

فهم وتضييق الفروق
بين البيانات المعلنة
من قبل البلد وتقديرات
منظمة الصحة العالمية
عن حالات الوفيات
الناجمة عن حوادث المرور



فهم وتضييق الفروق بين البيانات المعلنة من قبل البلد وتقديرات منظمة الصحة العالمية عن حالات الوفيات الناجمة عن حوادث المرور

المؤلفون: إيونورا باباديميريو (المشروع الأورومتوسطي لدعم قطاع النقل)، قاسم عايش (منظمة الصحة العالمية)،
ميكاليس أدامانتيديس (المشروع الأورومتوسطي لدعم قطاع النقل)

EuroMed Transport
SUPPORT PROJECT



هذا الكتيب هو عمل مشترك بين المشروع الأوروبي المتوسطي لدعم قطاع النقل الذي يموله الاتحاد الأوروبي (EuroMed TSP) ومنظمة الصحة العالمية (WHO). إنه موجه إلى السلطات في البلدان الشريكة الأوروبية، وكذلك في جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية. ويهدف إلى توضيح التباين بين تقديرات منظمة الصحة العالمية والبيانات المعلنة من قبل البلد عن حالة الوفيات الناجمة عن حوادث المرور وتقديم اقتراحات بشأن الخطوات التي يمكن أن تتخذها البلدان لتضييق الفروق وتعزيز نظم البيانات الخاصة بها.

المؤلفون

الدكتورة إليونورا باباديميريو، كبيرة خبراء بيانات السلامة على الطرق، المشروع الأوروبي المتوسطي لدعم قطاع النقل (EuroMed TSP)
د. قاسم عايش، المسؤول الفني، منع العنف والوقاية من الإصابات، منظمة الصحة العالمية
السيد ميكاليس آدمنتيادس، قائد الفرق والخبير الرئيسي للنقل البري، المشروع الأوروبي المتوسطي لدعم قطاع النقل (EuroMed TSP)

المدير المسؤول

السيد سبيروس تريانتافيلوس

مدير المشاريع

SAFEGE

De Kleetlaan, 5 – B1831 Diegem – Belgium

الإصدارات اللغوية

الأصلي: الإنجليزية

الترجمة: الفرنسية والعربية

حول الناشر

تم إعداد هذا الكتيب في إطار المشروع الأوروبي المتوسطي لدعم قطاع النقل (EuroMed TSP)، بتمويل من الاتحاد الأوروبي ونفذته شركة SUEZ Consulting (SAFEGE)، في ائتلاف تجاري مع شركة Idom لخدمات الاستشارة والهندسة والهندسة المعمارية، واتحاد دول أمريكا الجنوبية (SAU)، والمؤسسة الألمانية للتعاون الدولي (GIZ) المؤسسة الألمانية للتعاون الدولي (GmbH). ملكية المنشور الحالي غير قابلة للنقض وممنوحة بالكامل للجهة المتعاقدة. تم إنجاز هذه المخطوطة في يونيو ٢٠١٩.

هذا المستند متاح على الإنترنت على العنوان التالي:

http://etsp.eu/?page_id=24985&mdocs-cat=mdocs-cat-74&mdocs-att=null

إخلاء مسؤولية

لا يمثل محتوى هذا المنشور بالضرورة وجهات النظر أو القرارات أو السياسات الخاصة بالاتحاد الأوروبي أو منظمة الصحة العالمية. تقع مسؤولية المعلومات والآراء المعبر عنها في المنشور بالكامل على عاتق المؤلفين.

يُسمح بنسخ أجزاء من هذا الكتيب وترجمته لأغراض غير تجارية، شريطة أن يكون المصدر معترفًا به ويتم إعطاء الناشر إخطارًا مسبقًا وإرسال نسخة منه.

تصميم وكالة Inis Communication - www.iniscommunication.com

طُبِعَ في بروكسل، يوليو ٢٠١٩



المحتويات

١ المقدمة

المقطع ١

٢ التباين في البيانات الناتج عن اختلاف التعريفات والمصادر

المقطع ٢

٦ فهم تقرير الحالة العالمية لمنظمة الصحة العالمية حول منهجية السلامة على الطرق

المقطع ٣

٩ تحسين جودة البيانات

١٢ الأسئلة الشائعة

١٤ قائمة المراجع

١٥ الملاحق



المقدمة

إن الالتزامات الدولية بأهداف التنمية المستدامة والهدف ٣,٦ على وجه التحديد، المتمثل في خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور إلى النصف، تعني أن البلدان مطالبة على نحو متزايد بالإبلاغ عن بيانات الوفيات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق الوطنية بدقة.

ومع ذلك، تواجه جميع البلدان تحديات كبيرة في جمع بيانات كاملة ودقيقة وموثوقة عن حوادث المرور على الطرق. وتتمثل إحدى هذه التحديات في البيانات التي يتم جمعها عبر العديد من القطاعات (بما في ذلك الشرطة والصحة والسجل المدني والتأمين والنقل) التي نادراً ما ترتبط أنظمتها وتتفق إلى أي تعاون منظم أو تبادل للمعارف. وغالباً ما يؤدي ذلك إلى قيام قطاعات مختلفة بالإبلاغ عن إحصاءات مختلفة عن الوفيات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق.

وتشمل التحديات الأخرى ما يلي:

- **دقة البيانات:** غالباً ما تكون التغطية غير كافية للوفيات والإصابات (المعروفة باسم "القصور في الإبلاغ")؛
- **مقارنة البيانات:** قد تستخدم القطاعات المختلفة تعريفات مختلفة، وقد لا تتماشى هذه التعريفات مع المعايير الدولية؛
- **اكتمال البيانات:** غالباً ما يكون هناك نقصاً في العديد من عناصر البيانات الرئيسية اللازمة لدعم عملية وضع السياسات وغالباً ما تكون البيانات الأكثر فائدة هي الأقل توفرًا (مثل موقع التصادم، نوع الإصابة، تم تعاطي الكحول أو المخدرات، تم استخدام حزام الأمان أو الخوذة)؛
- **مستوى تصنيف البيانات:** غالباً ما يتعذر تحليل البيانات وفقاً لخصائص الطريق أو السيارة أو مستخدم الطريق المختلفة؛
- **الوصول إلى البيانات:** قد يتعذر الوصول إلى المعلومات أو تفقير إلى البيانات الفوقية اللازمة (مثل وصف التعريفات والبروتوكولات المستخدمة).

على الرغم من هذه التحديات، غالباً ما يكون هناك تكامل في البيانات التي تجمعها القطاعات المختلفة. ويُعد التغلب على هذه التحديات أمراً جديراً بالاهتمام، حيث يمكن للتقييم المجمع لبيانات القطاعات المختلفة تقديم صورة أكثر اكتمالاً ودقة لأبعاد مشكلة السلامة على الطرق. وتحقيقاً لهذه الغاية، تعمل توصيات منظمة الصحة العالمية (WHO) بشأن تطوير أنظمة البيانات الوطنية الخاصة بالحوادث^١، مع توصيات المشروع الأورومتوسطي لدعم قطاع النقل بشأن "إنشاء أنظمة بيانات موثوقة ومتناسقة وقابلة للمقارنة للسلامة على الطرق وتقاسمها على المستوى الإقليمي"^٢، على تأكيد أهمية التعاون وتبادل المعرفة والخبرات بين القطاعات المختلفة.

يمكن للدول التي ترغب في تعزيز أنظمة بيانات حوادث الطرق الحالية، أو تصميم أنظمة جديدة وتنفيذها، الاعتماد على الاستراتيجيات التالية:

- تحسين جودة بيانات الشرطة وأداء أنظمة الشرطة لحوادث الطرق؛
- تحسين البيانات المستندة إلى المرافق الصحية بشأن الوفيات والإصابات الناجمة عن الحوادث على الطرق؛
- تحسين أنظمة بيانات التسجيل الحيوية (VRD)، ولا سيما تسجيل الوفيات؛
- الجمع بين مصادر البيانات الحالية للحصول على أرقام أكثر دقة حول عدد حوادث الطرق وأثارها.

يحاول هذا الكتيب توضيح التباين بين تقديرات منظمة الصحة العالمية والبيانات المعلنة من قبل البلد عن حالة الوفيات الناجمة عن حوادث المرور وتقديم اقتراحات بشأن الخطوات التي يمكن أن تتخذها البلدان لتعزيز نظم البيانات الخاصة بها. ويدعو إلى أن تحسين بيانات التسجيل الحيوية (VRD) هو عامل رئيسي في تحقيق بيانات أكثر دقة وموثوقية عن الوفيات على الطرق، مع الإقرار بأن هذه العملية تمثل تحدياً كبيراً وطويل الأجل. وتتمثل نقطة الانطلاق المباشرة لتحسين جودة البيانات في إقامة تعاون أوثق بين مختلف القطاعات المعنية، بهدف إنشاء بيانات متكاملة وشاملة للقطاعات المتعددة حول السلامة على الطرق.

١ منظمة الصحة العالمية. نظم البيانات. دليل بيانات السلامة على الطرق لصانعي القرار والممارسين. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٠ (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598965_eng.pdf، تم الرجوع إليه في ١٢ مارس ٢٠١٩).

٢ المشروع الأورومتوسطي لدعم قطاع النقل (EuroMed TSP): التقرير النهائي "حول أفضل الممارسات والأساليب والأدوات الحالية لجمع البيانات الموثوقة ومعالجتها، وتشخيص الوضع الحالي في مقاطعات الشركاء الأورومتوسطيين وتوصياتهم حول كيفية المضي قدماً". المفوضية الأوروبية، بروكسل، ٢٠١٨.

