منظمـــة الصحـــة العالميـــة

جمعية الصحة العالمية السادسة والخمسون **ج٥٦/١٩**

البند ١٤-١١ من جدول الأعمال المؤقت **٢ نيسان/ أبريل ٢٠٠٣**

A56/19

تعزيز التمريض والقبالة

تقرير من الأمانة

١- نشأت الأهداف الإنمائية للألفية من الالتزامات التي أُعرب عنها في إعلان الألفية الصادر عن الأمم المتحدة في أيلول/ سبتمبر ٢٠٠٠، وهي أهداف ترمي إلى تركيز جهود المجتمع العالمي على تحقيق تحسينات كبيرة يمكن قياسها في حياة الناس. ويتمثل أحد مجالات التركيز الرئيسية لمساهمة منظمة الصحة العالمية في تحقيق هذه الأهداف في تعزيز قدرة النظم الصحية الوطنية وتكثيف الجهود من أجل التصدي للأمراض الرئيسية الناجمة عن الفقر. ويشكل تعزيز خدمات التمريض والقبالة عنصراً أصيلاً في هذا النشاط، وهو ضروري لضمان تحقيق الأهداف المتوخاة من المرامي فيما يتعلق بالصحة.

٢- وفي أيار/ مايو ٢٠٠١ اعتمدت جمعية الصحة العالمية الرابعة والخمسون القرار ج ص ع٥٤-١٢ الذي أعطت فيه توجيهاً خاصاً بالسياسات من أجل تعزيز خدمات التمريض والقبالة. وعملاً بذلك القرار يلخص هذا التقرير التقدم المحرز في تنفيذه.

٣- وبالتشاور مع الشركاء داخل منظومة الأمم المتحدة وخارجها وضعت منظمة الصحة العالمية إطاراً توجيهياً لتعزيز خدمات التمريض والقبالة اعتمدته تسع منظمات دولية،[١] بغية تيسير تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية ودعم البلدان في تنفيذ الأهداف المحددة في القرار ج ص ع٥٤-١٢. وبالإضافة إلى ذلك نشرت إرشادات استراتيجية،[٢] تحدد خمسة مجالات حيوية تحتاج إلى تدخلات: وضع الخطط الخاصة بالموارد البشرية وبناء القدرات، وإدارة العاملين، والممارسة القائمة على القرائن، والتعليم، والقوامة. ولتحقيق أقصى تأثير ممكن للبلدان في أداء النظم الصحية يعد دعم هذه البلدان من الأولويات العالية، ولاسيما فيما يتعلق بتعميم الإرشادات الاستراتيجية واعتمادها على المستوى القطري.

سياسات تخطيط الموارد البشرية وبناء القدرات

---

١ منظمة العمل الدولية، واليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والمجلس الدولي للممرضين، والاتحاد الدولي للقابلات، والشبكة العالمية للمراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية من أجل تطوير التمريض والقبالة، والرابطة الدولية للممرضين في مجال رعاية مرضى السرطان، والاتحاد الدولي لممرضي التبنيج، ورابطة سيغما ثيتا الفخرية الدولية للتمريض.

٢ *Nursing and midwifery services: strategic directions2002-2008*، Geneva, World Health Organization .2002.

٤- تعد التقديرات التي تشير إلى أن عدد من تبلغ أعمارهم ٦٠ سنة فأكثر من سكان العالم سيربو على ١٠٠٠ مليون نسمة بحلول عام ٢٠٢٠ تأكيداً على أهمية تحسين خدمات التمريض والقبالة في إطار المساعدة على تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، وهذه التقديرات ترتفع بعدد من يعتمدون على غيرهم بنسبة تتراوح بين ١١٥٪ و٢٥٧٪ على الأقل مقارنة بعام ١٩٩٠. ولا يقتصر الأمر على تنامي احتياجات الطاعنين في السن من حيث الرعاية ولكن أهم تدخل منفرد لضمان مأمونية الأمومة - بحضور عامل صحي مؤهل في كل حالة وضع - مازال أمراً بعيد المنال: ففي العالم النامي اليوم لا تتجاوز حالات الولادة التي تتم بحضور قابلة أو عامل صحي مؤهل آخر نسبة ٥٨٪. وعلاوة على ذلك فإن عدد الوفيات الناجمة عن الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا في عام ٢٠٠١، والبالغ مجموعها ٥,٧ مليون حالة وفاة في جميع أنحاء العالم، يعني أن الضرورة تقتضي في الجنوب الأفريقي وحده تدريب عدد أكبر من الأطباء والممرضين والممرضات يتراوح بين ٢٥-٤٠٪ على أقل تقدير في الحقبة الممتدة من عام ٢٠٠١ إلى عام ٢٠١٠.

