



# 预防伤害 与暴力

预防伤害与暴力  
——卫生部使用指南



World Health  
Organization

## 致谢

世界卫生组织感谢为本报告成稿而尽心竭力，贡献专长的各位作者，同行评审，顾问及专家。

初稿作者为：Alexander Butchart, Alison Phinney Harvey, Etienne Krug, David Meddings, Margie Peden, Laura Sminkey。Charles Mock与Saakje Mulder参与了初稿写作。

本文件随后由Gabriella Rosen Kellerman编校，并由Tony Kahane审定。同行评审包括以下诸位：

Wahid Alkharusi, Jamela Alraiby, Mark Bellis, Cyntia Carvalho, Linda Dahlberg, Yussof Fahli, 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, Fimka Tozija。

世界卫生组织图书馆出版物目录资料

预防伤害与暴力：卫生部使用指南

1. 暴力。2. 伤害与创伤——预防与控制。  
3. 事故预防。4. 国家卫生项目。5. 指南。  
I. 世界卫生组织。

ISBN 978 92 4 159525 4 (NLM编目：WO 700)

世界卫生组织 2007

版权所有。世界卫生组织出版物可从世界卫生组织出版社获得，地址是WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话:+41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; 电邮: bookorders@who.int)。获准复制或翻译世界卫生组织出版物的要求，无论是供销售或非商业性质发行，应向世界卫生组织出版社提出申请，地址见上。  
(传真: +41 22 791 4806; 电邮: permissions@who.int)。  
封面图片从左至右版权M.Peden/WHO, P.Virot/WHO, M.Peden/WHO

本出版物对于牵涉任何国家÷领域÷城市或地区及其政府机关，或涉及其边境与疆域时，所用指称及材料呈现在任何情况下都不代表世界卫生组织观点。地图中所用的由点构成的线代表可能尚存争议的大致疆界。

对于任何特定公司或制造品的提及都不代表世界卫生组织在与同类产品相较时所提及者认可或推荐。除笔误及省略外，适当产品名称以首字母作区分。

世界卫生组织在本书出版前已在合理范围内谨慎地确认了本书所含信息。但是，已发行出版物不作任何明确表述或暗含的担保。世界卫生组织对使用本书所可能造成的错失概不负责。

瑞士印刷。



# 目录

<b>导论</b>	<b>5</b>
为何制定本指南	5
本指南是如何制定的	5
本指南供谁使用	5
<b>第一部分 背景</b>	<b>6</b>
<b>第二部分 卫生部的组织工作</b>	<b>10</b>
2.1 归口单位	10
2.2 在卫生部到位	11
2.3 在国家卫生政策与规划中的体现	11
2.4 筹资	11
<b>第三部分 政策与规划</b>	<b>13</b>
3.1 为卫生部门制定行动计划	13
3.2 多部门行动计划	14
3.3 推动立法工作	14
<b>第四部分 数据搜集</b>	<b>15</b>
4.1 为什么要搜集数据	15
4.2 数据来源	15
4.3 卫生部在数据搜集中的作用	16
4.4 伤害信息系统的建立	16
4.5 通过研究补充现有的信息	17
4.6 编辑并发布数据	17
<b>第五部分 服务</b>	<b>19</b>
5.1 院前护理	19
5.2 固定设施护理	20
5.3 受害者的康复与综合服务	20
<b>第六部分 预防</b>	<b>22</b>
6.1 卫生部门与其他部门的任务	22
6.2 公共卫生方法四步骤	22
6.3 预防的策略	23
6.4 指标与监控	27
6.5 与各部门的磋商	27
<b>第七部分 能力建设</b>	<b>29</b>
7.1 建设人力资源能力	29
7.2 维护有效网络	29
<b>第八部分 倡导</b>	<b>31</b>
<b>第九部分 结论</b>	<b>33</b>

# 序言

伤害与暴力是世界各国面临的卫生威胁。全球死亡率中有9%由两者造成，即每天有五百万人死于伤害与暴力。15至29岁人群的前15种死亡原因中有9种与伤害相关。它们是：道路安全伤害、自杀、凶杀、溺水、烧伤、战争伤害、中毒与跌倒。

非致命性伤害的程度因国家而异。不过，据估计，与每一例死亡相对应的是，数十人次住院治疗、上百人次急诊和上千例门诊求治。受伤后的幸存者中有很大部分留下临时或永久性的残疾。

鉴于伤害与暴力所造成的公共卫生危害，在一些国家相关意识及预防政策与项目的知识有所加强，取得了显著进步。政府部门与非政府组织正在加强资料搜集系统，改善对受害者与幸存者的服务，并提高预防工作。然而，在世界的许多地区，可系统预防暴力与伤害的这种想法仍鲜为人知。人类存在之始，暴力与伤害就是人类死亡率和患病率的主要因素，但是只是在最近，公共卫生部门才开始视其为可预防的。

随着预防暴力与伤害的公共卫生方法在全世界更广泛地受到认可，从事此种工作的人士需要获得指导。许多政府机构与非政府组织都参与暴力与伤害预防工作，但本手册主要针对的是执行公共卫生应对措施反应的主要政府负责机关：卫生部。写作本书，是为帮助卫生部理解国家和地方各级在暴力与伤害方面的具体职责，并设立持久而有效的项目。



Etienne Krug博士

世界卫生组织伤害与暴力预防司司长

本书供卫生部及其归口部门作为指南和参考使用。本书在启动、发展和评估暴力与伤害的预防工作方面对读者进行引导，始终强调与其他部门的合作。本书细致描述了组织安排、政策开发、资料搜集、倡导工作及能力建设方面的任务。本书对于暴力与伤害预防部门，无论是刚起步或已有经验，都有所启发。

在世界各地，停尸间随处可见伤害与暴力而遭不幸的死者，而医院病房和候诊室中又因幸存者而人满为患。我们社会因此而承担的巨大痛苦、花费的时间和金钱是能够避免的。尽管暴力与伤害预防不是小事，也不易处理，但通过良好合作和系统努力，人类历史上最老的顽疾应能预防。

# 导论

## 为什么要写作本书

伤害来自交通事故、溺水、中毒、跌倒或烧伤。暴力来自攻击、自伤或战争。两者每年在世界范围内夺走五百万多人的生命，伤者更不计其数。在世界若干地区，公共卫生界已将伤害视作主要的公共卫生问题。其它国家刚刚认识到暴力与伤害造成的巨大医疗、社会和经济损失，也才开始采取认真的措施，以应对其后果。

近年来，世界卫生组织（WHO）在预防伤害与暴力领域大力加强工作。过去四年来，卫生组织已产生两份主要报告，即世界道路交通伤害预防报告及世界暴力与卫生报告。世界卫生大会（WHA）和联合国大会都通过具体决议认可报告提出的建议。报告和决议均号召各国政府增强国家级努力，预防伤害与暴力，并通过卫生部协调工作。应号召的要求，或是应卫生组织地区主任和地区决议的正式要求，一百多个政府已指定卫生部为伤害与暴力预防的归口部门害与暴力预防。

2006年，第八届世界伤害预防与安全促进在南非城市德班召开。大会间隙，世界卫生组织召集了全球第一次卫生部伤害与暴力预防归口单位会议。会议讨论清楚地表明，在预防和管理伤害及暴力的工作上急需指导性文件，以便清晰地界定卫生部的作用。文件还应当帮助推动国家和地方的伤害与暴力预防项目。

## 本指南是如何成书的

本指南由卫生组织职员及外聘专家在2006年四月和十月间写成。指南内容源于WHA和WHO地区委员会决议、WHO指南和世界报告、同行评议文献、专家经验和卫生部归口单位的经验。文件经过了卫生部归口单位和卫生组织各地区专家的广泛评议。

## 读者对象

本指南供卫生部工作人员和决策者使用。这涵盖具体的暴力和伤害预防归口单位，及相关领域的工作人员—包括流行病学、儿童和青少年健康、妇女健康、老年人健康、健康促进、精神卫生、卫生服务、国际卫生、信息技术、灾害管理和职业卫生。进一步讲，本书有助于负责对卫生部拨款者，及从事暴力于伤害预防工作而希望以此支持卫生部的人士。

在世界若干地区，公共卫生界早已将伤害视作主要的公共卫生危机问题。其它国家刚刚认识到暴力与伤害造成的巨大医疗、社会和经济损失，也才开始采取认真的措施以应对后果。

第一部分

# 背景

伤害与暴力对世界各国都造成主要的卫生威胁，每年夺走五百多万生命，占全球死亡人数的9%。15至29岁人群的前15项死亡原因中，有八种与伤害或暴力相关。它们是：道路安全伤害、自伤、人际暴力、溺水、失火、战争伤害、中毒和跌倒（见表1）。每死亡一人，就有数十人入院，上百次急诊和上千次求诊。许多伤害和暴力的幸存者继而遭受临时或终身伤残及其它后果，如抑郁，或是与吸烟、饮食、酒精、吸毒相关的行为改变。就目前的趋势来看，伤害和暴力造成的全球疾病负担有望在未来数十年攀升。

