

МИРОВОЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ БАРОМЕТР

Смертность от убийств в мире в 2012 году



Рубрику ведет кандидат экономических наук
Екатерина Щербакова

**Ежегодно из-за насилия погибает более 1,3 миллиона человек,
или 2,5% умерших**

Насилие всегда присутствовало в жизни человеческого общества. И сегодня самые разнообразные проявления насилия мы видим практически повсюду в мире. Ежегодно из-за насилия погибает более 1,3 миллиона человек, или 2,5% умирающих. Еще большее число людей получают телесные повреждения без летального исхода и глубокие психологические травмы как в результате покушений на собственную жизнь и здоровье, так и в результате межличностных и коллективных форм насилия.

Несмотря на то, что насилие во все времена было спутником человечества, общество не должно относиться к нему как к неизбежному злу. Издавна сложились и развиваются различные системы — религиозные, философские, юридические и социальные — призванные предотвратить или ограничить его. И хотя ни одна из них не стала абсолютно успешной, каждая внесла свой вклад в борьбу с насилием. С начала 1980-х годов система здравоохранения становится все более важным оружием в борьбе с насилием. Широкий круг практических работников, ученых и целые учреждения поставили перед собой задачу понять корни насилия, научиться предотвращать его проявления, уменьшать и смягчать его последствия, подобно тому, как система здравоохранения научилась предотвращать или уменьшать число осложнений, связанных с родами, производственными травмами, инфекционными заболеваниями и болезнями, возникающими от потребления некачественной воды и продовольствия во многих районах мира. Факторы, от которых зависит реакция на проявление насилия, в том числе социального, экономического, политического или культурного характера, а также взгляды и мнения людей вполне могут быть изменены.

В 1996 году 49 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла Резолюцию WHA49.25, объявившую насилие важнейшей и все более обостряющейся проблемой здравоохранения во всем мире. В этой резолюции Ассамблея обратила внимание на серьезные последствия насилия — как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе — для отдельных людей, семей, общин и стран мира, а также подчеркнула, что насилие наносит огромный ущерб сфере здравоохранения. Ассамблея обратилась к странам-членам с просьбой срочно обратить внимание на проблему насилия на их территориях и просила Генерального директора Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) провести работу, направленную на решение указанной проблемы.

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Смертность от убийств в мире в
2012 году /Демоскоп Weekly. 2014. № 623-624. URL:
<http://demoscope.ru/weekly/2014/0623/barometer623.pdf>

Подход системы здравоохранения к любой проблеме здоровья носит междисциплинарный и научно обоснованный характер. Используя достижения различных наук - медицины, эпидемиологии, социологии, психологии, криминологии, педагогики и экономики, - всемирная система здравоохранения опирается на коллективные усилия. Такой подход прошел проверку временем и показал, что для решения проблем, традиционно рассматривающихся как чисто «медицинские», необходимы согласованные действия в таких разных сферах как образование, социальное обеспечение, юриспруденция и политика.

Решение проблемы снижения потерь от насилия специалисты ВОЗ связывают со следующими последовательными стадиями работы:

- Получение возможно большего объема знаний обо всех аспектах насилия путем систематического сбора информации о масштабах, сфере, характеристиках и последствиях насилия на местном, национальном и международном уровнях;
- Изучение причин насилия путем проведения исследований, направленных на выявление:
 - причин и факторов насилия;
 - факторов, которые увеличивают или уменьшают риск проявления насилия;
 - факторов, которые могут быть изменены при внешнем воздействии на них.
- Исследование путей предотвращения насилия на основе полученных данных - разработка, реализация и оценка мер вмешательства;
- Осуществление мероприятий, которые представляются наиболее многообещающими, широкая пропаганда успехов таких мероприятий и определение их экономической эффективности.

В 2002 году был опубликован первый доклад о насилии и здоровье в мире [1]. В нем описаны масштабы и последствия насилия в мире по состоянию на 2000 год, выявлены факторы риска проявления насилия, обобщен опыт мероприятий по борьбе с насилием и все, что известно об их эффективности, а также представлены рекомендации по борьбе с насилием на местном, национальном и международном уровнях.

Понятие насилия увязывается в докладе с преднамеренным характером действий (в отличие от непреднамеренных действий, ведущих к смерти или травмам – в результате различных несчастных случаев). ВОЗ определяет насилие как «преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо высока вероятность этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб» [2].

В соответствии с характеристиками тех, кто совершает акт насилия, выделяются три основные категории насилия:

- покушение на собственную жизнь или здоровье;
- межличностное насилие (осуществляемое другим человеком или группой людей);
- коллективное насилие (осуществляемое более крупной группой: государством, организованными политическими группами, вооруженными и террористическими организациями).

По оценке ВОЗ [3], общее число смертных случаев в результате насилия составило в 2000 году 1659 тысяч. Почти половина смертей произошла в результате самоубийств (815 тысяч), около трети – в результате убийств (520), почти каждая пятая смерть – в результате военных действий (310), остальные - от преднамеренного нанесения телесных повреждений в результате вмешательства представителей закона.

В декабре 2014 года опубликован второй доклад ВОЗ о предотвращении насилия^[4], который посвящен в основном межличностному насилию (прежде всего убийствам), программам его профилактики и снижения и национальным планам действий в этой области.

При подготовке доклада сбор сведений по каждой стране осуществлялся под руководством национального координатора экспертами межведомственной группы, состоящей из представителей ряда министерств и ведомств (здравоохранения, юстиции, внутренних дел, образования, гендерного равенства и положения женщин, положений детей и социального обеспечения) и представителей неправительственных организаций. После заполнения анкеты, разработанной специалистами ВОЗ, представляемые данные рассматривались всеми заинтересованными сторонами с целью достижения национального консенсуса. После поступления данных в ВОЗ они рассматривались экспертами ВОЗ и корректировались для обеспечения сопоставимости, после чего отправлялись на согласование национальным экспертам с тем, чтобы обеспечить наибольшую достоверность данных, которые затем возвращались в ВОЗ. Эта работа была начата в июне 2012 года и закончилась в июле 2014 года.

Окончательные данные для подготовки всемирного доклада были получены из 133 стран, в которых проживает около 88% населения мира. По регионам ВОЗ^[5] охват населения составил от 63% в Восточно-Средиземноморском регионе и 70% в Африканском регионе до 97% населения в Западно-Тихоокеанском регионе и регионе Юго-Восточной Азии.

Данные, сообщенные национальными экспертами, представлены в докладе в соответствующих «профилях» стран. В сводных таблицах, кроме того, представлены оценки, подготовленные специалистами ВОЗ, по состоянию на 2012 год с учетом последних оценок численности населения, рассмотренных Отделом населения ООН в 2014 году ^[6].

Информация об убийствах неполная - 60% стран не имеют достоверных данных учета умерших по причинам смерти

Информация о насилии отличается значительной неполнотой. Доступнее всего данные о смертности, поскольку их сбору всегда уделяется больше внимания. Данные о смертных случаях в результате убийств поступают из двух источников – из данных учета правонарушений и из данных регистрации смертей.

Данные правоохранительных органов об убийствах можно считать полными и последовательными (в отличие от других видов преступлений, число убийств в меньшей степени искажается из-за недоучета), но они не всегда вполне пригодны для межстрановых сопоставлений из-за различий в классификации смерти как преднамеренного убийства и особенностей учета случаев убийства. Так, жестокое обращение с детьми, приведшее к смерти ребенка, или «убийства чести» могут не учитываться правоохранительными органами как преднамеренное убийство.

При регистрации смертей причина указывается в соответствии с кодами Международной классификации болезней для внешних причин. Судебно-медицинский эксперт (патологоанатом) определяет характер травмы или повреждения, ставшего основной причиной смерти (огнестрельное или ножевое ранение, удушение и т.п.). Классифицировать это как убийство можно в случае, если имеются веские доказательства того, что повреждения были нанесены преднамеренно другим человеком. Поэтому некоторые случаи относятся к категории повреждений с неопределенными намерениями. Но, тем не менее, в отличие от криминальной статистики, система регистрации смертей учитывает все случаи смерти, что облегчает задачу корректировки данных. Однако качество регистрации смертей по причинам, как и учет числа убийств правоохранительными органами, зависит и от других факторов, включая недостаточный уровень профессиональной подготовки медицинского персонала (особенно в развивающихся странах), недоучет в случае, когда не все умершие подвергаются медицинскому освидетельствованию, и

возможность уточнения обстоятельств смерти следственными органами уже после того, как смертный случай уже учтен в системе регистрации и попал в статистику.

Сопоставление информации, полученной из разных источников, представляет собой одну из самых трудных проблем в исследовании насилия, поскольку информация о насилии поступает из ряда организаций, не зависящих друг от друга. Информация медицинских экспертов и следователей обычно не связана с информацией, собранной полицией.

Однако такой учет ведется далеко не везде. Большинство стран (88%) сообщают о том, что располагают данными об убийствах от правоохранительных органов. Однако 60% стран не имеют пригодных данных об убийствах из системы регистрации смертей, а 9% стран не располагают данными об убийствах из обоих источников. Особые сложности с оценкой смертности в результате убийств возникают в тех случаях, когда население страны подвижно — например, люди уезжают из мест, где происходят вооруженные конфликты — или с трудом поддается учету, например, в перенаселенных или очень удаленных районах.

Доступность данных об убийствах особенно ограничена в отдельных регионах ВОЗ. Так, более чем в 30% стран Восточно-Средиземноморского региона учет убийств не ведется правоохранительными органами, в 75% стран регионов Восточного Средиземноморья и Юго-Восточной Азии текущий учет населения не дает сведений об умерших в результате убийств (рис. 1). В наибольшей степени обеспечены информацией об убийствах страны Европейского региона ВОЗ, хотя и здесь такой учет налажен не повсеместно.



Рисунок 1. Доля стран, в которых имеются данные об убийствах из учета правонарушений и гражданской регистрации (учет умерших по причинам смерти), % стран (из 133 стран, представивших информацию)

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on violence prevention 2014. P. 21.

Примерно в 43% стран, сообщивших о наличии данных об убийствах, поступающих из правоохранительных органов, не используется стандартное определение убийства (по Международной классификации преступлений для целей статистического учета^[7]). В 14% стран, сообщивших о наличии данных об убийствах из системы регистрации умерших, не используется стандартное определение Международной классификации болезней (ICD-10).

