

НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ

Неблагоприятни преживявания в детството и рисковото за здравето поведение сред студенти от помагащите професии и медицина

дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор”, по специалността „Социална медицина и здравен мениджмънт“, област на висше образование 7. „Здравеопазване и спорт“, професионално направление 7.1. „Медицина“

Докторант: д-р Румяна Вечкова Динолова–Ходжаджикова,
главен експерт в отдел „Психично здраве”, НЦОЗА

Научни ръководители: Доц. д-р Васка Славчева Станчева-
Попкостадинова, дм
Доц. д-р Христо Хинков, дм

София, 2018

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	7
1.1. Неблагоприятни преживявания в детството. Дефиниция и видове.	7
1.2. Фактори на риска за здравето.	8
1.3. Насилие и пренебрегване– концептуален преглед.	13
1.4. Роля на Световната Здравна Организация (СЗО) за превенция на насилие над деца.	24
1.5. Законова рамка на Р България по проблемите на насилието над деца.	27
1.6. Проучвания свързани с отражение на неблагоприятните преживявания в детството върху здравето в зряла възраст.	33
1.7. Изграждане и разширяване на концепцията за неблагоприятните преживявания в детството.	36
1.8. Резултати от проучвания с Международния въпросник – Неблагоприятни преживявания в детството	41
1.9. Други изследвания на разпространението на НПД.	51
1.10. Данни на ДАЗД за разпространението на насилието над деца в България.	54
ГЛАВА ВТОРА. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО	54
2.1. Хипотези.	54
2.2. Цел и задачи.	54
2.3. Материал и методи.	55
2.4. Организация на проучването.	65

2.5. Етична процедура.	65
ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ	66
3.1. Демографски данни.	66
3.2. Отношение с родителите до 18-та година.	66
3.3. Семейна среда до 18-та година.	67
3.4. Преживяно насилие в семейството.	66
3.5. Насилие от връстници.	77
3.6. Свидетел на насилие в общността.	78
3.7. Колективно насилие.	79
3.8. Разпределение на неблагоприятните преживявания в детството по пол.	80
3.9. Фактори на риска за здравето.	83
3.10. Натрупване на НПД - двоична (ДВ) и честотна (ЧВ) версия на изчисляване на НПД резултата.	90
3.11. Връзка между неблагоприятните преживявания в детството и риск от поведение увреждащо здравето. Отражение на НПД резултата върху рисковото за здравето поведение.	93
ОСНОВНИ ИЗВОДИ	97
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	100
ПРЕПОРЪКИ	103
ПРИНОСИ	106
ЛИТЕРАТУРА	107
ПРИЛОЖЕНИЯ	123

ВЪВЕДЕНИЕ

Неблагоприятните преживявания в детството (НПД) са стресови преживявания, настъпващи в живота до 18-ата година на човека, които могат да засегнат детето пряко (напр. малтретиране или пренебрегване на деца) или косвено чрез средата, в която живее (напр. излагане на домашно насилие, психическо заболяване на родителите, злоупотреба с различни вещества или лишаване от свобода на член от семейството, бедност, тормоз от връстници и насилие в общността). НПД оказват влияние върху неврологичното, имунологичното и ендокринното развитие, като увеличават стреса върху тялото и уязвимостта на индивида към увреждащо здравото поведение, което води до повишен риск от лоши здравни резултати в зряла възраст (Larkin et al, 2012; Bellis et al, 2013). Преживяното насилие повлиява дългосрочно здравето и благополучието на детето и дава своя отпечатък в живота му като възрастен индивид (Станчева-Попкостадинова, В., 2014). Връзката между НПД и развитието на увреждащо здравото поведение е изследвана за първи път в САЩ от Felitti и колеги (1998). Резултатите показват голяма степен на зависимост между броя на категориите експозиции в детска възраст и риска от заболявания в зрелостта, включително исхемична болест на сърцето, рак, хронични белодробни заболявания, скелетни фрактури и чернодробни заболявания.

Резултатите от редица международни епидемиологични изследвания показват, че честотата на НПД е висока и варира в широки граници (Bruffaerts, R et al, 2010, Kessler RC et al, 2010). Животът в дисфункционална семейна среда влияе негативно върху емоционалното и социално развитие и здравния статус на децата. Редица автори посочват, че НПД са свързани с повишен риск от развитие на психични разстройства в по-късна възраст (Greenatal, 2010; McLaughlin et al, 2010; Dahlberg& Krug, 2002; Kessler et al, 2017, McLaughlin et al, 2017), както и с увеличена смъртност поради соматични заболявания (Felitti, Anda& Nordenberg, et al, 1998, Ramiro et al, 2010).

Голяма част от това, което е известно за насилието срещу деца, жени, и възрастни, идва от проучвания на населението и специални проучвания. Важна

информация за разпространението на физическото, сексуалното и психическото насилие е обобщена в различни доклади на СЗО. Става ясно, че различните видове насилие са широко разпространени и увреждат здравето и благосъстоянието на милиони жени, деца и възрастни по целия свят.

За да се оцени броят на децата, изложени на насилие в обществото, и да се наблюдават тенденциите в експозицията са необходими данни за честотата и разпространението (Sethi et al, 2013). Към днешна дата има ограничен брой държави, които редовно събират такива данни, включително Холандия, Съединените щати и Канада (Euser et al, 2013; Public Health Agency of Canada, 2010; Sedlak, 2001). Важно е да се идентифицират начини за събиране на надеждни данни и също така да се търсят начини за обединяване на данните от различни източници за по-пълна и изчерпателна информация, насочена към усилията за превенция на насилието.

В България данните за извършено насилие срещу деца и възрастни, включително и за случаите на насилие със смъртен изход, се събират от различни държавни организации и НПО, като ДАЗД, АСП, МВР, НСИ, НЦОЗА. Всяка организация ползва за собствени цели получената информация и няма разработена методика, нито институция, която да е натоварена с обединяване на данните и организиране на надеждна база данни, които да послужат за анализи на ситуацията и разработване на ефективни превантивни програми срещу насилието. Няма и разработен инструмент, който да бъде имплементиран за извършване на рутинна оценка на преживяно насилие. В същото време не се отделят достатъчно финансови средства за извършване на представителни епидемиологични проучвания, които да допринесат за разбирането на мащабността на проблема и последиците за общественото здраве.

Едно проучване на разпространението на НПД в България и връзката им с честите психични разстройства, направено през 2010 г., показва, че като цяло преживяването на НПД е често срещано и значително повишава риска от

възникване на чести психични разстройства в зряла възраст. Като най-значими са посочени корелациите с екстернализиращи разстройства и зависимости в зряла възраст (Св. Василев 2010). Това проучване използва базата данни на „Националното представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България – 2002-2006”. Изследвани са шест групи неблагоприятия: смърт на родител; развод или друга загуба на родител; родител с психично разстройство или зависимост; родител с криминални прояви или практикуващ семейно насилие; пренебрежение или злоупотреба в детството; други неблагоприятия (соматична болест или бедност).

Настоящото изследване използва два инструмента: Международен въпросник Неблагоприятни преживявания в детството (АСЕ-IQ) и Анкетна карта за факторите на риска за здравето – съкратен адаптиран вариант.

Инструментът АСЕ-IQ изследва 13 категории НПД:

Конвенционални: физическо насилие; емоционално насилие; сексуално насилие; злоупотребяващ с алкохол и/или наркотици в домакинството; лишен от свобода член на домакинството; някой хронично депресиран, психично болен, институционализиран или суициден; майка или член на домакинството, над когото е извършвано насилие; с един или без родители, разделени или разведени родители; емоционално пренебрегване; физическо пренебрегване.

Разширени: тормоз от връстници; насилие в общността; колективно насилие.

Задачите на дисертационния труд са няколко: превод и лингвистична адаптация и пилотиране на въпросника АСЕ-IQ; описание на най-честите форми на преживяно в детството насилие; установяване на вероятна зависимост между преживените в детството неблагоприятни събития и рисковото за здравето поведение в зряла възраст за четири рискови фактора: тютюнопушене, затлъстяване, употреба на алкохол и рисковото сексуално поведение.

ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1.1. Неблагоприятни преживявания в детството. Дефиниция и видове

Понятието „неблагоприятни преживявания в детството” (НПД) е въведено през последните двадесет години (Kesler, 1995; Felitti et al, 1998; Whitfield, 1998). В англоезичната научна литература се използват няколко понятия, които са синоними на НПД: ранен житейски стрес (early life stress) и неблагоприятни събития в детството (adverse childhood events).

В десетата ревизия на Международната класификация на болестите (СЗО, 1990) НПД са описани в глава XXI „Фактори, оказващи влияние върху здравния статус и контакта със здравните служби”, диагностична категория Z61 – „Проблеми, свързани с неблагоприятни жизнени събития в детството”. В нея са описани десет отделни субкатегории (Z61.0-Z61.9).

Една широко използвана дефиниция на НПД е на Световната инициатива за психично здраве. Тя определя неблагоприятните преживявания в детството като „събития, свързани със смърт или раздяла с родител, психична болест или криминални прояви на родителите, насилие, пренебрегване и бедност”.

Редица международни епидемиологични проучвания показват широко разпространение на неблагоприятията (Bruffaert et al, 2010; Green et al, 2010; Kessler et al, 2010). НПД се асоциират както с повишен риск от развитие на психични разстройства (Weissman et al, 2006; Green et al, 2010; McLaughlin et al, 2010), така и с увеличена смъртност поради соматични заболявания (Felitti et al, 1998). Резултатите показват, че често има съчетание от няколко неблагоприятията, което увеличава риска от възникване на определени соматични и психични разстройства и предаване на психичноздравните дисфункции в поколенията (Василев, 2012).

1.2. Фактори на риска за здравето

Големият интерес към изучаването на НПД и връзката им с влошеното соматично и психично здраве на различни изследователи от Европа и Америка е свързан с възможността за прилагане на превантивни политики и програми за намаляване на риска от възникване на рискови фактори, които детерминират хронични заболявания, социални дисфункции и ранна смърт. Сред най-информативните епидемиологични изследвания от последните години са Adverce Childhood Experience (ACE) Study (1998) и World Mental Health (WMH) Survey. Те имат сходен дизайн, но първото изследване е проведено в САЩ и проучва корелациите между неблагоприятията в детството и соматичните заболявания, които са най-честата причина за ранна смърт. Второто изследване е проведено в 21 страни в света и проучва асоциациите на същите неблагоприятия с възникването на чести психични разстройства. Резултатите от ACE Study (Felittietal, 1998) доказват връзка между НПД и рисковото за здравето поведение, което води до състояния, като исхемична болест на сърцето, рак, хроничен бронхит и емфизем, хепатит, скелетни фрактури. И макар че това изследване на НПД е проведено преди близо две десетилетия, други по-съвременни проучвания в Америка (Dube et al, 2003) и Европа (Bellis et al, 2014a) показват същият резултат доза-отговор.

Резултатите от WMH Survey, включително данните за България, установяват наличие на субадитивен ефект¹ на броя и типа неблагоприятията относно възникването на чести психични разстройства (Василев, 2012). Това означава, че чрез ранно откриване и превенция само на едно от ключовите неблагоприятията, асоциирани с висок риск за живота (застрашаващи соматични болести), е възможно последствията на отделното неблагоприятие върху детето да

¹ Субадитивен ефекте налице, когато ефектът от действието на два или повече фактора е равен или по-малък на сбора на техните индивидуални ефекти. Обратно, установяваме адитивен ефект, когато честотата на нови случаи при групата лица, които са преживели две (и повече) неблагоприятията, е по-голяма, отколкото броя на случаите, които тези две неблагоприятията предизвикват самостоятелно.

намалелят. В същото време чрез подобни мерки е малко вероятно общият риск за живота да бъде значително редуциран (което е възможно при наличие на адитивен ефект). Следователно рискът от психични разстройства не може да бъде намален чрез програми, насочени към едно (или две) ключови неблагоприятия, а е необходима превенция на целия спектър от значими рискови фактори.

Рискът представлява събитие, условие или характеристика на индивида или на средата, което има статистическа връзка с определен изход, който може да бъде заболяване, инцидент или смърт.

Рисковите фактори, влияещи на здравето на населението, се свързват на първо място с начина на живот, жизнената среда (екологична, трудова, семейна), системата на здравеопазване, както и с редица биологични характеристики. Трябва да се отбележи, че върху появяването и въздействието на рисковите фактори имат определено влияние икономическите и социалните условия на живот. Тези фактори оказват съществено влияние върху силата на отговора на даден индивид спрямо експозицията (излагането) на определен фактор. Съществуват различни връзки между експозицията и ефекта, което се обяснява преди всичко с възприемчивостта на организма, която от своя страна може да се повлияе от различни физически фактори (бременност, възраст и др.), от намаляването нивото на важни ензими, участващи в детоксикацията на редица химически съединения или на генетични фактори.

Най-често рисковите фактори се класифицират в следните три групи: *Ендогенни* – формиранни в самия организъм, израз на неговата биология. Тези фактори могат да бъдат наследствени (генетични), придобити и биологични. *Екзогенни* – фактори на окръжаващата среда (природни и социални). *Поведенчески* – фактори, които се определят от стила на живот на индивида (навици на хранене, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, рисково сексуално поведение и др.).

Всеки човек изявява индивидуалния си стил на живот чрез своите постъпки и поведение. Стилът не е отделна черта на личността, а негова обобщаваща характеристика.

Типичните повтарящи се поведенчески стереотипи на индивида определят неговия стил на живот. Здравословният начин на живот не се определя от икономическия статус, а от здравната мотивация на хората. Рисковите за здравето фактори, свързани с начина на живот, са: тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене, рисково сексуално поведение и други.

Тютюнопушене

Тютюнопушенето е сред най-разпространените рискови фактори за здравето с изключително неблагоприятни здравни последици. Доказана е връзката му с възникването на около 20 вида заболявания. От тях по-важни са рак на белия дроб (20% от смъртността), заболявания на дихателната система (80% от смъртността при хроничната обструктивна болест, астма, бронхит, пневмонии), сърдечносъдови заболявания (20% от смъртността). Тютюнопушенето и пасивното пушене увеличават риска от увреждания на плода по време на бременност с последващи тежки смущения – дихателни усложнения при новороденото, ниско тегло при раждане, синдром на внезапна детска смърт и други.

Според *Националното проучване на ФРЗ в Р България – 2014* (Рангелова, Дулева, Петрова, Димитров, 2016) разпространението на тютюнопушенето в България е високо и оказва изключително негативен ефект върху общественото здраве. Почти всеки трети от възрастното население в страната пуши цигари (37.4%). Всеки трети от непушачите (31.5%) е бивш пушач, всеки шести е започнал да пуши на 10-15 годишна възраст, като делът на рано пропушилите мъже е по-голям от този на жените. Въпреки добрата информираност,

половината от анкетираниите (50.7%) не извяват желание да откажат тютюнопушенето.

Злоупотреба с алкохол

Алкохолът е мощно психоактивно вещество. Алкохолната употреба може да варира от пълно въздържание до прекомерна консумация. Умерената употреба на алкохол също не е безопасна, но рисковете от възникване на зависимост и различни заболявания са по-малки. Независимо от становището на редица автори, че няма консумация на алкохол без риск, много изследователи са на мнение, че по-високият риск може да се дължи на кумулативен ефект на множество съпътстващи рискови фактори, като тютюнопушене, нерационално хранене и други.

Злоупотребата с алкохол води до соматични, психични и социални последствия. Потвърдена е връзката на алкохола със заболявания като Цироза на черния дроб, Рак на устната кухина, фаринкса, ларинкса, хранопровода. Има доказателства за връзка с рака на стомаха, дебелото черво и гърдата. При злоупотреба с алкохол се повишава рискът за инсулт, хипертония, кардиомиопатия, органична увреда на мозъка и други. Злоупотребата с алкохол може да доведе до дисфункции в семейните взаимоотношения, насилие, самоубийствени действия, престъпления.

Резултатите от *Националното проучване на ФРЗ в Р България – 2014* показват, че разпространението на употребата на алкохол в България е много високо. Повече от половината (65,7%) от анкетираниите употребяват алкохол, като една четвърт от тях (25,4%), редовно. Делът на мъжете е значително по-висок от този на жените, съответно 40,8% срещу 10,9%. Всеки осми консумира концентрат ежедневно, като доминират мъжете, предимно над 55-годишна възраст. За рисков седмична консумация на алкохол съобщават 7,4% от мъжете и 4,0% от жените, а 2,9% от анкетираниите са получили съвети от лекар, през последната година, за ограничаване употребата на алкохол.

Нездравословно хранене

Храненето е фактор, който влияе силно на здравето на човека. Повишеният риск по отношение на диабет, онкологични заболявания, сърдечносъдови, заболявания на храносмилателния тракт, на опорно-двигателната система се установява при хранене свързано с висока консумация на въглехидрати, животински мазнини и сол, които водят до повишен серумен холестерол, LDL-холестерол, триглицериди и други, до атеросклеротични промени на съдовете и последващи ги редица заболявания. Наднорменото тегло и обездвижването са рискови фактори за хипертония, диабет втори тип и ССЗ.

Данните за България (Рангелова, Дулева, Петрова, Димитров, 2016) показват, че процентът на изследваните лица, които оценяват теглото си като нормално, е 60,3%, като наднормено – 33,3%, като поднормено – 4%. Оценката на хранителния статус чрез прилагане на международно приетия антропометричен индикатор индекс на телесна маса (ИТМ) и критерий на СЗО, 1997 г., показва, че наднормено тегло имат 58,3% (свръхтегло + затлъстяване) от изследваните лица (19–75+ г.), а 2,9% са с поднормено тегло. Диетичен режим, препоръчван от лекар, съблюдават 2,3% от учениците на 10–19 години. Диета по собствено желание спазват около 20% от учениците, като най-висок е относителният дял на момичетата на възраст 15–19 години, спазващи диета (25%). Налице е подценяване на наднорменото тегло при изследваните лица.

Една от характеристиките на модела на хранене на българското население е високата употреба на готварска сол. Повече от половината от анкетираните лица в настоящото проучване (54,3%) добавят сол в храната си, когато не е достатъчно солена, а около 8% от тях солят винаги храната, преди да я опитат. Повече от половината от анкетираните ученици (58,6%) добавят сол в храната си, а около 10% от учениците солят винаги, дори преди да опитат. Относително нисък е процентът на учениците, които никога не добавят сол към храната (32%).

Рисково сексуално поведение

Сексуалното поведение е може да е рисков фактор за ранна нежелана бременност, аборт и риск за репродуктивното здраве и полово предавани болести. Редица изследвания доказват връзката на промискуитетното поведение с карцином на шийката на матката.

1.3. Насилие и пренебрегване – концептуален преглед

Световната здравна организация (СЗО) дефинира всяко умишлено използване на физическа сила или власт като реална заплаха срещу себе си или друго лице, група или общност от хора, в резултат на което е /или с много висока степен на вероятност, са възможни увреждане, смърт, психологически вреди, нарушено развитие или negliжиране (пренебрегване), като акт на насилие. Терминът „насилие над дете” включва всеки акт на физическо, психическо или сексуално насилие, пренебрегване, търговска или друга експлоатация, водеща до действителна или вероятна вреда върху здравето, живота, развитието или достойнството на детето, което може да се осъществява в семейна, училищна и социална среда.

Насилието е мултифакторен феномен, резултат от сложното взаимодействие между политически, социално-икономически, културални и личностни фактори. По последни данни, публикувани в шестдесет и третата сесия на Регионалния комитет на СЗО за Европа, 18 милиона деца до 18-годишна възраст в Европа са били жертва на сексуално насилие – 13,4% от момчетата и 5,7% от момчетата, 44 милиона (22,9%) на физическо насилие, а 55 милиона на психологическо насилие (29,1% на емоционално насилие). 850 деца на възраст под 15 години всяка година стават жертви на убийство.

Видове насилие

В най-широк план малтретирането може да се раздели на физическо, сексуално, емоционално насилие и пренебрежително отношение (неглижиране, пренебрегване).

Малтретиране на деца – Всеки акт или серия от актове на простъпки, допуснати при извършването или неизвършването на нещо от страна на родителя или друг грижещ се, който акт води до вреда, потенциална вреда или опасност от увреждане на детето.

Актове на простъпки (насилие върху дете)

Думи или явни действия, които причиняват вреда, потенциална вреда или опасност от увреждане на дете. Актовете на простъпки са съзнателни и умишлени; въпреки това вредата за детето може да бъде или да не бъде планираната последица. Умишлеността се отнася само до действията на грижещите се, а не до последствията от тези действия. Например грижещият се може да възнамерява да удари детето като наказание (т.е. ударът не е случаен или непреднамерен), но да не възнамерява в резултат на това детето да получи сътресение. Следните видове малтретиране включват актове на простъпки:

- Физическо насилие
- Сексуално насилие
- Психологическо насилие

Бездействия (липса на грижи за детето) – неосигуряване на основни физически, емоционални или образователни потребности на детето или непредпазване на детето от вреда или потенциална вреда. Подобно на актовете на простъпки, вредата за детето може да бъде или да не бъде умишлена последица. Следните видове малтретиране включват бездействия:

- Неосигуряване на нужди
 - Физическо пренебрегване

- o Емоционално пренебрегване
 - o Неосигуряване на медицински/стоматологични грижи
 - o Неосигуряване на образование
 - Липса на надзор
 - o Недостатъчен надзор
 - o Излагане на среда с насилие
- Грижещ се
- Грижещият се човек или хора, които по време на малтретирането имат постоянна (**основен грижещ се**) или временна (**заместващ грижещ се**) роля на попечител. В ролята на попечител лицето отговаря за грижите и контрола над детето, както и за цялостното здраве и благополучие на детето.
- *Основните грижещи се* трябва да живеят заедно с детето поне в част от времето и могат да включват, но не се ограничават до, роднина или биологичен родител, осиновител, пастрок/мащеха или настойник; законни настойници; или интимен партньор.
 - *Заместващите грижещи се* може да живеят или не с детето и могат да включват духовници, треньори, учители, роднини, детегледачи, персонал в жилищни центрове или други, които не са основният грижещ се за детето.

Вреда

Всяко остро нарушение, причинено от **закана за** или действителни актове на простъпки или бездействия към **физическото** или **емоционалното здраве** на детето (ISPCAN 2003). Нарушенията могат да повлияят върху физическото, когнитивното или емоционалното развитие на детето.

Закана за вреда се случва, когато родител или попечител изразява намерение или дава признаци или предупреждения чрез използването на думи, жестове или

оръжия, за да съобщи за вероятността от нанасяне на вреда на детето. Заканата за вреда може да бъде изрична или имплицитна. Изричните заплахи включват действия като насочване на пистолет към детето или вдигане на ръка като за удар. Имплицитните заплахи включват такива действия като ритане на дупки в стените или разбиване на врати.

Нарушаването на физическото здраве включва, но не се ограничава до, **физически наранявания, предотвратими заболявания и неадекватно хранене.**

- Физическите наранявания са физическа вреда, включително смърт, нанесена на тялото от излагане на топлинна, механична, електрическа или химическа енергия, взаимодействаща с тялото в количества или скорости, които надвишават прага на физиологичната толерантност или от отсъствието на жизненоважни елементи като кислород или топлина (Holder et al, 2001). Физическите наранявания могат да включват физически белези, изгаряния, разкъсвания, контузии, ожулвания, счупени кости, вътрешни наранявания, увреждане на органите, отравяне, задушаване или смърт поради претърпени физически наранявания.
- Предотвратимите заболявания са тези заболявания, които могат да бъдат предотвратени или са предизвикани в резултат на отказ от медицинска помощ, отказване от медикаменти или неимунизирание срещу типични детски болести. Примерите включват болест, предавана по полов път, синдром на Мюнхаузен (фалшифициране на състоянието при деца) и съзнателно неимунизирание срещу предотвратима от ваксина болест.
- Неадекватното хранене се определя като неуспех на лицето, което се грижи за детето, да му осигури хранене, което е адекватно за растежа и физическото му развитие. Примерите включват глад, недохранване и неуспешно развитие поради лошо хранене.

„Физическо насилие” – причиняване на телесна повреда, включително причиняване на болка или страдание без разстройство на здравето. Физическото насилие се отнася към прилагане на физическа сила, която може да доведе до различен тип физически травми. Понякога то може да бъде предпочитано средство за дисциплина на детето. Следователно необходимо е да се разгледат въпросите по отношение на общата практика на възпитание на децата в дадено общество или мотивацията на родителите към насилствено поведение (ISPCAN, www.ispcan.org). Данните за честотата на физическото насилие спрямо деца варират в зависимост от използваните критерии и дефиниции. Съществуват статистически данни най-вече за тежките форми на насилие, които са свързани с телесни наранявания, като костни фрактури, вътрешни и външни травми, рани и смърт. Литературният обзор доказва, че има съществени културни различия. По-леки форми на физическо насилие са документирани при деца на възраст между 3 и 6 години и са по-често практикувани от майки, родители на възраст между 19 и 37 г., домакини и безработни бащи (Василев, 2016).

„Сексуално насилие” – използването на дете за сексуално задоволяване. То се отнася към въвличане на деца и юноши в сексуални дейности с хора, по-възрастни от тях, без децата да разбират това, което се прави, или без тяхното съгласие. Важно е да се отбележи, че в повечето случаи сексуалното насилие над деца не е едноактното събитие, а продължава дълго време, характерът на сексуалната дейност с времето става по-тежък, често извършителите са членове на семейството или хора, които детето познава добре (Правилник за приложение на Закона за закрила на детето, 2003). Епидемиологичните изследвания сочат, че преживяването на сексуално насилие в детството е често събитие и възрастта на жертвата може да е 0–18г. Сексуалното насилие се асоциира с повишен риск от развитие на депресия, генерализирано тревожно и паническо разстройство, фобии, употреба на психоактивни вещества и посттравматично стресово разстройство.

Colarusso (Colarusso, 2011) описва дългосрочни ефекти, засягащи целия жизнен цикъл, и установява позитивни корелации с разстройства във формирането на идентитета, затлъстяване, хиперсексуалност, влошени интимни и сексуални отношения, деструктивно и себедеструктивно поведение. Тези, които са били сексуално насилвани, са били 11 пъти по-склонни да се опитат да се самоубият и 3 пъти по-рискови за нежелана бременност (Qirjako et al, 2013). Рисковото поведение при децата също се асоциира с преживяно сексуално насилие, някои от тях практикуват различни форми на насилие, имат антисоциално и криминално поведение.

Сексуалното насилие е измежду най-мощните неблагоприятия, имащи разрушителен потенциал спрямо психичния интегритет и способността за регулация на емоциите в хода на целия жизнен цикъл (Molnar et al, 2001; Colarusso, 2011). Преживяването на насилие често протича в комбинация с други неблагоприятия (загуба на биологичен родственик, семейни дисфункции, наличие на психично разстройство или престъпно поведение при родителите, физическо насилие). Изнасилването (спрямо блудството), познаването на насилника (спрямо непознат) и хроничността на насилието (спрямо еднократен инцидент) повишават значително риска от депресия, тревожни разстройства и злоупотребата с психоактивни вещества. В подкрепа на тези данни е и епидемиологичното проучване WMH Survey (Bruffaerts, R. et al, 2010). Резултатите показват, че историята на физическо и сексуално насилие увеличава три пъти риска от суицидни мисли и суицидни опити в хода на живота. Рискът от самоубийство и депресия при преживелите сексуално насилие е най-висок по време на юношеството.

„Психическо/ емоционално/ насилие” – всички действия, които могат да имат вредно въздействие върху психичното здраве и развитие на детето, като подценяване, подигравателно отношение, заплаха, дискриминация, отхвърляне или други форми на отрицателно отношение, както и неспособността на родителя, настойника и попечителя или на лицето, което полага грижи за детето,

да осигури подходяща подкрепяща среда (Правилник за приложение на Закона за закрила на детето, 2003). Съществуват епидемиологични данни за отражението на емоционалното насилие върху психичното здраве и рисковото за здравето поведение. Тези, които са преживели емоционално насилие, имат по-висок риск да употребяват алкохол (Qirjako at al, 2013), да станат активни пушачи, почти два пъти по-висок в ранна възраст, два пъти по-голям риск за употреба на наркотици и три пъти по-голяма вероятност за опит за самоубийство (Paunovic at al, 2015). Емоционалното насилие е най-честият рисков фактор (41,8%) за възникването на психични заболявания (Velemínský at al, 2017). Съществува статистически значима връзка ($p \leq 0.001$) между опитите за самоубийство и емоционалното насилие (Kachaeva at al, 2014). За мъжете емоционалното насилие е свързано с интернет зависимостта [OR = 2.28; 95% CI (1.00, 5.20)] и суицидно поведение, а за жените значително се свързва с повишен риск за самонараняващо поведение [OR = 15.03, 95% CI (3.59, 63.07)] и суицидно поведение [OR = 5.16, 95% CI (1.63, 16.40)] (Chen at al, 2017).

„Пренебрегване“ е неуспехът на родителя, настойника и попечителя или на лицето, което полага грижи за детето, да осигури развитието на детето в една от следните области: здраве, образование, емоционално развитие, изхранване, осигуряване на дом и безопасност, когато е в състояние да го направи (Правилник за приложение на Закона за закрила на детето, 2003). Съществува пренебрегване по отношение на въпросите на образованието и областта на емоциите, свързани с променящите се потребности на детето. Изброените по-горе категории не са взаимноизключващи се, тъй като в някои случаи има съчетаване на няколко вида насилие над детето. Обзорът на изследователската и клинична литература сочи, че пренебрежението от страна на родителите в детството има дългосрочен негативен ефект върху интимните отношения в зряла възраст (Colman&Widom, 2004, цитат по Василев, 2012, стр.8) и повишава значително риска от развитие на депресия в общата популация (Hilletal, 2001, цитат по Василев, 2012, стр.8). В същото време асоциацията с депресия се запазва висока само в контекст на емоционална или семейна уязвимост

(Brownetal, 1990). Едно проучване на Jocelyn Brown (Brownetal, 1999, цитат по Василев, 2012, стр.8) проследява група от случайно подбрани деца за период от 17 години. Установено е, че юношите и младежите с история на сексуално насилие или пренебрегване в детството са с 3 до 4 пъти по-висок риск да развият депресия или да извършат самоубийство от тези, които не са преживявали неблагоприятни събития. Пренебрегването като самостоятелен рисков фактор няма тежест за отключване на депресия или суицидно поведение, но се асоциира с рисково за здравето поведение, като тютюнопушене и употреба на психоактивни вещества. Дисхармоничната семейна среда и обкръжение, които не предоставят нужната емоционална и социална подкрепа, също се асоциира депресия и суицидно поведение (Василев, 2012).

Рискови фактори за насилие

Според данни на СЗО (2002) родителското поведение и грижи са важни фактори за риска от насилие над детето. Смята се, че недостатъчните родителски грижи, родителската агресия до десетгодишна възраст са съществена предпоставка децата да станат жертва на убийство до 45-ата си година. Този риск е по-висок при децата, отглеждани от един родител. Изследване върху 1600 деца е показало, че физическото насилие въкъщи води в зряла възраст до по-висок риск за извършване на престъпление, свързано с предизвикано насилие.

Рисковите фактори за насилие са комплексни и се различават за различните нива на общество, на общност, на семейство и на индивид.

На ниво общество са рязка социална промяна, икономическо неравенство, неравенство между половете, политики, които поддържат неравнопоставеността, бедност, слаба икономическа сигурност, слаба законодателна система, културни норми, които подкрепят насилието, притежаване на огнестрелно оръжие, наличие на военен конфликт или следвоенна ситуация.

На ниво общност – високи нива на престъпност, честа смяна на местожителство, високо ниво на безработица, незаконна търговия с наркотици.

На ниво семейство – слаби институционални политики, неадекватна помощ за жертвите, ситуационни фактори, лошо възпитание, разногласия между съпрузите, родителски конфликт с насилие, нисък социално-икономически статус на семейството, приятели, привлечени в насилие.

На ниво индивид: жертви на насилие в детска възраст, психични или личностови разстройства, алкохолизъм или наркомания, история на насилническо поведение.

При обзора на изследвания върху насилието при деца (Browne et al,2002; Daro&Donnelly, 2002; Deblinger, Lippman&Steer, 1996) се посочва значението на многообразни фактори, които основно се групират в следните области:

Семейство – социална изолация, лоши семейни взаимоотношения, развод, самотен родител, черти на родителска авторитарност във взаимоотношението родител-дете; психично заболяване, асоциално и криминално поведение на един или двамата родители; преживяно в детството насилие от родителите; остра житейска криза, преживявана от родителите.

Социална среда – отрицателно влияние върху детето на съседни и приятели, свързани с криминални действия, алкохолизъм, наркомания, проституция и др.; отсъствие на адекватни служби в области, като образование, здравеопазване, социални грижи и др.

Характеристики на самото дете – забавено интелектуално и физическо развитие или увреждане; психично заболяване; дете от нежелана бременност; суицидно поведение; поведенчески разстройства; „проблемно” дете (колики, хиперактивност, нощно напикаване, хронични заболявания, проблеми с

дисциплината, физически деформации, протестни реакции); отглеждане в институция.

Превенция на насилие

В резолюция 56.24, „Изпълнение препоръките на Световния доклад за насилието и здравето” Световната здравна асамблея определя ефективните стратегии за превенция на насилието:

На ниво общество: промяна в социалните норми, усъвършенстване на законодателството, ограничаване достъпа до огнестрелно оръжие, ограничаване достъпа до токсични вещества.

На ниво общност: Тренинги по микрофинансиране и равенство на половете, ограничаване на достъпа до алкохол, намаляване на бедността.

На ниво семейство: Програми за родители. Насочване на по-рискови семейства към програми, които да се намесят в първите няколко години от развитието на детето, като домашни посещения, предоставящи родителска подкрепа и намаляващи риска от насилие над децата.

На ниво индивид: Подготовка на децата за училище, образование и социална адаптация, подобряване на социалните умения и компетенции. Програми за предотвратяване на насилие с травми на главата (shaken baby syndrome), ограничаване употребата на алкохол и интензивна социална и медицинска помощ на високорискови семейства също са ефективни.

Превенцията на насилието над деца включва всички видове дейности, насочени към създаване на условия, при които се намаляват мащабите, свеждат се до минимум или се ликвидират ситуации, в които детето е подложено на риск от насилие. За да бъде ефективна, превенцията безспорно трябва да бъде широкомащабна по характер и да предлага разширен диапазон от програми,

насочени към различни целеви групи от населението (Daro&Donnelly, 2002). Необходимостта от превенция е свързана с няколко основни причини: зачитане на отделния човек и на неговите права; дългосрочните последици на жестокото отношение към децата обикновено изискват конкретни програми за преодоляването им, а това означава отделяне на значителни средства от страна на държавата; дейностите по превенцията се осъществяват на три нива: първична, вторична и третична превенция.

