

制定伤害及 暴力预防政策

面向政策制定者和 规划者的指南

Developing policies to
prevent injuries and violence :
guidelines for
policy-makers and planners

主编 Doris Schopper
Jean-Dominique Lormand
Rick Waxweiler

主译 段蕾蕾

制定伤害及暴力预防政策面向政策制定者和规划者的指南

ISBN 978-7-5091-5149-5




9 787509 151495 >

定价：19.80元

▶ 策划编辑 孟凡辉

▶ 封面设计 龙岩

▶ 销售分类 公共卫生

 人民军
医出版社

 人民军
医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

制定伤害及暴力预防政策 面向政策制定者和规划者的指南

DEVELOPING POLICIES TO PREVENT
INJURIES AND VIOLENCE: GUIDELINES
FOR POLICY-MAKERS AND PLANNERS

原 著 Doris Schopper
Jean-Dominique Lormand
Rick Waxweiler
主 译 段蕾蕾
审 校 罗焕金
译 者 (以姓氏笔画为序)
安 媛 吴春眉

 人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

制定伤害及暴力预防政策:面向政策制定者和规划者的指南/
(瑞士)斯考珀(Schopper,D.)等原著;段蕾蕾主译. —北京:人民
军医出版社,2011.10

ISBN 978-7-5091-5149-5

I. ①制… II. ①斯… ②段… III. ①伤害—预防—政策—
研究②暴力行为—预防—政策—研究 IV. ①C912.68

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 198538 号

本书由世界卫生组织于 2006 年出版。

Developing policies to prevent injuries and violence: guide-
lines for policy-makers and planners ©世界卫生组织 2006

著作权合同登记号:图字 军-2011-042 号

策划编辑:孟凡辉 文字编辑:刘立 责任审读:周晓洲

出版人:石虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8802

网址:www.pmp.com.cn

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:3.125 字数:76千字

版、印次:2011年10月第1版第1次印刷

印数:0001—1000

定价:19.80元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

英文版由世界卫生组织在 2006 年以 *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners* 的书名出版。

世界卫生组织总干事将本书中文版的翻译和出版权授予中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心,该中心对本书中文版负全责。

世界卫生组织 2006

引用时请注明:Schopper D, Lormand JD, Waxweiler R (eds). 制定伤害及暴力预防政策:面向政策制定者和规划者的指南,日内瓦,世界卫生组织,2006。

©世界卫生组织,2006

版权所有。世界卫生组织出版物可从世界卫生组织出版办公室获取,地址是 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 2476; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: bookorders@who.int)。无论出售还是非商业性分发,若要复制或翻译世界卫生组织出版物,应向世界卫生组织出版办公室提出申请,地址同上(电话: +41 22 791 2476; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: bookorders@who.int)。本书使用的名称和资料不代表世界卫生组织对任何国家、领土、城市或地区或其当局的合法地位,或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时,并不意味着他们已被世界卫生组织所认可或推荐,或比其他未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏漏外,凡专利产品名称第一个字母均用大写,以示区别。

世界卫生组织已对本书的信息进行过核实,但不对正在分发的出版物做任何明确或含蓄的保证。解释和使用本书内容的责任由读者自负。世界卫生组织对因使用这些信息造成的任何损失概不负责。署名编者对本书观点负责。

内 容 提 要

本书叙述了建立伤害和暴力预防政策的必要步骤,解释了需要这些政策工具的依据,卫生部门在政策制定过程中的重要性,以及政策和法规之间的联系。本书指导性强,适合伤害及暴力预防政策决策者和规划者阅读参考。

前 言

伤害和暴力在世界上每个国家都是对健康的威胁。全世界每年有超过 500 万人死于各种类型的伤害,而因此终身致残的人就更多。若按照现在的趋势,伤害及暴力的全球负担预计将在下一个十年大幅增加,尤其是在中低收入国家。尽管此问题的重要性逐渐凸显,却只有极少数国家制定了预防伤害及暴力的国家政策、战略或者行动规划。

为了引起国际首脑对这些问题的关注并提供行动建议,世界卫生组织在 2002 年和 2004 年分别发布了《暴力与健康世界报告》和《世界预防道路交通伤害报告》。这些报告得到了世界卫生大会(卫生部长国际年会)的支持,形成了决议 WHA56.24(贯彻《暴力与健康世界报告》的建议)和 WHA57.10(道路安全与健康)。这两项决议鼓励政府制定国家性和地方性的伤害及暴力预防政策。

伤害预防的努力要取得成效,综合性政策和考虑周详的行动规划是必不可少的,但制定这样的政策、策略和行动计划并不容易。这需要许多先决条件,包括确定领导这些活动的归口单位,建立跨越政府部门、民间社会和其他利益相关者的联系,以及所有层面的政治承诺。

世界卫生组织建议,预防伤害和暴力的政策性文件应包括明确的行动方案,以目标、优先领域、时间表、运行机制以及评估办法的形式列出来。该政策的制定需以政府和相关非政府组织共同参与的形式实现,合理规划各阶段的责任并恰当进行委托执行。另

外,政策制定者和规划者应在早期阶段就考虑到所需的人力及资金要求。

本书(制定伤害及暴力预防政策:面向决策者和规划者的指南)叙述了建立一个伤害和暴力预防政策工具的必要步骤,也解释了需要这些政策工具的依据、卫生部门在政策制定过程中的重要性,以及政策和法规之间的联系。关于如何执行政策的指南将以一份独立的文件进行描述。

本指南的附录之一列出了目前世界各国正在执行的伤害及暴力预防控制的国家级(和次国家级)政策性文件的范例。这些文件可以从世界卫生组织伤害与暴力预防司的网站上获取(www.who.int/violence_injury_prevention/policy/en/),也许能为需要在这领域获得指导的其他国家的政策制定者和规划者提供思路。

我谨代表所有在此项目中作出贡献的人表达共同的希望:这些指导能有助于促成应对伤害和暴力的全球性响应,让世界变得更加安全,更加健康。

世界卫生组织,
伤害与暴力预防司,
Etienne Krug 司长,
瑞士日内瓦。

编 者

编辑

Doris Schopper, Jean-Dominique Lormand, Rick Waxweiler.

参与提供文字材料的人员

Pam Albany, Mohamed Ben Ammar, Paul Bloem, Alexander Butchart, Nancy Gage-Lindner, Jean-Dominique Lormand, Berlin Kafoa, Olga Kalakoulas, Rupert Kisser, Olive Kobusingye, Eugenia Maria Silveira Rodrigues, Doris Schopper, Mathilde Sengoelge, Dinesh Sethi, Paibul Suriyawongpaisal, Nguyen Thi Hong Tu, Iris Wainiqolo.

同行评审专家

Shanthi Ameratunga, Joanna Banfield, Wiliam Bosu, Guru Gururaj, Rupert Kisser, Olive Kobusingye, George Fotoh Ngufor, Joan Ozanne-Smith, Margie Peden, Ros Poulos, Francesca Racioppi, Chamaiparn Santikarn, Hala Sakr, Mathilde Sengoelge, Dinesh Sethi, David Sleet, Tamitza Toroyan, Joanne Vincenten, Beata Zuchora.

日内瓦第一次咨询会议参加者, 2003年9月23-24日

Pam Albany, Mohamed Ben Ammar, Paul Bloem, Alexander Butchart, Elisabeth Duarte, Etienne Krug, Nancy Gage-Lindner, Jean-Dominique Lormand, Eugenia Maria Silveira Rodrigues, Doris Schopper, Paibul Suriyawongpaisal, Nguyen Thi Hong Tu, Rick Waxweiler.

致 谢

世界卫生组织谨对编者、作者以及众多评审专家和顾问表示衷心的感谢。他们的奉献、支持和专业知识使得本书的出版成为可能。其他很多人士也对本书的出版作出了贡献。特别要鸣谢对终稿进行编辑的 Ann Morgan, 和提供行政支持的 Pascale Lanvers-Casasola。

世界卫生组织同时也向瑞典政府和美国疾病预防控制中心表示感谢, 他们为此书的开发、撰写和出版提供了慷慨的财政支持。

缩 略 词

BAC	血液酒精含量
CEN	欧洲标准化委员会
EMS	紧急医疗服务
FGM	女性生殖器切割
IATAS	国际电视艺术与科学学会
ISBI	国际烧伤协会
ISL	安全活动学会(奥地利)
ISO	国际标准化组织
NGOs	非政府组织
RTI	道路交通伤害
TRIP	太平洋项目交通相关伤害
UK	英国
UN	联合国
UNDAF	联合国发展援助框架
UNICEF	联合国儿童基金会
USA	美利坚合众国
WHA	世界卫生大会
WHO	世界卫生组织
WNC	全国妇女委员会

引言

本指南希望帮助那些旨在制定国家伤害及暴力预防政策的人士。它涵盖了制定此类政策的所有必要步骤,包括首先要获得政府及政治当局的认可。但此指南不提供关于怎样执行伤害和暴力预防政策的具体指导。

本指南主要针对政府部门中与防控暴力和伤害有关的机构,尤其是卫生部门、交通部门、司法部门、内务部门、福利部门、家庭事务部门、教育部门、住房部门、劳动部门、农业部门、体育及消费事务部门。但是,此手册的效用并非仅局限于上述提及的部门,比如还有:

- 政策制定者及其他公共卫生部门的决策者;
- 暴力及伤害预防领域的非政府组织;
- 涉及伤害原因、治疗及影响的研究,以及制定和评估恰当解决方案的学者;
- 希望通过支持国家性工作来预防和减轻暴力及伤害后果的国际组织,包括基金会、双边捐赠者以及联合国机构。

由于认识到不同国家有各自独特的流行病学状况、政治及经济形势,本指南在起草时尽量避免过度具体化。尽管如此,迎合每个人需要的一般性指南和具有实际指导意义的“怎样去做”之间很难平衡。为了尝试实现这种平衡,本指南的作者借助世界各国的经验,用这些经验作为案例来强调政策制定过程的关键方面。此外,为了给负责起草政策文件的人提供其他国家的样本,在指南附录 A 中列出了一份已有政策文件的综合列表(附有有效互联网链接的具体内容)。

第一部分 设定背景

伤害及暴力:对健康的严重威胁

伤害和暴力在世界上每个国家都是对健康的威胁。全世界每年有超过 500 万人死于各种类型的伤害,在 15—44 岁的人群中,伤害是死亡和发病的首要原因之一^[1]。如果目前的趋势继续发展,全球伤害负担至 2020 年时将大幅增加,道路交通伤害、人际暴力、战争和自伤将成为造成全球伤害死亡数量可预见增加的最主要原因。中低收入国家的伤害死亡率显著高于高收入国家,前两者的伤害及暴力死亡数量占全世界的 90%。

考虑到有必要提高对于伤害及暴力给公共卫生造成的影响的意识,WHO 近年来着手开展了数项姿态鲜明的行动,记录了问题的程度和原因,并且提供了解决问题的方法。2002 年 10 月,WHO 发布了第一份《暴力与健康世界报告》^[2]。这份报告在 2003 年 5 月第 56 届世界卫生大会(WHA)的 WHA56.24 决议中获得通过(推行《暴力与健康世界报告》中的建议),并且在这之后很快发行了一本指南^[3]作为对这份报告的支持。这份指南指出如何实施《暴力与健康世界报告》中提出的建议。之后,在 2004 年 4 月,WHO 出版了第一份《世界预防道路交通伤害报告》^[4],该报告也是在世界卫生大会决议中获得通过(WHA57.10 决议,道路安全和健康)。附录 B 收录了这两项 WHA 决议的全文,旨在鼓励政府,尤其是卫生部,制定国家和地方性暴力及伤害预防政策。

全球在地区水平上提高对伤害及暴力重要性认识的努力正不断增加。比如,多个与暴力及伤害预防相关的决议近期在 WHO 区域性委员会会议上得到采纳,包括一项关于 WHO 欧洲区和非洲区

的伤害预防方面的决议^[5],以及一项关于儿童性虐待的决议^[6]。

为什么制定伤害及暴力预防政策十分重要

所有国家都已经有一些旨在解决某些伤害及暴力问题的法律法规,并且在某些步骤上已经用来处理伤害及暴力所造成的后果,从这个角度上讲,伤害预防的想法并不新颖。但是,许多国家对该问题重要性的认识较低,以致采取的行动经常不妥当,不完整。此外,考虑到暴力及伤害问题的复杂性,预防工作应从各个水平(地方、区域及国家)进行跨部门、跨学科的共同努力。为保持连贯一致,这些工作应在共同的愿景、目标和策略下进行。制定伤害预防政策不仅能使此项工作在政治水平上保持一致和清晰,而且能够分辨出法规不同部分之间可能存在的抵触和矛盾,并促进资源的优化利用。国家范围的行动还能确保有限的资源在社会、经济发展水平和能力不同的社会群体间合理分配。某些措施需要在不同地域和司法管辖区之间实现标准化,比如开发安全的道路基础设施,建立并强制推行安全生产条例,这样才能保证措施的有效性和效率,并确保行动由国家响应执行。

确定一个共同的视角和价值观有助于将所有致力于暴力和伤害预防的部门团结在一起,比如政府部门、非政府组织以及社会上的利益相关者,这样反过来也保证了努力都朝向同一个方向。确定共同的视角和价值观也有助于分清各个政府部门各自的作用和职责(比如卫生、教育、司法、民政、社会保障、交通、基础设施、家庭事务、劳工)。制定政策的过程也应注意获取足够的解决问题的资源。另外,政策制定有可能获得立法机关拨款,从而提供一个更为稳定的经费来源。可见,制定伤害预防政策是有效组织国家和社区水平干预工作的关键所在,这能在一定程度上避免在项目制订中产生重复和缺失。

高收入国家的经验说明国家制定伤害预防政策确实有效。在过去的10~20年,许多工业化国家降低了伤害死亡率,有些国家的降幅

达到一半。这些成果应归功于在伤害预防方面协同一致和坚持不懈的努力,这种努力通常是政府倡导的国家策略或规划的一部分。在澳大利亚、加拿大和法国等国家,国家战略在减少伤害方面已经产生了明显的作用。加拿大的方式相对独特,但仍然十分成功:首先通过两份政府文件《加拿大公民伤害预防:有效规划的关键因素》^[7]和《制定综合性伤害预防策略》^[8],在国家水平对伤害和暴力做出了响应,然后将其修订,以便于各省实施。加拿大三个省的政府文件范例如下:

- 制定省级伤害预防策略。振兴马尼托巴^[9];
- 新斯科舍伤害预防策略:报告和建议^[10];
- 阿尔伯塔伤害控制策略^[11]。

最近,一些中低收入国家开始在国家伤害和暴力预防方面投入力量。然而,这些国家政策对中低收入地区非故意或故意伤害的数量和后果的影响究竟怎样,目前还不清楚。但是,对这些工作成效的评估正在进行中。

什么是伤害及暴力预防政策

术语“政策”可有多种解释(框1)。通常的解释为“一种以文字形式记录的文件,可以为政府和非政府伙伴共同采取行动提供基础。”这种文件的目的是提高大家对某种形势的认识,创造相互理解(基于对问题、趋势、原因和潜在解决方案的分析);清楚表述那些能论证和指导行动的伦理学原则和其他方面的原则;使大家对采取的行动形成一致的观点;为行动提供框架;确定各机构的职责和协调机制;招募各方参与者。

有时也用其他词语命名政策性文件,如“政策框架”“策略”“策略规划”“规划”“行动计划”甚至“大纲”,但在意图或内容上并没有必然的区别。更复杂的是,在很多语言中并没有明确指代“政策”的术语,经常同一个词既可以指政治又可以指政策,这样可能会带来不便,导致人们倾向于选用更为中立的词语,如“策略”或“行动计划”。

框 1

什么是政策？若干定义

对改善卫生条件的目标、这些目标的优先权，以及实现目标的主要努力方向的一种文字表述^[12]。

对改善卫生条件的行动目标或原则的声明或表述^[13]。

政策是指导决策的一系列原则。它为考察或度量方案、活动提供框架^[14]。

对实现以增强健康为既定目标的行动方案的一套决定或承诺。政策通常陈述或暗示了巩固政策主张的价值。它们也可能详述能够应用到政策规划和实施中的资金来源，以及涉及的相关机构^[15]。

基于这些指导准则，我们采用如下定义：

暴力和伤害预防政策是指为了预防故意和非故意伤害，减少其对健康的影响而制定的包括主要原则和目标、对象、优先行动以及协调机制的文件。

术语“策略”通常指政策如何实施，例如一项策略指出了为达成政策目标所需努力的方向和采取的行动，而“行动计划”或“大纲”更加具有规定性，它们不仅确定了预期的时间表、具体活动和所需资源，还提供了如何对活动进行实施、监督和评估的指导。

伤害的分类

为了量化伤害负担并辨别干预的契机，根据伤害的原因分类可能最方便的方法，例如分为故意(故意性加害)或非故意伤害。

故意伤害可以根据事件涉及的人细分为：

- 自我加害暴力(即自杀、自杀企图、自我虐待)；
- 人际暴力(一个人对其他人施加的致死或非致死伤害，例如杀人、亲密伙伴间的暴力、性暴力、虐待儿童和忽视、虐待老人)；
- 集体暴力(如战争或国内暴乱、恐怖主义活动、犯罪组织)。

非故意伤害通常根据引起伤害的机制(即如何发生的)分类。因此非故意伤害最常见的类别有道路交通伤害、跌倒/坠落、烧伤和烧烫伤、溺水、中毒、刀/锐器伤。

故意伤害和非故意伤害都可以根据发生地点分类,如在道路上、家中、休闲或运动场所、学校或工作场所。或根据伤害发生的场合分类,如在工作时间(工伤)或在休闲时间。分析伤害类型时,通常较有帮助的方法是将伤害流行状况以人口群体分类,特别是以性别和年龄来细分。已经发现某些伤害类型在特定人群中较流行,明显的有儿童、青年、老年人以及其他少数人群。

本书中“伤害及暴力预防”一词通常指故意伤害(如由暴力引起的伤害)和所有的非故意伤害。“预防”一词是指其广义的含义,包括针对某原因采取的预防某事件的行动,通过设计和实施预防措施来预防伤害事件的直接后果,还有通过提供适当的护理和康复服务来预防可避免的死亡、残疾及其他后果。

怎样将政策与立法相结合

可以通过多种途径将政策与立法紧密联系起来。可以将政策转化为法规或者批准其成为立法框架的一部分(框2)。也可以引入新法,在新法中规定制定政策以及建立伤害及暴力预防国家体系的义务(有资助来源的),这样制定政策成为第二个步骤。第三种选择——也许是最普遍采用的方法——是把起草特定法规作为政策实施过程的一部分。

政策与立法两者间的重要区别在于政策通常不是一份有法律约束力的文件,立法或法律却是。而且立法或法律是立法机构制定的。制定法规通常是为了保护个体或群体,禁止某些行为,赋予某些权力,或进行责任分配。法规经常由某一特定议题或问题引致(如道路安全,饮酒消费)并成为一项政策实施的一部分。

非强制性标准和某些实践规范^①正好处于政策和法规之间,因为它们在全国范围内不一定都具有约束力,却可以在特定权限或背景下具有约束力,比如在某个商业或专业领域。例如,公共机

^① 实践规范是被某个团体或一个群体所认可的系统的章程或原则

构(比如部门、诊所或医院)和专业机构(如医学协会)有权制定这样的条款,它们虽不会在普遍的人群中存在约束力,但对自己的成员却可进行惩罚。关于伤害预防,如果没能遵守非强制性产品安全标准或行业实践规范,在某些辖区会被认为是过失造成的,但其赔偿可根据民法,或有时可根据行政法进行索赔。

