



Предупреждение травматизма и насилия

Предупреждение травматизма и насилия

МЕТОДИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
ДЛЯ МИНИСТЕРСТВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Всемирная организация
здравоохранения

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Всемирная организация здравоохранения выражает благодарность многим авторам, рецензентам – специалистам по данной тематике, советникам и консультантам, благодаря энтузиазму и профессиональным знаниям которых стало возможным появление настоящего руководства.

Авторами черновых вариантов документа являются Alexander Butchart, Alison Phinney Harvey, Etienne Krug, David Meddings, Margie Peden и Laura Sminkey. В написании руководства участвовали также Charles Mock и Saakje Mulder. Gabriella Rosen Kellerman затем проверила и отредактировала текст документа, а Tony Kahane выполнил его окончательную доработку. Рецензентами документа были Wahid Alkharusi, Jamela Alraiby, Mark Bellis, Cyntia Carvalho, Linda Dahlberg, Yussof Fadhli, Wu Fan, Gopalakrishna Gururaj, Margaret Herbert, Jaffar Hussain, Olive Kobusingye, Deborah Malta, Pierre Maurice, Begona Merino, Ahmada Msa Mliva, Charles Mock, Ali Reza Moghisi, Claudia Garcia Moreno, Hisashi Ogawa, Joanne Ozanne-Smith, Jonathan Passmore, Pierre Patry, Francesca Racioppi, Wim Rogmans, Marta Alves e Silva, Dinesh Sethi и Fimka Tozija.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health.

1.Violence. 2.Wounds and injuries – prevention and control.
3.Accident prevention. 4.National health programs. 5.Guidelines.
I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 459525 1

(NLM classification: WO 700)

© Всемирная организация здравоохранения, 2007 г.

Все права зарезервированы. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; электронная почта: bookorders@who.int). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – будь то для продажи или для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; электронная почта: permissions@who.int).

Изображения на обложке слева направо ©М. Peden/ВОЗ, ©P. Virot/ВОЗ, ©М. Peden/ВОЗ

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их границах. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Все разумные меры предосторожности были приняты ВОЗ для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Напечатано в Швейцарии.



Содержание

Введение	5
Для чего было создано методическое руководство	5
Как создавалось методическое руководство	5
Для кого предназначено методическое руководство	5
Раздел 1. К истории вопроса	6
Раздел 2. Организация работы министерства здравоохранения	10
2.1 Координаторы	10
2.2 Место в структуре министерства здравоохранения	11
2.3 Включение в государственные стратегии и планы в области здравоохранения	11
2.4 Финансирование	11
Раздел 3. Стратегии и планирование	13
3.1 Разработка плана действий для сектора здравоохранения	13
3.2 Многоотраслевые планы действий	14
3.3 Совершенствование законодательства	14
Раздел 4. Сбор данных	15
4.1 Зачем нужно собирать данные?	15
4.2 Источники данных	15
4.3 Роль министерства здравоохранения в сборе данных	16
4.4 Создание информационных систем по травматизму	16
4.5 Дополнение имеющейся информации результатами научных исследований	17
4.6 Составление и распространение данных	17
Раздел 5. Службы помощи	19
5.1 Добровольная помощь	19
5.2 Помощь в стационарных учреждениях	20
5.3 Службы реабилитации и комплексной помощи пострадавшим	20
Раздел 6. Профилактика	22
6.1 Роль сектора здравоохранения и других секторов	22
6.2 Четырехступенчатый подход с позиции общественного здравоохранения	22
6.3 Стратегии профилактики	23
6.4 Показатели и мониторинг	27
6.5 Консультации с различными секторами	27
Раздел 7. Укрепление организационно-кадрового потенциала	29
7.1 Укрепление кадрового потенциала	29
7.2 Организация и поддержание реально действующих сетей	29
Раздел 8. Агитационно-пропагандистская работа	31
Раздел 9. Заключение	33

Предисловие

Травматизм и насилие представляют угрозу для здоровья людей в каждой стране. В глобальном масштабе на их долю в совокупности приходится 9% смертности – от травм и насилия каждый год в мире умирают более пяти миллионов человек. Из 15 ведущих причин смерти среди людей в возрасте от 15 до 29 лет восемь так или иначе связаны с травмами. Это травмы в результате дорожно-транспортных происшествий, самоубийства, убийства, утопление, ожоги, ранения в результате военных действий, отравления и падения.

Распространенность травм с нелетальным исходом в разных странах разная. Однако, по имеющимся оценкам, на каждый смертельный исход приходится десятки случаев госпитализации, сотни обращений в отделения скорой помощи и тысячи обращений к врачу. Немалая доля людей, оставшихся в живых после травм, получает различные формы временной или постоянной инвалидности.

В свете этого подлинного бедствия для общественного здравоохранения в некоторых странах растет осведомленность о травматизме и насилии и повышается уровень знаний о стратегиях и программах профилактики. Такие страны достигают значительных успехов. Государственные ведомства и негосударственные организации укрепляют системы сбора данных, улучшают качество услуг, предоставляемых жертвам и уцелевшим после травм и насилия, и активизируют действия в области профилактики. И все же для многих в мире идея о том, что благодаря систематически проводимой работе насилие и травматизм можно предупреждать, по-прежнему остается чем-то новым. Несмотря на то, что причины смертности и заболеваемости стары, как сам род человеческий, сектор общественного здравоохранения лишь в последнее время начал рассматривать насилие и травматизм как явления, которые поддаются предупреждению.

Теперь, когда подход к предупреждению насилия и травматизма с позиции общественного здравоохранения получает во всем мире все более широкое признание, работающие в этом секторе специалисты хотят иметь методику, которой они могли бы руководствоваться в своей работе. Предупреждением насилия и травматизма занимается широкий спектр государственных и негосударственных организаций. Однако в настоящем

документе основное внимание уделяется главному органу правительства, отвечающему за принятие мер в сфере охраны здоровья населения – министерству здравоохранения. Этот документ был создан для того, чтобы помочь министерствам здравоохранения понять, какую именно роль они призваны играть в предупреждении насилия и травматизма на уровне страны и на местном уровне, и принять долгосрочные и действенные программы.

Настоящий документ предназначен для использования министерствами здравоохранения и работающими в них координаторами как в качестве методического руководства, так и в качестве справочного пособия. Он проводит читателя по всем этапам организации, развития и оценки работ по предупреждению насилия и травматизма, и на каждом этапе подчеркивается необходимость сотрудничества с другими секторами. Подробно описываются различные задачи по организации структуры, выработке политики, сбору данных, агитационно-пропагандистской работе и укреплению кадрового потенциала. Из этого документа должны черпать вдохновение в осуществлении своих программ как новые, так и уже работающие подразделения по предупреждению насилия и травматизма.

Во всем мире морги заполнены жертвами травм и насилия, больницы и кабинеты врачей переполнены оставшимися в живых пострадавшими. Но огромных человеческих страданий и затрат времени и средств, которое несет общество в результате всего этого, можно избежать. Хотя профилактика насилия и травматизма – задача непростая и нелегкая, при хорошо налаженном взаимодействии и систематической работе даже это самое древнее из несчастий, постигающих человека, можно предупреждать.

Д-р Etienne Krug
Директор
Департамент профилактики травматизма и насилия ВОЗ



Введение

ДЛЯ ЧЕГО БЫЛО СОЗДАНО МЕТОДИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Во всем мире каждый год от травм (в результате столкновений транспорта на дорогах, утопления, отравления, падений или ожогов) и насилия (в результате нападения, самопричиненного насилия или военных действий) погибает более пяти миллионов человек и еще многие и многие миллионы людей получают телесные повреждения. В одних странах мира работники здравоохранения давно признают травматизм как одну из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения. В других странах огромные медицинские, социальные и экономические издержки насилия и травматизма признаются только сейчас и начинают предприниматься серьезные усилия по предупреждению травматизма и преодолению его последствий.

В последние годы Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) значительно активизировала свою деятельность в области профилактики травматизма и насилия. За последние четыре года ВОЗ издала два важных документа – *“Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма”* и *“Доклад о насилии и здоровье в мире”*. Рекомендации, содержащиеся в этих докладах, были одобрены специальными резолюциями Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) и Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Как в докладах, так и в резолюциях содержатся призывы к правительствам резко активизировать предпринимаемые на общегосударственном уровне усилия по предупреждению травматизма и насилия и осуществлять координацию этих усилий через свои министерства здравоохранения. В ответ на эти призывы, а в некоторых случаях также и в ответ на официальные просьбы, высказанные региональными директорами ВОЗ и выраженные в региональных резолюциях, более 100 правительств уже назначили “координаторов” по вопросам предупреждения травматизма и насилия при министерстве здравоохранения.

В 2006 г. ВОЗ созвала первую всемирную встречу координаторов по предупреждению травматизма и насилия при министерствах здравоохранения, проведенную в качестве параллельного мероприятия в рамках 8-й Всемирной конференции по предупреждению травматизма и повышению безопасности в Дурбане (Южная Африка). Из состоявшихся на этой встрече дискуссий стало ясно, что крайне необходимо иметь документ, в котором была бы четко изложена роль министерства здравоохранения в деле профилактики и оказания

помощи в случаях травматизма и насилия. Подобный документ мог бы также быть полезен для тех, кто ведет кампании за усиление общенациональных и местных программ предупреждения травматизма и насилия.

КАК СОЗДАВАЛОСЬ МЕТОДИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Данное методическое руководство было подготовлено сотрудниками ВОЗ и сторонними экспертами в период с апреля по октябрь 2006 г. Его содержание основано на положениях резолюций ВАЗ и Региональных комитетов ВОЗ, методических указаниях ВОЗ и докладах о положении дел в мире, на проведенном авторами анализе специальной литературы, а также на опыте экспертов и координационных центров министерств здравоохранения. Документ подвергся всестороннему анализу и пересмотру координаторами при министерствах здравоохранения и экспертами во всех регионах ВОЗ.

ДЛЯ КОГО ПРЕДНАЗНАЧЕНО МЕТОДИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Данное руководство предназначено для сотрудников министерств здравоохранения и лиц, вырабатывающих политику. Круг читателей – от конкретных координаторов по предупреждению насилия и травматизма до сотрудников, работающих в родственных областях, включая эпидемиологию, охрану здоровья детей и подростков, охрану здоровья женщин, охрану здоровья пожилых людей, укрепление здоровья, психическое здоровье, медико-санитарное обслуживание, международное здравоохранение, информационную технологию, меры по преодолению последствий катастроф и гигиену труда. Кроме того, документ должен быть полезен для тех, кто отвечает за выделение ресурсов министерствам здравоохранения, и для всех других лиц, работающих в области предупреждения насилия и травматизма и желающих поддержать свое министерство здравоохранения в его деятельности.

В одних странах мира сектор здравоохранения давно признает травматизм как одну из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения. В других странах только сейчас начинают признаваться огромные медицинские, социальные и экономические издержки насилия и травматизма и предприниматься серьезные усилия по предупреждению травматизма и преодолению его последствий.

Раздел 1

К истории вопроса

Травматизм и насилие представляют серьезную угрозу для здоровья в каждой стране: во всем мире от них ежегодно умирает более пяти миллионов человек, и на их долю приходится 9% глобальной смертности. Из 15 ведущих причин смерти среди людей в возрасте от 15 до 29 лет восемь так или иначе связаны с травмами или с насилием. Это травмы в результате дорожно-транспортных происшествий, самопричиненные травмы, межличностное насилие, утопление, пожары, ранения в результате военных действий, отравления и падения (см. таблицу 1). По имеющимся оценкам, на каждый смертельный

исход приходится десятки случаев госпитализации, сотни обращений в отделения скорой помощи и тысячи обращений к врачу. Многие из тех, кто остался в живых после травм или насилия, получают различные формы временной или постоянной инвалидности или страдают другими последствиями, такими, как депрессия и изменения в поведении, связанные с курением, питанием и потреблением алкоголя и наркотиков. При нынешних тенденциях можно ожидать, что в ближайшие десятилетия глобальное бремя травматизма и насилия увеличится.

