



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Европейские факты и *Доклад о
положении дел в мире в сфере
профилактики насилия за 2014 г.*





Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Европейские факты и *Доклад о
положении дел в мире в сфере
профилактики насилия за 2014 г.*

РЕФЕРАТ

Этот региональный новостной бюллетень публикуется одновременно с *Докладом о положении дел в мире в сфере профилактики насилия за 2014 г.* и содержит оценку мер, принимаемых странами в области предупреждения насилия. Данные были собраны в 41 из 53 стран Европейского региона ВОЗ. Были также рассчитаны новые примерные оценки уровня убийств на глобальном, региональном и национальном уровне. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в 2012 г. жертвами убийств стали почти 35 000 человек. Наибольшему риску подвергаются мужчины в возрасте 30–59 лет. Несмертельный эффект насилия огромен и тяжким грузом ложится на системы здравоохранения и общество. Региону требуется разработка большего числа национальных планов, опирающихся на фактические данные. Страны инвестируют в программы предупреждения насилия, но необходимо срочное увеличение масштабов такой работы. Широко развернуто введение законов, призванных защитить от насилия, но текущий уровень правоприменения не достаточен и требует повышения. Системы здравоохранения должны взять на себя ведущую роль в разработке качественных услуг по выявлению, направлению к специалистам, защите и поддержке жертв. Руководителям и практикам из различных секторов следует работать сообща, применяя научно-обоснованные решения, направленные на обеспечение равенства и здоровья на протяжении всей жизни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Violence – prevention and control

Public health

Health policy

National health programs Europe

ISBN 978 92 890 5078 4

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

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

Фотографии, включенные в данную публикацию, ни в коей мере не имели целью отразить жестокое обращение с конкретными лицами.

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г

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

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно

правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

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

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

Дизайн: Lars Møller



Фото: Fotolia



СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности	vi
Основные факты	vii
ЧАСТЬ 1. ИСХОДНЫЕ СВЕДЕНИЯ	1
Цель	1
ЧАСТЬ 2. РЕЗУЛЬТАТЫ	3
Смертность	3
Заболеваемость	8
Стратегии реагирования: правовые нормы, услуги, вмешательства	10
Часть 3. ДАЛЬНЕЙШАЯ РАБОТА	20
Выводы и действия	20
Литература	23

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

В этом региональном бюллетене используются статистические данные, почерпнутые из *Доклада о положении дел в мире в сфере профилактики насилия за 2014 г.* – совместной публикации ВОЗ, Программы развития Организации Объединенных Наций и Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности.

Авторы хотели бы выразить благодарность следующим лицам и организациям:

Alexander Butchart и Christopher Mikton из Штаб-квартиры ВОЗ оказали содействие в координации проекта и анализе данных, а также высказали ряд замечаний по ходу проекта. Josephine Jackisch, Lars Møller, Matthijs Muijen и Trudy Wijnhoven из Европейского регионального бюро ВОЗ также высказали ценные замечания.

Внешние рецензенты Mark Bellis, Peter Donnelly и Bridget Penhale подробно и тщательно проанализировали текст.

Данные по странам удалось получить благодаря поддержке руководителей

и сотрудников страновых офисов ВОЗ и национальных координаторов сбора данных, а также ответивших на вопросы анкет респондентов и государственных должностных лиц, давших официальное разрешение на использование полученной информации.

Enrique Loyola и Ivo Rakovac из Европейского регионального бюро ВОЗ помогли с обработкой данных.

Публикация данного документа стала возможной благодаря щедрой финансовой поддержке UBS Optimus Foundation.

Francesco Mitis, технический сотрудник
Dinesh Sethi, руководитель программ
Vittoria Crispino, интерн
Gauden Galea, директор

Отдел по неинфекционным заболеваниям и укреплению здоровья

Европейское региональное бюро ВОЗ



CRIME SCENE - DO NOT ENTER

ЧАСТЬ 1. ИСХОДНЫЕ СВЕДЕНИЯ

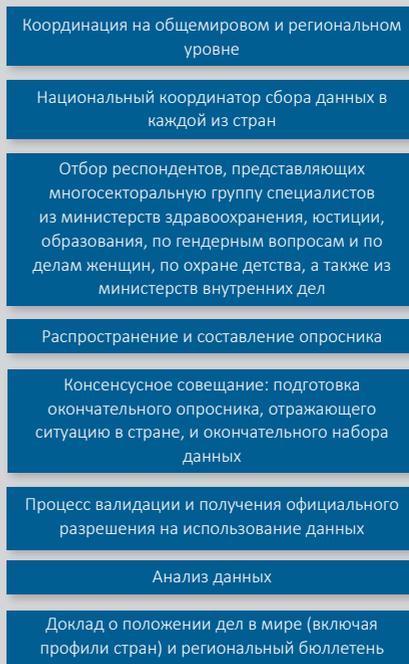
ЦЕЛЬ

Этот региональный бюллетень публикуется вместе с первым *Докладом о положении дел в мире в сфере профилактики насилия за 2014 г. (1)*. Его цель – оценить меры, принимаемые странами для предупреждения насилия с тех пор, как ими была выражена готовность следовать рекомендациям *Доклада о ситуации в мире в области насилия и его влияния на здоровье (2,3)*.

Статистические данные были собраны в 41¹ из 53 стран Европейского региона ВОЗ. Среди этих стран 25 являются странами с высоким уровнем доходов (СВД), и 16 являются странами с низким и средним уровнем доходов (СНСД); совокупно они представляют 83% населения Региона, составляющего 900 млн. человек. Была использована строгая методология, описанная в *Докладе о положении дел в мире в сфере профилактики насилия за 2014 г. (1)* (Рис.1), которая подразумевает консенсусный подход с привлечением заинтересованных сторон из множества различных

¹ Страны, принявшие участие в опросе, разделены на группы по уровню доходов в соответствии с определением Всемирного банка от 2012 г. В число стран с высоким уровнем доходов входят Австрия, Бельгия, Германия, Израиль, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Российская Федерация, Сан-Марино, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария, Швеция, Эстония. Список стран с низким и средним уровнем доходов включает Азербайджан, Албанию, Армению, Беларусь, Болгарию, Грузию, Казахстан, Кыргызстан, бывшую югославскую Республику Македония, Республику Молдова, Румынию, Сербию, Таджикистан, Турцию, Узбекистан и Черногорию.

Рис. 1. Методология



Источник: ВОЗ (1).

секторов. Этот документ содержит субрегиональный анализ ситуации в 21 стране-участнице из 28 стран Европейского Союза (ЕС) и 10 из 12 стран Содружества независимых государств (СНГ)².

