

**Celina Łepecka-Klusek¹, Agnieszka K. Pawłowska-Muc², Grażyna Stadnicka³,
Anna B. Pilewska-Kozak¹**¹Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie²Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu³Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

P

rzemoc wobec dziecka

Violence against children

STRESZCZENIE

Coraz więcej ludzi w Polsce dostrzega problem stosowania przemocy wobec dzieci. Zwiększa się też liczba osób, które sprzeciwiają się nawet najłżejszym karom. Niemniej wielu jeszcze dorosłych dopuszcza wykorzystywanie kar cielesnych w procesie wychowania i nie jest świadoma istniejącego od lat prawnego zakazu.

Celem pracy było ukazanie zjawiska przemocy wobec dziecka oraz udziału położnej/pielęgniarki w profilaktyce i wykrywaniu dzieci krzywdzonych.

W pracy zdefiniowano określenia: przemoc, przemoc w rodzinie i przemoc wobec dziecka. Scharakteryzowano zakres i cztery formy przemocy – fizyczną, psychiczną, seksualną oraz zaniedbywanie. Omówiono skalę zjawiska w Polsce, określając ją jako trudną do rzeczywistej oceny. Przedstawiono rolę położnej/pielęgniarki w profilaktyce i wykrywaniu dzieci krzywdzonych. Analiza piśmiennictwa pokazała, że przemoc wobec i wśród dzieci nie może być niezauważona. Istnieje potrzeba opracowania nowych, skuteczniejszych programów profilaktycznych oraz wzbogacania i aktualizacji wiedzy położnych i pielęgniarek wobec zmieniających się przepisów prawa.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (2): 246–250

Słowa kluczowe: przemoc domowa; dziecko krzywdzone; położna; pielęgniarka

ABSTRACT

The problem of the violence against children is noticed by more and more people. The number of people, who object to any corporal punishment is also increasing. However, many adults still accept the use of corporal punishment in the process of education and they are not aware of the existing legal prohibition.

It was the aim of this work to present the problem of violence against children and the participation of the midwife/nurse in the prophylaxis and the detection of abused children.

The terms of violence, family/domestic violence and violence against children were defined in the paper. Following forms of the violence: physical, mental and sexual as well as the neglect were characterized. In the article, the dimension of the phenomenon in Poland was discussed. It was difficult to real assess it, because of the place of the violence. Very often, in fact, it happens among family, without any witnesses. Author described the role of nurses/midwives in the identification of the harmed children. It was concluded, that the violence against the children cannot be unnoticed. There is a need to develop new and effective preventive programmes as well as to update and improve the nurses' knowledge, especially in terms of changing law.

Nursing Topics 2015; 23 (2): 246–250

Key words: family violence; child neglect; midwife; nurse

Wstęp

Przemoc jest aktualnie w Polsce jednym z ważniejszych problemów nie tylko medycznych, ale i społecznych. Jakkolwiek trudnym do rzeczywistego

oszacowania, gdyż często odbywa się w zamkniętym kręgu rodziny, w tak zwanych czterech ścianach, czyli bez świadków. Zazwyczaj zjawisko przemocy jest ukrywane, a ich ofiary ujawniają problem dopiero

Adres do korespondencji: mgr Agnieszka K. Pawłowska-Muc, Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego, ul. Lekarska 4, Radom, tel.: 48 361 56 16, faks: 48 361 54 37, e-mail: agmich@vp.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0041

w obliczu bezpośredniego zagrożenia życia i/lub zdrowia [1, 2]. Warto zauważyć, że dzieci (ofiary) bardzo rzadko zwracają się o pomoc do osób dorosłych. Cierpią w samotności, z poczuciem wstydu, lęku, obaw i bezsilności [2].

Przemoc wobec dziecka często łączy się z posiadaniem opiekuna nadużywającego alkoholu lub narkotyków, cierpiącego na chorobę psychiczną, byciem świadkiem przemocy domowej czy przeżywaniem rozstania rodziców. Uwarunkowania społeczne, kulturowe i ekonomiczne mają znaczący wpływ na występowanie tego negatywnego zjawiska, przy czym najbardziej narażone na jego doświadczanie są dzieci, wywodzące się z rodzin o niższym statusie społeczno-ekonomicznym [3].

