

Истраживање учесталости негативних искустава у детењству међу студентима у Републици Србији

Извештај о истраживању спроведеном 2013/2014. године



Истраживање учесталости негативних искустава у детењству међу студентима у Републици Србији

Извештај о истраживању спроведеном 2013/2014. године

Милена Пауновић, Марија Марковић,
Катарина Војводић, Анђелија Нешковић,
Динеш Сети, Миљана Грбић

САЖЕТАК

Истраживање о учесталости негативних искустава у детињству је спроведено на репрезентативном узорку од 2 381 студента прве године студија (864 мушкарца и 1 517 жена) на свих шест државних универзитета у Републици Србији. Циљ овог истраживања било је испитивање учесталости негативних искустава у детињству (различитих видова злостављања и занемаривања деце, као и проблема у породици) међу популацијом младих у Србији, као и откривање могуће повезаности различитих облика ових нежељених догађаја и њиховог утицаја на понашања ризична по здравље.

Резултати су показали да су испитаници најчешће били изложени психолошком злостављању (36.7%, 17.3% више пута), физичком злостављању (27.8%, 10.9% више пута) и психолошком занемаривању (15.7%, 7.7% више пута). Сексуално злостављање је пријавило 4.3%, а физичко занемаривање 8.9% испитаника. Међу учесницима мушког пола опажена је већа учесталост физичког злостављања и занемаривања, као и психолошког и сексуалног злостављања, док су женски испитаници чешће пријављивали психолошко занемаривање. Такође, резултати студије показују да вероватноћа настанка свих ризичних понашања расте уколико је особа изложена вишеструким негативним искуствима у детињству. Ови резултати могу помоћи доносиоцима одлука у предузимању ефикасних активности у циљу даље превенције и смањења проблема насиља над децом у Републици Србији.

Кључне речи:

CHILD NEGLECT
CHILD ABUSE
CHILD ADVOCACY
CHILD WELFARE
COMMUNITY HEALTH SERVICES
HEALTH SURVEYS

За све захтеве о публикацијама обратите се Регионалној канцеларији Ц30 за Европу на следећу адресу:

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

Или попуните онлине формулар за документацију, здравствене информације или за дозволу за цитирање и превођење на сајту Регионалне канцеларије Ц30 (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© World Health Organization 2015

Сва права су задржана. Регионална канцеларија Светске здравствене организације за Европу одобрава захтеве за добијање дозволе за копирање или превођење, делимично или у целости.

Употребљене ознаке и презентација материјала у овој публикацији не подразумевају изражавање било каквог мишљења од стране Светске здравствене организације у погледу правног статуса било које земље, територије, града или области или њихових власти, или у погледу разграничење њених граница. Тачкасте линије на мапама представљају приближне граничне линије за које можда још не постоји пуно слагање.

Помињање одређених компанија или производа одређених произвођача не значи да су они одобрени или по препоруци Светске здравствене организације у односу на друге сличне природе, који нису поменути. Изузимајући грешке и омашке, имена заштићених производа разликују се по почетним словима.

Светска здравствена организација је предузела све потребне мере предострожности у циљу провере информација садржаних у овој публикацији. Међутим, објављени материјал се дистрибуира без било какве гаранције, било експлицитне или имплицитне. Одговорност за тумачење и коришћење материјала је у рукама читаоца. Светска здравствена организација ни у ком случају неће бити одговорна за штету проузроковану коришћењем материјала. Ставови изнесени од стране аутора, уредника или експертских група не представљају нужно одлуке или политику Светске здравствене организације.

САДРЖАЈ

Захвалност	V
Резиме	VI
Увод	VI
Метод рада и анализа података	VI
Резултати	VI
Дискусија и закључци	VIII
Импликације	VIII
1. УВОД	1
Разлози за спровођење истраживања о негативним искуствима у детињству у Србији	1
2. КОНЦЕПТУАЛНЕ ДИФИНИЦЕ НАСИЉА НАД ДЕЦОМ	5
Насиље на децом	5
Физичко злостављање	5
Сексуално злостављање	5
Психолошко (емоционално) злостављање	6
Физичко и емоционално занемаривање	6
Учешће у тучи и насилничко понашање	6
Негативна искуства у детињству	7
3. ПОСЛЕДИЦЕ НАСИЉА НАД ДЕЦОМ	8
4. Еколошки модел фактора ризика и заштитних фактора код насиља над децом	10
Фактори ризика	10
Заштитни фактори	11
Други етиолошки модели насиља	11
5. МЕТОД РАДА	12
Циљеви и задаци	12
Сврха	12
Дизајн истраживања	12
Инструменти истраживања	12
Пилот истраживање	13
Процедура	13
Етички аспекти	13
Узорковање	13
Стопа одговора	14
Анализа података	14

6 РЕЗУЛТАТИ	15
Социодемографске карактеристике испитаника	15
Изложеност негативним искуствима у детињству	16
7. ДИСКУСИЈА	33
Врсте насиља	33
Понашања ризична по здравље	37
8. ЗАКЉУЧЦИ	41
9. ОГРАНИЧЕЊА СТУДИЈЕ	43
10. ПРЕПОРУКЕ	44
ЛИТЕРАТУРА	45
ПРИЛОГ 1	49
УПИТНИК О НЕГАТИВНИМ ИСКУСТВИМА У ДЕТИЊСТВУ ЗА СТУДЕНТЕ	
Упитник за мушкарце	49
ПРИЛОГ 2	58
УПИТНИК О НЕГАТИВНИМ ИСКУСТВИМА У ДЕТИЊСТВУ ЗА СТУДЕНТЕ	
Упитник за девојке	58

ЗАХВАЛНОСТ

Чланови истраживачког тима одговорни за планирање, припрему и спровођење истраживања, анализу података и писање извештаја били су: др Милена Пауновић, специјалиста социјалне медицине и физикалне медицине и рехабилитације (координатор истраживања), др Марија Марковић, специјализант социјалне медицине, др Катарина Војводић, специјалиста социјалне медицине и др Анђелија Нешковић, специјалиста социјалне медицине, запослени у Градском заводу за јавно здравље Београд. Дизајну студије и писању извештаја допринели су др Динеш Сети и др Миљана Грбић (Регионална канцеларија СЗО за Европу).

Значајан допринос наведеним активностима у истраживању дали су и др Анђелка Брковић, др Милена Јаковиљевић, др Весна Слијепчевић и др Младен Бабић, запослени у Градском заводу за јавно здравље Београд.

Статистичку анализу података извршио је др Драган Бабић, стручни сарадник, Катедра за медицинску статистику и информатику, Медицински факултет, Универзитет у Београду.

Прикупљање и унос података вршили су Биљана Будић, Инга Мијаиловић, Гордана Лазић, Милица Бабовић, Владимир Глишовић, Данијела Куљанин, Гордана Бошковић и Љиљана Андрејић, запослени у Градском заводу за јавно здравље Београд.

Истраживачки тим је изразито захваљан др Оливеру Видојевићу, специјалисти психијатрије, Институт за ментално здравље Републике Србије, на помоћи, драгоценим коментарима и ревизији публикације.

Посебну захвалност истраживачки тим жели да упути Проф. др Душанки Матијевић, директору Градског завода за јавно здравље Београд и Мр сц. мед. др Светлани Младеновић Јанковић, помоћнику директора Градског завода за јавно здравље Београд, за њихову великодушну помоћ подршку.

Своју захвалност истраживачки тим би желео да изрази:

- свим појединцима и установама који су подржали спровођење овог истраживања, а посебно Министарству здравља и Министарству просвете, науке и технолошког развоја, на њиховој подршци;
- ректорима универзитета и деканима факултета укључених у истраживање, који су олакшали спровођење теренских активности;
- свим предавачима који су омогућили приступ настави истраживачима, као и сарадницима, који су пружили логистичку подршку спровођењу анкете на терену;
- др Момчилу Мирковићу, доценту на Медицинском факултету, Универзитета у Приштини, на драгоценој помоћи у прикупљању података;
- свим студентима који су учествовали у истраживању;
- Регионалној Канцеларији СЗО за Европу, на подршци истраживању, спроведеном у оквиру Двогодишњег споразума о сарадњи између Министарства здравља Републике Србије и СЗО;
- следећим рецензентима на њиховој детаљној ревизији и корисним коментарима који су допринели побољшању квалитета ове публикације: Проф. Марку Белису, Центар за јавно здравље, Универзитет Џон Мур у Ливерпулу, Велика Британија, др Алексу Бутчарту, СЗО, Женева, Швајцарска, Ђи Димитринки Јордановој Песевки, Консултанту на пољу превенције насиља, Скопје, Бивша Југословенска Република Македонија, и др Мартину Вили Веберу, Регионална канцеларија СЗО за Европу, Копенхаген, Данска.

Посебну захвалност изражавамо др Гаудену Галеи, директору Одсека за незаразне болести и промоцију здравља, Регионална канцеларија СЗО за Европу, на охрабрењу и подршци.

РЕЗИМЕ ИСТРАЖИВАЊА

Увод:

Насиље над децом представља проблем светских размера који се уочава у сваком друштву. Егзистенцијална зависност од одраслих децу чини изузетно рањивом категоријом становништва. Сваке године, милиони деце широм света бивају жртве или сведоци различитих облика злостављања и занемаривања.

Током протекле деценије, насиље је у Србији препознато као један од приоритетних проблема и наша земља је остварила значајан напредак у побољшању постојеће и усвајању нове законске регулативе, као и у њеном усаглашавању са међународним стандардима. Међутим, на националном нивоу још увек не постоји развијен информациони систем за мултисекторско прикупљање података о насиљу, а уочен је и недостатак системских мера за сензибилизацију опште и стручне јавности у погледу предузимања превентивних активности. У нашем друштву постоји и толеранција према одређеним облицима насиља, која потиче од културолошких и традиционалних уверења.

Обезбеђивање квалитетних података и добра међусекторска сарадња су од суштинског значаја за утврђивање величине проблема насиља над децом, идентификовање фактора ризика и заштитних фактора, као и за креирање и имплементацију одговарајућих превентивних програма.

Циљ овог истраживања јесте испитивање учесталости негативних искустава у детињству (различитих видова злостављања и занемаривања, као и проблема у породици) међу популацијом младих у Србији, као и откривање могуће повезаности различитих облика ових нежељених догађаја и њиховог утицаја на понашања ризична по здравље.

Метод рада и анализа података:

Истраживање је спроведено на репрезентативном узорку од 2 381 студента прве године студија (864 мушкараца и 1 517 жена) на свих шест државних универзитета у Републици Србији. У истраживању је коришћена методологија препоручена од стране Центра за контролу болести САД и Светске здравствене организације.

Креиран је упитник у два облика – упитник са 72 питања, прилагођен студентима мушког пола, и упитник за студенте женског пола, са 76 питања,

којима је испитивано постојање различитих облика злостављања и занемаривања, проблема у домаћинству, као и ризичних понашања.

Резултати:

Социодемографске карактеристике

Од 2 381 студента који су учествовали у истраживању, већина (63.7%) је била женског пола, док је мушкараца био свега 36.3%. Већи број женских учесника у истраживању је у складу са заступљеношћу полова на обиђеним факултетима. Просечна старост учесника је износила 20.24 године ($SD=0.85$).

Већина студената који су учествовали у истраживању (68.7%) потиче из градске средине. Када је у питању социо-економски статус, већина студената долази из породица са просечним (47.9%) или приходима већим од просека за нашу земљу (47.4%). Такође, највећи део њихових родитеља (68.1% мајки и 75.4% очева) је запослен, а приближно 95% родитеља оба пола има најмање средње школско образовање.

Изложеност злостављању, занемаривању и проблемима у породици

Резултати су приказани у табели Р1.

Половина учесника у истраживању (50.8%) је доживела најмање једну врсту негативних искустава у детињству (један облик искусила је 22.9%, два-11.6%, три -7.8%, а 4 или више облика-8.5% испитаника).

Туча, вршњачко насиље и сведочење насиља у заједници у детињству

Међу испитаницима је уочено често присуство вршњачког насиља, као и умешаност у физички обрачун током првих 18 година живота. Сваки пети учесник истраживања (18.4%) је навео да је био жртва вршњачког насиља, а готово једна половина (43.5%) да су били умешани у неки физички обрачун у току детињства, са већом учесталошћу међу испитаницима мушког пола.

Такође, велики број студената (76.1%) је истакао да су присуствовали неком облику насиља у заједници, најчешће тако што су видели или чули да некога пребијају. Мушки испитаници су чешће били сведоци свих врста насиља у заједници. Вероватноћа да испитаник буде умешан у тучу, да буде жртва вршњачког насиља или сведок насиља у заједници се повећава са већим бројем доживљених негативних искустава.

Табела Р1. Изложеност злостављању, занемаривању и проблемима у породици

ФИЗИЧКО ЗЛОСТАВЉАЊЕ	Дефинисано је на основу искуства учесника да га је неко од родитеља, старатеља или других одраслих особа у домаћинству током детињства одгрунуо, зграбио рукама, гурао, ошамарио и гађао нечи, или да га је ударио таквом јачином да су му остали трагови или да је био физички повређен. Велики проценат испитиваних студената је навео да је био изложен физичком злостављању бар једном у животу (27.8%), док је 10.9% изјавило да је овај вид насиља трпело више пута током детињства. Уочена је статистички значајна разлика у заступљености међу половима, са већом учесталошћу међу испитаницима мушког пола (13.7% према 9.4%).
ТЕЛЕСНО КАЖЊАВАЊЕ	Готово две трећине испитаника (64.7%) искусило је неки вид телесног кажњавања бар једном у животу (29.8% више пута), а скоро једна трећина (32.4%) оних који су били кажњавани на овај начин, ударани су средњим, јаким или веома јаким интензитетом.
ПСИХОЛОШКО (ЕМОЦИОНАЛНО) ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ	Психолошко злостављање је идентификовано на основу две ставке- једне која се односила на ситуацију када се родитељ, старатељ, или нека друга одрасла особа са којом је испитаник живео, понашала на такав начин да се он плашио да ће бити физички повређен, и друга која се односила на ситуацију када је испитаник био псован, вређан или понижаван од стране наведених особа. Више од трећине студената (36.7%) је било изложено психолошком злостављању најмање једном у току детињства, са значајно већом учесталошћу међу дечацима (20% према 15.6%). Психолошко занемаривање је идентификовано питањима да су испитаници осећали да их неко у породици мрзи или да су мислили да њихови родитељи желе да они никада нису ни рођени, и пријављено је од стране 15.7% учесника (7.7% више пута), са већом заступљеношћу код девојчица (16.3% према 14.7%), као и међу учесницима одраслим у руралној средини (18.2% према 14.6%).
ФИЗИЧКО ЗАНЕМАРИВАЊЕ	Физичко занемаривање током детињства, које подразумева да испитаници нису имали довољно да једу или да су морали да носе прљаву одећу, је пријављено од стране 8.9% студената (3.7% наводи да је више пута било изложено овом негативном искуству), са значајно већом учесталошћу међу испитаницима мушког пола (11.6% према 7.4%).
СЕКСУАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ	Сексуално злостављање је пријављено од стране 4.3% испитаника који тврде да су током првих 18 година живота били изложени најмање једној врсти сексуалног злостављања. Све врсте сексуалног злостављања наведеног у упитнику су учесталије код испитаника мушког пола (7.5% према 2.5%). У највећем броју случајева (25.2%) насилник је био неко коме је особа веровала, а најчешће коришћени методи принуде: обмана, вербално убеђивање или вршење притиска (код 13.2% девојчица и 6.2% дечака) и давање или навођење на употребу психоактивних супстанци (алкохола или дрога) (2.6% женских и 12.8% мушких испитаника).
ПРОБЛЕМИ У ПОРОДИЦИ	Најзаступљенији проблеми у породици су били: злостављање мајке од стране партнера (породично насиље) у 18.7% случајева, родитељски развод или растава (12%), злоупотреба алкохола од стране члана породице (9.1%) и присуство менталног обољења / депресије у породици (6.6%).

Понашања ризична по здравље

Два најучесталија ризична понашања забележена у истраживању су била употреба алкохола и пушење. Већина учесника (73.6%) је изјавила да су бар једном у животу пробали алкохол, 59.9% да га је козумирало током претходног месеца, а 10% да га конзумира често, са значајно већом заступљеношћу код мушкараца (18% према 5.3%). Око 27% испитаника је навело да је пушило цигарете, док је 17.9% изјавило да су активни пушачи, са просечном

старошћу од 17 година када су почели да пуше, и без значајне разлике међу половима. Ризична сексуална понашања су такође заступљена међу студентима који су учествовали у истраживању -14.2% је навело да је током живота имало више сексуалних партнера (3 и више), а 12.6% је прерано ступило у сексуалне односе (са 16 и мање година), и то чешће испитаници мушког пола. Учестала је и употреба забрањених психоактивних супстанци (12.1%), са значајно већом заступљеношћу међу испитаницима

мушког пола (19.3% према 8%). Од осталих ризичних понашања, мањи проценат ученика (2.5%) је навео да су бежали од куће, док је 1.9% покушало да изврши самоубиство.

Повезаност негативних искустава у детињству са понашањима ризичним по здравље

Резултати нашег истраживања потврдили су постојање повезаности између негативних искустава у детињству и понашања ризичних по здравље. Испитаници који су у детињству трпели физичко насиље имали су 1.5 пута већу шансу да постану активни пушачи ($OR=1.49$), два пута већу вероватноћу да возе под дејством алкохола ($OR=2.24$) и да користе недозвољене психоактивне супстанце ($OR=1.89$), више од 1.6 пута већу могућност да прерано ступе у сексуалне односе ($OR=1.62$), или чак 4.2 пута већу могућност да изврше самоубиство ($OR=4.21$).

Код студената који су искусили психолошко злостављање већа је могућност да постану активни пушачи ($OR=1.39$), и то пре свега у раном узрасту, са 15 и мање година ($OR=1.89$), два пута већа вероватноћа да користе недозвољене психоактивне супстанце ($OR=2.03$) или да беже од куће ($OR=1.83$), и три пута већа вероватноћа да покушају самоубиство ($OR=3.00$). Сексуално злостављање повећава ризик од развоја скоро свих облика понашања ризичних по здравље, изузев пушења у раном узрасту и вожње под дејством алкохола. Све врсте негативних искустава у детињству значајно повећавају ризик од коришћења недозвољених психоактивних супстанци и покушаја самоубиства.

Такође, резултати су показали да вероватноћа упражњавања понашања ризичних по здравље расте уколико је особа у детињству била изложена већем броју различитих негативних искустава.

У поређењу са учесницима који нису имали негативних искустава у детињству, они са четири и више доживљена негативна искуства су били под повећаним ризиком од започињања пушења у раном узрасту (3.3.), честе употребе алкохола (1.6 пута), вожње под дејством алкохола (3 пута), ране трудноће (11.7 пута) и покушаја самоубиства (78.2 пута)

Дискусија и закључци

Резултати наше студије потврђују закључке претходно спроведених истраживања да је у Републици Србији злостављање и занемаривање деце распрострањено. Учесници истраживања су у детињству најчешће били изложени психолошком и физичком злостављању, као и психолошком занемаривању. Најче-

шће пријављивани породични проблеми међу испитаницима били су злостављање мајке од стране партнера (породично насиље), и растава, односно развод родитеља, затим злоупотреба алкохола од стране чланова породице и присуство менталног обољења / депресије у породици.

Половина испитаника је доживела најмање једно негативно искуство у детињству. Податак да је готово две трећине учесника студије искусило телесно кажњавање најмање једном у току детињства само потврђује чињеницу да је овај вид кажњавања у нашој земљи широко распрострањен међу родитељима, као начин васпитавања деце.

Налази истраживања показују често истовремено постојање више различитих облика насиља над децом и проблема у породици. Такође, вероватноћа упражњавања ризичних понашања расте уколико је особа била изложена вишеструким негативним искуствима у детињству. У поређењу са онима који нису имали негативних искустава у детињству, учесници са четири и више доживљена негативна искуства били су под већим ризиком да започну са употребом дувана у раном узрасту, често конзумирају алкохол, возе под дејством алкохола, доживе рану трудноћу или покушају самоубиство. Резултати наше студије су у складу са резултатима истраживања учесталости негативних искустава у детињству спроведених у другим земљама Европе и света.

Такође, уочена је и повезаност између упражњавања насилног понашања према другим особама и изложености најмање једном облику негативних искустава у детињству.

Импликације

Спроведено истраживање указује да насиље над децом представља значајан јавно здравствени проблем у Републици Србији. Детаљан увид у различите облике насиља над децом и у њихов утицај на понашања ризична по здравље додатно наглашава важност улагања у превенцију насиља над децом и корист која се од ње може имати током читавог живота.

У складу са европском и светском политиком, постоји потреба за развојем свеобухватног информационог система, побољшањем размене информација и међусекторске сарадње, побољшањем у доношењу и спровођењу свеобухватне законске регулативе, потреба за имплементацијом и евалуацијом превентивних програма заснованих на доказима, као и за инвестирањем у већи број истраживања о успешним начинима превенције насиља над децом.

1. УВОД

Насиље над децом - физичко, сексуално или психолошко (емоционално) злостављање или занемаривање, као и комерцијални или неки други вид експлоатације деце млађе од 18 година, представља проблем који је широко распрострањен у свету, и постоји у сваком друштву.

Процене размера насиља над децом на глобалном нивоу указују да је готово једна четвртина одраслих у свету (22.6%) искусила неки вид физичког злостављања у детињству, 36.6% емоционално злостављање, а 16.3% физичко занемаривање, без значајних разлика међу половима. Сексуалном насиљу у детињству је било изложено 18% жена и 7.6% мушкараца (1).

Иако тешки облици злостављања и занемаривања најчешће бивају уочени од стране служби за заштиту деце, насиље над децом у великом броју случајева остаје скривено. Дешава се да насиље не буде препознато или пријављено од стране старатеља и професионалаца дуги низ година, што доводи до озбиљних и далекосежних последица. Европски извештај о превенцији насиља над децом (2) истиче да мали број земаља има поуздане системе детекције и надзора и да, чак и када их поседују, 90% случајева насиља над децом и даље остаје неоткривено. У Извештају се истиче да у Европском региону С30, злостављање и занемаривање представља основни узрок превременог умирања 852 детета до 15 година старости годишње, али и да је, услед неадекватног извештавања, овај број мањи од реалног.

Насиље над децом представља водећи узрок неједнакости и социјалне неправде, са повећаним ризиком код сиромашнијих и социјално угрожених популационих група. Стопе убистава деце испод 15 година старости су два и више пута веће у неразвијеним и средње развијеним земљама у односу на високо развијене земље: чак седам од 10 жртава у европском региону се јавља у овим земљама (3).

Смртни исходи су, међутим, само врх леденог брега. Сваке године милиони деце постају жртве нефаталних облика злостављања и занемаривања. Нефаталне последице представљају највећи део социјалног и здравственог оптерећења изазваног насиљем, посебно када су у питању деца. Превагу над физичким повредама, које могу бити

изузетно озбиљне, има широк спектар негативних бихејвиоралних, когнитивних, психичких и репродуктивних здравствених проблема, као и хроничних болести и социјалних интеракција, који су последица изложености насиљу (1).

Главна порука Уједињених нација (4) гласи да се “ни један вид насиља над децом не може оправдати, а сви облици насиља могу бити спречени”. Међународна заједница, владе, локалне власти, професионалне заједнице, грађанске организације, удружења и сви грађани треба да схвате ову поруку и предузму неопходне мере и активности у циљу спречавања и смањења свих видова насиља усмерених ка деци.

Разлози за спровођење истраживања о негативним искуствима у детињству у Србији

Према званичним подацима, у периоду од 2009-2013. године у Републици Србији забележене су 42 насилне смрти деце и омладине, са највећом заступљеношћу у узрасту од 15 до 19 година (45%), као и до четврте године старости (38.2%) (5).

Прецизни подаци о броју нефаталних случајева злостављања и занемаривања деце у Републици Србији се не могу добити, пошто још увек не постоји свеобухватни систем евидентирања и праћења ове појаве. Сваки сектор који је укључен у заштиту деце (здравство, полиција, социјална заштита, просвета, правосудје) засебно посматра и прати појаву насиља над децом, што компликује процес евидентирања. Иако се прикупљају одвојено, подаци министарстава унутрашњих послова, здравља, рада, запошљавања и социјалне политике, образовања, науке и технолошког развоја, као и министарства правде, указују да је насиље над децом присутно у нашој средини и да ће ова појава са бољим евидентирањем бити све видљивија (6).

Према подацима полиције и правосудних органа, годишње се евидентира око 1 200 кривичних дела на штету малолетних лица, што чини 4-5% укупног броја пријављених кривичних дела на територији Републике Србије (7).

Највећи број деце са повредама задобијеним услед злостављања или занемаривања долази у установе

терцијарног нивоа здравствене заштите ради дијагностике и лечења.

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић” формирао је Стручни тим за заштиту деце од занемаривања и злостављања. Према подацима овог тима, у периоду од 2000-2008. године, број деце лечене под сумњом на злостављање био је 204 (6,7). Кабинет за заштиту деце од злостављања и занемаривања Института за ментално здравље у Београду, у периоду 2000-2010. године регистровао је 546 случајева тешких облика злостављања и занемаривања деце (6).

Центри за социјални рад у Републици Србији, су у 2005. години евидентирали 2 000 случајева злостављане и занемарене деце више у односу на 2001. годину, што представља десетоструко повећање. У 2005. години евидентирано је 2 275 деце жртава насиља, а у наредној, 2006. години -2 771 (повећање од 22%) (7).

Дечија линија за хитне случајеве (COC Дечија линија Србије 2005-2010, касније (2011.) преименована у Националну дечију линију - НАДЕЛ Србија) започела је са радом 2005. године као пројектна активност, и прерасла је у услугу која се финансира из буџета Министарства рада, запошљавања и социјалне политике, као једина телефонска линија ове врсте на националном нивоу.

У периоду 2006-2014. године линија је примила укупно 430 757 позива, од чега су 16 935 били саветодавни разговори са циљем пружања подршке у решавању проблематичних ситуација. Дванаест процената позива односило се на проблем злостављања и занемаривања. У 2014. години забележено је 116 007 позива, готово 15 пута више у односу на 2006. годину. Већина позива је била превасходно тестирајућег садржаја, што значи да у неким ситуацијама нису могли да се развију у праве саветодавне разговоре, али су помоћ и асистенција пружени код 1 226 протоколираних случајева (8).

