



EM/RC56/Tech.Dis.1

ش م/ل إ56/م ت.1

آب/أغسطس 2009

الأصل: بالإنكليزية

اللجنة الإقليمية
لشرق المتوسط

الدورة السادسة والخمسون

البند 5 من جدول الأعمال

المناقشات التقنية

حول

الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق: شاغل متعاظم للصحة العمومية

في عام 2002، مات ما يزيد على 132 000 شخص في الإقليم من جراء حوادث المرور على الطرق، مما يجعل منها السبب الرئيسي الخامس للموت في بعض بلدان الإقليم. علماً بأن حوادث المرور على الطرق لا تمثل قضية صحية عمومية فحسب، بل تمثل أيضاً قضية اجتماعية واقتصادية تكلف معظم بلدان الإقليم 1% - 1.5% من إجمالي ناتجها القومي، وتؤثر تأثيراً بعيد المدى على الفقراء والمستضعفين، الذين لا تأثير لهم يُذكر على ما يتخذ من قرارات متعلقة بالسياسات العامة. وتحدّد هذه الوثيقة حجم الوفيات والمرضاة الناجمة عن حوادث المرور على الطرق في الإقليم، وتسلّط الضوء على القضية من زاوية الصحة العمومية. وتتوخّى هذه الوثيقة التوعية بدور وزارة الصحة في الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، والحاجة العاجلة إلى مواجهة المشكلة من قِبَل قطاعات متعدّدة. ومرفق بالوثيقة مشروع قرار كمي تتفضّل اللجنة الإقليمية الموقرة بالنظر فيه.

المحتوى

الصفحة

أ	الموجز
1	1. المقدمة
2	2. تحليل الوضع الراهن
6	3. التحديات ومواجهتها
8	4. الإجراءات المقترحة اتّخاذها
10	5. الخاتمة
11	6. التوصيات
13	المراجع

الموجز

تمثل الإصابات مشكلة صحية عمومية رئيسية ولكنها مُعقّلة، وهي تتطلب بذل جهود منسّقة لتوفير الوقاية الفعّالة المضمونة الاستمرار. فالإصابات الناجمة عن كل الأسباب تمثل سبباً رئيسياً من أسباب الموت، إذ يموت من جرائها 5.1 مليون نسمة سنوياً. علماً بأن الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق تتسبب في معظم المراضة والوفيات الناجمة عن كل أشكال الإصابات. إذ يموت سنوياً، على صعيد العالم، 1.2 مليون شخص، ويصاب 20 مليون إلى 50 مليون شخص بإصابات تتراوح بين التوسّط والوخامة من جراء حوادث المرور على الطرق. ويموت سنوياً في إقليم شرق المتوسط أكثر من 132 000 شخص بسبب إصابات حوادث المرور على الطرق – أي أنه تحدث يوماً 362 وفاة. علماً بأن معظم موتى هذه الحوادث هم شباب من الذكور في أعلى سنوات عمرهم إنتاجية، مما يدفع بالعديد من الفئات الاجتماعية-الاقتصادية المتدنية إلى وهدة الفقر. وإذا تَوَاصَلَ الاتجاه الراهن، فسوف يتضاعف عدة مرات معدل الوفيات والمراضة الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، ولاسيّما في البلدان ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط، مما يلقي بضغط هائلة على مواردها الشحيحة. علماً بأن 90% من ضحايا الحوادث هم من الفئات المستضعفة (المشاة)، ومستخدمو وسائل النقل العام، وراكبو الدراجات الآلية (الموتوسيكلات)، والدراجات القديمة). وتتكلّف الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق 1%-1.5% من إجمالي الناتج القومي للبلدان ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط، وذلك في شكل تكاليف مباشرة وغير مباشرة.

وتتوخّى هذه الوثيقة التوعية بدور وزارة الصحة في الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، والحاجة العاجلة إلى مواجهة المشكلة من قِبَل قطاعات متعددة. وعلى الرغم من التكلفة البشرية الاجتماعية والاقتصادية الضخمة لهذه الإصابات، فلا تُبذل سوى جهود محدودة على صعيد الوقاية الأولية والثانوية. كما أن دور القطاع الصحي في الوقاية الأولية محدود في العادة، وإن كان القطاع الصحي يتحمّل العبء الرئيسي للإصابات. ومن بين التحدّيات القائمة في هذا الصدد، قلة المعطيات (البيانات) عن سببية حوادث المرور على الطرق، وضعف الدعم السياسي، ومحدودية القدرات على الصعيد الوطني، ونقص السيطرة على الوضع فيما يتعلق بالسلامة على الطرق. وإدراكاً من منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة لهذا الأمر، فقد اعتبرت هذه القضية شاغلاً رئيسياً من شواغل الصحة العمومية، وأُسندت إلى منظمة الصحة العالمية مهمة تنسيق الجهود المبذولة على الصعيد العالمي لضمان السلامة على الطرق. وقد قام العديد من الدول الأعضاء في إقليم شرق المتوسط باتخاذ تدابير للوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، غير أن التقدّم على هذا الدرب متفاوت، كما أن إجراءات المواجهة تقصر عن حجم المشكلة.

وقد اكتسبت البلدان المتقدّمة خبرة طويلة فيما يتعلق باستراتيجيات الوقاية والمكافحة الفعّالة لوقف وخفض معدلات الإماتة الناجمة عن حوادث المرور على الطرق. وحيث أن السلامة على الطرق هي قضية متعدّدة القطاعات والاختصاصات على نطاق واسع، فإن البلدان التي تكثر فيها المركبات الآلية تتخذ نهجاً يتعاظم مع طائفة من قضايا نُظِمَت السلامة على الطرق (ذات العلاقة بالبيئة والمركبات والسلوكيات) بدلاً من الاقتصار على الاستثمار في مجال تغيير السلوكيات. كما أن وزارات الصحة لا تألُو جهداً في القيام بدور إشرافي وفي الدعوة إلى اتباع أساليب تقوم على التعاون بين القطاعات والاختصاصات المتعدّدة. وعلى الرغم من أن الحلول المأخوذة من البلدان

ذات الدخل المرتفع قد لا تكون قابلة للتطبيق تطبيقاً كاملاً على الوضع في إقليم شرق المتوسط، فإن العناصر الوقائية

ش م/ل إ56م ت1
الصفحة (ب)

الأساسية تظل هي نفس العناصر، ويمكن تطبيقها تطبيقاً فعالاً. ويمكن تحقيق خفض ملحوظ في الوفيات والمراضة، بالتعاطي مع قضية السلامة على الطرق باعتبارها قضية صحية عمومية، والأخذ بنهج يقوم على النظم.

