مؤسسة قطر
Qatar Foundation

WISH
مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية
World Innovation Summit for Health

التمريض والقبالة

أسرع الطرق وأوفرها نحو التوسّع في التغطية الصحية الشاملة عالية الجودة

تقرير منتدى ويش للتمريض و التغطية الصحية الشاملة 2018

نايجل كريسب

شارون براوني

شارلوت ريفسوم

مع مقدمة من الدكتور تيدروس أدهانوم غبريسيس ، المدير العام
لمنظمة الصحة العالمية

الإحالة المرجعية المقترحة لهذا التقرير: نايجل كريسب – شارون براونى – شارلوت ريفسوم
التمريض والقبالة، اسرع الطرق واوفرها نحو التوسع في التغطية الصحية الشاملة عالية الجودة
الدوحة، قطر، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية، 2018.
ISBN: 978-1-912865-06-2

التمريض والقبالة

أسرع الطرق وأوفرها نحو التوسّع في التغطية الصحية الشاملة عالية الجودة

تقرير منتدى ويش للتمريض و التغطية الصحية الشاملة 2018

المحتويات

ملاحظة توضحية: الممرضات والقابلات والقوى العاملة الصحية الأوسع	3
مقدمة بقلم الدكتور تيدروس أدهانوم غيبريسوس، المدير العام لمنظمة الصحة العالمية	4
تمهيد	5
الملخص التنفيذي	6
القسم الأول: جميع الطرق تؤدي إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة	8
القسم الثاني: التمريض والقبالة – في صميم التغطية الصحية الشاملة	11
القسم الثالث: خدمات جديدة ومبتكرة	17
القسم الرابع: زيادة إسهام التمريض والقبالة في التغطية الصحية الشاملة لأقصى درجة	23
القسم الخامس: التوسّع السريع ذو التكلفة المنخفضة في التغطية الصحية الشاملة عالية الجودة	25
القسم السادس: التوصيات	28
الملحقات	31
شكر وتقدير	32
المراجع	33

ملاحظة توضيحية: الممرضات والقابلات ومختلف القوى العاملة في مجال الصحة

تُعزى فعالية الأنظمة الصحية عالية الجودة إلى إعتمادها على باقة واسعة من الفرق ذات التخصصات المتعددة. ويسعى التقرير عبر سطوره التالية إلى إماطة اللثام عن الدور الذي تقوم به الممرضات والقابلات في هذه الفرق، ومن ثمّ يبرهن التقرير أنه في حال تعزيز هذا الدور وإفساح المجال أمام الممرضات والقابلات لتوظيف كامل إمكاناتهن فسيفضي ذلك إلى تحصيل مكاسب هائلة.

ولذا، يتناول التقرير إسهام كلٌّ من الممرضات والقابلات في التغطية الصحية الشاملة، ويركّز بصورة جوهرية على الممرضات نظرًا لكونهن القطاع الأكبر في جميع مجالات الرعاية الصحية.

وتنحصر الإشارة في هذا التقرير على الممرضات والقابلات اللاتي حصلن على تعليم مهنيّ متخصص، ومن ثمّ تم تسجيلهن لممارسة المهنة في البلدان التي يعملن بها، فهنّ بالقطع مؤهلات ومسؤولات عن ممارساتهن.

مقدمة بقلم الدكتور تيدروس أدهانوم غيبريسوس، المدير العام لمنظمة الصحة العالمية

يأتي هذا التقرير المهم في وقت يعد فيه دور الممرضات والقابلات في صميم عملية التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة (UHC) وأهداف التنمية المستدامة (SDGs). حيث يلعبن دوراً حاسماً، ليس فقط في توفير الرعاية الصحية للملايين حول العالم، ولكن أيضاً في تغيير السياسات الصحية ، وتعزيز الصحة في المجتمعات ، ودعم المرضى وعائلاتهم. تتمثل الأولوية القصوى لمنظمة الصحة العالمية في دعم البلدان لتعزيز نظمها الصحية ، بما في ذلك القوى العاملة في مجال الصحة ونماذج تقديم الخدمات. وتشكل فئة الممرضات والقابلات أكثر من 50٪ من القوى الصحية العاملة في العديد من البلدان ، حيث يعملن تقريباً في جميع مرافق تقديم الخدمات. إن أكثر من نصف سكان العالم يفتقرون حالياً إلى الخدمات الصحية الأساسية ، حيث أن ما يقرب من 100 مليون شخص يُدفع بهم الى دائرة الفقر المدقع سنوياً بسبب تحمل تكاليف الرعاية الصحية على نفقتهم الخاصة. كما يواجه العالم أيضاً عجزاً قدره 18 مليون من القوى العاملة اللازمة لتقديم واستدامة التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030. حيث يعتبر أكثر من نصف هذا العجز في فئة الممرضات والقابلات. وعليه، فإن هذا التقرير يقدم مجموعة من الأسباب المقنعة والحجج المؤيدة للإستثمار في كوادر التمريض والقبالة كجزء من قوة عاملة متعددة التخصصات ، محورها الأنسان. إنني أحث كافة البلدان على المشاركة في حوار للسياسات حول إستثمار القوى العاملة في مجال التمريض والقبالة كوسيلة لتعزيز الرعاية المتمحورة حول الإنسان ، وخلق فرص عمل جيدة للنساء والشباب ، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة. حيث ينبغي على الحكومات أن تنظر الى دور الممرضات والقابلات لا من حيث التكلفة فقط، بل كوسيلة استثمار للتنمية المستدامة. إن أهمية دور الممرضات والقابلات لا تكمن فقط في تقديم الخدمات الصحية ؛ بل تكمن أيضاً في ما يمتلكن من خبرة ومعرفة، فهي أصول قيمة في صياغة السياسات الصحية ، حيث أن آرائهن تستحق أن تصل الى طاولة صانعي السياسات. وبالنظر قدماً الى المستقبل ، فإننا يجب أن نستفيد من الأفكار المطروحة في هذا التقرير من أجل تعزيز التمريض والقبالة في كافة أرجاء العالم. حيث ستكون الذكرى السنوية الـ 200 لمولد "فلورانس نايتنغيل" في عام 2020 بمثابة تذكير بقدرة الممرضات على تحسين مستوى مخرجات العناية والرعاية على صعيد الفرد والسكان على حد سواء. مما يمكننا من المساهمة في الحفاظ على هذا التراث المهم من خلال إبراز وزيادة مساهمات الممرضات والقابلات في سبيل الوصول الى عالم أكثر صحةً وأكثر سلامةً وعدالةً.

الدكتور تيدروس أدهانوم غيبريسوس
المدير العام لمنظمة الصحة العالمية

تمهيد

تتبلور رسالة هذا التقرير في استحالة تحقيق الهدف الذي تصبو إليه جمعية الصحة العالمية والمتمثل في انتفاع مليار فرد جديد من التغطية الصحية الشاملة دون الاستثمار في مجاليّ التمريض والقبالة، الأمر الذي يتطلب تمكين الممرضات والقابلات للعمل لأقصى حد لتوظيف كامل قدراتهن ومهاراتهن الكامنه .

فعلى الصعيد العالميّ، تحتل الممرضات والقابلات نصف القوى العاملة في التخصصات الصحية، وبالتالي فهنّ الركيزة الأساسية في معظم فرق الرعاية الصحية، إنْ لم يكن جميعها، ولا يخفى في الوقت ذاته مساهمتهن الكبيرة في منظومة الصحة. وفي الآونة الأخيرة، أخذ دور الممرضات والقابلات في التنامي، وهو ما يبدو جليًا في ثنايا هذا التقرير، ناهيك عن زيادة أعداد الخدمات الجديدة والمبتكرة التي تقدمها الممرضات والقابلات في شتى أقطار العالم .

ويبرهن التقرير أن الممرضات والقابلات اللاتي يتحلين بنهج الرعاية المتمركزة على الفرد، ويتبعن طرق الرعاية الشاملة حيال القضايا الصحية ولا يُغفلن متطلبات المجتمع المحليّ، تتوافر لديهن بصورة خاصة القدرة على مجابهة تفشي الأمراض غير السارية، والأخرى المصاحبة لكبار السن، إضافة إلى تمكنهن من تلبية احتياجات النسب المرتفعة من الأطفال والمراهقين في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ويعني ذلك إمكانية رؤية المزيد من الابتكارات والتطورات في مجاليّ الصحة والرعاية الصحية، لا سيما فيما يتعلق بالرعاية الأوّلية، وإدارة الأمراض غير السارية، وتطوير منهجيات جديدة للتوعية والوقاية من الأمراض ومحو الأمية الصحية .

وعلى الرغم من ذلك، أظهرت الدلائل معاناة الممرضات والقابلات، في الغالب الأعم، من التهميش وعدم الوقوف على إمكاناتهن الحقيقية. واستصحب ذلك في الغالب خفضُ الموارد المتاحة لهنّ وعدم تمكينهنّ من القيام بالمهام 'التي تخولهم إياها الرخص الممنوحة لهنّ'. وعليه، يجب تمكين الممرضات والقابلات وتنمية أدوارهنّ بغية حثهنّ على المشاركة بقدر كبير في نشر التغطية الصحية الشاملة بصورة أسرع، مع الحفاظ على مبدأَي فعّالية التكلفة والجودة العالية .

وختامًا، يتمخض التقرير عن خارطة واضحة المعالم تؤصّل لخطوات عملية يلزم تطبيقها في جميع البلدان التي تتطلع لتقديم تغطية صحية شاملة أو تطويرها أو الحفاظ عليها لصالح جميع مواطنيها.

البروفيسور اللورد دارزي
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي
لمؤتمر "ويش"، مؤسسة قطر
مدير معهد الابتكار في
مجال الصحة العالمية،
إمبريال كوليدج لندن

اللورد نايجل كريسب
الرئيس المشارك لحملة "التمريض الآن"
الرئيس المشارك للمجموعة
البرلمانية لجميع الأحزاب المعنية
بالصحة العالمية، مجلس
اللوردات، المملكة المتحدة

البروفيسور شارون براوني، ممرضة مسجّلة،
وقابلة مسجّلة، وحاصلة على بكالوريوس
في التعليم، وزمالة كلية الممرضات في
أوتيارا، ودكتوراه في إدارة الأعمال عميد
كلية التمريض والتوليد بجامعة الآغا
خان، شرق أفريقيا

الملخص التنفيذي

تضطلع الممرضات والقابلات بدور محوريّ في الأنظمة الصحية كافة، فهنّ لا يدخرن جهدًا في مدّ يد العون للأفراد بغية تزويدهم بالرعاية التي تمتد لتشمل جميع جوانب صحتهم ورفاهيتهم –استهلالاً بتعزيز الصحة بصورة عامة وانتهاءً بإدارة الأمراض المزمنة والخدمات المتخصصة. ويشكّل مجموع الممرضات والقابلات نصف عدد القوى العاملة في التخصصات الصحية على مستوى العالم، كما تُعهد إليهنّ مهمة التواصل بين المرضى ومهنيي الصحة بنسبة تراوح الـ90 في المائة .

ولذا، يجادل التقرير الحاليّ بأن البلدان التي تستثمر في مجاليّ التمريض والقبالة وتعمل على تطويرهما يمكنها تحقيق التوسّع السريع ومنخفض التكلفة في التغطية الصحية الشاملة ذات الجودة العالية. ولا يقتصر الأمر عند هذا الحدّ، إذ يسهم ذلك في تحقيق هدف جمعية الصحة العالمية المتمثل في انتفاع مليار فرد جديد من التغطية الصحية الشاملة في غضون سنواتٍ خمس

أما البراهين والحجج التي يسوقها التقرير في هذا الإطار فترتكز على ثلاث مجموعات رئيسة، وهي كالتالي:

انصب اهتمام القائمين على سياسة التغطية الصحية الشاملة فيما سبق على التمويل وسبل الوصول إلى الخدمات، واليوم يجب إعطاء مزيد من التركيز والإهتمام على جودة الخدمة، وتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض –وهي المجالات التي يمكن أن تقوم فيها الممرضات والقابلات بدور بارز– إضافة إلى الاهتمام بالاستثمار في القوى العاملة في المجالات الصحية

1. الممرضات والقابلات مؤهلاتٌ تأهيلاً جيدًا للتعامل مع الاحتياجات الصحية المتغيّرة –لا سيما فيما يتعلق بالأمراض غير السارية– وتوفير مستويات أعلى على صعيد تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، وتقديم الدعم والإشراف اللازمَيْن للعاملين في مجال الصحة المجتمعية. ومع ذلك، تعاني الممرضات والقابلات في غالب الأحيان من عدم تمكينهن، وإمدادهن بالموارد وسبل الدعم اللازمة لتوظيف قدراتهن الكامنة التي تحصّلن عليها في مراحل التعليم والخبرة العملية، مما يعدّ هدرًا كبيرًا للغاية للمهارات والموارد.