المقطع ١

التباين في البيانات الناتج عن اختلاف التعريفات والمصادر

إن تقارير الوفيات المعلنة من قبل البلد وتقديرات منظمة الصحة العالمية عن حالات الوفيات الناجمة عن حوادث المرور في المنطقة الأورومتوسطية تعرض فروق تتراوح بين ١٣٪ و ٢٠٧٪ (اطلع على الجدول ١).

يعد استخدام تعريفات مختلفة لحالات الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق أحد أسباب هذا التباين. بينما تستند بيانات الشرطة إلى التعريف الدولي "الوفيات التي تحدث في غضون ٣٠ يوماً من الحادث"، فقد تشمل البيانات من القطاعات الأخرى (مثل النقل والتأمين والصحة) الوفيات التي تحدث بعد تلك الفترة.

ولا سيما أن بيانات القطاع الصحي يمكن أن تؤدي إلى تعريفات وبيانات مختلفة. حيث يتكون القطاع الصحي نفسه من ثلاثة مصادر: سجلات المستشفيات وسجلات خدمات الطوارئ وبيانات التسجيل الحيوية (VRD) بناءً على شهادات الوفاة الصادرة عن المستشفيات أو الأطباء الخاصين. فعلى سبيل المثال، لا تضع بيانات التسجيل الحيوية (VRD) في الاعتبار الوقت المحدد لوقت حدوث الوفاة بسبب إصابة على الطريق. على الرغم من أن القطاع الصحي ليس مسؤولاً رسمياً عن جمع إحصاءات كاملة عن حوادث التصادم، فإن الحاجة إلى جمع بيانات التسجيل الحيوية (VRD) على الصعيد القطري لجميع أسباب الوفاة تجعلها مهمة للغاية لتسجيل الوفيات الناجمة عن حوادث المرور. علاوة على ذلك، فإن بيانات التسجيل الحيوية (VRD) هي مصدر الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق المقدر من منظمة الصحة العالمية.

الجدول ١: مقارنة إحصاءات الوفيات المعلنة من قبل البلد وإحصاءات الوفيات المقدر من منظمة الصحة العالمية والبلدان الشريكة الأورومتوسطية

البلد	الوفيات المعلنة من قبل البلد*	الوفيات المقدر من منظمة الصحة العالمية	الفرق	الفرق بالنسبة المئوية (%)
مصر	٨٢١١	٩٢٨٧	١٠٧٦	١٣٪
لبنان	٥٧٦	١٠٩٠	٥١٤	٨٩٪
تونس	١٤٤٣	٢٥٩٥	١١٥٢	٨٠٪
المغرب	٣٧٨٥	٦٩١٧	٣١٣٢	٨٣٪
الجزائر**	٤٥٤٠	٩٣٣٧	٤٧٩٧	١٠٦٪
الأردن	٧٥٠	٢٣٠٦	١٥٥٦	٢٠٧٪

* تستخدم جميع الدول تعريف "الوفيات التي تحدث في غضون ٣٠ يوماً من الحادث"، باستثناء مصر (الذين لقوا مصرعهم في مكان الحادث) ولبنان (الوفيات في فترة غير محدودة بعد حادث التصادم)
** البيانات غير متوفرة لعام ٢٠١٦ في تقرير الحالة العالمية عن السلامة على الطرق (GSRRS4) ٢٠١٨. أحدث البيانات المتوفرة هي لعام ٢٠١٣ من تقرير الحالة العالمية بشأن السلامة على الطرق لعام ٢٠١٥ (GSRRS3)

حتى البلدان التي لديها أنظمة بيانات جيدة قد تواجه تباين بين الوفيات المعلنة وتقديرات منظمة الصحة العالمية لأن تقديرات منظمة الصحة العالمية تعتمد على بيانات التسجيل الحيوية (VRD) وحدها. يوضح الجدول ٢ الفرق بين الوفيات المعلنة من قبل البلد وتقديرات منظمة الصحة العالمية للعديد من البلدان باستخدام بيانات تسجيل حيوية (VRD) مفيدة (راجع المربع ١ للاطلاع على مثال لتدقيق البيانات وتقديرات الوفيات حسب القطاعات المختلفة في اليونان).

عندما تكون البيانات المستندة إلى الشرطة والتقارير المعلنة من قبل البلد و/أو بيانات التسجيل الحيوية (VRD) المسجلة في البلدان غير مفيدة، فمن المتوقع وجود فرق أكبر. علاوة على ذلك، في العديد من الحالات، يؤدي عدم وجود بيانات التسجيل الحيوية (VRD) أو عدم جدواها إلى استخدام طرق إحصائية للوفيات المقدر من منظمة الصحة العالمية (اطلع على المقطع ٢).



الجدول ٢: مقارنة الوفيات المعلنة من قبل البلد وتقديرات منظمة الصحة العالمية للبلدان التي تمتلك بيانات تسجيل حيوية (VRD) ذات جدوى

البلد	الوفيات المعلنة من قبل البلد*	الوفيات المقدرة من منظمة الصحة العالمية**	الفرق بالنسبة المئوية (%)
الكويت	٤٢٤	٧١٥	٦٨,٦
تركيا	٧٣٠٠	٩٧٨٢	٣٤
اليونان	٨٢٤	١٠٢٦	٢٤,٥
تشيلي	١٦٧٥	٢٢٤٥	٣٤
كندا	١٨٥٨	٢١١٨	١٤
جواتيمالا	٢٠٥٨	٢٧٥٨	٣٤
البرتغال	٥٦٣	٧٦٨	٣٦,٤
المملكة المتحدة	١٨٠٤	٢٠١٩	١١,٩
اليابان	٤٦٨٢	٥٢٢٤	١١,٦

* استناداً إلى بيانات الشرطة

** استناداً إلى بيانات التسجيل الحيوية (VRD)

المصدر: منظمة الصحة العالمية. تقرير الحالة العالمية عن السلامة على الطرق ٢٠١٨. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٨ (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/). تم الرجوع إليه في ١٢ مارس ٢٠١٩.

المربع ١. تدفق البيانات وتقديرات الوفيات حسب القطاع، اليونان

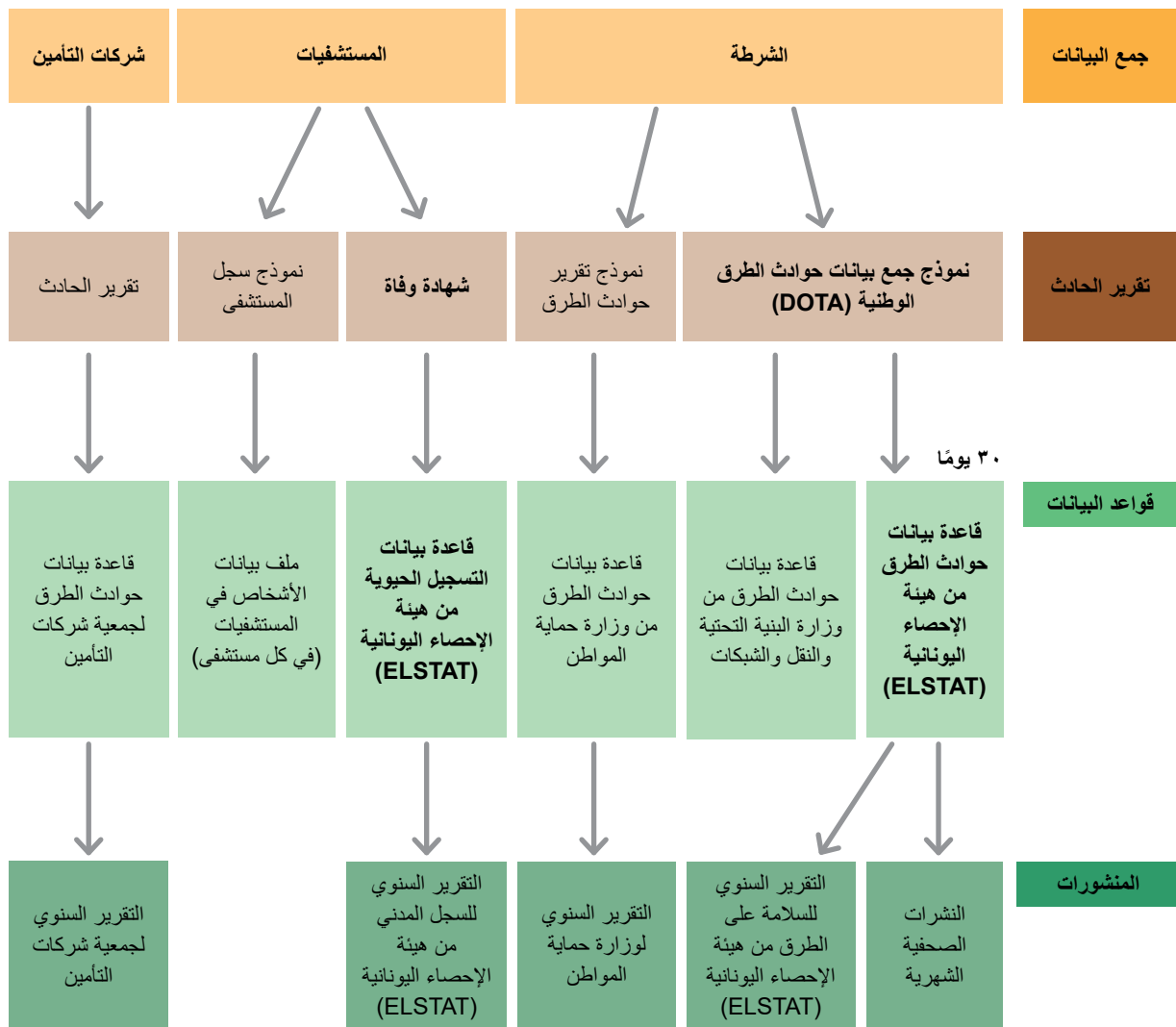
تمتلك اليونان مجموعة من القطاعات المشاركة في جمع بيانات عن الوفيات على الطرق: قطاعات الشرطة والصحة والتأمين. يوضح الشكل ١ تدفق البيانات (جمع ونقل وتخزين ونشر) البيانات عن حوادث الطرق. الوكالة المسؤولة عن قاعدة بيانات حوادث الطرق الوطنية ونموذج جمع البيانات الوطنية هي هيئة الإحصاء اليونانية (ESTAT).^٢

الشرطة مسؤولة عن جمع بيانات حوادث الطرق في مكان الحادث ومتابعة جميع الوفيات التي تحدث في غضون ٣٠ يومًا، وبعد ذلك يتم تقديم نموذج جمع البيانات الوطنية إلى هيئة الإحصاء اليونانية (ELSTAT) للمعالجة؛ ويتم تقديم نسخة إلى وزارة البنية التحتية والنقل والشبكات، والتي بدورها تحتفظ بقاعدة بيانات الحوادث الخاصة بها. وتمتلك الشرطة أيضًا قاعدة بيانات الحوادث الخاصة بها.

