ПРЕВЕНЦИЯ
НА ТЕЛЕСНОТО НАКАЗАНИЕ ЗА НАЙ-МАЛКИТЕ ДЕЦА В БЪЛГАРИЯ

ИНСТИТУТ ПО СОЦИАЛНИ ДЕЙНОСТИ И ПРАКТИКИ

Превенция на телесното наказание за най-малките деца в България

Май – Ноември 2011 година

ИСДП ИНСТИТУТ ПО СОЦИАЛНИ ДЕЙНОСТИ И ПРАКТИКИ

Настоящата публикация е изготвена със съдействието на Програма Дафне III на Европейската комисия. Отговорност за съдържанието на тази публикация носи единствено Сдружение „Институт по социални дейности и практики" и по никакъв начин не може да се счита, че тя отразява становищата на Европейската комисия.

Автори на доклада:
доц. д-р Нели Петрова-Димитрова
доц. д-р Любослава Пенева
Маргарита Врачовска
Д-р Валентина Лихарска
Ангелина Даскалова
Вера Рангелова
Десислава Енчева
Росен Иванов
Под общата редакция на доц. д-р Нели Петрова – Димитрова

Издава:

ИСДП

Сдружение Институт по социални дейности и практики

Адрес: гр. София, п.к. 1000
ул. Княз Борис I № 78, ет. 2
тел: +359 2 852 47 13
sapi@sapibg.org
www.sapibg.org

OAK FOUNDATION

Издава се с финансовата подкрепа на Фондация ОУК по проект „Детство без насилие"

ISBN: 978-954-2956-05-1

София, 2011

Настоящата експертиза се реализира в рамките на проект „Дом без насилие за всяко дете" с № JUST/2009/DAP3/AG/1122 по програма Дафне на Европейската Комисия

daphne

Съдържание

1. ВЪВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМА 7

1.1. КАКВО СЕ РАЗБИРА ПОД ТЕЛЕСНО НАКАЗАНИЕ? 7

1.2. НАСИЛИЕ ВЪРХУ МАЛКИ ДЕЦА 8

1.2.1. Видове насилие 9

1.3. ХАРАКТЕРИСТИКА НА СЕМЕЙСТВАТА, В КОИТО РИСКЪТ ОТ НАСИЛИЕ Е ВИСОК 11

1.3.1. Кои са семействата, които изоставят децата си във възрастта 0-3 г. ? 11

1.3.2. Профил на родителите, използващи телесно наказание 13

1.4. ВЛИЯНИЕ НА ТЕЛЕСНОТО НАКАЗАНИЕ ВЪРХУ РАЗВИТИЕТО НА ДЕТЕТО 14

2. ЗАКОНОВА РАМКА 17

2.1. ЗАКОНОВА РАМКА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА НАСИЛИЕТО НАД ДЕЦА 17

2.1.1. Закон за закрила на детето 17

2.1.2. Правилник за прилагане на Закон за закрила на детето 17

2.1.3. Закон за защита от домашното насилие 18

2.1.4. Семеен кодекс 18

2.1.5. Наказателен кодекс 18

2.1.6. Законова рамка по отношение на сигнализирането 19

2.1.7. Достъп до правосъдие и предприети мерки за компенсация на пострадалите лица 19

2.2. СПЕЦИФИЧНИ ЗАКОНОВИ РЕГУЛАЦИИ И ПРАКТИКИ ЗА ДЕЦА ОТ 0 ДО 3 ГОДИНИ 20

2.2.1. Системата на подкрепа на семействата с малки деца 20

2.2.2. Закон за семейните помощи за деца (ЗСПД) 21

2.2.3. Закон за кредитиране на студенти и докторанти 21

2.2.4. Закон за здравното осигуряване (ЗЗО) 22

2.2.5. Закон за данъците върху доходите на физическите лица (ЗДДФЛ) 22

2.2.6. Закон за защита от дискриминация 22

2.3. МЕРКИ И МЕХАНИЗМИ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ТЕЛЕСНОТО НАКАЗАНИЕ 23

2.3.1. Национална стратегия за закрила на детето 2008 -2018 г. 23

2.3.2. Годишни стратегически и оперативни планове на ДАЗД, Национална програма за закрила на детето. 23

2.3.3. Национална програма за превенция и защита от домашно насилие за 2011 г. 23

2.3.4. Национална телефонна линия за деца „116 111". 23

2.3.5. Координационен механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция. 24

2.3.6. Други 25

3. ДЕМОГРАФСКА СИТУАЦИЯ и СТАТИСТИКА ЗА СЛУЧАИ НА НАСИЛИЕ 27
3.1. АНАЛИЗ НА ДАННИТЕ ЗА НАСИЛИЕ НАД ДЕЦА ЗА 2010 ГОДИНА 27
3.2. АНАЛИЗ НА ДАННИТЕ ОТ ОПИСАТЕЛНАТА СТАТИСТИКА НА НТЛД „116 111“ 28
3.3. НАСИЛИЕ НАД ДЕЦА ПРЕЗ 2011 ГОДИНА 28
3.3.1. Разпределение на случаите по вид 29
3.3.2. Разпределение на случаите според мястото на извършване на насилието 29
3.3.3. Разпределение на децата по възраст 29
3.3.4. Разпределение на случаите според подателя на сигнала 29

4. СОЦИАЛНИ И ЗДРАВНИ АСПЕКТИ В ПРЕВЕНЦИЯТА НА ТЕЛЕСНОТО НАКАЗАНИЕ (НАСИЛИЕТО) НАД ДЕЦА (0-3 Г.) 30
4.1. СОЦИАЛНИ УСЛУГИ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА НАСИЛИЕТО НАД ДЕЦА ОТ 0-3 ГОДИНИ 30
4.1.1. Социални дейности и услуги за първична превенция 30
4.1.2. Социални услуги за вторична превенция –услуги в подкрепа на рискови групи 31
4.1.3. Социални услуги за третична превенция – услуги за деца и семейства, които са преживели или преживяват сериозен проблем. 34
4.2. ЗДРАВНА ПОДКРЕПА НА ДЕЦА ОТ 0 ДО 3 ГОДИНИ 36
4.2.1. Осигуряване на обща медицинска грижа за децата от 0-3 г. 36
4.2.2. Здравни услуги (задължителни ваксинации и посещения на медицински центрове, домашни посещения, програма „Детско здравеопазване”) 37
4.2.3. Детската смъртност в периода 0-3 г. 38
4.2.4. Смъртност на децата от 1 до 4 години 39
4.2.5. Детска смъртност по причини 40

5. ОБЩЕСТВЕНИ НАГЛАСИ КЪМ УПОТРЕБАТА НА ТЕЛЕСНО НАКАЗАНИЕ НА ДЕЦА В БЪЛГАРИЯ 42
5.1. Нагласи към употребата на телесно наказание 42
5.2. Доверие към институциите за закрила на детето 43
5.3. Употребата на телесно наказание сред респондентите, които имат собствени деца 44

6. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ 45

Демократизацията на обществения живот, която е неразделна част от процесите на трансформация в страните от Източна Европа, доведе до разпознаването на много социални проблеми, които преди това са останали скрити, незабелязани или подценявани. Един от тях е проблемът с детското насилие. Феноменът „детско насилие“ може да бъде разбиран в много широк смисъл, тъй като има различни проявления. Но то, проявено в каквато и да било форма, е винаги сериозно нарушаване на правата на детето. Различни международни изследвания показват, че децата от 0 до 3 години са най-уязвимата възрастова група, в най-висок риск от насилие. Също така изследванията показват и най-висок дял на смъртни случаи като последица от физическо насилие отново в тази възрастова група. Децата от 0 до 3 г. са в най-голяма зависимост от възрастните и в този смисъл мерките и дейностите в тяхна подкрепа са от особено значение за всяка страна. Именно в тази насока неправителствени организации от Полша, България, Литва и Латвия, специализиращи в превенцията на насилие сред деца и семейства в риск, стартираха проект „Дом без насилие за всяко дете” № JUST/2009/DAP3/AG/1122 на програма Дафне на Европейската комисия, насочен към създаване и разпространение на практики за позитивно родителстване.

Настоящата експертиза се проведе в първия етап от реализирането на проекта, с цел да се анализира ситуацията в България по отношение на причините, естеството и обхвата на феномена телесно наказание, както и оценка на предприетите срещу него мерки от управляващите органи.

Цел на експертното проучване е както да анализира системата за превенция на телесното наказание и за подкрепа на малки деца (0-3 год.) и техните семейства в България, така и да идентифицира липсите и проблемните зони, които повишават риска от физическо насилие.

Изготвената експертиза и приложените към нея препоръки имат за задача да послужат за лобиране за законови промени, промени в институционалната система за защита и подкрепа и нейното качество, към по-добро зачитане на правата на детето. Най-добрата превенция е в повишаване качеството на родителската грижа и в тази връзка се цели да се подкрепи позитивното родителство и да се съдейства за превенция от използването на телесното наказание като възпитателно средство.

Задачи:

1. Анализ на нормативната рамка, свързана с превенция на насилието над деца.
2. Анализ на съществуващите услуги и мерки за подкрепа на семействата на деца 0–3 г.
3. Анализ на социални и здравни аспекти, свързани със закрила на децата 0–3 г.
4. Анализ на статистиката за насилие над деца от 0–3 г.
5. Идентифициране на пропуските и извеждане на препоръки за подобряване на съществуващата система.

Методология на проучването:

Експертизата беше проведена за периода май – ноември 2011 год. на територията на България. Проучването обхваща анализ на съществуващата документация, изследвания и статистически данни. В изследването се включиха експерти от различни институции, отговорни за закрилата на децата от 0 до 3 години- доц. д-р Нели Петрова-Димитрова, доц. д-р Любослава Пенева, Маргарита Врачовска, д-р Валентина Лихарска, Ангелина Даскалова, Вера Рангелова, Десислава Енчева, Росен Иванов.

Общата редакция и препоръките са на доц. д-р Нели Петрова-Димитрова, катедра „Социална педагогика и социално дело", СУ „Св. Кл. Охридски".

ИСДП изказва благодарност на ДАЗД за предоставяне на статистическа информация и експертно мнение по преблема.

1. Въведение в проблема

„Държавата защитава децата от каквито и да било физически и морални посегателства, както и от безразличие спрямо тях. Държавата опазва и защитава детето от насилие или сексуална експлоатация."

„Правата на детето" – Център на ООН за човешките права

1.1. Какво се разбира под телесно наказание?

Според международно приетите права на човека децата имат право на защита от всички форми на насилие, включително телесното наказание, във всяка среда. В Общия коментар № 8 (ал. 11) на Комитета по правата на детето към ООН от 2006 г., озаглавен „Правото на детето на закрила от телесни наказания и други жестоки или унизителни форми на наказание", **„телесното" или „физическо" наказание е определено като всяко наказание, при което се използва физическа сила, целяща да предизвика някаква степен на болка или дискомфорт**, колкото и лек да е той[1]. Най-често това включва удряне („потупване", „пошляпване", „напляскване") на деца, с ръка или с някакво „помощно" средство – камшик, тояга, колан, обувки, дървена лъжица и т.н. Но също така може да включва ритане, разтърсване или хвърляне на децата, издраскване, щипане, хапане, дърпане на косата или ушите, принуждаване на деца да останат в неудобни позиции, изгаряне, попарване или принуждаване към поглъщане (например, измиване на устата със сапун или принуждаване да поглъщат горещи подправки). По мнение на Комитета, телесното наказание е неизменно унизително. В допълнение на това има други нефизически форми на наказание, които също са жестоки и унизителни и по този начин са несъвместими с Конвенцията. Те включват, например, наказание, което омаловажава, унижава, охулва, заплашва, плаши или осмива детето. Комитетът отбелязва, че телесното наказание е незаконно в дома, в училище, в наказателно-правната система, при алтернативните форми на грижа и при полагане на труд, но въпреки това има основания за притеснение, че децата все още стават жертви на телесно наказание в горепосочените места.

На 15 юни 2008 г. в Загреб, Хърватия, Съветът на Европа стартира своята общоевропейска инициатива срещу телесното наказание на децата. В стратегията на Съвета залягат три основни приоритета: законодателна реформа, насърчаване на политиките за позитивно родителство и повишаване на осведомеността за феномена на телесното наказание[2]. **По този начин Съветът на Европа въвежда понятията "позитивно родителство" или „родителство в най-добрия интерес на детето", за да подчертае важната роля на семействата за осигуряване на благосъстоянието на децата.** Позитивното родителство изисква от родителите да отглеждат своите деца по начин, който уважава техните права и създава максимално оптимални условия за тяхното развитие, без да се пренебрегват нуждите на самите родители. Основната отговорност за грижата за децата принадлежи на семейството, но държавата и обществото като цяло имат задължението да подкрепят семейството и родителите за изпълнение на техните функции чрез подходящи политики и мерки.

Една трета от страните-членки на Съвета на Европа направиха телесното наказание незаконно, а редица други са ангажирани с правни реформи. За съжаление обаче все още в някои страни членки телесното наказание се толерира.

---

1 Комитет по правата на детето към ООН, общ коментар № 8, „Правото на детето на закрила от телесни наказания и други жестоки или унизителни форми на наказание", ал. 11, 2006 г. http://daccess-dds ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G07/407/71/PDF/G0740771.pdf?OpenElement.

2 http://www.coe.bg/?menu=council&submenu=108&itemid=1761

В България още през 2000 г., като част от *Закон за закрила на детето, приет от НС (ЗЗД)*, бе въведена забраната за използване на физическото наказание. Според ЗЗД насилие е всеки акт на физическо, психическо или сексуално насилие, пренебрегване, търговска или друга експлоатация, водеща до действителна или вероятна вреда върху здравето, живота, развитието или достойнството на детето, което може да се осъществява в семейна, училищна и социална среда. Няма изричен текст за забрана на телесното наказание, но по презумпция това се разбира и е регламентирано в ЗЗД и в правилника за неговото прилагане. Въпреки този положителен напредък, обществото все още има търпимост или толерира и дори одобрява някои продължаващи да съществуват форми на насилие над децата, особено в семейната среда, причините за което ще бъдат анализирани в настоящата експертиза.

1.2. Насилие върху малки деца

Възрастта от 0 до 3 години е най-важният етап от развитието на човека за определени характеристики и отношения. През този период се изгражда базисната способност за връзка с другите хора, което за човешкото същество е ключово, а за бебето има значение сравнимо с удовлетворяването и на биологичните потребности. Тази базисна способност е свързана с привързаността, която се изгражда между бебето и човека, полагащ грижи за него, най-често майката. С други думи качеството на грижата далеч не се изчерпва с физическото съществуване, най-сериозният измерител е отношението, което възрастните имат към детето. В тази възраст е важно в грижата за бебето да има постоянна фигура, обичайно това е майката. Тя се опитва да разбере какво й „казва" бебето и да направи възможно най-доброто за него. Тя го прави общувайки с него, говорейки му, защото знае, че то също я разбира. Тази връзка е индивидуална, езикът е уникален, физическата връзка е силна и за двете страни, съпроводена с много радост и удовлетворение. Това общуване, тази връзка позволява на бебето да расте и да иска да расте. Във възрастта 0-3 г. се изгражда фундаментът на детската психика. Именно за това насилието в тази възраст е с най-сериозни последици, детето няма все още ресурси да „преработи", да „разбере" какво му се случва. Неподходящото възпитание в първите години на развитието на детето по-късно прераства в чувство на неудовлетвореност от живота, нарушава отношенията, води до трудности в обучението, хранителни разстройства, високи нива на престъпност и насилие, зависимости, и други лични и социални проблеми. Другата причина за важността на темата, е че в тази възраст децата са изцяло в зависима ситуация от възрастните и нямат никаква възможност да изразят публично своето страдание. Децата постигат най-добри резултати когато родителите се отнасят към тях с топлота и подкрепа, отделят им много време, разбират тяхното поведение, очакват от тях да съблюдават определени правила, поощряват откритото общуване и реагират на нарушенията на дисциплината, обяснявайки възможните последствия, и не прибягват към сурови наказания.

Възпитанието без прилагане на насилие съвсем не означава поощряване на всепозволеността от родителите. Позитивното възпитание на детето може да бъде определено като съдействие за развитие на позитивни отношения между родителите и детето и като оптимизиране на потенциала за развитие на детето.

Телесните наказания са оскърбление на човешкото достойнство и оказват влияние на физическото състояние на детето. Негативните последствия от тези наказания могат да бъдат физически опасни за детето (напр. изгаряния, разтърсване на бебето) и да имат такива последствия на психично ниво, които могат да останат за цял живот.

Малтретирането на деца е дефинирано от Световната здравна организация като „Неосигуряването на подходяща за развитието подкрепяща среда, така че детето да може да развие стабилни и пълноценни емоционални и социални способности, съизмерими с неговия личен потенциал и с контекста на обществото, в което живее детето".[3]

Регионалният съветник по ранно детско развитие към УНИЦЕФ, Дийпа Грувър споделя: „Интерактивното влияние на ранния опит и проявата на гените засягат архитектурата на развиващия се мозък. Ранните условия на заобикалящата среда, депривацията, стреса, езика на взаимоотношенията – буквално „извайват" развиващия се мозък"[4]. Безопасната и закрилящa среда е един от главните фактори, нужен за нормалното развитие в ранното детство. Тя до голяма степен е осигурена от семейството, което носи основната отговорност за отглеждане на детето.