В странах, где учет убийств налажен, детальность поступающей информации различна. 36% стран сообщали о том, что не могут представить данные правоохранительных органов об убийствах в разбивке по полу жертв, более половины стран (54%) не могли представить в разбивке по полу данные регистрации смертей по причинам. Кроме того, 13% стран (и более трети стран в Восточно-Средиземноморском регионе) не смогли представить данные об убийствах за период 2001-2010 годов, чтобы представить тенденцию изменения. В анкете ВОЗ не было вопросов о взаимоотношениях жертвы и преступника или обстоятельствах насильственной смерти, однако по итогам некоторых других исследований известно, что мало где такую информацию собирают. А она необходима, чтобы классифицировать убийства по типам (жестокое обращение с детьми или пожилыми людьми, насилие со стороны интимного партнера) и направить усилия на предотвращение населения конкретного типа.

Для получения сопоставимых оценок по странам специалисты ВОЗ, проанализировав полученные от стран данные об убийствах за 2000-2012 годы, разделили страны на две группы. Для стран, располагающих удовлетворительной статистикой убийств за 8 лет и более в период 2000-2012 годов хотя бы из одного источника, оценка основывалась непосредственно на этих данных. Для стран, не располагающих удовлетворительной статистикой за такой промежуток времени, для оценки смертности от убийств применялось регрессионное моделирование на основе данных о наблюдаемых уровнях смертности по регионам и странам во взаимосвязи с основными факторами, объясняющими эти различия. Тесно скоррелированными с уровнем смертности от убийств оказались младенческая смертность, индекс Джини (дифференциация доходов), доля городского населения, доля мужчин 15-30 лет, подростковая (ранняя) рождаемость, распространенность ВИЧ-инфекции, наличие религиозных меньшинств, индекс коррупции (2012 год), валовой национальный доход, индекс гендерного неравенства, потребление алкоголя.

Однако данные о смертности — это только один из видов информации, необходимой для описания масштабов проблемы насилия. Поскольку случаи насилия чаще всего не приводят к смертельному исходу и некоторые виды насилия не представлены в статистике смертности, возникает необходимость в иных видах информации, которая поможет понять обстоятельства, в которых происходят эпизоды насилия. Это позволит определить, какие меры могут быть эффективными для их профилактики и уменьшения отрицательного воздействия на здоровье отдельных людей и общин.

Некоторые источники, в том числе записи в медицинских учреждениях и в полиции, свидетельства о смерти и отчеты моргов, содержат в себе информацию, характеризующую акты насилия или нанесенные телесные повреждения. В сведениях из отделений скорой медицинской помощи, например, могут отражаться характер телесного повреждения, время и место произошедшего инцидента. Полицейские органы могут располагать информацией о том, в каких отношениях состояли жертва и преступник, было ли при осуществлении акта насилия применено какое-либо оружие, а также о других обстоятельствах, связанных с преступлением.

Обследования населения и специальные исследования могут содержать в себе детальную информацию о жертве и преступнике, об их прошлом, взглядах, поведении и о возможной причастности к актам насилия в прошлом. Эти источники могут вскрыть и то, о чем не было сообщено полиции или иным органам. Так, обследование семей в Южной Африке показало, что от 50 до 80% жертв насилия получили медицинскую помощь, но при этом полиция не была поставлена в известность о факте насилия^[8]. Согласно другому исследованию, проведенному в США, 46%

жертв, обратившихся за помощью в отделения скорой медицинской помощи, не уведомили о случившемся полицию[9].

Даже тогда, когда такая информация имеется, ее качество не всегда отвечает целям исследования и достаточно для разработки мер по предотвращению насилия. Организации и учреждения хранят информацию для своих внутренних нужд, следуя своей методике регистрации. Так, медицинские учреждения делают записи, чтобы обеспечить наилучшее обслуживание пациента. Поэтому в этих записях будет информация о диагнозе, о назначенном курсе лечения, но, скорее всего, не будет информации об обстоятельствах самого инцидента. Медицинские записи могут носить конфиденциальный характер и, таким образом, быть недоступными для исследовательских целей.

Более детальную информацию о человеке, его биографии и вовлеченности в акты насилия дают специальные обследования населения, хотя и им свойственна известная ограниченность (что именно может вспомнить тот или иной человек об эпизоде насилия и насколько он готов признать свое участие в нем). Эти ограничения во многом зависят от того, кто и в какой форме задавал вопросы, когда, где и насколько качественно был проведен опрос.

Если большинство стран отмечали, что имеют данные о насильственной смерти из системы учета правонарушений или умерших, то обследования распространенности отдельных типов населения по репрезентативной на национальном уровне выборке проводятся менее чем в половине стран. Хотя насилие с применением оружия и деятельность банд являются вполне видимыми типами насилия, лишь небольшое число стран систематически собирает данные о распространенности и характеристиках этих видов насилия на национальном уровне. Только 6% стран сообщили о проведении репрезентативных обследований о деятельности банд, 11% - о насилии с применением оружия, включая страны, в которых данные обследований на малых выборках свидетельствовали о серьезности данных проблем. Только 26% стран отметили, что у них проводятся репрезентативные обследования насилия среди молодежи (рис. 2), в том числе 29% стран Американского региона и 43 страны Европейского региона ВОЗ.

Чаще всего проводятся национальные обследования по проблемам насилия против женщин, в частности, со стороны интимного партнера (57%), включая сексуальное насилие (такие блоки обычно включаются в программу обследований по проблемам насилия против женщин или по проблемам здоровья и репродуктивного здоровья).

Примерно две трети стран Европейского (68%) и Американского (67%) регионов ВОЗ отметили, что у них проводятся обследования по проблемам насилия со стороны интимного партнера. В других регионах ВОЗ доля таких стран существенно ниже: 52% в Африканском регионе, 38% в Восточно-Средиземноморском регионе и лишь 25% стран в регионе Юго-Восточной Азии.

Несколько реже (в 41% стран) проводятся обследования, посвященные проблемам плохого обращения с детьми, причем больше всего они распространены в Европейском регионе (60% стран), несколько меньше в Американском регионе (43%) и заметно меньше в Африканском регионе (33%) и регионе Юго-Восточной Азии (13% стран). Особенно велика разница по этому показателю, если сравнить группы стран по уровню развития. Такие обследования проводятся только в 14% стран с низким уровнем дохода, в 47% странах с высоким доходом и 45% стран со средним доходом[10].

Лишь 17% стран сообщили о проведении национальных обследований, посвященных проблемам плохого обращения с пожилыми людьми. В Европейском регионе их насчитывалось 32%, в Американском регионе – 19%, от 7% до 13% в остальных регионах (за исключением региона Юго-Восточной Азии, в котором подобные обследования не проводятся ни в одной стране).

Обследования по проблемам насилия среди молодежи занимают промежуточное положение по популярности – они проводятся по репрезентативной для страны выборке в 26% стран.

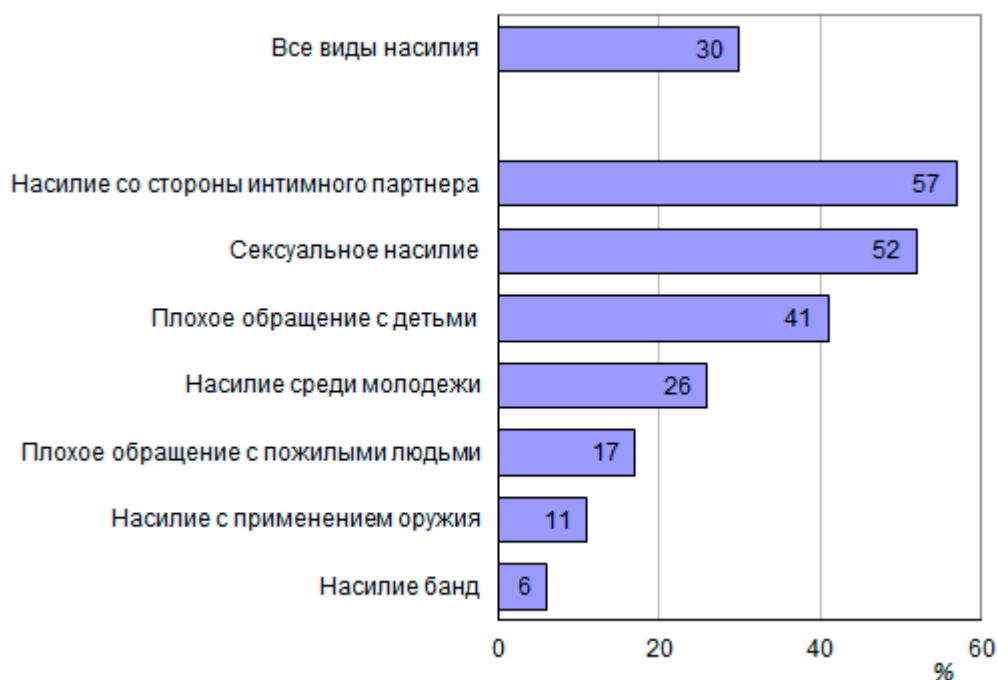


Рисунок 2. Доля стран, в которых проводятся национальные обследования распространённости различных видов насилия, % стран (из 133 стран, представивших информацию)

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on violence prevention 2014. P. 22.

По оценке ВОЗ, в 2012 году жертвами убийств стали 475 тысяч человек, по сравнению с 2000 годом смертность от убийств снизилась на 16%

По оценке ВОЗ, в 2012 году жертвами убийств стали 475 тысяч человек, или 6,7 в расчете на 100 тысяч человек. Смертность от убийств заметно различается по регионам и группам стран мира (рис. 3).

Смертность в результате убийств в странах с высоким доходом существенно ниже, чем в странах со средним и низким уровнями дохода. Для стран с высоким уровнем дохода всех регионов она составляет в среднем 3,8 на 100 тысяч человек. Наиболее высокое значение показателя в странах с низким и средним уровнем дохода отмечается в Американском регионе ВОЗ – 28,5 на 100 тысяч человек. В остальных регионах его значение ниже в 2,6 раза и более. Самый низкий уровень смертности от убийств отмечается в Западно-Тихоокеанском регионе, где его значение (2,1 на 100 тысяч человек) вдвое ниже, чем в целом по миру, и почти вдвое ниже, чем в среднем по группе стран с высоким доходом и странам Европейского региона с низким и средним уровнем дохода.