Подаци система социјалне заштите указују да је током протеклих година дошло до знатног пораста насиља над децом. Међутим, овакав узлазни тренд не доказује да је нужно дошло до пораста броја деце жртава насиља, већ указује на пораст броја пријављених случајева злостављања и занемаривања услед развијања свести о овом проблему(6). Током протеклих десет година Република Србија је остварила значајан напредак у доношењу и унапређењу законске регулативе у

области дечије заштите, као и у њеном усаглашавању са међународним стандардима.

Законски оквир за заштиту деце од злостављања и занемаривања чине:

- Устав Републике Србије (2006), којим се по први пут дефинишу права детета;
- Закон о основама система образовања и васпитања (2003), којим се забрањује физичко насиље и вређање личности детета, односно гарантује право детета (ученика) на заштиту од дискриминације и насиља;
- Породични закон (2005), којим је установљена обавеза државе да предузме све потребне мере за заштиту детета од занемаривања, од физичког, сексуалног и емоционалног злостављања;
- Закон о малолетним учиниоцима кривичних дела и кривичноправној заштити малолетних лица (2006); односис се и на децу и малолетне жртве кривичних дела
- Закон о полицији (2005), који уводи специјализацију полицијских службеника који поступају у случају кривичних дела на штету малолетних лица;
- Кривични законик (2005);
- Закон о раду (2005), са посебним прописима код запошљавања малолетника (лица млађих од 18 година);
- Закон о здравственој заштити (2005), на основу кога дете-пацијент по први пут има загарантовано право на физички и психички интегритет и на безбедност своје личности, као и на уважавање његових моралних, културних, религијских и филозофских убеђења; и
- Закон о социјалној заштити (2011), који препознаје право на социјалну заштиту деце под ризиком, као и оне која су жртве злостављања, занемаривања, експлоатације или трафикинга.

На снази су и други релевантни закони и регулативе. Национална политика у области дечије заштите дефинисана је кроз:

- Национални план акције за децу (2004), који дефинише општу политику државе, а за један од циљева има успостављање ефикасне и

функционалне мултисекторске мреже за заштиту деце од свих облика насиља,

- Општи протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања (2005), који дефинише основне принципе и смернице за заштиту деце од злостављања и занемаривања;
- Национални Миленијумски циљеви развоја - МЦР (2007), који описују циљеве побољшања доступности основног образовања (МЦР 2) и смањења смртности деце (МЦР 4); и
- Национална стратегија за превенцију и заштиту деце од насиља (2008–2015), која поставља опште циљеве да сва деца у Републици Србији одрастају у безбедном окружењу и да буду заштићена од свих видова насиља.

Развијени су и посебни протоколи за заштиту деце од насиља који дефинишу процедуре мулти-секторске сарадње, процедуре унутар сваког сектора (социјална заштита, полиција, просвета, здравство, правосудје), као и процедуре у оквиру појединачних институција ових сектора.

До сада је објављено пет посебних протокола:

- Посебни протокол за заштиту деце и ученика од насиља, злостављања и занемаривања у образовно-васпитним установама (Министарство просвете, науке и технолошког развоја, 2005);
- Посебни протокол за заштиту деце у установама социјалне заштите од злостављања и занемаривања (Министарство рада, запошљавања и социјалне политике, 2006);
- Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања (Министарство здравља, 2009);
- Посебни протокол о поступању правосудних органа у заштити малолетних лица од злостављања и занемаривања (Министарство правде, 2009); и
- Посебни протокол о поступању полицијских службеника у заштити малолетних лица од злостављања и занемаривања (Министарство унутрашњих послова, 2012).

Свим овим важним законима, политикама, и протоколима, значајно је ојачана национална поли-

тика у области дечије заштите. На националном нивоу се спроводе и различити програми подржани од стране Владе Републике Србије и заинтересованих партнера као што је УНИЦЕФ (нпр. програм “Школа без насиља” (9)). Други програми, попут едукације родитеља/старатеља или едукације деце да препознају и избегну ситуације могућег сексуалног злостављања, а који су у развијеним земљама били изузетно ефективни, у нашој земљи су спровођени или се спроводе у ограниченом обиму(1).

Упркос свим наведеним иницијативама, изазови су и даље присутни. Постојање адекватног нивоа јавне свести о проблему насиља над децом у заједници је и даље дискутабилно, а едукација јавности о начинима како се суочити с њим, недовољна. Међутим, највећи проблем представљају културолошка и традиционална уверења којима се толеришу одређене врсте насиља.

С обзиром да са посебним протоколима још увек нису упознати сви појединци чијем су раду ови протоколи намењени, постоји потреба како за даљом едукацијом кадрова, тако и за континуираним надзором и пружањем подршке у раду са децом жртвама насиља. Пример добре праксе јесте активност Института за ментално здравље који је развио Приручник за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Овај приручник, објављен 2012. године, пружа подршку здравственим радницима и сарадницима у препознавању различитих облика насиља и смернице у раду са децом жртвама насиља (6).

Министарство здравља Републике Србије је 2013. године покренуло двогодишњи пилот пројекат са циљем успостављања одрживог система извештавања у оквиру здравственог сектора о заштити деце од злостављања и занемаривања, чиме би се добило више поузданих података о овом проблему. Институт за јавно здравље Републике Србије “Др. Милан Јовановић Батут” је, у оквиру пројекта, креирао посебну базу података о злостављању и занемаривању деце. Према овим подацима, у току 2010. године од стране 10 установа свих нивоа здравствене заштите обухваћених пројектом пријављено је 244 случаја насиља. Током 2014. године број установа укључених у пројекат је повећан на 84. Иако на националном нивоу још увек није успостављено рутинско прикупљање података из свих болница и хитних служби, на овом пољу је постигнут упечатљив напредак.

Још један значајан корак ка бољем прикупљању података у оквиру система здравствене заштите представља и усвајање новог Закона о здравственој документацији и евиденцијама из области здравства у 2015. години. Примена овог закона ће почети у јануару 2016. године и њиме ће евидентирање и извештавање о злостављању жена и деце бити обавезно за све здравствене установе.

Међутим, и даље постоји потреба за већим бројем системских мера у циљу подизања нивоа свести опште и стручне јавности када је у питању превенција насиља. Усвојене стратегије још увек нису довољно операционализоване, а непостојање

развијеног мултисекторског информационог система за прикупљање података о насиљу онемогућава објективно приказивање размера проблема (6).

Обезбеђивање квалитетних података је од суштинског значаја за утврђивање величине проблема насиља над децом, као и за креирање и имплементацију одговарајућих превентивних програма. Оно мора бити пропраћено добром међусекторском сарадњом како у прикупљању података, тако и у спровођењу превентивних активности.

2. КОНЦЕПТУАЛНЕ ДЕФИНИЦИЈЕ НАСИЉА НАД ДЕЦОМ

Насиље на децом

Насиље над децом представља злостављање и занемаривање деце млађе од 18 година. Општа дефиниција усвојена од стране СЗО (10,11) истиче да насиље над децом представља

“све облике физичког и/или емоционалног злостављања, сексуалну злоупотребу, занемаривање или немаран поступак, као и комерцијалну или другу експлоатацију, што доводи до стварног или потенцијалног нарушавања здравља детета, његовог преживљавања, развоја или достојанства у оквиру односа који укључује одговорност, поверење или моћ.»

Светски извештај о насиљу и здрављу (10) и консултације СЗО о превенцији насиља над децом разликују четири врсте насиља: физичко, сексуално и емоционално/ психолошко злостављање, и физичко и емоционално занемаривање. Учешће у тучи и вршњачко насиље се такође могу уврстити у насилна понашања, пошто су веома чести у детињству (нарочито међу школском децом) и могу довести до озбиљних негативних последица по физичко и ментално здравље детета (10,11).

Физичко злостављање

Физичко злостављање се дефинише као намерна примена физичке силе усмерене ка детету која доводи или има високу вероватноћу да ће довести до штете по здравље, преживљавање, развој или достојанство детета. Оно укључује ударање, пребијање, шутирање, тресење, грижење, дављење, шурење, наношење опекотина, тровање, гушење и слично (10).

Многобројне чињенице указују да се велики део физичког насиља над децом у кући врши у циљу кажњавања (2,4,10,12,13). Починиоци физичког насиља су најчешће родитељи или старатељи, а оно резултује повредама које су у савременој литератури познате као намерне или незадесне повреде. Ове повреде су најчешћи узрок смрти деце до пет година старости. Један од примера је синдром протресеног детета (*shaken baby syndrome*) који се испољава

тријадом знакова - ретинално крварење, субдурално и/или субарахноидално крварење, и непостојање или постојање занемарљивих спољашњих знакова повреде. Број дијагностикова-них случајева физичког злостављања је знатно мањи од стварног броја злостављане деце (6).

Сексуално злостављање

Сексуално злостављање је дефинисано као укључивање детета у сексуалну активност коју оно не схвата у потпуности, са којом није сагласно или за коју није развојно дорасло и није у стању да се са њом сагласи, или ону којом се крше закони или социјални табуи друштва. Деца могу бити злостављана од стране одраслих или друге деце која су по узрасту или развојном стадијуму старија, а која су према злостављаном детету изградила однос одговорности, поверења или моћи (10).

Оно може бити:

- без физичког контакта (бесконтактно)- приказивање обнаженог тела злостављача, посматрање обнаженог детета или принудно гледање порнографије);
- без перенетрације (*непенетративно*) - додиривање или миловање тела и спољашњих гениталија, орално-генитална, генитално-генитална или генитално-анална стимулација); или
- пенетративно - анално или вагинално продирање прстом, полным органом или неким предметом.

Девојчице су чешће сексуално злостављане од стране чланова породице, а дечаци од страних особа (6).

Сексуално злостављање најчешће пропознају здравствени радници који децу лече због других здравствених тегоба (полно преносивих болести, озледа у пределу гениталија, абдоминалног бола, констипације, хроничних уринарних инфекција) или због поремећаја понашања (4,11).

Психолошко (емоционално) злостављање

Емоционално или психолошко злостављање укључује појединачне случајеве али и понављане поступке родитеља или старатеља, односно образац њиховог понашања који детету онемогућава постојање развојно одговарајућег и подржавајућег окружења.

Овакви поступци имају велику могућност да наруше физичко или ментално здравље детета, или његов физички, ментални, духовни, морални и социјални развој. Овај вид злостављања укључује одбацивање, понижавање, окривљавање, претње и застрашивање, терорисање, изолацију, кварење, дискриминацију, исмевање, експлоатацију и упражњавање других облика нефизичког непријатељског или одбацујућег поступања. Оно укључује и ускраћивање емоционалног одговора (6,10).

Присуствовање породичном насиљу такође спада у вид психолошког злостављања. Дугорочне последице психолошког злостављања и занемаривања некада могу бити много озбиљније него последице излагања физичком или сексуалном злостављању.

Емоционално злостављана деца не морају увек бити и физички злостављана, али физички злостављана деца су обично и емоционално злостављана (6).

Физичко и емоционално занемаривање

Занемаривање представља појединачне случајеве или понављани неуспех родитеља/ старатеља или другог члана породице да детету обезбеди основне услове (у ситуацијама када је у могућности да то учини) за неометан раст и развој у једној или више следећих области: здравствена нега, образовање, емоционални развој, исхрана, смештај и живот у безбедном окружењу (10).

Најчешћи облик занемаривања је физичко занемаривање, и оно се односи на ситуације када родитељи или старатељи детету не обезбеђују основне услове за живот као што су храна, одећа или смештај, а када узрок није недостатак финансијских средстава. Оно може довести до поремећаја у расту и развоју детета, као и до настанка бројних акутних и хроничних болести (6,10).

Едукативно занемаривање се јавља када родитељ / старатељ онемогућава детету право на остваривање обавезног основног образовања, на пример не одводећи дете редовно у школу или онемогућавајући детету са сметњама у развоју да похађа инклузивну наставу или специјалну школу. Оваква деца су склона насилном понашању и другим поремећајима понашања (6,10).

Емоционално занемаривање укључује ситуације када се родитељ или старатељ адекватно брину о дететовим физичким потребама, али не препознају његова осећања или потребе, не разговарају са њим, не показују нежност или га не подржавају. Може бити намерно и ненамерно, и обично је последица девијантног понашања родитеља (6,10).

Здравствено занемаривање настаје када родитељ/ старатељ детету ускраћује здравствену негу која је законом прописана, када га не води на редовне контроле раста и развоја, на законом предвиђене вакцинације, или одбија да одведе дете лекару када је оно акутно болесно. Оно може имати имати веома озбиљне последице (6).

Родитељи занемарене деце не морају да буду сиромашни, они чак могу бити финансијски веома добростојећи. Када се испитује потенцијално занемаривање мора се веома пажљиво проценити да ли постоји лоша економска ситуација или незнање родитеља/старатеља о развојним потребама детета (12,13).

Учешће у тучи и насилничко понашање

Туча је најчешћи облик међуљудског насиља међу децом предшколског и школског узраста и међу адолесцентима. Деца која учествују у тучи су обично сличног узраста и снаге. Туча може имати негативан утацај на психичко и физичко здравље детета, и може се довести у везу са насилничким понашањем деце и повредама које захтевају медицински третман (14).

Насилничко понашање или булинг (*силеџиство*) представља ситуацију када је особа током времена у више наврата изложена негативним поступцима од стране једног или више лица, и има потешкоће да се одбрани (15).

Негативна искуства у детињству

Негативна искуства у детињству представљају изложеност једној или више врста насиља над децом (физичко, емоционално или сексуално злостављање, или физичко и емоционално занемаривање), али могу укључивати и различите проблеме у породици као што су растава или развод родитеља, злоупотреба психоактивних супстанци, психичко обољење члана породице, насиље у породици (нарочито злостављање мајке) и служење затворске казне од стране члана породице (2,10,11).

Када је особа често или у дужем временском периоду изложена различитим врстама негативних искустава може се јавити токсички одговор организма на стрес. Продужена активација система који одговарају на стрес може пореметити развој архитектуре мозга и развој других органских система, и повећати

ризик од настанка обољења повезаних са стресом, као и когнитивних оштећења у зрелим годинама. Када се јавља континуирано или настаје из више извора, токсички одговор организма на стрес може имати кумулативни ефекат на психичко и ментално здравље појединца током читавог живота. Изложеност већем броју негативних искустава у детињству доводи до веће вероватноће кашњења у развоју и упражњавања понашања ризичних по здравље, која касније у животу могу резултовати бројним здравственим проблемима, као што су кардиоваскуларне болести, дијабетес, злоупотреба психоактивних супстанци, депресија и др.

Пружање што раније подршке и адекватног емоционалног одговора од стране оних који се брину о детету може спречити настанак или ублажити последице токсичког одговора организма на стрес (2,16).

3. ПОСЛЕДИЦЕ НАСИЉА НАД ДЕЦОМ

Злостављање и занемаривање деце може довести до бројних озбиљних последица по физичко и ментално здравље, као и по социјално функционисање детета (Табела 3.1). Последице живота у насилном окружењу могу одмах бити видљиве у развоју и понашању детета, али злостављање и занемаривање код деце веома често оставља последице које се испољавају и у зрелом добу, угрожавајући здравље и социјално функционисање појединца (13,17,18).

Најтеже последице физичког злостављања су смрт и трајна инвалидност, али се често јављају и различита телесна оштећења (повреде, преломи, оштећења унутрашњих органа), полно преносиве болести, малолетничка трудноћа и многи други проблеми (19,20).

Проблеми менталног здравља су различити и могу варирати од когнитивних (интелектуални

Табела 3.1. Непосредне и дугорочне физичке, психолошке и социјалне последице насиља над децом

Физичке здравствене последице	Психолошке последице и поремећаји понашања
- Повреде абдомена или грудног коша - Повреде мозга - Модрице и подливи - Опекотине и опаротине - Оштећења централног нервног система - Инвалидност - Преломи - Посекотине и огреботине - Оштећења очних структура	- Злоупотреба психоактивних супстанци - Когнитивна оштећења - Деликвентна, насилничка или друга ризична понашања - Депресија или анксиозност - Кашњење у развоју - Поремећаји исхране и спавања - Осећај кривице и стида - Хиперактивност - Лоши патнерски односи - Лош успех у школи - Ниско самопоштовање - Пост трауматски стресни поремећај - Психосоматски поремећаји - Суицидално понашање и самоповређивање
Сексуалне и репродуктивне последице	Друге одложене и дугорочне последице
- Репродуктивни здравствени проблеми - Сексуална дисфункција - Полно преносиве болести, укључујући ХИВ / СИДУ - Нежељена трудноћа	- Карциноми - Хроничне плућне болести - Фибромиалгија - Синдром иритабилног колона - Исхемијска болест срца - Обољења јетре - Репродуктивни здравствени проблеми (неплодност и др.)

Извор: Pinheiro (4).

застој, развојна дисхармонија, проблеми са концентрацијом), преко психолошких (депресија, страх, анксиозност, самодеструктивност, суицидалне тенденције), до функционалних проблема у одраслом добу као одложених последица злостављања и занемаривања у детињству (гранични поремећај личности, депресија, разни облици зависности).

Проблеми у социјалном функционисању се рефлектују честом појавом криминогеног понашања и трансгенерацијским преношењем насилних образаца понашања (6).

Истраживања су показала да брижна и подстицајна средина у детињству, нарочито у току прве три године живота, игра важну улогу у правилном развоју мозга код деце (21). Код деце која су у раном узрасту претрпела неки облик насиља може доћи до неадекватног развоја мозга и пратећих последица (22–24).

Трауматска искуства проистекла из насиља доводе до когнитивног оштећења и негативних психолошких и здравствених исхода, али и други облици негативних искустава, као што су различити породични проблеми, односно дисфункције у домаћинству, такође могу имати снажан утицај на настанак ових исхода (25).

Насиље над децом има и значајан економски ефекат и доводи до великих директних и индиректних финансијских трошкова (Табела 3.2).

Табела 3.2. Финансијске последице насиља над децом

Трошкови	Последице
Директни трошкови	Медицински трошкови : • Трошкови посета здравственим установама • Трошкови лечења
Индиректни трошкови	• Губитак продуктивности • Инвалидитет • Лошији квалитет живота • Превремена смрт
Трошкови које сноси правосудни систем и друге институције	• Трошкови који се односе на хапшење и кривично гоњење починилаца • Трошкови организација социјалне заштите • Трошкови у вези са хранитељском негом • Трошкови образовног система који проистичу из ниских академских достигнућа, стопа напуштања средње школе, изостанака из школе и потреба за специјалним образовањем • Трошкови сектора за запошљавање који проистичу из одсуствовања са посла и ниске радне продуктивности • Улагање у програме превенције и интервенције

Извор: Pinheiro (4).

4. ЕКОЛОШКИ МОДЕЛ ФАКТОРА РИЗИКА И ЗАШТИТНИХ ФАКТОРА КОД НАСИЉА НАД ДЕЦОМ

Еколошки модел који објашњава међуљудско насиље се заснива на анализирању и разумевању сложених интеракција различитих фактора на четири нивоа: индивидуалном, релационом, у заједници, у друштву. Слика 4.1 приказује еколошки модел (који је предложио Бронфенбренер 1979. године), који наглашава узајамно деловање ових чинилаца. Разумевање фактора ризика и заштитних фактора је од суштинског значаја за предузимање одговарајућих интервенција и активности које ће бити ефикасне у решавању проблема насиља над децом (10,26,27).

Фактори ризика

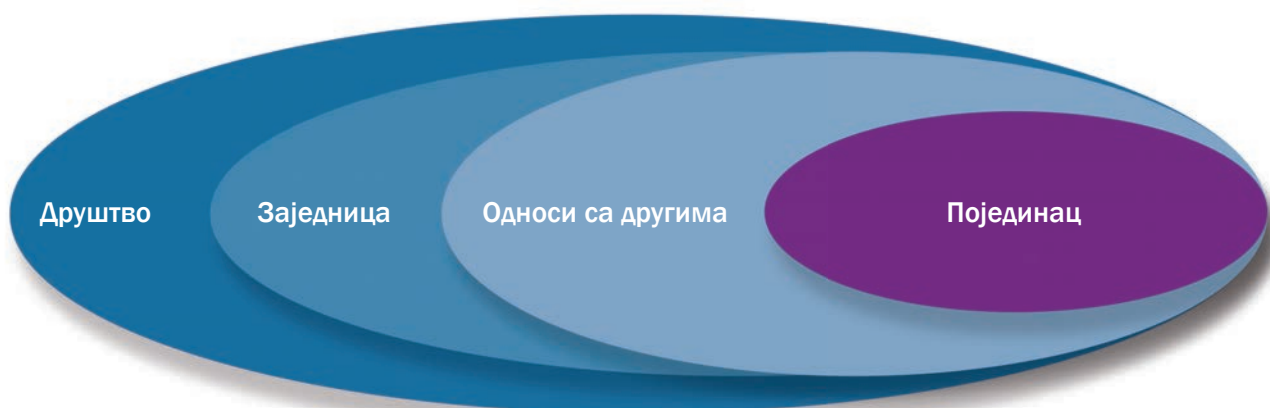
Први ниво модела (индивидуални) односи се на биолошке варијабле (узраст, пол, индивидуалне карактеристике, личну анамнезу) које могу утицати на подложност насиљу у детињству. Он укључује факторе ризика који родитеље и старатеље могу учинити насилним и факторе ризика код деце који их чине склонијим да буду жртве насиља.

Истраживања су показала да су деца млађег узраста рањивија и подложнија тежим последицама физичког злостављања и занемаривања - 75% физички злостављане деце је било узраста три и мање година, а 95% оних који су умрли од последица

занемаривања је било млађе од 4 године старости. Насиље је учесталије код превремено рођене деце, код прворођених, и код дечака (6). Они са хроничним обољењима (проблеми у развоју, Даунов синдром, церебрална парализа, аутизам, мишићна дистрофија, оштећења слуха и вида) су више изложени намерном повређивању. Неке психичке одлике, односно карактеристике у понашању, као што су хиперактивност или импулсивност, могу бити фактор ризика и за трпљење и за вршење насиља (4).

Лош социоекономски статус породице или низак образовни ниво или незапосленост родитеља су веома повезани са насиљем над децом. Мајке које су и саме биле жртве злостављања и занемаривања у детињству, и оне које су искусиле партнерско насиље, су чешће и саме починиоци насиља. Младе мајке (поготово млађе од 17 година), самохране мајке, депресивне или мајке нижег коефицијента интелигенције, чешће занемарују своју децу (6). Родитељи склони насиљу су обично веома импулсивни, са ниским самопоштовањем, са психичким проблемима, и/или манифестацијама антисоцијалног понашања (13). Вероватноћу повећава и присуство девијантног понашања у породици (злоупотреба алкохола, дрога, криминогено понашање).

Слика. 4.1. Еколошки модел који објашњава факторе ризика за насиље над децом



Извор: Pinheiro (4).

Други ниво (релациони) еколошког модела испитује блиске друштвене односе појединца са родитељима, другим члановима породице, рођацима и пријатељима, од којих сваки може утицати да појединац постане жртва или починилац насиља. На пример, у случају партнерског насиља и насиља над децом, готово свакодневна интеракција или дељење заједничког пребивалишта са насилником може повећати могућност насилних сусрета. Истраживања насиља међу младима су показала да су они склонији укључивању у негативне активности уколико таква понашања подстичу и подржавају њихови пријатељи (10). Најчешћи фактори ризика за насиље над децом на релационом нивоу су родитељски конфликт, употреба оштрих дисциплинских мера, нереална очекивања, лоше родитељске вештине, родитељски стрес и недостатак емотивне повезаности родитеља и детета (2).

Фактори заједнице се односе на окружење у коме се ови друштвени односи одвијају - крај у коме особа живи, образовне институције (вртић, школа), друштвене установе, радно окружење и сл. Они су веома значајни јер могу повећати ризик од насиља над децом. Најважнији фактори ризика специфични за овај ниво су сиромаштво, висока стопа незапослености, социјална изолација и неједнакост, висока стопа криминалитета, лак приступ психоактивним супстанцама (алкохолу, дрогама) и висок ниво токсичних материја у окружењу (2,10).

Друштвени фактори представљају услове који утичу на злостављање и занемаривање деце и то су политика државе, економски фактори (рецесија, неједнакост у приходима) и културолошке и традиционалне норме које подржавају насиље (као што је признавање физичког кажњавања деце као неизоставног дела васпитања, принудни бракови, сакаћење женских гениталија). Типичан пример друштвених фактора ризика у Србији јесте телесно кажњавање, традиционални метод који родитељи користе у васпитању деце.

Постојање наведених ризика не указује на нужно постојање насиља над децом, али у земљама и друштвима са ограниченим ресурсима (као што је Србија), деца и породице у којима постоји више фактора ризика морају имати приоритет у добијању услуга превентивне подршке.

Заштитни фактори

Заштитни фактори су они који децу штите или

ублажавају последице насиља над децом (2). То су (11–13):

- безбедно везивање новорођенчета и одојчета за одраслог члана породице,
- висока заступљеност очинске неге током раног детињства,
- избегавање дружења са преступницима или вршњацима који користе психоактивне супстанце,
- однос пун тоpline и подршке са ненасилним родитељем,
- изостајање стреса повезаног са насиљем,
- живот у заједници са јаком друштвеном повезаношћу,
- стабилна породица,
- позитивне технике васпитавања,
- мреже за социјану подршку.

Низ других фактора може повећати отпорност код деце која су већ искусила насиље и заштитити их од његових негативних ефеката. Фактори на индивидуалном нивоу укључују друштвене и емоционалне компетенције као што су самоконтрола, вештине решавања проблема и самопоуздање. На релационом нивоу, то су јаке везе са старатељима и другим одговорним одраслим особама током детињства, везе са члановима породице, колегама и интимним партнерима током адолесценције и у одраслом добу. Структурирана и подржавајућа образовна средина, јака друштвена повезаност, подршка заједнице и безбедно окружење такође побољшавају отпорност детета (2).