框 2

德国推进暴力预防行动的一种立法途径

1999年,内阁决定制订一个打击对女性实施暴力的联邦政府行动计划。此行动计划要求所有联邦部门回顾各自管辖范围内的保护女性免受暴力的法规(包括法律和国际条约),找出这一体系的漏洞,并实施改革来填补这些漏洞。比如,行动计划呼吁建立一种新的民事诉讼,以允许民事和家庭法庭将虐待者驱逐出家庭达几个月的时间。这一计划使得暴力防护法得到通过并于2002年1月开始实施。数月之内,大多数州很快对本州的法令或者规定警察职责的行政条款进行了改革,以将虐待者逐出家庭。这被认为是保障女性能根据新联邦暴力防护法寻求民事法庭保护的重要一点。

最初,由于在计划的制订阶段没有充分咨询某些州的意见,导致他们对于联邦政府的行动计划有些抵触。特别是许多州质疑,那些州级或社区级抵制对妇女使用暴力的工作是否获得了充分的认可。随后,联邦政府利用一项通常用于国家立法的程序性机制,将行动计划送交议会两院(在德国包括州内阁)进行辩论。结果联邦立法机构批准了该计划,达成了国家性共识。与行动计划可能没有成为议会辩论议题的结果相比,这个结果为联邦级、州级以及社区级的暴力预防行动方面的更大规模的协作奠定了基础。如果行动计划没有被提交议会进行辩论,是不会有这样的结果的。因此,虽然行动规划以政策的形式产生,但在实践中,它却被当成是一种立法草案,并最终引发了法律变革,使之维护了个人寻求暴力防护的权利。在妇女暴力的议题上,它也使得所有涉及的部门更大程度地参与其中,而在1999年,这主要由司法部和家庭事务部负责。其他长期效益体现在锻造出了上至国家、下至社区的,所有级别的政府间的新型伙伴关系,以及政府和非政府组织之间的新型伙伴关系。

国际协议的作用

像国际人口与发展大会、北京行动纲领和联合国儿童权利大会这些国际宣言和行动纲领能对国内的伤害及暴力预防工作产生重要的意义。这样达成共识的文件可以被看做是政策性文件。一国如果签署了协议,就表明他们愿意遵守相关原则。确实,在国际协议和宣言中体现出的许多规范和原则反映出了国际习惯法中的原则。

有些国家将国际政策环境和国际法律作为推动制定国内政策的一种手段。签署和批准国际条约或协定能为政府提供国家层面的法律框架,用于提高政府的责任感,制定政策,推动立法改革,并最终营造一个预防暴力和伤害的支持性环境。民间团体也会利用国际协议来倡导其国内的法律改革(框 3)。

框 3

国际协议有助于民间社团的变革要求

联合国人口与发展国际大会于 1994 年 9 月在埃及开罗召开。此次大会就性别平等的重要性达成了国际共识。尼加拉瓜是签署最终声明的众多国家之一。

紧随着此次大会之后,许多拉丁美洲的妇女协会和其他非政府组织就组成了一个网络,审阅各自国家履行新的性别平等承诺的情况。在尼加拉瓜的案例中,该国的一个非政府组织借助大会营造出来的关注度,提高了人们对女性遭受暴力水平的认知,指出国家最近就此问题做出的新承诺。通过一项以国会议员为目标人群的强有力的倡导规划,这个非政府组织成功地使人们注意到妇女缺乏保护并要求为使妇女免遭暴力而引入新的法律。一套法律在 2000 年适时地获得通过。从那时起,该非政府组织继续为强化执法发起运动,公开谴责滥用法律体系和不遵守国家法律的现象。

世界卫生大会决议和 WHO 区域性委员会采用的决议都是国际协议的范例,政治团体^①和政策制定者可以利用这些协议获

^① 致力于推动政策制定和实施的个人或团体

得制定本国政策的政治支持。在此案例中,国际政策环境与卫生部门直接相关,卫生部门采纳了世界卫生大会决议并执行了它们庄严载入的原则。在近期的世界卫生大会决议中,针对暴力和道路交通伤害的 WHA56.24 和 WHA57.10 决议分别指向了两个重要的伤害原因(附录 B)。

表 1 列出了许多与伤害和暴力预防工作相关的国际性、地区性、国家性的政策文件及法律工具。本列表并不完整,但对于用来指导和决定国家暴力预防政策制定的那些文件和机制来说,此表反映了这些文件和机制的范围。

表 1 挑选出的与暴力及伤害预防相关的政策文件和法律文书

范围	政策相关文件	法律工具
国际性	达成共识的文件 协议 • 世界卫生大会决议(例如, WHA50.19, WHA57.10) • 联合国大会决议(A\RES\58\289;A/60/5) 联合国宣言和行动纲领 • 国际人口与发展会议 • 儿童特别会议 国际技术标准 • ISO/CEN* 标准	公约 • 国际人权公约 • 公民权利和政治权利国际公约 协议 • 1949 年日内瓦公约和 1977 年日内瓦公约附加议定书 • 儿童权利公约(1989) • 防止及惩治种族灭绝罪公约(1948) • 消除一切形式种族歧视国际公约(1965) • 消除对妇女一切形式歧视公约(1979) • 联合国公路标志及信号公约(1968)

(续 表)

范围	政策相关文件	法律工具
地区性	<p>多国共识文件</p> <ul style="list-style-type: none"> • 欧洲议会零容忍决定(1997) • 欧洲抵制对儿童、青年和妇女使用暴力以保护危险中的受害者和团体的 Daphne 计划(2000;2004) • WHO 区域委员会文件和决议 	<p>公约及协议</p> <ul style="list-style-type: none"> • 非洲儿童权利与福利宪章(1990) • 非洲人权和人民权利宪章(1981) • 美洲防止、惩罚和根除对妇女暴力行为公约(1994) <p>多国立法(欧盟)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 欧洲新机动车安全标准导则 • 欧洲消费者保护导则 • 欧洲平等对待和反歧视导则
国家性	<p>政策</p> <ul style="list-style-type: none"> • 国家卫生政策 • 国家青年促进政策 • 国家无歧视广告规范(作为建议而制定的规则) <p>计划和项目</p> <ul style="list-style-type: none"> • 国家道路安全计划 • 国家预防暴力行动计划和战略 • 国家家庭服务和儿童护理规划 	<p>国家法律、实践规范和规章</p> <ul style="list-style-type: none"> • 职业道德和行为规范 • 产品安全标准 • 住宅安全规范 • 机动车安全标准 • 医疗程序和医疗产品标准 • 青年就业保护法规 • 国家工业安全规章, 劳工赔偿法 • 国家道路安全立法(限速, 使用安全装置, 酒后驾驶规章, 驾驶员要求, 机动车技术要求) • 国家强制性数据报告法 • 暴力保护法令, 民法和刑法法令及程序, 强制性青年劳改程序 • 对虐待儿童/亲密伴侣罪犯的法庭强制性处理

* ISO, 国际标准化组织; CEN, 欧洲标准化委员会

卫生部门应发挥什么作用

多数情况下,卫生部门认为其主要职责是给暴力及伤害的受害者提供护理,却并不一定会认为伤害预防工作是他们的职权所在。确实,因为卫生部门仅仅是涉及伤害和伤害预防的众多权力部门之一,它并不一定在推动和制定伤害及暴力预防政策的工作中以领导者的角色出现。起推动作用的可以来自于其他方面,比如,交通部门(在道路交通伤害中)或者家庭事务部门(主要关注家庭暴力)。因此,根据国情和待解决的伤害问题的性质,卫生部门在政策制定过程中的作用可以有多种形式,比如:

- 领导者的作用。卫生部门可以承担的工作包括初步情况评估,唤起各政府部门的意识,倡导并建立制定政策的政治保证,建立制定政策草案的多部门机制。

- 催化作用。卫生部门可以发起并助推基于多部门数据的政策辩论,为今后应做什么工作提供论据(研究和收集数据)。这符合协议 WHA56.24 (附录 B)的内容,该协议鼓励卫生部门准备关于伤害问题程度的国家报告。其他部门可以担任领导者的角色。

- 协调作用。卫生部门的主要职能可能是要克服部门间的障碍,创造一种合作氛围。

- 支持作用。卫生部门最有力的职能作用可能是完善和分享医院的数据,来为监测和评估提供便利,为研究需要提供服务。卫生系统因而可以承担连续提供关于健康结果及有效干预数据的角色。另外,卫生部门可以承担起分析其他公共政策对暴力及伤害流行影响的职责。

关于制定应对伤害和暴力的响应政策,卫生部门有很多能够胜任的任务和功能,并且理想状况下,除提供基础的卫生服务外,卫生部门应该承担首要责任。这些核心任务列在框 4 中。框 5 强调了监测作用的重要性,描述了巴西卫生部如何收集道路交通伤

害数据并提交给交通部决策,使其作出加强驾驶管理和交通行政立法的决定。许多情况下,卫生部门的支持和参与可能对信息、教育和传播活动,尤其是针对大众的活动的成功具有至关重要的作用。在设计和执行过程中涉及卫生部门的活动在推荐的其他任务中列出(框 4)。

框 4

暴力和伤害预防:卫生部门的作用

核心任务

- 建立监测系统,获取伤害的发生与流行信息;
- 就暴力和伤害的严重性和对健康影响的数据进行收集、分析和传播;
- 倡导预防控制暴力和伤害的行动;
- 致力于暴力及伤害预防的政策制定;
- 提供基于卫生部门的预防服务;
- 与警察和其他急救服务部门协作,提供院前急救服务;
- 为医疗机构中的伤者提供急救服务;
- 为伤者提供康复服务;
- 用科学方法对暴力和伤害预防干预活动进行评价;
- 为法医鉴定提供支持或设备,尤其是针对性暴力案例;
- 对从事伤害预防和护理的公共卫生人员及医疗服务人员进行培训。

其他任务

- 收集风险和预防因素的数据;
- 设计并实施信息、教育和传播活动,以预防暴力及伤害;
- 领导政策制定;
- 确保领导及协作;
- 倡导对现有法律的修改;
- 推荐新法规;
- 开展研究。

框 5

巴西卫生部在记录道路交通伤害数据中的作用

暴力及道路交通事故导致的伤害是巴西位列前茅的死因,仅次于心血管疾病。根据卫生部的死亡信息系统(SIM)提供的 1991—2001 年数据,由道路交通事故导致的死亡数在 1991—1997 年大幅上升,在 1997 年达到峰值,即 35 756 人死亡。但是 1998—2001 年,道路交通事故伤害的死亡率明显下降。死亡率下降的情况在州首府和国家的东南部地区最为显著。这种死亡的下降与在 1998 年初新运输法规的出台一致。作为一项针对为驾驶员的法律,新运输法规不仅对驾驶员的违法行为做出了更加严厉的惩罚规定,而且将交通监管的职责转移到了地方。

政策选择:整体层面的思考

在国家层面上连贯地处理暴力及伤害预防的议题可以有許多办法。采用哪种途径取决于主流的政治环境,各种类型伤害在不同人群中的流行情况、年龄和地域,资源的可及性以及现有政策、策略和规划的类型。如果政治领导者已经认识到伤害及暴力是一个严重的公共卫生问题,并且政治环境有利,那么制定综合性的暴力及伤害预防国家政策的时机就成熟了。在这种情况下,制定国家性政策将是一个漫长的过程,中间需要利益相关者达成共识,促进合作者之间的一致协作,增强政治承诺以及促进资源的分配。

产生兴趣和需求

如果政治环境不利于政策的制定,就有必要首先提高公众对暴力和伤害预防的支持。这可以通过收集和发布有关伤害造成的影响的数据并说明适当的行动可以减轻问题来实现。利用大众媒体公布遭受伤害影响的个体和家庭的故事通常是唤起公众对此议题觉悟的好方法。小的试点项目里,对一些明显的伤害进行干预的试验也有助于推动政策制定。如果示范项目取得了成功,也有

助于提高对此问题的关注度,告诉人们可以做些什么,并因此成为更广泛辩论的开端。在很多国家,比如越南,小规模项目的开展都在政策制定之前。越南的一项为期 5 年的社区试点项目引发了全国范围伤害预防工作(框 6)。

框 6

越南制定国家性事故和伤害预防政策

在过去 10 年,伤害已经成为越南死亡的首要原因,现在伤害所造成的死亡数是传染病导致的死亡数的 3 倍。每一人死亡,就有另两人永久性致残。造成伤害死亡的最主要原因是道路交通事故、溺水和跌伤,5—9 岁的儿童造成的负担最大。

在瑞士国际发展署的支持下,1996 年在河内郊区的两个社区启动了伤害预防和安全社区项目。此项目开始于社区级,后来规模不断扩大,先升级为地区级,进而又成为省级,并在 1998 年扩大覆盖到另外 6 个省(市)。6 个地区的监测数据显示伤害事件显著减少;例如在 Quang Ninh 省的 Cam Pha 社区,伤害事件的数量从 1997 年的 3 237 起下降到 2001 年的 2 295 起,降幅达 29%。河内的 Tu Liem 地区 Thinh liet 社区在 1996 年的伤害事件为 302 起,而到 2001 年下降为仅 25 起。

并考虑到其他部委、公共事务部门和非政府组织的意见,卫生部制定了一项 2002—2010 年伤害预防的国家性政策^[16]。这项政策在 2001 年 12 月颁布并为后续的行动规划奠定了基础,该规划分为 2002—2005 和 2006—2010 两个阶段。此项行动规划针对的伤害类型包括道路交通伤害、儿童伤害(尤其是溺水、烧伤和中毒)、居家伤害、工伤(尤其是跌伤和电击)。

政策倡议者对于发起和维持能引起社会变革的政策制定非常重要(框 7)。虽然政策倡议者只负责伤害预防的某一特定方面,但他们也擅长以更开阔的视野统观全局并且找出政策制定过程中需要所有合作伙伴参与的战略步骤。政策倡议者不是一群固定的人,他们可以来自卫生行业、学术界、政府部门、非政府组织等不同

的领域和背景。在框 7 描述的案例中,推动防止对妇女实施暴力的法律制定实施以及体制变革的力量来自于妇女们的倡导。

框 7

妇女的倡导推动了奥地利法律变革

奥地利暴力预防法令在 20 世纪 90 年代后期开始推行。它主要关注亲密伴侣间的暴力。妇女倡议团体和内政及妇女事务部联合对行动的设计起草负责。合作伙伴的协作努力促成了一个公共-私人倡导结构的形成(以干预中心的形式),并且通过提高公众尤其是警察对问题的认识和继续教育活动,为新法律的实施铺平了道路。至少从制定具有性别敏感性法律的角度而言,暴力预防法令的起草和之后的推行,尤其在前期,可能是妇女倡议团体和欧洲政府之间合作的第一个成功范例。基层持续的监督和对法律实施的评估成就了在奥地利及欧洲其他地方的一次强有力的辩论。关于总结奥地利模式的第一手经验教训的会议也使其他国家的政策制定者,其中包括一些欧洲政府的领导者相信,这种方法是有益的。这也反过来推动了社区倡导团体、政府和议会在对抗伴侣暴力问题上的联合努力,并最终导致了其他一些欧洲国家建立新的保护机制、法律以及机构改革。

伤害及暴力预防政策的适用范围

在政策制定过程的某些点上,一个针对所有暴力和伤害预防的文件优缺点,应该在与那些制定出更有针对性政策,尤其是只针对一种伤害的政策的文件进行比较后才能发现。那些主张根据不同伤害类型制定不同政策的人认为每种类型伤害有截然不同的特点,因此需要特殊的方法。不仅如此,在大多数国家,不同的团体和专家各自感兴趣的伤害类型也不同。也有观点认为,一个政策其针对范围越小,它的实施和影响显现得就越快;这是一个能说服政治家和其他决策者的因素,这些人希望在政策批准后,立刻看到效果。其他观点强调了同时包括暴力和非故意伤害

的政策的潜在优势,指出这类综合政策的互利效果(框 8)。

框 8

WHO 欧洲区制定单一政策解决非故意伤害及暴力问题的优势

伤害是 WHO 欧洲区引起死亡的第三大原因,仅次于心血管疾病和癌症。这种负担在处于经济与社会边缘的团体以及儿童和年轻人中最为严重。WHO 欧洲区域委员会第 55 次会议上重点提出需形成一套针对伤害的公共卫生方法的观点,并认可安全在卫生与社会政策中的优先位置^[18]。代表们认为,实现这一目标最重要的战略步骤是制定一个针对暴力及非故意伤害的综合政策。制定同时包括暴力与非故意伤害综合政策的原因如下:

- 提出倡议时具有更大的潜力;
- 可以将医院监测和社区调查的普通方法相结合,形成协同作用的机会;
- 暴力和非故意伤害有相同的潜在决定因素(即经济、社会、政治和环境)和危险因素(如酒精、毒品),这些因素不均衡地影响着人口中的脆弱人群;
- 都需要相同的跨部门合作来制定处理一般危险因素的规划,比如酗酒(这是所有非故意伤害和暴力范畴的主导危险因素);
- 以证据为基础的干预及评估是对两者都普遍适用的公共卫生方法;
- 两者都要求在涉及脆弱人群时需进行诸如社会公正和平等的伦理思考;
- 不论伤害的原因是什么,为受害者提供卫生服务的部门通常相同,比如院前急救和创伤护理,中毒时的毒理护理。类似地,在对如创伤后应激障碍和康复的支持性服务、紧急服务的组织以及机构和技术能力建设方面,二者也是相同的。

有些国家采取整体分析法启动伤害预防,比如,一种能覆盖全部故意或非故意伤害的方法。澳大利亚^[19]、巴西^[20]以及越南^[16]即是这方面的范例。其他国家选择针对特定的伤害问题。道路交通伤害和道路安全,家庭暴力,对妇女实施的暴力,保护儿童和青年免受性暴力和剥削,自伤/自杀,以及社会或种族暴力是引起各国最多关注的领域(附录 A)。但是这种将伤害问题分置于不同政

策中的做法并不排斥制定伤害及暴力预防的全面性政策。的确，在某些国家，首先对那些最紧急或最明确的，解决方法最可行的伤害问题以逐个解决的方法制定政策是一种更实际的策略。例如，一个国家可能先制定一项降低道路交通伤害的政策，之后再制定针对青年暴力的政策。

将伤害及暴力预防融入已有的政策法规中

与重新制定一个政策相比，将伤害预防政策的要素融入到现有的国家政策和(或)涉及相关议题的法律中也许更加容易。比如可以通过改进交通法规更好地保护步行者；将儿童安全纳入到国家环境健康行动规划中；将性暴力包含在促进青少年健康的策略中；将对妇女暴力和性虐待的预防和处理纳入现存的生殖健康政策中；确保将保护青少年免受虐待和忽视纳入国家青少年政策中去；或者将伤害有关政策作为国家精神卫生政策的一部分。与暴力及伤害预防相关的议题可以融入到更广泛的全球性发展框架中，包括千年发展目标、减少贫穷战略报告、联合国发展援助框架(UNDAF)、卫生改革以及东南欧稳定公约。这一做法的优势是即使政治家和政策制定者并不会首先想到解决暴力与伤害预防的问题，但它仍可以解决暴力与伤害预防的问题，也可以引起政治觉悟。但这一做法的缺陷是导致伤害及暴力预防工作处于不连贯的、缺乏资源和协作的处境。在某些情况下，尤其是在政治环境不允许创建专门针对某一伤害问题的国家政策或者该议题比较敏感时，将暴力及伤害预防的部分内容融入到现存政策中可能就成为了唯一的选择。采用该做法来处理对妇女暴力预防的问题已经在一些国家取得了积极的成果，比如也门(框9)。

