dziecka. Celem pracy było poznanie negatywnych skutków wpływu agresji i przemocy w rodzinie na rozwój psychofizyczny i funkcjonowanie społeczne dzieci. **Materiał i metoda:** Badanie przeprowadzono wśród 237 uczniów klas II, w wieku 14 lat, trzech gimnazjów województwa warmińsko-mazurskiego. Do badań użyto opracowanych ankiet dla rodziców, dzieci oraz nauczycieli i pedagogów. Przeprowadzono analizę dokumentacji z ośrodków zdrowia, pedagogiczno-wychowawczej, psychologicznej z placówek zajmujących się problemami dzieci (policyjne, ośrodki wychowawcze, poradnie psychologiczne etc.). Wykorzystano również dwa testy psychologiczne. Za metodę analizy statystycznej przyjęto metodę sondażu diagnostycznego. **Wyniki:** W badanej populacji u niemal połowy dzieci stwierdzono przejawy przemocy i agresji w rodzinie, przy czym tylko połowa z tej grupy bezpośrednio wskazała na obecność tych zjawisk. Ofiarami przemocy i agresji w rodzinie dwukrotnie częściej stają się dziewczęta niż chłopcy. Przemoc często współwystępuje z problemem alkoholowym. Zauważono korelację pomiędzy częstością stosowania przemocy wobec dziecka i współmałżonka. Przemoc powoduje zaburzenie wszystkich aspektów życia dziecka, zwiększając chorobowość i pogarszając funkcjonowanie społeczne. Wykazano często występowanie przemocy w środowisku wiejskim oraz w rodzinach o niskim statusie socjoekonomicznym bądź takich, w których występuje bezrobocie. **Wnioski:** Wyniki badań wykazały jednoznacznie, że agresja i przemoc w rodzinie wywiera znamienne i negatywny wpływ na wszystkie aspekty życia dziecka. Zwiększa zarówno chorobowość dzieci (somatyczną i psychofizyczną), objawiającą się głównie pod postacią objawów psychosomatycznych, jak i pogarsza funkcjonowanie rodzinne i społeczne.

Słowa kluczowe: agresja, przemoc, rodzina, rozwój psychofizyczny, funkcjonowanie społeczne

Summary

Background: The violence happens in every social group with a comparable frequency. Environmental differences concern only a way of displaying the violence, rather than its straining. It is a process which is constantly growing stronger, however, effects of the violence applied by the perpetrator depend on the age and the stage of the developmental child. Therefore the aim of the study was to get to know negative effects of aggression and violence in family on psychophysical development and social functioning of children. **Material and methods:** Examination research amongst 237 pupils at the age of 14, II class of three junior secondary schools of the Warmian-Mazurian province. Questionnaire for parents, children, teachers and pedagogues were used for examinations. Analysis of documentation from health centres, pedagogic-education, psychological, institutions dealing with problems of children (police, education centres, psychological clinics etc.) was conducted. Two psychological tests were also used. The method of a statistical analysis was accepted a method of the diagnostic survey. **Results:** Signs of violence and aggression in family were stated at almost a half of children

of examined population. In addition only a half of children showed directly the presence of the phenomena. Violence and aggression in family twice more often regards girls than boys. It is associated with drinking problems. Correlations between the frequency of applying the violence towards the child and a spouse were noticed. It causes disorders of all aspects of life of the child increasing both morbidity and public functioning. There is a relationship between violence and factors such as: low social-economic status, the country environment and the unemployment. **Conclusion:** The results of examination have showed explicitly that aggression and violence in family exerts characteristic and adverse impact on all aspects of life of child. Increases both morbidity of children (somatic and psychophysical) which manifests mainly in the form of psychosomatic manifestations or family and public functioning.

Key words: aggression, violence, family, psychophysical development, public functioning

WSTĘP

Mówiąc o przemocy domowej, krzywdzeniu dzieci czy agresji, trzeba zdawać sobie sprawę, czym są te procesy, jak je zdefiniować, co należy rozumieć przez te pojęcia. Jak podaje Gill, krzywdzenie dzieci (*child abuse*) to każde działanie lub bezczynność jednostki, instytucji lub społeczeństwa jako całości i każdy rezultat takiego działania lub bezczynności, który narusza równe prawa i swobodę dzieci i/lub zakłóca ich optymalny rozwój⁽¹⁾.

W piśmiennictwie funkcjonuje wiele definicji przemocy domowej. Najspójniejszą wydaje się podana przez Browne'a i Herberta, według których jest to „każde działanie jednego z członków rodziny lub zaniedbanie, zagrażające życiu, cielesnej i psychicznej integralności lub wolności innego członka tej samej rodziny bądź poważnie szkodzące rozwojowi jego (jej) osobowości”⁽²⁾. W ostatnim czasie w USA i krajach Europy Zachodniej opublikowano wyniki setek badań nad zjawiskiem maltretowania dzieci, ale sporządzenie rzetelnej i wiarygodnej statystyki nie jest możliwe. Tylko co siódme zdarzenie przemocy w rodzinie jest zgłaszane na policję w Stanach Zjednoczonych. Szacuje się, że w Polsce zgłaszalność jest jeszcze mniejsza. Jak wynika z danych CBOS, co piąty Polak bije swoje dzieci raz w miesiącu lub częściej⁽³⁾.

