



RĪGAS STRADIŅA
UNIVERSITĀTE

Lauma Sprinģe

VARDARBĪBAS IZRAISĪTIE
VESELĪBAS TRAUCĒJUMI
BĒRNIEM UN JAUNIEŠIEM
LATVIJĀ

Promocijas darbs
medicīnas doktora zinātniskā grāda iegūšanai

Specialitāte – sabiedrības veselība un epidemioloģija

Darba zinātniskā vadītāja:
Dr. med. asociētā profesore **Anita Villeruša**

Rīga, 2017

ANOTĀCIJA

Ievads. ANO Ilgtspējīgas attīstības 16.1. mērķis paredz, ka sabiedrībā ir būtiski jāsamazina visu veidu vardarbība. Bērni ir sabiedrības daļa, kas ir īpaši aizsargājama no vardarbības un tās izraisītajām nelabvēlīgajām sekām. Lai apzinātu un sekmīgi risinātu vardarbības problēmu, ir nepieciešams apzināt problēmas apmērus, kā arī izprast tās ietekmi uz bērnu veselību un labklājību ilgākā laika periodā. Vardarbība ir multifaktoriāls fenomens, tādēļ tās izpētē, rezultātu interpretācijā un problēmas risināšanā ir jāņem vērā ģimenes, vietējās kopienas, kultūras un sabiedrības vērtību, uzskatu un attieksmes ietekme.

Darba mērķis bija izpētīt vardarbības un to veidu izplatību Latvijas bērnu un jauniešu populācijā, aplūkot vardarbības saistību un to sakarības ar ģimeni raksturojošiem faktoriem, veselību un tās traucējumiem, kā arī noskaidrot no vardarbības cietušo bērnu rehabilitācijas iespējas.

Materiāls un metodes. Darba kvantitatīvā pētījuma daļā izmantoti dati, kas iegūti reprezentatīvā šķērsgriezuma pētījumā par Latvijas jauniešu bērnības nelabvēlīgo pieredzi. Balstoties uz PVO rekomendācijām, kā pētījuma instruments izmantota bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes (*The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*) aptaujas anketa. Kopumā analizēti 1223 gadījumi. Statistiskajā datu apstrādē lietots biežumu sadalījums, šķērstabulas un Hī kvadrāta (χ^2) tests. Saistību noteikšanai izmantotas nesamērotās izredžu attiecības, stratificētā izredžu attiecība pēc Mantela-Hansela metodes, Spīrmēna korelācijas koeficients un daudzfaktoru loģistikā regresija.

Darba kvalitatīvā pētījuma daļā, lai iegūtu informāciju par ekspertu pieredzi darbā ar vardarbībā cietušajiem bērniem, veiktas padziļinātas, daļēji strukturētas ekspertu intervijas ar psihologiem, psihoterapeitiem un ārstiem psihoterapeitiem, kuri strādā ar bērniem, kuri cietuši no vardarbības. Kopumā intervēti 14 eksperti. Interviju datu apstrādē izmantota tematiskās analīzes metode.

Rezultāti. Visbiežāk jaunieši bērnībā ir pieredzējuši emocionālo vardarbību (31,5%), fizisko (27,0%) un emocionālo (23,8%) nevērību, bet retāk – fizisko (16,4%) un seksuālo (10,3%) vardarbību. Sievietes vardarbību pieredzējušas biežāk nekā vīrieši. Lielākas izredzes pieredzēt vienu vai vairākus vardarbības veidus bija tiem bērniem, kuru ģimenēs ir šādi riska faktori: zems sociāli ekonomiskais stāvoklis, vecāku šķiršanās, tēva vardarbība pret māti, psihoemocionālās veselības un alkohola lietošanas problēmas, salīdzinājumā ar bērniem no ģimenēm, kurās nav iepriekš minēto riska faktoru. Daudzfaktoru regresijas analīze liecina, ka tiem jauniešiem, kuri bērnībā pieredzējuši kādu no vardarbības veidiem (izņemot seksuālo vardarbību), ir 1,2–2,2 reizes (atkarībā no modelī iekļautā vardarbības veida) lielākas slikta

veselības pašvērtējuma izredzes nekā jauniešiem bez vardarbības pieredzes. Bērnībā pieredzēta fiziskā un emocionālā vardarbība 1,4 un 1,2 reizes palielināja pārmērīga alkohola lietošanas izredzes jauniešu vecumā. Tiem jauniešiem, kuri bērnībā pieredzējuši fizisko, emocionālo vardarbību un emocionālo nevērību, jauniešu vecumā ir attiecīgi 2,6, 2,3 un 2,1 reizes lielākas psihiskās veselības problēmu attīstības izredzes nekā jauniešiem bez šādas pieredzes. Bērnībā pieredzēta vardarbība (izņemot seksuālo vardarbību) 2,2–4,0 reizes palielināja pašnāvības mēģinājumu veikšanas izredzes jauniešu vecumā salīdzinājumā ar jauniešiem, kuriem nav vardarbības pieredzes.

Pēc interviju kodēšanas jautājumu sadaļā par cietušo vardarbības pieredzi un vardarbības jēdziena izpratni iezīmējās trīs tēmas – vardarbības jēdziena konceptualizācijas dažādība, bērnu vardarbības pieredzes raksturojums un bērnu atklātība par pieredzēto vardarbību. Sadaļā par vardarbības ietekmi uz cietušo bērnu veselību izkristalizējās divas tēmas – sekas uz fizisko un psihoemocionālo veselību un veselību ietekmējošie faktori. Jautājumu sadaļā par to, kādā veidā no vardarbības cietušie bērni pārvar vardarbības izraisītos traucējumus un kāda loma šajā procesā ir institūcijām, izkristalizējās trīs tēmas: traucējumu pārvarēšanas stratēģiju raksturojums, darbs ar bērnu, kurš cietis no vardarbības cietušo bērnu, rehabilitācijas sistēmiskās vajadzības.

Secinājumi. Vardarbība pret bērniem ir aktuāla Latvijas sabiedrības veselības problēma. Lielākas izredzes pieredzēt vardarbību ir bērniem no disfunkcionālām ģimenēm. Bērnībā pieredzēta vardarbība saistīta gan ar sliktāka veselības pašvērtējuma izredzēm, gan ar pārmērīgas alkohola lietošanas, psihoemocionālās veselības problēmu attīstības un pašnāvības mēģinājumu veikšanas izredzēm jauniešu vecumā. Svarīgākās tēmas ekspertu interviju analīzē: vardarbības jēdziena konceptualizācija, vardarbības pieredzes raksturojums, vardarbības izraisītās sekas un to pārvarēšanas mehānismi, kā arī no vardarbības cietušo bērnu vajadzības rehabilitācijas procesā.

ABSTRACT

Introduction. The goal No. 16.1 of the UN Sustainable Development Goals aims to significantly reduce all forms of violence. Children belong to the most vulnerable part of society and must be particularly protected from violence and its adverse effects. To identify and successfully solve the problem of violence, it is necessary to identify the extent of the problem, as well as to understand its impact on children's health and well-being in the long term. Violence is a multifactorial phenomenon, therefore, the influence of beliefs and values of family, local community, culture and social values must be considered when researching, interpreting the results and addressing the problem of violence.

The aim of the thesis was to assess the prevalence of violence and its forms in the population of children and young adults of Latvia, and its relationship between the risk factors associated with family, health and its disorders, as well as to find out expert opinions on how the child victims perceive the violence, the consequences of violence, coping mechanisms and rehabilitation.

Material and methods. In the quantitative part of the research data from representative cross-sectional study on the adverse childhood experiences of young adults in Latvia were used. Based on the WHO recommendations, the study tool used was a questionnaire from the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Overall, 1223 cases were analysed. The frequency distribution, cross tabulation and Chi-Square Test (χ^2) were used for statistical data processing. The relationships were calculated by odds ratio, stratified odds ration based on Mantel-Haenszel's method, Spearman's rank correlation coefficient and multiple logistic regression.

In order to find out the experiences of experts dealing with child victims of violence in the qualitative part of the study, in-depth semi-structured expert interviews were conducted with psychologists and doctors-psychotherapists working with child victims of violence. Overall, 14 experts were interviewed. The method used for the interview data processing was thematic analysis.

Results. Most often young adults in childhood have experienced emotional violence (31.5%), physical (27.0%) and emotional (23.8%) neglect, but less frequently they have suffered from physical (16.4%) and sexual (10.3%) violence. Women have experienced violence more often than men. Children whose families had the following risk factors: low socio-economic status, parents' divorce, father's violence against mother, psycho-emotional health problems and alcohol abuse, had higher odds for experiencing one or more forms of violence, as compared to the children from families without the above mentioned risk factors. Multivariate regression analysis suggested that the young adults who had experienced some

form of violence (except sexual abuse) in childhood, had a 1.2–2.2 times (depending on the form of violence) higher odds for poor health self-assessment, compared to young adults who had not witnessed violence in their childhood. Physical and emotional violence experienced during childhood increased the odds ratio of excessive alcohol use in adolescence by 1.4 and 1.2 times. Young adults who had experienced physical and emotional violence, and emotional neglect during childhood, had a 2.6, 2.3 and 2.1 times respectively higher odds of developing mental health problems during adolescence, compared to young adults without such experience. Violence (except sexual violence) experienced during childhood increased the odds of suicide attempts in adolescence by 2.0–4.0 times, compared to young adults without violence experience.

Following the interpretation of the interviews, the question section on the victims' experience of violence and the understanding of the concept of violence, highlighted three topics: the conceptual diversity of the notion of violence, characteristics of the experience of child violence, and child's openness on the experienced violence. The section on the impact of violence on child's health, outlined two topics: effects on the physical and psycho-emotional health, and the factors that influence health effects. The section dealing with the way in which the child victims of violence overcome the caused disorders, and what is the role of institutions in this process, outlined three topics: characterization of strategies for overcoming disorders, dealing with the child victim of violence, systemic requirements of rehabilitation.

Conclusions. Violence against children is a pressing issue of public health in Latvia. Children from dysfunctional families have higher odds to experience violence. Violence experienced in childhood is associated with increased odds for a bad health self-assessment, excessive alcohol consumption, development of psycho-emotional health problems, and suicide attempts in young adult age. The key topics in the analysis of the expert interviews were conceptualization of the notion of violence, characteristics of the experience of violence, effects of violence and coping mechanisms, as well as the child victim's needs in rehabilitation process.

SATURA RĀDĪTĀJS

DARBĀ LIETOTIE SAĪSINĀJUMI	9
IEVADS	10
1. LITERATŪRAS APSKATS	14
1.1. Vardarbības pret bērnu aktualizēšana sabiedrībā.....	14
1.2. Vardarbības pret bērnu jēdziens un epidemioloģiskie rādītāji bērnu un jauniešu sociāli demogrāfiskajās raksturlielumu grupās.....	15
1.2.1. Fiziskā vardarbība pret bērnu	17
1.2.2. Emocionālā vardarbība pret bērnu	19
1.2.3. Seksuālā vardarbība pret bērnu	20
1.2.4. Nevērība pret bērnu.....	22
1.3. Bērnībā pieredzētās vardarbība un ģimeni raksturojošie faktori	23
1.3.1. Bērnībā pieredzētā vardarbība un ģimenes sociāli ekonomiskais līmenis	24
1.3.2. Bērnībā pieredzētā vardarbība un vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi.....	26
1.3.3. Bērnībā pieredzētā vardarbība un tēva vardarbība pret māti ģimenē.....	28
1.3.4. Bērnībā pieredzētā vardarbība un pārmērīga alkohola lietošana ģimenē.....	30
1.3.5. Bērnībā pieredzētā vardarbība un psihiskās veselības problēmas ģimenē.....	31
1.4. Bērnībā pieredzētās vardarbības asociētie veselības un veselību ietekmējošie faktori jauniešu vecumā	33
1.4.1. Bērnībā pieredzētā vardarbība un veselības pašvērtējums	35
1.4.2. Bērnībā pieredzētā vardarbība un pārmērīga alkohola lietošana	37
1.4.3. Bērnībā pieredzētā vardarbība un sūdzības par psihoemocionālo veselību	41
1.4.4. Bērnībā pieredzētā vardarbība un pašnāvības mēģinājumi	44
1.5. Jauniešu veselību raksturojošo parametru saistība ar ģimeni raksturojošiem faktoriem bērnībā	46
1.5.1. Veselības pašvērtējums un ģimeni raksturojošie faktori.....	47
1.5.2. Pārmērīga alkohola lietošana un ģimeni raksturojošie faktori	49
1.5.3. Sūdzības par psihoemocionālās veselību un ģimeni raksturojošie faktori.....	51
1.5.4. Pašnāvības mēģinājumi un ģimeni raksturojošie faktori	53
2. MATERIĀLS UN METODES.....	56
2.1. Kvantitatīvās pētniecības daļa	56
2.1.1. Datu avoti un ieguve	56
2.1.2. Pētāmo mainīgo pazīmes un grupēšana	58
2.1.3. Pētāmās populācijas raksturojums	62
2.1.4. Statistiskā analīze	62
2.2. Kvalitatīvās pētniecības daļa	66
2.2.1. Datu ieguve	66

2.2.2. Atlase un respondentu raksturojums	67
2.2.3. Datu apstrādes metode	69
3. KVANTITATĪVĀ PĒTĪJUMA REZULTĀTI.....	70
3.1. Vardarbības izplatība un vardarbības veidu savstarpējās sakarības	70
3.1.1. Vardarbības prevalence dzimumu grupās	70
3.1.2. Vardarbības veidu savstarpējā saistība.....	71
3.2. Bērnībā pieredzētā vardarbība saistībā ar ģimeni raksturojošiem faktoriem.....	71
3.2.1. Bērnībā pieredzētā vardarbība un ģimenes sociāli ekonomiskais stāvoklis.....	71
3.2.2. Bērnībā pieredzētā vardarbība un vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi.....	73
3.2.3. Bērnībā pieredzētās vardarbības saistība ar tēva vardarbību pret māti	74
3.2.4. Bērnībā pieredzētā vardarbība un pārmērīga alkohola lietošana ģimenē.....	76
3.2.5. Bērnībā pieredzētā vardarbība un psihiskās veselības problēmas ģimenē.....	78
3.3. Jauniešu veselību un ģimeni raksturojošie faktori.....	80
3.3.1. Veselības pašvērtējums un ģimeni raksturojošie faktori.....	80
3.3.2. Jauniešu pārmērīga alkohola lietošana un ģimeni raksturojošie faktori	82
3.3.3. Jauniešu psihoemocionālās veselības problēmas un ģimeni raksturojošie faktori	83
3.3.4. Jauniešu pašnāvības mēģinājumi un ģimeni raksturojošie faktori	85
3.4. Bērnībā pieredzētā vardarbība un jauniešu veselību raksturojošie parametri.....	86
3.4.1. Bērnībā pieredzētā vardarbība un jauniešu veselības pašvērtējums.....	86
3.4.2. Bērnībā pieredzētā vardarbība un pārmērīga alkohola lietošana jauniešu vidū	88
3.4.3. Bērnībā pieredzētā vardarbība un jauniešu psihoemocionālās veselības problēmas	89
3.4.4. Bērnībā pieredzētā vardarbība un jauniešu pašnāvības mēģinājumi.....	92
4. KVALITATĪVĀ PĒTĪJUMA REZULTĀTI.....	95
4.1. Cietušo bērnu vardarbības pieredze un vardarbības jēdziena izpratne	97
4.1.1. Vardarbības jēdziena konceptualizācijas dažādība	97
4.1.2. Bērnu vardarbības pieredzes raksturojums	99
4.1.3. Cietušā bērna atklātība par notikušo vardarbību.....	101
4.2. Vardarbības ietekme uz veselību	102
4.2.1. Ietekme uz fizisko un psihoemocionālo veselību.....	102
4.2.2. Veselību ietekmējošie faktori.....	105
4.3. Vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģijas, institūciju darbības loma	106
4.3.1. Traucējumu pārvarēšanas stratēģiju raksturojums	106
4.3.2. Darbs ar cietušo bērnu.....	108
4.3.3. Rehabilitācijas sistēmiskās vajadzības	112

4.4. Ekspertu interviju rezultātu kopsavilkums	116
5. DISKUSIJA	119
6. SECINĀJUMI.....	136
PRAKTISKĀS REKOMENDĀCIJAS	138
IZMANTOTĀ LITERATŪRA	140
PUBLIKĀCIJAS UN TĒZES PAR DARBA TĒMU	160
PATEICĪBAS	163
PIELIKUMI.....	164

DARBĀ LIETOTIE SAĪSINĀJUMI

ANO Apvienoto Nāciju Organizācija

ASV Amerikas Savienotās Valstis

CDC ASV Slimību kontroles un profilakses centrs (*Centers for Disease Control and Prevention*)

CSP Centrālā statistikas pārvalde

DALY nespējamērotie dzīves gadi (*disability adjusted life years*)

ES Eiropas Savienība

LR Latvijas Republika

OR izredžu attiecība (*odds ratio*)

PVO Pasaules Veselības organizācija

MK Ministru kabinets

SES sociāli ekonomiskais stāvoklis

IEVADS

Vardarbība ir sabiedrībā aktuāla problēma, kas ne tikai ierobežo indivīda tiesības uz drošu un no vardarbības brīvu dzīves telpu, bet arī atstāj paliekošas nelabvēlīgas sekas uz indivīda un visas sabiedrības veselību. ANO Ilgtspējīgas attīstības 16.1. mērķis paredz, ka sabiedrībā ir būtiski jāsamazina visu veidu vardarbība (*United Nations*, 2017). Pamatojoties uz šo mērķi, 2016. gada 27. maijā 69. Pasaules Veselības asamblejā pieņemta rezolūcija (PVA 69.5) par PVO Globālo rīcības plānu starppersonu vardarbības mazināšanai, īpaši uzsverot sievietes un bērnus kā neaizsargātākās sabiedrības grupas (*World Health Organization [WHO]*, 2014a).

Bērni ir viena no sabiedrības grupām, kurām ir nepieciešama īpaša aizsardzība pret vardarbību. Saskaņā ar statistikas datiem Eiropas reģionā ik gadu vardarbīgā nāvē mirst aptuveni 850 bērnu vecumā līdz 15 gadiem (*WHO*, 2013a), tomēr vēl lielāks ir to bērnu skaits, kuri ikdienā saskaras ar vienu vai pat vairākām vardarbības formām – fizisko, emocionālo, seksuālo vardarbību un nevērību jeb atstāšanu novārtā. Ģimenei ir jābūt vietai, kurā bērns var saņemt nepieciešamo aprūpi un atbalstu, lai varētu attīstīties un sekmīgi sagatavoties patstāvīgai dzīvei, tomēr ģimene var būt arī bērna veselību un labklājību apdraudoša vieta, jo vardarbība pret bērniem visbiežāk notiek tieši ģimenē (*Gilbert et al.*, 2009).

Pret bērniem vērstās vardarbības izplatības rādītāju apzināšana ir viens no PVO izvirzītajiem uzdevumiem. PVO Eiropas ziņojumā par vardarbības pret bērniem mazināšanu, balstoties uz vairāku pētījumu datiem, aprēķināti bērībā pieredzētās vardarbības prevalences rādītāji. Visbiežāk bērni cietuši no emocionālās (29,1%) un fiziskās (22,9%) vardarbības, savukārt no emocionālās nevērības cietuši 18,4% bērnu, bet no fiziskās nevērības – 16,3%. Visretāk sastopama seksuālā vardarbība pret bērnu – 13,4% meiteņu un 5,7% zēnu (*WHO*, 2013). Ziņojumā uzsvērts, ka nepieciešami jauni pētījumi, lai labāk apzinātu pret bērniem vērstās vardarbības izraisīto slogu, īpaši uzmanību pievēršot tieši emocionālajai vardarbībai un nevērībai.

Pret bērniem vērstās vardarbības izplatības rādītāju interpretācijā ir vairāki specifiski aspekti, kas var ietekmēt rādītāju vērtību. Pirmkārt, būtiska nozīme ir izmantotajam datu avotam. Pret bērniem vērstās vardarbības gadījumi, kas reģistrēti institūcijās, ir tikai daļa no visiem vardarbības gadījumiem. Pilnīgākai problēmas izpētei un apzināšanai izmanto epidemioloģiskos populāciju pētījumus, aptaujājot respondentus par viņu gūto vardarbības pieredzi. Ir aprēķināts, ka institūcijās apzinātais pret bērniem vērstās vardarbības gadījumu skaits atšķiras līdz pat desmit reizēm salīdzinājumā ar gadījumu skaitu, kas apzināts populāciju aptaujās (*Gilbert*, 2009). Otra nozīmīga problēma saistīta ar vardarbības jēdziena uztveri un

izpratni sabiedrībā. Vardarbība pret bērniem kā specifiska sabiedrības problēma aktualizēta tikai pagājušajā gadsimtā, tomēr atsevišķi vardarbības veidi, piemēram, emocionālā vardarbība pret bērnu kā atsevišķa vardarbības forma pētīta un aprakstīta tikai pēdējo 25 gadu laikā (*Cindy and Miller-Perrin, 2013*). Līdz ar to izpratne par vardarbību pret bērniem un tās dažādajām formām sabiedrībā nav viennozīmīga, turklāt vardarbības jēdziena izpratni ietekmē arī vietējās kopienas, kultūras un sabiedrības vērtības, uzskati un attieksme (*Pinheiro, 2006*). Ņemot vērā problēmas aktualitāti un augstos izplatības rādītājus, kā arī vardarbības fenomena interpretācijas dažādību, būtiski ir noskaidrot vardarbības pret bērniem izplatību arī Latvijas populācijā.

Bērnībā pieredzētai vardarbībai ir ne tikai tūlītējas negatīvās sekas, bet tā var atstāt arī nelabvēlīgas ilgtermiņa sekas uz cietušās personas veselību un labklājību. Epidemioloģijas un neirobioloģijas pētījumos gūtie pierādījumi liecina, ka bērnībā pieredzētas vardarbības izraisītais stress rada izmaiņas cietušās personas smadzeņu struktūrā un fizioloģijā. Tas var ietekmēt cilvēka uzvedību, kā arī ilgtermiņā atstāt nelabvēlīgas sekas uz veselību (*Anda et al., 2006*). Pētījumos novēro atšķirīgus veselības un ar veselības uzvedību saistītos rādītājus atkarībā no tā, vai respondents bērnībā ir pieredzējis pret sevi vērstu vardarbību.

Valsts politikas dokumentos jaunieši kā nākotnes cilvēkkapitāls ir viena no prioritātēm. Latvijas Jaunatnes politikas īstenošanas plānā 2016.–2020. gadam (2016, Nr. 256) jauniešu veselība ir norādīta kā viens no būtiskiem priekšnosacījumiem sekmīgai indivīda pārejai no bērna uz pieaugušo vecumu un pilnvērtīgai jaunieša integrācijai sabiedrībā. Kā liecina aptaujas dati, Latvijas 16–24 gadus veco jauniešu veselības pašvērtējums ir augstāks nekā kopējais Latvijas iedzīvotāju veselības pašvērtējums, taču ES dalībvalstu vidū Latvijas jauniešiem ir zemākais laba vai ļoti laba veselības pašvērtējuma īpatsvars (LR Centrālā statistikas pārvalde [CSP], 2014). Veselība ir viens no dzīves kvalitātes komponentiem un būtisks priekšnosacījums produktivitātei un sociālajai labklājībai, tādēļ ir būtiski noskaidrot un apzināt jauniešu veselību potenciāli ietekmējošos faktoros.

Psihisko veselību raksturojošie parametri atspoguļo jauniešu spēju tikt galā ar sava vecumposma izaicinājumiem un problēmām. Iedzīvotāju veselības paradumu pētījumu dati liecina, ka 39,3% jauniešu vecumā no 15 līdz 24 gadiem pēdējā mēneša laikā ir izjutuši sasprindzinājumu, stresu un nomāktību (Slimību profilakses un kontroles centrs [SPKC], 2015). Tāpat Latvijas jauniešu populācijā novēro arī augstus pašnāvības rādītājus – pašnāvība ir otrs biežākais nāves cēlonis 15–25 gadu vecuma grupā (*WHO, 2017*).

Pētījumos par bērnībā pieredzēto vardarbību ir novērota saistība starp bērnībā pieredzētu vardarbību un pārmērīgu alkohola lietošanu vēlākā dzīves periodā. Latvijas jauniešu populācijā pārmērīga alkohola lietošana ir viena no būtiskām sabiedrības veselības problēmām.

Starptautiskā pētījuma ESPAD rezultāti liecina, ka pēdējā mēneša laikā alkoholu lietojuši 63% zēnu un 67% meiteņu 15 gadu vecumā. Latvijā šis rādītājs ir augstāks nekā kopējā pētījuma populācijā, kurā iekļautas 35 Eiropas reģiona valstis (SPKC, 2016).

Pamatojoties uz jauniešu veselības un ar veselību saistītās uzvedības aktualitātēm Latvijas jauniešu populācijā, kā arī citviet pasaulē veiktajiem pētījumiem par bērnībā pieredzētās vardarbības nelabvēlīgo ietekmi uz indivīda vēlāko dzīvi, promocijas darbā analizēta bērnībā pieredzētās vardarbības ietekme uz Latvijas jauniešu veselības pašvērtējumu, pārmērīgu alkohola lietošanu, psihoemocionālās veselības problēmām un pašnāvības mēģinājumiem.

Promocijas darba mērķis

Darba mērķis ir izpētīt vardarbības un tās veidu izplatību Latvijas bērnu un jauniešu populācijā un to sakarības ar ģimeni raksturojošiem faktoriem, veselību un to raksturojošiem parametriem, kā arī noskaidrot ekspertu viedokļus par vardarbībā cietušo bērnu izpratni par notikušo vardarbību, vardarbības izraisītajām sekām, to pārvarēšanas mehānismiem un rehabilitāciju.

Promocijas darba uzdevumi

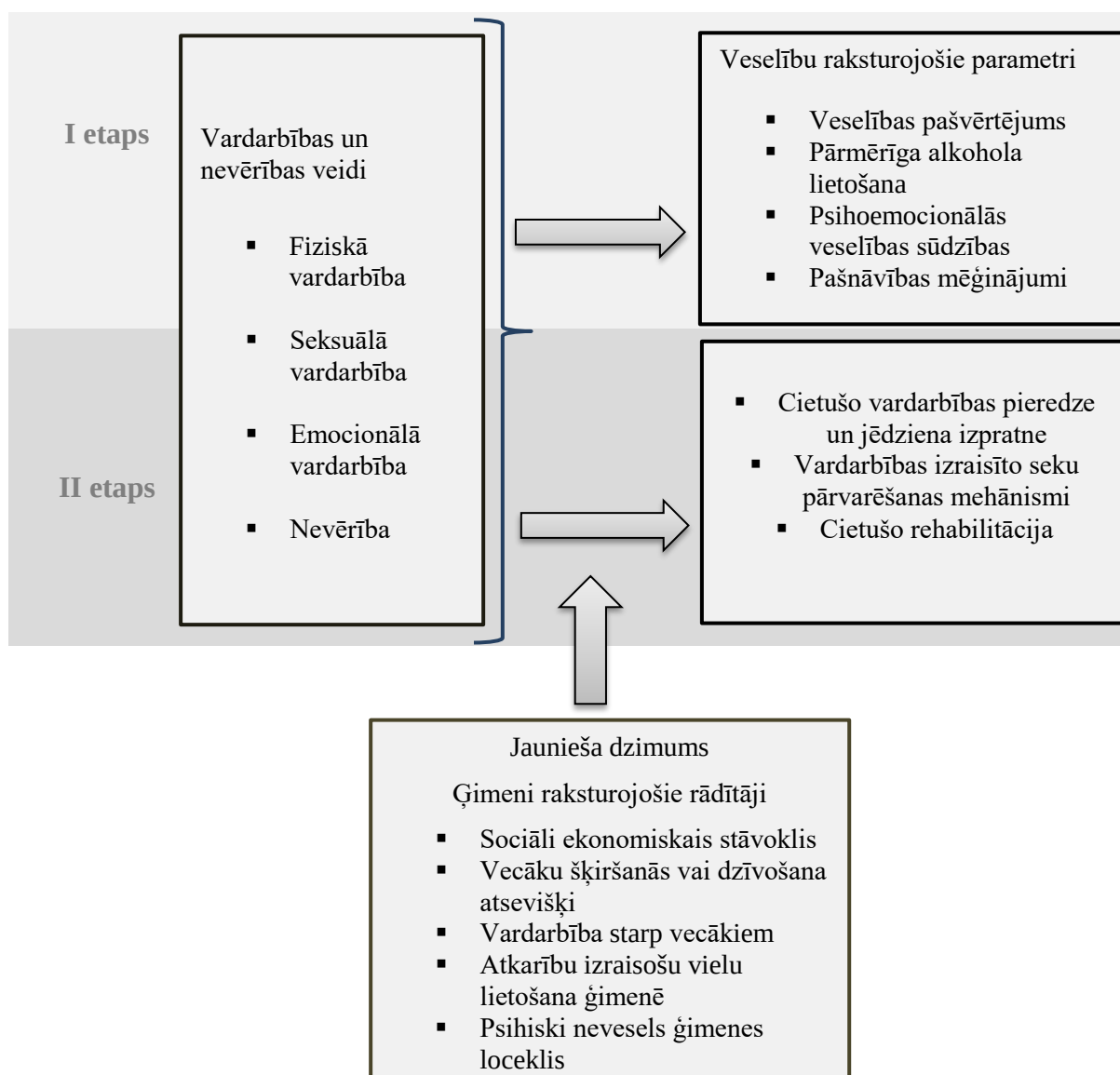
1. Noskaidrot bērnībā gūtās fiziskās, emocionālās un seksuālās vardarbības pieredzes dzimumspecifisko prevalenci jauniešu populācijā.
2. Analizēt bērnībā pieredzēto vardarbības veidu saistību ar ģimeni raksturojošiem sociālajiem, ekonomiskajiem un psihoemocionālajiem faktoriem.
3. Noskaidrot bērnībā pieredzēto vardarbības veidu saistību ar jauniešu veselību raksturojošiem parametriem.
4. Izvērtēt bērnībā pieredzēto vardarbības veidu neatkarīgo ietekmi uz veselību raksturojošiem parametriem, samērojot tos ar jaunieša demogrāfiskajiem un ģimeni raksturojošajiem faktoriem.
5. Noskaidrot psihologu un psihoterapeitu, kuri strādā ar vardarbībā cietušiem bērniem, pieredzi un skatījumu uz cietušo bērnu izpratni par notikušo vardarbību, par vardarbības izraisītajām sekām, to pārvarēšanas mehānismiem un rehabilitāciju.

Promocijas darba hipotēzes

1. Pastāv sakarības starp ģimeni raksturojošiem faktoriem un bērnībā pieredzētās vardarbības un nevērības veidiem jauniešu dzimumu grupās.
2. Pastāv atšķirības jauniešu veselību raksturojošajos parametros starp jauniešu grupām ar dažādu bērnībā gūto vardarbības pieredzi.

Promocijas darba pētniecības jautājums

Kādi ir ekspertu viedokļi par vardarbībā cietušo bērnu vardarbības pieredzi, tās ietekmi uz veselību un vardarbības izraisīto traucējumu rehabilitāciju?



1.1. attēls. Promocijas darba pētniecības konceptuālais modelis

1. LITERATŪRAS APSKATS

1.1. Vardarbības pret bērnu aktualizēšana sabiedrībā

Vardarbības fenomens sabiedrībā ir pastāvējis vienmēr, tomēr kā būtiska un aktuāla sabiedrības veselības problēma starptautiskā līmenī tā izcelta pagājušā gadsimta beigās, 1996. gadā, kad Pasaules Veselības asambleja deklarēja, ka “vardarbība ir svarīga sabiedrības veselības problēma visā pasaulē”. Pasaules Veselības asambleja rezolūcijā uzsvēra nozīmīgās sekas, ko vardarbība izraisa indivīda, ģimenes, sabiedrības un valstu līmenī gan īstermiņā, gan ilgtermiņā, kā arī būtisko slogu veselības aprūpes pakalpojumiem (WHO, 1996). Būtiska loma vardarbības mazināšanā piešķirta veselības aprūpes sektoram. Pasaules Veselības asambleja norādīja uz nepieciešamību stiprināt veselības aprūpes sektora lomu vardarbības, īpaši vardarbības pret bērniem, mazināšanā, sadarbojoties ar izglītības, tiesību un sociālās jomas nozarēm (WHO, 2014b).

Rūpes par bērnu labklājību un tiesībām uz drošu un veselīgu bērnību ne vienmēr ir bijušas tik izteiktas kā mūsdienās. Amerikāņu pētnieks Lamārs Teilors Empejs (*LaMar Taylor Empey*) ar līdzautoriem iedala sabiedrības attieksmi pret bērniem un bērnības periodu trīs vēsturiskos posmos: vienaldzība pret bērnību (līdz 15. gs.), bērnības atklāšana (15.–18. gs.) un rūpes par bērnību (19.–20. gs.). Katrā no posmiem iezīmējās atšķirīga sabiedrības attieksme pret bērnību kā specifisku cilvēka dzīves periodu, kas mūsdienu sabiedrībā ir vairāk novērtēts un aizsargāts nekā agrāk (*Empey, Stafford and Hay*, 1999).

Bērnu tiesības uz aizsardzību no vardarbības pirmo reizi tika definētas 19. gadsimtā. Viens no literatūrā biežāk citētajiem gadījumiem, kas pastiprināti pievērsa sabiedrības uzmanību bērnu aizsardzībai pret vardarbību, ir 1874. gadā Ņujorkā notikusī tiesas prāva par audžumātes ļaunprātīgu izturēšanos pret astoņgadīgo Mariju Eleni Vilsoni. Marija Elena visas dzīves laikā bija cietusi no audžumātes vardarbīgas izturēšanās. Meitene tika turēta mājas iekštelpās, nekad nebija tikusies un spēlējusies ar citiem bērniem, nebija saņēmusi adekvātu fizisko un emocionālo aprūpi (piemērotu apģērbu, uzturu, emocionālas rūpes un atbalstu) un regulāri tika fiziski ietekmēta. Ņemot vērā, ka tā laika sabiedrībā nepastāvēja likumisks pamats aprūpes tiesību atņemšanai vecākiem vai aprūpētājiem, kuri ļaunprātīgi izturējās pret bērniem, sociālie darbinieki, lai šķirtu Mariju Eleni no ģimenes, pamatojās uz likumu par cietsirdīgas izturēšanās aizliegumu pret dzīvniekiem. Tiesa nosprieda atsavināt aprūpes tiesības Marijas Elenas audžuvecākiem un nogādāt meiteni aprūpei citā ģimenē. Pēc tiesas prāvas tika izveidota sabiedriskā organizācija, kas aizstāvēja bērnu tiesības uz dzīvi bez cietsirdīgas izturēšanās (*Mallon*, 2013).

Vardarbības pret bērniem un tās nelabvēlīgo seku atpazīšanā liela nozīme bijusi medicīnas speciālistiem. 19. gadsimta tiesu medicīnas ārsts Ogists Ambroizs Tardjē (*Auguste Ambroise Tardieu*) Francijā publicēja pētījuma rezultātus par fiziskajiem simptomiem, ar kādiem saskārās ļaunprātīgi izmantoti bērni. Lai gan 19. gadsimtā Francija bija viena no pasaules līderēm medicīnā un franču valoda bieži tika izmantota medicīnas zinātnisko rakstu publicēšanā, A. A. Tardjē publikācijas par vardarbības gadījumiem pret bērniem neguva lielu atsaucību ne Francijā, ne starptautiskajā medicīnas sabiedrībā. Lielā mērā tas tiek saistīts ar tā laika sabiedrības uzskatu, ka bērniem tiesību nav. Ģimene bija privāta teritorija un vecākiem bija tiesības pašiem noteikt, kāda veida un smaguma pakāpes sodus izmantot savu bērnu audzināšanā (*Labbé, 2005; Roche et al., 2005*). Vēlāk bērnu ļaunprātīgai izmantošanai kā sociālai problēmai plaša uzmanība tika pievērsta 20. gadsimta vidū. 20. gs. 50. gados pediatrijas radiologs Džons Kafejs (*John Caffey*) un radiologs Frederiks Silvermans (*Frederic Silverman*) publicēja vairākus novērojumu pētījumus par gadījumiem klīniskajā praksē, kad zīdaiņiem konstatēti multipli lūzumi un subdurālas hematomas. Zīdaiņu traumām bija neskaidri cēloņi, un bērnu vecāku sniegtie skaidrojumi par traumas gūšanas apstākļiem nesakrita ar ārstu novērojumiem ievainojumu izmeklējumu rezultātos (*Caffey, 2011; Caffey, 1957; Silverman, 1953*).

1962. gadā ārsts Henrijs Kempe (*Henry Kempe*) publicēja zinātnisko darbu, kurā aprakstīja “piekautā bērna sindromu” (angl. – *battered child syndrome*). Jaunizveidotais termins raksturoja pret bērnu vērstas smagas fiziskās vardarbības klīniskās izpausmes (*Kempe et al., 1962*). H. Kempes darbs bija nozīmīgs, jo tas definēja vardarbību pret bērnu kā klīnisku stāvokli ar diagnosticējamiem medicīniskiem un fiziskiem simptomiem, kā arī tas veicināja medicīnas profesionāļu iesaisti pret bērniem vērstas vardarbības atpazīšanā un problēmas risināšanā. Jau 60. gadu beigās ikvienā ASV štatā tika panāktas izmaiņas likumdošanā, nosakot obligātu ziņošanu par gadījumiem, kuros ir aizdomas par vardarbību pret bērniem (*Cindy and Miller-Perrin, 2013*).

1.2. Vardarbības pret bērnu jēdziens un epidemioloģiskie rādītāji bērnu un jauniešu sociāli demogrāfiskajās raksturlielumu grupās

PVO sadarbībā ar vairākām institūcijām, kuru mērķis ir mazināt vardarbību pret bērniem, definē vardarbību pret bērniem kā visu veidu fizisku un/vai emocionālu ļaunprātīgu izturēšanos, seksuālo vardarbību, bērnu nepieskatīšanu vai nevērīgu izturēšanos pret tiem, komerciālu vai cita veida ekspluatāciju, kas atbildības, uzticības vai varas attiecību kontekstā izraisa faktisku vai potenciālu ļaunumu bērna veselībai, izdzīvošanai un pašcieņas attīstībai.

Vardarbību pret bērnu iedala četros veidos: fiziskā, seksuālā, emocionālā vardarbība un nevērība jeb atstāšana novārtā (*Krug et al.*, 2002).

Vardarbība var atstāt nelabvēlīgas sekas uz bērna veselību gan īsākā, gan ilgākā laika periodā pēc pieredzētās vardarbības. Īstermiņa sekas pret bērnu vērstai vardarbībai var būt dažāda veida ievainojumi, seksuālās un reproduktīvās veselības problēmas, sociāla deprivācija, kā arī psihiski un uzvedības traucējumi (*Krug et al.*, 2002). Bērnībā pieredzētā vardarbība atstāj sekas uz personas veselību. Tas var izpausties vēlākā dzīves periodā – jaunieša un pieaugušā vecumā. Zinātniskajos pētījumos secināts, ka bērnībā pieredzēta vardarbība un nevērība jauniešu un pieaugušo vecumā saistīta ar augstāku psihiskās veselības traucējumu un atkarību izraisīto vielu lietošanas problēmu attīstības risku, kā arī ar sliktākiem veselību raksturojošiem rādītājiem un augstāku pašnāvnieciskas uzvedības risku (*Petersen, Joseph and Feit*, 2014).

Epidemioloģiskās situācijas apkopojumos redzams, ka 2012. gadā vairāk nekā 500 tūkstoši cilvēku visā pasaulē zaudēja dzīvību vardarbības dēļ (*WHO*, 2016). Kopumā 82% no visiem mirušajiem ir vīrieši, tomēr mazu bērnu mirstības rādītājos dzimumu atšķirības netiek novērotas. Kā liecina PVO dati, vecumā līdz 4 gadiem vardarbības mirstības rādītājs ir 2,8 uz 1000 zēniem un 2,7 uz 1000 meitenēm, 5–14 gadu vecuma grupā tas ir attiecīgi 1,7 uz 1000 zēniem un 1,2 uz 1000 meitenēm, bet jauniešiem vecumā no 15 līdz 29 gadiem mirstība no vardarbības ir 18,2 uz 1000 vīriešiem un 3,2 uz 1000 sievietēm (*WHO*, 2014c). Eiropas reģionā katru gadu vardarbīgā nāvē mirst aptuveni 850 bērnu vecumā līdz 15 gadiem (*WHO*, 2013). Tomēr patiesais no vardarbības mirušo bērnu skaits varētu būt lielāks. Kā liecina veiktie aprēķini pētījumos, tikai 20–33% no visiem letālajiem vardarbības gadījumiem pret bērniem miršanas apliecībā tiek pareizi klasificēti kā slepkavība (*Crume et al.*, 2002; *Jenny and Isaac*, 2006; *Turcs, Crost, Gerbbouin-Rerolle, Cook*, 2010; *Tursz and Cook*, 2010).

Vardarbības pret bērniem biežuma un izplatības rādītāji mēdz variēt atkarībā no izmantotajām definīcijām, kā arī pētījumā izmantotās metodoloģijas. Nozīme aprēķinos ir arī vardarbības gadījumu datu avotam. Pētījumos redzams, ka to gadījumu skaits, par kuriem ziņo bērnu aizsardzības institūcijas, ir aptuveni desmit reizes mazāks nekā tas, ko var secināt, veicot populācijas aptaujas par vardarbības pieredzi (*Fergusson, Horwood and Woodward*, 2000; *MacMillan, Jamieson and Walsh*, 2003). ASV pret bērniem vērstās vardarbības epidemioloģiskajai uzraudzībai ir izveidotas divas nozīmīgas uzraudzības sistēmas. Viena no tām ir ASV Nacionālā uzraudzības sistēma par vardarbības un nevērības gadījumiem (angl. – *National Child Abuse and Neglect Data System*), kur ik gadu tiek apkopoti dati no bērnu aizsardzības institūcijām par vardarbības un nevērības gadījumiem pret bērniem (*U.S. Department of Health & Human Services*, 2015). Otrs datu avots ir ASV Nacionālais incidences pētījums (angl. – *National Incidence Study*), kurā ik 10 gadus, izmantojot aktīvo

datu uzraudzības formu (mērķtiecīgi iegūstot informāciju no profesionāliem – izglītības, sociālās, veselības, policijas, pašvaldības u.c. nozaru speciālistiem), tiek apkopoti vardarbības un nevērības gadījumi pret bērniem (*Sedlak et al.*, 2010). Šajā pētījumā tiek izmantotas divu veidu definīcijas vardarbības un nevērības pret bērniem raksturošanai – kaitējuma (angl. – *harm*) definīcija ietver tos gadījumus, kuros bērnam ir konstatēts kaitējums vai ievainojums, savukārt apdraudējuma (angl. – *endangerment*) definīcijas ietvaros tiek apkopoti tie gadījumi, kuros bērnam vardarbība vai nevērība ir radījusi apdraudējumu (*The Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4) Report to Congress*, 2010).

1.2.1. Fiziskā vardarbība pret bērnu

Dažādās pasaules kultūrās pastāv atšķirīgi viedokļi par pareizu un akceptējamu vecāku uzvedību bērnu audzināšanā, un šie viedokļi veido sabiedrības uzskatus par to, kāda rīcība ir uzskatāma par vardarbību pret bērniem (*Gershoff*, 2010; *Straus et al.*, 1998), tomēr, neraugoties uz potenciāli atšķirīgajiem viedokļiem, nežēlīga izturēšanās pret bērniem mūsdienu sabiedrībā nav tiesiski akceptējama. Bērnu tiesību konvencijas 37. pants paredz, ka “neviens bērns netiek pakļauts spīdzināšanai vai citiem nežēlīgiem, necilvēcīgiem vai pazemojošiem izturēšanās vai soda veidiem”. Bērnu tiesību konvenciju (1989) ir ratificējušas visas ANO dalībvalstis, izņemot ASV. Lai gan neviena no Eiropas valstīm neatzīst cietsirdīgu izturēšanos pret bērniem, ir vērojamas atšķirības valstu likumdošanā. Piemēram, laiks, kad ir ieviesti likumi, kas aizliedz fizisku sodu pielietošanu pret bērniem, ir dažāds. Austrijā fiziski sodi ir aizliegti kopš 1989. gada, bet Zviedrijā un Somijā – attiecīgi kopš 1979. gada un 1983. gada (*Pinheiro*, 2006).

Pret bērniem vērstās fiziskās vardarbības definīcijas dažādos literatūras avotos atšķiras. PVO ziņojumā par vardarbību un veselību ar fizisko vardarbību pret bērnu ģimenē tiek saprasta tīša un apzināta bērna aprūpētāja rīcība, kas rada reālu vai potenciālu fizisku kaitējumu bērnam (*Krug et al.*, 2002). Fiziska vardarbība pret bērnu attiecas gan uz tām darbībām, kas neatstāj fiziskus ievainojumus uz bērna ķermeņa, gan uz tām darbībām, kas izraisa paliekošas sekas. Fiziska vardarbība pret bērnu var notikt arī bērna disciplinēšanas vai fiziskas sodīšanas rezultātā (*Leeb et al.*, 2008). Latvijas Bērnu tiesību aizsardzības likuma (1998) 1. panta 9. punkts nosaka, ka fiziska vardarbība pret bērnu ir “bērna veselībai vai dzīvībai bīstams apzināts spēka pielietojums saskarsmē ar bērnu vai apzināta bērna pakļaušana kaitīgu faktoru, tai skaitā tabakas dūmu, iedarbībai”.

Medicīnas darbinieku vidū fiziskā vardarbība pret bērnu plašu uzmanību ieguva pagājušā gadsimta 60. gados līdz ar ārsta H. Kempes publicēto zinātnisko darbu par “piekautā bērna sindromu”. Darbā tika raksturoti pret bērnu vērstas smagas fiziskās vardarbības klīniskie

simptomi (*Kempe et al.*, 1962). Tā ir viena no vieglāk atpazīstamajām vardarbības pret bērniem formām, jo nereti atstāj fiziskās vardarbības pazīmes uz bērna ķermeņa. Fiziskas vardarbības sekas var atpazīt pēc ievainojumu specifiskajām pazīmēm, piemēram, zilumu izmēra, formas, krāsas, atrašanās vietas uz ķermeņa, lūzumu veida un citām pazīmēm (*McCabe*, 2003; *Kairys et al.*, 2002; *Maguire, Mann, Sibert and Kemp*, 2005; *Bulloch et al.*, 2000; *Kemp et al.*, 2008, *Rubin*, 2003).

Aptuveni viena piektā daļa (22,6%) pieaugušo bērībā ir pieredzējuši fizisko vardarbību, liecina metaanalīzes pētījums, kurā apkopoti dati no 157 pētījumiem pieaugušo populācijā un iegūti aprēķini par kombinēto bērībā pieredzētās fiziskās vardarbības prevalenci (*Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn and Alink*, 2013). ASV Nacionālā incidences pētījuma dati liecina, ka fiziskās vardarbības gadījumu incidences rādītāji (atbilstoši kaitējuma definīcijai) zēniem un meitenēm nav statistiski nozīmīgi atšķirīgi – 4,6 gadījumi uz 1000 zēniem un 4,1 gadījumi uz 1000 meitenēm (*Selak*, 2010). Savukārt populāciju aptauju pētījumu dati uzrāda, ka zēni fizisko vardarbību bērībā pieredzējuši biežāk nekā meitenes (*Thompson, Kingree and Desai*, 2004).

Par fizisku vardarbību pret bērnu ziņots 17% no visiem pret bērniem vērstās vardarbības gadījumiem, kas 2014. gadā reģistrēti ASV bērnu aizsardzības institūcijās. Tas ir otrs biežākais ziņotais vardarbības veids aiz nevērības pret bērniem (75% no visiem ziņotajiem gadījumiem), liecina dati no ASV Nacionālās uzraudzības sistēmas par vardarbības un nevērības gadījumiem pret bērniem (*U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau*, 2016). Populāciju aptaujas pētījumi liecina, ka pieredzētās fiziskās vardarbības izplatības rādītāji ir atšķirīgi. Piemēram, retrospektīvā kohortas pētījumā ASV noskaidrots, ka līdz 18 gadu vecumam fizisko vardarbību ģimenē ir pieredzējuši 26,7% respondentu (*Dube et al.*, 2006), savukārt Eiropas valstīs uz populācijas aptauju datiem balstītos pētījumos konstatēta pieredzētās fiziskās vardarbības prevalence bija zemāka – 8,7% Nīderlandē (*Enns et al.*, 2006), 15,2% Zviedrijā (*Annerback, Wingren, Svedin and Gustafsson*, 2010) un 14,3% Lielbritānijā (*Bellis et al.*, 2014). Iespējams, atšķirības var skaidrot ar niansēm pētījumos izmantotajā metodoloģijā – dalībnieku atlasē, fiziskās vardarbības gadījuma definīcijā, pētījuma dizainā un pētāmās populācijas raksturojumā. Tāpat bērībā pieredzētās fiziskās vardarbības izplatību var ietekmēt konkrētajā sabiedrībā pastāvošie pieņēmumi par pareizu bērnu audzināšanu un disciplinēšanu, kā arī vardarbības leģitimitācija. Zviedrijā fizisko sodu pielietošana bērnu audzināšanā aizliegta jau kopš 1979. gada (*Pinheiro*, 2006), bet ASV joprojām nav likuma, kas aizliegtu izmantot fizisku sodu bērnu audzināšanā ģimenē (*Straus*, 2010).

1.2.2. Emocionālā vardarbība pret bērnu

Emocionālā vardarbība pret bērniem ilgāku laika periodu pētniecībā tika analizēta kā blakusefekts kontekstā ar citiem pret bērniem vērstās vardarbības veidiem, nevis kā atsevišķs vardarbības veids. Kā atsevišķa vardarbības forma emocionālā vardarbība pētīta un aprakstīta aptuveni pēdējo 25 gadu laikā (*Cindy and Miller-Perrin, 2013*). Attīstoties vardarbības pret bērniem pētniecības nozarei, autori secinājuši, ka emocionālā vardarbība ir viens no biežāk sastopamajiem vardarbības veidiem un, salīdzinājumā ar citiem vardarbības veidiem, ilgākā laika periodā var atstāt postošākas sekas uz bērna dzīvi, veselību un attīstību (*McCabe, 2003; Crosson-Tower, 1999*).

Literatūras avotos emocionālā vardarbība tiek definēta dažādi. PVO pasaules ziņojumā par vardarbību un veselību emocionālā vardarbība pret bērnu tiek raksturota, pirmkārt, kā bērna aprūpētāja nespēja nodrošināt bērnam piemērotu un atbalstošu dzīves vidi un, otrkārt, kā tādas darbības, kas atstāj nelabvēlīgas sekas uz bērna emocionālo veselību un attīstību. Pie šādām darbībām tiek pieskaitīta bērna kustību ierobežošana, nicināšana, izsmiešana, draudi un iebaidīšana, noraidīšana un citas naidīgas (ne fiziskas) izturēšanās formas (*Krug et al., 2002*). Pēc *CDC* pieņemtās definīcijas emocionāla vardarbība pret bērnu ir aprūpētāja tīša rīcība, kas parāda bērnam, ka viņš (vai viņa) ir nevērtīgs, nemīlēts, negribēts, apdraudēts vai ka viņš (vai viņa) ir vērtīgs tikai gadījumos, kad spēj piepildīt citu cilvēku gaidas (*Leeb et al., 2008*). Latvijā Bērnu tiesību aizsardzības likuma (1998) 1. panta 12. punkts nosaka, ka emocionāla vardarbība pret bērnu ir “bērna pašcieņas aizskaršana vai psiholoģiska ietekmēšana (draudot viņam, lamājot, pazemojot viņu, bērna klātbūtnē vardarbīgi izturoties pret viņa tuvinieku vai citādi kaitējot viņa emocionālajai attīstībai)”. PVO emocionālo vardarbību pret bērniem definē, ietverot gan aprūpētāja uzvedību un darbības, gan nelabvēlīgās emocionālās vardarbības sekas attiecībā uz cietušo bērnu. Vairāki no autoriem, raksturojot emocionālo vardarbību pret bērniem, norāda uz nelabvēlīgajām sekām – psihisku traumu un sliktāku psihisko funkcionēšanu un attīstību (*Hammarman, Pope and Czaja, 2002; Hart et al., 2011*), tomēr šāda pieeja tiek kritizēta, jo, balstoties tikai uz emocionālās vardarbības atstātajām sekām, tiek traucēta iespēja šo problēmu savlaicīgi identificēt un risināt (*Glaser, 2002*).

Zinātnisko pētījumu rezultātu apkopojums liecina, ka bērnībā pieredzēta emocionālā vardarbība var atstāt negatīvas sekas uz bērna veselību un attīstību īstermiņā un ilgtermiņā. Īstermiņa sekas saistītas ar bērna grūtībām veidot attiecības ar vecākiem un vienaudžiem, intelekta attīstības traucējumiem un tādiem afektīviem uzvedības traucējumiem kā hiperaktivitāte, agresivitāte, zems pašvērtējums un citi. Savukārt kā bērnībā pieredzētās vardarbības ilgtermiņa negatīvās sekas, kas izpaužas jauniešu un pieaugušo vecumā, novēroti

internalizētie un eksternalizētie psihiskās veselības traucējumi, seksuālās veselības problēmas un ēšanas traucējumi (*Cindy and Miller-Perrin, 2013*).

Emocionālās vardarbības biežuma rādītājs 2005.–2006. gadā ASV bija 4,1 gadījums uz 1000 bērniem, balstoties uz tiem speciālistu ziņotajiem gadījumiem, kas atbilst Nacionālā incidences pētījuma apdraudējuma definīcijai, un 2,0 gadījumi uz 1000 bērniem, ja gadījumu noskaidrošanā tika pielietota kaitējuma definīcija (*Sedlak, 2010*). Veicot metodoloģiski līdzīgu pētījumu kā ASV Nacionālais incidences pētījums, Nīderlandē 2005. gadā emocionālās vardarbības pret bērnu prevalence (iekļaujot gan apdraudējuma, gan kaitējuma definīcijām atbilstošos gadījumus) bija 0,33% ($n = 11732$) (*Euser, van IJzendoorn, Prinzie and Bakermans-Kranenburg, 2010; Finkelhor, Turner, Ormrod and Hamby, 2009*). Citā Nīderlandē veiktā populāciju pētījumā, kur par nelabvēlīgo pieredzi vecumā līdz 16 gadiem, aptaujāti 5618 respondenti vecumā no 18 līdz 64 gadiem, autori noskaidroja, ka emocionālo vardarbību pieredzējuši 12,9% aptaujāto (*Enns et al., 2006*). Atšķirību analīze dzimumu grupās liecina, ka emocionālo vardarbību biežāk pieredzējušas sievietes (*Finkelhor, Turner, Ormrod and Hamby, 2009; May-Chahal and Cawson, 2005; Sebre et al., 2004*). Atšķirības dažādos pētījumos iegūtajos rādītājos norāda uz emocionālās vardarbības gadījumu neatpazīšanu un neziņošanu dienestiem. Arī ASV emocionālās vardarbības izplatības rādītāji ir augstāki pētījumos, kur informācija iegūta no pašiem respondentiem, salīdzinājumā ar pētījumiem, kas balstās uz speciālistu ziņojumiem. Šajos pētījumos par emocionālās vardarbības pieredzi ziņojuši aptuveni 10% respondentu (*Dube et al., 2006; Dong et al., 2003*).

1.2.3. Seksuālā vardarbība pret bērnu

Vēsturiskas liecības literatūras un mākslas darbos norāda uz seksuālajiem sakariem starp bērnu un pieaugušo. Nereti šādas attiecības tika uzskatītas par pieņemamām un pat bērnam veselīgām. Pret bērniem vērstās vardarbības vēstures izpēte liecina, ka šāda veida seksuāla rakstura sakari dokumentēti jau Senajā Grieķijā, kur bērni, īpaši zēni, bieži tika seksuāli izmantoti (*Cindy and Miller-Perrin, 2013*). Tomēr mūsdienās seksuāla rakstura attiecības starp bērnu un pieaugušo sabiedrībā netiek akceptētas ne no morāles, ne no tiesiskā viedokļa.

PVO definējusi, ka seksuāla vardarbība pret bērniem ir tās aprūpētāja tīšās un apzinātās darbības, kuras tiek veiktas, lai gūtu seksuālu apmierinājumu (*Krug et al., 2002*). Latvijas Bērnu tiesību aizsardzības likuma 1. panta 10. punkts nosaka, ka seksuāla vardarbība ir “bērna iesaistīšana seksuālās darbībās, ko bērns nesaprot vai kam nevar dot apzinātu piekrišanu” (*McCabe, 2003*). Pie seksuālās vardarbības pret bērnu tiek pieskaitītas šādas darbības: izvarošana – vagīnas, mutes vai anālās atveres penetrācija ar dzimumlocekli un vagīnas un

anālās atveres penetrācija ar roku vai priekšmetu; vardarbīgi tīši seksuāli pieskārieni bērna ģenitālijām, anālajai atverei, cirksnim, krūtīm, dibenam un augšstilbu iekšpusei bez penetrācijas, kā arī bezkontakta seksuālā vardarbība pret bērnu. Bezkontakta seksuālā vardarbība attiecināma uz darbībām, kas bērnu tīšā veidā pakļauj seksuālajām aktivitātēm, piemēram, pornogrāfisko materiālu skatīšanās, ekshibicionisms, bērnu filmēšana pornogrāfiska satura materiālos, seksuāla uzmākšanās, piemēram, seksuālu repliku izteikšana bērnam, kā arī bērnu iesaistīšana prostitūcijā (*Leeb et al.*, 2008).

Bērniem, kuri cietuši no seksuālās vardarbības, novēro virkni emocionālu, kognitīvu, fizisku un uzvedības traucējumu divu gadu periodā pēc notikušas vardarbības. Kā biežākie simptomi, kas raksturīgi seksuālās vardarbības upuriem, ir vecumam neatbilstoša seksualizēta uzvedība, posttraumatiskā stresa simptomi un dažādu veidu psihopatoloģijas. Bērībā pieredzēta seksuālā vardarbība var atstāt arī ilgtermiņa sekas, kas var izpausties jauniešu un pieaugušo vecumā. Pētījumos ir novērots, ka bērībā pieredzēta seksuālā vardarbība paaugstina trauksmes, depresijas un posttraumatiskā stresa simptomatoloģijas izredzes jauniešu un pieaugušo vecumā. Kā bērībā pieredzētas seksuālās vardarbības ilgtermiņa sekas novēro arī grūtības veidot attiecības ar citiem cilvēkiem, seksualitātes traucējumus, atkarību izraisošo vielu pārmērīgu lietošanu, pašnāvniecisku uzvedību un ēšanas traucējumus, kā arī tādas fiziskās veselības problēmas kā hroniskas sāpes, galvassāpes, kairināto zarnu sindromu, aptaukošanos (*Cindy and Miller-Perrin*, 2013).

Pret bērniem vērstas seksuālās vardarbības izplatības rādītāji variē atkarībā no pielietotās seksuālās vardarbības definīcijas. Metaanalīzes pētījumā, apkopojot 236 pētījumu rezultātus, iegūti šādi seksuālās vardarbības prevalences rādītāji: bezkontakta seksuālā vardarbība (3,1% zēniem un 6,8% meitenēm), kontakta seksuālā vardarbība (3,7% zēniem un 13,2% meitenēm), seksuālā vardarbība ar penetrāciju (1,9% zēniem un 5,3% meitenēm) un jebkāda veida seksuālā vardarbība (8,7% zēniem un 25,3% meitenēm) (*Ezzati, Lopez, Rodgers and Murray*, 2001). Pētījumos par bērībā pieredzētu vardarbību seksuālās vardarbības prevalence variē. Piemēram, Nīderlandē veiktais pētījums liecina, ka seksuālu vardarbību bērībā pieredzējuši 7% respondentu (*Enns et al.*, 2006), bet Lielbritānijā veiktajā pētījumā seksuālas vardarbības pieredzi atzīst 21,3% aptaujāto (*Bellis et al.*, 2013). 2011. gadā veiktajā metaanalīzes pētījumā, kurā tika apkopoti 217 zinātniskie raksti par bērnu seksuālās vardarbības prevalenci, apvienotais prevalences rādītājs bija 11,8% (*Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser and Bakermans-Kranenburg*, 2011).

Pret bērniem vērstas seksuālās vardarbības fenomens ir dzimumspecifisks. Kā liecina pētījumu dati, seksuālo vardarbību biežāk pieredzējušas meitenes. Metaanalīzes pētījumā tika apkopoti 65 zinātniskie pētījumi par seksuālās vardarbības prevalenci zēnu un meiteņu grupās.

Vidējais seksuālās vardarbības prevalences rādītājs zēniem bija 7,9%, bet meitenēm – 19,7% (Pereda, Guilera, Forns and Gómez-Benito, 2009).

1.2.4. Nevērība pret bērnu

Nevērība pret bērnu attiecināma uz gadījumiem, kad vecāki tīši vai netīši nav nodrošinājuši pietiekamu atbalstu bērna attīstībai, ja viņiem ir bijusi iespēja to nodrošināt, vienā vai vairākās jomās, kas saistītas ar bērna veselību, izglītību, emocionālo attīstību, uzturu, pajumti un drošiem dzīves apstākļiem (Krug *et al.*, 2002). Bērnu tiesību aizsardzības likuma (1998) 1. panta 13. punkts nevērību pret bērnu definē kā “bērna aprūpes un uzraudzības pienākumu nepildīšanu”. Pretstatā fiziskai, seksuālai un emocionālai vardarbībai pret bērnu, nevērība pret bērnu tiek raksturota kā vecāku nolaidība, nevis tīša un apzināta rīcība.

Pētniecībā nevērībai pret bērnu nereti tiek pievērsta mazāka uzmanība nekā citiem pret bērnu īstenotās vardarbības veidiem (Gilbert *et al.*, 2009; Cindy and Miller-Perrin, 2013; Dubowitz, 1994; Hildyard and Wolfe, 2002; Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg and van IJzendoorn, 2013). Zinātnieki Isabella Voloka (Isabel Wolock) un Bernards Horovics (Bernard Horowitz) šo fenomenu apzīmēja ar terminu “nevērība pret nevērību”, kas raksturo zinātnieku, nozares speciālistu un sabiedrības zemo ieinteresētību problēmās, kuras saistītas ar bērna atstāšanu novārtā (Cindy and Miller-Perrin, 2013; Dubowitz, 1994). Hovards Dubovics (Howard Dubowitz) vājo interesi par nevērību pret bērniem skaidro ar sabiedrības maldīgo uzskatu, ka nevērība pret bērniem neatstāj smagas sekas uz viņu veselību un attīstību, kā arī ar nevēlēšanos nosodīt vecākus, kuru nevērība pret bērniem saistāma ar nabadzību ģimenē, un ar to, ka nevērība pret bērniem nav risināma problēma (Dubowitz, 1994). Tomēr pētījumi pierāda, ka bērnu atstāšanai novārtā ir nozīmīgas nelabvēlīgas sekas uz viņu veselību un attīstību. Turklāt nevērība ir viena no visbiežāk ziņotajām pret bērniem vērstām formām, kas norāda uz šīs problēmas izpēti un risināšanu nepieciešamību.

Nevērība pret bērnu tiek iedalīta grupās atkarībā no tā, kādu bērna veselības un attīstības jomu skar vecāku nolaidība. Fiziska nevērība pret bērnu notiek gadījumos, kad no aprūpētāju puses netiek nodrošinātas bērna fiziskās vajadzības pēc adekvāta uztura, apģērba, higiēnas, uzraudzības, drošas vides, pajumtes un medicīniskās palīdzības. Emocionālo nevērību raksturo aprūpētāja nespēja nodrošināt bērnam atbilstošu emocionālo atbalstu, drošību, iedrošinājumu un adekvātu psiholoģisko atbalstu, kā arī bērna ignorēšana un noraidīšana (Cindy and Miller-Perrin, 2013; Leeb *et al.*, 2008).

Līdzīgi kā citi bērnībā pieredzētie vardarbības veidi, arī nevērība pret bērnu var atstāt negatīvas sekas uz bērna veselību, attīstību un labklājību. Šīs sekas var būt pat tik smagas kā

bērna nāve. Pie nevērības fiziskajām sekām tiek pieskaitīta arī kavēta bērna augšana un aptaukošanās. Nevērība pret bērnu tiek saistīta arī ar grūtībām izveidot attiecības ar vienaudžiem un aprūpētājiem, ar kognitīvajiem traucējumiem, kā arī ar emociju un uzvedības traucējumiem. Bērnībā pieredzēta nevērība var atstāt negatīvas sekas arī ilgtermiņā. Pētījumos novērots, ka tiem, kuri bērnībā pieredzējuši nevērību, jauniešu un pieaugušo vecumā ir lielāks risks saskarties ar kognitīvo spēju ierobežojumiem, psihiskās veselības traucējumiem, pārmērīgu atkarību izraisošo vielu lietošanu, kā arī iesaistīties nelegālās darbībās (piemēram, prostitūcijā, noziedzībā, vardarbīgos uzbrukumos) (*Cindy and Miller-Perrin, 2013*).

ASV Nacionālās uzraudzības sistēmas apkopotā informācija par vardarbības un nevērības gadījumiem pret bērniem liecina, ka nevērība pret bērnu ir visbiežāk ziņotais vardarbības veids. Par nevērību pret bērnu ziņots 75% no visiem ziņotajiem gadījumiem (*U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, 2016*). Savukārt metaanalīzes pētījumā, apkopojot 16 pētījumu rezultātus par pašu respondentu ziņoto nevērības pieredzi, noskaidrots, ka apkopotā fiziskās nevērības prevalence ir 16,3%, bet emocionālās nevērības prevalence – 18,4% (*Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg and van IJzendoorn, 2013*).

1.3. Bērnībā pieredzētās vardarbība un ģimeni raksturojošie faktori

Ģimenes valsts politikas pamatnostādņēs 2011.–2017. gadam noteikts, ka ģimene ir katras sabiedrības struktūras pamatelements un bērnam tā ir vieta, kur augt, attīstīties un sagatavoties patstāvīgai dzīvei, saņemot nepieciešamo aprūpi un atbalstu no ģimenes locekļiem. Valsts ģimeni atbalsta un aizsargā. LR Satversmes (1993) 110. pants nosaka, ka “valsts aizsargā un atbalsta laulību – savienību starp vīrieti un sievieti, ģimeni, vecāku un bērna tiesības. Valsts īpaši palīdz bērniem invalīdiem, bērniem, kas palikuši bez vecāku gādības vai cietuši no varmācības”. Vardarbība pret bērnu ģimenē ir atzīta par tiesisku pārkāpumu, kas nelabvēlīgi ietekmē bērna veselību un attīstību. Lai savlaicīgi identificētu pret bērniem vērstas vardarbības un nevērības gadījumus, zinātniskajā literatūrā publicēti vairāki pētījumi, kuros apskatīti citi ģimeni raksturojošie faktori, kas paaugstina vardarbības un nevērības gadījumu risku ģimenē.

Vardarbību pret bērniem nevar uzskatīt par monokauzālu fenomenu. Daži vecāki izturas vardarbīgi pret saviem bērniem, citi – ne, turklāt pret bērniem vērstās vardarbības izplatība dažādās sabiedrībās variē (*WHO, 2013*). Saskaņā ar Jurija Bronfenbrennera (*Urie Bronfenbrenner*) sociāli ekoloģisko teoriju, lai izprastu pret bērnu vērstās vardarbības fenomenu, ir jāņem vērā vairāku slāņu riska faktori – sākot no individuālā līmeņa līdz

sabiedrības līmenim (*Taylor and Lazenbatt, 2014*). Ģimeni var uzskatīt par mikrosistēmu, kura pēc J. Bronfenbrennera piedāvātās definīcijas ir aktivitāšu, lomu un starppersonu attiecību veids, ko pieredz attīstībā esoša persona konkrētajā vidē ar noteiktiem fiziskiem un materiāliem raksturlielumiem (*Bronfenbrenner, 1979*). Saskaņā ar sociāli ekoloģisko teoriju vardarbību pret bērnu ģimenes vidē var veicināt dažādi ar ģimeni saistīti faktori, piemēram, zems ģimenes sociāliekonomiskais stāvoklis (SES), sliktas attiecības ģimenes locekļu starpā un citi riska faktori, starp kuriem kā būtiskākie minēti psihiskas slimības esamība kādam no vecākiem, vardarbība starp vecākiem un pārmērīga alkohola lietošana. Attiecībā uz vardarbības un nevērības gadījumiem pret bērniem šo trīs faktoru kopums nereti tiek dēvēts par “toksisko trijotni” (angl. – “*toxic trio*”) (*Brandon, 2013*). Arī slikti sociāli ekonomiskie ģimenes apstākļi un vecāku šķiršanās tiek saistīti ar augstāku pret bērniem verstās vardarbības un nevērības risku. Šie apstākļi vecākiem izraisa stresu, ko var uzskatīt par vienu no vardarbības un nevērības veicinātājfaktoriem (*Evans and Kim, 2010; Amato, 2000*).

1.3.1. Bērnībā pieredzētā vardarbība un ģimenes sociāli ekonomiskais līmenis

Ģimenes SES ir nozīmīgs riska faktors, kas var ietekmēt bērna veselību un labklājību. Zemāks ģimenes SES tiek saistīts ar sliktākiem dzīves apstākļiem tieši materiālo resursu trūkuma dēļ. Tas var ierobežot vecāku iespējas nodrošināt bērnam kvalitatīvu un drošu mājokli, pārtiku un citas dzīves kvalitātei nepieciešamās preces. Tāpat nespēja nodrošināt adekvātus dzīves apstākļus var izraisīt ģimenē papildu stresu un sekmēt konfliktējošas starppersonu attiecības (*Evans and Kim, 2010; Pearlin, Schieman, Fazio and Meersman, 2005*). Arī sistemātiskajā pārskatā par dzīvesvietas saistību ar bērnu un jauniešu veselības rādītājiem secināts, ka dzīvesvietas sociāli ekonomiskie raksturlielumi un sociālais klimats, tai skaitā vardarbība pret bērnu, izskaidro 10% variāciju bērnu un jauniešu veselības rādītājos (*Sellström and Bremberg, 2006*).

