Pētījums par Latvijas jauniešu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi

ZIŅOJUMA KOPSAVILKUMS

Riga 2011

LATVIJAS REPUBLIKAS
VESELĪBAS MINISTRIJA

NACIONĀLAIS VESELĪBAS DIENESTS

Autori:

Biruta Velika, Nacionālā veselības dienesta Pētniecības un statistikas departamenta, Datu analīzes nodaļas vecākā sabiedrības veselības analītiķe;

Iveta Pudule, Nacionālā veselības dienesta Pētniecības un statistikas departamenta, Datu analīzes nodaļas vecākā sabiedrības veselības analītiķe;

Daiga Grīnberga, Nacionālā veselības dienesta Pētniecības un statistikas departamenta, Datu analīzes nodaļas vecākā sabiedrības veselības analītiķe;

Lauma Spriņģe, Nacionālā veselības dienesta Pētniecības un statistikas departamenta, Reģistru pārraudzības nodaļas sabiedrības veselības analītiķe.

Autoru kolektīvs izsaka pateicību par sadarbību pētījuma uzraudzības komisijai: Veselības ministrijas, Sabiedrības veselības departamenta, Vides veselības nodaļas vadītājai Janai Feldmanei, Labklājības ministrijas Bērnu un ģimenes politikas departamenta vecākai referentei Viktorijai Boļšakovai, Izglītības un zinātnes ministrijas Politikas koordinācijas departamenta direktorei Dacei Ratniecei, Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas, Bērnu tiesību aizsardzības departamenta direktorei Ingai Millerei, Valsts izglītības satura centra Vispārējās izglītības satura nodrošinājuma nodaļas vecākai referentei Sandrai Falkai, Rīgas Stradiņa Universitātes Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedras profesorei Anitai Villerušai, Latvijas Pašvaldību savienības padomniecei veselības un sociālajos jautājumos Silvijai Šimfai, Ziemeļu Ministru padomes biroja Latvijā padomniecei sociālajos jautājumos Dainai Mežeckai, Pasaules Veselības organizācijas (PVO) pārstāvniecības Latvijā vadītājai Aigai Rūrānei un PVO pārstāvniecības Latvijā īstermiņa konsultantei Egijai Lapiņai.

Pētījuma metodisko uzraudzību veica PVO Eiropas Reģionālā biroja Vardarbības un traumatisma mazināšanas programmu vadītājs Dr. Dinesh Sethi.

Pētījums veikts ar Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Eiropas Reģionālā biroja finansiālu un tehnisku atbalstu, PVO un Veselības ministrijas sadarbības līguma (2010./11.) ietvaros.

Publikācijas korektore: Arta Savdona

Publikācijas vizuālajā noformējumā izmantots Karinas Beates Nesterudas (Karin Beate Nøsterud) (www.norden.org) foto

Dizains un noformējums: SIA Dardedze Hologrāfija

Pilnais ziņojums par pētījuma rezultātiem pieejams elektroniskā formātā Nacionālā veselības dienesta interneta mājas lapā www.vmnvd.gov.lv

Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce obligāta.

ISBN 978-9984-837-39-0

ISBN 978-9984-837-40-6 (pdf)

1. IEVADS

Vardarbība ir eksistējusi visā cilvēces attīstības vēstures laikā, taču tikai salīdzinoši nesen tā ir atzīta par nozīmīgu sabiedrības veselības problēmu. 1996.gadā 49.Pasaules Veselības asamblejā tika pieņemta rezolūcija, kas atzina, ka vardarbība ir svarīga un pieaugoša sabiedrības veselības problēma visā pasaulē. [1.] Pasaulē katru gadu vardarbības dēļ dzīvību zaudē aptuveni 53 tūkstoši bērnu [2.], un vidēji 3,3 līdz 10 miljoni bērnu dzīvo vardarbīgās ģimenēs. [3.]

Pasaules Veselības organizācija kopā ar citiem starptautiskiem sadarbības partneriem, kas darbojas vardarbības pret bērniem mazināšanas jomā, 1999.gadā definēja, ka vardarbība pret bērniem ir visu veidu fiziska un/vai emocionāla ļaunprātīga izturēšanās, seksuāla vardarbība, bērnu nepieskatīšana vai nevērīga izturēšanās, komerciāla vai cita veida ekspluatācija, kas atbildības, uzticības vai varas attiecību kontekstā izraisa faktisku vai potenciālu ļaunumu bērna veselībai, izdzīvošanai un pašcieņas attīstībai. Vardarbība pret bērnu tiek iedalīta kā fiziska, seksuāla, emocionāla vardarbība un nevērība jeb atstāšana novārtā. [4.]

Šobrīd ir pietiekami daudz informācijas par bērnībā gūtās traumējošās pieredzes negatīvo ietekmi ilgtermiņā uz indivīda veselību. Veiktie literatūras apskati apliecina, ka depresija, izolācijas sajūta un stigmatizācija, zema pašapziņa, zema pašcieņa, atkarību izraisošu vielu lietošana ir visbiežāk sastopamie ilgtermiņa efekti bērnu pakļaušanai jebkura veida vardarbībai un atstāšanai novārtā.[5.] Jaunākie atzinumi norāda uz tiem pašiem efektiem, piedevām uzrādot daudzus psihopataloģiskus traucējumus, kā, piemēram, pašnāvības mēģinājumus, paniku, disociatīvus traucējumus, posttraumatiska stresa traucējumus un asociālu uzvedību. [6.,7.,8.]

Tieši un netieši arī mājsaimniecības/ģimenes nepilnības un disfunkcija var izraisīt negatīvas psihosociālas un veselības sekas ilgtermiņā. [9.] Bērna dzīvošana ģimenē, kurā kāds no ģimenes locekļiem ir alkoholiķis, narkotiku atkarīgais, garīgi nevesels, vai arī ir vai ir bijis ieslodzīts cietumā, negatīvi ietekmē šī bērna turpmāko dzīvi. [10.] Bērnu ļaunprātīga izmantošana un atstāšana novārtā parasti nav tikai atsevišķs gadījums, visdrīzāk cietušie bērni to ir piedzīvojuši atkārtoti un vienlaicīgi dažādos veidos. [11.]

Bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes pētījums (angl. The Adeverse Childhood Experiences (ACE) study) ir plašs epidemioloģisks pētījums Amerikas Savienotajās valstīs, kas uzsākts 1998.gadā un kas prospektīvi un retrospektīvi pēta respondentu bērnībā gūtās negatīvo/traumatisko pieredzi, stresa un ģimenes disfunkcijas ietekmi ilgtermiņā uz veselību, sociālām problēmām un dzīves kvalitāti. Šī pētījuma ietvaros tika izstrādāta metode, kā novērtēt katra respondenta pakļaušanu traumatiskai pieredzei bērnībā - bērnībā piedzīvotās nelabvēlīgās pieredzes noteikšanas skala (ACE skala). [12.] Kopš 2006.gada Pasaules Veselības organizācija iesaka šo instrumentu izmantot dalībvalstīs bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes pētīšanā. [13.] PVO Eiropas reģionā ir uzsākti pētījumi, lai iniciētu politisko dialogu dalībvalstīs par sliktas apiešanās ar bērnu (angl. *child maltreatment*) profilaksi.

