

Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów¹

Katarzyna Makaruk^a, Joanna Włodarczyk^a, Dinesh Sethi^b, Piotr Michalski^c,
Renata Szredzińska^a, Paulina Karwowska^b

^aFundacja Dajemy Dzieciom Siłę

^bŚwiatowa Organizacja Zdrowia

^cUniwersytet Warszawski

Celem przekrojowego badania ankietowego było oszacowanie częstości występowania krzywdzenia dzieci i innych negatywnych doświadczeń w dzieciństwie (adverse childhood experiences, ACE) w Polsce oraz ich związek z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia. Badanie przeprowadzono na próbie złożonej ze 1722 losowo dobranych studentów z pięciu polskich uczelni, które zostały dobrane w sposób celowy. Badani wypełnili kwestionariusz dotyczący negatywnych doświadczeń w dzieciństwie. Wyniki badania wskazują na dużą częstość występowania krzywdzenia dzieci i innych negatywnych doświadczeń: przemocy fizycznej doświadczyło 46% respondentów, przemocy emocjonalnej – 42%, wykorzystywania seksualnego – 5%, a zaniedbywania emocjonalnego – także 5%. Poziom dysfunkcji w rodzinie również był wysoki: 3% badanych w dzieciństwie mieszkało z osobą uzależnioną od narkotyków, 21% – z osobą uzależnioną od alkoholu, 19% – z kimś, kto cierpiał na zaburzenia psychiczne, 8% było świadkami przemocy domowej, a 5% zadeklarowało dorastanie w rodzinie dotkniętej przestępczością. Żadnych negatywnych doświadczeń w dzieciństwie nie miało 23% respondentów, a 19% doświadczyło co najmniej czterech form ACE. Stwierdzono istotny związek między negatywnymi doświadczeniami a zachowaniami niekorzystnymi dla zdrowia, takimi jak próby samobójcze, nadużywanie alkoholu, używanie narkotyków, ryzykowne zachowania seksualne i palenie tytoniu. Otrzymane wyniki wskazują na potrzebę inwestowania w programy profilaktyczne.

1 Artykuł jest tłumaczeniem raportu *Survey of adverse childhood experiences and associated health-harming behaviours among Polish students* (Światowa Organizacja Zdrowia, 2018).

SŁOWA KLUCZOWE:

KRZYWDZENIE DZIECI, PROFILAKTYKA I KONTROLA, ZANIEDBYWANIE DZIECI, ZACHOWANIA RYZYKOWNE DLA ZDROWIA, PRZEMOC, BADANIE ANKIETOWE NA TEMAT ZDROWIA

Wszyscy ludzie niezależnie od wieku mają prawo do życia bez przemocy. Bezpieczne dzieciństwo jest gwarantowane przez prawa zarówno człowieka, jak i dziecka zapisane w konwencjach międzynarodowych. Preambuła historycznego drugiego międzynarodowego dokumentu określającego prawa dziecka, Deklaracji Praw Dziecka (1959), brzmi: „Dziecko ze względu na swoją niedojrzałość fizyczną i psychiczną potrzebuje specjalnych zabezpieczeń i opieki, w tym odpowiedniej ochrony prawnej, zarówno przed, jak i po urodzeniu” (s. 1).

Dzieciństwo jest to także szczególnym okresem w życiu człowieka, niezwykle istotnym z rozwojowego punktu widzenia i znacząco wpływającym na dalsze życie. Na żadnym innym etapie życia ludzie nie przechodzą tak wielu zmian w tak wielu sferach (Szczepaniak, 2016). Jednocześnie jest to czas, szczególnie pierwsze lata życia, w którym człowiek jest bardzo zależny od innych ludzi, przede wszystkim rodziców, i ich opieki.

Krzywdzenie dzieci powoduje wymierne negatywne konsekwencje na poziomie indywidualnym, jak również społecznym. Wiele z nich dotyczy zdrowia, zarówno jeszcze w dzieciństwie i młodości, jak i późniejszym życiu (WHO, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006).

SKALA KRZYWDZENIA DZIECI W POLSCE

Przemoc wobec dzieci stanowi w Polsce poważny problem społeczny. Świadczą o tym oficjalne statystyki, według których co roku 4000 dzieci pada ofiarą przemocy rówieśniczej. Wyniki badań pokazują, że co trzecie dziecko w Polsce doświadcza przemocy z rąk bliskich krewnych (Włodarczyk, 2017).

Polska poczyniła istotne postępy w dziedzinie ochrony dzieci przed krzywdzeniem poprzez wzmocnienie regulacji prawnych w tym obszarze. Można wskazać liczne rozwiązania zalecane przez Światową Organizację Zdrowia i inne instytucje międzynarodowe w zakresie profilaktyki uniwersalnej (np. wizyty patrolowe położnych i pielęgniarek) oraz profilaktyki wskazującej lub selektywnej (np. programy wsparcia dla ofiar), które przyczyniają się do lepszej ochrony dzieci i skuteczniejszej realizacji ich praw. Realizowany jest także krajowy program przeciwdziałania przemocy w rodzinie obejmujący interdyscyplinarne metody

zapobiegania przemocy domowej, w tym przemocy wobec dzieci, oraz reagowania na tego rodzaju przemoc.

Nadal jednak nie ma jednego systemu zbierania i przekazywania informacji dotyczących krzywdzenia dzieci. Dane urzędowe gromadzone są przez różne instytucje, np. w systemie Niebieskich Kart. Konieczna jest lepsza integracja danych oraz koordynacja działań profilaktycznych i interwencyjnych.

Według danych Komendy Głównej Policji (KGP) liczba małoletnich ofiar przemocy domowej w Polsce systematycznie spada – od 56,5 tys. w roku 2006 do 14,2 tys. w roku 2016 (7074 – dziewczynki i 7149 – chłopcy). Zmienia się także proporcja ofiar małoletnich w stosunku do ogółu ofiar przemocy domowej – z 36% w roku 2006 do 15% w roku 2016. W ramach procedury „Niebieskich Kart” w 2016 r. 598 dzieci zostało umieszczonych w niezagrażającym środowisku (takim jak rodzina zastępcza, dalsza rodzina, placówka opiekuńcza) z powodu przemocy w rodzinie (KGP, 2017).

Jednym z nielicznych badań ukazujących skalę problemu krzywdzenia dzieci w Polsce jest *Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci* przeprowadzona w 2012 r. przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (wówczas Fundację Dzieci Niczyje). Badanie to ujawniło, że co piąte dziecko w Polsce (21%) doświadczyło przemocy fizycznej ze strony dorosłych członków rodziny. Podobny odsetek dzieci (22%) doświadcza przemocy emocjonalnej, której sprawcami są dorośli członkowie rodziny. Przemocy fizycznej częściej doświadczają chłopcy niż dziewczynki (22% vs 19%), podczas gdy ofiarą przemocy emocjonalnej częściej padają dziewczęta (24% vs 20%). W ponad połowie przypadków sprawcami są rodzice dziecka. Nieco mniejszy odsetek dzieci (18%) jest świadkiem przemocy domowej wobec innej osoby dorosłej lub innego dziecka w rodzinie. Wreszcie, 12% dzieci pada ofiarą wykorzystywania seksualnego, w tym 6% doświadcza wykorzystywania z kontaktem fizycznym (Włodarczyk, Makaruk, 2013; Wójcik, 2013).

Według badań przeprowadzonych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS; wcześniej Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej) w 2014 r. na próbie dorosłych Polaków ($N = 2963$) niemal połowa badanych (47,1%) zadeklarowała wiedzę o przypadkach przemocy w rodzinie wobec dzieci, w tym co czwarta osoba (25,7%) – o przemocy fizycznej. W tym samym badaniu 13,4% dorosłych stwierdziło, że doświadczyło przemocy fizycznej w dzieciństwie, a 3,4% przyznało, że stosowało przemoc fizyczną wobec własnych dzieci (Miedzik, Godlewska-Szurkowa, 2014).

W 2014 r. MRPiPS przeprowadziło również badanie wśród uczniów w wieku 11–17 lat ($N = 1210$), w którym 46% dzieci stwierdziło, że prawie wszyscy lub więcej

niż połowa ich rówieśników doświadczyła przynajmniej jednego spośród badanych przejawów przemocy fizycznej. Ich zdaniem jest to najczęściej doświadczana forma krzywdzenia, w odróżnieniu od zaniedbywania (32% dzieci twierdzi, że doświadczają go prawie wszyscy lub więcej niż połowa ich rówieśników), przemocy psychicznej (23%) czy przemocy seksualnej (23%). Wreszcie, 32% badanych zna co najmniej jednego rówieśnika ze swojego otoczenia, który doświadcza którejś z form krzywdzenia (Miedzik, 2014).

Sprawcami przemocy zarówno fizycznej, jak i psychicznej wobec dzieci są najczęściej rodzice, częściej ojcowie niż matki. To, na jaką formę przemocy ze strony rodziców dziecko jest bardziej narażone, zależy od jego płci. Przemocy psychicznej częściej doświadczają dziewczynki, natomiast na przemoc fizyczną bardziej narażeni są chłopcy. Oni też częściej są ofiarami krzywdzenia emocjonalnego ze strony ojców, zaś dziewczynki – ze strony matek. Nie stwierdzono takich zależności w wypadku przemocy fizycznej (Miedzik i in., 2014; Wójcik, 2013).

Przemoc fizyczna stosowana przez rodziców i opiekunów często przyjmuje formę kar fizycznych (UNICEF, 2014; WHO, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect 2006). Większość rodziców (75%) przynajmniej raz w życiu dała dziecku klapsa, a co piąty rodzic (21%) zrobił to wiele razy. Mimo wprowadzonego w 2010 r. prawnego zakazu kar fizycznych połowa Polaków (50%) nadal przyzwala na ich stosowanie przez rodziców (Makaruk, 2013).

Jednocześnie stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży urasta do rangi jednego z najpoważniejszych problemów w Polsce. W ostatnich latach wzrosła liczba dzieci i nastolatków, którzy wymagają specjalistycznej pomocy z powodu zaburzeń psychicznych. Do roku 2015 z takiej pomocy skorzystało 143 tys. osób w wieku poniżej 18 lat, przy czym 61% tej grupy stanowili chłopcy. Co roku kilka tysięcy dzieci i młodych ludzi jest hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych i kryzysów behawioralnych. W 2015 r. liczba ta była największa od kilkunastu lat i wyniosła 10 127 osób w wieku do lat 19. Należy przy tym zauważyć, że w latach 2013–2015 w obrębie tej grupy wzrosła liczba dzieci w wieku od roku do czterech lat (Szredzińska, 2017).

W Polsce notuje się dużą liczbę prób samobójczych dzieci i młodzieży. W 2015 r. była ona najwyższa i wyniosła 481 przypadków, w tym 12 prób dokonanych przez dzieci poniżej 12 r.ż. W roku 2016 ten wskaźnik był nieco niższy – 475 prób samobójczych, z czego 103 zakończyły się śmiercią dziecka. W roku 2015 samobójstwo było drugą najczęstszą przyczyną śmierci dzieci i młodzieży w wieku 10–19 lat – co piąty zgon w tej grupie wiekowej był następstwem samobójstwa. Chłopcy podejmowali próby samobójcze ponad cztery razy częściej niż dziewczyny.

Jeśli chodzi o liczbę zgonów wskutek prób samobójczych dokonanych przez dzieci i młodych ludzi w wieku do 19 lat, w 2014 r. Polska zajęła drugie miejsce w Europie, za Niemcami (Szredzińska, 2017).

NEGATYWNE DOŚWIADCZENIA W DZIECIŃSTWIE A ZACHOWANIA SZKODLIWE DLA ZDROWIA

Związek między negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie (*adverse childhood experiences*, ACE) a zachowaniami związanymi ze zdrowiem był obiektem badania przeprowadzonego w Stanach Zjednoczonych na próbie 13 494 respondentów. Wyniki badania potwierdzają tezę, że doświadczenia krzywdzenia lub zaburzeń funkcjonowania rodziny w dzieciństwie przyczyniają się do problemów zdrowotnych w dorosłości. To i inne badania ustaliły silny związek między ACE a paleniem tytoniu, złym sposobem odżywiania, niską aktywnością fizyczną, nadużywaniem alkoholu i narkotyków, depresją, próbami samobójczymi oraz sprawstwem przemocy (Bellis i in., 2014b; Felitti i in., 1998; WHO, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect 2006).

Związki między zachowaniami szkodzącymi zdrowiu i doświadczeniami w dzieciństwie prawdopodobnie występują przez oddziaływanie ACE na rozwijający się umysł. Wczesne traumy mogą prowadzić do strukturalnych i czynnościowych zmian w mózgu oraz jego systemach regulacji stresu. To wpływa na takie czynniki jak regulacja emocji i reagowanie na strach, co może predysponować poszczególne osoby do szkodliwych zachowań w późniejszym życiu (Anda i in., 2006).

Okazuje się, że ACE są związane ze zmianami w układach nerwowym, hormonalnym i odpornościowym. Badania sugerują, że stresujące doświadczenia w dzieciństwie mogą prowadzić do istotnych reakcji biologicznych, a zatem wpływać na fizjologiczne reakcje na stres w dorosłym życiu (Danese, McEwen, 2012).

METODOLOGIA

Badanie oparto na metodologii WHO i podobnych badaniach przeprowadzonych w wielu krajach europejskich (Meinck i in., 2016), głównie w Europie Środkowej i Wschodniej, tj. w byłej Jugosłowiańskiej Republice Macedonii (Raleva i in., 2013), Serbii (Paunovic i in., 2015), Rumunii (Baban i in., 2013) i Albanii (Qirjako i in., 2013).

Cel badania

Głównym celem badania była ocena skali krzywdzenia dzieci i innych negatywnych doświadczeń w dzieciństwie (ACE) w Polsce oraz związku między negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie a podejmowaniem zachowań szkodliwych dla zdrowia.

Próba

Przeprowadzono przekrojowe badanie wśród studentów z celowo wybranych pięciu polskich uczelni.

