



Lauma Sprinģe

**VARDARBĪBAS IZRAISĪTIE
VESELĪBAS TRAUČĒJUMI
BĒRNIEM UN JAUNIEŠIEM
LATVIJĀ**

Promocijas darba kopsavilkums
medicīnas doktora zinātniskā grāda iegūšanai
Specialitāte – sabiedrības veselība un epidemioloģija

Rīga, 2017

Lauma Sprinģe

VARDARBĪBAS IZRAISĪTIE
VESELĪBAS TRAUCĒJUMI
BĒRNIEM UN JAUNIEŠIEM
LATVIJĀ

Promocijas darba kopsavilkums
medicīnas doktora zinātniskā grāda iegūšanai

Specialitāte – sabiedrības veselība un epidemioloģija

Rīga, 2017

Promocijas darbs izstrādāts Rīgas Stradiņa universitātē.

Darba zinātniskā vadītāja:

Dr. med. asociētā profesore **Anita Villeruša**,
Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

Oficiālie recenzenti:

Dr. med. profesors **Ģirts Briģis**,
Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

Dr. psych. profesore **Sandra Sebre**,
Latvijas Universitāte

Dr. med. profesore **Birute Strukcinskiene**,
Klaipēdas Universitāte, Lietuva

Promocijas darba aizstāvēšana notiks 2017. gada 26. septembrī plkst. 15.00
Rīgas Stradiņa universitātes Medicīnas promocijas padomes atklātā sēdē
Rīgā, Dzirciema ielā 16, Hipokrāta auditorijā.

Ar promocijas darbu var iepazīties RSU bibliotēkā un RSU tīmekļa vietnē:
www.rsu.lv.

Promocijas padomes sekretāre:

Dr. med., Mg. sc. sal. docente **Inese Gobiņa**

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 bērībā 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, Spīrmena 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%) nevērtību, 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 sliktā 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 nevērtību, 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 pieredzētā 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.

SATURA RĀDĪTĀJS

ANOTĀCIJA.....	2
DARBĀ LIETOTIE SAĪSINĀJUMI.....	8
1. IEVADS.....	9
1.1. Problēmas aktualitāte.....	9
1.2. Promocijas darba mērķis	12
1.3. Promocijas darba uzdevumi.....	12
1.4. Promocijas darba hipotēzes	13
1.5. Promocijas darba pētniecības jautājums	13
2. MATERIĀLS UN METODES	14
2.1. Kvantitatīvās pētniecības daļa	14
2.1.1. Datu avoti un ieguve	14
2.1.2. Pētāmo mainīgo pazīmes un grupēšana	14
2.1.3. Pētāmās populācijas raksturojums	17
2.1.4. Statistiskā analīze.....	17
2.2. Kvalitatīvās pētniecības daļa	19
2.2.1. Datu ieguve	19
2.2.2. Atlase un respondentu raksturojums	20
2.2.3. Datu apstrādes metode	21
3. KVANTITATĪVĀ PĒTĪJUMA REZULTĀTI	23
3.1. Vardarbības izplatība un vardarbības veidu savstarpējās sakarības.....	23
3.2. Bērnībā pieredzētās vardarbības saistība ar ģimeni raksturojošiem faktoriem.....	24
3.3. Jauniešu veselību un ģimeni raksturojošie faktori.....	27
3.4. Bērnībā pieredzētā vardarbība un jauniešu veselību raksturojošie parametri	29
4. KVALITATĪVĀ PĒTĪJUMA REZULTĀTI.....	35

4.1. Cietušo bērnu vardarbības pieredze un vardarbības jēdziena izpratne ..	35
4.1.1. Vardarbības jēdziena konceptualizācijas dažādība	35
4.1.2. Bērnu vardarbības pieredzes raksturojums.....	35
4.1.3. Cietušā bērna atklātība par notikušo vardarbību	36
4.2. Vardarbības ietekme uz veselību.....	36
4.2.1. Ietekme uz fizisko un psihoemocionālo veselību.....	36
4.2.2. Veselību ietekmējošie faktori.....	37
4.3. Vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģijas, institūciju darbības loma.....	37
4.3.1. Traucējumu pārvarēšanas stratēģiju raksturojums	37
4.3.2. Darbs ar cietušo bērnu.....	38
4.3.3. Rehabilitācijas sistēmiskās vajadzības	39
5. DISKUSIJA	41
6. SECINĀJUMI.....	50
7. PRAKTISKĀS REKOMENDĀCIJAS	53
IZMANTOTĀ LITERATŪRA.....	56
PUBLIKĀCIJAS UN TĒZES PAR DARBA TĒMU.....	59
PATEICĪBAS	63

DARBĀ LIETOTIE SAĪSINĀJUMI

ANO	Apvienoto Nāciju Organizācija
PVA	Pasaules Veselības asambleja
PVO	Pasaules Veselības organizācija
MK	Ministru kabinets
SES	sociāli ekonomiskais stāvoklis

1. IEVADS

1.1. Problēmas aktualitāte

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 nevērtībai.

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.

Bērībā 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 bērībā 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.

1.2. 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.

1.3. Promocijas darba uzdevumi

1. Noskaidrot bērnībā gūtās fiziskās, emocionālās, 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.

1.4. 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.

1.5. Promocijas darba pētniecības jautājums

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

2. MATERIĀLS UN METODEDES

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. Pētījuma dizains ir retrospektīvs šķērsgriezuma pētījums. Pētījuma mērķa populācija ir Latvijas jaunieši. Pētījuma instruments ir jau izstrādāta un starptautiski atzīta aptaujas anketa par bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi.

2.1.2. Pētāmo mainīgo pazīmes un grupēšana

Atkarīgās pazīmes

Veselības pašvērtējums. Atbildes tika dihotomizētas, izveidojot divas grupas – labs (apvienojot atbilžu variantus “labs” un “diezgan labs”) un slikts (apvienojot atbilžu variantus “vidējs”, “slikts”, “ļoti slikts”) veselības pašvērtējums.

