

世界暴力与卫生报告

总结

译者 唐晓昱

人民卫生出版社

世界卫生组织

世界卫生组织成立于 1948 年，作为联合国的一个专门机构，主要负责国际卫生事务与公共卫生方面的指导与协调工作。世界卫生组织规章中的一项工作，便是向人类提供健康方面的客观和可靠的信息并通过其广泛的出版规划履行它的部分职责。

该组织通过出版工作支持各国的卫生政策，提出对全球人口而言最紧迫和最关注的公共卫生问题。为满足发展中的不同会员国的需要，世界卫生组织出版了实用指南、手册和卫生工作者专业培训资料；国际通用的指导原则与标准；卫生政策、规划与研究的综述和分析；为决策者提供技术指导与建议的科学报告。这些出版物与该组织的重点活动紧密结合，围绕着个人与社区的健康促进。为推动人人享有卫生保健的进程，需要将世界卫生组织各会员国拥有的知识和经验以及公共卫生与生物医学科学带头人合作方面的信息在全球传播和交流。

为确保卫生事务方面的信息和指导得到广泛的传播，世界卫生组织将在全球范围内大量发行它的

出版物并鼓励翻译和采用这些出版物。以促进和维护健康、预防与控制疾病为宗旨，世界卫生组织的出版物将致力于实现该组织的主要奋斗目标——人人享有卫生保健。

©世界卫生组织 2002

根据《世界版权公约》第二条规定，世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利，应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书采用的名称和陈述材料，并不代表世界卫生组织秘书处关于任何国家、领土、城市或地区或它的权限的合法地位、或关于边界或分界线的划定的任何意见。

本书提及某些专业公司或某些制造商号的产品，并不意味着它们与其它未提及的类似公司或产品相比较，已成为世界卫生组织所认可或推荐。为避免差讹和遗漏，专利产品第一个字母均用大写字母以示区别。

世界暴力与卫生报告

总结

WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH

SUMMARY

译者 唐晓昱

人民卫生出版社

世界卫生组织

前言

请插入 Gro Harlem Brundtland 女士的相片（参见图稿及附件中电子文件 drbrundtland02.jpg）

暴力影响了世界上许多人的生活，在某种程度上同样涉及我们每个人。对许多人来说，逃避伤害的方法是关紧门窗，远离危险的地方。而另一些人却无法逃避。暴力的威胁避开了公众的视线，不易为人觉察。对于那些生活在战争冲突中的人来说，暴力已渗入生活的方方面面。

本书是第一个从世界水平关注暴力问题的综合性报告的摘要。报告中给出了人类为暴力所付出的代价：每年有 200 万人因此丧命，不计其数的人受到伤害，虽然伤害的方式并不总是很明显。此外，它还指出了个人之间、集体的、自我指向性的暴力等多种暴力表现形式及其发生的背景。它说明只要暴力存在，就必定会严重危及人类的健康。

该报告还向我们提出了许多挑战。它迫使我们视线由我们满意而舒适的社会转向那些将暴力行为简单地视为家庭隐私、个人选择或不可避免的事件的国家。暴力是一个涉及多种思想和行为表现形式的复杂问题，这些表现形式是由我们家庭和社会、甚至超越国界的多种因素塑造而成。该报告督促我们进行广泛的合作，并采取前瞻性的、科学的和全面的措施。

我们曾成功地应用一些方法处理了其他卫生难题，我们可以应用相同的方法和知识来做更多事情。这一点在报告中贯穿始终。我们还了解应该在何处运用我们的知识。暴力是可以预测的，也是可以预防的。如同其他的卫生问题一样，暴力不是均匀地发生在各种人群和环境中的。许多不同类型的暴力拥有相同的危险因素，这些因素可以被改变。

该报告始终强调一级预防的重要性。无论是北半球还是南半球，只要有领导人的决心和公众与个

人的广泛参与，对预防工作较小的投入就可以收到明显而长期的效益回报。

公共卫生工作近几十年来已取得了一些重要的成就，尤其是降低了多种儿童疾病的发病率。然而，如果我们拯救的儿童成为暴力的受害者，或在以后因伴侣之间的暴力、战争和冲突的伤害、他们的自残行为而失去了他们，这将是公共卫生工作的失败。

虽然公共卫生工作不能完全解决这一复杂的问题，但我们还是决定在世界范围内尽我们的努力来预防暴力行为。该报告将规划针对暴力的全球性措施，使这个世界成为每个人安全和健康的家园。全世界许多暴力预防专家已响应本报告的号召，采取了行动，我恳请您认真阅读本报告，加入我和这些专家的行列。

世界卫生组织总干事

Gro Harlem Brundtland 博士

目录

序言

前言

暴力—全球性的挑战

解决暴力的公共卫生方法

暴力的定义

暴力的分类

暴力的程度

暴力的影响：导致死亡、危害健康

暴力的根源：一种社会生态学模式

从分析到行动

暴力的类型和背景

个人之间的暴力

青少年与暴力

伴侣之间的暴力

父母和监护人对儿童的虐待与忽视

对老年人的虐待

性暴力

个人之间暴力的动态变化

自我指向性暴力

问题的严重程度

自杀的动态变化

集体暴力

问题的严重程度

集体暴力的后果

暴力冲突的动态变化

如何预防暴力？

个人方案

人际关系方案

社区方案

社会方案

一些重要的差距

行动建议

结论

参考文献

序言

请插入纳尔逊·曼德拉的相片（见附件中 mandela3.jpg）

二十世纪在人们的记忆中是一个充斥着暴力的世纪。它给我们留下的是巨大的灾难，是此前历史上从未有过的和从不可能有过的严重暴力冲突。这种遗赠，这种服务于憎恨意识的新科学技术所造成的后果，不是我们拥有的一切，也不是我们只能面对的。

我们虽然常常充耳不闻，但现实中非常普遍的现象是许多人日复一日地遭受着痛苦。这些痛苦是那些本应保护儿童的人们对儿童的虐待，是暴躁的伴侣对妇女的羞辱和伤害，是监护人对老人的虐行，是青少年之间的欺侮，是各年龄段的人的自我毁害，类似的例子不胜枚举。这种痛苦，可以自我蔓延：新一代可以从他们的父辈那里继承；受害者可以从施暴者那里学到；在某种社会条件下暴力还会被默许持续下去。没有任何国家、城市和社会可以幸免，但我们却并非无能为力。

暴力在缺乏民主意识、无视人权和治理混乱的土壤里滋生。我们经常讨论“暴力文化”是如何扎根的。事实上，作为一个经历了种族隔离并正生活在其余波中的南非人，我亲眼目睹并亲身经历了这种文化。如果当权者自身的行为也认可了暴力的使用，那么各种形式的暴力在社会上将愈发泛滥。在许多国家，暴力异常猖獗，甚至影响到经济和社会的发展。我们不能容忍这种情况愈演愈烈。

一些对暴力现象习以为常的人认为这是人类本性的一部分。情况并非如此，暴力是可以预防的，暴力文化可以被改变。在我的祖国和世界上的许多地方，我们有许多遏制暴力的成功范例。政府、社会和个人都可以在反暴力过程中起到重要作用。

我认为第一版《世界暴力与卫生报告》的出版非常有意义。该报告加深了我们对暴力及其社会影响的理解。它指出了暴力的不同表现形式：从易被忽视的社会中极为脆弱的个人的痛苦到战争冲突中再

明显不过的社会惨剧，该报告还加深了我们对导致暴力的因素和社会各群体可能反应的分析理解。在此，它提醒我们保护和安全的唾手可得：它们是公众舆论和社会关注的结果。

该报告描述并给出了适用于地区、国家和国际各水平的建议。这对于参与暴力预防的决策者、研究者、专业人员、拥护者和志愿者是极有价值的工具。虽然暴力问题在传统上是由司法部门处理，但该报告强烈建议所有社会部门都参与预防工作。

我们应该为我们的孩子——社会上最易受伤害的群体，创造一个没有暴力和恐惧的环境。为此，我们不仅要不懈地为国家、也要为社会的家庭成员创造和平、公正、幸福的环境。我们必须关注暴力的根源。只有这样，我们才能将上个世纪的遗赠由沉重的负担转变为我们记忆中的警钟。

纳尔逊·曼德拉

暴力——全球性的挑战

没有任何一个国家和社会可以避免暴力。关于暴力行为的图片和报道遍及媒体：它可以发生在我们的街道、家庭、学校、工作场所和办公机构。暴力是一个全球性的灾难，它破坏了社会结构，威胁着我们的生命、健康和幸福。每年，全世界有一百六十多万人因他杀或自杀而死亡。相对于因暴力而死亡的人，更多的人受到是身体上的摧残，甚至造成永久的残疾。暴力是世界上 15~44 岁人口的重要死因，暴力导致的死亡占男性死亡总数的 14%，女性的 7%(1)。

暴力行为如此普遍，以至于被视为人们生活中不得不面对、而不是可以设法预防的一部分。通常，暴力被认为是“法律与规则”问题，对此卫生专家的作用有限。由于公共卫生方法在处理其他一些环境和行为相关健康问题如心脏病、吸烟、艾滋病等方面已经取得了一定的成功，这种观点也正逐渐发生转变。由于如何处理及预防暴力的根源越来越受到重视，人们关注的范围也更加广泛了。同时，其他机构和学科，从儿童心理学者到流行病学专家，都对警察、法院和犯罪学家的工作做出很大的贡献。

暴力造成损失的很大一部分是其对受害者健康的影响和给卫生部门带来的负担(2)。这正是卫生部门在预防工作中所关注的，并可以起到重要作用。1979 年，美国卫生局局长在一篇名为“健康的人类”的报告中首次阐述了这一观点(3)。报告指出，要提高全民健康水平就不应忽视暴力行为的影响，处理暴力行为的根源是创造健康社会的首要工作之一。

此后，美国和世界的许多公共卫生工作者和学者开始致力于了解暴力，并努力寻找预防暴力的方法(4)。该观点在 1996 年日内瓦世界卫生大会（WHA）上被列入国际日程。这次会议通过了一项决议，宣布暴力是世界范围内的一个重要的公共卫生问题（见表框 1）。

使人们了解暴力是可以预防的只是解决问题的第一步。暴力是一个非常敏感的话题。许多人在其职业生涯中很难面对这一话题，因其引发了他们个人生活中许多不愉快的问题。谈到暴力问题就会触及复杂的道德、意识形态和文化问题。因此，无论是官方还是个人，公开谈论暴力话题会有许多阻力。

第一版《世界暴力与健康报告》的目的是挑战这些秘密、禁忌、无法避免暴力行为的想法，鼓励人们开展讨论，增进对该复杂现象的了解。虽然个人的努力和领导的作用对克服冷漠和阻挠是极有价值的，然而全面处理暴力问题的重点是需要各种类型、各个层次的人们共同努力，制定有效的措施。

该总结的主要对象是各国公共卫生政策的制定者，及在基层工作、对社会问题和需要了解得最深刻的公共卫生工作者。总结中表述的观点和得出的结论是以《世界暴力与健康报告》及其涉及的众多研究为基础的。

图框 1 预防暴力：一个重要公共卫生的问题（WHA49.25 号决议）

第 49 届世界卫生大会(WHA)，

以极大的热忱关注全世界急剧增加的危及所有年龄段的人们，包括男性和女性，尤其是妇女和儿童的故意伤害事件；

支持《社会发展世界首脑会议宣言》中提出的倡导并实施特殊的公共卫生与社会服务政策和计划，预防社会中的暴力现象，减轻其造成的危害；

支持世界人口与发展大会（开罗，1994）和第四届世界妇女大会（北京，1995）提出的建议，需采取紧急措施处理针对妇女和少女的暴力，积极了解暴力造成的健康问题；

再次强调联合国宣言中消除针对妇女的暴力问题；

关注第三届世界伤害预防与控制大会（1996）上采纳的科学届在墨尔本宣言中就增进国际合作、确保世界各国公民安全提出的口号；

认识暴力给个人、家庭、社会和国家在健康、心理和社会发展方面带来直接的和长期的严重影响；

认识到暴力对各地卫生保健机构越来越严重的影响，以及给国家和社会有限的卫生保健资源造成的沉重负担；

认识到卫生工作人员常常最先面对暴力受害者，有独特的专业技术和特殊的社会职责，可以帮助那些处境危险的人们；

认识到 WHO，作为协调国际公共卫生工作的主要机构，有责任领导和指引其成员国，帮助他们制定公共卫生计划以预防自我指向性和针对他人的暴力行为；

1. **宣布**暴力是世界公共卫生的首要问题；

2. **督促**各成员国评估其国内的暴力问题，并向 WHO 汇报有关该问题的情况以及采取的处理方法；
3. **要求**总干事利用现有的资源范围，开展针对暴力的公共卫生运动，以便：
 - (1)应用“性别视角”的分析方法，区分不同类型的暴力，确定其程度，估测暴力的原因及其造成的公共卫生结果；
 - (2)评价预防暴力、减轻其影响的各种措施和计划的类型和有效性，以尤其注意以社区为基础的各种活动；
 - (3)推动国际和国家水平处理暴力问题的活动，包括：
 - (a) 提高了解、报告并处理暴力的后果的能力；
 - (b) 在预防和处理暴力问题时，促进更多部门相互合作；
 - (c) 将暴力研究作为公共卫生研究的工作重点；
 - (d) 在全世界各民族、国家和社会中制定并宣传预防暴力计划的建议；
 - (4) 确保积极参与并和有关的 WHO 技术项目协调一致；（确保协调地、积极地参与有关的 WHO 技术项目；）
 - (5) 加强与各国政府、当地部门和联合国的其他组织与 WHO 的合作，以便计划、实施和监督预防和缓解暴力冲突的项目；
4. **进一步要求**总干事向第 99 届执行委员会会议递交报告，描述目前的进展，制定行动计划，尽可能找到科学的防范暴力的公共卫生方法。