За адекватно справяне с проблемите на деца, преживели насилие, е необходимо предлагане на помощ и подкрепа от мултидисциплинарен екип. В състава на такъв екип е необходимо да бъдат включени педиатър, психолог, социален работник, специалист по въпросите на развитието, сътрудник от службата за защита на децата, детски психиатър и/или медицинска сестра. В зависимост от законовата уредба на страната се включва и юрист.

Подготовката за работа с деца, преживели насилие, не влиза нито в основното обучение, нито в следдипломната подготовка на лекари, педиатри, социални работници, детски психолози, детски психиатри. През последното десетилетие се обсъжда въпросът за продължаващо обучение в тясно сътрудничество със СЗО и организациите, работещи по проблема за насилието при деца. От особена важност е работещите в здравеопазването и образованието да познават и да съобщават за случаите на насилие (Sajkowska&Szymanczak, 2001). Необходимо е да се обърне внимание и на юридическата защита на специалистите, съобщаващи за случаите на насилие. Това се улеснява и с промените в нормативната база у нас – Законът за закрила на детето (2000) и Правилникът за приложението му, в които се регламентира отговорността на отделните институции по отношение насилието над деца, както и процедурите по превенция.

При планиране на превенцията е необходимо да се обърне внимание на следните възлови аспекти:

1. Програмата да бъде насочена към незабавна защита или планиране и обезпечаване на мерки за общо благополучие.
2. На каква целева група от населението трябва да се даде предпочитание.
3. Върху кой от типовете насилие трябва да бъде съсредоточена подготовката и работата – физическо, сексуално, емоционално насилие или пренебрежение? Всеки от тях изисква задълбочена и специализирана подготовка.
4. На кой от видовете профилактика трябва да се съсредоточат усилията – първична или вторична?
5. При липсата на достатъчно адекватна система от служби за деца жертви на насилие, акцентът само върху детето ли трябва да бъде, или трябва да се включи и семейството?
6. Трябва ли да бъдат привлечани бащите и до каква степен?
7. При използване на електронна информация и масмедии да се има предвид запазването на конфиденциалността.
8. По какъв начин може да бъде запълнена празнотата в съдебната система между основаваща се на „доказани факти” и принципа „за презумпция на невинност“.

Превенцията на насилието при деца е продължителен и гъвкав процес, изискващ солидни знания, инициативност, убеденост и търпение. В ситуации на ограничени ресурси провеждането на ефективни превантивни дейности зависи от всяка отделна група на обществото, нейните социални и културални условия. При профилактиката на насилието при деца е необходимо използване на комплексни мерки – образователни, психологически, социални, медицински и юридически.

1.4. Ролята на Световната здравна организация (СЗО) за превенцията на жестокото отношение към децата и юношите

Проблемите на насилието са приоритет на Световната здравна организация вече повече от 25 години. Още през 2002 г. СЗО публикува *Доклад за ситуацията в света в областта на насилието и неговото въздействие върху здравето, WHA*

56.24. Той е първият изчерпателен преглед на проблема с насилието в глобален мащаб. Докладът е многостранен, основан на научни доказателства, отчита числеността на населението и акцентира върху значимостта на превенцията. През 2003 г. стартира план за изпълнението на препоръките по този доклад. През 2005 г. е одобрена и *Европейската стратегия на СЗО за детско и юношеско здраве и развитие*. През 2006 г. са проведени две Генерални асамблеи на ООН срещу насилието над деца и насилието над жени. През 2008 г. е проведена Генерална асамблея на ООН срещу въоръженото насилие.

Дванадесета обща работна програма на СЗО за 2014-2019 описва водещите приоритети, които са от особено значение за здравето на децата и на подрастващите, в това число:

- разширяване достъпа до основни здравни услуги и финансова защита;
- справяне с предизвикателствата на незаразните заболявания, психичното здраве, жестокото отношение към децата, наранявания и увреждания;
- справяне със социалните, икономическите и екологичните фактори на здравето като средство за намаляване на неравнопоставеността по отношение на здравеопазването в рамките на и между отделните държави.

Здравето на децата и юношите е от ключово значение за всяко общество. Подобренятия в тази област гарантират справедливо разпределение на здравеопазването и доброто физическо състояние на децата и юношите. Въвеждането на единен подход изцяло на правителствено равнище и изчерпателни политики изисква значителни системни промени.

Европейската стратегия на СЗО за детско и юношеско здраве и развитие, одобрена през 2005 г., е приета от всички 53 държави членки на Европейския регион на СЗО, организацията предоставя директната си подкрепа на поне 15 страни.

В края на 2014 г. е публикуван *Доклад за състоянието на превенция на насилието в световен мащаб*. В него за първи път е направена оценка на степента, в която страните са изпълнили препоръките на *Световния доклад за насилието и здравето, както се призовава в резолюцията на Световната здравна асамблея 56.24, „Изпълнение препоръките на Световния доклад за насилието и здравето“*, в нея се определят факторите на риска за жестоко отношение към децата, както и стратегиите за справяне/превенция на риска и се правят препоръки за справяне с насилието и неговото въздействие върху здравето :

- Създаване, прилагане и оценка на национален план за действие.
- Разширяване на събирането на данни.
- Определяне приоритетите за научни изследвания.
- Насърчаване на първична профилактика.
- Подобряване на грижите за жертвите на насилие.
- Превенцията на насилието да бъде част от социалната и образователната политика.
- Да се развива сътрудничество и обмен на информация.
- Насърчаване и наблюдаване на спазването на механизми за правата на човека.
- Прилагане на добри практики /международни решения/ за справяне с трафика на наркотици и търговията с оръжие в световен мащаб.

Причините за възникване на насилие са многофакторни. Следователно въздействието върху тях изисква постоянни координирани усилия на много сектори (здравеопазване, образование, заетост, социални грижи, правосъдие, медии и неправителствени организации). Важно е да се отбележи, че предотвратяването на насилието може да е от полза за всички сектори, а не само за сектора на здравеопазването. Превенцията е икономически по-ефективна, отколкото справянето с последствията от насилието. Нови доказателства показват, че икономическите и социалните разходи при проблема с насилието са много високи – разходите за здравеопазване, социална защита, правосъдие и

загуба на трудоспособност могат да достигнат десетки милиарди евро. Обществото трябва да работи по широк кръг от базови фактори, като поддържаща семейна среда, социални мрежи, социален капитал, социални и полови неравенства, социални нагласи към насилие, вярвания в телесното наказание и достъп до алкохол. Предотвратяване на малтретирането и други несгоди в детството ще помогне на децата и юношите да реализират пълния си потенциал за здраве, развитие и благосъстояние през целия жизнен път.

1.5. Законова рамка на Р България по проблемите на насилието и жестокото отношение към децата

В Република България са забранени телесните наказания по отношение на всички граждани. Тъй като термин телесно наказание не съществува, в нормативната уредба се използват понятията насилие, вреда, повреда. Не съществуват български обичаи и традиции, свързани с насилие и осакатяване на деца.

Закон за закрила на детето (2000 г.)

Законът за пръв път въвежда забраната за използване на физическото наказание като метод за възпитание на детето чрез формулиране на правото на детето „на закрила срещу нарушаващите неговото достойнство методи на възпитание, физическо, психическо или друго насилие и форми на въздействие, противоречащи на неговите интереси” (чл.11, ал.2 от ЗЗД). Текстът въвежда правото на детето на защита от насилие, включително в семейството, предвидено в чл.19, ал.1 на Конвенцията на ООН за правата на детето. По-специално законът постановява, че всяко дете има право на закрила срещу: въвличане в дейности, неблагоприятни за неговото физическо, психическо, нравствено и образователно развитие; нарушаващите неговото достойнство методи на възпитание, физическо, психическо или друго насилие и форми на въздействие, противоречащи на неговите интереси; използване за просия, проституция, разпространяване на порнографски материали и получаване на неправомерни материални доходи, както и срещу сексуално насилие.

Правилник за прилагане на Закон за закрила на детето

Правилникът за прилагане на ЗЗД е приетото вторично законодателство по прилагането на Закона за закрила на детето. В допълнителните разпоредби към Правилника за прилагане на ЗЗД се дават за първи път в нашето законодателство определенията за различните видове насилие. В най-общ смисъл насилието е дефинирано: „Насилие над дете е всеки акт на физическо, психическо или сексуално насилие, пренебрегване, търговска или друга експлоатация, водеща до действителна или вероятна вреда върху здравето, живота, развитието или достойнството на детето, което може да се осъществява в семейна, училищна или социална среда”. Физическото насилие се определя като „причиняване на телесна повреда, включително причиняване на болка или страдание без разстройство на здравето”. Пренебрегване на детето е дефинирано в Допълнителната разпоредба – Пренебрегване е неуспехът на родителя, настойника или попечителя или на лицето, което полага грижи за детето, в една от следните области: здраве, образование, емоционално развитие, изхранване, осигуряване на дом и безопасност, когато е в състояние да го направи”. Под сексуално насилие се разбира използването на дете за сексуално задоволяване. Сексуално насилие ще рече да накараш детето да участва в сексуални дейности, независимо дали е желало, или не да участва. Може сексуално да се насили дете, без дори да бъде докоснато – като се накара да гледа порнографски филми в присъствие на възрастния. Според ППЗЗД психическо или емоционално насилие са всички действия, които могат да имат вредно въздействие върху психичното здраве и развитие на детето, като подценяване, подигравателно отношение, заплаха, дискриминация, отхвърляне или други форми на отрицателно отношение, както и неспособността на родителя, настойника и попечителя или на лицето, което полага грижи за детето, да осигури подходяща подкрепяща среда.

Закон за защита от домашното насилие

Според Закона за домашното насилие (чл. 2) „домашно насилие” е „всеки акт на физическо, сексуално, психическо, емоционално или икономическо насилие, както и опитът за такова насилие, принудителното ограничаване на личния живот, личната свобода и личните права”. Законът третира за „психическо и емоционално насилие” върху детето и всеки акт на домашно насилие, извършено в негово присъствие.

Семеен кодекс

Семейният кодекс (СК) за пръв път в семейното законодателство регламентира подобна забрана за родителя – „родителят няма право да използва насилие, както и методи на възпитание, които уронват достойнството на детето” (чл. 125, ал. 2 от СК). Текстът забранява не само физическото наказване на детето, но и използването на неподходящи за съхраняване на достойнството му методи на възпитание, които могат да бъдат вербални и психологически.

Наказателен кодекс

С много малки изключения Наказателният кодекс не провежда специално разграничение на жертвите на престъпление по възрастов белег. Най-често знакът „възраст” има значение за определяне на квалифициран състав на престъплението, ако потърпевш е непълнолетно или малолетно лице. Повечето случаи на престъпленията, извършени срещу малолетни или непълнолетни лица, се считат за деяния с по-висока степен на обществена опасност и се предвиждат с по-тежки наказания. Законът в чл. 116, ал.1, т. 4 от НК класифицира като по-тежко престъпление причиняването на телесна повреда на малолетни лица – чл. 131, ал.1, т. 4 НК, както и злоупоставянето на такива лица по чл. 137 НК. Във връзка с темата за упражняване на насилие (в различна форма) върху деца, по-специално внимание изисква текстът от член 187 – Който изтезва малолетно или непълнолетно лице, намиращо се под негови грижи или чието възпитание му е възложено, ако извършеното не представлява по-тежко престъпление, се

наказва с лишаване от свобода до три години или с пробацая, както и с обществено порицание.

Законова рамка по отношение на сигнализиране

Задължението за сигнализиране за риск от насилие над дете е регламентирано в чл. 7, ал. 1 от Закона за закрила на детето: „Лице, на което стане известно, че дете се нуждае от закрила, е длъжно незабавно да уведоми дирекция „Социално подпомагане”, Държавна агенция за закрила на детето и Министерство на вътрешните работи”. Законното задължение е в сила дори когато става въпрос за конфиденциалност на информацията и професионална тайна. В закона са предвидени и санкции за неизпълнение на задължението за своевременно информиране.

Мерки и механизми за превенция на насилието

Съгласно ЗЗД, чл. 4, мерки за закрила на детето в България се осъществяват в следната последователност чрез: съдействие, подпомагане и услуги в семейна среда; настаняване в семейство на роднини или близки; настаняване в приемно семейство; настаняване в специализирана институция; полицейска закрила. Социалните услуги, предоставяни за деца, преживели насилие, в България са свързани със: социално и психологическо консултиране на деца и семейства, терапевтична работа с децата и техните семейства, консултиране и информиране, междуинституционално посредничество, придружаване, юридическо консултиране, спешен прием.

Национална стратегия за закрила на детето – 2008–2018 г.

Тя включва мерки и дейности, насочени към превенция на всички форми на насилие над деца. Стратегията определя приоритетните направления и действия за подобряване благосъстоянието на децата в България. Националната програма регламентира задълженията на всички държавни институции, ангажирани в изпълнението на дейностите, осигуряващи спазване и закрила на правата на децата в Република България в съответствие с техния най-добър интерес.

Национален план за превенция на насилието над деца 2012-2014 г. е разработен в рамките на работна група „Превенция на насилието и злоупотребата с деца”. Националният план за превенция на насилието над деца е в съответствие и с дейностите, заложиени в самата Национална стратегия за детето 2008-2018 г., които предвиждат постигане на по-висока ефективност на работата по сигнали за насилие за деца, въвеждането на процедури и принципи за работа между партньорите от различните институции при работата по случаи, както и въвеждането на стандартизирани методи за събиране на информация. Предвидените оперативни цели в Националния план за превенция на насилието над деца са, както следва:

- Повишаване на ефективността на мерките за закрила на децата от насилие;
- Разширяване на достъпа и на видовете услуги за работа с деца в случаи на насилие и рехабилитация на децата и семействата;
- Повишаване на професионалния капацитет на специалистите, работещи с деца;
- Превенция на явлението насилие над деца.

Национална телефонна линия за деца 116 111

Националната телефонна линия за деца (НТЛД) предоставя консултиране, информиране и помощ по всякакви въпроси и проблеми, свързани с деца. На линията децата могат да разговарят със специално подбрани и обучени специалисти (детски и клинични психолози, социални педагози, социални работници) за своите проблеми; те получават възможността да споделят какво ги вълнува или им тежи, получават емоционална подкрепа, както и възможността да обсъдят възможни решения за своите проблеми или дилеми. В случай на нужда на децата се предлага насочване към специалист, с когото могат да се срещнат на място: училищен психолог, лекар и др. На родителите линията предоставя възможност да обсъждат различни проблеми на своите деца, конфликти в семейството, мъчителни обрати в живота на семейството, като раздяла или развод. При всеки разговор консултантите на линията осъществяват

оценка на ситуацията на обаждащото се дете: дали съществува някакъв риск за него и ако е така, те могат да придвижат подобна информация към органите за закрила на детето. В случаите на установен риск за дете се допуска излизане от анонимност с цел да се осигури помощ и закрила за детето. Националната телефонна линия за деца с номер 116 111 е с национално покритие, достъпна от територията на цялата страна, напълно безплатна за обаждащите се. Тя функционира 24 часа в денонощието.

Координационен механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция.

На 15 март 2010 г. е подписано Споразумение за сътрудничество и координиране на работата на органите по закрила на детето на централно и местно ниво при случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и при кризисна ситуация. Разработен е Координационен механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция. Подписаното споразумение на национално ниво и прилагането му на местно ниво е свързващата рамка, която въвежда практиката на междуинституционално сътрудничество между различните дисциплини, тъй като 10-годишната практика в страната и международният опит от много години показват, че междуведомственият подход е единственият правилен подход.

Основната цел на Координационния механизъм е да бъдат обединени ресурсите и усилията на ангажираните партньори за осигуряване на ефективна система за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и в случаите, при които е необходима кризисна интервенция. Чрез Координационния механизъм се цели да бъде постигнат необходимият единен подход от страна на различни български институции при предприемането на съгласувани действия в случаи на насилие и злоупотреба с дете.

Други

Освен промени в законодателството са предприети и мерки за повишаване осведомеността на обществото, разработване на насоки за професионалистите, работещи с децата и семействата, и не на последно място разписване на механизми за взаимодействие между органите по закрила на детето с цел осигуряване на по-ефективна закрила на децата жертви на насилие. Съгласно своите компетенции ДАЗД разработва, отпечатва и разпространява материали, предназначени за родители и специалисти, работещи с деца за популяризиране на ненасилствените, позитивни и зачитащи мнението на децата методи за отглеждане и образование, за повишаване на информираността сред децата относно тяхното право на закрила от всички форми на насилие.

Кампании на УНИЦЕФ, ДАЗД и ИСДП са директно насочени към превенция на физическото насилие и телесното наказание над деца с послание „Родителите, които бият децата си, искат да скрият това”.

1.6. Проучвания, свързани с отражението на неблагоприятни преживявания в детството върху здравето

През последните две десетилетия след публикуването на резултатите от първото изследване на неблагоприятните преживявания в детството (НПД) и връзката им с телесното и психичното здраве на индивида в зряла възраст (Felitti et al, 1998) редица други инициативи в развитите и развиващите се страни изследват последиците от малтретирането на деца и други травматични стресови фактори върху здравното поведение, физическото и психическото здраве в зрелостта. Тези инициативи включват сравнителна оценка на риска от сексуално малтретиране на деца с цел информиране и оценка на общата тежест на заболяванията (GBD е цялостна оценка на здравето на населението в света и предоставя подробни глобални и регионални оценки за преждевременна смъртност, увреждане и загуба на здравето за 135 причини по възраст и пол, като се използват обширни бази данни на СЗО. Информация се предоставя от държавите членки); Глобално училищно проучване за здравето на учениците

(GSHS) е разработено от Световната здравна организация (СЗО) в сътрудничество с УНИЦЕФ на ООН, ЮНЕСКО и UNAID. GSHS е училищно проучване, проведено предимно сред ученици на възраст 13–17 години (Brown et al, 2008; Brown et al, 2009; Fleming et al, 2009; Alwan et al, 2011). Международното дружество за предотвратяване на малтретиране и пренебрегване на деца (ISPCAN; www.ispcan.org) разработва инструмент за скрининг за злоупотреба с деца (ICAST).

Изводите от изследванията в общността в континентален Китай, Хонконг, Тайван, Сингапур и Малайзия също показват, че юношите в тези култури изпитват значителни затруднения от излагане на различни неблагоприятия (Dunne et al, 2008).

Първоначалното проучване на НПД и други ретроспективни популационни проучвания, които използват извадка от напречен срез, изследват взаимоотношенията между различните НПД и редица рискови за здравето фактори, като тютюнопушене, рисково сексуално поведение, злоупотреба с алкохол и други психотропни вещества, насилие сред връстници, достъп до здравни услуги в общността. В рамките на самото изследване на НПД докладването на неблагоприятията е ретроспективно; установяването на здравни и социални проблеми е било напречно на изходното ниво и проучването има потенциален компонент, включващ установяване на резултати, като болест, използване на здравни услуги и медикаменти, както и смъртност. Освен първоначалното проучване на НПД усилията на изследователите за измерване на взаимовръзките между неблагоприятните преживявания в детството и здравните резултати включват различни видове изследвания. Например проучвания на GSHS сред ученици на възраст 13–15 години, проучвания, събрали данни от ICAST на ISPCAN, както и проучвания, които прилагат оригиналните въпросници за НПД в ретроспективни популационни проучвания на възрастни. (Felitti, 1998; Baban et al, 2013; Raleva, Peshevska, & Sethi, 2013; Cronholm et al, 2015).

В Глобалното училищно проучване за здравето на учениците GSHS е включен модул, който има въпроси относно редица неблагоприятия, преживени през изминалата година, които досега са включени в близо 50 проучвания на различни страни (WHO, 2012). Обработени са данни за обединена извадка от 22 256 респонденти от осем африкански държави, като резултатите показват значителна корелация доза-отговор между неблагоприятия, като сексуално насилие и тормоз, и рискови поведения, като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, рисков сексуално поведение и опити за самоубийство (Brown et al, 2008).

Както беше отбелязано по-горе, проучванията на GSHS, които включват модул за излагане на насилие, са приложени в много държави и позволяват да се изследват взаимоотношенията между размера и тежестта на отделните видове насилие и различните рискови поведения и здравни резултати (WHO, 2012). Проучванията, използващи инструментите на ICAST, са фокусирани върху юноши и младежи и са проведени в Азия и Европа.

Други важни проучвания, които използват самооценъчни инструменти са „Against Children Surveys” [Centers for Disease Control and Prevention, 2015] – проучвания на насилието срещу деца или проучвания Оптимус „Optimus Studies” [UBS Optimus Foundation, 2015]). Това са проучвания на моментното състояние на големи извадки от общността с изключителен акцент върху насилието над деца, извършителите на насилието и някои социално-демографски данни.

Друга група проучвания са лонгитудинални проучвания, които следват кохорта от деца и интервюират повторно същите деца на различна възраст (LONGSCAN Consortium, 1990). Това са проучвания на здравето, проведени в много страни, които включват малък брой елементи на насилието върху деца и множество други компоненти на въпросника, касаещи други здравословни проблеми, повтаряни на редовни интервали от време с деца от еднаква възрастова група

като предходните години – например демографско и здравно проучване „Health Behavior in School-aged Children or Demographic and Health Survey” (Currie et al, 2014). Тези проучвания имат няколко предимства: големи, национално представителни извадки; редовно повторение, така че да могат да се засекат тенденциите, по-ниска цена и включване на множество различни групи по интереси поради разнообразието от обхванати теми. Въпреки това използваните във всеки от тези подходи данни за валидността и надеждността на мерките за насилието над деца са ограничени (Meinck & Steinert, 2015; Meinck et al, 2016a).

Въпреки че дизайнът на тези проучвания е различен от този на оригиналното изследване на НПД в ранна детска възраст, резултатите категорично доказват широкото разпространение на НПД и техните ефекти и последствия за психиката и здравето на индивидите (Meinck et al, 2017).

Осведомеността относно последиците от малтретирането на деца в световен мащаб непрекъснато се повишава. Налични са данните от доклади, като Световен доклад за насилие и здраве (WHO, 2002) и проучването на ООН за насилието над деца, в което проучването на НПД и други констатации за НПД играят важна роля при подчертаването на дългосрочните последици от малтретирането на деца. Отделът за предотвратяване на насилието и Службата на ООН за борба с насилието и превенцията на наранявания и увреждания на Световната здравна организация определят като приоритет превенцията на малтретиране на деца (Европейска стратегия на СЗО за детско и юношеско здраве и развитие, 2005 г.; Генерална асамблея на ООН срещу насилието над деца и насилието над жени, 2006 г). В края на 2014 г. са оповестени и данни от Световния доклад за състоянието на превенцията на насилие (WHO, 2014).

1.7. Изграждане и разширяване на концепцията за неблагоприятните преживявания в детството

В много държави има широк интерес на ниво държава за провеждане на проучвания за изследване на разпространението и последствията от

малтретирането на деца и разработването на политики и програми за предотвратяване на малтретиране на деца и смекчаване на неговите непосредствени и дългосрочни последици. НПД са в основата на сериозни и дълготрайни последици: компрометиране на индивидуалното здраве и развитие, включително способността да се учиш в училище; генерират скъпи здравословни проблеми като злоупотреба с алкохол и наркотици, междуличностно насилие, сексуално насилие, тютюнопушене, ППБ и предаване на ХИВ подкопават структурите за подкрепа на общността и квартала; могат да доведат до създаване на климат, в който престъпността да процъфтява; възпрепятстват икономическото развитие. (Felitti, 1998; Dube, 2002; Dube 2003; Whitfield, 2003; Widom, Czaja, & Dutton, 2008; Widom et al, 2015). Проучванията на същността и последиците от НПД подчертават тяхното определяне като биологични стресови фактори, които нарушават човешкото неврологично развитие и от своя страна пречат на нормалното познание и поведение (Felitti, 1998; Dube, 2002; Finkelhor, 2015). Индивидуалните НПД имат кумулативен ефект, който може да бъде изразен като сумата от всички НПД, на които индивидът е изложен (Bellis et al, 2013). Колкото по-висок е процентът на НПД, толкова по-чести и тежки са последиците по отношение на когнитивните и поведенческите нарушения.

НПД имат много голямо значение за общественото здраве, защото са широко разпространени, силно взаимосвързани и се предават между поколенията. Те имат ефект на кумулативен стрес (доза-отговор), ефектите им са биологично правдоподобни, засягат множество области на здравето и социалното функциониране и са свързани с коморбидност (Bellis et al, 2014).

Един от най-често използваните в проучванията непатентовани инструменти за измерване на излагането на насилие над деца е въпросникът Неблагоприятни преживявания в детството „Adverse Childhood Experiences Questionnaire” (ACE) (CDC, 1997; Felitti et al, 1998). Резултатите от първоначалното проучване на Felitti и сътрудници, проведено през 1998 сред приблизително 17 000 калифорнийци от средната класа, категорично доказват широкото

разпространение на НПД – 28% от анкетираните са преживели физическо насилие, 21% сексуално насилие, а 13% са били свидетели на пребиване на майка им, като в това проучване са изследвани само конвенционални НПД (злоупотреба, пренебрегване и семейна дисфункция). Това проучване категорично доказва, че този вид НПД оказват силно влияние върху здравето на юношите; репродуктивно здраве; тютюнопушене; злоупотреба с алкохол; употреба на наркотици; рисково сексуално поведение; психични разстройства; риск от насилие и повторна виктимизация; нестабилност на отношенията, скитничество; намалена работоспособност и ранна смърт. Друго важно откритие е свързано с кумулативния ефект на НПД. В това проучване е доказано, че индивидите с четири или повече НПД показват значително по-висок риск за здравословни проблеми в зрелостта в сравнение с индивиди, които не са преживели НПД. Изводите от проучването са предизвикали значителен интерес в САЩ, насърчавайки много доставчици на педиатрични услуги да включат идентифицирането на неблагоприятните събития в детството в рутинната практика (Shonkoff, 2012).

Макар и убедителни, констатациите от оригиналното изследване на НПД са специфични за американските граждани от средната класа, като се задава въпросът дали същите доза-отговор корелации биха се повторили и в други условия. Допълнително ограничение на проучванията на Kaiser НПД извадката е, че измерват и преценяват само конвенционалните НПД, свързани със злоупотреба, пренебрегване и живот в дисфункционална семейна среда, като не се изследва влиянието на общността и обкръжаващата индивида среда извън семейството (Cronholm et al, 2015). Всъщност използвайки разнообразна социално-демографска извадка от възрастни, едно съвременно проучване установи, че добавянето на неблагоприятни експозиции на ниво общност и общество подобрява капацитета за идентифициране на по-широк спектър от НПД (Cronholm et al, 2015). В отделна серия от проучвания различни изследователи установяват, че връзката между НПД и здравето на децата се засилва, когато експозиции на разширени НПД, като насилие в общността,

жертва на грабеж или тормоз се добавят към първоначалния индекс на НПД (Finkelhor, Shattuck, Turner & Hamby, 2013). Освен това комбинацията между нисък социално-икономически статус (СИС) и НПД изглежда води до неблагоприятно здравословно състояние (Cohen, Janicki-Deverts, Chen, & Matthews, 2010); например има доказателства, че бедните възрастни със значителна история на бедност в детството в сравнение с по-богатите си връстници могат да имат диференцирано повишен риск от лоши здравни резултати (Roy et al, 2016).

Едно съвременно изследване на Roy Wade и сътрудници (2016) изследва връзката между НПД и резултатите за здравето и проучва умерения ефект на социално-икономическия статус (СИС) върху тази връзка. Резултатите сочат, че коефициентът на текущо състояние на пушене, полово предавани инфекции и история на злоупотребата с наркотици е най-висок при лица с 4 или повече конвенционални и 3 или повече разширени НПД. Конвенционалните НПД показват статистически значима връзка с физически здравни проблеми (например сърдечносъдови заболявания, астма и фрактури), докато разширените НПД не показват такава корелация. Респондентите с нисък социално-икономически статус и НПД показват рисково за здравето поведение, проблеми с психичното здраве и няколко физически здравни резултата. Също така това изследване показва, че в рамките на групата с висок СИС участниците с ≥ 4 конвенционални НПД в сравнение с тези с < 4 Конвенционални НПД са имали значително повишени коефициенти на астма и сърдечносъдови заболявания, докато тези в рамките на групата с нисък СИС не са изложени на повишен риск. В съответствие с предишни проучвания, които изследват въздействието върху здравето на експозиция в детството на стресови ситуации в общността, резултатите от разширените НПД и в това изследване значително се свързват с рисково за здравето поведение и психични заболявания, но не и с физическото здраве. По-специално, разширените НПД демонстрират връзка доза-отговор с полово предавани инфекции и депресия и не са толкова силно свързани с рисково за здравето поведение и влошено психично здраве като

конвенционалните НПД. Високорисковото поведение може да бъде увеличено от бедността сред възрастни, ако тези лица живеят в необлагородени квартали с ограничени възможности за здравословно поведение и лесен достъп до незаконни вещества, рискови сексуални практики или лесен достъп до алкохолни напитки. С течение на времето тези рискове за здравето повишават риска от развитие на физически заболявания и могат да доведат до ранна смърт (Felitti et al, 1998).

Тъй като НПД в ранното детство са от голямо значение при определянето на последващия риск, е необходимо да се установи експозицията на НПД възможно най-рано през детството (WHO, 2012). Това обаче задължава изследователите да докладват и/или да осигуряват достъп до услуги за лечение и закрила на детето за лица, които разкриват продължаващо малтретиране. Като илюстрация, в Finkelhor's 2002-2003 телефонно проучване за малтретиране на деца от 2 до 17 години в САЩ изследователите са имали задължение да останат в контакт с деца или родители, които разкриват ситуация на сериозна заплаха или продължаваща виктимизация. Член на изследователския екип е бил специално обучен в овладяване на криза и консултиране по телефона. Негова отговорност е била да остане в контакт с респондента до овладяване на кризата и до информирането на съответните органи за ситуацията на насилие. Тъй като в повечето държави с ниски и средни доходи такива услуги за телефонно консултиране и закрила на детето са или недостъпни, или недостатъчни, това етично изискване означава, че в такива условия не могат да се задават въпроси за преживени неблагоприятия на хората през първите 17 години от живота им. Поради тази причина оригиналните въпроси на Въпросника ACE са разработени да изследват лица над 18-годишна възраст, като питат за преживяване на неблагоприятни събития в живота на респондентите през първите 17 години.

По време на ранните етапи на дизайна на оригиналното изследване на НПД са налице някои етични възражения, свързани с предположението, че задаването на въпроси относно преживени несгоди в детството може да доведе до

емоционално разстройство (WHO, 2009). Въпреки това провеждането на проучването доказва, че анкетираните оценяват по скоро положително възможността да говорят за тези свои преживявания и вече са натрупани значителни доказателства за приемливостта на въпросите сред възрастни (Edwards et al, 2007).

1.8. Резултати от проучвания с международния въпросник „Неблагоприятни преживявания в детството”

Въпросникът ACE измерва сферите на физическо, емоционално и сексуално насилие; пренебрегване; домашното насилие, насилието в общността и насилието от връстници; и различни измерения на домашна дисфункция, като например израстване в домакинство, в което се злоупотребява с вещества, има психични заболявания или родителите са разделени или разведени (Dube, Williamson, Thompson, Felitti, & Anda, 2004). Въпросникът ACE е разработен в два варианта – за мъже и за жени. Той е използван предимно в САЩ и други страни с високи доходи (HICs), но също и в страни с ниски и средни доходи (LMICS) (Baban et al, 2013; Raleva, Peshevska, & Sethi, 2013). До този момент е извършено психометрично тестване само с по-кратка версия от 11 елемента на въпросника ACE, което установява трифакторна структура: физическо/емоционално насилие, домашна дисфункция и сексуална виктимизация. Популационни проучвания с оригиналните въпросници за НПД са проведени сред млади и хора на средна възраст в редица европейски страни като Румъния (Baban et al, 2013), бившата югославска република Македония (Raleva et al, 2013), Сърбия (Paunovic et al, 2015), Албания (Qirjako et al, 2013), Турция (Ulukol et al, 2014), Русия (Kachaeva et al, 2014), Чехия (Velemínský et al, 2017), Великобритания (Bellis et al, 2013), както и в Китай (Chen et al, 2017).

Независимо че имат ограничена стойност при установяване на причинно-следствената връзка между НПД и рисковото поведение, ретроспективните проучвания с напречен разрез (Felitti, 1998; Baban, 2013; Qirjako, 2013; Raleva, 2013; Kachaeva, 2014; Paunovic, 2015; Velemínský, 2017) осигуряват добре тестван и широко използван подход за изследване на опита на популациите във

времето, за да се оцени връзката между експозицията и резултата. Проспективните надлъжни проучвания (Soares, 2016) регистрират експозиции, когато те се появят, и използват обективни мерки за риск и изход и биха могли да са алтернатива, но са сложни за планиране. Освен това когато се установи малтретиране на дете, е необходимо това да се докладва и детето да бъде изведено от ситуацията на насилие, което означава, че такива проучвания не могат да изследват ефектите на неотслабваща експозиция.

Идеалната методология за измерване на НПД и техните ефекти все още не е проектирана. Ретроспективните проучвания за моментното състояние и проспективните надлъжни изследвания имат силни и слаби страни – и двете са приложими в различни ситуации, и двете предоставят доказателства, че неблагоприятията в детството са важен здравен и социален проблем. Валидността на различните методи за оценяване и изучаване на малтретиране и пренебрегване, както и на различни разширени неблагоприятията, е източник на непрекъснат дебат, а усилията за напредък в областта се основават на силните страни на проспективните и ретроспективните проучвания.

Независимо от дизайна на проучванията или инструмента, който те използват, резултатите от изследванията на НПД в различни части на света доказват, че излагането на злоупотреба и пренебрегване в детска възраст представлява основен рисков фактор за последващо включване в рисковото поведение, както и за развитието на соматични и психични проблеми. Различните видове насилие и пренебрегване са широко разпространени. Най-често е емоционалното насилие – от 51% в Албания до 9,8% в Турция. Само в Турция от разглежданите страни физическото насилие (21,1%) е по-разпространено от емоционалното. Второ по честота е физическото насилие – от 41,5% в Албания до 14% в Русия. Сексуалното насилие е най-слабо разпространено – 18,1% в Китай до 6% в Албания. Най-често емоционално пренебрегване (57,9%) е отчетено в Русия, а физическото пренебрегване достига до 49% в Китай (Таблица 1).