Alkohola lietošana par pārmērīgu tika uzskatīta, ja respondents atbildējis, ka pēdējo 30 dienu laikā ir bijis piedzēries vismaz vienu reizi.

Psihoemocionālās veselības problēmas noteiktas, ja pēdējo sešu mēnešu laikā respondents vismaz reizi nedēļā izjutis vismaz divas no četrām sūdzībām (nomāktība, aizkaitināmība, nervozitāte un grūtības iemigt).

Pašnāvības mēģinājumi noskaidroti lūdzot respondentus atbildēt uz jautājumu “Vai Tu esi kādreiz mēģinājis/-usi izdarīt pašnāvību?”.

Neatkarīgās pazīmes

Fiziskās vardarbības pieredze noskaidrota, uzdotot jautājumus: “Cik bieži, Tev augot, kāds no Taviem vecākiem, pamāte/patēvs vai cits Tavā mājā dzīvojošs pieaugušais: (1) purināja, grūstīja, ieplūkāja 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 atbilstošu 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: “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.

Fiziskā nevērība pret bērnu mērīta, izmantojot piecus apgalvojumus: “Cik bieži katrs no šiem apgalvojumiem ir patiess, domājot par laiku līdz 18 gadiem? 1) Tev pietrūka ēdamā. 2) Tavi vecāki/audžvecāki bija pārāk piedzērušies vai apduļļi 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”.

Emocionālās nevērības noskaidrošanai izmantoti šādi jautājumi:

“Cik bieži katrs no šiem apgalvojumiem ir patiess, domājot par laiku līdz 18 gadiem? 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.” Emocionāla 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*).

Lai iegūtu informāciju par **vecāku šķiršanos vai dzīvošanu atsevišķi**, respondentiem vaicāts, vai vecāki jebkad ir dzīvojuši šķirti vai bijuši šķīrušies.

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 šaujameroci ar mērķi viņu savainot?”. Pret sievieti vērstas vardarbības ģimenē gadījumi noteikti, ja respondents uz pirmo jautājumu atbildējis ar “bieži”, “ļoti bieži” vai otrajā jautājumā – “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.

Psihiskās veselības problēmas ģimenē definētas, ja respondents atbildējis apstiprinoši vismaz uz vienu no šiem jautājumiem: 1) Vai ģimenē kāds ir bijis ilgstoši nomākts vai psihiski slims? 2) Vai ģimenē kāds ir mēģinājis izdarīt pašnāvību?

2.1.3. Pētāmās populācijas raksturojums

Kopumā datu analīzē iekļauti 1223 (615 vīrieši un 608 sievietes) respondenti vecumā no 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 gadiem. 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 skaits 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.

Lai noteiktu asociāciju starp atkarīgo un neatkarīgo pētāmo pazīmi, izmantots izredžu attiecību aprēķins (angl. – *odds ratio*). Asociācijai starp bērībā pieredzēto vardarbību un ģimeni raksturojošiem 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 atšķirības dzimumu grupās. 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 raksturojošajiem parametriem – veselības pašvērtējumu, sūdzībām par psihoemocionālo veselību, pārmērīgu alkohola lietošanu un pašnāvības mēģinājumiem. Asociācija starp bērībā pieredzēto vardarbību un veselību raksturojošajiem parametriem samērota ar respondenta dzimuma un ģimeni raksturojošajiem faktoriem. Katram vardarbības veidam veikta atsevišķa daudzfaktoru regresijas analīze.

Regresijas modelī iekļautajiem neatkarīgajiem mainīgajiem tika veikta kolinearitātes (angl. – *collinearity*) pārbaude, lai noteiktu, vai neatkarīgajām pazīmēm nav pārāk cieša savstarpējā korelācija. 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 $< 0,025$. Šāds p vērtības atdalīšanas punkts (nevis vispār pieņemtais 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.

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

2.2. Kvalitatīvās pētniecības daļa

2.2.1. Datu ieguve

Pētījuma kvalitatīvajā daļā, lai noskaidrotu ekspertu pieredzi darbā ar vardarbībā cietušajiem bērniem kā informācijas iegūšanas instruments izmantotas padziļinātas, daļēji strukturētas ekspertu (psihoterapeitu, psihologu un ārstu psihoterapeitu) intervijas. Kvalitatīvais pētījums pievērš uzmanību procesiem, būtībai un strukturālām fenomena raksturiezīmēm un palīdz pētniekam iedziļināties pētāmajā fenomenā (*Flick, Kardoff and Steinke, 2004*). 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*). Ekspertu piekrišana dalībai pētījumā bija balstīta uz brīvprātības principu. Lai nodrošinātu atbildīgu izturēšanos pret pētnieciskā darba potenciālajām nelabvēlīgajām sekām uz pētījuma dalībniekiem, datu ieguvei tika izvēlēts veikt intervijas ar ekspertiem, nevis ar bērniem, kuri cietuši no vardarbības, jo cietušo bērnu intervēšana rada vardarbīgā notikuma retraumatizācijas risku.

2.2.2. Atlase un respondentu raksturojums

Intervijas ar ekspertiem tika veiktas laika periodā no 2013. gada 29. novembrim līdz 2014. gada 20. janvārim. Kopumā tika intervēti 14 eksperti. Atlasot ekspertus intervijām, tika izmantota maksimālās dažādības atlase (*Patton, 2002*), lai iegūtu informāciju no ekspertiem ar dažādu darba pieredzi. Galvenais atlases kritērijs bija ekspertu 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;
- 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. Intervijās piedalījās eksperti, kuri strādā šādās Latvijas pilsētās: Rīgā, Ventspilī, Talsos, Jūrmalā, Valmierā, Daugavpilī. Visas intervijas notika ekspertu darbavietās. Vidējais intervijas

ilgums bija 1 stunda 6 minūtes. Īsākā intervija ilga 38 minūtes, bet garākā nevis vispār pieņemtais 0,05 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.