框 9

也门:国家妇女委员会的作用

即使到了 20 世纪末,在也门提及“反对妇女暴力”的字眼都会被严厉禁止。这种对妇女暴力的默许意味着几乎没有对解决该问题做过什么工作。然而在 1996 年,为了响应妇女团体和组织日益强烈的要求,也门共和国政府建立了国家妇女委员会(WNC)。最初,这个委员会将精力投向切割女性生殖器官(FGM)的问题,并在此期间针对这个议题在亚丁召开了两次会议。之后,WNC 将反对早婚列为其所要推行的任务之一,因为 WNC 认为这是对妇女另一种形式的暴力。这一议题继而被列入到国家社会性别战略的优先领域。20 世纪 90 年代后期以来,部分由于 WNC 的努力,也门社会逐渐认识到对妇女的暴力是一种社会罪行。社会的认可使得 WNC 在 2004 年 3 月组织了第一次针对妇女暴力议题的国家会议。这次会议的举办得到了也门首相的支持,并且解决了诸如社会暴力、女性教育、也门社会早婚问题、对妇女的家庭暴力以及伊斯兰教和消除针对妇女的暴力等议题。通过这次会议,WNC 希望强调一个事实,即伊斯兰法律可以用来预防针对妇女的暴力,WNC 也从此成为制定国家暴力预防和控制政策过程中的一个重要伙伴。

第二部分 制定应对伤害及暴力的政策

本指南建议政策的制定分三个阶段进行。在阶段一，启动政策制定进程，并确定主要利益相关者各自的角色；在阶段二开始起草政策文件；之后的阶段三，寻求官方认可和对政策的支持。三个主要阶段的每一项均可被拆分为一系列步骤；图 1 对这些步骤进行了总结，之后几页有更详细的描述。

现实中很难为某一特定的政策制定阶段或步骤列出一个特定的时间框架，因为这很大程度上取决于国家的情况。实际操作中，独立的步骤之间可能会出现重叠；比如，有些在第一阶段开展的活动会延续到整个政策制定周期中甚至会超出这个周期。

应该考虑到的是，制定政策文件的举动有时可以引发态度和观念的重大变化，而这种变化可以很大程度上促进问题的解决。既有经验不断表明，制定政策文件的准备工作不仅可以创造出一种支持暴力及伤害预防的氛围，而且也可以让感兴趣的党派作出行动承诺。从长远来讲，这种变化的重要性也许可以和政策文件的结果本身等同。

第一阶段：启动政策制定进程

着手进行政策的制定进程需要实现四个事项：对当前形势的评估，对议题较好的认识，对领导力和政治承诺极强的辨别力，以及所有关键的利益相关者的共同参与（图 2）。这四项事务的实现即是政策制定进程的第一步骤，它们可以同时或逐项开展，这主要取决于不同国家的具体情况。事实上在实践中，有些活动会协同开展得很好，比如，形势评估活动经常总是自动具备了增强意识和引起政治兴趣的功能。

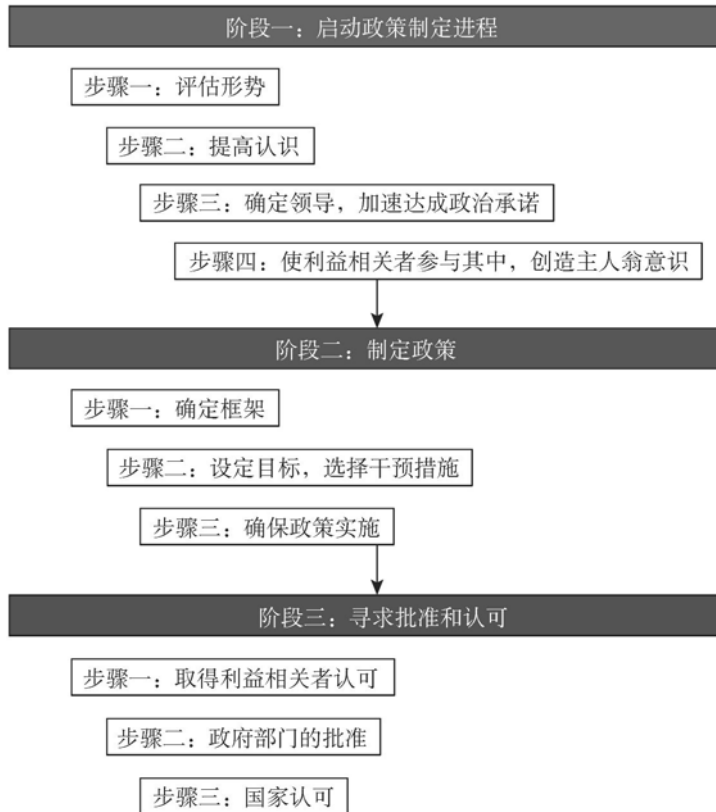


图 1 政策制定过程的三个阶段

步骤一：评估形势

如果对伤害程度和原因没有深入的理解,对现存政策、法律和规章没有合理的认识,以及对现存和(或)可能的干预措施没有清楚的概念,那么制定有效的伤害预防政策即便不是不可能,也将变得十分困难。在政策制定进程的最初阶段确定好所有潜在的利益相关者将会对此有所帮助。因此一套综合的形势评估应该包含以

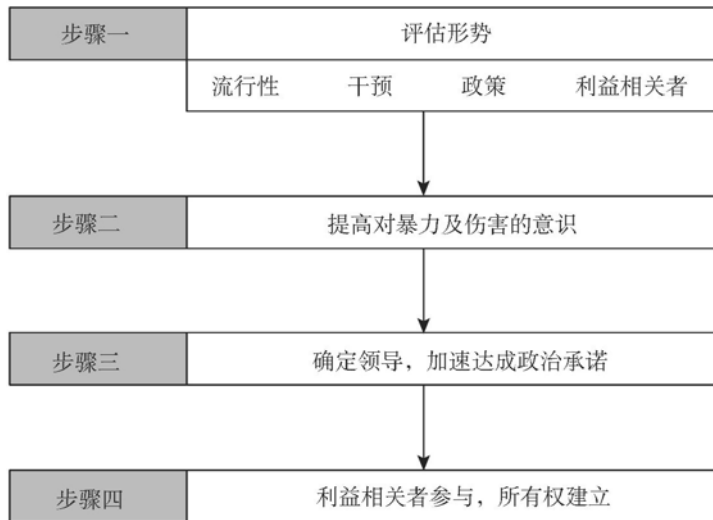


图 2 启动政策制定过程: 各个单独的步骤

下几点内容：

- 流行性评估；
- 干预措施评估；
- 现有政策环境评估；
- 利益相关者分析。

评估的结果不仅指明了政策的范围及整体方向——是针对所有的伤害类型还是仅仅涉及某一特定类型、用孤立的政策是否比用与其他公共卫生计划和策略相联系的政策更加有效，而且还是政策制定过程中第二阶段的先决条件——它为伤害预防政策的内容明确了目标、对象以及重要行动。虽然全部四项评估工作都至关重要，而且每一项都不可忽视，但有时也需要在收集足够的信息和避免过度消耗资源和时间之间寻求平衡。因此，在开支巨大的新数据收集工作开始之前，建议先回顾并尽量充分利用目前可

用的信息,但也要时刻谨记这种做法可能存在的弊端。

流行性评估

在一些国家,伤害监测已经成为国家健康数据收集系统的一部分。如果是这样,关于不同伤害类型事件的原因、风险、保护因素、后果以及在人群中(尤其是受害群体)分布情况的数据就已经能够获得。尽管从其他方面也可能获得粗略的数据,但这些数据可能并没有以可利用的形式显示出来。这种情况下,就需要从众多不同来源收集和整理相关信息,以建立对伤害问题的完整图景。最先开发的应是那些最容易获取而且相关性最强的数据来源;通常是死亡证明、卫生诊所记录、医院的患者住院记录、急诊室记录、道路交通伤害和暴力的警察局报告,以及职业伤害的所有记录。如果可以,来自社区调查和保险公司记录(健康/事故保险、机动车保险、工作场所保险计划)的数据可能提供更进一步的信息。为实现提高对暴力及伤害意识的目的(步骤二),像这样的数据整理结果应该以清晰易懂的形式表述出来(框 10)。

框 10

蒙古利用现有数据

最开始是国家创伤医院的外科医生们让伤害成为了蒙古政府关注的问题。尽管拥有伤害方面很多有效的数据,这些数据却没有以任何有意义的方式进行整理和分析。这种情况后来得到了纠正。在 2003 年,一份名为《蒙古国伤害发生情况》的报告出版发行,其中,暴力、道路交通事故、跌伤、儿童家庭暴力以及酒精滥用报告里被确定为核心问题。不成熟的公共基础设施、历史文化标准以及极端的冬季气候被认为是可能的引发因素。

基于上述报告发现的结果,蒙古内阁通过了一项伤害预防国家计划,并建立起跨部门的伤害预防国家委员会。希望将来改进后的急救部门创伤监测方法能为国家委员会提供有效的信息基础。

并非所有国家都有足够发达的卫生数据收集系统来为流行性

评估提供基础。这种情况下,有必要开展调查以收集伤害流行性及相关问题的有关基础数据。WHO 伤害与暴力社区调查指南^[21]能够帮助加快这一进程。WHO 也制定了一系列伤害监测指南,那些想要建立伤害与暴力数据系统性收集工作的群体可能会对这些指南感兴趣^[22]。框 11 表明了专门针对道路交通伤害死亡的研究项目数据结果如何帮助斐济卫生部增强了能力以制定有意义的干预策略。

框 11

斐济的一个研究项目提示了预防道路交通伤害的策略

尽管伤害负担对斐济的社会和经济造成了巨大影响,在当地却仍没有得到相应的关注,而其伤害响应措施也缺乏连贯性。2004 年,斐济医学院以及新西兰奥克兰大学人口健康学院开始了一项为期 3 年的研究项目,希望解决这些问题。其中某些特定的方案和活动作为太平洋地区交通相关伤害项目 (TRIP) 的一部分,包括了伤害负担的形势分析,基于人口数量的创伤登记,以及一系列道路使用者伤害的流行性研究。道路使用者伤害的流行性研究包括了用来预计道路事故相关因素分布情况的跨部门调查,以及通过量化潜在可调节因素的影响来确定优先干预项目的病例对照分析。

这个项目一个重要方面在于它和斐济卫生部的合作伙伴关系。在项目开始后不久,项目的两个主要研究员被任命为新成立的国家事故与伤害预防小组委员会联合主席,该小组委员会隶属于卫生部领导的国家非传染性疾病委员会。该小组委员会有来自多个政府机构、利益相关者和社区团体的代表,负责执行斐济国家非传染性疾病预防策略计划 2004—2008 年中的事故与伤害部分。通过国家非传染性疾病预防委员会,小组委员会得以指导政府的伤害预防政策并向政府推荐行动的优先领域。

干预评估

为了能清晰地了解现有的和潜在的干预措施,防止伤害的发生或降低伤害的有害影响,我们有必要提出以下的问题:

- 哪些干预措施正在这个国家进行?

- 对能解决这个问题的可能干预措施,已有哪些了解?
- 哪些干预措施已经在国家内部或其他地方进行过试验?
- 基于最新的国际和国内研究结果,它们的潜在效果是什么?
- 干预是否符合特定的环境,或者是否可以提出与文化背景相适应的变动?
 - 目前已知知识中重要的欠缺是什么?
 - 政府是否已分配资源进行暴力及伤害预防工作?
 - 还有谁也在提供资源?
 - 哪些非政府组织或其他私人机构在从事与伤害预防相关的活动?
 - 有没有大学或研究机构在做提升伤害负担影响力的工作,或提升已评估的潜在应对措施影响力的工作?

对既有政策环境的评估

评估既有政策环境对决定未来政策的方向有十分重要的意义。因此应该在伤害预防工作及已发现欠缺的背景下,重新对既有的国家卫生政策、法律、法令和规章进行评估。这一项工作不可缺的部分包括观察当前的政策是如何被推行的,以及规章是否得到执行。比如,多数国家已经拥有与道路安全问题相关的政策或法律。但如果在存在道路安全政策和法律的情况下,道路交通事故或死亡数量仍然居高不下,就可以说明此项政策并未起作用或者规章没有得到恰当的实施。评估时也应该考虑国家宪法以及该国所签订的所有相关国际惯例、协议或公约。卫生部可能是世界卫生大会暴力与健康以及全球道路安全协议的签署者。最后,政策环境评估需要检查当前的政策制定机制。比如,其他领域的政策是如何制定的?政府如何正式采纳一项政策?司法和立法系统在政策获得许可以及保证政策实施的过程中扮演什么角色?签署/支持机制是什么?

利益相关者分析

利益相关者分析可以明了政策制定和推行的社会环境。利益相关者分析的主要功能是确定所有可能对解决伤害问题感兴趣的作者,包括那些可能最初反对伤害及暴力预防工作的人。潜在的利益相关者包括政府部门、非政府组织,以及会受政策(积极的或消极的)影响的机构、当地社区、正式或非正式团体以及个人(如工人代表、伤害受害者)。利益相关者也可能包括会受到政策及任何相关规章影响的商品及设备制造商、规章管理者、工业团体和协会、出口商及进口商(框 12)。

框 12

暴力及伤害预防政策制定的潜在利益相关者

国家和政府

- 当选官员(比如,议会成员)
- 高层政策制定者(如,国王、王后、国家总统、第一夫人、首相)
- 国家部门及相关下属部门
- 机构、研究所、署和中心(如,财政机构、公共卫生研究所、社会营销研究所、国家妇女研究所、国家毒物信息中心)
- 委员会、理事会、临时委员会、外联团体
- 关键的专业把关者(如,卫生保健提供者、校工、行政人员、警察、泳池保安)
- 区域政府和地区政府
- 监测机构(如,统计局、公共卫生研究所、暴力控制中心)

学术

- 大学,有关的教员和部门
- 研究机构
- 智囊团

非政府单位/非营利机构(民间团体)

- 协会(如,专业协会、家长会、交通有关的协会)、学院(如,创伤外科学院)

- 国家组织和国际组织(如,非政府组织、社区)、团体(如,红十字会)、联盟、联合国组织
- 倡导组织(如,受害者协会、受害者护理协会以及消费者组织)
- 社区团体和个人(如,妇女团体、文化和宗教团体、健康委员会、传统领袖)
- 志愿者团体(如,家庭护理志愿者、紧急救治提供者、海岸警卫员)
- 赞助者(如,双向捐赠者、国际基金会、俱乐部)

私人盈利单位

- 媒体渠道(如,平面媒体、电视、广播、网络)
- 关键的专业把关者(如,传统的治疗机构、工会、贸易联合会、医疗协会)
- 商品及设备制造商
- 出口商和进口商
- 保险行业

利益相关者分析的第二个重要功能是审查每个利益相关者的职权,了解它们之间的关系。一份详细的分析报告应该包括所有主要利益相关者所处的位置及它们的态度倾向,这有利于设计出能融合所有利益相关者的合适方法。特别重要的是要确定谁是支持者谁是反对者,而且要考察它们居于各自位置的原因,以便能够制定出满足所有团体要求的恰当方案。公众观点(出版物、媒体以及大众宣言等)可以充当有利的推动力量,而且当要描绘可能的参与者对政策制定的潜在影响时,公众观点也是应该考虑的另一个因素。

考虑到这些事项,利益相关者分析的关键目标是:

1. 确认关键的利益相关者及各自特征,审视政策将如何影响他们(如,他们的利益,对效益可能的期望,改变以及不利结果)。
2. 评估利益相关者对政策的制定,批准及实施所产生的潜在影响。
3. 了解利益相关者之间的关系和可能出现的利益纠纷。
4. 评估不同的利益相关者参与政策制定的能力以及他们作

出贡献的可能性。

5. 决定他们应如何参与到过程中来,确保政策具有最佳的质量和健全性,尤其是:

- 参与的性质(如,作为谏议者或顾问,或合作伙伴)。
- 参与的方式(如,作为任务执行成员,咨询团体,筹划指导委员会或赞助者)。
- 参与的模式(如,作为个人参与者或某个团体的代表)。

步骤二:提高对暴力及伤害的认识

政府要着手制定政策的决定通常源于倡导和沟通过程。行动的压力可以来自于特定团体(比如,烧伤外科,妇女协会,受害者协会),外部因素(比如,国际压力,世界卫生大会决议,其他国际协议,国际/区域性宣言),高层政治家或个人(如,第一夫人,皇室家族成员),和(或)能吸引公众注意力的重大事件(如,儿童遭受虐待的悲剧事件,严重的道路交通事故,化学性灾难)。后者正是泰国一项合乎时宜的媒体运动能够成功运作的重要因素,该运动通过强调近期增长的道路交通死亡数量引起了公众对该问题的足够关注,因而成功克服了官僚体系的懒散效能,推动了政府对此做出有效的行动(框 13)。

沟通、加强意识以及宣传和教育活动可以影响舆论、政策制定者和规划管理人员,因此往往能在争取政治承诺和调动资源力量方面发挥重要作用,以推动政策制定过程向前发展。在必要的时候,应尽可能利用从步骤二(形势评估)得出的结果进行有针对性的游说,尤其是针对主要决策者、政治家和舆论领袖。同时,也应该让一般民众意识到争议中的问题对他们的健康和安全的至关重要。这项工作如果能与社区团体、非政府组织、倡导团体、媒体、智囊团和高层政策制定者(如法律制定者、参议员和国会代表)一起协作来完成,往往效果会更好。立法者、执法者和制造商是另一个重要的目标群体;鉴于立法者、执法者和制造商普遍对公共卫

框 13

泰国提高对道路交通伤害的意识

1984—2002年,泰国的道路交通伤害比例大幅增加。1994—1996年伤害比例达到最高,这一时期恰是泰国的经济高速发展时期(所谓的“泡沫”经济),也是摩托车数量激增的时期(1994—2000年摩托车数量几乎翻番)。交通事故成为泰国男性伤残调整寿命年(DALYs)损失的第二大原因,并居于女性DALYs损失原因的第5位。交通相撞事故中的70%~80%涉及摩托车,70%的伤害是头部伤。在20世纪90年代期间,泰国推行并重新发起了多个减少道路交通伤害的行动规划,但并未取得多少效果。一而再再而三的失败应归咎于多种因素:

- 缺少对安全措施清晰、全面的认识;
- 缺少执行规划的连续性;
- 不充分的财政支持;
- 对条款的过分强调(如,惩罚性措施)
- 缺乏组织建设的透明性;
- 大量的重复工作以及欠缺协调。

2001年初,媒体对两个连续的主要节日里道路交通事故重要性的广泛报道导致了减低道路交通死亡战役的转折点。这场基于医院数据的媒体运动,同时转变了公众观点,促使政府采用更连贯的政策响应。在2003年的新年庆典上,政府出台了新举措限制道路交通相撞事故的发生,并以强有力的法律强制执行作为支撑。根据政策,大约20万摩托车驾驶员在7天内接受停车检查以遵守使用头盔和安全带,无酒后驾驶的规定。在同年的7月,一项以5E为主题的国家性政策文件(强制执行,教育和参与,工程,急救,评估以及督导)颁布出台。

生问题缺乏直接的经验,可能需要作出特别的努力,对其进行有关伤害问题和他们对解决这些问题的可能作用的介绍。

泰国2001年后各项运动的成功(框13)应归因于,或至少部分归因于信息发布与某个高社会影响力的事件在时间上实现了同步(此事件中为元旦)。确实,媒体运动时间的重要性与运动的内容相比被认为是有过之而无不及。其他地方的经验也显示出当伤

害及相关事项的信息和报告发布作为运动的一部分时,其与国际运动、国际日或其他国家重要日期联系在一起可以更有效地提高公众意识。

表 2 为所有希望进行伤害及暴力信息沟通的人,提供了可以作为噱头而举办唤起公众意识活动的活动日一览表;每一个活动日均推荐了最适合的伤害话题。

表 2 可能提高伤害预防知晓度的节日

日期	话题	伤害类型
3月8日	国际妇女节	家庭暴力,性暴力,人际间暴力
4月7日	世界卫生日	与公共卫生问题相关的暴力及伤害
5月9日	国际母亲节	家庭暴力,儿童虐待与忽视
5月10日	“运动有益健康”日	道路交通伤害
5月15日	国际家庭日	家庭暴力,发生在家庭内的伤害
5月25日	非洲日	非洲的暴力和伤害
6月4日	受侵略戕害无辜儿童国际日	儿童虐待与忽视,家庭暴力
6月16日	非洲儿童国际日	0—4岁及5—14岁非洲儿童的暴力及伤害
6月20日	世界难民日	性暴力,人际间暴力
6月26日	国际禁毒日	暴力,道路交通伤害,自杀
6月26日	联合国支援酷刑受害者国际日	集体暴力
8月12日	世界青年日	青年暴力,校园暴力,自杀,发生在家庭内的伤害,道路交通伤害
9月4日	国际和平日	集体暴力
10月1日	国际老年人节	跌伤,老年人虐待及忽视,自杀

(续 表)

日期	话题	伤害类型
10月5日	国际走路上学日	道路交通伤害
10月10日	世界精神卫生日	自杀
11月16日	国际宽容日	所有形式的暴力
11月19日	世界防止虐待儿童日	儿童虐待与忽视,家庭暴力防治
11月18日至26日	国际团结周	对妇女的暴力行为,对老人的暴力行为,急救提倡团体
11月20日	世界儿童日	儿童虐待与忽视,家庭暴力,在家中发生的伤害,跌伤,溺水,烧伤
11月25日	国际消除对妇女的暴力日	家庭暴力,性暴力,人际间暴力
12月1日	世界艾滋病日	性暴力,急救,自杀
12月3日	国际残疾人日	残疾和康复
12月10日	世界人权日	暴力及伤害
12月第2个周日	国际儿童节(与UNICEF和IATAS)	儿童虐待及忽视,家庭暴力

步骤三:确定领导,加速达成政治承诺

成功制定政策文件需要多个政府部门、盈利私营企业、非政府组织、倡导团体和民间协会的共同参与。为了确保一项新政策倡导能超越某一个机构的利益,理想的情况是,政策制定需要得到国家高度上的政治承诺和强大领导。因此首要的问题是在政策制定过程的早期确定一个领导机构。在政策制定过程的这个阶段,需要解决的关键议题因而是:谁应该来领导这个过程?领导者的角色是什么?卫生部门的角色是什么?

