

حالة التمريض في العالم

٢٠٢٥



الاستثمار في التعليم
والوظائف والمهارات القيادية
وتقديم الخدمات

حالة التمريض في العالم

٢٠٢٥

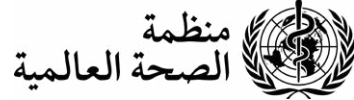
الاستثمار في التعليم والوظائف
والمهارات القيادية وتقديم الخدمات



ICN

International
Council of Nurses

The global voice of nursing



منظمة
الصحة العالمية

حالة التمريض في العالم 2025 : الاستثمار في التعليم والوظائف والمهارات القيادية وتقديم الخدمات

[State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery]

ISBN 978-92-4-011794-5 (نسخة إلكترونية)

ISBN 978-92-4-011795-2 (نسخة مطبوعة)

© منظمة الصحة العالمية 2025

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي «نسب المصنف - غير تجاري - المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.ar>).

وبمقتضى هذا الترخيص يجوز لكم نسخ المصنف وإعادة توزيعه وتحويره للأغراض غير التجارية، شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم، كما هو مبين أدناه. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمت بتحويل هذا المصنف، فيجب عندئذ الحصول على ترخيص لمصنّفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي ((Creative Commons licence أو ما يعادله. وإذا قمت بترجمة المصنف، فينبغي إدراج بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: «هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)). والمنظمة غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. والإصدار الأصلي بالإنكليزية هو الإصدار الملزم وذو الحجية.»

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

الاقتباس المقترح. حالة التمريض في العالم 2025 : الاستثمار في التعليم والوظائف والمهارات القيادية وتقديم الخدمات [State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery] جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2025. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

بيانات الفهرسة أثناء النشر. بيانات الفهرسة أثناء النشر متاحة على الرابط <https://iris.who.int/?locale-attribute=ar&>.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط <https://www.who.int/publications/book-orders> ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات بشأن الحقوق والترخيص، انظر الرابط <http://www.who.int/ar/copyright>.

مواد الطرف الثالث. إذا رغبت في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور، فعليك مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام، والحصول على إذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده مخاطر أي مطالبات تنشأ نتيجة انتهاك أي عنصر في المصنف تعود ملكيته لطرف ثالث.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. لا تتطوي التسميات المستخدمة في هذا المطبوع وطريقة عرض المواد الواردة فيه، على أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقطة والخطوط المتقطعة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب المنظمة (WHO)، تقصيراً لها على سواها مما يماثلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تُمَيِّز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلاكية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك، فإن المواد المنشورة تُوزع دون تقديم أي نوع من أنواع الضمانات، صريحة كانت أم ضمنية. ويتحمل القارئ وحده المسؤولية عن تفسير هذه المواد واستعمالها. ولا تتحمل المنظمة (WHO) بأي حال من الأحوال المسؤولية عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

صور الغلاف:

اليسار: ممرضة تُدعى ليليان تقود مناقشة صحية يومية في عيادة الأمراض غير السارية في مستشفى كويبو الحكومي، سيراليون. © منظمة الصحة العالمية/ مايكل داف
يسار الوسط: ممرض يعطي لقاح شلل الأطفال للأطفال في الأرض الفلسطينية المحتلة. © منظمة الصحة العالمية
يمين الوسط: قابلة/ ممرضة تضع ضمادة لاصقة للطفلة فيثرياني، البالغة من العمر عشر سنوات، بعد تلقيها التطعيم. © منظمة الصحة العالمية/ هاريسون ثين
اليمن: ممرضة حضرت تدريباً على التمنيع في بوختار، طاجيكستان. © منظمة الصحة العالمية

التصميم: بروجرافيكس، المحدودة

جدول المحتويات

iv	تمهيد
v	شكر وتقدير
vii	الملخص التنفيذي

١	المقدمة	الفصل
٥	الأولويات الصحية ومتطلبات القوى العاملة في حقبة أهداف التنمية المستدامة	الفصل
٥	١-٢ الأولويات الصحية المركزة للسنوات المتبقية من حقبة أهداف التنمية المستدامة	
٦	٢-٢ السياق والتحديات الماثلة أمام القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية على الصعيد العالمي	
٩	٣-٢ النهج المتفق عليها عالمياً لمعالجة التحديات الماثلة أمام القوى العاملة الصحية	
١٣	سياق سياسات القوى العاملة في مجال التمريض على الصعيد العالمي	الفصل
١٥	١-٣ الأهداف والأساليب	
٤	أدوار التمريض وإسهاماته في أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة، بما في ذلك التغطية الصحية الشاملة	الفصل
١٩	١-٤ تعزيز الصحة	
٢٠	٢-٤ توفير الرعاية طويلة العمر	
٢٤	٣-٤ الوظائف الأساسية للصحة العامة، ومنها التأهب والاستجابة للطوارئ	
	← مجالات التركيز السياساتية للتوجهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة	
٢٧	فرص العمل/ التوظيف	الفصل
٢٩	١-٥ رصيد أفراد كادر التمريض وكثافتهم	
٣٦	٢-٥ السمات الديمغرافية لأفراد كادر التمريض	
٤٤	٣-٥ توقعات أعداد أفراد كادر التمريض حتى عام ٢٠٣٠ والنقص فيها	
٥١	التعليم	الفصل
٥٢	١-٦ ديناميكيات دخول طلاب التمريض وخروجهم	
٥٦	٢-٦ لوائح تعليم التمريض ومعاييرها	
٦١	٣-٦ مدة تعليم التمريض قبل الخدمة	
٦٥	تقديم الخدمات	الفصل
٦٦	١-٧ تنظيم ممارسة التمريض	
٧٥	٢-٧ ظروف العمل	
٨٢	٣-٧ الأجور والمرتبات	
٨٥	المهارات القيادية	الفصل
٨٨	١-٨ كبار مسؤولي التمريض الحكوميين	
٩٠	٢-٨ تنمية المهارات القيادية في مجال التمريض	
٩٣	التوجهات السياسية حتى عام ٢٠٣٠	الفصل
٩٤	١-٩ الأولويات السياسية ومجالات التركيز الواردة ضمن التوجهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة	
١٠٠	٢-٩ الأولويات السياسية المستحدثة للفترة ٢٠٢٦-٢٠٣٠	
١٠٥	الخلاصة	الفصل
١٠٨	المراجع	
١٢٠	الملحق ١ البيانات المجمعة بشأن كل إقليم من أقاليم منظمة الصحة العالمية	
١٣٢	الملحق ٢ ما تعريف الممرضة أو الممرض؟	
١٣٤	الملحق ٣ الأساليب	
١٣٨	الملحق ٤ مؤشرات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية وتوافر البيانات	

يُعد وجود قوى عاملة صحية كافية وموزعة توزيعاً عادلاً ومدعومة دعماً تاماً عنصراً أساسياً في تحقيق خطة التنمية المستدامة. وكادر التمريض هو أكبر فئة مهنية، وتمثل قوة لا غنى عنها في مكافحة أوجه عدم الإنصاف في إتاحة الخدمات الصحية والتقدم نحو بلوغ أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة، مع تعزيز المساواة بين الجنسين من خلال تدعيم وتمكين هذه المهنة التي تشكل النساء الأغلبية العظمى من العاملين بها.

ويقدّم إصدار عام ٢٠٢٥ من تقرير حالة التمريض في العالم التحليل الأكثر شمولاً وتحديثاً للقوى العاملة في مجال التمريض. ويتضمن التقرير مؤشرات جديدة بشأن المجالات الحيوية للتمريض، مثل القدرات التعليمية، والممارسة المتقدمة في مجال التمريض، والأجور. وإضافة إلى الأولويات السياسية الاثنيتي عشرة الواردة في التوجهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة ٢٠٢١-٢٠٢٥، توجد خمس أولويات سياسية إضافية وتجميع للبيانات من كل إقليم من أقاليم المنظمة. وتعكس المرسّمت القطرية البيانات الوطنية لكل بلد، ويمكن تنزيلها من الموقع الإلكتروني للمنظمة.

ومع تَبَقّي خمس سنوات على انتهاء حقبة أهداف التنمية المستدامة، وفي ظل التوترات الجيوسياسية المتزايدة، والانكماش الاقتصادي، والأزمات الطويلة الأمدّة المتزامنة، فإننا نقف في مفترق طرق استراتيجي. فإما نواصل السير على طريق ركود التقدم بشأن التغطية الصحية الشاملة وتباطؤ التقدم بشأن الحد من النقص في العاملين الصحيين، وإما نغتنم الفرصة التي يقدمها هذا التقرير لتحفيز الاستثمارات والإجراءات على المستوى القطري دعماً للممرضات والممرضين، الذين يقدمون خدمات أساسية منقذة للأرواح في إطار نُظُم صحية أقوى.

وندعو راسمي السياسات في البلدان، وجمعيات التمريض، والهيئات التنظيمية، وشركاء التنمية، والمنظمات الشريكة، وسائر الجهات صاحبة المصلحة، إلى الاستفادة من هذا التقرير، من أجل الانخراط في حوار سياسي واتخاذ قرارات بشأن سُبل ومجالات تعزيز التمريض، لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة الأخرى المتعلقة بالصحة. فالسنوات الخمس القادمة هي فرصتنا الأخيرة لفعل ذلك.

Shila Bonetto

شيليا بونيتو
عميدة كلية التمريض،
جامعة الفلبين



Jim Campbell

جيمس كامبل
مدير إدارة القوى العاملة
الصحية بمنظمة الصحة العالمية



Howard Katon

هوارد كاتون
الرئيسي التنفيذي للمجلس الدولي
للممرضات والممرضين



Amelia Latou Afouhamango Tuiyoloto

أميليا لاتو أفوها مانغو تويولوتو
كبيرة مسؤولي التمريض
بمنظمة الصحة العالمية



اللجنة التوجيهية

الرؤساء المشاركون: شيلبا بونيتو (رئيسة جمعية عمداء كليات التمريض في الفلبين؛ وعميدة كلية التمريض بجامعة الفلبين، الفلبين)، وهوارد كاتون (الرئيس التنفيذي للمجلس الدولي للممرضات والممرضين، سويسرا)، وأميليلا لاتو أفوهامانغو تويبولوتو (كبيرة مسؤولي التمريض، منظمة الصحة العالمية، سويسرا)، وجيمس كامبل (مدير إدارة القوى العاملة الصحية، منظمة الصحة العالمية، سويسرا).

الأعضاء: سلطنة أفضل (الرئيسة التنفيذية لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية، قطر)، ورويدا المعايطة (الأستاذة بكلية التمريض في جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية، الأردن)، وإدسون كوربا أراجو (كبير الخبراء الاقتصاديين، البنك الدولي، الولايات المتحدة الأمريكية)، وديفيد بينتون (استشاري مستقل، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية)، وماريا كونسولفو سيرون-ماكاي (أستاذة بجامعة الأندلس، تشيلي)، وفيل ديكسون (الرئيس التنفيذي للمجلس الوطني لهيئات التمريض الحكومية، الولايات المتحدة الأمريكية)، ونيسر إدواردز (رئيس هيئة التمريض الإقليمية في مفوضية الكاريبي، غرينادا)، وعائشة هولواي (مديرة برنامج تحدي التمريض الآن، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية)، وديبيكا خاكا (مستشارة التمريض، وزارة الصحة ورعاية الأسرة، الهند)، وسيني كواندا (مديرة المعهد الوطني للصحة العامة، بوركينافاسو)، وغلوري مسيني (رئيسة كلية التمريض والقبالة في شرق ووسط وجنوب أفريقيا، إيسواتيني)، وديفي كيه إس موثر (اللجنة التنسيقية المشتركة للتمريض في رابطة دول جنوب شرق آسيا، ماليزيا)، وبيتر بريزوسي (الرئيس التنفيذي لمنظمة TruMerit المعروفة سابقًا باسم CGFNS International، الولايات المتحدة الأمريكية)، وميشيل رامسي (أمانة الشبكة العالمية لمراكز منظمة الصحة العالمية المتعاونة للتمريض والقبالة، أستراليا)، وجوي سانت جون (المديرة التنفيذية لوكالة الصحة العامة في منطقة البحر الكاريبي، بربادوس)، وميريسا تيموفتي (رئيس المجلس الأوروبي للممرضات والممرضين، رومانيا).

منظمة الصحة العالمية

المؤلفون الرئيسيون: كاري مكاشي، وماتيو بونويل، وميليسا كلاين بينغهام، وستيفاني روز فلوريس، وجورجيو كوميتو، وتاباس ساداسيفان ناير، وتينا كونجومين، ولينا إيتيانغ، وخسوم ديلالو، وجيمس كامبل.

المساهمون: آدم أحمد، وأنيما أجويبور، ومولنت أكيني أوكيش، وفاريبا الدرازي، وغادة الكيالي، وجيزيل ألميدا، وميدوري أنامي أكيموتو، وموي أندو، وكاتيانا أباريسيو ريبس، وجيمس أفوكا أساماني، وسبيده باقري نجاد، وسان بوريس بيدياكون، وبانكاج بيساريا، وأنا باولا كافالكانتي دي أوليفيرا، وإيمي كاوثورن، وأني تشو، ولورانس كودجا، وإليزابيث (ليزي) دي غويا تيكسون، وديكي، وكوين دوبي، وماريا إيزابل ثوريه، وأمأندا فين، وميريديث فيندت نيلين، وسوبيهان فيتزباتريك، وجون فوغارتي، وسيمر غارغ، وفتحية جولين جينيك، وعبد الغني إبراهيم، وبراندون غراي، وإينيس إمبرت، وأروج جلال، وكاثارين كين، وفراز خالد، وراكشيتا خانجيو، وبيريت كيسيلباخ، ودوروتا كيلانسا، وهيو جيونغ كيم، وشيريان كرامر، ومارغريتا لانجيس، ويو لي بارك، وألبا لوب جيرونيس، وماريانا لوبيز غالانت، وبليرتا ماليكي، وفينغونغ مانيفون، وبول مارسدن، وميشيل ماك إيزاك، وأندرو ماكليان، وأن بيت مولر، وبرونا مورينو دياس، وجان برنارد موسوندا، وأسيا إسماعيل إيه أودوغليه كوفيل، وصنتي سي أوكوروافور، وإيزابا بابيفا، وستيفاني براكسمرار فرنانديز، وإي بنجامين بويرتاس دونوسو، وأليسا راضي، وأولغا ريجينا، وكاثارين رولو، وسهيل سايكات، وإيمان سمير حميد، وجولي ستور، وأي تانيميزو، وشمسوزها بابار سيد، وماريتزا تيتوس، ومارك فان أوميرين، ولويس فينالز توريس، وهينز ويلسون، وهوان شو، وزاكية، وماساهيرو زاكوجي، وتوماس زاباتا، ويو تشانغ، وباسكال زورن.

المساهمون الخارجيون

سمية محمد البلوشي (اللجنة الوطنية لشؤون التمريض والقبالة، الإمارات العربية المتحدة)، وعبير الكردي علامة (نقابة الممرضات والممرضين، لبنان)، وفيلبي كورتيس ليدي (وزارة الصحة، شيلي)، وجانيت ديل (جامعة مينيسوتا، الولايات المتحدة الأمريكية)، وبيلاز إسبينوزا (جامعة أندريس بيلو، شيلي)، وبيانكا فروغز (جامعة واشنطن، الولايات المتحدة الأمريكية)، وأشير ياني سيوهيمي حميد (جامعة إندونيسيا، إندونيسيا)، ولورين هيركيس (منظمة TruMerit المعروفة سابقًا باسم CGFNS International، الولايات المتحدة الأمريكية)، وهابيل دوروتا كيلاسكا (جامعة الطب في غدانسك وجامعة الطب في لودز، بولندا)، وكيلي كيلباتريك (جامعة ماكجيل، كندا)، وغايتان لافورتون (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، فرنسا)، وفرانشيسكا ماركيز دورين (جامعة شيلي الأسقفية الكاثوليكية، شيلي)، وشارلوت مكارل (الكلية الملكية للجراحين في أيرلندا، المملكة المتحدة)، وشيفون أوكونور (كينغز كوليدج لندن، المملكة المتحدة)، وفرانشيسكا أوكافور (وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية الفيدرالية، نيجيريا)، وإيزابل راليي (جامعة إدنبره، المملكة المتحدة)، وباربرا ساطر (جامعة سان فرانسيسكو، الولايات المتحدة الأمريكية)، وجوليا تو دوتكا (منظمة TruMerit المعروفة سابقًا باسم CGFNS International، الولايات المتحدة الأمريكية)، وإليزابيث واتس (جامعة مينيسوتا، الولايات المتحدة الأمريكية)، وبيانا وفيتسورك-فوجيك (المستشفى التخصصي في فيهرروفو، مستشفيات بوميرانيا المحدودة، جنينا، بولندا)، وسوزان ويلبورن (منظمة الرعاية الصحية بلا ضرر، الولايات المتحدة الأمريكية).

المساهمون في الإبلاغ عن البيانات وتحليلها

تعرب المنظمة عن شكرها لجميع مسؤولي التنسيق المعنيين بحسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، وكبار مسؤولي التمريض والقبالة الحكوميين، وغيرهم ممن أسهموا في عملية الإبلاغ عن البيانات وتحليلها.

الإقليم الأفريقي

كاداي عمر أبانتشا، وأغينيو أبلوميتي كوكو، وكينغسلي أداي فريمبونغ، وعبدولي أغ زكريا، ودالتون إن جيه أغوستينو، وأرثر أكواكو تولينجي، وميديلي ألكبادونغ، وجوزينا ألميدا بيتكور، وكريسزيلدا أولوس، وتيجيني أريغا، وكوكو أونور ويليامز، وياو بادي، وديودون باكالا، وتامالي باندا، وزينوس باندا، وغيسلان بانثاس باتا، وكيفين بارتيلول، ولوفويو بابني، وتيريزا بيلاي، والحاج بنشريك، وبيرهان بيرهي، وجان لاقال داني بوجوهاري، وموسى بيزو، وفانيسا برازو، وبيدرو نوربرتو كاسانغو كاسوما، وإيفالين تشاجينا، وبيتر تشالوسا، ودا سيلفا شارلمان، ونيناردازي شيوارا، وبيبي شهناز شوتو، وألفونس سيزا، وروز كلارك نانينوغا، وندي كوما نيام، ومونيا كورس، وبريما دابو، وإريكا داكوري، وسيلاسي دالميدا، وأليس ديمبا، ومارتينيو دجيج، وديمبا موسى دبالو، ومالك دبالو، ومحمد فازا دبالو، وموسى ديامانكا، ونونهلاندا دلاميني، وسيتشميلي دلاميني نكتو، وعثمان درمي، وألفريد دريوالي، وميسفين كيفلي إيدو، وأنا بيل إيكيري نغوي، وجيرارد إلوكو، ونغومبو إيبيفان، ومايرا إريك، وتوماس جي فيدجو تيفوت، وتاممين فيسا، وجيل فلورين، وألبرت غالاندي، وأزماش جيبيرجيورجيس، وجان بابيتست غودوي، وجويل غوندي، وديفيد جوني، وياسر غولامو، وداكو هانيزا، وبوكولمي هينغا، وسادو هاليدو، وإيمي هيري بيتاكويا، وجيسلان أرنو هولو، ودورين هوتيف، وهيبوليت هوني، وأنا إيزاك، وحزمة إسماعيل، وموسى جالو، وبريسلا جيميلي ناجولي، وسلفانوس كاديلأ أمومو، ونشا كادجانتا، وصامويل كاماو، وموثوني كارانجا، وأجيمان كاريكاري مافو، وفينكتور خانيلي، وجينيفر كيما، وجون كيهاما، وجورج ناسيبو كيوانجو، وجويل مكادي كومي، وإميل كوروما، وبنيايمي إسرائيل كواديو، وأوغست كواكو، وخوسيه كوفولا كيفودي، وسيدي محمد الأمين راضي، ودجوب إنوسنت لافينير، وتيبوجو ماديدمالو، وماكفالان ماغامبو، وفرانسيس ماغومبو، وتيرانس ماغورو، وصفيه محمد زين، وسبيريانو ماينغا، وميوييتسي ماکاو، وصامويل ميكيت، وساتوريني إرنست مانانغوا، وعمر مانجانغ، وجيسكا مارتينز، وفيليكس ماتيمبا، وريجيس مباري دابا، وباوينيلي منزينيسو، وجيليان مين، ونيل منصرية، وبوهانس ميرشا، وكامل مسير، وفورتشن مهالانغا، وستانلي ميدزي، ولوسي مكوتومولا، وعيسى إسماعيل مبابغا، وليسيو مابابالو موهولولي، وليويلو مولاو، وفرانسيس موتيري، وتيبوغو موتومي، وجاكسون مبابونيمانا، وأحمد ميسا مليغا، وداق مسوكوا، وجين موديرا، وكلاديو مويانغا، وجوليوس موتيسو، وتشيلوزيا موسوندا موزونغوي، وسولومي نامبيو، وسلفينو ندافا بربا، وغيرمو ندونغ توتومي، وغيلبرت ندييسي، وإيرينو نفييس، ومايونغ نغو إيلأ، وميرج روفين نغيسان دزايأ كواكو، وعبد الجبريل نجاي، وماري نجوغو، وبرنارد نكالأ، وألأيسي نخوما، ونيكولا نكير ماشيني، وسينثيا نورشير، وفرانكلين سانوي نسا، وفايaban نتاهيزاني، وإيمانويل نتاويروشا، وباولا نوير جوكوير، وفرانسيس نيماري، وجوزيف نزامبيمانا، ولويس أولامبو، وتشارلز أركان، وصامويل أوهو برو، وأولومويوا أوجو، ومي أكامورا، وجون أوكوبا، وهيزرون أومولو، وسيلستين ديدبيي أوندو أوندو، وماريا كارلوتا باتشيكو فيرا، وإتانا بيكلي مينزاه، وجاكوب بودا، وتياغو كي كيسانغا، هاجا راندرياماونجي، ونديميترو ريندال، وموليم روميسيو أمير، وهيلدا روسو، وكينغالا سعيد، وبنو سعيد حمينو، ودادوا ساماتيه، وتاميسو جانيت سيولاو، وزيادة جي سيلأ، وهوراي سيدي، ومالك سيدي، ودافني شامامبو، ومويابه شريف، وكارولين شومي، وساليف سيغواير، وجاستن سوسو أدانافوكين، وسادو سو ثرينو، وريتشموند دو سواه، وتشيليكا تيمولو، وسيني تيو كونتا، وجوزيف فودي تيلاليو، ومحمد تيني، ويعقوب تيمي تيسفاي، وأسيمييني تازدي، وبوينجوتلو هنري تيريلو، وستيلا ماتوتينا تويسنج، وأدوا توروم باريمه، ونادية فالنتين، وبيتر وامبي، وديفيد وامبوا، وسولومون ولديمانويل، وأمبروز وريه، وعيسى يحيى، وبنزايأ بيهاه، وسفين زيلو، ونورنا تشو، ونيسنور زو أوندو، ومبوسو زواني.

إقليم الأمريكتين

رامون أنطونيو أبريغو، روزوموند آدماز، ولوسيا إيكاردي، ودانييل ألبريشت، وشيرما ألكسندر كامبل، وأنيلا أوير، وكارلوس أيالا، وأسكويت بالا، وليزيت بيل، وويلسون بينيا، وسلمى باتيث بيرنال روانو، وستيفاني برنارد ستيفنز، وخافيير بوركيز، وإيرما بوا، وإدوين بولاستيغ، وروندالين برادشو، وأراسيلي كاماتشو، وفريدي كانشيهوامان، وجويل كارابالو، وأليخاندرا كاريلو رواء، وجوان كاروت، ورودريغو كاسترو، باولا أليخاندرا سيا تينوريو، وكارولين تشانغ، وكيرثي شارلمان سوراج، وكيشما كرانتون، وخوسيه هيرناندو كوييدس، وسيلفيا خيمينيا كوينتاس كانازا، وإيزابيلا كاردوسو دي ماتوس بينتو، وتالينين داس ساتون، وأرماندو دي نيفري، وجينا دين، وماركوس ديل ريسكو ديل ريو، ومونيكا دينيز دوريس، وبول إدواردز، وحي إن كلود فيليكس، وإليانا فليتاس، وألكسندر فلورنسيو، ولورا كريستينا غالفيس لوبيز، ولويس فيليبي غارسيا روانو، وكلوديا جودوي كوبيوس، وستيسي جورنچ، وكيفينا غريغث، وبيرونو غيماريش دي ألميدا، وماريا جوزيفا غوتريش كروز، وفيونا هاريس فلينفيل، وغوستافو هوف، وخوسيه أومبيلرو موريللو، وأوكتافيو إيزاغيري، ولورين جيمس، وأناستاسيا جوردان، وسيمون كيزر بيتش، وهاندي خودرا جاجاناث، وكونان كواسي لوران، وكاثي لي، وكلوديا ليجا، وفيرا ليفا كارفاخال، وفلورستين لويس، وراهول ليلدار، وخافيير لويزا ألتاميرانو، ومونسيرات لوبيز سيرانو، وجوليا لوريتو، ومارسيلو ماركيز دي ليما، وشاكيرا ماسكول، وباولو مايال جيلين، وويلسون ميخيا، وجنيفر مينسيك كينيدي، وغوستافو ميري، وأسياس مونتيلا، وغلاديس مورا، وغلورينا مورا كاسكانتي، وتشيريتا موكسي، وأنايدا إلزابيث مونوز مونتالفان، وإنديرا نيفيس– روبرتس، وسيرجيو نونيز، ولويس كارلوس أورتيز مونسالفې، ومونيكا بادبلا، وجيسي آن بانشو برونو، وفيشواناث بارتاسينغ، وجوليو بيدروزا، وخوان لوكاس بيريرا، ولبزيتي بيريز، ووالتر بيريز لازارو، ولورا راميريز، ولورد راميريز، وربشارد راميريز، وتيريليا رافاليري، وفيرناندا ريموند، ودييغو ريستريو، ونوراني ريبس، وليا ماري ريتشاردز، وآلان ريتشموند، وفيلبي روبرتو سانشيز، وهيرنان رودريغز، ويوليس روخاس، وويلما رايان، وناستاسيا سانكو، وأولينا شيل، وكريستيان سكولاري غوش، وسونيا سيشاران رافائيل، وليتيسيا ماريا سيغوفيا كابريرا، وجيفرياليند سيولفيدا، وهيرنان سيولفيدا، وباهتينغ شو، وأليسيا سييرا، ونارين سينغ، وتيشانا سمارت فيليكس، ومارغريت سمث، وسوسانو سولانو روميرو، وكارلوس لينو سوسا مانزانو، وديزيره ستيفن، وميرموز هيرارد ستيرلين، وبيترسوسفازيون، وكيه سي ديان توريس كوينتيرو، وخافيير أوريبي، وبياناك فارجاس إسكاميلا، وبيدرو بابلو فاسكيز تشوك، وداغوبيرتو فيغا، وأولافو فيانا كوستا، وميشيل واشكو، وسوزان ويستون، ومورسيا ويليامز، ودييورا يانكو.

إقليم جنوب شرق آسيا

كيماث أديكاري، ولبلا أديكاري، وهلا هلا آبي، وأديتيا بابو ساسميئا، ونوريرتا بيلو، وسونيل دي ألويس، وتشيرينغ ديما، وبادمال دي سيلفا، وزكية إيكبي، وعابدة إيماكلادا دا كونسيساو أبرو دوكا، وسلمى حسن، وعائشة إيرؤفا، وأورايبورن جانتا أم مو، وأيانثي كاروناراثي، وراكشيتا خانيجو، وثيتيات كوها، ورام كريشنا لاميثان، وديليب ميريمبام، وسوراج مان شريستا، وأميناث محمد، ومريم مورشيدا، وكافيتا نارايان، وثيناكورن نوري، وهيم راج باندي، وإم دي نورزمان، وبالا راي، وبهيم براساد سابكوتا، وفاطمة شاما، وباي تيتسار، وتيمور أوتاما، وتشاماري ويجيسينغ، وزايار وين، وباناروت ويساواتينيميت، ورحمة، وكياو زين هلا.

الإقليم الأوروبي

سوزان ألوند، ودنياغوزيل أكموردافا، وناتاليا ألتانكؤفا، ودانييل ألفاريز، وديانا أندرياسيان، ورولف أرنولد، وآيزات أسانؤفا، وغولناز أزهيمامبيتؤفا، وكاترينا بالابانؤفا، وزولتان بالوغ، وتيودور بليدارو، ومالوهات بوينازارؤفا، وعائشة بويسان، وفيسيلينا برانكؤفا، وليف هايدي براتاس ريمو، ونيفيل كاليخا، وبالوما كاليخا، وانا تشابروسكا، وماريا كوتاخار، وأدم كاتر، وكارميلا دامتو، وجولي دانيز، وبيتر دي كونينك، وأولغا ديموشكان، وغوردانا ديميسكا، وألكسندرا ديستيغانو، وميليكا دوكيتش، وكريستيل دوراند،ومات إدواردز، ونيكيتا إيلول، وأليسيا إستيرادو، وماريا إيفانجيلو، وإيمي فيكيت، وشارون فينيش، وبريغيت فيليوا، وإفيلين فينيما، ويانا غابويان، وريتا غايديليت، ودراغوس غاروفيل، وأنستازيا غازيغا، وشارلوتا جورج، وجورغ جيسنر، وميكا غيسلر، وشوشي غولدبرغ، وانا باولا غوفيا، وستين هارتقيغ هانسن، وريفاكا هازان هازوريف، وهانز يورغن هيلمان، وإيفانا هيرزلنؤفا، وغير هيماس، بريغيت هوفر، وجاك هوغوينش، وداغمار هولد ماتياسدوتير، وأولغا إنغلز، وسالومودين جابوروفيتش يوسفى، وأندريا جورج سيلفا، ودافني كيتيليدو، ولينا كالي، وناتاليا كامبينا، وإيسي كارفوين، وباب كاتالين، ورانشيل كينا، وزوكرو خولؤفا، وتانيا كينغ، وجيان باولو كلينيكي، وكلافيا كوبال ستروس، وزازول كوزهونازارؤفا، وماغا كرستيتش، واليري لاب، وميلجان ليويسبيتش، وباربرا لوبين، وديان لينش، وأجيتا ميلبارد كيلمير، وجول ميرسينغلي أوغلو سيرين، وميتودي ميسيف، وجانيس ميسينس، وتسيعا موزولو، وفلاديمير ناكوف، وماريانا نيغرين، وكريستيانا بياتريس نيميرينو، وهلين نورمان، وبافبي نيغرين، وسيرجيو أوتغون، وإسبن أوتسن فاتيكار، وبنينا أورلياك، وماريا بالبيرك، وكارمي بالالريس، ومارينا باز، وداليبور بيجوفيتش، وأونا بنتالا نيكولاين، وناتاليا بيريرا، وبافبي نيغرين، وكاثرين بولاك، وميكايلا برامر فالدر، وكاترينا بريبيولا، وفيلي بردان، وألدا ريكاس، وبيتينا ريديرت، وبول ريستاريكس، وماتياس ريفولد، وساليخوديجايغا ريكسي، وجوسيب روماغوسا، وسيسيليا روتيم، وخايمي روزيما، وتيو –ليزا رومو، وستيفاني صالح، وهانز ديفيد شوارتز، وفاسوس سكوتيلاس، ويسبر سيليرييرج، ومارينا شاخنازارؤفا، وجيسموند شارلس، وأرنارن سيغبيورنسون، وأرتوراس سيمكوس، وموجكا سيمونسك، ودييورا ستونز، وشوهرات سلطانوف، وميرسيا تيمؤفت، وسو ترانكا، وكليا تروكا، وماريو تروسيلي، وروسانا أوجنتي، وفوتيلي فيلدر، وبورغني فولد، ولينكا فوستالؤفا، وميشيل فولتر، وأندرو زوبريب، وغوكالب قذري ينتور، وجولنارا زاكساليكؤفا، ونظيرة زولزانؤفا، وآري زوبرين.

إقليم شرق المتوسط

أمل عبده عبد الله، ومحمد عبد الإله حسن، وهبة أبو رأس، وسابين أفضل، وإلهام أحمد نجاد، وعبد الله العجيل، وغادي العسيري، وبن آل خليفة، ونوريس النحاس، وعلي طالب الزيامي، وشمس الدين علي حسن خليفة، وهاجر عون الله السخيري، وماجد أسد، وعباس عبادي، وفضل إلهي علي زي، ومحمد بدغاني، وريما شعيتو، ونورهان عرفان، وراضية فارح، وزهير فري، وعبد جراد، وأماني جيد، ودنيا حسن، وسوما حسن التركي، وكنان حسين، وطلال ققادة، ورقية خليل نجاد، وعبير الكردي علامة، وميسون ماضي، وأروى محمد الأمين، ومريم نوح المطوع، وسلخة رشيد، وأنطوان رومانوس، ومحمد إبراهيم صالح دغاني، ومريم سرفراز، وحسن شيخ، وفارونيندرا فيرما، ولبنى يعقوب، وعبد العزيز ياسين، وإبتسام مصطفى علي زقروق، وعلاء زيد محمد حربي.

إقليم غرب المحيط الهادئ

ثيلما علي، وكوين أنه دوان، وفويلني أنيتيليا، وإريكو أنزاي، وبيتر أباو، وماري تيريز أبيني، وأوتغونشيمج باتياتار، وصالح كمال بن حاج بدر الدين، وكاريتني بنتي حاج سوهاي، وأنا بولي، وليون شيا، وديكسون ديميري مانجر، وإرنينشيمج إنخي، وهيليا لانغرين اينوس، وتريكسي فريتز، وجو فواتا، وصنشايين غارسيا، وجوزيف غاري، ومارغريتا بي جاي، وهيلدان هيلدهارت، وسيليدونيا هيلجنريغر، ولورين هيتاراكا، وماكس إيكيتول، وماري كيليلو، وبولين كوه، وفيريا كوي، ومايكل لاروي، وغراسيا لاكسيئا، ونغاماتاريكي مانبا، وكايسي مانويل، وكوردني ماريجورون، وروانا ماتايتيني، ومورين مكارتي، وأليسون جين ماكميلان، وجوديث ميلسول، ونيلسون ميك، وأنتونيت ميروز، ولورلين ميكيل، وبول مالي موماني، وكيني مونغكا، وكينا موريليك، وسكوت موري، وهيلين مردوخ، وغوري نارايانان، ومولينت أوكيش، ومايكو أوبا، وهيرين بارك، وتشانفونغ فيلافونغ، وأن بينيل، وفريدا بيتاكاكا، وسالوت بولوكا، وكينيث رونكيلو، وهاربيت سام، وجون سكانلان لوي، ويوميكو شودا، وميلي سي إنوكي هانغانا فيليس، وروز سيوهاني، وأنوسوني سيسولات، وجونا سولون بانزون، وبول سو، وأوليسيز تابؤفا، وميليسييتي تاولا، وفلورانت ترينيداد، وكولين توراغا ويلسون، وفيسانسي فونغسافانه، ونيك يوسانا بينتي توان سوه، وهوي تشاو.

وقدمت الدعم المالي لإعداد هذا التقرير ونشره جمعية بورديت تراست للتمريض (المملكة المتحدة).

وجُمعت **إعلانات المصالح** وعولجت وفقًا لسياسة منظمة الصحة العالمية. ولم يثبت أي تضارب في المصالح يتطلب اتخاذ إجراءات.

الملخص التنفيذي



اليمن: ممرضة تقدم الرعاية لإحدى المريضات في مستشفى بجزر كوك. © منظمة الصحة العالمية/ يوشي شيميزو
الوسط: حسن محمد الحروب، ممرض مسجل، في الأرض الفلسطينية المحتلة. © منظمة الصحة العالمية
اليسار: طفل صغير يخضع لفحص الأذن على يد ممرضة رعاية في لاتفيا. © منظمة الصحة العالمية/ غانيس أورليكيس

يفرض السياق العالمي السريع التغير تحديات على النظم الصحية، تاركاً أثره على الصحة والرفاه. ويؤثر عدم الاستقرار الجيوسياسي والصراعات وتغير المناخ والاضطرابات البيئية على عدد متزايد من البلدان. ويقترن ذلك باستمرار حالة عدم اليقين الاقتصادي، الذي يصحبها تزايد في أعباء الديون والتضخم وتقلص الحيز المالي، وكلها عوامل تلقي بظلالها على الإنفاق في القطاع الاجتماعي. وتتجسد التداعيات المترتبة على صحة الإنسان في تباطؤ التقدم المُحرز في سبيل الحد من وفيات الأمهات والمواليد والأطفال، وزياد معدلات الأمراض غير السارية، وحالات الصحة النفسية، والأمراض السارية، ومقاومة مضادات الميكروبات، والأحداث الخطرة المعدية ذات التهديدات المرتفعة.

ولا تزال هناك خمس سنوات تفصلنا عن موعد انقضاء خطة التنمية المستدامة ٢٠٣٠. ولا يمكن تحقيق تقدم بشأن التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي وأهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة دون وجود أعداد كافية من العاملين في مجال الصحة والرعاية، ممن يتمتعون بالكفاءات اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان. وعلى الرغم من ارتفاع «الرصيد» العالمي من العاملين الصحيين بإطراد خلال العقد الماضي، فقد تباطأ التقدم المُحرز في تعويض النقص في العاملين الصحيين، وهو ما دفع إلى إعادة النظر في تقدير النقص العالمي المتوقع في عام ٢٠٣٠ وزيادته من ١٠ ملايين إلى ١١ مليوناً، وسوف يتحمل إقليما أفريقيا وشرق المتوسط التابعان للمنظمة ٦٩٪ من هذه الزيادة. وتمثل هذه الفجوات في إتاحة العاملين الصحيين حالة من الإجحاف الصارخ ينبغي معالجتها.

ويعرض تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥ بيانات وبيّنات محدّثة وموثوقة فيها بشأن القوى العاملة في مجال التمريض على الصعيد العالمي، حسبما أُبلغ عنها من خلال نهج موحد بشأن بيانات القوى العاملة الصحية الوطنية. وتعكس البيانات الواردة في هذا التقرير زيادة نسبتها ٣٣٪ في عدد البلدان التي أبلغت عن مجموعة أساسية من المؤشرات مقارنة بتقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠. ويتيح التحسّن في توافر البيانات قدرًا أكبر من الدقة في وصف التحديات التي تواجه تعليم التمريض والتوظيف وتقديم الخدمات والمهارات القيادية، والتخطيط المناسب للاستجابات السياساتية للتصدي لتلك التحديات. وتتوافر مرسمات فُتريّة تحتوي على بيانات وطنية على الموقع الإلكتروني، ويمكن تنزيلها.

مرمضة في مقاطعة مارباسب، كينيا، تقدم النصيحة لإحدى الأمهات عن أهمية التطعيم الروتيني. © منظمة الصحة العالمية/ بيبي ميارون

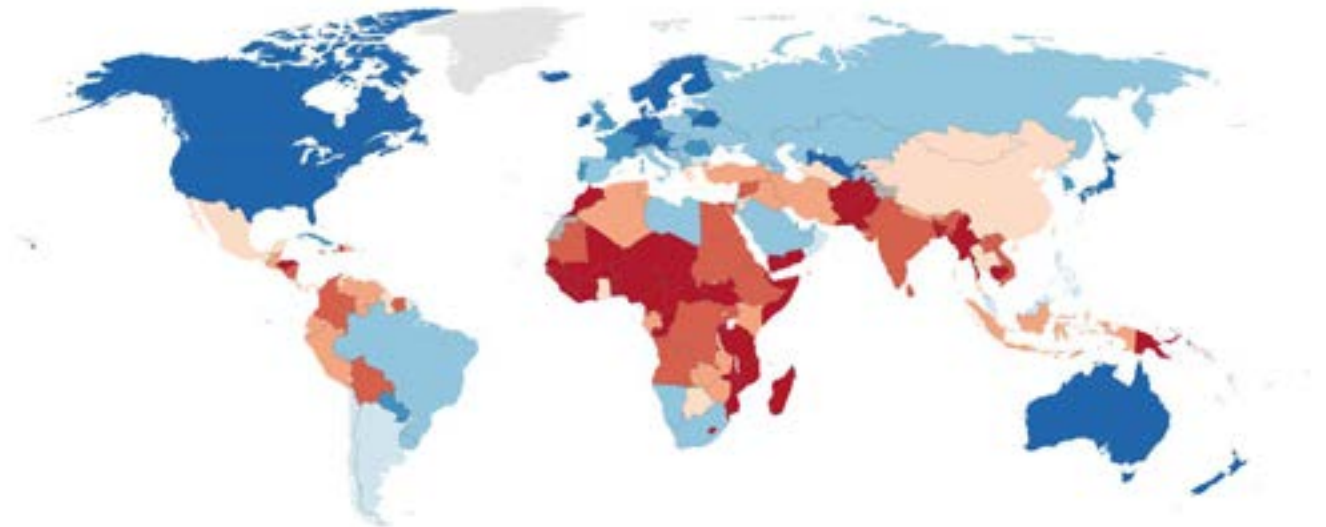
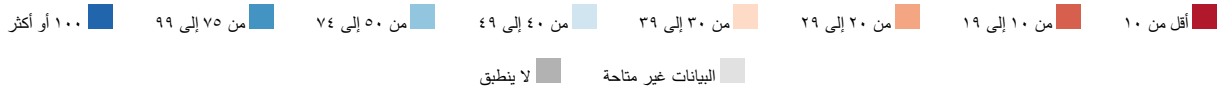


فرص العمل/ التوظيف

يبلغ الرصيد العالمي من أفراد كادر التمريض ٢٩,٨ مليوناً في عام ٢٠٢٣، وهو ما يمثل ارتفاعاً عن الرقم المسجل بالتقرير السابق (٢٧,٩ مليوناً في عام ٢٠١٨)؛ ومع ذلك، فإن التوزيع العالمي للممرضات والممرضين وكثافتهم في عام ٢٠٢٣ يشوبهما قدر كبير من عدم الإنصاف، ويخفيان وراءهما نقصاً قدره ٥,٨ ملايين ممرضة وممرض. فيوجد نحو ٧٨٪ من كادر التمريض في العالم في بلدان تستأثر بنسبة ٤٩٪ فقط من سكان العالم؛ وتستحوذ البلدان المرتفعة الدخل، التي يعيش بها ١٧٪ فقط من السكان، على ٤٦٪ من مجموع الممرضات والممرضين في العالم. وتتفاوت الكثافة العالمية لكادر التمريض (٣٧,١ ممرضة أو ممرضاً لكل ١٠,٠٠٠ شخص) على نحو مماثل عبر أقاليم المنظمة وتصنيف الدخل. فكثافة كادر التمريض في الإقليم الأوروبي أعلى خمس مرات من كثافته في إقليم أفريقيا وشرق المتوسط؛ ويوجد فرق مقداره عشرة أضعاف في كثافة كادر التمريض في البلدان المرتفعة الدخل مقارنة بالبلدان المنخفضة الدخل. وتشير هذه الإحصاءات إلى أن كثيراً من سكان العالم لديهم إمكانية أقل كثيراً للوصول إلى كادر التمريض للحصول على الخدمات، مثل رعاية الأمهات والأطفال، والتدبير العلاجي للأمراض المزمنة، والاستجابة للتهديدات والطوارئ الصحية العامة.

باتت القوى العاملة في مجال التمريض على الصعيد العالمي تحمل طابعاً مهنيّاً متزايداً وتمارس عملها بصفة أساسية في القطاع العام. ففي عام ٢٠٢٣، صُنِّفَ ٨٠٪ من أفراد كادر التمريض باعتبارهم "ممرضات مهنيات أو ممرضين مهنيين"، يقدمون مجموعة كبيرة من الخدمات الصحية بمستوى عالٍ من الاستقلالية. وصُنِّفَ ما يقرب من ١٧٪ من أفراد كادر التمريض باعتبارهم "ممرضات مهنيات معاونات أو ممرضين مهنيين معاونين" يعملون بقدر أقل من الاستقلالية في مكان العمل؛ ولم يتسَنَّ تصنيف ٣٪ من أفراد كادر التمريض ضمن أي من النوعين. وتبيّن أن نحو ٧٠٪ من كادر التمريض يعملون في مرافق القطاع العام، على النقيض من المرافق الخاصة غير الهادفة للربح أو الخاصة الهادفة للربح. وفي حين أن إضفاء الطابع المهني من شأنه أن يحسّن جودة الرعاية، فإنه ينبغي أن يكون مصحوباً بأدوار متميزة، ونطاقات مختلفة للممارسة، وأجور متناسبة في بيئات العمل، حتى لا يؤدي إلى هجرة كادر التمريض إلى البلدان التي توفر فرصاً مهنية أفضل.

الشكل ١ كثافة أفراد كادر التمريض لكل ١٠,٠٠٠ نسمة في عام ٢٠٢٣



ملحوظة: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة 2018-2023.
المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ 2024.

تتشكل القوى العاملة في مجال التمريض على الصعيد العالمي من ٨٥٪ من الإناث، وتتسم بانخفاض نسبي في الأعمار، غير أن أنماط العمر تختلف حسب الإقليم وفئة الدخل. فعالمياً، تقل أعمار ٣٣٪ من الممرضات والممرضين عن ٣٥ عاماً، في مقابل ١٩٪ تبلغ أعمارهم بين ٥٥ عاماً أو أكثر (أي أن مقابل كل ١٠٠ ممرضة وممرض في سن قريب من التقاعد على مستوى العالم، يوجد ١٧٤ شابة وشاباً من العاملين في كادر التمريض). ومع ذلك، ففي ٢٠ بلداً (معظمها من البلدان المرتفعة الدخل ومن الإقليم الأوروبي)، يفوق عدد الممرضات والممرضين المتوقع تقاعدهم في غضون ١٠ سنوات عدد الممرضات والممرضين الذين ما زالوا في مرحلة مبكرة من حياتهم المهنية. وقد تشير الفروقات الإقليمية الصارخة إلى سيناريو مفاده أن الأقاليم الأشد احتياجاً إلى أفراد كادر التمريض ذوي الخبرة ستكون لديها في الغالب قوى عاملة حديثة العهد بالمسار المهني، في حين أن الأقاليم ذات الموارد الأفضل سيكون لديها أعداد كبيرة من الممرضات في سن قريب من التقاعد. وربما تسفر هذه التوجهات أيضاً عن ارتفاع وتيرة الهجرة الدولية غير المنظمة، وتؤثر على جودة الرعاية والقدرات المتاحة في مجال التدريب والإرشاد.

