



**ЕВРОПА**

**СГЛАЖИВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-  
ЭКОНОМИЧЕСКИХ РАЗЛИЧИЙ  
В ОТНОШЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ  
ЧЕЛОВЕКА: КРАТКИЙ  
АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР**



**ЕВРОПА**

# **СГЛАЖИВАНИЕ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ РАЗЛИЧИЙ В ОТНОШЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ ЧЕЛОВЕКА: КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР**

Lucie Laflamme

Каролинска институт, Стокгольм, Швеция

Dinesh Sethi

Европейское региональное бюро ВОЗ

Stephanie Burrows

Квебекский университет в Монреале, Монреаль, Канада

Marie Hasselberg

Каролинска институт, Стокгольм, Швеция

Francesca Racioppi

Европейское региональное бюро ВОЗ

Franklin Apfel

Уорлд Хэлс Коммьюникэйшн Ассошиэйтс, Сомерсет, Соединенное Королевство

# РЕЗЮМЕ

Травматизм и насилие являются одной из ведущих причин смертности и инвалидности в Европейском регионе ВОЗ. Благополучие относится к основным детерминантам здоровья, и существует выраженный социальный градиент в показателях нездоровья, связанного с травматизмом и насилием. Люди в странах с низким и средним уровнем доходов и малоимущие в странах с высоким уровнем доходов находятся в худшем положении. Социальная и экономическая политика изменяет социальную и физическую среду обитания, влияя тем самым на подверженность семей травматизму. Эта публикация является кратким аналитическим обзором, в котором обобщаются фактические данные о социально-экономических различиях в отношении безопасности, приведенные в большом систематическом обзоре. Кроме того, этот краткий обзор содержит тезисы для разработчиков политики, исследователей, защитников интересов общественного здравоохранения и специалистов по безопасности, определяющие, что можно сделать для сглаживания этих различий. Действия по предупреждению травматизма и насилия должны осуществляться с участием многих секторов. Для решения проблемы неравномерного распределения травм необходимо, чтобы правительства стремились к справедливости при реализации всех государственных стратегий. Мероприятия по снижению уровня травматизма и насилия должны быть направлены как на население в целом путем пассивных вмешательств по повышению исходной безопасности социальной и физической окружающей среды, так и на особо уязвимые группы. Устранение этой важной причины неравенства в отношении здоровья является вопросом социальной справедливости.

## Ключевые слова

VIOLENCE  
WOUNDS AND INJURIES - prevention and control  
SOCIAL JUSTICE  
PUBLIC POLICY  
SOCIOECONOMIC FACTORS  
EUROPE

ISBN: 978 92 890 4183 6

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 полное согласие пока не достигнуто.

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

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

Редактор текста: David Breuer  
Переводчик: Татьяна Иконникова  
Напечатано в Риме, Италия

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Выражение благодарности</b> .....	v
<b>Предисловие</b> .....	vii
<b>Введение</b> .....	ix
<b>Фактические данные о социально-экономических различиях в отношении безопасности человека</b> .....	1
Основные выводы .....	1
Результаты исследований специфических видов травм .....	1
Дорожно-транспортный травматизм .....	1
Падения, ожоги, отравление, утопление и смешанные травмы .....	2
Насилие, направленное против себя .....	3
Межличностное насилие .....	3
Изучение района, типа травмы и экономического положения .....	4
<b>Сглаживание социально-экономических различий в отношении безопасности – тезисы для разработчиков политики</b> .....	5
Тезис 1: Социально-экономическое неравенство в уровне насилия и травматизма – серьезная проблема, которую можно ослабить с помощью действий .....	5
Тезис 2: Нестандартные решения требуют знания масштаба и локализации проблемы .....	5
Тезис 3: Разработка и осуществление ориентированных на достижение справедливости стратегий и вмешательств .....	5
Тезис 4: Убедитесь в наличии стратегий по достижению безопасности для всех .....	6
Законодательство, регулирование и контроль выполнения .....	6
Программы на базе сообщества .....	7
Образовательные программы по безопасности в доме и программы посещений на дому .....	7
Тезис 5: Направлять усилия на группы населения наибольшего риска .....	8
Уменьшение различий в подверженности .....	8
Уменьшение различий в последствиях травм .....	9
Снижение различий в уровне воздействия .....	9
Воздействие на социальное расслоение .....	10

<b>Сглаживание социально-экономических различий: тезисы для исследователей</b> . . . . .	11
Тезис 1: Улучшить дизайн исследования . . . . .	11
Тезис 2: Необходимы исследования в странах с низким и средним уровнем доходов . . . . .	11
Тезис 3: Больше внимания необходимо уделять исследованиям вмешательств и тому, как они могут уменьшить различия в безопасности . . . . .	12
<b>Сглаживание социально-экономических различий в безопасности – тезисы для защитников интересов общественного здравоохранения и специалистов по безопасности</b> . . . . .	13
Тезис 1: Представить справедливость в отношении безопасности как основную проблему общественного здравоохранения, которую можно разрешить с помощью политических действий – травмы не являются случайностью . . . . .	13
Тезис 2: Строить стратегии вмешательств на принципах общественного здравоохранения . . . . .	13
Тезис 3: Адаптируйте ваши действия и защиту интересов к потребностям окружающих условий . . . . .	13
Тезис 4: Предоставить право голоса уязвимым людям . . . . .	13
Тезис 5: Стимулировать связи между исследователями и разработчиками политики . . . . .	13
<b>Вывод</b> . . . . .	15
<b>Библиография</b> . . . . .	17
<b>Приложение 1. Методы обзора</b> . . . . .	25

## Выражение благодарности

В этом кратком аналитическом обзоре суммированы и использованы материалы, первоначально подготовленные для большого систематического обзора, проведенного Laflamme et al. – *Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures* («Социально-экономические различия как фактор риска травматизма. Обзор фактических данных и обсуждение возможных контрмер»). Полностью обзор опубликован в электронном виде на английском языке. В создании этого краткого аналитического обзора участвовали многие эксперты международного уровня и сотрудники ВОЗ. В частности, ВОЗ выражает благодарность следующим людям за их полезные комментарии, позволившие сделать обзор более точным и полным:

- Carinne Allinson, компания Уорлд Хэлс Коммьюникэйшн Ассошиэйтс, Сомерсет, Соединенное Королевство;
- Mark Bellis, Ливерпульский университет им. Джона Мурса, Ливерпуль, Соединенное Королевство;
- Hedvig Bie, Европейское региональное бюро ВОЗ;
- Phil Edwards, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное Королевство;
- Manuela Gallitto, Европейское региональное бюро ВОЗ;
- Francesco Mitis, Европейское региональное бюро ВОЗ;
- Julia Nowacki, Европейское региональное бюро ВОЗ;
- Maria Segui-Gomez, Университет Наварры, Памплона, Испания;
- Liz Towner, Университет Западной Англии, Бристоль, Соединенное Королевство.

ВОЗ выражает признательность правительствам Соединенного Королевства и Швеции за предоставленную добровольную финансовую поддержку, а также в связи с поступившими добровольными вкладами в поддержку деятельности секретариата Европейского комитета по окружающей среде и охране здоровья, что сделало возможным опубликование этого обзора.



## Предисловие

*В конечном счете, лучший способ оценить эффективность какого-либо изменения в политике или любого другого вмешательства в области общественного здравоохранения – получить документальное подтверждение улучшения здоровья населения. Ответственные за разработку политики лица и защитники интересов общественного здравоохранения, стремясь добиться таких результатов, возлагают надежды на то, что научные исследования предоставят фактические данные, которые помогут сформировать и определить их выбор. К сожалению, в научных исследованиях в области общественного здравоохранения слишком много внимания уделяется описанию проблем и слишком мало – анализу решений. Дополнительная сложность состоит в том, что контекстуальные различия и другие политические и экономические факторы часто затрудняют процесс обобщения полученных данных и применение их за пределами национальных границ (а иногда даже в разных частях одной и той же страны). Кроме того, перед политиками стоит трудная задача получить всеобъемлющую картину чрезвычайно сложных проблем, к каким относятся насилие и травматизм. Это связано с тем, что научные исследования часто направлены на изучение травматизма, вызванного конкретной причиной (например, дорожно-транспортный травматизм различного типа, домашнее насилие или насилие, направленное против себя), травматизма среди определенных слоев населения или в определенных условиях (например, в домашней или транспортной среде).*

*Представленный краткий аналитический обзор отвечает на эти вызовы. В нем суммированы*

*данные большого обзора литературы тех исследований, в которых рассматриваются социально-экономические различия в отношении безопасности – социально-экономические различия в заболеваемости и смертности, причиной которых являются насилие и травматизм – а также направления действий. Обзор, в котором изучено более 300 исследований, проведенных в Европе и за ее пределами, дает всесторонний анализ имеющихся фактических данных. Он рисует убедительную картину, свидетельствующую о значимом влиянии социально-экономических факторов, определяющих различия результатов в отношении здоровья, связанных с травматизмом и насилием, и предлагает подходы, которые могут укрепить стратегии вмешательств и поддержать научные исследования. Цель этого краткого аналитического обзора – дать информацию в сжатом виде. Он позволяет извлечь и представить разработчикам политики и исследователям ключевые тезисы, касающиеся стратегических действий и доказательств, необходимых для снижения бремени болезней, причиной которого являются насилие и травматизм. Кроме того, он служит коммуникационной моделью для защитников интересов общественного здравоохранения и специалистов по безопасности, предлагая аргументы и коммуникационные стратегии, которые могут стимулировать и облегчать реализацию мероприятий.*

Nedret Emiroglu,

Исполняющая обязанности директора,  
Отдел программ здравоохранения,  
Европейское региональное бюро ВОЗ



## Введение

Благосостояние – основной фактор, определяющий состояние здоровья во всех странах Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и за его пределами. Следствием социальных процессов является то, что у менее богатых хуже здоровье. С этим неравенством связано большое число предотвратимых случаев смерти и страданий. Предположительно, величина разрыва между показателями смертности и заболеваемости для наиболее и наименее благополучных групп населения указывает на потенциальные возможности для улучшения здоровья и безопасности в стране или в географическом регионе меньшего размера (Blane, 1995). Такая несправедливость является дискриминацией по отношению к отдельным людям, нарушающей основные права человека, и представляет серьезную угрозу для достижения целей в отношении здоровья.

