

# 暴力的流行特征和干预对策

荆春霞 王声湧

暴力在全世界已经成为一个重要的公共卫生问题。每年全球有数百万人死于暴力或因暴力而遗留残疾、生殖健康或精神卫生问题。据 WHO 报告, 2000 年全球有 160 万人死于各种类型的暴力, 死亡率为 28.8/10 万。其中, 49.1% 死于自我冲突性暴力, 31.3% 死于他杀, 18.6% 与战争有关, 91.1% 发生在低收入和中等收入国家<sup>[1]</sup>。15~44 岁的人群中他杀、自我冲突性暴力以及战争已经成为前十位死因。然而暴力问题一直被低估和忽视。

暴力是指故意使用力量对个体、群体或者社会的损害或威胁, 导致伤害、死亡、残疾、心理创伤或社会秩序混乱和正常生活环境受到破坏。暴力可以是身体的、精神的或性的伤害, 可能是突发事件, 也可能是长期事件, 可能发生在公共场所, 也可能发生在家庭之中<sup>[2]</sup>。WHO 将暴力分为三种类型: ①人与人之间的暴力, 指发生在个体间的暴力行为(但不是由社会组织或政治组织所操纵或参与的), 有家庭内暴力(如虐待儿童、虐待配偶和虐待老人)、熟悉人暴力和陌生人间暴力(如青年人暴力、随机暴力行为、强奸或性袭击等); ②组织性暴力, 指出于某种政治、经济或社会目的, 由社会或政治组织策划的暴力行为, 如政治暴力、战争、暴徒暴乱和恐怖行为等; ③自我冲突暴力, 指针对自己的有意而且有害的行为, 包括自杀、企图自杀和自我残害但又不致命的行为<sup>[2]</sup>。暴力行为可以是躯体方面、心理方面、性以及疏忽、剥夺或遗弃, 例如发生在家庭中的针对儿童、老人或妇女的身体虐待、情感虐待、心理虐待、性虐待、疏忽照料和遗弃<sup>[3]</sup>。暴力不仅对个体造成巨大的伤害, 而且给家庭、社会和国家带来巨大的经济负担。WHO 和世界银行估计, 伤害和暴力在发达国家占疾病负担的 14.5%, 在发展中国家占 15.2%; 其中故意伤害占 4.1%~4.2%。1990 年暴力的疾病负担在中东地区占 6.2%, 撒哈拉沙漠的非洲占 6.0%, 中国占 4.7%, 拉丁美洲占 4.5%。在加利福尼亚因火

器伤入院的 9000 例患者的总住院花费为 1.64 亿, 平均每例花费 17.9 万元<sup>[4]</sup>。1996 年在德国布伦斯维克进行的一项研究发现, 自杀的直接经济负担和间接经济负担的总费用将近 800 万美元<sup>[5]</sup>。1996~1997 年 6 个拉丁美洲国家暴力的卫生保健费用在 GDP 中所占的比重巴西为 1.9%、哥伦比亚 5.0%、萨尔瓦多 4.3%、墨西哥 1.3%、秘鲁 1.5%<sup>[6]</sup>。家庭暴力和性暴力的受害人有更多的卫生问题, 受害人一生需承担更高的卫生保健费用以及更频繁地出入医疗机构的急诊室。有关暴力疾病负担的研究往往忽视了与暴力相关的卫生问题所带来的损失, 如吸烟、酗酒、抑郁、吸毒、意外妊娠、艾滋病、性病以及其他感染性疾病的疾病负担。