2. METODOLOĢIJA

Pētījuma datu vākšana par Latvijas jauniešu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi tika realizēta ar PVO Eiropas reģionālā biroja atbalstu no 2010.gada oktobra līdz 2011.gada martam. Pētījuma datu vākšanai tika piesaistīta tirgus, sociālo un mēdiju pētījumu aģentūra „TNS Latvia".

Pētījuma mērķis ir noskaidrot Latvijas jauniešu bērnībā piedzīvotās nelabvēlīgās pieredzes izplatību. Šī pētījuma mērķa populācija ir 12. klases skolēni vispārizglītojošās skolās (vidusskolās) un 3., 4. kursa studenti profesionālajās izglītības iestādēs jeb Latvijas jaunieši vecumā no 18 gadiem.[1] Tika izmantotas anketas papīra formātā, kuras respondenti paši aizpildīja skolās un tās tika ievāktas aizlīmētās aploksnēs, nodrošinot respondentu sniegto atbilžu anonimitāti un konfidencialitāti.

Pēc PVO Eiropas Reģionālā biroja ekspertu ieteikuma kā pētījuma instruments tika izmantota *The Adverse Childhood Expierences (ACE) Study* aptaujas anketa.[2] Aptaujas anketa tika strukturēta pēc dzimuma: atsevišķa anketa sievietēm un vīriešiem. Anketa tika tulkota no angļu valodas uz latviešu un krievu valodu. Aptaujas anketas jautājumi tika piemēroti Latvijas situācijai, kā arī tika pārbaudīta jēdzienu savstarpējā atbilstība. Tā tika papildināta arī ar validētiem jautājumiem par respondentu veselību ietekmējošiem paradumiem, veselības pašvērtējumu, veselības sūdzībām[3] un fiziskiem sodiem.

Pētījums tika veikts piecās Latvijas pilsētās: Rīgā, Liepājā, Jelgavā, Cēsīs un Daugavpilī, jo šajās pilsētās atrodas gan vidusskolas, gan profesionālās izglītības iestādes. Tika izmantota mērķtiecīga kvotu izlase.

Plānotais izlases lielums bija vismaz 2000 respondenti, lai iegūtu 1200 pilnībā aizpildītas anketas. Datu savākšanas procesa rezultātā tika savāktas 1259 aizpildītas papīra formātā. Savukārt, datu tīrīšanas rezultātā datu failā tika saglabāti 1223 ieraksti (anketas).

Lai novērtētu katra respondenta bērnībā piedzīvoto nelabvēlīgo pieredzi, tika izmantota bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes skala (*Adverse Childhood Expierence Score - ACE Score,* turpmāk tekstā ACE skala)[4]. Visi jautājumi, kuri ir izmantoti šajā skalā, attiecas uz laiku līdz respondenta 18 gadu vecumam. ACE skalā ir noteiktas desmit kategorijas: emocionālā vardarbība, fiziskā vardarbība, seksuālā vardarbība, emocionālā atstāšana novārtā, fiziskā atstāšana novārtā, atkarības vielu lietošana ģimenē, garīgās veselības problēmas ģimenē, vardarbība ģimenē pret māti/pamāti, vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi, cietumā ieslodzītu ģimenes locekļu esamība. Katras kategorijas noteikšanai ir izmantoti noteikti aptaujas anketas jautājumi. Skalā katras kategorijas novērtējums var būt „0", ja respondents konkrētajā kategorijā nav ne uz vienu jautājumu norādījis pakļaušanu noteiktam vardarbības vai negatīvās pieredzes veidam, un „1", ja respondents ir norādījis vismaz vienā jautājumā uz pakļaušanu noteiktajam vardarbības vai negatīvās pieredzes veidam. Skalā visas desmit kategorijas tiek summētas, un šis summārais lielums ir amplitūdā no „0" (nav bijis (-usi) pakļauts (-a)) līdz „10" (ir bijis (-usi) pakļauts (-a) visās ACE skalas kategorijās).

[1] Saskaņā ar Bērnu tiesību aizsardzības likuma 3.panta pirmo daļu, par bērnu ir uzskatāma persona, kas nav sasniegusi 18 gadu vecumu. Saskaņā ar Jaunatnes likuma 1.pantu, par jaunieti ir uzskatāma persona vecumā no 13 līdz 25 gadiem.

[2] http://www.cdc.gov/nccdphp/ace/

[3] http://www.hbsc.org

[4] http://www.acestudy.org/

3. REZULTĀTI

3.1. PĒTĪJUMA POPULĀCIJAS RAKSTUROJUMS

Kopumā datu analīzei tika izmantotas 1223 respondentu aizpildītās anketas. Aptaujā piedalījās gandrīz vienāds vīriešu un sieviešu īpatsvars, attiecīgi 50,3% un 49,4%. Kā arī respondenti ar dažādu ģimenes sociālekonomisko statusu: zemiem ienākumiem - 29,4%, vidējiem ienākumiem - 37,2% un augstiem ienākumiem - 33,4%. 59,3% bija vidusskolu skolēni, bet 40,7% mācījās profesionālās izglītības iestādēs. Respondentu vidējais vecums bija 18,56 gadi (standartnovirze 0,984). 65,3% no aptaujas dalībniekiem bija latvieši, 27,0% krievi un 7,7% bija cita tautība.

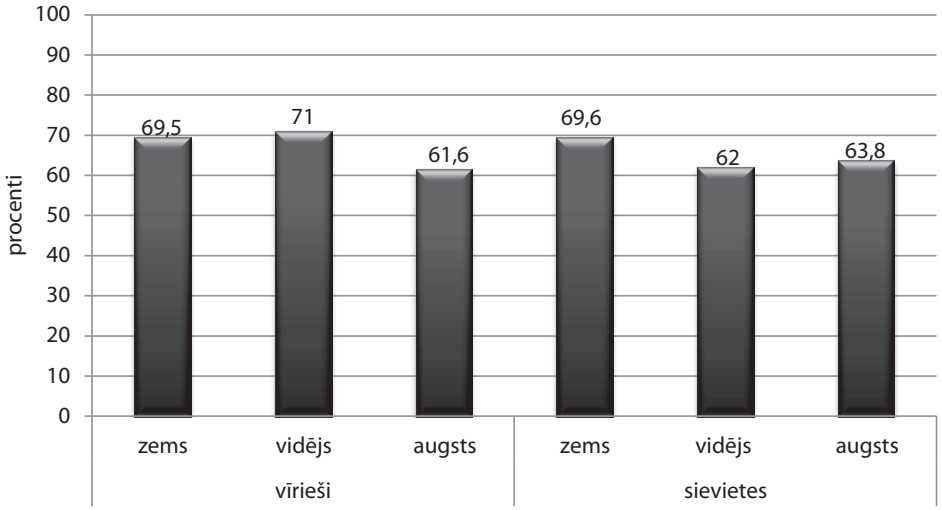
Aptaujas datu analīzē saistībā ar ACE skalu tika analizēti 1001 respondentu dati. 222 respondentu dati tika no analīzes izslēgti, jo šiem respondentiem atbilžu trūkuma dēļ noteiktajos skalas jautājumos nebija iespējams ACE skalā aprēķināt visas desmit kategorijas.