Położne/pielęgniarki powinny odgrywać ważną rolę w działaniach profilaktycznych, dotyczących zapobiegania zjawisku przemocy nie tylko w rodzinie, lecz także w środowisku szkolnym i rówieśniczym. Zobowiązane są również do identyfikacji dzieci krzywdzonych, a także szybkiego i skutecznego reagowania na stosowane wobec nich akty przemocy [1, 3–7].

Definicja przemocy

Przemoc (*violence*) w piśmiennictwie jest różnorodnie zdefiniowana. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) jest to celowe użycie siły fizycznej albo władzy przeciw drugiemu człowiekowi, sobie samemu lub grupie ludzi, które prowadzi (lub zwiększa ryzyko) do uszkodzenia ciała, śmierci, krzywdy psychicznej, nieprawidłowego rozwoju lub ubóstwa/deprywacji [8]. Drabik i wsp. natomiast określają ją jako przewagę, wykorzystywaną w celu narzucenia komuś swojej woli, wymuszenia czegoś na kimsz lub też narzuconą komuś bezprawnie władzę [9].

Przemoc w rodzinie

W dostępnym piśmiennictwie można spotkać wiele różnych definicji przemocy w rodzinie. Zgodnie z polskim prawem jest to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, naruszające prawa lub dobra osobiste osób bliskich, a także innych wspólnie mieszkających lub gospodarujących [10]. Działania narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne. Według Melibrudy przemoc domowa to działania lub rażące zaniechania, dokonywane przez jednego z członków rodziny przeciwko pozostałym, wykorzystujące istniejącą lub stworzoną przez okoliczności przewagę sił lub władzy i powodujące u nich szkody lub cierpienie, godzące w ich prawa lub dobra osobiste, a zwłaszcza w ich życie lub zdrowie [11].

Przemoc wobec dziecka

Przemoc jest szczególnym doświadczeniem dla dziecka, które najczęściej nie potrafi samemu sobie pomóc. Zaburza poczucie bezpieczeństwa w rodzinie. Może powodować niechęć do rodziców, rodzeństwa, szkoły, a dalej skutki zdrowotne.

Wyróżnia się trzy grupy przyczyn stosowania przemocy wobec dzieci. Pierwsze tkwią w samych dzieciach, na przykład dziecko niechciane, trudne, przewlekle chore, upośledzone. Drugie — bardziej powszechne — tkwiące w samych rodzicach, na przykład niedostatek wiedzy i umiejętności wychowawczych, niedojrzałość i młody wiek, niski poziom wykształcenia, doznana przemoc w dzieciństwie, bezrobocie, uzależnienia. Trzecia grupa obejmuje problemy środowiskowe, w tym kłopoty małżeńskie lub izolację społeczną rodziny [12]. W piśmiennictwie wyróżnia się przemoc fizyczną, psychiczną (emocjonalną) i seksualną. Ponadto zaniedbanie, które jest uważane za najłagodniejszą formę przemocy [13–15].

Formy i zakres przemocy

Przemoc fizyczna wobec dziecka (*physical child abuse*) to taka przemoc, w wyniku której dziecko doznaje krzywdy cielesnej lub jest nią potencjalnie zagrożone. Może być ona czynnością powtarzalną lub jednorazową [16]. Według innego źródła przemoc fizyczna to celowe użycie siły fizycznej wobec dziecka, które powoduje, lub z dużym prawdopodobieństwem może spowodować, uszczerbek na jego zdrowiu, zagrażać życiu, rozwojowi i godności. Są to: uderzanie, bicie, kopanie, potrząsanie, gryzienie, duszenie, parzenie, przypalanie, trucie [17]. Poza dość powszechnie stosowanymi jej formami, jak uderzenie dziecka, należy zatruwanie, wprowadzanie obcych ciał do ciała dziecka czy krepowanie swobody fizycznej. W kategorię przemocy włączana jest kara fizyczna, w zakres której wchodzi tak zwane klapsy [18].

Krzywdzenie psychiczne (emocjonalne) dziecka oznacza niezapewnianie mu rozwojowo odpowiedniego, wspierającego środowiska, łącznie z dostępnością do osoby dla niego znaczącej [16]. Za krzywdzenie emocjonalne uważa się ograniczanie swobodnego poruszania się, upokarzanie, oczernianie, traktowanie dziecka jako „kozła ofiarnego”, straszenie, dyskryminowanie, wyśmiewanie oraz inne nie fizyczne formy wrogięgo lub odrzucającego traktowania. Według Soriano przemoc psychiczna może występować w postaci szantażowania, straszenia, nadmiernych wymagań, wzbudzania poczucia winy, krytykowania, braku szacunku do dzieci [za 19]. Inni autorzy traktują ją jako niszczenie godności dziecka, poprzez wszelkie zachowania lub zaniechania i odrzucenia, prowadzące lub zagrażające wystąpieniem u dziecka zaburzeń konstruktywnego obrazu własnej osoby, wywołujące

lub zagrażające rozwojem poczucia bezwartościowości, bycia niekochanym, niechcianym [18, 20].