² Эта группа стран включает всех официальных и неофициальных членов по состоянию на 2006 г.: Азербайджан, Армению, Беларусь, Грузию, Казахстан, Кыргызстан, Республику Молдова, Российскую Федерацию, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украину – Туркменистан и Украина не принимали участия в опросе.

Результаты исследования дополняют и обновляют информацию, содержащуюся в предшествующих Европейских региональных докладах о предупреждении насилия: *Предупреждение травматизма в Европе: от международного сотрудничества к реализации на местах (4), Европейский доклад о предупреждении насилия и преступности, связанной с холодным оружием, среди подростков и молодежи (5), Европейский доклад по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми (6), и Европейский доклад о предупреждении жестокого обращения с детьми (7).*

Межличностное насилие: общемировая проблема

Насилие – это «преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб» (2). Оно является общемировой проблемой. Этот бюллетень отражает положение дел в Европе применительно к межличностному насилию со стороны членов семьи, друзей, знакомых и незнакомцев. Такое насилие включает жестокое обращение с детьми, насилие в молодежной среде, насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие, а также жестокое обращение с пожилыми людьми.

Самопричиненное и коллективное насилие не рассматриваются и описываются в других докладах (2,8).

Призывы к действию

Предупреждение насилия с 1986 г. является приоритетным вопросом правосудия и защиты прав человека для Организации Объединенных Наций, и в 1996 г. Всемирная ассамблея здравоохранения объявила насилие одной из ведущих мировых проблем здравоохранения (9). Доклад о ситуации в мире в области насилия и его влияния на здоровье (2) и сопровождавшая его резолюция WHA56.24 Всемирной ассамблеи здравоохранения (3) призвали правительства вовлечь широкий круг заинтересованных сторон в разработку планов



Фото: Fotolia

применения научно-обоснованных решений. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC5/R9 по предупреждению травматизма подчеркивает масштабы бремени межличностного насилия в Регионе и необходимость действовать (10). Всемирная ассамблея здравоохранения в 2014 г. обратилась с просьбой о разработке глобального плана действий по предупреждению насилия (11), и Доклад о положении дел в мире в сфере профилактики насилия за 2014 г. (1) послужит для него точкой отсчета. Государства-члены Европейского региона ВОЗ одобрили Европейский план действий по предупреждению жестокого обращения с детьми на 2015-2020 гг. (12), твердо основанный на принципах равенства, подхода к сохранению здоровья на протяжении всей жизни, многосекторального участия и научно-обоснованных действий, которые лежат в основе комплексной европейской стратегии ВОЗ по сохранению здоровья и благополучия *Здоровье-2020* (13).

Фото: Fotolia

ЧАСТЬ 2. РЕЗУЛЬТАТЫ

СМЕРТНОСТЬ

В 2012 г. в 53 странах Европейского региона³ в результате межличностного насилия погибли 34 469 человек: 74% (25 454) из числа погибших составляют лица мужского пола, смертность среди которых в три раза выше, чем среди женщин⁴.

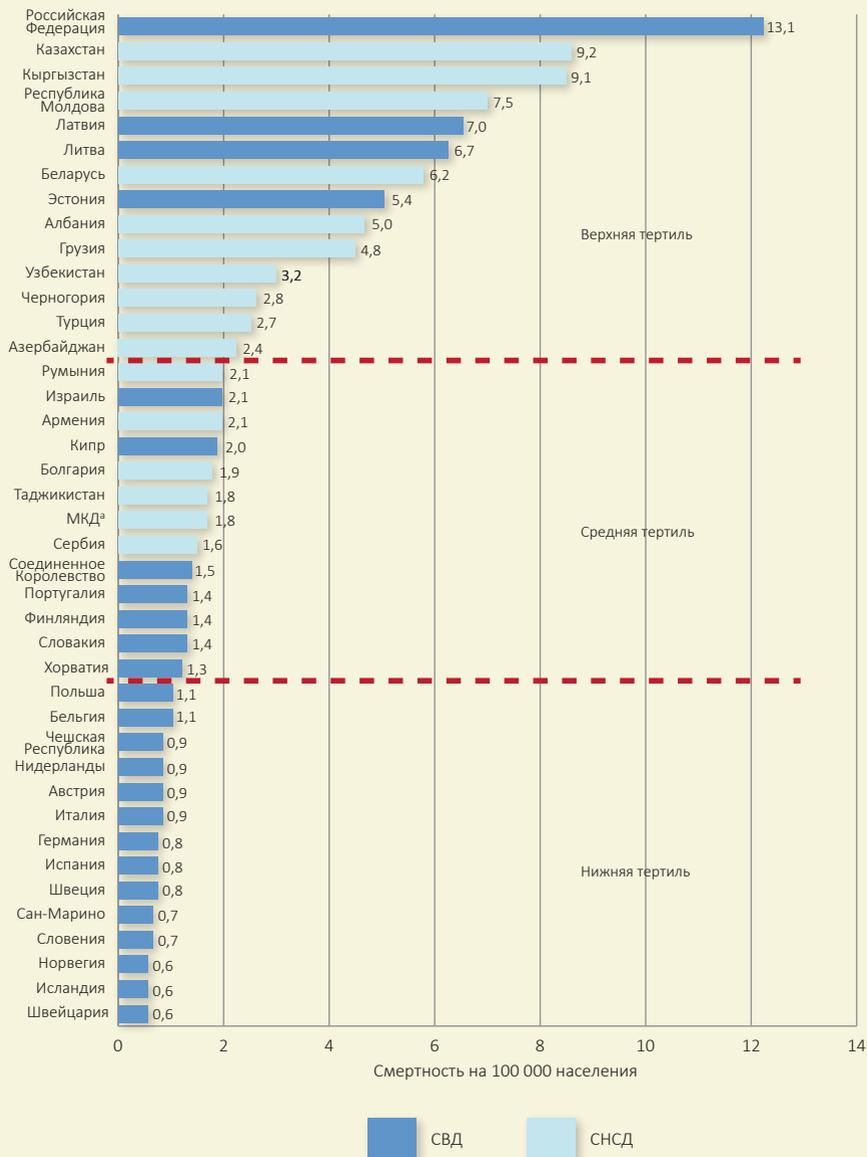
В Европейском регионе продолжают сохраняться неравенства

Показатели убийств существенно варьируются в рамках Региона, как это показано на Рис. 2. Наиболее низкими являются показатели в СВД, которые занимают нижнюю треть (или тертиль), а в верхней тертили преобладают СНСД. Российская Федерация демонстрирует наивысший уровень смертности в Регионе (13,1 на 100000), что составляет более 50% от общего числа смертей (18 780), -

³ Число смертей и показатели смертности рассчитаны для каждой из стран Региона с учетом статистики смертности, основанной на: (i) данных здравоохранения, которыми располагает ВОЗ; (ii) уголовной статистики, которой располагает Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности; и (iii) данных, собранных при подготовке Доклада о положении дел в мире в сфере профилактики насилия за 2014 г. национальными координаторами сбора данных (источники из сферы здравоохранения и полиции), и прогностических данных, таких как индекс Джини, индекс коррупции, показатели безработицы, индекс гендерного неравенства и число единиц оружия на душу населения. Подробности методологии и соответствующих ограничений раскрываются в полном тексте доклада (1).