3.2. FIZISKIE SODI BĒRNĪBĀ

Fiziska sodīšana mūsu valstī ir stabila kultūras norma. Par to liecina augstais fiziski sodīto respondentu īpatsvars - 65,9%. Fiziskus sodus saņem salīdzinoši vienādi bieži gan zēni gan meitenes, attiecīgi 67,2% un 64,6%. Pastāv tendence, ka salīdzinoši biežāk fizisku sodu bērnībā saņēmuši respondenti no ģimenēm ar zemu sociālekonomisko statusu. Jāatzīmē, ka arī ģimenēs ar augstu sociālekonomisko statusu ir augsts respondentu īpatsvars (gan vīriešiem, gan sievietēm), kuri bērnībā ir bijuši fiziski sodīti (skat. 1.attēlu). Fizisko sodu izplatībai nav statistiski ticamas atšķirības saistībā ar respondentu dzimumu un ģimenes sociālekonomisko statusu.

1.attēls. Respondentu īpatsvars, kuri bērnībā ir bijuši fiziski sodīti, pēc dzimuma un ģimenes sociālekonomiskā statusa grupām (%), (n=802)

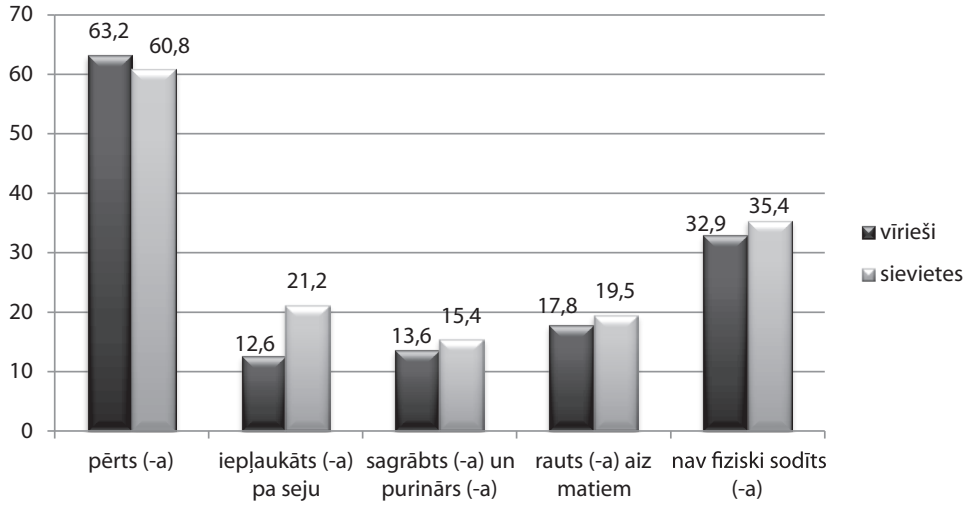
Pērienu kā fizisku sodu bērnībā ir saņēmuši 63,2% vīriešu un 60,8% sieviešu. 21,2% sieviešu un 12,6% vīriešu



norāda, ka tikuši fiziski sodīti, iepļaukājot pa seju. Savukārt rauti aiz matiem tikuši 17,8% vīriešu un 19,5% sieviešu.

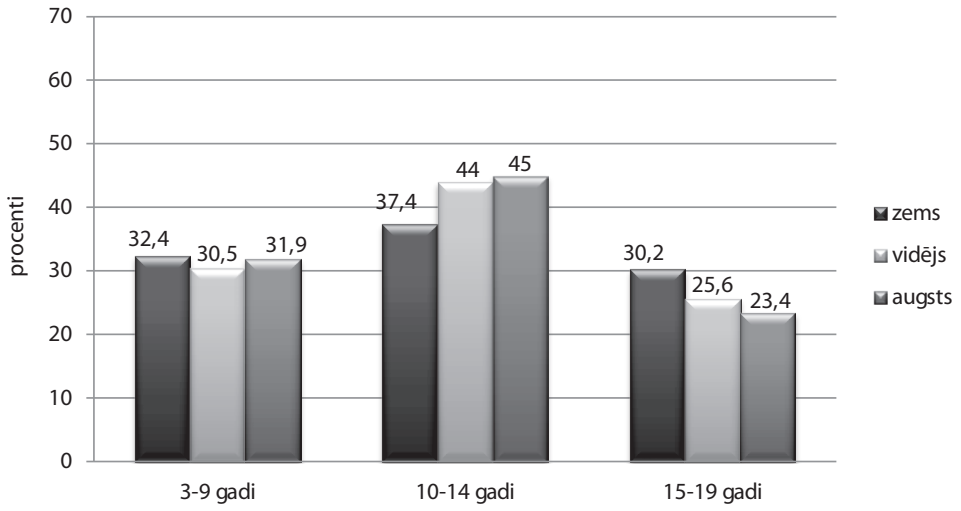
Tikai 32,9% vīriešu un 35,4% sieviešu norāda, ka fizisku sodu bērnībā nav saņēmuši (skat. 2.attēlu).

2.attēls. Veids, kādā tikuši fiziski sodīti bērnībā, pēc dzimuma grupām (%), (n=1223)



Trešā daļa respondentu pēdējo reizi fiziski ir tikuši sodīti 3-9 gadu vecumā visās ģimenes sociālekonomiskā statusa grupās. Visbiežāk fizisku sodu pēdējo reizi respondenti ir saņēmuši 10-14 gadu vecumā: 45% respondentu ar augstu ģimenes sociālekonomisko statusu, 44% - ar vidēju un 37,4% - ar zemu. Tomēr arī 15-19 gadu vecumā ir samērā augsts pēdējo reizi fiziski sodīto respondentu īpatsvars visās ģimenes sociālekonomiskā statusa grupās (skat. 3.attēlu). Vecuma grupās, kurās pēdējo reizi saņemts fizisks sods saistībā ar ģimenes sociālekonomisko statusu, statistiski ticamu atšķirību nenovēro.