ТАБЛИЦА 1: ВЕДУЩИЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ДЛЯ ОБОИХ ПОЛОВ, 2002

№ пп	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 лет
1	Перинатальные состояния 2 461 976	Инфекции нижних дыхательных путей, 278 291	ВИЧ/СПИД 604 943	ВИЧ/СПИД 1 326 345
2	Инфекции нижних дыхательных путей, 1 804 282	Дорожно-транспортный травматизм, 132 695	Дорожно-транспортный травматизм, 304 994	Туберкулез 379 755
3	Диарейные заболевания 1 681 060	ВИЧ/СПИД 126 424	Акушерская патология 258 128	Дорожно-транспортный травматизм, 287 730
4	Болезни детства 1 033 321	Утопление 86 953	Самопричиненные травмы 251 446	Акушерская патология 233 640
5	Малярия 821 718	Болезни детства 72 078	Туберкулез 241 246	Ишемическая болезнь сердца 232 746
6	Врожденные аномалии 425 431	Пожары 34 180	Межличностное насилие 216 648	Самопричиненные травмы 230 997
7	ВИЧ/СПИД 340 219	Туберкулез 33 182	Инфекции нижних дыхательных путей, 143 320	Межличностное насилие 166 661
8	Белково-калорийная недостаточность, 147 865	Белково-калорийная недостаточность, 31 630	Утопление 89 196	Цереброваскулярная болезнь 124 858
9	Сифилис 67 068	Менингит 31 165	Пожары 89 130	Инфекции нижних дыхательных путей, 117 663
10	Менингит 64 495	Лейкемия 21 146	Ранения в результате военных действий, 69 707	Цирроз печени 100 617
11	Утопление 57 973	Врожденные аномалии 21 099	Ишемическая болезнь сердца 54 125	Отравления 81 678
12	Дорожно-транспортный травматизм, 50 139	Падения 20 580	Отравления 51 494	Пожары 64 494
13	Туберкулез 43 241	Отравления 19 982	Падения 37 874	Ранения в результате военных действий, 59 359
14	Эндокринные расстройства 42 444	Межличностное насилие 18 340	Лейкемия 37 208	Утопление 58 725
15	Пожары 39 669	Лейшманиоз 18 260	Ревматическая болезнь сердца 36 985	Рак печени 55 519

Источник: Injury: a leading cause of burden of disease [Травматизм – одна из ведущих причин бремени болезни], 2002. Geneva, World Health Organization, (в печати).

Насилие и травматизм имеют место во всех странах, однако и они сами, и их последствия распределяются в мире неравномерно. Наиболее выражены эти явления в категориях населения с низким и средним уровнем доходов, где на риск травматизма и насилия большое влияние оказывают небезопасные условия жизни, работы и поездок. К тому же в таких категориях населения обычно не предпринимаются меры по предупреждению насилия и травматизма, а также отсутствует доступ к высококачественным услугам лечения и реабилитации. Кроме того, поскольку от травматизма и насилия так часто страдают как раз те молодые люди, которые являются кормильцами

своих семей, их гибель или инвалидность могут иметь серьезные последствия для их семей.

На уровне отдельно взятого человека лечение травм и последствий насилия предполагает как непосредственное оказание медицинской помощи, так и долгосрочную психологическую, социальную и физическую помощь и реабилитацию. На уровне общества травматизм и насилие имеют более широкие медицинские, социальные и финансовые последствия, которые требуют согласованных ответных действий. Для того, чтобы справиться с огромным бременем, которое ложится

45–59 лет	≥ 60 лет	Все возрасты
Ишемическая болезнь сердца 1 052 259	Ишемическая болезнь сердца 5 857 506	Ишемическая болезнь сердца 7 207 725
Цереброваскулярная болезнь 624 037	Цереброваскулярная болезнь 4 703 481	Цереброваскулярная болезнь 5 508 950
ВИЧ/СПИД 481 459	Хроническая обструктивная болезнь легких, 2 401 255	Инфекции нижних дыхательных путей, 3 943 386
Туберкулез 384 212	Инфекции нижних дыхательных путей, 1 423 320	ВИЧ/СПИД 2 919 373
Хроническая обструктивная болезнь легких, 310 061	Рак трахеи, бронха, легкого 931 173	Хроническая обструктивная болезнь легких, 2 748 490
Рак трахеи, бронха, легкого 263 206	Сахарный диабет 754 582	Перинатальные состояния 2 462 124
Цирроз печени 251 849	Гипертензивная болезнь сердца 739 357	Диарейные заболевания 1 869 446
Дорожно-транспортный травматизм, 222 249	Рак желудка 606 072	Туберкулез 1 566 003
Самопричиненные травмы 187 696	Туберкулез 484 367	Рак трахеи, бронха, легкого 1 243 199
Рак желудка 185 403	Рак ободочной и прямой кишки 478 747	Дорожно-транспортный травматизм, 1 191 796
Рак печени 179 770	Нефрит и нефроз 440 669	Болезни детства 1 120 831
Инфекции нижних дыхательных путей, 176 511	Болезнь Альцгеймера и другие деменции, 384 147	Сахарный диабет 987 816
Сахарный диабет 176 443	Цирроз печени 367 539	Малярия 911 574
Рак молочной железы 148 096	Рак печени 366 887	Гипертензивная болезнь сердца 911 397
Гипертензивная болезнь сердца 130 200	Рак пищевода 318 464	Самопричиненные травмы 873 361

на здравоохранение, необходимо отвлекать большие ресурсы системы здравоохранения. Точно так же серьезным каналом утечки средств из национальной экономики стран является финансирование экономических издержек, включая издержки, вызванные невыходом на работу и пропусками занятий в школе, а также издержки судебной системы и системы социального обеспечения.

Травматизм и насилие можно изучать и документально фиксировать, а в их причинах можно разобраться и затем на эти причины воздействовать. Научные исследования позволили получить убедительное доказательство того, что с помощью определенных мер вмешательства травматизм и насилие можно предупреждать. К таким мерам вмешательства, доказавшим свою эффективность, относятся:

- ремни безопасности, шлемы и строгий контроль предельных содержаний алкоголя в крови для предупреждения дорожно-транспортного травматизма;
- использование тары, которую не могут открыть дети, для предупреждения отравлений;
- устройство домашних приспособлений для предупреждения падения пожилых людей;
- устройство ограждений вокруг бассейнов для уменьшения риска утопления;
- лечение депрессии для предупреждения суицида;
- программы просвещения на базе школ для предупреждения насилия в отношении интимных партнеров;
- программы посещения на дому для уменьшения числа случаев жестокого обращения с детьми.

В 2002 и 2004 гг. ВОЗ опубликовала соответственно *“Доклад о насилии и здоровье в мире”* и *“Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма”*, чтобы привлечь внимание мировых лидеров к этим проблемам и выдвинуть рекомендации относительно практических действий. Оба доклада были одобрены Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюциях ВА3 56.24 (Выполнение рекомендаций, содержащихся в *“Докладе о насилии и здоровье в мире”*) и ВА3 57.10 (Безопасность дорожного движения и здоровье). Указанные доклады и резолюции последовали за принятыми ранее резолюциями ВА3, в которых содержался призыв к министерствам здравоохранения предпринять необходимые действия (см. врезку 1).

Учитывая сложную причинную обусловленность насилия и травматизма, для их предупреждения

нужны действия, предпринимаемые сразу в нескольких секторах на местном, региональном и национальном уровнях. Каждому сектору принадлежит своя роль, каждый должен вносить свой вклад. Однако главную роль в этой работе должен играть сектор здравоохранения – медико-санитарная помощь и общественное здравоохранение, причем не только в предоставлении помощи и поддержки жертвам, но и в применении к решению проблем насилия и травматизма уникальных моделей общественного здравоохранения (см. врезку 2). Многие министерства здравоохранения пока еще не полностью осознали, насколько главенствующей является их функция в этих областях, и в результате все еще не вносят достаточного вклада в усилия по предупреждению травматизма. Отдельные министерства здравоохранения, конечно, находятся на разных этапах создания инфраструктуры предупреждения насилия и травматизма, но все они обязаны в конечном счете решать задачи в следующих областях:

- выработка политики;
- сбор данных;
- оказание услуг жертвам;
- профилактика;
- укрепление организационно-кадрового потенциала;
- агитационно-пропагандистская работа.

Каждая из этих областей описывается в данном руководстве более подробно.

ВРЕЗКА 1: РЕЗОЛЮЦИИ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОСВЯЩЕННЫЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ТРАВМАТИЗМА

2004 г. – Безопасность дорожного движения и здоровье, ВА357.10

2003 г. – Выполнение рекомендаций, содержащихся в *“Докладе о насилии и здоровье в мире”*, ВА3 56.24

1998 г. – Совместные действия общественного здравоохранения в отношении противопехотных мин, ВА351.8

1997 г. – Предупреждение насилия, ВА350.19

1996 г. – Предупреждение насилия: приоритет общественного здравоохранения, ВА349.25

1974 г. – Профилактика дорожно-транспортных происшествий, ВА327.59

1966 г. – Профилактика дорожно-транспортных происшествий, ВА319.3

Полные тексты этих резолюций см. на <www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en>

1 Использование термина «жертва» для описания человека, который пострадал от насилия или травм и их последствий (или любого негативного исхода для здоровья) является предметом непрекращающихся споров. Споры идут вокруг того, являются ли такие термины, как «жертва», сами по себе уничижительными, подразумевающими слабость или бессилие. В настоящем документе термин «жертва» используется с одним намерением – отразить полный диапазон последствий, вытекающих из наступления статуса потерпевшего: от легких и быстро преходящих последствий до тяжелой и хронической инвалидности и смерти. Никаких намерений включить в данный термин подразумеваемые смысловые значения относительно таких качеств, как личная жизнеспособность, в тексте нет и предполагаться не должно.

ВРЕЗКА 2: ПОЧЕМУ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ НАСИЛИЯ И ТРАВМАТИЗМА ДОЛЖНЫ ВЗЯТЬ НА СЕБЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

- **По долгу службы.** Мандат сектора здравоохранения включает проведение профилактики всех основных причин заболеваемости и смертности и принятие мер реагирования на их появление. На долю насилия и травматизма приходится 9% глобальной смертности и 16% глобальной инвалидности.
- **В силу экономической заинтересованности.** На счет сектора здравоохранения относится существенная доля прямых издержек, связанных с травматизмом и насилием. В глобальных масштабах на травматизм и насилие приходится большая часть издержек здравоохранения, включая обращения в отделения скорой помощи, хирургическую и психологическую помощь.
- **В силу уникальности подхода.** Сектор здравоохранения подходит к решению проблемы насилия и травматизма с уникальной научной позиции, ориентированной на профилактику, – это то, чего нет у большинства других секторов, занимающихся работой в этой области.
- **В силу уникальности своего положения.** Министерство здравоохранения занимает уникальное положение, позволяющее ему собирать данные, анализировать факторы риска, предоставлять экстренную и долгосрочную плановую помощь, координировать многопрофильные действия различных секторов в области профилактики и проводить кампанию за изменения в политике и законодательстве. Во многих странах если министерство здравоохранения не будет заниматься всей этой работой в области предупреждения насилия и травматизма, то и никакой другой орган не будет этого делать.



©J.Rungulis/WHO

Организация работы министерства здравоохранения

2.1 КООРДИНАТОРЫ

Первым шагом в создании подразделения по предупреждению насилия и травматизма является назначение координатора по вопросам насилия и травматизма в министерстве здравоохранения. Роль этого координатора заключается в том, чтобы координировать работу по преодолению последствий и предупреждению в системе министерства, а также на межведомственном уровне, т.е. между министерством и другими учреждениями, как национальными, так и международными, и добиваться того, чтобы эта работа шла постоянно. В идеале координаторам должен помогать отдел в составе еще нескольких сотрудников, поскольку для выполнения задач координатора требуется поддержка других специалистов, обладающих квалификацией, дополняющей его собственную квалификацию. Координаторы должны обладать знаниями и опытом в области общественного здравоохранения в целом и в области предупреждения травматизма и насилия в частности. Поскольку им может понадобиться дополнительное специализированное обучение, они могут обратиться в те учебные заведения общественного здравоохранения, в которых имеются курсы по предупреждению насилия и травматизма. Большую пользу координаторам и координационным центрам принесут тесные связи с коллегами из министерств здравоохранения в других странах их региона, а также в других регионах.

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ И КРУГ ВЕДЕНИЯ КООРДИНАТОРОВ ПО ВОПРОСАМ НАСИЛИЯ И ТРАВМАТИЗМА НА БАЗЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основные виды умений и навыков координаторов при министерстве здравоохранения включают способность:

- достигать результатов;
- адаптироваться в меняющихся условиях;
- поощрять интеграцию и взаимодействие в коллективе;
- добиваться эффективного использования ресурсов;
- содействовать многоотраслевому партнерским связям;
- доводить программы предупреждения травматизма до успешного завершения;
- поощрять инновации;
- уважительно относиться к различиям между людьми и культурами;
- служить примером для других.