领导者或领导机构的主要职能是协调所有参与方的投入来确保政策制定过程向前推进。领导机构也应能为政策辩论创造并维持一种支持环境,并要谨记能为所有人接受的政策的最终草案可

能要用几个月的时间来完成。尽管在政策的整个生命时期中,领导者不一定固定不变地确定为相同的实体或个人,但是领导权上的任何变化都应所有的利益相关者所接受并保持透明。奥地利的方法很好地阐明了明确描述职责的必要性;在此案例中,推动国家伤害预防政策发展的一个非政府组织,其在政策制定中扮演主要角色,但是政策制定的整体所有权却归于政府(框 14)。

框 14

非政府组织 Sicher Leben 研究所在奥地利伤害预防国家政策制定过程中的角色

在 2004 年初,Sicher Leben 研究所 (ISL),一个关注安全的奥地利非政府组织,向卫生部门表达了就伤害预防国家行动规划开展对话的希望。ISL 提议卫生部门在协调政策规划中起领导作用,ISL 提供技术支持和专业知识。重要的是,ISL 没有将要求财政支持作为其参与的必要前提。卫生部门同意了 ISL 的提议并在 2004 年 6 月维也纳举办的世界伤害预防大会上宣布奥地利不久将开始拟定综合的伤害预防行动规划草案。ISL 及时得到了这项任务的合同,当前正在与建议的行动规划中所涉及的其他利益相关者进行谈判。该规划将首先关注非故意伤害,因为交通部门已经制定了一项道路安全规划,并且目前已存在一份针对工作安全的规划草案;之后 ISL 将制定暴力预防规划。

ISL 投入大量精力来讨论多个政府部门(即内务部、司法部、教育部、交通部)高层决策者的意见,寻求非政府组织、实践者及媒体的支持。为了能在政治水平上将影响力最大化,ISL 在全过程中都着力强调该项国家行动规划的所有权在卫生部门而非 ISL。该规划本身有着同时涵盖联邦级和省级的多个行动提案,包括了立法和标准的变化,以及将伤害预防整合到现存政治结构中。为确保提案在政治上能被接受,ISL 搜集了来自所涉部门的政治利益相关者的专家级意见,以评估提案的可行性。这一点被认为是政策制定过程的关键步骤之一,同时也是获得未来政治支持的保证。按照预期想法,该规划将在 2006 年被提交至奥地利议会以获得批准,并在 2006 年维也纳举办的第一届欧洲伤害预防大会上发表声明宣布采用。

将如此多伙伴的观点囊括进来并进行协调不仅很难,而且很费时。一些国家发现了能帮助解决这个问题一个方法是建立多部门指导委员会、管理处或工作组来共同承担政策制定的整体责任。轮流承担主办主持会议的职责是确保每个利益相关者在政策制定过程及之后的执行过程都发挥作用,继而得到利益的好方法。跨部门委员会应该有一个政策制定的清晰工作计划和明确规定的工作流程,这些计划和流程之后可以延伸到政策采纳和最终实施的过程。这样的实体经常能受益于高层的政治支持(即总统、第一夫人或首相办公室)。在也门的案例中,对跨部门协调过程强有力的政治承诺自然是建立道路安全国家委员会的关键因素(框 15)。

框 15

也门创立道路安全国家委员会

2004 年春,一辆重型货车冲进了也门一个小村庄繁忙的马路市场,造成惨重伤亡。数天之后,也门媒体报道了另一起严重的道路交通事故。利用也门社会对道路交通伤害高度关注这一有利形势,也作为世界卫生日纪念活动的一部分,4 月也门卫生部门宣布 2004 年将致力于道路安全。

道路安全相关部门在一个为时一天的专题讨论会上提交了报告,说明他们如何考虑自己在此问题上的角色。专题讨论会的直接结果是,也门首相宣布了由公共事业部门领导成立道路安全多部门国家委员会。由公共事业部门担任领导机构意味着委员会的部分活动经费可由石油税支付。其他 4 位政府部长,包括卫生部部长经提名成为委员会成员,委员会的主要目标就是制订国家行动计划,来预防道路和交通伤害。

步骤四:使利益相关者参与其中,创造主人翁意识

利益相关者在政策发展过程中参与的程度越高,他们的主人翁意识和动力就越强。不去咨询关键团体的意见可能会导致政策无法实施甚至遭到反对(框 16 和框 17)。因而从一开始就将所有获得授权者参与到政策制定中来,以解决该政策所要处理的问题

框 16

需要建立承诺和主人翁意识的重要性

1986年,一名国际专家被某国聘为顾问,目的是制定伤害预防的国家规划。在他的一份采访人数多于50人的广泛的形势分析的结尾处,该顾问提出了针对伤害预防的一套建议和一项行动计划。主要建议如下:

- 建立强有力的政治承诺;
- 创建国家级的多部门议事机构;
- 建设可靠的信息系统,组织研究;
- 将预防活动整合到初级卫生保健活动中;
- 组织关于信息、教育和沟通的宣传活动;
- 强制执行安全措施;
- 颁布法律;
- 修改教育课程;
- 创立有效的紧急医疗服务系统。

但是,在整个20世纪90年代,对伤害死亡的数量仍持续增长问题却没有制定任何国家政策。18年后的2004年,WHO受到同一国家邀请,目的是制定策略,以解决日益增长的暴力及道路交通伤害问题。第二次的形势分析的结果与1986年的第一次结果基本相同,但却解释了为什么1986年的建议没有得到推行。首先,虽然事实上考虑到了动员多部门响应是优先重要的事,但1986年的研究采访的大多数对象来自卫生部门,很少有来自其他部门的人被采访。第二,这些建议并不是建立在以共识、所有权和承诺为基础的咨询机制下产生的。而且,没有认定各方的责任,也没有后续的机制。

这个例子强调的观点是,虽然形势分析是先决条件,但仅有它本身并不足以导致国家性策略的制定和实施。这需要一定觉悟的提高,以使潜在的利益相关者意识到降低伤害及暴力的公共卫生影响的行动需要。

是极其重要的。就算是看起来很细微的细节都能对创造主人翁意识有很重要的作用,比如将某方的标志印在官方文件上。如果有些参与者不愿或不能在初期就参与到政策过程中来,与其将他们彻底排除出去,比较好的做法是不断地通知他们进程的任何进展,希望他们有可能在日后被说服,从而重新加入进来。

框 17

突尼斯尝试获取政治支持以改善急救服务

自 1996 年起,突尼斯即拥有了一项旨在改善急救服务的国家策略。希望扩展此种服务的政治意愿在多种场合均有所表达。

2000 年,突尼斯紧急医疗协会成立。这个由作出承诺的医药界从业人员组成的团体迈出了第一步,他们制定了包括立法议案在内的一系列建议,希望在国家高度上改善医疗服务。他们特别关注的需求包括:

- 发展急救所涉及的不同单位和组织间的结构网络;
- 增加既有急救服务的协调性;
- 提高服务和医疗培训的质量。

他们成立了工作组,并在每隔几个月的时间内定期会面,起草一份用以解决当前系统弊端的策略。策略文件定稿后即被立刻呈递给包括政治决策者在内的所有潜在伙伴,以期使之参与到辩论中来,并获得他们的支持。但是,虽然该团体的建议被广泛听取,该团体却没能获得充足的政治承诺,将建议的策略推入实践阶段。该团体在策略制定的初期没有使所有伙伴参与进来,在之后这一点被认为是失败的主因。此案例也表明了政策制定开始之时如果没有让所有方面都能积极参与,即便卫生领域的专家表现出了很高热情,政策制定过程仍然不大可能获得它所需的支持和承诺。

因为许多伤害问题最终需要在集体水平上解决,集体的参与对政策制定过程是必不可少的,这就需要做额外的工作来确保相关社会团体的参与。对于拥有强大的号召力和社会行动力的民间社会团体而言,如专业协会、妇女联合会、倡导团体、受害者协会、宗教团体、当地村民和部落领袖,这一点更是尤为重要。没有考虑到这些团体的需求和利害关系会造成灾难性的后果。比如,由于没有考虑到伊斯兰集体的关注问题,乌干达的国内关系议案提交到议会后 3 年一直没被通过。穆斯林团体认为议案中有条款与他们信仰相悖;这些冒犯他们的条款是让女性得到自我肯定,并且为了减轻女性在男女关系中易受害的状况,定义婚内强奸为犯罪。这一案例的挑战是以一种伊斯兰世界能够接受的方式来保护妇女,并将婚内强奸定罪。

考虑到伤害问题的起因和解决方案所涉及的广度,任何预防工作的利益相关者都将必然代表许多不同单位以及不同的学科。有些利益相关者可能很少有在多部门或多学科团队中工作的经验,因而也缺乏对其他专业和部门怎样理解和响应问题的体会。采纳多部门协作的方式需要进行不同文化间的交流,克服可能存在的偏见,处理部门间的竞争和可能的利益冲突。这样就必然需要花费时间并运用独特的沟通技巧。

暴力及伤害预防的成功运作需要识别和补充每一个潜在的参与者的能力和技巧。在实践中,这意味着利益相关者必须集体确定优先考虑的问题是什么,并集中考虑如何解决它们,这之后再决定要如何运用他们的核心能力才能最好地解决之前确定的问题。采纳这种方法能更容易确定不同部门共同优先的重点。在此种水平上达成的共识为人们以中立、辩证和以行动为引导的态度参与进来创造了环境。这种共识也等于承认了这样的事实,即单独的某个机构或团体无法用自己的力量解决暴力及伤害问题。

第二阶段:制定政策

真正执行起草政策文件任务的通常是受领导机构委派的个人或者小团体。起草国家政策的可以是政府雇员组成的团队或与政府签订合同的顾问或机构。不论谁被选择来执行这一任务,都必须具备起草政策文件必需的技能和专业知知识。尤其重要的是被选择的个人(团体)应能够与利益相关者和领导机构或国家委员会密切合作,并且能够明确考虑政策制定中涉及的所有利益相关者的意见和利益。政策文件应该以这样一种方式来写作和构架,它可以为参与制定和实施的所有不同部门的代表轻易理解、领会。因此应该着力避免术语的过分使用,并应包括一份所使用的词汇和概念的汇总和词汇表。图3描述了构建伤害及暴力预防的政策文件的三个步骤。虽然它是起草一份政策文件时所推荐的步骤顺序,但基于实际情况鼓励对顺序作轻微调整。

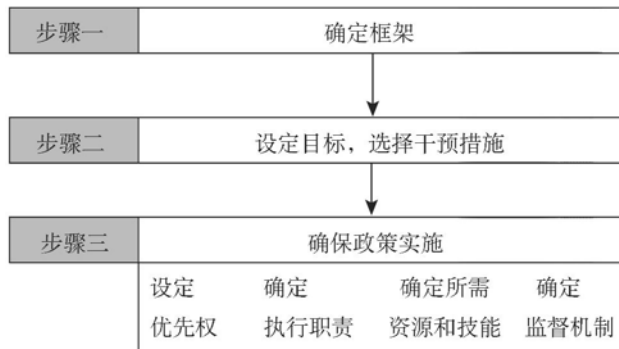


图 3 制定伤害与暴力预防政策的三个步骤

步骤一：确定框架

撰写政策文件的推荐方法是从相对宽泛的角度,通过建立所规划政策的总体轮廓以及要执行的方向作为开端进行撰写。这可以为政策文件余下的工作提供框架(图 3)。政策文件的开头部分因此应该是设立政策目标(通常简要描述)、时间框架和政策指导原则(理论性或实践性的)。这一部分还应论证政策制定的需求所在,凭借流行性评估得出的数据,尤其是伤害死亡率和发病率数据(见阶段一:步骤一),解释为什么需要进行伤害预防行动(或某一伤害类型的预防)。需要采取行动的支持论据也可以通过分析当前政策与活动中的不足来获得,而这也可作为干预评估和当前政策环境评估的一部分(见阶段一:步骤一)。这些论据还应该试图回答这样的问题“我们现在到了哪一步?”“我们想达成什么目标?”以及“我们要如何达成目标?”

设定目标和制定时间框架

成功的政策文件大多包括一份单独的声明,有时会被称为“使命声明”或“愿景”,在其中传递了关于政策最终目标的一种观念,即人们期望通过执行该政策想要实现的是什么。这样的目标通常

是理想化和不切实际的,即没有明确地给出时间框架,也没有一个量化指标。表3提供了经甄选出的一些“愿景”或声明的政策目标,它们是从现有的伤害及暴力预防国家政策文件中摘录出来的。

表3 甄选出的伤害及暴力预防政策的愿景或目标

国家	宣布的政策目标	参考文献
巴西	致力于人口生命质量	[20]
加拿大	加拿大伤害发生率全世界最低	[8]
	加拿大将拥有世界上最安全的道路	[8]
芬兰	芬兰是欧洲最安全的国家	[23]
新西兰	安全新西兰——消除伤害	[24]
斯里兰卡	无伤害的斯里兰卡	[25]
英国	为更安全、更健康的社会创造条件	[26]
越南	保障人民的生命财产以及政府财产	[16]

除了要陈述目标,政策文件还应该指明时间框架,主要是为考察政策目标的进展提供参考。政策或策略通常都有相当久的时间框架,通常是5~10年(表4)。一般地,执行一项政策或部分政策的行动计划持续时间相对较短。如表4中澳大利亚的例子所阐述的,一项长期的政策或策略可以分成一个或更多时间较短的行动计划。

表4 甄选出的国家政策与行动计划及其时间框架

国家	政策或行动计划	时间框架	参考文献
澳大利亚	国家道路安全策略(澳大利亚运输理事会)	2001—2010	[27]
	国家道路安全行动计划(澳大利亚运输理事会)	2001—2002	[28]
洪都拉斯	处理洪都拉斯社会暴力的国家计划	2001—2005	[29]
牙买加	提高牙买加健康生活方式的国家策略性计划	2004—2008	[30]
蒙古	伤害预防国家规划	2002—2008	[31]
葡萄牙	第二项抵制家庭暴力国家政策	2003—2006	[32]
越南	伤害预防国家政策	2002—2010	[16]

指导原则

很重要的一点是要陈述那些能指导并形成政策的基本原则。基本原则应是人权,社会公正和公平,卫生医疗的权利,对个人尊严和人身自由的尊重,文化适合性,性别考虑,社群参与,安全环境的权利。陈述这些基本原则的重要性在于它们能将政策置于国家和文化的大背景下。为了这个目的,如果条件允许的话,制定指导原则时应参考国家宪法、国家卫生政策、其他国家性政策或策略以及签署并融合进国家法律中的国际公约。每一种情况都应解释伤害及暴力预防会如何为实现国家的理想及目标作出贡献。表 5 的例子指出了在伤害及暴力预防国家政策文件中,指导原则是如何表达的。

表 5 制定伤害及暴力预防政策:指导原则

国家/原则	指导原则如何在政策中表达	参考文献
尊重生命以及在安全环境中生活的权利		
巴西	生存的权利以及对生命的尊重建立起对健康的伦理价值	[20]
新西兰	无暴力生活的权利	[24]
健康及卫生保健的权利		
巴西	健康是社会经济发展及社会公正的基础和必要人权	[20]
斯里兰卡	斯里兰卡人人有权享有健康机会,避免健康风险的权利以及公平享受卫生保健服务的权利	[33]
社会公正和平等		
澳大利亚	平等获取及提供伤害干预及预防策略,不因文化背景或社会经济地位产生偏见	[19]
新西兰	伤害预防活动应通过预防资源的合理分配,达到降低伤害后果在群体内及群体间不平等的目的	[24]

(续 表)

国家/原则	指导原则如何在政策中表达	参考文献
斯里兰卡	斯里兰卡致力于实现社会公平和平等原则	[33]
尊重尊严,人身自由及文化多样性		
新西兰	伤害预防活动应识别毛利人、亚洲民族及其他种族群体的不同需求并对此做出响应	[24]
斯里兰卡	斯里兰卡将尊重人权和个体的人身自由列入议事日程	[33]

具有更强操作性的指导原则经常表述于政策文件的引言部分。这些指导原则包括,认定伤害及暴力预防的公共卫生方法(即以证据为基础作出决策),承诺确保社会群体参与,承诺采用跨部门方法(即在所有伙伴和利益相关者间进行合作及协调),承认不同伙伴各自的技能和职责。表 6 给出的一些方法途径体现了国家政策文件中采用跨部门和(或)公共卫生方法进行伤害预防的意图。

表 6 伤害预防政策:操作性原则

国家/原则	操作性原则的承诺如何在政策中表达	参考文献
公共卫生方法		
澳大利亚	以人群为基础的伤害预防公共卫生方法	[34]
加拿大	以证据为基础的实践是一项基础性的指导原则	[8]
蒙古	保护人口免受伤害的预防措施应与公共卫生领域的政府政策保持一致	[31]

(续 表)

国家/原则	操作性原则的承诺如何在政策中表达	参考文献
蒙古	伤害预防活动应基于对伤害因素及原因的研究结果并应该既有效又不复杂	[31]
南非	公共卫生方法被建议作为暴力预防的合理方法	[35]
美国	自杀预防公共卫生方法代表着梳理预防工作并确保其有效的一种有组织的合理方法	[36]
共同工作		
牙买加	跨部门双边的工作的重要性和支持项目整合的承诺必须通过提供最高层的支持及底层的奉献来应对引发问题的多因素	[37]
蒙古	保护人口不受伤害的预防措施应基于个体、社群、政府及非政府组织以及商业实体间的协调活动；伤害预防活动的目的应为增加政府及非政府组织、商业实体、私人及社群的义务和责任	[31]
斯里兰卡	这项政策的基本关键因素是社会群体的全面参与	[33]
美国	强调各级别的政府(联邦、州、部落、社区)和私营单位间资源的协调工作,以及文化方面的恰当服务	[38]

