



ЕВРОПА

# ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ТРАВМАТИЗМА В ЕВРОПЕ



От международного сотрудничества  
к реализации на местах







**ЕВРОПА**

# ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ТРАВМАТИЗМА В ЕВРОПЕ:

ОТ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА К РЕАЛИЗАЦИИ НА МЕСТАХ



Dinesh Sethi, Francesco Mitis и Francesca Racioppi

## РЕФЕРАТ

Травматизм и насилие являются третьей ведущей причиной смертности в Европейском регионе ВОЗ, ставя под угрозу экономическое и социальное развитие. В настоящей публикации представлены результаты трехлетнего совместного проекта ВОЗ и Европейской комиссии по мониторингу прогресса, достигнутого европейскими странами в выполнении резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности. Финансирование проекта осуществлялось SANCO в рамках Программы общественного здравоохранения (2003–2008). С помощью анкетирования составлена интернет-база данных с профилями стран. Вопросники заполнялись национальными координаторами от министерств здравоохранения, ответственными за вопросы предупреждения травматизма и насилия. Получена информация о прогрессе в реализации ключевых положений резолюции EUR/RC55/R9 и о ходе осуществления выбранных 99 программ, основанных на фактических данных и направленных на предупреждение насилия, непреднамеренного травматизма и таких общих факторов риска, как алкоголь и социально-экономическое неравенство. Были получены ответы от 47 из 51 государства-члена Европейского региона ВОЗ, где имелись национальные координаторы. Отмечается значительный прогресс, а 75% стран-респондентов сообщили, что резолюция EUR/RC55/R9 стала стимулом для позитивных сдвигов. Уровень разработки национальных стратегий по предупреждению отдельных видов травматизма и насилия, находится в диапазоне от 95% по безопасности дорожного движения до 40% в отношении предупреждения утоплений. Степень осуществления основанных на фактических данных программ по предупреждению всех видов травматизма и насилия варьирует в зависимости от страны; медианный показатель для всех программ в совокупности составил 73%. Настоящий отчет о ходе выполнения работ указывает на необходимость для сектора здравоохранения направить более активные усилия на внедрение большего числа эффективных программ и обеспечение более широкого охвата ими, а также на укрепление межсекторного взаимодействия с другими заинтересованными сторонами по вопросам предупреждения травматизма и насилия.

## Ключевые слова

Violence – prevention and control

Wounds and injuries – prevention and control

International cooperation

Program development

National health programs

Health policy

Data collection – methods

Europe

ISBN: 978-92-890-4205-5

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

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

## © Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

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

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

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, рецензентами или группами экспертов, не обязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Ответственность за содержание настоящего отчета лежит на его авторах, оно не является отражением взглядов Европейской комиссии; Европейская комиссия не несет ответственности за какое-либо возможное использование информации, содержащейся в настоящей публикации.

Фотографии на обложке (слева направо): CDC, M. Sedlák, iStockphoto

Фотографии в тексте: стр. 1: ВОЗ/P. Viro; стр. 2: ВОЗ/R. Simpson; стр. 14: iStockphoto; стр. 22: iStockphoto; стр. 29: iStockphoto; стр. 30: ВОЗ/C. Black

Дизайн: Inis Communication – [www.iniscommunication.com](http://www.iniscommunication.com)

Редактура русской версии: Маша Гринблат

Отпечатано: типография Carlo Colombo, Рим, Италия.

# СОДЕРЖАНИЕ

Выражение благодарности	VI
Сокращения	VII
Резюме	VIII
Цели публикации и методы проведения анализа	VIII
Достигнутый прогресс	IX
Как удалось достичь прогресса?	X
Выводы и направления дальнейшей деятельности	X
<b>1. Введение</b>	<b>1</b>
<b>2. Цели публикации и методы проведения анализа</b>	<b>3</b>
2.1 Цели публикации	3
2.2 Методы проведения анализа	3
2.3 Разработка вопросника	3
2.4 Заполнение вопросников	4
2.5 Профили стран	4
2.6 Реестр национальных стратегий по предупреждению насилия и травматизма	4
<b>3. Результаты</b>	<b>5</b>
3.1 Региональный обзор выполнения резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности	5
3.1.1 Какие изменения произошли благодаря резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендациям Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности?	5
3.1.2 Имеются ли стратегии по предупреждению различных причин непреднамеренного травматизма?	5
3.1.3 Имеются ли национальные стратегии по предупреждению различных видов межличностного насилия и насилия, направленного на себя?	7
3.1.4 Обозначены ли в национальных стратегиях по предупреждению насилия и травматизма алкоголь и социально-экономические различия в качестве отдельных факторов риска?	7
3.1.5 Имеется ли политическая поддержка, осуществляется ли руководство и координация в процессе разработки политики?	7
3.1.6 Нарастивание потенциала в области предупреждения травматизма и насилия и оказания травматологической помощи	9

<b>3.2 Региональный обзор реализации основанных на фактических данных вмешательств и программ по предупреждению отдельных видов травматизма и насилия</b>	<b>10</b>
3.2.1 Реализация основанных на фактических данных вмешательств и программ по предупреждению дорожно-транспортного травматизма	11
3.2.2 Программы и вмешательства по предупреждению пожаров и ожогов	13
3.2.3 Программы и вмешательства по предупреждению случайных отравлений	13
3.2.4 Программы и вмешательства по предупреждению утопления и неполного утопления	13
3.2.5 Программы и вмешательства по предупреждению случайных падений	14
3.2.6 Программы и вмешательства по предупреждению насилия среди детей и молодежи	15
3.2.7 Программы и вмешательства по предупреждению жестокого и пренебрежительного обращения с детьми	16
3.2.8 Программы и вмешательства по предупреждению насилия со стороны интимного партнера	16
3.2.9 Программы и вмешательства по предупреждению жестокого обращения с людьми старшего возраста и отсутствия заботы о них	17
3.2.10 Программы и вмешательства по предупреждению насилия, направленного на себя	18
3.2.11 Программы и вмешательства по снижению уровней непреднамеренного травматизма и насилия, направленные на общество в целом	19
<b>3.3 Программы и вмешательства по снижению важнейших факторов риска травматизма и насилия</b>	<b>19</b>
3.3.1 Налоговые и законодательные вмешательства по снижению вреда, связанного с алкоголем	19
3.3.2 Меры, направленные на ограничение рекламы, для снижения вреда, связанного с алкоголем	20
3.3.3 Программы по снижению вреда, связанного с алкоголем, проводимые на базе систем здравоохранения	21
3.3.4 Программы, направленные на сокращение социально-экономических различий	21
<b>3.4. Прогресс, достигнутый в период с 2008 по 2009 г. в реализации основанных на фактических данных вмешательств по предупреждению травматизма и насилия</b>	<b>22</b>
3.4.1 Сдвиги, произошедшие за период с 2008 по 2009 г. в реализации вмешательств по предупреждению непреднамеренного травматизма	22
3.4.2 Сдвиги, произошедшие за период с 2008 по 2009 г. в реализации вмешательств по предупреждению насилия	22
<b>3.5 Профили стран</b>	<b>24</b>
<b>3.6 Реестр национальных стратегий</b>	<b>24</b>
<b>3.7 Факторы, препятствующие и способствующие предупреждению травматизма и насилия</b>	<b>24</b>

3.7.1	Препятствующие факторы	24
3.7.2	Способствующие факторы	24
<b>3.8</b>	<b>Как удалось достичь прогресса в предупреждении травматизма и насилия?</b>	<b>25</b>
3.8.1	Работа в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве	26
3.8.2	Разработка национальных стратегий	26
3.8.3	Наращивание потенциала	26
3.8.4	Повышение качества эпиднадзора за травматизмом	27
3.8.5	Оказание поддержки сети национальных координаторов	27
3.8.6	Техническая поддержка распространения примеров научно обоснованной практики	27
3.8.7	Развитие сотрудничества с другими сетями и партнерствами	28
3.8.8	Техническая поддержка для повышения качества помощи пострадавшим	28
3.8.9	Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире	28
3.8.10	Всемирный и Европейский доклад по предупреждению детского травматизма	29
3.8.11	Информационно-пропагандистская деятельность в сфере безопасности дорожного движения	29
<b>4.</b>	<b>Выводы и направления дальнейшей деятельности</b>	<b>30</b>
4.1	Достигнутый прогресс и остающиеся проблемы	30
4.1.1	Прогресс, достигнутый в предупреждении непреднамеренного травматизма, и остающиеся проблемы	30
4.1.2	Прогресс, достигнутый в предупреждении насилия и остающиеся проблемы	31
4.1.3	Прогресс, достигнутый в снижении факторов риска насилия и травматизма, и остающиеся проблемы	32
4.2	Ограничения	32
4.3	Будущие проблемы и возможности	34
4.4	Направления дальнейшей деятельности и следующие шаги	35
<b>5.</b>	<b>Библиография</b>	<b>37</b>
	<b>Приложение 1. Анализ ситуации в странах Европейского союза</b>	<b>41</b>
	<b>Приложение 2. Используемый вопросник</b>	<b>58</b>
	<b>Приложение 3. Список национальных координаторов, принявших участие в заполнении вопросников</b>	<b>80</b>
	<b>Приложение 4. Страны, ответившие на вопросники в 2008 и 2009 гг.</b>	<b>84</b>
	<b>Приложение 5. Актуальные публикации по вопросам предупреждения травматизма и насилия</b>	<b>86</b>

# ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Мы выражаем глубокую признательность национальным координаторам от министерств здравоохранения, ответственным за вопросы предупреждения насилия и травматизма, которые нашли время для заполнения и анализа вопросников, а также для проверки качества информации в профилях стран. Данный отчет был бы невозможен без их участия. Список национальных координаторов представлен в Приложении 3.

Настоящий отчет, методология опроса и составления профилей стран разрабатывались с участием экспертно-консультативной группы:

- Mark Bellis, Ливерпульский Университет Джона Мурса, Соединенное Королевство;
- Taugeta Firman, Генеральный директорат по здравоохранению, Мальта;
- Fazil Inan, Генеральный директорат по первичной медико-санитарной помощи, Анкара, Турция;
- Christiane Hauzeur, Федеральное министерство общественного здравоохранения, Брюссель, Бельгия;
- Rupert Kisser, Kuratorium für Verkehrssicherheit, Вена, Австрия;
- Fanka Koucheva, Национальный центр профилактики в общественном здравоохранении, София, Болгария;
- Freja Ulvestad Kärki, Управление по здравоохранению, Осло, Норвегия;
- Wim Rogmans, Институт проблем безопасности потребителей, Амстердам, Нидерланды.

Мы выражаем особую благодарность независимым экспертам за полезные комментарии, позволившие доработать эту публикацию: Mark Bellis, María Seguí Gómez, Christiane Hauzeur, Freja Ulvestad Kärki, Wim Rogmans и Fimka Tozija.

Мы благодарим David Breuer и Машу Гринблат за редактирование соответственно английской и русской версий текста.

Наконец, мы хотели бы выразить признательность сотрудникам ВОЗ, которые внесли важный вклад в составление и публикацию этого отчета:

- Cristina Fumo и Manuela Gallitto за оказание административной поддержки;
- Matthijs Muijen, Vivian Barnekow, Francesco Zambon (Европейское региональное бюро ВОЗ) и Alex Butchart (Штаб-квартира ВОЗ) за подробные комментарии к рабочим вариантам отчета;
- руководителям и сотрудникам страновых офисов ВОЗ за их содействие в получении информации от стран;
- Clare Lord и Myriam Andersen, которые участвовали в организации и осуществлении перевода вопросников с немецкого и русского языков;
- Lars Moller и Enrique Loyola Elizondo за консультирование по техническим вопросам.

Мы признательны за стимулирование, рекомендации и помощь, предоставленные персоналом Европейской комиссии, в частности, Gulio Gallo, Natacha Grenier и Horst Kloppenburg из Генерального директората по здравоохранению и защите прав потребителей и Georgios Margetidis из Исполнительного агентства по здравоохранению и защите прав потребителей.

Кроме того, мы бы хотели выразить благодарность Nedret Emiroglu и Srdan Matic за оказанную ими поддержку.

В этом документе обобщены окончательные результаты трехлетнего совместного проекта ВОЗ и Генерального директората по здравоохранению и защите прав потребителей Европейской комиссии, начатого в апреле 2007 г. (2006WHO02 Предупреждение травматизма): Реализация рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и обеспечению безопасности и резолюции EUR/RC55/R9 Европейского регионального комитета ВОЗ по предупреждению травматизма в Европейском регионе ВОЗ. Этот трехлетний совместный проект ВОЗ и Европейской комиссии финансировался SANCO в рамках Программы общественного здравоохранения (2003–2008 гг.).

*Dinesh Sethi, Francesco Mitis u Francesca Racioppi*



# СОКРАЩЕНИЯ

**ВВП** \_\_\_\_\_ Валовый внутренний продукт

**ВОЗ** \_\_\_\_\_ Всемирная организация здравоохранения

**ДИ** \_\_\_\_\_ Доверительный интервал

**ЕС** \_\_\_\_\_ Европейский союз

**ЮНИСЕФ** \_\_\_\_\_ Детский фонд ООН

**ЮНИФЕМ** \_\_\_\_\_ Фонд ООН для развития в интересах женщин

**DALYs** \_\_\_\_\_ Утраченные годы здоровой жизни

**EuroSafe** \_\_\_\_\_ Европейская ассоциация по предупреждению травматизма и содействию безопасности

**TEACH-VIP** \_\_\_\_\_ Обучение, просвещение и расширение сотрудничества для предупреждения насилия и травматизма в целях сохранения здоровья

Травматизм, как умышленный, так и непреднамеренный, является третьей ведущей причиной смертности в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), угрожая экономическому и социальному развитию. Предупреждение травматизма – одна из важнейших задач, стоящих перед общественным здравоохранением Региона. Резолюция EUR/RC55/R9 по предупреждению травматизма в Европейском регионе ВОЗ (сентябрь 2005 г.) и Рекомендации Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности (май 2007 г.) предоставляют основу для действий в сфере общественного здравоохранения по поддержке государств-членов в обеспечении более комплексного подхода к этой проблеме. Благодаря этим документам предупреждение травматизма и насилия заняло прочное место в повестке дня системы общественного здравоохранения.

## Цели публикации и методы проведения анализа

В этом отчете представлены результаты трехлетнего совместного проекта ВОЗ и Европейской комиссии по мониторингу прогресса в выполнении резолюции Европейского регионального комитета ВОЗ и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности. Дополнительная цель этой публикации – отчитаться о процессе разработки веб-инструментария, в который входит составленная на основе анкетирования база данных по странам, а также реестр национальных программ и стратегий.

База данных по странам составлялась посредством анкетирования и с помощью информационных источников ВОЗ, в частности, базы данных “Здоровье для всех”, с использованием методов, схожих с представленными в публикации “Прогресс в области предупреждения травматизма в Европейском регионе ВОЗ”. Вопросники 2009 г. содержали вопросы о реализации 78 основанных на фактических данных программ по первичной профилактике 10 видов травматизма и насилия. Эти программы были

выбраны из справочника ВОЗ на основе надежных или обнадеживающих данных об их эффективности, собранных благодаря систематическому обзору публикаций. Кроме того, был добавлен 21 вопрос о реализации программ по предупреждению вреда, связанного с алкоголем, и вмешательств, направленных на сокращение социально-экономического неравенства в отношении травматизма и насилия.

Национальные координаторы от министерств здравоохранения, ответственные за вопросы предупреждения травматизма и насилия, получили и заполнили вопросники в электронном виде. Они предоставили информацию о выполнении ключевых положений резолюции EUR/RC55/R9 и осуществлении основанных на фактических данных программ по предупреждению непреднамеренного травматизма (дорожно-транспортный травматизм, отравления, утопления, падения, травмы в результате пожаров и ожоги) и насилия (насилие среди детей и молодежи, жестокое и пренебрежительное обращение с детьми, насилие со стороны интимного партнера, жестокое обращение с пожилыми и насилие, направленное на себя). Проведен анализ полученной информации, что позволило получить картину в целом по Региону и отдельно по странам. Составлен реестр национальных программ и стратегий по предупреждению травматизма и насилия. После проверки национальными координаторами информация по странам была помещена на веб-сайт Европейского регионального бюро ВОЗ. Она представляет собой полезный ресурс, который может стимулировать активизацию действий. Ответы на вопросники предоставили 47 государств-членов Европейского региона ВОЗ из 51, где имеется хотя бы по одному национальному координатору; из них 25 стран являются членами Европейского союза (ЕС), а 10 – страны, в которых широко используется русский язык. Из стран, заполнивших вопросники в 2008 г. (из них 21 страна принадлежала к ЕС), 37 заполнили их и в 2009 г. Ответы на идентичные пункты вопросника были использованы для оценки достигнутого прогресса за период между 2008 и 2009 г.

## Достигнутый прогресс

Достигнут значительный прогресс, и стимулами для позитивных сдвигов послужили резолюция EUR/RC55/R9 и Рекомендации Европейского совета; 75% ответивших стран отметили, что резолюция способствовала повышению уровня приоритетности вопросов предупреждения насилия и травматизма в национальной политической повестке дня и активизации деятельности в этом направлении. За последний год прогресс был достигнут по следующим положениям резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности: разработка национальной политики – в 67% стран, эпиднадзор – в 74%, межсекторальное сотрудничество – в 78%, экстренная медицинская помощь, основанная на принципах доказательной медицины – в 61% и наращивание потенциала – в 63%. Что касается выработки национальных стратегий, в 60% стран действует всеобъемлющая национальная политика по предупреждению травматизма, а в 46% – по предупреждению насилия. В отношении разработки национальной политики по отдельным видам травматизма и насилия наблюдались различия. Тогда как в большинстве стран реализуется национальная стратегия по обеспечению безопасности дорожного движения (95%), только половина или даже меньшее количество стран осуществляли национальную политику по предупреждению других видов непреднамеренного травматизма. В отношении предупреждения насилия в 71% ответивших стран разработана национальная политика по предупреждению жестокого и пренебрежительного обращения с детьми, в 76% – по предупреждению насилия в отношении интимного партнера, в 64% – по предупреждению сексуального насилия, в 62% – по предупреждению насилия среди детей и молодежи и меньше чем в половине стран имелись стратегии по предупреждению насилия в отношении пожилых людей и насилия, направленного на себя. С 2008 г. число стран, в которых осуществлялись национальные стратегии, значительно возросло. Самый большой рост наблюдался в отношении стратегий по предупреждению насилия, а самый низкий – в отношении стратегий по предупреждению пожаров, отравлений и утоплений.

Для всех 99 проанализированных программ по предупреждению травматизма и насилия

медианный<sup>1</sup> показатель внедрения составил 73%. Медианный показатель для программ по предупреждению непреднамеренного травматизма составил 72%, а для программ по предупреждению насилия – 81%. Медианные показатели по отдельным видам непреднамеренного травматизма варьировались от 81% для предупреждения дорожно-транспортного травматизма до 60% для предупреждения пожаров, а в отношении профилактики насилия – от 100% в отношении предупреждения жестокого и пренебрежительного обращения с детьми до 67% для предупреждения жестокого обращения с пожилыми. Медианный показатель для всех вмешательств, связанных с потреблением алкоголя, составил 76%: для налоговых и законодательных мер – 71%, а для программ на базе систем здравоохранения – 67%. Во многих странах политика осуществлялась в отдельных географических областях, а не на национальном уровне. Также удалось достичь прогресса в реализации программ по предупреждению большинства видов травматизма и насилия за период с 2008 по 2009 г., хотя в отношении некоторых видов травматизма и насилия, в частности, утоплений, пожаров, насилия в отношении пожилых и насилия среди детей и молодежи, прогресс был минимальным. Проведенное картирование показало, что сектору здравоохранения следует направить свое внимание на внедрение большего числа эффективных программ и обеспечение более широкого охвата ими, а также вовлекать другие заинтересованные стороны в осуществление межсекторальной деятельности, направленной на предупреждение травматизма и насилия.

При использовании результатов исследования следует учитывать ряд имеющихся ограничений, касающихся обоснованности, достоверности и полноты информации. Тем не менее полученные данные важны в качестве исходных показателей, которые позволят в будущем проводить оценку хода работы, а также в качестве ресурса для стимулирования более активных действий. Индикаторы разработки политики необходимо в будущем использовать в сочетании с эпидемиологическими индикаторами, что позволит надлежащим образом проводить оценку происходящих изменений.

1 Медианный показатель находится в средней точке распределения. Это означает, что 50% стран внедряют менее 73% вмешательств, а 50% внедряют более 73% вмешательств.

## Как удалось достичь прогресса?

В странах отмечается повышение внимания к этой ранее игнорируемой сфере. Импульсом послужили резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения, резолюция EUR/RC55/R9 и Рекомендации Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности, которые стимулировали активизацию действий. Число стран, работающих в рамках двухгодичных договоров о сотрудничестве с ВОЗ, возросло с 5 в 2004–2005 гг. до 18 в 2010–2011 гг. ВОЗ сотрудничает с 16 странами в области выработки национальной политики и с 13 странами в совершенствовании эпиднадзора за травматизмом. Субрегиональные семинары по подготовке преподавателей с использованием учебной программы “TEACH-VIP” (Training, Educating and Advancing Collaboration in Health on Violence and Injury Prevention – Обучение, просвещение и расширение сотрудничества для предупреждения насилия и травматизма в целях сохранения здоровья) проводились в странах, где широко используется русский язык, и в странах, входящих в сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы. В десятках стран прошли семинары по наращиванию потенциала с использованием программы TEACH-VIP, переведенной на 8 языков (венгерский, испанский, латышский, литовский, македонский, румынский, русский, турецкий). Продолжается работа по включению учебной программы TEACH-VIP в учебные планы подготовки специалистов в области здравоохранения. Разработан новый модуль этой учебной программы, посвященный алкоголю и насилию. Проводились пилотные уроки по разработке национальной политики, информационно-пропагандистской деятельности и эпиднадзору, адаптированные специально для европейской аудитории. Для стимулирования обмена знаниями и опытом в северном и балтийском субрегионах, а также в субрегионе Центральной Европы проводятся семинары по наставничеству.

Проведены пять совещаний Европейской сети национальных координаторов от министерств здравоохранения, ответственных за вопросы предупреждения насилия и травматизма; это еще раз продемонстрировало, что именно через национальных координаторов обеспечивается обмен опытом и примерами научно обоснованной практики. Активизировалось рабочее взаимодействие с другими сетями и международными организациями, включая Европейскую комиссию и сети гражданского общества. Работа по составлению “Европейского доклада по

предупреждению детского травматизма” была начата в 13 странах, еще более стимулируя основанную на фактических данных деятельность по борьбе с этой ведущей причиной детской смертности. В проекте по составлению “Доклада о состоянии безопасности дорожного движения в мире” участвовали 49 стран, что способствовало развитию сотрудничества между сектором здравоохранения и другими секторами. Планируются информационно-пропагандистские мероприятия, посвященные дорожной безопасности.

## Выводы и направления дальнейшей деятельности

В выполнении резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности были достигнуты обнадеживающие результаты. Сектору здравоохранения и его партнерам необходимо постоянно работать в направлении сокращения неравенства в отношении насилия и травматизма между странами Европейского региона ВОЗ и внутри них. Прогресс, отраженный в этом отчете, воодушевляет и подчеркивает тот факт, что будущий успех может быть устойчивым, только если страны и международные организации будут демонстрировать политическую приверженность и выделять ресурсы. Ниже приводятся ключевые шаги, которые необходимо предпринять:

1. Развивать имеющиеся наработки, более активно разрабатывая национальные стратегии, а также добиваться более масштабной реализации программ, основанных на фактических данных, в странах Региона.
2. Укреплять политическую приверженность и сотрудничество между ВОЗ и Европейской комиссией, странами и гражданским обществом, чтобы сохранить достигнутую динамику.
3. Для расширения информационной базы в Регионе использовать исследования и стандартные системы сбора информации при проведении оценки программ на основе индикаторов конечных результатов.
4. Улучшать доступ к надежным и сравнимым данным эпиднадзора за травматизмом, чтобы повысить осведомленность в Регионе о масштабе, причинах и последствиях этой проблемы.
5. Активизировать усилия по наращиванию институционального потенциала и

проводить обучение работников сектора здравоохранения и других секторов, вводя такие курсы, как TEACH-VIP, в основные учебные планы.

6. Обеспечивать потребности в отношении укрепления материально-технической базы для повышения уровня травматологической помощи в Регионе.
7. Продолжать оказывать поддержку существующей сети национальных координаторов от министерств здравоохранения, отвечающих за вопросы предупреждения травматизма и насилия, и способствовать обмену опытом и знаниями на субрегиональном уровне.
8. Изыскивать новые возможности для сотрудничества с другими секторами и сетями, включая научные круги и организации гражданского общества, а также лучше использовать потенциал, который предоставляет подобное сотрудничество.
9. Проводить дальнейшие оценочные исследования, применяя сравнимые индикаторы разработки политики к предложенным в этом отчете данным, а также используя индикаторы конечных результатов
10. Обеспечивать продолжение международного сотрудничества, результатом которого является реализация программ на местах.
11. Увеличить вложения в ресурсную базу и обеспечить политическую приверженность для:
  - наиболее полного использования представленных выше возможностей;
  - дальнейшего развития имеющихся наработок;
  - восполнения пробелов, выявленных в настоящем отчете;
  - активизации усилий в государствах-членах и в Регионе в целом.



# 1. ВВЕДЕНИЕ

Травматизм<sup>2</sup>, как умышленный, так и непреднамеренный обуславливает 9% всех причин смертности в 53 государствах-членах Европейского региона ВОЗ. Ежегодно около 800 000 человек теряют жизнь из-за травматизма и насилия (1,2). Травматизм является ведущей причиной смертности для людей в возрасте 5–44 лет, а также важной причиной нетрудоспособности. Поэтому предупреждение травматизма – одна из важнейших задач, стоящих перед общественным здравоохранением Региона.

На каждый случай смерти, согласно оценок, приходится 30 госпитализаций, 300 обращений в отделение неотложной помощи и тысячи обращений за помощью к врачам общего профиля или попыток самолечения. Непреднамеренный травматизм и насилие обуславливают 14% всех DALYs (утраченных лет здоровой жизни) в Европейском регионе ВОЗ (3). Поэтому неудивительно, что расходы, которые несут системы здравоохранения и общество в целом, огромны. Финансовое бремя для общества только от дорожно-транспортного травматизма, согласно оценок, доходит до 3,1% национального валового внутреннего продукта (ВВП) европейских стран (4,5). Хотя другие виды насилия широко не изучались, документы указывают на то, что финансовое бремя непреднамеренных травм, полученных дома и при проведении досуга, может составлять около 6,4% ВВП в Норвегии (6), а стоимость насилия со сто-

роны интимного партнера достигает 2,2% ВВП в Соединенном Королевстве (7).

Бремя травматизма в Регионе распределяется неравномерно. Для жителей стран Региона с низким и средним уровнем доходов вероятность погибнуть от травм почти в четыре раза выше, чем для тех, кто проживает в странах с высоким уровнем доходов (8). Аналогично, внутри стран для людей, принадлежащих к группам с низким уровнем доходов, вероятность погибнуть от травм в три раза выше, чем для тех, кто принадлежит к группам с высоким уровнем доходов (9,10). Неравенство в отношении травматизма имеет серьезные последствия для равноправия и социальной справедливости в Регионе. Если социальные и экономические условия (включая наличие программ профилактики, но не ограничиваясь ими), существующие в самых безопасных странах Европы, преобладали бы по всему Региону, ежегодно можно было бы спа-



2 Травма – это повреждение в результате острого воздействия на организм внешней энергии (физической, термической, химической или лучевой), превышающей физиологический порог, или повреждение вследствие лишения организма жизненно важных элементов. Повреждения подразделяются на непреднамеренные, такие как травмы в результате ДТП, ожоги, падения, отравления, утопление или неполное утопление, и на умышленные. Умышленно нанесенные повреждения могут быть результатом насилия, выражающегося угрозами или применением физической силы против самого себя, другого человека или сообщества и приводящего к физическим травмам, смерти, психическим травмам, нарушению развития или лишениям. Насилие может быть межличностным (насилие со стороны интимного партнера, насилие среди детей и молодежи, жестокое обращение с детьми или пожилыми), направленным на себя (суициды и самоповреждения) или коллективным (военные действия).

сать около 500 000 жизней (1). Многие страны Региона, например, страны Северной Европы, начали работать над решением этих проблем несколько десятилетий назад, тогда как другие страны только сейчас стали принимать соответствующие меры по борьбе с этой угрозой общественному здравоохранению.

Резолюция EUR/RC55/R9 по предупреждению травматизма в Европейском регионе ВОЗ (сентябрь 2005) (11) и Рекомендации Европейского совета по предупреждению травматизма и

содействию безопасности (май 2007) (12) предоставляют основу для действий общественного здравоохранения по поддержке государств-членов в обеспечении более комплексного подхода к этой проблеме. Благодаря этим документам предупреждение травматизма и насилия заняло прочное место в повестке дня системы общественного здравоохранения (Врезка 1).

Выполняя резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA56.24 (13) по реализации рекомендаций доклада ВОЗ “Насилие и его влияние на здоровье” (14) и резолюцию WHA57.10 “Дорожная безопасность и здоровье” (15), министерства здравоохранения государств-членов Европейского региона назначили хотя бы по одному национальному координатору по вопросам предупреждения либо травматизма, либо насилия, или отвечающего за оба эти направления. Сегодня национальные координаторы имеются в 51 стране, из которых 26 – страны Европейского союза (ЕС).

Настоящий отчет является результатом трехлетнего совместного проекта ВОЗ и Генерального директората по здравоохранению и защите прав потребителей Европейской комиссии по выполнению Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности и резолюции Регионального комитета

по предупреждению травматизма в Европейском регионе ВОЗ (16). Проект был направлен на а) разработку ресурсов и инструментов для содействия странам в разработке национальной политики и проведение мониторинга и отчетности по достигнутому прогрессу в выполнении резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности; б) содействие обмену опытом; в) наращивание потенциала по разработке национальных планов, эпиднадзору и информационно-пропагандистской деятельности. В этой публикации предлагается отчет о прогрессе, достигнутом в выполнении резолюции ВОЗ и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности. Публикация также отражает выполнение одного из требований пятого комплекса работ: “Оказывать поддержку разработке инструментов для проведения мониторинга и отчетности по выполнению Рекомендаций Европейского совета и резолюции ВОЗ RC55/R9”. Предварительный отчет “Прогресс в области предупреждения травматизма в Европейском регионе ВОЗ” был представлен на 58-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в 2008 г. (17).



**Врезка 1. Ключевые положения Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности и резолюции RC55/R9 Европейского регионального комитета ВОЗ по предупреждению травматизма**

- a) Оказывать поддержку государствам-членам в их усилиях по укреплению программ предупреждения травматизма и разработке национальных планов действий;
- b) Способствовать выявлению и популяризации примеров научно обоснованной практики в области предупреждения насилия и непреднамеренного травматизма;
- c) Оказывать содействие и поддержку сети национальных координаторов и продолжать развивать сотрудничество с другими вовлеченными сетями экспертов и специалистов;
- d) Содействовать наращиванию потенциала на техническом и политическом уровне с целью повышения эффективности мер, направленных на борьбу с травматизмом в странах, включая эпидемиологический надзор, программы, основанные на фактических данных, и их оценку;
- e) Оказывать техническую поддержку в целях повышения качества догоспитальной помощи лицам, пострадавшим от непреднамеренного травматизма и насилия;
- f) Содействовать расширению партнерских связей и сотрудничества с Европейским союзом и другими международными организациями



# 2. ЦЕЛИ ПУБЛИКАЦИИ И МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ АНАЛИЗА

## 2.1 Цели публикации

Цель этого отчета – представить обзор прогресса, достигнутого в 2009 г. государствами-членами Европейского региона ВОЗ и отдельно странами ЕС (Приложение 1) в выполнении резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности. Дополнительная цель – сообщить о результатах разработки веб-инструментария, состоящего из базы данных по странам, составленной на основе анкетирования, реестра национальных программ и стратегий.

## 2.2 Методы проведения анализа

Для получения ключевой информации по разработке политики и внедрению вмешательств, основанных на фактических данных, проводилось обследование с использованием анкетирования. Полученные сведения были дополнены данными информационных ресурсов ВОЗ, в частности, Европейской базы данных “Здоровье для всех” (18, 19). Эта информация была проанализирована для получения регионального обзора и проведения анализа по странам. База данных с профилями стран была опубликована на веб-сайте ВОЗ (20). Обследования проводились в 2006 (21), 2007, 2008 (17) и 2009 гг. Вопросник был разработан в процессе консультаций с национальными координаторами от министерств здравоохранения и группой экспертов. В данной публикации представлен отчет о прогрессе, достигнутом в 2009 г., и дается дополнительная сравнительная информация по прогрессу, достигнутому за период с 2008 по 2009 г. Публикация рассчитана на разработчиков политики, исследователей и практиков из различных секторов, вовлеченных в предупреждение насилия и травматизма.

## 2.3 Разработка вопросника

Вопросник (Приложение 2) дает возможность проанализировать, выполнялись ли ключевые положения резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендаций Европейского

совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности (Врезка 1) и имеются ли в странах условия, которые считаются способствующими разработке политики (22): политическая поддержка, сравнительно легкий доступ к данным эпиднадзора, определение заинтересованных сторон, межсекторальная деятельность и наличие финансируемого секретариата. Также с помощью вопросника можно определить, был ли достигнут прогресс в разработке политики за последние 12 месяцев. Кроме того, в нем имеются вопросы о реализации 78 основанных на фактических данных программ по первичной профилактике<sup>3</sup> 10 видов насилия и травматизма. Эти программы были выбраны из справочника ВОЗ на основе надежных или обнадеживающих данных об их эффективности, собранных благодаря систематическому обзору публикаций (14, 23–27). В 2009 г. в вопросник были включены вопросы о том, насколько важное место отведено в национальных стратегиях алкоголю и социально-экономическому неравенству, которые являются важнейшими факторами риска как для травматизма, так и для насилия. Добавлен 21 вопрос, посвященный программам по предупреждению вреда, связанного с алкоголем, и снижению социально-экономического неравенства в отношении травматизма и насилия (28, 29). Вопросник охватывал 99 программ или вмешательств. Пятьдесят девять из них были одинаковыми в вопросниках 2008 г. и 2009 г. и поэтому по ним можно провести сравнения между результатами за эти два года.

Национальные координаторы (Приложение 3) предоставили информацию о том, внедрялись ли программы и вмешательства только в некоторых географических областях или же на национальном уровне. Для целей этого отчета реализация программ на национальном или субнациональном уровне рассматривается как доказательство их внедрения. Эта информация была проанализирована для составления регионального обзора

3 Программы по первичной профилактике направлены на снижение вероятности случаев травматизма и насилия, снижая, таким образом, их частоту.

достигнутого прогресса и составления профилей стран.

## 2.4 Заполнение вопросников

Вопросник на английском языке был направлен в электронном виде национальным координаторам из 51 государства-члена Европейского региона ВОЗ, где имеется хотя бы по одному такому координатору, а также на русском языке – в 12 стран, где широко используется русский язык. Для обеспечения более высокого уровня возврата заполненных вопросников национальным координаторам направлялись напоминания по телефону и электронной почте. В 2009 г. были возвращены 47 заполненных вопросников (Приложение 4). Из них 25 были из стран ЕС, из остальных 22, десять были из стран, в которых широко используется русский язык. Заполненные на русском языке вопросники были затем переведены на английский. При необходимости к национальным координаторам обращались за разъяснениями для обеспечения ясности и полноты предоставленной информации.

Тридцать семь стран, возвративших заполненные вопросники в 2008 г., также заполнили их и в 2009 г. Идентичные пункты использовались для анализа прогресса, достигнутого за этот период. Из 37 заполненных в 2008 г. вопросников только в 32 была предоставлена информация по пунктам, относящимся к профилактическим вмешательствам или программам. Поэтому можно провести сравнение уровня внедрения 59 вмешательств и программ в 2008 и 2009 гг. по 32 странам. Из этих 32 стран 19 являются членами ЕС.

## 2.5 Профили стран

Эпидемиологические индикаторы были выбраны из Европейской базы данных “Здоровье для всех”. Индикаторы разработки политики были получены на основе ответов на вопросник, как было описано выше (17). Общая оценка рассчитывалась на основе того, какая доля из 99 эффективных вмешательств реализовывалась для предупреждения каждого вида травматизма и насилия и снижения факторов риска. Было проведено сравнение процентной доли реализованных вмешательств со статистикой распространенности по Региону. После составления профилей стран, информация была направлена национальным координаторам для проверки и получения разрешения соответствующих правительств на их публикацию. Опубликована

информация только по тем странам разрешение от которых было получено не позднее 18 декабря 2009 г.

## 2.6 Реестр национальных стратегий по предупреждению насилия и травматизма

Департамент ВОЗ по предупреждению травматизма и насилия и инвалидности предоставил список национальных стратегий по предупреждению насилия и травматизма, составленный путем поиска в Интернете. Проведен дополнительный поиск в Интернете с использованием комбинаций ключевых слов через поисковую систему Google<sup>4</sup>. Кроме того, осуществлен поиск дополнительной информации на веб-сайтах министерств здравоохранения, транспорта, юстиции или внутренних дел, образования, культуры, охраны окружающей среды, спорта, по делам молодежи и гендерным вопросам европейских стран. Список стратегий, составленный по результатам поиска в Интернете, был разослан национальным координаторам для проверки.

Эту информацию дополнили ответы из пунктов вопросника, касающихся наличия национальных стратегий по предупреждению травматизма и насилия. Проводился анализ всех предоставленных ссылок (URL), электронных и печатных документов. Разработана форма, в которую заносилась следующая информация: вид травматизма или насилия, на который направлено вмешательство; целевая группа населения; год и сроки выполнения; ответственные учреждения; ведущий сектор; другие партнеры; проводилась ли оценка; был ли определен бюджет программы; является ли политика обязательной для исполнения и была ли она официально утверждена правительством.

4 Каждая категория причин травматизма (травмы в результате ДТП/безопасность дорожного движения/аварии, падения, отравления, пожар/ожоги/пламя, утопление/неполное утопление; межличностное насилие/убийство, насилие, направленное на себя/суицид, домашнее насилие/ насилие со стороны интимного партнера/насилие против женщин, насилие/жестокое обращение с пожилыми/отсутствие заботы о пожилых, жестокое обращение с детьми/ пренебрежительное обращение с детьми, насилие среди детей и молодежи, сексуальное насилие), травма/травмы, умышленные, непреднамеренные, насилие, политика, план, национальная программа, стратегия, руководства, план действий, Европа.

# 3. РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленный региональный обзор основан на обобщении ответов 47 государств-членов. Профили стран, утвержденные министерствами здравоохранения, были опубликованы на веб-сайте Европейского регионального бюро ВОЗ (30).

## 3.1 Региональный обзор выполнения резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности

### 3.1.1 Какие изменения произошли благодаря резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендациям Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности?

