

Исследование распространенности неблагоприятных событий детства среди молодых людей в Российской Федерации

Доклад

Реферат

Исследование распространенности неблагоприятных событий детства (НСД) в России проводилось с привлечением студентов (N=1580) высших учебных заведений и колледжей (640 мужчин и 940 женщин). Средний возраст опрошенных мужчин составил $20,75 \pm 2,73$ лет, женщин – $20,55 \pm 2,54$ лет. Целью исследования было описать масштабы НСД, выявить социально-демографические характеристики и установить связь между НСД и поведением, наносящим вред здоровью. Результаты показали, что распространенность жестокого обращения с детьми в данной группе населения высока: сексуальное насилие 5,7%, физическое насилие 14%, эмоциональное насилие 37,9% и эмоциональное пренебрежение 57,9%. Также распространены бытовые дисфункции, 11,1% из числа опрошенных были свидетелями жестокого обращения с матерью. НСД оказались широко распространены, 84,6% опрошенных сообщили о, по крайней мере, одном, но чаще респонденты сталкивались с двумя НСД (28,2%), а 17,5% опрошенных сообщило о четырех и более НСД. Результаты исследования показывают, что вероятность таких форм поведения, наносящего вред здоровью, как курение, употребление алкоголя и наркотиков, наличие множества сексуальных партнеров и попыток самоубийства возрастает с увеличением числа НСД. Необходимы стратегии для предупреждения жестокого обращения с детьми и иных неблагоприятных событий детства.

Ключевые слова

Accident and injury prevention
Child abuse
Child advocacy
Child

welfare

Community health services Health surveys

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Оглавление

СОСТАВИТЕЛИ.....	iv
ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ.....	v
РЕЗЮМЕ.....	vi
1. ВВЕДЕНИЕ.....	1
1.1 Исходные сведения.....	1
1.2 Обзор литературы.....	2
1.3 Разработка национальной политики.....	5
1.4 Обоснование.....	7
1.5 Задачи.....	7
2. Методология.....	8
2.1 Этические вопросы исследования.....	8
2.2 Состав респондентов.....	8
2.3 Инструменты исследования.....	10
2.4 Анализ данных.....	12

3	Результаты.....	13
3.1	Распределение респондентов и их родителей по социально-демографическим и социально-экономическим характеристикам.....	13
3.2	Распределение поведенческих факторов образа жизни респондентов.....	15
3.3	Распространенность неблагоприятных событий детства.....	2
3.4	Связь между НСД и поведением, наносящим вред здоровью.....	12
3.5	Соотношение между числом НСД и скорректированной вероятностью поведения, наносящего вред здоровью.....	19
4.	Обсуждение и заключение.....	20
4.1	Неблагоприятные события детства.....	21
4.2	Предупреждение жестокого обращения и иных неблагоприятных событий детства.....	22
4.3	Программа коррекционной и реабилитационной помощи детям, подвергающимся внутрисемейному насилию, в Российской Федерации.....	24
4.4	Ограничения.....	25
4.5	Рекомендации.....	25
5.	Литература.....	27

СОСТАВИТЕЛИ

Доклад подготовили:

Профессор Маргарита Александровна Качаева

Доктор медицинских наук

ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

DrDineshSethiMSc MD MRCP FFPH

Programme Manager Violence and Injury Prevention

Division of Noncommunicable Diseases and Life-Course

WHO Regional Office for Europe

Валентина Доржиевна Бадмаева

Кандидат медицинских наук

Руководитель отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних

ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Алексей Викторович Новожилов

Кандидат медицинских наук

Главный специалист отделения развития международного сотрудничества

ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Алексей Викторович Иванов

Кандидат медицинских наук

Менеджер 1 категории

ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Григорию Александровичу Фастовцову

Доктору медицинских наук, руководителю отделения эндогенных психозов ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Назиму Яшаровичу Оруджеву

Доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета, Российская Федерация

Николаю Сергеевичу Можарову

Ассистенту кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета, Российская Федерация

Наталье Григорьевне Батуевой

Кандидату медицинских наук, заведующей отделением стационарной судебно-психиатрической экспертизы ГБУЗ "Республиканский психоневрологический диспансер" Республики Бурятия, Российская Федерация

Снежане Малчыновне Дуктен-оол

Главному врачу Республиканского ГБУЗ РТ "Республиканская психиатрическая больница", Республика Тыва, Российская Федерация

Татьяне Павловне Колпаковой

Кандидату медицинских наук, заместителю руководителя Офиса ВОЗ в Российской Федерации

Mr Francesco Mitis

Technical Officer, Violence and Injury Prevention, Division of Noncommunicable Diseases and Life-Course, WHO Regional Office for Europe

Professor Mark E Bellis

B.Sc., PhD., UKPHR, FFPH, Director, Center for Public Health, Liverpool JMU, A WHO Collaborating Center for Violence Prevention

Professor Karen E Hughes

B.Sc., PhD., UKPHR, FFPH, Director, Center for Public Health, Liverpool JMU, A WHO Collaborating Center for Violence Prevention

РЕЗЮМЕ

Исходные сведения

Проблема семейного насилия стоит в Российской Федерации очень остро. Представители российского общества неоднократно обращали внимание на остроту проблемы семейного насилия и, в частности, жестокого обращения с детьми в Российской Федерации, и подчеркивали недостаточность соответствующих научных исследований. Анализ текущей ситуации в области насилия и жестокого обращения с детьми показывает, что специализированные услуги обычно направлены на работу с детьми, ставшими жертвами насилия, с целью снизить тяжесть последствий жестокого обращения, а не на действия в области первичной профилактики. Однако, данные недавних международных исследований, включая *Всемирный доклад о насилии и его влиянии на здоровье*, показывают, что насилие предотвратимо.

Цели

С учетом изложенного, среди молодежи было проведено исследование, посвященное неблагоприятным событиям детства (НСД), с целью изучить распространенность жестокого обращения с детьми (в возрасте до 18 лет) и иных неблагоприятных событий детства, а также исследовать их связь с последующими поведенческими отклонениями, наносящими вред здоровью.

Методы

В проведенном в России исследовании неблагоприятных событий детства (НСД) приняли участие 1580 респондентов (640 мужчин и 940 женщин) – студентов высших и средних специальных учебных заведений (университетов и колледжей). Отбор респондентов проводился таким образом, чтобы в исследовании были представлены европейская и азиатская части Российской Федерации. Респондентами выступили студенты пятнадцати учебных заведений высшего и среднего специального образования из пяти различных регионов: Москвы, Волгограда, Республики Тыва, Республики Бурятия и Хабаровска. Студенты участвовали на добровольной основе; все данные собирались в анонимной форме, на что было получено разрешение Комитета по этике при Министерстве здравоохранения Российской Федерации. Средний возраст опрошенных мужчин составил $20,75 \pm 2,73$ лет, а женщин – $20,55 \pm 2,54$ лет. Сбор данных осуществлялся с помощью Вопросника по НСД, переведенного на русский язык, прошедшего пилотное тестирование и адаптированного с учетом местных условий. Распространенность форм поведения, наносящего вред здоровью, и НСД были описаны, а связь между ними проанализирована с помощью логистического регрессионного анализа с учетом социально-демографических переменных.

Результаты

Результаты показали, что распространенность описанного жестокого обращения с детьми в этой группе населения высока, а именно: сексуальное насилие 5,7%, физическое насилие 14%, эмоциональное насилие 37,9%, физическое пренебрежение 53,3% и эмоциональное пренебрежение 57,9%. Отмечается широкая распространенность бытовых дисфункций. В частности, 11,1% респондентов сообщили о том, что в семье мать подвергалась насилию. Была выявлена высокая распространенность НСД, и 84,6% респондентов сообщили о, по крайней мере, одном НСД, но чаще респондентам приходилось сталкиваться с двумя НСД (28,2%), а 17,5% респондентов сообщили о, по крайней мере, четырех и более НСД.

Эмоциональное насилие значительно более распространено среди женщин (40,3%), чем среди мужчин (34,4%). Наиболее распространенным типом бытовой дисфункции был назван развод родителей, о чем сообщили 17,3% респондентов (20,5% женщин и 12,5% мужчин, $p < 0,001$). Доля респондентов, сообщивших о жестоком обращении с матерью, составила 11,1% (12,9% женщины, 8,4% мужчин, $p = 0,006$). Обращает на себя внимание тот факт, что 76,6% респондентов сообщили о том, что были свидетелями насилия.

Распространенность форм поведения, наносящего вред здоровью, оказалась высокой. 83,8% респондентов сообщили о том, что употребляли алкоголь. Среди употреблявших алкоголь, 12,2% респондентов впервые попробовали алкогольные напитки в возрасте 14 лет и ранее. 8,2% мужчин и 12,8% женщин (среди употреблявших алкоголь) указали, что проживали первые 18 лет жизни с алкоголиком. Высокий уровень статистической значимости ($p \leq 0,001$) установлен между сексуальным насилием и наблюдаемыми фактами насилия с последующим употреблением алкоголя.

Только респонденты женского пола (4,8%) сообщили о попытках самоубийства. Выявлен высокий уровень статистической значимости ($p \leq 0,001$) связи между попытками самоубийства и следующими НСД: факты подверженности физическому, сексуальному или эмоциональному насилию, эмоциональному пренебрежению, проживанию с членом семьи, страдающим психическим расстройством, разводом родителей, жестоким обращением с матерью и тюремным заключением кого-либо из членов семьи. Риск самоубийства в шесть раз выше в тех случаях, когда имеются факты жестокого обращения с матерью, либо в случаях, когда семья имеет историю психических расстройств, и в 12 раз выше, если кто-либо из членов семьи находится в местах лишения свободы.

78,9% респондентов сообщили о наличии сексуального опыта (83,8% мужчин и 75,6% женщин), причем около 40% всех респондентов сообщили о раннем опыте сексуальной жизни (до 16 лет). В целом, респонденты мужского пола показали более рискованное сексуальное поведение, чем женщины.

Двумерный анализ выявил высокий уровень статистической значимости ($p \leq 0,001$) связи между эмоциональным насилием и всеми формами рискованного поведения. В связи с эмоциональным насилием в три раза увеличивается риск употребления наркотиков и алкоголя, и в 12 раз увеличивается вероятность попыток самоубийства. Физическое насилие в

четыре раза увеличивает вероятность употребления наркотиков и в три раза – вероятность попыток самоубийства. Сексуальное насилие в три раза увеличивает вероятность наличия нескольких сексуальных партнеров, попыток самоубийства, проблем с алкоголем.

Прослеживается связь бытовых дисфункций с повышенным риском поведения, наносящего вред здоровью. Например, наличие члена семьи, страдающего от наркотической или алкогольной зависимости, повышает вероятность раннего употребления алкоголя в 5,5 раз, употребления наркотиков в 8,5 раз, а риск курения в 2,5 раза. Насилие по отношению к матери предопределяет удвоенную вероятность раннего употребления алкоголя, в три раза увеличивает вероятность нежелательной беременности и в 6 раз повышает вероятность попыток самоубийства. Наличие члена семьи, находящегося в местах лишения свободы, повышает вероятность раннего употребления алкоголя в три раза и приводит к 13-кратному увеличению вероятности попыток самоубийства. Развод родителей удваивает вероятность употребления наркотиков, в полтора раза увеличивает вероятность курения и в 4,5 раза – попыток самоубийства.

Анализ также показал, что, при наложении социально-демографических переменных, вероятность поведения, наносящего вред здоровью, вырастает вместе с числом НСД. В сравнении с отсутствием НСД, наличие четырех и более НСД ассоциируется с возрастанием следующих рисков: курения – в 2,1 раза, злоупотребления алкоголем – в 10,4 раз, употребления наркотиков – в 11,9 раз, рискованного сексуального поведения в 1,7 раза, нежелательной беременности – в 7,9 раз и попыток самоубийства – в 23,2 раза.

Выводы

Проведенное исследование показало, что в целенаправленно отобранной группе населения – среди студентов Российской Федерации – распространенность жестокого обращения в детстве и иных неблагоприятных событий детства является очень высокой. Эти результаты совпадают с опубликованными результатами для других стран Европы и мира. Важно отметить, что при наложении социально-демографических переменных, выявляется устойчивая связь между НСД и такими наносящими вред здоровью формами поведения, как курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, рискованное сексуальное поведение и самопричинение повреждений. Вероятность поведенческих отклонений вырастает с числом НСД, что позволяет говорить о наличии причинно-следственной связи. Результаты исследования дают основания утверждать, что жестокое обращение и иные неблагоприятные события детства могут иметь серьезные и далеко идущие последствия для здоровья в Российской Федерации, что совпадает с выводами ряда зарубежных публикаций. Исследование звучит в унисон с призывами подчеркнуть важность стратегических действий в ответ на данную угрозу общественному здоровью и благополучию.

Международный опыт свидетельствует о том, что жестокое обращение с детьми можно предупреждать посредством целого ряда эффективных вмешательств, обращающих первоочередное внимание на обучение родительским навыкам с помощью посещения семей медицинскими сестрами, медицинской и социальной поддержки семей с бытовыми дисфункциями, а также с помощью более широкомасштабных вмешательств фискального и

правового характера, ограничивающих доступность алкоголя, наркотических веществ и использование насильственных воспитательных мер. Инвестирование в подобные профилактические программы приносит больший экономический эффект, чем дорогостоящая борьба с последствиями жестокого обращения. В Российской Федерации, как и во многих других странах Европы, основной акцент до сих пор делается на предоставлении услуг социальной защиты и обеспечении медицинской и психологической помощи детям. При всей их важности, необходимо прислушаться к звучащим по всей Европе призывам, обращенным к защитникам прав детей и политикам, предпринять межсекторальные и скоординированные действия в первую очередь для предупреждения жестокого обращения с детьми, включающего инвестирование в раннее развитие ребенка.