步骤二:设定目标,选择干预措施

确定政策目标

政策文件的主体是用来确定一系列为实现所述及的政策目的而设定的更加具体的目标。目标因此可以用来描述人们通过施行政策所期望的结果。包括伤害在内的很多公共卫生领域中,政策目标倾向于描述某种事项的发生范围或频率(如死亡率、残疾、发病率、社会经济负担、不公差别)或风险因素的流行性(如暴露水平)。一般地,政策文件比较倾向于制定可测量的、有限定时间的目标,这种目标能以某一时期前降低的(或提高的)百分比率的方

式表现出来。正因为如此,需要得到基线数据来对目标进行量化。但许多低收入和中等收入国家没有可利用的相关数据,这种情况下必须要制定描述性的目标。表 7 中有选择地列出了一些伤害预防国家目标,其中有些设定了量化的目标,有些则没有。

表 7 伤害预防国家政策目标:甄选出的范例

国家	主要的政策目标	参考文献
量化目标		
荷兰	与 1986 年的基线数据相比,到 2010 年,道路死亡与伤害应该分别下降至少 50% 和 40%。	[4]
英国	遭受杀害或严重伤害的儿童数量下降 50%,道路事故中被害或严重受伤的人数下降 40%。	[26]
没有量化的目标		
加拿大	①降低和减轻儿童、老人及工人之间的跌伤相关的伤害的发生率和严重性;②降低摩托车碰撞和交通有关伤害发生;③降低自我伤害和自杀发生	[8]
芬兰	降低事故引发的死亡和严重伤害的比率	[23]
蒙古	降低死亡率、残疾人以及伤害致残者的数量	[31]

为了确保行动提案具有广泛性和连贯性,本指南推荐使用“分级制”或分层次的方法来制定政策目标,以使之得到采纳。因此,对每个主要的政策目标(如降低道路交通伤害死亡率)应该确定几个独立的分目标,各自对应于下列伤害预防及控制的相关组成部分:

1. 采用更安全的行为以及创造更安全的环境,降低暴露于风险下的机会,预防事故发生。
2. 在一次伤害事故中,通过设计和实施保护机制降低伤害及其影响的严重性。
3. 通过事故后护理(如,急救,必要创伤护理,物理及心理康

复)减轻伤害的后果。

表 8 专门以道路交通伤害为例,阐述了各自对应于伤害预防以上三个方面的分目标(初级预防、减轻直接后果、提供护理)。

表 8 旨在降低道路交通伤害的政策目标

国家	政策目标	参考文献
降低风险暴露/预防事故发生		
澳大利亚	优化道路使用者行为,鼓励取代摩托车的其他途径	[27]
南非	在南非城市和农村网络中,以道路安全为关注重点,确保道路交通质量维持在可接受的水平	[39]
降低伤害严重性		
澳大利亚	改善机动车兼容性,改进对车内人员的保护	[27]
通过事故后护理降低事故的后果		
南非	优化对伤者的紧急应对、急症护理以及康复服务	[39]

每一个分目标可能会有一系列子目标。子目标可认为是实现所定分目标的过渡步骤。再次以道路交通伤害预防为例,其可能的子目标包括:

- 规定限速并强制执行(如,到 2007 年将高速公路平均行驶速度降低到每小时 80km);
- 强制执行酒精损害法律;
- 调整商务交通及公共交通领域中司机的工作时间。

子目标倾向于集中关注能对所关心问题产生直接积极影响的机制。制定的子目标通常是一种改善(比如,要增加、提高、改进、优化、加强、发展)而且经常因为缺乏合适的基线数据而无法量化。

为了支持设立并确定目标的系统性方法,必须要掌握关于伤害流行状况的高质量数据,以及干预措施的监督机制和评估机制。

图 4 阐述了各级政策目标间的关系以及支持它们的活动。该图强调了以下几个重点：

- 对应于伤害过程三个不同时期(即事故前,事故时,事故后)的目标都是要竭力实现相同的总体目标,并最终实现政策目的。
- 良好的监测系统是建立伤害预防工作的基础。
- 在政策制定的整个阶段以及伤害和暴力预防的所有领域中,监督和评估都是应该持续进行着的活动。

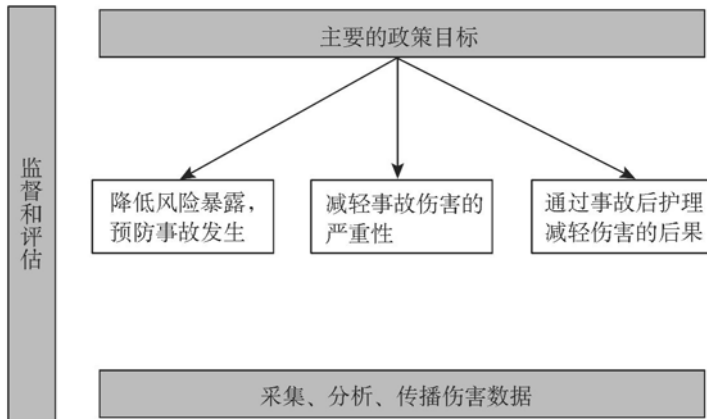


图 4 为伤害及暴力预防设定政策目标的系统性方法

一些政策文件的目标包括提高为决策提供支持的数据库的质量。加拿大的政策工具^[8]已经意识到需要加强伤害原因、伤害规划和实践的研究和规划评估,来收集、分析并传播伤害数据。与此类似,澳大利亚国家道路安全策略^[27]的其中一项目标是要“提高省级伤害监测数据的可行性和可及性”。

目标和子目标的数量在很大程度上取决于政策的范围(如伤害类型,目标人群)和国情。如基于道路使用者类型的道路交通死亡分析(图 5)揭示了不同国家不同类型道路使用者脆弱性的明显差别。如在美国,汽车司机或行人约占道路交通伤害数量的

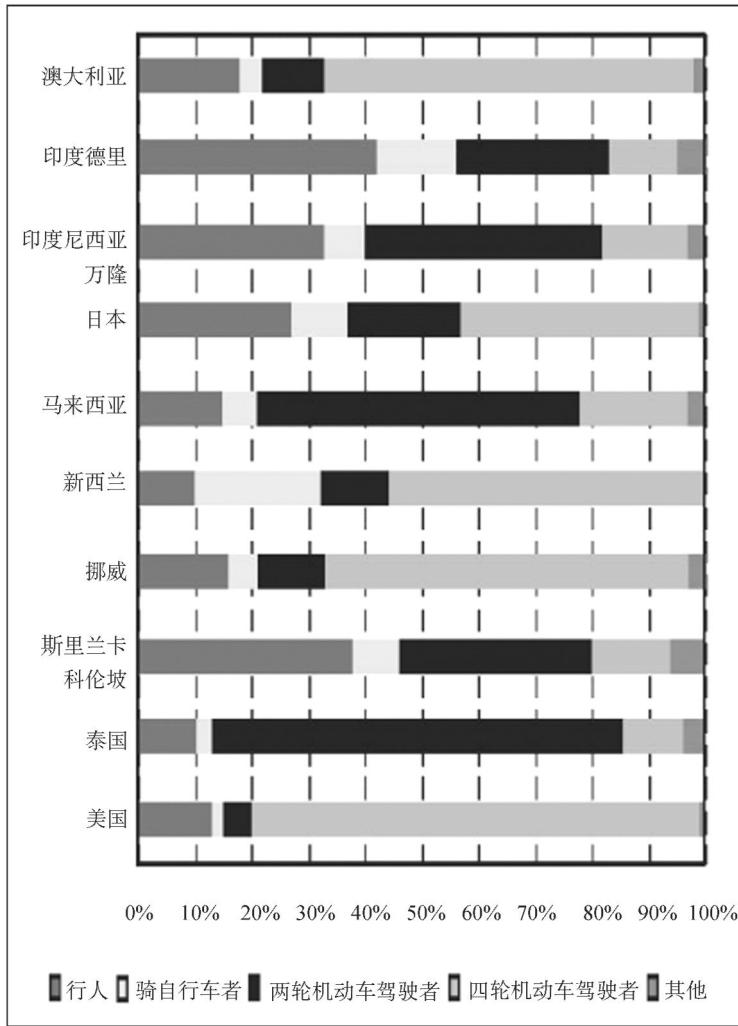


图 5 各种交通形式致道路使用者死亡的人数占所有道路交通死亡的比例
来源:参考文献^[4]

80%。在泰国,最易受伤的群体是摩托车司机。而在印度,道路交通相关伤害死亡者中很大一部分是行人。因此在各个情况下,以降低道路交通伤害为目的的政策目标与子目标将大有不同。这一点也帮助阐述了关于伤害类型的数据在制定恰当的政策目标时是多么重要。

确定干预措施

与设定目标一样,政策文件也应该提出一系列手段或干预措施来达成目标。在现有国情和给定的政策范围内,为了确定哪些措施是最有用的,应该全面考虑潜在的干预行为。政策应该支持证明了的和(或)有前景的干预措施,并且提倡撤销无效的干预行为。当考虑暴力与伤害预防措施时,应当牢记的是:没有一种放之四海而皆准的标准措施。对一些特定类型的伤害来说,也许有一些经过反复验证了的干预行为在大多数情况下是有效的(如安全带的使用和摩托头盔的佩戴),但是对有些伤害类型,很少有证据表明哪些措施是有效的(如家庭暴力)。而且,即使是反复验证过的干预行为也并非对所有情况都具有同样的效果,这是因为相对来说,伤害预防领域总会出现新的变化,更为重要的是,伤害及暴力的原因和危险因素的背景和性质以及最容易危害的人群也都在发生新的变化。目前,对干预措施的有效性评价大多仅限于那些高收入国家已经采取的措施,但是这些措施未必一定适用于其他的条件下,或者执行方式需要进行改进才能达到相同的效果。缺乏确凿的或可直接转换的证据并不意味着无事可做。在缺乏此类证据的情况下,应基于当地的条件和情况对可获得的关于有效性的最好信息进行审查,并且在此基础上,确定此种干预行为是否有前景和值得推行;或者该干预行为是否应该在某些方面加以改进来取得成果(框 18)。一般说来,那些在其他情况下证明无效的行为不应该考虑。例如,近期研究显示,原先以为有效的一些减少青少年犯罪或者青少年犯罪危险因素的行为被证明无效(附件 C)。

框 18

“有效的”干预不能孤立地发挥作用

过去 10 年中,尼加拉瓜发起了数个保护妇女免受家庭暴力的行动。

这些行动包括:

- 建立起保护妇女的警局网络(Comisara de la Mujer)。那些被虐待或者殴打的妇女能在这里得到心理的、社会的或者司法的帮助,从而解决自身的问题。
- 建立一个解决家庭事务的政府部门(Mi Familia),保证那些在家庭暴力中受侵害的妇女和儿童能够得到庇护。
- 将性别歧视和性骚扰问题融合到国家生殖健康计划中。

与此同时,国内的激进组织不知疲倦地展开游说和运动,目的是要提高妇女权益,以及赋予妇女权利以抵制各种形式的家庭虐待。

尽管开展了这些行动,报告的针对妇女的暴力行为(家庭暴力和性侵害)的数字却在急剧上升。Comisara de la Mujer 收到的性骚扰案件报告数字从 4 174 件(2003 年 1—6 月)上升到 8 376 件(2004 年 1—6 月)。根据中美洲大学的社会科学系和性别研究协会研究者的研究,暴力事件报告数字的上升有 2 个主要原因:

- 由于妇女受激进组织的鼓励,暴力事件得到了更好的报告;
- 妇女越来越意识到根据国际法律,传统思想不再被接受(此种情况引起更激烈的反对男子霸权的斗争,并因此引发了更多的家庭冲突和男方的暴力反应)。

这些结果表明,对暴力的反应需要加以改进,除了关注妇女,干预行为也应该瞄准男性。如果只提高妇女的反抗能力而不将干预与男性相联系,暴力行为将不会得到消除。

• 预防措施的有效性突出地表现在挽救生命的数量,避免伤害事件的数量,或者预防残疾的数量。理想化的情形是,这些数据是基于正在制定该政策的同一个国家内所进行的研究而得出的研究结果。然而,在实践中,政策制定者可能不得不依赖其他国家的科学文献报告的数据。在这种情况下,来自相似环境的数据可能

被优先考虑(如来自邻国的调查结果)。虽然以这种方法来进行估计存在明显的局限性,但比起一些含糊的论据或一些粗浅的证据,在进行政策辩论时根据一些翔实的科学依据来辩论被普遍认为更加可取。

除了有效性的问题,还有其他许多重要因素需要考虑,即干预措施的可行性、可接受性、成本效率和可衡量性。成本效率问题在评价可能的解决方案时经常被提出来,但是通常难以评估而且并不总是最相关的参数。一个成本效率高的解决方案并不总是意味着低成本。在资源缺乏的中低收入国家,低成本的方案可能比高成本的方案更可行,尤其是从长期来看,尽管后者的效率更高。

《世界暴力与健康报告》^[2]和《世界交通事故预防报告》^[4]都建议了一系列解决此类伤害的干预措施,包括一些被反复验证的方法,尽管这些干预措施大多发生在高收入国家。这些措施在附件C中被一一列出。例如,为了使安全带的使用率达到90%,在驾驶员与乘客中采取的干预措施可能包括:

- 在一般人群中增强使用安全带能有效减少在交通工具剧烈碰撞中受伤害的安全意识。
- 颁布强制使用安全带的法律法规。
- 有效惩处不遵守安全带法律法规的行为,为法律法规的实施配以相应的措施和资源。
- 系统地和长久地采取强制措施。

有意思的是,有些措施不得不比其他的措施先行执行。有的是显而易见的:安全带的使用必须是该交通工具先配有安全带,惩罚措施的实施前提是相关法律已经就位。然而,有的情形会更复杂:比如,如果人口的大部分都已经认为使用安全带是代表了集体和个人的利益,安全带的强制使用就会变得更容易。

总而言之,为了完成政策制定的步骤二,建议的步骤顺序如下:

- 基于国内伤害类型和国际经验的数据,对应于伤害控制的

3 个组成部分(即初级预防,减轻直接结果,提供护理),明确每个部分的目标。

- 为达到上述伤害控制的目标,给每个目标再设立子目标。
- 通过吸收国内的和(或)国际的经验,为每个子目标设立最相关的干预措施,牢记它们在本土环境下的有效性、可行性、可接受性、可测量性,必要时,还要考虑成本效率。
- 为达到效率最大化,在必要的情况下,对需采取的干预行为顺序进行描述。

步骤三:确保政策实施

为确保政策在落实阶段能够发挥作用,在制定过程中需要对各种实际问题进行讨论并达成共识。这些问题包括国家与地方层面优先权的设定,各自职责的划分,建立合作机制,以及确定人员与财政资源需求和资金来源。在此阶段应将任何潜在的约束限制以及可能对政策有利的因素纳入考虑范围。只有这样,才能期望所有的利益相关者和政府当局就政策达成一致并为政策的落实采取必要的行动。

设定优先顺序

在制定政策的这一阶段,将确定政策的范围,即该政策是解决所有类型的伤害还是特定类型的伤害(如家庭暴力或道路交通伤害),该政策是独立存在还是作为现有政策倡导的一部分(见第一阶段:步骤一)。在大多数情况下,特定类型伤害所造成的疾病负担是主要的决定因素。偶尔有其他的因素,比如可预防性、有效干预的知识、确定高危人群、现有的政策与规划(或其不足)、预防与控制资源的可得性(如财力、人员、技术)和政治环境,对政策范围的形成起着决定性的作用。在框 19 的例子中,因为政治环境更有利于制定减少道路交通伤害所致死亡的政策,预防行为更多地针对道路交通伤害而不是暴力,尽管后者导致的死亡数更多。

而在这一阶段,最好在政策的既定范围内设置优先顺序,特别是利益相关者对确定的政策目标和提出的干预措施的反应是:“太

多了”或者“我们不能一次同时做完”的时候。在这种情况下,必须确定优先考虑哪些,哪些应放在后期来完成,是否和什么时候能获得更多资源。由于资源往往是限制因素,比较谨慎的做法是将优先权给予那些影响人口比例最大的问题(通过情况分析来确定,见第一阶段:步骤一)和(或)那些能获取最大政策支持和承诺的问题(框 19)。

框 19

在巴西确定优先顺序

巴西一项关于伤害与暴力预防的政策“Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências”(减少事故和暴力发生率和死亡率的国家政策)^[20]在 2001 年被正式批准。尽管可获得的数据显示他杀是暴力致死的主要原因,其次是道路交通碰撞,但是卫生部还是将减少由道路交通事故造成的死亡作为其最优先领域。如果仅根据流行病学证据确定优先顺序,则减少由他杀引起的死亡应更优先。作出这个决定主要基于 1998 年交通法规将安全与拯救生命作为其最重要的目标的事实。因此,现有的交通法规为迅速采取行动预防道路交通事故所致死伤提供了一个重要的政治机会。

政策优先顺序的确定有时是由可能落实的干预措施的可行性(即在现有的人力、财力下能实现的)及现有方案与服务的优点(或缺点)所决定的。政治日程也可成为确定优先顺序的决定因素,选举办公室里的政治家们往往倾向于短期成效。为了证明在实现长期政治目的和目标过程中可以获得短期成功,可能需要把干预分为:12 个月内取得快速预防效果的(如强制执行规范酒类销售的法律、安全和安全产品的配给、设置交通减速设施)、干预后 12~36 个月取得适度延迟效果的(如摩托车头盔佩戴法律的实施与评价、创造就业机会的项目)和干预后至少 36 个月后出现效果的(如社会发展规划、改进现有机动车安全带、推行水域安全、游泳以及救护培训项目、家访和家长培训)。

确定优先顺序应始终是一个合作的过程,涵盖包括可能的受益人在内的所有利益相关群体。由于利益相关者可能在优先顺序上意见不同,达成共识或许并不容易。由科学依据支持的、透明的咨询过程有助于促成所有相关方面接受最终决定。最后一点值得记住的是,在政策制定过程中优先顺序的确定可能只是在国家层面上,但在落实阶段还有必要在区域或地方水平上确定优先顺序。

明确职责与协调机制

在政策文件中明确部门与其他国家实体间的职责和协调机制将会极大促进政策的落实,其中通常包含划定政策实施的整体领导力,以及指定政策实施各方的责任。

政策实施中的领导力通常意味着要负责协调所有相关团体的贡献与投入,这往往也是领导机构特别重要的一项职能。框 20 总结了加拿大新斯科舍省在政策推行中分派给领导机构的任务。这个例子是一个很好的范例,很好地阐明了由领导机构所承担的广泛职责。

框 20

加拿大新斯科舍省政策实施领导机构的职能

简而言之,领导机构的作用在于确保维持正在进行的预防伤害措施的发展、推行、监督及评价所需的方法及必要支持。具体来说,需要履行下列职能^[10]:

- 在综合监测系统发展过程中不断地回顾与分析伤害问题的程度与性质。
- 使用监测数据确定预防伤害活动的主要目标。
- 确定减少伤害最合适的公共政策和立法模式。
- 量化落实政策所需的资源(现有的以及未来可能需要的其他任何资源)。
- 监督、评价政策的效益。
- 了解伤害预防领域的发展,并将此类最新信息传播给利益相关者。
- 以当地社区为基础的伤害预防能力建设并确保伤害预防长期持续进行。
- 协调省级伤害预防交流和社会市场规划。
- 与政府合作,一同起草并落实国家预防伤害的框架与政策。
- 发掘与其他省级政府合作的可能机会。

各国政策实施的领导实体不尽相同。例如加拿大确定健康促进办公室为政府中负责协调伤害预防活动的领导部门^[8]。在越南,由卫生部长主持的伤害预防项目国家指导委员会(the National Steering Committee)来负责国家伤害预防计划的实施^[16]。一些国家将预防伤害和暴力的具体任务指派给领导机构。芬兰内政部(the Ministry of Interior)负责报告并更新治安项目的数据,该项目处理如暴力犯罪、公众骚乱和意外等问题^[23]。在斯里兰卡,警察局联合交通与高速公路部负责推行道路交通伤害预防措施^[25]。在越南,文化与信息部(Ministry of Culture and Information)负责在大众媒体上开展与组织伤害预防的信息、教育、交流等活动^[16]。