Координаторам при министерстве здравоохранения принадлежит определенная роль как на уровне страны, так и на международном уровне. Эта роль описана ниже.

Роль на уровне страны:

- выявлять ключевые фигуры в области предупреждения травматизма и насилия как на уровне страны, так и на местном уровне и содействовать привлечению их к работе;
- способствовать работе по предупреждению травматизма и насилия внутри министерства и совместно со сторонними партнерами;
- добиваться того, чтобы предупреждение травматизма и насилия стало неотъемлемой частью национальных и местных планов и стратегий в области общественного здравоохранения;
- осуществлять руководство изданием и распространением соответствующих документов, в том числе национальных докладов;

- возглавлять разработку национального плана действий;
- координировать на уровне страны усилия по сбору и распространению данных и другой информации, имеющей отношение к данной проблематике;
- способствовать осуществлению и оценке эффективности успешно зарекомендовавших себя программ профилактики;
- анализировать предоставление медико-санитарных услуг и предлагать улучшения, направленные на то, чтобы оказывать жертвам оптимальную поддержку.

Функции на международном уровне:

- содействовать осуществлению соответствующих международных и региональных программно-стратегических мер и стратегий и помогать вести мониторинг хода их осуществления;
- выступать в качестве национального пункта связи с соответствующими программами ВОЗ;
- координировать распространение международной информации;
- координировать представление ответов страны при проведении международных обследований;
- обмениваться опытом, полученным в ходе разработки, реализации, мониторинга и оценки эффективности национальных программ и мероприятий;
- поощрять активное участие страны в деятельности по предупреждению травматизма и насилия на международном уровне – например, путем проведения в стране встреч или поддержки резолюций.

2.2 МЕСТО В СТРУКТУРЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Подразделения, занимающиеся мероприятиями по предупреждению травматизма и насилия, могут располагаться в разных местах в структуре министерства. Часто такое подразделение может действовать в составе более широкой программы, посвященной борьбе с неинфекционными заболеваниями. В других министерствах оно создается на базе управления по укреплению здоровья, психическому здоровью или эпидемиологии. Но где бы оно ни находилось, министерство прежде всего должно признать особый характер и потребности программ предупреждения травматизма и насилия. После того, как программе предупреждения травматизма и насилия определено место в структуре министерства, она должна согласовывать свою деятельность со всеми другими заинтересованными отделами и управлениями. К их числу относятся управления или отделы укрепления здоровья, охраны здоровья детей и подростков, охраны здоровья женщин, психического здоровья, охраны здоровья в школах, проблем старения, гигиены окружающей среды, эпидемиологического надзора за заболеваниями, эпидемиологии и клинических служб.

До сих пор не прекращаются споры о целесообразности объединения вопросов предупреждения травматизма и насилия в одном подразделении. С одной стороны, есть очевидные преимущества в объединении этой деятельности. Например, сбор данных от отделения скорой помощи с точки зрения затрат будет более эффективен, если в нем в одну систему объединен надзор за умышленными и неумышленными травмами. Лечение последствий как насилия, так и травматизма часто осуществляется в одних и тех же лечебных учреждениях или их отделениях. Кроме того, у насилия и травматизма общие факторы риска, такие, как потребление алкоголя, с которыми легче бороться совместными усилиями.

С другой стороны, некоторые вопросы требуют таких ответных мер, которые присущи работе по предупреждению только травматизма или только насилия. Например, предупреждение дорожно-транспортного травматизма требует участия иных секторов, чем в случае предупреждения жестокого обращения с детьми. Во многих странах оба эти вопроса находятся в ведении одного и того же лица, однако в некоторых странах есть два координатора – один по вопросам предупреждения насилия, другой по вопросам предупреждения травматизма. Каждое министерство здравоохранения, исходя из условий в стране, должно решить, объединять их в один отдел или же держать их раздельно. Но даже если они и будут разделены, между отделом, занимающимся вопросами насилия, и отделом травматизма должны существовать прочные связи.

2.3 ВКЛЮЧЕНИЕ В ГОСУДАРСТВЕННЫЕ СТРАТЕГИИ И ПЛАНЫ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Поскольку травматизм и насилие входят в число основных причин заболеваемости и смертности, их профилактика должна быть включена во все государственные планы здравоохранения и развития. Программно-стратегические документы, исходящие от министерств здравоохранения, должны систематически включать в себя стратегии и цели предупреждения травматизма и насилия.

2.4 ФИНАНСИРОВАНИЕ

Отделу предупреждения травматизма и насилия должны выделяться средства на проведение мероприятий в размере, соответствующем масштабам и приоритетности планируемых мероприятий. Эти средства должны быть включены в основной бюджет министерства здравоохранения, и при их выделении должны учитываться масштабы проблемы и возможность предупреждения. В странах, получающих международную помощь на цели развития, заявки на выделение финансовой помощи могут также включать помощь на мероприятия по предупреждению травматизма. Учреждения по оказанию помощи на цели развития в таких странах, как Австралия, Бельгия, Канада, Нидерланды, Норвегия и Швеция, в прошлом поддерживали целый ряд подобных мероприятий. Также мероприятия по предупреждению травматизма и насилия пользуются поддержкой учреждений системы ООН (в том числе Программы развития ООН, Детского фонда ООН, Фонда ООН для развития в интересах женщин и ВОЗ), Всемирного банка и других международных банков развития и некоторых фондов (таких, как «Институт открытого общества» и Фонд ФИА «Автомобиль и общество»).

ВРЕЗКА 3: ПРИНЯТИЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НАСИЛИЯ И ТРАВМАТИЗМА В МАЛАЙЗИИ

В августе 2003 г. заместитель министра здравоохранения Малайзии в ответ на резолюцию ВАО о выполнении рекомендаций, содержащихся в «Докладе о насилии и здоровье в мире» объявил «Глобальную кампанию по предупреждению насилия: ответ Малайзии». При этом министерство здравоохранения расширило существующую национальную программу Малайзии по предупреждению травматизма, включив в нее предупреждение насилия. Созданный в результате отдел по предупреждению насилия и травматизма на базе отделения борьбы с заболеваниями главного управления общественного здравоохранения тесно сотрудничает с другими секторами в деятельности по уменьшению частоты насилия и травматизма и улучшению качества услуг, предоставляемых пострадавшим.

ВРЕЗКА 4: ПРИНЯТИЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НАСИЛИЯ И ТРАВМАТИЗМА В БЫВШЕЙ ЮГОСЛАВСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ МАКЕДОНИЯ

В июне 2005 г. после проведенных ранее дискуссий по программно-стратегическим вопросам в ходе национальной презентации «Доклада о насилии и здоровье в мире» в 2003 г. Бывшая Югославская Республика Македония объявила о создании Национальной комиссии по предупреждению насилия. Во главе комиссии стали министерство здравоохранения и департамент по борьбе с травматизмом и насилием и их предупреждению. В комиссию, на которую возложены обязанности по предупреждению насилия и защите населения от последствий насилия, входят представители министерств здравоохранения, внутренних дел, юстиции, образования и науки, труда и социальной политики, а также Македонского национального телевидения и ряда неправительственных организаций. Деятельность комиссии строится на серии проектов по предупреждению насилия, осуществляемых на уровне страны и на местном уровне.



Стратегии и планирование

Большое значение для обеспечения грамотного планирования, координации и осуществления мероприятий имеют программно-стратегические документы, такие, как национальные стратегии и планы действий. При разработке планов необходимо принимать во внимание несколько вопросов.

- В каждый национальный план, касающийся общественного здравоохранения, должен быть включен раздел о предупреждении травматизма и насилия.
- Каждое министерство здравоохранения должно разработать национальный план действий по предупреждению насилия и травматизма. В этом документе должны быть четко определены планируемые мероприятия министерства и их конкретные результаты и должно содержаться больше подробностей, чем можно указывать в общем плане общественного здравоохранения.
- По возможности желательно также иметь дополнительный план действий, в котором определяется сотрудничество между секторами. Подобный план должен быть разработан представителями заинтересованных секторов, таких, как здравоохранение, транспорт, юстиция и образование, и в нем должны быть указаны действия и результаты, которые необходимо получить в каждом из этих секторов, чтобы таким образом облегчить сотрудничество между различными министерствами.

3.1 РАЗРАБОТКА ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ ДЛЯ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Разработку плана действий для сектора здравоохранения должно возглавить министерство здравоохранения. Опыт показывает, что процесс разработки программно-стратегического документа национального или местного масштаба так же важен, как и сам документ. В этом процессе должны участвовать представители государственных и негосударственных организаций, научных кругов и всех других заинтересованных секторов. Процесс хорошо начинать с оценки проводимых в настоящее время мероприятий по профилактике, недостатков в этой работе, имеющихся данных и основных лиц и групп, участвующих в профилактике. Некоторые страны, такие, как Бельгия, Коста-Рика, Непал и Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, решили обобщить результаты оценки в национальном докладе. Такой документ может лечь в основу формирования государственной политики и послужить целям повышения информированности.

Для составления национального плана действий требуется провести дискуссии о дефинициях, целях и показателях. Этот план должен охватывать все темы, имеющие отношение к делу: сбор данных, оказание услуг пострадавшим, профилактику, укрепление организационно-кадрового потенциала и агитационно-пропагандистскую работу. В некоторых странах особое внимание нужно уделять тому, чтобы разрозненные меры по предупреждению таких явлений, как жестокое обращение с детьми, насилие в отношении женщин, дорожно-транспортный травматизм и суицид, были в достаточной степени включены в более широкие программы предупреждения насилия и травматизма. Во всех планах действий должны учитываться различия в потребностях женщин, мужчин и детей – жертв насилия и травматизма. Дополнительную информацию о выработке политики можно найти в публикации ВОЗ «Выработка стратегий по предупреждению травматизма и насилия: методические рекомендации для лиц, разрабатывающих политику и планы».

3.2 МНОГООТРАСЛЕВЫЕ ПЛАНЫ ДЕЙСТВИЙ

В идеале странам также следует разработать план действий, которым можно было бы руководствоваться в процессе сотрудничества между сектором здравоохранения и другими секторами. К этим секторам относятся транспорт, юстиция, образование, труд, финансы, правоохранительный сектор и социальное обеспечение, каждому из которых принадлежит важная роль в предупреждении травматизма и насилия. Координация действий этих различных секторов – задача отнюдь не простая, особенно в странах, где многоотраслевые проекты являются редкостью. Однако выполнение именно этой задачи и может в значительной степени облегчить министерство здравоохранения, для чего ему необходимо поддержать совместную разработку такого плана действий, в котором формально закрепляется роль различных ведомств в работе по предупреждению насилия и травматизма.

Потребность в такой работе, в которую вовлечено сразу несколько секторов, уже давно признается в других областях общественного здравоохранения. Например, в области профилактики малярии министерство здравоохранения должно взаимодействовать с министерством общественных работ в осушении болот. Какого-либо одного подхода к решению этой задачи нет, и ответ на вопрос о том, с кем и как сотрудничать, всегда зависит от конкретного проекта, который предстоит осуществлять. Например, совместные усилия могут быть эффективнее, если вначале разослать доклады отдела министерства здравоохранения по предупреждению насилия и травматизма другим заинтересованным министерствам и провести в других министерствах обучение их сотрудников с целью повышения уровня знаний и информированности о тех областях, в которых планируется сотрудничество. Координаторы и отделы по предупреждению насилия и травматизма должны составить перечень программных вопросов, для решения которых могла бы быть наиболее полезной более широкая поддержка, и систематически поддерживать сотрудничество по этим вопросам с другими секторами.

3.3 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Для того, чтобы реально предупреждать насилие и травматизм, нужны не только планы действий, но и законы. Благодаря квалификации своих сотрудников, имеющих в его распоряжении данные и своей роли в лечении пострадавших, министерство здравоохранения является именно той организацией, которая должна поддерживать разработку законодательства и поощрять его неуклонное исполнение. Эта роль более подробно описывается в разделе 8.