Badana próba obejmowała studentów I, II i III roku studiów stacjonarnych. Badanie zostało przeprowadzone przez zespół projektowy Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS, 2016) w Polsce jest ponad 400 szkół wyższych (w roku akademickim 2014/2015 istniało 415 uczelni, ale nie wszystkie z nich były aktywne). W roku akademickim 2015/2016 kształciło się w nich 1 405 100 studentów – 1 075 200 (76,5%) na uczelniach publicznych i 329 900 (23,5%) na uczelniach niepublicznych. Największe grupy stanowili studenci uniwersytetów (422 200) i wyższych szkół technicznych (301 400).

Próbę została ograniczona do studentów I–III roku studiów stacjonarnych z dwóch powodów – łatwiejszego dostępu do respondentów (który pozwala na losowy dobór reprezentatywnej próby w każdej z uczelni) i wieku studentów.

W badaniu przyjęto metodologię opracowaną w publikacji *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence* (WHO, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006) i zastosowaną przy realizacji takich samych badań w innych krajach. Zastosowano dwuetapowy dobór próby – w pierwszym etapie dokonano doboru celowego uczelni, a następnie przeprowadzono wielostopniowe losowanie grupowe.

W celu zapewnienia różnorodności w próbie uczelnie zostały dobrane celowo na podstawie następujących czterech kryteriów: lokalizacji (różne rejony Polski), typu (uczelnia publiczna/niepubliczna), liczby studentów (uczelnie z różnych kategorii wielkości pod względem liczby studentów) oraz profilu (techniczny/nietechniczny). Na pierwszym etapie doboru próby wybrane uczelnie (cztery publiczne oraz jedną niepubliczną) zaproszono do udziału w badaniu. Liczba uczelni publicznych i niepublicznych była proporcjonalna do liczby studentów na uczelniach publicznych i niepublicznych (GUS, 2016). Do uczelni rozesłano pisemne zaproszenia wraz z listami polecającymi od Ministerstwa Zdrowia i Światowej Organizacji Zdrowia. Władze jednej z uczelni publicznych odmówiły udziału w badaniu, dlatego na jej miejsce

wybrano uczelnię spełniającą podobne kryteria. Jedną zaproszoną do badania uczelnię niepubliczną z powodu braku dostatecznej liczby studentów dziennych zastąpiono uczelnią publiczną o podobnej charakterystyce.

Na kolejnym etapie dla każdej z wybranych uczelni wylosowano odrębną próbę uczących się na studiach dziennych na latach I–III. Operatem losowania były listy dostarczone z uczelni zawierające informacje o liczbie studentów z uwzględnieniem wydziału, kierunku (specjalizacji) i roku studiów. Przyjęto założenie, że podstawową jednostką losowaną jest hipotetyczna grupa studencka licząca około 30 osób. Wyjątek stanowił Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, gdzie z uwagi na mniej liczne kierunki studiów wylosowano 10-osobowe grupy studentów. Każdemu wydziałowi przypisano określoną liczbę grup zgodnie z liczebnością na wydziałach objętych badaniami.

Za pomocą programu SPSS v. 23 dokonano losowania wydziałów z prawdopodobieństwem odpowiadającym liczebności grup na wydziale. W drugim etapie dla każdego wydziału w losowaniu prostym wylosowano liczbę grup wynikającą z wielkości wydziału. Dokonano identyfikacji wylosowanych numerów z grupami studenckimi (wydział, kierunek i rok studiów).

W badaniu zebrano łącznie 1833 ankiety. W procedurze weryfikacji danych wyłono próbę 1722 ankiet. Poziom realizacji próby wyniósł 94%. W skład próby weszli studenci Politechniki Śląskiej ($n = 361$), Politechniki Gdańskiej ($n = 360$), Uniwersytetu w Białymstoku ($n = 356$), Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu ($n = 338$) oraz Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu ($n = 307$; tab. 1).

Tabela 1

Poziom realizacji próby na uczelniach

Uczelnia	Liczba ankiet			Poziom realizacji próby w %
	zebranych	poprawnie wypełnionych	odrzuconych	
Uniwersytet w Białymstoku	386	356	30	92,23
Politechnika Gdańska	393	360	33	91,60
Politechnika Śląska	367	361	6	98,37
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu	355	338	17	95,21
Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu	332	307	25	92,47
Ogółem	1833	1722	111	93,94

Kwestionariusz badawczy

Kwestionariusz użyty w ankiecie był dostosowaną wersją kwestionariuszy *Adverse Childhood Experiences (ACE)* opracowanych przez *Centers for Disease Control and Prevention* i *Kaiser Permanente* w 1995 r. (Krug i in., 2002). Są to dwa kwestionariusze – *Family Health History Questionnaire* i *Physical Health Appraisal Questionnaire*, każdy opracowany w dwóch wersjach, dla mężczyzn i dla kobiet. W badaniu wykorzystano pytania z *Family Health History Questionnaire* przetłumaczone i zaadaptowane na język polski (w dwóch wersjach dla mężczyzn i dla kobiet).

Kwestionariusz *Family Health History Questionnaire* składa się z pytań na temat:

- krzywdzenia w dzieciństwie (przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, wykorzystywanie seksualne, zaniedbanie fizyczne, zaniedbanie emocjonalne)
- dysfunkcji w rodzinie (rozwód lub separacja rodziców, uzależnienia w rodzinie, problemy psychiczne w rodzinie, bycie świadkiem przemocy domowej, zachowania przestępcze członków rodziny)
- zachowań szkodliwych dla zdrowia (palenie papierosów, wczesne [≤ 15 lat] rozpoczęcie palenia papierosów, nadużywanie alkoholu, ryzykowne picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych, próby samobójcze, wczesna [≤ 16 lat] inicjacja seksualna, liczba partnerów seksualnych >3 , samookaleczanie się, ucieczka z domu, mała aktywność fizyczna, nieobecność w pracy / na uczelni z powodu stresu lub złego samopoczucia psychicznego, nieobecność w pracy / na uczelni z powodu choroby, brak bliskich osób).

Zawiera także pytania dotyczące danych socjodemograficznych osób badanych, takich jak wiek, poziom edukacji rodziców, stan cywilny i sytuacja zawodowa.

W procesie adaptacji i konsultacji z członkami Narodowego Komitetu Doradczego dodano kilka pytań, których nie ma w wersji oryginalnej kwestionariusza (np. *Czy kiedykolwiek umyślnie się zraniłeś?*, *Czy kiedykolwiek przyjmowałeś leki w celu odurzenia się?*, *Czy kiedykolwiek zażywałeś dopalacze?*), a niektóre pytania pominięto.

Pilotaż badania

Przed przystąpieniem do badania właściwego w dniach 6–28 września 2016 r. przeprowadzono testowanie poznawcze (*cognitive testing*) kwestionariusza.

W pilotażu wzięło udział 17 respondentów (8 kobiet i 9 mężczyzn) w wieku 20–25 lat. Osoby badane były studentami kierunków technicznych, medycznych i społecznych. Po zapoznaniu badanych z kwestionariuszem przeprowadzono z nimi

wywiady indywidualne. Wywiad dotyczył spostrzeżeń po wypełnieniu ankiety, opinii na temat języka kwestionariusza, jego zrozumiałości i adekwatności oraz innych trudności, które mogły pojawić się przy odpowiadaniu na pytania.

Kwestionariusz został oceniony przez respondentów jako zasadniczo zrozumiały. Na podstawie uwag respondentów wprowadzono nieznaczne zmiany w narzędziu. Usunięto niektóre pytania z kwestionariusza, np. *Ile razy zawarłeś związek małżeński? Czy kiedykolwiek wstrzykiwałeś sobie narkotyki?*

Druga faza pilotażu polegała na realizacji badania według wcześniej ustalonej procedury. Badanie przeprowadzono w trzech grupach studentów na dwóch uczelniach w Warszawie. Łącznie przebadano 68 studentów (54 kobiet i 14 mężczyzn). Na tej podstawie wprowadzono jeszcze kilka mniejszych zmian językowych w kwestionariuszu i udoskonalono procedurę badania.

Procedura badawcza

Badanie zostało zrealizowane od 7 listopada do 14 grudnia 2016 r. na terenie pięciu uczelni przez członków zespołu projektowego Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę. Zostali oni uprzednio przeszkoleni i otrzymali pisemną instrukcję przeprowadzenia badania. Na każdej uczelni rektor wyznaczył koordynatora, którego zadaniem była organizacja badania.

Badanie przeprowadzono wśród studentów metodą audytoryjną podczas zajęć. Przed przystąpieniem do badania studenci byli informowani o celu badania, dobrowolności udziału i procedurze wypełniania kwestionariusza. Zostali także zapewnieni o anonimowości kwestionariusza i zapytani o zgodę na udział w badaniu. Ze względu na wrażliwość pytań w ankiecie respondenci otrzymali ulotki zawierające informacje o tym, gdzie szukać pomocy psychologicznej. W ulotce podano adres e-mail i numer telefonu do psychologicznej linii pomocy.

Każdy z respondentów otrzymał papierowy kwestionariusz do samodzielnego wypełnienia. Średni czas wypełnienia kwestionariusza w czasie sesji wyniósł 21 minut (7–39 minut). W celu zapewnienia respondentom jak największego komfortu poproszono ich o włożenie wypełnionych kwestionariuszy do indywidualnych kopert, które następnie były wkładane do zbiorczej koperty grupy.

Kwestie etyczne badania

Dwunastego października 2016 roku uzyskano pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Instytucie Matki i Dziecka (Opinia nr 35/2016).

Dodatkowo zarówno narzędzie, jak i procedurę badawczą konsultowano z psychologiem, który przeprowadził również szkolenie psychologiczne dla zespołu badawczego.

Badanie było anonimowe i w jego trakcie nie zbierano danych osobowych respondentów ani zgód pisemnych na udział w badaniu. Za zgodę na udział w badaniu uznano wypełnienie ankiety.

Analiza danych

Do analizy danych wykorzystano program PSPP 0.10.1. Po utworzeniu bazy danych poddano ją weryfikacji przez sprawdzenie poprawności danych z wybranych kwestionariuszy. Odrzucono ankiety ze znacznymi brakami danych (co najmniej $\frac{1}{4}$ ankiety pusta) i ankiety wypełniane przez osoby urodzone przed rokiem 1991 oraz osoby, które w czasie realizacji badania nie były pełnoletnie.

Obliczono statystyki opisowe (średnia, odchylenie standardowe) oraz przeprowadzono analizy, w tym test chi-kwadrat w celu sprawdzenia niezależności zmiennych. Zastosowano wnioskowanie statystyczne, w tym regresję logistyczną, do określenia związków między zmiennymi. W szczególności regresja logistyczna pozwoliła na wyznaczenie szans wystąpienia zmiennej zależnej (np. subiektywne nadużywanie alkoholu) na podstawie zmiennych niezależnych (potencjalnych przyczyn), po dostosowaniu potencjalnych czynników zakłócających: wieku, płci i wykształcenia rodziców. Wartość $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną we wszystkich analizach statystycznych. Brakujące wartości wyłączone z analiz.

Wyniki zależności między ACE i zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia skorygowano o wpływ płci i wieku respondentów oraz wykształcenia ich rodziców. W ostatecznej analizie skorygowane ilorazy szans obliczono dla różnych zachowań szkodliwych dla zdrowia jako wynik rosnącego narażenia na negatywne doświadczenia w dzieciństwie: od jednej formy ACE do czterech lub więcej w porównaniu z brakiem takich doświadczeń.

Zmienne używane w raporcie

Na podstawie 35 wybranych pytań kwestionariusza stworzono 11 wskaźników negatywnych doświadczeń w dzieciństwie (zob. Aneks, tab. 1): przemoc fizyczna, wykorzystywanie seksualne, przemoc emocjonalna, zaniedbanie fizyczne, zaniedbanie emocjonalne, bycie świadkiem przemocy domowej, rodzice rozwiedzeni lub w separacji, przestępczość w rodzinie, uzależnienie od alkoholu w rodzinie, uzależnienie od narkotyków w rodzinie oraz choroby psychiczne w rodzinie.

Zmienne uznawane za zachowania szkodliwe dla zdrowia (zob. Aneks, tab. 2) to: palenie papierosów, wczesne (≤ 15 lat) rozpoczęcia palenia papierosów, subiektywne nadużywanie alkoholu, ryzykowne picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych (narkotyki, dopalacze, leki w celu odurzenia się), próby samobójcze, wczesna (≤ 16 lat) inicjacja seksualna, liczba partnerów seksualnych >3 , samookaleczenia, ucieczka z domu, mała aktywność fizyczna (mniejsza niż 2 razy w tygodniu po 30–59 minut), nieobecność w pracy / na uczelni z powodu stresu lub złego samopoczucia psychicznego (co najmniej 1 dzień w ostatnim miesiącu), nieobecność w pracy / na uczelni z powodu choroby (co najmniej 2 dni w ostatnim miesiącu) i brak bliskich osób.

Zmienne demograficzne użyte w analizie obejmowały płeć, wiek i wykształcenie rodziców² (połączone wykształcenie matki i ojca).

WYNIKI

Charakterystyka socjodemograficzna próby

Kobiety stanowiły 56,85% próby, a mężczyźni – 43,15%. Odsetek ten odpowiadał odsetkowi studentów płci żeńskiej i męskiej w Polsce. Według Głównego Urzędu Statystycznego (GUS, 2017) w roku akademickim 2016/2017 kobiety stanowiły 58%, a mężczyźni – 42% wszystkich studentów szkół wyższych. Średni wiek badanych (\pm SD) wynosił $20,46 \pm 1,24$ roku (18–25 lat). Większość osób uczestniczących w badaniu (99,70%) nigdy nie była w związku małżeńskim. Ponad połowa (56,09%) nie była aktywna zawodowo, 22,48% studentów pracowało dorywczo, a 13,63% odbywało praktyki studenckie lub wolontariat.