- 暴力通常被认为是人类生活中不可避免的一部分，是生命中不得不面对、而不是可以设法预防的一部分。由于公共卫生方法在处理其他一些环境和行为相关健康问题上取得了一定的成功，这一观点也正逐渐发生转变。
- 在预防暴力的工作中，卫生部门既有特殊的权益，又能发挥重要作用。
- 全面处理暴力问题的重点是需要各种类型、各个层次的人们共同努力，制定有效的措施。

解决暴力的公共卫生方法

一般说来，卫生部门对暴力行为采取的措施是被动性的、治疗性的。由于各种应对措施常常因不同的兴趣和专业知识而各异，因此人们很少从一个更广阔的角度来考虑暴力问题，很少考虑到不同形式的暴力之间的联系。世界卫生组织将暴力看作是一个公共卫生问题，力图寻求问题的根源，并从整体上处理这个问题。

公共卫生，根据其定义，它的重点不是针对个人的，而是针对社会 and 人群的健康。只要有可能，公共卫生干预措施将重点关注那些最易患病和最易受到伤害的人群。公共卫生的基本目标是保护、促进和改善健康。公共卫生工作的重点是预防疾病与伤害的初发与复发，而不是处理其后果。

传统上，公共卫生方法处理任何威胁健康的危险因素都可分为以下四步(5)：

- 阐明定义并监测问题的严重程度；
- 确定产生问题的原因；
- 制定并尝试解决问题的方法；
- 推广有效的措施。

公共卫生方法是以科学为依据的。任何事情，包括确定问题及其原因、计划采取何种措施、测试和评估措施的效果等，都必须基于合理的研究，有强有力的证据。公共卫生方法还涉及多种学科。公共卫生官员需要与广泛的人群和组织开展合作，并在工作中应用多种专业知识，如医学、流行病学、心理学、社会学、犯罪学、教育和经济学。

至于暴力，依据确凿的事实，公共卫生工作者及其伙伴从一开始就坚信，人们一定能找到办法预防暴力行为及其不良后果。公共卫生学办法不能代替法律对暴力的制裁，也不能替代人权所赋予的对暴力采取的正当措施。实际上公共卫生充当了法律和人权的补充力量和合作伙伴，为后两者提供了预防暴力的新工具和新资源。

暴力的定义

作为一个公共卫生问题，暴力未能引起广泛注意的原因之一是缺乏一个明确的定义。暴力是一种非常普遍而又复杂的现象。对其进行定义不是一门严密的学问而是需要判断。在各个不同的国家中，哪些行为是可以接受的，哪些不能接受，哪些构成了伤害等观念是受社会文化影响的，是受不断发展的价值观和社会准则反复检验的。如对于上一代人，教鞭是英国学校纪律的一部分，常被用来打学生的臀、腿和手。但今天，如果一个英国教师对一个孩子进行了任何形式的体罚，他（她）将会被起诉。

由于全世界道德标准的多样性，如今在全球论坛上暴力是一个富有挑战性的和敏感的话题。但讨论暴力问题却是刻不容缓的。为了在这个快速变革的世界更好地保护人们的生命和尊严，人们必须努力达成共识，建立普遍适用的行为准则来保障人权。

依据定义者及其目的的不同，可以有多种方式对暴力进行定义。例如一个以逮捕和定罪为目的的定义肯定不同于社会服务机构以干预为目的的定义。至于公共卫生领域对暴力的定义，必须能够很好地把握施暴者的行为范畴和受害者的主观经历，不至于将其定义得范围过大，而导致其失去应有的意义，或范围过大以至于将日常生活中因疾病造成的自然兴衰都包括在暴力的范畴内。还必须在全世界范围内达成共识，只有这样才能使各国间的统计数据具有可比性，才能建立一套可靠的理论基础。

世界卫生组织将暴力定义为(4)：

蓄意地应用强暴的力量或武装，对自身、他人、群体或社会进行威胁或侵害，造成或极有可能造成损伤、发育障碍、精神伤害、死亡或剥夺权益。

该定义包括了个人之间的暴力以及自杀和战争。此外该定义还包括一系列广泛的行为，不只是躯体虐待，还包括威胁和胁迫，剥夺权益和遗弃。后者明显与儿童和老人有关。除了死亡和损伤，定义还顾及了大量的、常常不引起人们注意的暴力后果，如精神伤害、无法正常地行使社会功能、儿童难以正常发育等。

暴力的分类

暴力的复杂性、普遍性和多样性使得人们感到无能为力，因而对之漠不关心。我们需要一种合理的框架或分类方法来对这个复杂的现象进行分类，使人们更加了解其本质并能够对此采取行动。目前，反暴力工作主要在不同专业领域分别开展孤立的研究和行动。为克服这一缺点，该框架需要强调不同暴力类型的共同特点以及它们之间的相互关系，制定出一套综合性预防措施。目前暴力的分类方法很少，而且都不够全面或未得到广泛的认同

(6)。

《世界暴力与卫生报告》中使用的分类方法根据施暴者将暴力分为三种类型：针对自身的暴力、个人之间的暴力和集体暴力。

这种初步的分类方法将暴力区分为针对自己的暴力、由他人或一个小群体以及大的群体如国家施加的暴力(见图 1)。

这三种大体分类方法再具体细分，以反映出各种特殊的暴力类型。自我指向型暴力包括自杀和自虐行为如自残。自杀行为包括打算自杀、制定计划、寻求方法、尝试自杀和完成自杀。

个人之间的暴力包括以下两种亚型：

- 家庭和伴侣之间的暴力，即发生在家庭成员或伴侣之间的暴力。这种暴力，尽管也有例外，但通常发生在家中；
- 社会暴力，即暴力发生在无亲属关系的个人之间，他们可能相互认识，也可能不认识，通常发生在户外。

前者包括的暴力类型如监护人虐待或遗弃儿童、伴侣间的暴力和虐待老人。后者包括团伙暴力、偶发暴力、来自陌生人的强奸、性骚扰，以及公共机构如学校、工作场所、监狱和疗养院中的暴力行为。

集体暴力是一群人为了政治、经济或社会目的，以暴力手段对抗另外一群人。它表现为多种形式：国家之间的武装冲突；种族屠杀、镇压和其他对人权的践踏行为；恐怖行动；及有组织的暴力犯罪。

该分类法抓住了暴力的本质，它可以是躯体的、精神的、性行为的，包括遗弃和剥夺权益。该分类法还考虑了背景环境、施暴者和受害者的关系和集体暴力可能的动机。

请插入图 1，见原稿第 5 页及电子文档 vp 1.1.eps

暴力的程度

公共卫生一线行动需要对它所针对的公共卫生问题的严重程度进行衡量。这种资料是合理决策的基础。可靠的数据对决策、监督和宣传都非常重要。没有真实的资料，就没有人会体会到了解暴力并对之作出反应的紧迫性。

衡量暴力的程度需要面对许多问题。各个国家资料系统的发展程度不一致，提供资料的完整性、质量、可靠程度和有效性有很大差异。许多暴力行为并未引起政府的注意，因此没有记录在案。另外一些暴力行为虽然引起了政府的注意，但是记录中并未包含了解该问题所需要的所有信息。如何定义暴力决定了收集哪些资料。很多时候，不准确的定义使得一些问题的要点变得模棱两可。总之，缺乏定义和资料收集的一致性严重影响了不同社会和国家的数据之间的可比性。

目前，人们最常收集、最容易得到的数据是死亡率。信息来源包括：死亡证明、死亡数据登记和验尸官报告。然而，死亡数据只是冰山的一角。有一个人死亡，就有更多的人受到伤害，造成精神上的摧残或躯体的残疾。考虑到非致命性结局比死亡更为常见(7-11)，我们有必要得到其他类型的数据，以便对暴力的描述更加完整。这些数据包括：

- 疾病、外伤和其他健康情况的医学数据；
- 关于态度、信仰、行为、文化习惯、受害和受暴力攻击的自述性资料；
- 关于收入水平、教育程度、就业情况的社会资料；
- 警方关于暴力事件和施暴者的特点和背景的资料；
- 关于医疗、社会服务和预防活动支出的经济资料；
- 政策和立法资料。

这些资料的来源广泛，包括：个人、相关机构的记录、地方工作项目、社会和政府的记录、人口调查或其他调查，以及一些特殊的研究。多种信息来源有助于人们认识暴力，了解为什么多方协作是公共卫生方法的重要基础。

- 公共卫生关注的是世界各国和全人类，着眼于最易患病和受伤害的人群。公共卫生方法以科学为依据，其政策和行动必须基于合理的研究。它还涉及多门学科。
 - 公共卫生一线行动需要一个准确的暴力定义以及理解其复杂形式和背景的框架。
- 可靠的数据对于理解暴力是至关重要的，对于宣传也有重要意义。没有真实的资料，就没有人会体会到了解暴力并对之作出反应的紧迫性。

暴力的影响：导致死亡、危害健康

2000年，全世界约有1 600 000人因暴力而死亡，比率为28.8/100 000人（见表1）。其中半数为自杀，近1/3为他杀，约1/5死于武装冲突。

当然，每个人受到暴力威胁的几率是不同的，深入的调查可以了解哪些人是主要的受

受害者、他们居住在哪里。男性占有所有他杀受害者的 3/4，他杀率较女性高出 3 倍。15~29 岁男性是世界上他杀率最高的人群，约为 19.4/100 000（见表 2）。男性他杀率似乎随年龄增大而降低。而在女性，除了 5~14 岁年龄组为 2/100 000，其他各年龄组均约为 4/100 000。

而自杀率，不论是对于男性还是女性，都随着年龄的增大而升高（见表 2）。最高的自杀率见于 60 及 60 岁以上男性（44.9/100 000），约为同年龄段女性的 2 倍（22.1/100 000）。在 15~29 岁年龄组，男性自杀率为 15.6/100 000，女性为 12.2/100 000。

表 1 2000 年全球暴力相关死亡情况统计

暴力类型	数量 ^a	占人口比率 (1/100 000)	占总死亡比率 (%)
他杀	520 000	8.8	31.3
自杀	815 000	14.5	49.1
与战争有关的死亡	310 000	5.2	18.6
总计 ^b	1 659 000	28.8	100.0
中低收入国家	1 510 000	32.1	91.1
高收入国家	149 000	14.4	8.9

^a近似到千位。

^b包括 14 000 例司法机构判决的死亡。

暴力死亡率与各国收入水平相关，中低收入国家（32.1/100 000）是高收入国家（14.4/100 000）的 2 倍多。还有许多细节隐藏在这些整体比率之后。暴力死亡率地区间差异很大，如

在 WHO 各分部地区之间这种差异就非常显著（见图 2）。在 WHO 非洲和美洲地区，他杀率是自杀率的 3 倍；在东南亚和欧洲，自杀率是他杀率的 2 倍多；而在西太平洋地区，自杀率几乎为他杀率的 6 倍。

表 2 2000 年各年龄组他杀率和自杀率的统计

年龄组 (岁)	他杀率(1/100 000)		自杀率(1/100 000)	
	男性	女性	男性	女性
0-4	5.8	4.8	0.0	0.0
5-14	2.1	2.0	1.7	2.0
15-29	19.4	4.4	15.6	12.2
30-44	18.7	4.3	21.5	12.4
45-59	14.8	4.5	28.4	12.6
≥60	13.0	4.5	44.9	22.1
总计 ^a	13.6	4.0	18.9	10.6

^a年龄已标准化。

整体的比率还没有体现出各国内部的差异，如城乡之间、贫富之间、各种族、各民族之间的差异。如在新加坡，华裔和印度裔人自杀率要高于马来人(12)。在美国，1999 年，15~24 岁的非裔青年成为他杀受害者的比率为相应年龄段的西班牙裔青年的 2 倍多，是相应年龄段白种非西班牙裔青年的 12 倍多。

暴力致死的数字仅仅是一小部分。躯体、精神和性伤害在世界各地每天都在发生，除了使各国支付大量医疗和司法费用以及蒙受误工和丧失劳动力所造成的巨大损失之外，还破坏了数百万人的健康和幸福(14-21)(见图框 2)。而且，暴力对健康的影响可以持续数年，并可能造成永久性的残疾如脊索损伤、脑损伤和肢体残疾。