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1 Исходные сведения

Жестокое и пренебрежительное обращение с детьми – это глобальная проблема, привлекающая все большее внимание политиков во всем мире (Pinheiro, 2006). Все больше экспертов признают, что ранние годы жизни чрезвычайно важны, а жестокое обращение и иные неблагоприятные события детства приводят к далеко идущим последствиям для психического и физического здоровья, социального благополучия и развития (Felitti et al, 1998; Krug et al, 2002; Sethi et al, 2013). Результаты исследований показывают, что неблагополучие в детстве ведет к когнитивным и поведенческим изменениям, которые, в свою очередь, определяют возможность поведенческих отклонений и воздействуют на здоровье, образовательный и социальный потенциал. Таким образом, жестокое обращение не только оказывает непосредственное влияние на здоровье и социальное благополучие ребенка, но и накладывает отпечаток на всю дальнейшую жизнь, как в плане здоровья, так и с позиций передачи насилия из поколения в поколение (Butchart et al, 2006; Sethi et al, 2013). Дети уязвимы на любом из этапов своего развития, поэтому, несмотря на их особую незащищенность в раннем детстве, они остаются уязвимыми и в отрочестве и в юности. *Общеплановый доклад о насилии и его влиянии на здоровье и Европейский доклад о предупреждении жестокого обращения с детьми* подчеркнули тяжелое положение детей, а также представили свидетельства того, что жестокое обращение с детьми предотвратимо путем организованных усилий общества (Krug et al, 2002; Sethi et al, 2013). В этой связи имеется все больше фактических обоснований того, какие меры могут быть предприняты для недопущения жестокого обращения в принципе, и инвестирование в такие мероприятия приносит большую экономическую выгоду, чем борьба с последствиями жестокого обращения (Oldsetal, 2004; Sethi et al, 2013).

Защита детей от любых форм жестокого обращения, насилия и эксплуатации гарантируется Конвенцией ООН о правах ребенка, подписанной подавляющим большинством европейских стран (1989 г.). Ответные действия в этой связи во многих странах сегодня заключаются в защите прав детей и обеспечении медицинской и социальной помощи жертвам различных форм насилия. Не многие страны выработали всесторонний подход к предупреждению жестокого обращения с детьми (Krug et al, 2002).

Всемирный доклад о насилии и его влиянии на здоровье определяет жестокое обращение с детьми как физическое, сексуальное или эмоциональное насилие и/или отсутствие заботы и пренебрежительное отношение к ребенку, способное причинить вред в контексте отношений ответственности, доверия или власти (Krug et al, 2002). Жестокое обращение с детьми распространено в любом обществе. В большинстве случаев это скрытая форма насилия, могущая оставаться не выявленной на протяжении многих лет с тяжелыми и далеко идущими последствиями, не привлекая внимания воспитателей и специалистов. Редкие страны располагают надежными системами выявления и эпиднадзора в области жестокого

обращения с детьми, и доклады свидетельствуют, что даже в таких странах 90% жестокого обращения с детьми остается скрытым (Gilbert et al, 2009; Krug et al, 2002). Масштаб проблемы, таким образом, осознается лишь при проведении опросов среди населения с использованием стандартизированных инструментов.

Жестокое обращение с детьми – один из примеров НСД. Жестокое обращение, будь то физическое, сексуальное или эмоциональное насилие, или физическое или эмоциональное пренебрежение, часто проявляется наряду с другими НСД, связанными с бытовыми дисфункциями. Это может быть вызвано родительским насилием или разводом, или быть следствием алкогольной или наркотической зависимости кого-либо из членов семьи, нахождения кого-либо из членов семьи в местах лишения свободы или наличия у кого-либо из членов семьи психического расстройства. Вместе взятые, неблагоприятные события детства распространены гораздо шире, чем жестокое обращение с детьми. Принято считать, что многие из факторов, составляющих понятие «бытовая дисфункция», выступают факторами риска жестокого обращения с детьми (Felitti et al, 1998). Не так давно ситуации, когда человек становится свидетелем насилия, совершаемого в общинах, также начали рассматриваться в качестве неблагоприятных событий детства.

В Российской Федерации проблеме семейного насилия уделяется растущее внимание, и все слышнее призывы к срочным ответным действиям. Возросло понимание того, что вне должного контроля семейное насилие и, в частности, жестокое обращение с детьми несет угрозу российскому обществу с учетом его негативного воздействия на здоровье, а также демографических и социально-экономических последствий.

В Российской Федерации 40% всех наиболее тяжких преступлений совершается в семьях. Каждый год более 14 000 женщин гибнет от рук мужа или иных родственников. Как свидетельствует официальная статистика Министерства внутренних дел Российской Федерации, ежегодно жертвами преступлений становятся 84 500 детей, из которых две тысячи погибает, а 8 000 получают телесные повреждения. Также ежегодно порядка двух тысяч детей и подростков кончают жизнь самоубийством, стремясь избежать жестокого обращения со стороны собственных родителей. По официальным данным МВД РФ за 2012 год на учёте полиции состоит 138 000 родителей, не исполняющих обязанности по воспитанию детей. К административной ответственности привлечено в 2012 году 596,6 тыс. родителей и иных законных представителей несовершеннолетних за неисполнение обязанностей по воспитанию, возбуждено 2,9 тыс. уголовных дел, связанных с жестоким обращением с детьми, 17,8 тысяч родителей лишены родительских прав.

Однако, следует отметить, что в Российской Федерации не имеется унифицированной системы сбора информации по случаям домашнего насилия, а официальная статистика не является общедоступной. Ситуация осложняется тем, что зачастую проблема не попадает в поле зрения властей.

1.2 Обзор литературы

Анализ соответствующей литературы показывает, что среди детей и подростков высок уровень самоубийств. Отмечается также высокая распространенность девиантного,

агрессивного и антисоциального поведения, и вызывает озабоченность широкое распространение проблемы злоупотребления алкоголем и наркотиками, а также иными психоактивными веществами. По данным Суицидологического центра России, 52% самоубийств детей обусловлено семейными конфликтами. Приведем анализ российской и мировой литературы по данному вопросу.

Современные исследования в области детской психиатрии и психологии предполагают обращение к социальным наукам, а также к вопросам эпидемиологии и общественного здравоохранения. Так, учеными установлено, что наиболее важным фактором, предопределяющим оптимальное развитие ребенка, является родительская семья, которая воздействует на способность ребенка развиваться эмоционально, умственно и социально. Проблемная семья является источником нарушений возрастного психического и умственного развития ребенка, и в тяжелых случаях может приводить к возникновению психических расстройств, включая девиантные, делинквентные и аддиктивные формы поведения на протяжении всей жизни. Начиная со второй половины XX века, исследователями отмечается существование взаимозависимости между семейной депривацией и различными формами психической патологии у несовершеннолетних (Ковалев, 1995; Вострокнутов, 2000; Макушкин, 2009).

Влияние семьи на развитие ребенка изучается медиками, социологами и педагогами. В литературе сложилось единодушное мнение о важности родительского (прежде всего материнского) воспитания ребенка, особенно в периоде до 3-х лет. По мнению Bowlby, Spitz, Goldfarb и Вострокнута, у ребенка, находящегося в условиях недостаточности эмоциональной теплоты и не привязанного к матери, развиваются существенные нарушения психического здоровья. В главе, посвященной психическим расстройствам и расстройствам поведения Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10, 1993 г.) они определены как “тревожные расстройства у детей, вызванные разлукой” (код F93.0). У таких детей могут наблюдаться признаки поведенческих проблем, пропуски занятий, антисоциальное поведение вкупе с ранним употреблением алкоголя, склонность к употреблению наркотиков, рискованному сексуальному поведению, агрессии, они могут также проявлять насилие или становиться его жертвами (Шипицина, 2001).

Исследования показали, что девиантное поведение подростков может быть связано с неблагоприятными материальными условиями, низким уровнем образования и культуры в семье (Гурьева, 2001). Отдельными авторами предпринимались попытки классификации семей, в которых дети и подростки отличаются отклоняющимся поведением. Усанова и Шаховская (1995) делают вывод, что неблагополучные семьи являются источником негативных эмоций у ребенка, источником постоянного дискомфорта. Постоянные конфликты в семье, ссоры, высокий уровень подавления и даже насилия в воспитании создают почву для невротического развития личности. Noack & Puschner (1999) исследовали связи между депрессиями в раннем подростковом возрасте и различными вариантами родительского отношения к подростку, такими как недостаток родительского внимания, эмоциональное отвержение. В работе Захарова (1988) выявлены и представлены следующие

психотравмирующие факторы микросреды, влияющие на психическое здоровье детей: 1) конфликтные ситуации во взаимоотношениях родителей между собой (29,6%); 2) алкоголизация родителей (27,4%); 3) повышенные требования со стороны родителей, граничащие с деспотизмом (18,3%).

В последнее время тревогу в обществе вызывает проблема сексуального насилия, совершенного по отношению к ребенку. Сексуальное насилие приводит к самым тяжелым психологическим травмам. Многочисленные исследования свидетельствуют, что сексуальные посягательства оказывают дезорганизующее влияние на психическую деятельность ребенка и надолго остаются в его памяти, влияя на самооценку, развитие и характер будущих межличностных отношений. Сексуальное насилие может приводить к формированию специфических расстройств, описанных исследователями как «синдром травмы изнасилования». У детей негативные последствия сексуального злоупотребления могут быть различными по степени выраженности: от кратковременных депрессивных состояний до посттравматического стрессового расстройства с аутоагрессивными тенденциями и формированием аномальной личности, что повышает вероятность осложнений в межличностных отношениях и личных проблем (Goodman & Scott, 2008).

Статистические данные о распространенности сексуального насилия над детьми и подростками в разных странах крайне противоречивы. Анализ литературы показывает, что этот вид насилия является наиболее скрытым. Считается, что официальная статистика его недооценивает, независимые наблюдатели переоценивают, а действительное положение неизвестно из-за стремления семьи скрыть факты сексуального злоупотребления в отношении ребенка в попытке избежать социального давления. Ситуация осложняется разнообразием и нечеткостью дефиниций.

Официальная статистика Российской Федерации свидетельствует о росте сексуального насилия в отношении детей в последнее десятилетие. Следует отметить, что значительный рост сексуальных преступлений, по крайней мере отчасти, объясняется большим, нежели раньше, вниманием к ним правоохранительных органов и большей выявляемостью, тогда как прежде они входили в структуру латентной преступности, т.е. не становились предметом уголовного расследования и не попадали в судебные отчеты. В России каждая четвертая жертва изнасилований и почти каждая вторая жертва (42%) насильственных действий сексуального характера - несовершеннолетняя. Так, в 2003 г. в отношении детей и подростков в России было совершено 42 985 преступлений, из них сопряженных с насильственными действиями сексуального характера 4 628. В 2010г. эти показатели выросли в 2 раза, и составили 97 159 и 9 524 соответственно. По данным аппарата Уполномоченного по правам ребенка при Президенте РФ, в 2011 году жертвами преступлений стали 93 200 детей, погибли в результате преступных посягательств 1671 детей, пропали без вести 17 900 детей, из них до сих пор не разысканы 1500 детей. В 2012 году против половой неприкосновенности несовершеннолетних в России совершено около 8,8 тыс. преступлений, в том числе 4,4 тыс. изнасилований и насильственных действий сексуального характера (3,2 тыс. из них – в отношении малолетних); около 3,7 тыс. ненасильственных преступлений против половой неприкосновенности.

Проблема сексуального насилия по отношению к ребенку в последние десятилетия становится все более актуальной еще и потому, что появляются «современные» формы, такие как коммерческая сексуальная эксплуатация и торговля детьми, детская порнография в сети Интернет, использование детей и подростков для удовлетворения сексуальных потребностей в on-line режиме. Распространенность и высокая латентность этих явлений требуют своевременного и адекватного вмешательства с привлечением специалистов, владеющих познаниями в области общественного здравоохранения, детско-подростковой психологии и психиатрии.

И, в заключение, анализ литературы подтверждает тот факт, что неблагоприятные события детства ведут к нарушениям психологического, эмоционального и умственного развития детей и подростков.

1.3 Разработка национальной политики

Действие существующего в Российской Федерации административного, уголовного и уголовно-процессуального законодательства не распространяется на пресечение, профилактику и работу с потенциальными правонарушителями.

1.3.1 Предупреждение семейно-бытового насилия

Координационным советом по гендерным проблемам, созданным при Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации, как сообщается, был разработан и представлен на рассмотрение проект федерального закона о предупреждении и профилактике семейно-бытового насилия. Правовой основой данного законопроекта является Конституция Российской Федерации, которая провозглашает неприкосновенность жизни, здоровья, чести и достоинства граждан, запрещает подвергать человека насилию и другому, унижающему честь и достоинство граждан, обращению, а также положения Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

Основными целями проекта федерального закона являются:

- (а) создание системы социально-правовой защиты от насилия в семейно-бытовой сфере;
- (б) привлечение к административной, уголовной и гражданско-правовой ответственности лиц, совершивших акты насилия в семейно-бытовой сфере;
- (в) защита потерпевших от насилия в семейно-бытовой сфере.

Законопроект определяет права пострадавших от семейно-бытового насилия. В проекте закона определяются полномочия федеральных органов власти Российской Федерации в области предупреждения и профилактики насилия в семейно-бытовой сфере, определены формы участия предприятий социального обслуживания, организаций здравоохранения, образовательных учреждений. Определяется компетенция, полномочия и порядок деятельности правоохранительных органов и судов в ситуации семейного бытового насилия. В проекте закона предусмотрена социально-правовая защита пострадавших от насилия. Так, устанавливается обязанность органов государственной власти субъектов РФ незамедлительно обеспечить предоставление пострадавшему по его просьбе временного приюта в специализированном учреждении социального обслуживания с правом проживания. Данный

законопроект ожидает парламентского утверждения. С учетом пересечения семейно-бытового насилия и жестокого обращения с детьми, принятие такого закона чрезвычайно необходимо.

