

مقایسه اطلاعات سوانح ترافیکی ارائه شده توسط منابع اطلاعاتی مهم در کشور با الگوی استفاده شده آمریکایی و کشورهای مختلف آسیایی

محمد موحدی: استادیار، دانشکده بهداشت، عضو مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
حمید سوری:* استاد، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، رئیس مرکز تحقیقات ارتقاء ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها و مدیر پژوهشی علوم پزشکی شهید بهشتی
الهه عینی: کارشناس ارشد پژوهشی، محقق عالی، مدیر پژوهشی مرکز تحقیقات ارتقاء ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
محمد رضا مهماندار: کارشناس ارشد مرکز تحقیقات راهور (ناجا)

فصلنامه پایش

سال یازدهم شماره اول زمستان ۱۳۹۰ صص ۲۷-۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۷/۵

انشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۹ آذر ۱۳۹۰]

چکیده

در این مطالعه اطلاعات سوانح ترافیکی ارائه شده توسط منابع اطلاعاتی مهم در کشور با الگوی استفاده شده آمریکایی و چند کشور آسیایی مورد مقایسه قرار گرفت.

سازمان‌های دخیل در امر سوانح ترافیکی شناسایی شده و سپس با مراجعه مستقیم به این سازمان‌ها گردش اطلاعات موجود در خصوص اپیدمیولوژی سوانح ترافیکی توسط یک پرسشنامه به کمک کارشناسان آموزش دیده طرح جمع آوری شد. بعد از انجام یک مقایسه کیفی بین نظام‌های جمع آوری اطلاعات و نظام مراقبت مربوط به سوانح ترافیکی در برخی از کشورها و وضعیت موجود ثبت اطلاعات در ایران، تفاوت‌ها و نقاط ضعف احتمالی در این خصوص مورد بررسی قرار گرفت. منابع اطلاعاتی موجود که عمدتاً عهده دار ثبت اطلاعات سوانح ترافیکی در کشور هستند، به دو منبع عمده پلیس راهنمایی و رانندگی و مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی تقسیم شدند. پلیس راهنمایی و رانندگی در حال حاضر اقدام به جمع آوری پنج قسمت عمده از الگوی مذکور در قالب فرم‌های ۱۱۳ و ۱۱۴ کام می‌نماید. مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور نیز در قالب یک فرم ماموریت اورژانس ۱۱۵ تهیه بخشی از اطلاعات نظام مراقبت حوادث که قسمتی از الگوی مذکور است را به عهده دارد. در مقایسه با الگوی آمریکایی ثبت اطلاعات، در مبحث تصادف و مشخصات وسایط نقلیه ثبت اطلاعات پلیس راهنمایی و رانندگی مشابه الگو و در خصوص مشخصات جاده و فوریت‌های پزشکی در تمام موارد به جز حجم ترافیکی جاده و سابقه محکومیت نیز مشابه الگوی آمریکایی است. موارد فوق مدیریت و حوادث و فوریت‌های پزشکی را شامل نشده و در زمینه قوانین پلیس ترافیک نیز، الگوی آمریکایی مشابه پلیس راهنمایی و رانندگی کشور نیست. در مقایسه با کشورهای آسیایی در زمینه داده‌های اصلی عمومی در همه موارد سانحه با توجه به تشخیص بیماری ناشی از سانحه بر اساس AIS (Abbreviated Injury Scales) و ICD (International Classification of Diseases) نیست.

نظام جمع آوری اطلاعات سوانح ترافیکی نیاز دارد که از تقسیم بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) و معیارهای مخفف ثبت سوانح AIS استفاده کرده و مانند کشورهای منطقه از زبان و چارچوب واحدی در ثبت سوانح ترافیکی استفاده نماید.

کلیدواژه‌ها: سوانح ترافیکی، نظام ثبت اطلاعات، نظام مراقبت

* نویسنده پاسخگو: اوین، جنب بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲ ستاد، طبقه هفتم، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و

پیشگیری از مصدومیت‌ها

تلفن/نمابر: ۲۲۴۳۹۹۸۰

E-mail: hsoori@yahoo.com

مقدمه

نظام ترافیک از پیچیده‌ترین و خطرناک‌ترین نظام‌هایی است که افراد جامعه روزانه مجبور به مواجهه با آنها هستند، چنان که هر سال حدود ۱/۲ میلیون نفر در اثر تصادف‌های جاده‌ای کشته و حدود ۵۰ میلیون نفر نیز آسیب می‌بینند [۱].