Średni wiek matki respondenta w chwili jego/jej urodzenia wyniósł $27,6 \pm 5,26$ roku. Ojcowie respondentów mieli najczęściej wykształcenie zasadnicze zawodowe (40,95%), a matki najczęściej miały wykształcenie wyższe (42,23%). Do analiz zastosowano zmienną wykształcenie rodziców. Najliczniejszą grupę stanowili respondenci, których rodzice mieli wykształcenie średnie (41,19%).

2 Zmienna została utworzona poprzez zsumowanie poziomów wykształcenia ojca i matki, czyli wartości przyporządkowanych do danego wykształcenia: podstawowe (1), zasadnicze zawodowe (2), średnie (3) i wyższe (4). W wyniku czego otrzymano trzy kategorie wykształcenia rodziców: niskie (wartość ≤ 4), średnie (wartość 5–6) oraz wysokie (wartość 7–8).

Negatywne doświadczenia w dzieciństwie

Analizie poddano 11 form ACE. W tabeli 2 przedstawiono związki między negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie a płcią, wiekiem i poziomem edukacji rodziców.

Okazało się, że większość (76,60%) respondentów doświadczyła co najmniej jednej formy ACE i częściej byli to mężczyźni niż kobiety (79,00% vs 74,77%, $p < 0,01$) oraz osoby, których rodzice mieli niskie wykształcenie (81,21%, $p < 0,01$). Badanie pokazało, że ofiarą jednej formy krzywdzenia padło 24,68% badanych, 18,58% doświadczyło dwóch form, 14,11% – trzech form, a 19,22% – co najmniej czterech. Doświadczenie co najmniej ośmiu form krzywdzenia zadeklarował niewielki odsetek osób (1,21%). Średnia liczba doświadczonych form krzywdzenia osiągnęła wartość 2,02, modalna 1, a mediana 2.

Tabela 2

Negatywne doświadczenia w dzieciństwie w podziale na płeć, wiek i wykształcenie rodziców

Forma ACE	Ogółem	Płeć		p	Wiek (w latach)				p	Wykształcenie rodziców			p
		Kobiety	Mężczyźni		18-19	20	21	22-25		Niskie	Średnie	Wysokie	
Przemoc fizyczna	45,93	41,57	51,68	<0,01	39,90	45,72	48,80	50,00	<0,05	47,69	48,40	42,11	64,00
Wykorzystywanie seksualne	4,79	6,56	2,47	<0,01	6,78	3,33	4,12	5,69	0,07	4,72	5,15	4,97	0,96
Przemoc emocjonalna	42,18	41,86	42,59	0,76	42,38	42,61	40,04	44,95	0,60	46,38	42,60	38,44	0,05
Zaniedbanie emocjonalne	25,07	27,23	22,24	<0,05	29,05	23,15	22,54	27,18	0,08	31,59	23,51	21,09	<0,01
Zaniedbanie fizyczne	11,69	10,33	13,48	<0,05	10,45	11,48	12,07	13,24	0,71	15,36	12,37	8,50	<0,05
Bycie świadkiem przemocy domowej	7,98	9,72	5,68	<0,01	6,68	8,75	6,67	10,76	0,13	11,85	8,40	5,27	<0,01
Rodzice rozwiedzeni lub w separacji	15,61	17,67	12,87	<0,01	16,07	14,20	15,86	17,07	0,72	13,33	13,61	15,19	0,96
Przestępczość w rodzinie	4,48	4,49	4,46	0,97	4,30	3,89	4,42	5,92	0,60	6,09	4,43	3,06	0,86
Uzależnienie od alkoholu w rodzinie	21,30	23,85	17,95	<0,01	18,62	21,44	22,54	22,92	0,44	30,14	22,66	13,10	<0,01
Uzależnienie od narkotyków w rodzinie	3,38	3,17	3,66	0,58	4,31	2,14	2,81	5,24	0,07	5,83	3,67	1,87	<0,01

Forma ACE	Ogółem	Płeć		p	Wiek (w latach)				p	Wykształcenie rodziców			p
		Kobiety	Mężczyźni		18-19	20	21	22-25		Niskie	Średnie	Wysokie	
Problemy psychiczne w rodzinie	19,49	22,78	15,14	<0,01	17,90	20,04	17,87	23,69	0,18	20,87	20,64	17,69	0,34
Liczba form ACE													
0	23,40	25,23	21,00	<0,01	26,37	23,15	23,09	20,14	0,15	18,79	22,90	26,99	<0,01
1	24,68	21,45	28,94		20,19	26,65	27,31	22,92		20,54	24,43	28,69	
2	18,58	17,77	19,65		19,00	18,09	18,27	19,44		19,36	18,78	18,17	
3	14,11	13,99	14,27		16,63	14,40	11,24	14,93		17,05	13,89	11,71	
≥ 4	19,22	21,55	16,15		17,81	17,70	20,08	22,57		24,28	20,00	14,43	

Przemoc fizyczna. Blisko połowa respondentów (45,93%) doświadczyła w dzieciństwie przemocy fizycznej ze strony rodziców lub opiekunów. Ta forma krzywdzenia zdecydowanie częściej spotykała mężczyzn niż kobiety (51,68% vs 41,57%, $p < 0,01$) i występowała częściej wśród starszych respondentów, w wieku 22–25 lat, niż młodszych (50,00% vs 39,90%, $p < 0,05$). Nie stwierdzono istotnego związku z wykształceniem rodziców. Spośród osób biorących udział w badaniu 16,68% było popychanych, szarpanych, bitych otwartą dłońią lub obrzucanych przedmiotami przez rodziców/opiekunów. Niewielki odsetek respondentów (5,11%) był bity tak mocno, że miał ślady lub obrażenia. Jedną z najbardziej rozpowszechnionych form krzywdzenia, jakich doświadczyli respondenci, było karanie fizyczne w postaci klapsów – 41,26% badanych przyznało, że dostawali klapsy co najmniej kilka razy w roku.

Wykorzystywanie seksualne. Ofiarami wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie ze strony osób 5 lat starszych lub dorosłych padło 4,79% badanych. Istotnie częściej ofiarami były kobiety niż mężczyźni (6,56% vs 2,47%, $p < 0,01$). Nie stwierdzono istotnego związku wykorzystywania seksualnego z wiekiem i wykształceniem rodziców. Z czterech badanych form wykorzystywania seksualnego (niechciany dotyk ze strony dorosłego, zmuszanie do dotykania swojego ciała, próba odbycia stosunku seksualnego lub stosunek seksualny) najwięcej respondentów (3,57%) było dotykanych w erotyczny sposób przez osobę dorosłą lub starszą o co najmniej 5 lat. We wszystkich formach wykorzystywania seksualnego brano pod uwagę doświadczenia, które miały miejsce do 15 r.ż. respondenta lub między 15 a 18 r.ż., gdy doszło do nich wbrew woli badanego.

Przemoc emocjonalna. Przemoc emocjonalna to druga najczęściej doznawana forma krzywdzenia – 42,18% badanych w dzieciństwie doświadczyło jej ze strony członków swojej rodziny. Najwięcej, bo 31,53% respondentów w dzieciństwie co najmniej czasami słyszało od bliskich, że są „leniwi”, „brzydki” itd., 19,50% badanych słyszało

raniące lub obraźliwe słowa, a 13,40% – było wyzywanych, obrażanych lub poniżanych przez bliskich dorosłych. Spośród badanych 17,49% uważa, że byli krzywdzeni emocjonalnie w dzieciństwie. Nie stwierdzono istotnego związku z płcią, wiekiem lub wykształceniem rodziców.

Zaniechanie emocjonalne. Co czwarty respondent (25,07%) był w dzieciństwie zaniechaniany emocjonalnie – nieco częściej dotyczyło to kobiet niż mężczyzn (27,23% vs 22,24%, $p < 0,05$) oraz osób, których rodzice mieli niskie wykształcenie (31,59%, $p < 0,01$). Nie stwierdzono istotnego związku z wiekiem. Najwięcej badanych (11,34%) przyznało, że nigdy lub rzadko miało w rodzinie kogoś, kto sprawiał, że czuli się ważni i wyjątkowi, a 10,23% – że czuło, że ktoś z rodziny ich nienawidzi. Niemal co dziesiąty respondent (9,82%) co najmniej czasami miał poczucie, że jego rodzice woleliby, żeby się nie urodził.

Zaniechanie fizyczne. Odsetek respondentów, którzy byli w dzieciństwie zaniechaniani fizycznie, wyniósł 11,69%, przy czym częściej byli to mężczyźni niż kobiety (13,48% vs 10,33%, $p < 0,05$) oraz osoby, których rodzice byli gorzej wykształceni (15,36%, $p < 0,01$). Nie stwierdzono istotnego związku z wiekiem. Niewielki odsetek badanych (4,03%) przyznał, że w ich otoczeniu nie było osoby, która w razie potrzeby zabierała ich do lekarza lub że taka osoba przebywała w ich otoczeniu rzadko, 3,76% stwierdziło, że co najmniej czasami ich rodzice byli zbyt pijani lub odurzeni, by zajmować się rodziną, 2,93% nie miało w swoim otoczeniu osoby, która mogłaby się nimi zaopiekować, lub rzadko miało taką osobę, 2,80% osób czasami lub często było głodne lub nie miało co jeść, a 2,00% musiało nosić brudne ubrania.

Bycie świadkiem przemocy domowej. Spośród badanych 7,64% twierdziło, że jeden z rodziców/opiekunów czasami lub często popychał, szarpał, uderzał otwartą dłońią drugiego rodzica/opiekuna albo rzucał w niego jakimś przedmiotem, a 3,03% deklarowało, że jeden z rodziców/opiekunów kopał, gryzł, uderzał pięścią albo czymś twardym drugiego rodzica/opiekuna. Łącznie 7,98% respondentów było świadkiem przemocy między swoimi rodzicami/opiekunami – istotnie częściej kobiety niż mężczyźni (9,72% vs 5,68%, $p < 0,01$). Osoby, których rodzice mieli niższe wykształcenie, częściej były świadkami przemocy domowej (11,85%, $p < 0,01$). Nie stwierdzono istotnego związku z wiekiem.

Rodzice rozwiedzeni lub w separacji. Rodzice 15,61% respondentów rozwiedli się lub byli w separacji. Częściej sytuacja taka miała miejsce w przypadku kobiet niż mężczyzn (17,67% vs 12,87%, $p < 0,01$). Nie stwierdzono istotnego związku z wiekiem i wykształceniem rodziców.

Przestępczość w rodzinie. Pomiaru przestępczości w rodzinie dokonano za pomocą dwóch pytań. Pierwsze z nich dotyczyło mieszkania w dzieciństwie z kimś, kto

przebywał kiedyś w więzieniu (2,97% badanych), a drugie – mieszkania z kimś, kto popełnił poważne przestępstwo (2,68%). W takich sytuacjach znalazło się łącznie 4,48% respondentów. Nie stwierdzono istotnego związku z płcią, wiekiem ani wykształceniem rodziców.

Uzależnienie od alkoholu w rodzinie. W przybliżeniu jeden na pięciu respondentów (21,30%) mieszkał z osobą nadużywającą alkoholu. W większości przypadków byli to ojcowie respondentów. Kobiety częściej niż mężczyźni doświadczali tego rodzaju dysfunkcji w rodzinie (23,85% vs 17,95%, $p < 0,01$). Była ona też doświadczana częściej przez osoby, których rodzice mieli niższe wykształcenie (30,14%, $p < 0,01$). Nie stwierdzono istotnego związku z wiekiem.

Uzależnienie od narkotyków w rodzinie. Niewielki odsetek respondentów (3,38%) mieszkał z osobą, która używała narkotyków. To doświadczenie miały częściej osoby, których rodzice mieli niższe wykształcenia. Nie stwierdzono istotnego związku z płcią ani wiekiem.

Problemy psychiczne w rodzinie. Wskaźnik *problemy psychiczne w rodzinie* mierzono za pomocą dwóch pytań, które dotyczyły mieszkania z kimś, kto cierpiał na depresję lub inną chorobę psychiczną (17,86%) lub kto próbował popełnić samobójstwo (5,37%). Łącznie 19,49% badanych było w takiej sytuacji – istotnie częściej kobiety niż mężczyźni (22,78% vs 15,14%, $p < 0,01$). Nie stwierdzono istotnego związku z wiekiem i wykształceniem rodziców.

Zachowania szkodliwe dla zdrowia

W tabeli 3 przedstawiono związki między ACE i zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia.

Palenie papierosów. Prawie co trzeci respondent (31,47%) twierdził, że w życiu wypalił co najmniej 100 papierosów. Palenie było częstsze wśród starszych studentów, w wieku 22–25 lat, (40,91%, $p < 0,01$) niż wśród młodszych. Spośród tych osób 60,75% nadal paliło w momencie badania. Niewielki odsetek wszystkich badanych (5,50%) zaczął palić papierosy w bardzo młodym wieku (15 lat lub mniej). Wśród osób, które wypaliły w życiu co najmniej 100 papierosów, 65% mieszkało w dzieciństwie z kimś, kto palił.

Alkohol. Abstynenci (osoby, które w ogóle nie piły alkoholu) stanowili 2,61% respondentów. Większość badanych (74,95%) po raz pierwszy piła alkohol przed ukończeniem 18 r.ż.

Utworzono trzy zmienne związane z nadużywaniem alkoholu: picie ryzykowne – picie co najmniej 28 (mężczyźni) lub 14 (kobiety) jednostek alkoholu w tygodniu

(PARPA, 2010) oraz subiektywne nadużywanie alkoholu lub uznawanie siebie za alkoholika (zob. Aneks, tab. 2).

Ryzykownie piło alkohol 5,81% badanych, co oznacza, że 7,34% studentów wypija średnio w ciągu tygodnia co najmniej 28 porcji alkoholu, a 4,66% studentek – 14 porcji alkoholu ($p < 0,05$). Co więcej, 21,80% respondentów twierdzi, że w ciągu ostatniego miesiąca wypilo sześć lub więcej porcji alkoholu przy jednej okazji. Okazyjnie upijają się częściej mężczyźni niż kobiety (31,91% vs 14,03%, $p < 0,01$). Prawie co trzeci badany (27,98%) przyznał, że zdarzyło mu się myśleć, że pije za dużo lub jest uzależniony od alkoholu. Częściej dotyczyło to mężczyzn niż kobiet (30,93% vs 25,75%, $p < 0,05$).