1.2.1. Видове насилие

Физическото насилие е сред най-разпространените видове насилие сред децата в тази възраст. Новородените са особено уязвими от ***физическо насилие*** и в много случаи то може да доведе до смърт. Най-честа причина за това е раздрусването, хвърлянето, удрянето. Така нареченият „синдром на раздрусаното бебе" може да има изключително тежки последици за малкото дете. Силното раздрусване може да причини поражение на главата или врата на малкото дете. Главата на бебето е голяма и тежка за слабия му врат. Мускулите на врата, които ще помогнат бебето да държи главата си изправена, все още не са напълно развити и слабият врат може да се пречупи. Развиващият се мозък може също да се удари в твърдата черепна обвивка и това да предизвика вътречерепно кървене и кръвоизлив. Това може да доведе до:

- увреждане на мозъка
- увреждане на гръбначния мозък
- парализа
- забавено развитие
- слепота/увреждане на очите

Смърт

„Убийството на новородено е брутален метод за семейно планиране. В общества, в които мъжкият пол се цени по-високо от женския от икономическа и социална гледна точка, демографските статистики на населението, сочещи неравен брой на половете, са доказателство, че този метод е все още широко разпространен… процесът на регистрация, даващ на новороденото официален статут, е важен метод на защита" [5]

Физическото (телесното) наказание е друга форма на физическо насилие в тази възраст. Наказанието е насочено към предизвикване на страдание, което да „научи" детето на приемливо за възрастния поведение. Физическото наказание причинява както физическо страдание, така и психическо (унижение, срам).

Пренебрегване, неглижиране е най-разпространеното насилие сред децата в тази възраст, според данните от НИС[6]. То също така е форма на насилие, която може да има фатални последици за най-малките деца. Става дума за продължително лишаване на детето от удовлетворяване на неговите потребности. Важно е да се има предвид, че тук не става дума само за удовлетворяване на базовите потребности – подслон, храна, облекло и пр., но и за такива като достъп до медицинско обслужване, до образование и пр. Чести белези на пренебрегване са недохранване, постоянен глад, раздут корем. Децата са мръсни, неподходящо обле-

3 Дефиниция на малтретирането на деца от гледна точка на общественото здравеопазване (Световна здравна организация, 1999, 2002 г.):

4 Грувър, Д.,"Познанието за ранното детско развитие от знанието към действието", из „Да пораснем заедно", конференция за ранно детско развитие, София, 1-2 юни 2011 г.

5 УНИЦЕФ, No 2, Innocenti Digest: Children and Violence, 2007 г.

6 Национална информационна система, създадена и поддържана от ДАЗД.

чени за сезона, наблюдава се забавен растеж. Пренебрегваните деца още към 2 годишна възраст са апатични към комуникации, изпадат в паника по незначителни поводи, във възрастта към 3-4 години се очертава ниско самочувствие и лоша представа за себе си, слабо се контролират и лесно се разстройват. Избягват емоционални контакти, не изразяват емоции, в някои случаи проявяват явна депресивност, а в други е възможно агресивно поведение.

Изоставянето на детето от родителите в повечето случаи, от гледна точка на преживяванията му, може да се приема за форма на насилие, обединяваща пренебрегване и психическо насилие. Изоставянето веднага след раждането причинява страдание на детето, което вече има своята история с жената, която го е родила. Изключително важно е да се подготвя раздялата и на психично ниво, за да се намали това страдание.

Психическото (емоционалното) насилие при децата от тази възраст е основно в изграждането на тревожна, несигурна привързаност (отбягваща или ненадеждна) или дезорганизирана привързаност.[7] Значението на първите няколко години от живота на детето за качеството на връзката родител-дете (т.е. надеждната привързаност) за редица от последствия. Повечето специалисти смятат, че способността за привързване, изградена в ранната детска възраст има ролята на матрица за всички последващи връзки. Новите отношения се развиват на базата на вътрешния работен модел, определен от ранните отношения в детството.[8] Постоянната надеждна привързаност се проявява в сигурност на детето за значението на възрастния в неговия живот, в изразяване на радост от неговото присъствие и на страдание от отстъствието му. Децата с такава привързаност са способни да изграждат конструктивни връзки с другите в последствие. Ненадеждната привързаност се проявява като тревожна или отбягваща, но и в двата случая тя е несигурна. Често децата, живели в институция от раждането си проявяват прилепчивост, готовност да прегърнат всеки човек или пък отбягват всякакъв емоционален контакт с другия. Начинът на живот на родителите може да причини емоционално насилие: алкохолизъм, наркомании, посегателства срещу личността на другия родител в присъствието на детето и пр.

Синдромът на родителско отчуждение все повече се разглежда като вид психическо насилие. Родителите – насилници и техните близки смятат, че без последици за малкото дете могат да „изтрият" от живота му другия родител, аргументирайки се с най-добрия интерес на детето. Всяко дете има право на личен контакт с всеки от своите родители.

Заплахи, критики, „викане" като преобладаващи характеристики на възпитателното поведение могат да бъдат квалифицирани също като вид насилие. От една страна те са характеристика на отношението на възрастния, което детето често възприема като отхвърляне, а от друга те причиняват страх, боязън, притеснение.

При психическото насилие може да се наблюдава регрес в поведението на малките деца, прояви на хоспитализъм като ритмични поклащания, смукане на палец и др.

Сексуалното насилие в тази възраст се проявява в блудствени действия, изнасилване, като извършителите най-често са сред най-близкия кръг на детето. Това насилие е с тежки последици за детето, чието преодоляване изисква грижи, подкрепа, често и специализирана помощ. Децата често не го разпознават като насилие, на някакво психично ниво имат усещане за нещо неестествено, нередно, но истински разбират значението на това, което им се случва в по-късна възраст. Неразпознаването му като насилие, както и авторитетът на възрастния, пречат на децата да го споделят и потърсят помощ от другия родител. Като симптоми се проявяват затруднения при ходене или сядане, болка, секреция или сърбеж в областта на гениталиите, болка при уриниране и др. Признаците могат да се открият и в игрите на детето, в неговите рисунки, както и в някои поведенчески прояви като енуреза, про-

7 Теорията за привързаността и вътрешния работен модел (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1978; Crittenden, 1988; Main 1989).

8 Сроуф, А.,„Привързаност и развитие: перспектива, изследване от раждането до зряла възраст", в Привързаност и човешко развитие, 2005, бр. 7 (4): 349-367.

мяна в апетита, отчужденост и фанатизиране, опити за докосване на гениталиите на възрастните, съблазняващо поведение, натрапливости и др.

Трудностите да се разкрие насилието в тази възраст са свързани с многозначността на симптомите, спецификата на психичното развитие, особено говорно, както и трудният достъп до децата оставени изцяло на „властта" на своето семейство или тези, които полагат грижи за тях.

1.3. Характеристика на семействата, в които рискът от насилие е висок

1.3.1. Кои са семействата, които изоставят децата си във възрастта 0–3 г. ?

Изоставянето на малки деца е много сериозен проблем за нашата страна, което наложи цялостното му изследване[9]. Във връзка с изпълнението на Проект „Семейство за всяко дете", финансиран от УНИЦЕФ, „Институт по социални дейности и практики" пое изготвянето на цялостната оценка и препоръките по отношение на актуализиране на плана за действие на ОЗД за всяко дете, настанено в ДМСГД Шумен. Анализът на качествено проучване на около 100 оценки на семейства, главно оценка на родителския капацитет и актуалната семейна ситуация, **изготвени на базата на интервюта с родителите, посещения и наблюдения на семейството, разговори с представители на разширеното семейство и близки и познати на родителите на детето, проведени през периода януари – април 2011 г.,** позволи да се очертаят някои основни изводи.

Анализът показа, че **48 % от майките** са взели решение за изоставяне, временно или трайно поради факта, че детето е заченато **от друга връзка на майката, или сегашният съжител** е изказал съмнения по отношение на бащинството. В тази група преобладават децата, които не са приети и до сега от рода на единия или и на двамата родители и връзката с децата е прекъсната още след раждането и до сега. Има и немалка част от майки, при които детето е заченато при пребиваването им в чужбина „Отидох да работя в чужбина, за да изпращам пари на децата и мъжа ми в България". При **50 % от майките, които са взели решение да изоставят децата си**, се извежда силна материална зависимост от сегашния съжител и неговото семейство, които отглеждат в момента други деца (най-често повече от две).

Анализът показа, че една част от майките, които са с друг съжител, който не е биологичния баща на детето, настанено в институцията, полагат добра грижа за децата, родени от настоящата им връзка, като получават и подкрепа от близките на съжителите си. **Втора голяма група – 37 %** са майките, които посочват, че **бащата е неизвестен**. В тази група са предимно родителите, които след раждането са подписали съгласие за осиновяване, или след раждането не са търсили връзка и контакт с настаненото в ДМСГД дете. Една част от децата, които не са търсени от своите близки и роднини са вписани в регистър за осиновяване, а други са в процедура по вписване. В повечето от случаите децата са родени от нежелана бременност, извънбрачни връзки или след раздялата с биологичния баща.

След изготвяне на оценките в дългосрочен план, за децата е предложено осиновяване, а в краткосрочен план настаняване в приемно семейство.

Третата група – 13 %, са родители, които съвместно вземат решението за настаняване на детето в ДМСГД. Биологичната майка продължава да живее с бащата на детето. В тази група има голям процент от майки, които са пожелали отглеждане на детето в ДМСГД за определен период *„докато поотрасне",* предвид на това, че бащата изтърпява присъда и е лишен от свобода, най-често за кражби.

9 Михайлов, Д.; Банова, В.; Петкова, Ц.; Тодорова, Е.;Николова, К., „Изследване на УНИЦЕФ за причините за изоставяне на деца и настаняването им в институция за деца в България", 2011.

Това са деца предимно приети от рода на биологичното семейство, връзката не е прекъсната, разширеното семейство желае да подкрепи биологичните родители и да окаже подкрепа при отглеждането на детето в по-дългосрочен план.

Семействата имат динамична структура, като трябва да се отбележи, че става дума по-скоро за съжителства. Близо половината съжителства са продължителни, но често не са единствени за всеки от съжителите. Повечето семейства са многодетни, **85 % от децата не са официално припознати и носят имената на майките**. Отношенията са по-скоро патриархални, в смисъл на водеща роля на мъжа по отношение на вземането на решения. Прави впечатление изолираността на семействата извън принадлежността им към конкретната общност.

Анализът показва, че 30 % от майките в момента живеят с бащата на изоставеното дете. *Това са семействата, които не са прекъснали връзката си с детето. То е прието от рода на биологичните родители, родителите полагат добри грижи за други деца в семейството и имат умения да задоволят базисните им нужди. При една не малка част е установено, че връзката е прекъсната основно поради липса на средства да пътуват до града, а има и случаи, в които родителите посочват, че в началото са посещавали децата, но много често в последствие им е отказвана среща с тях поради административни изисквания на институцията. Най- често карантина или съобщено заболяване в момента на детето, което възпрепятства възможността за срещи с родителите.* **Самотните майки са** 26 % от общия брой проучени. Голяма част от тях са в чужбина, а други живеят в жилищата на свои близки, където отглеждат други свои деца. Тези майки са прекъснали връзката си с детето, оставено в ДМСГД поради силната зависимост от близките, при които живеят и невъзможността сами да поемат грижите. Връзката с децата е прекъсната, както от биологичните родители, така и от разширеното семейство. **Преобладават многодетните семейства. 48 % от майките са родили над 3 деца,** като фрапиращи са случаите на **3 майки с родени 11 деца**. При **62 %** от случаите биологичните родители на децата **нямат** други изоставени деца. **При тези семействата най-честата причина са здравословни проблеми на детето при раждането или повтарящи се заболявания, налагащи честа хоспитализация. В тези случаи по решение на ДСП/ОЗД децата са настанявани в ДМСГД. Друга част от тях са многодетни семейства с нисък социален статус, които вземат решение да оставят временно децата си в ДМСГД докато се стабилизират материално.** До три деца, настанени в институция имат **37 %** майките, обект на оценка, **22 % имат по още едно изоставено дете, а 15 % имат повече от две изоставени деца. Това са деца на майки с психиатрични проблеми или сериозни интелектуални дефицити.** При **15 %** от случаите, изоставеното в ДМСГД дете е **единствено на майката**, това са предимно самотни майки, т.ч. непълнолетни, при които детето е оставено за осиновяване веднага след раждането.

Анализът показва, че **50 % от всички проучени семействата нямат собствени жилища**. Най често живеят при близки или в необитаеми, изоставени къщи, без да заплащат наем. 25 % живеят в жилището на настоящия съжител или са в чужбина и 25 % живеят на квартира. Почти половината (42 %) от семействата са без доходи и разчитат на подкрепа от страна на близки и роднини, 58 % са семействата, които имат месечни доходи, предимно и само от социални помощи, и малка част от временна и сезонна работа – бране на билки, строителство, селско стопанство. 31 % са семействата и майките, които нямат никакво образование и са неграмотни; 39 % имат начално образование – завършен IV клас, но също са неграмотни; 23 % са завършили основно образование, като преобладават завършилите в Помощно училище; 7 % са с по-високо образование, предимно средно. Само една майка е с висше и две с полувисше образование. Впечатление направи това, че при голяма част от оценяваните биологични родители, техните родители са по-грамотни и повече разбират и говорят на български. *Липсата на образование при над 90 % води до липса и на квалификация и възможност за трудова заетост.*

При 75 % от родителите на децата не съобщават да страдат от тежки физически и психични заболявания, както и по време на интервютата социалните работници не са го установили.

При останалите 25 % предимно единият родител страда от тежко заболяване – най-вече психически отклонение и умствена изостаналост. *90 % от родителите са здравно не осигурени. Бременността не е била проследявана и нямат личен лекар. Нямат профилактични прегледи за установяване на общото здравословно състояние.*

По-голямата част от семействата нямат подкрепа за справяне с проблемите си. Основната подкрепа е от страна на разширеното семейство. Анализът показва, че 38 % от биологичните родители на децата имат подкрепяща среда, предимно от техните родители. Подкрепата се изразява в осигуряване на жилище, храна и грижа към останалите деца, които в момента се отглеждат в семействата. **Повечето семейства нямат достъп до ресурсите на обществото.** Ресурсите на общността за повечето родители от селата, отдалечени от общинския център, са недостъпни. Липсват детски заведения – ясли, детски градини, здравни заведения, както и възможност децата да посещават културни и развлекателни институции. В по- голяма степен родителите са ангажирани със задоволяване на основните потребности на децата от храна, подслон, облекло. Не осъзнават необходимостта от социализация на децата. Само в община Шумен и Нови пазар има развити алтернативни социални услуги за деца като Дневни центрове, Центровеза обществена подкрепа и Помощни училища.

Бедността е най-сериозният проблем и причина за изоставяне, социалните проблеми на семействата са основната причина (над 70 %) за настаняване на децата в ДМСГД още при раждане по желание на родителите и определена мярка за закрила на детето по реда но ЗЗД, т.н. „социални индикации" липса на доходи; липса на жилище; липса на възможност за трудова заетост, поради неграмотност и липса на квалификация; невъзможност да се осигури здравна грижа за новороденото дете; грижа към други деца,при които основно се задоволяват само базовите потребности и поредното родено дете се настаняване за отглеждане в ДМСГД. **Нежелана бременност е причина** за изоставяне при 5 до 10 % от жените, предимно от малолетни, непълнолетни и самотни майки и желание от страна на майките и родителите, раждането да остане в тайна и детето да бъде оставено за осиновяване още при раждането

Децата, жертви на насилие (основно на неглижиране), са около 15-20 %. ***Те са изведени на по-късен етап след раждането им от семейната среда*** като е предприета мярка за закрила – институционална грижа в ДМСГД, поради изведен риск за детето. *Паралелно с настаняването, само за единични семейства, и само ОЗД – Шумен е издавал направление към КСУДС за оценка на родителски капацитет и подкрепа за реинтеграция. Това предимно са случаите, когато семействата са депозирали писмени молби за връщане на детето в семейството.*

Тежкото здравословно състояние е причина за изоставяне при около 15 % , което е съобщено на майките още при раждането или в последствие, както и нуждата от задължителни оперативни интервенции, свързани с живота на децата.

1.3.2. Профил на родителите, използващи телесно наказание

Насилието в семейството е проблем с по-голямо значение, отколкото си даваме сметка, проблем, който не е в директна зависимост от социалния, образователния, възрастовия, културен или друг статус. Най-често се касае за комбинация от причини, довели до насилие към децата в семейството.

Доброто отношение[10] предполага отношение на любов, но и постепенно въвеждане на закона, на границите. Обикновено доброто отношение е отношение на безусловно приемане на детето такова каквото е, а не стремеж да го направим такова, каквото на нас ни се иска да

10 Bientraittance е измислена дума, като противопоставена на maltratance, т.е. за да се осъществява по-добра превенция на малтретирането е важно да знаем кое е доброто „третиране".

бъде. То е **емоционално отношение** на нежност, жертвоготовност, физически допир, гушкане, съобразяване, грижа, закрила, подкрепа. Често забравяме, че то е **да го уважаваш** сега, когато е дете, да не приемаш детството като подготовка за живота на възрастния, заради който е оправдано да пренебрегнем днешното дете. От изключителна важност е да **се опитваш да разбираш** от какво се нуждае детето, не какво иска, не какво казва че иска, а от какво се нуждае. Връзката с другия преминава през езика и затова е важно **да слушаме** и да отваряме пространство на детето да говори и изобретява, не само ние да говорим и напътстваме.

Поставянето на граници е нелесна работа, особено когато културният модел по-скоро предполага директивно, наказващо поставяне на граници. Да поставяш границите с уважение към детето, да обясняваш техния смисъл позитивно, да стимулираш спазването им, за сметка на ограниченията би било проява на добро отношение, на добро родителстване.

