

الوقاية من العنف والإصابات

الوقاية من العنف والإصابات
دليل لوزارات الصحة



شكر وتقدير

تتوجه منظمة الصحة العالمية بأسمى آيات الشكر والتقدير للمؤلفين، والزملاء، والمراجعين، والمستشارين، والمشاورين على ما بذلوه من جهد، وتفانٍ، وما قدموه من خبرات لإعداد هذه الوثيقة.

فقد قام الكسندر بوتشارت، واليسون بيني هارفي، وإيتن كراج، وديفيد مدينج، ومارجي بيدن، ولورا سمنكي بإعداد المسودات المبدئية لهذه الوثيقة، بالتعاون مع شارلز موك، وساكجي مولدير، كما تولت جابريال روزن كلمرمان مراجعة الوثيقة وتنقيحها، قبل أن يتولى توني كاهان وضعها في صيغتها النهائية. وقام بمراجعة هذه الوثيقة الزملاء وحيد الكاروسي، وجميلة الرايبي، ومارك بليس، وسنتيا كارفالو، وليندا دالبرج، ويوسف فاضلي، ووفان، وجوبالكريشنا جوروراج، ومارجريت هيربرت، وجعفر حسين، وأوليف كوبوسينجي، وديبورا مالتا، وبيير موريس، وبيجون ميرينو، وأحمد ميسا ماليا، وشارلز موك، وعلي رزا مجيبي، وكلوديا جارسيا مارينو، وهيساشي أوجاوا، وجوان أوزان سميث، وجوناثان باسمر، وبيير باتري، وفرانسيسكا راسيوي، وويم روجمانز، ومارتا أليس سيلفا، ودينش سيشي، وفيماكا توزيجا.

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية.

الوقاية من العنف والإصابات : دليل لوزرات الصحة = Preventing injuries and violence: A guide for ministries of health العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ص.

صدرت الطبعة الإنكليزية في جينيف

(ISBN : 978-92-20-074-109525-4)

١. العنف . ٢. الجروح والأذيات - وقاية ومكافحة . ٣. الوقاية من الحوادث . ٤. البرامج الصحية الوطنية . ٥. الإرشادات أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

(تصنيف المكتبة الطبية الوطنية : ٧٠٠ (WO)

(ISBN : 978-92-90-21-612-4)

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٨

جميع الحقوق محفوظة

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة أو لسلطات أي منها،

أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها. ثم إن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات أو الجهات معتمدة، أو موصي بها من قبل منظمة الصحة العالمية تفضيلاً لها على سواها مما يمثّلها ولم يرد ذكره، وفيما عدا الخطأ والسهو تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها. ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة من إدارة التسويق والتوزيع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط ص.ب ٧٦٠٨، مدينة نصر، القاهرة ١١٣٧١، مصر هاتف رقم ٢٠٢٢٦٧٠٢٥٣٥؛ فاكس رقم ٢٠٢٢٦٧٠٢٤٩٢؛ عنوان البريد الإلكتروني : DSA@emro.who.int وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، سواء أجزاء منها أو المنشورات كاملة: سواء كان ذلك لأغراض بيعها أو توزيعها توزيعاً غير تجاري- إلى المستشار الإقليمي للإعلام الصحي والطبي، على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٢٠٢٢٦٧٠٢٥٤٠٠)

تم الطبع في مطبعة **Headline**



٥	المقدمة
٥	سبب إعداد هذا الدليل
٥	كيف تم إعداد هذا الدليل
٥	الفئات المستهدفة من هذا الدليل
٦	القسم ١ خلفية
١٠	القسم ٢ : تنظيم وزارة الصحة
١٠	١,٢ ضباط الاتصال
١١	٢,٢ تحديد مكان في وزارة الصحة
١١	٣,٢ التضمين في السياسات والخطط الصحية الوطنية
١١	٤,٢ التمويل
١٣	القسم ٣ السياسات والتخطيط
١٣	١,٣ وضع خطة عمل لقطاع الصحة
١٤	٢,٣ خطط العمل متعددة القطاعات
١٤	٣,٣ تعزيز الجوانب التشريعية
١٥	القسم ٤ جمع البيانات
١٥	١,٤ الهدف من جمع البيانات
١٥	٢,٤ مصادر البيانات
١٦	٣,٤ دور وزارة الصحة في تجميع البيانات
١٦	٤,٤ توفير نظم المعلومات الخاصة بالإصابات
١٧	٥,٤ تكملة المعلومات المتاحة بالأبحاث
١٧	٦,٤ تجميع ونشر البيانات
١٩	القسم ٥ الخدمات
١٩	١.٥ الرعاية قبل دخول المستشفى
٢٠	٢.٥ الرعاية المقدمة في المنشآت الثابتة
٢٠	٣,٥ إعادة التأهيل وتقديم خدمات متكاملة للضحيا
٢٢	القسم ٦ الوقاية
٢٢	١,٦ دور قطاع الصحة والقطاعات الأخرى
٢٢	٢,٦ أسلوب الصحة العمومية الرباعي الخطوات
٢٣	٣,٦ استراتيجيات الوقاية
٢٧	٤,٦ المؤشرات والرصد
٢٧	٥,٦ التشاور مع مختلف القطاعات
٢٩	القسم ٧ بناء القدرات
٢٩	١,٧ بناء قدرات الموارد البشرية
٢٩	٢,٧ المحافظة على الشبكات الفعالة
٣١	القسم ٨ الحشد والدعوة
٣١	القسم ٩ خلاصة القول

تمهيد

يمثل العنف والإصابات تهديداً جسيماً للصحة في كل بلدان العالم، إذ يتسببان في نحو ٩٪ من عبء الوفيات العالمية. أي ما يربو على ٥ ملايين حالة وفاة كل عام. ومما يدعو للأسف أن ثمانية من بين الأسباب الرئيسية الخمسة عشر لوفيات الشباب ممن تتراوح أعمارهم بين سن الخامسة عشرة والتاسعة والعشرين ترتبط بالإصابات. وتشمل هذه الإصابات: الإصابات الناجمة عن الحوادث على الطرق، والانتحار، والقتل الخطأ، والغرق، والحروق، وإصابات الحروب، والتسمم، والسقوط من الأماكن المرتفعة.

وستركز هذه الوثيقة على الجهة الحكومية الأساسية المنوط بها تنفيذ استجابات الصحة العمومية ألا وهي وزارة الصحة. وقد تم إعداد هذه الوثيقة بغرض مساعدة وزراء الصحة على استيعاب دورهم المحدد في الوقاية من العنف والإصابات على المستويات الوطنية والمحلية، ووضع برامج فعالة ومضمونة الاستمرار.

وينبغي على وزارات الصحة ونقاط الاتصال الاسترشاد بهذه الوثيقة واستخدامها كدليل يستهدى به، ومنهج يتم الرجوع إليه. فهي توجه المستخدمين خلال مراحل وضع، وتطوير، وتقييم جهود الوقاية من العنف والإصابات، مع التأكيد على أهمية التعاون مع القطاعات الأخرى. وتتناول الوثيقة بالتفصيل مختلف المهام التي تضطلع بها المنظمة، وسبل إعداد السياسات، وتجميع البيانات، وأعمال التأييد المناصرة، وبناء القدرات. ومن ثم تجد الوحدات المعنية بالوقاية من العنف والإصابات سواء الجديدة أو المتوطدة غايتها في هذه الوثيقة للاسترشاد بها في برامجها.

ففي كل أنحاء العالم تكتظ المشارح والمستشفيات، بضحايا العنف كما تزخر أسرة المستشفيات وعيادات الأطباء بالناجين من الحوادث والإصابات. فحقيقة أن مجتمعاتنا يمكنها تفادي العبء الضخم للمعاناة، والوقت والمصاريف المهذرة لا يمكن السكوت عنها. وبالرغم من أن الوقاية من العنف والإصابات ليست بالأمر الهين أو اليسير، إلا أننا يمكننا بفضل التضافر الجيد، والجهود المنهجية توقي هذه المصائب التي ابتليت بها البشرية منذ قديم الأزل.

والحقيقية أن مدى الإصابات غير المميّنة يتفاوت من بلد إلى آخر، فالحاصل أن كل حالات الوفاة، تنطوي على عشرات المرات من الدخول إلى المستشفى، ومئات الزيارات لقسم الطوارئ، وآلاف المواعيد لمعاودة الأطباء. كما أن نسبة كبيرة من الناجين من الإصابات يعانون من عجز دائم أو مؤقت.

وفي ضوء هذه المآسي التي تعصف بالصحة العمومية، شهدت بعض البلدان تزايداً في الوعي بخطورة العنف والإصابات، كما زادت المعارف حول سياسات وبرامج الوقاية، مما تمخض عن إحراز تقدم كبير في هذه البلدان. وتقوم الوكالات الحكومية واللاحكومية بتعزيز نظم تجميع المعطيات، وتحسين الخدمات المقدمة للضحايا والناجين على حد سواء، واستنفار جهود الوقاية. ومع هذا، فإن فكرة إمكانية الوقاية من العنف والإصابات بصورة منهجية لا تزال فكرة جديدة على معظم بلدان العالم. فبالرغم من أن هذه الأسباب الرئيسية للوفيات والمراضة أسباب قديمة تعود إلى بدايات النوع البشري، إلا أن قطاع الصحة العمومية لم ينظر إلى إمكانية الوقاية من العنف والإصابات إلا مؤخراً.

فمع اكتساب نهج الصحة العمومية للوقاية من العنف والإصابات المزيد من المقبولية حول العالم، أصبح العاملون بالميدان في أمس الحاجة إلى التوجيه الفعال للاسترشاد به في أعمالهم. والشاهد الآن أن عدداً كبيراً من المنظمات الحكومية واللاحكومية تشارك في جهود الوقاية من العنف والإصابات.



الدكتور إبتيان كروج
مدير إدارة

الوقاية من العنف والإصابات في منظمة الصحة العالمية

سبب إعداد هذا الدليل

يلقى ما يربو على ٥ ملايين شخص في العالم حتفهم كل عام، فضلاً عن الضرر الذي يصيب الملايين من جراء الإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية والغرق والتسمم والسقوط من الأماكن المرتفعة والحروق والعنف الناجم عن حوادث الاعتداء والحروب وما يوقعه الشخص بنفسه من أذى. ومن ثم يعتبر القائمين بأعمال الصحة العمومية في بعض أجزاء العالم، الإصابات كأحد مشكلات الصحة العمومية الكبرى. وإن كان هناك بعض البلدان التي لم تتنبه إلى وخامة العبء الطبي والاجتماعي والاقتصادي للعنف والإصابات إلا مؤخراً. وبالتالي انبرت في بذل جهود حثيثة للوقاية من الإصابات والتعاطي مع عواقبها الوخيمة.

ففي السنوات الأخيرة، قامت منظمة الصحة العالمية بتعزيز أنشطتها في مضممار الوقاية من العنف والإصابات، كما قامت المنظمة خلال السنوات الأربع المنصرمة بإعداد تقريرين مهمين: التقرير العالمي حول الوقاية من الإصابات على الطرق، والتقرير العالمي حول العنف والصحة. واعتمدت قرارات جمعية الصحة العالمية، والجمعية العامة للأمم المتحدة التوصيات الواردة في هذين التقريرين. وقد عمدت التقارير والإجراءات على حد سواء إلى دعوة الحكومات إلى استنهاض الجهود الوطنية للوقاية من العنف والإصابات، وإلى تنسيق الجهود من خلال وزارات الصحة. وبالفعل فكاستجابة لهذه النداءات، وللطلبات الرسمية المتلقاة من المديرين الإقليميين لمنظمة الصحة العالمية، والقرارات الإقليمية، قامت أكثر من مئة حكومة بتعيين ضباط الاتصال للاضطلاع بمهمة الوقاية من العنف والإصابات من قبل وزارات الصحة.

وفي عام ٢٠٠٦، عقدت منظمة الصحة العالمية الاجتماع العالمي الأول لضباط الاتصال المعنيين بالوقاية من العنف والإصابات المرشحين من قبل وزارات الصحة، على هامش المؤتمر العالمي الثامن حول الوقاية من الإصابات، وتعزيز السلامة، وذلك في دوربان في جنوب أفريقيا. وقد كشفت المناقشات التي دارت أثناء هذا الاجتماع النقاب عن الحاجة الماسة إلى إعداد وثيقة لتحديد دور وزارة الصحة في الوقاية من العنف والإصابات والتصدي لها. ومما لاشك فيه أن مثل هذه الوثيقة قد تساعد المؤيدين على تعزيز برامج الوقاية الوطنية والمحلية من الإصابات والعنف.

كيف تم إعداد هذا الدليل

قام العاملون بمنظمة الصحة العالمية بالتضافر مع الخبراء الخارجيين لإعداد هذا الدليل في المدة من نيسان / إبريل حتى تشرين الأول / أكتوبر ٢٠٠٦. وتستند محتويات هذا الدليل إلى قرارات جمعية الصحة العالمية، واللجان الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية، والدلائل الإرشادية للمنظمة، والتقارير العالمية، والنشرية التي تمت مراجعتها من قبل الأقران والزملاء، وتجارب الخبراء، وضباط الاتصال المعنيين من قبل وزارات الصحة. وقد خضعت هذه الوثيقة لمراجعات مستفيضة من قبل ضباط الاتصال المعنيين من قبل وزارة الصحة، والخبراء من كل أقاليم المنظمة.

الفئات المستهدفة من هذا الدليل

يعد هذا الدليل موجهاً بالأساس إلى العاملين بوزارات الصحة ورسمي السياسات. وتتراوح فئات هؤلاء العاملين ما بين ضباط الاتصال المعنيين خصيصاً بالوقاية من العنف والإصابات، والعاملين في الميادين المرتبطة بهذا السياق مثل مجال البوابات، وصحة الأطفال والمراهقين، وصحة المرأة، وصحة المسنين، وتعزيز الصحة، والصحة النفسية، والخدمات الصحية، والصحة الدولية، وتكنولوجيا المعلومات، وإدارة الكوارث، والصحة المهنية. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن تفيد هذه الوثيقة الأطراف المعنية بتخصيص الموارد لوزارات الصحة، وكذا جميع المعنيين بالوقاية من العنف والإصابات، ممن يرغبون في دعم جهود وزارات الصحة في بلدانهم.

ففي بعض مناطق العالم، لطالما اعتبر المعنيون بالصحة العمومية الإصابات كأحد مشاكل الصحة العمومية الجسيمة. في حين بدأت الآن بعض البلدان الأخرى في إدراك التكاليف الطبية، والاجتماعية، والاقتصادية الباهظة الناجمة عن العنف والإصابات. ومن ثم بدأت في بذل الجهود الحثيثة للوقاية من الإصابات والتعامل مع عواقبها الوخيمة.

فالحاصل أن كل حالات الوفاة، تنطوي على عشرات المرات من الدخول إلى المستشفى، ومئات الزيارات لقسم الطوارئ، وآلاف المواعيد لعيادات الأطباء. كما أن نسبة كبيرة من الناجين من الإصابات يعانون من عجز دائم أو مؤقت أو قد يعانون من عواقب أخرى مثل الإحباط، والتغيرات السلوكية المرتبطة بالتدخين، وتعاطي المسكرات، ومواد الإدمان، والعادات الغذائية الضارة. كما يتوقع ارتفاع العبء العالمي للإصابات والعنف خلال العقود القادمة إذا استمرت الاتجاهات الحالية.

يمثل العنف والإصابات تهديداً جسيماً للصحة في كل بلدان العالم، إذ يتسببان معاً في نحو ٩٪ من عبء الوفيات العالمية. أي ما يربو على ٥ ملايين حالة وفاة كل عام. ومما يدعو للأسف أن ثمانية من بين الأسباب الرئيسية الخمسة عشر لوفيات الشباب ممن تتراوح أعمارهم بين سن الخامسة عشرة والتاسعة والعشرين تعزى إلى الإصابات أو العنف. وتشمل هذه الإصابات: الإصابات الناجمة عن الحوادث على الطرق، والانتحار، والقتل الخطأ، والغرق، والحرق، وإصابات الحروب، والتسمم، والسقوط من الأماكن المرتفعة. (انظر الجدول ١).