ВРЕЗКА 5: УСПЕХ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БРАЗИЛИИ В СОДЕЙСТВИИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О БЕЗОПАСНОСТИ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ

В Бразилии в период с 1991 по 1997 г. министерством здравоохранения был зафиксирован резкий рост смертности от автомобильных аварий. В ответ на это в 1998 г. законодатели ввели новый бразильский дорожно-транспортный кодекс, по которому было ужесточено наказание за нарушения, допускаемые водителями, а административные штрафы стали перечисляться в бюджет местных органов власти. С 1998 по 2001 г. показатели смертности от дорожно-транспортного травматизма заметно снизились. Последующий анализ показал, что новый кодекс за этот период по всей стране спас жизнь 5000 человек. В 2001 г. была принята «Национальная политика снижения заболеваемости и смертности от несчастных случаев и насилия», которая позволила министерству здравоохранения строить дальнейшие усилия по предупреждению насилия и дорожно-транспортных происшествий на том фундаменте, который был заложен новым дорожно-транспортным кодексом Бразилии.

Важнейшие публикации, касающиеся стратегии и планирования

«Выработка стратегий по предупреждению травматизма и насилия: методические рекомендации для лиц, разрабатывающих политику и планы». Женева, ВОЗ, 2005. <http://www.who.int/violence_injury_prevention/policy/project/en/index.html>

Примеры более 200 имеющихся планов действий можно найти по ссылке <http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2>

Раздел 4

Сбор данных

4.1 ЗАЧЕМ НУЖНО СОБИРАТЬ ДАННЫЕ?

Для того, чтобы выработать действенные направления политики и стратегии решения проблемы травматизма и насилия, необходимо иметь понимание степени распространенности этой проблемы в стране. Когда такое понимание достигнуто, лица, вырабатывающие политику, в состоянии принимать решения, основанные на фактах, относительно приоритетов страны, учитывая необходимость выделения ресурсов на решение многих других проблем. Во многих странах для того, чтобы добиться политической воли, поддержки со стороны общественности и финансовых средств, необходимых для реализации программ, первостепенное значение имеет оценка масштабов травматизма и насилия. Точные данные также нужны для того, чтобы можно было оценить появляющиеся успехи и эффективность стратегий предупреждения травматизма и насилия с точки зрения затрат на их осуществление. Поскольку сбор данных может требовать немалых затрат, важно, чтобы то, что собирается в ходе такой работы, широко распространялось и активно использовалось для содействия усилиям по профилактике, а не хранилось в тайне или собиралось просто ради накопления статистики.

4.2 ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

Данные, касающиеся травматизма и насилия, можно получить из многочисленных государственных и негосударственных источников (см. врезку 6). В большинстве стран некоторые данные в наличии имеются – например, из системы регистрации актов гражданского состояния можно получить информацию о смерти. Хотя эти данные могут быть недостаточно подробными и часто в них занижаются реальные масштабы и последствия травматизма и насилия, они служат хорошей исходной точкой, так как указывают на ведущие причины смерти в масштабах страны. Часто для определения того, насколько точно существующие данные отражают величину проблемы, нужны дополнительные исследования.

Некоторые страны также могут иметь данные о факторах риска, создающих предрасположенность определенных лиц или групп к тому, чтобы страдать от насилия или травматизма, или к совершению насилия. Потенциальными источниками данных являются такие государственные ведомства,

© P. Viot/WHO



ВРЕЗКА 6: ВОЗМОЖНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ О ТРАВМАХ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ И ТЯЖКИХ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Главными возможными источниками данных о травмах с летальным исходом и тяжелых телесных повреждениях являются:

- протоколы вскрытия трупов или патологоанатомические заключения;
- полицейские протоколы;
- журналы регистрации травм в отделениях скорой помощи;
- истории болезни стационарных больных;
- журналы регистрации травм;
- журналы станций скорой помощи;
- обследования местного населения или домашних хозяйств;
- отчеты министерства транспорта;
- учетные документы компаний, страхующих автомобили;
- учетные документы по технике безопасности или пособиям по несчастным случаям на производстве;
- центры реабилитации;
- национальные системы страхования.

как министерства транспорта, образования, социального обеспечения, труда, юстиции и полиции, а также национальные органы статистики. Поскольку у каждой системы данных есть свои недостатки, лучше всего собирать и согласовывать данные из нескольких таких систем.

4.3 РОЛЬ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СБОРЕ ДАННЫХ

Благодаря уникальной возможности иметь доступ к жертвам травматизма и насилия, министерство здравоохранения играет центральную роль в сборе данных. Без данных от министерства здравоохранения национальная статистика по травматизму и насилию чаще всего бывает сильно заниженной. В идеале министерство здравоохранения и учреждения, являющиеся его партнерами, должны собирать следующую информацию, причем желательно так, чтобы можно было осуществлять разбивку данных по возрасту, полу и причине травмы:

- случаи смерти от травм и насилия;
- травмы с нелетальным исходом;
- инвалидность в результате всех форм травматизма и насилия;
- отрицательные последствия для здоровья помимо травм в результате насилия и травматизма;
- географическое распределение, условия и обстоятельства происшествий;
- экономические последствия травматизма и насилия, в том числе издержки, понесенные системой здравоохранения.

Прекрасной исходной точкой могут служить системы записи актов гражданского состояния, в которых регистрируются все случаи смерти. Министерство и учреждения, являющиеся его партнерами, должны способствовать обмену данными между секторами и открыто публиковать результаты своих исследований, чтобы таким образом помочь активизировать работу по предупреждению.

Кроме данных о травматизме и насилиии министерство здравоохранения также должно собирать информацию о видах и распределении имеющихся услуг и о численности больных, охваченных этими услугами. После этого министерство может использовать эти данные для оценки того, что необходимо и чего по-прежнему не хватает в плане услуг, учитывая имеющуюся подробную информацию о травматизме и насилиии. Иногда министерство может само собирать данные. В других случаях оно может организовать эту работу, создав группу экспертов и поддерживая их исследования.

4.4 СОЗДАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ ПО ТРАВМАТИЗМУ

Страны, в которых нет специальных систем эпиднадзора за травматизмом, могут, тем не менее, использовать указанные выше источники данных для изучения степени распространенности травматизма и характера травм и для отслеживания тенденций травматизма во временном разрезе. Кроме того, если приложить незначительные усилия и затратить небольшие дополнительные средства (а то и вовсе без дополнительных затрат), можно использовать некоторые из этих источников данных в качестве основы для постоянно действующей системы эпиднадзора за травматизмом. Для этой цели основными источниками информации являются данные, содержащиеся в свидетельствах о смерти, истории болезни стационарных больных и журналы отделений скорой помощи. При поддержке Центров США по контролю заболеваемости ВОЗ разработала «Методические рекомендации по эпиднадзору за травматизмом», которые доступны в режиме он-лайн. В них поэтапно описывается, как создавать такие системы эпиднадзора. Когда используются данные, основанные на статистике стационаров, опыт многих стран показывает, что лучше всего приступить к созданию системы с эксперимента по ее апробации в одной из крупных больниц, а затем вносить изменения в форму сбора данных и распространять эту систему на другие больницы. Министерства здравоохранения во многих странах мира уже воспользовались этими рекомендациями при создании информационных систем по травматизму. Например, в Парагвае информационная система охватывает как частные, так и государственные лечебно-профилактические учреждения. В Южной Африке создана система эпиднадзора за травмами с летальным исходом (см. врезку 7), а в Омане система эпиднадзора за травмами включает не только данные, полученные от медицинских учреждений, но и данные от страховых компаний и полиции.

Имеющиеся источники данных часто занижают показатели распространенности травматизма, и тому есть несколько причин. Среди них и тот факт, что о многих травмах не сообщается в полицию. В некоторых странах в государственных учреждениях официально регистрируется только 10-20% случаев смерти любого вида, и при многих травмах, даже тяжелых, медицинской помощи в официальных медицинских учреждениях не оказывается. Данные, поступающие от больниц – как из обычных стационарных отделений, так и из отделений скорой помощи – также не включают людей, которые не обращаются за медицинской помощью. Именно так обстоит дело со многими жертвами жестокого обращения с детьми, насилия в отношении интимных партнеров и сексуального

насилия и жестокого обращения с пожилыми людьми. Поэтому рекомендуется время от времени проводить обследования домашних хозяйств. Для того, чтобы провести обследование домашних хозяйств, министерства здравоохранения могут использовать методические рекомендации «*Проведение обследований травматизма и насилия среди населения*», разработанные ВОЗ. Как вариант, они могут включить вопросы о травматизме в национальное Демографическое и медико-санитарное исследование (см. врезку 8), чтобы таким образом дополнить данные из больниц и из других имеющихся источников.

Для того, чтобы получить более полное понимание отдельных форм насилия, таких, как жестокое обращение с детьми, насилие в отношении интимных партнеров и сексуальное насилие и жестокое обращение с пожилыми людьми, могут понадобиться специальные обследования. Несколько стран – среди них Камбоджа, Колумбия, Доминиканская Республика, Гаити, Перу и Замбия – включили в свои национальные медико-санитарные исследования блок вопросов о насилии против женщин. Полезными методическими руководствами в этой области являются такие документы, как «*Исследование насилия против женщин: практическое руководство для исследователей и активистов*» и «*Предупреждение жестокого обращения с детьми: руководство по принятию мер и сбору фактических данных*».

Данные всегда следует представлять с разбивкой по возрасту и полу, чтобы обеспечить максимально полное понимание проблемы. Также данные можно регистрировать по категориям населения, которые известны как группы повышенного риска – это такие категории, как, например, коренные народы, лица с низким социально-экономическим статусом или инвалиды. Перечень таких уязвимых категорий в разных странах бывает разным. Бесценными для агитационно-пропагандистской работы министерства здравоохранения также будут данные о медицинских и социальных издержках, связанных с травматизмом. Такой анализ уже был проведен многими странами с высоким уровнем доходов (см. врезку 9). Какой бы метод сбора данных ни использовался, полезным руководством и для разработки самого вопросника, и для последующей классификации данных является «*Международный классификатор внешних причин травматизма*».

4.5 ДОПОЛНЕНИЕ ИМЕЮЩЕЙСЯ ИНФОРМАЦИИ РЕЗУЛЬТАТАМИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В большинстве стран отсутствует информация о факторах риска, детерминантах поведения, уровнях информированности и субъективного восприятия риска и о готовности изменить

поведение. Эпиднадзор и обследования тоже не могут дать всей необходимой информации о факторах риска, как не в состоянии они проверить эффективность передовых методов работы или вмешательств. Поэтому эти системы необходимо дополнять строгими научными исследованиями. И хотя обычно министерство здравоохранения само таких исследований не проводит, оно должно поддерживать их, сотрудничая с авторитетными научными учреждениями, такими, как факультеты или университеты общественного здравоохранения, которые могут выполнять эту работу.

4.6 СОСТАВЛЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ДАННЫХ

Способность некоторых министерств собирать данные жестко ограничена из-за отсутствия ресурсов. Тем не менее, должна существовать возможность по крайней мере собрать существующие данные в других министерствах и из других источников. Данные часто существуют, но лежат без какого-либо анализа и остаются невостребованными. А ведь такие данные – особенно о ведущих причинах смерти, обращениях в отделения скорой помощи и экономических издержках – могут быть собраны без особых затрат и преобразованы в материал, имеющий большую силу, демонстрирующий потребность в мерах профилактики.

ВРЕЗКА 7: СИСТЕМА ЭПИДНАДЗОРА ЗА ТРАВМАТИЗМОМ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ В ЮЖНОЙ АФРИКЕ

Министерство здравоохранения Южной Африки поручило Совету по медицинским исследованиям создать Национальную систему эпиднадзора за смертностью от травматизма. Информация собирается обо всех случаях смерти от противостественных причин, при которых обязательно проведение патологоанатомического исследования, в 35 судебно-медицинских центрах в семи провинциях страны. Ссылки на данные, получаемые из этой системы, имеются в национальной базе данных по токсикологии. Получаемая информация – после проведения анализа и представления в виде ежегодного доклада о травматизме с летальным исходом в Южной Африке – кладется в основу политики и деятельности по предупреждению травматизма.

Дополнительную информацию см. в <<http://www.sahealthinfo.org/violence/nimss.htm>>

ВРЕЗКА 8: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУЩЕСТВУЮЩИХ МЕХАНИЗМОВ СБОРА ДАННЫХ В МОЗАМБИКЕ

В 2003 г. министерство здравоохранения Мозамбика обратилось с просьбой о включении в Демографическое и медико-санитарное исследование блока вопросов о травматизме. Было включено тринадцать вопросов, касающихся травматизма и насилия, которые сформулировало министерство. Всего в стране было опрошено 12315 домашних хозяйств в городах и сельских районах. Около 3% домашних хозяйств сообщили, что за период 30 дней, предшествующих опросу, один из членов семьи получил травму. На основании результатов обследования были получены показатели травматизма с летальным и нелетальным исходом, которые используются для целей агитационно-пропагандистской и профилактической работы. Эти данные также можно сравнивать с показателями, получаемыми в ходе последующих обследований, чтобы оценить влияние предпринимаемых мер.