Таблица 1. Разпространение на насилието по вид. Резултати от проведените в Европа изследвания с международния въпросник Неблагоприятни преживявания в детството (АСЕ)

Страна	Физическо насилие %	Емоционално насилие %	Сексуално насилие %	Емоционално пренебрегване %	Физическо пренебрегване %	≥4НПД %
Румъния	26,6	23,6	12,7	26,3	16,5	18
Македония	21	10,8	12,7	30,6	20	9,5
Сърбия	27,8	36,7	4,3	15,7	8,9	8,5
Албания	41,5	51	6	6,5	-	14,1
Турция	21,1	9,8	7,9	8,8	5,7	7,1
Русия	14	37,9	5,7	57,9	-	17,5
Чехия	17,1	20,7	6,4			9,9
Китай	18,3	21,8	18,1	53,9	49,0	-

НПД може да причини непосредствена физическа травма, почти две трети от участниците са преживели телесни наказания поне веднъж през детството си, а почти една трета от тези, които са били подложени на телесно наказание, докладват за средна до много висока интензивност на физическото наказание (Paunovic at al, 2015). Може да доведе до дълготрайни биологични, физиологични и психологически промени, предизвиквайки токсичен стрес. Съществува статистически значима връзка ($p \leq 0.001$) между опитите за самоубийство и следните НПД: физическо, сексуално и емоционално насилие, емоционално пренебрегване, живеещи с членове на семейството с психични заболявания, развод на родителите, домашно насилие и член на семейството, който е бил в затвор. Този риск е нараснал шест пъти във връзка с домашно насилие или ако е имало анамнеза за психично заболяване в семейството, и с 12 пъти, ако член на семейството е бил в затвора (Kachaeva at al, 2014). Тези, които са били сексуално насилвани, са били 11 пъти по-склонни да опитат да се самоубият и 3 пъти по-рискови за нежелана бременност. Тези, които са живели с пияница, е по-вероятно да пушат, да употребяват наркотици и алкохол (Qirjako

at al, 2013). Жените съобщават значително по-често, че са изложени на сексуално и емоционално насилие (Baban at al, 2013). Мъжете са по-склонни да съобщават за НПД от жените ($p < 0,01$). За мъжете емоционалното насилие е свързано с интернет зависимост [OR = 2.28] и суицидно поведение [OR = 12.47]; докато сексуалното насилие е свързано с интернет зависимост [OR = 2.30]. Емоционалното насилие при жените повишава риска за себенараняващо поведение петнадесет пъти, а за суицидно поведение – пет. Физическото насилие при жените е свързано значително с риск за зависимост от интернет [OR = 2.50](Chen at al, 2017) .

Различните форми на насилие и семейна дисфункция често се натрупват (Betül at al, 2014; Paunovic at al, 2015) и често са съпътстващи се (Raleva at al, 2013). Освен това общата тенденция показва, че има относително силно степенувана връзка между здравословното поведение и броя на неблагоприятните детски преживявания. В сравнение с липсата на НПД, експозицията на четири или повече неблагоприятия увеличава риска от ранно инициране на сексуалния живот с два пъти; с три пъти вероятността от психични проблеми и обезитас; с четири пъти вероятността от нежелана бременност, както и употребата на тютюневи изделия; с пет пъти вероятността да използват канабис и да станат жертва на насилие; и с девет пъти вероятността да са в системата на наказателното правосъдие (Bellis et al, 2013).

Респондентите, преживели НПД, преценяват здравния си статус като по-лош. Най-важните оплаквания, свързани със здравето, са: болка в гърба (39,9%); проблеми със съня (37,5%); главоболие (32,2%); кожни проблеми (25,9%); депресия (25,2%) и високо кръвно налягане (21,8%). Наличието на НПД води до по-голяма вероятност за рисков за здравето поведение в края на юношеството и младостта, като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, употреба на наркотици, опити за самоубийство, бягство от дома или множество сексуални партньори. Освен това експозицията на по-голям брой НПД увеличава вероятността от соматични оплаквания, проблеми в училище, финансови проблеми, проблеми,

свързани със семейството и психичното здраве в зряла възраст (Baban at al, 2013). Склонността на НПД да причинят увеличение на употребата на тютюнопушене и наркотици е свързана с развитието на незаразни хронични заболявания в по-късен период (Velemínský at al, 2017). Предотвратяването на НПД предполага не само намаляване на излагането на деца на страдание, но и намаляване на вероятността от възникване на негативни последици в краткосрочен и дългосрочен план (Baban at al, 2013).

Рутинното изследване или „питането“ за НПД дава възможност на здравните специалисти и практикуващите лекари да разберат по-добре проблемите на своите клиенти и да осигурят подходяща подкрепа, която може да намали влиянието им върху здравето и благосъстоянието на възрастните, ако изследването за НПД е част от общата анамнеза, може да се окаже по-приемливо за пациентите да разкриват подобна информация. Необходимо е информацията за наличие на НПД, която се събира, да бъде структурирана и унифицирана. Различните методи за регистриране на НПД се отразяват върху мониторинга и оценката на въздействието на неблагоприятията върху здравето на индивидите. Рутинното събиране на данни трябва да включва както данни за НПД, така и набор от по-широк кръг, като демографски данни, използване на услуги, рисково за здравето поведение и резултати от здравния статус на клиентите. Също би могло да се изследва влиянието на разкриването на НПД върху предоставянето на услуги с цел оценка на потребностите (McGee at al, 2015).

Друг инструмент, създаден от СЗО през 2012 г. за измерване на НПД, е международният въпросник „Неблагоприятни преживявания в детството“ (ACE-IQ). ACE-IQ е използван в няколко страни: Кения (Goodman, Martinez, Keiser, Gitari, & Seidel, 2017), Бразилия (Soares et al, 2016), Саудитска Арабия (Almuneef, Qayad, Aleissa, & Albuhairan, 2014), Виетнам (Tran, Dunne, Vo & Luu, 2015).

В Кения (Goodman, Martinez, Keiser, Gitari, & Seidel, 2017) през лятото на 2015 г. е проведено проучване, което изследва причините за скитничество сред децата. Направени са 1974 интервюта на жени, отглеждащи деца към момента на

интервюто. Всички респонденти са били интервюирани за наличие на НПД. Извадката е сформирана от домакинства, подбрани на случаен принцип. Критериите за включване изискват домакинствата да имат поне едно живо дете, което да е прекарало поне четири нощи в седмицата в дома през шестте месеца преди изследването. От 7022 деца 75,5% са биологични деца, 16,9% са биологични внуци, 6,1% са биологично свързани деца (племенници) и 1,5% са деца на приятели. Към момента на изследването 6,5% от респондентите съобщават, че имат поне едно дете, което живее на улицата. Тези жени, които докладват за деца, живеещи на улицата, значително по-често докладват за преживени в детството неблагоприятия, по-нисък СИС, по-ниска степен на завършено образование, повече консумация на алкохол, наличие на ХИВ, лошо здраве и по-ниска грамотност. Респондентите от по-богатите домакинства показват значително намаляване на риска от наличие на дете, което понастоящем да живее по улиците. Стандартизираният коефициент между НПД при майката и скитничеството на децата е малко по-висок от коефициента между благосъстоянието и миграцията на децата на улицата. Обяснението е, че собственото детство на майката и преживявания като излагане на насилие, пренебрегване и семейна дисфункция е от по-голямо значение от моментното благосъстояние на изследваното семейство. Употреба на алкохол (OR: 1,26), боледуване от ХИВ (OR: 3,9), ниска социална подкрепа (OR: 0.72), лошо здравословно състояние (OR: 0,72) се асоциира с по-високи коефициенти за отчитане на дете, което в момента живее на улицата. Резултатите от това проучване разкриват нов път за предаване на НПД между поколенията. Наличието на НПД при майката увеличава риска от скитничество при децата ѝ, за всяко допълнително НПД, изпитано от майката, рискът детето ѝ да живее на улицата се увеличава с 19%. Наличието на НПД при майката повишава риска от отпадане на децата и от училище. Интервенциите, предоставящи финансова подкрепа на уязвимите подрастващи в Субсахарска Африка, доказано намаляват рисковото сексуално поведение и подобряват образователните резултати. Намаляването на неблагоприятните детски събития и бедността и подобряването на образователното равнище сред момичетата, които в крайна сметка стават

майки, може да доведе до намаляване на скитничеството сред децата в тази популация.

В Бразилия (Soares et al, 2016) е проведено проспективно кохортно проучване на НПД сред подрастващи връстници. Целта е да се оцени разпространението и да се проучи връзката между НПД и социодемографските корелати в тази извадка. През 1993 г. Бразилия е държава с по-нисък среден доход, с БВП на глава от населението \$ 8368 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012) и население около 150 милиона души. Извадката е формирана от всички жени, които живеят в градския район на град Пелотас и чиито деца са родени живи в болници през 1993 г. (N = 5,249). Тези деца са проследени до юношеството. За това проучване са били използвани само респонденти с пълни данни за всички неблагоприятни детски преживявания (N = 3,951, 78,4% от първоначалната група).

Около 52% от изследваните юноши са момичета, като повечето от тях съобщават за бял цвят на кожата. Приблизително 45% са бедни от раждането до 15-годишна възраст, а 21% от тях винаги са били бедни. Към момента на раждането близо 30% майките на респондентите са на възраст 20–24 години, 50% са учили в продължение на 5 до 8 години, а 11,5% от тях не живеят с партньор, когато раждат детето. Една трета от майките са пушили по време на бременността, а 5,3% от тях са консумирали алкохол. За телесно заболяване докладват 40% от майките.

Физическото насилие (6,9 %) е по-често при жените (8,3%) в сравнение с мъжете (5,4%). Сексуалното насилие (1,4%) също е по-често при жените – 2,2%, и 0,5% при мъжете. Емоционалното пренебрегване (19,7%) е 2,2 пъти по-високо при жените, отколкото при мъжете. За физическо пренебрегване съобщават 4,6% от подрастващите без сигнификантна разлика по пол. Домашно насилие са преживели 12,7% от момичетата и 7,8% от момчетата. Развод/раздяла на родителите са преживели 42% от подрастващите, а смърт на родител – 10,1%. За ≥ 4 НПД са съобщили 7,1% от момичетата и 3,2% от момчетата. Цветнокожите

тийнейджъри са 2,3 пъти по-заstraшени да преживят НПД. Вероятността за по-голям брой НПД е по-висока при тези юноши с най-нисък семеен доход в сравнение с тези с най-висок. Промяната в семейните доходи между раждането и 15-годишна възраст също показва връзка с НПД, която е по-силна за тези, които не са бедни по рождение и са станали бедни на 15-годишна възраст. Колкото по-ниски са образованието и възрастта на майката в момента на раждането на настоящия юноша, толкова по-голям е броят на НПД. Юношите, чиито майки нямат партньор, пушат и пият алкохол по време на бременността, имат по-голям брой НПД. Налице е положителна връзка с лошото психично здраве на майката и наличието на поне един безработен член на домакинството с броя на НПД. Това проучване показва силна взаимовръзка между отделните НПД, които не се появяват самостоятелно. Жените са по-заstraшени от мъжете. Няколко социално-икономически и демографски рискови фактори са свързани с появата на НПД: бедност, с един или без родители, както и ниско образование на майката.

През 2012 в Риад, **Саудитска Арабия** (Almuneef et al, 2014), е проведено пилотно проучване, което изследва връзките между НПД и хронични заболявания и рисковото за здравето поведение при възрастни. ACE-IQ е допълнен с въпроси относно рисковете за нездравословно поведение, хронични заболявания и депресия. Извадката съдържа 931 участници, 90% < 45 години, 86% са завършили поне колеж, 80% са саудитски граждани и 58% са били семейни. Една трета от участниците (32%) са били изложени на ≥ 4 НПД. Само 18% не са преживявали НПД. Преобладаването на рисковите здравни поведения варира между 4% и 22%. Излагането на ≥ 4 НПД увеличава от 2 до 11 пъти риска от хронични заболявания и увеличава рисковите здравни поведения с 8 до 21 пъти.

Във **Виетнам** (Tran, Dunne, Vo, & Luu, 2015) е проведено проучване с 2099 студенти от 8 медицински университета. Три четвърти (76%) от студентите съобщават за поне една експозиция на НПД; 21% за ≥ 4 НПД. Най-често

срещаните неблагоприятия са емоционално насилие, физическо насилие и домашно насилие (съответно 42,3%, 39,9% и 34,6%). Наличието на повече НПД има съотношение доза-отговор с лошо психично здраве, суицидни мисли и ниско качество на живот, свързано с физическото здраве. Това първо проучване на НПД сред виетнамските студенти предостави доказателства, че НПД е често свързано с увреждане на здравето и намалено благополучие в зряла възраст.

В допълнение към инструментите, споменати по-горе, през 2012 г. е разработена и кратка форма на въпросника ACE – ACE-ASF (WHO) с осем елемента, насочени единствено към насилието, за използване в проучвания с юноши и възрастни. Този инструмент не включва елементи за семейна дисфункция. Предназначен е да измерва излагането на емоционално, физическо и сексуално насилие през целия живот. Емоционалното насилие се мери с два въпроса – бил ли е респондентът обиждан или заплашван. Физическото насилие се мери с два елемента, които обхващат побой, удряне, пляскане, ритане и удряне с предмет. Сексуалната злоупотреба се мери с помощта на четири въпроса за нежелано сексуално галене; принуда да докосва някого по сексуален начин против волята си; опит за нежелано орално, анално или вагинално сношение; и нежелано орално, анално или вагинално сношение. Опциите за отговор са: (1) „Отказвам да отговарям”, (2) „Никога”, (3) „Веднъж”, (4) „Няколко пъти” и (5) „Много пъти”.

Този инструмент е оценен в едно изследване, публикувано през 2017 г. (Meinck et al, 2017). Използвани са данни от национална представителна извадка от 15-годишни юноши в училищна възраст (n = 1733, 55,5% жени) от проучването „Здравето на децата в училище” в Румъния (HBSC). Фактологичната структура на ACE-ASF е тествана с помощта на аналитичен факторен анализ (EFA) и конфигурирана с помощта на аналитичен факторен анализ (CFA). По този начин са доказани надеждност и валидност на инструмента. Експозицията на насилие е висока: 39,7% физическо, 32,2% емоционално и 13,1% сексуално насилие. Създадена е двуфакторна структура: физическо/емоционално насилие и сексуално насилие. Вътрешната оценка на скалата за сексуална злоупотреба е добра (0,83), а за скалата за физическа/емоционална злоупотреба по-ниска (0,57).

Съвкупната валидност на критериите потвърждава хипотезата за връзка между злоупотребата в детството и качеството на живот, свързано със здравето, рисковото поведение, самооценката на здравето, виктимизация и извършване на насилие и множество здравни оплаквания. Резултатите подкрепят ACE-ASF като валидна мярка за физическо, емоционално и сексуално насилие в подрастващите в училищна възраст. Недостатък на този инструмент е, че обединява „напляскване“ с други видове физическо насилие, а е добре то да се оценява отделно.

1.9. Други изследвания на разпространението на неблагоприятни преживявания в детството

Световно изследване на здравето и стреса (WMH Survey), проведено в 21 страни от Европа, Азия и Северна Америка (Kessler et al, 2010; Bruffaerts et al, 2010; Kessler et al, 2017; McLaughlin et al, 2017), също доказва, че разпространението на неблагоприятията в детството е високо в цял свят, както и че неблагоприятията често се срещат в комбинация, а не са изолирано явление и водят до лоши здравни и социално-икономически резултати. Тези данни са идентични с резултатите от българското изследване на здравето и стреса (EPIBUL), въпреки че честотата на докладваните неблагоприятията в нашата страна е 2 до 3 пъти по-ниска от тези в други страни (Василев, 2013). Проучването EU WMH Survey доказва, че свързаните с неблагоприятията в детска възраст чести психични разстройства протичат с намаляване на доходите поради увеличен брой дни отсъствие от работа, влошено социално и ролево функциониране, ограничен избор на професионална кариера (Alonso et al, 2011).

„Балканско епидемиологично изследване на насилието и пренебрегването на деца“ (BECAN study), проведено в девет страни: Албания, Босна и Херцеговина, България, Хърватия, бивша югославска република Македония, Гърция, Румъния, Сърбия и Турция, е най-голямото досега изследване на насилието и пренебрегването на деца на Балканския полуостров. То използва въпросника ICASST-C, разработен за употреба с деца на възраст от 11 до 16 години. Това

проучване показва сериозно разпространение на тези феномени в балканските страни (Nikolaidis at al, 2018).

Обобщените резултати показват, че разпространението на физическо насилие през целия живот варира от 50,6% (Македония) до 76,4% (Гърция), за България този процент е 62,2. Разпространението през целия живот на емоционалното насилие варира от 64,6% (Македония) до 83,2% (Гърция), за България – 69,5%. Сексуалното насилие през целия живот варира от 7,9% (Румъния) до 18,6% (Босна), за България – 8,6%. Процентът на пренебрегванията през целия живот варира от 22,6% (Румъния) до 42,6% (Турция), за България – 23,7%. Наблюдават се значителни различия в експозицията на насилие по пол, мъжете съобщават за по-висока експозиция на сексуално насилие, а жените – за по-често излагане на пренебрегване. Над 90% от участниците съобщават за позитивно и ненасилствено родителство. Това е в контраст с високия брой случаи на насилие, докладвани в това проучване. Едно възможно обяснение на това явление може да бъде, че полагащите грижи използват набор от методи за възпитание, които могат да включват както физическо наказание, така и позитивни дисциплиниращи техники.

1.10. Данни на ДАЗД за разпространението на насилието над деца в България

По данни на ДАЗД за последните 10 години насилието, упражнено от близки и роднини, е водещо. Според събраната информация в отдел „Закрила на детето” (ОЗД) за 2010 г. са получени 2881 сигнала за насилие над деца. След проучване и оценка на подадените сигнали са отворени случаи за 2155. От тях 1752 са станали жертва на насилие в семейна среда. В биологичното семейство насилие е извършено над 1666 деца, като при 1438 от случаите извършителят е родител (70%). Анализът на случаите, по които са работили отделите „Закрила на детето“ през 2009 и 2010 година, показва, че при децата, отглеждани в семейна среда, най-често се среща пренебрегването на детето като вид насилие и за разлика от предшестващите години, то излиза на преден план пред физическото насилие.

Прави впечатление, че все още обществото като цяло не е чувствително и проявява търпимост спрямо случаите на насилие над деца. От общия брой сигнали едва 2,6% са подадени от познат или съсед на детето, жертва на насилие. Нисък е и дялът на сигналите, подадени от медицински лица – 3,8%.

За 2011 г. в България има разкрити 2175 случая на деца, жертва на насилие. Това е увеличение с 30 пъти спрямо 2001 г., когато случаите са били едва 75. Най-висок е дялът на пренебрегването като вид насилие – 726 случая. Тази тенденция се запазва относително постоянна през годините. За физическо насилие са регистрирани 713 случая, 382 – емоционално насилие и 354 – сексуално насилие. Всеки четири от пет случая на насилие над деца, по които са работили отделите „Закрила на детето“, са били извършени в семейната среда.

През 2012 г. в ОЗД и Отдел социална закрила (ОСЗ) са получени 2903 сигнала за насилие над деца. След проучване и оценка на подадените сигнали за 1454 деца са отворени случаи. Тоест около 50% от сигналите стават случаи. Общият брой случаи (стари и нови) на деца, преживели насилие, по които са работили социалните работници от ОЗД и ОСЗ през 2012 г., са 2127 – 53,3% момичета и 46,7% момчета (физическо насилие – 36,7%, психическо насилие – 19,4%, сексуално насилие – 15,3%, пренебрегване – 28,6%). За сравнение през 2011 г. общо получените сигнали за насилие над деца са били 2773, като за 1464 са отворени случаи.

Съгласно обобщената информация от Районна дирекция социално подпомагане, през 2015г., мултидисциплинарните екипи са разгледали общо 1104 сигнала. Водещо място имат сигналите за деца в риск, подадени от родители – 18%, а на второ място са сигналите, постъпили на НТЛД 116 111 – 14%. Както и в предходните години остава изключително нисък относителният дял на сигналите, подадени от личните лекари на децата – по-малко от 1%, и от здравните заведения – 7%. В същото време това са специалистите, които имат връзка със семействата и децата, особено в периода на ранното детство. Бележите

на насилие над дете, извършено в семейството, са трудно забележими от външни хора. Личните лекари на децата притежават необходимите компетенции за разпознаването на белезите на насилие и в същото време поради спецификата на работата имат възможност за наблюдение над детето. През 2014 г. са разгледани общо 1102 сигнала, а през 2015 г. – 1104. През 2015 г. повече от половината от сигналите (54%) се отнасят до физическо насилие. В 18% от случаите – сексуално насилие 14% – психическо насилие, 14% – пренебрегване. Мониторингът на прилагането на Координационния механизъм през 2015 г. отчита увеличаване на броя на срещите, в които са взели участие представители от образователната институция, но не и от здравната, което е показателно за недостатъчната степен на участие от страна на личните лекари на децата, жертви на насилие или в риск от насилие. За 230 случая е сезирана Районна прокуратура, а по 65 от тези 230 случая е заведено дело.

ГЛАВА ВТОРА. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

2.1. Хипотези

Неблагоприятните преживявания в детството се свързват с рисково за здравето поведение в по-късна възраст.

Преживяването на четири и повече НПД носи по-висок риск от изолираното единично преживяно неблагоприятно.

2.2. Цел и задачи

2.2.1. Цел

Да се установи съществува ли зависимост между преживяното в детска възраст насилие и определени фактори на риска за здравето при възрастни индивиди.

2.2.2. Задачи

- а) Превод и лингвистична адаптация на Въпросник „Неблагоприятни преживявания в детството” (АСЕ-IQ).
- б) Пилотиране на въпросника „Неблагоприятни преживявания в детството” (АСЕ-IQ).
- в) Да изследва разпространението на най-честите форми на преживяно в детството насилие.
- г) Да установи съществува ли зависимост между преживените в детството неблагоприятни събития и рисково за здравето поведение в зряла възраст за четири рискови фактора: тютюнопушене, навици на хранене, алкохол и рисково сексуално поведение.

Обект на проучването: Проява на поведенчески рискови фактори за здравето, като тютюнопушене, хранителни навици, прием на алкохол и рисково сексуално поведение в зряла възраст в резултат на неблагоприятни преживявания в детството (до 18 г.).

Участници/Извадка

600 студенти по медицина, здравни грижи, социални дейности, медицински сестри, акушерки, кинезитерапия и логопедия от следните университети : МУ-Плевен, МУ-Варна, ЮЗУ „Неофит Рилски“-Благоевград, СУ „Св. Климент Охридски“, ВТУ „Св. св. Кирил и Методий“, Русенски университет „Ангел Кънчев“.

2.3. Материал и методи

За целта на проучването са използвани: утвърден международен въпросник „Неблагоприятни преживявания в детството (ACE-IQ), анкетна карта за факторите на риска за здравето.

Инструмента ACE-IQ изследва 13 елемента от двете групи НПД. Конвенционални НПД: физическо насилие; емоционално насилие; сексуално насилие; злоупотребяващ с алкохол и/или наркотици в домакинството; лишен от свобода член на домакинството; някой хронично депресиран, психично болен, институционализиран или суициден; майка или член на домакинството, над когото е извършвано насилие; един или без родители, разделени или разведени родители; емоционално пренебрегване; физическо пренебрегване. Разширени НПД: тормоз от връстници; насилие в общността; колективно насилие. Той е предназначен за употреба при хора на възраст над 18 години, валиден е и при измерването на НПД в държави с ниски и средни доходи и може да бъде включен в по-широки здравни проучвания (WHO, 2012).

Превод и адаптация на „Неблагоприятни преживявания в детството” (ACE-IQ)

Подготовката на българската версия на инструмента се извърши през втората половина на 2015 г. При изпълнението ѝ бяха спазени изискванията на координационния център на СЗО. Най-напред английската оригинална версия беше преведена на български език от професионален преводач, който получи консултации на експерти за намиране на българското звучене на английските формулировки. Във втората стъпка беше направен обратен превод от български

на английски език. Целта на обратния превод беше да се установи дали не се изопачава първоначалния смисъл, вложен в оригиналния текст на въпросите. Редактирането беше направено с оглед на точно и гладко изразяване на български език на описанията на неблагоприятните преживявания, които се въвеждат и които се използват устойчиво и без промяна.

След описаната редакция българската версия беше оценена от група психиатри и беше получено тяхното съгласие за адекватността на езика, използван в интервюто. Основната задача, изпълнена от тях, беше адаптирането на въпросника за използване в българската популация. Въпросникът бе приложен в реална ситуация с респонденти и след тази проверка в хода на 150 пилотни оценки въпросникът бе оформен окончателно.

След превода и адаптацията въпросникът „Неблагоприятни преживявания в детството“ (ACE-IQ) запази своята оригинална структура. Въпросите са разпределени в 8 секции: демографски данни, брак, отношения с родителите до 18-та година, семейна среда до 18-ата година, насилие от връстници, свидетели на насилие в общността, излагане на война / колективно насилие.

Въпросникът „Неблагоприятни преживявания в детството“ (ACE-IQ) е създаден да бъде интегриран в рамките на по-широки изследвания в здравеопазването, за да се позволи анализ на връзките между неблагоприятни преживявания в детството и последващите резултати за здравето и рисковото за здравето поведение. Това означава, че има някои ключови аспекти на замисъла му, които трябва да се разберат, така че той да се прилага правилно и получените данни да са полезни.

Кодове на въпросите

Като самостоятелен въпросник, номерата на въпросите са от Q0 – Q8. Въпреки това, понеже тези въпроси най-често се интегрират в други проучвания, са кодирани в шест групи (C, M, P, F, A, V) за улесняване на препратките за изследователите. Затова независимо от номера на въпросите, когато са включени

в дадено проучване се слагат и кодовете на групите. Това се прави с цел по-лесно да се осъществяват препратки между различните въпросници.

Кодове за отговори

Зададен е цифров код за всеки възможен отговор на въпрос, което служи за по-лесно въвеждане на данните, обработването им и анализа в рамките на електронна таблица. Опциите за отговор на по-голяма част от въпросите са: (1) „Много пъти“, (2) „Няколко пъти“, (3) „Веднъж“, (4) „Никога“ и (5) „Предпочитам да не отговарям“. На въпросите от секция 2 „Отношения с родителите/ настойниците на въпроси 2.1. „Вашите родители разбираха ли проблемите/ тревогите Ви?“ и 2.1. „Вашите родители знаеха ли наистина какво правите, когато не сте на училище?“, опциите за отговор са: (1) „Винаги“, (2) „Почесто да“, (3) „Рядко“, (4) „Никога“ и (5) „Предпочитам да не отговарям“. На въпросите от секция 4 „Семейна среда до 18-ата Ви година“ възможностите за отговор са: (1) „да“, (2) „не“, (3) „Предпочитам да не отговарям“.

Допускат се два метода за анализ, за да бъде установено кой е най-подходящият подход за определяне на точна цялостна НПД оценка на участника. Първият метод е „двоична версия“, а вторият „честотната версия“. И в двата случая въпросите от ACE-IQ за преживявания от детството са подредени в 13 категории: емоционално насилие; физическо насилие; сексуално насилие; насилие срещу членове на домакинството; съжителство с членове на домакинството, които са злоупотребявали с алкохол и наркотици; съжителство с членове на домакинството, които са психично болни или суицидни; съжителство с членове на домакинството, които са били в затвора; един или без родители, раздяла или развод на родителите; емоционално пренебрегване; физическа липса на грижи; психически тормоз; насилие в общността; колективно насилие.

В това проучване сме изчислявали резултатът за НПД както посредством честотната, така и посредством двоичната версия (Таблица 2 и Таблица 3).

За да се изчисли резултатът за НПД посредством *двоичната версия*, се проверяват отговорите на участника спрямо Таблица 2. Ако участникът е отговорил утвърдително (независимо дали с „веднъж“, „няколко пъти“ или „много пъти“), това е „да“ и отговорът трябва да се ограда, а в последната колона да се постави код 1. След като бъде попълнена таблицата, се получава резултат от 0-13. Това е двоичният резултат за НПД за дадения респондент.

За да се изчисли резултатът за НПД посредством *честотната версия*, се проверяват отговорите на участника спрямо Таблица 3. В този случай се загражда „да“ само ако отговорите на участника отговарят точно на написания въпрос в таблицата, за някои въпроси са включени само определени честоти. Както и в предишната версия, след като бъде попълнена таблицата, се получава резултат от 0-13. Това е честотният резултат за НПД за дадения респондент.

След като се изчислят двата НПД резултата, може да се види връзката между НПД резултатите и изхода за здравето или рисковото за здравето поведение, от които се интересува изследователят, като се начертае крива доза-отговор, или по-скоро експозиция (НПД резултат) – крива на резултата за поведението/здравето. Един важен изследователски въпрос е дали се наблюдава връзка между двоичния НПД резултат и резултата за здравето/поведението, или се наблюдава връзка само когато се използва честотната оценка на НПД, което се наблюдава при първоначалните НПД проучвания. В това проучване са изчислени и двата резултата за всички участници и са търсени зависимости както между двоичния, така и между и честотния резултат и рисковото поведение за всеки участник.

Получените НПД резултати се обработват статистически и се търси връзка с резултатите от „Анкета за рисковите фактори за здравето“ за всеки изследван фактор поотделно: тютюнопушене, хранителни навици, алкохол и рисково сексуално поведение и се търси зависимост между преживяно НПД и рисково поведение, между преживени четири и повече НПД и всеки от изследваните фактори поотделно.

Таблица 2: Изчисляване на резултата за ACE от ACE-IQ – ДВОИЧНА ВЕРСИЯ (Всички въпроси са да/не – ако участникът е въвел да за всяка от категориите, маркирайте 1 в графата с отговор)

Категория	Q	Въпрос	Отговор
Физическо насилие	A3	Случвало ли се е ваш родител, настойник или друг член на домакинството да ви е удрял шамар или юмрук, или да ви е ритал или пребивал?	
	A4	ИЛИ Случвало ли се е ваш родител, настойник или друг член на домакинството да ви е удрял или порязвал с предмет като пръчка (или бастун), бутилка, прът, нож, камшик и т.н.?	
Емоционално насилие	A1	Случвало ли се е ваш родител, настойник или друг член на домакинството да ви крещи, псува, обижда или унижава?	
	A2	ИЛИ Случвало ли се е ваш родител, настойник или друг член на домакинството да ви заплашва, че ще ви изостави или изхвърли от къщи или правил ли го е в действителност?	
Сексуално Насилие	A5	Случвало ли се е някой да ви докосва или гали по сексуален начин, когато не сте желали?	
	A6	И	
	A7	И	
	A8	Случвало ли се е някой да ви кара да докосвате тялото му по сексуален начин, когато не сте желали?	
		ИЛИ Случвало ли се е някой да е правил опит за орален, анален или вагинален полов акт с вас, когато не сте желали?	
		ИЛИ Случвало ли се е някой в действителност да е правил орален, анален или вагинален полов акт с вас, когато не сте желали?	
Злоупотребяващ с алкохол и/или наркотици в домакинството	F1	Живели ли сте с член на домакинството, който имал проблем с алкохола или е бил алкохолик, или е злоупотребявал с наркотици или лекарства с рецепта? Да Не	
Лишени от свобода в домакинство	F3	Живели ли сте с член на домакинството, който някога е изпращан в затвора? Да Не	
Някой с рекурентна депресия или др психична болест, лекуван в болница или суициден	F2	Живели ли сте с член на домакинството, който е бил в депресия, психично болен или суициден? Да Не	
Родител или-член на домакинството, над когото е извършвано насилие	F6 F7 F8	Случвало ли се е да видите или чуете как някой крещи, вика, ругае, обижда или унижава ваш родител или друг член на домакинството в дома ви? ИЛИ Случвало ли се е да видите или чуете как някой удря шамар или юмрук, рита или пребива ваш родител или друг член на домакинството в дома ви?	

Един или без родители, разделени или разведени родители	F4 F5	Родителите ви някога били ли са разделени или разведени? ИЛИ Имате ли починали майка, баща или настойник? Да Не	
Емоционално пренебрегване	P1 P2	Вашите родители/настойници разбираха ли проблемите и тревогите ви? ИЛИ Вашите родители/настойници действително ли знаеха какво правите през свободното си време, когато не сте на училище или работа? *	
Физическо пренебрегване	P3 P4 P5	Колко често родителите / настойниците ви не ви даваха достатъчно храна, въпреки че не са били затруднени да го направят? ИЛИ Случвало ли се е родителите / настойниците ви да са били прекалено пияни или дрогирани, за да се грижат за вас? ИЛИ	
Тормоз	V1	Тормозили ли са ви? Да Не	
Насилие в общността	V4 V5 V6	Случвало ли се е да видите или чуете някой да е бил пребиван в реалния живот? ИЛИ Случвало ли се е да видите или чуете някой да е бил намушкан или прострелян в реалния живот? ИЛИ Случвало ли се е да видите или чуете някой да е бил	
Колективно насилие	V7 V8 V9 V10	Налагало ли ви се е да отидете да живеете на друго място заради някое от тези събития? ИЛИ Преживявали ли сте умишленото унищожаване на вашия дом заради някое от тези събития? ИЛИ Случвало ли се е да ви бият войници, полицаи, милиционери	

Таблица 3: Изчисляване на резултата за ACE от ACE-IQ – ЧЕСТОТНА ВЕРСИЯ (Всички въпроси са да/не - ако участникът е въвел **да** за всяка от категориите, маркирайте 1 в графата с отговор)

Категория	Q	Въпрос	Отгово
Физическо насилие	A3 A4	Случвало ли се е ваш родител, настойник или друг член на домакинството да ви е удрял шамар или юмрук, или да ви е ритал или пребивал много пъти ? ИЛИ Случвало ли се е ваш родител, настойник или друг член на домакинството да ви е удрял или порязвал с предмет като пръчка (или бастун), бутилка, прът, нож, камшик и т.н. много	
Емоционално насилие	A1 A2	Случвало ли се е ваш родител, настойник или друг член на домакинството да ви крещи, псува, обижда или унижава много пъти ? ИЛИ Случвало ли се е ваш родител, настойник или друг член на домакинството да ви заплашва, че ще ви изостави или изхвърли от къщи или правил ли го е в действителност много пъти ? Да Не	
Сексуално насилие	A5 A6 A7 A8	Случвало ли се е някой някога да ви докосва или гали по сексуален начин, когато не сте желали? ИЛИ Случвало ли се е някой някога да ви кара да докосвате тялото му по сексуален начин, когато не сте желали? ИЛИ Случвало ли се е някой някога да е правил опит за орален, анален или вагинален полов акт с вас, когато не сте желали? ИЛИ Случвало ли се е някой някога в действителност да е правил орален, анален или вагинален полов акт с вас, когато не сте желали? Да Не	
Злоупотребяващ с алкохол и/или наркотици в домакинството	F1	Живели ли сте с член на домакинството, който имал проблем с алкохола или е бил алкохолик, или е злоупотребявал с наркотици или лекарства с рецепта? Да Не	
Лишен от свобода член на домакинството	F3	Живели ли сте с член на домакинството, който някога е изпращан в затвора? Да Не	
Някой хронично депресиран, психично болен, институционализиран или суициден	F2	Живели ли сте с член на домакинството, който е бил в депресия, психично болен или суициден? Да Не	

Член на домакинството, над когото е извършвано насилие	F6 F7 F8	Случвало ли се е да видите или чуете как някой крещи, вика, ругае, обижда или унижава ваш родител или друг член на домакинството в дома ви много пъти ? ИЛИ Случвало ли се е да видите или чуете как някой удря шамар или юмрук, рита или пребива ваш родител или друг член на домакинството в дома ви няколко или много пъти ? ИЛИ Виждали ли сте или чували някой да удрял или порязвал ваш родител или друг член на домакинството в дома ви с предмет като пръчка (или бастун), бутилка, прът, нож, камшик и т.н. няколко или много пъти ? Да Не	
Един или без родители, разделени или разведени родители	F4 F5	Родителите ви някога били ли са разделени или разведени? ИЛИ Имате ли починали майка, баща или настойник? Да Не	
Емоционално пренебрегване	P1 P2	Вашите родители / настойници рядко или никога разбираха проблемите и тревогите ви? ИЛИ Вашите родители / настойници рядко или никога знаеха какво правите през свободното си време, когато не сте на училище или работа? Да Не	
Физическо пренебрегване	P3 P4 P5	Родителите / настойниците ви много пъти ли не ви даваха достатъчно храна, въпреки че не са били затруднени да го направят? ИЛИ Случвало ли се е много пъти родителите / настойниците ви да са били прекалено пияни или дрогирани, за да се грижат за вас? ИЛИ Колко често родителите / настойниците ви много пъти ли не са ви изпращали на училище, въпреки че е имало налично такава? Да Не	
Тормоз	V1	Тормозили ли са ви много пъти ? Да Не	

Насилие в общността	V4 V5 V6	Случвало ли се е много пъти да видите или чуете някой да е бил пребиван в реалния живот? ИЛИ Случвало ли се е много пъти да видите или чуете някой да е бил намушкан или прострелян в реалния живот? ИЛИ Случвало ли се е много пъти да видите или чуете някой да е бил заплашван с нож или пистолет в реалния живот? Да Не	
Колективно насилие	V7 V8 V9 V1 0	Налагало ли ви се е изобщо някога да отидете да живеете на друго място заради някое от тези събития? ИЛИ Преживявали ли сте изобщо някога умишленото унищожаване на вашия дом заради някое от тези събития? ИЛИ Случвало ли се е изобщо някога да ви бият войници, полицаи или бандити? ИЛИ Случвало ли се е някога член на семейството ви или ваш приятел да е убит или пребиван от войници, полицаи или бандити?	