3.attēls. Vecums, kad pēdējo reizi saņemts fizisks sods, pēc ģimenes sociālekonomiskā statusa grupām (%), (n=802)

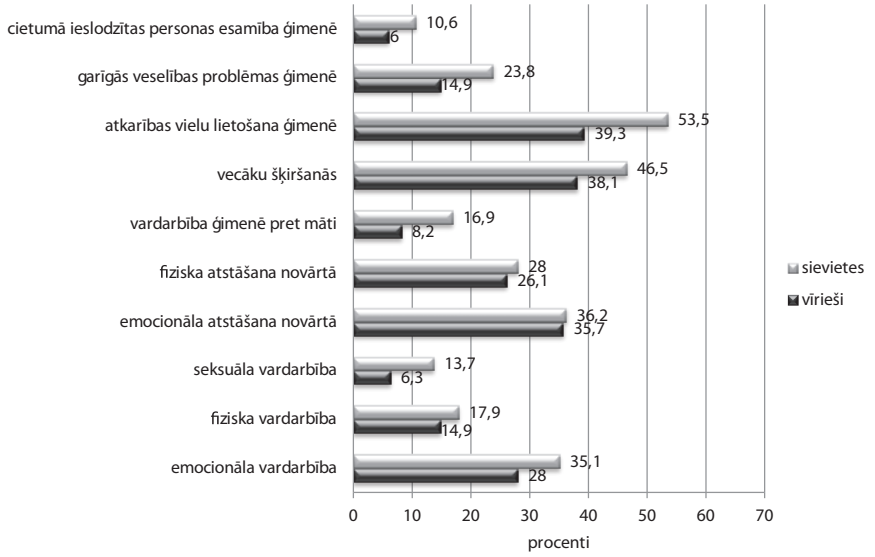


3.3. BĒRNĪBĀ GŪTĀ NELABVĒLĪGĀ PIEREDZE

Bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes noteikšanai tika izmantota ACE skala, kurā ietilpst 10 kategorijas (emocionālā vardarbība, fiziskā vardarbība, seksuālā vardarbība, emocionālā atstāšana novārtā, fiziskā atstāšana novārtā, atkarības vielu lietošana ģimenē, garīgās veselības problēmas ģimenē, vardarbība ģimenē pret māti/pamāti, vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi, cietumā ieslodzītu ģimenes locekļu esamība).

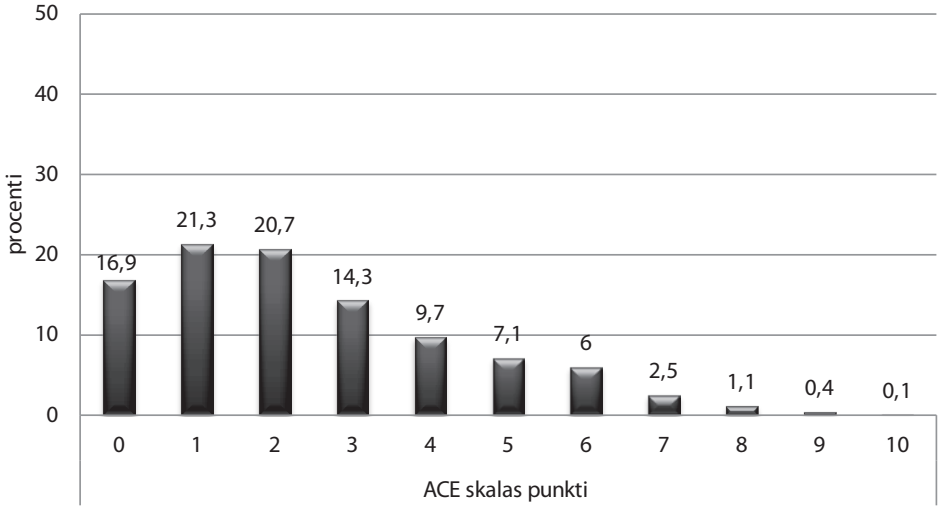
Katras ACE skalā iekļautās kategorijas izplatība dzimuma grupās ir atainota 4.attēlā. No visiem vardarbības veidiem emocionālai vardarbībai tikuši pakļauti visvairāk - kopumā 31,5% respondentu (28,0% vīriešu un 35,1% sieviešu). Savukārt fiziskai vardarbībai tikuši pakļauti 16,4% (14,9% vīriešu un 17,9% sieviešu) respondentu, seksuālai vardarbībai - 10,3% (6,3% vīriešu un 13,7% sieviešu). Apskatot ACE skalas sadaļu par atstāšanu novārtā bērnībā, redzams, ka 35,9% (36,2% sieviešu un 35,7% vīriešu) respondentu ir piedzīvojuši emocionālu atstāšanu novārtā un gandrīz trešdaļa (28,0% sieviešu un 26,1% vīriešu) - fizisku atstāšanu novārtā. Savukārt ACE skalas sadaļā par ģimenes disfunkciju (problēmām) lielākais (46,4%) respondentu (53,5% sieviešu un 39,3% vīriešu) īpatsvars bērnībā tikuši pakļauti alkohola vai narkotisko vielu lietošanas ietekmei ģimenē un 42,3% (46,5% sieviešu un 38,1% vīriešu) vecāku ir bijuši šķīrušies vai dzīvojuši šķirti. 19,3% (23,8% sieviešu un 14,9% vīriešu) respondentu ir piedzīvojuši ģimenes locekļu ilgstošu nomāktību, psihisku slimību, vai pašnāvības mēģinājumus.

4.attēls. ACE skalas kategorijas, pēc dzimuma grupām (%), (n=1001)



5.attēlā redzams, ka 16,9% respondentu līdz 18 gadu vecumam nav bijuši pakļauti nelabvēlīgai pieredzei (ACE skalā ir 0 punkti). 1-3 punkti ACE skalā ir 56,3% respondentu. Savukārt 4-10 punkti ACE skalā, ir vairāk kā ceturtdaļai (26,9%) aptaujas dalībnieku.