در سال ۱۹۹۸، حوادث ترافیکی دهمین علت مرگ و نهمین علت ایجادکننده بار بیماری بوده‌اند و پیش بینی می‌شود این شاخص در سال ۲۰۲۰ میلادی پس از بیماری‌های ایسکمیک قلبی و افسردگی در رتبه سوم قرار گیرد [۲]. آمار مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در کشور ما حدود ۲۷۰۰۰ نفر در سال و ۷۰ نفر در روز و ده‌ها برابر آن مجروح و معلول برآورد شده است [۳].

میزان کشته شدگان تصادفات جاده‌ای در دنیا به ازای هر ده هزار خودرو سه نفر و در کشور ما ۳۳ نفر بوده و متأسفانه طی دهه‌های اخیر روند رو به افزایشی را طی کرده است [۴]. نظام گزارش‌گیری سانحه ترافیکی فعلی به دو شکل دستی برای بخش برون شهری و تحت شبکه (بر اساس پر نمودن فرم ۱۱۳ کام) برای بخش درون شهری توسط پلیس راهنمایی و رانندگی است.

در بخش درون‌شهری کارشناسان پلیس راهور با حضور در سانحه ترافیکی اعم از خسارتی، جرحی و فوتی قسمت اصلی فرم ۱۱۳ را در یک نسخه و صفحه کروکی را در سه نسخه تکمیل نموده و نسخه‌های دوم و سوم آن را به سازمان‌های بیمه‌گر و مراجع قضایی ارسال می‌نمایند.

نسخه اصلی قسمت اصلی فرم ۱۱۳ توسط واحد آمار مدیریت راهنمایی و رانندگی شهرستان به طور هفتگی به پلیس ترافیک شهری استان ارسال و در آنجا متصدی واحد آمار، داده‌های مربوطه را به تفکیک شهرستان وارد رایانه می‌نماید.

وظایف تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده توسط فرم‌های ۱۱۳ در سطح شهرستان به عهده پلیس ترافیک شهری استان مربوطه است. پلیس ترافیک شهری استان‌ها به صورت On-line با مرکز آمار و فن‌آوری اطلاعات پلیس راهنمایی و رانندگی در تماس بوده و اطلاعات وارد شده توسط استان‌ها در دسترس این مرکز است. تجزیه و تحلیل اطلاعات سوانح ترافیکی توسط مرکز فرماندهی و کنترل ترافیک (مرفوک) پلیس راهور به تفکیک استان و شهرها صورت می‌گیرد. علاوه بر مرکز فوق، اداره آمار معاونت طرح و برنامه و کمیته کاهش تصادفات پلیس راهنمایی و رانندگی بر حسب نیاز، وظیفه تجزیه و تحلیل بیشتر داده‌های سوانح

ترافیکی کشور را به عهده خواهند گرفت. فرم ۱۱۳ کام که از حدود ۶ سال قبل طراحی و مورد استفاده قرار گرفته است، دارای اطلاعات زیادی در خصوص جاده، راننده و وسیله نقلیه است.

همانطور که گفته شد فرم ۱۱۳ کام در حال حاضر تنها برای سوانح ترافیکی درون شهری تکمیل می‌گردد که نمی‌تواند بیانگر وضعیت کلیه سوانح ترافیکی کشور باشد. سالانه اطلاعات تعداد سوانح ترافیکی درون شهری از کل سوانح ترافیکی کشور توسط تکمیل فرم‌های ۱۱۳ ثبت و جمع‌آوری می‌گردد.