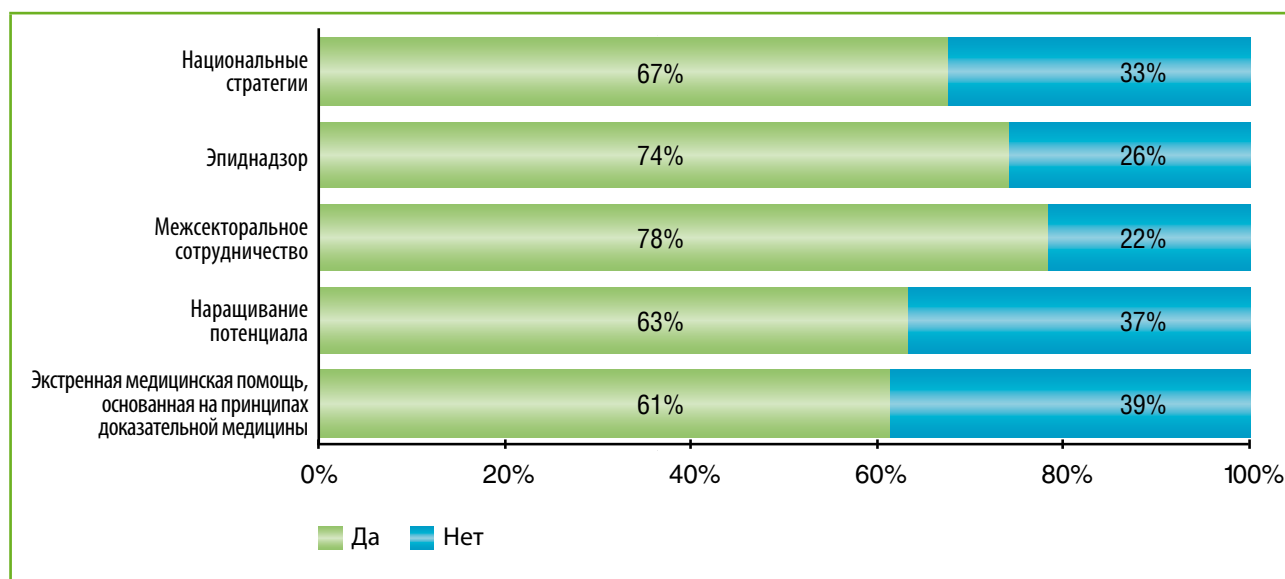
Из 46<sup>5</sup> стран-респондентов 75% сообщили о том, что резолюция способствовала повышению

степени приоритетности вопросов предупреждения травматизма и насилия в политической повестке дня и содействовала активизации деятельности в этом направлении. Вдохновляющий прогресс был достигнут за период с 2008 по 2009 г. в выполнении многих положений резолюции и Рекомендаций. В отношении разработки национальных стратегий о достигнутом прогрессе сообщили 67% стран, 74% отметили прогресс в проведении эпиднадзора, 63% – в наращивании потенциала, 78% – в обеспечении межсекторального сотрудничества, а 61% в оказании экстренной медицинской помощи, основанной на принципах доказательной медицины (Рис. 1)

### 3.1.2 Имеются ли стратегии по предупреждению различных причин непреднамеренного травматизма?

Шестьдесят процентов стран-респондентов сообщили о наличии всеобъемлющей национальной стратегии по предупреждению

Рис. 1. Произошли ли какие-либо изменения или сдвиги в области предупреждения травматизма и насилия?



5 Статистика по ответам "Да/Нет" дается для 46, а не 47 стран. Это произошло из-за того, что ответы на вопросник от Боснии и Герцеговины были получены, как от Республики Сербской, так и от Федерации Боснии и Герцеговины. В обеих административных единицах имеется собственный национальный координатор. Тогда как информация по вмешательствам была синтезирована с использованием среднего значения доли реализации для каждого вмешательства, использование подобного метода было невозможно для ответов "Да/Нет".

непреднамеренного травматизма. Тогда как в большинстве стран действует национальная политика по безопасности дорожного движения (95%), только около половины или даже меньшее количество стран имеют национальные стратегии по предупреждению падений (53%), отравлений (48%), пожаров и ожогов (45%) и утоплений (40%) (Рис. 2). Уровень приоритетности стратегий по предупреждению этих видов травматизма не совпадает с распределением ведущих причин смертности от непреднамеренных травм: ДТП,

отравления, падения, утопления и несчастные случаи, связанные с воздействием дыма, огня и пламени.

За период между 2008 и 2009 г. увеличилось число стран, в которых имеются всеобъемлющие национальные стратегии по предупреждению непреднамеренного травматизма, а также стратегии по дорожной безопасности и по предупреждению падений и утоплений. Этого не произошло в отношении предупреждения отравлений и несчастных

Рис. 2. Имеются ли стратегии по предупреждению любой из следующих категорий непреднамеренных травм?

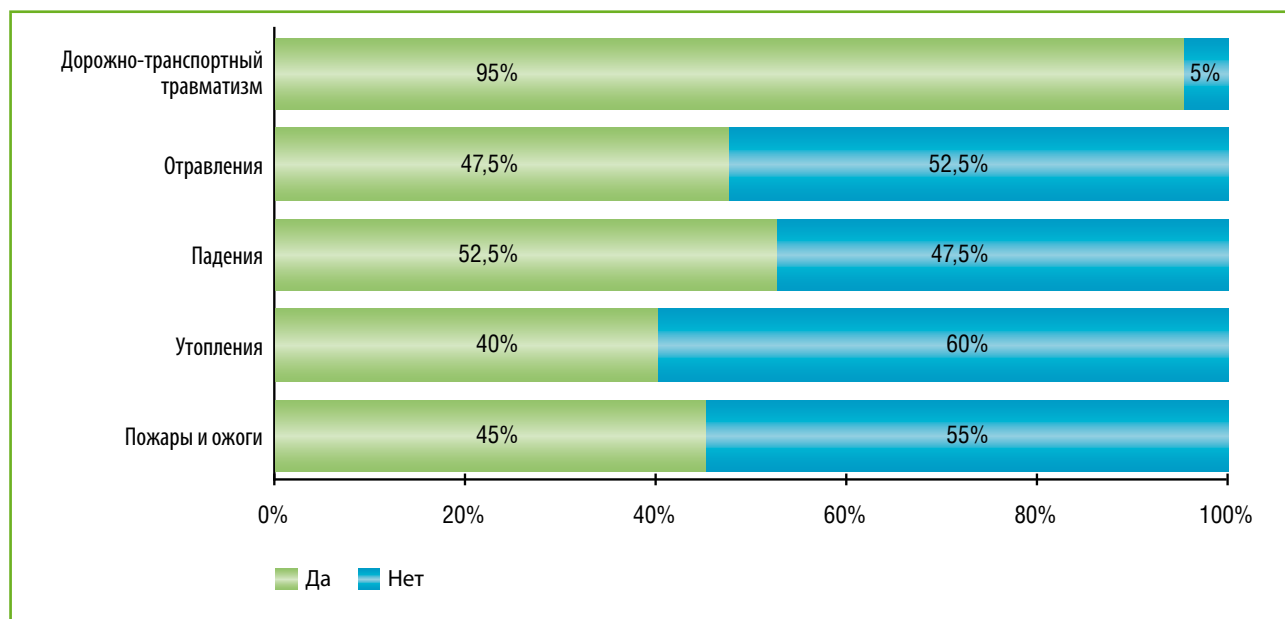
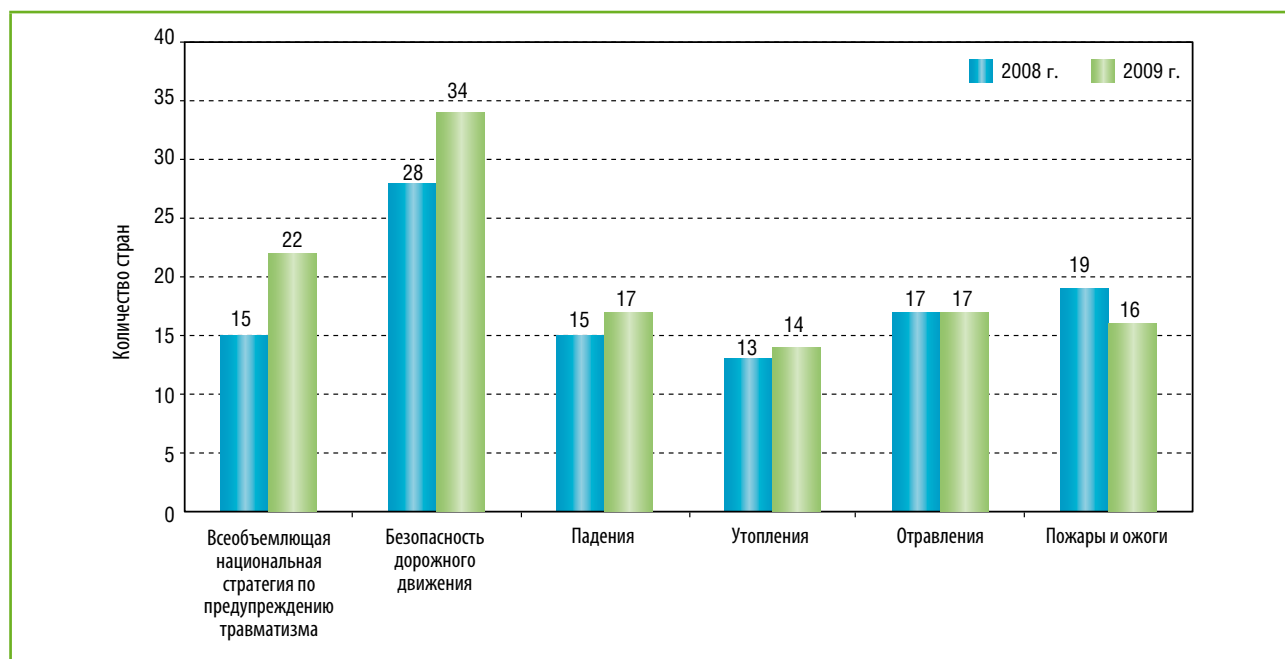


Рис. 3. Страны, в которых имеются национальные стратегии по предупреждению непреднамеренных травм, 2008 и 2009 гг. (на основе сведений по 37 странам)



случаев, связанных с воздействием дыма, огня и пламени: количество стран, в которых имеются национальные стратегии либо осталось неизменным, либо сократилось (Рис. 3).

### 3.1.3 Имеются ли национальные стратегии по предупреждению различных видов межличностного насилия и насилия, направленного на себя?

В 46% стран-респондентов разработана всеобъемлющая национальная политика по предупреждению насилия. В 79% стран имелись национальные стратегии по предупреждению жестокого и пренебрежительного обращения с детьми, в 76% – по предупреждению насилия со стороны интимного партнера (домашнего насилия), в 64% – по предупреждению сексуального насилия и в 62% стран – по предупреждению насилия, совершаемого молодыми людьми или направленного на них (насилие среди детей и молодежи), однако менее чем в половине стран имеются национальные стратегии, направленные на предупреждение суицидов (45%) и жестокого обращения с пожилыми и отсутствия заботы о них (40%) (Рис. 4).

Значительный прогресс был достигнут в разработке национальных стратегий по предупреждению насилия. Количество стран, сообщивших о наличии национальных стратегий, за период с 2008 по 2009 г. возросло для всех видов насилия в 37 странах-респондентах (Рис.5). Этот показатель увеличился в два раза в отношении предупрежде-

ния насилия среди детей и молодежи и насилия, направленного на себя.

### 3.1.4 Обозначены ли в национальных стратегиях по предупреждению насилия и травматизма алкоголь и социально-экономические различия в качестве отдельных факторов риска?

Восемьдесят процентов стран сообщили, что алкоголь был определен в национальных стратегиях как фактор риска для непреднамеренного травматизма, а 87% стран сообщили об этом в отношении насилия.

Только треть стран (32%) сообщила, что проблема социально-экономических различий (или разброса) по показателям насилия и травматизма была выделена как один из приоритетов национальной политики.

### 3.1.5 Имеется ли политическая поддержка, осуществляется ли руководство и координация в процессе разработки политики?

Из стран-респондентов 93% сообщили, что у них оказывается политическая поддержка деятельности по предупреждению травматизма и насилия (Рис. 6). Важно, что имеются надежные данные о межсекторальной деятельности с участием заинтересованных сторон: 93% стран сообщили, что заинтересованные стороны были определены, из них 84% представляли различные сектора, а 88% сообщили, что заинтересованные стороны уже участвовали в разработке стратегий.

Рис. 4. Имеются ли стратегии по предупреждению любой их следующих категорий травм, связанных с насилием?

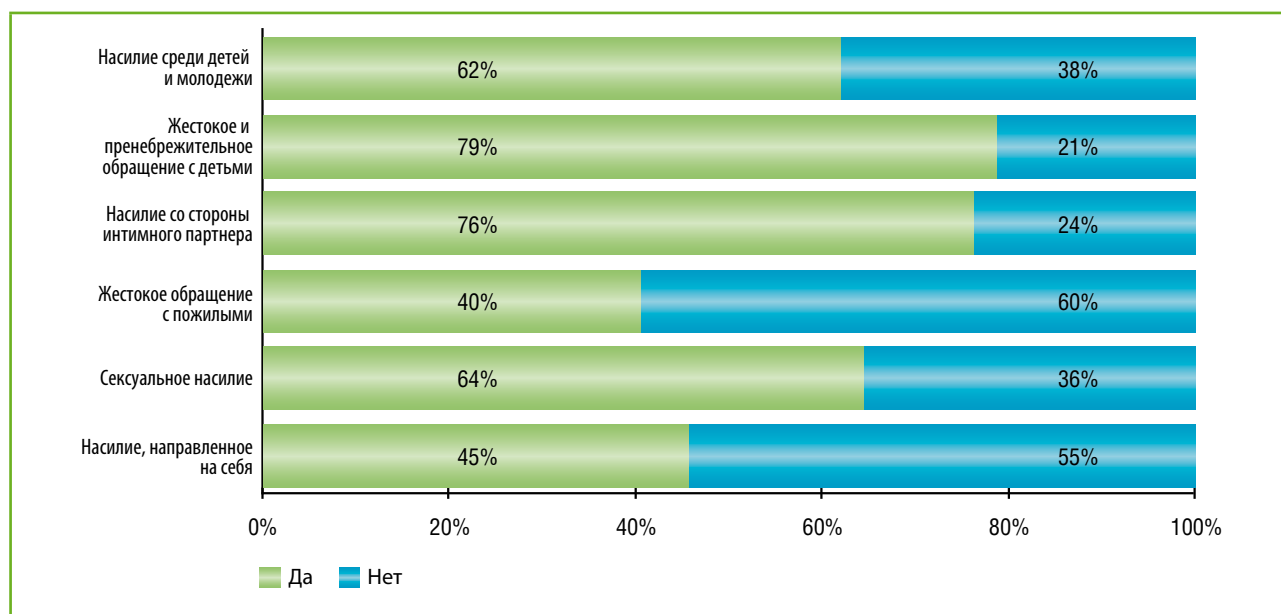


Рис. 5. Страны, в которых имеются национальные стратегии по предупреждению насилия, 2008 и 2009 гг. (на основе сведений по 37 странам)

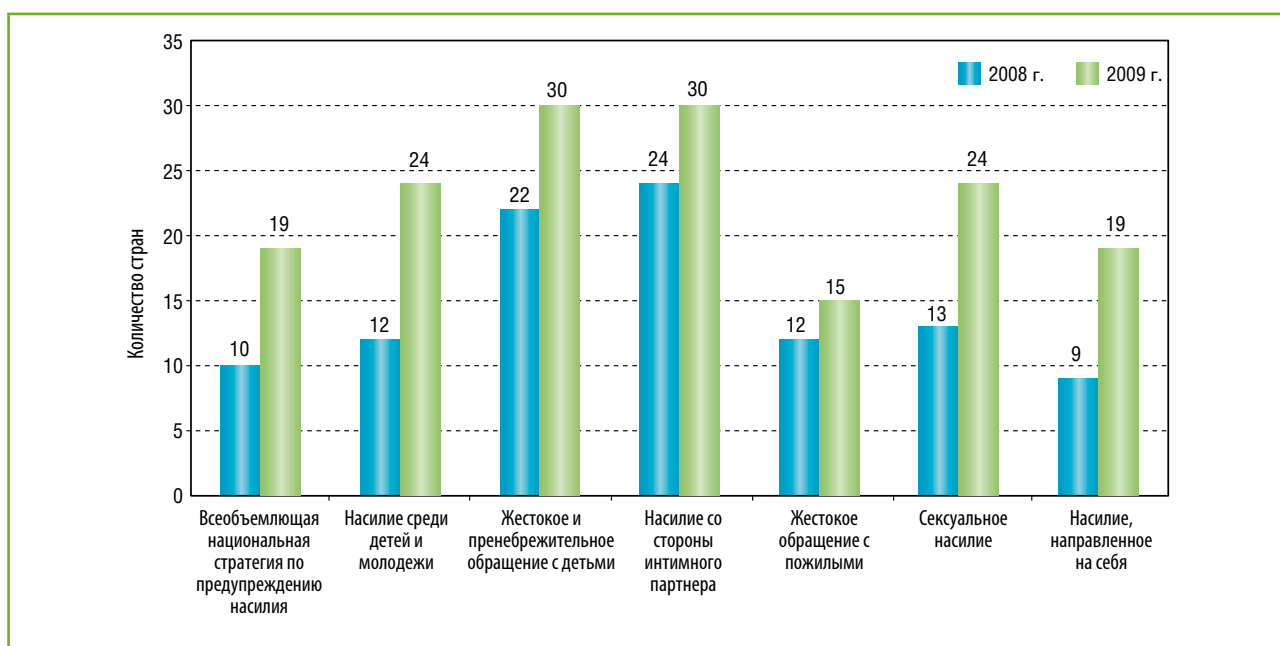
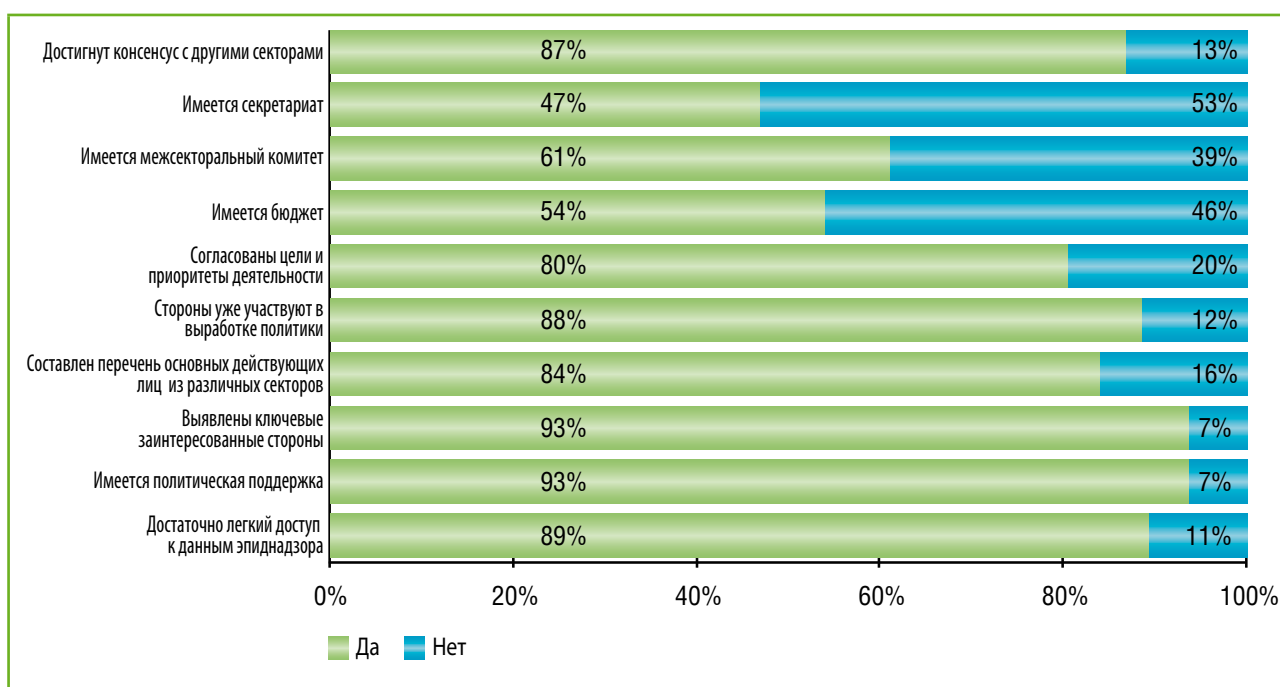


Рис. 6. Были ли осуществлены следующие этапы разработки политики?

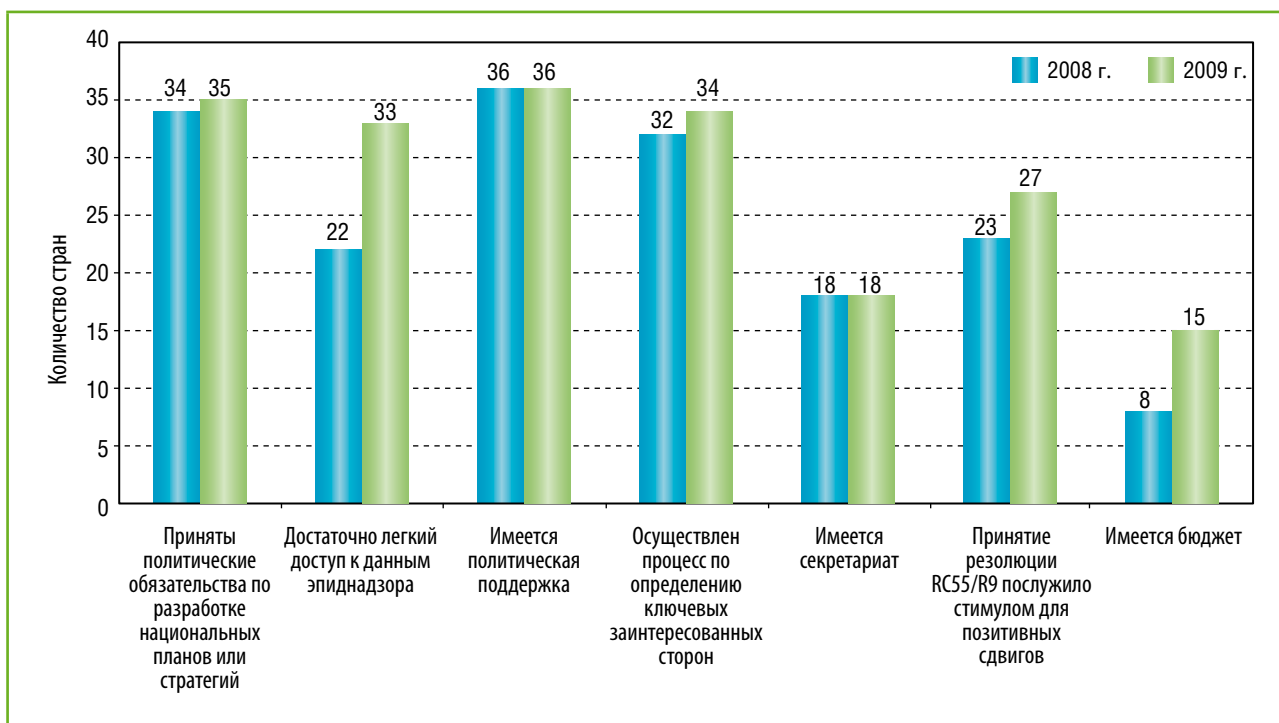


Восемьдесят семь процентов респондентов сообщили, что был достигнут консенсус с заинтересованными сторонами из других секторов при заполнении вопросника. Отмечался беспрепятственный доступ к данным эпиднадзора за травматизмом (89% стран). В 61% стран имеется межсекторальный комитет по предупреждению травматизма, из них в 47% имелся секретариат, а в 53% из последних секретариат представлен

национальным координатором. Однако только 49% стран сообщили, что на поддержку деятельности секретариата выделяются финансовые средства.

Тогда как в 60% стран осуществлялись всеобъемлющие национальные стратегии по предотвращению травматизма, только 46% сообщили об осуществлении подобных стратегий в отношении насилия. Большинство стран предприняли

Рис. 7. Страны, в которых были предприняты шаги, необходимые для разработки национальной политики, 2008 и 2009 гг. (на основе сведений по 37 странам)



необходимые шаги на начальных стадиях разработки национальной политики, в том числе обеспечение национальной поддержки разработки планов, определение масштабов проблемы, анализ и документирование существующих стратегий и вмешательств. Приоритеты деятельности были согласованы в 80% стран-респондентов.

За период с 2008 по 2009 г. в странах был отмечен значительный прогресс в отношении доступа к данным эпиднадзора. Однако в других областях, в частности, в отношении наличия секретариата межсекторального комитета, ситуация остается практически без изменений (Рис. 7). По сравнению с 2008 г. в 2009 г. больше стран отметили, что резолюция EUR/RC55/R9 и Рекомендации Европейского совета стали стимулами для положительных сдвигов. Хотя число стран, в которых имеется бюджет для финансирования работы секретариата по предупреждению травматизма, увеличилось вдвое, ситуацию необходимо улучшать и далее, так как примерно в половине стран финансируемый секретариат отсутствует.

### 3.1.6 Нарращивание потенциала в области предупреждения травматизма и насилия и оказания травматологической помощи

Наличие надлежащего потенциала является критически важным фактором для разработки

соответствующих мер (профилактических и лечебных), которые должны предприниматься системой здравоохранения в ответ на бремя травматизма. В Регионе достаточно широко проводились мероприятия по наращиванию потенциала, но по одному направлению деятельности ситуация требует улучшения: это – внедрение программ оценки, направленных на повышение качества экстренной травматологической помощи (Рис. 8). Вызывает оптимизм то, что 80% стран сообщили о наличии учебных курсов по наращиванию потенциала в области предупреждения насилия и травматизма, и то, что показатель внедрения в этой области был улучшен за период с 2008 по 2009 г. (Рис. 9).

Значительный прогресс был достигнут за период с 2008 по 2009 г. Увеличилось число стран, сообщивших об осуществлении большинства мер по наращиванию потенциала. Особенно это касается обмена опытом научно обоснованной практики и наличия учебных курсов по предупреждению травматизма и насилия (Рис. 9). Показатели по наращиванию потенциала в отношении оказания травматологической помощи не улучшились. Этой области, а также разработке и применению программ оценки качества необходимо уделять особое внимание.

Рис. 8. Осуществляются ли следующие меры по наращиванию потенциала?

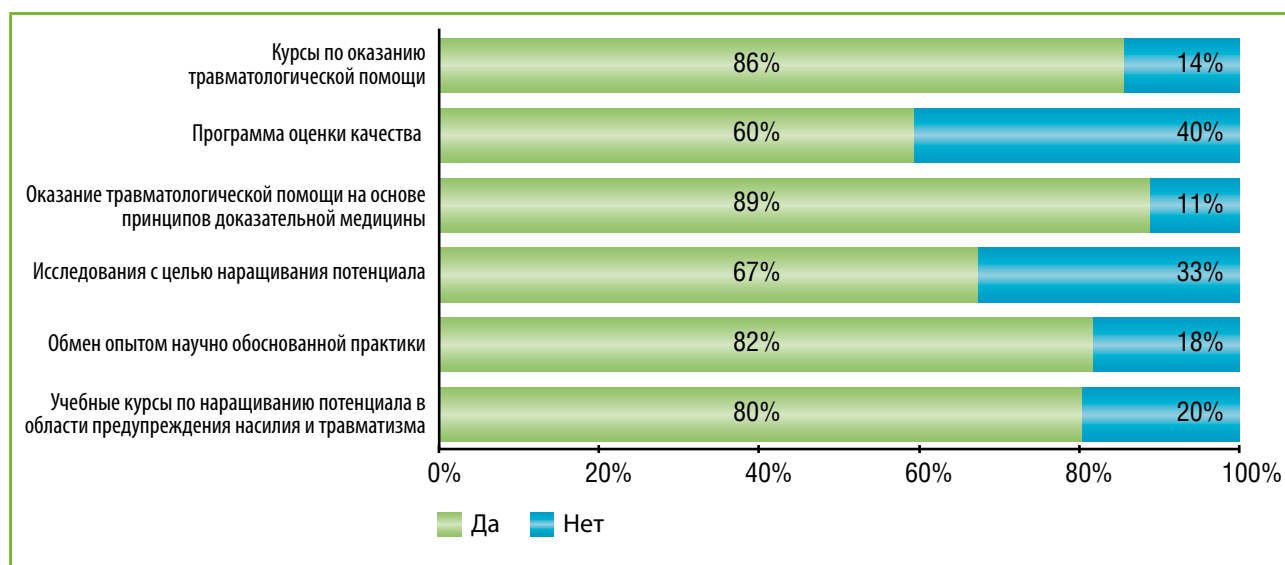
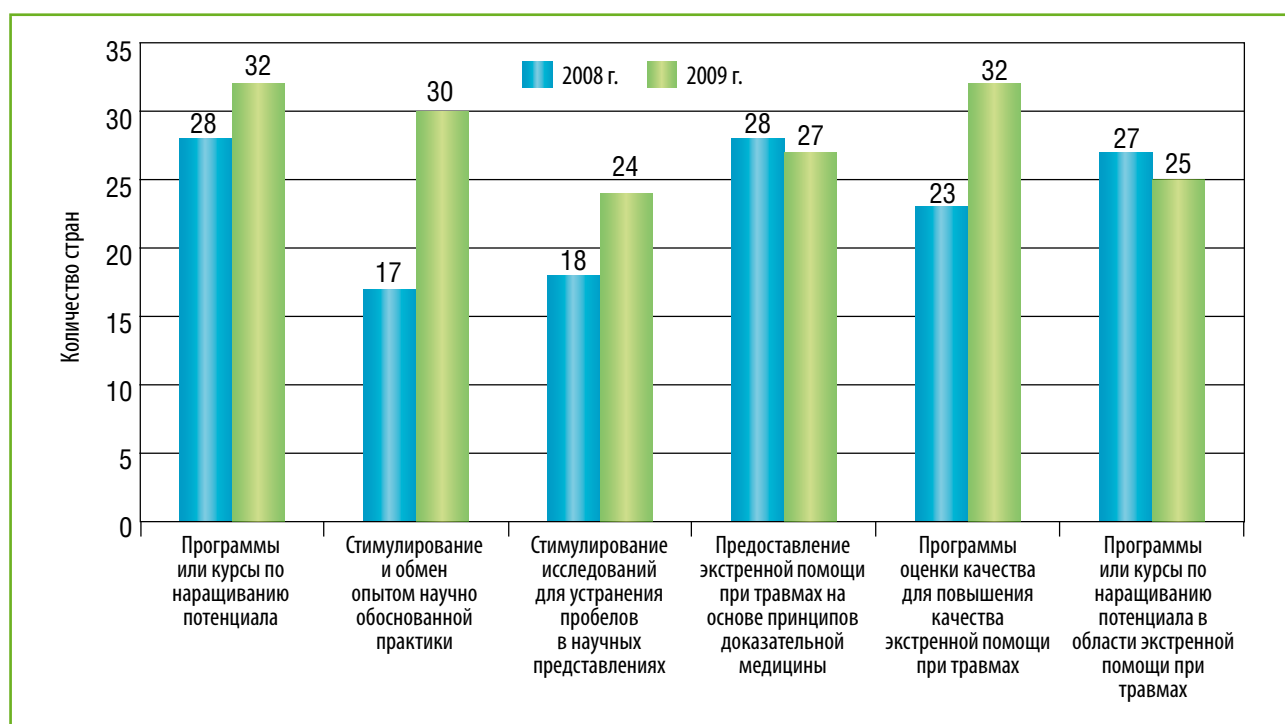


Рис. 9. Страны, которые предприняли шаги, необходимые для наращивания потенциала, 2008 и 2009 гг. (на основе сведений по 37 странам).



### 3.2 Региональный обзор реализации основанных на фактических данных вмешательств и программ по предупреждению отдельных видов травматизма и насилия

В этом разделе дается описание масштаба внедрения в Европейском регионе ВОЗ выбранных вмешательств и программ, основанных на

фактических данных, по каждому виду травматизма и насилия в 2009 г. Этот обзор составлен на основе данных, полученных от 47 ответивших на вопросник стран. Средний медианный уровень внедрения для всех вмешательств составил 73% (средний показатель 71%) по Региону, 72% – для вмешательств по предупреждению непреднамеренного травматизма (средний показатель – 70%) и 81% для вмешательств по предупреждению насилия (средний показатель 77%) (Таблица 1).



Таблица 1. Реализация программ и вмешательств по предупреждению травматизма и насилия в странах Европейского региона ВОЗ.

Вмешательства	Европейский регион		
	Первый квартиль	Медиана	Третий квартиль
<b>Все вмешательства</b>	<b>64</b>	<b>73</b>	<b>81</b>
<b>Непреднамеренный травматизм</b>	<b>60</b>	<b>72</b>	<b>80</b>
Дорожно-транспортный травматизм	69	81	94
Пожары	40	60	80
Отравления	60	80	100
Утопления	38	63	75
Падения	50	75	100
<b>Насилие</b>	<b>65</b>	<b>81</b>	<b>94</b>
Насилие среди детей и молодежи	57	86	100
Жестокое и пренебрежительное обращение с детьми	80	100	100
Насилие со стороны интимного партнера	50	75	100
Жестокое обращение с пожилыми	50	67	100
Насилие, направленное на себя	63	88	100
<b>Алкоголь</b>	<b>59</b>	<b>76</b>	<b>82</b>
Налоговые и законодательные вмешательства	57	71	86
Вмешательства на базе системы здравоохранения	33	67	100

Квартиль – это термин, используемый в описательной статистике. Квартиль – это любое из трех значений, которые разделяют набор сортированных или классифицированных данных на четыре равные части, так что каждая часть представляет одну четверть населения, вошедшего в выборку. Первый квартиль отсекает самые низкие 25% данных. Второй квартиль (или медиана) делит данные пополам. Третий квартиль отделяет высшие 25% (или низшие 75%) данных. Таким образом, для всех вмешательств 64% это показатель первого квартиля, ниже которого находится показатель внедрения для четверти стран, а 81% – показатель третьего квартиля, выше которого находится показатель внедрения четверти стран. Для половины стран показатель внедрения ниже медианного показателя в 73%, а для другой половины – выше.

Цель этого раздела – помочь определить недостатки и пробелы в программах профилактики, которые системы здравоохранения и другие сектора должны ликвидировать, приняв необходимые шаги по внедрению основанных на фактических данных вмешательств по предупреждению различных видов травматизма и насилия. Для этого может потребоваться переориентация приоритетов национальных стратегий. Многие из ответных действий являются межсекторальными, а роль сектора здравоохранения может заключаться

в осуществлении стратегического управления, координации или в выполнении роли ключевой заинтересованной стороны, в зависимости от вида травматизма или насилия и от сущности программы профилактики.

### 3.2.1 Реализация основанных на фактических данных вмешательств и программ по предупреждению дорожно-транспортного травматизма

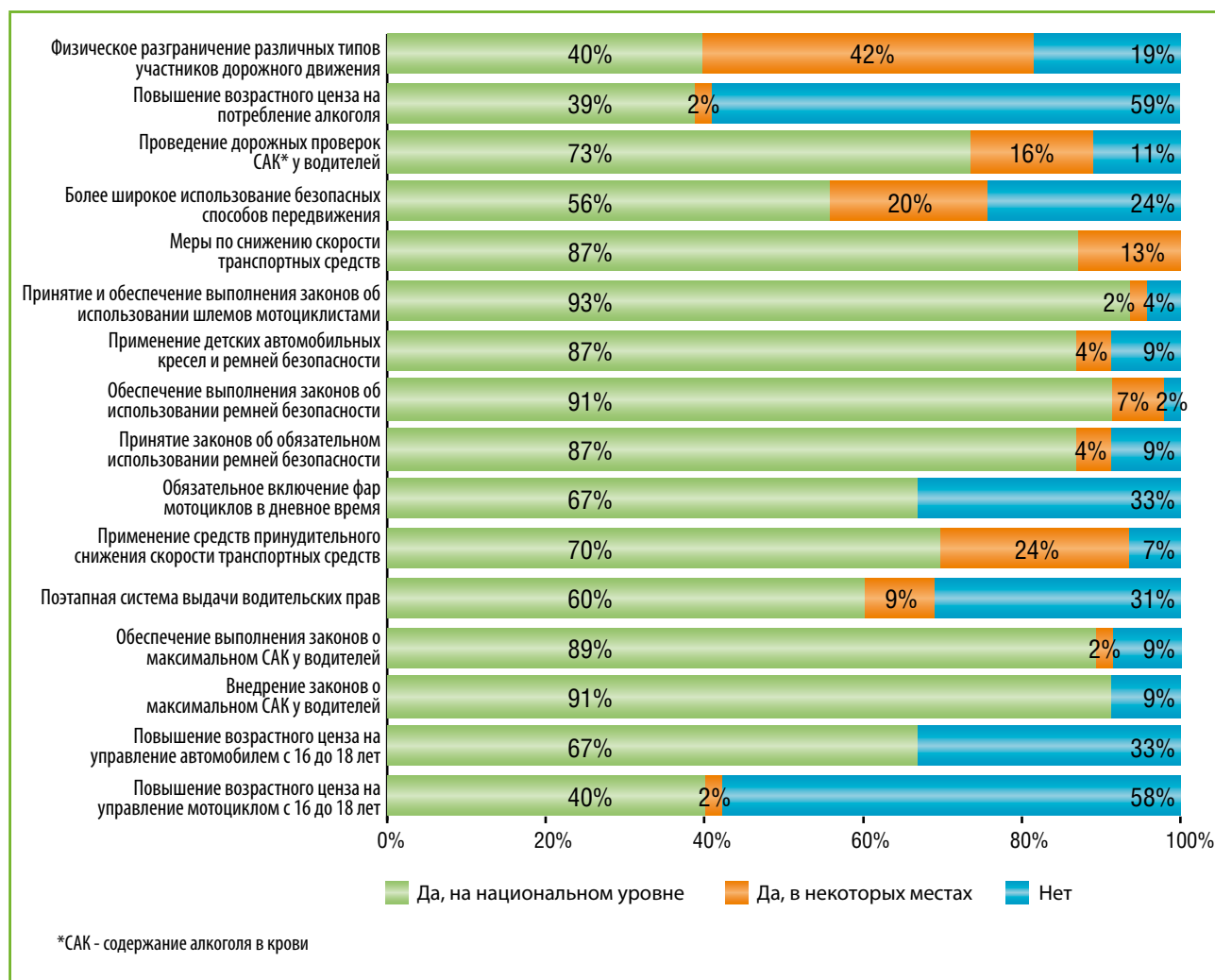
Медианная доля осуществления 16 программ по обеспечению безопасности дорожного движения

составила 81% для всех стран-респондентов. Эти основанные на фактических данных меры по предупреждению дорожно-транспортного травматизма, в частности, применение законов о максимально допустимой концентрации алкоголя в крови водителей, в большинстве стран осуществлялись в национальном масштабе. Некоторые мероприятия реализовывались в основном на местном, а не на национальном уровне, например, меры по физическому разграничению различных типов участников дорожного движения. Среди наименее осуществляемых программ были меры, направленные на молодых водителей и мотоциклистов. Среди них – повышение возрастного ценза на потребление алкоголя (реализовывается в 39% стран) и повышение возрастного ценза на управление мотоциклом с 16 до 18 лет (40% стран) (Рис. 10). Требуется более активно внедрять данные программы, так как дорожно-транспортный

травматизм – это ведущая причина смерти среди детей и молодых людей в возрасте 5–29 лет (31).