Społeczna akceptacja bicia oraz rozwiązywania konfliktów przy użyciu przemocy – zjawisk, które w niektórych środowiskach stanowią wręcz normę – sprzyja maltretowaniu dzieci. Jednocześnie zwraca się uwagę na powszechność zjawiska maltretowania dzieci (w USA milion zgłoszonych przypadków rocznie) oraz na występowanie tego zjawiska w różnych grupach społecznych – niezależnie od statusu socjoekonomicznego, miejsca zamieszkania i grupy etnicznej⁽⁴⁾. W literaturze wskazywano jedynie rodzaj wykonywanego zawodu jako jedyny elementem statusu społecznego, który wyróżnia ludzi ze względu na skłonność do stosowania przemocy⁽⁵⁾.

W badaniach populacyjnych stwierdzono również, że przemoc wobec współmałżonka w sposób statystycznie istotny współwystępuje z krzywdzeniem dziecka: jest ona 15 razy częstsza w rodzinach, gdzie

występuje przemoc wobec współmałżonka, w odróżnieniu od rodzin wolnych od tego typu przemocy. W innych badaniach stwierdzono, że połowa mężczyzn, którzy znęcają się nad żonami, równie często bije dzieci⁽⁶⁾. Opisano łańcuch przyczyn i skutków prowadzących do wystąpienia przemocy wobec dziecka, które mają również miejsce w przypadku przemocy wobec małżonka i przejawiają się w postaci „cyklu bicia”⁽²⁾.

Wawrzyniak stwierdza, że wśród objawów zespołu dziecka potrząsanego (SBS) dominują objawy ze strony układu nerwowego, takie jak zaburzenia świadomości, drgawki (u 40–70% przypadków), zaburzenia oddychania i apatia. Inne wymieniane objawy to: infekcje górnych dróg oddechowych, biegunka, gorączka, wymioty, kolka, drażliwość, senność, bezdech, kłopoty z karmieniem. Należy nadmienić o dynamice symptomów w przebiegu zespołu, polegającej na ujawnianiu się zaburzeń w poszczególnych okresach życia dziecka⁽⁷⁾. Dzieci takie mogą nigdy nie nadrobić zaległości w nauce lub w umiejętnościach kształtowania stosunków międzyludzkich. Ubytki te będą wpływać na zdolność utrzymania pracy i podtrzymywania związków. Szczególnie negatywne skutki dotyczą dzieci płci męskiej – wzorce wyniesione z domu sprawiają, że w dorosłych związkach często maltretują oni swoje partnerki. Bywa też, że dzieci nie czekają z użyciem przemocy na wkroczenie w wiek dorosły i stosują ją wobec pierwszej ofiary sprawcy (czyli najczęściej matki), wobec sprawcy, swoich rówieśników lub innych osób dorosłych⁽⁸⁾.

Modele skoncentrowane na interakcjach wyjaśniają przemoc obecną w niektórych rodzinach czy parach jako kontynuację doświadczeń wyniesionych z przeszłości. W związkach tych relacje między partnerami oparte są na agresji, gdyż osoby te przyzwyczyły się do traktowania przemocy jako wyrazu zainteresowania i przywiązania. Istnieje podobieństwo pomiędzy relacjami w związku małżeńskim maltretowanej kobiety a relacjami w małżeństwie jej rodziców⁽²⁾. Przyczyną takiej międzypokoleniowej transmisji przemocy jest proces społecznego uczenia się. Dzieci są uzależnione od modeli zachowania się rodziców. Dzieci agresywnych rodziców przejawiają skłonności agresywne, zaś proces modelowania jest silniejszy, gdy modele

Lata	Liczba czynów	%	Liczba sprawców	%
2004	111	27,3	111	27,1
2005	76	18,7	77	18,8
2006	99	24,3	99	24,2
2007	50	12,3	50	12,2
2008	71	17,4	72	17,6
Razem	407	100	409	100

Źródło: Nowak M.: Czynniki związane z przemocą w rodzinie. Praca magisterska. Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2009⁽²⁰⁾

Tabela 1. Dynamika przestępczości w powiecie bartoszyckim w latach 2004–2008

agresji zawarte są w zachowaniu się osób budzących podziw⁽⁹⁾. Gilligan twierdzi, że brutalni przestępcy sami byli od wczesnego dzieciństwa ofiarami przemocy⁽¹⁰⁾. Skutki krzywdzenia dziecka są długofalowe i dotyczą zarówno kondycji fizycznej, jak i psychiki dziecka. Badania naukowe wykazały, że 30% osób krzywdzonych w dzieciństwie powtarza te same zachowania w swoich rodzinach. Doznawana przemoc może powodować wystąpienie zaburzeń afektywnych (w tym depresji) i innych dysfunkcji już w wieku przedszkolnym i szkolnym, objawiając się: 1) trwałym przeżywaniem smutku, przygnębienia, ale także rozdrażnieniem lub zaburzeniami lękowymi, 2) zaburzeniami zachowania, spowolnieniem lub nadpobudliwością ruchową, społecznym wycofaniem, 3) zaburzeniem funkcji poznawczych, ograniczeniem zainteresowań, problemami z koncentracją uwagi, obniżeniem tempa nauki, 4) objawami somatycznymi, utratą łaknienia, zaburzeniami snu, bólami brzucha, głowy, zaburzeniami miesiączkowania. Skutkiem doznawania przemocy u młodzieży może być wystąpienie objawów depresji, zaburzeń lękowych (np. fobią społeczną), zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Szacuje się, że od 40 do 90% młodzieży, cierpiącej na depresję, sięga po alkohol lub narkotyki. Przemoc interpersonalna często prowadzi również do rozwinięcia się zaburzenia po stresie traumatycznym. Objawy tego zaburzenia mogą wystąpić bezpośrednio lub do 6 miesięcy po zdarzeniu urazowym (postać ostra), ale mogą wystąpić również z dużym opóźnieniem, po roku, a nawet po 20 i więcej latach⁽¹¹⁾. W przypadku skutków długotrwałego doznawania przemocy mówi się również o złożonym syndromie posttraumatycznym.