1.3.2 Принципы предупреждения пыток и жестокого обращения с детьми в России

Российская Федерация подписала Конвенцию ООН о правах ребенка в 2001 г. В 2008 г. Конвенция была ратифицирована. Существующие стратегии затрагивают:

- а) защиту детей; и
- б) стратегию по охране здоровья детей.

а) Нормативно-правовые акты по защите интересов ребенка в Российской Федерации

Законом предусматривается уголовная ответственность лиц старше 18 лет, совершивших сексуальные преступления против лиц, не достигших четырнадцатилетнего возраста. С этой целью ужесточены уголовно-правовые санкции, а также предусмотрено принудительное лечение указанной категории преступников, если у них установлен диагноз «педофилия» (с помощью судебно-психиатрической экспертизы, которая по данной категории уголовных дел по закону обязательна). Принудительное лечение осужденных-педофилов осуществляется амбулаторно во время отбывания ими наказания и по месту его отбывания. Кроме того, впервые в отечественном уголовном законодательстве предусмотрена возможность амбулаторного принудительного лечения указанных лиц и после отбытия ими наказания (по решению суда на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы). Законом также усилена уголовная ответственность за некоторые другие виды преступлений, направленных против несовершеннолетних, например, за детскую порнографию. Различные законодательные документы обобщены во Вставка1.

Вставка1. . Нормативно-правовые акты по защите интересов ребенка, в настоящее время действующие на территории Российской Федерации

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей». Федеральный закон от 21.12.1996 г. №159-ФЗ¹.2. «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». Федеральный закон от 24.07.1998 г. №124-ФЗ²3. «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». Федеральный закон от 24.06.1999 г. №120-ФЗ³4. «Об Уполномоченном при Президенте Российской Федерации по правам ребенка». Указ |
|--|

1<http://www.rg.ru/2012/03/02/siroty-dok.html>

2http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_155182/

3http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_161264/

Президента Российской Федерации от 01.09.2009 г. № 986⁴

5. «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию». Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2010 г. N 436-ФЗ⁵

6. «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних». Федеральный закон Российской Федерации от 29.02. 2012 г. N 14-ФЗ⁶

б) Российская Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012- 2017 гг.

Эта стратегия была утверждена Указом Президента Российской Федерации № 761 от 01.07.2012 (О Российской Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг., 2013 г.), и охватывает, в частности:

- семейную политику в области охраны детства;
- меры по сокращению бедности среди семей с детьми;
- обеспечение безопасного и комфортного семейного окружения;
- меры, направленные на профилактику изъятия ребенка из семьи и предупреждение социального сиротства;
- обеспечение доступного качественного обучения и воспитания, культурного развития и информационной безопасности детей;
- меры по улучшению здравоохранения детей, формированию здорового образа жизни детей и подростков;
- меры по государственной поддержке детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья; и
- создание системы защиты и обеспечения прав и интересов детей и дружественного к ребенку правосудия.

1.4 Обоснование

С учетом международных публикаций и озабоченности данной проблемой в Российской Федерации, при поддержке Министерства здравоохранения было предпринято настоящее исследование с целью определить масштаб проблемы жестокого обращения с детьми и иных неблагоприятных событий детства в Российской Федерации. Итоги исследования призваны послужить источником информации в рамках ведущихся в настоящее время дискуссий о том, как предупредить, и как решать проблему жестокого обращения с детьми.

4<http://www.rg.ru/2009/09/04/ukaz-dok.html>

5 <http://www.rg.ru/2010/12/31/deti-inform-dok.html>

6http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_126735/

1.5 Задачи

Задачи исследования состояли в том, чтобы обследовать целенаправленно выбранную популяцию студентов университетов и колледжей с целью оценить уровень распространенности жестокого обращения с детьми и иных НСД, измерить распространенность различных видов поведения, наносящего вред здоровью, и проверить, насколько взаимосвязаны подверженность НСД в детстве и повышенный риск поведения, наносящего вред здоровью.

2. Методология

Исследование проводилось на основании методики, описанной в подготовленном ВОЗ руководстве «Предупреждение жестокого обращения с детьми: Руководство по осуществлению действий и сбору доказательств» (ВОЗ, 2006 г.).

2.1 Этические вопросы исследования

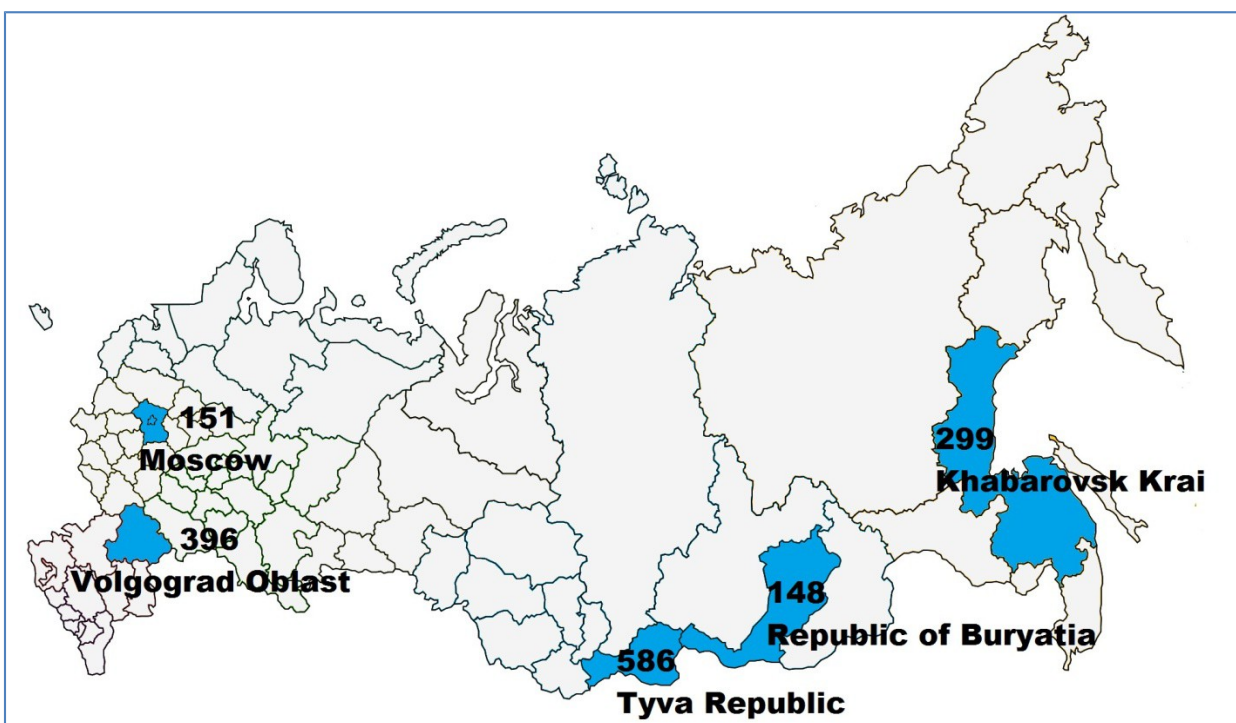
Проведение исследования было одобрено Комитетом по этике при Министерстве здравоохранения Российской Федерации. Студенты привлекались на добровольной основе с соблюдением их конституционных прав; все они дали свободное, предварительное и осознанное согласие и могли в любой момент отказаться от участия в исследовании. Вопросники заполнялись самостоятельно после получения предварительных объяснений, и все данные собирались и хранились анонимно.

2.2 Состав респондентов

Сбор данных по НСД проводился в период с июня 2012 г. по декабрь 2012 г. В исследовании приняли участие 1580 респондентов (640 мужчин и 940 женщин) –студентов учебных заведений высшего и среднего специального образования. Средний возраст респондентов мужчин составил $20,75 \pm 2,73$ лет, респондентов-женщин - $20,55 \pm 2,54$ лет.

Отбор респондентов проводился таким образом, чтобы были представлены как европейская (Москва и Волгоград), так и азиатская (Тыва, Республика Бурятия и Хабаровск) части Российской Федерации. Респондентами выступили студенты 15 высших и средних специальных учебных заведений из пяти различных регионов: Москвы, Волгограда, Республики Тыва, Республики Бурятия и Хабаровска (Рисунок1 и Вставка2). Число ответов составило 86%.

Рисунок1. Географическое распределение участников исследования



В Москве был обследован 151 респондент. Исследование проводилось в Московском государственном гуманитарном университете им. М.А. Шолохова, Московском государственном психолого-педагогическом университете, Первом Московском Государственном медицинском университете им. И.М. Сеченова, Московском государственном медико-стоматологическом университете.

В Волгограде было обследовано 396 респондентов. Анкетирование проводилось в Волгоградском государственном социально-педагогическом университете, Волгоградском государственном политехническом университете, Волгоградской государственной академии физической культуры и Волгоградском государственном аграрном университете.

В Республике Тыва было обследовано 586 респондентов. Анкетирование проводилось в следующих высших и средних специальных учебных заведениях: Тувинский государственный университет, Республиканский медицинский колледж, Тувинский сельскохозяйственный техникум и Кызылский автомобильно-дорожный техникум.

В Республике Бурятия было обследовано 148 респондентов. Анкетирование проводилось в трех университетах – Восточно-сибирском государственном университете технологий и управления; Бурятском государственном педагогическом университете и Восточно-сибирской государственной академии культуры и искусств. Были также включены два учреждения среднего специального образования (юридического и инженерно-педагогического профиля), городская и сельская школы.

В Хабаровске было обследовано 299 респондентов. Этот город расположен на Дальнем Востоке России. Анкетирование проводилось в Дальневосточном государственном медицинском университете.

Вставка2.: Географическое описание регионов

Москва: столица Российской Федерации, крупнейший город Российской Федерации и один из крупнейших городов мира с населением около 12 миллионов человек, расположенный в центре европейской части Российской Федерации. Это политический, экономический, научный и культурный центр страны, характеризующийся высоким уровнем жизни.

Волгоград: город на юго-востоке европейской части Российской Федерации с населением более миллиона человек, расположенный на берегу реки Волги, которая является частью транспортной системы европейской части России. В городе находится крупнейшая в Европе гидроэлектростанция, что и определяет важную позицию города в социально экономическом развитии России. Волгоград - культурный город, где имеется много научных центров и высших учебных заведений.

Республика Тыва располагается в самом центре азиатского материка, на границе с Монголией. Население Тывы составляет 309 300 человек. Расовый тип: монголоидная раса. Удельный вес тувинцев – 82%, русских – 16,3%. Не менее важным обстоятельством, определившим выбор данного региона, явился тот факт, что Республика Тыва относится к регионам со сверхвысоким уровнем суицидов.

Бурятия расположена в азиатской части Российской Федерации (Восточная Сибирь). В республике проживает 971 391 человек. Городское население составляет около 60%, сельское – около 40%. Коренное население республики – буряты. Они, несмотря на длительное и тесное взаимодействие с другими культурами, сохранили свой уклад жизни и семейные устои. Религия бурят – буддизм. В Бурятии находится центр Буддизма России. Бурятия характеризуется крайне неблагоприятной ситуацией по суицидам.

Хабаровский край является одним из крупнейших по размерам субъектов Российской Федерации и одной из наиболее развитых в экономическом отношении территорий России, что определяет довольно высокий уровень жизни. Край является одним из самых многонациональных регионов в Российской Федерации. Особый этнографический ареал образуют коренные малочисленные народы Севера: якуты, нанайцы, эвенки и другие. Русское население, однако, преобладает.

2.3 Инструменты исследования

В качестве инструмента исследования истории здоровья семьи были использованы вопросники по неблагоприятным событиям детства (НСД) для мужчин и женщин, опубликованные в пособии *Предупреждение жестокого обращения с детьми: руководство по осуществлению действий и сбору доказательств* (Butchart et al, 2006). Вопросники были переведены на русский язык, подвергнуты обратному переводу, прошли пилотирование и адаптацию в рамках культурного контекста (некоторые из вопросов касались употребления алкоголя). Предваряя проведение исследования, было проведено пилотное анкетирование, в котором приняли участие 56 студентов Первого московского медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Сбор данных проходил в форме анонимной и заполняемой в свободной форме структурированной анкеты (История здоровья семьи), включавшей в себя 68 вопросов, посвященных различным видам жестокого обращения с детьми, лишениям, связанным с

бытовыми дисфункциями, факторам риска и поведению, наносящему вред здоровью. Вопросники были представлены в двух различных версиях для мужчин и женщин, чтобы отразить гендерную специфику ряда вопросов, связанных с состоянием здоровья.

Заданные вопросы отражали различные возможные формы жестокого обращения и лишений детства и изложены во Вставка3.

Вставка3. Вопросы анкеты, посвященной различным видам жестокого обращения с детьми и бытовых дисфункций, составляющих неблагоприятные события детства

Физическое насилие

Случалось ли, что кто-то из родителей или иной взрослый член семьи...

- Иногда, часто или очень часто толкал, хватал или шлепал Вас?
- Иногда, часто или очень часто ударял Вас с такой силой, что у Вас оставались отметины или Вы были травмированы?

Телесное наказание

Как часто Вас шлепали (в качестве воспитательной меры)?

- Иногда, часто или очень часто шлепали?

Эмоциональное насилие

Случалось ли, что кто-то из родителей или иной взрослый член семьи...

- Часто или очень часто бранил, оскорблял или унижал Вас?
- Иногда, часто или очень часто вел себя таким образом, что Вы опасались быть избитым?

Эмоциональное пренебрежение

Вы никогда не чувствовали себя любимым

- Редко, иногда, часто или очень часто Вы думали, что Ваши родители сожалеют о том, что Вы родились?
- Редко, иногда, часто или очень часто Вы чувствовали, что некто в Вашей семье ненавидит Вас?