世界各地都有暴力的发生和流行。全球平均每分钟有 1 人被害, 每 40 秒有 1 人自杀, 每小时有 35 人死于武装冲突。在 20 世纪估计有 1.91 亿人直接或间接地死于暴力冲突事件。2000 年全球有 52 万人被杀, 其中男性占了 77%, 是女性的 3 倍; 在同一年, 自杀夺走了 81.5 万人的生命, 其中男性占 60% 以上。无论男女, 自杀的发生率都是随着年龄的增加而增加, 60 岁及以上者的自杀率最高(男性 18.9/10 万, 女性 10.6/10 万)。发生在恋人之间的暴力在美国社会也很常见, 几乎 25% 的被调查女性和 7.6% 的男性称曾经被配偶虐待; 有 1.5% 的女性和 0.9% 的男性称自己在调查前的一年中曾经遭受虐待, 估计在美国每年有 150 万女性和 83.5 万的男性被配偶虐待<sup>[7]</sup>。与男性相比, 女性是暴力的高危人群, 52% 的被调查妇女称在儿童期曾经遭受监护者的攻击<sup>[8]</sup>。被谋杀的女性中近 1/2 是被丈夫或男友所害, 几乎 1/4 的女性在整个生命期中曾经遭遇性暴力, 暴力导致死亡占 15~44 岁女性死因的 7%。暴力还会致使躯体伤害、慢性疼痛综合征、抑郁、自杀行为、降低妇女的工作能力、经济收入减少。针对妇女的家庭暴力由于其隐秘和详细资料难以获得, 使这个问题长期被忽视<sup>[9]</sup>。Tjaden 在 1997 年调查, 55% 的妇女在一生中经历某种类型的暴力, 17.8%

的妇女在儿童时曾经遭遇躯体虐待或性虐待, 19.1% 女性在成人期经历至少一次躯体攻击, 20.4% 妇女有性袭击或被强奸的经历, 1/3 的女性遭受亲密配偶暴力攻击<sup>[10]</sup>。

儿童在生命的每一刻都处于暴力的危险之中, 他们被殴打、折磨、性攻击、谋杀。在刚果、哥伦比亚、塞拉利昂的国家战争中, 儿童经常被杀戮、残害、强奸、绑架、拷打以及忽视和遗弃。在肯尼亚的学校中尽管明令禁止体罚, 但体罚学生现象仍然十分普遍<sup>[11]</sup>。2000 年全球约有 57 000 名 15 岁以下的儿童死于他杀, 澳大利亚卫生福利机构报告, 在 1995~1996 年有 91 000 名以上的 0~16 岁儿童被虐待和疏忽, 美国国立儿童虐待和疏忽中心主持的一项全国流行病学调查结果指出, 儿童期躯体虐待和疏忽的发生率分别为 4.3‰ 和 2.7‰; Finkelhor 等在一项全国性调查中发现, 27% 的女性和 16% 的男性承认在 18 岁以前曾受到过接触性的性侵犯, 男孩常受到陌生人虐待, 而女孩则多受到家族人员的虐待。全球年轻人的他杀率呈上升的趋势, 其中斗殴、威胁、恐吓以及欺凌弱小者最常见, 酗酒是致使年轻人参与暴力事件的主要因素之一。随着人口老龄化进程的加快, 虐待老年人问题日趋明显, 大约有 6% 的老年人报告曾经遭受虐待。

不同经济收入国家暴力死亡率明显不同, 2000 年低收入和中等收入国家暴力死亡率 (32.1/10 万) 是高收入国家 (14.4/10 万) 的 2.3 倍。同一国家中城市和农村、富人和穷人、不同的种族和民族的暴力情况也存在极大的差异, 1999 年, 美国 15~24 岁的非洲籍的他杀率 (38.6/10 万) 是西班牙籍同龄人 (17.3/10 万) 的 2 倍, 是高加索白种人的 12 倍 (3.1/10 万)<sup>[12]</sup>。在非洲和美洲他杀率是自杀率的 3 倍, 但是在欧洲和东南亚自杀率是他杀率的 2 倍, 在西太平洋地区自杀率几乎是自杀率的 6 倍 (20.8/10 万和 3.4/10 万)<sup>[13]</sup>。不同民族和种族之间暴力的发生率明显不同, 美籍印第安/阿拉斯加本土的妇女最容易遭遇暴力 (37.5%), 其次是非洲籍妇女 (29.1%) 和白人女性 (24.8%), 亚洲籍/太平洋岛籍妇女相对较少 (15.0%)<sup>[8]</sup>。