⁴ Если соответствующих ссылок не имеется, результаты основаны на расчетах применительно к данным, собранным для Доклада о положении дел в мире в сфере профилактики насилия (1) в Европейском регионе.

Рис. 2. Показатели смертности в результате межличностного насилия в Европейском регионе в соответствии с уровнем доходов, 2012 г.



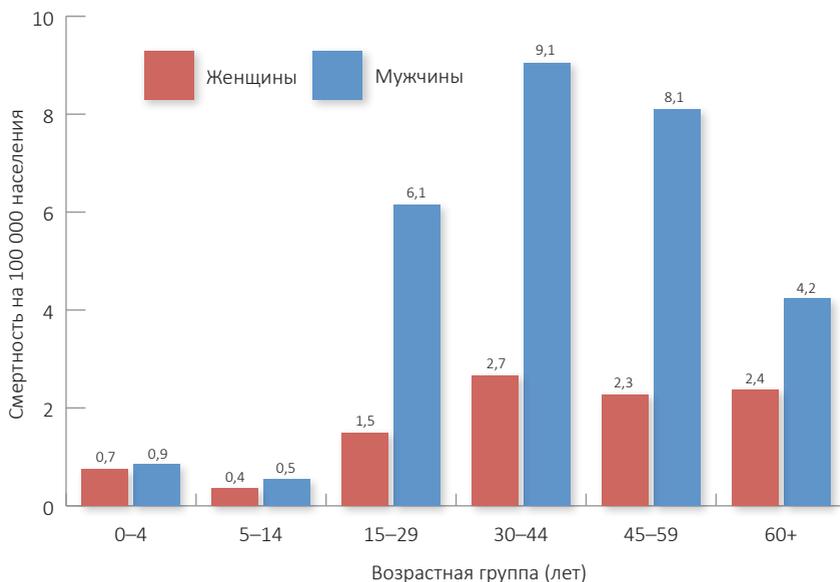
^а Бывшая югославская Республика Македония (МКД) - это аббревиатура, используемая Международной организацией по стандартизации.

показатель, в 22 раза превышающий аналогичные показатели наиболее безопасных стран (0,6 на 100 000 в Норвегии и Швейцарии). Российская Федерация относится к СВД, как и Балтийские страны – Эстония, Латвия и Литва (которые также недавно перешли в категорию СВД), и высокий уровень убийств заставляет предположить, что на уровень смертельного насилия влияет множество факторов помимо уровня доходов в стране. Более высокий уровень благосостояния, сокращение неравенств и более высокий социальный капитал и социальная справедливость ассоциируются с более низким уровнем насилия на макроэкономическом уровне, и при дальнейшем анализе необходимо принимать во внимание эти социальные детерминанты (14).

Лица относительно молодого и среднего возраста несут основное бремя насильственной смерти

Шестьдесят процентов убийств совершается в отношении людей в возрасте 30–59 лет. Выше всего смертность среди людей в возрасте 30–44 лет, за ними следуют те, кому 45–59 лет: это контрастирует с ситуацией в других регионах мира, где наиболее высок уровень смертности среди молодых людей в возрасте 15–29 лет. Во всех возрастных группах выше смертность среди лиц мужского пола. Наиболее низкий уровень смертности наблюдается среди детей в возрасте 5–14 лет. Эту возрастную группу характеризует также наименее значительное неравенство между полами (Рис. 3).

Рис. 3. Показатели смертности в результате межличностного насилия в Европейском регионе за 2012 г. в разбивке по возрасту и полу



Если рассматривать ситуацию в целом, 29% насильственных смертей в Европейском регионе происходит в результате использования колюще-режущих предметов, 27% вызвано применением огнестрельного оружия, и 44% - по иным причинам (Рис. 4).

Число убийств сокращается во всем Регионе

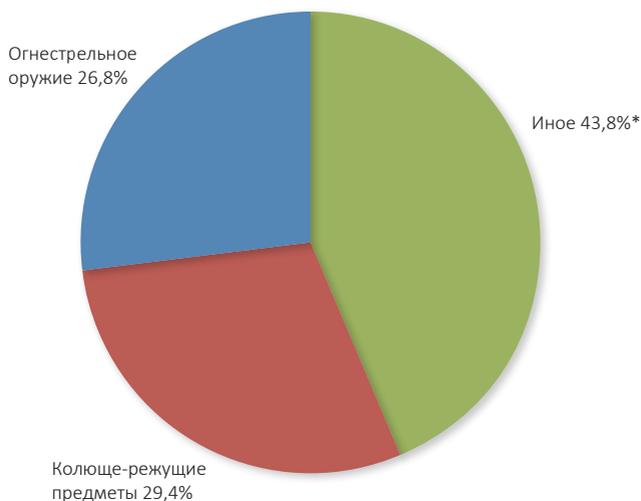
Число убийств в Регионе сокращается, и между 1994 и 2010 гг. снизилось почти в три раза (в 2,75 раза). Пиковые показатели в странах СНГ в 1994 и 2002 гг. пришлись на периоды политических, экономических и социальных перемен. Уровень смертности в СНГ по-прежнему в 10 раз выше, чем в ЕС (Рис. 5). Однако, определенная конвергенция налицо, и снижение показателей в СНГ было

более существенным (2,75 раз за описываемый период), чем в ЕС (2,33 раза).