يتم جمع بيانات ضحايا الحوادث في كل مستشفى، من خلال سجلات الأشخاص الذين يتم نقلهم إلى المستشفى، وتكون معظمها في شكل ورقي وبدون مرفق قاعدة بيانات مركزية. يتم إرسال شهادات الوفاة الصادرة لجميع الوفيات الناجمة عن الحوادث من المستشفيات إلى وكالات التسجيل المدني الإقليمية والمحلية، وفي نهاية المطاف إلى بيانات التسجيل الحيوية (VRD) التي تديرها هيئة الإحصاء اليونانية (ELSTAT).

يقوم قطاع التأمين أيضًا بجمع بيانات حوادث الطرق (بما في ذلك الأضرار التي لحقت الممتلكات فقط) ويحافظ على قاعدة بيانات الحوادث.

الشكل ١: تدفق بيانات حوادث الطرق، اليونان



المصدر: استنادًا إلى إحصاءات حوادث الطرق للسيد يانيس جي: التجربة اليونانية. في ورشة عمل أئينا الإقليمية حول إنشاء نظام موثوق ومتناسق وقابل للمقارنة لجمع بيانات السلامة على الطرق ومشاركتها على المستوى الإقليمي لمشروع الأورومتوسطي لدعم قطاع النقل؛ ٢٠١٨ <https://www.nrso.ntua.gr/geyannis/wp-content/uploads/geyannis-cp309.pdf>، تم الرجوع إليه في ٢٠ يونيو ٢٠١٩.

على الرغم من أن قواعد البيانات المختلفة غير مرتبطة، فإن دور هيئة الإحصاء اليونانية (ELSTAT) هو توحيد بيانات الشرطة وبيانات التسجيل الحيوية (VRD) وإنشاء إحصاءات شهرية عن الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق التي يتم نشرها في بيان صحفي. علاوة على ذلك، يتم نشر النتائج السنوية التفصيلية النهائية في غضون ١٠ شهور من نهاية الفترة المشمولة بالتقرير.

يوضح الجدول ٣ فروق البيانات بين تقديرات الوفيات في هيئة الإحصاء اليونانية (ELSTAT) وتقديرات الوفيات المستندة إلى بيانات التسجيل الحيوية (VRD). يمثل معدل الإبلاغ عن حالات الوفاة لدى الشرطة من ٨٢٪ إلى ٨٤٪ من بيانات التسجيل الحيوية (VRD) لشهادات الوفاة، مما يضع اليونان في المجموعة ١ من البلدان وفقاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية (راجع المقطع ٢). يحدث جزء كبير من التباين نتيجة للتعريفات المختلفة المطبقة. ومع ذلك، على الرغم من جودة نظامي البيانات، فإن هناك درجة من القصور في الإبلاغ موجودة في كلا القطاعين، وفقاً لتقديرات الدراسات الحديثة.^{٤٥}

الجدول ٣: مقارنة بيانات الشرطة مع بيانات التسجيل الحيوية (VRD)، اليونان، ٢٠١٥-٢٠٠٠

المتوسط	الفرق	المصدر	
		بيانات التسجيل الحيوية (VRD) (المستشفيات)**	هيئة الإحصاء اليونانية (ELSTAT) (الشرطة)*
	١,١٢	٢٢٨٨	٢٠٣٧
	١,٠٨	٢٠٣٥	١٨٨٠
	١,١٤	١٨٦٥	١٦٣٤
	١,١٢	١٧٩٤	١٦٠٥
	١,١٩	١٩٨٤	١٦٧٠
	١,١٩	١٩٧١	١٦٥٨
	١,١٢	١٨٥١	١٦٥٧
	١,١١	١٧٩٣	١٦١٢
١,١٦	١,١١	١٧٢٢	١٥٥٣
	١,١٣	١٦٤٧	١٤٥٦
	١,١٤	١٤٣٠	١٢٥٨
	١,١٧	١٣٣٩	١١٤١
	١,٢١	١١٩١	٩٨٨
	١,٢٥	١٠٩٦	٨٧٩
	١,٢٩	١٠٢٥	٧٩٥
	١,٢١	٩٥٦	٧٩٣

* الوفاة في غضون ٣٠ يوماً
** الوفاة في غضون فترة زمنية غير محدودة

التحديات المتعلقة بدقة البيانات

يمثل القصور في الإبلاغ عن وفيات حوادث الطرق تحدياً حقيقياً لجمع البيانات في جميع البلدان، وهناك عدة أسباب معروفة: البيانات التي أعلنتها الشرطة:

- عدم استخدام تعريف "الوفيات التي تحدث في غضون ٣٠ يوماً".
- متابعة غير كافية للوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور حتى ٣٠ يوماً.
- عدم إبلاغ الشرطة عن بعض حوادث الطرق (القصور في الإبلاغ "الحقيقي").
- عدم حضور الشرطة إلى الحوادث المعلنه بسبب عدم كفاية الموارد البشرية.
- عدم تسجيل الشرطة لحادث التصادم بشكل صحيح لأنهم ليسوا مدربين تدريباً كافياً.

بيانات التسجيل الحيوية (VRD):

- عدم استخدام البروتوكولات الدولية لتصنيف أسباب الوفاة.
- عدم إلمام العاملين في القطاع الصحي بالمعلومات المتعلقة بتحديد سبب الوفاة بشكل صحيح.
- نقص المهارات المطلوبة في صياغة شهادات الوفاة التي تلي معايير منظمة الصحة العالمية.
- ضعف التنسيق بين السلطات المركزية والمحلية في جمع بيانات التسجيل الحيوية (VRD) ومعالجتها.

٤ بيتريو إي، يانيس جي، تيرزيبديس إيه، ديسبيريس إن، جيرميني إي، إيجينيوس بي، وآخرون. ربط بيانات ضحايا الحوادث المسجلة لدى القسم الطبي لحالات الطوارئ وشرطة المرور: أداة تُستخدم في تقييم معدل الإصابات في البلدان قليلة الموارد. الوفاة من الإصابات الناجمة عن حركة المرور. ٢٠٠٩:١(١)٣٧-٤٣.

٥ بروتون جاي، كيجان إم، يانيس جي، إيجينيوس بي، تشاريزيس إيه، باباديميتريو إي، وآخرون. تقدير العدد الحقيقي لضحايا الطرق في أوروبا. علوم السلامة. ٢٠١٠:٤٨(٣):٣٦٥-٣٧١.

المقطع ٢

فهم تقرير الحالة العالمية لمنظمة الصحة العالمية حول منهجية السلامة على الطرق

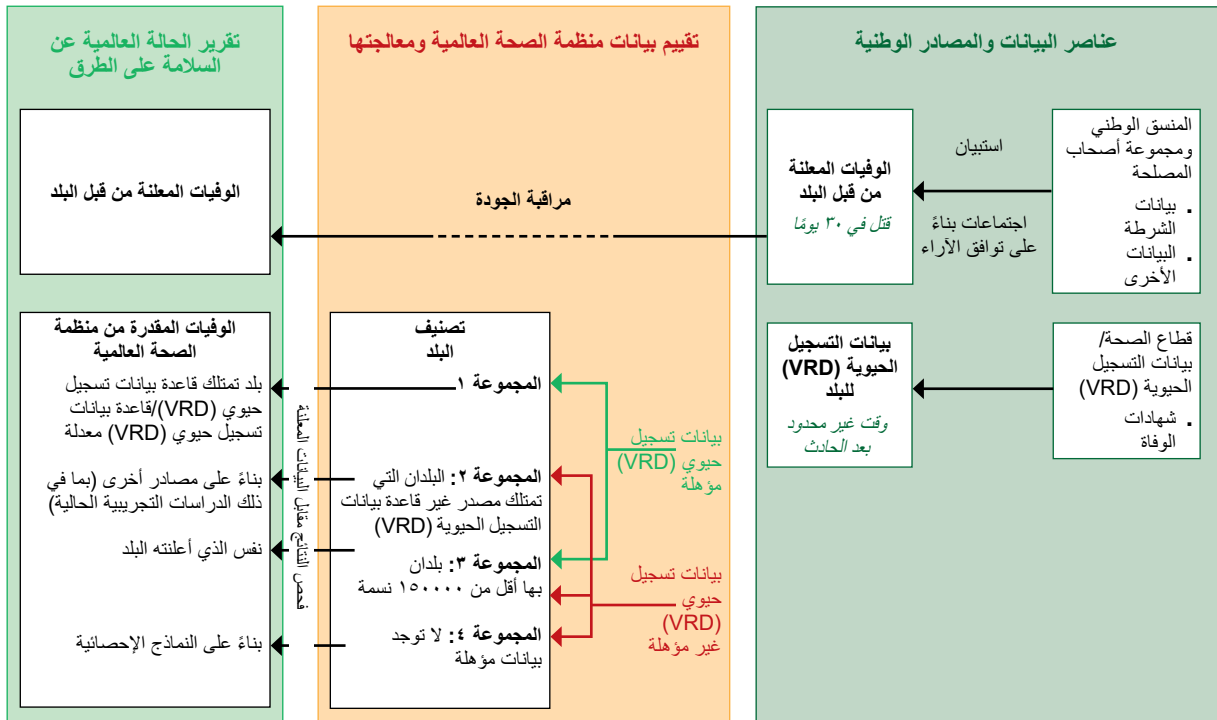
تقرير الوضع العالمي لمنظمة الصحة العالمية عن إحصاءات السلامة على الطرق

تنشر منظمة الصحة العالمية في تقرير الحالة العالمية الخاص بالسلامة على الطرق بيانات الشرطة المتكاملة وبيانات التسجيل الحيوية (VRD) وبيانات من القطاعات الأخرى عند الاقتضاء) لكل بلد. يظهر الشكل ٢ لمحة عامة عن مصادر بيانات منظمة الصحة العالمية وتدفق البيانات والتقديرات النهائية في تقرير الحالة العالمية بشأن السلامة على الطرق.