Przemoc seksualna (*child sexual abuse*) to zmuszanie do określonych zachowań (oglądania filmów, zdjęć pornograficznych) i kontaktów seksualnych, czyli do współżycia płciowego [21]. Następstwami tej formy przemocy jest niska samoocena, lęk, depresja i zaburzony rozwój seksualny dziecka. W późniejszym wieku zwiększone ryzyko pojawienia się objawów zespołu stresu pourazowego, nadużywanie alkoholu, podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych, w tym posiadanie wielu partnerów seksualnych i przedwczesne rodzicielstwo [22].

Zaniedbywanie dziecka (*child neglect*) to niezapewnianie mu odpowiednich warunków do rozwoju w sferze zdrowotnej, edukacyjnej i emocjonalnej. Ponadto odpowiedniego odżywiania, schronienia i bezpieczeństwa, w ramach środków dostępnych rodzicom lub opiekunom. W następstwie tego dochodzi do uszczerbku na zdrowiu dziecka lub zaburzeń rozwoju psychicznego, moralnego lub społecznego. Wyróżnia się zaniedbanie fizyczne (ekonomiczne, zdrowotne), emocjonalne, edukacyjne (intelektualne) [16].

Skala zjawiska

Dane statystyczne na temat przemocy wobec dziecka w Polsce są dość zróżnicowane. Włodarczyk i wsp. twierdzą, że 71% nastolatków w wieku 11–17 lat doświadczyło przynajmniej jednej formy znęcania. Ponad połowa z nich doznała przemocy rówieśniczej, co piąta osoba przemocy psychicznej (22%) i niemal tyle samo fizycznej (21%). Świadcami przemocy domowej było 18% nastolatków, ofiarą co najmniej jednej z form wykorzystywania seksualnego bez kontaktu fizycznego 9%, a z kontaktem fizycznym — 6%. Zaniedbania doświadczyło 6% dzieci [23].

W badaniach Makaruk najczęściej stosowane kary to odzywanie się do dziecka podniesionym głosem (71%) oraz karcenie kląpssem (59%). Ponadto zakaz korzystania ze sprzętów (53%) i spotykania się z rówieśnikami (49%). Przemoc psychiczna natomiast, w postaci częstego krytykowania, stosowana była przez 22% rodziców [24].

Według najnowszych danych epidemiologicznych, prezentowanych na międzynarodowym kongresie *International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN) w 2014 roku w Japonii, 15% dorosłych Polaków stosuje różne formy przemocy wobec dzieci. Czterech na stu sprawców (rodziców) krzywdzi swoje potomstwo, będąc pod wpływem alkoholu [25]. Prezentowany na stronie internetowej materiał Komendy Głównej Policji uwidacznia systematyczny wzrost (w ostatnich trzech latach) ogólnej liczby małoletnich ofiar przemocy [26]. W 2012 roku było ich 19 172, w 2013 — 19 254, a 2014 — 21 055.

Warto przy tym zauważyć, że powyższe dane dotyczą wyłącznie podjętych przez Policję interwencji z zastosowaniem procedury Niebieskiej Karty. Nie uwzględniają natomiast rejestrów innych podmiotów, upoważnionych do takich działań.

Dokładne określenie skali zjawiska przemocy wobec dzieci nie jest możliwe. Ofiary niekiedy są zbyt małe i/lub zastraszone, aby mogły ujawnić doświadczone krzywdy. Starsze dzieci cierpią, wstydzają się, wołają o tym nie mówić, chcą szybko zapomnieć o zdarzeniu. Sprawcy czynu zazwyczaj nie przyznają się do zarzucanych im przestępstw. Tkwią w przekonaniu, że mają prawo do karcenia swojego potomstwa w wybrany przez siebie sposób. Świadkowie natomiast wołają nie dostrzegać problemu, milczeć, nie wtrącać się, a organa ścigania (policja, prokuratura) reagować tylko w sytuacji uzyskania zawiadomienia od innych osób.