Качество данных по насильственной смертности могло бы быть выше

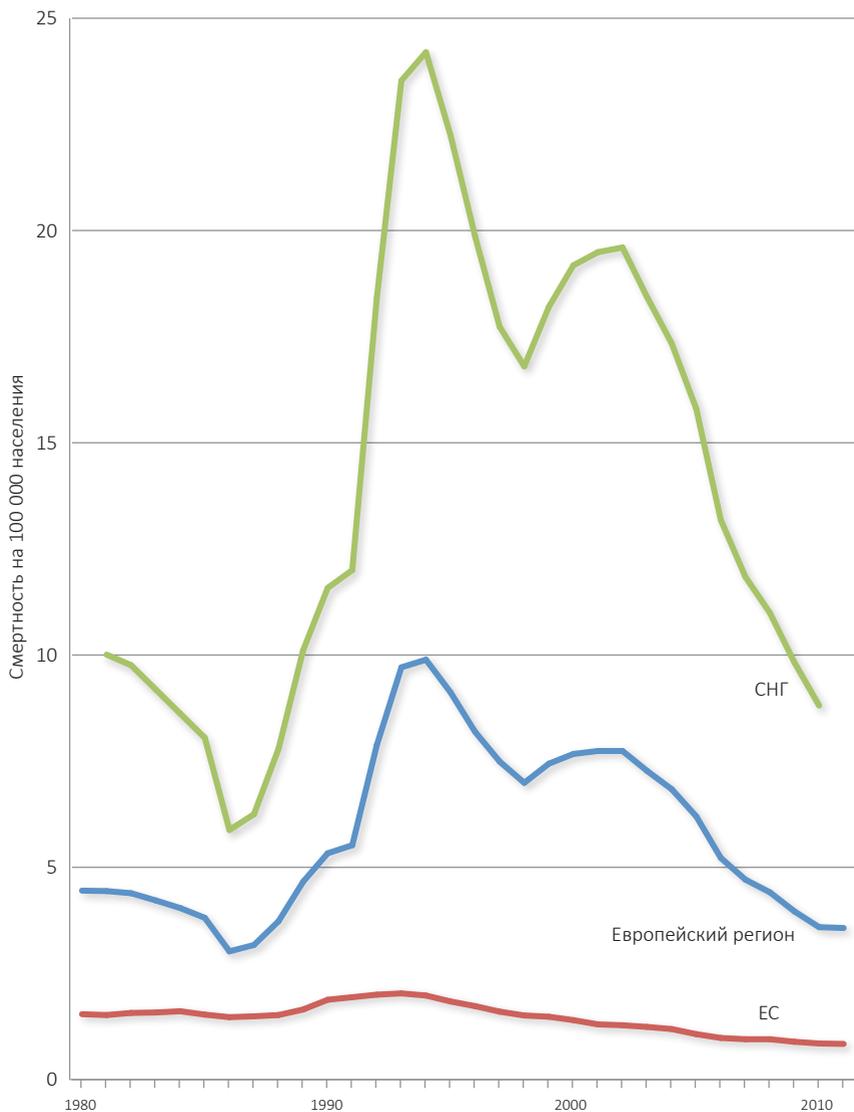
Достоверные данные по смертности являются основой мониторинга политики и здоровья населения. Доступность данных по убийствам в целом по Региону достаточно высока, но качество данных могло бы быть выше. Данные полиции по числу убийств были предоставлены 96% СВД и 94% СНСД. Данные актов гражданского состояния по убийствам были предоставлены 92% СВД, но только 81% СНСД. Семь стран (17%) сообщили о том, что данные полиции по убийствам приводятся без использования стандартного

Рис. 4. Смертность в результате межличностного насилия в Европейском регионе в 2012 г. по механизму причинения



* Категория «иное» включает удар тупым предметом, удушение, ожоги, иные умышленные травмы и случаи, когда механизм неизвестен.

Рис. 5. Тренды стандартизированных показателей смертности в результате убийства в Европейском регионе, ЕС и СНГ



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (15).

определения (Международная классификация преступлений для статистических целей⁵ Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности) для классификации убийств, а две страны не используют стандартного определения при регистрации актов гражданского состояния (кодификация внешней причины травм в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10)).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

Несмертельное насилие является серьезным вызовом для систем здравоохранения

Предоставляемая системами здравоохранения всеобъемлющая информация способствует мониторингу деятельности по пресечению насилия.

Насильственные смерти – лишь часть общей картины. Данные по несмертельному насилию доступны далеко не всегда. Предполагается, что на каждого погибшего в Европе приходится 43 госпитализированных и 262 обратившихся за неотложной медицинской помощью в результате насилия (16)⁶. Сказанное дает основания полагать, что на 34 469 смертей в 2012 г. пришлось примерно 1,5 млн. госпитализаций и 90 млн. обращений за неотложной медицинской помощью, что является

⁵ Умышленное убийство определяется как противоправное причинение смерти другому человеку.

⁶ Показатели обращения за неотложной медицинской помощью рассчитаны на основе информации, отражающей ситуацию в 12 странах Европы, и полученной из ряда больниц в девяти из стран.

серьезным вызовом для систем здравоохранения и служб экстренного реагирования.

Исследования отражают ключевую информацию по бремени и рискам, необходимую для планирования и мониторинга

Многие акты насилия не попадают в поле зрения полиции, агентств по защите, социальных служб или органов здравоохранения. Эти организации обычно предоставляют информацию об использовании услуг, но истинный масштаб межличностного насилия можно понять лишь благодаря общенациональным исследованиям, позволяющим получить информацию о типе насилия, степени, тяжести, поле, факторах риска, социально-экономическом положении и последствиях (17).

Комбинированный анализ исследований, посвященных вопросам жестокого обращения с детьми в Европе, показывает, что 13,4% девочек и 5,7% мальчиков подвергались сексуальному насилию, 22,9% детей подвергались физическому насилию и 29,1% – эмоциональному насилию. Если учесть численность детского населения в возрасте до 18 лет в Европе, можно предположить, что почти 18 млн. человек подвергались сексуальному насилию, более 43 млн. детей подвергались физическому насилию, и более 55 млн. детей подвергались эмоциональному насилию (7). Это существенно превосходит ежегодную утрату 900 детских жизней в результате убийства и показывает важность исследований для оценки масштабов проблемы.



В странах было проведено лишь несколько исследований, посвященных насилию в молодежной среде, но те исследования, что были проведены, позволяют предположить, что 10–15% юношей и 3–5% девушек подвергались нападению с применением насилия. Международный отчет «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) содержит информацию об издевательствах, драках и ношении оружия (5,18). Комбинированный анализ насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия в отношении женщин позволяет предполагать, что распространенность насилия со стороны интимного партнера (физического или сексуального) в течение жизни составляет 25,4% в СНСД и порядка 23% в СВД (19); применительно к сексуальному насилию со стороны не-партнера эти показатели предположительно составляют 5,2% и 12,6%, соответственно.

Оценки жестокого обращения с пожилыми людьми позволяют утверждать, что распространенность физического насилия по отношению к пожилым людям в прошлом году составила 2,7%; 0,7% составила распространенность сексуального насилия, 19,4% - эмоционального насилия и 3,8% - финансового насилия (6).

ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ: ПРАВОВЫЕ НОРМЫ, УСЛУГИ, ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Планы действий не всегда опираются на статистические данные

Разработка плана действий – это ключевой шаг на пути к эффективному и скоординированному предупреждению насилия.

Комплексные планы, охватывающие все типы межличностного насилия (имеющиеся в 46% стран), менее распространены, чем планы, учитывающие отдельные виды насилия. Во многих странах имеются планы действий по предупреждению жестокого обращения с детьми (78%), насилия со стороны интимного партнера (78%), насилия в молодежной среде (63%) и сексуального насилия (63%) (Рис. 6), но мероприятия по предупреждению насилия практически во всех странах распределены между множеством ведомств, при отсутствии ведущей организации, назначенной в целях отчетности и мониторинга.

Для разработки реалистичных планов действий, определения четких по срокам количественных целевых показателей и мониторинга осуществления таких планов необходимы достоверные эпидемиологические данные. Планы действий имеются в наличии гораздо чаще, чем общенациональные исследования.

Семьдесят восемь процентов стран разработали планы действий по предупреждению жестокого обращения с детьми, но лишь

60% располагают данными исследований. Соответствующие цифры применительно к жестокому обращению с пожилыми людьми составляют 39% и 32%, соответственно (Рис. 6).

Семьдесят восемь процентов стран (20 СВД и 12 СНСД) располагают системой для регулярного обмена информацией между ведомствами, секторами и действующими лицами, вовлеченными в работу по предупреждению насилия. Такой обмен является одним из ключевых компонентов скоординированного многосекторального реагирования на насилие (2,5).

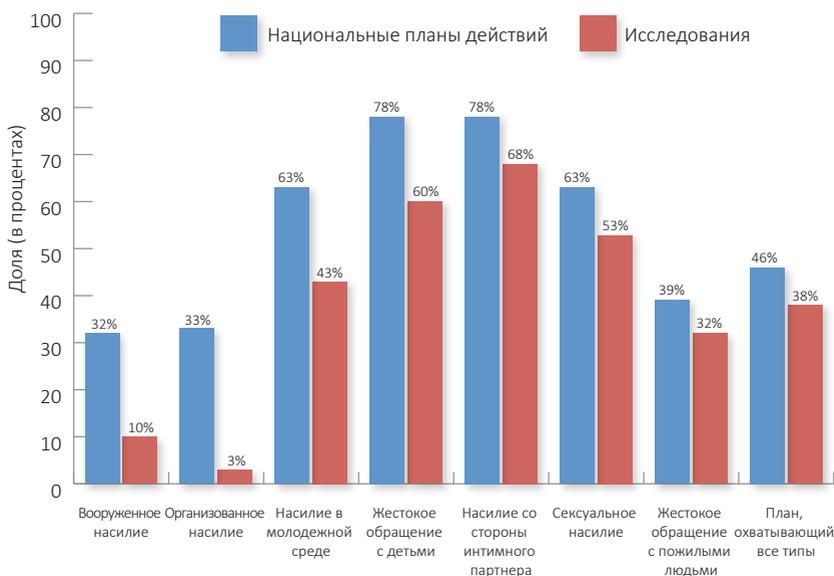
Страны инвестируют в профилактику, но не на уровне, соответствующем масштабам и остроте проблемы

Существует масса возможностей предупредить насилие. Используя систематический анализ фактических данных (2,5–7,20) 18 профилактических программ с фактически подтвержденной эффективностью были отобраны для того, чтобы охватить различные типы межличностного насилия.

Многие страны сообщают об инвестировании в такие профилактические мероприятия, а не в реагирование в ответ на уже совершившееся насилие и его последствия. В целом, страны реализуют в среднем 41% широкомасштабных вмешательств⁷ (медианное значение 33%). Налицо

⁷ Широкомасштабное осуществление определяется как охватывающее, по крайней мере, 30% населения; термин «ограниченное» применяется, если речь идет о менее чем 30% (см. Таблицу 1).

Рис. 6. Доля стран, располагающих данными общенациональными исследованиями и Национальными планами действий, в разбивке по типу насилия



значительный потенциал для совершенствования. В Регионе наблюдается большое разнообразие программ предупреждения межличностного насилия (Рис. 7).

В рамках подхода, учитывающего все этапы жизни, заметно большее внимание уделяется предупреждению насилия среди детей и молодежи. Программы посещения семей и формирования родительских навыков нацелены на создание безопасной, стабильной, наполненной заботой среды с помощью обучения родителей навыкам общения с детьми, и эти программы доказали свою экономическую эффективность в плане сокращения случаев жестокого обращения с детьми. Школьные программы учат детей распознавать

сексуальное насилие (7). Примерно половина стран реализует широкомасштабные программы посещения семей (51%) и позитивного родительства (46%), но меньшее число стран (29%) реализует программы, направленные на предупреждение сексуального насилия в отношении детей.

Многие эффективные программы предупреждения насилия среди молодежи включают работу совместно с образовательным сектором, направленную на обеспечение дошкольного развития, создание безопасной школьной среды, обучение жизненным и социальным навыкам, а также внешкольные программы (5). Более половины стран реализуют инициативы по

Рис. 7. Доля стран, осуществляющих программы предупреждения насилия широкомасштабно, в разбивке по типу программ



предупреждению издевательств, внешкольные программы и программы дошкольного развития в широкомасштабной форме.

Большая часть вмешательств, направленных на предупреждение насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия, не нашла широкого осуществления. Многие страны предпринимают действия, направленные на изменение социальных и культурных норм, приводящих к насилию со стороны интимного партнера и сексуальному насилию, но гораздо меньше делается в отношении профилактических программ, подразумевающих работу в школах и колледжах.

Поддержка лиц, ухаживающих за пожилыми людьми, с целью предупреждения жестокого обращения с пожилыми людьми осуществляется в половине стран, но стратегии попечительства и повышения осведомленности специалистов используются гораздо менее широко.

Многие страны осуществляют вмешательства в ограниченном объеме, а не широкомасштабно. Широкомасштабное осуществление более распространено в странах ЕС, а не СНГ, но во многих странах имеются возможности для расширения масштабов уже осуществляемых в ограниченном объеме вмешательств (Таблица 1).



Фото: Fotolia



Меры социальной и образовательной политики, направленные на смягчение некоторых из основных факторов риска насилия, должны осуществляться более широко

Многие из ключевых детерминант насилия, такие как занятость, образование, благосостояние и жилищные условия, находятся в ведении иных секторов, нежели здравоохранение.