除了直接的躯体伤害，暴力受害者还易于发生许多精神和行为障碍如抑郁、酗酒、焦虑和自杀倾向，以及生殖问题如意外受孕、性传播疾病和性功能障碍(22-25)。

请插入图 2，见原稿第 7 页及电子文档 vp 1.2.eps

图框 2 用于暴力的支出

除了给人类造成的痛苦，暴力还给国家经济带来了沉重的负担。

例如，1996~1997 年间由泛美开发银行赞助的在拉美六国进行的暴力对经济影响的一系列研究表明：在巴西，仅卫生服务费用一项就占国民生产总值的 1.9%，在哥伦比亚占 5.0%，在萨尔瓦多占 4.3%，在墨西哥占 1.3%，在秘鲁占 1.5%，在委内瑞拉占 0.3% (14)。1992 年在美国进行的研一项究表明每年治疗枪伤的费用高达 1260 亿美元 (15)，砍伤和刺伤的医疗费用为 510 亿美元。

有证据表明，通常情况下，家庭和性暴力的受害者更容易出现健康问题，相对于那些没有被虐待经历的人们，他们的一生中需要支出更多的医疗费用，更经常需要得到急诊医疗处置。被虐待和遗弃的儿童也是如此。

在计算暴力对国家经济造成的负担时，除了直接的医疗和法律费用外，还还要考虑许多其他因素，包括：

- 提供安全、长期的庇护所或类似场所的费用；
 - 由于未成年死亡、伤病、误工、长期残疾和失去发展潜力造成生产力的损失；
 - 影响了生活质量，照料自己和他人的能力降低；
 - 破坏了公共财产和基础设施，导致医疗保健、运输和食品供应等服务的中断；
 - 使人们因担心自身安全而扰乱了日常生活；
 - 妨碍了投资和旅游业，牵制了经济的发展。
- 暴力造成的损失是不均衡的。在经济困境中保护自身能力有限的人们受到的影响最为严重。

需要注意到，暴力行为及其影响很少有简单的因果关系，尤其是有精神虐待时。即使在极端的例子中，由于个人对不幸事件的反应不同，也常常会有多种反应和后果。个人的年龄、性格以及能否得到情感支持都将影响暴力事件的结果。主动对暴力做出反应的人要比保持被动的人有更大的弹性。为了使治疗和预防计划有合理的基础，我们需要对暴力的健康后果和影响因素做更多细致的研究。

- 2000 年，全世界约有 1 600 000 人因暴力而死。其中约半数为自杀，1/3 为他杀，约 1/5 死于武装冲突。
- 2000 年，尽管暴力相关的死亡率在地区之间甚至国内各地区之间有显著差异，但总体来看，中、低收入国家暴力相关死亡率是高收入国家的 2 倍多。
- 多数暴力是非致命性的，会造成损伤、精神障碍、生殖健康问题、性传播疾病及其他问题。暴力对健康的影响可持续多年，甚至可能遗留永久的躯体残疾和精神障碍。
- 除了给人类带来痛苦，暴力还造成了难以计数的社会和经济浪费。

暴力的根源：一种社会生态模式

没有哪个单一的因素可以解释为什么是某个人而不是另外一个表现出暴力行为，也没有哪个单一的因素可以解释为什么在某个社区暴力肆虐而邻近的社区却生活安宁。暴力是一种极其复杂的现象，其根源由多种因素如生物、社会、经济和政治交互构成。

某种危险因素对某种特定类型的暴力可能是特有的，更多见的是各种不同的暴力类型拥有一些共同的危险因素。将该问题划分为不同的专业和兴趣领域，缺乏不同组织之间的

合作，将会使真相变得晦涩，并会产生孤立的预防暴力方案。公共卫生方法要求人们在更广阔背景下认识不同类型的暴力，并了解其共同的形式，缺乏合作精神将与公共卫生的要求背道而驰。

《世界暴力与健康报告》应用“社会生态模式”(ecological model)一词，试图了解暴力本质的多面性。社会生态模式首次在二十世纪七十年代被应用于儿童虐待的研究(26, 27)，之后被用于其他暴力研究领域(28-32)。作为一个概念，它还在不断地得到发展和完善，其作用是帮助人们认清影响暴力的多种因素，同时为了解这些因素之间的相互作用提供一个框架（见图3）。

请插入图 3，见原稿第 9 页及电子文档 vp1.3.eps

该模式将影响因素分为四个水平，帮助检验哪些因素影响行为，或哪些因素增加犯罪或被害的可能性：

- 初级水平确定影响个人行为以及他们成为施暴者或暴力受害者的可能性的生物和个人历史因素。可以计算或描述的因素有：人口统计学特征（年龄、教育、收入）、精神或人格障碍、物质滥用、暴力行为史或被虐待史等；
- 二级水平关注密切的人际关系，如家庭内部、朋友之间、伴侣之间和同事之间的关系，并探讨这些关系如何增加施加暴力或遭受暴力的几率。例如，对于青少年暴力，结交了参与或怂恿暴力行为的朋友会增加一个年轻人进行暴力犯罪或被害的几率；

- 三级水平研究的是各种社会关系发生的**社区**背景，如学校、工作场所、其他的机构或邻里环境，并试图确定这些场所中可增加暴力发生可能性的特征。该水平的影响因素可能包括如：人口流动性（如，在某种环境中人们是愿意长期居住还是常常搬迁）、人口密度、就业状况以及当地是否存在毒品交易；
- 四级水平关注更广泛的**社会**因素，这些因素造就了鼓励或反对暴力的大环境。这些因素包括武器的使用情况、社会文化准则。而这些准则又包括赋予父母对孩子幸福的优先决定权、维护男性相对于女性和儿童的优势地位、允许警察对公民行使过分的武力、支持政治冲突等。更重要的社会因素还有使得社会各阶层经济和社会地位不平等的卫生、经济、教育和社会政策。

该模式中互相衔接的社会生态环解释了各水平因素作用是如何相互加强或削弱的。如一个有暴力倾向的人，如果处在习惯于用暴力方式解决矛盾的家庭或社会中，更可能表现出暴力行为，而在平静的环境中情况可能会好得多。社会孤立可能是虐待老人行为的一个常见的社会因素，可以受社会因素（如对老年人普遍缺乏尊重）或人际关系因素（如失去朋友或家庭成员）影响。

除了能帮助人们认清暴力的原因及其复杂的相互作用，社会生态模式还指出，为了预防暴力，需要在各个水平同时采取行动。这包括：

- 注意个人危险因素，采取措施改善个人的危险行为；

- 调整那些密切的个人关系，努力创造良好的家庭环境，为功能失常的家庭提供专业的帮助和支持；
- 监测公共场所如学校、工作单位和邻里环境，并采取措施解决可能导致暴力的问题；
- 关注性别不平等以及错误的文化观念和行为；
- 关注与暴力有关的更广泛的文化、社会和经济因素，设法改善这些因素，包括如减小贫富差距、保障获取商品、服务和机会的公平性。

- 没有哪个单一的因素可以解释为什么是某个人而不是另外一个表现出暴力行为。暴力是一种极其复杂的现象，其根源由多种因素如生物、社会、经济和政治交互构成。
- 某些危险因素对某种特定类型的暴力可能是特有的，更多见的是各种不同的暴力类型拥有一些共同的危险因素。
- 除了能帮助人们认清暴力的原因及其复杂的相互作用，社会生态模式还指出，为了预防暴力，需要在各个水平采取哪些行动。

从分析到行动

暴力根源的一般模式给人们以有益的启示，并为研究和预防暴力工作指出了一些可能获得成功的方法。然而观察到了结果与了解如何运作还有很大的差距。公共卫生计划的进行不能仅仅凭假定或传闻。为了使工作行之有效，预防计划应该以合理的了解为基础，以高质量的研究为后盾，主要针对暴力的影响因素和它们的作用方式。

传统上，公共卫生学的干预方法可分为三级预防：

- 一级预防— 在暴力发生之前采取的预防措施；
- 二级预防— 处理暴力发生后产生的即刻效应的措施，如院前救护、急诊治疗或强奸后性传播疾病的医治；
- 三级预防— 帮助受害者在暴力发生后的恢复过程中所采取的长期护理措施，如康复、社会回归以及为减轻暴力造成的损伤和长期残疾所做的各种努力。

三级预防是以它们作用的时间进行定义的——即预防是在暴力发生前、发生后即刻还是在以后的长期过程中。传统上，三级预防应用于暴力受害者及卫生保健服务领域，除此之外它们还与施暴者有关，并被用于描述司法部门对暴力行为作出的反应。

研究人员正越来越关注针对特殊目标人群的暴力预防的定义(35)，该定义将预防措施分为以下几种：

- 普遍的预防措施——针对各类人群或普通人民，不考虑个人因素，例如为学校的小学生或某些年级的学生开设暴力预防的课程、全社会范围内的媒体宣传；
- 选择性预防措施——针对暴力的高危人群（有一种或几种暴力危险因素），例如对低收入家庭、单亲家庭进行养育方法的培训；
- 指向性干预措施——针对已显示出暴力行为的人群，例如针对家庭施暴者的措施。

无论在工业化国家还是在发展中国家，通常优先处理暴力发生后即刻出现的后果，即为受害者提供帮助并惩治施暴者。这项工作非常重要，只要可能应予以加强，但是对暴力的一级预防，即防范暴力发生的首要措施应给予更大的投入。

在制定防范暴力的措施时，需要各个不同的部门和机构进行合作，制定的计划应适用于不同的文化背景和人群。迄今为止，工作中主要的弱项是缺少对各种方法严格的评估。评估应该是所有计划中的必要组成成分，这样我们才能吸取经验教训，了解在预防暴力时哪些工作有效，哪些没有效果。

- 对暴力的一级预防即防范暴力发生的首要措施应给予更大的优先性和投入。
- 在防范暴力的活动中，需要各个不同的部门和机构进行合作，且评估应该是所有计划的必要组成成分。

暴力的类型和背景

暴力有多种类型，并且发生在不同的背景中。需要考虑个人之间、自我指向性和集体暴力的程度和动态变化，需要找出它们之间的联系，为采取预防措施提供基础。

个人之间的暴力

2000年，全世界约有520 000人死于个人之间的暴力行为，比率为8.8/100 000。但是官方的他杀统计不能说明全部情况。许多死亡因归咎于意外事故或自然死亡或未知原因而被隐瞒。如在印度，公共卫生官员们猜测，许多记载为“死于意外烧伤”的妇女实际上可能是被其丈夫或家人故意泼上煤油纵火烧死(36)。在许多地方，对婴儿和老人的死亡不进行常规调查，或不进行尸检，死因常被认为是疾病或其他自然原因(37)。

相对每一例暴力死亡，有更多的人受到躯体或精神伤害。官方的非死亡记录通常不完整，尤其是涉及带有社会偏见的个人之间暴力行为。表3显示，无论在工业化国家还是在发展中国家，被伴侣伤害的妇女通常更愿意告诉朋友或家人而不是警察，或者不告诉任何人(25)。

世界各地的个人间暴力行为不尽相同，但虐待儿童和老人、伴侣之间的暴力行为在各地都很常见。在非洲和拉丁美洲，青年人暴力行为发生率尤其高。某些性暴力，如童婚、非法买卖婚姻，在非洲和南亚较其他地区常见(38, 39)。

- 2000年，约有520 000人死于个人之间的暴力行为。
- 官方的他杀统计资料只掌握了暴力死亡的一部分。许多暴力死亡，尤其是妇女、儿童

和老人的死亡，可能被归咎于疾病或其他自然原因。

请插入图 4，见原稿第 14 页及电子文档 vp2.1.eps

青少年与暴力

青少年（10~29 岁）暴力包括一系列进攻性行为，从威吓到打斗、到更严重的攻击和谋杀行为。在各国，男性青少年都是暴力的主要施暴者和受害者。

在 2000 年，青少年暴力行为导致了 199 000 例死亡，比率为 9.2/100 000。青少年他杀率最高的是非洲和拉丁美洲，最低的是西欧和部分亚洲地区（见图 4）。除了美国，多数青少年他杀率高于 10/100 000 的国家是低收入国家或正处于社会动荡时期的国家。相对每一例青少年暴力死亡，约有 20~40 名青少年受伤并需要到医院进行治疗。在一些国家，如以色列、新西兰和尼加拉瓜，该比率更高(8-10)。

一些人在儿童早期就表现出一些问题行为，进入青春期后逐渐衍变成严重的暴力倾向，典型的还继续发展直至进入成年期(40-42)。但大多数参与暴力行为的青少年，在青春期中不止一段时间内常常施暴，而在儿童时期却很少或没有出现过问题行为(43)。这种“青春期施暴者”常常寻求刺激(44)，他们施暴时通常与同伴为伍。青少年还常常表现出各种反社会行为，其非暴力过失多于暴力过失(45, 46)。在青少年暴力和过失行为中，酒精、毒品和武器的出现增加了暴力损伤和致死的可能性。

导致青少年暴力行为的因素涵括了社会生态模式的各个层次。13 岁之前就参与了暴力或有过失行为是一个明显的个人因素(47, 48)，与之一道的还有冲动、进攻性的态度或信仰、糟糕的学习成绩(34, 49)。在家庭中遭受严厉的体罚或目睹家庭暴力、缺乏父母的监督管理、