Substancje psychoaktywne. Co najmniej raz w życiu używało substancji psychoaktywnych 38,97% studentów. Znacznie częściej byli to mężczyźni niż kobiety (47,78% vs 32,28%, $p < 0,01$) oraz starsi studenci, w wieku 22–25 lat (46,88%, $p < 0,01$). Kontakt z narkotykami (np. marihuana, haszyszem, ecstazy lub amfetaminą) miało 38,40% badanych, jednak co trzeci tylko próbował marihuany raz lub dwa razy. Po wykluczeniu tych respondentów 24,72% respondentów stwierdziło, że używało narkotyków (w tym marihuany co najmniej 3 razy). Nawet w tej grupie respondentów marihuana była najpopularniejszym narkotykiem – prawie każdy jej próbował (24,03%) i tylko 5,63% zażywało inny narkotyk. Dopalaczy używało 3,46% studentów, a leków (w celu odurzenia się) – 3,44%. Leki stanowiły wyjątek i były częściej przyjmowane przez kobiety niż mężczyzn (4,22% vs 2,43%, $p < 0,05$).

Tabela 3

Zachowania szkodliwe dla zdrowia w podziale na płeć, wiek i wykształcenie rodziców

Zachowania szkodliwe dla zdrowia	Ogółem %	Płeć		p	Wiek (lata)				p	Wykształcenie rodziców			p
		Kobiety %	Mężczyźni %		18–19 %	20 %	21 %	22–25 %		Niskie %	Średnie %	Wysokie %	
Palenie papierosów	31,47	32,41	30,22	0,333	27,34	30,99	30,04	40,91	<0,01	31,59	29,49	34,3	0,193
Wczesne rozpoczęcia palenia papierosów (≤15 r.ż.)	5,50	4,84	6,36	0,18	6,00	5,26	4,44	7,06	0,469	5,25	5,11	6,09	0,741
Subiektywne nadużywanie alkoholu	27,98	25,75	30,93	<0,05	28,30	25,69	27,68	32,17	0,279	27,83	27,86	28,77	0,927

Zachowania szkodliwe dla zdrowia	Ogółem %	Płeć		p	Wiek (lata)				p	Wykształcenie rodziców			p
		Kobiety %	Mężczyźni %		18-19 %	20 %	21 %	22-25 %		Niskie %	Średnie %	Wysokie %	
Ryzykowne picie alkoholu	5,81	4,66	7,34	<0,05	5,70	6,42	4,62	6,25	0,627	5,20	4,43	7,13	0,11
Zażywanie substancji psychoaktywnych	38,97	32,28	47,78	<0,01	34,2	37,16	40,36	46,88	<0,01	38,44	36,64	42,44	0,106
Próby samobójcze	4,60	5,11	3,92	0,242	5,24	4,29	3,61	5,94	0,426	4,62	4,13	4,59	0,904
Wczesna aktywność seksualna (< 16 r.ż.)	12,33	11,12	13,94	0,088	13,79	12,29	10,40	13,64	0,417	9,70	12,66	13,77	0,201
Liczba partnerów seksualnych > 3	9,34	7,38	11,94	<0,01	6,16	7,71	9,38	17,24	<0,01	6,67	9,21	10,87	0,114
Samookaleczanie się	16,66	21,04	10,84	<0,01	21,53	15,76	12,85	17,83	<0,01	16,81	13,76	18,26	0,091
Ucieczka z domu	2,80	3,17	2,30	0,283	2,63	2,34	2,61	4,18	0,471	4,35	1,84	2,72	0,068
Mała aktywność fizyczna	54,00	60,78	44,96	<0,01	54,57	54,97	51,81	55,4	0,699	63,58	53,00	49,06	<0,01
Nieobecność w pracy / na uczelni z powodu złego samopoczucia psychicznego	17,49	21,62	12,05	<0,01	15,40	18,07	16,26	21,38	0,19	18,92	16,41	17,16	0,615
Nieobecność w pracy / na uczelni z powodu choroby	21,79	25,63	16,71	<0,01	18,29	19,84	21,90	29,89	<0,01	24,40	20,22	21,47	0,318
Brak bliskich osób	6,36	4,74	8,53	<0,01	4,85	6,64	6,97	7,02	0,543	7,89	5,4	6,35	0,307

Zachowania autodestrukcyjne. Zachowania autodestrukcyjne mierzono jako samo-okaleczenia i próby samobójcze. Badanie pokazało, że umyślnie raniło się 16,66% respondentów. Zdecydowanie częściej były to kobiety niż mężczyźni (21,04% vs 10,84%, $p < 0,01$) oraz młodszy studenci, w wieku 18–19 lat (21,53%, $p < 0,01$) niż starsi.

Do podjęcia próby samobójczej przyznał się niewielki odsetek badanych (4,60%). W przypadku 55,30% z tych osób była to jedna próba samobójcza, 26,30% – dwie próby, a 18,40% – od trzech do pięciu prób. Wiek w chwili pierwszej próby samobójczej to 10–21 lat. Co piąta osoba (19,80%) po raz pierwszy próbowała popełnić samobójstwo przed ukończeniem 15 lat.

Aktywność seksualna. Spośród respondentów 58,74% deklaruje, że rozpoczęło współżycie seksualnie. Co ósmy badany (12,33%) przyznał, że odbył inicjację

seksualną, gdy miał 16 lat lub mniej. Co 11 respondent (9,34%) twierdzi, że miał w swoim życiu co najmniej czterech partnerów seksualnych. Częściej takie deklaracje składali mężczyźni niż kobiety (11,94% vs 7,38%, $p < 0,01$) oraz starsi studenci, w wieku 22–25 lat (17,2%, $p < 0,01$), niż młodsi.

Nieobecność w szkole lub w pracy. Badanie pokazało, że przynajmniej raz do pracy lub na uczelnię z powodu stresu, przygnębienia czy depresji nie poszło 17,49% badanych. Ponad co piąty respondent (21,79%) opuścił co najmniej dwa dni pracy lub szkoły ze względu na zły stan fizyczny. Studentki częściej niż studenci były nieobecne w pracy lub na uczelni z powodu złego stanu zdrowia zarówno psychicznego (21,62% vs 12,05%, $p < 0,01$), jak i fizycznego (25,63% vs 16,71%, $p < 0,01$). Nieobecność w szkole lub w pracy z powodu złego stanu zdrowia zdarzała się częściej starszym studentom, w wieku 22–25 lat (29,89%, $p < 0,01$), niż młodszym.

Ucieczka z domu. Na ucieczkę z domu, która trwała dłużej niż jeden dzień, zdecydowało się 2,80% respondentów.

Mała aktywność fizyczna. Badanie pokazało, że 54% respondentów nie uprawia sportu lub robi to rzadziej niż dwa razy w tygodniu po 30 minut. Zbyt mało aktywne są istotnie częściej kobiety niż mężczyźni (60,78% vs 44,96%, $p < 0,01$) i osoby, których rodzice mają niskie wykształcenie (63,58%, $p < 0,01$). *Mała aktywność fizyczna* to jedyny wskaźnik zachowań zdrowotnych różnicowany istotnie przez zmienną wykształcenie rodziców.

Brak bliskich osób. Spośród badanych 6,36% twierdzi, że nie ma ani jednej bliskiej osoby, która pomogłaby im w razie potrzeby w poradzeniu sobie z problemami emocjonalnymi lub trudnymi uczuciami. Częściej wsparcia ze strony przyjaciół i krewnych brakuje mężczyznom niż kobietom (8,53% vs 4,74%, $p < 0,01$).

Związek między negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie a podejmowaniem zachowań szkodliwych dla zdrowia

Głównym celem naszego badania było zidentyfikowanie związku między ACE i zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia.

Wyniki badania wskazują, że istnieje względnie silny, stopniowany związek między zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia i liczbą ACE. Liczba ACE szczególnie zwiększa ryzyko wystąpienia zachowań autodestrukcyjnych (próby samobójcze i samookaleczenia), ale również innych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, takich jak nieobecność w pracy/szkole w związku ze stresem lub depresją.

Tabela 4 pokazuje częstość występowania i skorygowane ilorazy szans zachowań szkodliwych dla zdrowia według liczby ACE. Grupę referencyjną stanowiły osoby bez negatywnych doświadczeń w dzieciństwie.

Tabela 4

Regresja logistyczna – liczba ACE a zachowania szkodliwe dla zdrowia

Zachowania szkodliwe dla zdrowia		Kategorie ACE				
		0 (n = 403)	1 (n = 425)	2 (n = 320)	3 (n = 243)	≥4 (n = 331)
Palenie papierosów	%	23,50	27,96	32,39	37,86	40
	OR (95% CI)	1,00 (grupa referencyjna)	1,22 (0,88–1,70)	1,63 (1,15–2,30)**	2,03 (1,40–2,95)**	2,22 (1,53–3,21)**
Wczesne rozpoczęcie palenia papierosów (≤ 15 r.ż.)	%	2,37	5,01	4,90	6,84	9,43
	OR (95% CI)	1,00 (grupa referencyjna)	1,80 (0,79–4,11)	1,94 (0,82–4,58)	2,68 (1,12–6,43)*	4,45 (2,0–9,70)**
Subiektywne nadużywanie alkoholu	%	17,84	24,94	31,23	33,88	36,70
	OR (95% CI)	1,00 (grupa referencyjna)	1,42 (1,00–2,02)	1,96 (1,36–2,82)**	2,22 (1,50–3,29)**	2,93 (2,04–4,22)**
Ryzykowne picie alkoholu	%	3,55	7,45	5,41	6,25	6,48
	OR (95% CI)	1,00 (grupa referencyjna)	2,49 (1,22–5,08)*	1,88 (0,85–4,12)	2,37 (1,04–5,38)*	2,51 (1,15–5,49)*
Zażywanie substancji psychoaktywnych	%	23,82	38,59	39,69	48,15	50,45
	OR (95% CI)	1,00 (grupa referencyjna)	1,86 (1,35–2,56)**	2,01 (1,43–2,83)**	2,99 (2,06–4,34)**	3,68 (2,61–5,19)**
Próby samobójcze	%	1,00	1,41	1,88	6,22	14,55
	OR (95% CI)	1,00 (grupa referencyjna)	0,94 (0,24–3,630)	1,58 (0,43–5,74)	4,69 (1,462–15,10)*	17,42 (6,13–49,47)**
Wczesna inicjacja seksualna (≤ 16 r.ż.)	%	7,71	10,71	11,30	13,30	20,00
	OR (95% CI)	1,00 (grupa referencyjna)	1,32 (0,78–2,21)	1,55 (0,90–2,67)	1,74 (0,98–3,10)	3,57 (2,17–5,86)**
Liczba partnerów seksualnych >3	%	6,38	4,87	8,33	10,30	18,55
	OR (95% CI)	1,00 (grupa referencyjna)	0,54 (0,28–1,05)	1,24 (0,67–2,30)	1,63 (0,86–3,09)	3,65 (2,14–6,25)**
Samookaleczenie się	%	5,01	10,12	16,56	24,38	33,53
	OR (95% CI)	1,00 (grupa referencyjna)	1,99 (1,11–3,55)*	4,05 (2,32–7,07)**	6,07 (3,44–10,70)**	11,68 (6,75–20,19)**
Mała aktywność fizyczna	%	50,25	52,72	56,92	57,08	55,15
	OR (95% CI)	1,00 (grupa referencyjna)	1,17 (0,87–1,57)	1,34 (0,97–1,83)	1,25 (0,88–1,77)	1,25 (0,80–1,50)
Nieobecność w pracy / na uczelni z powodu złego samopoczucia psychicznego	%	6,96	13,56	17,48	18,38	34,36
	OR (95% CI)	1,00 (grupa referencyjna)	2,45 (1,46–4,10) **	3,36 (2,02–5,70)**	3,11 (1,78–5,43)**	7,75 (4,71–12,77)**

Zachowania szkodliwe dla zdrowia		Kategorie ACE				
		0 (n = 403)	1 (n = 425)	2 (n = 320)	3 (n = 243)	≥4 (n = 331)
Nieobecność w pracy / na uczelni z powodu choroby	%	15,13	19,86	22,98	21,10	31,60
	OR (95% CI)	1,00 (grupa referencyjna)	1,43 (0,97-2,11)	1,71 (1,14-2,56)*	1,50 (0,96-2,34)	2,63 (1,79-3,88)**
Brak bliskich osób	%	2,30	4,26	6,65	8,44	12,12
	OR (95% CI)	1,00 (grupa referencyjna)	1,39 (0,59-3,23)	2,63 (1,17-5,92)*	3,17 (1,36-7,40)**	5,40 (2,52-11,58)**

Iloraz szans dostosowany ze względu na płeć, wiek i wykształcenie rodziców * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; CI – przedział ufności

Zachowania autodestrukcyjne. Osoby, które w dzieciństwie zetknęły się z co najmniej czterema formami badanych negatywnych doświadczeń, są istotnie bardziej narażone na zachowania autodestrukcyjne w porównaniu z osobami, które w ogóle nie miały takich doświadczeń – ponad 17 razy częściej (OR = 17,42) podejmowały one próby samobójcze, a prawie 12 razy częściej (OR = 11,68) samookaleczały się. W przypadku osób, które doświadczyły dwóch lub trzech form ACE, ryzyko samo-okaleczenia jest, odpowiednio, cztery (OR = 4,05) i sześć (OR = 6,07) razy większe niż w przypadku osób bez takich doświadczeń.

Substancje psychoaktywne. Ryzyko używania substancji psychoaktywnych było 86% większe u osób, które doświadczyły nawet jednej formy ACE (OR = 1,86) w porównaniu z osobami, które nie miały żadnych negatywnych doświadczeń. Doświadczenie czterech lub więcej ACE zwiększa to ryzyko niemal cztery razy (OR = 3,68).