表1：死亡主要原因，不分性别，2002

排名	0-4岁	5-14岁	15-29岁	30-44岁
1	围产期疾病 2 461 976	下呼吸道感染 278 291	HIV/AIDS 604 943	HIV/AIDS 1 326 345
2	下呼吸道感染 1 804 282	道路交通伤害 132 695	道路交通伤害 304 994	结核 379 755
3	腹泻病 1 681 060	HIV/AIDS 126 424	妇产疾病 258 128	道路交通伤害 287 730
4	儿童疾病 1 033 321	溺水 86 953	自伤 251 446	妇产疾病 233 640
5	疟疾 821 718	儿童疾病 72 078	结核 241 246	缺血性心脏病 232 746
6	先天性异常 425 431	火灾 34 180	人际暴力 216 648	自伤 230 997
7	HIV/AIDS 340 219	结核 33 182	下呼吸道感染 143 320	人际暴力 166 661
8	蛋白质-能量营养不良 147 865	蛋白质-能量营养不良 31 630	溺水 89 196	脑血管病 124 858
9	梅毒 67 068	脑膜炎 31 165	失火 89 130	下呼吸道感染 117 663
10	脑膜炎 64 495	白血病 21 146	战争伤害 69 707	肝硬化 100 617
11	溺水 57 973	先天性异常 21 099	缺血性心脏病 54 125	中毒 81 678
12	道路交通伤害 50 139	跌倒 20 580	中毒 51 494	失火 64 494
13	结核 43 241	中毒 19 982	跌倒 37 874	战争伤害 59 359
14	内分泌失调 42 444	人际暴力 18 340	白血病 37 208	溺水 58 725
15	失火 39 669	利什曼病 18 260	风湿性心脏病 36 985	肝癌 55 519

数据来源：伤害:疾病负担的主要原因，2002。日内瓦，世界卫生组织（即将出版的手稿）。

虽然暴力和伤害及其后果在各国都有所表现，其分布是不均匀的。它们在中低收入群体中尤为瞩目，这些群体的不安全的居住、工作、旅行条件极大地增加了伤害与暴力的风险。这些群体通常缺乏预防性工作，得不到高质量的治疗与康复服务。此外，因为伤害与暴力常常影响的是供给一家老小的年轻人，他们的死亡或残疾对其家庭会有深远的不良影响。

在个人层面，对伤害与暴力的治疗涉及立即的医疗护理和长期的心理、社会与物理的治疗与康复。在社区层面，伤害与暴力造成更广泛的医疗、社会与金融波动，需要协调一致的回应。对庞大的卫生负担的管理需要广泛的卫生系统资源。为经济损失筹资，相似地，体现了国民经济的损耗，如旷工、旷学及司法和社会系统的运作成本。

45–59 岁	60和60岁以上	全部年龄段
缺血性心脏病 1 052 259	缺血性心脏病 5 857 506	缺血性心脏病 7 207 725
脑血管疾病 624 037	脑血管疾病 4 703 481	脑血管疾病 5 508 950
HIV/AIDS 481 459	慢性阻塞性肺病 2 401 255	下呼吸道感染 3 943 386
结核 384 212	下呼吸道感染 1 423 320	HIV/AIDS 2 919 373
慢性阻塞性肺病 310 061	气管癌、支气管癌、肺癌 931 173	慢性阻塞性肺病 2 748 490
气管癌、支气管癌、肺癌 263 206	糖尿病 754 582	围产期疾病 2 462 124
肝硬化 251 849	高血压性心脏病 739 357	腹泻疾病 1 869 446
道路交通伤害 222 249	胃癌 606 072	结核 1 566 003
自伤 187 696	结核 484 367	气管癌、支气管癌、肺癌 1 243 199
胃癌 185 403	结肠癌和直肠癌 478 747	道路安全伤害 1 191 796
肝癌 179 770	肾炎及肾病 440 669	儿童疾病 1 120 831
下呼吸道感染 176 511	老年痴呆和其它痴呆症 384 147	糖尿病 987 816
糖尿病 176 443	肝硬化 367 539	疟疾 911 574
乳腺癌 148 096	肝癌 366 887	高血压性心脏病 911 397
高血压性心脏病 130 200	食道癌 318 464	自伤 873 361



伤害与暴力是可以研究和记录归档的，其成因也是可以理解和对之采取行动的。研究已经提供清楚的证据，说明适当干预可以预防伤害与暴力。证明有效的干预措施包括：

- 安全带、安全头盔、强制实施的血液酒精含量限制，可以预防道路交通伤害；
- 防止儿童打开的容器可防止中毒；
- 居家危险改造可防止老人跌倒；
- 池塘边加护栏可降低溺水的危险；
- 治疗抑郁可预防自杀；
- 基于学校的教育项目可预防亲密伙伴间的暴力行为；
- 家访项目可减轻儿童虐待。

世界暴力与卫生报告及世界道路交通伤害预防报告由卫生组织分别于2002年和2004年发表，旨在引起世界领导人对相关问题的注意，并提出行动建议。报告由世界卫生大会的WHA56.24号决议（实施世界暴力与卫生报告的 建议）和WHA57.10号决议（道路安全与卫生）批准。这些报告和决议遵循了早先世界卫生大会号召卫生部长采取适当行动的决议（见专栏1）。

鉴于暴力与伤害的复杂因果关系，预防工作要求地方、区域和国家层面的跨部门行动。每个部门各司其职，各有贡献。但是，卫生部门，即医疗卫生和公共卫生部门，必须在预防工作中发挥核心作用，不仅是在于受害者提供护理和支持，也在于实施独特的公共卫生模式 来对付暴力和伤害问题（见专栏2）。许多卫生部尚未充分认识到他们的工作在这些领域内应占有多么中心的位置，因而也尚未能够对伤害预防工作做出充分的贡献。各个卫生部在发展暴力与伤害预防的基础设施建设方面处于不同进展阶段，但最终都应当涉及以下领域：

- 政策制定；
  - 数据搜集；
  - 受害者服务；
  - 预防；
  - 能力建设；
  - 倡导活动。
- 本指南将对各领域逐一详述。

## 专栏1

### 关于预防伤害的世界卫生大会决议

2004 – 道路安全与卫生，WHA57.10

2003 – 实施世界暴力与卫生报告的建议，  
WHA56.24

1998 – 关于反步兵雷的协调公共卫生行动，  
WHA51.8

1997 – 预防暴力，WHA50.9

1996 – 预防暴力：公共卫生的优先事项，  
WHA49.25

1974 – 预防道路交通事故，WHA25.79

1966 – 预防交通事故，WHA19.3

此处可查看上述决议全文：

[www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en)

1 用“受害者”一词来描述遭受暴力与伤害及其后果（或任何消极的卫生结果）侵犯的个人，一直以来有所争议。争议的中心问题是，“受害者”这样的字眼是否本身就不足以赋权。本报告中使用“受害者”一次，是为了反映受害结果的广度，从轻度的短期影响到严重和慢性残疾，再到死亡。使用本词并不意味着软弱，读者也不应作此想。



## 专栏2

### 关于预防伤害的世界卫生大会决议

- 职责。  
卫生部门的职责包括预防和回应所有重大的患病和死亡的原因。暴力和伤害占全球死亡数的9%，残疾数的16%。
- 经济利益。  
伤害和暴力导致的直接损失中，有很大部分是由卫生部门承担的。伤害与暴力占全球医疗卫生成本的很大一部分，包括急诊、手术和心理治疗。
- 方法的独特性。  
公共卫生为暴力与伤害问题提供了独一无二的科学的、以预防为导向的方法，而这一领域的其他许多部门未能提供此种方法。
- 独特定位。  
卫生部处于非常独特的地位，可以搜集数据、分析风险因素、提供紧急和长期护理、协调多部门预防工作、发起政治上和立法上的变革。在许多国家，如果卫生部在预防暴力与伤害的领域都不能开展这些活动，则没有其他部门可以做到。



## 第二部分

# 卫生部的组织工作

### 2.1 归口单位

建立暴力与伤害预防部门的第一步是指定卫生部的暴力与伤害工作归口单位。归口单位的职责是协调卫生部内部的管理和预防工作，同时也协调卫生部与其他国际和国内的机构，确保预防工作有所把握。理想的状况下，归口单位应配备一个部门，由其他几名员工提供支持，因为归口单位的任务要求具有补充性技能的其他人员的支持。归口单位应熟知公共卫生总体状况，同时特别精通伤害与暴力。鉴于归口单位可能需要特别的进一步培训，他们可能要期待提供暴力与伤害预防课程的公共卫生院校。与本地区 and 地区外其他国家的卫生部相应部门的紧密联系将有益于归口单位及其部门。