ويوصى باختيار لجنة وطنية متعددة القطاعات (أو وكالة رائدة) مع قيام وزارة الصحة بدور واضح في قيادة إجراءات المواجهة المتخذة من قبل قطاعات متعددة. ومن العناصر الأساسية للوقاية من وقوعات الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق والوقاية أيضاً من الوفيات الثانوية، بناء القدرات الوطنية، وإقامة آلية لجمع المعطيات (البيانات) من القطاعات المتعددة، وتخصيص الموارد البشرية والمالية، وإنشاء خدمة طبية فعالة للطوارئ قبل دخول المستشفى، وإقامة نظام في المستشفيات لرعاية حالات الإصابة. علماً بأن حشد الدعم السياسي اللازم لذلك تقع مسؤوليته الأولى على وزارات الصحة؛ وإلا ظل القطاع الصحي يتحمل عبء الإصابات البشرية والتدبير العلاجي لأشكال العجز الطويل الأمد.

1. المقدمة

تمثل الإصابات أحد الأسباب الرئيسية للوفيات والعجز على صعيد العالم، فقد مات في عام 2000 على الصعيد العالمي نحو 5.1 مليون شخص نتيجة لكل أشكال الإصابة - إذ بلغ معدل الوفيات 83.7 لكل 100 000 نسمة - أي ما يصل إلى 9% من إجمالي الوفيات في العالم [1]. وتتسبب إصابات حوادث المرور على الطرق في معظم الوفيات والمرضاة الناجمة عن كل أشكال الإصابة في العالم. فحوادث المرور على الطرق تؤدي سنوياً بحياة 1.2 مليون شخص وتتسبب في حوالي 23% من الوفيات الناجمة عن كل أشكال الإصابات. وفي إقليم شرق المتوسط، مات في عام 2002 وحده أكثر من 132 000 شخص نتيجة لحوادث المرور على الطرق، مما يجعل منها السبب الرئيسي الخامس للموت في بعض بلدان الإقليم. والحق أن حوادث المرور على الطرق لا تمثل قضية صحية عمومية فحسب، بل إنها تمثل أيضاً قضية اجتماعية واقتصادية تكلف غالبية بلدان الإقليم ما يتراوح بين 1% و1.5% من إجمالي ناتجها القومي، وتؤثر تأثيراً بعيد المدى في الفقراء والمستضعفين، الذين لا تأثير لهم يُذكر على القرارات المتعلقة بالسياسات العامة.

وقد جرت العادة على اعتبار السلامة على الطرق مسؤولية قطاع النقل، مع التركيز بصفة رئيسية داخل هذا القطاع على بناء البنية الأساسية وإدارة النموّ المروري. وقد تأخر القطاع الصحي العام، بصفة عامة، في أن يكون له دور في هذا المضمار [2]. كما أن دور وزارات الصحة (والقطاع الصحي) لم يحدّد بعد تحديداً جيداً من حيث الوقاية الأولية من إصابات حوادث المرور على الطرق. بل قلص دورهما تقليصاً بعيد المدى، إذ قصر على رعاية الطوارئ وتقديم خدمات التأهيل للضحايا. بل إن هذه الاستجابة الثانوية (رعاية الطوارئ) لم تُطوّر في البلدان ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط تطويراً يؤدي إلى الحد قدر الإمكان من الوفيات الثانوية وأشكال العجز الطويل الأمد. وعلى الرغم من أن سبب هذا العبء البشري والاقتصادي الضخم يقع خارج نطاق القطاع الصحي، فإن القطاع الصحي يتحمل وطأته الكبرى في شكل إصابات، مما يلقي بضغط ضخم على النظام الصحي ترهق موارده المحدودة بالفعل. كما أن الاستجابة لمقتضيات هذه القضية الصحية العمومية المهمة من جانب الحكومات والمجتمعات تقصر بكثير عن مقاربة ضخامة المشكلة. والحق أن السلامة على الطرق على الصعيد العالمي والإقليمي تعاني معاناة خطيرة من نقص الموارد في جميع النواحي.

وفي عام 1974، حاول قرار الجمعية الصحية العالمية وصف دور القطاع الصحي في مجال الوقاية الأولية من إصابات حوادث المرور على الطرق (القرار ج ص ع 59.27: الوقاية من حوادث المرور على الطرق). غير أن هذا القرار لم يحدّد المشكلة من حيث تأثيرها على الصحة العمومية. ولم تشهد السنوات اللاحقة تحديداً دور واضح للقطاع الصحي أو وزارات الصحة. فقد ظلت مشاركتها في هذا المجال فرادية وغير مطّردة، وهو ما يعزى بدرجة كبيرة إلى عدم فهم الدور الذي يمكن للصحة العمومية القيام به في مجال الوقاية. وقد اتخذ الوضع منعطفاً تاريخياً في عام 2004، عندما اختيرت السلامة على الطرق موضوعاً ليوم الصحة العالمي لعام 2004، تحت شعار "السلامة على الطرق لا تأتي مصادفة". وقد اعتمدت جمعية الصحة العالمية في ذلك العام القرار ج ص ع 10.57 بشأن السلامة على الطرق، وقامت المنظمة بنشر أول تقرير عالمي عن الوقاية من إصابات حوادث المرور على الطرق، وذلك بالتعاون مع البنك الدولي. ويبرز هذا التقرير العالمي بوضوح الدور المهم للقطاع الصحي، بوجه عام، والصحة العمومية، بوجه خاص، في الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق.

وقد حظيت الولاية الجديدة لمنظمة الصحة العالمية في مجال الوقاية من إصابات حوادث المرور على الطرق بتأييد ساحق من قِبَل الجمعية العامة للأمم المتحدة في مختلف ما اتخذته من قرارات بشأن السلامة على الطرق (309/57 في أيار/مايو 2003، و9/58 في تشرين الثاني/نوفمبر 2003، و289/58 في نيسان/أبريل 2004، و5/60 في تشرين الأول/أكتوبر 2005 و244/62 في نيسان/أبريل 2008)، معلنةً أن هذه القضية "أزمة عالمية للسلامة على الطرق". علماً بأن هذه الولاية العالمية والتقارير العالمي يوجبان الأخذ بأساليب مهمة للصحة العمومية قائمة على البيانات من أجل اتقاء ومكافحة الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق. وقد لوحظ أن البلدان (التي أغلبها من الفئة ذات الدخل المرتفع) والتي شرعت في الأخذ بهذه الأساليب، قد شهدت انخفاضاً مطرداً وملحوظاً في معدلات الإماتة من حوادث المرور على الطرق، مع ما يترتب على ذلك من انخفاض في التكلفة الاجتماعية والاقتصادية الضخمة لتلك الحوادث.