ASV Nacionālajā incidences pētījumā, kas izvērstāk aprakstīts promocijas darba 1.2. nodaļā, apkopota informācija par ģimenes sociāli ekonomisko stāvokli jeb ekonomisko labklājību. Šis rādītājs balstīts uz trim indikatoriem: māsasaimniecības ienākumiem, māsasaimniecības dalību trūcīgo atbalsta programmās un vecāku izglītības līmeni. Atbilstoši pētījumā izmantotajai kaitējuma definīcijai, 22,5 no 1000 bērniem no ģimenēm ar zemāku sociāli ekonomisko stāvokli pieredzējuši vardarbību vai nevērību. Tas ir piecas reizes vairāk salīdzinājumā ar bērniem no ģimenēm, kuru SES ir augstāks (attiecīgi 4,4 uz 1000 bērniem). Arī vardarbības un nevērības apdraudējuma definīcijai atbilstošie gadījumi piecas reizes biežāk novēroti ģimenēs ar zemu sociāli ekonomisko statusu – attiecīgi 55,1 uz 1000 bērniem ģimenēs

ar zemu sociāli ekonomisko stāvokli un 9,5 uz 1000 bērniem ģimenēs ar augstāku sociāli ekonomisko statusu (Sedlak, 2010).

Nīderlandē, veicot līdzīgu Nacionālo incidences pētījumu kā ASV, novērots, ka visi no vardarbības un nevērības veidiem, izņemot seksuālu vardarbību ar kaitējumu, biežāk novēroti ģimenēs ar zemāku vecāku izglītības līmeni. Tāpat arī 5,2 reizes lielāks risks novērots ģimenēs ar augstākiem vecāku bezdarba līmeņa rādītājiem salīdzinājumā ar bezdarba rādītājiem kopējā Nīderlandes populācijā (Euser, van IJzendoorn, Prinzie and Bakermans-Kranenburg, 2010). Līdzīgi arī Lielbritānijā (May-Chahal and Cawson, 2005; Sidbotham and Heron, 2006) un Zviedrijā (Annerback, Wingren, Svedin and Gustafsson, 2010) veiktajos pētījumos novērots, ka augstāks risks pieredzēt vardarbību un nevērību ir tiem bērniem, kuru ģimeņu sociāli ekonomiskā stāvokļa indikatori ir sliktāki.

Virknē publikāciju norādīts, ka nevērība pret bērnu ir biežāk sastopamais no vardarbības veidiem un tas ir cieši saistīts ar zemiem ienākumiem ģimenē, bezdarbu un ģimenes dalību sociālās palīdzības atbalsta programmās (Fantuzzo, Perlman and Dobbins, 2011; Slack et al., 2011; Theodore, Chang and Runyan, 2007). Kā liecina ASV Nacionālā incidences pētījuma dati, ģimenēs ar zemiem sociāli ekonomiskajiem indikatoriem nevērības gadījumi ar kaitējumu ir reģistrēti 16,1 gadījumā uz 1000 bērniem, bet ģimenēs ar augstāku sociāli ekonomisko statusu septiņas reizes retāk – 2,2 gadījumi uz 1000 bērniem (Sedlak, 2010). Sakarība starp zemu sociāli ekonomisko stāvokli un nevērību pret bērnu tiek skaidrota ar ģimeņu pakļautību nabadzības izraisītajam stresam, kas savukārt rada vecākā vai aprūpētājā pārslodzi un nespēju nodrošināt bērna aprūpei nepieciešamos adekvātos dzīves apstākļus. Tieši šāda situācija nereti pastāv nabadzīgās kopienās (Pelton, 1978). Tomēr, neraugoties uz teorijām, kas uzsver saistību starp zemu sociāli ekonomisko statusu un biežāku bērna pakļautību nevērībai, kā vēl vienu potenciālo saistības skaidrojumu zinātnieki min ar datu iegvi saistītu problēmu jeb ziņošanas novirzi (angl. – *report bias*). Tas nozīmē, ka par ģimenēm ar zemāku sociāli ekonomisko stāvokli tiek ziņots biežāk un tās nonāk sociālo dienestu redzeslokā, veidojot lielāku nepareizi pozitīvo gadījumu skaitu nekā ģimenēs ar augstāku sociāli ekonomisko stāvokli, kur par nevērības gadījumiem dažkārt netiek ziņots, veidojot lielāku nepareizi negatīvo gadījumu skaitu. Tomēr pētnieki, salīdzinot datus par nevērības gadījumiem, kas ir un kas nav nonākuši sociālo dienestu uzraudzībā, secināja, ka zemāks ģimenes SES ir uzskatāms par neatkarīgu riska faktoru nevērībai pret bērnu (Chaffin, Kelleher and Hollenberg, 1996; Jonson-Reid, Drake and Kohl, 2009).

Arī citi pret bērniem vērstas vardarbības veidi tiek saistīti ar sliktākiem ģimenes sociāli ekonomiskajiem apstākļiem, tomēr asociācija nav tik cieša, kā tas ir nevērības pret bērnu gadījumā. Piemēram, ASV Nacionālajā incidences pētījumā secināts, ka ģimenēs ar zemiem

sociāli ekonomiskajiem indikatoriem bērniem ir trīs reizes lielāks risks pieredzēt fizisko vardarbību, divas reizes lielāks risks pieredzēt seksuālo vardarbību un piecas reizes lielāks emocionālās vardarbības risks nekā ģimenēs, kuru SES nav zems (Sedlak, 2010).

1.3.2. Bērnībā pieredzētā vardarbība un vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi

Negatīvas sekas uz bērna veselību un psihoemocionālo attīstību atstāj nesaskaņas ģimenē un vecāku šķiršanās. 1970. gadā šķiršanās rādītājs Eiropas Savienībā bija 0,9 šķirtās laulības uz 1000 iedzīvotājiem, bet 2013. gadā – 2,0 uz 1000 iedzīvotāju (Eurostat, 2016). Latvijā vērojama pretēja tendence, proti, 1970. gadā šķirto laulību skaits bija 4,6 uz 1000 iedzīvotājiem, bet 2013. gadā rādītājs bija zemāks – 3,5 šķirtās laulības uz 1000 iedzīvotājiem (LR CSP, 2016), tomēr tas joprojām ir augstāks nekā vidējais rādītājs Eiropas Savienībā. Ģimene ir funkcionējoša sistēma, kurā katram loceklim ir sava loma, pienākumi un atbildība. Šķiršanās gadījumā ģimenes sistēma tiek izjaukta, un veidojas nestabila vide, kas prasa katra ģimenes locekļa pielāgošanos neierastajai situācijai (Amato, 2014; Fomby and Cherlin, 2007; Waldfogel, Craigie and Brooks-Gunn, 2010). Šķiršanās tiek aprakstīta nevis kā viens atsevišķs notikums, bet kā process, kas ilgst vairākus mēnešus un pat gadus un nereti ietver sevī dažādus stresu izraisošus notikumus, piemēram, izmaiņas ierastajos dzīves apstākļos, ienākumu samazināšanos, bērna ikdienas aprūpi bez laulātā palīdzības. Tomēr apgrūtināošs ir ne tikai periods pēc šķiršanās, bet arī laiks pirms lēmuma pieņemšanas, un arī pats šķiršanās process tiek saistīts ar psihoemocionāliem pārdzīvojumiem, kas var negatīvi ietekmēt gan vecāku, gan bērna veselību un labklājību (Amato, 2000).

ASV Nacionālajā incidences pētījumā iegūtie dati liecina, ka bērniem, kuri dzīvo kopā ar abiem laulātiem bioloģiskajiem vecākiem, ir desmit reižu mazāks risks pieredzēt vardarbību un astoņas reizes mazāks risks pieredzēt nevērību salīdzinājumā ar tiem bērniem, kuri dzīvo viena vecāka ģimenē (Sedlak, 2010). Arī citi pētījumi liecina, ka bērni, kuri aug viena vecāka ģimenē, ir pakļauti augstākam vardarbības un nevērības riskam (Annerback, Wingren, Svedin and Gustafsson, 2010; Sidebotham and Heron, 2006; van IJzendoorn et al., 2005; Mersky, Berger, Reynolds and Gromoske, 2005; Berger, 2005; Turner, Finkelhor, Hamby and Shattuck, 2013).

Nīderlandē tika veikts pētījums, kurā salīdzināja pret bērniem vērstas vardarbības un nevērības gadījumus, par kuriem ziņots Nīderlandes Bērnu aizsardzības dienestam ar nacionālā mērogā veikta pētījuma datiem par ģimenēm, kurās notikusi vardarbība un nevērība pret bērniem. Pamatojoties uz vecāku ieguldījuma teoriju (angl. – *parent investment theory*) (Trivers, 1972), kurā pastāv uzskats, ka tieši ģenētiskā saikne ar bērnu nosaka vecāka spēju un

ieinteresētību sniegt bērnam adekvātu vai pietiekami labu aprūpi, autori, salīdzinot datus, pētīja, vai slikta izturēšanās pret bērnu biežāk notiek audžuģimenēs un ģimenēs ar vienu bioloģisko vecāku vai ģimenēs ar abiem bioloģiskajiem vecākiem. Tika secināts, ka pret bērnu vērsta vardarbības un nevērības risks ir augstāks skaitliski lielākās ģimenēs, viena vecāka ģimenēs un ģimenēs, kurās viens no vecākiem nav bērna bioloģiskais vecāks, bet mazāks risks vardarbībai un nevērībai pret bērniem tika novērots audžuģimenēs. Sliktu izturēšanos pret bērniem ģimenēs, kur viens no vecākiem nav bērna bioloģiskais vecāks, pētījuma autori skaidro ar ģenētiskās saiknes neesamību starp vecāku un bērnu, turklāt nereti paši vecāki nesen ir pieredzējuši nelabvēlīgu spriedzi saistībā ar šķiršanos no iepriekšējā partnera. Turpretim audžuģimeņu protektīvais raksturs, kas mazina sliktas izturēšanās pret bērniem iespēju, tiek skaidrots ar visaptverošajiem pirms un pēc adopcijas valsts pakalpojumiem, kas nodrošina veiksmīgāku bērna adopcijas procesu audžuģimenēs (*van IJzendoorn et al.*, 2005). Arī Zviedrijā veiktajā šķērsgriezuma pētījumā par fizisko vardarbību pret bērnu ģimenē secināts, ka salīdzinājumā ar bērniem, kuri dzīvo kopā ar abiem bioloģiskajiem vecākiem, 1,8 reizes lielākas izredzes pieredzēt fizisko vardarbību ir tiem bērniem, kuri dzīvo viena vecāka ģimenē, 1,9 reizes lielākas izredzes tiem, kuri dzīvo kopā ar vecākiem, no kuriem viens ir bioloģiskais bērna vecāks, bet otrs – ne (*Annerback, Wingren, Svedin and Gustaffson*, 2010). Savukārt ASV veiktajā šķērsgriezuma pētījumā secināts, ka biežāki vardarbības gadījumi viena vecāka ģimenē saistīti ar zemākiem ģimenes ienākumiem (*Berger*, 2005).

Pret bērnu vērstās seksuālas vardarbības gadījumā varmāka visbiežāk ir bērnam pazīstams cilvēks – kāds no ģimenes, tuvu draugu vai radnieku loka. Saskaņā ar ASV Nacionālā incidences pētījuma datiem visaugstākais pret bērnu vērsta seksuālas vardarbības gadījumu skaits (9,9 gadījumi uz 1000 bērniem) ir reģistrēts ģimenēs, kurās kopā ar bērnu dzīvo viens vecāks ar partneri. Ģimenēs ar reģistrētu, neregistrētu vai atkārtotu laulību seksuālas vardarbības gadījumu skaits bija krietni zemāks, attiecīgi 0,5, 2,4 un 4,3 gadījumi uz 1000 bērniem (*Sedlak*, 2010). Līdzīgi arī 2009. gadā publicētajā populāciju pētījumā tika novērots, ka izredzes pieredzēt seksuālo vardarbību šķirtajās ģimenēs bija 2,6 reizes lielākas salīdzinājumā ar ģimenēm, kurās ir abi bērna vecāki (*Afifi, Boman, Fleisher and Sareen*, 2009), bet šķērsgriezuma pētījumā pieaugušo populācijā tika novērots, ka divas reizes lielākas izredzes bērībā pieredzēt seksuālo vardarbību bija tiem respondentiem, kuru vecāki šķīrušies (*Dong et al.*, 2004).

1.3.3. Bērnībā pieredzētā vardarbība un tēva vardarbība pret māti ģimenē

Sievietes visbiežāk cieš no vīra vai intīmā partnera vardarbības, retāk vardarbīgi izturas svešinieki. Turpretim vīrieši no vardarbības biežāk cieš no svešiniekiem vai paziņām nekā no tuvākajiem cilvēkiem (*Krug et al.*, 2002). No visiem vardarbības gadījumiem intīmo partneru attiecībās 85% gadījumu sieviete ir cietusi no vīrieša (*Rose and Fife*, 2012). Saskaņā ar PVO datiem vidēji 30,0% sieviešu visā pasaulē dzīves laikā ir pieredzējušas vardarbību no partnera puses (*WHO*, 2013b). Savukārt *CDC* dati liecina, ka ASV aptuveni vienu no desmit sievietēm (9,4%) ir izvarojis intīmais partneris, bet 16,9% pieredzējušas cita veida seksuālo vardarbību (*Black et al.*, 2011). ES Pamattiesību aģentūras pētījuma dati liecina, ka vidēji 22% sieviešu ES ir pieredzējušas fizisku vai seksuālu vardarbību no pašreizējā vai iepriekšējā partnera, Latvijā šis rādītājs ir 32% sieviešu (ES Pamattiesību aģentūra, 2014).

CDC terminu “vardarbība intīmo partneru attiecībās” definē kā fizisku un seksuālu vardarbību, izsekošanu un psiholoģisku agresiju, ko veic pašreizējais vai bijušais intīmais partneris (ar to saprotot laulāto vai partneri, neatkarīgi no tā, vai viņš/viņa dzīvo vienā mājāsaimniecībā ar cietušo, un seksuālo partneri) (*Breiding et al.*, 2015). Vardarbība attiecībās var tikt vērsta ne tikai pret sievieti, bet arī pret vīrieti, turklāt intīmo partneru vardarbība var notikt arī viendzimuma pāros, tomēr, tā kā sievietes daudz biežāk nekā vīrieši ir pakļautas ar dzimumu saistītam vardarbības riskam, vairumā gadījumu pētniecībā un citur, runājot par vardarbību intīmo partneru attiecībās, tiek aplūkota tieši pret sievieti vērstā vardarbība. Arī šajā promocijas darbā kā tēva vardarbība pret māti definēti tie pret sievieti vērstās vardarbības gadījumi, kas notikuši gan laulātu pāru attiecībās, gan neregistrētās partnerattiecībās.

Pētījumos iegūtie pierādījumi liecina, ka dažas vardarbības formas nereti ir savstarpēji saistītas un notiek vienlaicīgi. Piemēram, ģimenē vienlaikus var būt novērojama vardarbība pret māti un vardarbība pret bērnu. Nacionāli reprezentatīvajā šķērsgriezuma pētījumā ASV veica mājāsaimniecību aptauju par pieredzēto vardarbību starp 4549 bērniem vecumā līdz 18 gadiem, lai noskaidrotu, cik lielā mērā vardarbība un nevērība pret bērnu notiek vienlaicīgi ar vardarbību starp vecākiem. Pētījuma rezultāti liecina, ka tie bērniem, kuri pieredzējuši vardarbību starp vecākiem, bija 6,2 reizes lielākas izredzes pieredzēt nevērību, 5,2 reizes lielākas izredzes saskarties ar seksuālo vardarbību no pazīstama pieaugušā puses, 5 reizes lielākas izredzes ciest no fiziskas vardarbības, bet emocionālās vardarbības iespējamība pieauga par 4,3 reizēm salīdzinājumā ar tiem, kuru vecāku attiecības nebija vardarbīgas (*Hamby, Finkelhor, Turner and Omrod*, 2010). Arī citā ASV šķērsgriezuma populāciju pētījumā par savstarpējo saistību starp bērnībā pieredzēto vardarbību, nevērību un disfunkcionālu mājāsaimniecības vidi secināts, ka tiem respondentiem, kuri bērnībā pieredzējuši vardarbību pret māti, bija 5,9 reizes lielākas

izredzes piedzīvot pret sevi vērstu emocionālo vardarbību, 4,7 reizes lielākas izredzes ciest no fiziskās vardarbības, bet seksuālās vardarbības iespējamība bija 2,5 reizes lielāka (*Dong et al.*, 2004). Nīderlandē veikts pētījums par vardarbības sastopamību bērniem, kuri nosūtīti uz psihiskās veselības un labklājības institūcijām pēc pieredzētas intīmo partneru vardarbības pret savu aprūpētāju. Arī šajā pētījumā novērots, ka ģimenē bieži sastopamas vairākas vardarbības formas vienlaikus – 51% gadījumu bērns pieredzējis gan pret savu aprūpētāju, gan pret sevi vērstu fizisko vardarbību (*Lamers-Winkelmann, Willemsen and Visser*, 2012).

Pētījumos tiek meklētas iezīmes, kas raksturo vairāku vardarbības formu vienlaicīgas izpausmes. Pētnieki uzskata, ka gadījumos, kad starp dažiem vardarbības veidiem pastāv ļoti cieša saistība, ir iespējams atrast vienotus vardarbības etioloģiskos faktorus (*Hamby and Grych*, 2013; *Daro, Edleson and Pinderhughes*, 2004). Ģimenēs, kurās notiek vardarbība pret māti, bērns var tikt nelabvēlīgi ietekmēts kā vardarbības aculiecinieks. Turklāt gadījumos, kad vairākas no vardarbības formām ģimenē pastāv vienlaicīgi, bērns pats var kļūt par vardarbības vai nevērības upuri, vai nu no varmākas (tēva, patēva vai mātes partnera), vai arī no pašas cietušās mātes puses (*Knickerbocker, Slep, Jouriles and McDonald*, 2007).

Kohortu populācijas pētījumā noskaidrota intīmo partneru vardarbības saistība ar nevērību pret bērnu (vecumā līdz 3 gadiem). Pētījumā secināts, ka tās sievietes, kuras cieš no partnera vardarbības, divreiz biežāk ir nevērīgas pret saviem bērniem salīdzinājumā ar mātēm, kuras nav cietušas no partnera vardarbības. Visciešākā saistība tika atrasta starp tēva kontrolējošu izturēšanos pret sievieti gan privātajā, gan publiskajā vidē. Šāda vardarbība savukārt var veicināt sievietes emocionālo un psiholoģisko veselības problēmu attīstību un nelabvēlīgi ietekmēt sievietes spēju pilnvērtīgi aprūpēt bērnu (*Nicklas and Mackenzie*, 2013). Arī attiecībā uz fizisku vardarbību pret bērniem secināts, ka tās mātes, kuru partneris ir fiziski ietekmējis, divreiz biežāk ir bijušas fiziski vardarbīgas pret saviem bērniem (*Casanueva, Martin and Runyan*, 2009). Viens no potenciālajiem skaidrojumiem, kādēļ no vardarbības cietušās mātes biežāk ir vardarbīgas pret saviem bērniem ir agresijas pārpilnības (angl. – *spillover*) hipotēze. Partnera vardarbība pret sievieti izraisa viņā stresu un negatīvi ietekmē psihisko veselību, un tas var traucēt efektīvu un adekvātu bērna audzināšanu, kā arī palielināt risku, ka māte kļūs vardarbīga un nevērīga pret savu bērnu (*Knickerbocker, Slep, Jouriles and McDonald*, 2007; *Levedosky and Graham-Bermann*, 2001).

Viens no skaidrojumiem vīrieša vardarbībai gan pret partneri, gan viņas bērnu balstās uz varmācīgo personu raksturojošiem individuālajiem faktoriem. Ar tiem tiek saprasti personības raksturlielumi (piemēram, impulsivitāte, naidīgums), bioloģiskie faktori (piemēram, ģenētiska predispozīcija uz agresiju, reakcijas veidi uz stresu), psihiskās veselības stāvoklis (piemēram, trauksme, depresija) un pagātnes riska faktori (piemēram, vardarbības pieredze vai

uzvedības traucējumi bērībā) (*Hamby and Grych, 2013, Knickerbocker, Slep, Jouriles and McDonald, 2007, McCloskey, 2001; Margolin and Gordis, 2003*). Savukārt citos pētījumos uzmanība pievērsta vides un kontekstuālajiem faktoriem, norādot, ka vienas personas vardarbīgu rīcību pret vairākiem ģimenes locekļiem var skaidrot ar citiem stresu veicinošiem notikumiem dzīvē (piemēram, dzīvošana nabadzībā, darba zaudējumu) un sociālā atbalsta trūkumu (*Margolin and Gordis, 2003; Slep and O'Leary, 2001*).

1.3.4. Bērībā pieredzētā vardarbība un pārmērīga alkohola lietošana ģimenē

Vecāku pārmērīga alkohola lietošana negatīvi ietekmē ģimenes fizisko un emocionālo mikroklimatu un rada nelabvēlīgus apstākļus bērnam atbilstošas un drošas dzīves vietas nodrošināšanā. Dzīve kopā ar ģimenes locekļiem, kuriem ir alkohola lietošanas problēmas rada bērnam nelabvēlīgu pieredzi un stresu, kas ilgstošā periodā var negatīvi ietekmēt bērna attīstību un labklājību (*Velleman & Templeton, 2003*). Populācijas aptauju pētījumos iegūtie dati liecina, ka aptuveni 10% bērnu Somijā (*Peltoniemi, 2005*) un 11–14% Īrijā (*Behaviour & Attitudes, 2010*) dzīvo kopā ar kādu, kuram ir alkohola lietošanas problēmas, bet Lielbritānijā aprēķināts, ka aptuveni 30% bērnu vecumā līdz 16 gadiem dzīvo ģimenē, kurā vismaz viens no vecākiem regulāri lieto alkoholu pārmērīgā daudzumā (*Manning, Best, Faulkner and Titherington, 2009*). Aprēķināts, ka kopumā ES 12–21% (4,5–7,9 miljoni) bērnu vecumā līdz 15 gadiem dzīvo ģimenēs, kurās kādam no ģimenes locekļiem ir alkohola lietošanas problēmas (*Harvin, Madge and Heath, 2010*).

Saskaņā ar ASV Nacionālā incidences pētījuma datiem 11,4% no visiem pret bērniem vērstās vardarbības un nevērības gadījumiem (atbilstoši kaitējuma standartam) konstatētas vecāku alkohola lietošanas problēmas: visbiežāk – emocionālās vardarbības gadījumos – 21,8%, bet retāk – fiziskās un seksuālās vardarbības gadījumos, attiecīgi 11,1% un 8,4% (*Sedlak, 2010*). Līdzīgā datu apkopojumā Kanādā secināts, ka 21% no visiem vardarbības un nevērības gadījumiem bērnu aizsardzības un labklājības institūcijas ir konstatējušas vecāku alkohola lietošanas problēmas (*Trocme et al., 2010*). Savukārt pētījumā piecās Eiropas valstīs par bērniem, kuru vecākiem ir alkohola lietošanas problēmas, secināts, ka vairāk nekā 70% bērnu pēdējā gada laikā ir cietuši no psiholoģiskas agresijas, bet 12% pieredzējuši īpaši smagu fizisku uzbrukumu no tēva un 9% – no mātes (*Velleman et al., 2008*).

Sakarība starp problemātisku alkohola lietošanu un vardarbību pret bērnu novērota vairāku valstu pētījumos (*Sebre et al., 2004; Altschul and Lee, 2011; Gencer et al., 2006; Dube et al., 2001*). ASV veiktajā šķērsgrīzuma pētījumā par bērībā gūto nelabvēlīgo pieredzi secināts, ka tiem respondentiem, kuru vecākiem ir alkohola lietošanas problēmas, bērībā bija

lielākas izredzes pieredzēt vardarbību un nevērību. Visciešākā saistība novērota gadījumos, kad pārmērīga alkohola lietošana novērota abiem vecākiem (*Dube et al.*, 2001). Latvijā, Lietuvā, Moldovā un Maķedonijā veiktajā pētījumā 10–14 gadus vecu pusaudžu vidū novērots, ka tie jaunieši, kuri pieredzējuši pret sevi vērstu fizisku un emocionālu vardarbību, biežāk ziņo arī par vecāku pārmērīgu alkohola lietošanu (*Sebre et al.*, 2004).

Alkohola lietošanas problēmas tiek asociētas arī ar atkārtotiem pret bērniem vērstas vardarbības un nevērības gadījumiem. Pētījumā Austrālijā analizēts, cik bieži piecu gadu periodā no vardarbības cietušie bērni atkārtoti nonāk bērnu aizsardzības un labklājības uzraudzības institūciju uzskaitē. Secināts, ka no visiem pamatotajiem vardarbības un nevērības gadījumiem pret bērnu 31,2% gadījumu konstatētas vecāku alkohola lietošanas problēmas, bet no atkārtoti atklātajiem vardarbības un nevērības pret bērnu gadījumiem vecāku alkohola lietošanas problēmas konstatētas 19,6% (*Laslett, Room, Dietze and Ferris*, 2012). Savukārt ASV šķērsgrūzuma pētījumā novērota asociācija starp vecāku smagāku alkohola lietošanas pakāpi un biežākiem fiziskās vardarbības gadījumiem pret bērnu (*Berger*, 2005).

Vecāku alkohola lietošanas problēmas tiek saistītas ar biežākiem pret bērniem vērstas vardarbības un nevērības gadījumiem, tomēr ne visi vecāki, kuri lieto alkoholu pārmērīgos daudzumos, ir vardarbīgi pret saviem bērniem. Tā secināts intervijās ar 15–27 gadus veciem jauniešiem, kuri dzīvo kopā ar vecākiem, kam ir atkarību izraisošo vielu lietošanas problēmas. Lielākoties līdz agresīvai vai vardarbīgai rīcībai vecāki nonāk dažādu faktoru ietekmē (*Bancroft and Wilson*, 2007). Arī citā pētījumā, kurā intervētas 19 sievietes, kas cietušas no partnera vardarbības, secināts, ka vardarbīgajai rīcībai ir bijuši vairāki cēloņi, bet alkohols ir darbojies kā agresīvās uzvedības veicinātājfaktors (*Galvani*, 2004).

1.3.5. Bērnībā pieredzētā vardarbība un psihiskās veselības problēmas ģimenē

Psihiskās veselības problēmas ir viens no būtiskākajiem varmāku raksturojošajiem riska faktoriem vardarbībai un nevērībai pret bērniem. Pētījumu sistemātisko pārskatu rezultāti uzrāda vidēju līdz ciešu asociāciju starp vairākām psihiskās veselības problēmām un fizisko, emocionālo un seksuālo vardarbību un nevērību pret bērnu (*WHO*, 2013a). Viens no pētniecībā aplūkotajiem pret bērnu vērstās vardarbības fenomeniem ir gadījumi, kad vecāki nogalina paši savu dēlu vai meitu (angl. – *filicide*). Šādi gadījumi tiek ļoti cieši asociēti ar bērna aprūpētāja psihisku saslimšanu (*Debowska, Boduszek and Dhingra*, 2015; *Hatters Friedman et al.*, 2005; *Laursen et al.*, 2011). Lielbritānijā, izmeklējot 139 ļoti smagus vai letālus vardarbības gadījumus pret bērniem, 58% gadījumu abiem vai vienam no vecākiem konstatēta psihiska saslimšana (*Brandon et al.*, 2013), savukārt citā pētījumā konstatēt, ka no 297 gadījumiem, kad

kāds no vecākiem ir noslepkavojis savu bērnu, 40% gadījumu uzbrucējam bijusi kāda psihiska slimība, turklāt mātēm biežāk nekā tēviem, attiecīgi 66% un 27% (Flynn, Shaw and Abel, 2013). Gadījumi, kad vecāki noslepkavo savus bērnus, veido mazāko daļu no visiem vardarbības gadījumiem, tomēr tie var atstāt negatīvas sekas uz lielu skaitu cilvēku gan ģimenē un tuvāko draugu lokā, gan, ņemot vērā masu mediju augsto aktivitāti notikumu atspoguļošanā, arī vietējā sabiedrībā (Taylor and Lazenbatt, 2014).

Kanādā veiktajā šķērsgrīzuma pētījumā apkopota informācija no 8548 respondentu sniegtajām atbildēm par vecāku psihiskajām saslimšanām (depresiju, maniakālo depresiju, šizofrēniju un antisociālu uzvedību) pagātnē un bērnībā pieredzēto fizisko un seksuālo vardarbību. Pētījumā novērots, ka tiem respondentiem, kuri ziņoja vismaz par vienu no minētajām slimībām, bija 2,6 reizes lielākas izredzes fiziskās vardarbības un 3,5 reizes lielākas izredzes seksuālās vardarbības pieredzei. Savstarpēji salīdzinot dažādas psihiskās slimības, visaugstākās izredzes bērnībā pieredzēt fizisku (OR = 6,1) un seksuālu (OR = 4,7) vardarbību bija tiem respondentiem, kuri ziņoja par vecāku antisociālu uzvedību, bet otra ciešākā asociācija novērota vecāku depresijas gadījumos, kas fiziskās vardarbības izredzes palielināja 2,6 reizes, bet seksuālās vardarbības – 3,1 reizi (Walsh, MacMillan and Jamieson, 2002). Arī citur veiktajos pētījumos novērotas līdzīgas asociācijas. Horvātijā veiktajā pētījumā fiziskās vardarbības sastopamība vecākiem ar posttraumatiskā stresa, trauksmes un depresīvu traucējumu diagnozēm tika salīdzināta ar nejauši izvēlētiem vecākiem no vispārējās populācijas. Novērots, ka vecāki, kuriem diagnosticēta trauksme kombinācijā ar depresīviem traucējumiem, un tēvi, kuriem diagnosticēts posttraumatiskā stresa sindroms, biežāk bijuši fiziski vardarbīgi pret saviem bērniem salīdzinājumā ar vecākiem no vispārējās populācijas (Kalebic Jakupcevic and Adjukovic, 2011). ASV nacionāli reprezentatīvā šķērsgrīzuma pētījumā novērots, ka mātes, kurām konstatēti depresīvi traucējumi un antisociāla uzvedība, bieži ir fiziski vardarbīgas un naidīgas pret saviem bērniem (Kim-Cohen et al., 2006).

Pētījumos apskatot vecāku psihiskās veselības saistību ar vardarbību un nevērību pret bērniem, redzams, ka tieši mātes psihopatoloģija ir biežāk saistīta ar nelabvēlīgu izturēšanos pret bērniem (WHO, 2013a; Petersen, Joseph and Feit, 2014). Mātes depresija tiek asociēta ar divas līdz trīs reizes lielāku risku, ka viņa pret bērnu būs fiziski vardarbīga, emocionāli agresīva un nevērīga (Windham et al., 2004; Weissman et al., 2004; Plant, Pariente, Sharp and Pawlby, 2015). Vairākos pētījumos dalībnieku atlasē iesaistītas augsta riska ģimenes – ģimenes ar zemiem ienākumiem, ģimenes ar gados jaunām mātēm (kurām bija mazāk nekā 19 gadu, piedzimstot pirmajam bērnam) un ģimenes, kuras nonākušas bērnu aizsardzības institūciju redzeslokā saistībā ar sliktu izturēšanos pret bērniem. Lielā daļā šo pētījumu atrastas arī sakarības starp mātes depresiju un vardarbību un nevērību pret bērniem (Slack et al., 2011;

Dubowitz et al., 2011; *Lee*, 2009; *Conron et al.*, 2009). Piemēram, pētījumā, kurā salīdzināti trīs prospektīvi kohortu pētījumi par nevērības pret bērnu riska faktoriem, divos no tiem tika atrasta saistība starp mātes depresiju un nevērību pret bērnu (*Slack et al.*, 2011). Savukārt citā pētījumā noskaidrots, ka mātēm, kurām bērns piedzimis pirms 19 gadu vecuma, salīdzinājumā ar mātēm, kurām bērns piedzimis 26 gadu vecumā vai vēlāk, ir lielāks risks būt fiziski agresīvām pret savu bērnu. Tāpat noskaidrots, ka vardarbības izpausmes biežāk tika novērotas mātēm ar depresiju (*Lee*, 2009).

Viens no šīs asociācijas skaidrojumiem ir mātes emociju regulācijas traucējumi (dusmu uzplūdi un nekontrolētas dusmas), kas darbojas kā mediators starp abiem minētajiem mainīgajiem. Pētījumā ASV salīdzināta dusmu uzplūdu un nekontrolētu dusmu saistība ar vardarbību pret bērniem gadījumos, kad mātēm ir atkarību vielu lietošanas problēmas, depresija vai nevienas no iepriekš minētajām veselības problēmām. Pētījumā secināts, ka mātēm ar depresiju un atkarības vielu lietošanas problēmām novērojami augstāki rādītāji vardarbībai pret bērniem nekā mātēm bez šīm veselības problēmām. Tāpat pētījumā novērots, ka starp pētījuma dalībniecēm pašreizēja depresija saistāma ar augstāku risku vardarbībai pret bērniem nekā tām sievietēm, kurām depresija bijusi jebkad agrāk dzīvē (*Hien et al.*, 2010). Citā pētījumā savukārt novērots, ka tiem bērniem, kuru mātēm bija depresija grūtniecības laikā, ir lielākas izredzes pieredzēt mātes vardarbību. To skaidro ar mātes samazinātām bērna aprūpes spējām, vājām mātes-bērna savstarpējas pieķeršanās saitēm un kontekstuāliem ģimenes vides riska faktoriem (piemēram, vardarbība starp vecākiem, nepietiekoamas bērna aprūpes prasmes (*Plant, Pariente, Sharp and Pawlby*, 2015)).

1.4. Bērnībā pieredzētās vardarbības asociētie veselības un veselību ietekmējošie faktori jauniešu vecumā

Pētījumu rezultāti liecina, ka pastāv atšķirības veselības rādītājos un ar veselību saistītajā uzvedībā, salīdzinot indivīdus ar vardarbības pieredzi un bez tās. Epidemioloģijas un neirobioloģijas pētījumos gūtie pierādījumi liecina, ka bērnībā pieredzētas vardarbības un citas nelabvēlīgas pieredzes izraisītais stress rada izmaiņas cietušā smadzeņu struktūrā un fizioloģijā. Tas ietekmē cilvēka uzvedību un rīcību un atstāj sekas uz cilvēka veselību un dzīves kvalitāti visas dzīves garumā (*Anda et al.*, 2006). Bērna augšana ģimenē, kurā ir nelabvēlīgi apstākļi, tostarp pret bērnu vērsta vardarbība, viņā izraisa stresu un atstāj sekas uz psiholoģisko un bioloģisko attīstību, kā arī veido pamatu ilgtermiņa veselības problēmām (*Repetti, Robles and Reynolds*, 2011). Bērnībā gūtas nelabvēlīgas pieredzes izraisītā stresa ietekmi uz indivīda veselību vēlākā dzīves periodā zinātnieki skaidro ar izmaiņām organisma bioloģiskajās sistēmās (nervu sistēmā, imūnajā sistēmā un endokrīnajā sistēmā), kas organismā nodrošina

fizioloģisko stabilitāti, variējot jeb mainot organisma iekšējo vidi. Šo procesu dēvē par allostāzi (Sterlin and Eyer, 1988; McEwen and Stellar, 1993). Pēdējo 30 gadu laikā pieaudzis pētījumu publikāciju skaits par allostāzi, allostātisko slodzi un pārsلودzi. Šie koncepti veido zinātnisku, uz pierādījumiem balstītu pamatu izpētei par stresa mediatoru aizsargājošo efektu akūta stresa gadījumā un organismam nelabvēlīgo efektu hroniska vai atkārtotas pakļautības stresam gadījumā (McEwen and Stellar, 1993; Widom, Horan and Brzustowicz, 2015).

Indivīda ilgstoša ekspozīcija stresam izraisa strukturālas un funkcionālas izmaiņas stresa jutīgajos nervu sistēmas reģionos (McEwen and Gianaros, 2011; McEwen, 2007; Van der Kolk, 2003). Pieaugušajiem, kuri bērnībā pieredzējuši vardarbību, novēro samazināta izmēra prefrontālo smadzeņu garozu (Tomoda et al., 2009; Cohen et al., 2006; van Harmelen et al., 2010; Treadway et al., 2009) un hipokampu (Gatt et al., 2009; Stein et al., 1997; Frodl et al., 2010). Tāpat pētījumos ir aprakstīta hroniska hipotalāma-hipofīzes-virsnieru ass aktivizācija indivīdiem, kuri bērnībā pieredzējuši vardarbību (Carpenter et al., 2004; Carpenter et al., 2007; Heim et al., 2000). Akūta stresa gadījumā tiek stimulēta glikokortikoīdā hormona kortizola izdale cilvēka organismā. Hipotalāma-hipofīzes-virsnieru ass, centrālā kortikotropīna atbrīvotājhormona un perifēro kateholamīnu sistēmu aktivizācija ir nozīmīga cilvēka organisma izdzīvošanai akūta stresa gadījumā, tomēr hroniska šo stresa jutīgo sistēmu aktivizēšana var paaugstināt risku, ka attīstīsies dažādas psiholoģiskās problēmas un psihopatoloģijas, piemēram, trauksme, depresija un alkohola un narkotiku atkarība (Sapolsky, Romero and Munck, 2000). Pētījumu rezultāti liecina, ka dažādiem vardarbības veidiem var būt atšķirīga ietekme uz hipotalāma-virsnieru-hipofīzes ass reakciju. Piemēram, populāciju pētījumā seksuālā vardarbība pret bērnu tika asociēta ar paaugstinātu kortizola izdali (Carpenter et al., 2009), turpretim emocionālās vardarbības gadījumā novēro samazinātu kortizola izdali (Carpenter et al., 2007).

Neirobioloģijas pētījumu rezultātos aprakstīti mehānismi, kādā veidā bērnībā pieredzēti nelabvēlīgi, hronisku un ilgstošu stresu izraisīti notikumi rada izmaiņas cilvēka organisma sistēmās, kas saistītas ar organisma iekšējās vides regulācijas mehānismiem. Šīs izmaiņas savukārt var atstāt sekas uz cilvēka uzvedību, socializēšanās prasmēm, kognitīvajām spējām un emociju izpausmēm vēlākā dzīves periodā (Kendall-Tackett, 2002). Savukārt plaši epidemioloģiskie populāciju pētījumi ar lielu pētījumā iesaistīto indivīdu skaitu uzrāda pozitīvu asociāciju starp bērnībā pieredzētu vardarbību un nevērību un vairākiem psihoemocionāliem un somatiskiem traucējumiem vēlākā dzīves periodā. Nereti tiek diskutēts par kauzalitātes noteikšanu starp bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi un veselības traucējumiem pieaugušo vecumā, tomēr, apkopojot šajā jomā veiktos pētījumus, redzams, ka vairāki no kauzalitātes kritērijiem ir sasniegti. Būtiskākais kauzalitātes kritērijs – laika gradients – nozīmē, ka jāpierāda

secība laikā, t. i., vardarbībai jānotiek pirms veselības problēmu parādīšanās. To pierādīt ir izdevies prospektīvos kohortu pētījumos, kuros indivīdi novēroti no bērnības līdz pieaugušo vecumam. Bioloģisko ticamību pierāda neirobioloģijas pētījumos iegūtie rezultāti un zināšanas par bioloģiskajiem mehānismiem organismā un stresa jutīgām organisma sistēmām. Tāpat ir vērojama arī konsekvence pētījumu rezultātos, proti, vairums pētījumu uzrāda bērnībā pieredzētās vardarbības asociāciju ar vismaz vienu veselības traucējumu. Alternatīvi skaidrojumi novērotajai asociācijai tiek pārbaudīti, pētījumos kontrolējot potenciālos jaucējfaktorus (piemēram, izglītība, SES, sūdzības par psihisko veselību u. c.) un lielā daļā gadījumu pat pēc jaucējfaktoru pārbaudes asociācija starp bērnībā pieredzēto vardarbību un veselības traucējumiem pieaugušo vecumā saglabājas (*Springer, Sheridan, Kuo and Carnes, 2003*).

1.4.1. Bērnībā pieredzētā vardarbība un veselības pašvērtējums

Veselības pašvērtējums ir personas subjektīvs savas veselības novērtējums, kurā respondentam tiek lūgts novērtēt savu veselības stāvokli kā ļoti labu, labu, vidēju, sliktu vai ļoti sliktu. Cilvēka subjektīvo izpratni un viedokli par savu veselību var ietekmēt dažādi dzīves notikumi un apstākļi. Piemēram, pie ārstniecības speciālista no jauna diagnosticēta hroniska slimība var būt iemesls savas veselības stāvokļa un ar veselību saistītās uzvedības pārvērtēšanai vai, piemēram, akūtas sāpes var būt iemesls sliktākam veselības pašnovērtējumam. Tomēr pētījumu rezultāti liecina, ka veselības pašvērtējums ir ne tikai subjektīvs veselības rādītājs, bet tas cieši korelē arī ar tādiem objektīviem veselību raksturojošiem rādītājiem kā mirstība uz izdzīvotajiem. Šveicē veiktajā pētījumā vairāk nekā astoņiem tūkstošiem vīriešu un sieviešu 30 gadu periodā novēroja saistību starp veselības pašvērtējumu un mirstību, samērojot to ar sociāli demogrāfiskajiem, medicīniskajiem un veselības uzvedības riska faktoriem. Tiem respondentiem, kuri bija novērtējuši savu veselību kā ļoti sliktu, bija trīs reizes augstāki mirstības rādītāji nekā tiem respondentiem, kuri savu veselību novērtēja kā ļoti labu (*Bopp, Braun, Gutzwiller and Faeh, 2012*). Arī Spānijas kohortas pētījumā, apsekojot vairāk nekā piecus tūkstošus pieaugušo četru gadu periodā, tika novēroti līdzīgi rezultāti – vīriešiem, kuri savu veselību novērtēja kā sliktu, bija trīs reizes lielāka mirstība, bet sievietēm – 2,7 reizes (*Tamayo-Fonseca et al., 2013*). Šo pētījumu rezultāti lielā mērā sakrīt ar metaanalīzes pētījumā iegūtajiem rezultātiem. Autori, apkopojot 22 kohortu pētījumu rezultātus, secināja, ka tiem respondentiem, kuri novērtēja savu veselību kā sliktu, bija divas reizes lielāki mirstības rādītāji nekā tiem respondentiem, kuri savu veselību novērtēja kā ļoti labu (*DeSalvo et al., 2006*).

Balstoties uz veselības pašvērtējuma korelāciju ar objektīviem veselības rādītājiem, tas ir atzīts par derīgu un izmantojamu indikatoru respondentu veselības novērtējumam.

Veselības pašvērtējumu veido spontāns veselības novērtējums (angl. – *spontaneous assessment*) un pastāvīga subjektīvā savas veselības uztvere (angl. – *enduring self-concept*), no kuriem pirmais tiek asociēts ar cilvēka objektīvo fiziskās un psihiskās veselības stāvokli, bet pēdējais – ar pašas personas pārliecību par savas veselības stāvokli (Bailis, Segall and Chipperfield, 2003). Pēc vecuma jaunākās populācijās veselības problēmu sastopamība ir retāka, līdz ar to pusaudžiem veselības pašvērtējumu lielākā mērā ietekmē pastāvīgā subjektīvā savas veselības uztvere, nevis spontānais novērtējums, kas vairāk tiek asociēts ar dažādām veselības problēmām. Pētnieks Bordmans (Boardman) 2009. gadā veiktajā pētījumā ASV pusaudžu un jauniešu populācijā vecumā no 11 līdz 21 gadiem tika salīdzinātas veselības pašvērtējuma izmaiņas viena gada laikā. Jaunākajā pētījuma vecuma kohortā (11–17 gadi) otrreizējo veselības pašvērtējumu vairāk noteica pusaudža sākotnējais veselības pašvērtējums, nekā gada laikā notikušās objektīvās izmaiņas veselības stāvoklī. Turpretim vecuma grupā no 18 līdz 21 gadiem objektīvajām veselības problēmām bija lielāka ietekme uz otrreizējā veselības pašvērtējuma izmaiņām. Tas norāda uz lielāku spontānā novērtējuma ietekmi veselības pašvērtējumā jauniešu un pieaugušo populācijās (Boardman, 2006).

Veselības pašvērtējums atšķiras dzimumu grupās – sievietes retāk nekā vīrieši vērtē savu veselību kā labu vai ļoti labu. Eiropas Savienībā 2014. gadā kā labu vai ļoti labu savu veselību vērtēja 70,3% vīriešu un 66,4% sieviešu vecumā virs 15 gadiem, bet Latvijā šī paša vecuma populācijā labs vai ļoti labs veselības pašvērtējums bija attiecīgi 50,5% vīriešu un 42,1% sieviešu (European Commission, 2014). Veselības pašvērtējuma vērtējuma atšķirības dzimumu grupās iezīmējas jau pusaudžu vecumā. Piemēram, pētījumā par pusaudžu veselības pašvērtējumu divos laika periodos (7. un 9. klasē) noskaidrots, ka skolēnu veselības pašvērtējums 9. klasē bija zemāks nekā 7. klasē, turklāt meitenēm salīdzinājumā ar zēniem veselības pašvērtējums abos vecuma periodos ir zemāks (Jérden et al., 2011). Arī citos pētījumos pusaudžu un jauniešu populācijā redzamas līdzīgas sakarības – meitenes savu veselību vērtē kritiskāk nekā zēni (Jérden et al., 2011; Kreatsoulas, Hassan, Subramanian and Fleegler, 2015; Page et al., 2009). Veselības pašvērtējuma atšķirības vērojamas arī saistībā ar jaunieša ģimenes sociāli ekonomisko stāvokli. Pētījumi liecina, ka tiem jauniešiem, kuri dzīvo ģimenēs ar zemāku sociāli ekonomisko stāvokli, ir zemāks veselības pašvērtējums (Salonna et al., 2014; Richter, Moor and van Lenthe, 2012; Veselska et al., 2010).

Jauniešu veselības pašvērtējumu ietekmē gan fiziskās, gan psihiskās veselības komponente (emocionālā labsajūta, attiecības ar vienaudžiem un ģimenes locekļiem un skolas vide), gan arī vairāki veselības indikatori – medicīniskie, psiholoģiskie, sociālie un ar veselības

uzvedību saistītie (Salonna et al., 2014; Breidablik, Meland and Lydersen, 2008; Vingilis, Wade and Seeley, 2002; Meireless, Xavier, Proietti and Caiaffa, 2015; Viner et al., 2012; Barreta, Giatti and Martinez Hernaez, 2011; Roustit et al., 2011). Arī vardarbības pieredze atstāj negatīvas sekas uz jaunieša veselības pašvērtējumu. ASV veiktajā pētījumā par sieviešu veselības pašvērtējuma saistību ar fiziskās un/vai seksuālās vardarbības pieredzi līdz 18 gadu vecumam secināts, ka tās sievietes, kuras pieredzējušas gan fizisko, gan seksuālo vardarbību 1,84 reizes biežāk norādīja uz sliktu veselības pašvērtējumu salīdzinājumā ar sievietēm, kurām nav vardarbības pieredzes (Bonomi et al., 2008). Arī Zviedrijā veiktajā pētījumā novērots, ka tie respondenti (18–34 gadu vecuma grupā), kuri pieredzējuši fizisko vardarbību, 2,41 reizi biežāk vērtē savu psihoemocionālo veselību kā sliktu salīdzinājumā ar tiem, kuri nav saskārušies ar fizisko vardarbību (Fridh, Lindstro and Rosvall, 2014). Abi iepriekš minētie pētījumi tika veikti kā šķērsgrīzuma pētījumi, līdz ar to tie norāda uz asociāciju starp pētāmajiem mainīgajiem, bet laika gradienta kritērija trūkuma dēļ neļauj spriest par cēlonību. Tomēr šo pētījumu rezultāti ir līdzīgi cita Zviedrijā veikta pētījuma novērojumiem, kurā pētījuma populācija tika apsekota laikā. Pētījumā tika salīdzinātas trīs vecuma kohortas: 15–19 gadus veci jaunieši, kuri tika iesaistīti pētījumā 1974. un 1981. gadā, un 18–19 gadus veci jaunieši, kuri pētījumā tika iekļauti 1991. gadā. Pētījuma dalībnieki tika apsekoti līdz 2000. gadam, un tika ievākta informācija par pētījuma dalībnieku vardarbības pieredzi un veselības pašvērtējumu. Pētījumā secināts, ka sievietes, kuras pakļautas vardarbībai jauniešu vecumā, 6,3 reizes biežāk uzrādījušas sliktu veselības pašvērtējumu salīdzinājumā ar sievietēm, kurām nav vardarbības pieredzes. Vīriešu populācijā šāda asociācija netika novērota (Olofsson, Lindqvist, Shaw and Danielsson, 2012).

1.4.2. Bērnībā pieredzētā vardarbība un pārmērīga alkohola lietošana

Pārmērīga alkohola lietošana ir viena no aktuālām sabiedrības veselības problēmām visā pasaulē. Tās dēļ ik gadu dzīvību zaudē aptuveni 3,3 miljoni iedzīvotāju (WHO, 2014d). 2014. gadā Latvijā alkohola patēriņš uz vienu 15 gadus vecu un vecāku iedzīvotāju bija 10,6 litri absolūtā alkohola, un šis rādītājs pārsniedz vidējo patēriņu Eiropas Savienības dalībvalstīs (Šulca un Pelne, 2015). Pārmērīgai alkohola lietošanai un ar alkohola lietošanas problēmu attīstībai ir vairāki gan ar indivīdu, gan ar apkārtējo vidi un sabiedrību saistīti riska faktori, piemēram, agrīns alkohola lietošanas uzsākšanas vecums (pirms 14 gadu sasniegšanas) (Kraus, Bloomfield, Augustin and Reese, 2000; Sartor et al., 2000; DeWitt, Adlaf, Offord and Ogborne, 2000), zems sociāli ekonomiskais statuss (Grittner, Kuntsche, Graham and

Bloomfield, 2012), alkohola lietošanas problēmas ģimenē. Šie faktori saistīti gan ar ģenētisku predispozīciju alkohola lietošanai, gan apkārtējās vides ietekmi.

Bērnībā pieredzētās vardarbības saistībai ar pārmērīgu alkohola lietošanu pusaudžu un jauniešu vecumā ir vairāki skaidrojumi. Pētījumos iegūtie pierādījumi liecina, ka tiem bērniem, kuri pieredzējuši vardarbību, var tikt traucēta normāla attīstība (Masten, 2004), un pusaudžu gados tas paaugstina indivīda atkarību izraisošo vielu lietošanas risku (Tarter et al., 2003; Wills, Pokhrel, Morehouse and Fenster, 2011). Cits bērnībā pieredzētās vardarbības un alkohola pārmērīgas lietošanas skaidrojums norāda uz alkohola nomierinošo efektu, ko cilvēki izmanto kā vienu no stresa pārvarēšanas stratēģijām. Jauniešiem, kuri bērnībā pieredzējuši pret sevi vērstu sliktu izturēšanos, alkohols var būt kā līdzeklis psiholoģiskā stresa un spēcīgu emociju radītā uzbudinājuma pārvarēšanai (Velleman et al., 2008; Brady and Sonne, 1999; Brady and Back, 2012).

Bērnībā pieredzēta vardarbība gan pusaudžu un jauniešu, gan pieaugušo populācijās tiek saistīta ar alkohola lietošanas problēmām vēlākā dzīves periodā (Enoch, 2011). Retrospektīvā kohortas pētījumā, kurā piedalījās vairāk nekā astoņi tūkstoši respondentu vecumā virs 19 gadiem, analizēja bērnībā gūtās vardarbības pieredzes saistību ar alkohola lietošanas paradumiem un agrīnu (līdz 15 gadu vecumam) alkohola lietošanas uzsākšanu. Pārmērīgas alkohola lietošanas izredzes pieaugušo vecumā bija augstākas tiem respondentiem, kuri bērnībā pieredzējuši fizisko vardarbību (OR = 1,8), emocionālo vardarbību (OR = 1,6), seksuālo vardarbību (OR = 2,0) un emocionālo nevērību (OR = 1,9), salīdzinājumā ar tiem respondentiem, kuri vardarbību nebija pieredzējuši. Vienīgi attiecībā uz bērnībā pieredzētu fizisku nevērību atšķirības netika novērotas (OR = 1,1). Arī agrīna alkohola lietošanas uzsākšana biežāk tika novērota tiem pētījuma dalībniekiem, kuri pieredzējuši kādu no vardarbības vai nevērības veidiem, salīdzinājumā ar tiem, kuriem šādas pieredzes nav (fiziskā vardarbība (OR = 2,2), emocionālā vardarbība (OR = 2,5), seksuālā vardarbība (OR = 2,8), fiziskā nevērība (OR = 2,3) un emocionālā nevērība (OR = 2,1) (Dube et al., 2006).

Iepriekš aprakstītais pētījums rāda, ka no visiem ziņotajiem vardarbības veidiem seksuālās vardarbības pieredze asociējas ar visaugstākām alkohola lietošanas un ar to saistīto problēmu izredzēm. Šie rezultāti sakrīt ar citos pētījumos novēroto: ekspozīcija seksuālajai vardarbībai asociējas ar divas līdz trīs reizes augstākām izredzēm, ka vēlākā dzīves periodā attīstīsies ar alkohola lietošanu saistītas problēmas (Shin, Edwards and Heeren, 2009; Shin, Edwards, Heeren and Amadeo, 2009; Chartier, Walker and Naimark, 2009; Elliott et al., 2014; Fenton et al., 2013; Moran, Vuchinich and Hall, 2004; Fuller-Thompson, Roane and Brennenstuhl, 2016). Seksuālā vardarbība pret bērnu bieži notiek ģimenēs, kurās pastāv dažādi nelabvēlīgi faktori, piemēram, alkohola lietošanas problēmas vecākiem, cita vecāku

psihopatoloģija, vardarbība starp vecākiem u.c. Šie apstākļi var būt problemātiskas alkohola lietošanas veicinātājfaktori bērnam, kurš aug ģimenē ar vienu vai vairākām minētajām problēmām. Ir veikti vairāki pētījumi, lai noskaidrotu, cik lielā mērā asociāciju starp bērnībā pieredzētu seksuālo vardarbību un alkohola lietošanas problēmām vēlākā dzīves periodā ietekmē citi nelabvēlīgi ģimenes faktori. Šajos pētījumos tiek iesaistīti dvīņi, jo tas nodrošina pētījuma dalībnieku pakļautību līdzīgiem ģenētiskajiem un apkārtējās vides faktoriem (*Kendler et al.*, 2000; *Dinwiddie et al.*, 2000; *Sartor et al.*, 2013; *Nelson et al.*, 2002). Ja lielāka ietekme uz alkohola lietošanu jauniešu vidū būtu ģimenes nelabvēlīgajiem faktoriem, nevis seksuālās vardarbības pieredzei, tad tiktu novērots, ka nozīmīgi augstāks alkohola lietošanas problēmu risks ir tiem respondentiem no dvīņu pāra, kuri nav pieredzējuši seksuālu vardarbību, bet, kuru dvīņu brālis vai dvīņu māsa ir bijuši pakļauti seksuālajai vardarbībai, salīdzinājumā ar alkohola lietošanas problēmu izplatību tajos dvīņu pāros, kuros neviens nav cietis no seksuālās vardarbības. Pētījumā ar dvīņu māsām novēroja, ka, neatkarīgi no ģenētiskajiem un ar ģimenes vidi saistītajiem faktoriem tās sievietes, kuras pieredzējušas seksuālu vardarbību, biežāk uzsāka alkoholu lietošanu pirms 10 gadu vecuma, salīdzinājumā ar tām sievietēm, kuras nebija cietušas no vardarbības (*Sartor et al.*, 2013). Arī ASV veiktā pētījumā, kurā tika iesaistīti abu dzimumu dvīņu pāri, novēroja saistību starp bērnībā pieredzētu vardarbību un alkohola atkarību neatkarīgi no dzimuma, ģenētiskajiem un ar ģimeni saistītajiem faktoriem (*Nelson et al.*, 2002).

Pētījumos konstatēta saikne arī starp citiem vardarbības veidiem un alkohola lietošanu un ar to saistītajām problēmām. Saskaņā ar vairāku pētījumu rezultātiem fiziska vardarbība pret bērnu asociējas ar 1,2 līdz 2,8 reizēm lielākām izredzēm, ka cietusī persona vēlākā dzīves periodā saskarsies ar problēmām, kas saistītas ar alkohola lietošanu (*Dube et al.*, 2006; *Shin, Edwards and Heeren*, 2009; *Shin, Edwards, Heeren and Amodeo*, 2009; *Chartier, Walker and Naimark*, 2009; *Elliot et al.*, 2014; *Fenton et al.*, 2013; *Moran, Vuchinich and Hall*, 2004; *Fuller-Thompson, Roane and Brennenstuhl*, 2016; *Sugaya et al.*, 2012). Rezultātu variēšanu, iespējams, var skaidrot ar to, ka pētījumos tiek izmantotas atšķirīgas alkohola lietošanas problēmu definīcijas. Dažos no pētījumiem alkohola atkarība klasificēta atbilstoši alkohola atkarības diagnožu klasifikācijai un diagnostisko kritēriju principiem (*Chartier, Walker and Naimark*, 2009; *Elliot et al.*, 2014; *Fenton et al.*, 2013; *Fuller-Thompson, Roane and Brennenstuhl*, 2016; *Elliot et al.*, 2015), citos pētījumos izmanto pašu respondentu sniegtās atbildes par izdzertajām alkohola devām noteiktā laika periodā (*Dube et al.*, 2006; *Shin, Edwards and Heeren*, 2009; *Shin, Edwards, Heeren and Amodeo*, 2009; *Moran, Vuchinich and Hall*, 2004) vai alkohola lietošanas uzsākšanas vecumu (*Dube et al.*, 2006). Tāpat alkohola lietošanas paradumus var ietekmēt ne vien vardarbības pieredze, bet arī citi gan ģenētiskie, gan ar apkārtējo vidi saistīti faktori. Piemēram, ASV publicētajā pētījumā secināts, ka vecāku

alkohola lietošanas problēmas kopā ar pieredzētu fizisko vardarbību būtiski palielina alkohola atkarības risku, bērnam pieaugot, salīdzinājumā ar risku, ko izraisa katrs no šiem faktoriem neatkarīgi (*Fenton et al.*, 2013).

Populāciju pētījumos novērots, ka emocionālā vardarbība pret bērnu pārmērīgas alkohola lietošanas izredzes paaugstina 1,5–1,9 reizes (*Dube et al.*, 2006; *Elliott et al.*, 2014; *Fenton et al.*, 2013; *Moran, Vuchinich and Hall*, 2004), emocionālā nevērība – 1,1–1,9 reizes, bet fiziskā nevērība alkohola lietošanas izredzes palielina par 1,1–1,7 reizēm (*Dube et al.*, 2006; *Elliot et al.*, 2014; *Fenton et al.*, 2013). To pacientu populācijā, kuri slimo ar alkohola atkarību, novērots, ka šie trīs pret bērniem vērstās vardarbības un nevērības veidi ir samērā bieži sastopami (34,2% pacientu) un tie ir nozīmīgi riska faktori citu psihisku slimību attīstībai (*Huang et al.*, 2012).

Saistībā starp bērnībā pieredzētu vardarbību un vēlākām alkohola lietošanas problēmām nozīme ir arī personas dzimumam, jo atšķirības dzimumu grupās vērojamas gan vardarbības, gan ar alkohola lietošanu saistītu problēmu prevalences rādītājos. Kā liecina pētījumu rezultātu apkopojums, dzimuma ietekme nav viennozīmīga, un pētījumu rezultāti ir atšķirīgi (*Kristman-Valente and Wells*, 2013). Populāciju šķērsgriezuma pētījumā (*MacMillan et al.*, 2001) un gadījumu kontroles pētījumos (*Widom, DuMont and Czaja*, 2007), kuri publicēti ASV, tika novērots, ka gadījumos, kad sievietes bērnībā pieredzējušas vardarbību, pastāv lielāka iespēja, ka pieaugušo vecumā viņām radīsies alkohola lietošanas problēmas, nekā vardarbību pieredzējušiem vīriešiem, turpretim nesen, 2015. gadā, publicētajā prospektīvajā kohortas dvīņu pētījumā (*Kendler, Edwards and Gardner*, 2015) tika iegūti pretēji rezultāti – vīrieši, kuri bērnībā pieredzējuši seksuālo vardarbību, ar alkohola lietošanas problēmām saskaras biežāk nekā sievietes. Savukārt Kanādā veiktajā populāciju šķērsgriezuma pētījumā, kas publicēts 2016. gadā, atšķirības dzimumu grupās netika novērotas. Pētījuma autori, salīdzinot pēdējā laikā publicētos pētījumus, dzimumu grupās vērojamās atšķirības mazināšanos attiecībā uz pieredzētās vardarbības saistību ar alkohola lietošanas problēmām skaidro ar iespējamu pētījumu dalībnieku kohortu efektu, norādot, ka sabiedrībā mazinās atkarību vielu lietojošo sieviešu stigmatizācija. Tas samazina atkarību vielu lietošanas izplatības rādītāju atšķirības dzimumu grupās un līdz ar to arī dzimuma ietekmi uz šo asociāciju (*Kraus, Bloomfield, Augustin and Reese*, 2000; *Fuller-Thompson, Roane and Brennenstuhl*, 2016; *Kristman-Valente and Wells*, 2013).

1.4.3. Bērnībā pieredzētā vardarbība un sūdzības par psihoemocionālo veselību

Pusaudžu un tam sekojošais jauniešu vecums ir pārejas periods cilvēka dzīvē. Tam raksturīga strauja organisma bioloģiskā un psiholoģiskā attīstība un personas pielāgošanās jaunām sociālajām lomām un vides pārmaiņām (Byrne, Davenport and Mazanov, 2007; Frisén, 2007; Patel, Flisher, Hetrick and McGorry, 2007; Patton et al., 2014). Lielākoties jauniešu vecums tiek asociēts ar labu veselību un zemiem saslimstības un mirstības rādītājiem, tomēr arī šajā vecuma posmā ir sastopami riski veselībai un labklājībai. Kā liecina veselības rādītāju apkopojums par slimību izraisīto slogu pusaudžiem un jauniešiem, neiropsihiatriskie traucējumi 15 - 24 gadus vecu jauniešu grupā augstu ienākumu valstīs izraisa vislielāko veselības slogu (50 DALY uz 1000 vīriešiem un 52 DALY uz 100 sievietēm vecumā no 15 līdz 24 gadi) (Gore et al., 2011). Latvijā veiktajos aptauju pētījumos vērojams augsts tādu jauniešu īpatsvars, kuri norāda uz dažāda veida psihoemocionālajām sūdzībām. No Rīgā aptaujātajiem 15 - 16 gadus vecajiem skolēniem aptuveni puse (49%) norāda, ka dažreiz vai bieži izjūt saspringumu, 21% atzīmē, ka dažreiz vai bieži viņiem ir sajūta, ka nākotne ir bezcerīga. Meitenes sūdzības norādījušas biežāk nekā zēni (Rīgas domes Labklājības departaments, 2014). Savukārt pēc Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma aptaujas datiem 39,3% vīriešu un 55,7% sieviešu vecumā no 15 līdz 24 gadiem norāda, ka pēdējā mēneša laikā dažreiz vai biežāk nekā pārējie ir izjutuši sasprindzinājumu, stresu un nomāktību (SPKC, 2014).

Jauniešu psihiskās veselības traucējumiem ir multifaktoriāli cēloņi. Pētījumos iegūtie pierādījumi liecina, ka lielāks psihoemocionālo traucējumu risks ir tiem jauniešiem, kuri dzīvo nabadzībā un nelabvēlīgos sociālajos apstākļos (Earls, 2001; Patel and Kleinman, 2003), kuru vecākiem ir psihiskās veselības problēmas (Leinonen, Solantaus and Punamaki, 2003) un atkarību vielu lietošanas problēmas (Obot and Anthony, 2004). Vardarbība arī tiek klasificēta kā viens no psihisko veselības traucējumu attīstības riskiem. Bērniem, kuri ir cietuši no vardarbības, bieži novēro uzvedības traucējumus un psihoemocionālās veselības problēmas. Pētījumos ir novērota asociācija starp bērnībā pieredzētu vardarbību vai nevērību un eksternalizētām jeb uz āru vērstām psiholoģiskajām problēmām, piemēram, agresiju un konfliktējošām attiecībām ar citām personām (Liu, 2004) kā arī internalizētām jeb uz iekšējo psiholoģisko stāvokli vērstām problēmām, piemēram, trauksmi un depresiju pusaudžu un jauniešu vecumā (Achenbach and Edelbrock, 1978).

Bērniem, kuri pieredzējuši fizisko vardarbību, novēro pusotru reizi (apkopotais OR = 1,54) lielākas depresīvu traucējumu attīstības izredzes, liecina dati no metaanalīzes pētījuma, kurā apkopoti rezultāti no 124 pētījumiem. Savukārt uzvedības traucējumu attīstības varbūtību fiziskas vardarbības pieredze paaugstina par divām reizēm (apkopotais OR = 2,02),

bet trauksmes izredzes pieaug 1,51 reizi salīdzinājumā ar tiem bērniem, kuri nav saskārušies ar fizisku vardarbību (*Norman et al.*, 2012). Prospektīvajā kohortu pētījumā Jaunzēlandē analizēja datus par vairāk nekā tūkstoš bērniem no viņu dzimšanas brīža līdz 25 gadu vecumam. Tiem bērniem, kuri bērnībā bija pieredzējuši smagus fiziskus sodus, bija 1,5 reizes lielāks psihiskās veselības traucējumu attīstības risks nekā tiem, kuri šādus sodus nebija pieredzējuši (*Fergusson, Boden and Horwood*, 2008). Trauksmi un garastāvokļa traucējumus tiem bērniem, kuri cietuši no fiziskās vardarbības, novēro aptuveni divas reizes biežāk nekā tiem, kuri nav pieredzējuši fizisko vardarbību (*Sugaya et al.*, 2012; *MacMillan et al.*, 2001; *Schneider, Baumrind and Kimerling*, 2007). Attiecībā uz depresijas saistību ar bērnībā pieredzētu fizisku vardarbību pētījumu rezultāti lielākoties uzrāda pozitīvu asociāciju. Vairākos populāciju šķērsriezuma pētījumos pieredzētā fiziskā vardarbība tiek asociēta aptuveni ar pusotru reizi (*Sugaya et al.*, 2012; *Afifi*, 2012) vai divas reizes (*MacMillan et al.*, 2001) lielākām depresijas attīstības izredzēm vēlākā dzīves periodā, bet vienā pētījumā saistība netika atrasta (*Levitan, Rector, Sheldon and Goering*, 2003). Līdzīgi arī kohortu pētījumos secināts, ka pieredzētā fiziskā vardarbība par 1,6 līdz 3,1 reizēm palielina depresijas attīstības risku vēlākā dzīves periodā (*Springer, Sheridan, Kuo and Carnes*, 2007; *Champan et al.*, 2004; *Hovens et al.*, 2010; *Wainwright and Surtees*, 2002).

Nereti vairāki vardarbības un nevērības veidi ir savstarpēji saistīti un kombinējas, atstājot kopēju nelabvēlīgu ietekmi uz vardarbībā cietušās personas veselību un labklājību (*Green et al.*, 2010). Pētījumi liecina, ka liela daļa fiziskās vardarbības upuru norādījuši: vienlaicīgi ar fizisko vardarbību viņi pieredzējuši arī seksuālo vardarbību un nevērību (*Dong et al.*, 2004; *Norman et al.*, 2012), līdz ar to pastāv iespēja, ka depresijas attīstība saistīta nevis tieši ar pārciestu fizisko vardarbību, bet gan ar citu nelabvēlīgo pieredzi. Tomēr, samērojot asociāciju starp bērnībā pieredzētu fizisko vardarbību un sūdzībām par psihisko veselību jauniešu vecumā ar citiem vardarbības un nevērības veidiem, redzams, ka saistība starp fizisko vardarbību un psihiskās veselības traucējumiem saglabājas. Tas norāda uz fizisko vardarbību kā neatkarīgu psihiskās veselības traucējumu riska faktoru (*Sugaya et al.*, 2012).

Seksuālās vardarbības pieredze tiek asociēta arī ar sliktākiem psihisko veselību raksturojošiem rādītājiem vēlākā dzīves periodā. ASV populāciju pētījumā ar vairāk nekā deviņiem tūkstošiem respondentu atrasta sakarība starp bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi un psihopatoloģiju pieaugušo vecumā. Seksuālā vardarbība tika saistīta ar 1,6 reizes lielāku risku 20 dažādu psihisko traucējumu attīstībai (*Green et al.*, 2010; *McLaughlin et al.*, 2010). Piemēram, trauksmes izredzes tiem, kuri pieredzējuši seksuālo vardarbību, bija 1,9 reizes lielākas, bet garastāvokļa traucējumu izredzes 2,1 reizi lielākas nekā tiem, kuri seksuālo vardarbību nebija pieredzējuši (*Green et al.*, 2010). Arī citos pētījumos ir novērots, ka seksuālās

vardarbības pieredze paaugstina trauksmes izredzes par 1,3 līdz 2,6 reizēm (*MacMillan et al.*, 2001; *Schneider, Baumrind and Kimerling*, 2007; *Levitan, Rector, Sheldon and Goering*, 2003; *Hovens et al.*, 2010; *Afifi et al.*, 2008; *Coles et al.*, 2015). Metaanalīzes pētījumā par seksuālās un fiziskās vardarbības saistību ar trauksmes un depresijas attīstību novērots, ka seksuālās vardarbības pieredze paaugstina trauksmes attīstības izredzes 2,5 reizes, bet depresīvu traucējumu attīstības izredzes 2,1 reizi (*Lindert et al.*, 2014). Arī rezultāti, kas iegūti vairākos populāciju šķērssgriezuma un kohortu pētījumos liecina, ka tiem respondentiem, kuri pieredzējuši seksuālo vardarbību, depresijas un depresīvu traucējumu attīstības izredzes pieaug par 1,4 līdz 3,4 reizēm (*MacMillan et al.*, 2001; *Levitan, Rector, Sheldon and Goering*, 2003; *Chapman et al.*, 2004; *Hovens et al.*, 2010). Tomēr ne visi pētījumi apstiprina šo saistību. Piemēram, ASV veiktajā pētījumā novērots, ka bērnībā pieredzēta seksuālā vardarbība 1,2 reizes paaugstina varbūtību dzīves laikā saslimt ar depresiju salīdzinājumā ar tiem, kuri seksuālo vardarbību nav pieredzējuši, bet šī asociācija nebija statistiski nozīmīga. Atšķirību no citu pētījumu rezultātiem autori skaidro ar pētījuma metodoloģijas īpatnībām. Pirmkārt, pētījuma populācijas atlase balstīta uz datiem par bērniem, pret kuriem vērstie vardarbības gadījumi nonākuši tiesas uzraudzības un izpildes redzeslokā. Līdz ar to šie bērni jau ir saņēmuši nepieciešamo atbalstu un ārstēšanu, kas varētu mazināt depresijas attīstību. Otrkārt, lai mērītu pētījuma atkarīgo mainīgo – nozīmīgus depresīvus traucējumus, izmantots bērna veselības stāvokļa speciālista psihiatriskais novērtējums un diagnoze, turpretim lielākajā daļā citu pētījumu depresīvo traucējumu novērtēšanai izmantotas pašu respondentu atbildes uz jautājumiem (*Widom, DuMont and Czaja*, 2007).