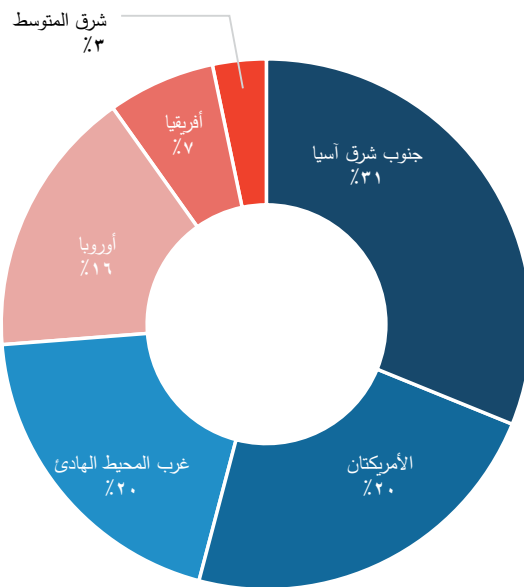
يشير توزيع أفراد كادر التمريض المولودين في الخارج إلى استمرار التنقل والهجرة الدوليين. ففي عام ٢٠٢٣، كان واحد تقريباً من كل سبعة ممارسين لمهنة التمريض مولوداً في بلد آخر. وتعتمد البلدان المرتفعة الدخل على أفراد كادر التمريض المولودين في الخارج بدرجة أكبر كثيراً (٢٣٪) مقارنة بالبلدان الواقعة ضمن فئات تصنيف الدخل الأخرى (٨٪ في بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط؛ و ١٪ في بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط؛ و ٣٪ في البلدان المنخفضة الدخل). ويشكّل الاعتماد المتزايد في البلدان المرتفعة الدخل على أفراد كادر التمريض المولودين في الخارج نقلاً للاستثمار التعليمي من البلدان المنخفضة الدخل إلى البلدان المرتفعة الدخل. ويؤدي ذلك إلى إضعاف تطوير النظم الصحية في البلدان المصدرة للقوى العاملة، في حين يعوض عن غير قصد عدم كفاية التخطيط للقوى العاملة وعدم ملائمة الاستثمارات المبذولة في تعزيز القدرات التعليمية في البلدان المستقبلة للقوى العاملة.

في حين أنه من المتوقع ارتفاع رصيد أفراد كادر التمريض عالمياً إلى ٣٦ مليوناً بحلول عام ٢٠٣٠، فإن عدم الإنصاف في هذا النمو وتوزيع النقص العالمي سوف يصبحان أكثر وضوحاً.

ففي حين أنه من المتوقع ارتفاع الكثافة العالمية من ٣٧,١ لكل ١٠٠٠٠ نسمة في عام ٢٠٢٣ إلى ٤٢,٥ لكل ١٠٠٠٠ نسمة في عام ٢٠٣٠، بسبب زيادة معدلات النمو السكاني، فإن إقليمي أفريقيا وشرق المتوسط لن يشهدا أي نمو، أو قد يشهدان نمواً ضئيلاً في نسبة كادر التمريض إلى السكان بين عامي ٢٠٢٣ و ٢٠٣٠. ومن المتوقع أن يستمر النقص العالمي الإجمالي في عدد الممرضات والممرضين في الانخفاض، من ٥,٨ ملايين في عام ٢٠٢٣ إلى ٤,١ ملايين في عام ٢٠٣٠. ومع ذلك، فإن تركيز النقص في كادر التمريض في إقليمي أفريقيا وشرق المتوسط (ما يقرب من ٧٠٪ من الإجمالي العالمي بحلول عام ٢٠٣٠) من شأنه أن يضعف القدرة على تقديم الخدمات ويبطئ التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

الشكل ٢ توزيع الزيادة المتوقعة في رصيد أفراد كادر

التمريض من عام ٢٠٢٣ إلى عام ٢٠٣٠ حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية



المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

← التعليم

تقدّم البيانات المحسّنة عن خريجي التمريض صورة مختلطة للتقدّم المحرّز في زيادة الإنتاج المحلي من الممرضات والممرضين. فنسبة خريجي التمريض الجدد إلى «رصيد» كادر التمريض في عام ٢٠٢٣ تعكس وتيرة وحجم الإنتاج المحلي للممرضات والممرضين. وكانت نسبة الخريجين إلى الرصيد في البلدان المنخفضة الدخل تقع ضمن النطاق الذي توصي به المنظمة (٨-١٢٪)، وهي نسبة أعلى من تلك الموجودة في البلدان المرتفعة الدخل (٨,٣ مقابل ٥,٣ خريجين لكل ١٠٠ فرد نشط من كادر التمريض، على التوالي). ومع ذلك، ينعكس اتجاه هذا النمط في نسبة خريجي التمريض إلى عدد السكان: إذ تكون أعلى في البلدان المرتفعة الدخل، وتتنخفض تدريجيًا في فئات الدخل الأخرى. وتُعد نسبتا خريجي التمريض إلى عدد السكان أقل كثيرًا في إقليمي أفريقيا وشرق المتوسط مقارنة بالأقاليم الأخرى، وهو ما يطيل أمد أنماط الإتاحة غير المنصفة وغير الكافية للرعاية الصحية.

على الصعيد العالمي، كانت المدة الأكثر شيوعًا لبرامج تعليم التمريض ٣ سنوات (٥٣٪)، تليها برامج مدتها ٤ سنوات (٣١٪) وبرامج مدتها سنتان (٩٪). وفي حين تعكف البلدان على إدخال مسارات تعليمية مختلفة للحصول على درجة البكالوريوس، فإن البيئات ذات الموارد المحدودة قد تجد صعوبة في تنفيذ البرامج التي تتطلب مزيدًا من الموارد تنفيذًا فعالًا. وفي بعض الحالات، قد لا يجد خريجو برامج البكالوريوس أدوارًا ومسؤوليات وأجورًا متميزة على نحو كافٍ في البيئات الصحية التي تكافئ الاستثمار الأطول أمداً في التعليم بقدر متناسب. فالاتجاه السائد نحو الحصول على درجات البكالوريوس دون تمايز الأدوار يخلق حالة من عدم التوافق بين الاستثمار في التعليم وفرص العمل، وهو ما قد يوجج حالة عدم الرضا ويدفع للهجرة.

تشمل العوائق التي تحول دون توسيع نطاق تعليم التمريض القيود التي تعاني منها مواقع المهارات السريرية، وتوافر أعضاء هيئات التدريس، ومتطلبات بيئات التعلم الرقمية. فتطوير قدرات أعضاء هيئات التدريس في مجال التمريض وتوظيفهم والاحتفاظ بهم لم تواكب الطلب الناشئ في البيئات التعليمية الآخذة في الاتساع، والتوقعات المتزايدة لحجم العمل. ويؤدي نقص أعضاء هيئات التدريس وعدم كفاية المواقع السريرية إلى خلق مشكلة مرگبة، لا تحد من الأعداد الحالية للخريجين فحسب، ولكنها من المحتمل أيضًا أن تمس بجودة التعليم، وهو ما قد يؤثر على جودة الرعاية وقدرة الخريجين على ممارسة المهنة بصفة مستقلة في المستقبل. وقد اتسع نطاق استخدام التقنيات الرقمية والذكاء الاصطناعي في تعليم التمريض، غير أن هناك تحديات فيما يتعلق بالإتصاف والكفاءة وجاهزية أعضاء هيئة التدريس وفرص التعلم السريري.

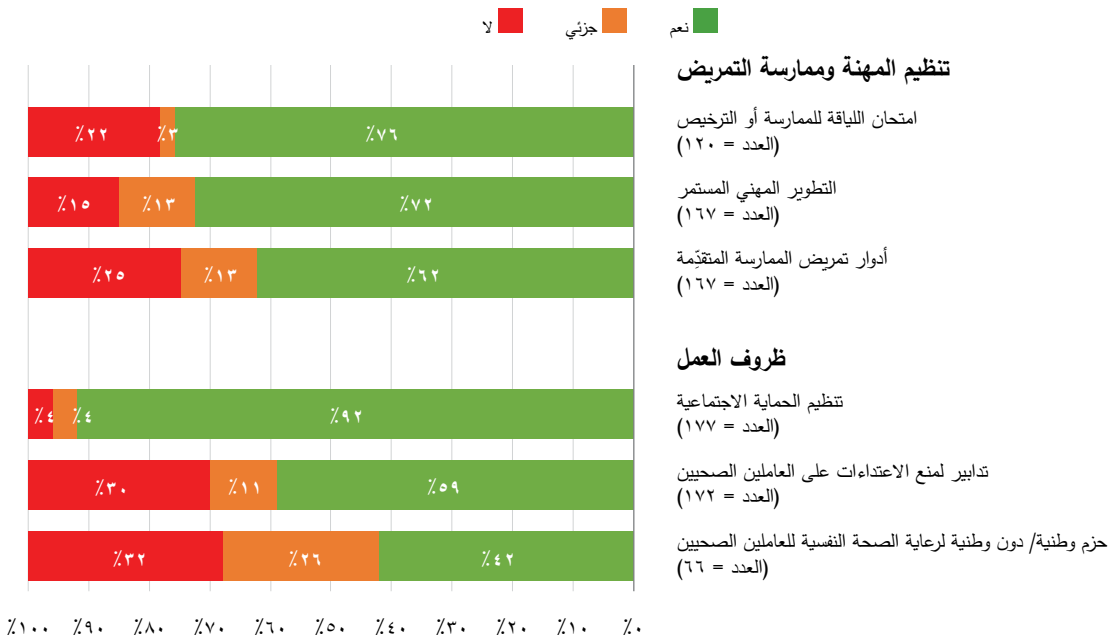
تتوافر آليات ضمان الجودة في تعليم التمريض إلى حد كبير، ولكن المعرفة بنطاق تنفيذها قليلة نسبيًا. فقد أفادت أغلب البلدان المجيبة بوجود معايير لمؤهلات أعضاء هيئة التدريس (٩٠٪) وآليات الاعتماد الوطنية (٨٨٪) والتعاون بين بيئات التعليم والتنظيم والتوظيف بشأن معايير الاعتماد (٧٧٪). ومع ذلك، فإن هذه التدابير لا يمكن أن يكون لها أثر على جودة تعليم التمريض ما لم يتوافر لها الدعم والموارد ووسائل التنفيذ على النحو المناسب. وأفاد عدد أقل من البلدان المجيبة بوجود معايير الاعتماد التي تشمل التعليم بين المهن (٦٢٪)، أو المحددات الاجتماعية للصحة (٤٥٪)، على الرغم من أهمية هذين الجانبين لممارسة التمريض الفعالة في الفرق المتعددة التخصصات والموجهة نحو الرعاية الصحية الأولية.

← تقديم الخدمات

تمتلك معظم البلدان المجيبة (٩٢٪) هيئة تنظيمية للتمريض، وتقييمًا للكفاءة الأولية (٧٦٪)، والتطوير المهني المستمر (٧٢٪)، وأدوارًا منوطة بمرمضات وممرضي الممارسة المتقدمة (٦٢٪). ويختلف العديد من المؤشرات الخاصة بالكفاءة الأولية والمستمرة حسب أقاليم المنظمة، وتظهر البيانات المنشورة تباينًا كبيرًا على الصعيد العالمي في تعليم ممرضات وممرضي الممارسة المتقدمة. ومن الممكن أن تؤدي المعايير غير المتسقة بين البلدان إلى تعقيد الاعتراف المتبادل بمؤهلات التمريض وتقييد فرص التنقل الدولي، في حين أنها قد تعرض سلامة المرضى للخطر. وعلى الرغم من البيانات المتزايدة التي تدل على المنافع التي توفرها ممرضات وممرضي الممارسة المتقدمة والرعاية التي تقوم بها الممرضات والممرضون، فإن تقييد نطاق ممارسة كادر التمريض يمثل فرصة ضائعة لتحسين إتاحة الخدمات الصحية وجودتها وفعاليتها.

تمتلك معظم البلدان قوانين لدعم وحماية الممرضات والممرضين في بيئة العمل، ولكن عددًا قليلًا جدًا منها لديه أحكام تتعلق بالرفاه النفسي. فقد أفادت معظم البلدان المجيبة بوجود قوانين بشأن الحد الأدنى للأجور (٩٤٪)، وتدابير الحماية الاجتماعية (٩٢٪)، وسلامة العاملين الصحيين (٧٨٪). وأشار عدد أقل من البلدان المجيبة إلى تطبيقها تنظيمًا بشأن ساعات العمل وظروفه (٥٥٪) وأحكامًا تتعلق بالرفاه النفسي (٤٢٪). ولا يزال مدى تطبيق هذه الأحكام المتعلقة بالدعم ووسائل الحماية غير معروف إلى حد كبير؛ وثمة ضرورة لبذل الاستثمارات الكافية والتنفيذ من أجل تفعيلها بغية تعزيز سلامة أفراد كادر التمريض وتحفيزهم والاحتفاظ بهم. أما الفجوة في دعم الصحة النفسية، فتهدد استدامة القوى العاملة، ولا سيما بعد التأثير المتعدد الأبعاد الذي خلفته جائحة كوفيد-١٩ على العاملين في مجال الصحة والرعاية.

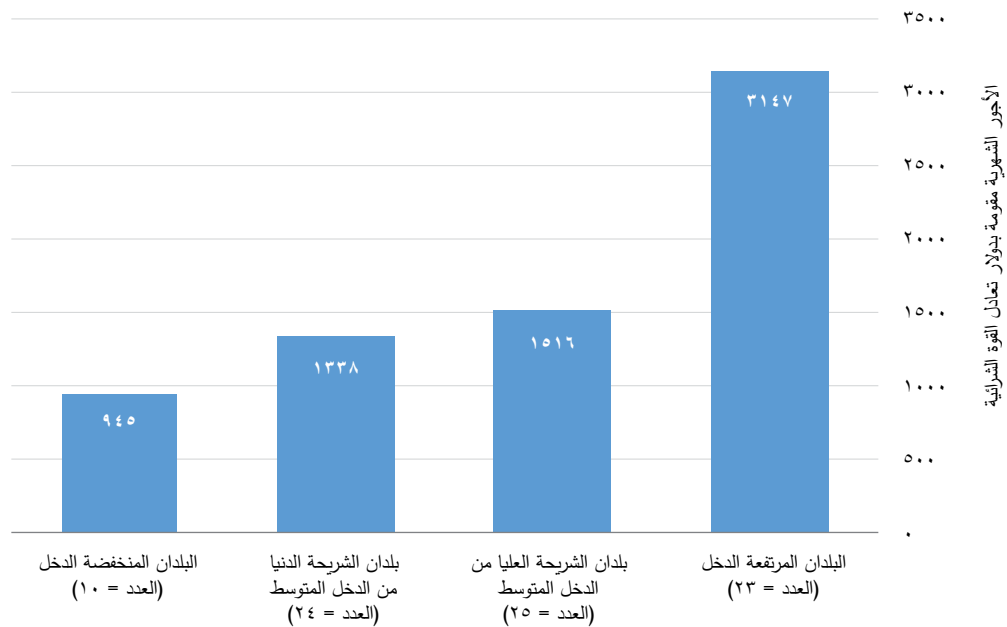
الشكل ٣ النسبة المئوية للدول المجيبة التي أفادت بوجود جوانب تتعلق بتقديم الخدمات (تنظيم المهنة، وممارسة التمريض، وظروف العمل)



ملحوظة: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

بلغ الأجر الوسطي العالمي لأفراد كادر التمريض المبتدئين في عام ٢٠٢٣ ما مقداره ٧٧٤ دولارًا أمريكيًا شهريًا في ٨٢ بلدًا، مع وجود فروقات كبيرة حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وفئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي. وكانت الأجور الوسطية في البلدان المرتفعة الدخل أعلى مرتين منها في بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط، وأعلى ثلاثة أضعاف منها في البلدان المنخفضة الدخل. وأظهرت الأجور المعدلة، حسب تعادل القدرة الشرائية، إلى أن إقليمي أوروبا وشرق المتوسط يتمتعان بأعلى أجور وسطية للمبتدئين؛ في حين يمتلك إقليم أفريقيا وجنوب شرق آسيا أدنى أجور وسطية للمبتدئين. وأظهر تحليل للبيانات المصنفة الواردة من ٣١ بلدًا فجوة في الأجور بين الجنسين بلغت نسبتها ٧٪. وتخلق الفروقات في الأجور وتعادل القوة الشرائية، إلى جانب فجوة الأجور بين الجنسين البالغة ٧٪، حوافز اقتصادية قوية للهجرة، وتعمل في الوقت نفسه على إطالة أمد عدم التكافؤ بين الجنسين في المهنة.

الشكل ٤: الأجور والمرتبات الوسطية الشهرية للمبتدئين على أساس دولار تعادل القوة الشرائية، حسب فئة الدخل المعتمدة في البنك الدولي



ملحوظات: يتضمن التحليل بيانات عن آخر سنة أبلغ عنها في الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣ من ٨٢ بلدًا بشأن الأجور والمرتبات الوسطية الشهرية لأفراد كادر التمريض المبتدئين. ويكون تعادل القوة الشرائية مقومًا بالدولار الثابت الدولي للعام المرجعي ٢٠٢١، ويُحتسب من واقع التقديرات على مستوى البلدان على أساس الدولار الأمريكي ودولار تعادل القوة الشرائية المعتمد في برنامج المقارنات الدولية، في قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية الخاصة بالبنك الدولي.

← المهارات القيادية

أفادت معظم البلدان المجيبة (٨٢٪) بأن لديها منصب رئيس تمريض حكومي (أو منصب مكافئ)، ولكن أدواره في إدارة القوى العاملة في مجال التمريض ووضع السياسات والخطط في مجال الصحة غير واضحة. ولا يستطيع كبار مسؤولي التمريض الحكوميين، ما لم يتمتعوا بالسلطة والموارد الواضحة المعالم، أن يؤثروا بفعالية في الخطط أو السياسات الخاصة بالقوى العاملة، وهو ما يُخرج وجهات نظر التمريض من دائرة اتخاذ القرارات الحاسمة في نظام الرعاية الصحية. وهذه الفجوة في الحوكمة لها أثر على جميع الجوانب، بدءًا من تخطيط التعليم ومرورًا بظروف العمل، وانتهاءً بجودة الرعاية المقدمة للمرضى. وتوجد فجوة أيضًا فيما يتعلق بإتاحة فرص تنمية المهارات القيادية لدى كادر التمريض: ففي حين أفاد ٦٦٪ من البلدان المجيبة بوجود برامج تنمية للمهارات القيادية لدى كادر التمريض، لم يُبلغ عن وجودها إلا في ٢٥٪ من البلدان المنخفضة الدخل.

الأولويات السياسية

تظل جميع الأولويات السياسية الاثنتي عشرة الواردة ضمن التوجهات الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن التمريض والقبالة للفترة ٢٠٢١-٢٠٢٥ شديدة الصلة بالفترة ٢٠٢٦-٢٠٣٠؛ إلا أن لكل منها «مجالات تركيز» يمكن التشديد عليها فيما تبقى من حقبة أهداف التنمية المستدامة. وإضافة إلى ذلك، حُدِّدَت خمس أولويات سياسية ناشئة في مجالات تمريض الممارسة المتقدمة، والمساواة بين الجنسين، والصحة والتكنولوجيا الرقمية، وخطة المناخ، والمرضات والممرضين في حالات الحرب والنزاع.

← فرص العمل/ التوظيف

إجراء تخطيط القوى العاملة في مجال التمريض والتنبؤ بها باستخدام منظور سوق عمل الصحة. فينبغي أن يركز التخطيط في العديد من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل على زيادة عدد الخرجين من مرضات وممرضين، وضمان استيعابهم في النظام الصحي، وتحسين ظروف العمل للحد من موجات الهجرة المفرطة للخارج ومراعاة النمو في السكان وأسواق العمل. وينبغي للبلدان المرتفعة الدخل والبلدان الأوروبية أن تركز على توسيع دائرة الالتحاق بالتعليم قبل الخدمة والاحتفاظ بالموظفين لتعويض الخسائر الناجمة عن التقاعد، وتقليل الاعتماد على استقدام العمالة من البلدان الأخرى.

ضمان الطلب الكافي (الوظائف) فيما يتعلق بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية وتلبية الأولويات الصحية الأخرى للسكان. فتمثل الأولوية في تسريع النمو في الطلب على وظائف التمريض، وخاصة في إقليمي أفريقيا وشرق المتوسط. وسيطلب هذا الأمر تأمين استثمارات مستدامة محلية في القوى العاملة الصحية المحلية، إلى جانب استثمارات خارجية في حالة عدم كفاية الموارد المحلية لتوسيع الحيز المالي والاقتصادي على نحو مناسب، بما يتماشى مع الأولويات والآليات الوطنية.

جذب أفراد كادر القبالة والتمريض إلى الأماكن التي تمس الحاجة إليهم فيها وتوظيفهم واستبقائهم فيها. فينبغي للبلدان أن تضع سياسات لتوظيف القوى العاملة والاحتفاظ بها، على أن تكون هذه السياسات مسندة بالبيّنات ومصممة خاصة للسياق المحلي، وتعالج الأسباب الجذرية المختلفة لأوجه عدم المساواة. وقد نجح تنفيذ "مسار التعيين في المناطق الريفية" في زيادة عودة خريجي وخريجات التمريض إلى مجتمعاتهم الريفية.

تعزيز المدونة العالمية لقواعد الممارسة المتعلقة بتوظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي (المدونة). فتمثل الأولويات العاجلة في تعزيز الالتزام بالمدونة، بما في ذلك الأحكام الموضحة في قائمة منظمة الصحة العالمية لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية لعام 2023، وزيادة الاستثمار في القوى العاملة الصحية في هذه البلدان، والاتفاقات الثنائية التي تُترجم إلى منافع متبادلة ومتناسبة للبلدان المصدرة للقوى العاملة.

← التعليم

مواءمة مستويات تعليم التمريض مع الأدوار المثلى في النظامين الصحي والتعليمي. فمع توجُّه المزيد من البلدان نحو منح درجة البكالوريوس، فإن التخطيط والتنسيق بين الأوساط الأكاديمية والهيئات التنظيمية والمرافق الصحية أمر ضروري لتحديد أدوار ومسؤوليات أفراد كادر التمريض الحاصلين على درجة البكالوريوس مقارنة بالأنواع الأخرى من أفراد الكادر والعاملين الصحيين. وينبغي توسيع نطاق البحث بشأن تأثير هذا التطور ليشمل بيئات الرعاية الصحية الأولية والبلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط.

تخريج العدد الأمثل من الممرضات والممرضين على المستوى المحلي لتلبية أو تجاوز الطلب في النظام الصحي. فيحتاج كثير من البلدان، ولا سيما في إقليميّ أفريقيا وشرق المتوسط، إلى زيادة عدد خريجي وخريجات التمريض لمواكبة النمو السكاني وزيادة الطلب في سوق العمل. وسوف يتعين على كثير من البلدان معالجة الصعوبات التي تعوق قبول الطلاب أو تسجيلهم (مثل: توافر أعضاء هيئات التدريس في مجال التمريض، وإتاحة مواقع التدريب السريري؛ والتصدي للمعوقات التي تواجه البنية التحتية ومعدات التدريب).

تصميم البرامج التعليمية بحيث تكون قائمة على الكفاءة، وتطبيق التصميم الفعال للتعلّم، والوفاء بمعايير الجودة، والمواءمة مع الاحتياجات الصحية للسكان. أي زيادة التنسيق بين هيئات الاعتماد والمؤسسات التعليمية وأصحاب العمل لمواءمة حصائل التعلّم مع الكفاءات المطلوبة في بيئات الخدمات الصحية. ويتطلب توسيع نطاق "التعلم المختلط" توجيه مزيد من الاستثمار إلى البنية التحتية والموارد لدعم التعليم الرقمي المنصف والملائم؛ وينبغي أن تشمل معايير التعليم الكفاءات الرقمية للممارسة المعاصرة.

ضمان اكتساب أعضاء هيئات التدريس الكفاءات في أفضل أساليب وتكنولوجيات التعليم، مع اكتسابهم خبرة سريرية مثبتة في مجالات المحتوى التدريبي. فتشمل أولويات تعزيز قدرات أعضاء هيئات التدريس التوجيه والإرشاد المنظمين، وظروف العمل المواتية، والأجور المناسبة وتطوير المسار المهني، وفرص تطوير الكفاءات الرقمية التي تسهل تعلّم الطلاب والتطوير المهني ورعاية المرضى.

← تقديم الخدمات

استعراض وتعزيز القواعد التنظيمية المهنية ودعم بناء قدرات هيئات التنظيم، عند الاقتضاء. فتتمثل الأولويات في ضمان نطاقات ممارسة محدّثة ومتمايزة لأنواع ومستويات مختلفة من أفراد كادر التمريض، وإسهام محتوى التطوير المهني المستمر في الكفاءات الضرورية لأفراد كادر التمريض الذين يعتنون بالاحتياجات الصحية للسكان التي يتزايد تعقيدها باطراد. وينبغي تحسين اللوائح لدعم توزيع أكثر إنصافاً لأفراد كادر التمريض والاحتفاظ بهم، وإتاحة المرونة والتكيف أثناء حالات الطوارئ.

تكثيف سياسات مكان العمل لحماية أفراد كادر التمريض والحفاظ على سلامتهم. فينبغي تحسين ظروف العمل لضمان بيئة عمل لائقة تجذب أفراد كادر التمريض وتدعمهم. ويتضمن ذلك تعزيز جداول مرتبات كادر التمريض، وضمان الأجر المتساوي على العمل المتساوي، والتوظيف الآمن، وتوفير وسائل الحماية للتنظيم الجماعي والحقوق القانونية. وثمة ضرورة ملحة لحماية الصحة والرفاه النفسيين لأفراد كادر التمريض.

← المهارات القيادية

استحداث وظائف قيادية عليا وتعزيزها لتنظيم القوى العاملة في مجال التمريض وإدارتها، والإسهام في السياسة الصحية. فينبغي تشجيع البلدان لكي تضمن أن تعكس أدوار ومسؤوليات كبار مسؤولي التمريض الحكوميين مستوى مناسباً من الأقدمية والارتباط بالسياسات الأوسع نطاقاً للقوى العاملة الصحية وإدارتها. وينبغي إشراك كبار مسؤولي التمريض الحكوميين في الإبلاغ عن بيانات القوى العاملة في مجال التمريض واستخدامها، والعمليات والآليات السياساتية الوطنية، فضلاً عن المنتديات الإقليمية والعالمية.

الاستثمار في تنمية المهارات القيادية لدى أفراد كادر التمريض. فينبغي توسيع نطاق برامج تنمية المهارات القيادية لدى كادر التمريض، ولا سيما في البلدان المنخفضة الدخل، لتوفير برامج ملائمة للسياق تُعنى بالكفاءات المطلوبة في مجموعة متنوعة من البيئات. وسيتعين تعبئة الموارد للتغلب على مجموعة من العوائق، منها على سبيل المثال: التمويل، أو النقص في أعداد كبار الممرضات والممرضين على مستوى السياسات العليا، أو نقص التعرّض للمهارات القيادية في مناهج التعليم والتدريب.

← الأولويات السياساتية الناشئة

مواصلة تطوير أدوار التمريض الممارسة المتقدمة لزيادة إتاحة الخدمات الصحية العالية الجودة. فيجب أن يلبي إدخال ودمج ممرضات وممرضي الممارسة المتقدمة الاحتياجات المحددة للدور المنوط بهم، وأن يحظوا بقبول وزارات الصحة، وأن يعكس التعاون بين وزارة الصحة والمؤسسات التعليمية والهيئات التنظيمية والجمعيات وأصحاب العمل. وتُعد التعريفات الموحدة للفئة المهنية التي تنتمي إليها ممرضات وممرضي الممارسة المتقدمة ضرورية من أجل إجراء الإحصاءات الدقيقة والرصد العالمي وإعداد السياسات.

معالجة التحيز المرتبط بالنوع الاجتماعي، بما في ذلك الأجور المنصفة والتنافسية. فينبغي للبلدان أن تعالج العوامل المحركة لتأنيث مهنة التمريض، مثل المعايير الثقافية والمجتمعية المتعلقة بالنوع الاجتماعي والوصول إلى التعليم، ودعم المشاركة المتكافئة للجنسين في القوى العاملة في جميع السياقات. وينبغي للبلدان أن تجمع بيانات مصنفة حسب النوع الاجتماعي، وأن تجري تحليلات لسوق العمل للتعرف على مدى تأثيرها بالتفاعلات بين النوع الاجتماعي وغيره من العوامل الاجتماعية. ويجب أن تكون أجور أفراد كادر التمريض عادلة ومنصفة، وتعكس طبيعة المشقة التي تواجهه عديد من أدوار ومهام الممرضات والممرضين، وتوفر أجورًا متساوية على العمل المتساوي.

تسخير إمكانات الأدوات والتكنولوجيات الرقمية لتلبية احتياجات السكان والنظام الصحي. فيجب إعداد أفراد كادر التمريض وتقديم الدعم الكامل لهم للاستفادة من التقنيات الرقمية بكفاءة في جميع مجالات الممارسة المهنية من التعليم إلى الممارسة والبحث والإدارة. وسوف يتطلب اعتماد الذكاء الاصطناعي واستخدامه وتسريع وتيرته في التعلم والممارسة لدى القوى العاملة الصحية بذل استثمارات كبيرة لبناء قدرات القوى العاملة الصحية، وهو ما يثير المخاوف بشأن الإنصاف والشمول.

تمكين أفراد كادر التمريض من الإسهام في برنامج عمل المناخ من خلال التعليم والمناصرة والممارسات الواعية للمناخ في سياقات الصحة والأدوار القيادية. فينبغي دمج حصائل التعلم فيما يتعلق بالتأثيرات الصحية لتغير المناخ في المناهج الدراسية القائمة على الكفاءة والدراسة المتعددة التخصصات. وينبغي توسيع نطاق أدوار التثقيف المجتمعي ومناصرة السياسات، ولا سيما بين الفئات السكانية الضعيفة أو المعرضة للخطر. ويمكن أن تسهم أدوار التمريض في المرافق الصحية في تعزيز التدابير المتعلقة بالوعي المناخي والاستدامة في أماكن عملهم. ويؤدي كبار مسؤولي التمريض الحكوميين دورًا استراتيجيًا في تسهيل سبل مساهمة الممرضات والممرضين في خطة المناخ.

توفير الدعم المخصص للتعليم والتوظيف وظروف العمل في مجال التمريض في البيئات الهشة والمتأثرة بالنزاعات والضعيفة. فيجب إعطاء الأولوية للسلامة الجسدية، إلى جانب الدعم النفسي الاجتماعي. وثمة حاجة إلى تدخلات لدعم التعليم عن بُعد والمرن والمبتكر لمواصلة دراسات التمريض في البيئات النشطة وما بعد النزاعات. وقد يكون التدريب أثناء الخدمة ضروريًا للممرضات والممرضين لإعادة تركيز المهارات في الرعاية الطارئة ورعاية الإصابات الشديدة؛ ويجب الحفاظ على الاعتراف بالتعلم وعلى الأجور. ويمكن أن توفر برامج ما بعد النزاعات فرص إعادة التأهيل وإعادة التدريب حسب الحاجة والدعم في الانتقال إلى أدوار كادر التمريض في مرحلة ما قبل النزاعات.



اليمين: ممرض يُدعى ميسرة يقدم الرعاية في وحدة العناية المركزة للحديثي الولادة في مستشفى المقاصد، القدس. © منظمة الصحة العالمية
يمين الوسط: ممرضة تبتسم وهي تحمل جهازًا لوحيًا ومطرقة اختبار رد الفعل العصبي في أحد ممرات المستشفى. © منظمة الصحة العالمية
يسار الوسط: طلاب تمريض بالزي الموحد يحضرون جلسة تدريبية في حجرة دراسية. © شي-وانغمو، التمريض في بؤرة التركيز
اليسار: ممرضة في مستشفى فايز محمد كاتب، أفغانستان. © منظمة الصحة العالمية/ زكريا سفاري

ثمة موضوع يتكرر في مختلف مجالات التحليل التي يتناولها هذا التقرير، وهو استمرار أوجه عدم الإنصاف وتفاقمها. ويتجلى أحد أنماط عدم الإنصاف في توزيع أفراد كادر التمريض وكثافتهم وقدراتهم التعليمية وأجورهم وظروف عملهم، وفي النقص الحالي والمتوقع في أعداد الممرضات والممرضين في المستقبل. ويتكرر هذا الاتجاه المتمثل في عدم الإنصاف بين الأقاليم وداخلها، وبين البلدان وداخلها، وبحسب تصنيف دخل البلد. وهذه الآثار المترتبة على عدم الإنصاف تلقي بظلالها على رعاية المرضى والحصائل الصحية، وأداء النظم الصحية، والإنصاف في الصحة وإتاحة الخدمات الصحية، والتغطية الصحية الشاملة، والتنمية الاقتصادية والاجتماعية. ولتحقيق الغايات الواردة ضمن أهداف التنمية المستدامة، لا بد من معالجة أوجه عدم الإنصاف هذه على نحو عاجل.

وتوفر الاستنتاجات التي يتمخض عنها تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥ لراسمي السياسات والقائمين على التخطيط وأصحاب العمل والمؤسسات التعليمية وهيئات التنظيم ومديري الخدمات الصحية بيانات وتحليلات وخيارات سياساتية للمضي قدماً في بلدانهم والسياقات الخاصة بهم. ومن شأن تعبئة الاستثمارات المحلية والخارجية المستدامة الطويلة الأجل الموصى بها في مجال التمريض أن تدعم التوسع المطلوب في تعليم التمريض والتوظيف من أجل تعويض أوجه النقص، والحد من قلة الوظائف المتاحة والملائمة للممرضات والممرضين وانتشار البطالة بينهم، وتحسين ظروف العمل، والمساعدة على إدارة الهجرة.

وسوف يعمل الاستثمار في تعليم أفراد كادر التمريض وتوظيفهم وتقديم الخدمات وتعزيز المهارات القيادية لديهم على تحفيز النمو الاقتصادي من خلال خلق فرص عمل لائقة للممرضات والممرضين وزيادة المشاركة الاقتصادية للمرأة في القوى العاملة. ومن الممكن أن تؤدي هذه التطورات إلى تسريع التقدم نحو تحقيق الإنصاف في الصحة والمساواة بين الجنسين والتغطية الصحية الشاملة من خلال نهج الرعاية الصحية الأولية والمضي قدماً نحو تحقيق خطة التنمية المستدامة الأوسع نطاقاً.

يوجد نحو ٧٨٪ من كادر التمريض في العالم في بلدان تستأثر بنسبة ٤٩٪ فقط من سكان العالم؛ وتستحوذ البلدان المرتفعة الدخل، التي يعيش فيها ١٧٪ فقط من السكان، على ٤٦٪ من مجموع الممرضات والممرضين في العالم.



اليمن: عبد الغني، ممرض في مركز الرعاية الصحية الأولية في بلدة شامخ بمنطقة أعزاز، الجمهورية العربية السورية. © منظمة الصحة العالمية/ جيلز كلارك
الوسط: ممرضة تدعى ناوميرينو دابن، تقف خارج مرفق صحي في النيجر. © منظمة الصحة العالمية/ مريم فولوناريو
اليسار: ممرضة في بلدة هاي ريفر، كندا، تتحدث مع مريضة في مركز صحي مجتمعي. © منظمة الصحة العالمية/ كريستين ماكنايب



تقييم حالة إحدى المريضات في مستشفى فايز محمد كاتب، أفغانستان. © منظمة الصحة العالمية/ زكريا سفار

المقدمة

المجالات أثبت قدرته على جلب منافع متعددة في مختلف أهداف التنمية المستدامة.

وتتشكل معالم البيئة العالمية على نحو متزايد بالأزمات والنزاعات المتزامنة، وعدم اليقين الاقتصادي، وتسارع تغير المناخ، واتساع أوجه عدم الإنصاف الاجتماعي. فالنزاعات وحالات طوارئ الممتدة تحدث في ظل تصاعد التوترات الجيوسياسية. ويؤدي الركود والتراجع الاقتصاديان على الصعيد العالمي إلى فرض ضغوط على الميزانيات المخصصة للمساعدات الإنمائية وتقييد الإنفاق في القطاع الاجتماعي على نطاق أوسع (٣، ٤). وأصبحت تأثيرات تغير المناخ والتدهور البيئي أكثر وضوحاً، وبات أثرها ينعكس على الفئات السكانية الضعيفة أكثر من غيرها. وتتشكل معالم التغيرات الديمغرافية على نحو متزايد بفعل تقدّم عمر السكان، وانخفاض معدلات المواليد في عديد من البلدان، إلى جانب الارتفاع المطرد في التوسّع العمراني في جميع أنحاء العالم. وفي حين أن التطورات التي يشهدها عالم التكنولوجيا توفر إمكانات كبيرة لتحسين إتاحة المعلومات واتخاذ القرار والإنتاجية، فإن المنافع المحققة تأتي مصحوبة بمخاطر محتملة لاتساع فجوات الإتاحة، وتعميق أوجه عدم الإنصاف والمعلومات المضللة والبطالة (٥).

١. احتفظ أفراد كادر التمريض ومهنة التمريض نفسها بمكانة متميزة في منظمة الصحة العالمية منذ تأسيسها في عام ١٩٤٨. وكان وفدا أيرلندا والولايات المتحدة أول من اقترح الاعتراف «بالأهمية الأساسية للتمريض في مجال تحسين الخدمات الصحية»، وأن «يولي المدير العام الاعتبار الكامل لأهمية وظيفة التمريض عند تنظيم الأمانة واللجان» (١). ومنحت الأجهزة الرئاسية للمنظمة على الفور أولوية قصوى للمهنة، وطلبت إنشاء الوظائف وتخصيص الموارد لتعزيز العمل مع البلدان، من خلال معالجة النقص في أفراد كادر التمريض، وضمان وجود نماذج عديدة مختلفة لضمان كفاية المعروض منهم، وتلبية الحاجة إلى معايير التعليم والاستخدام والتوظيف (٢).

٢. ويتواصل التأكيد في هذا الإصدار الثاني من تقرير حالة التمريض في العالم على التزام المنظمة الواسع النطاق تجاه القوى العاملة في مجال التمريض على الصعيد العالمي. فقد تغيّر المشهد التنموي والاقتصادي والصحي العالمي بصورة هائلة منذ تأسيس المنظمة، غير أن الحاجة إلى الإشراف المتعدد الجنسيات والاستثمار في النظم الصحية، والقوى العاملة في مجال الصحة والرعاية، والقيمة المسندة بالبيّنات لكوادر التمريض وممارسة التمريض، ظلت دون تغيير: فالاستثمار في هذه

٤. **وتؤدي هذه التوجهات العالمية إلى تقويض محددات الصحة والتأثير على صحة الإنسان ورفاهه.** ففي عام ٢٠٢٣، ذهبت تقديرات المنظمة إلى أن العالم لا يسير على الطريق الصحيح نحو تحقيق معظم أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة. وقد أسهم عدم كفاية الإجراءات المتخذة لمعالجة محددات الصحة، مثل عدم التكافؤ بين الجنسين/ التكافؤ الجنساني، وفرص التعليم، والفقر والحماية الاجتماعية، في عدم إحراز التقدم المنشود، وأسهمت في ذلك أيضًا الأمراض السارية وزيادة حالات الأمراض غير السارية، مثل أمراض القلب والأوعية، والسرطان، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، والسكري (٥). وللأمراض التي يمكن أن تتحول إلى أوبئة والأوبئة الحساسة للمناخ تأثيرٌ على المجتمعات في جميع أنحاء العالم، وتعاني الدول الجزرية الصغيرة النامية من تلك الأوبئة أكثر من غيرها من البلدان.

٥. **وترزح النظم الصحية تحت ضغوط ناجمة عن انعدام الأمن الصحي العالمي، ومحدودية الإنفاق على الصحة، وتفاقم التهديدات المحدقة بالصحة والرفاه.** فالتقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، الذي يعكس قدرة النظام الصحي على توفير الخدمات الضرورية لجميع المواطنين، إما أصابه الجمود أو انتكس مساره: ففي عام ٢٠٢١، كان أكثر من نصف سكان العالم يفتقرون إلى القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية، وتعرض واحد من كل أربعة أشخاص لضائقة مالية من جراء تلقي الرعاية التي يحتاج إليها (٦).

٦. **وترتبط إتاحة الخدمات الأساسية ارتباطاً مباشراً بمدى توافر العاملين الصحيين.** وهناك تباطؤ مماثل في التقدم نحو سد الفجوة العالمية في عدد العاملين في مجال الصحة والرعاية بحلول عام ٢٠٣٠. ونتيجة لتباطؤ النمو في كثافة العاملين الصحيين عما كان متوقعًا، وخاصة في البلدان التي لا تزال تشهد معدلات نمو سكاني سريعة، كان لا بد من تنقيح تقديرات النقص العالمي في عدد العاملين الصحيين المتوقع بحلول عام ٢٠٣٠، وزيادته من ١٠ ملايين في عام ٢٠٢٢ إلى ١١ مليونًا. ويتركز

عبء النقص في إقليمَي المنظمة لأفريقيا وشرق المتوسط (٧). ومن ثم، فإن التغطية الصحية الشاملة ستظل بعيدة المنال، إذا استمرت معدلات النقص في القوى العاملة وعدم الإنصاف في إتاحة العاملين الصحيين.

٧. **ويمثل عام ٢٠٢٥ نقطة تحول استراتيجية لتحقيق التقدم في الصحة والرفاه العالميين.** فلم ترل هناك خمس سنوات تفصلنا عن موعد انقضاء خطة التنمية المستدامة. وقد صاغت المنظمة، منطلقًا من مسؤوليتها عن قيادة أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة، برنامج العمل العام الرابع عشر ٢٠٢٥-٢٠٢٨، الذي يركز على تقوية النظم الصحية والحفاظ على استدامتها ومرونتها لتحقيق الاستقرار والنمو على المدى البعيد (٥). وقد اعتمدت جمعية الصحة العالمية والدول الأعضاء والجهات الشريكة برنامج العمل العام الرابع عشر باعتباره الاستراتيجية التي يُستَرشد بها في العمل الجماعي. ويأتي في جوهر هذا البرنامج التزام بإعادة توجيه نظم الرعاية الصحية نحو الرعاية الصحية الأولية بغية تعزيز الإنصاف والشمول والفعالية لقاء التكلفة والكفاءة في جميع المجتمعات.

٨. **ويُمثّل أفراد كادر التمريض المكوّن الأكبر من مكونات القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية، ويتمتعون بمجموعة واسعة من المهارات التي يمكن الاستعانة بها في كل مكان تقريبًا من أماكن تقديم الخدمات الصحية.** ويمكن رؤية أنواع مختلفة من الممرضات والممرضين عبر سلسلة الخدمات الصحية - من تعزيز الصحة إلى الرعاية الملطّفة - وربما يتحملون بمفردهم عبء تقديم الخدمات الصحية في بعض الأماكن، وخاصة في المناطق الريفية والنائية والمحرومة. ويمكن للممرضات والممرضين، بطرق شتى، أن يساعدوا في تعزيز الإنصاف والشمول والفعالية لقاء التكلفة وكفاءة نظم الرعاية الصحية (٨). ومع ذلك، فهناك تحديات عديدة يمكن أن تمنع كادر التمريض من الإسهام الكامل في سياقات الصحة التي يعملون بها، وأن تعوق التقدم نحو تحقيق أولوياتنا الصحية المشتركة.

٩. ويضم تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥
البيّنات الأكثر شمولاً والمعاصرة بشأن القوى العاملة
في مجال التمريض على الصعيد العالمي للاسترشاد
بها في الإجراءات الوطنية والإقليمية والعالمية.
فالتقرير يعرض أحدث البيانات المتاحة عن التعليم
والتوظيف والممارسة والتنظيم وظروف العمل
والمهارات القيادية في مجال التمريض. ويتضمن هذا

الإصدار لعام ٢٠٢٥ مؤشرات جديدة وبيانات وأمثلة
أكثر تعمقاً وخيارات سياسية ملموسة للاستفادة
من مهنة التمريض بوصفها جزءاً من القوى العاملة
المتكاملة في مجال الصحة والرعاية. ويعرض الملحق
١ بيانات موحّدة عن كل إقليم من أقاليم المنظمة.
وتتوفر مرتسمات قُطرية عن فرادى البلدان على شبكة
الإنترنت ويمكن تنزيلها.



رئيسة الممرضات في عيادة الطوارئ التابعة لجمعية الهلال الأحمر البنغلاديشي/ الصليب الأحمر الياباني، مايومي كاراغوتشي. © منظمة الصحة العالمية/ كيت مارشال



ممرضة تحمل طفلاً رضيعاً برفق وتهنئته في أحد المرافق الصحية. © منظمة الصحة العالمية/فايزة تانغول

الأولويات الصحية ومتطلبات القوى العاملة في حقبة أهداف التنمية المستدامة

الإطار ١-٢:

العناصر الأساسية لبرنامج العمل العام لمنظمة الصحة العالمية ٢٠٢٥-٢٠٢٨

تعزيز الصحة:

- (أ) الاستجابة لتغير المناخ، وهو تهديد صحي تتصاعد حدته في القرن الحادي والعشرين؛
- (ب) معالجة محددات الصحة والأسباب الجذرية لاعتلال الصحة في السياسات الرئيسية في جميع القطاعات؛

توفير الصحة:

- (أ) النهوض بنهج الرعاية الصحية الأولية والقدرات الأساسية للنظم الصحية تحقيقاً للتغطية الصحية الشاملة؛
- (ب) تحسين التغطية بالخدمات الصحية والحماية المالية لمعالجة عدم الإنصاف وأوجه عدم المساواة بين الجنسين.

حماية الصحة:

- (أ) الوقاية من المخاطر المهددة للصحة الناجمة عن جميع الأخطار والتخفيف من حدتها والتأهب لها.
- (ب) سرعة الكشف عن جميع الطوارئ الصحية ومواصلة الاستجابة الفعالة لها.

١٠. يتناول هذا الفصل الأولويات الصحية المركزة للفترة المتبقية من حقبة أهداف التنمية المستدامة في سياق التوجهات العالمية ومتطلبات النظم الصحية، مع تسليط الضوء على الالتزام المتجدد للأمم المتحدة بالتغطية الصحية الشاملة، بما يشمل الالتزام الوارد في برنامج العمل العام الرابع عشر ٢٠٢٥-٢٠٢٨.

١-٢ الأولويات الصحية المركزة للسنوات المتبقية من حقبة أهداف التنمية المستدامة

١١. في ظل بيئة من التوجهات العالمية يتزايد مدى تعقيدها باطراد، وفي ضوء تأثيراتها على الصحة وحجم الطلب الواقع على كاهل النظم الصحية، عززت الأمم المتحدة التزامها بالتغطية الصحية الشاملة من خلال إعلان سياسي صدر عام ٢٠٢٣ (٩)؛ واعتمدت جمعية الصحة العالمية برنامج العمل العام الرابع عشر لقيادة الجهود المتضافرة التي يبذلها المجتمع العالمي سعياً إلى تحقيقها. ويتمثل الهدف الأهم للبرنامج في تعزيز صحة ورفاه جميع الناس أينما كانوا، وتوفيرهما وحمايتهما (انظر الإطار ١-٢).

٢-٢ السياق والتحديات الماثلة أمام القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية على الصعيد العالمي

١٣. في مستهل تنفيذ خطة التنمية المستدامة، حُدِّد بالتفصيل حجم القوى العاملة الصحية العالمية وتوزيعها للتأكد من وجود قوة عاملة قادرة على تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة، ولا سيما الهدف الثالث منها، وينصبُّ تركيزها على تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وفي عام ٢٠١٦، كان من المتوقع أن يبلغ النقص العالمي في العاملين الصحيين بحلول عام ٢٠٣٠ ما يقرب من ١٨ مليوناً (١٢). لكن توزيع هذا النقص كان غير متساوٍ، وتركز أساساً في إقليمي جنوب شرق آسيا وأفريقيا، تلاهما إقليم شرق المتوسط وغرب المحيط الهادئ. وفي حين أن حجم القوى العاملة الصحية العالمية قد شهد نمواً مطّرداً مع مرور الوقت، وانخفض النقص المتوقع باطراد، فقد تباطأت وتيرة الانخفاض منذ جائحة كوفيد - ١٩.