2. هناك بالفعل العديد من الممرضات اللاتي قمن بأدوار متقدمة ومتخصصة، والكثير من الخدمات التي تقودها القابلات والممرضات في مختلف أنحاء العالم وأدّت إلى تقديم نماذج جديدة ومبتكرة للرعاية الصحية. وعليه، يمكن الاستناد إلى هذه النماذج في تحقيق توسّع سريع ومنخفض التكلفة في التغطية الصحية الشاملة عالية الجودة.

3. علاوة على ما سبق، أظهر استطلاع رأي أجري في سبع بلدان قبولَ الجمهور بنسبة كبيرة للخدمات التي تقودها الممرضات، حيث صرح أكثر من ثلثيّ المشاركين في الاستطلاع عدم اكتراثهم بمن يقوم على علاجهم في الأمراض أو الأعراض التي لا تشكل تهديدًا للحياة –سواءً أكان المعالجُ طبيبًا أم ممرضة– طالما تتوافر لديه التدريب الصحيح والمهارات المطلوبة. كما أعرب أكثر من 80 في المائة من المشاركين عن شعورهم بعدم وجود فرق بين الممرضات والأطباء باعتبارهم أعضاء مهمين في فرق الرعاية الصحية.

ومع ذلك، فقد أظهرت استطلاعاتٌ أخرى مدى معاناة العديد من الممرضات والقابلات اللواتي يعملن في أوضاع مزرية تفتقر إلى المعدات والدعم الكافيين، وبالتالي لا يتمكنّ من تقديم الخدمات المنوطة بهنّ على الوجه اللائق.

في التمريض والقبالة، تقابلها حاجةٌ لأطر تشريعية وتنظيمية وتعليمية فعّالة، إضافة لتوفير ممارسات توظيفية مناسبة. كما أن هناك ضرورة لإحداث تحوّل جذريّ في السياسات العالمية والوطنية من أجل التعرف على الأدوار التي يمكن للممرضات والقابلات إنجازها إذا ما أتيحت لهن فرصة سانحة للقيام بذلك.

يختتم هذا التقرير بوضع خطة واضحة المعالم، تحتل فيها الممرضات والقابلات مرتبة الصدارة، وتؤصّل لخطوات عملية يتعين على البلدان تبنّيها بغية تحقيق توسّع سريع ومنخفض التكلفة في التغطية الصحية الشاملة عالية الجودة، ومن ثمّ تحقيق الهدف الذي تصبو إليه جمعية الصحة العالمية.

القسم الأول: جميع الطرق تؤدي إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة

يتخذ هذا التقرير من التعريف الذي وضعته منظمة الصحة العالمية للتغطية الصحية الشاملة كنقطة انطلاق، حيث تعرّفه المنظمة على أنه:

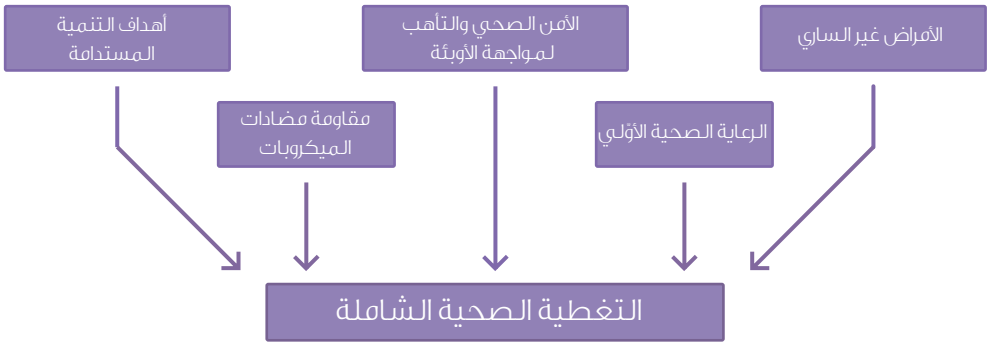
"أن يحصل كل الناس على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون أن يتعرضوا لضائقة مالية عند سداد مقابلها. وينبغي تغطية المجموعة الكاملة من الخدمات الصحية الضرورية والجيدة، بما في ذلك تعزيز الصحة والوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة، وذلك بجودة مناسبة تكفل فعّالية الخدمات."

في عام 2017، كتب الدكتور تيدروس أدهانوم غيبريسوس، المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، مايلي:

"جميع الطرق تؤدي إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتقع هذه القضية على رأس أولوياتنا في منظمة الصحة العالمية .... فالتغطية الصحية الشاملة هي حق إنساني يتمتع به الجميع وليس امتيازًا تحتكره فئة قليلة منهم." [1]

ويدلّ هذا التعريف الشامل للمنظمة، والالتزام الشخصيّ الذي قطعه الدكتور تيدروس على نفسه، دلالةً واضحة على أن قضية التغطية الصحية الشاملة قد أصبحت قاسمًا مشتركًا يؤلّف بين جميع السياسات الصحية على مستوى العالم تقريبًا، كما يبيّن الشكل رقم 1 أدناه.

الشكل رقم 1: جميع الطرق تؤدي إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة



وبالنظر لكل من هذه السياسات على حدة، نلحظ ما يلي :

- تعدّ التغطية الصحية الشاملة إحدى الركائز المحورية لتحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة، والذي يهدف إلى "ضمان تمتّع الجميع بحياة صحية وتعزيز الرفاه في جميع الأعمار" [2].

- تمثّل التغطية الصحية الشاملة جزءًا رئيسًا من السياسات التي تستهدف الارتقاء بمستوى الأمن الصحيّ والتأهب لمواجهة الأوبئة في شتى أنحاء العالم. وثمّة دليل يوضح أهمية وجود نظام صحيّ عالميّ يتميز بالمرونة لإدارة الأوبئة والتصدي لها؛ ألا وهو تفشي وباء الإيبولا في غرب أفريقيا عام 2014.

- ثمّنت خطة العمل العالمية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات أهمية وجود الأنظمة الصحية، وذلك لدورها في الوقاية من الأمراض والتحكم في الوصول إلى المضادات الحيوية .[3]

- أكدت اللجنة المستقلة الرفيعة المستوى التابعة لمنظمة الصحة العالمية والمعنيّة بالأمراض غير السارية والتي عقدت عام 2018 على وجود صلة وثيقة بين الأمراض غير السارية والتغطية الصحية الشاملة، وهو ما بدا جليًا في بيانها: "ينبغي أن تكون التغطية التي تتناول تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض غير السارية وإدارتها، بما في ذلك الاضطرابات النفسية، جزءًا من استحقاقات التغطية الصحية الشاملة، كما ينبغي تضمينها في حزمة المزايا العامة للتغطية الصحية الشاملة."[4]

- أعادت احتفالات 2018 بالذكرى الأربعين لإعلان ألما–آتا الصادر عن منظمة الصحة العالمية التأكيد على أن "الرعاية الصحية الأوّلية هي الرعاية الصحية الأساسية" و"المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسرة والمجتمع بالنظام الصحي الوطني، وهي تقرّب الرعاية الصحية بقدر الإمكان إلى حيث يعيش الأفراد ويعملون ..." [5]

وإذا ما امتزجت هذه السياسات مع بعضها البعض فسوف تكون المحصلة الحتمية الخروجَ بأنظمة صحية رصينة تمتاز باعطاءها مزيدًا من التركيز والعناية للرعاية الأولية وترتكز في أساسها على المجتمع؛ وتهتم بصورة أفضل بتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وتذليل العقبات الاجتماعية أمام صحة الأفراد؛ وتوفر خدمات عالية الجودة تركز على الفرد ويسهل وصول الجميع إليها. ولا تُغفل هذه الأنظمة الصحية، في الوقت ذاته، أي جانب من جوانب الصحة، سواءً الجوانب النفسية، أو البدنية، أو الاجتماعية، أو الثقافية، أو البيئية، أو الروحية. ومع حدوث هذه التغييرات، يمكن للممرضات والقابلات أن يقمن بدور أكبر في المستقبل

العبء المتغير للمرض

تعكس السياسات سابقة الذكر التحول في أنماط المرض في شتى أنحاء العالم، استهلالاً بالأمراض السارية وانتهاءً بالأمراض غير السارية، إذ بلغت نسبة الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية في عام 2015 حوالي 70 في المائة على مستوى العالم وما تزال هذه النسبة في ازدياد مستمر، ما يدفعنا إلى التأكيد على الدور المحوريّ الذي يمكن أن تقوم به الممرضات في هذا النطاق حال تبنّيهن نهج الرعاية الشاملة المتمركزة على الفرد .[6]

ورغم ذلك، فما تزال العديد من البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل تعيش تحت وطأة عبء رباعي الشكل للأمراض، يتجلى في: الأمراض السارية، والنسب المرتفعة لوفيات الأمهات، والإصابات الجسدية، والتأثير المتزايد للأمراض غير السارية ففي عام 2015، لقيت 303 آلاف سيدة حتفهنّ خلال الحمل أو الولادة، 99 في المائة منهن في البلدان النامية، وعددٌ أكبر بكثير عانين من إصاباتٍ أو أمراض. ولذلك فإن للقابلات دورًا محوريًا في مجابهة هذه المشكلات وخيمة العواقب.[7]

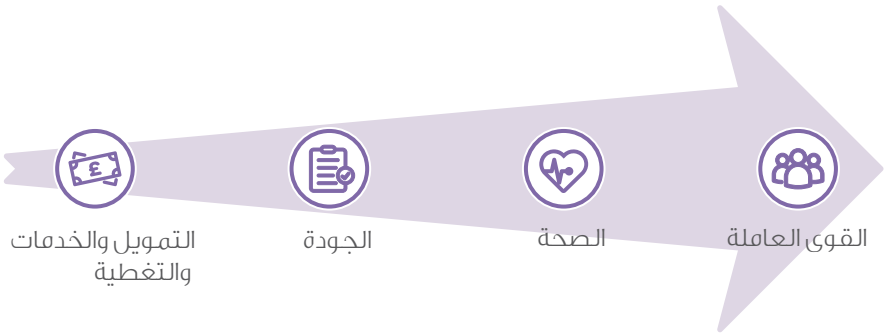
مراحل تطور سياسة التغطية الصحية الشاملة

ركّزت أولى سياسات التغطية الصحية الشاملة على تقديم الخدمات والتمويل، إذ وضع تقرير الصحة العالمي في 2010 الصادر عن منظمة الصحة العالمية مفهومًا للتغطية الصحية الشاملة يرتكز على محاور ثلاثة هي: تغطية السكان (مَن المشمول بالتغطية)؛ الخدمات (ما الذي يتم تغطيته)؛ والتكلفة (ما تكلفة الرعاية التي يتم تغطيتها).[8]

في هذا النموذج، تتحقق التغطية الصحية الشاملة بصورة تامة عند توافر جميع الخدمات لجميع الأفراد دون 'تكبّدهم' أية تكاليف. من الناحية العملية، أوصت منظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدوليّ البلدان التي تسعى لتحقيق التغطية الصحية الشاملة أن تستهدف تغطية نسبة 80 في المائة من السكان لتوفر لهم الخدمات الصحية الأساسية، مع حمايتهم من التكاليف الباهظة للرعاية.

وتظهر أهمية هذا النموذج في توضيحه المقايضات التي يلزم إجراؤها لتحديد كيفية توزيع الأموال، على سبيل المثال، بين زيادة تغطية الخدمة، من جانب، وحماية التمويل، من جانب آخر. وقد ناقشت دراساتٌ أخرى المزيد من الجوانب، ومن بينها آلية تمويل التغطية الصحية الشاملة، والاستراتيجيات التي ينبغي تبنّيها لتحقيق الاستدامة السياسية للتغطية الصحية الشاملة.[9]

الشكل رقم 2: مراحل تطور سياسة التغطية الصحية الشاملة



لا يصف هذا النموذج، على الرغم من مزاياه، كيف يمكن للتغطية الصحية الشاملة أن تبدو في الممارسات العملية –لا سيما من حيث الشكل، والمواصفات، وجودة الخدمات المطلوبة، على سبيل المثال– أو كيف يمكن الوصول إلى تلك التغطية. وتختلف هذه العناصر من بلد لآخر بناءً على عبء المرض، والفئة العمرية، والعوامل التاريخية والجغرافية والاجتماعية والاقتصادية لكل بلد.