Хотя понимание этого факта пришло не сейчас, и веские доказательства, указывающие на выраженный социальный градиент в состоянии здоровья, накапливались в течение многих лет, политики и защитники интересов общественного здравоохранения продолжают сталкиваться с огромными проблемами при разработке эффективных стратегий, ориентированных на справедливость в отношении здоровья. Несмотря на то, что проведено множество исследований влияния социально-экономического неравенства на травматизм и насилие<sup>1</sup>, полученная информация все еще не синтезирована настолько, чтобы получить всесторонний взгляд на проблему. Кроме того, трансграничные сравнения затруднены, поскольку исследователи по-разному классифицируют социально-экономическое

положение и лишения. Социальное расслоение отличается в разных странах и поэтому преимуществ и недостатки социального положения также различны, а относительные типы социальных различий непостоянны. Следовательно, данные, полученные в этих исследованиях, не являются репрезентативными для всех типов стран, экономик и правительств или всех типов социального расслоения. Все эти факторы создают трудности в достижении общего понимания масштаба влияния социальных факторов на бремя травматизма в странах и не позволяют ответить на вопрос, можно ли распространять мероприятия, эффективные в одной стране, на другие условия. Таким образом, разработчикам политики и защитникам интересов общественного здравоохранения, стремящимся уменьшить социально-экономическое неравенство, влияющее на здоровье, для принятия мер необходимы эффективные, обоснованные аргументы.

В данном кратком аналитическом обзоре рассматриваются эти проблемы, относящиеся к одной важной области общественного здравоохранения – насилию и травматизму. Сегодня, являясь одной из ведущих причин смерти в мире и демонстрируя выраженный социальный градиент, насилие и травматизм все больше влияют на различия в отношении здоровья (Hofman et al., 2005; Laflamme et al., 2009). Это особенно касается молодежи (детей и подростков, в частности), а также людей, проживающих в странах с низким и средним уровнем доходов, среди которых травмы как причина смерти и инвалидности наблюдаются все чаще (Krug et al., 2002; WHO, 2002; ВОЗ, 2007), что резко контрастирует с тенденцией к снижению частоты смертельных травм в странах

<sup>1</sup> Травма – это физическое повреждение, которое происходит в результате того, что человеческий организм внезапно подвергается воздействию энергии в таких количествах, которые превышают порог физической переносимости, или является результатом отсутствия одного или нескольких жизненно важных элементов (например, кислорода). Эта энергия может быть механической, тепловой, химической или лучистой. Травмы обычно подразделяются по намерению. Основными причинами непреднамеренных травм являются дорожно-транспортные происшествия, отравление, утопление, падения и ожоги. Насилие – это преднамеренное применение угрозы или физической силы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или сообщества, результатом которого является телесное повреждение, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб.

с высоким уровнем доходов (Morrisson et al., 2000a, b; UNICEF, 2001). В Европейском регионе ВОЗ травмы являются причиной 9 % всех смертей и 14 % нездоровья или бремени болезней, измеренных в DALY (потерянные годы жизни из-за преждевременной смерти или инвалидности). Это бремя существенно выше в странах восточной части Европейского региона (Sethi et al., 2006a, b).

В этом кратком аналитическом обзоре, состоящем из четырех разделов, суммируются доказательства, собранные и проанализированные в обзоре ВОЗ «Социально-экономические различия как фактор риска травматизма. Обзор фактических данных и обсуждение возможных контрмер» (Laflamme et al. 2009). Во-первых, в нем обобщаются фактические данные, которые разработчики политики и защитники интересов общественного здравоохранения могут получить из более чем 300 работ, опубликованных начиная с 1990 года, как в Европейском регионе ВОЗ, так и за его пределами, а также дается обзор современного состояния знаний и представлены последовательные и убедительные аргументы в пользу действий для решения проблемы различий в безопасности. Изученные публикации, посвященные насилию и травматизму, включают данные по дорожно-транспортному травматизму, падениям, ожогам, отравлению, утоплению, насилию, направленному против себя, и межличностному насилию. Во-вторых, в нем содержатся тезисы для разработчиков политики, стремящихся сократить социально-экономический разрыв в безопасности. Эти тезисы включают рамки действий в этой сложной области политики и, основываясь на интерпретации проанализированных данных, освещают эффективные направления деятельности. В-третьих, в нем подчеркивается, что для повышения пользы научных исследований в области социальной

справедливости для разработки политики, ученым необходимо повысить требования к проведению подобных исследований. В-четвертых, в заключение приводится ряд замечаний для размышлений, адресованных защитникам интересов общественного здравоохранения и специалистам по безопасности, о том, как активизировать действия в этой важной области общественного здравоохранения.

Основная цель этого краткого обзора – предложить полезные рекомендации политикам, защитникам интересов общественного здравоохранения и исследователям, как им разрабатывать эффективные стратегии, благодаря которым можно уменьшить число случаев смерти и страданий, связанных с травматизмом и насилием, особенно среди людей с низким социально-экономическим статусом и людей, живущих в менее богатых странах и районах. Как подробно изложено ниже, фактические данные указывают на большие возможности для действий, поскольку социальные отличия и разница в доходах не должны неминуемо приводить к таким различиям в уровне травматизма, и эти различия не являются неизбежными или необратимыми (Laflamme, 1998).

Этот краткий обзор может представлять особый интерес для политиков, которые стремятся к улучшению здоровья представителей тех сегментов населения Европы, чье социально-экономическое положение может оказаться под угрозой в связи с продолжающимся глобальным экономическим спадом. В свою очередь, увеличение социально-экономического неравенства и расширение масштабов нищеты угрожает дальнейшим повышением уязвимости этих людей в отношении потери здоровья в связи с травматизмом и насилием.

# Фактические данные о социально-экономических различиях в отношении безопасности человека

## Основные выводы

В течение двух последних десятилетий в рецензируемых медицинских и освещающих вопросы общественного здравоохранения журналах было опубликовано много статей, посвященных социально-экономическим характеристикам травматизма. Laflamme et al. (2009) нашли и проанализировали 300 работ, из которых в 41 % рассматривались травмы, направленные против себя (самоубийство и попытка самоубийства)<sup>2</sup>. Травмы, полученные в результате насилия и дорожно-транспортных происшествий, были следующей по частоте изучения темой (по 16 %). К другим изучавшимся травмам относились падения, ожоги, утопление и отравление. Хотя работ было много, они концентрировались в ограниченном числе стран в основном с высоким уровнем доходов, как в пределах, так и за пределами Европейского региона ВОЗ.

В целом, данные однозначно свидетельствуют о том, что люди с низким социально-экономическим статусом и люди, проживающие в менее благополучных районах, намного чаще умирают от травм, в том числе в результате насилия, чем люди, живущие в других районах. В зависимости от специфической причины и определения понятия «лишения» (см. ниже), показатели смертности среди детей безработных родителей в 38 раз выше, чем среди детей наиболее обеспеченных родителей (Edwards et al., 2006a). Данные показывают четкую связь между обусловленной травмами смертностью и персональными или обусловленными местом проживания материальными лишениями. Это наблюдение относится к большинству причин травматизма (таким, например, как дорожно-транспортный травматизм; насилие, направленное против себя; межличностное насилие, отравление и ожоги) и некоторым условиям (таким, например, как домашние, рабочие и транспорт). Хотя данные исследований заболеваемости не столь однозначны, многие из них демонстрируют существенные различия в показателях между социально-экономическими группами.

Исследования, в которых оценивалась связь между поведением человека, проводимыми мероприятиями и результатами в отношении здоровья прямо указывают на то, что как личностные, так и контекстуальные факторы, влияют на социально-экономические характеристики причин травматизма. Это относится к возрасту и полу жертвы, а также к условиям, в которых происходят случаи травматизма. Важно, что на многие из этих факторов можно воздействовать путем различных мероприятий общественного здравоохранения, направленных на уменьшения различий в подверженности, воздействию и последствиях.

## Результаты исследований специфических видов травм

Травмы подразделяются на пять специфических категорий: дорожно-транспортный травматизм; падения, ожоги, отравление, утопление или смешанные травмы; насилие, направленное против себя; межличностное насилие; все причины или травмы, относящиеся к определенным участкам или частям тела. В проведенном обзоре нашли отражение все эти категории.

### Дорожно-транспортный травматизм

Данные исследований, проведенных в Европе и в других частях света среди детей и молодежи, показывают, что низкий социально-экономический статус повышает риск как смертельных, так и не смертельных травм при дорожно-транспортных авариях. Даже там, где в целом смертность от детского травматизма за последние годы снизилась, продолжают существовать характерные особенности опыта у обездоленных детей, независимо от того, к какому типу пользователей дорог они относятся (пешеходы, велосипедисты или пассажиры автомобилей). Данные исследования, проведенного в Соединенном Королевстве (Edwards et al., 2006a), показывают, что у детей (пешеходов и велосипедистов) из малообеспеченных семей риск дорожно-

<sup>2</sup> Для удобства чтения и в соответствии с данными исследований в этой области вместо термина «насилие, направленное против себя» используются более распространенные термины «самоубийство» и «попытка самоубийства» с разграничением самоповреждений на те, которые приводят к смерти (смертность в результате самоубийства) и не приводят к смерти (заболеваемость в результате попытки самоубийства).

транспортного травматизма значительно выше, а показатели смертности в 20 раз выше у детей безработных родителей, чем у детей, родители которых имеют наивысший профессиональный статус. В зависимости от того, какие критерии оценки социально-экономического положения и лишений использовались<sup>3</sup>, риск не смертельных травм в результате дорожных аварий, согласно сообщениям, был в четыре раза выше среди наиболее обездоленных людей. В Испании частота дорожно-транспортного травматизма в четыре раза выше среди людей, не имеющих образования, по сравнению с людьми с высшим образованием (Borgell et al., 2002). Анализ данных, касающихся Лондона (Edwards et al., 2006b), показал, что риск травматизма среди пешеходов повышался в соответствии с повышением уровня общей оценки неблагополучия района проживания и был связан с воздействием несоблюдения автомобилистами скоростного режима и высоким объемом движения моторизованного транспорта (рис. 1).