#### 卫生部归口单位的核心技能和职权

卫生部归口单位的核心技能包括以下能力：

- 成果产出；
- 在变化的环境中加以调适；
- 鼓励团结和团队工作；
- 确保有效使用资源；
- 促进多部门合作；
- 开展伤害预防项目，取得成功的结果；
- 鼓励创新；
- 尊重个人及文化差异；
- 以身作则。

卫生部的归口单位在国家和国际层面上都有特定职责，描述如下：

国家层面的职责：

- 在国家和国际层面，确定伤害与暴力预防工作中的主要人物，促进他们的参与；
- 在卫生部内部和外部伙伴中推动伤害与暴力预防工作
- 确保伤害与暴力预防成为国家和地方公共卫生规划和策略中不可或缺的部分；
- 监督相关文件的成文和分发，包括国家报告；

- 开展国家行动计划的写作；
- 协调国家工作，搜集和分发数据及相关信息；
- 促进已证明有效的预防项目的实施和评估；
- 审查卫生服务的提供，提出改善建议，以便为受害者提供最优支持。

国际层面：

- 促进相关国际和区域政策和策略的实施，并协助监督实施过程；
- 担任相关卫生组织项目的归口单位；
- 协调国际信息的散发；
- 协调对国际调查的国家反应；
- 分享在国家项目和活动的设计、实施、监测和评估中吸取的经验教训。
- 就伤害与暴力预防方面鼓励国家在世界舞台上的积极参与，比如举办会议或支持通过决议。

## 2.2 卫生部中的位置

卫生部内部有若干地方可以安置伤害与暴力预防工作。经常性地，该部门属于更宽泛的处理非传染病的部门。其他国家的卫生部将这项工作与健康促进、精神卫生或流行病学置放在一起。无论伤害与暴力预防项目安置在什么部门，卫生部首先必须认识到其独特的身份和要求。一旦归属卫生部管理，伤害与暴力预防项目必须与其他所有相关部门和机构合作开展工作。其中包括：健康促进、儿童和青少年健康、妇女健康、精神卫生、学校卫生、老龄化、环境卫生、疾病监测、流行病学和临床服务。

关于在同一个部门将伤害预防和暴力预防工作结合起来是否恰当的讨论正在进行之中。一方面，联合进行两方面的预防工作有显著的优势。例如，当故意和过失伤害监测集中于同一个系统时，从急诊部门的数据搜集更加符合成本效果。对暴力和伤害的治疗通常在同一医疗机构中进行。此外，暴力和伤害具有共同的风险因素，比如饮酒。通过结合针对两者的工作可以更好地控制。

另一方面，某些问题需要对伤害的特定回应，或是对暴力的特定回应。例如，道路交通伤害预防要求不同部门的参与，包括处理虐待儿童事件的部门。在许多国家，暴力和伤害问题是由同一人处理，但其他国家有两个归口单位，分别从事暴力预防和伤害预防。各个卫生部需要在本国条件下决定是一个部门司两职，还是把两项工作分开。即使分开进行，暴力预防部门和伤害预防部门之间仍然要建立紧密的联系。

## 2.3 纳入国家卫生政策与规划

伤害和暴力是患病和死亡的主要原因，其预防工作就应纳入所有的国家卫生和发展规划。卫生部的政策文件应系统化地纳入伤害与暴力预防的策略和目标。

## 2.4 筹资

伤害与暴力预防部门的预算应与所规划活动的范围及优先性相符。其预算应涵盖在卫生部的正规预算以内。预算分配应考虑到问题的严重程度和预防的可能性。在接受国际发展援助的国家，对于财政资助的提请也可包括对伤害预防活动的资助。各国的发展援助机构，如澳大利亚、比利时、加拿大、荷兰、瑞典和挪威在过去支持了若干这样的活动。联合国机构（包括联合国开发计划署、儿童基金会、妇女基金会和卫生组织），世界银行、其它国际发展银行、某些基金会（开放社会研究所、国际汽车联合会）同样也支持伤害与暴力预防活动。

### 专栏3

#### 在马来西亚建立国家级暴力与伤害预防项目

2003年8月，作为对世界卫生大会实施世界暴力与卫生报告建议的回应，马来西亚卫生部副部长宣布开展“全球预防暴力运动：马来西亚的回应”。由此，卫生部将马来西亚现有的国家级伤害预防项目扩大，包括了暴力预防。扩建后的暴力与伤害预防部门归属卫生部疾病预防司管理，与其他部门紧密合作，降少暴力和伤害的发生，并改善对受害者的服务。

#### 专栏4

#### 在前南斯拉夫马其顿共和国建立国家级暴力与伤害预防项目

在世界暴力与卫生报告于2003年的全国首发过程中进行过政策性的讨论。随后，2005年6月，前南斯拉夫马其顿共和国宣布成立暴力预防国家委员会。委员会由卫生部和伤害与暴力控制与预防部门领导。委员会受命预防暴力、保护人民免遭暴力侵扰，由来自卫生部、内政部、司法部、科教部、劳工与社会政策部的代表组成。委员会同时包括马其顿国家电视台和其他一些非政府组织的成员。委员会的工作建立在一系列国家和地方层面的暴力预防项目的基础上。



### 第三部分

## 政策与规划

政策文件，如国家策略和行动计划，是确保良好的规划、协调和实施行动的重要保证。规划方面有几个需要考虑的问题。

- 每个国家的公共卫生规划中都应包括专门章节讨论伤害与暴力预防。
- 各卫生部应当制定暴力与伤害预防的国家行动计划。文件应当清晰地界定卫生部的规划活动和产出，并提供总体公共卫生规划所能列入的一切细节。
- 在可能的情况下，最好能有一份额外的行动计划来指导多部门的合作。该项计划应当由相关部门的代表来制定-如卫生、交通、司法和教育-列出各部门要开展的活动和应达到的效果，这样就可以为各部委间的合作提供方便。

### 3.1 为卫生部门制定行动计划

卫生部在制定卫生部门的行动计划应担当领导职责。经验表明，制定国家或地方政策文件的过程就如同文件本身一样重要。这一过程应该涉及政府、非政府组织、学术界和其他相关部门的代表。较好的起点是，评估当前的预防工作，评估工作中的不足，评估可获得的数据和预防工作的主要参与者和参与团体。一些国家如比利时、哥斯达黎加、尼泊尔、大不列颠及北爱尔兰联合王国，都选择在国家报告中总结上述评估发现。这样一个文件可以为制定国家政策提供一个有用的基础，同时也可以用来提高意识。

制定国家行动计划要求就定义、目标和指标开展讨论。行动计划应涵盖所有相关问题-资料的搜集、对受害者的服务、预防、能力建设和宣教活动。一些国家特别重视与众不同的预防活动，确保这些活动可以恰当地整合入更广泛的暴力与伤害预防议程，比如虐待儿童、针对妇女的暴力、道路交通伤害和自杀。全部行动计划应当考虑女性、男性和儿童作为暴力和伤害受害对象时的不同需求。更多政策制定信息可参阅卫生组织的出版物，制定政策，预防伤害与暴力：政策制定者和规划者使用指南。



### 3.2 多部门行动计划

在理想的状况下，各国同样还应制定一项行动计划来指导卫生部门和其他部门的合作。这些部门包括交通、司法、教育、劳工、金融、执法和社会福利部门，均在伤害与暴力预防中发挥重要作用。跨部门的协调工作并不是简单易行的任务，特别是在多部门项目还不多见的国家。但是，卫生部如能支持行动计划的联合制定，就能促进协调。联合行动计划划定了暴力和伤害预防工作中各部门的作用。

长期以来，其他的公共卫生领域一直认可此种多部门合作的需要。例如，在疟疾预防工作中，卫生部必须与公共事业部联合进行沼泽地排水。达成多部门合作没有单一的方法，至于同谁合作、如何合作则取决于手头的具体项目。例如，合作工作可以先通过由卫生部的暴力与伤害预防部门向相关部门发送报告来加强；也可通过在有合作关系的其他部委开展内部培训，提高知识和意识。归口单位和暴力与伤害预防部门应列出最有可能从广泛支持中获益的政策问题，并系统化地就这些政策问题向其他部委寻求合作。

### 3.3 促进立法活动

要有效地预防暴力与伤害，不仅仅需要行动计划，还需要法律。考虑到卫生部具有的相关专业技能、拥有的数据、在治疗受害者方面的职责，卫生部在支持制定法律和倡导执法方面应属当仁不让。这一任务在第八部分详述。