在许多国家,包括卫生服务在内的公共系统正逐步分散。日益分散的卫生服务可能需要各省级和区级卫生行政部门共同合作,因而对国家政策的实施有重要影响。然而由于在后勤与管理方面上的原因,难以将各省/区级的卫生服务提供者完全纳入政策制定过程。假如新的卫生政策和行动通常由省/区级卫生行政部门负责实施,则从长远而言在早期提高各个卫生行政部门对新政策的敏感度将是有利的,这可通过一系列咨询会议和研讨会来实现。接下来也许需要培训和其他支持机制,以帮助各个卫生行政部门因地制宜地修改政策行动以适应各自的环境和问题。例如在越南开展了一个培训与发展两年计划,以在伤害预防计划实施中支持地方公共卫生医师。

明确资源需求

缺乏足够的人力物力,政策将无法顺利实施。因此作为政策制定的一部分,首先要:(1)评估人力资源需求(包括培训);(2)按组成部分或选择的干预措施分解实施政策的成本;(3)确定国内外资金来源。全面负责政策实施的部门或机构应根据这些情况调整预算和(或)确保额外经济捐赠。在政策制定阶段如未能完全解决政策实施所需的资源问题,可能会危及政策在未来的成功实施(框 21)。

框 21

波兰国家紧急医疗服务法案：资源处理上的教训

由卫生部制定的国家紧急医疗服务 (Emergency Medical Services, EMS) 法案于 2001 年 7 月在国会得到通过^[40]。这项法案确定,为任何面临突发生命或健康威胁的人提供紧急医疗服务是一项国家职责,并因此建立了国家紧急医疗服务系统。

在原始版本中,该法案覆盖内容广泛,共有 45 款,但并未被国会全部接受,其中很大程度是由于财政因素。该法案虽然考虑了实施 EMS 的成本,但没能评估日常执行所需的财政资源。因此,法案中与 EMS 结构组织有关的部分(包括标准程序、EMS 各部分的协调、紧急医疗的培训项目、院前数据收集以及医疗辅助人员的地位)在 2002 年 1 月开始施行,但是涉及财政的部分没有获得签署和实施。

确定监督和评估的机制

在起草政策文件时最后还需考虑监督与评估的问题。为此,有必要区分对政策制定过程的评估与政策实施过程的评估,这两者都是重要的。正如先前的讨论所表明的,政策制定和政策实施密不可分,并且前者对于后者的影响也不可低估。评估政策制定过程本身经常意味着要确定哪些做对、哪些做错以及原因是什么。在这个方面可能比较有指导性作用的问题如下:

- 谁发起了政策过程? 为什么?
- 在此过程中有哪些利益相关者参与了进来? 在什么时候参与的? 哪些利益相关者没能参加? 为何没有参加?
- 利益相关者的期望是否得以实现? 如果没有,为何没有,原因又是为什么?
- 在政策制定中出现了什么困难? 它们如何被解决的?
- 责任是怎样分派的? 如何确定协调机制?
- 发展过程中组织的不同会议结果如何?
- 批准过程是否成功?
- 政策文件的推行是如何与媒体和公众沟通的?

应该尽早向所有参与者告知和传达评估政策制定过程的重要性。在着手该过程时应分配好足够的人力、物力资源,以保证在适当时候开展评估,并发布结果。

尽管政策文件并不需要把政策落实情况的监督与评估细节讲得面面俱到(一旦政策获批准通过,就会起草更加明确的行动计划,其中即包括这些细节),但毋庸置疑的是应该强调在预防暴力与伤害中记录所获进展的重要性,并且应该指定政策实施评估和影响评估的职责。另外还应规定留出一定的资源用于监督和评估活动。一般情况下可取的办法是尽早确定一个评审过程,从中决定谁来负责监督进程,间隔多久报告进展情况,向谁报告,(如果需要)怎样强化实施。应当建立一个适宜的反馈机制,在必要情况下能够对政策进行定期修改,以提升政策的准确度和相关性。澳大利亚在预防伤害方面的经验(框 22)证明了反馈循环机制的重要性。

框 22

把政策落实到行动上去:澳大利亚在 2001—2003 年的国家预防伤害计划中的经验

澳大利亚首次尝试利用国家计划来推动伤害预防方面的投入并不很成功。它依赖于各州(或者国家层面上)对一系列计划实施的伤害预防策略的理解;这些计划实施的策略既包括有良好证据证明其有效性的策略,也包括可能有效但仍需进一步论证的策略(即“产生证据”)。其设想是各州卫生部门和国家机构代表在例行国家会议上,能够汇报他们提议的策略的进展。

由于澳大利亚为联邦制国家,因此任何一个组织都无权要求各州的卫生部门负责制定今后可能在整个国家推行的预防策略。上述的报告机制是能对任何职能进行说明的唯一平台。

随后对实施计划开展正式审查,以找出更佳方法。缺乏国内伤害预防团体的参与,缺少计划的各个方面所需的特定资源,与其他关键机构和利益相关者之间缺乏协调,以及缺少具体实施措施,被认定为关键问题。目前正在处理这些漏洞,并开始制定第二个国家计划。

第三阶段：寻求批准和认可

政策的批准和认可是政策制定的第三个，也是最后一个阶段，政策需要来自多方的批准和认可，理想的情况下是有先后顺序的，首先是利益相关者，其次为政府部门，最终为国会（即国家认可）（图 6）。通常来说，非常重要的一点是首先从利益相关群体开始，但在一些国家，有必要在得到政府批准之前先获得国家认可。

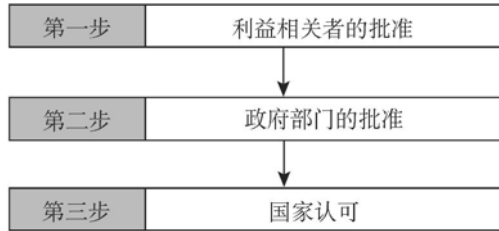


图 6 确保政策获得批准和认可的三个步骤

步骤一：利益相关者的批准

寻求利益相关者支持的一种方法是，每当政策文件的草案推进一步，即召开各利益相关群体的协商会。会议的目的应为：首先，所有利益相关者都有机会评论此草案，使他们在政策文件的结构与内容上达成共识；其次，讨论政策实施中面临的机遇和限制。建议会议的组织者要预计到不同部门代表之间的紧张关系，并特别注意准备这些问题的解决方法。

协商会议结束后，在多轮的深入会谈和文本修订的基础上，应发布最后形式的政策文件，并发到每个利益相关者的手中。取得他们的批准和承认是非常重要的，尤其因为这些利益相关者在政策实施倡导中所占据的重要位置，即使在政治气氛不那么有利的时候也是如此。某些利益相关者可能极善于一对一地游说关键影响人物，有时这不失为为政策取得支持的有效方法。

步骤二：政府部门的批准

一项政策在得到国家或立法机构正式承认之前，还要经历一个获取正式批准的过程。在大多数国家，政策需要先得到政府部门的批准，然后是内阁、部长会议(框 23)或者国家领导人(框 24)。若是由政府内部的个人或组织负责该政策任务的领导职责，则对寻求政府部门的批准十分有利。在泰国政府采取道路交通伤害预防政策这个案例中(框 24)，副总理是其中的重要领导。该政策迅

框 23

在塞浦路斯制订一项预防儿童伤害计划

2002年3月，为响应塞浦路斯儿科协会提高对儿童意外伤害关注的呼声，塞浦路斯卫生部决定需要制订一个协调儿童伤害预防的方法。卫生部因此建立了预防儿童伤害与中毒顾问委员会。这个多部门合作的顾问委员会由来自16个不同的组织、公共服务机构和政府部门的18个成员组成，他们由卫生部统一协调，承担儿童意外伤害相关问题的顾问角色。委员会在对儿童伤害的规模、类型和原因进行评估，以及分析目前预防工作情况(从目前立法体制、推动健康事业发展的活动及数据收集活动角度)的基础上，承担起制订预防儿童伤害战略计划的责任。作为评估过程的一部分，委员会研究了欧洲以及全球的预防伤害最佳实践的范例。

2004年11月，在尼科西亚举办了一个为期两天的研讨会。会议由卫生部协调，参加人员包括WHO、雅典大学医学院、耶路撒冷哈达沙和希伯来大学的专家，对伤害预防感兴趣的当地利益相关团体也积极参与其中。会议确定了塞浦路斯儿童伤害预防的优先问题，即数据收集和伤害预防活动中的不足。参与者们拟订了伤害预防战略计划发展框架的草案，这其中在能够获得的证据基础上，考虑到了所提出干预措施的有效性、可负担性及适宜性。

在2005年5月一项五年策略计划制订完成并提交到卫生部。该计划将伤害预防活动分为三个不同的年龄群体(0—4岁，5—14岁，15—18岁)，为不同的利益相关者设定了职责，并提出了实施的时间框架。它还提出监测需求的框架，引入了一套用于评估过程的指标。2005年9月，塞浦路斯部长会议批准了一项提案，以正式采纳该计划。

框 24

有力领导迅速促成了泰国道路安全的内阁决议

在过去,泰国的公共节日,特别是新年和泼水节,往往因发生高得惊人的道路事故而备受关注,这一事实媒体也反复报道。历经数年之后,公众对道路交通伤害日益增长的关注给政客和官僚们制造的压力终于使其决定要为此做些什么了(框 13)。

2003年,在泰国新政府的领导下,相关责任公共机构为控制死亡数量协同努力,并且制定了一个宏大的目标,即将为期7天的新年节日期间道路死亡数量降低20%。随之建立了一个以内务部长为主席、其他部门副部长为副主席的“作战室”。这是有史以来针对道路安全的最有力的行动,并且导致了全国范围内广泛的强化执法活动(框 13)。

新年节日之后,副总理立刻宣布了一项针对预防道路交通伤害的长期政策承诺。在他的领导下,一系列制订策略和行动计划会议得以举办,最终在7个月之后以内阁决议的形式批准了提议的策略和行动计划。这些计划涵盖了强化执法、公共教育、交通工程、急救服务以及信息系统,为国家和省级的行政机关提供了有力的行动框架。虽然经费的提供最初是临时性的,但在2003年年底,道路安全获得了常规经费预算。

在泰国制定道路交通伤害预防政策过程中有趣的一点是,虽然制定政策大多由各省自己负责——行动计划的主体被下放到省级的多部门公共机构——但各个行动计划大体上仍与国家的目的、目标保持一致。实现这一点主要依靠省级事故预防委员会的影响。该委员会在经过数十年的无作为后重新复兴,成为行动的护航组织。

速得到了政府的支持,由此促使省级层面上将大量资源分配到道路安全和有效措施上去。最后,值得铭记的是,政策若已获得政府部门认可,则并不总是要再等到内阁批准之后才能实施。

步骤三:国家认可

由于政策的实施通常需要多部门通力合作,其实施的效果依赖于长期的坚持,因此最可取的做法是让政策得到政府最高层的

认可(即领袖或内阁)、得到议会正式批准和赋予法律保障。使政策文件在国家(即立法机构)官方文件——并且最好是法律文件——中得到批准,与单纯获得政府批准(即行政机构)比较而言,前者是更好的选择。原因很简单,法律在政治环境、政府及其领导者的变化更迭中显得更为稳定。

任何政策文件的采纳和批准所需的政治流程都不可避免地需要一定时间。确实,许多政策在起草数月甚至数年内还只停留在草案阶段,这归咎于政策从产生到批准成为正式文件之间所需的漫长又复杂的政治和(或)法律流程。尽管如此,没经过国家或立法机构正式批准的政策或策略(与得到政府行政机构批准的情况相反)将面临远期被忽略的危险。在批准历程中,倡导、游说和媒体沟通可以起至关重要的作用,因为它们时不时地向公众和政策制定者们提醒这些利害关系问题,帮助这些政策牢牢地列在政治议程的最前沿。

结 论

在制定伤害预防政策时,不可能总是照搬本指南推荐的逐步进行的方法。实际生活中,政策制定过程的随意性和不确定性经常比在此展示的情景模式大得多。比如,制定过程有时必须要跳跃到后面的步骤,然后再回到之前的步骤上来,而在理想情况中该步骤在早些时候就应该已经完成。虽然这种做法可能会延长政策制定时间或推迟政策的实施,但它不太可能会威胁到政策自身的生存。至于政策制定过程中出台的最终文件名称是什么也并不重要,只要文件内容能清晰体现出未来工作的出路即可。

为了避免重复,极其需要牢记的是,政策制定过程本身与最终颁布的文件同样重要,甚至可能比后者更为重要。只有透明且完整、全面的过程才能确保拥有所有伙伴的参与及其支持。已经有太多的政策文件被束之高阁,原因就在于其制订过程在某种程度上,在这些方面没有做好。

伤害性质及其风险因素的多样性给寻找减轻伤害健康影响方法的人们提出了重要的挑战。有些议题可能有强烈的社会敏感性,或者解决问题的资源有限,或往往我们就是不知道解决一个特定问题的最佳方法是什么。这些事实都会让本就困难的任务看起来更加艰难。但是多年来我们已经积累了许多经验,我们知道在特定场合下什么有效、什么无效。挑战在于,要在条理清楚的、能够理解的框架下,将这些知识进行转化,以适用于其他的场合中。从这个意义上讲,一项精心设计的政策是非常难得的,它不仅引起关注,提高认识,并且提供了一个共同目标——提出如何实现这一目标的建议。

参 考 文 献

- [1] Peden M, McGee K, Sharma G. The injury chartbook: A graphical overview of the global burden of injuries. Geneva, World Health Organization, 2002.
- [2] Krug E, et al. ,eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- [3] Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2004.
- [4] Peden M, et al. ,eds. World report on road traffic injury prevention. Geneva, World Health Organization, 2004.
- [5] Resolution EUR/RC55/R9. The prevention of injuries. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922_I, accessed 15 February 2006).
- [6] Resolution AFR/RC54/R6. Child sexual abuse: A silent health emergency. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2004.
- [7] Injury prevention for Canadians: Essential elements for an effective programme. Toronto, Insurance Bureau of Canada, 2001.
- [8] Developing an integrated Canadian injury prevention strategy. Canadian Collaborating Centres for Injury Prevention and Control, 2002 (http://www.injurypreventionstrategy.ca/downloads/IP_Strat_bckgrnd.pdf, accessed 15 February 2006).
- [9] Developing a provincial injury prevention strategy. Strengthening Manitoba. Winnipeg, the Manitoba Health and the Regional Health Authorities, 2002 (http://www.hsc.mb.ca/impact/developing_a_strategy.htm, accessed 14 February 2006).
- [10] Nova Scotia injury prevention strategy: report and recommendations. Nova Scotia, Emergency Health Services, Nova Scotia Trauma Pro-

-
- gram, Office of Health Promotion, 2003 (http://www.injuryprevention-strategy.ca/downloads/NS_IP_strategy.pdf, accessed 1 June 2005).
- [11] Alberta Injury Control Strategy. Alberta Injury Control Strategy Advisory Committee, 2003 (http://www.injurypreventionstrategy.ca/downloads/Alberta_IP_Control_Strategy.pdf, accessed 13 January 2006).
- [12] Leyes y políticas en torno a la salud de los adolescentes en América Latina y el Caribe [Legislation and policy for adolescent health in Latin America and the Caribbean]. *Pan American Journal of Public Health*, 1999, 5: 125-127.
- [13] Making policy happen: Lessons from countries on developing national adolescent health and development policy. Geneva, World Health Organization, 2002 (unpublished document).
- [14] Spasoff RA. *Epidemiologic methods for health policy*. London, Oxford University Press, 1999.
- [15] Glossary of medical education terms. New York, Institute for International Medical Education, 2002 (<http://www.iime.org/glossary.htm#H>, accessed 13 February 2006).
- [16] National Policy on Injury Prevention 2002-2010. Hanoi, Government of the Socialist Republic of Vietnam, 2001.
- [17] Implementation plan for the National Policy on Accident and Injury Prevention: 2002-2010. Hanoi, Ministry of Health, 2002.
- [18] Injuries in the WHO European Region: Burden, challenges and policy response paper. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2005 (http://www.msc.es/ciudadanos/accidentes/accidentes_Trafico/oms/pdf/Injuries.pdf, accessed 14 February 2006).
- [19] Aboriginal Safety Promotion Strategy. Sydney, Department of Health, 2003 (http://www.health.nsw.gov.au/pubs/a/pdf/ab_safety.pdf, accessed 13 January 2006).
- [20] Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências [National policy on morbidity and mortality reduction due to accidents and violence]. Brasília DF, Ministry of Health, 2002 (http://conselho.saude.gov.br/comissao/acidentes_violencias2.htm, accessed

- 13 January 2006).
- [21] Sethi D, et al. ,eds. Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance_06_09_2004/en/index.html, accessed 13 February 2006).
- [22] Holder Y, et al. , eds. Injury surveillance guidelines. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/surveillance_guidelines/en/index.html, accessed 13 February 2006).
- [23] A safer community: Internal Security Programme. Summary. Helsinki, Ministry of the Interior, 2004 ([http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/7E16BE52FI1364AEC2256F47002D6874/\\$file/internal_security_programme_summary_en.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/7E16BE52FI1364AEC2256F47002D6874/$file/internal_security_programme_summary_en.pdf), accessed 1 June 2005).
- [24] New Zealand Injury Prevention Strategy. Wellington, Minister for Accident Compensation Corporation, 2003 (http://www.nzips.govt.nz/documents/strategy_colour.pdf, accessed 13 January 2006).
- [25] National policy framework on prevention of injuries in Sri Lanka. Colombo, Ministry of Health, Nutrition and Welfare, 2003.
- [26] Preventing accidental injury Priority for action. London, Department of Health, 2002 (<http://www.hda-online.org.uk/documents/PreventingCMO101002.pdf>, accessed 13 January 2006).
- [27] The National Road Safety/Strategy 2001-2010. Canberra, Australian Transport Council. 2000 (<http://www.atcouncil.gov.au/documents/pubs/strategy.pdf>, accessed 13 January 2006).
- [28] The National Road Safety Action Plan 2001-2002. Canberra, Australian Transport Council, 2000 (http://www.atcouncil.gov.au/documents/pubs/actionPlan_01_02.pdf, accessed 13 January 2006).
- [29] Plan nacional 2001-2005 para el abordaje de la violencia social en Honduras [National plan to tackle social violence in Honduras, 2001-2005]. Tegucigalpa, Comitíe inter institucional para el abordaje integral de la violencia social generalizada en Honduras, 2000.
- [30] Carr P, Ashley D. National strategic plan for the promotion of healthy

- lifestyles in Jamaica 2004-2008(unpublished document).
- [31] National programe on injury prevention, Ulaanbaatar City, Government of Mongolia, 2002.
- [32] II Plano Nacional Contra a Violencia Domestica 2003-2006 [Second National Plan against Domestic Violence 2003-2006], Lisbon, Government of Portugal, 2002 (<http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/585D7521-A65F-4A05-8124-55BCA0DB5B88/0/PNCVDfinal.pdf>, accessed 13 January 2006).
- [33] Report on the formulation of the National Policy Framework on Prevention of Injuries, Colombo, Ministry of Health, Nutrition and Welfare, 2003.
- [34] Pointer S, Harisson J, Bradley C. National injury prevention plan priorities for 2004 and beyond. Discussion paper. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2003 (<http://www.nisu.flinders.edu.au/pubs/reports/2003/injcat55.pdf>, accessed 13 January 2006).
- [35] Plan of Action, Violence Prevention and Intervention. Pretoria, National Department of Health. (unpublished.)
- [36] National Strategy for Suicide Prevention: goals and objectives for action. Rockville, MD United States Department of Health and Human Services, 2001 (<http://media.shs.net/ken/pdf/SMA01-3517/SMA01-3517.pdf>, accessed 13 January 2006).
- [37] A global approach to crime and violence in Jamaica. Volume III. Kingston, Economic Development Institute, 2003 (<http://econwpa.wustl.edu/8089/eps/dev/PaPers/0410/0410007.pdf>, accessed 13 January 2006).
- [38] Core components of state injury prevention programs. Atlanta, GA, State and Territorial Injury Prevention Directors Association, 2003 (<http://www.stipda.org/s-pubs/ss03.pdf>, accessed 13 January 2006).
- [39] The road to safety 2001-2005. Pretoria. Ministry of Transport of the Republic of South Africa, 2001 (<http://www.transport.gov.za/projects/rts/index.html>, accessed 13 January 2006).
- [40] Act of 25th July 2001 on National Emergency Medical Services. Journal of Laws, 9 October, 2001.