Истраживања су показала да социјална подршка, повећана духовност, емоционална интелигенција и подршка пријатеља могу, приликом преласка у одрасло доба, побољшати отпорност оних који су доживели насиље у детињству (28).

Други етиолошки модели насиља

У недавним испитивањима етиологије насиља коришћен је пробабилистички модел који израчунава математичку вероватноћу појаве насиља над децом у зависности од неколико фактора који укључују неометан приступ детету, број старатеља, старост детета, постојање разлога за насиље (развијеност мрежа социјалне подршке, потешкоће у развоју детета, ментално здравље родитеља, способност саосећања и вештине родитељства), као и склоност ка чињењу злочина (6).

5. МЕТОД РАДА

У истраживању је коришћен метод рада препоручен од стране Центра за контролу болести САД и Светске здравствене организације (11).

Циљеви и задаци

Циљеви овог истраживања су испитивање учесталости негативних искустава у детињству (различитих видова злостављања и занемаривања, као и проблема у породици) међу студентима у Србији, утврђивање њихове повезаности са демографским и социоекономским карактеристикама, као и њиховог утицаја на понашања ризична по здравље.

Специфични циљеви студије су:

- утврдити учесталост негативних искустава током првих 18 година живота;
- испитати учесталост излагања различитим врстама злостављања и занемаривања (физичко злостављање и занемаривање, психолошко (емоционално) злостављање и занемаривање, сексуално злостављање);
- испитати учесталост излагања различитим породичним проблемима (злоупотреба алкохола и дрога у породици, растава или развод родитеља, породично насиље и сл.);
- испитати учесталост различитих понашања ризичних по здравље (злоупотреба психоактивних супстанци (алкохол, дроге), суицидално понашање и сл.);
- испитати потенцијални утицај негативних искустава у детињству на упражњавање понашања ризичних по здравље;
- утврдити односе између различитих облика негативних искустава у детињству; и
- утврдити кумулативни утицај вишеструких негативних искустава у детињству на понашања ризична по здравље.

Сврха

У истраживању је коришћен ретроспективни приступ како би се формирала епидемиолошка слика различитих облика насиља у детињству и њихових утицаја на тренутни начин живота и упражњавање понашања ризичних по здравље од стране студентске популације у Србији. Оно пружа веома важне податке који могу бити од користи за даљу имплементацију интервенција заснованих на доказима у циљу решавања проблема насиља над децом у Републици Србији.

Резултати ове студије су значајни за:

- креаторе политике на националном и поднационалном нивоу,
- оне који планирају програме на националном и локалним нивоима,
- пружаоце услуга на локалном нивоу,
- здравствене раднике, и
- општу јавност.

Дизајн истраживања

Дескриптивна студија пресека је спроведена у периоду од октобра 2013. до маја 2014. године. Подаци су прикупљани на националном нивоу на репрезентативном узорку од 2381 студента прве године на свих шест државних универзитета у Републици Србији (Београд, Нови Сад, Ниш, Крагујевац, Нови Пазар и Приштина (Косовска Митровица)).

Инструменти истраживања

Коришћени су следећи упитници о негативним искуствима у детињству, развијени од стране Центра за превенцију болести:

- Упитници о породичном здрављу (*Family Health History questionnaires*) за мушкарце и жене ;
- Међународни упитник о негативним искуствима у детињству (*ACE International Questionnaire*); и
- упитници из СЗО Смерница за спровођење истраживања о повредама и насиљу у заједници (*WHO Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence*) (29).

Упитник за процену стања физичког здравља (*The Physical Health Appraisal Questionnaire*) није коришћен пошто се циљна популација састојала углавном од здравих младих одраслих особа.

Упитници су преведени на српски језик и у одређеним питањима прилагођени локалном контексту и испитиваној популацији (питања 10, 11 и 16), док су нека питања (о раси, пореклу, итд.) изостављена.

Додата су питања по узору на Национално истраживање здравља становника Републике Србије у 2013. години (питања 8, 12, 55–58h и 64b), као и

14 питања која се односе на ненамерне повреде (P1–P14).

Стручњаци Градског завода за јавно здравље Београд и Института за ментално здравље извршили су когнитивно тестирање упитника, док је даље тестирање обављено током пилот истраживања.

Пилот истраживање

Пилот истраживање је спроведено у Народној библиотеци Србије, Универзитетској библиотеци «Светозар Марковић» и читаоници Студентског града, како би се проверио садржај и утврдило да ли су питања лако разумљива и формулисана на прихватљив начин. У истраживању је учествовало 158 испитаника (78 мушког и 80 женског пола).

Након пилот истраживања урађена је поновна ревизија упитника и додата су још нека питања (питања 37 и 69а–71b). Креиране су две форме упитника – једна, са 72 питања, прилагођена студентима мушког пола, и друга за студенте женског пола, са 76 питања. Упитником је испитивано постојање различитих облика злостављања и занемаривања, проблема у домаћинству и ризичних понашања, а укључено је и 14 питања о ненамерном повређивању.

Све измене и ревизије упитника урађене су у консултацији и уз одобрење СЗО. Упитници су приказани у Додацима 1 и 2.

Процедура

Теренско истраживање је спроведено на шест државних универзитета, који обухватају територију целе Републике Србије, под координацијом тима стручњака из Градског завода за јавно здравље Београд. Спровело га је 12 испитивача из Градског завода за јавно здравље Београд и факултета укључених у студију, који су предходно едуковани о циљу и методу истраживања, као и о етичким принципима и ограничењима.

Пре почетка истраживања добијена је сагласност о спровођењу истраживања од стране Министарства здравља и Министарства просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије, и контактирани су сви одабрани универзитети.

Етички аспекти

Пре почетка истраживања добијена је правна

сагласност Министарства здравља и Министарства просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије. Етички одбор градског завода за јавно здравље Београд дао је етичко одобрење за спровођење студије. Од стране свих универзитета добијено је писано одобрење за спровођење истраживања, уз сагласност свих укључених факултета.

Теренски испитивачи су пажљиво едуковани о свим етичким аспектима студијског протокола за све фазе испитивања.

Сви испитаници су пре учешћа обавештени о детаљима студије и наглашено им је да могу изоставити одговор на било које питање због кога се осећају нелагодно или да у било ком тренутку могу одустати од учешћа. Испитаници су потписали формуларе за информисани пристанак, чиме су потврдили спремност да учествују.

Свим учесницима је загарантована и додатна анонимност и поверљивост података, тако што су попуњене упитнике сами стављали у необележене коверте.

Узорковање

У циљу повећања репрезентативности коришћен је двофазни стратификовани узорак. Први стратум су чинили универзитети (шест државних универзитета на територији целе Републике Србије), а други – факултети (28 изабраних) на тим универзитетима.

Неопходна минимална величина статистичког узорка је била 1 400 учесника, али у циљу боље репрезентативности израчунат је оптималан узорак од 1 687–2 530 учесника (30% факултета на сваком универзитету и 20–30% студената прве године на сваком одабраном факултету).

Факултети су на свим универзитетима одабрани методом случајног узорка, али се коначни узорак састојао од оних који су дали писмену сагласност (број је у складу са методологијом). Разноврсност студената је постигнута укључивањем факултета различитих вокација.

Број учесника је процењен на основу укупног броја универзитетских студената и броја студената уписаних на прву годину студија. Упитнике су попуњавали студенти који су на дан прикупљања података били присутни на предавањима.

Студенти прве године студија су циљани због узраста, јер са 18 година и више година старости за учешће није потребна родитељска сагласност и претпоставља се да су довољно зрели да искрено одговоре на постављена питања, а са друге стране довољно млади да се јасно сећају догађаја из детињства.

Финални узорак се састојао од 2 467 студената са 28 факултета у Републици Србији: девет факултета са Универзитета у Београду (N=964 студената), три са Универзитета у Новом Саду (N=475), четири са универзитета у Нишу (N=266), четири са Универзитета у Крагујевцу (N=392), пет са Универзитета у Новом Пазару (N=122) и три са Универзитета у Приштини (Косовска Митровица) (N=248).

Стопа одговора

Два факултета са београдског и један са новосадског универзитета су одбили да учествују у истраживању, и сходно томе су замењени. Од факултета који су дали писани пристанак, два факултета са приштинског универзитета су искључена из истраживања због велике удаљености и малог броја студената.

Од 2 467 учесника, 2 381 је попунио упитнике, док је 86 (71 мушког и 15 женског пола) одбило то да учини, што даје општу стопу одговора од 96.5%.

Студенти који су одбили даље учешће у истраживању су или одмах након објашњења вратили непопуњене упитнике, или су потписали сагласност за учешће, али нису попунили упитнике, што је накнадно утврђено. Најчешћи разлог одбијања попуњавања упитника је мишљење студента да је упитник превише дугачак. Најнижа стопа одговора била је на београдском универзитету (91.8%). Стопе одговора по универзитетима су приказане у Табели 5.1.

Анализа података

Унос података је рађен у програмима EXCEL и SPSS-17 (*Statistical Package for Social Sciences*, верзија 17.0), а обрада и анализа података у SPSS-17 уз помоћ следећих метода:

- дескриптивни статистички показатељи (средње вредности, стандардна девијација (SD), проценти, Студентов Т тест разлике за просечне вредности и пропорције);
- непараметарски коефицијент корелације (rho);
- Хи-квадрат и Фишеров тест тачне вероватноће (за поређење расподела);
- *Mann Whitney* тест (за поређење средњих вредности нумеричких варијабли које немају нормалну дистрибуцију);
- анализа условне логистичке регресије, ради прилагођавања узрасту, полу и социо-економским факторима (нивоу образовања и радном статусу родитеља)

Статистичка значајност је подешена на $p < 0.05$ у свим анализама. Распрострањеност (преваленца) негативних искустава у детињству и понашања ризичних по здравље је рачуната коришћењем релативних фреквенција, а повезаност између негативних искустава и ризичних понашања је процењена коришћењем односа вероватноће (OR) рачунатих из таблица контингенције (2x2). Интервал поверења је постављен на 95% за све анализе.

Табела 5.1. Стопе одговора студената по универзитетима

Универзитет	Изабрано	Попунило	Одбило	Стопа одговора (%)
Београд	964	885	79	91.8
Нови Сад	475	468	7	98.5
Ниш	392	392	0	100
Крагујевац	266	266	0	100
Нови Пазар	122	122	0	100
Приштина (Косовска Митровица)	248	248	0	100
Укупно	2 467	2 381	86	96.5

6. РЕЗУЛТАТИ

Социодемографске карактеристике испитаника

У истраживању је учествовао и упитнике попунио укупно 2 381 студент (864 мушког (36.3%) и 1 517 женског пола (63.7%)). Већи број женских учесника у истраживању је у складу са заступљеношћу полова на обиђеним факултетима. Просечна старост учесника је износила 20.24 године ($SD=0.85$), а варијала је у опсегу од 19 до 25 година. Између узраста полова није било статистички значајне разлике.

Пре започињања средње школе, 68.7% испитаника живело је у градској, а 30.7% у сеоској средини (0.6% испитаника се није изјаснило о месту порекла). Већина студената одраслих и у граду (1 017 наспрам 616 мушкараца) и на селу је била женског пола (487 наспрам 244 мушкараца), са статистички значајном разликом између полова ($p<0.05$) у оба случаја..

Податке о старости мајке на њиховом рођењу дало је 2 317 (97.3%) учесника. Просечна старост мајке износила је 26.32 године ($SD=4.96$), а варијала од 13 до 46 година. Просечна старост мајке у руралним крајевима је била мања (24.89) од оне у урбаним (26.97), и ова разлика је статистички значајна ($p<0.05$).

Такође су испитивани и образовање (Табела 6.1) и радни статус родитеља (Табела 6.2). Око 95% родитеља оба пола има најмање средње школско образовање и већина родитеља (више од две трећине мајки и три четвртине очева) је у радном односу.

Када је у питању социо-економски статус, 4.2% испитаника је оценило своје материјално стање као лоше, 47.9% просечним а 47.4% изнад просека за нашу земљу (0.5% испитаника није одговорило на ово питање).

Табела 6.1 Степен образовања родитеља испитаника

Родитељ		Пол испитаника				УКУПНО	
		Мушки		Женски			
		N	%	N	%	N	%
Мајка	Без школе	6	0.7	7	0.5	13	0.6
	Основно образовање	46	5.3	85	5.6	131	5.5
	Средње школско образовање	479	55.5	924	60.9	1 403	58.9
	Завршена виша школа/факултет	256	29.7	409	26.8	665	27.9
	Завршене постдипломске студије	76	8.8	87	5.8	163	6.8
	Непознато	1	0.1	5	0.4	6	0.3
Отац	Без школе	4	0.5	4	0.3	8	0.3
	Основно образовање	33	3.8	57	3.7	90	3.8
	Средње школско образовање	470	54.4	907	59.8	1 377	57.8
	Завршена виша школа/факултет	262	30.3	440	29.0	702	29.5
	Завршене постдипломске студије	91	10.5	94	6.2	185	7.8
	Непознато	4	0.5	15	1.0	19	0.8

Табела 6.2. Радни статус родитеља

Родитељ		Пол испитаника				Укупно	
		Мушки		Женски			
		N	%	N	%	N	%
Мајка	Запослена	582	67.4	1 039	68.5	1 621	68.1
	Незапослена	268	31.0	455	30.0	723	30.4
	Друго	14	1.6	23	1.5	37	1.5
Отац	Запослен	657	76.0	1 139	75.1	1 796	75.4
	Незапослен	179	20.8	314	20.7	493	20.7
	Друго	28	3.2	64	4.2	92	3.9

Изложеност негативним искуствима у детињству

Физичко злостављање

Деца доживљавају одрасле особе, а пре свега своје родитеље, као некога ко треба да им пружи заштиту током веома осетљивог периода одрастања, али, нажалост, чињенице показују да је физичко злостављање деце распрострањено широм света. Деца су изложена широком спектру насилних понашања, укључујући ударање, шутирање, трешење, тровање и гушење.

Од студената који су учествовали у истраживању 27.8% је навело да су били изложени физичком злостављању (одгурнути, зграбљени рукама или гађани нечим или ударени таквом јачином да су им остали трагови или да су били физички повређени) бар једном у детињству (34.6% мушкараца and 23.9% жена).

Вредности у Табели 6.3 се односе на испитанике који су на питања о изложености физичком злостављању одговорили са понекад, често или веома често, као и на дистрибуцију ове изложености по полу.

Мушки испитаници су чешће пријављивали ситуације у којима су били гурнути, зграбљени или гађани нечим, а женски нешто чешће ситуације када су биле јако ударане.

Уопштено посматрајући, мушки испитаници су чешће пријављивали ситуације у којима су били изложени физичком злостављању у односу на женске, и ова разлика у заступљености међу половима је статистички значајна.

Физичко (телесно) кажњавање

Телесно кажњавање је од стране Комитета за права детета Уједињених нација дефинисано као “свако кажњавање при коме се употребљава физичка сила и чија је сврха да се нанесе одређени степен бола или нелагоде, без обзира колико то било благо» (30).

Телесно кажњавање је веома опасно по децу, не само као важан доприносиоци фактор обољевању и умирању, већ и као подстицај за насилничко понашање и друге поремећаје понашања у каснијем животу (6). Упркос томе, родитељи у Србији често примењују телесно кажњавање као начин дисциплиновања детета.

Укупно 2340 испитаника (98.3%) је пружио информацију да је било “плуснуто» од стране родитеља у детињству. Готово две трећине испитаника искусило је неки вид телесног кажњавања бар једном у животу (29.8% више пута) (Табела 6.4). Скоро једна трећина (32.4%) оних који су били кажњавани на овај начин, ударени су средњим, до веома јаким интензитетом (средњим -25.3%, јаким -5.7%, веома јаким- 1.4%).

Приликом поделе у две групе (на оне који никада нису ударени или су ударени једном или двапут у животу, и оне које су чешће трпели телесно кажњавање) уочава се статистички значајна разлика у дистрибуцији између полова ($p < 0.05$): 59% дечака у односу на 70.2% девојчица није никада или је ударена једном или двапут, док је дечака који су чешће ударени било 41%, у односу на 29% девојчица. Статистички значајна разлика између полова ($p < 0.05$) постоји и код испитаника који су интензитет ударања оценили

као «није јак» или «нешто јачи» (58.2% мушких у односу на 67.6% женских) као и код оних који су га оценили као «средњи», «доста јак» или «изузетно јак» (41.8% и 32.4%).

Распон старосне доби испитаника у којој је телесно кажњавање последњи пут примењено као начин

дисциплиновања је био велики, између 2 и 18 година, са средњом вредношћу од 11.71 година (SD= 3.66). Код оба пола највећа учесталост последње примене телесног кажњавања је била током ране адолесценције (11-15 година) (Табела 6.5).

Табела 6.3. Изложеност физичком злостављању испитаника по полу (понекад, често, веома често)

Физичко злостављање	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Гурнути, зграбљени или гађани нечим ^a	116	13.4	132	8.7	248	10.4
Ударани јако са последичним траговима или повредама	32	3.7	61	4.0	93	3.9
Изложеност најмање једном облику физичког злостављања ^a	118	13.7	142	9.4	260	10.9

^a p<0.05.

Табела 6. 4. Учесталост телесног кажњавања током првих 18 година живота, дистрибуција по полу испитаника

Учесталост (током првих 18 година живота)	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Никада	242	28.5	594	39.8	836	35.7
Једном, два пута	259	30.5	548	36.8	807	34.5
Пар пута годишње	259	30.5	270	18.1	529	22.6
Много пута годишње	66	7.8	59	4.0	125	5.4
Једном недељно и чешће	23	2.7	20	1.3	43	1.8
Укупно	849	100.0	1 491	100.0	2 340	100.0

Табела 6.5. Узраст студената приликом последњег телесног кажњавања

Узраст приликом последњег кажњавања (године старости)	Мушки пол		Женски пол	
	N	%	N	%
1–5	26	4.5	47	3.9
6–10	196	34.2	303	25.8
11–15	256	44.7	584	49.7
16 и више	95	16.6	242	20.6
Укупно	573	100.0	1 176	100.0

Психолошко (емоционално) злостављање и занемаривање

Сви облици злостављања укључују наношење психолошке штете, која се може поделити у две категорије: психолошко (емоционално злостављање), које обухвата вређање, претње и подсмех, и психолошко занемаривање, које је пасивније а подразумева игнорисање, изолацију и одбацивање.

У упитнику је психолошко злостављање испитивано путем две ставке- једне која се односила на ситуације када се родитељ, старатељ, или нека друга одрасла особа са којом је испитаник живео, понашала на такав начин да се он плашио да ће бити физички повређен, и друга која се односила на ситуације када је испитаник био псован, вређан или понижаван од стране наведених особа. Подаци показују да је 36.7% студената било изложено психолошком злостављању најмање једном у току детињства (39% мушкараца и 35.3% жена), а 17.3% више пута. Психолошко злостављање је имало статистички значајно већу учесталост код испитаника мушког пола (Табела 6.6).

Такође, 20.8% испитаника је добијало претње да ће бити ударени (26.3% мушкараца и 17.5% жена), 17.5% је навело да су називани погрдним речима као што су «ружан» или «лењ» (20.3% и 15.9%), а 7.2% је пријавило да су им чланови породице говорили болне или увредљиве ствари (7% и 7.3%). Честе и веома честе увреде су значајно више биле усмерене

ка женским испитаницима ($p < 0.05$), док код претњи физичким насиљем није било статистички значајне разлике у заступљености међу половима.

Иако је висок проценат испитаника пријавио изложеност психолошком злостављању, само 5.3% (5% мушкараца и 5.4% жена) сматра да су били емотивно злостављани.

Психолошко окружење у коме су испитаници одрастали је даље испитивано на основу ставки које се фокусирају на перцепцију осећања чланова породице према њима: 89.7% испитаника је изјаву «осећао си да те неко из твоје породице мрзи» оценило као «није истина», 5.2% као «ретко је било истина», 3% «понекад је било истина», 0.9% «често је било истина» и 1.2% «веома често је било истина». Мржњу чланова породице су чешће осећали женски испитаници, али разлика међу половима није статистички значајна ($p > 0.05$).

На сличан начин су испитаници питани да ли су се осећали вољеним. За разлику од претходне ставке, мушки испитаници су чешће пријављивали да се никада или да су се само повремено осећали вољеним, и разлика између полова је статистички значајна ($p < 0.05$): 4.2% мушких и 4.7% женских испитаника је изјавило да су понекад, често или веома често мислили да су њихови родитељи желели да они никада нису ни рођени, што је статистички значајна разлика ($p < 0.05$).

Табела 6.6. Изложеност психолошком злостављању према врсти насиља и полу испитаника (понекад, често и веома често)

Психолошко злостављање	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Псовала те, вређала, понижавала ^a	157	18.2	209	13.8	366	15.4
Понашала се на такав начин да си се уплашио/ла да би те могла физички повредити	50	5.8	90	5.9	130	5.5
Изложеност најмање једном облику психолошког злостављања ^a	173	20.0	237	15.6	411	17.3

^a $p < 0.05$.

Табела 6.7. Изложеност психолошком занемаривању по типу занемаривања и полу испитаника (ретко, понекад, често и веома често)

Психолошко занемаривање	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Неко из породице те је мрзео	90	10.4	153	10.1	243	10.2
Родитељи су желели да ниси ни рођен/а ^a	68	7.9	165	10.9	233	9.8
Изложеност најмање једном облику психолошког занемаривања	127	14.7	247	16.3	374	15.7

^a $p < 0.05$.

Обједињени подаци показују да је сваки шести испитаник барем једном претрпео неку врсту психолошког занемаривања у свом животу (Табела 6.7), и да је 7.7% (7.3% мушкараца и 7.9% жена) више пута у свом детињству било изложено овом облику насиља. Излагање је чешће пријављивано од стране девојака, али разлика међу половима није статистички значајна ($p>0.05$).

Резултати студије показују и да је психолошко занемаривање било чешће код испитаника који су одрасли у сеоској него у градској средини (18.2% у односу на 14.6%), што је статистички значајна разлика ($p<0.05$), док код других врста насиља није било значајне разлике у распрострањености у зависности од окружења.

Физичко занемаривање

Физичко занемаривање је врста негативног искуства код кога особа која би требало да брине о детету (родитељ или старатељ) намерно или ненамерно не испуњава његове или њене основне потребе. Неколико ставки у студијском упитнику процењује постојање физичког занемаривања, укључујући необезбеђивање хране, одеће или медицинске помоћи када је неопходна, а у ситуацијама када су родитељи имали средства, знање и приступ овим услугама.

Од укупног број испитаника, 6.7% је пријавило постојање ситуација у којима нису имали довољно да једу током првих 18 година живота, док је 3.6%

пријавило да су морали да носе прљаву одећу (иако ретко) (Табела 6.8). Анализа по полу не показује статистички значајну разлику међу половима у доступности хране ($p>0.05$), али су мушкарци чешће пријављивали да су морали да носе прљаву одећу ($p<0.05$). У глобалу, испитаници мушког пола су у детињству били чешће изложени овим негативним искуствима, и разлика између полова је статистички значајна ($p<0.05$).

Немогућност да добију медицинску помоћ у тренуцима када им је била потребна, у најмање неколико ситуација, пријављена је од стране 19.7% испитаника, са већом учесталашћу код испитаника женског пола ($p<0.05$). Такође, 3.7% испитаника (4.3% мушког и 3.3% женског пола) је изјавило да су физичком занемаривању били изложени више пута у току детињства.

Сексуално злостављање

Сексуално злостављање је пријављено од стране 4.3% испитаника који тврде да су током живота били изложени најмање једној врсти сексуалног злостављања (Табела 6.9). Најчешћи вид злостављања је било додиривање и миловање тела испитаника на сексуалан начин, што је навело 3.8%, испитаника, али је 1.9% пријавило да је искусило све видове сексуалног злостављања наведене у упитнику. Све врсте сексуалног злостављања су биле учесталије код испитаника мушког пола ($p<0.05$). Статистичка анализа је показала да су женски испитаници додиривани или миловани у млађем узрасту

Табела 6.8. Изложеност физичком занемаривању по типу занемаривања и полу испитаника (ретко, понекад, често и веома често)

Физичко занемаривање	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Ниси имао/ла довољно да једеш	62	7.2	96	6.3	158	6.7
Морао /ла си да носиш прљаву одећу ^a	57	6.6	28	1.9	85	3.6
Изложеност најмање једном облику физичког занемаривања ^a	100	11.6	112	7.4	212	8.9

^a $p<0.05$.

Табела 6.9. Изложеност различитим врстама сексуалног злостављања по полу

Врста сексуалног злостављања	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Додиривање /миловање на сексуалан начин ^a	56	6.5	35	2.3	91	3.8
Приморавање да се додирује тело друге особе на сексуалан начин ^a	50	5.8	14	0.9	64	2.7
Покушај остваривања сексуалног односа ^a	45	5.2	21	1.4	66	2.8
Сексуални однос ^a	46	5.3	14	0.9	60	2.5
Изложеност најмање једном облику сексуалног злостављања ^a	65	7.5	38	2.5	103	4.3

^a $p<0.05$.

(просечна старост од 15.0 година, у односу на мушке, чија је просечна старост била 15.3 година, $p < 0.05$), док код других облика сексуалног злостављања није било статистички значајне разлике у годинама између полова, нити је средина у којој је испитаник одрастао (сеоска или градска) била од статистичког значаја.

Код свих наведених врста сексуалног злостављања већина испитаника је изјавила да оно није било насупрот њиховој жељи. Само је 22.2% оних који су били изложени овом негативном искуству навело да нису желели да буду миловани и додиривани, 8.2% да нису желели да додирују другу особу на сексуалан начин, нежељено је било и 21.3% покушаја и 10.5% сексуалних контаката остварених према испитаницима. Миловање / додиривање је представљало изоловани догађај само у 24.3% случајева, што значи да је код 75.7% представљало појаву која се понављала у животу.

Присиљавање да више пута додирују тело неке друге особе на сексуалан начин се догодило у 83.7% случајева, а низ покушаја сексуалног општења у 80.8% случајева. Присилан сексуални однос се у 21.2% случајева догодио више од једног пута.