Сексуальное насилие

Вопросы: Случалось ли, что взрослый или более взрослый родственник, друг семьи или незнакомый Вам человек старше Вас на, по крайней мере, 5 лет

- Трогали или ласкали Вас с сексуальными намерениями?
- Просили Вас трогать их с сексуальными намерениями?
- Пытались вступить с Вами в половое сношение?
- Вступали с Вами в половое сношение?

Физическое пренебрежение

- Приходилось ли Вам когда-либо носить грязную одежду?
- Вас не водили к врачу, когда это было необходимо?
- Иногда, часто или очень часто Вам не хватало еды, даже когда еда имелась?

Бытовые дисфункции по категориям

Злоупотребление алкоголем и наркотиками

Случалось ли Вам...

- Жить с человеком, у которого были проблемы со спиртным, или который был алкоголиком?
- Жить с человеком, употреблявшим наркотики?

Психические расстройства

- Страдал ли кто-либо из членов семьи депрессией или психическим расстройством?
- Предпринимал ли кто-либо из членов семьи попытки самоубийства?

Бытовое насилие–Жестокое обращение с матерью

Была ли Ваша мать или приемная мать...

- Иногда, часто или очень часто в ситуации, когда ее толкали, хватали или били, либо бросали в нее какие-либо предметы?

- Иногда, часто или очень часто в ситуации, когда ее ударяли, избивали, били кулаком или каким-либо тяжелым предметом?

- Когда-либо избиваема неоднократно, на протяжении, по крайней мере, нескольких минут?

- Угрожали ли ей, или наносили удар, ножом или оружием?

Криминальное поведение в семье

- Находился ли кто-либо из членов Вашей семьи в тюрьме?

- Совершал ли кто-либо из членов Вашей семьи тяжелое преступление?

Разъезд или развод родителей

- Расходились ли или разводились ли когда-либо Ваши родители?

2.4 Анализ данных

Ввод и анализ данных проводились в программе SPSS-20. Вычислялось среднее, стандартное отклонение, распространённость форм поведения, наносящих вред здоровью, а также описывались НСД, и проводилась проверка их взаимосвязи с использованием логистического регрессионного анализа после распределения по социально-демографическим переменным.

3 Результаты

3.1 Распределение респондентов и их родителей по социально-демографическим и социально-экономическим характеристикам

В исследовании приняли участие 1580 респондентов (Таблица1). Среди них, 640 респондентов(40,5%) были мужчинами и 940 (59,5%) женщинами. Средний возраст мужчин составил $20,75 \pm 2,73$ лет, женщин – $20,55 \pm 2,54$ лет. Среди всех респондентов 34,6% респондентов родились в Центральном федеральном округе, 19,0% – в Дальневосточном федеральном округе, 46,4% – в Сибирском федеральном округе.

Таблица1. Распределение участников опроса по демографическим и социально-экономическим характеристикам

Характеристики	Мужчины		Женщины		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
	640	40,5	940	59,5	1580	100
Распределение по возрасту. Среднее:						
<i>Средний возраст</i>	20,75		20,55		20,6	
± Стандартное отклонение	2,73		2,54		2,62	
<16	7	0,4	17	1,1	24	1,5
17-18	112	7,1	137	8,7	249	15,8
19-20	212	13,4	351	22,2	563	35,6
21-22	179	11,3	311	19,7	490	31,0
23-24	74	4,7	79	5,0	153	9,7
25 и >	56	3,5	45	2,8	101	6,4
Место рождения:						
Центральный федеральный округ	241	15,3	306	19,4	547	34,6
Дальневосточный федеральный округ	116	7,3	184	11,6	300	19,0
Сибирский федеральный округ	283	17,9	450	2,5	733	46,4

Образование родителей:						
Мать:						
Начальное	13	0,8	21	1,3	34	2,2
Неполное среднее	31	2,0	65	4,1	96	6,1
Полное среднее или его эквивалент	90	5,7	146	9,2	236	14,9
Начальные курсы университета (колледжа) или среднее специальное	145	9,2	318	20,1	463	29,3
Выпускник колледжа или выше	361	22,8	390	24,7	751	47,5
Отец:						
Начальное	27	1,7	42	2,7	69	4,4
Неполное среднее	61	3,9	103	6,5	164	10,4
Полное среднее или его эквивалент	119	7,5	184	11,6	303	19,2
Начальные курсы университета (колледжа) или среднее специальное	200	12,7	276	17,5	47	30,1
Выпускник колледжа или выше	233	14,7	335	21,2	568	35,9
Трудоустройство родителей:						
Мать:						
Работает на полную ставку (35 часов и более)	412	26,1	555	35,1	967	61,2
Почасовик (1-34 часа)	88	5,6	171	10,8	259	16,4
Не работает по найму	140	8,9	214	13,5	354	22,4
Отец:						
Работает на полную ставку (35 часов и более)	347	22,0	461	29,2	808	51,1
Почасовик (1-34 часа)	112	7,1	201	12,7	313	19,8
Не работает по найму	181	11,5	278	17,6	459	29,1

3.2 Распределение поведенческих факторов образа жизни респондентов

В Таблице 2 представлены распределения поведенческих факторов/факторов образа жизни респондентов, включенных в исследование. Распространенность курения было значительно

выше у респондентов мужчин, чем у женщин (29,7% против 15,1%). Среднее количество выкуриваемых за день сигарет было выше у мужчин, чем женщин (3,1% против 1,1%; $p < 0,001$). Более 80% респондентов сообщили, что употребляли алкоголь. При этом 87,4% - это респонденты женского пола, а 78,4% - мужского ($p < 0,001$)

Распределение респондентов по употреблению алкоголя (вопрос: «Были ли у Вас проблемы с использованием алкоголя?») показывает, что оно незначительно выше среди мужчин, чем среди женщин респондентов (10,0% против 8,9% соответственно; это различие не является статистически значимым ($p = 0,476$)). Однако, только 3,4% мужчин и 2,2% женщин считают себя алкоголиком (вопрос: «Считали ли Вы когда-либо себя алкоголиком?»), но это различие также не является статистически значимым ($p = 0,149$).

На вопрос: «Употребляли ли Вы когда-либо наркотики?» 6,4% мужчин и 3,2% женщин ответили положительно ($p = 0,002$). При этом только 0,5% мужчин сообщили, что у них когда-либо были проблемы с употреблением наркотиков ($p = 0,036$).

Только респонденты женского пола сообщили о том, что они когда-либо пытались покончить с собой. Их доля составила 8,1% ($p < 0,001$). Распространенность сексуального опыта (вопрос: «Вы когда-нибудь занимались сексом?») была выше у мужчин по сравнению с женщинами (83,8% против 75,6%, соответственно; $p < 0,001$).

Среди респондентов, которые указали на наличие сексуального опыта, процент мужчин, которые вступили в половые отношения до 16 лет была значительно выше по сравнению с женщинами (53,9% против 26,3% соответственно; $p < 0,001$). Среднее число сексуальных партнеров у мужчин (5,28) было выше, чем у женщин (2,11); ($p < 0,001$). По числу половых партнеров (>3) респонденты распределились следующим образом: мужчины – 35,3%, женщины - 8,3% соответственно; ($p \leq 0,001$). Распространенность нежелательных беременностей у респондентов-женщин составила 10,4%.

Не было существенных различий по числу дней, пропущенных из-за стресса у мужчин в сравнении с женщинами ($p = 0,174$).

В Таблица 3 представлена взаимосвязь курения респондентов с их демографическим и социально-экономическим характеристиками. Всего о том, что курят, сообщили 21,0% респондентов. Среди них больше мужчин, чем женщин (57,2% против 42,8%, соответственно); уровень статистической значимости очень высок ($p < 0,001$). Среди тех респондентов, кто курит, сообщили о том, что начали курить в возрасте 14 лет или младше, 16,8% мужчин и 12,7% женщин. Средний возраст начала курения мужчин составляет $16,3 \pm 2,7$ лет, женщин - $16,8 \pm 2,2$ лет. Курящие, как правило, воспитывались в семьях, где отцы (85,2%) ($p < 0,001$) или матери (14,8%) ($p < 0,001$) курили. Высокий уровень статистической значимости также был определен в связи между табакокурением и возрастом (числовое значение). Табакокурение связано с уровнем образования матери (полное среднее) ($p = 0,042$). Так же была доказана статистическая значимость различий между табакокурением респондентов и уровнем трудоустройства отца (работает на полную ставку) ($p < 0,001$) и уровнем трудоустройства матери (работает на полную ставку) ($p = 0,0218$). Высокий уровень статистической значимости ($p \leq 0,001$) установлен между проблемами с алкоголем и возрастом, местом рождения, образованием отца и матери. Достаточный уровень

статистической значимости был установлен между употреблением алкоголя и трудоустройством матери ($p = 0,027$)

Таблица 2. Распределение поведенческих факторов образа жизни респондентов

Характеристики	Мужчины (n=640)		Женщины (n=940)		p	Всего (n=1580)	
	Число	%	Число	%		Число	%
Курят в настоящее время	190	29,7	142	15,1	$\leq 0,001$	332	21,0
Употребляли алкоголь	502	78,4	822	87,4	$\leq 0,001$	1324	83,8
Проблемы с алкоголем	64	10,0	84	8,9	$= 0,476$	148	9,4
Алкоголики	22	3,4	21	2,2	$= 0,149$	43	2,7
Употребляющие наркотики	41	6,4	30	3,2	$= 0,002$	71	4,5
Проблемы с наркотиками	3	0,5	0	0,0	$= 0,036$	3	0,2
Пытались покончить собой	0	0,0	76	8,1	$\leq 0,001$	76	4,8
Сексуальный опыт	536	83,8	711	75,6	$\leq 0,001$	1247	78,9
Ранний секс (≤ 16 лет)	345	53,9	247	26,3	$\leq 0,001$	592	37,5
Количество сексуальных партнеров (> 3)	226	35,3	78	8,3	$\leq 0,001$	304	19,2
Нежелательная беременность	-		98	10,4		98	10,4

Достаточный уровень статистической значимости был определен в связи между употреблением наркотиков и возрастом (числовое значение) ($p=0,025$). Присутствует высокий уровень статистической значимости ($p<0,001$) взаимосвязи употребления наркотиков с местом рождения. Также существует взаимосвязь употребления наркотиков с уровнем образования отца – начальное ($p=0,011$), выпускник колледжа и высшее ($p = 0,008$), а так же уровнем трудоустройства отца ($p = 0,044$).

Существует высокий уровень статистической значимости связи между попытками самоубийства и местом рождения ($p < 0,001$). Также существует статистически значимая взаимосвязь употребления наркотиков с уровнем образования отца ($p = 0,047$), уровнем трудоустройства отца ($p = 0,02$) и уровнем трудоустройства матери ($p = 0,014$).

Таблица 3. Взаимосвязи поведенческих факторов образа жизни респондентов с демографическими и социально-экономическими характеристиками респондентов и их родителей

Социально-экономические характеристики	Курят		Проблемы с алкоголем		Употребление наркотиков		Попытки самоубийства		Сексуальный опыт	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
1580	332	21	148	9,4	71	4,5	76	4,8	1247	78,9
Пол:										
Мужской	190	57,2	64	43,2	41	57,7	0	0	536	43
Женский	142	42,8	84	56,8	30	42,3	76	100,0	711	57
Возрастная группа:										
16	10	3	4	2,7	2	2,8	2	2,6	10	0,8
17-18	63	19	20	13,5	7	9,9	14	18,4	142	11,4
19-20	100	30,1	43	29,1	17	23,9	23	30,3	442	35,4
21-22	96	28,9	42	28,4	25	35,2	23	30,3	429	34,4
23-24	42	12,7	19	12,8	13	18,3	8	10,5	135	10,8
25 и >	21	6,3	20	13,5	7	9,9	6	7,9	89	7,1
Место рождения:										
Центральный федеральный округ	137	41,3	40	27	40	56,3	7	9,2	426	34,2
Дальневосточный федеральный округ	4	1,2	2	1,4	2	2,8	0	0	277	22,2
Сибирский федеральный округ	191	57,5	106	71,6	29	40,8	69	90,8	544	43,6

округ										
Образование отца:										
Начальное	17	5,1	18	12,2	4	5,6	5	6,6	51	4,1
Неполное среднее	42	12,7	25	16,9	4	5,6	13	17,1	119	9,5
Полное среднее или его эквивалент	68	20,5	24	16,2	11	15,5	20	26,3	236	18,9
Начальные курсы университета (колледжа) или среднее специальное	92	27,7	32	21,6	16	22,5	18	23,7	391	31,4
Выпускник колледжа или выше	113	34	49	33,1	36	50,7	20	26,3	450	36,1
Образование матери:										
Начальное	6	1,8	9	6,1	1	1,4	1	1,3	20	1,6
Неполное среднее	21	6,3	18	12,2	5	7	7	9,2	75	6
Полное среднее или его эквивалент	64	19,3	23	15,5	15	21,1	14	18,4	174	14
Начальные курсы университета (колледжа) или среднее специальное	85	25,6	38	25,7	14	19,7	25	32,9	375	30,1
Выпускник колледжа или выше	156	47	60	40,5	36	50,7	29	38,2	603	48,4
Трудоустройство отца:										
Работает на полную ставку (35 часов и более)	134	40,4	51	34,5	28	39,4	27	35,5	657	52,7
Почасовик (1-34 часа)	80	24,1	37	25	19	26,8	20	26,3	242	19,4
Не работает по найму	118	35,5	60	40,5	24	33,8	29	38,2	348	27,9
Трудоустройство матери:										
Работает на полную ставку	182	54,8	65	43,9	42	59,2	35	46,1	784	62,9

(35 часов и более)										
Почасовик (1-34 часа)	63	19	33	22,3	10	14,1	15	19,7	193	15,5
Не работает по найму	87	26,2	50	33,8	19	26,8	26	34,2	270	21,7

Существует высокий уровень статистической значимости связи сексуального опыта и возраста респондентов ($p \leq 0,001$). Также отмечается слабая корреляционная зависимость сексуального опыта от возраста респондентов ($r = 0,27$; $p \leq 0,001$). Налицо зависимость сексуального опыта от места рождения и от уровня образования отца (неполное среднее) ($p=0,035$), уровня образования матери ($p =0,007$), уровня трудоустройства отца (работает на полную ставку (35 часов и более), $p =0,017$) и уровня трудоустройства матери (работает на полную ставку (35 часов и более), $p =0,008$).