Аналогично, только 56% стран на национальном уровне стимулируют широкое использование более безопасных методов передвижения, например, общественного транспорта. Это вызывает обеспокоенность, учитывая растущее внимание, которое уделяется в государственной политике стран потенциально опасным для здоровья воздействиям чрезмерной зависимости от использования частного автотранспорта, который вызывает загрязнение воздуха, шум, изменения климата и снижает физическую активность (5,26,32). Поэтому увеличение инвестиций в более безопасные виды транспорта и стимулирование их использования будет способствовать снижению как дорожно-транспортного травматизма, так и других видов неблагоприятного воздействия автотранспорта на здоровье.

Рис. 10. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению дорожно-транспортного травматизма?



### 3.2.2 Программы и вмешательства по предупреждению пожаров и ожогов

Медианная доля осуществления 10 программ по предупреждению пожаров и ожогов составила 60%. Большинство стран сообщали о реализации программ по лечению пациентов в специальных ожоговых центрах (76% стран), улучшению строительных стандартов (76%) и ограничению производства и продажи фейерверков (73%) (Рис. 11). Наименее активная работа проводилась в отношении мер, направленных на принятие законов об ограничении температуры горячей воды в системах водоснабжения (15% стран), ограничение хранения горючих веществ в домашних хозяйствах (35%) и совершенствование конструкции производимых изделий, например, керосиновых печей, посуды для приготовления пищи, подсвечников с тем, чтобы сделать их более безопасными и снизить вероятность возгорания (30%), внедрение стандартов на производство зажигалок, недоступных для использования детьми (38%) и разработку стандартов и кодексов практики в отношении использования только негорючих материалов для производства одежды (29%). Подобное недостаточное внедрение этих программ отчасти отражает недостатки в разработке национальных стратегий – национальная политика принята только в 45% стран-респондентов (Рис. 2). Сектор жилищного хозяйства и сектор, отвечающий за безопасность потребителей, должны быть в большей степени вовлечены в работу, чтобы

обеспечить совершенствование нормативного регулирования и контроль за соблюдением стандартов и кодексов.

### 3.2.3 Программы и вмешательства по предупреждению случайных отравлений

Медианный показатель осуществления всех мероприятий по предупреждению отравлений составил 80% для всех стран-респондентов (Рис. 12). Отравления являются второй ведущей причиной смертности от непреднамеренного травматизма в Регионе. Токсикологические центры действуют в большинстве стран (80%). Необходимо более активно внедрять в национальных масштабах другие меры по предупреждению отравлений, например, хранение лекарств и других ядовитых веществ в запечатанных помещениях (контейнерах), отпуск препаратов в количествах, не достигающих смертельной дозы, или использование для хранения лекарств и ядовитых веществ емкостей, недоступных для открывания детьми.

### 3.2.4 Программы и вмешательства по предупреждению утопления и неполного утопления

Медианная доля реализации программ по предупреждению утоплений в странах-респондентах составляет 63%. Утопления – вторая ведущая причина смертности от непреднамеренного травматизма среди детей в Регионе. Однако некоторые из наиболее эффективных вмешательств по предупреждению утоплений, например, принятие

Рис. 11. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению пожаров или ожогов?

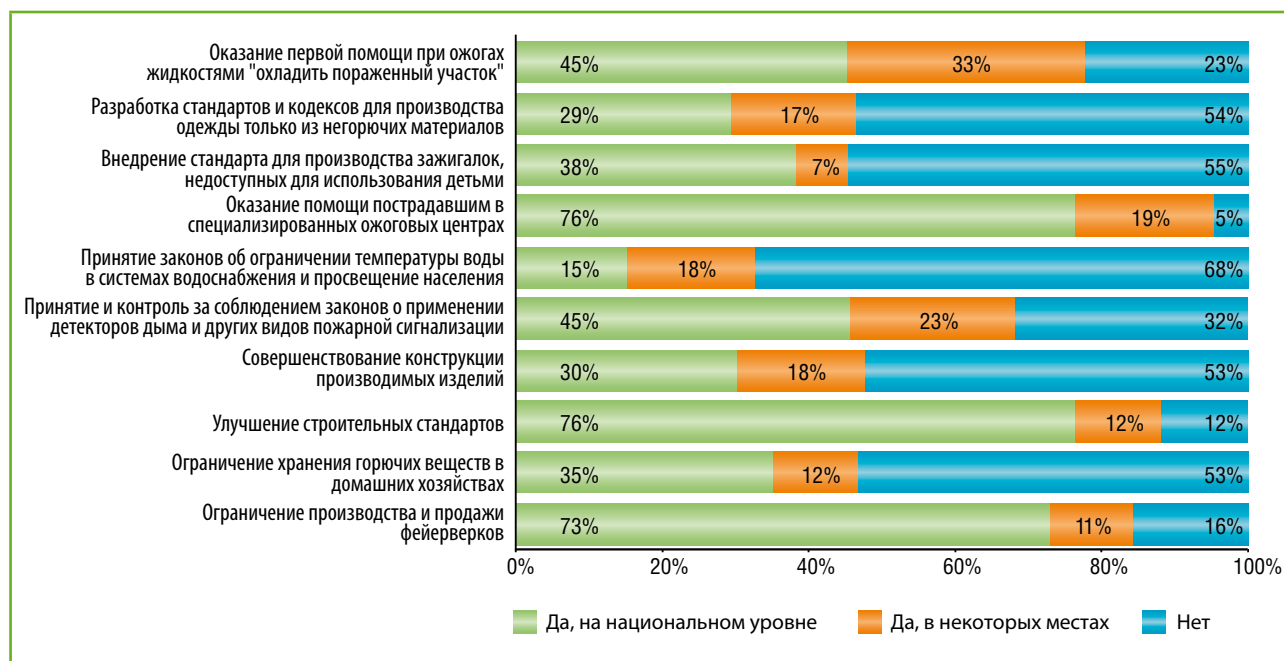
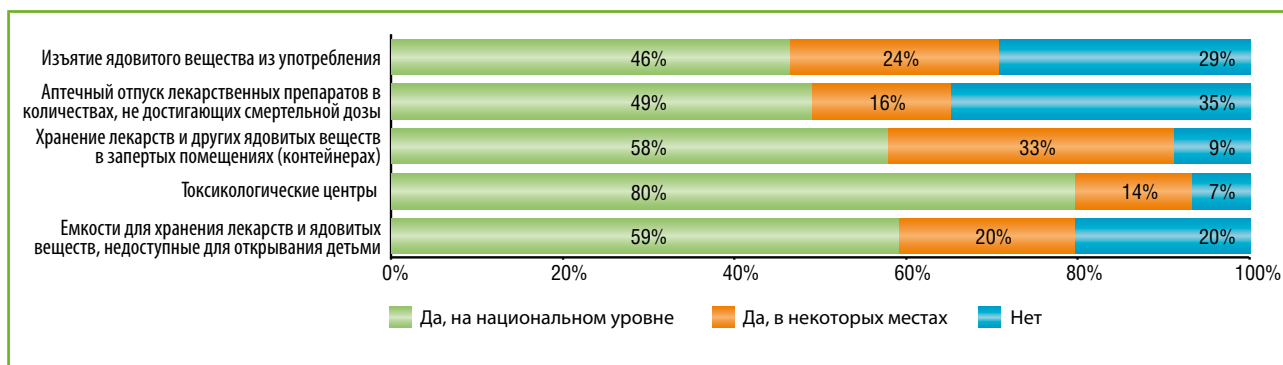


Рис. 12. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению случайных отравлений?



и обеспечение выполнения законов о четырехстороннем ограждении плавательных бассейнов (доля внедрения – 26% и 19% соответственно), ликвидация или закрытие крышками водных резервуаров, например, колодцев (32%) или использование индивидуальных средств поддержания плавучести (40%), осуществлялись реже всего (Рис. 13). Недостаточное внедрение этих мер отчасти отражает нехватку соответствующих национальных стратегий, только в 38% ответивших стран имеется национальная политика по предупреждению утоплений (Рис. 2). В основном меры осуществлялись на местном уровне, и во многих странах требуется обеспечить общенациональный охват вмешательствами.

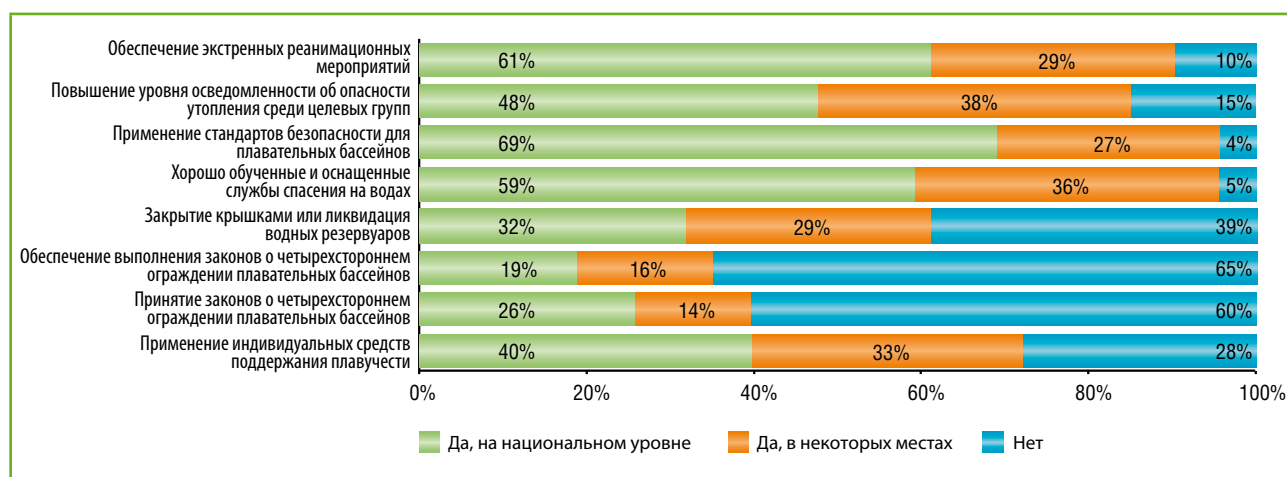
### 3.2.5 Программы и вмешательства по предупреждению случайных падений

Медианная доля осуществления восьми основных на фактических данных программ предупреждения травм в результате падений в

странах-респондентах составила 75%. Из всех возрастных групп наиболее подвержены травматизму в результате падений дети и люди пожилого возраста. Падения – это одна из серьезных причин травматизма среди детей, вызывающая значительное бремя нездоровья. Среди пожилых людей травматизм, связанный с этой причиной, приводит к высокому уровню летальных исходов (1,33). Многие из вмешательств по предупреждению падений у детей на национальном уровне широко не применялись. Это относится к совершенствованию конструкции мебели и других изделий для маленьких детей (40%), установке детских загоронок и перил на лестничных пролетах (35%) и установке защитных устройств на окнах (35%). Аналогично, недостаточным был и уровень внедрения таких вмешательств для предупреждения падений среди пожилых людей, как популяризация упражнений для укрепления мышц и тренировки равновесия (12%). Во многих странах вмешательства проводятся на местном уровне, и требуется расширение применения стратегий для



Рис. 13. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению утопления и неполного утопления?



достижения общенационального охвата (Рис. 14). Низкие уровни реализации программ отчасти отражают нехватку национальных стратегий, так как только в 53% стран-респондентов имеется национальная политика в отношении предупреждения случайных падений (Рис. 2). Требуется более активное участие сектора жилищного хозяйства, сектора, ответственного за организацию досуга, и сектора городского планирования для обеспечения более безопасной среды, позволяющей предупреждать падения.

### 3.2.6 Программы и вмешательства по предупреждению насилия среди детей и молодежи

Медианная доля внедрения семи программ по предупреждению насилия, направленного на детей и молодых людей или причиняемого ими, среди стран-респондентов составляет 86%. Программы во многих странах реализуются

только в некоторых районах, а общенациональный охват ими составил только 16–51% (Рис. 15). Для обеспечения более широкого охвата необходимо активизировать работу, поэтому важно осуществлять взаимодействие с местными органами образования, а также местными службами по поддержанию психического здоровья. Насилие среди детей и молодежи во многих странах рассматривается как все более обостряющаяся проблема, что говорит о необходимости более активных и широкомасштабных действий по его предупреждению (14,34,35). Только в 62% из ответивших на вопросник стран имеется национальная политика по профилактике этого вида насилия (Рис. 4). Для решения проблемы насилия среди детей и молодежи в будущем необходимо разработать более действенные национальные стратегии, в которых делается упор на укрепление координации между секторами и более активную реализацию этих программ.

Рис. 14. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению случайных падений?

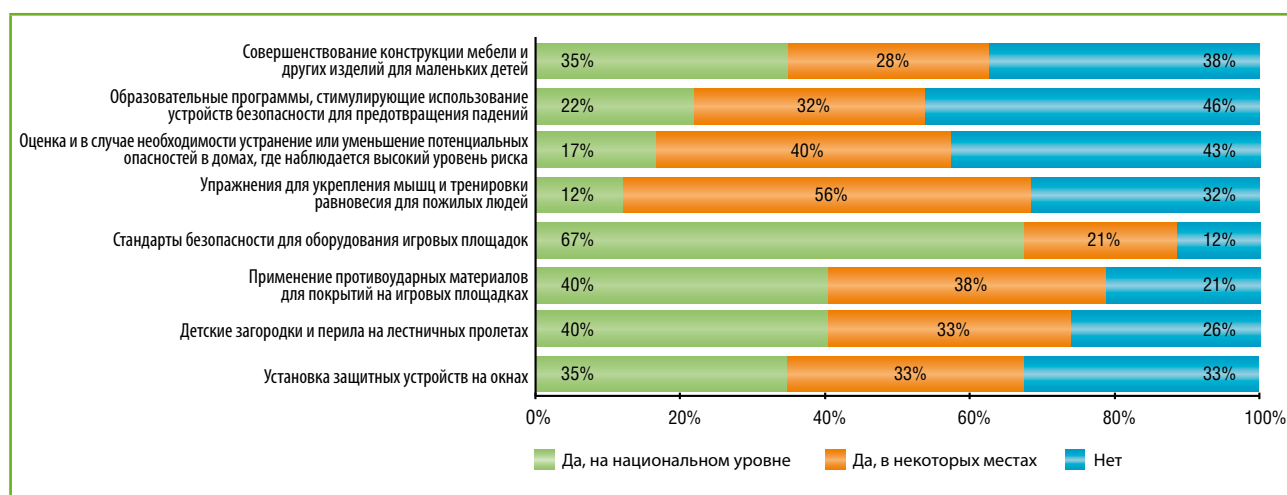


Рис. 15. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению насилия среди детей и молодежи?



### 3.2.7 Программы и вмешательства по предупреждению жестокого и пренебрежительного обращения с детьми

В то время, как медианная доля реализации программ по предупреждению жестокого и пренебрежительного обращения с детьми составляет 100%, многие страны осуществляют эти программы только на местном, а не на общенациональном уровне. (Рис. 16). Например, вмешательства по обучению детей навыкам распознавать потенциально опасные ситуации и избегать их реализовывались на национальном уровне только в 23% стран, а программы обучения родительским навыкам внедрялись только в 42% стран. Большинство стран сообщили о внедрении вмешательств по улучшению качества и доступности дородовой и послеродовой помощи (89%). Более широкий охват программами профилактики жестокого и пренебрежительного обращения с детьми является действенным методом по снижению уровня распространенности этого вида насилия в странах.

### 3.2.8 Программы и вмешательства по предупреждению насилия со стороны интимного партнера

Медианная доля осуществления четырех основных на фактических данных программ

предупреждения насилия со стороны интимного партнера для стран-респондентов составила 75%. В 31% стран на национальном уровне проводится обучение работников здравоохранения навыкам выявления случаев насилия со стороны интимных партнеров и направления пострадавших и их партнеров в специальные службы; кроме того, еще в 58% стран аналогичные программы проводятся на местном уровне (Рис. 17). Только в 18% стран программы на базе школ по предупреждению насилия при формировании близких отношений осуществляются в общенациональных масштабах, при этом 58% стран сообщают о подобных программах, реализуемых на местном уровне. В 31% стран имеются национальные программы по изменению социальных норм, оправдывающих насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие. Внедрение программ следует расширить до национального уровня и проводить в большем числе стран.

Эти вмешательства также приводят к некоторым положительным результатам в отношении предупреждения сексуального насилия, в особенности это относится к проводимым школами программам по предупреждению насилия при формировании близких отношений.

Рис. 16. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению жестокого и пренебрежительного обращения с детьми?

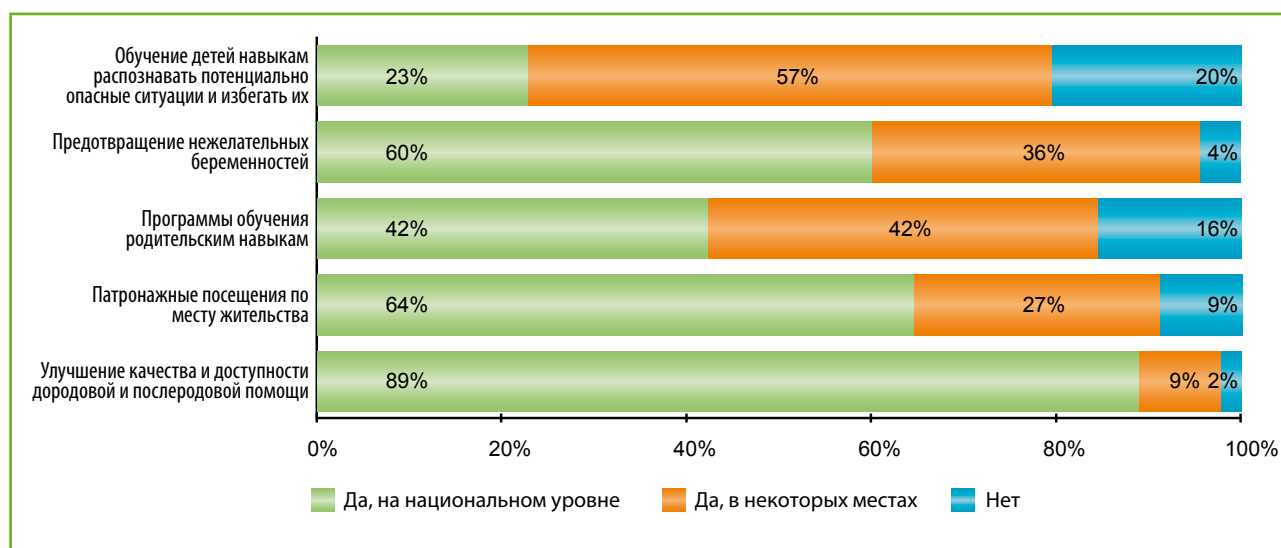
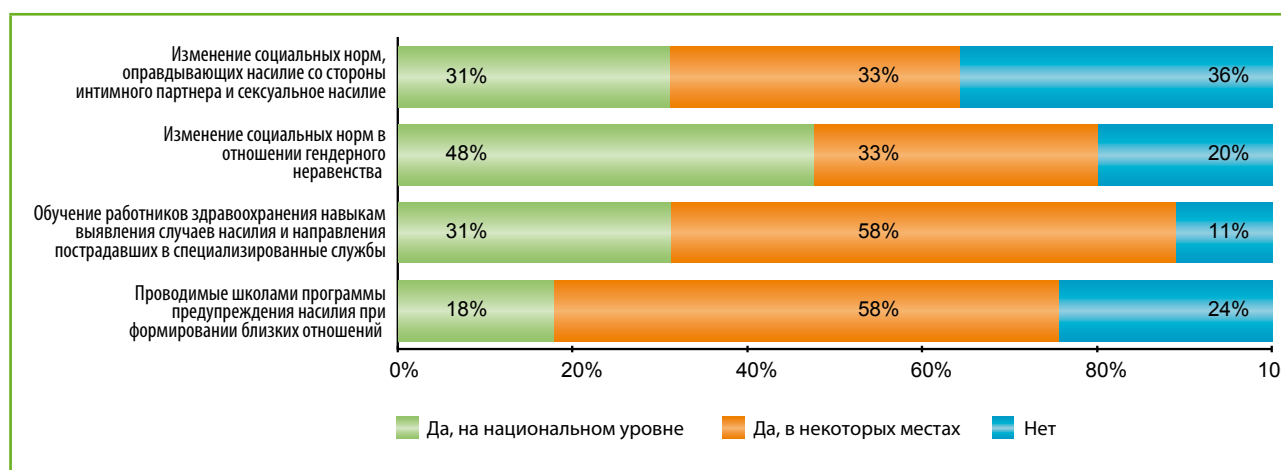


Рис. 17. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению насилия со стороны интимного партнера?

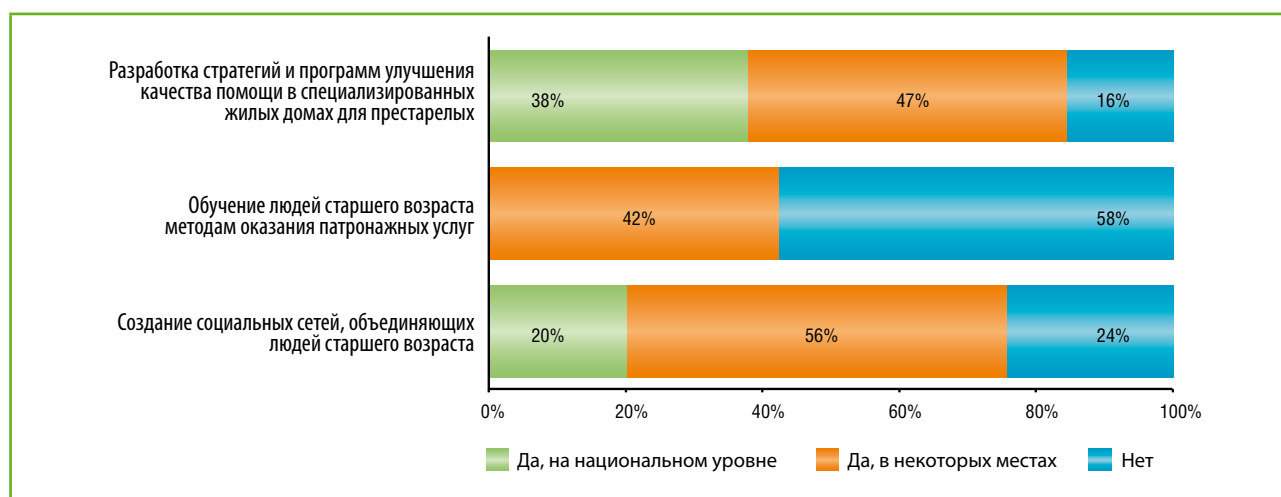


### 3.2.9 Программы и вмешательства по предупреждению жестокого обращения с людьми старшего возраста и отсутствия заботы о них

Медианная доля осуществления трех мер по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми в странах-респондентах составила 67%. Разработка стратегий и программ, направленных на улучшение организационной, социальной и физической среды в специализированных жилых домах для престарелых, является той сферой, в которой для предупреждения жестокого обращения с пожилыми людьми очевидна необходимость вмешательства сектора здравоохранения, но эта деятельность осуществляется в национальных масштабах только в 38% стран (Рис. 18). Другие подходы, которые для предупреждения насилия

предусматривают вовлечение гражданского общества и наделение полномочиями пожилых людей, внедряются только на местном уровне. Это такие стратегии, как обучение людей старшего возраста методам оказания патронажных услуг, когда они посещают лиц, подвергающихся высокому риску виктимизации, или являются их компаньонами (доля осуществления программ – 42%). Программы, предусматривающие создание социальных сетей, объединяющих пожилых людей, особенно редко внедряются в национальных масштабах (20% стран), но более широко используются на местном уровне (56% стран). Эта область предупреждения насилия требует более серьезного внимания, особенно учитывая растущую демографическую нагрузку, обусловленную увеличением доли пожилых людей в

Рис. 18. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению жестокого обращения с людьми старшего возраста и отсутствия заботы о них?



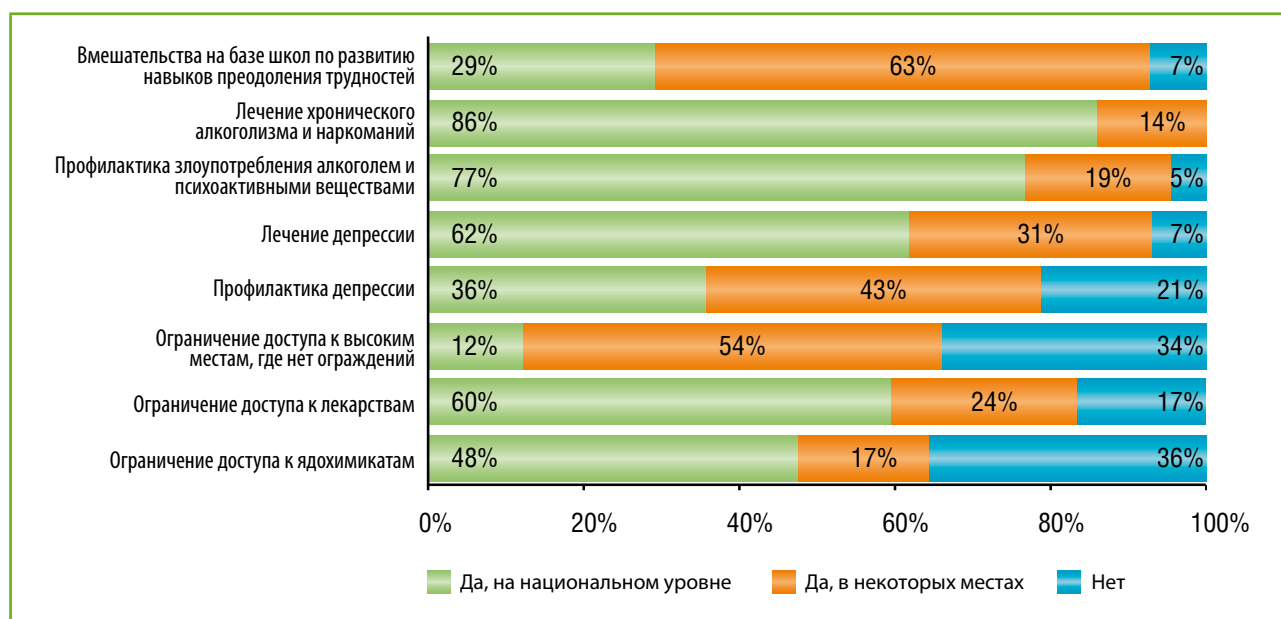
Регионе. Необходимо более активно внедрять эти программы как на национальном, так на международном уровне.

### 3.2.10 Программы и вмешательства по предупреждению насилия, направленного на себя

Медианная доля осуществления вмешательств по предупреждению насилия, направленного на себя, в странах, заполнивших вопросник, составила 88%. На национальном уровне самая высокая доля реализации наблюдается в отношении тех вмешательств, где ведущую роль играет сектор здравоохранения, например, программ по профилактике злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами (86%), лечению

хронического алкоголизма и наркоманий (77%), лечению депрессии (62%), а также ограничению доступа к лекарственным препаратам (60%) (Рис. 19). В значительно меньших масштабах осуществляются другие вмешательства, требующие межведомственной работы, в частности, программы на базе школ в таких областях, как управление кризисными ситуациями, повышение самооценки и развитие навыков преодоления трудностей (29%), а также программы, направленные на ограничение доступа к высоким местам, где нет ограждений (12%). Самоубийства являются ведущей причиной связанной с травматизмом смертности в большинстве стран Региона, и требуется значительная активизация работы в этой области.

Рис. 19. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению насилия, направленного на себя?





### 3.2.11 Программы и вмешательства по снижению уровней непреднамеренного травматизма и насилия, направленные на общество в целом

Вмешательства, направленные на общество в целом, цель которых – снижение факторов риска, являющихся общими для нескольких видов насилия и непреднамеренного травматизма, внедряются в недостаточной степени (Рис. 20). Такие меры, как сокращение экономического неравенства (37% стран реализуют их в общенациональных масштабах), ограничение доступа к алкоголю и снижение его доступности в периоды высокого риска (на национальном уровне реализуются в 33% стран), а также снижение доступности психоактивных веществ (реализуются на национальном уровне в 79% стран), считаются эффективными для предупреждения большинства видов непреднамеренного травматизма и насилия. В отличие от них, такие программы, как устойчивые профилактические кампании, проводящиеся всеми средствами массовой информации и направленные на изменение культурных норм, способствующих насилию (реализуются на национальном уровне в 41% стран), а также снижение доступности огнестрельного оружия (осуществляются на национальном уровне в 84% стран) в первую очередь воздействуют на факторы риска, предупреждая различные виды насилия. Эти программы следует внедрять более широко как на национальном, так и на международном уровне.

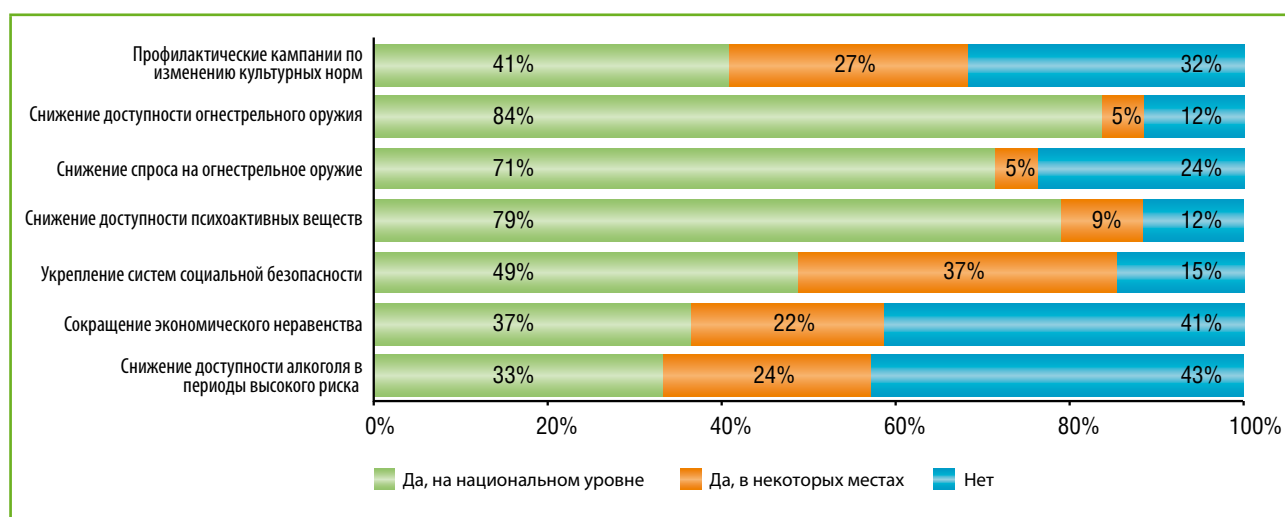
## 3.3 Программы и вмешательства по снижению важнейших факторов риска травматизма и насилия

В этом разделе более детально рассматриваются вмешательства, направленные на снижение двух важнейших факторов риска травматизма и насилия. Известно, что алкоголь является значительным фактором риска как для непреднамеренного травматизма, так и для насилия, и обуславливает значительную долю бремени травматизма и насилия (36,37). Здесь рассматриваются программы и стратегии, которые способствуют сведению к минимуму вреда, связанного с потреблением алкоголя (38). Среди них – налоговые и законодательные меры, меры по ограничению рекламы алкоголя, способствующие снижению вреда, связанного с его потреблением, а также вмешательства, проводимые службами здравоохранения. Социально-экономическое неравенство также считается важным фактором риска как для непреднамеренного травматизма, так и для насилия. В этом разделе также обсуждаются и программы, направленные на решение этой проблемы.

### 3.3.1 Налоговые и законодательные вмешательства по снижению вреда, связанного алкоголем

Медианная доля внедрения в странах-респондентах 14 налоговых и законодательных вмешательств по предупреждению злоупотребления алкоголем составила 71%. Лишь в немногих странах реализовывались вмешательства, направленные на сокращение числа точек продажи алкоголя (25%), или законы, ограничивающие

Рис. 20. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению всех видов травматизма и насилия?



разрешенное время отпуска алкогольных напитков на вынос, вне лицензированных заведений (30%) и время отпуска алкогольных напитков для распития в лицензированных заведениях (36%). Такие вмешательства, как обучение официантов и барменов и ограничение продажи алкоголя во время мероприятий определенного типа, следует внедрять более широко. Во многих странах на национальном уровне реализовывались налоговые меры по контролю потребления алкоголя (89%). Хотя имеются законы (96%) и рекомендации (87%) по ограничению продажи алкоголя малолетним (Рис. 21), вызывает беспокойство то, насколько хорошо контролируется их соблюдение. Соблюдение этих законов находилось на уровне 6 по шкале от 1 до 10 (на этот вопрос ответили 47 стран). Чтобы взять под контроль тот вред, который наносит потребление алкоголя малолетним, являющимся группой высокого риска, требуется улучшить выполнение этих законов.

### 3.3.2 Меры, направленные на ограничение рекламы, для снижения вреда, связанного с алкоголем

Из ответивших стран 68% (32) отметили наличие нормативно-правовых ограничений на рекламу алкоголя. Реклама алкоголя чаще полностью запрещена на национальных каналах (телевидении (35%) и радио (33%)), чем на частных и коммерческих телеканалах (22%) и местных каналах радио (20%). От 37% до 46% стран реализуют частичные установленные ограничения (ограничения, которые распространяются на определенное время суток, определенные типы событий, программ, журналов, фильмов и т.д.), тогда как от 22% до 35% стран не применяют никаких ограничений (Рис. 22). Необходимо более широко внедрять ограничения рекламы для снижения вреда, связанного с алкоголем.

Рис. 21. Реализуются ли в вашей стране какие-либо из следующих налоговых и законодательных вмешательств для предупреждения вреда, связанного с алкоголем?

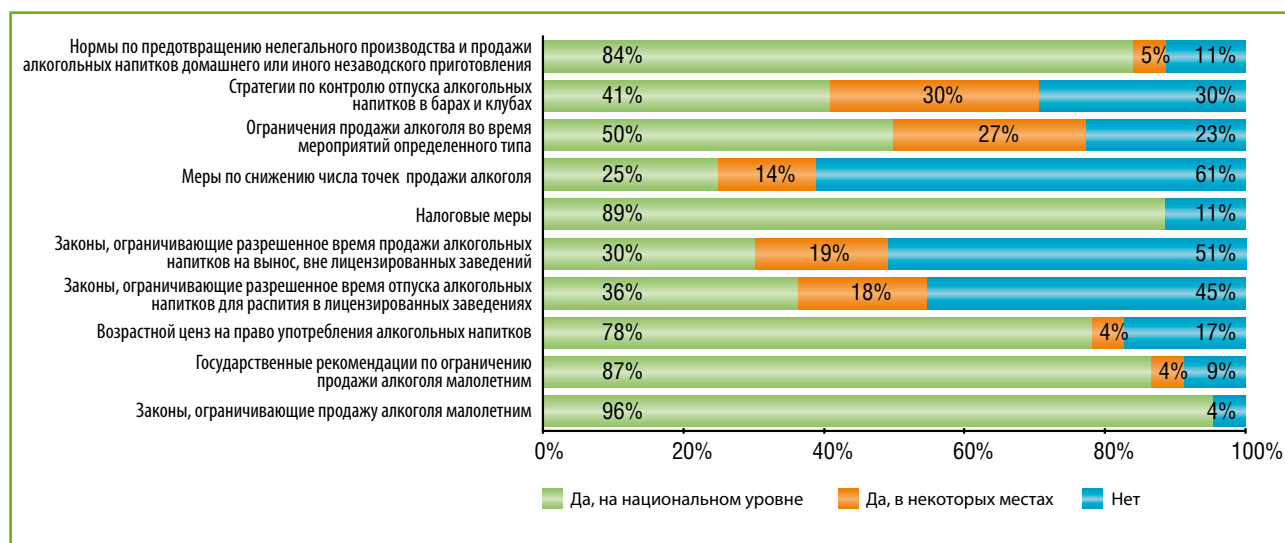
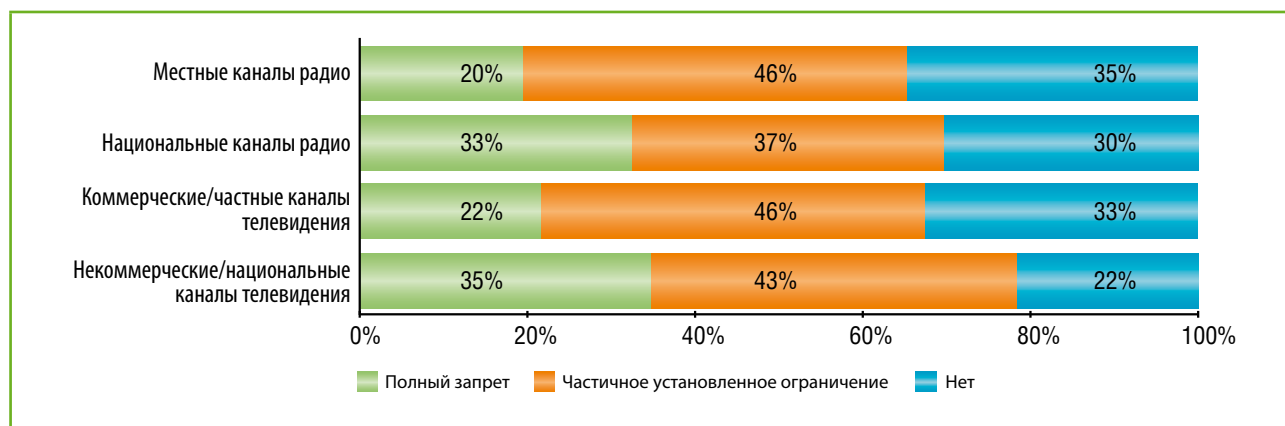


Рис. 22. Имеются ли в вашей стране нормативно-правовые ограничения на рекламу алкогольной продукции?



### 3.3.3 Программы по снижению вреда, связанного с алкоголем, проводимые на базе систем здравоохранения

Медианная доля реализации трех основанных на фактических данных программ по снижению вреда, связанного с алкоголем, проводимых на базе систем здравоохранения, составила 67%. Однако, как показано на рис. 23, в значительно большей степени эти программы внедрялись на местном уровне. Например, только в 18% стран на национальном уровне реализовывались такие программы, как проведение врачебных консультаций в отделениях экстренной медицинской помощи для подростков с травмами, полученными в состоянии опьянения, с использованием мотивационного интервью. Системам здравоохранения необходимо наращивать потенциал для того, чтобы обеспечить расширение национального охвата этими краткими вмешательствами.