#### 专栏5: 巴西卫生部在推动完善后的道路安全立法上取得的成功

在巴西，卫生部数据表明，1991至1997年间的道路安全事故所导致的死亡大幅上升。立法者对这些数据作出回应，于1998年颁布新的巴西交通法令，严惩肇事逃逸，并将行政职责转给地方政府。1998至2001年间，道路安全伤害的死亡率显著下降。据随后的分析估计新法令在此期间在全国范围内拯救了五千人的性命。2001年，通过“降低事故和暴力患病率与死亡率的国家政策”，使得卫生部可以在新交通法令打下的基础上，更深入地开展暴力与交通事故预防工作。

### 政策与规划的必需资源

制定政策，预防伤害与暴力：政策制定者与规划者使用指南。日内瓦，世界卫生组织，2005。<[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/policy/project/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/policy/project/en/index.html)>

以下链接可查看200多个现有的行动计划范例：  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/39919\\_oms\\_br\\_2.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf)

## 第四部分

# 搜集数据

### 4.1 为什么要搜集数据？

理解一国伤害与暴力的严重程度对于制定有效的政策和策略来处理问题，是必不可少的。一旦达成理解，政策制定者就可以根据对资源的竞争性需求，就一国工作的轻重缓急作出明智的决定。对许多国家而言，评估伤害和暴力的规模对于引导政治意愿、取得公众支持和筹集发起项目所需资金是十分关键的。评估伤害与暴力预防工作的渐进成功和策略的成本效果同样需要准确的数据。因为搜集数据工作可能是代价高昂的，就应当积极共享所搜集的数据，应用数据来改善提高预防工作，这是十分重要的。而不应当对数据保密或是为凑统计数字才搜集数据。

### 4.2 数据来源

伤害和暴力相关的数据可从一系列广泛的政府和非政府资源中获得（见专栏6）。大多数国家拥有某些数据，比如一项关键的死亡相关信息的登记制度。虽然这些数据可能不是特别详细，且常常低估伤害与暴力的全面程度和影响，但这些数据还是可以突出全国的主要死因，这是一个很好的起点。常常需要进一步的研究来决定现存的数据是否准确地描述了问题的严重程度。

一些国家可能还有遭受暴力和伤害的高危人群的风险因素数据，或是犯罪暴力的风险因素。政府部门，包括交通、教育、福利、劳工、司法和警察部门，以及国家统计局部门，都代表着数据的可能来源。因为每个数据系统都有其弱点，最好能从若干数据系统编辑和参照数据。

© P. Viro/WHO



#### 专栏6：致命和严重伤害数据的可能来源

致命和严重伤害的主要潜在来源来自于：

- 尸体解剖或病理学报告；
- 警察报告；
- 急诊部门的受伤记录；
- 住院部记录；
- 创伤登记；
- 救护车记录；
- 以社区或住户为基础的调查；
- 交通部门报告；
- 汽车保险公司记录；
- 职业安全或工业赔偿记录；
- 康复中心；
- 国家保险计划。



### 4.3 卫生部在搜集数据中的职责

因为卫生部具有接触伤害和暴力受害者的特别途径，它在数据搜集处于枢纽地位。没有卫生部的数据，国家的伤害和暴力统计数据很可能被严重低估。理想状况下，卫生部及其合作部门应搜集以下信息，这些信息最好可以根据年龄、性别和伤害原因归类。

- 伤害和暴力导致的死亡；
- 非致命性伤害；
- 各种形式的伤害和暴力导致的残疾；
- 由伤害和暴力导致的，除受伤之外的消极健康后果；
- 事故发生的地理分布、场所和环境；
- 伤害和暴力的经济后果，包括医疗卫生系统的损失；

死亡登记制度可以作为一个很好的起点。卫生部及其合作部门应促进跨部门共享数据，并公布发现的结果，以便帮助改善和提高预防工作。

除了伤害和暴力的数据以外，卫生部还应该搜集关于现有服务机构的种类和分布及其处理的病人数量的相关数据。有了伤害和暴力的详细数据，卫生部随后可以使用这些数据评估服务方面还需要什么，还缺少什么。有时卫生部本身就可收集数据。在其它情况下，卫生部可以通过聚集专家，支持他们的研究，来开展活动。

### 4.4 建立伤害信息系统

没有专门伤害检测系统的国家仍然可以利用前面提到的数据来源，调查伤害的程度和实质，并以时间为轴监控伤害的发生趋势。再者，加以少量工作，以很低的额外成本，或完全没有额外成本，部分数据来源就可以作为进行中的伤害监测系统的基础。满足这一目的的主要数据来源有死亡证明数据、医院住院部记录和急诊部门记录。在美国疾控中心的支持下，卫生组织制定了伤害监测指南，可在网上查询。指南就如何发展此种监测系统提供了按部就班的支持。许多国家的经验表明，在使用以医院为基础的数据时，最好的办法是先在一所大型医院开展系统试点，然后改善数据统计形式，随后将系统的使用扩大到其它医院。世界各地的许多卫生部门已经使用了这些指南来建立伤害信息系统。例如，巴拉圭的信息系统包括了私立和公立的卫生设施。南非开发了一个致命伤害监测系统（见专栏7），阿曼的伤害监测系统则不仅包括卫生设施的数据，也包括保险公司和警察部门的数据。

因为各种原因，现有的数据来源常常低估伤害的程度。这些原因中包括这样一个事实：许多伤害未能向警察部门报告。在一些国家，任何类型的死亡只有10%-20%正式向政府登记，而许多伤害，甚至严重伤害，都没有得到正式的医疗护理。医院数据，无论是住院或急诊部门的数据，都排除了未求诊病人的数字。受虐儿童、亲密关系和性暴力受害者、受虐老人，都属此种情况。因此，提倡展开定期的家访调查。要开展这项调查，卫生部可以使用卫生组织制定的指南，以社区为基础开展伤害和暴力调查。或者，卫生部可以在国家人口卫生调查（见专栏8）中加入关于伤害的问题，从而对医院数据和其它现存数据给予补充。

要获得对特定暴力形式的更深刻理解，专项调查可能适用。如虐待儿童、亲密关系和性暴力、和虐待老人。好些国家已经在国家卫生调查中包括了妇女暴力的模块，包括柬埔寨、哥伦比亚、多米尼加共和国、海地、秘鲁、赞比亚。诸如研究妇女暴力：研究者和社会活动者使用指南 和 预防虐待儿童：采取行动和产生证据的指南在这一领域提供了有帮助的指导。

为提供对问题的最充分理解，数据应按年龄和性别报告。数据还应按危险群体群进行记录，如土生人群、社会经济地位较低者、或残疾人。易感群体列表按国别有所不同。因宣教工作的需要，卫生部还应找到伤害引起的不可估计的医疗和社会成本相关的数据。许多高收入国家已经开展了此种分析（见专栏9）。无论使用何种方法搜集数据，伤害外部原因的国际分类都是制定问卷本身和调查后数据分类的有效工具。

#### 4.5 通过研究补充现有的数据

在大多数国家，以下方面缺乏信息：风险因素、行为决定因素、意识程度和风险认知、以及改变行为的准备程度。监测和调查既不能提供关于风险因素的所有需要的信息，也不能测定良好的操作办法或干预措施。因此这些系统需要通过强有力的研究加以补充。虽然卫生部通常不自行开展此种研究，但也应当通过与有行业地位的研究机构合作来对研究加以支持，比如公共卫生学院或有研究能力的大学。

#### 4.6 编辑和分发数据

一些卫生部开展数据搜集工作的能力严重受限于资源的匮乏。尽管如此，卫生部起码也应该能够从其他部委和其它资料来源搜集和编辑现存的数据。数据经常是有的，但未经分析和使用。这样的数据，特别是主要死因、急诊部门看病次数和经济损失，都能以低成本加以编辑，转化为强有力的材料，来显示对预防工作的需要。

##### 专栏7：南非的致命性伤害监测系统

南非卫生部委任医疗研究委员会开发了国家伤害死亡率监测系统。信息搜集自尸检发现的非自然死亡原因，搜集点包括七省的三十五个法医中心。获得的信息在分析后结集为南非的致命性伤害年度档案，驱动了政策和预防工作。

更多信息见：  
[www.sahealthinfo.org/violence/nimss.htm](http://www.sahealthinfo.org/violence/nimss.htm)

#### 专栏8：加强莫桑比克的现存数据搜集机制

2003年，莫桑比克卫生部要求人口与卫生调查中加入伤害内容的模块。模块包括了卫生部制定的十三个伤害与暴力相关的问题。全国城乡地区总共采访了12 315户。大约有3%住户报告说采访前的30天有家庭成员受伤。根据调查，产生了致命性结果、非致命性结果和伤害结果的比率。数据还可同随后调查中找出的比率进行对比，从而评估现有工作的效果。