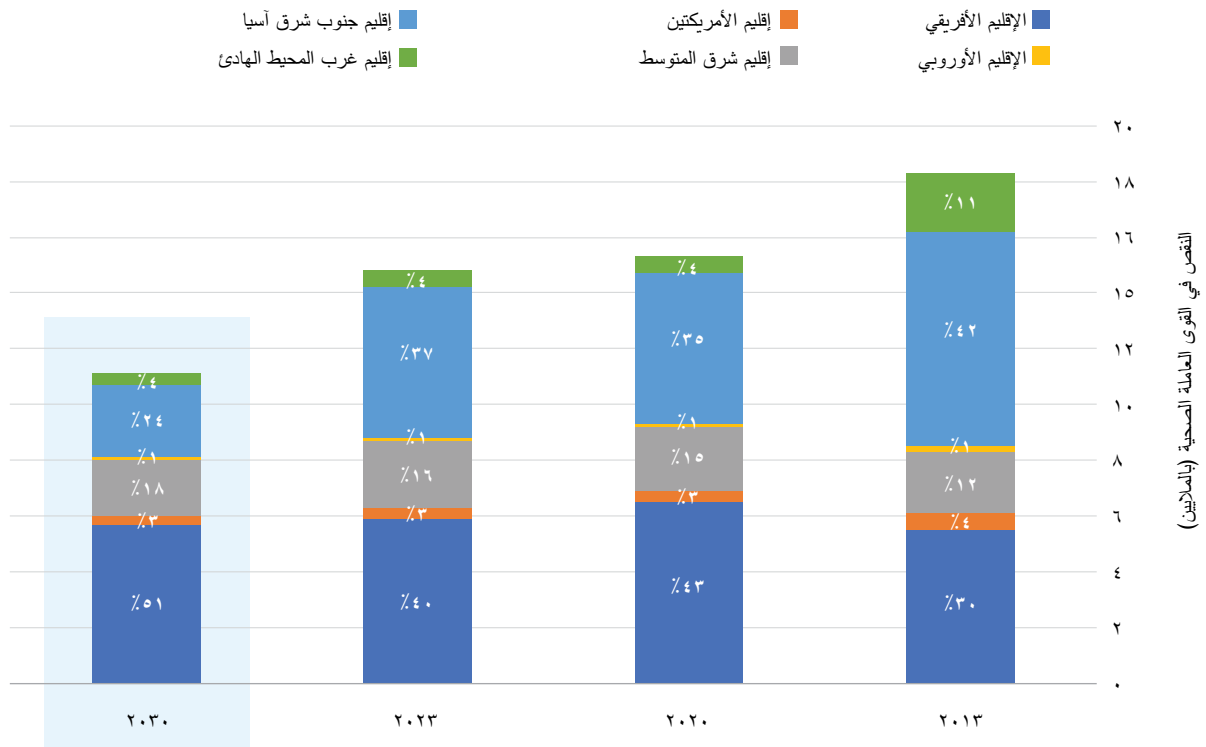
١٤. وثُقِّق تقدير المنظمة السابق (٢٠٢٢) للنقص المتوقع البالغ ١٠ ملايين بحلول عام ٢٠٣٠، وزيدَ إلى ١١ مليوناً (٧). ولم تزل حالة عدم الإنصاف في توزيع النقص آخذة في التزايد. وفي حين استمر الانخفاض في نسب النقص (كما هو الحال في إقليم جنوب شرق آسيا) أو ظلت صغيرة (بين ١٪ و ٤٪) في أقاليم أخرى، فإن النسب تتزايد في إقليمي أفريقيا وشرق المتوسط على نحو يجعلهما يتحملان ما يصل إلى ٦٩٪ من النقص العالمي في العاملين الصحيين بحلول عام ٢٠٣٠ (انظر الشكل ٢-١). وتظل أوجه عدم الإنصاف مستمرة بين البلدان في كل إقليم، وكذلك داخل فرادى البلدان.

١٢. ويمكن تحقيق هذه الأولويات المركزة في مجال الصحة والرفاه على نحو أكثر فعالية من خلال تنمية رأس المال البشري، وذلك في إطار زمني مكثف، وبطريقة تتبنى مبادئ خطة التنمية المستدامة. ويتألف رأس المال البشري من المعارف والمهارات والصحة التي تتراكم لدى الأفراد طيلة حياتهم، وهي عناصر تمكّنهم من بلوغ أقصى إمكاناتهم بوصفهم أعضاء منتجين في المجتمع (١٠). ويمكن أن يثمر الاستثمار الحكومي في رأس المال البشري، وخاصة في التعليم والتوظيف والصحة، عن تسريع وتيرة التقدّم في عديد من أهداف التنمية المستدامة (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٨، ١٠)، وهو ما يؤدي إلى جلب منافع إضافية في الإنتاجية والدخل والاندخار والحد من الفقر والنمو الاقتصادي المستدام (١١). وعلى النقيض من ذلك، فإن نقص الاستثمار في النظم الصحية والتعليم والحماية الاجتماعية يرتبط بعدم كفاية القدرات ومحدودية القدرات المؤسسية، وهو ما يسهم في كثير من الأحيان في تقيّص أوجه عدم المساواة في الحصول على الخدمات الصحية الأساسية الجيدة، ويؤدي بدوره إلى حصائل صحية أسوأ (٥).



ممرضة في هايتي تُحضّر قنطاراً وريدنياً، بينما تتولى تقديم الرعاية الطارئة في جناح بأحد المستشفيات. © جيمي جيرشون/ منظمة الصحة العالمية

الشكل ١-٢ توزيع النقص العالمي في القوى العاملة الصحية حسب إقليم منظمة الصحة العالمية للأعوام ٢٠١٣-٢٠٢٣ والمتوقع لعام ٢٠٣٠



ملحوظة: تمثل النسب المئوية الحصة النسبية من النقص العالمي في القوى العاملة الصحية.

١٥. وتسهم عوامل عديدة في نقص القوى العاملة وعدم الإنصاف في إتاحتها. فقد يكون النقص ناجمًا عن عدم كفاية معدلات التخرج من مؤسسات التعليم الصحي، وهو ما يؤدي إلى وجود قاعدة صغيرة جدًا من العاملين المتاحين، أو لأن التعليم والتدريب لا يتناسبان مع المهارات والقدرات المطلوبة في قطاع الصحة. ومع ذلك، فإن التحدي الأبرز في أغلب البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط يتمثل في عدم كفاية القدرة الاقتصادية والحيث المالي اللازمين لاستيعاب العاملين الصحيين في سوق العمل: وبعبارة بسيطة، يوجد عدد قليل جدًا من الوظائف المدفوعة الأجر في النظام الصحي للخريجين المؤهلين. فظروف العمل التي تقتصر إلى عناصر الجذب، أي الوظائف التي لا تدفع أجرًا جيدة، أو ظروف العمل أو مواقع العمل غير المواتية كما هو الحال في قطاعات أخرى، قد تقلل الاهتمام

بالتفكير في اختيار مسار مهني في قطاع الصحة، وتشكل تحديات أمام جذب قاعدة الخريجين المؤهلين وتوظيفهم والاحتفاظ بهم (١٣). وعلى النقيض من ذلك، تميل البلدان المرتفعة الدخل إلى توفير مستويات أعلى من الأجور والحماية الاجتماعية وظروف العمل الأفضل. وتؤثر هذه الظروف، إضافة إلى جوانب مثل البنية التحتية والتعليم وإمكانات الترقى الوظيفي، على المعروض من العاملين في مجال الصحة. وإضافة إلى ذلك، يمكن اعتبارها عوامل «تفجير» و«جذب» تلقي بظلالها على الاحتفاظ بالعاملين الصحيين وتقليلهم الدولي وهجرتهم، في ظل انجذاب كثير من الخريجين الجدد للعمل في بلدان أو قطاعات أخرى. وكل هذه العوامل يمكن أن تؤدي إلى تقليص «قاعدة» العاملين المتاحين والمؤهلين في نظام صحي معين، وأولئك الذين يخدمون في مجتمعاتهم.

١٦. وأحد أفضل السبل لفهم كثير من الأسباب الجذرية لأوجه

عدم الإنصاف في توافر العاملين الصحيين الأكتفاء

هو استخدام مفهوم سوق العمل الصحي. وسوق العمل

الصحي هو نظام ديناميكي ومعقد يشمل تأهيل العاملين

الصحيين عبر نظام التعليم، حتى الانضمام إلى قاعدة

نشطة من القوى العاملة الصحية الماهرة المجهزة، لتقديم

خدمات صحية عالية الجودة في المواقع التي تمس فيها

الحاجة إليها (انظر الشكل ٢-٢). ويتيح تحليل سوق

العمل الصحي بأكمله تحصيل فهم شامل للعوامل الرئيسية

التي تؤثر على العرض والطلب فيما يتعلق بالعاملين

الصحيين، ويسمح بتحديد «مظاهر الإخفاق» سوق

العمل الصحي، والعوامل الأخرى التي تؤدي إلى نقص

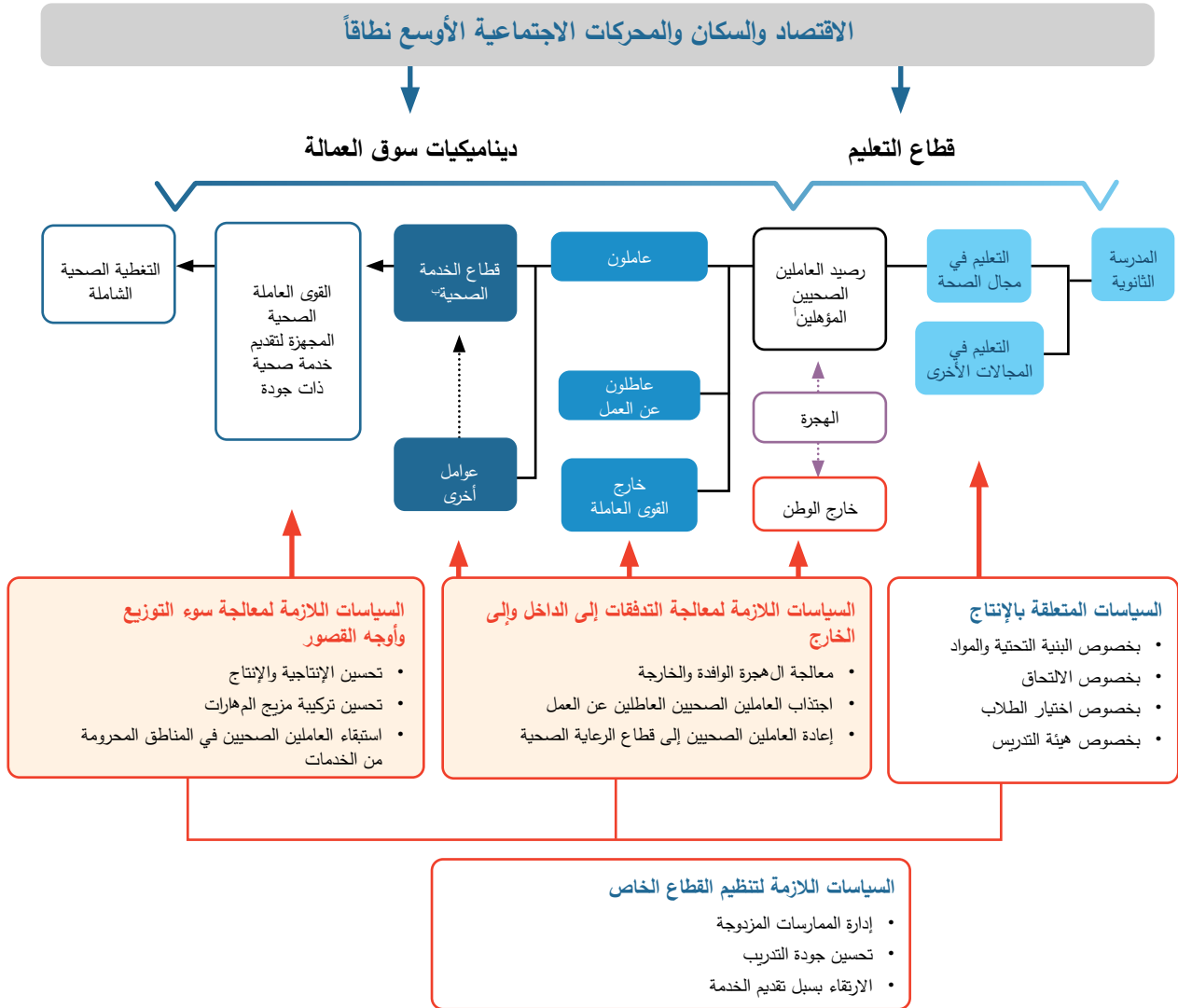
القوى العاملة، بما في ذلك مشكلات سوء التوزيع والبطالة

والتغيب وعدم المساواة بين الجنسين والآثار المترتبة

على النزاعات والاضطرابات الاجتماعية، وهو ما يسمح

باستجابات سياساتية واستراتيجيات استثمارية أكثر ملاءمة.

الشكل ٢-٢ إطار سوق العمل الصحي



^١ المعروف من القوى العاملة الصحية والاجتماعية الراغبة في العمل.

^٢ الطلب على القوى العاملة الصحية والاجتماعية في قطاع الصحة وقطاعات الرعاية الاجتماعية المرتبطة بالصحة.

المصدر: مقتبس من سوسا إيه، سكيفلر آر إم، نيوني جيه، بويزما تي. إطار شامل لسوق العمل الصحي بشأن التغطية الصحية الشاملة. نشرة منظمة الصحة العالمية. 2013؛ 91: 4-892.



مرضنتان تدعمان صحة المجتمع في عيادة مرضى السكري في سوفيا، فيجي.
© منظمة الصحة العالمية/ توما فيروس

٢-٣ النهج المتفق عليها عالمياً لمعالجة التحديات الماثلة أمام القوى العاملة الصحية

١٧. اعتمدت جمعية الصحة العالمية، في عام ٢٠١٠، المدونة العالمية للمنظمة لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي ("المدونة") (١٤). واعتراضاً بالدور الحيوي الذي يؤديه العاملون الصحيون في تحقيق الأهداف الصحية العالمية، وملاحظة أن الهجرة الدولية للعاملين الصحيين يمكن أن تؤدي إلى استنزاف العاملين الصحيين في البلدان المنخفضة الموارد التي تعاني من نقص قائم بالفعل في القوى العاملة الصحية فإن المدونة توجه التعاون الدولي في مجال الإدارة الأخلاقية لهجرة العاملين الصحيين، وتسليط الضوء على الإجراءات ومجالات الاستثمار في النظم الصحية في البلدان المنخفضة الدخل التي تعاني من نقص في القوى العاملة الصحية (١٥).

١٨. واعتمدت، في عام ٢٠١٦، الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠ (الاستراتيجية العالمية) من خلال القرار ١٦-٦٩ (١٦). وتوضح الاستراتيجية العالمية مجالات الاستثمار لتطوير القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية بغية تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة: تعليم العاملين الصحيين، وتوظيفهم، وتعزيز قدراتهم المؤسسية، وتوفير الموارد البشرية اللازمة لنظم المعلومات الصحية (١٣).

١٩. وتضمن اعتماد الاستراتيجية العالمية التنفيذ التدريجي لنظام موحد عالمياً للبلدان، من أجل رصد قوتها العاملة والإبلاغ عن البيانات المتعلقة بالعاملين في مجال

الصحة والرعاية لديها من خلال حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية. وأصبح هذا النظام بمنزلة الآلية التي تمكن الدول الأعضاء من تقاسم بيانات القوى العاملة الصحية الوطنية لديها، وهو ما يسمح بالتخطيط المسندة بالبيانات للقوى العاملة في مجال الصحة والرعاية ورسم السياسات على المستوى الوطني، والإسهام في الرصد العالمي للتقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وحدد النظام أيضاً المعايير الخاصة برصد مؤشرات القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية والإبلاغ عن تلك المؤشرات، وهو ما يمكن من إجراء المقارنات الدولية. واعتباراً من شباط/ فبراير ٢٠٢٥، تستخدم ١٨٩ دولة عضواً منصة حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية لتقاسم بيانات القوى العاملة مع المنظمة باعتبارها منفعة صحية عامة عالمية.

٢٠. وشكّلت هيئة الأمم المتحدة الرفيعة المستوى المعنية بالعمالة في مجال الصحة والنمو الاقتصادي في عام ٢٠١٦ بهدف تعزيز تنفيذ الاستراتيجية العالمية مع قطاعات التعليم والتوظيف والاقتصاد الحكومية. وقد أظهر تقريرها وتوصياتها (١٧) المنافع المتعددة المترتبة على الاستثمارات في القوى العاملة الصحية، وأوصت بتسريع وتيرة الاستثمارات في تعليم القوى العاملة الصحية وفرص العمل، من أجل زيادة الرخاء الاقتصادي وتشغيل الشباب ومشاركة المرأة في العمل. ونظرًا لأن كادر التمريض يتألف في معظمه من النساء، فإن الاستثمار في تعليم التمريض والتوظيف وظروف العمل يمكن أن يحفز التقدّم نحو تحقيق الهدف الثالث

من أهداف التنمية المستدامة (تحسين الصحة والرفاه)، ليس هذا فحسب، بل أيضًا نحو تحقيق الأهداف الرابع (التعليم)، والخامس (المساواة بين الجنسين)، والثامن (العمل اللائق والنمو الاقتصادي).

٢١. واعتمدت جمعية الصحة العالمية خطة عمل «العمل من أجل الصحة»، وآلية صندوقها الاستثماري المتعدد الشركاء، في عام ٢٠١٧ (١٨)، وجددتها في عام ٢٠٢١ (١٩). وخطة العمل هذه هي شراكة بين منظمة العمل الدولية ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ومنظمة الصحة العالمية، وأعدت بوصفها وسيلة للتعاون بين الوكالات بشأن خطة الاستثمار والعمل في مجال القوى العاملة الصحية



مرمضة تعني مريضة في مركز صحة أولية في قرية موتانبال في منطقة باسثار، تشاتيسغار، الهند. © منظمة الصحة العالمية/ أنزل لوك/ بانوس بيكتشرز

العالمية (٢٠). وتستفيد خطة العمل من التعاون والتنسيق بين القطاعات المختلفة، بما في ذلك المالية والعمل والتعليم والصحة والقطاعات الاجتماعية والشؤون الخارجية، ومع منظمات أصحاب العمل والعاملين في مجال الصحة، والجمعيات المهنية وغيرها من الجهات صاحبة المصلحة الرئيسية، ومنها المجتمع المدني، بشأن المسائل السياسية ذات الأولوية (٢١).

٢٢. واعتمدت جمعية الصحة العالمية، في عام ٢٠٢٢، قرارًا يشير إلى الميثاق العالمي للعاملين في مجالي الصحة والرعاية (١٩)، الذي يبين سبل حماية العاملين في مجال الصحة والرعاية وصون حقوقهم، وتعزيز ضمان العمل اللائق، وتوفير بيئة عمل آمنة ومواتية (٢٢). وفي أعقاب جائحة كوفيد-١٩، اتفقت منظمة الصحة العالمية والمنظمات الشريكة على «خريطة طريق» بشأن قدرة القوى العاملة الوطنية على تنفيذ وظائف الصحة العامة الأساسية، ومنها التأهب والاستجابة للطوارئ (٢٣)، ودعم جميع البلدان لمواءمة الصحة العامة مع سياسة القوى العاملة وخططها واستثماراتها ودمجها فيها.

٢٣. وشُكِّل عام ٢٠٢٣ منتصف المدة لتنفيذ الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠، وفرصةً لاستيعاب الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-١٩. وقد استضاف المنتدى العالمي الخامس للموارد البشرية الصحية وزراء الصحة ومندوبين آخرين من أكثر من ١٦٠ بلدًا، لمناقشة كيفية التغلب على مظاهر الإخفاق في السوق فيما يتعلق بالتعليم والتوظيف في قطاع الصحة والرعاية، وتوليد الاستثمارات في القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية (٢٤). ومن بين مجالات العمل، كان الهدف هو زيادة القدرة المحلية على إعداد الخريجين في البلدان التي تعاني من نقص حاد في القوى العاملة الصحية بنسبة تتراوح بين ٨-١٢٪ سنويًا، وذلك لمضاعفة أعداد القوى العاملة الصحية لديها في السنوات العشر المقبلة (٢٥). وينبغي أن تكون هذه الجهود مكملًا للاستثمارات المشتركة في النظم الصحية، لضمان استيعاب العاملين الصحيين في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، ولا سيما في إقليمي أفريقيا وشرق المتوسط والدول الجزرية الصغيرة النامية (٢٦).



ممرضة من أمانة الصحة في تشيواهاوا تشرح أهمية التغذية للفتيات من شعب راراموري الأصلي، تشيواهاوا، المكسيك. © منظمة الصحة العالمية/ فيليكس ماركيز

سياق سياسات القوى العاملة في مجال التمريض على الصعيد العالمي

٢٤. يناقش هذا الفصل كيف حمل العقد الأول من تنفيذ أهداف التنمية المستدامة اعترافاً في مناقشات السياسات العالمية بالإسهامات المهمة التي تقدمها الممرضات والممرضون، مع التأكيد على ضرورة تعظيم أثرهم في تحقيق الأهداف الصحية المشتركة.

٢٥. فخلال العقد الأول من خطة التنمية المستدامة، كان هناك اعتراف صريح في الخطاب السياسي العالمي بإسهامات كوادر التمريض والقبالة في الخطة المشتركة لأهداف التنمية المستدامة. وفي عام ٢٠١٩، قررت جمعية الصحة العالمية أن تطلق على عام ٢٠٢٠ السنة الدولية للكوادر التمريض والقبالة (٢٧). وبلاستفادة من الاهتمام والزمع العالميين في هذا المجال (٢٨)، أعدت المنظمة التقرير الأول، حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠: الاستثمار في التعليم والوظائف والمهارات القيادية (٢٩)، الذي بيّن العناصر المرتبطة بالقوى العاملة في مجال التمريض على الصعيد العالمي، من تعليم وتوظيف وهجرة ولوائح ومهارات قيادية وظروف عمل، وقدم خيارات سياساتية مسندة بالبيّنات لمعالجة الحواجز التي تعوق إسهام أفراد كادر التمريض في تحقيق أهداف التنمية المستدامة والتغطية الصحية الشاملة. وفي العام

التالي، صدر تقرير حالة القبالة في العالم ٢٠٢١ (٣٠)، الذي بيّن بالتفصيل الوضع القائم والتحديات والاعتبارات السياسية التي تركز على مجتمع القبالة.

٢٦. وبناءً على البيّنات التي وردت في تقرير التمريض والقبالة، طلبت جمعية الصحة العالمية الثالثة والسبعون من المنظمة إعداد النسخة التالية من التوجهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة (٣١). وقد قدمت الوثيقة، أي مسودة التوجهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة ٢٠٢١-٢٠٢٥، اثنتي عشرة أولوية سياسية مسندة بالبيّنات تلائم جميع السياقات القطرية وقابلة للتطبيق على التمريض والقبالة على حد سواء، وتغطي مجالات التعليم والوظائف والمهارات القيادية وتقديم الخدمات (انظر الشكل ٣-١). واعتمدت جمعية الصحة العالمية الرابعة والسبعون المسودة المقترحة - وهي المرة الأولى التي تعتمد فيها جمعية الصحة اتجاهات استراتيجية عالمية للتمريض والقبالة - مع صدور قرار يحث الدول الأعضاء والجهات الشريكة على تنفيذ الأولويات السياسية الاثنتي عشرة وخطة الرصد والمساءلة (٣٢، ٣٣).

← الوظائف

التوجه الاستراتيجي: زيادة توافر العاملين الصحيين بمواصلة إنشاء وظائف للتمريض والقبالة، وتوظيف القابلات والمرضات واستبقائهن بشكل فعال، وإدارة التنقل والهجرة الدوليين بطريقة أخلاقية.

الأولوية السياسية: تخطيط القوى العاملة في مجالي التمريض والقبالة والتنبؤ بها من منظور سوق العمل الصحي.

الأولوية السياسية: ضمان الطلب الكافي (الوظائف) فيما يتعلق بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية وتلبية الأولويات الصحية الأخرى للسكان.

الأولوية السياسية: تعزيز تنفيذ مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي.

الأولوية السياسية: جذب القابلات والمرضات إلى الأماكن التي تمس الحاجة إليهن فيها وتوظيفهن واستبقاؤهن فيها.

← التعليم

التوجه الاستراتيجي: خريجات أقسام القبالة والتمريض يلبن أو يتجاوزن طلب النظام الصحي ولديهن المعارف والكفاءات والمواقف المطلوبة التي تلبي الأولويات الصحية الوطنية.

الأولوية السياسية: مواءمة مستويات التعليم في مجالي التمريض والقبالة بما يتفق مع الأدوار المثلى في النظامين الصحي والأكاديمي.

الأولوية السياسية: تخريج العدد الأمثل من القابلات والمرضات على المستوى المحلي لتلبية أو تجاوز طلب النظام الصحي.

الأولوية السياسية: تخطيط البرامج التعليمية بحيث تكون قائمة على الكفاءة، وتطبيق التخطيط التعليمي الفعال، والوفاء بمعايير الجودة، والمواءمة مع الاحتياجات الصحية للسكان.

الأولوية السياسية: ضمان حصول أعضاء هيئة التدريس على التدريب المناسب على أفضل أساليب وتكنولوجيات التعليم، واكتسابهم خبرة سريرية واضحة في مجالات المحتوى التدريبي.

← تقديم الخدمات

التوجه الاستراتيجي: أن تعمل القابلات والمرضات بأقصى قدر يسمح به تعليمهن وتدريبهن في بيئات آمنة وداعمة لتقديم الخدمات.

الأولوية السياسية: استعراض وتعزيز القواعد التنظيمية المهنية ودعم بناء قدرات المنظمين، عند الاقتضاء.

الأولوية السياسية: تكييف سياسات أماكن العمل لتمكين القابلات والمرضات من الإسهام بأقصى قدر في تقديم الخدمات من خلال أفرة متعددة التخصصات للرعاية الصحية.

← القيادة

التوجه الاستراتيجي: زيادة نسبة وسلطة القابلات والمرضات في الوظائف الصحية والأكاديمية العليا، ومواصلة تنمية وتمكين الجيل القادم من قيادات التمريض والقبالة.

الأولوية السياسية: إنشاء وظائف قيادية عليا لتنظيم وإدارة القوى العاملة في مجالي التمريض والقبالة والإسهام في السياسة الصحية، وتعزيز الوظائف القائمة.

الأولوية السياسية: الاستثمار في تطوير المهارات القيادية للقابلات والمرضات.

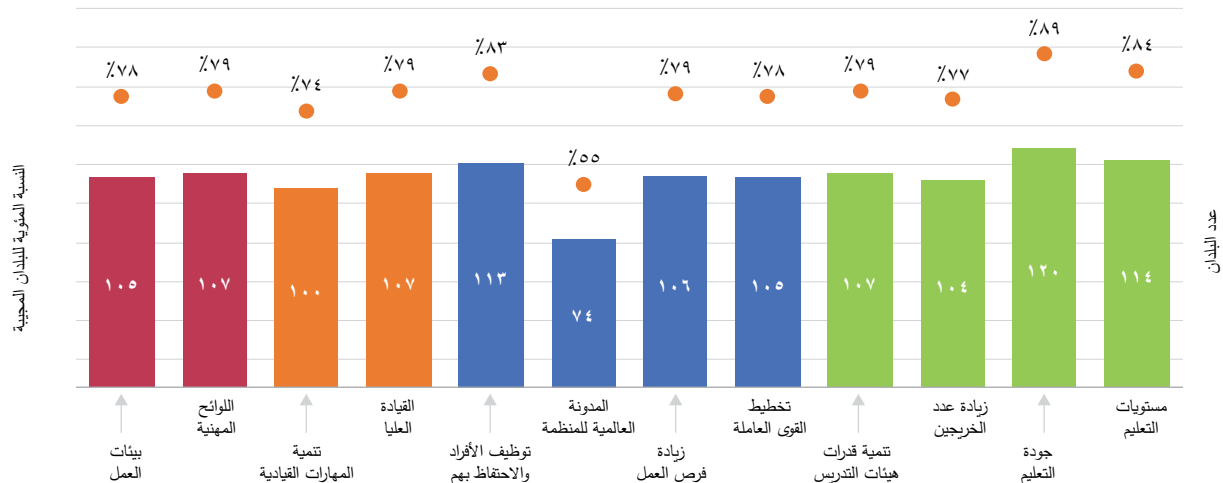
٢٧. وكانت معدلات تنفيذ التوجهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة للفترة ٢٠٢١-٢٠٢٥ مرتفعة في جميع الأولويات السياسية الاثنتي عشرة (انظر الشكل ٣-٢). وشملت الأمثلة، التي وردت في التقارير المقدمة إلى المنظمة في إطار عمليات الرصد وفي التقارير المقدمة إلى المجلس التنفيذي في دورته السادسة والخمسين بعد المائة، التغييرات التي أدخلتها كازاخستان على سياسة تعليم التمريض بغرض زيادة عدد الخريجين المتاحين على مستويات متعددة داخل النظام الصحي؛ والتزام الهند بفتح ١٥٧ كلية تمريض جديدة بحلول منتصف عام ٢٠٢٥ لزيادة مقاعد التمريض بمقدار ١٥٧٠٠ مقعد سنوياً (٣٤)؛ واستخدام ستة بلدان في الإقليم الأفريقي تحليلات سوق العمل الصحي للاسترشاد بها في قرارات توظيف كوادر التمريض والقبالة؛ وإنشاء تايلند المزيد من المناصب العليا وتقديم أجور أفضل لكوادر التمريض والقبالة في المجالات ذات الأولوية، مثل الرعاية الحرجة (٣٥)؛ وعقد قادة التمريض من الدول الجزرية الصغيرة النامية (من كل من غرب المحيط الهادئ ومنطقة البحر

الكاريفي) اجتماع القمة الافتراضي بشأن الهجرة الدولية لأفراد كادر التمريض (٣٦)؛ وزيادة الهيئة التنظيمية للتمريض في الأردن عدد الأنشطة المعتمدة للتطوير المهني المستمر (من ١١ في عام ٢٠٢١ إلى ٧٥٠ في عام ٢٠٢٤)، وإنشائها قاعدة بيانات وطنية للتطوير المهني المستمر لرصد التقدم المُحرَز وتقييمه (٣٧).

٣-١ الأهداف والأساليب

٢٨. في حين أن البيّنات المتاحة عن تنفيذ التوجهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة للفترة ٢٠٢١-٢٠٢٥ تقدّم أفكارًا مفيدة بشأن الإجراءات المتعلقة بالسياسات والحوكمة التي تتخذها البلدان فيما يتصل بالقوى العاملة في مجال التمريض والقبالة، فثمة ضرورة لتكوين صورة أكثر شمولاً عن حالة التمريض في العالم من أجل توجيه عملية التخطيط للاحتياجات الحالية والمستقبلية من التمريض على المستوى القطري، فضلاً عن توجيه الحوار واتخاذ القرار في جميع المنتديات.

الشكل ٣-٢ الدول الأعضاء التي أبلغت عن أنشطتها في إطار كل أولوية من الأولويات السياسية الواردة في التوجهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة للفترة ٢٠٢١-٢٠٢٥، حسب عدد البلدان (العدد = ١٣٥) ونسبة البلدان المجيبة



٢٩. وبناءً على ذلك، تتضمن أهداف تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥ ما يلي:

- فهم حالة القوى العاملة في مجال التمريض في أعقاب حالة الطوارئ التي صاحبت جائحة كوفيد-١٩ من خلال البيانات والبيّنات المثبتة.
- التطلّع إلى المستقبل والتخطيط للقوى العاملة في مجال التمريض لتحقيق الغايات المحددة لعام ٢٠٣٠ وما بعده، والإسهام في الخطط العالمية بشأن حالات الطوارئ والرعاية الصحية الأولية وقدرة النظم الصحية على الصمود في مواجهة حالات الطوارئ المستقبلية.
- تسهيل الحوكمة الصحية العالمية واتخاذ القرارات لدعم الإجراءات السياساتية التي تتخذها الدول الأعضاء فيما يتعلق بالقوى العاملة في مجال التمريض.

٣٠. واعتمد الأسلوب الأساسي المتبع في إعداد تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥ على الإحصاءات الرسمية المبلّغ عنها على المستوى القطري باستخدام حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية. وتستخدم عملية الإبلاغ عن حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية تصنيفات وتعريفات موحّدة عالمياً للفئات المهنية على النحو المحدد في التصنيف الدولي الموحد للمهن لعام ٢٠٠٨ (ISCO-٠٨)، وعملية الإبلاغ والتحقّق السنوية اعتماداً على مسؤولي تنسيق يجري تحديدهم على المستوى الوطني (٣٨). وفي أغلب الحالات، يكون مسؤولو التنسيق موظفين ذوي سلطة في وزارة الصحة، عادةً مديرو إدارة أو وحدة القوى العاملة الصحية، أو في الوكالات الحكومية المتخصصة المعيّنة لجمع المعلومات والإحصاءات المتعلقة بالصحة. فهم يتقاسمون البيانات الخاصة بالقوى العاملة في مجال الصحة والرعاية نيابةً عن بلدانهم، ووفقاً لقواعد ومعايير حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية سنوياً. وفيما يتعلق بتقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥، امتدت فترة الإبلاغ من شباط/فبراير ٢٠٢٤ إلى تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٢٤؛

وقد طُلب من البلدان الإبلاغ عن بيانات عام ٢٠٢٣ أو آخر عام تتوافر عنه بيانات، وتمكنت البلدان من تحديث واستكمال البيانات من الأعوام السابقة أيضاً. فيرجى الاطلاع على الوصف التفصيلي لعملية حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية في الملحق ٣.

٣١. وفيما يتعلق بكادر التمريض، يوجد تصنيفان مهنيان موحدان عالمياً: مهني تمريض (رمز التصنيف الدولي الموحد للمهن ٢٢٢١) ومهني التمريض المعاون (رمز التصنيف الدولي الموحد للمهن ٣٢٢١). ويعتمد التمييز بين مهني التمريض ومهني التمريض المعاونين على نوع الرعاية والخدمات التي يقدمونها. فأولئك المصنفون على أنهم «مهنيو تمريض» يقومون بخدمات العلاج والدعم والرعاية للأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية تمريضية بسبب آثار تقدّم السن أو الإصابة أو المرض، أو أي ضعف جسدي أو نفسي آخر، أو مخاطر محتملة على الصحة. «ويتحملون مسؤولية تخطيط رعاية المرضى وإدارتها، بما في ذلك الإشراف على العاملين الآخرين في مجال الرعاية الصحية، والعمل بصورة مستقلة أو ضمن فرق مع الأطباء وغيرهم في إطار التنفيذ العملي للتدابير الوقائية والعلاجية» (٣٩). أما أولئك المصنفون على أنهم مهنيو تمريض معاونون، «فيقدمون الرعاية التمريضية والشخصية الأساسية للأشخاص الذين يحتاجون إلى مثل هذه الرعاية بسبب آثار تقدّم السن أو المرض أو الإصابة أو أي ضعف جسدي أو نفسي آخر. فهم يعملون عموماً تحت إشراف مهنيي الطب والتمريض وغيرهم من المهنيين في مجال الرعاية الصحية، وبدعم منهم، على تنفيذ خطط الرعاية الصحية والعلاج والإحالة التي يضعها أولئك المهنيون عادةً» (٣٩). وقد طُلب من البلدان تصنيف قوتها العاملة في مجال التمريض وفقاً لهذين التعريفين؛ وإذا لم تفعل ذلك، فيُصنّف أفراد كادر التمريض على أنهم «مرضى أو ممرضات ليس لهم تعريف آخر». وتتضمن الفئات المهنية للقابات ومساعدات التمريض

١ الإصدار الحالي من التصنيف الدولي الموحد للمهن المستخدم هو ISCO-٠٨، الذي نُشر في عام ٢٠٠٨.

أو غيرهم من العاملين الصحيين المساعدين تصنيفات منفصلة في الإصدار ISCO-08، ولم تُدرج ضمن البيانات المبلغ عنها من أجل تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥.

٣٢. ويتضمن تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥ بيانات أبلغ عنها من عدد أكبر من البلدان بشأن مؤشرات أكثر من أي وقت مضى. وبالمقارنة مع تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، يستند هذا التقرير إلى مؤشرات محدثة جرى تنقيحها من خلال عملية توافق آراء عالمية (٤٠). وتتضمن الموضوعات الجديدة التوظيف في القطاع العام مقابل القطاع الخاص، وأجور كادر التمريض، وبيانات أكثر موثوقية عن خريجي التمريض وممرضات وممرضي الممارسة المتقدمة. وأبلغ عن إحصاءات بشأن «صيد» أفراد كادر التمريض لجميع البلدان، وتعكس ٨٣٪ منها الفترة ٢٠٢١-٢٠٢٣، ومن ثم، فهي توفر تقييمًا منهجيًا لفترة ما بعد جائحة كوفيد-١٩. وأبلغ عمًا مجموعه ٣٤ مؤشرًا من مؤشرات حسابات القوى العاملة الصحية

الوطنية من جانب أكثر من ١٠٠ بلد و٣٦ مؤشرًا من جانب أكثر من ٧٠ بلدًا، في مقابل ١٨ و٢٢ مؤشرًا على التوالي في تقرير عام ٢٠٢٠. وبعد التحقق من جودة البيانات، أبلغ عن ٣٤ مؤشرًا (٢٨ مؤشرًا من مؤشرات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، إضافة إلى ٦ مؤشرات مصممة خصيصًا لتقارير حالة التمريض في العالم) على نحو كافٍ لتضمينها في التقرير. وعلى الرغم من التحسينات السنوية المستمرة في توافر البيانات، لا يزال الإبلاغ عن بعض المؤشرات بمستوى يكفي لإدراجها في التحليلات الحالية يشكل تحديًا أمام البلدان. وتشمل هذه المؤشرات حالات الخروج من القوى العاملة، ومعدلات الشواغر، وأماكن توظيف كادر التمريض، والكثافة على المستوى دون الوطني (يُرجى الرجوع إلى الملحق ٤ للاطلاع على تفاصيل عن مستويات الإبلاغ)، إلا أنه مع تنفيذ البلدان عملية حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية تدريجيًا بما يتماشى مع الأولويات الوطنية وجهود أوسع نطاقًا لتعزيز نظم المعلومات الصحية، فسوف يستمر التحسن في توافر هذه المؤشرات والإبلاغ عنها.



مرضة تقدم الرعاية للمرضى في جناح أحد المستشفيات، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية. © منظمة الصحة العالمية/ يوشي شيميزو



ممرض، يدعى شعيب حسن، يعتني بطفل صومالي نازح داخلياً في جناح مخصص لمرضى الإسهال في مستشفى بنادر بمقديشو . © منظمة الصحة العالمية

أدوار التمريض وإسهاماته في أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة، بما في ذلك التغطية الصحية الشاملة

٣٥. المحددات الاجتماعية للصحة هي «الظروف التي يولد فيها الناس وينشؤون ويعملون ويعيشون ويتقدمون في السن» (٤٦، ٤٧). وتعالج الممرضات والممرضون هذه المحددات من خلال تقديم الرعاية والإسهام في السياسات التي تأخذ في الاعتبار السياقات الاجتماعية والبيئية، لضمان إحداث تحسن في الوقت المناسب في صحة السكان (٢٦، ٣٣، ٤٦). وتتطلب هذه الجهود تعاونًا بين القطاعات، ومشاركة أفضل الممارسات، وإشراك أصحاب المصلحة والمرضى والأسر والمهنيين باستمرار (٤٧). فعلى سبيل المثال، غالبًا ما تعمل الممرضات والممرضون على تثقيف المرضى والأسر والمجتمعات المحلية بشأن المخاطر المرتبطة بالمناخ، مثل موجات الحر والرياح الموسمية والأمراض المنقولة بالنواقل، من خلال التشجيع على اتخاذ التدابير التي تعزز القدرة على الصمود، مثل الإماهة وتبريد المأوى والوقاية من العدوى (٤٨ - ٥٠) (انظر الإطار ٤-١).

٣٦. ويعمل أفراد كادر التمريض، من خلال إشراك المجتمعات، على سد الفجوات بين مقدمي الرعاية الصحية والإخصائيين الاجتماعيين والمرضى والقائمين على رعايتهم والمجتمعات المحلية من خلال بناء الثقة وإعلاء أصوات المجتمع في التخطيط الصحي وتقديم الخدمات. وغالبًا ما يتعاون أفراد كادر التمريض مع

٣٣. يستكشف هذا الفصل الدور المحوري الذي يضطلع به أفراد كادر التمريض في تحقيق الغايات المتعلقة بالصحة ضمن أهداف التنمية المستدامة، والعمل في طليعة النظم الصحية لتحسين الحاصلات الصحية في المجتمعات. وتسهم أدوارهم المتعددة الجوانب، ومنها تقديم الخدمات المباشرة، والتوعية المجتمعية، ومناصرة السياسات، والتعاون بين القطاعات، في تعزيز التقدم من خلال تعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض، وتوفير الرعاية، والاستجابة إلى أزمات الصحة العامة (٤١، ٤٢).

٤-١ تعزيز الصحة

٣٤. غالبًا ما يعمل أفراد كادر التمريض، في المجتمعات الضعيفة والمهمشة، ومنها المناطق النائية والريفية والدول الجزرية الصغيرة النامية، بوصفهم مقدمي خدمات صحية رئيسيين من خلال العمل على تعزيز القدرة على الصمود في مواجهة تغير المناخ عن طريق التطبيب عن بُعد، والرعاية الوقائية عن طريق العيادات التي يقودها أفراد كادر التمريض (٤٣، ٤٤). ويعملون أيضًا على معالجة الحواجز النظامية، مثل عدم المساواة بين الجنسين من خلال المناصرة والتعليم والمبادرات التي يقودها المجتمع (٤٥).

النُظُم الصحية وأفراد المجتمع للتوصل إلى حلول مشتركة تلبي الاحتياجات المحلية، ومع الشبكات الاجتماعية المتغيرة التي تشكّل الهوية والقيم والمعتقدات - خارج الحدود الجغرافية (٥١، ٥٢).

٤-٢ توفير الرعاية طيلة العمر

٣٧. يضطلع أفراد كادر التمريض، بوصفهم الفئة المهنية الكبرى في مجال الصحة، بدور محوري في تقديم الخدمات الصحية على جميع المستويات في كل مجال صحي، وذلك بدءاً من النُظُم الموجهة للمرافق والموجهة للأمراض، وانتهاءً بالخدمات المتكاملة التي تركز

على الناس، والتي تدعم مبادئ الإنصاف في الصحة والمساواة بين الجنسين وحقوق الجميع في الصحة (٢٩). ولهم دور لا غنى عنه في إعادة توجيه النُظُم الصحية نحو نهج الرعاية الصحية الأولية الذي يستهدف الأفراد والأسر والمجتمعات، بمن في ذلك الأشخاص الذين يعيشون ظروف الفقر والمهاجرون والنازحون والأشخاص ذوو الإعاقة، ويضمن الرعاية الشاملة للجميع والمنصفة التي يسهل الوصول إليها. ويعمل أفراد كادر التمريض، من خلال أدوارهم في تعزيز الصحة والوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية الملطفة، على ضمان استمرار تقديم خدمات صحية جيدة، ويكون لديهم الاستعداد للعمل

٤-١ الإطار ١-٤ تغير المناخ والتمريض

يضطلع أفراد كادر التمريض بدور حاسم في معالجة التأثيرات الصحية لتغير المناخ من خلال التثقيف والمناصرة والممارسات الصحية المستدامة (٥٣). وبوصفهم عاملين صحيين يعملون في طليعة جهود تقديم الخدمات، فإنهم يعملون على تثقيف المرضى والمجتمعات بشأن المخاطر الصحية المرتبطة بالمناخ، ومنها تلوث الهواء والحرارة الشديدة والأمراض المنقولة بالنواقل، مع تعزيز التدابير الوقائية، مثل التأهب والاستجابة للطوارئ واستراتيجيات الإماهة والوقاية من العدوى (٤٨-٥٠، ٥٤). وعلاقاتهم الوثيقة بالمجتمعات المحلية تجعلهم مدافعين شديدي البأس عن العدالة الاجتماعية، ومعالجة الأعباء غير المتناسبة التي يخلفها تغير المناخ (٥٥، ٥٦)، مثل زيادة انتشار الأمراض التنفسية وأمراض القلب والأوعية الناجمة عن تلوث الهواء، أو الأمراض المنقولة بالنواقل بسبب أنماط الطقس المتغيرة (٥٧). وإضافة إلى تثقيف المرضى، يقود أفراد كادر التمريض مبادرات لتقليل البصمة الكربونية للمرافق الصحية من خلال تعزيز إعادة التدوير، وتقليل استهلاك الطاقة، وتنفيذ ممارسات الشراء المستدامة، والدعوة إلى الاستفادة من التطبيب عن بُعد (٤٣، ٥٥). وتساعد هذه الجهود على تخفيف الأثر البيئي للصحة والرعاية، مع ضمان القدرة على الصمود في مواجهة الاضطرابات المناخية، مثل الظواهر الجوية المتطرفة، وحرائق الغابات، والفيضانات. ومع ذلك، يواجه أفراد كادر التمريض أنفسهم مخاطر صحية ناجمة عن تغير المناخ، ومنها التعرض لدرجات الحرارة الشديدة، وسوء نوعية الهواء، والضغط النفسي المترتبة على الاستجابة لحالات الطوارئ الناجمة عن المناخ (٥٨). ويُعد دعم الصحة النفسية لأفراد كادر التمريض الذين يتعاملون مع الضغوط والإرهاق والصدمات أمراً أساسياً للحفاظ على رفاه القوى العاملة وفعاليتها (٥٩، ٦٠).

وعلى الرغم من الدور المحوري الذي يضطلع به أفراد كادر التمريض، يفيد كثير منهم بعدم كفاية التدريب على التعامل مع المسائل الصحية المتعلقة بالمناخ (٦١). وتوصلت دراسة عالمية إلى أن ٤١٪ من العاملين في مجال الصحة الذين شملهم الاستطلاع أفادوا بأن نقص المعارف يشكّل عائقاً أمام مبادرات تغير المناخ، وأشار ٢٢٪ إلى محدودية الدعم المقدم من الأقران، في حين رأى ٣١٪ أن العاملين الصحيين لن يكون لهم تأثير يُذكر، مؤكدين الحاجة الملحة إلى تحسين التعليم وتنمية الكفاءات (٦٢). وعلى هذا النحو، فإن تعزيز المناهج الدراسية في مجال التمريض والاستمرار في توسيع برامج التطوير المهني من شأنهما أن يؤهلا أفراد كادر التمريض تأهيلاً أفضل لمواجهة تحديات المناخ في ممارساتهم (٦٣-٦٦).