كما لم يشر النموذج لجودة الخدمات المقدمة، مما قد يتسبب عكسيًا في ظهور البلدان التي تزيد من تمويل الخدمات رديئة الجودة وتسهّل الوصول إليها كما لو كانت تحرز تقدمًا في تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وقد أظهر تقرير جديد صدر عن منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع البنك الدوليّ ومنظمة التعاون الاقتصاديّ والتنمية ونُشر في يوليو 2018، تأكيدًا متزايدًا على أهمية مراعاة عنصر الجودة في جميع أوجه التغطية، وأوضح التقرير أن الخدمات ذات الجودة الرديئة ستتسبب لا محالة في الإضرار بالصحة.[10,11]

كما لم يتطرق النموذج إلى قضايا تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، فضلاً عن موضوعات صحة السكان والصحة العامة، ما يفسح المجال لظهور محفّزات ضارّة تؤثر على عمليتيّ التخطيط والتنفيذ.

ثمّة منطقة ثالثة ولعلّها المعوّق الأبرز في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، اغفلها النموذج، ألا وهي القوى العاملة. تشير التقديرات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي إلى الحاجة لنحو 40 مليون وظيفة جديدة في مجالات الرعاية الصحية والاجتماعية بحلول عام 2030، مدفوعةً بمزيج من العوامل المتمثلة في الزيادة السكانية، والشيخوخة، وتفاقم الأمراض غير السارية، والتقدم التكنولوجي، والاقتصاديات النامية.[12]

كما يتوقع التقرير أنه على الرغم من وجود بعض النمو في نسب القوى العاملة في المجالات الصحية، إلا أن ذلك لن يحول دون حدوث عجز يقدّر بـ 18 مليون عامل في المجالات الصحية بحلول عام 2030، لا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، الأمر الذي قد يجعل من تحقيق التغطية الصحية الشاملة أمرًا محفوفًا بالمخاطر.

سيكون للممرضات والقابلات دور أكثر أهمية في المستقبل، وبالتحديد فور تطوير سياسة التغطية الصحية الشاملة لتنطوي على عوامل الجودة، والتعزيز والوقاية، وتبرز في ثناياها مدى الحاجة لتطوير القوى العاملة.

القسم الثاني: التمريض والقبالة – في صميم التغطية الصحية الشاملة

التمريض والقبالة حول العالم

يأتي عمل الممرضات والقابلات في صميم جميع الأنظمة الصحيّة. ورغم اختلاف كلا الفريقين في نطاق الممارسة وظروف العمل، إلا أن هناك باقة من القيم ومنهجيات العمل المشتركة بينهما.
وقد أشار المجلس الدوليّ للتمريض إلى هذه الأرضية المشتركة بقوله:

"يشمل التمريض الرعاية الذاتية والتعاونية للأفراد من جميع الأعمار، والأسر، والمجموعات، والمجتمعات، المرضى منهم والأصحّاء، في كافة الظروف والأحوال. وينطوي التمريض على تعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض، ورعاية المرضى والمعاقين والمرضى في مرحلة الاحتضار. ومن بين الأدوار الرئيسة التي تقع على كاهل الممرضات، الدفاع عن المرضى، والترويج لبيئة آمنة، وإجراء الأبحاث، والمشاركة في صياغة السياسات الصحية وفي إدارة رعاية المرضى والأنظمة الصحية، والقيام بتعليم الغير." [13]

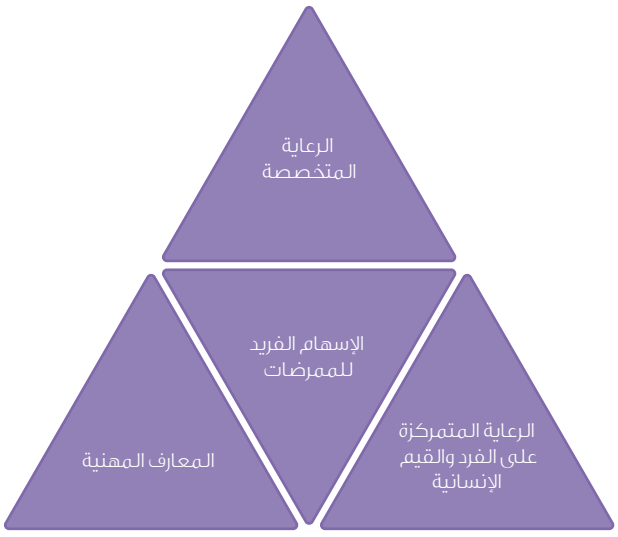
ولا يختلف نهج القابلات عن الممرضات، إذ يتبنين مفهوم الرعاية المتمركزة على الفرد ويضطلعن بباقة كبيرة من الأدوار خلال رعاية النساء في فترات الحمل، والولادة، ومرحلة ما بعد الولادة، ناهيك عن رعايتهن للأطفال حديثي الولادة.

تكشف هذه الأوصاف واسعة النطاق عن كيفية استجابة الممرضات والقابلات بمرونة لاحتياجات المرضى، من خلال تبني نظرة شمولية تراعي الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية والبيئية للصحة عوضًا عن النهج الطبيّ الحيويّ المحض الذي يقوم على الطب العلمي الغربيّ. ولقد عزت دراسةُ حديثة تلك المساهمة 'الفريدة من نوعها' للمرضات إلى مزيج من المعارف المهنية، والرعاية العملية المتخصصة، وتبني نهج الرعاية المتمركزة على الفرد، والتحلي بالقيم الإنسانية، كما هو موضح في الشكل رقم 3 أدناه.[14] وإضافة لما سبق، تضطلع الممرضات، بما لا يدع مجالاً للشك، بنفس الأدوار التي يقوم بها المهنيون، مثل صناعة السياسة، والقيادة، والدفاع عن المرضى.

يعتمد نطاق ممارسة الممرضات والقابلات على اللوائح القانونية والمهنية المعمول بها. فعلى سبيل المثال، يمكن للممرضات في العديد من البلدان توصيف جرعات الدواء، اجراء جراحة صغيرة أو تشغيل أو إدارة العيادات الخارجية أو إدارة المستشفيات، بينما تُفرض قيود محدودة على هذه الممارسات في بلدان أخرى.

كما تختلف العلاقة بين مهنتيّ التمريض والقبالة من بلد لآخر: ففي بعض البلدان تتولى معظم الممرضات المهام المسندة للقابلات، وفي البعض الآخر تتمايز كلتا المهنتين عن بعضهما البعض. ولا تتوافر لدى بعض البلدان سوى عدد قليل من القابلات، إنْ وجد أصلاً، وبالتالي تعمل ممرضات التوليد أو الممرضات في التخصصات العامة على مساعدة النساء أثناء الولادة.

الشكل رقم 3: الإسهام الفريد من نوعه للممرضات



المصدر: موضح في المرجع رقم 14

أعداد الممرضات والقابلات

تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى وجود 20.7 مليون ممرضة وقابلة في عام 2013 من أصل 43.5 مليون عامل في التخصصات الصحية حول العالم. وتستند هذه الأرقام إلى تقارير صادرة عن بلدان أدرج بعضها العمال غير المؤهلين ضمن تقاريره، بينما لم يفعل البعض الآخر. ومع أخذ هذا بعين الاعتبار، فمن المنطقيّ أن نفترض أن الممرضات والقابلات المؤهلات يمثلن نصف القوى المهنية العاملة في التخصصات الصحية حول العالم.[15]

لا توجد أرقام دقيقة تميّز القابلات عن الممرضات، غير أن أفضل التقديرات تشير إلى أن هناك ما بين ثلاثة أرباع مليون ومليون قابلة على مستوى العالم، إضافة إلى قيام نسبة كبيرة من ممرضات التوليد أو الممرضات العاملات في التخصصات العامة بالعناية بالنساء والأطفال حديثي الولادة.[16]

أما عن توزع الممرضات والقابلات، فهو غير متساوٍ مطلقًا حول العالم وفي داخل البلدان. ففي عام 2013، بلغ متوسط توزيع الممرضات والقابلات في البلدان ذات الدخل المنخفض حوالي 0،5 قابلة وممرضة لكل 1000 فرد، بينما بلغ متوسط توزيعهن في البلدان ذات الدخل المرتفع حوالي 6.5 قابلة وممرضة لكل 1000 فرد.[17] كما تراوحت نسب الممرضات والقابلات في القوى العاملة في التخصصات الصحية ما بين أقل من 25 في المائة إلى أكثر من 85 في المائة في أجزاء من أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

وبناءً على ما سلف، يتّضح أن الأعداد الحالية من الممرضات والقابلات لا يفي بمتطلبات الرعاية الصحية، سواءً في المرحلة الراهنة أو المستقبل. فقد كشفت إحصائيات منظمة الصحة العالمية لعام 2013 عن وجود عجز يقدّر بتسعة ملايين ممرضة وقابلة، وتنبأت بوجود حاجة لتوفير 19.2 مليون ممرضة وقابلة أخرى بحلول عام 2030. ومع المعدل الحاليّ للتوسّع، سيظلّ هناك عجز يبلغ حوالي 7.6 مليون ممرضة وقابلة في عام 2030.[18]

يقدم الجدول رقم 1 ملخصًا لهذه الأعداد.

الجدول رقم 1: أعداد الممرضات والقابلات في عام 2013

الأعداد على مستوى العالم	20.7 مليون؛ ما بين 0.75 وا مليون منهن قابلات.
التوزيع على مستوى العالم	في البلدان ذات الدخل المنخفض يتوافر 0.5 لكل 1000 فرد؛ وفي البلدان ذات الدخل المرتفع يتوافر 6.5 لكل 1000 فرد.
النسبة في القوى العاملة	متوسط يبلغ حوالي 50% حول العالم؛ يتراوح ما بين أقل من 25% وأكثر من 85%.
العجز العالميّ المتوقع	9.3 ملايين في الوقت الحالي، غير أن هناك حاجة لنحو 19.2 مليونًا بحلول عام 2030.

المصدر: منظمة الصحة العالمية (2013)

الإسهام المتزايد للممرضات والقابلات في الصحة والرفاه

هناك أسباب ثلاثة رئيسة تُعزى إليها إمكانية تقديم الممرضات والقابلات إسهامًا متزايدًا في الصحة والرفاه على الصعيد العالمي.

يتلخص أول هذه الأسباب في أن ما تتمتع به الممرضات والقابلات من قيم وممارسات قد أهلهنّ على نحو مثاليّ لتقديم رعاية شاملة ومتمركزة على الفرد، ولا تخفى حاجة العالم بأسره لهذا النوع من الرعاية لا سيما مع استمرار زيادة أعداد الأفراد المصابين بالأمراض غير السارية والأخرى المصاحبة للمراحل العمرية للإنسان.

أما ثاني الأسباب فيكمن في كون الممرضات والقابلات يعشن، غالبا، في المجتمعات التي يشملنها بالخدمة والرعاية، وبالتالي تتوافر لهن القدرة على فهم العادات والثقافات والوقوف على أفضل طرق تقديم الخدمات. وتحمل تلك الصلة الوثيقة بالمجتمع في طيّاتها إمكانية تقديمهن الدعم اللازم لتعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض، ومحو الأمية الصحية. ليس هذا فحسب، بل يتيح هذا القرب لهنّ فرصة اكتشاف العلامات المبكرة للمرض، ومن ثمّ الحيلولة دون تفشيه، فضلاً عن تحديد احتياجات المجتمع بصورة أفضل، وإطلاق برامج الصحة العامة، والمساعدة في معالجة بعض محددات الصحة الاجتماعية على نطاق أوسع.

تصف اللجنة الرفيعة المستوى التابعة لمنظمة الصحة العالمية والمعنيّة بالأمراض غير السارية هذا الدور الذي تقدمه الممرضات والقابلات وصفًا دقيقًا على النحو الآتي:

" في ظلّ تعدد تخصصات القوى العاملة في مجال الصحة، تقوم الممرضات بأدوار بالغة الخصوصية في تعزيز الصحة ومحو الأمية الصحية، إضافة لدورهنّ في الوقاية من الأمراض غير السارية والعمل على إدارتها. فمن خلال المعارف المتخصصة، والمهارات المتعددة، وفرص التطوير المهني، والدعم المالي المناسب، تحتل الممرضات مكانة فريدة من نوعها تجعل منهن ممارسات، ومدربات صحيّات، ومتحدثات فاعلات، ناهيك عمّا يقمن به من تزويد المرضى والأُسَر بالمعارف اللازمة خلال جميع مراحل الحياة."[19]

وبالنسبة لثالث هذه الأسباب، ففي الكثير من أنحاء العالم، غالبًا ما تكون الممرضات أول المتخصصين استقبالاً للأفراد، وأحيانًا ينفردن بذلك. وبالتالي، فهنّ بوابة الوصول للنظام الصحيّ الرسميّ بما يحويه من مستشفيات وخدمات متخصصة. ولا يقتصر دورهنّ عند هذا الحدّ، بل يقدمن يد العون للعاملين الصحيين في المجتمعات المحلية من خلال تقديمهنّ التدريب والإشراف اللازميْن، إضافة لكونهنّ نقطة الإحالة الأولى للأخصائيين الصحيين (راجع الشكل رقم 4).