3.2.1 Употребление алкоголя

Распространенность употребления алкоголя выше у женщин (87,4%), чем у мужчин (78,4%) ($p < 0,001$) (Таблица 4). Уровень употребления алкоголя, по числу раз употребления и по количеству употребления алкоголя, среди мужчин и женщин приблизительно одинаковый. Необходимо отметить, что только 2,7% от респондентов употреблявших алкоголь, считают себя алкоголиками. Около 10% респондентов, мужчин и женщин, начали употреблять алкоголь в 14 лет или раньше. 8,2% респондентов мужского пола и 12,8% женского пола, указали, что проживали первые 18 лет своей жизни с алкоголиком.

Таблица 4. Употребление алкоголя среди респондентов с распределением по полу

Характеристики	Мужчины (N = 640)		Женщины (N = 940)		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
Употребляли алкоголь	502	78,4	822	87,4	1324	83,8
Употребляли алкоголь <1 раза за последние 30 дней	103	16,1	153	16,3	256	16,2
Употребляли <3 доз алкоголя за последние 30 дней	166	25,9	222	23,6	388	24,6
Проблемы, связанные с алкоголем	64	10,0	84	8,9	148	9,4
Считают себя алкоголиком	22	3,4	21	2,2	43	2,7
Начали употреблять алкоголь в 14 лет	65	12,9	96	11,7	161	12,2

или раньше*						
Проживали с алкоголиком*	41	8,2	105	12,8	146	11,0

* Доля определена от употреблявших алкоголь

3.2.2 Употребление наркотиков

По данным исследования 4,5% респондентов в своей жизни употребляли наркотики (Таблица5). Мужчин (6,4%), сообщивших об употреблении наркотиков, значительно больше, чем женщин (3,2%) ($p = 0,002$). Средний возраст начала употребления наркотиков среди мужчин и женщин составил 17 лет. Среди тех респондентов, которые употребляли наркотики, больше всего тех, кто это делал 1-2 раза (2,7%). Необходимо отметить, что только 1,4% мужчин и 0,1% женщин считают, что у них есть проблемы с употреблением наркотиков, а так же, только 0,5% мужчин считают себя наркозависимыми. 9,8% респондентов мужчин и 16,7% женщин жили в семье с кем-то, кто употреблял наркотики.

Таблица 5. Употребление наркотиков среди респондентов с распределением по полу

Характеристики	Мужчины (N = 640)		Женщины (N = 940)		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
Употребляли наркотики	41	6,4	30	3,2	71	4,5
Употребляли наркотики 1-2 раза	23	3,6	19	2,0	42	2,7
Употребляли наркотики 3-10 раз	13	2,0	7	0,7	20	1,3
Употребляли наркотики более 10 раз	6	0,9	4	0,4	10	0,6
Проблемы с употреблением наркотиков	9	1,4	1	0,1	10	0,6
Считают себя наркозависимыми	3	0,5	0	0,0	3	0,2
Жили с употреблявшим наркотики*	4	9,8	5	16,7	9	12,7

* Доля определена от употреблявших наркотики

3.2.3 Попытки самоубийства

По результатам исследования о попытках самоубийства сообщили только респонденты женского пола (4,8%). Средний возраст респондентов, когда была совершена первая попытка самоубийства, составил $16,6 \pm 2,8$ лет. 0,9% респондентов сделали это в 14 лет или раньше. О том, что попытка самоубийства привела к серьезному ранению или отравлению сообщили 2,8% респондентов. Более одной попытки покончить собой совершали 2,3% респондентов. Была выявлена статистически значимая связь между попытками самоубийства, сексуальным насилием и физическим пренебрежением ($p \leq 0,05$), возрастающая в случае физического насилия, эмоционального насилия, эмоционального пренебрежения, а также в тех случаях, когда респонденты жили в семье, кто-либо из членов которой страдал психическим расстройством, где имел место развод родителей, или кто-либо из членов семьи находился в местах лишения свободы ($p \leq 0,001$).

3.2.4 Наличие сексуального опыта

Всего 78,9% респондентов имели сексуальный опыт (83,8% мужчин и 75,6% женщин; $p \leq 0,001$). Средний возраст начала половой жизни меньше у мужчин ($15,9 \pm 1,8$ лет), чем у женщин ($17,2 \pm 1,6$ лет). 53,9% респондентов мужчин имели ранний (≤ 16 лет) сексуальный опыт, в отличие от респондентов женщин (26,3%; $p \leq 0,001$). Более чем с тремя партнерами

имели сексуальные отношения 35,3% мужчин и 8,3% женщин ($p \leq 0,001$). В целом, респонденты мужчины показали более рискованное сексуальное поведение.

19,9% респондентов-женщин были беременны, а у 9,4% респондентов-мужчин сексуальные отношения закончились беременностью девушки. 10,4% женщин сообщили о нежелательной беременности.

3.3 Распространенность неблагоприятных событий детства

Таблица 6 показывает распространенность различных видов НСД, включая как жестокое обращение с детьми, так и бытовые дисфункции, с распределением по полу. Она также отражает распределение баллов НСД в зависимости от пола респондентов и параметры статистической значимости.

Таблица 6. Распределение неблагоприятных событий детства (в первые 18 лет жизни)

НСД	Мужчины (n=640)		Женщины (n=940)		p	Всего (n=1580)	
	Число	%	Число	%		Число	%
Жестокое обращение с детьми и пренебрежение:							
Физическое насилие	99	15,5	122	13,0	= 0.161	221	14,0
Эмоциональное насилие	220	34,4	379	40,3	= 0.017	599	37,9
Сексуальное насилие	28	4,4	62	6,6	= 0.062	90	5,7
Физическое пренебрежение	419	65,5	423	45,0	≤ 0.001	842	53,3
Эмоциональное пренебрежение	437	68,3	478	50,9	≤ 0.001	915	57,9
Бытовые дисфункции:							
Мать подвергалась насилию	54	8,4	121	12,9	= 0,006	175	11,1
Бытовое употребление психоактивных веществ в семье	15	2,3	23	2,4	= 0,896	38	2,4
Психические заболевания в семье и попытки	30	4,7	109	11,6	$\leq 0,001$	139	8,8

суицида							
Родители в разводе	80	12,5	193	20,5	$\leq 0,001$	273	17,3
Члены семьи в тюрьме	1	0,2	92	9,8	$\leq 0,001$	93	5,9

Количество НСД:							
0	52	8,1	191	20,3	$\leq 0,001$	243	15,4
1	137	21,4	219	23,3		356	22,5
2	246	38,4	199	21,2		445	28,2
3	123	19,2	137	14,6		260	16,5
4	47	7,3	86	9,1		133	8,4
5	20	3,1	58	6,2		78	4,9
6	9	1,4	23	2,4		32	2,0
7	5	0,8	17	1,8		22	1,4
8	1	0,2	8	0,9		9	0,6
9	0	0,0	1	0,1		1	0,1
10	0	0,0	1	0,1		1	0,1
≥ 4	82	12,8	194	20,6		276	17,5

Наиболее частыми неблагоприятными событиями детства, участники опроса назвали эмоциональное пренебрежение (57,9%) и физическое пренебрежение (53,3%). Мужчины были больше подвержены физическому и эмоциональному пренебрежению по сравнению с женщинами, и эти различия были статистически значимыми ($p \leq 0,001$). Что касается бытовых дисфункций, развод родителей (17,3%) и насилие по отношению к матери (11,1%) были, по сообщениям респондентов, наиболее распространенными неблагоприятными событиями детства. Респондентам чаще всего приходилось сталкиваться с двумя неблагоприятными событиями детства (28,2%). Около 17,5% респондентов сообщили, по крайней мере, о четырех и более НСД, причем чаще об этом сообщали женщины, чем мужчины (20,6% и 12,8% соответственно).

3.3.1 Взаимосвязь четырех названных респондентами видов неблагоприятных событий детства с демографическими и социально-экономическими характеристиками респондентов и их родителей

Таблица 7 отражает демографические и социально-экономические характеристики образа жизни и поведения респондентов, сообщивших о четырех видах неблагоприятных событий детства в первые 18 лет жизни. Отмечается высокий уровень статистической значимости зависимости физического насилия от места рождения ($p \leq 0,001$), уровня образования отца ($p = 0,034$), уровня трудоустройства отца ($p = 0,014$) и уровня трудоустройства матери ($p = 0,008$). Налицо статистически значимая связь между физическим насилием и всеми поведенческими факторами ($p \leq 0,001$).

Отмечается высокий уровень статистической значимости зависимости эмоционального насилия от места рождения ($p \leq 0,001$), но не отмечается какой-либо связи эмоционального насилия с возрастом.

Был выявлен высокий уровень статистической значимости ($p \leq 0,001$) связи между сексуальным насилием и употреблением алкоголя и попытками самоубийств ($p = 0,004$), но не с возрастом. Отсутствует статистическая значимость связи между сексуальным насилием в первые 18 лет жизни с опасным сексуальным поведением.

Отмечается статистически значимая зависимость сексуального опыта от уровня образования отца (начальное) ($p = 0,001$), уровня образования матери (выпускник колледжа и выше) ($p \leq 0,001$), уровня трудоустройства отца ($p = 0,002$) и уровня трудоустройства матери ($p = 0,001$).

Высока распространенность фактов свидетельства насилия. Наблюдается связь с возрастом ($p = 0,003$), местом рождения ($p \leq 0,001$), уровнем образования отца ($p = 0,001$), уровнем образования матери ($p \leq 0,001$) и трудоустройством матери ($p \leq 0,001$).

Таблица 7. Связь между неблагоприятными событиями детства (в течение первых 18 лет жизни) и демографическими и социально-экономическими характеристиками респондентов и их родителей

Социально-экономические характеристики	Физическое насилие		Эмоциональное насилие		Сексуальное насилие		Свидетели насилия	
	Число	%	>	%	Число	%	Число	%
Общее число	221	14,0	599	37,9	90	5,7	1210	76,6
Пол:								
Мужской	99	44,8	220	36,7	28	31,1	459	37,9
Женский	122	55,2	379	63,3	62	68,9	751	62,1
Возрастная группа:								
<16	2	0,9	11	1,8	1	1,1	17	1,4
17-18	33	14,9	87	14,5	19	21,1	177	14,6
19-20	76	34,4	203	33,9	33	36,7	438	36,2

21-22	65	29,4	187	31,2	18	20	397	32,8
23-24	26	11,8	68	11,4	11	12,2	115	9,5
25 и>	19	8,6	43	7,2	8	8,9	66	5,5
Место рождения:								
Центральный федеральный округ	105	47,5	215	35,9	13	14,4	424	35,0
Дальневосточный федеральный округ	6	2,7	76	12,7	0	0	254	21,0
Сибирский федеральный округ	110	49,8	308	51,4	77	85,6	532	44,0
Образование отца:								
Начальное	10	4,5	38	6,3	10	11,1	40	3,3
Неполное среднее	18	8,1	63	10,5	11	12,2	118	9,8
Полное среднее или его эквивалент	51	23,1	113	18,9	17	18,9	238	19,7
Начальные курсы университета (колледжа) или среднее специальное	50	22,6	165	27,5	28	31,1	360	29,8
Выпускник колледжа или выше	92	41,6	220	36,7	24	26,7	454	37,5
Образование матери:								
Начальное	4	1,8	12	2	2	2,2	17	1,4
Неполное среднее	10	4,5	33	5,5	6	6,7	64	5,3
Полное среднее или его эквивалент	41	18,6	110	18,4	19	21,1	178	14,7
Начальные курсы университета (колледжа) или среднее специальное	63	28,5	157	26,2	37	41,1	365	30,2

Выпускник колледжа или выше	103	46,6	287	47,9	26	28,9	586	48,4
Трудоустройство отца:								
Работает на полную ставку (35 часов и более)	94	42,5	280	46,7	30	33,3	623	51,5
Почасовик (1-34 часа)	56	25,3	121	20,2	27	30	235	19,4
Не работает по найму	71	32,1	198	33,1	33	36,7	352	29,1
Трудоустройство матери:								
Работает на полную ставку (35 часов и более)	112	50,7	350	58,4	41	45,6	775	64
Почасовик (1-34 часа)	46	20,8	103	17,2	26	28,9	181	15,0
Не работает по найму	63	28,5	146	24,4	23	25,6	254	21
Свидетели насилия в течение первых 18 лет жизни:								
Да	177	80,1	485	81	63	70	НП	НП
Нет	44	19,9	114	19,0	27	30	НП	НП
Стиль жизни/поведенческие факторы								
Курят в настоящее время:								
Да	74	33,5	148	24,7	23	25,6	254	21
Нет	147	66,5	451	75,3	67	74,4	956	79
Проблемы с алкоголем:								
Да	34	15,4	89	14,9	19	21,1	110	9,1
Нет	147	66,5	510	85,1	71	78,9	1100	90,9
Употребляют алкоголь:								
Да	189	85,5	525	87,6	85	94,4	1050	86,8
Нет	32	14,5	74	12,4	5	5,6	160	13,2
Употребляют наркотики:								
Да	27	12,2	44	7,3	7	7,8	61	5
Нет	194	87,8	555	92,7	83	92,2	1149	95
Попытки самоубийства								
Да	21	9,5	66	11,0	10	11,1	67	5,5
Нет	200	90,5	533	89	80	88,9	1143	94,5
Сексуальный опыт:								

Да	173	78,3	473	79	78	86,7	974	80,5
Нет	48	21,7	126	21	12	13,3	236	19,5
Начало половой жизни:								
<16 лет	138	62,4	336	56,1	47	52,2	698	57,7
> 16 лет	83	37,6	263	43,9	43	47,8	512	42,3
Количество половых партнеров:								
> 3 партнеров	66	29,9	138	23	29	32,2	233	19,3
<3 партнеров	155	70,1	461	77	61	67,8	977	80,7

3.3.2 Распространенность физического насилия

Всего 14,0% респондентов подвергались разным формам физического насилия (15,5% мужчин и 13,0% женщин). 13,4% мужчин и 9,1% женщин сообщили, что в первые 18 лет их жизни взрослые их наказывали ($p \leq 0,001$) (Таблица 8). Тяжкие формы физического насилия были менее распространены: о том, что их толкали, хватали или чем-либо в них бросали, сообщили 6,3% респондентов, и 3,5% респондентов сообщили о том, что физическое насилие привело к увечьям.