Formy znęcania	2004	2005	2006	2007	2008	Razem	%
Psychiczne	6	6	13	11	14	50	12,3
Fizyczne	0	1	0	1	1	3	0,7
Psychiczne i fizyczne	65	43	86	64	96	354	87,0
Razem	71	50	99	76	111	407	100,0

Źródło: Nowak M.: Czynniki związane z przemocą w rodzinie. Praca magisterska. Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2009⁽²⁰⁾.

Tabela 2. Formy znęcania się

Pospiszył obok objawów fizycznych, emocjonalnych i symptomów typowych dla seksualnego wykorzystywania dziecka opisuje skutki dla jego funkcjonowania społecznego. Opisuje reakcję organizmu na stres w ujęciu procesów biochemicznych, nazywając ją reakcją alarmową lub ogólnym wstrząsem organizmu⁽⁵⁾.

Różnorodne dysfunkcje u dzieci – świadków przemocy w rodzinie – Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy opisują, rozważając następujące aspekty:

- zaburzenia zachowania;
- problemy emocjonalnych;
- funkcjonowanie społeczne;
- funkcjonowanie poznawcze;
- zdrowie fizyczne⁽⁶⁾.

Gruszczyński w artykule *Algorytm postępowania diagnostycznego zaburzeń psychosomatycznych w ramach precencji rentowej* stwierdza, że o psychobiologicznej reakcji na stres decydują wspólnie trzy układy:

- neuroendokrynologiczny (uwalnianie kortyzolu, ACTH, katecholamin, beta-endorfin, testosteronu, insuliny);
- autonomiczno-metaboliczny (wpływ na funkcje układu krążenia, oddychania, funkcję nerek, perystaltykę żołądka i jelit, metabolizm tłuszczu, utrzymywanie hemostazy);
- immunologiczny (stężenie immunoglobulin, liczba leukocytów, limfocytów, stężenie cytokin)⁽¹²⁾.

Należy zwrócić również uwagę na wpływ alkoholu spożywanego w trakcie ciąży, jak również przez rodziców po narodzinach dziecka. Dzieci z syndromem FASD (*fetal alcohol spectrum disorders*) mają uszkodzony mózg, co skutkuje zaburzeniami fizycznymi, umysłowymi i psychospołecznymi. Oprócz objawów pierwotnych, z którymi dziecko przychodzi na świat, w jego życiu ujawniają się objawy wtórne, obejmujące trudności w uczeniu się i przystosowaniu do wymagań społecznych⁽¹³⁾.

Dynamikę przestępczości z art. 207 kk (znęcanie się) w powiecie bartoszyckim za lata 2004–2008 przedstawiono w tabelach 1–3. Dane te stały się inspiracją do przeprowadzenia badań, których wyniki zamieszczone zostały w dalszej części artykułu.

Motywy przemocy rodzinnej	Ogółem motywy	%
Alkoholizm	90	48,4
Zazdrość	33	17,7
Awantury bez powodu	37	19,9
Konflikty rodzinne (małżeńskie)	8	4,3
Konflikty związane ze wspólnym zamieszkiwaniem: w okresie rozwodu, separacji po rozwodzie	18	9,7
Razem	186	100,0

Źródło: Nowak M.: Czynniki związane z przemocą w rodzinie. Praca magisterska. Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2009⁽²⁰⁾.

Tabela 3. Kluczowe motywy wystąpienia przemocy domowej

		Wyższe	%	Średnie	%	Zawodowe	%	Podstawowe	%
		91	21,2%	175	40,8%	140	32,6%	23	5,3%
	Ojciec	42	19,2%	85	39%	74	34%	17	7,8%
	Matka	49	22,6%	90	41,5%	66	30,4%	12	5,5%
Miasto	Ojciec	35	19,2%	70	38,4%	52	28,5%	11	6%
	Matka	40	22%	74	40,6%	48	26,3%	7	3,8%
Wieś	Ojciec	7	12,7%	15	27,2%	22	40%	6	10,9%
	Matka	9	16,3%	16	30%	18	32,7%	5	9%

Źródło: Badania własne.

Tabela 4. Wykształcenie rodziców a miejsce zamieszkania badanej młodzieży

CEL PRACY

Zasadniczym celem pracy było poznanie negatywnych skutków agresji i przemocy w rodzinie i ich oddziaływania na rozwój psychofizyczny i funkcjonowanie społeczne dzieci.

MATERIAŁ I METODA

MATERIAŁ

Badaniami objęto uczniów klas II, w wieku 14 lat, trzech gimnazjów: Gimnazjum nr 2 im. gen. Józefa Bema i Gimnazjum nr 1 im. Romualda Traugutta w Bartoszycach oraz Gimnazjum im. Straży Granicznej w Bezedach, powiat Bartoszyce (woj. warmińsko-mazurskie). Badania przeprowadzono po uzyskaniu świadomej zgody, potwierdzonej własnoręcznym podpisem rodziców badanych dzieci. W wyniku uzyskanej zgody do badań zakwalifikowano 237 uczniów (w tym 182 uczniów mieszkających w mieście oraz 55 uczniów mieszkających na wsi). Wstępna analiza uzyskanych wyników pozwoliła na wyodrębnienie dwóch grup:

1. grupy dzieci doznających przemocy i agresji w rodzinie (grupa badana, GB);
2. grupy kontrolnej – bez przemocy i agresji w rodzinie (grupa kontrolna, GK).