ويسهم أفراد كادر التمريض، من خلال دمج الرعاية المراعية للمناخ في ممارساتهم العملية، في تعزيز قدرة قطاع الصحة العالمي على الصمود في مواجهة تغير المناخ وتحقيق أهداف التنمية المستدامة (٥٣). فخيرتهم في كل من الرعاية المباشرة للمرضى والحفاظ على استدامة النُظُم الصحية الأوسع نطاقاً تجعلهم عناصر أساسية في تعزيز الاستجابة لتغير المناخ التي تركز على الصحة، وتعطي الأولوية للوقاية والتكثيف والإنصاف (٤٨، ٥٠، ٦١، ٦٧-٦٩).

في بيئات ثقافية متنوعة، يحرصون فيها على احترام التقاليد والمعتقدات المحلية، وذلك مع مواصلة تعزيز أهداف الصحة العالمية (٧٠).

٣٨. وتقديم الرعاية الجيدة على جميع مستويات النظام الصحي لبناء نُظم صحية موجَّهة نحو الرعاية الصحية الأولية، وتتسم بالإنصاف والتركيز على الناس والقدرة على الصمود، يعتمد اعتمادًا كبيرًا على إسهامات الممرضات والممرضين (٧١-٧٣) (انظر الإطار ٤-٢). ويعمل أفراد كادر التمريض، في نقطة الرعاية، على ضمان مأمونية الخدمات وفعاليتها وتلبيتها للاحتياجات المتنوعة للسكان، ويقودون في الوقت نفسه فرقًا متعددة التخصصات لتوفير رعاية شاملة ومتكاملة ومنسقة من شأنها أن تحسِّن الحاصلات الصحية وقدرة النُظم على الصمود (٧٤). ومع تزايد اعتماد النُظم الصحية على مزيج من المتخصصين

وغير المتخصصين، فإن أفراد كادر التمريض يؤدون دورًا محوريًا في تنسيق الرعاية وتكييفها لتلبية احتياجات مختلف الفئات، والإشراف على تقديمها، والتوعية بشأنها، بين مختلف الإخصائيين والمساعدين والقائمين على الرعاية غير الرسميين (٣٣، ٧٢، ٧٣، ٧٥).

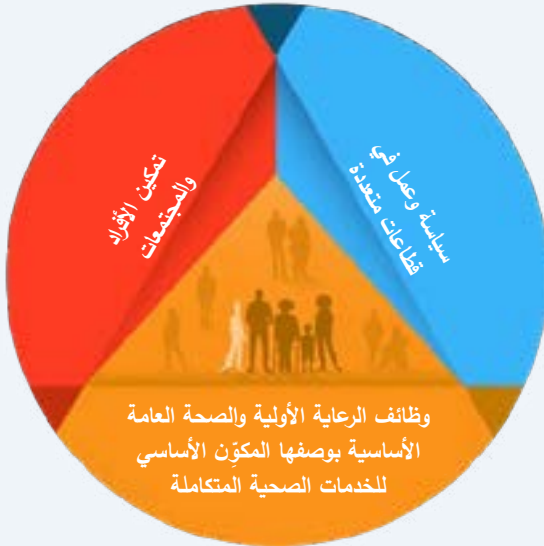
٣٩. ويُعد أفراد كادر التمريض عناصر أساسية في ضمان سلامة المرضى، وذلك لما يتحلون به من مهارات في تقديم الرعاية والمناصرة والإشراف والتنسيق والقيادة. وتكفل خبراتهم في إدارة المخاطر والرعاية المسندة بالبيّنات مراعاة عامل السلامة في تقديم الخدمات (٨١)، (٨٢). ومن الجدير بالذكر أن ٦٧٪ من البلدان أفادت بدمج مبادئ سلامة المرضى في تعليم التمريض، ودعم الوظائف الحيوية، مثل إعطاء الأدوية والوقاية من العدوى ومكافحتها. وعلى الرغم من وجود تحديات مثل نقص الموظفين، فإن أفراد كادر التمريض يلتزمون

الإطار ٤-٢:

أفراد كادر التمريض في الرعاية الصحية الأولية

يضطلع أفراد كادر التمريض بدور محوري في الرعاية الصحية الأولية، إذ يقدمون خدمات منصفة وفعالة لقاء التكلفة وتركز على الناس، مع الحرص في الوقت نفسه على تعزيز قدرات النُظم الصحية (٣٣، ٧٦). ويظل نهج الرعاية الصحية الأولية، المستند إلى البيّنات والمدعوم بالسياسات العالمية، عنصرًا أساسيًا في تحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة (٧٧، ٧٨). ويحدد إعلان أستانا ثلاث ركائز مترابطة للرعاية الصحية الأولية، وهي:

- الخدمات الصحية المتكاملة طيلة العمر؛
- العمل المتعدد القطاعات بشأن محددات الصحة؛
- تمكين الأفراد والمجتمعات حتى يستطيعوا إدارة ظروفهم الصحية.



ويضطلع أفراد كادر التمريض بدور مركزي في النهوض بهذه الركائز ودفع خطة الرعاية الصحية الأولية (٣٣، ٧٨، ٧٩). وتأتي الممرضات والممرضون، بما لديهم من سجل حافل في تقديم الرعاية في المجتمعات والمنازل، في صدارة مسار تنفيذ هذه الرؤية. وبفضل مستواهم التعليمي العالي ونطاق ممارستهم الواسع النطاق، برزت ممرضات وممرضي الممارسة المتقدّمة بوصفهم حلًا واعدًا من حلول القوى العاملة يمكن اللجوء إليه لمواجهة التحدي المتزايد المتمثل في نقص الأطباء العاميين (٨٠).

بتدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها، ومنها نظافة اليدين وأَساليب التعقيم، مع تعزيز الثقة من خلال تثقيف المرضى. ويكتسي الاستثمار في قدرات التمريض والمهارات القيادية أهمية بالغة في الحفاظ على سلامة المرضى على الصعيد العالمي وضمان توفر رعاية تتسم بالاحترام والحماية.

٤٠. ويضطلع أفراد كادر التمريض بدور أساسي في التدبير العلاجي للأمراض السارية، مثل السل والملاريا وفيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد والأمراض المنقولة جنسياً والأمراض التنفسية والمعدية المعوية وغيرها من الأمراض (٨٣، ٨٤). وتؤدي إسهاماتهم في دفع جهود الوقاية المجتمعية، وإدارة رعاية المرضى وإعطاء العلاج، مثل الرعاية المتميزة لمرضى فيروس العوز المناعي البشري ومتابعتهم، إلى تحسين إتاحة الخدمات الصحية التي يحتاج إليها السكان (٢٩، ٨٣، ٨٥).

٤١. وفي مجال مكافحة مقاومة مضادات الميكروبات، يؤدي أفراد كادر التمريض دوراً محورياً من خلال ضمان الاستعمال الحذر للمضادات الحيوية، ورصد تقدم المرضى وتثقيف المجتمعات المحلية بشأن أفضل الممارسات. ويمكنهم أيضاً مراقبة استهلاك مضادات الميكروبات ويتولون القيادة فيما يتعلق بالإشراف عليها، ويعملون على تعزيز الوعي بالاستعمال الأمثل لها (٨٦، ٨٧).

٤٢. وتعتمد الوقاية من الأمراض غير السارية والتدبير العلاجي لها على الدور الأساسي الذي يؤديه أفراد كادر التمريض (٨٨) في مجال الصحة. فعلى سبيل المثال، تعمل العيادات التي تقودها الممرضات والممرضون على زيادة معدلات الفحص، ومعالجة عوامل الخطر الرئيسية، وتحسين الالتزام بالأدوية، ويمكن أن تُوسّع نطاق وصول المرضى إلى الرعاية (٧٤، ٨٩، ٩٠) (انظر الإطار ٤-٣). ويُعد تعزيز

الإطار ٤-٣ العيادات التي يقودها أفراد كادر التمريض

ثبتت فعالية العيادات التي يقودها أفراد كادر التمريض في تقديم الرعاية الأولية التي تركز على المرضى، وتقليل حالات دخول المستشفى وزيارات قسم الطوارئ وطول مدة الإقامة في المستشفى وععب الأعراض، وتحسين رضا المرضى والنظام الغذائي ودرجة النشاط، مع خفض مستوى القلق والاكتئاب لدى المرضى وتحسين الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة (٩١-١٠٠). وعلاوة على ذلك، ارتبطت التدخلات التي يتولى أفراد كادر التمريض تنسيقها فيما يتعلق بكبار السن الضعفاء الذين خرجوا من المستشفيات بانخفاض حالات معاودة دخول المستشفى خلال شهر وثلاثة أشهر (١٠١).

ويتطلب تعزيز دمج العيادات التي يقودها أفراد كادر التمريض في الرعاية الأولية اتباع نهج شامل ومتعدد المستويات، إلى جانب سياسات موجهة للقوى العاملة على المستويات الوطني ودون الوطني والمجتمعي (١٠٢). وثمة تحديات قد تعوق تبني هذا النهج على نطاق واسع، ومنها القيود السياسية، والدعم المقدم من القيادة، وعدم اتساق الخدمات، والتأييد المجتمعي (٩٢). ومن شأن تعزيز تحليلات التكلفة وأدوات قياس الحاصل أن يوفر بيانات أقوى، في حين أن التعاون بين المهن المختلفة بإمكانه أن يساهم في دمج النماذج التي يقودها أفراد كادر التمريض في الأطر القائمة التي تدعم استدامتها وإمكانية التوسع فيها (٩١، ٩٢، ١٠٢، ١٠٣).

ففي الفلبين، تؤدي ممرضات وممرضو الصحة العامة دوراً بالغ الأهمية في تنفيذ قانون الرعاية الصحية الشاملة، الذي يهدف إلى توفير فرص متساوية لجميع أفراد الشعب الفلبيني للحصول على خدمات صحية عالية الجودة مع حمايتهم من المخاطر المالية (١٠٤). وتولت وزارة الصحة رعاية الدورة التدريبية لتطوير المهارات القيادية للتمريض في مجال الصحة العامة بهدف تعزيز كفاءات التمريض في الصحة العامة في المحاور الرئيسية لتعزيز النظم الصحية (١٠٥). وخلال هذه الدورة، حصلت الممرضات والممرضون على تدريب في مجال الصحة العامة، وأدوا دور القائد والمدير والمناصر ومقدم الرعاية لتلبية مختلف احتياجات الرعاية الصحية للأفراد والفئات السكانية في المجتمع. وتُظهر هذه الدورة إسهام ممرضات وممرضي الصحة العامة ذوي المهارات المتقدمة القادرين على التنقل بفعالية بين جميع مكونات النظام الصحي والمشاركة فيها، ومن ثم، ضمان اضطلاعهم بأدوار متنامية في تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال الرعاية الصحية الأولية (١٠٦).

الدعم التنظيمي للتدخلات التي يقودها أفراد كادر التمريض أمراً بالغ الأهمية كذلك في التدبير العلاجي الفعال والمنخفض التكلفة والمستدام للأمراض غير السارية (٩٠).

٤٣. ولما كان أفراد كادر التمريض هم مقدمي خدمات الحمل والصحة الإنجابية الرئيسيين في جميع أنحاء العالم، فإنهم يواجهون قيوداً في بعض البلدان على المهام التي تقع ضمن نطاق عملهم المعتاد. وقد خُصّص مسح أُجري في عام ٢٠٢٣ بشأن الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين في ١١٥ دولة عضواً أن ٧٩٪ من تلك الدول تسمح لأفراد كادر التمريض بإدارة وسائل منع الحمل القابلة للحقن بصورة مستقلة، وتسمح ٥٢٪ منها بزرع الغرسات وإزالتها، وتسمح ٤٧٪ منها بزرع اللولب الرحمي وإزالته (١٠٧). وتسلط هذه الأرقام الضوء على الدور المهم الذي يؤديه أفراد كادر

التمريض في مجال الرعاية الشاملة لمنع الحمل، على الرغم من غياب الاعتراف الكافي بهذا الدور.

٤٤. ويوفر أفراد كادر التمريض، في كل مرحلة من مراحل الحياة، من رعاية المواليد إلى صحة الطفل ومن المراهقة إلى الشيخوخة، خدمات أساسية في كل من المرافق والمجتمعات المحلية. فهم يضطلعون بدور محوري على كل مستويات النظام الصحي في رعاية المواليد الصغار والمرضى، وضمان بقائهم على قيد الحياة ورفاههم. وغالباً ما يكون أفراد كادر التمريض أول من يتعرف على علامات الإساءة الجسدية والعاطفية والنفسية للأطفال في المستشفيات والمدارس ومراكز الصحة المجتمعية والرعاية المنزلية، ويستجيبون لها. فغالباً ما يحددون هذه الحالات من خلال الفحوص الروتينية للأطفال الذين يعانون من مخاوف غير مرتبطة بحالتهم الصحية (١٠٨-١١٠) (انظر الإطار ٤-٤).

الإطار ٤-٤ برنامج خدمات الصحة المدرسية والتمريض في نيبال

اعتمدت وزارة الصحة والسكان برنامج خدمات الصحة المدرسية والتمريض في عام ٢٠١٩ لضمان وجود كوادر صحية في المدارس وتقديم الخدمات الصحية الأساسية. ويهدف البرنامج إلى تعزيز نمط حياة صحي بين المراهقين من خلال اعتماد المدارس بوصفها «مدارس معززة للصحة»، وتنفيذ المبادرات الصحية الوطنية، مثل التغذية والتطعيم والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. ويعمل البرنامج على تعزيز بيئة مدرسية آمنة وداعمة، مع التركيز على التثقيف الصحي بغية تغيير السلوك، وتعزيز الصحة النفسية، والإسعافات الأولية، والحماية من الحوادث والإصابات وإدمان المخدرات. وتساعد الفحوص الصحية المنتظمة والإحالات إلى المرافق الصحية في الوقت المناسب على معالجة المشكلات الصحية، ويعمل البرنامج في الوقت نفسه على تقليل معدلات التغيب والانقطاع عن الدراسة. ومن إنجازات البرنامج التنفيذ الناجح لبرامج التخلص من الديدان، وتقديم مكملات حمض الفوليك والحديد للفتيات المراهقات، والتغطية بالتطعيمات (كوفيد-١٩؛ والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية؛ والتيفويد). وقد أسهم التثقيف الصحي في رفع مستوى الوعي بشأن الوقاية من الأمراض وأنماط الحياة الصحية، وهو ما يسهم بدوره في بناء مجتمعات أكثر تنعم بقدر أكبر من السلامة والأمان. وانخفضت معدلات التغيب عن الدراسة، وعُززت مبادرات الصحة النفسية من خلال الاستشارة والتعلم الاجتماعي العاطفي. وإضافة إلى ذلك، أعدت المدارس خططاً للتأهب للكوارث من خلال تمارين المحاكاة المنتظمة. فالبرنامج يؤدي دوراً بالغ الأهمية في تحسين صحة المراهقين وتعزيز أهداف التغطية الصحية الشاملة في نيبال (١١١-١١٥).

الإطار ٤-٥ اضطلاع أفراد كادر التمريض بدور بالغ الأهمية في أداء وظائف الصحة العامة الأساسية

تشمل وظائف الصحة العامة الأساسية مجموعة شاملة من الأنشطة اللازمة لتحقيق أهداف الصحة العالمية والحفاظ عليها، ومنها التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي العالمي. وتشمل هذه الوظائف أيضًا التأهب للطوارئ والاستجابة لها، وتعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض وترصدها ورصدها، وإعداد السياسات (١١٦، ١١٧). وتنفذ هذه الوظائف من خلال خدمات ونظم متكاملة عبر مختلف القطاعات الصحية والقطاعات المرتبطة بها، بما في ذلك صحة الحيوان والبيئة، والمياه والصرف الصحي، وسلاسل إمدادات الغذاء، وسلامة الطرق، والتخطيط الحضري.

وتشمل القوى العاملة في مجال الصحة العامة جميع الأفراد الذين يساهمون في تقديم خدمة واحدة على الأقل من خدمات الصحة العامة الأساسية في إطار الخدمات والنظم المتكاملة داخل القطاعات الصحية والقطاعات المرتبطة بها. وتتألف من مجموعة متنوعة من المهن المتنوعة التي يمكن تجميعها على أساس مفاهيمي في ثلاث مجموعات متداخلة: أفراد الصحة العامة الأساسيون؛ والعاملون في مجال الصحة والرعاية؛ والأفراد من المهن الأخرى المرتبطة بالصحة (٢٣، ١١٨).

ويؤدي أفراد كادر التمريض، من خلال عملهم في مجتمعاتهم المحلية، دورًا نشطًا في الإسهام في تنفيذ وظائف الصحة العامة الأساسية. فلا غنى عن الممرضات والممرضين في جهود التأهب والاستجابة للطوارئ، حيث يقودون فرق الاستجابة، ويقدمون الرعاية الحرجة أثناء حالات الطوارئ ويتولون مهمة تنقيف المجتمعات المحلية بشأن التأهب للكوارث (٢٣). ويشاركون بنشاط أيضًا في تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض من خلال تنفيذ أنشطة التنقيف المجتمعي وحملات التطعيم ومناصرة أنماط الحياة الصحية وإجراء الفحوص لمنع حدوث فاشيات الأمراض. وأفراد كادر التمريض في وضع جيد يسمح لهم بتحديد المخاطر الصحية ومعالجتها داخل مجتمعاتهم، بما في ذلك ترصد الصحة العامة ورصدها، من خلال جمع وتحليل البيانات الصحية - وهو أمر ضروري للكشف المبكر عن التهديدات الصحية التي قد تحدث بالمجتمعات (٢٩، ١١٦، ١١٩).

وعلاوة على ذلك، يستطيع أفراد كادر التمريض التأثير في إعداد سياسات الصحة العامة وتنفيذها من واقع فهمهم للاحتياجات الصحية للمجتمعات. ويمكنهم مناصرة السياسات التي تعمل على تعزيز المساواة في مجال الصحة وتحسين فرص الحصول على الرعاية، وضمان فعالية مبادرات الصحة العامة وشمولها (٢٣، ١٢٠). وإضافة إلى ذلك، يمكن للممرضات والممرضين قيادة عملية بناء القدرات من خلال توجيه أفراد فريق الصحة العامة الآخرين، وإجراء برامج تدريبية لضمان استمرارية كفاءة القوى العاملة واستعدادها للتعامل مع التحديات الصحية المتغيرة (١٢٠). ويمكن لأفراد كادر التمريض أيضًا أن يضطلعوا بدور حيوي في تحديد ودعم الفئات السكانية الضعيفة، مثل كبار السن والأفراد الذين يعانون من حالات صحية متعددة والمجتمعات المهمشة.

وينبغي للجهات المسؤولة عن التخطيط ورسمي السياسات على الصعيد الوطني العمل على تمكين أدوار أفراد كادر التمريض في تنفيذ وظائف الصحة العامة بضمان تزويدهم بالكفاءات اللازمة لأداء مهامهم ضمن فرق متعددة التخصصات من خلال برامج التعليم القائمة على الكفاءة عبر سلسلة التعلم مدى الحياة (التعليم قبل الخدمة، والتعليم أثناء الخدمة والتعليم المتخصص) (١١٩). وعلاوة على ذلك، فإن تعزيز الشراكات التعاونية بين كادر التمريض والمهن الأخرى التي تشكل القوى العاملة في مجال الصحة العامة يعزز تنفيذ المبادئ التوجيهية للصحة العامة، ويضمن تطبيق نهج متكامل وشامل للصحة العامة ينمّر مجتمعات تتعمق بأكثر من الصحة.

٤-٣ الوظائف الأساسية للصحة العامة، ومنها التأهب والاستجابة للطوارئ

٤٥. يؤدي أفراد كادر التمريض دورًا حاسمًا في تعزيز النظم الصحية وبناء القدرات المجتمعية وضمان استدامة الخدمات الصحية الأساسية أثناء حالات الطوارئ. وانخراطهم في فرص التعاون بين التخصصات والقطاعات المختلفة يعزز فعالية التأهب والاستجابة للطوارئ، وهو ما يضمن تأهيل المجتمعات على نحو أفضل للتعامل مع المخاطر الصحية أثناء الأزمات (انظر الإطار ٤-٥).

٤٦. وكان لأفراد كادر التمريض دور لا غنى عنه في إدارة الخدمات الصحية الأساسية أثناء حالات الطوارئ الصحية العالمية، مثل جائحة كوفيد-١٩ وفاشييتي فيروس زيكا والإيبولا (٣٣، ١١٦، ١١٧). وأفاد مسح جس النبض الذي أجرته المنظمة في عام ٢٠٢٣ بأن ما يقرب من ربع الخدمات الصحية الأساسية شهدت اضطرابات بسبب جائحة كوفيد-١٩ في مختلف سياقات تقديم الخدمة، بما في ذلك الرعاية الأولية، والرعاية الطارئة والجرعة، وإعادة التأهيل، والرعاية الملطفة، والرعاية المجتمعية (١٢١). ويسهم أفراد كادر التمريض في الحفاظ على استمرارية هذه الخدمات الأساسية، وتسهم مهاراتهم القيادية في إدارة الكوارث والتخطيط للاستجابة في ضمان سرعة تكيّف الخدمات لتلافي الاضطرابات المستمرة، وتقليل الأثر المترتب على الحصائل الصحية للمرضى وجودة الخدمات الصحية الأساسية (١٢١-١٢٦).

٤٧. وتؤثر حالات الطوارئ الصحية الحادة على ملايين الأشخاص حول العالم كل عام، ويستمر تصاعد المخاطر الناشئة عن تغير المناخ (١٢٧). ومن هنا، فإن اكتشاف هذه التهديدات في الوقت المناسب ونشر المعلومات المتعلقة بها أمر بالغ الأهمية في الاستجابة المتعددة القطاعات للتخفيف من العواقب

الصحية العامة والاجتماعية والسياسية والاقتصادية لحالات الطوارئ (١٢٢، ١٢٤، ١٢٨). ويُعد تخفيف أثر مخاطر الطوارئ أمر حاسم في الحد من وطأة الكوارث، وتؤدي الممرضات والممرضون دورًا محوريًا في حماية الفئات المعرضة للخطر من خلال رعاية المرضى، وتنقيف المجتمعات، ونظم الإنذار المبكر، والتخطيط للكوارث، وتعزيز قدرة النظم الصحية على الصمود (١٢٢-١٢٤، ١٢٧، ١٢٩). ولدعم هذه الجهود، حُدّدت كفاءات التمريض الأساسية المطلوبة في حالات الكوارث، وهو ما أدى إلى إرساء المعايير الدنيا الواجب توافرها في الممرضات والممرضين المعيّنين ضمن الفرق التي تُشكّل من أجل الاستجابة الفعالة للكوارث (١٣٠).



مرضى يعقّم مركزًا لعلاج الكوليرا في منطقة جوفاء المعرضة لانتشار الكوليرا، جنوب غرب إثيوبيا.
© منظمة الصحة العالمية/ مولوغيتا آيني



مرمضة تُحضّر محقناً أثناء عملها في مستشفى بجزر المحيط الهادئ. © منظمة الصحة العالمية/ إسييلي توكولو

← فرص العمل/ التوظيف

الاتجاه الاستراتيجي

زيادة توافر الممرضات والممرضين عن طريق استخدام خلق فرص العمل في مجال التمريض، وتوخي الفعالية في تعيين الممرضات والممرضين والاحتفاظ بهم، والالتزام بالجانب الأخلاقي في إدارة التنقل والهجرة على الصعيد الدولي.

أهم الاستنتاجات

- بلغ الرصيد العالمي من أفراد كادر التمريض بحلول عام ٢٠٢٣ نحو ٢٩,٨ مليون ممرضة وممرض.
- يمثل كادر التمريض ٥٧٪ تقريبًا من المهن الصحية الخمس (الأطباء، وأفراد كادر التمريض، وأفراد كادر القبالة، وأطباء الأسنان والصيادلة).
- يتفاوت توزيع أفراد كادر التمريض تفاوتًا كبيرًا في مختلف أنحاء العالم. فالبلدان المرتفعة الدخل، التي يعيش فيها ١٧٪ من سكان العالم، تستضيف ما يقرب من نصف (٤٦٪) الممرضات والممرضين في العالم.
- تختلف كثافة أفراد كادر التمريض اختلافًا واسعًا على نطاق الأقاليم وفئات الدخل؛ إذ تبلغ كثافتهم في البلدان المنخفضة الدخل ٩,٣ ممرضات وممرضين لكل ١٠٠٠٠ نسمة، في حين تبلغ ١٠٠,٤ ممرضة وممرض لكل ١٠٠٠٠ نسمة في البلدان المرتفعة الدخل - أي بفارق عشرة أضعاف.
- تمتلك الدول الجزرية الصغيرة النامية البالغ عددها ٣٥ دولة متوسط كثافة أقل (٢٩,٦ ممرضة وممرضًا لكل ١٠٠٠٠ نسمة) مقارنة بغيرها من البلدان (٣٧,١ ممرضة وممرضًا لكل ١٠٠٠٠ نسمة).
- تكشف البيانات الواردة من ١٣٠ بلدًا بين عامي ٢٠١٨ و ٢٠٢٣ عن قوى عاملة شابة نسبيًا في مجال التمريض، إذ تقل أعمار ٣٣٪ من أفرادها عن ٣٥ عامًا، ويبلغ ١٩٪ منهم ٥٥ عامًا أو أكثر ويقتربون من سن التقاعد.
- تشير البيانات الواردة من ١٥٠ بلدًا إلى أن ٨٥٪ من أفراد كادر التمريض على مستوى العالم من الإناث، وتتراوح نسبتهن بين ٩١٪ في إقليم غرب المحيط الهادئ و ٦٦٪ في الإقليم الأفريقي، في حين أفادت ١٥ بلدًا بأن عدد الممرضين لديها يفوق عدد الممرضات.
- في البلدان الثمانين التي أبلغت عن بيانات، كان ١٥٪ من أفراد كادر التمريض، أي واحد من كل سبعة، مولودين في الخارج.
- تمتلك البلدان المرتفعة الدخل التي أبلغت عن بيانات أكبر حصة من الممرضات والممرضين المولودين في الخارج (٢٣٪)، في حين كانت حصص بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط (١٪) وبلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط (٨٪) والبلدان المنخفضة الدخل (٣٪) أقل كثيرًا، وهو نمط يتسق مع بيانات عام ٢٠٢٠.
- على الصعيد العالمي، يعمل ٧٠٪ في المتوسط من الممرضات والممرضين في القطاع العام، و ١٨٪ في مرافق خاصة هادفة للربح، و ١١٪ في مرافق خاصة غير هادفة للربح.
- من المتوقع أن يصل عدد أفراد كادر التمريض في العالم إلى ٣٦ مليونًا بحلول عام ٢٠٣٠، وهو ما يمثل متوسطًا سنويًا لمعدل النمو يبلغ ٢,٧٪.
- بلغ النقص العالمي في كادر التمريض في عام ٢٠٢٣ نحو ٥,٨ ملايين، ومن المتوقع أن ينخفض إلى ٤,١ ملايين بحلول عام ٢٠٣٠. إلا أن ٦٩٪ من النقص في عام ٢٠٣٠ سيكون في إقليمي أفريقيا وشرق المتوسط.

٤٨. يبيّن هذا القسم الخاص بتوظيف أفراد كادر التمريض

أنواع الممرضات والممرضين، وما يتعلق بهم من خصائص مثل التوزيع الجغرافي والفئة العمرية ونوع الجنس. ويقيّم أيضًا كيفية توزيعهم على نطاق المرافق الصحية التي تختلف من حيث نوع ملكيتها، ويتوقع الرصيد من أفراد كادر التمريض وكثافتهم حتى عام ٢٠٣٠، ويحدد النقص المرتقب في عام ٢٠٢٣،

ويقيّم معدلات تخريج الممرضات والممرضين اللازمة لمعالجة هذه الفجوات بحلول عام ٢٠٣٠. ويتناول القسم الديناميكيات المعقدة لتتقلل أعداد كادر التمريض وهجرتهم على الصعيد الدولي، ويعرض بيانات عن أفراد الكادر المولودين في الخارج والمدربين في الخارج، ويعرض تقييمًا لكيفية تأثير التنقل الدولي لأفراد الكادر على استدامة القوى العاملة الصحية العالمية.

٤٩. وقد أبلغت جميع الدول الأعضاء في المنظمة البالغ عددها ١٩٤ دولة عن بيانات بشأن الرصيد من أفراد

كادر التمريض، وأبلغت ٨٨٪ منها عن بيانات بشأن الأعوام من ٢٠٢٠ إلى ٢٠٢٣ (انظر الملحق ٤). ومع مراعاة النمو المتوقع في البلدان التي أبلغت عن بيانات بشأن أعوام سابقة، تشير التقديرات إلى أن عدد الممرضات والممرضين في العالم قد بلغ ٢٩,٨ مليونًا في عام ٢٠٢٣ (الجدول ١-٥). إلا أن هذا الرقم العالمي يخفي وراءه تفاوتات عميقة داخل الأقاليم وفيما بينها (انظر القسم ١-٥-٣).

٥٠. ويُظهر تقدير عدد أفراد كادر التمريض بنحو ٢٩,٨ مليونًا في عام ٢٠٢٣ زيادة من ٢٧,٩ مليونًا، وهو الرقم الذي قدرته المنظمة في عام ٢٠١٨، والذي ورد في الطبعة الأولى من تقرير حالة التمريض في العالم، المنشور في عام ٢٠٢٠. وتأتي هذه الزيادة على إثر تحسّن جودة البيانات والإبلاغ، بما يشمل البلدان والأقاليم التي حدّثت أو عدّلت البيانات المسجّلة بمرور الوقت لتشمل القطاع الخاص (١٣١) والزيادة الحقيقية في الرصيد.

الجدول ١-٥ توزيع الرصيد العالمي لأفراد كادر التمريض (بالملايين) في أعوام ٢٠١٣ و ٢٠١٨ و ٢٠٢٣ حسب إصدارات متنوعة من البيانات

سنة الإبلاغ	الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠	حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠	حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥
إصدار البيانات	٢٠١٣ (كادر التمريض/ القبالة)	٢٠١٨ (كادر التمريض)	٢٠٢٣ (كادر التمريض)
الإقليم الأفريقي	١,٠	٠,٩	١,٧
إقليم الأمريكتين	٤,٧	٨,٤	٧,٥
إقليم جنوب شرق آسيا	٢,٩	٣,٣	٣,٦
الإقليم الأوروبي	٦,٢	٧,٣	٧,٢
إقليم شرق المتوسط	١,٣	١,١	١,٣
إقليم غرب المحيط الهادئ	٤,٦	٦,٩	٨,٥
عالمياً	٢٠,٧	٢٧,٩	٢٩,٨

ملحوظة: يعرض هذا الجدول رصيد أفراد كادر التمريض من واقع إصدارات متنوعة للبيانات منذ إطلاق «الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠» في عام ٢٠١٦. ولم تُعدّل البيانات المعروضة لعامي ٢٠١٣ و ٢٠١٨ بأثر رجعي، وأبلغ عنها حسبما وردت في المصادر الأصلية المنشورة في «الاستراتيجية العالمية» وتقرير «حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠»، وتقرير «حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥». المصادر: «الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠»؛ وتقرير «حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠»؛ وبوابة بيانات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية الخاصة بتقرير «حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥».

٥-١ رصيد أفراد كادر التمريض وكثافتهم

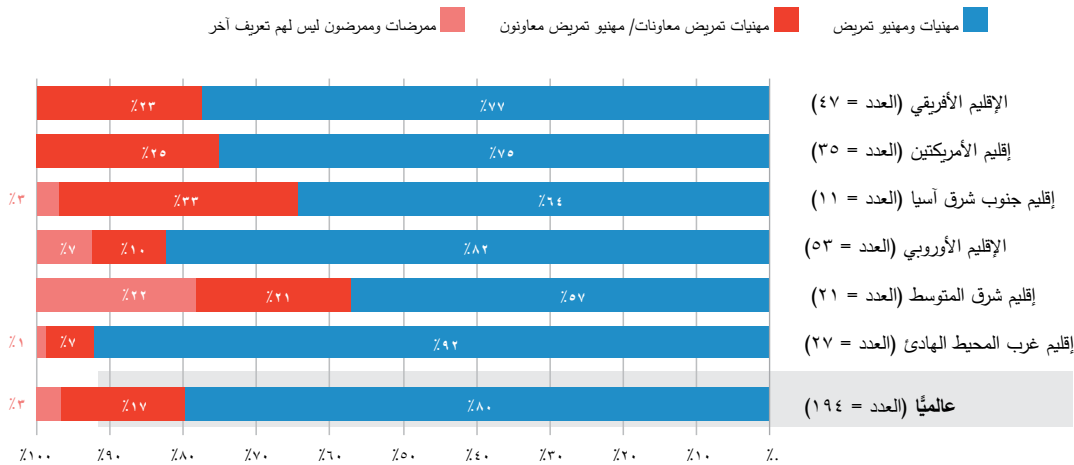
٥-١-١ التوزيع حسب نوع أفراد كادر التمريض - المهنيون والمهنيون المعاونون

٥١. من بين ٢٩,٨ مليون ممرضة وممرض أبلغ عنهم من خلال أحدث البيانات والتقديرات، كان ١٦,٨ مليوناً (٥٦٪) مصنفين على أنهم مهنيو تمريض (رمز التصنيف الدولي الموحد للمهن ٢٢٢١)، و ٤,٧ ملايين (١٦٪) على أنهم مهنيو تمريض معاونون (رمز التصنيف الدولي الموحد للمهن ٣٢٢١)، في حين لم يُصنّف ٨,٣ ملايين (٢٨٪) ضمن أي من الفئتين، ومن ثم، صُنِّقوا لأغراض هذا التحليل على أنهم «ممرضات أو ممرضون ليس لهم تعريف آخر». والنسبة المبلغ عنها فيما يتعلق بفئة الممرضات والممرضين الذين ليس لهم تعريف آخر (٢٨٪) تزيد على النسبة المبلغ عنها في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠ (٩٪)، وهو ما يعكس على الأرجح التحديات المحتملة لمواءمة البيانات الوطنية مع التصنيف الدولي الموحد للمهن ISCO-٠٨، أو تعاوناً أقل مع أصحاب المصلحة في مجال التمريض لإجراء تخطيط للمهنة وفقاً للتصنيف ISCO-٠٨. وكانت هذه النسبة من الممرضات والممرضين الذين ليس لهم تعريف آخر مرتفعة جداً في إقليم غرب المحيط الهادئ (٦٣٪).

٥٢. والمعلومات الإضافية المجموعة والإبلاغ السابق يتحان

إعادة تصنيف أفراد كادر التمريض المبلغ عن كونهم ممرضات وممرضين ليس لهم تعريف آخر، وذلك باستخدام التوزيع المبلغ عنه سابقاً لأفراد كادر التمريض، أو استخدام المعلومات المتعلقة بمدة التدريب، إذ تكون مدة التدريب البالغة ٣ سنوات أو أكثر عادة مؤهلة لفئة مهنيي التمريض. وباستخدام هذه المعلومات الإضافية، فإنه من بين ٤٦ بلداً أبلغت عن وجود ممرضات وممرضين ليس لهم تعريف آخر، أمكن إعادة تصنيف فئة التمريض في ٣٥ بلداً. وكانت أغلبية أفراد كادر التمريض من مهنيي التمريض (٨٠٪)، مع الإبلاغ من جانب ١٨٢ بلداً، وكانت النسبة أقل (١٧٪) فيما يتعلق بمهنيي التمريض المعاونين، مع الإبلاغ من جانب ٩٨ بلداً. ولم يكن في الإمكان إعادة تصنيف إلا ٣٪ فقط من الممرضات والممرضين بوضوح (من ١١ بلداً)، وخاصةً في إقليم شرق المتوسط (٢٢٪). وقد أفاد تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠ بتصنيف ٦٩٪ على أنهم مهنيو تمريض، و ٢٢٪ على أنهم مهنيو تمريض معاونون. ويختلف التوزيع في النسب النسبية لفئات التمريض المُعاد تصنيفها حسب إقليم المنظمة (انظر الشكل ٥-١).

الشكل ٥-١ نسبة عدد العاملين في مجال التمريض داخل كل فئة مهنية، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية



ملحوظات: يعتمد التحليل على أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣ عن رصيد أفراد كادر التمريض، أو عدد الممرضات والممرضين. وقد صُنِّقوا إلى مهنيي تمريض، ومهنيي تمريض معاونين، وممرضات وممرضين ليس لهم تعريف آخر. وأُعيد تصنيف الممرضات والممرضين الذين ليس لهم تعريف آخر، متى أمكن، بناءً على التوزيع المعروف مسبقاً أو المعلومات المتعلقة بمدة التدريب. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

٢-١-٥ توزيع الممرضات والممرضين مقابل الفئات المهنية الصحية الأخرى

٥٣. يشير تحليل حصة أفراد كادر التمريض (أي مهنيي التمريض، ومهنيي التمريض المعاونين، والممرضات والممرضين الذين ليس لهم تعريف آخر) من بين المهن الصحية الخمس (الأطباء، وأفراد كادر التمريض، وأفراد كادر القبالة، وأطباء الأسنان، والصيدالة) المستخدمة بوصفها مؤشرًا لمتابعة الغاية ٣ -ج- ١ من أهداف التنمية المستدامة إلى أن الممرضات والممرضين يمثلون ٥٧٪ تقريبًا من هذه المهن الصحية، وتتراوح نسبهم بين ٤٤٪ في إقليم شرق المتوسط و ٦٨٪ في الإقليم الأفريقي (انظر الجدول ٢-٥). وتقل هذه النسبة قليلًا عن النسبة المسجلة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، الذي كشف عن بلوغ حصة أفراد كادر التمريض من بين هذه المهن الخمس ٥٩٪.

٣-١-٥ التوزيع الجغرافي العالمي لكادر التمريض

٥٤. يتفاوت التوزيع العالمي لكادر التمريض وكثافته لكل ١٠٠٠٠ نسمة تفاوتًا كبيرًا حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وحسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي (انظر الجدول ٣-٥).

عدد الممرضات والممرضين

٥٥. إقليم غرب المحيط الهادئ هو صاحب الرصيد الأكبر، حسب التقديرات، من أفراد كادر التمريض (٨,٥ ملايين ممرضة وممرض)؛ وفي المقابل، يُسجل أدنى رصيد، حسب التقديرات، في إقليم شرق المتوسط (١,٣ مليون ممرضة وممرض) والإقليم الأفريقي (١,٧ مليون ممرضة وممرض). وتعمل غالبية (٧٨٪) أفراد كادر التمريض في العالم في ثلاثة أقاليم (الأمريكتين، وأوروبا، وغرب المحيط الهادئ)، تضم

الجدول ٢-٥ الممرضات والممرضون بوصفهم نسبة مئوية من المهن الصحية في إطار الغاية ٣-ج-١ من أهداف التنمية المستدامة (الأطباء، وأفراد كادر التمريض، وأفراد كادر القبالة، وأطباء الأسنان، والصيدالة) حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وفئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي

حسب إقليم منظمة الصحة العالمية	عدد البلدان المبلّغة/ مجموع البلدان	متوسط حصة كادر التمريض
الإقليم الأفريقي	٤٧/٤٧	٦٨٪
إقليم الأمريكتين	٣٥/٣٥	٦٣٪
إقليم جنوب شرق آسيا	١١/١١	٥٠٪
الإقليم الأوروبي	٥٣/٥٣	٥٨٪
إقليم شرق المتوسط	٢١/٢١	٤٤٪
إقليم غرب المحيط الهادئ	٢٧/٢٧	٥٥٪
حسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي		
البلدان المرتفعة الدخل	٦٤/٦٤	٦٤٪
بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط	٥٤/٥٤	٥٢٪
بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط	٥٠/٥٠	٥٢٪
البلدان المنخفضة الدخل	٢٦/٢٦	٥٨٪
عالمياً	١٩٤/١٩٤	٥٧٪

ملحوظة: المؤشر ٣ -ج- ١ من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة هو المؤشر المستخدم لتقييم التقدم المحرز في تحقيق الغاية ٣ -ج-. ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

الجدول ٣-٥ عدد الممرضات والممرضين على مستوى العالم وكثافتهم لكل ١٠٠٠٠ نسمة، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وفئة الدخل وفقاً لتصنيف البنك الدولي

الكثافة لكل ١٠٠٠٠ نسمة [إجمالي (الحد الأدنى - الحد الأقصى)]	عدد أفراد كادر التمريض [مليون (%)]	عدد البلدان المُبلغ/مجموع البلدان	حسب إقليم منظمة الصحة العالمية
١٤,١ (٦٣,٧-١,٢)	١,٧ (%٥,٨)	٤٧/٤٧	الإقليم الأفريقي
٧٢,٢ (١٣٣,٨-٧,١)	٧,٥ (%٢٥,١)	٣٥/٣٥	إقليم الأمريكتين
١٧,٤ (٥٠,٢-٢,٠)	٣,٦ (%١٢,٢)	١١/١١	إقليم جنوب شرق آسيا
٧٦,٩ (٢٠٢,٦-٢٨,٠)	٧,٢ (%٢٤,٢)	٥٣/٥٣	الإقليم الأوروبي
١٥,٥ (٨٣,٧-١,٢)	١,٣ (%٤,٢)	٢١/٢١	إقليم شرق المتوسط
٤٤,٠ (١٢٧,١-٥,١)	٨,٥ (%٢٨,٥)	٢٧/٢٧	إقليم غرب المحيط الهادئ
حسب فئة الدخل وفقاً لتصنيف البنك الدولي			
١٠٠,٤ (٢٠٢,٦-٢٦,٥)	١٣,٨ (%٤٦,٣)	٦٤/٦٤	البلدان المرتفعة الدخل
٣٦,٠ (١٠٣,٢-١٣,٦)	١٠,٣ (%٣٤,٦)	٥٤/٥٤	بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط
١٦,٣ (١٠٦,٨-١,٢)	٥,٠ (%١٦,٩)	٥٠/٥٠	بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط
٩,٣ (٤٠,٧-١,٢)	٠,٧ (%٢,٣)	٢٦/٢٦	البلدان المنخفضة الدخل
٣٧,١ (٢٠٢,٦-١,٢)	٢٩,٨ (%١٠٠)	١٩٤/١٩٤	عالمياً

ملحوظة: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣.
المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

على ٣٥٪ من الكثافة العالمية والوسطية التي لوحظت قبل ١٠ سنوات في عام ٢٠١٣). وفي حين يبلغ عدد الممرضات والممرضين في البلدان المنخفضة الدخل ٩,٣ ممرضات وممرضين لكل ١٠٠٠٠ نسمة، فإنه يبلغ ١٠٠,٤ ممرض وممرضة لكل ١٠٠٠٠ نسمة في البلدان المرتفعة الدخل، أي بفارق عشرة أضعاف. وقد لوحظ هذا القدر من عدم الإنصاف أيضاً في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، إذ سُجِّل فارق يبلغ نحو عشرة أضعاف في الكثافة بين إقليمَي الأمريكتين (٨٣,٤ لكل ١٠٠٠٠ نسمة) وأفريقيا (٨,٧ لكل ١٠٠٠٠ نسمة)، وأكثر من عشرة أضعاف بين البلدان المرتفعة الدخل (١٠٧,٧ لكل ١٠٠٠٠ نسمة) والبلدان المنخفضة الدخل (٩,١ لكل ١٠٠٠٠ نسمة) في ذلك الوقت.

مجتمعةً ٤٩٪ من سكان العالم. وتستضيف البلدان المرتفعة الدخل، التي يعيش فيها ١٧٪ من سكان العالم، ما يقرب من نصف الرصيد العالمي من الممرضات والممرضين (٤٦٪). ولم يشهد هذا التفاوت في التوزيع العالمي تغيراً كبيراً عمّا ورد في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، إذ كانت أقاليم الأمريكتين وأوروبا وغرب المحيط الهادئ تضم ٥١٪ من سكان العالم، وتستضيف ٨١٪ من الرصيد العالمي للممرضات والممرضين.

٥-١-٤ كثافة أفراد كادر التمريض

٥٦. يمتلك إقليم المنظمة الأوروبي أعلى كثافة للممرضات والممرضين (٧٦,٩ ممرضة وممرضاً لكل ١٠٠٠٠ نسمة)؛ وفي المقابل، تمتلك أقاليم أفريقيا وجنوب شرق آسيا وشرق المتوسط كثافة منخفضة (أقل بنسبة تزيد

٥٧. ويتسع حجم التفاوت في كثافة كادر التمريض لكل ١٠٠٠٠ نسمة بين الأقاليم وداخلها (انظر الشكل ٥,٢): إذ تتركز البلدان ذات الكثافة الأقل في أقاليم أفريقيا وجنوب شرق آسيا وشرق المتوسط، إلى جانب بعض البلدان في أمريكا الوسطى والجنوبية.

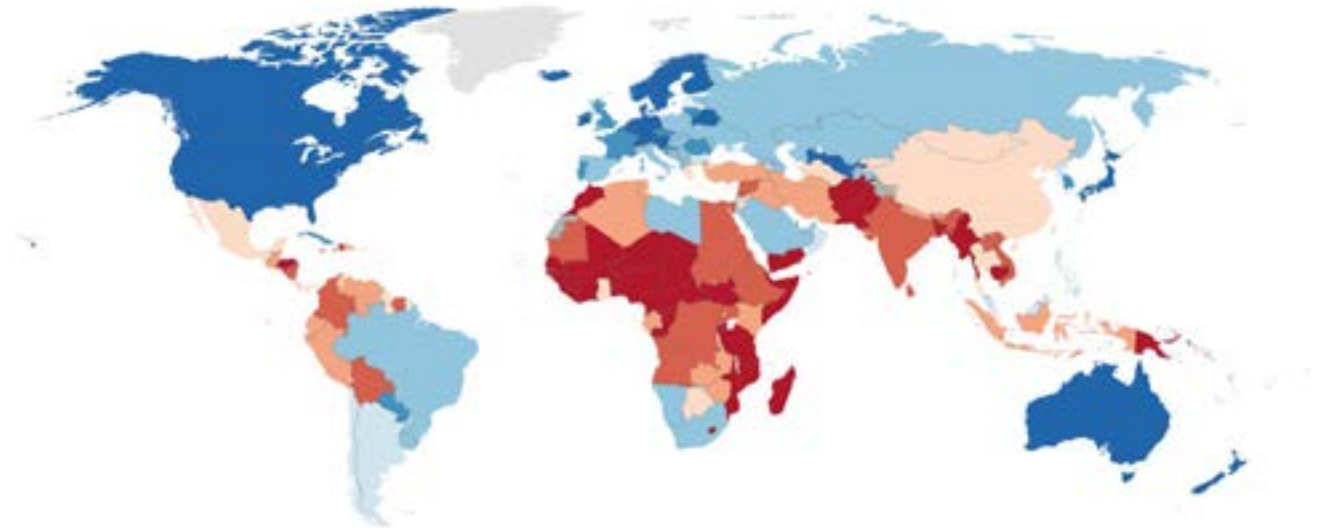
٥٨. وتبلغ كثافة أفراد كادر التمريض في الدول الأعضاء الخمس والأربعين، التي صنفتها لجنة الأمم المتحدة للسياسات الإنمائية باعتبارها أقل البلدان نموًا في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٢٣، نسبة ٨,١ ممرضات وممرضين لكل ١٠٠٠٠ نسمة (انظر الجدول ٥-٤). وأشارت بيانات عام ٢٠١٨ المُدرّجة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠ إلى نسبة ٦,٤ ممرضات وممرضين لكل ١٠٠٠٠ نسمة، وهو ما كان لا يزال في ذلك الوقت أقل خمس مرات من المتوسط المُبلّغ عنه للبلدان غير المصنّفة ضمن فئة أقل البلدان نموًا

(٤٢ ممرضة وممرضًا لكل ١٠٠٠٠ نسمة). وعلاوة على ذلك، توصف غالبية أقل البلدان نموًا بأنها عرضة للخطر وفقًا لمؤشر الدول الهشة^٢.