Таблица 8. Распространенность физического насилия с распределением по типу и полу

Характеристики	Мужчины (N = 640)		Женщины (N = 940)		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
Взрослые толкали, хватали или чем-либо бросали	34	5,3	66	7,0	100	6,3
Били так, что оставались следы, или это привело к увечью	21	3,3	34	3,6	55	3,5
Шлепали	86	13,4	86	9,1	172	10,9

3.3.3 Распространенность физического пренебрежения

В целом, 53,3% респондентов сообщили о том, что они подвергались физическому пренебрежению. В доле соотношении мужчины (65,5%) подвергались физическому пренебрежению чаще, чем женщины (45,0%). Мужчины чаще носили грязную одежду (34,2%), чем женщины (12,0%) ($p = 0,004$) (Таблица 9). Однако, мужчин чаще водили к врачу, когда это было необходимо (40,9% мужчин против 36,1% женщин соответственно, $p \leq 0,001$).

Таблица 9. Распространенность физического пренебрежения с распределением по типу и полу

Характеристики	Мужчины (N = 640)		Женщины (N = 940)		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
Недоедали	63	9,8	75	8,0	138	8,7
Видели родителей слишком пьяными, чтобы заботиться о семье	23	3,6	38	4,0	61	3,9
Носили грязную одежду	219	34,2	113	12,0	332	21,0
Водили к врачу в случае необходимости (никогда, почти никогда, иногда)	262	40,9	339	36,1	601	38,0

3.3.4 Распространенность эмоционального насилия

37,9% респондентов сообщили о том, что подвергались эмоциональному насилию, причем женщины (40,3%) чаще, чем мужчины (34,4%, $p = 0,017$). 29,7% женщин и 22,8% мужчин в первые 18 лет их жизни слышали обидные слова в свой адрес (Таблица 10). Моральному унижению подвергались 12,8% респондентов (15,0% женщин и 9,5% мужчин, $p \leq 0,01$). Все остальные различия не имеют статистической значимости.

Таблица 10. Распространенность эмоционального насилия с распределением по типу и полу

Характеристики	Мужчины (N = 640)		Женщины (N = 940)		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
Обзывали	100	15,6	174	18,5	274	17,3
Члены семьи говорили обидные слова	146	22,8	279	29,7	425	26,9
Подвергали моральному унижению	61	9,5	141	15,0	202	12,8
Взрослые грубо ругали/оскорбляли	9	1,4	26	2,8	35	2,2
Взрослые угрожали ударить	16	2,5	25	2,7	41	2,6
Взрослые вынуждали бояться	30	4,7	42	4,5	72	4,6

3.3.5 Распространенность эмоционального пренебрежения

Эмоциональному пренебрежению подвергались 57,9% опрошенных. В долевого соотношении эмоциональному пренебрежению мужчины (68,3%) подвергались чаще, чем женщины (50,9%) ($p \leq 0,001$). 11,1% респондентов сообщили о том, что родители сожалели об их рождении. 10,6% опрошенных сообщили о том, что их ненавидели члены семьи (Таблица 11); причем женщин среди них значительно больше, чем мужчин (13,4% и 6,4%; $p \leq 0,001$). Эмоциональное насилие учитывалось в том случае, когда ответ “никогда”, “почти никогда”, “иногда” давался на вопросы «Как часто близкие заботились о Вас и защищали Вас», «Был ли в семье тот, кто заставлял Вас чувствовать себя особенным или значимым», «Чувствовали ли Вы, что Вас любят» и «Была ли семья источником силы/поддержки».

3.3.6 Распространенность сексуального насилия

5,7% респондентов сообщили о том, что подвергались сексуальному насилию, причем женщины чаще, чем мужчины (6,6% и 4,4% соответственно). Чаще респонденты подвергались сексуальному насилию в форме ласки (5,0% - женщины, 3,4% мужчины) (Таблица 12). Фактическому сексуальному насилию подверглись 1,3% респондентов (1,6% женщин и 0,9% мужчин).

Таблица 11. Распространённость эмоционального пренебрежения с распределением по типу и полу

Характеристики	Мужчины (N = 640)		Женщины (N = 940)		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
Знали, что есть человек, который заботится о Вас и защитит Вас(никогда, почти никогда, иногда)	270	42,2	227	24,1	497	31,5
Был ли в семье тот, кто заставлял Вас почувствовать себя значимым или особенным	215	33,6	263	28,0	478	30,3
Чувствовали себя любимым (никогда, почти никогда, иногда)	185	28,9	144	15,3	329	20,8
Думали, что родители сожалют о Вашем рождении	67	10,5	109	11,6	176	11,1
Вас ненавидели члены семьи	41	6,4	126	13,4	167	10,6
Рассматривали семью как источник силы или поддержки (никогда, почти никогда, иногда)	166	25,9	215	22,9	381	24,1

Таблица 12. Распределение сексуального насилия по полу опрошенных

Характеристики	Мужчины (N = 640)		Женщины (N = 940)		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
Взрослые прикасались или ласкали с сексуальными намерениями	22	3,4	47	5,0	69	4,4
Взрослые просили трогать их с сексуальными намерениями	11	1,7	15	1,6	26	1,6
Взрослые пытались совершить половое сношение	4	0,6	21	2,2	25	1,6
Взрослые совершали половое сношение	6	0,9	15	1,6	21	1,3

Среди тех, кто подвергался сексуальному насилию, в большинстве случаев насильником был человек, которому доверяли респонденты (41,9% - женщины; 25,0% - мужчины) и, менее часто, посторонний человек (32,3% женщин, 32,1% мужчин) (Таблица 13). 22,2% респондентов подвергались сексуальному насилию со стороны родственников (24,2% женщин и 17,9% мужчин). Однако достоверности различий между полом и людьми, осуществившими сексуальное насилие не выявлено.

Таблица 13. Связь между насильником и жертвой с распределением по полу

Характеристики	Мужчины (N = 28)		Женщины (N = 62)		Всего (N = 90)	
	Число	%	Число	%	Число	%
Половые отношения с родственником, живущим дома	3	10,7	9	14,5	12	13,3
Половые отношения с неродственником, живущим дома	3	10,7	10	16,1	13	14,4
Половые отношения с родственником, живущий не дома	2	7,1	6	9,7	8	8,9
Половые отношения с неродственником, живущим не дома	3	10,7	9	14,5	12	13,3
Половые отношения с	9	32,1	20	32,3	29	32,2

посторонним						
Половые отношения с тем, кто заботился	6	21,4	16	25,8	22	24,4
Половые отношения с кем, кому доверяли	7	25,0	26	41,9	33	36,7

Основным способом вовлечение в сексуальное насилие является физическое принуждение (19,4% - женщины, 3,6% - мужчины), при помощи алкоголя или наркотиков (12,9% - женщин, 7,1% - мужчин) и при помощи угроз (12,9% - женщин и 3,6% мужчин) (Таблица 14).

Таблица 14. Способ вовлечения в сексуальное насилие

Характеристики	Мужчины (N = 28)		Женщины (N = 62)		Всего (N = 90)	
	Число	%	Число	%	Число	%
Убеждение	2	7,1	3	4,8	5	5,6
При помощи алкоголя/наркотиков	2	7,1	8	12,9	10	11,1
Угрозы	1	3,6	8	12,9	9	10,0
Физическое принуждение	1	3,6	12	19,4	13	14,4

3.3.7 Распространенность присутствия при насилии

76,6% респондентов сообщили о том, что были свидетелями насилия. 67,8% респондентов сообщили о том, что видели или слышали, как кого-то избивали. Чаще об этом сообщали женщины, чем мужчины (77,4% и 53,8% соответственно, Таблица 15). 14,6% стали свидетелями убийства (19,5% мужчин, 11,3% женщин). О том, что видели, как угрожали оружием, чаще сообщали мужчины (32,5%), чем женщины (23,2%). Все эти различия статистически значимы ($p \leq 0,001$).

Таблица 15. Распространенность присутствия при насилии

Характеристики	Мужчины (N = 640)		Женщины (N = 940)		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
Видели/слышали, как избивали	344	53,8	728	77,4	1072	67,8

Видели, как кого-то убили	125	19,5	106	11,3	231	14,6
Видели, как угрожали оружием	208	32,5	218	23,2	426	27,0

3.3.8 Распространенность бытовых дисфункций

Наиболее распространенным типом бытовой дисфункции является развод родителей. О его наличии сообщили 17,3% респондентов (20,5 % женщин и 12,5% мужчин) ($p \leq 0.001$). Доля респондентов сообщивших о том, что мать в семье подвергалась насилию, составила 11,1% (12,9 женщин, 8,4% мужчин) ($p = 0,006$). Наблюдается различие в зависимости от пола среди тех, кто сообщил о психических заболеваниях или попытках суицида в семье (11,6% - женщины, 4,7% - мужчины) ($p \leq 0.001$). У 5,9% респондентов родители находились в местах лишения свободы (9,8% - женщины, 0,2% - мужчины) ($p \leq 0.001$).

3.4 Связь между НСД и поведением, наносящим вред здоровью

Таблица 16 отражает распространенность различных типов неблагоприятных событий детства и связанных с этим видов поведения, наносящего вред здоровью. Взаимосвязь между различными типами НСД показана в Таблица 17.

Таблица 18 отражает корреляцию между типом НСД и видами деструктивного поведения, о котором сообщили опрошенные молодые люди. Представлена вероятность поведения, наносящего вред здоровью, скорректированная по типу НСД, и показано увеличение такой вероятности в случае, если НСД имели место. Например, эмоциональное насилие ассоциируется с трехкратным увеличением вероятности употребления наркотиков и алкоголя и с двенадцатикратным увеличением вероятности попыток самоубийства. Физическое насилие повышает вероятность употребления наркотиков в четыре раза и вероятность попыток суицида - в три раза. Сексуальное насилие в три раза повышает вероятность наличия нескольких сексуальных партнеров, в три раза – вероятность попыток самоубийства, и в четыре раза – риск злоупотребления алкоголем.

Бытовые дисфункции также влияют на вероятность поведения, наносящего вред здоровью. Например, насилие по отношению к матери, проживание с членом семьи, страдающим психическим расстройством, либо пытавшимся покончить жизнь самоубийством, либо побывавшим в местах лишения свободы, повышает вероятность попыток самоубийства в 6-12 раз. Злоупотребление психоактивными веществами в семье связано с 5,4-кратным увеличением вероятности раннего приобщения к алкоголю и в 8,7 раз повышает вероятность употребления наркотиков и в 2,5 раза повышает вероятность курения и попыток самоубийства. Насилие по отношению к матери удваивает вероятность раннего приобщения к алкоголю, в три раза увеличивает вероятность нежелательной беременности и в 6 раз увеличивает вероятность попыток самоубийства. Наличие члена семьи, побывавшего в местах лишения свободы, в три раза увеличивает вероятность раннего приобщения к алкоголю и в 13 раз повышает вероятность попыток самоубийства. Развод родителей почти в

два раза увеличивает вероятность употребления наркотиков, в полтора раза – вероятность курения и в 4,5 раза – вероятность попыток самоубийства.