٥- وستلحق بالمبادرة الجديدة لمنظمة الصحة العالمية الرامية إلى توفير العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لمرضى الأيدز البالغ عددهم ٣ ملايين نسمة انتكاسة خطيرة ما لم تتم إتاحة عدد كاف ومجموعة من العاملين في مجال التمريض والقابلات في الإطار الملائم للموارد البشرية الخاصة بالصحة. وتقدر المنظمة أن إنقاذ حياة ستة ملايين نسمة كل سنة من الأمراض القلبية الوعائية والسكتة لن يتطلب مجموعة من الأدوية الأساسية فحسب بل سيتطلب أيضاً تعزيز الصحة وتنفيذ تدابير الوقاية من الأمراض من قبل عدد كبير من العاملين في مجالي التمريض والقبالة على صعيد المجتمع المحلي.

أثر ظروف التوظيف على جودة رعاية المرضى ومأمونيتها

٦- قامت البحوث بتوثيق الآثار الضارة المترتبة على سوء مستويات وظروف التوظيف. فعلى سبيل المثال أدى سوء المناخ التنظيمي إلى جانب أعباء العمل الثقيلة إلى زيادة احتمال تعرض العاملين في مجال التمريض في المستشفيات للشك بالإبر بنسبة ٥٠٪، كما أن هناك صلة وثيقة بين انخفاض مستويات توظيف العاملين في مجال التمريض وبين ارتفاع عدد حالات العدوى ذات الصلة بالرعاية الصحية. وعلاوة على هذا أظهرت دراسة أجريت على الصعيد الوطني أن تكليف العامل في مجال التمريض برعاية مريض إضافي واحد يزيد من احتمالات وفاة مريض يشرف هذا العامل على رعايته خلال ثلاثين يوماً من بدء تلك الرعاية بنسبة ٧٪، وأن احتمال انخفاض مستوى رعاية المرضى يزيد ثلاث مرات في المستشفيات التي تفتقر إلى ما يكفي من الموظفين والتي تكون فيها خدمات الدعم المقدمة للعاملين في مجال التمريض رديئة عنه في المستشفيات التي ترتفع فيها أعداد العاملين ويكون فيها الدعم جيداً. وخلص أحد التحليلات إلى أن هناك صلة بين ارتفاع نسبة ساعات الرعاية التمريضية التي يتولاها عاملون مسجلون في مجال التمريض وزيادة عدد ساعات الرعاية التي يتولاها عاملون مسجلون في مجال التمريض يومياً وبين تحسن رعاية المرضى الذين يتلقون العلاج في المستشفيات.

٧- ولمعالجة هذه القضايا، وسائر القضايا المتعلقة بالقوى العاملة في مجالي التمريض والقبالة تعكف منظمة الصحة العالمية على وضع سياسة عامة بشأن تطوير الموارد البشرية من خلال عملية تشاور واسع النطاق والاستناد إلى الدراسات الخاصة بالسياسات القائمة على القرائن. وقد أعدت لجنة الكومنولث التوجيهية المعنية بالتمريض والقبالة، في الآونة الأخيرة، أدوات ومبادئ توجيهية بشأن الموارد البشرية الخاصة بالقيادات في مجال التمريض. كما استهلت بعض البلدان، كل على حدة، مبادرات لمواجهة التهديد المتنامي الذي يشكله النقص في عدد العاملين في مجالي التمريض والقبالة. فعلى سبيل المثال تولت البرازيل، في السنوات القليلة الماضية، تدريب عدد إضافي من العاملين المساعدين في مجال التمريض والعاملين المساعدين