Были проанализированы политические меры, которые могут быть предприняты в ряде из названных областей с тем, чтобы уменьшить неравенства. Двадцать девять стран (71%) (15 СВД и 14 СНСД) располагают национальными стратегиями, стимулирующими молодых людей из групп высокого риска насилия к получению среднего образования, но только девять стран (22%) (две СВД и семь СНСД) имеют национальные стратегии в области жилищной политики в городах, нацеленные на предупреждение насилия. Большинство стран располагают законодательством, обязывающим работодателей оплачивать матери и/или отцу отпуск по уходу за новорожденным или приемным ребенком: такие стратегии могли бы способствовать ответственному выполнению родительских обязанностей во всех социальных слоях населения при условии повсеместного применения и неукоснительного соблюдения.

Таблица 1. Доля стран, реализующих различные типы программ, в разбивке по типу программы и широте охвата населения, в СНГ, ЕС и Европейском регионе

Профилактические программы	СНГ		ЕС		Европейский регион	
	Широкомасштабно (%)	Ограниченно (%)	Широкомасштабно (%)	Ограниченно (%)	Широкомасштабно (%)	Ограниченно (%)
Жестокое обращение с детьми						
Посещение семей	40	40	67	24	51	34
Формирование родительских навыков	30	30	62	38	46	41
Предупреждение сексуального насилия в отношении детей	20	50	33	67	29	59
Насилие в молодежной среде						
Программы дошкольного развития	60	20	52	33	54	29
Программы формирования жизненных навыков/социального развития	50	50	29	19	63	32
Наставничество	20	60	38	48	27	54
Внешкольные программы	60	20	76	14	59	22
Предупреждение издевательств	30	20	67	33	59	29
Насилие со стороны интимного партнера						
Насилие во время свиданий	20	20	38	38	27	39
Микрофинансирование и развитие гендерного равенства	20	30	10	33	12	34
Социальные и культурные нормы	30	60	48	48	46	49
Сексуальное насилие						
Профилактические программы для школ и колледжей	20	30	52	38	37	39
Улучшение материальной среды	30	60	33	33	29	41
Социальные и культурные нормы	30	50	52	38	41	49
Жестокое обращение с пожилыми людьми						
Программы повышения осведомленности специалистов	30	40	48	24	37	34
Общественно-информационные кампании	30	40	29	48	27	49
Программы поддержки лиц, ухаживающих за пожилыми людьми	40	10	57	33	51	29
Стратегии и процедуры поления по месту жительства	30	30	38	38	39	37

Создающее риск употребление алкоголя продолжает оставаться высоким

Злоупотребление алкоголем – это значимый фактор риска применительно ко всем формам насилия. Чрезмерное употребление алкоголя оказывает непосредственное влияние на физические и умственные способности, что в свою очередь влияет на уровень самоконтроля и существенно увеличивает вероятность стать жертвой или инициатором насилия (2). Меры фискального и правового характера, такие как налогообложение алкогольной продукции и введение возрастных ограничений, успешно применяются в целях снижения вредного воздействия алкоголя (21).

Потребление алкоголя в Европейском регионе, где две трети взрослого населения регулярно употребляют алкоголь, является самым высоким в мире. Соответственно, более чем 65% среди государств-членов характеризуются наличием среднерисковых и высокорисковых моделей потребления алкоголя (21), а модели потребления в некоторых из стран являются самыми высокорисковыми в мире. В этих странах необходимо многое сделать для того, чтобы обуздать высокорисковые модели потребления и злоупотребления алкоголем⁸

Почти все государства-члены сообщают о введении налогов на

⁸ Модели потребления алкоголя классифицируются в соответствии с распределением потребления на шкале от 1 (наименее рискованные модели потребления алкоголя) до 5 (наиболее высокорисковые). Согласно этой шкале, средний риск соответствует значению 3.

крепкие алкогольные напитки и пиво, но в девяти странах (21%) отсутствуют акцизы на вино. Во всех странах введены возрастные ограничения на продажу алкогольной продукции на вынос и для распития на месте, и наиболее распространенным является достижение 18-летнего возраста (30 стран (75%)), а в девяти странах такой возраст ограничен 16 годами (22%) и в одной – 17 годами.

Почти все страны регулируют доступ к огнестрельному оружию

Предложение, доступность и использование огнестрельного оружия прямо связаны с эпизодами насилия и их последствиями (2).

Все страны, участвовавшие в обследовании, располагают законами, которые регулируют доступ к огнестрельному оружию для гражданских лиц, контролируют приобретение с проведением соответствующих проверок, а также ограничивают доступность нарезного оружия и ношение огнестрельного оружия в общественных местах. За небольшим исключением, государства-члены также ограничивают доступ к автоматическому и легкому огнестрельному оружию. Характер, пределы и надзор за соблюдением таких ограничений существенно варьируются в странах Региона.

Законы в отношении насилия введены в действие весьма широко, но уровень правоприменения недостаточен

Наличие и соблюдение всеобъемлющих законов –



Фото: Fotolia

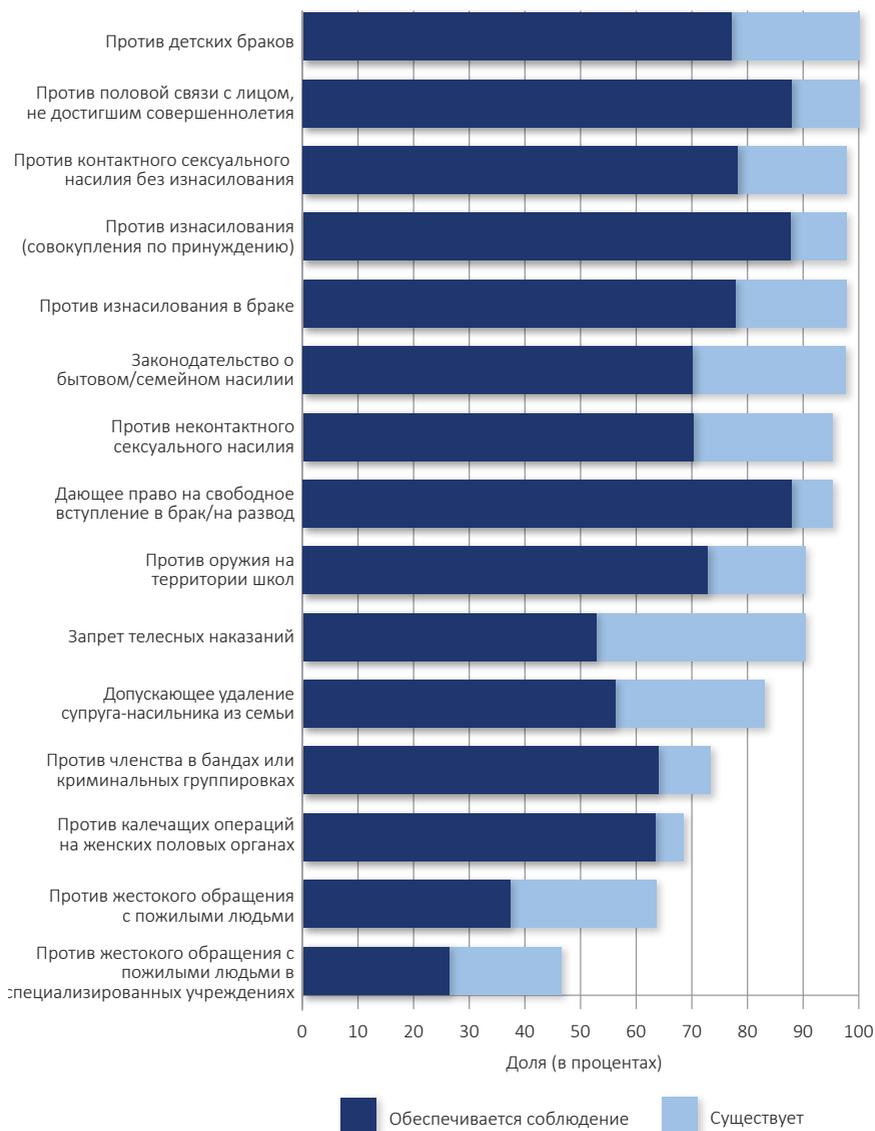
необходимое условие защиты детей и взрослых от насилия.