附录 A 现有的与暴力及伤害预防相关的政策文件

国家或地区	政策文件的标题	网络链接(2006年1月13日获取的)
<i>暴力和非故意伤害</i>		
澳大利亚	原住民安全促进策略	http://www.health.nsw.gov.au/pubs/a/pdf/ab_safety.pdf
巴西	降低事故和暴力发生率和死亡率的国家政策	http://conselho.saude.gov.br/comissao/acidentes_violencias2.htm
加拿大	伤害预防控制国家优先领域报告	http://www.injurypreventionstrategy.ca/background.html
	结束加拿大的隐形流行病:一项伤害预防的策略	http://www.injurypreventionstrategy.ca/downloads/NatPrioritiesDec2001.doc
	加拿大制定伤害预防综合策略 ¹	http://www.injurypreventionstrategy.ca/downloads/IP_Strat_bckgrnd.pdf
	加拿大发展伤害预防综合策略工作手册 ²	http://www.injurypreventionstrategy.ca/downloads/IP_Strat_wrkbbk.pdf
	加强马尼托巴省:制定省级伤害预防策略	http://www.hsc.mb.ca/impact/strengthening_ip_strategy.htm
	新斯科舍省伤害预防策略:报告和建议	http://www.gov.ns.ca/ohp/InjuryPrevention/ns_strategy.html
	艾伯塔省伤害控制策略	http://www.injurypreventionstrategy.ca/downloads/Alberta_IP_Control_Strategy.pdf
越南	2002—2010年国家伤害预防政策	http://www.norsafety.no/SCWN/2002/SC%20WNEWS3%20January%202002.pdf
	2002—2010年国家事故和伤害预防政策实施计划 2003—2005年事故和伤害预防国家行动方案、部门行动计划和地区行动计划	

附录 A 现有的与暴力及伤害预防相关的政策文件

(续 表)

国家或地区	政策文件的标题	网络链接(2006年1月13日获取的)
非故意伤害		
澳大利亚	2004年及以后国家伤害预防计划优先领域, 讨论稿	http://www.nisu.flinders.edu.au/pubs/reports/2003/injcat55.pdf
	2004年起国家伤害预防计划草案	http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/health-pubhlthstrateg-injury-consult_plan.htm/\$FILE/draft_nipp_consult_19aug04.pdf
	2000—2004年健康成果计划——伤害预防与控制(昆士兰州)	http://www.health.qld.gov.au/hop/injury_full.pdf
蒙古国	国家伤害预防方案	
新西兰	新西兰伤害预防策略	http://www.nzips.govt.nz/documents/strategycolour.pdf
斯里兰卡	斯里兰卡国家伤害预防政策框架 关于制定国家伤害预防政策框架的报告	
英国	预防意外伤害: 行动优先领域	http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/49/50/04064950.pdf
	2001—2006年 Avonsafe 伤害预防联盟策略(布里斯托尔)	http://www.avon.nhs.uk/phnet/Avonsafe/strategy.pdf
	威尔士伤害预防提案	http://www.capic.org.uk
美国	安全国家(国家伤害预防项目的核心部分)	http://www.stipda.org/documents/ss03.pdf
东南亚	东南亚伤害预防与控制战略计划	http://w3.whosea.org/LinkFiles/whd04_Documents_Accident-8.pdf
道路交通伤害		
澳大利亚	2001—2010年国家道路安全策略	http://www.atcouncil.gov.au/documents/pubs/strategy.pdf

(续 表)

国家或地区	政策文件的标题	网络链接(2006年1月13日获取的)
澳大利亚	2001—2002年国家道路安全策略行动计划	http://www.atcouncil.gov.au/documents/pubs/actionplan_01_02.pdf
	2003—2004年国家道路安全策略行动计划	http://www.atcouncil.gov.au/documents/pubs/actionplan.pdf
	2005—2006年国家道路安全策略行动计划	http://www.atcouncil.gov.au/documents/pubs/ACTION_PLAN_05_06.pdf
加拿大	2010年道路安全展望	http://www.cmta.ca/english/pdf/rsv_report_02_e.pdf
	更安全的司机、更安全的车辆、更安全的道路：行动倡议	http://www.caa.ca/PDF/Safer%20roads%20-%20invite%20to%20action%20-%20final.pdf
捷克共和国	捷克共和国新的道路安全策略	http://www.cdv.cz/english/text/branch/road/newroad.htm
斐济	斐济道路安全行动计划	http://www.unescap.org/ttdw/Publications/TIS_pubs/Pub_1996/Pub_1996_annexA.pdf
法国	道路安全地方行动	http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/infos-ref/politique/actions/lesactions-locales-de-securite-routiere.html
爱尔兰	2004—2006年道路安全策略	http://www.transport.ie/upload/general/2655.pdf
肯尼亚	道路安全改善工程	
莱索托	道路安全改善工程	http://www.vejdirektoratet.dk/dokument.asp?page=document&objno=11005
荷兰	持续安全：荷兰新的道路安全方法	http://www.rws-avv.nl/pls/portal30/docs/1771.PDF
新西兰	怀卡托区陆路交通运输策略：2002—2012年执行策略	http://www.ew.govt.nz/policyandplans/rlts/strategy/index.asp
	至2006年的战略计划	http://www.ltsa.govt.nz/ltsa/about/strategicplan-to-2006/strategic-plan-to-2006.pdf

(续 表)

国家或地区	政策文件的标题	网络链接(2006年1月13日获取的)
新西兰	新西兰陆地交通运输: 2006—2007年研究策略 至2010年的道路安全	http://www.ltsa.govt.nz/research/documents/research-strategy-2006-2007.pdf http://www.ltsa.govt.nz/strategy-2010/docs/2010-strategy.pdf
挪威	挪威道路安全:策略 2002—2011	http://odin.dep.no/filarkiv/160260/Road_Safety.pdf
波兰	波兰国家道路安全改善 计划:GAMBIT 2000	
南非	2001—2005年道路安全	http://www.transport.gov.za/projects/rts/index.html
西班牙	2004年国家道路安全计划 [National plan on Road Safety for 2004]	http://www.dgt.es/dgt_informa/notas_prensa/041203plan.pdf
瑞典	零交通事故:从概念到行 动	http://www.vv.se/filer/publikationer/nollvisionen_eng.pdf
坦桑尼亚	道路安全方案	
英国	明天的道路对每个人都 更安全 明天的道路对每个人都 更安全,第一次三年回顾 促进安全环境:2004— 2007年道路安全倡议 (曼恩岛) 威尔士道路安全策略 威尔士道路安全策略行 动纲要	http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_rdsafety/documents/pdf/dft_rdsafety_pdf_504644.pdf http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_rdsafety/documents/downloadable/dft_rdsafety_028169.pdf www.gov.im/lib/news/transport/roadsafety.xml http://www.wales.gov.uk/subitransport/content/road-safety-e.pdf http://www.wales.gov.uk/subitransport/content/road-safety-summary-e.pdf
美国	国家提升儿童步行者安 全策略	http://safety.fhwa.dot.gov/ped_bike/docs/child_safety.pdf

(续 表)

国家或地区	政策文件的标题	网络链接(2006年1月13日获取的)
美国	国家提升自行车安全策略,2001年6月	http://www.nhtsa.dot.gov/people/injury/pedbimot/bike/bicycle_safety/index.htm
亚太地区	道路安全行动计划方案指南	http://www.unescap.org/ttdw/Publications/TIS_pubs/Pub_1996/pub_1996_fulltext.pdf
欧盟	欧洲道路安全行动方案,委员会通讯	http://europa.eu.int/comm/transport/road/library/rsap/
	欧盟道路安全优先领域进展报告和行动分级	http://europa.eu.int/eur-lex/en/com/cnc/2000/com2000_0125en01.pdf
	2002-2010年道路安全行动计划第三次咨询文件:安全伙伴关系	http://europa.eu.int/comm/transport/library/strat-version-def.pdf
	2010年欧洲交通政策白皮书:该做决定了	http://europa.eu.int/comm/energy_transport/library/lb_texte_complet_en.pdf
	欧盟道路安全行动方案:挽救死在道路上的2万条生命,2003年共同责任 ³	http://europa.eu.int/comm/transport/road/library/rsap/rsap_en.pdf
	欧洲道路安全宪章	http://europa.eu.int/comm/transport/road-safety/charter_en.htm
东南亚	2005-2010年东盟交通行动计划	http://www.aseansec.org/16596.htm
其他非故意伤害		
澳大利亚	国家伤害预防计划:2001-2003年优先领域	http://www.dhs.vic.gov.au/nphp/publications/sipp/prev_plan.pdf
	“国家伤害预防计划:2001-2003年优先领域”执行计划	http://www.dhs.vic.gov.au/nphp/publications/sipp/imp_plan.pdf
	降低老年跌伤管理政策,2003-2007年政策概要	http://www.health.nsw.gov.au/pubs/m/pdf/fallsinjury_brief.pdf

附录 A 现有的与暴力及伤害预防相关的政策文件

(续 表)

国家或地区	政策文件的标题	网络链接(2006年1月13日获取的)
澳大利亚	2004—2007年西澳大利亚水上安全策略框架	http://www.population.health.wa.gov.au/gov.au/Promotion/Resources/Western% 20 Australian% 20 Water% 20 Safety% 20 Framework% 20 2004-2007.pdf
加拿大	2000—2004年预防跌伤倡议 (http://www.phac-aspc.gc)	http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/Falls_Prevention/falls_fundedprojects/pdf/hvac_fundedprojects_e.pdf
	北奥卡纳根预防跌伤方案, 2005年家庭安全检查方案	http://www.socialplanning.ca/seniors/falls/home_safety_check_2005/index.html
	不列颠哥伦比亚省无伤害, 省级儿童青年伤害预防计划	http://www.healthservices.gov.bc.ca/prevent/pdf/bcif.pdf
挪威	1997—2002年家庭、学校和娱乐场所预防伤害行动计划	http://odin.dep.no/hod/engelsk/publ/handlingsplaner/030005-990513/index-dok000-bn-a.htm
美国	青少年健康计划; 青少年非故意伤害(阿拉斯加)	http://www.hss.state.ak.us/dbh/prevention/publications/resiliency/update_UIAA.pdf
中欧和东欧	儿童伤害——中欧和东欧的转型国家和新独立国家的优先领域	http://www.lshtm.ac.uk/ecohost/injuries.pdf
故意伤害(暴力)		
巴西	2004—2007年国家预防暴力计划	
加拿大	预防暴力倡议 2002—2003年行动计划(纽芬兰/拉布拉多)	http://www.gov.nf.ca/vpi/pdf/Ap2003.pdf
洪都拉斯	2001—2005年解决洪都拉斯社会暴力的国家计划	

(续 表)

国家或地区	政策文件的标题	网络链接(2006年1月13日获取的)
印度尼西亚	预防种族暴力行动计划	http://www.cfr.org/pub3217/cfr/cpa_action_plan_for_preventing_ethnic_violence_in_indonesia.php
牙买加	公民安全和司法方案 一个解决牙买加犯罪和暴力的全球方法 牙买加暴力预防战略计划	http://www.iadb.org/exr/doc98/apr/ja1344E.pdf http://econwpa.wustl.edu/8089/eps/dev/papers/0410/0410007.pdf
南非	南非非自然死亡多部门报告:程度和预防措施 行动计划:暴力预防和干预	
工作场所暴力		
英国	在工作场所的暴力:政策文件(邓弗里斯和盖洛韦)	http://www.dumfriesandgalloway.police.uk/foi/class_cat/policy/violence_workplace.pdf
人际暴力		
美国	阿拉斯加州安克雷奇预防人际暴力行动计划(2003年)	http://www.muni.org/iceimages/healthssd/ivp_action_plan_sec_1.pdf
家庭暴力/亲密伴侣暴力		
澳大利亚	家庭暴力和配偶暴力政策 西澳大利亚家庭暴力和配偶暴力地区策略计划 土著社区家庭暴力和性侵犯:身体力行(2004年)	http://www.dhw.wa.gov.au/homes/manuals/rental/rental_policy_FAMILY.html http://www.community.wa.gov.au/NR/rdonlyres/209390A2-76A2-4303-9AB6-61E7DAABE3AF/0/DCDRPTFamilyandDomesticViolenceStateStrategicPlan2004.pdf http://www.aifs.gov.au/acssa/pubs/briefing/b4.html

附录 A 现有的与暴力及伤害预防相关的政策文件

(续 表)

国家或地区	政策文件的标题	网络链接(2006年1月13日获取的)
澳大利亚	解决澳大利亚首都地区女性暴力与安全问题 2004—2005年第二次行动计划	http://www.women.act.gov.au/secondactionplan.pdf
比利时	优先领域,使命,活动和工作前景(法语社区) 2004—2007年国家应对家庭暴力行动计划	http://www.egalite.cfwb.be/upload/album/AP_180.pdf
巴西	制止针对妇女暴力的干预,2003年国家计划	https://www.presidencia.gov.br/spmulheres/ct/livro.pdf
加拿大	安大略家庭暴力行动计划 2004年配偶/伴侣暴力(新斯科舍)	http://ogov.newswire.ca/ontario/GPOE/2005/03/08/c2227.html?lmatch=&lang=_e.html http://www.gov.ns.ca/pps/publications/ca_manual/ProsecutionPolicies/SpousalPartner-May04.pdf
芬兰	预防伴侣和亲密伙伴的暴力	http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/3263/summary_en.htx
格鲁吉亚	2000—2002年制止针对妇女暴力的行动计划	http://www.womenaid.org/caucasus/anti-trafficking/order64eng.htm
德国	联邦政府制止针对妇女暴力的行动计划	http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-5407-Broschure-Aktionsplan-zur-Beka_property=pdf.pdf
荷兰	应对家庭暴力	http://www.justitie.nl/english/Publications/factsheets/dealing_with_domestic_violence.asp
新西兰	1995年家庭暴力法案,过程评估	http://www.justice.govt.nz/pubs/reports/2000/domestic_eval/
挪威	2004—2007年家庭暴力行动计划	http://odin.dep.no/filarkiv/227003/Action_plan_domestic_violence_2004_2007.pdf

(续 表)

国家或地区	政策文件的标题	网络链接(2006年1月13日获取的)
挪威	Plan d'action. La violence domestique 2004-2007	http://odin.dep.no/filarkiv/227010/Plan_a_action_la_violence_domestique_2004_2007.pdf
葡萄牙	2003—2006年第二次国家反对家庭暴力计划	http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/585D7521-A65F-4A05-8124-55BCA0DB5B88/0/PNCVDfinal.pdf
英国	<p>多么浪费:一个反对针对妇女暴力的综合战略实例(2005年)</p> <p>2002—2005年塞尔比地区家庭暴力行动计划(约克郡)</p> <p>家庭暴力犯罪和受害者法案(苏格兰)</p> <p>处理家中发生的暴力:北爱尔兰政府关于家庭暴力的建议(2003年)</p> <p>对“处理家中发生的暴力”响应,北爱尔兰政府关于家庭暴力的建议(2003年)</p> <p>安全和司法:关于家庭暴力的政府建议(2003年)</p> <p>2004年家庭暴力犯罪和受害者法案</p> <p>为受虐妇女提供住宿的全新策略(1999年)</p>	<p>http://www.thewnc.org.uk/pubs/whatawaste.pdf</p> <p>http://www.selby.gov.uk/upload/dommviolenceplan.pdf</p> <p>http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200304/ldbills/006/2004006.pdf</p> <p>http://www.dhsspsni.gov.uk/publications/2003/domestic_violence/domestic_contents.pdf</p> <p>http://www.dhsspsni.gov.uk/publications/2003/domestic_violence/domestic_contents.pdf</p> <p>http://www.eoc.org.uk/PDF/dv.pdf</p> <p>http://www.legislation.hmso.gov.uk/acts/acts2004/20040028.htm</p> <p>http://www.vawnet.org/NRCDV_Publications/BCSDV/Papers/BCS2_IS.pdf</p>
美国	<p>家庭暴力县级政策模板(纽约,1998年)</p> <p>家庭暴力法院行动计划(2004年)</p>	<p>http://www.opdv.state.ny.us/coordination/model_policy/index.html</p> <p>http://www.flcourts.org/gen_public/family/bin/dvcourtactionplan.pdf</p>

附录 A 现有的与暴力及伤害预防相关的政策文件

(续 表)

国家或地区	政策文件的标题	网络链接(2006年1月13日获取的)
性暴力		
巴西	国家打击儿童性虐待计划(2002年)	http://www.mj.gov.br/sedh/ct/conanda/plano_nacional.pdf
新西兰	减少社区暴力和性暴力行动计划	http://www.nzips.govt.nz/priorities/assault.html
青少年暴力		
芬兰	连接 fi 006 行动计划建议,解决欧洲学校暴力问题	http://www.health.fi/connect/activities/proposal.pdf
美国	波士顿预防青少年暴力策略	http://www.bostonstrategy.com
针对儿童的暴力		
美国	从一开始就安全:减少儿童接触暴力(加利福尼亚)	http://www.safefromthestart.org/pdfs/promisingStrategies.pdf
	从一开始就安全:采取行动减少儿童接触暴力(加利福尼亚,2000年)	http://www.ncjrs.org/pdffiles1/ojdp/182789.pdf
	早日采取行动预防暴力(加利福尼亚)	http://www.preventioninstitute.org/firststeps.html
自杀		
澳大利亚	1998—2001年首都地区青少年自杀预防策略(1998年)	http://health.act.gov.au/c/health?a=sendsendfile&ft=p&fid=1073872244&sid=
	降低自杀:2003—2008年昆士兰州政府自杀预防策略	http://www.health.qld.gov.au/mental_hlth/publications/20769.pdf
	减少自杀:2003年行动计划(昆士兰)	http://www.health.qld.gov.au/mental_hlth/publications/20768.pdf
加拿大	国家、州和省级预防自杀战略概要	http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/SummaryofNationalStateandProvStrategies.pdf

(续 表)

国家或地区	政策文件的标题	网络链接(2006年1月13日获取的)
英国	英格兰预防自杀国家策略(2002年)	http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/95/48/04019548.pdf
美国	国家预防自杀战略:行动的目的和目标(2001年)	http://media.shs.net/ken/pdf/SMA01-3517/SMA01-3517.pdf
	“国家预防自杀战略:行动的目的和目标”概要(2001年)	http://www.sprc.org/library/nsspsummary.pdf
公共卫生政策(含暴力与伤害内容的)		
澳大利亚	为年轻的北区居民建设一个更美好未来(澳大利亚)	http://www.nt.gov.au/dcm/youth_affairs/pdf/brochure_youth_policy_framework.pdf
芬兰	“一个更安全的社区:治安方案”概要(2004年)	http://www.intermin.fi/intermin/images/nsf/files/7E16BE52F11364AEC2256F47002D6874/\$file/internal_security_programme_summary_en.pdf
印度尼西亚	印度尼西亚国家行动计划:在北京召开的第四届世界妇女大会的后续行动(1995年)	http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/nap_incl_2004_lv_en_version.pdf
拉脱维亚	拉脱维亚减少贫困和社会排斥国家行动计划(2004—2006年)	http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/nap_incl_2004_lv_en_version.pdf
南非	2004—2009年国家卫生系统战略重点(2004年)	http://www.doh.gov.za/docs/policy/stratpriorities.pdf
英国	关注我们的健康:北爱尔兰促进心理和情绪健康的战略草案	http://www.dhsspsni.gov.uk/publications/old2000/mohstrategy.pdf
	“挽救生命:我们更健康的国家”白皮书(1999年)	http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386/4386.htm