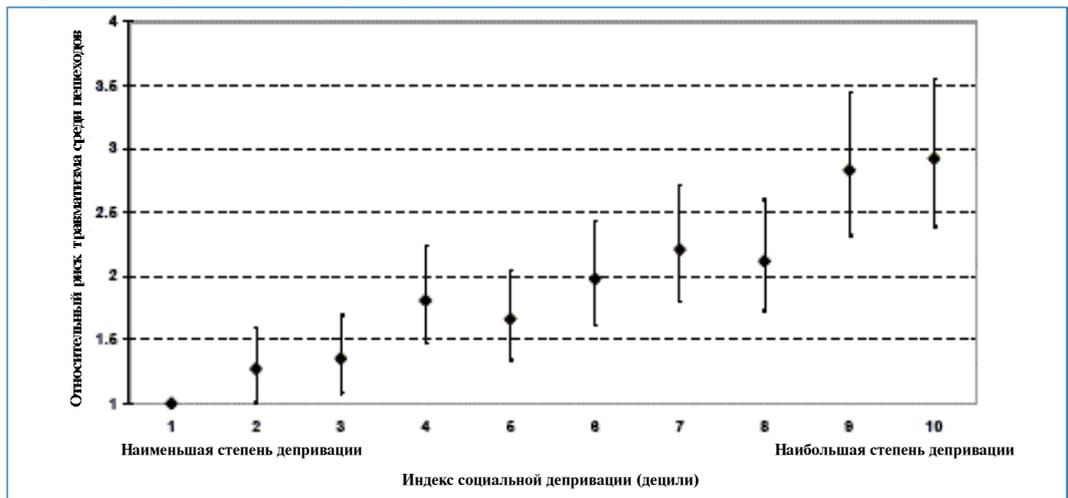
### *Падения, ожоги, отравление, утопление и смешанные травмы*

Исследования, проведенные среди детей и молодежи в основном в Европе, показывают четкую связь между низким социально-экономическим положением, с одной стороны, и частотой падений, ожогов, утопления и отравления, с другой, как в отношении смертности, так и в отношении заболеваемости. Среди взрослых данные показывают контекстуальное влияние обездоленности, особенно в отношении падений. Как и для других видов травм, связь с обездоленностью устойчивее для более тяжелых травм.

Ключевые социально-экономические факторы, присущие окружению и индивидууму, в том числе доход, уровень безработицы в районе проживания, образовательный уровень и рабочий статус, ассоциируются с риском ожогов, отравления и утопления.

Исследования ожоговых травм, в основном проведенные за пределами Европы, показывают строгую ассоциацию между материальными лишениями (как на индивидуальном уровне, так и на уровне окружения) и термическими травмами различной степени

**Рис. 1. Зависимость между относительным риском травматизма среди взрослых пешеходов и уровнем обездоленности (депривации), Лондон**



На горизонтальной оси показан индекс комплексной депривации (децили) в небольших районах с населением 1500 человек.

Источник: Edwards et al. (2006b).

<sup>3</sup> В различных работах использовались различные критерии определения социально-экономического положения, в том числе такие категории, как дети из неблагополучных районов; группа населения без образования или с низким уровнем образования; дети из семей, где ни один из взрослых не трудоустроен; или дети из семей с более низким социально-экономическим статусом.

тяжести. Исследование, проведенное в Соединенном Королевстве, показало, что частота смертельных случаев (от дыма, огня и пламени) в результате пожаров в домах в 38 раз выше среди детей, у которых родители не имеют работы, по сравнению с детьми, родители которых имеют наиболее высокий профессиональный статус (Edwards et al., 2006a). В исследованиях, проведенных в Соединенных Штатах Америки, обнаружено, что у детей, чьи матери имеют образование ниже уровня средней школы, повышение риска ожогов может достигать 19 раз (Scholer et al., 1998). Результаты исследований падений (как среди детей, так и среди взрослых) дают менее ясную картину, но показывают, что окружение служит либо защитным, либо отягчающим фактором падений среди детей.

### *Насилие, направленное против себя*

Насилие, направленное против себя, может быть смертельным (самоубийство) и не смертельным (попытка самоубийства). В целом, данные по самоубийствам показывают, что для мужчин и лиц молодого возраста неблагоприятное социально-экономическое положение имеет более выраженные негативные последствия. В исследованиях использовались различные критерии измерения социально-экономического положения, в том числе образование, доход, благосостояние, занятость, обеспеченность жильем, наличие подъезда для автомобилей и скученность. Для проведения оценки в группах детей и подростков используется социально-экономический статус родителей (или семьи). Если такие факторы, как социальная разобщенность и психические заболевания, принимались во внимание, то они значительно влияли на взаимоотношения между социально-экономическим статусом и самоубийством. Когда предпринимались попытки исследовать связь между самоубийствами и районами проживания, все они продемонстрировали повышение риска в связи с социальной обездоленностью. Важно отметить, что исследования, проведенные в Европе, показали увеличение различий между наименее и наиболее обездоленными районами с течением времени (Boyle et al., 2005).

### *Межличностное насилие*

Очень мало не конкретизированных по возрастным группам исследований проведено в странах Европейского региона ВОЗ, которые рассматривают связь между социально-экономическим статусом и не специфическим для отдельных возрастных групп насилием, и все эти исследования относятся

к Соединенному Королевству. В этих работах выявлена очень четкая связь между материальными лишениями и риском физического насилия (Howe & Crilly, 2001). Более того, рост убийств между 1981 и 2000 годами приходился на беднейшие районы (Shaw et al., 2005), а у людей, живущих в бедных районах, вероятность попадания в отделение неотложной помощи была примерно в 6 раз выше (Bellis et al., 2008).

Исследования, проведенные в Соединенных Штатах Америки, показали корреляцию с выраженным градиентом между преднамеренными не смертельными травмами с применением оружия и экономической депривацией (Krieger et al., 2003). Связанные с уличными бандами убийства строго ассоциируются с более низким уровнем доходов в сообществе (Kugiasou et al., 1999), а низкий социально-экономический статус значимо коррелирует со случаями насильственной смерти (Wallace & Wallace, 1998).

Исследования насилия против детей и подростков сфокусированы, главным образом, на насилии в домашних условиях и демонстрируют разную степень корреляции между жестоким обращением с детьми и образовательным уровнем родителей, различиями между семьями с разным образовательным уровнем родителей, низким доходом, структурой семьи (например, родитель-одиночка или большая семья), проживанием в бедных районах, высоким уровнем урбанизации, злоупотреблением алкоголем и антисоциальным поведением.

Большинство исследований, касающихся насилия со стороны интимного партнера, относятся к неевропейским странам и включают физическое, психологическое и сексуальное насилие в течение различных периодов времени. Большинство работ сфокусировано на насилии мужчин в отношении женщин, хотя в нескольких работах также рассматривается насилие женщин в отношении мужчин. Для различных групп в различных контекстах или странах выявлена связь между низким уровнем образования (и жертвы, и насильника), профессиональным статусом или статусом занятости, низким уровнем доходов в семье, низким социально-экономическим статусом, расой (в Соединенных Штатах Америки), ограниченным доступом к медицинской помощи или проживанием в бедных районах. В Индии, потребление алкоголя мужем было дополнительным фактором риска наряду с принадлежностью к низшей касте, низким доходом домохозяйств, уровнем экономической независимости женщины и низким образовательным уровнем. В некоторых странах следование установкам, принятым в обществе, например, отношение к насилию мужчин, направленному против женщин, также

играет определенную роль. Ряд данных также указывает на более высокий уровень риска среди женщин, проживающих в городских условиях.

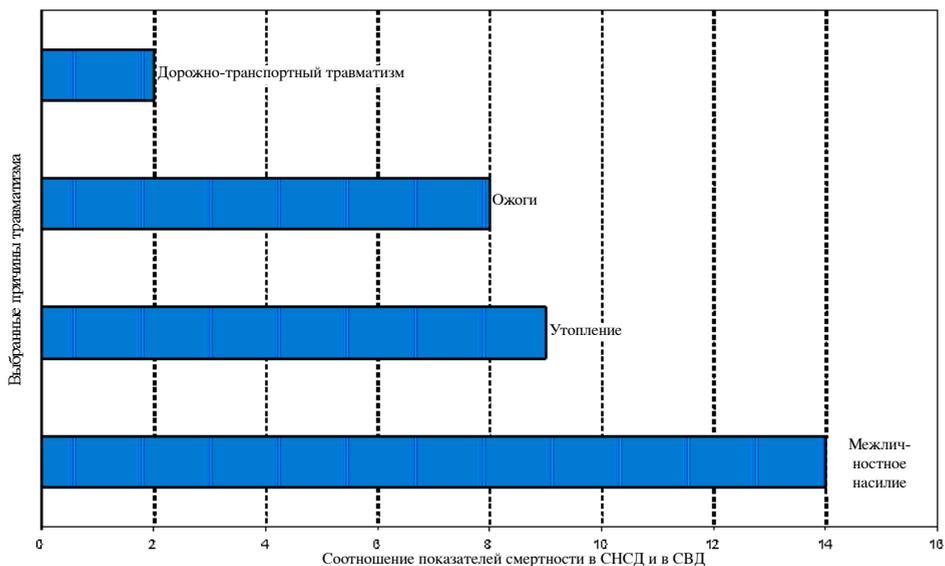
#### *Изучение района, типа травмы и экономического положения*

Большинство исследований, проведенных в Европе и касающихся различий в районах проживания, показывают связь между проживанием в бедных районах и риском травматизма, обнаруживая более значимую ассоциацию с более тяжелыми травмами.

В странах с более низким валовым национальным продуктом уровень смертности в детском возрасте от непреднамеренных травм выше (Plitronkanprim et al., 1999), а более низкий уровень валового

национального продукта на душу населения ассоциируется с более высоким уровнем смертности от этого вида травм (Ahmed & Andersson, 2000). В недавно опубликованном «Докладе о профилактике детского травматизма в Европе» (Sethi et al., 2008) подтверждается это положение: согласно оценкам, в Европейском регионе ВОЗ показатели непреднамеренных травм у детей в странах с высоким уровнем доходов и в странах с низким и средним уровнем доходов различаются в три раза. Аналогичные результаты зафиксированы для всех возрастных категорий при выраженном повышении показателей смертности среди людей, живущих в странах с низким и средним уровнем доходов: соотношение показателей смертности составляет от 1,5 для дорожно-транспортного травматизма до 13,4 для межличностного насилия (рис. 2) (Sethi et al., 2006b).