Статистичка анализа показује да су жене чешће идентификоване као злостављачи ($p < 0.05$) код свих наведених облика сексуалног насиља. У највећем броју случајева (25.2%) насилник је био неко коме је особа веровала, али код великог процента (22.3%) то је била непозната особа (Табела 6.10). У најмањем броју случајева злостављач је била особа која је живела у истој кући са испитаником, рођак или неко други (2.9% у оба случаја).

Најчешћи методи навођења или принуде на учешће у сексуалним активностима коришћени од стране злостављача били су обмана, вербално убеђивање или вршење притиска и давање или навођење на употребу психоактивних супстанци (алкохола или дрога) (Табела 6.11).

Табела 6.10 Однос испитаника са злостављачем

Врста односа	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Рођак који је живео у истој кући	2	3.1	1	2.6	3	2.9
Особа која није рођак а живела је у истој кући	2	3.1	1	2.6	3	2.9
Рођак који није живео у истој кући	0	0.0	5	13.2	5	4.9
Породични пријатељ или познаник који није живео у истој кући	12	18.5	10	26.3	22	21.4
Непозната особа	17	26.2	6	15.8	23	22.3
Неко ко је био задужен да се брине о испитанику	1	1.5	3	7.9	4	3.9
Неко коме је испитаник веровао	14	21.5	12	31.6	26	25.2

Табела 6.11. Методи навођења на сексуалне активности које је користио злостављач, према полу испитаника

Методи навођења на сексуалне активности	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Обмана/вербално убеђивање	4	6.2	5	13.2	9	8.7
Употреба алкохола/дрога	8	12.3	1	2.6	9	8.7
Претње да ће бити повређени	2	3.1	0	0.0	2	1.9
Примена физичке силе или савладавање	1	1.5	1	2.6	2	1.9

Сексуално злостављање од стране вршњака

Код мушких испитаника који су доживели сексуално злостављање од стране вршњака, као начин принуде на сексуалне активности чешће је коришћена претња физичким насиљем и повредама (1.1% у односу 0.2% женских испитаника) (Табела 6.12): Разлика у заступљености између полова је статистички значајна ($p < 0.05$).

Преостале две ставке у упитнику, које се односе на додиривање полних органа и сексуални однос, нису у потпуности попуњене тако да статистичка анализа није могла бити спроведена (само су давани одговори са “да”, тако да подаци нису били довољни за извођење закључака).

Породични проблеми/проблеми у домаћинству

Под категоријом породичних проблема, односно проблема у домаћинству, анализирано је неколико важних варијабли: растава или развод родитеља испитаника, алкохолизам, употреба дрога у породици, историја менталних обољења, покушаји самоубиства у породици, криминогено понашање чланова породице и сведочење насиља над мајком.

Код 12% испитаника родитељи су били растављени или разведени пре њиховог осамнаестог рођендана, са статистички значајном разликом између полова (9.8% мушких и 13.3% женских испитаника). Такође, 9.1% испитаника је навело да су током првих осамнаест година живели са једном или више особа које су прекомерно конзумирале алкохол. У већини

случајева отац је имао проблем са алкохолом (код 63% испитаника), док је 2.3% навело да је то била мајка. Браћа и сестре су наведени у 3.8% случајева, 21.8% је навело да је то био неки други рођак, а 15.7% да је то била особа са којом нису у сродству. Иако је нешто више женских испитаника одрасло са родитељем који је прекомерно употребљавао алкохол, разлика у заступљености међу половима није статистички значајна ($p > 0.05$).

Криминогено понашање је испитивано помоћу два питања: једног које се односило на живот са особом која је провела у затвору неки временски период (пријављено од стране 3.6% испитаника), и другог које се односило на живот са неким ко је починио озбиљан злочин (0.9%). Обе ситуације су биле више заступљене код испитаника мушког пола (статистички значајна разлика, $p < 0.05$).

Историја менталних здравствених проблема у породици је такође испитивана помоћу два питања: једно се односило на постојање депресије или неког другог менталног обољења у породици (што је навело 6.6% испитаника), а друго на покушај самоубиства од стране члана породице (2.6%). Ни у једној ставци није нађена статистички значајна разлика у заступљености међу половима.

Најмање заступљен породични проблем односио се на живот са особом која је зависна од психоактивних супстаци (само 2.1% испитаника је на ово питање дало потврдан одговор), са статистички значајном разликом у заступљености између полова ($p < 0.05$). Као што је приказано у Табели 6.13, најприсутнији

Табела 6.12. Изложеност испитаника сексуалном злостављању од стране вршњака

Сексуално злостављање од стране вршњака	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Присиљени/прећено повређивањем ^a	9	1.1	3	0.2	12	0.5
Додиривање полних органа	7	–	0	–	7	–
Сексуални однос	3	–	0	–	3	–

^a $p < 0.05$.

проблем у породици било је злостављање мајке од стране партнера (породично насиље), у 18.7% случајева (код 19.8% мушких и 18.1% женских испитаника).

У упитнику постоје четири ставке које се односе на присуство детета породичном насиљу, односно насиљу над мајком, почињеном од стране оца или мајчиног партнера. Прва се односи на ситуације када је мајка одгурнута, грубо зграбљена рукама, ошамарена или гађана нечим (18.7% испитаника је било сведок овакве врсте насиља најмање једном или два пута током детињства, док је само њих 6 (0.3%) то доживљавало на недељном нивоу); 95.3% је тврдило да никада нису присуствовали ситуацијама када је мајка била нападнута, у смислу да је ударана ногом, грижена, ударана песницама или тешким предметима, а 97.1% никада није искусило ситуације у којима им је мајка непрекидно ударана најмање неколико минута. Табела 6.14 приказује изложеност мајки испитаника различитим врстама партнерског насиља, односно насиљу у породици.

Број (АЦЕ скор) и повезаност различитих негативних искустава у детињству

Негативна искуства у детињству представљају различите облике насиља и породичних дисфункционалности. Број негативних искустава по испитанику је варирао у опсегу 0–9 (у просеку 2.3, $SD=1.27$).

Испитаници су најчешће били изложени психолошком злостављању (36.7%), физичком злостављању (27.8%) и породичном насиљу, као сведоци злостављања мајке (18.7%), за којима следи физичко занемаривање (15.7%) и растава /развод родитеља (12%). Мушки испитаници су били чешће излагани физичком злостављању и занемаривању, као и психолошком и сексуалном злостављању, а женски испитаници психолошком занемаривању (Табела 6.15.)

АЦЕ скор, који је настао груписањем различитих категорија негативних искустава у детињству, осликава ниво изложености овим догађајима. Резултати студије показују да је незнатно више од половине испитаника (50.8%) искусило најмање један облик негативних искустава у детињству, да је готово сваки четврти испитаник искусио једну, а сваки девети две врсте негативних искустава. Сваки тринаести испитаник је искусио три, а сваки дванаести четири или више негативних искустава у детињству, без статистички значајне разлике између полова (Табела 6.16).

Табела 6.17 показује повезаност изложености различитим категоријама насиља и проблема у породици, наглашавајући колико је испитаника, који су искусили једну врсту негативног искуства, било изложено и другим облицима.

Табела 6.13. Изложеност проблемима у породици/домаћинству

Врста породичног проблема	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Злоупотреба дрога од стране члана породице ^a	31	3.6	19	1.3	50	2.1
Злоупотреба алкохола од стране члана породице	83	9.6	133	8.8	216	9.1
Члан породице на служењу затворске казне ^a	43	5.0	43	2.8	86	3.6
Насиље над мајком (најмање једном)	171	19.8	274	18.1	445	18.7
Растављени или разведени родитељи ^a	85	9.8	201	13.3	286	12.0
Покушај(и) самоубиства у породици	23	2.7	38	2.5	61	2.6
Депресија/ментално обољење у породици	51	5.9	107	7.1	158	6.6

^a $p < 0.05$.

Табела 6.14. Изложеност породичном насиљу по типу насиља и полу испитаника (понекад, често, веома често)

Врста физичког насиља над мајком	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Одгурнута, грубо зграбљена рукама, ошамарена, гађана нечим	53	6.1	102	6.7	155	6.5
Ударана ногом, грижена, ударана песницама или тешким предметима	18	2.1	32	2.1	50	2.1
Непрестано ударана најмање неколико минута	12	1.4	20	1.3	32	1.3
Застрашивана или повређена ножем, пиштољем или неким другим оружјем	11	1.3	5	0.3	16	0.7

Табела 6.15. Изложеност злостављању, занемаривању и породичним проблемима према полу испитаника

	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Врста насиља						
Физичко злостављање ^a (једном-двапут, понекад, често, веома често)	299	34.6	362	23.9	661	27.8
Физичко злостављање ^a (понекад, често, веома често)	118	13.7	142	9.4	260	10.9
Психолошко злостављање ^a (једном-двапут, понекад, често, веома често)	337	39.0	536	35.3	873	36.7
Психолошко злостављање ^a (понекад, често, веома често)	173	20.0	237	15.6	411	17.3
Сексуално злостављање ^a	65	7.5	38	2.5	103	4.3
Физичко занемаривање ^a (ретко, понекад, често, веома често)	100	11.6	112	7.4	212	8.9
Физичко занемаривање ^a (понекад, често, веома често)	37	4.3	50	3.3	87	3.7
Психолошко занемаривање (ретко, понекад, често, веома често)	127	14.7	247	16.3	374	15.7
Психолошко занемаривање (понекад, често, веома често)	63	7.3	120	7.9	183	7.7
Проблеми у породици						
Злоупотреба дрога од стране члана породице ^a	31	3.6	19	1.3	50	2.1
Злоупотреба алкохола од стране члана породице	83	9.6	133	8.8	216	9.1
Члан породице на служењу затворске казне ^a	43	5.0	43	2.8	86	3.6
Насиље над мајком (најмање једном)	171	19.8	274	18.1	445	18.7
Растављени или разведени родитељи ^a	85	9.8	201	13.3	286	12.0
Покушај(и) самоубиства у породици	23	2.7	38	2.5	61	2.6
Депресија/ментално обољење у породици	51	5.9	107	7.1	158	6.6

^a p<0.05

Табела 6.16. Број доживљених негативних искустава у детињству по полу испитаника

АЦЕ скор	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
0	390	45.1	782	51.6	1 172	49.2
1	205	23.7	340	22.4	545	22.9
2	116	13.4	161	10.6	277	11.6
3	77	8.9	108	7.1	185	7.8
4 и више	76	8.8	126	8.3	202	8.5

Табела 6.17. Повезаност различитих категорија негативних искустава у детињству

Друга АЦЕ категорија	Прва АЦЕ категорија											
	Сексуално злостављање	Члан породице у затвору	Ментално обољење	Физичко злостављање	Физичко занемаривање ^б	Психолошко злостављање	Психолошко занемаривање ^б	Самоубиство-члан породице	Насиље над мајком ^с	Растава/развод родитеља	Злоупотреба алкохола-члан породице	Употреба дрога -члан породице
	N ^а (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
N	103	86	158	260	212	411	374	61	445	286	216	50
Сексуално злостављање		8 (9.3%)	14 (8.9%)	21 (8.1%)	17 (8%)	32 (7.8%)	25 (6.7%)	5 (8.2%)	30 (6.7%)	17 (5.9%)	18 (8.3%)	9 (18%)
Члан породице у затвору	8 (7.8%)		12 (7.6%)	15 (5.8%)	19 (9%)	22 (5.4%)	27 (7.2%)	8 (13.1%)	30 (6.7%)	33 (11.5%)	15 (6.9%)	12 (24%)
Ментално обољење-члан породице	14 (13.6%)	12 (14%)		39 (15%)	41 (19.3%)	65 (15.8%)	52 (13.9%)	29 (47.5%)	59 (13.3%)	48 (16.8%)	40 (18.5%)	12 (24%)
Физичко злостављање	21 (20.4%)	15 (17.4%)	39 (24.7%)		61 (28.8%)	193 (47%)	105 (28.1%)	16 (26.2%)	121 (27.2%)	60 (21%)	59 (27.3%)	12 (24%)
Физичко занемаривање ^б	17 (16.5%)	19 (22.1%)	41 (25.9%)	61 (23.5%)		98 (23.8%)	88 (23.5%)	16 (26.2%)	90 (20.2%)	39 (13.6%)	49 (22.7%)	12 (24%)
Психолошко злостављање	32 (31.1%)	22 (25.6%)	65 (41.1%)	193 (74.2%)	98 (46.2%)		171 (45.7%)	26 (42.6%)	166 (37.3%)	77 (26.9%)	84 (38.9%)	15 (30%)
Психолошко занемаривање ^б	25 (24.3%)	27 (31.4%)	52 (32.9%)	105 (40.4%)	88 (41.5%)	171 (41.6%)		18 (29.5%)	149 (33.5%)	65 (22.7%)	68 (31.5%)	9 (18%)
Самоубиство-члан породице	5 (4.8%)	8 (9.3%)	29 (18.4%)	16 (6.2%)	16 (7.6%)	26 (6.3%)	18 (4.8%)		26 (5.8%)	17 (5.9%)	13 (6%)	7 (14%)
Насиље над мајком ^с	30 (29.1%)	30 (34.9%)	59 (37.3%)	121 (46.5%)	90 (42.5%)	166 (40.4%)	149 (39.8%)	26 (42.6%)		103 (36%)	98 (45.4%)	15 (30%)
Растава/развод родитеља	17 (16.5%)	33 (38.4%)	48 (30.4%)	60 (23.1%)	39 (18.4%)	77 (18.7%)	65 (17.4%)	17 (27.9%)	103 (23.2%)		49 (22.7%)	7 (14%)
Злоупотреба алкохола-члан породице	18 (17.5%)	15 (17.4%)	40 (25.3%)	59 (22.7%)	49 (23.1%)	84 (20.4%)	68 (18.2%)	13 (21.3%)	98 (22%)	49 (17.1%)		11 (22%)
Употреба дрога-члан породице	9 (8.7%)	12 (14%)	12 (7.6%)	12 (4.6%)	12 (5.7%)	15 (3.7%)	9 (2.4%)	7 (11.5%)	15 (3.4%)	7 (2.5%)	11 (5.1%)	

^а Број изложених другој АЦЕ категорији – на пример, од 103 испитаника који су били сексуално злостављани њих 8 (7.8%) је такође имало и члана породице који је био у затвору.

^б Од ретко до веома често

^с Најмање једном

Сведочење насиља у заједници у току детињства

Бити жртва насиља представља веома трауматично искуство, али и само присуство насиљу може оставити знатне последице. Деца могу бити изложена насиљу и у породици и у заједници у којој живе. Више од три четвртине испитаника је пријавило да је присуствовало неком облику насиља у заједници најмање једном у животу, а 52.3% више пута. Мушки испитаници су чешће били сведоци свих врста насиља у заједници (Табела 6.18).

У складу са дешавањима на нашим просторима у протеклим деценијама у упитник су укључена и питања која се односе на избеглички статус и насиље од стране полиције, војске или паравојних формација, и банди. Одговори су показали да је 12.8% испитаника у неком тренутку свог живота морало да се сели због рата, геноцида, тероризма или етничких конфликта, 4.9% је доживело рушење свог дома, а 3.9% је било жртва насиља од стране полиције, војске или паравојних формација, и банди, док је још 1.7% изјавило да је било сведок неке од наведених врста насиља.

Табела 6.18. Сведочење насиља у заједници по полу испитаника и врсти насиља (од једног до много пута)

Сведочење насиља у заједници	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Видели или чули да некога пребијају у стварном животу ^a	690	79.9	696	45.9	1 302	54.7
Видели или чули да је неко убоден или упуцан у стварном животу ^a	383	44.3	465	30.7	1 155	48.5
Видели или чули да је некоме пређено ножем или пиштољем у стварном животу ^a	448	51.9	450	29.7	898	37.7
Сведочење најмање једне врсте насиља у заједници	724	83.8	1 087	71.7	1 811	76.1

^a $p < 0.05$.

Туча и вршњачко насиље

Сваки пети учесник истраживања је навео да је био жртва вршњачког насиља, док је 43.5% било умешано у неки физички обрачун у току детињства, са знатно већом учесталашћу код испитаника мушког пола у оба случаја, која је статистички значајна. (Табела 6.19).

Такође, 24.5% испитаника је пријавило да су и они сами психички малтретирани (вређали, понижавали) друге особе, док је 16.3% изјавило су били физички насилни према другима. Између трпљења и вршења насиља над другима није било статистички значајне повезаности, али је слаба, али статистички значајна позитивна корелација ($\rho = 0.15$) нађена између учешћа у тучи и учесталости пријављеног доживљеног насиља у детињству, што сугерише да су они који су били злостављани чешће агресивније реаговали.

Табела 6.20 показује повезаност између броја доживљених различитих негативних искустава и вероватноће учешћа у тучи, изложености вршњачком насиљу или сведочења насиља у заједници. Вероватноћа настанка сва три наведена догађаја расте са већим бројем доживљених негативних искустава.

Већина испитаника који су пријавили да су били насилни према другима је у детињству била изложена вишеструким негативним искуствима. Само 8.2% тзв. „психолошких насилника“ није доживело ниједан вид негативних искустава у детињству, док је 15.1% искусило једну, 33.4% две, 21.8% три, а 21.4% четири или више врста негативних искустава.

Наведени подаци указују да изложеност негативним искуствима у детињству има дозно-зависан ефекат на испољавање насиље према другима. Они који су доживели пар негативних искустава могу бити психолошки насилни према другима, док они који су доживели озбиљнију трауму (више од четири

различита негативна искуства) вероватно неће бити насилни. Међу испитаницима који су били физички насилни према другима, 15% је било изложено једној врсти, 36.2% двома, 16.3% је искусило три, а 21.2% четири или више врста негативних доживљаја у детињству.

Понашања ризична по здравље

У истраживању су анализирана следећа понашања који представљају значајне здравствене ризике: пушење, употреба алкохола, употреба незаконитих дрога, различита сексуална понашања, покушај самоубиства и бег од куће.

Пушење

У време истраживања 17.9% испитаника су били активни пушачи, док је додатних 8.9% пушило у прошлости. Детаљна дистрибуција по полу приказана је у Табели 6.21.

Они који пуше, дневно попуше до 45 цигарета, односно 11.59 цигарета у просеку ($SD = 7.39$), од чега је просек за мушкарце 13.71 ($SD = 8.18$), а за жене 10.12 цигарета ($SD = 6.41$), што представља статистички значајну разлику међу половима ($p < 0.05$). Очеви су пушили у детињству код 61.6% испитаника, а мајке код 48.3%. Употреба дувана од стране родитеља представља незнатан фактор ризика за настанак пушења испитаника: шансе да ће испитаник пушити су 1.67 веће уколико је мајка пушач, а 1.1 уколико је то отац.

Употреба алкохола

Већина испитаника (готово три четвртине) је изјавила да су бар једном у животу пробали алкохол, а 59.9% га је козумирало током месеца који је претходио истраживању (од чега једна петина често). Само 4.2% испитаника је навело да су имали проблеме због употребе алкохола. Просечна старост када су испитаници први пут пробали неко алкохолно пиће

је износила 15.55 година ($SD=2.00$), са најмањом пријављеном старошћу од 5, а највећом од 20 година.

Мушки испитаници су први пут пробали алкохол у просечном узрасту од 14.80 година ($SD=2.22$), а

жене са 16.09 година ($SD=1.64$), што представља статистички значајну разлику у старости међу половима ($p<0.05$).

Одговори испитаника на питања о учесталости прекомерног конзумирања алкохола (пет или више

Табела 6.19. Учешће у тучи и изложеност вршњачком насињу

Туча и вршњачко насиље	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Изложеност вршњачком насиљу ^a	185	21.4	254	16.7	439	18.4
Учешће у тучи ^a	619	71.6	416	27.4	1 035	43.5

^a $p<0.05$.

Табела 6.20. Однос вероватноће за тучу, вршњачко насиље и сведочење насиља у заједници и негативних искустава у детињству

Понашање	Број негативних искустава					
		0	1	2	3	≥4
Жртва вршњачког насиља	N	1 172	545	277	185	202
	n	1 127	516	273	178	195
	%	10.3	16.5	28.6	35.4	49.7
	OR ^a (95% CI ^b)		1.72 ^c (1.13–2.21)	3.48 ^d (2.49–4.98)	4.77 ^d (2.02–7.46)	8.62 ^d (3.41–12.06)
Умешан у тучу	n	1 141	523	276	176	199
	%	35.7	46.3	56.5	58.0	64.3
	OR (95% CI)		1.55 ^c (1.18–1.89)	2.34 ^d (1.60–2.94)	2.48 ^d (1.44–3.02)	3.25 ^d (2.07–4.26)
	n	1 155	530	276	177	201
Сведок насиља у заједници	%	72.0	80.8	85.1	85.3	83.6
	OR (95% CI)		1.63 ^c (1.20–1.96)	2.22 ^d (1.66–2.86)	2.25 ^d (1.60–2.95)	1.97 ^c (1.40–2.28)

^a OR=однос вероватноће/шанси

^b CI = интервал поверења

^c $p<0.05$.

^d $p<0.01$.

Табела 6.21. Пушење

Пушење	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Тренутно пуши	174	20.1	252	16.6	426	17.9
Попушио/ла више од 100 цигарета у животу	247	28.6	323	21.3	570	23.9
Рано пушење (≤ 15 година)	57	6.6	37	2.4	94	4.0
Просечна старост када су почели да пуше (године старости)	17		17		17	
Отац пушач	533	61.7	935	61.6	1 468	61.6
Мајка пушач	416	48.1	735	48.5	1 151	48.3

пића у три или више различитих прилика током месеца који је претходио истраживању) показали су да знатно већи проценат мушких испитаника прекомерно конзумира алкохол (18.3% према 5.3% женских) (Табела 6.22).

Употреба незаконитих дрога

Током живота незаконите дроге је конзумирало 12.1% испитаника. Међу њима, 70.4% је дроге користило 1–10 пута, а 7.7% тврди да их је користило 100 и више пута; 2.1% сматра да су овисни о дрогама а 1.1% наводи да су били на неком програму

одвикавања. Такође, 2.1% испитаника је изјавило да су живели са неким ко је користио незаконите дроге, што је, статистички значајно повезано са употребом дрога од стране испитаника ($\rho=0.09$, $p<0.05$) (Табела 6.23).

Сексуална понашања

Готово половина испитаника је изјавила да су имали сексуалне односе, са статистички значајно већом заступљеношћу код мушког пола (Табела 6.24). Просечна старост код ступања у сексуалне односе била је 17.25 година ($SD=1.39$). Мушкарци су имали

Табела 6.22. Употреба алкохола

Употреба алкохола	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Конзумирали алкохол	735	85.1	1 018	67.1	1 753	73.6
Конзумирали алкохол током претходног месеца	609	70.5	817	53.9	1 426	59.9
Прекомерна употреба алкохола ^a	158	18.3	81	5.3	239	10.0
Вожња под дејством алкохола	40	4.6	13	0.9	53	2.2
Живот са алкохоличарем	83	9.6	133	8.8	216	9.1
Просечна старост приликом прве конзумације алкохола ^a (године старости)	15		16		15.5	
Проблеми због конзумирања алкохола	67	7.8	32	2.1	99	4.2
Сматрају да су алкохоличари	44	5.1	34	2.2	78	3.3

^a $p<0.05$.

Табела 6.23. Употреба незаконитих дрога

Употреба дрога	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Употреба незаконитих дрога: ^a	165	19.3	122	8.0	287	12.1
Просечна старост при првој употреби	17		18		18	
користио 1–2 пута	45	5.2	63	4.2	108	4.5
користио 3–10 пута	58	6.7	36	2.4	94	4.0
користио више од 10 пута	59	6.8	19	1.3	78	3.3
користио интравенске наркотице	2	0.2	0	0.0	2	0.1
Проблеми због конзумирања дрога	11	1.3	5	0.3	16	0.7
Сматра да је зависник	5	0.6	1	0.1	6	0.3
Живео са корисником дрога ^a	31	3.6	19	1.3	50	2.1

^a $p<0.05$.

Табела 6.24. Сексуална понашања

Врста сексуалног понашања	Мушкарци		Жене		Укупно	
	N	%	N	%	N	%
Имали сексуални однос ^a	492	56.9	676	44.6	1 167	49.0
Рани сексуални однос (≤16 година)	199	23.0	100	6.6	299	12.6
Просечна старост при ступању у сексуалне односе ^a	16.7		17.7		17.2	
≥3 сексуалних партнера у животу ^a	240	27.8	97	6.4	337	14.2
Просечан број сексуалних партнера ^a	4.1		1.7			
≥3 сексуалних партнера током претходне године ^a	105	12.1	20	1.3	125	5.2
Просечан број сексуалних партнера током претходне године ^a	2.0		1.1			
Трудноћа	-	-	15	1.0	-	-
Просечна старост код прве трудноће	-		19		-	
Нежељена трудноћа	-	-	11	0.7	-	-
Неко је затруднео са њим	12	1.4	-	-	-	-

^a p<0.05

први сексуални однос у млађем узрасту (16.68 година, SD=1.46), него жене (17.66 година, SD=1.18), и ова разлика међу половима је статистички значајна (p<0.05).

Укупно 14.2% испитаника је имало три или више сексуалних партнера у току живота (статистички значајно већа заступљеност код мушкараца, p<0.05), а 5.2% у току године која је претходила истраживању. Мушки испитаници су имали значајно више сексуалних партнера (4.06, SD=4.09) у односу на женске (1.66, SD=1.34) током живота, као и у току године која је претходила истраживању (у просеку 2 партнера, код мушкараца (SD=2.28) и 1.10 партнера код жена (SD=0.69)).

Од женских испитаника, 1% је већ био у дугом стању, од чега 20% више од једног пута (6.7% два, 6.7% три и 6.7% четири пута). Већина трудноћа (73.3%) су биле нежељене и више од половине је прекинуто намерним побачајем.

Покушаји самоубиства

Од укупног броја испитаника, 1.9% је навело да је покушало да изврши самоубиства, од чега је сваки четврти покушај (чешће код испитаника женског пола) захтевао озбиљну медицинску интервенцију. Мушкарци су два пута у просеку покушавали да изврше самоубиство (SD=1.61), а жене 1.8 пута

(SD=1.33). У време првог покушаја самоубиства мушки испитаници су били у млађем узрасту (14.77 година, SD=4.71), док је просечна старост женских испитаника износила 16.15 година (SD=2.82). Ни код једне од наведених ставки нема статистички значајне разлике између полова.

