

НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ

д-р Румяна Вечкова Динолова-Ходжаджикова

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

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане
на образователна и научна степен „Доктор“

Научна специалност „Социална медицина и здравен мениджмънт“,
област на висше образование 7. „Здравеопазване и спорт“,
професионално направление 7.1. „Медицина“

Научни ръководители:

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

Официални рецензенти:

Проф. Пламен Димитров, дм
Доц. Калоян Стойчев, дм

София, 2018

Дисертационният труд е в обем от 159 страници (122 стр. основен текст) и включва въведение, увод, три глави (литературен обзор, методология на проучването, анализ и дискусия), изводи и препоръки, библиография и приложения. Резултатите са онагледени с 11 фигури и 17 таблици. Библиографията включва 143 литературни източника, от които 29 на кирилица и 114 на латиница. В приложение са представени Международен въпросник „Неблагоприятни преживявания в детството“ (АСЕ-IQ), Анкетна карта за факторите на риска за здравето и таблици с резултати от статистическата обработка.

Дисертационния труд е обсъден и приет на научен колегиум на дирекция „Промоция на здраве и превенция на болестите“ към Национален център по обществено здраве и анализи и е предложен за защита пред научно жури по професионално направление 7.1. „Медицина“.

Публичната защита ще се проведе на 25.04.2018 г. в Националния център по обществено здраве и анализи, 10 етаж, 18 зала, 11:00 ч.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Научния съвет към НЦОЗА, както и на сайта на НЦОЗА:
<http://ncpha.government.bg>

СЪДЪРЖАНИЕ

ГЛАВА ПЪРВА. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	4
1.1. Актуалност на проблема	4
1.2. Проучвания свързани с отражението на неблагоприятни преживявания в детството върху здравето	5
1.3. Резултати от проучвания с Международния въпросник – Неблагоприятни преживявания в детството	5
ГЛАВА ВТОРА. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО	7
2.1. Хипотези	7
2.2. Цел и задачи	7
2.3. Участници/Извадка	7
2.4. Методи	8
2.5. Организация на проучването	9
2.6. Етична процедура	9
ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ	9
3.1. Демографски данни	9
3.2. Отношение с родителите до 18-ата година	10
3.3. Семейна среда до 18-ата година	10
3.4. Преживяно насилие в семейството	12
3.5. Насилие от връстници	18
3.6. Свидетел на насилие в общността	20
3.7. Колективно насилие	21
3.8. Разпределение на неблагоприятните преживявания в детството по пол	21
3.9. Фактори на риска за здравето	25
3.10. Натрупване на НПД – двоична (ДВ) и честотна (ЧВ) версия на изчисляване на НПД резултата	31
3.11. Връзка между неблагоприятните преживявания в детството и риск от поведение, увреждащо здравето. Отражение на НПД резултата върху рисковото за здравето поведение	33
ОСНОВНИ ИЗВОДИ	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39
ПРЕПОРЪКИ	41
ПРИНОСИ	44
ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	45
АВСТРАКТ	46
РЕЧНИК НА СЪКРАЩЕНИЯТА	48

ГЛАВА ПЪРВА. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1.1. Актуалност на проблема

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 здравето 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 здравето 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.

Редица международни епидемиологични проучвания показват широко разпространение на неблагоприятията (Bruffaerts 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 психично-здравните дисфункции в поколенията.

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

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).

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).

1.3. 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).

Независимо от дизайна на проучванията или инструмента, който 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 разпространено е емоционалното насилие – от 51% в Албания до 9,8% в Турция. Само в Турция (21,1%) от разглежданите страни физическото насилие 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 – от 18,1% в Китай до 6% в Албания. Най-често (57,9%) емоционално пренебрегване 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	-

Други форми на въпросника Неблагоприятни преживявания в детството са АСЕ-IQ и АСЕ-ASF (WHO) с осем елемента, насочени единствено към насилието, за използване в проучвания с юноши и възрастни.

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

ГЛАВА ВТОРА. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

2.1. Хипотези

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

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

2.2. Цел и задачи

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

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.).

2.3. 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“.