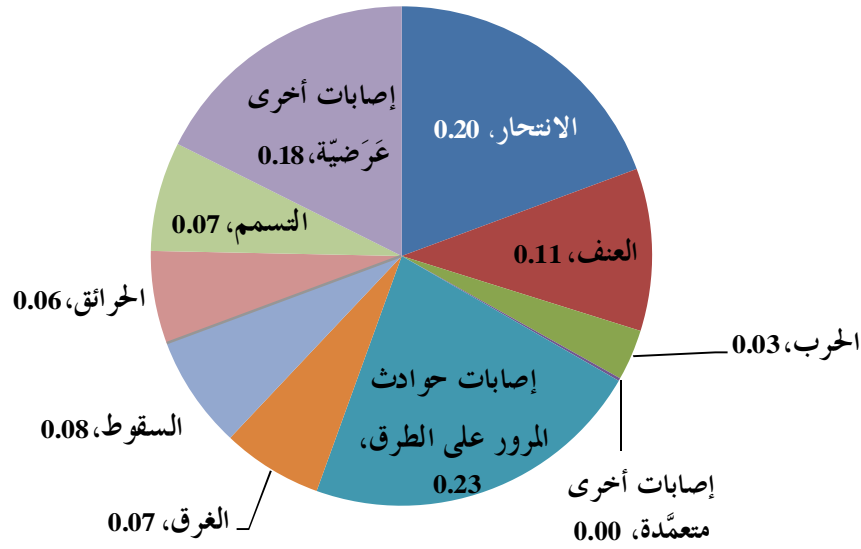
وفي عام 2007، اعتمدت جمعية الصحة العالمية قراراً بشأن رعاية الإصابات في حالات الطوارئ (ج ص ع 22.60 النُظْم الصحية: نُظْم رعاية الطوارئ). وقد أسندت الأمم المتحدة إلى منظمة الصحة العالمية واللجان الاقتصادية للأمم المتحدة مهمة دعم الدول الأعضاء في تصميم سياسات السلامة على الطرق، ومتابعة الديناميات السياسية للسلامة على الطرق، وبناء القدرات الوطنية، وتوعية عموم الناس، والسعي إلى الحصول على موارد من الجهات المانحة. وفي عام 2007، قامت المنظمة، بالتعاون مع اللجان الاقتصادية للأمم المتحدة، بتنظيم أسبوع الأمم المتحدة العالمي الأول للسلامة على الطرق تحت شعار "مستخدمو الطرق الشباب"، ذلك الأسبوع الذي يُعدُّ حدثاً تاريخياً لحشد الدعم السياسي واستهداف الشباب (باعتبارهم أكثر الفئات العمرية تأثراً بالحوادث المرورية). ونتيجةً لهذا الحدث، قررت الأمم المتحدة تنظيم اجتماع وزاري رفيع المستوى في موسكو في أيلول/سبتمبر 2009، يشارك فيه وزراء الصحة، والنقل، والداخلية، والشركاء الإنمائيون، من أجل بذل الجهود اللازمة لمعالجة هذه المشكلة الصحية العمومية المتعاظمة في البلدان ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط. وقد انتهت المنظمة مؤخراً من إعداد دراسة متعددة البلدان لتقييم الوضع فيما يتعلق بتنفيذ التوصيات الواردة في التقرير العالمي، وتحديد الثغرات في تنفيذها.

وتحدد هذه الوثيقة بوضوح حجم الوفيات والمرضاة الناجمة عن حوادث المرور على الطرق في الإقليم وتسلط الضوء على هذه القضية من زاوية الصحة العمومية. ومن بين ما تم تسليط الضوء عليه، الآثار الاقتصادية والاجتماعية لهذه البليّة، وأهمية مواجهتها من قِبَل قطاعات متعددة، واتخاذ تدابير للوقاية منها ومكافحتها. وتستهدف هذه الوثيقة التوعية بدور وزارة الصحة في الوقاية من إصابات حوادث المرور على الطرق، والحاجة العاجلة إلى مواجهتها من قِبَل قطاعات متعددة.

2. تحليل الوضع الراهن

يموت يومياً في أنحاء العالم ما يقدر بنحو 5.1 مليون نسمة من كل أنواع الإصابات، مما يمثل 12% من العبء العالمي للمرض. علماً بأن الإصابات تمثل السبب الأهم الثالث لجميع الوفيات، والسبب الرئيسي للموت في الفئة العمرية 1-40 سنة [3]. ويقع ما يزيد على 50% من الوفيات بين صغار البالغين في الفئة العمرية 15-44 سنة. وتعتبر إصابات حوادث المرور على الطرق السبب الرئيسي الثاني للموت على الصعيد العالمي، بين الأطفال في الفئة العمرية 5-14 سنة، والشباب في الفئة العمرية 15-29 سنة [4]. وتتسبب الإصابات الناجمة عن حوادث المرور

على الطرق في أكبر نسبة من الوفيات الناجمة عن كل أنواع الإصابات (الشكل 1). إذ إن الوفيات الناجمة عن إصابات حوادث المرور على الطرق تتسبب في نحو 25% من كل الوفيات الناجمة عن الإصابات. وقد أصبحت الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق مشكلة صحية عمومية كبرى، وبخاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض، وذات الدخل المتوسط، إذ إن ما يقدر بنحو 1.2 مليون شخص على صعيد العالم يلقون حتفهم في حوادث الطرق ويصاب فيها 50 مليون شخص سنوياً [5]. علماً بأنه تقف في البلدان ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط نحو 85% من كل وفيات حوادث الطرق في العالم، و90% من سنوات العمر المصححة باحتساب فترات العجز، والضائفة بسبب إصابات الحوادث المرورية، و96% من كل الأطفال الذين يلقون حتفهم على صعيد العالم.



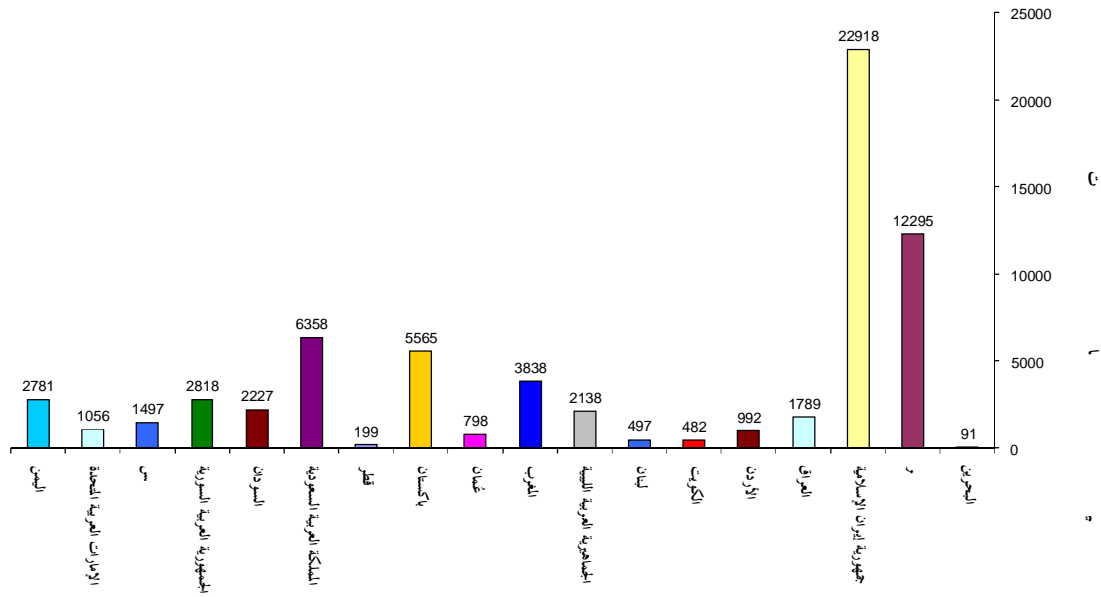
المصدر: [4].