يحتوي كل موجز قطري في تقرير الحالة العالمية بشأن السلامة على الطرق على اثنين من الإحصاءات (اطلع على الجدول ٤):

- عدد الوفيات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق الوطنية كما أعلنتها البلد (في معظم الحالات بناءً على مصادر بيانات الشرطة) باستخدام تعريف "الوفيات التي تحدث في غضون ٣٠ يوماً".
- الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق المقدر من منظمة الصحة العالمية: يتم فحص هذه التقديرات بناءً على جودة نظام بيانات التسجيل الحيوية (VRD) في البلاد (اطلع على القسم الفرعي التالي للمجموعات القطرية). تستخدم منظمة الصحة العالمية بيانات التسجيل الحيوية (VRD) المعلنة للوفيات الناجمة عن حوادث المرور في البلدان التي تمتلك بيانات تسجيل حيوية (VRD) ذات جودة عالية. بالنسبة للبلدان التي تمتلك بيانات تسجيل حيوية (VRD) ذات جودة منخفضة، تم إنشاء نموذج لها، حيث تستند البيانات النهائية إلى عدة متغيرات (اطلع على المقطع "النموذج الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية").

الشكل ٢: مصادر البيانات وتدفق البيانات والتقديرات النهائية لمنظمة الصحة العالمية





معايير منظمة الصحة العالمية لجودة بيانات التسجيل الحيوية (VRD) وتصنيف البلدان

- يتم تعيين الدول في واحدة من أربع مجموعات تابعة لمنظمة الصحة العالمية بناءً على جودة بيانات التسجيل الحيوية (VRD) المُعلنة:
- المجموعة ١: البلدان التي لديها إحصاءات جيدة عن بيانات التسجيل الحيوية (VRD) (اكتمال السنة مقدرة بـ ٨٠٪ أو أكثر، ومتوسط اكتمال العقد بما في ذلك السنة الأخيرة بنسبة ٨٠٪ أو أكثر).
 - المجموعة ٢: البلدان التي لديها مصادر أخرى للمعلومات حول أسباب الوفاة (بما في ذلك الدراسات الحديثة المقدمة إلى منظمة الصحة العالمية).
 - المجموعة ٣: البلدان التي يبلغ عدد سكانها أقل من ١٥٠٠٠٠.
 - المجموعة ٤: البلدان التي لا تمتلك بيانات تسجيل حيوية (VRD) مؤهلة.

تتوفر قائمة مفصلة بالبلدان حسب المجموعة في الملحق ١ من هذا الكتيب. بالنسبة لبلدان المجموعة ٤، تقدر منظمة الصحة العالمية الوفيات الناجمة عن حركة المرور على أساس النموذج الإحصائي الذي تم استكشافه في القسم الفرعي التالي.

النموذج الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية

يتم تطبيق النموذج الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية على بلدان المجموعة ٤ لتقدير الوفيات الناجمة عن حوادث المرور بناءً على متغيرات مثل الناتج المحلي الإجمالي (GDP)، وكثافة شبكات الطرق، وملكية المركبات، وخصائص النظام الصحي، وغيرها من المؤشرات الاجتماعية والديموغرافية ومؤشرات أداء وسائل النقل. ويتم تقديم بيانات عن الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق المقدرة من منظمة الصحة العالمية مع فاصل الثقة (يُشار إليه باسم CI) - أي النطاق الذي تقع ضمنه القيمة المقدرة، موضحاً موثوقية التقدير الإحصائي. يتم تقديم تفاصيل صياغة النموذج الإحصائي والمتغيرات في الملحق ٢ من هذا الكتيب.

فهم الفرق في البيانات المعلنة في المنطقة الأورومتوسطية

يوضح الجدول ٤ البيانات المعلنة في المنطقة الأورومتوسطية وبيانات التسجيل الحيوية (VRD) عن الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق التي تلقتها منظمة الصحة العالمية، وكذلك تصنيف البلد المعنية. من بين البلدان الستة الشريكة في المنطقة الأورومتوسطية التي تشارك في هذه الممارسة، لا تفي سوى بيانات التسجيل الحيوية (VRD) الخاصة بمصر بمعايير الجودة لمنظمة الصحة العالمية، حيث تصنف جميع البلدان الأخرى في المجموعة على أنها المجموعة ٤ (وهذا يعني أن النموذج الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية يستخدم لتقدير عدد الضحايا).

ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد سبب واحد للتباين الملحوظ بين الوفيات المعلنة من قبل البلد وتقديرات منظمة الصحة العالمية. على الرغم من أن الفرق يرجع إلى حد كبير إلى نوعية بيانات التسجيل الحيوية (VRD) غير المفيدة، إلا أن هناك فوارق وأوجه قصور كبيرة في بيانات الوفيات التي المعلنة من قبل البلد. على سبيل المثال، لا تستخدم مصر ولبنان تعريف "الوفيات التي تحدث في غضون ٣٠ يوماً"، بينما أشارت تونس إلى أنها تواجه صعوبات في الإبلاغ عن حالات الوفاة بالكامل. ويُعرض المزيد من التحليلات الخاصة بكل بلد في المربع ٢.

الجدول ٤: مقارنة بين الوفيات المعلنة من قبل البلد، والوفيات المستندة إلى بيانات التسجيل الحيوية (VRD) وبيانات الوفيات المستندة إلى تقديرات منظمة الصحة العالمية، والدول الستة الشريكة في المنطقة الأورومتوسطية

مجموعة تصنيف البلد	الإكمال	السنة	بيانات التسجيل الحيوية (VRD) المعلنة	تقرير الحالة العالمية عن السلامة على الطرق	
				الوفيات المقدرة من منظمة الصحة العالمية	الوفيات المعلنة من قبل البلد*
١	%٩٤	٢٠١٥	٨٢١١	٩٢٨٧	٨٢١١
٤	—	—	—	١٠٩٠	٥٧٦
٤	%٢٩	٢٠١٣	٢٩٨	٢٥٩٥	١٤٤٣
٤	%٢٩	٢٠١٤	٨٨٧	٦٩١٧	٣٧٨٥
٤	—	—	—	٩٣٣٧	٤٥٤٠
٤	%٥٩	٢٠١٢	٦٦٩	٢٣٠٦	٧٥٠

* تستخدم جميع الدول تعريف "الوفيات التي تحدث في غضون ٣٠ يوماً" باستثناء مصر (الذين لقوا مصرعهم في مكان الحادث) ولبنان (الوفيات في فترة غير محدودة بعد حادث التصادم)
** الأرقام المتاحة من آخر سنة

المربع ٢: تحليل التباين في البلدان الأورومتوسطية

مصر هي الدولة الوحيدة الشريكة للبلدان الأورومتوسطية تابعة للمجموعة ١ مشاركة في هذه الممارسة. يعتمد عدد الوفيات المقدر من منظمة الصحة العالمية في مصر على بيانات التسجيل الحيوية (VRD) الفعلية المعلنة، ولكن يمثل ذلك تحدياً صعباً لجمع بيانات الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق في البلد حيث أن مصادر البيانات المختلفة غير مرتبطة بين المصادر التالية:

- الشرطة التي تسجل عدد الوفيات في مكان الحادث؛
 - خدمات الطوارئ الطبية التي تسجل الوفيات التي تحدث أثناء النقل؛
 - المستشفيات التي تسجل الوفيات التي تحدث أثناء وجودها في المستشفى.
- علاوة على ذلك، لا يتم تنفيذ متابعة لضحايا الحوادث التي تستمر ٣٠ يوماً لاستكمال ملفات بيانات الشرطة في جميع الحالات. لذلك، من الواضح أن حالات الوفاة المعلنة من قبل البلد، بناءً على بيانات الشرطة، هي أقل من الوفيات الفعلية.

تملك المغرب العديد من عناصر الممارسة الجيدة فيما يخص جمع بيانات السلامة على الطرق، بما في ذلك:

- المشاركة والتعاون المنهجي بين أصحاب المصلحة الرئيسيين؛
 - الامتثال للتعريفات والمعايير الدولية؛
 - عدة خطوات لفحص البيانات والتحقق منها قبل نشر الوفيات المعلنة من قبل البلد.
- ومع ذلك، فإن بيانات الوفيات المستندة إلى بيانات التسجيل الحيوية (VRD) في المغرب أقل بخمس مرات من تلك التي أبلغ عنها البلد، مما يؤدي إلى تصنيف البلد في المجموعة ٤.

