

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.

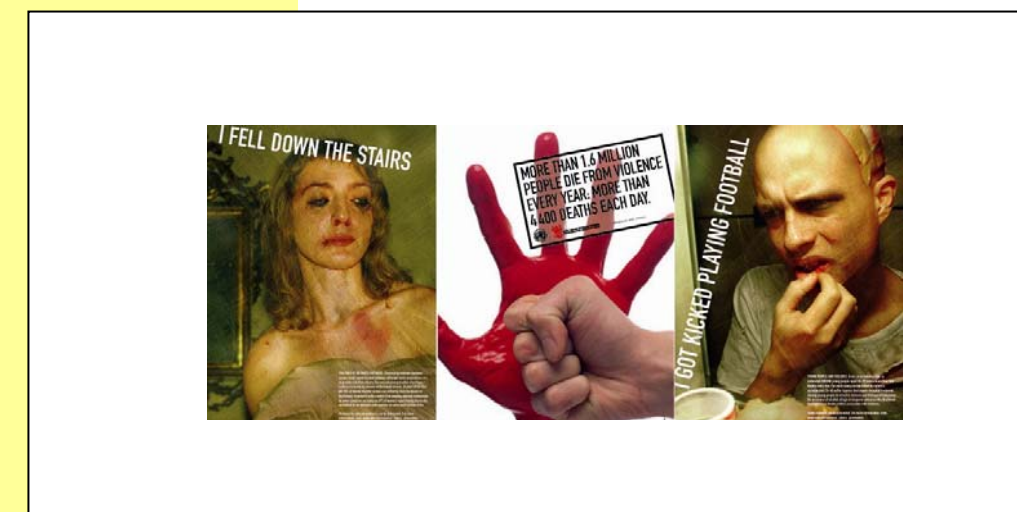
Государства-члены

- 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

**Оригинал:
английский**

**Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро**

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17. Факс: +45 39 17 18 18. Эл. почта: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int



Разорвать замкнутый круг:
рассмотрение проблем
межличностного насилия
в Российской Федерации
с точки зрения
общественного здоровья

**Программный
документ**



GLOBAL CAMPAIGN FOR VIOLENCE PREVENTION
CAMPAGNE MONDIALE POUR LA PREVENTION DE LA VIOLENCE
VIOLENCE PREVENTION ALLIANCE / ALLIANCE POUR LA PREVENTION DE LA VIOLENCE

gtz



ЕВРОПА

Разорвать замкнутый круг:
рассмотрение проблем
межличностного насилия в
Российской Федерации
с точки зрения общественного
здоровья

Программный документ

**Программа по профилактике насилия
и травматизма
Европейское региональное бюро ВОЗ**



GLOBAL CAMPAIGN FOR VIOLENCE PREVENTION
CAMPAGNE MONDIALE POUR LA PREVENTION DE LA VIOLENCE
VIOLENCE PREVENTION ALLIANCE / ALLIANCE POUR LA PREVENTION DE LA VIOLENCE



gtz

КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ

Межличностное насилие является одной из серьезных проблем общественного здравоохранения в Российской Федерации. В начале 1990-х произошел резкий скачок в уровнях насильственной смертности. К 2002 г. насилие занимало шестое место среди ведущих причин смерти в Российской Федерации, и на его счету было примерно 1,5 миллиона лет жизни с поправкой на инвалидность. Показатель насильственной смертности был в три раза выше, чем в среднем для всех стран мира. Такая ситуация ложится тяжким бременем не только на систему здравоохранения, но и препятствует дальнейшему социальному и экономическому развитию страны. В настоящем документе представлены масштабы и последствия насилия в Российской Федерации, включая насилие в молодежной среде, насилие со стороны интимного партнера, сексуальное насилие, плохое обращение с детьми и жестокость по отношению к престарелым. Авторы в своем докладе представляют факторы риска, относящиеся как к лицам, совершившим различные акты насилия, так и к их жертвам. Среди факторов риска рассматривается важная роль алкоголя в совершении убийств и нападений, а также обсуждаются профилактические меры, потенциально приводящие к снижению уровней насилия. Настоящая публикация предлагает подход общественного здравоохранения к решению проблемы насилия, и в ней кратко представлены основные инструменты, которые помогут различным структурам и организациям в Российской Федерации реализовать меры по профилактике насилия.

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

© Всемирная организация здравоохранения – 2006 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить на любой другой язык при условии, что при этом будет сделана ссылка на исходный документ (не разрешается лишь продажа документа либо иное его использование в коммерческих целях). Что касается использования эмблемы ВОЗ, то разрешение на это должно быть получено от Европейского регионального бюро ВОЗ. Любой перевод должен включать следующие слова: Переводчик настоящего документа несет ответственность за точность перевода. Региональное бюро будет признательно, если ему будут представлены три экземпляра любого перевода данного документа. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные авторами в данном документе, несут сами авторы.

Настоящий документ разработан:

Программой по профилактике насилия и травматизма,
Европейский Центр ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья,
г. Рим
Европейское региональное бюро ВОЗ
Via Francesco Crispi, 10
I-00187 Rome
Italy
Тел.: +39 06 487751
Факс: +39 06 4877599
E-mail: violenceinjury@ecr.euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int/violenceinjury

Ответственный: Д-р Inge Baumgarten, Технический специалист по
вопросам профилактики насилия

При сотрудничестве со стороны:

Марк А. Беллис (Mark A. Bellis),
Сара Хьюс (Sara Hughes),
Карэн Хьюс (Karen Hughes)

**Настоящий документ подготовлен при поддержке Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ), г. Гамбург, Сотрудничающего Центра ВОЗ
по развитию систем охраны здоровья**

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Введение.....	1
Масштабы проблемы.....	1
Насилие в молодежной среде.....	2
Насилие со стороны интимного партнера: насилие, совершенное в рамках интимных отношений.....	3
Сексуальное насилие: преступное посягательство с намерением изнасилования, сексуальные домогательства и склонение к сожительству.....	3
Жестокое обращение с детьми: насилие или отсутствие заботы со стороны родителей и законных представителей.....	4
Жестокое обращение с престарелыми людьми: насилие или отсутствие заботы со стороны членов семьи или законных представителей.....	5
Факторы риска.....	6
Последствия межличностного насилия.....	8
Предупреждение насилия.....	9
Подход общественного здравоохранения к предупреждению насилия.....	11
ВОЗ и предупреждение насилия.....	13
Библиография.....	13

Введение

Несмотря на то, что в большинстве случаев насилие можно предотвратить (1), межличностное насилие в Российской Федерации (Рамка 1) остается одной из значимых проблем с точки зрения общественного здоровья. Уровни насильственной смертности резко возросли в начале 1990-х годов (2, 3) и на сегодняшний день остаются одними из самых высоких в мире (4). А это ложится тяжким бременем на систему здравоохранения и препятствует социальному и экономическому развитию страны. Насилие играет немаловажную роль в снижении ожидаемой продолжительности жизни и сокращении численности населения (5, 6). Так в 2003 году ожидаемая продолжительность жизни в России составила 64,9 лет, что является самым низким показателем среди всех стран Европейского Региона, а население сократилось почти на 5 миллионов с 1990 г. (до 143,4 миллионов в 2003 г.), и ожидается, что к 2015 году численность населения страны уменьшится еще на 9 миллионов человек (7). Важную роль в росте уровней насилия сыграли экономические и социальные потрясения, через которые проходила Российская Федерация с момента распада Советского Союза. Однако в то время, как в ряде областей в настоящее время экономическая ситуация улучшается, уровни насилия и других проблем, связанных со здоровьем, не проявляют тенденции к снижению. В настоящем документе представлены масштабы, последствия и факторы риска межличностного насилия в Российской Федерации, обсуждаются профилактические меры, и подчеркивается необходимость использовать подходы общественного здравоохранения, направленные на профилактику насилия.