٥٩. وفي الوقت نفسه، يبلغ متوسط كثافة أفراد كادر التمريض في الدول الجزرية الصغيرة النامية الخمس والثلاثين ٢٩,٦ ممرضة وممرضًا لكل ١٠٠٠٠ نسمة، وهو أقل من الكثافة في البلدان المتبقية (٣٧,١ ممرضة وممرضًا لكل ١٠٠٠٠ نسمة) (انظر الإطار ٥-١). وأخيرًا، فيما يتعلق بالبلدان الخمس والخمسين المُدرّجة في قائمة منظمة الصحة العالمية لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية لعام ٢٠٢٣، يبلغ متوسط كثافة أفراد كادر التمريض ٨,٨ ممرضات وممرضين لكل ١٠٠٠٠ نسمة، وهو أقل خمس مرات من البلدان الأخرى (٤٤,٦ ممرضة وممرضًا لكل ١٠٠٠٠ نسمة) (انظر الإطار ٥-٢).

الشكل ٢-٥ كثافة أفراد كادر التمريض لكل ١٠٠٠٠ نسمة في عام ٢٠٢٣

■ ١٠ أو أقل ■ من ١٠ إلى ١٩ ■ من ٢٠ إلى ٢٩ ■ من ٣٠ إلى ٣٩ ■ من ٤٠ إلى ٤٩ ■ من ٥٠ إلى ٧٤ ■ من ٧٥ إلى ٩٩ ■ ١٠٠ أو أكثر
■ البيانات غير متاحة ■ لا ينطبق



ملحوظة: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣.
المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

^٢ بلدان ذات درجة ٨٠ أو أكثر في مؤشر الدول الهشة.

الجدول ٤-٥ عدد وكثافة أفراد كادر التمريض في عام ٢٠٢٣ حسب فئات البلدان (مستوى التنمية، والدول الجزرية الصغيرة النامية، وقائمة منظمة الصحة العالمية لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية لعام ٢٠٢٣)

مستوى التنمية	الدول المبلغة	العدد (مليون)	الكثافة لكل ١٠٠٠٠ نسمة [المتوسط (الحد الأدنى-الحد الأقصى)]
أقل البلدان نموًا	٤٥/٤٥	٠,٩	٨,١ (٣٩,٤-١,٢)
بلدان أخرى	١٤٩/١٤٩	٢٨,٩	٤٢,٠ (٢٠٢,٦-٥,١)
الدول الجزرية الصغيرة النامية			
الدول الجزرية الصغيرة النامية	٣٥/٣٥	٠,٢	٢٩,٦ (٧٦,٠-٥,١)
بلدان أخرى	١٥٩/١٥٩	٢٩,٦	٣٧,١ (٢٠٢,٦-١,٢)
قائمة منظمة الصحة العالمية لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية لعام ٢٠٢٣			
البلدان المدرجة في القائمة	٥٥/٥٥	١,٥	٨,٨ (٣٩,٤-١,٢)
بلدان أخرى	١٣٩/١٣٩	٢٨,٣	٤٤,٦ (٢٠٢,٦-٢,٠)

ملحوظة: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

الإطار ١-٥ الدول الجزرية الصغيرة النامية

يوضح تقرير أهداف التنمية المستدامة لعام ٢٠٢٣ أن الدول الجزرية الصغيرة النامية تواجه فجوات أكبر في تحقيق أهداف التنمية المستدامة مقارنة بسائر بلدان العالم (١٣٢). فهناك ٣٩ دولة جزرية صغيرة نامية، وهو ما يمثل خمس الدول الأعضاء بالمنظمة، ويعيش بها ٧٠ مليون شخص في مختلف أنحاء العالم (١٣٣). ويتأثر السكان الذين يعيشون في هذه الدول أكثر من غيرهم بأزمة المناخ والصدمات الاقتصادية الخارجية والكوارث الطبيعية وغيرها من تحديات التنمية. ومعظم الدول الجزرية الصغيرة النامية بلدان متوسطة الدخل، وقد أحرزت تقدُّمًا نحو الأهداف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للتنمية المستدامة؛ إلا أن التقدُّم لم يكن متكافئًا، وتباينات وتيرته بسبب الأزمات العالمية المتعاقبة، ومنها جائحة كوفيد-١٩ (١١).

وبسبب حجم السكان، لا تتوافر بهذه البلدان اقتصادات الحجم التي يمكن الاستفادة منها في تعليم القوى العاملة الصحية، وترخيصها، وغير ذلك من الوظائف التنظيمية. ومن الصعب جذب العاملين الصحيين والاحتفاظ بهم في المناطق النائية. وغالبًا ما يكون أفراد كادر التمريض هم ممارسي الرعاية الصحية الوحيدين في المناطق النائية، مثل «الجزر الخارجية»، وهو ما قد يعني نوبات عمل طويلة وإمكانية محدودة لاستقطاع الوقت من أجل الحياة الشخصية أو التطوير المهني (١٣٤، ١٣٥). وقد يواجهون أيضًا تدهورًا في مهاراتهم بسبب عزلتهم عن دوائر الممارسة المهنية. وعلاوة على ذلك، قد لا تنطبق أرقام النسبة الإجمالية للعاملين الصحيين إلى الكثافة السكانية قابلة على المناطق التي يعيش سكانها في مواقع شديدة التفرق.

وتشمل الأولويات السياسية للدول الجزرية الصغيرة النامية ضمان مستويات مستدامة من الاستثمار المحلي في تعليم التمريض، والتوظيف، والممارسة المتقدمة، وتنمية المهارات وصل المهارات القيادية. وتتمثل إحدى الضروريات الحتمية الواضحة في تحسين نطاق الممارسة الكامل لأفراد كادر التمريض حتى يتمكنوا من تقديم الخدمات الأساسية، استنادًا إلى نهج الرعاية الصحية الأولية. وثمة جوانب إضافية لتقديم الخدمات، ومنها التطبيب عن بُعد والاستعانة بممرضات وممرضين الممارسة المتقدمة ونظم الإحالة. ويمكن تعزيز توظيف الممرضات والممرضين والاحتفاظ بهم من خلال ضمان بيئة عمل لائقة، ودخل وتوظيف مضمونين، وتوفير فرص تطوير المسار المهني، وتطبيق تدابير تحفيزية. وثمة أمر ذو أهمية خاصة في الدول الجزرية الصغيرة النامية، وهو أن البلدان قد تنتظر أيضًا في اتباع نهج لتعزيز قدرات أفراد كادر التمريض وإمكاناتهم وتمكينهم من التطوير الذاتي بالشراكة مع بلدان أخرى: كانت آليات مثل تجميع أو تنسيق التعليم والوظائف التنظيمية مع الدول الجزرية الصغيرة النامية الأخرى أو البلدان المجاورة الأكبر فعالة كذلك.

الإطار ٥-٢ قائمة منظمة الصحة العالمية لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية (٢٠٢٣)

تمشيًا مع المبادئ التوجيهية لمدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي، تحدد قائمة المنظمة لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية البلدان التي تعاني من نقص نسبي في الأطباء وأفراد كادر التمريض والقبالة وانخفاض التغطية بالخدمات الصحية الأساسية (١٣٦). ويتعين على هذه البلدان الاستثمار من أجل تطوير القوى العاملة الصحية وتعزيز النظم الصحية ووضع الضمانات التي تصرف النظر عن التوظيف الدولي النشط للعاملين في المجال الصحي.

وتشجّع البلدان المرتفعة الدخل على التعاون مع حكومات البلدان المُدرّجة في القائمة لضمان قدرة القوى العاملة الصحية على إحراز تقدّم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتوفير حكومات البلدان المستقبلية للقوى العاملة الاستثمار المشترك والدعم المطلوبين (١٣٧). ولا تُمنع الاتفاقات بين الحكومات فيما يتعلق بتنقل العاملين الصحيين، في ظل ظروف معينة، بالنسبة للبلدان المدرجة في القائمة، ولكن ينبغي لها ما يلي:

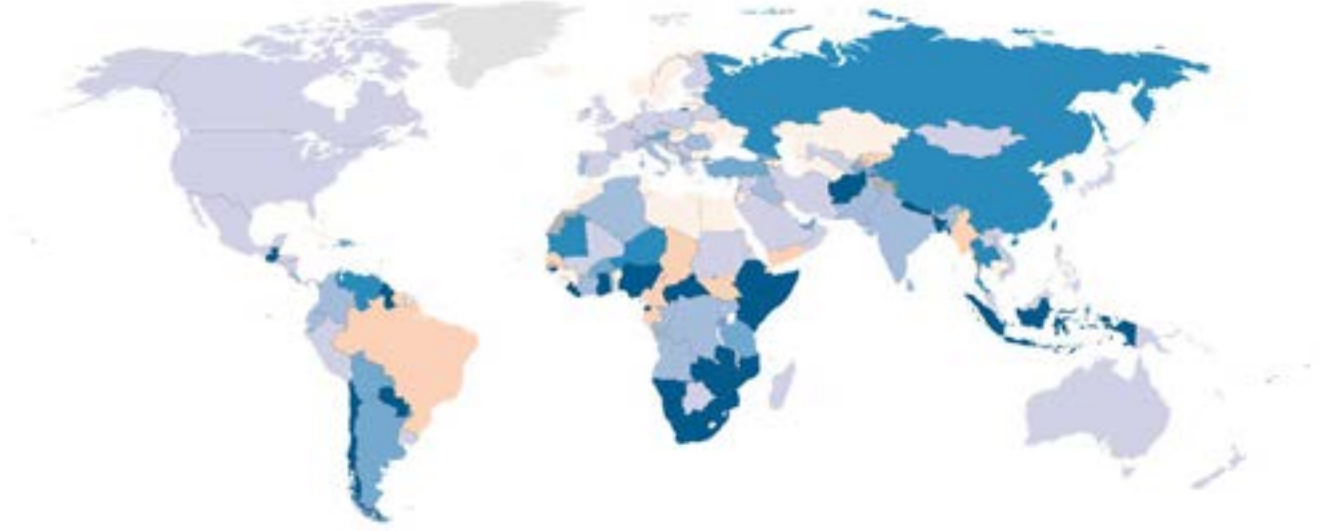
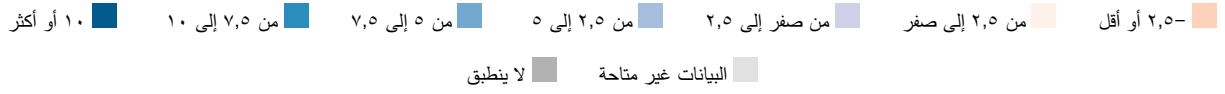
- الاسترشاد بتحليلات سوق العمل الصحي واعتماد نصوص تضمن كفاية المعارض على المستوى المحلي في البلدان.
 - إشراك أصحاب المصلحة في قطاع الصحة، بما في ذلك وزارات الصحة، صراحةً في الحوار والتفاوض على الاتفاقات ذات الصلة؛
 - تحديد المنافع التي تعود على النظم الصحية في البلدان المصدرة، على أن تكون المنافع متكافئة ومتناسبة مع المنافع التي تعود على البلدان المستقبلية للقوى العاملة؛
 - إخطار أمانة المنظمة من خلال تحليلات سوق العمل الصحي الخاصة بكل منها وعمليات الإبلاغ المنصوص عليها في المدونة.
- وتتضمن قائمة المنظمة لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية لعام ٢٠٢٣ ما مجموعه ٥٥ بلدًا، منها ٣٧ بلدًا في الإقليم الأفريقي. ويمكن توسيع نطاق هذه التوصيات لتشمل بلدانًا أخرى حسب الاقتضاء.

على الإطلاق أو شهدت انخفاضًا فيها (البلدان باللون الوردي). وكثيرًا ما تُشاهد الانخفاضات في الرصيد في البلدان التي تعاني من نزاعات أو اضطرابات أهلية مزمنة (انظر الإطار ٥-٣). وعلى العكس من ذلك، شهدت بلدانٌ عديدة، وخاصة في الإقليم الأفريقي، زيادات بفضل الجهود الفعالة لتعزيز القوى العاملة الصحية (١٣٨). وأخيرًا، قد تكون الزيادات أو الانخفاضات الكبيرة ناجمة عن تغييرات في البيانات المسجلة، مع استمرار البلدان في تحسين جودة بياناتها واكتمالها من خلال تضمين بيانات العام السابق و/أو تعديل الأساليب المتبعة في تصنيف وإحصاء أفراد كادر التمريض (١٣٨).

٦٠. زادت كثافة أفراد كادر التمريض التي لوحظت في عام ٢٠٢٣ عند مقارنتها بسنوات الإبلاغ السابقة مثل عام ٢٠١٣ (السنة المستخدمة لتقديرات رصيد القوى العاملة الصحية وحجم النقص فيها، الواردة في الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠) (انظر الشكل ٥-٣).

٦١. وفي عديد من البلدان، تغيرت كثافة أفراد كادر التمريض تغيرًا كبيرًا بين عامي ٢٠١٣ و ٢٠٢٣؛ إذ تشير البيانات إلى أن بعض البلدان (باللون الأزرق الداكن) ربما شهدت زيادة سنوية بنسبة ١٠٪ أو أكثر، في حين أن بلدانًا أخرى لم تشهد أي تغير في الكثافة

الشكل ٥-٣ النسبة المئوية للتغير السنوي في كثافة أفراد كادر التمريض بين عامي ٢٠١٣ و ٢٠٢٣



الإطار ٥-٣ أفراد كادر التمريض العاملون في المناطق المتضررة من النزاعات

كان للنزاعات الدائرة أثرٌ مدمر على الأقاليم المتضررة، وهو ما فرض تحديات كبيرة على تعليم التمريض والتوظيف وتقديم الخدمات للسكان الأكثر ضعفاً. فقد أُجبرَ عديد من المؤسسات التعليمية على الإغلاق بسبب العنف وعدم الاستقرار، وهو ما أدى إلى توقف البرامج وتأخير معدلات التخرج (١٣٩). وقد أدى نزوح أعضاء هيئات التدريس وأفراد كادر التمريض ذوي الخبرة إلى الحد من توافر المدربين المهرة لبرامج التمريض (١٤٠). وتسبب الضرر الذي لحق بالمباني والبنية التحتية والمعدات في تقييد فرص التدريب النظري والعملي، وهو ما عاق اكتساب الكفاءات في التمريض (١٤١).

وقد أدى النزوح الواسع النطاق إلى دخول عديد من أفراد كادر التمريض في عداد العاطلين عن العمل، في حين أدى الضرر الذي لحق بالمرافق الصحية إلى تقليل عدد الوظائف المتاحة لهم (١٤٢). وقد يهاجر أفراد كادر التمريض إلى البلدان المجاورة أو أبعد من ذلك، بحثاً عن الأمان وفرص عمل أفضل بسبب تدهور الظروف في بيئتهم المحلية (١٤٠). وقد يتحول تقديم خدمات التمريض من الرعاية الوقائية المجتمعية الروتينية إلى الرعاية الطارئة ورعاية الصدمات (١٣٦). ففي مناطق النزاع، غالباً ما يُطلب من الممرضات فرز ضحايا العنف، بما في ذلك الإصابات الجماعية، وتقديم الخدمات لهم، دون تدريب مسبق في مجال رعاية الصدمات (١٣٩، ١٤٤).

وتواجه الممرضات والممرضون العاملون في مناطق النزاع مخاطر هائلة، ومنها التفجيرات والاعتداءات على المرافق الصحية، والتهديدات المباشرة لسلامتهم (١٤٥). وتواجه الممرضات مخاطر أكبر للتعرض للعنف الجنسي والاختطاف (١٤٦)؛ كما أن التنقل من المرافق الصحية وإليها يزيد من تعرضهن للخطر (١٤٧). ويعاني معظم المرافق من نقص في الإمدادات الطبية والأدوية ومعدات الحماية الشخصية (١٤٨). وتترك الضغوط الناجمة عن العمل الشاق في هذه البيئات أثراً نفسياً عميقاً، وهو ما يؤدي إلى الإرهاق ومواجهة تحديات متعلقة بالصحة النفسية (١٤٩).

وفي حين أن القيادات والشركاء في مجال التمريض يمكنهم المساعدة في تحديد ومعالجة التحديات المرتبطة بالصحة العامة (١٥٠، ١٥١)، فإن سلامة أفراد كادر التمريض والسكان عموماً تتوقف في نهاية المطاف على إنهاء العنف والنزاع (١٥٢، ١٥٣). ويظل ضمان السلامة الجسدية والرفاه النفسي للعاملين في مجال الصحة والرعاية، ومنهم أفراد كادر التمريض، أمراً بالغ الأهمية مع مواصلة تقديم الخدمات الأساسية والمنقذة للحياة في ظل ظروف صعبة للغاية (١٤١، ١٤٧، ١٤٩).

٢-٥ السمات الديمغرافية لأفراد كادر التمريض

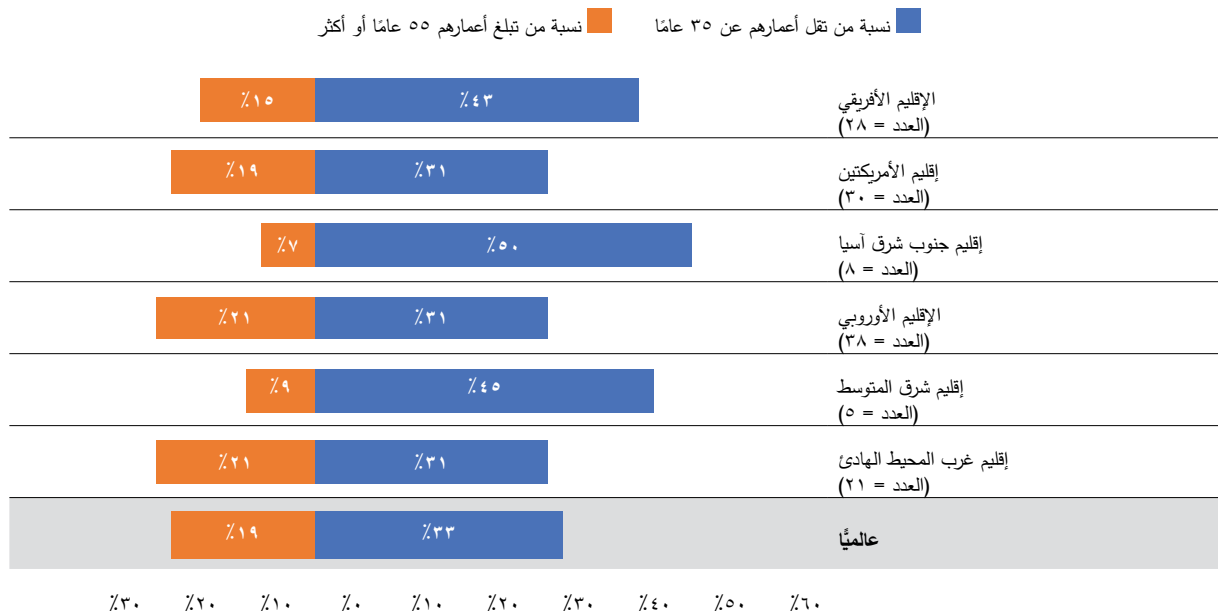
١-٢-٥ أعمار أفراد كادر التمريض

٦٢. كشفت البيانات المتاحة عن توزيع أفراد كادر التمريض حسب الفئة العمرية، الواردة من ١٣٠ دولة عضوًا في المنظمة للفترة من ٢٠١٨ إلى ٢٠٢٣، في المجمل، عن قوة عاملة شابة نسبيًا في مجال التمريض: ٣٣٪ من أفراد كادر التمريض تقل أعمارهم عن ٣٥ عامًا، مقارنة بنسبة ١٩٪ تبلغ أعمارهم ٥٥ عامًا أو أكثر (ومن المتوقع أن تتقاع الفئة الأخيرة خلال العقد التالي). وتختلف هذه البيانات اختلافًا طفيفًا عن البيانات الواردة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، التي أشارت إلى أن ٣٧٪ من أفراد كادر التمريض كانت تتراوح أعمارهم بين ٣٥ عامًا أو أقل، وأن ١٧٪ كانت تبلغ أعمارهم

٥٥ عامًا أو أكثر. ومع ذلك، فقد لوحظت تفاوتات إقليمية واسعة في بيانات تقدم سن القوى العاملة (انظر الشكل ٤-٥).

٦٣. وبالنظر إلى أن ١٩٪ من أفراد كادر التمريض تبلغ أعمارهم ٥٥ عامًا أو أكثر، فستكون هناك حاجة إلى نحو ٣,١ ملايين ممرضة وممرض جدد ليحلوا محلهم بين عامي ٢٠٢٣ و ٢٠٣٠. والهدف من ذلك هو سد الفجوة الناجمة عن خروج أفراد كادر التمريض من القوى العاملة، ويؤخذ في الاعتبار العدد الإضافي اللازم للحفاظ على الكثافة (الناجمة عن النمو السكاني)، أو تلبية الاحتياجات الصحية المتزايدة ونقص القوى العاملة أو التناقص الطبيعي في صفوف الممرضات والممرضين. ويمكن لأفراد كادر التمريض ذوي الخبرة أن يؤديوا دورًا مهمًا في القوى العاملة في مجال التمريض من خلال نشر ونقل المعارف (قبل

الشكل ٤-٥ النسبة المئوية لأفراد كادر التمريض الذين تقل أعمارهم عن ٣٥ عامًا، والذين تبلغ أعمارهم ٥٥ عامًا أو أكثر، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية



ملحوظة: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣. وقد أُبلغ عن البيانات فيما يتعلق بأقل من نصف السكان في إقليمي جنوب شرق آسيا وشرق المتوسط. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

التقاعد)، وهو ما قد يعزز التطوير المهني لأفراد الكادر الجدد (١٥٤).

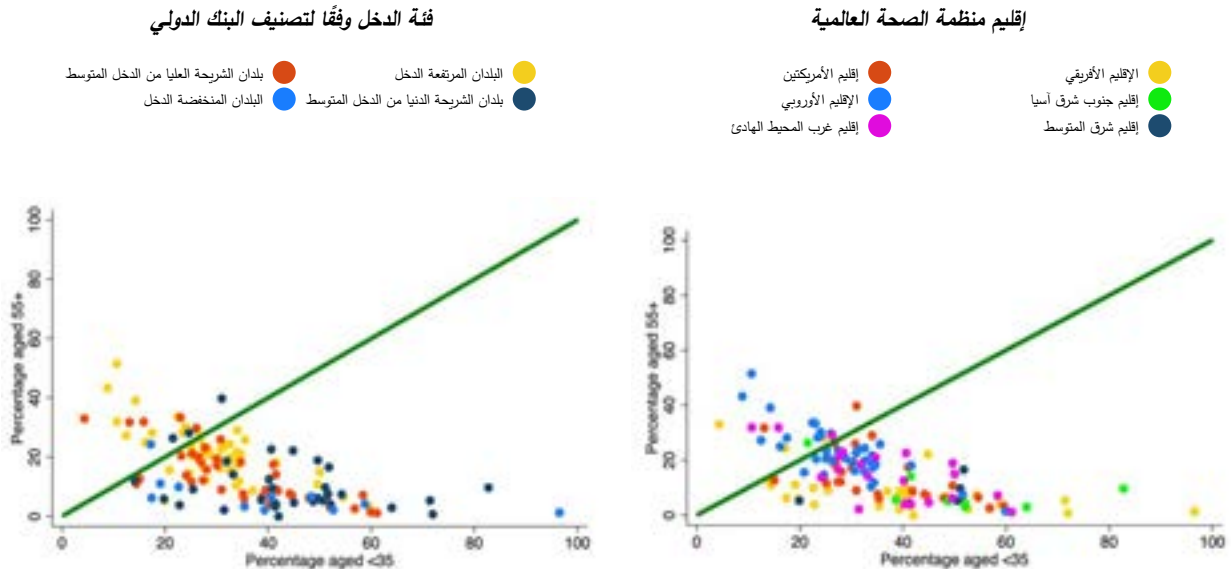
٦٤. تُقدّم النِسَب النسبية للأفراد كادر التمريض الشباب والقريبين من سن التقاعد حسب الإقليم وفئة الدخل (انظر الشكل ٥-٥). وتمثل النقاط الدول الأعضاء في المنظمة، ويشير الخط الأخضر إلى النسب المتساوية لكل من أفراد كادر التمريض القريبين من التقاعد والشباب منهم. وتتمتع البلدان الواقعة فوق الخط بنسبة أعلى من أفراد كادر التمريض القريبين من سن التقاعد، مقارنةً بأولئك الذين يلتحقون بالقوى العاملة. ويواجه نحو ٢٠ بلدًا، أغلبها من البلدان المرتفعة الدخل ومن الإقليم الأوروبي، خطر عدم القدرة على الحفاظ على ثبات رصيد أفراد كادر التمريض لديها بسبب تركيبها العمرية. ويمثل ذلك زيادة عن بيانات عام ٢٠١٨ المُدرّجة في

تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، التي أظهرت أن ١٨ بلدًا كان لديها قوة عاملة متقدّمة في السن. وقد لاحظت البلدان في الإقليم الأوروبي هذا الاتجاه، واستهدفت زيادة الاستثمار والابتكار والشراكات لتجنّب المزيد من النقص في القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية في المستقبل (١٥٥).

٥-٢-٢ أعمار أفراد كادر التمريض

٦٥. شهد عام ٢٠٢٤ تحسّنًا ملحوظًا في الإبلاغ عن البيانات المصنّفة عن أفراد كادر التمريض. وتشير البيانات الواردة من ١٥٠ دولة عضوًا بشأن توزيع أفراد كادر التمريض حسب نوع الجنس إلى أن ٨٥٪ منهم على مستوى العالم من الإناث، وتتراوح النسبة بين ٩١٪ في إقليم غرب المحيط الهادئ و ٦٦٪ في الإقليم الأفريقي (انظر الجدول ٥-٥). ويمثل ذلك

الشكل ٥-٥ النسب النسبية لأفراد كادر التمريض فوق سن ٥٥ عامًا وأقل من ٣٥ عامًا، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وفئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي



٥-٢-٣ أفراد كادر التمريض المولودون في الخارج والمدرّبون في الخارج

٦٧. في البلدان الثمانية التي أبلغت عن بيانات بشأن توزيع أفراد كادر التمريض حسب مكان الميلاد، يوجد واحد من كل سبع أفراد من كادر التمريض، أو ما يقرب من ١٥٪، مولود في الخارج (انظر الجدول ٥-٦). وأشارت بيانات عام ٢٠١٨ المدرّجة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠ إلى أن واحدًا من كل ثمانية أفراد من كادر التمريض إما مولود في الخارج، أو مدرّب في الخارج - تجميع بيانات عن هذين المؤشرين (المولودون في الخارج والمدرّبون في الخارج). ومن ثم، فإن المؤشرين في تقارير عامي ٢٠٢٠ و ٢٠٢٥ غير قابلين للمقارنة المباشرة فيما يتعلق بهذا البُعد. ويضع العدد المحدود من البلدان المُبلّغة عن هذا المؤشر قيودًا أيضًا على الاستدلالات التي يمكن استخلاصها. ومع ذلك، ففي جميع الأقاليم،

انخفاضًا طفيفًا عن النسب الواردة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، الذي أشار إلى أن ٨٩٪ من أفراد كادر التمريض كانوا من الإناث. ويمتلك إقليمًا أفريقيًا وشرق المتوسط أعلى نسبة من الذكور بين أفراد القوى العاملة في مجال التمريض (٣٤٪ و ٢٧٪ على التوالي)، ونسبة أعلى بنحو ٢٠٪ مقارنة بإقليمَي الأمريكتين وغرب المحيط الهادئ (١٣٪ و ٩٪ على التوالي).

٦٦. وعلى الرغم من أن مهنة التمريض تهيمن عليها الإناث عمومًا، فإن ١٥ من أصل ١٥٠ بلدًا من البلدان المُبلّغة أفادت بارتفاع أعداد الممرضين لديها مقارنةً بالممرضات. وتقع عشرة من هذه البلدان في الإقليم الأفريقي، وجميعها، ما عدا بلدًا واحدًا، مصنّف ضمن بلدان منخفضة الدخل. وغالبًا ما يرتبط انخفاض تمثيل النساء في قطاع الصحة والرعاية بانخفاض مشاركة المرأة عمومًا في سوق العمل (١٥٦، ١٥٧).

الجدول ٥-٥ نسبة الممرضات والممرضين، بحسب إقليم منظمة الصحة العالمية

إقليم المنظمة	عدد البلدان المُبلّغة/ مجموع البلدان	نسبة الممرضات	نسبة الممرضين
الإقليم الأفريقي	٤٧/٣٤	٦٦٪	٣٤٪
إقليم الأمريكتين	٣٥/٣١	٨٧٪	١٣٪
إقليم جنوب شرق آسيا	١١/١٠	٨٤٪	١٦٪
الإقليم الأوروبي	٥٣/٣٩	٨٥٪	١٥٪
إقليم شرق المتوسط	٢١/١٣	٧٣٪	٢٧٪
إقليم غرب المحيط الهادئ ^١	٢٧/٢٣	٩١٪	٩٪
عالمياً	١٩٤/١٥٠	٨٥٪	١٥٪

ملحوظات: يتضمن التحليل بيانات عن آخر سنة أُبلغ عنها في الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣ من ١٥٠ بلدًا بشأن توزيع أفراد كادر التمريض حسب نوع الجنس. ^١ البيانات مُبلّغ عنها لأقل من نصف السكان. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

الجدول ٥-٦ نسبة أفراد كادر التمريض المولودين في الخارج، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وفئة الدخل وفقاً لتصنيف البنك الدولي

نسبة أفراد كادر التمريض المولودين في الخارج	عدد البلدان المُبلّغة/ مجموع البلدان	حسب إقليم منظمة الصحة العالمية
٣٪	٤٧/١٦	الإقليم الأفريقي ^١
٦٪	٣٥/٢١	إقليم الأمريكتين
٨٪	١١/٥	إقليم جنوب شرق آسيا ^١
١٤٪	٥٣/٢٣	الإقليم الأوروبي ^١
٦١٪	٢١/٧	إقليم شرق المتوسط ^١
٢٦٪	٢٧/٨	إقليم غرب المحيط الهادئ ^١
حسب فئة الدخل وفقاً لتصنيف البنك الدولي		
٢٣٪	٦٤/٤١	البلدان المرتفعة الدخل ^١
٨٪	٥٤/٢٣	بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط ^١
١٪	٥٠/١٢	بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط ^١
٣٪	٢٦/٤	البلدان المنخفضة الدخل ^١
١٥٪	١٩٤/٨٠	عالمياً

ملحوظات: يتضمن التحليل بيانات عن آخر سنة أُبلغ عنها في الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣ من ٨٠ بلداً بشأن توزيع أفراد كادر التمريض حسب مكان الميلاد. وتشير البيانات إلى نسبة عدد أفراد كادر التمريض المولودين في الخارج مقسوماً على جميع أفراد الكادر.^١ البيانات مُبلّغ عنها لأقل من نصف السكان.
المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.



فريق من الممرضات ينسّق رعاية المرضى في تايلند. © منظمة الصحة العالمية/ كريستين ماككوب

يمثل أفراد كادر التمريض دائماً أكبر عدد من العاملين الصحيين المتنقلين (١٥٨) (انظر الإطار ٤-٥).

٦٨. يتراوح الاعتماد على أفراد كادر التمريض المولودين في الخارج من حصة صغيرة نسبياً في البلدان المُبلّغة في إقليمي أفريقيا والأمريكتين (٣٪ و ٦٪ على التوالي)، إلى حصة أكبر في إقليمي غرب المحيط الهادئ (٢٦٪) وشرق المتوسط (٦١٪). ومع ذلك، فإن العدد المحدود من البلدان التي أبلغت عن هذا المؤشر قد يجعل أرقام البيانات المجمعة أقل تمثيلاً لإقليم ما. فعلى سبيل المثال، في حين أن إقليم شرق المتوسط يضم نسبة عالية

من أفراد كادر التمريض المولودين في الخارج، فإن هذا الرقم لا يشمل البيانات المحدثة الواردة من البلدان الأكثر اكتظاظاً بالسكان في الإقليم، ويستبعد البيانات الواردة من عدد من البلدان التي تعتمد بقدر ضئيل أو لا تعتمد مطلقاً على أفراد الكادر المولودين في الخارج. وقد سجلت البلدان المرتفعة الدخل أكبر حصة من أفراد كادر التمريض المولودين في الخارج (٢٣٪)، في حين سجلت بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط (١٪) وبلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسطة (٨٪) والبلدان المنخفضة الدخل (٣٪) حصصاً أقل. ويتوافق هذا النمط مع بيانات عام ٢٠١٨ الواردة في تقرير حالة التمريض

الإطار ٤-٥ مسارات أفراد كادر التمريض المتنقلين دولياً ودوافعهم والتحديات الماثلة أمامهم

يمكن أن يحدث التنقل الدولي من خلال عدد من المسارات، ومنها التقديم الفردي المباشر على الوظائف، والترتيبات التي تجري عبر اتفاقات بين الحكومات، والتوظيف من خلال شركة لاستقدام العاملين، ومن خلال برامج التعليم، وسياسات الهجرة والتجارة ذات الصلة. ويُيسّر التنقل أيضاً من خلال إتاحة المرونة التنظيمية، والاعتراف المتبادل بالمؤهلات، وتوحيد معايير التعليم أو غير ذلك من المتطلبات التنظيمية.

وقد أُعطيَ اهتمام خاص لعوامل التنقل الدولي والهجرة، التي يشار إليها غالباً باسم عوامل «التنغير» و«الاجذب». وفي حين تختلف ظروف كل ممرضة وممرض، فإن دوافع الهجرة الشائعة المذكورة في الأبحاث التي أجريت على أفراد كادر التمريض من البلدان المُصدّرة تشمل الآتي: توفّر ظروف اقتصادية أفضل، وزيادة في الأجر، وظروف عمل أفضل، وفرص للتقدم التعليمي والمهني، والروابط الأسرية في البلدان المستقبلة للقوى العاملة التي تسهّل انتقالهم (١٥٩ - ١٧٨). وتشير مصادر أخرى إلى أن اللغة والقرب الجغرافي يؤثّران بقوة على أنماط الهجرة بين أفراد كادر التمريض (١٧٩).

ويمكن لأفراد الكادر المهاجرين تلبية احتياجات القوى العاملة الأساسية في البلدان المستقبلة لهم (١٨٠). ومع ذلك، فقد لا يحصل أفراد كادر التمريض المتنقلون دولياً على اعتراف مهني بمؤهلاتهم للعمل في وظيفة ممرضة أو ممرض في البلد المستقبل لهم، وقد يحصلون بدلاً من ذلك على وظيفة عامل رعاية، ويعملون في مستوى أدنى من مؤهلاتهم التعليمية والتدريبية ونطاق ممارستهم الطبي (١٨١-١٨٥). وفي حين أن ذلك قد يكون مسار دخول أسهل من مسار مهني التمريض، أو قد يساعد على تحسين المهارات اللغوية المطلوبة، أو يسهّل اجتياز امتحان التمريض الوطني، فإن عمل أفراد كادر التمريض في أدوار عاملي الرعاية يمثل خسارة في قدرات القوى العاملة الصحية المحتملة أيضاً في البلد المستقبل لهم، ويمكن أن يؤدي إلى تدهور تدريجي في كفاءات معينة لدى الممرضة أو الممرض. وهذه مشكلة ليس في تدهور المهارات فحسب، ولكنها أيضاً تقوّض المنافع الإيجابية المكتسبة من التمكين الاقتصادي للمرأة من خلال عملها في مهنة التمريض. ولا تتوافر بيانات حالياً عن عدد أفراد كادر التمريض الذين يسلكون مسار العمل في الرعاية في البلدان المستقبلة لهم، ولا عن عدد أولئك الذين يعودون في نهاية المطاف إلى مهنة التمريض.



تدريب على الإسعافات الأولية لمرمضات سيارات الإسعاف في أفغانستان. © منظمة الصحة العالمية

في العالم ٢٠٢٠، إذ كانت حصة أفراد كادر التمريض المولودين في الخارج في البلدان المرتفعة الدخل ١٥,٢٪ في حين كانت حصتهم في فئات الدخل الأخرى أقل من ١٪ لكل منها. وعلى الرغم من أن الهجرة الدولية تتطوي في كثير من الأحيان على الانتقال من بلد أقل دخلاً إلى بلد أعلى دخلاً (وفقاً لتدرجات الأجور - انظر القسم ٣-٧ بشأن الأجور)، فإن أنماط الهجرة ليست واضحة المعالم دائماً (انظر الإطار ٥-٥).

٦٩. وعموماً، فإن نحو واحد من كل تسعة من أفراد كادر التمريض تلقى تدريبه في الخارج (١١٪) بين البلدان السبعة والثمانين التي أبلغت عن بيانات بشأن توزيع

الإطار ٥-٥ الهجرة الدولية الدائرية

تشير الهجرة الدائرية إلى تنقل العاملين الصحيين القصير الأجل والمتكرر بين البلدان، ثم العودة في نهاية المطاف إلى بلدانهم الأصلية. وقد اقترح هذا النهج بوصفه استراتيجية فعالة للتخفيف من الآثار السلبية للهجرة على النظم الصحية في البلدان المصدرة للقوى العاملة. وفي الوقت نفسه، فإن العاملين الصحيين في الشتات هم مهنيون صحيون انتقلوا من بلدانهم الأصلية للعمل في الخارج، ولكنهم يحافظون على روابط قوية مع بلدانهم الأصلية ويواصلون الإسهام في نظمها الصحية على الرغم من إقامتهم في أماكن أخرى. ويمكن الاستفادة من الإسهامات الإيجابية للعاملين الصحيين في الشتات لدعم النظم الصحية في بلدانهم الأصلية. إلا أنه من غير المرجح أن تتمكن الهجرة الدائرية أو إسهامات من يعيشون في الشتات وحدها من معالجة التحديات التي تفرضها الهجرة غير المنظمة على النظم الصحية في البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط المصدرة للقوى العاملة.

وقد خلص استعراض للنطاق إلى أن الهجرة الدائرية بين العاملين الصحيين في الشتات محدودة، وتحدث أساساً بين البلدان القريبة جغرافياً والمتوافقة لغوياً (١٨٦). ولتعزيز أثر الهجرة الدائرية، ينبغي للسياسات أن تركز على تعزيز العلاقات بين الحكومات والعاملين الصحيين، وتوحيد التدريب، والاعتراف المتبادل بالمؤهلات بين بلدان المصدرة والمستقبلة للقوى العاملة، وضمان السفر الآمن. وأما البلدان التي يربطها القرب الجغرافي، فقد تُشجّع فيها الهجرة الدائرية من خلال حوافز، مثل خفض تكاليف السفر، ومرونة الترخيص ولوائح الممارسة، والحوافز الاقتصادية، وتعزيز تدابير الأمن.

ويواصل كثير من العاملين الصحيين في الشتات غير المنخرطين في الهجرة الدائرية دعم النظم الصحية في بلدانهم الأصلية. ومن المرجح أن يستمر التزامهم الحالي مع انخفاض الحواجز الإجرائية ومعالجة الحكومات المحلية باستمرار الأسباب الجذرية لهجرة العاملين الصحيين، إلى جانب تحسين الظروف المعيشية المحلية. وهذا النهج المتمثل في تطبيق العوامل المساعدة لإسهامات الهجرة الدائرية والشتات يمكن أن يسهم في التخفيف من الآثار السلبية لهجرة العاملين الصحيين، ودعم تحقيق الأهداف الصحية الوطنية والعالمية (١٤، ١٨٦، ١٨٧).

أفراد كادر التمريض حسب مكان التدريب (انظر الجدول ٧-٥). وتوجد نسبة عالية من أفراد كادر التمريض المدربين في الخارج بين البلدان المُبلّغة من إقليم غرب المحيط الهادئ (٢٢٪) وإقليم جنوب شرق آسيا (١٩٪)، في حين أن البلدان المُبلّغة من إقليمي أفريقيا والأمريكتين لديها حصة منخفضة من أفراد الكادر المدربين في الخارج (٦٪ لكل منهما). وتكشف مقارنة حصة أفراد كادر التمريض المدربين في الخارج حسب فئة الدخل أن البلدان المرتفعة الدخل لديها نسبة عالية من أفراد الكادر المدربين في الخارج (١٦٪)، إذ إن واحدًا تقريبًا من كل ستة من أفراد كادر التمريض في هذه البلدان مدرب في الخارج، في حين أن ١٪ فقط من أفراد الكادر مدربون في الخارج في البلدان المنخفضة الدخل. وقد



ممرضة في منغوليا تقدم الرعاية في مرفق صحي، وتدعم الخدمات الصحية الأساسية للسكان. © منظمة الصحة العالمية/ يوشي شيميزو

الجدول ٧-٥ نسبة أفراد كادر التمريض المدربين في الخارج، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وفئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي

نسبة أفراد كادر التمريض المدربين في الخارج	عدد البلدان المُبلّغة/ مجموع البلدان	حسب إقليم منظمة الصحة العالمية
٦٪	٤٧/١٩	الإقليم الأفريقي
٦٪	٣٥/٢١	إقليم الأمريكتين
١٩٪	١١/٥	إقليم جنوب شرق آسيا
١٠٪	٥٣/٢٥	الإقليم الأوروبي ^أ
١٤٪	٢١/٤	إقليم شرق المتوسط ^أ
٢٢٪	٢٧/١٣	إقليم غرب المحيط الهادئ ^أ
حسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي		
١٦٪	٦٤/٤٠	البلدان المرتفعة الدخل
٦٪	٥٤/٢٠	بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط ^أ
٨٪	٥٠/٢١	بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط
١٪	٢٦/٦	البلدان المنخفضة الدخل ^أ
١١٪	١٩٤/٨٧	المجموع

ملحوظات: يتضمن التحليل بيانات عن آخر سنة أُبلغ عنها في الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣ من ٨٧ بلدًا بشأن توزيع أفراد كادر التمريض حسب مكان التدريب. وتشير البيانات إلى عدد أفراد كادر التمريض المدربين في الخارج مقسومًا على جميع أفراد الكادر. ^أ البيانات مُبلّغ عنها لأقل من نصف السكان. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

يعكس ارتفاع معدل انتشار أفراد الكادر المدربين في الخارج بين البلدان المُبلّغة في إقليميّ جنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ القيود التي تهيمن على قدرات هذه البلدان في مجال تعليم التمريض، إلا أن ارتفاع معدل الانتشار في البلدان المرتفعة الدخل المُبلّغة قد يعكس حجم الأعداد التي هاجرت إليها، وكانوا أيضًا مولودين في الخارج.

٥-٢-٤ توزيع أفراد كادر التمريض حسب ملكية المرفق

٧٠. على مستوى البلدان، قد يُلاحظ مصدر آخر محتمل لعدم المساواة من خلال توفر الممرضين في مرافق

الرعاية الصحية. ويستعرض هذا القسم توزيع الممرضين حسب نوع المرفق، أي ما إذا كانوا يعملون في المرافق الصحية العامة أو المرافق الخاصة الهادفة للربح أو المرافق الخاصة غير الهادفة للربح (انظر الجدول ٥-٨). وعلى الصعيد العالمي، يعمل في المتوسط ٧٠٪ من الممرضات والممرضين في القطاع العام، في حين يعمل ١٨٪ في مرافق خاصة هادفة للربح، و ١١٪ في مرافق خاصة غير هادفة للربح. وظل هذا النمط متسقًا على نطاق واسع عند تحليله حسب الإقليم وفئة الدخل.

الجدول ٥-٨ نسبة أفراد كادر التمريض في المرافق الصحية العامة والخاصة الهادفة للربح والخاصة غير الهادفة للربح، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وفئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي

نسبة أفراد كادر التمريض العاملين في			عدد البلدان المُبلّغة/ مجموع (البلدان)	حسب إقليم منظمة الصحة العالمية
المرق الخاص غير الهادفة للربح	المرق الخاص الهادفة للربح	المرافق العامة		
١١٪	١٣٪	٧٦٪	٤٧/١٩	الإقليم الأفريقي
٢٥٪	١٧٪	٥٨٪	٣٥/٢١	إقليم الأمريكتين
٤٪	٢٨٪	٦٨٪	١١/٥	إقليم جنوب شرق آسيا ^١
٨٪	١٩٪	٧٣٪	٥٣/٢٥	الإقليم الأوروبي ^١
٢٪	٢٨٪	٧٠٪	٢١/٤	إقليم شرق المتوسط
٤٪	٣٥٪	٦١٪	٢٧/١٣	إقليم غرب المحيط الهادئ ^١
حسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي				
١٣٪	٢١٪	٦٦٪	٦٤/٤٠	البلدان المرتفعة الدخل ^١
١٠٪	٢٠٪	٧٠٪	٥٤/٢٠	بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط ^١
١٠٪	٢٥٪	٦٦٪	٥٠/٢١	بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط ^١
١١٪	١١٪	٧٨٪	٢٦/٦	البلدان المنخفضة الدخل
١١٪	١٨٪	٧٠٪	١٩٤/٨٧	المجموع

ملحوظات: يتضمن التحليل بيانات عن آخر سنة أُبلغ عنها في الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣ من ٨٧ بلدًا بشأن توزيع أفراد كادر التمريض حسب ملكية المرفق. وقد لا يبلغ مجموع النسب المئوية ١٠٠٪ بالضبط بسبب التقريب. ^١ البيانات مُبلّغ عنها لأقل من نصف السكان. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

٣-٥ توقعات أعداد أفراد كادر التمريض حتى عام ٢٠٣٠ والنقص فيها

١-٣-٥ توقعات رصيد أفراد كادر التمريض وكثافتهم حتى عام ٢٠٣٠

٧١. لتقييم ديناميكية رصيد أفراد كادر التمريض المُبلَّغ عنه في مختلف إصدارات البيانات منذ عام ٢٠١٣ وتوقعاته حتى عام ٢٠٣٠، قورنت أحدث البيانات لعام ٢٠٢٣ بالإصدار السابق الوارد في الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠ (عام ٢٠١٣) وفي تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠ (عام ٢٠١٨). واستندت التوقعات حتى عام ٢٠٣٠ إلى نموذج بسيط للرصيد والتدفق نُشر في عام ٢٠٢٢ (١٨٨) (انظر الملحق ٣ للاطلاع على التفاصيل).