Основна предпоставка за упражнение на стила във възпитанието на детето може да бъде липса на родителски компетенции, непознаване на нормалното детско развитие, нереалните очаквания на родителите към детето, крайната и свръх взискателна дисциплина. Различни изследвания и анализът на практиката показват, че родителите които използват телесното наказание най-често проявяват следните групи характеристики:

- Имат личностни проблеми, възможни са психични нарушения, зависимости от алкохол, дрога, хазарт. Най често това са импулсивни личности, със слабо ниво на самочувствие и себеоценка, които срещат трудности да се справят с гнева, ригидно мислене. Могат да бъдат и депресивни. Семейните взаимоотношения са белязани с трудности, конфликти или семейство липсва. По-често живеят в социална изолация, имат ниско ниво на комуникация. Обикновено проектират върху другите причините за всички неблагополучия. Много е вероятно да имат негативен житейски опит и малтретиране в детството.
- Трудно изразяват чувствата си към детето, често са отрицателно настроени, враждебни към него. Не разбират детето си, не могат да изразяват съпричастие към него. Поставят собствените емоционални потребности на първо място, имат нужда да подчиняват и контролират другите.
- Вяра в използването на наказанието за контрол над детето (често по непоследователен и импулсивен начин). Надценяват значението на дисциплината, възприемат я като самоцел. Важно е детето да е послушно. Имат нереалистична нагласа и очаквания от малките деца, високо и неадекватно изискване към децата. Липсва им информация относно развитието на детето, не могат да разпознават нуждите на детето.

Един от най-важните въпроси за семейното насилие е защо децата не говорят за това, защо не разкриват човека, който ги насилва /член на семейството, учител и пр./. Отговорът е много ясен- у тях съществува чувство на срам, трудност да се предаде възрастния, който е авторитет. Понякога детето просто няма думи и разбиране, за да назове това, което му се е случило. Тук идва въпросът за това каква закрила и подкрепа предоставя държавата на най-уязвимата група деца 0-3 години, които нямат способност да дадат гласност за проблема си.

1.4. Влияние на телесното наказание върху развитието на детето

Научно защитените тези за необходимостта от наказанията като метод на възпитание в общоприетия смисъл на думата и като тактика на контрол и управление на поведението през ранното детство се обединяват около това, че те имат своето, макар и относително ограничено място и значение. Аргументите в тази посока са, че детето, въпреки малката си възраст, се нуждае от граници и регулация на поведението, което му създава допълнително чувство за сигурност и безопасност. За физическите (телесните) наказания мненията се разделят в план на „допустимост-недопустимост".

Позицията, застъпена в преобладаващата част от изследванията по темата е, че физическите (телесните) наказания са напълно неподходящи за децата от 0–3 год. Аргументите за това са следните:

- опасни са и могат да наранят или да увредят детето – обикновено възрастният е афектиран от ситуацията, трудно се контролира, не може да регулира силата или посоката на движението;
- малкото дете или не възприема, или не разбира адекватно такава възпитателна мярка поради относително ограничения си собствен опит (социален, познавателен), то не помни за какво са го наказали – забраната за излизане от стаята, оставане на тъмно, лишаването от храна и разходка не се свързва с извършената лоша постъпка, а с липсата на обичайното добро отношение от близките. В този смисъл наказанията са безпредметни и не постигат търсения, особено дългосрочен ефект;
- унижават детето, предизвикват чувство на безпомощност и неспособност да бъде добро, да се справя успешно;
- може да предизвикат агресивно поведение като ответна реакция („насилието ражда насилие“), а демонстрираният модел на поведение е обект на подражание – основен механизъм за учене и трупане на опит през ранното детство, т. е. увеличава се вероятността детето да започне да го използва в подобни ситуации на общуване с възрастни и връстници;
- наказанието е ситуативна реакция (акт, действие) на възрастния по повод лоша постъпка на детето, която сама по себе си не демонстрира положителен модел на поведение, който детето да следва в подобни бъдещи ситуации;
- води до неувереност, нереално чувство за вина, базисно чувство за тревожност, страх и подчинение. То обуславя отклонения във физическото и психическото развитие, соматични заболявания, личностни и емоционални нарушения и като цяло забавя развитието на детето;
- има последици върху развитието на детето и по-често те са дългосрочни. Свързани са със здравето, психичното развитие и поведението на детето – психични разстройства, изоставане в когнитивното развитие, поведенчески аномалии като хиперактивност, агресия, автоагресия, асоциално поведение и пр.

Ако се мисли за „наказание“ към малко дете въобще, не само за телесно наказание, то трябва да се използва за извършеното от детето (като неприемлива постъпка и резултатите от нея). Така се избягва рискът детето да приеме наказанието като отношение към него като личност. **Необходимо е на детето да се осигури възможност да разбере последиците от неприемливото поведение и да му се предостави положителен модел, на който да подражава.** Към анализираното до тук е необходимо да се добави, че **ранното детство е критичен период** за структурното и функционалното формиране на нервната система. Насилие от различен характер през този период създава неизличими следи за цял живот – агресивност, импулсивност, хиперактивност, склонност към пристрастяване, „гранично личностово разстройство“ и девиантно поведение. Наблюдения върху поведението и изследвания на мозъчни структури, показват, че при деца претърпели малтретиране, насилие, или силен стрес, има трайни негативни промени, които дават отражение и при вече израсналите индивиди. Счита се, че при физически наказания, болезнени телесни увреждания се нарушава развитието на мозъчните структури свързани с емоциите, социалната свързаност, половото поведение и, като резултат – развиват се отрицателни емоционални нагласи, жестокост. В този смисъл може да се твърди, че насилието в ранна възраст е токсично за развитието на нервната система и мозъка, то създава не адаптивни поведенчески реакции на социалното поведение. То влияе върху растежа на мозъка, на невралните и психологическите механизми, физическото и психическото здраве, соци-

ално-психологическото функциониране, познавателните възприятия и умения, възприемането на поведения, застрашаващи здравето и намалена продължителност на живота.[11]

На противоположния полюс е научно доказаното положителното значение на продължителния контакт и силна емоционалната връзка между майката и детето и за изграждане на „невроинтегриран" мозък, предпоставка за адекватно поведение и позитивно развитие, които трябва да са неотменна част от възпитателната практика в семейството.

В някои възпитателни концепции **физическото наказание** е допустимо, макар и в ограничени параметри – по-скоро като изключение, еднократно и в конкретни ситуации. Счита се например, че еднократна не много силна плесница (пляскане) е ефикасна за справяне с опасно поведение в определена ситуация (например, по ръчичката, която посяга към нещо опасно), но само при изчерпване на всички други възможности за предотвратяване или коригиране на тази постъпка. Важно е уточнението, че физическото наказание не трябва да се превръща в основно средство за дисциплиниране на детето.

Формите на възпитание чрез **телесно наказание (насилие)** са възприети в далечното минало и са толерирани в съвремието от немалка част от **българското общество** като възпитателен подход. Те присъстват и са трайно вкоренени в социокултурната ни национална същност като често дисциплиниращото телесно наказание, нанесено от родител е възприето, едва ли не като възпитателна норма и често се разпознава като родителско право. Най-добрият начин да се възпитават децата е в среда без насилие, с реална дисциплина, постигната чрез позитивни подходи и форми, основаващи се на взаимно уважение и толерантност.

11 Gilbert, Widom, Browne, Fergusson (2008)

2. Законова рамка

2.1. Законова рамка за превенция на насилието над деца

В Република България са забранени телесните наказания по отношение на всички граждани. Като термин телесно наказание не съществува, в нормативната уредба се използват понятията насилие, вреда, повреда. Не съществуват български обичаи и традиции, свързани с насилие и осакатяване на деца.

2.1.1. Закон за закрила на детето приет от НС през 2000 г.

Законът за пръв път въведе забраната за използване на физическото наказание като метод за възпитание на детето, чрез формулиране на правото на детето „на закрила срещу нарушаващите неговото достойнство методи на възпитание, физическо, психическо или друго насилие и форми на въздействие, противоречащи на неговите интереси" (чл.11, ал.2 от ЗЗД).

Текстът въведе правото на детето на защита от насилие, включително в семейството, предвидено в чл.19, ал.1 на Конвенцията на ООН за правата на детето. **По-специално законът постановява, че всяко дете има право на закрила срещу:**

- **Въвличане в дейности, неблагоприятни за неговото физическо, психическо, нравствено и образователно развитие**,
- нарушаващите неговото достойнство методи на възпитание, **физическо, психическо или друго насилие** и форми на въздействие, противоречащи на неговите интереси, и
- използване за просия, проституция, разпространяване на порнографски материали и получаване на неправомерни материални доходи, както и срещу **сексуално насилие**.

Законът регламентира и мерките за закрила на детето, включително и настаняването на дете извън семейството. Едно от основанията за извеждане на детето от неговата семейна среда е извършването на акт на насилие в семейството и съществуването на сериозна опасност от увреждане на неговото физическо, психическо, нравствено, интелектуално и социално развитие.

2.1.2. Правилник за прилагане на Закон за закрила на детето

Правилникът за прилагане на ЗЗД е приетото вторично законодателство по прилагането на Закона за закрила на детето. В допълнителните разпоредби към Правилника за прилагане на ЗЗД са дадени за първи път в нашето законодателство определенията за различните видове насилие (физическо, психическо, сексуално насилие, пренебрегване), позволявайки по-прецизно идентифициране на случаите, по които да работят социалните работници и експертите от системата за закрила на детето. Предприетите мерки са съобразени с водещия риск за детето и защита на неговия най-добър интерес.

В допълнителните разпоредби към Правилника за прилагане на ЗЗД са дадени за първи път в нашето законодателство определенията за различните видове насилие.

В най-общ смисъл ***насилието*** е дефинирано в &1 т. 1, която гласи: *„Насилие над дете е всеки акт на физическо, психическо или сексуално насилие, пренебрегване, търговска или друга експлоатация, водеща до действителна или вероятна вреда върху здравето, живота, развитието или достойнството на детето, което може да се осъществява в семейна, училищна или социална среда".*

В & 1 т. 2 ***физическото насилие*** се определя като *„причиняване на телесна повреда, включително причиняване на болка или страдание без разстройство на здравето".*

Пренебрегване на детето е дефинирано в Допълнителната разпоредба, & 1 т. 5: *"Пренебрегване е неуспехът на родителя, настойника или попечителя или на лицето, което полага грижи за детето в една от следните области: здраве, образование, емоционално развитие, изхранване, осигуряване на дом и безопасност, когато е в състояние да го направи".*

Под ***сексуално насилие*** *се разбира използването на дете за сексуално задоволяване*. Сексуално насилие ще рече да накараш детето да участва в сексуални дейности, независимо дали е желало или не е желало да участва. Може сексуално да се насили дете без дори да бъде докоснато – като се накара да гледа порнографски филми в присъствие на възрастния (ППЗЗД, допълнителна разпоредба, & 1; т. 4).

Според ППЗЗД, допълнителна разпоредба, & 1, т. 3 ***психическо или емоционално насилие*** *са всички действия, които могат да имат вредно въздействие върху психичното здраве и развитие на детето, като подценяване, подиграване отношение, заплаха, дискриминация, отхвърляне или други форми на отрицателно отношение, както и неспособността на родителя, настойника и попечителя или на лицето, което полага грижи за детето, да осигури подходяща подкрепяща среда*.

Философията на ЗЗД е насочена не толкова към наказанието на тези, които извършват насилие над дете и не полагат грижи за детето, колкото е ориентирана към оказване на помощ и поддръжка на родителите в отглеждането и възпитанието на децата.

2.1.3. Закон за защита от домашното насилие

Според Закона за домашното насилие (чл. 2) „домашно насилие" е „всеки акт на физическо, сексуално, психическо, емоционално или икономическо насилие, както и опитът за такова насилие, принудителното ограничаване на личния живот, личната свобода и личните права". Законът третира за „психическо и емоционално насилие" върху детето и всеки акт на домашно насилие, извършено в негово присъствие.

2.1.4. Семеен кодекс

Новият ***Семеен кодекс (СК)***, за пръв път в семейното законодателство **регламентира подобна забрана за родителя** – „родителят няма право да използва насилие, както и методи на възпитание, които уронват достойнството на детето" (чл. 125, ал. 2 от СК). Текстът забранява не само физическото наказване на детето, но и използването на неподходящи за съхраняване на достойнството му методи на възпитание, които могат да бъдат вербални и психологически. С този текст, България се присъедини към законодателствата на Европа, изрично формулирали подобна забрана – Австрия, Дания, Финландия, Германия, Гърция, Норвегия, Италия, Литва, Португалия, Русия, Швеция и Швейцария.

2.1.5. Наказателен кодекс

С много малки изключения **Наказателният кодекс** не провежда специално разграничение на жертвите на престъпление по възрастов белег – деца от 0 до 3 години. Най-често признакът „възраст" има значение за определяне на квалифициран състав на престъплението, ако потърпевш е непълнолетно или малолетно лице.

Повечето случаи на престъпленията, извършени срещу малолетни или непълнолетни лица, се считат за деяния с по-висока степен на обществена опасност и се предвиждат с по-тежки наказания. Изключение правят случаите на причиняването на смърт по непредпазливост от майка на недородено или току що родено дете, по чл. 125 от НК, когато не се налага наказание на извършителя. Сравнително ниско е и наказание, което предвиждат нормите на чл.

120 НК (за убийство, извършено от майка върху рожба по време на раждане или веднага след раждането) и по чл. 121 НК (за убийство на току-що родена рожба с чудовищен вид, когато извършителят е родител). Във всички останали съставите на престъпления срещу малолетни и непълнолетни, които включват в себе си упражняване на пряко насилие, са концентрирани в Глава втора „Престъпления против личността" и Глава четвърта „Престъпления против брака, семейството и младежта" от особената част на Наказателния кодекс.

Законът в чл. 116, ал.1, т. 4 от НК класифицира като по-тежко престъпление причиняването на телесна повреда на малолетни лица – чл. 131, ал.1, т. 4 НК, както и злепоставянето на такива лица по чл. 137 НК („Който изложи лице, лишено от възможността да се самозапазва поради малолетство... по такъв начин, че животът му може да бъде в опасност, и като съзнава това, не му се притече на помощ, се наказва с лишаване от свобода до три години.").

Във връзка с темата за упражняване на насилие (в различна форма) върху деца, по-специално внимание изисква текстът от член 187 – ***Който изтезава малолетно или непълнолетно лице, намиращо се под негови грижи или чието възпитание му е възложено, ако извършеното не представлява по-тежко престъпление, се наказва с лишаване от свобода до три години или с пробация, както и с обществено порицание.***

2.1.6. Законова рамка по отношение на сигнализиране

Задължението за сигнализиране за риск от насилие над дете, е регламентирано в чл. 7, ал. 1 от Закона за закрила на детето: *„Лице, на което стане известно, че дете се нуждае от закрила, е длъжно незабавно да уведоми дирекция „Социално подпомагане", Държавна агенция за закрила на детето и Министерство на вътрешните работи".* Законовото задължение е в сила дори, когато става въпрос за конфиденциалност на информацията и професионална тайна. В закона са предвидени и санкции за неизпълнение на задължението за своевременно информиране.

По принцип в социалната практика на ОЗД анонимни сигнали не се разглеждат, но това не важи за случаите, когато става въпрос за насилие над дете. Чл. 10 ал. ППЗЗД (5) гласи: *„Анонимни сигнали не се разглеждат, освен в случаите, отнасящи се до насилие над дете, или по преценка на директора на дирекция „Социално подпомагане".* Това е така, защото насилието над деца е изключително сериозен проблем, значимостта на който се определя както от разпространението му, така и от тежките последици, които може да окаже върху детското развитие.

От гледна точка на социалната работа след подаването на сигнал за насилие и проучването му от социален работник в отдела, при констатиран риск за детето се „отваря случай" и се изготвя план за действие. В него се определят краткосрочните и дългосрочните цели, както и мярката за закрила.

2.1.7. Достъп до правосъдие и предприети мерки за компенсация на пострадалите лица

Съгласно българското законодателство задължителна безплатна правна помощ се допуска на малолетния или непълнолетния пострадал, когато няма законен представител и в случаите, когато интересите му са в противоречие с интересите на неговия родител (настойник или попечител). Такава правна помощ може да бъде поискана в ***Националното бюро по правна помощ***, което е създадено със закона за правната помощ, влизащ в сила от 01.01.2006 г.

Съгласно Закона за правната помощ (ЗПП) право на първична правна помощ под формата на консултация и/или подготовка на документи за образуване на дело имат законните представители на децата-жертви на престъпления, в случай, че получават или отговарят на условията за получаване на месечни социални помощи по реда на Правилника за прилагане на Закона за социалното подпомагане.

2.2. Специфични законови регулации и практики за деца от 0 до 3 години

Като цяло правният статут на децата от 0 до 3 г. се урежда от общите разпоредби, относими към малолетните и непълнолетните лица. Изключение правят някои подзаконови актове, с които се създават особени права за децата от тази възрастова група.

В съответствие с разпоредбата на чл. 5, ал.1 от Закона за лечебните заведения държавата създава домовете за медико-социални грижи, в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца. Съгласно чл. 17, ал. 1 от Правилника за устройството и дейността на домовете за медико-социални грижи за деца в домовете се приемат деца от 0 до 3-годишна възраст. Настаняването на дете в такъв дом се извършва с решение на районния съд. Допустимо е временно и спешно настаняване на деца със заповед на директора на дирекция „Социално подпомагане", като в случая са приложими условията и реда, установени в чл. 27 от ЗЗД и чл. 33 от Правилника за прилагане на Закона за закрила на детето. В домовете за медико-социални грижи за деца могат да бъдат приемани за лечение и деца с ниско тегло поради недоносеност със съгласието на техните родители или настойници (чл. 17, ал. 5 от ПУДДМСГД).