Рамка 1. Межличностное насилие

Акты межличностного насилия совершаются отдельными лицами или небольшими группами лиц, и это понятие включает в себя физическое нападение и насильственные действия сексуального характера, нанесение эмоционального и психического вреда, а также оставление без внимания и заботы. Межличностное насилие можно разделить на такие категории, как насилие в молодежной среде, насилие по отношению к интимному партнеру, сексуальное насилие, жестокое обращение с детьми и престарелыми (1).

Масштабы проблемы

С конца 1980-х годов в Российской Федерации резко возросли уровни насилия (Рамка 2). В 2002 г. насилие занимало четвертое место среди ведущих причин потери лет жизни с поправкой на инвалидность (DALYs) в России и являлось шестой ведущей причиной смертности (7). Вследствие межличностного насилия было потеряно почти 1,5 миллиона лет жизни с поправкой на инвалидность (DALYs) (4), и как минимум 45 000 людей погибли в результате насильственных действий и убийств. Уровень насильственной смертности, составлявший 29,7 на 100 000 населения (50,1 среди мужчин и 13,2 - среди женщин) (2), более чем в три раза превысил средний мировой показатель и стал самым высоким в Европейском регионе (1,2).

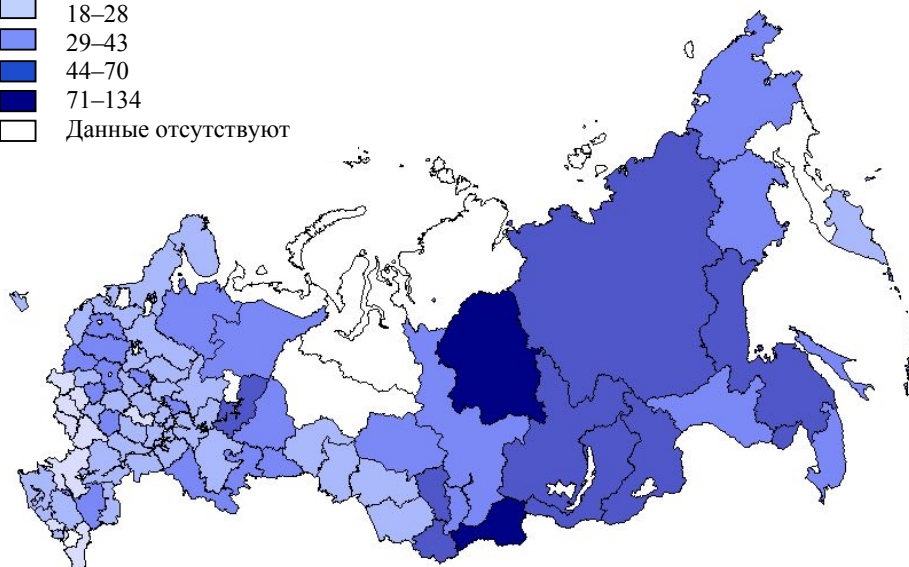
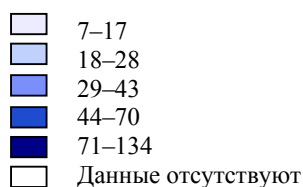
Рамка 2. Динамика убийств в Российской Федерации

За период с 1988 по 1994 гг. уровень убийств в Российской Федерации вырос на 350% (8). Несмотря на некоторое его снижение в дальнейшем (до 1998 г.), в последующие годы (до 2001 г.) произошел резкий подъем этого показателя, после чего ситуация относительно стабилизировалась. Изменилась и сама природа убийств. Убийцами все чаще становятся лица, не имеющие богатого криминального опыта; и возросла доля убийств с отягчающими обстоятельствами (совершенных группой лиц, в рамках вооруженного ограбления или для сокрытия другого преступного деяния) (9).

Уровни убийств значительно различаются в зависимости от региона Российской Федерации – в восточной части страны они обычно выше (Рис. 1). В 2000 г. самый высокий показатель (134,4 на 100 000 населения в Республике Тыва) более чем в 20 раз превышал самый низкий уровень (6,5/100 000 в Республика Кабардино-Балкария) (8). Анализ учетной документации органов МВД Удмуртской Республики (за 1989-1991 гг.) показал, что две трети убийств совершались знакомыми с жертвами лицами и наиболее часто являлись следствием жарких споров; в одном из каждых пяти случаев убийства женщин убийцами являлись интимные партнеры (8).

Рис. 1. Стандартизованные по возрасту уровни смертности в результате убийств на 100 000 населения в регионах РФ, 2000 г. (8)

Уровень убийств на 100 000 населения



Насильственные действия со смертельным исходом составляют лишь малую долю всех актов насилия. Так, международные данные свидетельствуют о том, что на каждого убитого молодого возраста приходится 20-40 жертв насилия, не приводящего к фатальным последствиям, которым требуется стационарное лечение (1). К этому следует добавить существенно большее число жертв, не обращающихся за медицинской помощью или не нуждающихся в ней. В последующих разделах настоящего документа представлены статистические данные и результаты исследований, свидетельствующие о распространенности различных форм насилия в Российской Федерации.

Насилие в молодежной среде

- Данные за 1999 г. показывают, что на долю лиц в возрасте 18-29 лет приходится 38% всех убийств, 36% случаев нанесения тяжких телесных повреждений и 64% нападений с применением силы (10).

- В период с 1996 по 2002 гг. возросло количество судебных обвинений, вынесенных молодым лицам в возрасте 14-29 лет: в совершении убийства – с 8500 до 12 300, в причинении тяжких телесных повреждений – с 14 200 до 22 100 (10).
- В период с 1991 по 1999 гг. возрос показатель задержаний среди лиц в возрасте 14-17 лет: за совершение нападений с тяжелыми последствиями – с 13,0 до 17,8 на 100 000 населения; за вооруженные ограбления – с 27,4 до 51,9 на 100 000 населения (11).
- Опрос учащихся г. Архангельска в возрасте 14-17 лет показал, что за последний год 26% из них стали жертвами насильственных действий, не приведших к серьезным последствиям (напр., драки, ограбления, угрозы причинения серьезного физического вреда), а 3% - жертвами насилия с тяжелыми последствиями (нападение с применением ножа, тяжелое ранение, ранение в результате применения огнестрельного оружия) (12).
- Одной из проблем в Российской Федерации являются насильственные действия со стороны националистических или фашистских группировок (членами которых обычно являются молодые белые безработные мужчины), и подтверждением этому служат недавние сообщения о нападениях (включая убийства) на представителей этнических и национальных меньшинств, а также на иностранных граждан (13).