METODA

Do przeprowadzenia badania wykorzystano autorskie kwestionariusze, testy psychologiczne oraz dokumentację szkolną. Były to:

1. Ankieta dla rodziców – opracowanie autorskie, zawierająca 4 pytania główne, dotyczące:
 - a. stanu zdrowia dziecka – objawów somatycznych oraz opieki specjalistycznej;
 - b. problemów wychowawczych – spożycia używek, środków odurzających oraz stosunku do edukacji i rodziców;
 - c. postępów w nauce;
 - d. sposobu zachowania i funkcjonowania w grupie.
2. Ankieta dla dzieci – opracowanie autorskie, zawierająca 59 pytań dotyczących:

- a. funkcjonowania rodzinnego, w tym stosunku dziecka do członków rodziny i relacji wewnątrzrodziny oraz zaspokojenia podstawowych potrzeb rodziny;
- b. objawów lęku i niepokoju w konkretnych sytuacjach;
- c. stosunku dziecka do edukacji i wykształcenia;
- d. obecności przemocy w środowisku życia dziecka;
- e. problemów zdrowia dziecka.

3. Ankieta dla nauczycieli i pedagogów o postępach w nauce i zachowaniu badanej młodzieży – opracowanie autorskie, zawierająca 31 pytań dotyczących:
 - a. funkcjonowania dziecka w grupie oraz stosunku do wychowawców i grona pedagogicznego;
 - b. problemów w nauce i przyswajaniu wiedzy;
 - c. stanu zdrowia dzieci;
 - d. stopnia zainteresowania rodziców postęпами w nauce dziecka oraz funkcjonowaniem szkolnym.
4. Badanie stanu somatycznego młodzieży, w tym siatki centylowe: wzrostu i masy ciała oraz dokumentacja z ośrodków zdrowia;
5. Analiza dokumentacji pedagogiczno-wychowawczej, psychologicznej z placówek zajmujących się problemami dzieci (policyjne, ośrodki wychowawcze, poradnie psychologiczne etc.);
6. Testy psychologiczne:
 - a. *Test „Jaki jesteś”* (autorzy: Mieczysław Choynowski i Elżbieta Skrzypek);
 - b. *Test zdań niedokończonych* (autor: Janusz Kostrzewski).

Analiza wyników obu testów psychologicznych została przeprowadzona z udziałem psychologa, biegłego sądowego, wojskowego i więziennego, terapeuty

Przemoc w rodzinie		Liczba dzieci	Odsetek
		28	11,8%
Ogół dzieci	Chłopcy	12	5,0%
	Dziewczęta	16	6,7%
Miasto	Chłopcy	9	4,9%
	Dziewczęta	10	5,5%
Wieś	Chłopcy	3	5,4%
	Dziewczęta	6	10,9%

Źródło: Badania własne.

Tabela 5. Przemoc w stosunku do dzieci w rodzinie

Znęcanie nad dziećmi		Liczba dzieci	Odsetek
			29
Ogół dzieci	Chłopcy	12	5,0%
	Dziewczęta	17	7,2%
Miasto	Chłopcy	5	2,7%
	Dziewczęta	6	3,3%
Wieś	Chłopcy	7	12,7%
	Dziewczęta	11	20,0%

Źródło: Badania własne.

Tabela 6. Znęcanie się dorosłych nad dzieckiem

w zakresie terapii ze sprawcami i ofiarami przemocy – Pani mgr Marianny Misztal.

Za metodę analizy statystycznej przyjęto metodę sondażu diagnostycznego, który jest sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk.

WYNIKI BADAŃ

DANE SOCJODEMOGRAFICZNE RODZIN BADANYCH DZIECI

Uzyskane dane wskazują na znacznie gorszą sytuację panującą w środowisku wiejskim zarówno pod względem wykształcenia, zatrudnienia, jak i stanu posiadania. Największy odsetek rodziców ze wsi posiada wykształcenie zawodowe, natomiast w środowisku miejskim średnie. Bez pracy pozostaje trzykrotnie więcej rodziców i w związku z powyższym wśród rodzin mieszkających na wsi dwukrotnie częściej spotykamy się z sytuacją materialną niezapewniającą podstawowych potrzeb rodziny (tabela 4).

Aż 42,6% dzieci poddanych badaniu doznaje przemocy i agresji w rodzinie, przy czym tylko połowa z nich mówi o tym w bezpośredni sposób. Ze znęcaniem i przemocą nad dziećmi częściej spotykamy się w rodzinach wiejskich, jednocześnie w tym środowisku prawie dwukrotnie częściej przemocy doznają dziewczęta, podczas gdy w mieście różnica ta jest dużo mniejsza i wynosi około 20% (tabela 5, 6).

Przemoc wobec dzieci jest dwukrotnie częstsza w rodzinach, w których mamy do czynienia z przemocą wobec współmałżonka. Dwukrotnie częściej jej sprawcami są również mężczyźni.

Istotnym determinantem stosowanej formy przemocy jest wykształcenie. Osoby z wykształceniem wyższym czterokrotnie częściej stosują przemoc psychiczną, podczas gdy z wykształceniem zawodowym – czterokrotnie częściej fizyczną.

W co szóstej rodzinie obecny jest alkohol, a jego obecność dwukrotnie zwiększa spożycie alkoholu przez dzieci. Ponad połowa dzieci spożywa alkohol. Występowanie przemocy w rodzinach, w których stwierdzamy obecność alkoholu, jest dwukrotnie częstsze.