الجدول ١: الأسباب الرئيسية للوفيات، بين الجنسين، عام ٢٠٠٢

الدرجة	٠ - ٤ سنوات	٥ - ١٤ عاماً	١٥ - ٢٩ عاماً	٣٠ - ٤٤ عاماً
١	أمراض الفترة المحيطة بالولادة ٢ ٤٦١ ٩٧٦	العدوى التنفسية السفلى ٢٧٨ ٢٩١	مرض الإيدز والعدوى بفيروسه ٦٠٤ ٩٤٣	مرض الإيدز والعدوى بفيروسه ١ ٣٢٦ ٣٤٥
٢	العدوى التنفسية السفلى ١ ٨٠٤ ٢٨٢	الإصابات الناجمة عن الحوادث على الطرق ١٣٢ ٦٩٥	الإصابات الناجمة عن الحوادث على الطرق ٣٠٤ ٩٩٤	السل ٣٧٩ ٧٥٥
٣	أمراض الإسهال ١ ٦٨١ ٠٦٠	مرض الإيدز والعدوى بفيروسه ١٢٦ ٤٢٤	أمراض الأمومة ٢٥٨ ١٢٨	الإصابات الناجمة عن الحوادث على الطرق ٢٨٧ ٧٣٠
٤	أمراض الطفولة ١ ٠٣٣ ٣٢١	الغرق ٨٦ ٩٥٣	الإصابات التي يوقعها الشخص بنفسه ٢٥١ ٤٤٦	أمراض الأمومة ٢٣٣ ٦٤٠
٥	المalaria ٨٢١ ٧١٨	أمراض الطفولة ٧٢ ٠٧٨	السل ٢٤١ ٢٤٦	أمراض القلب الإقفاري ٢٣٢ ٧٤٦
٦	الشذوذ الخلقي ٤٢٥ ٤٣١	الحرائق ٣٤ ١٨٠	العنف الواقع بين الأشخاص ٢١٦ ٦٤٨	الإصابات التي يوقعها الشخص بنفسه ٢٣٠ ٩٩٧
٧	مرض الإيدز والعدوى بفيروسه ٣٤٠ ٢١٩	السل ٣٣ ١٨٢	العدوى التنفسية السفلى ١٤٣ ٣٢٠	العنف الواقع بين الأشخاص ١٦٦ ٦٦١
٨	نقص التغذية بالبروتين والطاقة ١٤٧ ٨٦٥	سوء التغذية بالبروتين والطاقة ٣١ ٦٣٠	الغرق ٨٩ ١٩٦	المرض الدماغى الوعائى ١٢٤ ٨٥٨
٩	السفلس ٦٧ ٠٦٨	التهاب السحايا ٣١ ١٦٥	الحرائق ٨٩ ١٣٠	العدوى التنفسية السفلى ١١٧ ٦٦٣
١٠	التهاب السحايا ٦٤ ٤٩٥	ابيضاض الدم ٢١ ١٤٦	إصابات الحروب ٦٩ ٧٠٧	تليف الكبد ١٠٠ ٦١٧
١١	الغرق ٥٧ ٩٧٣	الشذوذ الخلقي ٢١ ٠٩٩	مرض القلب الإقفاري ٥٤ ١٢٥	التسمم ٨١ ٦٧٨
١٢	الإصابات الناجمة عن الحوادث على الطرق ٥٠ ١٣٩	السقوط ٢٠ ٥٨٠	التسمم ٥١ ٤٩٤	الحرائق ٦٤ ٤٩٤
١٣	السل ٤٣ ٢٤١	التسمم ١٩ ٩٨٢	السقوط ٣٧ ٨٧٤	إصابات الحروب ٥٩ ٣٥٩
١٤	اضطرابات الغدد ٤٢ ٤٤٤	العنف الواقع بين الأشخاص ١٨ ٣٤٠	ابيضاض الدم ٣٧ ٢٠٨	الغرق ٥٨ ٧٢٥
١٥	الحرائق ٣٩ ٦٦٩	داء الليفات ١٨ ٢٦٠	أمراض القلب الروماتيزية ٣٦ ٩٨٥	سرطان الكبد ٥٥ ٥١٩

فبالرغم من أن جميع بلدان العالم تعاني من العنف والإصابات، تتفاوت آثارها من بلد إلى آخر حيث إنها غير موزعة بالتساوي. فهي تنتشر بشكل خاص بين المجموعات المنخفضة والمتوسطة الدخل، حيث تسفر ظروف المعيشة والعمل والسفر غير الآمن عن زيادة مخاطر الإصابات والعنف. فمثل هذه المجموعات غالباً ما تفتقر إلى جهود الوقاية، وتعاني من صعوبة الوصول إلى خدمات المعالجة العالية الجودة، وإلى خدمات التأهيل. بالإضافة إلى ذلك، فإن الإصابات والعنف غالباً ما تصيب الشباب ممن يعولون

أسرهم، وبالتالي يكون لوفاتهم أو عجزهم آثار وخيمة وبعيدة الأمد تعصف بالأسرة برمتها.

وعلى المستوى الفردي، نجد أن معالجة الإصابات والعنف تنطوي على رعاية طبية فورية، ورعاية بدنية واجتماعية، ونفسية بعيدة المدى، فضلاً عن الحاجة إلى التأهيل. أما على مستوى المجتمع، فنجد أن الإصابات والعنف يؤديان إلى آثار طبية، واجتماعية، ومالية بعيدة المدى مما يستلزم اتخاذ استجابة منسقة.

كل الأعمار	< ٦٠ عاماً	٤٥ - ٥٩ عاماً
مرض القلب الإقفاري ٧ ٢٠٧ ٧٢٥	مرض القلب الإقفاري ١ ٨٥٧ ٥٠٦	مرض القلب الإقفاري ١ ٠٥٢ ٢٥٩
المرض الدماغى العائى ٥ ٥٠٨ ٩٥٠	المرض الدماغى العائى ٤ ٧٠٣ ٤٨١	المرض الدماغى العائى ٦٢٤ ٠٣٧
العدوى التنفسية السفلى ٣ ٩٤٣ ٣٨٦	الداء الرئوى المسد المزمن ٢ ٤٠١ ٢٥٥	مرض الإيدز والعدوى بفيروسه ٤٨١ ٤٥٩
مرض الإيدز والعدوى بفيروسه ٢ ٩١٩ ٣٧٣	العدوى التنفسية السفلى ١ ٤٢٣ ٣٢٠	السل ٣٨٤ ٢١٢
الداء الرئوى المسد المزمن ٢ ٧٤٨ ٤٩٠	الرغامى، الشعب الهوائية، سرطان الرئة ٩٣١ ١٧٣	الداء الرئوى المسد المزمن ٣١٠ ٠٦١
أمراض الفترة المحيطة بالولادة ٢ ٤٦٢ ١٢٤	السكري ٧٥٤ ٥٨٢	الرغامى، الشعب الهوائية، سرطان الرئة ٢٦٣ ٢٠٦
أمراض الإسهال ١ ٨٦٩ ٤٤٦	أمراض القلب المحدثة لفرط ضغط الدم ٧٣٩ ٣٥٧	تليف الكبد ٢٥١ ٨٤٩
السل ١ ٥٦٦ ٠٠٣	سرطان المعدة ٦٠٦ ٠٧٢	الإصابات الناجمة عن الحوادث على الطرق ٢٢٢ ٢٤٩
الرغامى، الشعب الهوائية، سرطان الرئة ١ ٢٤٣ ١٩٩	السل ٤٨٤ ٣٦٧	الإصابات التي يوقعها الشخص بنفسه ١٨٧ ٦٩٦
الإصابات الناجمة عن الحوادث على الطرق ١ ١٩١ ٧٩٦	سرطان القولون والمستقيم ٤٧٨ ٧٤٧	سرطان المعدة ١٨٥ ٤٠٣
أمراض الطفولة ١ ١٢٠ ٨٣١	إلتهابات الكلية الألبوميني والكلاءات ٤٤٠ ٦٦٩	سرطان الكبد ١٧٩ ٧٧٠
السكري ٩٨٧ ٨١٦	الزهايمر وأمراض الحزف ٣٨٤ ١٤٧	العدوى التنفسية السفلى ١٧٦ ٥١١
المalaria ٩١١ ٥٧٤	تليف الكبد ٣٦٧ ٥٣٩	السكري ١٧٦ ٤٤٣
أمراض القلب المحدثة لفرط ضغط الدم ٩١١ ٣٩٧	سرطان الكبد ٣٦٦ ٨٨٧	سرطان الثدي ١٤٨ ٠٩٦
الإصابات التي يوقعها الشخص بنفسه ٨٧٣ ٣٦١	سرطان المرئ ٣١٨ ٤٦٤	أمراض القلب المحدثة لفرط ضغط الدم ١٣٠ ٢٠٠

ولا مرء في أن التصدي للعبء الصحي الضخم، يتطلب توفير موارد ضخمة للنظام الصحي. فتمويل التكاليف الاقتصادية، بما فيها التغيب عن العمل والمدارس، وتكاليف النظم الاجتماعية والقضائية تمثل إهداراً جسيماً واستنزافاً للاقتصادات الوطنية.

ويمكن دراسة العنف والإصابات وتوثيقها، كما يمكن فهم أسبابها للتصدي لها والتعاطي معها. فقد وفرت البحوث بيانات واضحة وتدخلات محددة من شأنها درء العنف والإصابات. وفيما يلي بعض التدخلات التي أثبتت جدوى كبيرة في درء العنف والإصابات:

- أحزمة المقاعد، والخوذات، وفرض حدود إجبارية لمستوى الكحول في الدم للوقاية من الحوادث على الطرق؛
- تصميم العبوات المقاومة للأطفال للوقاية من التسمم؛
- تعديل أوجه المخاطر الموجودة بالمنازل لحماية المسنين من السقوط؛
- وضع أسوار لأحواض السباحة لتقليل خطر الغرق؛
- معالجة الاكتئاب للوقاية من الانتحار؛
- البرامج المدرسية التثقيفية للوقاية من العنف بين الأزواج؛
- برامج زيارات المنازل لتقليل سوء معاملة الأطفال.

ولقد قامت منظمة الصحة العالمية بإطلاق التقرير العالمي حول العنف والصحة في عام ٢٠٠٢، والتقرير العالمي حول الوقاية من الحوادث على الطرق في عام ٢٠٠٤، بغية لفت انتباه القادة في العالم إلى هذه القضايا المهمة، ووضع التوصيات لاتخاذ التدابير اللازمة. وقد أقرت جمعية الصحة العالمية هذين التقريرين من خلال قرار جمعية الصحة العالمية ٥٦,٢٤ (والذي طالب بتنفيذ توصيات التقرير العالمي حول العنف والصحة) وقرار جمعية الصحة العالمية ٥٧,١٠ (السلامة على الطرق والصحة). ولم تكن هذه التقارير والقرارات هي الأولى من نوعها، فقد سبقتها قرارات سابقة لجمعية الصحة العالمية دعت وزراء الصحة لاتخاذ التدابير الملائمة في هذا المضمار (انظر الإطار ١).

وبطبيعة الحال فإن تعقد أسباب العنف والإصابات، والوقاية منها يستلزم تضافر جهود العديد من القطاعات على المستوى المحلي، والإقليمي، والوطني لاتخاذ التدابير المناسبة.

فكل قطاع يضطلع بدور محدد، ويمكنه الإسهام بصورة معينة. بيد أن القطاع الصحي – الرعاية الصحية والصحة العمومية – يجب أن يقوم بدور محوري لتعزيز هذه الجهود. ذلك أن دور القطاع الصحي لا يقتصر فقط على توفير الرعاية والدعم للضحايا ١. وإنما يتطلب منه تطبيق نماذج فريدة للصحة العمومية لمعالجة مشكلة العنف والإصابات (انظر الإطار ٢). ومما يدعو للأسف أن العديد من وزارات الصحة لا تدرك تماماً محورية عملها في هذه المجالات، ومن ثم لا تسهم بشكل كافٍ في جهود الوقاية من الإصابات. فجميع وزارات الصحة تمر بمراحل مختلفة من إعداد البنية الأساسية اللازمة للوقاية من العنف والإصابات ولكنها جميعاً يجب أن تتعامل مع المجالات التالية:

أحزمة المقاعد، والخوذات، وفرض حدود إجبارية لمستوى الكحول في الدم للوقاية من الحوادث على الطرق؛

- رسم السياسات؛
- تجميع المعطيات؛
- تقديم الخدمات للضحايا؛
- الوقاية؛
- بناء القدرات؛
- الدعم الفعال.

وسيتناول هذا الدليل كل من هذه المجالات بالمزيد من الاستفاضة.

الإطار ١

قرارات جمعية الصحة العالمية التي تركز على الوقاية من العنف

- ٢٠٠٤ الصحة والسلامة على الطرق ج ص ع ١٠-٥٧
 - ٢٠٠٣ تنفيذ توصيات التقرير العالمي حول العنف والصحة ج ص ع ٢٤-٥٦
 - ١٩٩٨ تدابير الصحة العمومية المجمع حول الأलगام الشخصية المضادة للأفراد ج ص ع ٨-٥١
 - ١٩٩٧ الوقاية من العنف ج ص ع ١٩-٥٠
 - ١٩٩٦ الوقاية من العنف: أحد أولويات الصحة العمومية ج ص ع ٢٥-٤٩
 - ١٩٧٤ الوقاية من الحوادث على الطرق ج ص ع ٥٩-٢٧
 - ١٩٦٦ الوقاية من الحوادث المرورية ج ص ع ٣-١٩
- يمكن الرجوع إلى نص هذه القرارات بالكامل على الموقع التالي

www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en

١ إن استخدام لفظ "الضحايا" لوصف حالة شخص عانى من العنف أو الإصابات، وآثارها (أو أي نتائج صحية سلبية) هو محل نقاش متصل. فالتركيز على ما تعنيه مصطلحات من قبيل "ضحية" يعني نوعاً من عدم التمكين والتقيؤ. ومن ثم فإن استخدام لفظ ضحية في هذه الوثيقة لا يعكس كل آثار التحول إلى ضحية، بدءاً من الآثار البسيطة على المدى القصير، ومروراً بالعجز المزمن والوخيم، وانتهاءً بالوفاة. ونحن هنا لا يجوز لنا أن نقصد أو نفترض أموراً من قبيل المرونة الشخصية.

لماذا ينبغي على وزارات الصحة الاضطلاع بدور قيادي في الوقاية من العنف والإصابات؟

- **الواجب:** فوفقاً للولاية المسندة إلى القطاع الصحي فإنه مطالب بتوقي كل الأسباب الرئيسية للوفيات والمراضة، والاستجابة لها. ومن المعلوم أن العنف والإصابات يسببان نحو ٩٪ من الوفيات العالمية، و١٦٪ من حالات العجز في العالم.
- **المصلحة الاقتصادية:** فالقطاع الصحي يستوعب جزءاً كبيراً من النفقات المباشرة المترتبة على العنف والإصابات. فالعنف والإصابات يتسببان في نسبة كبيرة من تكاليف الرعاية الصحية في العالم – بما فيها دخول أقسام الطوارئ، والجراحة، والرعاية النفسية.
- **تفرد الأسلوب:** فالرعاية الصحية دون سائر القطاعات العاملة في هذا المجال، توفر منهجاً علمياً فريداً للوقاية وذلك من خلال تعاملها مع مشاكل العنف والإصابات.
- **تفرد الوضع:** فوزارة الصحة من خلال موقعها الفريد يمكنها تجميع المعلومات، وتحليل عوامل الاختطار، وتوفير رعاية حالات الطوارئ، والرعاية على المدى الطويل، وتنسيق جهود الوقاية المتعددة بين مختلف القطاعات، وإعداد حملات لتعزيز التغيير السياسي والتشريعي اللازم. ففي العديد من البلدان، لا يمكن لأي جهة أن تحل محل وزارة الصحة في إجراء مثل هذه الأنشطة في مجال الوقاية من العنف والإصابات، فهي الجهة الوحيدة المنوط بها الاضطلاع بهذه الأنشطة.