#### 专栏9：荷兰的伤害负担模型

在荷兰，卫生部领导开发了伤害负担模型。模型是基于荷兰伤害检测系统建成，系统记录了有代表性的荷兰急诊部门报告的伤害病例。模型测量了医疗卫生花费、工作缺勤、直接和间接的医疗花费，以及所有在急诊部门就诊的病人的生活质量的变化，计自受伤起，直至其康复或死亡。信息搜集自标准的医疗卫生分诊处登记和病患特别回访，并按病人群体分类。各群体有某种共性，如年龄、性别和受伤严重程度，并具有医疗卫生成本、工作缺勤和生活质量的估计值。卫生部利用这一有价值的信息来设定伤害预防工作的优先事项。

#### 数据搜集的必需资源

Ellsberg M, Heise L. 研究妇女暴力：研究者和  
社会活动者使用指南。日内瓦，世界卫生组织，  
2005。<<http://www.who.int/gender/documents/en/>

Holder Y等编辑。伤害监测指南。日内瓦，世界  
卫生组织，2001。<[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_NMH\\_VIP\\_01.02.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_VIP_01.02.pdf)>

以社区为基础开展伤害与暴力调查。日内瓦，  
世界卫生组织，2004。<<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546484.pdf>>

WHO-ISPCCAN. 预防虐待儿童：采取行动和  
产生证据的指南。日内瓦，世界卫生组织，  
2006。<[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf)>

ICECI协调与维持小组。伤害外部原因的国际  
分类（ICECI）。消费者安全研究所，阿姆斯特丹；  
AIHW国家伤害监测组，阿德莱德，2004。  
<<http://www.iceci.org>>

## 第五部分

# 服务

伤害与暴力的幸存者常常需要广泛的治疗和护理来预防死亡或遭受残疾，从而使得其恢复和康复成为可能。

在大多数国家，卫生部负责规划和保证此种服务。为了提高服务成效，必须就全方位的护理开展工作——从院前护理到固定设施护理（包括诊所和医院，初始的紧急救护和最终的全面护理），到康复、重返社会、及痊愈的种种服务。这样的服务还未普及，卫生部需要集中力量来使得这些服务更容易获得。

### 5.1 院前护理

严重的伤害与暴力的后果——包括死亡、残疾和长期患病——经常可以通过迅速有效的院前创伤护理得以预防。院前护理包括在事故发生地就地提供的服务，以及运送受害者到医疗机构。这包括正式的紧急救护车服务和非正式服务系统。全世界不到一半人能获得紧急救护车服务。在非正式服务中，伤者和病者由路人、亲属、商业性质司机和其他人送到医疗救护地点，有些时候也是有急救措施的。卫生部应帮助不同部门及当地社区改善院前护理系统，确保其与其它公共卫生和医疗基础设施得到很好的整合。

所有正式的急救医疗服务，无论属公立还是私立，应包括以下各项：

- 员工培训和认证的最低标准；
- 设备和供给的最低标准；
- 确保和改善最低标准的方法；
- 足够数量的备战的急救站和急救组；
- 恰当的管理——包括质量改善监控和对非医疗员工的健康监督；
- 在给定地区协调不同救护服务的运作；
- 协调紧急医疗服务和其它紧急反应系统的工作，包括救火和警察服务；
- 以伤害监测为目的开展数据搜集。

在没有正式急救医疗服务的地区，卫生部应因地制宜，要么在现有的非正式系统基础上加强工作，要么从头开发新的正式服务。好几个国家的试点项目已经表明了加强现有的非正式服务系统所具有的潜在好处。如加纳就在商业性司机送受害者去医院的地区开展了对他们的急救培训；柬埔寨则培训乡村医生并为其发放设备，使之成为院前护理网络的一部分。正式的医疗急救服务可能很昂贵，那么在创建新系统之前就应该审慎考虑成本和可持续性。应当随时评估和监控正式医疗急救服务。评估和监测还应包括除救护车之外的第一线回应者的网络，如警察和救火服务，甚至是普通公众。院前创伤护理系统这一文件为卫生部在此领域提供了指导。

## 5.2 在固定设施的护理

提高创伤护理的组织和规划可以得出为伤害和暴力受害者提供合理最低护理标准，减少可预防医学原因导致的死亡。为改善组织和规划，卫生部应在以下各要素上面集中精力开展工作：

- 选取一套核心的基础创伤护理服务。所有卫生部管辖的医疗设施都应定义并确保一套核心的基础创伤护理服务。此种基础服务及保证服务恰当开展的资源，参见卫生组织的基础创伤服务指南。
- 培训。医学院、护理学院和其它卫生学科的课程都应包括基础创伤护理技巧，将其作为核心能力来对待。所有常规地提供创伤护理的执业者在创伤护理方面的继续教育应得到促进，并且应作为必修内容。
- 质量改善项目。应使此种项目到位，以确保指定的最低人力资源和物理资源的质量都合格，且能迅速及时地提供给所有需要服务的人。当前创伤护理方面的质量改善项目还不多见，应作为卫生部的一个工作重点。
- 医疗服务设施之间的协调。应通过建立内部转院协议和标准化对伤害进行更高层次护理建议的标准，来提高医疗服务设施之间的协调。

## 5.3 受害者的康复和综合服务

无论受害者是如何受伤的，他们都需要一系列综合性康复服务来尽量减少他们的功能性残疾和加速回归积极的生活。这些服务分属医疗服务以外的一系列领域，包括物理治疗、精神卫生、法律和法医服务。在许多国家，低质量的医疗-法律护理已经产生了破坏性的后果，包括受害者重新受到创伤，也损失了法医证据。卫生部应就这些服务及其合作建立最低标准。

物理和精神残疾者常常遭受歧视，因而也缺乏获得服务的途径。卫生部应在确保残疾人士可以获得服务方面给予特别注意，同时应当率先向残疾人遭受的耻辱感和歧视抗争。

特定暴力形式的受害者的特定需求——亲密伴侣和性暴力、受虐儿童、自伤、和受虐老人——也应获得卫生部门回应的特别注意。经历这些形式暴力的人通常不愿讨论具体状况，同时又急需针对暴力的非物理后果的护理。应当制定决定与其它部门和服务的互动的正式推荐程序和协议，同时考虑到不同性别受害者的不同需求。在某些情况下，可能最好是按暴力范畴创建专门的卫生服务；在其它情况下，可以将护理整合入现存的服务和系统。

卫生部应采取以下行动加强康复和回归服务：

- 开展一项评估，确定康复服务当前的状况并找出缺失；
- 制定纠错计划——计划可能包括服务、建立协议和确保康复的必须设备；
- 制定系统化的转院程序，改善身体健康、精神卫生、法制和其它康复设施的协调。在任何可能的情况下，所提供的服务应在单一的场所统一开展。女性受害者的服务可以整合在生殖卫生服务中。
- 制定康复服务的国家标准，要求在各级护理实施，包括在暴力发生时提供医疗的和医疗/法律护理；
- 培训卫生工作者来确认暴力的受害者，并向其提供全面护理——包括在以下部门的卫生工作者：急诊部门、基础医疗和生殖卫生，及专门医疗机构，如精神病院。

#### 专栏10：马来西亚的性暴力受害者一站式危机中心

1993年，马来西亚吉隆坡的急诊人员建立了全国的第一个一站式危机中心，为性暴力受害者提供协调的机构间反应。次年，妇女危机中心在马来西亚的另一部分创建了一个类似的中心。卫生部对两个中心的成立都给予了支持，并且在1996年向所有政府所属医院下发了一条指令，要求建立一站式危机中心。到了1998年，作为指令的结果，在好几个机构的努力下，全国的公有医院有94个这样的中心在运作。中心提供医疗、心理、社会、法医和医疗服务，所有服务都在安全和私秘的地点进行。

#### 专栏11：越南卫生部在提高创伤护理上的作用

越南的“事故和伤害预防国家政策，2002-2010”指定卫生部为提高创伤护理服务的领导部门。为此目的，卫生部将世界卫生组织的基础创伤护理和院前创伤护理系统指南翻译为越南文。卫生部随后使用越南文版指南在全国评估创伤护理能力，结果得出了清楚的项目重点。一大重点就是保证提供特定的重要而低成本的设备 and 供给，这主要通过改善组织和规划来达到。卫生部还有一个项目，在社区层面就推荐急救和创伤护理方面改善协调工作。通过这个项目，卫生部也促进建立了新的院前护理服务。项目也在好几个省的急救医疗护理试点项目的培训、后勤和电讯上取得了进步。

#### 受害者服务的必须资源

院前创伤护理系统。日内瓦，世界卫生组织，2005。<<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159294X.pdf>>

基础创伤护理指南。日内瓦，世界卫生组织。2004。<<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546409.pdf>>