الشكل رقم 4: الإسهام المتزايد الذي تقدمه الممرضات والقابلات للصحة والرفاه

العبء المتغير للأمراض

- المزيد من الأمراض غير السارية
- كبار السن وزيادة الأمراض المصاحبة لهم

الصلة الوثيقة بالمجتمع

- نماذج جديدة للرعاية تتميز بشموليتها وتمركزها على الفرد
- تعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض، ومحو الأمية الصحية
- معالجة المحددات الاجتماعية

أول أخصائيّ صحي

- بوابة الوصول للمستشفيات والمتخصصين
- مدّ يد العون للعاملين في الصحة المجتمعية، والإشراف عليهم، وتلقي طلبات الإحالة منهم

حملة «التمريض الآن»

لقي هذا الإسهام المتزايد احتفاءً ومناصرة من خلال حملة انطلقت في شهر فبراير 2018 تحت شعار «التمريض الآن». وتهدف هذه الحملة إلى الارتقاء بمستوى الصحة على الصعيد العالميّ من خلال تحسين صورة الممرضات ومكانتهن. كما تستهدف صنّاع السياسات وتحثّهم على دعم الممرضات لتولي القيادة، والحصول على المزيد من فرص التعلم، وبناء حركة عالمية.[20]

بدورها، حظيت هذه الحملة باستجابة مبهرة من الممرضات ومن المنظمات اللاتي يعملن بها. وفي غضون ثلاثة أشهر، تأسست في 40 بلدًا مجموعاتٌ تحمل اسم «التمريض الآن»، دون تمويل مركزيّ، وفي هذا دلالة واضحة على تأهب الممرضات ورغبتهن في خوض غمار التحدي والمشاركة بدور أكبر وأكثر أهمية في عملية تحسين الصحة على مستوى العالم.

النظرة العامة لمهنة التمريض

في إطار إعداد هذا التقرير، أجرى موقع YouGov استطلاعًا استقصائيًا قصيرًا (راجع الشكل رقم 6) للوقوف على نظرة الجمهور في سبعة بلدان للخدمات التي تقدمها الممرضات، والتعرف على مدى جاذبية التمريض كمهنة. وقد شارك في الاستطلاع 6,458 فردًا.

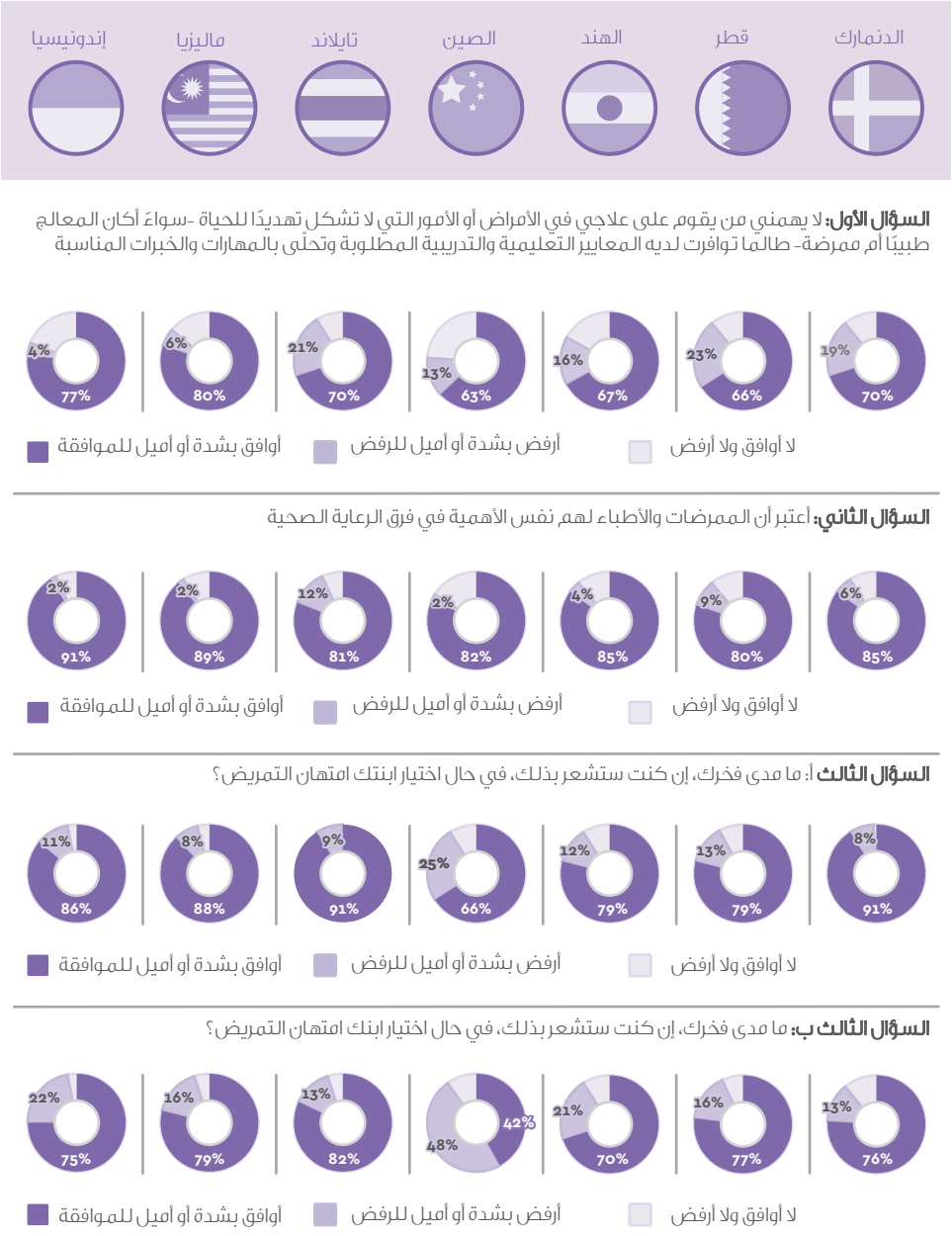
رغم أن هذا الاستطلاع لم يقدّم سوى نظرة جزئية عن التمريض في عديد قليل من البلدان، إلا أنه يظهر بوضوح تام أن الغالبية العظمى من المشاركين فيه يعربون عن سعادتهم بقيام الممرضات على علاجهم فيما يتعلق بالأمور التي لا تشكل تهديدًا للحياة، طالما كنّ يتمتعنّ بالمعايير التعليمية والتدريبية المطلوبة ويتحلّين بالمهارات والخبرات المناسبة؛ بل إن غالبيةً المشاركين أفصحوا عن اعتقادهم بأن الممرضات والأطباء لهم نفس الدرجة من الأهمية في فرق الرعاية الصحية. ومن ثمّ، ترجّح هذه النتائج وجود دعم هائل من الجمهور للممرضات لحثهنّ على الإسهام بشكل أكبر في الرعاية الصحية في المستقبل.

إضافة لما سبق، صرحت أغلبية كبيرة من المشاركين في الاستطلاع بفخرهم حال امتهان بناتهم لمهنة التمريض، بل إن الغالبية من جميع البلدان، باستثناء الصين، أكدوا فخرهم حال امتهان أبنائهم

الذكور لمهنة التمريض. وهذا يشيرالى أن هناك إمكانية لجذب الكثير من الأفراد، الذكور والإناث على حدّ سواء، لمهنة التمريض في المستقبل.

تم تحليل الاستطلاع بمزيد من التفصيل في الملحق رقم 1، وبما يراعي الاختلافات بين البلدان والفئات العمرية.

الشكل رقم 5: استطلاع للنظرة العامة لمهنة التمريض



المصدر: استطلاع أجراه موقع YouGov لصالح مؤتمر «ويش»

القسم الثالث: خدمات جديدة ومبتكرة

تقوم الممرضات والقابلات بدور رائد في العديد من الخدمات الجديدة والمبتكرة، والتي تُظهر جميعها ما يمكن الوصول إليه في المستقبل. يوضح الشكل رقم 6 بعض الأمثلة على هذه الخدمات والتي يمكن تقسيمها بصورة عامة إلى أربع مجموعات، وهي: تحسين الوصول للخدمات؛ وتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض؛ وتحسين الجودة؛ وإعادة تصميم الأدوار والتكنولوجيا.

الشكل رقم 6: خدمات جديدة ومبتكرة

تحسين الوصول

تقدّم المتمرسات في مهنة التمريض العديدَ من الخدمات المتخصصة، مثل رعاية المصابين بالأمراض غير السارية كالسكري والانسداد الرئوي المزمن، والتي أصبحت تدار الآن بشكل روتيني في العديد من البلدان من قبل الممرضات، مع استدعاء الأطباء عند الضرورة. دراسة الحالة رقم 1 هي مثال من بلد متوسط الدخل.

دراسة الحالة رقم 1: إدارة الأمراض غير السارية في تونغا[21]

بناءً على نموذج ناجح لممرضات الصحة الإنجابية في المجتمعات المحلية، قامت حكومة تونغا في عام 2012 بتنفيذ برنامج تجريبيّ في خمسة مراكز مجتمعية، اضطلعت فيه الممرضات المتخصصات في إدارة الأمراض غير السارية والمكرّسات لخدمة المجتمع المحليّ بمهمة تقديم باقة من الخدمات تتمثل في تعزيز الصحة، والكشف المبكر عن الأمراض، والوقاية من الأمراض، ومتابعة التزام المرضى بالعلاج، وإعادة التأهيل، وتسكين الآلام. بعدها، تم الارتقاء بمستوى المبادرة لتشمل: متابعة حالة المصابين بمرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية وجرعات الدواء؛ والمشاركة المجتمعية في برامج التمارين الرياضية والتغذية؛ وجمع البيانات والحد من عمليات البتر. وبناءً على هذه النتائج الواعدة، توسّع نطاق البرنامج ليشمل 20 مركزًا مجتمعيًا، وأتمّت 20 ممرضة من المتخصصات في خدمات المجتمع المحلي دبلوم التمريض المتقدم في الوقاية من الأمراض غير السارية واكتشافها وإدارتها. وستشارك هؤلاء الممرضات بدور كبير في الخطة الاستراتيجية 2015–2020 بشأن الأمراض غير السارية.

قد تكون الممرضة أو القابلة، في العديد من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، هي الأخصائيّ الصحيّ الوحيد الذي يراه السكان. ففي أوغندا، على سبيل المثال، يوجد أكثر من 2000 مرفق صحي حكومي ينحصر فيه تقديم الخدمات على الممرضات أو القابلات. وفي هذه الحالة، تقوم العديد من الممرضات والقابلات بتدريب مهنيي الصحة في المجتمعات المحلية، التي قد تكون نائية إلى حد بعيد، والإشراف عليهم، إضافة إلى تلقي طلبات الإحالة منهم. ثمّة مثال آخر، ففي عام 2014 أطلقت حكومة كوت ديفوار بالاشتراك مع منظمة Jhpiego الصحية الدولية، وهي منظمة غير ربحية تتخذ من الولايات المتحدة مقرًا لها، مبادرة تهدف إلى تحسين وصول الرعاية للذين يعانون من الأمراض غير السارية. وبموجب هذه المبادرة، تقود الممرضات الخدمات المقدمة للمجتمع المحليّ، سواءً في المنازل أو مراكز الصحة المحلية، كما تشرفن على الأعمال التي يقوم بها العاملون في مجال الصحة المجتمعية.[22]

كذلك يتسنى للممرضات والقابلات، اللاتي غالبًا ما يعشن في المجتمع الذي يعملن فيه، التعرف على احتياجات السكان المعزولين وأولئك الذين يصعب الوصول إليهم، وبالتالي تصميم الخدمات وفقًا لتلك الاحتياجات (راجع دراسة الحالة رقم 2).

دراسة الحالة رقم 2: الوصول إلى المجموعات التي يصعب الوصول إليها[23]

في عام 2013، وضعت ممرضة في مستشفى ألبرت آينشتاين في ساو باولو خدمة تسمى 'Bar Talk' أو 'الحديث في البار' للرجال الذين يعيشون في مقاطعة بارايسوبوليس، والذين لم يتسن لهم عمومًا استخدام الخدمات الصحية إلا في الحالات الطارئة.

قامت الممرضة بعقد الاجتماعات بصفة شهرية في البارات المحلية مع الرجال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 20 و59 سنة.

استغرق كل من هذه الاجتماعات حوالي ساعتين، تم خلالها تغطية موضوعات كان يشعر الرجال أن مناقشتها محظورة بدرجة كبيرة. وبعد أسبوع من الاجتماع، التقت بهم الممرضة في عيادة متابعة أطلقت عليها اسم 'After Bar'، وهي جزء من مركز الرعاية الصحية الأولية، لتشاورهم حول احتياجاتهم الصحية بمزيد من التفصيل.