ВРЕЗКА 9: ГОЛЛАНДСКАЯ МОДЕЛЬ «БРЕМЯ ТРАВМАТИЗМА»

В Нидерландах министерство здравоохранения выступило головной организацией при разработке модели «Бремя травматизма», в основу которой положена голландская система эпиднадзора за травматизмом, ведущая учет травм, регистрируемых репрезентативными отделениями скорой помощи в Нидерландах. Эта модель позволяет измерять потребление услуг медико-санитарной помощи, невыходы на работу и прямые и косвенные медицинские издержки, а также изменения качества жизни у всех больных с травмами, которые лечились в отделении скорой помощи, начиная с момента получения травмы до выздоровления или смерти. Информация берется из стандартных журналов учета медико-санитарной помощи и из специально проводимого обследования врачебного наблюдения больных и организуется по группам больных. Эти группы имеют общие характеристики, такие, как возраст, пол и степень тяжести травмы, которые позволяют прогнозировать потребление медико-санитарных услуг, невыходы на работу и качество жизни. Эту ценную информацию министерство здравоохранения использует для установления приоритетов в предупреждении травматизма.

Важнейшие публикации, касающиеся сбора данных

Ellsberg M, Heise L. *Researching violence against women: a practical guide for researchers and advocates*. Geneva, WHO, 2005. <<http://www.who.int/gender/documents/en/>>

Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, WHO, 2001. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_VIP_01.02.pdf>

Conducting community-based injury and violence surveys. Geneva, WHO, 2004. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546484.pdf>>

WHO–ISPCAN. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva, WHO, 2006. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf>

ICECI Coordination and Maintenance Group. *International Classification of External Causes of Injuries (ICECI)*. Consumer Safety Institute, Amsterdam; and AIHW National Injury Surveillance Unit, Adelaide, 2004. <<http://www.iceci.org>>

Службы помощи

Люди, пережившие травмы или насилие, часто нуждаются в экстенсивном лечении и уходе – это необходимо для того, чтобы не дать им умереть или стать инвалидами и обеспечить возможность их выздоровления и реабилитации.

В большинстве стран ответственность за планирование и предоставление таких услуг возложена на министерство здравоохранения. Для того, чтобы улучшить исходы лечения, необходимо обеспечить полный спектр услуг – от добольничной помощи до помощи в стационарных лечебных учреждениях (включая клиники и больницы, предоставляющие как первичную неотложную помощь, так и последующее кардинальное лечение) и далее до услуг по реабилитации, социальной реинтеграции и выздоровлению. Пока такие услуги доступны не везде, и министерствам здравоохранения необходимо сосредоточить усилия на улучшении доступа к ним.

5.1 ДОБОЛЬНИЧНАЯ ПОМОЩЬ

Последствия тяжелых травм или насилия – включая смерть, инвалидность и продолжительную болезнь – часто можно предупредить, если оказать незамедлительную и грамотную добольничную помощь при травме. Добольничная помощь охватывает услуги, оказываемые на месте, где случилась травма, и перевозку пострадавшего в лечебное учреждение. Она включает как формальные услуги скорой помощи (они доступны менее, чем половине населения земного шара), так и неформальные системы. При неформальных услугах пострадавшие или больные перевозятся в места оказания медико-санитарной помощи случайными свидетелями, родственниками, водителями коммерческого транспорта и другими лицами, при этом иногда также оказывается первая помощь. Министерства здравоохранения должны помогать различным секторам, а также местным сообществам укреплять системы добольничной помощи и добиваться того, чтобы они полностью интегрировались в другую инфраструктуру общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи.

Все формальные службы неотложной медицинской помощи как в государственном, так и в частном секторе должны включать следующие элементы:

- минимальные стандарты обучения и аттестации персонала;
- минимальные стандарты оснащенности оборудованием и материалами;
- методы достижения соответствия и повышения этих минимальных стандартов;
- достаточное число станций и дежурных бригад скорой помощи;
- надлежащее административное руководство, включая контроль за повышением качества и медицинский надзор за работой немедицинского персонала;
- координация работы различных служб скорой помощи, действующих в данном районе;
- координация служб скорой медицинской помощи с другими системами реагирования на чрезвычайные ситуации, включая пожарные и полицейские службы;
- сбор данных для целей эпиднадзора за травматизмом.

В районах, где нет формальных служб скорой медицинской помощи, министерства здравоохранения могут, в зависимости от обстоятельств, либо использовать и развивать дальше существующие неформальные системы, либо создать новую формальную службу. Экспериментальные программы в нескольких странах показали потенциальные преимущества использования существующих неформальных систем. Так было в случае обучения оказанию первой помощи водителей коммерческого автотранспорта в Гане в районах, где водители отвозят пострадавших в больницы, а также в случае обучения и оснащения сельских медицинских работников в Камбодже и их интеграции в сети добольничной помощи. Поскольку формальные службы скорой медицинской помощи могут стоить недешево, прежде, чем создавать новые системы, следует всесторонне обдумать вопросы, связанные с затратами и возможностью поддерживать эти системы. Необходимо всегда оценивать эффективность и вести мониторинг работы формальных служб скорой медицинской помощи. Помимо скорой помощи, оценка и мониторинг должны также охватывать действия сети других служб экстренного реагирования, таких, как полиция и пожарная служба, и даже обычных граждан. Методические рекомендации для министерств здравоохранения по этим вопросам содержатся в документе «Системы добольничной помощи при травмах».

5.2 ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Благодаря улучшению организации и планирования помощи при травмах, можно достичь вполне приемлемых минимальных уровней помощи жертвам травматизма и насилия и уменьшить число случаев смерти от причин, поддающихся медицинской профилактике. Для того, чтобы улучшить организацию и планирование, министерства здравоохранения должны сосредоточить усилия на следующих элементах:

- **Принятие базового набора обязательных услуг по оказанию помощи при травмах.**
Для всех пострадавших, получающих лечение в учреждениях, подчиняющихся министерству здравоохранения, должен быть определен и обеспечен базовый набор обязательных услуг по оказанию помощи при травмах. Такие обязательные услуги и ресурсы, необходимые для того, чтобы они предоставлялись надлежащим образом, описываются в *«Руководстве по обязательным видам помощи при травмах»*, разработанном ВОЗ.
- **Обучение.** В качестве базовых видов умений и навыков в учебные планы учебных заведений, готовящих врачей, медсестер и специалистов других медико-санитарных профилей, должны быть включены навыки оказания обязательных видов помощи при травмах. Следует содействовать обучению приемам и способам помощи при травмах в порядке повышения квалификации и сделать такое обучение обязательным для всех практикующих специалистов, регулярно оказывающих помощь при травмах.
- **Программы повышения качества.** Такие программы должны быть введены для того, чтобы обеспечить достаточно высокое качество предусмотренных минимальных кадровых и физических ресурсов и незамедлительный доступ к ним для всех, кто в них нуждается. Программы повышения качества помощи при травмах сегодня встречаются редко, поэтому министерства здравоохранения должны уделить этому вопросу первоочередное внимание.
- **Согласованность действий между лечебно-профилактическими учреждениями.** Следует улучшать согласованность действий между лечебно-профилактическими учреждениями, для чего необходимо принять протоколы перевода больных из одного стационара в другой и унифицировать критерии для направления пострадавших от травм в учреждения более высокого уровня помощи.

5.3 СЛУЖБЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ

Независимо от того, как были получены травмы, все пострадавшие нуждаются в широком спектре комплексных реабилитационных услуг для минимизации их функциональной нетрудоспособности и ускорения возвращения к активной жизни. Такие услуги оказываются в нескольких областях за пределами медико-санитарной помощи и включают в себя физиотерапию, помощь в укреплении психического здоровья, юридические и судебно-медицинские услуги. Во многих странах низкое качество медико-правовой помощи приводит к тяжелым последствиям, в том числе к повторному травмированию пострадавшего, и подрывает достоверность судебно-медицинских доказательств. Министерства здравоохранения должны установить минимальные стандарты на эти услуги и на сотрудничество между оказывающими их службами.

Лица, имеющие физическую или умственную инвалидность, часто подвергаются дискриминации и в результате этого не имеют доступа к услугам. Министерства здравоохранения должны уделять особое внимание обеспечению доступности услуг для лиц, имеющих различные формы инвалидности, а также должны выступать лидерами в борьбе против социального отторжения и дискриминации инвалидов.

Особого внимания в ответных мерах, предпринимаемых сектором здравоохранения, также заслуживают специфические потребности жертв отдельных форм насилия – насилия в отношении интимных партнеров и сексуального насилия, плохого обращения с детьми, самопричиненного вреда и жестокого обращения с пожилыми людьми. Люди, испытавшие эти формы насилия, часто не желают обсуждать то, что с ними произошло, хотя в то же время они остро нуждаются в помощи по поводу нефизических последствий насилия, которому они подверглись. Должны быть разработаны официальные процедуры направления к специалистам и протоколы, определяющие взаимодействие с другими секторами и службами, в которых должны учитываться особые потребности как мужчин, так и женщин – жертв насилия. В одних случаях может быть целесообразно создать специализированные службы, предоставляющие медико-санитарные услуги жертвам особых категорий насилия, в других же ситуациях помощь может быть интегрирована в действующие службы и системы.

Министерства здравоохранения должны предпринять следующие шаги для укрепления служб реабилитации и интегрирования оказываемых ими услуг:

- **провести оценку** с целью определения нынешнего состояния реабилитационных услуг и выявления недостатков;
- **составить планы по устранению недостатков** – планы, которые могут включать обучение, принятие протоколов и оснащение основным оборудованием для реабилитации;
- **разработать процедуры систематического направления к специалистам** для улучшения согласованности между службами физического и психического здоровья, юридическими и другими реабилитационными службами. Там, где есть возможность, оказание услуг должно быть интегрировано в одном месте. Услуги, оказываемые пострадавшим женщинам, могут быть интегрированы в услуги, связанные с репродуктивным здоровьем;
- **разработать национальные стандарты на услуги по реабилитации** и добиваться их обязательного соблюдения на различных уровнях помощи, включая предоставление как медицинской, так и медико-правовой помощи в случаях насилия;
- **обучить медицинских работников тому, как выявлять жертв насилия и предоставлять жертвам всеобъемлющую помощь** – включая обучение медицинских работников отделений скорой помощи, первичного звена медико-санитарной помощи, сферы репродуктивного здоровья, а также специализированных лечебно-профилактических учреждений, таких, как психиатрические учреждения.

ВРЕЗКА 10: УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КРИЗИСНЫЕ ЦЕНТРЫ ДЛЯ ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ В МАЛАЙЗИИ

В 1993 г. сотрудники отделений скорой помощи в г. Куала-Лумпур (Малайзия) создали первый в стране «Универсальный кризисный центр», в котором осуществляется согласованный многопрофильный комплекс мер помощи жертвам сексуального насилия. В следующем году Женским кризисным центром был создан аналогичный центр в другом районе Малайзии. Министерство здравоохранения поддержало инициативу по созданию обоих центров и в 1996 г. издало распоряжение всем государственным больницам организовать у себя универсальный кризисный центр. К 1998 г. в результате этого распоряжения и благодаря усилиям нескольких ведомств в государственных больницах по всей стране действовало 94 центра. Эти центры предоставляют медицинскую, психологическую, социальную, судебно-медицинскую и правовую помощь, и все это делается в одном, безопасном и уединенном месте.

ВРЕЗКА 11: РОЛЬ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЬЕТНАМА В УЛУЧШЕНИИ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ

В соответствии с Национальной политикой предупреждения несчастных случаев и травматизма Вьетнама на 2002-2010 гг., министерству здравоохранения поручена роль головной организации в укреплении служб помощи при травмах. С этой целью министерство перевело на вьетнамский язык опубликованные ВОЗ «Руководство по обязательным видам помощи при травмах» и «Системы добровольной помощи при травмах». Затем с помощью этих переведенных методических руководств министерство провело оценку имеющихся в стране возможностей оказания помощи при травмах, и в результате были четко определены программные приоритеты. Одним из основных приоритетов было добиться оснащенности некоторыми необходимыми, но недорогими видами оборудования и материалов, главным образом за счет совершенствования организации и планирования. Министерство здравоохранения также содействует созданию новых служб добровольной помощи в рамках своего проекта по улучшению координации на уровне местных сообществ в вопросах направления больных в отделения скорой помощи и травматологические отделения. В результате осуществления этого проекта в экспериментальных системах скорой медицинской помощи в нескольких провинциях улучшились подготовка персонала, материально-техническое снабжение и связь.