Специална разпоредба се съдържа и в текста на чл. 43, ал. 1 от **Наредба № 1/2009 г. за обучението на деца и ученици със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания**. В съответствие с този текст обучението и възпитанието на децата с нарушено зрение и на децата с увреден слух от 0 до 6 години се осъществява съгласно изискванията на Наредба № 4/2000 г. за предучилищно възпитание и подготовка, както и по индивидуални програми за ранно въздействие и ранна рехабилитация, утвърдени от директорите на съответните учебни заведения.

2.2.1. Системата на подкрепа на семействата с малки деца

Сред основните граждански права, гарантирани от Конституцията на Република България (КРБ) **е особената закрила, с която се ползва жената майка.** Съгласно разпоредбата на чл. 47, ал. 2 от КРБ държавата е длъжна да осигурява на майките платен отпуск преди и след раждане, безплатна акушерска помощ, облекчаване на труда и други социални помощи. При бременност, раждане или осиновяване, в съответствие с разпоредбата на чл. 163, ал. 1 от Кодекса на труда (КТ), **всяка жена, която работи по трудово правоотношение има право на отпуск в размер на 410 дни за всяко дете**, от които 45 дни задължително се ползват преди раждането. Кодексът на труда установява и **закрила от уволнение** на работник или служител, който ползва отпуск поради бременност, раждане или осиновяване на дете (чл. 333, ал. 6 от КТ). В този случай уволнение е допустимо само на основание чл. 328, ал.1, т.1 от КТ – при закриване на предприятието.

Майчинството е един от осигурените социални рискове съгласно чл. 2, ал. 1, т. 4 от Кодекса за социално осигуряване. **В този риск се включват изплащането на обезщетение поради бременност и раждане и на обезщетение за отглеждане на малко дете.** Обезщетението за отглеждане на малко дете има за цел да осигури минимален доход на майката в периода след изтичане на отпуска за бременност и раждане до навършване на 2-годишна възраст на детето. Съгласно чл. 164, ал. 1 КТ, след използване на отпуска поради бременност, раждане или осиновяване, ако детето не е настанено в детско заведение, работничката или служителката има право на допълнителен отпуск за отглеждане на първо, второ и трето дете до навършване на 2-годишната му възраст и 6 месеца за всяко следващо дете. Майката може да избира дали да ползва този отпуск, или не, кога и за какъв период да го ползва, както и дали да прехвърли ползването му на друго лице. Изплащането на обезщетението зависи от това, дали майката ще ползва отпуска по чл. 164 КТ.

За отглеждане на детето (след като изтече отпуска поради бременност, раждане или осиновяване) отпуск до навършване на 2-годишната му възраст, може да се разреши и на бащата или осиновителя, или на родителите на майката или бащата (респ. на осиновителите), ако те работят по трудово правоотношение (чл. 164, ал. 3 от КТ). През време на отпуск до навършване на 2-годишната възраст на детето, на майката (осиновителката) или на лицето, което е поело отглеждането на детето, се заплаща парично обезщетение при условия и в размери, определени в отделен закон. Времето, през което се ползва отпускът, се признава за трудов стаж.

В случаите, когато не се ползва отпуск по чл. 164, ал. 1 от КТ или лицето, което ползва такъв отпуск, прекъсне неговото ползване, на майката (осиновителката), ако работи по трудово правоотношение, се изплаща парично обезщетение от Държавното обществено осигуряване. Размерът на паричното обезщетение за отглеждане на малко дете след изтичане на срока за обезщетението за бременност и раждане през време на допълнителния платен отпуск за отглеждане на малко дете е определен от **Закона за бюджета на държавното обществено осигуряване** за съответната година. За 2011 г. паричното обезщетение в тези случаи е 240 лева (чл. 11 от ЗБДОО за 2011 г.).

2.2.2. Закон за семейните помощи за деца (ЗСПД)

Законът заема съществено място в системата на подкрепа на семействата с малки деца. С него се уреждат условията за придобиване правото на семейни помощи при бременност, раждане и отглеждане на деца, формите и реда за тяхното предоставяне.

В закона са установени следните **видове помощи за семейства с малки деца**:

- Еднократна помощ- при бременност, при раждане, за отглеждане на близнаци до навършване на една година; за отглеждане на дете до навършване на една година от майка студентка;
- Месечни помощи – за отглеждане на дете до навършване на една година; за дете до завършване на средно образование;
- Целеви помощи – за ученици; за безплатно пътуване с железопътния и автобусния транспорт в страната за многодетни майки;
- Месечна добавка за деца с трайни увреждания до 18-годишна възраст и до завършване на средното образование.

Разпоредбата на чл. 2, ал. 2 от Законът за семейните помощи за деца предвижда възможност месечните и целевите помощи да се предоставят в пари или под формата на социални инвестиции. Право на семейни помощи за деца имат семействата на български и чужди граждани, които отговарят на специфичните нормативни изисквания, изрично посочени в ЗСПД, както и семействата на роднини, близки или приемни семейства – за децата, настанени по реда на чл. 26 от Закона за закрила на детето. **Правото на семейни помощи възниква за семействата с месечен доход, по-нисък от определения** в Закона за държавния бюджет на Република България за съответната година.

Условията и редът за отпускане, изплащане, възобновяване, изменяне и прекратяване на семейни помощи при бременност, раждане и отглеждане на деца се уреждат с **Правилника за прилагане на закона за семейните помощи за деца.** Размерите на месечните и еднократните помощи по смисъла на ЗСПД се определят в Закона за държавния бюджет за съответната година.

2.2.3. Закон за кредитиране на студенти и докторанти

Специфична подкрепа за семействата с малки деца се открива и в **Закона за кредитиране на студенти и докторанти**. Законът урежда условията и реда за кредитиране на студенти и

докторанти с държавна финансова подкрепа. Съгласно чл.5, ал.2 от закона **правото на кредит за издръжка възниква за родител – студент или докторант – при раждане или при пълно осиновяване на дете по време на обучението.** Една от материално правните предпоставки да възникне за държавата задължение да заплати на банката кредитор непогасената част от общия размер на задължението по договора за кредит е раждането или пълното осиновяване на второ или следващо дете от родител, който е получил кредит за обучение по този закон, в рамките на 5 години от изтичане на гратисния период (чл. 27, ал.1, т.3 от ЗКСД).

2.2.4. Закон за здравното осигуряване (ЗЗО)

Някои облекчения от общия режим, специално за родители с малки деца, предвижда и **Законът за здравното осигуряване (ЗЗО)**. Така, съгласно разпоредбата на чл. 40, ал. 1, т. 5 от същия закон, здравноосигурителните вноски на осигурените лица във временна неработоспособност поради болест, бременност и раждане и отпуск за отглеждане на малко дете по реда на чл. 164, ал. 1 и 3 от КТ са за сметка на работодателя. За оказването на медицински грижи при бременност, раждане и майчинство се заплаща от здравноосигурителната каса (чл. 45, ал.1 от ЗЗО).

В **Наредба № 46/1995 г. за прилагане на чл. 1, ал. 4 от правилника за прилагане на Закона за народното здраве** е предвидено общинските бюджети да осигуряват изцяло изплащането на лекарствените средства, необходими за домашно лечение на деца до 1-годишна възраст за всяко заболяване (извън случаите, по приложения към наредбата), а за деца от 1 до 4-годишна възраст – изплащане на 75 на сто от стойността на лекарствата, по списък, съгласно приложение към наредбата.

2.2.5. Закон за данъците върху доходите на физическите лица (ЗДДФЛ)

С нова разпоредба от 2008 г. (ДВ, бр. 106/2008 г.) за първи път в **Закона за данъците върху доходите на физическите лица** се въведе данъчно облекчение за млади семейства. Разпоредбата на чл. 22а от закона е многократно изменяна и към момента предвижда възможност младите семейства да приспадат от годишните си данъчни основи направените през годината лихвени плащания по ипотечен кредит за закупуване на жилище, когато едновременно с това са налице и някои допълнителни условия. От данъчното облекчение се ползват семейства, от които единият съпруг не е бил навършил 35-годишна възраст при сключване на ипотечния кредит, както и ако ипотекираното жилище е единствено за семейството.

ЗДДФЛ изключва от облагаемия доход помощите и добавките от социално подпомагане, получени на основание Закона за закрила на детето, Закона за семейни помощи за деца или на друг нормативен акт, както и обезщетенията и помощите при безработица, получени на основание на нормативен акт, както и сумите, получени на основание на Закона за семейни помощи за деца, и за издръжка, получени от правоимащи лица съгласно разпоредбите на Семейния кодекс (чл. 13, ал.1, т. 15 и т. 17 от ЗДДФЛ). В облагаемия доход от трудови правоотношения не се включват стойността на еднократните помощи, предоставени от работодателя за сметка на социалните разходи при раждане на дете, сключване на граждански брак общо до 2400 лв. (чл.24, ал.2, т.11 от ЗДДФЛ).

2.2.6. Закон за защита от дискриминация

Специална закрила на майката при бременност и отглеждане на малко дете предвижда и **Законът за защита от дискриминация**. В съответствие с разпоредбата на чл. 12, ал. 3 от закона работодателят не може да отказва приемането на работа на служителка или работничка поради бременност, майчинство или отглеждане на дете.

Наред с гарантираното от Кодекса на труда право на майката, която ползва отпуск за бременност и раждане или за отглеждане на дете (респ. на лицето, което ползва отпуск по чл. 163,

ал. 8 от КТ или за отглеждане на дете) да заеме същата или равностойна длъжност, която е заемал преди това, ЗЗДискр. предвижда **правото на майката да се възползва от всяко подобрение на условията на труд**, на което би имала право, ако не е излизала в отпуск на посочените основания (чл. 13, ал. 3 от ЗЗДискр.). При същите условия, ако след завръщане от отпуск за бременност, раждане и/или отглеждане на дете е въведена технологична промяна, работодателят е длъжен **да осигури на завърналата се от отпуск майка обучение за придобиване на съответната професионална квалификация.** (чл. 15, ал.2 от ЗЗДискр.)

2.3. Мерки и механизми за превенция на телесното наказание

Съгласно ЗЗД, чл. 4, мерки за закрила на детето в България се осъществяват в следната последователност чрез: съдействие, подпомагане и услуги в семейна среда; настаняване в семейство на роднини или близки; настаняване в приемно семейство; настаняване в специализирана институция; полицейска закрила.

Социалните услуги, предоставяни за деца, преживели насилие, в България са свързани със: социално и психологическо консултиране на деца и семейства, терапевтична работа с децата и техните семейства, консултиране и информиране, междуинституционално посредничество, придружаване, юридическо консултиране, спешен прием. Част от доставчиците работят и по общински и областни програми за превенция на насилието.

2.3.1. Национална стратегия за закрила на детето – 2008–2018 г.

Тя включва мерки и дейности, насочени към превенция на всички форми на насилие над деца.

2.3.2. Годишни стратегически и оперативни планове на ДАЗД, Национална програма за закрила на детето.

Това са документи с определена периодичност, които планират дейности, свързани с гарантиране на правата на детето и тяхната закрила, включително превенцията на всякакви форми на насилие и експлоатация. В Стратегически план за закрила на детето за периода 2011–2013 г. освен мерки свързани с превенция на насилието са набелязани мерки за подкрепа на позитивното родителство.

2.3.3. Национална програма за превенция и защита от домашно насилие за 2011 г.

Програмата е приета от Министерския съвет на 30.03.2011 г. и е разделена на 6 раздела – Институционални и организационни мерки; Превенция; Обучение и квалификация; Защита, възстановяване и реинтеграция на пострадалите от домашно насилие; Законодателни мерки; Контрол и оценка. Резултатите, които цели изпълнението на програмата, са стандартизиран подход в изпълнението на дейности по превенция и защита от домашно насилие; разпознаваемост на явлението „домашно насилие" и обществена нетърпимост към проявленията му; ефективност и висок стандарт в реализирането на дейности по превенция и защита от домашно насилие и предотвратени рецидиви на домашно насилие и предоставяне на качествени услуги за пострадалите.

2.3.4. Национална телефонна линия за деца „116 111".

Националната телефонна линия за деца (НТЛД), поддържана от ДАЗД, предоставя консултиране, информиране и помощ по всякакви въпроси и проблеми, свързани с деца. На линията децата могат да разговарят със специално подбрани и обучени специалисти (детски и клинични психолози, социални педагози, социални работници) за своите проблеми; те получават възможността да споделят какво ги вълнува или им тежи, получават емоционална

подкрепа, както и възможността да обсъдят възможни решения за своите проблеми или дилеми. В случаи на нужда на децата им се предлага насочване към специалист, с когото могат да се срещнат на място: училищен психолог, лекар и др. На родителите линията предоставя възможност да обсъждат различни развитийни проблеми на своите деца, конфликти в семейството, мъчителни обрати в живота на семейството като раздяла или развод. Много други пълнолетни граждани се свързват с НТЛД, за да съобщят за ситуации на риск за дете, най-често това са свидетели на насилие над дете или неглижирането му от страна на родителите. На линията водещи са принципите на анонимност и конфиденциалност.

При всеки разговор консултантите на линията осъществяват оценка на ситуацията на обаждащото се дете: дали съществува някакъв риск за него и ако е така, те могат да придвижат подобна информация към органите за закрила на детето (Отделите „Закрила на детето", Полиция). В случаите на установен риск за дете се допуска излизане от анонимност с цел да се осигури помощ и закрила за детето.

Националната телефонна линия за деца с номер 116 111 е с национално покритие, достъпна от територията на цялата страна, напълно безплатна за обаждащите се, независимо дали звънят от стационарен или мобилен телефон. Тя функционира 24 часа в денонощието.

2.3.5. Координационен механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция.

На 15 март 2010 г. бе подписано „Споразумение за сътрудничество и координиране на работата на органите по закрила на детето на централно и местно ниво при случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и при кризисна ситуация".

В съответствие с изискванията на ЗЗД (чл.6а) и решение на НСЗД, ДАЗД като национален орган за координиране на политики и дейности за детето, разработи „Координационен механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция" (наричан по-долу Координационен механизъм). С разработването и прилагането на този координационен механизъм е направена поредната важна крачка в изпълнение на приета на 1342 сесия (6 юни 2008 г.) на Комитета за правата на детето Основна препоръка към Р България и на т.11 от доклада, която гласи: „11. Комитетът препоръчва държавата да обмисли *създаването на единен механизъм за цялостна координация, мониторинг и оценка на всички дейности, свързани с прилагането на Конвенцията ...".* Подписаното споразумение на национално ниво и прилагането му на местно ниво е свързващата рамка, която въвежда практиката на междуинституционално сътрудничество между различните дисциплини, тъй като 10 годишната практика в страната и международният опит от много години показват, че междуведомственият подход е единственият правилен подход.

Основната цел на Координационния механизъм е да бъдат обединени ресурсите и усилията на ангажираните партньори за осигуряване на ефективна система за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и в случаите, при които е необходима кризисна интервенция. Чрез Координационния механизъм се цели да бъде постигнат необходимият единен подход от страна на различни български институции при предприемането на съгласувани действия в случаи на насилие и злоупотреба с дете.

Във връзка с въвеждането в практиката на Координационния механизъм беше извършен мониторинг на неговото прилагане. За целите на мониторинга беше разработена информационна карта, в която се обръща внимание на междуведомственото споразумение и договаряне на взаимодействието между партньорите на местно ниво, като екип представители на институциите, ангажирани с прилагането на Координационния механизъм, които договарят взаимодействието и ролите си при получаване на сигнал за наличие на риск или насилие над дете. Информационните карти бяха предоставени на регионалните структури на АСП, МВР и на общините.

Въз основа на получената и обобщена информация, беше подготвен доклад за прилагането на Координационния механизъм и направени препоръки за оптимизация и подобряване на взаимодействието при работата по случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция.

Резултатите от проведеното проучване показват, че 95 % от ръководителите на задължително представените страни в междуведомствения екип са издали заповед за участие на определен техен представител. На местно ниво, вече има разписани правила за взаимодействие и съвместна работа – 74 % от всички анкетирани са посочили, че има яснота по отношение на съвместната работа между задължително представените органи по Координационния механизъм. Изработени са споразумения, протоколи за взаимодействие или е разписан план за действие, с което да бъдат регламентирани правилата и процедурите.

Въпреки че прилагането на Координационния механизъм на местно ниво реално започна през втората половина на изминалата година, след влизането в сила на подписаното споразумение на национално ниво, 57 % от анкетираните са посочили, че Координационният механизъм е включен в общинската програма за закрила на детето 2010 г.

Малко повече от половината от представителите на институциите в междуведомствения екип на местно ниво – 53 %, са посочили, че при получен сигнал за насилие екипът се събира за обсъждане и предприемане на мерки по случая.

Основните задачи, свързани с подобряване на работата по прилагането на Координационния механизъм, се отнасят до: провеждането на специализирани съвместни обучения на местно ниво; осигуряване на финансови средства; материално и ресурсно обезпечаване.

На национално ниво е необходимо да бъдат осигурени обучения по единна методика на всички участници от задължително и алтернативно представените страни, които да са насочени към повишаване на мотивацията, споделяне на опит, намаляване на стреса и подкрепа на хората, работещи по случаи с деца, преживели насилие; регламентиране и обезпечаване на извънредния труд през почивните дни на социалните работници от ОЗД; подсигуряване на ОЗД с човешки ресурс според натовареността и големината на района; определяне на ръководител на екипа, който да координира работата на всички участници; осигуряване на супервизия.