Rola położnej/pielęgniarki w profilaktyce i wykrywaniu dzieci krzywdzonych

Funkcjonariusze sektora publicznego, w tym przedstawiciele ochrony zdrowia (lekarz, położna, pielęgniarka, ratownik medyczny) powinni posiadać wiedzę na temat przemocy wobec dzieci, tj. o przyczynach, formach, objawach oraz sposobach szybkiego i skutecznego działania. Niezbędne jest im to do rozpoznawania czynników ryzyka, a tym samym do ochrony przed krzywdzeniem i zaniedbywaniem [1, 4, 5, 27]. Położna/pielęgniarka ma bezpośredni kontakt z podopiecznymi, zarówno w środowisku domowym, szkolnym, jak i w podmiotach leczniczych. To od nich, między innymi, oczekuje się, iż w przypadku zaistniałych przesłanek potrafią podjąć interwencję w sposób bezpieczny, skuteczny i zgodny z prawem [1, 4, 6, 27].

Przemoc i zaniedbywanie, doznane w pierwszych trzech latach życia dziecka, jest szczególnie niebezpieczne dla jego rozwoju. Jak pokazują badania dzieci w tym wieku są najbardziej narażone na krzywdzenie i zaniedbywanie [17]. A przecież to one są najbardziej bezbronne i mają najmniejszy kontakt z osobami spoza rodziny, które mogłyby zauważyć ich krzywdę i podjąć interwencję [5].

Diagnoza pielęgniarska stawiana podczas pracy z rodziną w środowisku jej zamieszkania, w sytuacji zdrowia i choroby, powinna być ukierunkowana na wiele osób [28]. Obok bowiem struktury, sprawności fizycznej i psychicznej członków rodziny należy ocenić ich sytuację bytową, funkcjonowanie społeczne oraz wiedzę na temat zdrowia i umiejętności jej wykorzystania. Trudnymi do oceny są więzi między członkami rodziny, które mogą sugerować znęcanie (fizyczne i/lub psychiczne) oraz wykorzystywanie seksualne [1].

Specyfika pracy położnej/pielęgniarki pracującej w środowisku daje jej jako profesjonalistce możliwość nawiązania i dłuższej współpracy z rodziną,

a poprzez bezpośredni kontakt, zdobycie zaufania i postawienie dobrej, stale weryfikowanej diagnozy pielęgniarskiej. Praca z dziećmi i ich rodzicami jest wyjątkowa, niekiedy trudna oraz wymagająca dyskrecji i delikatności. Jednakże poprzez bezpośredni, systematyczny kontakt, wywiad i obserwację można rozpoznać problemy w rodzinie.

Kontakt z położną środowiskową w pierwszych tygodniach po porodzie, a później przez kolejne miesiące z pielęgniarką, to dla wielu rodziców dobry sposób na uzyskanie wskazówek, odnośnie pielęgnacji i wychowania małego dziecka. Ponadto możliwość uzyskania informacji, gdzie mogą uzyskać pomoc w sytuacji trudnej [5]. Dla położnej/pielęgniarki natomiast możliwość kontrolowania opieki nad dzieckiem, prowadzenie edukacji zdrowotnej, promowanie prozdrowotnych zachowań, formułowanie diagnozy i ustalanie hierarchii podejmowanych działań, a także identyfikowanie czynników ryzyka krzywdzenia dziecka [29].

Czynniki ryzyka krzywdzenia dziecka mogą być związane ze środowiskiem społecznym, systemem rodzinnym, mogą leżeć po stronie rodziców, dziecka lub innych dzieci w rodzinie [5]. Izdebska i wsp. twierdzą, że niektóre czynniki występujące samodzielnie nie zwiększają ryzyka pojawienia się przemocy, a dopiero ich skumulowanie (trzy lub więcej). Inne (np. uzależnienia, przemoc w rodzinie), nawet jeśli występują samodzielnie, sugerują, że dziecko i jego rodzina muszą otrzymać pomoc możliwie najszybciej [30]. Należy przy tym pamiętać, że zidentyfikowanie czynników ryzyka krzywdzenia nie ma na celu stigmatyzacji rodziny, ale objęcie jej szczególną opieką.