ZACHOROWALNOŚĆ SOMATYCZNA

Wyniki badań stanu somatycznego wskazują, że znacznie częściej choroby somatyczne występują u dzieci doznających przemocy. Problemy zdrowotne wykazuje co drugie dziecko w GB w porównaniu z co trzecim z GK. Dwukrotnie częściej – u co trzeciego dziecka – mamy do czynienia z więcej niż jednym schorzeniem. Nawracające infekcje układu oddechowego są najczęstszą diagnozą – występują dwukrotnie częściej – stawianą dzieciom doznającym aktów przemocy. Innymi jednostkami chorobowymi dotyczącymi z większą częstotliwością dzieci z GB są: bóle głowy (u co piątego

Rodzaj schorzenia	Grupa badana (GB)		Grupa kontrolna (GK)	
	Liczba dzieci	%	Liczba dzieci	%
Obecność więcej niż jednego schorzenia	32	31,6%	21	15,4%
Bóle głowy	21	20,8%	4	2,9%
Bóle brzucha	18	17,8%	7	5,1%
Zakażenie układu moczowego (ZUM)	12	11,9%	5	3,6%
Nawracające infekcje układu oddechowego	29	28,7%	20	14,7%
Astma oskrzelowa	10	9,9%	5	3,6%
Urazy	9	8,9%	4	2,9%
Moczenie nocne	5	4,9%	1	0,7%
Masa ciała poniżej 3. percentyla	10	9,9%	5	3,6%
Masa ciała powyżej 97. percentyla	9	8,9%	15	11%
Wzrost poniżej 3. percentyla	9	8,9%	2	1,5%
Wzrost powyżej 97. percentyla	1	1%	5	3,6%
Alergia	2	2%	11	8%
Wada postawy	5	4,9%	20	14,7%

Źródło: Badania własne.

Tabela 7. Rodzaje schorzeń wg danych z ośrodków zdrowia

dziecka) – siedmiokrotnie częściej, a także bóle brzucha, zakażenia układu moczowego, astma oskrzelowa i urazy – trzykrotnie częściej. Dzieci te cechują się również niższym wzrostem oraz mniejszą masą ciała. Porównując dwa źródła informacji wskazujące na problemy chorobowości, czyli ankietę dla rodziców oraz dane z ośrodków zdrowia, wykazano znaczną różnicę co do częstości występowania nawracających infekcji układu oddechowego. Według ankiet rodziców występują one z sześciokrotnie mniejszą częstością, niemniej z podobną różnicą w porównaniu z dziećmi z GK. Dane uzyskane z ankiety dla rodziców wykazały, że przytoczone powyżej pozostałe jednostki chorobowe występują z dwukrotnie mniejszą częstością, ale w porównywalnych proporcjach wobec GK, podobnie jak według danych uzyskanych z ośrodków zdrowia. Z kolei dzieci z GK to jednostki z większym wzrostem i masą ciała, u których stwierdzamy większą tendencję do występowania alergii oraz wad postawy. Wyniki badań zachorowalności somatycznej przedstawiono w tabeli 7.

ZABURZENIA PSYCHICZNE (PSYCHOSOMATYCZNE)

Wyniki badań stanu psychicznego wskazują, że z zaburzeniami psychicznymi mamy do czynienia u co dziesiątego dziecka. Objawy lęku i niepokoju występują niemal u połowy dzieci z GB, czterokrotnie częściej w porównaniu z dziećmi z GK (tabela 8). Najczęstszymi objawami psychosomatycznymi u dzieci z grupy badanej są objawy psychosomatyczne (dawniej nazywane nerwicowymi), takie jak: bóle głowy i brzucha, wymioty, moczenie nocne, astma oskrzelowa. U 60% dzieci doznających przemocy występują problemy związane z używaniem alkoholu.

ZABURZENIA FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO (RODZINNEGO, SZKOLNEGO, RÓWIEŚNICZEGO)

Wyniki badań funkcjonowania społecznego (w środowiskach szkolnym, rodzinnym i rówieśniczym) wskazują, że dzieci doznające agresji i przemocy pięciokrotnie częściej wykazują problemy z funkcjonowaniem szkolnym (co czwarte) i społecznym (co piąte). Z zestawienia relacji rodzinnych wynika, że tylko w co siedemnastej (6%) rodzinie stwierdzamy prawidłowe relacje oraz w co dziesiątej pozytywny wzajemny stosunek rodziców i dzieci. Odpowiednio w GK prawidłowe relacje oraz pozytywne nastawienie rodzic – dziecko są obecne w większości rodzin (80%) (tabela 8).

Dzieci doznające przemocy mają duże problemy z przyswajaniem wiedzy (co trzecie), wielokrotnie częściej powtarzają rok nauki oraz uzyskują gorsze wyniki w nauce (tabela 9). Często są sprawcami konfliktów

	GB		GK	
	Liczba dzieci	% GP	Liczba dzieci	% GK
Objawy lęku i niepokoju	40	39,6%	12	8,8%
Pozytywny stosunek dzieci do rodziców	10	10%	106	78%
Pozytywny stosunek rodziców do dzieci	12	11,9%	110	81%
Pozytywne relacje rodzinne	6	5,9%	101	74,2%
Zaburzenie funkcjonowania szkolnego	25	24,7%	4	2,9%
Zaburzenie funkcjonowania społecznego	21	20,8%	5	3,7%

Źródło: Badania własne

Tabela 8. Dane wynikające z Testu zdań niedokończonych

oraz utrudniają prowadzenie zajęć, wykazując zachowania agresywne i prowokując nieporozumienia wśród rówieśników. Nie potrafią odnaleźć się w grupie rówieśniczej, popadają w osamotnienie i izolację.