Большинство законов, направленных на предупреждение конкретных видов насилия, имеются, как минимум, в 90% стран. Практически все страны располагают законами, защищающими граждан от жестокого обращения с детьми, а также от насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия, но лишь немногие из стран сообщают о наличии законов, направленных на предупреждение жестокого обращения с пожилыми людьми в семьях или специализированных учреждениях (Рис. 8).

Группы национальных экспертов оценили уровень правоприменения

в отношении всех законов в своих странах. В целом по Региону, средняя доля стран, которые располагают каждым из законов, составила 86%, но средняя доля стран, в которых обеспечивается неукоснительное соблюдение этих законов, составила 77%. Дети менее всего защищены с помощью правоприменения от телесных наказаний (разница в 38%). Надзор за соблюдением законов в отношении жестокого обращения с пожилыми людьми также следует признать недостаточным. Наименьший разрыв (в 5%) наблюдается между наличием и обеспечением соблюдения законов, касающихся калечащих операций на женских половых органах.

Рис. 8. Доля стран, располагающих законами о предупреждении насилия, с учетом степени их неукоснительного соблюдения

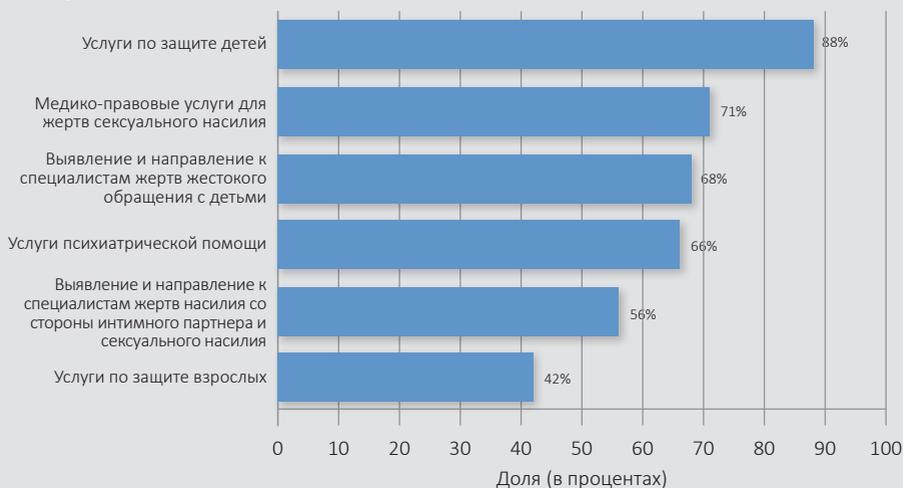


Доступность услуг по выявлению, направлению к специалистам, защите и поддержке жертв насилия существенно варьируется

Обеспечение качественных услуг по защите, медицинской помощи и поддержке жертв позволяет не допустить дальнейшего насилия и облегчить психологическую и физическую травму, способствуя исцелению жертв и их полной общественной реинтеграции (7).

Услуги по защите детей – это наиболее распространенная форма услуг в Регионе (88%), а услуги по защите взрослого населения оказываются лишь в 40% стран. Услуги по направлению к специалистам и поддержке жертв насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия доступны в 56% стран, услуги психиатрической помощи - в 66% стран, и медико-правовые услуги для жертв сексуального насилия - в 71% стран (Рис. 9).

Рис. 9. Доля стран, в которых широко доступны услуги по выявлению, направлению к специалистам и поддержке, в разбивке по типу услуг, широкомасштабно



ЧАСТЬ 3. ДАЛЬНЕЙШАЯ РАБОТА

ВЫВОДЫ И ДЕЙСТВИЯ

Этот бюллетень показывает, что межличностное насилие продолжает оставаться важной проблемой общественного здравоохранения в Европейском регионе. Почти 35 000 человек ежегодно становятся жертвами убийств, десятки миллионов человек оказываются жертвами неслетельного насилия, и значительные неравенства по-прежнему налицо.

Успешно измерены базовые показатели, создающие основу для профилактических действий и будущего мониторинга. Хотя некоторые из стран добились значительного прогресса, другим необходимо ускорить ход преобразований на пути предупреждения насилия и смягчения его тяжелых и далеко идущих последствий. Для того, чтобы активизировать реагирование в Европе, предлагается осуществить следующие действия.

- 1. Странам следует усовершенствовать сбор данных для того, чтобы показывать и отслеживать масштаб проблемы.**
В Регионе доступны достоверные данные полиции и записи актов гражданского состояния, но их качество необходимо повышать. Данные по смертности должны быть дополнены информацией по неслетельному насилию, собранной с помощью учреждений здравоохранения и иных ведомств, а также в ходе регулярных

обследований населения. Многим странам еще предстоит предпринять обследования населения, которые лягут в основу планирования и оценки. Обследования в отношении жестокого обращения с детьми были предприняты только в 60% стран, а в отношении жестокого обращения с пожилыми людьми только в 32% стран. Данные таких обследований являются необходимым информационным источником планирования.