في الأردن يعتبر الفرق بين الوفيات المعلنة من البلد وتقديرات منظمة الصحة العالمية هو الأكبر في المنطقة (٢٠٧٪)، ولكن يبدو أن هناك إمكانية للتحسين، حيث أن بيانات التسجيل الحيوية (VRD) المعلنة قريب نسبياً من المستوى المطلوب من الإكمال. علاوة على ذلك، هناك أسباب معروفة للقصور في الإبلاغ عن بيانات التسجيل الحيوية (VRD) عن الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق، مثل عدم إدراج الأجانب وتصنيف سبب الوفاة لبعض ضحايا حوادث الطرق.

المقطع ٣

تحسين جودة البيانات

فوائد تحسين جودة البيانات

تعد فوائد تحسين جودة البيانات المعلنة من قبل البلد وبيانات التسجيل الحيوية (VRD) كبيرة، نظرًا لأن البيانات الموثوقة قد تلعب دورًا مهمًا لجميع الوكالات داخل الدولة في التحقق من دقة إحصاءاتها. علاوة على ذلك، فإن الفرق الأصغر بين بيانات التسجيل الحيوية (VRD) لتقديرات منظمة الصحة العالمية والبيانات المعلنة من قبل البلد يدل على دقة نظم البيانات الوطنية، مما يعزز مصداقيتها ويعكس الجهود الكبيرة التي تبذلها جميع الوكالات المعنية.

يستهدف "هدف التنمية المستدامة ٣-٦-١" خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حركة المرور إلى النصف بحلول عام ٢٠٢٠، وسيتعين على البلدان الإبلاغ بدقة عن بيانات الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق في المستقبل القريب من أجل إظهار جهودها في هذا المجال.

تحسين جودة البيانات الوطنية وتقليل التباين في البيانات

ومن المهم التركيز على أن البيانات المعلنة من قبل البلد وتقديرات منظمة الصحة العالمية المطابقة تمامًا ليست الهدف المطلق بأي حال من الأحوال، ويوجد فرق بسيط مقبول، حيث يوجد اختلاف معروف في تعريف الوفيات.

يساعد المشروع الأورو متوسطي لدعم قطاع النقل ومنظمة الصحة العالمية البلدان على فهم منهجية المنظمة والتقديرات ذات الصلة بها، كما يقدمون مساعدة تقنية إلى البلدان التي ترغب في تحسين نظم البيانات الخاصة بها. حيث تؤكد التجارب الحديثة أن البلدان التي عملت عن كثب مع منظمة الصحة العالمية قد حسنت فهمها للتباين وصولاً إلى جودة البيانات الخاصة بها (راجع المربع ٣ بشأن حالة تايلاند).

تعتزف منظمة الصحة العالمية بالقيود المفروضة على التقديرات القائمة على النماذج بالنسبة لبلدان المجموعة ٤، حيث توجد بها شكوك بشأنها شأن أي تقدير نموذجي. وتشجع منظمة الصحة العالمية البلدان بقوة على تعزيز التعاون بين أصحاب المصلحة لتحسين بياناتهم حتى يتمكنوا في نهاية المطاف من الانتقال من المجموعة ٤ إلى المجموعة ١. وتشمل طرق القيام بذلك الأنشطة والأهداف التالية.

١- إقامة تعاون مشترك بين القطاعات وتعزيزه

الخطوة الأولى هي تحديد المشكلة وإقامة تعاون بين الشرطة وقطاع النقل وقطاع الصحة/بيانات التسجيل الحيوية (VRD). يعد تعزيز جميع السلطات ذات الصلة شرطًا مسبقًا مهمًا لضمان مشاركة جميع الوكالات التي تعمل على تحسين بيانات الوفيات على الطرق. وفي الوقت نفسه، يتم تشجيع البلدان بقوة على إقامة تعاون مع إدارة منع العنف والوقاية من الإصابات التابعة لمنظمة الصحة العالمية من أجل تحديد التحديات الخاصة بكل بلد، وطلب مشورة ومساعدة مصممة لكل حالة بشكل خاص.

٢- الهدف المرحلي: الانتقال إلى المجموعة ٢

إن تحسين نظام بيانات التسجيل الحيوية (VRD) لأي بلد يتطلب الوقت والموارد، وفي الوقت الراهن لا تتوفر لدى جميع البلدان الموارد البشرية والمالية اللازمة للوفاء بمعايير منظمة الصحة العالمية من أجل الانتقال إلى المجموعة ١. ولذلك، فإن الهدف المرحلي وربما الأكثر واقعية هو الانتقال إلى المجموعة ٢.



ونظرًا لأن المجموعة ٢ تتطلب مصادر أخرى للمعلومات المتعلقة بأسباب الوفاة، فقد تجري البلدان دراسات بحثية تهدف إلى تقدير مستوى القصور في الإبلاغ عن وفيات حوادث الطرق بالتعاون مع الشرطة والقطاع الصحي. وتستند هذه الدراسات إلى ربط السجلات ومطابقتها بقواعد بيانات الشرطة والمستشفيات في منطقة معينة، مع تغطية من جانب إدارات الشرطة والمستشفيات المحددة. هناك طرق مختلفة لتحقيق ذلك ولكن وصفها يتجاوز نطاق هذا الكتيب. يمكن تنفيذ هذه الدراسات بمستوى أقل من الموارد، وقد يؤدي التعاون مع الجامعات أو معاهد البحوث إلى إتاحة الفرص.

هناك العديد من الأمثلة ذات الصلة من الدول الأوروبية^٦ (مثل فرنسا^٧ واليونان^٨ وهولندا^٩ والمملكة المتحدة^{١٠}). تتمثل القيمة المضافة لهذه الدراسات، التي تساهم بشكل غير مباشر في تحسين بيانات التسجيل الحيوية (VRD)، في أنها تتيح فهمًا أفضل لدرجة القصور في الإبلاغ عن حالات الوفاة على الطرق ومصادرها في بلد معين، وتحديد الفوارق والقضايا المعينة التي تستدعي المزيد من الاهتمام (على سبيل المثال المناطق الجغرافية والسكان المعينين وما إلى ذلك). للحصول على قائمة مفصلة بالدراسات ذات الصلة من جميع أنحاء العالم، اطلع على:

http://erso.swov.nl/data/content/studies_about_underreporting.htm

تسمح نتائج هذه الدراسات بتقدير معاملات التصحيح لعدد الوفيات الموجودة في كل ملف بيانات. يجوز لمنظمة الصحة العالمية فحص النتائج لتحديد ما إذا كانت تحل محل تقدير منظمة الصحة العالمية النموذجي ونقل البلد من المجموعة ٤ إلى المجموعة ٢.

٣- الهدف النهائي: الانتقال إلى المجموعة ١

إن الشرط المسبق لاعتبار بيانات التسجيل الحيوية (VRD) لأي بلد مؤهلة هو اعتماد التتبع السابع إلى الحادي عشر للتصنيف الدولي للأمراض (ICD) واستخدامه. علاوة على ذلك، بعد اعتماد نموذج شهادة الوفاة لمنظمة الصحة العالمية واستخدامه بمثابة خطوة مهمة في تحسين بيانات التسجيل الحيوية (VRD). وإذا نعترف بأن نموذج شهادة الوفاة غالبًا ما يكون معقدًا، خاصة بالنسبة للممارسين الطبيين في العيادات الخاصة، تقوم منظمة الصحة العالمية بتقديم خيار نموذج شهادة "مبسطة" للوفاة^{١١}.

- ٦ بروتون جاي، كيجان إم، باتيس جي، إفجينيكوس بي، تشازيريس إيه، باباديمنيتريو إي، وآخرون. تقدير العدد الحقيقي لضحايا الطرق في أوروبا. علوم السلامة. ٢٠١٠؛ ٤٨(٣): ٣٦٥-٣٧١.
- ٧ أموروس إي، مارتين إل، لومون بي. القصور في الإبلاغ عن ضحايا حوادث الطرق في فرنسا. تحليل الحوادث ومنع وقوعها. ٢٠٠٦؛ ٣٨(٣): ٢٢٧-٢٣٥.
- ٨ بيترينو إي، باتيس جي، تيرزديس إيه، ديسبيريس إن، جيرميني إي، إفجينيكوس بي، وآخرون. ربط بيانات ضحايا الحوادث المسجلة لدى القسم الطبي لحالات الطوارئ وشرطة المرور: أداة شُتخدم في تقييم معدل الإصابات في البلدان قليلة الموارد. الوقاية من الإصابات الناجمة عن حركة المرور. ٢٠٠٩؛ ١١(١): ٣٧-٤٣.
- ٩ بوس إن، ديريكس إنتر، رينينجس إم، حل مشكلة القصور في الإبلاغ عن ضحايا حوادث الطرق في هولندا <https://www.itf-oecd.org/sites/default/files/docs/4-bos2.pdf> تم الرجوع إليه ١٢ مارس ٢٠١٩.
- ١٠ كريب بي سي، وويستراب إس، وكوك إيه سي، وأشوبل في، وبريدجر بي، وكلاك سي (٢٠٠١). التحقيق في التحيز بعد ربط بيانات القبول في المستشفى بتقارير حوادث المرور على الطرق للشرطة. الوقاية من الإصابات، المجلد ٧، صفحة ٢٣٤-٢٤١.
- ١١ منظمة الصحة العالمية: تطبيق منظمة الصحة العالمية للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) للإعدادات ذات الموارد المنخفضة لبيانات أسباب الوفاة الأولية؛ ٢٠١٨ https://www.who.int/healthinfo/civil_registration/ICD_10_SMoL.pdf?ua=1. تم الرجوع إليه في ١٢ مارس ٢٠١٩.