Emocionālā vardarbība pret bērnu ir viena no grūtāk atpazīstamajām vardarbības formām, tomēr tā, līdzīgi kā citi vardarbības veidi, var atstāt nelabvēlīgas sekas uz indivīda veselību un attīstību. Jau iepriekš pieminētajā metaanalīzes pētījumā, apkopojot rezultātus no 124 pētījumiem, secināts, ka emocionālās vardarbības pieredze saistījās ar vislielākajām psihiskās veselības traucējumu attīstības izredzēm salīdzinājumā ar pieredzētu fizisko vardarbību un nevērību. Trauksmes izredzes emocionālās vardarbības pieredze paaugstināja 3,2 reizes, depresīvu traucējumu izredzes – 3,1 reizi salīdzinājumā ar tiem, kuri nebija pieredzējuši emocionālu vardarbību (*Norman et al.*, 2012). Arī citā metaanalīzes pētījumā par asociāciju starp depresiju un bērnībā pieredzētu vardarbību un nevērību secināts, ka emocionālā vardarbība pret bērnu no visiem vardarbības un nevērības veidiem uzrādīja visciešāko asociāciju ar depresijas attīstību (*Infurna et al.*, 2016). Pret bērnu vērstā emocionālā vardarbība, kas ietver bērna noniecināšanu, apsaukāšanu, ignorēšanu, izsmiešanu, iebiedēšanu un citus verbālas, ne fiziskas agresijas veidus, var negatīvi ietekmēt bērna pārliecību par sevi un savu vērtību. Piemēram, bērna apsaukāšanas gadījumā bērnam var veidoties pārliecība “es esmu

stulbs”. Tas var izraisīt zemu pašvērtējumu, un bērns neapzinās sevi kā mīlestības un uzmanības vērtu; viņam veidojas negatīvi iekšējās sevis uztveres modeļi, kuru dēļ viņš saredz sevi kā nevērtīgu, nekompetentu, bezspēcīgu un sliktu. Negatīvi iekšējie sevis uztveres modeļi var izraisīt bērnam stresu (Perry, Dilillo and Peugh, 2007). Pētījumos ir pierādīts, ka negatīvā sevis uztvere kalpo kā mediators starp bērībā pieredzētu emocionālo vardarbību un vēlākiem internalizētiem psihiskās veselības traucējumiem, piemēram, trauksmi un depresiju (Rekart, Mineka, Zinarg and Griffith, 2007; Sachs-Ericsson, Verona, Joiner and Preacher, 2006; Hankin, 2005; Gibb, 2002; Gibb et al., 2001; Sharpero et al., 2014).

Nevēriība pret bērnu jeb bērna atstāšana novārtā palielina depresīvu traucējumu attīstības izredzes 2,1 reizi, trauksmes attīstības izredzes – 1,8 reizes, bet uzvedības traucējumu iespējamību – 2,0 reizes, liecina metaanalīzes pētījumā apkopotā informācija (Norman et al., 2012). Prospektīvi veiktajā pētījumā bērni, pret kuriem vērstie vardarbības gadījumi tiek izskatīti tiesu sistēmā, tika salīdzināti ar tā paša vecuma kontroles grupu no vispārējās populācijas. Novērojot nozīmīgu depresīvo traucējumu attīstību abās pētījuma grupās, tika secināts, ka tie bērni, kuri pieredzējuši nevēriību, 1,6 reizes biežāk cieš no nozīmīgiem depresīviem traucējumiem, turklāt, salīdzinot seksuālo un fizisko vardarbību un nevēriību, tieši nevēribai bija visciešākā asociācija ar depresiju (Widom, DuMont and Czaja, 2007).

1.4.4. Bērībā pieredzētā vardarbība un pašnāvības mēģinājumi

Latvijā vecuma standartizētais mirstības rādītājs no pašnāvībām ir 19,5 uz 100 tūkstošiem iedzīvotāju. Tas ir trešais augstākais Eiropas Savienībā (Värnik, 2012). Starp jauniešiem 15 - 25 gadu vecuma grupā pašnāvības ir otrs biežākais nāves cēlonis, un mirstības rādītājs ir palielinājies no 10,6 uz 100 tūkstošiem 2007. gadā uz 14,7 uz 100 tūkstošiem jauniešu 2012. gadā (WHO, 2017). Jauniešu populācijas pašnāvību riska attiecība pret kopējās populācijas pašnāvībām ir 0,75. Epidemioloģiskā situācija norāda uz nepieciešamību apzināt jauniešu pašnāvību potenciālos riska faktorus, lai varētu sekmīgi izstrādāt un ieviest programmas pašnāvību skaita samazināšanai Latvijas populācijā.

Eiropas un Ziemeļamerikas valstu pētījumos par pašnāvībām gados jaunu cilvēku populācijās norādīts, ka viens no būtiskiem riska faktoriem ir jaunieša ģimenes disfunkcionālā vide, kuru raksturo tādas problēmas kā ģimenes locekļu atkarību izraisīto vielu pārmērīga lietošana (Dube et al., 2001), pašnāvības gadījumi ģimenes locekļu vidū (Agerbo, Nordentoft and Mortensen, 2002), vecāku šķiršanās (Hardt et al., 2008). Novērota arī asociācija starp jauniešu negatīviem veselības iznākumiem un uzvedību, tajā skaitā pašnāvības mēģinājumiem un pašnāvībām, kā arī fizisko, emocionālo, seksuālo vardarbību (Enns et al., 2006, Plant,

Pariante, Sharp and Pawlby, 2015, Norman et al., 2012; Dube et al., 2001; Hardt et al., 2008; Brezo et al., 2008; Afifi et al., 2014) un nevērību pret bērnu (*Enns et al., 2006*).

Tiem jauniešiem, kuri bērnībā ģimenē ir cietuši no fiziskās vardarbības, divas līdz trīs reizes pieaug pašnāvības mēģinājumu izredzes (*Enns et al., 2006; Afifi et al., 2008; Dube et al., 2001; Corcoran et al., 2006; Bruffaerts et al., 2010*). Metaanalīzes pētījumā bērnības fiziskās vardarbības pieredze asociējās ar trīs reizes (apkopotais OR = 3,0) lielāku pašnāvības mēģinājumu iespējamību vēlākā dzīves posmā (*Norman et al., 2012*). Fiziskās vardarbības pieredzes un vēlāku pašnāvības mēģinājumu saistības ciešumu ietekmē pētījumā iekļauto mainīgo variācijas. Piemēram, Nīderlandē veiktajā pētījumā konstatēts, ka jauniešiem, kuri cietuši no fiziskās vardarbības, bija 5,4 reizes lielākas pašnāvības mēģinājumu izredzes nekā tiem, kuri no fiziskas vardarbības nebija cietuši, samērojot asociāciju ar respondenta sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem (vecumu, dzimumu, ģimenes stāvokli, izglītību, nodarbošanos un dzīvi pilsētā vai laukos). Savukārt, ja aprēķinos tika ņemtas vērā arī jaunieša psihiskās saslimšanas, blakus saslimšanas un citi bērnības nelabvēlīgās pieredzes apstākļi, asociācija starp fiziskās vardarbības pieredzi un vēlākiem pašnāvības mēģinājumiem samazinājās līdz 3,1 reizei (*Enns et al., 2006*). Saistības ciešuma vājināšanās, pievienojot citus pētāmos mainīgos, norāda uz jauniešu pašnāvības mēģinājumu gadījumu multietiolģisko cēlonību, tomēr arī pēc vairāku mainīgo savstarpējas salīdzināšanas novērots, ka fiziskās vardarbības pieredzes asociācija ar pašnāvību mēģinājumiem saglabājās.

Vairākos pētījumos ir aplūkota bērnībā pārciestas seksuālās vardarbības ietekme uz pašnāvniecisku uzvedību vēlākā dzīves posmā (*Nelson et al., 2002; Afifi et al., 2008, Dube et al., 2001; Brezo et al., 2008; Bruffaerts et al., 2010; Martin et al., 2004; Cutajar et al., 2010; Sigurdottir et al., 2008; Joiner et al., 2007; Johnson et al., 2002; Devries et al., 2014; Fergusson, McLeod and Horwood, 2013; Norlev, Davidsen, Sundaram and Kjoller, 2005; Lopez-Castroman et al., 2013*). Metaanalīzes pētījumā tika apkopota informācija no kohortu pētījumiem par bērnībā pieredzētas seksuālās vardarbības asociāciju ar pašnāvības mēģinājumiem vīriešu un sieviešu populācijās. Pētījumos apkopotā izredžu attiecība liecināja, ka tiem, kuri pieredzējuši seksuālo vardarbību, ir 2,4 reizes lielākas pašnāvības mēģinājumu izredzes vēlākā dzīves periodā, turklāt asociācija nebija statistiski nozīmīgi atšķirīga vīriešu, sieviešu un kopējā populācijā (*Devries et al., 2014*).

Bērnībā pieredzētā emocionālā vardarbība aptuveni trīs reizes (apkopotais OR = 3,1) paaugstina pašnāvības mēģinājumu izredzes vēlākā dzīves periodā, bet nevērība pret bērnu – aptuveni divas reizes (apkopotais OR = 1,9), liecina metaanalīzes pētījuma apkopotie rezultāti (*Norman et al., 2012*). Tomēr ir vērojamas atšķirības dažādās valstīs veikto pētījumu rezultātos. Piemēram, ASV veiktajā pētījumā novērota ļoti cieša saistība starp bērnībā pieredzētu

emocionālo vardarbību un pašnāvības mēģinājumiem (OR = 5,0) (*Dube et al.*, 2001), turpretim Nīderlandē veiktajā pētījumā pašnāvības mēģinājumu izredzes bija četras reizes lielākas emocionālās vardarbības gadījumā, turklāt šis rādītājs samazinājās, ja asociācija tika samērota arī ar psihiskām saslimšanām, citām blakus saslimšanām un citu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi (*Enns et al.*, 2006).

Zinātniskajā literatūrā nereti diskutēts par kauzalitātes noteikšanu starp bērnībā pieredzētu vardarbību un vēlāk notikušajiem pašnāvības mēģinājumiem. Viens no būtiskākajiem kauzalitātes kritērijiem ir laika gradients. Lai pierādītu, ka pieredzētā vardarbība ir riska faktors pašnāvības mēģinājumiem vēlākā dzīves periodā, jāpārlicinās, ka vardarbība pret bērnu notikusi pirms pašnāvības mēģinājuma. Pašnāvības mēģinājumi pusaudžu un jauniešu vidū ir salīdzinoši bieži sastopami. Kā liecina pētījuma par 15–16 gadus veciem pusaudžiem sešās Eiropas valstīs un Austrālijā, pašnāvības mēģinājumus atzīst vidēji 13,5% meiteņu un 4,3% zēnu (*Madge et al.*, 2008); Latvijā attiecīgajā vecuma grupā pašnāvību mēģinājušas izdarīt 8,0% meiteņu un 6,0% zēnu (Trapencieris, Sņikere, Koroļeva un Kārklīna, 2012). Tā kā nereti pētījumos respondentiem tiek prasīts par vardarbības pieredzi līdz 16 vai 18 gadu vecumam, pastāv iespēja, ka pašnāvības mēģinājums ir noticis pirms vardarbības notikuma. Tas apgrūtina secinājumu izdarīšanu par cēlonisko saistību starp ekspozīcijas faktoru un iznākumu. Kohortas pētījumā autori asociāciju aprēķinos iekļāva jauniešu pašnāvību incidentos gadījumus, samērojot tos ar sākotnējiem respondentu pašnāvnieciskās uzvedības rādītājiem, kas ļāva izdarīt secinājumus par pašnāvniecisku rīcību pēc piedzīvotās vardarbības. Pētījumā tika pierādīts, ka pašnāvības mēģinājumu gadījumā pastāv pozitīva asociācija starp bērnībā pieredzētu fizisko vardarbību un seksuālo vardarbību (*Brezo et al.*, 2008).

1.5. Jauniešu veselību raksturojošo parametru saistība ar ģimeni raksturojošiem faktoriem bērnībā

Bērna attīstību ietekmē ne tikai bērnībā pieredzētā vardarbība un nevērība, bet daudz citu faktoru, no kuriem liela daļa tiek asociēta ar ģimenes vidi raksturojošiem parametriem. Ģimenes sociāli ekonomiskais statuss tiek asociēts ar vairākiem bērna veselību un labklājību raksturojošiem indikatoriem – bērna kognitīvo attīstību, ar veselību saistīto uzvedību, antisociālu uzvedību un akadēmiskajiem sasniegumiem (*Conger, Conger and Martin*, 2010; *Hanson and Chen*, 2007; *Reiss*, 2013). Savukārt vecāku šķiršanās un ar to saistītie notikumi un apstākļi nozīmē bērna un viņa vecāku paaugstinātu ekspozīciju stresam, kas var atstāt nelabvēlīgas sekas uz bērna veselību, attīstību un labklājību (*Amato*, 2014; *Fomby and Cherlin*, 2007). Arī situācijas, kurās bērns ir liecinieks vardarbībai pret sievieti ģimenē, var radīt neirobioloģiskas stresa jutīgo organisma sistēmu izmaiņas, kas atstāj ilgtermiņa nelabvēlīgas

sekas uz bērna psihoemocionālo attīstību un labklājību (*Tsavoussis, Stawicki, Stoicea and Papadimos, 2014; Kitzmann, Gaylord, Holt and Kenny, 2003*). Savukārt vecāku psihopatoloģija un pārmērīga alkohola lietošana negatīvi ietekmē vecāku spēju sniegt bērnam pilnvērtīgu aprūpi un potenciāli veido disfunkcionālu ģimenes vidi (*Taylor and Lazenbatt, 2014*).

Citu bērnības ģimenes faktoru saistība ar veselības iznākumiem jauniešu vecumā promocijas darbā ir apskatīta kā jaucējfaktors, lai novērtētu šo riska faktoru potenciālo ietekmi uz darbā izvirzītajiem atkarīgajiem mainīgajiem – jaunieša veselības pašvērtējumu, pārmērīgu alkohola lietošanu, sūdzībām par psihoemocionālo veselību un pašnāvības mēģinājumiem.

1.5.1. Veselības pašvērtējums un ģimeni raksturojošie faktori

Vairākos pētījumos ir analizēta veselības stāvokļa pieaugušo asociācija ar dažādiem ģimeni raksturojošiem faktoriem bērnībā, t.i., laikā, kad persona vēl auga un attīstījās. Viens no būtiskiem veselības stāvokli noteicošiem faktoriem pieaugušo vecumā ir veselības stāvoklis bērnībā. Piemēram, ASV veiktajā populāciju pētījumā novērots, ka no tiem respondentiem, kuri savu veselības stāvokli bērnībā novērtējuši kā sliktu, pieaugušo vecumā vīriešiem ir 3,7 reizes lielākas sliktā veselības pašvērtējuma izredzes, bet sievietēm – 4,2 reizes. Šajā pašā pētījumā arī atrasta asociācija starp sliktāku ģimenes sociāli ekonomisko stāvokli un sliktāku veselību pieaugušo vecumā (*Haas, 2007*). Arī citos pētījumos ir atrastas līdzīgas sakarības starp sliktāku ģimenes sociāli ekonomisko stāvokli bērnībā un sliktākiem veselības iznākumiem pieaugušo vecumā (*Luo and Waite, 2005; Warren, 2009; Bauldry et al., 2012; Galobardes, Lynch and Smith, 2008; Poulton et al., 2002; Melchior et al., 2007; McKenzie, Carter, Blakley and Ivory, 2011*). Viens no novērotās saistības skaidrojumiem ir tāds, ka zems sociāli ekonomiskais ģimenes stāvoklis bērnībā rada sliktākus apstākļus bērna veselībai un labklājībai un tādējādi kļūst par priekšnosacījumu sliktākai veselībai arī pieaugušo vecumā (*Luo and Waite, 2005; Bauldry et al., 2012*). Savukārt prospektīvajā kohortu pētījumā, apsekojot vairāk nekā piecus tūkstošus respondentu 29 gadu garumā, tika salīdzināta “sociālās kauzalitātes” (angl. – “*social causation*”) hipotēze, kas apgalvo, ka SES primāri ietekmē veselību, ar “veselības atlases” (angl. – “*health selection*”) hipotēzi, saskaņā ar kuru indivīda veselība ir tā, kas primāri nosaka sociāli ekonomisko stāvokli. Pētījumu rezultātu analīze apstiprina “sociālās kauzalitātes” hipotēzi, bet ne “veselības atlases” hipotēzi, norādot uz ģimenes sociāli ekonomiskās vides faktoru kauzālu ietekmi uz indivīda veselību vēlākā dzīves periodā (*Warren, 2009*).

Negatīvas sekas uz bērna veselību un labklājību ilgtermiņā var atstāt arī bērnībā pieredzēta vecāku šķiršanās. Francijā veiktajā populāciju šķērsgrīzuma pētījumā 18–37 gadus veci respondenti aptaujāti par ģimenes apstākļiem bērnībā un pašreizējiem veselību

raksturojošiem indikatoriem pieaugušo vecumā. Rezultāti liecina, ka tiem respondentiem, kuri bērnībā pieredzējuši vecāku šķiršanos, ir 1,93 reizes lielākas slikta veselības pašvērtējuma izredzes nekā tiem respondentiem, kuri vecāku šķiršanos nav pieredzējuši. Izvērtējot šo asociāciju skaidrojošos mediatorus, secināts, ka 63% gadījumu no bērnībā pieredzētas vecāku šķiršanās ietekmi uz veselības pašvērtējumu pieaugušo vecumā izskaidro ģimenes funkcionēšanas kvalitātes raksturlielumi bērnībā (konflikti starp vecākiem, bērna attiecības ar vecākiem, pret sievieti vērsta vardarbība ģimenē) (*Roustit et al.*, 2011). Arī Somijā veiktajā prospektīvajā kohortu pētījumā, kurā aptaujāti vieni un tie paši respondenti 16 un 36 gadu vecumā, novērots, ka respondenti, kuri līdz 16 gadu vecumam pieredzējuši vecāku šķiršanos, pieaugušo vecumā biežāk vērtē savu veselību, labklājību un sociālo dzīvi sliktāk nekā tie, kuri nav piedzīvojuši vecāku šķiršanos (*Huurte, Junkkari and Aro*, 2006).

Lai gan novērota sakarība, ka bērni, kuri auguši viena vecāka ģimenē vai ģimenē ar patēvu vai pamāti, savu veselību vērtē sliktāk nekā bērni, kuri auguši kopā ar abiem vecākiem, viena vecāka ģimenes pašas par sevi nevar uzskatīt par nenovēršami bīstamām bērna pilnvērtīgai attīstībai un labklājībai. Šo saistību lielā mērā var skaidrot ar citiem viena vecāka ģimenes riska faktoriem, piemēram, ekonomisko deprivāciju, sociālā atbalsta trūkumu un sliktām attiecībām starp ģimenes locekļiem (*Heard, Gorman and Kapinus*, 2008). Francijā veiktajā pētījumā redzams, ka saistību starp bērnībā pieredzētu vecāku šķiršanos un sliktāku veselības pašnovērtējumu pieaugušo vecumā lielā mērā var skaidrot ar ģimenē notikušo vardarbību pret sievieti kā abu šo faktoru mediatoru (*Roustit et al.*, 2011). Arī Somijas 9. klašu skolēnu aptaujas pētījumā novērots, ka pret sievieti vērsta vardarbība ģimenē saistās ar bērnu sliktāku veselības pašvērtējumu – 63% no visiem pret sievieti vērstiem vardarbības gadījumiem bērniem novērota veselības pašvērtējuma pasliktināšanās (*Lepistö et al.*, 2010).

Ģimene, kurā kādam vai abiem no vecākiem ir viena vai vairākas psihiskās veselības problēmas, tostarp atkarību izraisošo vielu lietošana, nereti tiek asociēta ar sliktākiem bērnu aprūpes rādītājiem, kas var atstāt negatīvas sekas uz bērna veselību ilgtermiņā. ASV veiktajā šķērsgrīzuma pētījumā novērots, ka jaunieši, kuru vecākiem ir kāda no atkarību izraisošo vielu lietošanas problēmām, savu veselību biežāk vērtē kā sliktu salīdzinājumā ar jauniešiem, kuru vecākiem šādu problēmu nav (*Balistreri and Alvira-Hammond*, 2016). Prospektīvā populāciju kohortu pētījumā Norvēģijā tie jaunieši, kuru vecākiem ir kāda psihiska slimība, savu veselību kā ne tik labu vērtēja biežāk nekā jaunieši, kuru vecākiem šādu problēmu nav, – attiecīgi 22,5% un 9,5% jaunieši katrā no grupām (*Homlong et al.*, 2015). Arī Dānijā veiktā pētījuma rezultāti liecina, ka jauniešiem, kuru vecākiem vai kādam no vecākiem ir psihiskās veselības problēmas, biežāk novērojamas veselības problēmas un zemāka pašapziņa (*Van Loon et al.*, 2015).

1.5.2. Pārmērīga alkohola lietošana un ģimeni raksturojošie faktori

Jauniešu pārmērīgai alkohola lietošanai ir vairāki riska faktori – to vidū ir gan proksimāli riska faktori, piemēram, ģenētiskā predispozīcija uz alkohola lietošanu, gan distāli riska faktori, piemēram, sabiedrībā pieņemtās kultūras normas attiecībā uz alkohola lietošanas paradumiem. Daļa no pētījumiem ir veltīti tieši ar ģimeni saistīto riska faktoru izpētei, proti, pētījumos tiek analizēts, kādi ģimenes apstākļi bērnībā nosaka augstāku varbūtību saskaroties ar alkohola lietošanas problēmām vēlākā dzīves periodā. Lai gan pētījumos gūtie pierādījumi liecina, ka alkohola atkarība 50–60% gadījumu tiek pārmantota no paaudzes paaudzē, liela nozīme ir arī apkārtējās vides faktoriem (*Dick, Prescott and McGue, 2009*). ASV veiktā pētījumā, kurā aptaujāti 7.–12. klases skolēni, secināts, ka tiem respondentiem, kuru vecākiem ir alkohola atkarība, ir 1,43 reizes lielākas izredzes lietot alkoholu pusaudžu vecumā (*Shin, Edwards and Heeren, 2009*). Somijā veiktajā dvīņu populācijas pētījumā novērots, ka jaunāka vecuma pusaudžu vidū lielāka loma alkohola lietošanas problēmu attīstībai ir saistīta ar vides faktoriem, nevis ģenētiskajiem faktoriem (*Rose et al., 2004*), savukārt, pusaudžiem pieaugot, ģenētiskās predispozīcijas loma uz alkohola atkarību palielinās, bet vides faktoru ietekme mazinās. Nīderlandē veiktajā dvīņu pētījumā tika analizēts kā mainās ģenētiskās predispozīcijas loma alkohola atkarības veidošanās procesā, pētījuma dalībnieku vecumam pieaugot no 15 līdz 32 gadiem. Pētījumā novērots, ka ģenētiskā predispozīcija uz alkohola atkarību 15–17 gadu vecumā izskaidroja 28% alkohola atkarības gadījumu, bet 21–23 gadu vecumā – jau 58% gadījumu (*van Beek et al., 2012*). Ģimenē, kurā kāds vai abi no vecākiem pārmērīgi lieto alkoholu, bērns var pārņemt vecāku uzvedības modeļus, novērojot un mācoties no vecākiem (*Cranford et al., 2010*), turklāt alkohola lietošanu var veicināt arī alkohola pieejamība mājās (*Chassin and Handley, 2006; Casswell, Pledger and Hooper, 2003*).

Ģimenes SES bērnībā ietekme uz alkohola lietošanas paradumiem jauniešu vecumā nav viennozīmīga. Pētījumos iegūtie rezultāti rāda pretējas tendences – dažos pētījumos novērota augsta ģimenes SES saistība ar lielāku alkohola patēriņu jauniešu vecumā, citi pētījumi liecina, ka zems ģimenes SES ir predisponējošs faktors alkohola lietošanai jauniešu vecumā (*Hanson and Chen, 2007; Wiles et al., 2007*). Ģimenēs ar zemu SES biežāk novēroti bērnu uzvedības traucējumi (*Yoshikawa, Aber and Beardslee, 2012; D'Onofrio et al., 2009*), kas savukārt paaugstina pārmērīgas alkohola lietošanas varbūtību (*Reef et al., 2011*), un tas varētu būt viens no skaidrojumiem asociācijai starp zemu ģimenes sociāli ekonomisko stāvokli bērnībā un lielāku alkohola lietošanas risku jauniešu vecumā. Citos pētījumos novērota pretēja tendence. Piemēram, ASV veiktajā prospektīvajā kohortu pētījumā 17–23 gadus vecu jauniešu vidū novērots, ka lielākas alkohola lietošanas izredzes bija tiem jauniešiem, kuru ģimenes SES

bija augstāks (*Patrick, Wightman, Shoeni and Schulenberg, 2012*). Atšķirības alkohola lietošanā dažādās SES grupās, iespējams, skaidrojamas arī ar patērētā alkohola daudzumu un lietošanas biežumu. Novērots, ka augstāka SES grupās alkohols tiek patērēts biežāk, bet populācijās ar zemāku SES alkohols tiek patērēts lielākos daudzumos (*Huckle, You and Casswell, 2010*). Savukārt Zviedrijā veiktajā kohortas pētījumā biežāka alkohola lietošana jauniešiem ģimenēs ar zemāku SES tiek saistīta ar citiem ģimenes disfunkciju raksturojošiem parametriem (vecāku pārmērīga atkarību izraisošo vielu lietošana, iesaistīšanās kriminālās aktivitātēs, šķiršanās) kā šo saistību skaidrojošiem mediatoriem (*Gauffin, Hjern, Vinnerljung, Björkenstam, 2016*).

Vecāku šķiršanās pirms bērna pilngadības pētījumos tiek asociēta ar lielākām alkohola lietošanas izredzēm vēlākos bērna dzīves periodos. Reprezentatīvā populāciju šķērsgriezuma pētījumā novēroja, ka tiem respondentiem, kuri bērnībā (līdz 18 gadu vecumam) pieredzējuši vecāku šķiršanos, ir 1,8 reizes lielākas alkohola atkarības izredzes vēlākā dzīves posmā. Līdzīga asociācija novērota arī citos pētījumos, kuros secināts, ka vecāku šķiršanās ir neatkarīgs riska faktors augstākai alkohola lietošanas problēmu varbūtībai bērna vēlākā dzīves periodā (*Strine et al., 2012; Roustit et al., 2007; Thompson, Lizardi, Keyes and Hasin, 2008; Thompson, Alonzo and Hasin, 2013; Kristjansson, Sigfusdottir, Allegrante and Helgasaon, 2009*). Vairākos pētījumos, kuros iesaistīti dvīņi un dvīņu pēcnācēji secināts, ka vecāku šķiršanās pieredze bērnībā ir predisponējošs faktors arī agrīnākai alkohola lietošanas uzsākšanai un pārmērīgai alkohola lietošanai jauniešu vecumā (*Sartor et al., 2000; Waldron et al., 2014a; Waldron et al., 2014b; Grant et al., 2015*), turklāt vairākos no šiem pētījumiem vecāku šķiršanās secināts, ka saistība ar agrīnāku alkohola lietošanas uzsākšanas vecumu saglabājas arī ar asociācijas samērošanas pēc vecāku alkohola atkarības faktu (*Sartor et al., 2000; Waldron et al., 2014a; Waldron et al., 2014b*). Līdzīga asociācija novērota arī ASV veiktajā prospektīvajā kohortu pētījumā vidusskolēnu vidū (*Jackson, Rogers and Sartor, 2016*).

Pret sievieti vērsta vardarbība ģimenē ir stresu izraisošs notikums arī bērnam, un tā var atstāt nelabvēlīgas sekas uz bērna veselību un labklājību. Attiecībā uz šādas bērnības pieredzes saistību ar lielākām pārmērīgā alkohola lietošanas izredzēm jauniešu un pieaugušo vecumā pētījumu rezultāti dažādās to dalībnieku dzimumu grupās ir atšķirīgi. ASV veiktajā pētījumā par retrospektīvi ziņotiem gadījumiem, kuros bērns pieredzējis vardarbību pret sievieti ģimenē, un šīs pieredzes saistību ar alkohola lietošanas problēmām pieaugušo vecumā novērots, ka biežāk alkohola lietošanas problēmas ir vīriešiem, kuri bērnībā ģimenē pieredzējuši vardarbību pret sievieti, salīdzinājumā ar tiem, kuriem šādas pieredzes nav. Sieviešu vidū asociācija netika atrasta (*Caetano, Field and Nelson, 2003*). Savukārt ASV prospektīvi veiktajā pētījumā par to, kā bērna pakļautība intīmo partneru vardarbībai ģimenē ietekmē atkarību izraisošo vielu

lietošanu jauniešu vecumā, secināts, ka sievietes, kuras bērnībā ģimenē ir bijušas liecinieces smagiem vardarbības gadījumiem pret sievieti, biežāk saskaras ar alkohola lietošanas problēmām jauniešu vecumā nekā respondenti bez šāda veida pieredzes, bet vīriešu vidū asociācija netika atrasta (Smith, Elwyn, Ireland and Thornberry, 2010). Tomēr ne visos pētījumos tiek iegūti dzimumspecifiski rezultāti. ASV veiktā kohortas pētījuma rezultāti liecina, ka gan sieviešu, gan vīriešu vidū pastāv statistiski nozīmīga asociācija starp bērnībā pieredzētu tēva vardarbību pret sievieti ģimenē un alkohola lietošanas problēmām vēlākā dzīves periodā (Dube et al., 2002).

1.5.3. Sūdzības par psihoemocionālās veselību un ģimeni raksturojošie faktori

Ģimenes vidi raksturojošiem faktoriem ir būtiska ietekme uz bērna psihoemocionālo labklājību. Informācija, kas iegūta pētījumos par bērna psihisko veselību, liecina, ka apstākļi, kādos bērns aug, gan tiešā, gan netiešā veidā var veicināt psihiskās veselības problēmu attīstību (Dashiff, DiMicco, Myers and Sheppard, 2009). Prospektīvā kohortu pētījumā tika analizēta, kāda dažādos kritiskos bērna attīstības periodos (mātes grūtniecības laikā, 6 mēnešu vecumā, 5 un 14 gadu vecumā) ir ģimenē valdošās nabadzības ietekme uz trauksmes un depresijas attīstību 14 gadu un 21 gada vecumā. Pētījumā novērots, ka pakļautība nabadzībai jebkurā no vecuma posmiem paaugstināja psihisko slimību attīstības risku 14 un 21 gada vecumā. Atkārtota nabadzības pieredze ģimenē vairākos vecuma posmos 3,2 reizes paaugstināja trauksmes un depresijas attīstības izredzes 14 un 21 gada vecumā (Najman et al., 2010). Arī citā prospektīvi veiktā kohortu pētījumā novērota sakarība starp zemiem mājāsaimniecības ienākumiem un lielāku risku, ka bērniem attīstīsies depresija un antisociāla uzvedība, turklāt psihisko slimību attīstības varbūtība variēja atkarībā no izmaiņām ģimenes ienākumos, proti, ģimenes ienākumu uzlabošanās asociējās ar psihisko slimību attīstības riska samazinājumu (Strohschein, 2005). Līdzīgi prospektīvajā kohortu pētījumā novērots, ka proporcionāli laikam līdz deviņu gadu vecumam, kas pavadīts, dzīvojot nabadzīgos apstākļos, pieaug uzvedības traucējumu un iemācītas bezpalīdzības attīstības izredzes, sasniedzot 17 gadu vecumu, turklāt šī asociācija ir neatkarīga no ienākumiem pieaugušo vecumā (Evans and Cassells, 2014). Pozitīva asociācija starp zemiem ģimenes ienākumiem un bērnu psihiskās veselības problēmām novērota arī vairākos šķēsgriezuma pētījumos (Perna et al., 2010; Roberts, Roberts and Xing, 2007; Assis, Avanci and Olivera, 2009).

Tiem bērniem, kuri bērnībā pieredzējuši vecāku šķiršanos, novēro augstākus trauksmes un depresijas rādītājus, kā arī zemāku pašvērtējumu vēlākā dzīves periodā (Størksen, Røysamb, Moum and Tambs, 2005; Uphol-Carrier and Utz, 2012). ASV veiktajā reprezentatīvajā

šķērsriezuma pētījumā secināja, ka tiem respondentiem, kuri bērnībā pieredzējuši vecāku šķiršanos, bija 1,3 līdz 2,4 reizes lielākas izredzes pieaugušo vecumā iegūt psihisku slimību (pēc samērošanas ar sociāli demogrāfiskajiem mainīgajiem) nekā tiem respondentiem, kuru vecāki nebija šķīrušies. Pētījumā novērots, ka lielākas psihisko slimību attīstības izredzes novērotas tiem pētījuma dalībniekiem, kuri reizē ar vecāku šķiršanos pieredzējuši arī pret sevi vērstu vardarbību, bet gadījumos, kad ziņots par vecāku psihopatoloģiju, asociācija starp vecāku šķiršanos bērnībā un vēlākiem bērnu psihiskās veselības traucējumiem vājinājusies (Afifi, Boman, Fleisher and Sareen, 2009).

Gadījumi, kad bērns ģimenē kļūst par liecinieku vardarbībai pret sievieti, tāpat kā citu vardarbības gadījumu pieredze, atstāj negatīvas sekas uz bērna psihoemocionālo labklājību. Kanādā veiktajā pētījumā aptaujāti vairāk nekā 23 tūkstoši respondentu vecumā virs 18 gadiem, ievācot informāciju par bērnībā pieredzēto vardarbību pret sievieti ģimenē un pašreizēju psihisku slimību esamību. Novērots, ka tiem respondentiem, kuri bērnībā bijuši liecinieki tēva vardarbībai pret māti, ir 2,2 reizes lielākas depresijas izredzes. Bipolāro traucējumu izredzes pieauga 4,5 reizes, bet vispārējas trauksmes izredzes palielinājās 2,4 reizes (Afifi et al., 2014). Arī citos pētījumos novērota saistība starp bērna ekspozīciju vardarbībai pret sievieti ģimenē un psihoemocionālās veselības traucējumiem vēlākā dzīves periodā (Nicklas and Mackenzie, 2013; Helweg-Larsen, Fredriksen and Larsen, 2011; Russell, Springer and Greenfield, 2010; Moylan et al., 2010; Roustit et al., 2009; McFarlane et al., 2014). ASV prospektīvā kohortu pētījumā 20 gadus vecu jauniešu populācijā novērotas atšķirības dzimumu grupās – vīriešiem bērnībā pieredzēta tēva vardarbība pret māti ģimenē izraisīja augstāku risku vēlākiem agresīvas uzvedības traucējumiem, bet sievietēm novērotas augstākas depresīvu traucējumu attīstības izredzes (Nicklas and Mackenzie, 2013). Šie rezultāti sakrīt ar metaanalīzes pētījuma rezultātiem, kuros novērota vidēji stipra asociācija starp bērna ekspozīciju vardarbībai pret sievieti ģimenē un vēlākām eksternalizētām un internalizētām psihiskās veselības problēmām, turklāt vīriešu populācijā eksternalizētās psihiskās veselības problēmas sastopamas biežāk nekā sievietēm (Evans, Davies and DiLillo, 2008). Nozīme ir arī pieredzētās vardarbības pret sievieti ekspozīcijas biežumam – tiem respondentiem, kuri vardarbību pret sievieti ģimenē bērnībā pieredzējuši bieži (vismaz 10 reizes), bija augstākas depresijas attīstības izredzes nekā tiem, kuri vardarbību pret sievieti ģimenē nebija pieredzējuši vai arī bija pieredzējuši reti (Russell, Springer and Greenfield, 2010).

Psihiskas slimības esamība kādam no bērna vecākiem paaugstina psihiskās veselības traucējumu attīstības risku jauniešu vecumā. Dānijā veiktajā kohortu pētījumā, kas balstās uz populācijas datiem, novērots, ka smagi psihiski traucējumi vecākiem paaugstina psihisko slimību attīstības risku pēcnācējiem, turklāt ne vienmēr bērniem ir risks saslimt ar to pašu

slimību, ar kuru slimojuši viņu vecāki: vecākiem var būt diagnosticēta viena psihiskā slimība, bet viņu pēcnācējiem var attīstīties cita psihiskā slimība (*Dean et al.*, 2010). Šajā pētījumā iegūtie rezultāti sakrīt ar Zviedrijā veiktā prospektīvā uz populācijas datiem balstītā kohortu pētījuma rezultātiem. Pētījumā novērots, ka atsevišķām psihiskajām slimībām ir līdzīgi ģenētiskie cēloņi (*Lichtenstein et al.*, 2009). Arī metaanalīzes pētījumā, apkopojot 33 pētījumu rezultātus, secināts, ka tiem, kuru vecākiem ir smaga psihiska slimība, ir 2,5 reizes lielāks risks jauniešu vecumā saslimt ar kādu no psihiskajām slimībām (*Rasic, Hajek, Alda and Uher*, 2013). Citā metaanalīzes pētījumā tika apkopoti 193 pētījumu rezultāti, lai noskaidrotu mātes depresijas ietekmi uz bērna psihisko veselību. Pētījumā novērota neliela, tomēr statistiski nozīmīga mātes depresijas ietekme uz bērna internalizēto un eksternalizēto psihisko traucējumu, kā arī uz psihopatoloģijas attīstību (*Goodman et al.*, 2011). Prospektīvā kohortu pētījumā atrasta sakarība starp vecāku depresiju un trīs reizes lielāku depresijas attīstības risku viņu pēcnācējiem. Vecums no 15 līdz 25 gadiem tika asociēts ar augstāko risku slimības pirmreizējai manifestācijai (*Wiessmann et al.*, 2016). Arī vecāku alkohola atkarība tiek saistīta ar lielāku psihoemocionālās veselības traucējumu izredzēm viņu pēcnācējiem (*Dube et al.*, 2002; *Marmorstein, Iacono and McGue*, 2009; *Anda et al.*, 2002).

Vecāku pašnāvība vai pašnāvības mēģinājums bērnam ir traumatiska pieredze, kas var paaugstināt psihisko slimību attīstības risku. Pētījumu apkopojumā, kurā analizētas sekas, kādas cita ģimenes locekļa pašnāvība atstāj uz ģimenes locekļu veselību un labklājību, novērots, ka bērni, kuri saskārušies ar vecāku pašnāvību, biežāk cieš no depresijas (*Pitman, Osborn, King and Erlangsen*, 2014). ASV veiktajā pētījumā analizēts depresijas biežums starp jauniešiem 21 mēneša laikā pēc vecāka nāves, un tas salīdzināts ar depresijas biežumu starp jauniešiem, kuru vecāki nebija miruši. Mirušo bērnu vecāku nāves cēloņi tika kategorizēti trīs grupās: dabīga nāve, nelaimes gadījums un pašnāvība. Proporcioniāli lielākais depresijas gadījumu īpatsvars novērots starp jauniešiem, kuru vecāku nāves cēlonis bija pašnāvība (18,9% no visiem jauniešiem, kuru vecāki izdarījuši pašnāvību). Otrs lielākais depresijas gadījumu skaits – 16,3% tika novērots tajā jauniešu grupā, kuras vecāki bija gājuši bojā nelaimes gadījumā, bet starp tiem jauniešiem, kuru vecāki miruši dabīgā nāvē, depresijas gadījumi novēroti 6,3% jauniešu. Pētījuma salīdzinošajā grupā, kurā jauniešu vecāki bija dzīvi, depresijas izplatība bija 7,8% (*Brent, Melhem, Donohoe and Walker*, 2009).

1.5.4. Pašnāvības mēģinājumi un ģimeni raksturojošie faktori

Jauniešu pašnāvību gadījumos liela daļa riska faktoru ir saistīta tieši ar ģimeni un to raksturojošajiem faktoriem. Vairākos pētījumos kā nozīmīgs pusaudžu un jauniešu pašnāvību

riska faktors ir pašnāvības ģimenes locekļu vidū. Dānijā veiktajā gadījumu kontroles pētījumā, kas balstīts uz populācijas reģistru datiem, salīdzināja iedzīvotājus, kuri izdarījuši pašnāvību, ar tāda paša dzimuma un vecuma iedzīvotājiem, kuri pašnāvības veikšanas datumā bija dzīvi. Pētījumā secināts, ka lielāks pašnāvības risks tiek asociēts ar pašnāvības gadījumiem vecāku un/vai māsu un brāļu vidū, kā arī gadījumiem, kad kādam no ģimenes locekļiem bijusi nepieciešama hospitalizācija psihiskās veselības traucējumu dēļ (Qin, Agerbo and Mortensen, 2002). Pašnāvības gadījumi ģimenes locekļu vidū arī citos pētījumos asociēti ar lielāku varbūtību pašnāvības veikšanai – tas novērots gan vispārējā populācijā (Agerbo, Nordentoft and Mortensen, 2002; Cerel and Roberts, 2005; Gravseth, Mehlum, Bjerkedal and Kristensen, 2010), gan augsta riska grupās (King et al., 2010; Roy, 2004). Dzimumu atšķirību analīzē novērots, ka vecāku pašnāvības gadījumi sieviešu populācijā saistīti ar augstākām pašnāvības izredzēm (OR = 5,1) nekā vīriešu populācijā (OR = 1,6), salīdzinot ar tiem pētījuma dalībniekiem, kuru vecāki nebija veikuši pašnāvības (Gravseth, Mehlum, Bjerkedal and Kristensen, 2010).

Psihiskās slimības tiek uzskatītas par nozīmīgu pašnāvību riska faktoru. Psihiskās slimības var tikt pārmantotas no paaudzes paaudzē, līdz ar to radot lielāku psihisko slimību attīstības un pašnāvību risku tiem jauniešiem, kuru vecāki ir psihiski neveseli (Mandelli and Seretti, 2013). Piemēram, ASV veiktajā retrospektīvajā kohortu pētījumā novērots, ka tiem respondentiem, kuri līdz 18 gadu vecumam dzīvojuši ģimenē kopā ar psihiski neveselu ģimenes locekli, ir 3,3 reizes lielākas izredzes dzīves laikā veikt pašnāvības mēģinājumu nekā tiem, kuru ģimenē nav dzīvojis psihiski nevesels ģimenes loceklis (Dube et al., 2001). Citā Nīderlandē veiktajā prospektīvajā kohortu pētījumā divas reizes lielāks pašnāvību risks novērots gadījumos, kad mātei vai abiem vecākiem bijusi psihiska slimība, bet netika atrasta saistība starp tēvu psihisku slimību un bērnu pašnāvības mēģinājumiem (Enns et al., 2006). Savukārt Dānijā veiktajā pētījumā novērotas dzimumatšķirības vecāku psihiskās slimības ietekmē uz viņu bērnu pašnāvniecisko uzvedību. Tēva psihiskā slimība palielināja pašnāvību risku sievietēm, bet neietekmēja šo risku vīriešu populācijā (Agerbo, Nordentoft and Mortensen, 2002).

Arī vecāku šķiršanās līdz bērna pilngadībai tiek saistta ar lielāku pašnāvības mēģinājumu risku pusaudžu un jauniešu vidū. Norvēģijā veiktajā populāciju kohortu pētījumā personas, kuras dzimušas 1967.–1976. gadā tika novērotas līdz 2004. gadam. Pētījuma rezultāti atklāj, ka gadījumos, kad māte ir šķirusies no tēva līdz bērna 18 gadu vecumam, vīriešu populācijā pašnāvības izredzes bija 1,6 reizes lielākas, bet sieviešu populācijā – 1,8 reizes lielākas nekā tiem pētījuma dalībniekiem, kuru vecāki nebija šķīrušies (Gravseth, Mehlum, Bjerkedal and Kristensen, 2010). Arī vairākos citos pētījumos novērots, ka bērnībā piedzīvota

vecāku šķiršanās pieredze bērnībā tiek asociēta ar 1,6–2,3 reizes lielākām pašnāvības mēģinājumu vai pabeigtu pašnāvību izredzēm (*Dube et al.*, 2001; *Agerbo, Nordentoft and Mortensen*, 2002; *Hardt et al.*, 2008; *Bruffaerts et al.*, 2010; *Wan and Leung*, 2010; *Alonzo, Thompson, Stohl and Hasin*, 2014), tomēr pētījumu rezultātu analīze liecina, ka, samērojot šo asociāciju ar citiem faktoriem, saistības ciešums starp vecāku šķiršanos un pašnāvniecisku uzvedību pusaudžu un jauniešu vecumā vājinās. Piemēram, ASV veiktajā pētījumā aprēķināts, ka tiem, kuru ir pieredzējuši vecāku šķiršanos ir 1,9 reizes lielākas pašnāvības mēģinājumu izredzes, tomēr pēc asociācijas samērošanas ar respondenta sociāli demogrāfiskajiem faktoriem, alkohola lietošanu, depresiju un vecāku depresiju, asociācija starp abiem faktoriem vairs nepastāv (*Alonzo, Thompson, Stohl and Hasin*, 2014). Savukārt pētījumā par bērnībā pieredzētas vardarbības un vecāku šķiršanās ietekmi uz pašnāvniecisku uzvedību vēlākā dzīves periodā asociāciju starp vecāku šķiršanos un vēlāku pašnāvniecisku uzvedību nenovēro ($OR = 0,7$), bet, ja bērnībā pieredzēta gan vecāku šķiršanās, gan vardarbība pret bērnu, pašnāvības mēģinājumu varbūtība ir ievērojami augstāka ($OR = 2,1$) nekā gadījumos, kad notikusi tikai vardarbība pret bērnu ($OR = 1,5$) (*Afifi, Boman, Fleisher and Sareen*, 2009).

Jauniešu pašnāvības mēģinājumu saistība ar ģimenes SES pētījumos nav viennozīmīga. Reprezentatīvā kohortu pētījumā, kurā salīdzināts pašnāvības mēģinājumu biežums starp 18–19 gadus veciem jauniešiem atkarībā no tā, vai pusaudžu vecumā viņi dzīvojuši nabadzīgā apkaimē, secināts, ka tie jaunieši, kuri pusaudžu gados dzīvojuši nabadzīgā apkārtņē, jauniešu vecumā biežāk veikuši pašnāvības mēģinājumus, bet asociācija pašnāvības mēģinājumiem ar jaunieša ģimenes SES netika novērota (*Dupéré, Leventhal and Lacourse*, 2008). Arī Vācijā veiktajā pētījumā psihosomatiskās klīnikas un vispārējās ārstu prakses pacientu populācijā netika atrasta sakarība starp pētījuma dalībnieku vecāku sociāli ekonomisko statusu un pašnāvības mēģinājumiem (*Hardt et al.*, 2008). Savukārt Dānijā veiktā uz populāciju reģistra datiem balstītā pētījuma rezultātu analīzē secināts, ka zemu vecāku SES saistību ar pašnāvībām jauniešu populācijā izskaidro tādi jaucējfaktori kā jaunieša psihiskās veselības problēmas un pašnāvības gadījumi ģimenes locekļu vidū, līdz ar to var secināt, ka ģimenes SES nav nozīmīgs jauniešu pašnāvību riska faktors (*Agerbo, Nordentoft and Mortensen*, 2002).

2. MATERIĀLS UN METODES

2.1. Kvantitatīvās pētniecības daļa

2.1.1. Datu avoti un ieguve

Promocijas darbā izmantoti dati, kas iegūti no Slimību un profilakses kontroles centra 2011. gada pētījuma par Latvijas jauniešu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi. Pētījums veikts sadarbībā ar PVO Eiropas reģionālo biroju. Pētījuma mērķis bija noskaidrot Latvijas jauniešu bērnībā pieredzētās nelabvēlīgās pieredzes izplatību. Pētījuma mērķa populācija bija Latvijas vispārizglītojošo skolu 12. klašu skolēni un profesionālo izglītības iestāžu 3.–4. kursa studenti, tātad 18–25 gadus veci jaunieši. Pēc Jaunatnes likuma (2008) 1. panta par jauniešu Latvijā uzskatāma persona vecumā no 13 līdz 25 gadiem. Savukārt Bērnu tiesību aizsardzības likuma (1998) 3. panta 1. daļa nosaka, ka par bērnu uzskatāma persona līdz 18 gadu vecumam. Pētījuma dizains ir reprezentatīvs šķērsgrīzuma pētījums.

Pētījuma instruments ir jau izstrādāta un starptautiski atzīta aptaujas anketa par bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi. Sākotnējo anketas izstrādi veicis ASV Slimību kontroles un profilakses centrs sadarbībā ar ASV *Kaiser Permanente* Sandjego Veselības novērtēšanas klīniku (angl. – *Kaiser Permanente's SanDiego Health Appraisal Clinic*), lai pētītu saistību starp bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi, tostarp vardarbību, un ar veselību saistītos iznākus pieaugušo vecumā (*Centers for Disease Prevention and Control*, 2016). Sadarbībā ar PVO Eiropas reģionālo biroju sākotnējā anketas versija ir pielāgota jauniešu populācijai. Anketas bija dzimumspecifiskas. Anketā ietverti jautājumi par bērnībā gūto dažāda veida nelabvēlīgo pieredzi – gan par fizisko, emocionālo un seksuālo vardarbību, fizisko un emocionālo nevērību, gan par disfunkcionālu ģimenes vidi raksturojošiem faktoriem, piemēram, vecāku pārmērīgu atkarību izraisošo vielu lietošanu, psihiskas slimības esamību kādam no ģimenes locekļiem, vardarbīgu izturēšanos pret sievieti ģimenē un kriminālo sodāmību kādam no ģimenes locekļiem.

Latvijas pētījuma vajadzībām anketa pārtulkota no angļu valodas uz latviešu un krievu valodu un veikta anketā izmantoto jēdzienu identitātes pārbaude. Latvijas pētījumā anketai pievienoti papildu jautājumi par ģimenes sociāli ekonomisko stāvokli, alkohola lietošanas un smēķēšanas paradumiem, izmantojot jautājumus no Skolas vecuma bērnu veselību ietekmējošo paradumu pētījuma Latvijā.

Pētījuma dalībnieku atlasei izmantota stratificētā klāsteru atlase, kas balstīta uz četriem parametriem: mācību atrašanās vieta (pilsēta), mācību iestādes tips (vispārizglītojošā

skola/profesionālā izglītības iestāde), mācību valoda (latviešu/krievu), respondenta dzimums (vīrietis/sieviete). Ģeogrāfiskā pārklājuma nodrošināšanai pētījums veikts piecās pilsētās: Rīgā, Liepājā, Jelgavā, Cēsīs un Daugavpilī. Pētījumā iekļautās pilsētas pēc iedzīvotāju skaita reprezentē 43,8% no kopējās Latvijas iedzīvotāju populācijas.

Mācību iestāžu atlasei izmantots Izglītības un zinātnes ministrijas vispārizglītojošo un profesionālo izglītības iestāžu saraksts. Gan vispārizglītojošo, gan profesionālo izglītības iestāžu iekļaušana pētījumā nodrošināja abu dzimumu respondentu līdzīgu īpatsvaru. Pēc CSP datiem 2010./2011. mācību gadā profesionālajās izglītības iestādēs mācījās 61,1% (n = 13 936) vīriešu un 38,9% (n = 8886) sieviešu. Vispārizglītojošajās skolās skolēnu sadalījums dzimumu grupās bija šāds: 43,5% (n = 6738) vīriešu un 56,5% (n = 8767) sieviešu. Lai atlasītu pētījuma dalībniekus, veiktas šādas darbības:

- pēc nejaušās atlases metodes Vidzemē, Kurzemē, Zemgalē, Latgalē un atsevišķi Rīgā atlasīts viens novads un atsevišķi Rīga;
- katrā no novadu un atsevišķi Rīgas vispārizglītojošajām un profesionālajām izglītības iestādēm atlasītas tās izglītības iestādes, kuras atbilst pētījuma prasībām;
- no atlasītajām izglītības iestādēm ar nejaušās atlases metodes palīdzību atlasītas klases dalībai pētījumā.

Atlasei noteiktās proporcijas atbilstoši četru kvotu parametriem attēlotas 2.1. tabulā.

2.1. tabula

Noteiktās atlases proporcijas atbilstoši katram no četriem kvotu parametriem

Pilsēta	Mācību iestādes tips		Mācību valoda		Respondenta dzimums		Kopā	
	Vispārizglītojošā skola (n)	Profesionālā izglītības iestāde (n)	Latviešu (n)	Krievu (n)	Vīr. (n)	Siev. (n)	(n)	(%)
Rīga	360	240	420	180	300	300	600	50
Liepāja	90	60	105	45	75	75	150	12,5
Jelgava	90	60	105	45	75	75	150	12,5
Cēsis	90	60	105	45	75	75	150	12,5
Daugavpils	90	60	105	45	75	75	150	12,5
(n)	720	480	840	360	600	600	1200	100
(%)	60	40	70	30	50	50	—	—

Pētījuma sagatavošanas posmā notika anketu pilotēšana un korekciju veikšana, kā arī intervētāju apmācība. Pēc tam veikta skolēnu anketēšana atlasītajās izglītības iestādēs. Pirms anketas aizpildīšanas intervētāji informēja respondentus par pētījuma mērķiem, iegūtās informācijas konfidencialitāti un tiesībām atteikties no dalības pētījumā. Lai nodrošinātu

respondentu anonimitāti, anketas respondenti ievietoja aizlīmējamā aploksnē un aploksni iemeta kastē.

Sasniegtās atlases struktūra atbilstoši četru kvotu parametriem attēlota 2.2. tabulā.

2.2. tabula

Sasniegtā atlases struktūra atbilstoši četru kvotu parametriem

Pilsēta	Mācību iestādes tips		Mācību valoda		Respondenta dzimums		Kopā	
	Vispārīzgl. skola (n)	Profesionālā izglītības iestāde (n)	Latviešu (n)	Krievu (n)	Vīr. (n)	Siev. (n)	(n)	(%)
Rīga	355	257	411	201	317	295	612	50,0
Liepāja	113	37	109	41	74	76	150	12,3
Jelgava	90	70	131	29	63	97	160	13,1
Cēsis	87	68	155	–	95	60	155	12,7
Daugavpils	80	66	53	93	66	80	146	11,9
(n)	725	498	859	364	615	608	1223	100
(%)	59,3	40,7	70,2	29,8	50,3	49,7	–	–

Aizpildītās anketas reģistrēja, un paralēli novēroja pētījuma atlases kvotu parametru izpildi atbilstoši noteiktajam. Aizpildītās anketas, kuras atbilda kvalitātes kritērijiem, nodeva datu ievadei, un šajā posmā veica atkārtotu anketu aizpildīšanas kvalitātes kontroli. Datu ievades kvalitātes kontrolei 10% no ievadītajām anketām ievadīja atkārtoti un salīdzināja ievadīto datu sakritību. Datu tīrīšanas procesā salīdzināja respondenta atbilstību pētījuma mērķa grupai, pārbaudīja sniegto atbilžu loģiku attiecībā pret jautājuma formulējumu un pārbaudīja savstarpēji saistīto jautājumu saiknes jeb atbilžu loģiku.

Pētījuma veikšanai saņemts Centrālās biomedicīnas ētikas komitejas 2010. gada 21. oktobram Lēmums Nr. 7, ar kuru atzīta pētījuma atbilstība noteiktajām pētniecības bioētikas normām.

2.1.2. Pētāmo mainīgo pazīmes un grupēšana

Atkarīgās pazīmes

Kā atkarīgās pazīmes promocijas darbā analizēts jauniešu veselības pašvērtējums, pārmērīga alkohola lietošana, psihoemocionālās veselības sūdzības un pašnāvības mēģinājumi. **Veselības pašvērtējuma** noskaidrošanai respondentiem anketā jānorāda pašreizējais veselības stāvokļa vērtējums, izvēloties vienu no šādiem atbilžu variantiem: “labs”, “diezgan labs”, “vidējs”, “slikts”, “ļoti slikts”. Atbilžu varianti tika dihotomizēti, izveidojot divas grupas – labs

un slikts veselības pašvērtējums. Laba veselības pašvērtējuma grupā iekļauti atbilžu varianti “labs”, “diezgan labs”, bet atlikušie trīs – “vidējs”, “slikts”, “ļoti slikts” iekļauti sliktā veselības pašvērtējuma grupā. Šāda pieeja veselības pašvērtējuma atbilžu kategorizēšanai divās grupās pielietota arī citos pētījumos (*Jia et al.*, 2014; *Finch, Hummer, Reindl and Vega*, 2002), turklāt pētījumā, salīdzinot dažādas analītiskās statistikas metodes, kurās iekļauts dihotomizēts veselības pašvērtējums, secināja, ka izmantotais mērījums ir derīgs un neatkarīgi no pielietotās analīzes metodes iegūtie rezultāti bija līdzīgi (*Manor, Matthews and Power*, 2000).

Jauniešiem tika vaicāts, cik reizu pēdējo 30 dienu laikā viņi bijuši piedzērušies. Mērījums par pēdējo 30 dienu alkohola lietošanas paradumiem ir bieži izmantots indikators, lai noskaidrotu alkohola lietošanas paradumus jauniešu populācijās (*Wells, Graham, Speechley and Koval*, 2005; *Johnston, O'Malley and Bachman*, 2003). Pamatojoties uz respondentu sniegto atbilžu (par piedzeršanās reizēm pēdējo 30 dienu laikā) sadalījuma novirzi, atbilžu varianti tika dihotomizēti (*Wells, Graham, Speechley and Koval*, 2005; *Shackleton, Hale, Bonell and Viner*, 2016). Ja respondents atbildēja, ka pēdējo 30 dienu laikā bijis piedzēries vismaz vienu reizi, tika uzskatīts, ka viņš **alkoholu lieto pārmērīgi**.

Psihoemocionālās veselības problēmas noteiktas pēc respondentu atbildēm uz jautājumu par to, cik bieži pēdējo sešu mēnešu laikā respondents izjutis: nomāktību, aizkaitināmību, nervozitāti un grūtības iemigt. Psihoemocionālās veselības problēmas definētas, ja vismaz divas no četrām sūdzībām ir izjustas vismaz reizi nedēļā (*Vieno et al.*, 2014).

Lai iegūtu informāciju par **pašnāvības mēģinājumiem**, respondentiem tika lūgts atbildēt uz jautājumu “vai Tu esi kādreiz mēģinājis/-usi izdarīt pašnāvību?”. Pašnāvības mēģinājums ieskaitīts tiem respondentiem, kuri atbildējuši uz jautājumu apstiprinoši.

Neatkarīgās pazīmes

Kā neatkarīgie mainīgie promocijas darbā analizēti bērnībā pieredzētās vardarbības un nevērības veidi un tādi ģimeni raksturojoši faktori kā ģimenes SES, vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi, tēva vardarbība pret māti ģimenē, pārmērīga alkohola lietošana ģimenē un psihiski nevesela ģimenes locekļa dzīvošana ģimenē.

Visi anketas jautājumi par bērnībā pieredzēto fizisko un emocionālo vardarbību definēti, izmantojot Konfliktu taktikas skalu (angl. – *Conflict Tactics Scale*) (*Straus et al.*, 1998) jautājumus ar šādiem iespējamiem atbilžu variantiem: “nekad”, “vienu, divas reizes”, “reizēm”, “bieži”, “ļoti bieži”. Lai noskaidrotu to, vai respondents saskāries ar **fizisko vardarbību**, uzdoti divi jautājumi: “Cik bieži, Tev augot, kāds no Taviem vecākiem, pamāte/patēvs vai cits Tavā mājā dzīvojošs pieaugušais: (1) purināja, grūstīja, ieplaukāja vai meta ar cietu priekšmetu; (2) sita tik stipri, ka Tev palika sitiena pēdas vai tiki savainots?”. Fiziskā vardarbība tika

definēta, ja pirmajā jautājumā respondents atzīmēja atbilžu variantus “bieži”, “ļoti bieži” un/vai otrajā jautājumā atzīmēja “vienu, divas reizes”, “reizēm”, “bieži”, “ļoti bieži”.

Emocionālās vardarbības pieredze noskaidrota izmantojot divus jautājumus: “Cik bieži, Tev augot, kāds no Taviem vecākiem, pamāte/patēvs vai cits Tavā mājā dzīvojošs pieaugušais: (1) lamāja Tevi, aizvainoja vai pazemoja un (2) rīkojās tā, ka Tu baidījies – Tev varētu tikt nodarītas fiziskas sāpes?”. Emocionālās vardarbības pieredze tika definēta, ja pirmajā jautājumā respondenti atzīmēja “bieži” vai “ļoti bieži” un/vai otrajā jautājumā atzīmēja “vienu, divas reizes”, “reizēm”, “bieži”, “ļoti bieži”.

Lai novērtētu **seksuālās vardarbības** pieredzi, respondentiem uzdoti divi jautājumi, kas iepriekš izmantoti ASV pētījumā par seksuālās vardarbības pieredzi bērnībā: “Vai līdz 18 gadu vecumam kāds pieaugušais, vecāks radnieks, ģimenes draugs vai svešinieks kādreiz ir veicis zemāk minētās darbības? (1) aizticis vai glāstījis Tavu ķermeni seksuālā veidā, (2) mēģinājis panākt jebkāda veida dzimumaktu (orālu, anālu vai vaginālu) ar Tevi”. Seksuālā vardarbība definēta, ja uz vienu vai abiem jautājumiem respondents atbildējis apstiprinoši (Wyatt, 1985).

Bērnībā pieredzētās fiziskās un emocionālās nevērības noskaidrošanai izmantoti jautājumi no Bērnības traumas anketas (angl. – *Childhood Trauma Questionnaire*) (Bernstein et al., 1994). Iespējamie atbilžu varianti “nekad”, “reti”, “reizēm”, “bieži” un “ļoti bieži” vērtēti pēc Likerta skalas. **Fiziskā nevērība** pret bērnu mērīta, izmantojot piecus apgalvojumus:

“Cik bieži katrs no šiem apgalvojumiem ir patiess, domājot par laiku līdz 18 gadu vecumam?

1. Tev pietrūka ēdamā.
2. Tavi vecāki/audžuvecāki bija pārāk piedzērušies vai apdulluši no narkotikām, lai rūpētos par ģimeni.
3. Tev nācās valkāt netīru apģērbu.
4. Tu zināji, ka ir kāds, kurš par Tevi rūpējas un pasargā.
5. Nepieciešamības gadījumā bija kāds, kurš aizveda Tevi pie ārsta.”

Fiziskā nevērība definēta gadījumos, ja respondents uz kādu no pirmajiem trim jautājumiem atbildēja ar “bieži”, “ļoti bieži”, bet pēdējos divos jautājumos – “nekad”, “reti”. Pēdējiem diviem jautājumiem izmantots Likerta apgrieztās skalas princips.

Emocionālās nevērības noskaidrošanai izmantoti šādi jautājumi:

“Cik bieži katrs no šiem apgalvojumiem ir patiess, domājot par laiku līdz Tavu 18 gadu vecumam?

1. Tavā ģimenē bija kāds, kurš Tev palīdzēja justies svarīgam (-ai) vai īpašam (-ai).
2. Tu ģimenē juties mīlēts (-a).
3. Cilvēki Tavā ģimenē cits par citu rūpējās.
4. Tu juti, ka ģimenē kāds Tevi ienīst.

5. Tu domāji, ka Tavi vecāki vēlas, kaut Tu nekad nebūtu piedzimis (-usi).”

Emocionālā nevērība definēta, ja kādā no pirmajiem trim jautājumiem norādīti atbilžu varianti “nekad”, “reti”, bet ceturtajā un piektajā jautājumā atzīmēts “reizēm”, “bieži”, “ļoti bieži”.

Promocijas darbā iekļautas vairākas neatkarīgās pazīmes, kas raksturo respondenta ģimenes vidi. **Ģimenes sociāli ekonomiskā stāvokļa** noskaidrošanai izmantota Ģimenes pārticības skala (angl. – *Family Affluence Scale*). Respondentiem jāatbild uz četriem jautājumiem, izmantojot piedāvātos atbilžu variantus, un par katru no variantiem piešķirts noteikts punktu skaits.

1. “Vai Tavai ģimenei pieder automašīna?” Atbilžu kategorijas “Nē” (= 0), “Jā, viena” (= 1), “Jā, divas vai trīs” (= 2);
2. “Vai Tev ir sava istaba?” Atbilžu kategorijas “Nē” (= 0), “Jā” (= 1);
3. “Cik reizu pēdējo 12 mēnešu laikā Tu esi bijis ceļojumā?” Atbilžu kategorijas “Nevienu” (= 0), “Vienu reizi” (= 1), “Divas reizes” (= 2), “Vairāk nekā divas reizes” (= 2);
4. “Cik datoru pieder Tavai ģimenei?” Atbilžu kategorijas: “Neviens” (= 0), “Viens” (= 1), “Divi” (= 2), “Vairāk kā divi” (= 2).

Iegūtie punkti tiek summēti. Ja kopīgais punktu skaits ir līdz 3, tad ģimenes SES tiek uzskatīts par zemu. Punktu skaits no 4 līdz 5 atbilst vidējam ģimenes SES stāvoklim, bet punktu skaits no 6 līdz 7 tiek klasificēts kā augsts ģimenes SES.

Pusaudžu un jauniešu populācijas pētījumos, kuros analizēts ģimenes SES, pētnieki nereti saskārušies ar grūtībām iegūt precīzu un pilnīgu informāciju. Tas lielā mērā saistīts ar to, ka respondenti nezina atbildi uz jautājumu par ģimenes SES vai arī nevēlas to atklāt, un tass savukārt veido novirzi pētījuma datus – mazāku atbildējušo respondentu īpatsvaru no ģimenēm ar zemu SES. Ģimenes pārticības skala izveidota speciāli pusaudžu un jauniešu populācijai, lai novērtētu respondenta ģimenes SES, izmantojot četrus viegli atbildamus jautājumus, kas atspoguļo ģimenes pārticību. Ģimenes pārticības skala ir atzīta par derīgu un izmantojamu instrumentu ģimenes SES novērtēšanai gan individuāla līmeņa analīzē, gan starptautiska līmeņa salīdzinājuma pētījumos (*Currie et al., 2008; Boyce, Torsheim, Currie and Zambon, 2006*).

Lai iegūtu informāciju par **vecāku šķiršanos vai dzīvošanas atsevišķi**, respondentiem vaicāts, vai viņu vecāki jebkad ir dzīvojuši šķirti vai bijuši šķīrušies. Vecāku šķiršanās vai dzīvošanas atsevišķi definēta, ja respondents uz jautājumu atbildējis apstiprinoši.

Lai novērtētu **tēva vardarbību pret māti**, respondentiem uzdoti četri jautājumi ar atbilžu variantiem “nekad”, “vienu, divas reizes”, “reizēm”, “bieži”, “ļoti bieži”: “Kamēr Tu augi, cik bieži Tavs tēvs/patēvs vai mātes partneris: (1) grūstīja, purināja, meta viņai ar

priekšmetu; (2) spēra, rāva aiz matiem vai sita viņai ar dūri vai kādu cietu priekšmetu; (3) ilgstoši sita, spārdīja vairākas reizes; (4) draudēja viņai ar nazi vai šaujamieroci ar mērķi viņu savainot?”. Pret sievieti vērstās vardarbības ģimenē gadījumi noteikti, ja respondents uz pirmo jautājumu atbildējis ar “bieži”, “ļoti bieži” vai otrajā jautājumā ar “reizēm”, “bieži”, “ļoti bieži” vai arī trešajā un ceturtajā jautājumā atzīmējis atbilžu variantus “vienu, divas reizes”, “reizēm”, “bieži”, “ļoti bieži”.

Pārmērīga alkohola lietošana ģimenē definēta, ja respondents atbildējis apstiprinoši uz jautājumu, vai viņa ģimenē ir bijis kāds, kuram ir bijušas ar alkohola lietošanu saistītas problēmas vai kurš bijis alkoholiķis/-e.

Lai uzzinātu par **psihiskās veselības problēmām ģimenē**, respondentiem tika lūgts atbildēt uz jautājumiem par to vai ģimenē kāds ir bijis ilgstoši nomākts vai psihiski slims un, vai ģimenē kāds ir mēģinājis izdarīt pašnāvību. Psihiski nevesela ģimenes locekļa dzīvošana ģimenē definēta, ja respondents atbildējis apstiprinoši vismaz uz vienu no jautājumiem (*Vieno et al.*, 2014).

Lai noteiktu jebkāda vardarbības un nevērības veida pieredzi, apvienotas atbildes par fiziskās, emocionālās, seksuālās vardarbības un emocionālās un fiziskās nevērības izplatību.

Promocijas darbā izmantotos anketas jautājumus un atbilžu variantus skatīt 1. pielikumā.

2.1.3. Pētāmās populācijas raksturojums

Kopumā datu analīzē iekļauti 1223 (615 vīrieši un 608 sievietes) respondenti vecumā 18 līdz 25 gadiem. Vidējais respondentu vecums bija 18,6 gadi (standartnovirze 0,98). No visiem respondentiem 89,9% bija vecumā no 18 līdz 20 gadi. No visiem respondentiem 59,3% ($n = 725$) mācījās vidusskolā, bet 40,7% ($n = 498$) – profesionālās izglītības iestādē. Vispārizglītojošās skolās tikai 10 no respondentiem bija vecāki par 19 gadiem, savukārt profesionālās izglītības iestādēs respondentu vecumu sadalījums bija šāds: 18 gadi (37,1%), 19 gadi (35,5%), 20 gadi (14,9%), 21 gads (5,8%), 22 gadi (3,1%), 23 gadi (1,9%), 24 gadi (1,0%) un 25 gadi (0,8%).