با این حال بر اساس نظر کارشناسان و همچنین بر اساس مشکلات به وجود آمده، این فرم دارای نقایص اطلاعاتی بوده و نیاز به بازبینی دارد. به طور مثال در اغلب موارد مراحل انتقال داده‌ها و اطلاعات بین واحدهای درگیر صورت نمی‌گیرد. به همین علت در حال حاضر علاوه بر استفاده از فرم ۱۱۳ تحت شبکه، گزارش تصادفات فوتی و جرحی درون شهری به صورت دستی نیز جمع‌آوری شده و از طریق وسایل ارتباطی مثل نمابر و تلفن به طور روزانه به مرکز فرماندهی و کنترل ترافیک اعلام می‌گردند.

در خصوص اطلاعات مرتبط با سوانح ترافیک برون شهری، این اطلاعات در حال حاضر به صورت دستی توسط پاسگاه‌های تحت پوشش قرارگاه‌های پلیس راه استان‌ها تکمیل گردیده و در آنجا آمار تصادفات فوتی و جرحی در قالب فرم و تصادفات خسارتی تنها به صورت آمار روزانه به مرکز فرماندهی و کنترل ترافیک برای اطلاع و تجزیه و تحلیل بعدی ارسال می‌گردد. علاوه بر این، فرم ۱۱۴ کام تحت شبکه در حال اجرای آزمایشی برای پوشش دادن دو بخش درون شهری و برون شهری است که در قسمت بعدی به آن پرداخته می‌شود [۵، ۶].

به طور کلی توسعه موفقیت‌آمیز راهبردی پیشگیری از سوانح ترافیکی، مرهون دسترسی به اطلاعات مناسب و درست است. در واقع یکی از اجزای مهم در مدیریت سلامت راه‌ها و ترافیک، وجود مدیریت اطلاعات است که خود می‌تواند شامل قسمت‌های مختلف فعالیتی باشد. کامل کردن ثبت اطلاعات، ثبت وسیله نقلیه، ثبت و بررسی سوانح، تهیه اطلاعات و دستورالعمل‌های لازم برای رانندگان از زمره بخش‌هایی هستند که می‌توانند در یک نظام جامع اطلاعات دیده شوند [۷، ۸].

بعضی از کشورهای در حال توسعه مثل تایلند، سریلانکا و کامبوج دارای نظام‌های مراقبت با استانداردهای بین‌المللی هستند. سازمان بهداشت جهانی کشورها را به طراحی و ایجاد نظام مراقبت

قرار گیرند [۱۱، ۱]. بنابراین منابع تأمین کننده این اطلاعات مهم هستند. این منابع اطلاعات به شش جزء اصلی تقسیم می‌شوند:

۱- اطلاعات مربوط به شرایطی که سانحه اتفاق افتاده است.

۲- مشخصات وسیله نقلیه درگیر در سانحه

۳- مشخصات جاده

۴- مشخصات راننده

۵- وضعیت قوانین رانندگی

۶- نظام مراقبت سوانح ترافیکی

همه این اجزا در مجموع، اطلاعاتی را در خصوص مکان، مالکیت و افرادی که در سوانح درگیر بوده و همچنین اطلاعاتی در باره عواملی که در بروز این سوانح سهیم هستند را فراهم می‌آورند. این نظام همچنین بایستی شامل اطلاعاتی باشد که ممکن است در قضاوت درباره اهمیت نسبی مشکلات تعیین شده از طریق تحلیل داده‌ها در نظام ثبت سوانح ترافیک تأثیرگذار باشد.

جدول شماره ۱ ریز اطلاعات مرتبط با هر جزء را در نظام ثبت ترافیک ایران به خصوص در قسمت پلیس راهنمایی و رانندگی با الگوی مذکور مقایسه می‌نماید.