الشكل 1. توزع الوفيات الناجمة عن الإصابات على صعيد العالم، بحسب السبب

وتمثل الوفيات وأشكال العجز الناجمة عن الإصابات مشكلة صحية عمومية خطيرة في إقليم شرق المتوسط. إذ إن معدل الوفيات في الإقليم يكاد يبلغ ضعف نظيره في سائر بقاع العالم، فقد تسببت الإصابات في نحو 16% من كل الوفيات في عام 2002 [6]. هذا، ووفقاً للتقديرات العالمية والإقليمية، فإن 40 مليون فرد في الإقليم يعانون من عجز متوسط الأمد أو طويل الأمد. ووفقاً للاتجاه العالمي، فإن حوادث المرور على الطرق هي السبب الغالب. فعلى مدى العقد الماضي، ذأب عدد حوادث المرور على الارتفاع في الإقليم. ففي عام 2002 وحده، وقع ما يقدر بنحو 132 000 وفاة ناجمة عن حوادث مرورية، أي ما يعادل 362 شخصاً يومياً (أو ما يعادل تحطم طائرة عملاقة (جامبو) يومياً)، و2535 وفاة أسبوعياً، وضياع ما يعادل 4.7 مليون سنة سنوياً من سنوات العمر المصححة باحتساب فترات العجز [5]. وقد وقع 99% من هذه الوفيات في بلدان الإقليم ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط، وكانت نسبة الذكور إلى الإناث فيها 73%: 27%. وفقاً لمعطيات (بيانات) جمعتها المنظمة

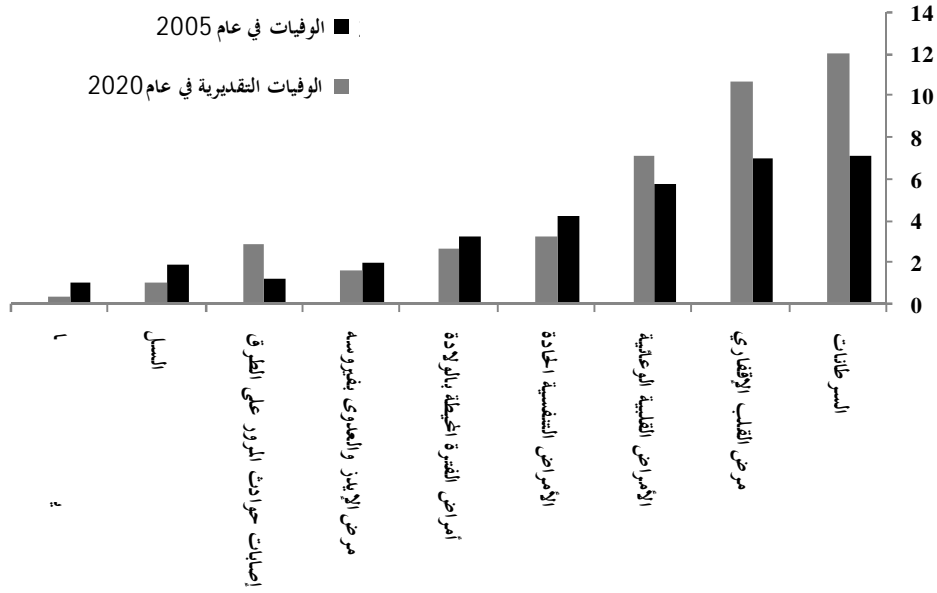
مؤخراً من 20 بلداً من بلدان الإقليم، وقارنت بينها، خلال دراسة متعددة البلدان أجريت في 153 بلداً على صعيد العالم، في إطار مشروع بلومبرغ للسلامة على الطرق، فإن مؤشر الوفيات والمراضة قد ارتفع ارتفاعاً حاداً في بلدان إقليم شرق المتوسط، وهو اتجاه أبدي تصاعداً حاداً على مدى السنوات الخمس الماضية (الشكل 2).

ويُتوقع أن تشهد الوفيات وأشكال العجز الناجمة عن إصابات حوادث المرور على الطرق المزيد من التصاعد عالمياً، وبخاصةً في البلدان ذات الدخل المنخفض، وذات الدخل المتوسط. وإذا استمرت الاتجاهات الراهنة، فإنه يتوقع أن ينخفض بحلول عام 2020 العدد السنوي للوفيات وأشكال العجز الناجمة عن الحوادث المرورية بنسبة 30% في البلدان ذات الدخل المرتفع. غير أنها سوف تزيد، على الصعيد العالمي، بنسبة 60%، مما يعني زيادة ضخمة في العدد السنوي للوفيات وأشكال العجز الناجمة عن إصابات الحوادث المرورية (الشكل 3) في البلدان ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط [5]. ويتوقع خلال الفترة من عام 2004 إلى عام 2030 أن تزيد الوفيات الناجمة عن الإصابات بنسبة 28%، علماً بأن هذا التوقع يُعزى على الأغلب إلى الزيادة المتوقعة في أعداد الوفيات الناجمة عن الحوادث المرورية.



المصدر: [7].

الشكل 2. إجمالي الوفيات الناجمة عن إصابات حوادث المرور على الطرق، 2007



مصدر المعطيات (البيانات): [5].

الشكل 3. الوفيات المتوقعة على صعيد العالم لأسباب معيّنة، في الفترة 2004-2020

لا يُتَوَقَّع أن تزيد الوفيات وحدها، بل إن المراضة (عبء الوفاة) سوف تتضاعف هي الأخرى عدة مرات، وبخاصة في البلدان النامية، حيث يُتَوَقَّع أن تقفز المراضة الناجمة عن الحوادث المرورية من السبب الرئيسي التاسع للمراضة في الوقت الراهن إلى السبب الرئيسي الثالث للمراضة بحلول عام 2020 [8]. ووفقاً لتقديرات المنظمة، تلحق الإصابات أو أشكال العجز، على صعيد العالم، بعدد يتراوح بين 20 مليون و50 مليون شخص سنوياً في الحوادث المرورية. ويُعزى الفارق الواسع بين هذين التقديرين إلى النقص الكبير المعهود في التبليغ عن الإصابات [9]. علماً بأن أغلب ضحايا الحوادث في الإقليم هم المشاة، ومستخدمو وسائل النقل العام، ومستخدمو المركبات ذات العجلتين (سائقو الدراجات القدمية وسائقو الدراجات الآلية [الموتوسيكلات] وركابها). علماً بأن حوالي نصف الموتى من حوادث الطرق في الإقليم هم من المشاة [10]. كما أن معدل الوفيات الناجمة عن الحوادث المرورية لكل 100 000 نسمة في الإقليم هو معدل مرتفع (إذ يبلغ 26.4 لكل 100 000 نسمة)، وهو ثاني أعلى معدل في العالم بعد الإقليم الأفريقي [11]. وما لم تُبذل جهود مضاعفة وتُتخذ مبادرات جديدة، فإنه يتوقع أن يزيد إجمالي عدد وفيات وإصابات الحوادث المرورية في البلدان ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط زيادة تصل إلى 80%، مع وقوع أغلب تلك الوفيات بين مستخدمي الطرق المستضعفين - أي المشاة، وراكبو الدراجات القدمية وراكبو الدراجات الآلية. هذا، ولا يخفى أنه في العديد من البلدان النامية في الإقليم، فإن تكاليف الرعاية الطبية الجديدة، وفقد عائل للأسرة، وضياع الدخل، بسبب العجز، يمكن أن تدفع بالأسر دفعا إلى هوة الفقر.