Насилие со стороны интимного партнера: насилие, совершенное в рамках интимных отношений

- По расчетным данным, от 12000 до 16000 женщин в России погибают ежегодно в результате убийств, совершенных их интимными партнерами (14–16).
- Опрос, проведенный в 2002 г. в семи регионах РФ (и 50 населенных пунктах) среди 2100 лиц, состоящих в браке, показал, что более половины жен сообщают о как минимум одном эпизоде физического насилия над ними со стороны их супругов. Тринадцать процентов подвергались побоям в период беременности, болезни, кормления грудью или находясь в затруднительном положении (17).
- Объектами насилия со стороны интимного партнера являются не только женщины; исследование, проведенное в девяти регионах, показало, что 23% мужчин, находившихся в близких отношениях, подвергались физическому насилию (побои, удары, тычки) (15).
- В 1997 г. более 3000 мужчин были убиты своими женами; в большинстве случаев женщина сама постоянно подвергалась насилию до совершения убийства (18).
- К помощи со стороны государственных органов прибегает только малая часть лиц, ставших жертвой насилия со стороны интимного партнера. В одном из исследований было установлено, что за медицинской помощью обращались 5% женщин, ставших жертвами насилия, а к правоохранительным органам – 19%; при этом половина женщин заявила о том, что помощь требовалась, но они не обращались за ней (17).

Сексуальное насилие: преступное посягательство с намерением изнасилования, сексуальные домогательства и склонение к сожительству

- В 2002 г. в Российской Федерации были зарегистрированы 5600 случаев изнасилования и 3200 случаев сексуального домогательства (10).
- В период с 1990 по 1996 гг. официальные показатели уровня изнасилований снизились с 10,1 до 1,3 случаев на 100 000 населения. Для сравнения, в этот же период в 34 государствах-членах Совета Европы средний уровень изнасилований

поднялся с 6,0 до 6,6 на 100 000 населения (19). Однако даже представители органов власти не считают, что официальная статистика по этому показателю отражает реальную обстановку (11,20). По расчетам, менее 10% случаев изнасилования попадают в поле зрения правоохранительных органов (21,22).

- Проведенный в Санкт-Петербурге опрос среди девушек 15-17 лет показал, что подвергалась изнасилованию одна девушка из десяти (23).
- При опросе девочек-подростков выяснилось, что первый сексуальный контакт у 25% из них был навязан силой или происходил против их желания (24).
- За последние годы увеличился поток российских женщин, вывозимых за границу для секс-работы (25); многие из жертв убеждены, что они едут за границу для получения оплачиваемой работы, но по приезду их заставляют заниматься секс-работой, часто путем применения к ним насилия (26). Российская Федерация также является конечным пунктом для торговли женщинами, ввезенными из других стран (напр., Кыргызстана) (1).

Жестокое обращение с детьми: насилие или отсутствие заботы со стороны родителей и законных представителей

- По официальным статистическим данным за 2002 г. 3300 детей и подростков умерли и 3900 получили тяжкие телесные повреждения в результате совершенных против них насильственных преступлений (10). Ежегодно около 2 миллионов детей младше 14 лет страдают от плохого и жестокого обращения со стороны родителей (10).
- Опрос детей в возрасте 11-16 лет, проведенный в Восточной Сибири, показал, что 29% этих детей подвергались наказаниям со стороны родителей, которые, по мнению исследователей, рассматриваются как насильственные, а 4% детей требовалась медицинская помощь из-за травм, нанесенных родителями (27).
- Официальные данные из уголовной статистики свидетельствуют о том, что число случаев невыполнения родительских обязанностей повысилось с 1313 в 1997 г. до 2751 в 2002 г. (10). Более того, число детей младше 18 лет, проживающих без родителей, увеличилось с 426 000 в 1992 г. до 639 000 в 2000 г., и более 90% из них являются социальными сиротами, т.е. у них есть родители, которые не могут или не хотят заботиться о них (10).
- Статистика преступлений показывает, что число случаев сексуального насилия в отношении детей сократилось в период с 1997 г. по 2002 г. (с 542 до 175 официально зарегистрированных случаев, соответственно). Однако это отражает снижение брачного возраста с 16 до 14 лет (что было законодательно закреплено в 1998 г.), что означает, что половая связь с 14-летними подростками больше не рассматривается как изнасилование несовершеннолетнего (10). Более того, по данным "горячей линии", работающей с детьми, подвергшимися насилию, только в 1% из всех случаев сексуального насилия в отношении детей подается заявление в правоохранительные органы (28).
- В последние годы возросли уровни детской проституции, торговли детьми и детской порнографии; по расчетам, до 20-30% всех беспризорных детей в Москве вовлечены в занятие проституцией или порнографией, и теперь Российская Федерация считается одним из самых крупных в мире поставщиков материалов с детской порнографии (29).
- Физическое насилие со стороны членов семьи является распространенной причиной ухода ребенка из дома. Опрос, проведенный среди беспризорных детей в Российской

Федерации, показал, что 63% опрошенных детей подвергались жестокому обращению в семье, а 2% детей ушли из дома вследствие сексуальных домогательств со стороны отца, отчима или мужчины-партнера матери (30).

Жестокое обращение с престарелыми людьми: насилие или отсутствие заботы со стороны членов семьи или законных представителей

- Практически пятая часть населения мира находится в возрасте 60 лет и старше (и большинство из пожилых – женщины), но имеется совсем мало информации о распространенности жестокого обращения с пожилыми людьми (10). При этом международные расчеты показывают, что средняя распространенность жестокого обращения с пожилыми людьми, проживающими вне интернатных учреждений, составляет 4-6%, а в интернатных учреждениях этот процент выше (1).
- Самые высокие показатели смертности от убийств в Российской Федерации приходится на возрастную группу 35-54 лет, и они остаются достаточно высокими даже среди лиц старше 65 лет (31). Эта картина серьезно отличается от ситуации во многих других странах, например, Англии и Уэльса (32) и Соединенных Штатов Америки (31), где показатели смертности от убийств достигают пиковых величин в более молодых возрастных группах и с возрастом снижаются.
- Несмотря на то, что самоубийства не считаются формой межличностного насилия, суициды в Российской Федерации часто связаны с отсутствием заботы и другими формами жестокого обращения. Наиболее высокие показатели самоубийств (мужчины и женщины) регистрируются среди людей в возрасте 80 лет и старше (33).