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. Datu kodēšana veikta manuāli. 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, vardarbības 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. Intervijas tika transkribētas un notika interviju transkripciju lasīšana un pārļasišana.
2. Sākotnējo kodu piešķiršana. Lasot tekstu, tika piešķirti sākotnējie kodi, kas balstīti uz sarunu kontekstu.
3. Tēmu meklēšana. Šajā posmā notika jau plašāka interpretatīvā analīze un līdzīgie kodi tika apvienoti sākotnējās tēmās.
4. Tēmu pārskatīšana. Sākotnējās tēmas pēc vajadzības apvienotas vai, gluži pretēji, sadalītas, nodrošinot saskaņotību (iekšējo homogenitāti) un

- skaidri nosakāmas atšķirības (ārējo heterogenitāti). Iegūto rezultātu strukturēšanai un vizuālai attēlošanai izveidota tēmu karte.
5. Tēmu definēšana. Katrā tēmā tika identificēta galvenā ideja jeb doma, veicot tēmu “attīrīšanu un pārdefinēšanu”.
 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

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 ($p > 0,05$). 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

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, izņemot fizisko un emocionālo vardarbību ($r = 0,49$) un emocionālo un fizisko nevērību ($r = 0,32$), kuru gadījumā novērojama vāja pozitīva saistība.

3.2. Bērnībā pieredzētās vardarbības saistība ar ģimeni raksturojošiem faktoriem

Respondentu sadalījums grupās pēc ģimenes SES ir šāds: 29,4% ($n = 356$) respondentu ģimenes SES ir zems, 37,2% ($n = 451$) respondentu – vidējs, bet 33,4% ($n = 405$) – augsts. Statistiski nozīmīgas sakarības ar ģimenes SES līmeni novēro tikai fiziskas vardarbības un emocionālas 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 emocionālo nevērību salīdzinājumā ar jauniešiem, kuru ģimenes SES ir augsts.

Vecāku šķiršanos vai dzīvošanu atsevišķi pieredzējuši 42,3% ($n = 513$) no visiem respondentiem. 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.

Izredzes pieredzēt fizisko, emocionālo un seksuālo vardarbību gadījumā, ja vecāki ir šķīrušies vai dzīvo atsevišķi ir dzimumspecifiskas. Vīriešiem vecāku šķiršanās vai dzīvošanas atsevišķi gadījumā ir lielākas izredzes pieredzēt fizisko un emocionālo vardarbību 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 šķīrušies vai dzīvojuši atsevišķi, bet vīriešiem šī asociācija nav statistiski nozīmīga. Fiziskās un emocionālās nevērības saistība ar bērnu vecāku šķiršanos vai dzīvošanu atsevišķi nav dzimumspecifiska.

Tēva vai mātes partnera vardarbību pret māti pieredzējuši 12,6% (n = 152) no aptaujas dalībniekiem. Tēva vardarbība pret māti vairākas reizes palielina pret bērnu vērsta vardarbības izredzes. Ja ģimenē notiek vardarbība pret māti, bērna izredzes 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 arī augstas fiziskās vardarbības (OR = 4,9 (95% TI = 3,4–7,1)) un emocionālās nevērība (OR = 3,9 (95% TI = 3,4–7,1)) izredzes bērniem.

Ģimenēs, kurās bērni piedzīvo vardarbību starp pieaugušajiem ģimenes locekļiem, biežāk notiek arī vardarbība pret bērniem, taču pastāv cietušo dzimumatšķirības. 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 tēva vardarbība pret māti, ir augstākas sieviešu populācijā. Attiecībā uz seksuālo vardarbību dzimumu grupas nav homogēnas ($\chi^2 = 8,3$; $p < 0,05$). Vīriešu grupā ir tikai viens respondents, kurš bērībā 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.

Pārmērīgu alkohola lietošanu ģimenē kopumā norādījuši 44,1% respondenti. Pastāv sakarības starp pārmērīgu alkohola lietošanu ģimenē un vardarbību pret bērnu. Tiem jauniešiem, kuru ģimenē pārmērīgi tiek lietots

alkohols bija 3 (OR = 3,0; 95% TI = 2,4–3,9) reizes lielākas izredzes pieredzēt emocionālo vardarbību un 1,5–2 reizes lielākas emocionālās nevērības, seksuālās un fiziskās vardarbības pieredzes izredzes.

Asociācija starp bērnībā pieredzēto vardarbību un pārmērīgu alkohola lietošanu dzimumu grupās atšķiras fiziskās, emocionālās, seksuālās vardarbības un emocionālās nevērības gadījumos, savukārt fiziskās nevērības pret bērnu saistība ar pārmērīgu alkohola lietošanu vīriešiem un sievietēm nav atšķirīga ($\chi^2 = 2,7$; $p > 0,05$). Lielākas izredzes pieredzēt vardarbību ģimenēs, kurās notiek pārmērīga alkohola lietošana, ir sievietēm. Vislielākās izredzes meitenēm ģimenēs, kurās notiek pārmērīga alkohola lietošana, 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 nenotiek pārmērīga alkohola lietošana.

Psihiskās veselības problēmas ģimenē norādījuši 19,3% (n = 235) respondentu. 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. Vīriešiem izredzes pieredzēt vardarbību gadījumos, kad ģimenē ir kāds, kuram ir psihiskās veselības problēmas, ir augstākas nekā sievietēm. Vīriešiem, kas auguši ģimenē kopā ar kādu, kuram ir psihiskās veselības problēmas, lielākas izredzes ir pieredzēt fizisko vardarbību (OR = 4,7; 95% TI = 3,0–7,3) un emocionālo nevērību (OR = 4,4; 95% TI = 2,9–6,6) salīdzinājumā ar vīriešiem, kuru ģimenēs šādu problēmu nebija. Savukārt sievietēm, kuru ģimenēs ir psihiskās veselības problēmas, novēro augstākās izredzes saskarties ar fizisko un emocionālo vardarbību nekā sievietēm, kuru ģimenēs nav novērotas psihiskās veselības problēmas.