التقنيين يبلغ ٢٢٥ ٠٠٠ شخص. وعلى الرغم من بذل جهود مماثلة في أماكن أخرى، مثل البلدان الأفريقية التي تعمل بدعم من المكتب الإقليمي لأفريقيا، فإن نقص العاملين في مجالي التمريض والقبالة وهجرتهم يهددان مستوى أداء النظم الصحية العام. ويعمل المكتب الإقليمي لشرق المتوسط بنجاح مع بلدان مثل الأردن ولبنان وعمان حيث أجيزت لوائح خاصة بممارسة مهنتي التمريض والقبالة من أجل ضمان تدريب عاملين أكفاء يوفرون خدمات الرعاية المأمونة. ومن شأن استمرار تناقص مستويات توظيف واستخدام العاملين في مجالي التمريض والقبالة أن يلحق ضرراً فادحاً بتنفيذ التدخلات المستقبلية، وقد تبين بالفعل أن هذا التناقص أضر بنوعية رعاية المرضى مما أدى إلى زيادة الحوادث المؤذية في المستشفيات.

إقامة نظام للرصد

٨- بالإضافة إلى الأنشطة المضطلع بها في المقر الرئيسي للمنظمة بشأن أدوات التقييم ونظم الرصد وضعت كل أقاليم المنظمة الستة خططاً لتصحيح الخلل في التوازن بين القوى العاملة في مجالي التمريض والقبالة. وتستهدف المنظمة توحيد التعاريف المستخدمة في الأقاليم، وتصميم واختبار أداة تحليلية موحدة لتقييم مدى تعقّد أمور مثل التعليم والممارسات واللوائح وسائر الجوانب المتعلقة بتنظيم الخدمات في مجالي التمريض والقبالة. ومن الأمثلة على هذه الأنشطة الاستقصاء الواسع النطاق الذي أجراه المكتب الإقليمي لأفريقيا بشأن هجرة الموظفين العاملين في مجال الصحة، والذي تؤكد البيانات المستقاة منه أن أفريقيا تفقد بالفعل وبسرعة نسبة كبيرة من هؤلاء المهنيين. وفي جنوب شرق آسيا وضع إطار نظري ونفذ بروتوكول للتقييم القطري المتعمق لإدارة القوى العاملة في مجالي التمريض والقبالة. ويخطط المكتب الإقليمي للأمريكتين لتنفيذ نظام معلومات موحد خاص بالتمريض يدعم اتخاذ القرارات الخاصة بالموارد البشرية، وحققت منطقة البحر الكاريبي نجاحاً في تخطيط وتنفيذ برامج لتنظيم الهجرة بمشاركة كبار العاملين في مجالي التمريض والقبالة وبالتزام سياسي من وزارات الصحة. وحددت دراسة تمت بتكليف من المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ الأسباب التالية لهجرة العاملين في مجال التمريض والصيادلة والأطباء: انخفاض مستوى الأجور، وعدم مرونة ساعات العمل، وثقل عبء العمل، وعدم توافر فرص التعليم المستمر، ومحدودية تسهيلات التدريب، وقلة فرص الترقي الوظيفي، وبيئة العمل، ونقص الموارد، وزيادة الطلب والشكاوى التي يتقدم بها المرضى. ويجري إيلاء اهتمام أكبر للدراسات الخاصة بأنماط هجرة العاملين في مجالي التمريض والقبالة من أجل إتاحة وضع مبادئ توجيهية وسياسات دولية أخلاقية سليمة بشأن التوظيف. وبالتوازي مع هذه الجهود تعمل المنظمة مع البلدان على تخطيط خدمات القبالة في العالم، ووضع معايير ونماذج للتوظيف فيما يتعلق برعاية الأمومة في مختلف أطر الرعاية الصحية. وبالإضافة إلى إقامة نظم للرصد تحدد المنظمة خيارات السياسات العامة للبلدان فيما يتعلق بالاستفادة المثلى من مخططات الحوافز ونظم السداد من أجل دعم القوى العاملة الصحية، بمن فيها العاملون في مجالي التمريض والقبالة.

٩- ويعتمد تقديم القدر الكافي من الدعم والإرشادات للدول الأعضاء في صياغة سياسات فعالة للموارد البشرية تتصدى على نحو ملائم للأزمة المشتدة التي تمس العاملين في مجالي التمريض والقبالة، بشكل كبير، على مدى خصوصية ودقة المعلومات الخاصة بالتمريض والقبالة. وهناك حاجة إلى زيادة الالتزام بضمان وجود نظم رصد عالمية موحدة وقياسية على النحو المطلوب في القرار ج ص ع٥٤-١٢.