与不良同伴为伍是重要的人际关系因素(33, 34, 50)。

在社区和社会水平，尽管没有充分的证据表明媒体对暴力的宣传可导致严重的暴力行为（如人身攻击和杀人）并具有长期效应，但已有一些证据表明这种宣传可导致短期进攻性行为的增多(43)。

其他一些基于社区和社会的研究表明，居住在犯罪发生率高和贫困的环境或社区中，青少年表现出暴力行为的可能性高(33, 51)。此外，发生武装冲突和镇压、整个社会正处于社会和政治变革时期，青少年暴力发生率会升高(52, 53)。在一些国家，社会保障政策脆弱、收入差距明显、暴力风气盛行，青少年暴力发生率也高(54-56)。

- 2000 年，青少年暴力行为导致了 199 000 例死亡。
- 相对每一例青少年暴力死亡，约有 20~40 名青少年受伤并需要到医院进行治疗。

表 3 妇女受暴力后主动寻求帮助对象的比例（选择性人口调查）

国家或地区	样本量 (N)	妇女受暴力后主动寻求以下帮助的比例			
		不告诉任何 人(%)	报警 (%)	告知朋友 (%)	告知家人 (%)
澳大利亚 ^a	6 300	18	19	58	53
孟加拉国	10 368	68	—	—	30
加拿大	12 300	22	26	45	44
柬埔寨	1 374	34	1	33	22
智利	1 000	30	16	14	32 ^b /21 ^c
埃及	7 121	47	—	3	44
爱尔兰	679	—	20	50	37
尼加拉瓜	8 507	37	17	28	34
摩尔多瓦共和国	4 790	—	6	30	31
英国	430	38	22	46	31

^a在过去一年中遭受人身攻击的妇女。

^b指告知其自己家人的妇女的比例。

^c指告知其伴侣的家庭的妇女的比例。

伴侣之间的暴力

伴侣之间的暴力在各个国家、各种文化、社会各阶层均有发生，无一例外，尽管某些人群（如低收入人群）发生该暴力的危险性要高于其他人群(57-60)。伴侣之间的暴力包括强迫的性行为和其他形式的性胁迫、精神虐待如恐吓和羞辱、管制行为如将受害者与家人和朋友隔离或限制其获得信息和帮助，以及躯体攻击如踢打。

尽管妇女也会对其男性伴侣施加暴力，有时暴力也发生在同性之间，但伴侣间暴力行为绝大多数是男性施加给女性的。在一个全世界范围内对 48 个人群的调查中，据报告有 10%~69% 的女性在她们的生活中曾被男性伴侣施以暴力(25)。

多数躯体暴力受害者长时期遭受多次的暴力攻击(61, 62)。他们还易遭受多种虐待。例如，一个在日本对 613 例受虐待妇女的研究发现，只有 10% 的受害者只遭受了躯体暴力，而 57% 曾遭受到躯体、精神和性暴力攻击(63)。一项在墨西哥的研究表明，遭受伴侣躯体暴力攻击的妇女中，有超过半数还受到性虐待(64)。

全世界，在这些虐待行为中引发暴力的事件惊人地相似(65-69)，包括：不服从或与男人争执、质问他们的钱财和女友、没有照料好孩子和家庭、拒绝性行为，以及被怀疑对伴侣不忠。

许多因素与男性对伴侣的人身攻击有关。在个人因素中，许多研究表明家庭暴力史（尤其是目睹母亲被打）和酗酒尤为重要(58, 70-73)。人际关系因素中，最常见的是贫困、人际交往中有矛盾或不和谐(57, 58, 73, 74)。贫困增加暴力发生几率的原因还不清楚。可能是低收入导致婚姻不和谐或使妇女难以脱离暴力或其他不满意的关系，也可能是因为其他伴侣随着贫困的因素，如人口过多或绝望感。

在男女不平等的社会中，刚性的角色和文化准则赋予男性主导地位，忽视女性的感觉，

并缺少对暴力行为的制裁，这时女性尤其易受到其伴侣的攻击(75, 76)。这些因素使得妇女难以脱离这种不和谐的关系，且该尝试也是危险的。即使妇女离开其伴侣，逃离了这种关系，也不意味着安全，暴力行为有时还在继续，甚至可能愈演愈烈(77)。这种现象在各国都存在。

- 在一个世界范围的调查中，10%~69%的女性报告说在她们生活中的某段时期曾被男性伴侣施以暴力。

父母和监护人对儿童的虐待和遗弃

世界上许多地方的儿童都曾被父母和监护人虐待和遗弃。如同伴侣间暴力行为一样，儿童虐待包括人身、性行为和精神虐待，此外还有遗弃。

尽管非常缺乏可靠的资料，据估计 2000 年全世界约有 57 000 名 15 岁以下儿童被杀害。幼小的儿童危险性最高：0~4 岁儿童的他杀率是 5~14 岁儿童两倍多（分别为 5.2/100 000 和 2.1/100 000）。最常见的死因是头部外伤，依次还有腹部外伤和窒息(78-80)。

关于非致死性儿童虐待的可靠资料同样缺少，但是许多国家的研究表明 15 岁以下的儿童常常是虐待和遗弃的对象，他们需要医疗和社会机构的帮助。如，近期在朝鲜的一项研究中，67%的父母承认曾鞭打孩子，对他们进行管教，45%的父母曾对子女进行拳打脚踢(81)。在埃塞俄比亚的一项研究发现，21%的城市学龄儿童和 64%的农村学龄儿童身上有被父母处罚而留下的伤痕和青肿(82)。全世界遭受性虐待的儿童数目还不清楚，有研究估计约有 20%的女性和 5%~10%男性在儿童时期曾遭受性虐待。

在个人因素中，年龄和性别是受害的重要因素。一般来说，幼小的儿童易受到人身虐

待，而进入青春期的孩子易受到性虐待(78, 84–89)。在多数地方，男孩常常挨打和受到体罚，而女孩易被杀死在婴儿期、性虐待、遗弃和被迫卖淫(83, 90–92)。其他危险因素还包括由单亲抚养或由年轻的父母抚养而没有其他有亲缘家庭的帮助(90, 93, 94)。居住拥挤或家庭中有其他暴力行为（如父母之间的暴力）也是危险因素(91, 95–97)。

研究表明，在许多地方，妇女是儿童人身暴力的主要实施者，可能是因为她们更经常与孩子在一起(91, 98–100)。但是，对于导致严重损伤甚至是致死的暴力行为中，男性是主要的施暴者(101–103)。男性更易于进行性虐待(83, 104)。增加父母或监护人施加暴力的一些因素有：对孩子成长不切实际的期盼、控制能力差、儿童时期曾遭受虐待、压力及社会孤立(90, 93, 102, 105, 106)。许多研究还表明，虐待儿童与贫困、缺乏“社会资源”——可以保护儿童的社会网络和邻里环境有关(107–109)。

在 2000 年，约有 57 000 名儿童被杀害，其中 0~4 岁的幼儿危险性最高。更多的儿童遭受非致死性暴力和遗弃。约 20%的妇女和 5%~10%的男性儿童时期曾遭受性虐待。

对老年人的虐待

亲属或监护人虐待老人这一严重的社会问题已经越来越引起人们的注意。在许多正步入老龄化社会的国家中，这一问题可能会更加严重。从 1995 年至 2025 年，全球超过 60 岁的老人将由 5 亿 4 千 2 百万猛增至 12 亿(110)。

同虐待儿童一样，虐待老人包括人身、性行为和精神虐待，以及遗弃。老人对经济尤其依赖，因为其亲属或监护人可能会乱用他们的资金和财物。

对老人虐待程度的资料还很缺乏。少数的几项人口调查表明 4%~6%的老人曾在家中遭受不同形式的虐待(111–115)，而公共机构中的虐待现象比人们想象的还要常见。如一项

在美国的调查中，一个州的家庭护理人员中，有 36% 的人曾至少目睹一起针对老人的人身虐待，有 10% 的人承认他们自己曾对老人实施人身攻击，有 40% 的人曾对老人施以精神虐待(116)。公共机构中的虐待行为包括对病人进行人身限制、剥夺他们处理日常事情的选择权和尊严，以及照料不周（如，病人因此而形成褥疮）(117, 118)。

某些情况下，老人受暴力攻击的危险性更大(112, 119–122)。当抚养老人成为负担时，原本紧张的家庭关系可能变得更糟。还有一些情况，监护人需要依赖老人提供住宿和财物，也可能引发暴力。社会变革也可能起重要作用。在一些社会中，为老人设立的家庭和社区服务网络的作用可能因为快速的社会经济变革而被削弱。例如，在许多前苏联国家，一些社区中不稳定因素导致了高发的犯罪和暴力事件，越来越多的老人被遗弃，他们不得不自己谋生。

一般来说，男性和女性被虐待的几率相同(111, 112)。但在某些社会，妇女的地位低下，而老年妇女尤其危险，可能寡居后被遗弃、其财产被亲戚掠夺(123, 124)。一些传统迷信也使她们易受人身暴力攻击。例如在坦桑尼亚，每年约有 500 名妇女因被控告使用巫术而被处死(125)。

在一些机构如医院和养老院中，如果护理标准低、职工缺乏培训、工作过度劳累、职工与住院者交流困难、缺乏物质条件、政策更多地体现这些机构而不是住院者的利益，常常会有虐待事件发生(117)。很少有医生或护士接受过诊断老年人虐待的培训，而卫生系统通常不将老年人护理问题作为重点(126)。注意纠正歧视性态度并在医疗护理机构实习是预防虐待老年人的重要措施。

- 4%~6%的老人曾在家中遭受不同形式的虐待，而公共机构中的虐待现象比人们想象的

还要常见。

性暴力

性暴力包括广泛的行为，如在婚姻或恋爱关系中强迫性行为、被陌生人强暴、战争期间有计划的强暴、性骚扰（如要求以发生性行为作为工作或学校评估晋级的回报）、对儿童进行性虐待、强迫卖淫或拐卖妇女和少女、未成年婚姻、对妇女性完整性的侵害（如残毁妇女的生殖器官、强制检查处女之身）。被警方拘留或入狱的女性和男性也可能被强奸。

多数性暴力的受害者是妇女和少女，施暴者是男人和少男。不过，还有男性强奸男性及年长妇女强奸年轻的男性的报道。

现有的资料表明，在一些国家，接近 1/4 的妇女曾被伴侣施加性暴力，近 1/3 的青春期少女被迫发生初次性行为(61, 62, 127–129)。例如，据报告，在英国伦敦北城有 23% 的妇女一生中曾被其某个伙伴强奸或强奸未遂(62)。在墨西哥瓜达拉哈拉，该比率为 23%，在津巴布韦一些内陆省份为 25%(25, 130)。还有资料表明每年有无数的妇女被买卖而被迫卖淫或成为性奴隶(39, 131–134)，或在学校、工作场所、健康护理机构和难民营遭受性暴力攻击(135–140)。如，一项近期在南非进行的包括 15 岁以前被强暴经历问题的调查中发现，在被披露的儿童强奸案中 32% 是学校教师所为(141)。

性暴力对受害者造成很严重的身体和精神影响。与外伤一样，它与一系列越来越多的性和生殖健康问题有关，有受到攻击后的即刻效应也有多年后的长期效应(28, 128, 142)。精神损伤与躯体损伤一样严重而且可同样持久。与性暴力有关的死亡可以有自杀、HIV 感染、谋杀、强奸时被杀和后来的“荣誉牺牲”等表现方式。

许多因素可增加被强暴的可能，还有许多因素可增加一些个人强暴他人的可能。此外，

还有许多社会环境因素影响强暴的发生或反抗力量。以前的研究表明，有性暴力倾向的男性常常有强迫性妄想，且常常是与己无关的性关系，比没有性暴力倾向的男性更易憎恨女性(146-150)。男性的性暴力行为还与目睹家庭暴力、父亲对其情感漠不关心有关(150-153)。贫困、居住在容忍性暴力且反抗力量薄弱的社区也是性暴力的危险因素(154-156)。在一些国家中，男性性权利的思想牢固、性别角色更加刻板、其他暴力行为发生率高，也容易发生性暴力(157-159)。

- 现有的资料表明，在一些国家，接近 1/4 的妇女曾被伴侣施加性暴力，近 1/3 的少女被迫进行初次性行为。无数的妇女被迫卖淫或在学校、工作场所和健康护理机构遭受性暴力攻击(135-140)。

个人之间暴力的动态变化

不同的个人之间暴力类型有许多共同的危险因素。一些是精神和行为因素如控制行为能力差、不自尊，以及人格和行为障碍。其他的与经历有关，如缺乏情感支撑、早期接触家庭暴力（遭受或目睹了家庭暴力）、个人或家庭离婚或分居史。药物滥用和酗酒常常与个人之间的暴力有关，贫困、收入差异、性别不平等是重要的社区和社会因素。

不同类型的暴力有重要的相互联系。例如，在家庭中，如果成人之间有暴力行为，孩子就会有暴力倾向。具有进攻性行为的青少年或成人，儿童时期可能有被虐待或遗弃的遭遇，或目睹了家人的暴力行为。一般来说，儿童早期因素与多种个人之间暴力行为直接相关，这为制定普遍有效的预防措施提供了启示。