Бежање од куће

Бежање од куће (на период дужи од једног дана) пријавило је 2.5% испитаника, са подједнаком дистрибуцијом по полу.

Повезаност негативних искустава у детињству (злостављања, занемаривања и проблема у породици) и понашања ризичних по здравље

Два најучесталија ризична понашања забележена у истраживању су употреба алкохола (73.6% у току живота, 59.9% у току претходног месеца и 10% прекомерно) и пушење (17.9%), за којима следе већи број сексуалних партнера (14.2%), рано ступање у сексуалне односе (12.6%) и употреба незаконитих дрога (12.1%).

Уколико је учесник био изложен бар једној категорији негативних искустава, расте и вероватноћа да ће практиковати неко од понашања ризичних по здравље.

Испитаници који су у детињству трпели физичко насиље имали су 1.5 пута већу вероватноћу да постану активни пушачи (OR=1.49), два пута већу вероватноћу да возе под дејством алкохола (OR=2.24) или да користе недозвољене психоактивне супстанце (OR=1.89), више од 1.6 пута већу могућност да прерано ступе у сексуалне односе (OR=1.62), или чак 4.2 пута већу могућност да изврше самоубиство (OR=4.21) (све наведене ставке су статистички високо значајне).

Код студената који су искусили психолошко злостављање већа је вероватноћа да постану активни пушачи (OR=1.39), и то пре свега у раном узрасту, са 15 и мање година (OR=1.89), два пута већа вероватноћа да користе недозвољене психоактивне супстанце (OR=2.03) или да беже од куће (OR=1.83), и три пута већа вероватноћа да покушају самоубиство (OR=3.00) (све наведене ставке су имају високу статистичку значајност).

Сексуално злостављање повећава ризик од развоја скоро свих облика понашања ризичних по здравље (изузев пушења у раном узрасту и вожње под утицајем алкохола): вероватноћа активног пушења (OR=1.95), злоупотребе алкохола (OR=1.95) и употребе незаконитих дрога (OR=1.87), је готово два пута већа, преко три пута је већа вероватноћа бежања од куће (OR=3.39), а четири пута већа вероватноћа постојања већег броја сексуалних партнера (OR=4.41), док је вероватноћа покушаја самоубиства и раног ступања у сексуалне односе чак пет пута већа (OR=5.18), свака са високом статистичком значајношћу.

Они који су били физички занемаривани, имали су нешто већу могућност да рано ступе у сексуалне односе (OR=1.48), готово два пута већу могућност раног започињања пушења (OR=1.85) и употребе незаконитих дрога (OR=1.94), више од два пута већу могућност за бежање од куће (OR=2.39) и четири пута већу могућност за покушај самоубиства (OR=4.02) (све је статистички значајно, а последње три ставке високо).

Психолошко занемаривање благо повећава шансе од активне употребе дувана (OR=1.30) и готово удвостучава шансе за употребу незаконитих дрога (OR=1.73), али повећава могућност вожње под утицајем алкохола (OR=2.26) и бежања од куће (OR=2.38) више од два пута, а вероватноћу за покушај самоубиства повећава више од 3.5 пута (OR=3.66). Све ставке су високо статистички значајне, изузев пушења, које такође има статистичку значајност, али не високу.

Испитаници са чланом породице који је употребљавао незаконите дроге су били у три пута већем ризику да их и сами користе (OR=3.39). Употреба дрога од стране члана породице повећава вероватноћу пушења (OR=1.98), а нарочито у раном узрасту (OR=2.80), више од пет пута повећава шансе за бежање од куће (OR=5.43), а више од седам пута могућност покушаја самоубиства (OR=7.14), све са високом статистичком значајношћу.

Злоупотреба алкохола од стране члана породице повећава шансе испитаника да и сам прекомерно конзумира алкохол (OR=1.55) или конзумира недозвољене психоактивне супстанце (OR=1.50), али већи утицај има на рано започињање пушења (OR=1.81), бежање од куће (OR=2.26) и покушај самоубиства (OR=3.66) (највећи утицај), све са високом статистичком значајношћу.

Ментално обољење у породици има највећи утицај на могућност покушаја самоубиства (OR=5.53) или бежања од куће (OR=4.18), али такође повећава и шансе за појаву других разичних понашања као што су пушење (OR=1.55), прекомерна употреба алкохола (OR=1.61), вожња под утицајем алкохола (OR=2.30) или употреба недозвољених дрога (OR=2.20), све са статистичком значајношћу.

Насиље над мајком повећава вероватноћу за употребу дрога (OR=1.52), бежање од куће (OR=1.68), а пре свега за покушавање самоубиства (OR=2.36), све са статистичком значајношћу.

Служење затворске казне од стране члана породице значајно повећава могућност настанка свих понашања ризичних по здравље, а нарочито вероватноћу вожње под утицајем алкохола (OR=4.57).

Испитаници који су искусили раставу или развод родитеља имају 1.5 пута већу шансу да постану пушачи (OR=1.62), да прекомерно употребљавају алкохол (OR=1.51) или користе недозвољене психоактивне супстанце (OR=1.43), готово два пута већу шансу да покушају самоубиство (OR=1.92), а више од 2.5 пута шансу да побегну од куће (OR=2.68). Они чији је члан породице покушао самоубиство су у 24 пута већем ризику да и сами учине исто (OR=24.26). Покушај самоубиства од стране члана породице такође повећава ризик од бежања од куће (OR=6.89), од употребе штетних психоактивних супстанци (алкохола (OR=2.02) и недозвољених дрога (OR=1.99)), као и могућност раног ступања у сексуалне односе (OR=1.94) и пушења (OR=1.61), све са статистичком значајношћу.

Табела 6.25. Преваленција и прилагођене релативне вероватноће појаве понашања ризичних по здравље по типу негативног искуства

Категорија негативног искуства	Пушач		Рано пушење (≤15 год.)		Прекомерна употреба алкохола		Вожња под утицајем алкохола		Употреба незаконитих дрога		Рана сексуална активност (≤16 год.)		Више сексуалних партнера (≥3)		Бежање од куће		Покушај самоубиства	
Преваленција	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	426	17.9	94	4.0	239	10.0	53	2.2	287	12.1	299	12.6	338	14.2	58	2.5	44	1.9
Прилагођене релативне вероватноће	OR ^a	CI ^b	OR	CI	OR	CI	OR	CI	OR	CI	OR	CI	OR	CI	OR	CI	OR	CI
Физичко злостављање	1.49 ^c	1.11 1.93	0.72	0.44 1.19	0.92	0.63 1.36	2.24 ^d	1.02 4.48	1.89 ^d	1.44 2.48	1.62 ^c	1.16 2.26	0.77	0.57 1.04	1.26	0.66 2.43	4.21 ^d	2.94 6.04
Психолошко злостављање	1.39 ^c	1.14 1.71	1.89 ^d	1.19 3.01	0.82	0.62 1.09	0.93	0.45 1.93	2.03 ^d	1.66 2.47	0.86	0.67 1.10	0.84	0.66 1.05	1.83 ^c	1.23 2.71	3.00 ^d	2.20 4.09
Сексуално злостављање	1.95 ^d	1.29 2.92	0.56	0.27 1.18	1.95 ^d	1.13 3.38	0.64	0.24 1.68	1.87 ^d	1.17 2.97	5.18 ^d	3.42 7.84	4.41 ^d	2.92 6.67	3.39 ^d	1.73 6.64	5.18 ^d	2.79 9.59
Физичко занемаривање	1.16	0.85 1.60	1.85 ^c	1.03 3.32	0.83	0.55 1.24	0.69	0.34 1.41	1.94 ^d	1.43 2.63	1.48 ^c	1.01 2.17	0.78	0.56 1.09	2.39 ^d	1.42 4.02	4.02 ^d	2.60 6.17
Психолошко занемаривање	1.30 ^c	1.04 1.62	0.77	0.51 1.16	0.83	0.61 1.14	2.38 ^d	1.28 4.41	1.73 ^d	1.38 2.17	1.25	0.91 1.71	0.92	0.71 1.190	2.26 ^d	1.56 3.26	3.66 ^d	2.73 4.85
Употреба дрога -члан породице	1.98 ^d	1.08 3.59	2.80 ^c	1.09 7.22	0.70	0.32 1.52	0.42	0.13 1.34	3.39 ^d	1.90 6.06	0.75	0.36 1.59	2.41 ^d	1.29 4.52	5.43 ^d	2.41 12.23	7.14 ^d	3.21 15.87
Злоупотреба алкохола-члан породице	1.25	0.91 1.70	1.81 ^c	1.01 3.25	1.55 ^c	1.00 2.40	0.59	0.31 1.15	1.50 ^c	1.07 2.09	0.86	0.60 1.23	0.89	0.63 1.25	2.77 ^d	1.72 4.46	3.66 ^d	2.33 5.76
Ментално обољење у породици	1.58 ^c	1.13 2.22	0.61	0.33 1.12	1.61 ^c	0.99 2.61	2.13 ^c	0.93 4.85	2.20 ^d	1.56 3.12	0.80	0.53 1.22	0.88	0.58 1.33	4.18 ^d	2.63 6.64	5.53 ^d	3.56 8.59
Насиље над мајком	1.16	0.94 1.42	0.92	0.61 1.39	0.84	0.64 1.12	1.06	0.58 1.95	1.52 ^d	1.23 1.88	0.92	0.72 1.18	1.04	0.78 1.40	1.68 ^c	1.13 2.49	2.36 ^d	1.67 3.35
Члан породице у затвору	2.11 ^d	1.33 3.30	3.91 ^d	2.00 7.64	2.15 ^d	1.15 4.00	4.57 ^d	1.95 10.70	2.04 ^d	1.25 3.35	2.50 ^d	1.52 4.13	2.60 ^d	1.61 4.20	4.14 ^d	2.10 8.16	3.98 ^d	1.83 8.63
Развод/растава родитеља	1.62 ^c	1.24 2.18	0.65	0.42 1.02	1.51 ^c	1.02 2.25	1.16	0.51 2.61	1.43 ^c	1.07 1.90	1.23	0.87 1.75	1.15	0.82 1.62	2.68 ^d	1.80 4.00	1.92 ^c	1.10 3.36
Самоубиство-члан породице	1.61 ^c	0.92 2.86	1.21	0.30 4.89	2.02 ^c	0.92 4.44	0.87	0.12 6.48	1.99 ^d	1.01 3.68	1.94 ^d	1.03 3.60	1.50	0.79 2.85	6.89 ^d	3.57 13.30	24.26 ^d	15.39 38.22

^a OR = однос вероватноће прилагођен за социоекономске факторе (радни статус и степен образовања родитеља), ^b CI = 95% интервал поверења, ^c p<0.05, ^d p<0.01

Напомена: због малог броја раних трудница који је недовољан за поуздану статистичку анализу, ови подаци нису приказани у табели.

Наведени подаци указују да све врст негативних искустава доживљених у детињству значајно повећавају ризик од коришћења недозвољених психоактивних супстанци и покушаја самоубиства.

У Табели 6.25 је приказан однос различитих категорија негативних искустава у детињству и каснијег испољавања различитих облика понашања ризичних по здравље, и прилагођене релативне вероватноће за настанак ризичног понашања по типу негативног искуства.

Такође, следећи резултати показују и да вероватноћа упражњавања понашања ризичних по здравље расте уколико је особа изложена већем броју негативних искустава.

Код оних који су претрпели два или више негативних искустава у детињству удвостручује се могућност да постану пушачи. Када је у питању узраст у коме се почиње са употребом дувана, испитаници са 1-3 негативна искуства имају око два пута већу шансу да почну да пуше у узрасту од 15 година и млађем, а они са 4 и више негативних искустава имају три пута већу шансу за исто, и у оба случаја постоји статистичка значајност.

Испитаници са три негативна искуства у детињству имају два пута већу шансу да прекомерно конзумирају алкохол, док они са четири и више негативних искустава имају готово три пута већу шансу да возе под дејством алкохола (у оба случаја постоји статистичка значајност).

Вероватноћа употребе недозвољених дрога расте са већим бројем негативних искустава. Испитаници са једним негативним искуством имају незнатно већу шансу (1.2 пута) да користе недозвољене дроге, али се та шанса удвостручује код оних са два ($OR=2.11$) или три ($OR=2.39$) доживљена негативна искуства, а они са четири или више негативних искустава

имају чак три пута већу могућност ($OR=3.35$) за упражњавање овог ризичног понашања (све је статистички високо значајно).

Ризик од прераног ступања у сексуалне односе (са 16 године и раније) и постојања већег броја сексуалних партнера (три или више) је три пута већи код испитаника са четири и више доживљених негативних искустава, али се не повећава много код оних са 1-3 негативна искуства. Насупрот томе, ризик од ране трудноће (пре осамнаестог рођендана) је био два пута већи код оних са једним, четири пута већи код оних са два, 6 пута већи код оних са три, а готово 12 пута већи код оних са четири и више доживљених негативних искустава (све статистички високо значајно).

Вероватноћа покушаја самоубиства се драматично повећава са већим бројем доживљених негативних искустава - више од шест пута код једног, готово 11 пута код два, 23 пута код три и 78 пута код четири или више доживљених негативних искустава (све статистички високо значајно).

Ризик од бежања од куће такође расте са већим бројем негативних искустава у детињству.

Испитаници са два доживљена негативна искуства били су у три пута већем ризику да побегну од куће, код оних са три ризик је био четири пута већи, док је код оних са четири или више искустава ризик био преко осам пута већи (све је статистички високо значајно).

У Табели 6.26 приказане су преваленција и релативне вероватноће упражњавања понашања ризичних по здравље према броју доживљених негативних искустава, прилагођене полу и узрасту испитаника, као и радном статусу и образовању њихових родитеља.

Табела 6.26. Преваленција и релативне вероватноће настанка понашања ризичних по здравље према броју доживљених негативних искустава у детињству

Врста ризичног понашања	Број доживљених негативних искустава (n)					
	N ^a	0 (1173)	1 (545)	2 (277)	3 (185)	≥4 (202)
Пушач	n ^b Преваленција (%) OR ^c (95% CI) ^d	1144 14.9 –	531 18.1 1.22 (1.12–1.44)	270 23.7 1.76 (1.26–2.11) ^e	175 24.6 1.85 (1.22–2.37) ^e	202 26.2 2.04(1.22–2.96) ^f
Рани почетак пушења (≤15 година)	n Преваленција (%) OR (95% CI)	1172 2.6 –	545 4.8 1.96 (1.25–2.66) ^f	277 5.1 2.03 (1.69–2.49) ^f	185 4.3 1.72 (1.28–2.15) ^e	202 7.9 3.27 (2.57–3.98) ^f
Прекомерна употреба алкохола	n Преваленција (%) OR (95% CI)	677 15.7 –	327 15.3 0.97 (0.77–1.08)	169 16.0 1.02 (0.86–1.24)	110 27.3 1.98 (1.62–2.87) ^e	113 23.0 1.61 (1.38–1.92) ^e
Вожња по дејством алкохола	n Преваленција (%) OR (95% CI)	673 2.8 –	323 4.3 1.56 (1.19–1.88) ^e	169 4.7 1.71 (1.24–1.94) ^e	109 2.8 0.99 (0.66–1.19)	113 8.0 2.98 (2.02–3.65) ^f
Употреба недозвољених дрога	n Преваленција (%) OR (95% CI)	1153 8.7 –	539 10.2 1.20 (0.88–1.74)	276 16.7 2.11 (1.85–2.49) ^f	184 18.5 2.39 (1.73–2.95) ^f	202 25.7 3.35 (2.58–4.22) ^f
Рано ступање у сексуалне односе (≤16 година)	n Преваленција (%) OR (95% CI)	1172 11.1 –	545 12.1 1.10 (0.86–1.57)	277 13.7 1.27 (1.12–1.68) ^e	185 13.0 1.20 (0.98–1.84)	202 20.3 2.04 (1.70–2.26) ^f
Већи број сексуалних партнера (≥3)	n Преваленција (%) OR (95% CI)	1172 11.9 –	545 15.4 1.36 (0.98–1.94)	277 17.3 1.55 (1.07–1.99) ^e	185 15.1 1.32 (1.09–1.84) ^e	202 18.8 1.71 (1.20–2.37) ^e
Рана трудноћа (≤18 година)	n Преваленција (%) OR (95% CI)	1172 0.1 –	545 0.2 2.15 (1.24–3.47) ^f	277 0.4 4.24 (2.12–7.44) ^f	185 0.5 6.36 (2.18–11.92) ^f	202 1.0 11.72 (3.26–22.41) ^f
Покушај самоубиства	n Преваленција (%) OR (95% CI)	1156 0.2 –	536 1.1 6.64 (2.15–12.04) ^f	273 1.8 10.76 (3.27–18.93) ^f	181 3.9 23.21 (8.20–33.15) ^f	201 11.9 78.24 (11.16–112.28) ^f
Бежање од куће	n Преваленција (%) OR (95% CI)	1163 1.2 –	541 1.3 1.12(0.88–1.68)	276 3.6 3.14 (2.10–4.80) ^f	185 4.9 4.20 (2.80–6.11) ^f	202 8.9 8.24 (4.92–12.95) ^f

^a N = укупан број испитаника са негативним искуствима у детињству

^b n = број испитаника са негативним искуствима за сваку категорију ризичног понашања

^c OR = однос вероватноћа прилагођен за социоекономске факторе (радни статус и образовање родитеља)

^d CI = интервал поверења

^e p<0.05.

^f p<0.01.

7. ДИСКУСИЈА

Врсте насиља

Циљ истраживања је био да се испита и открије распрострањеност различитих облика негативних искустава у детињству, као и њихова повезаност и утицај на упражњавање понашања ризичних по здравље међу студентима у Републици Србији. Резултати указују да су два најзаступљенија негативна искуства међу испитаницима била психолошко (емоционално) злостављање (на првом месту), као и физичко злостављање.

У истраживањима о негативним искуствима у детињству спроведеним у Румунији (13) и Бившој Југословенској Републици Македонији (12) најчешћи забележени облик насиља је било физичко злостављање. Иако се у истраживању спроведеном у Србији физичко злостављање налази на другом месту, велики проценат испитаника је навео да је доживео овај вид насиља (27,8%, а 10,9% више пута) и, сходно томе, резултати добијени у Србији су слични онима у другим истраживањима.

Физичко злостављање

Приликом излагања физичком злостављању испитаници су најчешће бивали одгурнути, зграбљени рукама или гађани нечим. Постоји разлика у заступљености физичког злостављања међу половима, са већом заступљеношћу код мушких испитаника (13,7% према 9,4%), што је у складу са налазима многих истраживања која указују да дечаки чешће бивају жртве физичког насиља (31–33). Одсуство значајне разлике у заступљености насиља код девојчица и дечака приказано је у Балканском епидемиолошком истраживању о злостављању и занемаривању деце (БЕЦАН) у Србији (34), које је такође показало забрињавајуће високу учесталост физичког злостављања деце (69,2%). Резултати овог истраживања се нешто разликују од истраживања учесталости негативних искустава у детињству због тога што је у БЕЦАН студији физичко злостављање подразумевало и блаже облике примене физичке силе (попут телесног кажњавања), услед чега је и проценат изложене деце већи. Узорак обухваћен БЕЦАН студијом је репрезентативнији у односу на истраживање о негативним искуствима у детињству у коме су испитивани студенти који се сматрају привилегованима у односу на остатак

вршањака. Такође, студије су обухватале испитанике различитог узраста, што за последицу може имати различито поимање физичког злостављања као и могућност пристрасности приликом присећања. Најчешћи облици физичког злостављања у БЕЦАН студији (категорисани као телесно кажњавање) које су деца у Србији искусила били су шамарање (23,4% најмање једном у току године која је претходила истраживању), ударање по задњици голом руком (22,4%) и чупање за косу (13,6%).

Иако је учење деце самоконтроли и прихватљивом понашању (кроз позитивно охрабривање и усмеравање од стране родитеља) саставни део васпитавања деце у свим земљама и сматра се суштинским елементом у очувању деце једног самопоштовања, физичког и психичког интегритета и достојанства, деца у Србији се исувише често дисциплинују употребом физичке силе или вербалног застрашивања. Податак да је готово две трећине учесника ове студије (64,7%) искусило телесно кажњавање најмање једном у току детињства (29,8% више пута) само потврђује чињеницу да је овај вид кажњавања у нашој земљи широко распрострањен међу родитељима као начин васпитавања деце, иако је пријављена учесталост мања у односу на друге земље источне Европе (као што су Румунија и Бивша Југословенска Република Македонија).

Највећа учесталост телесног кажњавања је пријављена у узрасној групи од 11 до 15 година старости код оба пола, што указује на пораст насилничког понашања према деци у периоду адолесценције. Пето национално Истраживање вишеструких показатеља положаја жена и деце у Србији које је УНИЦЕФ спровео 2014. године (35) указује да је 43% деце старости 1-14 година искусило неки облик насилног дисциплиновања (39% психолошку агресију, 17% телесно кажњавање, а 1% најтеже облике физичког кажњавања (ударање детета по глави, ушима или ударање детета више пута јаким интензитетом)). Смањење преваленције насилних метода кажњавања у 2014. години у односу на претходно истраживање (2010), када је 63% деце био подвргнуто телесном кажњавању, може се објаснити бољом јавном свешћу, повећаном медијском пажњом о последицама телесног кажњавања и покретањем иницијативе о забрани телесног кажњавања.

Психолошко (емоционално) злостављање

Психолошко (емоционално) злостављање представља најчешћи облик насиља који су испитаници доживели у току детињства, што одражава резултате истраживања о негативним искуствима у детињству спроведених у Албанији (36) и Црној Гори (37). Више од једне трећине испитаника (36,7%) је овај вид злостављања доживело најмање једном (17,3% више пута) у току детињства, што представља већу учесталост него у већини упоредних студија (12,13,37) са изузетком Албаније, где је више од половине (51%) испитаника изјавило је било емоционално злостављано (36). У Србији, 15,7% испитаника је изјавило да је доживело емоционално занемаривање најмање једном (7,7% више пута), са већом распрострањеношћу код оних који су одрасли у сеоском у односу на градско окружење (18,2% према 14,6%). Проценат испитаника који су доживели емоционално занемаривање у Србији је два пута мањи у односу на већину других студија о негативним искуствима у детињству у региону (12,13,37), али већи него у Албанији (36). Разлике у пријављивању емоционалног злостављања и занемаривања могу потицати од религијских и културолошких различитости и веровања, што може довести до различитих перцепција негативних емоција.

Заступљеност психолошког злостављања у Србији је већа међу испитаницима мушког пола (20% према 15,6%). Иако је злостављање пријавио већи проценат мушких испитаника, женски испитаници су чешће пријављивали учестало насиље и били у већем проценту изложени емоционалном занемаривању (16,3% према 14,7%). Разлике између полова у трпљењу ове врсте насиља су нађене и у БЕЦАН студији, где је 68,4% деце (71,3% девојчица и 65,7% дечака) пријавило да је доживело емоционално злостављање, а 25% (34,6% девојчица и 23,4% дечака) да се осећало занемареним (34). Разлике међу половима у пријављивању психолошког занемаривања и злостављања нађене у студији о учесталости негативних искустава у Србији могу се објаснити чињеницом да је међу испитаницима супротног пола постојала различита перцепција негативних емоција и спремност да пријаве ове видове насиља (4,6).

Емоционално занемаривање и злостављање обично настају у дисфункционалним породицама лошијег економског статуса, породицама у којима се примењују неприкладни (ауторитарни) методи родитељства, породицама са девијантним

понашањем родитеља (као што су злоупотреба алкохола и дрога) и код родитеља који пате од анксиозности или других менталних поремећаја (4,6). Емоционално злостављана деца трпе јединствен облик насиља. Иако њиме није нанесен физички бол, нити је испровоциран сексуални контакт, последице ове врсте насиља могу бити подједнако озбиљне и дуготрајне (38). Постојање емоционалног злостављања и занемаривања у прошлости једне особе је повезано са повећаном анксиозношћу, депресијом, пост-трауматски стресом, низом физичких симптома, доживотног трауматизацијом и потешкоћама у међуљудским односима (39). Због високе учесталости истовременог постојање емоционалног и других видова насиља, као што су физичко занемаривање и злостављање, често је веома тешко раздвојити њихове ефекте (40,41).

Физичко занемаривање

Физичко занемаривање представља најчешћи вид занемаривања и може озбиљно угрозити здравље детета, успорити напредовање у телесној тежини и довести до неухрањености, озбиљних обољења и повећаног ризика од физичког повређивања (6). Деца која претрпе овај вид занемаривања обично напуштају своје домове, не могу да контролишу социјалне интеракције и не осећају се безбедним, зато што су им биле ускраћене основне потребе, и посебно су склони злоупотреби психоактивних супстанци током каснијег живота (42). Према резултатима овог истраживања, 8,9% испитаника је пријавило да су били физички занемарени у смислу да нису имали довољно хране или су морали да носе прљаву одећу, са већом заступљеношћу код особа мушког пола (11,6% према 7,4%). Ово представља мању учесталост него у другим земљама у региону (12,13,37), а разлог може бити социоекономски статус испитаника у Србији. Физичко занемаривање је углавном повезано са лошим социоекономским статусом, а само 4,2% испитаника у истраживању спроведеном у Србији је оценило своје материјално стање лошим, док га је највећи број оценио просечним или изнад просека. Већина родитеља испитаника је била у радном односу, а око 95% родитеља оба пола је имала најмање средње школско образовање.

Због свих наведених чињеница студенти у Србији су у детињству били у мањем ризику од ове врсте негативних искустава, али је 19,7% испитаника навело да је у најмање пар наврата било ситуација када им нико није омогућио неопходну медицинску помоћ (чешће женски испитаници). Ови подаци осликавају трендове у неким земљама попут Индије

и Непала, где је девојкама ређе омогућавано пружање неопходне медицинске помоћи (43).