OMÓWIENIE

Uzyskane dane są zgodne z ogólnie przyjętymi przedstawionymi w badaniu CBOS, zarówno pod względem częstości stosowanej przemocy, jak i wpływu alkoholu, obecności przemocy wobec współmałżonka, złej sytuacji materialnej, wykształcenia i płci sprawców oraz poszkodowanych.

Badania CBOS wskazują, że:

- 60% badanych stosuje kary fizyczne wobec dzieci do 19. roku życia;
- 14% badanych przyznało, że w ciągu ostatniego roku sprawiło tzw. porządne lanie swojemu dziecku;
- 33% rodziców bije dzieci do 6. roku życia;
- 10% rodziców bije nastoletnie dzieci (16–19 lat)⁽⁷⁾.

Z listu Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Sprawiedliwości – Prokuratora Generalnego z dnia 21.01.2008 wynika (dane CBOS), że co piąty Polak bije swoje dzieci raz w miesiącu lub częściej⁽¹⁴⁾. Miller, Urban i Supranowicz w swoich badaniach stwierdzili, że przemoc w rodzinie zgłosiło 25,31% młodzieży⁽¹⁵⁾, co daje wynik rozbieżny z powyższymi danymi. Nieśpójności mogą wynikać z interpretacji badań – podobnie w badaniach własnych przeprowadzonych wśród uczniów klas II trzech gimnazjów powiatu Bartoszyce (woj. warmińsko-mazurskie) ogółem tylko 24% dzieci

	Ilość osób	%
Trudności z przyswajaniem wiedzy	36	35,6%
Powtarzanie roku	13	12,9%
Poprawa ocen niedostatecznych (semestralnych)	18	17,8%

Źródło: Badania własne.

Tabela 9. Zaburzenia funkcjonowania szkolnego (wyniki w nauce)

w sposób bezpośredni wskazuje na obecność znęcania i przemocy domowej.

Zgodnie z przytoczonymi danymi wyniki są zbieżne zarówno pod względem wpływu alkoholu, jak i większego zagrożenia przemocą dziewcząt, natomiast różnice dotyczą wykształcenia – w grupie dzieci doświadczających przemocy rodzice mają przeważnie wykształcenie podstawowe, a w ich rodzinach brak dostatecznych warunków materialnych i mieszkaniowych. Powyższe rozbieżności mogą wynikać z różnicy czasowej przeprowadzonych badań (Miller i wsp. przeprowadzili je w latach 90., kiedy wykształcenie podstawowe było znacznie powszechniejsze).

W modelu społeczno-interakcyjnym Belsky'ego, rozważającym uwarunkowania wystąpienia przemocy w rodzinie, podkreśla się znaczenie takich czynników, jak: zaburzone relacje rodzinne – odrzucenie emocjonalne i brak ciepła emocjonalnego w dzieciństwie (w tym zaburzone relacje między rodzicami), alkoholizm, uzależnienie od narkotyków, brak zdolności do empatii, brak tolerancji na stres, naśladowanie dysfunkcyjnie zachowujących się modeli, status socjoekonomiczny – bezrobocie, brak wystarczających środków ekonomicznych, niezadowolenie z pracy, napięcie w pracy, kryzys ekonomiczny⁽¹⁶⁾. Krahnę przedstawiła społeczno-psychologiczny model przemocy w rodzinie uwzględniający: pozycję społeczną agresora, płeć, wiek, status socjoekonomiczny, klasę i społeczność oraz wartości/normy⁽¹⁷⁾. Zgodnie z przytaczaną wyżej literaturą determinanty krzywdzenia znajdujemy u Wawrzyniaka oraz Goodmana i Scotta^(7,18).

Zdaniem Pospiszyl jedynym elementem statusu społecznego, który wyróżnia ludzi z punktu widzenia skłonności do stosowania przemocy, jest rodzaj wykonywanego zawodu⁽⁵⁾. I jest to stwierdzenie znajdujące potwierdzenie w badaniach własnych.

Zgodnie z danymi przytoczonymi przez Wyżyńską molestowania seksualnego doświadczą w dzieciństwie co najmniej 20% dziewcząt i 10% chłopców⁽¹⁹⁾. Wyniki badań własnych, dotyczących ogólnej przemocy fizycznej, wskazują również na dwukrotnie częstsze jej stosowanie wobec dziewcząt.

Pod względem zaburzeń stanu somatycznego problemy zdrowotne występują u połowy z grupy dzieci doznających przemocy w porównaniu z co trzecim dzieckiem z grupy kontrolnej. Podobnie dwukrotnie częściej – u co trzeciego dziecka – mamy do czynienia z więcej niż jednym schorzeniem. Nawracające infekcje układu oddechowego są najczęstszą diagnozą stawianą wśród dzieci doznających aktów przemocy. Dane pozyskane z ośrodków zdrowia wskazały na zaburzenia wzrostu i rozwoju oraz większą chorobowość w GB, potwierdzając informacje pozyskane z ankiety dla rodziców. Powyższe zaburzenia przybierają wielokrotnie postać zaburzeń powstających na podłożu psychosomatycznych.