يعتبر تعيين ضباط اتصال في وزارة الصحة معني بالعنف والإصابات هو الخطوة الأولى لإنشاء وحدة الوقاية من العنف والإصابات. ويتمثل دور ضباط الاتصال في تنسيق جهود المعالجة والوقاية في داخل وزارة الصحة، وفي ما بينها وبين مختلف المؤسسات الأخرى سواء الوطنية أو الدولية، وفي التأكد من جدوى هذه الجهود وأنها تؤتي ثمارها. ففي الوضع الأمثل، ينبغي أن يعاون ضباط الاتصال وحدة مخصصة تضم عدداً من العاملين، حيث تحتاج مهام ضباط الاتصال إلى معاونة أصحاب الخبرات التكميلية المعاونة. وينبغي أن يكون ضباط الاتصال على معرفة تامة بالصحة العمومية بوجه عام، وبكيفية الوقاية من العنف والإصابات بوجه خاص. وقد يحتاج ضباط الاتصال إلى المزيد من التدريب المتخصص، مما يجعلهم يلتزمون مساعدة كليات الصحة العمومية التي تقدم مقررات حول الوقاية من العنف والإصابات. وبطبيعة الحال سيستفيد ضباط الاتصال، ووحداتهم من التنسيق الوثيق مع نظرائهم في وزارات الصحة، وفي مختلف بلدان الإقليم.

الكفاءات الأساسية والمسؤوليات الموكلة إلى ضباط الاتصال في وزارات الصحة، المعنيين بالوقاية من العنف والإصابات

- تتضمن الكفاءات الأساسية لضباط الاتصال في وزارات الصحة القدرة على:
- الوصول إلى نتائج؛
- التوائم مع البيئات المتغيرة؛
- تشجيع التكامل والعمل بروح الفريق؛
- ضمان فعالية استخدام الموارد؛
- تعزيز الشراكة المتعددة القطاعات؛
- تنفيذ برامج الوقاية من الإصابات للوصول إلى نتائج طبية؛
- الإشراف على إنتاج وبث الوثائق الوثيقة الصلة بهذا الموضوع بما فيها التقارير الوطنية؛
- قيادة إعداد خطة وطنية للعمل
- تنسيق الجهود الوطنية المبذولة لتجميع وبث المعطيات، وغيرها من المعلومات الوثيقة الصلة بهذا المضمار؛
- تعزيز تنفيذ وتقييم برامج الوقاية التي أثبتت جدواها؛
- مراجعة سبل تقديم الخدمات الصحية، واقتراح التحسينات بغرض تقديم الدعم الأمثل للضححايا.

الدور الدولي

- تعزيز تنفيذ السياسات والاستراتيجيات الدولية والإقليمية، المناسبة أو المرتبطة بهذا السياق والمساعدة في رصد هذا التقدم المحرز؛
- تشجيع الابتكار
- احترام الفروق الشخصية والثقافية؛
- إعطاء القدوة للآخرين.
- الأضطلاع بدور نقطة الاتصال الوطني ببرامج منظمة الصحة العالمية المرتبطة بهذا السياق؛
- وتنسيق بث المعلومات الدولية؛
- وتنسيق الاستجابة الوطنية للمسوحات الدولية؛
- مشاركة الدروس المستفادة والانتفاع بها في تصميم، ورصد، وتقييم البرامج والأنشطة الوطنية؛
- تشجيع المشاركة الفعالة للبلدان بشأن الوقاية من العنف والإصابات على المسرح العالمي - من خلال استضافة الاجتماعات أو إصدار القرارات الداعمة على سبيل المثال.
- ويضطلع ضباط الاتصال في وزارات الصحة بأدوار مهمة على المستوى الوطني والدولي. وفي ما يلي عرض لهذه الأدوار:

الأدوار الوطنية

- تحديد المسؤولين الرئيسيين عن الوقاية من العنف والإصابات على المستوى الوطني والمحلي، وتيسير مشاركتهم في عم جهود الوقاية؛
- تعزيز الوقاية من العنف والإصابات داخل وزارة الصحة ومع الشركاء الخارجيين؛
- التأكد من أن الوقاية من العنف والإصابات أصبحت جزءاً لا يتجزأ من خطط واستراتيجيات الصحة العمومية الوطنية والمحلية؛

٢-٢ تحديد مكان في وزارة الصحة

هناك العديد من الأماكن في وزارة الصحة التي يمكن إسناد المسؤولية عن الأنشطة المرتبطة بالوقاية من العنف والإصابات إليها. وغالباً ما تكون هذه الوحدات جزءاً من برنامج أشمل يتعامل مع الأمراض غير السارية بشكل عام. وفي وزارات أخرى، تُسند هذه المسؤولية للوحدات المعنية بتعزيز الصحة، والصحة النفسية، والوبائيات. ولكن بغض النظر عن المكان المضطرب بهذه الأنشطة، فإن الوزارة مطالبة أولاً وقبل كل شيء بإدراك متطلبات برامج الوقاية من العنف والإصابات، وحقيقتها الفريدة. وبطبيعة الحال، فإنه بمجرد تحديد مكان البرنامج في وزارة الصحة، فإن برنامج الوقاية من العنف والإصابات يصبح مطالباً بتنسيق جهوده مع سائر الإدارات والوحدات الأخرى. وتتضمن هذه الوحدات والإدارات تعزيز الصحة، وصحة الأطفال والمراهقين، وصحة المرأة، والصحة النفسية، والصحة المدرسية، وصحة المسنين، وصحة البيئة، وترصد الأمراض، والوبائيات، والخدمات السريرية.

وهناك جدول واسع حول مدى ملاءمة الربط بين أنشطة الوقاية من العنف والإصابات في وحدة واحدة. على أنه هناك في الجانب الآخر بينات دامغة على جدوى الربط بين هذه الأنشطة. فعلى سبيل المثال، نجد أن تجميع البنات من أقسام الطوارئ، يكون أعلى مردوداً إذا تم الربط بين ترصد الإصابات المتعمدة وغير المتعمدة في نظام واحد. فمعالجة حالات العنف والإصابات تتم في نفس المرافق، كما أن العنف والإصابات يرتبطان بعوامل اختطار مشتركة مثل تعاطي الكحول على سبيل المثال، مما ييسر استهدافهم من خلال الجهود المشتركة.

على الجانب الآخر، نجد أن هناك بعض القضايا الأخرى التي تتطلب نوعاً خاصاً من الاستجابة للإصابات، أو العنف. فعلى سبيل المثال، فإن الوقاية من الإصابات على الطرق تتطلب مشاركة قطاعات أخرى بخلاف تلك المعنية بسوء معاملة الأطفال. وفي العديد من البلدان يعهد لنفس الشخص بالمهمتين، في حين نجد بلداناً أخرى تعين ضابط اتصال مسؤولاً عن الوقاية من العنف، وآخر مسؤولاً عن الوقاية من الإصابات. فكل وزارة من وزارات الصحة مطالبة بتحديد ما إذا ما كانت ستقوم بدمج المهمتين في وحدة واحدة، أو فصلهما في وحدتين منفصلتين بناءً على الظروف الداخلية للبلد نفسه. ولكن على أي حال، فإنه حتى في حالة فصلهما، فستظل هناك علاقة قوية بين الوحدة التي تتعامل مع العنف وتلك التي تتعامل مع الإصابات.

٢-٣ التضمين في السياسات والخطط الصحية الوطنية

نظراً لأن الإصابات والعنف من الأسباب المهمة للوفيات والمرضاة، فلا بد من تضمين جهود الوقاية منهما في كل الخطط الصحية والإنمائية الوطنية. وينبغي أن تتضمن وثائق سياسات وزارات الصحة بصورة منهجية على استراتيجيات وأهداف الوقاية من العنف والإصابات

٢-٤ التمويل

يجب أن تحصل الوحدة المعنية بالوقاية من العنف والإصابات على الميزانية اللازمة للاضطلاع بهذه الأنشطة، على أن تتناسب المبالغ مع مدى وأولويات الأنشطة المخططة. ويجب تضمين هذه الميزانية في الميزانية العادية لوزارة الصحة، على أن يتم تخصيص المبالغ استناداً إلى حجم المشكلة وإمكانية الوقاية منها. بالنسبة للبلدان التي تتلقى مساعدات إنمائية دولية، فإن طلب المساعدات المالية قد يتضمن مساعدات لأنشطة الوقاية من الإصابات. وقد قامت وكالات المساعدات الإنمائية في استراليا، وبلجيكا، وكندا، وهولندا، والسويد، والنرويج فيما مضى بدعم عدد من هذه الأنشطة. كما قام عدد من وكالات الأمم المتحدة (بما فيها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة "اليونيسف"، وصندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة، ومنظمة الصحة العالمية)، والبنك الدولي، وغيرها من البنوك الإنمائية الدولية، وبعض المؤسسات (مثل مؤسسة المجتمع المفتوح، ومؤسسة صناعة السيارات والمجتمع) بدعم أنشطة الوقاية من العنف والإصابات.

الإطار ٣

إنشاء برنامج وطني للوقاية من العنف والإصابات في ماليزيا

في آب / أغسطس ٢٠٠٣، قام نائب وزير الصحة في ماليزيا بالإعلان عن "الحملة العالمية للوقاية من العنف: استجابة ماليزيا" استناداً إلى قرار جمعية الصحة العالمية المعني بتنفيذ توصيات التقرير العالمي حول الصحة والعنف. وإن دل هذا القرار على شيء فإنما يدل على أن وزارة الصحة قد قامت بتوسيع نطاق البرنامج الوطني الراهن للوقاية من الإصابات ليتضمن أيضاً جهود الوقاية من العنف. ونتيجة لذلك فإن وحدة الوقاية من العنف والإصابات الموجودة في قسم مكافحة الأمراض في وزارة الصحة العمومية، قد تعاونت عن كثب مع القطاعات الأخرى لتقليل حالات العنف والإصابات، وتحسين الخدمات المقدمة للضحايا.

الإطار ٤

إنشاء برنامج وطني للوقاية من العنف والإصابات في مقدونيا، إحدى جمهوريات يوغوسلافيا السابقة

في حزيران / يونيو ٢٠٠٥، عقب المناقشات الباكورة للسياسات أثناء إطلاق التقرير العالمي حول الصحة والعنف على المستوى الوطني في عام ٢٠٠٣، قامت مقدونيا إحدى جمهوريات يوغوسلافيا السابقة بالإعلان عن تشكيل اللجنة الوطنية للوقاية من العنف ومكافحته برئاسة وزارة الصحة ووحدة الوقاية ومكافحة العنف والإصابات وتتضمن هذه اللجنة المنوط بها مسؤولية الوقاية من العنف وحماية السكان من تأثير العنف، ممثلين من وزارات الصحة، والداخلية، والعدل، والتعليم، والعلوم، والعمل، والسياسات الاجتماعية، والتلفزيون الوطني لمقدونيا، وعدد من المنظمات اللاحكومية. وقد تمحور عملها على عدد من المشروعات الوطنية والمحلية المعنية بالوقاية من العنف.

٣-١ وضع خطة عمل لقطاع الصحة

ينبغي على وزارة الصحة أن تكون في موقع الصدارة عند وضع خطة عمل لقطاع الصحة. وقد أثبتت التجارب أن عملية صياغة وثيقة للسياسة الوطنية أو المحلية لا تقل أهمية عن الوثيقة ذاتها. ويجب أن يشارك في هذه العملية ممثلون من الهيئات الحكومية والمنظمات اللائحة الحكومية والمؤسسات الأكاديمية وكافة القطاعات المعنية الأخرى. ومن المفيد بادئ ذي بدء أن يتم تقييم الأنشطة القائمة في إطار جهود الوقاية المبذولة، والوقوف على أوجه القصور في تلك الجهود، وحصر البيانات المتاحة، وتحديد أهم الأفراد والجماعات المشاركة في جهود الوقاية. وقد اتجهت بعض الدول إلى تلخيص النتائج التي توصلت إليها في هذا الصدد في تقرير وطني موجز، ومن هذه الدول بلجيكا وكوستاريكا ونيبال والمملكة المتحدة وشمال أيرلندا. ومن شأن هذه الوثيقة أن توفر قاعدة مفيدة لوضع السياسة الوطنية، فضلا عن دورها في رفع درجة الوعي.

وتقتضي صياغة خطة عمل وطنية إجراء مناقشات حول التعريفات المعتمدة والأهداف المنشودة والمؤشرات المستخدمة. ويتعين أن تغطي عملية الصياغة جميع الموضوعات المعنية، مثل جمع البيانات والخدمات المقدمة للضحايا وأنشطة الوقاية وبناء القدرات والتأييد. ويجب على بعض الدول أن تولي اهتماما خاصا للاحتياجات الواجب توفيرها من أجل ضمان إدراج جهود الوقاية الفردية (مثل تلك المتعلقة بسوء معاملة الأطفال والعنف ضد المرأة وإصابات حوادث المرور وحالات الانتحار) بالشكل المناسب ضمن جدول الأعمال الأشمل للوقاية من حوادث العنف والإصابات. وينبغي أن تضع كافة خطط العمل في الحسبان، تفاوت احتياجات النساء والرجال والأطفال الذين يقعون ضحايا لحوادث العنف والإصابات. ومن الممكن الإطلاع على المزيد من المعلومات عن عملية وضع وصياغة السياسات من خلال منشورة منظمة الصحة العالمية الذي تحمل عنوان: وضع سياسات الوقاية من الإصابات وحوادث العنف: دليل إرشادي لراسمي السياسات والمخططين.

إن الوثائق السياسية مثل الاستراتيجيات الوطنية، وخطة العمل تلعب دوراً مهماً في ضمان جودة التخطيط والتنسيق، وتنفيذ الأنشطة. فهناك العديد من القضايا التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند وضع الخطط.

- ينبغي تضمين قسم خاص بالوقاية من العنف والإصابات في كل خطة وطنية من خطط الصحة العمومية.
- ينبغي أن تقوم كل وزارة صحة بإعداد خطة عمل وطنية حول الوقاية من العنف والإصابات. فمثل هذه الوثيقة من شأنها تحديد الأنشطة المخططة للوزارة، والحصائل المتوقعة، فضلاً عن توفير المزيد من التفاصيل التي لن يتأتى تضمينها في خطة الصحة العمومية الكلية.
- متى أمكن، يحدد وضع خطة عمل إضافية لتوجيه التعاون بين القطاعات، على أن يقوم ممثلو القطاعات المعنية – مثل أولئك المنتمين إلى قطاعات الصحة، والنقل، والعدل، والتعليم بإعدادها لتوضيح الأنشطة والنتائج المحققة من قبل كل قطاع. وبطبيعة الحال فإن هذا من شأنه تيسير التعاون والتضافر بين مختلف الوزارات.

ففي الوضع الأمثل، ينبغي على البلدان أن تضع خطة عمل تتضمن الإرشادات المطلوبة للعمل التعاوني بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى. وتشمل هذه القطاعات النقل والمواصلات والعدل والتعليم والعمل والمالية والضبطية القضائية والشؤون الاجتماعية. فلكل من هذه القطاعات دوره الحيوي في الوقاية من حوادث العنف والإصابات. ولا شك أن تنسيق الجهود المبذولة فيما بين القطاعات ليس بالأمر اليسير، ولا سيما في البلدان التي لا تألف المشروعات متعددة القطاعات. بيد أنه بمقدور وزارة الصحة أن تيسر هذه العملية بشكل كبير عن طريق دعم الصياغة المشتركة لخطة عمل تعكس الأدوار التي تلعبها مختلف الوكالات في جهود الوقاية من حوادث العنف والإصابات.