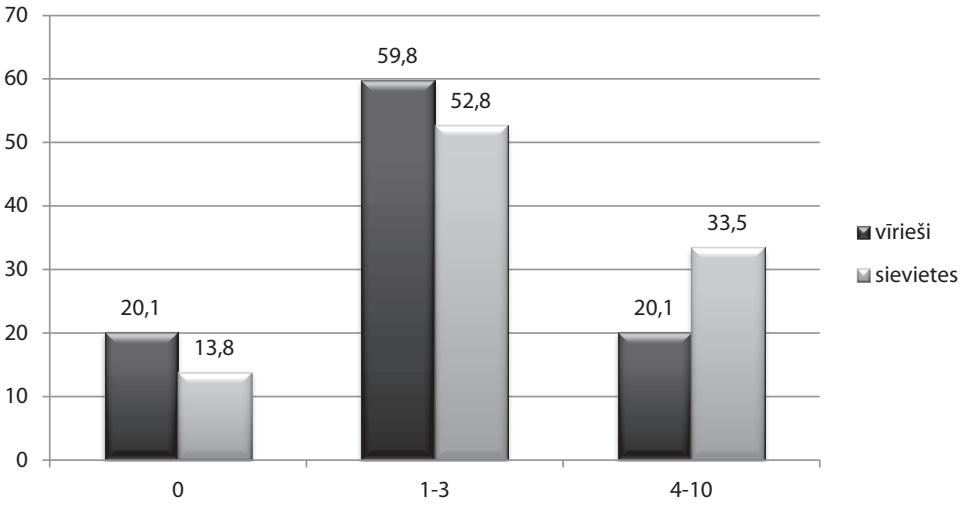
5.attēls. ACE skalas punktu izplatība (%), (n=1001)



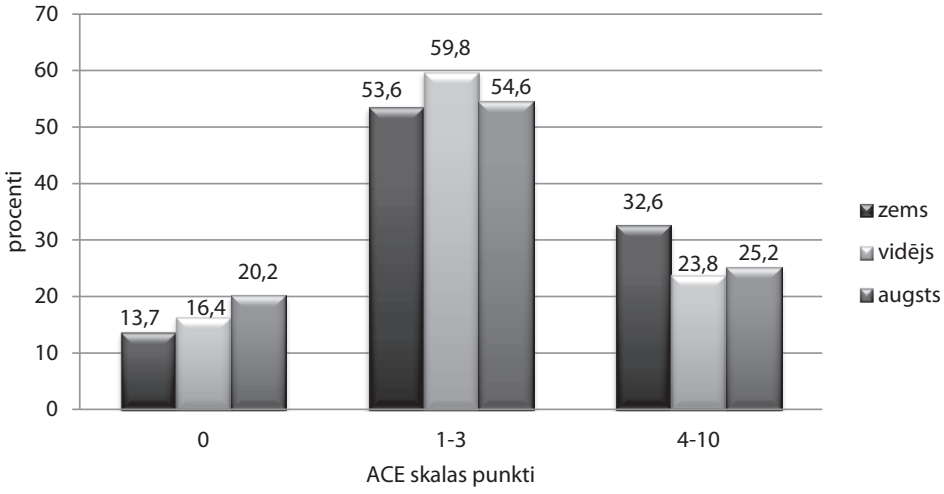
Turpmāk ACE skalas punkti tiks sagrupēti trijās grupās: 0 punkti, 1-3 punkti un 4-10 punkti.

Augstāks bērnībā piedzīvotās negatīvās pieredzes īpatsvars ar 4 un vairāk faktoriem (ACE skalā 4 un vairāk punkti) biežāk sastopams sievietēm, aptaujas dalībniekiem ar zemu ģimenes sociālekonomisko statusu (skat. 6. un 7.attēlu). Atšķirības ir statistiski ticamas dzimumu grupās (p<0,001) un ģimenes sociālekonomiskā statusa grupās (p<0,01) saistībā ar ACE skalas punktiem.

6.attēls. Bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes (ACE skala) izplatība, pēc dzimuma grupām (%), (n=1001)

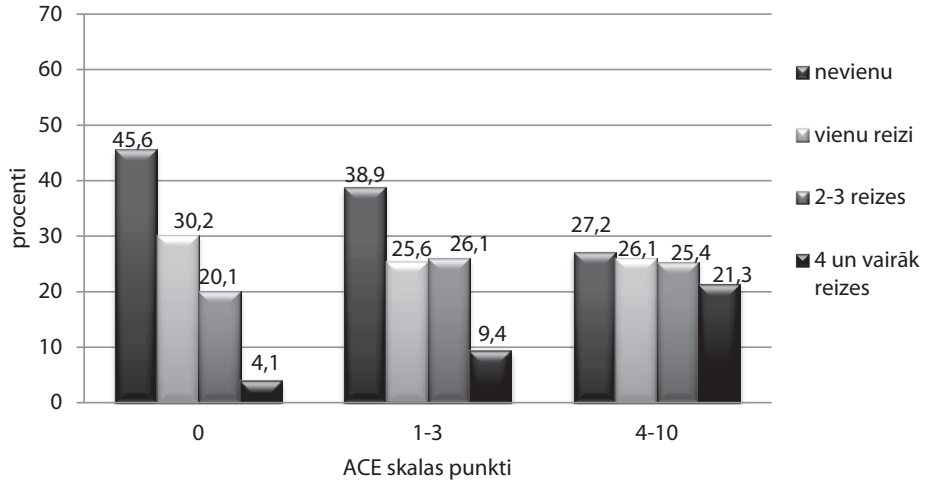


7.attēls. Bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes (ACE skala) izplatība, pēc ģimenes sociālekonomiskā statusa grupām (%), (n=1001)



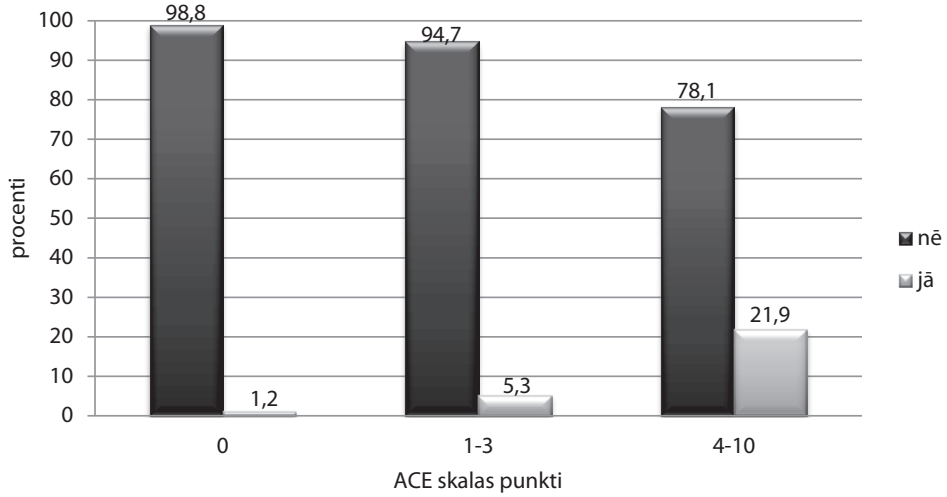
Kā viens no faktoriem, kurš var būt saistīts ar bērnībā gūtu nelabvēlīgu pieredzi, ir bieža dzīves vietas maiņa, pat, ja tas ir noticis vienas pilsētas ietvaros. 8.attēlā redzama saistība starp dzīves vietas maiņas biežumu un ACE skalas punktiem. Respondenti, kuriem bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi ir ietekmējuši 1-3 vai 4 un vairāk faktori, biežāk ir mainījuši savu dzīves vietu bērnībā divas un vairāk reizes, nekā respondenti, kuriem ACE skalā ir 0 punkti. Bērnībā gūtai nelabvēlīgai pieredzei (ACE skala) ir statistiski ticamas atšķirības saistībā ar dzīvesvietas maiņas biežumu (p<0,001).