世界卫生组织网站上关于为受害者提供的部分包括几国的报告和文件，以及其它提高创伤护理的资源。见<[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/services/traumacare/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/services/traumacare/en/index.html)>

## 第六部分

# 预防

预防集中于确认防止暴力行为的办法，和制止导致非故意伤害的事件。有效的预防救治生命，减少残疾和其它不良健康后果。越来越多地看到，预防是具有成本有效性的。暴力和伤害预防的目标因此与其它公共卫生项目的目标就非常相似，如预防HIV/AIDS、疟疾和吸烟相关的疾病。

### 6.1 卫生部和其它部门的职责

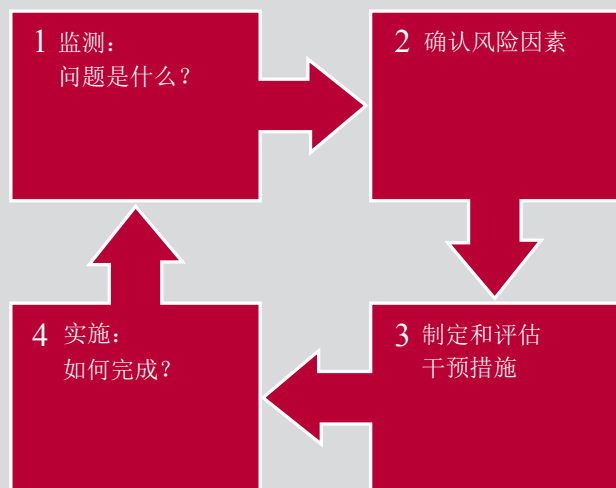
暴力与伤害预防和其它公共卫生重点工作同样都面临这样一个事实，即解决问题通常需要一系列部门的参与——分别针对深层次的经济、社会、法律和环境因素。卫生部门通常处于有利地位协调，或者至少是促进此类多部门干预。例如，预防吸烟相关疾病是公共卫生的责任，但开展预防干预就涉及一系列部门，如农业、工业、商业、酒店业、娱乐业、广告和媒体。就暴力和伤害预防工作而言，相关部门包括刑事司法、教育、社会福利、交通、住房、商业和媒体，也包括代表受害者的组织和其它社会团体。随着特定的预防问题有所不同，卫生部相对于其它部门的职责也不同。对于中毒、失火、溺水和跌倒，卫生部很可能在协调、实施和监控反应方面起领导作用。相形之下，对于暴力和道路交通伤害，卫生部的职能可能包括从领导职能（如预防自杀）到宣教，再到评估（如血液酒精含量法律），而刑事司法和交通部门则在实施上具有更核心的地位。

### 6.2 四步骤公共卫生方法

无论预防策略的参与部门有哪些，四步骤地公共卫生方法提供了一种模式，用于干预工作的设计、评估和监控。



图1：公共卫生方法



**第一步:**就问题的规模、特点、范围和后果，在地方、国家和国际层面搜集数据。

**第二步:**确认问题的原因，以及提高或降低个人遭遇问题的风险因素，并察看如何来修正这些因素。

**第三步:**基于第一步和第二步获得的信息，设计、实施、监控和评估旨在预防问题的干预措施。

**第四步:**分发关于干预有效性的信息；在更大规模上实施有效的干预措施；评估更大规模干预工作的成本有效性。

无论是用于暴力预防或伤害预防，这一方法必须基于高质量的可靠信息。因此，成功的暴力和伤害预防工作的必要要素就是：研究、常规的数据搜集和对项目的监控和评估。



### 6.3 预防策略

表2列出了若干项预防暴力与伤害的干预措施。干预措施根据其针对的伤害和暴力问题类型分组。根据当前具有的知识，表2说明了各项干预措施的有效性，及卫生部门在设计和实施干预方面承担的职能。表2只包括了致命性和非致命性暴力与伤害的主要类型。但是，经科学评估的干预措施对许多表中未列出的伤害也是存在的，如职业伤害和运动相关伤害。

虽然卫生部门在每项干预工作上的职能都在表中说明，其职能仍然倾向于根据地方情况而各异。例如，在一些国家，教授游泳以预防溺水，可能是由教育部门来牵头，而不是卫生部门。除其它科学文献外，本表的资料来源可从以下两册报告中找到：世界暴力与卫生报告和世界道路交通事故伤害预防报告。

表2：部分暴力与伤害预防干预措施，根据原因、有效性和卫生部门的职能分组

干预		有效性	卫生部门的职能
故意和非故意伤害			
	降低高危时段的酒精售卖	有希望	牵头
	降低经济不平等	有希望	宣教、合作、评估
	加强社会安全体系	不清楚	宣教、合作、评估
	只针对改变风险性为的单项教育项目	无效	劝阻
故意伤害			
儿童受虐	提高产前和产后护理的质量和可获得性	很有希望	牵头
	培训医务人员，检测儿童受虐	不清楚	牵头
	家访项目	有效	牵头
	家长培训项目	有效	牵头
青少年暴力	预防意外怀孕	有希望	牵头
	谋生技能培训项目	有效	宣教、合作、评估
	学前充实、加强和学校的纽带、提高成就感和自尊心	有效	宣教、合作、评估
	对高危儿童和青少年的家庭心理辅导	有效	牵头
	促进家长参与的家庭-学校合作项目	有希望	宣教、合作、评估
	为有风险的高中生提供的教育激励机制	有效	宣教、合作、评估
	同辈冥想和心理治疗	无效	劝阻
	药物使用危险的教育	无效	劝阻
亲密伴侣和性暴力	基于学校，预防约会关系中暴力的项目	有效	宣教、合作、评估
	培训医务人员，探测亲密伴侣暴力并报告案例	不清楚	牵头
老人受虐	为老年人建立社会网络	有希望	牵头
	培训老人，探访和陪伴易成为受害者的人	有希望	牵头
	制定政策和项目，提高老年人居住机构的组织、社会和物理环境	有希望	牵头
自伤	限制自伤暴力手段的获得途径——如农药、药物和无保护措施的高地	有效	牵头
	预防和治疗抑郁、酒精和药物滥用	有效	牵头
	以学校为基础，以危机管理为重心的，开展干预工作，提高自尊感和复制技能	有希望	宣教、合作、评估
所有类型的暴力	降低对武器需求和攻击	有希望	宣教、合作、评估
	针对不同文化范式的，持续性的、多媒体的预防运动	有希望	牵头

	干预措施	有效性	卫生部门职责
非故意伤害			
道路交通伤害	将摩托车司机和汽车司机的法定驾龄从16岁提高到18岁	有效	宣教、合作、评估
	制定和实施血液酒精含量限制标准的法律	有效	宣教、合作、评估
	毕业司机执照系统	有效	宣教、合作、评估
	交通镇静措施	有效	宣教、合作、评估
	日间摩托车照明灯	有效	宣教、合作、评估
	制定和实施安全带法	有效	宣教、合作、评估
	儿童乘客限制	有效	宣教、合作、评估
	引入和实施摩托车头盔法	有效	宣教、合作、评估
	减速措施	有效	宣教、合作、评估
失火	住房电子化	有希望	宣教、合作、评估
	禁止制造和销售烟花爆竹	有希望	牵头
	减少住房中易燃物质的储备	有希望	牵头
	烟雾警报和探测器	有希望	宣教、合作、评估
	提高建筑物标准	有希望	宣教、合作、评估
	改善产品——如煤油炉、烹饪器皿和烛台	有希望	宣教、合作、评估
中毒	防止儿童使用的容器	有效	牵头
	中毒控制中心	有效	牵头
	与存储器皿和放置地点同时相关的，更好的储存方法	有效	牵头
	警告标识的使用	有希望	牵头
溺水	使用个人漂浮设备	有效	牵头
	制定和实施围池法	有效	牵头
	教授游泳	有效	牵头
	覆盖水面，如水井	有效	牵头
	游泳池安全标准	有希望	牵头
	清晰和简单的路标	有希望	牵头
	经恰当培训和有适当装备的救生员	有希望	牵头

翻页续表

表2 继续

	干预	有效性	卫生部门的职能
非故意伤害			
跌倒	窗户安全机制，如在高层建筑安装窗栏	有效	牵头
	楼梯门	有效	牵头
	操场表面使用的抗冲击材料	有效	牵头
	操场设备的安全标准	有希望	牵头
	老年人肌肉强化训练和平衡训练	有希望	牵头
	在有高危人口的家庭，检查潜在风险，如有必要，加以改善	有希望	牵头
	鼓励使用预防跌倒的安全设备的教育项目	有希望	牵头