个人之间暴力的类型也有重要的不同之处。社区中的进攻性行为，包括青少年暴力，常常引起人们关注，而众所周知，家庭中或伴侣之间的虐待和忽视具有隐私性，不为公众

所了解。各种暴力类型之间武器的使用情况也不同。例如，在家庭、伴侣之间暴力和性暴力中，使用拳脚和器具比较常见，与此相比，青少年暴力行为中常常使用致命性武器，如刀具和枪支。

不同暴力类型被视为“犯罪”的程度不同，政府采取的措施也不同。政府和法庭更倾向于关注社区中的青年人和其他暴力行为，而不愿处理家庭暴力，即使是虐待儿童、粗暴对待老人或虐待父母。还有许多国家明显不愿面对和处理性暴力事件。有时尽管有法律保障人们不受暴力侵害，但这一点并不总是能够得到实现。在一些国家，执法人员有时也参与实施暴力。

在划分可接受行为和犯罪、采取应对暴力的措施时，文化因素起到了关键作用。例如，世界各地对教育儿童的看法有很大差别(160)。在一些国家，妇女和少女被强暴后得不到法律的保护，反而被亲属杀害以保持家族名誉，或强迫其嫁给强奸犯而将性行为合法化。

- 一些个人之间暴力行为共同的危险因素包括：在暴烈的或破碎的家庭中长大、物质滥用、社会孤立、刚性的角色、贫困、收入不平等，以及个人因素如冲动和不自尊。
- 社区中发生的暴力，尤其是青少年暴力，常常引起人们的注目并通常被标记为“犯罪行为”，而家庭中的暴力（包括虐待老人和儿童、伴侣之间的暴力）却不为公众所了解。在许多地方，警方和法庭不愿处理这样的暴力，也不愿面对和处理性暴力行为。

自我指向性暴力

在世界上许多地方，由于宗教或文化原因，自杀是要受到歧视和谴责的，而且在有些国家这还是一种要受到法律制裁的犯罪行为。因此自杀是一种与宗教禁忌有关的神秘行为，

可能会不被承认、错误分类或被故意从官方死亡记录中删除。

问题的严重程度

2000年，全世界死于自杀的人数超过 815 000，相当于每 40 秒钟有一人自杀，自杀已成为世界第 13 位死因。自杀率最高的为东欧国家和俄罗斯联邦，最低的为拉丁美洲和一些亚洲国家。

一般来说，自杀率随年龄增高而增加。如图 5 所示，75 岁以上的老人自杀率几为 15~24 岁青年人的 3 倍。但绝对数目最大的通常是在 45 岁以下。在 15~44 岁人群中，自我伤害是第 4 位死因和造成疾病与伤残的第 6 位病因(1)。

平均算来，全世界男女自杀比为 3:1。但是，各个国家有很大不同，如在中国，男女自杀比值低，为 1:1，而在波多黎各则高达 10:1。

自杀率在国内各地、在城市与农村、在各民族和种族之间也有所不同。例如，土著人自杀率要比国内其他人群高(161-163)。在澳大利亚昆士兰州，1990~1995 年土著居民自杀率为 23.6/100 000，而全州同期的自杀率为 14.5/100 000(164)。生活在加拿大北部北极地区的因纽特人，据报道其自杀率在 59.5/100 000~74.3/100 000 之间，而加拿大全国的自杀率为 15.0/100 000(165)。

只有一少部分人真正自杀成功，结束自己的生命。平均算来，65 岁以上的老人自杀未遂与自杀成功的比值为 2~3:1，而 25 岁以下青年人的比值则为 100~200:1(166, 167)。试图自杀的人中有 10% 自杀成功。更多的人持有自杀的想法——医学术语为“自杀观念”，但从未尝试自杀。通常女性比男性有更多的自杀愿望(168)。

- 2000 年，全世界死于自杀的人数超过 800 000，自杀已成为世界第 13 位死因。在 15~44 岁人群中，自我伤害是第 4 位死因和造成疾病与伤残的第 6 位病因。
- 一般来说，自杀率随年龄增高而增加，75 岁以上的老人自杀率最高。在不同的国家，自杀率因种族和民族、城市和农村的不同而各异。
- 平均算来，全世界男女自杀比为 3:1。
- 试图自杀的人中，只有一少部分——约 10% 的人真正自杀成功，结束自己的生命。更多的人持有自杀的想法但从未尝试，即使尝试自杀的人也许并不想死。

自杀的动态变化

许多不同的应激事件或环境因素可以增加人们自我伤害的可能性(169–172)。这些因素包括贫困、在学校成绩差、失业、失去亲人、与家庭或朋友争执、人际关系恶化。经历了上述事件时，只有很少一部分人自杀。作为自杀的预期因素或“导火索”，它们必须作用于具有自伤倾向的人。

同个人之间的暴力行为一样，自杀的危险因素包括酗酒和吸毒、儿童时期遭受人身或性虐待史、社会孤立(173–176)。精神因素，如情绪混乱、精神分裂、绝望感也起到重要作用，而重度抑郁是最危险的因素(177–179)(见图框 3)。躯体疾病，尤其是痛苦的或致残的疾病也是重要的因素(180)。有自杀的手段（典型的如枪支、药物和农药）本身是一个危险因素，还是自杀能否成功的决定因素(181–183)。先前有自杀的尝试是一个重要的危险信号，尤其是在初次尝试后的 6 个月之内(184)。

还有一些因素防止人们产生自杀思想或行动。它们包括高度自尊、社会“连通性”良

好（尤其是与父母和家人）、有社会帮助、有稳定和幸福的婚姻、恪守信仰(185–188)。

- 艰苦与不幸在生活中时有发生，然而只有一少部分人自杀。作为自杀的“导火索”，不幸的事件必须作用于有自伤倾向的人。
- 危险因素包括酗酒和吸毒、儿童时期遭受人身或性虐待史、社会孤立、抑郁和其他精神疾病，其他的重要因素还有拥有自伤的手段和近期尝试自杀。

请插入图 5，见原稿第 21 页及电子文档 vp7.1.eps

集体暴力

集体暴力，因其形式多样，引起了公众的高度关注。各国及各种组织之间的暴力冲突、国家与集体恐怖主义、将强奸作为战争武器、大量人口的迁移、团伙之间的武装冲突，在世界上这类事件每日都在发生。这些不同形式的暴力损害了人们的健康，导致大量的死亡、躯体疾病、残疾和精神痛苦。

整个世界都在寻求如何对不同形式的集体暴力采取最佳的应对措施，现在已知公共卫生方法可以起到重要作用。世界卫生大会（WHA）1981 年宣布(189)，为了全人类的健康，在促进和维持世界和平的工作中，卫生工作者可以起重要作用。

问题的严重程度

20 世纪是人类历史上暴力最为盛行的时代。约有 191 000 000 人直接或间接因战争冲突而死，其中超过半数平民(190)。在 20 世纪，除了第一次和第二次世界大战之外，还有两个导致大量死亡的悲剧时期，分别为斯大林统治时期和在中国导致数百万人死亡的大

跃进时期(1958–1960)。后两者中死亡的人数仍不清楚。

数以百万的人在战争冲突中死去，虽然人们永远也不会弄清具体数字。世界上许多地方死亡和受伤记录少得可怜，而且记录保存工作常常在战争冲突期间被迫中断(191)。此外，还有许多原因使得战争中的各方试图隐瞒或伪造他们所造成的死亡和破坏的证据。

除了每年有数以千计的人因暴力冲突死去，还有大量的人因此受伤，许多人终身残疾。由战争冲突导致的伤残的资料缺乏，但有一些数字可以说明战争冲突的持久影响。例如，在埃塞俄比亚，持续 30 多年的战乱造成一百多万人死亡，其中约半数为平民。战争冲突结束后从前线返回的 30 万士兵中，1/3 受伤或残疾，至少 4 万人在战争中失去了一条或更多肢体(192)。在哥伦比亚，有 36 000 人，即每 236 人中就有 1 人因引爆了地雷而失去了一条肢体(193)。在战争冲突中，有时伤害平民作为战略的一部分，被用以动摇社会信心、破坏社会结构。明显的例子如 19 世纪 80 年代发生在莫桑比克的内战和近期发生在塞拉里昂的战争冲突，许多人被与政府作战的叛军割掉了耳朵、嘴唇或肢体(194)。

强暴有时也成为战争中的一种蓄意进攻武器，包括第二次世界大战中的朝鲜战争、孟加拉国独立战争、阿尔及利亚、印度（克什米尔）、印度尼西亚、利比里亚、卢旺达、乌干达和前南斯拉夫等战争冲突。士兵们强暴敌对方的妻子、女儿、母亲和姐妹，作为羞辱和报复敌对方的行动。例如，据估计在波黑战争中被士兵强暴的妇女有 10 000~60 000 人(195)。

- 20 世纪是人类历史上暴力最为盛行的时代。在战争中丧命的人半数以上是平民。

集体暴力的后果

除了造成直接的死亡和损伤，战争还通过一些间接方式导致平民死亡率和发病率的增加。例如，战争毁坏了基础设施，干扰了重要的服务如医疗保健和公共卫生（包括实施免疫），增加了感染性疾病发病率。如波黑战争冲突期间，在 1994 年只有不到 35% 的儿童接受了免疫接种，而战前为 95%(196, 197)。一般来说，战争期间婴儿的死亡率会增加。

战争的暴烈和残酷引发了许多精神和行为问题，包括抑郁、焦虑、自杀行为、酗酒和创伤后应激障碍。此外，在混乱的和反社会的行为如家庭冲突和侵犯他人行为中，精神创伤会表现得更加明显。这些情况常常会因为拥有了武器和经历了长期冲突后人们习惯于暴力行为而恶化。战争冲突对精神健康的影响是极为复杂且难以预料的，是受许多因素影响的，如战争的本质、遭遇何种创伤和不幸、文化背景、个人和社会在当时所拥有的资源(198)。

战争破坏了贸易和其他商业行为，从其他重要机构和部门转移资源用于防御(199, 200)。食品生产和发放是战争中的重中之重(201)。20 世纪，与战争或种族屠杀有关的饥荒导致约 4 百万人死亡。

战争导致的社会混乱为性暴力行为和大量人口被迫迁移创造了条件(202, 203)。这些后果不仅仅是战争带来的不幸，而且常常是战争中的一方为征服和支配某一人群而要达到的特殊目的。

- 在战争时期婴儿和难民是最容易患病或死亡的人群。在这两类人群中，发病率和死亡率可以显著增高。
- 在战争冲突时期，会出现许多健康问题包括抑郁、焦虑、自杀行为、酗酒、创伤后应激

障碍。

- 战争毁坏了基础设施，干扰了重要的机构如医疗保健部门，影响了贸易往来、食品生产和分配，将数以千计的人赶出他们的家园。

暴力冲突的动态变化

暴力冲突的根源往往很深，可能是不同群体之间长期关系紧张的结果。卡内基预防致命性冲突委员会给出了一些可能将国家置于暴力境地的危险因素(204)。它们包括：

- 获取权力的途径缺乏民主和公平。当权力源于种族或宗教背景、领导进行强制管理或粗暴对待人权时，发生暴力的几率尤其高；
- 社会资源的分布和获取极不平等。经济衰退可加剧社会不平等和相互竞争以夺取资源的现象，这时很有可能爆发战争；
- 由单一的集团控制贵重自然资源，如钻石、石油、木材和毒品。在中部非洲的钻石之争、柬埔寨的木材和宝石之争、阿富汗、哥伦比亚和缅甸的毒品之争，是近几十年重要的暴力冲突；
- 人口的快速增长超过了国家提供生活必需品和工作机会的能力。

拥有武器，尤其是战后军人复员时没有回收武器，或没有为士兵提供就业机会，也是重要的原因。

全球化的某些方面可能会导致战争(205)。尤其是某些国家和团体的分裂和衰落、资源

竞争的加剧、一些社会之间的差距拉大，可能会孕育发生暴力政治斗争的环境。任何一个单独的因素都不足以导致战争冲突，但各种因素的累加会导致暴力的发生。

卡内基预防致命性冲突委员会给出了一些可能将国家置于暴力境地的危险因素(204)。

它们包括：

- 获取权力的途径缺乏民主和平等；
- 社会资源的分布和获取极不平等；
- 由单一的集团控制贵重自然资源；
- 人口的快速增长超过了国家提供生活必需品和工作机会的能力。

如何预防暴力？

暴力问题具有多面性，有着生物、精神、社会和环境根源。没有简单的或单一的解决办法，而且暴力问题需要在多个层次并由多个部门协同解决。依据社会生态学观点，制定预防暴力计划和政策应当以个人、社会关系、社区和整个社会为对象，需要学校、工作单位、其他机构和司法部门等各个不同的部门相互协作。如果预防暴力的方法全面而有科学依据，那么有可能成功。一般来说，在儿童早期采取的和那些持久的预防措施比短期计划更为有效。