وقد تم إدراك الحاجة إلى العمل متعدد القطاعات منذ أمد بعيد في بعض مجالات الصحة العمومية الأخرى. فعند الوقاية من مرض الملاريا على سبيل المثال يتعين على وزارة الصحة أن تتعاون مع وزارة الأشغال العامة في تجفيف البرك والمستنقعات. ولا يصلح أي أسلوب فردي في إنجاز هذه المهمة، وتعتمد القضايا المتعلقة بالجهات المزمع التعاون معها وكيفية تحقيق هذا التعاون على المشروع المعني موضع التطبيق. وقد يمكن على سبيل المثال أن يتم تعضيد الجهود الجماعية بادئ ذي بدء عن طريق نشر تقارير صادرة من وحدة الوقاية من حوادث العنف والإصابات التابعة لوزارة الصحة للوزارات المختصة الأخرى، وأيضا عن طريق عقد دورات تدريب داخلية في الوزارات الأخرى لرفع درجة المعرفة والوعي بالمجالات المزمع التعاون بصدددها. ويجب أن تضع الجهات المركزية ووحدات الوقاية من حوادث العنف والإصابات قائمة بالموضوعات المتعلقة بالسياسات والتي قد يتحقق منها أعظم النفع من خلال عمليات الدعم على نطاق أوسع، ويجب عليها أيضا أن تحرص باستمرار على دفع عجلة التعاون في هذه المجالات مع القطاعات الأخرى.

لا يقتصر ما نحتاجه من أجل تحقيق الوقاية الفعالة من حوادث العنف والإصابات على خطط العمل فحسب، بل تمتد الحاجة إلى وجود القوانين الملائمة. وتعتبر وزارة الصحة أقدر جهة على دعم عملية سن التشريعات وتعزيز تطبيقها، وذلك في ضوء ما تتمتع به من خبرات وما تملكه من بيانات فضلا عن الدور الذي تقوم به في علاج الضحايا. ويتضمن القسم ٨ شرحا تفصيليا لهذا الدور.

الإطار ٥

نجاح وزارة الصحة البرازيلية في تعزيز التشريعات الخاصة بتحسين السلامة على الطرق.

رصدت وزارة الصحة في البرازيل زيادة هائلة في معدل الوفيات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق خلال الفترة ما بين ١٩٩١ حتى ١٩٩٧. وسن المشرعون استجابة لتلك البيانات قانون المرور البرازيلي الجديد عام ١٩٩٨ الذي شدد العقوبات المفروضة على مخالفات السائقين وعهد بالرسوم الإدارية إلى السلطات المحلية. وخلال الفترة بين ١٩٩٨ و ٢٠٠١ انخفض معدل الوفيات الناتجة عن إصابات حوادث الطرق انخفاضا ملحوظا. وقدرت بعض التحليلات اللاحقة أن القانون الجديد قد أنقذ حياة ٥٠٠٠ شخص في البلاد على مدار تلك المدة. وفي عام ٢٠٠١ تم اعتماد "سياسة وطنية لتقليص الأمراض والوفيات المترتبة على الحوادث والعنف" بما يسمح لوزارة الصحة باتخاذ جهود إضافية للوقاية من العنف وحوادث المرور على أساس القاعدة التي أرساها قانون المرور البرازيلي الجديد.

المصادر الرئيسية المعنية بالسياسات والتخطيط

Developing policies to prevent injuries and violence: a guideline for policy-makers and planners. Geneva, WHO, 2005. <http://www.who.int/violence_injury_prevention/policy/project/en/index.html>

Examples of more than 200 existing plans of action can be found at: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf

٤-١ الهدف من جمع البيانات

إن الوقوف على مقدار الإصابات وحوادث العنف في بلد ما لا غنى عنه من أجل وضع سياسات وإجراءات فعالة للتعامل مع تلك المشكلة. وسرعان ما يكون بمقدور صناع السياسات فور وقوفهم على هذه الجزئية أن يتخذوا قرارات مستنيرة بشأن أولويات الدولة في ضوء الحاجات الضاغطة على الموارد. ويتمتع تقدير حجم الإصابات وحوادث العنف بالنسبة للعديد من الدول بالأهمية القصوى بهدف شحذ الإرادة السياسية وحشد التأييد الجماهيري وتبدير التمويل اللازم لتدشين البرامج. ولا غنى أيضاً عن دقة البيانات حتى يتسنى تقييم درجة النجاح المتحقق ومدى ملاءمة استراتيجيات الوقاية من الإصابات وحوادث العنف. وحيث تكون عملية جمع البيانات مكلفة فمن المهم أن يتم إطلاع جميع الأطراف المعنية على المعلومات التي يتم تجميعها أولاً بأول وأن يتم استخدام هذه البيانات في تطوير جهود الوقاية، لا أن يتم الاحتفاظ بهذه البيانات في سرية أو جمعها لمجرد تكديس الإحصائيات.

٤-٢ مصادر البيانات

يمكن الحصول على البيانات المتعلقة بالإصابات وحوادث العنف من عدد كبير من المصادر الحكومية وغير الحكومية (انظر الإطار ٦). ويتوافر لغالبية البلدان قدر من البيانات المتاحة - مثل: نظام تسجيل المعلومات المتعلقة بالوفيات. ورغم أنه قد لا يتوافر قدر كافٍ من التفاصيل حول هذه البيانات ورغم أن هذه البيانات نفسها غالباً ما تقلل من حجم وأثر الإصابات وحوادث العنف، إلا أن هذه البيانات تمثل نقطة انطلاق جيدة إذ تبرز أهم أسباب الوفيات على مستوى البلاد. وغالباً ما يتعين إجراء المزيد من الأبحاث لتحديد ما إذا كانت البيانات المتوافرة تصف حجم المشكلة وصفاً دقيقاً.

أما في بعض البلدان الأخرى فقد تتوافر بيانات عن عوامل الخطر التي تجعل أفراداً أو جماعات معينة عرضة لحوادث العنف أو الإصابات. وتتمثل مصادر البيانات المحتملة في الوزارات الحكومية (بما فيها وزارات النقل والمواصلات والتعليم والشؤون الاجتماعية والعمل والعدل والداخلية) إلى جانب الهيئات الوطنية المسؤولة عن الإحصائيات. وحيث لا يخلو أي نظام بيانات من نقاط الضعف فمن الأفضل جمع البيانات وتنسيقها من نظم متعددة.

الإطار ٦

مصادر البيانات المحتملة عن الإصابات القاتلة والشديدة

فيما يلي أهم مصادر البيانات المحتملة عن الإصابات القاتلة والوخيمة:

- تقارير ما بعد الوفاة والتقارير المرضية؛
- محاضر الشرطة؛
- سجلات إصابات أقسام الطوارئ؛
- بيانات المرضى المقيمين بالمستشفيات؛
- سجلات حالات الأضرار البدنية والنفسية؛
- بيانات عربات الإسعاف؛
- الاستطلاعات التي تتم على مستوى المجتمع أو الأسر؛
- تقارير وزارة النقل والمواصلات؛
- بيانات شركات التأمين على السيارات؛
- بيانات السلامة المهنية أو التعويضات الصناعية؛
- مراكز التأهيل؛
- برامج التأمين الوطنية.

٤-٣ دور وزارة الصحة في تجميع البيانات

وحيث تتعامل وزارة الصحة تعاملاً فريداً من نوعه مع ضحايا الإصابات وحوادث العنف فإنها تلعب دوراً محورياً في جمع البيانات. فدون بيانات وزارة الصحة لا سبيل على الأرجح إلى دقة الإحصائيات الوطنية عن الإصابات والعنف. ويتمثل الدور الأمثل المنوط بوزارة الصحة وشركائها في العمل في جمع المعلومات التالية، ويُفضل أن يتم تقسيم هذه البيانات حسب العمر والجنس وسبب الإصابة:

- الوفيات الناجمة عن الإصابات والعنف؛
- الإصابات غير القاتلة؛
- الإعاقات الناتجة عن كافة أشكال الإصابات والعنف؛
- العواقب الصحية السلبية (خلاف الإصابات) المترتبة على العنف والإصابات؛
- التوزع الجغرافي للحوادث وملابساتها وظروفها؛
- الأثر الاقتصادي للإصابات والعنف لبيانات أخرى، بما في ذلك التكاليف المرتبطة بنظام الرعاية الصحية.

ومن الممكن أن تمثل نظم التسجيل الرئيسية التي يتم قيد جميع الوفيات بها نقطة انطلاق ممتازة. ويجب على وزارة الصحة والهيئات الشريكة معها أن تعزز نشر البيانات فيما بين مختلف القطاعات وأن تطلع الجماهير على النتائج التي يتم التوصل إليها حتى يتم إعطاء دفعة قوية لجهود الوقاية.

وينبغي على وزارة الصحة أن تجمع إلى جانب البيانات المتوافرة لديها عن الإصابات وحوادث العنف، بيانات أخرى عن أنواع وتوزيع الوحدات الخدمية المتاحة وأعداد المرضى المتلقين للعلاج في هذه الوحدات، حتى يتسنى للوزارات الأخرى بعد ذلك أن تستخدم هذه البيانات في دراسة الاحتياجات المطلوبة وغير الملابة في تلك الخدمات، وذلك في ضوء المعلومات التفصيلية المتاحة عن الإصابات وحوادث العنف. ومن الممكن أن تقوم كل وزارة بتجميع البيانات الخاصة بها بنفسها. ومن الممكن في بعض الحالات الأخرى أن تقوم بنشاط مجمع يضم عدداً من الخبراء الذين تدعم الوزارة المعنية جهودهم البحثية.

٤-٤ توفير نظم المعلومات الخاصة بالإصابات

رغم أن بعض الدول لا يتوافر لديها نظم ترصد محددة عن الإصابات بيد أنها تستطيع الاستفادة من مصادر المعلومات المتاحة لديها فعليا في دراسة مدى الإصابات وطبيعتها وفي متابعة توجهات الإصابات بمرور الزمن. وبالإضافة إلى ذلك فإنه من الممكن من خلال بذل مجهود يسير وتحمل تكلفة ضئيلة أن تقوم بعض من مصادر البيانات المذكورة

مقام الأساس والنواة التي قد يبني عليها نظام متواصل لترصد الإصابات. وأهم المصادر الممكنة في هذا الصدد هي شهادات الوفاة وبيانات المرضى المقيمين في المستشفيات وسجلات أقسام الطوارئ. وقد تمكنت منظمة الصحة العالمية - بدعم من المراكز الأمريكية لمكافحة الأمراض والوقاية منها - من وضع الدلائل الإرشادية لترصد الإصابات، وهذه الدلائل متاحة على شبكة الإنترنت وتتضمن شرحاً تدريجياً مبسطاً عن كيفية وضع نظم الترصد المذكورة. أما في حالة استخدام البيانات المأخوذة من المستشفيات فقد أثبتت التجارب أن أفضل سبل المضي قدماً في هذا العمل هو تطبيق النظام تطبيقاً تجريبياً في أحد المستشفيات الكبرى أولاً، على أن يلي ذلك إدخال التغييرات المطلوبة على نموذج جمع البيانات ثم نشر النظام في المستشفيات الأخرى. وقد استخدمت العديد من المستشفيات حول العالم هذه الدلائل الإرشادية في وضع نظم المعلومات الخاصة بالإصابات. فإذا أخذنا باراغواي على سبيل المثال نجد أن نظام المعلومات المطبق يشمل كلا من المنشآت الصحية الخاصة والمنشآت الصحية العامة. أما دولة جنوب أفريقيا فقد نجحت في وضع نظام ترصد للإصابات القاتلة (انظر الإطار ٧)، في حين لا يقتصر نظام ترصد الإصابات المطبق في سلطنة عمان على البيانات المأخوذة من المنشآت الصحية فحسب بل يشتمل أيضاً على بيانات مستقاة من شركات التأمين وأجهزة الأمن.

وغالباً ما تعكس مصادر المعلومات المتاحة تقديرات أقل من الواقع عن حجم الإصابات. ويرجع ذلك إلى عدة أسباب منها عدم إبلاغ الشرطة عن الكثير من الإصابات؛ حيث لا تزيد نسبة التسجيل الرسمي للوفيات لدى الجهات الحكومية في بعض الدول عن ١٠-٢٠٪، في حين لا يتلقى العديد من ضحايا الإصابات علاجاً طبياً رسمياً - حتى ضحايا الإصابات الخطيرة.

أما البيانات الخاصة بالمستشفيات، سواء الأقسام الداخلية أو أقسام الطوارئ، فلا تتضمن معلومات عن الأشخاص غير الراغبين في تلقي الرعاية الصحية. ومن أمثال هؤلاء الكثير من ضحايا سوء معاملة الأطفال والعنف الجنسي واستغلال كبار السن. ومن ثم يُوصى بإجراء مسح أسرية من وقت لآخر. ويمكن لوزارات الصحة عند إجراء مثل تلك المسوح أن ترجع إلى الدلائل الإرشادية التالية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية: إجراء مسح على مستوى المجتمع عن الإصابات وحوادث العنف. وكحل بديل يمكن لوزارات الصحة أن تضع أسئلة في مسح صحي ديموغرافي عن الإصابات (انظر الإطار ٨) لاستكمال البيانات المأخوذة من المستشفيات وغيرها من البيانات.

٤-٦ تجميع ونشر البيانات

تعاني بعض الوزارات من الضعف الشديد في القدرة على جمع البيانات نظراً لقصور الموارد. غير أنه على الأقل قد يكون من المتيسر جمع وحصر البيانات المتاحة لدى الوزارات والمصادر الأخرى؛ إذ إننا لا نعدم البيانات على الإطلاق، بل هي موجودة بيننا ولكن دون أن تصل إليها أيدينا أو نتناولها بالتحليل. ومن الممكن أن يتم تجميع بعض البيانات دون تكلفة تذكر وتحويلها إلى مادة ثرية توضح مدى الحاجة إلى جهود الوقاية، ومن أمثلة هذه البيانات على وجه الخصوص ما يلي: الأسباب الرئيسية للوفاة، والمترددون على أقسام الطوارئ، والتكاليف الاقتصادية.

الإطار ٧ نظام ترصد الإصابات القاتلة في جنوب أفريقيا

كلف وزارة الصحة في جنوب أفريقيا مجلس الأبحاث الطبية بوضع نظام ترصد وطني للوفيات الناجمة عن الإصابات. ويتم في إطار هذا النظام جمع المعلومات عن جميع الوفيات الناتجة عن أسباب غير طبيعية تخضع للفحص بعد الوفاة في ٥٣ مركزاً للطب الشرعي في سبعة أقاليم. ويتم ربط بيانات هذا النظام بقاعدة بيانات السموم الوطنية. ويتم استخدام المعلومات المستخلصة (بعد تحليلها وعرضها في إطار الإصابات القاتلة في جنوب أفريقيا) في توجيه السياسات المعنية وجهود الوقاية. للاطلاع على المزيد من المعلومات يمكن زيارة الموقع التالي:

www.sahealthinfo.org/violence/nimss.htm

وقد تصلح المسوح المتخصصة في الإمام بشكل أعمق بالأشكال المحددة للعنف، مثل سوء معاملة الأطفال والعنف الجنسي واستغلال المسنين. وقد أدرجت عدة بلدان (من بينها كمبوديا وكولومبيا وجمهورية الدومينيكان وهايتي وبيرو وزامبيا) أقساماً مستقلة عن العنف ضد المرأة في المسوح التي تجريها على المستوى الوطني. ومن المصادر الإرشادية المفيدة في هذا المجال ما يلي: بحث العنف ضد المرأة: دليل عملي للباحثين والناشطين، وكذلك الوقاية من سوء معاملة الأطفال: دليل اتخاذ الإجراءات وجمع الأدلة والذي يعد من أدوات الاسترشاد المفيدة في هذا المضمار.

وينبغي دائماً أن يتم قيد البيانات حسب العمر والجنس حتى يتسنى فهم المشكلة فهماً تاماً. وقد يتمثل أحد مصادر البيانات في الجماعات الفرعية التي تتعرض لمخاطر متزايدة (مثل السكان الأصليين أو ذوي المكانة الاجتماعية والاقتصادية المتواضعة أو المعاقين). وتختلف هذه الجماعات سريعة التأثير من بلد إلى آخر. ومن البيانات المهمة للغاية لوزارة الصحة في إطار أغراض الحشد والتأييد البيانات الخاصة بالتكاليف الطبية والاجتماعية للإصابات. وقد أجرت العديد من البلدان مرتفعة الدخل مثل هذه التحليلات بالفعل (انظر الإطار ٩). وأياً كانت الوسيلة المستخدمة في جمع البيانات، فإن التصنيف الدولي للأسباب الخارجية للإصابات يشكل أداة فعالة في عملية وضع الاستقصاءات المطلوبة ثم في عملية تصنيف البيانات المجمعة.