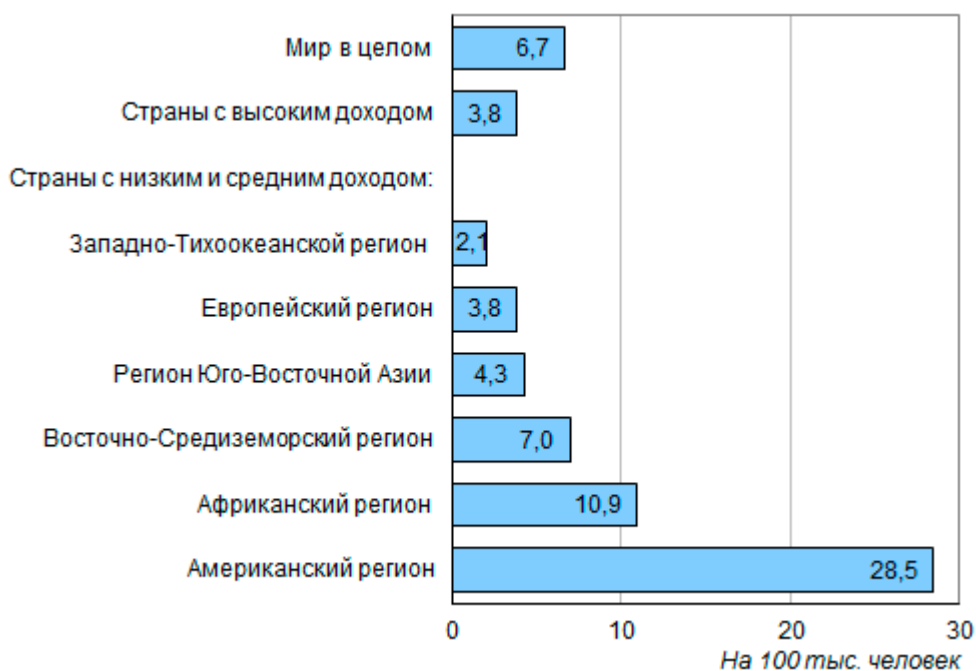


Рисунок 3. Число убийств по регионам ВОЗ и группам стран с разным уровнем ВВП на душу населения, 2012 год, на 100 тысяч человек

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on violence prevention 2014. P. 8.

По сравнению с 2000 годом, смертность от убийств снизилась на 16% - с 8,0 до 6,7 в расчете на 100 тысяч человек. Наиболее значительное снижение наблюдалось в странах с высоким доходом – на 39%, с 6,2 до 3,8 в расчете на 100 тысяч человек (рис. 4). Для стран со средним уровнем дохода снижение составило 13%, для стран с низким доходом – 10%.

Самый высокий уровень смертности в результате убийств наблюдается в группе стран с высшими из средних доходов (то есть страны со средними доходами разделены еще надвое – с высшими и низшими из средних). Снижение за период 2000-2012 годов составило 14%.

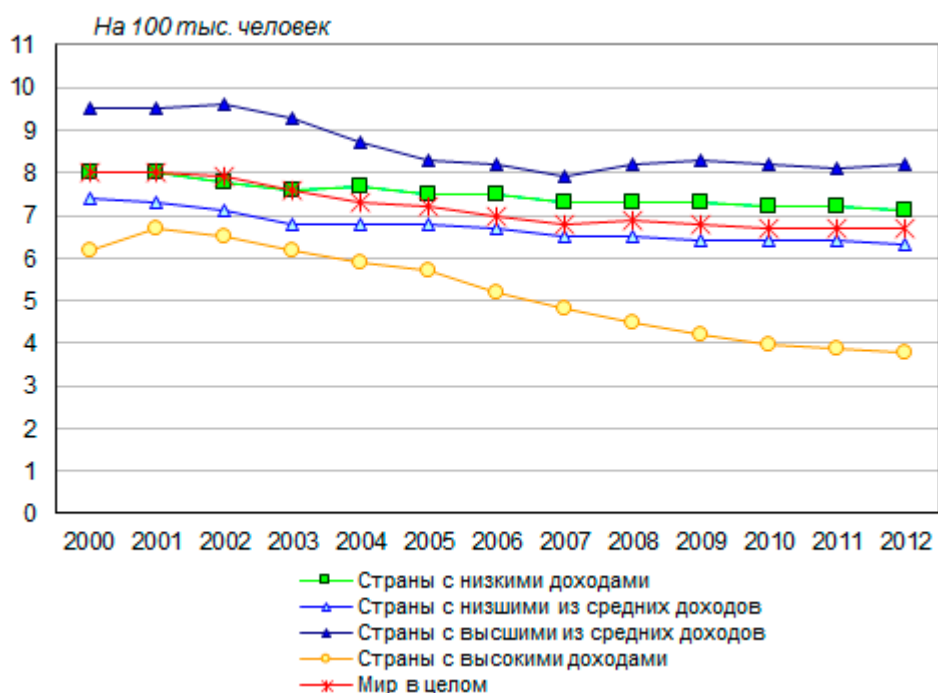


Рисунок 4. Число убийств по группам стран с разным уровнем ВНД на душу населения, 2000-2012 годы, на 100 тысяч человек

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on violence prevention 2014. P. 12.

Смертность от убийств выше всего у молодых мужчин в странах со средним уровнем дохода. Если говорить о мире в целом, смертность мужчин от убийств по всем возрастным группам существенно выше, чем у женщин (рис. 5). В детских возрастах до 15 лет это превышение незначительно, а в молодых возрастах увеличивается почти до 6 раз, а затем вновь снижается в старших возрастах.

В целом смертность мужчин в результате убийств составляет, по оценкам ВОЗ, 10,8 на 100 тысяч человек, а женщин – 2,5 на 100 тысяч человек. Самые высокие значения показателя отмечается у мужчин в возрасте 15-29 лет (18,2 на 100 тысяч человек), их сверстниц (3,2) и в целом по возрастной группе (10,9).

Женщины чаще погибают от рук своего интимного партнера. По некоторым оценкам, в 2013 году 38% убитых женщин погибли в результате насилия со стороны своего партнера. Среди мужчин такая доля составляет лишь 6%. Однако для 20% случаев убийства женщин нет достаточной информации о взаимоотношениях преступника и жертвы.

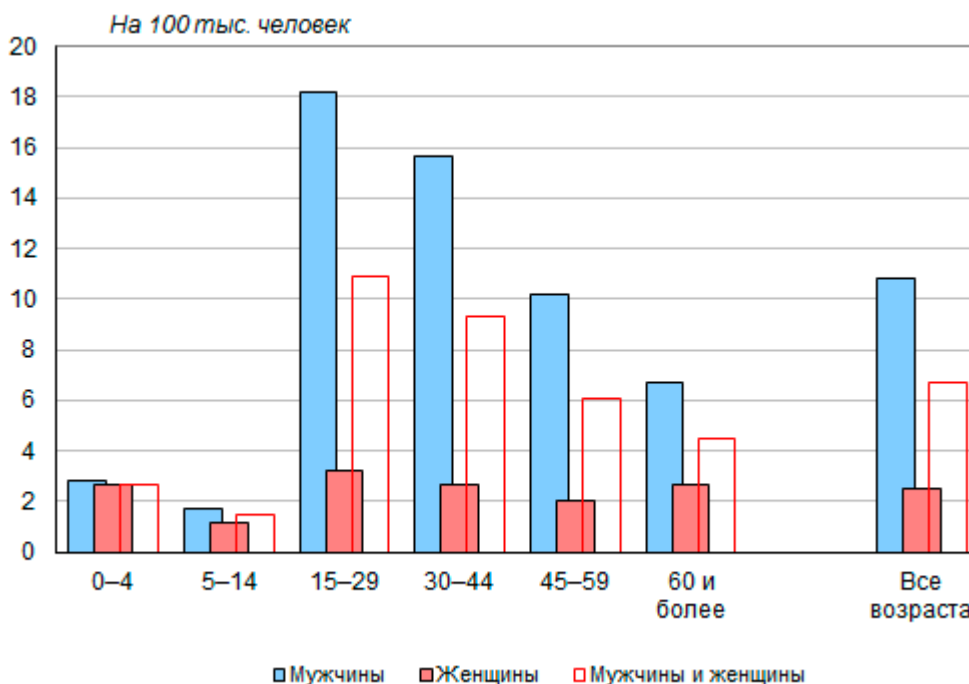


Рисунок 5. Число убийств по возрасту и полу, мир в целом, 2012 год, на 100 тысяч человек соответствующего пола и возраста

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on violence prevention 2014. P. 9.

Возрастные коэффициенты смертности заметно различаются по регионам ВОЗ. Более высокая смертность молодежи в результате убийств прослеживается по всем группам стран, однако эффект влияния уровня доходов различается по возрастным группам (рис. 6). Он более выражен в группах стран с низкими доходами и с высшими из средних доходов. В группе детей в возрасте 0-4 и 5-14 лет смертность от убийств устойчиво повышается с повышением среднедушевого уровня валового национального дохода. В группе молодежи 15-29 лет и людей среднего возраста 30-44 лет смертность от убийств выше всего в группе стран с высшими из средних доходов, а в странах с низкими доходами – несколько ниже. Возможно, это отражает влияние каких-то других факторов, отличных от доходов, в частности, специфичных для группы стран с высшими из средних доходов в Американском регионе ВОЗ.

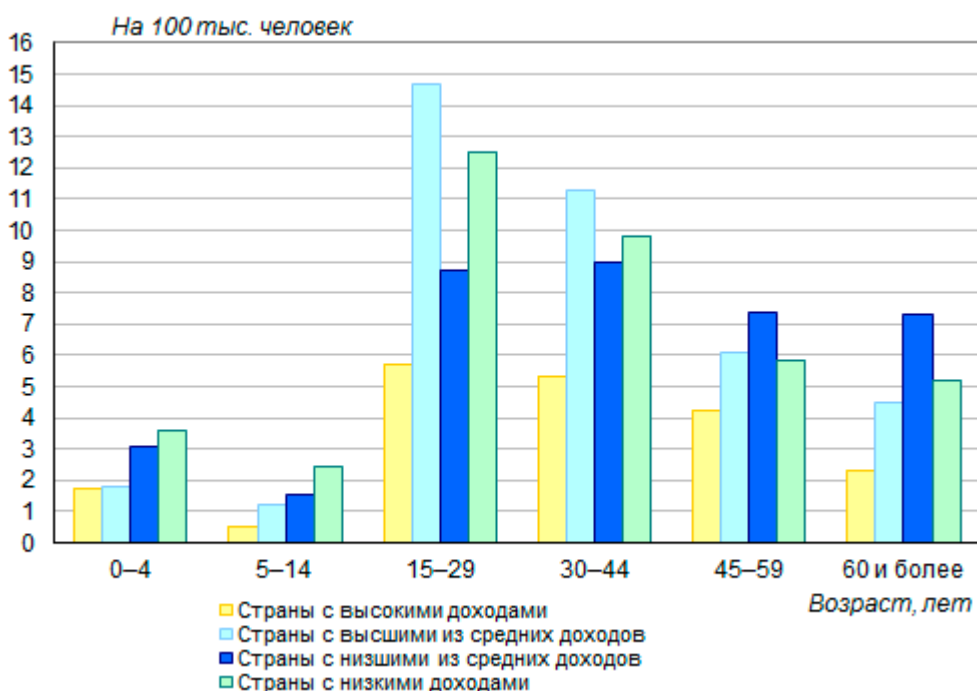


Рисунок 6. Число убийств по возрасту и группам стран мира с разным уровнем дохода, 2012 год, на 100 тысяч человек

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on violence prevention 2014. P. 10.