قد ترغب الدول في استكشاف أفضل السبل لبدء استخدام شهادة الوفاة المبسطة في بلدهم. فيمكن أن يتمثل أحد المشروعات الملموسة في تطبيق "قائمة الوفيات الناشئة لمنظمة الصحة العالمية" (WHO SMoL) والتي تحتوي على نسخة إلكترونية من نموذج شهادة الوفاة المبسطة. يتوفر التطبيق عبر الإنترنت وللأجهزة المحمولة. حيث يسمح بملء بيانات شهادة الوفاة عبر الإنترنت وإرسالها مباشرة إلى أحد قواعد البيانات المركزية. يتطلب المشروع عملية تبني رسمية بواسطة وزارة الصحة، وإشراك الشرطة والمستشفيات والأطباء في العيادات الخاصة. حيث يمكن تطبيقه مبدئيًا في منطقة صغيرة واحدة أو في مستشفى واحدة لاختبار القابلية والجدوى. ويمكن بعد ذلك اعتماد التبني الرسمي والتنفيذ الشامل ومراقبته وتقييمه.

بعض الدول مثل كينيا بالفعل تستخدم مثل هذا النظام لأسباب أخرى للوفاة، وحقق نتائج ملحوظة. بالنسبة لهذه البلدان، يمكن إجراء تعديل التطبيق ليشمل بيانات التسجيل الحيوية (VRD) لإصابات الطرق بأقل جهد ممكن.

٤- تعزيز الجهود لتحسين جودة بيانات الشرطة

ينبغي أن تواصل البلدان العمل على تحسين الإحصاءات الوطنية المتعلقة بالوفيات بناءً على بيانات الشرطة. حتى إذا تم نقل بلد ما إلى المجموعة ٢ أو المجموعة ١، فإن بيانات الشرطة غير الكاملة وغير الدقيقة ستؤدي إلى تباين كبير ومستمر.

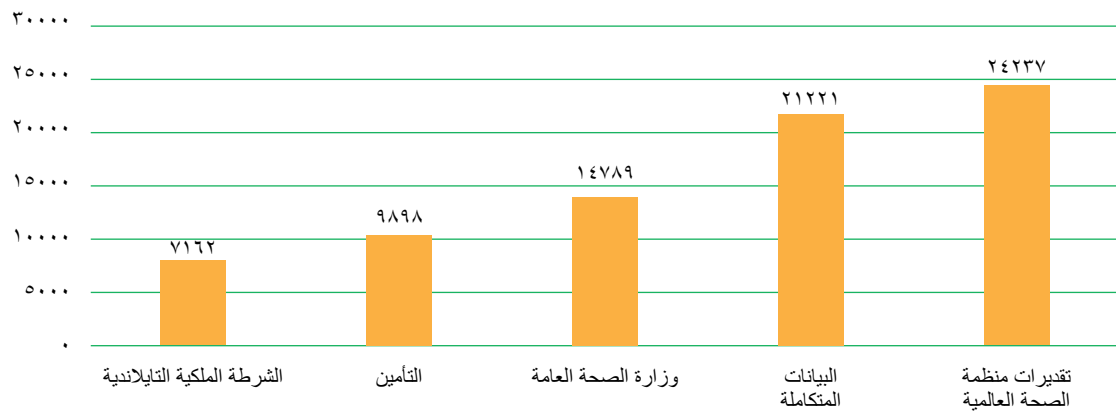
ينبغي أن تعتمد البلدان وتطبق بشكل صحيح التعريفات والبروتوكولات الدولية المتعلقة بإحصاءات حوادث الطرق، ومتابعة الإصابات لمدة ٣٠ يومًا بعد الحادث، والتحقق من ربط بيانات الشرطة مع بيانات القطاع الصحي (وغيرها)، وتعزيز التعاون بين جميع الوكالات المشاركة في جمع إحصاءات حوادث الطرق ومعالجتها ونشرها.

المربع ٣. تقليل الفوارق، تايلاند

في أعقاب نشر تقرير الحالة العالمية عن السلامة على الطرق في عام ٢٠١٥، أعربت الحكومة التايلاندية عن قلقها الشديد إزاء التباين بين الإحصاءات المعلنة من قبل البلد والتي بلغت ١٤٧٨٩ حالة وفاة في عام ٢٠١٣ وتقديرات منظمة الصحة العالمية التي بلغت ٢٤٢٣٧ حالة وفاة (بفارق ٩٤٤٨). وقامت الحكومة بدعم من منظمة الصحة العالمية بتنفيذ دراسة استقصائية حددت جميع المصادر المحتملة للبيانات (بما في ذلك بيانات التأمين)، والتعريفات المستخدمة، وأنظمة الترميز، والروابط الحالية بين هذه المصادر (اطلع على الشكل ٣). ومن خلال هذه الممارسة، وصلت الحكومة إلى عدد منقح بلغ ٢١٢٢١ حالة وفاة.

بعد ذلك، طبقت الحكومة تغييرات في عملية الإبلاغ عن وفيات حوادث الطرق وبدلاً من الاعتماد على مصدر بيانات واحد فقط كما سبق، تم استخدام مجموعة من البيانات من وزارة الصحة العامة والشرطة الملكية التايلاندية وقطاع التأمين لتقديم العدد الرسمي. ثم تم تطوير نظام إدارة البيانات المعزز بدعم من منظمة الصحة العالمية لتوحيد مصادر البيانات الرئيسية. وبسبب هذه التغييرات، أعلنت تايلاند في عام ٢٠١٦ عن ٢١٧٤٥ حالة وفاة، في حين قدرت منظمة الصحة العالمية عدد الوفيات بنحو ٢٢٤٩١، حيث انخفض التباين إلى ٧٤٦.

الشكل ٣: مجموعة بيانات الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق ٢٠١٣، تايلاند



الأسئلة الشائعة

السؤال الأول لماذا تنشر منظمة الصحة العالمية التقديرات بالإضافة إلى التقارير القطرية؟

تملك منظمة الصحة العالمية، بصفتها منظمة عالمية للصحة العامة، تفويضًا لنشر بيانات التسجيل الحيوية (VRD) لقطاع الصحة حول أسباب الوفيات جميعها، دون تحديد وقت لحدوث الوفاة عقب الحادث. وبالنظر إلى القصور في الإبلاغ عن عدد الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق والتحديات الأخرى، واعترافاً بالدور الرئيسي للشرطة والقطاعات الأخرى في جمع البيانات المتعلقة بحوادث الطرق، تنشر منظمة الصحة العالمية الأرقام المعلنة من قبل البلد وتقديراتها الخاصة لكل بلد.

السؤال الثاني تعتبر بيانات بلدي الوطنية المعلنة دقيقة للغاية. كيف حصلت منظمة الصحة العالمية على تقديراتها الخاصة ببلدي؟ ولماذا يوجد هذا التباين الكبير؟

تستند الوفيات المقدرة من منظمة الصحة العالمية إلى نوعية بيانات التسجيل الحيوية (VRD) إذا كانت متوفرة ومؤهلة، وفي الحالات التي لا توجد فيها، يتم تطبيق نموذج إحصائي. في العديد من البلدان، تكون جودة بيانات التسجيل الحيوية (VRD) سيئة للغاية. علاوة على ذلك، على الرغم من الجهود الكبيرة المبذولة، هناك قيود مستمرة في جمع البيانات المعلنة من قبل البلد (مثل التعريفات والمتابعة لمدة ٣٠ يوماً والتغطية الجغرافية وما إلى ذلك)، وهو ما يؤدي أيضاً إلى هذا التباين الكبير.

السؤال الثالث لماذا يتم استخدام نموذج تقديري لبلدي؟

تستخدم منظمة الصحة العالمية نموذجاً تقديرياً للبلدان التي لا تعلن عن بيانات تسجيل حيوية (VRD) مؤهلة. لحل مشكلة عدم الإبلاغ عن تسجيل الوفيات، يتم استخدام نموذج إحصائي.

السؤال الرابع لماذا تم تصنيف بلدي في المجموعة ٤؟

تتضمن المجموعة ٤ بلدان ذات بيانات تسجيل حيوية (VRD) ليست بالجودة المطلوبة. لكي يتم اعتبارها بيانات تسجيل حيوية (VRD) ذات جودة مقبولة، يحتاج البلد إلى (١) استخدام رموز التصنيف الدولي للأمراض من ٧ إلى ١١ من أجل تصنيف الوفيات، و(٢) تحقيق تغطية تبلغ ٨٠٪ من السكان. اطلع على الإحصاءات الصحية ونظم المعلومات لمنظمة الصحة العالمية^{١١} وقاعدة بيانات الوفيات الخاصة بمنظمة الصحة العالمية^{١٢} للحصول على مزيد من التفاصيل حول منهجية تصنيف بيانات تسجيل حيوية (VRD) للبلدان.

السؤال الخامس لماذا يكون التباين في بعض البلدان أصغر بكثير؟

البلدان التي لديها اختلاف صغير هي تلك التي لديها بيانات تسجيل حيوية (VRD) ثابتة (بلدان المجموعة ١). ويعتبر الفرق الصغير أمراً طبيعياً ويعود عادةً إلى تعريف الوفيات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق. عادةً لا تستخدم بيانات التسجيل الحيوية (VRD) تعريف "الوفاة" التي تحدث في غضون ٣٠ يوماً^{١٣}، وستصبح بيانات التسجيل الحيوية (VRD) لكل بلد، إذا كانت مؤهلة، أعلى إلى حد ما من بيانات الشرطة.