3.3. Jauniešu veselību un ģimeni raksturojošie faktori

Veselības pašvērtējums parāda respondentu subjektīvo savas veselības vērtējumu. Laba veselības pašvērtējuma grupā respondentu īpatsvars ir 80,4% (n = 967), bet sliktā pašvērtējuma grupā – 19,3% (n = 236). Dzimumu grupās novēro statistiski ticamas atšķirības ($\chi^2 = 3,7$; $p < 0,001$). No visiem vīriešiem 87,4% (n = 527) vērtēja savu veselību kā labu, bet no visām sievietēm 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. Sliktā 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 SES, atšķirības sliktā veselības pašvērtējuma izredzēm nenovēro. Arī vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi (OR = 1,8; 95% TI = 1,4–2,5) un tēva/partnera 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) augstākas sliktā veselības pašvērtējuma izredzes nekā jauniešiem, kuru ģimenēs šīs problēmas nav. Arī psihiski nevesela ģimenes locekļa dzīvošana ģimenē asociēta ar sliktāku jauniešu veselības pašvērtējumu. Tiem, kuru ģimenē ir psihiskās veselības problēmas, sliktā veselības pašvērtējuma izredzes ir 2,5 (95% TI = 1,8–3,5) reizes augstākas nekā tiem jauniešiem, kuru ģimenēs šādu problēmu nav.

No visiem aptaujātajiem jauniešiem 45,1% (n = 548) norādīja, ka pēdējā mēneša laikā nevienu reizi nav piedzērušies, bet 54,9% (n = 667) 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, Asociāciju analīze liecina, ka jauniešiem, kuri dzīvo ģimenē ar augstu SES, izredzes būt pakļautiem pārmērīgai alkohola lietošanai pēdējā mēneša laikā ir lielākas nekā jauniešiem no ģimenēm ar zemu SES (OR = 0,7; 95% 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 nenovēro ($p > 0,05$).

Psihoemocionālās veselības problēmas novērotas 31,6% ($n = 180$) vīriešu un 42,4% ($n = 250$) sievietes. Atšķirības ir statistiski nozīmīgas ($\chi^2 = 14,5$; $p < 0,001$). 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 psihoemocionālo veselības problēmu attīstības izredzes, bet pārmērīga alkohola lietošana ģimenē asociēta ar 2,4 (95% TI = 1,9–3,0) reizes lielākām psihoemocionālās veselības problēmu attīstības izredzēm jauniešiem.

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% ($n = 55$) sievietes. 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 ģimenēs ar vidēju (5,0% (n = 22; 95% TI = 3,3–7,4)) un augstu SES (6,2% (n = 25; 95% TI = 4,2–9,0), tomēr atšķirības nav vērtējamā kā statistiski nozīmīgas. Analizējot pārējos ģimeni raksturojošos faktoros, ir vērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības attiecībā uz pašnāvības mēģinājumu veikušo jauniešu īpatsvaru. Augstāku 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.

3.4. Bērnībā pieredzētā vardarbība un jauniešu veselību raksturojošie parametri

Asociāciju analīzes rezultāti liecina, ka atšķirības jauniešu veselības pašvērtējumā novēro arī vardarbību pieredzējušo un nepieredzējušo respondentu grupās. Tiem jauniešiem, kuri bērnībā pieredzējuši fizisko vardarbību un fizisko nevērtību, 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 bērnības pieredze palielina sliktāka veselības pašvērtējuma izredzes jauniešu vecumā. Vienīgi bērnībā gūtas seksuālās vardarbības bērnības pieredzes saistība ar veselības pašvērtējumu jauniešu vecumā nav statistiski nozīmīga (sk. 3.2. tab.).

Daudzfaktoru loģistiskās regresijas analīze liecina, ka sievietēm ir vairāk nekā divas reizes lielākas sliktā veselības pašvērtējuma izredzes nekā vīriešiem. Šo sakarību novēro visos bērnībā pieredzēto vardarbības veidu regresijas modeļos, izņemot regresijas modeli, kurā iekļauta seksuālā vardarbība (OR = 1,0

(95% TI = 0,7–1,3)). Aptuveni pusotru reizi augstākas sliktam veselības pašvērtējuma izredzes ir jauniešiem, kuru ģimenes SES ir zems, salīdzinājumā ar jauniešiem, kuru ģimenes SES ir augsts. Tāpat pusotru reizi augstākas sliktā veselības pašvērtējuma izredzes ir 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 asociēta ar 1,7 – 2,2 reizēm (atkarībā no daudzfaktoru regresijas modelī iekļautā vardarbības veida) lielākām sliktā veselības pašvērtējuma izredzēm jauniešu vecumā nekā jauniešiem, kuru ģimenēs psihiskās veselības problēmas nenovēro. Savukārt tēva vardarbība pret māti, daudzfaktoru regresijas modelī netika statistiski ticami asociēta ar jauniešu veselības pašvērtējumu.

3.2. tabula

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

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

* p < 0,05

**p < 0,001

^a Izredžu attiecība aprēķināta katram vardarbības veidam atsevišķi

^b Izredžu attiecība aprēķināta katram vardarbības veidam atsevišķi un samērota ar respondentu dzimumu, ģimenes SES, vecāku šķiršanos, tēva vardarbību pret māti, pārmērīgu alkohola lietošanu un psihiskās veselības problēmām ģimenē

Izredzes jauniešu pārmērīgai alkohola lietošanai fiziskās vardarbības pieredzes gadījumā, samērojot ar respondenta dzimumu, ir 1,4 (95% TI = 1,0–2,0) reizes lielākas nekā tiem jauniešiem, kuri fizisko vardarbību nav pieredzējuši. Savukārt emocionālās vardarbības bērnības pieredzes 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 (sk. 3.3. tab.). Pārmērīgas alkohola lietošanas izredzes jauniešu vecumā ir atšķirīgas dzimumu grupās. Vīriešiem ir 1,8 (95% TI = 1,5–2,3) reizes lielākas pārmērīgai alkohola lietošanas izredzes nekā sievietēm, turklāt šīs izredzes nemainās, neatkarīgi no tā, vai asociācija tiek samērota ar fiziskās vai emocionālās vardarbības pieredzi.