2.4. Методи

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

Въпросникът ACE-IQ включва 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).

Направен е превод, лингвистична адаптация и обратен превод на въпросника „Неблагоприятни преживявания в детството“ (ACE-IQ). Въпросникът е пилотиран в извадка от 150 студенти преди провеждане на същинското проучване.

Анкетната 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 на население 20+ г., включва следните раздели: тютюнопушене, употреба с алкохол, навици на хранене и рисково сексуално поведение.

Статистически методи:

Описателни методи и методи за оценка

- Вариационен анализ на количествени променливи.
- 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)

2. Метод хи-квадрат (Chi-square test) или тест на Фишер (Fisher's exact test)

3. Метод на Ман-Уитни (Mann-Witney)

4. Регресионен анализ

За обработка на данните от проучването беше използвана версията на SPSS – SPSS за Windows 13.0.

2.5. 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“.

2.6. Етична процедура

Дизайнът, организацията и методите на проучването „Неблагоприятни преживявания в детството и рисково 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-ата 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 3). 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 3.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	14,7	2,9					
2.2. Те знаеха ли какво правите, когато не сте на училище?									
	31,3	47,0	16,2	4,1					
3.1. Те оставяли ли са ви без достатъчно храна, въпреки че не са били затруднени финансово?									
					2,0	2,9	2,4	90,1	2,7
3.2. Те били ли са пияни или дрогирани, за да не могат да се грижат за вас?									
					0,5	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 (Paunovic 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 4).

Домашното насилие е най-честата форма на семейна дисфункция – 46,6% от анкетиранияте 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 4).

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 et 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 et 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 et al, 2001), а психичното заболяване при родител е основен рисков фактор за физическо малтретиране, пренебрегване и сексуална злоупотреба с деца (Sethi et al, 2015). В това изследване психичната болест при родителя се свързва с повишаване на риска от затлъстяване (ИТМ \geq 30) с четири пъти.

Таблица 4. Дисфункционална семейна среда

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

Поведението на насилие се предава от поколение на поколение. Освен че има разрушително въздействие върху живота на младите хора, жестокото отношение към децата е и значим 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 децата 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 което се сблъскват респондентите през детството, всеки двама от пет 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 5.

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 5. 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.)	7,8	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.)	2,2	6,9	5,9	81,1	3,9
Случвало ли се е родител или настойник да ви удрял, ритал или пребивал? (5.3.)	2,9	12,5	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.)	1,2	2,4	3,4	89,5	3,6
Случвало ли ви се е някой да ви гали по сексуални начини, без да сте искали това? (5.5.)	0,5	2,0	5,9	86,8	4,7
Случвало ли ви се е някой да иска да докосват тялото му по сексуални начини, без да сте искали това? (5.6.)	0,5	2,2	1,5	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.)	0,2	1,2	2,7	92,7	3,2
Случвало ли ви се е някой да е правил орален, анален или вагинален полов акт, без да сте искали това? (5.8.)	0,2	0	1,9	95,4	2,5



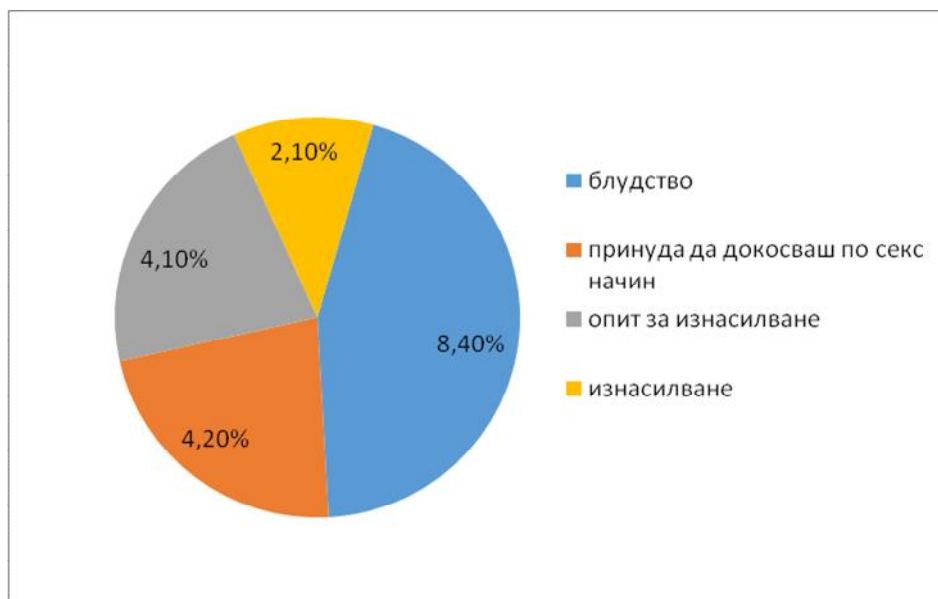
Фигура 1. Разпределение на преживяното насилие и пренебрегване в семейството