W Polsce są miejsca, gdzie rodzic lub osoba potrzebująca może uzyskać pomoc i wsparcie. Aktualną listę organizacji i instytucji świadczących bezpłatną pomoc można znaleźć w Internecie [31]. Jeśli nie doszło jeszcze do krzywdzenia, ale istnieje takie prawdopodobieństwo, instytucją mogącą podjąć działania profilaktyczne jest ośrodek pomocy społecznej [5]. Położne i pielęgniarki natomiast powinny znać i stosować się do zaleceń Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie [10]. Dokument ten jest najważniejszym aktem prawnym, który wraz z innymi aktami wykonawczymi przedstawia kolejność postępowania w przypadku rozpoznania przemocy.

W profilaktyce i wykrywaniu dzieci krzywdzonych przed położnymi i pielęgniarkami stawiane są różnorakie zadania, w tym szeroko rozumiana edukacja, wsparcie informacyjne i emocjonalne. Ma to na celu zapewnienie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych na rzecz ofiar, w ramach interdyscyplinarnej działalności, na przykład Zespołu do spraw Problemów Dzieci Krzywdzonych. Współpraca ta ułatwia dostęp do specjalistów, a także wzmacnia system pomocy

[1, 4–7, 30]. Dla większej efektywności pracy tego Zespołu Leoniuk i wsp. Proponują:

- prowadzenie szkoleń z zakresu przemocy i przeciwdziałania jej;
- ujednoczenie i uproszczenie procedur i standardów postępowania;
- uregulowanie przepisów prawnych, odnośnie dodatkowego wynagrodzenia dla pracowników angażujących się w prace zespołu czy grupy pomocy; zwiększenie współpracy między różnymi specjalistami [6].

Profilaktyka i identyfikacja dzieci krzywdzonych to bardzo odpowiedzialne zadanie, wymagające od położnych i pielęgniarek ciągłego kształcenia się w tym zakresie. Wiąże się to z obowiązkiem gromadzenia aktualnie obowiązującej dokumentacji medycznej wraz z należytą przeprowadzonym wywiadem, opisem badania fizykalnego, zachowaniem wyników badań (w tym fotografią urazów) i ewentualnych konsultacji specjalistycznych. Od ich wiedzy, umiejętności i woli działania zależy w pewnym sensie los dzieci krzywdzonych [1, 6].

Podsumowanie

Przemoc wobec i wśród dzieci nie może być niezauważona. Jest ona przede wszystkim krzywdą dla dziecka, ale także dużym problemem dla rodziny i społeczeństwa [32]. Zagroza zdrowiu i prawidłowemu rozwojowi dziecka [33, 34]. Doznawana w dzieciństwie zwiększa ryzyko stania się jej ofiarą lub sprawcą w późniejszym życiu. U tych osób, częściej niż u innych, występują zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, jedzenia. Ponadto samookaleczenia, próby samobójcze, skłonność do podejmowania ryzykownych zachowań, depresja czy używanie środków psychoaktywnych. Szacuje się nawet, że doznawana przemoc jest odpowiedzialna za blisko 25% wszelkich zaburzeń psychicznych [3].

Wielość negatywnych konsekwencji stosowania przemocy wobec dzieci sprawia, że konieczne jest podejmowanie działań profilaktycznych, a nie tylko świadczenie pomocy w sytuacji jej zaistnienia. Światowa Organizacja Zdrowia apeluje też o legislację i egzekwowanie prawa z zakresu działań zapobiegawczych oraz zwiększenia usług dla ofiar przemocy, w tym małych, pokrzywdzonych pacjentów [7].

Dużą i odpowiedzialną rolę w profilaktyce i wykrywaniu przemocy wobec dzieci przypisuje się pracownikom medycznym, a zwłaszcza położnym i pielęgniarkom. Stąd konieczna jest dostępność do bezpłatnych szkoleń z zakresu tej tematyki. Można mieć nadzieję, że wzbogacanie i aktualizacja wiedzy tych grup zawodowych wobec zmieniających się przepisów prawa przyczyni się do poprawy sytuacji życiowej dzieci krzywdzonych.