Анкетна карта за факторите на риска за здравето – адаптирана за целите на изследването версия на анкетата от Национално проучване на факторите на риска за здравето сред население 20+ г. При анализа на литературата по проблемите на насилието в ранна възраст и рисковото за здравето поведение при възрастни се спряхме на четири поведенчески рискови фактора, като най-чести и най-значими за отключването на неинфекциозни хронични заболявания.

Анкетната карта включва следните раздели: тютюнопушене, употреба на алкохол, навици на хранене и рисковото сексуално поведение. В секцията за навици за хранене са включени данни за актуалното тегло и ръст на участниците. Вредната употреба на алкохол е оценена с три въпроса „Колко често пиете шест или повече чаши алкохол на един случай?“ (3.2.); „Случвало ли се е да употребявате алкохол сам, извън компания?“ (3.3.); „Консумацията на алкохол част от вашето ежедневно меню ли е?“ (3.4.). Рисковото сексуално поведение е изследвано с четири променливи: възраст на инициране на сексуалния живот, брой сексуални партньори, употреба на контрацептивни средства и продължителност на връзката. Почти всички въпроси са от затворен тип, като по-голямата част от тях изискват само един отговор с няколко изключения,

даващи възможност за два и повече отговора. Дължина на скалата от един до пет варианта на отговор.

Статистически методи:

Описателни методи и методи за оценка

Вариационен анализ на количествени променливи – средна стойност, стандартно отклонение и 95% доверителен интервал на средната.

Честотен анализ на качествени променливи (номинални и рангови), който включва абсолютни честоти, относителни честоти (в проценти), кумулативни относителни честоти (в проценти).

Графични изображения, подходящи за количествени променливи или за качествени променливи.

Методи за проверка на хипотези

1. Методи на Колмогоров-Смирнов (Kolmogorov-Smirnov) и Шапиро-Уилк (Shapiro-Wilk) – проверка за нормалност на разпределението на количествена променлива.

2. Метод хи-квадрат (Chi-square test) или точен тест на Фишер (Fisher's exact test) – търсене на връзка между две качествени променливи.

3. Метод на Ман-Уитни (Mann-Witney) – сравняване на две групи на една количествена променлива, когато разпределението не е нормално.

2. Регресионен анализ – логистичен регресионен анализ – връзка между бинарна (дихотомна) зависима променлива и множество количествени и качествени променливи (рискови фактори).

Използваното от нас критично ниво на значимост е $\alpha = 0.05$. Съответната нулева хипотеза се отхвърля, когато Р стойността (P-value) е по-малка α .

За обработка на данните от проучването, свързано с дисертационната работа, беше използвана версията на SPSS – SPSS for Windows 13.0.

2.4. Организация на проучването

В изследването бяха включени 600 студенти по медицина, здравни грижи, социални дейности, акушерки, медицински сестри, кинезитерапевти и логопедия от следните университети : МУ-Плевен, МУ-Варна, ЮЗУ „Неофит Рилски“-Благоевград, СУ „Св. Климент Охридски“, ВТУ „Св. св. Кирил и Методий“, Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Участниците бяха информирани устно и на място за възможността да се откажат от участие в изследването. Въпросникът ACE-IQ е анонимен и демографската част не включва лични данни, като име и ЕГН, поради тази причина не беше изработен отделен документ за информирано съгласие за участие в изследването. Предварително бе договорена възможността да бъдат анкетирани студентите от предвидените университети в страната, чрез писма до ректорите на съответните факултети.

2.5. Етична процедура

Дизайнът, организацията и методите на проучването „Неблагоприятни преживявания в детството и рисковото за здравето поведение сред студенти от помагащите професии и медицина“ са представени на комисията по етика към НЦОЗА на 15.01.2016 г. и са одобрени за приложение.

ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

3.1. Характеристика на изследваната група

В проучването взеха участие 600 студенти: 93 мъже (15,5%) и 505 жени (84,1%), като двама респонденти не са посочили пола си. По-големият брой жени респонденти е свързан с обичайно по-големия брой жени, обучавани в специалностите от помагащите професии. Средната възраст на участниците е 24,07 години ($SD = 0,85$), с диапазон от 18-56. По отношение на етническата принадлежност участниците в проучването се разпределят както следва: 78,8% са българи и 18,9% български турци, 0,3% български роми и 1,7% други. Малка част от респондентите (16%) са семейни, 80% – несемейни и 2,6% разведени; 1,4% вдовец.

3.2. Отношения с родители/настойници до 18-та година

Емоционалното пренебрегване и животът в дисфункционална семейна среда са едни от най-често срещаните НПД както в международните проучвания, така и в това проучване. По отношение на емоционално пренебрегване и физическа липса на грижи – 14,7% от респондентите съобщават, че рядко или никога (2,9%) не са били разбирани от родителите си, а 4,9 % са били оставяни без достатъчно храна (Таблица 4). По-голяма част от респондентите (81%) заявяват, че родителите им по-често или винаги са разбирали проблемите им и по-често или винаги (78,2%) са знаели какво правят извън училище.

Таблица 4. Отношения с родителите

Въпрос	Винаги%	По-често%	Рядко %	Никога %	Много пъти%	Няколко пъти%	Веднъж %	Никога %	Без отговор%
2.1. Родителите разбираха ли проблемите ви?	41,2	39,8	<u>14,7</u>	<u>2,9</u>					
2.2. Те знаеха ли какво правите, когато не сте на училище?	31,3	47,0	<u>16,2</u>	<u>4,1</u>					
3.1. Те оставяли ли са ви без достатъчно храна, въпреки че не са били затруднени финансово?					<u>2,0</u>	<u>2,9</u>	2,4	90,1	2,7
3.2. Те били ли са пияни или дрогирани, за да не могат да се грижат за вас?					<u>0,5</u>	1,6	0,9	93,6	3,55

3.3. Семейна среда до 18-ата година

Насилието никога не се явява резултат на линейна зависимост между причина и следствие, а по-скоро е резултат от акумулация и конвергенция на многочислени фактори. Голямо е значението на взаимодействията, процесите и механизмите, действащи в рамките на самите семейства.

Живота в *дисфункционална семейна среда* се определя като един от най-сериозните рискови фактори за всеки вид насилие или пренебрегване по време на детството (Рауповиc at al, 2015). Резултатите от нашето проучване показват, че живот в дисфункционална семейна среда е едно от широко разпространените НПД в изследваната извадка. Това проучване анализира честотата на разводите на родителите на респондентите, алкохолизма или злоупотребата с наркотици от член на семейството, историята на хроничната психична болест и опитите за самоубийство в семейството и престъпното поведение в семейството, както и наличието на домашно насилие (Таблица 5).

Домашно насилие

Най-честата форма на семейна дисфункция е *домашното насилие* – 46,6% от анкетираните съобщават, че са станали свидетели на домашно насилие поне веднъж в живота си без статистическа разлика между половете, 24,1% са живели

с един родител поради развод или раздяла на родителите, 7,5% са живели с член на семейството с психично заболяване, 9% с алкохолик, а 3,3% съобщават за член на семейството, който е бил в затвора (Таблица 5).

Излагането на домашно насилие обикновено причинява емоционална травма с интензивност, колкото експозиция на пряко малтретиране. Проучванията доказват, че семейната дисфункция оказва отрицателно въздействие върху детето и се свързва с психични разстройства и рисково за здравето поведение в зряла възраст. Например рискът от суицидно поведение се повишава шест пъти във връзка с домашно насилие или ако е имало анамнеза за психично заболяване в семейството, и с 12 пъти, ако член на семейството е бил в затвора (Kachaeva at al, 2014). Данните от нашето изследване показват връзка с пропушване в ранна възраст, ранна сексуална активност, множество сексуални партньори.

Родителският развод, втората най-често срещана домашна дисфункция в проучването (докладвана от всеки четвърти респондент), също се признава като общ рисков фактор за развитие на тревожност, депресия и злоупотреба с вещества в зряла възраст (De Venter at al, 2013).

Други видове домашни дисфункции са *злоупотребата с алкохол* от страна на член на семейството (9%) и *наличие на лице с психично заболяване / депресия* в семейството (7,5%). Проучванията показват, че злоупотребата с алкохол при родителите е силно свързана с НПД (Dube at al, 2001), а психичното заболяване при родител е основен рисков фактор за физическо малтретиране, пренебрегване и сексуална злоупотреба с деца (Sethi at al, 2015). В това изследване психичната болест при родителя се свързва с повишаване на риска от затлъстяване (ИТМ \geq 30) с четири пъти.

Таблица 5. Дисфункционална семейна среда

Въпрос	Да %	Не %	Много пъти %	Няколко пъти %	Веднъж %	Никога %	Не отговаря %
Злоупотреба с алкохол, дрога или лекарства?(4.1.)	<u>9,0</u>	85,5					5,0
Боледува от Депресия или мислил за самоубийство(4.2.)	<u>7,6</u>	87,4					5,1
Осъждан/изпращан в затвора член на семейството?(4.3.)	<u>3,4</u>	94,6					2,0
Разделени/разведени родители?(4.4)	<u>24,1</u>	73,7					2,2
Починал родител/настойник?(4.5.)	<u>10,5</u>	87,4					0,8
Свидетел на удране на шамар или юмрук в семейството(4.7.)			<u>3,0</u>	<u>7,3</u>	7,8	76,9	5,1
Свидетел на удране или порязва в семейството с пръчка, нож и др.?(4.8.)			<u>1,3</u>	<u>2,4</u>	3,9	88,4	4,0

3.4. Преживяно насилие в семейството

Децата разчитат на възрастните, особено на родителите си, да им осигурят защита по време на детството, но събраните данни за насилието над деца в световен мащаб показват, че физическото насилие е широко разпространено. Децата са изложени на широк кръг от злоупотреби, които включват напляскване, ритане, разтърсване, отравяне и задушаване.

Насилническото поведение се предава от поколение на поколение. Освен че има разрушително въздействие върху живота на младите хора, жестокото отношение към децата е и значими социален проблем, свързан с икономически разходи, възлизащи на десетки милиарди евро. Насилието над деца е значим проблем и може да има фатален изход. Бедните деца са засегнати най-много: процентите на смъртност при малтретиране на деца са повече от два пъти по-високи в страните с ниски и средни доходи, а в рамките на страните смъртните случаи на деца от

по-бедни семейства са няколко пъти по-високи от тези на деца от по-богатите части на обществото. Смъртните случаи са само върхът на айсберга. Резултатите от изследвания в много страни показват, че насилието съществува в много по-големи размери, отколкото се предполага.

Приблизителните оценки за размера на проблема с малтретиране на децата показват, че почти една четвърт от възрастните (22,6%) са били жертви на физическо насилие като деца, 36,3% са преживели емоционално насилие и 16,3% са били жертва на физическо пренебрегване, без съществени разлики между момчетата и момичетата (Stoltenborgh et al, 2012, 2013), 18% от момичетата и 7,6% от момчетата са преживели сексуално насилие (Stoltenborgh et al, 2011). Изследвания на насилието над деца, проведени в Африка, показват много по-високи нива на физическа, сексуална и емоционална злоупотреба с деца в сравнение с глобалните статистики (WHO, 2014).

Излагането на насилие в детството увеличава риска от извършване на насилие и/или повторно виктимизиране през целия живот, и предаването на насилието от поколение на поколение (Capaldi, Knoble, Shortt, & Kim, 2012; Coid et al, 2001; Maker, Kemmelmeier, & Peterson, 2001; Widom, Czaja & Dutton, 2008; Widom et al, 2015).

Физическо насилие

Проучванията на НПД, проведени в Румъния (Baban et al, 2013), бивша югославска република Македония (Raleva et al, 2013) и Турция (Ulukol et al, 2014) представят физическото насилие като най-разпространената форма на малтретиране. Макар че заема второ място в България, висок процент от респондентите съобщават, че са преживели физическо насилие (28%), което показва, че резултатите в България са подобни на тези в другите проучвания, проведени в балканския регион.

Приблизително една трета от участниците в това изследване са били подложени на физическо насилие. Поне веднъж в живота си са били удряни (шамар или

юмрук), ритани или пребивани 26,5%, а 2,9% от тях често. Удряни или порязвани с пръчка, бастун, нож, бутилка, камшик са били 7% от респондентите, а 1,2% многократно.

Емоционалното насилие е едно от често срещаните типове насилие, с който се сблъскват респондентите през детството, всеки двама от петима докладват за преживяно в семейството емоционално насилие. Проучванията на НПД в Албания (Qirjako at al, 2013), Сърбия (Paunovic at al, 2015), Русия (Kachaeva at al, 2014) и Чехия (Velemínský at al, 2017) показват, че емоционалното насилие е най-честото насилие, което преживяват изследваните в детството си. За България 40,9% са преживели емоционално насилие, което е по-голямо разпространение в сравнение с повечето проучвания на НПД (Paunovic at al, 2015, Kachaeva at al, 2014, Velemínský at al, 2017), с изключение на Албания, където повече от половината (51%) от анкетираните съобщават за емоционално насилие. Една трета от респондентите (30,3%) съобщават за вербално насилие от родител или настойник. Честотата на преживяното в семейството насилие и пренебрегване е представена в Таблица 6.

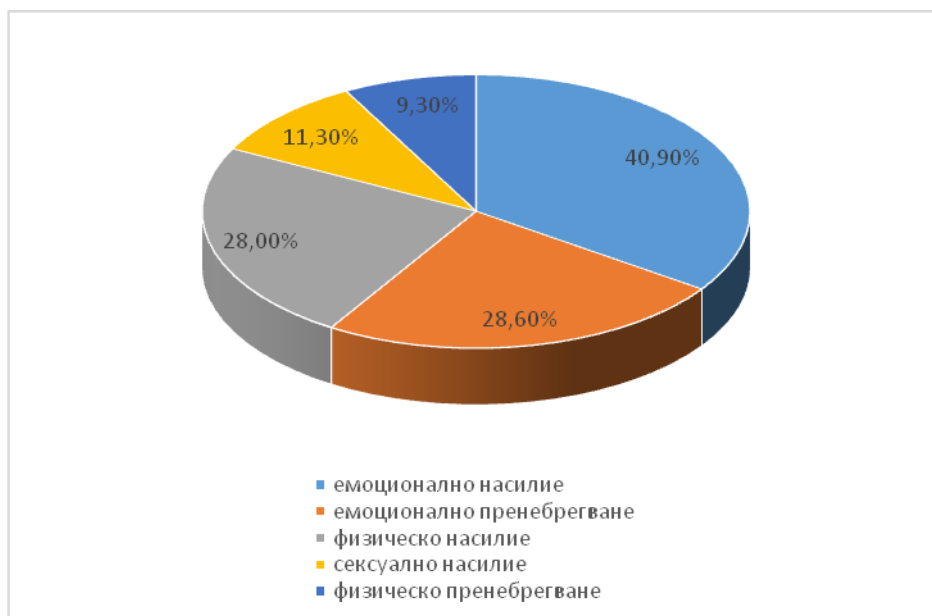
Физическо и емоционално пренебрегване

Почти половината от респондентите докладват, че родителите им не са разбирали емоционалните им проблеми, а 9,3% са били физически пренебрегвани. Физическото пренебрегване може сериозно да застраши развитието на децата, последствията са недохранване, сериозни заболявания и повишен риск за физически наранявания (Paunovic at al, 2015). Децата, които страдат от физическо пренебрегване, са застрашени от скитничество и не се чувстват сигурни, защото са лишени от основни нужди; те са особено склонни към злоупотреба с вещества по-късна възраст. Проучването установи, че всеки десети от участниците съобщава за физическо пренебрегване в детството от гледна точка на недостатъчна храна или физическа грижа поради злоупотреба с вещества на родителите (Таблица 6). Не се наблюдава разлика в разпространението по пол (2,2% мъже, 2,4% жени). В сравнение с Румъния

(Baban at al, 2013) и Македония (Raleva at al, 2013,) физическото пренебрегване в България е по-слабо разпространено и не беше намерена статистически значима връзка с рисково за здравето поведение.

Таблица 6. Преживяно насилие в семейството

Преживяно насилие	Често %	Рядко %	Веднъж %	Никога %	Без отговор %
Случвало ли се е родител или настойник да ви крещи или обижда? (5.1.)	<u>7,8</u>	22,5	7,5	56,9	5,3
Случвало ли се е родител или настойник да ви заплашва, че ще ви изхвърли от дома? (5.2.)	<u>2,2</u>	6,9	5,9	81,1	3,9
Случвало ли се е родител или настойник да ви удрял, ритал или пребивал? (5.3.)	<u>2,9</u>	<u>12,5</u>	11,1	67,8	5,7
Случвало ли се е да ви удря или порязва ваш родител или друг член на семейството с пръчка, нож и т.н.?(5.4.)	<u>1,2</u>	<u>2,4</u>	3,4	89,5	3,6
Случвало ли ви се е някой да ви гали по сексуални начин без да сте искали това? (5.5.)	<u>0,5</u>	<u>2,0</u>	<u>5,9</u>	86,8	4,7
Случвало ли ви се е някой да иска да докосвате тялото му по сексуални начин без да сте искали това? (5.6.)	<u>0,5</u>	<u>2,2</u>	<u>1,5</u>	91,8	3,9
Случвало ли ви се е някой да е правил опит за орален, анален или вагинален полов акт, без да сте искали това? (5.7.)	<u>0,2</u>	<u>1,2</u>	<u>2,7</u>	92,7	3,2
Случвало ли ви се е някой да е правил орален, анален или вагинален полов акт, без да сте искали това? (5.7.)	<u>0,2</u>	0	<u>1,9</u>	95,4	2,5



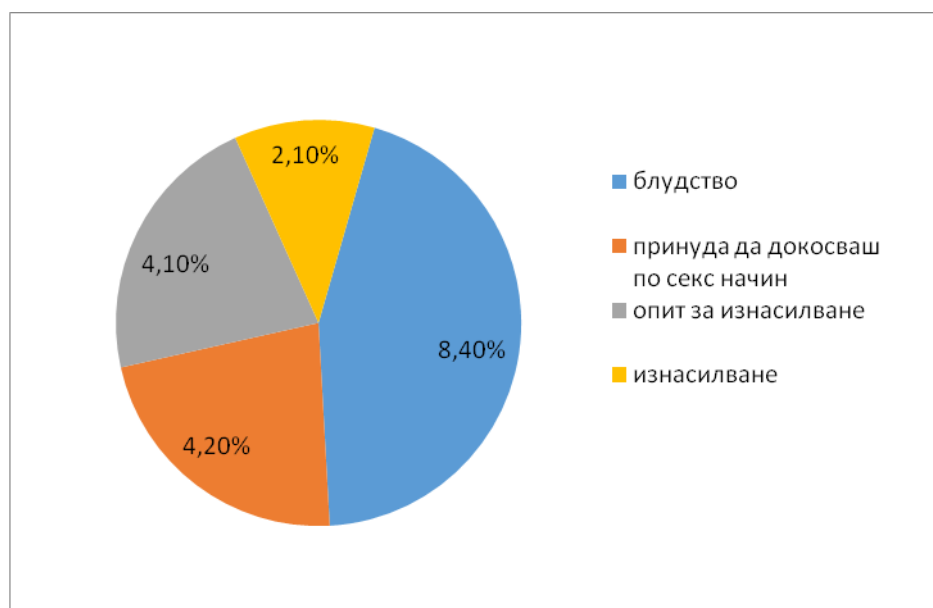
Фигура 1. Разпределение на преживяното насилие и пренебрегване в семейството

Сексуално насилие

Всеки десети респондент е бил жертва на сексуално насилие, като най-честата форма на сексуално насилие е блудството 8,4%, а 2,1% съобщават, че са били изнасилени във възрастта преди 180-ата си година (Фигура 2). Изнасилването (спрямо блудството), познаването на насилника (спрямо непознат) и хроничността на насилието (спрямо еднократен инцидент) повишават значително риска от депресия, тревожни разстройства и злоупотребата с психоактивни вещества. В подкрепа на тези данни е и епидемиологичното проучване WMH Survey (Bruffaerts, R. et al, 2010). Резултатите показват, че историята на физическо и сексуално насилие увеличава три пъти риска от суицидни мисли и суицидни опити в хода на живота. Рискът от самоубийство и депресия при преживелите сексуално насилие е най-висок по време на юношеството.

В това проучване на НПД за България 11,3% от респондентите съобщават, че са преживели поне един вид сексуално насилие по време на живота си, като мъжете съобщават по-често от жените за сексуално насилие (12,5% спрямо 11,1%). Това

разпространение е подобно на разпространението в Румъния (Baban at al, 2013) и Македония (Raleva at al, 2013) 8,5%, и почти два пъти по-високо от Сърбия (Paunovic at al, 2015) и Албания (Qirjako at al, 2013). Проучване на BECAN в девет страни от балканския регион показва разпространение на сексуалното насилие в България 8,58% (Nikolaidis at al, 2018). В нашето проучване беше намерена връзка между сексуалното насилие и риска за ранна сексуална активност (OR =2,6 [1,2-5,5]), както и вероятността за множество сексуални партньори (OR =2,7 [1,4-5,0]).



Фигура 2. Разпределение на сексуалното насилие по вид

Първичната превенция на насилието е задача на общественото здраве и включва на първо място разработване на ефективни правителствени мерки и политики за превенция на насилието и пренебрегването на деца, адекватно законодателство, нормативни актове и др., третиращи проблема за насилието и подобряване условията на живот.

Образование на обществото – програми за промоция на здраве, програми за родители, предбрачни и брачни консултативни центрове, сексуално възпитание на деца и юноши, обучение по правата на децата. Според конвенцията за защита на децата всяко дете има право да расте в семейство, най-вече в биологично

семейство. Това право е свързано с общата екзистенциална нужда на детето от топлина, привързаност и сигурност, които то може да получи от своите родители. От изключителна важност е определяне профил на нуждите, свързани с развитието на детето, където родителите имат изключително важна роля и отговорност (Keller-Hamela, Szulik & Zmarzlik, 2001). Обхватът на нуждите на детето, свързани с неговото развитие – нуждата от добри родители и място в обществото, където могат да работят, да се чувстват приети и уважавани/защитени, зачитащи себе си и имащи достъп до образование, материален комфорт и свобода.

Изключително важно е и значението на училищата, които все повече се превръщат в мястото, където децата се подготвят за живот в обществото. Новата роля на училището като място за укрепване на здравето изисква формиране на добри здравни навици, както и добри жизнени навици. Това означава въвеждане на програми за работа с децата, които да развиват способности за вземане на правилни решения, качествено общуване, разбиране на своите и чуждите емоции, преодоляване на стресови ситуации и конфликти. Особено актуални са програми за деца, които включват такива елементи като правото на детето да каже „не”, законност на неприкосновеността на тялото и разпознаване признаците на опасност. Такива програми могат да бъдат приспособени към конкретни групи от обществото и конкретни възрастови групи.

Мерките в рамките на вторичната профилактика са свързани с ранна диагностика, своевременно лечение и прилагане на кризисни интервенции. Основната цел е да се съкрати продължителността на първичния проблем и да се интервенира преди да настъпи влошаване.

Фокусът на тези интервенции трябва да бъде както върху детето, така и върху семейството. Рискови групи родители, които не могат да се справят с родителските функции, и семейства с повишен риск се нуждаят от програми за оказване на помощ и подкрепа и обезпечаване с адекватни услуги, основани на

оценка на потребностите. Това може да са услуги по водене на домакинство, патронаж, осигуряване постъпване в детски заведения и училище, финансова подкрепа. За да бъдат ефективни, тези услуги трябва да са перманентни, а не еднократни. В случаите на неизбежна опасност за детето обикновено се прибегва до силата на закона (ISPCAN.www.ispcan.org, Sajkowska & Szymanczak, 2001). Общността притежава ресурсите на други възрастни, които биха могли да поемат грижата за децата в риск от техните травмиращи родители.

На ниво индивид важна задача е да се развият близки доверителни взаимоотношения с детето в риск, при което трудните спомени и екстремни чувства от миналото могат да бъдат обяснени и интегрирани. Да се развият нови вътрешни репрезентации и идентичност, която да му помогне да се чувства сигурно и имащо контрол над различните житейски ситуации. Индивидуалното лечение може да се фокусира върху тези повече лични преживявания, свързани с трудни емоции, както и неосъзнати чувства, фантазии и спомени.

Третичната превенция е насочена към рехабилитация на преживелите насилие и реинтегрирането им в общността. Мерките трябва да са насочени както към детето и неговото семейство, така към извършителя на деянието.

Оценката на риска от повторно насилие е ключов инструмент за специалистите и службите, включени в третичната профилактика на насилието над деца (Stancheva-Popkostadinova, Tocheva & Kajnakchieva, 2002). Оценяват се различни групи фактори, свързани с характеристиките на детето, на полагащия грижи, оценка на факторите на средата, типът насилие, характеристики на насилника, характеристики на семейството/дома, характеристики на взаимоотношенията родител-дете, сериозността и/или честотата на насилието, близостта между миналия епизод на насилие и оценката/изследването на детето, характеристики на уврежданията: вид и локализация, поведението на детето, психичното здраве на детето и когнитивният му статус.

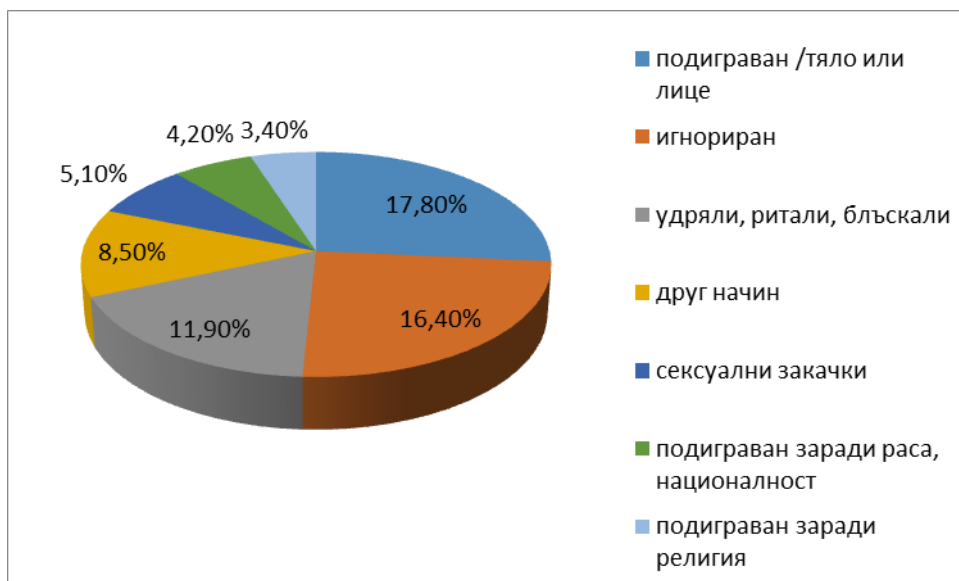
3.5. Насилие от връстници

„Тормоз в училище“ също се определя като причина за неблагоприятно преживяване. Всеки трети (34,6%) студент от изследването е бил тормозен в училище, като 34,5% поне веднъж са били обект на тормоз, а 38,7% поне веднъж са участвали в сбиване в училище (Таблица 7). Наблюдава се сигнификантна разлика по пол: мъжете съобщават значително по-често за тормоз от жените (46,1% срещу 32,5%).

Таблица 7. Насилие от връстници

Въпрос от ACE-IQ	Много пъти %	Няколко пъти %	Веднъж %	Никога %	Без отговор%
Колко пъти сте били обект на тормоз? (6.1.)	<u>7,1</u>	<u>20,1</u>	7,3	62,5	3,0
Колко често сте участвали в сбиване? (6.4.)	<u>4,1</u>	<u>20,7</u>	13,8	58,1	3,2

Респондентите съобщават, че най-често са били подигравани за това как изглеждат тялото или лицето им, или са били игнорирани, на трето място е физическият тормоз (удряне, ритане, блъскане). За сравнение, в Сърбия (Raunovic et al, 2015) обиди и подигравки също са най-често срещаната форма на тормоз. За насилие от връстници съобщават 18,4% от респондентите (43,5% от участниците съобщават, че са участвали в училищен бой), като сигнификантната разлика между половете се запазва по-висока при мъжете (21,4% срещу 16,7%). Разпределението на изследваните видове тормоз в училище в България е представено на Фигура 3.



Фигура 3. Разпределение на тормоза в училище по видове

Разработването на превантивни политики, планове и програми на ниво общност, които да подпомагат разбирането и прилагането на нови начини за справяне с небалансираната сила, авторитарността и разрешаването на конфликтни ситуации без насилие, може да се ограничи насилието в училище. В същото време училището може да предложи грижа чрез по-директен начин – предоставяне време учителите да развият индивидуални взаимоотношения с деца под стрес.

3.6. Свидетели на насилие в общността

Да бъдеш жертва на насилие е травматично събитие, но да си свидетел на насилие също може да травмира. Децата могат да бъдат изложени на насилие, както в семейството, така и в общността в която живеят. Прави впечатление високият процент на респонденти, които съобщават, че поне веднъж в живота си са били свидетели на насилие в общността 39,1%, като от тях 30% повече от веднъж (Таблица 8).

Таблица 8. Свидетел на насилие в общността

Въпрос от ACE-IQ	Много пъти %	Няколко пъти %	Веднъж %	Никога %	Без отговор %
Свидетели ли сте до 18 год., как някой е пребиван? (7.1.)	<u>5,5</u>	<u>21,2</u>	17,9	52,2	3,17
Свидетели ли сте до 18 год., как някой е промушван или прострелян? (7.2.)	<u>0,2</u>	<u>1,2</u>	6,0	87,7	1,5

Констатациите на различни изследвания показват, че шансовете на респондентите да бъдат свидетели на насилие в общността, да бъдат тормозени, да участват в училищен бой се увеличава с излагане на много НПД (Baban at al, 201, Raunovic at al, 2015). За българското изследване шансът да бъдат тормозени в училище се увеличава с почти десет пъти (OR =9,9 [4,3-22,7]) при респондентите, преживели ≥ 4 НПД, в сравнение с групата на тези, преживели по-малко от 4 НПД, а шансовете да станат свидетели на насилие в общността се увеличават близо шест пъти при ≥ 4 НПД (OR =5,6 [2,5-13,1]) .

3.7. *Колективно насилие / Война*

Участниците в проучването не са живели в условия на война. Отговорилите положително (0,5% и 2,5%) на последните два въпроса от секция „Колективно насилие“ са били свидетели на насилие в общността от полицаи (Таблица 9).

Таблица 9. Преживяно колективно насилие

Въпрос от ACE-IQ	Много пъти %	Няколко пъти %	Веднъж %	Никога %	Без отговор %
Налагало ли ви се е да живеете на друга място заради война и др.? (8.1.)	0	1,2	1,4	94,5	2,9
Преживявали ли сте унищожаване на дома? (8.2.)	0	0,2	0,9	96,5	2,4
Били ли са ви войници, полицаи или бандити? (8.3.)	0,3	<u>0,5</u>	1,6	95,5	2,1
Случвало ли се е ваш приятел или член на семейството ви да е убит или пребиван? (8.4.)	0,5	<u>2,5</u>	5,2	87,2	4,5

3.8. Разпределение на НПД по категории и по пол – двоична версия (ДВ)

Най-разпространено НПД сред респондентите е „свидетел на насилие в семейството“ – 46,6% (48,4% мъже, 46,3% жени), „следвано от свидетел на насилие в общността“ 46% (59,1% мъже, 32,6% жени), „емоционално насилие“ – 40,9% (47,8% мъже, 39,6% жени), „тормоз в училище“ – 34,5% (46,1% мъже, 32,5% жени), „емоционално пренебрегване“ – 28,6% (37,6% мъже, 26,4% жени), „физическо насилие“ – 28,0% (38,0% мъже, 26,0% жени), „сексуално насилие“ – 11,3% (12,5% мъже, 11,1% жени). Данните да са представени на Фигура 4 и Таблица 10.