وعلى مدار سنوات أربع لاحقة، ازدادت زيارات الذكور لمركز الرعاية الصحية الأولية بنسبة 80 في المائة، ما أسهم في توسيع نطاق المبادرة في وقتنا الراهن لتشمل العديد من البارات في المنطقة.

تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض

يمكن للممرضات والقابلات الإسهام بشكل فعّال للغاية في تعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض، ومحو الأمية الصحية. فمثلاً، تتولى القابلات في منطقة فايف بإسكتلندا قيادة خدمة متخصصة يطلق عليها 'Quit4Life' أو "أقلع من أجل حياة أفضل"، وهي خدمة تتسم بالمرونة ومراعاة حال المدخنين وعدم إطلاق الأحكام عليهم. تقدم هذه الخدمة دعمها للنساء الحوامل في المنازل وأزواجهن الذين يكافحون للإقلاع عن التدخين.[24]

كذلك، تدعم الممرضات في غالب الأحيان مساعي تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض بوصفهن عناصر فاعلة ضمن الفريق الصحي الأكبر (راجع دراستَي الحالة 3 و4).

دراسة الحالة رقم 3: تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض في سريلانكا[25]

تعتبر أمراض القلب والأوعية الدموية هي المسببات الرئيسة للوفاة في سريلانكا، والتي تعاني من عبء كبير جراء الأمراض غير السارية. تقدم الممرضات العاملات في مستشفى سريلانكا الوطني خدمات التوعية في إطار فريق متعدد التخصصات، وتشمل هذه الخدمات: التقييم البدني؛ ومراقبة ضغط الدم؛ واختبار مستويات السكر في الدم؛ وقياس الطول والوزن؛ وتحليل الدم والبول؛ وتنظيم الأسرة ورعاية الخصوبة؛ والدعم الغذائي؛ وعيادة طب العيون؛ وعيادة الأذن والأنف والحنجرة؛ والتثقيف الصحي للوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها؛ والاستشارات المتعلقة بأساليب الحياة الصحية؛ وممارسة التمرينات الرياضية وإدارة الوزن؛ والنوم وعلاقته بالصحة؛ والصحة النفسية ودور التأمل فيها. نتيجة لذلك، استقبلت العيادات على مدار ثلاث سنوات ما يزيد عن 300 ألف فرد.

دراسة الحالة رقم 4: تحسين الصحة النفسية في مدارس البرتغال[26]

يحتل الانتحار المرتبة الثالثة بين أسباب الوفاة بين المراهقين في البرتغال، كما أن الإصابات التي يسببها الشخص لنفسه في هذه الفئة العمرية في ازدياد. واستجابةً لهذا الخطر، قامت مجموعة من الممرضات بتنسيق برنامج متعدد التخصصات، يتفاعلن من خلاله مع المدرسين وموظفي الخدمات المساعِدة في المدارس وأولياء الأمور والطلاب. ويهدف البرنامج إلى تعزيز مبادئ الرفاه وتقدير الذات، ووضع استراتيجيات التكيّف، ومحاربة الإحباط والاكتئاب. ولم تمض سنوات سبع حتى بدت آثار إيجابية عمّت كافة المناحي المنشودة، ولوحظ انخفاض كبير في أعراض الاكتئاب التي تؤدي في نهاية المطاف إلى السلوك الانتحاري.

توجد كذلك العديد من الأمثلة التي توضّح قيام الممرضات بمواجهة المحدّدات الاجتماعية المتعلقة باعتلال الصحة بشكل مباشر من خلال تناول قضايا ذات صلة بالإسكان، أو توافر الطعام، أو المياه النظيفة أو التعليم، أو مجابهة العنف ضد المرأة. ففي إطار حملة «التمريض الآن»، على سبيل المثال، قامت رئيسة التمريض في جمايكا والقسم التابع لها بالتواصل مع السكان المحليين لمعالجة قضايا العنف ضد المرأة. ويمزج البرنامج الذي وضعته الحملة في طياته بين تثقيف السكان وتوعيتهم من جانب، وتقديم الرعاية وسبل العلاج لضحايا العنف وأطفالهم من جانب آخر.[27]

الجودة والتحسين

تقع الجودة والرعاية المتمركزة على الفرد في صميم فلسفة التمريض والقبالة وممارساتهما. تظهر دراسة الحالة رقم 5 أن مشاركة الممرضات اللاتي يعملن مع المرضى والقائمين على الرعاية في الهند كان لها تأثير مفيد على النتائج الصحية.

دراسة الحالة رقم 5: العمل مع المرضى والقائمين على الرعاية[28]

في عام 2013، قامت مجموعة مستشفيات ناريانا، التي تتخذ من الهند مقرًا لها، وكليّة التصميم في جامعة ستانفورد الأمريكية بتصميم برنامج "رفيق الرعاية" (Care Companion) لتثقيف المرضى والقائمين على الرعاية.

في إطار هذا البرنامج، تقوم إحدى الممرضات بتحديد موعد مع المرضى الذين ينتظرون إجراء جراحة القلب والقائمين على رعايتهم قبل الجراحة لمناقشة أفضل السبل الممكنة لتحسين مستوى صحة المرضى قبل الجراحة، والوقوف على الأمور المتوقعة بعد إجرائها؛ ثم بعد الجراحة، تقوم الممرضات بتوجيه المرضى وأقربائهم حول متطلبات الرعاية بعد العمليات الجراحية، ومن ذلك تعليمهم كيفية قياس النبض وضغط الدم وتسجيلهم.

كما أسدت الممرضات للمرضى وأقربائهم النصائح المتعلقة بالعناية بالجروح، وكيفية تطهيرها، وما يجب عليهم القيام به حال حدوث مضاعفات.

في هذا الصدد، أظهرت دراسات تجريبية زيادة نسبة فهم المرضى لدلالات المؤشرات الحيوية بمقدار 42 في المائة، والإلمام بالمضاعفات بمقدار 30 في المائة، والشعور بالاستعداد للخضوع للجراحة بمقدار 38 في المائة. توسع نطاق البرنامج ليُستخدم في وحدات العناية المركزة الأخرى، وتولّت الممرضات مسؤولية إدارته. كما أظهر عدد من التقييمات الأخرى انخفاض المضاعفات اللاحقة للجراحات بنسبة 36 في المائة، والقلق بنسبة 74 في المائة.

إعادة تصميم الأدوار والتكنولوجيا

تكشف معظم الأمثلة التي أوردها هذا التقرير اكتساب الممرضات والقابلات لمجموعة من المهارات الجديدة، ولكنْ في نطاق الممارسات اليومية المعتادة. غير أن هناك أمثلة أخرى توضّح كيفية توسّع الممرضات والقابلات في ممارسة هذه المهارات والاضطلاع بأدوار ومسؤوليات كانت تلقى في وقت سابق على كاهل غيرهن من المتخصصين في الرعاية الصحية، وهي العملية التي توصف في بعض الأحيان بأنها عملية تغيير مهام، أو المشاركة في المهام، أو تغيير مزيج المهارات. فعلى سبيل المثال، تعدّ الممرضات الممارسات، اللواتي استحدِثت مهنتهن في الولايات المتحدة قبل ٥٠ عامًا، أكثر فعّالية من حيث التكلفة مقارنةً بالأطباء في الكثير من مرافق الرعاية الصحية، كما أنهن أكثر رغبة من الأطباء للعمل في أماكن الرعاية الأوّلية والأماكن ذات الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية العالية.[29]

تتولى الممرضات الممارسات، والممرضات المستشارات والممرضات المتخصصات، ذوات المستوى المتقدم، في وقتنا الراهن العديد من الأدوار المتنوعة، بما في ذلك: إدارة العيادات، وإنهاء الإجراءات، وتوصيف الأدوية. ففي جنوب أفريقيا، مثلًا، سمحت التغيرات التي أدخلت على السياسة الوطنية للممرضات والأخصائيين الآخرين من غير الأطباء، بتلقي دورات تدريبية في كيفية تقييم مرض فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/الإيدز، وتشخيصه وإدارته -وفي بعض

الحالات، إدارة العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية- مما أسهم في إدخال تحسينات كبيرة على الرعاية الصحية هناك.[30]

وفي موزامبيق، تلقت الممرضات وغيرهن من مهنيي الصحة تدريبًا على تقديم خدمات الرعاية في حالات التوليد الطارئة، بحيث تمكن هؤلاء من إجراء العمليات القيصرية في المناطق الريفية النائية، وهي المناطق التي كانت تفتقر لمثل هذه الخدمات فيما سبق. وقد أظهر أحد البحوث المحكّمة أن النتائج التي حققتها الممرضات يمكن مقارنتها بالتي حققها الأطباء في نفس الظروف وبيئات الرعاية، في حين أن التكلفة تقلّ بشكل كبير عن تكلفة الأطباء.[31]

كما أتاح التقدم التكنولوجي لمهنيي الصحة أداء المهام التي كانت تقع فيما مضى خارج نطاق تخصصاتهم المهنية، ومن ثمّ أفسحت المجال للمهنيين الآخرين للتركيز على المهام ذات التكلفة الباهظة (راجع دراستَي الحالة 6 و7).

دراسة الحالة رقم 6: القابلات يستخدمنّ جهاز 'التصوير بالموجات فوق الصوتية'[32]

نجح مستشفى جامعة الآغاخان في نيروبي في وضع برنامج تدريب للقابلات على استخدام جهاز 'التصوير بالموجات فوق الصوتية' في مراكز الخدمات الصحية. وانطوى التدريب على تطوير كفاءاتهن في استخدام المنصات اللوحية، وبرمجيات الرعاية الصحية المتصلة (teleradiology CCC)، ومتصفح إنترنت إكسبلورر، والتقنيات المتنقلة. أسهم البرنامج في زيادة إمكانية الوصول لجهاز 'التصوير بالموجات فوق الصوتية' في ثلاث عيادات للتوعية، مع الحصول على نتائج موثّقة في الكشف المبكر وإحالة حالات الحمل المعرّض للخطر.

لقد كان مفتاح النجاح في جميع هذه الأمثلة يعود الى التخطيط الدقيق، والقيادة الجيدة، والتنفيذ المنهجي.[34] فمما لا شك فيه أن تغيير الأدوار في المهنة الواحدة يؤثر على غيرها من المهن، ومن ثمّ يتعين الوقوف على الآثار، التي تتبع هذا التغيير وتشمل النظام برمّته، وإدارتها. ومع ذلك، فقد تحدث بعض التوترات بين المهنيين، وقد تنشأ بعض الخلافات حيال نطاقات التخصص المهنيّ، ومثل هذه الخلافات لا تدار بشكل جيد.

أما إحدى طرق إدارة التغيرات فتتمثل في مراجعة أدوار جميع الممارسين العاملين في النظام الصحي، وهي المهمة التي يمكن لـ'مجموعة أدوات المنهج العمليّ للرعاية' (PACK)، بحسب التوصيف الوارد في دراسة الحالة رقم 8، القيام بها من خلال التركيز على تحديد هوية الأشخاص وتعيين الأدوار المنوطة بهم في النظام الصحي، مع التحقق من إلمام الجميع بالصلاحيات والاختصاصات المسندة لكلٍّ منهم.

دراسة الحالة رقم 7: الرعاية داخل وحدة العناية المركزة في الهند[33]

قامت وحدة العناية المركزة للقلب في مستشفيات ناريانا بإجراء تجربة على استخدام جهاز لوحي متصل لاسلكيًا بأجهزة مراقبة المرضى، مع إدخال بيانات القياس على أداة لدعم اتخاذ القرارات السريرية، والتي تستخدمها الممرضات لإدارة عملية رعاية المرضى. فعلى سبيل المثال، عند انخفاض مستويات الأكسجين تصل الإشارة في الحال إلى الجهاز الذي يقترح بدوره الإجراءات التي يتعين على الممرضة اتخاذها، مثل فحص توصيل الأنبوب الرغامي. واستخدام أداة الدعم هذه تعني أن الممرضات قادرات، عوضًا عن الأطباء، على اتخاذ قرارات سريرية وإدارة عملية رعاية المريض المقيم، ما يمنح الأطباء المزيد من الوقت للتركيز على المهام الأخرى.

دراسة الحالة رقم 8: نظام 'مجموعة أدوات المنهج العمليّ للرعاية' لإدارة الرعاية عبر المهن[35]

في عام 2000، قام طبيب مختص في أمراض الجهاز التنفسيّ في جنوب أفريقيا بتطوير خوارزميات قائمة على الأدلة لإدارة الحالات المزمنة الشائعة في الرعاية الأوّلية، ومن ثم تدرّبت فرق الرعاية الأوّلية (الأطباء والممرضات والصيادلة) على استخدامها. تم ترميز المبادئ التوجيهية بألوان مميزة لتحديد مهنيّ الصحة المؤهل لأداء كل مهمة، ما أتاح للمهنيين العمل بثقة مطلقة وفقًا لما تخوّله الرخص الممنوحة لهم من صلاحيات يمكنهم القيام بها.