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 18-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% мъже, 11,1% жени). Това разпространение е подобно на разпространението в Румъния (Baban at al, 2013) и Македония (Raleva at al, 2013) 13% и почти два пъти по-високо от Сърбия – 4% (Paunovic at al, 2015) и Албания – 6% (Qirjako at al, 2013). Проучване на BECAN в девет страни от балканския регион показва разпространение на сексуалното насилие в България 8,5% (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.

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, на което 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.

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.

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 професионалистите и службите, включени в третичната профилактика на насилието над деца (Stancheva-Popkostadinova, Tocheva & Kajnakchieva, 2002).

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 6). Наблюдава се сигнификантна разлика по пол: мъжете съобщават значително по-често за тормоз от жените (46,1% срещу 32,5%).

Таблица 6. Насилие от връстници

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

Респондентите съобщават, че най-често са били подигравани за това как изглежда, 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.

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 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.



Фигура 3.Разпределение на тормоза в училище по видове

3.6. Свидетели на насилие в общността

Да бъдеш жертва на насилие, е трагично 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 7).

Таблица 7. 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.)	5,5	21,2	17,9	52,2	3,17
Свидетели ли сте до 18 год., как някой е промушван или прострелян?(7.2.)	0,2	1,2	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 8).

Таблица 8. 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“ – 0,9% (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 са представени на фигура 4 и таблица 9.