Важнейшие публикации, касающиеся служб оказания помощи пострадавшим

Prehospital trauma care systems. Geneva, WHO, 2005. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159294X.pdf>>

Guidelines for essential trauma care. Geneva, WHO, 2004. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546409.pdf>>

Раздел веб-сайта ВОЗ, касающийся служб оказания помощи пострадавшим, содержит отчеты нескольких стран, документы и другие публикации, необходимые для улучшения помощи при травмах. Он находится на: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/services/traumacare/en/index.html>

Профилактика

В профилактике усилия сосредоточены на выявлении мер, позволяющих удерживать людей от совершения актов насилия и не допустить наступления событий, ведущих к непреднамеренным травмам. Она достигается путем устранения или уменьшения коренных причин и факторов риска. Действенная профилактика спасает жизни людей, снижает инвалидность и другие отрицательные последствия для здоровья, и при этом появляется все больше доказательств эффективности затрат на ее осуществление.

Цели предупреждения насилия и травматизма, таким образом, очень похожи на цели других программ, осуществляемых в общественном здравоохранении, например, программ профилактики ВИЧ/СПИДа, малярии и заболеваний, обусловленных курением.

6.1 РОЛЬ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ДРУГИХ СЕКТОРОВ

Общим признаком, свойственным предупреждению насилия и травматизма и другим приоритетным задачам общественного здравоохранения, также является тот факт, что решения обычно требуют привлечения к работе целого ряда секторов – ведь речь идет о коренных экономических, социальных, правовых и экологических причинах. Сектор здравоохранения часто занимает наиболее выгодное положение для того, чтобы координировать или по крайней мере облегчать такую работу с участием разных секторов. Например, профилактика заболеваний, обусловленных курением, является обязанностью сектора общественного здравоохранения, однако осуществление профилактических мер вмешательства требует участия таких секторов, как сельское хозяйство, промышленность, торговля, рестораны и гостиницы, развлечения, реклама и средства массовой информации. Что касается предупреждения насилия и травматизма, тут к числу заинтересованных секторов относятся уголовное правосудие, образование, социальное обеспечение, транспорт, жилищный сектор, торговля и СМИ, а также общественные объединения, представляющие интересы жертв или других групп общества. В зависимости от конкретного аспекта профилактики, роль сектора здравоохранения по отношению к другим секторам будет меняться. В вопросах отравления, пожаров, утопления и падений сектор здравоохранения, скорее всего, будет играть роль ведущего в координации, реализации и мониторинге предпринимаемых ответных мер. Что же касается насилия и дорожно-транспортного травматизма, то здесь, напротив, роль сектора здравоохранения может колебаться от руководящей (в случае профилактики суицида) до агитационно-пропагандистской работы и оценки (в случае законов о содержании алкоголя в крови), тогда как более главенствующую роль в реализации часто играют система уголовного правосудия и министерство транспорта.

6.2 ЧЕТЫРЕХСТУПЕНЧАТЫЙ ПОДХОД С ПОЗИЦИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Независимо от того, какие секторы вовлечены в стратегию профилактики, моделью для планирования, оценки эффективности и мониторинга мер вмешательства служит четырехступенчатый подход с позиции

РИСУНОК 1. ПОДХОД С ПОЗИЦИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



1 ступень: Сбор данных о величине, характеристиках, степени распространенности и последствиях проблемы на местном уровне, на уровне страны и на международном уровне.

2 ступень: Выявление причин проблемы, а также факторов, ведущих к повышению или снижению чувствительности отдельного человека к проблеме, и изучение вопроса о том, как эти факторы можно изменять.

3 ступень: Планирование, реализация, мониторинг и оценка эффективности вмешательств, направленных на предупреждение проблемы, на основании информации, собранной на 1 и 2 ступенях.

4 ступень: Распространение информации об эффективности мер вмешательства; реализация эффективных мер вмешательства в более широких масштабах; оценка соотношения затрат и результатов вмешательств, осуществленных в более широких масштабах.

общественного здравоохранения. Независимо от того, применяется этот подход к предупреждению насилия или травматизма, он должен базироваться на высококачественной, достоверной информации. Поэтому необходимыми элементами успешного предупреждения насилия и травматизма являются: научные исследования, осуществляемый в порядке обычной практики сбор данных и мониторинг и оценка эффективности программ.



6.3 СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ

В таблице 2 перечислены некоторые меры вмешательства по предупреждению насилия и травматизма. Меры вмешательства сгруппированы по типу травм и проблем насилия, на которые они направлены. В таблице указывается эффективность каждой меры вмешательства в соответствии с нынешним уровнем знаний и роль сектора здравоохранения в планировании и реализации вмешательства. В таблицу включены только основные виды насилия и травм с летальным и нелетальным исходом. Однако получившие научную оценку меры вмешательства имеются для многих других видов травм, которые не приведены в таблице, например, профессиональные травмы и травмы, связанные с занятием спортом.

В таблице отмечается роль сектора здравоохранения в каждом вмешательстве, однако эта роль, как правило, меняется в зависимости от конкретных местных обстоятельств. В некоторых странах, например, обучение людей плаванию в целях предупреждения утопления может осуществляться под руководством сектора образования, а не здравоохранения. Исходные материалы для этой таблицы можно найти в “Докладе о насилии и здоровье в мире” и во “Всемирном докладе о предупреждении дорожно-транспортного травматизма”, а также в научной литературе.

ТАБЛИЦА 2: НЕКОТОРЫЕ МЕРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ НАСИЛИЯ И ТРАВМАТИЗМА С РАЗБИВКОЙ ПО ПРИЧИНАМ, ЭФФЕКТИВНОСТИ И РОЛИ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Вмешательство		Эффективность	Роль здравоохранения
ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ И НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ			
	Уменьшение доступности алкоголя в периоды повышенного риска	Перспективно	Ведущая
	Уменьшение экономического неравенства	Перспективно	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Укрепление систем социального обеспечения	Неясно	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Изолированные программы просвещения, посвященные только изменению рискованного поведения	Неэффективны	Не поощряются
ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ			
Жестокое обращение с детьми	Повышение качества дородового и послеродового ухода и улучшение доступа к нему	Перспективно	Ведущая
	Обучение лиц, оказывающих мед.помощь, методам выявления жестокого обращения с детьми	Неясно	Ведущая
	Программы посещений на дому	Эффективны	Ведущая
	Программы обучения родителей	Эффективны	Ведущая
Насилие в молодежной среде	Предупреждение непланируемой беременности	Перспективно	Ведущая
	Программы обучения жизненным навыкам	Эффективны	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Улучшение содержания дошкольного воспитания с целью укрепления привязанности к школе, повышения успеваемости и самооценки	Эффективно	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Семейная терапия для детей и подростков, входящих в группы повышенного риска	Эффективна	Ведущая
	Программы партнерства “Семья и школа”, способствующие вовлечению родителей	Перспективны	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Образовательные стимулы для старшеклассников, входящих в группы риска	Эффективны	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Посредничество и консультации со стороны лиц, находящихся в одинаковом положении	Неэффективны	Не поощряются
	Просвещение об опасностях употребления наркотиков	Неэффективно	Не поощряется
Насилие в отношении интимных партнеров и сексуальное насилие	Школьные программы предупреждения насилия при свиданиях	Эффективны	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Обучение лиц, оказывающих мед.помощь, выявлению насилия в отношении интимных партнеров и направлению пострадавших к специалистам	Неясно	Ведущая
Жестокое обращение с пожилыми людьми	Создание сетей социальной поддержки пожилых людей	Перспективно	Ведущая
	Обучение пожилых людей выполнению функций патронажного работника и компаньона лиц, подверженных повышенному риску стать жертвой насилия	Перспективно	Ведущая
	Выработка стратегий и программ улучшения организационной, социальной и физической среды в пансионатах для престарелых	Перспективно	Ведущая
Само-причиненное насилие	Ограничение доступа к средствам самопричиненного насилия, таким, как пестициды, лекарственные препараты и неогражденные возвышения	Эффективно	Ведущая
	Профилактика и лечение депрессии, злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами	Эффективны	Ведущая
	Меры вмешательства на базе школы, направленные на преодоление кризисных ситуаций, повышение самооценки и выработку навыков психосоциальной адаптации	Перспективны	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
Все виды насилия	Снижение спроса на огнестрельное оружие и его доступности	Перспективно	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Постоянные кампании профилактики во всех средствах массовой информации, направленные на изменение культурных норм	Перспективны	Ведущая

Вмешательство

Эффективность Роль здравоохранения

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ			
Дорожно-транспортный травматизм	Повышение возраста, по достижении которого разрешается управление мотоциклом и автомобилем, с 16 до 18 лет	Эффективно	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Принятие и строгое исполнение законов о предельных содержаниях алкоголя в крови	Эффективно	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Системы выдачи водительских удостоверений при условии окончания курсов	Эффективны	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Меры по снижению интенсивности дорожного движения	Эффективны	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Включение подфарников на мотоциклах при езде в светлое время суток	Эффективно	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Принятие и строгое исполнение законов о ремнях безопасности	Эффективно	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Устройства, ограничивающие движения пассажиров-детей	Эффективны	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Принятие и строгое исполнение законов о защитных шлемах мотоциклистов	Эффективно	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
Пожары	Меры по снижению скорости движения	Эффективны	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Электрификация жилья	Перспективна	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Запрещение производства и продажи фейерверков	Перспективно	Ведущая
	Уменьшение хранения огнеопасных веществ в домашних хозяйствах	Перспективно	Ведущая
	Сигнализаторы и детекторы дыма	Перспективны	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Улучшение строительных нормативов	Перспективно	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
Отравление	Модификация изделий – например, керосинок, варочных сосудов и подсвечников	Перспективно	Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности
	Сосуды, которые не могут открыть дети	Эффективны	Ведущая
	Центры по контролю за ядами	Эффективны	Ведущая
	Улучшение способов хранения, касающееся как характера сосудов для хранения, так и места их размещения	Эффективно	Ведущая
	Использование этикеток с предупреждениями	Перспективно	Ведущая
Утопление	Использование персональных плавсредств	Эффективно	Ведущая
	Принятие и строгое исполнение законов об устройстве ограждений вокруг бассейнов	Эффективно	Ведущая
	Обучение плаванию	Эффективно	Ведущая
	Устройство крышек над водными резервуарами, такими, как колодцы	Эффективно	Ведущая
	Стандарты безопасности для плавательных бассейнов	Перспективны	Ведущая
	Четкие и простые указательные знаки	Перспективны	Ведущая
	Соответствующий уровень подготовки и оснащенности спасателей	Перспективен	Ведущая

продолжение на следующей странице

ТАБЛИЦА 2: продолжение

Вмешательство		Эффективность	Роль здравоохранения
НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ			
Падения	Устройства безопасности на окнах, например, оконные решетки в высотных зданиях	Эффективны	Ведущая
	Перила	Эффективны	Ведущая
	Ударопрочные материалы покрытия на игровых площадках	Эффективны	Ведущая
	Стандарты безопасности для оборудования игровых площадок	Перспективны	Ведущая
	Упражнения для укрепления мышц и тренировка равновесия для лиц пожилого возраста	Перспективны	Ведущая
	Ограничение и при необходимости модификация потенциальных опасностей в домах, где есть лица, входящие в группу риска	Перспективны	Ведущая
	Программы просвещения, поощряющие установку устройств безопасности для предупреждения падений	Перспективны	Ведущая

КЛЮЧ К ТАБЛИЦЕ**Эффективность:**

1. Эффективны: вмешательства, оценка которых проводилась по строгой научной методике и позволила получить доказательства профилактического эффекта.
2. Перспективны: вмешательства, оценка которых проводилась по строгой научной методике и позволила получить некоторые доказательства наличия профилактического эффекта, но еще необходима дополнительная проверка.
3. Неясно: вмешательства, оценка которых была проведена неудовлетворительно или которые остаются в целом не апробированными.
4. Неэффективны: вмешательства, оценка которых проводилась по строгой научной методике и неизменно показывала отсутствие профилактического эффекта или даже обострение данной проблемы в результате этих вмешательств. Следует отметить, что термин “неэффективны” используется только в отношении воздействия на предупреждение травматизма.