2.1.4. Statistiskā analīze

Datu analīzei izmantotas aprakstošās statistikas metodes: biežumu sadalījums, vidējo vērtību aprēķināšana, šķērstabulas. 2×2 tabulās respondentu apakšgrupu salīdzināšanai izmantots Hī kvadrāta (angl. – *chi-square*) tests. Lai salīdzinātu neatkarīgās grupas, kuru ir

vairāk par divām, izmantota procentuālo atšķirību statistiskās ticamības intervāla noteikšana, izmantojot Vilsona intervāla aprēķina (angl. – *Wilson Score Interval*) metodi (*Erdoğan and Gülhan*, 2016). Spīrmena korelācijas (angl. – *Spearman correlation*) koeficients izmantots, lai noteiktu korelācijas starp vardarbības veidiem. Korelācijas koeficienta vērtības interpretācija bija šāda: 0,00–0,29 – nenozīmīga korelācija, 0,30–0,49 – vāja korelācija, 0,50–0,69 – vidēja korelācija, 0,70–0,89 – cieša korelācija un 0,90–1,00 – ļoti cieša korelācija (*Mukaka*, 2012).

Lai noteiktu asociāciju starp atkarīgo un neatkarīgo pētāmo pazīmi, izmantots izredžu attiecību aprēķins (angl. – *odds ratio*). Izredžu attiecība norāda uz pētījuma atkarīgās pazīmes izredžu izmaiņām, pētījuma neatkarīgajai pazīmei mainoties par vienu vienību. Piemēram, ja tiek analizētas izredzes pašnāvības mēģinājumu veikšanai atkarībā no bērnībā pieredzētas fiziskās vardarbības, tad izredžu attiecība mēra pašnāvības mēģinājumu izredzes respondentu grupā, kuras dalībnieki ir pieredzējuši fizisko vardarbību, un kuras dalībnieki nav pieredzējuši fizisko vardarbību. Izredžu attiecību izsaka ar šādu formulu:

1. formula:
$$\frac{p_1 / (1 - p_1)}{p_2 / (1 - p_2)} = \frac{p_1 / q_1}{p_2 / q_2} = \frac{p_1 q_2}{p_2 q_1}$$

Izmantotie saīsinājumi:

p_1 – notikumu varbūtība jeb izplatība gadījumu grupā;

p_2 – notikumu varbūtība jeb izplatība kontroles grupā.

Ja $OR > 1$, tad pētījuma neatkarīgā mainīgā pazīmes esamība atkarīgā mainīgā izredzes palielina, bet, ja $OR < 1$, – samazina (*Sklzo and Nieto*, 2014; *Field*, 2013).

Asociācijai starp bērnībā pieredzēto vardarbību un ģimeni raksturojošajiem faktoriem veikta dzimumstratificētā analīze $2 \times 2 \times k$ tabulās, lai noteiktu divu faktoru saistību atšķirības dzimumu grupās. Aprēķiniem izmantota Mantela-Hansela (angl. – *Mantel-Haenszel*) metode, kuras nulles hipotēze nosaka, ka nav izredžu attiecību atšķirību dzimumu strātās. Nulles hipotēze noraidīta gadījumos, ja Mantela-Hansela testa p vērtība ir mazāka par 0,05 (*McDonald*, 2014).

Daudzfaktoru loģistiskajā regresijā analizēta dažādu vardarbības veidu ietekme uz jauniešu veselību raksturojošiem parametriem – veselības pašvērtējumu, sūdzībām par psihoemocionālo veselību, pārmērīgu alkohola lietošanu un pašnāvības mēģinājumiem. Asociācija starp bērnībā pieredzēto vardarbību un veselību raksturojošajiem parametriem samērota ar respondenta dzimuma un ģimeni raksturojošajiem faktoriem. Katram vardarbības veidam veikta atsevišķa daudzfaktoru regresijas analīze.

Regresijas modelī iekļautie neatkarīgie mainīgie izvēlēti, pamatojoties uz promocijas darba mērķi un uzdevumiem, kā arī uz iepriekš veiktu pētījumu rezultātiem par veselību raksturojošo parametru ietekmējošiem faktoriem, kas aprakstīti promocijas darba literatūras apskatā. Daudzfaktoru loģistisko regresiju izsaka ar šādu formulu:

2. formula:
$$P(y|x) = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1 x)}}$$

Izmantotie saīsinājumi:

y – atkarīgais mainīgais (bināra vērtība);

x – neatkarīgais mainīgais (robežās no 0 līdz 1);

P – varbūtība.

Atkarīgais mainīgais y tiek izteikts kā P vērtības logit transformācija, izmantojot šādu formulu:

3. formula:
$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = \log(odds) = b_0 + b_1 x$$

Izmantotie saīsinājumi:

P – iznākuma iestāšanās varbūtība;

$P/(1 - P)$ – iznākuma izredzes;

b_1 – regresijas koeficients.

Regresijas koeficients b_1 parāda, par cik palielinās $\log(P/(1 - P))$, ja neatkarīgais mainīgais x pieaug par vienu vērtību. Balstoties uz faktora x koeficientu b_1 , var aprēķināt izredžu attiecību atkarīgajam mainīgajam y , ja neatkarīgā mainīgā x vērtība mainās par vienu vienību. To izsaka kā regresijas koeficienta antilogaritmu ar šādu formulu:

4. formula:
$$OR = e^{b_1}$$

Izmantotie saīsinājumi:

OR – izredžu attiecība;

b_1 – regresijas koeficients.

Neatkarīgais mainīgais x palielina atkarīgā mainīgā y izredzes, ja koeficients b_1 ir pozitīvs ($OR > 1$). Ja koeficients b_1 ir negatīvs (OR ir robežās no 0 līdz 1), tad neatkarīgais mainīgais samazina x atkarīgā mainīgā y izredzes (Sklzo and Nieto, 2014).

Regresijas modelī iekļautajiem neatkarīgajiem mainīgajiem tika veikta kolinearitātes (angl. – *collinearity*) pārbaude, lai noteiktu, vai neatkarīgajām pazīmēm nav pārāk cieša savstarpējā korelācija. Cieša korelācija starp neatkarīgajām pazīmēm neļauj izdarīt secinājumus par to, kurš no neatkarīgajiem mainīgajiem ietekmē iznākuma mainīgo. Kolinearitātes pārbaudei izmantots Tolerances tests. Tolerances testa vērtība, kas mazāka par 0,1 norāda uz regresijas neatkarīgo mainīgo kolinearitāti (Field, 2013).

Daudzfaktoru regresijas modeļos iekļaujamo mainīgo izvēlei izmantota mērķtiecīgās izvēles (angl. – *purposeful selection*) metode. Sākotnēji noteikta katra mainīgā saistība ar iznākumu, izmantojot vienfaktora regresijas analīzi. Regresijas modeļos iekļauti tie mainīgie, kuru p vērtība bija $< 0,025$. Šāds p vērtības atdalīšanas punkts, nevis vispārpieņemtais 0,05, noteikts, lai modelī tiktu iekļauti visi nozīmīgie regresijas modeļa neatkarīgie mainīgie. Tāpat regresijas modeļos pārbaudīta jaucējfaktora ietekme, par jaucējfaktoru pieņemot to mainīgo, kuru samērojot ar citiem regresijas modelī iekļautajiem mainīgajiem novēro izredžu attiecības izmaiņas vismaz par 15% (Bursac, Gauss, Williams and Hosmer, 2008).

Regresijas modeļos pārbaudīta neatkarīgo mainīgo multiplikatīvā mijiedarbība ar citiem neatkarīgajiem mainīgajiem. Mijiedarbība ir gadījumos, kad neatkarīgā mainīgā efekts attiecībā uz iznākumu Y ir atšķirīgs atkarībā no kāda trešā mainīgā (Z) klātbūtnes (Sklzo and Nieto, 2014). Multiplikatīvo mijiedarbību izsaka pēc šādas formulas:

5. formula:
$$OR_{A+Z+} = OR_{A+Z-} + OR_{A-Z+}$$

Izmantotie saīsinājumi:

OR – izredžu attiecība;

A – neatkarīgais mainīgais;

Z – trešais mainīgais.

Visiem statistiskajiem testiem noteikts būtiskuma līmenis (p) 0,05. Rezultāti atzīti par statistiski ticamiem, ja P vērtība bija $< 0,05$. Datu analīzei izmantotas datorprogrammas *MS Excel* un *IBM SPSS*.

2.2. Kvalitatīvās pētniecības daļa

2.2.1. Datu ieguve

Vardarbības fenomens ir multifaktoriāls, un izpratni par vardarbības jēdzienu veido pašas personas, ģimenes, vietējās kopienas, kultūras un sabiedrības vērtību, uzskatu un attieksmes savstarpējā mijiedarbība (*Pinheiro, 2006*). Lai pilnīgāk izprastu vardarbību un nevērību pret bērniem, papildus kvantitatīvo datu iegūšanai un analīzei būtiski ir iegūt arī informāciju, kas palīdzētu atspoguļot Latvijas sabiedrības attieksmi, uzskatus un vērtības attiecībā uz vardarbības fenomenu. Lai gan sabiedrības veselības pētniecībā pamatā tiek izmantotas kvantitatīvās pētniecības metodes, pēdējās desmitgadēs arvien vairāk pieaug kvalitatīvās pētniecības metožu loma, kas ļauj pētniekam “ielūkoties dziļāk” ar sabiedrības kultūru, vērtībām un attieksmi saistītu faktoru izpētē (*Faltermaier, 1997*).

Pētījuma kvalitatīvajā daļā, lai noskaidrotu ekspertu pieredzi darbā ar bērniem, kuri cietuši no vardarbības, kā informācijas iegūšanas instruments izmantotas padziļinātas, daļēji strukturētas ekspertu (psihoterapeitu, psihologu un ārstu psihoterapeitu) intervijas. Izvēlēts veikt kvalitatīvo pētījumu, jo tas apraksta pētāmo fenomenu, ņemot vērā sociālās realitātes kontekstu, un ļauj dziļāk izprast pētāmo problēmu. Kvalitatīvais pētījums pievērš uzmanību procesiem, būtībai un strukturālām fenomena raksturiezīmēm un palīdz pētniekam iedziļināties pētāmajā fenomenā (*Flick, Kardoff and Steinke, 2004*). Daļēji strukturētā intervija kā kvalitatīvās pētniecības instruments tiek definēta kā intervija, kuras mērķis ir iegūt respondenta dzīves pieredzes un redzējuma aprakstu, lai labāk izprastu pētāmā fenomena nozīmi (*Brinkman, 2014*). Empīriskajā sociālajā pētniecībā ekspertu intervijas ir piemērots un bieži izmantots instruments, kas palīdz pētniekam izprast pētniecības nozares galvenās problēmas un sniedz kontekstuālu nozares raksturojumu. Promocijas darbā ekspertu intervijas ir kā papildu informācijas avots, kas sniedz kontekstuālas zināšanas par mērķa grupu, t. i. vardarbībā cietušajiem bērniem (*Bogner and Menz, 2009*).

Ekspertu interviju jautājumu protokolu veidoja trīs jautājumu sadaļas. Pirmajā sadaļā ekspertiem tika vaicāts par to, kāda ir cietušo bērnu vardarbības pieredze un kā bērni izprot vardarbību kā fenomenu. Otrajā jautājumu sadaļā tika noskaidrota ekspertu pieredze attiecībā uz sekām, kādas vardarbība atstāj uz cietušo veselību. Trešajā sadaļā tika noskaidrots ekspertu viedoklis par to, kādas vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģijas cietušie bērni izmanto un kāda ir institūciju darbības loma šajā procesā.

Ekspertu interviju veikšanai tika saņemta Rīgas Stradiņa universitātes Ētikas komitejas atļauja. Veicot intervijas ar ekspertiem, tika ievēroti kvalitatīvās pētniecības ētikas

pamatprincipi – informētā piekrišana, konfidencialitāte un atbildība par pētniecības sekām (Rohleder et al., 2015). Visi no intervijās iesaistītajiem ekspertiem tika informēti par pētījuma mērķiem un metodēm. Ekspertu piekrišana dalībai pētījumā bija balstīta uz brīvprātības principu. Konfidencialitātes nodrošināšanai ekspertu interviju audiofailos netika pieminēti intervējamo personas dati. Tāda informācija par ekspertu personas datiem kā vārds, uzvārds, pilns darbavietas nosaukums pieejama tikai pētniekam, nodrošinot informācijas nepieejamību trešajām personām. Lai nodrošinātu atbildīgu izturēšanos pret pētnieciskā darba potenciālajām nelabvēlīgajām sekām uz pētījuma dalībniekiem, datu ieguvei tika izvēlēts veikt intervijas ar ekspertiem, nevis veikt intervijas ar bērniem, kuri cietuši no vardarbības, jo cietušo bērnu intervēšana rada vardarbīgā notikuma retraumatizācijas risku. Tāpat arī pētījuma rezultātu analizē un izplatīšanā ievēroti visi pamatprincipi, kas aizsargā personu konfidencialitāti un mazina jebkāda kaitējuma nodarīšanu.

2.2.2. Atlase un respondentu raksturojums

Intervijas ar ekspertiem tika veiktas laika periodā no 2013. gada 29. novembrim līdz 2014. gada 20. janvārim. Interviju jautājumu protokolu skatīt 1. pielikumā. Kopumā tika intervēti 14 eksperti. Atlasot ekspertus intervijām, tika izmantota maksimālās dažādības atlane (Patton, 2002), lai iegūtu informāciju no ekspertiem ar dažādu darba pieredzi. Galvenais atlases kritērijs bija eksperta darba pieredze ar vardarbībā cietušajiem bērniem, kā arī viņa piekrišana sniegt interviju. Intervējamo ekspertu dažādības nodrošināšanai noteikti šādi papildu atlases kritēriji:

- specialitāte: psihologi, psihoterapeiti un ārsti psihoterapeiti;
- darbavieta: valsts, pašvaldības vai privāta iestāde;
- ģeogrāfiskais pārklājums: dažādas Latvijas pilsētas un novadi.

Sākotnējā ekspertu rekrutēšana tika balstīta uz sarakstu, kurā apkopoti psihologi, psihoterapeiti un sociālie darbinieki, kas apguvuši apmācību programmu psihologiem, psihoterapeitiem un sociālajiem darbiniekiem no vardarbības cietušo bērnu rehabilitācijai un iepriekš minētajiem atlases kritērijiem. Intervijās piedalījās eksperti, kuri strādā šādās Latvijas pilsētās: Rīgā, Ventspilī, Talsos, Jūrmalā, Valmierā, Daugavpilī. Ekspertu aprakstu skatīt 2.3. tabulā. Lai nodrošinātu ekspertu anonimitāti, pilsētas, kurās atrodas ekspertu darbavietas, tabulā nav norādītas.

**Ekspertu raksturojums pēc specialitātes, darbavietas un pieredzes darbā ar bērniem,
kuri cietuši no vardarbības**

Eksperts	Specialitāte	Darbavieta	Darba pieredze ar cietušajiem bērniem (gadi)	Klientu vecums (gadi)
1. eksperts	Ārsts psihoterapeits	Ārstniecības iestāde	3	3–18
2. eksperts	Psihoterapeits	Privātprakse	11	5–14
3. eksperts	Psihologs	Skola	11	6–18
4. eksperts	Psihoterapeits	Krīzes centrs	8	3–18
5. eksperts	Psihoterapeits	Privātprakse	5	3–17
6. eksperts	Ārsts psihoterapeits	Ārstniecības iestāde	18	0–18
7. eksperts	Psihologs	Krīzes centrs	7	3–18
8. eksperts	Klīniskais psihologs	Privātprakse	16	0–18
9. eksperts	Klīniskais psihologs	Valsts aģentūra	3	0–18
10. eksperts	Psihoterapeits	Privātprakse	16	0–18
11. eksperts	Psihologs	Pilsētas dome	10	5–17
12. eksperts	Psihologs	Pilsētas Izglītības pārvalde	15	4–18
13. eksperts	Psihologs	Krīzes centrs	2	0–18
14. eksperts	Psihologs	Krīzes centrs	8	0–18

No visiem apzinātajiem ekspertiem 12 gadījumos intervijas nenotika. Iemesli bija šādi: eksperts vairs nestrādā ar bērniem, kuri cietuši no vardarbības, strādā tikai ar pieaugušajiem klientiem, neatbild uz telefona zvaniem vai e-pastu. Bija arī citi sadzīviski apstākļi, kuru dēļ nebija iespējams vienoties par intervijas vietu un laiku.

Visas intervijas notika ekspertu darbavietās. Pirms intervijas tika iegūta ekspertu atļauja intervijas ierakstīt audiofailā. Vidējais intervijas ilgums bija 1 stunda 6 minūtes. Īsākā intervija ilga 38 minūtes, bet garākā – 1 stundu un 49 minūtes. Interviju audiofaili tika transkribēti. Interviju transkripcijas tika veiktas laika periodā no 2013. gada 1. decembra līdz 2014. gada 24. februārim.

Interviju transkripcijā saglabāts respondentu sarunvalodas stils. Citātos, kas izmantoti darba rezultātu atspoguļošanā, izmantoti pieturzīmju apzīmējumi (sk. 2.4. tabulu).

Interviju atšifrējumos lietotie apzīmējumi

Apzīmējuma piemērs	Skaidrojums
[..]	Izlaista teksta daļa
...	Aprauta teikuma daļa
[bērns]	Vārds, kuru nav teicis respondents, bet kurš palīdz izprast tekstu

2.2.3. Datu apstrādes metode

Interviju datu apstrādē izmantota tematiskā analīzes metode, ar kuras palīdzību tiek identificētas, analizētas un interpretētas vienotas informācijas nozīmes jeb tēmas kvalitatīvajos datos. Atbilstoši tematiskās analīzes metodei interviju transkripcijas tika pārlasītas, lai gūtu visaptverošu priekšstatu par iegūtajiem datiem. Nākamais tematiskās analīzes metodes solis paredz datu kodēšanu. Datu kodēšana veikta manuāli. Interviju transkripcijas tika pārlasītas, un tika veikta interviju datu kodēšana. Intervijas datu kodēšana paredz kodu jeb vienotu apzīmējumu piešķiršanu līdzīgām saturiskām frāzēm kopējā tekstā. Kods ietver sevī pamata analītisko ideju atbilstoši pētījuma tēmai (*Braun, Clarke and Terry, 2015*). Iegūtie kodi tika apvienoti tēmās, kuras tika pakārtotas atbilstoši interviju jautājumu protokola trim sadaļām – cietušo bērnu vardarbības pieredze un vardarbības jēdziena izpratne, ar vardarbību saistītās sekas uz veselību, vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģijas un institūciju darbības loma.

Tematiskā analīze veikta pēc sešu soļu ietvarstruktūras (*Braun and Clarke, 2006*).

1. Iepazīšanās ar iegūtajiem datiem. Sākotnēji iegūtās intervijas tika transkribētas, bet tālāk šajā posmā notika interviju transkripciju lasīšana un pārlasīšana, kuras laikā atzīmētas sākotnējās idejas par intervijas iegūtajām pētniecības tēmas nozīmēm.
2. Sākotnējo kodu piešķiršana. Lasot tekstu, tika piešķirti sākotnējie kodi, kas balstīti uz sarunu kontekstu un palīdz veidot sarunu teksta kopējās nozīmes.
3. Tēmu meklēšana. Šajā posmā notika jau plašāka interpretatīvā analīze un līdzīgie kodi tika apvienoti sākotnējās tēmās.
4. Tēmu pārskatīšana. Sākotnējās tēmas tika pārskatītas un atkarībā no vajadzības apvienotas vai, gluži pretēji, sadalītas sīkāk tā, lai tēmās ietvertie kodi būtu saskaņoti (iekšējā homogenitāte) un arī starp tēmām būtu skaidri nosakāmas atšķirības (ārējā heterogenitāte). Iegūto rezultātu strukturēšanai un vizuālai attēlošanai izveidota tēmu karte, kurā, atbilstoši kontekstam, kurš atklājas apvienotajos interviju kodos, tiek grupētas tēmas un apakštēmas.
5. Tēmu definēšana. Katrā tēmā tika identificēta galvenā ideja jeb doma, veicot tēmu “attīrīšanu un pārdefinēšanu”. Pēc šī posma no izveidotajām tēmām veidojās skaidra struktūra interviju analīzes rezultātā iegūtajām tēmām.
6. Ziņojuma rakstīšana. Šajā posmā notika iegūto tēmu aprakstīšana, izmantojot atbilstošus citātus no ekspertu intervijām.

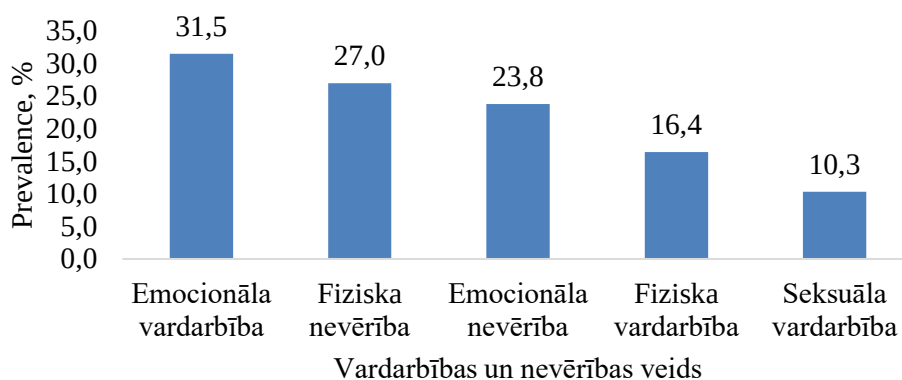
3. KVANTITATĪVĀ PĒTĪJUMA REZULTĀTI

3.1. Vardarbības izplatība un vardarbības veidu savstarpējās sakarības

3.1.1. Vardarbības prevalence dzimumu grupās

No visiem respondentiem 56,0% (n = 578) atzīmēja, ka ir pieredzējuši vismaz vienu vardarbības veidu. Lai gan sievietes kopumā vardarbību pieredzējušas biežāk nekā vīrieši (attiecīgi 58,4% (n = 308) sieviešu un 53,5% (n = 270) vīriešu), dzimumatšķirības nav statistiski nozīmīgas ($p > 0,05$).

No visiem vardarbības veidiem jaunieši bērnībā visbiežāk ir pieredzējuši emocionālo vardarbību (31,5% no respondentiem), bet visretāk – seksuālo vardarbību, ko pieredzējuši 10,3% respondentu (sk. 3.1. att.).



3.1. attēls. Vardarbības veidu prevalence, %

Visus vardarbības veidus, izņemot emocionālo nevērību, biežāk pieredzējušas sievietes, tomēr statistiski nozīmīgas atšķirības dzimumu grupās novēro tikai bērnībā pieredzētajai seksuālajai vardarbībai (sk. 3.1. tab.).

3.1. tabula

Vardarbības veidu prevalence dzimumu grupās,%

Vardarbības veidi	Vīrieši			Sievietes		
	n	%	95% TI	n	%	95% TI
Fiziska vardarbība	90	14,9	12,2–17,9	108	17,9	15,0–21,1
Emocionāla vardarbība	170	28,0	24,6–31,7	212	35,1	31,4–29,0
Seksuāla vardarbība	36	6,8	5,0–9,3	74	13,7	11,1–16,9
Emocionāla nevērība	144	24,0	20,8–27,6	141	23,5	20,3–27,1
Fiziska nevērība	155	26,1	22,7–29,8	165	28,0	24,5–31,8

3.1.2. Vardarbības veidu savstarpējā saistība

Daļa respondentu ir pieredzējuši vairāk nekā tikai vienu no vardarbības veidiem. 16,0% (n = 165) ir pieredzējuši divus vardarbības veidus, 8,9% (n = 92) – trīs vardarbības veidus, 4,7% (n = 48) respondentu bērnībā ir pieredzējuši četrus vardarbības veidus, bet 0,8% (n = 8) ir pieredzējuši visus piecus vardarbības veidus.

Visas korelācijas starp fiziskās, emocionālās, seksuālās vardarbības un fiziskās un emocionālās nevērības veidiem bija statistiski nozīmīgas. Korelācijas koeficients uzrādīja nenozīmīgu saistību ($r < 0,30$) starp analizētajiem vardarbības veidiem. Vienīgais izņēmums ir fiziskā un emocionālā vardarbība – starp to ($r = 0,49$) un emocionālo un fizisko nevērību ($r = 0,32$), ir novērojama vāja pozitīva saistība (sk. 3.2. tab.).

3.2. tabula

Vardarbības veidu savstarpējās korelācijas

Vardarbības un nevērības veids	Fiziskā vardarbība	Emocionālā vardarbība	Seksuālā vardarbība	Emocionālā nevērība	Fiziskā nevērība
Fiziska nevērība	0,15**	0,10**	0,13**	0,32**	1,00
Emocionāla nevērība	0,26**	0,25**	0,12**	1,00	–
Seksuāla vardarbība	0,06*	0,13**	1,00	–	–
Emocionāla vardarbība	0,49**	1,00	–	–	–
Fiziska vardarbība	1,00	–	–	–	–

* $p < 0,05$

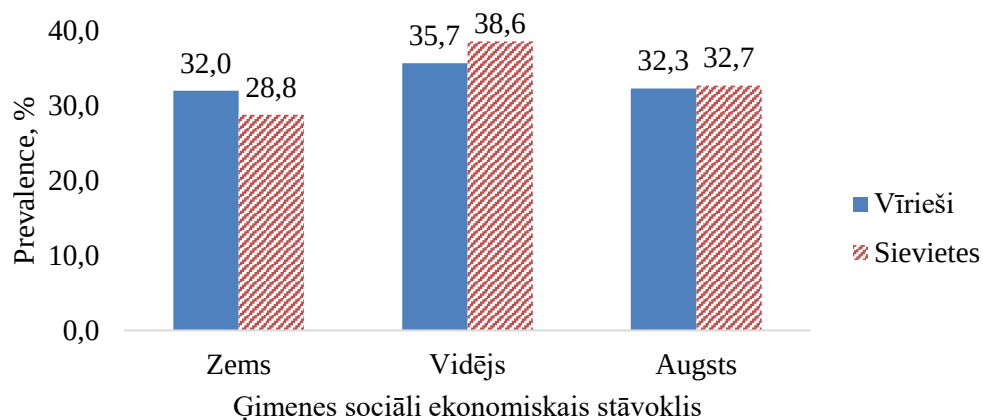
** $p < 0,001$

3.2. Bērnībā pieredzētā vardarbība saistībā ar ģimeni raksturojošiem faktoriem

3.2.1. Bērnībā pieredzētā vardarbība un ģimenes sociāli ekonomiskais stāvoklis

Respondentu sadalījums grupās pēc ģimenes SES ir šāds: 29,4% (n = 356) respondentu ģimenes SES ir zems, 37,2% (n = 451) – vidējs, bet 33,4% (n = 405) respondentu dzīvo ģimenēs ar augstu SES.

Tiem respondentiem, kuri bērnībā pieredzējuši vismaz vienu no vardarbības veidu, sadalījums grupās pēc ģimenes SES nav dzimumspecifisks. Lai gan vīrieši, kuri pieredzējuši jebkāda veida vardarbību, biežāk nekā sievietes nāk no ģimenēm ar zemu SES, attiecīgi 32,0% (n = 70; 95% TI = 52,4 – 68,4) vīriešu un 28,8% (n = 88; 95% TI = 47,9–63,2) sieviešu, taču šīs atšķirības nav statistiski nozīmīgas ($p > 0,05$) (sk. 3.2. att.).



3.2.attēls. **Kopējā vardarbības pieredzes prevalence dzimuma un ģimenes sociāli ekonomiskā stāvokļa grupās, %**

Starp dažādiem vardarbības veidiem un ģimenes SES statistiski nozīmīgas sakarības novēro tikai fiziskās vardarbības un emocionālās nevērības gadījumos. Jauniešiem, kuru ģimeņu SES ir zems ir 1,4 (95% TI = 1,0–2,1) reizes lielākas izredzes pieredzēt fizisko vardarbību un 1,6 (95% TI = 1,1–2,2) reizes lielākas izredzes pieredzēt emocionālu nevērību, salīdzinājumā ar jauniešiem, kuru ģimenes SES ir augsts (sk. 3.3. tab.).

3.3. tabula

Vardarbības saistība ar ģimenes sociāli ekonomisko stāvokli

Vardarbības veids		Ģimenes SES		
		Zems	Vidējs	Augsts
Fiziska vardarbība*	n	68	70	57
	% (95% TI)	19,2 (15,4–23,6)	15,7 (12,6–19,4)	14,3 (11,2–18,0)
	OR (95% TI)	1,4 (1,0–2,1)	1,1 (0,8–1,6)	1,0
Emocionāla vardarbība	n	124	135	122
	% (95% TI)	35,0 (30,2–40,1)	30,3 (26,2–34,7)	30,3 (26,1–35,0)
	OR (95% TI)	1,2 (0,9–1,7)	1,0 (0,7–1,3)	1,0
Seksuāla vardarbība	n	32	35	43
	% (95% TI)	10,5 (7,5–14,4)	9,0 (6,5–12,3)	11,8 (8,9–15,6)
	OR (95% TI)	0,9 (0,5–1,4)	0,7 (0,5–1,2)	1,0
Emocionāla nevērība*	n	103	96	82
	% (95% TI)	29,3 (24,8–34,3)	21,7 (18,1–25,7)	20,7 (17,0–24,9)
	OR (95% TI)	1,6 (1,1–2,2)	1,1 (0,8–1,5)	1,0
Fiziska nevērība	n	99	114	102
	% (95% TI)	28,6 (24,1–33,6)	26,2 (22,3–30,5)	26 (21,9–30,5)
	OR (95% TI)	1,1 (0,8–1,6)	1,0 (0,7–1,4)	1,0

* p < 0,05

Bērnībā pieredzētās vardarbības īpatsvars saistībā ar ģimenes SES neatšķiras respondentu dzimumu grupās. Bērnībā pieredzēto vardarbības veidu saistība ar ģimenes SES

stāvokli uzrāda lielākas fiziskās vardarbības un emocionālās nevērības izredzes tiem jauniešiem, kuru ģimenes SES ir zems, salīdzinājumā ar jauniešiem no ģimenēm ar augstu SES.

3.2.2. Bērnībā pieredzētā vardarbība un vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi

Vecāku šķiršanos vai dzīvošanu atsevišķi pieredzējuši 42,3% (n = 513) no visiem respondentiem. Sievietes vecāku šķiršanos vai dzīvošanu atsevišķi norādījušas biežāk nekā vīrieši, attiecīgi 46,5% (n = 281) sieviešu un 38,1% (n = 232) vīriešu. Atšķirības dzimumu grupās ir statistiski nozīmīgas ($\chi^2 = 8,8$; $p < 0,05$).

Tiem jauniešiem, kuru vecāki ir bijuši šķīrušies vai dzīvojuši atsevišķi, novēro 2,0 (95%TI = 1,4–3,0) reizes lielākas izredzes bērnībā pieredzēt seksuālo vardarbību, 1,4 (95% TI = 1,0–1,9) reizes lielākas izredzes ciest no fiziskās vardarbības un 1,5 (95% TI = 1,2–1,9) reizes lielākas izredzes pieredzēt emocionālo vardarbību nekā tiem jauniešiem, kuru vecāki nav šķīrušies vai dzīvojuši atsevišķi. Statistiski ticamu asociāciju starp vecāku šķiršanos vai dzīvošanu atsevišķi un emocionālo un fizisko nevērību nenovēro (sk. 3.4. tab.).

3.4. tabula

Pieredzētās vardarbības saistība ar vecāku šķiršanos vai dzīvošanu atsevišķi

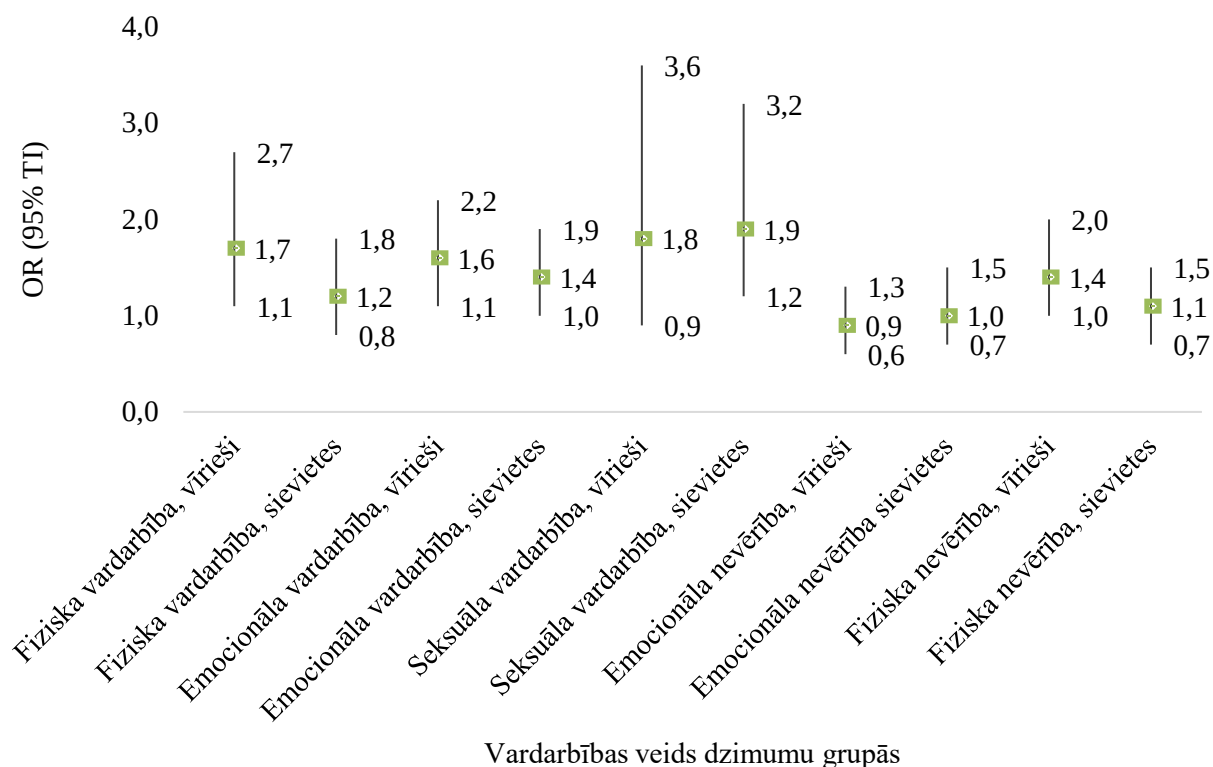
Vardarbības veids		Vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi	
		Jā	Nē
Fiziska vardarbība*	n	98	100
	% (95% TI)	19,3 (16,1–22,9)	14,4 (12,0–17,2)
	OR (95% TI)	1,4 (1,0–1,9)	1,0
Emocionāla vardarbība*	n	186	194
	% (95% TI)	36,5 (32,5–40,8)	27,9 (24,7–31,4)
	OR (95% TI)	1,5 (1,2–1,9)	1,0
Seksuāla vardarbība**	n	63	47
	% (95% TI)	14,2 (11,3–17,8)	7,6 (5,8–10,0)
	OR (95% TI)	2,0 (1,4–3,0)	1,0
Emocionāla nevērība	n	117	167
	% (95% TI)	23,2 (19,7–27,1)	24,2 (21,2–27,5)
	OR (95% TI)	0,9 (0,7–1,2)	1,0
Fiziska nevērība	n	146	172
	% (95% TI)	29,3 (25,4–33,4)	25,4 (22,2–28,8)
	OR (95% TI)	1,2 (0,9–1,6)	1,0

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

Izredzes pieredzēt fizisko, emocionālo un seksuālo vardarbību vecāku šķiršanās vai dzīvošanas atsevišķi gadījumā ir dzimumspecifiskas, liecina Mantela-Hansela

dzimumstratificētās analīzes aprēķina rezultāti. Lielākas izredzes pieredzēt fizisko un emocionālo vardarbību vecāku šķiršanās vai dzīvošanas atsevišķi gadījumā ir vīriešiem nekā sievietēm. Savukārt sievietēm, kuru vecāki ir šķīrušies vai dzīvojuši atsevišķi ir 1,9 (95% TI = 1,2–3,2) reizes lielākas izredzes pieredzēt seksuālo vardarbību nekā sievietēm, kuru vecāki nav bijuši šķīrušies vai nav dzīvojuši atsevišķi, bet vīriešiem šī asociācija nav statistiski nozīmīga. Fiziskās un emocionālās nevērības saistība ar bērnu vecāku šķiršanos vai dzīvošanu atsevišķi dzimumu grupās nav atšķirīga (sk. 3.3. att.).



3.3. attēls. **Dzimumspecifiskas izredzes pieredzēt vardarbību saistībā ar vecāku ģimenes stāvokli**

Ģimenēs, kurās vecāki ir bijuši šķīrušies vai dzīvojuši atsevišķi, biežāk novērota pret bērniem vērsta seksuālā, fiziskā un emocionālā vardarbība. Aptaujātie vīrieši, kuru ģimenēs vecāki bijuši šķīrušies vai dzīvojuši atsevišķi, biežāk pieredzējuši emocionālo un fizisko vardarbību, bet sievietes – seksuālo vardarbību.

3.2.3. Bērībā pieredzētās vardarbības saistība ar tēva vardarbību pret māti

Vardarbību pret māti pieredzējuši 12,6% (n = 152) no aptaujas dalībniekiem. Sievietes to pieredzējušas divreiz biežāk nekā vīrieši, attiecīgi 16,9% (n = 102) un 8,2% (n = 50). Atšķirības ir statistiski nozīmīgas ($\chi^2 = 20,9$; $p < 0,001$).

Tēva vardarbība pret māti vairākas reizes palielina pret bērnu vērstas vardarbības izredzes. Ja ģimenē notiek vardarbība pret māti, tad izredzes bērnam pieredzēt emocionālu vardarbību ir 5,6 (95% TI = 3,9 – 8,1) reizes lielākas nekā gadījumos, kad vardarbība pret māti ģimenē nenotiek. Ģimenēs, kurās notiek vardarbība pret māti novērotas augstas izredzes arī fiziskajai vardarbībai (OR = 4,9 (95% TI = 3,4–7,1) un emocionālajai nevērībai (OR = 3,9 (95% TI = 3,4–7,1) pret bērnu (sk. 3.5. tab.).

3.5. tabula

Pieredzētās vardarbības saistība ar tēva vardarbību pret māti ģimenē

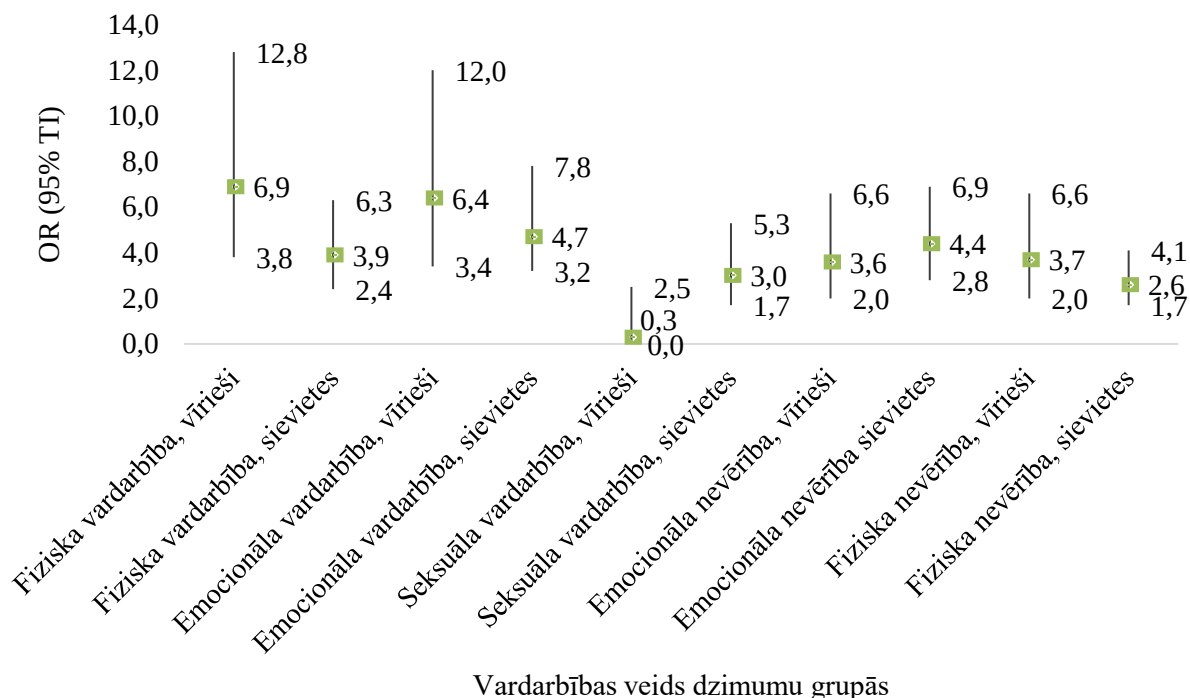
Vardarbības veids		Tēva vardarbība pret māti	
		Jā	Nē
Fiziska vardarbība**	n	63	133
	% (95% TI)	41,4 (33,9–49,4)	12,7 (10,8–14,8)
	OR (95% TI)	4,9 (3,4–7,1)	1,0
Emocionāla vardarbība**	n	101	278
	%	66,9 (59,0–73,9)	26,4 (23,9–29,2)
	OR (95% TI)	5,6 (3,9–8,1)	1,0
Seksuāla vardarbība*	n	25	83
	% (95% TI)	19,2 (13,2–26,9)	8,9 (7,3–10,9)
	OR (95% TI)	2,4 (1,5–5,6)	1,0
Emocionāla nevērība**	n	75	207
	% (95% TI)	49,3 (41,5–57,2)	19,9 (17,6–22,4)
	OR (95% TI)	3,9 (2,8–5,6)	1,0
Fiziska nevērība**	n	72	246
	% (95% TI)	48,0 (40,2–55,9)	24,0 (21,4–26,7)
	OR (95% TI)	2,9 (2,1–4,2)	1,0

* p < 0,05

** p < 0,001

Ģimenēs, kurās bērni piedzīvo vardarbību starp pieaugušajiem ģimenes locekļiem, biežāk notiek arī vardarbība pret bērniem, taču pastāv cietušo dzimumatšķirības vardarbības veidos. Seksuālās vardarbības (OR = 3,0; 95% TI = 1,7–5,3) un emocionālās nevērības (OR = 4,4; 95% TI = 2,8–6,6) izredzes ģimenēs, kurās notiek vardarbība pret māti, ir augstākas sievietu populācijā. Dzimumu stratificētajā analīzē pēc Mantela-Hansela metodes aprēķiniem dzimumu grupās novēro atšķirīgu tēva vardarbības pret māti asociāciju ar fizisko, emocionālo vardarbību un fizisko, emocionālo nevērību pret bērnu. Attiecībā uz seksuālo vardarbību dzimumu grupas nav homogēnas ($\chi^2 = 8,3$; p < 0,05). Vīriešu grupā ir tikai viens respondents, kurš bērnībā ģimenē ir pieredzējis gan seksuālo vardarbību, gan tēva vardarbību pret māti, un tas ir pārāk mazs respondentu skaits, lai veiktu asociāciju analīzi starp abiem mainīgajiem. Vīriešiem ģimenēs, kurās notiek tēva vardarbība pret māti, ir lielākas izredzes ciest no fiziskās

(OR = 6,9; 95% TI = 3,8–12,8), emocionālās (OR = 6,4; 95% TI = 2,4–6,3) vardarbības un fiziskās (OR = 3,7; 95% TI = 2,0–6,6) nevērības nekā vīriešiem, kuru ģimenēs tēvs nav vardarbīgs pret māti (sk. 3.4. att.).



3.4. attēls. **Dzimumspecifiskas izredzes bērniem pieredzēt vardarbību ģimenēs, kurās notiek tēva vardarbība pret māti**

Ģimenēs, kurās novērota tēva vardarbība pret māti, biežāk notikusi arī vardarbība pret bērniem. Ģimenēs, kurās tēvs ir vardarbīgs pret māti, sievietēm novēro lielākas izredzes pieredzēt seksuālo vardarbību un emocionālo nevērību, bet vīriešiem – fizisko un emocionālo vardarbību un fizisko nevērību.

3.2.4. Bērnībā pieredzētā vardarbība un pārmērīga alkohola lietošana ģimenē

Pārmērīgu alkohola lietošanu ģimenē kopumā norādījuši 44,1% respondentu. Sievietes to norādījušas biežāk nekā vīrieši, attiecīgi 42,7% (n = 227) un 57,3% (n = 305). Atšķirības ir statistiski nozīmīgas ($\chi^2 = 21,6$; $p < 0,001$).

Pastāv sakarības starp pārmērīgu alkohola lietošanu ģimenē un vardarbību pret bērnu. Tiem jauniešiem, kuru ģimenē alkohols ticis lietots pārmērīgi, bija trīs (OR = 3,0; 95% TI = 2,4–3,9) reizes lielākas izredzes pieredzēt emocionālo vardarbību un 1,5–2 reizes lielākas izredzes emocionālās nevērības, seksuālās un fiziskās vardarbības pieredzei (sk. 3.6. tab).

Asociācija starp bērnībā pieredzēto vardarbību un pārmērīgu alkohola lietošanu dzimumu grupās atšķiras fiziskās, emocionālās, seksuālās vardarbības un emocionālās nevērības gadījumos, bet fiziskās nevērības pret bērnu saistība ar pārmērīgu alkohola lietošanu vīriešiem un sievietēm nav atšķirīga ($\chi^2 = 2,7$; $p > 0,05$) (sk. 3.5. att.).

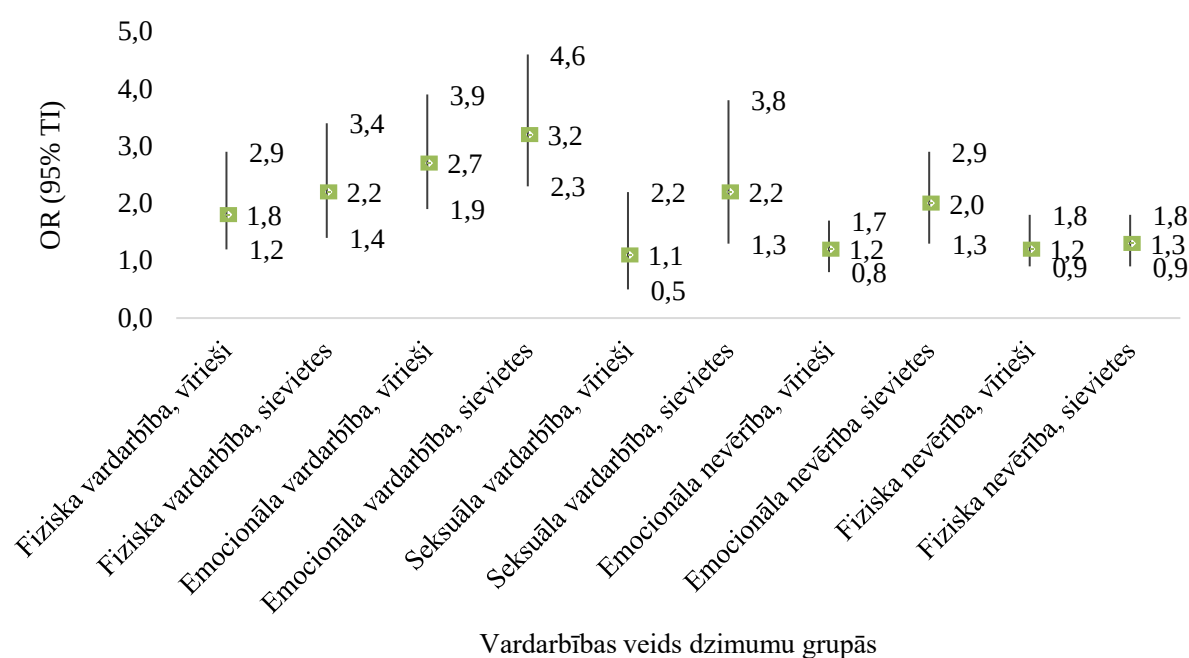
3.6. tabula

Pieredzētās vardarbības saistība ar pārmērīgu alkohola lietošanu ģimenē

Vardarbības veids		Pārmērīga alkohola lietošana ģimenē	
		Jā	Nē
Fiziska vardarbība**	n	116	668
	% (95% TI)	21,9 (18,6–25,7)	12,1 (9,9–14,8)
	OR (95% TI)	2,0 (1,5–2,8)	1,0
Emocionāla vardarbība**	n	238	142
	% (95% TI)	44,9 (40,7–49,2)	21,2 (18,3–24,5)
	OR (95% TI)	3,0 (2,4–3,9)	1,0
Seksuāla vardarbība*	n	63	45
	% (95% TI)	13,5 (10,7–17,0)	7,6 (5,7–10,0)
	OR (95% TI)	1,9 (1,3–2,9)	1,0
Emocionāla nevērība*	n	147	135
	% (95% TI)	27,8 (24,2–31,8)	20,4 (17,5–23,7)
	OR (95% TI)	1,5 (1,2–2,0)	1,0
Fiziska nevērība	n	156	163
	% (95% TI)	29,8 (26,1–33,9)	25,1 (21,9–28,6)
	OR (95% TI)	1,3 (1,0–1,6)	1,0

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$



3.5. attēls. **Dzimums specifiskas izredzes bērniem pieredzēt vardarbību ģimenēs, kurās ir pārmērīga alkohola lietošana**

Visos dzimumspecifiskajos vardarbības veidu gadījumos sievietēm ir lielākas izredzes pieredzēt vardarbību ģimenēs, kurās tiek pārmērīgi lietots alkohols. Ģimenēs, kurās notiek pārmērīga alkohola lietošana vislielākās izredzes meitenēm ir pieredzēt emocionālo (OR = 3,2; 95% TI = 2,3–4,6) un seksuālo vardarbību (OR = 2,2; 95% TI = 1,3–3,8), salīdzinot ar sievietēm, kuru ģimenēs pārmērīga alkohola lietošana nenotiek (sk. 3.5. att.).

Ģimenēs, kurās alkohols ticis lietots pārmērīgi, biežāk novērota arī vardarbība pret bērniem (izņemot fizisko nevērību). Augstākas izredzes pieredzēt vardarbību ģimenēs, kurās ir pārmērīga alkohola lietošana, novērotas sieviešu populācijā.

3.2.5. Bērnībā pieredzētā vardarbība un psihiskās veselības problēmas ģimenē

Psihiskās veselības problēmas ģimenē norādījuši 19,3% (n = 235) respondentu, 14,9% (n = 91; 95% TI = 12,3–17,9) vīriešu un 23,8% (n = 144; 95% TI = 20,1–27,4) sieviešu. Atšķirības dzimumu grupās ir statistiski nozīmīgas ($\chi^2 = 15,5$; $p < 0,001$).

Psihiskās veselības problēmu esamība ģimenē vairākas reizes palielina izredzes, ka bērni pieredzēs kādu no vardarbības veidiem. Visaugstākās izredzes novēro fiziskās (OR = 4,3 95% TI = 3,1–6,0) un emocionālās (OR = 4,0; 95% TI = 3,0–5,4) vardarbības gadījumā (sk. 3.7. tab.).

3.7. tabula

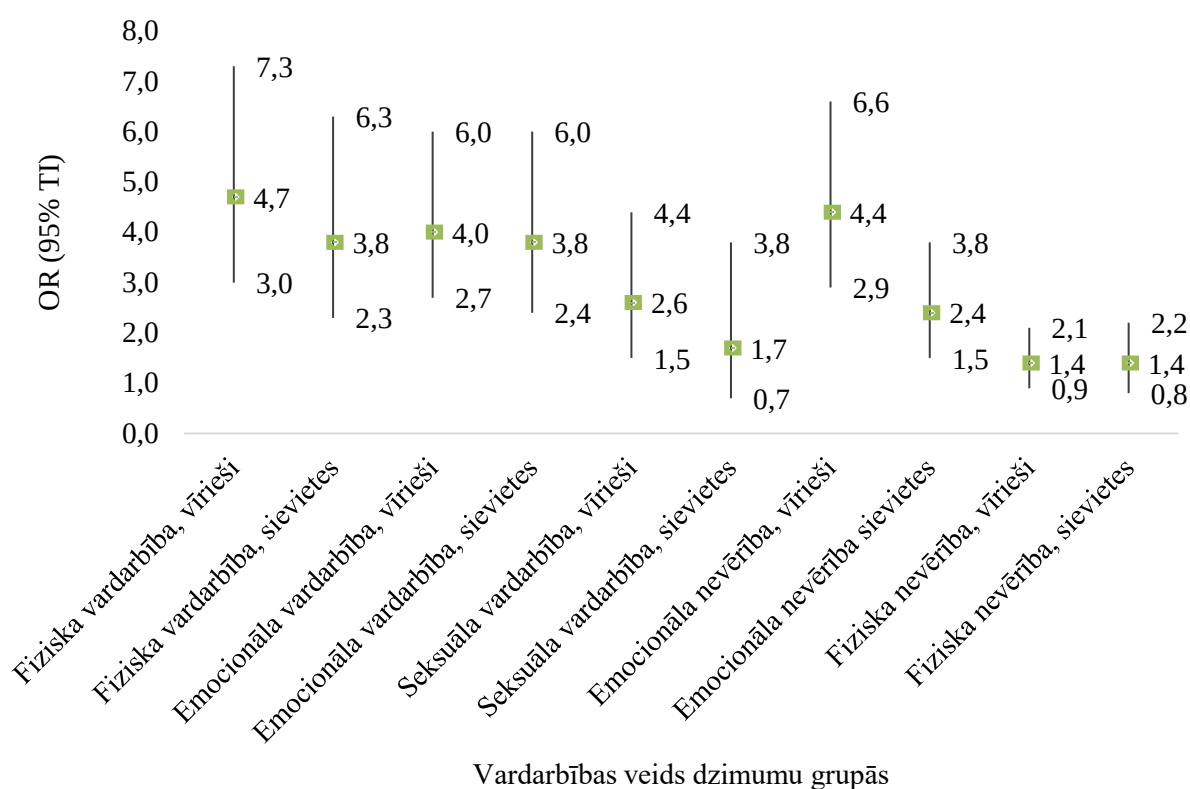
Pieredzētās vardarbības saistība ar psihiskās veselības problēmām ģimenē

Vardarbības veids		Psihiskās veselības problēmas ģimenē	
		Jā	Nē
Fiziska vardarbība**	n	84	113
	% (95% TI)	36,2 (30,3–42,6)	11,6 (9,7–13,8)
	OR (95% TI)	4,3 (3,1–6,0)	1,0
Emocionāla vardarbība**	n	135	246
	% (95% TI)	57,7 (51,3–63,9)	25,3 (22,6–28,1)
	OR (95% TI)	4,0 (3,0–5,4)	1,0
Seksuāla vardarbība**	n	37	72
	% (95% TI)	18,2 (13,5–24,1)	8,4 (6,7–10,4)
	OR (95% TI)	2,4 (1,6–3,8)	1,0
Emocionāla nevērība**	n	100	184
	% (95% TI)	43,5 (37,2–50,0)	19,0 (16,7–21,6)
	OR (95% TI)	3,3 (2,4–4,5)	1,0
Fiziska nevērība*	n	75	244
	% (95% TI)	32,6 (26,9–38,9)	25,7 (23,0–28,5)
	OR (95% TI)	1,4 (1,0–1,9)	1,0

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

Dzimumstratificētās analīzes rezultātos redzams, ka vīriešiem izredzes pieredzēt vardarbību gadījumos, kad ģimenē ir kāds, kuram ir psihiskās veselības problēmas, ir augstākas nekā sievietēm. Pēc Mantela-Hansela stratificētās analīzes metodes aprēķiniem asociācija starp psihiskās veselības problēmām ģimenē un bērnībā pieredzēto vardarbību abās dzimumu grupās ir atšķirīga ($p < 0,05$). Vīriešiem, kas auguši ģimenē kopā ar kādu, kuram ir psihiskās veselības problēmas, lielākas izredzes ir pieredzēt fizisko vardarbību ($OR = 4,7$; $95\% \text{ TI} = 3,0-7,3$) un emocionālo nevērību ($OR = 4,4$; $95\% \text{ TI} = 2,9-6,6$) nekā vīriešiem, kuru ģimenēs šādu problēmu nebija. Savukārt sievietēm, kuru ģimenēs ir psihiskās veselības problēmas, augstākās izredzes saskarties ar fizisko un emocionālo vardarbību (sk. 3.6. att.).



3.6. attēls. **Dzimumspecifiskas izredzes bērniem pieredzēt vardarbību ģimenēs, kurās ir psihiskās veselības problēmas**

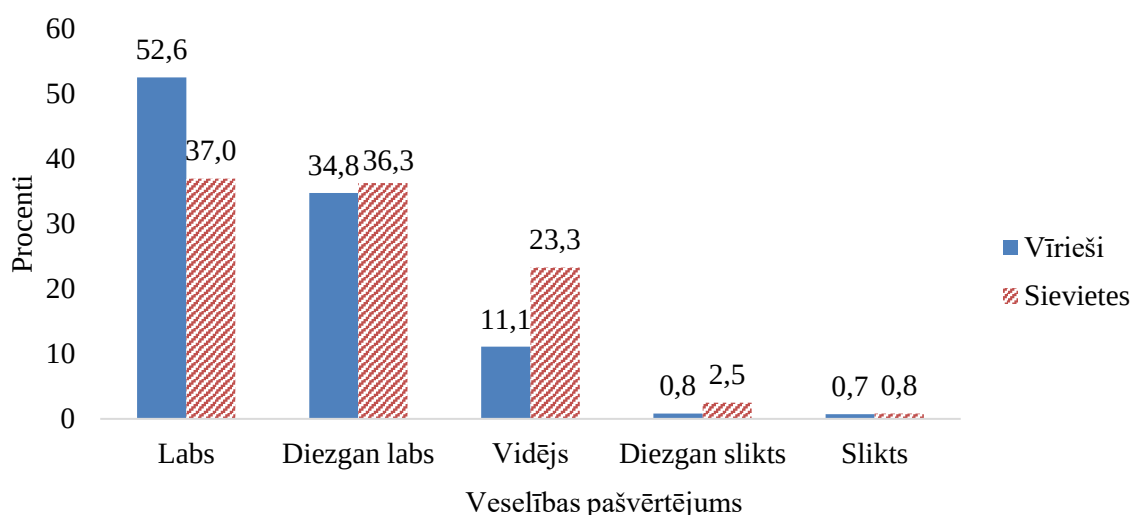
Ģimenēs, kurās kādam ir bijušas psihiskās veselības problēmas, vardarbība pret bērniem notiek biežāk. Salīdzinot vīriešu un sieviešu populāciju, redzams, ka vīriešiem visu veidu vardarbības izredzes, izņemot fizisko nevērību, ir lielākas.

3.3. Jauniešu veselību un ģimeni raksturojošie faktori

3.3.1. Veselības pašvērtējums un ģimeni raksturojošie faktori

Veselības pašvērtējums parāda respondentu subjektīvo veselības vērtējumu. No visiem respondentiem 44,8% (n = 539) savu veselību vērtēja kā labu, 35,6% (n = 428) – kā diezgan labu. Vidēju novērtējumu savam veselības stāvoklim norādījuši 17,2% (n = 207), bet kā diezgan sliktu un ļoti sliktu savu veselību novērtējuši 1,7% (n = 20) un 0,7% (n = 9).

Vīrieši savu veselību vērtē pozitīvāk nekā sievietes. No visiem vīriešiem savu veselību kā labu vērtēja 52,6% (n = 317; 95% TI = 48,6–56,5), bet no visām sievietēm – tikai 37,0% (n = 222; 95% TI = 33,2–40,9). Vidējs savas veselības novērtējums biežāk sastopams sieviešu populācijā, kā vidēju savu veselību novērtējušas 23,3% (n = 140; 95% TI = 20,1–26,9) sieviešu, bet tikai 11,1% (n = 67; 95% TI = 8,8–13,9) vīriešu (sk. 3.7. att.).



3.7. attēls. Veselības pašvērtējums dzimumu grupās

Veselības pašvērtējums tika kategorizēts divās grupās – kā labs (apvienojot atbildes “labs” un “diezgan labs”) un slihts (apvienojot atbildes “vidējs”, “diezgan slihts” un “slihts”). Laba veselības pašvērtējuma grupā respondentu īpatsvars ir 80,4% (n = 967), bet slihta pašvērtējuma grupā – 19,3% (n = 236). Dzimumu grupās novērotas statistiski ticamas atšķirības ($\chi^2 = 3,7$; $p < 0,001$). No visiem vīriešiem 87,4% (n = 527) vērtēja savu veselību kā labu, bet sieviešu vidū šis īpatsvars sasniedza tikai 73,3% (n = 440).

Veselības pašvērtējums ir saistīts arī ar jauniešu ģimeni raksturojošiem faktoriem. Lielāks īpatsvars to jauniešu, kuri vērtē savu veselību kā sliktu, ir dzīvojuši ģimenēs ar zemu SES. Slihta veselības pašvērtējuma izredzes jauniešiem no ģimenēm ar zemu SES ir 1,7 (95%

TI = 1,2–2,4) reizes lielākas nekā jauniešiem no ģimenēm ar augstu SES, savukārt starp jauniešiem, kuru ģimenēs ir vidējs un augsts ģimenes SES, atšķirības slikta veselības pašvērtējuma izredzēs nenovēro. Arī vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi (OR = 1,8; 95% TI = 1,4–2,5) un tēva vardarbība vardarbība pret māti (OR = 1,9; 95% TI = 1,3–2,8) nelabvēlīgi ietekmē jauniešu veselības pašvērtējumu. Tāpat jauniešiem, kuru ģimenē notiek pārmērīga alkohola lietošana, ir 2,1 (95% TI = 1,5–2,7) reizes augstākas slikta veselības pašvērtējuma izredzes salīdzinājumā ar jauniešiem, kuru ģimenēs šī problēma nav sastopama. Arī psihiski nevesela ģimenes locekļa dzīvošana ģimenē asociēta ar sliktāku jauniešu veselības pašvērtējumu. Tiem, kuru ģimenē ir psihiskās veselības problēmas, slikta veselības pašvērtējuma izredzes ir 2,5 (95% TI = 1,8–3,5) reizes augstākas nekā tiem jauniešiem, kuru ģimenēs šādu problēmu nav (sk. 3.8. tab.).

3.8. tabula

Veselības pašvērtējuma saistība ar ģimeni raksturojošiem faktoriem

Ģimeni raksturojošie faktori	Veselības pašvērtējums						
	Labs		Slikts		Kopā		Nesamērotais OR (95% TI)
	n	%	n	%	n	%	
Ģimenes SES*							
Zems	258	73,9	91	26,1	349	100,0	1,7 (1,2–2,4)
Vidējs	372	83,4	74	16,6	446	100,0	1,0 (0,7–1,4)
Augsts	330	82,9	68	17,1	398	100,0	1,0
Vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi**							
Jā	380	75,0	127	25,0	507	100,0	1,8 (1,4–2,5)
Nē	583	84,6	105	15,4	688	100,0	1,0
Tēva vardarbība pret māti*							
Jā	106	70,2	45	29,8	151	100,0	1,9 (1,3–2,8)
Nē	853	81,9	189	18,1	1042	100,0	1,0
Pārmērīga alkohola lietošana ģimenē**							
Jā	389	74,0	137	26,0	526	100,0	2,1 (1,5–2,7)
Nē	566	85,4	97	14,6	663	100,0	1,0
Psihiskās veselības problēmas ģimenē**							
Jā	156	67,0	77	33,0	233	100,0	2,5 (1,8–3,5)
Nē	808	83,6	158	16,4	966	100,0	1,0

* p < 0,05

** p < 0,001

Kopumā vīrieši savu veselību vērtē labāk nekā sievietes. Ģimeni raksturojošie faktori – zemāks SES, vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi, tēva vardarbība pret māti, pārmērīga alkohola lietošana un psihiskās veselības problēmu esamība ģimenē – asociēta ar lielākām zema veselības pašvērtējuma izredzēm jauniešu vecumā.

3.3.2. Jauniešu pārmērīga alkohola lietošana un ģimeni raksturojošie faktori

Respondentu ziņotais piedzeršanās reižu skaits pēdējā mēneša laikā variēja no 0 līdz 19 reizēm, bet vidējais rādītājs bija 1,4 reizes (standartnovirze 2,0). Vīriešiem šie rādītāji bija augstāki nekā sievietēm. Vīriešu grupā piedzeršanās reižu skaits pēdējā mēneša laikā bija robežās no 0 līdz 19 reizēm, vidējais rādītājs – 1,8 (standartnovirze 2,4) reizes, bet sievietēm – no 0 līdz 12 reizēm, vidējais rādītājs – 1,0 (standartnovirze 1,5) reize.

Atbilstoši metožu daļā norādītajam piedzeršanās reizes kategorizētas divās grupās. Kā pārmērīga alkohola lietošana definēti gadījumi, kad jaunieši piedzērušies vismaz vienu reizi pēdējā mēneša laikā. No visiem aptaujātajiem jauniešiem 45,1% (n = 548) norādīja, ka pēdējā mēneša laikā nevienu reizi nav piedzērušies, bet 54,9% (n = 667) atzina, ka bijuši piedzērušies vismaz vienu reizi. Vīrieši pēdējā mēneša laikā piedzērušies biežāk nekā sievietes, attiecīgi 62,1% (n = 378) vīriešu un 47,7% (n = 289) sieviešu. Atšķirības dzimumu grupās ir statistiski nozīmīgas ($\chi^2 = 25,4$; $p < 0,001$).

Salīdzinājumā ar jauniešiem, kas dzīvo ģimenēs, kuru SES ir zems, pārmērīga alkohola lietošana ir izplatītāka to jauniešu vidū, kuri dzīvo ģimenēs ar augstu un vidēju SES (sk. 3.9. tab.).

3.9. tabula

Jauniešu pārmērīgas alkohola lietošanas saistība ar ģimeni raksturojošiem faktoriem

Ģimeni raksturojošie faktori	Jauniešu pārmērīga alkohola lietošana						Nesamērotais OR (95% TI)
	Jā		Nē		Kopā		
	n	%	n	%	n	%	
Ģimenes SES*							
Zems	184	52,0	170	48,0	354	100,0	0,7 (0,5–1,0)
Vidējs	236	52,3	215	47,7	451	100,0	0,7 (0,6–1,0)
Augsts	241	60,4	158	39,6	399	100,0	1,0
Vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi							
Jā	274	53,8	235	46,2	509	100,0	0,9 (0,7–1,2)
Nē	389	55,9	307	44,1	696	100,0	1,0
Tēva vardarbība pret māti							
Jā	87	58,0	63	42,0	150	100,0	1,2 (0,8–1,6)
Nē	574	54,6	478	45,4	1052	100,0	1,0
Pārmērīga alkohola lietošana ģimenē							
Jā	288	54,5	240	45,5	528	100,0	1,0 (0,8–1,2)
Nē	372	55,4	299	44,6	671	100,0	1,0
Psihiskās veselības problēmas ģimenē							
Jā	135	57,9	98	42,1	233	100,0	1,2 (0,9–1,6)
Nē	526	53,9	449	46,1	975	100,0	1,0

* $p < 0,05$

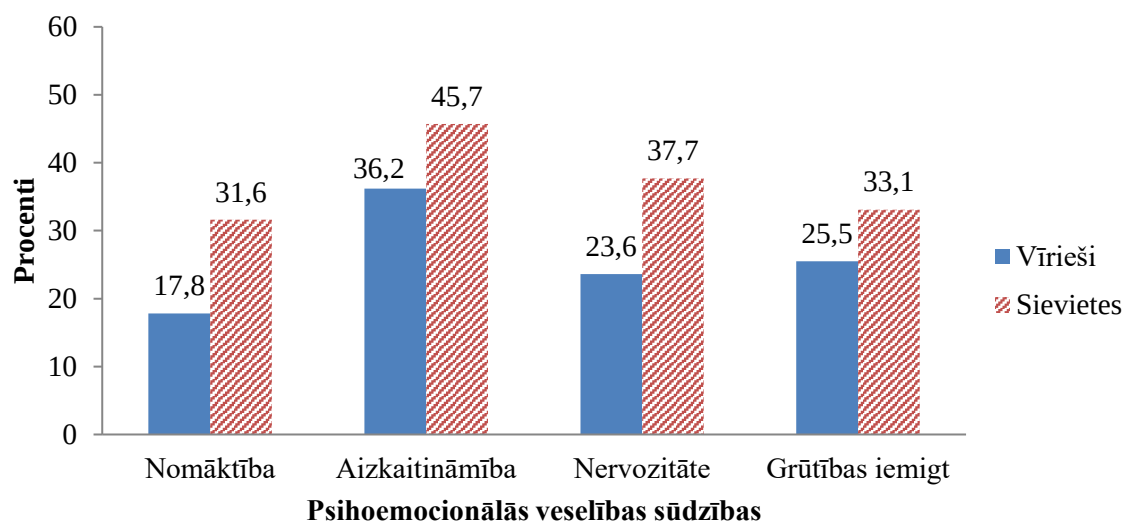
** $p < 0,001$

Asociāciju analīze liecina, ka jauniešiem, kuri dzīvo ģimenē ar augstu SES, izredzes būt pakļautiem pārmērīgai alkohola lietošanai pēdējā mēneša laikā ir augstākas nekā jauniešiem no ģimenēm ar zemu sociāli ekonomisko statusu ($OR = 0,7$; $95\% \text{ TI} = 0,5-1,0$). Savukārt pārējiem ģimeni raksturojošajiem faktoriem (vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi, vardarbība pret māti, pārmērīga alkohola lietošana ģimenē un psihiskās veselības problēmas ģimenē) statistiski nozīmīgas atšķirības saistībā ar jauniešu pārmērīgu alkohola lietošanu netika novērotas ($p > 0,05$) (sk. 3.9. tab.).

Pārmērīga alkohola lietošana izplatītāka ir vīriešu populācijā. No visiem ģimeni raksturojošajiem faktoriem saistība ar jauniešu pārmērīgu alkohola lietošanu novērota tikai ģimenes SES, proti, lielākas pārmērīgas alkoholas lietošanas izredzes ir tiem jauniešiem, kuri nāk no ģimenēm ar augstu SES.

3.3.3. Jauniešu psihoemocionālās veselības problēmas un ģimeni raksturojošie faktori

Lai noteiktu sūdzības par psihoemocionālo veselību, izmantotas atbildes uz respondentu jautājumiem par nomāktību, aizkaitināmību, nervozitāti un grūtībām iemigt. Par psihoemocionālajām veselības problēmām tika uzskatīti tie gadījumi, kad respondenti vismaz divus no šiem simptomiem pēdējo sešu mēnešu laikā izjutuši vismaz reizi nedēļā. Kopumā psihoemocionālās veselības problēmas novērotas 31,6% ($n = 180$) vīriešu un 42,4% ($n = 250$) sievietes. Atšķirības ir statistiski nozīmīgas ($\chi^2 = 14,5$; $p < 0,001$).