Почти всички анкетирани участници в междуведомствените екипи на местно ниво смятат, че въвеждането на механизъм за координация в случаите на насилие или риск от насилие над дете значително подобрява комуникацията и ефективността в работата. Направени са предложения междуведомственият подход и работата по случай в мултидисциплинарен екип да бъдат въведени при всички случаи, в които е необходима закрила и подкрепа на дете в риск.

2.3.6. Други

Освен промени в законодателството са предприети и мерки за повишаване осведомеността но обществото, разработване на насоки за професионалистите, работещи с децата и семействата, и не на последно място разписване на механизми за взаимодействие между органите по закрила на детето с цел осигуряване на по-ефективна закрила на децата-жертви на насилие.

Съгласно своите компетенции ДАЗД е разработвала, отпечатвала и разпространявала материали, предназначени за родители и специалисти, работещи с деца за популяризиране на ненасилствените, позитивни и зачитащи мнението на децата методи за отглеждане и образование, за повишаване на информираността сред децата относно тяхното право на закрила от всички форми на насилие.

В изпълнение на дейностите, свързани **с *обучение на учители, педагогически съветници и директори*** за разработване на училищни програми в областта на превенция на насилието, през 2009 г. Държавната агенция за закрила на детето разработи тематичен план за квалификация на педагогически кадри.

Популяризирането през 2009 г. на кампанията на Съвета на Европа против телесното наказание чрез публикувания на официалната интернет страница на ДАЗД информационен материал, създаде възможност за обществеността да подкрепи кампанията чрез интернет-подписка.

Кампания на ИСДП „Виж ги. Чуй ги. Разкажи." през 2009–2010 г., директно насочена към превенция на физическото насилие и телесното наказание над деца с послание „Родителите, които бият децата си, искат да скрият това."

***Проекти на НПО* за подкрепа на семейството, за разработване на програми за позитивно родителстване.[12]**

12 Кампаниите на УНИЦЕФ, ДАЗД, „Мълчанието днес ражда насилие утре"; на ИСДП „Виж ги. Чуй ги. Разкажи.", фондация"Пайдея", „Родители" , „Дете и пространство", ФИЦЕ, Център за приобщаващо образование, БАЛИЗ, и др.

3. Демографска ситуация и статистика за случаи на насилие

Според данни на Националния статистически институт, **към 31.12.2010 година броят на детското населението на възраст от 0 до 3 години в България е 299 924. Спрямо общия брой на населението за този период – 7 504 000 – това е 3,99 %.** Тъй като данните от последното национално преброяване не са финализирани, все още няма официална статистика за новородените деца през 2011 год. в България.

3.1. Анализ на данните за насилие над деца за 2010 година

В Държавна агенция за закрила на детето (ДАЗД) ежегодно се събира информация за броя и профила на децата, преживели насилие, което позволява да се следят процесите в тяхното развитие, да се очертаят тенденции и съответно да се предприемат адекватни мерки за превенция на насилието и закрила на децата. Като основен инструмент за набиране на информация е използвана специално разработена информационна карта, която се попълва от всички отдели, които осъществяват дейностите по закрила на детето на общинско ниво.

При проследяване на данните за периода 2001–2010 г., семейното насилие трайно се очертава като водещо. Според събраната информация през **2010 г.** в отдел „Закрила на детето" (ОЗД) и отдел „Социална закрила" (ОСЗ) са получени **2881 сигнала за насилие над деца**. След проучване и оценка на подадените сигнали за 1529 деца са отворени случаи, т.е. около 53,1% от сигналите стават случаи. **Общият брой случаи (стари и нови) за деца, преживели насилие, по които са работили социалните работници от ОЗД и ОСЗ през 2010 г., е 2155.**

От всички преживели насилие деца през 2010г., **1752 или 81,2 % са станали жертва на насилие в семейна среда** (процентът на жертвите на насилие е в съотношение с този през 2009 година). В сравнение с 2009 година, когато броят на децата, жертва на насилие в семейна среда е бил 1283, се наблюдава увеличение на случаите на насилие. В биологичното семейство насилие е извършено над 1666 деца, като при 1438 от случаите извършителят е родител (около 70 %). Тревожен е фактът, че 84 от децата, спрямо които е извършено насилие в семейството, се отглеждат от роднини и близки, а 2 деца са от приемно семейство. В сравнение с 2009 година повече от два пъти нараства броят на децата, преживели насилие, които са настанени при роднини и близки като мярка за закрила по реда на Закона за закрила на детето.

Анализът на случаите, по които са работили отделите „Закрила на детето" през 2009 и 2010 година, показва, че **при децата, отглеждани в семейна среда, най-често се среща пренебрегването на детето като вид насилие, както и физическото насилие.** Неспособността и невъзможността на родителите да посрещнат основните жизнени потребности на детето, с което застрашават неговото физическо и психическо здраве и развитие, е водещ вид насилие според даденото в нормативната уредба определение и за разлика от предшестващите години, излиза на преден план пред физическото насилие.

От всички случаи на насилие, по които са работили Отделите за закрила на детето през 2010 година, всяко 3-то дете е било жертва на физическо насилие. **Децата от 0 до 3 год., жертви на насилие, са 324 – това е 0,1 % от всички деца на тази възраст.** В следващите възрасти този процент нараства, особено при подрастващите в пубертета и ранното юношество. Дали в действителност това е така или отчетеният по-нисък процент на децата жертви на насилие

в ранно детство се дължи на факта, че те „не могат да говорят" и основният, в повечето случаи единствен социален кръг за тях е семейството?

По отношение на данните за разпределението на случаите според подателя на сигнала би могло да се констатира, че все още обществото ни като цяло не е чувствително и не проявява нетърпимост спрямо случаите на насилие над деца. От общия брой подадени сигнали едва 2,6% са подадени от познат или съсед на детето, жертва на насилие. Нисък е и делът на сигналите, подадени от медицински лица – 3,8 %.

3.2. Анализ на данните от описателната статистика на НТЛД „116 111" (01.01.2010 – 31.12.2010 г.)

По данни от Описателната статистика на НТЛД, общият брой приети повиквания за периода 01.01.2010 –31.12.2010 г. е 66366, като броят на постъпвалите обаждания на ден е 182. Общият брой на проведените консултации по НТЛД за периода 01.01.2010–31.12.2010 г. е 13 695, което е 20,6 % от всички обаждания, приблизително 37,5 обаждания на ден. Статистически значим е процентът на консултираните деца – 85 % от всички консултации. Значително по-нисък е този на консултираните родителите – 6,6 % от всички консултации. От тези данни можем да допуснем, че децата в много по-голяма степен се нуждаят от помощта на възрастен специалист с опит и от конфиденциалност на споделеното. Това навежда на мисълта, че децата явно не разчитат да получат това от свои връстници, приятели, дори в кръга на семейството, както и родителите имат сериозни съпротиви да търсят помощ, имат повече алтернативи за намиране на такава в сравнение с децата или проявяват по-малко доверие към телефонните консултации. От друга страна обаче, високият процент на консултираните деца се дължи на факта, че основната целева група на линията са деца, което предполага и популяризиране ѝ основно сред децата.

В много случаи децата се обаждат, за да „тестват" линията: често обаждащите се искат да проверят дали някой ще вдигне и затварят, без да разговарят. В други случаи те споделят история, която е по-скоро дочута от някой около тях или вдъхновена от нещо видяно или чуто по телевизия, в игри. Подобни обаждания „тестват" линията, защото са начин за някои деца да установят първоначална връзка с линията, да се уверят, че някой е насреща и готов да ги изслуша, така че в последствие да се почувстват готови да говорят за реалните си проблеми.

Проведените консултации във връзка с упражнено насилие са 1047 – 7,6 % от общия брой проведени консултации. Подадените сигнали за деца в риск са 235.

3.3. Насилие над деца през 2011 година[13]

През първото полугодие на 2011 г. в ОЗД и ОСЗ са получени 1376 сигнала за насилие над деца. След проучване и оценка на подадените сигнали за 693 деца са отворени случаи. т.е., около 50% от сигналите стават случаи.

Общият брой случаи (стари и нови) на деца, преживели насилие, по които са работили социалните работници от ОЗД и ОСЗ **през първото полугодие на 2011 г. са 1404**. За сравнение, през първото полугодие на предходната 2010 г. работните случаи в отделите са 1499, като за 873 от тях работата е започнала през първите шест месеца на 2010 г.

13 Съгласно данните от Национална информационна система (НИС)

3.3.1. Разпределение на случаите по вид

През първото полугодие на 2011 г. приблизително се запазва съотношението на разпределение на случаите според вида на насилието, като **най-висок остава делът на пренебрегването като вид насилие – 35,6 % (500 случая)**, **следван от физическото насилие-32,9% (462 случая)** .

3.3.2. Разпределение на случаите според мястото на извършване на насилието

През първите шест месеца на 2011 г. социалните работници от отделите за закрила на детето са работили по **1131 случая на семейно насилие или 80,5 %** от всички работни случаи. Данните сочат, че 1064 деца *(75,8 %)* са били обект на насилие в биологичното си семейство, 4 *(0,3 %)* в приемно семейство, а 63 *(4,5 %)* са били жертва на насилие от други близки и роднини. Според статистиката от НТЛД за първото шестмесечие на 2011 г., от проведените консултации за насилие най-разпространено е насилието в семейна среда.

3.3.3. Разпределение на децата по възраст

От общият брой случаи (стари и нови) на деца, преживели насилие, по които са работили социалните работници от ОЗС и ОСЗ през първото полугодие на 2011 г. (които са **1404), *13,7 %* са били деца от 0 до 3 години**.

3.3.4. Разпределение на случаите според подателя на сигнала

Най-често в ОЗД се подават сигнали за насилие над дете от служители в системата на Министерството на вътрешните работи. През първото полугодие на 2011 г. за 291 случая или близо 21 % от сигналите, за които е отворен случай поради установен риск от насилие за детето, подател на сигнала е служител от системата на МВР.

Сравнително нисък дял на сигнализиране от страна на училищата и медицинските лица. В близо 8 % от случаите на насилие, по които работят социалните работници от ОЗД, сигналът е подаден от учител или представител на образователна институция и **едва в 3,8 % от случаите подател е медицинско лице**. Това е изключително обезпокоителен факт, имайки предвид, че здравната система би трябвало да бъде много по-активна по-отношение на сигнализирането, тъй като тя единствена има достъп до всички деца от 0 до 3 години.

Според данни на Националната информационна система поддържана от ДАЗД, както през 2010, така и през първото полугодие на 2011 най-голям е броят на децата, обект на пренебрегване (в сравнение с другите видове насилие). В най-много от случаите извършителят на насилието е родител и най-често това става в семейството. Тези данни будят сериозно безпокойство, защото се оказва, че семейната среда, в която подрастващият би трябвало да се чувства най-сигурен и защитен, се явява основен източник на страдание и травмиране на детето. Това е особено опасно за най-малките деца от 0 до 3 години, защото на практика за повечето от тях единственият социален кръг е семейният; дори и за посещаващите детско заведение основният източник на грижи и привързаност са родителите.

4. Социални и здравни аспекти в превенцията на телесното наказание (насилието) над деца (0–3 г.)

С оглед на спецификата на възрастта в този раздел ще се направи анализ на социалните и на здравните практики и услуги.

4.1. Социални услуги за превенция на насилието над деца от 0–3 години

4.1.1. Социални дейности и услуги за първична превенция

Първичната превенция включва услугите към цялото население, техният обхват, качество, достъп. На това ниво се развиват услугите от универсален тип, които са предназначени за цялото население и са атестат за благосъстоянието на обществото. На това ниво е трудно да определим „чисто" социалните услуги, доколкото достъпът до здравеопазване, до образование, труд и тяхното качество има характер на социално достояние, но не би могло да се определи като социална услуга. От гледна точка на генералната превенция тези услуги са насочени към подкрепа на родителстването, което е важно за цялото население сега и в бъдеще. Тази подкрепа може да се изрази в няколко групи услуги като – услуги за по-добро качество на отношението родител – дете, за заместване на родителя при изпълнение на други негови роли, главно трудови, и поощряване на отговорното родителство. Би могло да се предполага, че всяко семейство следва да има достъп до социални услуги, които го подкрепят в ролята му на родител, като :

- *Услуги за подготовка за семеен живот и отглеждане на дете*

Анализът на ситуацията в нашата страна показва, че тези услуги са далеч от универсални. В тази област съществуващите услуги са спорадични, без стандарт за съдържание, видове и пр. Отглеждането и възпитанието на децата у нас не се възприема като обществен ангажимент, освен когато последиците от тях започват да се проявяват като проблеми в поведението на децата. Институциите си служат със силно генерализирани и в този смисъл без ясно съдържание понятия като „нормално" семейство, „традиционно" възпитание, което е по-скоро израз на отсъствието на една обща минимална концепция за добро родителстване. Може би това е и една от причините за трудното пробиване на услуги от типа *„Училище за родители, Колежи за родители, курсове за родители, групи за споделяне на родители и пр."* По отношение на качеството е трудно да се определи, тъй като няма стандарти за качество, но анализът на практиката показва, че те са от два типа – с превес на необходимите познания и умения от гледна точка на физическото здраве на детето, т.е. преди всичко от медицинска гледна точка и „училища", в чиито програми преобладава подготовката на родителите за психическото здраве на детето. Такива програми се посрещат с интерес от бъдещите родители. Училището за родители в КСУДС в гр. Шумен например съществува вече седем години, проведени са общо 25 курса с над 300 участници. Участниците са бременни жени с различен социален статус, по-скоро среден. И в други Комплекси за социални услуги за деца и семейства (КСУДС) и в ЦОП са развити услуги за бременни жени и

млади майки, които имат добри резултати, но те не са обезпечени и не е ясно как могат да се развиват и предоставят, тъй като КСУДС са насочени към групи в риск, с всички последствия от този факт за достъпа до тези услуги.

Здравните консултации се организират в градовете и не винаги са достъпни за майките и родителите от малките населени места.

Има необходимост *услугите за добро родителстване да се насочат към бащите и към валоризиране на тяхната роля*, а не само към майките.

- *Услуги за подкрепа на млади родители*

Освен училищата за родители, които би трябвало да предлагат услуги и за тях, важни са и *посещенията на млади майки* от специално подготвени екипи. Тъй като у нас няма добре развита политика в тази област услуги от този тип или отсъстват, или са фрагментарни, или *все още се развиват само като семейно планиране и по-скоро в групата на услугите, насочени към рискови общности.*

- *Социални услуги за работещи родители*

Съществуващите услуги като *ясли* имат нужда от преосмислянето им като социални и като услуги, а не само като заведения, в които основно работи медицински персонал. Става дума за въвеждане на работно време, съобразено с интересите на работещите родители, а не на персонала, възможност за ползване на услугите частично, почасово и пр., за промяна в качеството на грижата. Въведените чрез програми по заетостта алтернативни обществени услуги в тази област, като програми за подкрепа на майчинството или така наречените фамилни центрове, би трябвало да се развиват по посока на устойчивост и достъп. Също така има добри европейски практики за нови услуги за работещите родители в подкрепа на майчинството и те трябва да се развиват.

Обобщен анализ за услугите от първо ниво

- Съществува недостиг на услуги от този порядък по отношение на социалните потребности на хората, няма гарантиран набор от услуги за по-добро родителстване, който да е достъпен за всеки родител и семейство.
- Няма гарантиран достъп до такива услуги. Необходимо е да се развият този тип услуги, както в тяхната „стационарна" форма, така и в мобилна, „амбулантна форма", за да могат те да достигнат до всички хора.
- Има нужда от развиване на интегрирани или междусекторни услуги (между здравни, образователни и социални).

4.1.2. Социални услуги за вторична превенция – услуги в подкрепа на рискови групи

Тези услуги целят превенция на риск и са насочени към определени целеви групи, които са идентифицирани като рискови. Основните цели тук са, превенция на насилието и превенция на изоставянето на деца. Изграждането на система за закрила у нас доведе до развиване на тези услуги в рамките на различни проекти. Важна характеристика за тези услуги е, че са услуги в общността по отношение на децата, т.е. не се налага децата да бъдат настанявани в институция, за да се ползват от тях директно или индиректно, чрез родителите си. По същество това са преди всичко: информиране, консултиране, учене, придружаване, подкрепа. В редки случаи услугите предвиждат и временен подслон. За набор от тези услуги се разработиха методически стандарти – Дневен център за деца на улицата, звено „Майка и бебе". Те се разработиха след апробиране от различни НПО в рамките на проект „Реформа за повишаване на благосъстоянието в България" на МТСП, т.е.

след определен период на практикуване, което позволи да се използват различните подходи и опит в страната.

- *Социални услуги за бедни родители, за самотни родители и такива с нисък родителски капацитет*

Към тези целеви групи са насочени преди всичко услуги от типа информиране, консултиране, учене, придружаване. Те се предоставят в рамките на услугата Център за обществена подкрепа. Тук следва да се осигури връзка между социалното подпомагане и услугите, включително услугите и програмите за заетост, за да се подкрепят родителите, както и да се отдаде предпочитание на позитивния подход пред рестриктивния. Има необходимост от нова услуга или дейност, механизъм, който да гарантира тази връзка. **Като ресурс може да се приеме наличието на практика в развиването и предлагането на тези услуги, наличие на стандарти за качество за някои от тях и осигурено финансиране в рамките на ЦОП.** Например, най-често в услугите за превенция се включва консултирането, понякога придружаването до услуги на други институции и по-рядко съдействие за ползване на услугите по заетостта. Точно тук би следвало да става дума за набор от услуги, които да се координират от управляващия случая или от доставчика, но без такава координация и мобилизиране на всички социални ресурси превенцията почесто се проваля. В някои ЦОП се развиват програми за добро родителстване, ориентирани към семейства с риск да използват телесно наказание. Достъпът до тези програми е като мярка за закрила по ЗЗД.