下面就全世界旨在控制和应对暴力的多种计划做一简要介绍。

个人方案

在个人水平预防暴力主要有两点：首先，鼓励儿童和青少年养成健康的心态和行为，以便在成年后可以保护自己；其次，设法改变成年人有暴力或自伤倾向的心态和行为。重要的是，要确保人们在解决纠纷和冲突时不诉诸暴力。

针对个人思想和行为的方法包括：

- 教育计划 - 如鼓励学生学习直至中学毕业、为穷困的年轻人提供职业培训、开展提供毒品滥用信息的项目；
- 社会发展计划 - 包括防止恃强凌弱和学前教育计划。这些计划旨在帮助儿童和青少年适应学校生活和社会环境，特别是帮助他们学会社会技能、控制愤怒、解决冲突和培养其道德观念。

- 帮助计划 - 包括为暴力受害者和有自伤倾向的人提供咨询和建议, 支持进行与自杀有关的抑郁症和其他精神疾病的集体和行为疗法;
- 治疗计划 - 对象为有自伤倾向的人, 包括对精神障碍的药物疗法, 还包括针对性暴力施暴者和虐待伴侣或孩子者的计划。这些计划常常采取集体方式来讨论性别问题、讲授控制愤怒的技巧及如何对自己的行为负责。

不同方法的效果受许多因素影响。如强调能力和社会技巧的一些社会发展计划是预防青少年暴力最有效的方案之一, 但似乎对学龄前和小学生比对中学生更有效(206-208)。

咨询计划可以改善一些虐待伴侣的男性的行为(209, 210), 但是通常许多人半途而废, 而且有许多本应参与该计划的人根本没有参加(209, 211)。而行为疗法计划对于自杀行为有一些益处, 可以减少自杀观念和行为(212, 213)。

- 个人方法鼓励儿童和青少年在成长的过程中养成健康的心态和行为, 设法改变有暴力或自伤倾向个人的心态和行为。

人际关系方案

人际关系方案主要影响施暴者和受害者与他们经常交往的人之间的关系。这些方法关注的问题以家庭矛盾为代表, 如婚姻冲突、父母与子女之间缺乏感情交流、缺乏对孩子的培养和管理, 以及同辈人带来的负性影响。

以人际关系为对象的方法有:

- 抚养方法培训 - 这些计划为为人父母者提供关于儿童成长的知识、讲授抚养儿童及处理家庭矛盾的方法。在父母虐待儿童几率高的地方可以开展抚养培训计划，如果儿童的行为与将来有关，还会起到防止将来青少年犯罪的作用；
- 指导计划 - 这些计划请家庭以外有爱心的成年人作为模范并起指导作用，适合青少年，尤其是有反社会倾向的青少年；
- 家庭治疗计划 - 这些计划旨在改善家庭成员之间的沟通和交流，帮助父母和子女掌握解决问题的技巧；
- 家庭访问计划 - 这些计划请护士或其他健康专家，到对儿童抚养帮助和指导有特殊需要的家庭或有虐待儿童现象的家庭进行常规访问。这些计划也可用来预防将来的青少年犯罪行为。干预方法包括提出建议、进行培训或推荐向专家或其他机构咨询；
- 人际关系技巧培训 - 典型的计划是服务人员让不同类型的男人和女人一起探讨可能与暴力有关的性别和人际关系问题，学习处理这些问题的生活技巧。

所有上述的计划都在某些情况下有效。例如，无论在发展中国家还是工业化国家，家庭访问计划可有效地减少父母对儿童的虐待，而且从长远来看，还是最有希望减少青少年暴力的方法之一(214-216)。抚养方法培训和家庭治疗计划有明确的减少暴力和违法行为的长期作用，长远来看要比治疗计划花费少得多(43, 217-219)。

培训人际关系技巧的计划包括著名的阶梯(Stepping Stones)计划和与男性为伴(Men as Partners)计划，这两项计划最初是为非洲制定的，后来被许多发展中国家所采用(220, 221)。对亚洲和非洲阶梯(Stepping Stones)计划的质量评估指出，该计划可以帮助男性进行沟通，

重新尊重女性，并对自己的行为负责(222)。

- 人际关系方案主要影响施暴者和受害者与他们经常交往的人之间的关系。这些方法关注家庭矛盾及同辈人带来的负性影响。

社区方案

社区预防暴力活动主要目的是唤醒公众对暴力问题的意识、促进社区活动、关注当地环境中导致暴力发生的社会和物质因素、为受害者提供关心和帮助。

关注社区因素的方案有：

- 借助众多媒体对全社会进行公共教育或针对特殊部门如学校、工作单位、卫生保健部门和其他机构进行教育；
- 改善物质环境，如增加街道照明、为儿童和青少年上下学提供安全的道路、监测并清除影响儿童发育的环境污染物；
- 为青少年开设课外活动，如体育运动、戏剧、艺术和音乐；
- 对警察、卫生和教育工作者、雇主进行培训，使他们能够识别并对各种类型的暴力采取措施；
- 开展社区治安工作，建立警方与社区各团体的协作关系；

- 制定适合不同场合如学校、工作单位、难民营和护理机构（包括医院、健康保健门诊和老年人长期护理机构）的计划。这些计划着重通过适当的政策、指导和协议来改善机构环境；
- 协调的社区干预措施。多部门参与，协调一致，改善服务和工作。

教育战役已经在某些情况下取得了成效，如在南非开展的心灵之城(Soul City)多媒体战役。此次活动主要讨论了多种个人之间暴力如恃强凌弱、帮派暴力、伴侣之间的暴力、强奸和性骚扰。对成人心灵之城(Soul City)系列电视节目的调查发现人们对家庭暴力和两性关系的认识和意识增加，而且人们对此的态度和社会标准也发生了改变。无论城乡、无论男女，更多的人愿意改变以往的态度，采取行动反对暴力。

社区治安活动已经在巴西里约热内卢和哥斯达黎加圣何塞取得了成功(223, 224)，但需要有严格的评估以确定其效果。为警察和健康护理人员提供良好的培训是预防多种暴力行为的关键。现有的培训效果证明，只有培训还不足以制止暴力，还需要改变态度和机构文化(225–227)。

社区水平的网络和多方合作在处理暴力问题中正起到越来越重要的作用。已经成立了有广泛群体参与的协调委员会、多边论坛和类似的组织，各类群体包括地方官员、社区卫生和社会工作者、妇女组织的成员、学校员工、地方宗教和政治权威人士。一般来说，他们的职能包括传播有关暴力的信息和专业知识、解决服务中的问题、促进社区对暴力的认识并采取行动。

- 社区预防暴力活动的主要目的是唤醒公众对暴力问题的意识、促进社区活动、为受害者

提供关心和帮助。

社会方案

降低暴力发生的社会方案关注的是文化、社会和经济因素，以及这些因素如何对不同的环境背景和整个社会产生影响。

关注这些社会问题的方案有：

- 采取立法和司法的补救措施，如增订或修改有关性暴力、伴侣间暴力和在家里、学校及其他场所对儿童体罚的法律，有关对虐待儿童和老人的行为进行强制性报告的法律以及处理家庭和性暴力的程序；
- 国际条约。许多国际条约和惯例与预防暴力有关。除了给各国立法提供标准之外，这些条例还有无法估量的宣传作用；
- 制定政策，消除贫困和不平等现象，为家庭提供支持，如开展社会援助和经济发展项目、创造就业机会、改善教育、准许休产假、为母亲们提供就业机会、安排照料儿童；
- 努力改善社会和文化准则。这在处理性别问题、种族和民族问题、传统陋习方面均有重要意义，这些问题都有着复杂的社会根源；
- 在有战争冲突迹象的国家实施裁军和复员计划，包括为老兵们提供可供选择的职业。

人们认为，通过成功地处理贫困问题、改善教育水平、提供就业机会、增加儿童护理的实用性和质量，可以显著降低虐待和遗弃儿童的发生率。一些国家的研究表明，高质量

的早期儿童计划可以弥补社会和经济不平衡，改善儿童的未来，如在学校期间的发展和成就(228)，也可以降低青少年暴力的发生率。

许多国家已经采取各种措施以减少枪支暴力事件的发生，包括严厉惩治非法持有枪支，或者制定严格的储存枪支规定以防止武器被盗及非法交易。这些措施在一些情况下可以有效降低自杀率和他杀率(229–232)。其他有效防止自杀的措施还包括严格限制有毒农业制剂和药品的销售，去除毒性成分如室内和汽车尾气中的一氧化碳。例如，在萨摩亚群岛，限制除草剂百草枯（萨摩亚群岛人自杀的罪魁祸首）的出售，使得过去三年中自杀率出现奇迹般的下降(233)。

- 降低暴力发生的社会方案关注的是与暴力有关的文化、社会和经济因素，强调通过改善立法、政策和大的社会与文化环境，在不同的背景下和整个社会中降低暴力的发生率。

一些重要的差距

前述部分介绍了全世界旨在控制和应对暴力的各种计划的概况，并且指出计划的有效性很少经过严格的评价。为了弄清预防暴力时哪些措施有效、哪些无效，并能够将资源分配到最有用的地方，在所有的行动中必须把评价放在更重要的位置。必须认识到，严格的研究需要花费一定的时间才能得出结论。实施有保证的措施不应妨碍对有希望的措施的扶植。

显然还有许多不足。正如以前讨论到的，与二级和三级预防相比，防止暴力出现的一级预防计划不够多。同样，计划的重点也不均衡，与强调个人与人际关系因素的计划相比，基于社区和社会的计划受重视程度不够。

最后，多数预防暴力计划都在工业化国家开发和试验，迫切需要在发展中国家开发、改编、试验更多的预防计划并对其进行评价，在更大的范围内找出哪些方法有效、哪些无效。

- 计划的有效性很少经过严格的评价，在所有的行动中必须把评价放在更重要的位置。
- 与二级和三级预防相比，一级预防计划还不够多。
- 与强调个人与人际关系因素的计划相比，社区和社会水平的计划受重视程度不够。
- 迫切需要在发展中国家开发、改编、试验更多的预防计划并对其进行评价。

行动建议

暴力问题的多面性要求在决策过程中地区、国家和国际的各级政府和官员主动参与。

下面的建议反映了采取多部门、合作性措施的必要性。

建议 1 建立、实施并监督预防暴力的国家行动计划

国家行动计划对于预防暴力、促进实施长期有效的应对措施非常重要。这样的计划应当取得众多政府和非政府参与者、包括有关部门和组织的一致意见。该计划应当考虑计划执行中目前和将来可供使用的人力和财力资源，计划中还应包括诸如检查和修改现有法律和政策、培养资料收集和科研能力、加强为受害者提供的服务、制定和评价预防措施。该计划中还应包括时间表和评价机制，委托专门的组织进行监督并按进展情况定期汇报。该计划还应突出在地区、国家和国际各级水平的合作机制，确保各部门如刑事司法、教育、劳动、卫生和社会福利之间进行合作，共同预防暴力。

建议 2 加强收集暴力资料的能力

为了设置优先性、指导项目设计和监督进展情况，需要各国有收集和分析暴力资料的能力。在一些国家，政府指派某个机构、代理部门或下级政府部门，有效地从卫生、执法或其他与暴力受害者和施暴者保持联系的部门中获得资料并进行比较。而在资源有限的国家，该部门仍可以执行建议 1 中提出的监督功能。

各个层次的数据收集都很重要，但是资料的质量和完整性取决于地区水平。制定的应该执行简单、经济有效、适合执行人员的技能水平、与国家和国际标准相一致。除此之外，还应采取措施使各相关部门（如卫生、警察和制定社会政策的部门）和各相关团体之间能够共享数据，共享进行比较性分析的能力。

世界上尚缺乏能被普遍接受的、可加强不同国家和文化之间资料可比性的暴力数据收集的统一标准。应采取补救措施，制定国际上普遍接受的标准，如《国际疾病分类》第10版(ICD-10)和 WHO 与美国疾病控制和预防中心制定的《伤害监测指导》。

建议 3 支持关于暴力原因、结果、支出和预防的研究并确定优先性

进行研究工作有许多理由，但最主要的是要更好地在不同的文化背景下理解暴力问题，以便制定恰当的措施并对其进行评价。在国家水平，研究工作可以因得到政府的政策支持、政府机构的直接参与（许多社会机构、内务部门以及警察机构有各自的研究计划）、学术机构和独立研究人员得到资助而得以加强。

研究工作还能够而且应当在地区水平开展起来。为了取得最大效益，地方部门应当与所有的专业机构合作，这些机构包括大学的学术分支机构（如医学、社会科学、犯罪学和流行病学）、研究机构和非政府组织。

一些非常重要的全球议题要求在世界范围内进行跨国研究。这些议题包括：暴力与全球化各个方面包括经济、环境和文化冲击的关系；不同文化和社会共同的危险因素和防护因素；在不同背景中均有希望获得成功的预防措施。

建议 4 加强一级预防

《世界暴力与卫生报告》中始终强调一级预防的重要性。减少暴力发生的重要的一级预防措施包括：

- 为母亲们提供产前和围产期卫生保健，为儿童和青少年提供学前教育和社会发展计划；
- 为了良好的养育和改善家庭功能提供培训；
- 提高城市物质和社会经济基础设施建设；
- 采取措施减少武器损伤，提高与武器有关的安全性；
- 发动大规模媒体战役，改变态度、行为和社会准则。