Фигура 4. Разпределение на НПД в изследваната група (ДВ)

Таблица 10. Разпределение на НПД по пол – двоична версия

ВИД НПД	ПОЛ		Общо
	Мъже	Жени	
Физическо насилие	38,0	26,0	28,0
Емоционално насилие	47,8	39,6	<u>40,9</u>
Сексуално насилие	12,5	11,1	11,3
Родител с алкохолна зависимост	16,1	7,7	9,0
Член на сем в затвор	4,3	3,2	3,3
Член на сем с психична болест	11,8	6,7	7,5
Свидетел на насилие в семейството	48,4	46,3	<u>46,6</u>
Един или без родители	26,4	33,5	32,4
Емоционално пренебрегване	37,6	26,4	28,6
Физическо пренебрегване	2,2	2,4	9,3
Тормоз в училище	46,1	32,5	<u>34,6</u>
Свидетел на насилие в общността	59,1	32,6	<u>46</u>
Колективно насилие	25,3	9,4	11,9

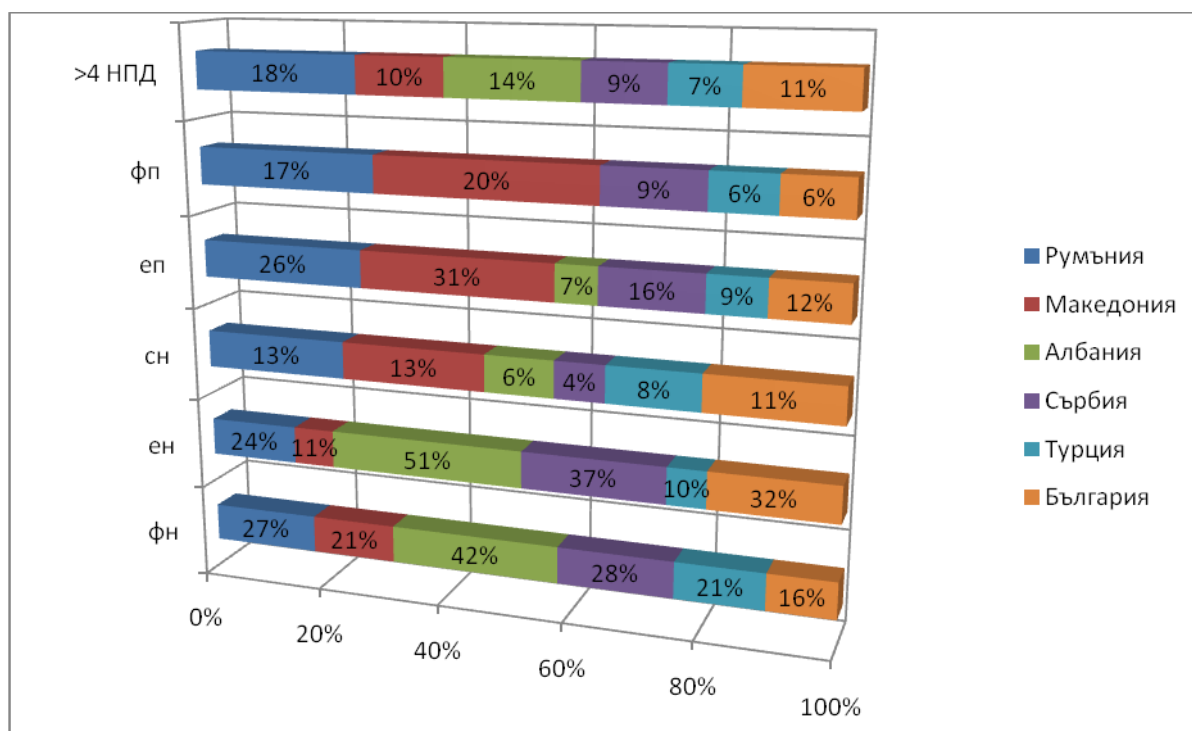
Прави впечатление, че честотата на разпространение за някои от изследваните НПД значително са понижава при изчисление на ЧВ на НПД резултата, това е така, защото при нея се отчитат като преживяно неблагоприятно само събития, които са се случвали много пъти или често. Например при ЧВ разпространението на физическото насилие от 28% при ДВ пада до 16,2% при ЧВ, Емоционалното насилие от 40,9% пада на 32,3%, насилие в семейството- от 44,6% пада до 34,6%, физическото пренебрегване спада от 9,3% до 6,3%, тормоза в училище от 34,6% намалява до 27,3%, а разпространението на свидетел на насилие в общността спада от 46% до 27,1% (Таблица 11) .

Таблица 11. Разпределение на НПД по пол – честотна версия

ВИД НПД	ПОЛ		Общо
	Мъже	Жени	
Физическо насилие	25	14	16,2
Емоционално насилие	38,9	31	<u>32,3</u>
Сексуално насилие	12,5	11,1	11,3
Родител с алкохолна зависимост	16,1	7,7	9,0
Член на сем в затвор	4,3	3,2	3,3
Член на сем с психична болест	11,8	6,7	7,5
Свидетел на насилие в семейството	61,3	33,8	<u>34,6</u>
Един или без родители	26,4	33,5	32,4
Емоционално пренебрегване	13,6	10,2	11,5
Физическо пренебрегване	6,7	6,2	6,3
Тормоз в училище	41,6	24,2	<u>27,3</u>
Свидетел на насилие в общността	43,2	24,2	<u>27,1</u>
Колективно насилие	14	3,4	5

На Фигура 5. са представени сравнителни данни за разпространението на най-честите конвенционални НПД в България (данните са според честотната версия на изчисление на резултатите) и другите страни от балканския регион на Европа. Най-често се срещат емоционалното от 51% в Албания до 11% в Македония, в България – 32% и физическото насилие от 42% в Албания до 21% в Македония и Турция, за България 27%. Емоционалното пренебрегване е най-широко разпространено в Македония- 31%, следва Румъния с 26%, а най-малко е

отчетено в Албания – 7%, за България е 11,5%. Сексуалното насилие е най-разпространено в Румъния и Македония – 13%, а най-ниско в Сърбия 4%, за България 11%. Физическата липса на грижи най-рядко се среща в България и Турция по 6%, а най-често в Македония – 20%. Натрупването на 4 и повече от четири НПД също е широко разпространено от 18% за Румъния до 7% за Турция. За България 11% от респондентите са преживели ≥ 4 НПД.



Фигура 5. Разпространение на видовете насилие в страните от балканския регион

3.9. Фактори на риска за здравето

Тютюнопушене

Пушенето е един от най-важните рискови фактори, свързани с заболяемостта и смъртността. То е една от най-големите заплахи за общественото здраве, като убива почти 6 милиона души всяка година. Пушенето значително увеличава риска от смърт от белодробни и други ракови заболявания, ССЗ, инсулт, хронични респираторни заболявания (ХРЗ) и други състояния. В световен мащаб употребата на тютюн причинява около 71% от рака на белия дроб, 42% от ХРЗ и почти 10% от ССЗ (WHO, 2015). Хората, които започват да пушат в

юношеството, е по-вероятно да продължат да пушат като възрастни и да имат по-лош здравен статус (Case, 2007).

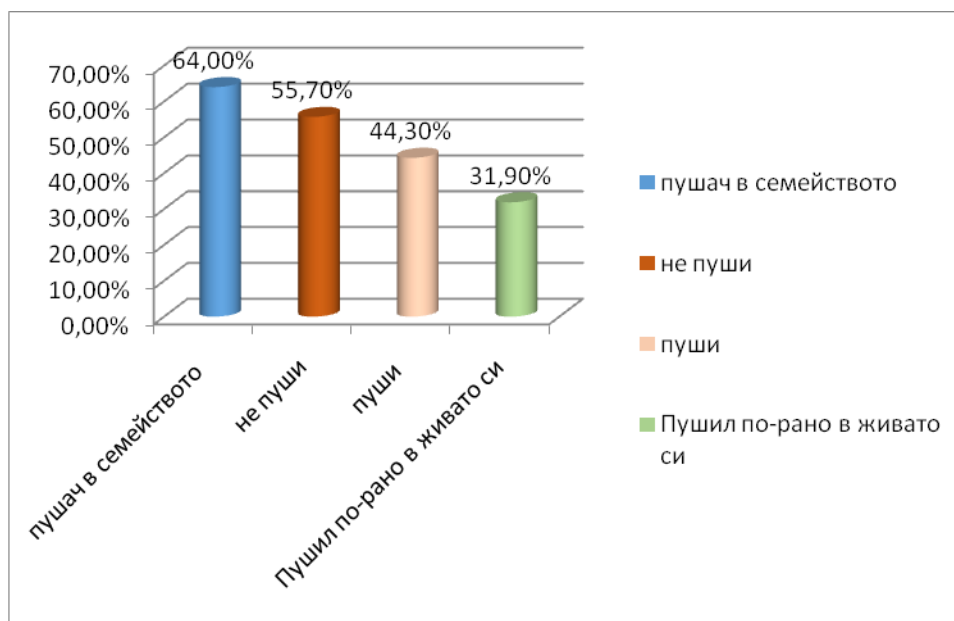
Според Националното проучване на ФРЗ в РБългария – 2014 (Рангелова, Дулева, Петрова, Димитров, 2016) в групата от 10–19 г. повече от 30,0% от респондентите са правили опит да пушат цигари, като делът на момичетата е по-висок, над 40,0% от учениците са запалили първата си цигара на 14–15 години, а малко повече от половината (58,4%) са интензивни пушачи (по-често момичетата). Над 70,0% от анкетираните живеят с поне един родител пушач. Всеки четвърти е бил подложен на пасивно тютюнопушене в дома всеки ден. Независимо от редицата благоприятни законодателни промени, получените данни са неоспоримо доказателство за това, че детското пушене продължава да бъде сериозен проблем на общественото здравеопазване.

В това проучване най-ниската възраст на пропушване е 12 г. (2%), 1 респондент е заявил, че е пропушил на 7 години, а най-високата – 27 г. (0,4%). Най-често в 18,6% от случаите участниците в изследването са пропушили на 17 г. 28,9% от участниците са пропушили във възрастта от 12 до 15 години (Таблица 12).

Таблица 12. Разпространение на тютюнопушенето

Употреба на тютюневи изделия	Мъже		Жени		Общо	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Пушачи	37	43	206	44,6	243	44,3
Отказали цигарите	22	37,3	91	30,8	113	31,9
10-25 цигари дневно	20	55,7	138	65	162	64,3
Възраст на пропушване 12-15г	7	18,5	66	30,7	73	29,3
Пушач в семейството	51	57,3	163	34,8	375	64,0

Прави впечатление, че почти половината (44,3%) от анкетираните студенти употребяват тютюневи изделия, а 16,7% от тях са интензивни пушачи (пушат по 15 цигари средно дневно), 28% от тях пушат по 10 цигари. Две трети (64%) от анкетираните живеят в семейства, в които има пушач. Пушили, но отказали цигарите, са 31,9% (Фигура 6).



Фигура 6. Разпространение на тютюнопушене

Навици на хранене и затлъстяване

Навиците на хранене (висока консумация на въглехидрати, животински мазнини и сол), липсата на физическата активност и затлъстяването са рискови фактори за редица СЗБ, като хипертония, диабет, онкологични заболявания, ССЗ, заболявания на опорно-двигателната система и други.

Някои проучвания изследват връзката на НПД със затлъстяването (Williamson at al, 2002). Злоупотребата в детството се свързва със затлъстяване в по-късна възраст. Физическото насилие и вербалната злоупотреба са най-силно свързани с телесното тегло и затлъстяването, като физическото насилие повишава един път и половина риска за ИТМ ≥ 30 , а емоционалното насилие повишава риска от затлъстяване почти два пъти. Рискът от затлъстяване нараства с броя и тежестта на всеки вид злоупотреба. Предотвратяването на злоупотребата с деца може умерено да намали затлъстяването при възрастни, а идентифицирането на механизмите, довели до поддържането на затлъстяване в зряла възраст, може да е от полза за лечението на възрастните с наднормено тегло, които са били малтретирани като деца.

Затлъстяването е сериозен проблем и за българската популация (Рангелова, Дулева, Петрова, Димитров, 2016) . Наднормено тегло имат 58,3% (свръхтегло + затлъстяване) от изследваните лица (19–75+ г.), а само 33,3% оценяват теглото си като наднормено, което означава, че наднорменото тегло се подценява като рисков фактор за здравето от изследваните лица. Процентът на децата на 10–14 години, спазващи диета (15,9%), е почти два пъти по-нисък от тези, спазващи на 15–19 години (25,8%), като тази тенденция се наблюдава както при момчетата, така и при момичетата.

В това проучване почти всеки десети респондент заявява, че има наднормено тегло. Затлъстяване (ИТМ ≥ 30) имат 4,7% от изследваните. Препоръка от лекар през последните 12 месеца да спазват режим на хранене по здравословни причини е направена при 37,9%, а 36,9 % съблюдают някакъв режим на хранене, най-често за намаляване на теглото (Таблица 13). Данните показват, че живот в дисфункционална семейна среда (член на семейството с депресия или мисли за самоубийство) повишава риска от наднормено тегло (ИТМ ≥ 30) с четири пъти (OR=4[1,4-11,6]), но натрупването на ≥ 4 НПД не показва статистически значима зависимост.

Таблица 13. Навици на хранене

Какво е според Вас теглото ви? (2.5.)	Под нормата (%)	Нормално (%)	Наднормено (%)	Не знам (%)
	73,7	10,8	<u>7,0</u>	8,6
Получавал ли сте съвет да промените навиците си на хранене през последната година? (2.1.)	Не	Да (от лекар)	Да (от член на семейството)	
	62,1	37,9	7,1	

Разпространение на употребата на алкохол

Употребата на алкохол е законна и е част от традицията, обичаите и културата на много страни, включително и България. Алкохолът има многобройни вредни

ефекти върху здравето, особено на младите хора. Употребата на алкохол се свързва с повече от 200 заболявания, като алкохолна зависимост, цироза на черния дроб и рак. Последните изследвания показват причинно-следствена връзка между консумацията на алкохол и честотата на инфекциозни заболявания като туберкулоза и ХИВ (WHO, 2015). Злоупотребата с алкохол може да доведе до дисфункции в семейните взаимоотношения, насилие, самоубийствени действия, престъпления.

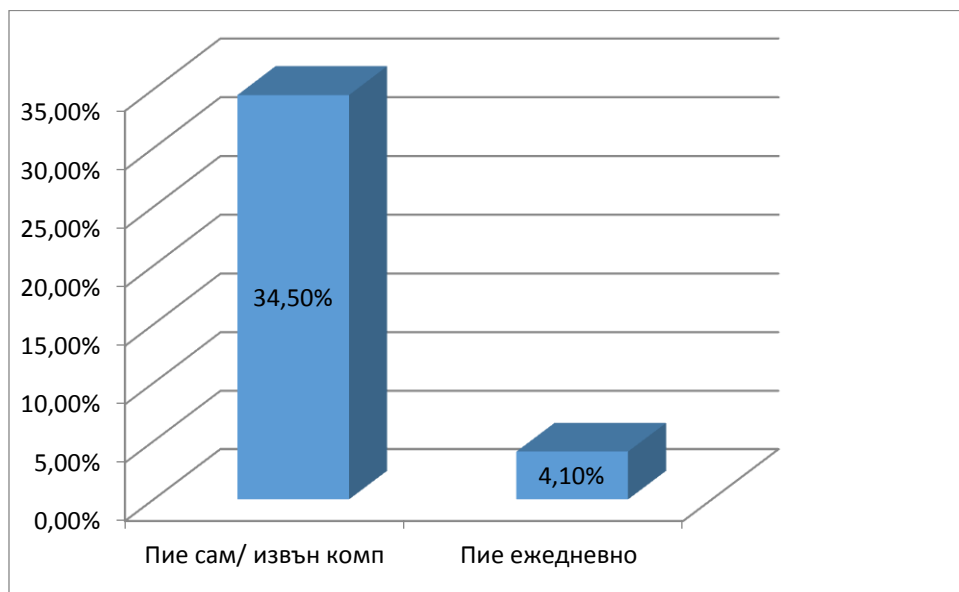
Според последното Национално проучване на ФРЗ в РБългария–2014 употребата на алкохол в страната е много висока – 65,7%. Редовно пият 25,4% от участниците в проучването. Много повече пият мъжете (40,8%), отколкото жените (10,9%). Всеки осми консумира концентрат ежедневно. Повече от половината (62,6%) от анкетираните на възраст 10–19 години са опитвали алкохол (бира, вино, концентрат и други, като средната начална възраст на алкохолна консумация е 13 години, а 1,4% от децата употребяват алкохол ежедневно. От 4 до 10 и повече пъти са злоупотребили с алкохол 8,3% от анкетираните, по-често във възрастта 15–19 години (Рангелова, Дулева, Петрова, Димитров, 2016).

Една трета от респондентите на настоящото проучване съобщават, че пият сами/извън компания, 53,5% предпочитат вино, 23,6% – концентрат, а 22,9% – бира. Всеки седми пие 6 или повече от 6 чаши алкохол наведнъж, поне веднъж месечно, а 7,5% – веднъж седмично (Таблица 14).

Таблица 14. Разпространение на употребата на алкохол

	Концентрат (%)		Вино (%)	Бира (%)	
	Имате ли предпочитана напитка?(3.1.)	23,6		53,5	22,9
Колко често пиете шест или повече чаши алкохол на един случай? (3.2.)	Никога (%)	< 1 път месечно (%)	1 път месечно (%)	1 път седмично (%)	Ежедневно (%)
	54,8	22,4	14,4	7,5	1,0

На Фигура 7 е представена вредната употреба на алкохол. Всеки трети студент заявява че пие сам, без компания, а 4,1% пият ежедневно.

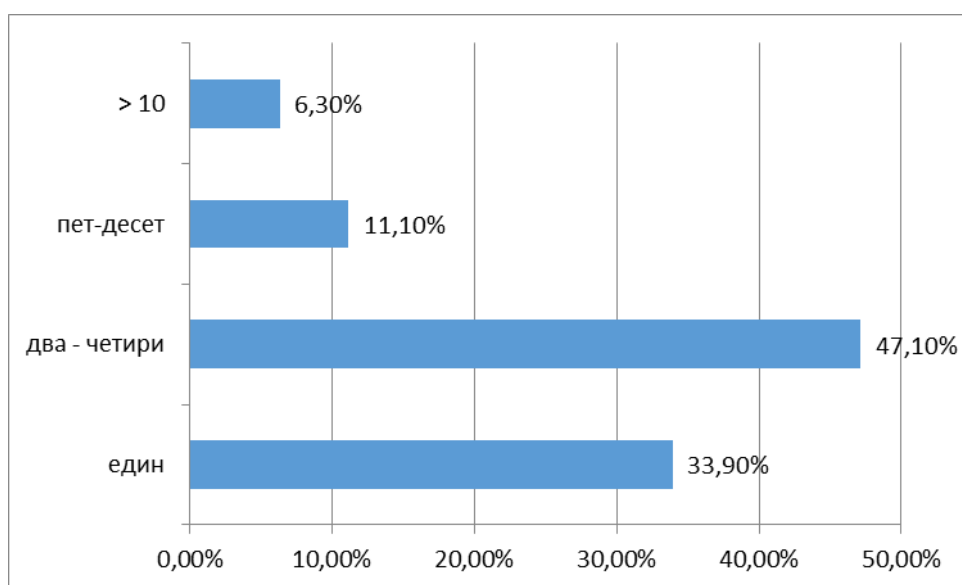


Фигура 7. Вредна употреба на алкохол

Сексуално поведение

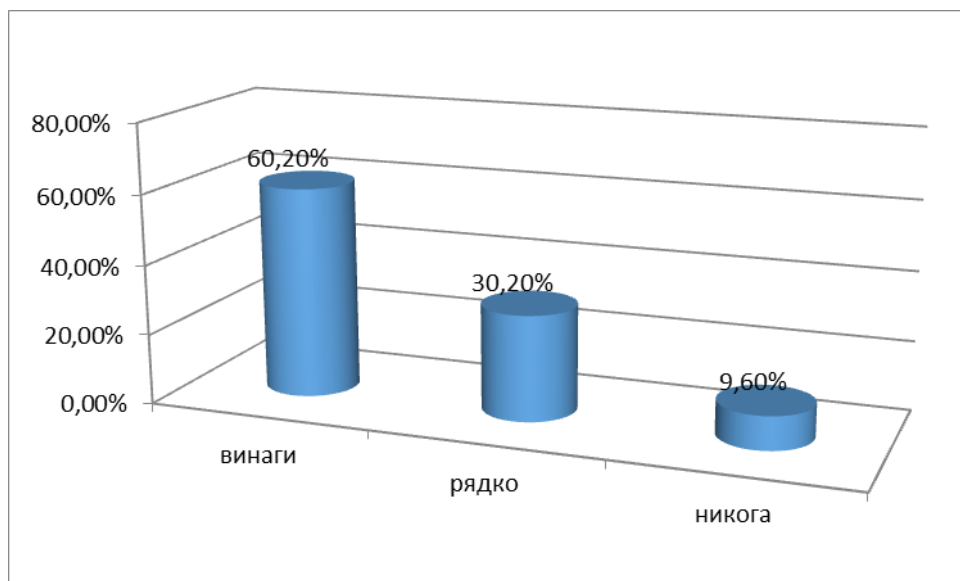
Рисковото сексуално поведение включва ранни сексуални връзки, множество сексуални партньори, които не използват надеждни методи за контрацепция и не използват кондоми като ефективна защита срещу полово предавани инфекции. Участието в подобни поведения значително увеличава шансовете за заразяване с ХИВ/СПИН (шестата причина за смъртта в света) и инфекции, които се дължат изцяло на небезопасен секс, като сифилис, гонорея и хламидии. Ракът на шийката на матката, една от водещите причини за смърт в целия свят (11% от смъртните случаи в световен мащаб), се дължи на сексуалното предаване на човешкия папиломен вирус. Използването на неефективни методи за контрацепция и практикуването на секс без предпазни средства увеличава риска от нежелана бременност и нейните последици, включително опасни аборти (WHO, 2015).

По-голямата част от респондентите (81,5%) съобщават, че са започнали полов живот във възрастта от 16 до 19 години. За ранно начало на сексуалния живот (12–15 год.) докладват 11,1% от изследваните. Близко една трета от респондентите (33,90%) посочват, че са имали само един сексуален партньор към момента на изследването, половината от изследваните са имали между двама и четирима сексуални партньори, а 17,4% са имали над 5 сексуални партньори. Броят на сексуалните партньори в изследваната извадка по групи е представен на Фигура 8.



Фигура 8. Брой на сексуалните партньори на респондентите от изследваната извадка.

Прави впечатление, че 9,6% от анкетираните никога не са ползвали предпазни средства (Фигура 9).

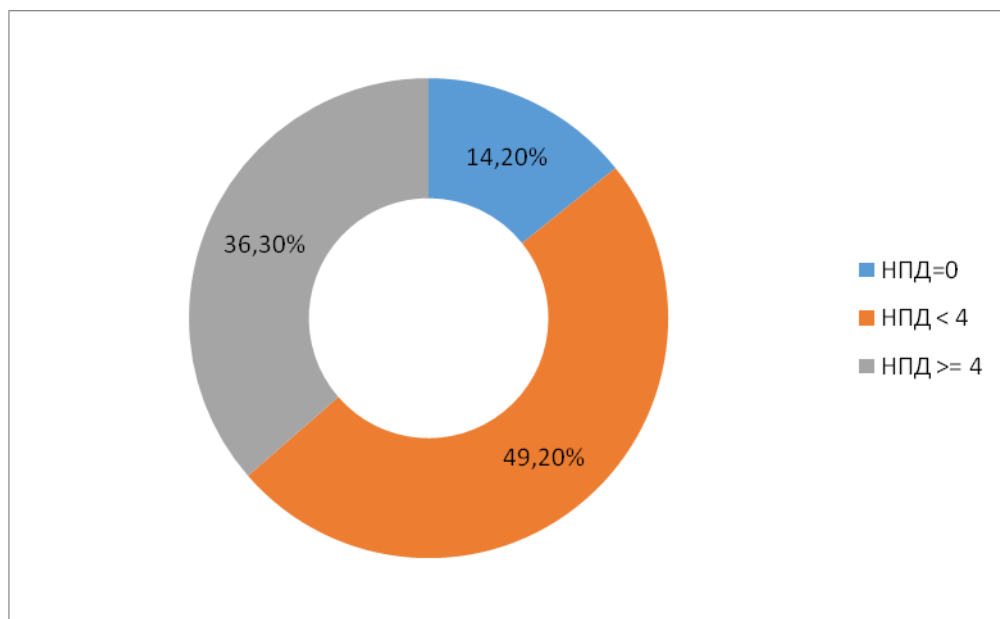


Фигура 9. Употреба на контрацептивни средства

3.10. Натрупване на НПД – двоична (ДВ) и честотна (ЧВ) версия на ичисляване на НПД резултата

Разпространение на натрупването на НПД (двоична версия – ДВ)

Нивото на разпространение на преживяни НПД според двоичната версия е много високо само 85 респонденти (14,2%), от 597 не са преживявали никакво НПД. Едно НПД са преживели 104 (17,4%), а 217 (36,3%) от изследваната група докладва за преживени ≥ 4 неблагоприятния в детството (Фигура 10).



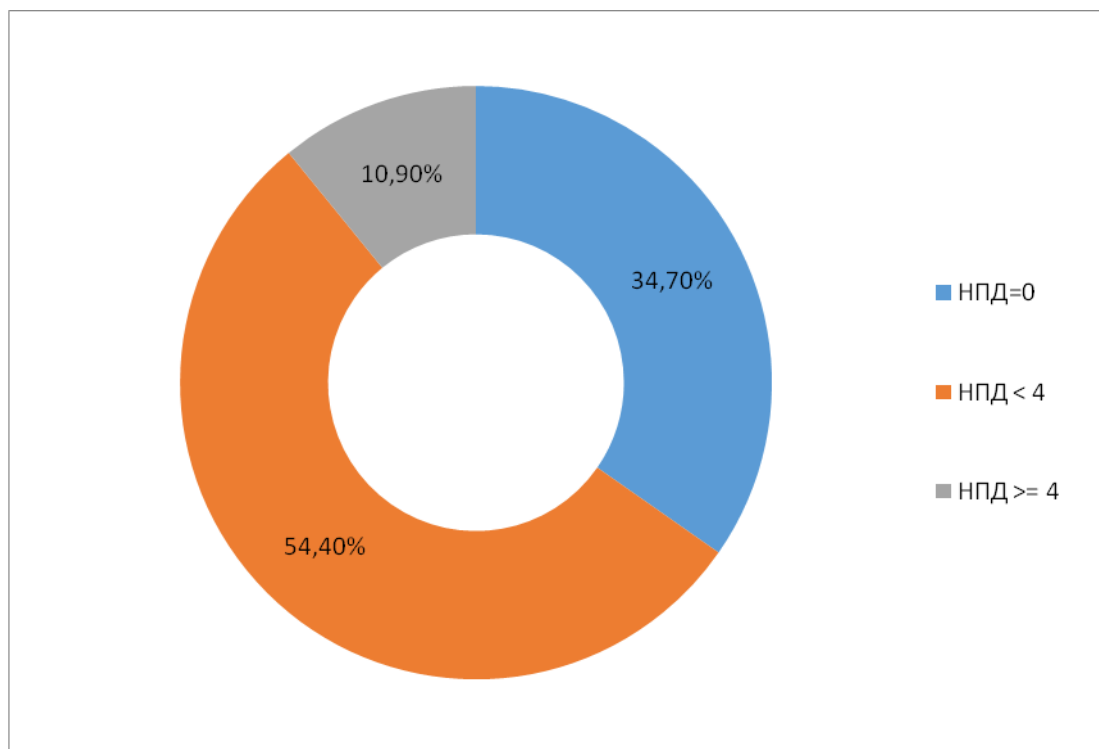
Фигура 10. Натрупване на НПД (двоична версия)

Разпространение на натрупването на НПД (честотна версия - ЧВ)

Нивото на разпространение на преживени НПД според честотната версия е както следва: 0 НПД – при 207 респонденти (34,7%), 1 НПД са преживели 182 (30,5%), а 65 (10,9%) от изследваната група докладва за преживени ≥ 4 неблагоприятния в детството (Фигура 11). Най-често респондентите са преживяли едновременно 2 НПД 30,5%, а на най-много едновременно преживени НПД, девет, е бил изложен един човек от всички изследвани (Таблица 15).

Таблица 15. Натрупване на НПД сред изследваната извадка

НПД	Пол				Общо	
	Мъже		Жени			
	N	%	N	%	N	%
0	23	25,0	184	36,4	207	34,7
1	27	29,3	155	30,7	182	30,5
2	18	19,6	77	15,2	95	15,9
3	7	7,6	41	8,1	48	8,0
4	8	8,7	21	4,2	29	4,9
5	1	1,1	7	1,4	8	1,3
6	4	4,3	9	1,9	13	2,2
7	2	2,2	7	1,4	9	1,5
8	1	1,1	4	0,8	5	0,8
9	1	1,1	0	0	1	0,2
Общо	92	100	505	100	597	100



Фигура 11. Натрупване на НПД (честотна версия)

3.11. Връзка между на неблагоприятните преживявания в детството и риск от поведение увреждащо здравето. Отражение на НПД резултата върху рисковото за здравето поведение

Резултатите показват, че респондентите, които са били изложени на *физическо насилие*, са два и половина пъти по-рискови да пропушат в ранна възраст (12–15) (OR =2,6 [1,4-4,6]), три пъти по-вероятно да бъдат включени в ранна сексуална активност – преди 15-ата си година (OR =3,2 [1,7- 5,9]) и да имат множество сексуални партньори (OR =2,3 [1,4-3,8]). Тези, които са преживели *емоционално насилие*, са имали по-висок риск да пропушат в ранна възраст (OR =2,7[1,5-4,7]), два пъти по-голям риск да бъдат включени в ранна сексуална активност (OR =2,3 [1,2-4,2]), два пъти по-голям риск да имат множество сексуални партньори (OR =2,0 [1,3-3,3]) и почти два пъти по-рискови да злоупотребяват с алкохол (OR =1,7 [1,1-2,6]). *Сексуалното насилие* увеличава риска за ранна сексуална активност (OR =2,6 [1,2-5,5]), вероятността за

множество сексуални партньори (OR =2,7 [1,4-5,0]) и риска от затлъстяване (OR =4,9 [1,3-18,6]). Живот в *дисфункционална семейна* среда значително увеличава риска за тютюнопушене, пропушване в ранна възраст, ранна сексуална активност, множество сексуални партньори и затлъстяване. *Емоционалното пренебрегване* значително увеличава риска от пропушване в ранна възраст (OR = 6,6 [2,9-2,7]), ранна инициация на сексуалния живот (OR = 4,7[2,1-10,4]) и множество сексуални партньори (OR = 5,1 [2,5-10,5]). Преживяното *насилие в общността* увеличава риска за тютюнопушене (OR =1,6 [1,1-2,3]), ранна сексуална активност (OR =2,6 [1,4-5,0]), множество сексуални партньори (OR =3,1[1,9-5,1]) и злоупотреба с алкохол (OR =1,6 [1,0-2,5]). *Колективното насилие* (насилие от полицаи), ранна сексуална активност (OR =2,4 [1,2-5,0]), множество сексуални партньори (OR =2,9 [1,6-5,2]) и злоупотреба с алкохол (OR =1,8[1,0-3,2]).

Прави впечатление, че се наблюдават някои разлики в резултатите между двоичната и честотната версия на изчисляването на НПД резултата. Например преживяното насилие в общността показва зависимост с тютюнопушенето само при двоичната версия. При колективното насилие рискът от ранна сексуална активност нараства значително от OR =2,4 при двоичната версия до OR =6,2, при честотната версия на изчисляването на НПД резултата (Таблица 16).

Таблица 16. Зависимост между НПД и рисковото за здравето поведение

НПД	Тютюнопушене N=327 (61,2 %)	Тютюнопушене (12-15) N=73 (28,7 %)	Ранен секс (12-15)N=47 (11,1 %)	Брой секс. парт. (>3) N=83 (19,2 %)	Употреба на ≥ 6 алк N=118 (22,6 %)	ИТМ**** ≥ 30 N=21 (4,7 %)
	OR[95%CI]	OR[95%CI]	OR[95%CI]	OR[95%CI]	OR[95%CI]	OR[95%CI]
Физическо насилие (ДВ)**	1,2 [0,8-1,8]	2,6* [1,4-4,6] P<0,003	3,2* [1,7-5,9] P = 0,000	2,3* [1,4-3,8] P<0,001	1,4 [0,9-2,1]	1,6 [0,7-4,0]
Физическо насилие (ЧВ)***	1,4 [0,8-2,2]	3,6* [1,8-7,2] P<0,001	3,7* [1,9-7,0] P=0,000	2,7* [1,6-4,7] P=0,000	1,5 [0,9-2,6]	1,2 [0,4-3,8]
Емоционално насилие (ДВ)	1,1 [0,8-1,6]	2,7* [1,5-4,7] P<0,001	2,3* [1,2-4,2] P<0,011	2,0* [1,3-3,3] P<0,004	1,7* [1,1-2,6]	0,9 [0,4-2,2]
Емоционално насилие (ЧВ)	1,2 [0,8-1,7]	2,3* [1,3-4,0] P<0,007	2,5* [1,3-4,6]	2,1* [1,3-3,5]	1,4 [0,9-2,1]	0,59 [0,3-2,2]

			P<0,005	P<0,003		
Сексуално насилие(ДВ)	1,7 [0,9-3,1]	1,9 [0,9-4,1]	2,6* [1,2-5,5] P<0,017	2,7* [1,4-5,0] P<0,004	1,1 [0,6-2,1]	2,3 [0,7-7,2]
Сексуално насилие (ЧВ)	1,9 [0,7-5,4]	2,6 [0,8-8,4]	1,6 [0,5-5,9]	3,6* [1,4-9,5] P<0,011	1,1 [0,4-3,0]	4,9* [1,3-18,6] P<0,040
Алкохолик в семейството	1,1 [0,6-2,1]	1,2 [0,5-2,8]	1,4 [0,5-3,4]	1,6 [0,8-3,7]	1,2 [0,6-2,5]	0,5 [0,1-3,7]
Затворник в семейството	3,5* [1,0-12,2] P<0,049	2,3[0,8-6,6]	2,6[0,8-8,3]	1,3 [0,4-4,1]	1,5 [0,6-4,0]	
Психична болест в семейството	1,3[0,6-2,6]	2,0[0,8-5,0]	1,3[0,5-3,6]	1,2[0,5-2,7]	0,8[0,3-1,8]	4,0* [1,4-11,6] P<0,002
Насилие в семейството (ДВ)	1,1[0,8-1,6]	1,7[1,0-3,0]	1,8 [1,0-3,2]	1,6[1,0-2,5]	1,0 [0,6-1,5]	1,3 [0,5-3,0]
Насилие в семейството (ЧВ)	1,2[0,9-1,8]	2,0* [1,1-3,4] P<0,021	2,2*[1,2-4,1] P<0,015	1,7*[1,0-2,7] P<0,043	1,0 [0,6-1,5]	1,2 [0,5-3,0]
Един/без родители	1,4 [1,0-2,0]	1,5 [0,9-2,7]	1,6 [0,8-3,0]	1,2 [0,7-2,0]	0,8 [0,5-1,3]	0,8[0,3-2,2]
Емоционално пренебрегване	1,5 [0,7-5,4]	6,6 * [2,9-2,7] P<0,0001	4,7* [2,1-10,4] P<0,0001	5,1* [2,5-10,5] P<0,0001	1,7 [0,9-,2]	2,0[0,5-7,3]
Физическо пренебрегване (ДВ)	1,3 [0,7-2,4]	1,7[0,8-4,5]	1,5[0,5-4,4]	1,5[0,7-3,2]	1,9[1,0-3,8]	0,6[0,08-4,5]
Физическо пренебрегване (ЧВ)	1,5[0,6-3,6]	1,3[0,6-2,8]	2,3[0,9-6,1]	1,5[0,6-3,7]	2,6[0,2-5,7]	0,8[0,1-6,0]
Тормоз в училище (ДВ)	0,9[0,6-1,3]	1,3[0,8-2,2]	1,0 [0,7-1,6]	1,0[0,6-1,7]	1,1[0,7-1,6]	0,7[0,3-1,8]
Тормоз в училище (ЧВ)	0,7[0,6-1,3]	1,5[0,8-2,8]	1,0 [0,5-2,0]	1,2[0,7-2,0]	1,0[0,7-1,6]	0,6[0,2-1,7]
Насилие в общността (ДВ)	1,6*[1,1-2,3] P<0,009	1,0 [0,6-1,7]	2,1*[1,1-4,0] P<0,026	2,1*[1,3-3,5] P<0,004	1,7*[1,1-2,6] P<0,019	0,7[0,3-1,7]
Насилие в общността (ЧВ)	1,4[0,9-2,1]	1,1 [0,6-2,0]	2,6*[1,4-5,0] P<0,004	3,1*[1,9-5,1] P= 0,000	1,6*[1,0-2,5] P<0,049	0,6[0,2-1,9]
Колективно насилие (ДВ)	1,1[0,6-1,8]	1,2[0,5-2,7]	2,4*[1,2-5,0] P<0,023	2,9*[1,6-5,2] P=0,000	1,8*[1,0-3,2] P<0,048	1,4[0,4-5,0]
Колективно насилие (ЧВ)	1,1[0,5-2,5]	2,6[0,9-7,7]	6,2*[2,6-14,6] P= 0,000	3,8*[1,7-8,4] P<0,002	2,2[1,0-5,0]	

*p<0,05, **ДВ - двоична версия, ***ЧВ - честотна версия, ****ИТМ - индекс телесна маса

Резултатите от различните проучвания показват, че рисковете за участие във всички разгледани здравословни поведения се увеличават, ако лицето е изложено на по-голям брой НПД дори и след като се контролира за страни и демографски ефекти (Bellis, 2014a).