3.3. 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 vardarbības veidam atsevišķi

^b Izredžu attiecība aprēķināta katram vardarbības veidam atsevišķi un samērota ar respondentu dzimumu

Gan vienfaktora asociāciju analīze, gan daudzfaktoru regresijas analīze liecina, ka psihoemocionālās veselības problēmas jauniešu vecumā ir saistītas ar bērnībā pieredzēto vardarbību. 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 emocionālu vardarbību – 3,3 (95% TI = 2,6–4,3) reizes lielākas izredzes (sk. 3.4. tab.).

3.4. tabula

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

Vardarbības veids		n	%	OR (95% TI) ^a	Samērotais OR (95% TI) ^b
Fiziska vardarbība**	Nē	310	32,1	1,0	1,0
	Jā	118	63,1	3,6 (2,6–5,0)	2,6 (1,8–3,7)
Emocionāla vardarbība**	Nē	220	28,1	1,0	1,0
	Jā	208	56,4	3,3 (2,6–4,3)	2,3 (1,7–3,0)
Seksuāla vardarbība*	Nē	323	35,0	1,0	1,0
	Jā	49	46,7	1,6 (1,1–2,4)	1,3 (0,8–1,9)
Emocionāla nevērība**	Nē	278	31,7	1,0	1,0
	Jā	146	55,1	2,7 (2,0–3,5)	2,1 (1,5–2,8)
Fiziska nevērība*	Nē	296	35,6	1,0	1,0
	Jā	128	43,2	1,4 (1,1–1,8)	1,1 (0,9–1,5)

* p < 0,05

**p < 0,001

^a Izredžu attiecība aprēķināta katram vardarbības veidam atsevišķi

^b Izredžu attiecība aprēķināta katram vardarbības veidam atsevišķi un samērota ar respondentu dzimumu, vecāku šķiršanos, tēva vardarbību pret māti, pārmērīgu alkohola lietošanu un psihiskajām veselības problēmām ģimenē

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. Seksuālās vardarbības un fiziskās nevērības bērnības pieredze vienfaktoru analīzē saistīta

ar augstākām psihoemocionālās veselības problēmu attīstības izredzēm jauniešiem, bet daudzfaktoru analizē tā kļūst statistiski nenozīmīga (sk. 3.4. tab.).

3.5. tabula

Pašnāvības mēģinājumu prevalence un izredžu attiecība saistībā ar pieredzēto vardarbības veidu

Vardarbības veids		n	%	OR 95% TI ^a	Samērotais OR (95% TI) ^b
Fiziska vardarbība**	Nē	40	4,0	1,0	1,0
	Jā	34	17,4	5,1 (3,1–8,3)	3,7 (2,1–6,2)
Emocionāla vardarbība**	Nē	31	3,8	1,0	1,0
	Jā	43	11,4	3,3 (2,0–5,3)	2,2 (1,3–3,7)
Seksuāla vardarbība*	Nē	55	5,8	1,0	1,0
	Jā	13	11,8	2,2 (1,1–4,1)	1,1 (0,5–2,2)
Emocionāla nevērība**	Nē	31	3,4	1,0	1,0
	Jā	43	15,4	5,1 (3, –8,3)	4,0 (2,3–6,8)
Fiziska nevērība**	Nē	39	4,6	1,0	1,0
	Jā	33	10,4	2,4 (1,5–3,9)	2,2 (1,3–3,7)

* p < 0,05

**p < 0,001

^a Izredžu attiecība aprēķināta katram vardarbības veidam atsevišķi

^b Izredžu attiecība aprēķināta katram vardarbības veidam atsevišķi un samērota ar respondentu dzimumu, vecāku šķiršanos, tēva vardarbību pret māti, pārmērīgu alkohola lietošanu un psihiskajām veselības problēmām ģimenē

Fiziskās vardarbības un emocionālās nevērības pieredze tiek asociēta ar piecas reizes lielākām pašnāvības mēģinājumu izredzēm salīdzinājumā ar tiem respondentiem, kuri šos vardarbības veidus nav pieredzējuši. Bērnībā gūta emocionālās vardarbības pieredze tiek asociēta ar 3,3 (95% TI = 2,0–5,3) reizes lielākām pašnāvības mēģinājumu izredzēm, fiziska nevērība ar 2,4 (95% TI = 1,5–3,9) reizu lielākām izredzēm, bet seksuāla vardarbība ar 2,2 (95% TI = 1,1–4,1) reizes lielākām pašnāvības mēģinājumu izredzēm. Samērojot asociāciju ar respondenta dzimumu un ģimeni raksturojošajiem faktoriem,

saistības ciešums starp bērnībā pieredzēto vardarbību un pašnāvības mēģinājumu veikšanu vēlākā dzīves periodā vājinājās, bet bērnībā gūtā seksuālās vardarbības pieredze saistībā ar pašnāvības mēģinājumu veikšanu vairs neuzrādīja savstarpēju asociāciju (sk. 3.5. tab.).

4. KVALITATĪVĀ PĒTĪJUMA REZULTĀTI

4.1. Cietušo bērnu vardarbības pieredze un vardarbības jēdziena izpratne

4.1.1. Vardarbības jēdziena konceptualizācijas dažādība

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. Ekspertu pieredze liecina, ka bērnu izpratne par pieredzēto vardarbību 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 viņš šādi saredz arī tajā notiekošos procesus un cilvēku uzvedību, tai skaitā vardarbību. Bērna spēja analizēt un salīdzināt savu ģimeni ar citu cilvēku ģimenēm sāk attīstīties pusaudžu vecumā. Eksperti novērojuši, ka bērniem ir nepilnīga izpratne par vardarbību kā konceptuālu jēdzienu, tomēr viņi norāda, ka vardarbība bērnu vidū tiek atpazīta situatīvi kā darbība vai kā situācija. Daži eksperti norādīja, ka dažkārt ir saskārušies ar gadījumiem, kad bērni vardarbību izmanto kā instrumentu manipulācijām ar pieaugušajiem.