Роль сектора здравоохранения:

1. Ведущая: сектор здравоохранения несет основную ответственность за осуществление меры вмешательства и мониторинг ее воздействия на данную проблему.
2. Агитация и пропаганда, сотрудничество, оценка эффективности: основная ответственность за реализацию возложена на другой сектор, но сектор здравоохранения играет ключевую роль в призывах к осуществлению вмешательства, сотрудничает с другими секторами в его осуществлении и проводит мониторинг воздействия данного вмешательства.
3. Не поощряет: продолжение инвестиций в меры вмешательства, которые, согласно проведенной оценке, неэффективны или еще больше ухудшают ситуацию, является напрасной тратой и без того ограниченных ресурсов, а в тех случаях, когда вмешательство фактически ведет к обострению проблемы, наносит вред здоровью населения. Поэтому в отношении таких вмешательств роль министерства здравоохранения заключается в том, чтобы препятствовать их планированию и осуществлению каким бы то ни было сектором и предлагать альтернативы, если они есть. Однако, хотя сектор общественного здравоохранения и должен препятствовать подобным вмешательствам как средству предупреждения насилия и травматизма, они вполне могут быть эффективными в предупреждении других проблем общества или здоровья. Поэтому выражение “не поощряет” должно пониматься как заявление не об абсолютной эффективности этих программ, а лишь об их эффективности в контексте предупреждения травматизма и насилия.

6.4 ПОКАЗАТЕЛИ И МОНИТОРИНГ

С самого начала в национальные стратегии и планы должны быть включены меры по ведению мониторинга эффективности программ предупреждения насилия и травматизма. Критерии эффективности должны охватывать ближайшую, среднесрочную и долгосрочную перспективу. Особенно важно еще до реализации той или иной меры вмешательства измерить характеристики исходной ситуации.

Как и в случае других проблем общественного здравоохранения (например, ВИЧ/СПИДа, малярии и заболеваний, обусловленных курением), мониторинг на популяционном уровне обычно достигается установлением показателей, позволяющих отслеживать изменения в характере и степени распространенности как решаемой проблемы, так и факторов риска. Например, в случае ВИЧ можно измерять показатели частоты инфицирования и использования презервативов. В зависимости от статистики естественного движения населения и имеющихся информационных систем здравоохранения, в некоторых странах может оказаться возможным отслеживать показатели, используя информацию, собираемую в порядке обычной практики. В других странах, где информационные системы развиты меньше, а также для контроля показателей поведения, которые невозможно измерять с помощью таких систем, мониторинг осуществляется посредством периодически проводимых обследований на популяционной основе. Эти обследования включают такие методы, как изучение частоты случаев, когда люди становятся жертвами преступления, или обследование рискованного поведения молодых людей, а также проведение анализов на содержание алкоголя в крови пешеходов и водителей, выбираемых по случайному признаку. Благодаря разработке и мониторингу показателей на популяционном уровне, можно непрерывно получать информацию о тенденциях в проблемах, являющихся объектом вмешательства, и в факторах риска и защитных факторах. Получаемая таким образом информация позволяет измерять воздействие, которое оказывают конкретные стратегии и программы профилактики.

6.5 КОНСУЛЬТАЦИИ С РАЗЛИЧНЫМИ СЕКТОРАМИ

Для того, чтобы группы государственных и негосударственных партнеров в различных секторах вкладывали средства в ту или иную программу или стратегию предупреждения насилия или травматизма, необходимо проводить с ними консультации. Это в свою очередь поможет добиться лучшей согласованности в действиях

различных секторов. Привлечение к работе каждого ведомства, которое может иметь отношение к данному вопросу, – задача непростая. Однако, если не проконсультироваться с какой-либо группой ключевых партнеров, это может нанести ущерб делу и привести к тому, что такая группа не примет предложенной программы.

Вот почему так важно решить, с какими группами нужно проконсультироваться, и на это решение будет оказывать влияние среда, в которой осуществляется вмешательство. В самом начале программы профилактики люди, представляющие разные секторы, могут стремиться ограничить свое участие той областью, в которой они компетентны. Например, психологи могут усматривать свою роль в том, чтобы консультировать жертв насилия; полиция может добиваться выделения дополнительных средств на то, чтобы ловить и наказывать преступников, а медицинские работники могут быть озабочены вопросами оказания помощи при травмах. Для успеха программы предупреждения насилия и травматизма нужно, конечно, использовать эти особые ведомственные интересы и профессиональную компетентность партнеров, но важно органично вплетать их в более широкую идеологию, в которой присутствуют общие приоритеты и цели.

ВРЕЗКА 12: СОТРУДНИЧЕСТВО МЕЖДУ СЕКТОРАМИ В ЮЖНОЙ АФРИКЕ

В Южной Африке отделение министерства здравоохранения, ведающее социальными вопросами, разработало стратегию сотрудничества между секторами в целях предупреждения смерти от противоестественных причин, в том числе от убийств, самоубийств и дорожно-транспортного травматизма. Эта стратегия включала изучение мер профилактики, предпринимаемых различными государственными ведомствами, и сравнение их с рекомендациями ВОЗ в отношении предупреждения убийств, самоубийств и дорожно-транспортного травматизма. К государственным ведомствам, привлеченным к этому процессу, относились министерства здравоохранения, образования, департаменты исправительных учреждений, социального развития и транспорта, а также полиция Южной Африки.



© P. Viot/WHO

Важнейшие публикации, касающиеся предупреждения и оценки

Предупреждение насилия и травматизма

Krug EG et al. (ред.). *Доклад о насилии и здоровье в мире*. Geneva, WHO, 2002. <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html>

Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Geneva, WHO, 2004. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>>

Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva, WHO, 2006. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf>

Peden MM et al., (ред.). *Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма*. Geneva, WHO, 2004. <http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/en/index.html>

Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals. Geneva, WHO, 2004. <http://www.who.int/gender/documents/women_MDGs_report/en/>

Helmets: a road safety manual for decision-makers and practitioners. Geneva, WHO, 2006. <http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/helmet_manual.pdf>

Road traffic injury prevention training manual. Geneva, WHO, 2006 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546751_eng.pdf>

Child and adolescent injury prevention. Geneva, WHO, 2005. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415_eng.pdf>

Оценка

Handbook for process evaluation in noncommunicable disease prevention. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999. <<http://dosei.who.int/uhtbin/cgiisirs/60n0oia4Y2/116570044/9>>

Rootman I et al., eds. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001. <http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_43>

Укрепление организационно-кадрового потенциала

Для предупреждения травматизма и насилия нужны знающие и квалифицированные работники, вспомогательные структуры и отлаженные сети партнеров. Все эти элементы могут нуждаться в усилении, и здесь жизненно важная роль принадлежит министерствам здравоохранения.

7.1 УКРЕПЛЕНИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА

Для укрепления кадрового потенциала непременным условием является хорошая профессиональная подготовка. Это относится ко всем – от сотрудников, включая координаторов, до руководящих должностных лиц, определяющих политику. Цель заключается в том, чтобы в сфере предупреждения травматизма и насилия работали профессионалы, представляющие широкий спектр специальностей и имеющие общую базу знаний и умений. До сих пор систематической подготовки специалистов по предупреждению травматизма и насилия не велось. Министерства здравоохранения могут устранить этот недостаток, сосредоточив внимание на следующих вопросах:

- Обучение предупреждению травматизма и насилия. Такое обучение должно проводиться на постоянной основе как в учебных заведениях – на факультетах общественного здравоохранения, в медучилищах и в высших медицинских учебных заведениях – так и в процессе работы для медицинского персонала, сотрудников, осуществляющих сбор данных, и заинтересованных сотрудников других государственных учреждений. Полезным методическим пособием для этой цели является модульный учебный курс по профилактике травматизма и насилия TEACH-VIP. Учебный курс TEACH-VIP был разработан ВОЗ при поддержке сети экспертов из разных стран мира и успешно применялся государственными ведомствами, травматологическими центрами, неправительственными организациями и кафедрами учебных заведений.
- Развитие технических и профессиональных навыков. К необходимым техническим навыкам относятся выполнение научных исследований и создание систем эпиднадзора. Профессиональные навыки включают сбор финансовых средств, связь и распространение информации, агитационно-пропагандистскую

работу и умение действовать в качестве лидера. Министерству здравоохранения следует определить ключевых лиц и обеспечить их подготовку, в том числе посредством стажировок, сотрудничества с другими учреждениями и наставничества.

На момент публикации настоящего документа ВОЗ создает глобальную программу наставничества по предупреждению травматизма. Она позволит связать людей из различных учреждений с целью повышения их профессиональной квалификации.

7.2 ОРГАНИЗАЦИЯ И ПОДДЕРЖАНИЕ РЕАЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩИХ СЕТЕЙ

Сети сотрудничества (как внутри стран, так и между странами) представляют собой один из важных элементов предупреждения травматизма и насилия. Внутри стран работа по предупреждению чаще всего распределяется между целым рядом государственных и частных организаций из разных секторов, и поэтому требуется высокий уровень согласованности действий. Помощь министерств здравоохранения здесь может заключаться в том, чтобы создать национальные сети сотрудничества, позволяющие установить связи между секторами в целях более оперативного обмена информацией, планирования и практических действий. Технические контакты и обмены между странами могут ускорить усвоение передового опыта в данной области и помочь сформулировать программно-стратегические задачи. ВОЗ активно поддерживает региональные и глобальные сети, объединяющие координаторов при министерствах здравоохранения. Эти сети дают особые возможности связи, соединяя координаторов со всеми техническими ресурсами и другими формами помощи, которые могут предложить им коллеги из других стран, а также ВОЗ.



© M.Peden/WHO

ВРЕЗКА 13: СОЗДАНИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА В КИТАЕ

В Китае Национальный центр по борьбе с хроническими и неинфекционными заболеваниями и их профилактике – структурное подразделение министерства здравоохранения – в ноябре 2004 г. провел общенациональный учебный семинар по предупреждению травматизма. В семинаре приняли участие 67 работников общественного здравоохранения, занимающихся предупреждением травматизма, из большинства провинций Китая, причем только четвертая часть участников ранее прошла обучение в данной области объемом более шести часов. Двадцать четыре урока из курса TEACH–VIP были переведены на мандаринское наречие китайского языка, адаптированы к местной специфике и дополнены по ходу семинара упражнениями и обсуждением в группе экспертов. Национальный центр сыграл главную роль в отборе участников со всей территории страны, привлечении преподавателей, адаптации и переводе учебных материалов и в организационном и административном обеспечении мероприятия. Проведенная шесть месяцев спустя оценка показала, что более 95% слушателей применяют полученные на семинаре знания. Через год под руководством участников семинара во всех провинциях действовали национальные системы эпиднадзора за травматизмом на базе больниц и было создано 11 программ вмешательства по предупреждению травматизма на уровне местных общин, причем первоначальное финансирование этих программ было предоставлено Национальным центром по борьбе с хроническими и неинфекционными заболеваниями и министерством здравоохранения.

ВРЕЗКА 14: ОБУЧЕНИЕ И СОЗДАНИЕ СЕТЕЙ КООРДИНАТОРОВ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

В июне 2006 г. по просьбе координаторов при министерствах здравоохранения ВОЗ организовала в Зальцбурге (Австрия) учебный семинар, в основу которого был положен курс TEACH–VIP. В семинаре приняли участие тридцать девять координаторов из 27 европейских стран. В число изученных тем входили выработка политики и планирование, укрепление организационно-кадрового потенциала, сбор данных, эпиднадзор, предупреждение травматизма и насилия и создание партнерств. Участники дали семинару высокую оценку. После семинара состоялась вторая ежегодная встреча координаторов по предупреждению насилия и травматизма в Европейском регионе ВОЗ. На этой встрече координаторы договорились об образовании тематических рабочих групп по региональным проблемам предупреждения насилия и травматизма.