3.8. attēls. Sūdzības par psihoemocionālās veselības dzimumu grupās

No visiem simptomiem visbiežāk respondenti izjutuši aizkaitināmību – 41,0% ($n = 475$) to izjutuši vismaz reizi nedēļā, 30,7% ($n = 356$) vismaz reizi nedēļā izjutuši nervozitāti, 29,4%

(n = 340) – grūtības iemigt, bet visretāk jaunieši norādījuši, ka izjūt nomāktību, – to atzīst tikai 24,8% (n = 287) respondentu. Visas psihoemocionālās veselības problēmas sievietes ir izjutušas biežāk nekā vīrieši (sk. 3.8. att.).

Psihoemocionālās veselības problēmu izplatībā ir vērojamas atšķirības visās ģimeni raksturojošo faktoru grupās, izņemot ģimenes SES. Ja ģimenē notikusi tēva vardarbība pret māti, psihiskās veselības problēmu sastopamības izredzes jauniešiem ir trīs reizes augstākas nekā tiem jauniešiem, kuru ģimenē nav notikusi tēva vardarbība pret māti. Psihiskās veselības problēmu esamība kādam no ģimenes locekļiem arī trīs reizes paaugstina jauniešu psihoemocionālās veselības problēmu izredzes, bet pārmērīga alkohola lietošana ģimenē asociēta ar 2,4 (95% TI = 1,9–3,0) reizes lielākām psihoemocionālās veselības problēmu attīstības izredzēm jauniešiem (sk. 3.10. tab.).

3.10. tabula

Jauniešu psihoemocionālās veselības problēmu saistība ar ģimeni raksturojošajiem faktoriem

Ģimeni raksturojošie faktori	Jauniešu psihoemocionālās veselības problēmas						
	Jā		Nē		Kopā		Nesamērotais OR (95% TI)
	n	%	n	%	n	%	
Ģimenes SES							
Zems	130	38,9	204	61,1	334	100,0	1,2 (0,9–1,6)
Vidējs	164	38,3	264	61,7	428	100,0	1,2 (0,9–1,6)
Augsts	134	34,6	253	65,4	387	100,0	1,0
Vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi*							
Jā	196	40,7	285	59,3	481	100,0	1,3 (1,0–1,7)
Nē	232	34,6	438	65,4	670	100,0	1,0
Tēva vardarbība pret māti**							
Jā	91	62,8	54	37,2	145	100,0	3,3 (2,3–4,8)
Nē	338	33,6	669	66,4	1007	100,0	1,0
Pārmērīga alkohola lietošana ģimenē**							
Jā	246	48,5	261	51,5	507	100,0	2,4 (1,9–3,0)
Nē	182	28,5	456	71,5	638	100,0	1,0
Psihiskās veselības problēmas ģimenē**							
Jā	135	60,0	90	40,0	225	100,0	3,3 (2,4–4,4)
Nē	294	31,6	636	68,4	930	100,0	1,0

* p < 0,05

** p < 0,001

Visas psihoemocionālās veselības problēmas sievietes ir izjutušas biežāk nekā vīrieši. Par psihoemocionālo veselību biežāk sūdzības izteica jaunieši, kuru ģimenēs piedzīvota tēva vardarbība pret māti, pārmērīga alkohola lietošana, psihiskās veselības problēmas un vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi.

3.3.4. Jauniešu pašnāvības mēģinājumi un ģimeni raksturojošie faktori

No visiem respondentiem pašnāvības mēģinājumus veikuši 6,1% (n = 74). No visiem vīriešiem pašnāvības mēģinājumus ir veikuši 3,1% (n = 19), bet sieviešu vidū šis īpatsvars ir augstāks – pašnāvības mēģinājumus veikušas 9,2% (n = 55) sieviešu. Atšķirības dzimumu grupās ir statistiski nozīmīgas ($\chi^2 = 19,2$; $p < 0,001$). Vecums, kad pirmo reizi veikts pašnāvības mēģinājums, variē no 11 līdz 20 gadiem. Vidējais vecums, kad pirmo reizi veikts pašnāvības mēģinājums, ir 15,1 (standartnovirze 2,0) gads.

Asociāciju analīzē starp ģimenes SES un pašnāvības mēģinājumiem novērojams, ka pašnāvības mēģinājumu veikušo jauniešu īpatsvars ir augstāks ģimenēs ar zemu SES – 7,7% (n = 27; 95% TI = 5,3–10,9), nekā no ģimenēm ar vidēju (5,0% (n = 22; 95% TI = 3,3–7,4)) un augstu (6,2% (n = 25; 95%TI = 4,2 – 9,0)) SES, tomēr atšķirības nav vērtējamas kā statistiski nozīmīgas. Analizējot pārējos ģimeni raksturojošos faktorus ir vērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības attiecībā uz pašnāvības mēģinājumu veikušo jauniešu īpatsvaru (sk. 3.11. tab.).

3.11. tabula

Pašnāvības mēģinājumu saistība ar ģimeni raksturojošiem faktoriem

Ģimeni raksturojošie faktori	Pašnāvības mēģinājumi						Nesamērotais OR (95% TI)
	Jā		Nē		Kopā		
	n	%	n	%	n	%	
Ģimenes SES							
Zems	27	7,7	325	92,3	352	100,0	1,3 (0,7–2,2)
Vidējs	22	5,0	419	95,0	441	100,0	0,8 (0,4–1,4)
Augsts	25	6,2	379	93,8	404	100,0	1,0
Vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi*							
Jā	44	8,7	464	91,3	508	100,0	2,1 (1,3–3,4)
Nē	30	4,3	662	95,7	692	100,0	1,0
Tēva vardarbība pret māti**							
Jā	21	14,1	128	85,9	149	100,0	3,2 (1,8–5,4)
Nē	52	5,0	997	95,0	1049	100,0	1,0
Pārmērīga alkohola lietošana ģimenē**							
Jā	48	9,1	479	90,9	527	100,0	2,6 (1,6–4,2)
Nē	25	3,7	642	96,3	667	100,0	1,0
Psihiskās veselības problēmas ģimenē**							
Jā	37	16,0	194	84,0	231	100,0	4,8 (3,0–7,8)
Nē	37	3,8	936	96,2	973	100,0	1,0

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

Augstākas pašnāvības mēģinājumu izredzes novēro tiem jauniešiem, kuru vecāki ir bijuši šķīrušies vai dzīvojuši atsevišķi, kuru ģimenē notikusi tēva vardarbība pret māti un ticis pārmērīgi lietots alkohols. Īpaši augstas pašnāvības mēģinājumu izredzes (OR = 4,8; 95% TI = 3,0–7,8) novēro tajās ģimenēs, kurās ir psihiskās veselības problēmas (sk. 3.11. tab.).

Sievietes pašnāvības mēģinājumus veikušas biežāk nekā vīrieši. Lielākas pašnāvības mēģinājumu izredzes ir tiem jauniešiem, kuru ģimenēs vecāki bijuši šķīrušies vai dzīvojuši atsevišķi, notikusi tēva vardarbība pret māti, ticis pārmērīgi lietots alkohols un kādam no ģimenes locekļiem bijušas psihiskās veselības problēmas.

3.4. Bērnībā pieredzētā vardarbība un jauniešu veselību raksturojošie parametri

3.4.1. Bērnībā pieredzētā vardarbība un jauniešu veselības pašvērtējums

Veselības pašvērtējums ir subjektīvs personas savas veselības novērtējums, un to ietekmē vairāki faktori. Pēc asociāciju analīzes rezultātiem redzams, ka atšķirības jauniešu veselības pašvērtējumā novēro gan vardarbību pieredzējušo, gan respondentu grupās. Tiem jauniešiem, kuri bērnībā pieredzējuši fizisku vardarbību un fizisku nevērību, ir attiecīgi 2,6 un 2,4 reizes lielākas sliktāka veselības pašvērtējuma izredzes nekā tiem jauniešiem, kuri šos vardarbības veidus nav pieredzējuši. Arī citu vardarbības veidu pieredze bērnībā palielina sliktāka veselības pašvērtējuma izredzes jauniešu vecumā. Vienīgi seksuālās vardarbības pieredze nav statistiski nozīmīgi saistīta ar veselības pašvērtējumu jauniešu vecumā (sk. 3.12. tab.).

3.12. tabula

Slikta veselības pašvērtējuma prevalence un izredžu attiecība saistībā ar pieredzētās vardarbības veidu

Vardarbības veids		n	%	OR 95% TI
Fiziska vardarbība**	Nē	167	16,7	1,0
	Jā	67	34,5	2,6 (1,9–3,7)
Emocionāla vardarbība**	Nē	126	15,4	1,0
	Jā	108	28,6	2,2 (1,7–3,0)
Seksuāla vardarbība	Nē	178	18,8	1,0
	Jā	27	24,5	1,4 (0,9– 2,2)
Emocionāla nevērība**	Nē	146	16,1	1,0
	Jā	88	31,2	2,4 (1,7–3,2)
Fiziska nevērība**	Nē	146	17,1	1,0
	Jā	85	27,0	1,8 (1,3– 2,4)

** p < 0,001

Daudzfaktoru loģistiskās regresijas analīzē asociācija starp bērnībā pieredzēto vardarbību un veselības pašvērtējumu samērota ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem. Katram no vardarbības veidiem izveidots atsevišķs regresijas modelis.

3.13. tabula

Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi jauniešu veselības pašvērtējuma saistībā ar dažādiem bērnībā pieredzētajiem vardarbības veidiem, dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem

Faktori	Samērotais OR (95% TI)				
	1. modelis	2. modelis	3. modelis	4. modelis	5. modelis
Fiziska vardarbība (0 = Nav; 1 = Ir)	2,2 (1,5–3,2)	–	–	–	–
Emocionāla vardarbība (0 = Nav; 1 = Ir)	–	1,6 (1,2–2,3)	–	–	–
Seksuāla vardarbība (0 = Nav; 1 = Ir)	–	–	1,2 (0,7–1,9)	–	–
Emocionāla nevērība (0 = Nav; 1 = Ir)	–	–	–	2,2 (1,6–3,2)	–
Fiziska nevērība (0 = Nav; 1 = Ir)	–	–	–	–	1,8 (1,3–2,5)
Dzimums (0 = Vīrietis; 1 = Sieviete)	2,4 (1,8–3,4)	2,4 (1,7–3,3)	1,0 (0,7–1,3)	2,5 (1,8–3,5)	2,5 (1,8–3,4)
Ģimenes sociāli ekonomiskais statuss:					
Zems	1,5 (1,0–2,2)	1,5 (1,0–2,2)	1,5 (1,0–2,3)	1,4 (1,0–2,1)	1,5 (1,0–2,2)
Vidējs	0,8 (0,6–1,2)	0,8 (0,6–1,2)	0,9 (0,6–1,3)	0,8 (0,6–1,2)	0,9 (0,6–1,2)
Augsts	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi (0 = Nav; 1 = Ir)	1,5 (1,1–2,0)	1,5 (1,1–2,0)	1,3 (1,0–1,9)	1,6 (1,2–2,2)	1,5 (1,1–2,1)
Tēva vardarbība pret māti (0 = Nav; 1 = Ir)	0,9 (0,6–1,4)	0,9 (0,6–1,4)	1,2 (0,8–1,9)	0,8 (0,5–1,3)	0,9 (0,5–1,3)
Pārmērīga alkohola lietošana ģimenē (0 = Nav; 1 = Ir)	1,5 (1,1–2,1)	1,4 (1,0–2,0)	1,5 (1,1–2,1)	1,5 (1,1–2,1)	1,5 (1,1–2,1)
Psihiskās veselības problēmas ģimenē (0 = Nav; 1 = Ir)	1,7 (1,2–2,4)	1,8 (1,2–2,5)	2,2 (1,5–3,1)	1,7 (1,2–2,5)	2,0 (1,4–2,8)

Slikta veselības pašvērtējuma izredzes to jauniešu vidū, kuri bērnībā pieredzējuši kādu no vardarbības veidiem, samērojot ar dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem, attēlotas 3.13. tabulā. Daudzfaktoru loģistiskās regresijas analīze liecina, ka sievietēm salīdzinājumā ar vīriešiem ir vairāk nekā divas reizes lielākas slikta veselības pašvērtējuma izredzes. Šo sakarību novēro visiem bērnībā pieredzētās vardarbības veidu regresijas modeļiem, izņemot seksuālo vardarbību ($OR = 1,0$; 95% $TI = 0,7-1,3$). Aptuveni pusotru reizi augstākas slikta veselības pašvērtējuma izredzes ir jauniešiem, kuru ģimenes SES ir zems, salīdzinājumā ar jauniešiem, kuru ģimenes SES ir vērtējams kā augsts. Tāpat pusotru reizi augstākas slikta veselības pašvērtējuma izredzes novēro jauniešiem, kuru vecāki ir šķīrušies vai dzīvo atsevišķi un kuru ģimenēs ir alkohola lietošanas problēmas, salīdzinājumā ar jauniešiem, kuru ģimenēs šo problēmu nav. Psihiskās veselības problēmu esamība ģimenē asociējas ar 1,7 līdz 2,2 reizes (atkarībā no daudzfaktoru regresijas modelī iekļautā vardarbības veida) lielākām izredzēm sliktam veselības pašvērtējumam jauniešu vecumā, salīdzinot ar jauniešiem, kuru ģimenēs psihiskās veselības problēmas nenovēro. Savukārt tēva vardarbība pret māti ģimenē daudzfaktoru regresijas modelī netika statistiski ticami asociēta ar jauniešu veselības pašvērtējumu (sk. 3.13. tab.).

3.4.2. Bērnībā pieredzētā vardarbība un pārmērīga alkohola lietošana jauniešu vidū

Lai noskaidrotu faktorus, kas ietekmē pārmērīgu alkohola lietošanu jauniešu vidū, daudzfaktoru loģistiskās regresijas analīzē izmantota mērķtiecīgās izvēles metode. Daudzfaktoru loģistiskās regresijas analīzē iekļauti mainīgie, kuru p vērtība vienfaktoru analīzē nebija augstāka par 0,25. P vērtība $< 0,25$ novērota šādiem mainīgajiem: fiziskā vardarbība ($p = 0,05$), emocionālā vardarbība ($p = 0,24$) un dzimums ($p = 0,00$). Citiem neatkarīgajiem mainīgajiem netika novērotas statistiski ticamas asociācijas ar pārmērīgu alkohola lietošanu jauniešu vidū. Šo mainīgo vienfaktoru analīzes rezultātus skatīt promocijas darba 3.3.2. nodaļā.

Pārmērīgas alkohola lietošanas izplatība ir augstāka starp tiem respondentiem, kuri pieredzējuši vardarbību, tomēr atšķirības nav statistiski nozīmīgas, izņemot gadījumus, kad respondents bērnībā pieredzējis fizisko vardarbību. Bērnībā gūta fiziskās vardarbības pieredze pārmērīgaa alkohola lietošanas izredzes jauniešu vecumā palielina 1,4 reizes, turklāt šis rādītājs neizmainās pēc samērošanas ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem (sk. 3.14. tab.).

Bērnībā piedzīvotas emocionālās vardarbības gadījumā, pārmērīgas alkohola lietošanas izredzes jauniešu vecumā ir 1,2 (95% $TI = 1,0-1,6$) reizes lielākas nekā tiem jauniešiem, kuri šo vardarbības veidu nav pieredzējuši. Pārmērīgai alkohola lietošanas izredzes jauniešu vecumā

ir atšķirīgas dzimumu grupās (sk. 3.14. tab.). Vīriešiem tās ir 1,8 (95% TI = 1,5–2,3) reizes lielākas nekā sievietēm, turklāt šīs izredzes nemainās, neatkarīgi no tā, vai asociācija tiek samērota ar bērnībā gūto fiziskās vai emocionālās vardarbības pieredzi.

3.14. tabula

Pārmērīga alkohola lietošanas prevalence un izredžu attiecība saistībā ar pieredzētās vardarbības veidu

Vardarbības veids		n	%	OR (95% TI) ^a	Samērotais OR (95% TI) ^b
Fiziska vardarbība*	Nē	540	53,7	1,0	1,0
	Jā	121	61,4	1,4 (1,0–1,9)	1,4 (1,0–2,0)
Emocionāla vardarbība	Nē	442	53,7	1,0	1,0
	Jā	218	57,4	1,2 (1,0–1,6)	1,2 (1,0–1,6)
Seksuāla vardarbība	Nē	521	54,8	1,0	1,0
	Jā	63	57,3	1,1 (0,7–1,7)	–
Emocionāla nevērība	Nē	497	54,6	1,0	–
	Jā	174	55,0	1,0 (0,8–1,3)	–
Fiziska nevērība	Nē	469	54,6	1,0	–
	Jā	174	54,9	1,0 (0,8–1,3)	–

* $p < 0,05$

^a Izredžu attiecība aprēķināta katram no vardarbības veidiem atsevišķi

^b Izredžu attiecība aprēķināta katram no vardarbības veidiem atsevišķi un samērota ar respondentu dzimumu

3.4.3. Bērnībā pieredzētā vardarbība un jauniešu psihoemocionālās veselības problēmas

Psihoemocionālās veselības problēmas jauniešu vecumā mēdz būt saistītas ar bērnībā pieredzēto vardarbību. Šādu sakarību uzrāda gan vienfaktora asociāciju analīze, gan daudzfaktoru regresijas analīze, kurā veikta asociācijas samērošana ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem.

Tiem jauniešiem, kuri bērnībā pieredzējuši fizisko vardarbību, ir 3,6 (95% TI = 2,6–5,0) reizes lielākas psihoemocionālās veselības problēmu attīstības izredzes, bet tiem, kuri pieredzējuši emocionālo vardarbību, ir 3,3 (95% TI = 2,6–4,3) reizes lielākas izredzes. Samērojot šo asociāciju ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem, asociācijas ciešums vājinās un ir attiecīgi 2,6 reizes fiziskās vardarbības un 2,3 reizes emocionālās vardarbības gadījumā. Bērnībā pieredzētā seksuālā vardarbība un fiziskā nevērība vienfaktoru analīzē saistīta ar augstākām psihoemocionālās veselības problēmu attīstības izredzēm jauniešu vecumā, bet pēc samērošanas ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem atšķirības šo vardarbības veidu pieredzējušo un nepieredzējušo jauniešu grupās kļūst statistiski nenoīmīgas (sk. 3.15. tab.).

Psihoemocionālās veselības problēmu prevalence un izredžu attiecība saistībā ar bērnībā pieredzēto vardarbības veidu

Vardarbības veids		n	%	OR (95% TI)
Fiziska vardarbība**	Nē	310	32,1	1,0
	Jā	118	63,1	3,6 (2,6–5,0)
Emocionāla vardarbība**	Nē	220	28,1	1,0
	Jā	208	56,4	3,3 (2,6–4,3)
Seksuāla vardarbība*	Nē	323	35,0	1,0
	Jā	49	46,7	1,6 (1,1–2,4)
Emocionāla nevērība**	Nē	278	31,7	1,0
	Jā	146	55,1	2,7 (2,0–3,5)
Fiziska nevērība*	Nē	296	35,6	1,0
	Jā	128	43,2	1,4 (1,1–1,8)

* p < 0,05

** p < 0,001

Sievietēm ir 1,3–1,4 reizes (atkarībā no daudzfaktoru analīzē iekļautā vardarbības veida) augstākas psihoemocionālās veselības problēmu attīstības izredzes nekā vīriešiem. Vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi nav saistīta ar psihoemocionālās veselības problēmu attīstīšanos jauniešiem (OR = 1,0). Pārējie ģimeni raksturojošie faktori – tēva vardarbība pret māti, pārmērīga alkohola lietošana un psihiskās veselības problēmas ģimenē tiek asociēti ar 1,6–2,2 reizes augstākām psihoemocionālās veselības problēmu izredzēm jauniešiem (sk. 3.16.tab.).

Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi jauniešu psihoemocionālās veselības sūdzību saistībai ar dažādiem bērnībā pieredzētajiem vardarbības veidiem, dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem

Faktori	Samērotais OR (95% TI)				
	1. modelis	2. modelis	3. modelis	4. modelis	5. modelis
Fiziska vardarbība (0 = Nav; 1 = Ir)	2,6 (1,8–3,7)	–	–	–	–
Emocionāla vardarbība (0 = Nav; 1 = Ir)	–	2,3 (1,7–3,0)	–	–	–
Seksuāla vardarbība (0 = Nav; 1 = Ir)	–	–	1,3 (0,8–1,9)	–	–
Emocionāla nevērība (0 = Nav; 1 = Ir)	–	–	–	2,1 (1,5–2,8)	–
Fiziska nevērība (0 = Nav; 1 = Ir)	–	–	–	–	1,1 (0,9–1,5)

Faktori	Samērotais OR (95% TI)				
	1.modelis	2.modelis	3.modelis	4.modelis	5.modelis
Dzimums (0 = Vīrietis; 1 = Sieviete)	1,3 (1,0–1,7)	1,3 (1,0–1,7)	1,3 (1,0–1,7)	1,4 (1,1–1,8)	1,3 (1,0–1,7)
Vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi (0 = Nav; 1 = Ir)	1,0 (0,7–1,3)	1,0 (0,7–1,2)	1,0 (0,7–1,3)	1,0 (0,8–1,3)	0,9 (0,7–1,2)
Tēva vardarbība pret māti (0 = Nav; 1 = Ir)	1,8 (1,2–2,7)	1,7 (1,1–2,6)	2,0 (1,4–3,1)	1,9 (1,3–2,8)	2,2 (1,5–3,2)
Pārmērīga alkohola lietošana ģimenē (0 = Nav; 1 = Ir)	1,8 (1,4–2,3)	1,6 (1,2–2,1)	1,6 (1,2–2,1)	1,8 (1,4–2,3)	1,8 (1,4–2,3)
Psihiskās veselības problēmas ģimenē (0 = Nav; 1 = Ir)	2,0 (1,4–2,8)	2,0 (1,5–2,9)	2,3 (1,6–3,2)	2,0 (1,4–2,8)	2,2 (1,6–3,1)

Starp bērnībā pieredzēto fizisko nevērību un respondenta dzimumu tika novērota statistiski nozīmīga multiplikatīvā mijiedarbība, tādēļ bērnībā pieredzētās fiziskās nevērības ietekme uz psihoemocionālās veselības problēmu attīstību analizēta atsevišķi dzimumu grupās. Sieviešu grupā novēro sakarību, ka bērnībā pieredzēta fiziskā nevērība 1,8 (95% TI = 1,2–2,6) reizes palielina psihoemocionālās veselības problēmu attīstības izredzes jauniešu vecumā. Samērošana ar ģimeni raksturojošajiem faktoriem šo asociācijas ciešumu nedaudz vājina. Savukārt vīriešiem asociāciju starp bērnībā pieredzēto fizisko nevērību un psihoemocionālās veselības problēmām jauniešu vecumā nenovēro (sk. 3.17. tab.).

3.17. tabula

Izredzes psihoemocionālās veselības problēmu attīstībai jauniešiem atkarībā no fiziskās nevērības pieredzes respondentu dzimuma grupās

Dzimums	Fiziskā nevērība	OR (95% TI)	Samērotais OR (95% TI) ^a
Sieviete	Nav	1,0	1,0
	Ir	1,8 (1,2–2,6)	1,5 (1,0–2,6)
Vīrietis	Nav	1,0	1,0
	Ir	1,0 (0,7–1,5)	0,8 (0,5–1,3)

^a Izredžu attiecība samērota pēc vardarbības pret sievieti ģimenē, alkohola lietošanas problēmām un psihiskās veselības problēmām ģimenē

3.4.4. Bērnībā pieredzētā vardarbība un jauniešu pašnāvības mēģinājumi

Asociāciju analīzes rezultāti liecina, ka lielākas pašnāvības mēģinājumu izredzes ir tiem jauniešiem, kuri ir pieredzējuši vardarbību. Fiziskas vardarbības un emocionālas nevērības pieredze tiek asociēta ar piecas reizes lielākām pašnāvības mēģinājumu izredzēm salīdzinājumā ar tiem respondentiem, kuri šos vardarbības veidus nav pieredzējuši. Emocionālās vardarbības bērnības pieredze tiek asociēta ar 3,3 (95% TI = 2,0–5,3) reizēm lielākām pašnāvības mēģinājumu izredzēm, fiziskā nevērība ar 2,4 (95% TI = 1,5–3,9) reizēm lielākām izredzēm, bet seksuālā vardarbība ar 2,2 (95% TI = 1,1–4,1) reizēm lielākām pašnāvības mēģinājumu izredzēm salīdzinājumā ar jauniešiem, kuri šos vardarbības veidus nav pieredzējuši (sk. 3.18. tab.). Samērojot asociāciju ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem, saistības ciešums starp bērnībā pieredzēto vardarbību un pašnāvības mēģinājumu veikšanu vēlākā dzīves periodā vājinājās, bet seksuālās vardarbības bērnības pieredze saistībā ar pašnāvības mēģinājumu veikšanu vairs neuzrādīja savstarpēju asociāciju.

3.18. tabula

**Pašnāvības mēģinājumu prevalence un izredžu attiecība
saistībā ar pieredzēto vardarbības veidu**

Vardarbības veids		n	%	OR 95% TI
Fiziska vardarbība**	Nē	40	4,0	1,0
	Jā	34	17,4	5,1 (3,1–8,3)
Emocionāla vardarbība**	Nē	31	3,8	1,0
	Jā	43	11,4	3,3 (2,0–5,3)
Seksuāla vardarbība*	Nē	55	5,8	1,0
	Jā	13	11,8	2,2 (1,1–4,1)
Emocionāla nevērība**	Nē	31	3,4	1,0
	Jā	43	15,4	5,1 (3,2–8,3)
Fiziska nevērība**	Nē	39	4,6	1,0
	Jā	33	10,4	2,4 (1,5–3,9)

* p < 0,05

** p < 0,001

Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļus par dažādu bērnībā pieredzēto vardarbības veidu ietekmi uz pašnāvības mēģinājumu veikšanu vēlākā dzīves periodā, samērojot ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem, var skatīt 3.19. tabulā. Visos piecos daudzfaktoru regresijas modeļos redzams, ka sievietēm pašnāvības mēģinājumu veikšanai ir 2,4–2,8 reizes lielākas izredzes nekā vīriešiem. Šī asociācija ir samērota ar bērnībā pieredzēto vardarbību, vecāku šķiršanos, vardarbību pret sievieti ģimenē, alkohola lietošanas problēmām un psihiskās veselības problēmām ģimenē. Pārējie ģimeni raksturojošie faktori,

izņemot psihiskās veselības problēmu esamība kādam no ģimenes locekļiem, neuzrādīja statistiski nozīmīgu asociāciju ar pašnāvības mēģinājumu veikšanu. Psihiski nevesela ģimenes locekļa dzīvošana ģimenē asociējās ar 2,5–3,5 reizes lielākām (atkarībā no daudzfaktoru loģistiskās regresijas modelī ievietotā vardarbības veida) pašnāvības mēģinājumu izredzēm salīdzinājumā ar tiem jauniešiem, kuru ģimenēs nebija psihiski nevesela ģimene locekļa (sk. 3.19. tab.).

3.19. tabula

Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi jauniešu pašnāvības mēģinājumu saistībai ar dažādiem bērnībā pieredzētajiem vardarbības veidiem, dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem

Faktori	Samērotais OR (95% TI)				
	1. modelis	2. modelis	3. modelis	4. modelis	5. modelis
Fiziska vardarbība (0 = Nav; 1 = Ir)	3,7 (2,1–6,2)	–	–	–	–
Emocionāla vardarbība (0 = Nav; 1 = Ir)	–	2,2 (1,3–3,7)	–	–	–
Seksuāla vardarbība (0 = Nav; 1 = Ir)	–	–	1,1 (0,5–2,2)	–	–
Emocionāla nevērība (0 = Nav; 1 = Ir)	–	–	–	4,0 (2,3–6,8)	–
Fiziska nevērība (0 = Nav; 1 = Ir)	–	–	–	–	2,2 (1,3–3,7)
Dzimums (0 = Vīrietis; 1 = Sieviete)	2,7 (1,5–4,8)	2,6 (1,5–4,6)	2,4 (1,3–4,3)	2,8 (1,6–4,9)	2,8 (1,6–5,0)
Vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi (0 = Nav; 1 = Ir)	1,5 (0,9–2,6)	1,5 (0,9–2,6)	1,6 (0,9–2,7)	1,7 (1,0–2,9)	1,5 (0,9–2,5)
Tēva vardarbība pret māti (0 = Nav; 1 = Ir)	1,2 (0,7–2,2)	1,3 (0,7–2,3)	1,6 (0,9–3,0)	1,0 (0,5–1,9)	1,0 (0,5–2,0)
Pārmērīga alkohola lietošana ģimenē (0 = Nav; 1 = Ir)	1,4 (0,8–2,5)	1,3 (0,8–2,3)	1,5 (0,9–2,6)	1,5 (0,8–2,5)	1,5 (0,9–2,7)
Psihiskās veselības problēmas ģimenē (0 = Nav; 1 = Ir)	2,5 (1,4–4,2)	2,7 (1,6–4,7)	3,1 (1,8–5,3)	2,5 (1,4–4,4)	3,5 (2,0–6,1)

Multiplikatīvās mijiedarbības analīze uzrādīja statistiski nozīmīgu mijiedarbību starp bērnībā pieredzētu fizisku vardarbību un vecāku šķiršanos vai dzīvošanu atsevišķi, tādēļ atsevišķi veikta daudzfaktoru regresijas analīze pašnāvības mēģinājumiem saistībā ar pieredzēto fizisko vardarbību, dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem atkarībā no ģimenes stāvokļa. Vienā grupā iekļauti tie jaunieši, kuru vecāki bijuši šķīrušies vai dzīvojuši

atsevišķi, bet otrā grupā – jaunieši bez šādas pieredzes. Gadījumā, ja jaunieša vecāki nav bijuši šķīrušies vai dzīvojuši atsevišķi, pašnāvības mēģinājumu izredzes pēc fiziskās vardarbības pieredzes bērnībā ir 9,4 (95% TI = 4,4–20,2) reizes augstākas nekā tiem jauniešiem, kuri nav pieredzējuši fizisko vardarbību, savukārt tiem, kuru vecāki ir bijuši šķīrušies vai dzīvojuši atsevišķi, izredzes pašnāvības mēģinājumu veikšanai fiziskas vardarbības pieredzes gadījumā ir 2,9 (95% TI = 1,5–5,7) reizes augstākas nekā tiem, kuri nav pieredzējuši fizisko vardarbību (sk. 3.20. tab.).

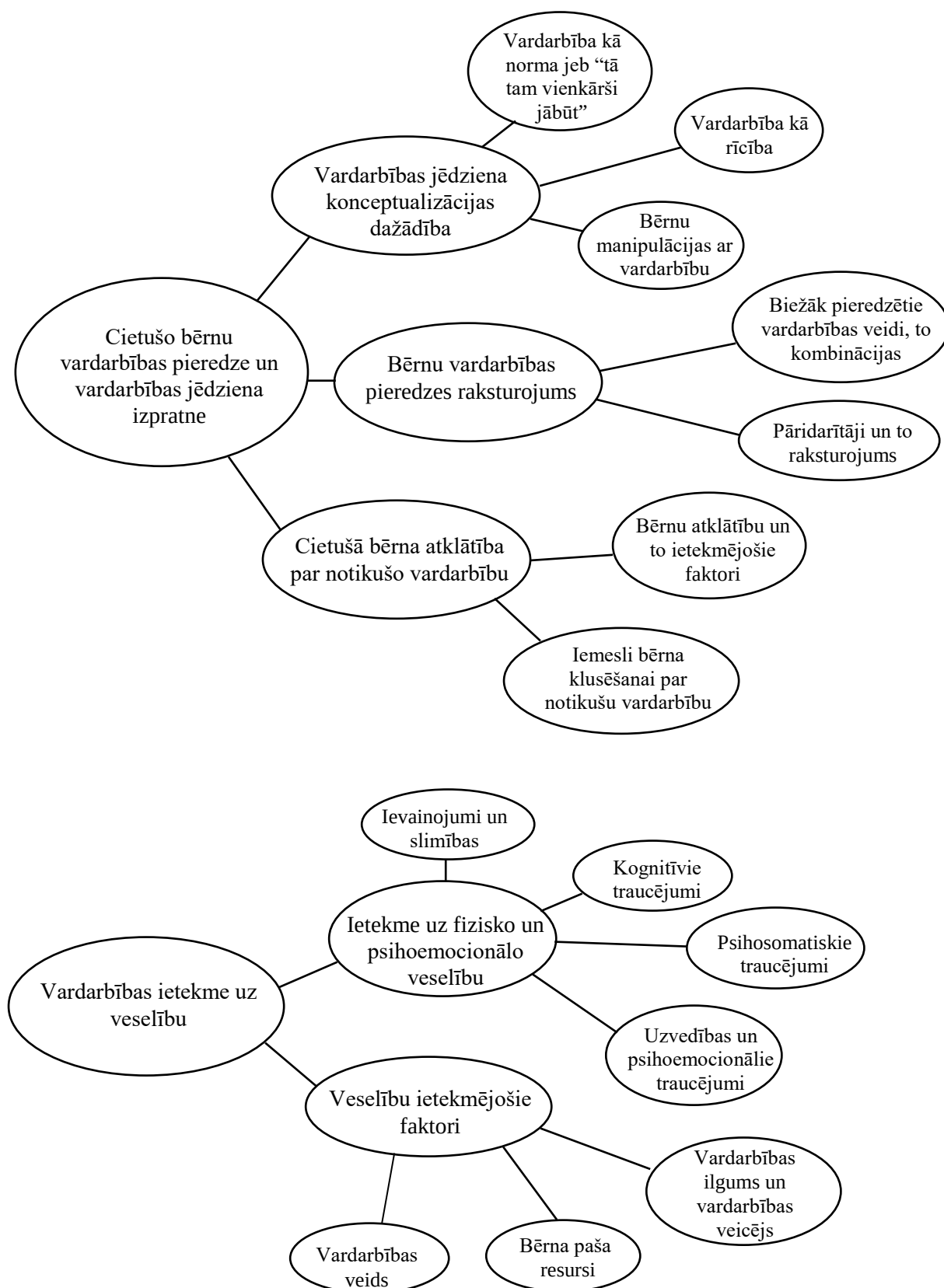
3.20. tabula

**Izredzes pašnāvības mēģinājumu veikšanai jauniešiem
atkarībā no fiziskās vardarbības pieredzes vecāku šķiršanās vai dzīvošanas atsevišķi
pieredzējušo un nepieredzējušo jauniešu grupās**

Vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi	Fiziska vardarbība	OR (95% TI)	Samērotais OR(95% TI) ^a
Nav	Nav	1,0	1,0
	Ir	9,4 (4,4–20,2)	7,8 (3,4–18,0)
Ir	Nav	1,0	1,0
	Ir	2,9 (1,5–5,7)	2,0 (1,0–4,2)

^a Izredžu attiecība samērota pēc dzimuma, vardarbības pret sievieti ģimenē, alkohola lietošanas problēmām un psihiskās veselības problēmām ģimenē

4. KVALITATĪVĀ PĒTĪJUMA REZULTĀTI



4.1. attēls. Ekspertu interviju tēmu karte
(turpinājums nākamajā lappusē)



4.1. Cietušo bērnu vardarbības pieredze un vardarbības jēdziena izpratne

Pēc interviju kodēšanas jautājumu sadaļā par cietušo vardarbības pieredzi un vardarbības jēdziena izpratni iezīmējās trīs tēmas – vardarbības jēdziena konceptualizācijas dažādība, vardarbības pieredzes raksturojums un bērnu atklātība par pieredzēto vardarbību.

4.1.1. Vardarbības jēdziena konceptualizācijas dažādība

Ekspertu pieredze par to, kā bērni izprot un skaidro vardarbības fenomenu, liecina, ka vardarbību bērni neizprot kā vienotu fenomenu, bet tās interpretācija ir sadrumstalota, situatīva un bērna attīstības pakāpei atbilstoša.

Vardarbība kā norma jeb “tā tam vienkārši ir jābūt”.

Vairākās intervijās eksperti norādīja, ka izpratnes par vardarbības fenomenu kā tādu bērniem nav vai arī tā nav pietiekama. “[..] un tas ko es varu pateikt par to izpratni, tad tādas mentalizētas, saprātīgas izpratnes vienkārši nav.” (1. eksperts) Bieži vien bērni pret sevi vērstu vardarbību ģimenē uztver kā normu, jo ģimene un tās vide ir bērna sākotnējā pasaules pieredze, ko bērns pieņem kā pašsaprotamu. Ekspertu pieredze liecina, ka savu ģimeni bērns uztver kā pasaules realitāti. “Bet nu bērns, kas piedzimis vardarbīgā ģimenē, kur viņam vispār ir kaut kāds priekšstats, kas ir norma? Mana ģimene ir norma.” (1. eksperts) “Ja mēs domājam par ģimenes vidi, ja.. par tiem bērniem, kas izņemti no ģimenes... Nu, tad tas [vardarbība un nevērība] vairāk tiek uztverts kā norma, kā viņu ģimenes realitāte...” (11. eksperts)

Vairums ekspertu norādīja, ka bērniem pret sevi vērstās vardarbības uztveri apgrūtina ambivalentās jūtas pret pāridarītāju, ja vardarbība pret bērnu notikusi ģimenē no vecāku vai kāda cita tuva cilvēka puses, jo “bērniem tomēr ir tendence, ja tie ir viņu ģimenes locekļi, viņus mīlēt” (2. eksperts) un “bērni vienmēr ir lojāli saviem vecākiem, arī tad, ja viņi ir ļoti vardarbīgi” (9. eksperts). Ņemot vērā, ka, ja vardarbība notiek ģimenē, bērna mājas vidē un vardarbības veicējs ir bērnam tuvs cilvēks, kuram bērns ir pieķēries un pret kuru izjūt siltas jūtas, vardarbīgās situācijas uztvere bērnam var būt izkropļota un grūti aptverama. “Es domāju, ka tāds izkropļots priekšstats par to, kas ir norma, kas ir nenorma. Nu, kas ir manas robežas, cita cilvēka robežas, kas ir mīlestība... Tāpēc, ka vecāks, kurš seksuāli izmanto bērnu ģimenes ietvaros, viņš taču neteica – “es tevi izvaruju” vai “seksuāli izmantoju”, vai “tā ir seksuāla vardarbība”. Viņš saka: “Tas ir mīlestības veids, es tevi tā mīlu.”” (10. eksperts) Savukārt gadījumos, kad bērns ir cietis no vardarbības vienaudžu vidū, identificēt pāridarītāju kā “slikto”, kā varmāku bērnam ir daudz vieglāk.

Bērnu spēja diferencēt vardarbību no normālas rīcības mainās līdz ar bērna vecumu. Mazākiem bērniem ir tendence uztvert un pieņemt apkārt notiekošos procesus kā pašsaprotamus, bet spēja salīdzināt sevi ar citiem un analizēt notikumus parādās, bērnam sasniedzot pusaudžu vecumu. Gadījumos, kad bērns ir garīgi atpalicis, viņa spēja kognitīvi uztvert un saprast vardarbības gadījumus paliek desmitgadīga bērna uztveres līmenī. *“Jo mazāks bērns, jo viņš to pieņem kā pasaules kārtību.”* (1. eksperts) *“Bet kaut kur līdz kādiem 10 gadiem diezgan bieži, es pieļauju, ka viņi uztver, ka tas ir normāli...”* (14. eksperts) *“Un, jā, ap 6. klasi saistībā ar vardarbību, jā, [bērns sev vaicā] – “kāpēc mana ģimene ne tāda, kā citiem?” ”* (13. eksperts) Tomēr arī pusaudžu vecums tiek uzskatīts par riska vecumu, kad zināšanas par vardarbību var netikt sasaistītas ar paša pieredzi. Bērni spēj vardarbību uztvert kognitīvi, bet ne emocionāli. *“Piemēram, viņi vairāk vai mazāk zina, kas ir, kaut ko jau zina par seksuālām darbībām, līdz ar to arī par seksuālo vardarbību, bet viņi neuztver, ka tas, ko dara viņa onkulis, tētis vai cilvēks no malas, ka tas ir tas pats, ja.”* (2. eksperts)

Daži eksperti norādīja, ka bērni lieto vardarbības jēdzienu, ja ir labi izglītoti par šo tēmu. *“Viņiem ir izpratne, jo mēs [psihologi] pieaicinot dažādus speciālistus, cenšamies informēt visu skolu, arī attiecīgi pa vecuma posmiem un vardarbības veidiem.”* (3. eksperts)

Vardarbība kā rīcība

Liela daļa ekspertu intervijās norāda, ka ir novērojuši – bērni atpazīst ar vardarbību saistītās darbības, bet ne vardarbības fenomenu kā tādu. Ekspertu novērojumi darbā ar bērniem, kuri cietuši no vardarbības liecina, ka bērni vardarbību vairāk vērtē situatīvi – kā darbību, kā attieksmi vai kā situāciju. *“Kā bērni paši definē vardarbību... Vairumā gadījumu ļoti situatīvā līmenī – man sāp, man nepatīk, tā nedrīkst, es jūtos slikti tajā brīdī...”* (8. eksperts) *“Vairāk sūdzas tur par pāridarījumiem – situācijām, darbībām, lietām, vajadzībām neapmierinātām.”* (5. eksperts)

Daži no ekspertiem norāda arī uz vecuma atšķirībām vardarbīgā notikuma situatīvajā aprakstā. Piemēram, mazāka vecuma bērni vardarbību kā tādu neatpazīst, bet *“pamatā atšķir tās lietas, kas ir labs un kas ir slikts”.* (7. eksperts) Savukārt pusaudžu vecumā aktuālas kļūst attiecības ar citiem cilvēkiem, līdz ar to *“pusaudži vairāk skatās no tāda attiecību viedokļa [...] Vairāk no tā – mani pieņem vai mani tā kā nepieņem.”* (13. eksperts)

Intervijās eksperti norāda, ka arī vardarbības veidam ir nozīme bērna spējā atpazīt vardarbību. To, kas asociējas ar sāpēm, kaut ko nepatīkamu, atpazīt ir vieglāk. *“Fizisko ir vairāk, tā kā vieglāk atpazīt un saprast, jo tāpēc, ka tev fiziski nodara pāri, tev ir tūlītējas sāpes, ja, un tad to var atpazīt, bet tas, ka lamājas, vai tad, kad nav ko vilkt mugurā, vai nav ko ēst, nav aizvests pie ārsta, tad to ir grūti atpazīt, ka tas ir man pāridarījums.”* (9. eksperts)

Bērnu manipulācijas ar vardarbību

Vairāki no intervētajiem ekspertiem norādīja, ka bērni vardarbību mēdz izprast kā tiesību pārkāpumu: “.. *ar tām tiesībām staigā kā ar paceltu karogu.*” (3. eksperts) To bērni dažkārt izmanto, lai manipulētu ar pieaugušajiem vai viņus iebiedētu. “*Klasiskais pēdējo gadu tāds teikums ir drīzāk no pieaugušo puses, ka, nu: “Es nedrīkstu neko viņam tagad pateikt, jo viņš man saka, ka ies sūdzēties uz bāriņtiesu...”*” (4. eksperts) Eksperti norāda, ka šādi bērni, kuri izmanto manipulācijas ar vardarbību kā savu tiesību pārkāpumu, pārbauda pieaugušo reakciju uz savu rīcību. “*[..] man gribētos tāds [bērnus] notraktēt kā narcisus vai hiperaprūpētos... Jo viņi visu laiku ir baudījuši šo savu, savu kā bērna neierobežoto varu pār pieaugušo, un pieaugušais viņam pēkšņi uzšauj pa pakaļu – kas tas tāds? Tad viņš [bērns] iet un kliec. Arī uz institūcijām, iespējams.*” (6. eksperts)

Daži eksperti stāstīja par gadījumiem, kad saskārušies ar bērna melošanu par it kā notikušu vardarbību un ar safabricētiem stāstiem par pieredzētu vardarbību. Šādā veidā, apmelojot savu aprūpētāju par it kā notikušu vardarbību, bērni vēlējušies tikt prom no ģimenes. Iemesls šādai vēlmei ir vai nu ieildzis konflikts ar vecākiem, vai atriebība. Dažkārt apmelošana notikusi, lai no ģimenes nokļūtu bērnunamā. “*[..] tad viņai pasaka meitenes, 13 gadi meitenei, bērnunamā daudz foršāk... Tur ir brīvība, tur nav ierobežojumi, davaj, organizējam, lai tiekam uz bērnunamu. A kas jādara? Vajag apmelot audžumammu..*” (14. eksperts) “*Tik daudz par to stāstīts televīzijā, draudzenes [stāsta] [..], tāpēc tu vari izmantot simptomātikas aprakstu, un es zinu, ka sievietes arī ļoti bieži manipulē ar šo informāciju, diemžēl...*” (10. eksperts)

4.1.2. Bērnu vardarbības pieredzes raksturojums

Intervijās eksperti stāstīja par to, kādi, spriežot pēc viņu darba pieredzes, ir biežāk sastopamie vardarbības veidi un to kombinācijas un kas ir biežākie varmākas, kuri nodara pāri bērnam.

Biežāk pieredzētie vardarbības veidi, to kombinācijas

Pēc ekspertu novērojumiem, darbā ar bērniem, kuri cietuši no vardarbības, visbiežāk pieredzētais vardarbības veids ir emocionālā vardarbība. Vairāki eksperti norādīja, ka emocionālā vardarbība ir tas vardarbības veids, kas nereti “pavada” visus citus vardarbības veidus. Retāk ekspertu darba praksē sastopami tādi gadījumi, kad bērns ir cietis tikai no emocionālās vardarbības. Kā otrs biežāk pieredzētās vardarbības veids pret bērniem tika norādīta bērna atstāšana novārtā, bet kā trešais – fiziskā vardarbība. “*Emocionālā vardarbība [visbiežāk]... Viennozīmīgi... Praktiski visur, kur ir pārējā vardarbība, vienmēr ir arī emocionālā vardarbība un visbiežāk arī novārtā pamešana.*” (13. eksperts) “*[..] vienkārši nav*

iespējama fiziskā vardarbība bez emocionālās, jo tas pāridarījums nes līdzī arī emocionālu traumu. Bet ir arī... Ir arī ļoti smagas emocionālās vardarbības, nu, kā tādas... Teiksim, ir kāda noniecināšana, atraidīšana un kritizēšana un arī otrā galējība – pārmērīga tāda kontrole... “ (5. eksperts) Visretāk bērni cietuši no seksuālās vardarbības, taču intervijās tika piebilsts, ka tas ir viens no vardarbības veidiem, kas var atstāt smagākās sekas uz bērna veselību un labklājību. *“Visretāk seksuālā, un tā ir vissmagākā un visdziļākās brūces ienes.”* (1. eksperts) Trīs no intervētajiem ekspertiem kā atsevišķu emocionālās vardarbības veidu minēja gadījumus, kad bērns mājās kļūst par liecinieku vardarbībai partnerattiecībās. *“[...] ka viņš redz pieaugušo konfliktus, viņš pats netiek tā kā tīši ietekmēts, tā apzināti, jā, bet viņš ir redzējis, un viņam, protams, ļoti liels tas pārdzīvojums...”* (13. eksperts) Divi eksperti kā aktuālu vardarbības veidu norādīja pāraprūpi jeb hiperaprūpi, kas var negatīvi ietekmēt bērna spēju būt paškritiskam un iekļauties sabiedrībā, ievērojot noteiktas robežas un noteikumus attiecībās ar citiem cilvēkiem. Pāraprūpētiem bērniem novēro sociāli nepieņemamu uzvedību, un tā savukārt var izraisīt neizpratni un negatīvu reakciju no citiem cilvēkiem. *“Viņš [bērns] ir pieradis pie neierobežotas varas, pie neierobežotas uzmanības un pie dažāda veida manipulācijām ar cilvēkiem. Un, jo viņš nonāk saskarē ar svešāku cilvēku, jo saņem lielāku pretestību.”* (6. eksperts)

Jautāti par pieredzēto vardarbības veidu biežākajām kombinācijām, eksperti norāda, ka vardarbības veidi savā starpā kombinējas dažādi un retos gadījumos bērns, kurš ir cietis no vardarbības, ir pieredzējis tikai vienu no vardarbības veidiem. Fiziskās vardarbības gadījumā bieži vien tiek novērota arī pret bērnu vērsta emocionālā vardarbība. Savukārt seksuālās vardarbības gadījumi nereti notiek vienlaikus ar emocionālo vardarbību pret bērnu. *“[...] seksuālas izmantošanas gadījumā kaut kāda pielabināšanās, bērna vājību izmantošana vai šantāža...”* (4. eksperts)

Pāridarītāji un to raksturojums

Uz jautājumu, kas bērnam visbiežāk nodara pāri, eksperti atbildēja, ka visbiežāk no vardarbības bērns cieš ģimenē no saviem ģimenes locekļiem. Divi eksperti arī specificēja dzimumu, norādot, ka biežāk vardarbīgi pret bērniem ir vīrieši, visbiežāk – tēvs. Vardarbība pret bērnu ģimenē tiek skaidrota kā vecāku varas pārkāpums pret bērnu, atsevišķi pieminot, ka katram vardarbības veidam ir specifiskas īpatnības un raksturlielumi. Piemēram, emocionālo, fizisko vardarbību un nevērību pret bērnu var skaidrot ar vecāku pārslogotību, izpratnes un kontroles trūkumu, bet seksuālā vardarbība pret bērnu tiek skaidrota ar varmākas psihiskajām novirzēm. *“[...] tādā ziņā visi vecāki ir eksistenciāli vainīgi savu bērnu priekšā, ka viņi nav perfekti, ja. Bet tad, kad mēs runājam par vardarbību, es domāju, tur ir svarīgi, ka tas ir vecāka apzināts varas pārkāpums kaitēt bērnam, ja. Apzinās, varbūt neapzinās tādas sekas, viņš [vecāks] ir iemācīts, ka tā ir normāli. Bet tur tad ir tas varas moments. [...] Nu, par seksuālo*

vardarbību, tur tomēr ir jābūt vēlmei izmantot tieši bērnu, tā ir psihiska novirze. [...] Bet pie emocionālās un fiziskās vardarbības, tur ir vecāku pārprastā vara, ja.” (2. eksperts)

Liela daļa kā pāridarītājus norādīja bērna vienaudžus, it īpaši pusaudžu vecumā. *“Un ir arī kaut kāds zināms procents, kad... nu, tā vienaudžu vardarbība vairāk tādā agrīnā pusaudžu vecumā.. Ka tur skolā nav visa... visa tā situācija savlaicīgi pamanīta.”* (5. eksperts) Divi eksperti norādīja, ka bērni ir cietuši arī no pedagogu vardarbības. Ekspertu redzeslokā reti nonāk bērni, kuri būtu cietuši no svešinieka vardarbības.

4.1.3. Cietušā bērna atklātība par notikušo vardarbību

Bērna atklātība un spēja runāt par notikušo vardarbību ir būtisks priekšnosacījums gan veiksmīgai rehabilitācijai pēc pārciestas vardarbības, gan vardarbības gadījuma sekmīgai izmeklēšanai. Balstoties uz novērojumiem darbā ar cietušajiem bērniem, eksperti intervijās stāstīja par cietušo bērnu spēju atklāti runāt par savu vardarbības pieredzi.

Bērnu atklātību ietekmējošie faktori

Attiecībā uz bērnu atklātību par notikušo vardarbību ekspertu viedokļi bija dažādi. Aptuveni trešā daļa intervēto ekspertu teica, ka kopumā bērni runā pietiekami atklāti, bet aptuveni tikpat ekspertu norādīja, ka bērni nav atklāti un nav gatavi runāt par notikušo. Vēl daļa respondentu norādīja, ka bērna gatavība runāt par notikušo vardarbību ir dažāda.

Bērnu atklātību un spēju runāt par vardarbību ietekmē dažādi faktori un apstākļi. Vairākās intervijās tika pieminētas vecuma atšķirības, norādot, ka maza vecuma bērni ir atklātāki un atvērtāki nekā pusaudži un pieaugušie. *“[...] jo pieaugušāks bērns, jo grūtāk viņam par to runāt ir, jo vairāk viņš saprot, kas ir noticies. Jo mazi bērni, viņi īsti nesaprot, kas ir.. Nu, faktiski tiek uzskatīts, ka līdz tādiem, piemēram, pie seksuālas vardarbības, līdz 10 gadiem bērns nesaprot, kas tas tāds ir...”* (2. eksperts) Daži no ekspertiem norādīja arī uz dzimumatšķirībām, apgalvojot, ka meitenēm ir vieglāk atklāties nekā zēniem. *“Visumā mana pieredze liecina, ka zēniem par pārciesto vardarbību runāt grūtāk nekā meitenēm.”* (8. eksperts) Spēju atklāti runāt par notikušo vardarbību nosaka ne tikai bērna vecums un dzimums, bet arī bērna attīstības pakāpe, emocionālais briedums un prasme definēt notikumus vārdos.

Bērna spēju izstāstīt par notikušo vardarbību ietekmē arī laika periods, kas ir pagājis pēc vardarbīgā notikuma. Jo ātrāk notikušais pamanīts, jo vieglāk bērns spēj par to pastāstīt. Atklātību ietekmē arī pieredzētais vardarbības veids – par fizisko vardarbību runāt ir vieglāk, bet par seksuālo – grūtāk. Tāpat būtiska nozīme ir bērna spējai uzticēties pieaugušajiem, un to lielā mērā nosaka bērna iepriekšējā pieredze attiecībās ar pieaugušajiem. *“Atkarīgs kāda ir bērna iepriekšējā pieredze ar pieaugušajiem. Vai ar pieaugušajiem var runāt, vai pieaugušie*

uzklausa, vai pieaugušajiem var uzticēties, vai pieaugušie nevaino un nekaunina un arī, ja bērns par aktuālo vardarbības epizodi ir kādam pieaugušajam mēģinājis stāstīt, tad arī ir šī aktuālā pieredze – vai viņu uzklausīja, noticēja, nevainoja, nekaunināja.” (8. eksperts)

Iemesli bērna klusēšanai par notikušo vardarbību

Ekspertu sniegtajās intervijās tika identificēti vairāki iemesli, kādēļ bērns nerunā par notikušo vardarbību. Vairāki eksperti norādīja uz potenciālu bērna liecības ietekmēšanu. To var darīt varmāka, kurš bērnu ir ietekmējis ar manipulācijām vai draudiem par fizisku izrēķināšanos ar pašu bērnu vai bērnam tuviem cilvēkiem. Savukārt dažkārt bērna liecību par notikušo vardarbību cenšas ietekmēt nevardarbīgais vecāks. *“[...] bērni ir izmanipulēti, nu tā var pateikt, ietekmēti no pāridarītāja puses..”* (10. eksperts) *“[...] tas nevardarbīgais vecāks jau ar tā kā piestrādājis pie tā, ka tu klusē un nesaki..”* (14. eksperts)

Dažkārt iemesls klusēšanai par notikušo vardarbību var būt bērna bailes par sekām – par to, ka bērnu varētu izņemt no ģimenes. Nestāstīšanas iemesls var būt saistīts arī ar to, ka bērns uzņemas atbildību par notikušo vardarbību, lai pasargātu vecākus no pārdzīvojumiem. *“Ja vardarbība notiek ģimenē, bērni ļoti reti ir gatavi par to runāt [...] Tāpēc, ka bērni saprot, ka tam varētu būt sekas, bērns tiks izņemts no ģimenes.”* (10. eksperts)

Arī bērna izjūtas var kavēt viņu būt atklātam par notikušo vardarbību. Eksperti norādīja, ka atsevišķos gadījumos bērni var justies vainīgi par notikušo. Bieži bērniem grūtības atklāties sagādā kauna izjūta par notikušo, it sevišķi seksuālās vardarbības gadījumā. *“Ja tie ir lieli, pieauguši tādi, tad ir tā kā... Viņiem vairāk ir kauna sajūta...”* (3. eksperts) *“Vēl var nestāstīt tāpēc, ka viņam ir kauns, viņš uzskata sevi par vainīgu kaut kādā veidā.”* (8. eksperts)

4.2. Vardarbības ietekme uz veselību

Sadalā par vardarbības ietekmi uz cietušo bērnu veselību izkristalizējušās divas tēmas, kas iegūtas pēc ekspertu sniegtās informācijas par pieredzi darbā ar cietušajiem bērniem, – sekas uz fizisko un psihoemocionālo veselību un veselības ietekmējošie faktori.

4.2.1. Ietekme uz fizisko un psihoemocionālo veselību

Pieredzētās vardarbības sekas uz bērna fizisko veselību var būt ne tikai tūlītējas jeb īstermiņa, bet arī tādas, kas parādās ilgākā laika periodā pēc pārciestās vardarbības. Ekspertu sniegtajās intervijās iezīmējās līdzīgas vardarbības seku pazīmes uz cietušo fizisko un psihoemocionālo veselību. Šīs pazīmes tika apkopotas tādās apakštēmās kā ievainojumi un

slimības, psihosomatiskie traucējumi, kognitīvie traucējumi un uzvedības un psihoemocionālie traucējumi.

Ievainojumi un slimības

Kā medicīniska rakstura veselības problēmas, ar kurām saskaras no vardarbības cietušie bērni, eksperti norādīja dažāda veida traumas un ievainojumus – sasitumus, zilumus, lūzumus, smadzeņu satricinājumus, apdegumus. Visbiežāk traumas un ievainojumi gūti fiziskās un seksuālās vardarbības rezultātā, taču tie novērojami arī gadījumos, kad bērni atstāti novārtā. Tāpat šādos gadījumos novēro fiziskās veselības problēmas, kas saistītas ar savlaicīgu nerūpēšanos par bērna vajadzībām, piemēram, neārstētu pedikulozi, neatklātus un nekoriģētus redzes un dzirdes traucējumus. Savukārt kā seksuālās vardarbības sekas uz bērna fizisko veselību eksperti minēja gan dažāda veida ievainojumus (piemēram, taisnās zarnas plīsumi, brūces mutes dobumā), gan seksuāli transmisīvās slimības un nevēlamu grūtniecību.

Psihosomatiskie traucējumi

Visās intervijās eksperti norādīja uz psihosomatiskajiem traucējumiem, kas radušies pārciestās vardarbības izraisītā stresa dēļ. Cietušajiem bērniem novēro dažāda veida sāpes, paaugstinātu ķermeņa temperatūru un funkcionālus orgānu darbības traucējumus, kuriem nevar atrast medicīnisku izskaidrojumu. Ekspertu intervijās iegūtā informācija liecina, ka dažāda veida saslimšanas, kurām nav iespējams konstatēt organisku cēloni un izskaidrojumu, ir viens no signāliem, kas norāda uz pārdzīvotu potenciālu smagu psihoemocionālo traumu, tai skaitā vardarbību. *“Kaut vai atnākot jeb atvedot bērnu kā psihosomatisku, nu pieņemsim, ka viņš ir varmākots emocionāli un viņš to atražo ar slimību. Tā slimība ļoti ātri pazūd, ja pareizi sāk strādāt psihoterapeitiski. To slimību [bērns] uztur kā aizsardzību. Un, ja viņu noņem nost pliki, nu, tikai somātiku noņem nost un neko nedara psihoemocionāli, tad viņi... nu recesīvi būs bieži. Un somatiskais ārsts būs apjucis un nesapratīs – es daru visu, un viņš atkal atgriežas ar to pašu simptomātiku, ja?”* (6. eksperts) Tāpat no vardarbības cietušajiem bērniem novēro biežu slimošanu ar akūti respiratorām slimībām un alerģijām. *“Slimo biežāk bērni gastroenteroloģiskus kaut kādus, funkcionālus traucējumus – galvassāpes un... un biežāka slimošana ar tām akūti respiratorajām saslimšanām, alerģiskas reakcijas arī [...] Nu, visbiežāk manā praksē – ka vēdera un galvassāpes.”* (5. eksperts) Divi eksperti norādīja arī uz dzimumatšķirībām, proti, meitenēm funkcionāli traucējumi sastopami biežāk nekā zēniem. Daži eksperti norādīja, ka bērniem, kuri cietuši no vardarbības, nereti tiek novērota nervu rauste, miega un ēšanas traucējumi, enurēze un enkopreze.

Kā nereti sastopamus veselības traucējumus bērniem, kuri cietuši no vardarbības, eksperti intervijās norādījuši augšanas un attīstības traucējumus, kā arī hormonālās regulācijas

sistēmas traucējumus. *“Viņiem aizkavējas attīstība gan fiziski, gan kognitīvi, gan emocionāli.. Arī fiziski viņi ir mazāki un vārgāki.”* (1. eksperts)

Kognitīvie traucējumi

Pēc ekspertu sniegtās informācijas, no vardarbības cietušajiem bērniem raksturīgi ir kognitīvie traucējumi – atmiņas, uzmanības, domāšanas, mācīšanās traucējumi atbilstoši bērna vecumam. *“Visi kognitīvo spēju traucējumi – atmiņa, uzmanība, uztvere, nemaz nerunājot par domāšanas augstākajām funkcijām kā vispārināšana, analīzes sintēze...”* (8. eksperts)

Uzvedības un psihoemocionālie traucējumi

Eksperti intervijās norādīja, ka no vardarbības cietušajiem bērniem novērojama virkne dažādu eksternalizētu un internalizētu psihiskās veselības problēmu. Gandrīz katrs otrais intervētais speciālists norādīja, ka no vardarbības cietušajiem bērniem ir zems pašvērtējums, bieži tika pieminēta arī nomāktība, depresīvs noskaņojums un trauksme. *“Viņi vairāk vai mazāk sevi noniecina.”* (6. eksperts) *“[...]depresija ir ļoti slēpta. Nu ar tādu nu... izmainītu sevis uztveri un negatīvo sevis uztveri. Un izmainītu priekšstatu par attiecībām, tādu negatīvu bezcerību par attiecībām arī, un vispār par dzīvi kopumā.”* (5. eksperts) Daži eksperti norādīja, ka sekas var izpausties pilnīgi pretēji zēmam pašvērtējumam – kā narcisms. Tāpat bērniem bieži novērotas tādas emocijas kā bailes, kauns, dusmas un vaina. *“Visiem vardarbības veidiem emocionālā ziņā bērni tādā neadekvātā veidā pārdzīvo. Nu kā, kaunu, vainu un bailes jūtam visi, ja, bet šiem bērniem pārsvarā ir kauns par to, kas ar viņiem notikās, un viņiem ir grūti pārdzīvot to kaunu... [...] viņi vērs to kaunu vairāk uz sevi, ka viņi pelnījuši un tā.”* (2. eksperts)

Smagos seksuālās un fiziskās vardarbības gadījumos tiek novērota disociācija. Tāpat no vardarbības cietušajiem bērniem var būt izmainīts priekšstats par savu ķermeni un tā robežām. *“Man liekas, vistrakākais tas, ka viņiem... Nu ka viņš jau nejūt, ka viņa ķermenis ir kaut kāda vērtība.”* (14. eksperts) Savukārt seksuālās vardarbības upuriem novēro vecumam neatbilstošu seksualizētu uzvedību un promiskuitāti, it īpaši meitenēm. *“Piemēram, ka trīspadsmitgadīga meitene, ka viņai, pieņemsim, pieci seksuālie partneri, izskatās, ka viņa to grib un viss. Nu priekš manis tas ir pilnīgi skaidrs, ka tas bērns ir cietis no seksuālas vardarbības, jo viņš ir pārpratis, kas ir seksuālas attiecības, [sajaucis tās] ar mīlumu. Viņš vienkārši ir iemācījies tādu stratēģiju, kā veidot attiecības, nav šīs robežas, ja.”* (2. eksperts)

No vardarbības cietušajiem bērniem novēro grūtības veidot normālas attiecības. Ir vērojama tendence, vai nu pieķerties otram cilvēkam un pārlietu to kontrolēt, vai reaģēt pavisam pretēji – noslēgties, izolēties. Cietušajiem bērniem ir grūti veidot cieņpilnas un draudzīgas attiecības ar citiem cilvēkiem. *“[...] viņi nezina, ko nozīmē būt vienā līmenī [attiecībās]...”* (10. eksperts) *“Vai nu viņš ir pārlietu tāds, nu, es teikšu, uzbāzīgs [...] vai nu tieši otrādi – viņš ir tāds noslēgts.”* (3. eksperts) Bieži cietušos bērnus tiek novērota iztapība

un gatavība pakļauties citiem, lai tiktu pieņemti. Tāpat cietušie bērni nereti meklē piesaisti: *“Viņas [no vardarbības cietušās meitenes], meklējot to piesaisti, kaut kādu mīlestību, iekrīt attiecībās ar puisiem un paliek stāvoklī jeb ir pieviltas, izmantotas...”* (14. eksperts) Bērniem, kas cietuši no nevērības, savukārt ir raksturīgas grūtības ļaut, ka kāds cits par viņiem rūpējas.

4.2.2. Veselību ietekmējošie faktori

Vardarbības izraisītās sekas uz bērna veselību ir atkarīgas no dažādiem citiem faktoriem, kas vai nu paaugstina, vai samazina seku parādīšanās izredzes. Veicot ekspertu interviju tematisko analīzi, iezīmējās vairākas apakštēmas, kurās aprakstīti faktori, kas ietekmē vardarbības ietekmi uz bērna veselību.

Vardarbības veids

Vairākās intervijās eksperti norādīja, ka ilgtermiņā daudzveidīgākās sekas uz bērnu atstāj emocionālā vardarbība, bet kā otrs vardarbības veids, kas atstāj vissmagākās sekas, tika pieminēta seksuālā vardarbība. Fiziskā vardarbība pret bērnu bieži vien tika klasificēta kā mazāk kaitīga bērna veselībai ilgākā laika periodā, jo *“fiziskais sadzīst, emocionālais paliek”*. (3. eksperts) *“Tas, man liekas, jau pat ir pierādīts, ka emocionālā vardarbība atstāj visilgākās sekas un izmaiņas cilvēka gan veselībā, gan visā personībā.”* (9. eksperts) *“Bet es domāju, ka tā emocionālā vardarbība ļoti smagas sekas uz veselību atstāj.. Ļoti smagas.”* (5. eksperts) Tomēr šajā jautājumā ekspertu domas dalījās un, atbildot uz jautājumu, kurš no vardarbības veidiem atstāj vissmagākās sekas uz bērna fizisko veselību, atsevišķi eksperti norādīja, ka tā ir seksuālā vardarbība un ļoti smagi fiziskās vardarbības gadījumi.

Vardarbības ilgums un vardarbības veicējs

Nozīme ir arī tam, cik ilgi notikusi vardarbība, – vai tā ir bijusi viena epizode vai ilgstoši un atkārtoti notikumi. Vardarbības epizodes, kuras ir ilgstošākas un atkārtojas, atstāj smagākas sekas uz bērna veselību. *“[...] tāda pilināšana var izdarīt lielāku ļaunumu nekā vienreiz uzšaut pa pakaļu, ja? Tur, nu, [pāridarītājs] neredz to starpību. Liekas, ka nemitīga tāda bērna noniecināšana, neredzēšana vai pazemošana, vai salīdzināšana, piemēram, tas ir tas, kas izpeld ļoti spilgti [bērnu] sūdzībās, ka tas ir mazāk kaitnieciski – tie ir maldi.”* (6. eksperts) Arī personai, kura pret bērnu izturējusies vardarbīgi, ir nozīme tajā, kā izpaudīsies sekas uz veselību. Jo tas ir bērnam tuvāks cilvēks, kāds no ģimenes loka, jo pāridarījumu ir grūtāk “pārstrādāt”. *“Jo tuvāks bērnam ir vardarbības veicējs, jo svarīgāks viņam šis vardarbības veicējs, jo sekas būs smagākas [...] Bet, protams, ir jākombinē visi trīs faktori [vardarbības veids, ilgums un vardarbības veicējs]. Tas nozīmē, ka ilgstoša emocionālā vardarbība no*

vecākiem var būt smagāka par vienu fiziskās vai seksuālās vardarbības epizodi ārpus ģimenes.” (8. eksperts)

Bērna paša resursi

Vardarbības atstātās sekas uz veselību atkarīgas arī no paša bērna resursiem, personības un intelekta attīstības pakāpes, kā arī no bioloģiskiem faktoriem, piemēram, iedzimtības, nervu sistēmas tipa. *“[...] kādi ir personīgie resursi bērnam, respektīvi, kāda viņa personība, kā viņš spēj ar to tikt galā..” (2. eksperts)* *“[...] tam intelektam ir ļoti liela nozīme un arī pētījumi saka, ka... nu, vispār ar jebkuru traumatismu labāk tiek galā tie, kas ir nu gudrāki, labāk apjēdz visu.” (5. eksperts)*

4.3. Vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģijas, institūciju darbības loma

Pēc interviju transkripciju kodēšanas jautājumu sadaļā par to, kādā veidā no vardarbības cietušie bērni pārvar vardarbības izraisītos traucējumus un kāda loma šajā procesā ir institūcijām, izkristalizējās trīs tēmas: traucējumu pārvarēšanas stratēģiju raksturojums, darbs ar vardarbībā cietušo bērnu, rehabilitācijas sistēmiskās vajadzības.

4.3.1. Traucējumu pārvarēšanas stratēģiju raksturojums

Intervijās eksperti dalījās ar savu pieredzi par to, kādas vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģijas cietušie bērni izmanto. Pēc interviju datu kodēšanas šajā tēmā izveidotas trīs apakštēmas: reakcijas veidi uz vardarbības izraisīto stresu, pozitīvās un negatīvās traucējumu pārvarēšanas stratēģijas.

Reakcijas veidi uz vardarbības izraisīto stresu

Eksperti intervijās norādīja, ka reakcija uz pieredzēto vardarbību var būt vai nu internalizēta, vai eksternalizēta. *“[...] respektīvi, vardarbība ir agresija, un agresiju var internalizēt: vai nu depresīvā veidā, vai ar šo pret sevi – nu, “es taču esmu vainīgs”, “es esmu slikts”. Vai arī projicējot – “citi ir slikti, citi. [...] Ir tagad jāpierāda, jācīnās.” Tie ir tie, tie ir tie divi aizsargmehānismi...” (1. eksperts)* Vairākās intervijās eksperti norādījuši uz *“vainas fenomenu vardarbībā” (2. eksperts)*, proti, no vardarbības cietušie bērni vardarbīgajā notikumā bieži vien vaino sevi vai savu rīcību. *“Bērnam ir dabiska, fizioloģiska, pamatota un instinktīva tieksme sevi vainot, ja kaut kas notiek. [...] Par mani nerūpējas, viņš mani sit. Bet es pats biju vainīgs, bet man vajadzēja labāk mācīties” – tas atkal iet kopā ar to vainas apziņu, ja?” (5. eksperts)* Savukārt kā pretēju, uz āru vērstu reakciju vardarbības pieredzes gadījumā var novērot agresiju, dusmas, it sevišķi zēniem.