١٢ منظمة الصحة العالمية. التصنيفات والمؤشرات (<https://www.who.int/healthinfo/indicators/en/>). تم الرجوع إليها في ١٢ مارس ٢٠١٩.

١٣ منظمة الصحة العالمية. قاعدة بيانات الوفيات لمنظمة الصحة العالمية (https://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/). تم الرجوع إليها في ١٢ مارس ٢٠١٩.

السؤال السادس كيف تمتلك بعض البلدان أرقام متطابقة للبيانات الوطنية وتقديرات منظمة الصحة العالمية؟

البلدان القليلة التي يتطابق بها الرقم الدقيق للبيانات الوطنية وتقدير منظمة الصحة العالمية (على سبيل المثال فرنسا) هي تلك التي لديها بيانات تسجيل حيوية (VRD) مؤهلة والتي لم تعلن عن بيانات التسجيل الحيوية (VRD) في العامين السابقين، والتي تم استقراء بيانات التسجيل الحيوية (VRD) السابقة الخاصة بها. وعندما ينتج عن هذا الاستقراء عدد وفيات أقل مقارنة بالعدد الذي أعلنته البلد، تعتبر الوفيات المقدرة من منظمة الصحة العالمية مساوية للتقدير الذي أعلنته البلد.

السؤال السابع ما الذي يجب أن تقوم به بلدي لتقليل الفروق بين الرقمين؟

تتمثل الخطوة الأولى لتقليل الفروق في إقامة تعاون وثيق بين جميع القطاعات المشاركة في جمع إحصاءات الوفيات على الطرق، وخاصة قطاعي الشرطة والصحة، من أجل فحص الإحصاءات والتحقق من صحتها.

السؤال الثامن كيف يمكن لبلد تحسين جودة بيانات التسجيل الحيوية (VRD)؟

من الشروط الأساسية لاعتبار بيانات التسجيل الحيوية (VRD) لأي بلد مؤهلة اعتماد بروتوكول التصنيف الدولي للأمراض من ٧ إلى ١١ واستخدامه لتصنيف الأمراض، وكذلك استخدام نموذج شهادة الوفاة الخاص بمنظمة الصحة العالمية. وأعدت منظمة الصحة العالمية وشركاؤها العديد من الأدوات لمساعدة البلدان على تحسين السجل المدني والإحصاءات الحيوية (CRVS)^{١٤} الخاصين بها. على سبيل المثال، تحليل مستويات الوفيات وأسباب الوفاة (ANACoD) والعلاجات الأولية لقسم الطوارئ لحالات إدمان التدخين (CoDEdit) وقائمة الوفيات الناشئة (SMoL)^{١٥}.

السؤال التاسع يبدو أنه من الصعب الوصول إلى الجودة المطلوبة لبيانات التسجيل الحيوية (VRD). هل هناك خيار آخر؟

الخيار الوسيط هو تطبيق دراسات تقدير حالات القصور في الإبلاغ عن حالات الوفاة على الطرق، بناءً على ربط ومطابقة سجلات الشرطة وقواعد بيانات المستشفيات في منطقة معينة. حيث يسمح ذلك بتقدير معاملات التصحيح لعدد الوفيات الموجودة في كل ملف بيانات. قد تفحص منظمة الصحة العالمية النتائج لتحديد ما إذا كان يمكن استخدامها لتحل محل تقدير منظمة الصحة العالمية النموذجي ونقل البلد من المجموعة ٤ إلى المجموعة ٢.

السؤال العاشر كيف يمكن لبلد تحسين جودة بيانات الشرطة؟

يُعد اعتماد التعريف الدولي للوفيات الناجمة عن حوادث الطرق والمتابعة لمدة ٣٠ يوماً بعد الحادث بمثابة الخطوات الأولى لتحقيق مستوى أعلى من شمولية البيانات المسجلة من قبل الشرطة. إن التدقيق المتبادل لبيانات الشرطة مع البيانات الصحية وغيرها من القطاعات، وتعزيز التعاون بين جميع الوكالات المعنية بجمع إحصاءات حوادث الطرق ومعالجتها ونشرها، سيعزز دقة التقديرات المعلنة. وفي الوقت نفسه، ستسهم الموارد الإضافية لتكامل أنظمة البيانات، والتدريب المحسّن وما إلى ذلك، في استدامة جميع النظم وموثوقيتها.

١٤ منظمة الصحة العالمية: الإحصاءات الصحية ونظم المعلومات/السجل المدني والإحصاءات الحيوية (CRVS) (https://www.who.int/healthinfo/civil_registration/en/) تم الرجوع إليها في ١٢ مارس ٢٠١٩

١٥ منظمة الصحة العالمية: تطبيق منظمة الصحة العالمية للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) للإعدادات ذات الموارد المنخفضة لبيانات أسباب الوفاة الأولية؛ ٢٠١٨ https://www.who.int/healthinfo/civil_registration/ICD_10_SMoL.pdf?ua=1، تم الرجوع إليه في ١٢ مارس ٢٠١٩.

قائمة المراجع

- أموروس إي، مارتين إل، لومون بي. القصور في الإبلاغ عن ضحايا حوادث الطرق في فرنسا. تحليل الحوادث ومنع وقوعها. ٢٠٠٦:٣٨-٦٢٧-٦٣٥.
- بوس إن، ديريكس إتش، رينينجس إم، حل مشكلة القصور في الإبلاغ عن ضحايا حوادث الطرق في هولندا (<https://www.itf-oecd.org/sites/default/files/docs/4-bos2.pdf>) تم الرجوع إليه ١٢ مارس ٢٠١٩).
- بروتون جاي، كيجان إم، يانيس جي، إفيجينيكوس بي، تشازيريس إيه، باباديميتريو إي، وآخرون. تقدير العدد الحقيقي لضحايا الطرق في أوروبا. علوم السلامة. ٢٠١٠:٤٨٤٢٠(٣):٣٦٥-٣٧١.
- كير بي سي وويستراب إس وكوك إيه سي وأشويل في وبريدجر بي وكلاك سي (٢٠٠١). التحقيق في التحيز بعد ربط بيانات القبول في المستشفى بتقارير حوادث المرور على الطرق للشرطة. الوقاية من الإصابات، المجلد ٧، صفحة ٢٣٤-٢٤١.
- المشروع الأورومتوسطي لدعم قطاع النقل (EuroMed TSP): التقرير النهائي "حول أفضل الممارسات والأساليب والأدوات الحالية لجمع البيانات الموثوقة ومعالجتها، وتشخيص الوضع الحالي في مقاطعات الشركاء الأورومتوسطيين وتوصياتهم حول كيفية المضي قدماً". المفوضية الأوروبية، بروكسل، ٢٠١٨.
- المفوضية الأوروبية، المديرية العامة للتنقل والنقل. CaDaS - مجموعة بيانات الحوادث الشائعة. بروكسل: المفوضية الأوروبية، ٢٠١٦ (https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/cadas_glossary_v3.pdf)، تم الرجوع إليه في ١٢ مارس ٢٠١٩).
- هيئة الإحصاء اليونانية (ELSTAT) (<https://www.statistics.gr/en/home/>) تم الرجوع إليه في ٢٠ يونيو ٢٠١٩).
- المركز الوطني للإحصاءات الصحية. التصنيف الدولي للأمراض المراجعة العاشرة (ICD-10). أتلانتا: مراكز مكافحة الأمراض؛ ٢٠٠٧ (<http://www.cdc.gov/nchs/about/major/dvs/icd10des.htm>)، تم الوصول إليه في ١٢ مارس ٢٠١٩).
- بيتريو إي، يانيس جي، تيرزديس إيه، ديسبيريس إن، جيرميني إي، إفيجينيكوس بي، وآخرون. ربط بيانات ضحايا الحوادث المسجلة لدى القسم الطبي لحالات الطوارئ وشرطة المرور: أداة تُستخدم في تقييم معدل الإصابات في البلدان قليلة الموارد. الوقاية من الإصابات الناجمة عن حركة المرور. ٢٠٠٩:٤٣-٣٧(١).
- روزمان ديلي. قاعدة بيانات إصابات الطرق في غرب أستراليا (١٩٨٧-١٩٩٦): عشر سنوات من سجلات الشرطة والمستشفيات والوفيات المرتبطة بحوادث وإصابات الطرق. تحليل الحوادث ومنع وقوعها. ٢٠٠١:٨٨-٨١.
- لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأوروبا/المنشور الدولي/المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية. قاموس مصطلحات مصور لإحصاءات النقل، الطبعة الرابعة. ٢٠٠٩ (<https://www.unece.org/fileadmin/DAM/trans/main/wp6/pdfdocs/glossen4.pdf>)، تم الوصول إليه في ١٢ مارس ٢٠١٩).
- منظمة الصحة العالمية. التصنيفات والمؤشرات (<https://www.who.int/healthinfo/indicators/en/>)، تم الرجوع إليها في ١٢ مارس ٢٠١٩).
- منظمة الصحة العالمية. نظم البيانات. دليل بيانات السلامة على الطرق لصانعي القرار والممارسين. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٠ (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598965_eng.pdf)، تم الرجوع إليه في ١٢ مارس ٢٠١٩).
- منظمة الصحة العالمية. عبء الأمراض وتقديرات الوفيات. (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)، تم الرجوع إليه في ١٢ مارس ٢٠١٩).
- منظمة الصحة العالمية. المرصد الصحي العالمي (GHO) (https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/registered_deaths/en/)، تم الرجوع إليه في ١٢ مارس ٢٠١٩).
- منظمة الصحة العالمية. تقرير الوضع العالمي عن السلامة على الطرق ٢٠١٥، ٢٠١٥ (https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en)، تم الرجوع إليه في ١٢ مارس ٢٠١٩).
- منظمة الصحة العالمية. تقرير الوضع العالمي عن السلامة على الطرق ٢٠١٨، ٢٠١٨ (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/)، تم الرجوع إليه في ١٢ مارس ٢٠١٩).
- منظمة الصحة العالمية. الإحصاءات الصحية ونظم المعلومات / السجل المدني والإحصاءات الحيوية (CRVS) (https://www.who.int/healthinfo/civil_registration/en/)، تم الرجوع إليها في ١٢ مارس ٢٠١٩).
- منظمة الصحة العالمية. التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة. المراجعة العاشرة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ١٩٩٢.
- منظمة الصحة العالمية. قاعدة بيانات الوفيات. (http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/)، تم الرجوع إليها في ١٢ مارس ٢٠١٩).
- منظمة الصحة العالمية. تطبيق منظمة الصحة العالمية للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) للإعدادات ذات الموارد المنخفضة لبيانات أسباب الوفاة الأولية؛ ٢٠١٨ (https://www.who.int/healthinfo/civil_registration/ICD_10_SMoL.pdf?ua=1)، تم الرجوع إليه في ١٢ مارس ٢٠١٩).
- منظمة الصحة العالمية. قاعدة بيانات الوفيات لمنظمة الصحة العالمية (https://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/)، تم الرجوع إليها في ١٢ مارس ٢٠١٩).
- إحصائيات حوادث الطرق للسيد يانيس جي: التجربة اليونانية. في ورشة عمل أتيينا الإقليمية حول إنشاء نظام موثوق ومتناسق وقابل للمقارنة لجمع بيانات السلامة على الطرق ومشاركتها على المستوى الإقليمي لمشروع الأورومتوسطي لدعم قطاع النقل؛ ٢٠١٨ (<https://www.nrso.ntua.gr/geyannis/wp-content/uploads/geyannis-cp309.pdf>)، تم الرجوع إليه في ٢٠ يونيو ٢٠١٩).