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

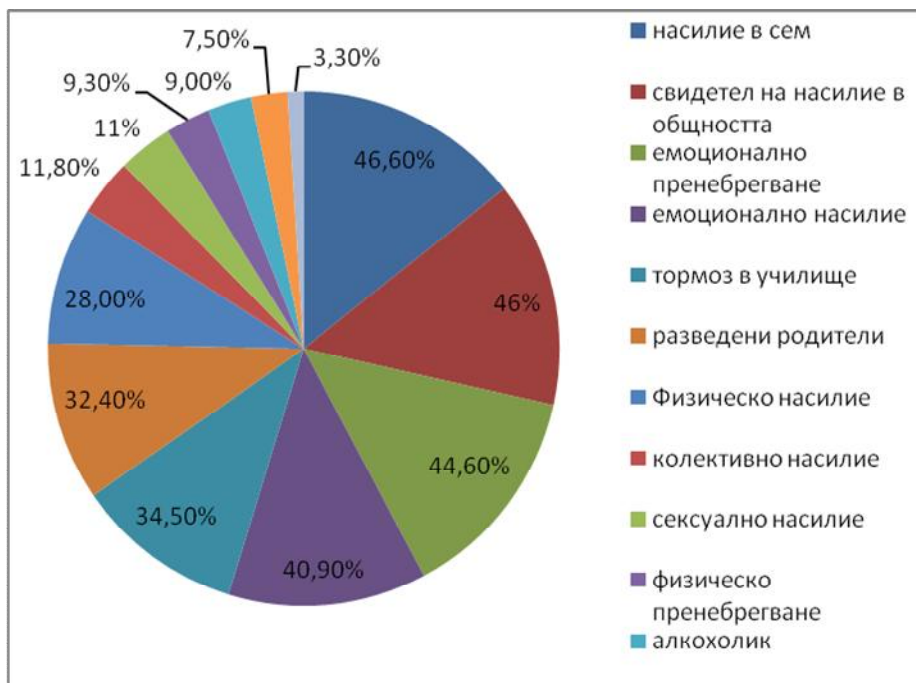


Таблица 9. Разпределение на НПД по пол – двоична версия

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

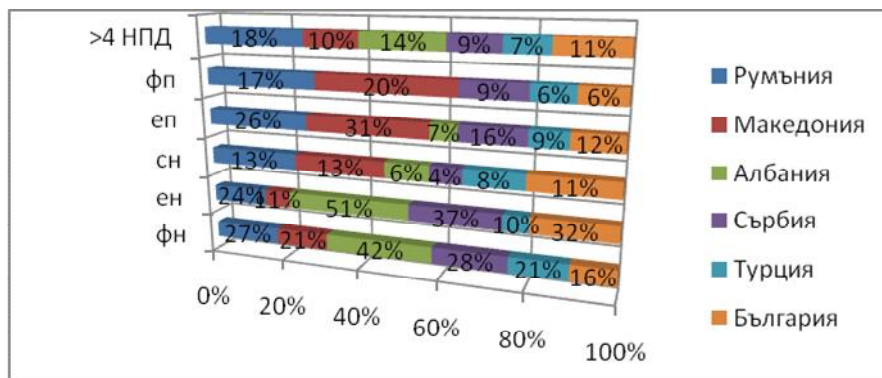
Прави впечатление, че честотата на разпространение за някои от изследваните НПД значително са понижава при изчисление на ЧВ на НПД резултата, това е така, защото при нея се отчитат като преживяно неблагоприятно само събития, които са се случвали много пъти или често. Например при ЧВ разпространението 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%, тормозът в училище от 34,6% намалява до 27,3%, а разпространението на свидетел на насилие в общността спада от 46% до 27,1% (Таблица 10) .

Таблица 10. 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. Сравнително разглеждане на разпространението на различните видове 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 10–19г. 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.

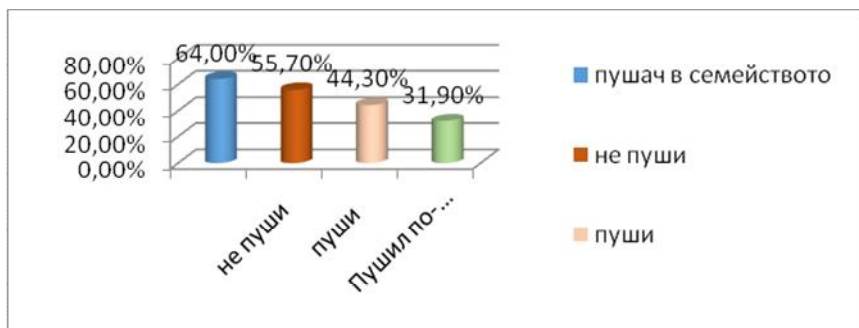
Независимо от редицата благоприятни законодателни промени, получените данни са неоспоримо доказателство за това, че детското пушене продължава да бъде сериозен проблем на общественото здравеопазване.

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 11).

Таблица 11. 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 проблеми 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 10-ти 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 режимна хранене, най-често за намаляване на теглото (Таблица 12). 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 12. 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>
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 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 13).

Таблица 13. 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.