Таблица16.Связь между формами поведения, наносящими вред здоровью, и различными типами жестокого обращения и бытовых дисфункций

	Физическое насилие	Эмоциональное насилие	Сексуальное насилие	Физическое пренебрежение	Эмоциональное пренебрежение	Мать подвергалась насилию	Употребление психоактивных веществ в семье	Психические заболевания в семье	Развод родителей	Член семьи в тюрьме
Число	221	599	90	842	915	175	38	139	273	93
Курят	74	148	23	171	206	50	15	44	92	25
	33,5%	24,7%	25,6%	20,3%	22,5%	28,6%	39,5%	31,7%	33,7%	26,9%
Употребляют алкоголь	34	89	19	105	107	29	13	38	37	22
	15,4%	14,9%	21,1%	12,5%	11,7%	16,6%	34,2%	27,3%	13,6%	23,7%
Употребляют наркотики	27	44	7	35	46	13	10	17	24	6
	12,2%	7,3%	7,8%	4,2%	5,0%	7,4%	26,3%	12,2%	8,8%	6,5%
Ранний секс <16 лет	90	210	35	327	331	54	17	46	94	17
	40,7%	35,1%	38,9%	38,8%	36,2%	30,9%	44,7%	33,1%	34,4%	18,3%
Количество сексуальных партнеров > 3	66	138	29	165	193	37	14	32	51	10
	29,9%	23,0%	32,2%	19,6%	21,1%	21,1%	36,8%	23,0%	18,7%	10,8%
Нежелател	17	54	13	52	63	25	3	17	27	15

ыная беременнос ть	7,7%	9,0%	14,4%	6,2%	6,9%	14,3%	7,9%	12,2%	9,9%	16,1%
Попытки суицида	21	66	10	49	60	32	4	36	35	28
	9,5%	11,0%	11,1%	5,8%	6,6%	18,3%	10,5%	25,9%	12,8%	30,1%

Таблица 17. Связь между различными типами жестокого обращения бытовыми дисфункциями

	Физическое насилие	Эмоциональное насилие	Сексуальное насилие	Физическое пренебрежение	Эмоциональное пренебрежение	Мать подвергала насилию	Употребление психоактивных веществ в семье	Психические заболевания в семье	Развод родителей	Член семьи в тюрьме
Число	221	599	90	842	915	175	38	139	273	93
Физическое насилие	-	165	23	123	160	64	14	51	71	27
	-	27,5%	25,6%	14,6%	17,5%	36,6%	36,8%	36,7%	26,0%	29,0%
Эмоциональное насилие	165	-	53	357	403	130	29	113	158	57
	74,7%	-	58,9%	42,4%	44,0%	74,3%	76,3%	81,3%	57,9%	61,3%
Сексуальное насилие	23	53	-	66	72	29	6	22	28	10
	10,4%	8,8%	-	7,8%	7,9%	16,6%	15,8%	15,8%	10,3%	10,8%
Физическое пренебрежение	123	357	66	-	629	108	23	83	138	62
	55,7%	59,6%	73,3%	-	68,7%	61,7%	60,5%	59,7%	50,5%	66,7%
Эмоциональное пренебрежение	160	403	72	629	-	133	25	105	164	64
	72,4%	67,3%	80,0%	74,7%	-	76,0%	65,8%	75,5%	60,1%	68,8%

Таблица 18. Распространенность и скорректированная по типу НСД относительная вероятность поведения, наносящего вред здоровью

	Курят		Употребляют алкоголь		Употребление наркотиков		Ранний секс <16 лет		Количество сексуальных партнеров > 3		Нежелательная беременность		Попытки суицида	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
	332	21,0%	148	9,4%	71	4,5%	592	37,5%	304	19,2%	98	10,4%	76	4,8%
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Физическое насилие	2,15	1,31-3,00	1,99	1,31-3,00	4,16	2,52-6,87	1,17	0,88-1,57	2,02	1,46-2,78	1,74	0,99-3,08	2,49	1,47-4,21
Эмоциональное насилие	1,42	1,93-3,86	2,73	1,93-3,86	2,80	1,72-4,57	0,85	0,69-1,05	1,48	1,15-1,91	2,73	1,73-4,32	12,02	6,13-23,58
Сексуальное насилие	1,31	1,65-4,83	2,82	1,65-4,83	1,88	0,84-4,23	1,07	0,69-1,65	2,11	1,33-3,35	2,93	1,52-5,66	2,70	1,34-5,44
Физическое пренебрежение	0,91	1,59-3,33	2,30	1,59-3,33	0,85	0,53-1,36	1,13	0,92-1,39	1,06	0,82-1,36	1,99	1,27-3,13	1,63	1,01-2,63
Эмоциональное пренебрежение	1,24	1,39-2,93	2,02	1,39-2,93	1,36	0,82-2,23	0,88	0,71-1,08	1,35	1,04-1,75	2,88	1,76-4,74	2,85	1,62-4,99
Мать подвергалась насилию	1,59	1,38-3,33	2,15	1,38-3,33	1,86	1,00-3,48	0,72	0,51-1,01	1,15	0,78-1,69	3,21	1,92-5,35	6,92	4,25-11,26
Употребление психоактивных веществ в семье	2,52	2,71-10,84	5,42	2,71-10,84	8,67	4,03-18,65	1,36	0,71-2,60	2,53	1,29-4,95	1,51	0,44-5,19	2,40	0,83-6,95
Психические заболевания в семье	1,85	2,99-6,93	4,55	2,99-6,93	3,58	2,01-6,36	0,81	0,56-1,17	1,29	0,85-1,96	2,05	1,15-3,63	12, 24	7,48-20,04
Развод родителей	2,26	1,14-	1,69	1,14-	2,58	1,55-	0,85	0,65-	0,96	0,69-	1,90	1,17-	4,54	2,83-

		2,51		2,51		4,30		1,12		1,34		3,09		7,28
Член семьи в тюрьме	1,41	2,01- 5,58	3,35	2,01- 5,58	1,51	0,64- 3,58	0,35	0,21- 0,61	0,49	0,25- 0,96	2,14	1,17- 3,91	12,91	7,62- 21,90

3.5 Соотношение между числом НСД и скорректированной вероятностью поведения, наносящего вред здоровью

Таблица 19 отражает повышенную распространенность и скорректированную на увеличение числа НСД относительную вероятность поведения, наносящего вред здоровью. Общая тенденция указывает на то, что существует относительно сильная взаимосвязь между поведенческими факторами и числом НСД. Обращает на себя внимание тот факт, что употребление наркотиков оказалось в 11,9 раз более вероятным, если в жизни респондента было 4 или более НСД (OR=11,9, 95% CI=2,8–50,5). Вероятность злоупотребления алкоголем возрастает при наличии 4 или более НСД (OR=10,4, 95% CI=4,1–26,31), так же как и вероятность попыток самоубийства (OR=23,2, 95% CI=7,18–75,05).

Таблица 19. Распространенность и вероятность поведения, наносящего вред здоровью, в зависимости от числа НСД

Тип поведения, наносящего вред здоровью	Количество неблагоприятных событий детства					
		0	1	2	3	≥ 4
	N (1580) (%)	243 (15,4)	356 (22,5)	445 (28,2)	260 (16,4)	276 (17,5)
	%	15,2%	18,3%	18,9%	21,9%	32,2%
Курение	OR (95% CI)		1,2 (0,78-1,85)	1,2 (0,82-1,88)	1,4 (0,92-2,27)	2,1 (1,39-3,22)*
	%	2,1%	3,9%	7,0%	15,0%	21,4%
Употребление алкоголя	OR (95% CI)		1,9 (0,68-5,37)	3,4 (1,3-8,81)*	7,3 (2,83-18,8)*	10,4 (4,1-26,31)*
	%	0,8%	3,4%	3,4%	5,8%	9,8%
Употребление наркотиков	OR (95% CI)		4,1 (0,91-18,46)	4,1 (0,93-18,06)	7,0 (1,59-30,97)*	11,9 (2,8-50,5)*
	%	36,6%	39,9%	39,3%	38,8%	30,8%
Ранний секс <16 лет	OR (95% CI)		1,1 (0,8-1,49)	1,1 (0,8-1,45)	1,1 (0,76-1,48)	0,8 (0,7-1,19)
	%	12,3%	16,9%	19,6%	26,5%	20,7%
Количество сексуальных партнеров > 3	OR (95% CI)		1,4 (0,86-2,18)	1,6 (1,02-2,47)*	2,2 (1,35-3,42)*	1,67 (1,04-2,69)*

Нежелательная беременность	%	1,6%	2,2%	4,7%	6,5%	13,0%
	OR (95% CI)		1,4 (0,41-4,58)	2,9 (0,97-8,44)	4,0 (1,32-11,97)*	7,9 (2,78-22,58)*
Суицид	%	0,0%	0,8%	2,2%	3,5%	19,6%
	OR (95% CI)			2,7 (0,73-9,76)	4,1 (1,1-15,32)*	23,2 (7,18-75,05)*

*p<0,05

4. Обсуждение и заключение

Данное исследование показало, что в целенаправленно выбранных группах студентов, представляющих как европейскую, так и азиатскую части Российской Федерации, распространенность жестокого обращения и иных неблагоприятных событий детства очень высока. В опросе приняли участие 1580 респондентов (640 мужчин и 940 женщин) – студентов высших учебных заведений и колледжей, средний возраст которых составил 20,6 лет, а количество ответивших на вопросы анкеты составило 86%.

Данные результаты сходны с результатами, полученными в других странах Европы и мира. Важно отметить, что при наложении социально-демографических переменных, выявляется устойчивая связь между НСД и такими несущими вред здоровью формами поведения, как курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, рискованное сексуальное поведение и самопричинение повреждений. Вероятность поведенческих отклонений вырастает с числом НСД, что позволяет говорить о наличии причинно-следственной связи. Результаты исследования дают основания утверждать, что жестокое обращение и иные неблагоприятные события детства могут иметь серьезные и далеко идущие последствия для здоровья в Российской Федерации, что совпадает с выводами ряда зарубежных публикаций. Исследование звучит в унисон с раздающимися в Российской Федерации и других странах призывами подчеркнуть важность стратегических действий в ответ на данную угрозу общественному здоровью и благополучию.

Международный опыт свидетельствует о том, что жестокое обращение с детьми можно предупреждать посредством целого ряда эффективных вмешательств, обращающих первоочередное внимание на обучение родительским навыкам с помощью посещения семей медицинскими сестрами, медицинской и социальной поддержки семей с бытовыми дисфункциями, а также с помощью более широкомасштабных вмешательств фискального и правового характера, ограничивающих доступность алкоголя, наркотических веществ и использование насильственных воспитательных мер. Инвестирование в подобные профилактические программы приносит больший экономический эффект, чем дорогостоящая борьба с последствиями жестокого обращения. В Российской Федерации, как и во многих других странах Европы, основной акцент до сих пор делается на предоставлении услуг социальной защиты и обеспечении медицинской и психологической помощи детям. При всей их важности, необходимо прислушаться к звучащим по всей Европе призывам защитников прав детей и политиков предпринять межсекторальные и

скоординированные действия в первую очередь для предупреждения жестокого обращения с детьми, включающего инвестирование в раннее развитие ребенка. Представленные в данном докладе результаты дают заинтересованным сторонам материал для размышления о том, какие действия следует считать подходящими и необходимыми в Российской Федерации. Систематически обработанные факты изложены в *Европейском докладе о предупреждении жестокого обращения с детьми* (Sethi et al, 2013).

4.1 Неблагоприятные события детства

Неблагоприятные события детства оказались широко распространены, и примерно 85% респондентов сообщили о, по крайней мере, одном из видов НСД, а 17,5% сообщили о четырех и более видах. Наиболее распространенными неблагоприятными событиями были названы эмоциональное пренебрежение (57,9%) и физическое пренебрежение (53,3%). Мужчины сообщали об этом существенно чаще, чем женщины. 14% респондентов подвергались различным формам физического насилия, что привело к травмам у 3,5% респондентов. По сообщениям 13,4% мужчин и 9,1% женщин, насилие проявлялось в форме наказания взрослыми. Об эмоциональном насилии сообщили 37,9% респондентов (40,3% женщин и 34,4% мужчин). Психологическому унижению чаще подвергались женщины (15,0%), чем мужчины (9,5%). 11,1% респондентов сообщили о том, что их родители сожалели об их рождении, а 10,6% респондентов сообщили, что в семье их ненавидели. О сексуальном насилии чаще сообщали женщины (6,6%), чем мужчины (4,4%), и 1,6% женщин и 0,9% мужчин сообщили о том, что были принуждены вступать в половой акт. В большинстве случаев, как применительно к мужчинам, так и применительно к женщинам, насильником был мужчина, которому они доверяли. Процент респондентов, сообщивших о том, что они были свидетелями насилия, высок (62,1%). Чаще об этом сообщали женщины (76,6%), чем мужчины (37,9%). Высока доля тех, кто стал свидетелем убийства (19,5% мужчин, 11,3% женщин). Эти различия по полу подчеркивают важность выяснения и изложения информации о жестоком обращении отдельно в разбивке по полу.

Наиболее распространенным типом бытовой дисфункции был развод родителей, о котором сообщили 17,3% респондентов (20,5% женщин и 12,5% мужчин). Высока также доля сообщивших о том, что они были свидетелями насилия со стороны родителей, и 11,1% респондентов сообщили о насилии по отношению к матери (12,9% женщин, 8,4% мужчин). О попытках самоубийства в семье сообщили 8,8% респондентов (11,6% женщин и 4,7% мужчин). Высока также доля сообщивших о том, что кто-либо из членов семьи был в местах лишения свободы (9,8% женщин, 0,2% мужчин).

Результаты показали высокую зависимость между различными типами жестокого обращения (и иными НСД) и поведением, наносящим вред здоровью, что соотносится с другими исследованиями, проводившимися в Европе и мире (Fellitti et al, 1998; Ramiro et al, 2010; Raleva et al, 2013; Quirjako et al, 2013; Baban et al, 2013; Bellis et al, 2013). Это справедливо в отношении физического и эмоционального насилия, повышающих вероятность всех видов рискованного поведения. Эмоциональное насилие в 3 раза повышает вероятность злоупотребления алкоголем и наркотиками и в почти 12 раз – вероятность попыток самоубийства. Физическое насилие увеличивает вероятность употребления наркотиков в четыре раза и попыток самоубийства – в три раза. Сексуальное

насилие в три раза повышает вероятность рискованного сексуального поведения (большое число партнеров), попыток самоубийства и злоупотребления алкоголем.

Бытовые дисфункции также заметно влияют на вероятность поведения, наносящего вред здоровью. Злоупотребление психоактивными веществами в семье связано с 5,4-кратным увеличением вероятности раннего приобщения к алкоголю, в 8,7 раз повышает вероятность употребления наркотиков и в 2,5 раза повышает вероятность курения и попыток самоубийства. Насилие по отношению к матери удваивает вероятность раннего приобщения к алкоголю, в три раза увеличивает вероятность нежелательной беременности и в 6 раз увеличивает вероятность попыток самоубийства. Наличие среди членов семьи человека, побывавшего в местах лишения свободы, в три раза увеличивает вероятность раннего приобщения к алкоголю и в 13 раз повышает вероятность попыток самоубийства. Развод родителей почти в два раза увеличивает вероятность употребления наркотиков, в полтора раза – вероятность курения и в 4,5 раза – вероятность попыток самоубийства.