(续 表)

国家或地区	政策文件的标题	网络链接(2006年1月13日获取的)
英国	关于反社会行为的政策和程序的声明	http://www.hullcc.gov.uk/housing/managing/download/asb_policy_documentv1.pdf
美国	“向青少年健康投资:为了加利福尼亚州未来的社会紧急事项”策略计划(2000年)	http://www.californiateenhealth.org/download/sp.pdf
	健康公民 2000, 回顾 1994 年国家健康促进与疾病预防目标	http://www.cdc.gov/nchs/data/hp2000/hp2k94.pdf
	健康公民 2010, 了解和改善健康	http://www.healthypeople.gov/document/pdf/uih/2010uih.pdf

¹ 该文件的法语版可从下列网址获得:

<http://www.preventiondesblessuresstrategie.ca/downloads/elaboration.pdf>

² 该文件的法语版可从下列网址获得:

<http://www.preventiondesblessures-strategie.ca/downloads/manuel.pdf>

³ 该文件的法语、葡萄牙语、西班牙语及其他欧洲语言版本可从下列网址获得:

http://europa.eu.int/comm/transport/road/roadsafety/rsap/index_en.htm

附录 B 世界卫生大会决议

第 56 届世界卫生大会 WHA56.24

议程项目 14.15 2003 年 5 月 28 日

实施《世界暴力与健康报告》的建议

第 56 届世界卫生大会：

忆及宣告暴力是全世界一个主要公共卫生问题的 WHA49.25 号决议，以及认可并要求继续制定世界卫生组织关于以科学为基础预防暴力的公共卫生措施行动计划的 WHA50.19 号决议。

注意到联合国各机构关于预防人际暴力问题合作工作的一次会议(2001 年 11 月 15—16 日于日内瓦)请世界卫生组织促进针对人际暴力作出更协调的反应，世界卫生组织据此发表了《联合国预防人际暴力问题资源与活动指南》。

忆及世界卫生组织是支持联合国关于针对儿童暴力问题研究的联合国儿童基金会/联合国难民事务高级专员办事处/世界卫生组织工作小组的核心伙伴，以及世界卫生组织积极参与了针对青少年、妇女、残疾人和老年人的暴力预防工作。

认识到预防暴力是人类安全和尊严的一个先决条件，政府必须迫切地采取行动预防一切形式的暴力，并减少健康和社会经济发展方面的后果。

注意到《世界暴力与健康报告》提供了关于暴力对公共卫生影响的最新介绍，审议了其决定因素以及有效的干预措施，并为公共卫生政策和规划提出了建议。

1. 注意到《世界暴力与健康报告》中包含的并在本决议附件中列出的暴力预防 9 项建议，并鼓励会员国考虑采纳这些建议。

2. 敦促会员国促进《世界暴力与健康报告》，并积极利用报告的结论和建议，以促进预防和揭露暴力事件，并向暴力受害者提供医疗、心理、社会和法律援助及康复方面的活动。

3. 鼓励在卫生部内尚无暴力预防归口单位的所有会员国任命归口单位。

4. 鼓励会员国适时地制定关于暴力和暴力预防的报告,介绍问题的规模、危险因素、当前为预防暴力作出的努力以及未来为鼓励多部门应对的行动。

5. 要求总干事:

(1)与会员国合作,建立以科学为基础的公共卫生政策和规划,以实施预防暴力并减少其对个体和社会的影响的措施。

(2)鼓励紧急开展研究,以支持以证据为基础预防暴力,并减轻其对个体、家庭和社会的影响的措施,尤其是关于暴力多水平危险因素的研究,以及样板预防规划的评价。

(3)与联合国其他组织及其他国际机构合作,继续努力把以科学为基础预防暴力的公共卫生措施纳入其他重大全球性预防行动。

(4)使用现有资源并利用合作机遇,做到:

a. 酌情支持和协调为制定或修订用于预防政策和规划的规范文件与准则所作出的努力;

b. 提供技术支持以加强对暴力存活者或受害者的创伤和护理服务;

c. 继续倡导采用和扩大针对所有形式暴力的公共卫生反应;

d. 建立网络以促进全面预防暴力和伤害。

6. 进一步要求总干事通过执行委员会向第 58 届世界卫生大会报告实施《世界暴力与健康报告》的进展情况。

附件

预防暴力的建议

1. 创建、实施和监测预防暴力的国家行动计划。

2. 加强收集暴力方面数据的能力。

3. 确定对暴力起因、后果、代价和预防的研究重点并支持研

究工作。

4. 促进初级预防反应。
5. 加强针对暴力受害者的反应。
6. 把暴力预防纳入社会和教育政策并从而促进性别和社会平等。
7. 增加暴力预防方面的合作和信息交流。
8. 促进和监测遵守国际条约、法律及保护人权的其他机制的情况。

探索针对全球毒品贸易和全球武器贸易的国际上商定的实用反应。

第 10 次全体会议,2003 年 5 月 28 日

A56/VR/10

第 57 届世界卫生大会 WHA57.10

议程项目 12.7 2004 年 5 月 22 日

世界卫生大会决议 57.10

道路安全与健康

第 57 届世界卫生大会:

忆及 WHA27.59 号决议(1974 年),该决议注意到道路交通事故造成广泛和严重的公共卫生问题,要求作出协调一致的国际努力,并且世界卫生组织应向会员国提供领导。

审议了关于道路安全与健康的报告^①。

欢迎联合国大会关于全球道路安全危机的第 58/9 号决议。

赞赏地注意到联合国大会通过 58/289 号决议,邀请世界卫生组织与联合国各区域委员会密切合作,担任联合国系统内道路安全问题协调员。

^① 文件 A57/10

认识到由道路交通撞车造成的巨大全球死亡负担,其中 90% 发生在低收入和中等收入国家。

确认每一个道路使用者必须负起安全出行的责任和遵守交通法规及条例。

认识到道路交通伤构成一个重大而被忽视的公共卫生问题,在死亡和发病方面具有严重后果、沉重的社会和经济代价,并且如不采取紧急行动,这一问题预期加剧。

进一步认识到需要采取多部门办法以成功处理这一问题和存在以证据为基础的干预措施来减少道路交通伤的影响。

注意到在 2004 年世界卫生日时将开展的大量活动,特别是发行第一份预防交通伤世界报告^①。

1. 认为公共卫生部门和其他部门—政府和民间社会同样应通过监测受伤和收集数据,研究道路交通伤的危险因素,实施和评价减少道路交通伤的干预措施,向交通伤的受害者提供住院前及创伤医疗和精神卫生支持,以及提倡预防道路交通伤来积极参与道路交通伤预防规划。

2. 敦促会员国,特别是承担大部分道路交通伤负担的会员国,通过任命联络点动员其公共卫生部门以预防和减轻道路撞车的不良后果,这些联络点可在流行病学、预防和宣传以及与其他部门联络方面协调公共卫生反应。

3. 接受联合国大会关于世界卫生组织与联合国各区域委员会密切合作,担任联合国系统内道路安全问题协调员的邀请。

4. 建议会员国

(1) 将预防交通伤纳入公共卫生规划。

(2) 评估关于道路交通伤负担的国家状况和确保可利用的资源与该问题的程度相称。

(3) 如它们尚未这样做,拟订和实施关于预防道路交通伤的国

^① 《世界预防道路交通伤害报告》

家战略和适宜行动计划。

(4)确定政府在道路安全方面的领导地位,包括指定道路安全的单一机构或联络点,或根据国家情况通过另一种有效机制。

(5)在不同部委和部门,包括私营运输公司、社区和民间社会之间促进多部门合作。

(6)加强紧急和康复服务。

(7)提高对危险因素,特别是驾驶时滥用酒精、精神药物和使用移动电话的后果的认识。

(8)采取特定措施以预防和控制道路交通撞车造成的死亡和发病及评价此类措施的影响。

(9)执行现有交通法规及条例,并与学校、雇主和其他组织合作,促进对司机和行人同样进行道路安全教育。

(10)利用即将发行的《预防道路交通伤世界报告》作为计划和实施适宜预防战略的一个手段。

(11)确保卫生部参与制定关于预防道路交通伤的政策。

(12)尤其是发展中国家,制定法律和严格执行摩托车手和摩托车后座骑乘者戴防撞头盔,并使汽车制造商提供安全带和司机系安全带成为强制性规定。

(13)探索为道路安全增加提供资金的可能性,包括通过建立一项基金。

5. 要求总干事

(1)与会员国合作,为实施预防道路交通伤和减轻其后果的措施制定以科学为基础的公共卫生政策和规划。

(2)鼓励研究以支持为预防道路交通伤和减轻其后果采取以证据为基础的办法。

(3)促进预防交通伤的有效措施变通应用,使之适用于地方社区。

(4)提供技术支持,以便为道路交通撞车的受害者加强住院前和创伤医疗系统。

(5)与会员国、联合国系统各组织和非政府组织合作,以发展预防受伤能力。

(6)保持和加强努力,以提高对道路交通伤严重程度和预防的认识。

(7)定期组织专家会议交流信息和增强建设能力。

(8)向第 60 届世界卫生大会报告在会员国促进道路安全和预防交通伤方面取得的进展。

第 8 次全体会议,2004 年 5 月 22 日,A57/VR/8

附录 C 预防暴力及伤害的干预措施

道路交通伤害

下面列出的降低道路交通伤害的预防措施以《世界预防道路交通伤害报告》^[1]为基础,并非详尽无遗。

1. 通过交通和土地使用政策控制危险暴露

降低机动车交通量

- 高效的土地使用规划;
- 对交通和土地使用计划进行安全影响评估;
- 提供短程安全路线;
- 减少出行的措施。

鼓励使用更安全的交通方式

尽量减少高危情境暴露

- 限制不同路网的进入途径;
- 临时限制专业车辆进入道路网(如周末限制卡车进入);
- 在路网中给予高载客量的车辆行驶优先权;
- 限制两轮机动车的速度和发动机性能;
- 限制轿车、卡车和公共汽车的速度和发动机性能;
- 提高驾驶两轮机动车的法定年龄;
- 分级驾照制;
- 控制一般人群驾照发放程序(如控制驾照购买);
- 控制职业司机驾照发放程序;
- 控制授权销售的机动车(如进口二手机动车);
- 对专业机动车的定期和强制服务;
- 对私人轿车和摩托车的定期和强制服务。

2. 构建可预防道路伤害的路网

路网规划中的安全意识

- 根据道路的功能对道路进行分类和设置限速。

在道路设计中体现安全理念

- 较高速公路上的安全设施；
- 单行道上的安全设施；
- 居民区通行道路上的安全设施。

区域城市安全管理

- 安全的人行道和自行车道；
- 交通减速措施；
- 安全审计程序(为新的交通工程和道路方案)；
- 路边碰撞保护设施(树木、柱子、路标)；
- 在路边坚硬的危险物体(如桥、桥墩、障碍物终端)上设置碰撞缓冲；
- 事故高发地段的补救措施(改正道路规划/设计中的缺陷)。

3. 制造能见度强、具有碰撞保护功能的智能车辆

提高车辆的能见度

- 汽车白天行车灯；
- 高位刹车灯；
- 两轮机动车行车灯；
- 提高非机动车和行人的能见度。

汽车碰撞保护设计(即二级安全、被动安全)

- 改进车辆前端,保护行人和骑自行车者(从形状和硬度方面)；
- 更安全的公共汽车和卡车前端(含货车和皮卡车)；
- 保护机动车驾乘人员；
- 正面撞车和侧面撞车保护；
- 驾乘人员固定设施(如安全带、气囊)；
- 防止撞上路边物体的保护措施(在车辆上的)；
- 车辆之间的兼容性(如在轿车与卡车、跑车、轻型卡车、客车之间)；

预防车辆从前面、后面及侧面钻入卡车下；
非机动车的设计(如自行车)。

智能车辆(技术驱动)

智能语音安全带提醒器(可视语音装置)；
速度调整或智能速度调整(ISA)；
酒精连锁控制(如酒精发动连锁装置、自动控制系统)；
车内电子稳定系统(根据如冰雪之类天气情况进行调

整)。

4. 制定并贯彻执行主要的道路安全法规

制定并执行限速规定(良好执法)

乡村道路上的限速执法；
超速摄像头(法庭接受的影像证据)；
对重型货车和公共交通工具的限速器(限制最高驾驶速

度)；

在专业车辆上放置黑匣子以记录车速。

制定和执行酒精危害法律

普通司机的血液酒精含量限制(BAC)；
对年轻人和新驾驶员设置更低的血液酒精含量限制；
规定最低饮酒年龄的法律；
制止违规酗酒者；
随机呼气测试和清醒检查；
对违规酗酒者的处罚；
对高危违章者的干预($BAC > 0.15g/dl$)；
大众媒体宣传；
制定针对非酒后驾驶行为的非压制性策略(指定驾驶

者)。

制定和执行医疗和消遣性药物危害法律

对驾驶者强制医疗控制

制定和执行其他道路安全规定

对超载车辆的立法和执法措施(如货车、客车);
制定和执行超车相关规定;
制定和执行右行规定;
制定和执行其他道路安全规定(如遵循标志规定、交通信号灯上的摄像头)。

商业运营和公共交通司机的工作时间限制

制定和执行强制使用安全带和儿童安全座椅的法律

强制使用安全带的法律;
执法和宣传;
激励项目;
强制使用儿童安全座椅的法律;
儿童安全座椅借贷计划。

制定和执行强制使用安全头盔的法律

佩戴自行车头盔的强制立法和执法措施;
佩戴摩托车头盔的强制立法和执法措施。

烧伤

下面列出的预防烧伤和烫伤措施以世界卫生组织/国际烧伤协会关于烧伤的情况说明^[2]为基础,并非详尽无遗。

1. 预防火焰烧伤

推广烟雾探测器和自动喷水灭火装置的使用;
改善住宅楼火灾逃生系统;
推广防火织物应用于儿童睡衣;
针对穿着宽松、飘垂衣物进行教育;
避免在床上抽烟;
鼓励使用能防止儿童开启的打火机;
促进防火香烟的发展;
在发展中国家家中应围住明火、限制明火的高度;
促进使用更安全的炉灶和燃料;
促进使用危害更低的燃料;

改善癫痫的诊断和治疗,尤其在发展中国家;

在房屋设计和材料使用上遵守安全规范;

鼓励家庭检查;

促进防火安全教育;

促进引入和遵守工业安全规范。

2. 预防烫伤

降低热水管道的温度;

改善厨房用具的设计;

改善炉灶产品设备的设计(如炉灶面更稳定、设备能保护和防止儿童接近);

促进安全教育。

溺水

下面列出的预防溺水措施主要以世界卫生组织关于溺水的情况说明^[3]为基础,并非详尽无遗。

1. 移除危险

排除不必要的积水(如澡盆、池塘、水桶等)。

2. 设置屏障

在洪水易发地区建造防洪堤坝;

对泳池强制实施和执行隔离栅栏措施;

对农村鱼塘、建筑沟渠(积聚了雨水)进行围栏;

对房屋周围和社区内的其他水体进行围栏;

鼓励对接近水域的农村房屋(如农场房屋)进行围栏;

鼓励在水井上加盖。

3. 保护危险人群

提高危险人群的游泳和水安全技能;

在小学儿童中促进“学习游泳”项目;

增加进入公共游泳池的机会,以促进游泳学习;

提高需要在家庭内外监管儿童的意识;

在农村社区建立家长团或其他照顾儿童的机制;

教导儿童不要进入湍急的水流；
教导儿童不要独自去游泳；
训练救生员并在监督的游泳区域常规性部署救生员；
建立国际统一的海滩安全旗帜和符号；
使用海滩安全符号并制定强制措施；
教育和(或)立法禁止划船时进行饮酒；
教育和(或)立法禁止在大型水体内进行饮酒；
采用和施行溺水安全规定；
增加行船/飞行安全规定教育；
增加行船时需要配备个人漂浮装置的教育；
所有的船只和大型船舶应该定期开展安全检查,包括安全设备检查；
所有的船只不应装载超过设计的最大载客量。

4. 应对伤害

训练大众的救生能力。

青少年暴力

下面列出的预防青少年暴力的措施以世界暴力与卫生报告^[4]为基础,并非详尽无遗。斜体字表示的干预措施在研究中显示对减少青少年暴力或其危险因素无效。

1. 在个体水平

预防意外怀孕；

提高孕前、产后护理的获取；

社会发展项目(目的为降低反社会和攻击行为),可包括提高与同龄人的竞争性能力和社会技能,促进正面、友好、合作的行为(如预防欺侮、解决冲突的项目)；

学前提高项目。

提供药物滥用信息的项目

向暴力高危青少年提供鼓励措施,以完成中学学业。

个别辅导

缓刑或假释项目(如与监狱囚犯会面、听其描述监狱生活/残酷情况)

在精神病院或惩教所居住的项目

改进学习项目。

安全使用枪支的训练

模拟基本军事训练项目(即《新兵训练营》)

将青少年罪犯交至成人法庭

提供鼓励完成高等教育课程的措施；

为贫穷的青少年和年轻人提供职业教育。

2. 在关系水平

家访(如由卫生保健专业人员定期访问儿童家庭)；

子女养育技能训练项目(如情感纽带、育儿方法、自我控制)；

导师项目(即与一位正面成人榜样建立支持关系)；

促进家长参与的家庭与学校伙伴关系项目；

补偿教育,如成人家教。

同伴调解或同伴辅导

为严重的、长期行为不良者提供临时寄养的项目。

改变青少年行为(转向符合传统的行为)、转变同伴群体规范

家庭治疗(以改善交流/互动、解决问题和处理家庭环境)；

增强家庭和工作纽带、降低暴力行为参与度的项目。

3. 在社区水平

监测铅水平、移除家中的有毒物质(以预防大脑损伤)；

增加儿童护理设施和学前提高项目的可获得性及其质量；

改善黑暗危险地区的街道照明；

为儿童/青少年提供更安全的上下学/社区活动的路线；

改善学校环境,包括教师的做法、学校的规定和防护措施(如金属探测器)；

提供课外项目以扩大成人监督；

课外活动(如运动、娱乐、艺术、音乐、戏剧、新闻通讯)。

帮会预防项目(如打压帮会团伙、组织社区,提供延伸的辅导服务)

培训医疗卫生服务工作人员,以对暴力高危青少年进行识别和分类;

改善应急响应、创伤治疗和医疗服务的可获得性;

社区警务/以问题为导向的警务(通过建立社区伙伴关系/解决社区问题);

降低酒精的可获得性。

“回购枪支项目”提供资金用于将枪支交给警方

建立成人娱乐项目。

4. 在社会水平

分散贫困(搬入贫困程度较低的小区的机会);

减轻社会急剧变化所致影响的活动和政策;

降低收入不平等性;

减少媒体暴力;

公共宣传运动(为改变社会规范和促进亲社会行为);

教育系统机构改革;

执行禁止向青少年非法转移枪支的法律;

促进枪支安全和安全储存;

发展《智能》枪支(即只能由登记拥有人使用的枪支);

强力限制的执照法律(除警察和安保人员外均限制使用);

特定时期(如发薪日后的周末)枪支禁令;

改善和加强警察和刑事审判系统;

改革教育系统;

建立向长期失业者提供就业的项目。

参 考 文 献

[1] Peden M, et al., eds. World report on road traffic injury prevention.

- Geneva, World Health Organization, 2004.
- [2] Facts about injuries. Burns. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/en/burnsfactsheet.pdf, accessed 17 January 2006).
- [3] Facts about injuries. Drowning. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/en/drowning_factsheet.pdf, accessed 17 January 2006).
- [4] Krug E, et al. ,eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.