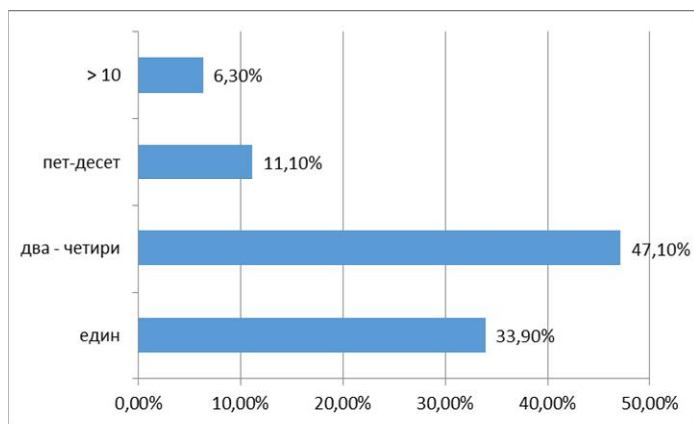


Фигура 7. Вредна употреба на алкохол

Сексуално поведение

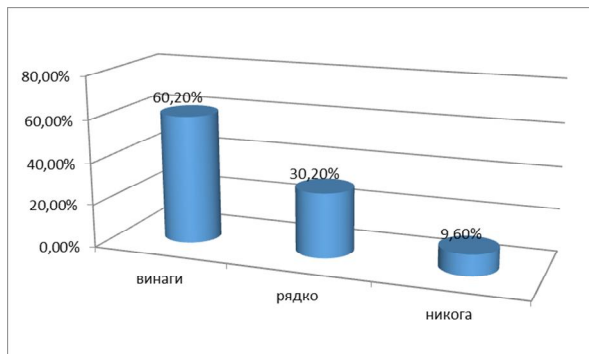
Рисковото сексуално поведение включва ранни сексуални връзки, множество сексуални партньори, които не използват надеждни методи за контрацепция и не използват кондоми като ефективна защита срещу полово предавани инфекции. Участието в подобни поведения значително увеличава шансовете за заразяване с ХИВ/СПИН (шестата причина за смъртта в света) и инфекции, които се дължат изцяло на не безопасен 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 аборт (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 (12–15год.) докладват 11,1% от изследваните. Близо 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 четири 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

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

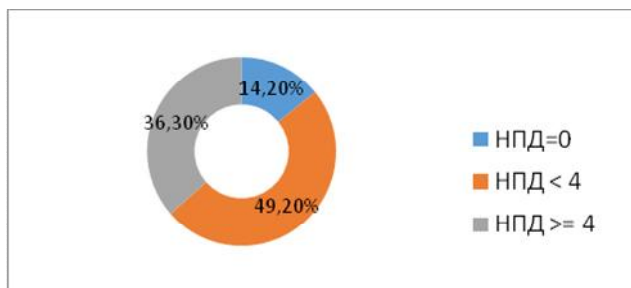


Фигура 9. Употреба на контрацептивни средства

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

Разпространение на натрупването на НПД (двоична версия – ДВ)

Нивото на разпространение на преживени НПД според двоичната версия е много високо само при 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 докладват за преживени ≥ 4 неблагоприяточия в детството (Фигура 10).



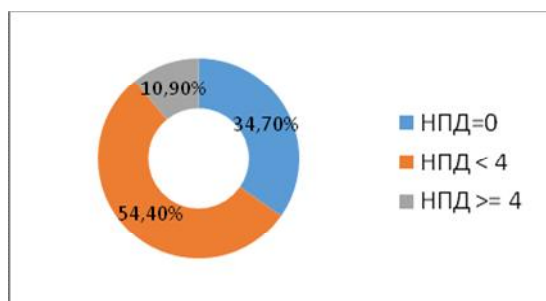
Фигура 10. Натрупване на НПД (двоична версия)

Разпространение на натрупването на НПД (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 докладват за преживени ≥ 4 неблагоприятния в детството (Фигура 11). Най-често респондентите са преживели едновременно 2 НПД 30,5%, а на най-много едновременно преживени НПД – девет – е бил изложен един човек от всички изследвани (Таблица 14).

Таблица 14. 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 пропуснат 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 пропуснат в ранна възраст (OR =2,7[1,5-4,7]), два пъти по-голям риск 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 15).

Таблица 15. Зависимост между НПД и рисково за здравето поведение

НПД	Тютюнопушени N=327 (61,2 %)	Тютюнопушени (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] P<0,005	2,1* [1,3-3,5] P<0,003	1,4 [0,9-2,1]	0,59 [0,3-2,2]
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 на 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).

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 16).

Таблица 16. 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

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%), сексуално 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 представляват рискове за здравето в по-късна възраст, както и че преживяването на четири и повече НПД носи по-висок риск от изолираното единично преживяно неблагоприятно.