Wyniki badań stanu psychicznego wskazują, że z zaburzeniami psychiki mamy do czynienia u co dziesiątego dziecka. Objawy lęku i niepokoju występują niemal u połowy dzieci i są pięciokrotnie częstsze w porównaniu z dziećmi z grupy kontrolnej. Badanie dzieci wskazuje przede wszystkim na obecność objawów psychosomatycznych występujących pod postacią bólów głowy oraz pochodzących z układów pokarmowego – bóle brzucha, moczowego – moczenie nocne i oddechowego – astma oskrzelowa. Wszystkie powyższe dolegliwości mogą być przejawem somatyzacji towarzyszącej zaburzeniom afektywnym (depresji i zaburzeń lękowych) – zaburzeń będących najczęstszymi następstwami przewlekłego stresu.

Poza bezpośrednimi następstwami somatycznymi i emocjonalnymi 70% dzieci już po trzech latach krzywdzenia wykazuje opóźnienie rozwoju psychoruchowego w stosunku do swoich możliwości rozwojowych. Jak była już o tym mowa, skutki krzywdzenia dziecka są długofalowe i dotyczą zarówno kondycji fizycznej, jak i psychiki dziecka⁽¹⁵⁾.

Z zestawienia opinii na temat funkcjonowania rodziny w GB wynika, że tylko w co siedemnastej rodzinie można stwierdzić prawidłowe relacje, a w co dziesiątej pozytywny wzajemny stosunek rodziców i dzieci. Uzyskane informacje świadczą również o tym, że dużym problemem u dzieci doznających przemocy jest właściwe funkcjonowanie szkolne i społeczne – co piąte dziecko z GB ma problemy z funkcjonowaniem szkolnym, a co siódme z funkcjonowaniem społecznym. Co trzecie dziecko z GB ma istotne trudności z przyswajaniem wiedzy, co szóste poprawiało oceny niedostateczne, co ósme powtarzało rok szkolny. Jednocześnie podobny odsetek dzieci wykazuje agresję i zachowania opozycyjno-buntownicze, natomiast co dwudzieste nie potrafi odnaleźć się w grupie rówieśniczej.

Informacje uzyskane z ankiet dla nauczycieli i pedagogów znajdują odzwierciedlenie w danych z piśmiennictwa. Wskazują one jednoznacznie na negatywny wpływ agresji i przemocy w rodzinie na postępy w nauce oraz zaburzenie funkcjonowania w środowiskach szkolnym i rówieśniczym. Podobnie u dzieci – świadków przemocy w rodzinie – Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy opisują występowanie zaburzeń zachowania, problemów emocjonalnych, problemów funkcjonowania społecznego, problemów funkcjonowania poznawczego i w zakresie zdrowia fizycznego⁽⁶⁾.

Jak wcześniej wspomniano, rozmaite patologie występujące w rodzinach niekorzystnie wpływają na organizm już od momentu poczęcia. Należy zwrócić uwagę przede wszystkim na wpływ alkoholu spożywanego już w trakcie ciąży, a także jego obecność w życiu rodzinnym po narodzinach. Szczególnym wyrazem maltretowania prenatalnego jest alkoholowy zespół płodowy (*fetal alcohol syndrome*, FAS), częściowy alkoholowy zespół płodowy (*partial fetal alcohol syndrome*, pFAS),

zaburzenia neurologiczne związane z alkoholem (*alcohol-related neurodevelopmental disorder*, ARND) i wady wrodzone związane z alkoholem (*alcohol-related birth defects*, FRBD). Dzieci z syndromem FAS mają uszkodzony mózg, co skutkuje zaburzeniami fizycznymi, neurologicznymi i psychospołecznymi. Oprócz objawów pierwotnych, z którymi dziecko przychodzi na świat, w jego życiu ujawniają się objawy wtórne, obejmujące trudności w uczeniu się i przystosowaniu do wymagań społecznych. Z kolei dorosłe dzieci alkoholików (DDA) wykazują wyższy poziom różnych symptomów zaburzeń psychicznych niż dorosłe dzieci niealkoholików (n-DDA). Dokonując porównań międzygrupowych, udowodniono, że dorosłe dzieci alkoholików należą do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia nadużywania alkoholu⁽¹³⁾.

Są to dane potwierdzone wynikami badań własnych, w których stwierdzono, że dzieci dwukrotnie częściej spożywają alkohol, gdy jest on obecny w domach. Alkohol spożywa ponad połowa badanych dzieci. Większość badanych wskazuje na współobecność alkoholu i przemocy w rodzinie.

Zaskakujący jest fakt, że połowa grupy badanych dzieci nie sygnalizuje zjawiska agresji i przemocy w rodzinie. Wynika to prawdopodobnie z obawy przed ujawnieniem w środowisku życia, a poprzez to napiętnowaniem rodziny i odrzuceniem społecznym. Otoczenie społeczne bowiem zazwyczaj nie udziela pomocy, lecz odwraca się od rodziny i problemu. Jednocześnie ofiara przemocy może obawiać się utraty jedynej bądź głównego żywiciela rodziny, jeżeli ten jest sprawcą przemocy. Powyższa sytuacja doprowadza do patologii społecznej, jaką jest niezgłaszanie aktów przemocy organom ścigania i pomocy społecznej. Zdaniem autorów jedną z przyczyn braku dostępu do analiz statystycznych jest Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (DzU 1997, nr 133, poz. 883, art. 27, pkt 1), zgodnie z którą nie ma możliwości pozyskania danych, mogących piętnować zjawisko przemocy domowej. W literaturze światowej spotykamy się z podobnymi stwierdzeniami na temat problemów ze sporządzeniem rzetelnej i wiarygodnej statystyki zjawisk związanych z przemocą. Tylko co siódme zdarzenie przemocy w rodzinie jest zgłaszane na policję w Stanach Zjednoczonych. Szacuje się, że w Polsce zgłaszalność jest jeszcze mniejsza.