وتتسبب إصابات الحوادث المرورية فيما يتراوح بين 30% و86% من حالات الإصابات التي تدخل المستشفيات في بلدان الإقليم. ومن نافلة القول أن تحسين نُظُم الرعاية الطبية للطوارئ، يمثل عنصراً مهماً من عناصر تقليص الوفيات الناجمة عن الإصابات. إذ يمكن خفض معدل الوفيات بما يصل إلى 50% عقب اتخاذ نُظُم دعم

فعالة للإصابات قبل دخول المستشفيات، وتنفيذ برامج للتدريب في مجال طب الطوارئ. وعلى الرغم من حسامة عبء الإصابات الذي يتخذ شكل المراضة والوفيات في الإقليم، فلا يخصص سوى القليل من الأموال للوقاية من الإصابات، وتأهيل ضحاياها. إذ إن إجمالي مبلغ التمويل الخارجي المخصص للوقاية من الإصابات لا يتعدى 2.5% من إجمالي المبلغ المخصص للوقاية من الأمراض المعدية ورعاية المصابين بها.

ووفقاً لدراسات أجريت على صعيد العالم تقدر تكلفة الحوادث المرورية بما يتراوح بين 1% و2% من إجمالي الدخل القومي، تبعاً لدخل البلد المعني. ففي عام 2000 وحده، قدرت تكلفة تلك الحوادث بنحو 65 بليون دولار أمريكي على صعيد العالم فيما يخص البلدان النامية، منها 7.5 بليون دولار لبلدان إقليم شرق المتوسط ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط (أي حوالي 1.5% من إجمالي الناتج القومي لكل بلد) أي ما يزيد على كل المعونات الإنمائية التي تلقتها تلك البلدان في العام نفسه [12]. ومن المرجح أن هذه التكاليف التقديرية تقل كثيراً عن التكاليف الفعلية، خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أن الدراسات التي تجرى للتكاليف الاقتصادية للإصابات، لا تُجرى إلا في عدد قليل جداً من بلدان الإقليم، وأن التقديرات قد لا تمثل الصورة الحقيقية. ولا يخفى أن حوادث الطرق لا تلقي بعبء حسيماً على الاقتصادات الوطنية والإقليمية، فحسب، بل أيضاً على فرادى الأسر. ويتضح من المعطيات (البيانات) التي جمعت مؤخراً خلال دراسة متعددة البلدان [7] أن التكلفة الاقتصادية للحوادث المرورية في بعض البلدان هي تكلفة باهظة (الجدول 1).

الجدول 1. التكلفة الفعلية (بالدولار الأمريكي) لحوادث المرور على الطرق في نخبة من بلدان الإقليم، 2007

البحرين	جمهورية إيران الإسلامية	الأردن	لبنان	الجمهورية العربية الليبية	قطر	المملكة العربية السعودية	السودان	الجمهورية العربية السورية	تونس
5.3 مليون	6.1 بليون	396 مليون	0.56 مليون	2.21 مليون	11.3 مليون	352 مليون	110 ملايين	168 مليون	329 مليون

3. التحديات ومواجهتها

على الرغم من حسامة حجم الموت والعجز الناجم عن إصابات الحوادث المرورية، فإن ما يبذل من جهود وموارد في مجال الوقاية (الأولية والثانوية على السواء) يقصر بكثير عن مقاربة حجم المشكلة. وهناك عدد من العوامل التي قد تفسر هذا الوضع. فقد جرت العادة على اعتبار السلامة على الطرق من اختصاص وزارات النقل والداخلية أو شرطة المرور. وظل دور وزارات الصحة في هذا الصدد غير محدد تحديداً جيداً. وتقوم بلدان الإقليم بمواجهة الارتفاع السريع في معدلات المراضة والوفيات الناجمة عن حوادث المرور على الطريق مواجهة متفاوتة الدرجات. وليس من بين أهداف هذه الوثيقة تقديم معلومات تفصيلية بشأن مستوى ودرجة المواجهة القطرية، وإنما هدفها هو تقديم معلومات موجزة عن التحديات الراهنة وآليات المواجهة التي تستخدمها البلدان.

ومن بين التحديات التي لا دخل للحكومات فيها، تأثير العولمة الذي أدى إلى: زيادة مستويات استخدام المركبات الآلية؛ وتعدد الشركاء المعنيين بالسلامة على الطرق؛ والبرامج التي يتحكم فيها المانحون والتي تركز على جوانب معينة من السلامة على الطرق، لا على المشكلة بأكملها. وتشمل التحديات الجوهرية العديدة، ما يلي:

الافتقار إلى الفهم الكافي لإمكان توقي إصابات الحوادث المرورية، ونقص الالتزام السياسي بمواجهة المشكلة مواجهة كافية؛ وتشردُّم نظام جمع المعطيات (البيانات)، مع توزُّع عملية جمع المعطيات المتعلقة بالإصابات على قطاعات مختلفة، وما يترتَّب على ذلك من عجز عن توجيه الحوار المتعلق بالسياسات، وعن توجيه القيادة السياسية بشأن هذه القضية؛ وقلة الموارد المخصَّصة لتدابير السلامة على الطرق، ولاسيَّما للوقاية الأولية؛ وندرة الآليات الوطنية المتعدِّدة القطاعات اللازمة لإدماج القطاعات المهمة في عملية صنع القرار؛ ونقص القدرات الوطنية على تصوُّر برامج الوقاية من الإصابات، وتخطيط تلك البرامج وتنفيذها وتقييمها؛ وكون خدمات الطوارئ الطبية قبل دخول المستشفى وخدمات رعاية حالات الإصابات داخل المستشفى تفتقر إلى الفاعلية وغير كافية. علماً بأن هذه الخدمات يمكن أن تقي من الوفيات الثانوية وتقلل من أشكال العجز إلى أدنى حدٍّ ممكن.