表中主要术语	
<p><b>有效性：</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 有效：干预措施经过强大的研究设计的评估，显示出预防效果的证据。</li><li>2. 有希望：干预措施经过强大的研究设计的评估，显示出一些预防效果的证据，但还需要更多测试。</li><li>3. 不清楚：大部分都未经测试，或经过很低程度测试的干预措施。</li><li>4. 无效：经强力有效的研究设计评估，持续地证明为无效，甚至恶化特定问题的干预措施。应注意 " 无效 " 一词只用于描述伤害预防效果。</li></ol>	<p><b>卫生部门职能：</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 牵头：卫生部门有主要责任开展此项干预工作，并监控其对问题的影响。</li><li>2. 宣教、合作、评估：主要的干预职责属于其它部门，但卫生部门在号召干预、与其它部门在干预过程中合作和监控干预的效果方面有关键的职能。</li><li>3. 劝阻：对干预的持续投入被证明为无效或起反作用，浪费稀有资源和对公共卫生造成损害，即干预实际上恶化了问题。因此，卫生部在此种干预上的职能就是劝阻任何部门制定和实施这样的干预措施，并在可能的情况下提供替代方案。虽然公共卫生部门应当劝阻将这些干预措施作为暴力与伤害预防的手段来实施，但这些措施在预防其它公民问题 and 健康问题上仍然可能是有效的。“劝阻”一词因此不应理解为对这些项目的绝对有效性所作的声明，而只限于在伤害和暴力预防的场景下的绩效。</li></ol>

## 6.4 指标和监控

从一开始，国家政策和计划就必须包括监控暴力和伤害预防项目有效性的工作。有效性的测量应覆盖短期、中期和长期。在实施干预之前的基线测量尤为重要。

如同其它的公共卫生问题一样——如HIV/AIDS，疟疾和吸烟相关疾病——在人群层面的监控通常通过设定指标、追踪所指问题和风险因素的实质和内容来进行。比如，监控HIV时，可能就要测量感染率和安全套使用率。根据可获得的人口动态统计数字和卫生信息系统，在一些地方使用常规搜集的信息来监控指标是可能的。在其它地方，如果信息系统发达程度不够，而行为指标又无法通过此种系统测量，监控就要通过定期以人群为基础的调查来进行。这包括如下方法：犯罪受害或青年风险行为调查，和行人及司机的随机酒精测试。通过在人群层次开发和监控指标，可以提供目标问题、风险因素和保护性因素的实时反馈。有了这样的反馈，就可以测量具体的干预政策和项目的效果。

## 6.5 与不同部门的磋商

与不同部门的政府和非政府团体进行磋商，对于确保他们对特定的暴力或伤害工作或政策进行投入是至关重要的。此举相应也帮助提高部门间的协调。试图使看上去相关的各个部门都参与工作肯定是不容易的。但是，如果未能与重点团体磋商，则可能为工作带来损害，并造成该组织否定所提议项目的后果。

决定与哪些团体相磋商因而也很重要，而且受到干预实施环境的影响。在预防项目的开始，来自不同部门的个人可能倾向于将自己局限在权限所属的范围。比如，心理学家可能认为他们的职责就是向暴力受害者提供心理咨询；警察可能加压获得更多资源，来逮捕和惩处罪犯；医学工作者可能先入为主地集中精力于创伤护理。为获得暴力与创伤预防的成功，必须使用这些特定的、基于专业强项的观点和技能，但将其根植于更广泛的视野。在这里，工作重点和目标是共同的。

### 专栏12：南非的跨部门合作

在南非，卫生部的社会部门制定了多部门的合作策略，用以预防非自然原因的死亡——包括凶杀、自杀和道路交通伤害。这一策略包括检查不同政府部门采用的预防措施，将其余卫生组织在预防凶杀、自杀和道路交通伤害方面所作的建议相比较。参与这一过程的政府部门包括卫生、教育、惩教、社会发展和加通，及南非警察服务。



© P. Viro/WHO

## 预防与评估的必需资源

### 暴力与伤害预防

Krug EG等编辑。世界暴力与卫生报告。日内瓦，世界卫生组织，2002。<[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html)>

预防暴力：实施世界暴力与卫生报告建议的指南。日内瓦，世界卫生组织，2004。<<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>>

预防儿童受虐：采取行动和产生证据的指南。日内瓦，世界卫生组织，2006。<[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf)>

Peden MM等编辑。世界道路交通伤害预防报告。日内瓦，世界卫生组织，2004。<[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/road\\_traffic/world\\_report/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/en/index.html)>

解决妇女遭受暴力问题，取得千年发展目标。日内瓦，世界卫生组织，2004。<[http://www.who.int/gender/documents/women\\_MDGs\\_report/en/](http://www.who.int/gender/documents/women_MDGs_report/en/)>

头盔：决策者和从业者使用道路安全手册。日内瓦，世界卫生组织，2006。<[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/road\\_traffic/helmet\\_manual.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/helmet_manual.pdf)>

道路交通伤害预防培训手册。日内瓦，世界卫生组织，2006。<[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546751\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546751_eng.pdf)>

儿童与青少年伤害预防。日内瓦，世界卫生组织，2005。<[http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415_eng.pdf)>

### 评估

非传染病预防过程评估手册。哥本哈根，世界卫生组织欧洲区，1999。<<http://dosei.who.int/uhtbin/cgiisirs/60n0oia4Y2/116570044/9>>

Rootman I等编辑。健康促进评估：原则与观点。哥本哈根，世界卫生组织欧洲区，2001。<[http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_43](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_43)>

## 第七部分

# 能力建设

预防伤害与暴力需要知识丰富、具备技能的员工、支持机构和良好的网络。这些领域可能都需要加强，而卫生部在取得这一目标的过程中具有至关重要的作用。

### 7.1 建设人力资源能力

为帮助建设人力资源能力，恰当的培训是根本。培训适用于所有个人，从员工，包括联络人，到高端的决策者。培训目标是使来自各种背景的职业人员在预防伤害与暴力这一领域中运作时，具备共同的知识和技能基础。伤害与暴力预防培训迄今为止还没有常规地开展。卫生部应通过集中于以下领域的工作来解决这一问题：

- 伤害与暴力预防培训。此种培训应常规地、既在学术机构中，也要在服务机构中开展。前者包括公共卫生、护理和药学院，后者包括医疗人员、数据搜集人员和其它政府部门的相关人员。适用于这一目的的有效工具是TEACH-VIP，一种伤害与暴力预防培训课程的模块。TEACH-VIP是在全世界的专家网络支持下由卫生组织开发的，已经在政府机构、伤害中心、非政府组织和学术部门中成功地应用。
- 技术和职业技能发展。相关的技术技能包括开展调研和建立监测系统。职业技能包括筹资、通讯、宣教工作和领导能力。卫生部应确认重点工作人员并支持其培训——包括交换访问、与其它机构的合作、以及个人辅导。

正在本书出版之际，卫生组织正在建立一个预防伤害的全球辅导项目。项目将联系来自不同机构的个人，以发展其技能为目的。

### 7.2 维护有效网络

合作网络——在国家以内和国家之间——是重要的伤害与暴力预防要素。在国家之内，预防工作可能分布于一系列公共和私有部门，为此也需要很好的协调工作。卫生部可以通过建立国家网络来联系这些部门，获得有效的信息交换、规划和行动，从而提供帮助。在国家之间，技术交流可以加速采用本领域的最佳实践经验，帮助制订政策议程。卫生组织正在积极地支持卫生部联络人的地区和全球网络。这些网络提供一种特殊的联系，使联络人与所有技术资源、他国对应工作人员和卫生组织所能提供的其它形式的帮助，相联系起来。





© M.Peden/WHO

### 专栏13： 在中国建设人力资源能力

在中国，国家慢性与非传染性疾病控制与预防中心（NCNCD）是卫生部的所属机构。NCNCD于2004年11月举办了国家伤害预防培训工作会议。67位伤害预防领域的公共卫生人员参加了会议，几乎覆盖了所有省份。此前，只有四分之一的与会人员接受过六小时以上的本领域培训。TEACH-VIP的二十四节课程翻译为中文，根据国情作了相应调整，并在会上通过联系和小组讨论加以完善。NCNCD在确定全国的相关与会者、组织培训人员、调整和翻译培训材料和提供后勤和行政支持方面发挥了中心职能。六个月后的一项评估表明，95%以上的受训者都使用了从TEACH-VIP培训会上获得的信息。一年以后，来自各省的与会者运作了国家以医院为基础的伤害检测系统，并由NCNCD和卫生部的种子基金设立了11个社区伤害干预项目。