В нашето проучване резултатите показват статистически значима връзка между самостоятелно докладваните рискове за здравето (като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и рисково сексуално поведение) и натрупването НПД (различни форми на насилие и пренебрегване и семейна дисфункция), което е в съответствие с други проучвания на НПД (Baban at al, 2013; Paunovic at al, 2015; Kachaeva at al, 2014; Velemínský at al, 2017; Qirjako at al, 2013; Raleva at al, 2013).

Таблица 17. Зависимост между рисково поведение и ≥ 4 НПД

Брой НПД	Тютюнопушене N=327 (61,2 %)	Тютюнопушене (12-15) N=73 (28,7 %)	Ранен секс (12-15)N=47 (11,1 %)	Брой секс. парт. (>3) N=83 (19,2 %)	Употреба на ≥ 6 алк N=118 (22,6 %)	ИТМ**** ≥ 30 N=21 (4,7 %)
	OR[95% CI]	OR[95% CI]	OR[95% CI]	OR[95% CI]	OR[95% CI]	OR[95% CI]
НПД <4 (ДВ)**	1,8* [1,2-3,4] P<0,012	2,0 [0,6-6,2]	1,0[0,3-4,0]	2,2 [0,8-6,6]	1,0 [0,5-2,1]	1,3[0,3-6,0]
НПД <4 (ЧВ)***	1,4 [1,0-2,1]	2,1* [1,1-4,3] P<0,025	2,0 [0,9-4,6]	1,7 [1,0-3,1]	1,3 [0,9-2,2]	1,0 [0,4-2,6]
НПД ≥ 4 (ДВ)	2,6* [1,5-4,6] P<0,001	4,6* [1,5-14,0] P<0,008	3,2 [0,9-11,1]	4,4* [1,5-13,0] P<0,006	1,8 [0,9-3,5]	1,7 [0,4-8,0]
НПД ≥ 4 (ЧВ)	1,2 [0,7-2,1]	3,8* [1,6-9,7] P<0,004	5,0* [2,0-13,1] P<0,001	3,4* [1,6-7,4] P<0,001	1,6[0,8-3,2]	2,0 [0,6-7,3]

*p<0,05, **ДВ - двоична версия, ***ЧВ - честотна версия, ****ИТМ - индекс телесна маса

При сравнение на групата с 0 НПД експозицията на <4 НПД увеличава рисковете за тютюнопушене с почти два пъти, а при четири или повече НПД рискът за тютюнопушене се увеличава с почти три пъти, като статистическа значимост показва само двоичната версия на изчисление на НПД резултата. Младите хора с четири и повече НПД имат почти четири пъти по-голям риск да пропушат рано, а ако са изложени на по-малко от 4 НПД, рискът пада до 2,1, като тук се наблюдава статистическа значимост само при двоичната версия на изчисление на НПД резултата. Респондентите с четири или повече НПД са пет пъти по-рискови от ранно започване на сексуалния живот (статистическа значимост при честотната версия на изчисление на НПД резултата) (Таблица 17).

ОСНОВНИ ИЗВОДИ

Проведеното проучване е ретроспективно срезово проучване на извадка от 600 студенти от помагачи професии и медицина от пет университета в България. Използван е международно утвърден инструмент на СЗО – Въпросник „Неблагоприятни преживявания в детството“ ACE-IQ и адаптирана за целите на проучването Анкетна карта за факторите на риска за здравето, за изследване на разпространението на 13 вида НПД през детството и влиянието на тези негативни преживявания върху здравословното поведение по-късно в живота.

В резултат на приложените статистически методи и направения анализ и оценка на получените от проучването резултати са формулирани следните изводи:

1. Насилието и пренебрегването са широко разпространени конвенционални НПД: емоционално насилие (40,9%), физическо насилие (28%), сексуалното насилие (11,3%), емоционално пренебрегване (28,6%) физическо пренебрегване (9,3%).
2. Момчетата по-често са преживявали всички видове насилие, а момичетата по-често съобщават за липса на физически грижи от страна на родителите.
3. Най-често срещаните видове дисфункция в семейството са домашно насилие (46,6%) и развод/раздяла на родителите (32,4%), последвани от злоупотреба с алкохол от страна на член на семейството (9%) и психично заболяване/депресия в семейството (7,5%).
4. От разширените НПД най-често се среща „свидетели на насилие в общността“. Почти половината от респондентите съобщават, че са виждали как някой е пребиван на улицата, по-често мъжете (59,1% срещу 32,6%). Всеки трети (34,6%) респондент съобщава, че е бил жертва на тормоз, а 38,7% поне веднъж са участвали в сбиване в училище. Отговорилите положително (0,5% и 2,5%) на последните два въпроса от секция „Колективно насилие“ са били свидетели на насилие в общността от полицаи или бандити.

5. Най-разпространените рискови за здравето фактори сред респондентите са тютюнопушенето и употребата на алкохол, последвани от множество сексуални партньори, ранна сексуална дейност и затлъстяване.
6. Увеличаване на риска от поведение, което уврежда здравето при излагане на ≥ 4 НПД. В сравнение с групата на тези, които имат 0 НПД, рискът от употреба на тютюн се увеличава почти три пъти, за ранно пропушване с почти четири пъти, а за ранна сексуална активност – пет пъти.
7. Респондентите, които са били изложени на физическо насилие, са два и половина пъти по-рискови да пропушат в ранна възраст преди 15 г., три пъти по-вероятно да бъдат включени в ранна сексуална активност и да имат множество сексуални партньори.
8. Преживяно емоционално насилие повишава риска от пропушване в ранна възраст почти три пъти, два пъти риска от ранна сексуална активност, два пъти риска от множество сексуални партньори и почти два пъти риска от злоупотреба с алкохол.
9. Сексуалното насилие увеличава риска за ранна сексуална активност почти три пъти и вероятността за множество сексуални партньори с 2,7 пъти, а риска от затлъстяване с почти пет пъти.
10. Живот в дисфункционална семейна среда значително увеличава риска за тютюнопушене, пропушване в ранна възраст, ранна сексуална активност, множество сексуални партньори и затлъстяване.
11. Емоционалното пренебрегване значително увеличава риска от пропушване в ранна възраст, ранна инициация на сексуалния живот и множество сексуални партньори.
12. Преживяното насилие в общността увеличава риска за тютюнопушене 1,6 пъти, за ранна сексуална активност почти три пъти, за множество сексуални партньори 3,1 пъти и за злоупотреба с алкохол един път и половина.
13. Колективното насилие (насилие от полицаи) увеличава риска за ранна сексуална активност 2,4 пъти за множество сексуални партньори почти три пъти и за злоупотреба с алкохол 1,8 пъти.

14. Наблюдават се известни разлики в резултатите между двоичната и честотната версия на изчисляването на НПД резултата. Например преживяното насилие в общността показва зависимост с тютюнопушенето само при двоичната версия, а сексуалното насилие показва зависимост със затлъстяването само при честотната версия. При колективното насилие рискът от ранна сексуална активност нараства значително от $OR = 2,4$ при двоичната версия до $OR = 6,2$ при честотната версия на изчисляването на резултата за НПД .

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите от проведеното проучване потвърдиха, че неблагоприятните преживявания в детството се свързват с рисково за здравето поведение в по-късна възраст, както и че преживяването на четири и повече НПД носи по-висок риск от изолираното единично преживяно неблагоприятно благополучие.

Установена бе зависимост между преживяното в детска възраст насилие и определени фактори на риска за здравето при възрастни индивиди.

Резултатите от проведеното проучване корелират с предходни изследвания в тази област в България, които показват, че различните форми на насилие и пренебрегване на деца са широко разпространени (Василев, Томов, 2010; Nikolaidis at al, 2018).

Доказана е връзка между НПД и рисково за здравето поведение, което съответства на резултатите от други проучванията на НПД в Европа (Baban at al, 2013; Raleva at al, 2013; Bellis et al, 2013; Qirjako at al, 2013; Ulukol at al, 2014; Kachaeva at al, 2014; Paunovic at al, 2015; Velemínský at al, 2017).

От гледна точка на общественото здраве НПД са широко разпространени, силно взаимосвързани и се предават между поколенията. Те имат ефект на кумулативен стрес (доза-отговор); влиянието им е биологично правдоподобно, засягат множество здравни сфери и области на социалните функции и са свързани с коморбидност. Много рискови фактори, които общественото здраве цели да предотврати или намали, като например тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и вещества, депресия, болести, предавани по полов път и други, се разглеждат като различни резултати или симптоми на общ набор от лежащи в основата детерминанти. Всъщност самите НПД са основният проблем и за да е наистина превантивен един подход нагоре по веригата, политиката и програмите за обществено здравеопазване и социално развитие трябва да бъдат изрично насочени към намаляване на НПД.

В нашето проучване не са изследвани здравните проблеми и дългосрочните последици от НПД, но има много достоверни данни, че вероятността човек да развие соматични болести и психични разстройства (като сърдечни заболявания, рак, депресия, ПТСР, ППЗ и други) се увеличава с натрупването на НПД (Kesler, 1995; Felitti et al, 1998; Whitfield, 1998; Green et al, 2010; McLaughlin et al, 2010). Една неблагоприятна експозиция почти удвоява риска от цялостно лошо здравословно състояние, а ≥ 4 НПД увеличават риска от заболяване, изискващо медицинско обслужване три пъти (Flaherty, 2006).

Срезовото проучване на извадката ограничава заключенията относно причинно-следствената връзка, които могат да бъдат по-добре изведени от надлъжни проучвания. Независимо от това резултатите от изследването са в съответствие с тези от други публикации в научната литература. В проучването участват по-голям брой жени, отколкото мъже. Тежестта на това ограничение е намалена чрез прилагането на статистически методи за сравняване на неравномерно разпределени извадки при обработката на данните. Изследваната извадка е селектирана изцяло от студенти, което означава, че резултатите не могат да бъдат обобщени за цялото население на страната. Независимо от това, резултатите корелират с други проучвания на НПД, проведени с различни инструменти и дизайн. Интересно е, че дори в тази група с относително по-добро образование и по-добър социално-икономически статус в сравнение с по-рискови групи на населението в България разпространението на НПД и поведение, вредно за здравето, е високо, което означава, че те може да са още по-високи в по-рисковите популации с по-ниска степен на образование и бедност.

Отчитаме, че заради типа на въпросника, който е самооценъчен, в някои случаи може да са давани социално приемливи отговори или в други чувствителни въпроси, например за сексуалното насилие, може да има недостатъчно отчитане.

Ретроспективният дизайн също може да бъде ограничение, тъй като отговорите за различни преживявания в детството могат да бъдат повлияни от дистанцията на времето. Въпреки това младата възраст на изследваните, близка до възрастта преди 18-ата година, намалява тази възможност.

ПРЕПОРЪКИ

Резултатите от това проучване потвърждават високото разпространение на НПД в България и връзката им с рисково за здравето поведение в по-късна възраст.

Основавайки се на Световния доклад за насилието и здравеопазването и Европейския доклад за предотвратяване на малтретиране на деца, СЗО въвежда мерки за опазване и подобряване на здравето и развитието сред децата и юношите в целия европейския регион, но може да се направи много повече, за да се насърчи по-доброто здраве и физическо състояние, както и по-голямата равнопоставеност. Освен подобряване на здравето, инвестирането в децата и юношите цели и икономически и социални ползи.

Политиката на СЗО за здраве и благополучие в Европа, Здраве 2020, определя основните стратегически насоки за развитие на здравната политика и отразява текущите познания за практиката, най-вече по отношение на възприемането на подход, базиран на жизнения цикъл, за преодоляване на неравенството и насърчаване на ефективно между секторно сътрудничество. В съответствие с разпоредбите на политиката в областта на здравеопазването 2020 г. и Стратегията за здравето на децата и юношите „Инвестирането в здравето на децата – добро здраве през целия живот”, този план за действие насърчава едновременно универсални и целеви мерки за подкрепа на равнище, както на общата популация, така и насочени,елективни подходи за групи с висок риск и по този начин се стреми към премахване на неравнопоставеността. Тя признава необходимостта от подход за интегриране на здравето във всички политики, така че здравните системи да играят координираща роля, която изисква силно стратегическо лидерство, което касае и нашата страна.

Общият план за действие на СЗО за превенция на насилието над деца приема следните подходи в съответствие с разпоредбите на политиката в областта на здравеопазването 2020 г. и Стратегията за здравето на децата и юношите:

- подход, който взема под внимание всички етапи от живота;
- подход, основан на доказателства;
- подход, обърнат към здравната система;
- подход, основан на партньорство и междусекторно сътрудничество;
- насърчаване на правата на детето в съответствие с Конвенцията на ООН за правата на детето.

Базирайки се на резултатите от проучването и този общ план за действие на СЗО за превенция на насилието, могат да бъдат направени следните препоръки към заинтересованите институции:

1. ***Разработване и прилагане на скринингови инструменти*** за неблагоприятни преживявания в детството. За целта може да бъде използван въпросникът „Неблагоприятни преживявания в детството“ (ACE-IQ).
2. ***Да се проведат повече проучвания*** в областта на НПД и техните въздействия върху здравето на човека в по-късна възраст.
3. ***Развиване на програми в областта на първичната превенция.***

Световният опит за превенция на насилието над деца е доказал ефективността на редица превантивни програми, които могат да бъдат прилагани с еднаква ефективност в различни държави. Основните подходи включват идентифициране и намаляване на рисковите фактори за насилие над деца. Родителските програми за обучение и домашните посещения са програми, които оказват подкрепа на родителите за промяна на нагласите към ненасилствено отглеждане и позитивно възпитание на децата.

4. ***Подобряване капацитета на здравната система за превенция на насилието над деца и рехабилитация на пострадалите.***

Периодът на ранното детство е свързан с относителна изолираност на детето в рамките на семейството и белезите на насилие над дете, извършено в семейството, са трудно забележими от външни хора. Личните лекари са специалистите, които имат връзка със семействата и децата, особено в периода

на ранното детство, и притежават необходимите компетенции за разпознаването на белезите на насилие. Спецификата на работата им дава възможност да наблюдават децата. Здравната система трябва да осигури надеждно идентифициране, регистриране, лечение, проследяване и рехабилитация на случаите на насилие и пренебрегване на деца в координация с други сектори. Екипите за първична помощ, здравни услуги в училище, услуги за психично здраве и педиатрите имат уникална възможност за проследяване и подкрепа на деца и семейства в риск и да осигуряват подкрепа на родителите за намаляване на риска от насилие.

5. Развиване на капацитета на здравната система и обмяна на добри практики

Превенцията на насилието и пренебрегването на деца трябва да бъде включена в учебните програми на здравните и социалните професионалисти, педагозите, психолозите, юристите и други.

6. Подобряване на събирането на данни за мониторинг и оценка

Политиките за превенция на местно, национално и регионално равнище трябва да се наблюдават и оценяват. Това е едно от малкото проучвания на НПД в България и е добре да се повтори в по-представителна извадка. Необходимо е да се насърчават стандартизираните подходи за рутинно събиране и споделяне на информация.

ПРИНОСИ

- 1.** Международния въпросник „Неблагоприятни преживявания в детството“ (ACE-IQ) е преведен, пилотиран и адаптиран за прилагане в български условия. Той може да се прилага за рутинно изследване на НПД в разнообразни извадки от българската популация.
- 2.** За първи път са публикувани репрезентативни данни за честотата и разпределението на тринадесет вида конвенционални и разширени НПД. Установени са статистически значими връзки между НПД и рисковото за здравето поведение в зряла възраст в зависимост от броя и типа неблагоприятията. Българските данни корелират в значителна степен с резултатите от проведените изследвания на НПД по оригиналната методика на CDC/ACE.
- 3.** За първи път в България се прави изследване на връзките между НПД и четири поведенчески рискови фактори: употреба на тютюневи изделия, употреба на алкохол, навици на хранене/затлъстяване и рисковото сексуално поведение.
- 4.** Резултатите от проучването и неговият дизайн са добра основа за продължаване и оптимизиране на проучванията за неблагоприятни преживявания в детството с и други категории респонденти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ на определящите фактори и теория на промяната свързани с насилието срещу деца в България.(2014), Детски фонд на ООН (УНИЦЕФ);
2. Грънчарова, Г., Велкова, А., Александрова, С.(2009) : „Социална медицина“, под ред. на Г. Грънчарова, Плевен, ИЦ на МУ-Плевен, трето преработено издание, 51-52 ;
3. Василев, С., Томов, Т. (2010): „Неблагополучия в детска възраст – разпространение, структура и тяхното значение в България“, Социална медицина, 18 (2-3);
4. Василев, С. (2012): „Ефекти на неблагоприятните събития в детството върху доживотния риск от възникване на чести психични разстройства в България”, Социална медицина, 20 (1);
5. Василев, С. (2012): „Влияние на неблагоприятни жизнени събития в детска възраст за възникване на чести психични разстройства при възрастни. Епидемиологично проучване“, Автореферат за присъждане на образователна и научна степен „доктор“, София, 3-9;
6. Закон за закрила на детето. (Обн., ДВ, бр.48 от 13.06.2000 г.);
7. Закон за лицата и семейството. (Обн., ДВ, бр.48 от 13.06.2000 г.);
8. Закон за защита от домашното насилие. (Обн., ДВ, бр.27 от 29.03.2005г доп. ДВ, бр. 50 от 03.07.2015 г.);
9. Закон за подпомагане и финансова компенсация на пострадали от престъпления. (Обн., ДВ, бр.105 от 22.12.2006 г. В сила от 01.01.2007 г.);
10. Институт по социални дейности и практики. (2011): „Превенция на телесното наказание за най-малките деца в България”, София, ИСДП, ISBN: 978-954-2956-05-1, 7-14;
11. Конституция на Република България, (Обн. ДВ, бр. 56 от 13.07.1991 г., в сила от 13.07.1991 г., изм. и доп., бр. 85 от 26.09.2003 г. изм. и доп., ДВ. бр.18 от 25.02.2005 г., бр. 27 от 31.03.2006 г., бр.78 от

- 26.09.2006 г. - Решение № 7 на Конституционния съд от 2006 г., бр. 12 от 6.02.2007 г., изм. и доп. ДВ, бр.100 от 18 Декември 2015г.);
12. Конвенция за правата на Детето, ООН. (1989) (Обн. ДВ, бр. 32 от 23.04.1991 г. В сила от 3.07.1991 г.);
13. Конвенция за престъпления в кибернетичното пространство, Комитет на министрите на Съвета на Европа (2001) (приет от 39-ото НС на 1.04.2005 г. ДВ, бр. 29 от 5.04.2005 г. Издадена от Министерството на правосъдието, обн., ДВ, бр.76 от 15.09.2006 г., в сила от 1.08.2005 г.);
14. Национална стратегия за детето (2008-2018) (приета с Протокол № 19.1 на Министерския съвет от 15 май 2008 г.);
15. Национална програма за превенция на насилието и злоупотребата с деца (2017-2020)(приета с Решение № 115 на Министерския съвет от 09.02.2017 г.);
16. Петров, Г., (2015): „Превенция на насилието срещу деца“, ЕКС-ПРЕС, Габрово, ISBN: 978-954-490-482-1, 310-328;
17. План за действие за изпълнението на програмата за периода 2017-2018 г., (приет с Решение № 409 на МС от 27 юли 2017 г.);
18. Правилник за приложение на Закона за закрила на детето, (2003)(Приет с ПМС № 153 от 14.07.2003 г., обн., ДВ, бр. 66 от 25.07.2003 г., в сила от 25.07.2003 г., изм. и доп., бр. 24 от 23.03.2004 г., в сила от 23.03.2004 г., доп., бр. 31 от 8.04. 2005 г., в сила от 8.04.2005 г., изм. и доп., бр. 93 от 17.11.2006 г.);
19. Рангелова, Л., Дулева, В., Петрова, Ст., Димитров, П. (2016): „Национално проучване на ФРЗ в Р България – 2014 II част Разпространение на факторите на риска за здравето сред население на 10-19 и над 20 години“, Българско списание за обществено здраве, София, 8 (4): 41-102;
20. Ситуационен анализ на предприетите действия срещу сексуалната експлоатация на деца в България. (2009), София, ЕКПАТ Bulgaria;

21. СЗО (1990): „Международна класификация на болестите – 10 ревизия”, СЗО - Женева 1990, Национален Център за Комплексно Изследване на Човека и неговия Мозък, София 1998;
22. Славчев, А. (2002): „Насилие, физическо малтретиране и сексуална злоупотреба с детето“, Дидакта Консулт, София;
23. Станчева-Попкостадинова, В. (2003) : „Превенция на насилие над деца - глобални перспективи“, Асклепий, 198-202;
24. Станчева-Попкостадинова, В. (2004): „Превенция на насилие над деца-мултидисциплинарна перспектива“, Благоевград;
25. Съвет на Европа, Договори — № 201(2007): “Конвенция на Съвета на Европа за закрила на децата срещу сексуална експлоатация и сексуално насилие”, Ланзароте, 25.X. 2007г.
26. С182 – Конвенция № 182 относно забраната и незабавни действия за ликвидирането на най-тежките форми на детския труд, (1999) (Ратифицирана със закон, приет от 38-о Народно събрание на 21.06.2000 г. - ДВ, бр. 54 от 4.07.2000 г. Издадена от Министерството на труда и социалната политика, обн., ДВ, бр. 68 от 3.08.2001 г., в сила от 28.07.2001 г.);
27. Фондация Асоциация „Анимус“ (2015): „Правни процедури за защита на жертви на трафик. Ръководство за адвокати“, Найс АН ЕООД, София, (2015):9-20, ISBN 978-619-90256-4-2;
28. Akiskal et al (1985): „Borderline: An Adjective in search of a noun”, The Journal of Clinical Psychiatry, (46): 41-48. ;
29. Alexandrowicz, D. & Alexandrowicz, M. (2011): „The Injured Self. The psychopathology and Psychotherapy of Developmental Deviations”, Karnac Books;
30. Almuneef, M., Qayad, M., Aleissa, M., & Albuhairan, F. (2014): „Adverse childhood experiences, chronic diseases, and risky health behaviors in Saudi Arabian adults: A pilot study”. Child Abuse & Neglect, 38(11): 1787–1793;

31. Alwan H, Viswanathan B, Paccaud F, Bovet P., (2011): „ Is accurate perception of body image associated with appropriate weight-control behavior among adolescents of the Seychelles“. *Journal of Obesity*,(2011):8, (article ID 817242);
32. Ainsworth, M. et al. (1978): „Patterns of Attachment“, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.;
33. 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“. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.;
34. Beardslee, W. R., Versage, E. M., & Gladstone, T. R. G. (1998): „Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years“, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, (37):1134-1141;
35. Bellis, M.A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K. & Harrison, D. (2013): “Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population”. *Journal of Public Health*, 36(1): 81-91;
36. Bellis, M.A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., Harrison, D. (2013): „The Emotional Impact of Violence on Children“.In: Ved Varna (Ed.). *Journal of Public Health*, 1–11;
37. Bellis, M.A., Hughes, K.A., Leckenby, N., Jones, L., Adriana, B., Kachaeva, M., Povilaitis, R., Pudule, I., Qirjako, G., Ulukol, B., Raleva, M. & Terzic, N. (2014a) : „Adverse childhood experiences and associations with health harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries“, *Bull World Health Organ*, (92):641–655B, (<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/9/13-129247.pdf>)
38. 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 behaviours in England“, *BMC Medicine*, 12:72;

39. Bibou-Nakou, I. (2004): „Helping teachers to help children living with a mentally ill parent”, *School Psychology International*, 25(1):42-58. ;
40. Brown, D.W., Riley, L., Butchart, A., Kann, L. (2008): „Bullying among youth from eight African countries and associations with adverse health behaviors”. *Pediatric Health* 2(3):289-299;
41. Brown, D.W., Riley, L., Butchart, A., Meddings, D.R., Kann, L., Harvey, A.P.(2009): „Exposure to physical and sexual violence and adverse health behaviors in African children: Results from the Global School-Based Student Health Survey”, *WHO Bulletin* (87):447-455,
(<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/07-047423.pdf>);
42. Brown, G. et al (1990): „Self-esteem and Depression”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,(25): 225-234. ;
43. Brown, J. et al. (1999): „Childhood Abuse and Neglect”, *Journal of American Academy of Child Psychiatry*,38 (12): 1490-1496.;
44. Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Vilagut, G. et al. (2008): „The relation between body mass index, mental health, and functional disability: a European population perspective”, *Canadian Journal of Psychiatry*, (53):679-688. ;
45. Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J.M., Chiu, W.T., Hwang, I., Karam, E.G., Kessler, R.C., Sampson, N.A., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Horiguchi, I., Hu, C., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Scott, K.M., Tsang, A., Vassilev, S.M., Williams, D.R., Nock, M.K. (2010): „Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour”, *The British Journal of Psychiatry*, (197):20–27;
46. Butchart, A. et al. (2006): „Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence”, Geneva, World Health Organization

47. Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012): “ A systematic review of risk factors for intimate partner violence”, *Partner Abuse*, 3(2): 231–280;
48. Caspi, A. et al. (2002): „Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children”, *Science* (297):851-854;
49. Caspi, A. et al. (2003): „Influence of life stress on depression”, *Science* (301): 386-389;
50. Case, M.E. (2007): „Abusive head injuries in infants and young children”. *Leg Med*(9):83–7;
51. McGee,C., Hughes, K., Quigg, Z., Bellis, M., Larkin,W. , Lowey,H. (2015): „A Scoping Study of the Implementation of Routine Enquiry about Childhood Adversity (REACH)”, Blackburn with Darwen; ISBN: 978-1-910725-04-7;
52. Chapman, D., Dube, S., Anda, R. (2007): „Adverse Childhood Events as Risk Factors for Negative Mental Health Outcomes”, *Psychiatric Annals* 37(5): 359-364;
53. Colman, R.A., Widom, C.S. (2004): „Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study”, *Child Abuse & Neglect* 28(11):1133–1151;
54. Commission on Social Determinants of Health (2010): „A conceptual framework for action on the social determinants of health”. Geneva: World Health Organization;
55. Currie, C., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselska, Z., & Wild, F. (2014): „Health behaviour in school-aged children protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2013/2014 survey”, St Andrews: HBSC;
56. Chen, Y. , Liu, X ., Huang, Y., Yu, H., Yuan, S.Y., Qing-xiao, Y., Qi-qiang, L .H., (2017): „Association between Child Abuse and Health Risk Behaviors among Chinese College Students“, *Journal of Child and Family Studies*, 26(5): 1380–1387;

57. Child poverty and well-being in the EU: current status and way forward/
Europ. Communities, Europ. Commis.- Luxembourg: Office for Offic.
Publ. of the Europ. Communities, 2008-246p Шифр НББ:
1И//265396К(039)
58. Cohen, P. Pine, S. Must, A., Kasen, S. Brook, J. (1998): „Prospective
Associations between Somatic Illness and Mental Illness from Childhood
to Adulthood”, *Am J Epidemiol*, (147):232-9;
59. Cohen, R. et al. (2006): „Early Life Stress and Adult Emotional
Experience: An International Perspective”, *International Journal of
Psychiatry in Medicine*, 36 (1): 35-52, Baywood Publishing Co, Inc.;
60. Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Chen, E., & Matthews, K. A. (2010) :
„Childhood socioeconomic status and adult health”, *Annals of the New
York Academy of Sciences*, (1186):37–55;
61. Colarusso, C. (2011): „The long Shadow of Sexual Abuse:
Developmental Effects Across the Life Cycle”, Lanham.;
62. Cronholm, P. F., Forke, C. M., Wade, R., Bair-Merritt, M. H., Davis, M.,
Harkins-Schwarz, M., Pachter, L. M., & Fein, J. A. (2015): „Adverse
childhood experiences: Expanding the concept of adversity”, *American
Journal of Preventive Medicine*, 49(3):354–361;
63. Dahlberg, L.L., Krug, E.G. (2002): “Violence; a global health problem.
In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R., editors. *World
report on violence and health*. Geneva: World Health Organization;
64. Daro, D., Donnelly, A. (2002): „Charting waves of prevention: two steps
forward, one step back”, *Child Abuse & Neglect*, (26): 731-742;
65. Deblinger, E., Lippman, J., & Steer, R. A. (1996): „Sexually abused children
suffering post traumatic stress symptoms: initial treatment outcome
findings”, *Child maltreatment*, (1): 310-321;
66. De Venter, M., Demyttenaere, K., Bruffaerts, R. (2013): „The relationship
between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A
systematic literature review”, *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 55 (4):259–68.;

67. Dube, S.R., Felitti, J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H. & Anda, R.F. (2003): „Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drugs use: the adverse childhood experiences study”, *Journal of Paediatrics*, (111):567-572.;
68. Dube, S. R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Edwards, V.J., Williamson, D.F.(2002): „Exposure to abuse, neglect and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children”, *Violence Vict*, 17(1):3–17.;
69. Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2004): „Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic”, *Child Abuse & Neglect*, 28(7):729–737.;
70. Dunne, M.P. et al. (2008): „The evolving evidence base for child protection in Chinese societies”, *AsiaPacificJournal of Public Health*, 20(4), 267-276.;
71. Edwards, V.J., et al. (2007): „It's OK to ask about past abuse”, *Am Psychol*. 2007 May-Jun; 62(4): 327-8; discussion 330-2;
72. Euser, S., Alink, L. R. A., Pannebakker, F., Vogels, T., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2013) : „The prevalence of child maltreatment in the Netherlands across a 5-year period”, *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 841–1851;
73. EC (2005): „Green paper: Improving the mental health of the population”, Brussels, EC - Health & Consumer Protection Directorate-General.
74. Felitti, V. & Anda, R. et al (1998): „Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study”, *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 14, Issue 4, May 1998, pp. 245-258;
75. Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2013): „Improving the adverse childhood experiences study scale“, *JAMA Pediatrics*, 167(1):70–75.