ومن بين أسباب الإهمال المعهود "للإصابة" في الصحة العمومية، تلك النظرة التقليدية للحوادث والإصابات باعتبارها أحداثاً عَرَضية تحدث للآخرين [4]. ويُنظر إلى هذه الأحداث باعتبارها نتيجة حتمية للنقل على الطرق. ولايزال يتعيَّن تحديد دور القطاع الصحي ووزارات الصحة في الإقليم تحديداً واضحاً في هذا المضمار. وقد أدَّت هذه العوامل إلى توطيد المفهوم المترسِّخ للاصطدام أثناء المرور على الطرق باعتباره حادثة (عَرَضية)، بدرجة قوية من الحتمية، مقارنةً مع الشواهد القائلة بأن الاصطدام حدث يمكن تحاشيه. وفي سبيل مواجهة بعض التحدِّيات، شرعت الدول الأعضاء في تصوُّر وتنفيذ مواجهة هذه التحدِّيات من قِبَل قطاعات متعدِّدة. وقد أتضح من الدراسة المتعددة البلدان التي أجريت مؤخراً [12]، أن لدى العديد من البلدان استراتيجيات معنية بالسلامة على الطرق، وأن لدى معظمها قوانين بشأن الحدود القصوى للسرعة وأحزمة المقاعد، وتتوافر لدى معظمها خدمات للرعاية في القطاع العام قبل دخول المستشفى. غير أنه عندما يتعلَّق الأمر بتطبيق تلك القوانين أو تنفيذ الاستراتيجيات الوطنية وتطبيق المعايير اللازمة على الرعاية قبل دخول المستشفى، فإن معظم البلدان تُصنَّف بأنها دون المستويات المقبولة دولياً (الجدول 2). ويؤكد هذا أنه على الرغم من اتِّخاذ الحكومات خطوات للتعاطي مع القضية، فإن الجهود المبذولة يعوزها الكثير من الحماس. ولا بد من بذل المزيد من الجهد في تطبيق القوانين، وبذل المزيد من الجهد في توفير خدمات رعاية حالات الإصابات قبل دخول المستشفى ودخل المستشفى، على أن تقي هذه الخدمات بالمعايير الدولية.

الجدول 2. تنفيذ الاستراتيجيات الوطنية المعنيَّة بالسلامة على الطرق في نخبة من بلدان الإقليم

البلد	الحدود القصوى للسرعة	تطبيق الحدود القصوى للسرعة (10-0) ⁽¹⁾	قانون الخوذ	تطبيق قانون الخوذ (10-0) ⁽¹⁾	قانون أحزمة المقاعد	تطبيق قانون أحزمة المقاعد (10-0) ⁽¹⁾	الرعاية في القطاع العام قبل دخول المستشفى
الأردن	نعم	6	نعم	4	نعم	5	نعم
الإمارات العربية المتحدة	نعم	7	نعم	8	نعم	7	نعم
باكستان	نعم	4	نعم	4	نعم	3	نعم
البحرين	نعم	4	نعم	5	نعم	4	نعم
تونس	نعم	5	نعم	5	نعم	2	نعم

نعم	4	نعم	7	نعم	3	نعم	الجمهورية العربية الليبية
نعم	8	نعم	6	نعم	6	نعم	جمهورية إيران الإسلامية
نعم	9	نعم	4	نعم	8	نعم	الجمهورية العربية السورية
لا	7	نعم	7	نعم	7	نعم	السودان
نعم	9	نعم	7	نعم	6	نعم	عُمان
نعم	7	نعم	5	نعم	6	نعم	قطر
نعم	3	نعم	3	نعم	6	نعم	الكويت
لا	4	نعم	2	نعم	4	نعم	لبنان
نعم	7	نعم	6	نعم	7	نعم	مصر
نعم	8	نعم	4	نعم	5	نعم	المغرب
نعم	5	نعم	2	نعم	5	نعم	المملكة العربية السعودية
لا	2	لا		لا	3	نعم	اليمن

المصدر: [7]

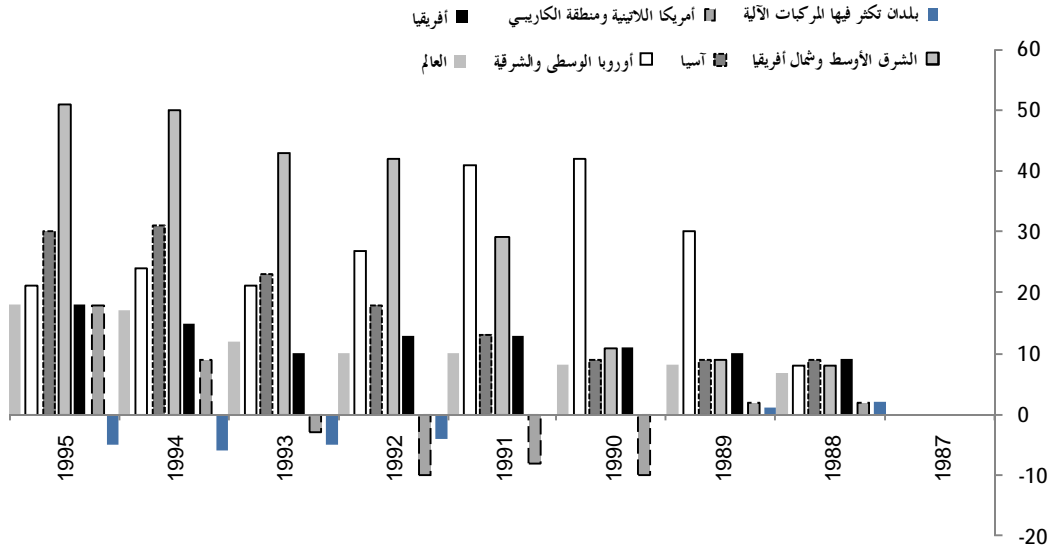
(أ) النقطة المحددة على المجال 0 - 10، حيث يمثل 0 عدم التطبيق وتمثل 10 التطبيق الكامل، قد تم التوصل إليها فيما يتعلق بكل بلد، عن طريق لجنة توافق الآراء الوطنية للتقرير المحلي العالمي المتعلق بالسلامة على الطرق [7].

4. الإجراءات المقترحة اتخاذها

الوقاية من إصابات حوادث المرور على الطرق هي قضية متعددة القطاعات على نطاق واسع. إذ لا يمكن لقطاع حكومي واحد أن ينهض وحده بمهمة الوقاية من وقوع تلك الإصابات وما يترتب عليها من وفيات وعجز. غير أنه يمكن الوقاية من الوفيات والمرضاة الناجمة عن الحوادث المرورية. فهناك بينات جلية على أن البلدان التي تتصدى لهذه القضية باعتبارها قضية صحية عمومية، وتتخذ نهجاً قائماً على النظم، يمكنها، بإشراك قطاعات متعددة في الوقاية الأولية، أن تخفّض تخفيضاً هائلاً من عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق

(الشكل 4).