工作场所暴力是全社会的一种流行病, 在工业化国家中尤为严重。1992~1996 年期间美国每年有 200 万人在工作场所中成为暴力的受害人, 90% 的受害者是白人, 70% 年龄在 25~49 岁之间。医务工作者、精神卫生工作者、教师、法律执行者、零售服

务人员以及司机是工作场所暴力的高危人群, 其中法律执行者遭遇暴力的频率最高, 每 1000 名警察中就有 306 人成为暴力的受害者<sup>[14]</sup>。我国的医疗卫生工作场所是暴力的高发地点, 医务工作者中暴力的发生率为 42.6%, 以语言暴力所占的比例最高, 高达 67.7%, 其次是躯体暴力和性暴力, 分别占 13.3% 和 3.4%<sup>[15]</sup>。

暴力和贫穷就像一对畸胎一直伴随着人类社会。在过去的 100 年中 De-bra Niehoff 和 Jan Volavka 曾经从生物学角度探讨暴力的发生原因, Konrad Lorenz 认为暴力行为在道德上是错误的而在生物学进化的角度是正确的, 心理学家 John Dollard 提出“挫败-侵略”假说, 人类学家则跨越不同的社会文化体系来探讨暴力的发生机制和研究暴力的危险因素<sup>[16]</sup>。跨越不同文化来研究暴力的危险因素已获得了许多重要发现, 例如在美国认为女性就业是一种保护因素, 它可以使女性获得经济上的独立, 并可能避免虐待发生; 然而在印度和孟加拉国, 就业尤其是那些职位和教育程度高于丈夫的女性反而容易遭遇暴力<sup>[17]</sup>。20 世纪 80 年代美国 CDC 开始使用公共卫生学方法对暴力进行干预。1994 年美国 CDC 的伤害预防与控制中心 (NCIPC) 设立专项基金用于研究家庭暴力以及制定预防针对妇女暴力的策略<sup>[18]</sup>。WHO 认定暴力是一个重要的公共卫生问题, 并在 2000 年 3 月成立了“伤害与暴力预防部门”。2002 年 10 月发表了第一份有关“暴力与健康”的报告。该报告的目标是提高公众对暴力认识, 提供国家之间有关暴力的统计数字, 并突出公共卫生在暴力的研究和预防工作中所做出的贡献<sup>[19]</sup>。由于与暴力有关的死亡常被有意或无意地错误分类或者将其归之为“意图不确定”<sup>[20]</sup>, 因此暴力死亡率仅统计了暴力死亡的冰山一角。暴力的发生是多种因素多阶段综合作用的结果, 社会环境是滋生暴力的重要条件, 如社区、学校、工作场所以及邻里等社会生态环境、毒品贩卖与使用、社会保障体系是否健全以及贫穷和文化落后在暴力发生中起着重要的作用。社会因素营造不同的社会氛围, 如执法力度、文化意识形态、性别歧视、贫富悬殊程度、社会福利状况、父母与子女之间的关系、社会对暴力的认同程度以及媒体报道暴力事件的频率与导向, 以及国家政治的稳定性和良好的社会风气对暴力事件的发生都有直接的影响。