4.1.2. Bērnu vardarbības pieredzes raksturojums

Visbiežāk bērni, kas nonākuši intervēto ekspertu redzeslokā, cietuši no emocionālās vardarbības. 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 turpmāko veselību. Ekspertu pieredze liecina, ka bērni bieži vien pieredz vairāk nekā tikai vienu vardarbības veidu, turklāt vardarbības veidu savstarpējās kombinācijas mēdz būt dažādas. Kā biežākie pāridarītāji norādīti bērna ģimenes locekļi, un tas skaidrojams kā vecāku varas pārkāpums pret bērnu.

4.1.3. Cietušā bērna atklātība par notikušo vardarbību

Bērna spēja atklāti runāt 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 pēc 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 spēju atklāti runāt par notikušu vardarbību var ietekmēt bērna izjūtas – kauns, vaina vai bailes.

4.2. Vardarbības ietekme uz veselību

4.2.1. Ietekme uz fizisko un psihoemocionālo veselību

Vardarbība atstāj nelabvēlīgas sekas uz cietušā bērna veselību gan īstermiņā un ilgtermiņā. Vardarbībai var būt dažāda veida fiziskās sekas uz bērna veselību - traumas un ievainojumi, slimības, nevēlama grūtniecība. 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, no kuriem pirmajiem raksturīga agresīva un

antisociāla uzvedība, bet otrajiem – zems pašvērtējums, trauksme un depresīvs noskaņojums. Tāpat no vardarbības cietušajiem bērniem novēro grūtības socializēties un veidot normālas, sociāli pieņemamas attiecības ar līdzcilvēkiem.

4.2.2. Veselību ietekmējošie faktori

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. 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. Vardarbības atstātās sekas uz veselību atkarīgas arī no paša bērna resursiem, personības un intelekta attīstības pakāpes, kā arī no bioloģiskiem faktoriem, piemēram, iedzimtības.

4.3. Vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģijas, institūciju darbības loma

4.3.1. Traucējumu pārvarēšanas stratēģiju raksturojums

Bērnu reakcija uz vardarbības pieredzi ir dažāda. Dažkārt bērni notikušajā vaino sevi, bet citkārt var novērot pretēju, uz āru vērstu reakciju – dusmas un agresiju, īpaši zēniem. Tāpat nereti sastopams reakcijas veids ir notikušās vardarbības noliegšana un izstumšana no apziņas. Vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas pozitīva stratēģija ir gadījumos, kad paši cietušie bērni meklē palīdzību un atbalstu, tomēr eksperti norāda, ka tas viņu pieredzē notiek

reti. Biežāk cietušajiem bērniem novēro negatīvās vardarbības izraisīto traucējumu pārvarēšanas stratēģijas, kas izpaužas kā devianta uzvedība, vispārpieņemto sociālo lomu pārkāpšana, pārmērīga atkarību izraisošo vielu lietošana, pašsakropļošanās un pašnāvības mēģinājumi.

4.3.2. Darbs ar cietušo bērnu

Lai mazinātu vardarbību un nodrošinātu sekmīgu cietušā bērna rehabilitāciju pēc notikušas 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 iespējamus vardarbības gadījumus un ziņo par tiem, savukārt ārstniecības personas ziņo salīdzinoši reti.

Pamata priekšnosacījumi sekmīgai rehabilitācijai pēc pārdzīvotas vardarbības bērnam ir atbalsts un drošība. Būtiskākais ir atbalsts no bērna ģimenes, tomēr to sniegt var arī citi pieaugušie – radnieks, skolotājs, treneris un citi. Nozīmīga ir arī atbalsta forma: svarīgi ir noticeēt 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 vājās puses eksperti norādīja gadījumus, kad bērni cieš no institūciju darbības. Lai gan cietušajiem bērniem būtu jāsaņem atbalsts un palīdzība no dažāda veida institūcijām (sociālā dienesta, policijas, bāriņtiesas u.c.), realitātē saskarsme ar šiem speciālistiem dažkārt izraisa vēl lielāku kaitējumu un psihoemocionālo traumu. Kā visbiežākie riski norādīti speciālistu neatsaucība un vājas

profesionālās prasmes, institūciju sistēmiskas un ilgstošas darbības trūkums pret bērniem vērstās vardarbības gadījumu risināšanā, kā arī konfidencialitātes neievērošana un informācijas noplūde.

4.3.3. Rehabilitācijas sistēmiskās vajadzības

Svarīgs resurss no vardarbības cietušo bērnu rehabilitācijā ir labi apmācīti speciālisti un to pieejamība. Apmācības nepieciešamas dažādu nozaru speciālistiem, kuri ir iesaistīti pret bērnu vērstās vardarbības gadījumu atklāšanā un risināšanā. Sekmīgai pret bērnu vērstās vardarbības gadījumu risināšanai nepieciešama starpinstitucionāla sadarbība. Tie eksperti, kuri savā darbā ir pieredzējuši šāda veida sadarbību, 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 zināšanu un izpratnes par vardarbību pret bērnu. Tāpat sistēmiskai pret bērniem 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, sabiedrības, vecāku izglītošanu par vardarbību pret bērniem, stingrāku seksuālas vardarbības noziedznieku uzraudzību u. c. Lai pasargātu bērnu 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 īsākā laika periodā pēc notikušās vardarbības, lai ierakstītā liecība būtu izmantojama izmeklēšanas procesā un lai novērstu bērna liecības ietekmēšanu no citu personu puses. Attiecībā uz cietušo bērnu rehabilitāciju eksperti norādīja, 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 jācenšas nodrošināt bērna atstāšanu ierastajā vidē un rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu dzīvesvietā.

5. DISKUSIJA

Pirmā promocijas darbā izvirzītā hipotēze, kas noteica, ka pastāv sakarības starp ģimeni raksturojošiem 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 gūtās 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 seksuālo vardarbību.