واليوم، تم تقييم 'مجموعة أدوات المنهج العمليّ للرعاية' باستخدام أربع مجموعات براغماتية من أنماط البحث العلميّ المعروفة باسم «التجارب المعشاة المنضبطة بالشواهد»، والتي بدورها أظهرت تحسّن معدلات اكتشاف الحالات والوصول لدقة أفضل في توصيف جرعات الدواء. كما أوضحت هذه الأنماط تحسّن النتائج الصحية طويلة الأمد للمرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. ومما ينطوي عليه هذا المنهج، إجراء مزيد من زيارات الرعاية الأوّلية وانخفاض في عدد حالات دخول المستشفيات وقصر مدة الإقامة فيها، وهي نتائج لاقت استحسان الموظفين.

وعليه، توسّع نطاق تطبيق 'مجموعة أدوات المنهج العمليّ للرعاية' ليشمل في وقتنا الراهن أغلب الحالات الشائعة في الرعاية الأوّلية، بما في ذلك الصحة النفسية، والرعاية السابقة للولادة، وفيروس نقص المناعة البشرية. كما توسّع النطاق الجغرافي لتطبيق المجموعة، حيث أدرجت في برنامج الصحة الأوّلية التابع لوزارة الصحة في جنوب أفريقيا، وانتقل بنجاح إلى ملاوي وبوتسوانا ونيجيريا والبرازيل. استغرق الأمر في كل مرة ستة أشهر لتكييف المبادئ الخاصة بالمجموعة بحيث تراعي التشريعات المحلية وتناسب المسارات المتبعة في هذه البلدان لعمليات الإحالة.

القسم الرابع: زيادة إسهام التمريض والقبالة في التغطية الصحية الشاملة لأقصى درجة

تظهر هذه الأمثلة وجود طاقة هائلة وزخم كبير لإنشاء خدمات جديدة ومبتكرة للرعاية الصحية، تقوم فيها الممرضات والقابلات بأداء أدوار بالغة الأهمية، الأمر الذي يسهم بلا شك في تحسين الخدمات المقدمة للسكان.

غير أن علينا التغلب على بعض المشكلات العالقة إذا ما أردنا لهذه الخدمة أن تصبح القاعدة الأساسية في كل مكان وأن نزيد من إسهام الممرضات والقابلات إلى أقصى درجة.

عقبات في طريق التقدم

تكشف الممرضات في جميع أنحاء العالم عن مكابدتهن العديد من المشكلات. فعلى سبيل المثال،

- كشفت المقابلات التي أجريت مع عدد من الممرضات في ١٥ بلدًا في عام 2016 عن العقبات التالية:[36]
- نقص الموظفين على نطاق واسع
- ضعف الأجور وغياب فرص الترقية
- تردي مستوى المرافق ونقص المعدات والأدوية
- عدم كفاية فرص التعليم والتدريب
- عدم فعّالية اللوائح التنظيمية والإخفاق في تطبيق معايير الجودة
- وجود عقبات في عمليتي التوظيف والاحتفاظ بالموظفين

ضعف القيادة وسوء الممارسات الإدارية

لا تقع هذه النتائج بمنأىً عن الواقع المشاهد، بل إنها تحمل دلالة واضحة على نقص الاستثمار في التمريض والقبالة وعدم منح هذه المهن الأولوية المطلوبة في العديد من البلدان.[37] كما أن مثل هذه المشكلات لا تشير إلى الحاجة الماسّة لتوفير الموارد فحسب، بل تدعو أيضًا لتوفير التشريعات واللوائح التنظيمية وفرص التعليم وممارسات التوظيف المناسبة.

وترتبط هذه المشكلات أيضًا بالصورة النمطية للممرضات والقابلات، والتي عبّرت المشاركات في المقابلات عنها بالتأكيد على شعورهن بـ"التهميش" و"الاستخفاف" "والتقليل من قدرهنّ" وعدم "المشاركة في صناعة القرار" و"الدونية"، بل أوضح العديد من المشاركات عجزهن عن العمل في حدود الاختصاصات الممنوحة لهن أو "وفقًا لما تخوله الرخص الممنوحة لهن".

تصعب معالجة هذه المشكلات بسبب ضعف البيانات الخاصة بالقوى العاملة في التخصصات الصحية، ما يعني أن المشكلات ذاتها ليست واضحة لصنّاع السياسات. وعلاوة على ذلك، تُنحّى القضايا المرتبطة بالتمريض والقبالة، في كثير من الأحيان، عن السياسات الرئيسة، أو يتم تداولها في عزلة تامة داخل أقسام الموارد البشرية أو سياسات التمريض، دون إعطاءها القدر المطلوب من الأهمية.

ومما يفاقم من تعقيد هذه المشكلات، تنحية الممرضات والقابلات، بصورة عامة، عن المشاركة في صناعة القرار أو التخطيط، فلا مكان لهنّ في مجالس الإدارة أو اللجان الإدارية العليا، ولا مراعاة لرؤاهنّ العملية المتميزة حيال الاحتياجات الصحية ومتطلبات تقديم الخدمات في عمليات اتخاذ القرار.

الفرص

في حين تمثّل المشكلات السابقة الذكر هدرا هائل للمهارات والموارد، يعدّ تناول هذه المشكلات واستيعابها واقترام الحلول لها فرصةً سانحة للارتقاء بمستوى الخدمات. وتشير هذه الاعتبارات والدلائل التي أبرزت ما يمكن للممرضات والقابلات تحقيقه إلى ضرورة اتخاذ أربع خطوات لزيادة فرص مساهمتهن، وهي كالتالي:

1- رفع مستوى التمريض والقبالة والارتقاء بهاتين المهنتين، بحيث يتسنى لصنّاع السياسات والمخططين الوقوف بصورة أفضل على مدى الإسهام الذي يمكن لهنّ تقديمه

2- إشراك قادة التمريض في تخطيط الخدمات بحيث تسهم رؤى التمريض في تصميم الخدمات وتشغيلها

3- التحقق من وجود ترتيبات فعّالة للتشريعات واللوائح التنظيمية وفرص التعليم والتوظيف، بحيث تدعم الجودة وترتقي بالمعايير

4- تنفيذ نظام 'حسابات الموارد البشرية' وفقًا لمتطلبات منظمة الصحة العالمية، وتحسين جودة البيانات.

تكمن أكبر فرص التنمية، كما يبدو، في الرعاية الأوّلية والصحة العامة، وهو ما أوضحته العديد من الأمثلة في القسم الثالث.

وقد ازدادت أهمية هذه المجالات بصورة كبيرة في السياسة العالمية نظرًا لتغير المرض وزيادة الحاجة لرعاية مجتمعية طويلة الأجل تركّز بصورة أعمق على تعزيز الصحة والوقاية من المرض ومحو الأمية الصحية. ولا يقتصر الأمر على امتلاك الممرضات القدرة على فعل ذلك، بل لقد أثبتت الشواهد أن مثل هذه الأعمال تبدو غير مستساغة أو شائعة لدى الأطباء في شتى أنحاء العالم.

على الجانب الآخر، انخفضت شعبية امتهان الأطباء لتخصص الممارسة العامة بصورة ملحوظة. ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، وُجد بين عامي 2001 و2010 انخفاض بنسبة 6.3 في المائة في أعداد الأطباء الخريجين الملتحقين بتخصص الرعاية الأوّلية، في مقابل زيادة نسبتها 45 في المائة في أعداد الأطباء المقيمين الملتحقين بالتخصصات الطبية والجراحات الفرعية. ورغم أن البيانات الصادرة على المستوى الوطني في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط محدودة، إلا أن استطلاعات آراء طلاب كليّات الطب أظهرت تفضيل الطلاب بدرجة كبيرة جدًا للتخصصات الطبية على حساب الممارسة العامة. وعلى نفس الشاكلة، أظهرت الاستطلاعات اختيار نسبة تقل عن 10 في المائة من الطلاب في مصر والهند والأردن وتونس وتركيا تخصص طب الأسرة.

إن تطوير مهنتيّ التمريض والقبالة يمثل فرصة حقيقية لسدّ هذه الفجوة، ففعّالية هاتين المهنتين تعادل تمامًا ما يقوم به أطباء الرعاية الأوّلية في العديد من الأشياء -إضافةً لكونهما مقبولتين لدى الجمهور كما سبق بيانه (راجع الصفحة رقم 10). ومما تتميز به هاتان المهنتان استغراقهما القليل من الوقت في عملية التدريب، وانخفاض تكاليف التدريب والتوزيع المرتبطة بهما، غير أن ثمّة عوامل حاسمة في عملية التمكين يجب القيام بها لتنمية المهارات المتصلة بهاتين بنجاح،

ومن هذه العوامل:[38]

- **التشريعات التمكينية** –أي إصدار قانون خاص بالممرضات والقابلات أو الممارسين الصحيين، مع شموله على مواد خاصة بالممارسات والتخصصات المتقدمة، وتقاسم المهام، وقيام الممرضات بوصف جرعات الدواء.

- **اللوائح التنظيمية الفعّالة** - أي وجود هيئات لترخيص الممرضات والقابلات، واتحادات مهنية قادرة على وضع وتطبيق نطاقات واضحة المعالم لممارسة الأدوار الصحية الأساسية والمتقدمة والمتخصصة.

- **توفير برامج تعليمية للممرضات تتميز بسهولة الوصول إليها ومعقولية أسعارها وارتفاع جودتها** - بدءًا ببرامج التأهيل الأساسي ووصولاً إلى برامج التأهيل المتقدم والمتخصص.

- **التزام أصحاب العمل** - أي استعدادهم لتوظيف الممرضات والقابلات في وظائف متقدمة ومتخصصة وبممارسات توظيفية جيدة.

لا ريب أن هذا التطوير سيستغرق وقتًا، لكن الأدلة التي أوردها التقرير تشير إلى أنه لم يعد من غير الواقعيّ أن نفترض تولي الممرضات والقابلات، مع مرور الوقت، دفة القيادة في الرعاية الأولية، والإشراف على العاملين في مجال الصحة المجتمعية وغيرهم من الموظفين، والاضطلاع بمسؤولية إحالة المرضى للأطباء المقيمين في المستشفيات لفحصهم وفقًا لتخصصاتهم.

القسم الخامس: التوسّع السريع ذو التكلفة المنخفضة في التغطية الصحية الشاملة ذات الجودة العالية

لا تشير السياسة العالمية الحالية بشأن التغطية الصحية الشاملة إلى القوى العاملة، وبالتالي إلى التمريض والقبالة، إلا بصورة نادرة. ويعدّ هذا الإغفال بالغ الخطورة لأنه يقلّل من أهمية جدارة القوى العاملة بإحداث التغيير. لنأخذ مثالاً بسيطًا على ذلك، سيكون هناك تأثير عميق على سرعة تحقيق التغطية الصحية الشاملة وفعّاليتها إذا ما تم تمكين قطاع بالغ الأهمية من القوى العاملة لتولي مهام بشكل أكثر فعّالية أو إسناد أدوار جديدة له.

وعلى الجانب الآخر، إذا لم يتم التوسّع في القوى العاملة في المجالات الصحية وتطويرها بسرعة، فبكل بساطة لن يتسنى تحقيق هدف جمعية الصحة العالمية المتمثّل في انتفاع مليار فرد جديد من التغطية الصحية الشاملة في غضون خمس سنوات.

توسّع سريع

يعوّل الهدف الطموح لجمعية الصحة العالمية بشدة على الاستفادة المثلى من القوى العاملة الحالية، وكذا على زيادة معدّل إنتاج مهنيي الصحة -لا سيما الذين يمكن تدريبهم في أقل من خمس سنوات.

وتشير الحجج الواردة في هذا التقرير إلى إمكانية وصول البلدان لهذا التوسّع السريع من خلال تبني استراتيجية تمزج بين الاستثمار في القوى العاملة والتغييرات التي يمكن إدخالها على عمليات تقديم الخدمات وممارستها من خلال:

- التوسّع في القوى العاملة
- تمكين جميع مهنيي الصحة من العمل بكامل إمكاناتهم
- مراجعة أدوار مهنيي الصحة عبر تطبيق نظام متكامل وتنفيذ عمليات تغيير المهام، حيثما كان ذلك مناسبًا
- زيادة التركيز على تعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض، ومحو الأمية الصحية، والكشف المبكر عن الأمراض
- تطوير الرعاية الأوّلية

بالنسبة للممرضات والقابلات، فالأمر يعني البناء على التطورات المبتكرة والجديدة التي ساقتها الأمثلة السابقة الموضحة في القسم 3 ، وإزالة الحواجز التي تعوق التقدم التي تم تحديدها في القسم 4 ، وتوسيع الأدوار الموكلة لهن في الرعاية الأولية والصحة العامة كما هو مبين في هذا القسم.