暴力是一个复杂的社会公共卫生问题, WHO、

国际劳工组织和有关人口与发展机构一致认为暴力是可以预防和控制的。解决暴力问题需要政府部门如司法、卫生、教育、警察,以及民间组织、社团、媒体、企业和国际团体的共同努力。具体措施如制定和执行地区和国家预防暴力的社会发展规划,包括优先领域、重点对象、方针政策、责任分工、培训教育以及评价体系;开展暴力的监测系统,收集、分析和评价资料,指派专门的组织负责监测和定期报告规划的进展情况,促进卫生部门与其他部门合作,加强地区之间、国家之间的合作交流、通报和交换研究成果,为制定暴力预防的策略和措施提供依据,训练识别暴力危险行为并实施有效管理,包括教师、父母、警察、初级卫生保健人员、精神科/急诊科医生、社区管理者和政府中专职官员,提高公众和政府官员对暴力的认识。做好道德教育,创建文明社区,提倡谦让友爱,改变居民的社会行为、态度;成立有关救援组织,开展心理咨询;引导媒体对暴力事件的宣传和正确传递反暴力的信息,严控影视和书刊中对暴力的描述和渲染,加强对化学物品(农药、毒鼠药等)、药品、毒品和枪支管理,建设一个文明健康的社会环境;加强对暴力的研究,设立专项基金开展预防暴力的工作。

### 参 考 文 献

- 1 World Report on Violence and Health. Violence — a global public health problem. Geneva, WHO, 2002. 9-10.
- 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 Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. Current Issues in Public Health, 1995, 1:2-9.
- 4 荆春霞. 故意伤害——暴力. 见:王声, 主编. 伤害流行病学. 第1版. 北京:人民卫生出版社, 2003. 391-392.
- 5 Clayton D, Barcel A. The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. Chronic Diseases in Canada, 1999, 20:89-95.

- 6 Buvinic M, Morrison A. Violence as an obstacle to development. Technical note 4: economic and social consequences of violence. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999. 1-8.
- 7 Tjaden Patricia, Thoennes Nancy. Extent, nature and consequences of intimate partner violence. Research Report-Findings from the National Violence against Women Survey. NIJCDC, 2000.
- 8 Tjaden Patricia, Thoennes Nancy. Prevalence, incidence, and consequence of violence against women: findings from the national violence against women survey. National Institute of Justice Centers for Disease Control and Prevention. Research in Brief, 1998.
- 9 Irina D, Donna MJ. Global health issue: women and domestic violence: global dimensions, health consequences and intervention strategies. Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation, 1997. 79-88.
- 10 Plichta, Stacey B, Falik, Marilyn. Prevalence of violence and its implications for women's health. Women's Health Issues, 2001, 11:244.
- 11 Kapp C. Violence against children widespread, says human rights report. Lancet 2001, 358:1166.
- 12 Anderson RN. Deaths: leading causes for 1999. National Vital Statistics Reports, 2001, 49:1-87.
- 13 World health statistics annual 1996. Geneva, WHO, 1998.
- 14 Greg W. National crime victimization survey-workplace violence, 1992-1996. Bureau of Justice Statistics Special Report. 1998, NCJ 168634.
- 15 荆春霞,王声,谭冠昶,等. 医院场所暴力发生的流行特征及原因分析. 中国公共卫生杂志, 2003, 19:863.
- 16 David PB. Violence: recent books on a not-so recent epidemic. The Social Science Journal, 2002, 39:647-652.
- 17 Claudia Garcia-Moreno. Violence against women international perspectives. Am J Prev Med, 2000, 19:330-333.
- 18 Linda ES, Yvonne TG, James SM, et al. Violence against women as a public health issue comments from the CDC. Am J Prev Med, 2000, 19:325-329.
- 19 Horton R. Violence and medicine: the necessary politics of public health. Lancet, 2001, 358:1472-1473.
- 20 王声, 主编. 伤害流行病学. 第1版. 北京:人民卫生出版社, 2003. 44.

(收稿日期 2003-08-27)

(本文编辑:张林东)

## · 更正 ·

本刊 2003 年第 8 期第 657 页“中国 2001 年 11 省(市)食品中李斯特菌污染状况的主动监测”一文的前两位作者吴蜀豫、李迎惠的工作单位应更正为四川大学华西公共卫生学院。其中作者“李迎惠”更正为“李迎慧”。

本刊编辑部