48% убийств совершается с применением огнестрельного оружия, но эта доля сильно различается по регионам и странам

Почти каждое второе убийство в мире совершается с применением огнестрельного оружия, около четверти – с применением холодного оружия (колющего, режущего, рубящего), еще четверть другими способами (рис. 7). Эта доля существенно различается по регионам и странам мира. Если в странах с низким и средним доходами в Американском регионе около 75% убийств совершается с применением огнестрельного оружия, то в Западно-Тихоокеанском, Европейском и Юго-Восточной Азии – около четверти.

Распространенность убийств с применением и без применения оружия зависит от ряда факторов сложившейся культуры, преобладающих типов насилия (плохое обращение с детьми, насилие среди молодежи, насилие со стороны интимного партнера или сексуальное насилие, жестокое обращение с пожилыми людьми) и наличия оружия, которое может быть применено в актах межличностного насилия.

Огнестрельное оружие широко распространено в Американском регионе и чаще всего используется при проявлении межличностного насилия, в том числе при убийстве интимного партнера. В других регионах чаще применяются ножи, удары кулаками, ногами или какими-то тупыми предметами.

Преобладающие способы убийства зависят также от типа межличностного насилия. Травмы, нанесенные тупыми предметами, и удушьё чаще всего становятся причиной смерти при жестоком обращении с детьми. Насилие среди молодежи, приводящее к летальным исходам, напротив, чаще всего сопровождается применением огнестрельного оружия или ножей.



Рисунок 7. Распределение убийств по видам по регионам ВОЗ и группам стран мира с разным уровнем дохода, 2012 год, %

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on violence prevention 2014. P. 10, 11.

Если расположить все страны-члены ВОЗ в порядке снижения смертности от убийств, окажется, что Россия замыкает третий десяток стран с самыми высокими значениями показателя из 195 стран – 13,1 на 100 тысяч человек (рис. 8).

Самое высокое значение коэффициента смертности – 103,9 на 100 тысяч человек – в Гондурасе. В следующих 6 странах его значение составляет от 40 до 45 умерших в результате убийств на 100 тысяч человек (в Венесуэле, на Ямайке, в Белизе, Колумбии, Сальвадоре и Гватемале), еще в 5 странах – от 32 умерших до 38 на 100 тысяч человек (Лесото, Южной Африке, Тринидаде и Тобаго, Бразилии и на Багамских островах). В следующей пятерке стран смертность в результате убийств составляет от 20 до 25 умерших на 100 тысяч человек, еще в одной – от 15 до 19 умерших на 100 тысяч человек.

В остальных странах значение коэффициента варьируется от 14 до 0,2 в Люксембурге. В 18 странах смертность в результате убийств ниже 1 на 100 тысяч человек, в том числе, помимо Люксембурга, 0,4 в Японии и по 0,6 на 100 тысяч человек в Швейцарии, Сингапуре, Норвегии и Исландии.

США в этом упорядоченном ряду стран замыкает первую сотню стран с показателем 5,4 умерших в результате убийств на 100 тысяч человек.

Отметим, что четкой прямой зависимости уровня смертности от доли убийств с применением огнестрельного оружия не просматривается, однако в странах с высокой смертностью от убийств доля убийств, совершенных с применением огнестрельного оружия, как правило, высока, достигая

90% в Венесуэле и не опускаясь ниже четверти. В тоже время доля убийств, совершенных с применением огнестрельного оружия, высока и в странах с низким уровнем смертности от убийств.

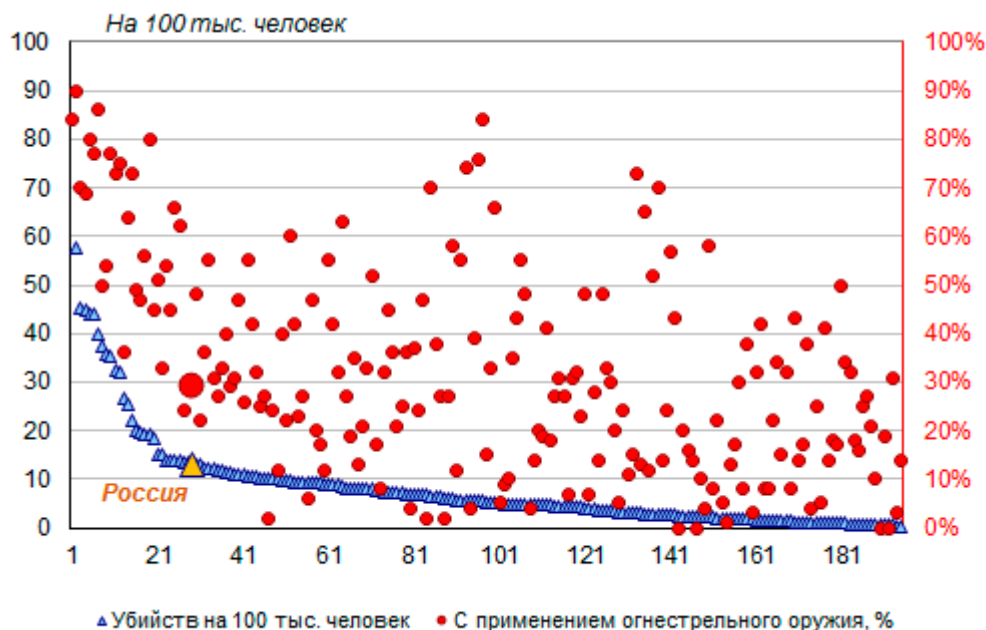


Рисунок 8. Число убийств на 100 тысяч человек (ось слева) и доля убийств, совершенных с применением огнестрельного оружия (ось справа) по странам мира, 2012 год

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on violence prevention 2014. P. 231-237.

Смертность от убийств существенно различается по странам внутри регионов

Смертность от убийств существенно различается не только по крупным регионам, но и по странам внутри регионов, особенно если рассматривать показатели смертности в разбивке полу.

Американский регион ВОЗ, выделяющийся самыми высокими показателями смертности в результате убийства (28,5 на 100 тысяч человек), включает очень разные страны из всех групп, выделенных по уровню дохода. Распространенность убийств в них различается очень существенно - от 1,8 на 100 тысяч человек в Канаде до 104 в Гондурасе (рис. 9). Однако в большинстве стран региона значение показателя располагается в более узком диапазоне, в центральной половине стран (без 25% стран с самыми высокими и самыми низкими показателями) – от 8,2 до 32,3 на 100 тысяч человек при медианном значении 13,9 на 100 тысяч человек.

Значение показателя смертности мужчин в результате убийств среди стран региона варьируется от 2,8 на 100 тысяч человек в Канаде до 194 в Гондурасе при медианном значении 24,4, а среди женщин – от 0,8 на 100 тысяч человек в Канаде до 16,9 на Багамских островах при медианном значении 4,1 на 100 тысяч человек.

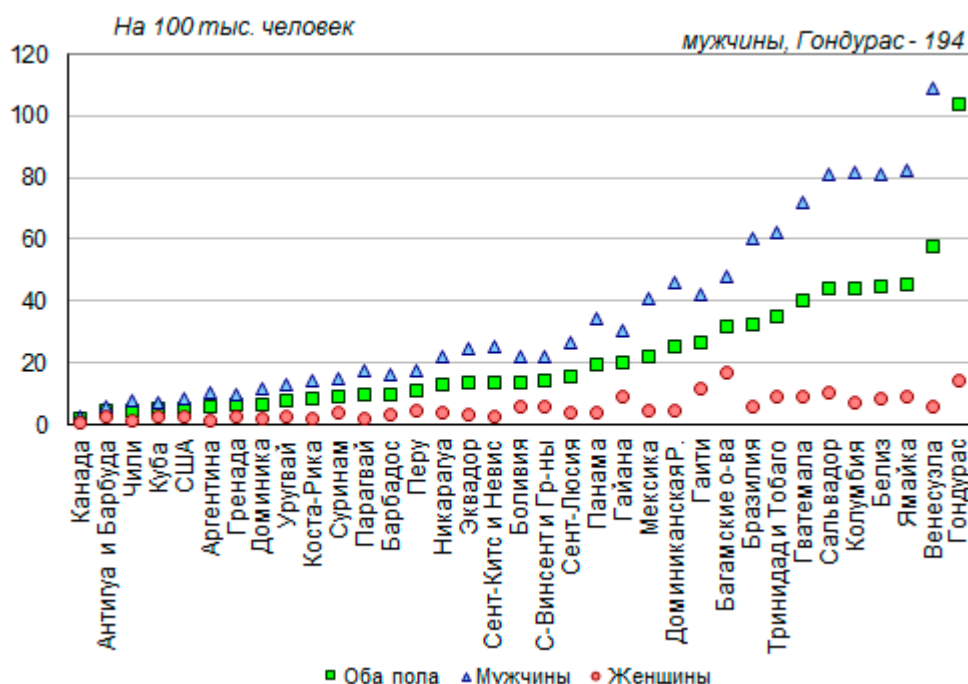


Рисунок 9. Смертность от убийств по полу в странах Американского региона ВОЗ, 2012 год, на 100 тысяч человек

Источники к рис. 9-21: World Health Organization (2014). Global status report on violence prevention 2014. P. 231-237; Global Health Observatory of the World Health Organization. http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/VIOLENCE_HOMICIDENUM,VIOLENCE_HOMICIDERATE&profile=excel&filter=COUNTRY:* ; The data was extracted on 2014-12-18.

Доля убийств, совершенных с применением огнестрельного оружия варьируется от 5% на Кубе до 90% в Венесуэле, о которой уже упоминалось выше, при медианном значении, равном 60%. Низкая доля убийств, совершенных с применением огнестрельного оружия, помимо Кубы, отмечается также в Суринаме (6%). В остальных странах региона он составляет 27% и более.

Доля убийств, совершенных с применением холодного оружия, варьируется от 6,3% в Венесуэле до 72% на Кубе при медианном значении 31%, а доля убийств, совершенных иными способами, - от 0 на Барбадосе до 44% в Суринаме при медианном значении 10,7%.