٤-٥ تكملة المعلومات المتاحة بالأبحاث

تعاني معظم الدول عجزاً في البيانات الخاصة بعوامل الخطر والمحددات السلوكية ومستويات الوعي وإدراك الخطر والاستعداد لتغيير السلوك. فضلاً عن أنه لا يمكن أن تتوافر كافة المعلومات المطلوبة عن عوامل الخطر في الاستطلاعات والمسوح نفسها والتي لا تتطرق إلى اختبار الممارسات المثلى أو التدخلات العملية. ومن ثم تحتاج هذه النظم إلى الاستكمال عن طريق الأبحاث الجادة. ورغم أن وزارة الصحة لا تجري هذه الأبحاث بنفسها في المعتاد، إلا أنه يتعين عليها أن تدعم تلك الأبحاث عن طريق التعاون مع المؤسسات البحثية الموثوقة والتي تتمتع بالإمكانات اللازمة لإجراء الأبحاث بنفسها مثل كليات الصحة العمومية والجامعات.

الإطار ٨ الإستفادة من أليات جمع المعلومات المستخدمة في موزمبيق

طلبت وزارة الصحة في موزمبيق عام ٢٠٠٣ بإضافة قسم خاص بالإصابات في المسح الديموغرافي والصحي . وتم بالفعل إدراج ١٣ سؤالاً صاغتها الوزارة حول الإصابات وحوادث العنف . وتم إجراء مقابلات مع ١٢٣١٥ أسرة في جميع أنحاء البلاد من مناطق حضرية وريفية . أفادت نسبة ٣٪ من الأسر أن أحد أفرادها قد تعرض للإصابة خلال مدة الثلاثين يوماً السابقة للمقابلة . وتم استخلاص حصيلة معدلات الإصابات القاتلة والإصابات غير القاتلة من المسح في إطار أعراض الحشد والوقاية . ومن الممكن أيضاً مقارنة البيانات مع المعدلات المستخلصة في مسوح لاحقة بهدف تقييم أثر الجهود المبذولة .

الإطار ٩ نموذج عبء الإصابة الهولندي

قادت وزارة الصحة في هولندا عملية تصميم نموذج عبء الإصابة القائم على أساس نظام ترصد الإصابات الهولندي الذي يتم فيه تسجيل الإصابات التي تبلغ عنها عينة من أقسام الطوارئ في البلاد . ويقيس هذا النموذج معدل استخدام خدمات الرعاية الصحية وحالات التغيب والتكاليف الطبية المباشرة وغير المباشرة فضلاً عن التغيرات الطارئة على جودة الحياة الخاصة بجميع المرضى الذين عانوا من إصابات خضعت للعلاج في أحد أقسام الطوارئ بدءاً من لحظة وقوع الإصابة حتى الشفاء أو الوفاة . ويتم جمع البيانات من سجلات الرعاية الصحية المتعارف عليها ومن مسح مؤقت لمتابعة المرضى ، ثم يتم بعد ذلك تقسيم المرضى إلى مجموعات تشترك في بعض الخصائص (مثل السن وخطورة الإصابة) مع التنبؤ برقم تقديري لاستخدام خدمات الرعاية الصحية وحالات التغيب وجودة الحياة . وتستفيد وزارة الصحة من هذه المعلومات القيمة في تحديد أولويات الوقاية من الإصابات .

المصادر الرئيسية حول تجميع البيانات

Ellsberg M, Heise L. *Researching violence against women: a practical guide for researchers and advocates*. Geneva, WHO, 2005. <<http://www.who.int/gender/documents/en/>>

Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, WHO, 2001. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_VIP_01.02.pdf>

Conducting community-based injury and violence surveys. Geneva, WHO, 2004. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546484.pdf>>

WHO-ISPCCAN. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva, WHO, 2006. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf>

ICECI Coordination and Maintenance Group. *International Classification of External Causes of Injuries (ICECI)*. Consumer Safety Institute, Amsterdam; and AIHW National Injury Surveillance Unit, Adelaide, 2004. <<http://www.iceci.org>>

غالباً ما يحتاج الناجون من الإصابات وحوادث العنف إلى علاج ورعاية ممتدة للحيلولة دون تعرضهم للوفاة أو الإعاقة وللتعجيل بشفائهم وإعادة تأهيلهم.

وتتولى وزارة الصحة في معظم البلدان مسؤولية تخطيط وتوفير مثل هذه الخدمات. ويجب لكي تتحسن النتائج المحققة أن تتم دراسة وتناول منظومة الرعاية بالكامل، بدءاً من الرعاية قبل دخول المستشفى ومروراً بالرعاية المقدمة في منشآت ثابتة (منها العيادات والمستشفيات التي تتوفر فيها خدمات رعاية حالات الطوارئ وخدمات الرعاية المحددة) وانتهاءً بالخدمات المؤدية إلى إعادة التأهيل والاندماج في المجتمع والتعافي. ولا تتوفر مثل هذه الخدمات في جميع أنحاء العالم حتى الآن، ولذا يجب على وزارات الصحة أن تسعى سعياً حثيثاً نحو تيسير الحصول على مثل تلك الخدمات.

٥-١ الرعاية قبل دخول المستشفى

يمكن في الغالب الأعم الوقاية من عواقب الإصابات الخطيرة وحوادث العنف (والتي تشمل الوفاة والإعاقة والأمراض المزمنة) عن طريق خدمات الرعاية الخاصة بالأضرار البدنية والنفسية التي يتم تقديمها قبل دخول المستشفى. وتشمل الرعاية قبل دخول المستشفى الخدمات المقدمة في الموقع الذي حدثت فيه الإصابة ونقل الضحايا إلى أحد منشآت الرعاية الصحية، فضلاً عن خدمات عربات الإسعاف الرسمية في حالات الطوارئ (وهي من الخدمات المتاحة لأقل من نصف سكان الكرة الأرضية) والنظم غير الرسمية. والمقصود بالخدمات غير الرسمية نقل المصابين أو المرضى إلى أماكن الرعاية بواسطة المارة أو الأقارب أو السائقين وغيرهم، علماً بأنه قد تتوفر وسائل الإسعافات الأولية في بعض من تلك الحالات. وينبغي على وزارة الصحة أن تمد يد العون إلى مختلف القطاعات والمجتمعات المحلية من أجل تعزيز نظم الرعاية قبل دخول المستشفى بما يكفل توافرها مع البنية الأساسية للصحة العامة والرعاية الصحية.

وينبغي أن يتوافر ما يلي بحد أدنى في جميع خدمات الطوارئ الطبية الرسمية على مستوى القطاعين العام والخاص:

- حد أدنى لمعايير التدريب واعتماد العاملين.
- حد أدنى لمعايير المعدات والتوريدات.
- الوسائل الكفيلة بتعزيز هذا الحد الأدنى للمعايير وتطبيقه.
- عدد كافٍ من نقاط سيارات الإسعاف ومن الوحدات المناوبة.
- الإدارة المناسبة، بما في ذلك تحسين ومتابعة الجودة والإشراف الطبي على العمالة غير الطبية.
- تنسيق مختلف خدمات عربات الإسعاف المتاحة في المنطقة.
- التنسيق بين خدمات الطوارئ الطبية والأجهزة الأخرى المعنية بحالات الطوارئ والتي تشمل وحدات الإطفاء والشرطة.
- جمع البيانات بغرض ترصد الإصابات.

ويمكن لوزارات الصحة في المناطق التي لا تتوفر فيها خدمات الطوارئ الطبية الرسمية أن تضيف إلى النظم غير الرسمية القائمة أو أن توفر خدمة رسمية جديدة (حسب الأحوال). وقد أثبتت البرامج التجريبية المطبقة في عدة دول المزايا التي يمكن تحقيقها من النظم غير الرسمية القائمة. وذلك ما حدث في غانا حيث تم تدريب السائقين على الإسعافات الأولية في المناطق المعتاد فيها أن يقوم السائقون بنقل الضحايا إلى المستشفيات. ونفس الشيء في كمبوديا حيث تم تدريب عمالي الرعاية الصحية في القرى وتزويدهم بالأدوات اللازمة مما جعلهم جزءاً لا يتجزأ من شبكات الرعاية المقدمة قبل دخول المستشفى. وحيث قد تتكلف خدمات الطوارئ الطبية الرسمية الكثير فإنه يجب دراسة مسألة التكلفة وضمان الاستمرار بعناية قبل وضع أي نظم مستحدثة. ويلزم على الدوام تقييم ومتابعة خدمات الطوارئ الطبية الرسمية، على أن يأخذ هذا التقييم والمتابعة في الحسبان أول المستجيبين بخلاف سيارات الإسعاف مثل رجال الشرطة والمطافئ بل وعمامة الناس أيضاً. ومن المصادر الإرشادية المفيدة لوزارات الصحة في هذا المجال ما يلي: نظم الرعاية الخاصة بالأضرار البدنية والنفسية قبل دخول المستشفى.

٥-٢ الرعاية المقدمة في المنشآت الثابتة

من شأن تحسين عمليات تنظيم وتخطيط الرعاية الخاصة بالأضرار البدنية والنفسية أن يؤدي إلى توفير حد أدنى معقول من الرعاية لضحايا الإصابات والعنف وأن يقلل عدد الوفيات الناتجة عن أسباب يمكن الوقاية منها طبيًا. ويتعين على وزارات الصحة أن تولي اهتمامًا خاصًا للعناصر التالية إذا أرادت تحسين عمليات التنظيم والتخطيط:

○ **تقديم مجموعة رئيسية من خدمات الرعاية الأساسية للرضوح:** يجب وضع مجموعة رئيسية من خدمات الرعاية الأساسية للرضوح وتوفيرها لجميع الضحايا الذين يتلقون علاجًا في منشآت تشرف عليها وزارة الصحة. وتتناول الدلائل الإرشادية لخدمات الرعاية الأساسية للرضوح الصادرة عن منظمة الصحة العالمية بالوصف هذه الخدمات الأساسية والموارد اللازمة لسلامة تقديمها.

○ **التدريب:** يجب أن يتم إدراج مهارات الرعاية الأساسية الخاصة بالرضوح كعناصر رئيسية ضمن مناهج كليات الطب ومعاهد التمريض وغيرها من المؤسسات الصحية. ويتعين التأكيد على ضرورة التوعية المستمرة بخدمات الرعاية الخاصة بالرضوح، مع جعل عملية التوعية إلزامية بالنسبة لكافة الممارسين الذين يقدمون خدمات الرعاية الخاصة بالرضوح بصفة منتظمة.

○ **برامج تحسين الجودة:** ينبغي تطبيق مثل هذه البرامج بما يكفل التحقق من تمتع الحد الأدنى من الموارد البشرية والمادية بالجودة الكافية وتتوافرها على وجه السرعة لكل من يحتاجها. ويندر في الوقت الحالي توافر برامج تحسين الجودة المتعلقة بخدمات الرعاية الخاصة بالرضوح، رغم أهمية وضعها في بؤرة اهتمام وزارات الصحة.

○ **التنسيق بين منشآت الرعاية الصحية:** يجب رفع مستوى التنسيق بين منشآت الرعاية الصحية عن طريق إبرام البروتوكولات الخاصة بالتنقلات بين المستشفيات وتوحيد معايير إحالة الإصابات إلى مستويات رعاية أعلى.

٥-٣ التأهيل وتقديم خدمات متكاملة للضحايا

يحتاج الضحايا جميعهم - بغض النظر عن كيفية تعرضهم للإصابة - إلى مجموعة كبيرة من خدمات التأهيل المتكاملة لكي يتم تقليص احتمالات إصابتهم بإعاقات بدنية والإسراع من عودتهم لحياتهم الطبيعية. وتقع هذه الخدمات في عدد من القطاعات تتجاوز الرعاية الطبية وتشمل العلاج الطبيعي ومراكز الصحة النفسية والاستشارات القانونية والطب الشرعي. ويؤدي تواضع مستوى الرعاية الطبية القانونية في العديد من الدول إلى عواقب وخيمة، منها على سبيل المثال تجدد تعرض الضحايا للرضوح، وهو الأمر الثابت بأدلة الطب الشرعي. ويلزم على وزارات الصحة أن تضع حدًا أدنى لمعايير الخدمات المقدمة من مختلف الجهات وللتنسيق بينها.

غالبًا ما يعاني أصحاب الإعاقات البدنية والنفسية من التمييز في المعاملة وبالتالي من عدم التمكن من الحصول على الخدمات الكافية. ويجب على وزارات الصحة أن تولي اهتمامًا خاصًا بإتاحة الخدمات لأصحاب الإعاقات وكذلك أن تقود الجهود المبذولة لمكافحة التمييز والفرقة ضد المعاقين.

ومن الفئات الأخرى الجديرة باهتمام استجابة القطاع الصحي، ضحايا أشكال معينة من العنف مثل العنف الجنسي وسوء معاملة الأطفال وإيذاء النفس واستغلال المسنين. وفي الغالب يحجم من تعرضوا لمثل هذه الأشكال من العنف عن مناقشة حالتهم بالرغم من حاجتهم الماسة إلى الرعاية بسبب العواقب غير البدنية التي يعانون منها من جراء العنف الذي تعرضوا له. ويجب وضع إجراءات رسمية وبروتوكولات للإحالة تحدد التفاعل مع القطاعات والجهات الخدمية الأخرى، على أن توضع في الحسبان الاحتياجات الخاصة لكل من الذكور والإناث من ضحايا حوادث العنف. وقد يتمثل الحل الأفضل في بعض المواقف في إنشاء وحدات خدمية صحية متخصصة لضحايا الأشكال الخاصة من العنف، أما في بعض المواقف الأخرى فمن الممكن تقديم خدمات الرعاية من خلال الوحدات والمنظومات الخدمية الموجودة.

الإطار ١١ دور وزارة الصحة الفيتنامية في تحسين الرعاية الخاصة بالرضوح

عهدت "السياسة الوطنية للوقاية من الحوادث والإصابات - ٢٠٠٢-٢٠١٠" المطبقة في فيتنام إلى وزارة الصحة بالدور الرئيسي في تدعيم خدمات الرعاية الخاصة بالرضوح. وفي هذا السياق ترجمت الوزارة إلى اللغة الفيتنامية دليلي منظمة الصحة العالمية: خدمات الرعاية الأساسية الخاصة بالرضوح بالإضافة إلى نظم الرعاية الخاصة بالرضوح قبل دخول المستشفى. وبعد ذلك استخدمت الوزارة هذه الدلائل في تقييم إمكانيات الرعاية الخاصة بالرضوح على مستوى الدولة، مما ساعدها على تحديد البرامج ذات الأولوية تحديدا واضحا. وكان من أولى الأولويات في هذا الصدد العمل على توفير معدات وتوريدات حيوية معينة بتكلفة زهيدة بصفة أساسية عن طريق حسن التنظيم والتخطيط. وبالإضافة إلى ذلك فقد دعمت الوزارة عملية استحداث خدمات الرعاية المقدمة قبل دخول المستشفى من خلال مشروعها الذي استهدف تعزيز التنسيق على مستوى المجتمع فيما يتعلق بالإحالة إلى مراكز الطوارئ ومراكز علاج الرضوح. وقد أسفر هذا المشروع عن حدوث تطور في النواحي التدريبية واللوجيستية والاتصالات بالنسبة للنظم التجريبية المطبقة في مجال خدمات الرعاية الطبية للحالات الطارئة في عدة أقاليم عبر البلاد.