**Рис. 2.** Соотношение показателей смертности от выбранных причин травматизма в странах с низким и средним уровнем доходов (СНСД) и в странах с высоким уровнем доходов (СВД), Европейский регион ВОЗ



Источник: Sethi et al. (2006b).

## Сглаживание социально-экономических различий в отношении безопасности – тезисы для разработчиков политики<sup>4</sup>

В большинстве работ, оценивающих вмешательство, направленные на уменьшение различий в воздействии на популяционные группы и районы с низким социально-экономическим статусом, внимание в основном уделялось профилактике травматизма у детей в домашних условиях и на дорогах. В этих работах изучали, главным образом, применение безопасных практик и использование оборудования для обеспечения безопасности (уменьшение разницы в уязвимости). Меньше внимания уделялось оценке вмешательств, направленных на уменьшение дифференцированного воздействия опасностей или различий в последствиях травм.

### *Тезис 1: Социально-экономическое неравенство в уровне насилия и травматизма – серьезная проблема, которую можно ослабить с помощью действий*

Социально-экономическое неравенство в уровне насилия и травматизма – основная причина несправедливости в отношении здоровья и страданий во всех странах. Тенденции показывают, что различия в безопасности становятся все больше и это повод, чтобы бить тревогу. Неравенство в отношении здоровья несправедливо по отношению к личности, нарушает права человека (Dahlgren & Whitehead, 2006; Kawachi et al., 2002; Whitehead & Dahlgren, 2006), отрицательно сказывается на состоянии здоровья населения и представляет собой главную угрозу на пути достижения целей по улучшению здоровья. Как показывают фактические данные, важным является то, что различия в уровне травматизма не обязательно отражают различия в благосостоянии (Laflamme et al., 2009). Этим травм можно избежать, а тенденции обратимы. Например, показано, что изменение окружающей среды успешно выравнивало различия в безопасности в домашних условиях только путем улучшения жилищных условий (Berfenstam, 1979, 1995), на работе – путем изоляции опасности (Menckel & Kullinger, 1996), или на дорогах – путем различных изменений инфраструктуры (Berfenstam, 1979; Jones et al., 2005; Tester et al., 2004).

### *Тезис 2: Нестандартные решения требуют знания масштаба и локализации проблемы*

На сегодняшний день только у 48 из 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ имеются обобщенные доступные данные о смертности в результате травм, и только в немногих странах эти данные детализированы по социально-экономическому статусу. Необходимы постоянные инвестиции в развитие информационных систем для определения групп и районов наибольшего риска и отслеживания эффективности вмешательств по преодолению различий в безопасности (Kawachi et al., 2002). Однако нельзя откладывать внедрение инициатив общественного здравоохранения по снижению этих различий до того момента, пока все страны не разработают свои базы данных. Бремя заболеваемости, обусловленное травмами, требует немедленных действий. Многого можно узнать из уже имеющихся работ, в которых исследовались ориентированные на достижение справедливости стратегии и вмешательства, независимо от того, были ли они универсальными или целевыми; их адаптация необходима по мере появления новых, относящихся к социальному расслоению данных.

### *Тезис 3: Разработка и осуществление ориентированных на достижение справедливости стратегий и вмешательств*

Многие стратегии, сфокусированные на вопросах здоровья, ориентируются на достижение справедливости в отношении здоровья по другим аспектам, относящимся не только к травмам, уменьшая таким образом степень других форм несправедливости в отношении здоровья (Комиссия по социальным детерминантам здоровья, 2008). Обращение к вопросам социально-экономического неравенства и оценка потенциальных контрмер (таблица 1) требуют рассмотрения социальных детерминантов, которые влияют на здоровье всего населения (например, универсальный доступ к неотложной травматологической помощи) и детерминантов, определяющих неравенство в отношении здоровья (например, профессиональные стандарты безопасности для рабочих,

<sup>4</sup> В этом разделе использована концепция, более подробно разработанная в обзоре Laflamme et al. (2009).

занятых ручным трудом (Dahlgren & Whitehead, 2006). Это особенно важно в отношении травм, поскольку наблюдающиеся в этой области различия слишком велики. Хотя является общепринятым, что пассивные, универсально направленные вмешательства (такие, как повсеместное ограничение скорости и регулирование дорожного движения) являются наиболее эффективными для снижения бремени травматизма, неизвестно, будут ли такие вмешательства дифференцированно приносить пользу обездоленным людям и уменьшать разрыв в безопасности.

Стратегии и вмешательства, ориентированные на достижение справедливости, предназначены для сокращения разрыва в безопасности путем действий, направленных на снижение воздействия, риска и последствий травм для менее обеспеченных людей или в менее благополучных районах. Примером может служить введение мер по снижению интенсивности дорожного движения и обеспечению универсального доступа к экстренной медицинской помощи,

#### *Тезис 4: Убедитесь в наличии стратегий по достижению безопасности для всех*

Показано, что стратегии, основанные на принципе «безопасность для всех» (включая законодательство, регулирование, контроль выполнения, программы на базе сообществ, а также образовательные программы по соблюдению правил безопасности в доме и программы посещений) эффективны для снижения уровня травматизма (Krug et al., 2002; Педен и др., 2004; ВОЗ, 2007) во всех социальных группах.

#### *Законодательство, регулирование и контроль выполнения*

Законодательство, регулирование и контроль выполнения снижают бремя травматизма в целом и также могут уменьшить неравенство в отношении безопасности (Ministry of Health and Social Affairs 2002, 2003), устанавливая минимальные условия и стандарты и принуждая к безопасному поведению

**Таблица 1. Предупреждение социально-экономического неравенства в отношении насилия и травматизма – точки приложения вмешательств**

Социально-экономическое неравенство в распространении и последствиях насилия и травматизма возникает потому, что люди, принадлежащие к определенной социально-экономической группе, могут находиться в более невыгодном положении, являющемся следствием одного или нескольких нижеследующих факторов, каждый из которых относится к одному из видов профилактики.	
<b>Первичная профилактика</b>	Различные возможности по обеспечению безопасности: например, некоторые люди подвергаются более высоким структурным рискам и имеют меньше шансов избежать травматизма, в частности, дети, проживающие вблизи районов с высокоскоростным дорожным движением.
<b>Вторичная профилактика</b>	Различные возможности для избежания риска: например, нахождение в условиях более высокого риска из-за ограниченных шансов компенсировать опасность или справиться с ней и избежать травмы; например, невозможность приобрести детские удерживающие устройства для автомобиля.
<b>Третичная профилактика</b>	Различия в доступе к медицинской помощи или в ее использовании, включая неотложную помощь при травме и последующую реабилитацию, например, более низкий уровень доступа к медицинской помощи в бедных сельских районах.

Источник: Laflamme et al. (2009).

уменьшающих степень подверженности риску и облегчающих последствия травм, соответственно.

и соблюдению правил (например, использование ремней безопасности в автомобиле или мотоциклетных шлемов). Они также ограничивают воздействие опасных продуктов и веществ, с которыми могут быть связаны как преднамеренные (например, огнестрельное

оружие), так и непреднамеренные (например, химикаты) травмы (Krug et al., 2002; Laflamme et al. 2009; Педен и др., 2004; Sethi et al., 2008; WHO, 2007). Учитывая существенную роль погребения алкоголя в исходах многих видов травм, изменение и соблюдение законодательства в этой области могло бы принести успех (Sethi et al., 2006b).

### **Программы на базе сообщества**

Программы на базе сообщества направлены на повышение уровня безопасности сообществ путем поведенческих и экологических изменений, которые могут, кроме того, сопровождаться законодательными мерами и субсидиями. Данные показывают, что такие программы могут помочь повысить уровень принятия безопасного поведения определенного (например, использование ремней безопасности и защитных шлемов), но не всякого типа (например, вождение в нетрезвом состоянии среди

молодежи). В определенной степени успех таких программ зависит от участия и ответственности заинтересованных сторон, удачной адаптации к потребностям сообщества и использования смешанных стратегий, основанных на теории изменения поведения (Farley, 2003; Klassen et al., 2000).

### **Образовательные программы по безопасности в доме и программы посещения на дому**

Образовательные программы по вопросам безопасности в домашних условиях и программы посещения на дому, направленные на использование более безопасных практик в быту, оказались действенными для предупреждения преднамеренных и непреднамеренных травм. Ряд проведенных оценок и мета-анализ результатов таких вмешательств показали, что подобные домашние образовательные программы эффективно воздействуют на соблюдение различных правил безопасности в домашних условиях (вставка 1).

#### **Вставка 1. Метаанализ данных исследования образовательных программ по соблюдению правил безопасности в домашних условиях для профилактики детского травматизма**

Исследование показало, что, по сравнению с контрольными группами, семьи, включенные в образовательные программы:

- с большей вероятностью заботятся о том, чтобы горячая вода в кране была безопасной температуры (включено 11 исследований); при этом некоторые данные показывают, что программы были более эффективны для семей, которые не являются собственниками жилья;
- с большей вероятностью имели исправно функционирующие детекторы дыма (включено 13 исследований); при этом программы были более успешными, когда одновременно участники обеспечивались детекторами дыма, и несколько более успешными, когда проводились в медицинских учреждениях, а не в домашних условиях или на базе сообщества; величина эффекта не отличалась в разных социально-экономических группах (таких, как владельцы жилья, безработные родители, тип семьи и этническая группа);
- с большей вероятностью имели детекторы дыма (включено 12 исследований); величина эффекта не отличалась в зависимости от социально-экономической группы (владельцы жилья, безработные родители, тип семьи и этническая группа);
- с несколько большей вероятностью использовали ограждения для открытых источников огня (предоставлялись во всех четырех включенных исследованиях);
- с незначительно большей или меньшей вероятностью сообщали о термических повреждениях (четыре исследования);
- с большей вероятностью хранили лекарства в безопасном месте (восемь исследований);
- с большей вероятностью хранили чистящие средства в безопасном месте (включено 11 исследований); программы были более успешными, когда осуществлялось не только просвещение, но одновременно с ним участники обеспечивались замками, а также когда программы проводились на базе сообщества, а не в медицинских учреждениях;
- с большей вероятностью имели в доступном месте номер телефона токсикологического центра (семь исследований); при этом семьи, в которых хотя бы один родитель не имел оплачиваемой работы, значительно с большей вероятностью имели в удобном месте номер телефона, чем семьи, где оба родителя работали;
- с незначительно большей или меньшей вероятностью сообщали о случаях отравления (три исследования).