Несмотря на отсутствие полноценной информации, все шире признается наличие проблемы насилия в отделениях милиции, государственных детских домах и интернатах, в вооруженных силах, исправительных учреждениях, колониях для несовершеннолетних и психиатрических больницах во всех регионах Российской Федерации. Это явление вносит свою лепту в статистику по всем видам насилия в стране. Так, в последнем докладе правозащитной организации Human Rights Watch (34) представлены данные о жестоком обращении с новобранцами из-за дедовщины в армии (неформальной иерархии среди призванных на военную службу, положение в которой зависит от срока службы). Новобранцы часто подвергаются угрозам насилия за невыполнение приказов "дедов", серьезным избиениям и сексуальному насилию. Жестокое обращение с подозреваемыми в совершении уголовных преступлений также начинает признаваться в качестве одной из существенных проблем в правоохранительной и судебной системах Российской Федерации; нередки случаи, когда задержанные подвергаются физическому насилию для получения признаний (35). ВИЧ-инфекция связана не только с предубежденным отношением к ВИЧ-инфицированным, заразившимся в своих сообществах, но и с дискриминацией по отношению к тем, кто был инфицирован в лечебно-профилактических учреждениях, и неоказанием им необходимой помощи (36–38). Последние отчеты подчеркивают необходимость реализации действенных стратегий, чтобы адекватно решить такие вопросы институционального порядка и реформировать систему государственных учреждений (39). Нелегальное потребление наркотиков в Российской Федерации не только вносит свой вклад в рост показателя распространенности ВИЧ-инфекции (40) (и усиление связанной с этим дискриминации), но также может быть напрямую связано с насилием – воздействуя на поведение потребителей и приводя к уголовно наказуемой деятельности, связанной с поставками и продажей наркотиков.

Факторы риска

В рамках международных исследований были выявлены разнообразные факторы риска, приводящие к участию в совершении насильственных действий в разных формах. Чтобы понять разнообразие факторов риска и их взаимосвязей, используется экологическая модель (Рис. 2 (1)), в соответствии с которой рассматриваются факторы риска на уровне личности, взаимоотношений, общины и общества в целом. На основании этой модели в Таблице 1 отражены взаимосвязи между факторами риска в применении к различным видам насилия. Наличие факторов риска, выделенных жирным шрифтом, было подтверждено в рамках исследований в Российской Федерации; остальные факторы были выявлены и достаточно глубоко исследованы в других странах, но и они, скорее всего, имеют место быть в Российской Федерации.

Рис. 2. Экологическая модель интерпретации насилия



В ходе исследований природы убийств в Российской Федерации был выделен ряд факторов риска, относящихся к межличностному насилию в целом. Аналогично ситуации в других странах, жертвами и преступниками наиболее часто становятся мужчины. Но в отличие от других стран, где самые высокие показатели убийств регистрируются среди молодежи, в Российской Федерации пиковые показатели наблюдаются в возрастной группе 35-54 лет, а в группе младше 25 лет уровни убийств ниже (31). Воздействие факторов риска будет сильнее среди лиц, не состоящих в браке и с более низким образовательным уровнем (41). Повышению региональных показателей убийств способствуют такие факторы, как большая доля неполных семей, бедность и чрезмерное потребление алкоголя (Рамка 3) (42). В Российской Федерации социальный капитал является одним из защитных факторов для здоровья (43), и считается, что социальные перемены, происходившие в переходный период (сложная экономическая ситуация, повышение уровней безработицы, уменьшение социальной поддержки), серьезным образом повлияли на усугубление различных проблем, связанных со здоровьем населения, включая насилие (11, 44, 45). Однако следует отметить, что улучшение экономической ситуации в Российской Федерации после экономического кризиса в 1998 г. мало повлияло на какое-либо значимое снижение уровней насилия, и показатели смертности от убийств и самоубийств оставались высокими (2). Говоря, в частности, о насилии в отношении женщин, исследования (14, 46) показывают, что значимыми остаются такие факторы, как традиционные и нео-традиционные гендерные роли в Российской Федерации, а также убеждение, что насилие в семье является частным делом людей, находящимся в интимных отношениях.

Таблица 1. Факторы риска для различных видов межличностного насилия

		Виды насилия					
		Насилие в молодежной среде	Насилие в отношении интимного партнера	Жестокое обращение с детьми	Жестокое обращение с пожилыми	Сексуальное насилие	
Личностные факторы		<ul style="list-style-type: none"> • Мужчина • Осложнения при родах • Расстройства личности и поведения • Низкая успеваемость • Низкий социально-экономический статус • Жестокое обращение в детстве • Потребление психоактивных субстанций 	<ul style="list-style-type: none"> • Женский пол (Ж) • Мужской пол (П) • Молодой возраст • Низкий социально-экономический статус • Потребление алкоголя (П) • Расстройства личности (П) • Низкая успеваемость (П) • Отсутствие занятости (П) • Неквалифицированная работа (П) 	<ul style="list-style-type: none"> • Недоношенные младенцы, дети с инвалидностью, близнецы (Ж) • Отсутствие занятости (П) • Низкий образовательный уровень (П) • Низкие доходы (П) • Расстройства личности (П) • Стресс (П) • Социальная изоляция (П) • Потребление психоактивных субстанций (П) 	<ul style="list-style-type: none"> • Нарушение когнитивных или физических функций (Ж) • Финансовые затруднения (П) • Потребление алкоголя (П) • Стресс (П) 	<ul style="list-style-type: none"> • Молодые женщины (Ж) • Потребление алкоголя или наркотиков • Опыт сексуального нападения в прошлом (Ж) • Занятие коммерческим сексом (Ж) • Более высокий уровень образования и уверенности в себе (Ж) • Склонность к импульсивному и асоциальному поведению (П) • Враждебное отношение к женщинам (П) 	
	Факторы, связанные с взаимоотношениями		<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточный контроль и внимание со стороны родителей • Жесткие наказания физического характера • Насилие в семье • Друзья-правонарушители • Мать родила в подростковом возрасте • Неполная семья • Родители, злоупотребляющие алкоголем или наркотиками 	<ul style="list-style-type: none"> • Конфликты в браке • Несостоятельность семейных отношений • Доминирование мужчины в семье • Насилие в семье в период детства (П) 	<ul style="list-style-type: none"> • Конфликты между/с родителями • Большой размер семьи • Неполная семья • Жестокое обращение в детстве (П) 	<ul style="list-style-type: none"> • Плохие взаимоотношения между пациентом и лицом, ухаживающим за ним • Совместное проживание вместе с ухаживающим лицом • Зависимость ухаживающего лица от пожилого человека 	<ul style="list-style-type: none"> • Наличие нескольких половых партнеров (Ж) • Агрессивное поведение сверстников (П) • Насилие в семье • Отсутствие атмосферы поддержки в семье • Жестокое обращение в детстве
		Общинные и общественные факторы		<ul style="list-style-type: none"> • Урбанизация • Резкие демографические перемены • Неравные уровни доходов • Высокие уровни безработицы • Слабое государственное руководство 	<ul style="list-style-type: none"> • Определенная безнаказанность в общине • Низкий социальный капитал • Традиционные и неопределенные гендерные нормы 	<ul style="list-style-type: none"> • Бедность • Низкий социальный капитал и недостаточный вклад в него 	<ul style="list-style-type: none"> • Социальная изоляция (Ж) • Культура дискриминации по возрасту, полу и насилию • Утрата традиционных ролей старшего поколения • Разрушение семейных связей (напр., из-за переезда в города)
<ul style="list-style-type: none"> • Социальные нормы, поддерживающие насилие • Принятие культуры кутежного пьянства 							

Жирный шрифт = факторы риска, наличие которых подтверждено исследованиями в Российской Федерации. Факторы, относящиеся к жертвам или преступникам, помечены (Ж) или (П), соответственно.