76. Finkelhor, D. (1994) : „The international epidemiology of child sexual abuse”, *Child Abuse & Neglect*, 18(5):409-417;
77. Flaherty, E.G. et al (2006): „Effects of early childhood adversity on child health”, *Arch Pediatr Adolesc Med*, (160):1232–38;
78. Fonagy, P., Target, M. (2007): „Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity”, *Int J Psychoanal*, (88):917–37;
79. Meincka, F., Cosmac, A. P. , Miktond, C., Babane, A. (2017): “ Psychometric properties of the Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form (ACE-ASF) among Romanian high school students”, *Child Abuse & Neglect*, 72 (2017):326–337;
80. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf, accessed 6 July, 2015).;
81. Goodman, M., Martinez, K., Keiser, P. H., Gitari, S., & Seidel, S. E. (2017): “Why do Kenyan children live on the streets? Evidence from a cross-section of semi-rural maternal caregivers”. *Child Abuse & Neglect*, (63):51–60;
82. Green, J., Berglund, P., Gruber, M., McLaughlin, K., Sampson, N., Zaslavsky, A., Kessler, R. (2010) : „Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) I: Associations with first onset of DSM-IV disorders”, *Archives of General Psychiatry*, (67): 113-123;
83. Hammen, C. et al. (2004): „Intergenerational transmission of depression: test of an interpersonal stress model in a community sample”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3) : 511-22.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
84. Hosmer, D.W., Lemeshow, S.(1989): „Applied Logistic Regression”, John Wiley & Sons, Inc., New York, 307 p.;
85. ISPCAN, www.ispcan.org
86. Kachaeva, M.A., Sethi, D., Badmaeva, V.D, Novozhilov, A.V., Ivanov, A.V. (2014): „Survey On The Prevalence Of Adverse Childhood

- Experiences Among Young People In The Russian Federation” , Report.
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;
87. Kazeem, O. T. (2015): „A validation of the adverse childhood experiences scale in Nigeria”, *Research on Humanities and Social Sciences*, 5(11):18–23;
 88. Kessler, R.C., McLaughlin, K .A., Green, J. G., Vassilev ,S.V. et al. (2010): „Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys”, *The British Journal of Psychiatry* , (197) 378–385.
 89. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J. , Benjet, C., Bromet ,E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., De Girolamo, G., Dinolova, R.V., et al. (2017): „Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys“, *Journal European Journal of Psychotraumatology*“, 8(5), (Article: 1353383);
 90. Keller-Hamela, M., M.Szulik, Zmarzlik, J. (2001): “Diagnosis process in child abuse cases”, In M.Sajkowska (Ed.) *How to organize local system of assistance for abused children. Nobody’s Children Foundation*, 28-35 ;
 91. Kinnear, P., Gray, C., (1997): „SPSS for Windows Made Simple”, Psychology Press, East Sussex, UK,386;
 92. Krug, E. et al., (2002): „World report on violence and health”, Geneva, World Health Organization;
 93. Larkin, H., Shields, J.J. & Anda, R.F. (2012): „The health and social consequences of adverse childhood experiences (ACE) across the lifespan: An introduction to prevention and intervention in the community”, *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 40(4):263-70;
 94. Fisher, L., Belle,V. J. (1993) : „Biostatistics. A Methodology for the Health Sciences”, John Wiley & Sons, INC. New York., 991;
 95. Main, M. et al. (1985): „Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation”, in „Growing points of Attachment theory and Research”, ed. I. Bretherton & E. Waters, *Monographs of the society for research in child development*, 209 (50):1-2;

96. Maker, A. H., Kemmelmeier, M., & Peterson, C. (2001): „Child sexual abuse, peer sexual abuse, and sexual assault in adulthood: A multi-risk model of revictimization”, *Journal of Traumatic Stress*, 14(2):351–368.
97. May-Chahal, C., & Cawson, P. (2005): „Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect”, *Child Abuse & Neglect*, (29): 969–984.;
98. McGee, C., Hughes, K., Quigg, Z., Bellis, M.A., Larkin, W., Lowey, H. (2015) : „A scoping study of the implementation of Routine Enquiry about Childhood Adversity (REACH)”, Liverpool: CPH. Available from <http://www.cph.org.uk/wp-content/uploads/2015/07/REACH-Scoping-Study-BwD.pdf>;
99. McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Kessler, R.C. (2010) : „Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) III: associations with functional impairment related to DSM-IV disorders”, *Psychological Medicine*, (40):847-859;
100. McLaughlin, K.A., Koenen, K.C., Bromet, E.J., Karam, E.G., Liu, H., Petukhova, M., Ruscio, A.M., Sampson, N.A., Stein, D.J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Borges, G., Demyttenaere, K., Dinolova, R.V., Ferry, F., Florescu, S., Girolamo, G., Gureje, O., Kawakami, K., Lee S., Navarro-Mateu, F., Piazza, M., Pennell, B., Posada-Villa, J., Have, M., Viana, M.C., Kessler, R.C.(2017): „Childhood adversities and Post-traumatic Stress Disorder: evidence for stress sensitisation in the world mental health surveys” *The British Journal of Psychiatry*,211(5):280-288;
101. Meinck, F., & Steinert, J. (2015): „Measures for violence against children: A rapid review”. Copenhagen. World Health Organization Regional Office for Europe;
102. Meinck, F., Steinert, J. I., Sethi, D., Gilbert, R., Bellis, M., Mikton, C., & Baban, A. (2016a): „Measuring and monitoring national prevalence of child maltreatment: a practical handbook”, Copenhagen. World Health Organization Regional Office for Europe;

103. Meinck, F., Cluver, L., Boyes, M., & Loening-Voysey, H. (2016b): „Physical, emotional and sexual adolescent abuse victimisation in South Africa: prevalence, incidence, perpetrators and locations”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, (70): 910–916.;
104. Mian, M. (2003): „Intersectorial approach to child abuse prevention world-wide”, *Child abuse and Neglect*, (26):11;
105. Molnar, B. et al. (2001): „Child Sexual Abuse and Susequent Psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey”, *American Journal of Public Health*, 91(5): 753-760;
106. Nikolaidis, et al. (2018): „Lifetime and past-year prevalence of children’s exposure to violence in 9 Balkan countries: the BECAN study“, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 12 (1);
107. Paunovic, M., Markovic, M., Vojvodic, M, Neskovic, A., Sethi, D., Grbic, M.,(2015): „Survey of adverse childhood experiences among Serbian university students“, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;
108. Public Health Agency of Canada (2010): „Canadian incidence study of reported child abuse and neglect – 2008”, Major findings, Ottawa.
109. Qirjako, G, Burazeri, G, Sethi, D & Miho, V. (2013): „Community survey on prevalence of adverse childhood experiences in Albania, Report”, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;
110. Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H., Bassett, C., Howat, N., & Collishaw, S. (2011): „Child abuse and neglect in the UK today”, London: National Society to Prevent Cruelty to Children (NSPCC);
111. Raleva, M ., Peshevska, D.J., Sethi, D. (2013): „Survey of adverse childhood experiences among young people in the former Yugoslav Republic of Macedonia”, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;
112. Ramiro, L.S., Madrid, B.J., Brown, D.W. (2010): „Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting”, *Child Abuse & Neglect*; (34): 842–855.

113. Räikkönen, K. et al. (2011): „Risk of severe mental disorders in adults separated temporarily from their parents in childhood: The Helsinki birth cohort study”, *Journal of Psychiatric Research*, (45):332-338;
114. Roy, W. Jr., Cronholm, P.F., Feina, J.A., Forkeg, C.M., Davisi, M.B., Harkins-Schwarz, M., Pachter, L.M., Bair-Merritt, M.H. (2016): „Household and community-level Adverse Childhood Experiences and adult health outcomes in a diverse urban population”, *Child Abuse & Neglect* (52): 135–145;
115. McKillup, S., (2005) : “Statistics Explained. An Introductory Guide for Life Scientists”, Cambridge University Press;
116. Sajkowska, M., Szymanczak, M. (2001): „Local System For Helping Abused Children-from experience of the Nobody’s Children Foundation”, In M.Sajkowska (Ed.) How to organize local system of assistance for abused children. Nobody’s Children Foundation, 7-20;
117. Sedlak, A. (2001): „A history of the national incidence study of child abuse and neglect”, Rockville, MD;
118. Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., Galea, G., (2013): “European report on preventing child maltreatment”, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf/, accessed 6 July 2015).
119. Shonkoff, J. P. (2012): „Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development”, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(2): 17302–17307;
120. Shonkoff, J. P., & Garner, A. S. (2012): „The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress”, *Pediatrics*, 129(1), E232–E246;
121. Soares, A. L. G., Howe, L. D., Matijasevich, A., Wehrmeister, F. C., Menezes, A. M. B., & Gonçalves, H. (2016): „Adverse childhood experiences: Prevalence and related F. Meinck et al”, *Child Abuse &*

- Neglect , (72): 326–337 factors in adolescents of a Brazilian birth cohort.
 Child Abuse & Neglect, (51):21–30;
122. Speisman, B. (2007): The Association Between Early Parental Loss and Adulthood Depression, *Mind Matters: The Wesleyan Journal of Psychology*, (1):19-27;
123. Stancheva-Popkostadinova, V., T. Tocheva, V.Kajnakchieva(2002): „Activities for child protection in Blagoevgrad region”, *Scientific research*;
124. Stauffer,L., Deblinger, E. (2002): „An educational book about Body Safety. Hope for Families”, 1999, *World Report on violence and health*, http://www.who.int/violence_injury-prevention/violence/world_report;
125. Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M.H., Euse, E.M., Bakermans-Kranenburg,M.J.(2011): „A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world”, *Child Maltreatment*;16(2):79–10;
126. Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Alink, L.R.A., Van Ijzendoorn, M.H.(2012): „The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence”, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*;21(8);
127. Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van Ijzendoorn, M.H.(2013): “ The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*;48(3):345–55;
128. Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van Ijzendoorn, M .H., Alink, L.R.A.(2013): „Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence”, *International Journal of Psychology*, 48(2):81–94;
129. Tran, Q., Dunne, M., Vo, T., & Luu, N. (2015): „Adverse childhood experiences and the health of university students in eight provinces of Vietnam”, *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(8):26S–32S.

130. Velemínský, M., Rost, M., Samková, J., Samek, J., Steflova, A., Sethie, D. (2017): “Survey of adverse childhood experiences in the Czech Republic”, Copenhagen. World Health Organization Regional Office for Europe;
131. United Nations Office on Drugs and Crime,(2012): „Principles and framework for an international classification of crimes for statistical purposes: report of the UNODC/UNECE task force on crime classification to the Conference of European Statisticians”, Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime;
132. Ulukol, B., Kahiloğulları, A.K., Sethi, D. (2014): „Adverse Childhood Experiences Survey Among university students in Turkey Study report- 2013” . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
133. World Health Organization (1988): „WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)”, WHO, Geneva;
134. World Health Organization and 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;
135. World Health Organization (2009) : „Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks”, Geneva: World Health Organization;
(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf, accessed 6 July 2015);
136. World Health Organization (2012) : „Addressing adverse childhood experiences to improve public health: expert consultation”.
(http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/global_research_network_may_2009.pdf. 2009. Accessed February 3);
137. World Health Organization (19 December 2012, date last accessed):“Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ)” http://www.who.int/violence_

injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/index.html;

138. World Health Organization (2014): „International Statistical Classification of Diseases and related health problems”, 10th Revision [Internet]. Geneva: (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>, accessed 20 August 2014);
139. World Health Organization(2002): „World report on violence and health”(http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/en/ Global Status report on violence prevention);
140. Widom, C., Czaja, S., & Dutton, M. (2008): „Childhood victimization and lifetime revictimization”, *Child Abuse&Neglect*, (32):785–796;
141. Widom, C., Czaja, S. J., DuMont, K. A., Berlin, L. J., Appleyard, K., Dodge, K. A., Heckman, J. J. (2015): „Intergenerational transmission of child abuse and neglect:real or detection bias?”, *Science* (New York, N.Y.), 347 (6229):1480–1485;
142. Whitfield, C.L., Anda, R.F., Dube, S.R., Felitti, V.J.,(2003): „Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: assessment in a large health maintenance organization”, *J Interpers Violence.*;18(2):166–185;
143. Williamson, D.F., Thompson, T.J., Anda, R.F., Dietz, W.H., Felitti, V.J.,(2002) : “Body weight, obesity, and self-reported abuse in childhood”, *International Journal of Obesity*; (26):1075–1082;

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Международен въпросник – Неблагоприятни преживявания в

детството (АСЕ-IQ) Идентификационен № □□ □□ □□

0. Демографски данни	
<p>0.1. Пол</p> <p>1. мъж 2. жена</p> <p>0.2. Дата на раждане ден□□ месец□□ година□□□□</p> <p>0.3. Навършени години □□ години</p> <p>0.4. Етническа принадлежност българин□ турчин□ ром□ евреин□ арменец□ друго□</p>	<p>0.5. Семейно положение</p> <p>1. женен/омъжена или в съжителство 2. неженен/неомъжена 3. разделен/а или разведен/а 4. вдовец/ица</p> <p>0.6. Образование без□ начално□ основно□ средно□ висше□</p>
1. Брак	
<p>1.1. Били ли сте някога женен/омъжена? да□ не□ предпочитам да не отговарям □</p> <p>2.1. На каква възраст се оженихте за първи път? години□□ предпочитам да не отговарям □</p> <p>1.3. Вие сам/а ли избрахте Вашия съпруг/а? да□ не□ не съм сигурен □ предпочитам да не отговарям □</p>	<p>1.4. Ако не сте избрал/а сам/а съпруга/та си, бяхте ли съгласни с избора? да □ не □ предпочитам да не отговарям □</p> <p>1.5. На каква възраст се роди първото Ви дете? години□□ нямам дете □ предпочитам да не отговарям □</p>
2./3. Отношения с родителите/настойниците до 18-та Ви година	
<p>2.1. Вашите родители разбираха ли проблемите и тревогите Ви? Винаги□ По-често да □ рядко□ никога□ предпочитам да не отговарям □</p> <p>2.2. Вашите родители знаеха ли наистина какво правите, когато не сте на училище? Винаги□ По-често да □ рядко□ никога□ предпочитам да не отговарям □</p>	<p>3.1. Вашите родители оставяли ли са Ви без достатъчно храна, въпреки че не са били затруднени физически или финансово? много пъти□ няколко пъти□ веднъж□ никога□ предпочитам да не отговарям □</p> <p>3.2. Вашите родители били ли са прекалено пияни или дрогирани за да се грижат да Вас? много пъти□ няколко пъти□ веднъж□ никога□ предпочитам да не отговарям □</p>
4. Семейна среда до 18-та Ви година	
<p>4.1. Някой от Вашето семейство имал ли е проблем с алкохола, бил ли е алкохолик, злоупотребявал ли е с наркотици или лекарства изписвани с рецепта? да □ не □ предпочитам да не отговарям □</p> <p>4.2. Някой от Вашето семейство боледувал ли е от Депресия или друга психична болест или да е имал мисли за самоубийство?</p>	<p>4.3. Някой от Вашето семейство бил ли е осъждан / изпратен в затвора? да □ не □ предпочитам да не отговарям □</p> <p>4.4. Родителите Ви били ли са някога разделени или разведени? да □ не □ предпочитам да не отговарям □</p> <p>4.5 Имате ли починал родител/настойник да□ не□ не съм сигурен □ предпочитам да не отговарям □</p>

да не предпочитам да не отговарям

4. Семейна среда до 18-та Ви година : Следващите въпроси са за ситуации, на които Вие може да сте станали свидетели в дома си, когато сте били малки до 18г. Те може да са се случвали на друг член на семейството, не непременно на вас.

4.6. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой крещи, вика, ругае, обижда или унижава ваш родител или друг член на семейството?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

4.7. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой удря шамар или юмрук, ритта или пребива ваш родител или друг член на семейството?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

4.8. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой удря или поразяваши родител или друг член на семейството в дома Ви с предмет като пръчка, бутилка, нож, прът, камшик и т.н.?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

5. Следващите въпроси са за събития, които може да са се случвали на Вас, през първите 18 години от живота Ви.

5.1. Случвало ли Ви се е родител, настойник или друг член на семейството да Ви крещи, псува, обижда или унижава?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

5.2. Случвало ли Ви се е да бъдете заплашван/а от родител, настойник или друг член на семейството, че ще бъдете изхвърлен от дома? Случвало ли се е в действителност?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

5.3. Случвало ли Ви се е родител, настойник или друг член на семейството да Ви е удрял шамар или с юмрук, или да Ви е ритал или пребивал?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

5.4. Случвало ли Ви се е родител, настойник или друг член на семейството да Ви е удрял или порязвал с предмет като пръчка /бастун/, прът, бутилка, нож, камшик и т.н.?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

5.5. Случвало ли Ви се е някой да Ви докосва или гали по сексуален начин, без да сте искали това?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

5.6. Случвало ли Ви се е някой да иска от Вас да докосвате тялото му по сексуален начин, без да сте искали това?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

5.7. Случвало ли Ви се е някой да е правил опит за орален, анален или вагинален полов акт с Вас, без да сте искали това?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

5.8. Случвало ли Ви се е някой да е правил орален, анален или вагинален полов акт с Вас, без да сте искали това?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

6. Насилие от връстници

/ Следващите въпроси са за тормоз, когато сте били малки. За тормоз се приемат ситуации в които може да сте били обиждани, изолирани, удряни, бутани, унижавани от един или група Ваши връстници.

6.1. Колко често сте били обект на тормоз?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

6.4. Колко често сте участвали в сбивания?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

6.2. Как най-често са Ви тормозили?

1. Удряли са ме, ритали, бутали, блъскали, заключвали.
2. Бил съм подиграван заради моята раса, националност или цвят на кожата.
3. Бил съм подиграван заради религиата ми.
4. Бил съм подиграван със сексуални закачки, коментари или жестове.
5. Бил съм игнориран.
6. Бил съм подиграван заради това как изглежда тялото или лицето ми.
7. Тормозен съм по друг начин.
8. Предпочитам да не отговарям.

7. Свидетели на насилие в общността

7.1. Като малък през първите 18 години от живота Ви ставал ли сте свидетел на това как някой е бил пребиван в реалния живот?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

7.2. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой е намушкан или прострелян в действителност?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

8. Преживявания свързани с война/ колективно насилие . Тези въпроси са за това дали Вие сте преживявали някои от следните събития, когато сте били дете: война, тероризъм, политически или етнически конфликти, геноцид, репресии, изчезвания, изтезания, организирано насилие като бандитизъм или война на банди.

8.1. Налагало ли Ви се е да отидете да живеете на друго място заради някое от тези събития?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

8.2. Преживявали ли сте умишленото унищожаване на вашия дом заради някое от тези събития?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

8.3. Случвало ли Ви се е да Ви бият войници, полицаи или бандити?

много пъти няколко пъти веднъж никога
предпочитам да не отговарям

8.4. Случвало ли се е член на Вашето семейство или Ваш приятел да е убит или да е бил пребиван от войници, полицаи или бандити?

много пъти
няколко пъти веднъж никога предпочитам да не отговарям

Приложение 2. АНКЕТНА КАРТА ЗА ФАКТОРИТЕ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО

1. ТЮТЮНОПУШЕНЕ	
<p>1.1. Пуши ли въпреки член от семейството? 1. не 2. да</p> <p>1.2. Употребявате ли тютюневи изделия понастоящем? 1. ежедневно 2. не</p> <p>отговорът Ви е Не – отидете на въпроси за непушачи</p> <p>1.3. На колко години пропушихте? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> години</p> <p>1.4. Колко цигари пушите <u>среднодневно</u>? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> цигари</p>	<p style="text-align: center;">▶ въпроси ЗА НЕПУШАЧИ</p> <p>1.12. Пушили ли сте по-рано през живота си? 1. да 2. не</p> <p>1.13. На колко години запалихте първата цигара? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> години</p> <p>1.14. Колко цигари пушихте <u>среднодневно</u>? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> цигари</p> <p>1.15. Кога спряхте да пушите? преди <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> години <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> месеци</p> <p>1.16. На колко години бяхте тогава? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> години</p>
2. НАВИЦИ НА ХРАНЕНЕ	
<p>2.1. <u>През последната година (12 месеца), получавали ли сте съвети да промените навиците си за хранене по здравословни причини</u> не</p> <p>от лекар 1 2 от член на семейството 1 2 от други 1 2</p> <p>2.2. <u>Според Вас какво е теглото ви?</u> 1. поднормено 2. нормално 3. наднормено 4. не знам</p>	<p>2.3. <u>Съблюдавате ли диетичен режим?</u> не да, препоръчан от лекар да, по мое желание</p> <p>2.4. <u>Ако спазвате диета, поради каква причина?</u> 1. За намаляване на теглото 2. За увеличаване на теглото 3. Поради заболяване (моля посочете какво) 4. Друга причина (моля посочете).....</p> <p>2.5. <u>Моля посочете актуални за момента:</u> А) Тегло (в кг) Б) Ръст (см)</p>
3. АЛКОХОЛ	
<p>3.1. <u>Имате ли предпочитана напитка?</u> 1. да 2. не</p> <p><u>Ако да, каква?</u> 1. концентрат 2. Вино 3. бира</p> <p>3.2. <u>Колко често пиете <u>шест или повече чаши</u> алкохол на един случай?</u> 1. никога 2. по-малко от веднъж месечно 3. веднъж месечно 4. веднъж седмично 5. ежедневно или почти ежедневно</p>	<p>3.3. <u>Случвало ли се е да употребявате алкохол сам(а), извън компания?</u> 1. да 2. не</p> <p>3.4. <u>Консумацията на алкохол част от вашето ежедневно меню ли е?</u> 1. да 2. не</p> <p>3.5. <u>През последната година (12 месеца), получавали ли сте съвети да пиете по-малко от:</u> да не лекар 1 2 член на семейството 1 2 други 1 2</p>
4. СЕКСУАЛНО ПОВЕДЕНИЕ	
<p>4.1. <u>На колко години првихте секс за първи път ?</u> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> години</p> <p>4.2. <u>Колко партньори сте имали до момента?</u> 1. 1 2. 2-4 3. 5-10 4. повече от 10</p>	<p>4.3. <u>Използвате ли контрацептивни и предпазни средства?</u> 1. Винаги рядко никога</p> <p>4.4. <u>Колко продължи най-дългата Ви връзка?</u> 1. седмица 2. няколко месеца 3. повече от година 4. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> години</p>

Приложение 3. Честотни разпределения по пол и общо

A1.1. Били ли сте някога женен/ омъжена? * A0.1. Пол					
		A0.1. Пол		Общо	
		1	2		
A1.1. Били ли сте някога женен/ омъжена?	1	N	9	74	83
		% A0.1. Пол	9,9%	15,1%	14,3%
	2	N	82	414	496
		% A0.1. Пол	90,1%	84,5%	85,4%
	3	N	0	2	2
		% A0.1. Пол	0,0%	0,4%	0,3%
Общо	N	91	490	581	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

A1.2. На каква възраст се оженихте за първи * A0.1. Пол					
		A0.1. Пол		Общо	
		1	2		
A1.2. На каква възраст се оженихте за първи	1	N	8	62	70
		% A0.1. Пол	33,3%	48,4%	46,1%
	2	N	16	66	82
		% A0.1. Пол	66,7%	51,6%	53,9%
Общо	N	24	128	152	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

A1.3. Вие сам/а ли избрахте Вашия съпруг/а? * A0.1. Пол					
		A0.1. Пол		Общо	
		1	2		
A1.3. Вие сам/а ли избрахте Вашия съпруг/а?	1	N	10	79	89
		% A0.1. Пол	41,7%	57,7%	55,3%
	2	N	2	2	4
		% A0.1. Пол	8,3%	1,5%	2,5%
	3	N	2	13	15
		% A0.1. Пол	8,3%	9,5%	9,3%
	4	N	10	43	53
		% A0.1. Пол	41,7%	31,4%	32,9%
	Общо	N	24	137	161
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A1.4. Ако не сте избрал/а сам/а съпруга/та си, бяхте ли съгласни с избора? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A1.4. Ако не сте избрал/а сам/а съпруга/та си, бяхте ли съгласни с избора?	1	N	6	23	29
		% A0.1. Пол	19,4%	16,0%	16,6%
	2	N	7	62	69
		% A0.1. Пол	22,6%	43,1%	39,4%
	3	N	18	59	77
		% A0.1. Пол	58,1%	41,0%	44,0%
Общо	N	31	144	175	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

A1.5. На каква възраст се роди първото Ви дете? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A1.5. На каква възраст се роди първото Ви дете?	1	N	10	73	83
		% A0.1. Пол	23,3%	34,1%	32,3%
	2	N	25	118	143
		% A0.1. Пол	58,1%	55,1%	55,6%
	3	N	8	23	31
		% A0.1. Пол	18,6%	10,7%	12,1%
Общо	N	43	214	257	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

A2.1. Вашите родители разбираха ли проблемите и тревогите Ви? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A2.1. Вашите родители разбираха ли проблемите и тревогите Ви?	1	N	34	209	243
		% A0.1. Пол	36,6%	42,1%	41,3%
	2	N	38	197	235
		% A0.1. Пол	40,9%	39,7%	39,9%
	3	N	16	71	87
		% A0.1. Пол	17,2%	14,3%	14,8%
	4	N	4	13	17
		% A0.1. Пол	4,3%	2,6%	2,9%
	5	N	1	6	7

		% A0.1. Пол	1,1%	1,2%	1,2%
Общо		N	93	496	589
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A2.1_груп. Вашите родители разбираха ли проблемите и тревогите Ви? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A2.1_груп. Вашите родители разбираха ли проблемите и тревогите Ви?	5	N	1	6	7
		% A0.1. Пол	1,1%	1,2%	1,2%
	12	N	72	406	478
		% A0.1. Пол	77,4%	81,9%	81,2%
	34	N	20	84	104
		% A0.1. Пол	21,5%	16,9%	17,7%
Общо		N	93	496	589
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A2.2. Вашите родители знаеха ли наистина какво правите, когато не сте на училище? * A0.1. Пол						
			A0.1. Пол		Общо	
			1	2		
A2.2. Вашите родители знаеха ли наистина какво правите, когато не сте на училище?	1	N	20	165	185	
		% A0.1. Пол	21,7%	33,1%	31,3%	
	2	N	43	235	278	
		% A0.1. Пол	46,7%	47,1%	47,0%	
	3	N	20	76	96	
		% A0.1. Пол	21,7%	15,2%	16,2%	
	4	N	7	17	24	
		% A0.1. Пол	7,6%	3,4%	4,1%	
	5	N	2	6	8	
		% A0.1. Пол	2,2%	1,2%	1,4%	
	Общо		N	92	499	591
			% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A2.2_груп. Вашите родители знаеха ли наистина какво правите, когато не сте на училище? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A2.2_груп. Вашите родители знаеха ли наистина какво правите, когато не сте на училище?	5	N	2	6	8
		% A0.1. Пол	2,2%	1,2%	1,4%
	12	N	63	400	463
		% A0.1. Пол	68,5%	80,2%	78,3%
	34	N	27	93	120
		% A0.1. Пол	29,3%	18,6%	20,3%

Общо	N	92	499	591
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A3.1. Вашите родители оставяли ли са Ви без достатъчно храна, въпреки че не са били затруднени физически или финансово? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A3.1. Вашите родители оставяли ли са Ви без достатъчно храна, въпреки че не са били затруднени физически или финансово?	1	N	2	10	12
		% A0.1. Пол	2,2%	2,0%	2,0%
	2	N	3	14	17
		% A0.1. Пол	3,3%	2,8%	2,9%
	3	N	2	12	14
		% A0.1. Пол	2,2%	2,4%	2,4%
	4	N	81	454	535
		% A0.1. Пол	88,0%	90,6%	90,2%
	5	N	4	11	15
		% A0.1. Пол	4,3%	2,2%	2,5%
	Общо	N	92	501	593
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A3.1_груп. Вашите родители оставяли ли са Ви без достатъчно храна, въпреки че не са били затруднени физически или финансово? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A3.1_груп. Вашите родители оставяли ли са Ви без достатъчно храна, въпреки че не са били затруднени физически или финансово?	3	N	2	12	14
		% A0.1. Пол	2,2%	2,4%	2,4%
	4	N	81	454	535
		% A0.1. Пол	88,0%	90,6%	90,2%
	5	N	4	11	15
		% A0.1. Пол	4,3%	2,2%	2,5%
	12	N	5	24	29
		% A0.1. Пол	5,4%	4,8%	4,9%
	Общо	N	92	501	593
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A3.2. Вашите родители били ли са прекалено пияни или дрогираны за да се грижат да Вас? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	

A3.2. Вашите родители били ли са прекалено пияни или дрогирани за да се грижат да Вас?	1	N	1	2	3
		% A0.1. Пол	1,1%	0,4%	0,5%
	2	N	2	7	9
		% A0.1. Пол	2,2%	1,4%	1,6%
	3	N	1	4	5
		% A0.1. Пол	1,1%	0,8%	0,9%
	4	N	83	458	541
		% A0.1. Пол	92,2%	94,0%	93,8%
	5	N	3	16	19
		% A0.1. Пол	3,3%	3,3%	3,3%
Общо	N	90	487	577	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

A3.2_груп. Вашите родители били ли са прекалено пияни или дрогирани за да се грижат да Вас? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A3.2_груп. Вашите родители били ли са прекалено пияни или дрогирани за да се грижат да Вас?	3	N	1	4	5
		% A0.1. Пол	1,1%	0,8%	0,9%
	4	N	83	458	541
		% A0.1. Пол	92,2%	94,0%	93,8%
	5	N	3	16	19
		% A0.1. Пол	3,3%	3,3%	3,3%
	12	N	3	9	12
		% A0.1. Пол	3,3%	1,8%	2,1%
	Общо	N	90	487	577
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A4.1. Някой от Ввашето семейство имал ли е проблем с алкохола, бил ли е алкохолик, злоупотребявал ли е с наркотици или лекарства изписвани с рецепта? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A4.1. Някой от Ввашето семейство имал ли е проблем с алкохола, бил ли е алкохолик, злоупотребявал ли е с наркотици или лекарства изписвани с рецепта?	1	N	15	39	54
		% A0.1. Пол	16,1%	7,8%	9,1%
	2	N	76	437	513
		% A0.1. Пол	81,7%	86,9%	86,1%
	3	N	2	27	29
		% A0.1. Пол	2,2%	5,4%	4,9%
	Общо	N	93	503	596
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A4.2. Някой от Ввашето семейство боледувал ли е от Депресия или друга психична болест или да е имал мисли за самоубийство? * A0.1. Пол				
			A0.1. Пол	Общо

			1	2	
A4.2. Някой от Ввашето семейство боледувал ли е от Депресия или друга психична болест или да е имал мисли за самоубийство?	1	N	11	34	45
		% A0.1. Пол	11,8%	6,8%	7,6%
	2	N	76	442	518
		% A0.1. Пол	81,7%	88,6%	87,5%
	3	N	6	23	29
		% A0.1. Пол	6,5%	4,6%	4,9%
Общо		N	93	499	592
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A4.3. Някой от Ввашето семейство бил ли е осъждан / изпращан в затвора? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A4.3. Някой от Ввашето семейство бил ли е осъждан / изпращан в затвора?	1	N	4	16	20
		% A0.1. Пол	4,3%	3,2%	3,4%
	2	N	86	478	564
		% A0.1. Пол	93,5%	95,0%	94,8%
	3	N	2	9	11
		% A0.1. Пол	2,2%	1,8%	1,8%
Общо		N	92	503	595
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A4.4. Родителите Ви билили са някога разделени или разведени? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A4.4. Родителите Ви билили са някога разделени или разведени?	1	N	20	122	142
		% A0.1. Пол	22,0%	24,5%	24,1%
	2	N	70	364	434
		% A0.1. Пол	76,9%	73,2%	73,8%
	3	N	1	11	12
		% A0.1. Пол	1,1%	2,2%	2,0%
Общо		N	91	497	588
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A4.5 Имате ли починал родител/настойник * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	

А4.5 Имате ли починал родител/настойник	1	N	5	57	62
		% А0.1. Пол	5,4%	11,4%	10,5%
	2	N	84	434	518
		% А0.1. Пол	91,3%	86,8%	87,5%
	3	N	1	4	5
		% А0.1. Пол	1,1%	0,8%	0,8%
	4	N	2	5	7
		% А0.1. Пол	2,2%	1,0%	1,2%
Общо	N	92	500	592	
	% А0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

А4.6. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой крещи, вика, ругае, обижда или унизява ваш родител или друг член на семейството? * А0.1. Пол

			А0.1. Пол		Общо
			1	2	
А4.6. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой крещи, вика, ругае, обижда или унизява ваш родител или друг член на семейството?	1	N	13	49	62
		% А0.1. Пол	14,0%	9,9%	10,5%
	2	N	22	114	136
		% А0.1. Пол	23,7%	22,9%	23,1%
	3	N	9	57	66
		% А0.1. Пол	9,7%	11,5%	11,2%
	4	N	44	247	291
		% А0.1. Пол	47,3%	49,7%	49,3%
	5	N	5	30	35
		% А0.1. Пол	5,4%	6,0%	5,9%
Общо	N	93	497	590	
	% А0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

А4.6_груп. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой крещи, вика, ругае, обижда или унизява ваш родител или друг член на семейството? * А0.1. Пол

			А0.1. Пол		Общо
			1	2	
А4.6_груп. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой крещи, вика, ругае, обижда или унизява ваш родител или друг член на семейството?	3	N	9	57	66
		% А0.1. Пол	9,7%	11,4%	11,2%
	4	N	44	247	291
		% А0.1. Пол	47,3%	49,6%	49,2%
	5	N	5	30	35
		% А0.1. Пол	5,4%	6,0%	5,9%
	12	N	35	164	199
		% А0.1. Пол	37,6%	32,9%	33,7%
Общо	N	93	498	591	
	% А0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

А4.7. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой удря шамар или юмрук, рита или пребива ваш родител или друг член на семейството? * А0.1. Пол

			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A4.7. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой удря шамар или юмрук, рита или пребива ваш родител или друг член на семейството?	1	N	5	12	17
		% A0.1. Пол	5,5%	2,4%	2,9%
	2	N	5	38	43
		% A0.1. Пол	5,5%	7,6%	7,3%
	3	N	7	39	46
		% A0.1. Пол	7,7%	7,8%	7,8%
	4	N	69	386	455
		% A0.1. Пол	75,8%	77,4%	77,1%
	5	N	5	24	29
		% A0.1. Пол	5,5%	4,8%	4,9%
Общо	N	91	499	590	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

A4.7_груп. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой удря шамар или юмрук, рита или пребива ваш родител или друг член на семейството? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A4.7_груп. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой удря шамар или юмрук, рита или пребива ваш родител или друг член на семейството?	3	N	7	39	46
		% A0.1. Пол	7,7%	7,8%	7,8%
	4	N	69	386	455
		% A0.1. Пол	75,8%	77,4%	77,1%
	5	N	5	24	29
		% A0.1. Пол	5,5%	4,8%	4,9%
	12	N	10	50	60
		% A0.1. Пол	11,0%	10,0%	10,2%
	Общо	N	91	499	590
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A4.8. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой удря или поразва ваш родител или друг член на семейството в дома Ви с предмет като пръчка, бутилка, нож, прът, камшик и т.н * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A4.8. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой удря или поразва ваш родител или друг член на семейството в дома Ви с предмет като пръчка, бутилка, нож, прът, камшик и т.н	1	N	4	3	7
		% A0.1. Пол	4,3%	,6%	1,2%
	2	N	2	12	14
		% A0.1. Пол	2,2%	2,4%	2,4%

	3	N	3	20	23
		% A0.1. Пол	3,3%	4,0%	3,9%
	4	N	80	445	525
		% A0.1. Пол	87,0%	89,0%	88,7%
	5	N	3	20	23
		% A0.1. Пол	3,3%	4,0%	3,9%
Общо	N	92	500	592	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

A4.8_груп. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой удря или поразва ваш родител или друг член на семейството в дома Ви с предмет като пръчка, бутилка, нож, прът, камшик и т.н * A0.1. Пол

			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A4.8_груп. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой удря или поразва ваш родител или друг член на семейството в дома Ви с предмет като пръчка, бутилка, нож, прът, камшик и т.н	3	N	3	20	23
		% A0.1. Пол	3,3%	4,0%	3,9%
	4	N	80	445	525
		% A0.1. Пол	87,0%	89,0%	88,7%
	5	N	3	20	23
		% A0.1. Пол	3,3%	4,0%	3,9%
	12	N	6	15	21
		% A0.1. Пол	6,5%	3,0%	3,5%
Общо	N	92	500	592	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

A5.1. Случвало ли \Ви се родител, настойник или друг член на семейството да Ви крещи, псува, обижда или унижава? * A0.1. Пол

			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.1. Случвало ли \Ви се родител, настойник или друг член на семейството да Ви крещи, псува, обижда или унижава?	1	N	9	37	46
		% A0.1. Пол	10,0%	7,4%	7,8%
	2	N	24	108	132
		% A0.1. Пол	26,7%	21,7%	22,4%
	3	N	9	35	44
		% A0.1. Пол	10,0%	7,0%	7,5%
	4	N	42	294	336
		% A0.1. Пол	46,7%	59,0%	57,1%
	5	N	6	24	30
		% A0.1. Пол	6,7%	4,8%	5,1%
	Общо	N	90	498	588

	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%
--	-------------	--------	--------	--------

A5.1_груп. Случвало ли \Ви се родител, настойник или друг член на семейството да Ви крещи, псува, обижда или унижава? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.1_груп. Случвало ли \Ви се родител, настойник или друг член на семейството да Ви крещи, псува, обижда или унижава?	3	N	9	35	44
		% A0.1. Пол	10,0%	7,0%	7,5%
	4	N	42	294	336
		% A0.1. Пол	46,7%	59,0%	57,1%
	5	N	6	24	30
		% A0.1. Пол	6,7%	4,8%	5,1%
	12	N	33	145	178
		% A0.1. Пол	36,7%	29,1%	30,3%
	Общо	N	90	498	588
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A5.2. Случвало ли Ви се е да бъдете заплашван/а от родител, настойник или друг член на семейството, че ще бъдете изхвърлен от дома? Случвало ли се е в действителност * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.2. Случвало ли Ви се е да бъдете заплашван/а от родител, настойник или друг член на семейството, че ще бъдете изхвърлен от дома? Случвало ли се е в действителност	1	N	2	11	13
		% A0.1. Пол	2,2%	2,2%	2,2%
	2	N	7	34	41
		% A0.1. Пол	7,6%	6,8%	6,9%
	3	N	8	26	34
		% A0.1. Пол	8,7%	5,2%	5,8%
	4	N	72	408	480
		% A0.1. Пол	78,3%	81,9%	81,4%
	5	N	3	19	22
		% A0.1. Пол	3,3%	3,8%	3,7%
Общо	N	92	498	590	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