٧٢. وقد بلغ الرصيد العالمي لأفراد كادر التمريض المُبلَّغ عنه ٢٠,٧ مليوناً في عام ٢٠١٣ (بمن في ذلك أفراد كادر القبالة)؛ و ٢٧,٩ مليوناً في إصدار البيانات لعام ٢٠١٨ (في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠)؛ و ٢٩,٨ مليوناً في عام ٢٠٢٣ (في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥). ومن المتوقع أن يرتفع الرصيد المتوقع إلى ٣٦ مليوناً بحلول عام ٢٠٣٠، وهو ما يقابل متوسطاً لمعدل النمو السنوي قدره ٢,٧٪ (انظر الجدول ٩-٥). وستكون الزيادة في الرصيد بحلول عام ٢٠٣٠ مرتفعة بصفة خاصة في إقليمَي جنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ، ويعود السبب في ذلك أساساً إلى حجم السكان في الهند والصين. ويتطابق ذلك في الأساس مع توقعات رصيد أفراد كادر التمريض في عام ٢٠٣٠ حسب التقديرات

الجدول ٩-٥ تقديرات رصيد أفراد كادر التمريض (بالملايين) لسنوات ٢٠١٣ و ٢٠٢٠ و ٢٠٢٣، والمتوقع حتى عام ٢٠٣٠ من واقع إصدارات البيانات المختلفة

إصدار البيانات	الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠	تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠	تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥	سنة الإبلاغ
	أفراد كادر التمريض/ القبالة	أفراد كادر التمريض	أفراد كادر التمريض	أفراد كادر التمريض، المتوقع
سنة الإبلاغ	٢٠١٣	٢٠١٨	٢٠٢٣	٢٠٣٠
الإقليم الأفريقي	١,٠	٠,٩	١,٧	٢,١
إقليم الأمريكتين	٤,٧	٨,٤	٧,٥	٨,٩
إقليم جنوب شرق آسيا	٢,٩	٣,٣	٣,٦	٥,٥
الإقليم الأوروبي	٦,٢	٧,٣	٧,٢	٨,٢
إقليم شرق المتوسط	١,٣	١,١	١,٣	١,٥
إقليم غرب المحيط الهادئ	٤,٦	٦,٩	٨,٥	٩,٧
عالمياً	٢٠,٧	٢٧,٩	٢٩,٨	٣٥,٩

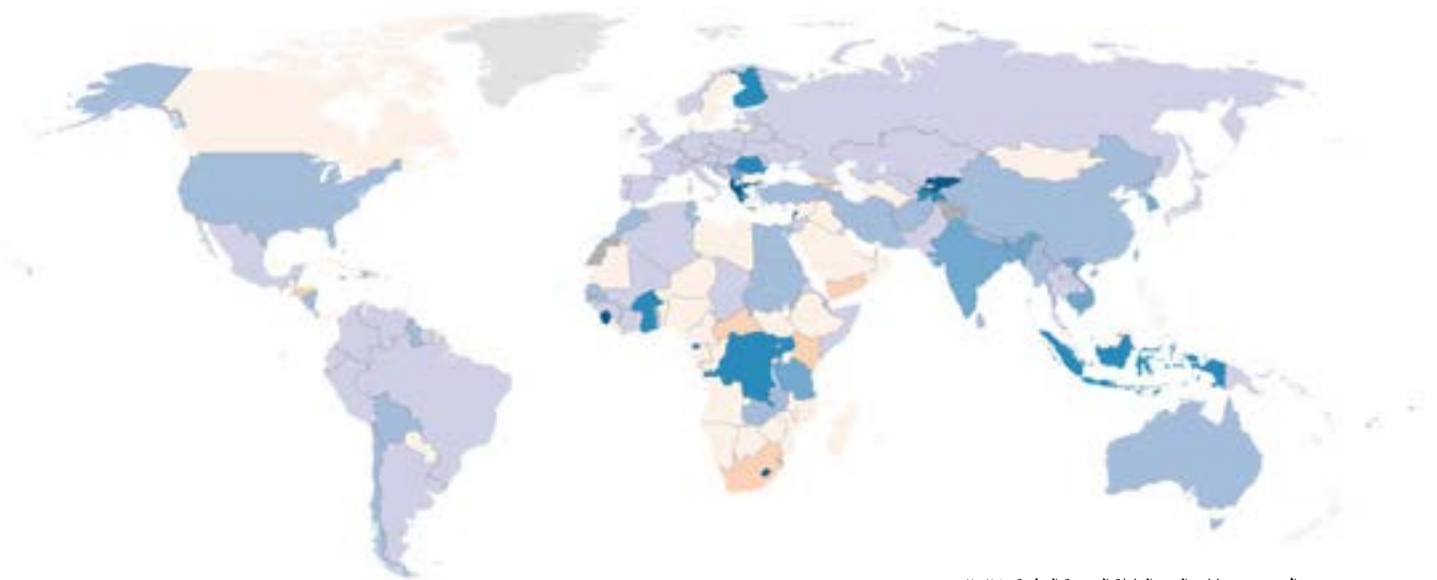
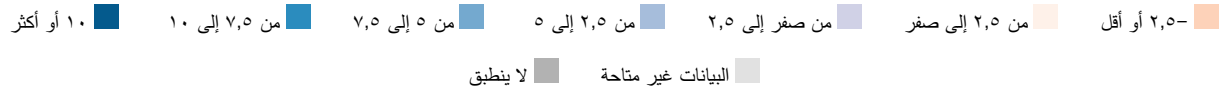
ملحوظات: يعرض هذا الجدول رصيد أفراد كادر التمريض من إصدارات متنوعة للبيانات منذ إطلاق « الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠ » ولم تُعَدّل البيانات المعروضة لعامي ٢٠١٣ و ٢٠١٨ بأثر رجعي: أبلغ عنها حسبما وردت في المصادر الأصلية المنشورة في « الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠ »، وفي تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠. المصادر: الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠؛ وتقرير « حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠ »؛ وبوابة بيانات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية الخاصة بتقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥.

الواردة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠ (٣٥,٩ مليونًا).

٧٣. ولمراعاة حجم السكان والاتجاهات الديمغرافية، قُدِّر التغير في كثافة أفراد كادر التمريض بين عامي ٢٠٢٣ و ٢٠٣٠ (انظر الشكل ٦-٥). ففي حين لوحظت زيادة كبيرة في معظم البلدان بين عامي ٢٠١٣ و ٢٠٢٣، فإن بعض البلدان المحددة باللون الوردي الفاتح على الخريطة، وخاصة في إقليمَي المنظمة لأفريقيا وشرق المتوسط، قد تسجِّل انخفاضات في كثافتها بحلول عام ٢٠٣٠. وفي بعض هذه البلدان، قد تكون الأوضاع الديمغرافية (مثل ارتفاع معدلات الخصوبة والنمو السكاني) أو الصراعات الأهلية والنزاعات الدائرة، إلى جانب عدم كفاية قدرات قطاع التعليم وقدرة قطاع الصحة على الاستيعاب، عوامل

مهمة تسهم في انخفاض الكثافة. ومن المثير للقلق أن العديد من البلدان التي من المتوقع أن تشهد انخفاضًا في كثافة أفراد كادر التمريض لديها مُدرجة في قائمة منظمة الصحة العالمية لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية لعام ٢٠٢٣، وهو ما يشير إلى احتمالية استمرار التحديات التي تواجه القوى العاملة الصحية في هذه البلدان في السنوات المقبلة. وفي جميع الأقاليم، من المتوقع أن تزيد بعض البلدان كثافة أفراد كادر التمريض لديها بنسبة تزيد على ٢,٥٪ سنويًا، وهو ما قد يعكس آثار الاستثمارات في تخريج الممرضات والممرضين على المستوى المحلي، وفي جهود توظيفهم أو الاحتفاظ بهم في بعض البلدان.

الشكل ٦-٥ النسبة المئوية للتغير السنوي في كثافة أفراد كادر التمريض بين عام ٢٠٢٣ والمتوقع لعام ٢٠٣٠



المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

٥-٣-٢ النقص في أفراد كادر التمريض

٧٤. يُعرّف تقدير النقص في أفراد كادر التمريض، فيما يتعلق بالبلدان ذات الكثافة المنخفضة من أفراد الكادر، بأنه عدد أفراد كادر التمريض المطلوبين للوصول إلى الكثافة الوسطية للممرضات والممرضين (٢٧,٥ ممرضة وممرضاً لكل ١٠٠٠٠ نسمة)، التي لوحظت في عام ٢٠١٣ في ١٩٤ دولة عضواً في منظمة الصحة العالمية. وباستخدام عتبة الكثافة هذه، قُدِّر النقص بنحو ٦,٢ ملايين في عام ٢٠٢٠، ثم انخفض إلى ٥,٨ ملايين في عام ٢٠٢٣، ومن المتوقع أن ينخفض إلى ٤,١ ملايين بحلول عام ٢٠٣٠ (انظر الجدول ٥-١٠). ونتيجة للتحسينات في البيانات، ولا سيما التحسينات بأثر رجعي، فإن هذه الأرقام المحدثة لحجم النقص لا تقارن مباشرة مع التقدير البالغ ٥,٩ ملايين ممرضة وممرض المُبلَّغ عنه لعام ٢٠١٨ في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠. وبلغ التقدير المنقَّح للنقص لعام ٢٠١٨، استناداً إلى بيانات عام ٢٠٢٣، نحو ٦,٢ ملايين. وفي حين يظهر هذا التحليل تحسناً عالمياً في نقص أفراد كادر التمريض، فإن التقدم يفتقر إلى التوزيع المتساوي بين أقاليم المنظمة وداخلها. وعلى الصعيد الإقليمي، لا يُتوقع أن يشهد

إقليماً الأمريكتين وغرب المحيط الهادئ أي انخفاض في النقص لديهما. ولن يشهد إقليماً أفريقيا وشرق المتوسط سوى انخفاضات طفيفة، وسيحتملان ما يقرب من ٧٠٪ من النقص العالمي في الممرضات والممرضين بحلول عام ٢٠٣٠ - وهي زيادة عن التقديرات المستندة إلى بيانات عام ٢٠٢٠ التي بيّنت تحمُّل هذين الإقليمين ٥٨٪ من النقص العالمي في أفراد كادر التمريض. ومقارنةً برصيدهما المتوقع من أفراد كادر التمريض، فإن سد النقص بحلول عام ٢٠٣٠ سوف يستلزم تقريباً مضاعفة رصيدهما من الممرضات والممرضين.

٧٥. ويتشابه هذا المستوى من عدم الإنصاف مع المستوى الموثَّق في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، إذ توفَّع التقرير أنه بحلول عام ٢٠٣٠، ستتحمل البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل ٨٩٪ من النقص. ولسد النقص العالمي في أفراد كادر التمريض بحلول عام ٢٠٣٠، أشارت التقديرات إلى أن البلدان التي تعاني من النقص ستحتاج إلى زيادة معدلات تخريج الممرضات والممرضين على المستوى المحلي، إلى جانب تحسين معدل استيعابهم في القطاع الصحي، بمتوسط ٨٪ سنوياً.

الجدول ٥-١٠ تقديرات النقص في أفراد كادر التمريض (بالملايين) للسنتين ٢٠٢٠ و٢٠٢٣، والمتوقع حتى عام ٢٠٣٠

الإقليم	النقص في أفراد كادر التمريض (بالملايين)		المتوقع حتى عام ٢٠٣٠
	٢٠٢٠	٢٠٢٣	
الإقليم الأفريقي	٢,٤	١,٩	١,٨
إقليم الأمريكتين	٠,٢	٠,٢	٠,٢
إقليم جنوب شرق آسيا	٢,١	٢,٢	٠,٨
الإقليم الأوروبي ^١	-	-	-
إقليم شرق المتوسط	١,٢	١,٢	١,٠
إقليم غرب المحيط الهادئ	٠,٢	٠,٢	٠,٢
عالمياً	٦,٢	٥,٨	٤,١

ملحوظة: ^١ غير منطبق - تُستبعد من هذا التقدير البلدان التي تزيد الكثافة لديها على الكثافة المرجعية.

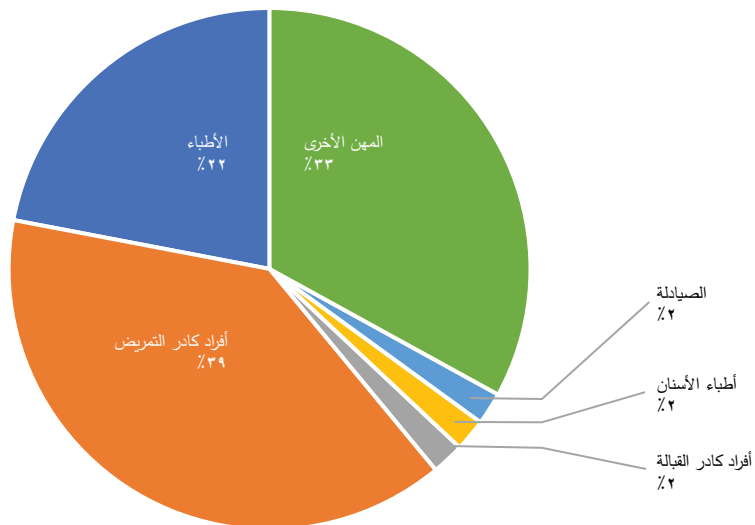
٧٦. وكما هو الحال مع الأساليب المستخدمة لتقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، فقد قُدرَ النقص استنادًا إلى قيمة الكثافة المرجعية المستخدمة في الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠. وعلى الرغم أن ذلك يعني أن البلدان التي تتجاوز الكثافة المرجعية لا تدخل ضمن هذه التقديرات، فإنه لا يعني أن البلدان التي تتجاوز الكثافة المرجعية لا تعاني من نقص في الممرضات والممرضين، مثلًا عند مقارنتها بغايات تقديم الخدمات المحددة على الصعيد الوطني وتشكيل المكونات التي يتألف منها النظام الصحي. وتُشجّع البلدان كافةً على إجراء تقديرات محددة للنقص، وتطبيق منهجيات تأخذ في الاعتبار عوامل، مثل تقدّم سن السكان والقوى العاملة، والأنماط الوبائية المتغيرة، والأدوار المثلى للعاملين الصحيين في تقديم الخدمات، وغيرها من ديناميكيات سوق العمل.

٧٧. وأي تقدم في معالجة النقص في أفراد كادر التمريض من شأنه أن يؤثر على الفجوة الأوسع في القوى العاملة الصحية العالمية - التي من المتوقع أن تتجاوز ١١ مليونًا بحلول عام ٢٠٣٠ - إذ يمثل أفراد كادر التمريض

٣٩٪ من النقص العالمي في عام ٢٠٢٣ (انظر الشكل ٧-٥).

٧٨. وقُدرَ النقص الحالي مع مراعاة استقرار معدل استيعاب للخريجات والخريجين الجدد في سوق العمل الصحي مقداره ٧٠٪. ومن المحتمل أن يؤدي عدم استقرار الأوضاع الاقتصادية وعدم اليقين المرتبطة بالمساعدات الإنمائية الدولية إلى إضعاف القدرة على استيعاب الخريجات والخريجين، وخاصة في البلدان المنخفضة الدخل. ومع مراعاة هذه العوامل، أُعدت فرضية بديلة تأخذ في الاعتبار تفاوت قدرة الاستيعاب ما بين ٧٠٪ في البلدان المرتفعة الدخل و ٤٠٪ في البلدان المنخفضة الدخل. وبموجب هذه الفرضية البديلة، يُقدّر أن يبلغ النقص المتوقع بحلول عام ٢٠٣٠ نحو ٤,٨ ملايين ممرضة وممرض (مقارنة بنحو ٤,١ ملايين في الفرضية الأساسية) - أي انخفاض بنسبة ٢٧٪ مقارنة بعام ٢٠٢٣ (مقارنة بانخفاض نسبته ٢٩٪ في الفرضية الأساسية). وفي ضوء هذه الفرضية البديلة، سوف يتحمل إقليم جنوب شرق آسيا الأثر الأكبر بنقص قدره ١,٢ مليون ممرضة وممرض بحلول عام ٢٠٣٠.

الشكل ٧-٥ توزيع النقص العالمي في القوى العاملة الصحية في عام ٢٠٢٣ حسب المهنة



المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

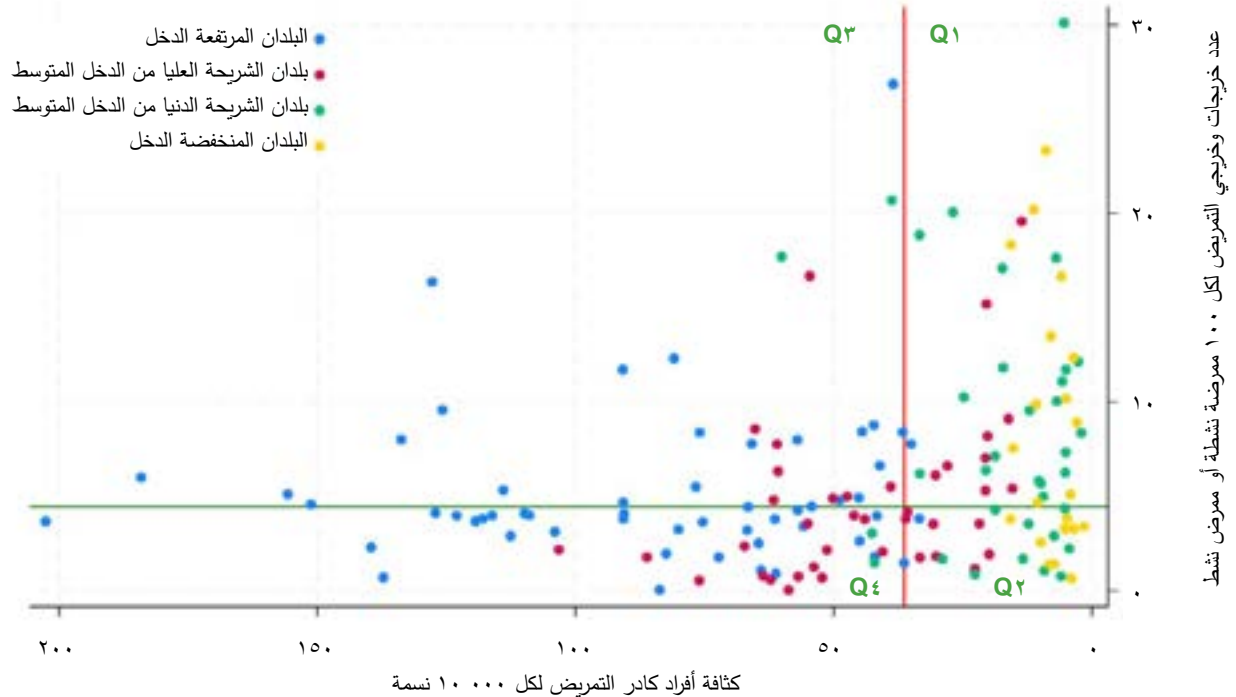
٧٩. وتوجد نُهْجٌ بديلة لتقدير النقص في أفراد كادر التمريض أو التنبؤ به (١٨٩). ويحدد بعض من هذه النُهج مستويات أعلى من الطموح فيما يتصل باحتياجات الصحة والرعاية، مع افتراضات مختلفة بشأن تعليم أفراد الكادر والتناقض الطبيعي في صفوفهم. وتعترف المنظمة بالنُهج المتنوعة، ونقاط القوة والضعف فيها، ولكنها تحافظ في هذا التقرير على الاتساق مع نهجها الأوسع نطاقاً لتطوير القوى العاملة الصحية خلال حقبة أهداف التنمية المستدامة (١٩٠).

٣-٣-٥ معدل التخرج اللازم لسد النقص في كادر التمريض بحلول عام ٢٠٣٠

٨٠. أظهر تحليل توزيع رصيد أفراد كادر التمريض وكثافتهم والنقص في أعدادهم تفاوتات مهمة بين الأقاليم ودخلها. وتوجد عوامل عديدة مرتبطة بسوق العمل تشترك في تأثيرها على التحديات المتصلة بمهنة التمريض، وأمام كل بلد من البلدان ذات الكثافة المنخفضة مشكلات محددة عليه أن يتصدى لها. ويتمثل أحد العوامل المشتركة، الذي سوف يُناقش بمزيد من التفصيل لاحقاً، في قدرة البلد على تعليم أفراد كادر التمريض وتوظيفهم (انظر الشكل ٨-٥).

٨١. ويبيّن هذا التحليل أن نسبة الخريجين إلى الرصيد في مجموعة كبيرة من البلدان ذات الكثافة المنخفضة تزيد

الشكل ٨-٥ رسم بياني نقطي لكثافة أفراد كادر التمريض ونسبة الخريجات والخريجين إلى الرصيد حسب البلد وفئة الدخل وفقاً لتصنيف البنك الدولي في عام ٢٠٢٣



ملحوظات: يتضمن التحليل بيانات عن آخر سنة في الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣ الواردة من البلدان التي أبلغت عن رصيد أفراد كادر التمريض وعدد خريجات وخريجي التمريض. وكل نقطة تمثل بلداً. ويمثل الخط الأخضر النسبة الوسطية للخريجات والخريجين إلى الرصيد في جميع البلدان، ويمثل الخط الأحمر الكثافة الوسطية لأفراد كادر التمريض. وتمثل الأرباع الأول والثاني والثالث والرابع وصفاً لحالة البلدان المختلفة. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

على النسبة الوسطية (الربع الأول من الرسم البياني النقطي)، وتمتلك مجموعة من البلدان نسبة تتجاوز ١٠ خريجات وخريجين لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط. ونتيجة لذلك، ففي حين ينبغي للبلدان التي تتخفف فيها الكثافة ونسبة الخريجين إلى الرصيد (الربع الثاني من الرسم البياني النقطي) أن تعمل على تعزيز قدرتها على تخريج الممرضات والممرضين، فإن نسبة كبيرة من البلدان لديها بالفعل قدرة تخريج كافية لتجديد قوتها العاملة في مجال التمريض وزيادة رصيدها في حالة استيعابها في الوظائف. وسوف يلزم على هذه البلدان اتخاذ إجراءات أخرى، مثل تأمين فرص العمل للممرضات والممرضين الحديثي التخرج، أو معالجة الإخفاقات الأخرى في سوق العمل الصحي، مثل الهجرة المفرطة غير المنظمة إلى الخارج.

٨٢. وبالمثل، يُظهر هذا التحليل حالات متناقضة بين البلدان ذات الكثافة الأعلى لأفراد كادر التمريض. ففي حين أن بعض البلدان تتمتع بكثافة عالية وقدرة كبيرة على تخريج الممرضات والممرضين (الربع الثالث) وتضمن حصول أفراد كادر التمريض المدربين على وظائف، فإن بلداناً أخرى لديها قدرة منخفضة على التخرج (الربع الرابع)، وإذا ما اقترن ذلك بتقدم سن القوى العاملة في مجال التمريض، فإنها ستعتمد اعتماداً أكبر على هجرة الممرضات والممرضين. وينبغي أن تركز هذه البلدان، لكي تتجنب الاعتماد على أفراد كادر التمريض المدربين في الخارج، الجهود لتطوير مرافق التدريب وتعزيز تعليم التمريض (١٩١) (انظر الإطار ٥-٦ لمطالعة أمثلة على الخطط الخاصة بالقوى العاملة الصحية لمواجهة التحديات المختلفة واغتنام الفرص المتنوعة فيما يتعلق بتعليم أفراد كادر التمريض وتوظيفهم).

الإطار ٥-٦ أمثلة على خطط القوى العاملة في مجال التمريض

دعمت المنظمة تحليلات سوق العمل الصحي في ٤٩ بلداً في جميع أنحاء العالم لتوجيه سياسات القوى العاملة الصحية وخطط الاستثمار الوطنية (٧)، بما في ذلك القوى العاملة في مجال التمريض (١٩٢-١٩٥). وتُعد تجربة غانا من الأمثلة على أهمية منظور سوق العمل الصحي في تخطيط القوى العاملة الصحية. فلزيادة كثافة الممرضات والممرضين، استثمرت الحكومة في تعليم التمريض وزادت عدد الخريجات والخريجين من مدارس التمريض العامة والخاصة (١٩٦). إلا أن فرص العمل في القطاع العام لم تتزايد بالوتيرة نفسها، ومن ثم، فلم يتسَّن استيعاب الخريجات والخريجين في النظام الصحي، وظلوا بلا عمل عدداً من السنوات (١٩٧). وأسفرت التقييمات اللاحقة لكثافة القوى العاملة وتوزيعها عبر المرافق الصحية إلى تحديد كم الفجوات، وهو ما أدى إلى زيادة ميزانية التوظيف ووضوح الحاجة إلى إجراء تحليل لسوق العمل الصحي، من أجل وضع سياسات مسندة بالبيّنات لتدارك إخفاقات سوق العمل الصحي (١٩٨).

وفي ليسوتو، كشف تحليل لسوق العمل الصحي أُجري قبل إعداد استراتيجية القوى العاملة الصحية الوطنية عن أن النقص في أفراد كادر التمريض كان أقل من التقديرات؛ وأشار إلى ضرورة اتخاذ إجراءات عاجلة لتوسيع نطاق الاستثمارات في تعليم أفراد الكادر وتعيينهم والتوزيع العادل لهم والاحتفاظ بهم (١٩٩).

وأشار تحليل لسوق العمل الصحي في طاجيكستان إلى أنه برغم تولّي الممرضات والممرضين دور القيادة فيما يقرب من ثلثي عيادات الرعاية الصحية الأولية، كانت هناك حاجة إلى توسيع نطاق ممارساتهم لتحسين تلبية احتياجات صحة السكان، وخاصة في المناطق



طلاب تمريض في جمهورية الكونغو الديمقراطية يتجمعون خارج مرفق للتدريب، استعدادًا لبدء يومهم. © منظمة الصحة العالمية/ هيو كينسيلا كانيغهام

الاتجاه الاستراتيجي

ملاءمة أعداد خريجات وخريجي التمريض للطلب في النظام الصحي أو تجاوزه، وامتلاكهم المعارف والكفاءات والسلوكيات المطلوبة لتلبية الأولويات الصحية الوطنية.

أهم الاستنتاجات

- يبلغ متوسط نسبة خريجات وخريجي التمريض إلى رصيد أفراد كادر التمريض ٦,٤ خريجات وخريجين لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط على مستوى العالم، مع وجود تفاوتات كبيرة حسب الإقليم وفئة الدخل، مع تسجيل أعلى نسبة في إقليم جنوب شرق آسيا (٨,١).
- تبلغ النسبة العامة لخريجات وخريجي التمريض إلى عدد السكان ٢٥,٣ لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة على مستوى العالم، مع تسجيل الإقليم الأوروبي أعلى نسبة (٤٢,٧ لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة).
- في البلدان التي أبلغت عن توزيع خريجات وخريجي التمريض حسب الجنس، وعددها ٤٣ بلدًا، كان ٨٢٪ منهم من الإناث.
- من بين الدول الأعضاء التي قُدمت ردودًا بشأن تنظيم تعليم التمريض وتطبيق معاييرها، كان لدى ٩٠٪ منها سياسات بشأن مؤهلات أعضاء هيئات التدريس، وكان ٨٨٪ منها تستخدم آليات لاعتماد المؤسسات التعليمية والتدريبية، وكان ٧٧٪ منها تشارك في جهود تعاونية بين هذه المؤسسات والهيئات التنظيمية.
- أفاد ١٠٠٪ من البلدان المجيبة في إقليم جنوب شرق آسيا بوجود معايير لأعضاء هيئات التدريس (مقارنة بنحو ٦٨٪ في إقليم الأمريكتين)، في حين كانت آليات الاعتماد أكثر شيوعًا بين البلدان المجيبة في الإقليم الأوروبي (٩٦٪) وأقل شيوعًا في أفريقيا (٧٨٪)، مع وجود فجوة جديرة بالملاحظة بين البلدان المرتفعة الدخل (٩٧٪) والبلدان المنخفضة الدخل (٥٨٪).
- أفادت ٦٢٪ من البلدان المجيبة بوجود معايير للتعليم المشترك بين المهن، في حين أفادت ٤٥٪ من البلدان بأن لديها تدابير تدمج المحددات الاجتماعية للصحة في آليات اعتماد برامج التعليم والتدريب في مجال التمريض، وأفادت ٥٧٪ من البلدان بأن لديها تدابير تدمج المساءلة الاجتماعية في برامج الاعتماد.
- أبلغ عن وجود تعاون بين هيئات تعليم القوى العاملة الصحية والهيئات التنظيمية في أقل من ثلثي البلدان المجيبة في إقليمي أفريقيا والأمريكيتين، وفي ٥٦٪ فقط من البلدان المنخفضة الدخل (مقارنة بنسبة ٨٩٪ في البلدان المرتفعة الدخل).
- أبلغت ١٤٠ بلدًا عن مدة برامجها التعليمية قبل الخدمة في مجال التمريض، فأشارت أغلبية من البلدان (٥٣٪) إلى برامج مدتها ٣ سنوات، وأشارت ٣١٪ من البلدان إلى برامج مدتها ٤ سنوات.
- على الصعيد العالمي، أفادت ٩٪ من البلدان بأن متوسط مدة تعليم التمريض يبلغ سنتين، وأفادت ٨٪ من البلدان أن متوسط المدة يبلغ خمس سنوات، مع استثناء إقليمي غرب المحيط الهادئ وأفريقيا بأعلى نسبتي من البرامج التي تمتد ثلاث سنوات (٦٥٪ و ٦٢٪ على التوالي).

٨٣. يبين هذا القسم جوانب "مسار تعليم" أفراد كادر التمريض، وتوزيع أفراد الكادر حسب نوع الجنس، وحالة تنظيم التعليم، ومدة تعليم التمريض قبل الخدمة. وتقدّم النصوص الواردة في الأطر النصية في هذا الفصل وصفًا للمواضيع ذات الصلة الوثيقة بالتمريض التي لم تغطها بشكل كامل المؤشرات العالمية، مثل برامج التعليم التي تمنح درجة البكالوريوس للممرضات والممرضين، واستخدام تكنولوجيا الصحة الرقمية في تعليم التمريض، والتحديات الماثلة في بيئات التعلم السريري، والاستثمارات اللازمة في مجال تطوير هيئات تدريس التمريض.

٨٤. ويمثل نظام التعليم الصحي جانب "العرض" في سوق العمل الصحي، ويجب أن يرتبط إنتاجه مباشرة، كمًّا وكيفًا، بالوظائف وعوامل التوظيف التي نوقشت في الفصل ٥. وفي مجال تعليم التمريض، من الضروري ضمان تعلم الطلاب المهارات والكفاءات التي سيحتاجون إليها في سياقات تقديم الخدمات الصحية، وتوافر عدد كافٍ من الخريجين لتلبية الطلب في النظام الصحي لتجنب النقص والفجوات في تقديم الخدمات. وقد لا يتناسب عدد الخريجين من ممرضات وممرضين مع الاحتياجات والأولويات الصحية المتنوعة في فئة سكانية معينة بسبب عدم كفاية القدرات والبنية التحتية في المؤسسات التعليمية، أو بسبب عدم التوافق في كفاءاتهم الأساسية أو القيود القائمة في نطاق ممارستهم. ومهما كان السبب، فإن النقص في عدد الخريجات والخريجين يمكن أن يؤثر سلبًا على التغطية الفعالة للقوى العاملة في مجال الصحة والرعاية، ويعوق التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. فالاستثمارات ضرورية لتعزيز القدرات المؤسسية، بما في ذلك هيئات التدريس في مجال التمريض، والآليات اللازمة لضمان التعليم العالي الجودة (٤١، ٢٠١).

٦-١ ديناميكيات دخول طلاب التمريض وخروجهم

٨٥. رصد مسار التعليم أمر بالغ الأهمية من أجل التخطيط الكفؤ للقوى العاملة وتقييم الاستثمارات الإضافية في التعليم والتدريب المطلوبة لتلبية احتياجات النظام الصحي.

٨٦. يبلغ متوسط نسبة خريجات وخريجي التمريض إلى رصيد أفراد كادر التمريض ٦,٤ خريجات وخريجين لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط على مستوى العالم، مع وجود تفاوتات كبيرة حسب الإقليم وفئة الدخل (انظر الجدول ٦-١). وهذه النسبة أعلى قليلًا من نسبة ٦,٢ خريجات وخريجين لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط المذكورة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠. وتبلغ نسبة الخريجات والخريجين إلى الرصيد أعلى مستوياتها إقليم جنوب شرق آسيا (٨,١ خريجات وخريجين لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط) وأدنى مستوياتها في إقليم الأمريكتين (٥,١ خريجات وخريجين لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط).

٨٧. وتكشف المقارنة حسب فئة الدخل أن متوسط عدد الخريجات والخريجين لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط يبلغ أعلى قيمة له في البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط (٨,٣ و ٨,٧ على التوالي)، وأدنى قيمة له في البلدان المرتفعة الدخل وبلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط (٥,٣ و ٤,٨ على التوالي). وعلى الرغم من أن هذه البلدان قد يكون لديها هيكل أعمار أصغر نسبيًا ونسبة أعلى بسبب القاسم المشترك الأقل الذي يمثل رصيّدًا غير كافٍ من أفراد كادر التمريض، فإن هذا الاستنتاج قد يشير أيضًا إلى أن بعض البلدان المنخفضة الدخل تبذل جهودًا كبيرة لزيادة قدرتها على تخريج أفراد القوى العاملة في مجال التمريض. ومع ذلك، هناك حاجة إلى استثمارات متناسبة في وظائف التمريض لتجنب البطالة التي يمكن أن تؤدي إلى الهجرة. ومن ناحية أخرى، سوف ينبغي للبلدان المرتفعة الدخل أن توجه الاستثمارات إلى زيادة نطاق تخريج الممرضات والممرضين على الصعيد المحلي، من أجل تقليل الاعتماد على أفراد كادر التمريض المولودين في الخارج الوافدين من البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط.

الجدول ٦-١ تخريج الممرضات والممرضين، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وفئة الدخل وفقاً لتصنيف البنك الدولي

حسب إقليم منظمة الصحة العالمية	عدد البلدان المبلغة/ مجموع البلدان	متوسط عدد خريجات وخريجي التمريض لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط (الحد الأدنى - الحد الأقصى)	متوسط عدد خريجات وخريجي التمريض لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة
الإقليم الأفريقي	٤٧/٤٠	٧,٦ (٣٠,١-٠,٨)	٩,٥
إقليم الأمريكتين	٣٥/٢٥	٥,١ (أقل من ٩,١-١)	٢٢,٧
إقليم جنوب شرق آسيا	١١/٩	٨,١ (١٥,١-٣,٥)	١٤,٤
الإقليم الأوروبي	٥٣/٥٠	٥,٦ (أقل من ٢٦,٩-١)	٤٢,٧
إقليم شرق المتوسط	٢١/١٤	٥,٦ (أقل من ١٧,١-١)	٩,٠
إقليم غرب المحيط الهادئ ^١	٢٧/١٣	٧,٥ (٢٠,١-١,٥)	٣٧,٥

حسب فئة الدخل وفقاً لتصنيف البنك الدولي

البلدان المرتفعة الدخل	٦٤/٥٥	٥,٣ (أقل من ٢٦,٩-١)	٤٣,٧
بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط ^١	٥٤/٤٠	٤,٨ (أقل من ١٩,٦-١)	١٧,٨
بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط	٥٠/٣٥	٨,٧ (أقل من ٣٠,١-١)	١٦,٠
البلدان المنخفضة الدخل	٢٦/٢١	٨,٣ (أقل من ٢٣,٣-١)	٧,٢
المجموع	١٩٤/١٥١	٦,٤ (أقل من ٣٠,١-١)	٢٥,٣

ملحوظات: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣. ^١ البيانات مُبلّغ عنها لأقل من نصف السكان. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

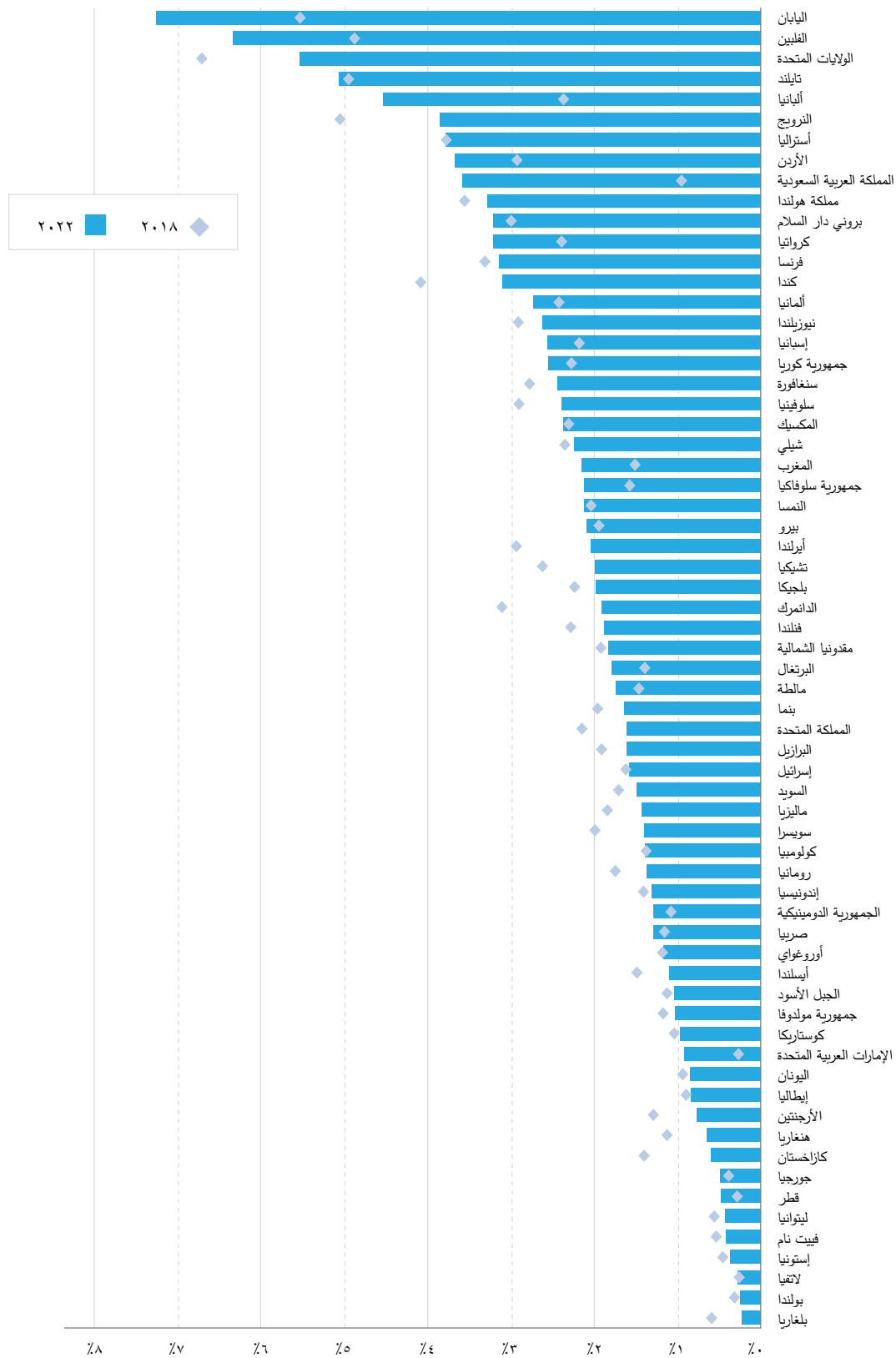
نسمة في جميع أنحاء العالم (انظر الجدول ٦-١)، وهي أعلى من بيانات عام ٢٠١٨ الواردة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، والتي بلغت ٢٢,٦ لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة. وسجل الإقليم الأوروبي النسبة الكبرى (٤٢,٧) خريجة وخريج تمريض لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة، ويُظهر تصنيف البلدان حسب فئات الدخل في البنك الدولي وجود علاقة إيجابية بين فئة الدخل وعدد خريجات وخريجي التمريض لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة.

٩٠. وأظهر مسح استطلع اهتمام الطلاب البالغين من العمر ١٥ عامًا بممارسة مهنة التمريض أن هذا الاهتمام قد انخفض فيما لا يقل عن نصف بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي بين عامي ٢٠١٨ و ٢٠٢٢، مع حدوث أكبر الانخفاضات في كندا والدانمرك وأيرلندا والنرويج والمملكة المتحدة والولايات المتحدة (٢٠٢). وقد لوحظ انخفاض في الاهتمام بممارسة مهنة التمريض في البلدان غير الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي أيضًا (انظر الشكل ٦-١).

٨٨. وفي التحليلات التي أُعدت للمنتدى العالمي الخامس للموارد البشرية الصحية، أشارت التقديرات إلى ضرورة زيادة الخريجات والخريجين من العاملين الصحيين بنسبة تتراوح ما بين ٨-١٢٪ في البلدان التي تعاني من نقص حاد أو معدل دوران متوقع مرتفع للغاية بسبب هيكَل الأعمار، وذلك لمضاغفة الرصيد من العاملين الصحيين في غضون ١٠ سنوات (٢٥). وفي القوى العاملة في مجال التمريض، يبلغ عدد الخريجات والخريجين لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط ٨,٣ خريجات أو خريجين، وهو ما يلزم تقريبًا لمضاغفة رصيد أفراد كادر التمريض على مدار ١٠ سنوات، في غياب الهجرة والتناقص الطبيعي في الأعداد، وبافتراض التوظيف في الوقت المناسب بعد التخرج. وعلى الرغم من ارتفاع معدلات التناقص الطبيعي في الأعداد بسبب التقاعد، فإن هذه النسبة لا تنطبق عمومًا على البلدان المرتفعة الدخل.

٨٩. وتبلغ النسبة العامة لخريجات وخريجي التمريض إلى عدد السكان ٢٥,٣ خريجة أو خريجًا لكل ١٠٠٠٠٠

الشكل ٦-١ النسبة المئوية لطلاب المرحلة الثانوية الذين أفادوا بنيتهم الالتحاق بكلية التمريض من واقع مسح البرنامج الدولي لتقييم الطلاب لعامي ٢٠١٨ و ٢٠٢٢ (العدد = ٦١ بلدًا)



ملحوظة: عرض للبلدان التي أبلغت عن بياناتها في كل من البرنامج الدولي لتقييم الطلاب لعام ٢٠١٨ والبرنامج الدولي لتقييم الطلاب لعام ٢٠٢٢. المصدر: منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، قاعدة بيانات البرنامج الدولي لتقييم الطلاب لعامي ٢٠١٨ و ٢٠٢٢.



طلاب تمريض في فييت نام يستكملون سجلات المرضى ضمن أعمال التوثيق الروتيني وتنسيق الرعاية. © منظمة الصحة العالمية/ يوشي شيميزو

٩١. وتشير البيانات الواردة من ٤٣ بلدًا فقط أبلغت عن توزيع خريجي التمريض حسب نوع الجنس إلى أن ٨٢٪ من خريجي التمريض كانوا من الإناث (انظر الجدول ٢-٦). ولكن التوزيع أكثر اختلالاً في إقليم غرب المحيط الهادئ (١٠ خريجات مقابل كل خريج) وأكثر توازناً في إقليمي شرق المتوسط وأفريقيا (خريجتان مقابل كل خريج).