Рамка 3. Алкоголь и насилие в Российской Федерации

Многие насильственные акты совершаются под воздействием алкоголя, что позволяет говорить о тесной связи между потреблением алкоголя и насильственным поведением (47). Например, в 1995 году около 75% лиц, арестованных за убийства, находились в состоянии алкогольного опьянения при совершении преступного акта (48). В Центрально-Черноземном регионе 77% лиц, совершивших преступления насильственного характера, часто потребляли спиртные напитки (49). Более того, снижение уровней потребления алкоголя, зарегистрированное в Москве в период проведения антиалкогольной кампании в середине 80-х годов, сопровождалось падением уровней смертности от насильственных причин (50). Исследования показывают, что такие факторы, как культура кутежного пьянства и предпочтение крепких, а не легких спиртных напитков, приводят к ускоренному достижению более тяжелой степени алкогольного опьянения и играют важную роль в повышении склонности к насильственному поведению (51). Анализ данных по убийствам в Удмуртской Республике показал, что число случаев насильственной смерти резко повышалось в пятницу и субботу, возможно, вследствие активного потребления алкоголя по вечерам в выходные дни (52). Далее, анализ случаев смерти в результате убийств среди коренных народов Севера Российской Федерации не выявил в западных регионах, где нет ограничений на продажу алкоголя, какой-либо зависимости уровней убийств от дня недели. Однако в восточных регионах, где продажа алкоголя разрешена только по субботам, регистрируется резкий скачок числа убийств в воскресенье (53).

Последствия межличностного насилия

Межличностное насилие приводит к разрушительным последствиям для физического, психического и сексуального здоровья жертв. Физические травмы могут ограничиваться ссадинами, а могут приводить к неисправимым физическим нарушениям и пожизненной инвалидности. Психическое травмирование выражается в виде депрессии, посттравматического стрессового расстройства и самоубийств (54-56) (Рамка 4). Сексуальное насилие может приводить к заражению инфекциями, передающимися половым путем (включая ВИЧ-инфекцию, показатели которой в Российской Федерации постоянно растут (7)), нежелательной беременности и расстройствам сексуальных функций. Более того, акты насилия, с которыми сталкивается человек, повышают риск опасных для здоровья моделей поведения, например, таких как потребление психоактивных веществ (57). Кроме того, насилие приводит к далеко идущим последствиям для родственников и друзей жертв, для общин и общества в целом. Например, психические расстройства чаще наблюдаются среди детей, которые являлись свидетелями насилия в семье (58).

Лечение жертв насилия требует от системы здравоохранения огромных затрат. Исследования, проведенные за пределами Российской Федерации, свидетельствуют о том, что насилие является одной из основных причин госпитализации лиц, представляющих группы населения, в которых регистрируются самые высокие показатели насильственных преступлений (в Великобритании – это молодые мужчины) (59). В 2002 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 68 200 лиц, получивших серьезные травмы и ранения в результате насильственных преступлений (10), и лечение таких травм ложится тяжелым бременем на службы здравоохранения. Отдельно расчетов стоимости оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате насилия, не производилось. Но расходы системы здравоохранения на лечение пациентов, пострадавших от внешних причин (включая травмы, несчастные случаи, отравления и ожоги), занимают третье место (после расходов на лечение заболеваний системы кровообращения и респираторных заболеваний), ежегодно достигая 36,5 млрд. рублей или 0,27% от валового внутреннего

продукта (60). В этих расчетах не учитывается скорая медицинская помощь и лекарства, приобретаемые для лечения в домашних условиях.

Рамка 4. Самоубийства

В Российской Федерации регистрируются одни из самых высоких в Европе показатели самоубийств. В 2002 г. в результате самоубийств и вреда, преднамеренно нанесенного самим себе, погибли более 55 000 человек (36,4/100 000 населения (2)), а вследствие травм, нанесенных самим себе, было потеряно примерно 1,3 миллионов DALY (4). Показатели самоубийств среди мужчин намного превышают таковые среди женщин (67,4/100 000 и 10,4/100 000, соответственно; данные за 2002 г.). Постепенный рост показателей самоубийств начался в 1986 г., а пиковые значения были зарегистрированы в 1994 г. – 42,4 случая на 100 000 жителей (2). Эти тенденции могли быть связаны с отменой антиалкогольной кампании в середине 1980-х гг. в сочетании с экономическими, социальными и политическими переменами 1990-х гг. (34). С тех пор показатели продолжали колебаться, но с 1999 г. по настоящее время наблюдается умеренный спад смертности от самоубийств (2).

Кроме прямых затрат, жертвы насилия могут сталкиваться с более длительными или постоянными психическими, финансовыми или сексуальными проблемами. Например, в Московском Центре сексуального здоровья четыре из пяти женщин, обращающихся за помощью вследствие расстройства сексуальных функций, подвергались в прошлом изнасилованию или попыткам к изнасилованию (10). Высокие уровни насилия становятся причиной высоких расходов не только для системы здравоохранения, но и для других ведомств, включая систему уголовного правосудия и службы социального обеспечения. Более того, растущий в обществе страх перед насилием и преступлениями может приводить к снижению сплоченности в обществе и препятствовать социально-экономическому развитию (60).

Предупреждение насилия

Немалую долю насильственных актов можно предупредить, и в мире разработаны различные меры вмешательства, которые позволяют действительно снизить уровни насилия в различных условиях (Таблица 2). Программы первичной профилактики, направленные на родителей и детей на самых ранних этапах жизни (такие как оказание дородовой и послеродовой помощи, школы молодых родителей, а также школьные программы, направленные на развитие социальных навыков у детей и подростков), могут действительно уменьшить воздействие факторов риска. Как в целом, так и там, где уровни насилия растут, ранние вмешательства могут сыграть важную роль в разрушении замкнутого круга насилия, в котором жертвы и свидетели насилия в детском возрасте становятся преступниками или привычными жертвами на дальнейших этапах жизни.