Сексуално злостављање

Резултати студије су показали да је 4.3% испитаника доживело најмање један вид сексуалног злостављања током живота, са већом учесталошћу свих упитником наведених типова злостављања код мушких испитаника (7.5% према 2.5%). Ова учесталост је око два пута мања него у већини земаља у региону (12,13,36,44), као и од учесталости од 8.5% нађене у БЕЦАН студији у Србији (34). Значајна разлика између полова у пријављивању овог облика насиља (са преминацијом мушког пола) је слична истраживањима о негативним искуствима у Албанији (36), Црној Гори (37) и Македонији (12), иако је велики број других истраживања показао да су девојчице под 2-3 пута већим ризиком да буду сексуално злостављане (6,45).

Узимајући у обзир различите дефиниције сексуалног злостављања, две мета - анализе спроведене у Сједињеним Америчким Државама су нашле да заступљеност (преваленција) ове врсте насиља у националним истраживањима варира између 12-17% за девојчице и 5-8% за дечаке, односно 2-16% за дечаке и 8-30% за девојчице, са просеком од 9% за дечаке и 19% за девојчице (46,47). Процењена преваленција од 20% за жене и 10% за мушкарце се сматра реалном у прегледу студија спроведених у 21 држави изван САД (48). Недавна мета анализа 65 истраживања спроведених у 22 земље (49) је такође показала мању заступљеност сексуалног злостављања код дечака у односу на девојчице (однос 1: 2.5).

Док девојчице континуирано пријављују више сексуалне виктимизације од дечака, разлике у заступљености и преминацији полова између земаља могу се објаснити различитим методима истраживања. Свеобухватна мета-анализа у којој су анализиране комбиноване преваленције сексуалног злостављања у детињству из 217 публикација објављених у периоду између 1980. и 2008. године, које укључују 331 независан узорак са укупним бројем од 9 911 748 учесника, потврђују да сексуално злостављање представља светски проблем великих размера, али и да сама метод рада драстично утиче на учесталост пријављивања сексуалног насиља од стране испитаника (50).

Разлика између истраживања учесталости негативних искустава у детињству у Србији и већине

епидемиолошких студија се може објаснити на два начина. Прво, разлика се може јавити због саме дефиниције сексуалног злостављања (51). У истраживању у Србији је коришћена шира дефиниција, са главним фокусом на разлици у годинама (сексуално искуство са одраслом или особом старијом пет или више година од испитаника). Други могући разлог произилази из културолошки специфичних норми (51,52). Многи испитаници долазе из конзервативне средине и деца, пре свега девојчице, често не могу са говоре о доживљеном насиљу, нарочито уколико је у питању сексуално насиље у породици, због осећања срамоте и нагона да доживљено сузбију и порекну. Оданост родитељима такође може утицати на спремност детета да открије постојање сексуалног злостављања (53). Сходно томе, резултати истраживања учесталости негативних искустава у детињству у Србији могу потицати и од недовољног пријављивања сексуалног насиља од стране девојчица, услед културолошких стереотипа. С друге стране, дечаци су често склони претеривању и жељи да нагласе своју сексуалност наводећи искуства са женским особама старијим од њих, можда не препознајући разлику у годинама као једну од одредница сексуалног насиља. Погрешно тумачење питања (починилац старији од испитаника пет или више година), такође може утицати на резултате истраживања.

Најчешћи починилац сексуалног злостављања над испитаницима женског пола у истраживању је био неко коме су веровале, а непозната особа када су у питању мушки испитаници. Најчешћи методи навођења или принуде на учешће у сексуалним активностима коришћени од стране злостављача били су обмана, вербално убеђивање или вршење притиска (женски испитаници) и давање или навођење на употребу психоактивних супстанци (мушки испитаници). Истраживања су показала да су у већини случајева када су девојчице биле жртве, починиоци насиља били пријатељи или познаници, а затим чланови породице, а у најмањем броју случајева непознате особе (54). Дечаци су најчешће сексуално узнемиравани од стране мушких особа које нису чланови породице, а девојчице од мушких чланова породице (6,55). Иако се подаци истраживања у Србији донекле разликују од ових резултата, они подржавају закључак да се динамика и образац подложности сексуалном злостављању значајно разликују између дечака и девојчица.

Проблеми у породици

Установљено је да изложеност различитим породичним проблемима представља један од најзначајнијих фактора ризика за настанак свих видова злостављања и занемаривања током детињства. У студији је анализиран број случајева родитељске раставе/ развода, злоупотреба алкохола и дрога, историја менталне болести, покушаји самоубиства и криминогено понашање у породици, као и присуство породичном насиљу.

Најчешће пријављиван породични проблем био је насиље над мајком, где је 18.7% испитаника изјавило да су присуствовали овом облику породичног насиља најмање једном у току живота, без статистички значајне разлике међу половима. Најчешћи облик насилног понашања према мајци је гурање, грубо хватање рукама или шамарање. И БЕЦАН студија потврђује да породично насиље у Србији представља велики проблем, са 37.9% деце која су пријавила да су били сведоци бар једне насилне сцене између одраслих чланова породице (викање и наношење телесних повреда), од чега је 26% било у години која је претходила истраживању (34).

Присуство деце породичном насиљу често код њих изазива емоционалну трауму исте јачине као да су и сами били изложени директном насиљу. Истраживања су показала да сведочење насиља у породици има негативан утицај на благостање, развој и здравље детета, нарочито када су у питању психолошки аспекти, и озбиљно угрожава друштвене односе и академски развој, како у детињству, тако и током каснијег живота, доводећи до проблема са злоупотребом психоактивних супстанци (42,56,57).

Развод родитеља, који у нашој студији представља други по учесталости породични проблем (пријавио га је сваки осми испитаник), је такође препознат као чест фактор ризика за развој анксиозности, депресије или злоупотребе психоактивних супстанци у одраслом добу (42).

Други заступљени облици породичних проблема били су злоупотреба алкохола од стране чланова породице (9.1%) и присуство менталног обољења/депресије у породици (6.6%). Истраживања су показала да је злоупотреба алкохола од стране родитеља високо повезана са негативним искуствима у детињству (58,59). Прекомерна употреба алкохола може директно утицати на психичке и когнитивне функције, смањујући могућност самоконтроле и чинећи појединца склонијим насилном понашању,

чак и према деци. Може негативно утицати на осећај одговорности код родитеља или старатеља и умањити количину новца и времена доступних за бригу о деци, доводећи до запостављања основних дечијих потреба (60). Постојање менталног обољења представља главни фактор ризика за психолошко злостављање и занемаривање, као и за сексуално злостављање детета (2) и типично је код починилаца насиља над децом са фаталним исходом (61). Испитивање фаталних случајева насиља над децом у Великој Британији у двогодишњем периоду (2009–2011) потврдило је постојање менталног обољења код родитеља у 58% случајева (62).

Туца и вршњачко насиље

Студија показује високу заступљеност умешаности у туцу и изложености вршњачком насиљу међу студентском популацијом у Србији. Изложеност вршњачком насиљу током детињства пријавило је 18.4% испитаника, са статистички значајном разликом међу половима (21.4% мушкараца према 16.7% жена). Ови резултати су слични резултатима претходних истраживања спроведених у Србији, где је 21.8% ученика изјавило да је било изложено вршњачком насиљу више од 1-2 пута у животу (што је ниже од просека у свету који износи 33% (63)), и где су најучесталије форме насиља биле вербалне увреде и исмевање. У принципу, дечаци су више укључени у физичко, вербално и сајбер насиље (компромитијуће или претеће интернет или телефонске поруке и сл.), док су девојчице више склоне релационом малтретирању (искључивање из групе, оговарање, причање лажи о некоме и сл) (64).

У истраживању спроведеном у Србији, 43.5% испитаника је пријавило да је било умешано у неки физички обрачун током детињства, са значајно већом заступљеношћу међу испитаницима мушког пола (71.6% према 27.4% девојака). Резултати који указују да су девојчице мање умешане у физичко насиље је у складу са Истраживањем о здравственом понашању деце школског узраста које је показало да су дечаци три пута чешће од девојчица укључени у физички обрачун (65).

Присуство насиљу у заједници је такође идентификовано као узрок негативних искустава у детињству (66,67). Велики проценат учесника у истраживању у Србији (76.1%) је пријавио да су били сведоци насиља у заједници најмање једном у животу, најчешће видећи или слушајући како неко бива претучен, са већом учесталошћу код дечака (83.8% према 71.7%). Налази студије показују да

вероватноћа да испитаник буде умешан у тучу, да буде жртва вршњачког насиља или сведок насиља у заједници расте са изложеношћу вишеструким негативним искуствима у детињству, што представља сличан тренд као и у истраживању спроведеном у Румунији (13).

Повезаност различитих негативних искустава у детињству

Студија је показала јаку узајамну повезаност различитих облика негативних искустава у детињству. Готово три четвртине испитаника који су искусили физичко злостављање (74.2%) и готово половина ових који су искусили физичко (46.2%) и психолошко (45.7%) занемаривање, такође је искусила и психолошко злостављање. Ови резултати су у складу са резултатима других упоредивих студија о негативним искуствима у детињству (12,13,36,37) и подржавају многе студије којима је приказана велика учесталост истовременог постојања емоционалног злостављања и других облика насиља, пре свега физичког злостављања и занемаривања (40,41,68).

Европски извештај о превенцији насиља над децом (2) указује да се млади људи који су доживели психолошко или сексуално злостављање налазе под повећаним ризиком од испољавања насилног понашања или под ризиком да буду хапшени током адолесценције. У циљу испитивања могућег утицаја негативних искустава у детињству на каснија насилничка понашања, у студију су укључена два питања о насилним понашањима испитаника. Изненађујуће висок проценат испитаника (24.5%) је пријавио да је психолошки малтретирао друге особе (викао, понижавао), а 16.3% да је тукао некога. Већина ових испитаника је током детињства искусила најмање један вид насиља или породичне дисфункционалности. Само 8.2% оних који су психолошки малтретирани друге, као и 11.3% оних који су били физички насилни према другима није доживело ниједан вид негативног искуства у детињству.

Ови резултати су у складу са другим истраживањима која показују да адолесценти који искусе неки негативан доживљај у детињству имају већу могућност да развију насилно понашање према другима. Студије над адолесцентима спроведене у САД показују да се они који су претрпели физичко или сексуално злостављање у детињству налазе под већим ризиком да развију насилна понашања у виду вршњачког насиља, умешаности у физичку тучу,

партнерског насиља и деликвенције (69,70). Неке студије такође указују да су одрасли, који су били злостављани или занемаривани у дечијем узрасту, под повећаним ризиком од међугенерациског злостављања или занемаривања у односу на оне који нису искусили насиље (71,72). Неке студије, попут оне спроведене у Великој Британији (73), указују на циклични ефекат где су одрасле особе са већим бројем искушених негативних искустава у детињству под повећаним ризиком да њима исложе и своју децу.

Понашања ризична по здравље

Два најучесталија ризична понашања међу студентима који су учествовали у истраживању су била злоупотреба алкохола и пушење цигарета, за којима следе постојање већег броја сексуалних партнера, рано ступање у сексуалне односе и употреба недозвољених дрога.

Употреба алкохола

У већини земаља употреба алкохола је легална и представља део традиције, обичаја и културе многих народа. Без обзира на то, алкохол представља токсичну супстанцу која депримира функције централног нервног система, и његови бројни ефекти штетни по здравље, нарочито код младих, су добро документовани у научној литератури. Алкохол доприноси настанку више од 200 различитих обољења и као и стања условљених повређивањем и повезан је са здравственим проблемима као што су зависност од алкохола, цироза јетре, карциноми. Новија истраживања указују на узрочно-последичну везу између конзумирања алкохола и обољевања од заразних болести као што су туберкулоза и ХИВ (74).

У студији спроведеној у Србији 73.6% испитаника је пријавило да је конзумирало алкохол током живота, 59.9% током месеца који је претходио истраживању, а 10% прекомерно (пет или више пића у три или више прилика током месец дана), са значајно већом учесталошћу код мушкараца (18% према 5.3%). Ови резултати су слични Европском школском истраживању о употреби алкохола и других дрога међу младима у Србији (ЕСПАД) које је показало веома распрострањену употребу алкохола међу младима у Србији, у којој је 89.1% адолесцената пријавило да је конзумирало алкохол бар једном у животу, а више од половине (54%) током месеца који је претходио истраживању (75). Последње национално истраживање здравља становника Србије (2013) потврдило је постојање разлике између

полова у прекомерној употреби алкохола код младих (22.7% младића у односу на 10.6% девојака) (76). У истраживању у Србији, чији су резултати презентовани у овом извештају, нађено је да негативна искуства у детињству, а нарочито сексуално злостављање ($OR=1.95$) и различите врсте породичних проблема као што су злоупотреба алкохола од стране чланова породице ($OR=1.55$), постојање менталног обољења у породици ($OR=1.61$), затворска казна члана породице ($OR=2.15$), самоубиство ($OR=2.02$) и развод родитеља ($OR=2.15$), повећавају вероватноћу од употребе алкохола касније у току живота, што је показано и у осталим истраживањима (77,78).

Пушење

Пушење је један од најзначајнијих фактора ризика повезан са обољевањем и умирањем. Епидемија употребе дувана представља једну од највећих јавно-здравствених претњи са којима се свет икада сусрео, односећи скоро 6 милиона живота годишње. Пушење значајно повећава ризик умирања од рака плућа и других облика карцинома, болести срца, можданог удара, хроничне опструктивне болести плућа и других патолошких стања. На светском нивоу, оно узрокује око 71% карцинома плућа, 42% респираторних обољења и скоро 10% свих кардиоваскуларних обољења (79). Особе које почну да пуше у адолесценцији склоније су наставку пушења и у одраслом добу и суочавају се са широким спектром различитих здравствених ризика (24).

Ипак, пушење у Србији и даље остаје широко друштвено прихваћено. Последње национално истраживање здравља становника Србије (2013) показује да 34.7% одраслих грађана и 19.2% младих људи узраста 15–19 година пуши (76). У истраживању о негативним искуствима у детињству 27% испитаника је изјавило да је пушило у неком периоду свог живота, а 17.9% се изјаснило да су активни пушачи, са просечном старошћу од 17 година када су почели да пуше, и без статистички значајне разлике међу половима (овај резултат се разликује од других студија о негативним искуствима у детињству код којих се и учесталост и године почетка пушења знатно разликују међу половима (13,36)). Шансе за пушење су биле 1.5 пута веће уколико је особа у детињству била изложена физичком злостављању, емоционалном злостављању и занемаривању, менталној болести у породици или растави/ разводу родитеља, а око два пута веће уколико је особа била изложена сексуалном злостављању, злоупотреби дрога у породици или издржавању затворске казне од стране члана породице. Ови резултати су слични

другим истраживањима о негативним искуствима у детињству, која такође наглашавају повезаност дисфункционалне породичне средине и пушења (12,13,36), док је број постојећих интернационалних студија са уверљивим доказима на ову тему ограничен (2).

Ризична сексуална понашања

У ризична сексуална понашања спадају рано ступање у сексуалне односе, већи број сексуалних партнера, некоришћење поузданих метода контрацепције, и некоришћење презерватива као ефикасне заштите против полно преносивих болести. Упражњавање оваквих понашања значајно повећава ризик од настанка ХИВ инфекције (СИДА је шести узрок смрти у свету) и инфекција као што су сифилис, гонореја и хламидија, које се у потпуности могу приписати упражњавању незаштићених сексуалних односа. Карцином грлића материце, један од водећих узрока смрти у свету (11% свих смртних исхода), се приписује потпуној трансмисији хуманог папилома вируса. Неупотреба контрацепције или примена неефикасних метода повећава ризик од нежељене трудноће и њених последица, укључујући и небезбедне абортусе (79).

Међу учесницима студије упражњавање ризичних сексуалних понашања је био често, са 14.2% оних који су изјавили да имају већи број сексуалних партнера и 12.6% оних који наводе да су прерано ступили у полне односе, са већом заступљенишћу код испитаника мушког пола. Мушкарци су први сексуални контакт имали у нешто млађем узрасту (16.7 година) него жене (17.7 година), што је слично осталим студијама о негативним искуствима у детињству у региону (13,14,36,37).

Анализа повезаности различитих категорија негативних искустава у детињству и упражњавања ризичних сексуалних понашања показује да сексуално злостављање у детињству значајно повећава вероватноћу, и то за више од пет пута, раног ступања у сексуалне односе ($OR=5.18$), а више од четири пута вероватноћу упражњавања сексуалних односа са већим бројем партнера ($OR=4.41$). Могућност упражњавања оба понашања је била 2.5 пута већа код испитаника којима је члан породице боравио у затвору. Ризик од ране сексуалне активности је био повећан и код оних са историјом доживљеног физичког злостављања и занемаривања, као и самоубиства члана породице. Постојање већег броја сексуалних партнера у животу је повезано са злоупотребом дроге у

породици испитаника. Истраживања су показала снажну повезаност између насиља над децом, поготово сексуалног и физичког злостављања, као и емоционалног злостављања и занемаривања са упражњавањем ризичних сексуалних понашања (малолетничка трудноћа, прерано ступање у полне односе, већи број сексуалних партнера, прекид трудноће и полно преносиве болести) (19,80).

Употреба незаконитих дрога

Међу испитаницима студије било је оних који су користили незаконите дроге (12.1%), са значајно већом заступљеношћу код испитаника мушког пола (19.3% према 8%). Под употребом недозвољених дрога подразумевана је и употреба марихуане, која у Србији није легализована. Налази су слични ЕСПАД студији која је показала да је 15.1% ученика првог разреда средње школе у Србији пробало неку од незаконитих дрога најмање једном у животу (75).

У студији је откривена значајна повезаност свих типова негативних искустава у детињству са каснијом употребом дрога у животу, али највећи ризик је уочен код испитаника који у породици имају некога ко је користио дроге (OR=3.39). Изложеност физичком насиљу, као и емоционалном злостављању и занемаривању, повећава могућност коришћења дрога за 1.5–2 пута (80). Код младих одраслих особа пронађена је јака повезаност између негативних искустава у детињству и злоупотребе дрога (81).

Последице злоупотребе дрога су бројне. У року од неколико минута након употребе могу се јавити застој срца и депресија дисања. Хронични здравствени проблеми попут цирозе јетре, нефропатије и неких облика кардиоваскуларних обољења обично настају после дужег периода употребе. Хронична оштећења индиректно повезана са употребом дрога, као што су инфективне болести (хепатитис, ХИВ и туберкулоза) или инвалидитет услед повређивања могу настати у било којој фази злоупотребе дрога. Ментални здравствени проблеми повезани са употребом дрога могу варирати од временски ограничених емоционалних, чулних или когнитивних поремећаја до тешких епизода психијатријских обољења.

Широк спектар озбиљних здравствених последица насталих услед конзумирања дрога јавља се током читавог живота. Штетни ефекти у првим годинама живота огледају се у компликацијама на порођају, настанку респираторног дистрес синдрома новорођенчета, превременог порођаја и мале тежине на рођењу као резултат употребе дрога од

стране мајке током трудноће. Самоповређивање и самоубиства постају учесталији у адолесценцији и раном одраслом добу. Касније, повећано оболевање може се манифестовати појавом болести и стања која не одговарају и нису очекивана у одређеном узрасту. Здравствене тешкоће повезане са злоупотребом и зависношћу од дрога постоје чак и у средњем добу и у каснијем животу (82).

Повезаност понашања ризичних по здравље и негативних искустава у детињству

Студија је показала постојање јаке градуисане повезаности између пријављених понашања ризичних по здравље (као што су пушење, злоупотреба психоактивних супстанци (алкохола и дрога), ризична сексуална понашања, покушаји самоубиства и бежање од куће) и броја доживљених различитих негативних искустава у детињству (вишеструке форме занемаривања и злостављања, као и породични проблеми), што је у складу са налазима других истраживања негативних искустава у детињству (12,13,36,37,83,84).

Резултати студије указују да вероватноћа настанка свих ризичних понашања расте уколико је особа изложена већем броју различитих негативних искустава у детињству. Ризик од пушења се, на пример, повећава два пута уколико је особа доживела два или више различитих негативних искустава у детињству. Могућност раног започињања пушења је два пута већа код оних који су доживели 1-3 негативна искуства, а три пута већа код оних са четири и више негативних искустава. Млади људи са доживљеном три негативна искуства у детињству такође имају и два пута већу шансу да прекомерно конзумирају алкохол, а они са четири и више негативних искустава су у готово три пута већем ризику да возе под дејством алкохола. Вероватноћа употребе недозвољених дрога расте са повећањем броја доживљених негативних искустава тако да је особа са два негативна искуства у скоро два пута већем ризику (OR=2.11) од употребе дрога, код оних са три ризик је већи од два пута (OR=2.39), а код оних са четири и више негативних искустава ризик је три пута већи (OR=3.35).

Ризик од раног ступања у сексуалне односе и постојања већег броја сексуалних партнера у животу је три пута већи код испитаника са четири или више негативних искустава у детињству, а ризик од ране трудноће је два пута већи код оних са једним, више од четири пута већи код оних са два, шест пута већи код оних са три и готово 12 пута већи код оних са

четири и више доживљених негативних искустава у детињству.

Шансе за покушај самоубиства се такође драматично повећавају са већим бројем доживљених негативних искустава у детињству - оне су више од шест пута веће код оних са једним, готово 11 пута веће код оних са два, 23 пута веће код оних са три и 78 пута веће код оних са четири или више доживљених негативних искустава у детињству. Ризик бежања од куће такође расте са већим бројем доживљених негативних искустава, тако да су они са два негативна искуства били под три пута већим ризиком, они са три под четири пута већим ризиком, а они са четири или више негативних искустава под осам пута већим ризиком од бежања од куће.

Иако у истраживању нису испитивани здравствени проблеми и дугорочне последице доживљених негативних искустава у детињству, многе студије су показале да се вероватноћа да особа развије низ физичких и менталних патолошких стања (као што су болести срца, малигне болести, депресија у одраслом добу и сексуално преносиве инфекције) повећава са бројем пријављених негативних искустава у детињству (13,57,84,85). Студија коју су спровели Флахерти и сарадници (25) је показала да излагање једном облику негативног искуства у детињству готово удвостручава ризик од општег лошег здравственог стања, а постојање четири и више негативних искустава носи готово три пута већи ризик од настанка стања која захтевају медицинску помоћ.

8. ЗАКЉУЦИ

Истраживање је спроведено на узорку од 2381 студента прве године факултета и у њему је коришћен метод рада препоручен од стране Центра за контролу болести САД и Светске здравствене организације у циљу испитивања учесталости њихове изложености различитим негативним искуствима током првих осамнаест година живота, и утицаја ових негативних искустава на упражњавање понашања ризичних по здравље током каснијег живота.

Резултати наше студије потврђују закључке претходно спроведених истраживања да је у Републици Србији занемаривање и злостављање деце распрострањено (34,35). Они указују на јаку повезаност негативних искустава у детињству са понашањима ризичним по здравље, што је у складу са резултатима других истраживања учесталости негативних искустава у детињству спроведених у земљама нашег региона (12,13,36).

Резултати показују да су испитаници у детињству најчешће били изложени психолошком злостављању (више од трећине, а сваки шести више пута), физичком злостављању (готово једна трећина, а сваки десети више пута) као и психолошком занемаривању (сваки шести студент). Сексуално злостављање пријавило је 4.3%, а физичко занемаривање 8.9% испитаника. Међу учесницима мушког пола опажена је већа учесталост физичког злостављања и занемаривања, као и психолошког и сексуалног злостављања, док су женски испитаници чешће пријављивали психолошко занемаривање. Док је код неких облика насиља очекивана већа изложеност особа мушког пола, већа заступљеност сексуалног злостављања над мушким учесницима истраживања у односу на женске је изненађујућа, и она може бити или истинита или резултат пристрасности у сећању испитаника, што доводи до потребе за даљим истраживањима у циљу бољег разумевања овог налаза.

Податак да је готово две трећине учесника студије искусило телесно кажњавање најмање једном у току детињства (а готово трећина у више наврата) само потврђује чињеницу да је овај вид кажњавања у нашој земљи широко распрострањен.

Најчешће пријављивани породични проблеми међу испитаницима били су злостављање мајке од стране партнера (породично насиље), и растава, односно

развод родитеља, за којима су следили злоупотреба алкохола од стране члана породице и присуство менталног обољења / депресије у породици.

Истраживањем је регистровано често истовремено постојање различитих облика насиља над децом и проблема у породици. Готово три четвртине испитаника изложених физичком насиљу је такође искусило и психолошко насиље, а готово половина је присуствовала насиљу у породици. Трећина оних који су искусили све друге облике насиља је трпела и физичко злостављање, а слични трендови су нађени и код физичког и емоционалног занемаривања. Емоционално злостављање је било веома заступљено код свих осталих облика негативних искустава у детињству.

Од доживљених породичних проблема, насиље над мајком је најчешће било повезано са другим врстама негативних искустава у детињству. Ови подаци су у складу са налазима из праксе (6), као и резултатима све већег броја истраживања спроведених током последње деценије, и указују да је истовремено постојање две или више врсте насиља над децом заступљеније од постојања само једног облика насиља. Вишеструка виктимизација (трпљење два или више облика насиља) има кумулативни ефекат на ментално здравље и развој детета, и значајно је више повезана са настанком трауматског синдрома у односу на понављану једноструку виктимизацију, односно трпљење само једног облика насиља (86–89).

Изложеност вршњачком насиљу и учешће у тучи такође представљају честу појаву у детињству. Сваки пети учесник истраживања је навео да је био жртва вршњачког насиља, а готово половина да су учествовали у неком физичком обрачуну у току свог детињства. Разлика међу половима је статистички значајна, са знатно већом заступљеношћу оба негативна искуства код учесника мушког пола.

Резултати наше студије показују и да је већина испитаника која је пријавила неки вид насилног понашања према другим особама такође пријавила и најмање један облик доживљеног негативног искуства у детињству, што указује да код младих, који током детињства доживе неко негативно искуство, постоји повећан ризик од развоја насилничког

понашања према другима. Ова чињеница додатно подржава постојеће мишљење да насиље у детињству представља фактор ризика за насилно понашање током читавог каснијег живота.

Велики проценат испитаника (више од три четвртине) је пријавио да су присуствовали неком облику насиља у заједници, најчешће гледајући или слушајући како неко бива претучен, са већом заступљеношћу код мушких испитаника.