### *Тезис 5: Направлять усилия на группы населения наибольшего риска*

Эффективные подходы, как правило, сосредоточены на различных путях и механизмах, вследствие которых возникают различия в безопасности (Dahlgren & Whitehead, 2006; Diderichsen et al., 1999; Evans et al., 2001; Mackenbach & Bakker 2002; Townner et al., 2005). Эти подходы используют меры, направленные на уменьшение различий в подверженности травматизму и насилению, в уровне их воздействия и последствиях, а также влияющие на социальное расслоение.

#### *Уменьшение различий в подверженности*

Различия в подверженности риску связывают здоровье и безопасность людей с их социальным происхождением и носят характер либо унаследованных (как результат генетической предрасположенности), либо находящихся под влиянием атрибутов, присущих определенному классу (образовательный, материальный и зависящий от положения в обществе) (Braverman et al., 2005; Kawachi et al., 2002; Laflamme 1998, 2001). Одна из распространенных стратегий, направленная на снижение различий в подверженности, предназначена для людей из группы риска и состоит в предоставлении информации по изменению поведения, обычно в рамках образовательных кампаний, которые могут сопровождаться распространением бесплатного оборудования (иногда с инструктированием и установкой). Суть такого подхода состоит в том, чтобы обеспечить тех, кто находится в невыгодном положении, поведенческими навыками и техническими средствами, которые позволяют им защитить себя и своих детей. Некоторые из этих программ, особенно программы, сопровождающиеся обеспечением защитными устройствами, оказались успешными и приводили к снижению детского травматизма, особенно среди детей младшего возраста, например, программы по бесплатному предоставлению автомобильных кресел для детей ясельного возраста (Louis & Lewis, 1997) и дополнительных подушек для сидений (Apsler et al., 2003). Другим примером является схема посещения на дому матерей, имеющих низкие доходы, или неопытных незамужних матерей; медицинские сестры обучают женщин навыкам здорового поведения и оказывают им практическую поддержку до родов и до того момента, пока их дети не выйдут из младенческого возраста (Olds et al., 1997). Эти программы были эффектив-

ными в снижении как плохого обращения с ребенком, так и жестокого поведения в будущем (Olds et al., 1997).

Однако в ряде исследований показано, что только образовательных кампаний недостаточно для преодоления различий в безопасности, поскольку детский домашний травматизм в малоимущих семьях, например, является не только следствием недостатка знаний или практических навыков по соблюдению безопасности (Jan et al., 2000; Ribas et al., 2006). Различия в уязвимости перед травмами, являются, кроме того, следствием препятствий, не позволяющих использовать безопасные практики. Это относится, например, к отсутствию средств на приобретение детского оборудования, обеспечивающего безопасность, а также к рискам, существующим в районе проживания, таким, например, как отсутствие возможности установить и поддерживать функционирование противопожарной сигнализации в социальном жилье в бедных районах, где высок риск пожаров в жилых помещениях и связанных с ними травм (DiGiuseppi et al., 1999a, b, 2002).

Во многих исследованиях показано, что дороговизна защитных устройств является основным препятствием на пути использования безопасных практик (Colver et al., 1982; Evans & Kohli, 1997; Hsu & Scott, 1991; Sparks et al., 1994; Wortel & de Geus, 1993). В одном из исследований с участием многих стран (Hendrie et al., 2004) показано, что защитные устройства стоят дороже (и иногда недоступны по цене) в странах с низким уровнем доходов: например, стоимость детского велосипедного шлема, которая эквивалентна стоимости одного часа работы на заводе в стране с высоким уровнем доходов, в стране с низким уровнем доходов может равняться оплате 10 часов работы. Защита и пропаганда, социальный маркетинг, налаживание местного производства подобного оборудования, снижение налоговых тарифов и закон об их обязательном использовании могут помочь решить эту проблему (Laflamme et al., 2009).

Кроме того, сложные для прочтения и понимания инструкции по безопасности и установке (например, инструкции по установке детских кресел в автомобиле) также рассматриваются как определенное препятствие, поскольку такого рода инструкции часто рассчитаны на слишком высокий уровень образования (Wegner & Girasek, 2003). Упрощенные инструкции и предоставление возможности приобретения или совершенствования навыков (например, плавания или вождения) помогут

снизить уязвимость в отношении травматизма (Stone et al., 2007; Van Niekerk, 2007).

### *Уменьшение различий в последствиях травм*

В данном случае цель – свести к минимуму последствия травм – физические, психологические и социальные, как на индивидуальном уровне, так и на уровне социума – и тем самым не допустить несправедливости, выражающейся в различии этих последствий. Эффективная политика и действия, направленные на снижение различий, включают обеспечение наличия и повышение доступности медицинской помощи после травмы, повышение доступности более безопасных продуктов и продвижение подходов по типу «цель – ноль».

Исследования показали, что в большинстве случаев смерть от травмы наступает до поступления в больницу (Mock et al., 1998); следовательно, очень важно улучшить доступ к неотложной травматологической помощи в странах с низким и средним уровнем доходов (Husum et al., 2003; Razzak & Kellermann, 2002), а также реагирование и сроки предоставления неотложной медицинской помощи при травме. Всеобщий доступ к оперативной и эффективной доврачебной помощи и неотложной помощи в больнице будет гарантией того, что более благоприятного исхода травм можно ожидать у всех, независимо от классовой принадлежности (ВОЗ, 2007). Кроме того, важным фактором может быть наблюдение и помощь после выписки из стационара (Dunn et al., 2003; Hawley et al., 2004). Доплата собственными средствами за услуги и неофициальная оплата «в карман» будут препятствовать универсальному доступу к неотложной помощи и реабилитации при травме и станут проявлением дискриминации по отношению к малообеспеченным людям.

Использование безопасных изделий может не предупреждать случаи травматизма, но может свести к минимуму их последствия (Towner et al., 2005). Одним из примеров могут быть ночные рубашки или пижамы из невоспламеняющегося материала.

Что касается дорожной безопасности, подход «цель – ноль» предполагает, что ни один человек не должен погибнуть или получить серьезную травму во время дорожной аварии. Это требует от общества систематического подхода, позволяющего снизить травматизм для всех, независимо от социально-экономического статуса. Наряду с соблюдением

законов и правил (например, регулирование ограничений скорости или вождения в нетрезвом виде) успешными являются вмешательства по улучшению конструкции дорог с созданием безопасной инфраструктуры и уменьшением автомобильных потоков, улучшение конструкции автомобилей, снабженных пассивными приспособлениями для безопасности, такими, например, как воздушные подушки.

### *Снижение различий в уровне воздействия*

Дифференцированное воздействие означает неодинаковое воздействие угрозы или опасности, которые могут присутствовать дома, на работе или во время ежедневных поездок. Эти подходы могут быть специально предназначены для определенных групп населения и/или относиться к стратегиям «безопасность для всех» (см. тезис 5). К ним относятся, например, такие, как снижение интенсивности дорожного движения, улучшение работы общественного транспорта, улучшение освещения улиц, улучшение зон отдыха или укрепление социальной поддержки – они могут помочь уменьшить травматизм среди людей из групп с низким уровнем доходов, а также среди других групп населения. Они также могут способствовать снижению доступа к опасности (например, крышки для лекарств, которые дети не могут открыть).

Успешная инициатива по предупреждению травматизма, действующая при больнице в Гарлеме, позволила снизить уровень травматизма среди школьников на 45 % путем проведения многосторонних программ в сообществе, включающих просвещение по вопросам дорожной безопасности, распространение велосипедных шлемов, создание и улучшение существующих парков и детских площадок и проведение рекреационных мероприятий для детей под наблюдением взрослых (Durkin et al., 1999).

Сплоченная социальная среда может помочь преодолеть дифференцированное воздействие риска (например, «пешие школьные автобусы» являются примером коллективного контроля риска травматизма). В нескольких исследованиях, например, обнаружено, что уровень социальной сплоченности четко ассоциировался с уровнем самоубийств (Evans et al., 2004; Middleton et al., 2004; Smith et al., 2001; Whitley et al., 1999) и уровнями межличностного насилия (как жестокого обращения с детьми, так и насилия со стороны интимного партнера)

(Kawachi & Kennedy, 1997; Kennedy et al., 1998; Krug et al., 2002).

### *Воздействие на социальное расслоение*

Если высокие уровни травматизма среди людей, живущих в бедных районах, являются следствием проживания именно в этих районах, то эффективной ответной стратегией будут образовательные и экологические программы, осуществляемые в этих районах. Однако если высокие уровни травматизма являются следствием социального расслоения, тогда действительно эффективной будет только та политика, которая направлена на уменьшение социальных различий и повышение социальной мобильности (Dahlgren & Whitehead, 2006; Diderichsen et al., 1999, 2001; Erskine, 1990). Эти проблемы могут быть решены только путем использования широких экономических, социальных и образовательных стратегий на уровне всего общества.

В Южной Африке было применено вмешательство, которое предусматривало предоставление небольших займов женщинам из самых бедных домохозяйств и включало их участие в учебных и практических программах. Это вмешательство,

цель которого состояла в поддержке гендерного равенства, пропаганде безопасного секса и уменьшении передачи ВИЧ, привело к уменьшению распространенности насилия со стороны интимного партнера (в последние 12 месяцев) на 55 % после 3-лет существования программы (Pronyk et al., 2006).

Вмешательство по изменению места жительства, предпринятое в Йонкерсе (штат Нью-Йорк, США), состояло в том, что методом случайной выборки (лотереи) семьи с низким уровнем доходов, принадлежащие к этническим меньшинствам и проживающие в государственных и частных домах в крайне бедных районах, были переселены в районы, где проживали представители среднего класса. Сходные по демографическим признакам семьи оставались жить в тех же бедных районах. По прошествии примерно двух лет взрослые, переехавшие в менее бедные районы, реже подвергались насилию или участвовали в беспорядках, имели меньше проблем со здоровьем, в меньшей степени злоупотребляли алкоголем или реже получали социальные пособия наличными, а также чаще сообщали о том, что они удовлетворены тем, что они имеют в этом районе, по сравнению с взрослыми, которые продолжали жить в крайне бедных районах (Fauth et al., 2004).