Развива се *нова услуга, предназначена едновременно за деца и родители,* която позволява да се осъществяват дейности, в зависимост от специфичните потребности, като подкрепа за развитие на връзката майка и бебе, на уменията за родителстване, на социални умения.

- *Услуги за превенция на изоставяне*

Тези услуги стартират от родилните отделения, където се очаква от медицинския персонал да идентифицира рискови родилки и да сигнализира ОЗД. Те от своя страна, самостоятелно или с помощта на доставчици, информират и консултират тези майки. Съществува и услуга „Звено Майка и бебе", която осигурява възможност за предоставяне на индивидуализиран пакет от услуги в тази област, включително временен подслон. Ефективността на тези услуги е обвързана с наличието на повече услуги на първо ниво и на връзка със здравните услуги в подкрепа на майчинството. В действителност често рисковите майки остават извън обсега на тези услуги тъй като не се регистрират като бременни и стартирането на превенцията в родилно отделение е твърде късно за не малка част от тях. Необходимо е, от една страна, да се усъвършенстват здравните и социални услуги в подкрепа на майчинството и от друга, да се разработят механизми за гарантиран достъп на всички бременни жени до тях. Рисковите групи би следвало да се стимулират в ползването на тези услуги, което ще позволи и ранна диагностика на рискова бременност и ранна превенция на изоставянето.

Когато се говори за превенция на изоставянето следва да се идентифицира една нова рискова група *родители, които предоставят грижата за децата си на други хора – заминават на работа, лечение и пр. Тук има нужда от развитие на услуги като информиране, правно консултиране, психологическо консултиране и пр.*

- *Услуги при развод*

Тези услуги се предоставят най-често в рамките на ЦОП. Те могат да се отнесат и към първата група услуги, т.е. да са достъпни като услуги за всички хора, които разделяйки се като съпрузи искат да останат заедно родители на своите деца и имат нужда от подкрепа в това си желание. Такива услуги следва да се предоставят и при проблемни разводи, които застрашават доброто на детето, то е жертва на най-малко *психическо насилие.* Те могат **да се**

предписват на родителите от ОЗД и съда. В практиката на ОЗД и на доставчиците вече има много случаи на рисково поведение на родителите към техните деца по време на развод и те трябва да имат доброволен или предписан достъп до услуги като: м*едиация между родителите, семейно консултиране, осигуряване на защитено пространство за срещи с някой от родителите, т.н медиирани срещи*. На практика сега такъв достъп има само в някои от големите градове в рамките на ЦОП, но без единен стандарт за набор съдържание и качество.

- *Услуги при осиновяване*

Осиновяването като процес и неговата последваща подкрепа са важно средство за превенция на насилието над осиновените деца, и психическо и физическо. Нормативно изглежда, че най-добрият интерес на детето е гарантиран. Тъй като няма обаче ясна методика и процедурата за избор на най-подходящо семейство, практиката показва, че „изборът"е по-често на дете за семейство, а не обратното, което може да се реализира като насилие над бебетата. **Децата многократно се представят пред различни семейства, които ги оглеждат, докосват, прегръщат, връщат.** Процедурата не гарантира закрила на детето, вероятно поради респекта към нуждаещото се семейство от една страна и от друга, поради недооценяване на причинената вреда на детето (то е малко и не разбира). Последиците от изоставянето, от недобрата подкрепа на осиновителите често водят до поведенчески проблеми при децата, които могат да доведат до рисково възпитателно поведение от страна и на родителите и на институциите за грижа. Услугите за подкрепа на осиновяването намират все по-голямо разпространение основно чрез ЦОП, където се провежда задължителното обучение на кандидатите за осиновители. Вероятно е по-добре и оценката да се делегира на специализирани доставчици, както се случи с кандидатите за приемни семейства, това би довело до повишаване качеството. Актуалният проблем там е освен все още достъпът, и преди всичко качеството на обучението, подкрепата, които би следвало да гарантират правата на децата и вземане на решение в най-добър за детето интерес. Възможността за разсиновяване е най-сериозното, но не единствено доказателство в тази посока. Превенцията на разсиновяването и закрилата на осиновените деца налагат развитието на задължителен набор от услуги и то не само в след осиновителния период, а и по-късно.

- *Услуги за деца с увреждания*

Анализът вече показа, че тези услуги имат най-бързо разпространение в страната и за радост не само в техния резидентен тип. Важно е да се отбележи, че освен неравномерното развитие, което характеризира всички услуги в общността, все още тези услуги се нуждаят от нови стандарти за качество, които да гарантират правата на децата с увреждания за достъп до общо образование, живот в семейна или близка до семейната среда и пр. Вместо дневните центрове да се превръщат в детски градини за деца с увреждания, би трябвало в максимална степен детските градини от първото ниво да могат да приемат деца с увреждания и дневните центрове да предоставят специализирани почасови услуги.

- *Специализирана психо-терапевтична и психиатрична помощ за деца в ситуация на риск*

Такива услуги има в рамките на здравното осигуряване, но на практика те са крайно недостатъчни като набор, като качество и като достъп. Степента на недостатъчност при тях граничи с пълно отсъствие и много често деца с психични проблеми се настаняват в ДДМУИ, където се третират като умствено изостанали. Тук има нужда от специален професионален анализ и спешни мерки за развитие на такива услуги.

Обобщен анализ за услугите от второ ниво

- Има практика при предоставянето на повечето от услугите, за някои от тях има развити стандарти, има стандарти за тяхното финансиране в рамките на ЦОП. По вид услуги те са

разработени – индивидуално или групово информиране, учене, консултиране, придружаване, подкрепа, медиация, временно настаняване. Различават се основно по целите си – превенция на изоставянето, на насилието, проблемно поведение, на отпадане от училище, въвличане в трафик и пр.

- Очертава се необходимост от развитие на „мобилен" тип форми на тези услуги, за да се улесни достъпът и услугите да достигнат потребителите, когато потребителите не могат или не искат да „дойдат". Необходимо е разработване на услугата „работа в общността" като услуга в областта на превенцията на различни рискове.
- Необходимост от „отваряне" на услугите от първото ниво като училища, ясли, детски градини, структури за свободно време и интереси за децата с увреждания, за да се избегне вторичната изолация чрез дневни центрове за деца с увреждания
- Необходимост от стандарт за качество, финансиране и възможност за възлагане на външни доставчици на услугите, които са между сферите на здравеопазване или образование и социална подкрепа каквито са услугите за превенция на ХИВ и СПИН, за репродуктивно здраве, превенция на проституция и пр.
- Основен е проблемът за достъп на всички хора до тях. Необходимо е разработване на минимален задължителен набор от услуги, които могат да се предоставят на различни места в ЦОП, в ЦСРИ, в някои домове и пр.
- Необходимо е да се осигури връзка между социалното подпомагане и социалните услуги, включително услугите и програмите за заетост, за да се подкрепи родителстването, както и да преобладава позитивния подход пред рестриктивния. Има необходимост от нова услуга или дейност, механизъм, който да гарантира тази връзка.

4.1.3. Социални услуги за третична превенция – услуги за деца и семейства, които са преживели или преживяват сериозен проблем.

Тези услуги целят превенция на рецидива на проблемите и техните последици чрез оказване на специализирана помощ свързана с проблема. Това са услуги, които целят ресоциализация, рехабилитация, реинтеграция. Важно за тези услуги е да се отбележи, че те често се предоставят в рамките на специализирани институции, т.е. предвиждат извеждане от семейната среда. Важно е също да се отбележи, че тези услуги би трябвало да включват в съдържанието си и услугите от предишните две нива, което в много голяма степен определя тяхната ефективност.

- *Услуги за родители, извършили насилие* към своите деца

Обикновено към тази категория родители се прилагат наказващи мерки, ако е налице съдебна процедура по ЗДН, НК, ЗИН, ЗБППМН, или в рамките на ЗЗД като предписание от ДСП/ОЗД. Помагащи програми и услуги се предлагат изключително рядко от някои ЦОП[14]. Съществуването им показва отново тяхната необходимост. Тези програми са насочени основно към родители, които използват телесно наказание и упражняват физическо насилие над децата си. Важна характеристика на тези услуги е необходимостта от високо специализиран персонал, подготвен за компетентна интервенция за преодоляване на риска от рецидив или от много сериозни последствия. За родителите, извършители на сексуално насилие би следвало да се мисли за програми в местата за лишаване от свобода.

- *Спешен прием*

Това е услуга, която се предоставя в рамките само на някои ЦОП в страната. Услугата предполага подслон, подкрепа, кризисна интервенция и се предоставя до един месец. Тя е с ка-

14 В ЦОП в гр.София, КСУДС Пазарджик и КСУДС Шумен се предоставя програма за добро родителстване за родители, на които са наложени мерки по Закона за домашно насилие, разработена по проект „Отново родители" на ИСДП, финансиран от МП.

пацитет не повече от 8 души, което я прави по-ефективна от настаняването в услуга от резидентен тип. За тази възраст спешният прием се осъществявала в такава услуга само заедно с възрастен, най-често майката.

- *Резидентни услуги*

Децата, нуждаещи се от алтернативна грижа са от две големи групи – изоставени от родителите си или изведени от семейства, поради някаква форма на насилие, най-често неглижиране. В нашата страна, за разлика от другите европейски страни[15] преобладава групата на изоставените деца, често поради бедност на семействата. Сред услугите от това ниво за децата от 0-3 г. преобладават услугите от т.н. резидентен тип и то в най-традиционния им интернатен тип – *големи домове*. ДМСГД са предимно в областните градове, в малки населени места са ДДМУИ, с преобладаващ колективно-типизиран подход на грижа. ДМСГД, където се настаняват децата от 0-3 г., нуждаещи се от алтернативна грижа, са медицински заведения, които не могат да осигурят индивидуализирана грижа, имат изключително силен ефект на хоспитализация и са вредни за децата в тази възраст. *Малките домове от семеен тип за бебета* имат също по-скоро негативен ефект, защото са само за бебета и повтарят в умален вид негативите на ДМСГД.

Приемните семейства са услуга, насочена към децата и целяща осигуряване на семейна среда за временно отглеждане, до преодоляване на проблема в биологичното семейство. След последните изменения на ЗЗД през 2009 г. броят на приемните семейства се е увеличил близо седем пъти. У нас бележи сериозно развитие нейната форма за настаняване при близки и роднини. През последната 2011 година все повече се налага практика на настаняване на бебета, включително директно от родилен дом в приемни семейства[16]. Бебета се настаняват или когато тяхното родно семейство временно се нуждае от подкрепа и чрез приемната грижа му се оказва помощ, или като грижа до осиновяване. Натрупаният опит има нужда от сериозно проучване и осмисляне.

Обобщен анализ на услугите от трето ниво

- Услугите са центрирани към децата, няма достатъчно услуги към семействата.
- Преобладават услуги от интернатен тип, с ниско качество на грижа, неподготвен персонал и с методология, която крие риск от допълнителна изолация.

Обобщени изводи от прегледа на услугите и тяхната роля за гарантиране на правата на децата у нас

Този преглед показва, че:

- На всички нива има проблем с гарантиран достъп до набор от услуги.
- Има напредък в услугите, които касаят децата и семействата в риск. Те се нуждаят от гарантиране на качество и осигуряване на достъп. Необходимо е също тяхното диференциране като отговорности на местно или на регионално ниво. Все още няма единна практика и висока компетентност при управление на случай от Отдел „Закрила на детето" и ясни отношения между водещия случай и доставчиците на услуги. На много места Отделите „Закрила на детето" играят ролята и на водещи случая и на доставящи услуги, което поставя под въпрос качеството и на двете роли. Взаимодействието между държавните и другите доставчици на услуги и услугата като същност са нерешени въпроси.
- От сериозно развитие по отношение на качеството се нуждаят т.нар. услуги от нивото на третичната превенция и тяхното разделяне като отговорности между държавата и об-

15 Браун, К., „Вредите от отглеждане в институция през ранното детство", 2009.

16 В рамките на проект „Разширяване на модела на приемна грижа в България" за периода 01.2010 г. до 10.2011 г. в приемни семейства са настанени 73 от 0-3 г., сред които над 15 новородени, директно от родилен дом

ластните власти. Услугите от резидентен тип вероятно трябва да се планират и управляват на областно ниво.

- Най-сериозен е дефицитът на услуги на ниво на обща превенция. Тези услуги би трябвало да са изцяло в компетенциите и отговорностите на местните власти на ниво община.
- Много сериозен е дефицитът на услуги свързани с потребности в областта на психичното здраве на всички нива.
- Децентрализацията на услугите – има сблъсък на отговорности и компетенции от една страна, и недостиг на капацитет от друга.
- Нужда от мониторинг на качеството на услугите.

4.2. Здравна подкрепа на деца от 0 до 3 години

4.2.1.Осигуряване на обща медицинска грижа за децата от 0-3 г.

По данни на Националния статистически институт детското население в България на възраст от 0 до 3 години е: към 31.12.2009 г. – 299 246, към 31.12.2010 г.- 299 924. По данни на Националната здравноосигурителна каса **при общопрактикуващ лекар (ОПЛ)** към 31.12.2009 година са регистрирани 211 677 деца на възраст от 0-3 години. Към **31.12.2010 година са регистрирани 213 116 деца.** Тези данни показват, че през 2009 година 70.73 % от детското население до 3 годишна възраст е имало избран общопрактикуващ лекар. Данните за 2010 година показват макар и незначително увеличение на този процент с 0,32 % или **71.05 %.** Оставащите около 30 % деца без избран ОПЛ включват новородените до издаване на единен граждански номер, необходим за регистрацията в НЗОК. Другата част са деца на родители, които посещават частни лекарски кабинети или не са упражнили правото на избор, поради определена причина. Обикновено това са лекарски практики в трудно достъпни места страната. Една част от пациентите от тези групи са с повишен медицински и социален риск. **От данните на НЗОК за регистрираните при ОПЛ деца към 30.06.2011г., които са 211 717**, не става ясно дали това са децата с натрупване от предходната година или това са всички деца до 3 годишна възраст, които към тази дата имат избран ОПЛ.

Относно обхвата на деца до 3 годишна възраст със задължителни имунизации, по данни на НЗОК за 2009 г. са имунизирани 165 791 деца, 2010 г. – 181 799, а до 31.05.2011 г. са обхванати 111 382 деца.

По данни от Националния център по обществено здраве и анализи, имунизираните деца до 3 годишна възраст за 2009 и 2010 година са както следва:

Ваксина	**2009 година**		**2010 година**	
	Обхванати	% Обхванати	Обхванати	% Обхванати
ТУБЕРКУЛОЗА новородени	75119	97,8 %	69102	97,8 %
ПОЛИОМИЕЛИТ	66343	94,3 %	24089	98,8 %
ДИФТЕРИЯ, ТЕТАНУС, КОКЛЮШ	65717	94,1 %	22971	98,8 %
ДИФТЕРИЯ, ТЕТАНУС	1224	88,8 %	3238	
ХЕПАТИТ В – новородени	68043	95,6 %	68527	95 %
МОРБИЛИ, ПАРОТИТ, РУБЕОЛА – на 13 месеца	67932	96,1 %	42466	96,5 %

4.2.2. Здравни услуги (задължителни ваксинации и посещения на медицински центрове, домашни посещения, програма „Детско здравеопазване")

Здравното обслужване на децата до 18 г. възраст се извършва от общопрактикуващ лекар или лекар педиатър в зависимост от избора на родителите. Ако детето се обслужва от ОПЛ при необходимост той може да насочва детето за консултация или провеждане на съвместно лечение със специалисти от различни детски профили. Профилактичната дейност и диспансеризацията се извършват по изискванията на Наредба №39 от 16.11.2004 година на Министерство на здравеопазването, обн. в ДВ бр. 106/03.12.2004г.

Имунопрофилактиката в Република България е регламентирана в Наредба №15 на Министерство на здравеопазването от 12.05.2005 г. Последните изменения са публикувани в ДВ. Бр.57 от 24.06.2009 г. В ч**л. 2.** (1) (Изм. – ДВ, бр. 57 от 2009 г., в сила от 01.10.2010 г.) е посочено: *Задължителни планови имунизации и реимунизации са тези срещу туберкулоза, дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит, морбили, епидемичен паротит, рубеола, вирусен хепатит тип В, хемофилус инфлуенце тип В(ХИБ) и пневмококови инфекции*. (2) Задължителните планови имунизации и реимунизации се извършват съгласно Имунизационния календар на Република България (приложение № 1). Това е утвърдената от Министъра на здравеопазването схема за прилагане на имунизациите.

Чл. 13. (1) Всички извършени задължителни, целеви и препоръчителни имунизации и реимунизации и приложени биопродукти за постекспозиционна профилактика се отчитат в РИОКОЗ /сега РЗИ/.

Чл. 15. (1) Задължителните планови имунизации и реимунизации се извършват от:

1. лекар, обслужващ новородените в лечебно заведение за болнична помощ; 2. личен лекар.

(2) По изключение задължителните имунизации и реимунизации могат да се извършват и от лекар в: 1. имунизационен кабинет на РИОКОЗ и Национален център по заразни и паразитни болести /НЦЗПБ/;2. лечебно заведение извън посочените в ал. 1; 3. здравно заведение по чл. 26, ал. 1 от Закона за здравето.(3) Лекарите по ал. 2, т. 2 и 3 извършват имунизациите и реимунизациите под контрола и съгласувано с РИОКОЗ.