### 3.3.4 Программы, направленные на сокращение социально-экономических различий

Внедрение программ, направленных на снижение социально-экономических различий по показателям непреднамеренного травматизма и насилия, в целом находилось на низком уровне, от 11% до 23% (Рис. 24). Многие из этих программ внедрялись на местном, а не на национальном уровне, что не удивляет, так как меньшинства и более обездоленные группы населения обычно сосредоточены в локализованных бедных районах. Однако даже на местном уровне степень реализации подобных программ невысока, и находится в пределах от 19% до 35%. Качество этих программ и программ по снижению социального неравенства, наряду с усилиями по укреплению систем социальной защиты (Рис. 20) должно совершенствоваться, чтобы снизить неравенство, связанное с травматизмом и насилием и добиться построения более равноправного и справедливого общества. Сектор здравоохранения должен улучшать доступ к услугам для социально неблагополучных

Рис. 23. Проводятся ли в вашей стране на базе систем здравоохранения какие-либо из следующих программ по снижению вреда, связанного с алкоголем?

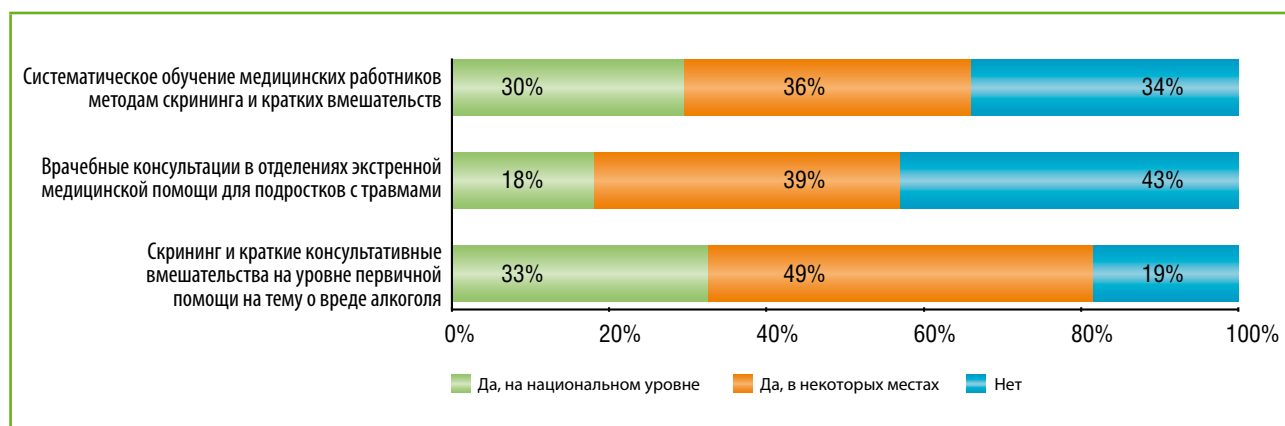
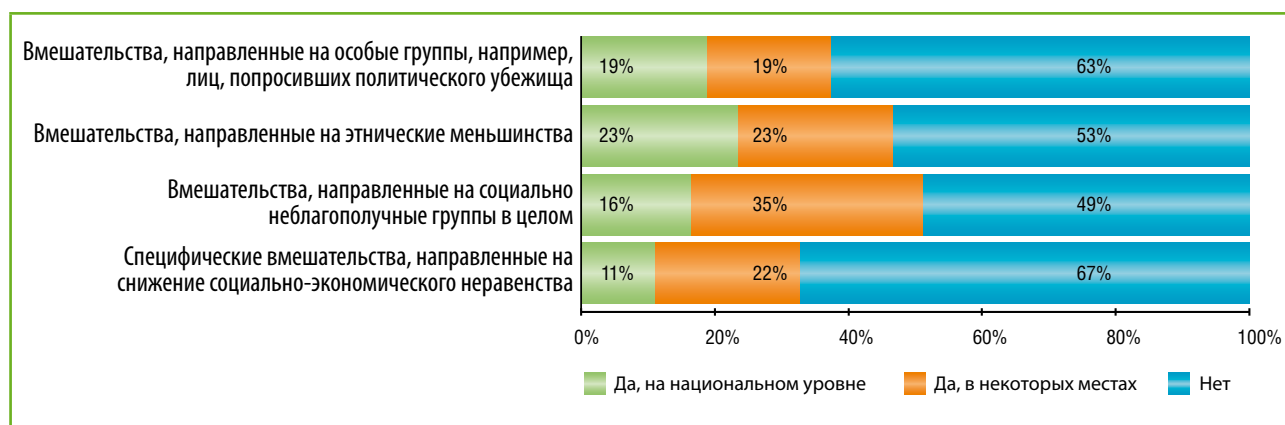


Рис. 24. Проводятся ли в вашей стране какие-либо вмешательства, направленные на сокращение социально-экономических различий по показателям травматизма и насилия?



групп, но также работать совместно с другими секторами, например, финансовым, городского планирования и социальной защиты, для улучшения профилактической помощи и укрепления служб поддержки для населения из групп риска, уменьшения различий в подверженности рискам и сокращения социальной стратификации (29).

### 3.4. Прогресс, достигнутый в период с 2008 по 2009 г. в реализации основанных на фактических данных вмешательств по предупреждению травматизма и насилия

Тридцать две страны предоставили информацию о реализации 59 вмешательств или программ по предупреждению травматизма и насилия в 2008 и 2009 гг. Доля реализации по всем программам возросла за этот период с 69% до 74% (Таблица 2).

#### 3.4.1 Сдвиги, произошедшие за период с 2008 по 2009 г. в реализации вмешательств по предупреждению непреднамеренного травматизма

Доля реализации 33 вмешательств по предупреждению всех видов непреднамеренного травматизма в период с 2008 по 2009 г. возросла с 65% до 75% (Рис. 25). Более активное внедрение программ было отмечено для всех видов травматизма: самый большой рост наблюдался в отношении предупреждения отравлений и падений, а самый незначительный – в отношении предупреждения утоплений, пожаров и ожогов. Интересно, что меньше стран также сообщили о наличии национальных стратегий по предупреждению утоплений, пожаров и ожогов.

#### 3.4.2 Сдвиги, произошедшие за период с 2008 по 2009 г. в реализации вмешательств по предупреждению насилия

Доля реализации вмешательств по предупреждению всех видов насилия за период с 2008 по 2009 г. в целом увеличилась с 75% до 77% (Рис. 26). Наибольший рост наблюдался в реализации программ по предупреждению насилия, направленного на себя, и сексуального насилия, а наименьший – в отношении предупреждения жестокого обращения с пожилыми, насилия среди детей и молодежи и жестокого и пренебрежительного обращения с детьми.



Таблица 2. Доля внедрения 59 вмешательств в 32 странах, 2008 и 2009 гг. (средние показатели и 95%-ый доверительный интервал (ДИ))

Вид насилия или травматизма	2008 г.		2009 г.	
	Среднее %	95%ДИ	Среднее %	95%ДИ
<b>Все вмешательства</b>	<b>69</b>	<b>61–77</b>	<b>74</b>	<b>70–79</b>
<b>Непреднамеренный травматизм</b>	<b>65</b>	<b>57–74</b>	<b>75</b>	<b>70–80</b>
Дорожно-транспортный травматизм	71	62–80	81	76–86
Пожары	54	42–66	63	52–73
Отравления	68	54–81	82	72–92
Утопления	65	54–76	66	55–78
Падения	58	46–69	71	59–83
<b>Насилие</b>	<b>75</b>	<b>67–84</b>	<b>77</b>	<b>70–83</b>
Насилие среди детей и молодежи	58	47–69	71	59–83
Жестокое и пренебрежительное обращение с детьми	84	74–94	90	82–98
Насилие со стороны интимного партнера	63	49–76	78	66–91
Жестокое обращение с пожилыми	53	40–66	63	51–74
Сексуальное насилие	50	33–67	66	48–84
Насилие, направленное на себя	56	44–68	80	71–89

Рис. 25. Доля реализации вмешательств по предупреждению непреднамеренного травматизма в 32 странах, 2008 и 2009 гг.

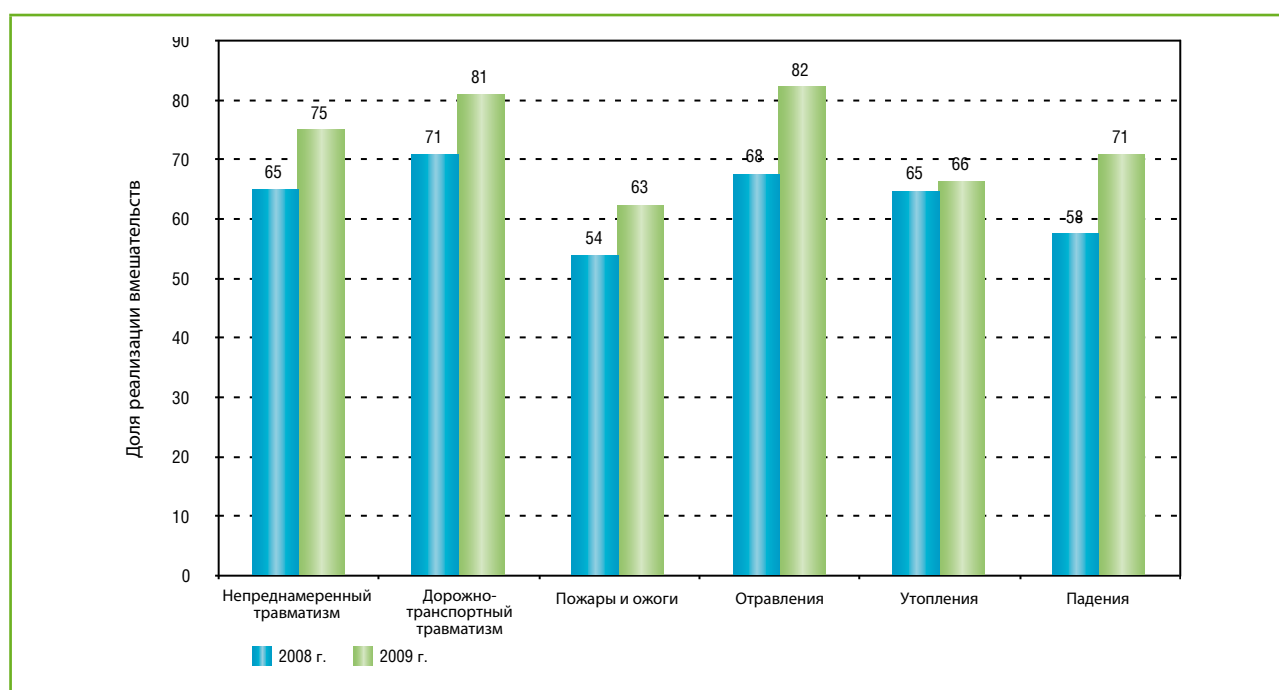
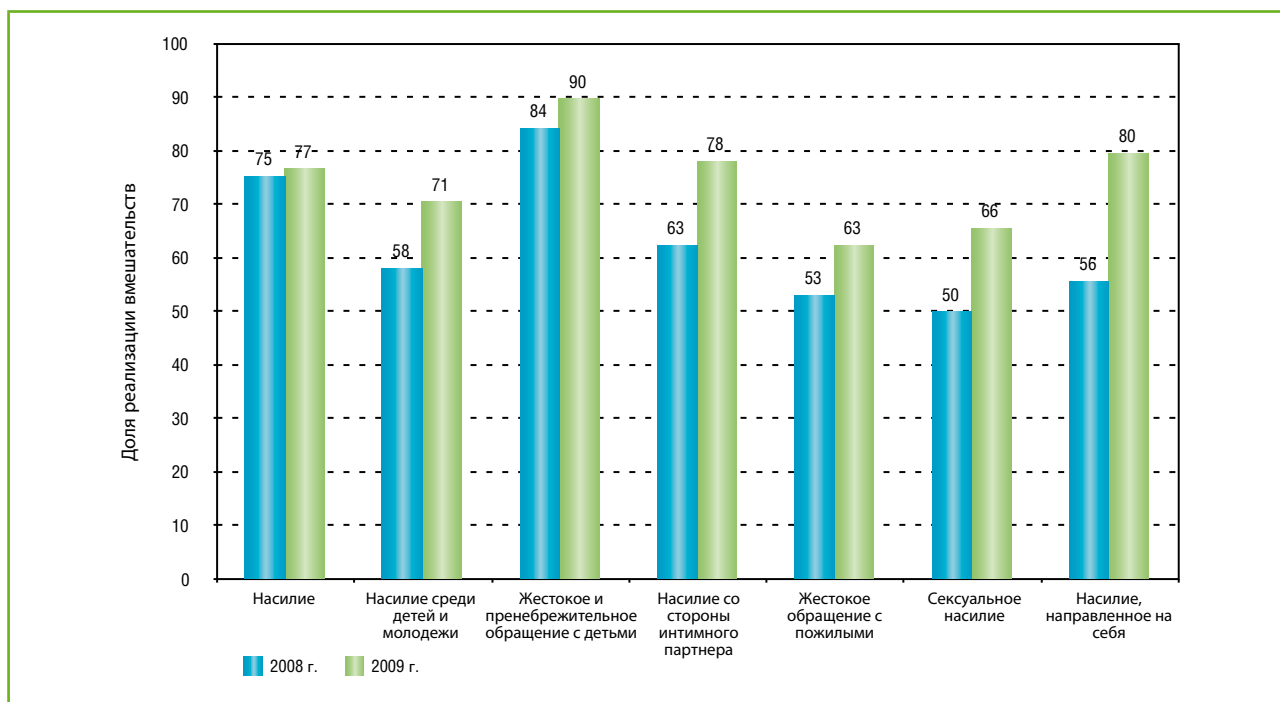


Рис. 26. Доля реализации вмешательств по предупреждению насилия в 32 странах, 2008 и 2009 гг.



### 3.5 Профили стран

Сорок семь профилей стран были отправлены национальным координаторам от министерств здравоохранения для проверки и получения разрешения на публикацию. К январю 2010 г. 37 государств-членов дали разрешение на публикацию утвержденной информации. Процесс получения разрешений от стран продолжается, и мы надеемся, что все 47 профилей стран будут опубликованы на веб-сайте ВОЗ (39).

### 3.6 Реестр национальных стратегий

К ноябрю 2009 г. на веб-сайт Европейского регионального бюро ВОЗ были загружены полные тексты 97 документов из 30 стран. На основе ответов на вопросник были определены еще 72 документа, и теперь стратегии имеются для 32 стран, из которых 23 являются членами ЕС. Анализировались только стратегии, представленные на английском и немецком языках. Новые стратегии определяются и анализируются на постоянной основе. Этот реестр является ресурсом для разработчиков политики и практиков, которые хотели бы иметь больше информации о европейских национальных стратегиях по предупреждению травматизма и насилия (20).

### 3.7 Факторы, препятствующие и способствующие предупреждению травматизма и насилия

#### 3.7.1 Препятствующие факторы

В своих ответах национальные координаторы определили факторы, которые препятствуют предупреждению травматизма и насилия (Врезка 2). Один из национальных координаторов написал следующее: «Нам необходим всеобъемлющий подход и обзор ситуации, а также более глубокое понимание ситуации политиками и теми, кто работает над стратегиями и законодательством, и признание ими важности предупреждения травматизма и насилия.»

#### 3.7.2 Способствующие факторы

Национальные координаторы указали факторы, которые способствуют реализации мер, направленных на предупреждение травматизма и насилия (Врезка 3). Один из национальных координаторов назвал следующие факторы: «политическая приверженность и наличие национального плана в сочетании с большей осведомленностью об огромном воздействии травматизма на жизни людей благодаря исследованиям и сообщениям в СМИ.»

### Врезка 2. Определенные национальными координаторами факторы, препятствующие предупреждению травматизма и насилия

Слабая политическая воля  
Недостаточный институциональный потенциал  
Слабая нормативно-правовая база  
Слабые механизмы управления  
Недостаток общенациональной координации  
Фрагментация политической ответственности  
Трудности в осуществлении межсекторального подхода на практике  
Федеральная структура усложняет координацию  
Работа без определения общей для всех секторов цели  
Неадекватные ресурсы и отсутствие установленного механизма финансирования  
Экономический спад снизил уровень приоритетности вопросов предупреждения насилия и травматизма  
Недостаточная подготовка и мотивация персонала  
Эта сфера не является приоритетной для общественного здравоохранения  
Ненадлежащий доступ к надежным данным  
Отмена контроля продажи и потребления алкоголя и расширение доступа к нему  
Ненадлежащее внимание уделяется этому вопросу в учебных планах ВУЗов  
Недостаточный интерес к предупреждению травматизма и насилия со стороны СМИ  
Терпимость к насилию в патриархальных общинах  
Гендерное и социальное неравенство  
Население хуже информировано и проявляет меньший интерес к этой области по сравнению с другими

### Врезка 3. Определенные национальными координаторами факторы, способствующие предупреждению травматизма и насилия

Наличие международной нормативно-правовой базы, которая способствует предупреждению насилия и травматизма  
Наличие сильной политической воли  
Межсекторальное сотрудничество и общий подход к проблемам травматизма и насилия  
Заявление о серьезности проблемы травматизма в национальных планах по здравоохранению  
Здоровье и безопасность занимает приоритетное место среди требований граждан  
Наличие планов действий и четко определенных видов деятельности в сочетании с эффективными средствами достижения поставленных целей  
Население хорошо проинформировано, благодаря исследованиям и сообщениям в СМИ  
Готовность средств массовой информации участвовать в деятельности по предупреждению травматизма и насилия  
Эффективные учреждения и ведомства, которые занимаются предупреждением травматизма  
Хорошо подготовленные и преданные своему делу профессионалы  
Небольшой размер страны облегчает обмен информацией и сотрудничество  
Законы, которые обязывают медицинских работников участвовать в деятельности по защите детей  
Уголовные дела, получившие широкий общественный резонанс, которые привели к изменениям законодательства в отношении защиты детей и насилия со стороны интимного партнера  
Законы, запрещающие владение огнестрельным оружием  
Регулирование продажи алкогольных напитков  
Заинтересованность доноров в предупреждении межличностного насилия  
Активные неправительственные организации

## 3.8 Как удалось достичь прогресса в предупреждении травматизма и насилия?

В странах повысилось стремление к сокращению бремени травматизма и насилия с помощью осуществления профилактических мер и активизировалась деятельность в этом направлении. Серьезным стимулом для повышения заинтересованности в решении проблемы травматизма и насилия в значительной степени стал политический импульс, полученный благодаря резолюциям Всемирной ассамблеи

здравоохранения, резолюции Европейского регионального комитета ВОЗ и Рекомендациям Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности (11–13, 15, 40).

### 3.8.1 Работа в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве

Государства-члены проявляют все больший интерес к совместной работе с ВОЗ в рамках двухгодичных договоров о сотрудничестве. Наблюдается постоянное расширение подобного сотрудничества: в 2004–2005 гг. действовало 5 соглашений, в 2006–2007 гг. – 9, в 2008–2009 гг. – 14, а в 2010–2011 гг. их число достигло 18. Мероприятия, осуществляемые в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве, относятся к четырем приоритетным областям: предупреждение дорожно-транспортного травматизма, предупреждение межличностного насилия, наращивание потенциала и эпиднадзор, включая проведение обследований.

### 3.8.2 Разработка национальных стратегий

Целенаправленная поддержка при разработке национальных стратегий по предупреждению насилия и травматизма предоставлялась 16 странам, включая 10 государств, входящих в ЕС (Австрия, Беларусь, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Германия, Кипр, Кыргызстан, Латвия, Литва, Российская Федерация, Румыния, Словакия, Туркменистан, Турция, Чешская Республика и Эстония). Оказывавшаяся поддержка варьировала от информационно-пропагандистской деятельности до более целенаправленного участия в процессе разработки политики.

### 3.8.3 Наращивание потенциала

Много усилий было также направлено на укрепление потенциала национальных систем здравоохранения по реагированию на проблему травматизма. Основной упор делался на разработку политики, эпиднадзор, осуществление практических мер, основанных на фактических данных, и на проведение оценки. Для национальных координаторов проведено несколько семинаров по наращиванию потенциала, их цель – укрепление роли стратегического управления сектора здравоохранения для обеспечения межсекторальной деятельности по предупреждению травматизма.

Международными экспертами была разработана учебная программа ВОЗ TEACH-VIP (Training,

Educating and Advancing Collaboration in Health on Violence and Injury Prevention – Обучение, просвещение и расширение сотрудничества для предупреждения насилия и травматизма в целях сохранения здоровья) (41), которая затем была переведена на русский язык. Эта учебная программа использовалась в семинарах по подготовке преподавателей. Первый подобный семинар был проведен в сентябре 2007 г.; в нем приняли участие русскоязычные специалисты. Второй семинар был проведен в ноябре 2009 г.; в нем приняли участие национальные координаторы и преподаватели из стран, входящих в Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы. Эти семинары получили одобрение участников, а несколько стран сообщили о том, что курс был адаптирован для применения в местных условиях и включен в основные учебные планы по подготовке профессионалов в области здравоохранения. Семинары по подготовке преподавателей прошли в Беларуси, бывшей югославской Республике Македония, Кыргызстане, Российской Федерации и Узбекистане.

Программа была переведена и на другие языки: венгерский, испанский, латышский, литовский, македонский, румынский, русский, турецкий, в этих странах были проведены семинары по наращиванию потенциала с целью включения курса TEACH-VIP в учебные планы подготовки специалистов в ВУЗах и курсов повышения квалификации. В будущем учебная программа TEACH-VIP будет адаптирована и/или переведена на местные языки в Албании, Казахстане, Республике Молдова, Туркменистане, Чешской Республике, Черногории и Эстонии.

Разработан и переведен на русский язык модуль программы TEACH-VIP, посвященный алкоголю и насилию. Идет работа по составлению новых лекций, посвященных эпиднадзору, разработке национальных стратегий и информационно-пропагандистской деятельности, в которых особое внимание будет уделяться европейскому контексту. В целях передачи знаний и навыков по предупреждению травматизма и насилия была запущена программа кураторской поддержки MENTOR-VIP для кураторов и их подопечных из стран Европы. Координация этой программы осуществляется штаб-квартирой ВОЗ (42). Онлайн-версия курса TEACH-VIP в 2010 г. стала доступна для дистанционного обучения, что значительно сокращает затраты и предоставляет больше возможностей для адаптации программы с учетом потребностей участников (43).



### 3.8.4 Повышение качества эпиднадзора за травматизмом

В Беларуси, Литве, на Мальте и в Российской Федерации деятельность по эпиднадзору за травматизмом осуществляется на базе больниц, а в бывшей югославской Республике Македония проведено обследование по вопросам травматизма на базе общин, в основу которого легли рекомендации, разработанные ВОЗ (44). В бывшей югославской Республике Македония, Латвии, Литве и Румынии проводятся обследования по изучению влияния отрицательного опыта, пережитого в детстве (45).

Беларуси, Венгрии, Кыргызстану, Туркменистану и Узбекистану предоставлена помощь в разработке аналитических документов по предупреждению травматизма с использованием данных эпиднадзора. Кроме того, ВОЗ участвует в работе комитетов по созданию реестров по травматизму в Венгрии, Литве, Словакии и Чешской Республике, а также в проекте по разработке Европейской базы данных по травматизму (46,47), который финансируется Европейской комиссией и осуществляется в 15 странах ЕС.

### 3.8.5 Оказание поддержки сети национальных координаторов

Начиная с 2005 г. проведено пять заседаний сети национальных координаторов, которые принимали министерства здравоохранения Нидерландов (2005 г.), Австрии (2006 г.), Португалии (2007 г.), Финляндии (2008 г.) и Германии (2009 г.). На всех встречах обсуждались ключевые положения резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности, в частности, наращивание потенциала, эпиднадзор и информационно-пропагандистская деятельность. На одной из этих встреч был проведен краткий обучающий семинар с использованием программы TEACH-VIP (41), чтобы ознакомить национальных координаторов с подходом системы здравоохранения к предупреждению травматизма и насилия и способствовать использованию этого учебного курса для наращивания потенциала в странах. На заседании сети национальных координаторов в 2009 г. им были представлены новые уроки по эпиднадзору, национальной политике и информационно-пропагандистской деятельности. Рабочая группа по предупреждению травматизма и содействию безопасности под эгидой Европейской комиссии ежегодно встречается с представителями ЕС

(многие из представителей стран также являются национальными координаторами) и ВОЗ.

Кроме того, два глобальных совещания национальных координаторов проводились в рамках Восьмой всемирной конференции по предупреждению травматизма и укреплению безопасности (Дурбан, Южная Африка, 2006 г.) и Девятой конференции (Мерида, Мексика, 2008 г.). В обоих мероприятиях широко были представлены участники из европейских стран. Совещания способствовали обмену опытом и методами научно обоснованной практики между национальными координаторами из различных стран. Третье подобное совещание планируется провести в рамках Десятой всемирной конференции, которая пройдет 21–24 сентября 2010 г. в Лондоне, Соединенное Королевство (48).

В планах – два субрегиональных семинара для национальных координаторов, посвященных кураторству. Национальные координаторы из субрегиона, в который входят северные и балтийские страны, участвовали в семинаре по кураторству, прошедшем в 2009 г. в Эстонии, а следующий подобный семинар будет проводиться в Италии в 2010 г. для национальных координаторов из субрегиона, в который входят страны Южной и Восточной Европы. Эти семинары позволяют обмениваться опытом различного уровня. Также в Латвии был проведен субрегиональный семинар по предупреждению семейного насилия, в котором опытом научно обоснованной практики обменялись национальные координаторы и эксперты из северных и балтийских стран.

### 3.8.6 Техническая поддержка распространения примеров научно обоснованной практики

Чтобы свести воедино самую современную информацию о бремени насилия и травматизма в Европейском регионе ВОЗ и предоставить основанные на фактических данных решения этой проблемы был выпущен ряд публикаций (5,23,25,49) и кратких аналитических обзоров (29,47,50–56). Эти публикации активно распространялись среди национальных координаторов и более широкой аудитории, включающей других разработчиков политики, практиков и ученых, для популяризации и внедрения примеров научно обоснованной практики через сеть национальных координаторов по предупреждению травматизма и насилия, а также через другие сети. В приложении 5 перечислены актуальные публикации по предупреждению травматизма и насилия.

### 3.8.7 Развитие сотрудничества с другими сетями и партнерствами

Также ведется сотрудничество с EuroSafe (Европейская ассоциация по предупреждению травматизма и содействию безопасности); Европейским альянсом по безопасности детей, инициативой EuroSafe в рамках Плана действий по обеспечению безопасности детей, программой “Деятельность общественного здравоохранения во имя более безопасной Европы”, проектом “Меры наилучшей практики по обеспечению безопасности дорожного движения”, Европейской сетью по антиалкогольной политике, а также Сетью стран Юго-Восточной Европы по предупреждению травматизма. Созданы партнерства с Генеральными директоратами Европейской комиссии по здравоохранению и защите прав потребителей и по транспорту и энергетике. Продолжается сотрудничество с другими международными структурами, такими как Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Организация по экономическому сотрудничеству и развитию, Европейская экономическая комиссия ООН, Совет Европы, Европейский совет по транспорту и безопасности, Международный транспортный форум и Всемирный банк. В 2007 г. Высший орган исполнительной власти Шотландии выступил принимающей стороной для участников Третьего совещания по основным этапам Всемирной кампании по предупреждению насилия, а в 2009 г. штаб-квартира ВОЗ приняла Четвертое совещание по основным этапам, в котором приняли участие больше 200 делегатов со всего мира, многие из которых представляли европейские страны. В 2009 г. в Лондоне был проведен международный политический диалог, посвященный насилию среди детей и молодежи с применением ножей, который принимало правительство Соединенного Королевства. Во время политического диалога было предложено выпустить европейский доклад по насилию среди детей и молодежи с применением ножей, подготовка которого ведется в настоящее время. Также осуществляется обмен техническими знаниями и опытом с сетью сотрудничающих центров ВОЗ. Наблюдается растущий интерес со стороны европейских центров к получению права называться сотрудничающими центрами ВОЗ.

### 3.8.8 Техническая поддержка для повышения качества помощи пострадавшим

В июне 2008 г. правительство Италии выступило принимающей стороной регионального консультативного совещания по подготовке “Всемирного

доклада по нетрудоспособности и реабилитации”, которое было организовано совместно со штаб-квартирой ВОЗ. Этот доклад, который планируется выпустить в 2010 г., будет совместной публикацией ВОЗ и Всемирного банка. В его составлении принимает участие множество экспертов по вопросам нетрудоспособности и реабилитации. В докладе будет представлено всеобъемлющее описание масштабов проблемы нетрудоспособности и разработанных на настоящий момент ответных действий, а также будут даны рекомендации в отношении действий, основанных на наилучших из имеющихся научных данных. Этот доклад будет предназначен для широкой аудитории: от разработчиков политики и провайдеров услуг до самих людей с ограниченными возможностями.

### 3.8.9 Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире

Проект по составлению “Доклада о состоянии безопасности дорожного движения в мире” (49) финансировался Bloomberg Philanthropies. В Европе национальные обследования были проведены в 49 странах. Многие национальные координаторы взяли на себя лидирующую роль в организации национального сбора данных (5). “Европейский доклад о состоянии безопасности дорожного движения” был представлен на Первой всемирной министерской конференции по безопасности дорожного движения, которая прошла в Российской Федерации в ноябре 2009 г. На Конференции была принята Московская декларация (57).

Доклад представляет собой первый глубокий анализ состояния безопасности дорожного движения. Он показывает, что положительные сдвиги в области безопасности дорожного движения в Европейском регионе ВОЗ распределяются неравномерно: 70% жертв ДТП живут в странах с более низкими доходами, что подчеркивает тяжесть ситуации для уязвимых участников дорожного движения. В 2010 г. планируется представление доклада в странах. Это направлено на дальнейшую пропаганду важности обеспечения безопасности на дорогах. Вторая фаза проекта должна начаться в 2010 г., она будет заключаться в реализации и оценке пилотных проектов в Российской Федерации и Турции, а также проведении нового анализа состояния безопасности дорожного движения в мире.

### 3.8.10 Всемирный и Европейский доклад по предупреждению детского травматизма

Эти доклады показывают, что травматизм – это лидирующая причина смертности среди детей, и содержат обзор действий по профилактике, основанных на фактических данных. Европейский доклад, предназначенный для разработчиков политики, профессионалов и активистов, был успешно представлен в различных странах, включая Беларусь, бывшую югославскую Республику Македония, Венгрию, Италию, Испанию, Кыргызстан, Португалию, Российскую Федерацию, Словакию, Узбекистан, Финляндию, Чешскую Республику и Эстонию. Он призывает к тому, чтобы этой важнейшей причине детской смертности уделялось более приоритетное внимание, путем превращения предупреждения этого вида травматизма в одно из важнейших направлений деятельности как внутри сектора здравоохранения, так и за его пределами.

### 3.8.11 Информационно-пропагандистская деятельность в сфере безопасности дорожного движения

Оказывалась поддержка мероприятиям, проводившимся в рамках Первой всемирной недели дорожной безопасности ООН (23–29 апреля 2007 г.), которая стала успешным глобальным информационно-пропагандистским событием, организованным штаб-квартирой ВОЗ. Это мероприятие позволило поднять вопросы, связанные с молодежью и безопасностью дорожного движения, на новый приоритетный уровень (58). В Европейском регионе ВОЗ активная поддержка, оказываемая 20 странам в тесном сотрудничестве со страновыми офисами ВОЗ, способствовала объединению усилий министерств здравоохранения и других секторов в целях разработки информационно-пропагандистских мер, способствующих укреплению безопасности дорожного движения. Кроме того, в рамках сотрудничества с Генеральным директором по транспорту и энергетике Европейской комиссии были организованы специальные мероприятия, посвященные Первому европейскому дню дорожной безопасности, прошедшему в 2007 г., Второму европейскому дню дорожной безопасности, прошедшему 13 октября 2008 г. в Париже.



# 4. ВЫВОДЫ И НАПРАВЛЕНИЯ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

## 4.1 Достигнутый прогресс и остающиеся проблемы

Сорок семь государств-членов Европейского региона ВОЗ приняли участие в опросе. Это указывает на положительную динамику по сравнению с прошлыми годами. Из ответивших стран 25 являются членами ЕС (доля ответивших стран 96%), а 22 – не являются (доля ответивших стран – 85%). Вызывает оптимизм то, что в опросе 2009 г. приняло участие больше стран с федеральной структурой (например, Германия и Швейцария), несмотря на сложности в сборе данных, с которыми им приходится сталкиваться. В будущем в инструментах проведения обследования должны быть учтены эти контекстуальные особенности. Более того, в опросе также приняли участие многие страны восточной части Региона. Это – важный факт, учитывая более высокие показатели смертности от травматизма в этой части Региона.



Этот отчет демонстрирует, что устойчивое и расширяющееся сотрудничество между государствами-членами и международными организациями способствовало достижению значительного прогресса в выполнении резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности. Резолюция стала стимулом для положительных сдвигов, что отметили 75% стран, указав на то, что она позволила поднять

вопросы предупреждения насилия и травматизма на более высокий уровень в национальной политической повестке дня и активизировать деятельность в этом направлении. Более того, за последний год удалось достичь вдохновляющего прогресса в выполнении резолюции и Рекомендаций Европейского совета: 65% стран сообщили о разработке национальной политики, 74% – о проведении эпиднадзора, 63% – о наращивании потенциала, 76% – о межсекторальном сотрудничестве, а 59% – о предоставлении экстренной помощи при травмах на основе принципов доказательной медицины. Достижению такого прогресса способствовало то, что в 93% стран имела благоприятная политическая среда, включающая политическую поддержку разработки национальной политики по предупреждению травматизма и насилия и лидирующую роль сектора здравоохранения в координации совместной с другими секторами деятельности, направленной на выполнение положений резолюции. Однако только в 54% стран имелся бюджет для обеспечения этой деятельности, и по этому направлению требуется добиться улучшения ситуации, чтобы укрепить координацию.

### 4.1.1 Прогресс, достигнутый в предупреждении непреднамеренного травматизма, и остающиеся проблемы

В отношении разработки национальной политики в 60% стран имеются интегрированные стратегии по предупреждению непреднамеренного травматизма; этот показатель увеличился в странах со сравнимыми данными на 19 процентных пунктов по сравнению с 2008 г. Во многих странах были также разработаны национальные стратегии по предупреждению отдельных видов травматизма. Тогда как в большинстве стран имеется национальная политика по безопасности дорожного движения (95%), лишь в половине или даже меньшем количестве стран разработаны стратегии по предупреждению других видов непреднамеренного травматизма: отравлений, пожаров и ожогов, падений или утоплений.

Сектор транспорта продемонстрировал лидерство в разработке стратегий по безопасности

дорожного движения, что отражается в широких масштабах реализации эффективных мер в большинстве стран. Однако гораздо меньше было сделано в отношении снижения уровня дорожно-транспортного травматизма среди детей и молодых людей, для которых аварии на дорогах все еще являются ведущей причиной смертности. По этому показателю с 2008 г. не произошло никаких положительных изменений (31). Кроме того, необходимо разрабатывать альтернативные и более безопасные виды транспорта, чтобы обеспечить снижение рисков для здоровья (загрязнение воздуха и недостаток физической активности), которые связаны с существующей сегодня зависимостью от частного автотранспорта (26).

Разработка национальных стратегий по предупреждению утоплений (40%), падений (53%) и отравлений (48%) находится на низком уровне, что отражается в сравнительно редкой реализации основанных на фактических данных вмешательств по предупреждению этих видов травматизма на национальном уровне. Доля реализации программ профилактики для всех видов непреднамеренного травматизма увеличилась за период с 2008 по 2009 г. в целом на 10 процентных пунктов, но в отношении предупреждения утоплений, пожаров и ожогов наблюдался наименьший прогресс. Это вызывает обеспокоенность, так как, например, утопления являются ведущей причиной смертности от непреднамеренного травматизма среди детей в возрасте от 1 до 5 лет (1). Также отмечается низкий уровень реализации программ по предупреждению отравлений, которые являются ведущей причиной смертности от травматизма в ряде стран. Важным шагом будет более широкое внедрение мер, направленных на предупреждение отравлений у детей, например, использование емкостей со встроенной защитой от вскрытия детьми (1,25). Большая доля случаев смерти от отравлений среди взрослых связана с острой алкогольной интоксикацией (1,59). Необходимо более широко применять меры по борьбе с этим явлением. Следует уделять больше внимания реализации программ на уровне субрегиона стран Балтии, где отмечены высокие уровни утоплений и отравлений при более низком уровне реализации программ, который не соответствует масштабу проблемы.

#### 4.1.2 Прогресс, достигнутый в предупреждении насилия и остающиеся проблемы

В 46% стран разработаны интегрированные стратегии по предупреждению насилия, что на 24 процентных пункта выше подобных показателей за 2008 г. Показатели разработки национальных

стратегий по предупреждению отдельных видов насилия в странах-респондентах были различными. Тогда как этот показатель достаточно высок для предупреждения жестокого обращения с детьми (стратегии имеются в 79% стран) и насилия со стороны интимного партнера (76%), он был ниже для предупреждения насилия над пожилыми (40% стран), насилия среди детей и молодежи (62%), а также насилия, направленного на себя (45%). Показатели разработки политики с 2008 г. значительно улучшились, но доля реализации программ профилактики возросла только на два процентных пункта; увеличение показателей реализации было самым незначительным для предупреждения насилия над пожилыми, насилия среди детей и молодежи и жестокого обращения с детьми. Самоубийства являются ведущей причиной смертности от травматизма в большинстве стран Региона. Необходимо продолжить те усилия, которые в недавнем времени начал предпринимать сектор здравоохранения в отношении разработки стратегий по предупреждению этого вида насилия, а также и далее проводить реализацию программ, основанных на фактических данных (1). Насилие среди детей и молодежи рассматривается как растущая проблема во многих странах, поэтому в большем числе стран требуется разрабатывать стратегии по его предупреждению (14). Медианная доля реализации программ по предупреждению насилия среди детей и молодежи в Регионе является высокой, хотя в большинстве стран они реализовывались в некоторых местах, а не в национальном масштабе. Для реализации некоторых важных вмешательств по предупреждению насилия среди детей и молодежи требуется руководящая роль со стороны секторов здравоохранения и образования. Сектор здравоохранения мог бы внести свой вклад, играя роль координатора, обмениваясь информацией и проводя оценку. Предупреждение жестокого и пренебрежительного обращения с детьми является приоритетным направлением в большинстве стран. Внедрение программ по профилактике в большинстве ответивших стран ограничено местным уровнем. Программы должны реализовываться более широко, особенно учитывая существование фактических данных о тесной связи жестокого обращения с детьми с новыми витками насилия в будущем, а также о его отдаленных последствиях для здоровья (14,45). Предупреждение жестокого обращения с пожилыми – это еще одна серьезная проблема в Регионе, особенно учитывая существующие демографические тенденции. Системы здравоохранения могут обеспечить предупреждение этого вида насилия в специализированных домах для

престарелых, другие же меры и подходы требуют вовлечения гражданского общества и наделения полномочиями самих пожилых людей (14). Для большинства видов насилия, основной проблемой остается расширение национального охвата программами, основанными на фактических данных. Сектор здравоохранения должен обеспечить проведение оценки результатов и качества реализации подобных программ и вмешательств.