Biorąc po uwagę powyższe dane z literatury polskiej i światowej oraz przegląd badań, wyrażamy obawę, że dzieci poddane zjawisku agresji i przemocy w rodzinie mogą być wprowadzone w mechanizm „cyklu bicia” – powielania patologicznych zachowań w nowych rodzinach. W wieku dorosłym nie będą być może potrafiły odróżnić dobra od zła, zachowań prawidłowych od patologicznych. Agresja będzie również głównym sposobem porozumiewania się z otoczeniem. Nie będzie im obca także ścieżka przestępcza. Również pod względem

stanu zdrowia będą to osoby „okaleczone”, zmagające się z zaburzeniami psychosomatycznymi i psychicznymi. Są oni potencjalnymi pacjentami często powracającymi na wizyty lekarskie zarówno do poradni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jak i poradni zdrowia psychicznego, wielokrotnie wymagającymi przewlekłego leczenia. Akceptując przemoc, tworzymy społeczeństwo nie tylko patologiczne, ale także bezproduktywne, wymagające olbrzymich nakładów finansowych zarówno na leczenie, jak i resocjalizację.

WNIOSKI

1. W badanej populacji 237 uczniów w wieku 14 lat (II klasa) trzech gimnazjów województwa warmińsko-mazurskiego stwierdzono, że w rodzinach 43% z nich występują przejawy przemocy i agresji, przy czym tylko połowa dzieci bezpośrednio wskazała na obecność tych zjawisk.
2. Przemoc i agresja w rodzinie dwukrotnie częściej dotyczy dziewcząt niż chłopców i ma również związek z problemem nadużywania alkoholu w rodzinie.
3. Agresja i przemoc powoduje objawy „zespołu dziecka maltretowanego”, dotyczy wszystkich aspektów życia dziecka:
 - a. w zakresie parametrów biologicznych (somatycznych);
 - b. w zakresie stanu psychicznego;
 - c. w zakresie funkcjonowania społecznego.
4. Ścisła korelacja zjawisk przemocy i agresji z miejscem zamieszkania – środowisko wiejskie, jak również z takimi czynnikami, jak niski status socjoekonomiczny i problematyka nadużywania alkoholu, głównie przez ojców, bezrobocie i przemoc rozszerzona na współmałżonka.
5. Wyniki uzyskanych badań bardzo niekorzystnie rokoją, jeżeli chodzi o dalszy rozwój badanej populacji, zarówno pod względem rozwoju somatycznego, psychicznego (psychopatologicznego), jak i nasilenia patologii społecznej.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Gil D.: Societal violence in families. W: Eekelaar J.M., Katz S.N. (red.): Family Violence. Butterworths, Toronto 1978.
2. Browne K., Herbert M.: Zapobieganie przemocy w rodzinie. PARPA, Warszawa 1999.
3. Boćwińska-Kiluk B.: Dzieciństwo moim skarbem, przemoc moim przekleństwem. Edukacja i Dialog; S.T.O., 1999; 8 (111). Adres: <http://www.vulcan.edu.pl/eid/archiwum/1999/08/index.html>.
4. Lipowska-Teutsch A.: Rodzina a przemoc. PARPA, Warszawa 1998.
5. Pospiszyl I.: Razem przeciw przemocy. „Żak”, Warszawa 1999.
6. Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A.: Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia.

- Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
7. Wawrzyniak J.: Socjologiczne i psychopedagogiczne aspekty przemocy. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2007: 31.
 8. Mellibruda J., Durda R., Dorota Sasal H.: O przemocy domowej – poradnik dla lekarza pediatri. PARPA, Warszawa 1998.
 9. Ilnicka R.M., Cichla J.: Wybrane aspekty przemocy. Diagnoza i profilaktyka. Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit” s.c., Toruń 2009.
 10. Gilligan J.: Wstyd i przemoc. Refleksje nad śmiertelną epidemią. Media Rodzina, Poznań 2001.
 11. Cielecka-Kuszyk J.: Zespół dziecka krzywdzonego. *Pediatrics po Dyplomie; Wydanie specjalne; Wrzesień 2006*: 136–137.
 12. Gruszczyński W.: Algorytm postępowania diagnostycznego zaburzeń psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej. *Family Medicine & Primary Care Review 2010*; 12, 4: 1121–1129.
 13. Cierpiątkowska L., Ziarko M.: Psychologia uzależnień – alkoholizm. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010.
 14. Marciński A.: Urazy nieprzypadkowe u dzieci – symptomatologia zespołu dziecka krzywdzonego. *Standardy Medyczne Pediatrya 2009*; tom 6, nr 4: 639–650.
 15. Miller M., Urban E., Supranowicz P.: Przemoc w rodzinie ze szczególnym uwzględnieniem dziecka krzywdzonego – badania pilotażowe w I kl. gimnazjum w woj. mazowieckim. W: Binczycka-Anholcer M. (red.): *Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne*. Dział Wydawnictwa Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2003.
 16. Soriano A.: *Przemoc wobec dzieci*. ESPE, Kraków 2002.
 17. Krahe B.: *Agresja*. Seria „Psychologia Społeczna”. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
 18. Goodman R., Scott S.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Urban & Partner, Wrocław 2000.
 19. Wyżyńska J.: Jak chronić dzieci przed molestowaniem seksualnym. Poradnik nie tylko dla rodziców. *Media Rodzina, Poznań 2007*: 18–24.
 20. Nowak M.: Czynniki związane z przemocą w rodzinie. Praca magisterska. Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2009.