إشراك العاملين في مجالي التمريض والقبالة في رسم السياسات ووضع القرار

١٠- ذكرت اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة أن "قدراً كبيراً من العمل.... يمكن أن يقوم به أُناس آخرون غير الأطباء كالعاملين في مجال التمريض، والمساعدين الطبيين بمختلف درجات تدريبهم، بمن فيهم

العاملون في مجال القبالة".[١] ومن ثم يعد إشراك هؤلاء المهنيين أمراً بالغ الأهمية في توفير المعلومات اللازمة لتصميم وتنفيذ سياسات الرعاية الصحية، حيث إن العاملين في مجالي التمريض والقبالة يشكلون ما يزيد على نصف قوة العمل في مجال الصحة في عدة دول أعضاء، بل إنهم يشكلون، في بعض البلدان ٩٠٪ من ممارسي الخدمات الصحية الذين يشاركون مباشرة في تقديم خدمات الرعاية الخاصة بالتمريض والقبالة. والحقيقة أن عدد العاملين في مجالي التمريض والقبالة المشار إليه بالفعل فيما يخص وضع وتخطيط وتنفيذ السياسات الصحية على أعلى المستويات آخذ في التناقص، حيث انخفضت نسبة الموظفين المهنيين الذين يعملون، في منظمة الصحة العالمية، في مجالي التمريض والقبالة بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠١ من ٢,٩٪ إلى ٢,٦٪، وهي أرقام تعتبر في حد ذاتها نسبا صغيرة للمهنيين الصحيين في المنظمة مقارنة بالأخصائيين الطبيين في الفترة ذاتها (٩٠,٨٪ و٩١,٤٪ على التوالي).[٢]

١١- وأفاد المكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية أن العاملين في مجالي التمريض والقبالة يشاركون في اتخاذ القرارات في بضعة بلدان فحسب في وسط أوروبا وشرقها، ولا يضطلعون بالدور ذاته في بلدان أخرى. واستجابة لاستبيان يقيم التقدم المحرز في تنفيذ إعلان ميونيخ (حزيران/ يونيو ٢٠٠٠) "العاملون في مجالي التمريض والقبالة: قوة في خدمة الصحة"، ذكر أن العاملين في مجالي التمريض والقبالة يشاركون في عملية صنع القرار في نحو نصف بلدان غرب أوروبا فقط، هذا على الرغم من الالتزام الذي أعرب عنه في إعلان وزراء الصحة المشاركين في المؤتمر الوزاري الثاني لمنظمة الصحة العالمية بشأن التمريض والقبالة في أوروبا (ميونيخ، ألمانيا، ٢٠٠٠). وفي إقليم جنوب شرق آسيا التابع للمنظمة لا يمنح العاملون في مجالي التمريض والقبالة الصفة المهنية كغيرهم من المهنيين الصحيين، كما أن مشاركتهم على أعلى مستويات صنع القرار لا تزال محدودة للغاية.

١٢- وطبقا للقرار ج ص ع٥٤-١٢ تنفذ المنظمة، بالاشتراك مع المجلس الدولي للممرضين والممرضات والاتحاد الدولي للقابلات، عدة برامج لتكوين القيادات على مستوى البلدان. وأنشأ كل من المكتب الإقليمي لشرق المتوسط والمكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا برامج من هذا القبيل للعاملين في مجالي التمريض والقبالة، ولدى المكتب الإقليمي لأفريقيا والمكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ خطط عمل ملائمة. بيد أن جهود المنظمة والشركاء وحدها لن تكون كافية، ويتعين اتخاذ خطوات حازمة أخرى من أجل إدماج عنصر التمريض والقبالة ووجهات نظر العاملين في هذا المجال في جميع مستويات صنع القرار. ولتحقيق الرعاية العالية الجودة والمحافظة عليها يجب أن تضع الحكومات آليات، ضمن إطار قانوني، تشرك قادة وممثلي مهنتي التمريض والقبالة في المناقشات الخاصة بالسياسات الصحية. وينبغي أيضا لهذا الإطار القانوني أن يكفل العدالة في الاستثمار في مهنتي التمريض والقبالة قياسا بالمهن الأخرى الخاصة بالرعاية الصحية.