8.attēls. Dzīvesvietas maiņas biežums bērnībā saistībā ar ACE skalu (%), (n=1001)



Kā reakcija uz bērnībā piedzīvotu nelabvēlīgu pieredzi varētu būt bērna bēgšana no mājām. Bērnībā no savām mājām uz vairāk nekā vienu dienu ir bijuši aizbēguši 21,9% respondentu, kuriem ACE skalā ir 4 un vairāk punkti (skat. 9.attēlu). Bērnībā gūtai nelabvēlīgai pieredzei (ACE skala) ir statistiski ticamas atšķirības saistībā ar bēgšanu no mājām bērnībā ($p<0,001$).

9.attēls. Bēgšana no mājām bērnībā saistībā ar ACE skalu (%), (n=1001)



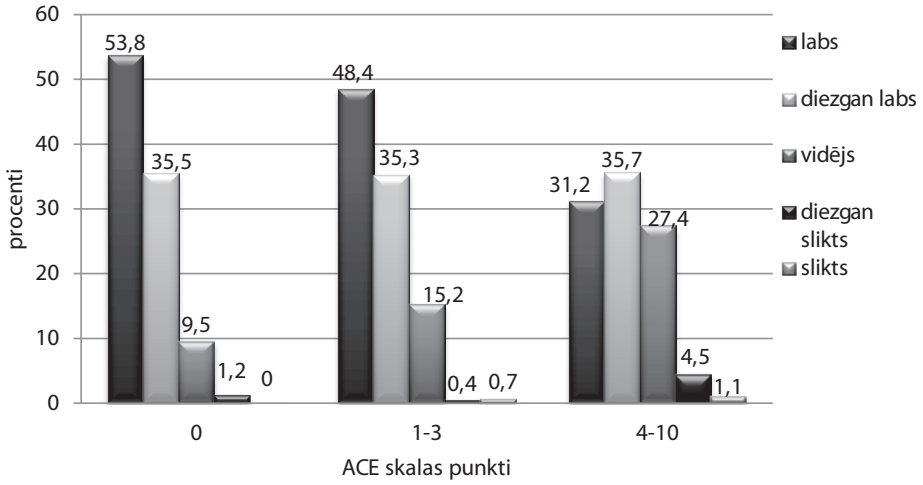
3.4. RESPONDENTU VESELĪBAS PAŠVĒRTĒJUMA, KAVĒTO SKOLAS DIENU UN VESELĪBAS SŪDZĪBU SAISTĪBA AR BĒRNĪBĀ GŪTO NELABVĒLĪGO PIEREDZI

Kopumā 44,8% respondentu norāda, ka viņu veselības stāvoklis ir labs, 35,6% uzskata, ka veselības stāvoklis ir diezgan labs. 17,2% respondentu domā, ka viņu veselības stāvoklis ir vidējs, bet slikts un diezgan slikts - 2,4%.

Respondenti, kuriem bērnībā nav bijusi negatīva pieredze vai arī to ietekmējuši 1-3 faktori, ievērojami vairāk savu veselību novērtē kā labu vai diezgan labu, salīdzinot ar respondentiem, kuriem bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi ietekmējuši četri un vairāk faktori.

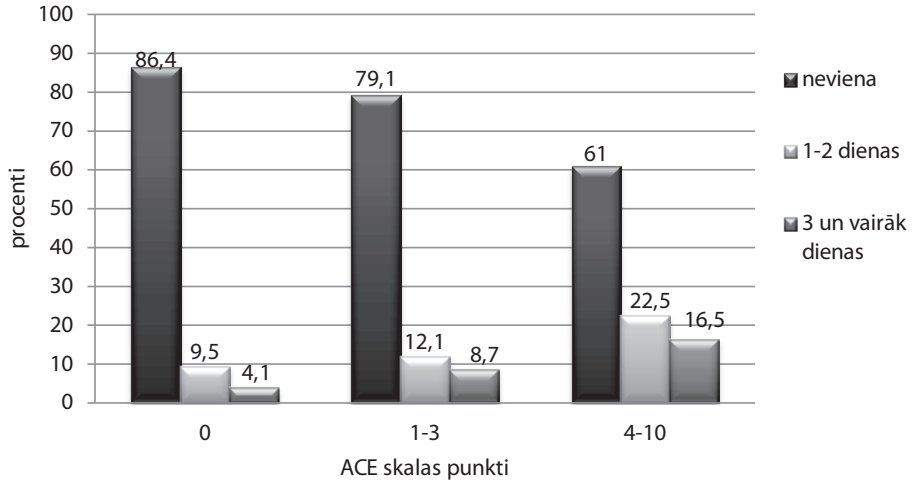
Vairāk kā ceturtdaļa (27,4%) respondentu, kuriem bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi ir ietekmējuši 4 un vairāk faktori, savu veselību novērtē kā vidēju, bet kā diezgan sliktu un sliktu attiecīgi 4,5% un 1,1% (skat.10.attēlu). Atšķirības ir statistiski ticamas veselības pašvērtējuma grupās saistībā ar bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi (ACE skalu), (p<0,001).

10.attēls. Respondentu veselības pašnovērtējums saistībā ACE skalu (%), (n=1001)



61% respondentu, kuru bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi ir ietekmējuši 4 un vairāk faktori, nav kavējuši nevienu skolas dienu pēdējā mēneša laikā stresa vai nomāktības dēļ. Attiecīgi 1-2 dienas un trīs un vairāk dienas ir kavējuši 22,5% un 16,5% respondentu šajā grupā (skat.11.attēlu). Bērnībā gūtai nelabvēlīgai pieredzei (ACE skala) ir statistiski ticamas atšķirības saistībā ar pēdējā mēneša laikā kavētajām dienām stresa vai nomāktības dēļ (p<0,001).