يتعين على وزارات الصحة أن تتخذ التدابير التالية بهدف تعزيز عمليات التأهيل وخلق التكامل بين الخدمات المقدمة:

- **إجراء تقييم:** للوقوف على الوضع الحالي لخدمات التأهيل ورصد أوجه القصور.
- **وضع الخطط اللازمة لعلاج أوجه القصور:** يجوز أن تشمل تلك الخطط الأنشطة التدريبية وإبرام البروتوكولات وتوفير المعدات اللازمة لعمليات إعادة التأهيل.
- **وضع إجراءات الإحالة المنهجية:** وذلك بهدف النهوض بمستوى التنسيق بين خدمات الرعاية البدنية والنفسية والصحية والخدمات القانونية وخدمات إعادة التأهيل الأخرى. وينبغي قدر المستطاع أن يتم تقديم الخدمات في موقع واحد.
- **وضع معايير وطنية لخدمات التأهيل:** حيث يتم تطبيق هذه المعايير على مختلف مستويات الرعاية، بما في ذلك تقديم الخدمات الطبية والخدمات القانونية في حالات التعرض للعنف.
- **تدريب المتخصصين على التعرف على ضحايا العنف وتقديم الرعاية الشاملة لهم:** بما في ذلك المتخصصين الصحيين العاملين في أقسام الطوارئ وأقسام الرعاية الأولية والصحة الإنجابية والمنشآت التخصصية مثل مراكز الصحة النفسية.

الإطار ١٠ مراكز علاج الأزمات الشاملة لضحايا العنف الجنسي في ماليزيا

أنشأ العاملون في هيئة الطوارئ بكوالالمبور في ماليزيا أول مركز شامل لعلاج الأزمات في البلاد عام ١٩٩٣. ويوفر هذا المركز استجابة متكاملة فيما بين الوكالات لضحايا العنف الجنسي. وفي العام التالي أسس مركز علاج أزمات المرأة مركزا مشابها في منطقة أخرى من ماليزيا. وقد دعمت وزارة الصحة تطوير كلا المركزين، وأصدرت توجيهات عام ١٩٩٦ لجميع المستشفيات الحكومية بتأسيس مراكز شاملة لعلاج الأزمات. وبفضل هذه التوجيهات والجهود المبذولة من عدة وكالات أصبح عدد هذه المراكز المفتوحة في المستشفيات العامة ٩٤ مركزا في جميع أنحاء البلاد. وتقدم هذه المراكز خدمات طبية وسيكولوجية واجتماعية وقانونية وخدمات الطب الشرعي في مواقع آمنة وخاصة.

المصادر الرئيسية حول الخدمات المقدمة من الضحايا

Prehospital trauma care systems. Geneva, WHO, 2005. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159294X.pdf>>

Guidelines for essential trauma care. Geneva, WHO, 2004. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546409.pdf>>

The section of the WHO web site dealing with services for victims contains several country reports and documents and other resources for improving trauma care. It can be found at: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/services/traumacare/en/index.html>

٦-١ دور قطاع الصحة والقطاعات الأخرى

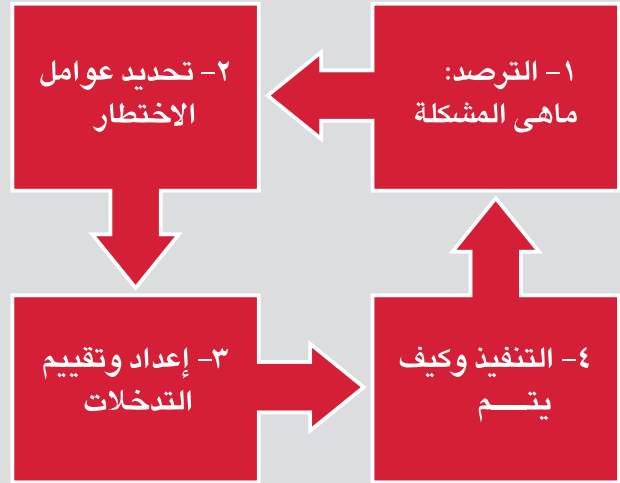
تتشارك أولوية الوقاية من العنف والإصابات مع الأولويات الأخرى لقطاع الصحة العمومية في أن الحلول المنشودة عادة ما تستلزم تدخل العديد من القطاعات لتناول العوامل الجوهرية سواء الاقتصادية أو الاجتماعية أو القانونية أو البيئية. وليس أقدر من قطاع الصحة على تنسيق - أو على الأقل تسهيل - التدخلات متعددة القطاعات. فعلى سبيل المثال تقع مسؤولية الوقاية من الاضطرابات المرتبطة بالتدخين على عاتق قطاع الصحة العمومية، غير أن تنفيذ تدخلات الوقاية يقتضي مشاركة قطاعات أخرى مثل الزراعة والصناعة والتجارة والسياحة والفنادق والترفيه والإعلان والإعلام. أما جهود الوقاية من العنف والإصابات فتستدعي مشاركة قطاعات العدل والتعليم والشؤون الاجتماعية والنقل والمواصلات والإسكان والتجارة والإعلام إلى جانب الجمعيات والاتحادات التي تمثل الضحايا أو الجماعات الأخرى داخل المجتمع. وتباين أدوار ومشاركات قطاع الصحة مقارنة بالقطاعات المعنية الأخرى باختلاف موضوعات وقضايا الوقاية. ففي حالات التسمم والحرائق والغرق والسقوط يحتل قطاع الصحة موضع الصدارة من حيث تنسيق الاستجابة وتنفيذها ومتابعتها. وعلى العكس يتراوح دور قطاع الصحة في حالات الوقاية من العنف وإصابات حوادث المرور بين القيادة (فيما يتعلق بمكافحة حالات الانتحار) والحشد والتقييم (بالنسبة للقوانين الخاصة بقياس نسبة الكحول في الدم)، في حين يغلب أن يسند الدور الرئيسي في النواحي التنفيذية في هذا الصدد إلى وزارة العدل ووزارة النقل والمواصلات.

٦-٢ دور قطاع الصحة والقطاعات الأخرى

يطرح الأسلوب الرباعي الخطوات لقطاع الصحة العمومية نموذجاً يتضمن تصميم التدخلات وتنفيذها وتقييمها ومتابعتها، وذلك بغض النظر عن ماهية القطاعات المشتركة في استراتيجية الوقاية.

وتركز جهود الوقاية على تحديد الطرق الكفيلة بمنع الأفراد من ارتكاب أفعال العنف والحيلولة دون وقوع الأحداث التي تؤدي إلى حدوث الإصابات غير المتعمدة. وتحقق الوقاية عن طريق إزالة أو تقليص الأسباب وعوامل الخطر الرئيسية. ويتسنى بفضل الوقاية الفعالة، والتي ثبت أن من الممكن توفيرها بتكلفة معقولة، إنقاذ حياة الكثيرين وتقليل حدوث الإعاقات وغير ذلك من الآثار الصحية.

وهكذا فإن أهداف الوقاية من حوادث العنف والإصابات تتشابه تشابهاً كبيراً مع الأهداف الخاصة ببرامج الصحة العمومية الأخرى مثل برامج الوقاية فيروس العوز المناعي البشري ومن الملاريا ومن الاضطرابات المرتبطة بالتدخين.



الخطوة ١ جمع البيانات المتعلقة بحجم المشكلة وسماتها ومداهها وعواقبها على المستوى المحلي والوطني والدولي .

الخطوة ٢ تحديد أسباب المشكلة والعوامل المؤدية إلى زيادة أو نقصان الحساسية الفردية تجاه المشكلة، وبحث كيفية تعديل هذه العوامل .

الخطوة ٣ تصميم وتنفيذ ومتابعة وتقييم التدخلات التي تستهدف الوقاية من المشكلة، بناء على المعلومات التي يتم تجميعها في الخطوة ١ والخطوة ٢ .

الخطوة ٤ نشر المعلومات المتعلقة بفعالية التدخلات، وتنفيذ التدخلات الفعالة على نطاق أوسع، وتقييم مدى ملاءمة تكاليف التنفيذ على نطاق أوسع .

٦-٣ استراتيجيات الوقاية

يوضح الجدول ٢ عدداً من التدخلات المنتقاة للوقاية من العنف والإصابات . ويتم تجميع التدخلات وفقاً لنوع العنف والإصابات التي يتم التصدي لها . ويشير الجدول إلى فعالية كل من هذه التدخلات وفقاً للمعلومات الراهنة، ودور قطاع الصحة في تصميم وتنفيذ هذه التدخلات . ويتم تضمين الأنواع الرئيسية فقط من الإصابات والعنف سواء المميت أو غير المميت . وبطبيعة الحال توجد العديد من التدخلات التي تم تقييمها علمياً، والتي تفيد في التعامل مع العديد من أنواع الإصابات غير المدرجة في الجدول مثل الإصابات المهنية، والإصابات الرياضية .

وبالرغم من أن الجدول يوضح دور القطاع الصحي في كل نوع من أنواع التدخلات، إلا أن هذا الدور سيتفاوت وفقاً للظروف المحلية . ففي بعض البلدان على سبيل المثال قد يتم تعليم الأفراد السباحة للوقاية من الغرق على أن يضطلع قطاع التعليم بدلاً من قطاع الصحة بهذه المهمة . ويمكن الرجوع للمادة التي اعتمد عليها هذا الجدول في التقرير العالمي حول العنف والصحة، والتقرير العالمي حول الوقاية من إصابات حوادث الطرق، بالإضافة إلى غيرها من النشريات العلمية .

ويجب أن يقوم هذا المنهج على أساس معلومات جيدة ومحل ثقة سواء أتم استخدامه في الوقاية من حوادث العنف أو في الوقاية من الإصابات . ومن ثم فإن العناصر اللازمة لنجاح الوقاية من حوادث العنف والإصابات تشمل الآتي : الأبحاث وجمع البيانات المعتادة ومتابعة وتقييم البرامج المنفذة .

الجدول رقم ٢: مجموعة منتقاة من التدخلات الخاصة بالوقاية من حوادث العنف والإصابات، مقسمة حسب الأسباب والفعالية ودور قطاع الصحة.

الإصابات المتعمدة وغير المتعمدة	التدخل	الفعالية	دور قطاع الصحة
	تقليل توافر الكحول أثناء فترات ارتفاع المخاطر	إعادة	القيادة
	تضييق الفوارق الاقتصادية	إعادة	الحشد والتعاون والتقييم
	دعم نظم الأمن الاجتماعي	غير واضحة	الحشد والتعاون والتقييم
	برامج التعليم المستقل التي تركز على تغيير السلوكيات المحفوفة بالمخاطر	غير فعالة	التثبيط
الإصابات المتعمدة			
سوء معاملة الأطفال	تحسين جودة الرعاية قبل وبعد الولادة وتيسير الحصول عليها	إعادة	القيادة
	تدريب مقدمي الرعاية الصحية على رصد حالات سوء معاملة الأطفال	غير واضحة	القيادة
	برامج الزيارات المنزلية	فعالة	القيادة
	البرامج التدريبية الموجهة للآباء	فعالة	القيادة
	الوقاية من حالات الحمل غير المقصود	فعالة	القيادة
عنف الشباب	البرامج التدريبية على المهارات الحياتية	إعادة	الحشد والتعاون والتقييم
	تنمية الخبرات قبل الالتحاق بالمدرسة، بهدف تعزيز الارتباط بالمدرسة ورفع مستوى الإنجاز وزيادة تقدير الذات	فعالة	الحشد والتعاون والتقييم
	العلاج الأسري للأطفال والمراهقين المعرضين لمخاطر مرتفعة	فعالة	القيادة
	برامج الشراكة بين البيت والمدرسة، والتي ترفع درجة مشاركة الآباء	إعادة	الحشد والتعاون والتقييم
	الحوافز التعليمية لطلبة المدارس المعرضين لمخاطر مرتفعة	فعالة	الحشد والتعاون والتقييم
	استشارات ووساطة الأقران	غير فعالة	التثبيط
	التوعية بمخاطر تعاطي المخدرات	غير فعالة	التثبيط
العنف والعنف الجنسي بين الأزواج	البرامج المدرسية للوقاية من العنف في العلاقات بين الجنسين	فعالة	الحشد والتعاون والتقييم
	تدريب مقدمي الرعاية الصحية على رصد حالات العنف الجنسي وإحالتها للمختصين	غير واضحة	القيادة
استغلال المسنين	بناء شبكات اجتماعية تضم المسنين	إعادة	القيادة
	تدريب الكبار على العمل كزائرين ومرافقين للأفراد المعرضين لمخاطر مرتفعة	إعادة	القيادة
	وضع السياسات والبرامج اللازمة لتحسين البيئة التنظيمية والاجتماعية والمادية لمؤسسات إعاشة المسنين	إعادة	القيادة
العنف المتمثل في إيذاء النفس	تقييد الوصول إلى وسائل وأسباب إيذاء النفس، مثل المبيدات والعقاقير الطبية والأماكن المرتفعة	فعالة	القيادة
	الوقاية والعلاج من الاكتئاب وتعاطي الكحوليات ومواد الإدمان.	فعالة	القيادة
	التدخلات المدرسية التي تركز على إدارة الأزمات ورفع درجة تقدير الذات ومهارات التعايش	إعادة	الحشد والتعاون والتقييم
كافة أنواع العنف	تقليل الطلب على الأسلحة النارية وتقليل الحصول عليها	إعادة	الحشد والتعاون والتقييم
	حملات الوقاية المستمرة ذات الوسائط المتعددة، والتي تستهدف تغيير العادات الثقافية	إعادة	القيادة

الإصابات المتعمدة وغير المتعمدة	التدخل	الفعالية	دور قطاع الصحة
إصابات حوادث المرور	رفع السن القانونية لقائدي الدراجات البخارية والسائقين من ١٦ سنة إلى ١٨ سنة	فعالة	الحشد والتعاون والتقييم
	سن وتطبيق القوانين الخاصة بنسبة تركيز الكحول في الدم	فعالة	الحشد والتعاون والتقييم
	نظم منح رخص القيادة للسائقين بعد التخرج في مدارس تعليم قيادة السيارات	فعالة	الحشد والتعاون والتقييم
	إجراءات تخفيف الاختناقات المرورية	فعالة	الحشد والتعاون والتقييم
	استخدام أنوار تنبيهية على الدراجات النارية أثناء النهار	فعالة	الحشد والتعاون والتقييم
	سن وتطبيق القوانين الخاصة بتثبيت حزام الأمان	فعالة	الحشد والتعاون والتقييم
	القيود المنظمة لسفر الأطفال	فعالة	الحشد والتعاون والتقييم
	تطبيق وإنفاذ قوانين الإلزام بوضع سائقي الدراجات البخارية لخدوة الرأس	فعالة	الحشد والتعاون والتقييم
	قواعد تقليل السرعة	فعالة	الحشد والتعاون والتقييم
الحرائق	توصيل الكهرباء إلى المنازل	واعدة	الحشد والتعاون والتقييم
	حظر تصنيع وبيع الألعاب النارية	واعدة	القيادة
	تقليل معدلات تخزين المواد القابلة للاشتعال في البيوت	واعدة	القيادة
	أجهزة استشعار الدخان والتنبيه بانبعائه	واعدة	الحشد والتعاون والتقييم
	تحسين معايير البناء	واعدة	الحشد والتعاون والتقييم
	تعديل المنتجات، مثال مواقد الكيروسين وأواني الطهي والشمعانات	واعدة	الحشد والتعاون والتقييم
التسمم	الأوعية صعبة الاستخدام على الأطفال	فعالة	القيادة
	مراكز مكافحة السموم	فعالة	القيادة
	إيجاد وسائل أفضل للتخزين، سواء من حيث طبيعة أوعية التخزين أو مكان التخزين	فعالة	القيادة
	استخدام لافتات تحذيرية	واعدة	القيادة
الغرق	استخدام أدوات الطفو الشخصية	فعالة	القيادة
	سن وتطبيق القوانين الخاصة بمواصفات حمامات السباحة	فعالة	القيادة
	تعليم السباحة	فعالة	القيادة
	تغطية المسطحات المائية، مثل الآبار	فعالة	القيادة
	معايير السلامة الخاصة بحمامات السباحة	واعدة	القيادة
	وضوح وبساطة العلامات المدونة	واعدة	القيادة
	تدريب المنقذين بالشكل المناسب وتزويدهم بالمعدات المطلوبة	واعدة	القيادة