Problemy emocjonalne. Stwierdzono istotny związek między doświadczeniem co najmniej dwóch form ACE a problemami emocjonalnymi. Na przykład, w porównaniu z tymi osobami, które nigdy nie doświadczyły ACE, osoby, które miały co najmniej dwa negatywne doświadczenia w dzieciństwie, trzy razy częściej nie miały bliskich osób, które mogłyby im pomóc w poradzeniu sobie z problemami (OR = 2,63), i opuszczały zajęcia lub pracę z powodu stresu lub złego samopoczucia psychicznego (OR = 3,36). We wszystkich przypadkach im większa liczba form negatywnych doświadczeń w dzieciństwie, tym wyższe ryzyko problemów emocjonalnych. Na przykład, w porównaniu z tymi osobami, które nigdy nie doświadczyły ACE, osoby, które doznały ich co najmniej czterech, pięć razy częściej (OR = 5,40) nie miały bliskich osób i prawie osiem razy częściej (OR = 7,75) opuszczały zajęcia lub pracę z powodu stresu.

Palenie papierosów. Ryzyko palenia papierosów jest 1,63 razy wyższe w przypadku osób, które doświadczyły dwóch form ACE, i ponad dwa razy większe w przypadku

osób, które doświadczyły trzech lub czterech i więcej form (odpowiednio, OR = 2,03 i 2,22) w porównaniu z osobami, które w ogóle nie miały takich doświadczeń. Doświadczenie czterech form ACE zwiększa ryzyko wczesnego rozpoczęcia palenia aż 4,52 razy.

Nadużywanie alkoholu. Ryzyko subiektywnego nadużywania alkoholu jest około dwa razy większe (OR = 1,96) w przypadku osób, które doświadczyły dwóch form ACE i trzy razy większe (OR = 2,93) w przypadku osób, które doświadczyły czterech i więcej form ACE, w porównaniu z osobami, które w ogóle nie miały takich doświadczeń. Osoby, które doświadczyły co najmniej czterech form ACE, są ponad dwa razy (OR = 2,51) bardziej narażone na ryzykowne używanie alkoholu, czyli picie jego dużych ilości.

Aktywność seksualna. Wczesna inicjacja seksualna i duża liczba partnerów seksualnych jest istotnie związana z doświadczeniem co najmniej czterech form ACE (odpowiednio, OR = 3,57 i 3,65) w porównaniu z brakiem takich doświadczeń.

Nieobecność w szkole lub pracy. Osoby, które miały co najmniej cztery takie doświadczenia, są 2,63 razy bardziej narażone na opuszczanie zajęć lub pracy z powodu choroby w porównaniu z osobami, które w ogóle nie miały takich doświadczeń.

Ucieczka z domu. Z powodu małej liczby osób, które uciekały z domu, nie można było obliczyć związku między negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie a doświadczeniem ucieczki z domu.

Tabela 5 przedstawia związki między różnymi formami ACE i zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia.

Zidentyfikowano bardzo silną zależność między przemocą i zaniedbaniem emocjonalnym a zarówno próbami samobójczymi (odpowiednio, OR = 7,92 i 10,77), jak i samookaleczeniami (odpowiednio, OR = 3,85 i 3,92). Wykorzystywanie seksualne było też silnie powiązane z posiadaniem więcej niż trzech partnerów seksualnych (OR = 6,27).

Tabela 5

Regresja logistyczna – negatywne doświadczenia w dzieciństwie a zachowania szkodliwe dla zdrowia

Kategoria ACE	Palenie papierosów		Wczesne rozpoczęcia palenia papierosów (≤ 15 r.ż.)		Subiektywne nadużywanie alkoholu		Ryzykowne picie alkoholu		Zażywanie substancji psychoaktywnych		Próby samobójcze		Wczesna inicjacja seksualna (≤ 16 r.ż.)		Liczba partnerów seksualnych > 3	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Skorygowany iloraz szans																
Przemoc fizyczna	1,30	1,05–1,61*	1,47	0,94–2,30	1,38	1,10–1,72**	1,77	1,14–2,76*	1,72	1,39–2,11**	2,03	1,24–3,34**	1,18	0,86–1,61	1,70	1,19–2,45**
Wykorzystywanie seksualne	2,38	1,50–3,79**	3,08	1,51–6,31**	2,18	1,37–3,48**	2,57	1,22–5,39*	4,26	2,59–7,01**	3,41	1,66–7,00**	2,85	1,65–4,89**	6,27	3,59–10,94**
Przemoc emocjonalna	1,63	1,31–2,02**	1,67	1,07–2,61*	1,56	1,25–1,95**	1,45	0,94–2,23	1,85	1,50–2,28**	7,92	4,11–15,24**	1,54	1,13–2,10**	1,88	1,31–2,69**
Zaniedbanie emocjonalne	1,48	1,16–1,89*	1,22	0,74–2,01	1,54	1,20–1,98**	1,43	0,88–2,30	1,33	1,05–1,69**	10,77	6,12–18,97**	1,85	1,33–2,57**	1,72	1,17–2,53**
Zaniedbanie fizyczne	1,23	0,89–1,70	1,28	0,67–2,42	1,33	0,96–1,86	0,68	0,31–1,50	1,05	0,76–1,44	3,12	1,76–5,52**	1,64	1,07–2,51*	1,99	1,25–3,17**
Bycie świadkiem przemocy domowej	1,45	0,99–2,11	2,66	1,44–4,92**	1,44	0,98–2,12	1,06	0,47–2,35	1,82	1,25–2,64**	3,08	1,65–5,75**	2,45	1,55–3,88**	2,61	1,56–4,37**
Rodzice rozwiedzeni lub w separacji	1,25	0,93–1,68	2,10	1,24–3,56**	1,08	0,79–1,47	1,29	0,72–2,29	1,45	1,08–1,93*	1,85	1,03–3,30*	1,93	1,32–2,83**	2,62	1,74–3,96**
Przestępczość w rodzinie	1,35	0,82–2,24	3,50	1,71–7,18**	2,11	1,29–3,45**	0,26	0,04–1,88	1,72	1,05–2,81*	2,74	1,20–6,27*	2,45	1,36–4,42**	2,38	1,22–4,63*
Uzależnienia od alkoholu w rodzinie	1,28	0,99–1,66	1,38	0,82–2,31	1,69	1,30–2,20**	0,69	0,38–1,27	1,63	1,27–2,10**	1,82	1,07–3,10*	1,57	1,09–2,24*	2,04	1,37–3,04**
Uzależnienia od narkotyków w rodzinie	2,43	1,41–4,20**	1,47	0,51–4,20	1,53	0,87–2,70	1,87	0,72–4,87	4,56	2,47–8,41**	3,63	1,41–4,20**	2,01	1,01–4,00*	1,33	0,55–3,24
Problemy psychiczne w rodzinie	1,54	1,19–2,00**	1,78	1,08–2,92*	1,81	1,39–2,36**	1,24	0,73–2,10	1,52	1,18–1,96**	3,53	2,15–5,79**	1,64	1,15–2,35**	1,98	1,33–2,96**

Iloraz szans dostosowany ze względu na płeć, wiek i wykształcenie rodziców * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; CI – przedział ufności

Kategoria ACE	Samookaleczenie się		Mała aktywność fizyczna		Nieobecność w pracy / na uczelni z powodu złego samopoczucia psychicznego		Nieobecność w pracy / na uczelni z powodu choroby		Brak bliskich osób	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Skorygowany iloraz szans										
Przemoc fizyczna	2,22	1,68–2,95**	0,90	0,74–1,11	1,29	0,99–1,69	1,21	0,94–1,55	1,47	0,97–2,23
Wykorzystywanie seksualne	3,5	2,16–5,65**	0,79	0,50–1,25	1,83	1,09–3,09*	1,25	0,73–2,12	1,43	0,60–3,43
Przemoc emocjonalna	3,85	2,88–5,15**	1,08	0,88–1,33	3,12	2,35–4,13**	1,50	1,17–1,92**	2,20	1,45–3,35**
Zaniedbanie emocjonalne	3,92	2,94–5,22**	1,10	0,87–1,39	2,06	1,55–2,75**	1,25	0,94–1,65	5,20	3,39–7,96**

Kategoria ACE	Samookaleczanie się		Mała aktywność fizyczna		Nieobecność w pracy / na uczelni z powodu samopoczucia psychicznego		Nieobecność w pracy / na uczelni z powodu choroby		Brak bliskich osób	
Zaniedbanie fizyczne	1,82	1,24–2,68**	0,64	0,47–0,89**	2,02	1,39–2,93**	1,50	1,05–2,16*	3,12	1,94–5,01**
Bycie świadkiem przemocy domowej	1,83	1,18–2,82**	0,93	0,64–1,34	2,18	1,44–3,29**	1,71	1,14–2,55*	1,95	1,05–3,64*
Rodzice rozwiedzeni lub w separacji	1,61	1,14–2,29**	1,29	0,96–1,74	1,60	1,13–2,27**	1,80	1,31–2,47**	1,06	0,59–1,91
Przestępczość w rodzinie	1,58	0,87–2,88	0,80	0,49–1,31	2,43	1,42–4,15**	1,11	0,62–1,98	1,43	0,60–3,43
Uzależnienia od alkoholu w rodzinie	1,68	1,23–2,30**	0,96	0,74–1,23	1,74	1,28–2,37**	1,35	1,01–1,81*	1,49	0,93–2,39
Uzależnienia od narkotyków w rodzinie	2,05	1,08–3,89**	0,71	0,41–1,23	3,59	2,01–6,41**	2,22	1,23–3,98**	0,77	0,23–2,55
Problemy psychiczne w rodzinie	3,54	2,63–4,76**	1,30	1,01–1,69*	2,69	2,00–3,61**	1,85	1,40–2,46**	0,99	0,58–1,69

Przemoc fizyczna. W porównaniu z tymi, którzy nie doświadczyli przemocy fizycznej, respondenci, którzy byli krzywdzeni fizycznie jako dzieci przez rodziców lub opiekunów, dwukrotnie częściej samookaleczali się (OR = 2,22), próbowali popełnić samobójstwo (OR = 2,03), ryzykownie pili alkohol (OR = 1,77), zażywali substancje psychoaktywne (OR = 1,72) i posiadali więcej niż trzech partnerów seksualnych (OR = 1,70).

Wykorzystywanie seksualne. W porównaniu z tymi, którzy nie byli wykorzystywani seksualnie w dzieciństwie, osoby wykorzystywane sześć razy częściej miały więcej niż trzech partnerów seksualnych (OR = 6,27), ponad cztery razy częściej używały substancji psychoaktywnych (OR = 4,26), 3,5 razy częściej umyślnie się raniły (OR = 3,50) i podejmowały próby samobójcze (OR = 3,41), trzy razy częściej wcześniej zaczęły palić papierosy (OR = 3,08), wcześniej rozpoczęły współżycie seksualne (OR = 2,85) i ryzykownie piły alkohol (OR = 2,57), dwa razy częściej wypaliły w życiu co najmniej 100 papierosów (OR = 2,38), nadużywały alkoholu (OR = 2,18) oraz opuszczały pracę lub studia z powodu stresu (OR = 1,83).

Przemoc emocjonalna. W porównaniu z tymi, którzy nie doświadczyli przemocy emocjonalnej, ofiary przemocy emocjonalnej prawie osiem razy częściej podejmowały próby samobójcze (OR = 7,92), prawie cztery razy częściej samookaleczały się (OR = 3,85), trzy razy częściej opuszczały pracę lub uczelnię z powodu stresu (OR = 3,12). Częściej nie miały bliskiej osoby, która pomogłaby im w poradzeniu sobie z trudnościami (OR = 2,2), miały więcej niż trzech partnerów seksualnych (OR = 1,88), zażywały substancje psychoaktywne (OR = 1,85), zaczęły wcześniej palić papierosy (OR = 1,67) oraz wypaliły w życiu co najmniej 100 papierosów (OR = 1,63),

rozpoczęły wcześniej współżycie seksualne (OR = 1,54) i opuszczali pracę lub uczelnię ze względu na chorobę (OR = 1,5).

Zaniechanie emocjonalne. W porównaniu z tymi, którzy nie byli zaniechaniani emocjonalnie w dzieciństwie, respondenci zaniechaniani prawie 11-krotnie częściej podejmowali próby samobójcze (OR = 10,77), pięć razy częściej nie mieli bliskiej osoby (OR = 5,20), cztery razy częściej samookaleczali się (OR = 3,92), dwa razy częściej opuszczali pracę lub szkołę z powodu stresu (OR = 2,06), wcześniej rozpoczęli współżycie seksualne (OR = 1,85) oraz mieli więcej niż trzech partnerów seksualnych (OR = 1,72), a także częściej nadużywali alkoholu (OR = 1,54).

Zaniechanie fizyczne. W porównaniu z tymi, którzy nie byli zaniechaniani fizycznie w dzieciństwie, osoby zaniechaniane ponad trzy razy częściej podejmowały próby samobójcze (OR = 3,12), opuszczali pracę lub uczelnię z powodu stresu (OR = 2,02), miały co najmniej trzech partnerów seksualnych (OR = 1,99), samookaleczały się (OR = 1,82) oraz wcześniej rozpoczęły współżycie seksualne (OR = 1,64), a także częściej opuszczali pracę lub uczelnię z powodu choroby (OR = 1,50).

Bycie świadkiem przemocy domowej. Studenci, którzy w dzieciństwie byli świadkami przemocy między swoimi rodzicami lub opiekunami, trzy razy częściej podejmowali próby samobójcze (OR = 3,08), wcześniej zaczęli palić papierosy (OR = 2,66), mieli więcej niż trzech partnerów seksualnych (OR = 2,61), dwa razy częściej wcześniej rozpoczęli współżycie seksualne (OR = 2,45), opuścili w miesiącu poprzedzającym badanie co najmniej jeden dzień szkoły lub pracy z powodu stresu (OR = 2,18), nie mieli bliskiej osoby (OR = 1,95) i używali substancji psychoaktywnych (OR = 1,82).