References

- Biskupska M. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie — rola profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej. *Now. Lek.* 2013; 82 (3): 246–252.
- Goniewicz M., Goniewicz K. Przemoc wobec dzieci - aspekty etyczno-prawne. *Forum Med. Rodz.* 2011; 5 (5): 437–444.
- Sethi D., Bellis M., Hughes K., Gilbert R., Mitis F., Galea G. European report on preventing child maltreatment. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark 2013.
- Janiuk E. Problem przemocy w rodzinie w praktyce położnej. W: Wojtal M., Żurawicka D. (red.). Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny. Wyd. Instytut Śląski Sp. z o. o., Opole 2013: 42–52.
- Izdebska A., Trąbińska-Haduch M., Lewandowska K. Jak chronić małe dzieci przed krzywdzeniem? Rola pielęgniarek i położnych w zapobieganiu złemu traktowaniu dziecka w rodzinie. Poradnik rekomendowany przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 2008.
- Leoniuk K., Nowakowska H., Sobczak K. Zadania pielęgniarki w systemie przeciwdziałania przemocy domowej. *Probl. Pielęg.* 2013; 21 (3): 397–402.
- Global status report on violence prevention 2014. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, United Nations Development Programme, Geneva, 2014
- World report on violence and health. Summary. World Health Organization, Geneva, 2002.
- Drabik L., Gałązka A., Jaxa-Małachowska M. i wsp., Sobol E. (red.). Nowy słownik języka polskiego. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2002: 778.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005 r., Nr 180 poz. 1493 z późn. zm.).
- Mellibruda J. Wybrane problemy patologii życia rodzinnego. W: Strelau J. (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Wyd. GWP, Gdańsk 2002: 755.
- Izdebska A., Lewandowska K. Czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci. *Dziecko Krzywdzone* 2012; 2 (39): 116–132.
- Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl.* 2002; 6 (7): 715–730.
- Jaros E. Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2009.
- Braziel J. Przemoc wobec dziecka — zmiana w ocenie zjawiska. W: Theiss W., Winiarski M. (red.). Pedagogika społeczna. Tradycja i współczesne konteksty. Wyd. Pedagogium, Warszawa 2007: 245.
- Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. World Health Organization, Geneva 1999.
- Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect, Geneva 2006.
- Jaros E., Nowak A. Dzieci ofiary przemocy w rodzinie. Raport Rzecznika Praw Dziecka. Funkcjonowanie znowelizowanej ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Rzecznik Praw Dziecka, Warszawa 2012.
- Grabowiec A. Samoocena dzieci krzywdzonych w rodzinie. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2011: 27–32.
- Stożek M. Przemoc w rodzinie. Zapobieganie w świetle przepisów prawa. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2009.
- Jaszczak-Kuźmińska D., Michalska K. Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2010: 11–14.
- Lalor K., McElvaney R. Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma Violence Abuse* 2010; 11 (4): 159–177.
- Włodarczyk J., Makaruk K. Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci. Wyniki badania. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 2013.
- Makaruk K. Postawy Polaków wobec kar fizycznych a ich stosowanie w praktyce rodzicielskiej. *Dziecko Krzywdzone* 2013; 12 (4): 40–53.
- Król H., Nowak-Starz G., Zboina B. i wsp. The scale phenomenon of domestic violence against children in Poland. Book of Abstracts XXth ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect, Nagoya, Japan 2014: 29.
- <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/50863,Przemoc-w-rodzinie.html>; data pobrania: 01.04.2015.
- Wojdyła Z., Żurawicka D., Zimnowoda M. Przemoc wobec dzieci. W: Wojtal M., Żurawicka D. (red.). Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny. Tom 2. Wyd. Instytut Śląski Sp. z o.o., Opole 2014: 8–17.
- Kawczyńska-Butrym Z. Rodzina — zdrowie — choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Wyd. Czelej, Lublin 2001.
- Warowny M. Diagnoza i interwencja w przypadku przemocy w rodzinie wyzwaniem dla położnej środowiskowo-rodzinnej. *Położ. Nauka Prakt.* 2011; 315: 48–52.
- Izdebska A., Kornatowska I., Kosicka M. i wsp. Jak chronić małe dzieci przed krzywdzeniem. Poradnik dla profesjonalistów pracujących z rodzinami z małymi dziećmi. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 2010.
- Gdzie szukać wsparcia? <http://dobryrodzic.fdn.pl/gdzie-szukac-wsparcia>; data pobrania: 01.04.2015.
- Newton A.W., Vandeven A.M. Child abuse and neglect: a worldwide concern. *Curr. Opin. Pediatr.* 2010; 22 (2): 226–233.
- De Venter M., Demyttenaere K., Bruffaerts R. The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review. *Tijdschr. Psychiatr.* 2013; 55 (4): 259–68.
- Young J.C., Widom C.S. Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse & Neglect* 2014; 38 (8): 1369–1381.