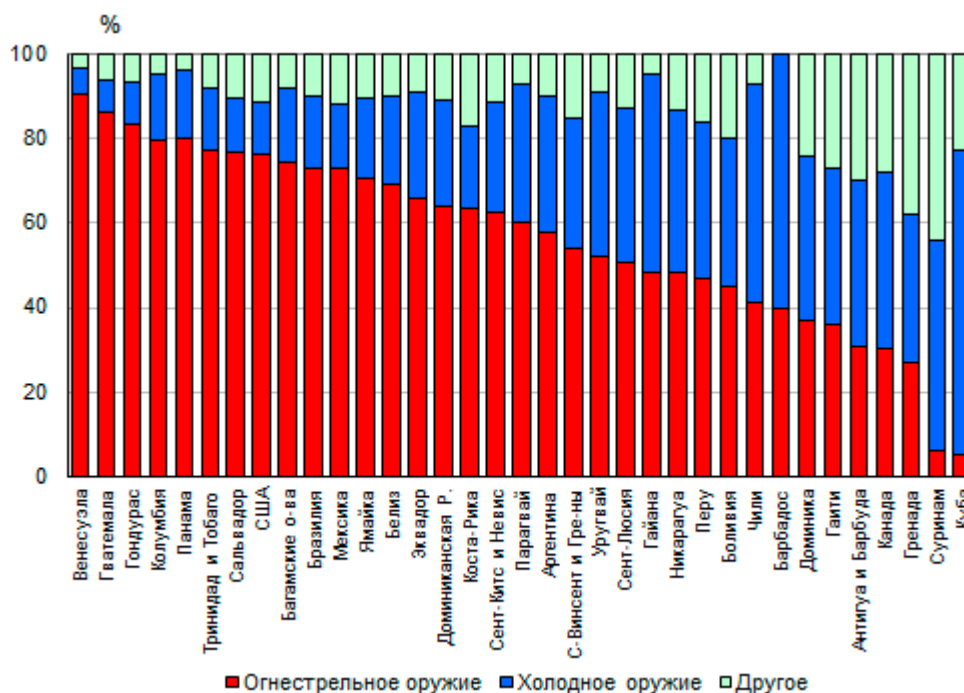


Рисунок 10. Распределение убийств по видам – с применением или без применения оружия - в странах Американского региона ВОЗ, 2012 год, %

В Африканском регионе ВОЗ, втором по уровню смертности от убийств (10,9 в расчете на 100 тысяч человек), показатели по отдельным странам варьируются в более узких пределах – от 2,0 на 100 тысяч человек в Малави до 37,5 в Лесото (рис. 11). Помимо Лесото, крайне высока смертность в результате убийств в Южной Африке (35,7). В центральной половине регионов значение показателя варьируется в узких пределах от 8,0 до 11,6 на 100 тысяч человек при медианном значении 9,7.

Смертность мужчин от убийств составляет от 3,1 на 100 тысяч человек в Малави до 62,2 в Южной Африке при медианном значении 13,7, а смертность женщин – от 0,9 в Малави до 23,7 в Лесото при медианном значении 4,8 на 100 тысяч человек. Высокие показатели смертности женщин от убийств отмечаются не только в Лесото, но и в Южной Африке, Намибии, Свазиленде (11-12 на 100 тысяч человек).

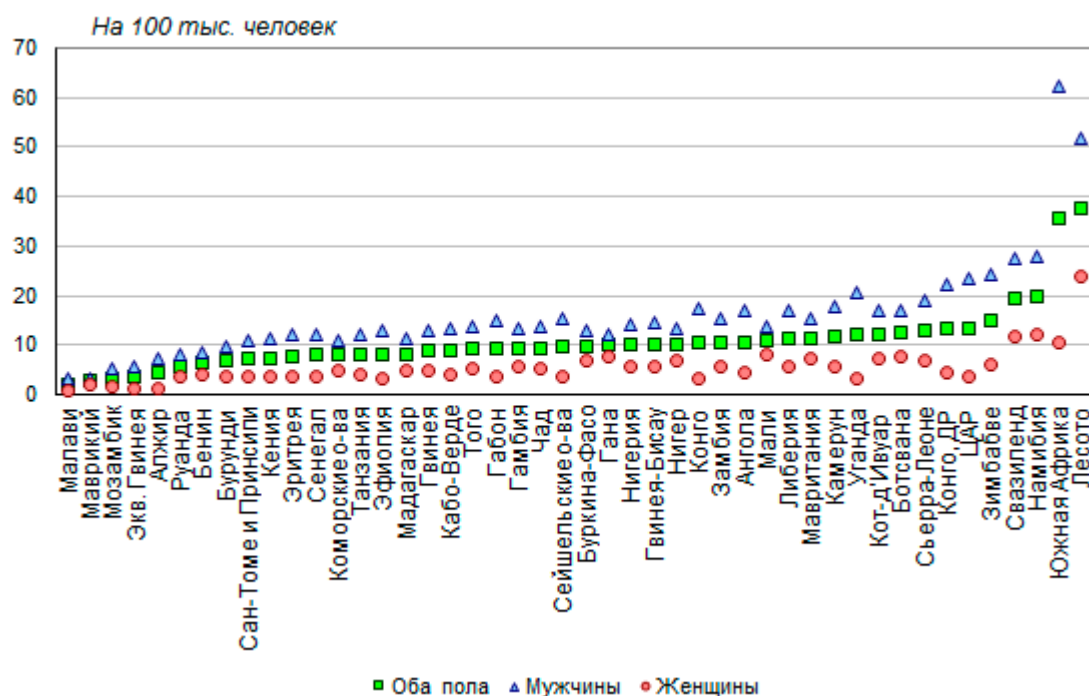


Рисунок 11. Смертность от убийств по полу в странах Африканского региона ВОЗ, 2012 год, на 100 тысяч человек

Доля убийств, совершенных в регионе с применением огнестрельного оружия, относительно низка и составляет от 5,0% в Малави с самым низким уровнем смертности в результате убийств до 56% в Свазиленде с высоким уровнем смертности (рис. 12). Распространенность убийств с применением холодного оружия составляет от 10% в Гвинее до 49% в Руанде, в которой даже во время геноцида 1994 года основным орудием массовых убийств был мачете. Доля убийств, совершенных иными способами, варьируется от 16% в Свазиленде до 61% в Малави и 58% в Гвинее при медианном значении 34%.

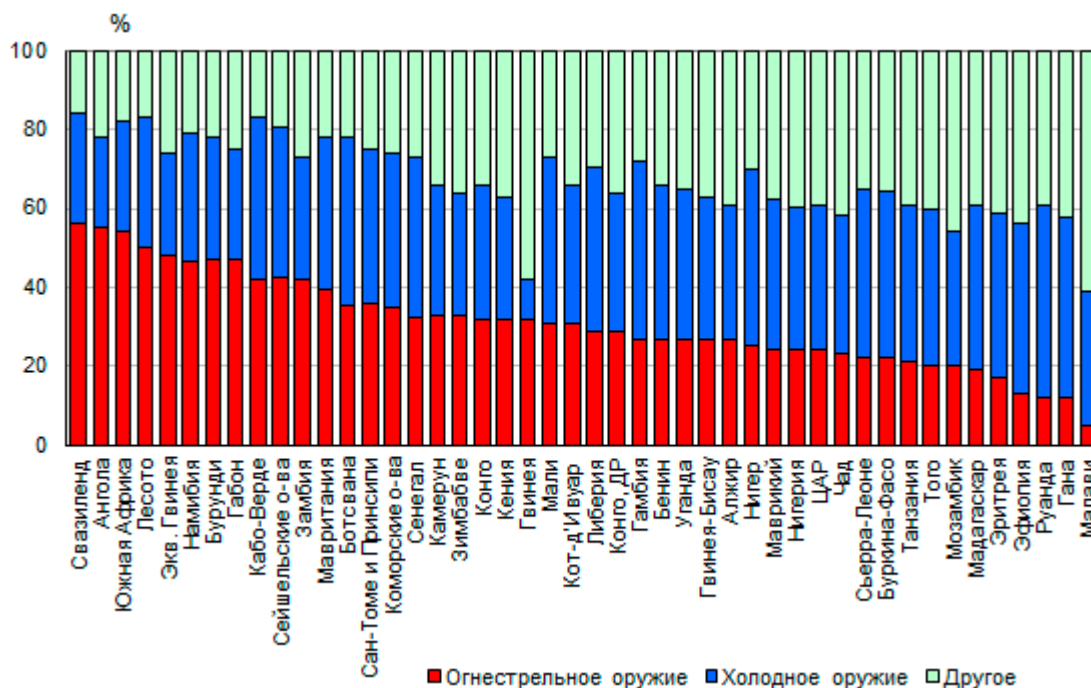


Рисунок 12. Распределение убийств по видам – с применением или без применения оружия - в странах Африканского региона ВОЗ, 2012 год, %

Среди сравнительно небольшого числа стран Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ смертность в результате убийств составляет от 0,8 на 100 тысяч человек в Бахрейне до 18,6 в Ираке (рис. 13). В центральной половине стран показатель принимает значения от 3,0 до 6,7 на 100 тысяч человек при медианном значении 5,1 на 100 тысяч человек.

Смертность мужчин в результате убийств составляет от 1,0 на 100 тысяч человек в Бахрейне до 28,2 в Ираке, а женщин – от 0,3 до 8,8 в тех же странах. Различия в смертности от убийств между мужчинами и женщинами в некоторых странах региона незначительны (в Ливии и Саудовской Аравии).

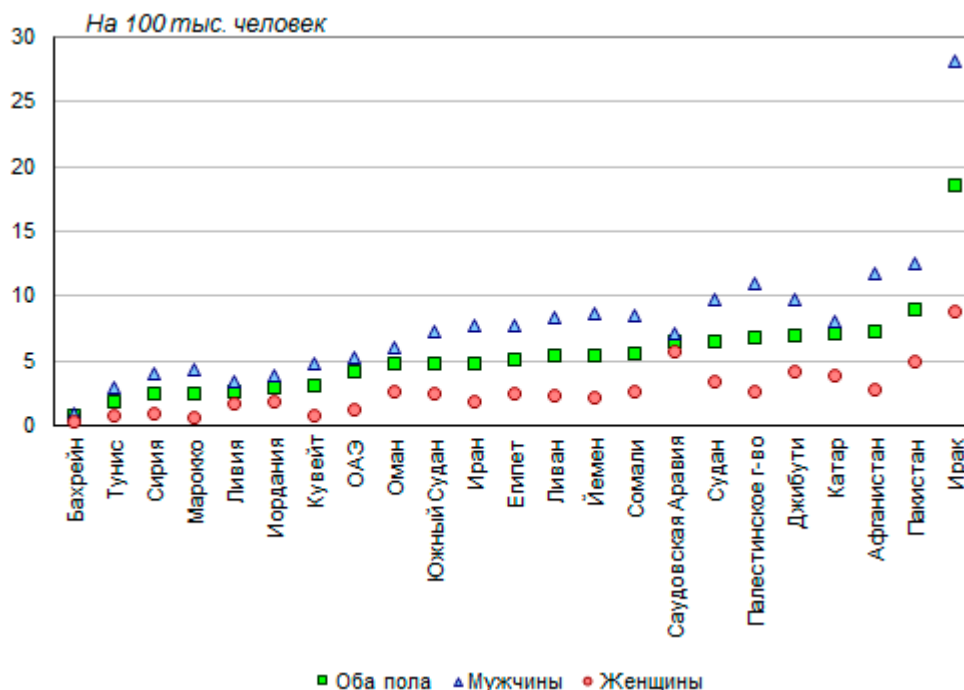


Рисунок 13. Смертность от убийств по полу в странах Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ, 2012 год, на 100 тысяч человек

Доля убийств, совершенных с применением огнестрельного оружия, варьируется от 84% в Йемене до 0 в Марокко и 3% в Тунисе при медианном значении 43% (рис. 14) Доля убийств, совершенных с применением холодного оружия, составляет от 3% в Йемене до 75% в Катаре и 72% в Марокко, а доля убийств, совершенных иными способами, - от 0 в Кувейте и Катаре до 55% в Бахрейне.