Rozwód lub separacja rodziców. Respondenci, których rodzice rozwiedli się lub byli w separacji, w porównaniu z pozostałymi mieli więcej niż trzech partnerów seksualnych (OR = 2,62), dwa razy częściej wcześniej zaczęli palić papierosy (OR = 2,10), wcześniej rozpoczęli współżycie seksualne (OR = 1,93), podejmowali próby samobójcze (OR = 1,85), opuszczali pracę lub uczelnię z powodu złego stanu zdrowia (OR = 1,80) i umyślnie się ranili (OR = 1,61).

Przestępczość w rodzinie. Osoby, których domownicy przebywali w więzieniu lub popełnili poważne przestępstwo, częściej wcześniej zaczęły palić papierosy (OR = 3,50), podejmowały próby samobójcze (OR = 2,74) oraz rozpoczynały aktywność seksualną (OR = 2,45). Również częściej opuszczali pracę lub uczelnię z powodu stresu (OR = 2,43), miały więcej niż trzech partnerów seksualnych (OR = 2,38), nadużywały alkoholu (OR = 2,11) i używały substancji psychoaktywnych (OR = 1,72).

Uzależnienie od alkoholu w rodzinie. Respondenci, których domownicy byli uzależnieni od alkoholu, w porównaniu z tymi, których domownicy nie cierpieli na takie uzależnienie, częściej mieli więcej niż trzech partnerów seksualnych (OR = 2,04),

podejmowali próby samobójcze (OR = 1,82), opuszczali pracę/szkołę w związku ze stresem (OR = 1,74), nadużywali alkoholu (OR = 1,69), samookaleczały się (OR = 1,68), używały substancji psychoaktywnych (OR = 1,63) i wcześniej podjęły aktywność seksualną (OR = 1,57).

Uzależnienie od narkotyków w rodzinie. Respondenci, których domownicy byli uzależnieni od narkotyków, prawie pięciokrotnie częściej używali środków psychoaktywnych (OR = 4,56) i czterokrotnie częściej – podejmowali próby samobójcze (OR = 3,63) w porównaniu z osobami, których domownicy nie byli uzależnieni. Częściej opuszczali pracę/szkołę ze względu na stres w miesiącu poprzedzającym badanie (OR = 3,59), wypalali przynajmniej 100 papierosów w życiu (OR = 2,43), opuszczali pracę/szkołę w związku ze złym zdrowiem fizycznym (OR = 2,22), samookaleczali się (OR = 2,05) i wcześniej rozpoczynali życie seksualne (OR = 2,01)

Problemy psychiczne w rodzinie. Osoby, których członkowie rodziny cierpieli na depresję, inną chorobę psychiczną lub próbowali popełnić samobójstwo, w porównaniu z pozostałymi częściej samookaleczały się (OR = 3,54), opuszczały pracę lub uczelnię z powodu stresu (OR = 2,69) lub choroby (OR = 1,85), częściej miały więcej niż trzech partnerów seksualnych (OR = 1,98), nadużywały alkoholu (OR = 1,81), wcześniej rozpoczęły palenie papierosów (OR = 1,78), wcześniej rozpoczęły współżycie seksualne (OR = 1,64), wypaliły co najmniej 100 papierosów w życiu (OR = 1,54) i zażywały substancje psychoaktywne (OR = 1,52).

DYSKUSJA I WNIOSKI

Większość respondentów (76,60%) doświadczyła przynajmniej jednej formy ACE, a prawie 1/5 (19,22%) padła ofiarą co najmniej czterech form ACE.

Według deklaracji polskich studentów przemoc fizyczna jest najczęstszą formą negatywnych doświadczeń w dzieciństwie. Prawie połowa respondentów (45,93%) deklaruje, że ich rodzice lub opiekunowie przynajmniej czasami krzywdzili ich fizycznie. Mężczyźni doświadczali tej formy przemocy istotnie częściej niż kobiety, była ona również częstsza wśród starszych badanych. W badaniach przeprowadzonych w krajach Europy Wschodniej (Bellis i in., 2014a) odnotowano mniejsze rozpowszechnienie tej formy krzywdzenia, z wyjątkiem Albanii, w której częstość występowania przemocy fizycznej okazała się prawie taka sama jak w Polsce.

W naszym badaniu co szósty badany student (17,19%) był ofiarą umiarkowanej lub poważnej przemocy fizycznej, a jeden na dziesięciu doświadczył kar fizycznych. Podobnie jak w innych krajach jest to forma krzywdzenia stosowana częściej w stosunku do chłopców niż do dziewczyn (Paunovic i in., 2015). Tymczasem znacząco

większy odsetek respondentów (41,26%) twierdzi, że w dzieciństwie był karcony kłapsem, co również stanowi formę przemocy fizycznej. Analizy pokazały jednak, że można obserwować spadek rozpowszechnienia tej metody wychowawczej w Polsce. Chociaż kary cielesne w stosunku do dzieci zostały zakazane prawnie w 2010 r. poprzez wprowadzenie do Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego art. 96¹ (1964, Dz.U. Nr 9, poz. 59), to – jak wykazało inne badanie – 9% badanych Polaków nadal uważa, że mogą być one stosowane, jeśli rodzic uzna je za skuteczne, a 41% dopuszcza ich stosowanie w pewnych sytuacjach. Większość rodziców w Polsce (75%) przyznało, że przynajmniej raz w życiu wymierzyło swojemu dziecku klapsa, a co piąty rodzic (21%) zrobił to wiele razy (Makaruk, 2013). Znaczna część badanych (29%) wierzy w skuteczność kar fizycznych (Jarosz, 2013). To przekonanie może się jednak zmieniać, zważywszy, że w niniejszym badaniu młodszy studenci (w wieku 18–19 lat) doświadczali kar fizycznych istotnie rzadziej niż starsi (w wieku 22–25 lat; 36% vs 47%, $p < 0,05$). Ten spadek częstości występowania przemocy fizycznej w postaci kar fizycznych sugeruje, że dalsze działania na rzecz egzekwowania zakazu stosowania kar fizycznych są niezwykle ważne, podobnie jak kampanie społeczne na rzecz zmiany postaw wobec kar fizycznych i przemocy. Przemoc emocjonalna była drugim pod względem częstości występowania typem ACE. Zadeklarowało ją 42,59% respondentów, którzy stwierdzili, że rodzice lub opiekunowie przynajmniej czasami krzywdzili ich emocjonalnie. Nie odnotowano istotnych różnic ze względu na płeć w tym zakresie. W innych krajach Europy Wschodniej ta forma krzywdzenia była mniej rozpowszechniona (Bellis i in., 2014a).

W Polsce 4,79% badanych doświadczyło w dzieciństwie wykorzystywania seksualnego ze strony dorosłych lub osób co najmniej o 5 lat starszych. Podobnie jak w innych badaniach istotnie częściej ofiarami były kobiety niż mężczyźni (Sethi i in., 2013). Odsetek respondentów wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie był zdecydowanie niższy niż w Albanii oraz nieco wyższy niż w Czarnogórze i na Litwie (Bellis i in., 2014a).

Mieszkanie z osobą nadużywającą alkoholu było najczęstszą formą dysfunkcji w rodzinie. Ponad jedna piąta respondentów (21,30%) przyznała, że co najmniej jeden z jej domowników miał tego rodzaju problem. Odsetek osób mieszkających z kimś, kto nadużywał alkoholu, jest szczególnie wysoki w porównaniu z Czarnogórą, Rosją, Bułgarią, Jugosłowiańską Republiką Macedonii i Turcją (Bellis i in., 2014a). Z domownikiem cierpiącym na chorobę psychiczną mieszkało 19,49% respondentów, przy czym doświadczenie to było częstsze wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Ten wynik jest porównywalny z sytuacją na Łotwie (18,8%). W innych krajach

wschodnioeuropejskich jest on znacznie niższy (od 5,6% w Czarnogórze do 13,8% w Rumunii; Bellis i in., 2014a).

Nasze badanie wykazało, że rodzice 15,61% studentów rozwiedli się lub byli w separacji. Odsetek ten jest zbliżony do sytuacji w Rumunii i Rosji, wyższy niż w Byłej Jugosłowiańskiej Republice Macedonii, Turcji, Albanii i Czarnogórze (3,8–9,5%), natomiast zdecydowanie niższy niż na Łotwie (42,3%; Bellis i in., 2014a).

Niewielki odsetek badanych (7,98%) był świadkiem przemocy między rodzicami lub opiekunami. Ta forma negatywnych doświadczeń dziecięcych występuje nieco rzadziej w Polsce niż w większości krajów Europy Wschodniej (Bellis i in., 2014a). Kobiety częściej deklarowały kontakt z przemocą między rodzicami lub opiekunami niż mężczyźni. Różnica ta pojawiła się również w badaniach realizowanych w innych krajach i może wynikać z nieco innego definiowania przemocy przez kobiety i mężczyzn (WHO, 2013). Niższy odsetek osób deklarujących doświadczenie bycia świadkiem przemocy domowej może również wynikać z niezgłaszania tej formy krzywdzenia przez część badanych, którzy jej doświadczyli. W *Ogólnopolskiej diagnozie problemu przemocy wobec dzieci* (Włodarczyk, Makaruk, 2013) wykazano, że 12% nastolatków (w wieku 11–17 lat) było świadkami przemocy między opiekunami. Ponadto badanie ankietowe przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej w roku 2012 ujawniło, że 11% respondentów żyjących w związku przynajmniej raz padło ofiarą przemocy ze strony partnera, a kolejne 11% przyznało się do bycia sprawcą przemocy w rodzinie. Wreszcie, 28% Polaków deklaruje, że zna osobiście lub z widzenia kobietę, która padła ofiarą przemocy fizycznej ze strony męża (CBOS, 2012).

Picie alkoholu jest powszechne wśród badanych studentów, przy czym 74,95% badanych po raz pierwszy sięgnęło po alkohol przed ukończeniem 18 r.ż. Ponad 1/3 studentów (38,97%) używała substancji psychoaktywnych. Spośród nich najczęściej (24,03%) używana była marihuana. Prawie co trzeci respondent (31,74%) zadeklarował, że w swoim życiu wypalił co najmniej 100 papierosów, a 5,5% zaczęło palić papierosy przed ukończeniem 15 r.ż. Problemy te diagnozowano również w najnowszym badaniu zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej (HBSC, 2016), które wykazało, że 43% polskich uczniów w wieku 11–15 lat pije alkohol, w tym 6,4% robi to przynajmniej raz w tygodniu. Ponadto co drugi nastolatek (48%) zapalił już papierosa, a co czwarty (24%) sięgnął po marihuanę lub haszysz. Według badań przeprowadzonych wśród polskich nastolatków częstość picia alkoholu i palenia papierosów nieco spadła, podczas gdy częstość używania marihuany wzrosła (Ostaszewski, 2017). Niniejsze badanie wykazało, że co ósmy respondent (12,33%) odbył pierwszy stosunek płciowy, gdy miał 16 lat lub mniej. Tymczasem według badania HBSC 17% piętnastolatków ma za sobą inicjację seksualną (HSBC, 2014).

Wyniki naszego badania są zgodne z danymi pochodzącymi z innych badań dotyczących związku między negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie a zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia (Bellis i in., 2014a). Warto zauważyć, że nasze badanie wykazało szczególnie silny związek między krzywdzeniem a problemami psychicznymi, takimi jak zachowania autodestrukcyjne – próby samobójcze (OR = 17,42, cztery formy ACE lub więcej) i samookaleczanie się (OR = 11,68, cztery formy ACE lub więcej). Zaobserwowano silny związek między tymi problemami a przemocą emocjonalną (próby samobójcze: OR = 7,92, samookaleczanie się: OR = 3,85) oraz zaniedbywaniem emocjonalnym w dzieciństwie (próby samobójcze: OR = 10,77, samookaleczanie się: OR = 3,92). Wysoki iloraz szans dla prób samobójczych wśród osób, które doświadczyły czterech form ACE lub więcej, otrzymano również w innych krajach: Rosji (Kaecheva, 2014), Czarnogórze (WHO, 2013) i Serbii (Paunovic i in., 2015). Stwierdzono również ścisły związek między wykorzystywaniem seksualnym a posiadaniem więcej niż trzech partnerów seksualnych (OR = 6,27). Wcześniejsze badania wykazały, że wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie może prowadzić do stosunkowo dużej liczby partnerów seksualnych (Merrill, Guimond, Thomsen, Milner, 2003; Włodarczyk, 2016).

Negatywne doświadczenia w dzieciństwie istotnie zwiększają ryzyko palenia papierosów (OR = 4,45, cztery formy ACE lub więcej) i używania substancji psychoaktywnych (OR = 3,68, cztery formy ACE lub więcej). Analizy przeprowadzone w innych krajach również wykazały wzrost ryzyka narkomanii u ofiar wykorzystywania seksualnego (Turcja, Czarnogóra, Federacja Rosyjska i Serbia) oraz palenia tytoniu (Albania i Czarnogóra; Bellis i in., 2014a). Ryzyko spostrzegania samego siebie jako alkoholika jest niemal trzykrotnie wyższe (OR = 2,93) wśród badanych, którzy doświadczyli czterech form ACE lub więcej, w porównaniu z osobami, które nigdy nie miały takich doświadczeń. Te zachowania szkodliwe dla zdrowia stanowią istotny czynnik ryzyka wystąpienia niezakaźnych chorób przewlekłych (*non-communicable disease*, NCD) i mogą wpływać na dalsze życie, powodując poważne schorzenia, niepełnosprawność, a nawet przedwczesną śmierć (Bellis i in., 2014a; Hughes i in., 2017). Niezakaźne choroby przewlekłe uważa się za najważniejszą przyczynę niepełnosprawności i przedwczesnych zgonów w Europie. Działania podejmowane na początku życia jednostek, między innymi zapobieganie negatywnym doświadczeniom w dzieciństwie, zmniejszyłyby obciążenia związane z NCD na poziomie całego społeczeństwa i systemów opieki zdrowotnej (Rezolucja EUR/RC66/11). Wyniki naszego badania potwierdzają, że negatywne doświadczenia w dzieciństwie są powiązane z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami. Zważywszy na alarmujące dane dotyczące częstości występowania

chorób psychicznych w Polsce (Szredzińska, 2017), zapobieganie ACE wydaje się niezwykle ważne.