前两条措施对于减少儿童虐待和遗弃现象以及青少年暴力行为很重要。改善基础设施建设对几种暴力均有影响，尤其是意味着改善了社区内——经常发生暴力地点的环境因素，分析了导致危险的因素，并且加以调整或剔除。建议中还提出通过加大投入、增加受教育机会和提高经济状况，改善当地社区的社会经济基础设施。

对于国家和地区来说，另一项挑战是制定预防武器损伤、提高与武器有关的安全性措施。此外，虽然还没有明确的研究结论指出媒体对暴力的宣传究竟如何影响了多种暴力行为，但公共和私人的媒体机构可被用来改变与暴力有关的态度、行为和社会准则。视特殊地区的情形，多数一级预防措施有重要的相互加强作用。

建议 5 加强对暴力受害者的援助

国家卫生系统还应该为各种暴力类型的受害者提供高质量的援助，并设立康复和援助机构，防止更多并发症的发生。要点如下：

- 改进急诊反应系统，提高卫生部门对受害者的治疗和康复能力；
- 识别暴力事件的迹象或正在发生的暴力，并将受害者介绍到适当的机构进行随诊和帮助；
- 卫生、司法、警方和社会部门要确保避免使受害者再被伤害，并有效地阻止施暴者再次行凶；
- 各种社会援助和预防计划及其他部门应保护暴力高危家庭使之免遭暴力，并减轻监护人的压力；
- 为医学和护理专业的学生开设预防暴力的课程。

上述每一点都有助于将暴力对个人的伤害及卫生和社会部门的支出降到最小。但是，在设计和实施这些计划的过程中，必须有防止再伤害发生的安全措施。在此，再伤害指受害者被置于易受到施暴者再次暴力攻击的危险境地、受到家庭和社会的责难及其他负性结果对受害者的影响。

建议 6 将预防暴力作为社会和教育政策的一部分，以此促进性别和社会平等

大量的暴力事件都与性别和社会地位不平等问题有关，并威胁到了大部分人的安全。一些成功地改善妇女地位、减少社会歧视的国家的经验表明，要取得成功须采取一系列的措施，包括立法和司法改革、旨在唤醒公众对暴力认识的战役、培训和监督警方和政府官员、为弱势人群提供教育或经济上的支持。

世界上许多地方，社会保护政策和计划非常紧张。许多国家的真实工资水平降低，卫生、教育和社会服务的质量和数量在逐步下降。很多情况与暴力有关，政府应尽可能维持社会保障系统，必要时在国家预算中给予优先考虑。

建议 7 在暴力预防工作中增进合作与信息交流

国际机构、各国政府、研究人员、服务网络和非政府组织之间良好的合作关系有助于更好地共享信息、协调预防工作的目标和行动。这需要建立协调机制，避免重复工作，集中专业人员、服务网络、基金支持和国内设施达到节约目的而从中受益。

各种宣传组织如以反对向妇女施暴、反对粗暴对待人权、反对虐待老人和反对自杀为宗旨的组织的贡献应该得到认可，并应该通过实际行动得到鼓励，如在重要的国际会议上承认其正式地位、邀请他们加入官方工作组。还应该开发信息交流平台、进行联合研究及加强宣传工作，帮助致力于不同暴力类型的专家开展工作。

建议 8 加强并监督对国际条约、法律和其他保护人权机制的遵守情况

在过去的半个世纪里，各国政府签署了许多与暴力及其预防直接相关的国际法律协议。这些协议为各国立法和设立行为准则与规范提供了标准。

一些国家协调了立法与其国际义务和承诺之间的关系，而另外一些国家则未能做到这

一点。如果主要困难是缺乏资源或信息，国际社会应尽力给予帮助。在其他情形中，需要开展有力的运动，以改善立法和实践。

建议 9 寻求实用的、在国际间得到认可的处理全球毒品交易和武器交易的措施

无论在发展中国家还是工业化国家，全球毒品交易和武器交易与暴力的关系都密不可分。任何一方面哪怕是最微小的进步，也将有助于减轻影响数百万人口的暴力的数量和程度。目前，尽管世界上有许多方案，但没有哪一种看起来能奏效。公共卫生方法可以减轻其对地区和国家健康状况的影响，在全球各种措施中应予以优先考虑。

结论

尽管目前在认识上和深入研究的迫切需要之间还有很大差距，但现有的经验为我们的预防暴力和减轻暴力伤害工作提供一些重要的启示，包括以下几点。

暴力是可以预见并可以预防的。正如《世界暴力与卫生报告》中所述，尽管有时确定直接的因果关系有困难，但某些因素可以强烈地预示着暴力事件。发现并衡量这些因素可以及时地向决策者提示需要采取行动。此外，行动中使用的各种工具也一直随着公共卫生研究的进展而增多。

前期的投入会带来后期的收益。世界上许多政府部门习惯于在暴力事件发生后采取行动。但是投资于预防特别是一级预防行动以解决“前期”问题，可以更经济有效并带来更加广泛、更加持久的效益。

了解暴力发生的背景对于设计预防措施非常重要。所有的社会都有暴力现象，但暴力发生的背景环境、暴力的本质和社会对其的态度有很大不同。制定预防计划时，应充分了解暴力发生的背景，以适用于目标人群。

不同的暴力类型通过某些重要的方式相互关联，且常常有许多共同的危险因素。不幸的是，不同暴力类型的研究和预防工作却常常是相互分离。如果这种相互分离的现象得以解决，预防工作的范围和效能将得到加强。

资源分配的重点应该是最脆弱的人群。暴力如同其他卫生问题一样，并不是没有偏倚的。所有的研究都表明，当社会各阶层都遭受暴力攻击时，处于经济社会地位最低阶层的

人们危险性最大。在多数社会中，穷人得到政府的各种保障措施和服务最少，如要预防暴力，必须改变忽视贫困人群的需要这一现状。

安于现状是处理暴力的一大障碍。这一心态极大地鼓舞了暴力行为，是应对暴力的一道可怕的障碍。尤其是在对待暴力问题的态度上，如同关系密切的性别歧视问题一样，有人认为是人类社会无法避免的。对暴力的容忍还可因自私自利而加重，如有的社会认可男性拥有“管教”他们妻子的权力。要减少个人之间的和集体的暴力行为，需要与容忍各种暴力的行为进行抗争。

政府对处理暴力问题的承诺对于公共卫生工作来说非常重要。虽然基层组织、个人和公共机构的工作可以取得很大成效，但公共卫生工作的成功最终还有赖于政府的承诺。国家负责法律决策、立法和全面的资金扶持，各个省、地方和城市也一样重要，它们是各种政策和计划在日常工作中得以执行的地方。通常需要社会各界的不懈努力以实现政府对处理暴力问题的承诺。

暴力并非不可避免。在处理和预防暴力工作中，我们有许多事要做。目前世界上还没有对该项工作规模的详细估计，也没有执行中可能会需要的所有工具。但是，全世界对暴力的了解正在增加，并已取得许多有益的经验。

《世界暴力与卫生报告》试图增进对暴力的了解。该报告被寄予厚望，期盼能激发并协助增加合作、创新和承诺，在全世界范围开展预防暴力工作。

参考文献

1. *Injury: a leading cause of the global burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 1999

(document WHO/HSC/VIP/99.11).

2. Miller TR, Cohen MA, Rossman SB. Victim costs of violent crime and resulting injuries. *Health Affairs*, 1993, 12:186–197.
3. *Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention*. Washington, DC, United States Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General, 1979 (publication 70-550/1).
4. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
5. Mercy JA et al. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 1993, 12:7–29.
6. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1:2–9.
7. Mansingh A, Ramphal P. The nature of interpersonal violence in Jamaica and its strain on the national health system. *West Indian Medical Journal*, 1993, 42:53–56.
8. Gofin R et al. Intentional injuries among the young: presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *The Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:434–442.

9. Chalmers DJ, Fanslow JL, Langley JD. Injury from assault in New Zealand: an increasing public health problem. *Australian Journal of Public Health*, 1995, 19:149–154.
10. Tercero F et al. On the epidemiology of injury in developing countries: a one-year emergency room-based surveillance experience from León, Nicaragua. *International Journal for Consumer and Product Safety*, 1999, 6:33–42.
11. Diekstra RFW, Garnefsky NA. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviours: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1995, 25:36–57.
12. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44:267–279.
13. Anderson RN. Deaths: leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 2001, 49:1–87.
14. Buvinic M, Morrison A. *Violence as an obstacle to development*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:1–8 (Technical Note 4: Economic and social consequences of violence).
15. Miller TR, Cohen MA. Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some Canadian comparisons. *Accident Analysis and Prevention*, 1997, 29:329–341.
16. McCauley J et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737–746.

17. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:342–347.
18. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*, 1998, 4:41–70.
19. Eby K et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16:563–576.
20. Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017–1035.
21. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:54–69.
22. Fergusson DM, Horwood MT, Lynskey LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1365–1374.
23. Davidson JR et al. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53:550–555.
24. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1998, 13:3–9.

25. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
26. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.
27. Bronfenbrenner V. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.
28. Garbarino J. *Adolescent development: an ecological perspective*. Columbus, OH, Charles E. Merrill, 1985.
29. Tolan P, Guerra N. *What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
30. Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4:262–290.
31. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79–103.
32. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York, NY, Springer, 2000.
33. Thornberry TP, Huizina D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In: Howell JC et al., eds.

- Sourcebook on serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213–237.
34. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86–105.
 35. Tolan PH, Guerra NG. Prevention of juvenile delinquency: current status and issues. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 1994, 3:251-273.
 36. Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Economic and Political Weekly*, 24 August 1985:1424.
 37. Reece RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:517–543.
 38. UNICEF Innocenti Research Center. Early marriage: child spouses. *Innocenti Digest*, 2001, No. 7.
 39. Brown L. *Sex slaves: the trafficking of women in Asia*. London, Virago Press, 2001.
 40. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. *Recent findings from a program of research on the causes and correlates of delinquency*. Washington, DC, United States Department of Justice, 1995.

41. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*, 1999, 70:1181–1196.
42. Stattin H, Magnusson M. Antisocial development: a holistic approach. *Development and Psychopathology*, 1996, 8:617–645.
43. *Youth violence: a report of the Surgeon General*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2001.
44. LeBlanc M, Frechette M. *Male criminal activity from childhood through youth*. New York, NY, Springer-Verlag, 1989.
45. Farrington DP. Predicting adult official and self-reported violence. In: Pinard GF, Pagani L, eds. *Clinical assessment of dangerousness: empirical contributions*. Cambridge, Cambridge University Press, 2001:66–88.
46. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3: Social influences*. Washington, DC, National Academy Press, 1994:377–570.
47. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:103–133.

48. Stattin H, Magnusson D. The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:710–718.
49. Henry B et al. Temperamental and familial predictors of violent and nonviolent criminal convictions: age 3 to age 18. *Developmental Psychology*, 1996, 32:614–623.
50. Smith C, Thornberry TP. The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 1995, 33:451–481.
51. Farrington DP. Predictors, causes, and correlates of male youth violence. In: Tonry M, Moore MH, eds. *Youth violence*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1998:421–475.
52. Ortega ST et al. Modernization, age structure, and regional context: a cross-national study of crime. *Sociological Spectrum*, 1992, 12:257–277.
53. United Nations Children's Fund. *Children at risk in Central and Eastern Europe: perils and promises*. Florence, International Child Development Centre, 1997 (The Monee Project, Regional Monitoring Report, No. 4).
54. Messner SF. Research on cultural and socio-economic factors in criminal violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 11:511–525.

55. Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N. *Inequality and violent crime*. Washington, DC, World Bank, 1999.
56. Unnithan NP, Whitt HP. Inequality, economic development and lethal violence: a cross-national analysis of suicide and homicide. *International Journal of Comparative Sociology*, 1992, 33:182–196.
57. Gonzales de Olarte E, Gavilano Llosa P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:35–49.
58. Ellsberg MC et al. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:241–244.
59. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
60. Martin SL et al. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150:417–426.
61. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595–1610.
62. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. London, Middlesex University, 1994.
63. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of

- women in Japan. *Violence and Victims*, 1994, 9:63–77.
64. Granados Shiroma, M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género. [Reproductive health and violence against women: a gender perspective.]* Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, 1996.
 65. Schuler SR et al. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1729–1742.
 66. Zimmerman K. *Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia: a summary.* Phnom Penh, Project Against Domestic Violence, 1995.
 67. Armstrong A. *Culture and choice: lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe.* Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998.
 68. Gonzalez Montes S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: some research questions and results. In: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, DC, 9–11 January 1998.* Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:36–41.
 69. Osakue G, Hilber AM. Women's sexuality and fertility in Nigeria. In: Petchesky R, Judd K, eds. *Negotiating reproductive rights.* London, Zed Books, 1998:180–216.
 70. Johnson H. *Dangerous domains: violence against women in Canada.* Ontario, International Thomson Publishing, 1996.
 71. Larrain SH. *Violencia puertas adentro: la mujer golpeada. [Violence behind closed doors: the battered women.]* Santiago, Editorial Universitaria, 1994.