#### 4.1.3 Прогресс, достигнутый в снижении факторов риска насилия и травматизма, и остающиеся проблемы

Значение алкоголя, как ведущего фактора риска как для травматизма, так и для насилия широко признается в Регионе. Оптимизм вызывает то, что 80% стран-респондентов сообщили, что в национальных стратегиях по предупреждению непреднамеренного травматизма алкоголь был определен как фактор риска, а 87% стран сообщили о том же в отношении насилия. Из вмешательств в отношении потребления алкоголя реализовывались 76%, но в ряде стран показатели смертности, обусловленной потреблением алкоголя, все еще находятся на высоком уровне, особенно в странах восточной части Региона. Необходимо более широкое внедрение программ на базе системы здравоохранения. Очевидно, что структура и уровни потребления алкоголя значительно различаются между странами Региона: в некоторых странах вред от потребления алкоголя высок, например в восточной части Региона, в северных странах и странах Западной Европы, тогда как в странах Южной Европы вред, наносимый алкоголем ниже (36,59). Меры финансового и законодательного контроля, в частности, налогообложение и обеспечение соблюдения законов, а также, главным образом, вмешательства на базе систем здравоохранения, например краткие консультативные вмешательства в отделениях экстренной помощи или подобные вмешательства, проводимые врачами, должны более широко применяться в странах с высоким уровнем риска (8,37,60). Особое беспокойство вызывает низкий уровень соблюдения законов, направленных на предупреждение вреда, связанного с потреблением алкоголя малолетними.

Тогда как больше двух третей стран сообщили о том, что в национальных стратегиях социально-экономическое неравенство в отношении травматизма и насилия выделяется как приоритетная проблема, только в 52% стран имеются стратегии, направленные на снижение социально-экономических различий в отношении здоровья

между сегментами общества. Реализация вмешательств для снижения социально-экономических различий, направленных на социально неблагополучные группы, находится на низком уровне, исправление сложившейся ситуации будет иметь важное значение для достижения большей справедливости (61). Перед сектором здравоохранения стоит задача организовать совместную работу с секторами финансов, городского планирования, образования, социальной защиты и другими для улучшения доступа к услугам по профилактике и лечению, снижения факторов риска, укрепления сетей социальной поддержки и сокращения социальной стратификации.

## 4.2 Ограничения

Данное оценочное исследование проводилось на основе анкетирования национальных координаторов с использованием вопросника. Как уже отмечалось ранее, для всех обследований ограничениями являются вопросы достоверности и обоснованности данных. Учитывая это, национальным координаторам была дана возможность проверить полноту и достоверность профилей стран до их опубликования (17). Тем не менее некоторые вопросы, связанные с обоснованностью данных остались не решенными.

Например, патронажные посещения по месту жительства для предупреждения жестокого обращения с детьми могут интерпретироваться как носящие общепрофилактический характер, а не как целенаправленные вмешательства, направленные на поддержку семей, входящих в группу риска. Аналогично, некоторые программы, в частности, ограждение бассейнов могут не иметь актуальности в странах с холодным климатом. В странах с федеральной структурой могут разрабатываться региональные, а не национальные стратегии, и проводиться региональная, а не национальная реализация программ. Страны, где сферы ответственности передаются автономиям, могут не только сталкиваться с проблемами при сборе данных, но и также нуждаться в координирующем агентстве, которое будет играть ведущую роль в обеспечении единообразия при разработке и реализации стратегий во всех регионах.

Также может затрагиваться и достоверность данных. Например, сложности возникают, когда меры по предупреждению насилия и травматизма осуществляются другими секторами, так как эти меры непросто документировать. Чтобы свети подобные проблемы к минимуму, национальным координаторам было настоятельно рекомендовано поддерживать связь с заинтересованными

сторонами их других секторов. Кроме того, могли существовать проблемы, связанные с полнотой вопросника, и это может повлиять на результаты, особенно при сравнении данных за несколько лет подряд. Также, независимо от того, сколько информации было предоставлено при заполнении вопросника, в профилях стран дается только ее краткий обзор. Однако практики и разработчики политики могут ознакомиться с заполненными странами вопросниками, если они хотят получить более детальную информацию по странам. Хочется надеяться, что эта информация предоставит полезные базовые показатели для проведения оценки достигнутого прогресса в будущем

Кроме того, могут иметься проблемы, связанные с необъективностью информации, представленной при заполнении вопросников. Например, имеющиеся сведения о национальных стратегиях могут быть завышены или занижены. Чтобы разрешить эту проблему, респондентов попросили предоставить дополнительную информацию в подтверждение их ответов, например веб-сайты, где опубликованы национальные стратегии.

Уровень детализации в настоящем отчете также невысок, учитывая что здесь представлена краткая обзорная информация. Так, ответы на вопросы о разработке национальной политики представлены в формате частоты ее наличия. Однако заполненные странами вопросники предоставляют полноценную контекстуальную информацию и специфические детали той или иной стратегии. Более подробно с ними можно ознакомиться на веб-сайтах, где были опубликованы эти стратегии (20).

Другим ограничением этого обследования является то, что оно не включает все вмешательства и программы по предупреждению насилия и травматизма. Включены лишь выбранные вмешательства и программы из тех, что считаются эффективными, и этот список может быть неполным. Однако, список вмешательств был обновлен для проведения обследования 2009 г., что позволяет надеяться, что данные за этот год будут более полными.

Некоторую информацию следует интерпретировать с осторожностью. Например, данные по связанным с потреблением алкоголя дорожно-транспортным происшествиям (как с летальным, так и с нелетальным исходом) трудно сравнить, так как они в основном зависят и от степени исполнения законов, и от максимально разрешенного уровня концентрации алкоголя в крови водителей, то есть условий, которые отличаются друг от друга в разных странах. Поэтому

сравнения между странами могут быть проблематичными. Аналогично, для оценок по странам в анализе результатов обследования не делается различия между программами, реализуемыми в некоторых местах, и теми, которые реализуются в национальных масштабах. Однако странам настоятельно рекомендовано более широко внедрять те программы, которые успешно реализовывались на местном уровне.

Более того, разработка политики является динамическим процессом, поэтому более недавним инициативам или программам, разработанным очень давно, может уделяться неравное внимание (21,62). Учитывая это ограничение, у национальных координаторов есть возможность ежегодно обновлять информацию, чтобы хотя бы частично отобразить эту динамику. Подобное ограничение относится к внедрению программ – информация о длительности их реализации не собиралась.

Сбор и публикация подобной информации не обязательно будет служить стимулом для активизации действий. Однако она может успешно использоваться для проведения информационно-пропагандистской деятельности, как было продемонстрировано благодаря проектам “Европейские индикаторы по окружающей среде и здоровью” (63) и “План действий по обеспечению безопасности детей” (64). Отчеты по странам, в которых завышены цифры национальной реализации программ (например по предупреждению жестокого обращения с детьми), могут приводить к самоуспокоенности. Качественные индикаторы осуществления политики, которые можно использовать для информационно-пропагандистской деятельности и проведения эталонных сравнений, не могут служить заменой индикаторам конечных результатов, и необходимо проводить долгосрочную оценку ситуации, используя данные о смертности и заболеваемости за определенные временные промежутки. Хотя проведение такой оценки было бы очень желательным, это станет возможным только в будущем, так как для подготовки наборов данных по смертности требуется 2–3 года, и необходим более длительный период сбора данных, прежде чем будет видно, что национальная политика отразилась на конечных результатах. При составлении настоящего отчета такой подход был неосуществим, так как период проведения наблюдений с момента принятия резолюции EUR/RC55/R9 в 2005 г. и Рекомендаций Европейского совета в 2007 г. был слишком коротким. В будущих оценках, скорее всего, будет возможно преодолеть эти ограничения.

## 4.3 Будущие проблемы и возможности

При предупреждении травматизма и насилия приходится сталкиваться с рядом сложностей. Например, как обеспечить, чтобы этот вопрос оставался приоритетным в политической повестке дня; как лучше использовать знания и опыт для наращивания потенциала в Европейском регионе ВОЗ; как преодолеть ограничения, связанные с человеческими и финансовыми ресурсами. Для систем здравоохранения были определены следующие возможности ответных действий на эту ведущую угрозу для общественного здравоохранения в Регионе.

- За последнее десятилетие сформирована критическая масса разработчиков политики, национальных координаторов и практикующих специалистов в сфере предупреждения насилия и травматизма в Европе. Эти сети по обеспечению сотрудничества активизируют свою деятельность по разработке и внедрению политики в сфере общественного здравоохранения и являются серьезным вкладом в будущее развитие.
- Такие сети, как сеть национальных координаторов от министерств здравоохранения, обеспечивают возможности обмена и популяризации опыта и практических подходов, основанных на фактических данных.
- Укрепляются субрегиональные сети практиков, преподавателей и национальных координаторов. Работа с использованием этих сетей является перспективной из-за контекстуальных, языковых и географических сходств.
- Расширяется доказательная база, и в настоящем отчете представлен масштаб практического применения программ в Регионе в целом и в странах ЕС в частности (Приложение 1). Подобное картирование является первым шагом по учету мер в сфере общественного здравоохранения, направленных на снижение бремени травматизма, и служит отправной точкой для оценки будущего прогресса на региональном и национальном уровне.
- Информация по странам и реестр национальных стратегий по предупреждению травматизма и насилия были опубликованы на веб-сайте Европейского регионального бюро ВОЗ. Они представляют собой источник доступной информации, которую можно использовать в качестве исходных показателей для оценки прогресса в будущем. Кроме того, эти ресурсы дают возможность призвать к большей приверженности и активизации действий по предупреждению травматизма и насилия (39).
- Многие программы осуществляются на местном уровне, и их можно использовать в качестве примеров для обоснования необходимости выработки национальной политики, а также и в качестве важных уроков, которые можно использовать при внедрении стратегий в будущем.
- Набирают силу инициативы по наращиванию кадрового потенциала для предупреждения насилия и травматизма с использованием учебного курса ВОЗ TEACH-VIP, и существует возможность его включения в учебные планы по подготовке профессионалов для работы в секторе здравоохранения и других секторах.
- Существует возможность сделать такое развитие потенциала постоянным путем инвестиций в сети преподавателей, которые могут работать как на национальном, так и на субрегиональном уровне.
- Имеется возможность совместной работы различных агентств внутри секторов и между ними, и это также возможно на международном уровне, например между ВОЗ, Европейской комиссией, ЮНИСЕФ и Фондом ООН для развития в поддержку женщин (ЮНИФЕМ ООН).
- Существует возможность повысить осведомленность секторов юстиции, образования и других о пользе экономически эффективных вмешательств по предупреждению насилия на ранних этапах и вовлечь их в работу в качестве лидеров и партнеров.
- Системы здравоохранения могут играть ведущую роль, обеспечивая стратегическое руководство и координацию реализации межсекторальных мер, предпринимаемых в отношении тех видов травматизма и насилия, которые не находятся в центре внимания других структур. Это касается предупреждения утоплений, падений и отравлений, жестокого и пренебрежительного обращения с детьми и пожилыми, насилия со стороны интимного партнера и насилия, направленного на себя. Также имеется возможность содействовать реализации основанных на фактических данных мер в таких областях, как предупреждение пожаров и профилактика насилия среди детей и молодежи, по которым руководство обеспечивается другими секторами.
- Сектор здравоохранения занимает центральную позицию для проведения анализа потребностей населения и оказания помощи



при проведении оценки качества программ в рамках той роли, которую он должен играть в сотрудничестве между секторами.

- Имеется возможность составить более полное описание бремени, причин и воздействия умышленного и непреднамеренного травматизма, организуя надежные и обеспечивающие сравнимость данных системы эпиднадзора, используя данные больниц, дополненные обследованиями в отношении межличностного насилия, проводимыми на базе сообществ.
- Государства-члены стремятся получить технические рекомендации от ВОЗ, это предоставляет возможность оказать поддержку системам здравоохранения в выполнении их обязанностей по проведению профилактики. Это подтверждается растущим числом запросов на заключение двухлетних договоров о сотрудничестве с ВОЗ.
- Существует возможность использовать такие материалы, как ТЕАСН-VIP, для разработки тренингов для других секторов, например, образования, окружающей среды, социальной поддержки, жилищного хозяйства и юстиции, которые являются ключевыми партнерами в предупреждении насилия и травматизма.
- В некоторых сферах имеется возможность синергии действий внутри систем здравоохранения для практиков, занимающихся предупреждением насилия и травматизма, например, работы в рамках сетей по поддержке психического здоровья, разработки политики в отношении потребления алкоголя и социальных детерминант (59).
- Пятая министерская конференция по окружающей среде и здоровью, прошедшая в 10–12 марта 2010 г., предоставила возможность еще раз подтвердить политическую приверженность предупреждению насилия и травматизма. Дальнейшим шагом в этом направлении станет предложенная Встреча высокого уровня министров здравоохранения по предупреждению травматизма и насилия, принимающей стороной которой будет правительство Соединенного Королевства. Она состоится в рамках Десятой всемирной конференции по предупреждению травматизма и содействию безопасности, которая пройдет в Лондоне 21–24 сентября 2010 г.

## 4.4 Направления дальнейшей деятельности и следующие шаги

Сектору здравоохранения и его партнерам необходимо постоянно работать в направлении сокращения неравенства в отношении насилия и травматизма между странами Европейского региона ВОЗ и внутри них. Прогресс, отраженный в этом отчете, воодушевляет и подчеркивает тот факт, что будущий успех может быть устойчивым, только если страны и международные организации будут демонстрировать политическую приверженность и выделять ресурсы. Ниже приводятся ключевые шаги, которые необходимо предпринять:

1. Развивать имеющиеся наработки, более активно разрабатывая национальные стратегии, а также добиваться более масштабной реализации программ, основанных на фактических данных, в странах Региона (Таблица 3).
2. Укреплять политическую приверженность и сотрудничество между ВОЗ и Европейской комиссией, странами и гражданским обществом, чтобы сохранить достигнутую динамику.
3. Для расширения информационной базы в Регионе использовать исследования и стандартные системы сбора информации при проведении оценки программ на основе индикаторов конечных результатов.
4. Улучшать доступ к надежным и сравнимым данным эпиднадзора за травматизмом, чтобы повысить осведомленность в Регионе о масштабе, причинах и последствиях этой проблемы.
5. Активизировать усилия по наращиванию институционального потенциала и проводить обучение работников сектора здравоохранения и других секторов, вводя такие курсы, как ТЕАСН-VIP, в основные учебные планы.
6. Обеспечивать потребности в отношении укрепления материально-технической базы для повышения уровня травматологической помощи в Регионе.
7. Продолжать оказывать поддержку существующей сети национальных координаторов от министерств здравоохранения, отвечающих за вопросы предупреждения травматизма и насилия, и способствовать обмену опытом и знаниями на субрегиональном уровне.
8. Изыскивать новые возможности для сотрудничества с другими секторами и сетями,

включая научные круги и организации гражданского общества, а также лучше использовать потенциал, который предоставляет подобное сотрудничество.

9. Проводить дальнейшие оценочные исследования, применяя сравнимые индикаторы разработки политики к предложенным в этом отчете данным, а также используя индикаторы конечных результатов
10. Обеспечивать продолжение международного сотрудничества, результатом которого является реализация программ на местах.

11. Увеличить вложения в ресурсную базу и обеспечить политическую приверженность для:
  - наиболее полного использования представленных выше возможностей;
  - дальнейшего развития имеющихся наработок;
  - восполнения пробелов, выявленных в настоящем отчете;
  - активизации усилий в государствах-членах и в Регионе в целом.

Таблица 3. Действия, которые необходимо предпринять в будущем для снижения бремени травматизма и насилия в Европейском регионе ВОЗ, и роль систем здравоохранения

Необходимые действия	Ответственные сектора
Выработка и реализация политики по предупреждению утоплений и отравлений	Здравоохранения
Выработка и реализация политики по предупреждению падений	Здравоохранения, жилищного хозяйства, организации досуга
Выработка и реализация политики по предупреждению ожогов	Жилищного хозяйства
Выработка и реализация политики по предупреждению суицидов	Здравоохранения
Выработка политики по предупреждению насилия среди детей и молодежи	Образования, юстиции, здравоохранения
Реализация политики по предупреждению насилия среди детей и молодежи	Образования, юстиции, здравоохранения
Выработка и реализация стратегий по предупреждению насилия со стороны интимного партнера, жестокого и пренебрежительного обращения с детьми и жестокого обращения с пожилыми	Здравоохранения и юстиции
Совершенствование эпиднадзора за травматизмом и насилием	Здравоохранения
Наращивание потенциала путем включения учебной программы TEACH-VIP в планы подготовки работников здравоохранения	Здравоохранения
Наращивание потенциала путем обмена примерами научно обоснованной практики и внедрения программ обеспечения качества	Здравоохранения
Разработка политики по безопасности дорожного движения и реализация программ	Транспорта
Развитие более безопасных альтернативных видов транспорта	Транспорта
Сокращение социально-экономического неравенства	Финансов
Снижение доступности алкоголя в периоды высокого риска	Здравоохранения и организации досуга
Взаимодействие с местными органами власти для обеспечения более широкого национального охвата различными программами	Здравоохранения

# 5. БИБЛИОГРАФИЯ

- (1) Sethi D et al. *Травматизм и насилие в Европе. В чем важность этой проблемы, и что можно сделать..* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 г. (<http://www.euro.who.int/Document/E87321R.pdf?language=Russian>, по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (2) *The global burden of disease: 2004 update.* Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html), accessed 5 February 2010).
- (3) Deaths and DALYs 2004: annex tables. In: *The global burden of disease: 2004 update.* Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html), accessed 5 February 2010).
- (4) Jacobs G, Aeron-Thomas A, Astrop A. *Estimating global road fatalities.* Crowthorne, Transport Research Laboratory, 2000.
- (5) *Европейский доклад о состоянии безопасности дорожного движения.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 г. (<http://www.euro.who.int/document/e92789R.pdf>, по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (6) Veisten K, Nossum Å. *Hva koster skader pga hjemmeulykker, utdanningsulykker, idrettsulykker og fritidsulykker det norske samfunnet? [What is the economic cost of injuries due to accidents at home, at school, in sports and in other leisure activities in Norway?]* Oslo, Institute of Transport Economics, 2007 (<http://www.toi.no/getfile.php/Publikasjoner/T%D8I%20rapporter/2007/880-2007/880-2007-internett.pdf>, accessed 5 February 2010).
- (7) Walby S. *The cost of domestic violence.* London, Women and Equality Unit, 2004.
- (8) Sethi D et al. Reducing inequalities from injuries in Europe. *Lancet*, 2006, 368:2243–2250.
- (9) Roberts I, Power C. Does the decline in child mortality vary by social class? A comparison of class specific mortality in 1981 and 1991. *British Medical Journal*, 1996, 313:784–786.
- (10) Edwards P et al. Deaths from injury in children and employment status in family: analysis of trends in class specific death rates. *British Medical Journal*, 2006, 333:119.
- (11) *Резолюция EUR/RC55/R9 о предупреждении травматизма в Европейском регионе ВОЗ.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922\\_1?language=Russian](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922_1?language=Russian), по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (12) European Council. Council recommendation of 31 May 2007 on the prevention of injury and promotion of safety. *Official Journal of the European Union*, 2007, C 164:1–2 (<http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/13councilrecommendation.htm>, accessed 5 February 2010).
- (13) Резолюция WHA56.24 Всемирной ассамблеи здравоохранения “Выполнение рекомендаций, содержащихся в Докладе о насилии и здоровье в мире”. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. ([http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA56/ra56r24.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ra56r24.pdf), по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (14) Krug E и др., (под редакцией) *Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г. ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/full\\_ru.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_ru.pdf), по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (15) Резолюция WHA57.10 Всемирной ассамблеи здравоохранения: “Дорожная безопасность и здоровье”. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R10-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R10-ru.pdf), по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (16) *WHO Expert Group Meeting on the WHO and DG SANCO Collaborative Project: meeting to discuss policy tools for reporting back on progress with implementing the resolution on the prevention of injuries, Lisbon, Portugal, 21 November 2007.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/Document/VIP/dgsanco\\_report.pdf](http://www.euro.who.int/Document/VIP/dgsanco_report.pdf), accessed 5 February 2010).
- (17) Sethi D et al. *Progress in preventing injuries in the WHO European Region.* Copenhagen, WHO

- Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080912\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080912_1), accessed 5 February 2010).
- (18) Европейская база данных “Здоровье для всех” [онлайн база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 г. (<http://www.euro.who.int/hfadbf?language=Russian>, по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (19) Европейская база детализированных данных о смертности (DMDB) [онлайн база данных]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20070615\\_2?language=Russian](http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20070615_2?language=Russian), по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (20) *European inventory of national policies for the prevention of violence and injuries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://data.euro.who.int/InjuryPrevention/?TabID=149801>, accessed 5 February 2010).
- (21) Shields N et al. *National responses to preventing violence and unintentional injuries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89258.pdf>, accessed 5 February 2010).
- (22) Schopper D, Lormand J-D, Waxweiler R. *Developing policies to prevent violence and injuries: a guideline for policy-makers and planners*. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/39919\\_oms\\_br\\_2.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf), accessed 5 February 2010).
- (23) Peden M et al., eds. *World report on child injury prevention*. Geneva, World Health Organization and UNICEF, 2008 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/en](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en), accessed 5 February 2010).
- (24) Peden M и др., (под редакцией). *Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма*, Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/5777701582\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/5777701582_rus.pdf), по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (25) Sethi D et al. *Европейский доклад о профилактике детского травматизма*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090204\\_1?language=Russian](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090204_1?language=Russian), по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (26) Рациорпи F и др. *Предупреждение дорожно-транспортного травматизма: перспективы здравоохранения в Европе*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (<http://www.euro.who.int/document/E82659r.pdf>, по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (27) *Предупреждение травматизма и насилия. Методическое руководство для министерств здравоохранения*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г. ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244595251\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244595251_rus.pdf), по состоянию на 20 апреля 2010 г.).
- (28) Комиссия по социальным детерминантам. *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. ([http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html), по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (29) Laflamme L et al. *Addressing the socioeconomic safety divide: a policy briefing*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/Document/E92197.pdf>, accessed 5 February 2010).
- (30) National assessments on preventing violence and injuries [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/violenceinjury/network/20080812\\_1](http://www.euro.who.int/violenceinjury/network/20080812_1), accessed 5 February 2010).
- (31) Sethi D, Racioppi F, Mitis F. *Дорожная безопасность для детей и молодежи в Европе*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 г. (<http://www.euro.who.int/Document/E90142R.pdf?language=Russian>, по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (32) THE PEP – Transport, Health and Environment Pan-European Programme [web site]. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2010 (<http://www.unece.org/thepep/en/welcome.htm>, accessed 5 February 2010).
- (33) Baker S, Ginsburg M, O’Neill B. *The injury fact book*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
- (34) *Violence prevention: the evidence: overview*. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/4th\\_milestones\\_meeting/publications/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/4th_milestones_meeting/publications/en/index.html), accessed 5 February 2010).
- (35) Butchart A, Phinney A, Check P. *Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>, accessed 5 February 2010).
- (36) *European Alcohol Action Plan 2000–2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000

- (<http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>, accessed 5 February 2010).
- (37) Rehm J et al. Alcohol use. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004:959–1108 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/cra/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cra/en/index.html), accessed 5 February 2010).
- (38) Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 2009, 373:2234–2246.
- (39) Violence and injury prevention: country profiles [website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/violenceinjury/ctryinfo/ctryinfo>, accessed 5 February 2010).
- (40) Системы здравоохранения: системы неотложной медицинской помощи. Резолюция WHA60.22 Всемирной организации здравоохранения. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г. ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHASSA\\_WHA60-Rec1/R/cover-intro-60-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/R/cover-intro-60-ru.pdf), по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (41) TEACH-VIP: пособие для пользователей. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г. ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/capacitybuilding/mentor\\_vip/teachvip\\_ru.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/mentor_vip/teachvip_ru.pdf), по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (42) Mentor-VIP [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/capacitybuilding/mentor\\_vip/en](http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/mentor_vip/en), accessed 5 February 2010).
- (43) TEACH-VIP E-Learning [web site]. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/capacitybuilding/teachvip/e-learning/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teachvip/e-learning/en/index.html), accessed 5 February 2010).
- (44) *Guidelines for community surveys on injuries*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/surveillance/06\\_09\\_2004/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/06_09_2004/en/index.html), accessed 5 February 2010).
- (45) Butchart A, Harvey AP. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/child\\_maltreatment/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/index.html), accessed 5 February 2010).
- (46) EU injury database [online database]. Brussels, European Commission, 2010 (<https://webgate.ec.europa.eu/idbpa>, accessed 5 February 2010).
- (47) Bauer R, Kissler R. *Injury surveillance: a health policy priority*. Brussels, European Commission, 2009 (Apollo policy briefing number 7).
- (48) 10th World Conference on Injury Prevention & Safety Promotion [web site]. London, 10th World Conference on Injury Prevention & Safety Promotion, 2010 (<http://www.safety2010.org.uk>, accessed 5 February 2010).
- (49) Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г. ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2009/ru](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009/ru), по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (50) Sethi D. *Developing national policy for injury prevention*. Brussels, European Commission, 2007 (Apollo policy briefing number 2).
- (51) Sethi D. *Inequality in injury risks*. Brussels, European Commission, 2007 (Apollo policy briefing number 3).
- (52) Sethi D. *Road traffic injuries among vulnerable road users*. Brussels, European Commission, 2008 (Apollo policy briefing number 4).
- (53) Sethi D. *The role of public health in injury prevention*. Brussels, European Commission, 2007 (Apollo policy briefing number 1).
- (54) Sethi D, Bie H, Frerick B. *Youth violence prevention*. Brussels, European Commission, 2007 (Apollo policy briefing number 6).
- (55) Sethi D, Mitis F. *Alcohol and injuries*. Brussels, European Commission, 2009 (Apollo policy briefing number 5).
- (56) Sethi D, Mitis F. *Using advocacy for injury prevention*. Brussels, European Commission, 2009 (Apollo policy briefing number 8).
- (57) Московская декларация. Первая всемирная министерская конференция по безопасности дорожного движения: Время действовать, Москва, 19–20 ноября 2009 г. [http://www.who.int/roadsafety/ministerial\\_conference/declaration\\_ru.pdf](http://www.who.int/roadsafety/ministerial_conference/declaration_ru.pdf), по состоянию на 30 апреля 2010 г.).
- (58) First United Nations Global Road Safety Week [website]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/roadsafety/week/en>, accessed 5 February 2010).
- (59) Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 г. (<http://www.euro.who.int/document/e88335R.pdf?language=Russian>, по состоянию на 30 апреля 2010 г.).

- (60) Room R et al. International regulation of alcohol. *British Medical Journal*, 2008, 337:a2364.
- (61) Marmot M et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 2008, 372:1661–1669.
- (62) Towner E, Towner J. UNICEF's child injury league table. An analysis of legislation: more mixed messages. *Injury Prevention*, 2002, 8:97–100.
- (63) ENHIS – European Environmental and Health Information System: indicators [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.enhis.org/object\\_class/enhis\\_about\\_indicators.html](http://www.enhis.org/object_class/enhis_about_indicators.html), accessed 5 February 2010).
- (64) MacKay M, Vincenten J. *Action planning for child safety: a strategic and coordinated approach to reducing the number one cause of death for children in Europe*. Amsterdam, European Child Safety Alliance (EuroSafe), 2007.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 1. АНАЛИЗ СИТУАЦИИ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

В 2008 г. страны ЕС возвратили 21 заполненный вопросник, в 2009 г. был достигнут значительный прогресс: 25 из 26 стран ЕС, где есть национальные координаторы, приняли участие в опросе.

## А.1 Обзор выполнения резолюции EUR/RC/55/R9 и рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности

### А.1.1 Какие изменения произошли благодаря резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендациям Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности?

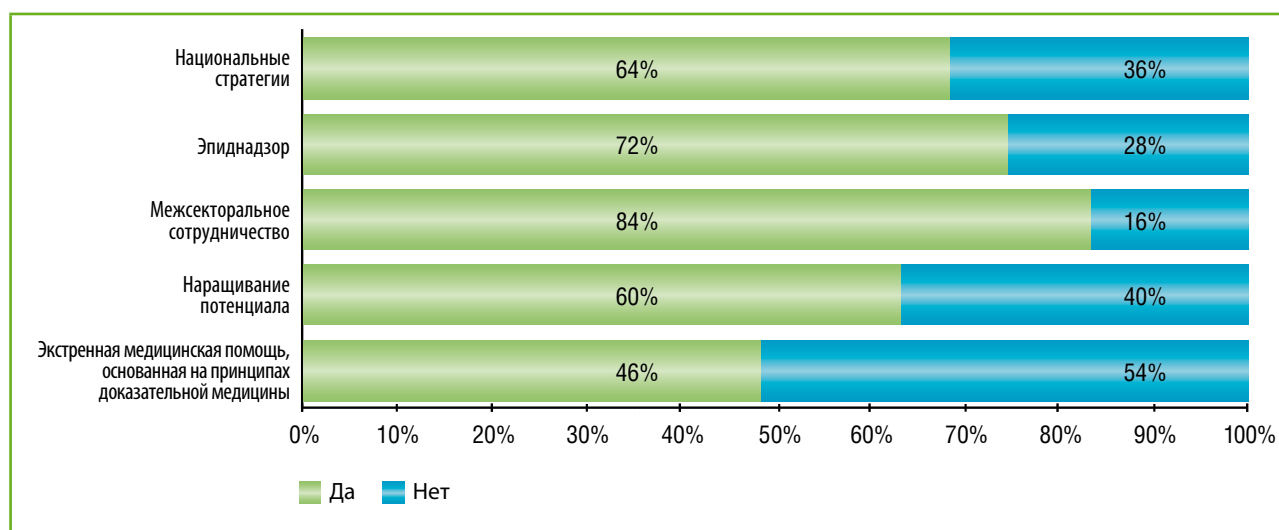
Семьдесят процентов стран признали, что принятие резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности способствовало повышению значимости вопросов предупреждения травматизма и насилия и превращению их в приоритетную задачу для общественного здравоохранения соответствующим министерством. Вдохновляющий прогресс был достигнут за период с 2008 по

2009 г. в реализации многих положений резолюции. Из ответивших на вопросник стран 64% достигли прогресса в разработке национальных стратегий, 72% – в области эпиднадзора, 60% – в наращивании потенциала, 84% – в межсекторальном сотрудничестве, а 46% в предоставлении неотложной помощи на основе принципов доказательной медицины (Рис. 1). Больше внимания должно уделяться таким областям, как наращивание потенциала и использование принципов доказательной медицины при предоставлении неотложной медицинской помощи.

### А.1.2 Имеются ли национальные стратегии по предупреждению различных причин непреднамеренного травматизма?

Почти в двух третях стран ЕС имеются национальные стратегии по предупреждению непреднамеренного травматизма. В большинстве стран разработана национальная политика по безопасности дорожного движения (96%), в 63% стран – по предупреждению пожаров и ожогов, в 58% стран по предупреждению отравлений. Только в половине или даже меньшем числе стран имеется национальная политика по предупреждению падений (46%) и утоплений (50%), и этим областям следует уделять больше внимания (Рис. 2).

Рис. 1. Произошли ли какие-либо новые события или сдвиги в области предупреждения травматизма и насилия?



Среди 21 страны ЕС, ответившей на вопросник и в 2008, и в 2009 г., возросло число тех, где были разработаны национальные стратегии по предупреждению всех видов непреднамеренного травматизма, безопасности дорожного движения, предупреждению падений, утоплений и отравлений. Этого не произошло в отношении предупреждения пожаров и ожогов (Рис. 3). Больше внимания следует уделять предупреждению падений, утоплений, отравлений, пожаров и ожогов.

### А.1.3 Имеются ли национальные стратегии по предупреждению различных видов межличностного насилия и насилия, направленного на себя?

Сорок четыре процента стран сообщили о наличии всеобъемлющей национальной политики по предупреждению всех видов насилия. В 88% стран имелись специфические национальные стратегии по предупреждению жестокого и пренебрежительного обращения с детьми и насилия со стороны интимного партнера, в 68% – по предупреждению насилия среди детей и молодежи, в

Рис. 2. Имеются ли стратегии по предупреждению какой-либо из следующих категорий непреднамеренных травм?

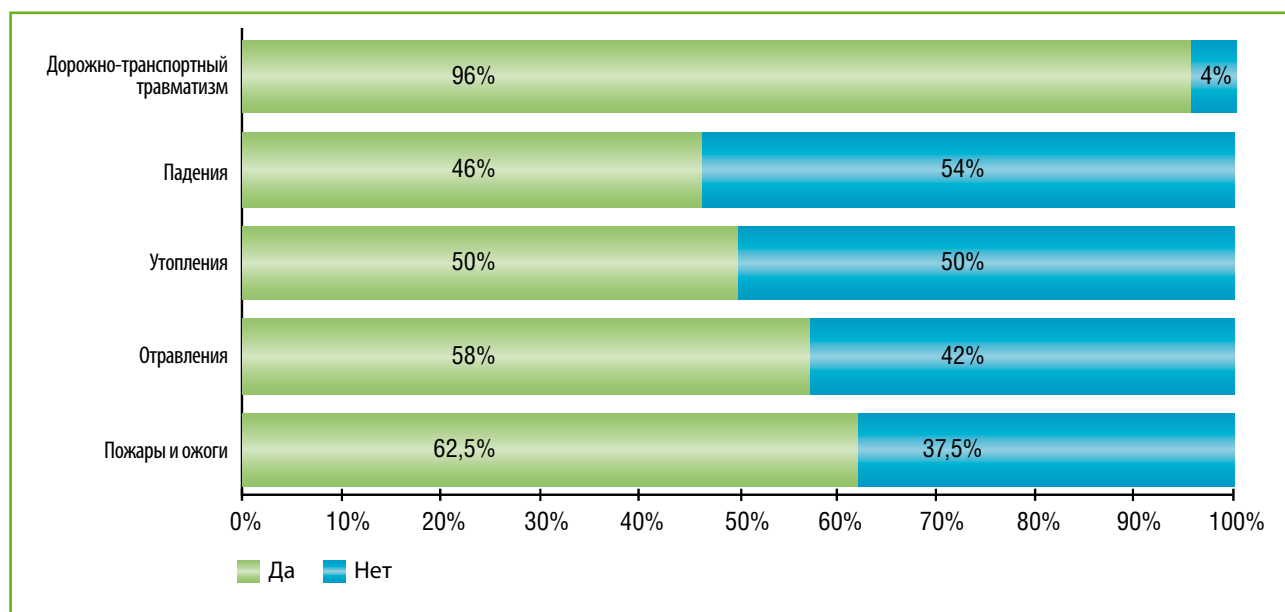
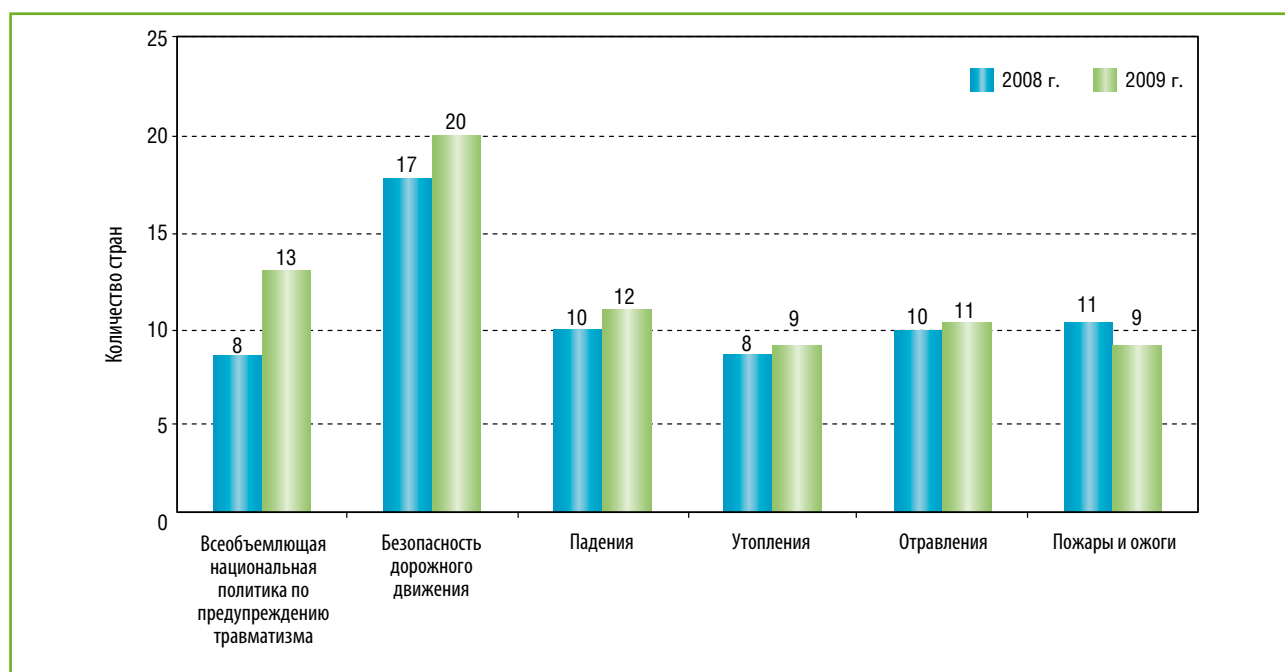


Рис. 3. Страны, в которых имеются национальные стратегии по предупреждению непреднамеренных травм, 2008 и 2009 гг. (на основе сведений по 37 странам)





64% – по предупреждению сексуального насилия, а в 57% – по предупреждению насилия, направленного на себя, но лишь в 44% стран имелись национальные стратегии, направленные на предупреждение жестокого обращения с пожилыми и отсутствия заботы о них (Рис. 4). Требуется уделять больше внимания разработке национальных стратегий по предупреждению этих видов насилия.

В разработке национальных стратегий по предупреждению насилия был достигнут значительный

прогресс. Среди 21 страны, ответившей на вопросы и в 2008, и в 2009 г., за этот период возросло число тех, которые сообщили о наличии национальных стратегий, а число стран, в которых осуществляется политика по предупреждению насилия, направленного на себя, увеличилось вдвое. Не было отмечено прогресса в отношении предупреждения жестокого обращения с пожилыми (Рис. 5); предупреждение этого вида насилия должно занять более приоритетное место в национальных стратегиях.

Рис. 4. Имеются ли стратегии по предупреждению следующих категорий травм, связанных с насилием?