IMPLIKACJE DLA POLITYKI PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY WOBEC DZIECI

Priorytetowe zadanie powstrzymania przemocy wobec dzieci zostało zapisane w Celach Zrównoważonego Rozwoju (*Sustainable Development Goals, SDG*), cel 16.2, ujętych w Agendzie na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju – 2030, która została przyjęta przez przywódców światowych we wrześniu 2015 r. podczas historycznego szczytu Organizacji Narodów Zjednoczonych. Celem planu działań „Inwestowanie w dzieci – europejski plan przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci 2015–2020” jest zapobieganie wszelkim formom krzywdzenia dzieci – wykorzystywaniu seksualnemu, przemocy fizycznej i psychicznej oraz zaniedbywaniu. Niniejsze badanie służy realizacji jednego z celów tego planu, jakim jest zwiększenie widoczności problemu krzywdzenia dzieci.

Mimo retrospektywnego charakteru nasze badanie wykazało, że krzywdzenie dzieci i inne negatywne doświadczenia w dzieciństwie są powszechne, o czym świadczą deklaracje młodych ludzi w wieku (średnio) 20 lat. Otrzymane wyniki potwierdzają również, że ACE są ściśle związane z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia, które mają dalekosiężne konsekwencje w sferze zdrowia fizycznego i psychicznego. Są również powiązane z występowaniem NCD oraz z podwyższonym ryzykiem bycia ofiarą lub sprawcą przemocy (Hughes i in., 2017). Ostatnio stan zdrowia psychicznego i fizycznego dzieci i młodzieży w Polsce budzi poważne obawy (Szredzińska, 2017), a NCD są jednym z priorytetów w obszarze ochrony zdrowia w naszym kraju.

Wyniki naszego badania pokazują, że ACE podwyższają ryzyko wystąpienia problemów związanych z zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia, takimi jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, używanie narkotyków, przedwczesna aktywność seksualna i samookaleczanie się, w tym próby samobójcze. Ponadto duża część badanych deklaruowała opuszczanie pracy lub szkoły z powodu stresu, depresji i poczucia osamotnienia związanych ze złym stanem zdrowia psychicznego, co wpływa również na to, czy ofiary będą w stanie w pełni zrealizować swój potencjał edukacyjny i rozwojowy. Zapobieganie ACE może zatem przeciwdziałać problemom ze zdrowiem psychicznym i fizycznym oraz obniżyć związane z nimi koszty.

Nasze badanie ukazuje związek między występowaniem ACE a stanem zdrowia. Wskazuje na konieczność podjęcia następujących działań:

1. Realizacja opartych na dowodach naukowych programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i rodzin z grup ryzyka, ponieważ rodziny dysfunkcyjne potrzebują wsparcia w zapewnieniu dzieciom ciepłego, troskliwego, bezpiecznego środowiska, w którym mogłyby one w pełni zrealizować swój potencjał rozwojowy.

Istnieją solidne podstawy empiryczne efektywnych kosztowo działań profilaktycznych (Sethi i in., 2013; WHO, 2016). Należą do nich programy pozytywnego rodzicielstwa, tworzenie środowisk i szkół bezpiecznych dla dzieci, edukacja przedszkolna oraz wspieranie rodziców poprzez wizyty domowe pielęgniarek i położnych (Hardcastle i in., 2015). Takie programy powinny być realizowane w szerszym zakresie, przez różne podmioty z wszystkich zaangażowanych sektorów – z zastosowaniem podejścia skoordynowanego. Najlepszym rozwiązaniem byłoby opracowanie międzysektorowego krajowego planu działań lub polityki (Gray i in., 2016), co byłoby zgodne z „Europejskim planem działań na rzecz zapobiegania krzywdzeniu dzieci 2015–2020” (WHO, 2014).

2. Szczególną uwagę należy poświęcić ochronie szeroko rozumianego zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży – wzmocnieniu czynników, które chronią dobrostan psychiczny dziecka w rodzinie, w placówkach oświatowych i opiekuńczych oraz w społeczności lokalnej.
3. Konieczne jest budowanie potencjału systemu opieki zdrowotnej w zakresie identyfikacji i wspierania rodzin z grup ryzyka, ponieważ przedstawiciele ochrony zdrowia są pierwszymi osobami, które mają dostęp do rodzin i dzieci. Należy w szczególności zwiększyć zaangażowanie sektora ochrony zdrowia w programy profilaktyki uniwersalnej, zapewnić pełniejszą realizację przepisów prawa, zwiększyć zaangażowanie pracowników ochrony zdrowia w rozpoznawanie ryzyka krzywdzenia dzieci oraz w działania interwencyjne, a także promować czynniki chroniące przed krzywdzeniem. Mające się wkrótce ukazać wytyczne WHO dotyczące reagowania na krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci zapewnią podstawę do określenia, w jaki sposób instytucje publiczne mogą najlepiej reagować na krzywdzenie i jakie działania będą najwartościowsze w polskich realiach.
4. Należy prowadzić kampanie społeczne na rzecz zmiany postaw rodziców wobec kar fizycznych. Konieczne jest również lepsze egzekwowanie obowiązującego prawa.
5. Należy zwiększać świadomość społeczną, aby podejrzenia dotyczące przestępstw przeciwko dzieciom były zgłaszane organom ścigania. W tym celu konieczne jest prowadzenie szkoleń dla profesjonalistów oraz programów i kampanii edukacyjnych adresowanych do całego społeczeństwa. Takie działania są

szczególnie potrzebne w odniesieniu do przestępstw popełnianych w kręgu rodziny i znajomych.

6. Należy prowadzić cykliczne badania społeczne, aby śledzić trendy związane z problemem krzywdzenia dzieci i młodzieży oraz oceniać skuteczność działań profilaktycznych. Trzeba starannie monitorować skalę krzywdzenia dzieci w Polsce oraz ewaluować dostępną ofertę pomocową przez ulepszanie i standaryzowanie metod gromadzenia danych dotyczących płci, kategorii wiekowych, form krzywdzenia, miejsca zamieszkania, narodowości, czynników ryzyka itp. Konieczne jest prowadzenie regularnych ogólnopolskich badań społecznych, które umożliwią monitorowanie trendów i ewaluację istniejących usług, w tym analizę wszystkich przypadków poważnego krzywdzenia lub przemocy ze skutkiem śmiertelnym.

OGRANICZENIA BADAWCZE

Dobór próby zastosowany w badaniu gwarantuje reprezentatywność na poziomie każdej z pięciu dobranych celowo uczelni. Choć uczelnie dobrano tak, żeby jak najlepiej oddawały zróżnicowanie studentów szkół wyższych w Polsce, to wyniki nie są jednak reprezentatywne dla całej populacji młodych ludzi w Polsce i nie można ich uogólniać na tę populację. Tak dobrana próba nie pokazuje co prawda dokładnej skali problemu w Polsce, ale pozwala na wskazanie zależności między ACE a konsekwencjami w postaci zachowań szkodliwych dla zdrowia, co było głównym celem badania. Nasze badanie analizowało związek między ACE a zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia, ale nie ich przyczynowość.

Badanie przeprowadzono wśród studentów, a więc osób młodych, które osiągnęły wykształcenie średnie i nadal mogą oraz chcą się kształcić. Można więc spodziewać się, że osoby te pochodzą ze środowisk o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym (Herbst, Sobotka, 2016). Oznacza to, że powszechność występowania ACE i zachowań szkodliwych dla zdrowia może być jeszcze wyższa w całej populacji, zważywszy, że krzywdzenie dzieci i inne ACE są zdeterminowane socjoekonomicznie (Bellis i in. 2014a; Butchart 2004; Sethi i in., 2013; WHO/ISPCAN 2006).

Deklaratywny charakter badania wiąże się z ryzykiem, że w przypadku szczególnie wrażliwych tematów niektóre doświadczenia mogły nie zostać ujawnione. Co więcej, wskaźnik realizacji badania w przypadku niektórych pytań świadczy o niechęci badanych do ujawniania swoich doświadczeń. Największe braki danych pojawiły się w przypadku pytań dotyczących liczby partnerów seksualnych (6,1%), wieku

inicjacji seksualnej (5,8%) i jednej z form wykorzystywania seksualnego – dotykania ciała kogoś dorosłego albo starszego o 5 lat w erotyczny sposób (8,3%).

Ze względu na to, że większość pytań dotyczyła wydarzeń, które miały miejsce w okresie dzieciństwa respondentów, istnieje ryzyko związane z ograniczeniami pamięci. Część doświadczeń lub ich cechy mogły zostać zatarte w pamięci (*recall bias*).

Ponadto pewne wydarzenia z dzieciństwa mogły nie zostać uznane przez respondentów za przypadki krzywdzenia, przez co mogli je pominąć, odpowiadając na pytania. Aby zmniejszyć opisane wyżej ryzyko, badanie było bardzo ostrożnie zaplanowane tak, żeby poczucie komfortu respondentów było jak największe (zobacz *Metodologia*).

Z uwagi na metodologiczne różnice w tworzeniu niektórych wskaźników ACE w ankietach przeprowadzonych w innych krajach, należy odnosić się do porównania ich wyników z ostrożnością.

E-mail autorek: katarzyna.makaruk@fdds.pl, joanna.wlodarczyk@fdds.pl.

BIBLIOGRAFIA

- Anda R. F., Felitti V. J., Bremner J. D., Walker J. D., Whitfield Ch, Perry B. D. i in. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(3), 174–86. DOI: 10.1007/s00406-005-0624-4.
- Baban, A., Cosma, A., Balazsi, R., Sethi D., Olsavszky, V. (2013). *Survey of Adverse Childhood Experiences among Romanian university students. Study Report from the 2012 Survey*. Kopenhaga: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Bellis M. A., Hughes K, Leckenby N, Jones L, Baban A, Kachaeva M i in. (2014a). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bull World Health Organ*, 1;92(9):641–55.
- Bellis M. A., Hughes K, Leckenby N, Perkins C, Lowey H (2014b). National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Med*. 12:72. doi: 10.1186/1741-7015-12-72.
- Butchart, A., Phinney, A., Check, P., Villaveces, A. (2004) Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Department of Injuries and Violence Prevention. Geneva: World Health Organization.
- CBOS. (2012). *Przemoc i konflikty w domu. Raport*. BS/82/2012.

- Deklaracja Praw Dziecka. (1959). Nowy Jork: United Nations. Pobrane z: <http://www.cirp.org/library/ethics/UN-declaration/>.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. i in. (1998) The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *Am J Prev Med*, 14, 245–258.
- Gray, J., Jordanova Pesevska, D., Sethi, D., Ramiro Gonzalez, M. D., Yon, Y. (2016). *Handbook on developing national action plans to prevent child maltreatment*. Kopenhaga: WHO Regional Office for Europe. Pobrane z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/2016/handbook-on-developing-national-action-plans-to-prevent-child-maltreatment-2016>.
- GUS. (2016). *Szkoły wyższe i ich finansowanie w 2015*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS. (2017). *Szkolnictwo wyższe w roku akademickim 2016/2017, dane wstępne*. Pobrane z: stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5488/8/4/1/szkolnictwo_wyzsze_dane_wstepne_stan_w_dniu_30_11_2016.xlsx.
- Hardcastle, K. A., Bellis, M.A, Hughes, K., Sethi, D. (2015). *Implementing child maltreatment prevention programmes: what the experts say*. Kopenhaga: World Health Organization. Regional Office for Europe. Pobrane z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289602/Maltreatment_web.pdf?ua=1.
- Health Behaviour in School-aged Children Study. (2016). *International report from the 2013/2014 Survey. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. Kopenhaga: WHO Regional office for Europe. Pobrane z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/303440/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-PART-1.pdf?ua=1.
- Herbst, M., Sobotka, A. (2014). *Mobilność społeczna i przestrzenna w kontekście wyborów edukacyjnych*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C. i in. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), e356–66.
- Jarosz, E. (2013). *Polacy wobec bicia dzieci. Raport z badań 2013*. Warszawa: Rzecznik Praw Dziecka.
- Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Dz.U. z 1964r nr 9 pkt 59.
- Komenda Główna Policji (2017). *Dane z procedury „Niebieskich Kart”*. Pobrane z: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/50863,Przemoc-w-rodzinie.html>.

- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Makaruk, K. (2013). Postawy Polaków wobec kar fizycznych a ich stosowanie w praktyce rodzicielskiej. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 12(4), 40–53.
- Meinck, F., Steinert, J. I., Sethi, D., Gilbert, R., Bellis, M. B., Mikton, Ch., Alink, L., Baban, A. (2016). *Measuring and monitoring national prevalence of child maltreatment: a practical handbook*. Kopenhaga: World Health Organization. Regional Office for Europe. Pobrane z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317505/Measuring-monitoring-national-prevalence-child-maltreatment-practical-handbook.pdf.
- Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., Milner J. S. (2003). Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: the role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *J Consult Clin Psychol*, 71(6), 987–96. DOI: 10.1037/0022-006X.71.6.987.
- Miedzik, M. (2014). *Diagnoza zjawiska przemocy i możliwości uzyskania pomocy w sytuacji doświadczania przemocy w percepcji dzieci i młodzieży. Raport*. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
- Miedzik, M., Godlewska-Szurkowa, J. (2014). *Badania porównawcze oraz diagnoza skali występowania przemocy w rodzinie wśród osób dorosłych i dzieci, z podziałem na poszczególne formy przemocy wraz z opisem charakterystyki ofiar przemocy i sprawców. Raport cząstkowy. Wyniki badań PSDB dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej*. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
- MRPiPS. (2016). *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020*. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
- PARPA. (2010). *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia. Pobrane z: http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/projekt_prof_alkoh_07092010pop.pdf.
- Ostaszewski, K. (2017). Używanie substancji psychoaktywnych jako przejaw zachowań ryzykownych młodzieży szkolnej. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 16(1), 132–145.
- Paunovic, M., Markovic, M., Vojvodic, K., Neskovic, A., Sethi, D., Grbic, M. (2015). *Survey of adverse childhood experiences among Serbian university students. Report from the 2013/2014 survey*. Kopenhaga: World Health Organization. Regional Office for Europe

- Qirjako, G., Burazeri, G., Sethi, D., Miho, V. (2013). *Community survey on prevalence of adverse childhood experiences in Albania. Report*. Kopenhaga: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Raleva, M., Jordanova Peshevska, D., Sethi, D. (red.). (2013). *Survey of adverse childhood experiences among young people in the former Yugoslav Republic of Macedonia*. Kopenhaga: World Health Organization. Regional Office for Europe. Pobrane z: <http://www.euro.who.int/en/countries/the-former-yugoslav-republic-of-macedonia/publications/survey-of-adverse-childhood-experiences-in-the-former-yugoslav-republic-of-macedonia>.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Kopenhaga: World Health Organization Regional Office for Europe. Pobrane z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf.
- Szczepaniak, A. (2016). Zaburzenia więzi jako efekt wczesnodziecięcego krzywdzenia dziecka. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(3), 74–90.
- Szredzińska, R. (2017). Zdrowie dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 16(1), 94–131.
- UNICEF. (2014). *Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children*. Nowy Jork, NY: United Nations Children's Fund. Pobrane z: https://www.unicef.org/publications/index_74865.html.
- WHO. (1999). *Report of the Consultation on child abuse prevention*. Genewa: World Health Organization. Pobrane z: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>.
- WHO, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization. Pobrane z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf.
- WHO. (2013). *Survey on adverse childhood experiences in Montenegro. National survey report*. Kopenhaga: WHO Regional Office for Europe. Pobrane z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/279201/Survey-Adverse-Childhood-Experiences-Montenegro.pdf?ua=1.
- WHO. (2014). *Investing in children. The European child maltreatment prevention action plan 2015–2020*. Kopenhaga: World Health Organization Regional Office for Europe. Pobrane z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/253728/64wd13e_InvestChildMaltreat_140439.pdf.
- Resolution EUR/RC66/11. Action plan for the prevention and control of non-communicable diseases in the WHO European Region. In: Sixty-sixth session of the Regional Committee for Europe. Copenhagen, Denmark, 12–15

- September 2016. Kopenhaga: WHO Regional Office for Europe. Pobrane z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/315398/66wd11e_NCDActionPlan_160522.pdf.
- WHO. (2016). *INSPIRE: seven strategies for ending violence against children*. Genewa: World Health Organization. Pobrane z: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207717/1/9789241565356-eng.pdf?ua=1>.
- Włodarczyk, J. (2016). *Childhood sexual abuse and its effects in adult life. Executive summary*. Warszawa: Empowering Children Foundation.
- Włodarczyk, J. (2017). Przemoc wobec dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 16(1), 192–213.
- Włodarczyk, J., Makaruk, K. (2013). *Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci. Wyniki badania*. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje. (http://fdds.pl/wp-content/uploads/2016/05/Ogolnopolska_diagnoza_problemu_przemocy_wobec_dzieci_Wyniki_badiania_2013.pdf, dostęp 11 listopada 2017).
- Wójcik, S. (2013). Przemoc w rodzinie, zaniedbanie, wiktyimizacja pośrednia. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 12(3), 40–62.

SURVEY ON ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND ASSOCIATED HEALTH-HARMING BEHAVIOURS AMONG POLISH STUDENTS

A cross-sectional survey was undertaken to estimate the prevalence of child maltreatment and other adverse childhood experiences, and their association with health-harming behaviours in Poland. The survey was conducted among 1722 randomly selected students from five purposefully selected Polish universities. Participants filled in the adverse childhood experiences survey instrument. The results showed that the prevalence of child maltreatment and other adverse childhood experiences was high: physical abuse was reported by 46%, emotional abuse by 42%, sexual abuse by 5% and emotional neglect by 25%. Household dysfunction was also high, with household street drug use reported by 3%, alcohol misuse by 21%, mental disorder by 19%, parental violence by 8% and household crime by 5%. Twenty-four per cent had not had any adverse childhood experience, while 19% reported that they had undergone four or more types of adverse childhood experiences. There was a significant association between adverse childhood experiences and health-harming behaviours such as suicide attempt, alcohol misuse, drug use, risky sexual behaviour and tobacco use. The findings suggest that there is a need to invest in prevention programming.

KEYWORDS:

ADULT SURVIVORS OF CHILD ABUSE, SELF-INJURIOUS BEHAVIOR, CHILD ABUSE – PREVENTION AND CONTROL VIOLENCE – PREVENTION AND CONTROL, SURVEYS AND QUESTIONNAIRES

Cytowanie:

Makaruk, K., Włodarczyk, J., Sethi, D., Michalski, P., Szredzińska, R., Karwowska, P. (2018). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 58–97.



Artykuł jest dostępny na licencji *Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska*.

ANEKS

Tabela 1

Wskaźniki negatywnych doświadczeń w dzieciństwie (ACE)

ACE	W ciągu pierwszych 18 lat Twojego życia...	Odpowiedzi	
Przemoc fizyczna	Twój rodzic, ojczym/macocha lub inny dorosły mieszkający w Twoim domu... Popychał Cię, szarpał, uderzał otwartą dłońią albo rzucał w Ciebie jakimś przedmiotem? lub Bił Cię tak mocno, że miałeś(-aś) ślady albo obrażenia?	rzadko, czasami, często, bardzo często rzadko, czasami, często, bardzo często	
	lub Jak często dostawałeś(-aś) klapsy?	kilka razy w roku, wiele razy w roku, przynajmniej raz w tygodniu	
	Wykorzystywanie seksualne	Ktoś dorosły albo starszy od Ciebie o co najmniej 5 lat... Dotykał Twojego ciała w erotyczny sposób? lub Czy Ty dotykałeś(-aś) ciała kogoś dorosłego w erotyczny sposób? lub Próbował odbyć z Tobą stosunek seksualny (oralny, analny albo pochwowy) lub Odbył z Tobą stosunek seksualny (oralny, analny albo pochwowy)	Tak Tak Tak Tak
	Respondent był uważany za ofiarę tej formy krzywdzenia, jeżeli odpowiedział twierdząco na którekolwiek z pytań i miał jakiegokolwiek doświadczenia seksualne przed 15 rokiem życia lub gdy miały one miejsce bez jego zgody przed ukończeniem przez niego 18 roku życia.		
Przemoc emocjonalna	Członkowie Twojej rodziny nazywali Cię "leniwym(-a)", "brzydkim(-a)" itp. lub Członkowie Twojej rodziny mówili Ci raniące albo obraźliwe rzeczy, lub Uważasz, że byłeś(-aś) krzywdzony(-a) emocjonalnie lub Twój rodzic, ojczym/macocha lub inny dorosły mieszkający w Twoim domu... wyzywał Cię, obrażał albo poniżał? lub zachowywał się w taki sposób, że bałeś(-aś) się, iż może Cię fizycznie skrzywdzić?	czasami, często, bardzo często czasami, często, bardzo często czasami, często, bardzo często czasami, często, bardzo często	

ACE	W ciągu pierwszych 18 lat Twojego życia...	Odpowiedzi			
Zaniedbanie emocjonalne	W Twojej rodzinie był ktoś, kto sprawiał, że czułeś(-aś) się ważny(-a) i wyjątkowy(-a) lub Miałeś(-aś) poczucie, że Twoi rodzice woleliby, żebyś się nie urodził(-a) lub Członkowie Twojej rodziny troszczyli się o siebie nawzajem, lub Czułeś(-aś), że ktoś z rodziny Cię nienawidzi, lub Członkowie Twojej rodziny czuli się sobie bliscy, lub Twoja rodzina dawała Ci wsparcie, lub Czułeś(-aś) się kochany(-a)	nigdy, rzadko czasami, często, bardzo często nigdy, rzadko czasami, często, bardzo często nigdy, rzadko nigdy, rzadko nigdy, rzadko			
	Zaniedbanie fizyczne	Byłeś(-aś) głodny(-a) i nie miałeś(-aś), co jeść? lub Wiedziałeś(-aś), że jest ktoś, kto się Tobą zaopiekuje i będzie Cię chronił? lub Twoi rodzice byli zbyt pijani lub odurzeni, by zajmować się rodziną? lub Musiałeś(-aś) nosić brudne ubrania? lub W Twoim otoczeniu był ktoś, kto w razie potrzeby zabierał Cię do lekarza?	czasami, często, bardzo często nigdy, rzadko czasami, często, bardzo często czasami, często, bardzo często nigdy, rzadko		
		Bycie świadkiem przemocy domowej	Twój rodzic/opiekun dopuszczał się następujących zachowań wobec drugiego rodzica/opiekuna... Popychał(a) ją/go, szarpał(a), uderzał(a) otwartą dłońią albo rzucał(a) w nią/niego jakimś przedmiotem? lub Kopał(a) ją/go, gryzł(a), uderzał(a) pięścią albo uderzał(a) czymś twardym? lub Bił(a) ją/go co najmniej przez kilka minut lub Groził(a) jej/mu nożem lub innym niebezpiecznym narzędziem albo używał(a) noża lub innego niebezpiecznego narzędzia, żeby zrobić jej/mu krzywdę?	czasami, często, bardzo często czasami, często, bardzo często czasami, często, bardzo często czasami, często, bardzo często	
			Rodzice rozwiedzeni lub w separacji	Czy Twoi rodzice byli w separacji albo się rozwiedli?	Tak
			Przestępczość w rodzinie	Czy kiedykolwiek któryś z Twoich domowników był w więzieniu? lub Czy kiedykolwiek któryś z Twoich domowników popełnił poważne przestępstwo?	Tak Tak
				Uzależnienie od alkoholu w rodzinie	Czy mieszkałeś(-aś) z kimś, kto nadużywał alkoholu?
	Uzależnienie od narkotyków w rodzinie	Czy mieszkałeś(-aś) z kimś, kto zażywał narkotyki?	Tak		
Problemy psychiczne w rodzinie	Czy któryś z Twoich domowników próbował popełnić samobójstwo? lub Czy któryś z Twoich domowników miał depresję albo cierpiał na chorobę psychiczną?	Tak Tak			

Tabela 2

Wskaźniki zachowań szkodliwych dla zdrowia

Zmienna	Pytanie	Odpowiedzi
Palenie papierosów	Czy w ciągu swojego życia wypaliłeś(-aś) co najmniej 100 papierosów (5 paczek)?	Tak
Wczesne rozpoczęcia palenia papierosów ≤15 lat	Ile miałeś(-aś) lat, kiedy zacząłeś(-aś) regularnie palić papierosy?	≤15
Subiektywne nadużywanie alkoholu	Czy kiedykolwiek pomyślałeś(-aś), że pijesz za dużo?	Tak
	Czy kiedykolwiek pomyślałeś(-aś), że jesteś uzależniony(-a) od alkoholu?	Tak
Ryzykowne picie alkoholu	W ciągu ostatniego miesiąca ile (średnio) dni w tygodniu piłeś(-aś) alkohol? W dni, w które piłeś(-aś) alkohol, ile porcji alkoholu średnio wypijałeś(-aś)?	Kobiety ≥14 porcji Mężczyźni ≥28 porcji
Zażywanie substancji psychoaktywnych	Czy kiedykolwiek przyjmowałeś(-aś) leki w celu odurzenia się?	Tak
	Czy kiedykolwiek zażywałeś(-aś) dopalacze?	Tak
	Czy kiedykolwiek zażywałeś(-aś) narkotyki? (np. marihuanę lub haszysz, ecstasy, amfetaminę)	Tak
Próby samobójcze	Czy kiedykolwiek próbowałeś(-aś) popełnić samobójstwo?	Tak
wczesna inicjacja seksualna ≤16	Ile miałeś(-aś) lat, kiedy odbyłeś(-aś) pierwszy stosunek płciowy?	≤16
Liczba partnerów seksualnych >3	Z iloma partnerami/partnerkami współżyłeś(-aś) seksualnie w swoim życiu?	>3
Próby samobójcze	Czy kiedykolwiek próbowałeś(-aś) popełnić samobójstwo?	Tak
Samookaleczenie się	Czy kiedykolwiek umyślnie się zraniłeś(-aś)?	Tak
Ucieczka z domu	Czy kiedykolwiek uciekłeś(-aś) z domu na dłużej niż jeden dzień	Tak
Mała aktywność fizyczna	W ciągu ostatniego miesiąca, ile dni w tygodniu ćwiczyłeś(-aś) lub uprawiałeś(-aś) rekreacyjnie sport? Jeżeli w ciągu ostatniego miesiąca ćwiczyłeś(-aś) lub uprawiałeś(-aś) rekreacyjnie sport, ile minut zazwyczaj na to poświęcałeś(-aś)?	aktywność fizyczna mniejsza niż co najmniej 2 razy w tygodniu po 30-59 minut
Nieobecność w pracy / na uczelni z powodu stresu lub złego samopoczucia psychicznego	Ile dni pracy lub studiów opuściłeś(-aś) w ciągu ostatniego miesiąca z powodu stresu albo przygnębienia/depresji?	≥1 dzień
Nieobecność w pracy / na uczelni z choroby	Ile dni pracy lub studiów opuściłeś(-aś) w ciągu ostatniego miesiąca z powodu złego stanu zdrowia fizycznego?	≥2 dni
Brak bliskich osób	Ilu bliskich przyjaciół lub krewnych pomógłoby Ci w poradzeniu sobie z problemami emocjonalnymi lub trudnymi uczuciami, gdybyś tego potrzebował(a)?	nikt