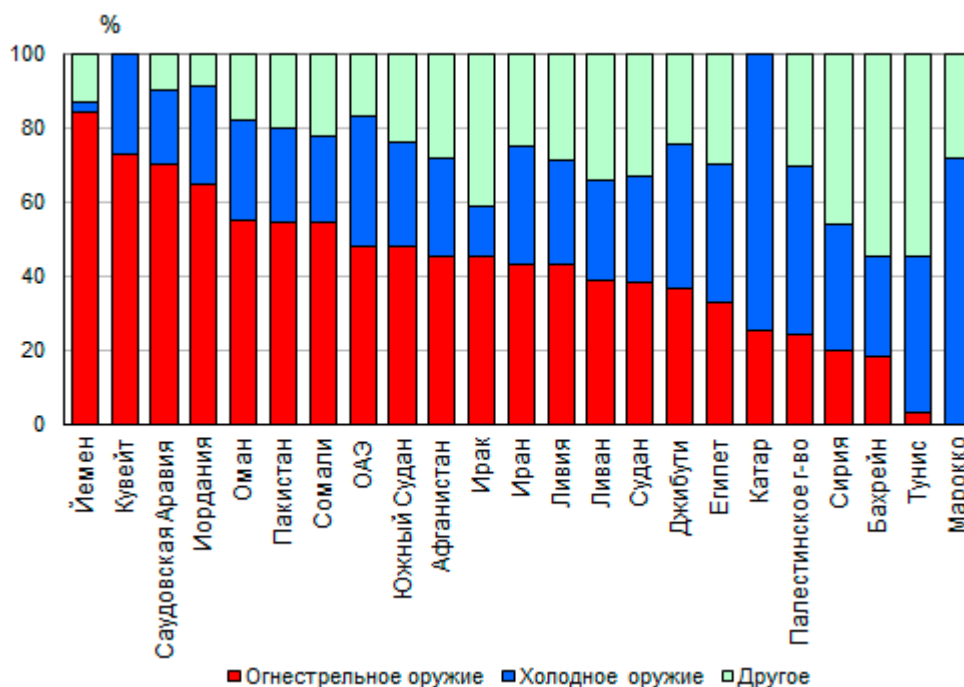


Рисунок 14. Распределение убийств по видам – с применением или без применения оружия - в странах Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ, 2012 год, %

Европейский регион ВОЗ, объединяющий больше число стран с разны уровнем социально-экономического развития, характеризуется наибольшими различиями в коэффициентах смертности от убийств.

Среди стран региона с высокими уровнями дохода смертность от убийств невысока, варьируясь от 0,2 на 100 тысяч человек в Люксембурге до 5,4 в Эстонии при медианном значении 1,0 на 100 тысяч человек (рис. 15). При низких значениях коэффициента смертности от убийств различия по полу, в основном незначительны, хотя в отдельных странах – Эстонии, Израиле, Ирландии, Греции – заметны. Смертность мужчин от убийств составляет от 0,4 на 100 тысяч человек в Люксембурге до 8,4 в Эстонии, смертность женщин – от 0 в Люксембурге до 3,4 – на Мальте.

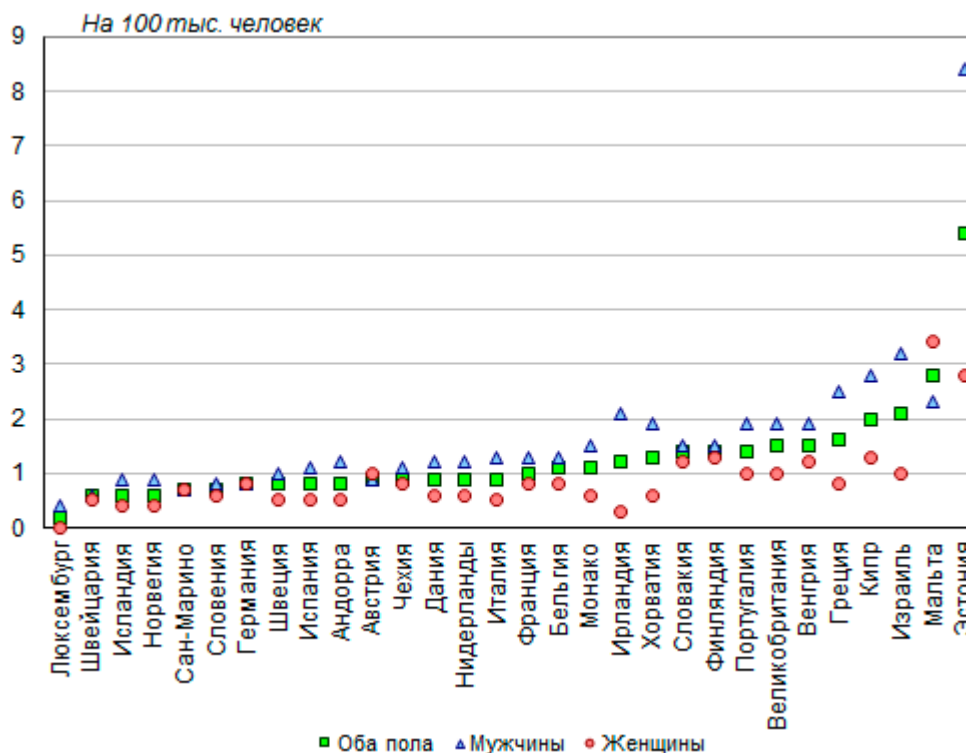


Рисунок 15. Смертность от убийств по полу в странах Европейского региона ВОЗ с высоким уровнем дохода, 2012 год, на 100 тысяч человек

Доля убийств, совершенных с применением огнестрельного оружия в целом относительно невысока, составляя от 0 в Исландии до 58% в Израиле (рис. 16). В Италии и на Мальте она также составляет не менее половины. Доля убийств, совершенных с применением холодного оружия, составляет от 20% в Словении до 100% в Исландии, другим способом – от 0 в Исландии до 70% в Словении.

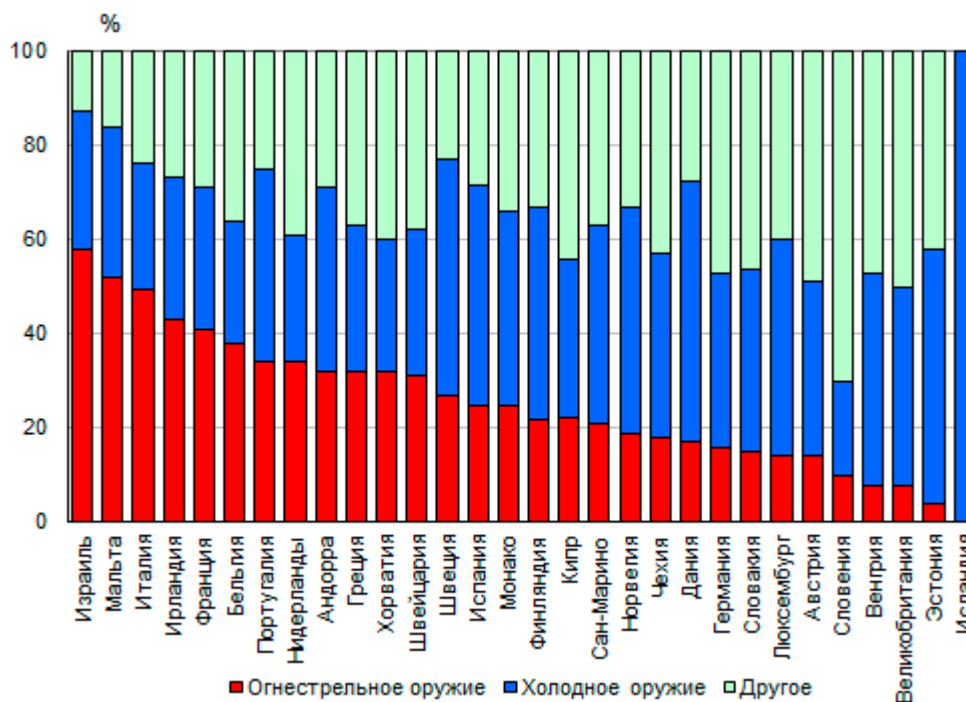


Рисунок 16. Распределение убийств по видам – с применением или без применения оружия - в странах Европейского региона ВОЗ с высоким уровнем дохода, 2012 год, %

Среди стран Европейского региона с более низкими доходами уровень смертности от убийств заметно выше, составляя от 1,1 на 100 тысяч человек в Польше до 13,1 в России (рис. 17). Различия в смертности от убийств между мужчинами и женщинами не очень значительны в большинстве стран с низким общим уровнем смертности от убийств и существенны в странах с более высоким общим уровнем смертности от убийств. Смертность мужчин в результате убийств составляет от 1,7 в Польше до 21,4 в России, а смертность женщин – от 0,6 до 6,0 в тех же странах.