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 et al, 2018).

Доказана е връзка между НПД и рисковото за здравето поведение, което съответства на резултатите от други проучвания на НПД в Европа (Baban et al, 2013; Raleva et al, 2013; Bellis et al, 2013; Qirjako et al, 2013; Ulukol et al, 2014; Kachaeva et al, 2014; Paunovic et al, 2015; Velemínský et 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 общественостопазване 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 от по-рисковите групи на населението в България, разпространението на НПД и поведението, 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 поради типа на въпросника, който е самооценъчен, в някои случаи може да са дадени социално приемливи отговори или при 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 насърчат 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 междусекторно 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 селективни 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 доказва ефективността на редица превантивни програми, които могат да бъдат приложени с еднаква ефективност в различни държави. Основните подходи в тези програми 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 за наблюдение над детето. Здравната системи 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, здравните услуги в училище, услугите 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“ (АСЕ-IQ) е преведен, пилотиран и адаптиран за прилагане в български условия. Той може да се прилага за рутинно изследване на НПД в по-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 на неблагоприятията. Българските данни корелират в значителна степен с резултатите от проведените изследвания на НПД по оригиналната методика на CDC/АСЕ.
3. За първи път в България се прави изследване на връзките между НПД и четири поведенчески рискови фактора: 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 и с други категории респонденти.

**ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ ПО ТЕМАТА НА
ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

1. **Динолова, Р.** Роля на Световната здравна организация в превенцията на насилието над деца. Практическа педиатрия. 2015, 18-20
2. **Dinolova-Hhodzhadzhikova, R.**, Stancheva-Popkostadinova V. Adverse childhood experiences and tobacco use among bulgarian university students – results from pilot study. Bulgarian Journal of Public Health, Sofia, 2017, 9 (3), 39-46
3. McLaughlin, K., Koenen, K., Bromet, E., Karam, E., Liu, H., Petukhova, M., **Dinolova R.V.** & Kessler, R. (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.
4. 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. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys (2017). European Journal of Psychotraumatology, 8 (sup 5),
5. **Dinolova - Hodzhadzhikova, R.**, V.Stancheva-Popkostadinova . Violence and health – WHO guidelines for violence prevention. Jubilee Scientific Conference, 40 years Medical University-Pleven, October 30 to November 1, 2014 (paper)
6. Stancheva-Popkostadinova, V., **Dinolova, R.** Reflections from WHO reports on prevention of Violence. First Macedonian Conference on Child and Adolescent Psychiatry – IMCCAP. Developmental Psychopathology: Challenges and Opportunities, 16-18 October, 2014, Ohrid, Macedonia (poster)
7. Stancheva-Popkostadinova, V., **Dinolova, R.** Current challenges in the Development of Coordinated Policies and Practices for Prevention of Child Abuse and Neglect .Jubilee Scientific Conference, 40 years Medical University-Pleven, October 30 to November 1, 2014 (paper)
8. **Динолова-Ходжаджикова, Р.**, Станчева-Попкостадинова, В. Неблагоприятни преживявания в детството и рисково за здравето поведение. Национална научно-практическа конференция с международно участие. Промоцията на ПЗ- елемент от глобалната стратегия за обществено здраве, 28-29 октомври, 2016, гр. Благоевград.

Участие в проект:

Coordinated Response for Child Abuse and Neglect via Minimum Data Set [JUST/2012/DAP3/AG/3250], 2013-2015.

Abstract

Adverse childhood experiences (ACEs) put up stress on the body and increase the individual's vulnerability to health damaging behaviors in adulthood, resulting in higher risk of poor health outcomes and early death. Often, the combination of several ACEs increases the risk of onset of certain somatic and mental disorders.

Hypotheses:

1. Adverse childhood experiences are associated with risky health behavior in adulthood.
2. Four or more ACEs result in a higher risk compared to an isolated single ACE.

Material and Method:

Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) - translated into Bulgarian and adapted for use in the Bulgarian population.

Questionnaire on risk health factors, developed by (WHO) and adjusted by NCPHA for Bulgaria, abridged version for the purposes of the study.