إنشاء قاعدة القرائن الخاصة بممارسة التمريض والقبالة

١٣- يدعو القرار ج ص ع٥٤-١٢ أيضا إلى تعزيز خدمات التمريض والقبالة بالاستناد إلى قرائن علمية وسريرية سليمة. وحدد العمل الأولي الذي قامت به المنظمة وجود تفاوت كبير بين البلدان المتقدمة والبلدان النامية من حيث القدرات البحثية وجمع القرائن والطرائق المطبقة في إجراء التقييمات الناقدة، واستخدام

---

١ اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroecono ,mics and Health*، Geneva, World Health Organization 2001.p ،65 .

٢ انظر الوثيقتين ج٥٤/٢٨ وج٥٥/٣٠.

القرائن في أغراض الممارسة. وبدأت المنظمة في استعراض القرائن المتعلقة بالتمريض والقبالة من أجل تطوير الممارسات والسياسات في مجالات تحظى بالأولوية (مثل الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا وتعزيز مأمونية الحمل) وفي المجالات التي سيكون لتدخلات التمريض والقبالة فيها أثر كبير على صحة السكان. وتعمل المنظمة مع الخبراء في جميع أنحاء العالم على وضع إطار عالمي أولي للتقييم الناقد للقرائن. كما أنها تعكف على وضع خطة للمساعدة على بناء القدرات في البلدان النامية من خلال وسائل مثل توأمة المراكز المتعاونة مع المنظمة وإقامة برامج مع شركاء مثل المجلس الدولي للممرضين والممرضات والاتحاد الدولي للقابلات والشبكة العالمية للمراكز المتعاونة مع المنظمة لتطوير التمريض والقبالة، ومن خلال التنسيق مع سائر شبكات التعاون ومراكز القرائن.

١٤- وتنظر المنظمة في اقتراح يرمي إلى تعزيز دور المراكز المتعاونة في مجالي التمريض والقبالة على الصعيد العالمي، في إطار إنشاء شبكة للقرائن، في رصد وتحليل تنفيذ الجوانب الرئيسية للإرشادات الاستراتيجية للمنظمة فيما يتعلق بتعزيز خدمات التمريض والقبالة والتثبت من حصائل التقييمات والتحليلات العالمية والإقليمية التي تجريها المنظمة. وفي الوقت ذاته لابد للمنظمة من أن تضمن استمرارية وجودة عملية الرصد العالمي. ويساعد ما لحق بخدمات التمريض والقبالة من بخس تاريخي لقيمتها على استمرار نقص تمويل البحوث وجمع القرائن. ويجب على المنظمة والحكومات أن تضطلع بدور قيادي في إيجاد التزام أقوى بإنشاء البنية الأساسية اللازمة لدعم إعداد ونشر القرائن الخاصة بأفضل الممارسات، ولاسيما في العالم النامي. وتساعد المنظمة، وشركاؤها، الحكومات على ضمان إنشاء آليات لدعم ترجمة القرائن الخاصة بخدمات التمريض والقبالة الفعالة إلى ممارسة عملية وسياسات.

١٥- وفيما يلي الأنشطة التي يتعين إيلاؤها المزيد من الاهتمام:

- تولّي المنظمة، بالتعاون مع شركائها، بوضع استراتيجية عالمية للاتصال والنشر من أجل حشد الالتزامات؛
- دعم وضع خطط وطنية لتطوير التمريض والقبالة تشمل مجالات التدخل الرئيسية الخمسة المحددة في الإرشادات الاستراتيجية للمنظمة؛[١]
- الاستثمار في إقامة البنية الأساسية اللازمة لإنشاء قاعدة القرائن الخاصة بالتمريض والقبالة، مع اضطلاع المنظمة بدور قيادي في بناء القدرات؛
- تيسير إنشاء نظام رصد عالمي يتسم بالتخصصية اللازمة فيما يتعلق بالتمريض والقبالة، ومن شأنه أن يتيح الترصد والتبليغ المستمرين.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

١٦- جمعية الصحة مدعوة إلى الإحاطة علما بهذا التقرير.

= = =

١ *Nursing and midw ifery services: strategic directions2002-2008.* ،Geneva, World Health Organization 2002.