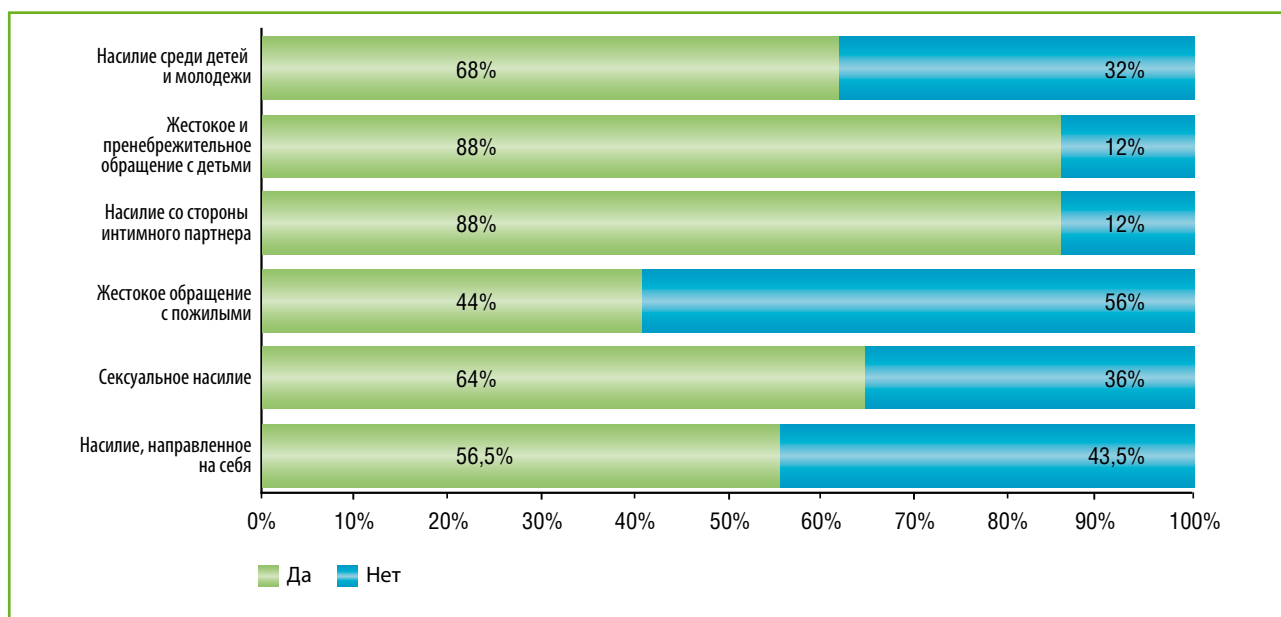
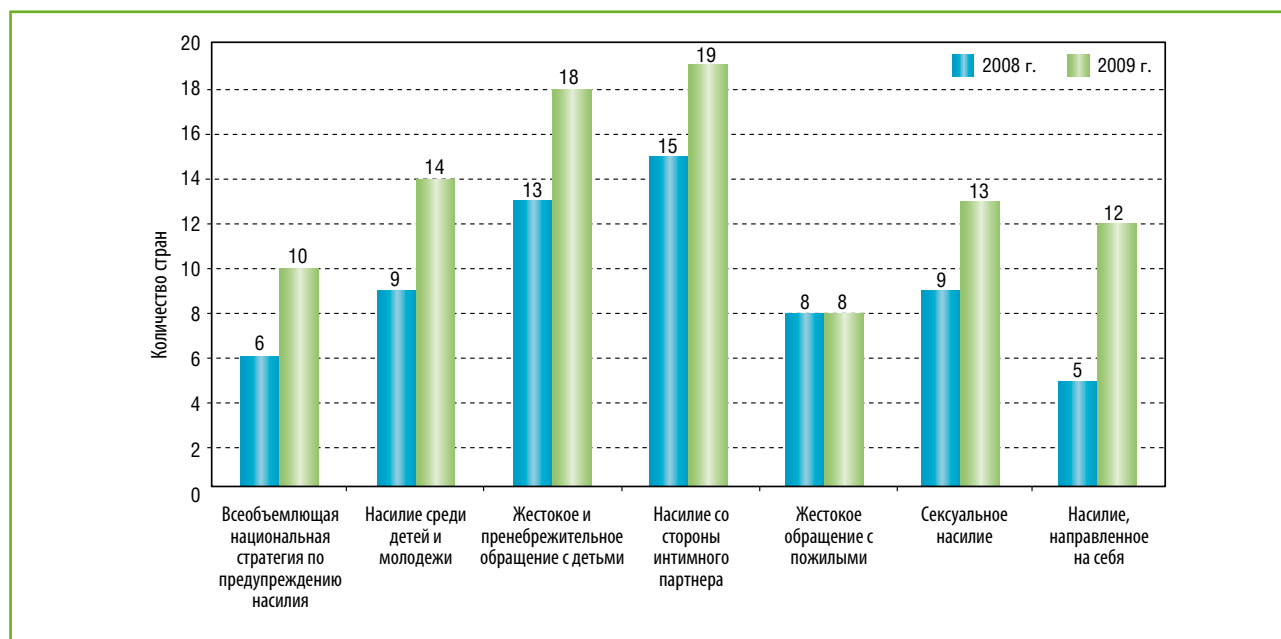


Рис. 5. Страны, в которых имеются национальные стратегии по предупреждению насилия, 2008 и 2009 гг. (на основе сведений по 21 стране).



#### А.1.4. Обозначены ли в национальных стратегиях по предупреждению насилия и травматизма алкоголь и социально-экономическими различия как отдельные факторы риска?

В национальных стратегиях 88% стран алкоголь был определен как фактор риска как для непреднамеренного травматизма, так и для насилия. Только 36% стран указали, что в национальных стратегиях приоритетное внимание уделяется социально-экономическому неравенству в

отношении насилия и травматизма. Признание социально-экономических различий серьезным фактором риска является особенно важным, учитывая наблюдаемый сегодня экономический спад.

#### А.1.5 Нарращивание потенциала для предупреждения насилия и травматизма и оказания травматологической помощи

Оказание экстренной медицинской помощи на основе принципов доказательной медицины и

Рис. 6. Осуществляются ли следующие меры по наращиванию потенциала?

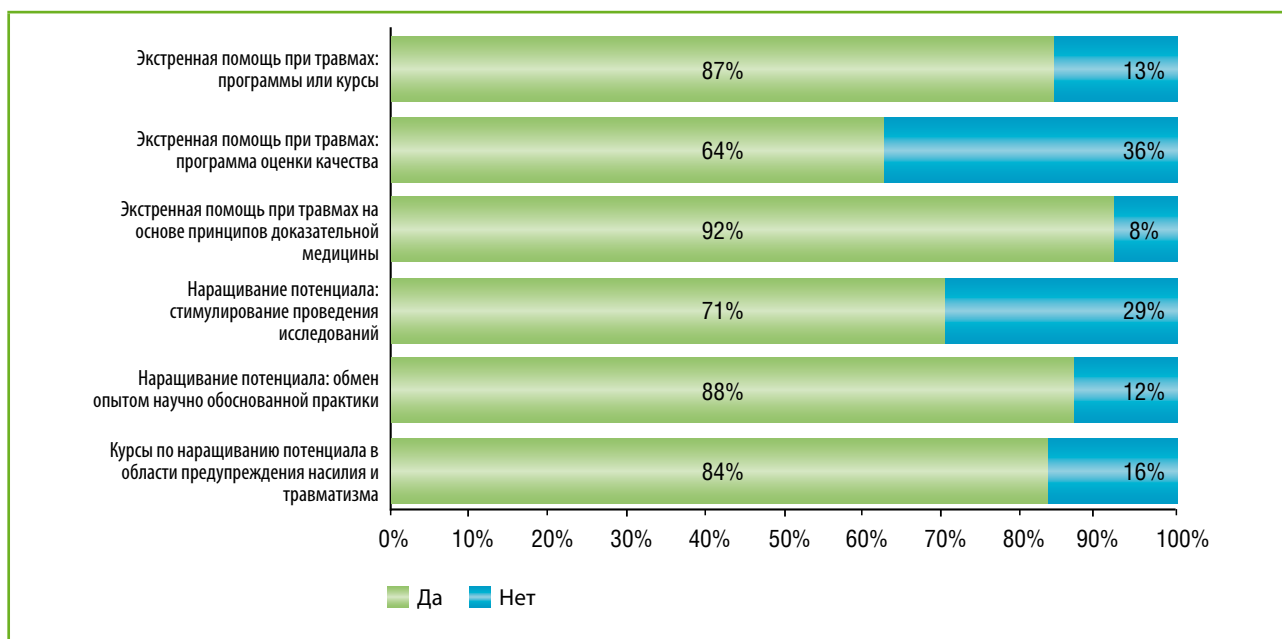
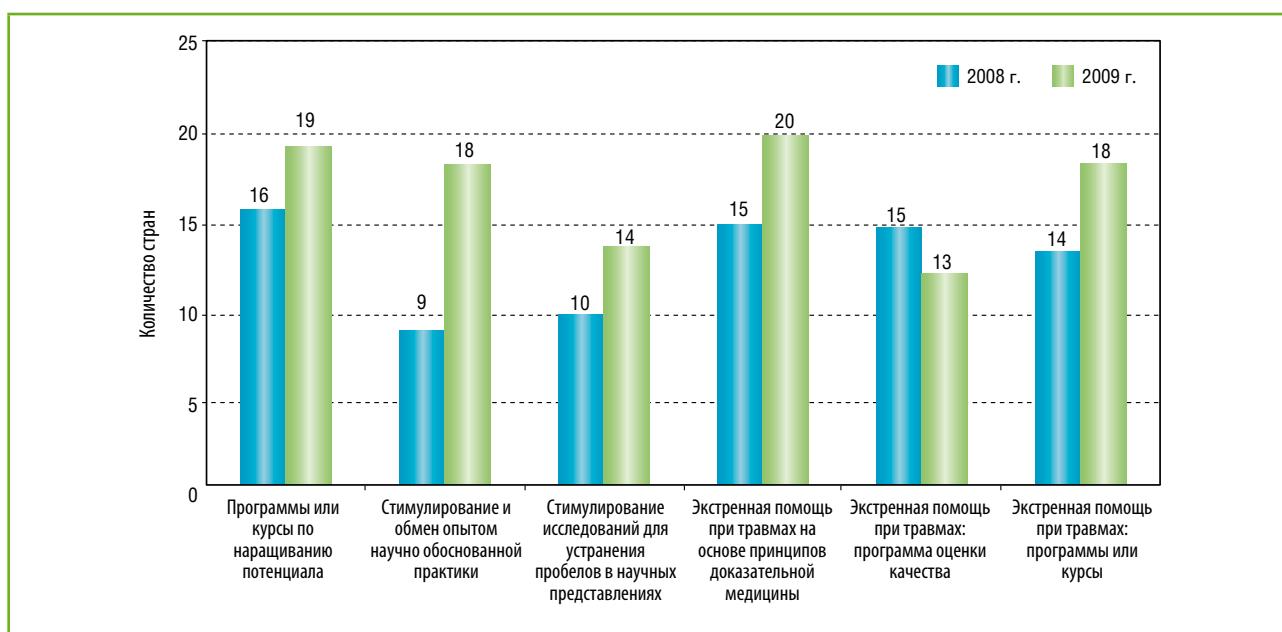


Рис. 7. Страны, которые предприняли шаги, необходимые для наращивания потенциала, 2008 и 2009 гг. (на основе сведений по 21 стране).



наращивание потенциала широко распространены в странах ЕС, ситуация в этой области значительно улучшилась в период между 2008 и 2009 г. (Рис. 6 и 7). Тем не менее требуется достичь еще большего прогресса, так как это имеет важнейшее значение для снижения бремени травматизма и насилия.

## А.2 Обзор реализации основанных на фактических данных вмешательств и программ по предупреждению отдельных видов травматизма и насилия

В таблице 1 показано распределение показателей внедрения программ для всего Европейского региона ВОЗ и отдельно для стран ЕС. За несколькими исключениями, ситуация достаточно схожа: в Европейском регионе в целом наблюдается

Таблица 1. Распределение реализации вмешательств в ЕС и в Европейском регионе ВОЗ

Вмешательства	ЕС			Европейский регион ВОЗ		
	Первый квартиль	Медиана	Третий квартиль	Первый квартиль	Медиана	Третий квартиль
<b>Все вмешательства</b>	<b>63</b>	<b>73</b>	<b>82</b>	<b>64</b>	<b>73</b>	<b>81</b>
<b>Непреднамеренный травматизм</b>	<b>66</b>	<b>72</b>	<b>77</b>	<b>60</b>	<b>72</b>	<b>80</b>
Дорожно-транспортный травматизм	75	81	88	69	81	94
Пожары	40	60	80	40	60	80
Отравления	60	60	100	60	80	100
Утопления	25	63	75	38	63	75
Падения	75	75	100	50	75	100
<b>Насилие</b>	<b>68</b>	<b>81</b>	<b>97</b>	<b>65</b>	<b>81</b>	<b>94</b>
Насилие среди детей и молодежи	71	86	100	57	86	100
Жестокое и пренебрежительное обращение с детьми	80	100	100	80	100	100
Насилие со стороны интимного партнера	50	100	100	50	75	100
Жестокое обращение с пожилыми	67	67	100	50	67	100
Насилие, направленное на себя	75	88	100	63	88	100
<b>Алкоголь</b>	<b>65</b>	<b>76</b>	<b>88</b>	<b>59</b>	<b>76</b>	<b>82</b>
Налоговые и законодательные вмешательства	64	71	86	57	71	86
Вмешательства на базе системы здравоохранения	33	83	100	33	67	100

более высокий уровень реализации программ по предупреждению отравлений, а в странах ЕС более широко реализуются программы по предупреждению насилия со стороны интимного партнера.

### А.2.1 Осуществление основанных на фактических данных вмешательств и программ по предупреждению дорожно-транспортного травматизма

Для обеспечения безопасности дорожного движения повсеместно контролируется соблюдение законов об обязательном использовании ремней безопасности и детских автомобильных кресел и ремней безопасности, а законы по обязательному использованию шлемов мотоциклистами и максимальных уровнях концентрации алкоголя в крови водителей применяются очень широко. В противоположность этому, меньше одной трети стран проводили вмешательства по увеличению минимального возраста управления мотоциклом с 16 до 18 лет и по физическому разделению различных типов пользователей дорог (Рис. 8).

Внедрению этих программам требуется уделять больше внимания.

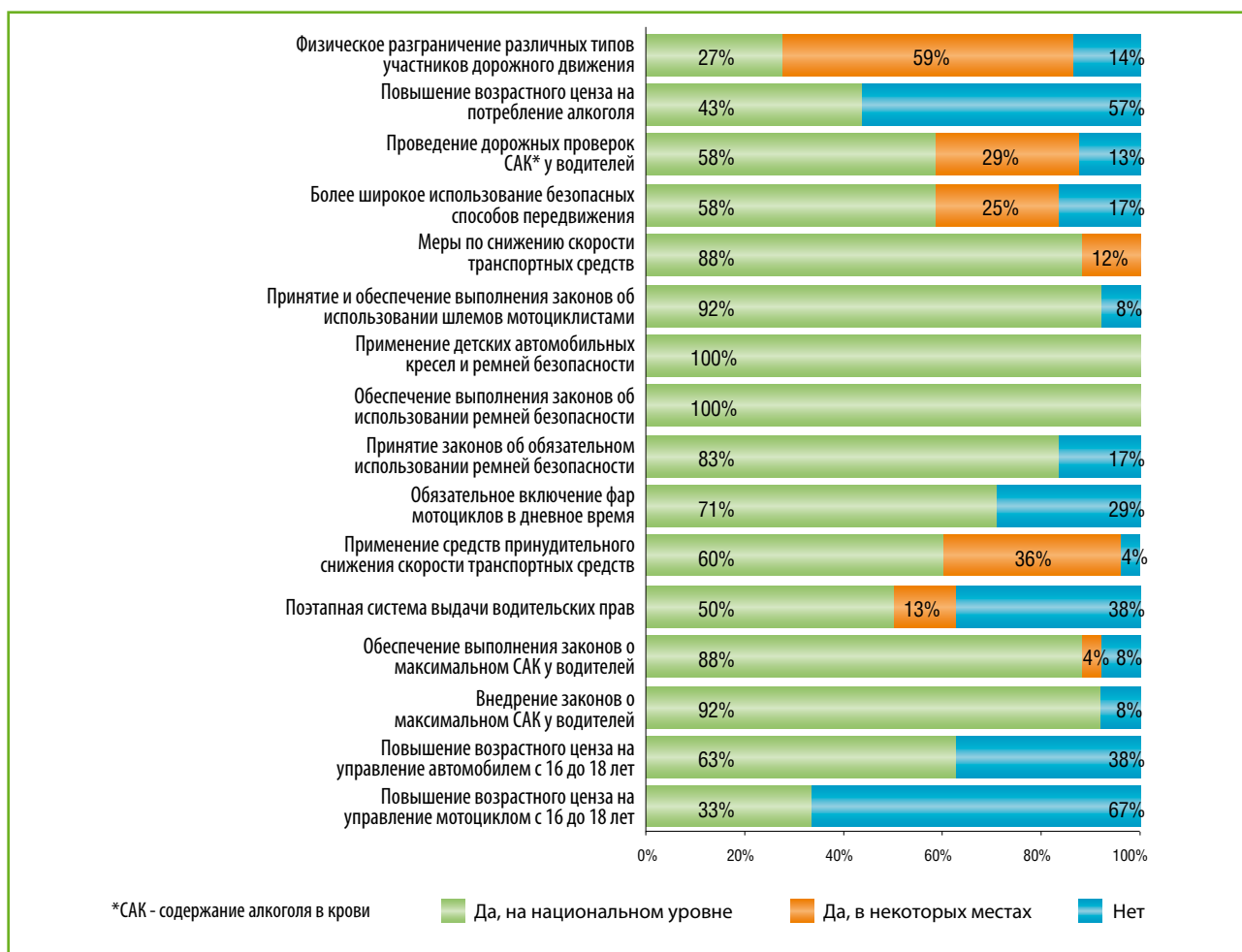
### А.2.2 Программы и вмешательства по предупреждению пожаров и ожогов

Наиболее часто реализовывались такие программы по предупреждению пожаров, как улучшение строительных стандартов и ограничение производства и продажи фейерверков. В нескольких странах проводились вмешательства по совершенствованию конструкции производимых изделий и принятию законов об ограничении температуры горячей воды в системах водоснабжения (Рис. 9). Необходимо повысить уровень внедрения этих программ.

### А.2.3 Программы и вмешательства по предупреждению случайных отравлений

Менее 40% стран реализовывали такие программы по предупреждению отравлений, как отпуск препаратов в количествах, не достигающих

Рис. 8. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению дорожно-транспортного травматизма?



смертельной дозы, в то же время в 75% стран действуют национальные токсикологические центры (Рис. 10). Необходимо более активно использовать емкости для хранения лекарств и ядовитых веществ, недоступные для открывания детьми.

#### А.2.4 Программы и вмешательства по предупреждению утопления и неполного утопления

Реализация вмешательств по предупреждению утопления и неполного утопления находилась на неудовлетворительном уровне. Единственное исключение составляют стандарты безопасности для плавательных бассейнов, о применении которых на национальном уровне сообщили почти 70% стран. Разработка и применение законов о четырехстороннем ограждении плавательных

бассейнов – область которая требует повышенного внимания (Рис. 11). Низкие уровни реализации программ могут отчасти отражать недостаточный уровень разработки национальных стратегий.

#### А.2.5 Программы и вмешательства по предупреждению случайных падений

Большинство вмешательств по предупреждению случайных падений реализуется на местном уровне, а не в национальном масштабе (Рис. 12). Низкий уровень реализации программ может отчасти отражать недостаточный уровень разработки национальной политики. Необходимо более широкое внедрение программ и вмешательств по предупреждению этого вида травматизма.

Рис. 9. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению пожаров и ожогов?

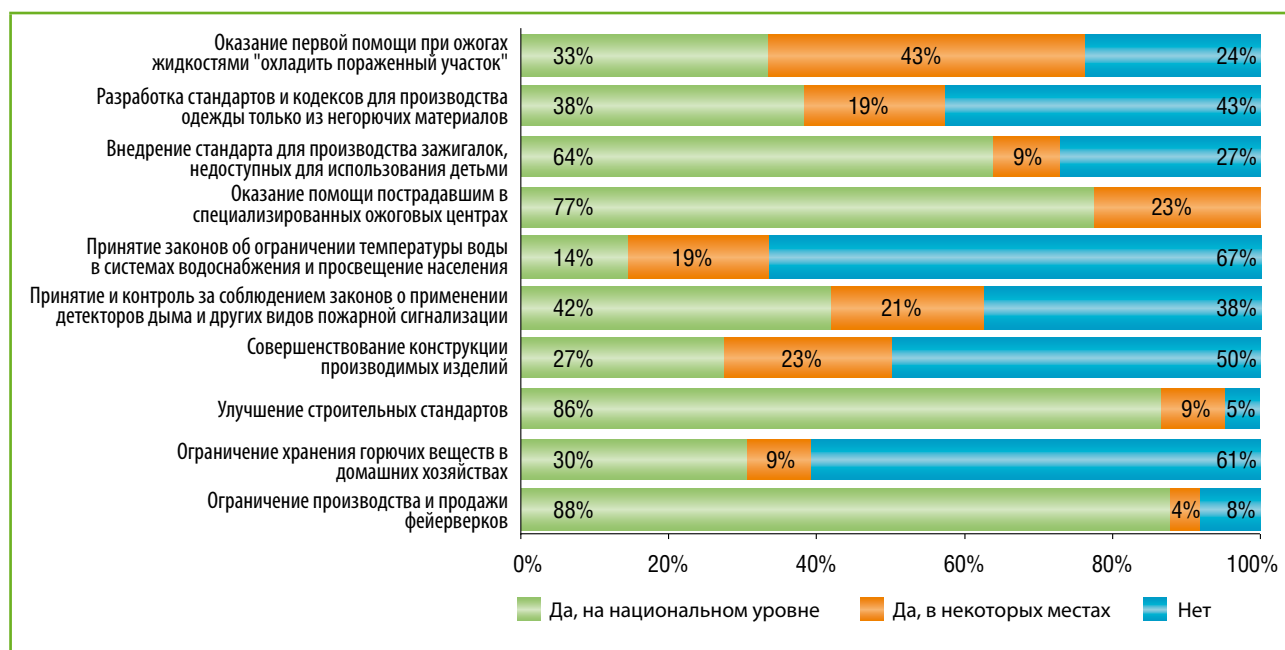


Рис. 10. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению случайных отравлений?

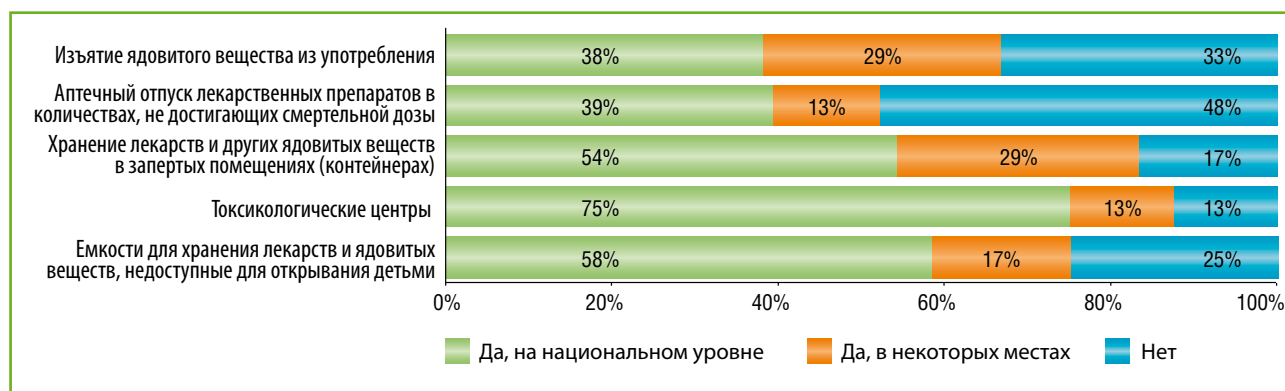


Рис. 11. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению утопления и неполного утопления?

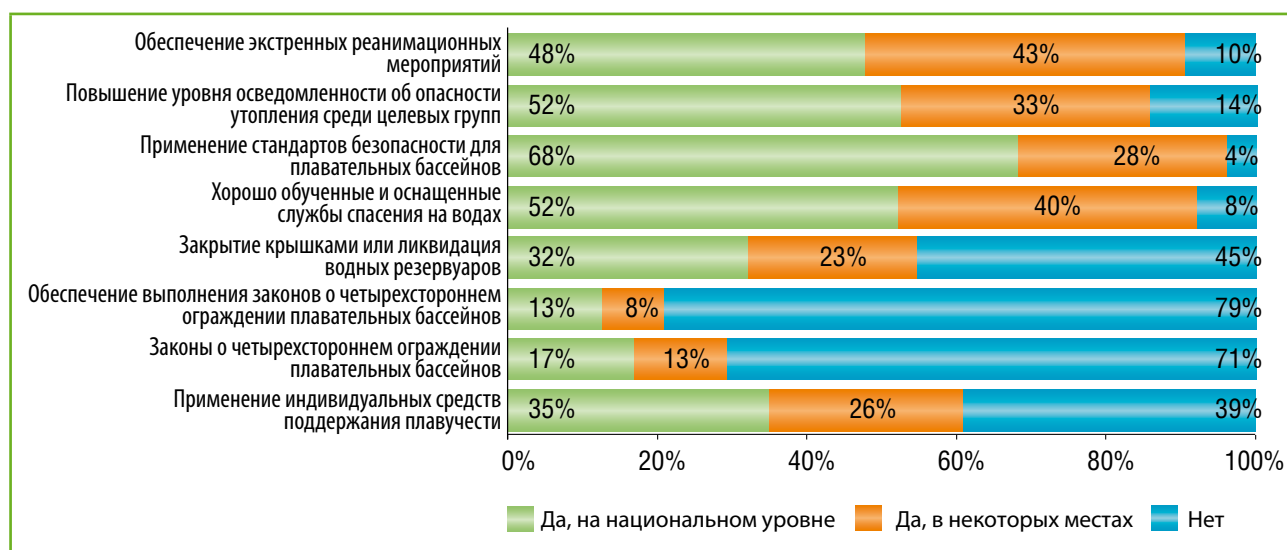


Рис. 12. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению случайных падений?



Рис. 13. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению насилия среди детей и молодежи?



### А.2.6 Программы и вмешательства по предупреждению насилия среди детей и молодежи

Программы по предупреждению насилия среди детей и молодежи широко реализуются на местах, но необходимо более активное их внедрение в национальных масштабах (Рис. 13).

### А.2.7 Программы и вмешательства по предупреждению жестокого и пренебрежительного обращения с детьми

Наблюдается высокий уровень реализации программ по предупреждению жестокого и пренебрежительного обращения с детьми, хотя многие из них внедряются только на местном уровне. Об улучшении качества дородовой и послеродовой помощи на национальном уровне

сообщили 92% стран ЕС (Рис. 14). Необходима более активная реализация на национальном уровне большинства мер по предупреждению жестокого и пренебрежительного обращения с детьми.

### А.2.8 Программы и вмешательства по предупреждению насилия со стороны интимного партнера

Только один вид вмешательств, направленных на предупреждение насилия со стороны интимного партнера (изменение социальных норм в отношении гендерного неравенства), реализуется в национальных масштабах более чем в половине стран ЕС (Рис. 15). Необходимо более широко внедрять и другие вмешательства по предупреждению этого вида насилия.

Рис. 14. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению жестокого и пренебрежительного обращения с детьми?

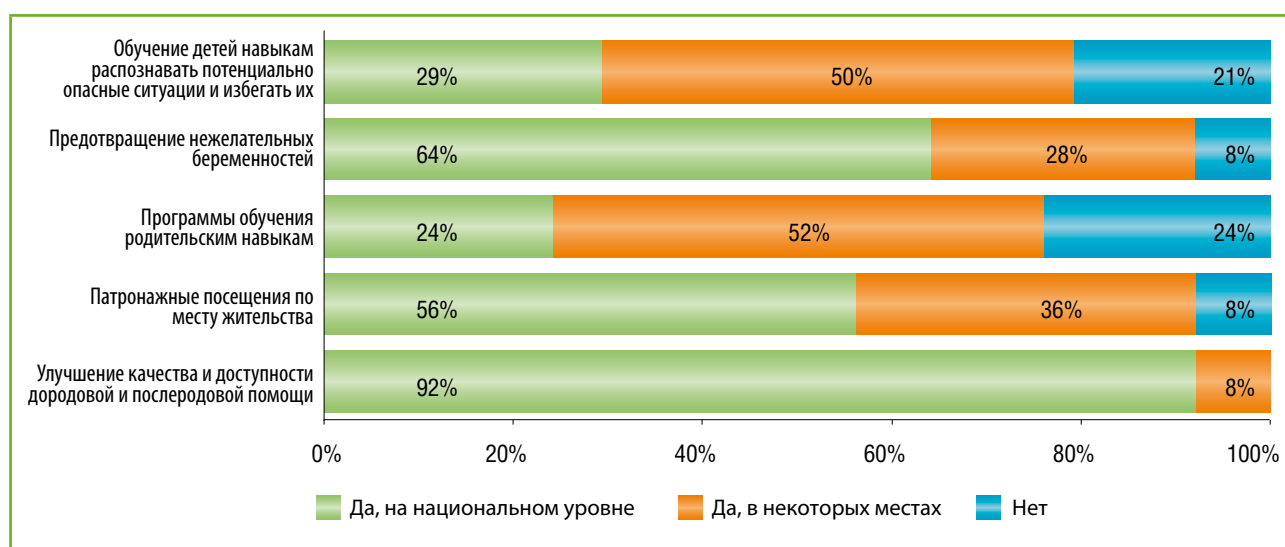
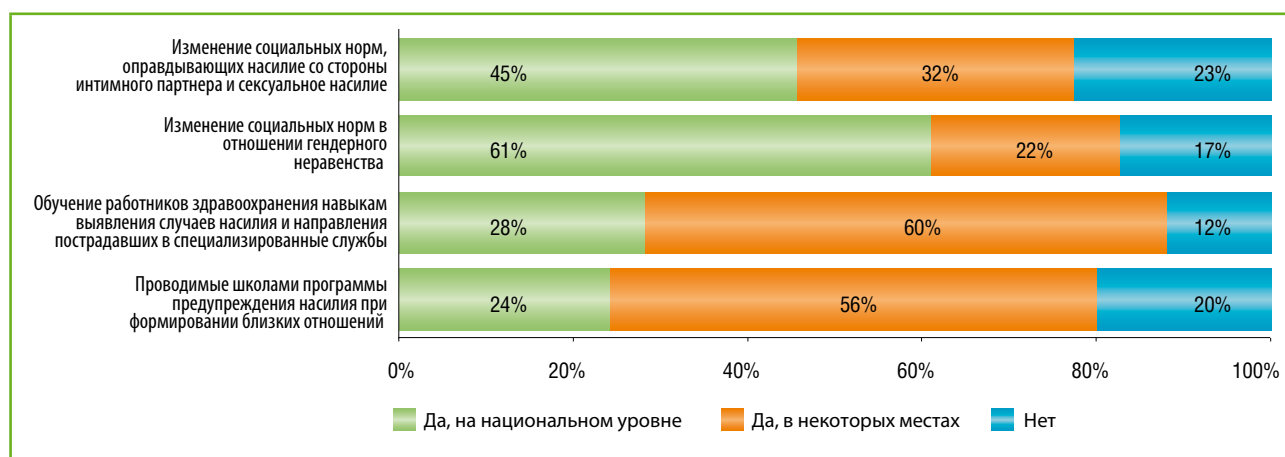


Рис. 15. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению насилия со стороны интимного партнера?



### А.2.9 Программы и вмешательства по предупреждению жестокого обращения с пожилыми

В отношении всех выбранных вмешательств сообщалось о низком уровне реализации в национальных масштабах (Рис. 16). Для предупреждения жестокого обращения с пожилыми людьми необходимо значительно расширить реализацию программ.

### А.2.10 Программы и вмешательства по предупреждению насилия, направленного на себя

Ответившие на вопросник страны сообщили о высоком уровне общенациональной реализации некоторых вмешательств по предупреждению насилия, направленного на себя: 83% стран сообщили о лечении алкоголизма и наркоманий, 79% – о предупреждении алкоголизма и наркоманий и 71% – о профилактике депрессий. Другие вмешательства реализуются чаще на местном уровне, чем в национальных масштабах, и это может быть областью, где возможны улучшения (Рис. 17).

Рис. 16. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению жестокого обращения с пожилыми?

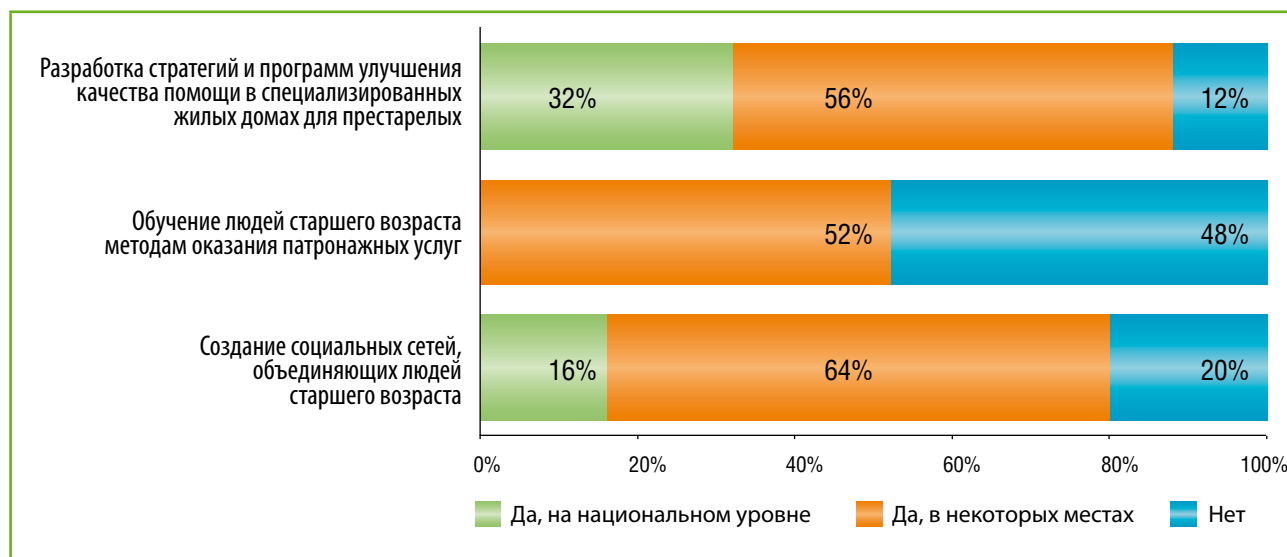
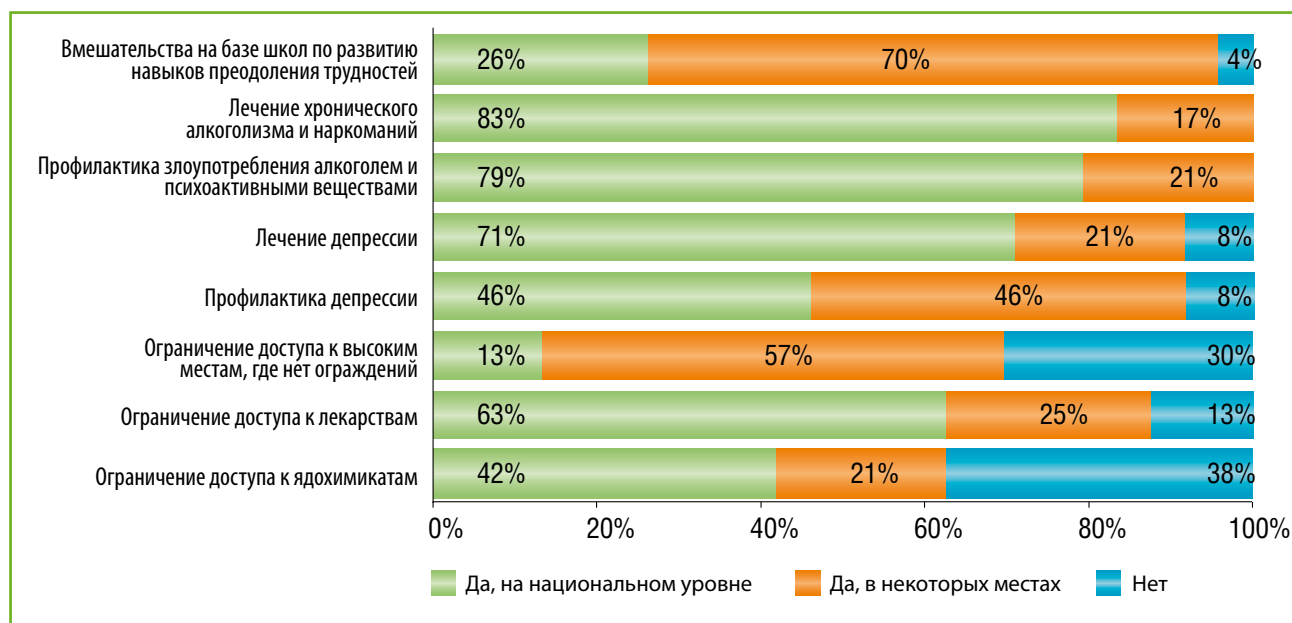


Рис. 17. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению насилия, направленного на себя?





### А.2.11 Программы и вмешательства по снижению уровней непреднамеренного травматизма и насилия, направленные на общество в целом

Некоторые вмешательства в отношении причин различных видов насилия, например, ограничение доступности огнестрельного оружия и наркотиков, часто реализуются в странах ЕС в национальных масштабах, тогда как вмешательства по снижению социально-экономического неравенства и изменению культурных норм в отношении насилия на национальном уровне внедряются редко (Рис. 18). В этой области необходимы улучшения.

## А.3 Программы и вмешательства, направленные на снижение важнейших рисков травматизма и насилия

Рис. 18. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ предупреждения насилия и травматизма?

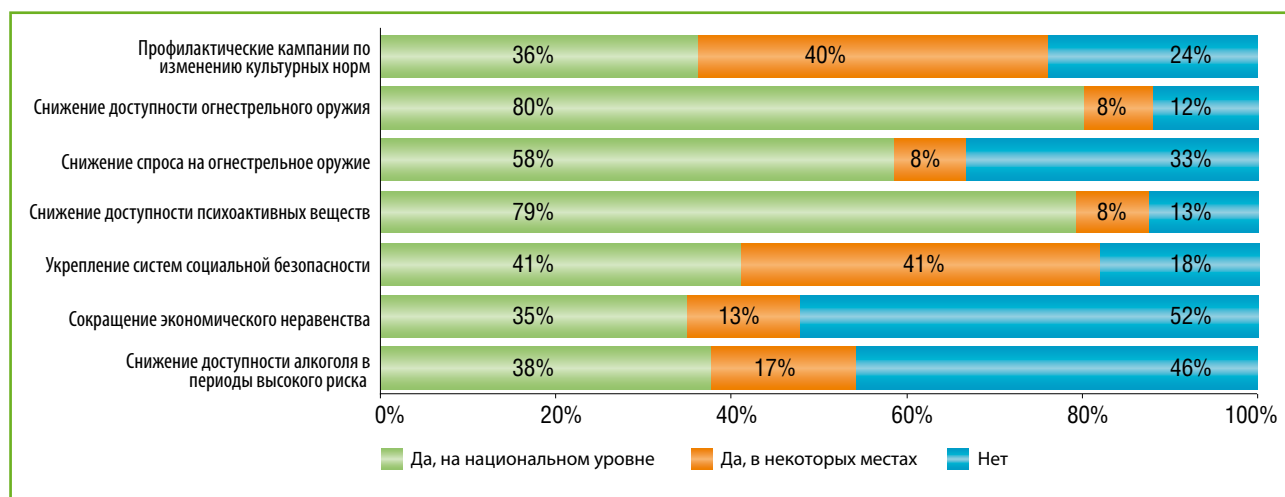


Рис. 19. Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих налоговых и законодательных вмешательств по снижению вреда, связанного с алкоголем?