التوسع ذو التكلفة المنخفضة

إن تمكين مهنيي الصحة من العمل بكامل إمكاناتهم، ومراجعة الأدوار الموكلة لهم وتوسيعها، عندما يكون ذلك مناسبًا، سيحسّن أيضًا من فعّالية التكلفة والإنتاجية.

تشير الأدلة المتوافرة إلى أن الممرضات والأطباء يعملون دون إمكاناتهم الكاملة، حتى بدون أخذ مسألة تقاسم الأدوار بعين الاعتبار. وفي هذا الصدد، أعلنت منظمة التعاون الاقتصاديّ والتنمية النتائج التي توصلت إليها دراستان تبحثان في قضية «عدم تطابق المهارات» في المستشفيات التابعة للمنظمة،[39] حيث وجدت الدراسة الأولى أن 76 في المائة من الأطباء و79 في المائة من الممرضات يشعرون بأدائهم لمهام تقع دون مستوى التأهيل الحاصلين عليه. في الوقت ذاته، وجدت الدراسة الثانية أن العدد الأكبر من الأطباء والممرضات يشعرون بأن لديهم من المؤهلات ما يفوق وظائفهم، وليس العكس. كما انتهت دراسةٌ حول التمريض أجريت في تسعة بلدان تابعة للاتحاد الأوروبيّ إلى نتائج مماثلة، وهي المحصلة التي انتهت إليها أيضًا المقابلات التي شملت عددًا من الممرضات وسبق ذكرها في في القسم 4.[40]

إضافة لما سبق، يمكن لعملية تقاسم المهام أن تسهم في توسيع نطاق ممارسة الممرضات بصورة كبيرة، إذ قدّرت إحدى الدراسات أن الممرضات المتقدمات يمكنهن استكمال حواليّ 70 في المائة من عبء عمل الممارس العام، وغالبًا ما يكون ذلك في إدارة الأمراض البسيطة الحادة ورعاية الحالات المزمنة طويلة الأمد.[41] وقد بدأت العديد من البلدان في وقتنا الراهن في بناء نماذج القوى العاملة لديها استنادًا لمثل هذه النتائج. فعلى سبيل المثال، تتوقع نماذج القوى العاملة في هولندا أن إعادة توزيع المهام لتُنْقَل من الممارس العام للممرضة سيقلّل من الطلب على الممارس بنسبة تتراوح بين 0،6 و1.2 في المائة سنويًا. وبالمثل، تتوقع نماذج القوى العاملة في سويسرا أن يسهم استبدال المهام

في إبطاء نمو الاستشارات المطلوبة من الممارس العام من 13 في المائة إلى 2 في المائة سنويًا. كما توصلت دراسة منهجية حديثة إلى إسهام عملية تقاسم المهام في مساعدة البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط في توفير تكاليف الخدمات وتحسين كفاءتها دون التأثير على النتائج الصحية.[42] وظهرت قوة الأدلة البحثية لهذه الدراسة لتقاسم المهام في أمراض السل وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، مع وجود أدلة إضافية على إمكانية توفير التكاليف في إدارة أمراض الملاريا، والأمراض غير السارية، والأمراض المدارية المهملة، وأمراض الطفولة وغيرها من الأمراض.

ولا يتوافر سوى القليل من البحوث التي تتناول فعّالية تكلفة الخدمات التي تتولى تقديمها الممرضاتُ والقابلات. غير أن اللجنة المعنية بالتوظيف الصحيّ والنمو الاقتصاديّ وقفت على أدلة عملية على فعّالية التكلفة الناجمة عن زيادة أعداد الممرضات وتطوير الأدوار الموكلة لهن، مع ملاحظة أن الأدلة كانت محدودة ومختلطة.[43] كما توصلت معظم الدراسات المذكورة في الملحق رقم 1إلى أن الخدمات التي تتولى الممرضات قيادتها، مثل الأمراض غير السارية، هي أقل كلفة من الخدمات التي يقدمها الأطباء. ومع ذلك، يبدو أن هذه النتائج الإيجابية تعتمد بشكل كبير على السياق المحليّ وتستفيد من كيفية تنظيم الخدمات.

هناك أيضًا دليل على الإهدار في الطريقة التي يتم بها توظيف العديد من الممرضات والقابلات، إذ كشفت المقابلات مع الممرضات (الواردة في القسم الرابع) عن العديد من الأمثلة التي تشير إلى سوء الإدارة، ووجود ممرضات يعملن بدون معدات وأدوية، وأخريات لم يتلقين أجورهن في الوقت المحدد –وكلها ممارسات مهدرة للغاية.

التوسّع ذو الجودة العالية

تشير العديد من الأدلة في أجزاء مختلفة من هذا التقرير إلى التأثير الإيجابيّ للممرضات ولتبني نهج الرعاية الشاملة المتمركزة على الفرد على جودة الخدمات. كما تظهر العديد من الدراسات المذكورة في الملحق رقم 1 إلى تحقيق الأطباء والممرضات نتائج صحية متعادلة، بشكل عام، في إدارة الأمراض غير السارية على المدى الطويل، مع استحواذ الممرضات على نسب أعلى من مستويات إرضاء المرضى ومتابعة التزامهم بالعلاج. وفي الوقت ذاته، تقدم الممرضات في كثير من الأحيان المزيد من النصائح المتعلقة بتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض.

وهناك أيضًا أدلة تؤكد أن مستويات التعليم التي تحصل عليها الممرضات يمكن أن تحدث فارقًا ملموسًا في الحد من معدلات الوفيات وغيرها من أوجه الجودة في الخدمات. وفي هذا الصدد قامت أكبر دراسة أجريت حول التمريض في المستشفيات المتخصصة في الأمراض الحادة في البلدان ذات الدخل المرتفع، باستعراض بيانات شملت 422.730 حالة مرضية بلغت أعمارهم 50 سنة فأكثر، ممن خضعوا لجراحات شائعة في 300 مستشفىً في تسعة بلدان أوروبية.[44] انتهت الدراسة إلى أن المرضى الذين يتم علاجهم في مستشفيات توافر فيها حصول نسبة 60 في المائة

في المائة من الممرضات على درجة البكالوريوس، مع قيام كل ممرضة برعاية ست حالات في المتوسط، قد انخفض فيها معدل الوفيات بنسبة تصل إلى 30 في المائة، بخلاف المستشفيات التي توافر فيها حصول نسبة 30 في المائة فقط من الممرضات على البكالوريوس وقيام كل ممرضة برعاية ثماني حالات في المتوسط.[45]

وعند قرن هذه الأدلة معًا، فإنها تشير مجتمعةً إلى أهمية تطوير الأدوار المنوطة بالممرضات، والقابلات، وغيرهن من غير الأطباء. ولعلّ هذا هو المفهوم الذي حثّ على التوسّع المستمر في هذه الأدوار خلال السنوات الأخيرة. فعلى سبيل المثال، قام قرابة نصف عدد البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الاقتصاديّ والتنمية، بين عامي 2007 و2012، بتوسيع نطاق ممارسة الخدمات المقدمة من غير الأطباء، مثل الخدمات التي تقوم بها الممرضات الممارسات والصيادلة. وفي كندا وهولندا والولايات المتحدة كذلك، تتوسع برامج التعليم الخاصة بالممرضات الممارسات ذوات المستوى المتقدم.

القسم السادس: التوصيات

من شأن الاستثمار في القوى العاملة في مجالَيْ التمريض والقبالة أن يدعم البلدان الرامية لتحقيق توسّع سريع ومنخفض التكلفة في التغطية الصحية الشاملة عالية الجودة، إذ يمكن للممرضات والقابلات تولّي أدوار كبيرة إلى حد بعيد في المجالات التالية:

- الرعاية الأوّلية - من خلال دعم العاملين في الصحة المجتمعية، وكذلك تقديم الخدمات وتنسيق الرعاية
- تحسين رعاية النساء أثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة
- إدارة الأمراض غير السارية - من خلال العمل مع المرضى والمجتمع بصورة أوسع
- تعزيز الصحة ومحو الأمية الصحية والوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها.

ولن يتأتى تحقيق هذه التغطية إلا في حال قيام السياسيين وقادة القطاع الصحي برفع مستوى التمريض والقبالة والارتقاء بهاتين المهنتين، بشكل يضمن استيعاب صنّاع السياسات والمخططين بشكل كامل لما يمكن للممرضات الإسهام به، ومن ثمّ الاستفادة من رؤاهن وأفكارهن الفريدة في تصميم الخدمات وتشغيلها.

ويظهر النجاح المبكر لحملة «التمريض الآن» مدى حماس الممرضات للقيام بدور أكبر في تحسين الصحة على مستوى العالم. إضافة لذلك، تشير البيانات المستمدة من البحوث والاستطلاعات إلى أن الجمهور سيرحب بذلك.

وبناءً عليه، نوصي الحكومات الوطنية بتبنّي الخطة التالية:

1. **إعادة تصميم الخدمات القائمة وتقديم خدمات أخرى جديدة ومبتكرة بهدف زيادة إسهام الممرضات والقابلات إلى أقصى درجة، وتمكينهن من العمل وفقًا لما تخوله الرخص الممنوحة لهن.** ويتضمن ذلك:

- تغيير نمط إدارة معظم الأمراض غير السارية من خلال اعتماده على خدمات قائمة على التمريض تتولى قيادتها الممرضات.
- تغيير نمط إدارة معظم الخدمات المجتمعية ذات الصلة بالأمومة وصحة الأطفال والمراهقين من خلال اعتماده على خدمات تقودها الممرضات والقابلات.
- منح الممرضات والقابلات دورًا رائدًا في الرعاية الأوّلية، وفي بعض الحالات الدور القياديّ، وتمكينهن من دعم العاملين في مجال الصحة المجتمعية، وتنسيق الرعاية وتعبئة الموارد المجتمعية.
- تعزيز دور الممرضات والقابلات في تعزيز الصحة والرفاه - لا سيما في مجالات تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض ومحو الأمية الصحية والكشف المبكر عن الأمراض.

2. **تطوير استراتيجية شاملة للقوى العاملة تزيد من إسهام جميع المهنيين والعاملين في التخصصات الصحية إلى أقصى درجة.** فمن الأهمية بمكان أن تعيد الأنظمة الصحية التفكير في استراتيجياتها القائمة المتعلقة بالقوى العاملة وأن تعمل على توسيع دور الممرضات، لا سيما في إدارة الأمراض غير السارية والرعاية الأوّلية. وتتضمن الخطوات المقترحة ما يلي:

- القيام بإعادة تصميم الأدوار في مختلف مستويات القوى العاملة في مجال الصحة وبرامج التعليم - باستخدام منهجية منظمة، مثل «مجموعة أدوات المنهج العمليّ للرعاية» الموضّحة في دراسة الحالة رقم 8.
- الاستثمار في جميع جوانب التمريض والقبالة - استهلالاً من التعليم وحتى التوظيف والاحتفاظ بالموظفين في إطار استراتيجية متكاملة للقوى العاملة.
- تعزيز أدوار الممرضات والقابلات في تعزيز الصحة والرفاه - لا سيما في مجالات تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض ومحو الأمية الصحية والكشف المبكر عن الأمراض.
- ضمان وجود بنية تحتية وتكنولوجيا كافية لدعم الممرضات في مسؤولياتهن الموسّعة (راجع 'إعادة تصميم الأدوار والتكنولوجيا' في القسم الرابع، ودراستَي الحالة رقم 6 و7).

3. **سنّ التشريعات واللوائح الناظمة الداعمة.** لتمكين الممرضات من القيام بأدوار إضافية وموسّعة في تقديم الرعاية الصحية، يتعين أن تدعم الحكومات، ونقابات الممرضات وغيرها من الجهات التنظيمية للمهنة، هذه الخطوات بشكل صريح. وتتضمن الخطوات المقترحة ما يلي:

- التشريعات التمكينية - مع توفير فرص للممارسات المتقدمة والمتخصصة، وتقاسم المهام ووصف جرعات الدواء.
- اللوائح التنظيمية - بحيث تقوم الهيئات المهنية بتحديد نطاقات الممارسة للأدوار الرئيسية والمتقدمة والمتخصصة.