هذا، مع العلم بأن عبارة "النهج القائم على النظم" تجاه السلامة على الطرق، تعني فهم نظام السلامة على الطرق ككل، وإدراك التفاعل بين مختلف عناصره، وتحديد المجالات التي يمكن أن تتطلب التدخل. والنظام الآمن للمرور على الطرق هو نظام يستوعب نقاط الضعف واحتمالات الخطأ البشرية ويجبرها. علماً بأن حوادث المرور على الطرق يمكن توقعها، ومن ثمّ يمكن توقيها. والنظام القائم على النظم فيما يتعلق بالسلامة على الطرق يؤكد على ما يتعيّن اتخاذه من تدابير تتعلق بالبيئة والمركبات والسلوكيات، ولا يكتفي بالتركيز على الأساليب المباشرة التي تهدف إلى تغيير سلوكيات مستخدمي الطرق.



المصدر: مكتب سلامة النقل، أستراليا؛ وزارة النقل، المملكة المتحدة؛ نظام تبليغ تحليلات الإماتة، الولايات المتحدة الأمريكية

الشكل 4. اتباع نهج صحي عمومي قائم على النظم وتأثيره على الوفيات والمراضة الناجمة عن إصابات حوادث المرور على الطرق

على الرغم من أن الحلول المقترحة للبلدان ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط قد تختلف عن تلك المقترحة للبلدان التي سبقتها على طريق استخدام المركبات الآلية، فإن بعض المبادئ الأساسية لا تختلف هنا أو هناك. ومن الأمثلة على تلك المبادئ، التصميم الجيد للطرق، والإدارة الجيدة للمرور على الطرق، وتحسين مستويات الممرّكبات، وتدريب السائقين، ومراقبة السرعة، واستخدام أحزمة المقاعد، وإنشاء نظام فعّال لرعاية حالات الإصابة قبل دخول المستشفى وداخل المستشفى. وعلى حين أن العديد من الإجراءات التي تُتخذ في مجال الرعاية الأولية عادة ما يُنظر إليها باعتبارها خارج مجال القطاع الصحي (أو وزارة الصحة)، فالحق أن وزارة الصحة عليها دوراً مهماً جداً تؤديه في الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق. وينضاف هذا الدور إلى دورها في مجال الوقاية الثانوية من خلال إنشاء نظام فعّال لرعاية حالات الإصابة قبل دخول المستشفى وداخل المستشفى.

وغني عن البيان أن الوقاية الأولية من إصابات الحوادث المرورية تتطلب اتخاذ إجراء من قبل الصحة العمومية على نحو ما دعا إليه "التقرير العالمي المعني بالوقاية من إصابات حوادث المرور على الطرق" والاستراتيجية الخمسية لمنظمة الصحة العالمية للوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، والتي تحدّد الإجراءات التالية:

(أ) العمل، من خلال ترصد الإصابات وإجراء المسوحات، على اكتشاف أكبر قدر ممكن من جميع جوانب الإصابة الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، وذلك بجمع المعطيات (البيانات) على نحو منهجي عن حجم هذه الحوادث ونطاقها، وخصائصها، وعواقبها؛

- (ب) البحث في أسباب الحوادث المرورية وإصاباتهما، مع محاولة تحديد ما يلي: أسباب وقرائن إصابات حوادث الطرق، والعوامل التي تزيد أو تقلل من الخطر، والعوامل التي يمكن تحويلها من خلال التدخل؛
- (ج) استكشاف طرق لالتقاء وتقليل شدة الإصابات في حوادث الطرق، بتصميم تدابير ملائمة وتنفيذها ورصدها وتقييمها؛
- (د) المعاونة على تنفيذ تدابير تبدو واعدة، في طائفة من الأماكن، ولاسيما في مجال السلوك البشري، وبحث معلومات عن النتائج، وتقييم مردودية هذه التدابير؛
- (هـ) العمل على إقناع راسمي السياسات وصنّاع القرار بضرورة التصدي للإصابات بوجه عام باعتبارها قضية كبرى، وبأهمية اتخاذ أساليب محسنة لسلامة المرور على الطرق؛
- (و) ترجمة المعلومات المؤثرة القائمة على العلم إلى سياسات وممارسات تحمي المشاة، ومستخدمي المركبات ذات العجلتين، وراكبي وسائل النقل العام؛
- (ز) تعزيز بناء القدرات في كل هذه المجالات، ولاسيما في مجال جمع المعلومات ومجال البحوث.

ويُعدّ النهج القائم على النُظُم أداة تُستخدم في مواجهة المشكلة من جانب الصحة العمومية. فهذا النهج يسعى إلى تحديد وتصحيح المصادر الرئيسية للخطأ ونقاط الضعف في تصميم الطرق، والتي تؤدي إلى وقوع حوادث مميتة ومسببة لإصابات شديدة، كما يسعى إلى التخفيف من شدة الإصابة وعواقبها. وقد اختُبرت على الصعيد الدولي طائفة واسعة من الاستراتيجيات والطرائق الهادفة إلى تقليص الإصابات، وذلك من خلال البحث العلمي والملاحظة العملية. وتتطلب هذه الاستراتيجيات اتخاذ نهج يقوم على التعاون بين قطاعات متعددة تقوم وزارة الصحة في إطاره بدور رئيسي. وتشتمل تلك الاستراتيجيات على تدابير من أجل: تقليل التعرّض للمخاطر؛ وتوقّي وقوع حوادث المرور على الطرق؛ والتخفيف من شدة الإصابة في حالة وقوع حادثة؛ وتقليل عواقب الإصابة من خلال تحسين الرعاية التالية للإصابة.

5. الخاتمة

لقد أصبحت الإصابات، بوجه عام، والإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، بوجه خاص، مشكلة صحية عمومية رئيسية في الإقليم. فإضافة إلى ارتفاع معدلات الوفيات الناجمة عنها، ترتفع معدلات العجز الذي يواجهه المصابون في تلك الحوادث؛ مما يلقي بعبء اقتصادي جسيم على البلدان، بفقدانها نسبة كبيرة من قواها العاملة نتيجة الموت أو العجز. ويستنفد هذا بدرجة كبيرة الموارد المخصصة للصحة ولتُظْم الرعاية الصحية، ويؤثر بالسلب على إجمالي الناتج القومي. وقد جرت العادة على النظر إلى الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق باعتبارها خارج نطاق القطاع الصحي، بحيث يندر العمل على استكشاف دور قطاع الصحة العمومية وتأثيره في مجال الوقاية. وقلة قليلة من البلدان هي التي تشجع على اتخاذ إجراءات مجدية من قِبَل قطاعات متعددة من أجل الوقاية. وتستهلك خدمات الطوارئ قسطاً كبيراً من إجمالي نفقات القطاع الصحي، فلا يبقى سوى موارد محدودة وفرص قليلة للوقاية. وعلى الرغم من الزيادات المقلقة في عبء إصابات الحوادث المرورية في الإقليم، فلم

يتم بعد إعداد وتنفيذ سياسات فعّالة للوقاية من الإصابات. ومن العقبات الأساسية التي تقف أمام راسمي السياسات، انعدام أو قلة المعطيات (البيانات) الموثوقة المتاحة التي يمكنهم الاسترشاد بها في اتخاذ القرارات عن علم وبيّنة. وحيثما تتوافر معطيات موثوقة بدرجة معقولة بشأن عبء الإصابات، فإنها غالباً ما تكون غير منظمّة على نحو مفهومٍ أو مُجدٍ، ومن ثمّ لا يسهل على صنّاع القرار الانتفاع بها.