جدول شماره ۲ نیز یافته‌ها را با موارد موجود در کشورهای آسیایی مورد مقایسه قرار داده است.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌ها نشان داد بخش‌های سانحه، راننده و وسیله نقلیه در مقایسه با الگوی پیشنهادی، پوشش خوب اطلاعاتی می‌دهند، ولی بخش نظام مراقبت و قوانین پلیسی ترافیک کمترین همپوشانی و همخوانی را با الگوی مذکور دارند. در خصوص نظام مراقبت همانطور که در قسمت‌های قبلی گفته شد، در حال حاضر چارچوب خاصی برای جمع‌آوری اطلاعات بعد از سانحه به خصوص در مورد ارزیابی شدت سانحه، طول و مدت بستری و هزینه‌های درمانی، بازتوانی و هزینه‌های مربوطه در نظام سوانح ترافیکی موجود ایران طراحی نگردیده است. با توجه به این که نظام مراقبت، عامل اصلی در تعیین پیامدهای پزشکی و مالی یک سانحه ترافیکی است [۹، ۵]. بزرگترین مشکل در مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور، کمبود یک نظام جامع ثبت فوریت‌های پزشکی است. مسئولیت جمع‌آوری سایر قسمت‌های الگو، عمدتاً به عهده پلیس راهنمایی و رانندگی است که اکثر آنها در قالب طراحی فرم جدید ۱۱۴ کام تحت شبکه قابل جمع‌آوری است.

سوانح ترغیب نموده و در این راستا یک راهنمای عملی برای بررسی‌های مقطعی بر پایه جامعه و مراقبت بر پایه بیمارستان برای حوادث منتشر ساخته است [۹، ۱۰].

در این مطالعه اطلاعات سوانح ترافیکی ارائه شده توسط منابع اطلاعاتی مهم در کشور با الگوی استفاده شده آمریکایی و کشورهای مختلف آسیایی مقایسه شده و یافته‌ها در راستای اصلاح ساختار موجود قابل استفاده خواهد بود.

مواد و روش کار

در یک مطالعه کیفی سازمان‌های دخیل در امر سوانح ترافیکی شناسایی و سپس با مراجعه مستقیم به آن گردش اطلاعات موجود در خصوص اپیدمیولوژی سوانح ترافیکی توسط یک پرسشنامه روا و پایا به کمک کارشناس آموزش دیده طرح جمع‌آوری شد. پرسشنامه این مطالعه با الهام از پرسشنامه استاندارد استفاده شده در یکی از ایالت‌های آمریکا طراحی و سپس نظرات پیشنهادی و اصلاحی از متخصصان مربوطه مثل متخصصان اپیدمیولوژی، آمار حیاتی و کارشناسان ارشد مدیریت فوریت‌های پزشکی، پلیس راهور اخذ و برای مطالعه نهایی شد. سپس نظام‌های جمع‌آوری اطلاعات و نظام مراقبت مربوط به سوانح ترافیکی در برخی از کشورها نیز مورد بررسی قرار گرفت و بعد از انجام یک مقایسه کیفی بین این نظام‌ها و وضعیت موجود ثبت اطلاعات در کشور تفاوت‌ها و نقاط ضعف احتمالی در این خصوص مشخص شد.

یافته‌ها

منابع اطلاعاتی موجود که عمدتاً عهده دار ثبت اطلاعات سوانح ترافیکی در کشور هستند به دو منبع عمده پلیس راهنمایی و رانندگی و مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی تقسیم شدند. پلیس راهنمایی و رانندگی در حال حاضر اقدام به جمع‌آوری پنج قسمت عمده از الگوی مذکور در قالب فرم‌های ۱۱۳ و ۱۱۴ کام را می‌نماید. مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور نیز در قالب یک فرم مأموریت اورژانس ۱۱۵ تهیه بخشی از اطلاعات نظام مراقبت حوادث که قسمتی از الگوی مذکور است را به عهده دارد. مقایسه داده‌های جمع‌آوری شده توسط منابع اطلاعاتی مهم در کشور با یک الگوی پیشنهادی برای ثبت سوانح ترافیکی نشان می‌دهد. تحت این الگو بایستی اطلاعات به شکل قابل استفاده برای مصرف کننده و دارای کیفیت لازم در دسترس