Важнейшие публикации, касающиеся укрепления организационно-кадрового потенциала

TEACH–VIP users' manual. Geneva, WHO, 2005. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593547_eng.pdf>

Агитационно-пропагандистская работа

Агитационно-пропагандистскую работу можно определить как повышение информированности в том или ином вопросе в целях оказания влияния на стратегии, программы и ресурсы, направленные на решение этого вопроса. Эта работа является одним из основополагающих элементов в деятельности по предупреждению травматизма и насилия. Поскольку министерства здравоохранения вырабатывают значительную часть имеющихся данных о травматизме и насилии и осуществляют контроль за лечением пострадавших, их положение вполне позволяет им вести кампанию за то, чтобы этим вопросам уделялось больше внимания. Здесь выделяются два вида агитационно-пропагандистской работы.

АГИТАЦИОННО-ПРОПАГАНДИСТСКАЯ РАБОТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Проводимые при поддержке государства пропагандистские кампании призваны информировать людей об основных проблемах травматизма и насилия в стране и о том, как эти проблемы можно предупредить. Они также должны исправлять неправильные представления среди населения о причинах травматизма и насилия и о возможности предупреждать эти явления. Такие кампании должны проводиться согласованно с принятием новых законов и стратегий, чтобы повышать информированность общественности и о них. Меры профилактики могут сопровождаться информационными кампаниями, в ходе которых, например, особо подчеркивается недопустимость насилия в отношении женщин и детей или важность установки детекторов дыма. Хорошую возможность для ведения министерствами здравоохранения агитационно-пропагандистской работы часто предоставляют презентации новых стратегий, программ или публикаций, посвященных травматизму и насилию. Кампании также можно строить вокруг знаменательных событий в мировом календаре, таких, как:

- Глобальная неделя безопасности дорожного движения ООН;
- Международный день по искоренению насилия в отношении женщин;
- Международный день инвалидов;
- Всемирный день памяти жертв дорожно-транспортных происшествий

Эффект от кампаний, проводимых вокруг этих событий, может усиливаться, если к этим кампаниям привлекаются видные общественные деятели, а также местные и национальные СМИ. При грамотном планировании и проведении эти кампании могут помочь министерствам здравоохранения создать широкие коалиции для осуществления практических действий. Однако при этом важно указать, что изолированные информационные или рекламные кампании, не увязанные с другими вмешательствами, рассчитанными на более долгосрочную перспективу, обычно не приводят к значительным и устойчивым снижениям уровней насилия и травматизма.

АГИТАЦИОННО-ПРОПАГАНДИСТСКАЯ РАБОТА С ДРУГИМИ СЕКТОРАМИ

Для многих министерств в составе правительства применение принципов профилактики в области травматизма и насилия – подход новый. Поэтому агитационно-пропагандистская работа министерства здравоохранения с другими секторами государственного управления должна быть нацелена на разъяснение необходимости бороться с травматизмом и насилием и преимуществ подхода с позиции общественного здравоохранения. Для достижения этой цели можно проводить семинары и выпускать информационные бюллетени, а также приглашать заинтересованные группы к обсуждению их роли и обязанностей в ведении профилактической работы. Для информирования лиц, принимающих решения, о характере и масштабах травматизма и насилия в стране министерства здравоохранения должны использовать данные, которые они собирают, включая эпидемиологические данные по рассматриваемому вопросу, прямые и косвенные экономические издержки в связи с травматизмом и насилием, а также меры профилактики с подтвержденной эффективностью или перспективные меры. Иногда министерствам здравоохранения нужно обращаться к другим министерствам, к учреждениям Организации Объединенных Наций и к НПО с призывом о сотрудничестве по определенному вопросу здравоохранения. Мобилизация таким образом нескольких ведомств на общее дело сама по себе является эффективной мерой.

При обоих видах агитационно-пропагандистской работы министерства здравоохранения должны сполна использовать все доступные им ресурсы. К ним относятся местные данные, а также резолюции ВАОЗ и Регионального комитета ВОЗ по травматизму и насилию, доклады ВОЗ о состоянии дел в мире и содержащиеся в них рекомендации.

Еще одним могучим источником, к которому министерства здравоохранения могут обращаться за поддержкой при ведении агитационно-пропагандистской работы, являются неправительственные организации. Ведь группы, объединяющие жертв насилия или дорожно-транспортного травматизма и членов их семей, во многих странах принадлежат к наиболее решительным сторонникам кампаний за проведение профилактики. Такие группы активно выступают за ужесточение контроля над огнестрельным оружием, за принятие мер против сексуального насилия и жестокого обращения с детьми и за совершенствование законодательства о безопасности дорожного движения. Трагические инциденты, такие, как самоубийства, стрельба в школах или насильственная смерть какой-либо известной личности, часто вызывают у общественности огромную тревогу. Если направить эту тревогу в нужное русло, она может привести к быстрому и устойчивому возрастанию политической поддержки первичной профилактики. Во всех случаях, когда это необходимо и возможно, министерства здравоохранения должны поддерживать эти усилия неправительственных организаций, чтобы тем самым способствовать профилактике травматизма и насилия..

ВРЕЗКА 15: СОЗДАНИЕ ЯМАЙСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ АЛЬЯНСА ЗА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ НАСИЛИЯ

В 2004 г. министр здравоохранения Ямайки создал национальное отделение глобального Альянса за предупреждение насилия. Объявляя о создании отделения, министр подтвердил важность подхода к предупреждению насилия с позиции здравоохранения и участия в этой работе широкого круга различных секторов. В глобальных масштабах Альянс преследует в своей деятельности шесть целей:

- расширять сотрудничество и обмен информацией в сфере предупреждения насилия;
- поддерживать реализацию и мониторинг национальных планов действий по предупреждению насилия;
- укреплять организационно-кадровый потенциал для сбора данных о насилии;
- содействовать первичной профилактике насилия;
- укреплять службы поддержки жертв насилия;
- поддерживать интеграцию предупреждения насилия в политику в области социального обеспечения и образования.

Для достижения этих целей Ямайское отделение образовало руководящий комитет и рабочую группу, состоящую из представителей многочисленных групп по защите интересов предупреждения насилия.

Дополнительную информацию о Союзе за предупреждение насилия см. на <http://www.who.int/violenceprevention/en/index.html>

Заключение

На долю насилия и травматизма в глобальном масштабе приходится 9% смертности и 16% инвалидности, и их все больше воспринимают как одну из главных проблем общественного здравоохранения. Министерства здравоохранения расширили масштабы профилактической работы, но часто не имеют четкого представления о том, каковы их обязанности по предупреждению травматизма и насилия.

Эти обязанности описываются в настоящем руководстве. Оно предназначено для того, чтобы послужить отправной точкой для тех министерств, которые только сейчас назначают координаторов и создают координационные центры, и стать средством поддержки дальнейшего развития для тех министерств, где уже имеются отделы по предупреждению насилия и травматизма. В идеале круг ведения таких отделов должен охватывать выработку политики, сбор данных, службы помощи пострадавшим, профилактическую работу, укрепление организационно-кадрового потенциала и агитационно-пропагандистскую работу. По всем этим направлениям важными первоначальными мероприятиями являются проведение оценок и составление планов действий.

Предупреждение насилия и травматизма не может осуществляться изолированно каким-либо одним ведомством или учреждением. Абсолютно необходимым условием успеха профилактической работы является принятие согласованных ответных мер широким кругом различных секторов. В зависимости от характера проблемы министерство здравоохранения должно выступать поочередно то в роли лидера, то в роли помощника, то в качестве участника в деятельности по предупреждению.

Эта задача порой может показаться невероятно сложной, однако страны во всем мире на собственном примере доказывают, что очерченные в данном документе цели вполне достижимы. Тем не менее, даже имеющий наибольший опыт работы отдел по предупреждению насилия и травматизма все же может делать еще больше. ВОЗ надеется, что данное руководство окажется полезным для осуществления всех мероприятий министерства здравоохранения по профилактике в этой области.

Врезка 16 представляет собой простое руководство по созданию отдела по предупреждению насилия и травматизма для вновь назначенных координаторов. Универсальной формулы для выполнения этой работы, конечно, нет. В каждой стране свои условия и свои ограничения. Поэтому описанные в этой врезке шаги указывают лишь общее направление и их необходимо адаптировать к конкретным условиям страны.

ВРЕЗКА 16: С ЧЕГО НАЧАТЬ: СОЗДАНИЕ ОТДЕЛА ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ НАСИЛИЯ И ТРАВМАТИЗМА

1. Соберите и распространите местные данные и данные по всей стране о насилии и травматизме; начните с важнейших публикаций, касающихся сбора данных, перечисленных в разделе 4. Некоторые данные могут быть опубликованы в открытой печати, и получить их можно по Интернету или в библиотеках. Другие данные нужно будет брать непосредственно в регистратурах больниц, в государственных ведомствах, страховых компаниях, государственных статистических управлениях или моргах. Возможно, представители этих учреждений пожелают обсудить предложения об улучшении качества данных о насилии и травматизме. Эти данные должны использоваться для установления приоритетов и для агитационно-пропагандистской работы, проводимой министерством здравоохранения с другими государственными ведомствами.

2. Установите, кто в министерстве работает в областях, имеющих отношение к травматизму и насилию, – например, в области охраны здоровья женщин, охраны здоровья детей, клинических служб, укрепления здоровья, злоупотребления психоактивными веществами, экстренной помощи и эпидемиологии. Проведите встречи с представителями этих отделов, чтобы обсудить с ними их работу по предупреждению насилия и травматизма, и поищите области будущего сотрудничества.

3. Составьте список других государственных и негосударственных организаций, работающих в области предупреждения насилия и травматизма. Проведите встречи с представителями этих организаций, чтобы обсудить их работу и их приоритеты в отношении предупреждения насилия и травматизма, и определите области будущего сотрудничества.

4. Проведите оценку на основании собранной информации. Составьте таблицу ведущих причин смерти по образцу таблицы 1, приведенной в разделе 1 настоящего руководства. Подумайте, как ответить на следующие основные вопросы:

- В чем заключаются главные проблемы, касающиеся травматизма и насилия, на местном уровне и на уровне всей страны?
- Что делается для их решения?
- Какие услуги доступны тем, кто пострадал от травматизма и насилия, и где они могут быть оказаны?
- Каковы реально выполнимые приоритетные действия на ближайшие несколько лет?

5. Установите международные контакты. Вступите в международные программы обмена информацией, такие, как сеть координаторов при министерствах здравоохранения и программа наставничества ВОЗ.

6. Организуйте совещание для всех групп и лиц, участвующих в предупреждении насилия и травматизма. Постройте его в форме консультативной встречи, чтобы участники рассматривались как

партнеры по общему делу. Целью совещания должна быть выработка согласованного плана того, что необходимо сделать, и налаживание взаимодействия участников. Может оказаться целесообразным привлечь представительство ВОЗ в данной стране или региональное бюро ВОЗ.

7. По итогам совещания и результатам оценки подготовьте национальный доклад о травматизме и насилии в стране. Этот доклад должен:

- содержать имеющиеся данные об эпидемиологии, факторах риска и мерах реагирования;
- включать перечень основных заинтересованных организаций;
- указывать пробелы и недостатки в работе, проводимой в настоящее время;
- быть представлен общественности с самым широким освещением в СМИ;
- служить важным инструментом агитационно-пропагандистской работы и планирования.

8. Создайте сеть партнеров для разработки основанного на этом докладе национального плана действий, в котором были бы охвачены все главные направления, описанные в настоящем руководстве. При возможности составьте дополнительный план, в котором описывалась бы роль всех секторов, участвующих в предупреждении насилия и травматизма.

9. Начните разработку программы. Составьте методику оценки программы с самого ее начала. В необходимых случаях ищите политической и финансовой поддержки от своего ведомства и от других сотрудничающих в этой области партнеров.

10. На постоянной основе собирайте данные, определяйте, какой эффект имеют программы, и доводите эту информацию до сведения других. Будьте в курсе мероприятий по предупреждению насилия и травматизма, проводимых в стране и за рубежом. Поддерживайте тесное общение со всеми, кто заинтересован в предупреждении травматизма и насилия, возможно, путем проведения ежегодного совещания.

11. По мере расширения программы укрепляйте кадровый потенциал посредством обучения в процессе работы, наставничества и программ обмена.

12. Проводите ежегодно или раз в два года оценку направлений политики и планирования, работы по сбору данных, услуг, предоставляемых пострадавшим, мероприятий по профилактике, работы по укреплению организационно-кадрового потенциала и агитационно-пропагандистской работы. По результатам проведенной оценки, а также в соответствии с изменениями в национальных и местных приоритетах в профилактике травматизма и насилия вносите изменения в программу.



ISBN 978 92 4 459525 1



Всемирная организация
здравоохранения