Viens no bērnu reakcijas veidiem, uz pārciestu vardarbību, ko intervijās pieminēja vairāki no ekspertiem, ir noliegšana un izstumšana. Cietušie bērni mēģina pārdzīvoto traumu aizmirst un noliegt, ka jebkad kas slikts ir ar viņiem atgadījies. *“Tur ir tie galvenie likumi – neredzi, nedzirdi, nerunā, nejūti.”* (9. eksperts) *“Jo es domāju, ja viņi to visu apzinātos.. tad var prātā sajukt. Nu tur ir kaut kā, ka ieslēdzas tāds kā aizsargmehānisms, ka patiesībā ir labāk nejust, lai varētu izdzīvot tajā vidē. Tas palīdz izdzīvot.”* (14. eksperts)

Pozitīvās traucējumu pārvarēšanas stratēģijas

Vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģijas bērni izmanto, lai spētu tikt galā ar vardarbības kā smagas psihoemocionālās traumas izraisītajiem pārdzīvojumiem un traucējumiem. Kā pamata stratēģijas tiek uzskaitītas *“...bēgšana, uzbrukšana, sastingšana un veselīgais [veids] – runāšana, palīdzības meklēšana”*. (8. eksperts) Eksperti intervijās norādīja, ka savā praksē novērojuši vardarbības izraisīto traucējumu pozitīvās pārvarēšanas stratēģijas, piemēram, vēršanās pēc palīdzības un atbalsta, bērni izmanto retāk nekā negatīvās. *“Ir tādi ļoti apzinīgi, nu, jāsaka laikam, sirdsgudri bērni, kas tiešām meklē atbalstu. Strādājot uz krīzes tālruni, bija arī tādi gadījumi, kad piezvana un uzreiz kļūst par regulāriem zvanītājiem. Viņi zvana, lai tā kā pārrunātu gan to pieredzi, gan par [parunātos] iespējamiem variantiem, un kas ir tas, ko var darīt.”* (7. eksperts)

Vaicāti par to, vai bērnu iesaistīšanās dažāda veida interešu pulciņos, piemēram, mākslinieciskās nodarbēs, sportā, var būt pozitīvā vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģija, vairums ekspertu norādīja, ka bērnu sevis izpaušana radošās un sportiskās brīvā laika aktivitātēs vai interešu pulciņos pati par sevi nevar palīdzēt tikt galā ar vardarbības atstāto psihoemocionālo traumu. Tomēr šīs nodarbes lieti var noderēt, lai cietušais bērns integrētos sabiedrībā, spētu strukturēt sevi un sadarboties ar citiem. *“Visnotaļ [pulciņos] iemācās daudzas lietas: disciplinēt, saprast, strukturēt sevi, sajusties vajadzīgām, iemācīties saprast, ka pasaule nesastāv tikai no ļaunuma...”* (9. eksperts) Būtiska nozīme interešu pulciņos ir pieaugušajam – trenerim, skolotājam, kas no vardarbības cietušajam bērnam var kļūt par atbalsta personu. *“Treneris var būt ļoti labs psihoterapeits. Zēnam tādām – vienkārši ideāls.”* (1. eksperts) Īpaši noderīga iesaistīšanās interešu pulciņos ir bērniem, kuri cietuši no nevērības. *“Stāsta, piemēram, ka tos bērnus [kuri cietuši no nevērības] diezgan grūti integrēt pēc tam klasē ar vienaudžiem, bet tas, kas tā kā var ļaut viņiem atveseļoties vai nobriest, ir tas, ja viņiem parādās kaut kāda interese, kāds tiešām treneris, kas pilda to vecāku funkciju, bet neucinās, jo novārtā pamestie bērni ucināšanos necieš...”* (2. eksperts)

Negatīvās traucējumu pārvarēšanas stratēģijas

Strādājot ar bērniem, kuri cietuši no vardarbības, eksperti ir novērojuši ļoti dažādas vardarbības izraisīto traucējumu negatīvās pārvarēšanas stratēģijas. Viena no negatīvajām

traucējumu pārvarēšanas stratēģijām izpaužas kā devianta uzvedība, sociāli vispārpieņemto normu pārkāpšana, piemēram, zagšana, klaiņošana, dalība ielu bandās. Tāpat raksturīga ir pakļaušanās autoritātēm – tā var notikt kādas cilvēku grupas ietvaros, piemēram, ielu bandas vai starppersonu attiecībās, jo no vardarbības cietušajiem bērniem ir grūtības veidot tuvas attiecības. *“Nu kā, viņi var kriminālā bandā iet un kaut ko laupīt un dauzīt. Vai tās ir attiecības? Jeb varbūt tā ir tāda bandītu hierarhija... [..] Viņi vienkārši sarunā, ir bandas vadonis un iet un darbojās.”* (1. eksperts) *“[..] tādai meitenei, kas smagi cietusi no fiziskas vai seksuālas vardarbības vai emocionālas un seksuālas vardarbības bērnībā.. [..], [viņa uzskata] “es esmu nekāda”, “es esmu bezpalīdzīga”, “es neko nevaru mainīt, jāmeklē kāds, kas labāk zin, kas man ir vajadzīgs...” [..] pēc tam [viņa] tipiski atrod tādus pašus vīriešus, kas sit viņu, viņas bērnu.”* (2. eksperts) *“Tie, kuri ir policijas redzeslokā, viņiem jau visiem ir kaut kāda šāda veida vardarbīgā pieredze.”* (14. eksperts)

Īpaši raksturīgas dažāda veida “izdzīvošanas stratēģijas” ir bērniem, kuri pieredzējuši nevērību, atstāšanu novārtā. *“[..] viņam varbūt nācies pašam lielu daļu dzīves rūpēties par sevi un izdzīvot šai pasaulē... [..] es neteiktu, ka tādu dzīves pieredzi, bet, zini, tādu iegūtu... tādu izdzīvošanas, tādu saskarsmes modeli. Viņš tā kā knifus izpratis, ieguvis un tad viņš tos ļoti labi liek lietā.”* (13. eksperts)

Vēl viens negatīvs vardarbības izraisītā stresa traucējumu pārvarēšanas veids ir pašdestruktīva rīcība, piemēram, pārmērīga atkarību izraisošo vielu lietošana, pašsakropļošanās un pašnāvības mēģinājumi, ko no vardarbības cietušie bērni veic *“[..] nevis, lai tā kā izbeigtu savu dzīvi, bet izbeigtu tās ciešanas no pārdzīvotā”.* (7. eksperts)

4.3.2. Darbs ar cietušo bērnu

Ekspertiem tika uzdoti jautājumi par to, kā notiek darbs ar bērnu, kurš cietis no vardarbības, un kā šie gadījumi nonāk speciālistu redzeslokā. Pēc interviju datu kodēšanas iezīmējās trīs apakštēmas: vardarbības fakta atpazīšana, bērna vajadzības rehabilitācijas procesā un rehabilitācijas stiprās un vājās puses.

Vardarbības fakta atpazīšana

Vardarbības gadījumus pret bērniem ne vienmēr ir viegli atpazīt. Pēc ekspertu sniegtās informācijas, visgrūtāk ir identificēt tieši emocionālās vardarbības gadījumus, savukārt laiks no vardarbīgā notikuma līdz brīdim, kad tiek konstatēta vardarbība pret bērnu, var ļoti plaši variēt. Kā intervijās norāda eksperti, šis laiks var būt no dažām dienām līdz pat vairākiem gadiem. *“Protams, ja fizisko ierauga ātrāk, tad psihoemocionālajai ir vajadzīgs daudz ilgāks laiks. Nu, piemēram, šī pati slavenā meitene un medmāsa [2013. gadā Latvijā tiesātā medmāsa, kura tīši*

sakropļoja savu meitu] – desmit gadi. Desmit gadi...” (6. eksperts) Vardarbības fakta atpazīšanu var traucēt bērna liecības ietekmēšana un varmākas manipulācijas ar upuri. Nozīme ir arī tam, vai citi ģimenes locekļi pamana vardarbību pret bērnu ģimenē, bet, kā intervijās norāda eksperti, “[..] *mammām tomēr ir tendence neredzēt šos notikumus vai neticēt bērniem. Nu ko var cilvēcīgi saprast. Viņām citādi vajadzētu droši vien sajukt prātā, ja viņas aptvertu, kas notiekās.*” (2. eksperts)

Vardarbību pret bērnu ir iespējams atpazīt pēc bērna uzvedības vai ārējām pazīmēm. Tie pieaugušie, kuriem ir regulārs kontakts ar bērnu (piemēram, ģimenes locekļi, skolotāji, tuvinieki, kaimiņi), var novērot izmaiņas bērna uzvedībā, kas krasī atšķiras no viņa iepriekšējās uzvedības, paradumiem, izturēšanās – tā intervijās norāda eksperti. “*Viņi [bērni, kuri cietuši no vardarbības] tomēr uz visa tā fona, viņi tā kā izlec...*” (3. eksperts) Ļoti retos gadījumos cietušie bērni nonāk institūciju redzeslokā pēc vienas ne pārāk smagas vardarbības epizodes. Visbiežāk pret bērnu vērstās vardarbības gadījumi tiek pamanīti tajā brīdī, kad kaut kādu iemeslu dēļ nobrūk ģimenes, kurā notiek vardarbība pret bērnu, disfunkcionālā sistēma. “[..] *bērni ar to [vardarbību] sadzīvo un tiek galā līdz, nu, teiksim, vai nu viņi ļoti stipri cieš, ja, ir kaut kāds fizisks bojājums, vai nu arī kaut kas emocionāli, ja, nu kas liek bērnam to signālu raidīt citā vidē, ka viņam kaut kas īsti nav kārtībā...*” (11. eksperts) Tas ir brīdis, kad vardarbība pret bērnu kaut kādu iemeslu vai apstākļu dēļ vairs bērnam nav izturama vai pieņemama. “*Kad vadzis pilns, tas lūst.*” (8. eksperts)

Liela daļa ekspertu atzina, ka tās institūcijas, kas visbiežāk pamana un ziņo par iespējamajiem vardarbības gadījumiem pret bērnu, ir skolas un sociālie dienesti. Daudzi eksperti norādīja, ka bieži vien tie ir arī kaimiņi, kas pamana vardarbību ģimenē un ziņo par to atbilstošajām institūcijām – policijai vai bāriņtiesai. Savukārt ārsti par iespējamajiem vardarbības gadījumiem pret bērniem ziņo salīdzinoši reti, norādīja liela daļa intervēto ekspertu. “*Caur ārstiem reti [nonāk redzeslokā]. Mana pieredze – ļoti reti.*” (5. eksperts) “*Bet es domāju, ka viņi [ārsti] nelabprāt [ziņo]. Viņi tā kā vispār labāk turas nomaļus, tas tā kā uz mani neattiecas, vai ne. [..] Viņi tā norobežojas vairāk.*” (13. eksperts)

Bērna vajadzības rehabilitācijas procesā

Eksperti intervijās, vaicāti, kas visvairāk nepieciešams bērniem, lai viņi atgūtos pēc pārdzīvotas vardarbības, kā visbūtiskāko norādīja atbalstu un drošību. Lai bērns justos droši, viņam nepieciešama droša vide, skaidri noteikumi, noteikts ikdienas ritms, paredzamība un vardarbīgās situācijas pārtraukšana. “*Ir svarīgi normalizēt viņa [cietušā bērna] stāvokli, lai viņš nejūk prātā. Respektīvi, drošība, robežas, konsekvence sekās, respektīvi, ka tā dzīve ir paredzama. Respektīvi, kad nu, ja es darīšu to, tad es varu paredzēt to. Nu, cik tas dzīvē vispār ir iespējams. Bet lai ir paredzamība, konsekvences, sekas sliktai uzvedībai, jo tas ir vēl viens*

risks, ka, ja bērns ir cietis, pret viņu sāk izturēties tā baigi, baigi uzmanīgi, ja.” (2. eksperts)

Lai bērns justos droši, būtiski ir sodīt varmāku, lai būtu kāds, kurš uzņem atbildību par notikušo. *“Un, protams, bērniem ir arī ļoti svarīgi, lai varmāka ir sodīts. Tas ļoti palīdz, ka arī citi cilvēki ir atzinuši, ka viņš ir vainīgs. Tas ir ļoti svarīgs moments. Pie traumas, traumai palīdz, ja ir kāds, kas uzņem atbildību par to traumu, tad atveseļošanās process ir daudz ātrāks.” (2. eksperts)*

Intervijās kā vissvarīgākais un nepieciešamākais bērnam rehabilitācijas procesā minēts atbalsts. Ģimenes atbalsts bērnam tika norādīts kā nozīmīgākais, taču atbalstu var sniegt arī citi pieaugušie, piemēram, tuvinieki, skolotāji, treneri, paziņas, kuriem bērns uzticas un kuri bērnu uzklausā. *“[...] ja runa ir par bērnu, tad viņam jābūt vismaz vienai atbalsta personai no vecākiem un/vai no tuvākajiem, ja, pieaugušam cilvēkam, kas viņu saprot, atbalsta.” (4. eksperts)*

“[...] tādas kā atvērtas durvis [bērnam nepieciešamas], jo tas, ko tā pieredze rāda, ka ne uzreiz bērns ir gatavs stāstīt. Nereti īpaši seksuālās vardarbības gadījumā. Nu, tad ir tā kauna sajūta, ir bailes no pārmetumiem, nu tāds kā kauna traips. Un, jā, tās atvērtās durvis ar to domu, nu ja šobrīd nē, bet tad, kad tev vajadzēs, tad es būšu te. Nu tas, atbalsta persona vai kas tas būtu – vai vecāks, draugs, skolotājs, speciālists, ģimenes ārsts. Vienalga kas. Nu tā kā tāda drošība un tas atbalsts, tāds matracis.” (7. eksperts)

Vairāki eksperti norādīja arī, ka svarīgi ir noticēt bērnam, viņu pieņemt un nenosodīt. *“[...] ir jāpieņem viss viņu [cietušo bērnu] pārdzīvojums un jūtas, vai tas ir pārspīlēts vai samelots, vai kā citādi. [...] ir svarīgi pieņemt, noticēt, atbalstīt, maksimāli būt kopā ar viņu...” (4. eksperts)*

Rehabilitācijas procesā, lai atgūtos pēc pārciestas vardarbības, bērnam nepieciešama arī profesionāla psihologa vai psihoterapeita palīdzība, jo pieredzētās vardarbības psihoemocionālās traumas pārstrādei būtiski ir *“pārdzīvot notikumu vēlreiz, pārstrādāt viņu, atrast viņam kaut kādu vietu savā pieredzē, atbildēt uz jautājumiem, kāpēc tas notika tieši ar mani, kāpēc, ko es varēju darīt savādāk, tikt ar to vainas izjūtu galā...” (2. eksperts)*

“Strādāt ar sevi mēs diemžēl nevaram. Mēs savu psihi mainīt nevaram. Tas nu gan ir pilnīgi skaidrs, ka ir vajadzīgs otrs cilvēks, lai to mainītu”. (1. eksperts)

Psihologiskās palīdzības sniegšanas ietvaros speciālists bērnam iemāca robežas, iemāca sevi aizsargāt, palīdz tikt galā ar vainu un kaunu, turklāt profesionāls psihologs vai psihoterapeits ir kā *“vērotājs no malas”, kurš spēj objektīvāk izvērtēt vardarbīgo situāciju un tajā iesaistīto personu lomu. “Psihologiskā palīdzība ir vajadzīga, pirmkārt, krīzes pārvarēšanai. Jā, jo to ļoti reti izdodas citiem svarīgajiem pieaugušajiem atbalstošiem pieaugušajiem izdarīt, jo tur bišķiņ vajadzētu tādu, nu, emocionālu distancēšanos, pat tad, ja prasmju pietiek, ja.” (8. eksperts)*

Rehabilitācijas vājās puses

Vairāki eksperti, stāstot par savu darba pieredzi ar cietušajiem bērniem, norādīja arī uz situācijām, kurās institūciju iejaukšanās pret bērniem vērstas vardarbības situācijā nevis palīdzējusi, bet patiesībā izraisījusi vēl lielāku kaitējumu. Lielākā daļa ekspertu intervijās norādīja, ka savā praksē ir pieredzējuši arī to, ka bērni cieš no institūciju iejaukšanās. Dažos gadījumos tas ir bijis saistīts ar speciālistu, pie kuriem bērnam bijis jāvērsas (piemēram, policijā, sociālajā dienestā, bāriņtiesā), neatsaucību, neprofesionalitāti vai neieinteresētību. Dažkārt kaitējuma iemesls bijis saistīts ar sistēmiskiem palīdzības sniegšanas trūkumiem. *“[...] grūtākais ir tas, ka... Nu, kā lai saka, bieži vien, tas var skanēt briesmīgi, bet bieži vien no visas šīs rehabilitācijas un visa, kas ir sacelts, ļoti bieži paliek sliktāk, tāpēc, ka mūsu sociālā sfēra, likumdošana ir bezzobaina un nav... Nav nekādu, kā lai saka, mehānismu, ko iedarbināt papildus, lai to ģimenes sistēmu atveseļotu, lai bērnam sniegtu pienācīgu palīdzību... [...] Ja ir slikta sadarbība ar bāriņtiesu un sociālo dienestu, tas nav vienmēr, bet, ja tā ir, tad dažkārt var nodarīt vairāk sliktā, nekā laba. [...] mehāniski iejaucoties, nu, bez tādas izpratnes un bez iespējām reālām palīdzēt bērnam, tas viņam ir traumatiski. No tā paliek tikai sliktāk.”* (5. eksperts)

Rehabilitācijas procesā problēmas rodas arī tad, ja vardarbīgā situācija netiek atrisināta kopumā, strādājot sistēmiski un ilgstoši. *“[...] vai mēs ar savu it kā labā darīšanu neizdarām kaut ko sliktu. Un tur ir tāda situācija, ka, īpaši mazākā teritorijā, kur cilvēki viens otru pazīst. Tu izcel situāciju – ok, skaisti, esi padarījis savu darbu, bet tā pēctecība, kas notiks pēc tam? Kur tas bērns nonāk? Kādās attiecībās? Ko tā sabiedrība, kā uz to reaģē? Kur tas pats varmāka, kas arī īstenībā pēc būtības ir upuris situācijas, ja? Kur viņš nonāk? Kāda ir viņa tālākā dzīve? Kas ar viņu strādā, kā viņam palīdz?”* (6. eksperts) *“Tevi [cietušo bērnu] izvelk no sūdiem, ieceļ saulītē un pēc tam iemet sūdos... Tā ir institucionālā vardarbība.”* (14. eksperts) Nereti eksperti intervijās norādīja uz konfidencialitātes un informācijas noplūdes riskiem, kas situāciju var vērst bērnam par sliktu un izraisīt vēl lielākas problēmas. *“Un institūcijas, negribētos nevienu apvainot, bet nereti institūcijas, labu gribēdamas, izdara vēl lielāku ļaunumu... [...] citām reizēm, viņas [institūcijas] izdara [ko] nevajadzīgu, piemēram, kad informācija noplūst. Un bieži vien tie ir sociālie darbinieki, kas paši izplāpā, padara to situāciju daudz traumatiskāku, nekā tas būtu bijis, ja nebūtu neviens par to runājis...”* (9. eksperts)

4.3.3. Rehabilitācijas sistēmiskās vajadzības

Intervijās eksperti atklāja savu redzējumu par to, kas, viņuprāt, valstī būtu jānodrošina institucionālajā līmenī, lai palīdzētu no vardarbības cietušajiem bērniem pārvarēt vardarbības izraisītos traucējumus, kā arī dalījās pieredzē par esošo palīdzības programmu pozitīvajiem un negatīvajiem aspektiem. Šajā tēmā pēc intervijas datu kodēšanas izveidotas trīs apakštēmas: 1) speciālistu resursi, 2) nepieciešamie pakalpojumi un programmas, 3) sistēmiskie rehabilitācijas trūkumi.

Speciālistu resursi

Vairāki eksperti intervijās norādīja uz nepieciešamību pēc starpinstitucionālas speciālistu sadarbības pret bērnu vērstas vardarbības gadījumu risināšanā. Pret bērnu vērstas vardarbības gadījumu risināšanā tiek iesaistītas vairākas institūcijas un dažādi speciālisti, kas katrs strādā ar savas nozares specifiku un no visas vardarbīgās situācijas redz tikai kādu daļu, bet ne kopainu, tādēļ starpinstitucionāla sadarbība un informācijas apkopošana par vienu konkrēto gadījumu no dažādu nozaru speciālistiem palīdzētu atrast veiksmīgāko un piemērotāko darbības modeli vardarbības gadījuma risināšanā. *“[Būtu jāievieš] nu kaut kādu droši vien to sadarbību, varbūt vēl precīzāk nodefinēt, kas tas ir, jo tas, ko es pašreiz redzu – kaut kāda sistēma ir. Ārsts sūta pie psihologa. Ja konstatē tur kaut ko, viņš [ārsts] arī var vērsties policijā vai bāriņtiesā. Tas, kas iztrūkst, iztrūkst, nu, kā lai saka, atgriezeniskā saite, ja? [...] no vienas puses, tāds mehānisms ir, bet tās sadarbības nereti nav, kā informācija tiek nodota no vienas institūcijas otrai. Varbūt, varbūt [vajadzētu] kaut kādas tikšanās reizes, ja, kad tiekas visi speciālisti, nu un tad izdomājam tam vienam gadījumam kaut kādu plānu.”* (7. eksperts)

Eksperti, kuriem ir pieredze starpinstitucionālā vardarbības gadījumu risināšanā, novērtēja to pozitīvi. *“Un mēs arī praktizējam tā, ka mums ir starpinstitucionālas tikšanās. [...] Tas ļoti labi strādā, jo ne jau visu uz papīra var uzrakstīt. Un, kad viņi [citi speciālisti] pastāsta, ko mums vajag, mēs pastāstām, to saliek kopā, tu redzi tam jēgu.”* (14. eksperts)

Eksperti intervijās norādīja, ka pret bērniem vērstās vardarbības gadījumu atklāšanā un cietušo bērnu rehabilitācijas procesā nozīme ir speciālistu profesionalitātei, zināšanām un izpratnei par vardarbību un tās sekām. Vardarbības gadījuma risināšanā iesaistītos speciālistus nepieciešams apmācīt, lai viņi labāk izprastu vardarbības fenomenu un tā ietekmi uz cilvēka veselību, kā arī labāk spētu izprast un identificēt specifiskas pieredzētās vardarbības izpausmes. *“Domāju, ka būtu jānodrošina to cilvēku, kas nodarbojas ar šīm lietām tādām, tāda izteikta apmācība. Tīri psiholoģijā... [...] tādiem pašiem policistiem būtu vērtīgi, stipri vien, pamācīties medicīnu, ne tik dziļi kā ārstiem, un psiholoģiju, ne tik dziļi kā psihologiem, bet lai viņi trenētu*

uzvedības, emociju atpazīšanā, tāpēc, ka vislabāk var darīt tad cilvēks, ja viņš pats ļoti labi izprot sevi, savas reakcijas, savu uzvedību... Un trenētu arī tādas saskarsmes prasmes, ja. Tas ir ideālākais variants.” (9. eksperts)

Daļa intervēto ekspertu savukārt norādīja uz nepieciešamību apmācīt vardarbības pret bērniem risināšanā iesaistītos speciālistus par konkrētām darbībām un pienākumiem, kas speciālistiem ir jāveic, sastopoties ar vardarbības pret bērnu gadījumiem. *“[...] varbūt, ka ir vērts veikt apmācību par to, kā lietot to Krimināllikuma pantu, kas ir saistīts ar vardarbību pret bērnu un fizisku un psihisku ciešanu radīšanu viņam. Nu tur vienkārši jāapmāca speciālisti, sākot no policistiem un medicīnas darbiniekiem, līdz, manis pēc, tiesnešiem, kas pamazām tiek darīts. Un ārstiem...” (8. eksperts)*

Intervijās, vaicāti par to, kas vēl papildus esošajai sistēmai valstī būtu paveicams institucionālā līmenī, liela daļa ekspertu norādīja, ka nepieciešams nodrošināt adekvātu, samērīgu darba samaksu. *“[...] speciālistiem, kas ar to [cietušo bērnu rehabilitāciju] nodarbojas, izmaksāt atbilstošu samaksu. Jo nu lai psihologs uzturētu sevi tādā līmenī, ka viņš spēj strādāt ar vardarbībā cietušo bērnu, viņam vajag savā izglītībā ieguldīt, gan profesionālās, personīgās veselības kompetences uzturēšanā jāiegulda pietiekami daudz. Tā ka tur vajadzētu būt samērīgai samaksai.” (8. eksperts)*

Nepieciešamie pakalpojumi un programmas

Visi intervētie eksperti norādīja, ka ģimenei ir visnozīmīgākā loma no vardarbības cietuša bērna atlabšanas procesā, tādēļ noderīgi būtu nodrošināt atbalsta programmas ne tikai no vardarbības cietušajam bērnam, bet visai bērna ģimenei kopumā. Nereti cietušo bērnu vecākiem trūkst zināšanu un izpratnes par vardarbību pret bērnu, tās sekām un problēmas risinājumiem, tādēļ, pēc rehabilitācijas, atkal ievietojot bērnu tajā pašā ģimenē un situācijā, problēmas cēlonis netiek atrisināts, un pastāv liela iespēja, ka vardarbīgās situācijas atkārtosies. *“Apārstē [bērnu], kaut kādā veidā saved kārtībā, bet, atgriežoties atkal ierastajā vidē, notiek tas pats. Un tad tas atkal ir, nu... Es domāju, ka tā ir vēl lielāka vilšanās, jo es esmu izdarījusi tik daudz no savas puses, nekas nav mainījies... Bet ir, protams, lietas, kas nav atkarīgas no tiem bērniem. Es varu censties ļoti labi uzvesties, bet, ja tas tētis dzer un kaujās, nu tad viņš dzer un kaujās.” (7. eksperts)*

Vairāki eksperti norādīja, ka pret bērnu vērstās vardarbības problēma risinātos sekmīgāk, palīdzot vecākiem, sniedzot viņiem atbalstu, nevis koncentrējoties uz sodīšanas mehānismiem. *“Nevis sodīt viņus [vecākus] vai atņemt viņiem bērnus, bet iedot roku un [teikt:] tagad paiesimies gabiliņu kopā un paskatīsimies, kas jums tur par problēmu. Jo, tā kā sociālais dienests dara: kā kas, tā ir bāriņtiesa, tā uzreiz spriedums, tā uzreiz bērna izņemšana. Tā jau nav palīdzēšana.” (1. eksperts)* Sevišķi būtiski sniegt palīdzību bērna vecākiem ir ģimenēs ar

jaunāka vecuma bērniem. *“Gudrāk būtu to vecāku ārstēt, tas bērns ārstēsies automātiski. Es saku paldies, ka tāda programma [vardarbībā cietušajiem bērniem] vispār ir, bet gudrāk, pareizāk... Nu, par cik mums vispār ačgārni ir, mēs pārsvarā tikai ar cēloņu sekām ņemamies, nevis ar cēloņiem. Tad tā situācija ir tāda, kāda viņa ir.”* (6. eksperts)

Liela daļa intervēto ekspertu norādīja uz valsts programmu trūkumu varmākas rehabilitācijā. Palīdzības programmās strādājot tikai ar cietušo bērnu, bet ne ar vardarbīgo vecāku, netiek atrisināts problēmas cēlonis un pastāv risks, ka vardarbīgā persona turpinās uzvesties vardarbīgi pret to pašu bērnu vai kādu citu cilvēku. *“Mēs konstatējam faktu, koncentrējam uzmanību uz to bērnu, un mēs neko nedarām ar to varmāku. Mēs viņu sodām, labi. Bet nu sods, pfff, nu ko viņš daudz maina, ja? Viņš varbūt rada lielāku aizvainojumu. Un kā kādreiz teica – nu, jādara viss, lai viņš netiktu kolonijā vai cietumā, jo tur viņš izies tādu dzīves skolu, ka tu pēc tam neko tur vairs nevarēsi izdarīt.”* (6. eksperts) *“[...] vairāk būtu tiešām jānodarbojas ar varmākām. Varmāku izolēšanu vai varmāku kaut kādu piespiedu darbu darīšanu vai izpēti, vai ekspertīzes tieši viņiem daudz ātrāk nekā tiem, kuri tiek... Upuri tiek nēsāti pa visurieni, viņi tiek pētīti no visiem galiem un vēl viss pārējais, bet netiek pētīti tie, kas to veic.”* (9. eksperts)

Eksperti izteica viedokli, ka jāpievērš uzmanība arī dažāda veida preventīvajiem pasākumiem, lai mazinātu vardarbību. Eksperti norādīja, ka nepieciešami izglītojoši pasākumi dažādām mērķa grupām – bērniem, vecākiem un speciālistiem. Bērniem nepieciešams viņu vecumam atbilstošā veidā stāstīt par to, kas ir vardarbība, kas ir viņa tiesības un pienākumi, kā rīkoties, ja notikusi vardarbība. *“Piemēram, pie seksuālās vardarbības meitene zina, kas tā ir, bet, piemēram, nevar saprast, cik tālu... Nu, pusaudžu meitene diezgan daudz ir jāmāca par to, ka, ja pat dzimumakts ir sācies un tev tas nepatīk, tas nenožīmē, ka tev tas jāizcieš līdz beigām. Tu drīkstēti teikt “nē” jebkurā posmā, jebkurai darbībai...”* (2. eksperts)

Vecāki jāizglīto par vardarbības fenomenu, par simptomiem, kas norāda uz to, ka bērns cietis no vardarbības, par to, kā tādos gadījumos rīkoties. Daži eksperti norādīja: svarīgi, lai jauniejiem vecākiem būtu pieejamas izglītojošas programmas par attiecībām ģimenē, bērnu audzināšanas metodēm. *“[...] par prevenciju vispār ir jādomā. Par to, ka ir izglītojoši, teiksim, nu, bērnudārza vecuma bērnu vecākiem par [bērnu] attīstību [stāstīt], par ģimenes tur, nu, attiecībām, par to, kas notiek [ģimenē]. Nu, kad tas preventīvais darbs vispār būtu neatsverams...”* (5. eksperts)

Saistībā ar gadījumiem, kad pret bērnu vērsta seksuālā vardarbība viens no ekspertiem norādīja, ka būtu nepieciešams ieviest uzraudzības sistēmu personām, kuras veikušas vardarbību vai par kurām ir pamatotas, bet nepierādītas aizdomas par seksuālu vardarbību pret bērniem.

Sistēmiskie rehabilitācijas trūkumi

Vairumā interviju eksperti norādīja, ka nepieciešams mainīt likumdošanu attiecībā uz gadījumiem, kad pret bērnu ģimenē notikusi vardarbība, nosakot, ka ģimenes mājoklis ir jāpamet vardarbīgajai personai, nevis cietušajam bērnam. *“Tas, par ko šobrīd ļoti ilgi cīnās, tas ir vienkāršots veids, lai noteiktu vardarbīgās personas netuvošanos, tātad tuvošanās aizliegums. Un šī aizlieguma kontrole ir viena lieta, kas cieši saistīta ar vardarbību ģimenē vispār. Tas ir sakārtot cilvēka tiesību prioritātes kā tiesības uz dzīvību, veselību, drošību ir augstāk stādāmas nekā tiesības uz īpašumu.”* (8. eksperts)

Būtiska nozīme ir operatīvai bērna liecību sniegšanai un šo liecību ierakstīšanai, vēlams pirmo 24 stundu laikā pēc notikušās vardarbības. Liecību ierakstīšana palīdzētu gadījumos, kad notiek bērna liecības ietekmēšana, turklāt sniegtās liecības ieraksts būtu izmantojams speciālistiem vardarbības gadījuma izmeklēšanā, nodrošinot, ka bērns netiek pratināts vairākas reizes. *“[...] ir svarīgi paņemt tā bērna liecību uzreiz 24 stundu laikā un ierakstīt. Tam jābūt ļoti operatīvi. Un tad lai speciālisti to liecību lieto, lai tas bērns netiktu vairākas reizes pēc kārtas pratināts.”* (2. eksperts)

Runājot par esošo palīdzības programmu vardarbībā cietušajiem bērniem, eksperti norādīja, ka būtu labi diferencēt terapijas ilgumu cietušajiem bērniem, jo dažkārt ar valsts apmaksātajām desmit vizītes reizēm ir par maz, lai palīdzētu bērnam pārvarēt vardarbības izraisītos traucējumus. *“Valsts programma ir viens vai divi mēneši krīžu centrā vai līdz desmit konsultācijām dzīvesvietā. [...] Tas ir nepietiekami, vairumā gadījumu tas ir nepietiekami. Tas var būt pietiekami pie vienas vardarbības epizodes un atbalstošiem pieaugušajiem, bet nekādā gadījumā tas nav pietiekoši ilgstošas vardarbības gadījumos vai, ja bērns nāk vardarbīgs, vai no disfunkcionālas vides.”* (8. eksperts) *“Es domāju, ka tā palīdzība būtu diferencējama... [...] Nu, ja speciālists redz, ka tur ir nepieciešams ilgāk, tad šī palīdzība arī būtu sniedzama ilgāk.”* (5. eksperts)

Daļa ekspertu atzina, ka būtu rūpīgāk jāizvērtē, vai no vardarbības cietušo bērnu ir nepieciešams ievietot krīzes centrā vai tomēr mēģināt rast iespēju nodrošināt viņa rehabilitāciju dzīvesvietā. *“[...] tas, ko man gribētos, lai sociālais dienests vairāk izvērtē, vai tiešām vajag rehabilitāciju institūcijā. Vispirms izvērtēt visus plusus un mīnus, lai bērns paliek dzīvesvietā.”* (14. eksperts) *“[...] es domāju, jāsakārto skaidrāk to rehabilitāciju. To rehabilitāciju dzīvesvietā, rehabilitāciju institūcijā. Jā, jo īstenībā pašvaldības kaut kā, es nezinu, vai tas ir dēļ birokrātijas, vai kā, man rodas sajūta, kad nu, pašvaldības nelabprāt kaut kā to rehabilitāciju dzīvesvietā ņem.”* (13. eksperts)

4.4. Ekspertu interviju rezultātu kopsavilkums

Ekspertu pieredze liecina, ka bērniem pret sevi pieredzētās vardarbības izpratne nav pilnīga. Tā kā vardarbība pret bērniem visbiežāk notiek ģimenē, situācijas objektīvu uztveri apgrūtina bērna emocionālā piesaiste ģimenes locekļiem, kā arī ambivalentās jūtas pret pāridarītāju. Savas ģimenes vidi bērns uztver kā pašsaprotamu, līdz ar to šādi viņš saredz arī tajā notiekošos procesus un cilvēku uzvedību, tai skaitā vardarbību. Spēja analizēt un salīdzināt savu ģimeni ar citu cilvēku ģimenēm bērnam sāk attīstīties pusaudžu vecumā. Eksperti novērojuši, ka bērniem ir nepilnīga izpratne par vardarbību kā konceptuālu jēdzienu, tomēr viņi atpazīst vardarbību situatīvi – kā darbību vai kā situāciju. Daži eksperti norādīja, ka dažkārt ir saskārušies ar gadījumiem, kad bērni vardarbību izmanto kā instrumentu manipulācijām ar pieaugušajiem.

Visbiežāk bērni, kas nonākuši intervēto ekspertu redzeslokā, cietuši no emocionālās vardarbības, savukārt kā otrs biežāk pieredzētais vardarbības veids norādīta nevērība pret bērnu. Visretāk bērni cietuši no seksuālās vardarbības, tomēr šis vardarbības veids parasti atstāj vissmagākās sekas uz bērna veselību. Ekspertu pieredze liecina, ka bērni bieži vien pieredz vairāk nekā tikai no vienu vardarbības veidu un vardarbības veidu savstarpējās kombinācijas mēdz būt dažādas. Kā biežākie pāridarītāji norādīti bērna ģimenes locekļi, un to eksperti skaidro kā vecāku varas pārkāpumu pret bērnu. Bērna spēja atklāti izstāstīt par notikušo vardarbību ekspertu pieredzē ir dažāda. Daļa ekspertu norādīja, ka atklātāk par notikušo vardarbību runā jaunāka vecuma bērni un meitenes. Būtiska nozīme ir arī laikam, kas pagājis kopš pieredzētās vardarbības, – jo ātrāk notikušais ir pamanīts, jo vieglāk bērns spēj par to pastāstīt. Kā galvenos iemeslus bērna klusēšanai eksperti min potenciālu bērna liecības ietekmēšanu un vardarbīgā vai arī nevardarbīgā vecāka manipulācijas ar cietušo bērnu. Tāpat bērna izjūtas, piemēram, kauns, vaina vai bailes, var ietekmēt spēju atklāti runāt par notikušo vardarbību.

Vardarbība atstāj nelabvēlīgas sekas uz cietušā bērna veselību īstermiņā un ilgtermiņā. Vardarbība var atstāt dažāda veida fiziskās veselības sekas uz bērna veselību – traumas un ievainojumus, slimības, nevēlamu grūtniecību. Visās intervijās eksperti norādīja uz psihosomatiskiem un kognitīviem traucējumiem, kas radušies pārciestās vardarbības izraisītā stresa dēļ. Bērna uzvedības un psihoemocionālie traucējumi tiek raksturoti kā eksternalizēti vai internalizēti psihiskās veselības traucējumi. Eksternalizētajiem traucējumiem raksturīga agresīva un antisociāla uzvedība, bet internalizētajiem – zems pašvērtējums, trauksme un depresīvs noskaņojums. Tāpat no vardarbības cietušajiem bērniem novēro grūtības socializēties un veidot normālas, sociāli pieņemamas attiecības ar līdzcilvēkiem.

Bērnu reakcija uz vardarbības pieredzi ir dažāda. Dažkārt cietušie bērni notikušajā vaino sevi, bet citkārt, īpaši zēniem, var novērot pretēju, uz āru vērstu reakciju – dusmas un agresiju. Tāpat nereta reakcija ir notikušās vardarbības noliegšana un izstumšana no apziņas. Vardarbības izraisīto traucējumu pozitīva pārvarēšanas stratēģija būtu tā, ka paši cietušie bērni meklētu palīdzību un atbalstu, tomēr eksperti norāda, ka tādu gadījumu viņu pieredzē ir maz. Biežāk cietušajiem bērniem novēro vardarbības izraisīto traucējumu negatīvās pārvarēšanas stratēģijas, kas izpaužas kā devianta uzvedība, vispārpieņemto sociālo lomu pārkāpšana, pārmērīga atkarību izraisošo vielu lietošana, pašsāpju izraisīto sāpju mēģinājumi.

Vardarbības mazināšanā un sekmīgā cietušā bērna rehabilitācijā pēc notikušās vardarbības būtiska nozīme ir savlaicīgai vardarbības gadījumu atklāšanai. Ekspertu pieredze liecina, ka ne vienmēr vardarbība tiek konstatēta tūlīt pēc vardarbīgā notikuma. No vardarbīgā notikuma līdz tā atklāšanai var paiet laiks – no dažām dienām līdz pat vairākiem gadiem. Vardarbību pret bērnu var atpazīt pēc bērna uzvedības izmaiņām vai ārējām izpausmēm. Skolas un sociālie dienesti ir tās institūcijas, kas visbiežāk pamana iespējamās pret bērnu vērstās vardarbības gadījumus un ziņo par tiem, savukārt ārstniecības personas ziņo salīdzinoši reti.

Pamata priekšnosacījumi bērna sekmīgai rehabilitācijai pēc pārdzīvotas vardarbības ir atbalsts un drošība. Būtiskākais ir atbalsts no paša bērna ģimenes, tomēr atbalstu sniegt var arī citi pieaugušie – radnieki, skolotājs, treneris un citi. Nozīmīga ir arī atbalsta forma; svarīgi ir noticēt bērna stāstītajam, viņu pieņemt un nenosodīt. Profesionāla palīdzība bērnam jāsaņem no psihologa vai psihoterapeita, kas var objektīvi izvērtēt notikušo un palīdzēt bērnam tikt galā ar vardarbības stresa izraisītajiem traucējumiem. Kā rehabilitācijas vājas puses eksperti norādīja gadījumus, kad bērni cieš no institūciju darbības. Tas notiek, kad cietušajiem bērniem būtu jāsaņem atbalsts un palīdzība no dažāda veida institūcijām (sociālā dienesta, policijas, bāriņtiesas u.c.), bet realitātē saskarsme ar dažāda veida speciālistiem rada vēl lielāku kaitējumu un psihoemocionālo traumu. Kā visbiežākie riski norādīti speciālistu neatsaucība un vājas profesionālās prasmes, institūciju sistēmiskas un ilgstošas darbības trūkums pret bērniem vērstas vardarbības gadījumu risināšanā, kā arī konfidencialitātes neievērošana un informācijas noplūde.

No vardarbības cietušo bērnu rehabilitācijā svarīgs resurss ir labi apmācīti speciālisti un to pieejamība. Tā kā vardarbība pret bērniem ir multidisciplināra sabiedrības veselības problēma, nepieciešams apmācīt dažādu nozaru speciālistus, kuri ir iesaistīti pret bērnu vērstās vardarbības gadījumu atklāšanā un risināšanā. Sekmīgai šādu gadījumu risināšanai nepieciešama starpinstitucionāla sadarbība. Tie eksperti, kuri savā darbā ir pieredzējuši sadarbību pret bērnu vērstās vardarbības gadījumu risināšanā, rezultātus novērtēja kā pozitīvus.

Papildus jau esošajām programmām un pakalpojumiem būtu jānodrošina atbalsta programmas ne tikai cietušajam bērnam, bet bērna ģimenei kopumā, jo nereti bērnu vecākiem trūkst zināšanas un izpratnes par vardarbību pret bērnu. Tāpat sistēmiskai pret bērnu vērstās vardarbības gadījumu risināšanai būtu jānodrošina palīdzības programmas varmākam, lai novērstu jaunus potenciālus vardarbības gadījumus pret to pašu bērnu vai citu personu. Nozīmīgi ir veikt preventīvos pasākumus vardarbības mazināšanai, piemēram, izglītot sabiedrību un vecākus par vardarbību pret bērniem, stingrāk uzraudzīt seksuālās vardarbības noziedzniekus u.c. Lai pasargātu bērnu pret viņa vērstās vardarbības gadījuma izmeklēšanā, svarīgi, lai likumiskais regulējums paredzētu, ka mājvieta jāatstāj vardarbīgajai personai, nevis cietušajam bērnam. Būtiska nozīme ir arī operatīvai bērna liecību sniegšanai un ierakstīšanai pēc iespējas drīzāk pēc notikušās vardarbības, lai ierakstītā liecība būtu izmantojama izmeklēšanas procesā un lai novērstu iespējamību, ka citas personas var šo liecību ietekmēt. Attiecībā uz cietušo bērnu rehabilitāciju eksperti pauda pārliecību, ka būtu ieteicams diferencēt terapijas ilgumu cietušajiem bērniem, katru gadījumu izvērtējot individuāli un rūpīgi izsverot, vai ir nepieciešama bērna ievietošana krīzes centrā. Pēc iespējas biežāk būtu jācenšas nodrošināt bērna atstāšanu ierastajā vidē un rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu dzīvesvietā.

5. DISKUSIJA

Promocijas darba mērķis bija noskaidrot bērnībā pieredzētās vardarbības izplatību Latvijā un vardarbības saistību ar jauniešu ģimeni un veselību raksturojošajiem parametriem, kā arī, veicot intervijas ar psihologiem un psihoterapeitiem, kuri strādā ar vardarbībā cietušajiem bērniem, noskaidrot valstī pieejamās bērnu rehabilitācijas iespējas. Literatūrās analīze liecina, ka bērnībā pieredzēta vardarbība atstāj nelabvēlīgas sekas uz cietušās personas veselību un labklājību arī vairākus gadus pēc notikušās vardarbības. Ne tikai vardarbība, bet arī citi ģimenes vidi raksturojoši faktori, piemēram, vecāku šķiršanās, pārmērīga alkohola lietošana un psihiskās slimības kādam vai abiem no vecākiem, var radīt nelabvēlīgus apstākļus drošas un bērna attīstībai draudzīgas vides nodrošināšanai. Promocijas darbā analizēta šo faktoru savstarpējā saistība Latvijas jauniešu populācijā, lai salīdzinātu to ar citu valstu pētījumos iegūtajiem rezultātiem. Ņemot vērā vardarbības fenomena multifaktoriālo dabu, promocijas darbā tika izvēlēts veikt arī ekspertu intervijas, lai gūtu padziļinātu ieskatu pret bērniem vērstās vardarbības jēdziena uztverē un problemātikā Latvijas kontekstā.

Pirmā promocijas darbā izvirzītā hipotēze, kas noteica, ka pastāv sakarības starp ģimeni raksturojošajiem faktoriem un bērnībā pieredzētās vardarbības veidiem jauniešu dzimumu grupās, ir apstiprinājusies. Starp dažādiem ģimeni raksturojošajiem faktoriem un vardarbību pret bērniem tika novērotas statistiski nozīmīgas sakarības (sk. 5.1. tabulu). Savukārt otra hipotēze, kas paredzēja, ka ir vērojamas atšķirības jauniešu veselību raksturojošajos parametros starp jauniešu grupām ar dažādu bērnībā gūto vardarbības pieredzi, apstiprinājās daļēji (sk. 5.1. tabulu): tika konstatēts, ka pastāv saistība starp jauniešu veselību raksturojošajiem parametriem un bērnībā pieredzēto fizisko un emocionālo vardarbību un nevērību, bet ne starp veselību raksturojošajiem parametriem un bērnībā pieredzēto vardarbību.

Lai noskaidrotu bērnībā pieredzētās vardarbības izplatību, tika veikta jauniešu aptauja. Salīdzinot bērnībā pieredzētās vardarbības prevalences rādītājus Latvijas jauniešu populācijā ar citu valstu pētījumu rezultātiem, redzams, ka Latvijas gadījumā pastāv atšķirīgas iezīmes. **Emocionālās vardarbības** prevalence Latvijas jauniešu populācijā ir augstāka nekā citās valstīs, bet bērnībā pieredzētās emocionālās nevērības rādītāji ir līdzīga līmeņa vai pat zemāki. Latvijas jauniešu populācijā emocionālās vardarbības prevalence ir 31,5%, bet emocionālās nevērības prevalence – 23,6%. Promocijas darbā iegūtie rezultāti sakrīt ar 2004. gadā publicētā pētījuma rezultātiem par emocionālās un fiziskās vardarbības izplatības rādītāju salīdzinājumu pusaudžiem un jauniešiem četrās Baltijas un Austrumeiropas valstīs – Latvijā, Lietuvā, Moldovā un Maķedonijā (*Sebre et al.*, 2004). Arī šajā pētījumā Latvijas populācijā bija vieni no augstākajiem emocionālās vardarbības pieredzes rādītājiem starp visā pētījumā iesaistītajām

valstīm. Citu valstu pētījumos par bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi emocionālās vardarbības prevalence ir zemāka nekā Latvijas jauniešu populācijā: ASV – 10,3% (*Dube et al.*, 2006), Lielbritānijā – 17,3% (*Bellis et al.*, 2014) un Nīderlandē – 12,9% (*Enns et al.*, 2006). **Emocionālās nevērības** prevalence Latvijā ir augstāka (23,6%) nekā ASV veiktajā pētījumā (14,8%) (*Dube et al.*, 2006), bet līdzīga līmeņa kā Nīderlandē veiktajā pētījumā (25,2%) (*Enns et al.*, 2006). 2013. gadā publicētajā metaanalīzes pētījumā tika apkopoti 16 pētījumu rezultāti par respondentu ziņoto bērnībā pieredzētās nevērības prevalenci. Apkopotais emocionālās nevērības prevalences rādītājs bija 18,4%, bet fiziskās nevērības rādītājs – 16,3%. Gan emocionālās, gan **fiziskās nevērības** prevalence Latvijas jauniešu populācija ir augstāka, attiecīgi 23,6% un 27,0%.

Emocionālā vardarbība un nevērība ir viena no grūtāk atpazīstamajām vardarbības formām, jo nodarītais kaitējums nav tūlītēji pamanāms un nelabvēlīgās sekas izpaužas tikai ilgākā laika periodā. Emocionālā vardarbība pret bērnu kā atsevišķa vardarbības forma definēta salīdzinoši nesen – apmēram pirms 25 gadiem (*Cindy and Miller-Perrin*, 2013), līdz ar to arī pētniecība un izpratne par šo vardarbības veidu ir formējusies salīdzinoši nesen. Emocionālās vardarbības izpausmes un līdz ar to arī atpazīstamība dažādās sabiedrībās var atšķirties. Kā liecina Baltijas un Austrumeiropas valstīs veiktā pētījuma rezultāti par fizisko un emocionālo vardarbību pret bērniem, ir vērojamas atšķirības pat starp Latviju un Lietuvu, kas teritoriāli atrodas viena otrai blakus. Lietuvā biežāk novērota aktīvā emocionālās vardarbības forma – kliegšana uz bērnu, bet Latvijas populācijā vecāki biežāk izmanto pasīvo emocionālās vardarbības formu, kura izpaužas kā vecāku rīcība, kas liek bērnam sajusties vainīgam. Kā norāda pētījuma autori, atšķirības varētu skaidrot ar kultūras stereotipiem, proti, lietuvieši ir ekspresīvāki nekā latvieši un līdz ar to bērnu audzināšanā biežāk izmanto aktīvāku, uz āru vērstu bērnu disciplinēšanu nekā vecāki Latvijā. Tomēr Latvijā plaši pielietotā pasīvi agresīvā emocionālās vardarbības forma – bērna vainas izjūtas veicināšana ir uzskatāma par nopietnu problēmu, jo nereti vecāki neapzinās šādu rīcību kā vardarbīgu un arī to, ka tā var atstāt būtiskas nelabvēlīgas sekas uz bērna labklājību (*Sebre et al.*, 2004). Arī citos pētījumos ir pierādīts, ka emocionālās vardarbības formas ir būtiski pētīt kā atsevišķu pret bērniem vērstās vardarbības veidu, jo tās var atstāt smagas un ilgtermiņa nelabvēlīgss sekas uz bērna veselību un labklājību (*McCabe*, 2003; *Crosson-Tower*, 1999; *Rose & Fife*, 2012). Ekspertu pieredze darbā ar vardarbībā cietušajiem bērniem liecina, ka emocionāla vardarbība un nevērība pret bērnu ir starp tiem vardarbības veidiem, no kuriem bērni cietuši visbiežāk, turklāt šo vardarbības veidu pieredze būtiski ietekmē cietušo labklājību ilgtermiņā. Fakts, ka Latvijas jauniešu populācijā emocionālās vardarbības un nevērības prevalences rādītāji ir augstāki nekā citviet veiktajos pētījumos, kā arī zinātniskajā literatūrā pieejamā informācija par šo vardarbības veidu

nelabvēlīgo ietekmi uz bērna turpmāko fizisko, psihisko un sociālo veselību norāda uz nepieciešamību veikt šo vardarbības veidu mazināšanas aktivitātes Latvijas sabiedrībā.

Bērnībā pieredzētās **fiziskās vardarbības** prevalence Latvijas jauniešu populācijā ir zemāka (16,3%) nekā līdzīgā pētījumā ASV (26,7%) (*Dube et al.*, 2006), bet augstāka nekā atsevišķās Eiropas valstīs – Lielbritānijā (14,3%) (*Bellis et al.*, 2014), Nīderlandē (8,7%) (*Enns et al.*, 2006) un Zviedrijā (15,2%) (*Annerback, Wingren, Svedin and Gusstafsson*, 2010). Iespējams, šīs atšķirības var skaidrot ar fizisko sodu leģitimitātes atšķirībām dažādās valstīs. Piemēram, Zviedrijā jebkāda veida fizisko sodu izmantošana bērnu audzināšanā ir aizliegta kopš 1979. gada (*Pinheiro*, 2006), bet Latvijā to aizliedza tikai 1998. gadā. Savukārt ASV ir vienīgā ANO dalībvalsts, kas nav ratificējusi Bērnu tiesību konvenciju (1989), un ASV joprojām nav pilnībā aizliegta bērnu fiziskā sodīšana audzināšanas nolūkos. Attieksme pret fizisko sodu izmantošanu bērnu disciplinēšanas nolūkos arī varētu būt viens no faktoriem, kas ietekmē pret bērnu vērstas fiziskās vardarbības izplatību. Pētījumos ir apkopota informācija par dažādiem sabiedrību raksturojošiem faktoriem, kas veicina fizisko sodu izmantošanu. Tie ir šādi: vardarbības leģitimitāte un akceptēšana sabiedrībā, nevienlīdzība sabiedrībā un ģimenē, kultūrvēsturiskas pārlicības par fizisko sodu nepieciešamību un nekaitīgumu, lauksaimniecības un industriālās sabiedrības modelis pretstatā pēcindustriālās sabiedrības modelim (*Straus*, 2010). Arī Latvijas sabiedrībā vēl joprojām daļa iedzīvotāju ir atbalstoši noskaņoti pret fizisko sodu izmantošanu bērnu audzināšanas nolūkos. Rezultāti, kas iegūti aptaujā par Latvijas iedzīvotāju attieksmi pret vardarbību pret bērniem, liecina, ka aptuveni puse respondentu uzskata bērnu fizisku ietekmēšanu kā sodīšanas veidu dažkārt var pielietot. Aptuveni trešdaļa respondentu uzskatīja, ka bērnu fizisku sodīšanu drīzāk nevajadzētu aizliegt ar likumu (*Pirsko*, 2010).

Literatūras analīze liecina, ka bērnībā pieredzētās **seksuālās vardarbības** prevalence variē no 7,0% (*Enns et al.*, 2006) līdz 21,3% (*Bellis et al.*, 2014). Metaanalīzes pētījumā, kurā apkopoti 217 pētījumu rezultāti par bērnībā pieredzēto seksuālo vardarbību, apkopotais seksuālās vardarbības prevalences rādītājs bija 11,8% (*Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser and Bakermans-Kranenburg*, 2011). Tas ir tuvu bērnībā pieredzētās seksuālās vardarbības prevalences rādītājam Latvijas jauniešu populācijā – 10,4%. Bērnībā pieredzēto vardarbības veidu prevalences atšķirību skaidrojumi pētījumu populācijās ir dažādi. Rādītāju variāciju var ietekmēt arī atšķirības pētījumu metodoloģijā, piemēram, pētījumā izmantotā gadījuma definīcija, mērījumiem izmantotās skalas un novērtēšanas instrumenti. Pierādīts, ka seksuālās vardarbības prevalence plaši variē atkarībā no pētījuma gadījuma definīcijā iekļautajām seksuālā pāridarījuma formām. Definējot seksuālo vardarbību kā jebkāda veida seksuālās vardarbības izpausmes metaanalīzes pētījumā apkopotais prevalences rādītājs bija 25,3%

meitenēm un 8,7% zēniem, bet, sašaurinot definīciju tikai uz seksuālās vardarbības gadījumiem ar penetrāciju, prevalence bija attiecīgi 5,3% meitenēm un 1,9% zēniem (*Ezzati, Lopez, Rodgers and Murray, 2004*). Nozīme var būt arī pētījumā izmantotajam datu avotam. Populāciju aptaujās par bērībā gūto vardarbības pieredzi tiek iegūti aptuveni desmit reizes augstāki rādītāji nekā uzrāda bērnu aizsardzības institūciju ziņoto gadījumu apmērs (*Fergusson, Horwood and Woodward, 2000; MacMillan, Jamieson and Walsh, 2003*). Tas liecina, ka seksuāls pāridarījums vairumā gadījumu tiek slēpts, un līdz ar to palielinās tā atkārtotās iespējamība.

Vēl viens no potenciālajiem bērībā pieredzētās vardarbības prevalences atšķirību skaidrojumiem tiek saistīts ar vardarbības fenomena multifaktoriālo dabu, proti, vardarbības jēdziena izpratni ietekmē vairāki faktori indivīda, ģimenes, sociāli ekonomiskajā un kultūras līmenī. Arī ekspertu interviju analīze liecina, ka vardarbības jēdziena konceptualizācija ir dažāda un jēdziena izpratni ietekmē vairāki faktori, piemēram, cietušās personas vecums un psihoemocionālās attīstības līmenis, sabiedrībā akceptētie uzvedības modeļi, līdzšinējā bērnu dzīves pieredze un citi. Piemēram, eksperti norādīja, ka mazs bērns savu ģimeni un tajā notiekošo uztver kā normu, spēja salīdzināt sevi ar citiem cilvēkiem attīstās tikai pusaudžu vecumā. Tas nozīmē, ka arī ģimenē notiekošo vardarbību mazs bērns var pieņemt kā normālu “pasaules kārtību”. To apliecina arī Austrālijā veiktais pētījums, kurā intervētas sievietes, kas bērībā ģimenē ir pieredzējušas tēva vardarbību pret māti, atklāts, ka sievietes vardarbību ģimenē skaidri apzinājušās tikai 13, 14 gadu vecumā. Atmiņas par vardarbīgajiem incidentiem ģimenē pēc šī vecuma sasniegšanas cietušajām sievietēm ir skaidrākas un detalizētākas (*O’Brien, Cohen, Pooley and Taylor, 2013*). Arī Latvijas pētījumā iekļautā jauniešu populācija, kuras vidējais vecums bija 19 gadu, ir vērtējama kā pētījuma mērķim atbilstoša populācija, kas spēj adekvāti atšķirt un nosaukt vardarbīgos notikumus.

Nemot vērā nelabvēlīgu ģimenes vidi raksturojošo faktoru saistību ar augstāku risku vardarbībai pret bērnu ģimenē, kā arī šo faktoru potenciālo ietekmi uz bērna veselību un labklājību, promocijas darbā ir plaši aplūkota šo faktoru saistība ar vardarbības sastopamību ģimenē un jauniešu veselību raksturojošajiem parametriem. Darba konceptuālajā modelī ģimeni raksturojošie faktori ir iekļauti kā jaucējfaktori.

Ģimenēs, kurās notiek vardarbība pret bērniem, atrod sakarības ar dažādiem ģimenes vidi raksturojošajiem faktoriem. To apliecina arī J. Bronfenbrennera sociāli ekoloģiskā teorija (*Bronfenbrenner, 1979*). Zems ģimenes SES ir viens no faktoriem, kas tiek saistīts ar lielāku pret bērnu vērstas vardarbības risku. Arī promocijas darba rezultāti apliecina, ka zemāks bērna ģimenes SES saistīts ar lielākām fiziskās vardarbības un emocionālās nevērības izredzēm, proti, tiem jauniešiem, kuru ģimenes SES vērtējams kā zems, bija 1,4 reizes lielākas izredzes

pieredzēt fizisko vardarbību un 1,6 reizes lielākas izredzes pieredzēt emocionālo nevērību nekā jauniešiem no ģimenēm ar augstu SES.

Atšķirībā no citiem zinātniskajā literatūrā publicētajiem pētījumiem Latvijas pētījumā netika novērota saistība starp zemu ģimenes SES un fizisko nevērību pret bērnu. Šie rezultāti nesakrīt ar informāciju, kas iegūta citos pētījumos un statistikas ziņojumos, kuros atklājas cieša saistība starp nevērību pret bērnu un zemāku ģimenes SES. Kā potenciālu šīs nesakritības skaidrojumu varētu minēt to, ka pētījuma atlasē ir iekļauti tie jaunieši, kuri mācās vispārējās izglītības iestādē vai profesionālās izglītības iestādē. Ņemot vērā, ka vidējās izglītības apguve Latvijā nav obligāta, pastāv iespēja, ka, izmantojot respondentu atlasī skolās, atlasē nav iekļuvuši tie jaunieši, kuri neturpina mācības pēc pamatzglītības iegūšanas. CSP apkopotā informācija liecina, ka 4,9% skolēnu pēc pamatskolas beigšanas mācības neturpina, bet arī no tiem, kuri mācības turpina, ne visi iegūst atestātu par vidējo izglītību. 2012./2013. mācību gadā vispārīzglītojošo skolu vidusskolas klasēs no mācībām atskaitīja 5,6% skolēnu, bet no profesionālās izglītības iestādēm 16% skolēnu (LR CSP, 2014). Izglītības un zinātnes ministrijas 2014. gada pētījumā par priekšlaicīgiem mācību pamešanas iemesliem un riskiem Latvijas jauniešu populācijā secināts, ka augstāks risks priekšlaicīgai mācību pamešanai ir jauniešiem no ģimenēm ar zemāku SES. Lielākā daļa no jauniešiem, kuri priekšlaicīgi pametuši mācības, nāk no nepilnām un maznodrošinātām ģimenēm, attiecīgi 44% un 35% no visiem jauniešiem, kuri priekšlaicīgi pametuši mācības (LR Izglītības un zinātnes ministrija, 2014). Līdz ar to potenciāli lielāka iespēja neiekļūt pētījuma atlasē ir tiem jauniešiem, kuru ģimeni raksturojošie rādītāji ir sliktāki. Tas varētu radīt izteiktāku asociāciju starp nevērību un zemu ģimenes SES. Lai gan pētījuma atlasē iekļuvušie jaunieši pēc ģimenes SES reprezentē visus trīs līmeņus, proti, no visiem jauniešiem 29,4% bija no ģimenēm ar zemu SES, 37,2% – no ģimenēm ar vidēju, bet 33,4% – no ģimenēm ar augstu SES, pastāv iespēja, ka mazākas izredzes iekļūt atlasē ir tieši tiem jauniešiem, kuru ģimenes SES vērtējams kā zems.

Ģimenes SES izvērtēšanā jāņem vērā arī mērījumiem izmantotais instruments. Šajā pētījumā tika izmatota Ģimenes pārticības skala, kas ir atzīta par derīgu un izmantojamu indikatoru ģimenes SES novērtēšanai (Currie et al., 2008; Boyce, Torsheim, Currie and Zambon, 2006). Tā ir starptautiskā skolēnu veselības paradumu pētījumā izstrādāta un 45 pētījuma dalībvalstīs aprobēta metode (*Health Behavior in School-Aged Children*, 2017). Tajā izmanto četrus jautājumus, uz kuriem jauniešiem ir viegli atbildēt, proti, tiek vaicāts, vai viņiem ir sava istaba, cik datoru un automašīnu pieder ģimenei un vai ģimene dodas ceļojumos. Tomēr jāņem vērā, ka automašīnu vai datoru skaits ģimenē ne vienmēr tiešā veidā atspoguļo ģimenes pārticības līmeni, jo nereti automašīnu vai datoru var iegādāt kā lietotas, un līdz ar to – vecākas un lētākas preces. Tas varētu ietekmēt ģimenes SES mērījuma pareizību.

Līdzīgi kā citu valstu pētījumos, arī Latvijā novērota saistība starp vecāku šķiršanos un vardarbību pret bērnu ģimenē. Tiem bērniem, kuru vecāki bija šķīrušies vai dzīvoja atsevišķi, novēroja lielākas izredzes ciest no fiziskās, emocionālās un seksuālās vardarbības. Starp vecāku šķiršanās saistību ar pieredzēto vardarbības veidu novērotas atšķirības respondentu dzimuma populācijās: proti, zēniem vecāku šķiršanās gadījumā bija lielākas izredzes pieredzēt fizisko un emocionālo vardarbību, bet meitenēm – seksuālo vardarbību. Rezultāti norāda, ka bērni, kas aug ģimenēs, kurās notikusi vecāku šķiršanās, ir pakļauti lielākam vardarbības riskam. Pret bērniem vērstās seksuālas vardarbības gadījumos varmāka visbiežāk ir kāds no ģimenes locekļiem vai tuvu draugu vai radnieku loka. ASV Nacionālā incidences pētījuma dati liecina, ka vislielākajam riskam pakļautas tās ģimenes, kurās dzīvo viens no bērna bioloģiskajiem vecākiem kopā ar partneri (*Sedlak, 2010*). Šāda tendence novērota arī Latvijas pētījumā, proti, meitenes, kuru vecāki bija šķīrušies, ir pakļautas 1,8 reizes lielākām seksuālās vardarbības izredzēm nekā meitenes, kuru vecāki nav šķīrušies. Arī zēniem vecāku šķiršanās gadījumā novēroja 1,9 reizes lielākas izredzes pieredzēt seksuālo vardarbību, tomēr zēnu populācijā rezultāti nebija statistiski nozīmīgi. Arī citu valstu pētījumos novērotas 2,0 reizes (*Afifi, Boman, Fleisher and Sareen, 2009*) un 2,6 reizes (*Dong et al., 2004*) lielākas izredzes ciest no seksuālas vardarbības ģimenēs, kurās vecāki ir šķīrušies vai dzīvo atsevišķi.

Literatūras avoti liecina, ka vardarbība starp vecākiem, psihiskās slimības kādam no vecākiem un pārmērīga alkohola lietošana ģimenē ir nozīmīgi ģimenes vidī raksturojošie faktori, kas paaugstina pret bērnu vērstās vardarbības risku ģimenē. Šie trīs faktori ir indikatori augsta riska ģimenes atpazīšanai, un arī Latvijas pētījumā visi trīs no šiem faktoriem uzrādīja nozīmīgu saistību ar vardarbību pret bērnu ģimenē. Dati, kas iegūti populāciju pētījumā, kurā piedalījās 42 tūkstoši sieviešu (vecumā no 18 līdz 74 gadiem) no 28 ES dalībvalstīm, liecina, ka Latvijā vardarbība pret sievieti ir salīdzinoši bieži sastopama – katra trešā (32%) sieviete ir pieredzējusi fizisko vai seksuālo vardarbību no pašreizējā vai iepriekšējā partnera. Salīdzinājumam – vidēji ES līmenī šis rādītājs ir 22% (ES Pamattiesību aģentūra, 2014). Bērni, kuru ģimenē notiek vardarbība starp vecākiem, ir pakļauti trīs nozīmīgiem ar vardarbību saistītiem riskiem: bērns var būt vardarbīgo notikumu aculiecinieks, pats ciest no vardarbīgās personas, turklāt šādā ģimenē ir lielāka iespēja, ka bērns var tikt fiziski un emocionāli atstāts novārtā (*O'Brien, Cohen, Pooley and Taylor, 2013; Stanley, Miller, Foster and Thomson, 2010*). Arī intervijās vairāki eksperti kā vienu no emocionālās vardarbības veidiem minēja gadījumus, kad bērns mājās ir liecinieks vardarbībai pieaugušo partnerattiecībās. Pat tad, ja bērns tiešā veidā netiek fiziski ietekmēts, vardarbība ģimenē atstāj traumējošas un nelabvēlīgas sekas uz bērna veselību un labklājību: šiem bērniem biežāk novēro depresiju, trauksmi un posttraumatiskā stresa sindromu.

Pierādījās, ka Latvijas jauniešu populācijā ir 2,9–5,6 reizes (atkarībā no vardarbības veida) lielākas izredzes bērnībā pieredzēt vardarbību, ja ģimenē notiek tēva vardarbība pret māti. Šie rezultāti ir līdzīgi citu valstu pētījumiem. Piemēram, ASV nacionāli reprezentatīvā pētījumā novērots, ka tiem bērniem, kuru ģimenē notikusi vardarbība starp vecākiem, bija 4,3–6,2 reizes lielākas izredzes pašiem pieredzēt kādu no vardarbības veidiem (Hamby, Finkelhor, Turner and Omrod, 2010). Lai gan ASV pētījumā iegūtie asociāciju rādītāji ir nedaudz augstāki nekā Latvijas pētījumā, tie uzrāda ciešu saistību starp abiem ģimenē sastopamajiem vardarbības veidiem. Tas liecina par poliviktimizācijas (angl. – *polyvictimization*) problēmu ģimenēs, kurās notiek vardarbība. Proti, ja ģimenē notiek tēva vardarbība pret māti, ir lielāka iespēja, ka vardarbībai tiks pakļauts arī bērns (Hamby and Grych, 2013).

Arī pārmērīga alkohola lietošana un psihiskās veselības problēmas ģimenē asociētas ar lielāku vardarbības risku. Vairākos pētījumos ir atrasta sakarība starp vardarbību pret bērnu ģimenē un vecāku alkoholismu (Sebre et al., 2004; Velleman et al., 2008; Atschul and Lee, 2011; Gencer et al., 2006; Dube et al., 2001). Arī Latvijas pētījumā tie jaunieši, kuru vecāki pārmērīgi lietoja alkoholu, biežāk atbildēja, ka bērnībā pieredzējuši vardarbību. Vecāku pārmērīgas alkohola lietošanas gadījumā emocionālās vardarbības izredzes bija trīs reizes lielākas, fiziskās vardarbības – divas reizes lielākas, bet seksuālās vardarbības – 1,9 reizes lielākas. Vecāku pārmērīga alkohola lietošana emocionālās nevērības izredzes palielināja 1,5 reizes, bet attiecībā uz fizisko nevērību statistiski nozīmīgas saistības netika novērotas. Lai gan pārmērīga alkohola lietošana ģimenē cieši korelē ar vardarbības gadījumiem (Forrester, 2007), ne visos gadījumos tā saistīta ar nepietiekamu bērna fizisko vajadzību nodrošināšanu (Templeton, Zohhadi, Galvani and Velleman, 2006). Tas, iespējams, izskaidro promocijas darba rezultātos novēroto, proti, ka vecāku pārmērīga alkohola lietošana neuzrāda saistību ar fizisko nevērību pret bērnu.

Ciešu, statistiski ticamu sakarību novēro arī starp psihiskās veselības problēmām ģimenē un vardarbību pret bērnu (izņemot fizisko nevērību). Bērniem, kuru ģimenē ir dzīvojis psihiski nevesels ģimenes loceklis, novēroja 4 reizes lielākas izredzes pieredzēt fizisko un emocionālo vardarbību. Psihiskās veselības problēmas ģimenē palielināja arī izredzes pieredzēt emocionālo nevērību un seksuālo vardarbību – attiecīgi 3,3 un 2,4 reizes. Sistemātisko pārskatu analīze uzrāda vidēji ciešu līdz ciešu saistību starp vecāku psihiskās veselības problēmām un vardarbību pret bērniem (WHO, 2013a).