Меры по распознаванию и лечению жертв насилия, такие как подготовка медработников к выявлению и направлению пострадавших к специалистам, и оказание специализированной помощи, необходимы не только для борьбы с последствиями насилия для здоровья и прочих сфер жизни жертвы, но и для предупреждения повторной виктимизации. В Российской Федерации развитие служб для жертв насилия, особенно для женщин, пострадавших от насилия со стороны интимного партнера, возглавили добровольческие организации (14).

Таблица 2. Примеры вмешательств, действенных в плане предупреждения факторов риска, связанных с различными формами насилия (1)

Виды вмешательств ^а	Вид насилия				
	Насилие в молодежной среде	Насилие со стороны интимного партнера	Жестокое обращение с детьми	Жестокое обращение с пожилыми	Сексуальное насилие
Повышение доступности услуг дородовой и послеродовой помощи	++	++	++	+	+
Программы патронажа на дому	++	++	++	++	++
Программы лечения детей-жертв насилия	++	++	++	+	++
Учебные программы по развитию социальных навыков у детей и подростков	++	++	++	++	++
Школы молодых родителей	++	++	++	+	++
Обучение медработников методам выявления жертв насилия и направления их к специалистам	++	++	++	++	++
Стратегии, направленные на снижение потребления алкоголя и незаконных психоактивных субстанций	++	++	++	+	++
Борьба с незаконными рынками оружия	++	+	+	+	+
Улучшение систем правоохранительных органов и правосудия	++	++	++	++	++
Деконцентрация бедности и уменьшение неравенства	++	++	++	++	++

++: Убедительные доказательства действенности в плане предупреждения факторов риска, связанных с данным видом насилия.

+: Некоторые доказательства действенности в плане предупреждения факторов риска, связанных с данным видом насилия.

^аЭти стратегии более подробно представлены в документе "Насилие и его влияние на здоровье: Доклад о ситуации в мире" (1).

В борьбе на уровне общины с факторами риска, связанными с насилием, могут помочь различные программы, направленные на снижение потребления алкоголя и наркотиков и пресечение деятельности рынков наркотических веществ. Антиалкогольная кампания, предпринятая в Российской Федерации в 1980-х гг., обеспечила снижение уровней потребления спиртных напитков и привела к уменьшению показателей насильственной смертности на 33%. Но после окончания этой кампании эти показатели начали быстро расти (50). Несмотря на свою непопулярность, успех кампании в плане снижения насилия демонстрирует, насколько важна роль, которую играет контроль потребления алкоголя населением в предупреждении насилия.

Более масштабные стратегии предотвращения насилия включают в себя стратегии, направленные на уменьшение бедности и сокращение неравенства (учитывая, что оба эти факторы являются одними из ведущих в Российской Федерации (7)), а также на улучшение систем правоохранительных органов и органов правосудия. Такие стратегии, как улучшение системы социального обеспечения (напр., выплата пособий по безработице) и инфраструктуры образовательных учреждений и жилищного фонда на

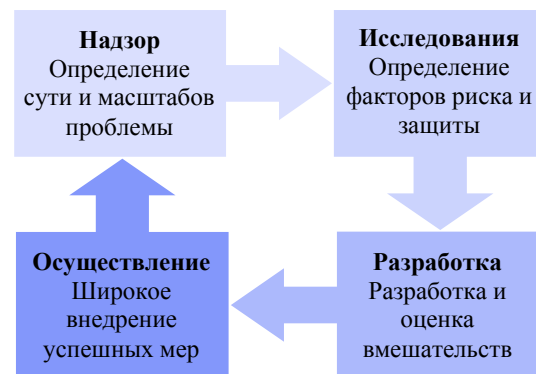
отдаленных территориях, позволяют более равномерно распределять ресурсы, тем самым решая проблему неравенства (1). Аналогично ситуации в других странах (1), большинство случаев насилия в Российской Федерации остаются не известными для системы правосудия (61, 62), а при подаче заявления есть вероятность того, что меры приняты не будут, или работники правоохранительных органов не отнесутся к заявлению серьезно (как, например, при насилии со стороны интимного партнера (63)). Соответственно, вынесение обвинительного приговора в случаях насилия становится редким явлением. Широкомасштабные кампании, направленные на повышение информированности, более строгие меры в отношении совершивших насильственные действия, а также обучение для медработников, сотрудников правоохранительных органов и лидеров сообществ могут стать важной частью мер, принимаемых системой общественного здравоохранения для предупреждения насилия. Для осуществления этих мер требуются не только дополнительное обучение для сотрудников милиции и органов правосудия, но и, возможно, реформы правовой системы, чтобы пострадавшие от насилия чувствовали себя более уверенно при обращении в правоохранительные органы и за получением поддержки, а для преступников имелось эффективное сдерживающее средство. Более того, изменение социальных норм, допускающих насилие, необходимо для обеспечения стойких перемен в окружающей среде, которая будет препятствовать насилию и совершению преступлений.

Подход общественного здравоохранения к предупреждению насилия

Подход общественного здравоохранения к предупреждению насилия подразумевает использование данных и результатов исследований, полученных из различных источников и сфер деятельности. Это необходимо для более четкого понимания масштабов и причин насилия, факторов риска, а также для разработки и широкого внедрения действенных вмешательств (Рис. 2). Подход общественного здравоохранения имеет целью принести выгоду

максимальному числу людей путем полномасштабного осуществления мер профилактики для всех групп населения, одновременно обеспечивая доступность лечения и помощи на индивидуальном уровне. Меры вмешательств должны быть подкреплены доказательствами их действенности. Если планируются инновационные подходы, то в этом случае необходима тщательная оценка. Выбор конкретных вмешательств должен основываться на анализе экономической эффективности (и действенности мер); кроме того, учитывается наличие ресурсов и возможностей для реализации вмешательств – и не только в системе здравоохранения, но и в других ведомствах. Совместная деятельность подкрепляется и поддерживается мерами по повышению информированности о пользе профилактики как для систем здравоохранения и уголовного правосудия, так и для социально-экономического развития. Такой подход подразумевает постоянное взаимодействие и совместные мероприятия в рамках партнерств, сформированных между органами государственной власти, системами здравоохранения, уголовного правосудия и образования, социальными службами и другими группами, включая добровольческие организации и членов сообществ. Для разработки подхода общественного

Рис. 2. Подход общественного здравоохранения



здравоохранения к предупреждению насилия в Российской Федерации можно предложить следующие ключевые действия:

- разработка национального плана действий по предупреждению насилия и непреднамеренного травматизма;
- формирование межсекторного комитета с тем, чтобы повестки дня государственных министерств и ведомств включали предупреждение насилия в качестве одного из приоритетных вопросов;
- нахождение, анализ, усовершенствование и мониторинг имеющихся источников информации по насилию, что позволит получить более четкую картину проблемы;
- обеспечение стабильной политической и правовой поддержки вопросов профилактики, включая предоставление доступа к данным, к службам поддержки жертв насилия, принятие адекватных действий в отношении преступников и обеспечение первичной профилактики;
- совершенствование системы правоохранительных органов и других органов правосудия с тем, чтобы эти службы были доступны для населения и адекватно реагировали на все формы насилия, выступая в качестве действенных сил сдерживания;
- составление национального плана исследовательской деятельности в отношении проблемы насилия, что требуется для определения факторов риска, выяснения обстоятельств, при которых совершается насильственное деяние, для расчета затрат, которые несет общество, а также для широкого распространения результатов исследований;
- разработка образовательных программ по вопросам насилия и его предупреждения, которые направлены на ключевых специалистов, включая медработников, школьных преподавателей, работников правоохранительных органов, лидеров сообщества, государственных чиновников, и также на потенциальных жертв и преступников;
- оценка и распространение действенных стратегий предупреждения насилия, которые направлены на уменьшение распространенности насилия; разработка адаптированного подхода к профилактике, который подразумевает наличие различных методов для разных групп населения;
- проведение кампаний, направленных на повышение осведомленности населения о насилии как одного из вопросов общественного здоровья, что особенно важно в группах высокого риска; использование механизмов систем здравоохранения, образования и правосудия для изменения социальных, культурных и структурных условий, в которых в настоящее время происходят акты насилия;
- совершенствование служб здравоохранения и социального обеспечения с целью повышения их возможностей при работе с травмами насильственного характера, что может включать в себя следующие мероприятия: повышение готовности отделений скорой помощи к оказанию помощи при травмах, связанных с насильственными действиями, создание травматологических центров на базе больниц и поддержка развития специализированных служб поддержки на уровне сообществ;
- содействие реализации межведомственного подхода к предупреждению насилия, в рамках которого используются общие данные, позволяющие более глубоко понять приоритеты в плане профилактики насилия; и

- выступление за более безопасную физическую и общественную среду, защищающую население от травматизма.

ВОЗ и предупреждение насилия

Глобальная кампания ВОЗ по предупреждению насилия, осуществление которой началось в 2002 г., направлена на повышение информированности на международном уровне о проблеме насилия. Она позволяет высветить роль общественного здравоохранения в предупреждении насилия и усилить деятельность по профилактике насилия во всех странах мира. Этот подход представлен в документе *"Насилие и его влияние на здоровье: Доклад о ситуации в мире" (I)*. Резолюция WHA56.24, принятая в 2003 г. на Всемирной ассамблее здравоохранения, призывает государства-члены реализовать рекомендации, представленные в докладе. Российская Федерация тесно сотрудничает с ВОЗ как на международном уровне, так и на уровне Европейского региона, в сфере разработки подхода общественного здравоохранения, направленного на борьбу с насилием, и мероприятия с учетом рекомендаций ВОЗ.

Для получения дополнительной информации свяжитесь по адресу:
violenceinjury@ecr.euro.who.int.

Библиография

- (1) Krug E et al. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en, accessed 8 September 2006).
- (2) European mortality database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://data.euro.who.int/hfamdb/index.php>, accessed 8 September 2006).
- (3) Gavrilova NS et al. Patterns of violent crime in Russia. In: Pridemore WA, ed. *Ruling Russia: law, crime and justice in a changing society*. Oxford, Rowman & Littlefield, 2005:117–146.
- (4) *Global burden of disease 2002 estimates*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,burden_estimates, accessed 8 September 2006).
- (5) Notzon FC et al. Causes of declining life expectancy in Russia. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:793–800.
- (6) Shkolnikov V, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet*, 2001, 357:917–921.
- (7) *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/ehr2005>, accessed 8 September 2006).
- (8) Pridemore WA. *Report on violence and health in Russia*. Unpublished report provided by the World Health Organization.
- (9) Chervyakov VV et al. The changing nature of murder in Russia. *Social Science & Medicine*, 2002, 55:1713–1724.
- (10) Veltishchev DY. *Violence and health in Russia: statistical review*. Moscow, Moscow Research Institute of Psychiatry and World Health Organization, 2004.
- (11) Pridemore WA. Social problems and patterns of juvenile delinquency in transitional Russia. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 2002, 39:187–213.
- (12) Vermeiren R et al. Violence exposure and substance use in adolescents: findings from three countries. *Pediatrics*, 2003, 111:535–540.
- (13) Amnesty International Report 2005. *The state of the world's human rights*. London, Amnesty International, 2005.
- (14) Horne S. Domestic violence in Russia. *American Psychologist*, 1999, 54:55–61.

- (15) Zabelina T. [*Russia: violence in the family, violence in society*]. Moscow, United Nations Development Fund for Women, United Nations Population Fund, 2002. Cited by: King E. *Intimate partner violence in the Russian Federation: a public health perspective*. Dissertation. New Haven, CT, Yale University, 2005.
- (16) Naryshkina A. [Domestic violence – the main cause of mortality and morbidity of women aged 16 to 44]. *Izvestiia*, 2004, April 28. Cited by: King E. *Intimate partner violence in the Russian Federation: a public health perspective*. Dissertation. New Haven, CT, Yale University, 2005.
- (17) Gorshkova ID, Shurygina II. [*Violence against wives in contemporary Russian families*]. Moscow, MAKS Press, 2003. Cited by: King E. *Intimate partner violence in the Russian Federation: a public health perspective*. Dissertation. New Haven, CT, Yale University, 2005.
- (18) Polunin A. [Domestic tyrant]. *Trud*, 2003, 158:13–16. Cited by: King E. *Intimate partner violence in the Russian Federation: a public health perspective*. Dissertation. New Haven, CT, Yale University, 2005.
- (19) *European sourcebook of crime and criminal justice statistics*. Strasbourg, Council of Europe, 1999 (<http://www.europeansourcebook.org>, accessed 8 September 2006).
- (20) Lambroschini S. *Russia: domestic violence persists*. Prague, Radio Free Europe/Radio Liberty, 2001. Cited by: Johnson JE. Violence against women in Russia. In: Pridemore WA, ed. *Ruling Russia: law, crime and justice in a changing society*. Oxford, Rowman & Littlefield, 2005:147–166.
- (21) Johnson JE. Violence against women in Russia. In: Pridemore WA, ed. *Ruling Russia: law, crime and justice in a changing society*. Oxford, Rowman & Littlefield, 2005:147–166.
- (22) *Russia. Too little too late: state response to violence against women*. New York, Human Rights Watch, 1997 (<http://www.hrw.org/reports97/ruswmmn>, accessed 8 September 2006).
- (23) Amirkhanian YA, Tiunov DV, Kelly JA. Risk factors for HIV and other sexually transmitted diseases among adolescents in St. Petersburg, Russia. *Family Planning Perspectives*, 2001, 33:106–112.
- (24) Sinel'nikov A. [*Lessons learned: adolescents and the problem of family violence*]. In Zdravolmyslova OM, ed. [Ordinary evil: research on family violence]. Cited by: King E. *Intimate partner violence in the Russian Federation: a public health perspective*. Dissertation. New Haven, CT, Yale University, 2005.
- (25) Shelley LI, Orttung RW. Russia's efforts to combat human trafficking: efficient crime groups versus irresolute societies and uncoordinated states. In: Pridemore WA, ed. *Ruling Russia: law, crime and justice in a changing society*. Oxford, Rowman & Littlefield, 2005:167–182.
- (26) Orlova AV. From social dislocation to human trafficking: the Russian case. *Problems of Post-Communism*, 2004, 51:14–22.
- (27) Berrien FB et al. Child abuse prevalence in Russian urban population: a preliminary report. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:261–264.
- (28) Asanova NK. [*A guide for child abuse prevention. A textbook edition for psychologists, psychotherapists and students of universities of educational studies*]. Izdatel'skii Gumanitarnii Zentr VLQADOS, 1997. Cited by: Dalenberg CJ, Palesh OG. Relationship between child abuse history, trauma, and dissociation in Russian college students. *Child Abuse & Neglect*, 2004, 28:461–474.
- (29) Tjurjukanova E, Rusakova M, Sakina V. *Analysis of the situation and institutions in the field of commercial sexual exploitation of children (CSEC) and counter CSEC activities in Russia*. Bangkok, ECPAT International, 2003 (http://www.ecpat.net/eng/Ecpat_inter/projects/monitoring/Russia/Situational_Analysis_Research__Russia_Feb2004.pdf, accessed 8 September 2006).
- (30) Aref'ev AL. Besprizornnye deti Rossii [Homeless children in The Russian Federation]. *Sotsiologicheskie Issledovaniia*, 2003, No. 9, 30 September:61–72.
- (31) Pridemore WA. Demographic, temporal, and spatial patterns of homicide rates in Russia. *European Sociological Review*, 2003, 19:41–59.
- (32) Povey D. *Crime in England and Wales 2003/2004. Supplementary volume 1: homicide and gun crime*. London, Home Office, 2005.
- (33) Pridemore WA, Spivak AL. Patterns of suicide mortality in Russia. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2003, 33:132–150.