### А.3.2 Меры по ограничению рекламы алкогольной продукции для снижения вреда, связанного с алкоголем

В большинстве стран ЕС реклама алкоголя запрещена не полностью, особенно это касается местных радиостанций и коммерческого телевидения (Рис. 20).

### А.3.3 Программы на базе систем здравоохранения по снижению вреда, связанного с алкоголем

Вмешательства на базе систем здравоохранения по снижению вреда, связанного с алкоголем, реализуются в основном на местном уровне, а не в национальных масштабах, и сектор здравоохранения мог бы вести более активную работу для расширения внедрения этих программ в ЕС (Рис. 21).

### А.3.4 Программы, направленные на сокращение социально-экономических различий

Внедрение на национальном уровне программ, направленных на сокращение социально-экономических различий, находится на очень низком уровне (Рис. 22). Работа в этой области очень важна, особенно учитывая экономический спад, наблюдаемый во многих странах ЕС.

## А.4. Прогресс, достигнутый в реализации основанных на фактических данных вмешательств по предупреждению травматизма и насилия за период с 2008 по 2009 г.

Девятнадцать стран-респондентов, входящих в ЕС, предоставили информацию о реализации 59 вмешательств и программ по предупреждению травматизма и насилия в 2008 и 2009 гг. Общая доля реализации для всех программ возросла за этот период с 70% до 75%. (Таблица 2).

Рис. 20. Имеются ли в вашей стране нормативно-правовые ограничения на рекламу алкогольной продукции для снижения вреда, связанного с алкоголем?

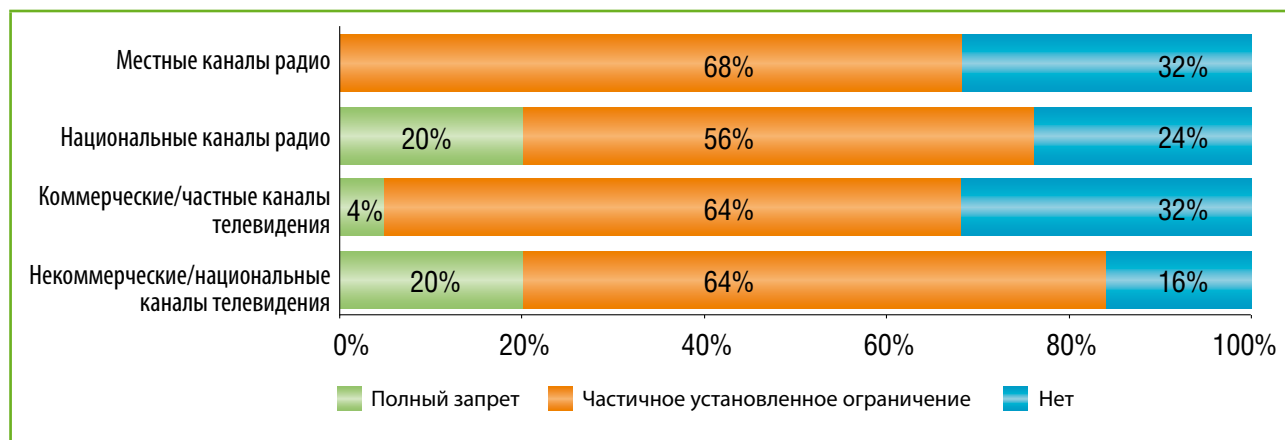


Рис. 21. Проводятся ли в вашей стране на базе систем здравоохранения какие-либо программы по снижению вреда, связанного с алкоголем?

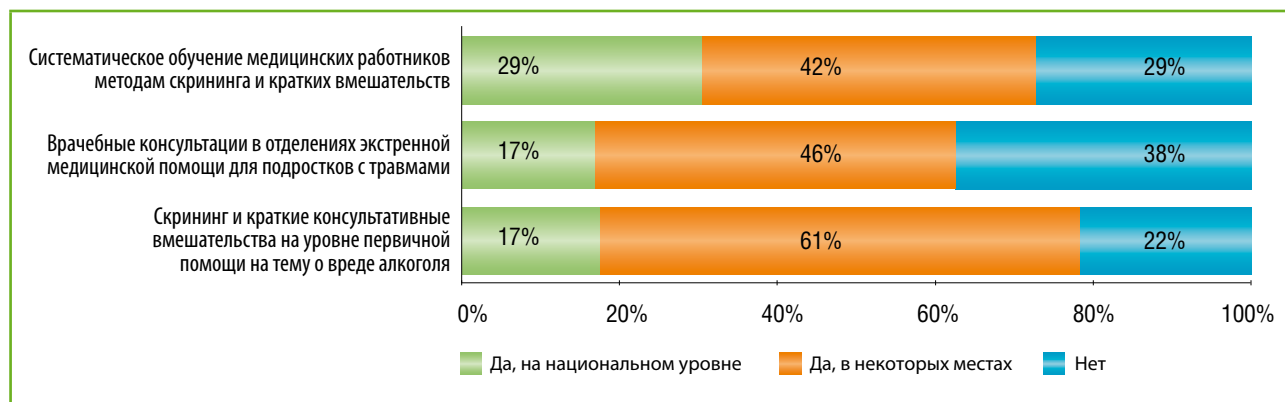


Рис. 22. Проводятся ли в вашей стране какие-либо вмешательства, направленные на сокращение социально-экономических различий по показателям травматизма и насилия?

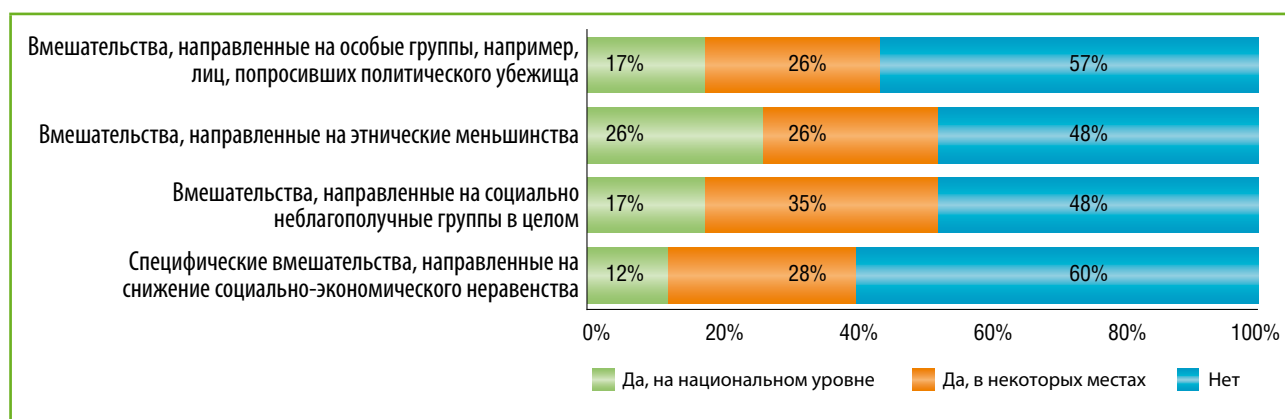


Таблица 2. Доля внедрения 59 вмешательств в 19 странах ЕС, 2008 и 2009 гг. (средние показатели и 95%-ый доверительный интервал (ДИ))

Вид насилия или травматизма	2008 г.		2009 г.	
	Среднее %	95%ДИ	Среднее %	95%ДИ
<b>Все вмешательства</b>	<b>70</b>	<b>61–79</b>	<b>75</b>	<b>70–81</b>
<b>Непреднамеренный травматизм</b>	<b>68</b>	<b>61–76</b>	<b>73</b>	<b>67–79</b>
Дорожно-транспортный травматизм	77	68–86	80	74–86
Пожары	51	37–66	59	47–71
Отравления	67	50–84	75	62–89
Утопления	66	52–80	59	46–72
Падения	62	47–76	71	56–87
<b>Насилие</b>	<b>73</b>	<b>60–85</b>	<b>79</b>	<b>71–86</b>
Насилие среди детей и молодежи	54	39–68	72	58–85
Жестокое и пренебрежительное обращение с детьми	79	63–95	88	79–97
Насилие со стороны интимного партнера	66	48–84	84	71–97
Жестокое обращение с пожилыми	51	44–68	68	55–82
Сексуальное насилие	47	25–70	68	48–89
Насилие, направленное на себя	57	40–73	83	72–94

#### А.4.1 Сдвиги, произошедшие за период с 2008 по 2009 г. в реализации вмешательств по предупреждению непреднамеренного травматизма

Доля внедрения 33 профилактических вмешательств для всех видов непреднамеренного травматизма возросла за период с 2008 по 2009 г. с 68% до 73% (Рис. 23). Внедрение программ стало более активным для всех видов травматизма, наибольший рост уровней реализации отмечен для предупреждения падений, отравлений и пожаров. Реализация программ по предупреждению утоплений фактически снизилась, что вызывает обеспокоенность, так как утопления являются ведущей причиной смертности от травматизма среди детей моложе пяти лет. Интересно, что меньше стран сообщили и о наличии национальных стратегий по предупреждению этого вида травматизма.

#### А.4.2 Сдвиги, произошедшие за период с 2008 по 2009 г. в реализации вмешательств по предупреждению насилия

Доля реализации профилактических вмешательств для всех видов насилия за период с 2008 по 2009 г. увеличилась с 73% до 79% (Рис. 24). В наибольшей степени внедрение программ

возросло в отношении предупреждения насилия, направленного на себя, и сексуального насилия, а в наименьшей – в отношении предупреждения жестокого и пренебрежительного обращения с детьми, жестокого обращения с пожилыми и насилия среди детей и молодежи.

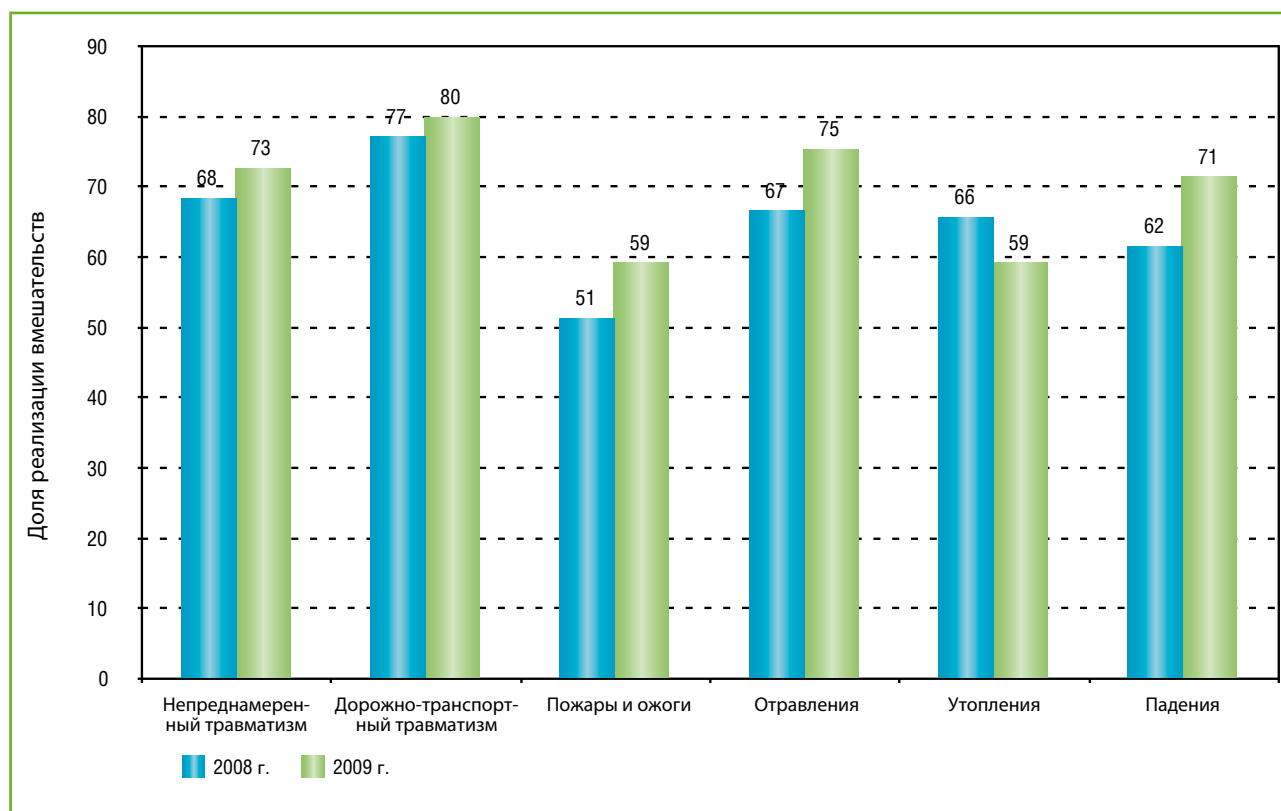
## А.5 Выводы

### А.5.1 Достигнутый прогресс и остающиеся проблемы

Двадцать пять стран ЕС заполнили вопросник (доля ответивших стран – 96%). Это является прогрессом по сравнению с предыдущими годами. Только одна страна, где имеется национальный координатор, не принимала участие в опросе. Вызывает оптимизм то, что в нем приняли участие ряд крупных стран, таких как Франция и Италия. Страны с федеральной структурой, например Германия, также ответили на вопросник, несмотря на имеющиеся сложности при сборе данных. В будущем в инструментах проведения обследования должны быть учтены эти контекстуальные особенности.

Между странами ЕС и странами Европейского региона ВОЗ существует не так много различий. Отчет по Региону в целом показывает наличие

Рис. 23. Доля реализации вмешательств по предупреждению непреднамеренного травматизма в 19 странах ЕС, 2008 и 2009 гг.



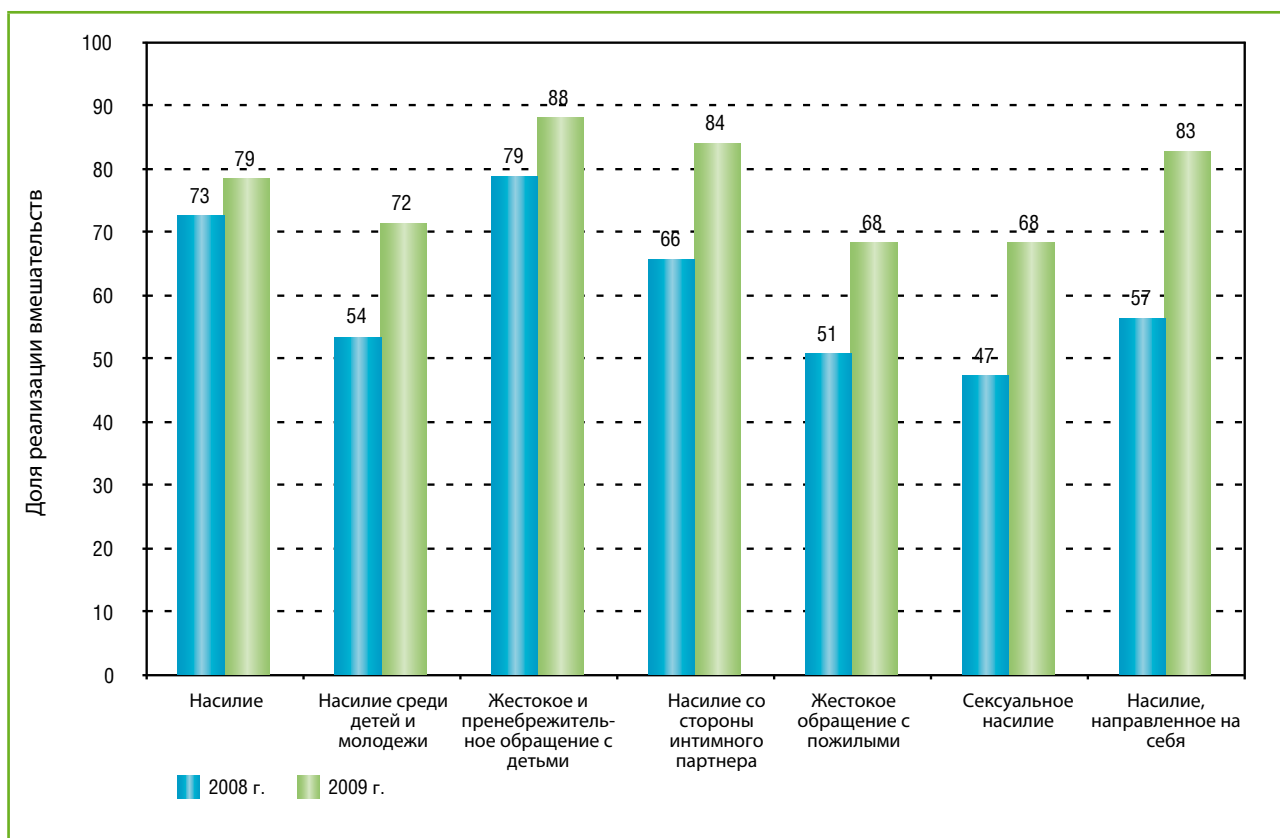
устойчивого и растущего сотрудничества между странами ЕС, Европейской комиссией и ВОЗ. Это содействовало достижению значительного прогресса в выполнении резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности. Данные европейские стратегические документы стимулировали положительные сдвиги. На это указывает тот факт, что 70% стран-респондентов отметили, что резолюция и Рекомендации подняли уровень приоритетности предупреждения насилия и травматизма в национальной политической повестке дня и способствовали активизации деятельности в этом направлении. Более того, за последний год был достигнут вдохновляющий прогресс в реализации положений резолюции EUR/RC55/R9 и Рекомендаций Европейского совета по предупреждению травматизма и содействию безопасности: 67% стран сообщили о разработке национальной политики, 72% – о проведении эпиднадзора, 60% – о наращивании потенциала, а 84% – о межсекторальном сотрудничестве. За период с 2008 по 2009 г. только в 46% был достигнут прогресс в оказании неотложной помощи на основе принципов доказательной медицины. Девяносто шесть процентов стран сообщили о наличии благоприятной политической среды, наличии

политической поддержки при разработке национальной политики по предупреждению насилия и травматизма, а также о лидирующей роли сектора здравоохранения в координации совместной с другими секторами деятельности, направленной на выполнение положений резолюции. Однако только в 56% стран имелся бюджет для обеспечения этой деятельности, и по этому направлению для укрепления координации требуется добиться улучшения ситуации.

#### **А.5.1.1 Прогресс, достигнутый в предупреждении непреднамеренного травматизма, и остающиеся проблемы**

В отношении разработки национальной политики в 62% стран имеются интегрированные стратегии по предупреждению непреднамеренного травматизма; этот показатель увеличился в странах со сравнимыми данными на 24 процентных пункта по сравнению с 2008 г. Во многих странах были также разработаны национальные стратегии по предупреждению отдельных видов травматизма. Тогда как в большинстве стран имеется национальная политика по безопасности дорожного движения (96%), лишь в 60% стран разработаны национальные стратегии по предупреждению пожаров и отравлений, а только в половине или

Рис. 24. Доля реализации вмешательств по предупреждению насилия в 19 странах ЕС, 2008 и 2009 гг.



даже меньшем количестве стран имеется политика по предупреждению падений (46%) и утоплений (50%). Недостаточное количество национальных стратегий, вероятно, отражается в том, что основанные на фактических данных вмешательства по этим видам травматизма сравнительно редко реализуются на национальном уровне. Медианный уровень внедрения вмешательств по предупреждению утоплений, отравлений и случайных падений был одним из самых низких (около 60%), это вызывает беспокойство, и требуется более активно действовать в этом направлении. Еще большую обеспокоенность вызывает тот факт, что реализация программ по предупреждению утоплений снизилась по сравнению с 2008 г., и то, что улучшения в отношении внедрения программ по предупреждению других видов травматизма были сравнительно незначительными.

#### ***А.5.1.2 Прогресс, достигнутый в предупреждении насилия, и остающиеся проблемы***

Интегрированные стратегии по предупреждению насилия существуют в 44% стран, что демонстрирует рост на 19 процентных пунктов по сравнению с 2008 г. Принятие национальных стратегий по предупреждению отдельных видов насилия в ответивших на вопросник странах варьировало. Тогда как этот показатель достаточно высок для предупреждения жестокого и пренебрежительного обращения с детьми и насилия со стороны интимного партнера (в 88% стран для обоих видов насилия, а медианная доля внедрения вмешательств равна 100%), он был ниже для предупреждения насилия над пожилыми (44%), насилия, направленного на себя (57%), сексуального насилия (64%). Насилие среди детей и молодежи рассматривается как растущая проблема во многих странах, поэтому в большем числе стран требуется разрабатывать стратегии по его предупреждению: лишь в двух третях стран ЕС имеются национальные стратегии по предупреждению этого вида насилия. Однако медианная доля реализации программ по предупреждению насилия среди детей и молодежи в Регионе является достаточно высокой (88%), хотя в большинстве стран они реализовывались на местном уровне, а не в национальном масштабе. Некоторые важные вмешательства по предупреждению насилия среди детей и молодежи требуют руководства со стороны секторов здравоохранения и образования. Сектор здравоохранения мог бы внести свой вклад, играя роль координатора, осуществляя обмен информацией и проводя оценку. Предупреждение жестокого обращения

с пожилыми – это еще одна серьезная проблема, стоящая перед странами ЕС, особенно учитывая существующие демографические тенденции. Меньше чем в половине стран имеется национальная стратегия по предупреждению этого вида насилия, а медианная доля реализации программ составила 67%, самый низкий показатель по сравнению с реализацией других программ по предупреждению насилия. Системы здравоохранения могут обеспечить предупреждение этого вида насилия в специализированных домах для престарелых, другие же меры и подходы требуют вовлечения гражданского общества и наделяния полномочиями самих пожилых людей. Для большинства видов насилия основной проблемой остается расширение национального охвата программами, основанными на фактических данных.

#### ***А.5.1.3 Прогресс, достигнутый в снижении факторов риска насилия и травматизма, и остающиеся сложности***

Значение алкоголя как ведущего фактора риска как для травматизма, так и для насилия широко признается в странах ЕС. Оптимизм вызывает то, что 88% ответивших стран сообщили об определении алкоголя как отдельного фактора риска в национальных стратегиях по предупреждению как непреднамеренного травматизма, так и насилия, и то, что этот показатель еще выше для Региона в целом. Из вмешательств в отношении потребления алкоголя реализовывались 76%, но в ряде стран показатели смертности, обусловленной потреблением алкоголя, все еще находятся на высоком уровне. Реализовывались 71% налоговых и законодательных вмешательств, направленных на снижение потребления алкоголя, и 83% программ на базе систем здравоохранения, и это вызывает оптимизм. Однако последние реализовывались больше на местном, а не на национальном уровне, и охват этими программами следует расширить. Особую обеспокоенность вызывает небольшое число стран, которые реализуют вмешательства по ограничению продажи алкогольных напитков. Также вызывает тревогу то, что не действуют запреты на рекламу алкоголя на местном радио, и только в 4% стран подобные ограничения распространяются на коммерческое телевидение.

Всего лишь 36% стран ЕС сообщили о том, что в национальных стратегиях социально-экономическое неравенство в отношении травматизма и насилия выделяется как приоритетная проблема, только в 52% имеются стратегии, направленные на снижение

социально-экономических различий в отношении здоровья между сегментами общества. Реализация вмешательств направленных на социально неблагополучные группы для снижения социально-экономических различий, находится на низком уровне, исправление сложившейся ситуации имеет важное значение для достижения большей социальной справедливости. Перед сектором здравоохранения стоит задача – расширить доступ к услугам лиц, принадлежащих к социально неблагополучным группам, а также работать совместно с другими секторами для улучшения качества услуг по профилактике и лечению, предоставляемых людям, входящим в группы риска, чтобы уменьшить различия в подверженности рискам и сократить социальную стратификацию.

#### А.5.2 Направления дальнейшей деятельности и следующие шаги

Сектору здравоохранения и его партнерам необходимо постоянно работать в направлении сокращения неравенства в отношении насилия и травматизма между странами ЕС и внутри них. Прогресс, отраженный в этом отчете, воодушевляет и подчеркивает тот факт, что будущий успех может быть устойчивым, только если страны и международные организации будут демонстрировать политическую приверженность и выделять ресурсы. Ниже приводятся ключевые шаги, которые необходимо предпринять:

1. Развивать имеющиеся наработки, более активно разрабатывая национальные стратегии, а также добиваться более масштабной реализации программ, основанных на фактических данных, в странах ЕС.
2. Укреплять политическую приверженность и сотрудничество между ВОЗ и Европейской комиссией, странами и гражданским обществом, чтобы сохранить достигнутую динамику.
3. Улучшать доступ к надежным и сравнимым данным эпиднадзора за травматизмом, чтобы повысить осведомленность в странах ЕС о масштабе, причинах и последствиях этой проблемы.

4. Для расширения информационной базы в странах ЕС использовать исследования и стандартные системы сбора информации при проведении оценки программ на основе индикаторов конечных результатов.
5. Активизировать усилия по наращиванию институционального потенциала и проводить обучение работников сектора здравоохранения и других секторов, вводя такие курсы, как ТЕАСН-VIP, в основные учебные планы.
6. Обеспечивать потребности в отношении укрепления материально-технической базы для повышения уровня травматологической помощи в странах ЕС.
7. Продолжать оказывать поддержку существующей сети национальных координаторов от министерств здравоохранения, отвечающих за вопросы предупреждения травматизма и насилия, и способствовать обмену опытом и знаниями на субрегиональном уровне.
8. Изыскивать новые возможности для сотрудничества с другими секторами и сетями, включая научные круги и организации гражданского общества, а также лучше использовать потенциал, который предоставляет подобное сотрудничество.
9. Проводить дальнейшие оценочные исследования, применяя сравнимые индикаторы разработки политики к предложенным в этом отчете данным, а также используя индикаторы конечных результатов.
10. Обеспечивать продолжение международного сотрудничества, результатом которого является реализация программ на местах.
11. Увеличить вложения в ресурсную базу и обеспечить политическую приверженность для:
  - наиболее полного использования представленных выше возможностей;
  - дальнейшего развития имеющихся наработок;
  - восполнения пробелов, выявленных в настоящем отчете;
  - активизации усилий в странах и в ЕС в целом.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ИСПОЛЬЗОВАВШИЙСЯ ВОПРОСНИК

World Health Organization  
Regional Office for Europe

Weltgesundheitsorganisation  
Regionalbüro für Europa



Organisation mondiale de la santé  
Bureau régional de l'Europe

Всемирная организация здравоохранения  
Европейское региональное бюро

## ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ТРАВМАТИЗМА В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОПРОСНИК ДЛЯ ЦЕЛЕЙ МОНИТОРИНГА ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗОЛЮЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО КОМИТЕТА ВОЗ EUR/RC55/R9

В связи с тем, что травматизм является одной из ведущих причин смерти в Европейском регионе, на сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в 2005 г. в атмосфере широкой поддержки со стороны государств-членов была принята резолюция о предупреждении травматизма (EUR/RC55/R9). Координаторы министерств здравоохранения по предупреждению насилия и травматизма ежегодно представляют сведения о достигнутом прогрессе в выполнении резолюции путем заполнения данного вопросника. Настал срок вновь заполнить вопросник, чтобы зафиксировать результаты работы за истекшие 12 месяцев, и мы будем крайне благодарны, если вы сможете уделить необходимое время выполнению этой задачи.

Вопросник почти полностью повторяет прошлогодний, однако в него внесены дополнительные вопросы, касающиеся программ борьбы с алкоголем (45–53) и социальных детерминант травматизма (54–59). Эти вопросы были включены в связи с пожеланиями, высказанными на 4-м совещании координаторов, состоявшемся 10–11 ноября 2008 г. в Хельсинки. Они помещены в конце вопросника.

Вопросы 1–9 касаются ключевых положений вышеуказанной резолюции Регионального комитета, и ответы на них позволят получить полезные обновленные данные о ходе работе по ее выполнению. Ответы на вопросы 10–15 помогут выявить национальные стратегии по различным аспектам предупреждения травматизма (например, в такой области, как дорожная безопасность) и насилия (например, насилия среди детей и молодежи). Вопрос 16 относится к новым событиям, имевшим место в последние 12 месяцев. Вопросы 17–41 позволяют выяснить, имеются ли в Вашей стране основанные на фактических данных программы предупреждения травматизма и насилия, которые охватывают различные виды травматизма и насилия, а ответы на вопросы 42–44 позволяют получить информацию об используемых процессах. Как указано выше, в вопросник 2009 г. включены новые вопросы: 45–53 – о мерах борьбы против алкоголя, 54–59 – о социальных детерминантах. Ответы на вопросы будут введены в базу данных, и доступ к обработанной информации будет обеспечен для национальных координаторов с помощью специальной веб-технологии.

### ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ВОПРОСНИКА

Убедительная просьба ответить на все предлагаемые вопросы и предоставить как можно больше дополнительной информации, что позволит нам успешно выполнить это важное задание. Если вы не сможете ответить на какие-либо вопросы сами, мы предлагаем вам попытаться получить нужную информацию, обратившись к соответствующим ведомствам или организациям в вашей стране.

- Если вы заполняли вопросник в 2008 г., вам возможно понадобится обновить некоторые ответы на вопросы 1–44, с учетом результатов развития политики в вашей стране за истекший год. Просьба обратить внимание на незначительные изменения в вопросах 2, 4, 10, 17, 19, 23, 27, 29, 31 и 43. Эти изменения отражают вновь полученные фактические данные. Вы можете использовать ранее представленные сведения, однако просьба ответить на все поставленные вопросы.

- Если вы не заполняли вопросник в 2008 г., просьба ответить на **все** вопросы.

**Мы будем признательны, если вы сможете отправить заполненный вопросник не позднее 31 мая 2009 г., что позволит нам своевременно закончить подготовку отчета. Мы ознакомим вас с результатами деятельности по предупреждению травматизма и насилия в масштабе Региона на очередном совещании координаторов, которое состоится осенью 2009 г.**

Просьба направить вопросник по следующему адресу эл. почты:  
[violenceinjury@ecr.euro.who.int](mailto:violenceinjury@ecr.euro.who.int)



**Страна:** Выберите вашу страну

**Дата заполнения:**

**ФИО респондента:**

**Должность респондента:**

**Адрес электронной почты:**

**Почтовый адрес:**

**Телефон:**

**1а) Приняты ли в стране политические обязательства разработать национальный план или стратегию предотвращения травматизма и насилия?**

ДА  НЕТ

**1х) Просьба по возможности дать более подробное описание:**

Если вы ответили ДА на вопрос 1а, то укажите, были ли в связи этим осуществлены следующие виды деятельности:

**1б) определен масштаб проблемы травматизма и насилия:**

ДА  НЕТ

**1хi) Просьба по возможности дать более подробное описание:**

**1с) проведена оценка предпринятых стратегических действий (например, в ходе выполнения национального плана или стратегии)?**

ДА  НЕТ

1xii) Просьба по возможности дать более подробное описание:

1d) проводится ли оценка вмешательств?

ДА       НЕТ

1xiii) Просьба по возможности дать более подробное описание:

2a) Имеется ли у вас достаточно легкий доступ к данным эпиднадзора по различным видам травматизма и насилия, которые могли бы помочь определить приоритеты в ходе разработки плана и проводить мониторинг его выполнения?

ДА       НЕТ

2x) Если вы ответили ДА на вопрос 2a, то приведите более подробные сведения об общем уровне качества этих данных:

2b) Если вы ответили ДА на вопрос 2a, то укажите, имеются ли данные по травматизму в разбивке по отдельным территориям в пределах страны?

ДА       НЕТ

2c) Если вы ответили ДА на вопрос 2b, укажите уровни с наличием данных (отметьте все соответствующие клетки):

- Регион
- Провинция (область)
- Район
- Муниципалитет
- Избирательный участок/микрорайон

ДА       НЕТ

**3х) Просьба проиллюстрировать ваш ответ примерами из практики: поддержка со стороны президента, на межведомственном уровне, на уровне министерства, департамента; публичные заявления политических лидеров и т.п.**

**4а) Был ли осуществлен процесс выявления ключевых заинтересованных сторон?**

ДА       НЕТ

**4х) Если вы ответили ДА на вопрос 4а, то приведите более подробные сведения о выявленных заинтересованных сторонах и дайте их перечни отдельно по травматизму и по насилию**

**4б) Если вы ответили ДА на вопрос 4а, то составлен ли перечень основных действующих лиц из различных секторов?**

ДА       НЕТ

**4хi) Просьба по возможности дать более подробное описание:**

**4с) Если вы ответили ДА на вопрос 4а, то принимают ли уже различные заинтересованные стороны участие в развитии политики в этой области?**

ДА       НЕТ

4xii) Просьба по возможности дать более подробное описание:

5a) Имеется ли межсекторальный комитет, который регулярно собирается с целью стимулирования работы по предупреждению травматизма и насилия?

ДА       НЕТ

5x) Если вы ответили ДА на вопрос 5a, то просьба по возможности дать более подробное описание:

5b) Имеется ли секретариат, оказывающий административную поддержку деятельности комитета по предупреждению травматизма?

ДА       НЕТ

5c) Если вы ответили ДА на вопрос 5b, то идет ли речь только о национальных координаторах?

ДА       НЕТ

5d) Выделяются ли финансовые средства в поддержку проводимых мероприятий?

ДА       НЕТ

5xi) Предоставляются ли другие ресурсы, помогающие комитету в выполнении его функций, например помещения для проведения совещаний, административная поддержка, тиражирование материалов, средства коммуникации?

6a) Согласованы ли между ключевыми заинтересованными сторонами цели и приоритеты в области предупреждения травматизма и насилия?

ДА       НЕТ

6х) Если вы ответили ДА на вопрос 6а, то предпринимаются ли шаги для их реализации? Просьба по возможности дать более подробное описание.

7а) Имеются ли в стране специальные учебные программы или курсы, задачей которых является наращивание потенциала в области предупреждения травматизма и насилия?

ДА       НЕТ

7х) Просьба по возможности дать более подробное описание:

7б) Является ли частью этого процесса стимулирование и обмен опытом научно обоснованной практики?

ДА       НЕТ

7хi) Просьба по возможности дать более подробное описание:

7с) Является ли частью этого процесса стимулирование исследований в целях устранения имеющихся пробелов в научных представлениях?

ДА       НЕТ

7хii) Просьба по возможности дать более подробное описание:

8а) Используются ли принципы доказательной медицины при оказании экстренной травматологической помощи?

ДА       НЕТ

8x) Просьба по возможности дать более подробное описание:

8b) Имеется ли в стране программа оценки качества, направленная на повышение качества экстренной травматологической помощи?

ДА       НЕТ

8xi) Просьба по возможности дать более подробное описание:

8c) Проводятся ли в стране учебные программы или курсы по наращиванию потенциала в сфере оказания экстренной травматологической помощи?

ДА       НЕТ

8xii) Просьба по возможности дать более подробное описание:

9a) Послужило ли принятие резолюции RC55/R9 стимулом для позитивных сдвигов в области предупреждения насилия и травматизма в вашей стране?

ДА       НЕТ

9x) Если вы ответили ДА на вопрос 9a, то дайте краткое описание изменений, которым содействовало принятие данной резолюции.

**ПРОСЬБА ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОСЫ 10–12, ЕСЛИ ВАША ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАСАЕТСЯ  
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ТРАВМАТИЗМА**

**10) Имеется ли всеобъемлющая национальная политика по предупреждению травматизма?**

*Для целей настоящего опроса, политика по предупреждению травматизма – это документ, определяющий основные принципы и устанавливающий цели, задачи, приоритетные направления действий и механизмы их координации в области предупреждения травм и снижения их последствий для здоровья.*

ДА       НЕТ

**10а) Если вы ответили ДА на вопрос 10, но если такая политика не покрывает все возрастные группы или группы риска, то укажите те из них, которые она охватывает:**

**10б) Если вы ответили ДА на вопрос 10, то имеются ли установленные целевые показатели как часть национальной политики или планов (например, снизить смертность от травматизма к 2010 г. на 20%)?**

ДА       НЕТ

**10х) Просьба по возможности дать более подробное описание:**

**10с) Если вы ответили ДА на вопрос 10, имеется ли бюджет для реализации национальной политики или планов?**

ДА       НЕТ

**10xi) Просьба по возможности дать более подробное описание:**

**11) Имеются ли стратегии по предупреждению любой из следующих категорий непреднамеренных травм?**

**Категория**

**Профилактические меры**

**11а) Дорожно-транспортный травматизм**

ДА       НЕТ

11х) Если ДА, то укажите название и интернет-ссылку:

**11б) Случайные падения**

ДА       НЕТ

11xi) Если ДА, то укажите название и интернет-ссылку:

**11с) Утопление и неполное утопление** (в МКБ-10 последнее переведено как “несмертельное погружение в воду” – *примечание переводчика* )

 ДА  НЕТ

11xii) Если ДА, то укажите название и интернет-ссылку:

**11d) Случайное отравление**

 ДА  НЕТ

11xiii) Если ДА, то укажите название и интернет-ссылку:

**11е) Несчастные случаи, связанные с воздействием дыма, огня и пламени**

 ДА  НЕТ

11xiv) Если ДА, то укажите название и интернет-ссылку:

**12) Если какие-либо из этих стратегий существуют, но не размещены в интернете, то в какой форме представлены?**

**12a) Электронные файлы**

 ДА  НЕТ

**12b) Печатные копии**

 ДА  НЕТ

Если вы ответили ДА на вопрос 12, то просьба представить нам экземпляры соответствующих документов.