جدول شماره ۱- اجزا نظام ثبت ترافیک بر اساس الگوی استفاده شده آمریکایی

وضعیت در ایران	اجزا و ریز اطلاعات
مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	پلیس راهنمایی و رانندگی
تصادف	○
شرایط آب و هوا	○
وضعیت روشنایی	○
زمان و روز هفته	○
تخطی از قوانین رانندگی (سرعت، گردش، رانندگی بدون احتیاط)	○
تعداد و شدت مصدومین یا سطح خسارت وسیله	○
تعداد وسایل نقلیه در گیر نحوه تصادف و سرعت	○
نوع شخص (راننده، سرنشین، عابر پیاده)	○
سوء استفاده از مواد استفاده از وسایل ایمنی نقلیه	○
مشخصات وسیله نقلیه	○
نوع وسیله نقلیه	○
مدل و سن وسیله	○
وزن وسیله	○
اطلاعات ثبتی وسیله	○
نقص وسیله نقلیه	○
اطلاعات صاحب وسیله	○
تجهیزات ایمنی وسیله	○
نوع بار	○
مواد خطر ناک	○
بازرسی و معاینه فنی	○
مشخصات جاده	○
نظام ارجاع منطقه‌ای	○
مختصات جغرافیایی	○
ساختار جاده (پل، تونل)	○
تجهیزات کنترل ترافیک (علائم و تابلوها)	○
وضعیت کنار جاده (محافظ‌ها، مسیر دوچرخه، مسیر عابر)	○
حجم ترافیکی جاده	×
مشخصات راننده	○
سن/ تاریخ تولد	○
جنس و نژاد	○
تجربه و تحصیلات	○
وضعیت گواهینامه	○
سابقه محکومیت	×

ادامه جدول شماره ۱- اجزا نظام ثبت ترافیک بر اساس الگوی استفاده شده آمریکایی

اجزا و ریز اطلاعات	وضعیت در ایران
	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی
	پلیس راهنمایی و رانندگی
	پزشکی
قوانین پلیسی ترافیک	×
سابقه احضار	×
سابقه جرم ترافیکی	×
سابقه دستگیری ترافیکی	×
زمان پاسخ خدمات پزشکی اورژانس	×
ارزیابی بیمارستانی از شدت سانحه	×
طول مدت بستری در بیمارستان و هزینه‌های مربوطه	×
زمان و هزینه باز توانی	×
○ شامل می‌شود	×
×	شامل نمی‌شود
×	مرتبط نیست

به نظر می‌رسد تهیه اطلاعات مرتبط با مشخصات جاده مستلزم فعالیت‌های بیشتر و زیر ساختارهای لازم و همچنین همکاری سایر ذی‌نفعان بخصوص وزارت راه و ترابری دارد. مقایسه داده‌های جمع آوری شده توسط منابع اطلاعاتی مهم در کشور با نظام مراقبت استاندارد پیشنهادی توسط سازمان بهداشت جهانی [۱۱، ۱۰]، نشان داد که به منظور طراحی و ارزیابی مداخلات با هدف پیشگیری از سوانح، جمع آوری منظم داده‌های سوانح غیرکشنده و کشنده بسیار حیاتی است [۱۲].

بعضی از کشورهای در حال توسعه مثل تایلند، سریلانکا و کامبوج دارای نظام‌های مراقبت با استانداردهای بین‌المللی هستند. سازمان بهداشت جهانی کشورها را به طراحی و ایجاد نظام مراقبت سوانح ترغیب می‌نماید و در این راستا نیز یک راهنمای عملی برای بررسی‌های مقطعی بر پایه جامعه و مراقبت بر پایه بیمارستان برای حوادث منتشر ساخته است [۵].

جدول شماره ۲ زمینه اطلاعاتی نظام‌های مراقبت سوانح موجود در کشورهای تایلند، سریلانکا، کامبوج و ژاپن را با وضعیت موجود در کشور ایران مقایسه می‌نماید. این داده‌ها به سه بخش داده‌های اصلی برای هر مورد سانحه، اطلاعات تکمیلی برای سوانح ترافیکی و اطلاعات اضافی قابل تقسیم است.