الجدول ٢-٦ نسبة خريجات وخريجي التمريض، بحسب إقليم منظمة الصحة العالمية

إقليم المنظمة	عدد البلدان المبلغة/ مجموع البلدان	نسبة الخريجات	نسبة الخريجين
الإقليم الأفريقي ^أ	٤٧/٥	٦٧,١٪	٣٢,٩٪
إقليم الأمريكتين ^أ	٣٥/١٣	٨٧,٠٪	١٢,٩٪
إقليم جنوب شرق آسيا ^أ	١١/٥	٨٢,٩٪	١٧,١٪
الإقليم الأوروبي ^أ	٥٣/١٠	٨٥,٥٪	١٤,٥٪
إقليم شرق المتوسط ^أ	٢١/٦	٦٨,٩٪	٣١,١٪
إقليم غرب المحيط الهادئ ^أ	٢٧/٤	٩٠,٣٪	٨,٧٪
المجموع	١٩٤/٤٣	٨١,٦٪	١٨,٣٪

ملحوظات: يتضمن التحليل بيانات عن آخر سنة أبلغ عنها في الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣ من ٤٣ بلدًا بشأن توزيع خريجات وخريجي التمريض حسب نوع الجنس.^أ البيانات مُبلّغ عنها لأقل من نصف السكان. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

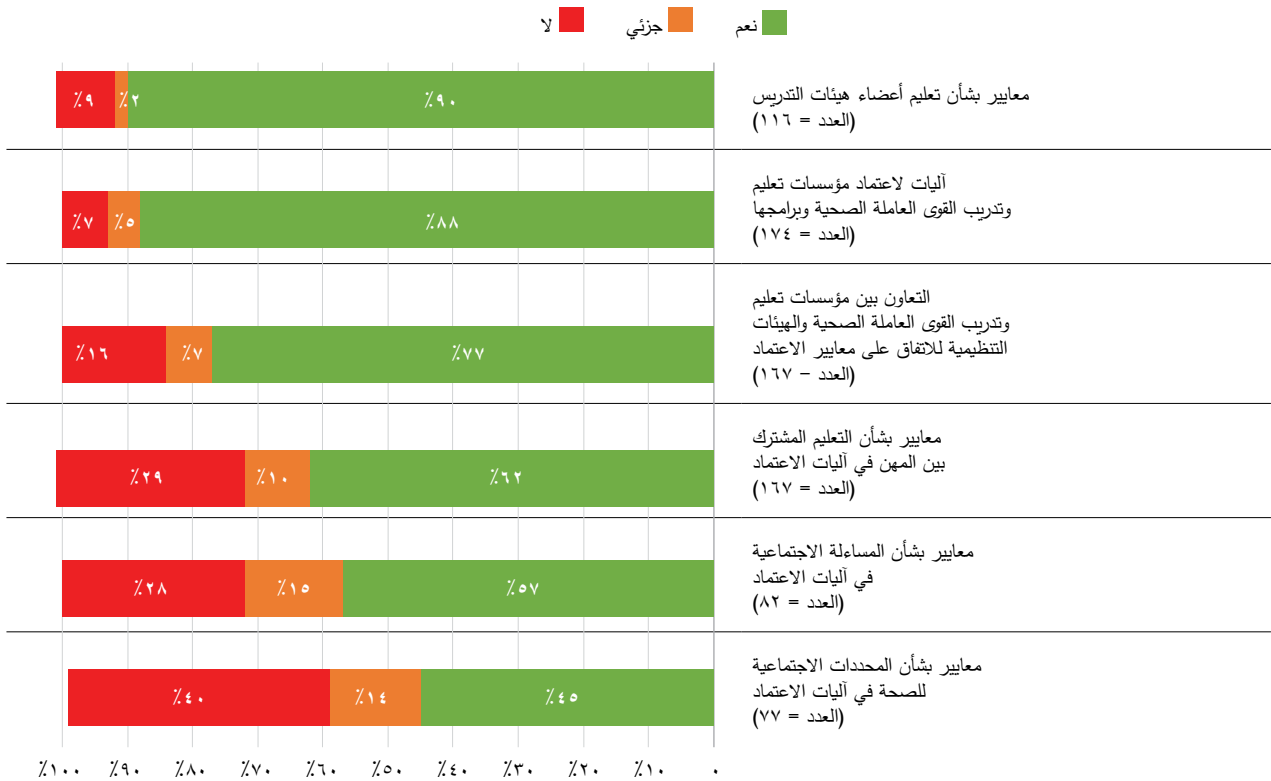
٢-٦ لوائح تعليم التمريض ومعايير

٩٢. تساعد آليات الاعتماد ومعايير الجودة لبرامج تعليم وتدريب القوى العاملة الصحية على ضمان تزويد جميع العاملين الصحيين بالكفاءات اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان. ويوضح الشكل ٢-٦ والجدول ٣-٦ حالة مختلف لوائح تعليم التمريض ومعاييرها، حسبما أفادت الدول الأعضاء. فقد أفاد أغلب البلدان المجيبة بوجود السياسات التالية بشأن تعليم التمريض: معايير بشأن مؤهلات أعضاء هيئات التدريس (٩٠٪)، وآليات لاعتماد مؤسسات تعليم وتدريب القوى العاملة الصحية وبرامجها (٨٨٪)، والتعاون بين مؤسسات التعليم والتدريب



طلاب تمريض في اليابان يشاركون في تمرين محاكاة سريرية باستخدام دمية تدريب.
© منظمة الصحة العالمية/ يوشي شيميزو

الشكل ٢-٦ النسبة المئوية للبلدان المجيبة التي أفادت بوجود لوائح ومعايير مرتبطة بالتعليم



ملحوظة: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣.
المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

النسبة المئوية للبلدان المجيبة التي أفادت بوجود لوائح مختلفة في مجال التمريض بشأن التعليم والتدريب، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وفئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي

وجود معايير لمؤهلات أعضاء هيئات التدريس	التعاون بين مؤسسات تعليم وتدريب القوى العاملة الصحية والهيئات التنظيمية للاتفاق على معايير الاعتماد	المعايير الوطنية و/أو دون الوطنية بشأن التعليم المشترك بين المهن في آليات الاعتماد	المعايير الوطنية و/أو دون الوطنية بشأن المحددات الاجتماعية للصحة في آليات الاعتماد	المعايير الوطنية و/أو دون الوطنية بشأن المساءلة الاجتماعية في آليات الاعتماد	الآليات الوطنية و/أو دون الوطنية لاعتماد مؤسسات تعليم وتدريب القوى العاملة الصحية وبرامجها	
						حسب إقليم منظمة الصحة العالمية
٩٠٪ (٢٢/٢٠)	٦٤٪ (٢٢/١٤)	٧٠٪ (٤٠/٢٨)	٤٧٪ (١٩/٩)	٦٠٪ (٢٠/١٢)	٧٨٪ (٤١/٣٢)	الإقليم الأفريقي
٦٨٪ (١٩/١٣)	٦٣٪ (١٦/١٠)	٤٤٪ (٣٤/١٥)	٢٣٪ (١٣/٣)	٤٧٪ (١٣/٧)	٩١٪ (٣٤/٣١)	إقليم الأمريكتين
١٠٠٪ (٩/٩)	٨٠٪ (١٠/٨)	٤٠٪ (١٠/٤)	٦٠٪ (١٠/٦)	٤٠٪ (١٠/٤)	٩٠٪ (١٠/٩)	إقليم جنوب شرق آسيا
٩٠٪ (٤٠/٣٦)	٩٠٪ (٣٠/٢٧)	٦٥٪ (٥٢/٣٤)	٥٦٪ (٢٧/١٥)	٥٠٪ (٢٧/١٨)	٩٦٪ (٥٣/٥١)	الإقليم الأوروبي
٩٢٪ (١٣/١٢)	٨٣٪ (٦/٥)	٥٧٪ (١٤/٨)	٠٪ (٦/٠)	٦٧٪ (٦/٤)	٧٥٪ (١٦/١٢)	إقليم شرق المتوسط
٨٨٪ (١٦/١٤)	١٠٠٪ (٢/٢)	٥٣٪ (١٧/٩)	١٠٠٪ (٢/٢)	٦٧٪ (٣/٢)	٩٠٪ (٢٠/١٨)	إقليم غرب المحيط الهادئ

حسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي

٩٤٪ (٥٣/٥٠)	٨٩٪ (٣٥/٣١)	٦٦٪ (٥٨/٣٨)	٥٢٪ (٣١/١٦)	٦٤٪ (٣٣/٢١)	٩٧٪ (٦٠/٥٨)	البلدان المرتفعة الدخل
٧٦٪ (٢٥/١٩)	٦٧٪ (١٨/١٢)	٥١٪ (٤٥/٢٣)	٢٥٪ (١٦/٤)	٤٧٪ (١٧/٨)	٨٩٪ (٤٧/٤٢)	بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط
٩٣٪ (٢٨/٢٦)	٧٥٪ (٢٤/١٨)	٦٦٪ (٤١/٢٧)	٥٥٪ (٢٢/١٢)	٦٣٪ (٢٤/١٥)	٩١٪ (٤٣/٣٩)	بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط
٩٠٪ (١٠/٩)	٥٦٪ (٩/٥)	٦٥٪ (٢٣/١٥)	٣٨٪ (٨/٣)	٣٨٪ (٨/٣)	٥٨٪ (٢٤/١٤)	البلدان المنخفضة الدخل
٩٠٪ (١١٦/١٠٤)	٧٧٪ (٨٦/٦٦)	٦٢٪ (١٦٧/١٠٣)	٤٥٪ (٧٧/٣٥)	٥٧٪ (٨٢/٤٧)	٨٨٪ (١٧٤/١٥٣)	عالمياً

ملحوظات: أُنشئت البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣. وفيما يتعلق ببعض المؤشرات، قد لا تكون الاستنتاجات التي أُبلغت عنها البلدان المجيبة ممثلة لجميع البلدان في الإقليم، ومن ثم، فقد يلزم تفسير هذه القيم بحذر.

المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

وجود تغيير تقريبًا في تدابير الاعتماد (من ٨٩٪ في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠) (انظر الإطار ٦-١ والجدول ٣-٦).

والهيئات التنظيمية للاتفاق على معايير الاعتماد (٧٧٪). وبالمقارنة مع تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، فإن هذا يمثل زيادة في معايير مؤهلات أعضاء هيئات التدريس (من ٧٧٪)، وعدم

الإطار ٦-١ التحديات القائمة والفرص المتاحة لدعم هيئات التدريس في مجال التمريض والحفاظ عليها

يُبلغ عن نقص في أعضاء هيئات التدريس في مجال التمريض في جميع أنحاء العالم، ويحد هذا النقص من معدلات التحاق الطلاب بمؤسسات تعليم التمريض أو يؤثر على جودة التعليم، ومن ثم، يسهم في نقص أفراد كادر التمريض ويؤدي إلى تحديات أوسع نطاقًا (٢٠٣-٢٠٨). وأوضحت الجمعية الأمريكية لكليات التمريض أن النقص في أعضاء هيئات التدريس والموارد قد تسبب في رفض التحاق ٦٥٧٦٦ متقدمًا مؤهلًا ببرامج للدراسات العليا والبيكالوريا في مجال التمريض في الولايات المتحدة في عام ٢٠٢٣ (٢٠٩).

وقد حددت كندا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة حجم النقص في أعضاء هيئات التدريس في مؤسسات تعليم التمريض لديها، بما في ذلك السمات الديمغرافية المرتبطة بالعمر التي تسهم في هذه المشكلة. وكان من المتوقع أن يتقاعد ثلث أعضاء هيئات التدريس الذين كانوا عُيّنوا في عام ٢٠١٥ في الولايات المتحدة بحلول عام ٢٠٢٥ (٢١٠)؛ وفي كندا كان ٥٢,٨٪ من أعضاء هيئات التدريس أكبر من ٥٠ عامًا و ١٩,٩٪ أكبر من ٦٠ عامًا (٢١١)؛ وفي المملكة المتحدة، كان أكثر من ثلث (٣٧,٦٪) أفراد القوى العاملة الأكاديمية تتراوح أعمارهم بين ٥١ و ٦٠ عامًا (٢١٢). وتشير البيانات إلى وجود تحديات مشتركة في استخدام أعضاء هيئات التدريس بسبب غياب المرتبات التنافسية وعدم وجود مرشدين مؤهلين لأعضاء هيئات التدريس (٢١١-٢١٤). وقد نُفذت عدة استراتيجيات في الولايات المتحدة لتحفيز الممرضات للحصول على درجات الدراسات العليا والانضمام إلى أعضاء هيئات التدريس، ومنها منح قروض منخفضة الفائدة للتسجيل في برامج الدراسات العليا وشطب قروض أعضاء هيئات التدريس (إدارة الموارد والخدمات الصحية)، وتقديم منح حكومية لدعم مدارس وكليات التمريض لزيادة أعداد طلاب التمريض وأعضاء هيئات التدريس، وتقديم منح لتحسين البرامج وتحديث البنى التحتية (مشروع قانون الكونغرس رقم ٣٧٧٠)، وتوفير منح دراسية ممولة من الحكومة (وزارة شؤون المحاربين القدامى) للحصول على درجات البكالوريا والدرجات المتقدمة في مجال التمريض (٢١٥، ٢١٦). ويأتي معظم آليات التمويل هذه مقترنًا بالتزام بالبقاء في الخدمة مدة تتراوح بين سنة وثلاث سنوات. ونجحت أيضًا مبادرات مماثلة بشأن القوى العاملة في مجال التمريض هدفت إلى معالجة النقص في أعضاء هيئات التدريس على مستوى الولايات (٢١٧).

وتتجاوز توقعات أعضاء هيئات التدريس الأكاديميين مجرد التدريس للطلاب لكي تشمل البحث والنشر، وتولي أدوار القيادة والإدارة المؤسسية، وتصميم البرامج وتنفيذها - غالبًا باستخدام وسائل الصحة الرقمية الجديدة والتكنولوجيات الإلكترونية (٢١٨-٢١٩). أما المخاوف الشائعة لدى أعضاء هيئات التدريس، فتشمل ما يلي: القيادة غير الداعمة، وبيئات العمل المشحونة (٢١٤)، وانخفاض الأجور، وحجم العمل غير الواقعي، وعدم التقدير، إلى جانب مسائل شخصية/عائلية (٢٢٢). وقد أثر الرضا الوظيفي والتزام المؤسسة وثقافة مكان العمل الداعمة تأثيرًا إيجابيًا على رضا أعضاء هيئات التدريس عن وظائفهم ومسيراتهم المهنية، وعزمهم على البقاء على رأس العمل (٢١٩، ٢٢٣). وعلى العكس من ذلك، أدى عدم التوازن بين العمل والحياة الشخصية إلى انخفاض مستوى رضا أعضاء هيئات التدريس عن وظائفهم ومسيراتهم المهنية، وزيادة عزمهم على ترك الوظيفة (٢٢١، ٢٢٣-٢٢٥).

وينبغي توفير التوجيه والإرشاد الرسميين والمنظمين لتحسين عملية انتقال أعضاء هيئات التدريس المبتدئين في مجال التمريض إلى البيئة الأكاديمية ودعم توقعاتهم بشأن الأدوار التي يرغبون في أدائها (٢٢١، ٢٢٦-٢٢٨). وسوف تحتاج البرامج الأكاديمية وأعضاء هيئات التدريس إلى الدعم التقني والمالي لدمج تكنولوجيات الصحة الرقمية في جميع مستويات تعليم التمريض، لضمان حصول الممرضات والممرضين على الكفاءات اللازمة لدعم رعاية المرضى وصحة السكان، مثل السجلات الصحية الإلكترونية، والرعاية الصحية عن بُعد، ونظم دعم القرار، وتطبيقات الهواتف المحمولة، والروبوتات، وأدوات الذكاء الاصطناعي، وغيرها (٢٢٩-٢٣٣). ويمكن استخدام البرامج الأكاديمية وأعضاء هيئات التدريس في مجال علوم الحاسبات والهندسة، أو اعتماد أساليب التعلم بين المهن لجلب المعارف المتخصصة الخاصة بالكفاءات الرقمية إلى تعليم التمريض (٢٣٤-٢٣٦).

٩٣. وكانت نسبة البلدان المجيبة التي أفادت بوجود «معايير للتعليم المشترك بين المهن» (٦٢٪) أقل قليلاً من النسبة المذكورة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠ (٧٣٪). وكانت التدابير المتعلقة بإدراج «المحددات الاجتماعية للصحة» و«المساءلة الاجتماعية» في آليات الاعتماد لبرامج التعليم والتدريب في مجال التمريض هي الأقل بنسبة ٥٧٪ و ٤٥٪ في البلدان المجيبة على التوالي. ويجب توخي الحذر عند تفسير النتائج المتعلقة باللوائح والمعايير التعليمية، لأن الإبلاغ الذاتي عن وجود هذه التدابير والسياسات لا يعني التنفيذ الفعلي لها (انظر الإطار ٢-٦).

٩٤. وقد أعد ملخص للبيانات المتعلقة بوجود آليات تنظيم واعتماد برامج التعليم والتدريب في مجال التمريض، مصنفة حسب الإقليم وفئة الدخل (انظر الجدول ٦-٣). وقد أفاد ١٠٠٪ من البلدان المجيبة في إقليم جنوب شرق آسيا و ٦٨٪ فقط من البلدان في إقليم الأمريكتين بوجود معايير لأعضاء هيئات التدريس، لكنها لم تُظهر نمطاً محدداً حسب تصنيف الدخل. وكان الإبلاغ عن وجود آليات الاعتماد أعلى بين البلدان المجيبة في الإقليم الأوروبي (٩٦٪) وكانت أقل معدلاته في الإقليم الأفريقي (٧٨٪)، إلا أن ذلك صاحبه فرق كبير حسب تصنيف الدخل: أفاد ٩٧٪ من البلدان المرتفعة الدخل المجيبة بوجود آليات اعتماد، في حين أفاد بذلك ٥٨٪ فقط من البلدان المنخفضة الدخل.

الإطار ٢-٦ التعليم المشترك بين المهن

يزود التعليم المشترك بين المهن المهنيين الصحيين بالمهارات اللازمة لدمج خبراتهم في إطار متماسك وتعاوني ضمن فرق متعددة التخصصات. وعلى الرغم من أهميته، فإن جهود التعليم المشترك بين المهن غالباً ما تواجه تحديات، وخاصة في تنسيق الجداول الزمنية بين التخصصات، وهو ما قد يجعل التنفيذ عملية معقدة (٢٣٧، ٢٣٨). وقد أظهر هذا النمط من التعليم القائم على المحاكاة نتائج واعدة للغاية، إذ أدى إلى تحسن كبير في ثقافة العمل الجماعي وعزز المواقف الإيجابية بين الطلاب، وهو ما يؤكد فعاليته بوصفه أداة من أدوات التدريب (٢٣٩). ففي جمهورية إيران الإسلامية، أدى التدريب المشترك بين المهن القائم على المحاكاة لطلاب التخدير إلى تحسين المواقف تجاه العمل الجماعي بين المهن، وعزز أيضاً التعاون بين المهنيين الصحيين (٢٣٩). وقد أثر التعليم المشترك بين المهن تأثيراً إيجابياً على الحصائل الصحية في رعاية مرضى السكري، وثقافة أقسام الطوارئ، وشعور المرضى بالرضا، والتعاون في غرف العمليات، وانخفاض معدلات الأخطاء السريرية، وتحسين إدارة الرعاية في حالات العنف المنزلي والرعاية الصحية النفسية (٢٤٠). إلا أن هذا النهج يتطلب أيضاً استثمارات مالية وموارد تكنولوجية كبيرة، وهو ما قد يحد من التوسع في اعتماده (٢٣٧).

وغالباً ما تتسبب المواقف الثقافية والمهارات الشخصية على المستوى الفردي، والديناميكيات الأوسع للمنافسة بين المهن، في إضعاف التماسك بين أعضاء الفريق، الأمر الذي يطرح عوائق كبيرة أمام التعاون بين المهن المختلفة (٢٤١، ٢٤٢). ففي المناطق الريفية في أستراليا، تفاقمت هذه العوائق مع ما صاحبها من تحديات تنظيمية، وهو ما أدى إلى الحد من فعالية التعليم المشترك بين المهن والرعاية المشتركة، وسلط الضوء على ضرورة تحسين التعاون بين مختلف مكونات النظام الصحي (٢٤١). وإضافة إلى ذلك، قد يكتسب كل من المعلمين والطلاب تحيزات ثقافية ومهنية تجاه أدوارهم أو أدوار الآخرين، وهو ما يزيد من درجة التعقيد عند تنفيذ التعليم المشترك بين المهن في برامج التدريب (٢٣٧).

ويشير هذا إلى ضرورة الارتقاء بالآليات لضمان جودة وأهمية التعليم والتدريب في مجال التمريض في هذه البلدان. وقد أُبلغ عن وجود معايير للتعليم المشترك بين المهن في أقل من ثلثي البلدان المجيبة في إقليمي أفريقيا والأمريكيتين، و٧٥٪ من البلدان المنخفضة الدخل و٨٩٪ من البلدان المرتفعة الدخل. ويشكل ذلك فرصة ضائعة لتعليم وتدريب

المرمضات والممرضين بطريقة تؤهلهم لتقديم الرعاية القائمة على الفريق المشتركة بين المهن. وفي حين لم يتسَّ دراسة وجود معايير خاصة بالصحة الرقمية، فقد كان هناك نمو في استخدام الأدوات الرقمية في تعليم التمريض (انظر الإطار ٣-٦).

الإطار ٣-٦ استخدام التكنولوجيا الصحية في تعليم التمريض

أدت جائحة كوفيد-١٩ إلى تسريع التحول نحو التعلم المدعوم بالتكنولوجيا (٢٤٣). وتتواصل الاستفادة من التكنولوجيات، سواء من خلال نظم إدارة التعلم أو على منصات وسائل التواصل الاجتماعي، في جميع مستويات تعليم التمريض (٢٤٤-٢٤٦). ويمكن لبرامج التعلم عبر الإنترنت، إلى جانب الفرص المناسبة للتدريب السريري، أن تعزز تنوع قاعدة الطلاب في برامج التمريض (٢٤٧، ٢٤٨)، وتوفر للطلاب المحتملين في المناطق الريفية إمكانية أفضل للوصول إلى تعليم التمريض (٢٤٩، ٢٥٠).

وعلى الرغم من أن الطلاب وأعضاء هيئات التدريس قد أعربوا عن تقديرهم للتعلم عبر الإنترنت أثناء الجائحة، فقد تحرك تعليم التمريض بعد الجائحة نحو أساليب مختلطة، وهي التي تمزج ما بين الحضور الشخصي والأساليب القائمة على التكنولوجيا، بسبب القيود المفروضة على أساليب التعلم عبر الإنترنت حصراً، وتفضيلات الطلاب وأعضاء هيئات التدريس، والموارد اللازمة لتوفير التعلم عبر الإنترنت، والعوائق التي يواجهها بعض الأشخاص في الوصول إلى أشكال التعليم الرقمية (٢٥١-٢٥٤). وتشمل العوائق التي تحول دون انتشار الأشكال الرقمية لتعليم التمريض محدودية الوصول إلى الإنترنت، ونقص معدات الحوسبة والدعم التقني، وسوء تصميم التكنولوجيات، وغياب المناهج الدراسية الرقمية في مجال الصحة أو محدودية إدراجها في البرامج التعليمية، وتفاوت مستويات المعرفة بالوسائل الرقمية بين الطلاب وأعضاء هيئات التدريس (٢٥٥-٢٥٩). فانخفاض مستويات المعرفة بالوسائل الرقمية بين بعض طلاب التمريض يعوق تعلمهم وتطورهم المهني (٢٦٠، ٢٦١). وأثناء جائحة كوفيد-١٩، عندما تحول التعلم تماماً إلى الإنترنت، تكبد بعض الطلاب تكاليف شخصية للوصول إلى التعلم عبر الإنترنت والمشاركة فيه، وهو ما تطلب منهم تأمين إمكانية الوصول إلى الإنترنت وشراء الأجهزة الرقمية الشخصية (٢٦٢، ٢٦٣).

ويمكن تعزيز التوجيه الشخصي لطلاب التمريض الذين يعيشون في مناطق نائية أو ريفية من خلال تكنولوجيات الهواتف المحمولة والتكنولوجيات الرقمية التي تمكن الطلاب من الوصول إلى الموارد التعليمية الإلكترونية في سياقات العمل السريري (٢٦٤-٢٦٧). وتُعد تقنية المحاكاة الافتراضية بالغة الأهمية، إذ تعتمد على عقد المؤتمرات عن بُعد، وتطبيقات الواقع الافتراضي وغيرها من التكنولوجيات، إلى جانب الأطر التعليمية المرتبطة بها التي تشتمل على سيناريوهات نموذجية للمرضى وأساليب إحاطة موحدة. ويتزايد استخدام المحاكاة الافتراضية في تعليم الطلاب الجامعيين المهارات والكفاءات السريرية الأساسية في السياقات التعليمية، ولا سيما عند محدودية مساحات التدريس المادية ومعدات المحاكاة العالية الدقة وغيرها من الموارد، أو عندما يكون الوصول إلى سياقات العمل السريري أو السياقات الواقعية مقيداً أو متعذراً لأسباب جغرافية، وخاصة في بعض مواقع الرعاية الأولية (٢٦٨-٢٧٢). وقد تكون هذه الأساليب مفيدة أيضاً لبرامج الدراسات العليا أو التعليم المستمر الموجّه للممرضات والممرضين، وخاصة أولئك الذين يسعون إلى الاضطلاع بأدوار متقدمة في الممارسة والقيادة (٢٧٣).

وقد مكّنت الابتكارات الحديثة في أدوات الذكاء الاصطناعي التوليدي بعض أعضاء هيئات التدريس من تطوير روبوتات الدردشة بالذكاء الاصطناعي التي تدعم طلاب التمريض الجامعيين في تنمية المهارات السريرية (٢٧٤، ٢٧٥)، وكذلك من كتابة محتوى متقدم لطلاب الدراسات العليا وأفراد كادر التمريض الممارسين (٢٧٦).

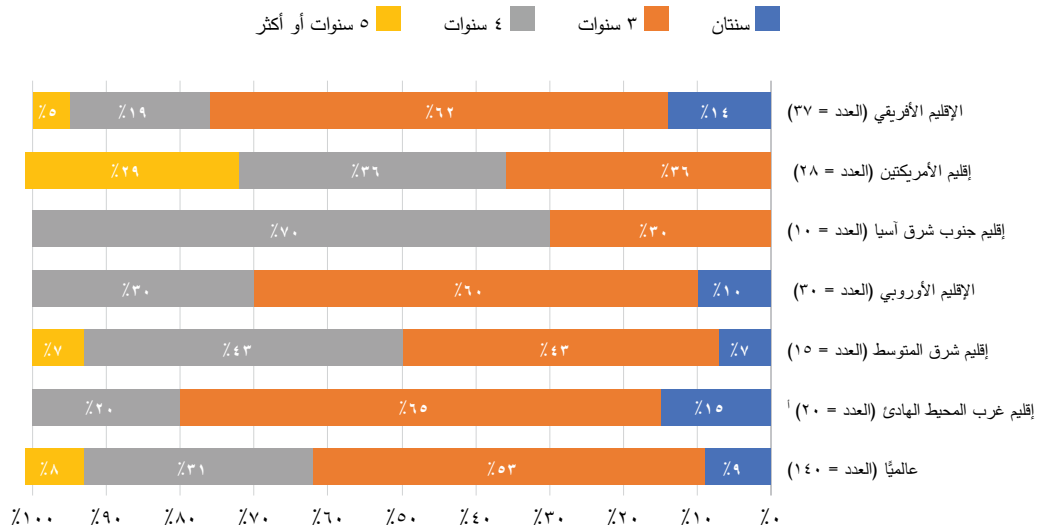
٣-٦ مدة تعليم التمريض قبل الخدمة

٩٥. أبلغت ١٤٠ بلدًا عن بيانات بشأن مدة برامج تعليم التمريض قبل الخدمة لديها (انظر الشكل ٣-٦). وأفادت أغلبية البلدان (٥٣٪) بأن مدة تعليم التمريض تمتد إلى ٣ سنوات، في حين أفادت ٣١٪ من البلدان بوجود برامج مدتها ٤ سنوات، وعليه، فإن ما مجموعه ٨٤٪ من البلدان أفادت بوجود برامج مدتها ٣ أو ٤ سنوات. ولا يمكن عقد مقارنة مباشرة لاستنتاجات عام ٢٠٢٣ بشأن مدة تعليم التمريض مع تلك الواردة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، وذلك لأن بيانات عام ٢٠٢٣ جُمعت لفئتي أفراد كادر التمريض (المهنيين/المهنيات، والمهنيات المعاونات/المهنيين المعاوتين) كل على حدة؛ أما فيما يتعلق بتقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، فقد أبلغ عن هذه البيانات فقط لفئة المهنيين/المهنيات ولأقل من ١٠٠ بلد. ومن المرجح أن تعادل برامج التعليم التي تمتد ثلاث وأربع سنوات في بيانات



طالبات من كلية التمريض بجامعة غرب الإنديز، فرع مونا في جامايكا، يشاركون في زيارة ميدانية.
© س. تشيشولم فورد

الشكل ٣-٦ توزيع البلدان حسب مدة تعليم أفراد كادر التمريض (بالسنوات)، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية



ملحوظة: يتضمن التحليل بيانات عن آخر سنة أبلغ عنها في الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣ من ١٣٩ بلدًا بشأن مدة برامج تعليم وتدريب أفراد كادر التمريض (بالسنوات). ويشير مصطلح أفراد كادر التمريض إلى المهنيين/المهنيين، والمهنيات المعاونات/المهنيين المعاوتين، وأفراد كادر التمريض الذين ليس لهم تعريف آخر.^١ البيانات مبلّغ عنها لأقل من نصف السكان.
المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

عام ٢٠٢٣ درجة الدبلوم الجامعي أو درجة البكالوريوس التي تؤهل للدخول إلى مهنة التمريض. ويتواصل نمو قاعدة البيانات التي تشير إلى منافع الحصول على درجة البكالوريوس في عديد من السياقات – والتحديات الماثلة بهذا الشأن في سياقات أخرى (انظر الإطار ٤-٦).

٩٦. وعلى الصعيد العالمي، أفادت ٩٪ من البلدان بوجود برامج مدتها سنتان، وأفادت ٨٪ من البلدان بوجود برامج مدتها خمس سنوات. وكان إقليمًا غرب المحيط الهادئ وأفريقيا بهما أكبر عدد من البلدان التي أفادت بوجود برامج مدتها ثلاث سنوات (٦٥٪ و ٦٢٪ على التوالي).

الإطار ٤-٦ درجة البكالوريوس في التمريض

يُعد توافر مجموعة متنوعة من مستويات تعليم التمريض في آن واحد أمرًا شائعًا في البلدان على اختلاف فئة الدخل التي تنتمي إليها. ويُعتقد على نطاق واسع أن درجة البكالوريوس تمنح مستوى أعلى من التفكير النقدي والرأي السريري والمهارات القيادية، وهو ما قد يؤدي إلى مجموعة متنوعة من الحاصلات الإيجابية على مستوى المرضى والمرافق وكوادر التمريض، بما في ذلك التحسينات في مقاييس إعادة دخول المستشفيات والوفيات (٢٩، ٢٧٧). ومع ذلك، لا تزال الدراسات المتاحة تأتي من البلدان المرتفعة الدخل، ومن المستشفيات في المقام الأول، وهو الأمر الذي يحد من إمكانية تعميمها على بيئات وسياقات قطرية أخرى.

وخلص مسح وطني إلى أن طلاب بكالوريوس العلوم في التمريض كانوا راضين عن برنامجهم التعليمي، وقالوا إنه وفر لهم «معرفة أعمق وأكثر واقعية»، وكفاءة أكبر في التفكير النقدي والممارسة المسندة بالبيانات والرعاية الشاملة (٢٧٨-٢٨٠). ومع ذلك، تشير البيانات الواردة من بعض البلدان التي أدخلت برنامج بكالوريوس العلوم في التمريض إلى وجود ارتباك لدى أصحاب العمل والجمهور، وغيرهم من المهنيين الصحيين بشأن تمييز المهام التي يضطلع بها أولئك الذين يحملون شهادة أو تعليم على مستوى الدبلوم، وأولئك الذين يحملون بكالوريوس العلوم في التمريض (٢٨١-٢٨٣). وقد يؤدي الارتباك إلى توزيع غير متميز للمهام، وسوء استغلال مهارات أفراد كادر التمريض الذين يحملون درجة بكالوريوس العلوم في التمريض، وعدم وجود فرق في الأجور أو فرص للتقدم الوظيفي، وهو ما يسهم في عدم الرضا، وترك المهنة في نهاية المطاف (٢٢٠، ٢٨٢-٢٨٤). وقد يرتبط ذلك بتدني المكانة الاجتماعية لأفراد كادر التمريض والتصور العام لما يضطلعون به من أعمال، حتى لأولئك الحاصلين على درجة البكالوريوس (٢٢٠، ٢٨٢، ٢٨٣، ٢٨٥).

ويتطلب إدخال برنامج درجة البكالوريوس في مجال التمريض موارد كبيرة (٢١٩، ٢٨٣، ٢٨٦) بسبب متطلبات بيئة التعليم وأعضاء هيئات التدريس وتوافر التدريب السريري المناسب. ويكون لدى أعضاء هيئات التدريس مخاوف، منها الاستعداد والتدريب على أساليب التدريس المبتكرة، ونقص الأجهزة والمرافق التعليمية، وعدم كفاية الدعم الذي يتلقوه في المؤسسة التعليمية والنظام التعليمي (٢١٩). وعدم توافر الأعداد الكافية من أعضاء هيئات التدريس إنما يقيد أعداد الطلاب المقبولين ويضعف جودة التعليم، ويتطلب ذلك بدوره في كثير من الأحيان توظيف أعضاء هيئات تدريس أجانب في مجال التمريض، ومن ثم، إضاعة فرص استكمال الدراسات العليا على أعضاء هيئات التدريس الوطنيين (٢٨٣، ٢٨٥، ٢٨٧). وتقتصر الأدبيات وضع منهج تدريس وطني موحّد بشأن الكفاءات على مستوى البكالوريوس، بما يتماشى مع الاحتياجات الصحية للسكان، والتنسيق بين برامج تعليم التمريض وأصحاب العمل في مجال الصحة والمؤسسات الصحية الحكومية والمتعددة الأطراف والهيئات التنظيمية، وغير ذلك من الشركاء ذوي الصلة من أجل اعتماد البرامج. وتتطلب هذه العمليات أيضًا من أصحاب العمل في قطاع الصحة تمييز الأدوار والمرتبات بناءً على مجموعات المهارات التي يتمتع بها أفراد كادر التمريض، وهو أمر ضروري لزيادة «الطلب» على خريجي بكالوريوس العلوم في التمريض.

وسجل إقليم جنوب شرق آسيا العدد الأكبر من البلدان التي أفادت بوجود برامج مدتها أربع سنوات (٧٠٪)، يليه إقليم شرق المتوسط (٤٣٪). وأفاد أكثر من ربع (٢٩٪) البلدان في إقليم الأمريكتين بأن برنامج التعليم يمتد خمس سنوات، وهو ما قد يعادل برامج الماجستير. وسجل إقليم غرب المحيط الهادئ أعلى نسبة من البلدان (١٥٪) التي

توفر التعليم للممرضات والممرضين في برامج مدتها سنتان، يليه الإقليم الأفريقي بنسبة ١٤٪ من البلدان. وتقترن التقنيات الجديدة المستخدمة في تعليم التمريض، مثل الذكاء الاصطناعي، بإمكانية تحقيق بعض المنافع، ولكنها تحمل أيضًا أسبابًا تدعو لتوخي الحذر (انظر الإطار ٥-٦).

الإطار ٥-٦ الذكاء الاصطناعي في تعليم التمريض

يمكن الاستعانة بأساليب الذكاء الاصطناعي وأدواته في إنشاء موارد تعليمية تفاعلية وقابلة للتكيف لتحسين التعلم، ودعم الطلاب بمهارات الاتصال (ومنها الكتابة)، وتيسير التفكير النقدي، وتعزيز إلمام أعضاء هيئات التدريس والطلاب بالوسائل الرقمية (٢٣٠، ٢٨٨، ٢٨٩). ويمكن دمج الذكاء الاصطناعي في التكنولوجيات التعليمية والإدارية، والأساليب التربوية الرقمية، لتعزيز تقديم المحتوى، وتنشيط مشاركة الطلاب في التدريب التعليمي والسري، وتقديم خدمات دعم مخصصة، وتجارب تعليمية شخصية، وتقديم إشارات للطلاب. ومن شأن اتخاذ خطوات مناسبة لتقليل مخاطر استخدام الطلاب لأدوات الذكاء الاصطناعي في كتابة المهام أن يضمن نزاهة التعليم في مجال التمريض (٢٩٠، ٢٩١).

ويستخدم أعضاء هيئة التدريس أدوات الذكاء الاصطناعي التوليدي لإنشاء موارد تعليمية رقمية (نصوص، ومقاطع صوتية، وصور، ومقاطع فيديو، ورسوم متحركة) لدمجها في المنهج الدراسي للتمريض، من أجل دعم تعلم الطلاب (٢٩٢). ومع ذلك، يحتاج أعضاء هيئات التدريس إلى التدريب والمعدات والموارد (الأكاديمية والسريية) لإدخال أدوات الذكاء الاصطناعي في الممارسة التربوية. ويمكن للذكاء الاصطناعي أيضًا أن يدعم عملية تقييم الطلاب، ولكن يجب موازنه مع التقييمات الأخرى (مثل: الاختبارات السريية المنظمة الموضوعية، والعمل الجماعي، والعروض التقديمية، والمهام التي تتطلب إمعان الفكر) من أجل التقييم الشامل لعملية التعلم. ومن المرجح أن يستخدم المرضى أدوات الذكاء الاصطناعي في الرعاية الصحية، وهو ما يتطلب من الممرضات والممرضين أن يكونوا لديهم دراية بالذكاء الاصطناعي والكفاءة في التعامل معه (٢٩١). ويمكن أن تساعد أطر كفاءة الذكاء الاصطناعي الخاصة بالتعليم التي أعدتها منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (٢٩٣)، والإطار الأخلاقي لمنظمة الصحة العالمية للذكاء الاصطناعي في مجال الصحة (٢٩٤)، على تطبيق أساليب الذكاء الاصطناعي في تعليم التمريض وممارسته. وقد تؤدي الفجوة الرقمية إلى تفاقم عدم الإنصاف في إتاحة أدوات الذكاء الاصطناعي، وهو ما يقلل فرص أعضاء هيئات التدريس والطلاب في الاستفادة من الذكاء الاصطناعي في عملية التعلم (٢٩٥).

أمثلة

- طور أعضاء هيئة التدريس روبوت محادثة لمساعدة طلاب التمريض على اكتساب المعارف والمهارات في مجال إعطاء اللقاحات الولادية، وتحسين التعلم، إلى جانب تعزيز المشاركة والكفاءة الذاتية (٢٧٤).
- وكيل محادثة افتراضي لطلاب التمريض يدعم اتخاذ القرارات السريية وسلامة المرضى. وقد وجد الطلاب محتوى الدردشة الآلية مفيداً وغنياً بالمعلومات في البيانات السريية، ولكنهم اقترحوا إدخال بعض التحسينات على تصميمه وطبيعته وظيفته (٢٧٥).
- ساعدت خوارزمية للتعلم العميق على تدريب الممرضات والممرضين على استخدام مخطط صدى القلب. وقد ساعد هذا الأسلوب على تسريع تشخيص الأمراض من خلال تصوير بالموجات فوق الصوتية يتولى أفراد كادر التمريض تشغيله، وهو الأمر الذي قد يكون ذا قيمة في البيئات المنخفضة الموارد (٢٩٦).
- جرى توليد دراسات حالة للمرضى باستخدام تطبيق تشات جي بي تي، الذي أُصل بدمية، وأتاح ذلك إجراء محادثات مع طلاب التمريض، وجعل سيناريو المحاكاة أكثر تفاعلية واستجابة على نحو يعزز عملية التعلم (٢٩٧).

مواطن قوة الذكاء الاصطناعي ونقاط ضعفه والفرص والتحديات التي ينطوي عليها

- **مواطن القوة:** يستطيع الذكاء الاصطناعي معالجة كميات كبيرة من البيانات (أي نصوص، وصور، ومقاطع صوتية، ومقاطع فيديو) سريعاً، وهو ما يجعل أدوات الذكاء الاصطناعي تستجيب لأعضاء هيئات التدريس والطلاب بمخرجات مكتوبة ومسموعة ومرئية ذات قدر نسبي من الدقة. ويستطيع الذكاء الاصطناعي تعديل استجاباته بمرور الوقت، وإتاحة تجارب تعلم أكثر ملاءمة للاحتياجات الشخصية في الحال (٢٩٨).
- **نقاط الضعف:** اعتماد الذكاء الاصطناعي على بيانات قد تؤدي، إذا كانت رديئة الجودة، إلى مخرجات متحيزة. ويستطيع الذكاء الاصطناعي أيضًا أن يخلط نتائج (تُعرف باسم «الهالوس»)، وهو ما يتطلب من أعضاء هيئات التدريس والطلاب أن ينظروا دائماً بعين الناقد لمخرجات الذكاء الاصطناعي (٢٩٥).
- **الفرص:** إنشاء موارد تعليمية تفاعلية وقابلة للتكيف لتحسين التعلم، ودعم الطلاب بمهارات الاتصال (ومنها الكتابة)، وتيسير التفكير النقدي، وتعزيز إلمام أعضاء هيئات التدريس والطلاب بالوسائل الرقمية (٢٨٨).
- **التحديات:** المخاوف المتعلقة بحقوق النشر والموافقة والخصوصية والانتحال؛ وغياب المساءلة عن مخرجات الذكاء الاصطناعي واستخدامه من جانب أعضاء هيئات التدريس والطلاب في اتخاذ القرارات؛ وخسارة عناصر الإبداع والعاطفة والخبرة البشرية حال الإفراط في استخدام الذكاء الاصطناعي؛ وأتمتة التدريس والتقييم، التي قد تحل محل أعضاء هيئات التدريس ومسؤولي إدارة أو تنظيم التعليم؛ وعدم المساواة الرقمية في الوصول إلى الذكاء الاصطناعي واستخدامه في تعليم التمريض (٢٩٩).



طالب التمريض في جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية يفحص ضغط دم أحد المرضى خلال جلسة تدريب سريري. © منظمة الصحة العالمية/ يوشي شيميزو

← تقديم الخدمات

الاتجاه الاستراتيجي

ملاءمة أعداد خريجات وخريجي التمريض للطلب في النظام الصحي أو تجاوزه، وامتلاكهم المعارف والكفاءات والسلوكيات المطلوبة لتلبية الأولويات الصحية الوطنية.

أهم الاستنتاجات

- عالمياً، أفادت ٩٢٪ من البلدان المجيبة بوجود هيئة تنظيمية مهنية للتمريض، وأظهرت جميع الأقاليم نسباً مئوية مرتفعة في هذا الشأن.
- تُستخدم الامتحانات التي تهدف إلى التأكد من الكفاءة الأولية أو «اللياقة لممارسة المهنة» لدى أفراد كادر التمريض في ٧٦٪ من البلدان المجيبة في جميع أنحاء العالم.
- عالمياً، أفادت ٦٢٪ من البلدان المجيبة بوجود أدوار تمريض الممارسة المتقدمة. وبحسب تصنيف الدخل، سجّلت البلدان المنخفضة الدخل أعلى نسبة لأدوار تمريض الممارسة المتقدمة (٧٤٪)، وهو ما يعكس على الأرجح اتباع استراتيجية لاستغلال مهنيي التمريض الأكثر مهارة في المناطق التي يكون توافر الأطباء فيها محدوداً.
- تُعتبر أدوار تمريض الممارسة المتقدمة أكثر شيوعاً في البلدان المجيبة ذات الكثافة المنخفضة للأطباء، وهو ما يشير إلى أنها قد تمثل استراتيجية لمعالجة التحديات الماثلة أمام إتاحة الخدمات في تلك المناطق.
- عالمياً، أفادت ٥٥٪ من البلدان المجيبة بامتلاكها قوانين أو سياسات تنظم ساعات العمل وظروفه.
- أفادت ٩٤٪ من البلدان المجيبة على مستوى العالم بوجود قوانين أو سياسات تضمن الحد الأدنى للأجور دون وجود فروق جذرية بالملاحظة حسب الإقليم أو فئة الدخل.
- أفادت ٥٩٪ من البلدان المجيبة باتخاذ تدابير لمنع الاعتداءات على العاملين الصحيين. وأفادت البلدان المجيبة في إقليم جنوب شرق آسيا بأعلى نسبة مئوية (٩٠٪)، في حين أفادت البلدان المجيبة في إقليم الأمريكتين بأدنى نسبة مئوية (٣٦٪).
- أفادت ٤٢٪ من البلدان المجيبة بامتلاكها خُزماً لرعاية الصحة النفسية مع وجود تفاوتات كبيرة على صعيد الأقاليم تتراوح بين ٧٤٪ في إقليم شرق المتوسط و ٣١٪ في إقليم الأمريكتين.
- عالمياً، أشارت ٧٨٪ من البلدان المجيبة إلى وجود آليات لتعزيز سلامة العاملين الصحيين. وكانت هذه الآليات متاحة لدى ٨٣٪ من البلدان المرتفعة الدخل المجيبة، مقارنة بنسبة ٧١٪ من البلدان المنخفضة الدخل.
- أفادت ٤٣٪ من البلدان المجيبة بامتلاكها آليات للمكافآت العينية لتعزيز الاحتفاظ بالكوادر في المناطق الريفية، مع تسجيل أعلى نسبة في إقليم غرب المحيط الهادئ (٦٧٪) مقابل ٢٥٪ في إقليم شرق المتوسط.
- تُعد البلدان المرتفعة الدخل الفئة الوحيدة التي تتجاوز أجور المبتدئين فيها ٢٠٠٠ دولار أمريكي شهرياً. وعلى النقيض من ذلك، تقدم البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط وبلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط عموماً أجوراً تقل في الغالب عن ١٠٠٠ دولار أمريكي شهرياً، مع انخفاض كبير في درجة التفاوت داخل هذه الفئات من البلدان. ويستمر هذا التفاوت عند أخذ تعادل القوة الشرائية في الاعتبار.

٩٧. يركز هذا الفصل على مجالين رئيسيين من مجالات

تقديم الخدمات من جانب أفراد كادر التمريض.

ويبحث أولهما، وهو التنظيم المهني لممارسة

التمريض، في وجود هيئات تنظيمية للتمريض، وآليات

لضمان الكفاءة المبدئية والمستمرة لأفراد الكادر،

وتمريض الممارسة المتقدمة. أما المجال الثاني، وهو

ظروف عمل أفراد كادر التمريض، فيتناول وجود

قوانين وسياسات لضمان حماية ودعم أفراد الكادر في

بيئة عملهم، حسبما أفادت البلدان، مع تخصيص قسم

لأجور الممرضات والممرضين.

١-٧ تنظيم ممارسة التمريض

٩٨. تنظيم العاملين الصحيين، ومنهم أفراد كادر

التمريض، أمر ضروري لحماية المصلحة العامة

من خلال ضمان سلامة المرضى، ولكنه قد يسهم

أيضاً، إضافة إلى ذلك، في الأولويات الأوسع للنظام

الصحي، بما في ذلك تعليم المهنيين الصحيين،

وتوزيع العاملين الصحيين، وتخطيط القوى العاملة

وتعبئتها، وإدارة التكاليف ومعالجة التحديات المتعلقة

بالتنقل الدولي للعاملين الصحيين (٣٠٠-٣٠٢)

(انظر الإطار ١-٧).

الإطار ١-٧ التأثيرات المحتملة للتدابير التنظيمية على تنقل أفراد كادر التمريض وتوافرهم

أدت الحاجة إلى توظيف الممرضات والممرضين والاحتفاظ بهم أثناء جائحة كوفيد-١٩ إلى تخفيف المعايير والأنظمة السيادية الخاصة بالتمريض في بعض الأماكن (٣٠٣). وفي حين أن هذا التخفيف المؤقت في قيود تنظيم الهجرة وممارسة التمريض، الذي تقرر غالباً ليعمل أغراضاً معينة، لم يكن المقصود منه أن يستمر إلى الأبد، أو يكون جزءاً من مخطط أكبر لتوحيد المعايير والأنظمة، فإن تقييم أثر هذه الآليات ضروري، إذا ما كانت هناك رغبة للاسترشاد بها في إحداث إصلاحات تنظيمية، أو الشروع في مبادرات لتوحيد الأنظمة والمعايير في المستقبل (٣٠٤-٣٠٦). وكان لأحداث عامة أخرى، مثل خروج بلدان معينة من تكتل اقتصادي يتميز بقدر من التقارب التنظيمي، تأثير معاكس على تدفق الممرضات والممرضين بين مناطق كان بها فيما مضى اعتراف متبادل بالمعايير (٣٠٧، ٣٠٨).

وقد تطورت اتفاقات الاعتراف المتبادل وغيرها من الجهود الرامية إلى توحيد المعايير المنظمة لممارسة التمريض بين المناطق في إقليم جنوب شرق آسيا من خلال رابطة دول جنوب شرق آسيا (آسيان)؛ وفي الاتحاد الأوروبي والمنطقة الاقتصادية الأوروبية من خلال عملية بولونيا؛ وعلى نطاق منطقة البحر الكاريبي من خلال مبادرات الجماعة الكاريبية (٢٩). وتبين الأدبيات المتاحة منذ عام ٢٠٢٠ محاولات مختلفة من جانب البلدان لتعزيز جهود توحيد المعايير من خلال الإصلاح التعليمي وزيادة الاستثمار وتعزيز التنظيم (٢٨٤، ٣٠٩-٣١٦).

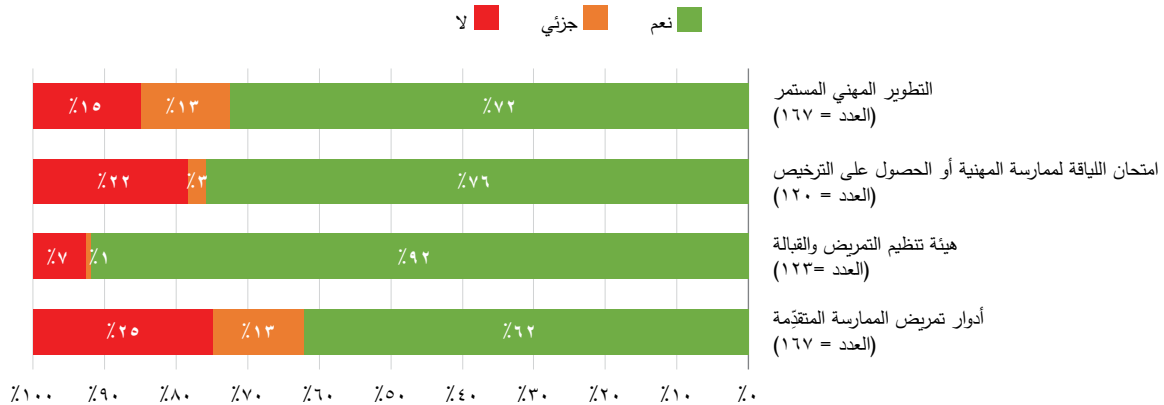
٩٩. تُعرَض البيانات الواردة من البلدان المجيبة عن المؤشرات المتعلقة بوجود هيئة تنظيمية رسمية للمريض، وما إذا كان هناك امتحان لإثبات «اللياقة لممارسة المهنة» أو الحصول على الترخيص، وتطبيق نظام للتطوير المهني المستمر، الذي غالبًا ما يكون مطلوبًا للاحتفاظ بالتسجيل أو الترخيص (انظر الشكل ١-٧ والجدولين ١-٧ و ٢-٧). وقد تناول مؤشر منفصل مدى إبلاغ البلدان عن وجود أدوار تمريض الممارسة المتقدمة.