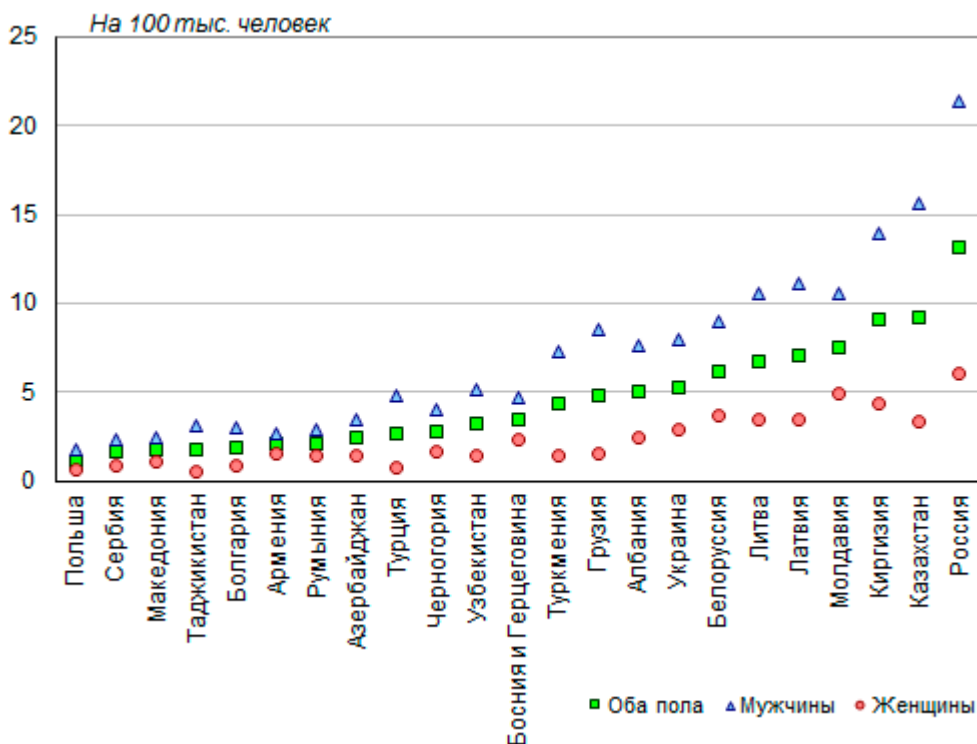


Рисунок 17. Смертность от убийств по полу в странах Европейского региона ВОЗ со средним и высоким уровнем дохода, 2012 год, на 100 тысяч человек

Доля убийств, совершенных с применением огнестрельного оружия, превышает половину в трех странах региона – Черногории (70%), Албании (66%) и Турции (57%), а в остальных не превышает 42% (рис. 18). В 7 странах группы – Румынии, Молдавии, Таджикистане, Польше, Латвии, Белоруссии и Литве – эта доля не превышает 8%. В России с применением огнестрельного оружие совершается около трети всех убийств (29%).

Доля убийств, совершенных с применением холодного оружия, составляет от 3% в Македонии до 60% в Узбекистане, иными способами – от 16% в Узбекистане до 65% в Армении.

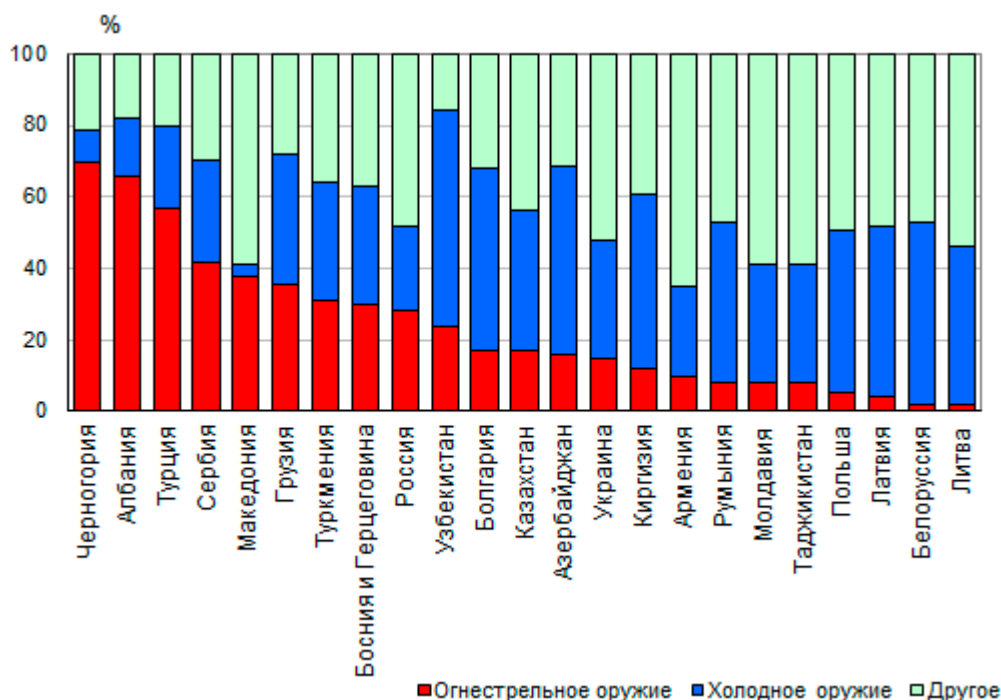


Рисунок 18. Распределение убийств по видам – с применением или без применения оружия - в странах Европейского региона ВОЗ со средним и высоким уровнем дохода, 2012 год, %

В регионе Юго-Восточной Азии смертность в результате убийств невысока. Среди стран региона крайними значениями выделяются Таиланд (5,5 на 100 тысяч человек) и Бутан (1,9). В остальных странах региона значение показателя составляет от 3,1 до 4,9 на 100 тысяч человек (рис. 19). В крупнейшей по численности населения стране региона и мира в целом – в Индии – оно составляет 4,3 на 100 тысяч человек, то есть втрое ниже, чем в России.

Смертность мужчин от убийств во всех странах региона, кроме Мьянмы, Бутана и Бангладеш, заметно выше, чем женщин. Значение коэффициента для мужчин варьируется от 1,8 убийств на 100 тысяч человек в Бутане до 10 в Таиланде, а для женщин – от 1,3 в Таиланде до 4,5 в Мьянме.

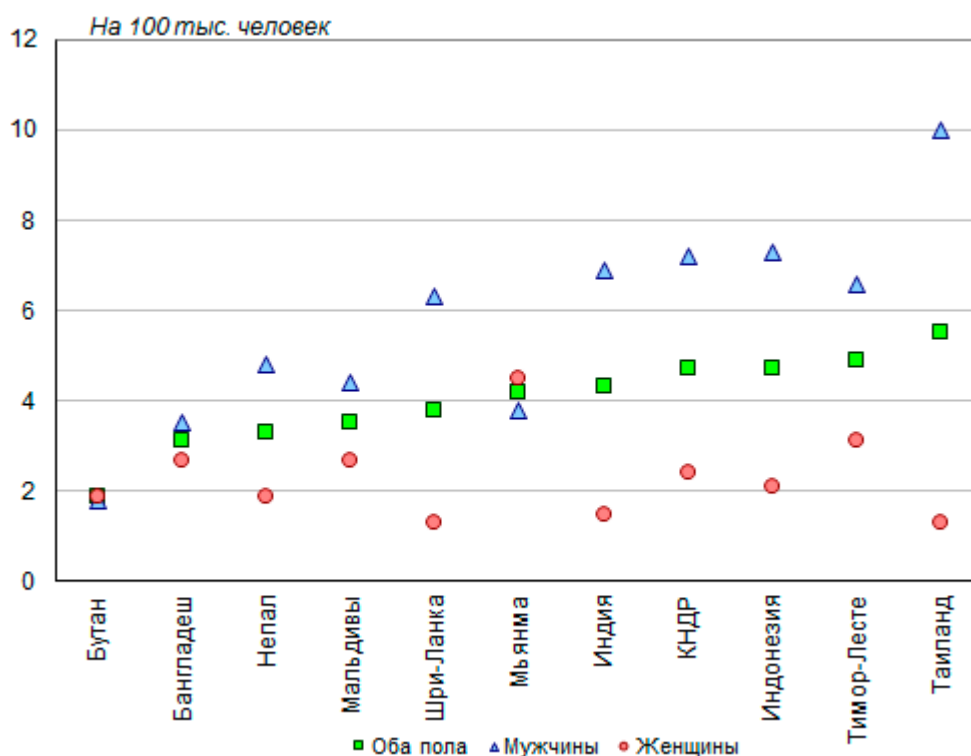


Рисунок 19. Смертность от убийств по полу в странах региона ВОЗ «Юго-Восточная Азия», 2012 год, на 100 тысяч человек

Доля убийств, совершенных с применением огнестрельного оружия, только в Таиланде превышает половину (74%), а в остальных странах региона не превышает одной трети (рис. 20). Доля убийств, совершенных с применением холодного оружия, составляет от 21% в Таиланде до 47% в Бутане и 45% в Индонезии, иными способами – от 5% в Таиланде до 71% в Непале.

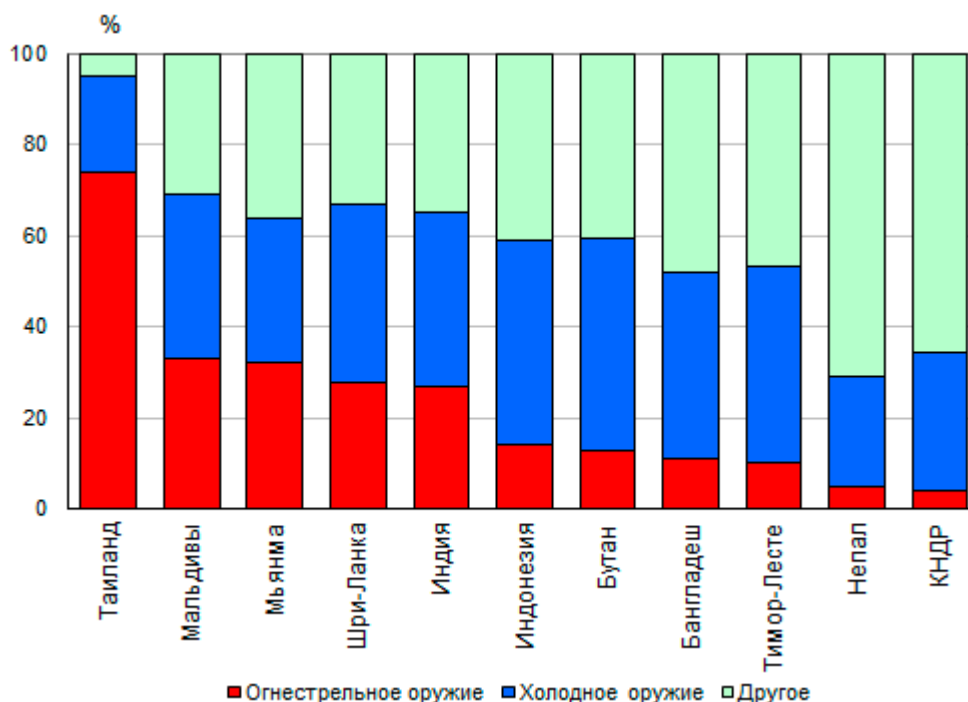


Рисунок 20. Распределение убийств по видам – с применением или без применения оружия - в странах региона ВОЗ «Юго-Восточная Азия», 2012 год, %

Среди стран Западно-Тихоокеанского региона ВОЗ своими крайними значениями смертности от убийств выделяются две страны – Япония (0,4 на 100 тысяч человек) и Филиппины (12,4), в остальных странах региона она составляет от 0,6 в Сингапуре до 10,8 в Папуа - Новой Гвинее (рис. 21). В крупнейшей стране региона и мира – в Китае – смертность в результате убийств составляет, по оценке ВОЗ, 1,1 на 100 тысяч человек.