جدول شماره ۲- مقایسه گروهی داده‌های جمع آوری شده سوانح در کشورهای مختلف آسیایی

گروه داده‌ها						ایران
تایلند	کامبوزیا	سريلانکا	ژاپن	پلیس راهنمایی و رانندگی	مرکز حوادث و فوریت‌های پزشکی	
داده‌های اصلی عمومی برای هر مورد سانحه دیده						
○	○	○	○	○	○	کد انحصاری شناسه برای هر مورد سانحه دیده
○	○	○	○	○	○	سن و جنسیت
○	○	○	○	×	×	عمدی بودن سانحه
○	○	○	×	○	×	محل وقوع سانحه
×	○	○	×	×	○	نوع فعالیت در زمان وقوع
×	○	×	×	×	○	ماهیت سانحه
ICD	ICD	ICD	AIS	×	×	تشخیص بیماری ناشی از سانحه در فرد بر اساس ICD
○	○	○	○	×	○	مکانیسم‌های ایجاد سانحه
×	○	×	×	×	×	قومیت یا نژاد هر مورد سانحه دیده
×	×	×	×	×	×	علت خارجی ایجاد سانحه (ICD)
○	○	○	○	○	○	تاریخ سانحه
○	○	○	○	○	○	زمان سانحه
محل سکونت						
○	○	○	○	×	○	استفاده از الکل در فرد سانحه دیده
○	○	×	×	×	○	استفاده از مواد مخدر در فرد سانحه دیده
×	×	○	×	×	○	تقسیم بندی شدت بیماری
AIS	AIS	AIS	AIS	×	×	نمره دهی شدت بیماری
داده‌های تکمیلی روی سوانح ترافیکی						
○	○	○	○	○	○	استفاده کننده جاده
○	○	○	○	○	○	نوع وسیله نقلیه
○	○	○	○	○	×	اطلاعات در مورد طرف مقابل
سایر داده‌های اضافی						
○	○	○	×	○	×	شغل
×	×	×	×	○	×	تحصیلات
○	○	○	○	○	○	انتقال به بیمارستان
○	○	×	○	×	○	مراقبت قبل از بیمارستان
○	×	○	○	×	○	علائم حیاتی
×	×	×	○	×	○	جزئیات درمان
○	×	×	○	×	×	نوع بخش پذیرفته شده
○ شامل می‌شود						×
×						* وجود دارد ولی ناقص است

اخیراً این ستاد مرکزی اقدام به جمع‌آوری آمار ماهیانه بیماران منتقل شده توسط فوریت‌های پزشکی به بیمارستان‌ها در سطح کشور و به تفکیک استان‌ها نموده است. به هر حال این آمار فاقد هر گونه تفکیک بر اساس نوع سانحه (ترافیکی، عمدی، غیرعمدی و بیماری‌های قلبی - عروقی) است. به طور کلی اطلاعات دریافت شده توسط تکمیل فرم ۱۱۵ شامل جزییات درمان و تشخیص و ناتوانی‌های منتج از سوانح ترافیکی و هزینه‌های ناشی نبوده و در نتیجه قابلیت استفاده به عنوان یک نظام مراقبت سوانح به خصوص بعد از انتقال مجروح به بیمارستان را ندارد. در نتیجه نظام جمع‌آوری اطلاعات سوانح ترافیکی نیاز دارد که از تقسیم‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) و معیارهای مخفف ثبت سوانح (AIS) استفاده کرده و مانند کشورهای منطقه از زبان و چارچوب واحدی در ثبت سوانح ترافیکی استفاده نماید.

تشکر و قدردانی

تیم تحقیق از کارکنان محترم تمامی سازمان‌ها که برای تکمیل پرسشنامه‌ها و انجام مصاحبه‌ها کمال همکاری را به عمل آوردند، به ویژه از مسئولان و کارکنان پلیس راهنمایی رانندگی که تیم را در به پایان رساندن این طرح صمیمانه یاری دادند تشکر و قدرانی می‌نمایند.