A5.2_груп. Случвало ли Ви се е да бъдете заплашван/а от родител, настойник или друг член на семейството, че ще бъдете изхвърлен от дома? Случвало ли се е в действителност * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.2_груп. Случвало ли Ви се е да бъдете	3	N	8	26	34

заплашван/а от родител, настойник или друг член на семейството, че ще бъдете изхвърлен от дома? Случвало ли се е в действителност	4	% A0.1. Пол	8,7%	5,2%	5,8%
		N	72	408	480
		% A0.1. Пол	78,3%	81,9%	81,4%
	5	N	3	19	22
		% A0.1. Пол	3,3%	3,8%	3,7%
	12	N	9	45	54
% A0.1. Пол		9,8%	9,0%	9,2%	
Общо	N	92	498	590	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

A5.3. Случвало ли Ви се е родител, настойник или друг член на семейството да Ви е удрял шамар или с юмрук, или да Ви е ритал или пребивал? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.3. Случвало ли Ви се е родител, настойник или друг член на семейството да Ви е удрял шамар или с юмрук, или да Ви е ритал или пребивал?	1	N	5	12	17
		% A0.1. Пол	5,4%	2,4%	2,9%
	2	N	17	57	74
		% A0.1. Пол	18,5%	11,4%	12,5%
	3	N	11	54	65
		% A0.1. Пол	12,0%	10,8%	11,0%
	4	N	57	346	403
		% A0.1. Пол	62,0%	69,2%	68,1%
	5	N	2	31	33
		% A0.1. Пол	2,2%	6,2%	5,6%
	Общо	N	92	500	592
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A5.3_груп. Случвало ли Ви се е родител, настойник или друг член на семейството да Ви е удрял шамар или с юмрук, или да Ви е ритал или пребивал? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.3_груп. Случвало ли Ви се е родител, настойник или друг член на семейството да Ви е удрял шамар или с юмрук, или да Ви е ритал или пребивал?	3	N	11	54	65
		% A0.1. Пол	12,0%	10,8%	11,0%
	4	N	57	346	403
		% A0.1. Пол	62,0%	69,2%	68,1%
	5	N	2	31	33
		% A0.1. Пол	2,2%	6,2%	5,6%
	12	N	22	69	91

		% A0.1. Пол	23,9%	13,8%	15,4%
Общо		N	92	500	592
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A5.4. Случвало ли Ви се е родител, настойник или друг член на семейството да Ви е удрял или порязвал с предмет като пръчка /бастун/, прът, бутилка, нож, камшик и т.н.? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.4. Случвало ли Ви се е родител, настойник или друг член на семейството да Ви е удрял или порязвал с предмет като пръчка /бастун/, прът, бутилка, нож, камшик и т.н.?	1	N	2	5	7
		% A0.1. Пол	2,2%	1,0%	1,2%
	2	N	4	10	14
		% A0.1. Пол	4,3%	2,0%	2,4%
	3	N	6	14	20
		% A0.1. Пол	6,5%	2,8%	3,4%
	4	N	77	449	526
		% A0.1. Пол	83,7%	90,7%	89,6%
	5	N	3	17	20
		% A0.1. Пол	3,3%	3,4%	3,4%
	Общо	N	92	495	587
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A5.4_груп. Случвало ли Ви се е родител, настойник или друг член на семейството да Ви е удрял или порязвал с предмет като пръчка /бастун/, прът, бутилка, нож, камшик и т.н.? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.4_груп. Случвало ли Ви се е родител, настойник или друг член на семейството да Ви е удрял или порязвал с предмет като пръчка /бастун/, прът, бутилка, нож, камшик и т.н.?	3	N	6	14	20
		% A0.1. Пол	6,5%	2,8%	3,4%
	4	N	77	449	526
		% A0.1. Пол	83,7%	90,7%	89,6%
	5	N	3	17	20
		% A0.1. Пол	3,3%	3,4%	3,4%
	12	N	6	15	21
		% A0.1. Пол	6,5%	3,0%	3,6%
	Общо	N	92	495	587
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A5.5. Случвало ли Ви се е някой да Ви докосва или гали по сексуален начин, без да сте искали това? * A0.1. Пол					
--	--	--	--	--	--

			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.5. Случвало ли Ви се е някой да Ви докосва или гали по сексуален начин, без да сте искали това?	1	N	1	2	3
		% A0.1. Пол	1,1%	0,4%	0,5%
	2	N	2	10	12
		% A0.1. Пол	2,2%	2,0%	2,0%
	3	N	3	32	35
		% A0.1. Пол	3,3%	6,4%	6,0%
	4	N	80	431	511
		% A0.1. Пол	88,9%	86,5%	86,9%
	5	N	4	23	27
		% A0.1. Пол	4,4%	4,6%	4,6%
Общо	N	90	498	588	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

A5.5_груп. Случвало ли Ви се е някой да Ви докосва или гали по сексуален начин, без да сте искали това? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.5_груп. Случвало ли Ви се е някой да Ви докосва или гали по сексуален начин, без да сте искали това?	4	N	80	431	511
		% A0.1. Пол	88,9%	86,5%	86,9%
	5	N	4	23	27
		% A0.1. Пол	4,4%	4,6%	4,6%
	123	N	6	44	50
		% A0.1. Пол	6,7%	8,8%	8,5%
	Общо	N	90	498	588
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A5.6. Случвало ли Ви се е някой да иска от Вас да докосват тялото му по сексуален начин, без да сте искали това? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.6. Случвало ли Ви се е някой да иска от Вас да докосват тялото му по сексуален начин, без да сте искали това?	1	N	2	1	3
		% A0.1. Пол	2,2%	0,2%	0,5%
	2	N	1	12	13
		% A0.1. Пол	1,1%	2,4%	2,2%
	3	N	1	8	9
		% A0.1. Пол	1,1%	1,6%	1,5%
	4	N	82	457	539

		% A0.1. Пол	91,1%	92,1%	92,0%
	5	N	4	18	22
		% A0.1. Пол	4,4%	3,6%	3,8%
Общо		N	90	496	586
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A5.6-груп. Случвало ли Ви се е някой да иска от Вас да докосвате тялото му по сексуален начин, без да сте искали това? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.6-груп. Случвало ли Ви се е някой да иска от Вас да докосвате тялото му по сексуален начин, без да сте искали това?	4	N	82	457	539
		% A0.1. Пол	91,1%	92,1%	92,0%
	5	N	4	18	22
		% A0.1. Пол	4,4%	3,6%	3,8%
	123	N	4	21	25
		% A0.1. Пол	4,4%	4,2%	4,3%
Общо		N	90	496	586
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A5.7.Случвало ли Ви се е някой да е правил опит за орален, анален или вагинален полов акт с Вас, без да сте искали това? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.7.Случвало ли Ви се е някой да е правил опит за орален, анален или вагинален полов акт с Вас, без да сте искали това?	1	N	1	0	1
		% A0.1. Пол	1,1%	0,0%	,2%
	2	N	3	4	7
		% A0.1. Пол	3,4%	0,8%	1,2%
	3	N	2	14	16
		% A0.1. Пол	2,3%	2,8%	2,7%
	4	N	78	466	544
		% A0.1. Пол	88,6%	93,6%	92,8%
	5	N	4	14	18
		% A0.1. Пол	4,5%	2,8%	3,1%
Общо		N	88	498	586
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A5.7-груп.Случвало ли Ви се е някой да е правил опит за орален, анален или вагинален полов акт с Вас, без да сте искали това? * A0.1. Пол

			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.7-груп. Случвало ли Ви се е някой да е правил опит за орален, анален или вагинален полов акт с Вас, без да сте искали това?	4	N	78	466	544
		% A0.1. Пол	88,6%	93,6%	92,8%
	5	N	4	14	18
		% A0.1. Пол	4,5%	2,8%	3,1%
	123	N	6	18	24
		% A0.1. Пол	6,8%	3,6%	4,1%
Общо	N	88	498	586	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

A5.8. Случвало ли Ви се е някой да е правил орален, анален или вагинален полов акт с Вас, без да сте искали това? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.8. Случвало ли Ви се е някой да е правил орален, анален или вагинален полов акт с Вас, без да сте искали това?	1	N	1	0	1
		% A0.1. Пол	1,1%	0,0%	,2%
	3	N	3	8	11
		% A0.1. Пол	3,3%	1,6%	1,9%
	4	N	84	479	563
		% A0.1. Пол	92,3%	96,2%	95,6%
	5	N	3	11	14
		% A0.1. Пол	3,3%	2,2%	2,4%
	Общо	N	91	498	589
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A5.8_груп. Случвало ли Ви се е някой да е правил орален, анален или вагинален полов акт с Вас, без да сте искали това? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A5.8_груп. Случвало ли Ви се е някой да е правил орален, анален или вагинален полов акт с Вас, без да сте искали това?	4	N	84	479	563
		% A0.1. Пол	92,3%	96,2%	95,6%
	5	N	3	11	14
		% A0.1. Пол	3,3%	2,2%	2,4%
	123	N	4	8	12
		% A0.1. Пол	4,4%	1,6%	2,0%
Общо	N	91	498	589	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

А6.1. Колко често сте били обект на тормоз? * А0.1. Пол					
		А0.1. Пол		Общо	
		1	2		
А6.1. Колко често сте били обект на тормоз?	1	N	12	29	41
		% А0.1. Пол	13,5%	6,0%	7,1%
	2	N	25	91	116
		% А0.1. Пол	28,1%	18,7%	20,2%
	3	N	4	38	42
		% А0.1. Пол	4,5%	7,8%	7,3%
	4	N	46	313	359
		% А0.1. Пол	51,7%	64,4%	62,4%
	5	N	2	15	17
		% А0.1. Пол	2,2%	3,1%	3,0%
Общо	N	89	486	575	
	% А0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

А6.1_груп. Колко често сте били обект на тормоз? * А0.1. Пол					
		А0.1. Пол		Общо	
		1	2		
А6.1_груп. Колко често сте били обект на тормоз?	3	N	4	38	42
		% А0.1. Пол	4,5%	7,8%	7,3%
	4	N	46	313	359
		% А0.1. Пол	51,7%	64,4%	62,4%
	5	N	2	15	17
		% А0.1. Пол	2,2%	3,1%	3,0%
	12	N	37	120	157
		% А0.1. Пол	41,6%	24,7%	27,3%
	Общо	N	89	486	575
		% А0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

А6.2. Как най-често са Ви тормозили? * А0.1. Пол					
		А0.1. Пол		Общо	
		1	2		
А6.2. Как най-често са Ви тормозили?	1	N	13	29	42
		% А0.1. Пол	21,0%	9,9%	11,9%
	2	N	3	12	15
		% А0.1. Пол	4,8%	4,1%	4,2%
	3	N	2	10	12
		% А0.1. Пол	3,2%	3,4%	3,4%
	4	N	1	17	18
		% А0.1. Пол	1,6%	5,8%	5,1%

	5	N	11	47	58
		% A0.1. Пол	17,7%	16,1%	16,4%
	6	N	8	55	63
		% A0.1. Пол	12,9%	18,8%	17,8%
	7	N	7	23	30
		% A0.1. Пол	11,3%	7,9%	8,5%
	8	N	17	99	116
		% A0.1. Пол	27,4%	33,9%	32,8%
Общо		N	62	292	354
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A6.2_груп. Как най-често са Ви тормозили? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A6.2_груп. Как най-често са Ви тормозили?	3	N	2	10	12
		% A0.1. Пол	3,2%	3,4%	3,4%
	4	N	1	17	18
		% A0.1. Пол	1,6%	5,8%	5,1%
	5	N	11	47	58
		% A0.1. Пол	17,7%	16,1%	16,4%
	6	N	8	55	63
		% A0.1. Пол	12,9%	18,8%	17,8%
	7	N	7	23	30
		% A0.1. Пол	11,3%	7,9%	8,5%
	8	N	17	99	116
		% A0.1. Пол	27,4%	33,9%	32,8%
	12	N	16	41	57
		% A0.1. Пол	25,8%	14,0%	16,1%
Общо		N	62	292	354
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A6.3. Колко често сте участвали в сбивания? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A6.3. Колко често сте участвали в сбивания?	1	N	9	14	23
		% A0.1. Пол	10,8%	3,0%	4,2%

	2	N	37	78	115
		% A0.1. Пол	44,6%	16,6%	20,8%
	3	N	11	65	76
		% A0.1. Пол	13,3%	13,8%	13,7%
	4	N	22	301	323
		% A0.1. Пол	26,5%	63,9%	58,3%
	5	N	4	13	17
		% A0.1. Пол	4,8%	2,8%	3,1%
Общо		N	83	471	554
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A6.3_груп. Колко често сте участвали в сбивания? * A0.1. Пол						
			A0.1. Пол		Общо	
			1	2		
A6.3_груп. Колко често сте участвали в сбивания?	3	N	11	65	76	
		% A0.1. Пол	13,3%	13,8%	13,7%	
	4	N	22	301	323	
		% A0.1. Пол	26,5%	63,9%	58,3%	
	5	N	4	13	17	
		% A0.1. Пол	4,8%	2,8%	3,1%	
	12	N	46	92	138	
		% A0.1. Пол	55,4%	19,5%	24,9%	
	Общо		N	83	471	554
			% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A7.1. Като малък през първите 18 години от живота Ви ставал ли сте свидетел на това как някой е бил пребиван в реалния живот? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A7.1. Като малък през първите 18 години от живота Ви ставал ли сте свидетел на това как някой е бил пребиван в реалния живот?	1	N	9	22	31
		% A0.1. Пол	10,2%	4,5%	5,4%
	2	N	29	94	123
		% A0.1. Пол	33,0%	19,2%	21,3%
	3	N	13	91	104
		% A0.1. Пол	14,8%	18,6%	18,0%
	4	N	34	269	303
		% A0.1. Пол	38,6%	54,9%	52,4%

	5	N	3	14	17
		% A0.1. Пол	3,4%	2,9%	2,9%
Общо		N	88	490	578
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A7.1_груп. Като малък през първите 18 години от живота Ви ставал ли сте свидетел на това как някой е бил пребиван в реалния живот? * A0.1. Пол						
			A0.1. Пол		Общо	
			1	2		
A7.1_груп. Като малък през първите 18 години от живота Ви ставал ли сте свидетел на това как някой е бил пребиван в реалния живот?	3	N	13	91	104	
		% A0.1. Пол	14,8%	18,6%	18,0%	
	4	N	34	269	303	
		% A0.1. Пол	38,6%	54,9%	52,4%	
	5	N	3	14	17	
		% A0.1. Пол	3,4%	2,9%	2,9%	
	12	N	38	116	154	
		% A0.1. Пол	43,2%	23,7%	26,6%	
	Общо		N	88	490	578
			% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A7.2. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой е намушкан или прострелян в действителност? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A7.2. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой е намушкан или прострелян в действителност?	1	N	1	0	1
		% A0.1. Пол	1,1%	0,0%	,2%
	2	N	4	3	7
		% A0.1. Пол	4,6%	0,6%	1,2%
	3	N	8	28	36
		% A0.1. Пол	9,2%	5,7%	6,2%
	4	N	73	452	525
		% A0.1. Пол	83,9%	92,2%	91,0%

	5	N	1	7	8
		% A0.1. Пол	1,1%	1,4%	1,4%
Общо		N	87	490	577
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A7.2_груп. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой е намушкан или прострелян в действителност? * A0.1. Пол						
			A0.1. Пол		Общо	
			1	2		
A7.2_груп. Случвало ли Ви се е да станете свидетел на това как някой е намушкан или прострелян в действителност?	3	N	8	28	36	
		% A0.1. Пол	9,2%	5,7%	6,2%	
	4	N	73	452	525	
		% A0.1. Пол	83,9%	92,2%	91,0%	
	5	N	1	7	8	
		% A0.1. Пол	1,1%	1,4%	1,4%	
	12	N	5	3	8	
		% A0.1. Пол	5,7%	0,6%	1,4%	
	Общо		N	87	490	577
			% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A8.1. Налагало ли Ви се е да отидете да живеете на друго място заради някое от тези събития? * A0.1. Пол						
			A0.1. Пол		Общо	
			1	2		
A8.1. Налагало ли Ви се е да отидете да живеете на друго място заради някое от тези събития?	2	N	3	4	7	
		% A0.1. Пол	3,5%	0,8%	1,2%	
	3	N	1	7	8	
		% A0.1. Пол	1,2%	1,4%	1,4%	
	4	N	82	463	545	
		% A0.1. Пол	95,3%	94,5%	94,6%	
	5	N	0	16	16	
		% A0.1. Пол	0,0%	3,3%	2,8%	
	Общо		N	86	490	576
			% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A8.2.Преживявали ли сте умишленото унищожаване на вашия дом заради някое от тези събития? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A8.2.Преживявали ли сте умишленото унищожаване на вашия дом заради някое от тези събития?	2	N	0	1	1
		% A0.1. Пол	0,0%	,2%	,2%
	3	N	1	4	5
		% A0.1. Пол	1,1%	0,8%	,9%
	4	N	84	467	551
		% A0.1. Пол	96,6%	96,7%	96,7%
5	N	2	11	13	
	% A0.1. Пол	2,3%	2,3%	2,3%	
Общо	N	87	483	570	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

A8.3. Случвало ли Ви се е да Ви бият войници, полицаи или бандити? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A8.3. Случвало ли Ви се е да Ви бият войници, полицаи или бандити?	1	N	2	0	2
		% A0.1. Пол	2,3%	,0%	,3%
	2	N	2	1	3
		% A0.1. Пол	2,3%	0,2%	0,5%
	3	N	7	2	9
		% A0.1. Пол	8,0%	,4%	1,6%
	4	N	73	475	548
		% A0.1. Пол	83,9%	97,7%	95,6%
	5	N	3	8	11
		% A0.1. Пол	3,4%	1,6%	1,9%
	Общо	N	87	486	573
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

A8.4.Случвало ли се е член на Вашето семейство или Ваш приятел да е убит или да е бил пребиван от войници, полицаи или бандити? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
A8.4.Случвало ли се е член на Вашето семейство или Ваш приятел да е убит или да е бил пребиван от войници, полицаи или бандити?	1	N	1	2	3
		% A0.1. Пол	1,1%	,4%	,5%
	2	N	6	9	15
		% A0.1. Пол	6,8%	1,8%	2,6%
	3	N	8	22	30
		% A0.1. Пол	9,1%	4,5%	5,2%
	4	N	68	434	502
		% A0.1. Пол	77,3%	89,1%	87,3%
	5	N	5	20	25
		% A0.1. Пол	5,7%	4,1%	4,3%
Общо	N	88	487	575	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

S.1.1.1.Пуши ли вкъщи член от семейството? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
S.1.1.1.Пуши ли вкъщи член от семейството?	1	N	38	163	201
		% A0.1. Пол	42,7%	34,8%	36,0%
	2	N	51	306	357
		% A0.1. Пол	57,3%	65,2%	64,0%
Общо	N	89	469	558	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

S.2.1.2. Употребявате ли тютюневи изделия понастоящем? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
S.2.1.2. Употребявате ли тютюневи изделия понастоящем?	1	N	37	206	243
		% A0.1. Пол	43,0%	44,6%	44,3%
	2	N	49	256	305
		% A0.1. Пол	57,0%	55,4%	55,7%
Общо	N	86	462	548	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

S.3.1.3. На колко години пропушихте? * A0.1. Пол					
		A0.1. Пол		Общо	
		1	2		
S.3.1.3. На колко години пропушихте?	7	N	1	0	1
		% A0.1. Пол	2,6%	,0%	,4%
	12	N	0	5	5
		% A0.1. Пол	0,0%	2,3%	2,0%
	13	N	0	3	3
		% A0.1. Пол	0,0%	1,4%	1,2%
	14	N	5	21	26
		% A0.1. Пол	13,2%	9,8%	10,3%
	15	N	2	37	39
		% A0.1. Пол	5,3%	17,2%	15,4%
	16	N	6	46	52
		% A0.1. Пол	15,8%	21,4%	20,6%
	17	N	8	39	47
		% A0.1. Пол	21,1%	18,1%	18,6%
	18	N	4	35	39
		% A0.1. Пол	10,5%	16,3%	15,4%
	19	N	6	8	14
		% A0.1. Пол	15,8%	3,7%	5,5%
	20	N	1	11	12
		% A0.1. Пол	2,6%	5,1%	4,7%
	21	N	2	5	7
		% A0.1. Пол	5,3%	2,3%	2,8%
	22	N	2	4	6
		% A0.1. Пол	5,3%	1,9%	2,4%
	25	N	1	0	1
		% A0.1. Пол	2,6%	,0%	,4%
27	N	0	1	1	
	% A0.1. Пол	0,0%	0,5%	0,4%	
Общо	N	38	215	253	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

S.4.1.4. Колко цигари пушите среднодневно? * A0.1. Пол				
		A0.1. Пол		Общо
		1	2	
1	N	1	1	2
	% A0.1. Пол	2,8%	,5%	,8%
2	N	3	8	11
	% A0.1. Пол	8,3%	3,8%	4,5%
3	N	3	10	13
	% A0.1. Пол	8,3%	4,8%	5,3%
4	N	1	6	7
	% A0.1. Пол	2,8%	2,9%	2,8%
5	N	1	28	29
	% A0.1. Пол	2,8%	13,3%	11,8%
6	N	1	5	6
	% A0.1. Пол	2,8%	2,4%	2,4%
7	N	2	7	9
	% A0.1. Пол	5,6%	3,3%	3,7%
8	N	4	6	10
	% A0.1. Пол	11,1%	2,9%	4,1%
9	N	0	1	1
	% A0.1. Пол	,0%	,5%	,4%
10	N	9	62	71
	% A0.1. Пол	25,0%	29,5%	28,9%
12	N	1	8	9
	% A0.1. Пол	2,8%	3,8%	3,7%
13	N	1	1	2
	% A0.1. Пол	2,8%	,5%	,8%
15	N	5	36	41
	% A0.1. Пол	13,9%	17,1%	16,7%
16	N	1	1	2
	% A0.1. Пол	2,8%	,5%	,8%
17	N	0	2	2
	% A0.1. Пол	,0%	1,0%	,8%
18	N	0	1	1
	% A0.1. Пол	0,0%	0,5%	0,4%
19	N	0	1	1
	% A0.1. Пол	0,0%	0,5%	0,4%
20	N	2	25	27
	% A0.1. Пол	5,6%	11,9%	11,0%
22	N	1	0	1

S.4.1.4. Колко цигари пушите среднодневно?

		% A0.1. Пол	2,8%	,0%	,4%
	25	N	0	1	1
		% A0.1. Пол	0,0%	0,5%	0,4%
Общо		N	36	210	246
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

S.12.1.12. Пушили ли сте по-рано през живота си? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
S.12.1.12. Пушили ли сте по-рано през живота си?	1	N	22	91	113
		% A0.1. Пол	37,3%	30,8%	31,9%
	2	N	37	204	241
		% A0.1. Пол	62,7%	69,2%	68,1%
Общо		N	59	295	354
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

S.13.1.13. На колко години запалихте първата цигара? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
S.13.1.13. На колко години запалихте първата цигара?	5	N	1	0	1
		% A0.1. Пол	4,3%	0,0%	0,7%
	10	N	1	1	2
		% A0.1. Пол	4,3%	,9%	1,5%
	11	N	0	4	4
		% A0.1. Пол	0,0%	3,6%	3,0%
	12	N	1	4	5
		% A0.1. Пол	4,3%	3,6%	3,7%
	13	N	2	8	10
		% A0.1. Пол	8,7%	7,1%	7,4%
	14	N	4	10	14
		% A0.1. Пол	17,4%	8,9%	10,4%
	15	N	2	24	26
		% A0.1. Пол	8,7%	21,4%	19,3%
	16	N	0	23	23

		% A0.1. Пол	,0%	20,5%	17,0%
	17	N	3	13	16
		% A0.1. Пол	13,0%	11,6%	11,9%
	18	N	4	20	24
		% A0.1. Пол	17,4%	17,9%	17,8%
	19	N	2	1	3
		% A0.1. Пол	8,7%	0,9%	2,2%
	20	N	1	2	3
		% A0.1. Пол	4,3%	1,8%	2,2%
	21	N	1	1	2
		% A0.1. Пол	4,3%	0,9%	1,5%
	22	N	0	1	1
		% A0.1. Пол	0,0%	0,9%	0,7%
	25	N	1	0	1
		% A0.1. Пол	4,3%	,0%	,7%
Общо		N	23	112	135
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

FA.1 съвети да промените навиците си за хранене по здравословни причини - от лекар * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
FA.1 съвети да промените навиците си за хранене по здравословни причини - от лекар	1	N	28	175	203
		% A0.1. Пол	32,6%	38,9%	37,9%
	2	N	58	275	333
		% A0.1. Пол	67,4%	61,1%	62,1%
Общо		N	86	450	536
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

FA.2 съвети да промените навиците си за хранене по здравословни причини - от член на семейството * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
FA.2 съвети да промените навиците си за хранене по здравословни причини - от член на семейството	1	N	6	33	39
		% A0.1. Пол	7,1%	7,1%	7,1%
	2	N	65	332	397
		% A0.1. Пол	76,5%	71,9%	72,6%
	3	N	11	73	84

		% A0.1. Пол	12,9%	15,8%	15,4%
	4	N	3	24	27
		% A0.1. Пол	3,5%	5,2%	4,9%
Общо		N	85	462	547
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

FA.2.3 Съблюдавате ли диетичен режим * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
FA.2.3 Съблюдавате ли диетичен режим	не	N	53	231	284
		% A0.1. Пол	63,1%	55,3%	56,6%
	Да-лекар	N	8	28	36
		% A0.1. Пол	9,5%	6,7%	7,2%
	Да- собств. желание	N	23	159	182
		% A0.1. Пол	27,4%	38,0%	36,3%
Общо		N	84	418	502
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

FA.4 2.2. Според Вас какво е теглото ви? * A0.1. Пол						
			A0.1. Пол		Общо	
			1	2		
FA.4 2.2. Според Вас какво е теглото ви?	1	N	17	215	232	
		% A0.1. Пол	38,6%	79,3%	73,7%	
	2	N	15	19	34	
		% A0.1. Пол	34,1%	7,0%	10,8%	
	3	N	5	17	22	
		% A0.1. Пол	11,4%	6,3%	7,0%	
	4	N	7	20	27	
		% A0.1. Пол	15,9%	7,4%	8,6%	
	Общо		N	44	271	315
			% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

AA.1.2 ако да, каква? - 1. концентрат 2. Вино 3. бира * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
AA.1.2 ако да, каква? - 1. концентрат 2. Вино 3. бира	1	N	22	52	74
		% A0.1. Пол	34,9%	20,7%	23,6%
	2	N	14	154	168
		% A0.1. Пол	22,2%	61,4%	53,5%
	3	N	27	45	72

	% A0.1. Пол	42,9%	17,9%	22,9%
Общо	N	63	251	314
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

AA.2 3.2. Колко често пиете шест или повече чаши алкохол на един случай? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
AA.2 3.2. Колко често пиете шест или повече чаши алкохол на един случай?	1	N	31	255	286
		% A0.1. Пол	36,9%	58,2%	54,8%
	2	N	27	90	117
		% A0.1. Пол	32,1%	20,5%	22,4%
	3	N	13	62	75
		% A0.1. Пол	15,5%	14,2%	14,4%
	4	N	11	28	39
		% A0.1. Пол	13,1%	6,4%	7,5%
	5	N	2	3	5
		% A0.1. Пол	2,4%	0,7%	1,0%
	Общо	N	84	438	522
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

AA.3 3.3. Случвало ли се е да употребявате алкохол сам(а), извън компания? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
AA.3 3.3. Случвало ли се е да употребявате алкохол сам(а), извън компания?	1	N	37	147	184
		% A0.1. Пол	43,0%	32,8%	34,5%
	2	N	49	301	350
		% A0.1. Пол	57,0%	67,2%	65,5%
Общо	N	86	448	534	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

AA.4 3.4. Консумацията на алкохол част от вашето ежедневно меню ли е? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
AA.4 3.4. Консумацията на алкохол част от вашето ежедневно меню ли е?	1	N	5	17	22
		% A0.1. Пол	5,9%	3,8%	4,1%
	2	N	80	430	510
		% A0.1. Пол	94,1%	96,2%	95,9%
Общо	N	85	447	532	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

AA.5 3.5. През последната година (12 месеца), получавали ли сте съвети да пиете по-малко от * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
AA.5 3.5. През последната година (12 месеца), получавали ли сте съвети да пиете по-малко от	1	N	11	22	33
		% A0.1. Пол	13,4%	5,2%	6,5%
	2	N	71	404	475
		% A0.1. Пол	86,6%	94,8%	93,5%
Общо		N	82	426	508
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

SB.1 4.1. На колко години првихте секс за първи път ? * A0.1. Пол					
			A0.1. Пол		Общо
			1	2	
SB.1 4.1. На колко години првихте секс за първи път ?	13	N	3	1	4
		% A0.1. Пол	3,8%	0,3%	0,9%
	14	N	3	8	11
		% A0.1. Пол	3,8%	2,3%	2,6%
	15	N	7	25	32
		% A0.1. Пол	8,9%	7,3%	7,6%
	16	N	22	74	96
		% A0.1. Пол	27,8%	21,5%	22,7%
	17	N	22	91	113
		% A0.1. Пол	27,8%	26,5%	26,7%
	18	N	13	86	99
		% A0.1. Пол	16,5%	25,0%	23,4%
	19	N	6	31	37
		% A0.1. Пол	7,6%	9,0%	8,7%
	20	N	2	17	19
		% A0.1. Пол	2,5%	4,9%	4,5%
	21	N	0	7	7
		% A0.1. Пол	0,0%	2,0%	1,7%
	22	N	0	3	3
		% A0.1. Пол	0,0%	,9%	,7%
	23	N	0	1	1
		% A0.1. Пол	,0%	0,3%	0,2%
	24	N	1	0	1
		% A0.1. Пол	1,3%	,0%	,2%

Общо	N	79	344	423
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

SB.2 4.2 Колко партньори сте имали до момента? * A0.1. Пол					
		A0.1. Пол		Общо	
		1	2		
SB.2 4.2 Колко партньори сте имали до момента?	1	N	8	138	146
		% A0.1. Пол	10,0%	39,3%	33,9%
	2	N	31	172	203
		% A0.1. Пол	38,8%	49,0%	47,1%
	3	N	18	30	48
		% A0.1. Пол	22,5%	8,5%	11,1%
	4	N	20	7	27
		% A0.1. Пол	25,0%	2,0%	6,3%
	5	N	3	4	7
		% A0.1. Пол	3,8%	1,1%	1,6%
	Общо	N	80	351	431
		% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%

SB.3 4.3. Изполвате ли контрацептивни и предпазни средства? * A0.1. Пол					
		A0.1. Пол		Общо	
		1	2		
SB.3 4.3. Изполвате ли контрацептивни и предпазни средства?	1	N	51	220	271
		% A0.1. Пол	65,4%	59,1%	60,2%
	2	N	21	115	136
		% A0.1. Пол	26,9%	30,9%	30,2%
	3	N	6	37	43
		% A0.1. Пол	7,7%	9,9%	9,6%
Общо	N	78	372	450	
	% A0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

НПД(ДВ) * А0.1. Пол					
			А0.1. Пол		Общо
			1	2	
НПД(ДВ)	0	N	6	79	85
		% А0.1. Пол	6,5%	15,6%	14,2%
	1	N	10	94	104
		% А0.1. Пол	10,9%	18,6%	17,4%
	2	N	22	82	104
		% А0.1. Пол	23,9%	16,2%	17,4%
	3	N	10	77	87
		% А0.1. Пол	10,9%	15,2%	14,6%
	4	N	11	55	66
		% А0.1. Пол	12,0%	10,9%	11,1%
	5	N	11	40	51
		% А0.1. Пол	12,0%	7,9%	8,5%
	6	N	7	34	41
		% А0.1. Пол	7,6%	6,7%	6,9%
	7	N	6	20	26
		% А0.1. Пол	6,5%	4,0%	4,4%
	8	N	3	13	16
		% А0.1. Пол	3,3%	2,6%	2,7%
	9	N	4	6	10
		% А0.1. Пол	4,3%	1,2%	1,7%
	10	N	2	4	6
		% А0.1. Пол	2,2%	,8%	1,0%
11	N	0	1	1	
	% А0.1. Пол	,0%	,2%	,2%	
Общо	N	92	505	597	
	% А0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

НПД(ДВ) _груп. * А0.1. Пол					
			А0.1. Пол		Общо
			1	2	
НПД(ДВ) _груп.	< 4	N	48	332	380
		% А0.1. Пол	52,2%	65,7%	63,7%
	>= 4	N	44	173	217
		% А0.1. Пол	47,8%	34,3%	36,3%
Общо	N	92	505	597	
	% А0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

НПД(ЧВ) * А0.1. Пол					
		А0.1. Пол		Общо	
		1	2		
НПД(ЧВ)	0	N	23	184	207
		% А0.1. Пол	25,0%	36,4%	34,7%
	1	N	27	155	182
		% А0.1. Пол	29,3%	30,7%	30,5%
	2	N	18	77	95
		% А0.1. Пол	19,6%	15,2%	15,9%
	3	N	7	41	48
		% А0.1. Пол	7,6%	8,1%	8,0%
	4	N	8	21	29
		% А0.1. Пол	8,7%	4,2%	4,9%
	5	N	1	7	8
		% А0.1. Пол	1,1%	1,4%	1,3%
	6	N	4	9	13
		% А0.1. Пол	4,3%	1,8%	2,2%
	7	N	2	7	9
		% А0.1. Пол	2,2%	1,4%	1,5%
	8	N	1	4	5
		% А0.1. Пол	1,1%	,8%	,8%
	9	N	1	0	1
		% А0.1. Пол	1,1%	,0%	,2%
Общо	N	92	505	597	
	% А0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	

НПД(ЧВ) _груп. * А0.1. Пол					
		А0.1. Пол		Общо	
		1	2		
НПД (ЧВ) _груп.	< 4	N	75	457	532
		% А0.1. Пол	81,5%	90,5%	89,1%
	>= 4	N	17	48	65
		% А0.1. Пол	18,5%	9,5%	10,9%
Общо	N	92	505	597	
	% А0.1. Пол	100,0%	100,0%	100,0%	