Results:

The survey includes 600 university students: 93 men (15.5%) and 505 women (84.1%); two respondents did not indicate their gender. Mean age 24.07 years (SD = 0.85). The majority are single (80%).

1. Violence and neglect are widespread: emotional violence (40.9%), physical violence (28%), sexual violence (11.3%), emotional neglect (28.6%), and physical neglect (9.3%). Boys were more frequently exposed to all kinds of violence, while girls more often report lack of parental physical care.

2. The most common types of dysfunction in the family include domestic violence (46.6%) and parental divorce/separation (32.4%).

3. Every third (34.6%) respondent reported that he or she was bullied at school.

4. When exposed to ≥ 4 ACEs, the risk of tobacco use increases almost threefold; the risk of early smoking initiation (12-15 years of age) increases almost four times; and the risk of early sexual activity is five times higher.

5. Physical violence increases the risk of early smoking initiation 2.5 times and the likelihood of early sexual activity and multiple sexual partners becomes 3 times higher.

6. Emotional violence increases the risk of early smoking initiation almost three times; the risk of early sexual activity increases twice; the risk of multiple sexual partners also increases twice, and the risk of alcohol abuse increases almost twice.

7. Sexual violence increases the risk of early sexual activity almost three times and the likelihood of multiple sexual partners becomes 2.7 times higher, while the risk of obesity increases almost five times.

8. Living in dysfunctional family environment greatly increases the risk of smoking, early smoking initiation, early sexual activity, multiple sexual partners and obesity.

9. Emotional neglect significantly increases the risk of early smoking initiation, early sexuality initiation, and multiple sexual partners.

10. Community violence increases the risk of smoking 1.6 times; the risk of early sexual activity increases almost three times, of multiple sexual partners - 3.1 times and of alcohol abuse - 1.5 times.

11. Collective violence (police violence) increases the risk of early sexual activity 2.4 times; of multiple sexual partners - almost three times and of alcohol abuse - 1.8 times.

12. Community violence shows relation to smoking only in the binary version, while sexual abuse shows relation to obesity only in the frequency version. Collective violence significantly increases the risk of early sexual activity from OR = 2.4 in the binary version to OR = 6.2 in the frequency version of the ACE score calculation.

Contributions:

1. The Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) is translated, piloted and adapted for use in Bulgarian settings. It can be used for a routine ACE study in a more diverse sample of the Bulgarian population.

2. For the first time, representative data are published on the frequency and distribution of thirteen types of conventional and expanded ACEs. Statistically significant relationships between ACEs and risky health behaviours in adulthood have been identified, depending on the number and type of adverse events. Bulgarian data correlate to a significant extent with the results of ACEs studies carried out according to the original CDC/ACE methodology.

3. The relationship between ACEs and four behavioural risk factors is studied for the first time in Bulgaria: tobacco use, alcohol use, eating habits/ obesity and risky sexual behaviour.

4. The results of the study and its design are a good basis for the continuation and optimization of adverse childhood experiences studies with other categories of respondents as well.

СЪКРАЩЕНИЯ

ВТУ	-	Великотърновски университет
ДВ	-	двоична версия
ИТМ	-	индекс на телесна маса
МУ	-	Медицински университет
НПД	-	неблагоприятни преживявания в детството
САЩ	-	Съединени американски щати
СЗБ	-	социално значими болести
СЗО	-	Световна здравна организация
СПИН	-	синдром на придобитата имунна недостатъчност
ССЗ	-	съречно-съдови заболявания
СУ	-	Софийски университет
ХИВ	-	човешки имунодефицитен вирус
ХРЗ	-	хронични респираторни заболявания
ЧВ	-	честотна версия
ЮЗУ	-	Югозападен университет
ACE	-	Adverse Childhood Experiences
CDC	-	Centers for Disease Control and Prevention.
GSHS	-	Global school-based student health survey
ICAST	-	ISPCAN Child Abuse Screening Tools
ISPCAN	-	International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect
OR	-	Odds ratio
WHO	-	World Health Organization