4. رفع مستوى التمريض والقبالة والارتقاء بهاتين المهنتين. في الوقت الذي يتم فيه توسيع نطاق ممارسة الممرضات والقابلات، بات من الضروريّ أن يقوم مقدمو الخدمات والأنظمة الصحية والحكومات بتعزيز دور هاتين المهنتين. وتتضمن الخطوات المقترحة ما يلي:

- إشراك الممرضات والقابلات بشكل تام في القيادة وصنع السياسات والتخطيط - بحيث تتم الاستفادة من رؤاهن وخبراتهن في جميع الإدارات الحكومية وداخل أعلى هيئات صنع القرار.
- الترويج النشط لمهنة التمريض باعتبارها مهنة مناسبة للنساء والرجال.
- تمكين الممرضات والقابلات للقيام بدور رائد في الرعاية الأوّلية - بحيث يتمكّن من دعم العاملين في مجال الصحة المجتمعية وتنسيق الرعاية وتعبئة الموارد المجتمعية.

الملحقات

الملحق رقم 1: استطلاع توجهات الجمهور حيال التمريض

www.nursingnow.org/wp-content/uploads/2018/01/WISH-Report-2018-Annex-1.pdf

الملحق رقم 2: الأدلة البحثية

www.nursingnow.org/wp-content/uploads/2018/01/WISH-Report-2018-Annex-2.pdf

شكر وتقدير

ترأس المجلس الاستشاري لمنتدى إعداد هذا التقرير اللورد نايجل كريسب، الرئيس المشارك للمجموعة البرلمانية لجميع الأحزاب المعنية بالصحة العالمية في مجلس اللوردات بالمملكة المتحدة، والبروفيسور شارون براوني، عميد كلية التمريض والتوليد بجامعة الآغاخان بشرق أفريقيا.

قام بكتابة التقرير اللورد نايجل كريسب والبروفيسور شارون براوني بدعم من الدكتورة شارلوت ريفسوم، رئيس الأدلة والبحوث في حملة «التمريض الآن» ومدير البحوث السريرية للرعاية الصحية العالمية بشركة KPMG.

ويسرّنا في هذا المقام أن نتوجه بخالص الشكر والتقدير لأعضاء المجلس الاستشاري الذين أسهموا برؤاهم المتميزة في إعداد هذا التقرير، وهم:

- جيم بوتشان، أستاذ مساعد، جامعة التكنولوجيا، أستراليا
- كريستين هانكوك، مدير، Collaborating for Health C3
- هوسيناتو كانو، رئيس التمريض والقبالة، سيراليون
- آنيت كينيدي، رئيس، المجلس الدولي للتمريض
- كلاوديا ريجينا لاسلفا، رئيس التمريض ومدير العمليات، مستشفى ألبرت أينشتاين اليهودي
- كاثلين ماكورت، رئيس، اتحاد الكومنولث للممرضات والقابلات
- سينثيا موتيسيا، نائب المدير القُطري، منظمة «الشابات الأفريقيات في القيادة»
- فرانسيس أوماسوا، المدير التنفيذي، المركز الأفريقي للصحة العالمية والتحول الاجتماعي، كمبالا، أوغندا
- آشوتوش راغوفانشي، نائب رئيس مجلس الإدارة، والمدير العام والرئيس التنفيذي للمجموعة، مستشفيات ناريانا هيلث
- ويليام إي روزا، مؤسسة روبرت وود جونسون لمستقبل باحث التمريض، جامعة بنسلفانيا
- إينريك رويلاس، عضو مجلس الإدارة، معهد تحسين الرعاية الصحية (IHI)
- باربرا ستيلويل، المدير التنفيذي، حملة «التمريض الآن»
- البارونة ماري واتكينز، أستاذ زائر، جامعة كينجز كوليدج لندن
- ديبورا وايت، عميد وأستاذ، جامعة كالجاري في قطر
- جيمينغ تشو، مستشار، المجلس الطبي الصيني

أما المقابلات التي وردت في هذا التقرير فقد أجرتها الدكتورة شارلوت ريفسوم والدكتورة جوانا ريها بدعم من الدكتورة هيلينا ليجيدو-كيغلي من جامعة سنغافورة الوطنية.

وفي الختام، يعرب الرئيس والمؤلفون عن جزيل شكرهم لكل من ساهم في إعداد هذا التقرير. ويتحمل مؤلفو التقرير مسؤولية أي خطأ أو سهو ورد فيه.

المراجع

01. Ghebreyesus TA. All roads lead to universal health coverage. *The Lancet Global Health*. Volume 5, no. 9, e839–e840. September 2017. Available at: www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30295-4/fulltext [Accessed 26 June 2018]

02. United Nations (UN). Sustainable development goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Available at: sustainabledevelopment.un.org/sdg3 [Accessed 26 June 2018]

03. World Health Organization (WHO). Global action plan on antimicrobial resistance. 2015. Available at: www.wpro.who.int/entity/drug_resistance/resources/global_action_plan_eng.pdf [Accessed 27 May 2018]

04. World Health Organization (WHO). Time to deliver: Report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases. June 2018, para 38, p12. Available at: www.who.int/ncds/management/time-to-deliver/en [Accessed 26 July 2018]

05. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. 1978. Available at: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [Accessed 28 April 2018]

06. World Health Organization (WHO). Global Health Observatory (GHO) data: NCD mortality and morbidity. Available at: www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en [Accessed 26 July 2018]

07. World Health Organization (WHO). Maternal mortality. 2018. Available at: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality [Accessed 18 June 2018]

08. World Health Organization (WHO). The World Health Report. Health systems financing: The path to universal coverage. 2010. Available at: apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf [Accessed 11 March 2018]

09. Nicholson D et al. Delivering universal health coverage: A guide for policymakers. World Innovation Summit for Health (WISH) UHC forum; 2015. Available at: www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/public/Universal-health-coverage.pdf [Accessed 26 July 2018]

10. The World Bank. Delivering quality health systems: A global imperative for universal health coverage. Available at: www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/delivering-quality-health-services-a-global-imperative-for-universal-health-coverage [Accessed 8 July 2018]

11. Flott K et al. Health care must mean safe care: Enshrining patient safety in global health. *The Lancet*. 2017. Available at: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30868-1/abstract?code=lancet-site [Accessed 26 July 2018]

12. World Health Organization (WHO). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Available at: www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf [Accessed 11 March 2018]

13. International Council of Nurses. Definition of Nursing. Available at: www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing [Accessed 26 July 2018]

14. All-Party Parliamentary Group on Global Health. The triple impact of nursing. October 2016, p10, figure 1.1. Available at: www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf [Accessed 26 July 2018]

15. World Health Organization (WHO). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Available at: www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf [Accessed 11 March 2018]

16. United National Population Fund (UNFA), World Health Organization (WHO) and International Confederation of Midwives (ICM). The state of the world's midwifery 2014. A universal pathway: A woman's right to health. Available at: www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SoWMy2014_complete.pdf [Accessed 29 May 2018]

17. World Health Organization (WHO). Global Health Observatory data: Density of nursing and midwifery personnel (map). Available at: www.who.int/gho/health_workforce/nursing_midwifery_density/en [Accessed 26 July 2018]

18. World Health Organization (WHO). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Tables A1.1 and A1.3 on pages 41 and 44. Available at: www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf [Accessed 26 July 2018]

19. World Health Organization (WHO). Time to deliver: Report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases. Available at: www.who.int/ncds/management/time-to-deliver/en/ Recommendation 3, p21. [Accessed 8 July 2018]

20. Nursing Now. A program of the Burdett Trust for Nursing that works in collaboration with the World Health Organization and International Council of Nurses. Available at: www.nursingnow.org [Accessed 17 June 2018]

21. International Council of Nurses (ICN). Nurses: A voice to lead - health is a human right. 2018. Available at: www.icn.ch/publications/2018-nurses-a-voice-to-lead-health-is-a-human-right [Accessed 26 July 2018]

22. Jhpiego. An international, non-profit health organization affiliated with The Johns Hopkins University. Lolordo A. Unpublished case study.

23. Nursing Now. A program of the Burdett Trust for Nursing, Brazil. Case studies. Available at: www.nursingnow.org/case-studies-brazil/ [Accessed 26 June 2018]

24. NHS Fife. Quit for Life. Available at: www.nhsfife.org/nhs/index.cfm?fuseaction=nhs.pagedisplay&p2sid=B811EE34-A28E-E625-07EDD953EC3A8857&themeid=E44C37C3-5056-8C6F-C003CD63C15D8FF0 [Accessed 1 July 2018]

25. International Council of Nurses (ICN). Nurses: A voice to lead - health is a human right. 2018. Available at: www.icn.ch/publications/2018-nurses-a-voice-to-lead-health-is-a-human-right [Accessed 26 July 2018]

26. International Council of Nurses. Nurses: A Voice to Lead – Health is a Human Right. 2018.

27. Nursing Now. A program of the Burdett Trust for Nursing, Jamaica. Case studies. Available at: www.nursingnow.org/case-studies-jamaica [Accessed 26 June 2018]

28. Narayana Health. Unpublished case study.

29. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Maier C et al. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD Health Working Papers. 2017. Available at: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en [Accessed 26 July 2018]

30. Crowley T and Mayers P. Trends in task shifting in HIV treatment in Africa: Effectiveness, challenges and acceptability to the health professions. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 7(1):807. 2015. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4564830 [Accessed 26 July 2018]

31. Fulton BD et al. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: A review of recent evidence. *Human Resources for Health*, 9:1. 2011. Available at: human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-9-1 [Accessed 26 July 2018]

32. Vinayak S and Brownie S. Collaborative task-sharing to enhance the point-of-care ultrasound (POCUS) access among expectant women in Kenya: The role of the midwife sonographers. *Journal of Interprofessional Care*. May 2018. Available at: www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2018.1470499 [Accessed 1 July 2018]

33. All-Party Parliamentary Group on Global Health. All the Talents. July 2012. Available at: www.appg-globalhealth.org.uk/reports/4556656050 [Accessed 26 July 2018]

34. Narayana Health. Unpublished case study.

35. BMJ Publishing Group Ltd. Practical Approach to Care Kit (PACK). *British Medical Journal*. Available at: pack.bmj.com [Accessed 26 June 2018]

36. All-Party Parliamentary Group on Global Health. The triple impact of nursing. October 2016. Available at: www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf [Accessed 26 July 2018]

37. World Health Organization (WHO). Nursing Now Campaign. Unpublished survey undertaken by nurses as part of Nursing Now Campaign in Tanzania. www.who.int/hrh/news/2018/nursing_now_campaign/en/ [Accessed 26 July 2018]

38. McKenna L et al. An investigation of barriers and enablers to advanced nursing roles in Australian general practice. *Collegian*, 22, 183–189. June 2015. Available at: www.collegianjournal.com/article/S1322-7696(15)00011-6/fulltext [Accessed 26 July 2018]

39. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health workforce policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places. 2016. Available at: www.oecd.org/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries-9789264239517-en.htm [Accessed 26 July 2018]

40. Aiken LH et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931): 1824–30. 2014. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24581683 [Accessed 26 July 2018]

41. Dubois C-A and Singh D. From staff-mix to skill-mix and beyond: Towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 7:87. 2009. Available at: human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-7-87 [Accessed 26 July 2018]

Seidman G, Atun R. Does task shifting yield cost savings and improve efficiency for health systems? A systematic review of evidence from low-income and middle-income countries. *Human Resources for Health*, 2017;15:29. 2017. Available at: human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0200-9 [Accessed 26 July 2018]

42. World Health Organization (WHO). Buchan J, Dhillon IS and Campbell J (editors). Health Employment and Economic Growth. An Evidence Base. Available at: www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf p 241 [Accessed 2 June 2018]

43. RN4CAST: Nurse forecasting in Europe. Available at: www.rn4cast.eu [Accessed 30 April 2018]

44. Aiken LH et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931): 1824–30. 2014. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24581683 [Accessed 26 July 2018]

شركاء "ويش"

يتقدم مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش" بالشكر والعرفان لوزارة الصحة العامة في دولة قطر على ما تقدمه من دعم لأنشطته

QATAR FUND FOR DEVELOPMENT
صندوق قطر للتنمية

QCRI
معهد قطر لبحوث الحوسبة
Qatar Computing Research Institute
جامعة حمد بن خليفة
HAMAD BIN KHALIFA UNIVERSITY

مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق
Research Center for Islamic Legislation and Ethics
عضو في جامعة حمد بن خليفة
Member of Hamad Bin Khalifa University

سدرة للطب
Sidra Medicine

ST VINCENT'S HEALTH AUSTRALIA

جامعة كالجاري في قطر
UNIVERSITY OF CALGARY IN QATAR

UCL

THE UNIVERSITY of EDINBURGH

NHS
University Hospitals of Leicester
NHS Trust

Vancouver CoastalHealth
Promoting wellness. Ensuring care.

Waitemata
District Health Board
Best Care for Everyone

ISBN 978-1-912865-00-0

www.wish.org.qa