**ПРОСЬБА ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОСЫ 13–15, ЕСЛИ ВАША ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ  
КАСАЕТСЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НАСИЛИЯ**

**13) Имеется ли всеобъемлющая национальная политика по предупреждению насилия?**

*Для целей настоящего опроса, политика по предупреждению травм, обусловленных насилием – это документ, определяющий основные принципы и устанавливающий цели, задачи, приоритетные направления действий и механизмы их координации в области предупреждения таких травм и снижения их последствий для здоровья.*

 ДА  НЕТ

**14) Имеются ли стратегии по предупреждению любой из следующих категорий травм, связанных с насилием?**

**Категория**

**Профилактические меры**

**14a) Межличностное насилие**

 ДА  НЕТ

14x) Если ДА, то укажите название и интернет-ссылку:

**14b) Насилие среди детей и молодежи**

 ДА  НЕТ

14xi) Если ДА, то укажите название и интернет-ссылку:

**14c) Жестокое и пренебрежительное обращение с детьми**

 ДА  НЕТ

14xii) Если ДА, то укажите название и интернет-ссылку:

**14d) Насилие со стороны интимного партнера или домашнее насилие**

 ДА  НЕТ

14xiii) Если ДА, то укажите название и интернет-ссылку:

**14е) Жестокое обращение с пожилыми людьми и отсутствие заботы о них**

 ДА  НЕТ

14xiv) Если ДА, то укажите название и интернет-ссылку:



14f) Сексуальное насилие

ДА  НЕТ

14xv) Если ДА, то укажите название и интернет-ссылку:

14g) Насилие, направленное на себя  
(самоубийства и самоповреждения)

ДА  НЕТ

14xvi) Если ДА, то укажите название и интернет-ссылку:

15) Если какие-либо из этих стратегий существуют, но не размещены в интернете, то имеются ли они в следующем виде?

15a) Электронные файлы

ДА  НЕТ

15b) Печатные копии

ДА  НЕТ

Если вы ответили ДА на вопрос 15, то просьба представить нам экземпляры соответствующих документов.

16) Произошли ли за последние 12 месяцев какие-либо новые события или сдвиги в области предупреждения насилия и травматизма в вашей стране в любой из следующих областей? По мере целесообразности, можно приводить ссылки на уже заполненные вопросы 1–8.

16a) Национальная политика

ДА  НЕТ

16x) Если ДА, то дайте краткое описание этих событий/сдвигов

16b) Эпидемиологический надзор

ДА  НЕТ

16xi) Если ДА, то дайте краткое описание этих событий/сдвигов

16c) Многосекторальное сотрудничество

ДА  НЕТ

16xii) Если ДА, то дайте краткое описание этих событий/сдвигов

**16d) Нарращивание потенциала**

<input type="radio"/> ДА	<input type="radio"/> НЕТ
--------------------------	---------------------------

**16xiii) Если ДА, то дайте краткое описание этих событий/сдвигов**

------------------

**16е) Экстренная медицинская помощь, основанная на принципах доказательной медицины**

<input type="radio"/> ДА	<input type="radio"/> НЕТ
--------------------------	---------------------------

**16xiv) Если ДА, то дайте краткое описание этих событий/сдвигов**

------------------

**17) Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ предупреждения дорожно-транспортного травматизма? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)**

НЕТ

ДА, проводятся:

**Программы**

17а) Повышение возрастного ценза на управление мотоциклом с 16 до 18 лет

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

17б) Повышение возрастного ценза на управление автотранспортным средством с 16 до 18 лет

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

17с) Внедрение законов о максимально допустимом содержании алкоголя в крови водителей

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

17д) Обеспечение выполнения законов о максимально допустимом содержании алкоголя в крови водителей

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

17е) Внедрение поэтапной системы выдачи водительских прав

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

17ф) Применение средств принудительного снижения скорости транспортных средств

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

17г) Обязательное включение фар мотоциклов при движении в дневное время

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

17h) Внедрение законов об обязательном применении ремней безопасности

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

17i) Обеспечение выполнения законов об обязательном применении ремней безопасности

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

17j) Применение детских автомобильных кресел безопасности и детских ремней безопасности

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

17k) Внедрение и обеспечение выполнения законов, предусматривающих обязательное применение защитных шлемов мотоциклистами

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

17l) Принятие мер по снижению скорости транспортных средств

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

17m) Более широкое применение безопасных способов передвижения

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

17n) Проведение дорожных проверок содержания алкоголя в крови водителей

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

17o) Повышение возрастного ценза на потребление алкоголя

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

17p) Физическое разграничение различных типов участников дорожного движения

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

**18) Просьба представить информацию о любых других имеющихся программах предупреждения дорожно-транспортного травматизма, помимо перечисленных в вопросе 17**

**Q19) Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ предупреждения пожаров или ожогов? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)**

**НЕТ**

**ДА, проводятся:**

**Программы**

19a) Ограничение производства и продажи фейерверков

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

19b) Принятие мер, направленных на ограничение хранения горючих веществ в домашних хозяйствах

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

19c) Улучшение строительных стандартов

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

19d) Совершенствование конструкции производимых изделий, например керосиновых печей, посуды для приготовления пищи, подсвечников

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

19e) Принятие (и контроль за соблюдением) законов об обязательном применении детекторов дыма и других устройств пожарной сигнализации

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

19f) Принятие законов об ограничении температуры горячей воды в системах водоснабжения и соответствующая просветительная работа среди населения

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

19g) Оказание помощи пострадавшим в специализированных ожоговых центрах

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

19h) Внедрение стандарта на производство зажигалок, недоступных для использования детьми

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

19i) Разработка стандартов и кодексов практики в отношении использования только негорючих материалов для производства одежды

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

19j) Правильное оказание первой помощи при ожогах жидкостями – "охлаждать пораженный участок"

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

**20) Просьба представить информацию о любых других имеющихся программах предупреждения пожаров и ожогов, помимо перечисленных в вопросе 19**

21) Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ предупреждения случайных отравлений? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)

НЕТ

ДА, проводятся:

**Программы**

21a) Емкости для хранения лекарств и ядовитых веществ, недоступные для открывания детьми

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

21b) Токсикологические центры

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

21c) Хранение лекарств и других ядовитых веществ в запечатанных помещениях (контейнерах)

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

21d) Аптечный отпуск лекарственных препаратов в количествах, не достигающих смертельной дозы

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

21e) Изъятие ядовитого вещества из употребления

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

22) Просьба представить информацию о любых других имеющихся программах предупреждения случайных отравлений, помимо перечисленных в вопросе 21

23) Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ предупреждения утопления или неполного утопления? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)

НЕТ

ДА, проводятся:

**Программы**

23a) Применение индивидуальных средств поддержания плавучести

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

23b) Принятие законов об обязательном четырехстороннем ограждении плавательных бассейнов

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

23c) Обеспечение выполнения законов об обязательном четырехстороннем ограждении плавательных бассейнов

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

23d) Закрытие крышками колодцев и других аналогичных резервуаров или их ликвидация

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

23e) Хорошо обученные и оснащенные службы спасения на водах

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

23f) Применение стандартов безопасности для плавательных бассейнов

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

23g) Повышение уровня осведомленности об опасности утопления среди целевых групп

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

23h) Обеспечение экстренных реанимационных мероприятий

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

24) Просьба представить информацию о любых других имеющихся программах предупреждения утопления или неполного утопления, помимо перечисленных в вопросе 23

**25) Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ предупреждения случайных падений? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)**

**Программы**

25a) Установка защитных устройств на окнах, например оконных решеток на высоких этажах зданий

НЕТ

ДА, проводятся:

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

25b) Детские загородки и перила на лестничных пролетах

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

25c) Применение противоударных материалов для покрытий на игровых площадках

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

25d) Стандарты безопасности для оборудования игровых площадок

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

25e) Упражнения для укрепления мышц и тренировки равновесия для пожилых людей

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

25f) Оценка и в случае необходимости устранение или уменьшение потенциальных опасностей в домах, где проживают люди, подвергающиеся особенно высокому риску

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

25g) Образовательные программы, стимулирующие использование устройств безопасности для предотвращения падений

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

25h) Совершенствование конструкции мебели и других изделий для маленьких детей

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

**26) Просьба представить информацию о любых других имеющихся программах предупреждения случайных падений, помимо перечисленных в вопросе 25**

**27) Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ предупреждения насилия среди детей и молодежи? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)**

**Программы**

27a) Обучение жизненным навыкам

НЕТ

ДА, проводятся:

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

27b) Дошкольное воспитание, направленное на усиление связей между детьми и школой, на повышение успеваемости и уровня самооценки

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

27c) Семейная терапия для детей и подростков из групп высокого риска

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

27d) Программы развития партнерства между родителями и школой, направленные на содействие более активному вовлечению родителей

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

27e) Стимулы для продолжения учебы, предназначенные для учеников старших классов, входящих в группы риска

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

27f) Вмешательства по выявлению и коррекции поведенческих и эмоциональных нарушений у детей раннего возраста

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

27g) Оказание психологической помощи детям и подросткам, подвергшимся жестокому обращению и ставшим свидетелями насилия в семье со стороны интимного партнера

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

28) Просьба представить информацию о любых других имеющихся программах предупреждения насилия среди детей и молодежи, помимо перечисленных в вопросе 27

29) Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ предупреждения жестокого и пренебрежительного обращения с детьми? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)

**Программы**

29а) Улучшение качества и доступности дородовой и послеродовой помощи

29б) Патронажные посещения по месту жительства

29с) Программы обучения родительским навыкам

29д) Предотвращение нежелательных беременностей

29е) Обучение детей навыкам распознавать и избегать потенциально опасных ситуаций

**НЕТ**

**ДА, проводятся:**

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

30) Просьба представить информацию о любых других имеющихся программах предупреждения жестокого и пренебрежительного обращения с детьми, помимо перечисленных в вопросе 29

31) Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ по предупреждению насилия со стороны интимного партнера или домашнего насилия? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)

**Программы**

31а) Проводимые школами программы предупреждения насилия при формировании близких отношений

31б) Обучение работников здравоохранения навыкам выявления случаев насилия со стороны интимных партнеров и направления пострадавших и их партнеров в специализированные службы, где они могут получить помощь

31с) Изменение социальных норм в отношении гендерного неравенства

31д) Изменение социальных норм, оправдывающих насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие

**НЕТ**

**ДА, проводятся:**

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

32) Просьба представить информацию о любых других имеющихся программах предотвращения насилия со стороны интимного партнера или домашнего насилия, помимо перечисленных в вопросе 31

**33) Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ предотвращения жестокого обращения с людьми старшего возраста или отсутствия заботы о них? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)**

**Программы**

33a) *Создание социальных сетей, объединяющих людей старшего возраста*

**НЕТ**

**ДА, проводятся:**

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

33b) *Обучение людей старшего возраста методам оказания патронажных услуг, когда они посещают лиц, подвергающихся высокому риску виктимизации, или являются их компаньонами*

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

33c) *Разработка и развитие стратегий и программ улучшения организационной, социальной и физической среды специализированных жилых домов для престарелых*

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

**34) Просьба представить информацию о любых других имеющихся программах предотвращения случаев жестокого обращения с пожилыми или отсутствия заботы о них, помимо перечисленных в вопросе 33**

**35) Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ предупреждения сексуального насилия? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)**

**Программы**

35a) *Проводимые школами программы предотвращения насилия при формировании близких отношений*

**НЕТ**

**ДА, проводятся:**

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

**36) Просьба представить информацию о любых других имеющихся программах предупреждения сексуального насилия, помимо перечисленных в вопросе 35**

**37) Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ предотвращения насилия, направленного на себя? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)**

**Программы**

37a) *Ограничение доступа к ядохимикатам*

**НЕТ**

**ДА, проводятся:**

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

37b) *Ограничение доступа к лекарствам*

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

37c) *Ограничение доступа к высоким местам, где нет ограждений*

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

37d) *Профилактика депрессии*

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

37e) *Лечение депрессии*

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

37f) *Профилактика злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами*

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

37g) *Лечение хронического алкоголизма и наркоманий*

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

37h) *Вмешательства на базе школ в таких областях, как управление кризисными ситуациями, повышение самооценки, развитие навыков преодоления трудностей*

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

38) Просьба представить информацию о любых других имеющихся программах предотвращения насилия, направленного на себя, помимо перечисленных в вопросе 37

39) Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ предупреждения преднамеренных и непреднамеренных травм? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)

Программы	НЕТ	ДА, проводятся:	
39a) <i>Снижение доступности алкоголя в периоды высокого риска (например, в субботние вечера, после дискотек)</i>	<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
39b) <i>Сокращение экономических неравенств</i>	<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
39c) <i>Укрепление систем социальной безопасности</i>	<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
39d) <i>Снижение доступности психоактивных веществ</i>	<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне

40) Просьба представить информацию о любых других имеющихся программах предупреждения преднамеренных и непреднамеренных травм, помимо перечисленных в вопросе 39

41) Проводятся ли в вашей стране какие-либо из следующих программ предупреждения всех видов насилия? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)

Программы	НЕТ	ДА, проводятся:	
41a) <i>Снижение спроса на огнестрельное оружие</i>	<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
41b) <i>Снижение доступности огнестрельного оружия</i>	<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
41c) <i>Устойчивые профилактические кампании, проводящиеся всеми средствами массовой информации и направленные на изменение культурных норм, способствующих насилию</i>	<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне

42) Просьба представить информацию о любых других имеющихся программах предупреждения всех видов насилия, помимо перечисленных в вопросе 41

42a) Просьба перечислить факторы, препятствующие реализации в вашей стране мер, направленных на предупреждение насилия и травматизма



**42b) Просьба перечислить факторы, способствующие реализации в вашей стране мер, направленных на предупреждение насилия и травматизма**

**43a) Заполняя этот вопросник, старались ли вы согласовывать ваши ответы с другими секторами/заинтересованными сторонами, занимающимися вопросами предупреждения насилия и травматизма?**

ДА       НЕТ

**43b) Если ДА, то просьба привести подробные данные**

**43c) Просьба указать те сектора/заинтересованные стороны, с которыми вы консультировались (просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Министерство здравоохранения                           | <input type="checkbox"/> |
| Министерство образования                               | <input type="checkbox"/> |
| Министерство юстиции                                   | <input type="checkbox"/> |
| Министерство транспорта                                | <input type="checkbox"/> |
| Министерство социального обеспечения/социальной защиты | <input type="checkbox"/> |
| Министерство финансов/торговли                         | <input type="checkbox"/> |
| Министерство труда                                     | <input type="checkbox"/> |
| Министерство по вопросам инфраструктуры                | <input type="checkbox"/> |
| Министерство внутренних дел                            | <input type="checkbox"/> |
| Министерство по вопросам профессиональных организаций  | <input type="checkbox"/> |
| Институты общественного здравоохранения                | <input type="checkbox"/> |
| НПО  | <input type="checkbox"/> |
| Другие (просьба указать названия)                      | <input type="checkbox"/> |

**44) Многосекторальное сотрудничество – это неотъемлемое условие успешности действий, направленных на предупреждение насилия и травматизма. Считаете ли вы, что ВОЗ может помочь в развитии многосекторального сотрудничества в вашей стране?**

ДА       НЕТ

**44x) Если ДА, то просьба описать, какую именно поддержку в этой области ВОЗ может оказать вашей стране.**

**СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ БЫЛИ ДОБАВЛЕНЫ В 2009 г.**

Вопросы 45–53 относятся к алкоголю как к фактору риска травматизма и насилия.

45a) Обозначен ли алкоголь в вашем национальном плане или политике в качестве отдельного фактора риска насилия?

ДА       НЕТ

45b) Обозначен ли алкоголь в вашем национальном плане или политике в качестве отдельного фактора риска непреднамеренных травм?

ДА       НЕТ

46) Доступность алкоголя (Просьба отметить наиболее подходящий вариант)

НЕТ

ДА:

46a) В плане контроля доступности алкоголя, имеется ли закон, ограничивающий продажу алкоголя малолетним?

НЕТ       в отдельных местах       на национальном уровне

46x) Если ДА, то просьба указать возрастной ценз:

46xi) Если ДА, то просьба оценить уровень соблюдения этого закона по шкале от 1 до 10 (1=закон не соблюдается, 10=закон соблюдается безукоризненно)

Выберите подходящий номер в окне внизу

Выберите уровень



НЕТ

ДА:

46b) В плане контроля доступности алкоголя, имеются ли государственные рекомендации по ограничению продажи алкоголя малолетним?

НЕТ       в отдельных местах       на национальном уровне

46c) Имеется ли в вашей стране возрастной ценз на право употребления алкогольных напитков?

НЕТ       в отдельных местах       на национальном уровне

46xii) Если да, то просьба указать минимальный возраст:

46d) В плане контроля доступности алкоголя, имеются ли какие-либо законы, ограничивающие разрешенное время отпуска алкогольных напитков для распития в лицензированных заведениях (в барах, ресторанах)?

НЕТ       в отдельных местах       на национальном уровне

46xiii) Если ДА, то просьба привести подробные данные:

46e) В плане контроля доступности алкоголя, имеются ли какие-либо законы, ограничивающие разрешенное время продажи алкогольных напитков на вынос, вне лицензированных заведений (например, в продовольственных магазинах)?

НЕТ       в отдельных местах       на национальном уровне

46xiv) Если ДА, то просьба привести подробные данные:

47) Если ДА, то просьба оценить уровень соблюдения этих законов по шкале от 1 до 10 (1=законы не соблюдаются, 10=законы соблюдаются безукоризненно)

Выберите подходящий номер в окне внизу

Выберите уровень

**48) Меры, направленные на ограничение потребления алкоголя (просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)**

**НЕТ**

**ДА:**

48а) Применяются ли для снижения потребления алкоголя налоговые меры (например, введение акцизов, НДС), приводящие, соответственно, к повышению цен на спиртные напитки?

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

48б) В плане снижения потребления алкоголя, принимаются ли какие-либо меры, направленные на сокращение числа точек продажи алкоголя?

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

48с) Имеются ли ограничения на продажу алкоголя во время мероприятий определенного типа (например, во время футбольных матчей)?

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

48д) Осуществляются ли какие-либо стратегии, направленные на контроль отпуска алкогольных напитков в барах и клубах, в частности соответствующее обучение официантов и барменов (например, отказывать в отпуске спиртных напитков малолетним или тем, кто уже находится в состоянии опьянения)?

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

48е) Имеются ли в вашей стране какие-либо регуляции по предотвращению нелегального производства и продажи алкогольных напитков домашнего или иного заводского приготовления?

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

**49а) Имеются ли в вашей стране нормативно-правовые ограничения на рекламу алкогольной продукции? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)**

**НЕТ**

**ДА:**

НЕТ     в отдельных местах     на национальном уровне

**49б) Если ДА, то просьба отметить те каналы массовой информации, где существуют правовые ограничения на рекламу:**

49х) Некоммерческие/национальные каналы телевидения

Выберите вариант

49xi) Коммерческие/частные каналы телевидения

49xii) Национальные каналы радио

49xiii) Местные каналы радио

**Примечание:** "Частичное установленное ограничение" означает, что оно распространяется на определенное время суток или на определенные типы событий, программ, журналов, фильмов и т.д...

**50) Просьба представить информацию о любых других предпринимаемых мерах по снижению доступности/потребления алкоголя, помимо перечисленных в вопросах 45–46 и 48–49**

51) Является ли проблемой для вашей страны потребление спиртных напитков, нелегально производимых в домашних или иных заводских условиях?

ДА       НЕТ

52) Является ли одной из причин насилия и травматизма в вашей стране потребление непищевых алкогольсодержащих веществ (например, технический спирт, лосьоны, антифриз)?

ДА       НЕТ

53) Проводятся ли в вашей стране на базе систем здравоохранения какие-либо из нижеперечисленных программ по снижению вреда, связанного с алкоголем? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)

53a) Скрининг и краткие консультативные вмешательства на уровне первичной помощи на тему о вреде алкоголя

НЕТ	ДА, проводятся:	
<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне

53b) Врачебные консультации в отделениях экстренной медицинской помощи для подростков с травмами, полученными в состоянии опьянения, с использованием метода мотивационного интервью

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

53c) Систематическое обучение медицинских работников методам скрининга и кратких вмешательств по поводу алкогольных проблем

<input type="radio"/> НЕТ	<input type="radio"/> в отдельных местах	<input type="radio"/> на национальном уровне
---------------------------	--	--

Вопросы 54-59 относятся к социально-экономическим детерминантам как к факторам риска травматизма и насилия.

54a) Имеются ли в вашей стране данные о смертности и здоровье населения в разбивке по показателям принадлежности к определенным социально-экономическим классам?

ДА       НЕТ

54x) Если ДА, то просьба указать, какие именно показатели используются для определения принадлежности к социально-экономическому классу и/или для характеристики степени материальной необеспеченности (например, индекс социально-экономической депривации, рассчитываемый с учетом многих переменных, образовательный уровень, профессиональный статус, уровень дохода, обладание материальными ценностями и т.д.).

55) Если вы ответили ДА на вопрос 54a, то укажите с каких территориальных уровней можно получить данные по социально-экономическим показателям (отметьте все соответствующие клетки):

- Регион
- Провинция (область)
- Район
- Муниципалитет
- Избирательный участок/микрорайон

НЕТ

ДА, проводились:

56a) Проводились ли в последние 12 месяцев в вашей стране какие-либо программы, направленные на сокращение социально-экономических различий по показателям здоровья между сегментами общества?

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

56x) Если ДА, то просьба указать, какие именно:

57a) Выделена ли проблема социально-экономических различий (или разброса) по показателям травматизма и насилия в качестве одного из приоритетов национальной политики?

ДА  НЕТ

57x) Если ДА, то просьба указать, каким образом:

НЕТ

ДА, проводятся:

58a) Проводятся ли какие-либо конкретные вмешательства по сокращению социально-экономических неравенств в отношении травматизма и насилия? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

58x) Если ДА, то просьба указать, какие именно:

59) Проводятся ли какие-либо конкретные вмешательства по сокращению социально-экономических неравенств в отношении травматизма и насилия, охватывающие следующие целевые группы? (Просьба отметить наиболее подходящий из трех вариантов ответа)

НЕТ

ДА, проводятся:

59a) Социально неблагополучные группы в целом

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

59b) Этнические меньшинства

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

59c) Особые группы, например лица, обратившиеся за получением политического убежища

НЕТ  в отдельных местах  на национальном уровне

59x) Другие, перечислите:

NO  в отдельных местах  на национальном уровне

Просьба направить заполненный вопросник на позднее  
31 мая 2009 г. по электронной почте на адрес:

[violenceinjury@ecr.euro.who.int](mailto:violenceinjury@ecr.euro.who.int)

# ПРИЛОЖЕНИЕ 3. СПИСОК НАЦИОНАЛЬНЫХ КООРДИНАТОРОВ, ПРИНЯВШИХ УЧАСТИЕ В ЗАПОЛНЕНИИ ВОПРОСНИКОВ

№.	Страна	Национальные координаторы	
		Насилие	Непреднамеренный травматизм
1	Австрия	Rupert Kisser <i>Kuratorium für Verkehrssicherheit</i>	
2	Азербайджан	Рустам Талишинский <i>Центр травматологии, Баку</i>	Вагиф Вердиев <i>Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии</i>
3	Албания	Gentiana Qirjako <i>Департамент общественного здравоохранения</i>	Maksim Bozo <i>Министерство здравоохранения</i>
4	Армения	Рузанна Юзбашьян <i>Министерство здравоохранения</i>	Лилит Аветисян <i>Государственная гигиеническая и противоэпидемическая инспекция</i>
5	Беларусь	Иван Пикиреня <i>Министерство здравоохранения</i>	
6	Бельгия	Christiane Hauzeur <i>Федеральное министерство здравоохранения</i>	Martine Bantuelle <i>Centre d'Education à la Santé</i>
7	Болгария	Fanka Koucheva <i>Национальный центр профилактики в общественном здравоохранении</i>	Maksim Gaidev <i>Министерство здравоохранения</i>
8	Босния и Герцеговина	Федерация Боснии и Герцеговины: Jasmina Cosic <i>Федеральное министерство здравоохранения</i>  Республика Сербска: Jasminka Vuckovic <i>Министерство здравоохранения и социальной защиты</i>	Федерация Боснии и Герцеговины: Jasminka Kovacevic  Республика Сербска: Alen Seranic <i>Министерство здравоохранения и социальной защиты</i>
9	Бывшая югославская Республика Македония	Marija Raleva <i>Клинический центр, Скопье</i>	Fimka Tozija <i>Министерство здравоохранения</i>
10	Венгрия	Maria Herczog <i>Eszterházy Károly College</i>	Mária Bényi <i>Национальный центр по аудиту и инспектированию в здравоохранении</i>

11	Германия	Elke Metz Федеральное министерство здравоохранения	Elke Metz Федеральное министерство здравоохранения  Horst Peretzki, <i>Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Kooperation in der Prävention</i>
12	Греция	Dimitrios Efthymiadis <i>Национальный центр неотложной медицинской помощи</i>	
13	Грузия	David Pavliashvili Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты	Kakha Kheladze Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты
14	Дания	Karin Helweg-Larsen Национальный институт общественного здравоохранения  Helle Engslund Krarup Министерство внутренних дел и здравоохранения	Karin Helweg-Larsen Национальный институт общественного здравоохранения  Margit Ulmer Министерство здравоохранения и профилактики
15	Израиль	Yitzhak Berlovitz Министерство здравоохранения	Kobi Peleg Гертнерский институт эпидемиологии и исследований политики в здравоохранении
16	Ирландия	Robbie Breen <i>Департамент здравоохранения и по делам детей</i>	
17	Исландия	Gunnar Alexander Olafsson Министерство здравоохранения	Rosa Thorsteinsdottir Институт общественного здравоохранения Исландии
18	Испания	Vegoña Merino Министерство здравоохранения и социальной политики	Vicenta M <sup>a</sup> Lizarbe Alonso Министерство здравоохранения и защиты прав потребителей
19	Италия	Maria Giuseppina Lecce <i>Министерство здравоохранения</i>	
20	Кипр	Myrto Azina-Chronidou, Министерство здравоохранения	Olga Poyiadji-Kalakouta, Министерство здравоохранения
21	Кыргызстан	Самат Тойматов <i>Министерство здравоохранения</i>	
22	Латвия	Jana Feldmane <i>Министерство здравоохранения</i>	
23	Литва	Robertas Povilaitis Руководитель Childline	Ramune Meziene Министерство здравоохранения
24	Мальта	Taugeta Firman Генеральный директорат по здравоохранению	Marianne Massa Отдел по охране здоровья
25	Нидерланды	Loek J.W. Hesemans <i>Министерство здравоохранения, социального обеспечения и спорта</i>	

26	Норвегия	Freja Ulvestad Kärki <i>Норвежское управление по здравоохранению</i>	Jakob Linhave <i>Норвежское управление по здравоохранению</i>
27	Польша	Wojciech Kłosiński <i>Министерство здравоохранения</i>	
28	Португалия	Maria João Quintela <i>Министерство здравоохранения</i>	Gregória Paixão von Amann, <i>Министерство здравоохранения</i>
29	Республика Молдова	Анатолие Наку <i>Министерство здравоохранения</i>	Георгиу Чобану <i>Национальный центр скорой помощи</i>
30	Российская Федерация	Маргарита Качаева <i>Центр социальной и судебной психиатрии</i>	Сергей Багненко <i>НИИ скорой помощи</i>
31	Румыния	Daniel Verman <i>Министерство здравоохранения</i>	
32	Сан-Марино	Andrea Gualtieri <i>Управление по общественному здравоохранению</i>	
33	Сербия	Milena Paunovic <i>Белградский городской институт общественного здравоохранения</i>	
34	Словакия	Martin Smrek <i>Университетская детская больница</i>	
35	Словения	Barbara Mihevc <i>Институт общественного здравоохранения</i>	Mateja Rok Simon <i>Институт общественного здравоохранения</i>
36	Соединенное Королевство	Mark Bellis и Karen Hughes <i>Ливерпульский Университет Джона Мурса</i>	
37	Турция	Fehmi Aydinli <i>Главное управление по первичной медико-санитарной помощи</i>	Fazil Inan <i>Главное управление по первичной медико-санитарной помощи</i>
38	Таджикистан	Гульбахор Асурова <i>Отдел организации медицинских услуг</i>	
39	Туркменистан	Беглых Овезклычев <i>Министерство здравоохранения и медицинской промышленности</i>	
40	Узбекистан	Мирхаким Жавхарович Азизов <i>Министерство здравоохранения</i>	
41	Финляндия	Helena Ewalds <i>Национальный Центр исследований и разработок по социальному обеспечению и здравоохранению (STAKES)</i>	Merja Söderholm <i>Министерство социальных дел и здравоохранения</i>
42	Франция	Pierre Arwidson <i>Institut national de prévention et d'éducation pour la santé</i>	
		Delphine Girard <i>Institut national de prévention et d'éducation pour la santé</i>	
43	Хорватия	Melita Jekavic и Ivana Brkic Bilos <i>Национальный институт общественного здравоохранения</i>	



44	Черногория	Svetlana Stojanovic <i>Министерство здравоохранения</i>	
45	Чешская Республика	Iva Truellova <i>Министерство здравоохранения</i>	Veronika Benešová <i>Центр эпидемиологии и профилактики детского травматизма</i>
46	Швейцария	Marie-Claude Hofner <i>Университетский институт судебной медицины</i>	Roland Allenbach <i>Совет по предупреждению несчастных случаев</i>
47	Эстония	Ülla-Karin Nurm <i>Министерство социальных дел</i>	

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4. СТРАНЫ, ОТВЕТИВШИЕ НА ВОПРОСНИКИ В 2008 И 2009 ГГ.

2008 г.	2009 г.
1 Австрия	Австрия
2 Азербайджан	Азербайджан
3 Албания	Албания
4 Армения	Армения
5 Беларусь	Беларусь
6 Бельгия	Бельгия
7 Болгария	Болгария
8 Бывшая югославская Республика Македония	Бывшая югославская Республика Македония
9 Венгрия	Босния и Герцеговина
10 Греция	Венгрия
11 Дания	Германия
12 Израиль	Греция
13 Ирландия	Грузия
14 Исландия	Дания
15 Испания	Израиль
16 Кипр	Ирландия
17 Латвия	Исландия
18 Литва	Испания
19 Мальта	Италия
20 Нидерланды	Кипр
21 Норвегия	Кыргызстан
22 Польша	Латвия
23 Португалия	Литва
24 Республика Молдова	Мальта
25 Российская Федерация	Нидерланды
26 Румыния	Норвегия

27	Сан-Марино	Польша
28	Сербия	Португалия
29	Словакия	Республика Молдова
30	Словения	Российская Федерация
31	Соединенное Королевство	Румыния
32	Турция	Сан-Марино
33	Узбекистан	Сербия
34	Финляндия	Словакия
35	Хорватия	Словения
36	Чешская Республика	Соединенное Королевство
37	Швейцария	Турция
38		Таджикистан
39		Туркменистан
40		Узбекистан
41		Финляндия
42		Франция
43		Хорватия
44		Черногория
45		Чешская Республика
46		Швейцария
47		Эстония

# ПРИЛОЖЕНИЕ 5. АКТУАЛЬНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ТРАВМАТИЗМА И НАСИЛИЯ

## Технические отчеты

Butchart A et al. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva, World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/activities/child\\_maltreatment/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/child_maltreatment/en/index.html)).

*Европейский отчет о состоянии безопасности дорожного движения. За безопасные дороги и более здоровые транспортные инициативы*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (<http://www.euro.who.int/document/e92789R.pdf>)

*Global Status Report on Road Safety*. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2009/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009/en/index.html)).

*Травматизм и насилие в Европе. В чем важность этой проблемы, и что можно сделать. Резюме*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (<http://www.euro.who.int/document/e87321R.pdf>).

Peden M et al. *World report on child injury prevention*. Geneva, World Health Organization and UNICEF, 2009 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/index.html)).

*Состояние безопасности дорожного движения. Партнерский обзор по стране: Российская Федерация*. Париж, Организация по экономическому сотрудничеству и развитию, 2006 г.

Sethi D et al. *Травматизм и насилие в Европе. В чем важность этой проблемы, и что можно сделать..* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 г. (<http://www.euro.who.int/Document/E87321R.pdf?language=Russian>).

Sethi D et al. *Европейский доклад о профилактике детского травматизма*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090204\\_1?language=Russian](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090204_1?language=Russian)).

Sethi D et al. *Progress in preventing injuries in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2008 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080912\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080912_1)).

Sethi D, Racioppi F, Mitis F. *Дорожная безопасность для детей и молодежи в Европе*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 г. (<http://www.euro.who.int/Document/E90142R.pdf?language=Russian>).

Shields N et al. *National responses to preventing violence and unintentional injuries. WHO European survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89258.pdf>).

*Violence prevention: the evidence*. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence4th\\_milestones\\_meeting/publications/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence4th_milestones_meeting/publications/en/index.html)).

## Краткие аналитические обзоры

*Alcohol and interpersonal violence*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/E87347.pdf>).

Bauer R, Kissler R. *Injury surveillance: a health policy priority*. Brussels, European Commission, 2009 (Apollo policy briefing number 7).

*Разорвать замкнутый круг: рассмотрение проблем межличностного насилия в Российской Федерации с точки зрения общественного здоровья*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89855r.pdf>).

*Межличностное насилие и алкоголь в Российской Федерации*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E88757r.pdf>).

*Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E90618.pdf>).

Laflamme L et al. *Addressing the socioeconomic safety divide: a policy briefing*. Copenhagen, WHO Regional

Office for Europe 2009 (<http://www.euro.who.int/Document/E92197.pdf>).

Sethi D. *The role of public health in injury prevention*. Brussels, European Commission, 2007 (Apollo policy briefing number 1; [http://www.euro.who.int/document/VIP/policy\\_briefing\\_1.pdf](http://www.euro.who.int/document/VIP/policy_briefing_1.pdf)).

Sethi D. *Developing national policy for injury prevention*. Brussels, European Commission, 2007 (Apollo policy briefing number 2).

Sethi D. *Inequality in injury risks*. Brussels, European Commission, 2007 (Apollo policy briefing number 3).

Sethi D. *Road traffic injuries among vulnerable road users*. Brussels, European Commission, 2008 (Apollo policy briefing number 4; [http://www.euro.who.int/Document/VIP/polbrief\\_road\\_injuries.pdf](http://www.euro.who.int/Document/VIP/polbrief_road_injuries.pdf)).

Sethi D, Mitis F. *Alcohol and injuries*. Brussels, European Commission, 2009 (Apollo policy briefing number 5; [http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/\\$file/Policy%20briefing%205%20-Alcohol%20and%20Injuries.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/$file/Policy%20briefing%205%20-Alcohol%20and%20Injuries.pdf)).

Sethi D, Bie H, Frerick B. *Youth violence prevention*. Brussels, European Commission, 2007 (Apollo policy briefing number 6; [http://www.childsafetyeurope.org/csi/eurosafe2006.nsf/0/D87464685E9DFA75C125754D0030BE96/\\$file/Policy%20briefing%206%20-%20Youth%20violence.pdf](http://www.childsafetyeurope.org/csi/eurosafe2006.nsf/0/D87464685E9DFA75C125754D0030BE96/$file/Policy%20briefing%206%20-%20Youth%20violence.pdf)).

Sethi D, Mitis F. *Using advocacy for injury prevention*. Brussels, European Commission, 2009 (Apollo policy briefing number 8; [http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D87464685E9DFA75C125754D0030BE96/\\$file/Policy%20briefing%208%20-%20Using%20advocacy%20for%20injury%20prevention.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D87464685E9DFA75C125754D0030BE96/$file/Policy%20briefing%208%20-%20Using%20advocacy%20for%20injury%20prevention.pdf)).

*The cycles of violence: the relationship between childhood maltreatment and the risk of later becoming a victim or perpetrator of violence: key facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E90619.pdf>).

## Научные статьи

Racioppi F, Sethi D. *Prima Settimana Mondiale delle Nazioni Unite sulla Sicurezza Stradale: riflettori puntati sulla principale causa di morte per i giovani Europei [The first United Nations Road Safety Week: addressing the leading cause of death in young Europeans]*. Rome, L'altra Via, 2007.

Racioppi F, Sethi D. The First United Nations Global Road Safety Week: addressing the leading cause of death in young Europeans. *European Journal of*

*Public Health*, 2007, 17:232–234 (<http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/full/17/2/232>).

Racioppi F, Sethi D. Shaping comprehensive policies for injury prevention in Europe. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* (in press).

Racioppi F, Sethi D, Baumgarten I. Stepping up the effort to reduce violence and unintentional injuries in Europe. *European Journal of Public Health*, 2006, 16:337–338 (<http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/16/3/336>).

Sethi D, Racioppi F. The role of public health in injury prevention in the WHO European Region. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 14:271–273.

Sethi D, Racioppi F, Bertollini R. Preventing the leading cause of death in young people in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, 61:842–843.

Sethi D et al. Reducing inequalities in injuries in Europe. *Lancet*, 2006, 368:2243–2250.

Sethi D, Waxweiler R, Racioppi F. Developing a national policy for injury and violence prevention. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 15:53–55.

Suarez Garcia I, Sethi D, Hutchings A. Mortality due to injuries by place of occurrence in the European region: analysis of data quality in the WHO mortality database. *Injury Prevention*, 2009, 15:275–277.

## Главы из книг

Sethi D, Butchart A. Violence/intentional injuries: prevention and control. In: Heggenhougen HK, Quah SR, eds. *International encyclopedia of public health, volume 6*. San Diego, Academic Press, 2008:508–518.

Sethi D, Racioppi F. Road traffic injury prevention in children and young people in the European Region. In: Tellnes G, ed. *Urbanisation and health*. Oslo, Oslo Academic Press, 2005.

## Отчеты о совещаниях национальных координаторов

*Report on a VIP meeting: “WHO Ministry of Health, Welfare and Sport, Netherlands – joint meeting of the European national focal points for violence and injury prevention”*, Noordwijkerhout, 17 and 18 November 2005. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/document/VIP/FPs\\_%20meeting\\_%20report\\_FINAL\\_edited.pdf](http://www.euro.who.int/document/VIP/FPs_%20meeting_%20report_FINAL_edited.pdf)).

*Workshop on strengthening capacity for violence and injury prevention: 2nd VIP focal persons meeting*.

*Reports on: "Workshop on Strengthening Capacity for Violence and Injury Prevention", Salzburg (Austria), 21–23 June 2006 and "Second Meeting of the Violence and Injury Prevention Focal Persons for WHO Europe", Salzburg (Austria), 23–24 June 2006. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/Document/VIP/2nd\\_VIP\\_FocalPerMtg.pdf](http://www.euro.who.int/Document/VIP/2nd_VIP_FocalPerMtg.pdf)).*

*WHO meeting report – Third Annual European Meeting of Violence and Injury Prevention National Focal Persons of the Ministries of Health: report of a*

*joint meeting of the WHO and the High Commissariat of Health at the Ministry of Health, Portugal, Lisbon, 21–22 November 2007. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/VIP/3rd\\_vip\\_focalpermtg.pdf](http://www.euro.who.int/document/VIP/3rd_vip_focalpermtg.pdf)).*

*Fourth annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the Ministries of Health. Report of a joint meeting of the WHO and the Ministry of Social Affairs and Health of Finland, Helsinki, 10 and 11 November 2008. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.*



## Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное агентство системы Организации Объединенных Наций, которое создано в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро, расположенных в различных частях земного шара и имеющих каждое свою программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

## Государства-члены

Австрия  
Азербайджан  
Албания  
Андорра  
Армения  
Беларусь  
Бельгия  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Бывшая югославская Республика Македония  
Венгрия  
Германия  
Греция  
Грузия  
Дания  
Израиль  
Ирландия  
Исландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Черногория  
Чешская Республика  
Швейцария  
Швеция  
Эстония

## Всемирная организация здравоохранения

### Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17

Факс: +45 39 17 18 18

E-mail: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)

Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