دور قطاع الصحة

الفعالية

التدخل

الإصابات المتعمدة وغير المتعمدة			
القيادة	فعالة	وسائل الأمان المستخدمة مع النوافذ، مثل القضبان المركبة على نوافذ الأبنية الشديدة الارتفاع	السقوط
القيادة	فعالة	بوابات السلالم	
القيادة	فعالة	المواد المضادة للصدمات المستخدمة في الملاعب الرياضية	
القيادة	واحدة	معايير السلامة الخاصة بالمعدات المستخدمة في الملاعب الرياضية	
القيادة	واحدة	تمارين تقوية العضلات وتدريب المسنين على حفظ التوازن	
القيادة	واحدة	فحص مصادر الخطر الموجودة في المنازل التي يزيد فيها خطر تعرض القاطنين للمخاطر، وتعديل مواصفاتها إذا لزم الأمر	
القيادة	واحدة	البرامج التثقيفية التي تشجع استخدام وسائل الأمان المانعة للسقوط	

مفتاح الجدول

الفعالية:

دور قطاع الصحة:

- ١- فعالة: تقييم التدخلات باستخدام منظومة بحثية قوية تثبت بالدليل الأثر الوقائي .
 - ٢- وإعادة: التدخلات التي يتم تقييمها باستخدام منظومة بحثية قوية تثبت ببعض الأدلة تحقق أثر وقائي يحتاج إلى المزيد من الاختبار .
 - ٣- غير واضحة: التدخلات المقيمة دون المستوى أو التي لم يتم اختبار الشق الأكبر منها .
 - ٤- غير فعالة: التدخلات التي يتم تقييمها باستخدام منظومة بحثية قوية، والتي يثبت عدم تحقيقها لأي أثر وقائي، بل والتي قد تثبت مفاقمتها للمشكلة . وتجدر ملاحظة أن مصطلح "غير فعالة" يقتصر استخدامه على أثر الوقاية من الإصابات .
- ١- القيادة: تحمل قطاع الصحة للمسؤولية الأولى عن تنفيذ التدخل ومتابعة أثره على المشكلة .
 - ٢- الحشد والتعاون والتقييم: وقوع للمسؤولية الأولى عن تنفيذ التدخل على عاتق قطاع آخر، مع لعب دور محوري من جانب قطاع الصحة في توجيه الدعوة للتدخل والتعاون مع القطاعات الأخرى في تنفيذه ومتابعة أثر التدخل .
 - ٣- التثبيط: الاستثمارات المستمرة في التدخلات التي يثبت عدم فعاليتها أو تحقيقها لأثر عكسي بإهدارها للموارد النادرة، والتي توقع الضرر على قطاع الصحة في حالة مفاقمتها للمشكلة القائمة على أرض الواقع . ومن ثم فإن دور قطاع الصحة بالنسبة لهذه التدخلات يتمثل في تثبيط وضعها وتطبيقه من جانب أي قطاع، فضلا عن طرح البدائل المناسبة (إن وجدت) . وفي الوقت الذي يثبط فيه قطاع الصحة التدخلات المذكورة باعتبارها وسائل للوقاية من العنف والإصابات، فإن تلك التدخلات قد تكون ذات فعالية ملموسة في الوقاية من بعض المشكلات المدنية والصحية الأخرى . ومن هنا لا ينبغي فهم مصطلح "التثبيط" باعتباره حالة تنطبق على كفاءة هذه البرامج بالكلية . وإنما تقتصر كفاءتها على الوقاية من الإصابات والعنف .

يُعتبر التشاور مع المجموعات الحكومية والأهلية من مختلف القطاعات أمراً لا غنى عنه للتأكد من أن تلك المجموعات تستثمر إمكانياتها في جهد معين أو سياسة معينة في مجال الوقاية من العنف والإصابات. ومن شأن القيام بهذه الخطوة أن يساعدنا على تحقيق قدر أكبر من التنسيق بين القطاعات المعنية. فليس من السهل أن تُتاح المشاركة لكل وكالة تبدو لها صلة بالموضوع. ولكن عدم التشاور مع أي مجموعة رئيسية قد يؤثر بالسلب على الجهد المبذول ويؤدي إلى رفض تلك المجموعة للبرنامج المقترح.

ومن ثم يمثل تحديد المجموعات الواجب التشاور معها أهمية خاصة، ويتأثر بالظروف والملابسات التي يجري فيها التدخل. وقد يميل الأفراد المنتمون إلى القطاعات المختلفة عند بداية أي برنامج وقاية إلى التركيز على مجالات تخصصاتهم. فعلماء النفس على سبيل المثال قد يرون الدور الأمثل لهم في تقديم الاستشارات إلى الضحايا، أما رجال الشرطة فهمهم الأول هو حشد أكبر قدر من الإمكانيات لملاحقة المجرمين ومعاقتهم، في حين ينشغل أخصائيو الطب انشغالا تاما بالجوانب المتعلقة بعلاج الأضرار البدنية والنفسية. ولذا فإنه لكي يُكتب النجاح لأنشطة الوقاية من العنف والإصابات فلا بد أن نحسن توظيف المهارات والإمكانيات لمختلف الأفراد، على أن يعي الجميع الإطار العام للعمل والأولويات والمرامي المشتركة.

بادئ ذي بدء، يتعين أن تشمل السياسات والخطط الموضوعية الجهود المبذولة لمتابعة فعالية برامج الوقاية من حوادث العنف والإصابات. وينبغي أن تغطي الإجراءات المتعلقة بالفعالية كلا من المدى القصير والمتوسط والطويل. ومن المهم على وجه الخصوص أن يتم وضع مقاييس أساسية قبل تنفيذ التدخل.

وكما هو الحال مع مشاكل الصحة العمومية الأخرى (مثل فيروس العوز المناعي البشري والملاريا والاضطرابات المرتبطة بالتدخين)، عادة ما يتم الرصد على مستوى السكان عن طريق وضع المعايير اللازمة لتتبع التغيرات الحادثة في طبيعة ومدى كل مشكلة وعوامل الخطر. فإذا نظرنا إلى فيروس العوز المناعي البشري على سبيل المثال فإن الجوانب التي يتم قياسها قد تشمل معدلات حدوث العدوى ونسب استخدام الواقي الذكري. وقد يكون من المتيسر في بعض الأماكن - بناء على الإحصائيات الأساسية ونظم المعلومات المتاحة - أن تتم متابعة المؤشرات باستخدام المعلومات التي يتم جمعها بصورة روتينية. أما في بعض الأماكن الأخرى التي توجد بها نظم معلومات أقل تطورا فإن عملية المتابعة (بالنسبة للمؤشرات السلوكية التي يتعذر قياسها من خلال تلك النظم) تتم عن طريق مسح سكانية تشمل المسوح الخاصة بضحايا الجرائم أو السلوكيات الخطيرة للشباب والاختبار العشوائي لنسب الكحول لدى المشاة والسائقين. ويتسنى بفضل وضع المؤشرات ومتابعتها على مستوى السكان الحصول على تغذية ارتجاعية باستمرار حول توجهات المشكلات المستهدفة والمخاطر المحدقة، بالإضافة إلى عوامل الحماية. ويتسنى بفضل هذه التغذية الارتجاعية أن يتم قياس أثر سياسات وبرامج وقاية بعينها.

الإطار ١٢ التعاون بين القطاعات في جنوب أفريقيا

وضعت المجموعة الاجتماعية التابعة لوزارة الصحة بجنوب أفريقيا استراتيجية للتعاون بين القطاعات بهدف الوقاية من حالات الوفاة الناجمة عن أسباب غير طبيعية مثل جرائم القتل والانتحار والإصابات الناتجة عن حوادث المرور. وتضمنت هذه الإستراتيجية فحص إجراءات الوقاية التي تتخذها مختلف الوزارات ومقارنتها بتوصيات منظمة الصحة العالمية بشأن الوقاية من جرائم القتل والانتحار والإصابات الناتجة عن حوادث المرور. وشملت الوزارات المشتركة في هذه العملية وزارات الصحة والتعليم والخدمات التصحيحية والتنمية الاجتماعية والنقل والمواصلات بالإضافة إلى جهاز الشرطة بالبلاد.

المصادر الرئيسية حول التقييم والوقاية

Violence and injury prevention

Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, WHO, 2002. <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html>

Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Geneva, WHO, 2004. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>>

Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva, WHO, 2006. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf>

Peden MM et al., eds. *World report on road traffic injury prevention*. Geneva, WHO, 2004. <http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/en/index.html>

Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals. Geneva, WHO, 2004. <http://www.who.int/gender/documents/women_MDGs_report/en/>

Helmets: a road safety manual for decisionmakers and practitioners. Geneva, WHO, 2006. <http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/helmet_manual.pdf>

Road traffic injury prevention training manual. Geneva, WHO, 2006 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546751_eng.pdf>

Child and adolescent injury prevention. Geneva, WHO, 2005. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415_eng.pdf>

Evaluation

Handbook for process evaluation in noncommunicable disease prevention. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999. <<http://dosei.who.int/uhtbin/cgiirsi/60n0oia4Y2/116570044/9>>

Rootman I et al., eds. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001. <http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_43>

وتعكف منظمة الصحة العالمية حالياً على إعداد برنامج عالمي للإرشاد بشأن الوقاية من الإصابات، وذلك بالتوازي مع جهودها لنشر هذه الوثيقة. وبطبيعة الحال فإن هذا سيعمل على ربط الأفراد من مختلف المؤسسات وتوعيتهم بالغرض المتوخى من تنمية مهاراتهم

٧-٢ المحافظة على الشبكات الفعالة

تشكل الشبكات التعاونية في داخل البلد الواحد وبين البلدان عنصراً هاماً في الوقاية من الإصابات والعنف. أما داخل البلد الواحد فتتوزع جهود الوقاية على الأرجح عبر عدد من القطاعات العامة والخاصة، ولهذا السبب تستدعي هذه الجهود قدراً كبيراً من التنسيق. وبمقدور وزارات الصحة أن تقدم يد العون بتأسيسها للشبكات الوطنية التي تربط القطاعات بعضها ببعض حتى تتحقق فعالية وكفاءة تبادل المعلومات والتخطيط والعمل. أما بين البلدان فإن من شأن تبادل الخبرات التقنية أن يسرع من وتيرة تطبيق أفضل الممارسات ويعين على وضع جدول الأعمال الخاص بالسياسات. وتحرص منظمة الصحة العالمية على توفير الدعم اللازم للشبكات الإقليمية والعالمية التي تضم العناصر المحورية بوزارات الصحة. وتشكل مثل هذه الشبكات حلقة خاصة تربط بين العناصر المحورية وكافة الموارد التقنية وأشكال المساعدة الأخرى التي تتوافر لدى المؤسسات النظرية في البلدان الأخرى ولدى منظمة الصحة العالمية.

تستلزم الوقاية من الإصابات وحوادث العنف الاستعانة بعناصر تتمتع بالمعارف والمهارات المطلوبة، فضلاً عن توافر الهياكل الداعمة والشبكات الفعالة. وكل ذلك يحتاج إلى التدعيم الذي تلعب فيه وزارات الصحة دوراً محورياً.

٧-١ بناء قدرات الموارد البشرية

غنى عن التدريب الجيد والمناسب من أجل بناء إمكانيات الموارد البشرية. وينطبق ذلك على جميع الأفراد المعنيين بدءاً من العاملين والموظفين ومروراً بالعناصر المحورية وانتهاءً بصناع السياسات. ويتمثل المرمى المنشود من ذلك في حشد المتخصصين من شتى الأطياف والخلفيات، والذين يعملون في مجال الوقاية من الإصابات والعنف ويمتلكون قاعدة مشتركة من المعارف والمهارات. ولم يتم التعامل مع الجوانب التدريبية المتعلقة بالوقاية من الإصابات والعنف بالشكل المطلوب حتى الآن، علماً بأن وزارات الصحة تستطيع أن تعالج هذا القصور عن طريق التركيز على ما يلي:

- **التدريب على الوقاية من الإصابات والعنف.** ينبغي الحرص على عقد هذا التدريب بصفة منتظمة، سواء في المؤسسات الأكاديمية (داخل كليات الصحة العمومية والتمريض والطب) أو من خلال التدريب العملي للمشتغلين في المجالات الطبية وجامعي البيانات وغيرهم من العمالة المعنية في الجهات الحكومية الأخرى. ومن الأدوات المفيدة في هذا الصدد برنامج التدريب والتثقيف وتعزيز التعاون (TEACH-VIP)، وهو منهج تدريبي معياري عن الوقاية من الإصابات والعنف. وقد قامت منظمة الصحة العالمية بتصميم هذا البرنامج بالتعاون مع شبكة من الخبراء حول العالم، وقد ثبت نجاح البرنامج عند استخدامه من قِبَل الهيئات الحكومية ومراكز الإصابات والمنظمات اللاحكومية والمؤسسات الأكاديمية.

- **تنمية المهارات الفنية والمهنية.** تشمل المهارات الفنية إجراء الأبحاث ووضع نظم الترصد، في حين تتضمن تنمية المهارات المهنية تدبير التمويل اللازم والاتصالات وأنشطة الحشد والقيادة. وينبغي على وزارة الصحة أن تحدد العناصر الرئيسية وتزودهم بالجرعات التدريبية اللازمة، بما في ذلك الزيارات المتبادلة والتعاون مع المؤسسات الأخرى والأنشطة التثقيفية والإرشادية.

الإطار ١٤ التدريب والربط عبر الشبكات بين نقاط الاتصال في الإقليم الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية

عقدت منظمة الصحة العالمية حلقة عمل تدريبية في سالزبورج بالنمسا قائمة على أساس منهج TEACH-VIP في حزيران / يونيو ٢٠٠٦، وذلك بناء على طلب بعض العناصر المحورية من وزارة الصحة. وحضر الحلقة ٣٩ عنصرا محوريا من ٢٧ دولة أوروبية. ومن بين الموضوعات التي تناولتها حلقة العمل عمليات صنع القرار والتخطيط وبناء القدرات وجمع البيانات والرصد والوقاية من الإصابات والعنف وتكوين الشراكات. وأعرب المشاركون في حلقة العمل في أحد التقييمات عن تقديرهم للمستوى الراقي لحلقة العمل. وتلا حلقة العمل عقد اجتماع ضم العناصر المحورية العاملة في مجال الوقاية من الإصابات والعنف في الإقليم الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية. واتفقت العناصر المحورية في هذا التجمع على تشكيل مجموعات عمل موضوعية تختص بالقضايا الإقليمية المتعلقة بالوقاية من العنف والإصابات

المصادر الرئيسية حول بناء الخدمات

TEACH-VIP users' manual. Geneva, WHO, 2005. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593547_eng.pdf>

الإطار ١٣ بناء قدرات الموارد البشرية في الصين

عقد المركز القومي لمكافحة الأمراض المزمنة وغير السارية والوقاية منها (مركز مكافحة والوقاية) التابع لوزارة الصحة في الصين حلقة عمل وطنية عن الوقاية من الإصابات في شهر تشرين الثاني / نوفمبر ٢٠٠٤. وشارك في هذه الحلقة ٦٧ من موظفي الصحة العمومية، والعاملين في مجال الوقاية من الإصابات من شتى أقاليم الصين، علما بأن ربع الحاضرين قد تلقوا تدريباً مسبقاً لأكثر من ست ساعات. وقد تمت ترجمة ٢٤ درساً من برنامج TEACH-VIP إلى لغة الماندرين بما يتماشى مع السياق المحلي، مع تكملة هذه الدروس بتمارين عملية في إحدى جلسات النقاش المنعقدة بحلقة العمل. وقد لعب مركز مكافحة والوقاية دوراً محورياً في حشد المشاركين حول البلاد وتنظيم أنشطة المدربين وتهيئة وترجمة المواد التدريبية وتوفير المستلزمات اللوجيستية والدعم الإداري. وأظهر أحد التقييمات التي تم إجراؤها بعد مرور ستة أشهر على عقد حلقة العمل المذكورة أن ما يزيد على ٩٥٪ من المتدربين كانوا يستخدمون المعلومات المستفادة من حلقة العمل الخاصة ببرنامج TEACH-VIP. وبعد مضي عام تولى المشاركون في حلقة العمل من مختلف الأقاليم تشغيل نظم وطنية لترصد الإصابات في المستشفيات، وتم تصميم ١١ برنامج تدخل مجتمعي للإصابات ساهم في تمويله مركز مكافحة والوقاية ووزارة الصحة.