В данном исследовании речь также идет о высокой распространенности форм поведения, наносящих вред здоровью. Самоубийство является одной из распространенных причин преждевременной смерти в Российской Федерации. Данное исследование показывает, что НСД являются существенным фактором риска самопричиненных увечий; вероятность самоубийства повышается в 6 – 12 раз, если человек становится свидетелем насилия по отношению к матери, либо кто-либо из членов семьи страдает психическим расстройством или побывал в местах лишения свободы. Психиатрическим службам необходимо учитывать названные факторы риска при разработке превентивных стратегий.

Связь между числом НСД и поведением, наносящим вред здоровью, является инкрементной, что дает основания говорить о наличии причинно-следственных связей (Felliti et al, 1998; Butchart et al, 2006; Sethi et al, 2013; Ramiro et al, 2010). Например, 4 или более пережитых НСД ассоциируются с 23-кратным увеличением вероятности самопричиненных увечий, 12-кратным увеличением вероятности употребления наркотиков, 10-кратным увеличением вероятности употребления алкоголя, 8-кратным увеличением вероятности нежелательной беременности и в 2 раза увеличивают вероятность курения. Данное исследование, таким образом, подтверждает тот факт, что жестокое обращение с детьми и иные неблагоприятные события детства имеют тяжкие и далеко идущие последствия для здоровья. Уделяемое в последние годы внимание раннему развитию детей и безопасным и конструктивным взаимоотношениям детей и их родителей являются, таким образом, важным шагом вперед (Chan, 2013; Sethi et al, 2103), что актуально также и в связи со стремлением улучшить здоровье населения Российской Федерации на протяжении всей жизни (World Health Organization Regional Office for Europe, 2012).

4.2 Предупреждение жестокого обращения и иных неблагоприятных событий детства

Исследование проблемы насилия и жестокого обращения с детьми показывает, что превентивные меры обычно направлены в первую очередь на работу с детьми, пострадавшими от насилия, с целью снизить тяжесть последствий жестокого обращения или пренебрежения, если они имели место, и если о них стало известно. Однако, подход

здравоохранения к предупреждению насилия, изложенный во *Всемирном докладе о насилии и его влиянии на здоровье*, подчеркивает, что насилие можно предотвратить (Krug et al, 2002). Для этого необходимо осознание масштабов проблемы, оценка соответствующих факторов риска и социальных детерминант, анализ фактических данных в отношении того, что может использоваться в превентивных целях, а затем осуществление таких программ на более широком уровне (World Health Organization, 2007). В этой связи для оценки факторов риска и анализа эффективности мер, применяемых на уровне личности, взаимоотношений, общины и общества, применяется экологическая модель. Эти факторы проанализированы в *Европейском докладе о предупреждении жестокого обращения с детьми* (Sethi et al, 2013).

Вмешательства первичного уровня должны быть нацелены на предупреждение насилия как такового. Вторичный уровень профилактики призван уменьшить потенциальный вред в группах риска. Третичный уровень связан с выявлением и обеспечением различных форм медицинской, психологической и социальной помощи, чтобы предупредить повторение насилия и оказать помощь пострадавшим от насилия, обеспечив реабилитацию. Эти меры могут быть реализованы на уровне личности, семей, жертв, правонарушителей, сообществ или на уровне общества в целом (Krug et al, 2002, World Health Organization, 2007). В Европе большое внимание уделяется защите прав детей посредством законодательных мер, а также борьбе с последствиями жестокого обращения и пренебрежения, если они имели место. Нарастает необходимость уделять большее внимание профилактике, и именно к такому подходу призывают специалисты в Российской Федерации.

Как было обозначено в *Европейском докладе о предупреждении жестокого обращения с детьми* (Sethi et al, 2013), универсальными являются меры, применимые к населению в целом, с целью предупредить жестокое обращение с детьми. Сюда входят программы предупреждения сексуального насилия по отношению к детям, повышение осведомленности общества с помощью СМИ, программы предупреждения насильственных травм головы, изменение социальных норм, снижение доступности алкоголя, сокращение бедности и предупреждение случаев насилия со стороны интимного партнера, хотя научное обоснование всех названных мер требует совершенствования. Избирательными мерами являются направленные на работу с группами повышенного риска, такие как посещение семей, программы формирования родительских навыков, многокомпонентные программы дошкольного развития и усиленная педиатрическая помощь (Mikton & Butchart, 2013). Многие из этих программ являются многосекторальными (межминистерскими) и междисциплинарными по характеру, поскольку требуют одновременного вмешательства нескольких государственных секторов (здравоохранения, социальной защиты, юстиции и т.д.). Такие программы нацелены на поддержку факторов, снижающих риск жестокого обращения с детьми, таких как создание благоприятных условий для семьи, устойчивые социальные взаимосвязи, навыки позитивного родительства и повышение социальной компетентности детей, и положительные результаты заметны не только применительно к детям, но на протяжении всей жизни, как это и предусматривается стратегическим подходом ВОЗ, нашедшим отражение в политике Здоровье-2020.

Указанные вмешательства применяются в тех случаях, когда насилие выявлено и необходима консультативная реабилитационная помощь с целью облегчить психологическую реадaptацию, а также многокомпонентный подход к сокращению рецидивов жестокого обращения с детьми, реализуемый в форме психологического консультирования и интенсивной социальной поддержки. Такой подход выработан, в том числе, и в Российской Федерации и описывается ниже.

4.3 Программа коррекционной и реабилитационной помощи детям, подвергающимся внутрисемейному насилию, в Российской Федерации

В Российской Федерации существует программа реабилитационной помощи детям, пострадавшим от домашнего насилия. Она разработана российскими психиатрами (Макушкин и др., 2009) под руководством российского Министерства здравоохранения и рекомендована для использования центрами социальной помощи семье, организованными в рамках системы социальной защиты. Такие центры существуют в целом ряде городов Российской Федерации. Центры оказывают услуги социальной и психологической поддержки и реабилитации детям из проблемных семей в форме семейных психологических консультаций и помощи специалистов в составе междисциплинарных бригад.

Программа включает:

1. Этап диагностической помощи

Диагностическая работа имеет комплексный, междисциплинарный характер и ориентирована на получение информации о социальном, психологическом статусе ребенка, состоянии его физического и психического здоровья, социальном и индивидуальном развитии. Полученная информация о ребенке становится основой для разработки рекомендаций специалистов центра социальной помощи семье, что позволяет строить коррекционно-реабилитационную работу. Оптимальное обеспечение успешной коррекционно-реабилитационной программы для ребенка – жертвы домашнего насилия - возможно при организации комплексной, системной, междисциплинарной и межведомственной деятельности органов образования, здравоохранения, социальной защиты с приоритетом бригадного подхода в организации работы специалистов.

2. Этап комплексной коррекционной и реабилитационной работы с детьми, подвергающимися внутрисемейному насилию

Этапы реабилитационной работы включают:

- а) выработку индивидуальной программы социальной реабилитации;
- б) снятие последствий психотравмирующих факторов, оказавших пагубное влияние на ребенка; и
- в) обеспечение условий для адаптации в новой жизненной ситуации.

Российские ученые – психиатры (Вострокнутов, 1996; Макушкин, 2009) доказали, что эмоциональные расстройства у детей, вызванные проблемами в семье, требуют всесторонней мультидисциплинарной помощи (с привлечением социальных работников, школьных психологов, специалистов по социальной защите и детских психиатров), а клиническая оценка должна учитывать соответствующий социальный компонент.

4.4 Ограничения

Данное исследование имеет определенные ограничения. В их числе его перекрестный формат, который ограничивает выводы в отношении причинной связи, более четко прослеживаемые в условиях лонгитюдных исследований. Однако, результаты исследования соотносятся с описанными в литературе. Доля респондентов-женщин была существенно выше, поэтому не следует исключать возможности систематической ошибки отклика. Тот факт, что участие в исследовании приняли только студенты вузов, означает, что результаты не могут считаться отражением картины применительно к населению Российской Федерации в целом. Что любопытно, даже в названной относительно привилегированной группе населения, налицо широкая распространенность НСД и форм поведения, наносящих вред здоровью, что наводит на мысль о еще более тяжелой ситуации в менее социально-защищенных группах населения. Еще одним ограничением в условиях самостоятельного заполнения вопросников можно считать возможность социально-приемлемых ответов и утаивания информации о таких деликатных вещах, как сексуальное насилие. Ретроспективный характер исследования также обуславливает возможность систематической ошибки памяти.

4.5 Рекомендации

На основании результатов исследования, отражающих высокую распространенность НСД и выраженную связь таковых с поведением, наносящим вред здоровью, а также принимая во внимание рекомендации *Всемирного доклада о насилии и его влиянии на здоровье* и *Европейского доклада о предупреждении жестокого обращения с детьми*, Российской Федерации рекомендуется предпринять следующие действия.

1. Разработать национальную политику предупреждения с опорой на многосекторальное взаимодействие

В Российской Федерации предпочтение отдается защите детей и помощи жертвам, а не профилактическим программам. Недостаток профилактических программ обуславливает необходимость разработки национального плана действий на основе многосекторального подхода, который позволит скоординировать усилия медиков и специалистов сферы образования, юстиции и социальной защиты. Министерству здравоохранения следует взять на себя ведущую роль в обеспечении разработки национального плана по предупреждению жестокого обращения с детьми. Этот план должен быть мультидисциплинарным, включающим такие сектора, как образование, социальная защита, юстиция, партнеров, представляющих местную власть, и специалистов-практиков, а также учитывающим позицию детей в данном вопросе.

2. Развивать первичную профилактику

Следует использовать программы профилактики, доказавшие свою экономическую эффективность. Основные подходы включают снижение факторов риска путем поддержки родителей с помощью посещений на дому и программ позитивного родительства. Важно также изменить представление о насилии, как о личном внутрисемейном деле, и научить

родителей тому, как воздействовать на детей, не прибегая к физическому насилию. Профилактические подходы должны носить мультидисциплинарный характер и вовлекать сферу образования, юстиции и социальной защиты.

3. Усилить ответные меры систем здравоохранения в целях предупреждения и реабилитации

Системы здравоохранения должны в сотрудничестве с другими секторами обеспечивать качественное выявление, учет, лечение, поддержку и реабилитацию. Бригады первичной медико-санитарной помощи, школьные медицинские службы, службы психиатрической помощи и педиатры находятся в уникальном положении, имея возможности доступа и поддержки проблемных детей и семей, а также для обращения за помощью.

4. Формировать потенциал и обмениваться передовым опытом

Предупреждение жестокого обращения с детьми необходимо включать в программы здравоохранения и иных профессиональных областей.

5. Совершенствовать сбор данных для мониторинга и оценки

Стратегии предупреждения на местном, национальном и региональном уровнях требуют мониторинга и оценки. Данное исследование является первым исследованием НСД в Российской Федерации и должно быть проведено повторно с возможностью более репрезентативной выборки. Следует также поощрять стандартизированные подходы к сбору и обмену текущей информацией.

5. Литература

Baban A et al. *Survey of adverse childhood experiences among Romanian university students*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.

Bellis MA et al. Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*, 2013 doi:10.1093/pubmed/fdt038

Butchart A et al. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva, WHO 2006.

Chan M. Linking child survival and child development for health, equity, and sustainable development. *Lancet* 2013, 381: 1514-15.

Goodman, R., Scott C. *Child Psychiatry*. - 2nd ed. Transl. from English. - "Triad-X", 2008., - 405 p.

Конвенция о правах ребенка, Нью-Йорк, США, 1989 г.

Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998,14:245-58.

Gilbert R et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009,373:68-81.

Гурьева В.А. *Клиническая и судебная подростковая психиатрия* - Москва, 2001 г. 477с.

Ковалев В.В. *Детская психиатрия* - Москва, 1995 г. 560 с.

Krug EG et al., eds. *Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра(МКБ-10). Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1993 г.

Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г. *Программа психологической помощи жертвам преступлений. – Методические рекомендации*, Москва, Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2009 г.

Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bull World Health Organization* 2009, 87:353-361.

Noack, P. & Puschner, B. Differential trajectories of parent-child relationships and psychosocial adjustment in adolescents. *Journal of Adolescence*, 1999, 22: 795-804.

Olds DL et al. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986, 78:65-78.

Pinheiro PS *World report on violence against children*. Geneva, United Nations, 2006.

Qirjako G et al. *Community survey on prevalence of adverse childhood experiences in Albania*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.

Raleva M et al. *Survey of adverse childhood experiences among young people in the former Yugoslav Republic of Macedonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.

Ramiro LS, Madrid BJ, Brown DW. Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 2010, 34(11): 842-855.

Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 гг., 2013 г. (http://council.gov.ru/structure/committees/9/national_strategy/national_strategy/, по состоянию на сентябрь 2014 г.)

Sethi D et al. *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment>, accessed June 2014.

Шипицина Л.М. *Девiantное поведение у детей с материнской депривацией и пути его коррекции* // Международный конгресс по психическому здоровью детей. - Москва, 2001 г. - С. 710-911.

TEACH VIP. Manuals 6. CD-ROM 1. World Health Organization, 2007.

Проселкова М.Е. *Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспекты)*. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 1996 г.

Усанова О.Н., Шаховская С.Н. *Роль семьи в коррекционном воздействии на детей. Психокоррекция: теория и практика*. - Москва, 1995 г. - С. 50-66

Вострокнутов Н.В. *Типология делинквентного поведения детей и подростков: социально-средовые, эмоционально-личностные и психопатологические факторы риска // Социальная дезадаптация: поведенческие расстройства у детей и подростков*. - Москва, 1996 г. - pp. 21-29.

World Health Organization (2006). *Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health*. Geneva, WorldHealthOrganization.

Захаров А.И. *Неврозы у детей и подростков* - Медицина, 1988 г. 248 с.

Европейское региональное бюро ВОЗ. *Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, по состоянию на сентябрь 2014 г.).