Viena no promocijas darba hipotēzēm paredzēja, ka pastāv atšķirības jauniešu veselību raksturojošajos parametros atkarībā no vardarbības pieredzes bērnībā. Pamatojoties uz Latvijas jauniešu veselības un ar veselību saistītās uzvedības aktualitātēm sabiedrības veselības

skatījumā un pierādījumiem no zinātniskajiem pētījumiem, tika izvēlēti šādi veselības parametri: jauniešu veselības pašvērtējums, pārmērīga alkohola lietošana, sūdzības par psihoemocionālo veselību un pašnāvības mēģinājumi. Pierādījumi, kas iegūti neirobioloģijas pētījumos skaidro mehānismus, kādā veidā bērnībā gūtā nelabvēlīgā pieredze var atstāt sekas uz bērna psihisko un fizisko attīstību un veicināt ilgtermiņa veselības problēmas, savukārt epidemioloģiskie pētījumi, kas veikti populācijās ar lielu pētījumos iekļauto indivīdu skaitu, pierāda šīs sakarības esamību populāciju līmenī. Lai gan daži pētījumi ir veikti kā prospektīvi kohortu pētījumi un tajos ir pierādīta kauzālā saistība starp bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi un ar veselību saistītiem traucējumiem vēlākā dzīves periodā, daudzos pētījumos, tajā skaitā promocijas darba pētījumā, izmantota pieaugušo respondentu aptauja par notikumiem bērnībā. Jāņem vērā, ka šāds pētījuma dizains var būt saistīts ar atcerēšanās sistemātisko novirzi (*Skizo and Nieto*, 2014), proti, tajā var nepareizi klasificēt vardarbību pieredzējušos respondentus kā vardarbību nepieredzējušus (vai otrādi). Līdz ar to atcerēšanās novirze var ietekmēt patieso saistības ciešumu starp bērnībā pieredzētajiem vardarbības veidiem un veselību raksturojošajiem parametriem jauniešu vecumā. Lai pārbaudītu respondentu pašu ziņoto bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes atbilžu pareizību, Harts (angl. – *Hardt*) un Ruters (angl. – *Rutter*) salīdzināja pētījumos retrospektīvi iegūto datu par bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi sakritību ar objektīviem informācijas avotiem (oficiālajiem ierakstiem dokumentos, citu informācijas sniedzēju teikto). Secinājumos norādīts, ka pašziņotā informācija ir pietiekami precīza un ir izmantojama, tomēr jāreķinās ar potenciālām sistemātiskajām novirzēm. Tāpat secināts, ka, izmantojot retrospektīvu respondentu aptauju, pastāv lielāka iespēja, ka patiesais bērnībā pieredzētās vardarbības prevalences rādītājs tiek novērtēts kā zemāks nekā patiesībā (*Hardt and Rutter*, 2004). Tātad bērnībā pieredzētās vardarbības gadījumu skaits varētu būt lielāks.

Veselības pašvērtējums raksturo personas subjektīvo savas veselības novērtējumu. No aptaujātajiem Latvijas jauniešiem kā labu vai diezgan labu savu veselību vērtēja 80,4%. Respondentiem vīriešu populācijā šis rādītājs bija augstāks nekā sievietēm, attiecīgi 87,4% un 73,3%. Līdzīgas sakarības novērotas arī citos pusaudžu un jauniešu pētījumos, proti, zēni savu veselību vērtē kā labāku nekā meitenes (*Jerdén et al.*, 2011; *Kreatsoulas, Hassan, Subramanian and Fleegler*, 2015; *Page et al.*, 2009). Pētījumā ASV, salīdzinot personas subjektīvo veselības novērtējumu ar objektīvajiem veselības rādītājiem, secināts, ka veselības pašvērtējums ir derīgs instruments 18–21 gadus vecu jauniešu populācijas objektīvā fiziskās un psihiskās veselības stāvokļa atspoguļošanai (*Boardman*, 2006). Šī vecuma grupa atbilst arī promocijas darba pētījuma mērķauditorijas vecumam.

Tie jaunieši, kuri bērnībā pieredzējuši vardarbību, retāk nekā jaunieši bez šādas pieredzes savu veselību vērtē kā labu. Vislielākās sliktas veselības pašvērtējuma izredzes bija tiem jauniešiem, kuri pieredzējuši fizisku vardarbību ($OR = 2,6$) un emocionālu nevērību ($OR = 2,4$). Daudzfaktoru regresijas analīzē, samērojot veselības pašvērtējumu ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem, saistība nedaudz samazinājās, tomēr starp jauniešiem, kuri pieredzējuši gan fizisko vardarbību, gan emocionālo nevērību, sliktāka veselības pašvērtējuma izredzes bija 2,2 reizes lielākas. Arī pārējie bērnībā pieredzētie vardarbības veidi, izņemot seksuālo vardarbību, joprojām uzrādīja lielākas sliktas veselības pašvērtējuma izredzes jauniešu vecumā. Arī Kanādā veiktajā pētījumā, kurā sieviešu populācijā analizēja sakarības starp dažāda veida bērnībā pieredzēto vardarbību un sūdzības par fizisko veselību pieaugušo vecumā, neatrada saistību starp bērnībā pieredzēto seksuālo vardarbību un sliktāku veselību vēlākā dzīves periodā (*Hager and Runtz, 2012*). Līdzīgi rezultāti iegūti arī citos pētījumos, kas veikti Nīderlandē (*Afifi et al., 2008*) Kanādā (*Runtz, 2002*), proti, šajos pētījumos neatrada sakarības starp bērnībā pieredzēto seksuālo vardarbību un lielākām fiziskās veselības sūdzību izredzēm pieaugušo vecumā. Kā vienu no šādu rezultātu skaidrojumiem autori min, ka katrs no vardarbības veidiem var atstāt atšķirīgas sekas uz cietušā veselību vēlākā dzīves periodā, jo, piemēram, fiziskās un emocionālās vardarbības pieredzes gadījumos (atšķirībā no seksuālās vardarbības pieredzes gadījumiem) novēroja saistību ar sliktāku fizisko veselību pieaugušo vecumā (*Hager and Runtz, 2012*).

Intervijās eksperti norādīja, ka praksē novērojuši – no vardarbības cietušajiem bērniem ir raksturīgi dažāda veida psihosomatiskie traucējumi – sāpes, funkcionāli orgānu darbības traucējumi, bieži paaugstināta ķermeņa temperatūra un citi veselības traucējumi, kuriem nav konstatēts organisks cēlonis. Tas varētu būt kā papildu arguments kvantitatīvajā pētījuma daļā konstatētajai sakarībai starp sliktāku jauniešu veselības pašvērtējumu un bērnībā pieredzēto vardarbību. Turklāt eksperti norādīja, ka ir vērojamas dzimumu atšķirības: meitenēm dažādi psihosomatiskie simptomi novēroti biežāk nekā zēniem. Līdzīgi epidemioloģiskajos populāciju pētījumos novērots, ka sievietēm, kuras bērnībā pieredzējušas fizisko un/vai seksuālo vardarbību, ir sliktāks veselības pašvērtējums nekā sievietēm bez šāda veida pieredzes (*Bonomi et al., 2008; Fridh, Lindstrom and Rosvall, 2014; Olofsson, Lindqvist, Shaw and Danielsson, 2012*), bet vienā pētījumā, kurā bija iekļauti abu dzimumu respondenti, vīriešu populācijā nenovēroja saistību starp bērnībā pieredzēto fizisko vardarbību un sliktāku veselības pašvērtējumu pieaugušo vecumā (*Olofsson, Lindqvist, Shaw and Danielsson, 2012*). Promocijas darba daudzfaktoru regresijas analīzes rezultāti, kas samēroti ar bērnībā pieredzēto vardarbību un ģimeni raksturojošajiem faktoriem, liecina, ka sievietēm sliktas veselības pašvērtējuma izredzes ir 2,5 reizes augstākas nekā vīriešiem (izņemot seksuālās vardarbības

pieredzes gadījumā, kad dzimumu atšķirības nenovēro). Meitenes, kuras bērnībā bijušas pakļautas emocionāli smagi traumējošiem notikumiem, tai skaitā vardarbībai, šobrīd jauniešu vecumā biežāk nekā vīrieši izjūt dažāda veida veselības traucējumus (*Zona and Milan, 2011; Danielsson et al., 2009*).

Aptaujā noskaidrojās, ka pārmērīga alkohola lietošana jauniešu vecumā biežāk sastopama vīriešu populācijā. Vismaz vienu piedzeršanās reizi pēdējā mēneša laikā norādīja 62,1% vīriešu un 47,7% sieviešu. Datu analīzē pārmērīgai alkohola lietošana jauniešu vidū netika atrastas sakarības ar ģimeni raksturojošajiem faktoriem. Vienīgais izņēmums ir ģimenes SES – rezultāti liecina, ka lielākas pārmērīga alkohola lietošanas izredzes ir jauniešiem no ģimenēm ar augstu SES nekā tiem, kuru ģimenes SES ir vērtējams kā zems. Arī vairākos citos pētījumos novērota līdzīga sakarība, proti, ka ģimenēs ar augstāku SES jauniešiem ir lielākas pārmērīga alkohola lietošanas izredzes (*Patrick, Wightman, Schoeni and Schulenberg, 2012; Humensky, 2010*). Atkarībā no ģimenes SES atšķirīgas tendences vērojamas alkohola lietošanas paradumos. Jauniešiem no ģimenēm ar zemāku SES raksturīga lielāka patērētā alkohola kvantitāte, bet ģimenēs, kuru SES vērtējams kā augsts, jaunieši alkoholu lieto regulārāk (*Huckle, You and Caswell, 2010*). Savukārt PVO ziņojumā par alkoholu un veselību ir novērota korelācija starp valsts labklājības līmeni un alkohola lietošanu – jo augstāks valsts ekonomiskās labklājības līmenis, jo lielāks ir valstī patērētā alkohola daudzums un mazāks alkoholu nelietojošo iedzīvotāju īpatsvars (*WHO, 2014d*).

Latvijas jauniešu vidū pārmērīga alkohola lietošana ir izplatītāka ($OR = 1,4$) starp tiem respondentiem, kuri bērnībā pieredzējuši fizisko vardarbību. Citu vardarbības veidu gadījumā nav novērota saistība ar lielākām pārmērīgas alkohola lietošanas izredzēm jauniešu vecumā. Šie rezultāti nesakrīt ar citu valstu pētījumiem, kuros novēro saistību starp dažāda veida bērnībā pieredzēto vardarbību un pārmērīgu alkohola lietošanu vēlākā dzīves periodā. Iespējams, atšķirības skaidrojamas ar to, ka citos pētījumos kā pētījuma populācija izvēlēti pieaugušie, bet Latvijas pētījumā – vidēji 19 gadus veci jaunieši. No citiem pētījumiem zināms, ka pārmērīga alkohola lietošana Latvijas jauniešu vidū ir izplatīts paradums un aktuāla sabiedrības veselības problēma. Kā liecina starptautiskā pētījuma ESPAD dati par atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumiem piecadsmitgadīgo skolēnu vidū, Latvijā pēdējo 30 dienu laikā alkoholu lietojuši 63% zēnu un 67% meiteņu. Latvijā šis rādītājs ir augstāks nekā vidējais rādītājs kopējā starptautiskā pētījuma populācijā, kurā iekļauti piecadsmitgadīgi skolēni no 35 Eiropas reģiona valstīm: saskaņā ar šī pētījuma datiem alkoholu pēdējo 30 dienu laikā lietojuši 59% zēnu un 54% meiteņu (SPKC, 2016). Arī PVO ziņojumā par alkoholu un veselību redzams, ka PVO Eiropas reģionā ir augstākais alkoholu lietojošo iedzīvotāju īpatsvars – 66,4% (salīdzinājumam vidējais pasaules rādītājs – 38,3%), bet 15–19 gadus veco iedzīvotāju vidū rādītāji ir pat vēl

augstāki – alkoholu lieto 69,5% jauniešu PVO Eiropas reģionā (pasaulē – 34,1%) (WHO, 2014d). Tā kā alkohola lietošana Latvijā ir izplatīts paradums, iespējams, jauniešu alkohola lietošanā lielāka nozīme ir citiem faktoriem, nevis bērnībā pieredzētajai vardarbībai. Piemēram, pētījumā par pārmērīgu alkohola lietošanu Eiropas un Ziemeļamerikas reģiona jauniešiem secināts, ka lielāka nozīme alkohola lietošanā jauniešu populācijās Austrumeiropā, tostarp Latvijā, ir sociāli ekonomisko apstākļu maiņai (t.i., sabiedrības pārejai uz brīvā tirgus ekonomiku), kā arī un alkohola reklamēšanai un mārketingam šajās valstīs, kur kā mērķauditorija īpaši izvēlēti tieši jaunieši (Kuntsche et al., 2011).

Lai iegūtu informāciju par psihoemocionālo veselību, izmantotas atbildes par izjusto nomāktību, aizkaitināmību, nervozitāti un grūtībām iemigt pēdējo sešu mēnešu laikā. Psihoemocionālās veselības problēmas definētas gadījumos, kad vismaz divas no četrām sūdzībām ir izjustas vismaz reizi nedēļā. Biežāk psihoemocionālās veselības problēmas sastopamas Latvijas sieviešu respondentu populācijā (42,2%) – vīrieši par psihoemocionālās veselības problēmām sūdzas tikai 31,6% gadījumu. Itālijā veiktajā pētījumā, kurā izmantota šī pati skala psihoemocionālo veselības sūdzību noteikšanai, šo sūdzību prevalence zēniem bija 25,4% un meitenēm – 39,7% (Vieno et al., 2014). Lai gan Itālijas pētījumā aptaujāti jaunāki respondenti (vidējais vecums – 13,6 gadi) nekā Latvijas pētījumā, kopīga ir tendence, ka augstāks psihoemocionālās veselības sūdzību rādītājs ir sastopams sieviešu populācijā. Savukārt daudzfaktoru regresijas analīzē, samērojot rezultātus ar ģimeni raksturojošajiem faktoriem, sievietēm novēro 1,3–1,4 reizes (atkarībā no daudzfaktoru analīzē iekļautā vardarbības veida) augstākas psihoemocionālās veselības traucējumu attīstības izredzes nekā vīriešiem. Līdz ar to var secināt, ka, lai gan kopumā populācijā psihoemocionālās veselības traucējumi biežāk sastopami sievietēm, bērnībā pieredzētā vardarbība un ģimenes nelabvēlīgie faktori uz psihoemocionālo traucējumu attīstību atstāj līdzīgu ietekmi abās dzimumu grupās, proti, sievietēm šo traucējumu izplatība ir tikai nedaudz augstāki nekā vīriešiem.

Lielākas psihoemocionālās veselības sūdzību sastopamības izredzes bija tiem jauniešiem, kuri bērnībā pieredzējuši emocionālo vardarbību (OR = 3,3) un emocionālo nevērību (OR = 2,7). Daudzfaktoru regresijas analīzē, samērojot šo saistību ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem, saistības ciešums nedaudz vājinājās, un tas nozīmē, ka ietekme uz psihoemocionālās veselības sūdzību attīstību ir arī citiem modeļi iekļautajiem faktoriem. Pēc samērošanas ar citiem faktoriem, jauniešiem ar emocionālās vardarbības pieredzi bija 2,6 reizes lielākas psihoemocionālās veselības sūdzību izredzes, bet emocionālās nevērības gadījumā – 2,1 reizi. Rezultāti sakrīt ar divu metaanalīzes pētījumu rezultātiem, kuros arī novērota sakarība starp bērnībā pieredzētu emocionāli sliktu apiešanos un psihoemocionālās veselības problēmām vēlākā dzīves periodā (Norman et al., 2012; Infurna

et al., 2016). Turklāt vienā no tiem secināts, ka no visiem vardarbības veidiem tieši emocionālā vardarbība ir visciešāk saistīta ar psihopatoloģiju attīstību (*Infurna et al.*, 2016).

Ciešā asociācija starp emocionālās vardarbības un/vai nevērības pieredzi un vēlākiem psihoemocionālās veselības traucējumiem tiek skaidrota ar cietušās personas negatīvo sevis uztveri. Negatīvu sevis uztveri bērnā var izraisīt noniecināšana, apsaukšana, izsmiešana, iebiedēšana, ignorēšana un citas emocionālās vardarbības formas, kas var negatīvi ietekmēt bērna pārliecību par sevi un pašvērtējumu. Negatīvā sevis uztvere savukārt kalpo kā mediators starp bērnībā pieredzēto emocionālo vardarbību un vēlākiem internalizētajiem psihoemocionālās veselības traucējumiem, piemēram, trauksmi un depresiju (*Rekart, Mineka, Zinbarg and Griffith, 2007; Sachs-Ericsson, Verona, Joiner and Preacher, 2006; Hankin, 2005; Gibb, 2002; Gibb, Alloy, Abramson and Rose, 2001; Sharpero et al., 2014*). Intervijās ar ekspertiem noskaidrojās, ka emocionālās vardarbības formas var atstāt smagas un ilgstošas nelabvēlīgas sekas uz bērna pašvērtējumu, un nereti pat ilgākā laika periodā pēc vardarbīgā notikuma tiek novēroti internalizēti psihemocionālās veselības traucējumi.

No visiem vardarbības veidiem visciešākā saistība ar psihoemocionālās veselības traucējumiem promocijas darba pētījumā tika novērota fiziskajai vardarbībai. Nesamērotās izredžu attiecības rezultāti liecināja, ka jauniešiem ar fiziskās vardarbības pieredzi ir 3,6 reizes lielākas psihoemocionālo veselības traucējumu izredzes. Samērojot šo asociāciju ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem, vērtība samazinājās līdz 2,6 reizēm, tomēr joprojām liecināja par nozīmīgu fiziskās vardarbības pieredzes ietekmi uz jauniešu psihoemocionālo veselību. Arī pētījumos, kas veikti citviet, ir atrastas sakarības starp bērnībā pieredzētu fizisko vardarbību un aptuveni divas reizes lielākām trauksmes un garastāvokļa traucējumu attīstības izredzēm (*Sugaya et al., 2012; MacMillan et al., 2001; Schneider, Baumrind and Kimerling, 2007*), pusotru līdz trim reizēm lielākām depresīvu traucējumu attīstības izredzēm (*Springer, Sheridan, Kuo and Carnes, 2007; Chapman et al., 2004; Hovens et al., 2010; Wainwright and Surtees, 2002*). Ņemot vērā bērnībā pieredzētās fiziskās vardarbības augstos prevalences rādītājus Latvijas jauniešu populācijā un vardarbības potenciāli nelabvēlīgo ietekmi uz jauniešu psihoemocionālās veselības traucējumiem, būtiski pievērst uzmanību pret bērniem vērstas fiziskās vardarbības mazināšanas pasākumu ieviešanai.

Starp bērnībā pieredzēto fizisko nevērību un respondenta dzimumu tika novērota multiplikatīvā mijiedarbība. Sievietēm bērnībā pieredzētā fiziskā nevērība 1,5 reizes palielināja psihoemocionālās veselības problēmu attīstības izredzes, bet vīriešu populācijā saistību starp šiem faktoriem nenovēroja. Dzimumu atšķirības bērnībā pieredzētās vardarbības nelabvēlīgo seku attīstībā ir neviennozīmīgas. Piemēram, ASV veiktā pētījumā, kurā analizētas dzimumu atšķirības jauniešiem ar deviantu un noziedzīgu uzvedību saistībā ar bērnībā pieredzēto

vardarbību un nevērību, secināts, ka sieviešu vidū ir novērojams lielāks bērnībā pieredzētās vardarbības upuru īpatsvars nekā vīriešu vidū. Līdz ar to var secināt, ka sievietēm bērnībā pieredzētā vardarbība vēlāku uzvedības traucējumu attīstības risku paaugstina lielākā mērā nekā vīriešiem (Asscherr, Van der Put and Stams, 2015). Savukārt citā pētījumā, kurā salīdzināja jauniešu psihiskās veselības problēmu sastopamību un traumatisku bērnības pieredzi, sievietēm, kuras bija pieredzējušas vardarbību, bija lielākas smagu depresīvu traucējumu attīstības izredzes. Tika secināts, ka sievietēm ir lielāka iespēja internalizētu psihiskās veselības traucējumu attīstībai, bet vīriešu populācijā biežāk novēro eksternalizētus uzvedības traucējumus (Adams *et al.*, 2013). Ekspertu interviju rezultāti arī liecina, ka no vardarbības cietušajiem bērniem bieži novēro eksternalizētas un internalizētas psihiskās veselības problēmas. No vardarbības cietušie bērni nereti saskaras ar zemu pašvērtējumu, trauksmi, depresīviem traucējumiem un nomāktību, bieži piedzīvo tādas emocijas kā bailes, kauns, dusmas un vainas izjūta. Ekspertu novērojumi sakrīt ar iepriekš minētajos pētījumos atklāto (Asscherr, Van der Put and Stams, 2015; Adams *et al.*, 2013), proti, ka bērniem, kuri pieredzējuši vardarbību un nevērību, ir grūtības veidot normālas, cieņpilnas un draudzīgas attiecības ar citiem cilvēkiem un pastāv lielāks uzvedības traucējumu risks, kas var novest pie deviantas un noziedzīgas uzvedības – likumpārkāpumiem, dalības ielu bandās, uzbrukumiem.

Galēja psihiskās neveselības izpausme ir pašnāvības mēģinājumi. Latvijas jauniešu populācijā pašnāvības mēģinājumu prevalence ir 6,1%, kas ir augstāks rādītājs, nekā ziņots Nīderlandē, ASV un Dānijā veiktos pētījumos, kuros analizēta saistība starp bērnībā pieredzēto vardarbību un pašnāvības mēģinājumiem vēlākā dzīves periodā. Šajos pētījumos jauniešu populācijā pašnāvības mēģinājumus bija veikuši 2,6–4,7% respondentu (Enns *et al.*, 2006; Afifi *et al.*, 2008; Norlev, Davidsen, Sundaram and Kjoller, 2005). Latvijā ir trešais augstākais mirstības rādītājs Eiropas Savienībā, bet jauniešu populācijā 18–25 gadu vecuma grupā tas ir otrais biežākais nāves cēlonis (Värnik, 2012; Lepiksone *et al.*, 2014).

Daudzfaktoru regresijas analīze norāda, ka gan fiziski, gan emocionāli vardarbīga rīcība pret bērnu paaugstina pašnāvības mēģinājumu risku. Visaugstākās pašnāvības mēģinājumu izredzes novēroja tiem jauniešiem, kuri bērnībā pieredzējuši emocionālo nevērību (OR = 5,1) un fizisko vardarbību (OR = 5,1). Cieša saistība starp bērnībā pieredzēto emocionālo nevērību un fizisko vardarbību un pašnāvības mēģinājumiem jauniešu vidū saglabājās arī pēc samērošanas ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem (attiecīgi OR = 4,0 un OR = 3,7). Bērnībā pieredzētās vardarbības un pašnāvības mēģinājumu asociācijas un bērnībā pieredzētās vardarbības prevalences rādītāju analīze liecina, ka vardarbības veidu saistība ar pašnāvības mēģinājumiem nav viennozīmīgi vērtējama. Lai gan aptaujā konstatēja, ka emocionālās vardarbības prevalence bija augstāka nekā emocionālās nevērības prevalence

(attiecīgi 31,5% un 23,6%), emocionālās nevērības gadījumā tika konstatēta ciešāka saistība ar pašnāvības mēģinājumu veikšanu (OR = 4,4). Savukārt fiziskās nevērības prevalences rādītājs bija augstāks nekā fiziskās vardarbības gadījumā, attiecīgi 27,0% un 16,3%, bet bērnībā pieredzēta fiziskā vardarbība saistījās ar augstāku pašnāvības mēģinājumu risku nekā fiziskās nevērības pieredzes gadījumā (attiecīgi OR = 3,7 un OR = 2,2).

Latvijas pētījumā novērotā saistība starp bērnībā pieredzēto emocionālo nevērību, fizisko vardarbību un pašnāvības mēģinājumiem lielā mērā atbilst citu valstu pētījumu rezultātiem. Rezultāti, kas iegūti plašā populāciju kohortu pētījumā Nīderlandē, liecina, ka tiem respondentiem, kuri bērnībā pieredzējuši emocionālo nevērību ir gandrīz četras (OR = 3,8) reizes lielākas pašnāvības mēģinājumu izredzes vēlākā dzīves periodā, bet fiziskās vardarbības pieredze paaugstina izredzes gandrīz piecas reizes (OR = 4,7) (*Enns et al.*, 2006). ASV retrospektīvā kohortu pētījumā novēroja, ka vislielākās izredzes pašnāvības mēģinājumu veikšanai ir tiem respondentiem, kuri bērnībā pieredzējuši emocionālo vardarbību (OR = 5,0), bet fiziskās vardarbības pieredze izredzes paaugstināja 3,5 reizes (OR = 3,4) (*Dube et al.*, 2001). Latvijas jauniešu populācijā netika novērota saistība starp bērnībā pieredzēto seksuālo vardarbību un pašnāvības mēģinājumiem vēlākā dzīves periodā. Šie rezultāti ir pretrunā ar citu valstu pētījumiem, kuros novēroja divas līdz trīs reizes lielāku pašnāvību risku to jauniešu vidū, kuri bērnībā pieredzējuši seksuālu vardarbību (*Enns et al.*, 2006; *Nelson et al.*, 2002; *Afifi et al.*, 2008; *Dube et al.*, 2001).

Starptautiska mēroga pētījumos ir pierādīts, ka pašnāvības mēģinājumi ir būtisks pabeigtu pašnāvību riska faktors (*WHO*, 2014e). Promocijas pētījuma rezultāti par pašnāvības mēģinājumiem un statistiskā informācija par pašnāvības gadījumiem Latvijas jauniešu populācijā liecina, ka pašnāvības jauniešu populācijā ir aktuāla Latvijas sabiedrības veselības problēma un ka to ir nepieciešams risināt, veicot izmaiņas sabiedrības veselības politikā.

Bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes pētījums ir veikts kā šķērsriezuma pētījums, kurā informācija no pētījuma dalībniekiem iegūta retrospektīvi. Jāņem vērā, ka šāds pētījuma dizains neļauj izdarīt secinājumus par cēloņu un sekas sakarībām. Tāpat pētījuma rezultātus var ietekmēt sistemātiskā atcerēšanās kļūda, pētījumā izmantotā gadījuma definīcija un datu ievākšanas instrumenti. Pētījuma metodoloģiskās nepilnības un to potenciālā ietekme uz pētījuma rezultātiem sīkāk iztirzāta promocijas darba diskusijas daļā.

Kopumā kvantitatīvo datu analīze liecina, ka pastāv sakarības starp bērnībā pieredzēto vardarbību un veselības iznākumiem jauniešu vecumā, turklāt sakarības var novērot arī saistībā ar ģimeni raksturojošajiem faktoriem. Tie ģimeni raksturojošie faktori un jauniešu veselības iznākumi, starp kuriem promocijas darba pētījumā atrastas statistiski nozīmīgas sakarības, attēloti 5.1. tabulā.

Lai iegūtu informāciju par vardarbībā cietušo bērnu rehabilitāciju, promocijas darba ietvaros, ekspertiem tika uzdoti jautājumi par vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģijām un dažādu institūciju darbības lomu vardarbības atpazīšanā un cietušo bērnu rehabilitācijas procesā. Lai sabiedrībā mazinātu vardarbību pret bērniem un tās sekas, ir būtiski atpazīt vardarbības gadījumus pēc iespējas savlaicīgāk, jo tas var nodrošināt sekmīgākus cietušo bērnu rehabilitācijas rezultātus. Vardarbības gadījumu atpazīšanu ietekmē tādi diskusijas daļā pieminēti faktori kā cietušo bērnu vardarbības jēdziena konceptualizācija, sabiedrības un indivīdu zināšanas un attieksme pret vardarbību pret bērniem, tomēr liela nozīme tiek piešķirta arī institūcijām, kuras var atpazīt pret bērniem vērstas vardarbības gadījumus un par tiem ziņot.

5.1. tabula

Ģimeni raksturojošo faktoru un jaunieša veselības iznākumu saistība ar dažādiem bērībā pieredzētajiem vardarbības veidiem

Riskā faktori un veselības iznākumi	Vardarbības veids				
	Fiziska vardarbība	Emocionāla vardarbība	Seksuāla vardarbība	Emocionāla nevērība	Fiziska nevērība
Ģimenes riskā faktori					
Zems SES	√			√	
Vecāku šķiršanās	√	√	√		
Vardarbība pret māti	√	√	√	√	√
Pārmērīga alkohola lietošana	√	√	√	√	√
Psihiskās veselības problēmas	√	√	√	√	√
Veselības iznākumi jauniešiem					
Sliktāks veselības pašvērtējums	√	√		√	√
Pārmērīga alkohola lietošana	√	√			
Psihoemocionālās veselības problēmas	√	√		√	
Pašnāvības mēģinājumi	√	√		√	√

√ - novērotas statistiski nozīmīgas asociācijas starp mainīgajiem

Bērnu tiesību aizsardzības likuma (1998) 73. pants nosaka, ka katram iedzīvotājam ir pienākums ziņot policijai, bāriņtiesai vai citai bērnu tiesību aizsardzības institūcijai, savukārt veselības aprūpes, pedagoģiskie, sociālās sfēras vai policijas darbinieki, kā arī vēlētas valsts un pašvaldību amatpersonas, kuras ir zinājušas par bērnu tiesību pārkāpumu, bet nav par to ziņojušas institūcijām, ir saucamas pie atbildības likumā noteiktajā kārtībā. Eksperti novērojuši, ka par vardarbības gadījumiem pret bērnu biežāk ziņo skolas un sociālie dienesti, kā arī apkārtējie iedzīvotāji, piemēram, cietušā bērna kaimiņi, taču salīdzinoši retāk to dara

ārstniecības personas. Lai gan ir likumisks pamats veselības aprūpes speciālistu iesaistei pret bērniem vērstas vardarbības gadījumu atpazīšanā un informācijas nodošanā atbilstošajām institūcijām, prakse liecina, ka tas ne vienmēr tiek sekmīgi īstenots. Arī PVO rekomendācijas vardarbības pret bērniem mazināšanā norāda, ka veselības aprūpes sektora darbiniekiem, īpaši primārās veselības aprūpes, neatliekamās palīdzības speciālistiem un pediatriem, ir būtiska loma vardarbības gadījumu atpazīšanā, tādēļ nepieciešams šos speciālistus apmācīt, kā atpazīt vardarbību pēc bērna gūtajiem ievainojumiem, slimībām un bērna uzvedības un kā rīkoties, ja ir aizdomas par vardarbības gadījumu (*WHO and International Society for Prevention and Child Abuse and Neglect*, 2006). Ņemot vērā iepriekš minēto, lai sekmīgāk atpazītu pret bērniem vērstas vardarbības gadījumus, būtu jānoskaidro, kādi šķēršļi kavē veselības aprūpes darbiniekus ziņot par potenciāliem vardarbības gadījumiem, un jāmeklē potenciālie risinājumi.

Bērnu reakcija uz notikušu vardarbību var būt dažāda. Eksperti intervijās norāda, ka vardarbība ir agresija un bērni piedzīvoto agresiju var izpaust eksternalizēti (šādu reakciju raksturo konfliktējošas, uz āru vērstas vai negatīvas attiecības ar citiem) vai internalizēti (šādu reakciju raksturo psihiskās veselības problēmās, kas vērtas uz iekšējo psiholoģisko stāvokli) (*Forns, Abad and Kirchner*, 2011). Internalizētās psihiskās veselības problēmas visbiežāk raksturo pārmērīga emociju kontrole, trauksme, mazvērtības sajūta (*Brunnekreef et al.*, 2007). Tāpat var atšķirties vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģijas, ko bērni izmanto, lai pārvarētu traumatisko notikumu izraisīto stresu. Pamatā stresa pārvarēšanas stratēģijas var iedalīt trīs lielās grupās: uz problēmas risinājumu vērstā stratēģija, kuru raksturo racionāla problēmas risināšana un palīdzības meklēšana; uz emocijām vērstā stratēģija – stresa izraisīto emocionālo stāvokļu kontrole; un izvairīšanās stratēģija – problemātiskās situācijas noliegums vai potenciālā risinājuma kavēšana un atlikšana uz vēlāku laiku (piemēram, lietojot atkarību izraisošas vielas) (*Endler and Parker*, 1990). Eksperti intervijās atzīst, ka darbā ar cietušajiem bērniem visbiežāk ir novērojuši negatīvas vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģijas, kuras raksturo devianta uzvedība, vispārpieņemto sociālo normu pārkāpšana, pārmērīga atkarību izraisošo vielu lietošana, pašsākropļošanās un pašnāvības mēģinājumi. Retāk novēro pozitīvās traucējumu pārvarēšanas stratēģijas, tas ir, situācijas, kad cietušais bērns aktīvi meklē palīdzību un atbalstu. Pētījumā Kanādā tika analizēts, kādas stresa pārvarēšanas stratēģijas biežāk izmanto sievietes (18–59 gadu vecuma grupā), kuras pieredzējušas vardarbību, un tika secināts, ka visretāk sievietes izmanto uz problēmas risināšanu balstīto stratēģiju, bet biežāk – uz emocijām balstīto un izvairīšanās stratēģiju (*Hager and Runtz*, 2012); tas arī sakrīt ar ekspertu teikto intervijās. Līdz ar to speciālistiem, kuri ikdienā saskaras ar vardarbībā cietušajiem bērniem, jābūt izglītotiem par dažāda veida izpausmēm, kas varētu liecināt par pāridarījumu.

Eksperti intervijās norādīja, ka rehabilitācijas procesā jānodrošina bērnam atbalsts, drošība un sakārtota dzīves vide ar paredzamu ikdienas režīmu. Vissvarīgākais atbalsts ir cietušā bērna ģimene, tādēļ palīdzības programmas nepieciešams piedāvāt arī bērna ģimenes locekļiem. Rehabilitācijas procesā bērnam nepieciešama arī profesionāla psihologa vai psihoterapeita palīdzība. PVO rekomendācijās vardarbības pret bērniem mazināšanai norādīts, ka saskaņā ar pētījumos gūtajiem pierādījumiem efektīvākās darbā ar no vardarbības cietušajiem bērniem ir kognitīvās un uzvedības maiņas metodes (*WHO and International Society for Prevention and Child Abuse and Neglect*, 2006). Tomēr ne vienmēr psiholoģiskās palīdzības pakalpojumu ir iespējams nodrošināt visiem cietušajiem bērniem. ASV pētījumā par psiholoģiskās palīdzības sniegšanas apjomu bērniem, kuri cietuši no vardarbības, secināts, ka pakalpojums nodrošināts tikai aptuveni pusei no visiem bērniem, kuriem tas ir nepieciešams (*Petrenko, Culhane, Garrido and Taussig*, 2011). Latvijā Ministru kabineta noteikumi Nr. 89 "Kārtība, kādā nepieciešamo palīdzību sniedz bērnam, kurš cietis no prettiesiskām darbībām" paredz, ka no vardarbības cietušajiem bērniem ir pieejami sociālās rehabilitācijas pakalpojumi dzīvesvietā (ne vairāk par desmit 45 minūšu konsultācijām) un sociālās rehabilitācijas institūcijā (kurss pieejams līdz 30 vai 60 dienām), tomēr ekspertu darba pieredze liecina, ka atsevišķos gadījumos cietušajiem bērniem būtu nepieciešama ilglaicīgāka psiholoģiskās palīdzības un atbalsta nodrošināšana, nekā paredzēts pašreizējā likumdošanā.

Kā būtisku aspektu sekmīgai pret bērniem vērstas vardarbības mazināšanai un cietušo bērnu atveseļošanai eksperti norādīja starpdisciplināras prakses attīstīšanu un nodrošināšanu. Vardarbības gadījumu risināšanā iesaistās vairākas institūcijas un dažāda profila speciālisti, līdz ar to katrs no speciālistiem redz tikai atsevišķu vardarbības gadījuma daļu, bet ne visu kopainu. Tie speciālisti, kuriem ir pieredze starpinstitucionālā pret bērniem vērstas vardarbības gadījumu risināšanā, šo praksi vērtēja pozitīvi. Arī PVO rekomendācijas vardarbības pret bērniem mazināšanai paredz, ka ir nepieciešama multisektoriāla sadarbība starp izglītības, sociālās labklājības, tieslietu, veselības jomu ekspertiem un citām ieinteresētajām pusēm, kas pārstāv vietējo pārvaldi, ekspertus un nevalstiskās organizācijas (*WHO*, 2013a). Vardarbības pret bērniem gadījumu atklāšanā un cietušo bērnu rehabilitācijas procesā liela nozīme ir speciālistu profesionalitātei, zināšanām un izpratnei par vardarbību pret bērnu un tās izraisītajām sekām, tādēļ ekspertu skatījumā būtu dažādu nozaru speciālistiem nepieciešamas apmācības par vardarbību pret bērniem, tās izpausmēm un sekām, kā arī profesionālu izturēšanos, sastopoties ar vardarbības gadījumiem. Ekspertu sniegtais viedoklis sakrīt ar PVO rekomendācijās minēto: arī tajās ir uzsvērti dažādu nozaru speciālistu izglītošanas un apmācības nozīme (*Krug et al.*, 2002).

6. SECINĀJUMI

1. Visbiežāk Latvijas jaunieši bērnībā ir pieredzējuši emocionālo vardarbību (31,5%), fizisko (27,0%) un emocionālo (23,8%) nevērību, bet retāk – fizisko (16,4%) un seksuālo (10,3%) vardarbību.
2. Visus vardarbības veidus, izņemot emocionālo nevērību, biežāk pieredzējušas sievietes, tomēr statistiski nozīmīgas atšķirības dzimumu grupās novēro tikai bērnībā pieredzētās seksuālās vardarbības gadījumos (13,7% sieviešu un 6,8% vīriešu).
3. Zems ģimenes SES tiek asociēts ar 1,4 reizes lielākām fiziskās vardarbības un 1,6 reizes lielākā emocionālās nevērības izredzēm, salīdzinot ar jauniešiem no ģimenēm ar augstu SES. Dzimumu grupās atšķirības netika novērotas.
4. Vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi asociēta ar 1,4 reizes lielākām fiziskās vardarbības, 1,5 reizes lielākām emocionālās vardarbības un 2,0 reizes lielākām seksuālās vardarbības izredzēm salīdzinājumā ar jauniešiem, kuru vecāki nebija šķīrušies. Vīriešu vidū augstākas izredzes bija saskaroties ar emocionālo un fizisko vardarbību, bet sieviešu populācijā – ar seksuālo vardarbību.
5. Tēva vardarbība pret māti palielināja izredzes pieredzēt visus pret bērniem vērstās vardarbības pret bērniem veidus – fizisko (OR = 4,9), emocionālo (OR = 5,6) un seksuālo (OR = 2,4) vardarbību, emocionālo (OR = 3,9) un fizisko (OR = 2,9) nevērību, salīdzinot ar jauniešiem, kuru ģimenēs vardarbība pret māti nenotika. Vīriešiem bija augstākas izredzes gūt fiziskās un emocionālās vardarbības un fiziskās nevērības pieredzi, bet sievietēm seksuālās vardarbības un emocionālās nevērības pieredzi.
6. Pārmērīga alkohola lietošana ģimenē asociēta ar augstākām fiziskās vardarbības izredzēm (OR = 2,0), emocionālās vardarbības izredzēm (OR = 3,0), seksuālās vardarbības izredzēm (OR = 1,9), kā arī emocionālās nevērības (OR = 1,5) un fiziskās nevērības (OR = 1,3) izredzēm. Augstākas visu vardarbības veidu izredzes novērotas sieviešu populācijā.
7. Psihiskās veselības problēmas ģimenē asociētas ar 4,3 reizes lielākām fiziskās vardarbības izredzēm, 4,0 reizes lielākām emocionālās vardarbības izredzēm, 2,4 reizes lielākām seksuālās vardarbības izredzēm, kā arī 3,3 reizes lielākām emocionālās nevērības un 1,4 reizes lielākām fiziskās nevērības izredzēm salīdzinājumā ar jauniešiem no ģimenēm, kurās nebija psihiskās veselības problēmas. Visu vardarbības veidu gadījumā, izņemot fizisko nevērību, lielākas izredzes novēroja vīriešu populācijā.

8. Tiem jauniešiem, kuri bērnībā pieredzējuši kādu no vardarbības veidiem (izņemot seksuālo vardarbību), novēroja 1,2–2,2 reizes (atkarībā no modelī iekļautā vardarbības veida) lielākas sliktas veselības pašvērtējuma izredzes nekā jauniešiem bez vardarbības pieredzes. Asociācija samērota ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem.
9. Bērnībā pieredzēta fiziskā un emocionālā vardarbība asociēta ar 1,4 un 1,2 reizes lielākām pārmērīga alkohola lietošanas izredzēm jauniešu vecumā salīdzinājumā ar jauniešiem bez vardarbības pieredzes. Asociācija samērota ar respondenta dzimumu.
10. Tiem jauniešiem, kuri bērnībā pieredzējuši fizisko, emocionālo vardarbību un emocionālo nevērību, ir attiecīgi 2,6, 2,3 un 2,1 reizes lielākas psihiskās veselības problēmu attīstības izredzes jauniešu vecumā nekā jauniešiem bez šādas pieredzes. Asociācija samērota ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem.
11. Bērnībā pieredzēta vardarbība (izņemot seksuālo vardarbību) asociēta ar 2,2–4,0 reizes lielākām pašnāvības mēģinājumu izredzēm jauniešu vecumā salīdzinājumā ar jauniešiem bez vardarbības pieredzes, samērojot ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem.
12. Vardarbības jēdziena izpratne cietušajiem bērniem ne vienmēr ir pilnīga. Biežāk vardarbība tiek atpazīta kā darbība vai situācija, nevis kā fenomens, turklāt jēdziena izpratni ietekmē tādi bērnu raksturojoši faktori kā bērna vecums un izglītība.
13. Pret bērniem vērstās vardarbības gadījumu savlaicīga atpazīšana atkarīga no vardarbības veida, bērna saistības ar varmāku, atbildīgo speciālistu un institūciju izglītības un rīcības. Lai gan likumdošana paredz, ka ziņošana par vardarbības gadījumiem pret bērniem ir obligāta, prakse liecina, ka salīdzinājumā ar citu nozaru speciālistiem ārstniecības personas par šiem gadījumiem ziņo reti.
14. No vardarbības cietušo bērnu rehabilitācijas procesā būtiska nozīme ir atbalsta, drošības un sakārtotas ikdienas dzīves vides, kā arī psiholoģiskās palīdzības nodrošināšanai.
15. Pret bērniem vērstās vardarbības gadījumu atklāšanā un cietušo bērnu rehabilitācijas procesā jānodrošina multisektoriāla sadarbība un iesaistīto jomu speciālistu apmācības par vardarbību pret bērniem, tās izpausmēm un sekām, kā arī profesionālu izturēšanos, sastopoties ar vardarbības gadījumiem.

PRAKTISKĀS REKOMENDĀCIJAS

1. Veselības aprūpes profesionāļiem nepieciešams apgūt prasmes, kas pēc dažādām specifiskām pazīmēm palīdzētu pret bērniem vērstās vardarbības gadījumu atpazīšanā. Vardarbības veidi ir dažādi, tādēļ ne vienmēr vardarbība atstāj fiziskās izmeklēšanas laikā pamanāmas sekas uz cietušā ķermeņa. Pieredzētu vardarbību var atpazīt arī pēc citām pazīmēm, piemēram, bērna uzvedības un attīstības problēmām, tādēļ būtiski ir apmācīt veselības aprūpē strādājošos speciālistus par vardarbībā cietušo bērnu fiziskās un psihoemocionālās veselības pazīmēm. Ņemot vērā vardarbības negatīvo ietekmi uz bērna veselību ilgtermiņā, būtiski ir šos gadījumus savlaicīgi atpazīt un ziņot par tiem atbildīgajām institūcijām. Savlaicīga gadījumu atpazīšana un palīdzības sniegšana sekmētu vardarbības izraisīto nelabvēlīgo seku, piemēram, psihoemocionālo veselības problēmu un pārmērīgas atkarības vielu lietošanas, mazināšanu jauniešu vecumā.
2. Sociālajiem darbiniekiem nepieciešams pievērst lielāku vērību ģimenēm, kurās pastāv ģimeni raksturojoši riska faktori – vardarbība pret māti, pārmērīga alkohola lietošana, psihoemocionālās veselības problēmas kādam ģimenes loceklim, vecāku šķiršanās –, un proaktīvi rīkoties, lai savlaicīgi identificētu pret bērniem vērstās vardarbības gadījumus un palīdzētu koordinēt problēmas risināšanu starp atbildīgajām institūcijām.
3. Psihologiem un psihoterapeitiem nepieciešams iesaistīties pret bērniem vērstās vardarbības gadījumu izvērtēšanā un palīdzības sniegšanā, ņemot vērā bērna vajadzības un situācijas kontekstuālos faktorus, kā arī nodrošinot iegūtās informācijas konfidencialitāti. Psihoemocionālās rehabilitācijas procesā būtu jāpiedāvā pakalpojumi arī cietušā bērna ģimenei. Iespēju robežās psihoemocionālās palīdzības saņemšanas ilgums jāpielāgo, katru gadījumu izvērtējot individuāli.
4. Sabiedrības veselības politikas veidotājiem pret bērniem vērstas vardarbības novēršanai ir jāizvirza kā viena no valsts sabiedrības veselības prioritātēm. Sabiedrības veselības pieeja paredz uz pierādījumiem balstītu un uz problēmas profilaksi vērstu pasākumu izstrādi un ieviešanu. Ņemot vērā specifiskās uz pierādījumiem balstītās sabiedrības veselības prasības un vardarbības ietekmi uz cietušo veselību gan īsākā, gan ilgākā laika periodā, vardarbības mazināšanas politikas izstrāde un vadība ir Veselības ministrijas kompetences jautājums. Arī PVO rekomendācijas vardarbības pret bērniem mazināšanai uzsver Veselības ministrijas kā koordinējošās institūcijas lomu vardarbības pret bērniem mazināšanā nacionālā mērogā. Nepieciešams veikt sistemātiskas un savstarpēji saskaņotas aktivitātes, lai risinātu pret bērniem vērstās vardarbības problēmu. Šīs aktivitātes ietver:

- a. uzraudzību un datu vākšanu, lai apzinātu problēmas apmērus. Pētījums gūtie pierādījumi liecina, ka liela daļa pret bērniem vērstās vardarbības gadījumu nav apzināti. Problēmas apmēra noskaidrošana nepieciešama, lai apzinātu mērķa populāciju, kā arī ilgākā laika periodā izvērtētu ieviesto pasākumu efektivitāti;
- b. datu analīzi un riska faktoru noteikšanu, lai identificētu no vardarbības cietušo bērnu vajadzības, vardarbības riska faktorus un faktorus, ko var izmantot vardarbības gadījumu mazināšanai;
- c. intervences pasākumu izstrādi, kas pamatota uz pierādījumiem balstītā sabiedrības veselības prakses lēmumu pieņemšanā, kurā tiek ņemti vērā trīs pamatelementi – labākie pieejamie pierādījumi par efektīvu programmu, mērķa populācijas raksturojums pēc vajadzībām un vērtībām un pieejamie resursi (ieskaitot speciālistu resursus);
- d. Pret bērniem vērstās vardarbības mazināšanas aktivitāšu ieviešanu un to ilgtspējības nodrošināšanu. Vardarbības mazināšanā liela loma ir sekmīgai starpnozaru sadarbībai. Veselības ministrijas kompetencē būtu koordinēt pret bērniem vērstās vardarbības mazināšanas politiku valstī un nodrošināt starpnozaru sadarbību. Svarīgi ir arī nodrošināt sabiedrības izglītošanu un dažādu nozaru speciālistu apmācību par vardarbību pret bērniem.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. 01.07.1993. Latvijas Republikas Satversme: LV likums: pieņemta Satversmes sapulcē 1992. g. 15. febr. un stājās spēkā 1992. g. 7. nov. *Latvijas Vēstnesis*. 43, 3.
2. 08.05.2008. Jaunatnes likums. *Latvijas Vēstnesis*. 82(3866). Iegūts no: <https://www.vestnesis.lv/ta/id/175920-jaunatnes-likums> [sk. 01.10.2016.]
3. 14.04.2016. Par Jaunatnes politikas īstenošanas plānu 2016.–2020. gadam: LR Ministru kabineta noteikumi Nr. 256. *Latvijas Vēstnesis*. 74, 4.
4. 18.02.2011. Ģimenes valsts politikas pamatnostādnes 2011.–2017. gadam: LR Ministru kabineta noteikumi Nr. 65. *Latvijas Vēstnesis*. 29.
5. 19.06.1998. Bērnu tiesību aizsardzības likums. *Latvijas Vēstnesis*. 199/200.
6. 20.11.1989. Bērnu tiesību konvencija. ANO Starptautisks dokuments: pieņemts 1989. g. 20. nov. un stājās spēkā 1990. g. 2. sept., ratificēts Augstākajā Padomē. Latvija pievienojās 1992. g. 14. maijā. *Latvijas Vēstnesis*. 237.
7. 22.12.2009. *Kārtība, kādā nepieciešamo palīdzību sniedz bērnam, kurš cietis no prettiesiskām darbībām*: LR Ministru kabineta noteikumi Nr. 89. *Latvijas Vēstnesis*. 205 (4191). Iegūts no: <https://www.vestnesis.lv/ta/id/202912-kartiba-kada-nepieciesamo-palidzibu-sniedz-bernam-kurs-cietis-no-prettiesiskam-darbibam> [sk. 23.03.2017.]
8. Achenbach, T.M., Edelbrock, C.S. 1978. The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*. 85(6), 1275–1301.
9. Adams, Z.W., McCart, M.R., Zajac, K., Danielson, C.K., Sawyer, G.K., Saunders, B.E., Kilpatrick D.G. 2013. Psychiatric problems and trauma exposure in nondetained delinquent and nondelinquent adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 42(3), 323–331.
10. Afifi, T.O., Enns, M.W., Cox, B.J., de Graaf, R., ten Have, M., Sareen, J. Child Abuse and Health-Related Quality of Life in Adulthood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007;195(10):797–804.
11. Afifi, T.O., Boman, J., Fleisher, W., Sareen J. 2009. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect*. 33(3), 139–147.
12. Afifi, T.O., Enns, M.W., Cox, B.J., Asmundson G.J.G., Stein, M.B., Sareen, J. 2008. Population Attributable Fractions of Psychiatric Disorders and Suicide Ideation and Attempts Associated With Adverse Childhood Experiences. *American Journal of Public Health*. 98(5), 946–952.
13. Afifi, T.O., MacMillan, H.L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., Sareen, J. 2014. Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 186(9), E324–E332.
14. Afifi, T.O., Mota, N.P., Dasiewicz, P., MacMillan, H.L., Sareen, J. 2012. Physical punishment and mental disorders: results from a nationally representative US sample. *Pediatrics*. 130(2), 184–192.
15. Agerbo, E., Nordentoft, M., Mortensen, P.B. 2002. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*. 325, 74.
16. Alonzo, D., Thompson, R.G., Stohl, M., Hasin, D. 2014. The Influence of Parental Divorce and Alcohol Abuse on Adult Offspring Risk of Lifetime Suicide Attempt in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry*. 84(3), 316–320.
17. Altschul, I., Lee, S.J. 2011. Direct and mediated effects of nativity and other indicators of acculturation on Hispanic mothers' use of physical aggression. *Child Maltreatment*. 16(4), 262–274.
18. Amato, P.R. 2000. The Consequences of Divorce for Adults and Children. *Journal of Marriage and Family*. 62(4), 1269–1287.
19. Amato, P.R. 2014. The consequences of divorce for adults and children. *Društvena Istraživanja: Journal for General Social Issues*. 23(1), 5–24.
20. Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., Perryn B.D., Shanta, R.D., Wayne, H.G. 2006. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 256(3), 174–186.
21. Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R., Williamson D.F. 2002. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*. 53(8), 1001–1009.

22. Annerback, E.M., Wingren, G., Svedin, C.G., Gustafsson, P.A. 2010. Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden—findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatrica*. 99(8), 1229–1236.
23. Asscher, J.J., Van der Put, C.E., Stams, G.J.J.M. 2015. Gender Differences in the Impact of Abuse and Neglect Victimization on Adolescent Offending Behavior. *Journal of Family Violence*. 30, 215–225.
24. Assis, S.G., Avanci, J.Q., Oliveira, R.V. 2009. Socioeconomic inequalities and child mental health. *Revista Saude Publica*. 43(1) 1, 92–100.
25. Bailis, D.S., Segall, A., Chipperfield, J.G. 2003. Two views of self-rated general health status. *Social Science & Medicine*. 56(2), 203–217.
26. Balistreri, K.S., Alvira-Hammond, M. 2016. Adverse childhood experiences, family functioning and adolescent health and emotional well-being. *Public Health*. 132, 72–78.
27. Bancroft, A., Wilson, S. The ‘risk gradient’ in policy on children of drug and alcohol users: Framing young people as risky. 2007. *Health, Risk & Society*. 9(3), 311–322.
28. Barreto, S.M., Giatti, L., Martinez Hernaez, A. 2011. Contextual and family factors associated with negative assessment of children’s health. *European Journal of Public Health*. 21(5), 649–655.
29. Bauldry, S., Shanahan, M.J., Boardman, J.D., Miech, R.A., Macmillan, R. 2012. A life course model of self-rated health through adolescence and young adulthood. *Social Science & Medicine*. 75(7), 1311–1320.
30. Behaviors & Attitudes. 2010. *Keeping it in the family survey 2009. Parental drinking among 18–40 year olds: prevalence and impact*. Available from: <http://www.lenus.ie/hse/handle/10147/124476> [viewed 06.08.2016.]
31. Bellis, M.A., Hughes, K., Leckenby, N., Jonesm L., Babanm A., Kachaeva, M., Povilaitis, R., Pudule, I., Qirjako, G., Ulukol, B., Raleva, M., Terzic, N. 2014. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 92(9), 641–655.
32. 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 (Oxford Academic)*. 36(1), 81–91.
33. Berger, L.M. 2005. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse & Neglect*. 29(2), 107–133.
34. Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., Ruggiero, J. 1994. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*. 151(8), 1132–1136.
35. Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J., & Stevens, M.R. 2011. *National intimate partner and sexual violence survey. 2010 summary report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
36. Boardman, J.D. 2006. Self-rated health among U.S. adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 38(4), 401–408.
37. Bogner, A., Menz, W. 2009. The Theory-Generating Expert Interview: Epistemological Interest, Forms of Knowledge, Interaction. In: *Expert Interviewing*. Bogner, A., Littig, B., Menz, W., eds. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
38. Bonomi, A.E., Cannon, E.A., Anderson, M.L., Rivara, F.P., Thompson, R.S. 2008. Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect*. 32(7), 693–701.
39. Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F., Faeh, D. 2012. Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. *PLoS One*. 7(2), e30795.
40. Boyce, W., Torsheim, T., Currie, C., Zambon, A. 2006. The Family Affluence Scale as a Measure of National Wealth: Validation of an Adolescent Self-Report Measure. *Social Indicators Research*. 78(3), 473–487.
41. Brady, K.T., Back, S.E. 2012. Childhood Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Alcohol Dependence. *Alcohol Research: Current Reviews*. 34(4), 408–413.
42. Brady, K.T., Sonne S.C. 1999. The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse. *Alcohol Research & Health*. 23(4), 263–271.

43. Brandon, M., Sidebotham, P., Bailey, S., Belderson, P., Hawley, C., Ellis, C., Megson, M. 2013. *New learning from serious case reviews: a to year report for 2009 - 2011*. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/new-learning-from-serious-case-reviews-a-2-year-report-for-2009-to-2011> [viewed 20.07.2016.]
44. Braun, V., Clarke, V. 2006. Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3(2), 77–101. Available from: doi: 10.1191/1478088706qp063oa [viewed 02.08.2016.]
45. Braun V., Clarke, V., Terry, G. 2015. Thematic analysis. In: *Qualitative research in clinical and health psychology*. Rohleder, P. and Lyons, A., eds. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
46. Breidablik, H.J., Meland, E., Lydersen, S. 2008. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*. 6(1), 12–20.
47. Breiding, M.J., Basile, K.C., Smith, S.G., Black, M.C., Mahendra, R. 2015. *Intimate partner violence surveillance uniform definitions and recommended data elements. Version 2.0*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
48. Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M.B., Walker, M. 2009. The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry*. 166(7), 786–794.
49. Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hébert, M., Tremblay, R.E., Turecki, G. 2008. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*. 193(2), 134–139.
50. Brinkman, S. 2014. Unstructured and semi-structured interviewing. In: *The Oxford Handbook of Qualitative Research*. Leavy P., ed. New York, USA: Oxford University Press.
51. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. 1979. United States of America: Harvard University Press.
52. Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J.M., Chiu, W.T., Hwang, I., Karam, E.G., Kessler, R.C., Sampson, N., 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., Tsang, A., Vassilev, S.M., Williams, D.R., Nock, M.K. 2010. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*. 197(1), 20–27.
53. Brunnekreef, A.J., De Sonnevile, L.M., Althaus, M., Minderaa, R.B., Oldehinkel, A.J., Verhulst, F.C., Ormel, J. 2007. Information processing profiles of internalizing and externalizing behavior problems: evidence from a population-based sample of preadolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 48(2), 185–193.
54. Bulloch, B., Schubert, C.J., Brophy, P.D., Johnson, N., Reed, M.H., Shapiro, R.A. 2000. Cause and clinical characteristics of rib fractures in infants. *Pediatrics*. 105(4), E48.
55. Bursac, Z., Gauss, C.H., Williams, D.K., Hosmer, D.W. 2008. Purposeful selection of variables in logistic regression. *Source Code for Biology and Medicine*. 16(3), 17. Available from: doi: 10.1186/1751-0473-3-17 [viewed 14.11.2016]
56. Byrne, D.G., Davenport, S.C., Mazanov, J. 2007. Profiles of adolescent stress: The development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence*. 30(3), 393–416.
57. Caetano, R., Field, C.A., Nelson, S. 2003. Association Between Childhood Physical Abuse, Exposure to Parental Violence, and Alcohol Problems in Adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*. 18(3), 240–257.
58. Caffey, J. 1957. Some traumatic lesions in growing bones other than fractures and dislocations: clinical and radiological features: The Mackenzie Davidson Memorial Lecture. *The British Journal of Radiology*. 30(353), 225–238.
59. Caffey, J. 2011. The Classic: Multiple Fractures in the Long Bones of Infants Suffering From Chronic Subdural Hematoma. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 469(3), 755–758.
60. Carpenter, L.L., Carvalho, J.P., Tyrka, A.R., Wier, L.M., Mello, A.F., Mello, M.F., Anderson, G.M., Wilkinson, C.W., Price, L., H. 2007. Decreased adrenocorticotropic hormone and cortisol responses to stress in healthy adults reporting significant childhood maltreatment. *Biological Psychiatry*. 62(10), 1080–1087.
61. Carpenter, L.L., Tyrka, A.R., McDougle, C.J., Malison, R.T., Owens, M.J., Nemeroff, C.B., Price, L.H. Cerebrospinal fluid corticotropin-releasing factor and perceived early-life stress in depressed patients and healthy control subjects. *Neuropsychopharmacology*. 29(4), 777–784.

62. Carpenter, L.L., Tyrka, A.R., Ross, N.S., Khoury, L., Anderson, G.M., Price, L.H. 2009. Effect of childhood emotional abuse and age on cortisol responsivity in adulthood. *Biological Psychiatry*. 66(1), 69–75.
63. Casanueva, C., Martin, S.L., Runyan, D.K. 2009. Repeated reports for child maltreatment among intimate partner violence victims: findings from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being. *Child Abuse & Neglect*. 33(2), 84–93.
64. Casswell, S., Pledger, M., Hooper, R. 2003. Socioeconomic status and drinking patterns in young adults. *Addiction*. 98(5), 601–610.
65. Centers for Disease Prevention and Control. 2016. About the CDC-Keiser Study 2016 In: *Centers for Disease Prevention and Control CDC-Kaiser ACE Study*. Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html> [viewed 10.10.2016.]
66. Cerel, J., Roberts, T.A. 2005. Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior. *Journal of Adolescent Health*. 36(4), 352.e8–e16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15780792> [viewed 25.09.2016.]
67. Chaffin, M., Kelleher, K., Hollenberg, J. 1996. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*. 20(3), 191–203.
68. Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Dube, S.R., Edwards, V.J., Anda, R.F. 2004. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*. 82(2), 217–225.
69. Chartier, M.J., Walker, J.R., Naimark, B. 2009. Health Risk Behaviors and Mental Health Problems as Mediators of the Relationship Between Childhood Abuse and Adult Health. *American Journal of Public Health*. 99(5), 847–854.
70. Chassin, L., Handley, E.D. 2006. Parents and families as contexts for the development of substance use and substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*. 20(2), 135–137.
71. Cindy, L. and Miller-Perrin, R.D.P. 2013. *Child Maltreatment. An Introduction*. 3 ed. United States of America: SAGE Publications.
72. Cohen, R.A., Grieve, S., Hoth, K.F., Paul, R.H., Sweet, L., Tate, D., Gunstad, J., Stroud, L., McCaffery, J., Hitsman, B., Niaura, R., Clark, C.R., McFarlane, A., Bryant, R., Gordon, E., Williams, L.M. 2006. Early life stress and morphometry of the adult anterior cingulate cortex and caudate nuclei. *Biological Psychiatry*. 59(10), 975–982.
73. Coles, J., Lee, A., Taft, A., Mazza, D., Loxton, D. 2015. Childhood Sexual Abuse and Its Association With Adult Physical and Mental Health: Results From a National Cohort of Young Australian Women. *Journal of Interpersonal Violence*. 30(11), 1929–1944.
74. Conger, R.D., Conger, K.J., Martin, M.J. 2010. Socioeconomic Status, Family Processes, and Individual Development. *Journal of Marriage and Family*. 72(3), 685–704.
75. Conron, K.J., Beardslee, W., Koenen, K.C., Buka, S.L., Gortmaker, S.L. 2009. A longitudinal study of maternal depression and child maltreatment in a national sample of families investigated by child protective services. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 163(10), 922–930.
76. Corcoran, P., Gallagher, J., Keeley, H.S., Arensman, E., Perry, I.J. 2006. Adverse childhood experiences and lifetime suicide ideation: a cross-sectional study in a non-psychiatric hospital setting. *Irish Medical Journal*. 99(2), 42–45.
77. Cranford, J.A., Zucker, R.A., Jester, J.M., Puttler, L.I., Fitzgerald, H.E. 2010. Parental Alcohol Involvement and Adolescent Alcohol Expectancies Predict Alcohol Involvement in Male Adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*. 24(3), 386–396.
78. Crosson-Tower, C. 1999. *Understanding Child Abuse and Neglect*. 4 ed. Boston: Allyn and Bacon.
79. Crume, T.L., DiGuseppi, C., Byers, T., Sirotiak, A.P., Garrett, C.J. 2002. Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990 - 1998. *Pediatrics*. 110(2), e18.
80. Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., Richter, M. 2008. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social Science and Medicine*. 66(6), 1429–1436.
81. Cutajar, M.C., Mullen, P.E., Ogloff, J.R.P., Thomas, S.D.M., Wells, D.L., Spataro, J. 2010. Suicide and fatal drug overdose in child sexual abuse victims: a historical cohort study. *Medical Journal of Australia*. 192(4), 184–187.

82. Danielsson, I., Blom, H., Nilsson, C., Heimer, G., Hogberg, U. 2009. Gendered patterns of high violence exposure among Swedish youth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 88(5), 528–535.
83. Daro, D., Edleson, J.L., Pinderhughes, H. 2004. Finding Common Ground in the Study of Child Maltreatment, Youth Violence, and Adult Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*. 19(3), 282–298.
84. Dashiff, C., DiMicco, W., Myers, B., Sheppard, K. 2009. *Poverty and Adolescent Mental Health*. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 22(1), 23–32.
85. Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P.B., Murray, R.M., Walsh, E., Pedersen, C.B. 2010. Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Archives General Psychiatry*. 67(8), 822–829.
86. Debowska, A., Boduszek, D., Dhingra, K. 2015. Victim, perpetrator, and offense characteristics in filicide and filicide–suicide. *Aggression and Violent Behavior*. 21, 113–124.
87. DeSalvo, K.B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., Muntner, P. 2006. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 21(3), 267–275.
88. Devries, K.M. Mak, J.Y.T., Child, J.C., Falder, G., Bacchus, L.J., Astbury, J., Watts, C.H. 2014. Childhood Sexual Abuse and Suicidal Behavior: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 133(5), e1331–e1344.
89. DeWit, D.J., Adlaf, E.M., Offord, D.R., Ogborne, A.C. 2000. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*. 157(5), 745–750.
90. Dick, D.M., Prescott, C., McGue, M. 2009. The Genetics of Substance Use and Substance Use Disorders. In: *Handbook of Behavior Genetics*. Kim, Y.K., ed. New York: Springer New York, 433–453.
91. Dinwiddie, S., Heath, A.C., Dunne, M.P., Bucholz, K.K., Madden, P.A., Slutske, W.S., Bierut, L.J., Statham, D.B., Martin N.G. 2000. Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-control study. *Psychological Medicine*. 30(1), 41–52.
92. Dong, M., Anda, R.F., Dube, S.R., Giles, W.H., Felitti, V.J. 2003. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse & Neglect*. 27(6), 625–639.
93. Dong, M., Anda, R.F., Felitti, V.J., Dube, S.R., Williamson, D.F., Thompson, T.J., Loo, C.M., Giles W.H. 2004. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*. 28(7), 771–784.
94. D’Onofrio, B.M., Goodnight, J.A., Van Hulle, C.A., Rodgers, J.L., Rathouz, P.J., Waldman, I.D., Lahey, B.B. 2009. A quasi-experimental analysis of the association between family income and offspring conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 37(3), 415–429.
95. Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F., Giles, W.H. 2001. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the adverse childhood experiences study. *JAMA*. 286(24), 3089–3096.
96. Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Croft, J.B., Edwards, V.J., Giles, W.H. 2001. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*. 25(12), 1627–1640.
97. Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Edwards, V.J., Croft, J.B. 2002. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*. 27(5), 713–725.
98. Dube, S.R., Miller, J.W., Brown, D.W., Giles, W.H., Felitti, V.J., Dong, M., Anda R.F. 2006. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescent Health*. 38(4), 444.e1–444.e10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.06.006> [viewed 04.05.2016]
99. Dubowitz, H. 1994. Neglecting the Neglect of Neglect. *Journal of Interpersonal Violence*. 9(4), 556–60.
100. Dubowitz, H., Kim, J., Black, M.M., Weisbart, C., Semiatin, J., Magder, L.S. 2011. Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse & Neglect*. 35(2), 96–104.
101. Dupéré, V., Leventhal, T., Lacourse, É. 2008. Neighborhood poverty and suicidal thoughts and attempts in late adolescence. *Psychological Medicine*. 39(8), 1295–1306.
102. Earls F. 2001. Community factors supporting child mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*. 10(4), 693–709.

103. Edwards, V.J., Holden, G.W., Felitti V. J., Anda, R.F. 2003. Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Psychiatry*. 160(8), 1453–1460.
104. Elliott, J.C., Stohl, M., Wall, M.M., Keyes, K.M., Goodwin, R.D., Skodol, A.E., Krueger, R.F., Grant, B.F., Hasin, D.S. 2014. The risk for persistent adult alcohol and nicotine dependence: the role of childhood maltreatment. *Addiction*. 109(5), 842–850.
105. Elliott, J.C., Stohl, M., Wall, M.M., Keyes, K.M., Skodol, A.E., Eaton, N.R., Schmulewitz, D., Goodwin, R.D., Grant, B.F., Hasin, D.S. 2016. Childhood maltreatment, personality disorders, and 3-year persistence of adult alcohol and nicotine dependence in a national sample. *Addiction*. 111(5): 913–923.
106. Empey, L.T., Stafford, M.C., Hay C.H. 1999. *American Delinquency: Its Meaning And Construction*. Belmont, California: Wadsworth.
107. Endler, N.S., Parker, J.D. 1990. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58(5), 844–854.
108. Enns, M.W., Cox, B.J., Afifi, T.O., De Graaf, R., Ten Have, M., Sareen, J. 2006. Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychological Medicine*. 36(12), 1769–1778.
109. Enoch, M.A. 2011. The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology (Berl)*. 214(1), 17–31.
110. Erdoğan, S., Gülhan, O.T. 2016. Alternative Confidence Interval Methods Used in the Diagnostic Accuracy Studies. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. Available in: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7141050> [viewed 02.11.206.]
111. ES Pamattiesību aģentūra. 2014. *Vardarbība pret sievietēm – ES mēroga apsekojums*. Luksemburga: ES Publikāciju birojs.
112. European Commission. 2014. European Core Health Indicators. In: *European Commison Health Indicators*. Available from: http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en [viewed 15.08.2016.]
113. Eurostat. 2016. Marriage and divorce statistics. In: *Eurostat Statistics Explained*. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Marriage_and_divorce_statistics [viewed 20.07.2016.]
114. Euser, E.M., van IJzendoorn, M.H., Prinzie, P., Bakermans-Kranenburg, M.J. 2010. Prevalence of Child Maltreatment in the Netherlands. *Child Maltreatment*. 15(1), 5–17.
115. Evans, G.W., Cassells, R.C. 2014. Childhood Poverty, Cumulative Risk Exposure, and Mental Health in Emerging Adults. *Clinical Psychological Science*. 2(3), 287–296.
116. Evans, G.W., Kim, P. 2010. Multiple risk exposure as a potential explanatory mechanism for the socioeconomic status-health gradient. *Annals of the New York Acadademy of Sciences*. 1186, 174–189.
117. Evans, S.E., Davies, C., DiLillo, D. 2008. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*. 13(2), 131–140.
118. Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Murray, C.J.L. 2004. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva: World Health Organization.
119. Faltermaier, T. 1997. Why public health research needs qualitative approaches. Subjects and methods in change. *European Journal of Public Health*. 7(4), 357–363.
120. Fantuzzo, J.W., Perlman, S.M., Dobbins, E.K. 2011. Types and timing of child maltreatment and early school success: A population-based investigation. *Children and Youth Services Review*. 33(8), 1404–1411.
121. Fenton, M.C., Geier, T., Keyes, K., Skodol, A.E., Grant, B.F., Hasin, D.S. 2013. Combined role of childhood maltreatment, family history, and gender in the risk for alcohol dependence. *Psychological Medicine*. 43(5), 1045–1057.
122. Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J. 2008. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 32(6), 607–619.
123. Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Woodward, L.J. 2000. The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychological Medicine*. 30(3), 529–544.