Због релативно скорих дешавања на нашим просторима неки испитаници су током детињства били присиљени да напусте своје домове (статус избеглице), или да сами претрпе или буду сведоци насиља од стране војске, полиције или разних паравојних формација и банди. Сваки осми испитаник је у неком тренутку свог живота морао да се сели због рата, геноцида, тероризма или етничких конфликта, 4.9% је доживело рушење свог дома, а 3.9% је било жртва насиља од стране полиције, војске или паравојних формација и банди.

Најучесталија ризична понашања међу студентима који су учествовали у истраживању су злоупотреба алкохола и пушење цигарета, за којима следе постојање већег броја сексуалних партнера, рано ступање у сексуалне односе и употреба незаконитих дрога. Откривање повезаности негативних искустава у детињству и ових понашања ризичних по здравље значајно је за превенцију различитих незаразних болести.

Резултати истраживања наглашавају постојање повезаности различитих категорија негативних искустава у детињству и каснијих испољавања ризичних понашања и показују да ризик од развоја неког понаша штетног по здравље расте уколико је

особа изложена већем броју различитих негативних искустава у детињству. У поређењу са онима који нису имали ниједно негативно искуство, постојање четири или више негативних искустава у детињству је повезано са великим ризиком од почетка пушења у раном узрасту, честе и прекомерне употребе алкохола, вожње под утицајем алкохола, малолетничке трудноће и покушаја самоубиства. Ови резултати су у складу са истраживањима о учесталости негативних искустава у детињству спроведеним у другим европским земљама, и у свету. У истраживању је такође откривена и повезаност изложености најмање једном негативним искуству у детињству са испољавањем насилног понашања према другима у каснијем животу.

Резултати студије су у складу са другим истраживањима која показују да понашања ризична по здравље могу имати утицај на цео ток живота, могу довести до појаве великог броја различитих незаразних болести (као што су обољења срца и крвних судова, малигне болести и др), психичких поремећаја или преране смрти, и могу резултовати повећаним коришћењем здравствених услуга и губитком радне способности, што представља додатне трошкове за друштво (2).

Резултати овог истраживања потврђују да насиље над децом, као и други облици негативних искустава у детињству представљају веома важан јавно здравствени проблем у Србији. Ова студија даје детаљан увид у различите врсте насиља над децом и у кумулативни ефекат доживљених негативних искустава у детињству на понашања ризична по здравља, и може допринети предузимању још ефикаснијих мера са циљем улагања у децу и превенције насиља над децом ради омогућавања бољег квалитета читавог каснијег живота.

9. ОГРАНИЧЕЊА СТУДИЈЕ

Резултати истраживања подлежу одређеним ограничењима.

Пре свега истраживање је засновано на узорку универзитетских студената, који представљају само део младе популације у Републици Србији. Они могу бити бољег социоекономског статуса од остатка својих вршњака, тако да и број и интензитет негативних искустава које су доживели може бити мањи него код остатка младе популације у Србији, чији је социоекономски статус лошији. Ипак, узорак је репрезентативан за студентску популацију у Србији и може се генерализовати за њу.

С обзиром да су у истраживању испитаници сами попуњавали упитник постоји могућност неадекватног, односно мањег пријављивања осетљивих тема, нарочито када је у питању породично или сексуално насиље, или претеривање код тема као што су добровољна сексуална искуства, нарочито од стране мушких испитаника. Такође, и поред загарантоване анонимности, постоји могућност да су неки студенти били склони да дају одговоре за које су веровали да су друштвено прихватљиви.

Пошто је упитник дугачак, његово попуњавање је одузимало доста времена и захтевало добру концентрацију. Најчешће примедбе испитаника су се односиле управо на дужину упитника

На послетку, због ретроспективног дизајна студије постоји могућност пристрасности у сећању, као што је пријављивање само најскоријих или најтрауматичнијих догађаја и изостављање неких ситуација које су се десиле раније у детињству.

И пред постојећих ограничења, студија указује на велику присутност негативних искустава у детињству и њихову јаку повезаност са понашањима ризичним по здравље.

10. ПРЕПОРУКЕ

- У складу са резултатима овог истраживања и препорукама СЗО (2,9,90,91), дато је неколико предлога даљих активности које би могле допринети побољшању постојећих напора креатора политике и оних који је спроводе у циљу смањења јавноздравственог и друштвеног оптерећења узрокованог насиљем над децом и другим негативним искуствима у детињству.
- Успоставити свеобухватни информациони систем на националном нивоу у циљу боље размене информација између различитих сектора. Тренутно, сваки од сектора одговорних за заштиту деце одвојено прикупља податке, а јединствена база података би поједноставила, како процес регистровања, тако и процес надзора и евалуације података.
- Побољшати примену постојеће законске регулативе о превенцији насиља над децом, као и постојећих посебних протокола улагањем у едукацију особља различитих сектора који се баве заштитом деце (здравство, социјална заштита, правосуђе, полиција, просвета).
- Ојачати механизме управљања како би се омогућило спровођење међусекторских активности у циљу спречавања насиља над децом и унапређења њиховог здравља и благостања. Прилика за постизање овог циља ће бити дата доношењем нове националне стратегије за превенцију насиља над децом и заштите деце од насиља, након истека постојеће, до краја 2015. године. У оквиру ње би требало дата већи приоритет имплементацији и евалуацији програма заснованих на доказима (92).
- Побољшати управљачке механизме како би се осигурала добра међусекторска сарадња у циљу превенције и одговора на насиље над децом.
- Ојачати капацитете здравственог система ради имплементације програма превенције насиља над децом заснованих на доказима (2,90).
- Евалуација већ постојећих програма који се спроводе или су се спроводили у нашој земљи (програм кућних посета, школе родитељства, УНИЦЕФ Школа против насиља, тренинг програми Црвеног крста за децу и омладину), и, њихово даље унапређење, и/или њихова шира имплементација, уколико је потребно.
- Охрабривање и омогућавање даљих истраживања на процени фактора ризика, узрока, последица, трошкова и превентивних активности ефикасних против насиља над децом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/, приступљено 6.7.2015).
2. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G, editors. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf/, приступљено 6.7.2015).
3. Панел младих саветника Омбудсмана за децу. Ставови деце и омладине према употреби телесног кажњавања и позитивне праксе родитељства. Београд: Канцеларија Омбудсмана Републике Србије; 2012.
4. Pinheiro SP. World report on violence against children. United Nations Secretary-General's study on violence against children. New York (NY): United Nations Secretary-General's Study on Violence against Children; 2006 ([http://www.unicef.org/lac/full_text\(3\).pdf](http://www.unicef.org/lac/full_text(3).pdf), приступљено 6.7.2015).
5. Републички завод за статистику [website]. Београд: Завод за статистику Републике Србије; 2015 (<http://webzrzs.stat.gov.rs/WebSite/public/ReportView.aspx>, приступљено 6.7.2015).
6. Алемпијевић Ћ, Видојевић О, Видосављевић М, Ћорђевић М, Калањ Д, Лакић А и сар. Приручник за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2012.
7. Национална стратегија за превенцију и заштиту деце од насиља. Београд. Влада Републике Србије, Службени гласник РС бр. 122; 2008.
8. Годишњи извештаји [website]. Београд: Национална дечија линија; 2015 (http://nadel-decijalinija.org/?page_id=58, приступљено 6.7.2015).
9. Школа без насиља - ка сигурном и подстицајном окружењу за децу [website]. Београд: УНИЦЕФ Србија; 2011 (<http://www.unicef.rs/skola-bez-nasilja.html>, приступљено 6.7.2015).
10. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>, приступљено 6.7.2015).
11. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Färniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf, приступљено 6.7.2015).
12. Raleva M, Jordanova Peshevska D, Sethi D, editors. Survey of adverse childhood experiences among young people in the former Yugoslav Republic of Macedonia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/185570/e96810.pdf, приступљено 6.7.2015).
13. Baban A, Cosma A, Balazsi R, Sethi D, Olsavszky V. Survey of adverse childhood experiences among Romanian university students. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/187713/e96846.pdf?ua=1, приступљено 6.7.2015).
14. Sosin DM, Koepsell TD, Rivara FP, Mercy JA. Fighting as a marker for multiple problem behaviors in adolescents. J Adolesc Health 1995;16(3):209-15.
15. Olweus D. Bullying at school – what we know and what we can do. Cambridge (MA): Blackwell; 1993.
16. Key concepts: toxic stress [website]. Cambridge (MA): Center on the Developing Child, Harvard University; 2015 (http://developingchild.harvard.edu/key_concepts/toxic_stress_response, приступљено 6.7.2015).
17. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment. Annu Rev Clin Psychol 2005;1:409-38.
18. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. Child Abuse Negl 2007; 31:517-30.
19. Gilbert R, Spatz WC, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 2009;373:68-81.
20. Roaten JB, Patrick DA, Nydama TL, Bensarb DD, Hendrickson RS, Srotnak AP et al. Non accidental trauma is a major cause of morbidity and mortality among patients at a regional level 1 pediatric trauma center. J Pediatr Surg 2006;41:2013-5.
21. Dunlap LL, editor. An introduction to early childhood special education. Boston (MA): Allyn and Bacon; 1997.
22. Twardosz S, Lutzker J. Child maltreatment and the developing brain: a review of neuroscience perspectives. Aggression and Violent Behavior 2010;15:59-68.

23. Gerber P, Coffman K, Non accidental head trauma in infants. *Child's Nervous System* 2007;23:499–507.
24. Case ME. Abusive head injuries in infants and young children. *Leg Med* 2007;9:83–7.
25. Flaherty EG at al. Effects of early childhood adversity on child health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:1232–38.
26. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *Am Psychol* 1980;35:320–35.
27. Belsky J. Etiology of child maltreatment: a developmental ecological analysis. *Psychol Bull* 1993;114:413–34.
28. Howel KH, Miller-Graff LE. Protective factors associated with resilient functioning in young adulthood after childhood exposure to violence. *Child Abuse Negl* 2014;38(12):1985–94.
29. Sethi D, Habibula S, McGee K, Peden M, Bennett S, Hyder AA et al., editors. Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. Geneva: World Health Organization; 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546484.pdf>, приступљено 6.7.2015).
30. Committee on the Rights of the Child. General comment No. 8 (2006). The right of the child to protection from corporal punishment and other cruel or degrading forms of punishment (art.19,28(2), 37, inter alia). Geneva: United Nations Convention on the Rights of the Child; 2007 (CRC/C/GC/8; www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC8_en.doc, приступљено 6.7.2015).
31. Corlis H, Cochran S, Mays V. Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child Abuse Negl* 2002;26(11):1165–78.
32. MacMillan HL, Fleming JE, Trocmé N, Boyle MH, Wong M, Racine YA et al. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA* 1997; 278(2):131–5.
33. MacMillan HL, Tanaka M, Duku E, Vaillancourt T, Boyle MH. Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: results from the Ontario Child Health Study. *Child Abuse Negl* 2013;37(1):14–21.
34. Ханак Н, Тењовић Л, Ишпановић Радојковић В, Влајковић А, Беара М. Балканска епидемиолошка студија о злостављању и занемаривању деце у Србији. Београд: Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију; 2012.
35. Истраживање вишеструких показатеља положаја жена и деце у Србији, 2014. Финални извештај. Београд: Завод за статистику Републике Србије и УНИЦЕФ. 2014.
36. Quirjako G, Burazeri G, Sethi D, Miho V. Community survey on prevalence of adverse childhood experiences in Albania. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/181042/e96750.pdf, приступљено 6.7.2015).
37. Institute of Public Health of Montenegro. Survey on adverse childhood experiences in Montenegro. National survey report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/279201/Survey-Adverse-Childhood-Experiences-Montenegro.pdf?ua=1, приступљено 6.7.2015).
38. Hornor G. Emotional maltreatment. *J Pediatr Health Care* 2012;26(6):436–42.
39. Spertus IL, Wong R, Halligan CM, Sermetis SV. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse Negl* 2003; 27:1247–58.
40. Arata CM, Langhinrichsen-Rohling J, Bowers D, O'Farrill-Swails L. Single versus multi-type maltreatment: an examination of the long-term effects of child abuse. *J Aggress Maltreat Trauma* 2005;11:29–52.
41. Higgins DJ, McCabe MP. Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood. *Child Maltreat* 2000;5:261–72.
42. De Venter M, Demyttenaere K, Bruffaerts R. The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2013;55(4):259–68.
43. India country report on violence against children. New Delhi: Department for Women and Child Development, Ministry of Human Resource Development; 2005.
44. Ajdukovic M, Susac N, Rajter M. Gender and age differences in prevalence and incidence of child sexual abuse in Croatia. *Croat Med J* 2013;54(5):469–79.
45. May Chahal C. Gender and child maltreatment: the evidence base. *Social Work and Society* 2006, 4(1):53–68 (<http://www.socwork.net/sws/article/view/176/236>, приступљено 6.7.2015).
46. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review and adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl* 1997;21:391–98.
47. Bolen RM. Child sexual abuse: its scope and our failure. New York (NY): Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2001.
48. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994;18(5):409–17.

49. Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009;29(4):328–38.
50. Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat* 2011;16:79–101.
51. Christoffersen MN, Armour C, Lasgaard M, Andersen TE, Elklit A. The prevalence of four types of childhood maltreatment in Denmark. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013;9:149–56.
52. Elklit A, Peterson T. Exposure to traumatic events among adolescents in four nations. *Torture* 2008;18:2–11.
53. Chan YC, Lam GL, Shae WC. Children's view on child abuse and neglect: findings from an exploratory study with Chinese children in Hong Kong. *Child Abuse Negl* 2011;35:162–72.
54. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse Negl* 1998;22:481–91.
55. Health Canada. A conceptual and epidemiological framework for child maltreatment surveillance. Ottawa: Ministry of Public Works and Government Services; 2001 (http://www.osservatoriopedofilia.gov.it/dpo/resources/cms/documents/83.Conceptual_framework_child_maltreatment.23.69.pdf, приступљено 6.7.2015).
56. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry* 2003;160(8):1453–60.
57. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Williamson DF. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence Vict* 2002;17(1):3–17.
58. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Croft JB, Edwards VJ, Giles WH. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl* 2001;25:1627–40.
59. Sebre S, Sprugevica I, Novotni A, Bonevski D, Pakalniskiene V, Popescu D et al. Cross-cultural comparisons of child-reported emotional and physical abuse: rates, risk factors and psychosocial symptoms. *Child Abuse Negl* 2004;28(1):113–27.
60. Bellis MA, Hughes S, Hughes K. Child maltreatment and alcohol. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_child.pdf, приступљено 6.7.2015).
61. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Florence: UNICEF; 2003 (<http://www.unicef-irc.org/publications/353>, приступљено 6.7.2015).
62. Brandon M, Sidebotham P, Bailey S, Belderson P, Hawley C, Ellis C et al. New learning from serious case reviews: a two year report for 2009–2011. London: Department for Education; 2012 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/184053/DFE-RR226_Report.pdf, приступљено 6.7.2015).
63. Попадић Д. Насиње у школама. Београд: Институт за психологију и УНИЦЕФ Србија; 2009.
64. Wang J, Iannotti RJ, Nansel TR. School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. *J Adolesc Health* 2009;5(4):368–75.
65. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al., editors. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6; <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/socialdeterminants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-schoolaged-children-hbsc-study>, приступљено 6.7.2015).
66. Anda RF, Butchart A, Felitti VJ, Brown DW. Building framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *Am J Prev Med* 2010;39:93–98.
67. Finkelhor D, Shattuck A, Turner H, Hamby S. Improving the adverse childhood experiences study scale. *JAMA Pediatr* 2013;167(1):70–75.
68. Trickett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: issues of definition and identification. *Child Abuse Negl* 2009;33(1):27–35.
69. Miller E, Breslau J, Chung WJ, Green JG, McLaughlin KA, Kessler RC. Adverse childhood experiences and risk of physical violence in adolescent dating relationships. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(11):1006–13.
70. Duke NN, Pettingell SL, McMorris BJ, Borowsky IW. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics* 2010;125:e778–86.
71. Kwong MJ, Bartholomew K, Henderson AJ, Trinke SJJ. The intergenerational transmission of relationship violence. *Fam Psychol* 2003;17(3):288–301.
72. Pears K, Capaldi D. Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse Negl* 2001;25:1439–61.

73. Bellis MA, Lowey H, Leckenby N, Hughes K, Harrison D. Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *J Public Health* 2013;DOI:10.1093/pubmed/fdt038.
74. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf, приступљено 6.7.2015).
75. ЕСПАД. Европско истраживање о употреби алкохола и других дрога међу младима у Србији, 2008. Београд: Министарство здравља Републике Србије и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“; 2009.
76. Истраживање здравља становника Републике Србије, 2013 година. Београд: Министарство здравља Републике Србије и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“; 2014.
77. Widom CS, Hiller-Sturmhofel S. Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Res Health* 2001;25(1):52–57.
78. Makhija N, Sher L. Childhood abuse, adult alcohol use disorders and suicidal behavior. *QJM* 2007;100(5):305–9.
79. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf, приступљено 6.7.2015).
80. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 2012;9(11):e1001349.
81. Schilling EA, Aseltine RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health* 2007;7:30.
82. Chuan-Yu C, Keh.Ming L. Health consequences of illegal drug use. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22(3):287–92.
83. Ramiro LS, Madrid BJ, Brown DW. Adverse childhood experience (ACE) and health-risk behaviours among adults in a developing country setting. *Child Abuse Negl* 2010;34(11):824–55.
84. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V 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(4):245–58.
85. Hillis HD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted disease in men and women: a retrospective study. *Pediatrics* 2000;106:e11.
86. Arata CM, Langhinrichsen-Rohlong J, Bowers D, O'Brien N. Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse Negl* 2007;31:393–415.
87. Jernbro C, Tindberg Y, Lucas S, Janson S. Quality of life among Swedish school children who experienced multiple child maltreatment. *Acta Paediatrica* 2015;104(3):320–25.
88. Radford L, Corral S, Fisher HL. The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse Negl* 2013;37(10):801–13.
89. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. Poly-victimization in a national sample of children and youth. *Am J Prev Med* 2010;38(3):323–30.
90. Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.pnsd.msssi.gob.es/novedades/pdf/Investing_in_children_EuropeanActionPlan.pdf, приступљено 6.7.2015).
91. Mitis F, Sethi D, Crispino V, Galea G. European facts and the Global status report on violence prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/265750/European-facts-and-the-Global-status-report-on-violence-prevention-2014-Eng.pdf?ua=1, приступљено 6.7.2015).
92. MacMillan H, Wathern N, Barlow J, Ferguson D, Leventhal J, Taussing H. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 2009;373:250–66.

ПРИЛОГ 1

UPITNIK O NEGATIVNIM ISKUSTVIMA U DETINJSTVU ZA STUDENTE Upitnik za muškarce

Upišite znak u odgovarajuće polje ili upišite brojeve/slova u predviđeni prostor. Na primer: ☒ ili Mesec Avgust Godina 1994

1. Datum rođenja? Mesec _____ Godina _____

2. Pol

1 ☐ Muški 2 ☐ Ženski

3. Sadašnji bračni status

- 1 ☐ Oženjen
2 ☐ Vanbračna zajednica
3 ☐ Nisam nikad bio u braku
4 ☐ Razdvojen
5 ☐ Razveden
6 ☐ Udovac

Ako je odgovor pod 3 pređi na pitanje 5

4. Ako si u braku, kad si prvi put stupio u brak?

Mesec _____ Godina _____

5. Koliko dugo živiš na sadašnjoj adresi?

- 1 ☐ Manje od 6 meseci
2 ☐ Manje od godinu dana
3 ☐ Manje od dve godine
4 ☐ 2 godine ili duže

6. Tokom većeg dela tvog detinjstva, da li je tvoja porodica posedovala sopstvenu kuću ili stan?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

7. Tokom tvog detinjstva, koliko puta se tvoja porodica selila, uključujući preseljenja u okviru istog grada?

Broj puta: _____

8. Do polaska u srednju školu živeo si u

- 1 ☐ Gradskoj sredini
2 ☐ Seoskoj sredini

9. Koliko godina je imala tvoja majka kada si rođen? Godina: _____

10a. Koji je stepen obrazovanja tvoje majke?

- 1 ☐ Bez škole
2 ☐ Nezavršena osnovna škola
3 ☐ Osnovna škola
4 ☐ Srednja škola
5 ☐ Završena viša škola/fakultet
6 ☐ Postdiplomske studije (master, specijalizacija, magisterijum, doktorat)

10b. Koji je stepen obrazovanja tvog oca?

- 1 ☐ Bez škole
2 ☐ Nezavršena osnovna škola
3 ☐ Osnovna škola

4 ☐ Srednja škola

5 ☐ Završena viša škola /fakultet

6 ☐ Postdiplomske studije (master, specijalizacija, magisterijum, doktorat)

11a. Šta od navedenog najbolje opisuje trenutni radni status tvoje majke?

- 1 ☐ Zaposlena (državni sektor)
2 ☐ Zaposlena (privatni sektor)
3 ☐ Samostalna delatnost
4 ☐ Penzionerka
5 ☐ Nezaposlena (sposobna za rad)
6 ☐ Nezaposlena (nesposobna za rad)
7 ☐ Primalac socijalne pomoći
8 ☐ Drugo, navedi _____
9 ☐ Nepoznat

11b. Šta od navedenog najbolje opisuje radni status tvog oca?

- 1 ☐ Zaposlen (državni sektor)
2 ☐ Zaposlen (privatni sektor)
3 ☐ Samostalna delatnost
4 ☐ Penzioner
5 ☐ Nezaposlen (sposoban za rad)
6 ☐ Nezaposlen (nesposoban za rad)
7 ☐ Primalac socijalne pomoći
8 ☐ Drugo, navedi _____
9 ☐ Nepoznat

12. U prvih 18 godina tvog života kakvo je bilo materijalno stanje tvoje porodice?

- 1 ☐ Veoma loše
2 ☐ Loše
3 ☐ Prosečno
4 ☐ Dobro
5 ☐ Veoma dobro

13a. U prethodnih 30 dana, koliko dana si propustio predavanja na fakultetu ili neku drugu redovnu aktivnost zato što si bio pod stresom ili zato što si se osećao depresivno? Broj dana: _____

13b. U prethodnih 30 dana, koliko dana si propustio predavanja na fakultetu ili neku drugu redovnu aktivnost zbog lošeg fizičkog zdravlja? Broj dana: _____

14a. Da li si u životu popuštao najmanje 100 cigareta?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

14b. Sa koliko godina si počeo redovno da pušiš?
Godina: _____

14c. Da li sada pušiš?
1 ☐ Da 2 ☐ Ne Pređi na pitanje 15

14d. Koliko cigareta dnevno popušiš, u proseku? Broj cigareta: _____

15a. Da li si ranije pušio (a sada ne pušiš)?
1 ☐ Da 2 ☐ Ne Pređi na pitanje 16a

15b. Koliko si, otprilike, cigareta dnevno pušio? Broj cigareta: _____

15c. Koliko si godina imao kad si prestao da pušiš?
Godina: _____

Tokom prvih 18 godina tvog života:

16a. Da li je tvoj otac pušio?
1 ☐ Da, i još uvek puši
2 ☐ Da, ali je prestao kada sam imao _____ godina
(navedi broj godina)
3 ☐ Ne

16b. Da li je tvoja majka pušila?
1 ☐ Da, i još uvek puši
2 ☐ Da, ali je prestala kada sam imao _____ godina
(navedi broj godina)
3 ☐ Ne

17a. U prethodnih 30 dana dana, kolikodana nedeljno si vežbao rekreativno ili da bi održao kondiciju?

1 ☐ 0 dana	5 ☐ 4 dana
2 ☐ 1 dan	6 ☐ 5 dana
3 ☐ 2 dana	7 ☐ 6 dana
4 ☐ 3 dana	8 ☐ 7 dana

17b. U prethodnih 30 dana, kada si vežbao radi rekreacije ili da bi održao kondiciju, koliko je prosečno trajao tvoj trening (u minutima)?

1 ☐ 0 min	5 ☐ 40-49 min
2 ☐ 1-19 min	6 ☐ 50-59 min
3 ☐ 20-29 min	7 ☐ 60 ili više minuta
4 ☐ 30-39 min	

18a. Kolika je bila tvoja najveća telesna težina u životu?
Težina u kilogramima: _____

18b. Koliko si godina tada imao?
Godina: _____

19a. Da li si ikad u životu pio alkohol (ne računajući par gutljaja)?
1 ☐ Da 2 ☐ Ne pređi na pitanje 22

19b. Sa koliko godina si popio prvoalkoholno piće (ne računajući par gutljaja)?
Godina: _____

19c. U prethodnih mesec dana, da li si popio makar jedno pivo, vino, koktel, liker ili neko drugo alkoholno piće?
1 ☐ Da 2 ☐ Ne Pređi na pitanje 22

19d. U prethodnih mesec dana, kolikodana u sedmici si pio neko alkoholno piće, u proseku?

1 ☐ 0 dana	5 ☐ 4 dana
2 ☐ 1 dan	6 ☐ 5 dana
3 ☐ 2 dana	7 ☐ 6 dana
4 ☐ 3 dana	8 ☐ 7 dana

19e. U prethodnih mesec dana, onih dana kad si pio alkohol, koliko si prosečno pićapio dnevno?

1 ☐ 1 piće	4 ☐ 4 ili više pića
2 ☐ 2 pića	5 ☐ Nisam pio alkohol u prethodnih 30 dana
3 ☐ 3 pića	

19f. Uzimajući u obzir sve vrste alkoholnih pića, koliko si puta u prethodnih mesec dana popio 5 ili više pića u jednoj prilici?
Broj puta: _____

19g. U prethodnih mesec dana, koliko si puta vozio u situacijama kada si možda popio previše alkohola?
Broj puta: _____

20. Da li si ikada imao bilo kakvih problema zbog upotrebe alkohola (sa policijom, zdravljem, okolinom i si)?
1 ☐ Da 2 ☐ Ne

21. Da li si ikad sebe smatrao alkoholičarom ili osobom koja preterano pije alkohol?
1 ☐ Da 2 ☐ Ne

22. U prethodnih 30 dana, koliko si se puta vozio u automobilu ili drugom vozilu kojim je upravljao neko ko je pio alkohol?
Broj puta: _____

23a. Tokom prvih 18 godina svog života, da li si živio sa nekim ko je preterano konzumirao alkohol ili bio alkoholičar/ka?
1 ☐ Da 2 ☐ Ne pređi na pitanje 24

23b. Označi koje su to osobe bile (označi sve odgovarajuće odgovore):

1 ☐ Otac	4 ☐ Sestra (sestre)
2 ☐ Majka	5 ☐ Drugi rođaci
3 ☐ Brat (braća)	6 ☐ Drugi, koji nisu rođaci

24. Da li si ikad bio oženjen (ili živio u vanbračnoj zajednici) sa osobom koja je preterano pila ili bila alkoholičar/ka?
1 ☐ Da 2 ☐ Ne

25a. Da li si ikad koristio bilo koju drogu (uključujući i marihuanu)?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne *pređi na pitanje 26*

25b. Sa koliko godina si prvi put probao drogu?