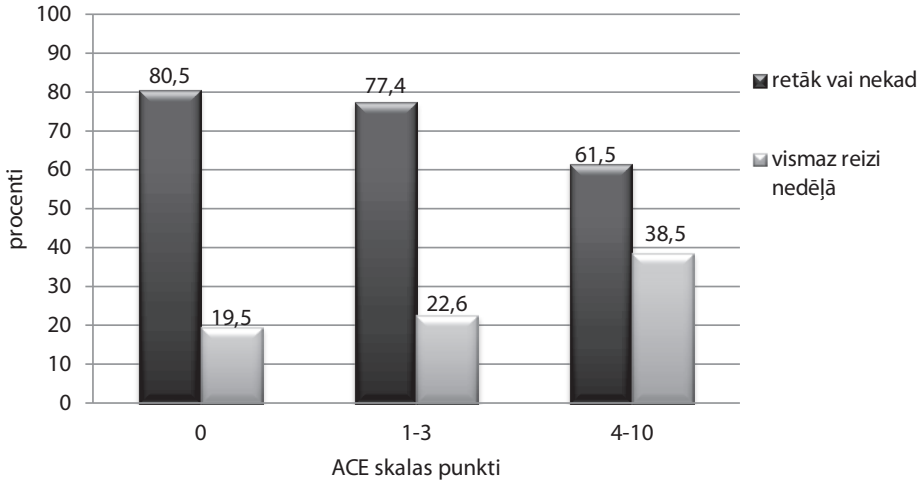
11.attēls. Respondentu kavētās skolas dienas stresa vai nomāktības dēļ pēdējā mēneša laikā saistībā ar bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi (%), (n=1001)



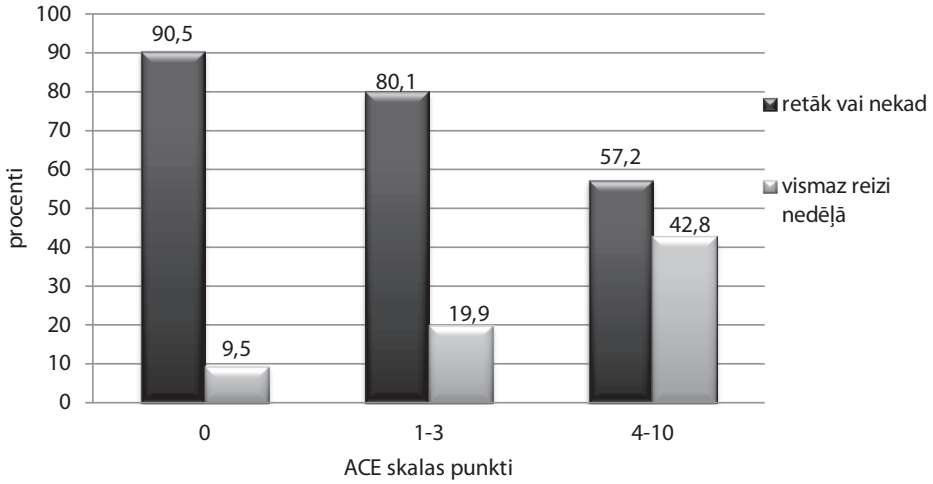
Pastāv statistiski ticamas atšķirības (p<0,001) starp respondentu veselības sūdzībām (galvassāpēm, vēdera sāpēm, muguras sāpēm, nomāktību, aizkaitināmību, nervozitāti, grūtībām iemigt, galvas reiboņiem, grūtībām koncentrēties) pēdējo sešu mēnešu laikā saistībā ar bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi (ACE skala).

Ir liels respondentu īpatsvars ar 4 un vairāk punktiem ACE skalā, kuriem jebkuras minētās veselības sūdzības pēdējo sešu mēnešu laikā ir bijušas vismaz reizi nedēļā. Piemēram, augsts ir respondentu īpatsvars ar bērnībā gūtu nelabvēlīgu pieredzi, kuri norāda, ka cietuši no galvassāpēm pēdējā mēneša laikā: 38,5% respondentu, kuru bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi ietekmējuši 4 un vairāk faktori (skat. 12.attēlu). Sūdzības par nomāktību pēdējā pusgada laikā ir bijušas 42,8% respondentu, kuriem bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi ir ietekmējuši 4 un vairāk faktori (skat. 13.attēlu).

12.attēls. Sūdzības par galvassāpēm pēdējā pusgada laikā saistībā ar bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi (%), (n=1001)



13.attēls. Sūdzības par nomāktību pēdējā pusgada laikā saistībā ar bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi (%), (n=1001)



4. SECINĀJUMI

Rezultāti parāda augstu bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes izplatību pētāmajā grupā.

1. Kopumā 16,9% aptaujas dalībnieku bērnībā nav saskārušies ne ar vienu no nelabvēlīgās pieredzes faktoriem.
2. Vairāk kā ceturtdaļa (26,9%) aptaujas dalībnieku bērnībā ir guvuši nelabvēlīgu pieredzi, kuru ietekmējuši 4 un vairāk faktori (ACE skalā 4-10 punkti).
3. Gandrīz trešā daļa (31,5%) respondentu bērnībā ir cietuši no emocionālās vardarbības no saviem vecākiem vai kāda cita mājās dzīvojoša pieauguša ģimenes locekļa.
4. Līdz 18 gadu vecumam 16,4% respondentu ir pieredzējuši fizisku vardarbību no saviem vecākiem vai kāda cita mājās dzīvojoša pieaugušā.
5. Viens no desmit respondentiem (10,3%) bērnībā ir piedzīvojis seksuālu vardarbību no kāda pieaugušā, vecāka radinieka, ģimenes drauga vai svešinieka.
6. 35,9% respondentu bērnībā ir bijuši emocionāli atstāti novārtā, bet fizisku atstāšanu novārtā pieredzējuši 27%.
7. 46,4% respondentu bērnībā ir dzīvojuši ģimenēs, kurās ir bijusi problemātiska alkohola vai narkotiku lietošana.
8. 42,3% respondentu bērnībā ir pieredzējuši, ka viņu vecāki ir bijuši šķīrušies vai ir dzīvojuši šķirti.
9. 12,6% respondentu bērnībā pieredzējuši tēva vai patēva vardarbību pret māti vai pamāti.
10. Respondentiem, kuriem bērnībā ir piedzīvots augsts kumulatīvā stresa līmenis (ACE skalā 4-10 punkti), ievērojami vairāk pēdējo 6 mēnešu laikā vismaz reizi nedēļā bijušas dažādas veselības sūdzības: galvassāpes, vēdera sāpes, muguras sāpes, nomāktība, nervozitāte, aizkaitināmība, reiboņi, grūtības iemigt, grūtības koncentrēties.
11. Kopumā 65,9% respondentu norāda, ka bērnībā tikuši fiziski sodīti. Biežāk dažāda veida fiziskus sodus bērnībā ir saņēmuši aptaujas dalībnieki, kuru ģimenes sociālekonomiskais statuss ir zems vai vidējs.

Iegūtie pētījuma rezultāti pētāmajā grupā Latvijā ir līdzīgi citās valstīs veiktajiem bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes pētījumu (angl. *The Adverse Childhood Expierences (ACE) Study*) rezultātiem.