- (34) *The wrongs of passage: inhumane and degrading treatment of new recruits in the Russian armed forces.* New York, Human Rights Watch, 2004 (<http://hrw.org/reports/2004/russia1004/russia1004.pdf>, accessed 8 September 2006).
- (35) *Confessions at any cost: police torture in Russia.* New York, Human Rights Watch, 1999 (<http://www.hrw.org/reports/1999/russia>, accessed 8 September 2006).
- (36) Amirkhania YA, Kelly JA, McAuliffe TL. Psychosocial needs, mental health, and HIV transmission risk behaviours among people living with HIV/AIDS in St Petersburg, Russia. *AIDS*, 2003, 17:2367–2374.
- (37) *Positively abandoned. Stigma and discrimination against HIV-positive mothers and their children in Russia.* New York, Human Rights Watch, 2005 (<http://hrw.org/reports/2005/russia0605/russia0605.pdf>, accessed 8 September 2006).
- (38) Ward O. Russian roulette. *New Internationalist*, 2002, 346.
- (39) *World report 2005.* New York, Human Rights Watch, 2005.
- (40) Lowndes CM, Alary M, Platt L. Injection drug use, commercial sex work and the HIV/STI epidemic in the Russian Federation. *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, 30:46–48.
- (41) Pridemore WA, Shkolnikov VM. Education and marriage as protective factors against homicide mortality: methodological and substantive findings from Moscow. *Journal of Quantitative Criminology*, 2004, 20:173–187.
- (42) Pridemore WA. Social structure and homicide in post-Soviet Russia. *Social Science Research*, 2005, 34:732–756.
- (43) Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1421–1435.
- (44) Kim S, Pridemore WA. Social support and homicide in transitional Russia. *Journal of Criminal Justice*, 2005, 33:561–572.
- (45) Kim S, Pridemore WA. Poverty, socioeconomic change, institutional anomie and homicide. *Social Science Quarterly*, 2005, 86:1377–1398.
- (46) King E. *Intimate partner violence in the Russian Federation: a public health perspective.* Dissertation. New Haven, CT, Yale University, 2005.
- (47) *Interpersonal violence and alcohol in the Russian Federation – a policy briefing.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/violenceinjury/publications/20050218_1, accessed 8 September 2006).
- (48) *[Crime and offenses, 1991–1995. Statistical collection].* Moscow: Ministry of the Interior of the Russian Federation, 1996. Cited in: Pridemore WA. Vodka and violence: alcohol consumption and homicide rates in Russia. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:1921–1930.
- (49) Il'iashenko AN. Violent crime in the home. *Russian Education and Society*, 2004, 46(11):57-70.
- (50) Nemtsov AV. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign. *Addiction*, 1998, 93:1501–1510.
- (51) Pridemore WA. Vodka and violence: alcohol consumption and homicide rates in Russia. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:1921–1930.
- (52) Pridemore WA. Weekend effects on binge drinking and homicide: the social connection between alcohol and violence in Russia. *Addiction*, 2004, 99:1034–1041.
- (53) Pika A. The spatial-temporal dynamic of violent death among the native peoples of northern Russia. *Arctic Anthropology*, 1993, 30:61–76.
- (54) Walby S, Allen J. *Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey.* London, Home Office, 2004.
- (55) Seedat S, Stein MB, Forde DR. Association between physical partner violence, posttraumatic stress, childhood trauma, and suicide attempts in a community sample of women. *Violence and Victims*, 2005, 20:87–98.
- (56) Handwerker WP. Childhood origins of depression: evidence from native and nonnative women in Alaska and the Russian Far East. *Journal of Women's Health*, 1999, 8:87–94.
- (57) Caetano R, Field CA, Nelson S. Association between childhood physical abuse, exposure to parental violence, and alcohol problems in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 2003, 18:240–257.

- (58) Goodman R, Slobodskaya H, Knyazev G. Russian child mental health – a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2005, 14:28–33.
- (59) McVeigh C et al. *Violent Britain: people, prevention and public health*. Liverpool, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2005.
- (60) Europe and Central Asia Human Development Department, World Bank. *Dying too young: addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation*. Washington, DC, World Bank, 2005.
- (61) Pridemore WA. Measuring homicide in Russia: a comparison of estimates from the crime and vital statistics reporting systems. *Social Science and Medicine*, 2003, 57:1343–1354.
- (62) *CEDAW assessment tool report for the Russian Federation*. Washington, DC, American Bar Association, 2006.
- (63) Johnson JE. Privatizing pain. The problem of woman battery in Russia. *NWSA Journal*, 2001, 13:153–168.
- (64) Beck A, Robertson A. Policing in post soviet Russia. In: Pridemore WA, ed. *Ruling Russia: law crime and justice in a changing society*. Oxford, Rowman & Littlefield, 2005:247–260.