Дейностите на личния лекар за имунопрофилактика са регламентирани и в Приложение №15 към НРД 2011 г.– Дейности на ОПЛ по имунопрофилактика и Програма „Детско здравеопазване". В тази програма са регламентирани задълженията на ОПЛ за провеждане на профилактичните прегледи на децата. **На задължително домашно посещение подлежат новородените в първите 24 часа след изписването им от родилното заведение. Следващо задължително посещение е в периода между 14 и 20 ден след изписването, което може да бъде и в кабинета на ОПЛ. До края на първата година има 9 профилактични прегледа, включващи рутинно изследване на здравето, антропометрични измервания, оценка на психичното развитие.** Двукратно се извършват общи оценки на зрението и слуха/ на 6 мес. И на 1 година/.Изследване за дисплазия на тазобедрените стави- клинично-на 1 на 4 месеца. Програмата включва и двукратно медико-диагностично изследване на 8 кръвни показателя и урина. През втората година се извършват 4 профилактични прегледа и оценки на психичното развитие-на тримесечие. През третата година се извършват два профилактични прегледа и оценки на психичното развитие- в интервал от 6 месеца. На 3 годишна възраст се извършва отново медико-диагностично изследване на кръв и урина.

Децата имат свободен достъп за прегледи при лекар специалист по детски болести, съгл. Приложение №17 от НРД. Тази програма регламентира и гарантира всички профилактични дейности с изключение на имунопрофилактиката. Всички гражданина РБългария имат право на избор на личен лекар.

4.2.3. Детската смъртност в периода 0–3 г.

Обект на изследване в демографската статистика са съвкупностите на демографските събития и съвкупностите на населението. При изследване на смъртността се наблюдава съвкупността на умрелите лица. Регистрацията на умиранията се извършва в момента на тяхното настъпване и те формират съответната периодна съвкупност за определен обхват от време. За текущата демографска статистика този обхват е една календарна година.

Детската смъртност (броят на умрелите деца на възраст до 1 година на 1000 живородени) е един от най-значимите индикатори, по който могат да бъдат оценени както социално-икономическото развитие и културно ниво на една нация, така и ефективността на здравната политика и система. Нивото на детската смъртност е в изключителна зависимост от здравето на бременните жени, майките и децата. След 1997 г. в България започва да се формира трайна тенденция на намаляване на детската смъртност. Данните за периода 2008-2010 са представени в Таблица 1 (източник НСИ). През 2010 г. в страната са умрели 708 деца на възраст до една година. В сравнение с предходната година техният брой е по-малък с 21 деца.

Достигнатото равнище на детската смъртност през последните пет години е най-ниското в демографското развитие на страната. Независимо от положителната тенденция в намаляването на равнището на детската смъртност в страната тя продължава да е по-висока от тази в европейските държави. Коефициентът на детска смъртност за България е 9.4‰ през 2010г. (съответно 9.0‰ през 2009г.), а общо за Европейския съюз е 4.3‰ по данни на Евростат за 2009 година.

Таблица 1. Умрели деца до 1 година

2008			
Възраст	Общо	момчета	момичета
Общо за страната	668	365	303
под 1 ден	105	57	48
0 – 6 дни	149	87	62
7 – 27 дни	135	77	58
28 дни – 11 месеца	279	144	135

2009			
Възраст	Общо	момчета	момичета
Общо за страната	729	422	307
под 1 ден	122	80	42
0 – 6 дни	184	112	72
7 – 27 дни	130	68	62
28 дни – 11 месеца	293	162	131

2010			
Възраст	Общо	момчета	момичета
Общо за страната	708	410	298
под 1 ден	105	65	40
1 – 6 дни	169	98	71
7 – 27 дни	120	69	51
28 дни – 11 месеца	314	178	136

Видно от данните в Таблица 1 е, че **най-високи стойности има показателят на смъртността в периода 1–6-ти ден – за 2010 това са 169 деца**.

Регистрирането на ражданията по новите дефиниции доведе до още по-големи отклонения в индикаторите на перинаталната детска смъртност в неблагоприятна посока. Не само по-малкият брой живородени деца, но и приемането на новата дефиниция за „живородено дете", е в основата на повишаването на показателя за детската смъртност през 2009 и 2010 г.

Основните причини за смърт до 6-я ден след раждане са някои състояния, възникващи през перинаталния период, преждевременните раждания, родените с ниско тегло и вродените аномалии.[17]

4.2.4. Смъртност на децата от 1 до 4 години

Видно от данните за смъртността на децата от 1 до 4 години, представени в Таблица 2, е наличието на подчертана тенденция на снижение. През 2008 г. показателят й достига най-ниското си ниво – 46.6 на 100 000 деца от тази възрастова група, като в същото време това е значително по-висока стойност от тази на смъртността на децата от 5 до 9 години – 31.8 на 100 000 деца от 5 до 9 години през 2008 г. Запазва се и по-голямата разлика между смъртността на децата от 1 до 4 години в селата и градовете и това е индикация за проблеми в достъпа и качеството на здравни грижи и услуги в селските райони.

През 2009 и 2010 показателят за смъртността на децата от 1 до 4 години се повишава, като анализите сочат, че това повишаване е за сметка на по-малкия брой живородени деца.

17 Коментар: д-р Цвета Тимчева

Таблица 2 . Смъртност на децата от 1 до 4 години

2009	Общо			В градовете			В селата		
Възраст	всичко	момчета	момичета	всичко	момчета	момичета	всичко	момчета	момичета
Общо за страната	858	483	375	561	321	240	297	162	135
0	729	422	307	468	274	194	261	148	113
1 – 4	129	61	68	93	47	46	36	14	22

2010	Общо			В градовете			В селата		
Възраст	всичко	момчета	момичета	всичко	момчета	момичета	всичко	момчета	момичета
Общо за страната	841	492	349	548	323	225	293	169	124
0	708	410	298	461	267	194	247	143	104
1 – 4	133	82	51	87	56	31	46	26	20

4.2.5. Детска смъртност по причини

Основните причини за умиранията на децата под 1-годишна възраст (съгласно МКБ X-та ревизия) през 2010 г. са:

- някои състояния, възникващи през перинаталния период;
- вродени аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации;
- болести на дихателната система, включително и пневмония.

През 2010 г. посочените три класа съставляват 56,8% от всички умирания на децата до 1 г. у нас.

Външни причини като травмите и отравянията са също сред водещите причини (но с по-нисък относителен дял) за смъртността при децата от 0 до 4 години и те са в тясна зависимост от грижите за отглеждането на детето и уменията на родителите да осигурят безопасна среда на живот. Няма точна класификация данни за хоспитализирани деца под 1 год., които да сочат категорично, че това се е наложило в резултат на претърпяно физическо насилие. По-скоро се предполага, че това са случаите попадащи в Клас XX „Външни причини за заболеваемост и смъртност" – „Нараняване с неопределени намерения (Y10-Y34)" (виж Таблица 3), в който се визират различни видове наранявания и следствия от въздействия с неопределени намерения, некласифицирани другаде.

Таблица 3

Възраст	**Общо**			**0**			**1 – 4**		
Причини за смъртта, МКБ – X ревизия	всичко	мом-чета	моми-чета	всичко	мом-чета	моми-чета	всичко	мом-чета	Моми-чета
Клас XX. Външни причини за заболеваемост и смъртност (V01-Y98)	44	26	18	17	10	7	27	16	11

Изводи:

Детското здравеопазване в страната е безплатно и гарантирано за всички деца според нормативната уредба.

Детското здравеопазване се нуждае от сериозно подобряване по отношение на обхват и качество на грижата. Необходимо е да се идентифицират ясно причините за високата детска смъртност на деца до една година и да се предприемат мерки за трайно намаляване, в съответствие със международните здравни стандарти.

Медицинската грижа за децата от 0-3 г. е гарантирана на базисно ниво нормативно, но на практика не всички деца са обхванати в нея. Твърде голям е относителният дял на деца, на които не е осигурен личен лекар. За последните две години грижа от личен лекар не е гарантирана за близо 30 % от децата, с всички последици от това.

Гарантираните посещения по местоживеене са крайно недостатъчни от гледна точка на гарантиране на благосъстоянието на децата и превенция на малтретиране.

Медицинските заведения не разпознават в необходимата степен последиците от насилие и телесно наказание, сигнализирането от страна на медицински заведения продължава да бъде по-скоро изключение.

Грижата в медицинските заведения от резидентен тип се нуждае от промяна в качеството на самата медицинска грижа и от разширяване на обхвата към грижа, отговаряща на потребностите на детето от 0-3 г. възраст.

5. Обществени нагласи към употребата на телесно наказание на деца в България

България е страна с култура центрирана към възрастните, не към детето. На детето и детството се гледа като на състояние, период за подготовка да бъдеш възрастен, не като на период от живота на човека със собствена значимост, със собствени нужди, заслужаващ респект сам по себе си. Това не означава, че децата не са ценност, че българското общество няма традиции и постижения в грижата за доброто на децата. Напротив, тя винаги се предполага и предпоставя при значими събития и политики. Става дума за нагласата на обществото, към същността и „задачите" на детството, нагласите на семейството за ролята на възпитанието, неговото съдържание и методи. По-голяма част от общоприетите ценности, колкото и това да е относително, са свързани с разбирания за това, че всичко е оправдано в името на доброто бъдеще, че всички изисквания, наказания и прочие са за добро, твърдения като „целувай детето само като спи", „бий детето преди, а не след като стомната се счупи" и др. са израз на тези нагласи. Проблемът за физическото насилие над детето е пряко свързан с тези нагласи и култура, приемащи употребата на наказанието, включително физическото в най-добрия случай като необходимо зло. **В този смисъл определено може да се твърди, че чисто културално у нас има висока толерантност (различна по степен в различните общности, обществени слоеве, градове или села) към употребата на физическо насилие като възпитателно средство.** [18]

Насилието в семейството и насилието, свързано с пола, са основни проблеми за децата. Твърде много деца са дълбоко засегнати, физически и психически не само от това, което е извършено върху тях, но и от това, което виждат да се извършва върху други там, където се предполага, че им се предлага сигурност и убежище – техния дом.

В периода 15 август – 15 септември 2010 год. **по поръчка на Институт по социални дейности и практики** бе проведено **омнибус изследване**[19] **за телесното наказание като метод на възпитание сред българското население**. То се реализира от агенция GfK като част от международното проучване в още 5 страни от региона- Литва, Латвия, Украйна, Молдова и Полша в рамките на проект „Детство без насилие: към по-добра система за закрила на децата в Източна Европа" финансиран от фондация ОУК.

В изследването на територията на страната бяха обхванати 497 респондента (221 мъже и 275 жени) от цялата страна на възраст над 18 години (18+). Въпросникът се състои от 8 затворени въпроса, които главно са насочени към нагласите към телесното наказание и употребата му като възпитателна мярка.

5.1. Нагласи към употребата на телесно наказание

По отношение на нагласите, **приблизително всеки трети от респондентите отговаря, че в последните 10 години в България родителите използват по-често телесното наказа-**

18 Нели Петрова-Димитрова, Сексуалното насилие над деца – анализ на ситуацията в България, 2005 г., http://www.sapibg.org/index.php?lang=bg&page=463.

19 „Наказанието като метод на възпитание в България"- омнибус изследване проведено сред българското население, 2010. Сравнителният доклад за всички страни е изготвен от Фондация „Ничии деца" – Полша (Fundacja Dzieci Niczyje /FDN/).

И двата доклада са достъпни на адрес: http://www.detetosvidetel.org/index.php?op=page&p=9 .

ние като модел на поведение спрямо децата си. Сравнителния доклад показва, че тенденцията в другите 5 страни е почти същата, като в Украйна и Молдова е най-малък процентът на отговорилите в подкрепа на това твърдение. Относително равен е броят на запитаните лица в България, които считат, че телесното наказание остава непроменено и на тези, които считат, че се наблюдава по- рядко (разликата е в рамките на статистическата грешка).

Повече от половината респонденти – близо 60% считат, че в последните 10 години все повече деца биват лишени от грижата на своите родители. Едва един от всеки десет отговаря, че това се наблюдава по-рядко, а приблизително един от всеки пет от запитаните – счита, че няма промяна в ситуацията.

Данните по отношение на крещенето и словесното обиждане на деца от страна на родителите са почти идентични. Приблизително ¼ от запитаните считат, че родителите не променят този негативен вербален модел на поведение в комуникацията с децата. Относително малък е делът на тези, които посочват че крещенето по децата и обиждането намаляват като практика– съответно 6% и 9%.

На въпроса за нагласите към използването на физическото наказание като метод на възпитание от страна на родителите, **повече от половината от интервюираните оценяват, че физическото наказание – бой никога не бива да се използва.** Една трета от респондентите са на мнение, че то може да е оправдано в определени ситуации. Най- малко (7%) остават тези, според които телесното наказание може да се използва по преценка на родителя.

По-малко категорични в позицията си са респондентите, когато става въпрос за въвеждане на нормативна забрана спрямо родителите за използване на физическо насилие. 39% от запитаните считат, че подобна юридическа санкция категорично е необходима, всеки трети – че такава е по-скоро необходима, а **всеки пети от запитаните по-скоро не счита, че има необходимост от законова санкция.**

Определено респондентите са най-чувствителни към физическото наказание, което е съпроводено с бой с колан или други предмети. 70 % от запитаните са категорични, че то би следвало да се забрани със закон. Следват силен бой с ръка, пляскане и удряне през лицето, в които категории половината отговори са със същата категоричност. Най-занижена е чувствителността към напляскване, шамаросване, като паритета между този и останалите видове физическо насилие е значителен (над 30% разлика).

5.2. Доверие към институциите за закрила на детето

Интересно е да се обърне внимание на това до каква степен анкетираните имат доверие към различните институции.

Според вас, доколко децата, които страдат от малтретиране/насилие в семейство, могат да разчитат на помощ от следните институции?	1 (не може да разчита на никаква помощ)	5 (определено може да разчита на помощ)
Училище, детска градина, образователна институция	15,2 %	11,2 %
Социални служби, социални работници, социални център центрове	8,1 %	15,8 %
Полиция	9,1 %	18,8 %

Като цяло **институциите, които се ползват с най-голямо доверие по отношение на способността им да окажат подкрепа на дете жертва на насилие са органите на Министерство на вътрешните работи и органите на Министерство на правосъдието – полиция, прокуратура и съд.** Училището и детската градина са институциите, за които в най-ниска степен се счита, че биха могли да окажат подкрепа на дете, което е малтретирано в семейството си. Най-висок дял на институцията, за която респондентите не могат да преценят доколко малтретирано дете може да получи помощ от нея, са неправителствените организации в страната.

Най-силно доверие в институциите гласуват най-младите хора – тези на възраст под 18 години. В сравнение с останалите, те най-силно вярват, че дете, което е подложено на насилие в семейството си, може да разчита на тях. Изключение правят неправителствените организации, които в най-висока степен са подкрепени от хората между 30–39 г. и 50–59 г.

5.3. Употребата на телесно наказание сред респондентите, които имат собствени деца

Сред най-често използваните вербални наказания са критикуването (43.5 % от запитаните го правят често) и повишаването на тон (34 %), следвани от забрана за използване на различни уреди (14 %), забрана да се ходи на срещи (13 %) и обиждане (4 %).

Сред най-често използваните методи на физическо наказание на децата са напляскване, шамаросване – 10.5 %, следвани от бой с ръка/удряне – 3.9 % е и удряне през лицето – 1.5%. 2% от запитаните споделят, че са удряли детето си по начин, който оставя следи (натъртвания, драскотини). Най-рядко използвания метод на физическо наказание е бой с колан – 96.7 % от родителите посочват, че никога през живота си не са наказвали детето си по този начин. Тук би следвало да се отбележи, че относителният дял на лицата, които често наказват децата си по начин, който не попада в нито една от изброените категории (т.е. „друго") е 5,6 %.

Младите хора на възраст 30-39 по-често използват наказания от рода на забрана на използване на уреди и повишаване на тон, по-възрастните между 40-59г.по-често от младите обиждат, критикуват и забраняват срещи. За еднократно нанасяне на бой с колан споделят хората на възраст между 40 – 59г.

Мъжете най-често наказват децата си с повишаване на тон и напляскване, а жените – с повишаване на тон и критикуване. Боят с ръка и удряне през лицето се използват от жените и мъжете в еднаква степен.

90 % от запитаните родителите никога не са удряли детето си по начин, който да оставя следи. Делът на останалите 10 % е разпределен поравно между тези, които са отказали да отговорят, тези които са го правили веднъж и няколко пъти – 2 %. 4 % от запитаните не си спомнят. Нито един родител не е отговорил, че често удря детето си по начин, който оставя следи.

Жителите на областните градове в страната разпознават в най-голяма степен сравнено с останалите зачестяването на физическото наказание, и над половината от тях не го допускат като форма на възпитание. Като цяло обаче считат, че моделите, които в най-голяма степен зачестяват са липсата на родителска грижа и крещенето.

6. Изводи и препоръки

На базата на проведения анализ на ситуацията за превенция на телесното наказание на най-малките деца (0-3 години) в България бяха изведени следните препоръки, които да бъдат използвани в дейностите по лобиране за законови промени към по-добро зачитане правата на детето.

1. Необходимо е подобряване на системата за набиране на данни по посока на обогатяване на нейния обхват, съпоставимост на индикатори, надеждност на данните.

До сега най-изчерпателно се отразяват случаите на насилие над деца от Национална информационна система, която съгласно чл.17а, т.9 от ЗЗД е създадена и поддържана от ДАЗД. В годишните отчети на ДАЗД се отразяват, засичат и анализират и данните от ОЗД и МВР. ДАЗД анализира и данните от НТЛД 116 111, част от които влизат в брой случаи в общите данни, защото по тях работят ОЗД.