72. Jewkes R et al. The prevalence of physical, sexual and emotional violence against women in three South African provinces. *South African Medical Journal*, 2001, 91:421–428.
73. Black DA et al. *Partner, child abuse risk factors literature review*. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999 (available on the Internet at <http://www.nnh.org/risk>).
74. Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-western society: an integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56:131–146.
75. Counts DA, Brown J, Campbell J. *Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives*. Boulder, CO, Westview Press, 1992.
76. Levinson D. *Violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1989.
77. Jacobson NS et al. Psychological factors in the longitudinal course of battering: when do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, 1996, 11:371–392.
78. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:467–516.
79. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:47–80.
80. Vock R et al. Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democratic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990): results of a multicentre study. *Archiv für Kriminologie*, 1999,

204:75–87.

81. Hahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6:169–179.
82. Ketsela T, Kedebe D. Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35:23–33.
83. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:409–417.
84. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:31–53.
85. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1543–1555.
86. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17:233–247.
87. Menick DM. Les contours psychosociaux de l’infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. [The psychosocial features of infanticide in black Africa: the case of Senegal.] *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1557–1565.
88. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:259–268.
89. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a

- population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
90. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC, National Academy of Sciences Press, 1993.
 91. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25:435–447.
 92. *Equality, development and peace*. New York, United Nations Children’s Fund, 2000.
 93. Zununegui MV, Morales JM, Martinez V. Child abuse: socioeconomic factors and health status. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47:33–41.
 94. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823–832.
 95. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:959–973.
 96. Kim DH et al. Children’s experience of violence in China and Korea: a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1163–1173.
 97. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70:688–692.
 98. Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the parent–child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*,

- 1998, 22:249–270.
99. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:381–391.
100. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823–832.
101. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:621–626.
102. Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:323–332.
103. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma: comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93:463–465.
104. Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. London, Sage, 1986.
105. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the “Children of the Nineties”: a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177–1200.
106. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent–child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:839–853.
107. Gillham B et al. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:79–90.

108. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment: a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1019–1040.
109. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12–18.
110. Randal J, German T. *The ageing and development report: poverty, independence, and the world's people*. London, HelpAge International, 1999.
111. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28:51–57.
112. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:5–58.
113. Kivelä SL et al. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:1–18.
114. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305:998–999.
115. Comijs HC et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46:885–888.
116. Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990, 2:5–30.
117. Bennett G, Kingston P, Penhale B. *The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners*. London, Macmillan, 1997.

118. Harrington CH et al. *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies, 1991–1997*. San Francisco, CA, Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, 2000.
119. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301:1359–1362.
120. Nolan MR, Grant G, Keady J. *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham, Open University Press, 1996.
121. O’Loughlin A, Duggan J. *Abuse, neglect and mistreatment of older people: an exploratory study*. Dublin, National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
122. Keikelame J, Ferreira M. *Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats*. Cape Town, Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000.
123. Owen M. *A world of widows*. London, Zed Books, 1996.
124. Gorman M, Petersen T. *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. London, HelpAge International, 1999.
125. Witchcraft: a violent threat. *Ageing and Development*, 2000, 6:9.
126. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21:79–83.
127. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women’s health in central Java*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.

128. Matasha E et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention. *AIDS Care*, 1998, 10:571–582.
129. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal*, 1996, 86:523–527.
130. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57–65.
131. Migration Information Programme. *Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe*. Geneva, International Organization for Migration, 1995.
132. Chauzy JP. *Kyrgyz Republic: trafficking*. Geneva, International Organization for Migration, 20 January 2001 (Press briefing notes).
133. Dinan K. *Owed justice: Thai women trafficked into debt bondage in Japan*. New York, NY, Human Rights Watch, 2000.
134. Richard AO. *International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime*. Washington, DC, Center for the Study of Intelligence, 1999.

135. Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 1997, 32:361–366.
136. Omaar R, de Waal A. Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. *African Rights*, July 1994 (Discussion Paper No. 4).
137. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios publicos en el Perú.* [*Silence and complicity: violence against women in public services in Peru.*] Lima, Committee of Latin America and the Caribbean for the Defense of the Rights of the Woman, and Center for Reproductive Law and Policy, 1998.
138. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1883–1888.
139. Lamont JA, Woodward C. Patient–physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetrician-gynecologists. *Canadian Medical Association Journal*, 1994, 150:1433–1439.
140. Nduna S, Goodyear L. *Pain too deep for tears: assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania.* Kibondo, International Rescue Committee, 1997.

141. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science and Medicine* (in press).
142. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 1999, 9:115–120.
143. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case–control study. *British Medical Journal*, 1998, 316:198–201.
144. Mercy JA et al. Intentional injuries. In: Mashaly AY, Graitcer PH, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993:65-84.
145. Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. *International Journal of Legal Medicine*, 2001, 114:357–359.
146. Koss M, Dinero TE. Discriminant analysis of risk factors for sexual victimisation among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:242–250.
147. Drieschner K, Lange A. A review of cognitive factors in the aetiology of rape: theories, empirical studies and implications. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19:57–77.

148. Dean KE, Malamuth NM. Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72:449–455.
149. Malamuth NM. A multidimensional approach to sexual aggression: combining measures of past behavior and present likelihood. *Annals of the New York Academy of Science*, 1998, 528:113–146.
150. Ouimette PC, Riggs D. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators. *Violence and Victims*, 1998, 13:117–130.
151. Lisak D, Roth S. Motives and psychodynamics of self-reported, unincarcerated rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 55:584–589.
152. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors. *Pediatrics*, 1997, 100:E7.
153. Crowell NA, Burgess AW, eds. *Understanding violence against women*. Washington, DC, National Academy Press, 1996.
154. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research*. New York, NY, Population Council, 1995.

155. Rozee PD. Forbidden or forgiven? Rape in cross-cultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 1993, 17:499–514.
156. Bourgois P. In search of masculinity: violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 1996, 36:412–427.
157. Bennett L, Manderson L, Astbury J. *Mapping a global pandemic: review of current literature on rape, sexual assault and sexual harassment of women*. Melbourne, University of Melbourne, 2000.
158. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.
159. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil. [El Salvador: socialization and juvenile violence.] In: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud. [Central America in the 90s: youth problems.]* San Salvador, Latin American Faculty of Social Sciences, 1998:151–187.
160. Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, CO, Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, 2000.
161. Hunter EM. An examination of recent suicides in remote Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1991, 25:197–202.

162. Cheng TA, Hsu MA. A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1992, 22:255–263.
163. Lester D. *Suicide in American Indians*. Commack, NY, Nova Science, 1997.
164. Baume PJM, Cantor CH, McTaggart PG. *Suicides in Queensland: a comprehensive study, 1990-1995*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1997.
165. Kermayer L, Fletcher C, Boothroyd L. Suicide among the Inuit of Canada. In: Leenaars A et al., eds. *Suicide in Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1998:189–211.
166. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide and self-poisoning: a pediatric perspective. In: Wells CF, Stuart IR, eds. *Self-destructive behavior in children and adolescents*. New York, NY, Van Nostrand Reinhold, 1981:224–249.
167. McIntosh JL et al. *Elder suicide: research, theory and treatment*. Washington, DC, American Psychological Association, 1994.
168. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE). *International Psychogeriatrics*, 1997, 9:291–307
169. Kaltiala-Heino R et al. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 1999, 319:348–351.
170. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in southeast Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy.

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1999, 34:645–650.

171. Thacore VR, Varma SL. A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 2000, 21:26–30.
172. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1984, 19:93–115.
173. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47:383–392.
174. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490–1496.
175. Santa Mina EE, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43:793–800.
176. Draper B. Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, 11:577–587.
177. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:447–452.
178. Roy A. Suicide in schizophrenia. In: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1986:97–112.
179. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized

- with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142:559–563.
180. De Leo D et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29:149–163.
181. *National injury mortality reports, 1987–1998*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
182. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992–1993. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1996, 26:175–180.
183. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 2001, 31:62–70.
184. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behaviour. In: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. New York, NY, Guilford, 1985:22–35.
185. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:603–610.
186. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:823–832.
187. McKeown RE et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37:612–619.

188. Botsis AJ. Suicidal behaviour: risk and protective factors. In: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier Science, 1997:129–146.
189. WHA34.38. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973–1984*. Geneva, World Health Organization, 1985:397–398.
190. Rummel RJ. *Death by government: genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, NJ and London, Transaction Publications, 1994.
191. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. In: Kurtz L, ed. *Encyclopedia of violence*. San Diego, CA, Academic Press, 1999:679–690.
192. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16:347–354.
193. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:331–336.
194. *Getting away with murder, mutilation and rape: new testimony from Sierra Leone*. New York, NY, Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3).
195. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. In: Levy BS, Sidel VW, eds. *War and public health*. Oxford, Oxford University Press, 1997:186–196.

196. Mann J et al. Bosnia: the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1:130–146.
197. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343:1053.
198. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1:159–173.
199. Brauer J, Gissy WG, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997.
200. Cranna M, ed. *The true cost of conflict*. London, Earthscan and Saferworld, 1994.
201. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa: an overview. In: Macrae J, Zwi A, eds. *War and hunger: rethinking international responses to complex emergencies*. London, Zed Books, 1994:6–36.
202. Reed H, Haaga J, Keely C, eds. *The demography of forced migration: summary of a workshop*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
203. Hampton J, ed. *Internally displaced people: a global survey*. London, Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.
204. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. *Preventing deadly conflict: final report*. New York, NY, Carnegie Corporation, 1997.

205. Zwi AB, Fustukian S, Sethi S. Globalization, conflict and the humanitarian response. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Globalization and health policy* (in press).
206. Hawkins JD et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153:226–234.
207. Thornton TN et al. *Best practices of youth violence prevention: a sourcebook for community action*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
208. Olweus D, Limber S, Mihalic S. *Bullying prevention program*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1998 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 9).
209. Edleson JL. Intervention for men who batter: a review of research. In: Stith SR, Staus MA, eds. *Understanding partner violence: prevalence, causes, consequences and solutions*. Minneapolis, MN, National Council on Family Relations, 1995:262–273.
210. Gondolf E. *A 30-month follow-up of court-mandated batterers in four cities*. Indiana, PA, Mid-Atlantic Addiction Training Institute, Indiana University of Pennsylvania, 1999 (Internet communication at web site <http://www.iup.edu/maati/publications/30MonthFollowup.shtm>).
211. Gondolf EW. Batterer programs: what we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:83–98.
212. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive behavioural problem-solving in the treatment of patients

- who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:871–876.
213. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50:971–974.
214. Lally JR, Mangione PL, Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Project: long-range impact of an early intervention with low-income children and their families. In: Powell DR, ed. *Annual advances in applied developmental psychology: parent education as an early childhood intervention*. Norwood, NJ, Ablex, 1988:79–104.
215. Olds DL et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1238–1244.
216. Farrington DP, Welsh BC. Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 1999, 13:287–303.
217. Patterson GR, Capaldi D, Bank L. An early starter model for predicting delinquency. In: Pepler DJ, Rubin KH, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1991:139–168.
218. Tremblay RE et al. Parent and child training to prevent early onset of delinquency: the Montreal longitudinal experimental study. In: McCord J, Tremblay RE, eds.

- Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence.* New York, NY, Guilford, 1992:117–138.
219. Greenwood PW et al. *Diverting children from a life of crime: measuring costs and benefits.* Santa Monica, CA, Rand, 1996.
220. Welbourn A. *Stepping Stones.* Oxford, Strategies for Hope, 1995.
221. *Men as partners.* New York, NY, AVSC International, 1998.
222. Gordon G, Welbourn A. *Stepping Stones and men.* Washington, DC, Inter-Agency Gender Working Group, 2001.
223. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. *Violence in Latin America and the Caribbean: a framework for action.* Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999.
224. Jarquin E, Carrillo F. *La económica polític de la reforma judicial. [The political economy of judicial reform.]* Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1997.
225. Bradley J et al. *Whole-site training: a new approach to the organization of training.* New York, NY, AVSC International, 1998.
226. McLeer SV et al. Education is not enough: a systems failure in protecting battered women. *Annals of*

- Emergency Medicine*, 1989, 18:651–653.
227. Harwell TS et al. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. [Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group]. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15:235–242.
228. Boocock SS. Early childhood programs in other nations: goals and outcomes. *The Future of Children*, 1995, 5:94–114.
229. Loftin C et al. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 1991, 325:1615–1620.
230. Villaveces A et al. Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in two Colombian cities. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:1205–1209.
231. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4:7–24.
232. Carrington PJ, Moyer MA. Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:606–608.
233. Bowles JR. Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra RFW et al., eds. *Preventive strategies on suicide*, Leiden, Brill, 1995:173–206.
234. WHO Collaborating Centre on Injury Surveillance. *International classification of external causes of injuries*. Amsterdam. Consumer Safety Institute, 2001.

235. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization (published in collaboration with the United States Centers for Disease Control and Prevention), 2001 (document WHO/NMH/VIP/01-02).