5. IETEIKUMI POLITIKAS VEIDOTĀJIEM

1. Ņemot vērā vardarbības ģimenē izplatību Latvijā, vardarbības ģimenē mazināšanas politikai ir jābūt vērstai uz profilaksi. Politikas plānošanas dokumentos vienlīdz lielu uzmanību pievērst visu vardarbības veidu mazināšanai, tai skaitā bērnu pamešanai novārtā ģimenē.
2. Izstrādāt uz pierādījumiem balstītu starpsektoru politiku vardarbības ģimenē mazināšanai, paredzot konkrētu rīcības plānu veselības, izglītības un sociālajam sektoram. Izveidot starpsektoru koordinācijas mehānismu, lai izstrādātu vienotu sistēmu valstī, kas paredz vienotus kritērijus vardarbības ģimenē atpazīšanai, reģistrēšanai, monitoringam un ziņošanai, sistēmas tiesisko regulējumu, kā arī izstrādātu vadlīnijas dažādu nozaru (piem., veselības aprūpes, izglītības, sociālās sfēras) speciālistiem, balstoties uz PVO rekomendācijām un citu valstu labās prakses piemēriem.
3. Ģimenes politikā pievērst lielāku uzmanību disfunkcionālām ģimenēm, īpaši sociālajam riskam pakļautajām ģimenēm. Izvērtēt un pilnveidot esošos mehānismus, tai skaitā pašvaldībās, izglītības un sociālā atbalsta sistēmās, lai nodrošinātu informatīvu un praktisku (uz prasmēm balstītu) atbalstu sociālam riskam pakļautajām ģimenēm bērnu audzināšanas jautājumos, kā arī nodrošināt topošo un jauno vecāku izglītošanu par bērnu aprūpes un audzināšanas jautājumiem.

4. Pašvaldību speciālistiem, bāriņtiesu darbiniekiem un sociālā darba speciālistiem līdzdiploma un pēcdiploma mācību programmās kā obligātu ieviest kursu par vardarbību ģimenē, par to, kā atpazīt vardarbību un kā koordinēt atbilstošu palīdzību.
5. Pilnveidot palīdzības sistēmu no vardarbības ģimenē cietušajiem, nodrošinot valsts apmaksātu psiholoģisko palīdzību. Pievērst lielāku uzmanību cietušā bērna ģimenes iesaistīšanai rehabilitācijas procesā.
6. Izglītības politikas jomā veicināt vispārējās izglītības pedagogu labāku izpratni par to, kā atpazīt vardarbību ģimenē, vardarbības upurus un kā pareizi rīkoties. Izstrādāt atbalsta materiālus pedagogiem par minētajiem jautājumiem un regulāri pilnveidot pedagogu prasmes.
7. Palielināt veselības sektora lomu, pēc iespējas plašāk iesaistot primārās veselības aprūpes speciālistus vardarbības ģimene agrīnai atpazīšanai un palīdzības sniegšanai, īpaši sociālajam riskam pakļautajās ģimenēs.
8. Reproduktīvās veselības speciālistu līdzdiploma un tālākizglītības mācību programmās kā obligātu ieviest kursu par vardarbību ģimenē, kas ietvertu uz pierādījumiem balstītu vadlīniju izmantošanu, kuras izmanto Latvijā un rekomendē PVO.
9. Visu veselības aprūpes speciālistu līdzdiploma un pēcdiploma apmācību programmās iekļaut kursu par vardarbību ģimenē, kas izstrādāts, balstoties uz citu valstu pieredzi un PVO rekomendācijām.
10. Atbilstošām valsts institūcijām regulāri veikt monitoringu par vardarbības izplatību un tās iemesliem. Regulāri izvērtēt monitoringa rezultātus un ierosināt atbilstošus labojumus politikas plānošanas dokumentos. Monitoringa rezultātiem jābūt publiski pieejamiem, tādā veidā veicinot sabiedrības informētību un iesaisti vardarbības ģimenē mazināšanā.
11. Veikt padziļinātus pētījumus par vardarbību ģimenē veicinošajiem faktoriem. Integrēt pētniecības rezultātus vardarbības ģimenē politikas definēšanā, monitoringā un izvērtēšanā.
12. Iesaistot sabiedrības veselības un citu jomu ekspertus, aktualizēt jautājumus par masu informācijas līdzekļu, īpaši elektronisko, vardarbību saturošo raidījumu un informācijas ietekmi.
13. Mērķtiecīgi uzlabot sabiedrības izpratni par vardarbību ģimenē, aicinot aktīvi rīkoties gadījumā, kad radušās aizdomas par vardarbību ģimenē. Popularizēt plašsaziņas līdzekļos, tai skaitā elektroniskajos, un vides reklāmās uzticības tālruņus, pa kuriem zvanot, vardarbības upuri var iegūt palīdzību un kur ziņot par novēroto vardarbību ģimenēs.
14. Aktivizēt pašvaldību sadarbību un informācijas apmaiņu, tai skaitā par labās prakses piemēriem vardarbības ģimenē mazināšanas jomā. Organizēt atbalsta struktūrvienības pašvaldībās.
15. Veicināt nevalstisko organizāciju dalību jomās, kas saistītas ar vardarbības ģimenē mazināšanu un atbalsta sniegšanu cietušajiem.

6. IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Forty-ninth World Health Assembly, Geneva, 20-25 May 1996. WHA 49.25 Prevention of violence: a public health priority. http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf
2. Pinheiro P. World Report on Violence against Children. Secretary-General's Study of Violence against Children. United Nations, Geneva, 2006.
3. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Huges M., Nelson C.B. Posttraumatic stress disorder in National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry. 1995. 52(12): 1048 - 1460.
4. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
5. Browne A. & Filkenhor D. Impact of child sexual abuse: A review of research. Psychological Bulletin, 1986. 99(1), 66-77.
6. Bensley L.S., Van Eanwyk J.& Simmons K.W. Self reported chilhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. American Journal of Preventive Medicine. 2000., 18, 151-158.
7. De Bellis M., &Thomas L. Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment. Current Psychiatry Reports. 2003.,5, 108-117.
8. Springer K.W., Sheridan J., Kuo D. & Carnes M. Long term physical and mental health consequences of childhoold physical abuse: Results from a large population- based sample of men and women. Child Abuse& Neglect. 2007. 31, 517-530.
9. Flaherty E.G., Thompson R., Litrownik A.J., Theodore A., English D., Black M., Wike T., Whimper L., Runyan D.K. Dubowitz H. Effect of early chilhood adversity on health. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2006. 160, 1232-1238.
10. Giancola P., & Parker A. A six-year prospective study of pathways toward drug use in adolescent boys with and without a family history of a substance use disorder. Journal of Studies on Alcohol, 2001. 62(2), 166-178.
11. Trickett E. J. Towards a framework for defining and resolving ethical issues in the protection of communities involved in primary prevention projects. Ethics and Behavior, 1998. 8(4), 321-337.
12. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med 1998, 14:245-58.
13. World Health Organization and International Society for prevention of child abuse and neglect „Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence", WHO, 2006.