Emocionālās vardarbības prevalence Latvijas jauniešu populācijā ir augstāka nekā citās valstīs, bet bērnībā pieredzētās emocionālās nevērības rādītāji ir līdzīga līmeņa vai pat zemāki. 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 (*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 (23,6%) Latvijā ir augstāka 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 meta-analīzes pētījumā apkopoja 16 pētījumu rezultātus par pašu respondentu

ziņoto bērņībā pieredzētās nevērības prevalenci. Apkopotais emocionālās nevērības prevalences rādītājs bija 18,4%, bet fiziskās nevērības prevalences 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 pētniecība un izpratne par šo vardarbības veidu ir salīdzinoši nesen formējusies. Tāpat emocionālās vardarbības izpausmes un līdz ar to arī atpazīstamība var atšķirties dažādās sabiedrībās. Kā liecina Baltijas un Austrumeiropas valstīs veiktā pētījuma rezultāti par fizisko un emocionālo vardarbību pret bērņiem, ir vērojamas atšķirības pat starp Latviju un Lietuvu, kas teritoriāli atrodas viena otrai blakus. Attiecībā uz vecāku emocionālās vardarbības pret bērnu izpausmēm 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 bērņam sajusties vainīgam. Arī citos pētījumos ir pierādīts, ka emocionālās vardarbības formas ir būtiski pētīt kā atsevišķu pret bērņiem vērstās vardarbības veidu, jo tās var atstāt smagas un ilgtermiņā nelabvēlīgas sekas uz bērņa veselību un labklājību (*McCabe, 2003; Crosson-Tower, 1999; Rose & Fife, 2012*). Ekspertu pieredze darbā ar vardarbībā cietušajiem bērņiem liecina, ka emocionālā vardarbība un nevērība pret bērnu ir starp tiem vardarbības veidiem, no kuriem bērņi 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 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 (16,3%) ir zemāka 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 Gustafsson*, 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 bērniem vērstās 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 uzskatīja bērnu sišanu kā sodīšanas veidu dažkārt var pielietot, savukārt 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%. Skaidrojumi bērnībā pieredzēto vardarbības veidu prevalences atšķirībām 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. Metaanalīzes pētījumā apkopotais prevalences rādītājs, ja seksuālās vardarbības definīcijā ietverta jebkāda veida seksuālās vardarbības izpausmes, 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 bērnībā pieredzēto vardarbību tiek iegūti aptuveni desmit reizes augstāki rādītāji nekā liecina bērnu aizsardzības institūciju ziņoto gadījumu apmērs (*Fergusson, Horwood and Woodward, 2000; MacMillan, Jamieson and Walsh, 2003*). Tas norāda, ka seksuāls pāridarījums vairākumā gadījumu tiek slēpts un līdz ar to palielinās iespējamība tam atkārtoties.

Ģimenēs, kurās notiek vardarbība pret bērniem, tiek atrastas sakarības ar dažādiem ģimenes vidi raksturojošajiem faktoriem. To apliecina arī Bronfenbrennera sociāli ekoloģiskā teorija (*Bronfenbrenner, 1979*). Arī promocijas darbā starp dažādiem ģimeni raksturojošiem faktoriem un bērnībā pieredzēto vardarbību atrastas statistiski nozīmīgas sakarības (sk. 5.1. tab.).

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

zinātniskos pētījumos gūtiem pierādījumiem, tika izvēlēti šādi veselības parametri: jauniešu veselības pašvērtējums, pārmērīga alkohola lietošana, sūdzības par psihoemocionālo veselību un pašnāvības mēģinājumi. Tie veselības iznākumi, kuriem novēroja statistiski nozīmīgas sakarības ar bērnībā pieredzēto vardarbību, apskatāmi 5.1. tabulā.

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 problēmu attīstību, savukārt epidemioloģiskie pētījumi, kas veikti plašās populācijās, pierāda šīs sakarības esamību populācijas līmenī. Lai gan daži pētījumi ir veikti kā prospektīvi kohortu pētījumi un tajos ir pierādīta kauzālā saistība starp bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi un veselības 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 atceršanās sistemātisko novirzi (*Sklzo and Nieto, 2014*), proti, tie, kuri ir pieredzējuši vardarbību, var tikt nepareizi klasificēti kā vardarbību nepieredzējuši, vai otrādi. Līdz ar to atceršanās novirze var ietekmēt patieso saistības ciešumu starp bērnībā pieredzēto vardarbību un veselību raksturojošajiem parametriem jauniešu vecumā. Lai pārbaudītu respondentu pašu ziņoto bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes atbilžu pareizību, tika salīdzināta pētījumos retrospektīvi iegūto datu par bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi sakritība ar objektīviem informācijas avotiem (oficiālajiem ierakstiem dokumentos, citu informācijas sniedzēju teikto). Secinājumos norādīts, ka pašu ziņotā informācija ir pietiekami precīza un ir izmantojama, tomēr jāreķinās ar potenciālām sistemātiskajām novirzēm. Tāpat secināts, ka, izmantojot retrospektīvu respondentu aptauju, pastāv lielāka iespēja, ka, bērnībā pieredzētās vardarbības prevalences rādītājs tiks novērtēts kā zemāks nekā patiesībā (*Hardt and Rutter, 2004*). Tas liecina, ka bērnībā pieredzētās vardarbības gadījumu skaits varētu būt lielāks.

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

Riska faktori un veselības iznākumi	Vardarbības veids				
	Fiziskā vardarbība	Emocionālā vardarbība	Seksuālā vardarbība	Emocionālā nevērība	Fiziskā nevērība
Ģimenes riska faktori					
Zems SES	√			√	
Vecāku šķiršanās	√	√	√		
Tēva/partnera vardarbība pret māti	√	√	√	√	√
Pārmērīga alkohola lietošana	√	√	√	√	√
Psihiskās veselības problēmas	√	√	√	√	√
Veselības iznākumi jauniešiem					
Sliktāks veselības pašvērtējums	√	√		√	√
Pārmērīga alkohola lietošana	√	√			
Psihoemoc. veselības problēmas	√	√		√	
Pašnāvības mēģinājumi	√	√		√	√

√ – novērotas statistiski nozīmīgas asociācijas starp mainīgajiem

Bērībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes pētījums ir veikts kā šķērsgriezuma pētījums, kurā informācija no pētījuma dalībniekiem iegūta retrospektīvi. Jāņem vērā, ka šāds pētījuma dizains neļauj spriest par cēloņu un seku sakarībām. Tāpat pētījuma rezultātus var ietekmēt sistemātiskā atcerēšanās kļūda, pētījumā izmantotā gadījuma definīcija un datu ievākšanas instrumenti.