Смертность мужчин от убийств заметно выше, чем женщин в странах региона с высокими значениями коэффициента. Значение коэффициента смертности от убийств для мужчин варьируется от 0,4 в Японии до 22,4 на Филиппинах, а для женщин – от 0,3 в Японии до 5,9 на Кирибати и 5,8 в Папуа -Новой Гвинее.

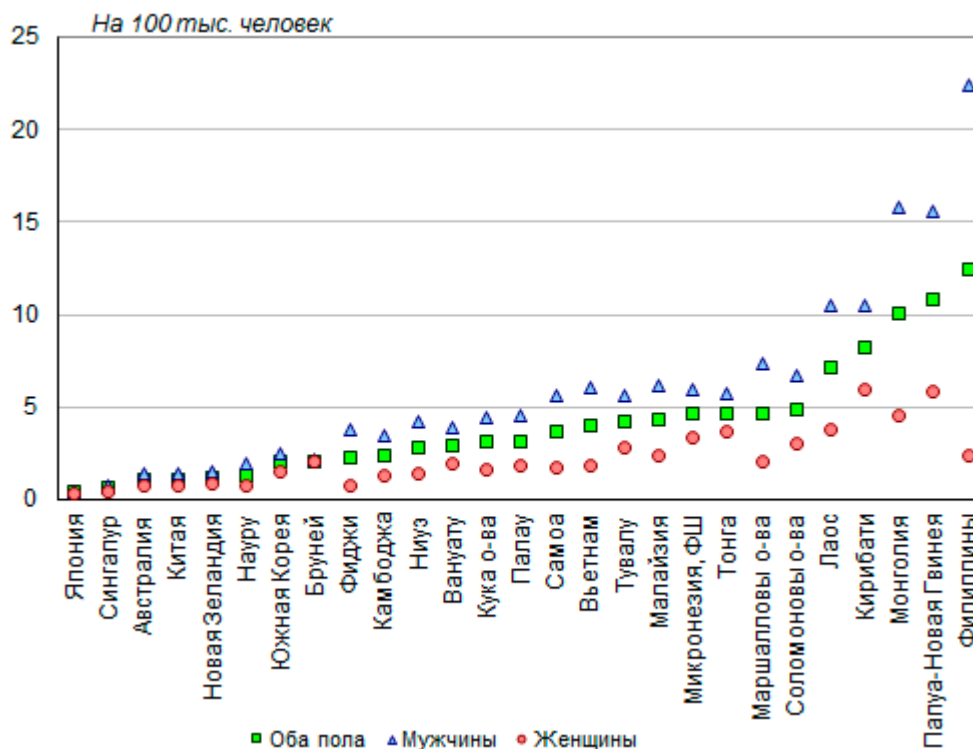


Рисунок 21. Смертность от убийств по полу в странах Западно-Тихоокеанского региона ВОЗ, 2012 год, на 100 тысяч человек

Доля убийств, совершенных с применением огнестрельного оружия, сравнительно невысока. Только на Филиппинах она превышает половину (55%), а по остальным странам варьируется от 0 в Сингапуре и на Фиджи до 27% на Кирибати. Доля убийств, совершенных с применением холодного оружия, заметно выше практически во всех странах региона, кроме Филиппин, составляя от 30% в Китае до 62% во Вьетнаме (рис. 22). Доля убийств, совершенных иными способами, составляет от 3% на Филиппинах до 66% в Китае и Южной Корее.

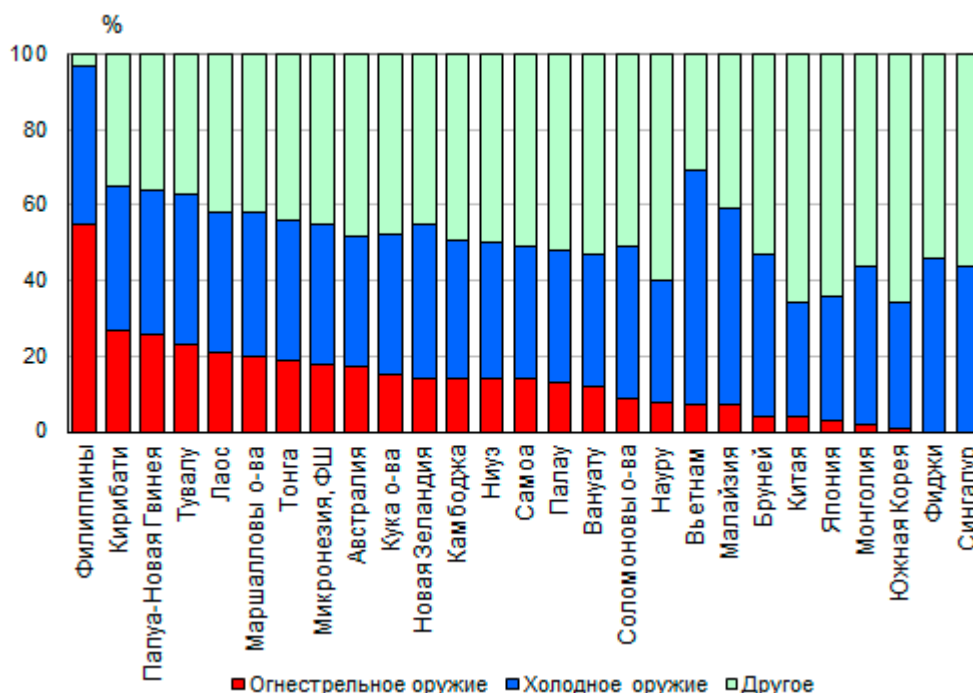


Рисунок 22. Распределение убийств по видам – с применением или без применения оружия - в странах Западно-Тихоокеанского региона ВОЗ, 2012 год, %

Источники:

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) -
World Health Organization (2014). Global status report on violence prevention 2014. -
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. –
http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1

Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред.
Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. М: Издательство «Весь Мир», 2003. 376 с. -
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/4/5777702252_rus.pdf?ua=1

Global Health Observatory of the World Health Organization:
http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/VIOLENCE_HOMICIDENUM,VIOLENCE_HOMICIDERATE&profile=excel&filter=COUNTRY:*;
The data was extracted on 2014-12-18.

[1] Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. 346 p. Перевод на русский язык опубликован годом позже: Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред. Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. М: Издательство «Весь Мир», 2003. 376 с.

[2] WHO Global Consultation on Violence and Health Violence: a public health priority. Geneva, World

Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).

[3] Основывается на данных о числе смертей от различных заболеваний и травм, ежегодно поступающих из стран-членов ВОЗ. Это данные регистрации смертей в соответствии с кодами Международной классификации болезней (International Classification of Diseases (ICD 9) или International statistical classification of diseases and related health problems (ICD 10)).

Преднамеренные травмы имеют следующие коды:

- убийство — ICD 9 E960–E969 или ICD 10 X85–Y09;
- самоубийство — ICD 9 E950–E959 или ICD 10 X60–X84;
- травмы в результате военных действий — ICD 9 E990–E999 или ICD 10 Y36;
- травмы в результате вмешательства представителей закона — ICD 9 E970–978 или ICD 10 Y35;
- все преднамеренные травмы — ICD 9 E950–E978, E990–E999 или ICD 10 X60–Y09, Y35, Y36.

[4] World Health Organization (2014). Global status report on violence prevention 2014. - www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014

[5] 194 страны – члены ВОЗ группируются для аналитических целей в зависимости от уровней смертности и заболеваемости в 6 крупных регионах, которые несколько отличаются от привычных географических регионов.

К Американскому региону ВОЗ отнесены все страны Северной и Южной Америки и Карибского бассейна.

В Европейский регион ВОЗ, помимо всех европейских стран, входят Турция, страны Закавказья (Азербайджан, Армения, Грузия) и Средней Азии (Казахстан, Киргизия, Таджикистан, Туркмения, Узбекистан).

В Восточно-Средиземноморский регион ВОЗ входят Афганистан, Бахрейн, Джибути, Египет, Ирак, Иран, Иордания, Йемен, Кувейт, Ливан, Ливия, Марокко, Оман, Пакистан, Катар, Саудовская Аравия, Сомали, Судан, Сирия, Тунис, ОАЭ, а в Африканский регион ВОЗ - все остальные африканские страны, кроме вошедших в Восточно-Средиземноморский регион.

К Западно-Тихоокеанскому региону ВОЗ отнесены Австралия, Бруней, Вануату, Вьетнам, Камбоджа, Кирибати, Китай, Лаос, Малайзия, Маршалловы о-ва, Микронезия, Монголия, Науру, Ниуэ, Новая Зеландия, о-ва Кука, Палау, Папуа-Новая Гвинея, Самоа, Сингапур, Соломоновы о-ва, Таиланд, Тонга, Тувалу, Фиджи, Филиппины, Южная Корея, Япония.

В регион Юго-Восточной Азии входят Бангладеш, Бутан, Мьянма, Шри-Ланка, Индия, Индонезия, КНДР, Мальдивские о-ва, Непал, Тимор-Лесте.

[6] Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2014). World Population Prospects: The 2014 Revision, Highlights. New York: United Nations.

[7] United Nations Office on Drugs and Crime. Principles and framework for an international classification of crimes for statistical purposes: report of the UNODC/UNECE task force on crime classification to the Conference of European Statisticians. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2012.

[8] Kruger J et al. A public health approach to violence prevention in South Africa. In: van Eeden R, Wentzel M, eds. The dynamics of aggression and violence in South Africa. Pretoria, Human Sciences Research Council, 1998:399–424.

[9] Houry D et al. Emergency department documentation in cases of intentional assault. Annals of Emergency Medicine, 1999, 34:715–719.

[10] Для распределения стран мира по уровню развития использовалась методика Всемирного банка «Атлас» на основании оценок Всемирным Банком валового национального дохода (ВНД) на душу населения за 2010 год по следующим диапазонам:

- низкий уровень дохода = не более 1005 долларов США;
- средний уровень дохода = от 1006 до 12 275 долларов США;

высокий уровень дохода = от 12 276 долларов США и более.