## Сглаживание социально-экономических различий: тезисы для исследователей

### *Тезис 1: Улучшить дизайн исследования*

Для тщательного анализа и понимания современной ситуации (вставка 2) необходимо, чтобы данные были классифицированы по социальным группам и причине (Braverman et al., 2005; Dahlgren & Whitehead, 2006). Это позволит учесть различные сопутствующие факторы и наилучшим образом представить картину травматизма в различных условиях (дома, на рабочем месте и т.д.). Необходимы исследования, которые позволят провести многоуровневый анализ для более глубокого понимания рисков, обусловленных такими индивидуальными факторами, как

### *Тезис 2: Необходимы исследования в странах с низким и средним уровнем доходов*

В настоящее время исследования проводятся в небольшом числе стран. Это является проблемой, поскольку доступные на сегодняшний день данные смещены географически и не являются репрезентативными для всех стран, правительств и экономик. Они не охватывают многие формы социального расслоения, поэтому было бы полезно проведение исследований в более широком диапазоне условий и в странах с различным социальным и экономическим устройством.

#### **Вставка 2. Важнейшие элементы для определения и контроля существующего социального неравенства в отношении безопасности**

1. Для отражения неравенства в отношении здоровья должны быть использованы как относительные, так и абсолютные различия.
2. Необходимо использовать индивидуальную оценку социального положения, дохода, занятости или уровня образования. Применять, если возможно, несколько разных методов оценки.
3. Если индивидуальные данные недоступны для сравнения, использовать общие данные для района (например, привилегированные районы по сравнению с менее привилегированными).
4. Когда возможно, социальное положение необходимо рассматривать в отношении специфических по возрасту, полу и этнической принадлежности групп, проводя корректировку данных с учетом возможного смещения.
5. Дифференцированное воздействие факторов риска на различные социально-экономические слои нуждается в более глубоком понимании.
6. Необходимо проведение дополнительных исследований для определения того, оказывают ли пассивные вмешательства, направленные на население в целом, дифференцированное воздействие на сокращение социальных различий.
7. Необходимо более глубокое понимание факторов риска и, следовательно, необходимо определение приоритетности вмешательств по снижению различий в отношении безопасности в каждой стране.
8. Для этого необходим многоуровневый анализ, позволяющий провести корректировку на уровнях, на которых действуют социально-экономические детерминанты, приводящие к травматизму и насилию различного типа.

Источники: адаптировано из Dahlgren & Whitehead (2006) и Laflamme et al. (2009).

пол, возраст, взаимоотношения, влияние физической окружающей среды и социальных факторов, таких, как этническая или классовая принадлежность (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Для решения этих проблем необходимо исследование вмешательств, специфических для отдельных стран, так как каждая страна имеет свой уникальный культурный и исторический

контекст. Кроме того, необходимы межстрановые исследования для анализа социальных контекстуальных различий с использованием достоверных и надежных методов оценки (Lu et al., 2005).

***Тезис 3: Больше внимания необходимо уделять исследованиям вмешательств и тому, как они могут уменьшить различия в безопасности***

Исследователи и разработчики политики нуждаются в глубоком понимании механизмов, которые ведут к социально-экономическим различиям в уровне насилия и травм для того, чтобы иметь возможность разработать адекватные контрмеры.

До настоящего времени многие исследования были сосредоточены на вмешательствах, целью которых было усвоение безопасных практик и использование защитных устройств. Это важно, но является выражением только одного из существующих подходов. Всесторонние подходы должны также включать вмешательства, направленные на изменение окружающих условий, и социальные вмешательства. Необходимо больше внимания уделять выявлению вмешательств, которые могут уменьшить разрыв в безопасности в долгосрочной перспективе.

Более того, хотя появляется все больше доказательств того, что профилактические меры являются эффективными, неизвестно, эффективны ли они в тех условиях, где они особенно необходимы (Towner et al., 2005).

## Сглаживание социально-экономических различий в безопасности – тезисы для защитников интересов общественного здравоохранения и специалистов по безопасности

*Тезис 1: Представить справедливость в отношении безопасности как основную проблему общественного здравоохранения, которую можно разрешить с помощью политических действий – травмы не являются случайностью*

Знаний, относящихся к предупреждению и контролю травматизма, достаточно много, и есть что предложить для достижения и поддержания таких условий жизни передвижения и работы, которые будут благоприятными в отношении здоровья и безопасности для всех. Насилие и травматизм

риска травматизма и, тем самым, на улучшение здоровья населения в целом (вставка 3). Такой рефрейминг, как правило, может быть полезной информацией при проведении всех мероприятий по пропаганде и защите. Существует ограниченная доказательная база относительно природы механизмов, лежащих в основе социально-экономических различий в смертности и заболеваемости, о обусловленном травматизмом, а также относительно того, как избежать или уменьшить социальные различия в риске травматизма.

### Вставка 3. Пропаганда и защита справедливости в отношении безопасности

Достижение большей справедливости в распределении риска травматизма и получение большей пользы от мероприятий по профилактике могут потребовать следующего:

1. повысить информированность о существовании – и предотвратимости – таких форм неравенства на соответствующем уровне принятия решений;
2. рассматривать справедливость как необходимое предварительное условие при разработке политики;
3. включить подверженность рискам и распределение рисков в процесс оценки;
4. обратить внимание на распределение, как общего, так и специфического риска в зависимости от принадлежности к социально-экономической группе;
5. включить вопрос справедливости в повестку дня всех видов социальной и налоговой политики.

Источник: Laflamme et al. (2009).

часто рассматриваются как неизбежная случайность и/или неразрешимая комплексная проблема, присущая уязвимым слоям общества. Защитники интересов общественного здравоохранения могут использовать представленную здесь доказательную базу и сопровождающий ее обзор для переосмысления этих представлений и поддержки разработчиков политики и специалистов по безопасности в осуществлении разносторонних мер, направленных на снижение социальных различий в уровнях

*Тезис 2: Строить стратегии вмешательства на принципах общественного здравоохранения*

Осмыслению новых видов вмешательств может помочь набор из 10 стратегий (вставка 4), которые очень хорошо известны профессионалам, работающим в области общественного здравоохранения, и которые могут помочь определить, чем именно данное вмешательство полезно в борьбе

**Вставка 4. Десять стратегий Хэддона по предупреждению травматизма и борьбе с ним**

1. Устранение опасности
2. Отделение опасности
3. Изоляция опасности
4. Изменение опасного фактора
5. Оснащение человека средствами защиты и знаниями
6. Обучение и инструктирование человека или его попечителя
7. Предупреждение об опасности человека или его попечителя
8. Надзор
9. Спасение
10. Лечение и реабилитация

Источник: Haddon (1980).

с травматизмом на разных этапах процесса. В основе разработанных Хэддоном стратегий (Haddon, 1980) лежат три разные стадии процесса, который может привести к травме: до аварии или события, во время аварии или события и после аварии или события.

Хотя не проводилась оценка, одинаково ли полезна каждая из стратегий для всех социально-экономических групп и районов проживания, можно предположить, что чем точнее данное вмешательство направлено на источник опасности или риска, модифицируя, удаляя, отделяя или изолируя его (пассивная безопасность), тем выше его возможности по снижению уровня несправедливости. И, наоборот, чем в большей степени вмешательство рассчитано на принятие безопасного поведения (активная безопасность) в и без того трудных жизненных, рабочих или дорожных условиях, тем выше вероятность, что оно будет менее эффективным для испытывающих лишения людей и неблагополучных сообществ (Bishai et al., 2003; Stone et al., 2007; Van Niekerk, 2007). И, следовательно, меньше вероятность, что такое вмешательство будет способствовать сокращению разрыва в безопасности.

***Тезис 3: Адаптируйте ваши действия и защиту интересов к потребностям окружающих условий***

В этом кратком аналитическом обзоре определено социальное неравенство в отношении травматизма между социально-экономическими группами. Ситуация в отношении такого неравенства может быть изменена, и продвижением вперед будет соблюдение принципа справедливости во всех аспектах политики в отношении здоровья; за это ратует Комиссия по социальным детерминантам здоровья (Европейское региональное бюро ВОЗ,

2008). Дебаты по поводу справедливости и принципа универсального права человека на здоровье будут выходить на первый план при изменении политики в сторону обеспечения большей справедливости. Неравенство, касающееся риска травматизма и пользы от профилактических мероприятий, не будет сокращаться, если эти важные этические вопросы останутся без внимания. Безусловно, они должны решаться при уважительном отношении к историческим, политическим, географическим и культурным различиям с учетом того, что ни одна из стратегий вмешательств или мер профилактики не может быть применима ко всем условиям.

***Тезис 4: Предоставить право голоса уязвимым людям***

Необходимо услышать голоса тех, кто принадлежит к самым маргинализированным слоям общества, – безработным и этническим меньшинствам. В этой среде дети в наибольшей степени уязвимы к несправедливости в отношении травматизма. Потребности и проблемы уязвимых групп в области безопасности требуют особого внимания.

***Тезис 5: Стимулировать связи между исследователями и разработчиками политики***

Обобщенная здесь информация может быть полезной для защитников интересов общественного здравоохранения, которые хотят облегчить и укрепить коммуникации между разработчиками политики и исследователями. Авторы представили современную, всеобъемлющую панораму имеющихся данных с их сильными и слабыми сторонами. Они определили перспективные направления и предлагаемые подходы, которые могут использовать политики и практики, и которые позволят изменить ситуацию.