الملاحق

الملحق ١: تصنيف منظمة الصحة العالمية للبلدان

طريقة التقدير	البلد
المجموعة ١ البلدان/المناطق التي لديها بيانات جيدة للوفيات المسجلة	الأرجنتين وأستراليا والنمسا وأذربيجان وبربادوس وبيلاروسيا وبلجيكا وبليز والبرازيل وبلغاريا وكندا وشيلي والصين (١٤ و ١٥) وكولومبيا وكوستاريكا وكرواتيا وكوبا وقبرص وجمهورية التشيك والدانمرك وجمهورية الدومينيكان وإكوادور ومصر والسلفادور وإستونيا وفيجي وفنلندا وفرنسا وجورجيا وألمانيا واليونان وغواتيمالا وغيانا وهنغاريا وأيسلندا وإيران (الجمهورية الإسلامية) وأيرلندا وإسرائيل وإيطاليا وجامايكا واليابان وكازاخستان والكويت وقيرغيزستان ولاتفيا وليتوانيا ولوكسمبورغ وجزر المالديف ومالطا وموريشيوس والمكسيك والجبل الأسود وهولندا ونيوزيلندا والنرويج وعمان وبنما وباراغواي والفلبين وبولندا والبرتغال وقطر وجمهورية كوريا وجمهورية مولدوفا ورومانيا والروسية الاتحاد وسانت لوسيا وصربيا وسنغافورة وسلوفاكيا وسلوفينيا وجنوب أفريقيا وإسبانيا وسورينام والسويد وسويسرا وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة وتربنيداد وتوباغو وتركيا وأوكرانيا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية وأوروغواي وأوزبكستان وفنزويلا (جمهورية البوليفارية) والصفة الغربية وقطاع غزة
المجموعة ٢ الدول ذات المصادر الأخرى لسبب الوفاة	الهند (١٦، ١٧، ١٨) وتايلاند وفيتنام
المجموعة ٣ البلدان التي يبلغ عدد سكانها أقل من ١٥٠٠٠٠	أنغيوا وبربودا وجزر كوك ودومينيكا وغرينادا وكيريباتي وميكرونيزيا (الولايات الاتحادية) وسان مارينو وسيشيل وتونغا
المجموعة ٤ الدول التي لا تتوفر بها بيانات مؤهلة لتسجيل الوفيات	أفغانستان وألبانيا وأنغولا وأرمينيا وبنغلاديش وبنين وبوتان وبوليفيا (دولة متعددة القوميات) والبوسنة والهرسك وبوتسوانا وبوركينا فاسو وبوروندي وكابو فيردي وكمبوديا والكاميرون وجمهورية إفريقيا الوسطى وتشاد وجزر القمر والكونغو وكوت ديفوار وجمهورية الكونغو الديمقراطية وغينيا الاستوائية وإريتريا وإثيوبيا والغابون وغامبيا وغانا وغينيا وغينيا بيساو وهندوراس وإندونيسيا والعراق والأردن وكينيا وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية ولبنان وليسوتو وليبيريا وليبيا ومدغشقر وملايو وماليزيا ومالي وموريتانيا ومنغوليا والمغرب وموزمبيق وميانمار وناميبيا ونيبال والنيجر ونيجيريا وباكستان وبنما وغينيا الجديدة وبيرو ورواندا وساموا سان تومي وبرينسيبي والمملكة العربية السعودية والسنغال وجزر سليمان والصومال وجنوب السودان وسريلانكا والسودان وسوازيلاند والجمهورية العربية السورية وطاجيكستان وتيمور الشرقية وتوغو وتونس وتركمانستان وأوغندا والإمارات العربية المتحدة وجمهورية تنزانيا المتحدة وفانواتو وزيمبابوي

الملحق ٢: النموذج الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية

يصاغ نموذج التراجع الثنائي السلبي كما يلي:

$$\ln N = C + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n + \ln Pop + \varepsilon$$

عندما تكون N إجمالي عدد الوفيات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق (لمدة عام)، فإن C تكون مصطلح ثابت، و X_i مجموعة من المتغيرات المشتركة التفسيرية، و Pop عدد السكان في البلد في السنة، و ε معدل الخطأ الثنائي السلبي.

تم اختيار ثلاثة نماذج (النماذج أ، ب، ج) التي كانت جيدة في العينة وخارج العينة، حيث كانت جميع المتغيرات المشتركة ذات دلالة إحصائية لكل بلد. وتم اشتقاق التقديرات النهائية كمتوسط للتنبؤات من هذه النماذج الثلاثة.

يصف الجدول أدناه المتغيرات المشتركة المستخدمة في النماذج الثلاثة:

المتغيرات المستخدمة في النماذج

المتغيرات المستقلة	الوصف	مصدر المعلومات	المدرجة في النماذج
ب- (الناتج المحلي الإجمالي)	(مؤشرات التنمية في العالم ٢٠١٧) وتقديرات منظمة الصحة العالمية لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (GDP) (بالدولارات الدولية أو بالدولارات المعادلة للقوة الشرائية، قاعدة ٢٠١١)	قاعدة بيانات البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية	النماذج أ، ب، ج
ب- (مركبة لكل فرد)	مجموع المركبات لكل ١٠٠٠ شخص	استبيانات تقرير الحالة العالمية عن السلامة على الطرق (GSRRS) وقاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية	النماذج أ، ب، ج
كثافة الطرق	إجمالي الطرق (كيلومتر) لكل ١٠٠٠ هكتار	قاعدة بيانات المستقبل الدولي	النماذج أ، ب، ج
حدود السرعة الوطنية على الطرق الريفية	حدود السرعة الوطنية القصوى على الطرق الريفية (كم/س) من استبيان منظمة الصحة العالمية	استبيان تقرير الحالة العالمية عن السلامة على الطرق (GSRRS)	النماذج أ، ب، ج
حدود السرعة الوطنية على الطرق الحضرية	حدود السرعة الوطنية القصوى على الطرق الحضرية (كم/س) من استبيان منظمة الصحة العالمية	استبيان تقرير الحالة العالمية عن السلامة على الطرق (GSRRS)	النماذج أ، ب، ج
وصول النظام الصحي	متغير وصول النظام الصحي (درجة المكون الرئيسي بناءً على مجموعة من مؤشرات التغطية لكل بلد)	مجموعة بيانات معهد المقاييس والتقييمات الصحية	النماذج أ، ب، ج
الإستهلاك الظاهر للكحول	عدد لترات الكحول (المسجلة بالإضافة إلى غير المسجلة) للشخص البالغ الذي يزيد عمره عن ١٥ عامًا	قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية	النماذج أ، ب، ج
السكان العاملين	نسبة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٦٤ عامًا	تنقيح التوقعات السكانية في العالم لعام ٢٠١٧	النماذج أ، ب، ج
النسبة المئوية للدراجات النارية	النسبة المئوية لمجموع المركبات وهي عبارة عن دراجات نارية	استبيان تقرير الحالة العالمية عن السلامة على الطرق (GSRRS)	النموذج ب
مؤشر الفساد	مؤشر التحكم في الفساد (تتراوح الوحدات من حوالي -٢,٥ إلى +٢,٥ مع وجود قيم أعلى تتناسب مع السيطرة الأفضل على الفساد)	البنك الدولي (Kaufmann) وآخرون (٢٠٠٩)، قاعدة بيانات المستقبل الدولي	النموذج ب
السياسات الوطنية للمشبي/ركوب الدراجات	وجود سياسات وطنية تشجع على المشي و/أو ركوب الدراجات	استبيان تقرير الحالة العالمية عن السلامة على الطرق (GSRRS)	النموذج ج
تعداد السكان	مجموع السكان (يستخدم كإزاحة في التراجع الثنائي السلبي)	تنقيح التوقعات السكانية في العالم لعام ٢٠١٧ (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية)	النماذج أ، ب، ج

مشروع ممول
من الاتحاد الأوروبي