سهم نویسندگان

محمد موحدی: طراحی و اجرای پژوهش، تحلیل داده‌ها، تهیه گزارش نهایی
حمید سوری: طراحی و اجرای پژوهش، تحلیل داده‌ها، تهیه مقاله
الهه عینی: نظارت بر اجرا، تحلیل داده‌ها، تهیه مقاله
محمد رضا مهماندار: جمع‌آوری داده‌ها

در بخش داده‌های اصلی، اطلاعات درج شده در دو فرم ۱۱۵ مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی و فرم ۱۱۴ پلیس راهنمایی و رانندگی دارای شباهت‌ها و همپوشانی حدود ۷۰ درصد در مقایسه با سایر کشور های آسیایی است. در سایر بخش‌ها نیز میزان شباهت‌ها و همپوشانی قابل قبول است. به هر حال مهم‌ترین ضعف این بخش از داده‌ها به عنوان قسمتی مهم از یک نظام مراقبت سوانح در مقایسه با سایر کشورها، عدم وجود تشخیص بیماری ناشی از سانحه بر اساس تقسیم‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها است. از ضعف‌های دیگر وضعیت موجود داده‌های اصلی عدم وجود نمره دهی برای گزارش شدت بیماری است. در بخش داده‌های اصلی اطلاعات درج شده در دو فرم ۱۱۵ مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی و فرم ۱۱۴ پلیس راهنمایی و رانندگی دارای شباهت‌ها و همپوشانی حدود ۷۰ درصد در مقایسه با سایر کشور های آسیایی است. در سایر بخش‌ها نیز میزان شباهت‌ها و همپوشانی قابل قبول است. به هر حال مهم‌ترین ضعف این بخش از داده‌ها به عنوان قسمت مهم از یک نظام مراقبت سوانح در مقایسه با سایر کشورها، عدم وجود تشخیص بیماری ناشی از سانحه بر اساس تقسیم‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها است.

از ضعف‌های دیگر وضعیت موجود داده‌های اصلی عدم وجود نمره دهی برای گزارش شدت بیماری است. این دو نقص عمده به طور جدی به علت عدم طراحی یک نظام جامع مراقبت در بخش سلامت کشور است. همین نقص در بخش اطلاعات اضافی قابل توجه است؛ به طوری که هیچگونه اطلاعاتی از وضعیت فرد مجروح ترافیکی بعد از تحویل آن به بخش اورژانس بیمارستان‌ها موجود و در دسترس نیست. به طور مثال در خصوص بعضی جزییات درمان، اطلاعات ثبت شده در فرم ۱۱۵ تنها مربوط به درمان‌های اعمال شده توسط تکنسین‌های اورژانس است.

منابع

1. Kaleh Ghm. Intelligent system based on GPS for driving violations and road traffic injury records. Institute for Aerospace Research, Ministry of Science and Technology: Tehran, 2005
2. Nikzad MF. First book on road traffic injury. Its damage, cause and factors in its rescue, recommended by traffic police of Iran. 1 st Edition, Asas publisher of Naja: Tehran, 2006 [Persian]
3. Akbari M, Naghavi M, Soori H. Epidemiology of Deaths from injuries in the Islamic Republic of Iran. Eastern Mediatr Health Journal 2006; 12: 50-58
4. Naghavi M, Jafari N. Feature of death in 29 provinces of Iran in 2005. 1 st Edition, Ministry of Health and Medical Education: Tehran, 2006 [Persian]
5. Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusingye O. Injury surveillance guidelines, Centre for Disease Control and prevention. 1 st Edition, World Health Organization: Atlanta, 2001
6. Van der Sluis J. Traffic Safety Information in South Africa- How to improve the National Accident

Register. R-2001-18, Leidschendam, SWOV Institute for Road Safety Research: the Netherlands, 2001

7. Crancer JA, Friedman J, Spell LA, Vecchi J, Wright C, Zogby JJ. Traffic records assessment. National Highway Traffic Safety Administration: Technical Assessment Team, 2003

8. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, et al. World report on road traffic injury prevention. World Health Organization: Geneva, 2004

9. Horan JM, Mallonee S. Injury Surveillance. *Epidemiologic Reviews* 2003; 25: 24-42

10. World Health Organization. Global status report on road safety: time for action. World Health Organization: Geneva, 2009

11. Razzak JA, Laflamme L. Limitations of secondary data sets for road traffic injury epidemiology. *Prehospital and Disaster Medicine* 2005; 9: 355-60

12. Soori H, Royanian M, Zali AR, Movahedinejad A. Road traffic injuries in Iran: the role of interventions implemented by traffic police. *Traffic Injury Prevention* 2009; 10: 375-78