## Вывод

Этот краткий аналитический обзор и большой обзор, на котором он основан (Lafamme et al. 2009), показали, что существует недопустимое неравенство в отношении здоровья из-за травм и насилия. Он указывает на социальные детерминанты, которые влияют на увеличение разрыва в справедливости в вопросах здоровья. Необходимы действия, чтобы уменьшить эту несправедливость и устранить ее причины (Marmot, 2005). Фактические данные показывают, что подобная несправедливость – серьезная проблема общественного здравоохранения, которую необходимо решать системам здравоохранения и обществу. Обзор показывает необходимость нового мышления в области социальной политики и подчеркивает, что достижение справедливости в отношении здоровья в связи с травматизмом и насилием – это важный результат, который необходимо контролировать. В Резолюции Европейского регионального комитета (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005) и Рекомендации Европейского Совета по предупреждению травматизма (Европейская Комиссия, 2007) подчеркивается необходимость разработки национальной политики по снижению этой лидирующей причины преждевременной смерти и инвалидности. Цели национальной политики здравоохранения по снижению травматизма и насилия могут быть достигнуты только в том случае, если в эти планы будут включены вопросы справедливости. Необходимо предпринять действия как для того, чтобы снизить травматизм и насилие, используя пассивные вмешательства по превращению социальной и физической среды исходно в более безопасную, так и для проведения целевых вмешательств в отношении неблагоприятных групп населения. В этом кратком аналитическом обзоре особо выделены некоторые меры, которые необходимы для достижения этой цели. Эта проблема требует еще более срочного решения в условиях существующего экономического кризиса и угрозы расширения социального разрыва. Политические и социально-экономические перемены, произошедшие в странах Центральной и Восточной Европы и республиках Центральной Азии

в 1990-е годы, и рост уровня смертности от травматизма и насилия – это урок, который заинтересованные участники процесса должны учитывать сегодня (Sethi et al., 2006a, b).

Таллиннская хартия «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния», принятая 53 государствами-членами Европейского региона в 2008 году, поддерживает такие ценности как солидарность, равноправие и участие (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008). В этом кратком аналитическом обзоре подчеркивается, что предупреждение травматизма и насилия – ключевая область, требующая действий. Социальная и экономическая политика влияет на подверженность семей травматизму, воздействуя на социальную и физическую среду. В действиях по предупреждению травматизма и насилия должны участвовать различные сектора. Если правительства намерены решать проблему неравномерного распределения травм, то справедливость должна стать сквозной целью всей государственной политики правительства, как это подчеркивается Комиссией по социальным детерминантам здоровья (2008). Системы здравоохранения должны играть ключевую роль, пропагандируя справедливость во всех стратегиях, связанных со здоровьем, и определяя травматизм как следствие социальной политики. Необходимо стимулировать использование стратегий, подобных тем, которые направлены на защиту уязвимых слоев населения, таких, например, как предоставление всеобщего медицинского обслуживания, обеспечение раннего развития детей и образования, создание здоровой среды, справедливый найм на работу и предоставление социальной защиты. Кроме того, обязанность сектора здравоохранения – обеспечить, чтобы мероприятия по профилактике травматизма и насилия стали частью системы общедоступной первичной медико-санитарной помощи, а также уделять особое внимание социальной стратификации травм. Решение этой важной проблемы неравноправия в отношении здоровья – вопрос социальной справедливости.



## Библиография

- Ahmed N, Andersson R (2000). Unintentional injury mortality and socioeconomic development among 15-44-year-olds: in a health transition perspective. *Public Health*, 114:416–422.
- Apsler R et al. (2003). Increases in booster seat use among children of low income families and variation with age. *Injury Prevention*, 9:322–325.
- Bellis M et al. (2008). Contribution of violence to health inequalities in England: demographics and trends in emergency hospital admissions for assault. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62:1064–1071.
- Berfenstam R (1979). Prevention of childhood accidents in Sweden. With special attention to the Work of the Joint Committee for Prevention of Accidents. *Acta Paediatrica Scandinavica*, Suppl. 275:88–95.
- Berfenstam R (1995). Sweden's pioneering child accident programme: 40 years later. *Injury Prevention*, 1:68–69.
- Bishai D et al. (2003). How willing are parents to improve pedestrian safety in their community? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:951–955.
- Blane D (1995). Social determinants of health. Socioeconomic status, social class, and ethnicity. *American Journal of Public Health*, 85:903–905.
- Borrell et al. (2002). Role of individual and contextual factors in injury mortality: new evidence from small area analysis. *Injury Prevention*, 8:297–302.
- Boyle P et al. (2005). Suicide gap among young adults in Scotland: population study. *British Medical Journal*, 330:175–176.
- Braverman PA et al. (2005). Socioeconomic status in health research. One size does not fit all. *Journal of the American Medical Association*, 294:2879–2888.
- Colver AF, Hutchinson PJ, Judson EC (1982). Promoting children's home safety. *British Medical Journal (Clinical Research on Education)*, 285:1177–1180.
- Dahlgren G, Whitehead M (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/socialdeterminants/publications/20070109\\_1](http://www.euro.who.int/socialdeterminants/publications/20070109_1), accessed 9 January 2009).

- Diderichsen F, Laflamme L, Hallqvist J (1999). Understanding the mechanisms of social differences in injuries. In: Laflamme et al., eds. *Safety promotion research: a public health approach to accident and injury prevention*. Stockholm, Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences.
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequalities in health – from ethics to action*. New York, Oxford University Press.
- DiGiuseppi C, Roberts I, Speirs N (1999a). Smoke alarm installation and function in inner London council housing. *Archives of Disease in Childhood*, 81:400–403.
- DiGiuseppi C et al. (1999b). The “Let’s Get Alarmed!” initiative: a smoke alarm giveaway programme. *Injury Prevention*, 5:177–182.
- DiGiuseppi C et al. (2002). Incidence of fires and related injuries after giving out free smoke alarms: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 325:995–998.
- Dunn L, Henry J, Beard D (2003). Social deprivation and adult head injury: a national study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 7:1060–1064.
- Durkin MS et al. (1999). Epidemiology and prevention of traffic injuries to urban children and adolescents. *Pediatrics*, 103:1–8.
- Edwards P et al. (2006a). Deaths from injury in children and employment status in family: an analysis of trends in class specific death rates. *British Medical Journal*, 333:119–122.
- Edwards P et al. (2006b). *Deprivation and road safety in London. A report to the London Road Safety Unit*. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine (<http://www.tfl.gov.uk/assets/downloads/deprivation-and-road-safety.pdf>, accessed 13 January 2009).
- Erskine A (1996). The burden of risk: who dies because of cars? *Social Policy and Administration*, 30:143–157.
- European Commission (2007). *Consultation of the Member States on elements for a proposal for a Commission Communication and Council Recommendation on injury prevention and safety promotion*. Luxembourg, European Commission.
- Evans J, Middleton N, Gunnell D (2004). Social fragmentation, severe mental illness and suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39:165–170.
- Evans SA, Kohli HS (1997). Socioeconomic status and the prevention of child home injuries: a survey of parents of preschool children. *Injury Prevention*, 3:29–34.
- Evans T et al., eds. (2001). *Challenging inequalities in health: from ethics to action*. Oxford, Oxford University Press.
- Farley C (2003). *The promotion of safety behaviours at the community level: evaluation of a bicycle helmet-wearing campaign among 5- to 12-year old children* [doctoral dissertation]. Stockholm, Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences.

- Fauth RC, Leventhal T, Brooks-Gunn J (2004). Short-term effects of moving from public housing in poor to middle-class neighborhoods on low-income, minority adults' outcomes. *Social Science and Medicine*, 59:2271–2284.
- Haddon W (1980). The basic strategies for preventing damage from hazards of all kinds. *Hazard Prevention*, 16:8–11.
- Hawley CA et al. (2004). Outcomes following childhood head injury: a population study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 75:737–742.
- Hendrie D et al. (2004). Child and family safety device affordability by country income level: an 18 country comparison. *Injury Prevention*, 10:338–343.
- Hofman K et al. (2005). Addressing the growing burden of trauma and injury in low- and middle-income countries. *American Journal of Public Health*, 95:13–17.
- Howe A, Crilly M (2001). Deprivation and violence in the community: a perspective from a UK accident and emergency department. *Injury*, 32:349–351.
- Hsu JSJ, Scott SD (1991). Injury prevention awareness in an urban Native American population. *American Journal of Public Health*, 81:1466–1468.
- Husum H et al. (2003). Rural prehospital trauma systems improve trauma outcome in low-income countries: a prospective study from north Iraq and Cambodia. *Journal of Trauma*, 54:1188–1196.
- Jan MM, Hasanain FH, Al-Dabbagh AA (2000). Infant and child safety practices of parents. *Saudi Medical Journal*, 21:1142–1146.
- Jones SJ et al. (2005). Traffic calming policy can reduce inequalities in child pedestrian injuries: database study. *Injury Prevention*, 11:152–156.
- Kawachi I, Kennedy BP (1997). Health and social cohesion: why care about income inequality? *British Medical Journal*, 314:1037–1040.
- Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:47–52.
- Kendrick D et al. (2007). Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1):CD005014.
- Kennedy BP et al. (1998). Social capital, income inequality, and firearm violent crime. *Social Science and Medicine*, 47:7–17.
- Klassen TP et al. (2000). Community-based injury prevention interventions. *Future Children*, 10:83–110.
- Krieger N et al. (2003). Monitoring socioeconomic inequalities in sexually transmitted infections, tuberculosis, and violence: geocoding and choice of area-based socioeconomic measures – the public health disparities geocoding project (US). *Public Health Reports*, 118:240–260.

- Krug E et al. (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en), accessed 9 January 2009).
- Kyriacou DN et al. (1999). The relationship between socioeconomic factors and gang violence in the City of Los Angeles. *Journal of Trauma*, 46:334–339.
- Laflamme L (1998). *Social inequalities in injury risks: knowledge accumulated and strategies for the future*. Stockholm, National Institute of Public Health (Report 1998:23).
- Laflamme L (2001). Explaining socioeconomic differences in injury risks. *Injury Control and Safety Promotion*, 8:149–153.
- Laflamme L, Burrows S, Hasselberg M (2009). *Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/Document/E91823.pdf>, accessed 13 January 2009).
- Louis B, Lewis M (1997). Increasing car seat use for toddlers from inner-city families. *American Journal of Public Health*, 87:1044–1045.
- Lu TH, Chiang TL, Lynch JW (2005). What can we learn from international comparisons of social inequalities in road traffic injury mortality? *Injury Prevention*, 11:131–133.
- Mackenbach J, Bakker M, eds. (2002). *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge.
- Marmot M (2005). Social determinants of health: inequalities. *Lancet*, 365:347–353.
- Menckel E, Kullinger B, eds. (1996). *Fifteen years of occupational accident research in Sweden*. Stockholm, Swedish Council for Working Life Research.
- Middleton N et al. (2004). Suicide risk in small areas in England and Wales, 1991–1993. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39:45–52.
- Ministry of Health and Social Affairs (2002). *Sociala skillnader i skador bland barn och ungdom [Social differences in injuries among children and youth in Sweden]*. Stockholm, Fritzes (SOU 2002:68; English summary).
- Ministry of Health and Social Affairs (2003). *Från barnolycksfall till barns rätt till säkerhet och utveckling [From childhood injuries to children's right to safety and development]*. Stockholm, Fritzes (SOU 2003:127; English summary).
- Mock CN et al. (1998). Trauma mortality patterns in three nations at different economic levels: implications for global trauma system development. *Journal of Trauma*, 44:804–812; discussion 812–814.
- Morrison A et al. (2000a). Trend in injury mortality among young people in the European Union: a report from the EURORISC Working Group. *Journal of Adolescent Health*, 27:130–135.