### 专栏14： 在卫生组织欧洲区培训和网络化联络人

2006年6月，应卫生部联络人之请，卫生组织在奥地利萨尔茨堡举办了一个以TEACH-VIP为课程内容的培训会议。来自欧洲27国的39位联络人参加了培训。议题包括决策与规划、能力建设、数据搜集、监测、伤害与暴力预防及创建合作伙伴关系。在评估中，与会者高度地评价了培训。培训会后，卫生组织欧洲区又举办了第二届暴力与伤害预防年会。在年会上，联络人同意设立专题工作组，就暴力与伤害预防的地区问题开展工作。

### 能力建设的必需资源

TEACH-VIP使用者手册。日内瓦，世界卫生组织，2005。<[http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593547\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593547_eng.pdf)>

## 第八部分

# 宣教

宣教可以定义为以影响关于某一议题的政策、项目和资源投入为目的，提高对于这一议题的意识的活动。宣教是伤害与暴力预防工作的基本组成。因为卫生部产生大多数现有的伤害和暴力数据，并监管对受害者的治疗，则处于有利地位来发起活动，引起对这些问题更多的注意。在此有两种类型的宣教具有相关性。

### 向公众开展的宣教

由政府资助的宣教活动应告知公众本国的主要伤害和暴力问题，以及如何预防这些问题。宣教活动同样应纠正公众在伤害和暴力的原因和可预防性方面的误解。此种宣教活动应与新的法律和政策相协调，以便提高公众对这些事项的意识。例如，信息活动和预防工作可以协同强调对妇女和儿童的暴力是不可接受的，或是强调吸烟探测器的重要性。发起关于伤害和暴力的新政策、项目或出版物也为卫生部提供了开展宣教工作的良好机遇。宣教活动还可根据全球日历上的重要活动日来规划，如：

- 联合国全球道路安全周；
- 国际消除妇女暴力日；
- 国际残疾人日；
- 世界道路交通受害者纪念日。

使突出的公众人物或地方和国家媒体围绕这些活动日来开展宣教活动，可以大大加强其影响力。如果活动得到良好的规划和执行，则可以帮助卫生部建设广泛的行动联盟。但是，需要声明的是，与其它长期干预没有联系的单项信息或宣传活动，总的来说不会显著和持续减少暴力和伤害。

## 面向其它部门的宣教

许多政府部委都不熟悉在伤害与暴力领域实施的预防方法。因此，卫生部面向其它部门的宣教就需要解释面对伤害与暴力问题的需要，和公共卫生方法的优越性。这可以通过研讨会、工作会、简讯、邀请相关团体讨论其在预防工作中的职能和职责来达到。卫生部应使用所搜集的数据来告知决策者伤害与暴力在本国的内涵和规模——包括传染病学数据、伤害和暴力造成的直接和间接经济损失，和经过证明的、有希望的预防措施。卫生部有时也需要呼吁政府部委、联合国机构和非政府组织就某一特定的卫生话题进行合作。以此种方式为某一共同事业发动一系列机构，本身就是富有成效的演习。

对于两种类型的宣教，卫生部应当充分利用可获得的资源。这包括本地数据，也包括世界卫生大会和世界卫生组织地区委员会就伤害和暴力作出的决议，以及卫生组织的世界报告及其建议。

非政府组织是另一个可供卫生部汲取资源、开展宣教的有力资源。确实，在许多国家，暴力或道路交通伤害受害者团体及其家庭是发起预防内容宣教活动的主力军。此种团体在施压要求更严格地控制武器、反对虐待与儿童虐待、改善道路安全立法方面，都十分积极。悲剧性的事故，如自杀、校园枪击或名人暴死常常引发大规模的公众担忧。如果这种担忧有效地分流，则可谓基础预防工作产生迅速和持续的政治承诺。在任何适合的情况下，卫生部都应支持此种非政府的活动，进一步推进伤害与暴力预防工作。

### 专栏15：暴力预防联盟之牙买加分会的成立

2004年，牙买加卫生部建立了全球暴力预防联盟的国家分会。通过发起分会，卫生部长重申了预防暴力的公共卫生方法，以及多部门参与的重要性。联盟在全球有六项工作指导原则：

- 改善合作和预防暴力的信息交换；
- 支持敢于活动，监控预防暴力的国家行动计划；
- 提高搜集暴力数据的能力；
- 促进基本的暴力预防；
- 加强为暴力受害者提供的支持服务；
- 支持将预防暴力与社会和教育政策的整合。

为开展这些目标，牙买加分会设立了一个指导委员会、及由来自广泛领域宣教团体代表组成的工作组。

更多关于暴力预防联盟的信息见<<http://www.who.int/violenceprevention/en/index.html>>

## 第九部分

# 结论

暴力与伤害导致全球死亡率的9%和全球残疾的16%，并越来越多地被视作一个主要的公共卫生问题。卫生部的预防工作已经大大扩展，但时常还不清楚在伤害与暴力预防的职责为何。

本指南描述了这些指责。指南希望对于正在指定联络人的卫生部提供一个起点，也作为已经具备暴力和伤害预防部门的卫生部在进一步工作上的一种支持。此种预防部门理想的来说应该包括决策、数据搜集、受害者服务、预防、能力建设和宣教。在上述所有领域，开展评估和设计行动计划是重要的早期活动。

暴力与伤害预防不可能由某一个部门或机构孤立开展。协调的反应包括广泛范围的部门，对于预防工作的成功是绝对必要的。根据问题实质的不同，卫生部应当在预防工作中发挥领导、促进者和参与者的作用。

任务有时显得是艰巨的，但世界各地的国家已有例证表明，本书勾勒的目标是可以达到的。这对各国而言都是一样，甚至最完善的暴力与伤害预防部门都还可以更进一步。卫生组织希望本指南为卫生部在本领域的预防工作提供有效帮助。

专栏16是供新任命的联络人参考的如何建立暴力与伤害预防部门的指南。当然，这项工作没有一成不变的药方。各国面临不同情况和局限性。专栏中总结的步骤则只是一个总体的指南，需要根据国情加以调整。

## 专栏16：工作的开始：建立一个暴力与伤害预防部门

1. 从第四部分列出的数据搜集基本资源开始，搜集和分发当地和国家的暴力和伤害数据。有些数据可能在因特网上或在图书馆对公众是公开的。其它一些数据需要直接从医院病历部门、政府机构、保险公司、国家统计办公室或太平间直接获得。这些机构的代表可能愿意讨论提高暴力与伤害资料的动议。这些数据应用于设定工作重点，和用于卫生部面向其它政府部门的宣教工作。

2. 确定卫生部内部伤害和暴力相关领域的工作人员——如妇幼卫生、临床医疗、卫生促进、药物滥用、急救和传染病学。与来自这些部门的代表讨论其在暴力和伤害预防方面的工作，并寻求未来合作的领域。

3. 编辑一个暴力与伤害预防领域的其它政府和非政府组织的列表。与这些团体的代表会晤并讨论他们的工作和在暴力与伤害预防上的重点工作，设定未来合作的领域。

4. 开展给予所搜集信息的评估。制订一份死亡领先原因的表格，如本指南第一部分的表1。考虑基本问题的答案：

- 在地方和全国，与伤害和暴力相关的主要问题有哪些？
- 已经做了哪些工作来解决这些问题？
- 伤害和暴力受害者可以获得哪些服务，从哪里获得？
- 未来几年的可行重点行动有哪些？

5. 进行国际接触。加入国际交流项目，如卫生部联络人网络和卫生组织的辅导项目。

6. 组织所有参与暴力与伤害预防团体和个人的会议。会议的结构是磋商的形式，这样与会者在本事业中才能被视作合作伙伴。会议的目的是产生一致同意的工作需要的概要，及确保与会者的合作。让相关的卫生组织国家代表处或地区办公室参与可能对会议有帮助。

7. 以会议的成果和评估为基础，制订伤害与暴力国家报告。报告应当：

- 包括现有的传染病学、风险因素和反应的数据；
- 列出主要的参与组织；
- 确认现有工作中的缺失；
- 声势浩大地发布报告；
- 作为宣教和规划工作的主要工具。

8. 以报告为基础，建立一个网络来制订国家行动计划，涵盖本指南所述及的所有主要领域。在任何可能的情况下，制定额外计划，描述所有参与暴力与伤害预防工作的部门的职责。

9. 开始设计项目。从一开始就得出评估项目的方法。寻求本部门的政治和财政支持，在必要时也从其它合作伙伴处寻求此种支持。

10. 搜集数据，实时地衡量项目的作用，并将信息传达给他人。始终知晓国家和国际的暴力与伤害预防工作。始终与在伤害和暴力预防上负有责任者保持密切联系，必要时通过年会的形式保持联系。

11. 随着项目的进展，通过工作培训、辅导和交换项目开展能力建设。

12. 对规划、数据搜集、受害者服务、预防活动、能力建设和宣教开展年度或双年度政策评估。根据评估的反馈，和变化后的国家和地方伤害与暴力预防重点，对项目结构作出调整。





World Health  
Organization