Godina: _____

25c. Koliko si puta uzeo drogu u životu?

1 ☐ Nijednom 4 ☐ 11-25 puta
2 ☐ 1-2 puta 5 ☐ 26 – 99 puta
3 ☐ 3-10 puta 6 ☐ 100 i više puta

25d. Da li si ikada imao bilo kakvih problema zbog upotrebe droga (sa policijom, zdravljem, okolinom)?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

25e. Da li si ikad smatrao da si zavisao o drogama?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

25f. Da li si ikad uzimao drogu intravenskim putem?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

25g. Da li si ikada išao na terapiju odvikavanja?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

(Ukoliko je odgovor da, navedi koliko puta _____)

26. Da li si tokom prvih 18 godina tvog života živeo sa nekim ko je koristio droge?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

Tokom prvih 18 godina tvog života:

27a. Da li su tvoji roditelji ikad bili razdvojeni ili razvedeni?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

27b. Da li si ikada živeo sa očuhom?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

27c. Da li si ikada živeo sa maćehom?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

28. Da li si ikad živeo u hraniteljskoj porodici?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

29a. Da li si ikada pobjegao od kuće na duže od jednog dana?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

29b. Da li je neko od tvoje braće ili sestara pobjegao od kuće na duže od jednog dana?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

30. Da li je neko iz tvog domaćinstva patio od depresije ili druge duševne bolesti?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

31. Da li je neko iz tvog domaćinstva pokušao da izvrši samoubistvo?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

32. Da li je neko iz tvog domaćinstva ikad boravio u zatvoru?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

33. Da li je ikad neko iz tvog domaćinstva počinio ozbiljan zločin?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

34a. Da li si ti ikad pokušao da izvršiš samoubistvo?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne *pređi na pitanje 35a*

34b. Koliko godina si imao kada si prvi put pokušao da izvršiš samoubistvo?

Broj godina: _____

34c. Koliko puta si pokušao da izvršiš samoubistvo?

Broj puta: _____

34d. Koliko godina si imao kada si poslednji put pokušao da izvršiš samoubistvo?

Broj godina : _____

34e. Da li je neki od tvojih pokušaja samoubistva za posledicu imao povredu, trovanje ili predoziranje koje je moralo biti zbrinuto od strane zdravstvenih radnika?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

35a. Da li te je doktor, medicinska sestra ili drugi zdravstveni radnik ikada pitao o problemima u tvojoj porodici/kući, i o potencijalnim neželjenim seksualnim iskustvima?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

35b. Koliko bliskih prijatelja ili rođaka imaš koji bi ti, u slučaju potrebe, pomogli oko tvojih emocionalnih problema i osećanja?

1 ☐ Nikoga 3 ☐ 2 osobe
2 ☐ 1 osobu 4 ☐ 3 ili više osoba

Ponekad se među roditeljima dešavaju svađe sa fizičkim "obračunima".

Tokom tvog odrastanja, u prvih 18 godina tvog života koliko često je tvoj otac (ili očuh) ili majčin partner uradio neku od sledećih stvari tvojoj majci (ili maćehi)?

36a. Odgurnuo je, grubo zgrabio rukom, ošamario, ili gađao nečim?

1 ☐ Nikad 4 ☐ Često
2 ☐ Jednom, dva puta 5 ☐ Veoma često
3 ☐ Ponekad

36b. Udario je nogom, ugrizao, udario pesnicom ili nekim teškim predmetom?

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Nikad | 4 ☐ Često |
| 2 ☐ Jednom, dva puta | 5 ☐ Veoma često |
| 3 ☐ Ponekad | |

36c. Udarao je neprekidno najmanje nekoliko minuta?

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Nikad | 4 ☐ Često |
| 2 ☐ Jednom, dva puta | 5 ☐ Veoma često |
| 3 ☐ Ponekad | |

36d. Pretio joj nožem ili pištoljem, ili upotrebio nož ili pištolj da bi je povredio?

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Nikad | 4 ☐ Često |
| 2 ☐ Jednom, dva puta | 5 ☐ Veoma često |
| 3 ☐ Ponekad | |

U prvih 18 godina tvog života, koliko često je tvoja majka (ili maćeha) ili očeva partnerka uradila neku od sledećih stvari tvome ocu (ili očuhu)?

37a. Odgurnula ga, grubo zgrabila rukom, ošamarila, ili gađala nečim?

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Nikad | 4 ☐ Često |
| 2 ☐ Jednom, dva puta | 5 ☐ Veoma često |
| 3 ☐ Ponekad | |

37b. Udarila ga nogom, ugrizla, udarila pesnicom ili nekim teškim predmetom?

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Nikad | 4 ☐ Često |
| 2 ☐ Jednom, dva puta | 5 ☐ Veoma često |
| 3 ☐ Ponekad | |

37c. Udarala ga neprekidno najmanje nekoliko minuta?

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Nikad | 4 ☐ Često |
| 2 ☐ Jednom, dva puta | 5 ☐ Veoma često |
| 3 ☐ Ponekad | |

37d. Pretila mu nožem ili pištoljem, ili upotrebila nož ili pištolj da bi ga povredila?

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Nikad | 4 ☐ Često |
| 2 ☐ Jednom, dva puta | 5 ☐ Veoma često |
| 3 ☐ Ponekad | |

Pojedini roditelji imaju običaj da "pljusnu" svoje dete kao oblik disciplinovanja ("pljusnuti" znači udariti jako i brzo po glavi, obrazu, "odalamiti", ošamariti). Tokom tvog odrastanja, u prvih 18 godina života:

38a. Koliko često su tebe ovako "pljusnuli"?

- | | |
|--|---------------------|
| 1 ☐ Nikad | pređi na pitanje 39 |
| 2 ☐ Jednom, dva puta | |
| 3 ☐ Par puta godišnje | |
| 4 ☐ Mnogo puta godišnje | |
| 5 ☐ Jednom nedeljno ili češće | |

38b. Koliko jako su te "pljusnuli"?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1 ☐ Ne jako | 4 ☐ Dosta jako |
| 2 ☐ Nešto jače | 5 ☐ Izuzetno jako |
| 3 ☐ Srednje | |

38c. Koliko godina si imao kada se sećaš da su te poslednji put ovako "pljusnuli"?

Broj godina: _____

U periodu tvog odrastanja, u prvih 18 godina života:

(navedi koliko su sledeće izjave istinite u tvom slučaju – odnosi se na pitanja 39-53)

39. Nisi imao dovoljno da jedeš.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

40. Znao si da postoji neko da se brine o tebi i da te štiti.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

41. Članovi porodice su te nazivali "lenjim", "ružnim" ili nekim sličnim pogrđnim nazivima.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

42. Tvoji roditelji su bili previše pijani ili nadrođirani da bi se starali o porodici.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

43. U tvojoj porodici je postojala osoba koja ti je pomagala da se osećaš značajno ili posebno.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

44. Morao si da nosiš prljavu odeću.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

45. Osećao si se voljenim.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

46. Mislio si da su tvoji roditelji želeli da nikad nisi ni rođen.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

47. Članovi tvoje porodice su se starali jedni o drugima.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

48. Osećao si da te neko iz tvoje porodice mrzi.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

49. Članovi porodice su ti govorili bolne ili uvredljive stvari.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

50. Članovi tvoje porodice su bili međusobno bliski.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

51. Smatraš da si bio emocionalno zlostavljan

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

52. Postojala je osoba koja bi te u slučaju potrebe odvela kod doktora.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

53. Porodica ti je bila izvor snage i podrške.

- | | |
|---|---|
| 1 ☐ Nije istina | 4 ☐ Često je bilo istina |
| 2 ☐ Retko je bilo istina | 5 ☐ Veoma često je bilo istina |
| 3 ☐ Ponekad je bilo istina | |

Ponekad roditelji ili drugi odrasli povređuju decu.

Tokom tvog odrastanja, u prvih 18 godina tvog života, koliko često je neko od roditelja, očuh/maćeha ili druga odrasla osoba koja je živela u tvom domaćinstvu uradila sledeće:

54a. Psovala te, vređala, ili ponižavala?

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Nikad | 4 ☐ Često |
| 2 ☐ Jednom, dva puta | 5 ☐ Veoma često |
| 3 ☐ Ponekad | |

54b. Pretila da će te udariti ili gađati nečim, ali to nije uradila?

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Nikad | 4 ☐ Često |
| 2 ☐ Jednom, dva puta | 5 ☐ Veoma često |
| 3 ☐ Ponekad | |

54c. Stvarno te odgurnula, zgrabila rukama, gurala te, ošamarila ili gađala nečim?

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Nikad | 4 ☐ Često |
| 2 ☐ Jednom, dva puta | 5 ☐ Veoma često |
| 3 ☐ Ponekad | |

54d. Udarila te tako jako da su ti ostali tragovi ili da si bio povređen?

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Nikad | 4 ☐ Često |
| 2 ☐ Jednom, dva puta | 5 ☐ Veoma često |
| 3 ☐ Ponekad | |

54e. Ponašala se na takav način da si se uplašio da bi te mogla fizički povrediti?

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Nikad | 4 ☐ Često |
| 2 ☐ Jednom, dva puta | 5 ☐ Veoma često |
| 3 ☐ Ponekad | |

Pre nego što započnete sa odgovaranjem na pitanja data u tabeli molimo vas da pažljivo pročitate sledeće:
Ponekad se u detinjstvu, u prvih 18 godina života, mladima dešavaju seksualna iskustva sa ODRASLIMA
ILI OSOBAMA STARIJIM OD NJIH 5 I VIŠE GODINA. Ova iskustva mogu biti i sa osobama iz šire porodice,
porodičnim poznanicima i prijateljima ili pak osobama van porodice i nepoznatim osobama. U prvih 18
godina tvog života, da li je osoba iz šire porodice, rođak, porodični prijatelj ili pak nepoznata osoba ikada:

	b) Koliko si godina imao kada se ovo prvi put dogodilo?	c) Prvi put kada se ovo dogodilo, da li je to bilo protivno tvojim željama?	d) Koliko si godina imao kada se ovo dogodilo poslednji put?	e) Koliko ti se puta, otprilike, ovo dogodilo?	f) Koliko različitih osoba ti je ovo uradilo?	g) Kog je pola bila osoba (osobe) koja ti je ovo uradila?	h) Koliko je godina imala ta osoba/ te osobe?
55a. Dodirivala te ili milovala na seksualan način? 1 ☐ Da 2 ☐ Ne Ako je odgovor "Da" ►	_____ godina	1 ☐ Da 2 ☐ Ne	_____ godina	_____ puta	_____ osoba	1 ☐ Muškog 2 ☐ Ženskog 3 ☐ Oba pola	_____ godina
56a. Navela te da je dodiruješ na seksualni način? 1 ☐ Da 2 ☐ Ne Ako je odgovor "Da" ►	_____ godina	1 ☐ Da 2 ☐ Ne	_____ godina	_____ puta	_____ osoba	1 ☐ Muškog 2 ☐ Ženskog 3 ☐ Oba pola	_____ godina
57a. Pokušala da ostvari bilo koju vrstu seksualnog odnosa (oralni, vaginalni, analni) sa tobom? 1 ☐ Da 2 ☐ Ne Ako je odgovor "Da" ►	_____ godina	1 ☐ Da 2 ☐ Ne	_____ godina	_____ puta	_____ osoba	1 ☐ Muškog 2 ☐ Ženskog 3 ☐ Oba pola	_____ godina
58a. Zaista ostvarila bilo koju vrstu seksualnog odnosa sa tobom (oralni, vaginalni, analni)? 1 ☐ Da 2 ☐ Ne Ako je odgovor "Da" ►	_____ godina	1 ☐ Da 2 ☐ Ne	_____ godina	_____ puta	_____ osoba	1 ☐ Muškog 2 ☐ Ženskog 3 ☐ Oba pola	_____ godina
Ako si odgovorio sa "NE" na svako od prethodna 4 pitanja (55a-58a) o seksualnim iskustvima sa starijim osobama, <u>pređi na pitanje 62a</u>							

Da li je neko od ovih seksualnih iskustava sa odraslom osobom ili osobom starijom od tebe 5 godina i više bilo sa:

59a. Rođakom koji je živio u vašoj kući?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

59b. Osobom koja nije rođak a koja je živela u vašoj kući?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

59c. Rođakom koji nije živio u vašoj kući?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

59d. Porodičnim prijateljem ili osobom koju si poznao a koja nije živela u vašoj kući?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

59e. Nepoznatom osobom?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

59f. Osobom koja je bila zadužena da se stara o tebi?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

59g. Osobom u koju si imao poverenja?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

Da li je nekom od ovih seksualnih iskustava prethodilo sledeće:

60a. Obmana, verbalno ubeđivanje, ili vršenje pritiska na tebe?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

60b. Davanje i navođenje na konzumiranje alkohola ili droga?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

60c. Pretnje da će te povrediti ukoliko ne pristaneš?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

60d. Primena fizičke sile ili fizičko savladavanje da bi te primorali?

1 ☐ Da 2 ☐ Ne

61a. Da li si ikada o ovim seksualnim iskustvima ispričao doktoru, medicinskoj sestri/tehničaru ili drugom zdravstvenom radniku?

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

61b. Da li ti je ikad psihoterapeut ili psihijatar u razgovoru nagovestio mogućnost da si u detinjstvu bio seksualno zlostavljan?

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

Nezavisno od drugih seksualnih iskustava o kojima si nam već govorio, tokom odrastanja, u toku tvojih prvih 18 godina života:

62 a. Da li te je dečak ili grupa dečaka tvog uzrasta ikada prisiljavala ili ti pretila da će ti nauditi ukoliko ne pristaneš na seksualni kontakt:

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

pređi na pitanje 63

62b. Ukoliko je odgovor "da" da li je taj kontakt uključivao dodivanje tvojih genitalija ili pokušaj da ima odnos sa tobom (analni,oralni):

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

62c. Ukoliko je odgovor "da" koliko ti je puta to neko uradio?

1 ☐ Jednom

4 ☐ 6-10 puta

2 ☐ Dva puta

5 ☐ Više od 10 puta

3 ☐ 3-5 puta

62d. Da li je taj kontakt uključivao stvarni seksualni odnos sa tobom (analni,oralni)?

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

62e. Ukoliko je odgovor "da" koliko ti je puta to neko uradio?

1 ☐ Jednom

4 ☐ 6-10 puta

2 ☐ Dva puta

5 ☐ Više od 10 puta

3 ☐ 3-5 puta

63. Da li ti misliš da si kao dete bio seksualno zlostavljan?

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

64a. Da li si ikada bio na terapiji kod psihologa, psihijatra ili psihoterapeuta, iz bilo kog razloga?

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

pređi na pitanje 65a

64b. Zbog čega si odlazio na terapiju?

1 ☐ Fizičko nasilje

2 ☐ Seksualno zlostavljanje

3 ☐ Emocionalno zlostavljanje

4 ☐ Upotreba alkohola

5 ☐ Upotreba droga

6 ☐ Drugo, navesti _____

Sledeća pitanja odnose se na navršnjačko maltretiranje i nasilje. Maltretiranje podrazumeva situacije kada mlada osoba ili grupa osoba govore ili rade loše stvari drugoj osobi. Maltretiranje je i kada se osoba previše zadirkuje na neprijatan način, ili kada se namerno izostavlja iz društva i dešavanja. Maltretiranje ne podrazumeva situaciju kada se dve osobe približno jednake snage i moći svađaju ili tuku ili kada se neko zadirkuje na zabavan i prijateljski način.

Tokom tvog odrastanja, uprvih 18 godina tvog života:

65a. Koliko često su te maltretirali na gore opisani način?

1 ☐ Nikad

pređi na pitanje 66

2 ☐ Jednom

3 ☐ Par puta

4 ☐ Mnogo puta

65b. KAKO su te najčešće maltretirali?

1 ☐ Udarali su me, šutirali, gurali između sebe, zaključavali u prostoriji

2 ☐ Ismevali su me zbog nacionalnosti/etnič karakteristika

3 ☐ Ismevali su me zbog religije

4 ☐ Ismevali su me uz seksualne šale, komentare, gestove

5 ☐ Maltretirali su me uz eksplicitno seksualno uznemiravanje ili nasilje, pretnje da će mi na diti ako ne pristanem na seksualni odnos

6 ☐ Potpuno su me ignorisali i izostavljali iz aktivnosti

7 ☐ Ismevali su me zbog mog izgleda

8 ☐ Elektronskim putem (sms, e-mail, društvene mreže)

9 ☐ Maltretirali su me na drugi način, nave di _____

66. Koliko često si bio umešan u fizičku tuču (podrazumeva situacije kada dve mlade osobe približno jednake snage ili moći stupe u međusobnu tuču)

1 ☐ Nikad

3 ☐ Par puta

2 ☐ Jednom

4 ☐ Mnogo puta

Sledeća pitanja odnose se na nasilje u okruženju zajednice, odnosno, na to koliko često si u detinjstvu video ili čuo određene stvari u svom komšiluku ili u zajednici (ne u svojoj kući, TV-u, filmovima ili na radiju).

Tokom tvog odrastanja, uprvih 18 godina tvog života... (ne računajući vesti, novine, internet i prepričavanja drugih)

67a. Da li si ustvarnom životu video ili čuo kako neko ga prebijaju?

1 ☐ Nikad

3 ☐ Par puta

2 ☐ Jednom

4 ☐ Mnogo puta

67b. Da li si ustvarnom životu video ili čuo kako neko biva uboden nožem ili upucan?

- 1 ☐ Nikad 3 ☐ Par puta
2 ☐ Jednom 4 ☐ Mnogo puta

67c. Da li si ustvarnom životu video ili čuo kako se nekome preti nožem ili pištoljem?

- 1 ☐ Nikad 3 ☐ Par puta
2 ☐ Jednom 4 ☐ Mnogo puta

Sledeća pitanja odnose se na iskustva koja si možda imao u detinjstvu, a koja uključuju kolektivno nasilje - rat, terorizam, političke ili etničke konflikte, genocid, represiju, nestanke ljudi, mučenja i organizovani nasilni kriminal kao što je razbojništvo i sukobi bandi.

Tokom tvog odrastanja, u prvih 18 godina tvog života...

68a. Da li si bio prinuđen da se odseliš od svoje kuće/stana usled nekog od gore navedenih događaja?

- 1 ☐ Nikad 3 ☐ Par puta
2 ☐ Jednom 4 ☐ Mnogo puta

68b. Da li si doživeo namerno uništenje svoje kuće/stana usled nekog od gore navedenih događaja?

- 1 ☐ Nikad 3 ☐ Par puta
2 ☐ Jednom 4 ☐ Mnogo puta

68c. Da li si nekad bio prebijen od strane vojske, policije, paravojnih formacija, ili bandi?

- 1 ☐ Nikad 3 ☐ Par puta
2 ☐ Jednom 4 ☐ Mnogo puta

68d. Da li je član tvoje porodice ili prijatelj ubijen ili prebijen od strane vojske, policije, paravojnih formacija ili bandi?

- 1 ☐ Nikad 3 ☐ Par puta
2 ☐ Jednom 4 ☐ Mnogo puta

Ponekad subjektivni doživljaj nije u saglasnosti sa događajima koji su se stvarno desili. Shodno tome molimo te da nam odgovoriš na sledeća pitanja.

69a. Da li ti smatraš da si tokom prvih 18 godina tvog života bio emocionalno zlostavljan?

- 1 ☐ Da 2 ☐ Ne pređi na pitanje 70a

69b. Za koga smatraš da te je emocionalno zlostavljao?

- 1 ☐ Majka/otac
2 ☐ Drugi članovi porodice
3 ☐ Vršnjaci
4 ☐ Partner/ka
5 ☐ Druga osoba, navesti _____

70a. Da li ti smatraš da si tokom prvih 18 godina tvog života bio fizički zlostavljan?

- 1 ☐ Da 2 ☐ Ne pređi na pitanje 71a

70b. Za koga smatraš da te je fizički zlostavljao?

- 1 ☐ Majka/otac
2 ☐ Drugi članovi porodice
3 ☐ Vršnjaci
4 ☐ Partner/ka
5 ☐ Druga osoba, navesti _____

Tokom odrastanja desi se da osobe u pubertetu učine neku nepromišljenost ili naprave incident zbog koga se kasnije kaju. Na takve situacije će se odnositi sledećih par pitanja.

Molimo te da odgovoriš na sledeća pitanja i to učiniš krajnje iskreno, jer nećeš snositi nikakve posledice, a tvoji odgovori će nam biti od velike koristi u istraživanju.

71a. Da li se do sada dešavalo da ti neko:

(označi jedan ili više ponuđenih odgovora)

- 1 ☐ Psihički maltretiraš (vređaš, ponižavaš)
2 ☐ Tučeš

71b. Ko je bio žrtva tvojih postupaka?

- 1 ☐ Brat/sestra
2 ☐ Roditelji
3 ☐ Drugi članovi porodice
4 ☐ Vršnjaci/školski drugovi
5 ☐ Partner/partnerka
6 ☐ Nepoznata osoba/osobe

Sledeća pitanja odnose se isključivo na **DOBROVOLJNA seksualna iskustva**.

72a. Da li si ikad imao seksualni odnos?

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

*molimo te da pređeš
na deo upitnika o
povredama (sledeća
strana)*

72b. Sa koliko godina si imao prviseksualni odnos?

Broj godina: _____

72c. Sa koliko si različitih osoba imao seksualni odnos u životu?

Broj osoba: _____

72d. Sa koliko si različitih osoba imao seksualni odnos u prethodnih godinu dana?

Broj osoba: _____

72e. Da li je nekada neko ostao u drugom stanju sa tobom?

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

*molimo te da pređeš
na deo upitnika o
povredama (sledeća
strana)*

72f. Koliko si godina tada imao?

Broj godina: _____

72g. Koliko je godina imala najmlađa devojka / žena koja je sa tobom ostala u drugom stanju?

Broj godina: _____

72h. Koliko si ti tada godina imao?

Broj godina: _____

ПРИЛОГ 2

UPITNIK O NEGATIVNIM ISKUSTVIMA U DETINJSTVU ZA STUDENTE

Upitnik za devojke

(До питања бр. 72 је исти као упитник за мушкарце)

Sledeća pitanja odnose se isključivo na DOBROVOLJNA seksualna iskustva.

72a. Da li si ikad imala seksualni odnos?

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

molimo te da
pređeš na deo upi-
tnika o povredama
(sledeća strana)

72b. Sa koliko godina si imala prviseksualni odnos?

Godina: _____

**72c. Sa koliko si različitih osoba imala seksualni od-
nos u životu?**

Broj osoba: _____

**72d. Sa koliko si različitih osoba imala seksualni od-
nos u prethodnih godinudana?**

Broj osoba: _____

73. Da li si sada u drugom stanju?

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

74a. Da li si ikad bila u drugom stanju?

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

molimo te da pređeš
na deo upitnika o
povredama (sledeća
strana)

74b. Koliko puta si bila u drugom stanju?

Broj: _____

74c. Koliko tvojih trudnoća je rezultiralo

rođenjem deteta?

Broj: _____

**75a. Koliko godina si imala kada si prvi put ostala u
drugom stanju?**

Godina: _____

**75b. Kada si prvi put ostala u drugom stanju, koliko
godina je imala osoba sa kojom si zatrudnela?**

Godina: _____

**75c. Kada si prvi put ostala u drugom stanju, jesi li u to
vreme nameravala da zatrudniš?**

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

3 ☐ Bilo mi je svejedno

75d. KADA se završila tvoja prva trudnoća?

Mesec: _____ Godina: _____

75e. KAKO se završila tvoja prva trudnoća?

1 ☐ Rođenjem živog deteta

2 ☐ Mrtvorođenjem/pobačajem

3 ☐ Vanmateričnom trudnoćom

4 ☐ Planiranim (namernim) abortusom

5 ☐ Drugo

76a. Da li si ikad bila u drugom stanju drugi put?

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

molimo te da
pređeš na deo upi-
tnika o povredama
(sledeća strana)

**76b. Kada si drugi put ostala u drugom stanju, jesi li u
to vreme nameravala da zatrudniš?**

1 ☐ Da

2 ☐ Ne

3 ☐ Bilo mi je svejedno

76c. KADA se završila tvoja druga trudnoća

Mesec: _____ Godina: _____

76d. KAKO se završila tvoja druga trudnoća

1 ☐ Rođenjem živog deteta

2 ☐ Mrtvorođenjem/pobačajem

3 ☐ Vanmateričnom trudnoćom

4 ☐ Planiranim (namernim) abortusom

5 ☐ Drugo, navedi _____

The WHO Regional Office for Europe

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

Member States

Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaijan
Belarus
Belgium
Bosnia and Herzegovina
Bulgaria
Croatia
Cyprus
Czech Republic
Denmark
Estonia
Finland
France
Georgia
Germany
Greece
Hungary
Iceland
Ireland
Israel
Italy
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Latvia
Lithuania
Luxembourg
Malta
Monaco
Montenegro
Netherlands
Norway
Poland
Portugal
Republic of Moldova
Romania
Russian Federation
San Marino
Serbia
Slovakia
Slovenia
Spain
Sweden
Switzerland
Tajikistan
The former Yugoslav
Republic of Macedonia
Turkey
Turkmenistan
Ukraine
United Kingdom
Uzbekistan

Истраживање учесталости негативних искустава у детињству међу студентима у Републици Србији