- 2. Странам необходимо разработать всеобъемлющие планы действий по предупреждению насилия.**

Еще очень многим странам предстоит разработать национальные планы действий многосекторального характера с определением ведущей организации в целях отчетности и мониторинга. Отправной точкой может стать пересмотр существующих планов и стратегий с целью убедиться, что они охватывают все типы насилия. Планы должны основываться на фактических данных и учитывать количественные целевые показатели с оговоренными сроками реализации и отчетности.

- 3. Странам следует интегрировать предупреждение насилия в решение иных проблем общественного здравоохранения.**

Существует возможность использовать эффект синергии с другими областями здравоохранения и интегрировать предупреждение насилия в программы охраны здоровья детей, посещения семей, акушерские программы и услуги психиатрической помощи. Насилие является нежелательным результатом злоупотребления алкоголем, и необходимо усилить синергию с программами, направленными на борьбу с чрезмерным употреблением алкоголя.

4. Странам следует осуществлять научно-обоснованные программы.

Планы действий должны содержать 8 решений по предупреждению насилия, отобранных учеными. Большинство из них повышают сопротивляемость людей и являются экономически эффективными, но при совокупной оценке в рамках всего Региона выявляется, что широкомасштабно страны в среднем используют лишь шесть. Из этого следует, что многим правительствам необходимо усилить работу по предупреждению насилия. Во многих странах существует возможность нарастить масштабы и добиться более широкого охвата такими программами.

5. Странам следует повышать качество услуг, оказываемых жертвам насилия.

Необходимо повысить число и качество услуг по выявлению и поддержке жертв насилия.

Службы защиты детей и взрослых во многих странах нуждаются в наращивании потенциала по выявлению, оказанию медицинской помощи, поддержке и реабилитации жертв насилия.

6. Странам следует совершенствовать правоприменение и повышать качество существующих законов.

Законы, призванные защитить от различных типов насилия, вводятся в действие достаточно широко, но правоприменение требует совершенствования. Например, в 90% стран введен запрет на применение к детям телесных наказаний, но лишь в половине стран обеспечивается эффективный надзор за соблюдением этого запрета. Необходимо также улучшить ситуацию в области предупреждения жестокого обращения с пожилыми людьми, особенно с учетом изменяющегося демографического профиля Европы и старения ее населения. Кампании социального маркетинга повышают общественное понимание и поддержку таких законов.

7. Странам следует повышать потенциал систем здравоохранения по предупреждению насилия.

Разработка национальных планов, расширение эпиднадзора и спектра программ требуют усиления систем здравоохранения, а работников здравоохранения необходимо всячески поддерживать.

8. Странам следует сосредоточить внимание на достижении равенства и учета всех этапов жизни.

Предупреждение насилия в Регионе требует совместной работы множества секторов в целях осуществления научно-обоснованных решений, направленных на достижение равенства и реализации подхода, учитывающего все этапы жизни. Поскольку насилие, пережитое

в раннем возрасте, влияет на психическое и физическое здоровье и уровень социализации на протяжении всей последующей жизни, приоритетом следует считать инвестирование в предупреждение насилия по отношению к детям. Эти принципы закреплены в политике Здоровье-2020 (13) и дают странам возможности для приоритизации предупреждения насилия.



ЛИТЕРАТУРА

1. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, R Lozano. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2002 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/4/5777702252_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 9 января 2015 г.).
3. Резолюция WHA56.24 Всемирной ассамблеи здравоохранения по выполнению рекомендаций, содержащихся в Докладе о насилии и здоровье в мире. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 (http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ra56r24.pdf?ua=1, по состоянию на 9 января 2015 г.).
4. Sethi D, Mitis F, Racioppi F. Предупреждение травматизма в Европе. От международного сотрудничества к реализации на местах. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/114159/E93567r.pdf?ua=1, по состоянию на 9 января 2015 г.).
5. Sethi D, Hughes K, Bellis M, Mitis F, Racioppi F. European report on preventing violence and knife crime among young people. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf, accessed 12 November 2014).
6. Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Iborra Marmolejo I et al., editors. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf, accessed 12 November 2014).
7. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G, editors. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf, accessed 12 November 2014).
8. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/257606/Suicide-report-a-global-imperative-Rus.pdf?ua=1&ua=1, по состоянию на 9 января 2015 г.).

9. World Health Assembly resolution WHA49.25 on prevention of violence: a public health priority. Geneva: World Health Organization; 1996 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf, accessed 12 November 2014).
10. Резолюция EUR/RC55/R9 Европейского регионального комитета ВОЗ по предупреждению травматизма в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/88106/RC55_rres09.pdf?ua=1, по состоянию на 9 января 2015 г.).
11. World Health Assembly resolution WHA67.22. Addressing the global challenge of violence, in particular against women and girls, and against children. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_22-en.pdf, accessed 12 November 2014).
12. Резолюция EUR/RC64/R6 Европейского регионального комитета ВОЗ. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков на 2015–2020 гг. и Европейский план действий по предупреждению жестокого обращения с детьми на 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/259234/RC64_R06_Rus_ChildAdolStrategy_140731.pdf?ua=1, по состоянию на 9 января 2015 г.).
13. Здоровье-2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (EUR/RC62/9; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf, по состоянию на 9 января 2015 г.).
14. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/, accessed 12 November 2014)/
15. Показатели смертности в разбивке по 67 причинам смерти, возрасту и полу (HFA-MDB) [онлайн-база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/mortality-indicator-database-mortality-indicators-by-67-causes-of-death,-age-and-sex-hfa-mdb>, по состоянию на 9 января 2015 г.).

16. Injuries in the European Union. Summary of injury statistics for the years 2008–2010. Amsterdam: Eurosafe; 2013 (Issue 4; http://ec.europa.eu/health/data_collection/docs/idb_report_2013_en.pdf, accessed 12 November 2014).
17. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Jones L, Baban A, Kachaeva M et al. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bull World Health Organ*. 2014; 92(9):641–55.
18. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O et al., editors. *Здоровье молодых людей и окружающая их среда. Исследование “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья” (HBSC): результаты международного обследования 2001/2002 гг.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/110232/e82923R.pdf?ua=1, по состоянию на 9 января 2015 г.).
19. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf, accessed 12 November 2014)
20. WHO, Liverpool John Moores University. Violence prevention: the evidence. Series of briefings on violence prevention. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77936/1/9789241500845_eng.pdf?ua=1, accessed 12 November 2014).
21. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя. Отчет о прогрессе 2014 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/253912/64wd19_Rus_ProgressReportsNo-Parma_140422.pdf?ua=1)

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное 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 в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную 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

Европейские факты и Доклад о положении дел в мире в сфере профилактики насилия за 2014 г.



Оригинал: английский

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int