124. Fergusson, D.M., McLeod, G.F.H., Horwood, L.J. 2013. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*. 37(9), 664–674.
125. Field A. 2013. *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. 4th ed. Canada: SAGE Publications.
126. Finch, B.K., Hummer, R.A., Reindl, M., Vega, W.A. 2002. Validity of Self-rated Health among Latino(a)s. *American Journal of Epidemiology*. 155(8), 755–759.
127. Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., Hamby, S.L. 2009. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*. 124(5), 1411–1423.
128. Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I. 2004. What is qualitative research? An introduction to the field. In: *A companion to qualitative research*. Flick, U., van Kardorff, E., Steinke, I., eds. London: Sage Publications.
129. Flynn, S.M., Shaw, J.J., Abel, K.M. 2013. Filicide: mental illness in those who kill their children. *PLoS One*. 8(4), e58981.
130. Fomby, P., Cherlin, A.J. 2007. Family Instability and Child Well-Being. *American Sociological Review*. 72(2), 181–204.
131. Forns, M., Abad, J., Kirchner, T. 2011. Internalizing and Externalizing Problems. In: *Encyclopedia of Adolescence*. Levesque, R.J.R., ed. New York, NY: Springer New York.
132. Forrester, D. 2007. Patterns of re-referral to social services: a study of 400 closed cases. *Child & Family Social Work*. 12(1), 11–21.
133. Fridh, M., Lindstrom, M., Rosvall, M. 2014. Experience of physical violence and mental health among young men and women: a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*. 14, 29.
134. Frisé A. 2007. Measuring health-related quality of life in adolescence. *Acta Paediatrica*. 96(7), 963–968.
135. Frodl, T., Reinhold, E., Koutsouleris, N., Donohoe, G., Bondy, B., Reiser, M., Möller, H.J., Meisenzahl, E.M. 2010. Childhood stress, serotonin transporter gene and brain structures in major depression. *Neuropsychopharmacology*. 35(6), 1383–1390.
136. Fuller-Thomson, E., Roane, J.L., Brennenstuhl, S. 2016. Three Types of Adverse Childhood Experiences, and Alcohol and Drug Dependence Among Adults: An Investigation Using Population-Based Data. *Substance Use & Misuse*. 51(11), 1451–1461.
137. Galobardes, B., Lynch, J.W., Smith, G.D. 2008. Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health*. 62(5), 387–390.
138. Galvani S. 2004. Responsible disinhibition: Alcohol, men and violence to women. *Addiction Research & Theory*. 12(4), 357–371.
139. Gatt, J.M., Nemeroff, C.B., Dobson-Stone, C., Paul, R.H., Bryant, R.A., Schofield, P.R., Gordon, E., Kemp, A.H., Williams, L.M. 2009. Interactions between BDNF Val66Met polymorphism and early life stress predict brain and arousal pathways to syndromal depression and anxiety. *Molecular Psychiatry*. 14(7), 681–695.
140. Gauffin, K., Hjern, A., Vinnerljung, B., Björkenstam, E. 2016. Childhood Household Dysfunction, Social Inequality and Alcohol Related Illness in Young Adulthood. A Swedish National Cohort Study. *PLoS One*. 11(3), e0151755. Available from: doi:10.1371/journal.pone.0151755 [viewed 14.09.2016]
141. Gencer, O., Ozbek, A., Bozabali, R., Cangar, S., Miral, S. 2006. Suspected child abuse among victims of home accidents being admitted to the emergency department: a prospective survey from Turkey. *Pediatric Emergency Care*. 22(12), 794–803.
142. Gershoff, E.T. 2010. More harm than good: A summary of scientific research on the intended and unintended effects of corporal punishment on children. *Law Contemporary Problems*. 73, 31–45.
143. Gibb, B.E. 2002. Childhood maltreatment and negative cognitive styles: A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology Review*. 22(2): 223–246.
144. Gibb, B.E., Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Rose, D.T., Whitehouse, W.G., Donovan, P., Hogan, M.E., Cronholm, J., Tierney, S. 2001. History of Childhood Maltreatment, Negative Cognitive Styles, and Episodes of Depression in Adulthood. *Cognitive Therapy and Research*. 25(4), 425–446.

145. Gilbert, R, Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, S. 2009. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 373(9657), 68–81.
146. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. 2002. *Child Abuse & Neglect*. 26(6–7), 697–714.
147. Goodman, S.H., Rouse, M.H., Connell, A.M., Broth, M.R., Hall, C.M., Heyward D. 2011. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 14(1), 1–27.
148. Gore, F.M., Bloem, P.J.N., Patton, G.C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S.M., Mathers, C.D. 2011. Global burden of disease in young people aged 10 - 24 years: a systematic analysis. *The Lancet*. 377(9783), 2093–2102.
149. Grant, J.D., Waldron, M., Sarto, C.E., Scherrer, J.F., Duncan, A.E., McCutcheon, V.V., Haber, R.J., Jacob, T., Heath, A.C., Bucholz K.K. 2015. Parental Separation and Offspring Alcohol Involvement: Findings from Offspring of Alcoholic and Drug Dependent Twin Fathers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 39(7), 1166–1173.
150. Gravseth, H.M., Mehlum, L., Bjerkedal, T., Kristensen, P. 2010. Suicide in young Norwegians in a life course perspective: population-based cohort study. *Journal of Epidemiology Community Health*. 64(5), 407–412.
151. Green, J.G., McLaughlin, K.A., Berglund, P.A., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Kessler, R.C. 2010. Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations With First Onset of DSM-IV Disorders. *Archives General Psychiatry*. 67(2), 113–123.
152. Grittner, U., Kuntsche, S., Graham, K., Bloomfield, K. 2012. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol*. 47(5), 597–605.
153. Haas A, S. 2007. The Long-Term Effects of Poor Childhood Health: An Assessment and Application of Retrospective Reports. *Demography*. 44(1), 113–135.
154. Hager, A.D., Runtz, M.G. 2012. Physical and psychological maltreatment in childhood and later health problems in women: An exploratory investigation of the roles of perceived stress and coping strategies. *Child Abuse & Neglect*. 36(5), 393–403.
155. Hamarman, S., Pope, K.H., Czaja, S.J. 2002. Emotional Abuse in Children: Variations in Legal Definitions and Rates Across the United States. *Child Maltreatment*. 7(4), 303–311.
156. Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R. 2010. The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse & Neglect*. 34(10), 734–741.
157. Hamby, S., Grych J. 2013. *The web of violence. Exploring connections among different forms of interpersonal violence and abuse*. United States of America: Springer.
158. Hankin, B.L. 2005. Childhood Maltreatment and Psychopathology: Prospective Tests of Attachment, Cognitive Vulnerability, and Stress as Mediating Processes. *Cognitive Therapy and Research*. 29(6), 645–671.
159. Hanson, M.D., Chen, E. 2007. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *The Journal of Behavioral Medicine*. 30(3), 263–285.
160. Hardt, J., Rutter, M. 2004. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. 45(2), 260–273.
161. Hardt, J., Sidor, A., Nickel, R., Kappis, B., Petrak, P., Egle, U. 2008. Childhood Adversities and Suicide Attempts: A Retrospective Study. *Journal of Family Violence*. 23(8), 713–718.
162. Hart, S.N., Brassard, M.R., Davidson, H.A., Rivelis, E., Diaz, V., Binggeli, N.J. 2011. *The APSAC handbook on child maltreatment*. 3 ed. California: Thousand Oaks.
163. Harwin, J., Madge, N., Heath, S. 2010. *Children affected by parental alcohol problems. A report on the research, policy, practice and service development relating toChAPAPs across Europe. An ENCARE 5 Project funded by the European Union*. UK: Brunel University.
164. Hatters, Friedman, S., Hrouda, D.R., Holden, C.E., Noffsinger, S.G., Resnick, P.J. 2005. Filicide-suicide: common factors in parents who kill their children and themselves. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 33(4), 496–504.
165. Health Behavior in School-Aged Children. 2017. About HBSC 2017. In: *Health Behavior in School-Aged Children About*. Available from: <http://www.hbsc.org/about/index.html> [viewed 03.03.2017]

166. Heard, H.E., Gorman, B.K., Kapinus, C.A. 2008. Family Structure and Self-Rated Health in Adolescence and Young Adulthood. *Population Research and Policy Review*. 27(6), 773–797.
167. Heim, C., Newport, D.J., Heit, S., Graham, Y.P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A.H., Nemeroff, C.B. 2000. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*. 284(5), 592–597.
168. Helweg-Larsen, K., Frederiksen, M.L., Larsen, H.B. 2011. Violence, a risk factor for poor mental health in adolescence: A Danish nationally representative youth survey. *Scandinavian Journal of Public Health*. 39(8), 849–856.
169. Hien, D., Cohen, L.R., Caldeira, N.A., Flom, P., Wasserman, G. 2010. Depression and anger as risk factors underlying the relationship between maternal substance involvement and child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*. 34(2), 105–113.
170. Hildyard, K.L., Wolfe, D.A. 2002. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*. 26(6–7), 679–695.
171. Homlong, L., Rosvold, E.O., Sagatun, Å., Wentzel-Larsen, T., Haavet, O.R. 2015. Living with mentally ill parents during adolescence: a risk factor for future welfare dependence? A longitudinal, population-based study. *BMC Public Health*. 15(1), 1–10.
172. Hovens, J.G., Wiersma, J.E., Giltay, E.J., van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B.W., Zitman F.G. 2010. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 122(1), 66–74.
173. Huang, M.C., Schwandt, M.L., Ramchandani, V.A., George, D.T., Heilig, M. 2012. Impact of Multiple Types of Childhood Trauma Exposure on Risk of Psychiatric Comorbidity Among Alcoholic Inpatients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 36(6), 1099–1107.
174. Huckle, T., You, R.Q., Casswell, S. 2010. Socio-economic status predicts drinking patterns but not alcohol-related consequences independently. *Addiction*. 105(7), 1192–1202.
175. Humensky, J.L. 2010. Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 5, 19. Available from: doi: 10.1186/1747-597X-5-19 [viewed 16.11.2016.]
176. Huurre, T., Junkkari, H., Aro, H. 2006. Long-term psychosocial effects of parental divorce. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 256(4), 256–263.
177. Infurna, M.R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., Kaess, M. 2016. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 190, 47–55.
178. Jackson, K.M., Rogers, M.L., Sartor, C.E. 2016. Parental Divorce and Initiation of Alcohol Use in Early Adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*. 30(4), 450–461.
179. Jenny, C., Isaac, R. 2006. The relation between child death and child maltreatment. *Archives of Disease in Childhood*. 91(3), 265–269.
180. Jerdén, L., Burell, G., Stenlund, H., Weinehall, L., Bergström, E. 2011. Gender Differences and Predictors of Self-Rated Health Development Among Swedish Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 48(2), 143–150.
181. Jia, Y., Gao, J., Dai, J., Zheng, P., Wu, X., Li, G., Fu, H. 2014. Difference of the associations between self-rated health and demographic characteristics, lifestyle, and psychosocial work environment between two types of Chinese worksite. *BMC Public Health*. 14, 851. Available from: doi: 10.1186/1471-2458-14-851 [viewed 15.10.2016.]
182. Johnson, J.G., Cohen, P., Gould, M.S., Kasen, S., Brown, J., Brook, J.S. 2002. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives General Psychiatry*. 59(8), 741–749.
183. Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. 2003. *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2002: Vol. 1. Secondary School Students*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
184. Joiner, T.E., Sachs-Ericsson, N.J., Wingate, L.R., Brown, J.S., Anestis, M.D., Selby, E.A. 2007. Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behavior and Research Therapy*. 45(3), 539–547.
185. Jonson-Reid, M., Drake, B., Kohl, P.L. 2009. Is the overrepresentation of the poor in child welfare caseloads due to bias or need? *Child Youth Services Review*. 31(3), 422–427.
186. Kairys, S.W., Alexander R.C., Block, R.W., Everett, V.D., Hymel, K.P., Jenny, C., Stirling, J. 2002. When inflicted skin injuries constitute child abuse. *Pediatrics*. 110(3), 644–645.

187. Kalebic, Jakupcevic, K., Ajdukovic, M. 2011. Risk factors of child physical abuse by parents with mixed anxiety-depressive disorder or posttraumatic stress disorder. *Croatian Medical Journal*. 52(1), 25–34.
188. Kemp, A.M., Dunstan, F., Harrison, S., Morris, S., Mann, M., Rolfe, K., Datta, S., Thomas, P., Sibert, J.R., Maguire, S. 2008. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ*. 337, a1518.
189. Kempe, C., Silverman, F.N., Steele, B.F., Droegemueller, W., Silver, H.K. 1962. The battered-child syndrome. *JAMA*. 181(1), 17–24.
190. Kendall-Tackett K. 2002. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*. 26(6–7), 715–729.
191. Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hettema, J.M., Myers, J., Prescott, C.A. 2000. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives General Psychiatry*. 57(10), 953–959.
192. Kendler, K.S., Edwards, A.C., Gardner, C.O. 2015. Sex differences in the pathways to symptoms of alcohol use disorder: a study of opposite-sex twin pairs. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 39(6), 998–1007.
193. Kim-Cohen, J., Caspi, A., Rutter, M., Tomas, M.P., Moffitt, T.E. 2006. The caregiving environments provided to children by depressed mothers with or without an antisocial history. *American Journal of Psychiatry*. 163(6), 1009–1018.
194. King, C.A., Kerr, D.C.R., Passarelli, M.N., Foster, C.E., Merchant, C.R. 2010. One-Year Follow-Up of Suicidal Adolescents: Parental History of Mental Health Problems and Time to Post-Hospitalization Attempt. *Journal of Youth and Adolescence*. 39(3), 219–232.
195. Kitzmann, K.M., Gaylord, N.K., Holt, A.R., Kenny, E.D. 2003. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71(2), 339–352.
196. Knickerbocker, L.H., Heyman, R.E., Slep, A.M.S., Jouriles, E.N., McDonald, R. 2007. Co-occurrence of child and partner maltreatment: definitions, prevalence, theory, and implications for assessment. *European Psychologist*. 12(1), 36–44.
197. Kraus, L., Bloomfield, K., Augustin, R., Reese, A. 2000. Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany. *Addiction*. 95(9), 1389–1401.
198. Kreatsoulas, C., Hassan, A., Subramanian, S.V., Fleegler, E.W. 2015. Social disparities among youth and the impact on their health. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 6, 37–45.
199. Kristjansson, A.L., Sigfusdottir, I.D., Allegrante, J.P., Helgason, A.R. 2009. Parental divorce and adolescent cigarette smoking and alcohol use: assessing the importance of family conflict. *Acta Paediatrica*. 98(3), 537–542.
200. Kristman-Valente, A., Wells, E.A. 2013. The role of gender in the association between child maltreatment and substance use behavior: a systematic review of longitudinal research from 1995 to 2011. *Substance Use & Misuse*. 48(8), 645–660.
201. Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy J.A., Zwi, A.B., Lozano R. 2002. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
202. Kuntsche, E., Kuntsche, S., Knibbe, R., Simons-Morton, B., Farhat, T., Hublet, A., Bendsten, P., Godeau, E., Demetrovics, Z. 2011. Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness: evidence from 23 European and North American countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 165(2), 152–158.
203. Labbé J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. 2005. *Child Abuse & Neglect*. 29(4), 311–324.
204. Lamers-Winkelmann, F., Willemen, A.M., Visser, M. 2012. Adverse childhood experiences of referred children exposed to intimate partner violence: consequences for their wellbeing. *Child Abuse & Neglect*. 36(2), 166–179.
205. Laslett, A.M., Room, R., Dietze, P., Ferris, J. 2012. Alcohol's involvement in recurrent child abuse and neglect cases. *Addiction*. 107(10), 1786–1793.
206. Laursen, T.M., Munk-Olsen, T., Mortensen, P.B., Abel, K.M., Appleby, L, Webb, R.T. 2011. Filicide in offspring of parents with severe psychiatric disorders: a population-based cohort study of child homicide. *Journal of Clinical Psychiatry*. 72(5), 698–703.
207. Lee Y. 2009. Early motherhood and harsh parenting: The role of human, social, and cultural capital. *Child Abuse & Neglect*. 33(9), 625–637.

208. Leeb, R.T., Paulozzi, L.J., Melanson, C., Simon, T.R., Arias, I. 2008. *Child maltreatment surveillance. Uniform definitions for public health and recommended data elements. Version 1.0*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
209. Leinonen, J.A., Solantaus, T.S., Punamaki, R.L. 2003. Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 44(2), 227–241.
210. Lepiksone, J., Misiņš, J., Pildava, S., Liepiņa, E., Raudiņa, S., Vanaga, D., Baltāne, Z., Zīle, I., Mihailovska, D., Zariņa, B., Redoviča, I., Paševska, M., Pavlovskā, Z., Skrulle, J. 2014. *Statistical yearbook of health care in Latvia*. Riga: Centre for Disease Prevention and Control of Latvia.
211. Lepistö, S., Åstedt-Kurki, P., Joronen, K., Luukkaala, T., Paavilainen, E. 2010. Adolescents' experiences of coping with domestic violence. *Journal of Advanced Nursing*. 66(6), 1232–1245.
212. Levendosky, A.A., Graham-Bermann, S.A. 2001. Parenting in Battered Women: The Effects of Domestic Violence on Women and Their Children. *Journal of Family Violence*. 16(2), 171–192.
213. Levitan, R.D., Rector, N.A., Sheldon, T., Goering, P. 2003. Childhood adversities associated with major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: issues of comorbidity and specificity. *Depression and Anxiety*. 17(1), 34–42.
214. Lichtenstein, P., Yip, B.H., Bjork, C., Pawitan, Y., Cannon, T.D., Sullivan, P.F., Hultman, C.M. 2009. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet*. 373(9659), 234–239.
215. Lindert, J., von Ehrenstein, O.S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., Weisskopf, M.G. 2014. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*. 59(2), 359–372.
216. Liu, J. 2004. Childhood Externalizing Behavior: Theory and Implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 17(3), 93–103.
217. Lopez-Castroman, J., Melhem, N., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Garcia-Nieto, R., Burke, A.K., Mann, J.J., Brent, D.A., Oquendo, M.A. 2013. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry*. 12(2), 149–154.
218. LR Centrālā statistikas pārvalde. 2014. *Jaunieši Latvijā*. Rīga: LR Centrālā statistikas pārvalde.
219. LR Centrālā statistikas pārvalde. 2016. Noslēgtās un šķirtās laulības. Iegūts no: *LR Centrālā statistikas pārvalde statistikas tēmas* <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/iedzivotaji-datubaze-30028.html> [sk. 20.07.2016.]
220. LR Izglītības un zinātnes ministrija. 2014. *Pētījums par priekšlaicīgas mācību pamešanas iemesliem un riskiem jauniešiem vecuma grupā no 13 līdz 18 gadiem*. Rīga: Izglītības un zinātnes ministrija.
221. Luo, Y., Waite, L.J. 2005. The Impact of Childhood and Adult SES on Physical, Mental, and Cognitive Well-Being in Later Life. *The journals of gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 60(2), S93–S101.
222. MacMillan H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E., Duku, E.K., Walsh, C.A., Wong, M.Y., Beardslee, W.R. 2001. Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample. *The American Journal of Psychiatry*. 158, 1878–1883.
223. MacMillan, H.L., Jamieson, E., Walsh, C.A. 2003. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse & Neglect*. 27(12), 1397–1408.
224. Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekete, S., van Heeringen, K., De Leo, D., Ystgaard, M. 2008. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49(6), 667–677.
225. Maguire, S., Mann, M.K., Sibert, J., Kemp, A. 2005. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. 90(2), 182–186.
226. Mallon GP. 2013. The legend of Mary Ellen Wilson and Etta Wheeler: child maltreatment and protection today. *Child Welfare*. 92(2), 9–11.

227. Mandelli, L., Serretti, A. 2013. Gene environment interaction studies in depression and suicidal behavior: An update. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 37(10, Part 1), 2375–2397.
228. Manning, V., Best, D.W., Faulkner, N., Titherington, E. 2009. New estimates of the number of children living with substance misusing parents: results from UK national household surveys. *BMC Public Health*. 9(1), 1–12.
229. Manor, O., Matthews, S., Power, C. 2000. Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. *International Journal of Epidemiology*. 29(1), 149–157.
230. Margolin, G., Gordism E.B. 2003. Co-occurrence between marital aggression and parents' child abuse potential: the impact of cumulative stress. *Violence and Victims*. 18(3), 243–258.
231. Marmorstein, N.R., Iacono, W.G., McGue, M. 2009. Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. *Psychological Medicine*. 39(1), 149–155.
232. Martin, G., Bergen, H.A., Richardson, A.S., Roeger, L., Allison, S. 2004. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*. 28(5), 491–503.
233. Masten AS. 2004. Regulatory processes, risk, and resilience in adolescent development. *Annals of the New York Academy Sciences*. 1021:310–319.
234. 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(9): 969–984.
235. McCabe, K.A. 2003. *Child abuse and the criminal system*. United States: Peter Lang International Academic Publishers.
236. McCloskey, L.A. 2001. The "Medea complex" among men: the instrumental abuse of children to injure wives. *Violence and Victims*. 16(1), 19–37.
237. McDonald, J.H. 2014. *Handbook of Biological Statistics*. 3rd ed. Baltimore, Maryland: Sparky House Publishing.
238. McEwen, B.S. 2007. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Reviews*. 87(3), 873–904.
239. McEwen, B.S., Gianaros, P.J. 2011. Stress- and allostasis-induced brain plasticity. *Annual Review of Medicine*. 62, 431–445.
240. McEwen, B.S., Stellar, E. 1993. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*. 153(18), 2093–2101.
241. McEwen, B.S., Wingfield, J.C. 2003. The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones Behavior*. 43(1), 2–15.
242. McFarlane, J., Symes, L., Binder, B.K., Maddoux, J., Paulson, R. 2014. Maternal-child dyads of functioning: the intergenerational impact of violence against women on children. *Maternal and Child Health Journal*. 18(9), 2236–2243.
243. McKenzie, S.K., Carter, K.N., Blakely, T., Ivory, V. 2011. Effects of childhood socioeconomic position on subjective health and health behaviours in adulthood: how much is mediated by adult socioeconomic position? *BMC Public Health*. 11(269), 1–9.
244. McLaughlin, K.A., Green, J., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Kessler, R.C. 2010. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication ii: Associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives General Psychiatry*. 67(2), 124–132.
245. Meireles, A.L., Xavier, C.C., Proietti, F.A., Caiaffa, W.T. 2015. Influence of individual and socio-environmental factors on self-rated health in adolescents. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 18, 538–551.
246. Melchior, M., Moffitt, T.E., Milne, B.J., Poulton, R., Caspi, A. 2007. Why Do Children from Socioeconomically Disadvantaged Families Suffer from Poor Health When They Reach Adulthood? A Life-Course Study. *American Journal of Epidemiology*. 166(8), 966–974.
247. Mersky, J.P., Berger, L.M., Reynolds, A.J., Gromoske, A.N. 2009. Risk factors for child and adolescent maltreatment: a longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreatment*. 14(1), 73–88.
248. Moran, P.B., Vuchinich S., Hall, N.K. 2004. Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse & Neglect*. 28(5), 565–574.

249. Moylan, C.A., Herrenkohl, T.I., Sousa, C., Tajima, E.A., Herrenkohl, R.C., Russo, M.J. 2010. The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *Journal of Family Violence*. 25(1), 53–63.
250. Mukaka, M.M. 2012. A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*. 24(3), 69–71.
251. Najman, J.M., Hayatbakhsh, M.R., Clavarino, A., Bor, W., O'Callaghan, M.J., Williams, G.M. 2010. Family Poverty Over the Early Life Course and Recurrent Adolescent and Young Adult Anxiety and Depression: A Longitudinal Study. *American Journal of Public Health*. 100(9), 1719–1723.
252. Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.F., Cooper, M.L., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M.P., Statham, D.J., Martin, N.G. 2002. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives General Psychiatry*. 59(2), 139–145.
253. Nicklas, E., Mackenzie, M. 2013. Intimate Partner Violence and Risk for Child Neglect during Early Childhood in a Community Sample of Fragile Families. *Journal of Family Violence*. 28(1), 17–29.
254. Norlev, J., Davidsen, M., Sundaram, V., Kjolner, M. 2005. Indicators associated with suicidal ideation and suicide attempts among 16 - 35-year-old Danes: a national representative population study. *Suicide Life Threatening Behavior*. 35(3), 291–308.
255. Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T. 2012. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*. 9(11), 1–31.
256. O'Brien, K.L., Cohen, L., Pooley, J.A., Taylor, M.F. 2013. Lifting the Domestic Violence Cloak of Silence: Resilient Australian Women's Reflected Memories of their Childhood Experiences of Witnessing Domestic Violence. *Journal of Family Violence*. 28(1), 95–108.
257. Obot, I.S., Anthony, J.C. 2004. Mental Health Problems in Adolescent Children of Alcohol Dependent Parents: Epidemiologic Research with a Nationally Representative Sample. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 13(4), 83–96.
258. Olofsson, N., Lindqvist, L., Shaw, B.A., Danielsson, I. 2012. Long-term health consequences of violence exposure in adolescence: a 26-year prospective study. *BMC Public Health*. 12, 411.
259. Page, R.M., Simonek J., Ihász, F., Hantiu, I., Uvacsek, M., Kalabiska, I., Klarova, R. 2009. Self-rated health, psychosocial functioning, and other dimensions of adolescent health in Central and Eastern European adolescents. *European Journal of Psychiatry*. 23(2), 101–114.
260. Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S., McGorry, P. 2007. Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*. 369(9569), 1302–1313.
261. Patel, V., Kleinman, A. 2003. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 81(8), 609–615.
262. Patrick, M.E., Wightman, P., Schoeni, R.F., Schulenberg, J.E. 2012. Socioeconomic Status and Substance Use Among Young Adults: A Comparison Across Constructs and Drugs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 73(5), 772–782.
263. Patton, G.C., Coffey, C., Romaniuk, H., Mackinnon, A., Carlin, J.B., Degenhardt, L., Olsson, C.A., Moran, P. 2014. The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *The Lancet*. 383(9926), 1404–1411.
264. Patton, M.Q. 2002. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
265. Pearlin, L.I., Schieman, S., Fazio, E.M., Meersman, S.C. 2005. Stress, Health, and the Life Course: Some Conceptual Perspectives. *Journal of Health and Social Behavior*. 46(2), 205–219.
266. Pelton, L.H. 1978. Child abuse and neglect: the myth of classlessness. *American Journal of Orthopsychiatry*. 48(4), 608–617.
267. Peltoniemi T. 2005. *Children in alcohol and drug abusing families in Finland 1994 and 2004*. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.453.7800&rep=rep1&type=pdf> [viewed 04.08.2016.]
268. Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., Gómez-Benito, J. 2009. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 29(4), 328–338.

269. Perna, L., Bolte, G., Mayrhofer, H., Spies, G., Mielck, A. 2010. The impact of the social environment on children's mental health in a prosperous city: an analysis with data from the city of Munich. *BMC Public Health*. 10(1), 1–10.
270. Perry, A.R., Dilillo, D., Peugh, J. 2007. Childhood Psychological Maltreatment and Quality of Marriage. *Journal of Emotional Abuse*. 7(2), 117–142.
271. Petersen, A.C., Joseph, J., Feit, M. 2014. *New directions in child abuse and neglect research*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
272. Petrenko, C.L.M., Culhane, S.E., Garrido, E..F, Taussig, H.N. 2011. Do youth in out-of-home care receive recommended mental health and educational services following screening evaluations? *Children and Youth Services Review*. 33(10), 1911–1918.
273. Pirsko, L. 2010. *Ziņojums par pētījuma rezultātiem. Iedzīvotāju attieksme pret vardarbību pret bērniem*. Iegūts no: http://www.centrsdardede.lv/data/kampanas/iedzivotaju_attieksme_pret_vardarbibu_2010.pdf [sk. 19.11.2016.]
274. Pinheiro P.S. 2006. *World report on violence against children*. Geneva: ATAR Roto Presse SA.
275. Pitman, A., Osborn, D., King, M., Erlangsen, A. 2014. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*. 1(1), 86–94.
276. Plant, D.T., Pariente, C.M., Sharp, D., Pawlby, S. 2015. Maternal depression during pregnancy and offspring depression in adulthood: role of child maltreatment. *The British Journal of Psychiatry*. 207(3), 213–220.
277. Poulton, R., Caspi, A., Milne, B., Thomson, W., Taylor, A., Sears, M., Moffitt, T.E. 2002. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *Lancet*. 360(9346), 1640–1645.
278. Qin, P., Agerbo, E., Mortensen, P.B. 2002. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 360(9340), 1126–1130.
279. Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., Uher, R. 2013. Risk of Mental Illness in Offspring of Parents With Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Family High-Risk Studies. *Schizophrenia Bulletin*. 40(1), 28–38.
280. Reef, J., Diamantopoulou, S., van Meurs, I., Verhulst, F.C., van der Ende, J. 2011. Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and adult DSM-IV disorder: results of a 24-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 46(12), 1233–1241.
281. Reiss, F. 2013. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 90, 24–31.
282. Rekart, K.N., Mineka, S., Zinbarg, R.E., Griffith, J.W. 2007. Perceived Family Environment and Symptoms of Emotional Disorders: The Role of Perceived Control, Attributional Style, and Attachment. *Cognitive Therapy and Research*. 31(4): 419–436.
283. Repetti, R.L., Robles, T.F., Reynolds, B. 2011. Allostatic processes in the family. *Development and Psychopathology*. 23(3), 921–938.
284. Richter, M., Moor, I., van Lenthe, F.J. 2012. Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology Community Health*. 66(8), 691–697.
285. Rīgas domes Labklājības departaments. 2014. *Riska un aizsargājošo faktoru ietekme uz atkarību izraisīto vielu lietošanas līmeni jauniešu vidū. 5. posms*. Rīga: Rīgas domes Labklājības departaments.
286. Roberts, R.E., Roberts, C.R., Xing, Y. 2007. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*. 41(11), 959–967.
287. Roche, A.J., Fortin, G., Labbé, J., Brown, J., Chadwick, D. 2005. The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. *Child Abuse & Neglect*. 29(4), 325–334.
288. Rohleder, P., Smith, C. 2015. Ethical Issues. In: *Qualitative research in clinical and health psychology*. Rohleder, P. and Lyons, A., eds. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
289. Rose, R.J., Dick, D.M., Viken, R.J., Pulkkinen, L., Kaprio, J. 2004. Genetic and environmental effects on conduct disorder and alcohol dependence symptoms and their covariation at age 14. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 28(10), 1541–1548.
290. Rose, S., Fife, S.S. 2012. *Family violence. What health care providers need to know*. United States of America: Jones & Bartlett Learning.

291. Roustit, C., Campoy, E., Renahy, E., King, G., Parizot, I., Chauvin, P. 2011. Family social environment in childhood and self-rated health in young adulthood. *BMC Public Health*. 11(1), 1–9.
292. Roustit, C., Chaix, B., Chauvin P. 2007. Family breakup and adolescents' psychosocial maladjustment: public health implications of family disruptions. *Pediatrics*. 120(4), e984–991. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17908754> [viewed 14.09.2016]
293. Roustit, C., Renahy, E., Guernec, G., Lesieur, S., Parizot, I., Chauvin, P. 2009. Exposure to interparental violence and psychosocial maladjustment in the adult life course: advocacy for early prevention. *Journal of Epidemiology Community Health*. 63(7), 563–568.
294. Roy A. 2004. Family history of suicidal behavior and earlier onset of suicidal behavior. *Psychiatry Research*. 129(2), 217–219.
295. Rubin, D.M., Christian, C.W., Bilaniuk, L.T., Zazyczny, K.A., Durbin, D.R. 2003. Occult head injury in high-risk abused children. *Pediatrics*. 111(6), 1382–1386.
296. Runtz, M.G. 2002. Health Concerns of University Women with a History of Child Physical and Sexual Maltreatment. *Child Maltreatment*. 7(3), 241–253.
297. Russell, D., Springer, K.W., Greenfield, E.A. 2010. Witnessing domestic abuse in childhood as an independent risk factor for depressive symptoms in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 34(6), 448–453.
298. Sachs-Ericsson, N., Verona, E., Joiner, T., Preacher, K.J. 2006. Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *Journal of Affective Disorders*. 93(1–3), 71–78.
299. Salonna, F., van Dijk, J.P., Geckova, A.M., Bacikova-Sleskova, M., Groothoff, J.W., Reijneveld, S.A. 2014. Changes in socio-economic differences in adolescent self-reported health between 15 and 19 years of age: a longitudinal study. *Public Health*. 128(4), 380–383.
300. Sapolsky, R.M., Romero, L.M., Munck, A.U. 2000. How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocrine Reviews*. 21(1), 55–89.
301. Sartor, C.E., Lynskey, M.T., Heath, A.C., Jacob, T., True, W. 2007. The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*. 102(2), 216–225.
302. Sartor, C.E., Waldron, M., Duncan, A.E., Grant, J.D., McCutcheon, V.V., Nelson, E.C., Madden, P.A., Bucholz, K.K., Heath A.C. 2013. Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: the role of familial influences. *Addiction*. 108(5), 993–1000.
303. Schneider, R., Baumrind, N., Kimerling, R. 2007. Exposure to Child Abuse and Risk for Mental Health Problems in Women. *Violence and Victims*. 22(5), 620–631.
304. Sebre, S., Sprugevica, I., Novotni, A., Bonevski, D., Pakalniskiene, V., Popescu, D., Turchina, T., Friedrich, W., Lewis, O. 2004. Cross-cultural comparisons of child-reported emotional and physical abuse: rates, risk factors and psychosocial symptoms. *Child Abuse & Neglect*. 28(1), 113–127.
305. Sedlak, A.J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., and Li, S. 2010. *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
306. Sellström, E., Bremberg, S. 2006. Review Article: The significance of neighbourhood context to child and adolescent health and well-being: A systematic review of multilevel studies. *Scandinavian Journal of Public Health*. 34(5), 544–554.
307. Shackleton, N., Hale, D., Bonell, C., Viner, R.M. 2016. Intraclass correlation values for adolescent health outcomes in secondary schools in 21 European countries. *SSM - Population Health*. 2, 217–225.
308. Shapero, B.G., Black, S.K., Liu, R.T., Klugman, J., Bender, R.E., Abramson, L.Y., Alloy, L.B. 2014. Stressful Life Events and Depression Symptoms: The Effect of Childhood Emotional Abuse on Stress Reactivity. *Journal of Clinical Psychology*. 70(3), 209–223.
309. Shin, S.H., Edwards, E., Heeren, T., Amodeo, M. 2009. Relationship between Multiple Forms of Maltreatment by a Parent or Guardian and Adolescent Alcohol Use. *American Journal of Addiction*. 18(3), 226–234.

310. Shin, S.H., Edwards, E.M., Heeren, T. 2009. Child abuse and neglect: relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addictive Behaviors*. 34(3), 277–280.
311. Sidebotham, P., Heron, J. 2006. Child maltreatment in the “children of the nineties”: A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*. 30(5), 497–522.
312. Sigfusdottir, I., Asgeirsdottir, B., Gudjonsson, G., Sigurdsson, J. 2008. A Model of Sexual Abuse’s Effects on Suicidal Behavior and Delinquency: The Role of Emotions as Mediating Factors. *Journal of Youth and Adolescence*. 37(6), 699–712.
313. Silverman, F.N. 1953. The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. *The American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine*. 69(3), 413–427.
314. Sklzo, M., Nieto, F.J. 2014. *Epidemiology. Beyond the Basics*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
315. Slack, K.S., Berger, L.M., DuMont, K., Yang, M.Y., Kim, B., Ehrhard-Dietzel, S., Holl, J.L. 2011. Risk and protective factors for child neglect during early childhood: A cross-study comparison. *Children and Youth Services Review*. 33(8), 1354–1363.
316. Slep, A.M., O’Leary, S.G. 2001. Examining partner and child abuse: are we ready for a more integrated approach to family violence? *Clinical Child and Family Psychology Review*. 4(2), 87–107.
317. Slimību profilakses un kontroles centrs. 2015. *Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2014*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
318. Slimību profilakses un kontroles centrs. 2016. *ESPAD 2015. Atkarību izraisīto vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
319. Smith, C.A., Elwyn, L.J., Ireland, T.O., Thornberry, T.P. 2010. Impact of Adolescent Exposure to Intimate Partner Violence on Substance Use in Early Adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 71(2), 219–230.
320. Springer, K.W., Sheridan, J., Kuo, D., Carnes, M. 2003. The Long-term Health Outcomes of Childhood Abuse: An Overview and a Call to Action. *Journal of General Internal Medicine*. 18(10), 864–870.
321. Springer, K.W., Sheridan, J., Kuo, D., Carnes, M. 2007. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*. 31(5), 517–530.
322. Stanley, N., Miller, P., Foster, H.R., Thomson, G. 2010. Children’s Experiences of Domestic Violence: Developing an Integrated Response From Police and Child Protection Services. *Journal of Interpersonal Violence*. 26(12), 2372–2391.
323. Stein, M.B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M.G., McClarty, B. 1997. Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine*. 27(4), 951–959.
324. Sterlin P., Eyer J. 1988. Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. In: *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. Fisher S. and Reason J., eds. New York: John Wiley and Sons, 629–649.
325. 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), 345–355.
326. Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., Alink, L.R. 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.
327. Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M.H., Euser, 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), 79–101.
328. Størksen, I., Røysamb, E., Moum, T., Tambs, K. 2005. Adolescents with a childhood experience of parental divorce: a longitudinal study of mental health and adjustment. *Journal of Adolescent Health*. 28(6), 725–739.
329. Straus, M.A. 2010. Prevalence, societal causes, and trends in corporal punishment by parents in world perspective. *Law Contemporary Problems*. 73, 1–30.
330. Straus, M.A., Hamby, S.L., Finkelhor, D., Moore, D.W., Runyan, D. 1998. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and

- psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*. 22(4), 249–270.
331. Strine, T.W., Dube, S.R., Edwards, V.J., Prehn, A.W., Rasmussen, S., Wagenfeld, M., Dhingra, S., Croft, J.B. 2012. Associations between adverse childhood experiences, psychological distress, and adult alcohol problems. *American Journal of Health Behavior*. 36(3), 408–423.
 332. Strohschein L. 2005. Household Income Histories and Child Mental Health Trajectories. *Journal of Health and Social Behavior*. 46(4), 359–375.
 333. Sugaya, L., Hasin, D.S., Olfson, M., Lin, K.H., Grant, B.F., Blanco, C. 2012. Child physical abuse and adult mental health: A national study. *Journal of Traumatic Stress*. 25(4), 384–392.
 334. Šulca, L., Pelne, A. 2015. *Alkohola lietošanas izplatība un sekas Latvijā 2014. gadā*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
 335. Tamayo-Fonseca, N., Quesada, J.A., Nolasco, A., Melchor, I., Moncho, J., Pereyra-Zamora, P., López, R., Calabuig, J., Barber, X. 2013. Self-rated health and mortality: a follow-up study of a Spanish population. *Public Health*. 127(12), 1097–1104.
 336. Tarter, R.E., Kirisci, L., Mezzich, A., Cornelius, J.R., Pajer, K., Vanyukov, M., Gardner, W., Blackson, T., Clark, D. 2003. Neurobehavioral disinhibition in childhood predicts early age at onset of substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*. 160(6), 1078–1085.
 337. Taylor, J., Lazenbatt, A. 2014. *Child Maltreatment and High Risk Families*. Edinburgh: Dunedin Academic Press.
 338. Templeton L., Zohhadi, S., Galvani, S., Velleman, R. 2006. “Looking Beyond Risk”. *Parental Substance Misuse: Scoping Study*. Available from: <http://www.gov.scot/Resource/Doc/135124/0033445.pdf> [viewed 10.08.2016.]
 339. The Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4) Report to Congress. 2010. Definitions of Qualifying Abuse or Neglect. In: *The Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4) Report to Congress*. Available from: <https://www.nis4.org/DefAbuse.asp> [viewed 10.07.2016.]
 340. Theodore, A., Chang, J.J., Runyan, D. 2007. Measuring the risk of physical neglect in a population-based sample. *Child Maltreatment*. 12(1), 96–105.
 341. Thompson, M.P., Kingree, J.B., Desai, S. 2004. Gender Differences in Long-Term Health Consequences of Physical Abuse of Children: Data From a Nationally Representative Survey. *American Journal of Public Health*. 94(4), 599–604.
 342. Thompson, R.G., Alonzo, D., Hasin, D.S. 2013. Parental Divorce, Maternal-Paternal Alcohol Problems, and Adult Offspring Lifetime Alcohol Dependence. *Journal of Social Work and Practice in the Addictions*. 13(3), 295–308.
 343. Thompson, R.G., Lizardi, D., Keyes, K.M., Hasin, D.S. 2008. Childhood or adolescent parental divorce/separation, parental history of alcohol problems, and offspring lifetime alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*. 98(3), 264–269.
 344. Tomoda, A., Suzuki, H., Rabi, K., Sheu, Y.S., Polcari, A., Teicher, M.H. 2009. Reduced prefrontal cortical gray matter volume in young adults exposed to harsh corporal punishment. *Neuroimage*. 47(2), T66–T71.
 345. Trapencieris, M., Snikere, S., Koroļeva, I., Kārklīņa I. 2012. *ESPAD 2011. Atkarību izraisīto vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
 346. Treadway, M.T., Grant, M.M., Dingm Z., Hollon, S.D., Gore, J.C., Shelton, R.C. 2009. Early adverse events, HPA activity and rostral anterior cingulate volume in MDD. *PLoS One*. 4(3), e4887.
 347. Trivers, R.L. 1972. Parental investment and sexual selection. In: *Sexual selection and the descent of man*. Campbell, ed. Chicago: Adeline, 1871–1971.
 348. Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., Felstiner, C., Hélie, S., Turcotte, D., Weightman, P., Douglas, J., Holroyd, J. 2010. *Canadian Incidence Study of reported child abuse and neglect – 2008: major findings*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
 349. Tsavoussis, A., Stawicki, S.P.A., Stoicea, N., Papadimos, T.J. 2014. Child-Witnessed Domestic Violence and its Adverse Effects on Brain Development: A Call for Societal Self-Examination and Awareness. *Frontiers in Public Health*. 2, 178.

350. Turner, H.A., Finkelhor, D., Hamby, S.L., Shattuck, A. 2013. Family structure, victimization, and child mental health in a nationally representative sample. *Social Science & Medicine*. 87, 39–51.
351. Tursz, A., Cook, J.M. 2010. A population-based survey of neonaticides using judicial data. *Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition*. Available from: <http://fn.bmj.com/content/96/4/F259> [viewed 07.07.2016.]
352. Tursz, A., Crost, M., Gerbouin-Rerolle, P., Cook, J.M. 2010. Underascertainment of child abuse fatalities in France: retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. *Child Abuse & Neglect*. 34(7), 534–544.
353. U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. 2016. *Child maltreatment 2014*. Available from: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment> [viewed 15.07.2016.]
354. U.S. Department of Health & Human Services. 2015. About NCANDS 2015. In: U.S. Department of Health & Human Services Children's Bureau. <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/resource/about-ncands> [viewed 10.07.2016.]
355. United Nations. 2017. Report of the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal. In: *United Nations SDG Indicators*. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/> [viewed 17.03.2017.]
356. Uphold-Carrier, H., Utz, R. 2012. Parental Divorce Among Young and Adult Children: A Long-Term Quantitative Analysis of Mental Health and Family Solidarity. *Journal of Divorce & Remarriage*. 53(4), 247–266.
357. van Beek, J.H., Kendler, K.S., de Moor, M.H., Geels, L.M., Bartels, M., Vink, J.M., van den Berg, S.M., Willemsen, G., Boomsma, D.I. 2012. Stable genetic effects on symptoms of alcohol abuse and dependence from adolescence into early adulthood. *Behavior Genetics*. 42(1), 40–56.
358. Van der Kolk, B.A. 2003. The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 12(2), 293–317.
359. van Harmelen, A.L., van Tol, M.J., van der Wee, N.J., Veltman, D.J., Aleman, A., Spinhoven, P., van Buchem, M.A., Zitman, F.G., Pennix, B.W., Elzinga, B.M. 2010. Reduced medial prefrontal cortex volume in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Biological Psychiatry*. 68(9), 832–838.
360. van IJzendoorn, M.H., Euser, E.M., Prinzie, P., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J. 2009. Elevated risk of child maltreatment in families with stepparents but not with adoptive parents. *Child Maltreatment*. 14(4), 369–375.
361. Van Loon, L.M., Van De Ven, M.O., Van Doesum, K.T., Hosman C.M., Witteman, C.L. 2015. *Factors Promoting Mental Health of Adolescents Who Have a Parent with Mental Illness: A Longitudinal Study*. *Child & Youth Care Forum*. 44(6), 777–799.
362. Värnik P. 2012. Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 9(3), 760–771.
363. Velleman, R., Templeton, L. 2003. Alcohol, drugs and the family: results from a long-running research programme within the UK. *European Addiction Research*. 9(3), 103–112.
364. Velleman, R., Templeton, L., Reuber, D., Klein, M., Moesgen, D. 2008. Domestic abuse experienced by young people living in families with alcohol problems: results from a cross-european study. *Child Abuse Review*. 17(6), 387–409.
365. Veselska, Z., Madarasova Geckova, A., Gajdosova, B., Orosova, O., van Dijk, J.P., Reijneveld, S.A. 2010. Socio-economic differences in self-esteem of adolescents influenced by personality, mental health and social support. *European Journal of Public Health*. 20(6), 647–652.
366. Vieno, A., Gini, G., Lenzi, M., Pozzoli, T., Canale, N., Santinello, M. 2014. Cybervictimization and somatic and psychological symptoms among Italian middle school students. *The European Journal of Public Health*. 25(3), 433–737.
367. Viner, R.M., Ozer, E.M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., Currie, C. 2012. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*. 379(9826), 1641–1652.
368. Vingilis, E.R., Wade, T.J., Seeley, J.S. 2002. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. *Canadian Journal of Public Health*. 93(3), 193–197.
369. Wainwright, N.W.J., Surtees, P.G. 2002. Childhood adversity, gender and depression over the life-course. *Journal of Affective Disorders*. 72(1), 33–44.

370. Waldfogel, J., Craigie, T.A., Brooks-Gunn, J. 2010. Fragile Families and Child Wellbeing. *The Future of Children*. 20(2), 87–112.
371. Waldron, M., Grant, J.D., Bucholz, K.K., Lynskey, M.T., Slutske, W.S., Glowinski, A.L., Henders, A., Statham, D.J., Martin, N.G., Heath, A.C. 2014b. Parental separation and early substance involvement: results from children of alcoholic and cannabis dependent twins. *Drug and Alcohol Dependence*. 134, 78–84.
372. Waldron, M., Vaughan, E.L., Bucholz, K.K., Lynskey, M.T., Sartor, C.E., Duncan, A.E., Madden, P.A.F., Heath, A.C. 2014a. Risks for early substance involvement associated with parental alcoholism and parental separation in an adolescent female cohort. *Drug and Alcohol Dependence*. 138, 130–136.
373. Walsh, C., MacMillan, H., Jamieson, E. 2002. The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario health supplement. *Child Abuse & Neglect*. 26(1), 11–22.
374. Wan, G.W.Y., Leung, P.W.L. 2010. Factors accounting for youth suicide attempt in Hong Kong: A model building. *Journal of Adolescent Health*. 33(5), 575–582.
375. Warren, J.R. 2009. Socioeconomic Status and Health across the Life Course: A Test of the Social Causation and Health Selection Hypotheses. *Social forces; a Scientific Medium of Social Study and Interpretation*. 87(4), 2125–2153.
376. Weissman, M.M., Feder, A., Pilowsky, D.J., Olfson, M., Fuentes, M., Blanco, C., Lantigua, R., Gameroff, M.J., Shea, S. 2004. Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children. *Journal of Affective Disorders*. 78(2), 93–100.
377. Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Gameroff, M.J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R.G., Verdelli, H., Skipper, J., Talati, A. 2016. Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *American Journal of Psychiatry*. 173(10), 1024–1032.
378. Wells, S., Graham, K., Speechley, M., Koval, J. J. 2005. Drinking patterns, drinking contexts and alcohol-related aggression among late adolescent and young adult drinkers. *Addiction*. 100(7), 933–944.
379. Widom, C.S., DuMont, K., Czaja, S.J. 2007. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives General Psychiatry*. 64(1), 49–56.
380. Widom, C.S., Horan, J., Brzustowicz, L. 2015. Childhood maltreatment predicts allostatic load in adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 47, 59–69.
381. Wiles, N.J., Lingford-Hughes, A., Daniel, J., Hickman, M., Farrell, M., Macleod, J., Haynes, J.C., Skapinakis, P., Araya, R., Lewis, G. 2007. Socio-economic status in childhood and later alcohol use: a systematic review. *Addiction*. 102(10), 1546–1563.
382. Wills, T.A., Pokhrel, P., Morehouse, E., Fenster, B. 2011. Behavioral and Emotional Regulation and Adolescent Substance Use Problems: A Test of Moderation Effects in a Dual-Process Model. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 25(2), 279–292.
383. Windham, A.M., Rosenberg, L., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., Duggan, A.K. 2004. Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. *Child Abuse & Neglect*. 28(6), 645–667.
384. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. 2006. *Preventing child maltreatment: a guide to tacking action and generating evidence*. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf [viewed 16.11.2016.]
385. World Health Organization. 1996. Forty-ninth World Health Assembly WHA 49.25 Prevention of violence: a public health priority. In: *World Health Organization*. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf [viewed 17.04.2017.]
386. World Health Organization. 2013a. European report on preventing child maltreatment. In: *World Health Organization Publications*. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf?ua=1 [viewed 17.03.2017.]
387. World Health Organization. 2013b. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*.

- Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> [viewed 01.08.206.]
388. World Health Organization. 2014a. WHO global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. In: *World Health Organization*. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_ACONF1Rev1-en.pdf?ua=1 [viewed 17.03.2017.]
 389. World Health Organization. 2014b. Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children. In: *World Health Organization*. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_ACONF1Rev1-en.pdf?ua=1 [sk. 10.04.2017]
 390. World Health Organization. 2014c. *Global status report on violence prevention 2014*. Luxembourg: World Health Organization.
 391. World Health Organization. 2014d. *Global status report on alcohol and health 2014*. Luxembourg: World Health Organization.
 392. World Health Organization. 2014e. *Preventing suicide: a global imperative*. Luxembourg: World Health Organization.
 393. World Health Organization. 2016. Global health observatory data repository. In: *World Health Organization Data*. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CODWORLDV?lang=en>. [viewed 01.07.2016.]
 394. World Health Organization. 2017. European detailed mortality database. In: *World Health Organization data and Evidence*. Available from: <http://data.euro.who.int/dmdb/> [viewed 17.04.2017.]
 395. Wyatt, G.E. 1985. The sexual abuse of Afro-American and white-American women in childhood. *Child Abuse & Neglect*. 9(4): 507–519.
 396. Yoshikawa, H., Aber, J.L., Beardslee, W.R. 2012. The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. *American Psychologist*. 67(4), 272–284.
 397. Zona, K., Milan, S. 2011. Gender differences in the longitudinal impact of exposure to violence on mental health in urban youth. *Journal of Youth and Adolescence*. 40(12), 1674–1690.

PUBLIKĀCIJAS UN TĒZES PAR DARBA TĒMU

Publikācijas

1. **Springe, L.**, Pulmanis T., Velika, B., Pudule, I., Grīnberga, D., Villeruša, A. 2016. Self-reported suicide attempts and exposure to different types of violence and neglect during childhood: Findings from a young adult population survey in Latvia. *Scandinavian Journal of Public Health*. 44, 411–417.
2. Rancāns, E., Pulmanis, T., **Springe, L.**, Velika, B., Pudule, I., Grīnberga, D. 2015. Prevalence and sociodemographic characteristics of self-reported suicidal behaviours in Latvia in 2010: A population-based study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 70(3), 195–201.
3. **Springe, L.**, Vulāne, K., Pulmanis, T., Villeruša, A. 2015. Latvijas jauniešu psihoemocionālo traucējumu saistība ar bērnībā pieredzētu vardarbību ģimenē. *Rīgas Stradiņa universitātes zinātniskie raksti 2014*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.
4. Pulmanis, T., Trapencieris, M., **Springe, L.**, Taube, M. 2015. Pusaudžu pašnāvnieciskā uzvedība Latvijā: pašnāvības plānu sakarība ar ģimeni, vienaudžiem un skolu saistītiem faktoriem. *Rīgas Stradiņa universitātes zinātniskie raksti 2014*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte..
5. Pulmanis T., Trapencieris, M., **Springe, L.**, Taube, M. 2014. Pusaudžu pašnāvnieciskā uzvedība Latvijā: sakarības ar atkarību izraisošo vielu lietošanu. *Rīgas Stradiņa universitātes zinātniskie raksti 2013*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte..
6. **Springe, L.**, Vegnere, M., Pulmanis, T., Villeruša, A. 2013. Vardarbības rezultātā gūtās traumas skolas vecuma bērniem Latvijā: demogrāfiskais raksturojums, ievainojuma veidi un traumas gūšanas vieta. *Rīgas Stradiņa universitātes zinātniskie raksti 2012*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.
7. Pulmanis T., **Springe, L.**, Trapencieris, M., Taube, M. 2013. Pašnāvnieciskās uzvedības mūža prevalence un tās izmaiņas dinamikā 15-16 gadus veciem pusaudžiem dzimumu grupās Latvijā. *Rīgas Stradiņa universitātes zinātniskie raksti 2012*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

Starptautisko konferenču tēzes

1. **Springe, L.**, Pulmanis, T., Pudule, I., Grinberga, D., Velika, B., Villerusa, A. 2014. Association between exposure to physical and emotional neglect in childhood and self-reported lifetime suicide attempts in Latvian youth. *Abstract book, 15th European Symposium On Suicide and Suicidal Behaviour*. Tallinn, Estonia.
2. Pulmanis, T., **Springe, L.**, Sile, L., Trapencieris, M., Taube, M. 2014. Association between adolescent self-reported lifetime suicide attempts and use of synthetic cannabinoids and other addictive substances in Latvia. *Abstract book, 15th European Symposium On Suicide and Suicidal Behaviour*. Tallinn, Estonia.
3. **Springe, L.**, Stars, I., Villerusa, A. 2014. Qualitative studies on violence against children in Latvia. *Abstract book, The 4th Regional European Safe Community Conference*. Harstad, Norway.
4. **Springe, L.**, Villerusa, A., Pulmanis, T., Pudule, I., Grinberga, D., Velika, B. 2013. Association between exposure to family violence in childhood and self-reported lifetime suicide attempts in Latvian youth. *European Journal of Epidemiology*. 28, Supplement 1, S213.
5. **Springe, L.**, Villerusa, A., Pudule, I., Velika, B., Grinberga, D. 2013. Childhood family violence exposure and self-rated health in young adulthood in Latvia. *Atencion Primaria*, 45, 98.
6. **Springe, L.**, Villerusa, A. 2012. Alcohol drinking behaviour of 18-25 aged young adults in association with experienced family violence during childhood in Latvia. *European Journal of Public Health*. 22, Supplement 2, 223–224.
7. **Springe, L.**, Villeruša, A., Pudule, I., Velika, B., Grinberga, D. 2012. Smoking prevalence and its association with experienced violence in childhood: results from young adults survey in Latvia. *5th Annual European Public Health Conference*. Portomaso, St. Julian's, Malta. Available from: <http://2011.aspher.org/pg/file/read/9700/lauma-sprie-oral-presentation> (Viewed: 13.12.2012.)
8. **Springe, L.**, Villeruša, A. 2012. Addictive substance use behaviour in young adults in Latvia and its association with experienced family violence in childhood. *Abstract Book, International conference Youth in Latvia, Europe, Globe: opportunities and risks*. Riga, Latvia.
9. **Springe, L.**, Pudule, I., Velika, B., Grinberga, D., Villeruša, A. 2012. Relationship between experienced childhood violence in family and parental separation or divorce and parental alcohol abuse. *Abstract Book, 9th European IUPHE Health Promotion Conference*. Tallinn, Estonia. Apbalvots kā labākais stenda referāts.
10. **Springe, L.**, Villeruša, A., Zīle, I. 2012. Violence-related children injuries in Latvia. *Abstract Book, The 12th Conference of the Baltic Association of Paediatric Surgeons*. Riga, Latvia.

11. **Springe, L.,** Villeruša, A. 2011. Alcohol and interpersonal violence injuries in Latvia. *Abstract Book, 3rd European Conference in Injury Prevention and Safety Promotion.* Budapest/Godollo, Hungary.
12. **Springe, L.,** Villeruša, A. 2011. Vardarbības rezultātā gūto ievainojumu raksturojums 16–29 gadus veciem jauniešiem. *2011. gada Zinātniskās konferences tēzes.* Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.
13. **Springe, L.,** Rozīte, S., Villeruša, A. 2010. Violent youth injuries in Latvia. *Abstract Book, Baltic Public Health Conference 2010 – Accomplishments and Challenges.* Tartu, Estonia.
14. **Springe, L.** 2010. Analysis of adolescent unintentional injury data in Latvia, years 2006–2008. *Conference materials, Baltic-Nordic Seminar on Safety Promotion and Injury Prevention among Adolescents and Young Adults.* Tallinn, Estonia.

Latvijas konferenču tēzes

1. **Springe, L.,** Stars, I., Villeruša, A. 2014. Ekspertu intervijas kā informācijas ieguves avots vardarbības pret bērniem izpētei Latvijā. *2014. gada Zinātniskās konferences tēzes.* Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.
2. **Springe, L.,** Pudule, I., Velika, B., Grīnberga, D., Villeruša, A. 2013. Bērnībā ģimenē pieredzētās vardarbības saistība ar jauniešu veselības pašvērtējumu. *2013. gada Zinātniskās konferences tēzes.* Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.
3. **Springe, L.,** Pudule, I., Velika, B., Grīnberga, D., Villeruša, A. 2012. Bērnībā ģimenē pieredzētās fiziskās un emocionālās vardarbības prevalence pēc Latvijas jauniešu pētījuma. *2012. gada Zinātniskās konferences tēzes.* Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.
4. **Springe, L.,** Villeruša, A. 2011. Vardarbības rezultātā gūto ievainojumu raksturojums 16–29 gadus veciem jauniešiem. *2011. gada Zinātniskās konferences tēzes.* Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

PATEICĪBAS

Patiesā cieņā un sirsnībā vēlos pateikties darba vadītājai asociētajai profesorei *Anitai Villerušai* par sniegto zinātnisko un praktisko palīdzību, konsultēšanu un atbalstu promocijas darba izstrādes laikā.

Paužu dziļāko pateicību par atbalstu zinātniskās publikācijas rediģēšanā, konsultēšanā un atbalstā promocijas darba izstrādē Toronto Universitātes emeritētai profesorei *Ilzei Kalniņš*.

Izsaku savu pateicību Slimību profilakses un kontroles centra direktorei *Ivetai Gavarei* un datu analīzes speciālistēm *Ivetai Pudulei*, *Birutai Velikai* un *Daigai Grīnbergai* par iespēju izmantot pētījuma datu bāzi promocijas darba uzdevumu izpildē.

Pateicību par emocionālo un praktisko atbalstu promocijas darba izstrādes laikā vēlos izteikt arī Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedras vadītājam profesoram *Ģirtam Briģim* un katedras kolēģēm *Andai Ķīvītei*, *Ievai Strēlei*, *Inesei Gobiņai*, *Anitai Kokarēvičai*, *Ilonai Torimai*, *Madarai Dobelei* un *Līvai Gobai*. Īpašs paldies *Inesei Stars* par palīdzību un konsultēšanu kvalitatīvās pētniecības jautājumos.

Sirsnīgs paldies manai ģimenei, īpaši vecākiem *Vidvudam* un *Inesei Sprinģiem*, par sniegto atbalstu un rūpēm.

PIELIKUMI

Anektas jautājumi un atbilžu varianti, kas izmantoti promocijas darba pētījumā par Latvijas
jauniešu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi

1. Kāds ir Tavs dzimšanas
mēnesis..... gads.....
2. Vai Tavai ģimenei pieder automašīna?
 - Nē
 - Jā, viena
 - Jā, divas vai trīs
3. Vai Tev ir sava istaba?
 - Nē
 - Jā
4. Cik reižu pēdējo 12 mēnešu laikā Tu esi bijis/-usi ceļojumā?
 - Nevienu reizi
 - Vienu reizi
 - Divas reizes
 - Vairāk nekā divas reizes
5. Cik datoru pieder Tavai ģimenei?
 - Neviens
 - Viens
 - Divi
 - Vairāk nekā divi
6. Cik reižu pēdējā mēneša laikā Tu esi bijis piedzēries/-usies?
Ja nevienu, tad atzīmē 0
Reižu skaits:
7. Vai Tavā ģimenē ir bijis kāds, kuram ir bijušas ar alkohola lietošanu saistītas problēmas
vai kurš bija alkoholiķis?
 - Jā
 - Nē

Līdz Tev palika 18 gadi:

8. Vai Tavi vecāki jebkad ir dzīvojuši šķirti vai bijuši šķīrušies?
 - Jā
 - Nē
9. Vai kāds Tavā ģimenē ir bijis ilgstoši nomākts vai psihiski slims?
 - Jā
 - Nē

10. Vai kāds Tavā ģimenē ir mēģinājis izdarīt pašnāvību?

- Jā
- Nē

11. Vai Tu esi kādreiz mēģinājis/-usi izdarīt pašnāvību?

- Jā
- Nē

12. Cik gadu vecumā Tu pirmo reizi mēģināji izdarīt pašnāvību?

Vecums:

Mēdz gadīties, ka vecāku starpā notiek fiziska vardarbība. Kamēr Tu augi, cik bieži Tavs tēvs (vai patēvs) vai mātes partneris veica kādu no zemāk minētajām darbībām pret Tavu māti (vai pamāti)?

13. Grūstīja, purināja, meta viņai ar kādu priekšmetu.

- Nekad
- Vienu, divas reizes
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži
- Mūsu ģimenē nebija tēva/patēva/mātes drauga

14. Spēra, rāva aiz matiem vai sita viņai ar dūri vai kādu cietu priekšmetu.

- Nekad
- Vienu, divas reizes
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži
- Mūsu ģimenē nebija tēva/patēva/mātes drauga

15. Ilgstoši sita, spārdīja vairākas minūtes.

- Nekad
- Vienu, divas reizes
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži
- Mūsu ģimenē nebija tēva/patēva/mātes drauga

16. Draudēja viņai ar nazi vai šaujamieroci vai izmantoja nazi vai šaujamieroci ar mērķi viņu savainot.

- Nekad
- Vienu, divas reizes
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži
- Mūsu ģimenē nebija tēva/patēva/mātes drauga

Cik bieži katrs no šiem apgalvojumiem bija patiess līdz Tavu 18 gadu vecumam:

17. Tev pietrūka ēdamā.

- Nekad
- Reti
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži

18. Tu zināji, ka ir kāds, kurš par Tevi rūpējas un pasargā.

- Nekad
- Reti
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži

19. Tavi vecāki/audžuvecāki bija pārāk piedzērušies vai apdulluši no narkotikām, lai rūpētos par ģimeni.

- Nekad
- Reti
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži

20. Tavā ģimenē bija kāds, kurš Tev palīdzēja justies svarīgam/-ai vai īpašam/-ai.

- Nekad
- Reti
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži

21. Tev nācās valkāt netīru apģērbu.

- Nekad
- Reti
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži

22. Tu ģimenē juties mīlēts/-a.

- Nekad
- Reti
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži

23. Tu domāji, ka Tavi vecāki vēlas, kaut Tu nekad nebūtu piedzimis/-usi.

- Nekad
- Reti
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži

24. Cilvēki Tavā ģimenē cits par citu rūpējās.

- Nekad
- Reti
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži

25. Tu juti, ka ģimenē kāds Tevi ienīst.

- Nekad
- Reti
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži

26. Nepieciešamības gadījumā bija kāds, kurš aizveda Tevi pie ārsta.

- Nekad
- Reti
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži

27. Tevi lamāja, aizvainoja vai pazemoja.

- Nekad
- Reti
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži

28. Tevi purināja, grūstīja, ieplaukāja vai meta ar cietu priekšmetu.

- Nekad
- Reti
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži

29. Sita tik stipri, ka Tev palika sitiena pēdas vai tiki savainots/-a.

- Nekad
- Reti
- Reizēm
- Bieži
- Ļoti bieži

30. Rīkojās tā, ka Tu baidījies Tev varētu tikt nodarītas fiziskas sāpes.

- Nekad
- Reti
- Reizēm

- Bieži
- Ļoti bieži

Ir cilvēki, kuri līdz 18 gadu vecumam ir stājušies dzimumattiecībās ar kādu pieaugušo vai personu, kura ir vismaz piecus gadus vecāka.

Vai līdz 18 gadu vecumam kāds pieaugušais, vecāks radnieks, ģimenes draugs vai svešinieks kādreiz ir veicis zemāk minētās darbības?

31. Aizticis vai glāstījis Tavu ķermeni seksuālā veidā.

- Jā
- Nē

32. Mēģinājis panākt jebkāda veida dzimumaktu (orālu, anālu vai vaginālu) ar Tevi.

- Jā
- Nē

33. Kā Tu pats/-i novērtē savu pašreizējo veselības stāvokli?

- Labs
- Diezgan labs
- Vidējs
- Diezgan slikts
- Slikts

34. Cik bieži pēdējo 6 mēnešu laikā Tev ir bijušas turpmāk norādītās sūdzības?

Lūdzu, atzīmē vienu atbildi katrā rindīnā!

	Gandrīz katru dienu	Biežāk nekā reizi nedēļā	Gandrīz katru nedēļu	Gandrīz katru mēnesi	Reti vai nekad
Galvassāpes	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Vēdera sāpes	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Muguras sāpes	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Nomāktība	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Aizkaitināmība vai slikts garastāvoklis	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Nervozitāte	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Grūtības iemigt	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Galvas reiboņi	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Grūtības koncentrēties	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

Padziļinātās, daļēji strukturētās intervijas jautājumu protokols

Cik ilgi Jūs jau strādājat par psihologu/psihoterapeitu? Cik liela saskare Jums savas prakses ietvaros ir bijusi tieši ar bērniem, kuri cietuši no vardarbības (jebkāda veida – fiziskas, emocionālas, seksuālas vardarbības vai atstāšana novārtā)?

Cietušo vardarbības pieredze, vardarbības jēdziena izpratne no vardarbības cietušajiem

Jautājumi

- Spriežot pēc Jūsu prakses pieredzes, kuru no vardarbības veidiem bērni ir pieredzējuši visbiežāk?
- Vai ir sastopami gadījumi, kad bērns ir pieredzējis vairāk nekā vienu vardarbības veidu? Kādas ir biežākās vardarbības veidu kombinācijas?
- Kas bērnam nodara pāri biežāk? Ģimenes locekļi, aprūpētāji, vienaudži, svešinieki?
- Kā bērns savos stāstos atspoguļo pāridarītāju? Vai viņš vispār viņu piemin? Vai uztver kā “slikto”?
- Cik atklāti bērns runā par notikušo?
- Kā liecina Jūsu pieredze: kāda ir bērnu izpratne par vardarbības fenomenu? Vai bērnam ir kādi savi skaidrojumi par to, kas ir vardarbība?

Vardarbības ietekme uz cietušo veselību

Jautājumi iedalīti trīs apakšgrupās, kas vērsti uz fizisko, garīgo un sociālo veselību.

Jautājumi

Fiziskā veselība

- Kādi fiziskās veselības traucējumi visbiežāk vērojami bērniem, kuri pārdzīvojuši vardarbību?
- Kādas Jūsu praksē ir bijušas biežākās bērnu sūdzības, kas ir saistītas ar fizisko veselību? Vai ir vērojami arī kādi specifiski simptomi?
- Kuram no vardarbības veidiem ir visbūtiskākā ietekme uz bērna fizisko veselību?

Garīgā veselība

- Kādi ir garīgās veselības traucējumi, kas visbiežāk vērojami cietušajiem bērniem?
- Vai Jūsu praksē bērni izteikuši kādas sūdzības, kas ir saistītas ar garīgo veselību? Vai ir vērojami arī kādi specifiski simptomi?
- Kādas ir bērnu domas par sevi? Ko bērns runā, stāsta par sevi?
- Jūsaprāt, kurš no vardarbības veidiem atstāj visnegatīvākās sekas uz bērna garīgo veselību?

Sociālā veselība

Jautājumi par sociālo veselību jeb to, kā bērns veido attiecības ar cilvēkiem ap sevi.

- Kā cietušie bērni veido attiecības ar apkārtējiem cilvēkiem? Vai ir vērojami kādi specifiski attiecību modeļi, piemēram, agresijas izpausmes vai noslēgšanās sevī?
- Kā veidojas bērna attiecības ar draugiem, vienaudžiem?

Vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas mehānismi, institūciju darbības loma

Jautājumi:

- Kādas vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģijas cietušie izmanto?
- Vai bērna uzvedībā tiek novērota kāda no šādām vardarbības izraisītā stresa pārvarēšanas pieejām:
 - ✓ emocionāla atsvešināšanās, bloķētas emocijas un domāšana, koncentrēšanās traucējumi, fantāzijas;
 - ✓ fiziska atsvešināšanās, izvairīšanās no kontaktiem, bēgšana no mājas, klaiņošana;
 - ✓ meklē jaunus draugus, uzticības personas, akceptēšanu un mīlestību, iekļūstot sliktās kompānijās, uzsākot agrīnas seksuālās attiecības, alkohola un citu atkarības vielu lietošanu;
 - ✓ meklē palīdzību policijā, pie skolotājiem, draugiem, kaimiņiem, ģimenes locekļiem;
 - ✓ pašnāvnieciskas domas un paša ievainojuma mēģinājumi, agresivitāte pret citiem;
 - ✓ pastiprinātas pozitīvisma iezīmes, piemēram, centieni būt perfektam, dažādas pozitīvi vērstas aktivitātes, piemēram, pārmērīga sportošana, zīmēšana, literārā rakstīšana.
- Kas bērnam ir vajadzīgs, lai viņš pārdzīvotu notikušo vardarbību un atkoptos no notikušā?
- Kā parasti cietušie bērni nonāk institūciju redzeslokā?
- Spriežot pēc Jūsu pieredzes, cik ilgs laiks paiet, līdz tiek konstatēts vardarbības fakts? No kā tas ir atkarīgs?
- Cik ilgi vidēji notiek darbs ar cietušo? Vai, Jūsaprāt, tas ir pietiekami?
- Spriežot pēc Jūsu pieredzes, cik ilgs laiks būtu nepieciešams, lai cietušais varētu atkopties no pārdzīvotās vardarbības?
- Kāda nozīme atlabšanas procesā ir ģimenei un radiem, draugiem un institūcijām?
- Kādi pasākumi būtu jānodrošina valstij institucionālajā līmenī, lai palīdzētu cietušajiem pārvarēt vardarbības izraisītos traucējumus?