Lai iegūtu informāciju par vardarbībā cietušo bērnu rehabilitāciju, promocijas darbā ekspertiem tika uzdoti jautājumi par vardarbības izraisīto

traucējumu pārvarēšanas stratēģijām un dažādu institūciju darbību vardarbības atpazīšanā un cietušo bērnu rehabilitācijas procesā. Lai mazinātu vardarbību pret bērniem un tās sekas, ir būtiski atpazīt vardarbības gadījumus, turklāt darīt to pēc iespējas savlaicīgāk, jo tā var nodrošināt sekmīgāku cietušo bērnu rehabilitāciju. Bērnu tiesību aizsardzības likuma (1998) 73. pants nosaka, ka pienākums ziņot par vardarbību pret bērnu policijai, bāriņtiesai vai citai bērnu tiesību aizsardzības institūcijai ir katram iedzīvotājam un ka 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 savā pieredzē novērojuši, ka par vardarbības gadījumiem 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 vērstās vardarbības gadījumu atpazīšanā un informācijas nodošanā atbilstošajām institūcijām, prakse liecina, ka tas ne vienmēr tiek sekmīgi īstenots. Arī PVO rekomendācijās pret bērniem vērstās vardarbības mazināšanā norādīts, 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 ievainojumiem, slimībām un 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 šķēršļi, kas kavē veselības aprūpes darbiniekus ziņot par vardarbību pret bērniem un jāmeklē atbistoši risinājumi.

Eksperti intervijās norādīja, ka rehabilitācijas procesā jānodrošina, lai bērnam būtu atbalsts, drošība un sakārtota dzīves vide ar paredzamu ikdienas režīmu. Vissvarīgākais atbalsts ir cietušā bērna ģimene, tādēļ palīdzības

programmas nepieciešams piedāvāt arī cietušā bērna ģimenes locekļiem. Rehabilitācijas procesā bērnam nepieciešama arī profesionāla psihologa vai psihoterapeita palīdzība. PVO rekomendācijās pret bērniem vērstās vardarbības mazināšanā norādīts, ka pētījumos gūtie pierādījumi liecina – efektīvākās darbā ar vardarbībā 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 MK 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 pieredze liecina, ka atsevišķos gadījumos cietušajiem bērniem būtu nepieciešama ilglaicīgāka psiholoģiskās palīdzības un atbalsta nodrošināšana nekā šobrīd noteikts likumdošanā.

Kā būtisku aspektu sekmīgai pret bērniem vērstās vardarbības mazināšanā un cietušo bērnu atvaseļošanai eksperti norādīja starpdisciplināras prakses attīstīšanu un nodrošināšanu. Arī PVO rekomendācija pret bērniem vērstās vardarbības mazināšanai paredz, ka ir nepieciešama multisektoriāla sadarbība starp izglītības, sociālās labklājības, tieslietu, veselības jomu un citām ieinteresētajām pusēm, kas pārstāv vietējo pārvaldi, ekspertus un nevalstiskās organizācijas (*WHO*, 2013a). Vardarbības 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 ir nepieciešams apmācīt dažādu nozaru speciālistus 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 uzsvērta 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.

7. 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 laikus 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. 14.04.2016. Par Jaunatnes politikas īstenošanas plānu 2016. - 2020.gadam: LR Ministru kabineta noteikumi Nr. 256. *Latvijas Vēstnesis*. 74, 4.
2. 19.06.1998. Bērnu tiesību aizsardzības likums. *Latvijas Vēstnesis*. 199/200.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.]
8. 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.
9. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. 1979. United States of America: Harvard University Press.
10. Bursac, Z., Gauss, CH., 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]
11. Cindy, L. and Miller-Perrin, R.D.P. 2013. *Child Maltreatment. An Introduction*. 3 ed. United States of America: SAGE Publications.
12. Crosson-Tower, C. 1999. *Understanding Child Abuse and Neglect*. 4 ed. Boston: Allyn and Bacon.
13. 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]
14. 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.

15. 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.]
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. LR Centrālā statistikas pārvalde. 2014. *Jaunieši Latvijā*. Rīga: LR Centrālā statistikas pārvalde.
22. 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.
23. McCabe, K.A. 2003. *Child abuse and the criminal system*. United States: Peter Lang International Academic Publishers.
24. McDonald, J.H. 2014. *Handbook of Biological Statistics. 3rd ed.* Baltimore, Maryland: Sparky House Publishing.
25. 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.
26. 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.
27. Pirsko, L. 2010. *Ziņojums par pētījuma rezultātiem. Iedzīvotāju attieksme pret vardarbību pret bērniem*. Iegūts no: http://www.centrsdardedze.lv/data/kampanas/Iedzivotaju_attieksme_pret_vardarbibu_2010.pdf [sk. 19.11.2016.]
28. Pinheiro P.S. 2006. *World report on violence against children*. Geneva: ATAR Roto Presse SA.
29. Rohleder, P., Smith, C. 2015. Ethical Issues. In: *Qualitative research in clinical and health psychology*. Rohleder, P. and Lyons, A., eds. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
30. 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.
31. 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.
32. Sklzo, M., Nieto, F.J. 2014. *Epidemiology. Beyond the Basics. 3rd ed.* Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
 33. Slimību profilakses un kontroles centrs. 2015. *Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2014*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
 34. Slimību profilakses un kontroles centrs. 2016. *ESPAD 2015. Atkarību izraisīto vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
 35. 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.
 36. Straus MA. 2010. Prevalence, societal causes, and trends in corporal punishment by parents in world perspective. *Law Contemporary Problems*. 73, 1–30.
 37. 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.]
 38. 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.]
 39. 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.]
 40. 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.]
 41. 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.]

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., Grīnberga, 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., Grīnberga, 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 Kļīvītei*, *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.