ومن نافلة القول أن حوادث المرور على الطرق تقع في كلّ القارات، وفي كل بلد من بلدان العالم. ومن أهم العوامل في هذه المشكلة أن السلامة على الطرق لا "تنتمي" إلى وكالة معيّنة؛ ومن ثمّ فلا "سيطرة" لجهة محدّدة على أوضاع السلامة على الطرق. بل إن المسؤولية عن التعاطي مع مختلف جوانب المشكلة موزّعة بين العديد من القطاعات والمجموعات المختلفة. ولا غرو في أن تُفتقد غالباً في ظل هذه البيئة الإرادة السياسية اللازمة لوضع وتنفيذ سياسات وبرامج فعّالة لتحقيق السلامة على الطرق.

ولم يحدث إلا في السنوات الأخيرة أن اجتذبت السلامة على الطرق والوقاية من الإصابات اهتمام المجتمع المدني، والباحثين، ومقدمي الخدمات الصحية في الإقليم. ولم يبدأ إلا مؤخراً جداً الوعي بالمشكلة في العديد من البلدان. وشرعت بلدان أخرى في اتخاذ إجراءات على مستويات مختلفة. غير أنه لا يزال يتعين التصدي للعديد من التحديات. والعامل الرئيسي لتقليص العبء المتزايد، هو التصدي للإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق باعتبارها قضية صحية عمومية، واتباع نهج قائم على النظم تجاه السلامة على الطرق. والخطوة الأولى التي ينبغي اتخاذها في هذا المضمار هي إنشاء قاعدة معارف قائمة على البيّنات، والتوعية بالحجم الحقيقي للمشكلة، وذلك لتمكين البلدان من إعداد استراتيجيات وتدابير فعّالة ومضمونة الاستمرار للوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق. وينبغي تصميم هذه الاستراتيجيات والتدابير بما يتوافق مع ظروف الإقليم والاختلافات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية التي يتسم بها. ويتعين أيضاً تكملة هذه الاستراتيجيات بإجراء متابعة نظامية لتنفيذ وتقييم ما يُتخذ من تدابير.

ويتعيّن على وزارات الصحة اتخاذ دورٍ قياديٍّ قويٍّ في متابعة الجهود المبذولة على الصعيد الوطني لتحقيق السلامة على الطرق. وعلى حين أن الإجراءات الموصى بها فيما يتعلّق بإنفاذ القوانين والبنية الأساسية للطرق، وسلامة المركبات، قد لا تكون من اختصاص وزارات الصحة، فإن وقوع معظم عبء الإصابات على القطاع الصحي ينبغي أن يكون حافزاً كافياً لوزارات الصحة للقيام بدورٍ إشرافيٍّ و تثقيفيٍّ في هذا المضمار. ويستلزم تعزيز السلامة على الطرق التزاماً سياسياً قوياً وإعطاءه أولوية على كل المستويات الحكومية، بالتعاون مع سائر الجهات المعنية في القطاعين العام والخاص. ومن الضروري اتخاذ نهج يقوم على التعاون بين قطاعات متعددة، مع تحديد وكالة واحدة تقوم بتنسيق جهود مختلف القطاعات المعنية.

6. التوصيات

1. تحديد آلية وطنية متعدّدة القطاعات (وكالة رائدة أو لجنة وطنية) يمكنها التعاطي مع عملية السلامة على الطرق باعتبارها قضية صحية عمومية، واتباع نهج قائم على النظم يُسترشد به فيما يُبذل من جهود على الصعيد الوطني لتحقيق السلامة على الطرق.

2. إنشاء إدارة للوقاية من الإصابات ومكافحتها على الصعيد الوطني، داخل وزارة الصحة، تخصص لها ميزانية وموارد بشرية.
3. إنشاء آلية متعددة القطاعات لجمع المعطيات (البيانات) يمكنها التأثير في السياسات واتخاذ تدابير قائمة على البيانات.
4. إعداد استراتيجية وخطة عمل وطنية للسلامة على الطرق تسهم في تنفيذها القطاع والمؤسسات خارج القطاع الصحي، مثل قطاعات النقل، وشرطة المرور، والتعليم، والإدارة المحلية، والمالية.
5. تخصيص موارد مالية وبشرية لتحديد واستجلاب استجابة لمقتضيات المشكلة من قِبَل قطاعات واختصاصات متعددة.
6. اتخاذ إجراءات محددة للحدّ قدر الإمكان من الإصابات وعواقبها، وتقييم تأثير هذه الإجراءات من خلال إنشاء نُظُم فعّالة لرعاية حالات الإصابة قبل دخول المستشفى (خدمات الطوارئ الطبية) وداخل المستشفى، بما يتوافق مع المعايير الدولية.
7. تنمية القدرات الوطنية في مجال الرعاية الأولية لحالات الإصابة الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، وإقامة شراكات في مجال السلامة على الطرق، من خلال إنشاء شبكات على الصعيد الوطني والإقليمي والدولي.

المراجع

1. Peden M, McGee K, Sharma G. *The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries*. Geneva, World Health Organization, 2002.
(http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/chartbook/chartb/en/, accessed 25 January 2009)
2. Trinca GW et al. *Reducing traffic injury: the global challenge*. Melbourne, Royal Australasian College of Surgeons, 1988.
3. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001.
4. Peden M, McGee K, Krug E, eds. *Injury: a leading cause of the global burden of disease, 2000*. Geneva, World Health Organization, 2002.
(<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562323.pdf>, accessed 25 January 2009).
5. Peden M et al. *World report on road traffic injury prevention*. Geneva, World Health Organization, 2004.
6. *A resource document for the WHO Eastern Mediterranean Region*. Cairo, Regional Office for the Eastern Mediterranean, launched on the occasion of World Health Day 2004 "Road Safety Is No Accident".
7. *Global status report on road safety: Time for action*. Geneva, World Health Organization, 2009.
8. Mathers C, Loncar D. *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2005.
9. Murray CJL et al. *The global burden of disease 2000 project: aims, methods and data sources [revised]*. Geneva, World Health Organization, 2001 (GPE Discussion Paper No. 36).
10. Downing A. Addressing the challenge of road safety. In: *Public health in the Middle East and North Africa, Meeting the challenges of the twenty-first century*. Washington DC, World Bank Institute, 2004, 97-113.
11. Ghaffar A et al. The burden of road traffic injuries in developing countries: the 1st National Injury Survey of Pakistan. *Public Health*, 2004, 118:211-7.
12. Jacobs G, Aeron-Thomas A, Astrop A. *Estimating global road fatalities*. Crowthorne, Transport Research Laboratory, 2000 (TRL Report 445).