الدعوة والتوعية الموجهة للجماهير

ينبغي أن تقدم حملات الدعوة والتوعية التي تتم تحت رعاية الحكومة معلومات للمواطنين عن أهم المشكلات المتعلقة بالإصابات وحوادث العنف في البلاد وبكيفية الوقاية منها. ويجب أن تصحح تلك الحملات المفاهيم المغلوطة التي تكتنف أسباب الإصابات وحوادث العنف وإمكانية الوقاية منها. ومن الضروري أن يتم التنسيق بين هذه الحملات وعملية طرح القوانين والسياسات الجديدة، حتى يتسنى رفع درجة الوعي بها. ومن الممكن أن تصاحب الحملات المعلوماتية جهود الوقاية، بحيث تبرز مثلاً رفض استخدام العنف ضد النساء والأطفال أو أهمية أجهزة اكتشاف انبعاث الدخان. وغالباً ما توفر الجهات المصدرة للسياسات أو البرامج أو المنشورات الخاصة بالإصابات والعنف فرصة جيدة لوزارات الصحة للقيام بجهود الدعوة والتوعية. وكذلك من الممكن أن تتأسس الحملات على هامش الأحداث الهامة في جدول الأعمال الدولي، ومنها ما يلي:

- أسبوع الأمم المتحدة العالمي للسلامة على الطرق
- اليوم العالمي للتخلص من العنف ضد المرأة
- يوم المعاق العالمي
- اليوم العالمي لتذكر ضحايا حوادث الطرق

ومن العوامل التي تساعد على تعظيم الأثر المتحقق من هذه الحملات التي تجرى على هامش الأحداث الهامة الاستعانة بالرموز الجماهيرية ووسائل الإعلام المحلية والوطنية. فإذا أُحسن تخطيط وتنفيذ هذه الحملات فمن شأنها أن تساعد وزارات الصحة على إقامة ائتلافات عمل. غير أنه من المهم التأكيد بوجه عام على أن الحملات المعلوماتية أو الإعلامية المنفردة التي لا ترتبط بتدخلات أخرى أطول أمداً لا تسفر عن تحقيق نتائج بارزة ومستدامة فيما يتعلق بتقليل معدلات العنف والإصابات.

يمكن تعريف الدعوة والتوعية بأنها إذكاء الوعي بقضية ما بغرض التأثير على السياسات والبرامج والموارد المكرسة لهذه القضية. وتمثل عملية الدعوة والتوعية عنصراً جوهرياً في جهود الوقاية من الإصابات والعنف. وحيث تمتلك وزارات الصحة الشق الأعظم من البيانات المتاحة عن الإصابات وحوادث العنف وتشرف على علاج الضحايا، فإن وزارات الصحة أقدر جهة على شن حملات الدعاية اللازمة لجذب أكبر قدر ممكن من الاهتمام نحو مثل هذه القضايا. ويمكننا أن نتحدث في هذا السياق عن نمطين من الدعوة والتوعية.

دعوة وتوعية القطاعات الأخرى

يُعتبر تطبيق مبادئ الوقاية في مجال الإصابات والعنف من المناهج غير المألوفة بالنسبة للكثير من الوزارات الحكومية. ومن ثم يجب أن توضح الجهود التي تبذلها وزارة الصحة لدعوة وتوعية القطاعات الحكومية الأخرى أهمية الحاجة إلى مواجهة الإصابات وحوادث العنف فضلاً عن توضيح مزايا منهج الصحة العمومية. ومن الممكن أن يتحقق ذلك من خلال الندوات وحلقات العمل والمنشورات الإخبارية وعن طريق توجيه الدعوة إلى المجموعات لمناقشة أدوارهم ومسؤولياتهم في مجال الوقاية. وينبغي أن توظف وزارات الصحة البيانات التي تقوم بجمعها في تنبيه صناعات القرار إلى طبيعة وحجم الإصابات وحوادث العنف في بلادهم، ويشمل ذلك بيانات الأمراض الباثية المتعلقة بتلك القضية والتكاليف الاقتصادية المباشرة وغير المباشرة للإصابات وحوادث العنف وإجراءات الوقاية المجربة والواعدة. ويلزم بالإضافة إلى ذلك على وزارات الصحة في بعض الأحيان أن توجه الدعوة إلى الوزارات الحكومية ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات الغير حكومية لتضاضر الجهود فيما بينها بشأن مسألة صحية معينة. ولا مراء في أن استنهاض عدد من الهيئات بهذا الشكل خلف قضية مشتركة يُعد عملاً مثمراً في حد ذاته.

وينبغي لوزارات الصحة بفضل كلا النوعين من الدعوة والتوعية أن تستخدم الموارد المتاحة لديها بالشكل الأمثل. ويشمل هذا البيانات المحلية، والالتزام بقرارات جمعية الصحة العالمية، وقرارات اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية الخاصة بالإصابات، وغيرها من التقارير العالمية للمنظمة، وسائر توصياتها في هذا المضمار.

وتمثل المنظمات اللاحكومية مصدراً قوياً آخر لوزارات الصحة تعتمد عليه في أنشطة الدعوة والتوعية؛ إذ نجد على أرض الواقع في العديد من البلدان أن أشد الناس حماساً لحملات الوقاية هم ضحايا حوادث العنف أو إصابات المرور وعائلاتهم. ولطالما شاركت مثل هذه الجماعات مشاركة نشطة في الضغط من أجل تشديد الضوابط الموضوعية على الأسلحة النارية واتخاذ الإجراءات المناسبة ضد الاستغلال الجنسي، واستغلال الأطفال، وتطوير التشريعات المتعلقة بسلامة الطرق. وفي الغالب الأعم تنزعج الجماهير انزعاجاً هائلاً من الحوادث المأسوية مثل حالات الانتحار وإطلاق النار في المدارس أو تعرض أحد المشاهير للموت بطريقة عنيفة. فإذا ما أحسن توجيه هذا الانزعاج فمن الممكن أن يؤدي إلى سرعة وضمان استمرار الالتزام السياسي بالوقاية الأساسية. وينبغي على وزارات الصحة كلما أمكن أن تدعم الجهود الأهلية من أجل تفعيل الوقاية من الإصابات وحوادث العنف.

الإطار ١٥ وضع الميثاق الجامايكي لتحالف الوقاية من العنف

وضع وزير الصحة الجامايكي عام ٢٠٠٤ الميثاق الوطني للتحالف العالمي للوقاية من العنف. وأكد الوزير بطرحه لهذا الميثاق على أهمية منهج الصحة العمومية وضرورة مشاركة مختلف القطاعات في الوقاية من العنف. وفيما يلي الأهداف الستة التي رسمها التحالف لنفسه والتي تحكم عمله وأداءه:

- زيادة معدلات التعاون وتبادل المعلومات بشأن الوقاية من العنف؛
- دعم تنفيذ ومتابعة خطط العمل الوطنية للوقاية من العنف؛
- النهوض بإمكانيات جمع البيانات الخاصة بحالات العنف؛
- تعزيز الوقاية الأساسية من العنف؛
- تعزيز خدمات الدعم المقدمة لضحايا العنف؛
- دعم إدماج الوقاية من العنف في السياسات الاجتماعية والتعليمية؛

ولكي يتسنى تحقيق هذه الأهداف نص الميثاق الجامايكي على تشكيل لجنة توجيه ومجموعة عمل تضمان ممثلين من مختلف مجموعات الدعوة والتوعية؛

يمكن زيارة الموقع التالي على شبكة الإنترنت للاطلاع على المزيد من التفاصيل عن تحالف الوقاية من العنف:

<http://www.who.int/violenceprevention/en/index.html>

تتسبب حوادث العنف والإصابات في ٩٪ من الوفيات و ٦١٪ من الإعاقة في العالم، وهي من أهم قضايا الصحة العمومية التي تحظى باهتمام متزايد. وقد توسعت جهود الوقاية التي تبذلها وزارات الصحة، ولكن يظل هناك قدر من عدم التيقن والوضوح لدى الوزارات بشأن ماهية مسؤولياتها في الوقاية من الإصابات وحوادث العنف.

يتناول هذا الدليل تلك المسؤوليات بالوصف، بحيث يصبح بمثابة نقطة انطلاق للوزارات التي ما زالت في مرحلة تعيين ضباط الاتصال في الوقت الحالي، فضلا عن دعمه لأنشطة التطوير في البلدان التي نجحت بالفعل في إرساء وحدات معنية بالوقاية من العنف والإصابات. وفي الحالات المثلى يجب أن تضم مثل هذه الوحدات عناصر معنية بوضع السياسات، والجهات المعنية بجمع البيانات الخاصة بالضحايا وبأنشطة الوقاية وبناء القدرات و الدعوة والتوعية. ومن أهم الأنشطة المبدئية الواجب القيام بها في تلك القطاعات جميعا إجراء التقييمات المطلوبة ووضع الخطط اللازمة.

ولا يمكن أن تضطلع جهة ما – بمفردها وبمعزل عن الجهات الأخرى – بعملية الوقاية من العنف والإصابات. فمن المهم للغاية لكي يُكتب النجاح لجهود الوقاية أن تكون هناك استجابة منسقة تضم عدداً كبيراً من القطاعات. ويجب على وزارة الصحة بدورها أن تلعب دوراً قيادياً كجهة تسهيل وجهة مشاركة في جهود الوقاية، حسب طبيعة المشكلة المعنية.

وقد تبدو هذه المهمة في بعض الأحيان مهمة جسيمة. بيد أن كثيراً من بلدان العالم تضرب المثل في أن المرامي المرسومة في هذه الوثيقة قابلة للتحقيق. بل إن أي وحدة معنية بالوقاية من الإصابات والعنف تستطيع أن تحقق الكثير في هذا الصدد. وتأمل منظمة الصحة العالمية أن يثبت هذا الدليل جدواه، ونفعه لتحفيز جميع جهود الوقاية التي تبذلها وزارات الصحة في هذا المجال.

يمثل الإطار ١٦ دليلاً مبسطاً لضباط الاتصال المعنيين حديثاً فيما يتعلق بتأسيس وحدات الوقاية من العنف والإصابات. ولا توجد بطبيعة الحال معادلة قياسية موحدة لهذا العمل؛ إذ تختلف ظروف وأوضاع كل بلد من البلدان بحسب القيود المطبقة بها. ومن ثم فإن الخطوات المبينة في هذا الإطار تمثل دليلاً عاما وتحتاج إلى التعديل والتوفيق بما يتماشى مع الظروف الخاصة لكل بلد.

الإطار ١٦ نقطة البدء: تأسيس وحدة الوقاية من الإصابات والعنف.

٦- تنظيم مؤتمر لكافة الجماعات والأفراد المشاركين في الوقاية من العنف والإصابات، وعقد اجتماع تشاوري يتم التأكيد فيه على أن الحاضرين شركاء في العمل، على أن يكون المرمى المنشود من المؤتمر هو وضع تصور عام متفق عليه بشأن الإجراءات الواجب اتخاذها لتحقيق التعاون بين المشاركين. وقد يكون من المفيد أن يحضر هذه الفعاليات البلد أو المكتب الإقليمي المعني والتابع لمنظمة الصحة العالمية

٧- وضع تقرير وطني حول الإصابات والعنف في البلد بناء على محصلة المؤتمر والتقييم، وبحيث

- يتضمن البيانات الموجودة عن الأمراض الوبائية وعوامل الخطر والاستجابات؛
- يدرج قائمة بالمؤسسات الرئيسية المعنية؛
- يحدد الفجوات الموجودة في الجهود الحالية؛
- يصدر بشكل بارز؛
- يُستخدم كأداة رئيسية للدعوة والتوعية والتخطيط.

٨- تكوين شبكة لوضع خطة عمل وطنية بناء على التقرير تشمل كافة النواحي الواردة بهذا الدليل، ووضع خطة إضافية (إن أمكن) تتناول بالوصف أدوار كافة القطاعات المعنية بالوقاية من العنف والإصابات.

٩- الشروع في تصميم البرنامج وابتكار وسائل تقييمه منذ اللحظة الأولى، والعمل على اكتساب الدعم السياسي والمالي من الجهات المعنية ومن الأطراف المتعاونة عند الضرورة.

١٠- جمع البيانات وقياس الأثر الذي تحققه البرامج أولاً بأول ونقل هذه المعلومات للغير، والاطلاع أولاً بأول على جهود الوقاية من العنف والإصابات على المستوى الوطني والدولي، والمشاركة المكثفة مع جميع الأطراف المهتمة بالوقاية من العنف والإصابات من خلال عقد مؤتمرات سنوية على سبيل المثال.

١١- بناء القدرات بتقديم البرنامج من خلال التدريب أثناء العمل والتوجيهات الإرشادية وبرامج تبادل المعلومات.

١٢- إجراء تقييمات سنوية أو نصف سنوية للسياسات والخطط وجمع البيانات والخدمات المقدمة للضحايا وأنشطة الوقاية وعمليات بناء القدرات والدعوة والتوعية، وإعادة تخطيط البرنامج وفقاً للتغذية الراجعة المستقاة من هذه التقييمات وفي ضوء التغييرات الطارئة على الأولويات الوطنية والمحلية في مجال الوقاية من الإصابات والعنف.

١- جمع وبث البيانات المتاحة عن حوادث العنف والإصابات على المستوى المحلي والوطني، بدءاً من المصادر الأساسية لجمع البيانات والمذكورة في القسم ٤ أعلاه. وقد تكون هناك بعض البيانات المتاحة للجميع على شبكة الإنترنت أو في المكتبات. بينما يتعين السعي للحصول على بعض البيانات الأخرى مباشرة من سجلات أقسام المستشفيات أو الهيئات الحكومية أو شركات التأمين أو مكاتب الإحصائيات الوطنية أو مستودعات الجثث. وقد تتوافر الرغبة والاستعداد لدى ممثلي تلك المؤسسات في مناقشة الأطروحات الخاصة برفع مستوى البيانات الخاصة بحوادث العنف والإصابات. وينبغي أن يتم استخدام هذه البيانات في تحديد الأولويات وفي الجهود التي تبذلها وزارة الصحة وتوعية لدعوة الوزارات والهيئات الأخرى.

٢- تحديد أفراد الوزارة العاملين في مجالات مرتبطة بالإصابات وحوادث العنف، مثال: صحة المرأة، صحة الطفل، الخدمات السريرية، تعزيز الصحة، التعاطي والإدمان، رعاية الحالات الطارئة، الوبائيات. وذلك بالإضافة إلى الاجتماع مع ممثلي مختلف الجهات والهيئات من أجل مناقشة عملهم في مجال الوقاية من العنف والإصابات وحصر سبل التعاون المشترك.

٣- تكوين قائمة بالهيئات الحكومية والمنظمات الغير حكومية العاملة في مجال الوقاية من العنف والإصابات، فضلاً عن الالتقاء ب ممثلي تلك الهيئات والجمعيات بهدف مناقشة عملهم وأولوياتهم في مجال الوقاية من العنف والإصابات وتحديد مجالات التعاون المستقبلي.

٤- إجراء تقييم على أساس المعلومات المجمعة، ووضع جدول يوضح أهم أسباب الوفيات على غرار الجدول ١ الوارد في القسم ١ من هذا الدليل.

ويوصى بالبحث عن إجابة للأسئلة التالية:

- ما هي المشكلات الرئيسية المتعلقة بالإصابات والعنف، على المستويين المحلي والوطني؟
- ما هي الإجراءات الجاري اتخاذها لعلاج تلك المشكلات؟
- ما هي الخدمات المتاحة لضحايا الإصابات والعنف؟ وأين تقع الجهات التي تقدمها؟
- ما هي أولويات العمل الممكنة على مدى السنوات القليلة القادمة؟

٥- تكوين شبكة اتصال دولية، والاشتراك في برامج تبادل المعلومات الدولية مثل شبكة ضباط الاتصال المعينين من وزارات الصحة والبرنامج التثقيفي الإرشادي الخاص بمنظمة الصحة العالمية.