1.1. Има недостиг на данни за възрастта на 0-3 години, които да служат за изграждане на политики за превенция на насилието над малки деца.

Няма данни от медицинските заведения за случаи на насилие над деца, данни за хоспитализирани деца под 1 год., които да сочат категорично, че това се е наложило в резултат на претърпяно физическо насилие. Има разлика при събирането на информация при определяне на възрастовите групи – в ДАЗД информацията се събира по единични възрасти (от 0 до 18 години), а в НСИ възрастовите групи са 8-14 и 15-18 години. Въпреки това има възможност за съпоставимост на резултатите, тъй като НСИ може да предостави данните и по единични възрасти, а информацията от НИС на ДАЗД може да се обобщи в така дефинираните възрастови групи.

1.2. Има ясна необходимост от провеждане на изследвания за възпитателната практика в семейството у нас.

Експертизата показа, че провежданите изследвания по темата са критично малко за да ориентират действително добра политика на превенция на всички нива на насилието и на телесното наказание.

2. Телесното наказание над децата продължава да бъде част от възпитателната практика на възрастните, включително на семействата

2.1. На практика няма забрана на телесното наказание в България. Всички нормативни регулации касаят насилието, т.е. на санкция подлежи само телесното наказание, идентифицирано като насилие.

Данните в изследването показват, че насилието в семейството продължава да бъде най-разпространено, преди всичко неглижирането и физическото насилие. Съпоставено с данните от изследването на нагласите на родителите към телесното наказание би могло с основание да се предполага, че този проблем е по-сериозен отколкото изглежда.

2.2. Рискът от физическо насилие и телесно наказание във възрастта 0-3 г. е твърде висок, като се имат предвид официалните данни за детска смъртност по т.н. „други", извън медицински причини.

3. От най-съществена промяна се нуждае съществуващата система за първична превенция на телесното наказание при деца от 0-3 г. Необходимо е сериозно усъвършенстване по посока на обхващане на всички нива, на подобряване на качеството, координацията и обхвата на предвижданите мерки и дейности.

Най-съществени проблеми и пропуски се идентифицират на ниво обща превенция. Като най-съществени направления, в които е необходимо държавата да оказва подкрепа на семействата се очертават**:**

- общи политически мерки;
- позитивно възпитание на децата от родителите;
- развитите на универсалните услуги в подкрепа на родителите;
- въвеждане на принципи, правила и процедури за работа за специалистите.

Превенцията на насилието като основен приоритет в работата, следва да бъде насочена към няколко целеви групи:

- деца в детски градини, училища;
- деца в специализирани институции;
- общопрактикуващи лекари и педиатри – има необходимост от популяризиране на Координационния механизъм запознаване с необходимостта от сигнализиране на ДСП/ОЗД;
- учители, педагогически съветници и специалисти в детските ясли и детски заведения – популяризиране на Координационния механизъм и запознаване с необходимостта от сигнализиране на ДСП/ОЗД;
- социални работници; полицаи и др. професионалисти, пряко работещи с деца;
- родители – подпомагането да бъде не само финансово и под формата на социални услуги, а те да бъдат съчетани със задължителни обучения на родителите по темата – Училище за родители, родителски групи за споделяне и формиране на умения за живот и др.

Работата по превенцията на насилието трябва да се насочи към повишаване на информираността на обществото по проблемите на насилието и към издаването на информационни материали и организиране на обучения за различни групи специалисти, работещи с деца – социални работници от отделите "Закрила на детето", предучилищни педагози, медицински сестри от училищата, педагогически съветници и психолози.

У нас усилията са насочени предимно към интервенция, т.е. работа с деца и семейства, където насилието е факт (обичайна практика) – това изисква повече усилия и средства, по-продължителна работа, като в доста от случаите психическата травма остава за цял живот. **Необходимо е акцентът да бъде поставен и усилията насочени към превенция на насилието: *(Национална програма за превенция и защита от домашно насилие за 2011г.*** приета от Министерския съвет на 30.03.2011 г – доколко пълно е залегнало това в Програмата и как се изпълнява тя?). Това може да бъде постигнато чрез:

3.1. Промяна на обществените нагласи към телесното наказание като „приемлива" възпитателна мярка и повишаване на чувствителността на населението за сигнализиране

Водещите държавни институции като МТСП, МОМН, МЗ, ДАЗД в партньорство с НПО следва да разработят серия информационни мерки, дейности за създаване на общо разбиране за доброто родителство, което отхвърля телесното наказание. Необходимо е да се провеждат кампании, медийни програми, предавания, които да показват последиците от физическото

насилие и телесното наказание върху развитието на децата, добрите резултати от позитивното родителство и пр.

3.2. Подготовка на родителите за позитивно възпитание на детето, което да се опира преди всичко на възможностите на детето, не на неговите трудности; което подкрепя развитието, не го „коригира"; което се базира на уважение и зачитане на достойнството на детето.

Политиката в областта на услугите в подкрепа на родителство включва няколко основни компонента:

- ***Подкрепа на родителите за „възпитание в съответствие с висшите интереси на детето"***, така че в максимална степен да се реализират неговите способности;
- ***Подкрепа на родителите***, така че да имат възможност да изпълняват своите отговорности като:
  - осигуряват на своите деца основна грижа, удовлетворявайки техните физическите потребности и да обезпечават съответстваща медицинска грижа и дентален лекар, в това число по отношение на храната, отоплението, жилището и облеклото;
  - осигуряват безопасност за детето, защитавайки го от травми в дома и извън него;
  - осигуряват удовлетворяване на потребностите на детето от емоционално общуване така, че детето да чувства, че го ценят и уважават неговата етническа и културна самобитност;
  - да стимулират детето като съдействат за обучението му и умственото му развитие по пътя на поощрението, стимулиране на мисленето и разширяване на социалните възможности;
  - осигуряват ръководство и определят граници на поведение, позволяващи на детето да контролира своите емоции и поведение без насилие и агресия;
  - създават за детето сигурна семейна среда, която позволява на детето да изгражда/поддържа своята привързаност към този, който повече от всички се грижи за него.

3.3. Развитие на универсални услуги за подготовка на бъдещи родители, за подкрепа на родители

- необходимо е да се разшири наборът на универсалните услуги, като тук се включат подготовката и подкрепата за добро родителство;
- много важно е да се гарантира достъпът на хората до услуги като училище за родители, детски ясли, консултиране на млади родители и пр., т.е. те трябва да бъдат разпространени в цялата страна ;
- важно е също да се гарантира качеството на тези услуги, т.е необходимо е да се разработят стандарти за тях.

3.4. Въвеждането на стандарти за ранно детско развитие и учене

Въвеждането на стандарти за ранно детско развитие и учене засяга множество обществени сфери – здравеопазване, образование, икономика, социална сфера. Тези стандарти ще подпомогнат установяване на актуалното равнище на развитие (физическо, психично и личностово) и отчитане на индивидуалните особености на децата, отглеждани в условията на семейството и детските заведения. По този начин ще съдействат за: усъвършенстване и ефективно функциониране на системата за провеждане на профилактичните прегледи на децата от ранна възраст; преодоляване на значими дефицити в нормативната база, рес-

пективно в медицинската практика по отношение на необходимите изследвания на нервно-психичното развитие на децата поради липса на регламент, адекватни методики и ангажиране на специалисти – педиатри, психолози и педагози. Очаква се също те да допринесат за преосмисляне на значимите цели, стратегии и технологии, прилагани в заведенията за деца от ранна възраст, както и от самите родители – осигуряване на адекватно образование, разширяване на социалната среда (взаимодействие с други деца и възрастни), усъвършенстване на образователните програми за деца, за родители, професионалисти, както и за необходимите услуги.

3.5. Необходимо е да се гарантира обща квалификация на специалистите, работещи с малки деца, както и да се осъвремени специфичната им квалификация(медицинска, психологическа, педагогическа и пр.)

В страната има необходимост от приемане на общ стандарт за всички работещи с деца. Той би следвало да включва компетенции:

- за разбиране на детското развитие и нуждите на децата във всяка отделна възраст, за разбиране на най-добрия интерес на детето;
- работа, ориентирана към гарантиране на най-добрия интерес на детето ;
- общи нагласи, етични норми и принципи за гарантиране на правата на детето;
- за разпознаване на белезите на малтретиране (физическо, психическо, сексуално насилие и неглижиране);
- за сигнализиране (познаване и умения за действие в системата от институции);
- за подкрепа на позитивното родителство и разпознаване на отговорността на родителите при вземане на решения за детето (родителски стилове на възпитание, характеристики на семействата, упражняващи насилие, синдром на родителското отчуждение и пр.)
- за междуинституционално взаимодействие и координация.

Много важно е също повишаване на качеството на специализираната подготовка на различните специалисти, в контекста на съвременните разбирания и политики за благосъстоянието на децата :

- подобряване на педагогическата подготовка на учителите от предучилищното и училищното образование, на учителите и аниматорите в сферата на свободното време, в областта на антиавторитарната педагогика, позитивното възпитание, консултирането и подкрепата на родители, взаимодействието и партньорството с родители и деца, резилианс подхода и др.;
- подобряване на подготовката на медицинските специалисти в областта на психичното здраве, на неговата важност заедно със физическото здраве, на отношението и лекуването на деца с увреждания, резилианс подхода и др.;
- на представителите на правоохранителната и правораздавателната система (полицаи, дознатели, прокурори, съдии и др.) познаване на правата на детето, за подобряване на условията на участие на деца в правни процедури, които поставят най-добрия интерес на детето в центъра им, т.е. дружелюбното към децата правосъдие.

3.6. Гарантиране на домашни посещения в семействата на деца от 0-3 г. като една от най-ефективните мерки за превенция на насилие над малки деца.

Вземайки в предвид важността на ранната идентификация на риск от насилие на дете в едно семейство, след направената експертиза стигнахме до извода, **че е от изключителна необ-**

ходимост в България да се въведат задължително регламентирани домашни посещения от здравни специалисти, особено за децата и семействата с повишен медико-социален риск. Опитът в много европейски страни, където съществуват задължителни домашни посещения от специалисти, показва, че благодарение на тях се увеличава процентът на предотвратяване на физически злоупотреби и пренебрегване на деца. Именно поради тази си цел, те притежават няколко специфични характеристики, отличаващи ги от други сходни услуги.

На първо място, както подсказва името, предоставянето на услугата се провежда директно в дома, а не през агенция, клиника или в болнични условия. Това дава възможност на специалистите да предоставят насоки на родителите за позитивни възпитателни мерки. Също така, пътувайки до дома, специалистите показват на родителите важността да се свързват по най-удобен за тях начин, като така ги предразполагат за съвместна работа. Специалистите могат, както индивидуално да предоставят подкрепа на родителите, така и да ги насочват към други общности от специалисти- медицинско, психо-социално или материално ориентирани. Често практиката за домашните посещения е част от по-големи програми или система за грижа, при които домашния посетител има функцията да насочва семействата до други услуги в тяхна подкрепа.

Втората характерна черта на домашните посещения е, че започват много рано (преди раждането – женска консултация, отношение на кръга от близки към бременната жена, нейното усещане за майчинство и п.р) и след това – най-често след самото раждане на детето или дори по-рано преди раждането по време на посещенията на родителите в местни здравни заведения. Това дава огромна възможност за превенция на най-вредните случаи на малтретиране, както и за насърчаване на връзката дете-родител, което от своя страна приближава към по-здравословно развитие и отглеждане на детето.

Трето, домашните посещения са фокусирани върху подкрепа и заздравяване на семейството и връзката родител-дете повече отколкото върху идентифицирането и третирането на семейните дефицити, както и на преместването на детето в друга среда при забелязан риск. Домашните посещения могат да поставят акцент върху обучението на родители за общи рискове от заболявания при децата, за нормалното развитие на децата и за това да имат реалистични очаквания от тях.

Домашните посещения са от изключително значение за превенцията от домашно насилие и неглижиране на деца, което показват и редица изследвания.[20] Най-добри резултати биха били постигнати, ако екипът за домашни посещения е мултидисциплинарен – например от личен лекар и социален работник. Според изследванията домашните посещения са значително по-ефективни в сравнение услуги по превенция, които се предоставят в центрове, клиники и болници.[21] Но е важно да се отбележи, че домашните посещения не трябва да бъдат разглеждани в изолация, а като част от цялостна политика по превенция на насилието над деца.

3.7. Развитие на услуги при развод, гарантиращи правата на детето за контакт и с двамата родители

Необходимо е въвеждане на услуги при развод за продължаване на родителството при прекъсване на съпружеството, за медиация, за медиирани срещи, така, че да се намали риска при децата от травмиране, от родителско отчуждение, емоционално насилие и пр.

20 (c.f. Bilukha et al., 2005; Guterman, 1999; Kendrick et al., 2000; MacLeod & Nelson, 2000; Sweet & Appelbaum, 2004)

21 Гутерман, *„Да спрем детското малтретиране преди да е започнало: очертаваща се тенденция в услугата домашно посещение"*, 2001, Калиф, Издателство Сейдж. Ориг. Stopping child maltreatment before it starts: Emerging horizons in early home visitation services. Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.

4. Необходимост от разрастване на мрежа от подпомагане и интегрирани здравно-социални услуги в подкрепа на деца и семейства в медицински и социален риск.

Интегрираните здравно-социални услуги включват **– мобилни услуги на терен, семейно-консултативна дейност, дневна грижа за деца с увреждания, резидентна грижа в рамките на ЦНСТ, услуги по ранна интервенция, психиатрична подкрепа и др.**

Това е сфера, в която има отбелязан най-сериозен напредък, благодарение на изградената система за закрила на децата и нейното функциониране през последните десет години. Има подобряване на системата за сигнализиране, за координиране и междуинституционално сътрудничество, има развити широк набор от услуги, които са в голяма степен са гарантирани от държавата от гледна точка на достъп, финансиране, качество.

Направеният анализ позволява да се очертаят и препоръки в тази област:

4.1. Има необходимост от преосмисляне на системата за подпомагане и подкрепа на майчинството и на семействата в трудности.

Проучването показа, че причините за изоставяне са пряко свързани с бедността, безработицата, ниската квалификация и неграмотност на семействата. Не малка част от тези семейства обричат децата на още по-висок риск от бедност и маргинализиране.

4.2. Въвеждане на концепцията за съвместно родителство в практиката на предоставяне на помощи и услуги така, че децата да имат гарантиран достъп до социалните ресурси като здравеопазване, добро родителство, обучение, социализация.

Изключително важно е на всяко дете да се гарантира достъп до ресурсите на обществото, да се отвори пространство за високи социални цели пред всяко дете. Това означава, че за детето в риск, според професионалната оценка на нуждите и качеството на родителство се поемат част от родителските функции, като едновременно с това се оказва интензивна помощ на семейството.

Помощта може да се изразява в подкрепа на семейството за обучение, квалификация, работа, жилище и споделена грижа за детето, когато то е в семейството чрез дневни грижи, форми за достъп до културата и изкуството, до социалния живот на обществото.

При необходимост от поемане и на грижата на детето чрез алтернативна грижа е необходимо развитие на услуги за подкрепа на семейството, за подкрепа на връзката на семейството с детето през периода на настаняване извън него.

4.3. Разширяване на обхвата и качеството на услугите при осиновяване на

Необходими са усилия на всички нива – нормативна рамка, подбор и обучение на кандидати, вземане на решение за кандидатите, определяне на подходящото семейство за дете, подлежащо на осиновяване, подкрепа в след осиновителния период за да повиши качеството на осиновителската грижа.

5. Необходимост от развитие на услуги и мерки за третична превенция на малтретирането на деца

Постигането на баланс между санкциониращите и подкрепящите мерки към родители, които малтретират децата си е основна препоръка в тази сфера. Реакцията към малтретиращи ро-

дители е преобладаващо санкциониращa, основно чрез мерки по ЗЗД, и по-епизодично чрез ЗДН и НК.

Има необходимост от развитие на услуги и програми за промяна на родителското поведение чрез помощ. Не е достатъчно те да се прилагат само към родители, при които децата живеят, има необходимост от прилагането им и при осигуряване на алтернативна грижа на децата.

Необходимо е да се развият услуги и програми за превенция на насилието при алтернативната грижа.

Необходимо е да се развият здравно-социални услуги за деца, преживели насилие в ранна детска възраст. Такива услуги отсъстват, има тотален недостиг на детски психиатрични грижи и грижи за детско психично здраве.

Полезна информация за родители и професионалисти може да намерите на обновения сайт на Институт по социални дейности и практики (ИСДП)

www.sapibg.org

Други важни контакти:

Национална телефонна линия за деца

116 111

Националната телефонна линия за деца има и своя електронна страница, на която се предлага консултиране по e-mail

www.116111.bg

Държавна агенция за закрила на детето

София 1051, ул. „Триадица" № 2
тел: 02 / 933-90-50 или 02 / 933-90-30
e-mail: sacp@sacp.government.bg

Асоциация на ораганизациите за подкрепа на пострадалите от престъпления:

02/980 02 62

Национален съвет за подпомагане и компенсация на пострадалите от престъпление

1040 София

Ул. „Славянска" 1

www.compensation.bg

Спешна медицинска помощ: 112

Настоящата експертиза се реализира в рамките на проект „Дом без насилие за всяко дете" с № JUST/2009/DAP3/AG/1122 по програма Дафне на Европейската Комисия

Настоящата публикация е изготвена със съдействието на Програма Дафне III на Европейската комисия. Отговорност за съдържанието на тази публикация носи единствено Сдружение „Институт по социални дейности и практики" и по никакъв начин не може да се счита, че тя отразява становищата на Европейската комисия.

Издава се с финансовата подкрепа на Фондация ОУК, Проект „Детство без насилие"

ISBN 978-954-2956-05-1