- Morrison A, Stone DH, Eurorisc Working Group (2000b). Injury mortality in the European Union 1984–1993. *European Journal of Public Health*, 10:201–207.
- Olds DL et al. (1997). Long-term effects of nurse home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. *Journal of the American Medical Association*, 278:637–643.
- Plitponkarnpim A et al. (1999). Unintentional injury mortality in children: a priority for middle income countries in the advanced stage of epidemiological transition. *Injury Prevention* 5:98–103.
- Pronyk PM et al. (2006). Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet*, 368:1973–1983.
- Razzak JA, Kellermann AL (2002). Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bulletin of the World Health Organization*, 80:900–905.
- Ribas R de C, Tymchuk AJ, Ribas AFP (2006). Brazilian mothers' knowledge about home dangers and safety precautions: an initial evaluation. *Social Science and Medicine*, 63:1879–1888.
- Scholer SJ et al. (1998). Predictors of mortality from fires in young children. *Pediatrics*, 101:E12.
- Sethi D et al. (2006a). Reducing inequalities from injuries in Europe. *Lancet*, 368:2243–2250.
- Sethi D et al. (2006b). *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/datapublications/Publications/Catalogue/20060601\\_1](http://www.euro.who.int/datapublications/Publications/Catalogue/20060601_1), accessed 9 January 2009).
- Sethi D et al. (2008). *European report on child injury prevention*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/violenceinjury/injuries/20081205\\_2](http://www.euro.who.int/violenceinjury/injuries/20081205_2), accessed 9 January 2009).
- Shaw M, Tunstall H, Dorling D (2005). Increasing inequalities in risk of murder in Britain: trends in the demographic and spatial distribution of murder, 1981–2000. *Health and Place*, 11:45–54.
- Smith GD et al. (2001). Area based measures of social and economic circumstances: cause specific mortality patterns depend on the choice of index. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:149–150.
- Sparks G, Craven MA, Worth C (1994). Understanding differences between high and low childhood accident rate areas: the importance of qualitative data. *Journal of Public Health Medicine*, 16:439–446.
- Stone KE et al. (2007). Home safety in inner cities: prevalence and feasibility of home safety product use in inner-city housing. *Pediatrics*, 120:e346–353.
- Suecoff SA et al. (1999). A comparison of New York City playground hazards in high- and low-income areas. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153:363–366.

- Tester JM et al. (2004). A matched case-control evaluating the effectiveness of speed humps in reducing child pedestrian injuries. *American Journal of Public Health*, 94:646–650.
- Towner E et al. (2005). *Injuries in children aged 0–14 years and inequalities*. London, Health Development Agency.
- UNICEF (2001). *A league table of child deaths by injury in rich nations*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre (Innocenti Report Card No. 2).
- Van Niekerk A (2007). *Paediatric burn injuries in Cape Town, South Africa: context, circumstances and prevention barriers* [doctoral dissertation]. Stockholm, Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences.
- Wallace D, Wallace R (1998). Scales of geography, time, and population: the study of violence as a public health problem. *American Journal of Public Health*, 88:1853–1858.
- Wegner MV, Girasek DC (2003). How readable are child safety seat installation instructions? *Pediatrics*, 111:588–591.
- Whitehead M, Dahlgren G (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up Part 1*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/socialdeterminants/publications/20070109\\_1](http://www.euro.who.int/socialdeterminants/publications/20070109_1), accessed 9 January 2009).
- Whitley E et al. (1999). Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. *British Medical Journal*, 319:1034–1037.
- WHO (2002). *The injury chart book: a graphical overview of the Global Burden of Injuries*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/other\\_injury/chartb/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/chartb/en/index.html), accessed 9 January 2009).
- Wortel E, de Geus GH (1993). Prevention of home related injuries of pre-school children: safety measures taken by mothers. *Health Education Research*, 8:217–231.
- ВОЗ (2007). *Предупреждение травматизма и насилия: методическое руководство для министерств здравоохранения*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://whqlibdoc.who.int/publication/2007/9789244595251-rus.pdf>, по состоянию на 16 сентября 2009 г.).
- Европейское региональное бюро ВОЗ (2005). *Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ RC55/R9 по предупреждению травматизма в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ([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 16 сентября 2009 г.).
- Европейское региональное бюро ВОЗ (2008). *Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/E91438r.pdf>, по состоянию на 16 сентября 2009 г.).

Комиссия по социальным детерминантам здоровья (2008). *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789244563700\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789244563700_rus.pdf), по состоянию на 15 сентября 2009 г.).

Педен М. и др. (2004). *Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/publications/list/9241562609/ru/index.html>, по состоянию на 16 сентября 2009 г.)



## Приложение 1. Методы обзора

Для оригинального обзора (Laflamme et al., 2009) оригинальные научные статьи были получены путем поиска литературы в SafetyLit™, Кокрановской библиотеке и базе данных Medline с использованием ключевых слов и словосочетаний. Дополнительные, соответствующие тематике материалы – из раздела библиографий отобранных статей. Качество дизайна отдельных исследований не учитывалось; отмечали не статистическую мощность исследования, а направления ассоциаций и тенденции для того, чтобы компенсировать слабость дизайна многих исследований. Ниже (Вставка 1) дан перечень критериев для включения исследования в обзор.

Изучены работы по исследованию смертности и заболеваемости, проведенные как в Европейском регионе ВОЗ, так и за его пределами, в которых рассматриваются ведущие причины травм – как преднамеренных, так и непреднамеренных, к которым относятся: межличностное насилие (включая жестокое обращение с детьми и насилие со стороны интимного партнера); насилие, направленное против себя (самоубийство); дорожно-транспортный травматизм; падения, утопление, отравление и ожоги. Ограниченное число использованных баз данных означает, что поиск не был исчерпывающим, но ко всем базам данных, в которых проводился поиск, применялся инклюзивный подход.

### Вставка 1. Критерии включения исследований в обзор

1. Публикация: опубликовано в рецензируемом журнале, вышедшем с января 1990 по июнь 2006 года.
2. Языки: английский, датский, французский и шведский.
3. Дизайн и методы: для исследований распределения риска - широкий диапазон методов, но с использованием тестов на статистическую значимость или доверительных интервалов. Для исследований вмешательств - рандомизированные контролируемые исследования или контролируемые исследования по типу «до – после».
4. Предмет исследования: для исследований распределения риска – изучение взаимоотношений между социально-экономическим статусом и травматизмом на индивидуальном или районном уровне. Были исключены исследования, рассматривающие только социально-экономический статус. Для исследований вмешательств – исследования, оценивающие влияние вмешательств на различные социально-экономические группы.
5. Уровень тяжести: смертельные и не смертельные травмы.
6. Причина: все виды травм в результате межличностного насилия; насилия, направленного против себя; в результате дорожных аварий, падений, утопления, отравления и ожогов.
7. Уровень анализа: исследования, как на популяционном, так и на индивидуальном уровне.
8. Критерии оценки для исследований на индивидуальном уровне: образование, доход и благосостояние, социальный класс или профессиональный статус, общая оценка этих факторов и косвенная оценка, например, уровень депривации соседнего окружения.
9. Критерии оценки для исследований на популяционном уровне: такие композиционные аспекты, как образовательный уровень, профессиональный статус, доход, благосостояние, бедность и степень депривации района.

После того, как был завершен поиск оригинальных статей, в свет вышли две публикации, содержащие метаанализ вмешательств по снижению детского травматизма в домашних условиях, в которых рассматривались различия в результатах целевых вмешательств по сравнению с популяционными. Впоследствии эти две работы также были включены в обзор.

экономическое положение и лишения (депривация) классифицируются по-разному. Социальная стратификация также различается по странам, поэтому характеристики материальных и социальных преимуществ и лишений также отличаются друг от друга, а относительные социальные различия не постоянны. И, наконец, исключение исследований, опубликованных на других языках, кроме

### Вставка 2. Оригинальность, сильные и слабые стороны обзора

Оригинальность	Рассматривались все причины травматизма; фиксировалось, откуда были получены данные; в центре внимания – Европейский регион ВОЗ
Сила	Включение данных различного типа и охват (где было проведено исследование и его тип; причина травматизма; период публикации – 1990-2006 гг.)
Слабость	Поиск литературы ограничивался только несколькими выбранными базами данных; оценка качества отдельных исследований не проводилась; каждая работа (и причина травмы) рецензировалась одним рецензентом
Вклад	Демонстрация географического смещения данных, собранных к настоящему времени (например, чаще всего фактические данные поступают из стран с высоким уровнем доходов Северной Европы и Северной Америки); демонстрация дисбаланса исследований причин травматизма; демонстрация нехватки вмешательств, направленных на снижение социально-экономического разрыва в отношении травматизма

### Слабые стороны

Ограничения, наблюдавшиеся в процессе обзора, а также систематические ошибки, связанные с публикацией или отбором, могут приводить к тому, что будут превалировать работы, демонстрирующие социально-экономические различия или положительный эффект вмешательств (Вставка 2). Кроме того, трудно проводить сравнения, поскольку в разных исследованиях социально-

тех, которые включены в критерии отбора, может ограничивать широту охвата и полученные выводы.

### Библиография

Laflamme L, Burrows S, Hasselberg M (2009). *Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