١٠٠. وعالمياً، أفادت ٩٢٪ من البلدان المجيبة بوجود هيئة تنظيمية مهنية للمريض. وتمتلك جميع الأقاليم نسباً مرتفعة، تتراوح من ١٠٠٪ بين البلدان المجيبة في إقليم جنوب شرق آسيا إلى ٨٥٪ في إقليم شرق

المتوسط. وعلى الرغم من وجود فروق على المستوى الإقليمي، فلا يوجد نمط واضح حسب تصنيف دخل البلدان: فقد سجلت بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط أدنى نسبة بلغت ٧٢٪؛ في حين بلغت النسبة في جميع فئات الدخل الثلاث الأخرى ٩٧٪ أو ١٠٠٪.

١٠١. وتُستخدَم الامتحانات للتأكد من الكفاءة الأولية أو «اللياقة لممارسة المهنة» لدى أفراد كادر التمريض قبل منحهم الترخيص في ٧٦٪ من البلدان المجيبة على الصعيد العالمي. وبلغت هذه النسبة أعلى قيمة لها بين البلدان المجيبة في إقليمي أفريقيا وجنوب شرق آسيا (٨٦٪) و ٨٩٪ على التوالي)، وأدنى قيمة لها في إقليم شرق المتوسط (٥٧٪).

الشكل ١-٧ النسبة المئوية للبلدان المجيبة التي أفادت بوجود جوانب تتعلق بتنظيم المهنة وممارسة التمريض



ملحوظة: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣.
المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

تستمر البيانات الموضوعية في دعم فعالية الرعاية التي يقدمها أفراد كادر التمريض وكفاءتها وجودتها ورضا المرضى عنها

الجدول ٧-١

النسبة المئوية للبلدان المجيبة التي أفادت بوجود تنظيمات متنوعة لمهنة التمريض وجوانب متعلقة بممارسة التمريض (% نعم)، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية

	إقليم غرب المحيط الهادئ	إقليم شرق المتوسط	الإقليم الأوروبي	إقليم جنوب شرق آسيا	إقليم الأمريكتين	الإقليم الأفريقي	
هيئة تنظيم التمريض والقبالة	٩٤% (١٧/١٦)	٨٥% (١٣/١١)	٩٠% (٤١/٣٧)	١٠٠% (٩/٩)	٩٠% (٢١/١٩)	٩٥% (٢٢/٢١)	
امتحان اللياقة لممارسة المهنة أو الحصول على الترخيص	٨٣% (١٨/١٥)	٥٧% (١٤/٨)	٧٤% (٣٩/٢٩)	٨٩% (٩/٨)	٦٨% (١٩/١٣)	٨٦% (٢١/١٨)	
النظم الوطنية للتطوير المهني المستمر	٥٧% (٢١/١٢)	٨٣% (١٢/١٠)	٨٣% (٥٢/٤٣)	٧٠% (١٠/٧)	٦٧% (٣٣/٢٢)	٦٩% (٣٩/٢٧)	
أدوار تمريض الممارسة المتقدمة	٤٧% (٩/٩)	٧١% (١٤/١٠)	٥١% (٥٣/٢٧)	٨٠% (١٠/٨)	٦٤% (٣٣/٢١)	٧٦% (٣٨/٢٩)	

ملحوظات: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣. وتشير الأرقام الموجودة بين قوسين إلى عدد البلدان التي أجابت بـ نعم مقارنة بالعدد الإجمالي للبلدان التي قدمت ردوداً بشأن هذا المؤشر. وفيما يتعلق ببعض المؤشرات، قد لا تكون الاستنتاجات التي أبلغت عنها البلدان المجيبة ممثلة لجميع البلدان في الإقليم، ومن ثم، فقد يلزم توخي الحذر في تفسير هذه القيم. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

الجدول ٧-٢

النسبة المئوية للبلدان المجيبة التي أفادت بوجود تنظيمات متنوعة لمهنة التمريض وجوانب متعلقة بممارسة التمريض (% نعم)، حسب فئة الدخل وفقاً لتصنيف البنك الدولي

	البلدان المنخفضة الدخل	بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط	بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط	البلدان المرتفعة الدخل	
هيئة تنظيم التمريض والقبالة	١٠٠% (١٠/١٠)	٩٧% (٣٠/٢٩)	٧٢% (٢٩/٢١)	٩٨% (٥٤/٥٣)	
امتحان اللياقة لممارسة المهنة أو الحصول على الترخيص	٦٠% (١٠/٦)	٨٧% (٣٠/٢٦)	٦٢% (٢٩/١٨)	٨٠% (٥١/٤١)	
النظم الوطنية للتطوير المهني المستمر	٧٣% (٢٢/١٦)	٧٣% (٤٠/٢٩)	٦٠% (٤٥/٢٧)	٨٢% (٦٠/٤٩)	
أدوار تمريض الممارسة المتقدمة	٧٤% (١٩/١٤)	٦٧% (٤٢/٢٨)	٥٢% (٤٦/٢٤)	٦٣% (٦٠/٣٨)	

ملحوظات: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣. وتشير الأرقام الموجودة بين قوسين إلى عدد البلدان التي أجابت بـ نعم مقارنة بالعدد الإجمالي للبلدان التي قدمت ردوداً بشأن هذا المؤشر. وفيما يتعلق ببعض المؤشرات، قد لا تكون الاستنتاجات التي أبلغت عنها البلدان المجيبة ممثلة لجميع البلدان في الإقليم، ومن ثم، فقد يلزم توخي الحذر في تفسير هذه القيم. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

١٠٢. وبحسب تصنيف دخل البلدان، أفادت بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط بأعلى نسبة لاستخدام امتحانات مُنح التراخيص (٨٧٪)، في حين أفادت البلدان المنخفضة الدخل بأدنى نسبة (٦٠٪). وفي

بعض البلدان، تُعتبر خطوة إجراء امتحان للحصول على الترخيص بمنزلة بداية لفرصة إنشاء مُعرّف فريد لكل ممرضة وممرض للاحتفاظ به طوال فترة تسجيله (انظر الإطار ٧-٢).

الإطار ٧-٢ نظام المُعرّف الفريد للأفراد كادر التمريض

من الممكن أن يكون نظام المُعرّف الفريد لأفراد كادر التمريض مفيداً في تخطيط القوى العاملة الصحية وإدارتها، وذلك من خلال تتبع ترخيص أفراد الكادر وتخصيصهم وتوزيعهم في مختلف الأقاليم، وهو ما يتيح المتابعة الآتية لأفراد الكادر المتاحين في فترة ما، ومن ثم، يساعد السلطات على إعادة تعيين الموارد سريعاً أثناء حالات الطوارئ الصحية العامة ومعالجة الفجوات في التغطية (٣١٧).

ففي الولايات المتحدة، يُمنح المُعرّف الفريد الخاص بأفراد كادر التمريض، الذي يصدر عن المجلس الوطني لهيئات التمريض في الولايات، عند تسجيل الطالب لامتحان الترخيص الوطني. ويُخزّن على هيئة حقل رئيسي في نظام التحقق من أفراد كادر التمريض (@Nursys)، ويتيح ذلك للجمهور وأصحاب العمل وأفراد الكادر أنفسهم الحصول على تقارير آتية عن حالة الترخيص الخاصة بهم في مختلف الأماكن في صورة تقرير واحد. ويوجد نظام طوعي تكميلي، يُعرّف باسم eNotify، يُرسل تنكيرات للممرضات والممرضين في الوقت المناسب بشأن متطلبات إعادة الترخيص أو التغييرات التي تطرأ على ترخيصهم، وهو ما يضمن توافر معلومات محدّثة عن القوى العاملة (٣١٨، ٣١٩).

وفي الهند، أنشأ مجلس التمريض الهندي نظام تسجيل الممرضات والممرضين وتتبعهم لأغراض مماثلة. وهذا النظام مُدمج في منظومة معلومات الأرقام التعريفية الفريدة التي تصدرها الحكومة الهندية (Aadhaar) لأفراد كادر التمريض (على غرار رقم التأمين الاجتماعي)، ويجري من خلالها ضمان عدم تكرار تسجيل الممرضات والممرضين. ويحتفظ النظام بسجل قابل للتعديل لأفراد كادر التمريض الهنديين المؤهلين الذين يعملون داخل البلاد وخارجها (٣٢٠).

ويمكن لمثل هذه النظم أيضاً أن تدعم التنبؤ بالقوى العاملة، من خلال إتاحة إمكانية تتبع المسارات المهنية لأفراد كادر التمريض على المدى الطويل، بما في ذلك انتقالهم من مرحلة الدراسة إلى الممارسة، والتخصص، والسياقات التي يمارسون فيها المهنة (٣٢١). ويمكن أن تساعد هذه المعلومات على تحديد الاحتياجات التعليمية المستمرة، وتخطيط القدرات، والمبادرة بمعالجة النقص في القوى العاملة. ويؤدي دمج المُعرّف الفريد للممرضات والممرضين في السجلات الإلكترونية للمرضى إلى توفير بيانات التدخل التمريضي في مسارات تعافي المرضى والالتزام بالرعاية على الوجه الأكمل (٣١٧). ومن الممكن أن يسهم المُعرّف الفريد العالمي لأفراد كادر التمريض في تحسين القدرة على تقييم فعالية مبادرات تطوير القوى العاملة وتأثير الاستراتيجيات الموجهة بشأن استخدام أفراد الكادر والاحتفاظ بهم (٨٢).

١٠٣. واشتراط تقديم إثبات على التطوير المهني المستمر أو التعليم المستمر هو آلية تنظيمية تستخدمها ٧٢٪ من البلدان المجيبة على مستوى العالم. فقد أفاد إقليم شرق المتوسط، الذي أبلغ عن أقل عدد من البلدان التي تستخدم امتحاناً لمنح الترخيص لتقييم الكفاءة المبدئية، بامتلاكه أعلى نسبة من البلدان (٨٣٪)، إلى جانب الإقليم الأوروبي) التي تستخدم التطوير المهني المستمر لضمان استمرار الكفاءة. ولم يوجد نمط واضح حسب تصنيف دخل البلدان: فسجلت البلدان المرتفعة الدخل أعلى نسبة (٨٢٪)، بينما سجلت بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط أدنى نسبة (٦٠٪). وفي حين أن غالبية البلدان

في جميع الأقاليم تمتلك نُظماً للتطوير المهني المستمر، فإن هذه البيانات لا توضح محتوى التطوير المهني المستمر، أو ما إذا ما كان النظام معتمداً أو مضموناً بشكل من الأشكال فيما يتعلق بملاءمته لسياق البلد أو الكفاءات المستمرة المطلوب توافرها في الممرضات والممرضين في بيئة معينة من بيانات تقديم الخدمات الصحية. ومن الناحية المثالية، سيدعم التطوير المهني المستمر الكفاءات الأساسية لأفراد كادر التمريض، بما في ذلك الأدوار الموسّعة في بيانات تقديم الخدمات الصحية التي تخدم السكان الأطول عمراً الذين يعانون من حالات صحية معقّدة ومزمنة (انظر الإطار ٧-٣).

الإطار ٧-٣ نماذج التعلّم الرقمي لتنمية مهارات أفراد كادر التمريض وإكسابهم مهارات جديدة

يواجه القائمون على تخطيط النظم الصحية ضغوطاً متزايدة لتنمية مهارات أفراد كادر التمريض وإكسابهم مهارات جديدة، سعياً إلى تلبية الاحتياجات التي تتزايد تعقيداً فيما يتعلق بإدارة صحة السكان في جميع أنحاء العالم. وتكتسب نماذج التعلّم الرقمي الجديدة -التي تركز على الدورات التدريبية القصيرة، والشهادات المصغرة، والشارات الرقمية، والشهادات النظامية- زخماً باعتبارها مسارات مرنة ويسهل الوصول إليها من أجل التطوير المهني. ويمكن أن تعطل هذه النماذج البرامج التعليمية القائمة في إطار التعليم المستمر، وتعيد رسم ملامح السبل التي ينتهجها أفراد كادر التمريض لاكتساب الكفاءات وإثباتها، وخاصة في البلدان ذات الموارد المنخفضة التي تقل فيها إمكانية الوصول إلى نماذج التعليم المستمر التقليدية.

الوصول إلى تعليم تمريض الممارسة المتقدمة في العصر الرقمي

يمكن تعزيز التعلّم أثناء العمل الذي يتيح تقديم رعاية أكثر تخصصاً من خلال برامج الشهادات المصغرة - أي برامج الدورات التدريبية القصيرة والشهادات النظامية (الشهادة النظامية تشبه المؤهل، ولكنها تتحقق من خلال شهادات مصغرة عديدة ضمن موضوعات أوسع نطاقاً) (٣٢٢). ويمكن لأفراد كادر التمريض الحصول على شهادات مصغرة -شهادات صغيرة مرنة وتراكمية- تؤثّق مجموعة محددة من المعارف والمهارات والكفاءات. ويمكن الحصول على هذه الشهادات المصغرة بوتيرة أسرع وبقدرة من التركيز الموجّه لتلبية احتياجات معينة. ويمكن أن تساعد الشهادات المصغرة أيضاً في إعداد الممرضات والممرضين للحصول على شهادات نظامية أوسع نطاقاً في مجالات دراسية أعم وأشمل، مثل رعاية إعادة التأهيل. وتتيح الشهادات الرقمية المصغرة للممرضات والممرضين توثيق ما تعلموه أثناء العمل (٣٢٣). وسوف يحقق أفراد كادر التمريض الذين يقدمون رعاية متقدمة، ولكنهم يفتقرون إلى المؤهلات الرسمية، استفادة كبيرة من مسارات التعلم الرسمية المتقدمة من خلال برامج الشهادات المصغرة، ومن الاعتراف بالإنجاز التعليمي الذي تتيحه الشارات الرقمية والشهادات المصغرة.

وتمثل الشارات الرقمية إصدارات مرئية تؤثّق المعارف أو المهارات أو الكفاءات، وهي عنصر أساسي من عناصر هذه المنظومة. وتوفر هذه الشارات وسيلة مباشرة ومعترف بها يستطيع أفراد كادر التمريض من خلالها إظهار خبراتهم وكفاءاتهم لأصحاب العمل والأقران والأجهزة التنظيمية. ويمكن أيضاً نشر الشارات الرقمية على وسائل التواصل الاجتماعي والشبكات المهنية وتضمينها في البَيّنر الذاتية الرقمية، وهو ما يعزز بدوره التنقل الوظيفي، ويساعد أصحاب العمل على تحديد المرشحين المناسبين سريعاً.

المناافع التي تتيحها الشهادات المصغرة الرقمية للممارسة المتقدمة

تتميز الشهادات المصغرة الرقمية بإمكانية إحداث أثر إيجابي في ممارسات التمريض العالمية من خلال تحسين التنقل عبر الحدود وسد الفجوات في كفاءة العاملين الصحيين، لتلبية التوقعات الواردة في معايير التدريب والأطر التنظيمية (٣٢٤). والدورات التدريبية القصيرة والشهادات المصغرة والنظامية والشارات الرقمية ليست مجرد أدوات لتنمية المهارات؛ ولكنها أيضاً أدوات تساعد على إكساب أفراد كادر التمريض مهارات جديدة في ظل تغير متطلبات الرعاية الصحية. وعلاوة على ذلك، ففي الحالات التي يكون فيها تقييم الإنجاز التعليمي، الذي يؤدي إلى منح الشارة أو الشهادة المصغرة، مرتبطاً بإثبات المعارف و/ أو المهارات و/ أو الكفاءات التي يمكن اكتسابها من خلال التعلّم النظامي والتعلّم في سياقات العمل والتعلّم غير النظامي، فإن ذلك يتيح الاعتراف بكفاءات الممرضات والممرضين التي اكتسبوها عبر التعلّم أثناء العمل (٣٢٥).

مستقبل تهيم عليه الشهادات الرقمية المصغرة التي يسهل الوصول إليها ومشاركتها

سيكون للتعلّم المفضي إلى الحصول على شهادات مصغرة وشارات رقمية دورٌ حاسم في إعداد الممرضات والممرضين للعمل في النظم الصحية في المستقبل (٣٢٦). ومع تحوّل نماذج تقديم الخدمات الصحية نحو الرعاية المستندة إلى القيمة وإدارة صحة السكان، قد يحتاج أفراد كادر التمريض إلى اكتساب مهارات، مثلاً، في مجالي تحليل البيانات والرعاية الصحية عن بُعد، ومراقبة المرضى عن بُعد. ويمكن لمنصات الدورات التدريبية القصيرة أن توفر تدريباً سريعاً في هذه المجالات، بينما تؤثّق الشهادات المصغرة الرقمية والشهادات النظامية خبرات أفراد الكادر.

وتسهم الشهادات المصغرة، والدورات التدريبية القصيرة، والشهادات النظامية، والشارات الرقمية في تعزيز نماذج التعليم التقليدية للممرضات والممرضين. فمع تطور نظم الرعاية الصحية، ستساعد الشهادات الرقمية على ضمان تأهيل أفراد كادر التمريض لمواجهة التحديات التي تتزايد تعقيداً فيما يتعلق بإدارة صحة السكان.

١٠٤. ولا تزال البيّنات الموضوعية تدعم فعالية الرعاية التي يقدمها أفراد كادر التمريض وكفاءتها وجودتها ورضا المرضى عنها (٣٢٧). فعلى الصعيد العالمي، يوجد اتجاه نحو توسيع الأدوار التي يضطلع بها أفراد كادر التمريض، ومنها أدوار في النماذج التي تهدف إلى تحسين إسهامات أفراد الكادر في "أدوار تمريض الممارسة المتقدّمة" والرعاية المتخصصة (٨٨). ويمكن رؤية اتجاهات مماثلة في البيّنات في مجال العيادات التي تقودها الممرضات والممرضون وتمريض الممارسة المتقدّمة (٣٢٨-٣٣٠). ومع إقدام البلدان على توزيع الممرضات والممرضين في الرعاية المتقدمة والتخصصية، الأمر الذي يتطلب زيادة القدرات التقنية والعلمية وتلك المتعلقة بالممارسة المستقلة، يمكن استخدام شهادات التخصص في توحيد متطلبات الدور، بما في ذلك تقييم الكفاءة المبدئية والمستمرة. وعلى الرغم من شيوع شهادات التخصص في الولايات المتحدة وتزايدها في عدد قليل من البلدان الأخرى المرتفعة الدخل الناطقة باللغة الإنكليزية، فإن البيّنات على تأثيرها غير متوافرة، وتشير إلى أن التقييمات على مستوى النظم الصحية لا بد أن تحدد ما إذا كان من المرجح أن تسهم شهادات التمريض المتخصص في تحقيق أهداف الرعاية الشاملة للأشخاص المتعاشين مع أمراض متعددة (٣٣١).

١٠٥. وأفراد كادر التمريض العاملون في تمريض الممارسة المتقدّمة هم ممرضات وممرضون حاصلون على تدريب متقدّم، عادةً على مستوى درجة الماجستير، ويتمتعون بنطاق أوسع من الممارسة، مقارنة بأفراد كادر التمريض المسجلين، وغالبًا ما تشمل مهامهم صلاحية إجراء التشخيص، ووصف الأدوية، وطلب الفحوص التشخيصية،

والشروع في الإحالات، وإدخال المرضى إلى المستشفى وصرفهم منه، وغير ذلك من الخدمات (٣٣٢). والألقاب المهنية الأكثر شيوعًا هي: ممرضات وممرضو الممارسة المتقدّمة، وأفراد كادر التمريض الممارسون، ومتخصصات ومتخصصو التمريض السريري (٣٣٣، ٣٣٤) (انظر الإطار ٧-٤).

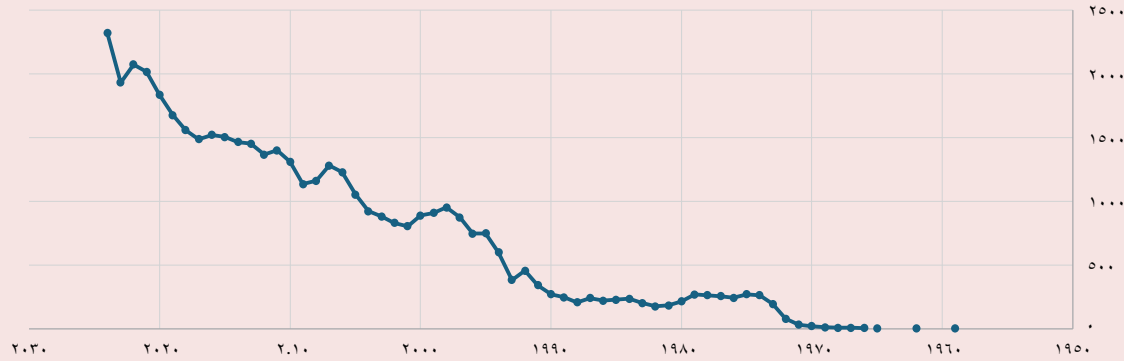


فلايا نودي تعرض الجهاز اللوحي المستخدم في التسجيل الرقمي للبيانات الصحية في عيادة السكك الحديدية الصحية في كيسومو، كينيا. © منظمة الصحة العالمية/ جينا برينت

الإطار ٧-٤ تمريض الممارسة المتقدمة

تتوافر مجموعة متزايدة من البيانات الموضوعية التي تؤكد فعالية أدوار أفراد كادر التمريض العاملين في الممارسة المتقدمة في تحسين جودة الرعاية، والحصائل الصحية للمرضى ومدى رضاهم، وتعزيز نماذج الممارسة التعاونية، وتقديم خدمات متخصصة في مختلف السياقات، ولفئات المرضى ومستويات حدة المرض المختلفة (٣٢٩، ٣٣٥-٣٣٨). وقد تزايد الاهتمام العلمي بتمريض الممارسة المتقدمة سريعاً منذ تسعينيات القرن العشرين، على الرغم من هيمنة أدبيات البيانات التي ألفتها البلدان المرتفعة الدخل الناطقة باللغة الإنكليزية والتي تسلط الضوء على تجاربها (انظر الشكل ٧-٢-أ). وفي حين أن كثيراً من الأبحاث المستندة إلى الحصائل قد تركزت في البلدان التي عملت فيها ممرضات وممرضو الممارسة المتقدمة فترات أطول، ثمة بيانات إضافية تشير إلى أن هذه الفئة من أفراد كادر التمريض تسهم إسهاماً كبيراً في تحسين فرص الحصول على الرعاية، ولا سيما في المناطق التي تعاني من نقص الخدمات، التي تكون ممرضات وممرضو الممارسة المتقدمة فيها غالباً هم مقدمي الرعاية الأولية، ويعملون على سد الفجوات الحاصلة في تقديم الخدمات الصحية واستمراريتها وجودتها، فضلاً عن درجة الرضا لدى المرضى (٣٣٩-٣٤٦).

الشكل ٧ ٢-أ الأبحاث المنشورة بشأن الممارسة المتقدمة حسب سنة النشر



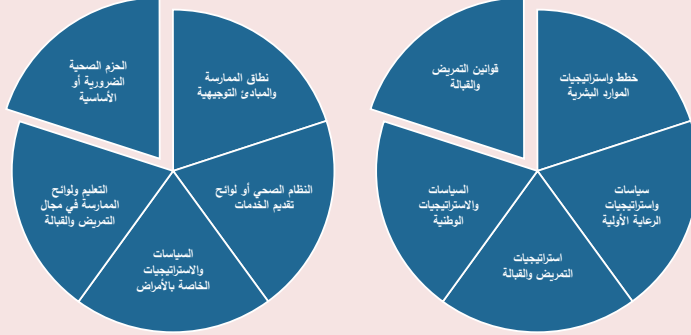
المصدر: بحث في قاعدة بيانات سكوبس في ٩ آذار/ مارس ٢٠٢٥ «(عنوان-ملخص-كلمات مفتاحية ((ممرضات وممرضو الممارسة المتقدمة*» أو «قابلة/ ممرضة معتمدة» أو «أفراد كادر التمريض الممارسون» أو «أفراد كادر التمريض السريريون المتخصصون» أو «ممرضة تخدير مسجلة معتمدة»)) سنوات البحث: ١٩٥٠-٢٠٢٤؛ النتائج: ٤٥٤٧١ مقالة.

وقد تمتلك البلدان أسباباً مختلفة لتنفيذ أدوار تمريض الممارسة المتقدمة: فقد خلصت دراسة إلى أن البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط قد طورت هذا الدور لرعاية الفئات السكانية التي تعاني من نقص الخدمات، في حين أن كثيراً من البلدان المرتفعة الدخل قد فعلت ذلك بقصد تعويض النقص في الأطباء أو الرعاية المتخصصة (٣٤٧). وقد تضمنت المبادئ التوجيهية للمجلس الدولي للممرضات والممرضين متطلبات مقترحة لإصدار تشريعات بشأن أفراد كادر التمريض العاملين في الممارسة المتقدمة، وتعليمهم، وتنظيم شؤونهم (اللقب المهني، والمؤهلات الدراسية، ونطاق الممارسة)، ومعايير ممارستهم (٣٣٢). ومع ذلك، يوجد تباين كبير في هذه المجالات في جميع أنحاء العالم (٣٣٤، ٣٤٣، ٣٤٨)، ومراحل متفاوتة من التطور فيما يتعلق بأدوار تمريض الممارسة المتقدمة، من بلدان ليس فيها اعتراف رسمي بأدوار تمريض الممارسة المتقدمة، إلى مناطق ترسخت فيها هذه الأدوار (٣٣٤، ٣٤٩).

وتشمل الجوانب الرئيسية لتطوير وتنفيذ أدوار تمريض الممارسة المتقدمة الدعم الواضح من جانب الحكومة للاستعانة بهؤلاء الممارسين في تلبية الاحتياجات الصحية، وترسيخ هذا المستوى من الممارسة في التشريعات أو الأنظمة. وتوجد مجموعة متنوعة من الوسائل التشريعية والسياساتية، التي يمكن من خلالها تسهيل إرساء أدوار تمريض الممارسة المتقدمة، ومنها السياسات والاستراتيجيات الصحية الوطنية، وسياسات الرعاية الأولية، وخطط الموارد البشرية من أجل الصحة، وقوانين التمريض والقبالة (انظر الشكل ٧-٢-ب) (٣٥٠-٣٥٤). ولا توفر هذه السياسات مسازاً لإدخال أدوار تمريض الممارسة المتقدمة من أجل تحقيق أولويات النظم الصحية فحسب، بل إنها توفر أيضاً أساساً للاعتراف بهذه الأدوار وتوسيع نطاقها، وهو ما يضمن تجهيز أفراد كادر التمريض لتلبية الاحتياجات الصحية المعقدة.

وبعد ترسيخ أدوار تمريض الممارسة المتقدمة في التشريعات والسياسات، يكون توفير إطار تنظيمي قوي أمراً ضرورياً لتوحيد الممارسات وضمان جودة الرعاية (٣٥٢، ٣٥٥-٣٥٩). ولم تزل بلدان عديدة من التي اعتمدت أدوار تمريض الممارسة المتقدمة بحاجة إلى إدخال

الشكل ٧ ٢-ب مشهد التشريعات والسياسات الذي يسهم في تقييم مرحلة تطوير تمريض الممارسة المتقدمة



تحسينات على الأنظمة التي ترمي إلى توحيد الممارسات، وخاصة فيما يتعلق بتحديد نطاق الممارسة والحفاظ على الكفاءة (١٠٢، ٣٦٠). وتشمل الجوانب الرئيسية الأخرى البرامج التعليمية الموحدة، وأطر الكفاءات القابلة للتكيف مع السياق المحلي، وتقييماً لتأثير هذه الأدوار وإقامة الدليل عليه. وتستطيع المناطق التي لديها مجموعة محددة جيداً من أدوار تمريض الممارسة المتقدمة، وأنظمة راسخة في هذا الإطار، ونطاق واضح للممارسة، أن تدمج هذه الأدوار بصورة فعالة في نظمها الصحية وإظهار إمكانات ممرضات وممرضي الممارسة المتقدمة في تحسين تقديم الرعاية الصحية والحصائل الصحية (٣٣٠، ٣٦١).

على غرار وجود مجموعة متنوعة من الوسائل التشريعية والسياساتية التي يمكن من خلالها دمج أدوار تمريض الممارسة المتقدمة، توجد مجموعة متنوعة من الأدوات التنظيمية التي يمكن استخدامها للنهوض بهذه الأدوار وتعزيزها، بدءاً بقانون الصحة العامة الواسع النطاق، وانتهاءً بالتشريعات الخاصة بالتمريض ونماذج منح الشهادات المهنية (٣٥٢، ٣٥٣، ٣٥٨، ٣٦٢) (انظر الشكل ٧-٢ ج). وسوف يزيد مستوى قبول هذه الأدوار والاستعانة بها من خلال مناصرة السياسات واللوائح الداعمة التي تمكن من تحقيق النطاق الكامل لتمريض الممارسة المتقدمة، إلى جانب الجهود المبذولة لتعزيز الوعي العام وفهم أدوار هذا النوع من الممارسة (٣٦٣). ونقترح الجهود المبذولة لتعزيز أدوار تمريض الممارسة المتقدمة في بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط والبلدان المنخفضة الدخل التأكد أولاً من أن البلدان لديها قوى عاملة صحية واحتياج واضح لهذه الأدوار، ويجب أن يتوافر الدعم من أصحاب المصلحة الرئيسيين في البلاد في مجالات التعليم ووضع السياسات والتنظيم، فضلاً عن وجود نهج منظم وتشاركي ومسند بالبيّنات (٣٦٣-٣٦٦).

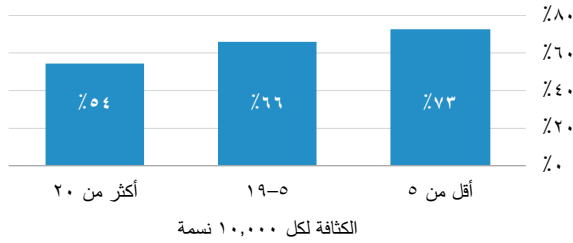
الشكل ٧ ٢-ج: الأدوات التنظيمية التي يمكن استخدامها لتعزيز تطوير مرحلة تمريض الممارسة المتقدمة

ويشكّل تمريض الممارسة المتقدمة استراتيجية قوية لمواجهة التحديات الصحية العالمية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وعلى الرغم من تحقيق تقدّم كبير في بلدان عديدة، لا يزال هناك تباين في تطوير الممارسة وتنفيذها بين أنحاء العالم المختلفة. وتتطلب الخطوات المستقبلية بذل جهود تعاونية لتعزيز قاعدة البيّنات، ومعالجة العوائق، وتعزيز بيّنات السياسات الداعمة. وبالاستفادة من مهارات وخبرات ممرضات وممرضي الممارسة المتقدمة، يمكن للنظم الصحية تحسين إمكانية الوصول إلى الرعاية الجيدة، وتعزيز الحصائل الصحية، وبناء قوى عاملة صحية أكثر قدرة على الصمود والاستجابة (٣٦٧، ٣٦٨).



التمريض في العالم ٢٠٢٠، فإن أدوار ممرضات وممرضي الممارسة المتقدمة أكثر شيوعاً في البلدان ذات الكثافة المنخفضة للأطباء، وقد يشير ذلك إلى اتباع استراتيجية لمواجهة التحديات الماثلة أمام إتاحة الرعاية الصحية في تلك المناطق (انظر الشكل ٣-٧).

الشكل ٣-٧ النسبة المئوية للبلدان المجيبة التي تُستخدم فيها أدوار تمريض الممارسة المتقدمة حسب مستوى كثافة الأطباء لكل ١٠,٠٠٠ نسمة



ملحوظة: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

١٠٦. وعالمياً، أفادت ٦٢٪ من البلدان المجيبة بوجود أدوار تمريض الممارسة المتقدمة، أي زيادة على النسبة الواردة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، التي بلغت ٥٣٪. وأشارت ١٣٪ من البلدان المجيبة إلى أنها أنشأت دور تمريض الممارسة المتقدمة "جزئياً". وسجل إقليم جنوب شرق آسيا وأفريقيا أعلى نسبتي من البلدان التي أبلغت عن وجود أدوار تمريض الممارسة المتقدمة فيها (٨٠٪ و ٧٦٪ على التوالي). وسجل إقليم غرب المحيط الهادئ أدنى نسبة (٤٧٪)، وهو ما يشير إلى إمكانية مواصلة تطوير هذه الأدوار لتحسين تقديم الخدمات الصحية (انظر الإطار ٥-٧).

١٠٧. وحسب تصنيف الدخل، تضم فئة البلدان المنخفضة الدخل أعلى نسبة من البلدان التي أبلغت عن وجود أدوار تمريض الممارسة المتقدمة بها (٧٤٪)، وهو ما قد يعكس اتباعها استراتيجية لتعزيز الاستعانة بمهنيي التمريض ذوي المهارات الكبرى في السياقات التي يكون توافر الأطباء فيها محدوداً. وعلى غرار الاستنتاجات التي خرج بها تقرير حالة

الإطار ٥-٧ تولّي أفراد كادر التمريض التدبير العلاجي الفعال للأمراض غير السارية في تونغ



ممرضة في زيارة منزلية في تونغ تقيس ضغط الدم لدى أحد المرضى في إطار خدمات التوعية بالأمراض غير السارية. © ستانفورد ماهاينغانو

تصدت تونغ للعبء المتزايد الذي تشكّله الأمراض غير السارية على الصحة العامة، من خلال اعتماد تغييرات شاملة في السياسات والنظم وتقديم الخدمات. وكان أحد المكونات الرئيسية في استراتيجيتها هو استحداث دبلوم متقدم في التمريض، بهدف الوقاية من الأمراض غير السارية واكتشافها والتدبير العلاجي لها، وتخرّج في البرنامج ٢٠ ممرضة وممرضاً متخصصون في الأمراض غير السارية في عام ٢٠١٤ (٣٦٩-٣٧١).

وقد استُحدث برنامج للتوعية بالأمراض غير السارية، تشارك فيه فرق متعددة التخصصات لفرز الحالات وتقديم خدمات الرعاية والإحالة؛ وانصبّ تركيز البرنامج في المقام الأول على مرض السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب الروماتيزمية.

وركز تقييم أجري في عام ٢٠١٥ (٣٧٢) على تقديم الخدمات، وخلص إلى وجود زيادة كبيرة جداً في الأعداد المكتشفة من مرضى الأمراض غير السارية، وفي التدبير العلاجي لحالاتهم ودعمهم. والأهم من ذلك، أن أفراد المجتمعات المحلية كانت آراؤهم إيجابية فيما يتعلق بسهولة وصولهم إلى الرعاية والاعتناء بهم من جانب طواقم التمريض. وإحراز النجاح في هذا الأمر، كان على الممرضات والممرضين المتخصصين في الأمراض غير السارية أن يعملوا بأقصى جهد يتطلبه دورهم، بما يشمل رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة، الذي يتطلب تدابير محددة. وكان من بين التحديات عدم الإنصاف في تخصيص الموارد. وللاستفادة من هذه التجربة الإيجابية والبناء عليها، وضعت تونغ خطة عمل للأمراض غير السارية ٢٠٢٣-٢٠٢٥ (٣٧٠)، تتضمن خطة لتدريب مجموعة تالية من الممرضات والممرضين المتخصصين في الأمراض غير السارية سعياً إلى تحسين الحاصلات الصحية للسكان، وسوف تتطلب الخطة استثمارات مستدامة من أجل توفير التعليم الجيد في مجال التمريض.

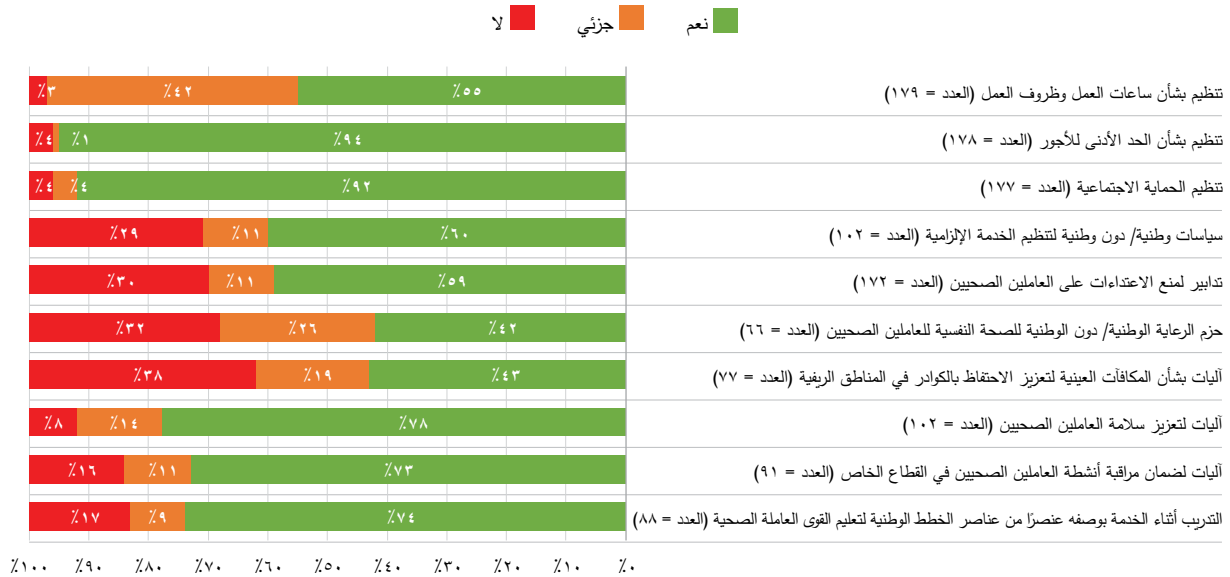
٢-٧ ظروف العمل

١٠٨. لطالما عملت الأمم المتحدة ومنظمة العمل الدولية على تعزيز جدول أعمال العمل اللائق، والسعي إلى خلق أماكن عمل آمنة وشاملة للجميع وتحترم الحقوق في كل بلد، والدعوة إلى توفير فرص عمل في جميع أنحاء العالم تضمن لهم الأجور العادلة وظروف العمل الآمنة والحماية الاجتماعية والحق في التنظيم. ويبحث هذا القسم في وجود قوانين أو سياسات وطنية أو دون وطنية تتعلق بمختلف جوانب ظروف العمل، وتُقدّم الإجابات بصيغة نعم/ جزئياً/ لا، مع ملاحظة أن الإبلاغ الذاتي عن وجود هذه التدابير لا يعني بالضرورة تنفيذها (انظر

الشكل ٧-٤ والجدولين ٧-٣ و٧-٤). ويمكن الاطلاع على معدل الردود المقدمة بشأن جميع المؤشرات في الملحق ٤.

١٠٩. ويتفاوت مدى وجود قوانين وسياسات وطنية أو دون وطنية بشأن ظروف العمل، حسب التقارير، تفاوتاً كبيراً، اعتماداً على موضوع القانون أو السياسة، ويُنفذ بعضها على نطاق واسع، ولا يُنفذ البعض الآخر إلا في عدد قليل من البلدان (انظر الشكل ٧-٤). وأفادت ٥٥٪ من البلدان المجيبة بوجود قوانين أو سياسات لحماية العاملين في مجال الصحة من ساعات العمل المفرطة أو الظروف غير الآمنة.

الشكل ٧-٤ النسبة المئوية للبلدان المجيبة التي أفادت بوجود قوانين أو سياسات بشأن جوانب مختلفة لظروف العمل العاملين الصحيين



ملحوظات: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣. وتشير الأرقام الموجودة بين قوسين إلى إجمالي عدد البلدان التي قدمت ردوداً بشأن هذا المؤشر بالتحديد. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

وسجلت البلدان المجيبة في إقليم جنوب شرق آسيا أعلى نسبة لوجود هذه الحماية (٧٠٪)، في حين سجلت البلدان المجيبة في إقليم غرب المحيط الهادئ أدنى نسبة (٢١٪). وبحسب فئة الدخل، ضمت فئة البلدان المرتفعة الدخل أكبر عدد من البلدان (٦٣٪) التي أبلغت عن وجود أحكام متعلقة بظروف العمل

وساعات العمل، بينما ضمت فئة البلدان المنخفضة الدخل أقل عدد من هذه البلدان (٤٨٪). وقد بيّنت مصادر أخرى نمطًا مشابهًا يتمثل في أن ساعات العمل المفرطة، التي تُعرّف بالعمل لأكثر من ٤٨ ساعة أسبوعيًا، كانت أكثر شيوعًا بين أفراد كادر التمريض والقبالة في البلدان المنخفضة الدخل وبلدان

الجدول ٣-٧ النسبة المئوية للبلدان المجيبة التي أفادت بوجود قوانين وسياسات متنوعة متعلقة بظروف العمل (٪ نعم)، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية

إقليم أفريقيا	إقليم الأمريكتين	إقليم جنوب شرق آسيا	الإقليم الأوروبي	إقليم شرق المتوسط	إقليم غرب المحيط الهادئ	عالمياً
٦٥٪ (٤٣/٢٨)	٥٠٪ (٣٤/١٧)	٧٠٪ (١٠/٧)	٦٨٪ (٥٣/٣٦)	٤٠٪ (١٥/٦)	٢١٪ (٢٤/٥)	٥٥٪ (١٧٩/٩٩)
٩٥٪ (٤٢/٤٠)	٩٤٪ (٣٤/٣٢)	٩٠٪ (١٠/٩)	٩٤٪ (٥٣/٥٠)	٩٤٪ (١٦/١٥)	٩٦٪ (٢٣/٢٢)	٩٤٪ (١٧٨/١٦٨)
٨٦٪ (٤٢/٣٦)	٩١٪ (٣٤/٣١)	١٠٠٪ (١٠/١٠)	٩٨٪ (٥٢/٥١)	٩٣٪ (١٥/١٤)	٨٨٪ (٢٤/٢١)	٩٢٪ (١٧٧/١٦٣)
٥٤٪ (٢٨/١٥)	٥٢٪ (٢١/١١)	٨٨٪ (٨/٧)	٦٤٪ (٣٣/٢١)	٥٠٪ (٦/٣)	٦٧٪ (٦/٤)	٦٠٪ (١٠٢/٦١)
٦٧٪ (٤٢/٢٨)	٣٦٪ (٣٣/١٢)	٩٠٪ (١٠/٩)	٥٨٪ (٥٣/٣١)	٧٥٪ (١٢/٩)	٥٥٪ (٢٢/١٢)	٥٩٪ (١٧٢/١٠١)
٥٤٪ (١٣/٧)	٣١٪ (١٣/٤)	٦٧٪ (٣/٢)	٣٣٪ (٣٠/١٠)	٧٥٪ (٤/٣)	٦٧٪ (٣/٢)	٤٢٪ (٦٦/٢٨)
٤٢٪ (٢٦/١١)	٣٦٪ (١٤/٥)	٥٠٪ (٢/١)	٤٦٪ (٢٨/١٣)	٢٥٪ (٤/١)	٦٧٪ (٣/٢)	٤٣٪ (٧٧/٣٣)
٧٩٪ (٢٩/٢٣)	٦٨٪ (١٩/١٣)	٧٥٪ (٨/٦)	٨٦٪ (٣٦/٣١)	٦٠٪ (٥/٣)	٨٠٪ (٥/٤)	٧٨٪ (١٠٢/٨٠)
٦٤٪ (٢٥/١٦)	٧٥٪ (١٦/١٢)	٧١٪ (٧/٥)	٧٩٪ (٣٤/٢٧)	٦٠٪ (٥/٣)	٧٥٪ (٤/٣)	٧٣٪ (٩١/٦٦)
٦٨٪ (٢٢/١٥)	٥٧٪ (١٤/٨)	٧٠٪ (١٠/٧)	٨٤٪ (٣٢/٢٧)	٨٨٪ (٨/٧)	٥٠٪ (٢/١)	٧٤٪ (٨٨/٦٥)

ملحوظات: أُنشئت البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣. وتشير الأرقام الموجودة بين قوسين إلى عدد البلدان التي أجابت بنعم مقارنة بالعدد الإجمالي للبلدان التي قدمت ردوداً بشأن هذا المؤشر. وفيما يتعلق ببعض المؤشرات، قد لا تكون الاستنتاجات التي أبلغت عنها البلدان المجيبة ممثلة لجميع البلدان في الإقليم، ومن ثم، فقد يلزم تفسير هذه القيم بحذر. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

النسبة المئوية للبلدان المجيبة التي أفادت بوجود قوانين وسياسات متنوعة متعلقة بظروف العمل (% نعم)، حسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي

البلدان المرتفعة الدخل	بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط	بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط	البلدان المنخفضة الدخل	عالمياً	
تنظيم بشأن ساعات العمل وظروف العمل	٦٣٪ (٦٢/٣٩)	٥١٪ (٤٩/٢٥)	٥٣٪ (٤٥/٢٤)	٤٨٪ (٢٣/١١)	٥٥٪ (١٧٩/٩٩)
تنظيم بشأن الحد الأدنى للأجور	٩٣٪ (٦١/٥٧)	٩٤٪ (٤٩/٤٦)	٩٨٪ (٤٥/٤٤)	٩١٪ (٢٣/٢١)	٩٤٪ (١٧٨/١٦٨)
تنظيم بشأن الحماية الاجتماعية	٩٨٪ (٦٢/٦١)	٩٢٪ (٤٩/٤٥)	٩١٪ (٤٤/٤٠)	٧٧٪ (٢٢/١٧)	٩٢٪ (١٧٧/١٦٣)
سياسات وطنية/ دون وطنية لتنظيم الخدمة الإلزامية	٤٩٪ (٣٥/١٧)	٦٦٪ (٢٩/١٩)	٧٠٪ (٢٧/١٩)	٥٥٪ (١١/٦)	٦٠٪ (١٠٢/٦١)
تدابير لمنع الاعتداءات على العاملين الصحيين	٦٧٪ (٥٨/٣٩)	٥٠٪ (٥٠/٢٥)	٥٢٪ (٤٢/٢٢)	٦٨٪ (٢٢/١٥)	٥٩٪ (١٧٢/١٠١)
حزم وطنية/ دون وطنية لرعاية الصحة النفسية للعاملين الصحيين	٣٩٪ (٣١/١٢)	٤٤٪ (١٨/٨)	٤٦٪ (١٣/٦)	٥٠٪ (٤/٢)	٤٢٪ (٦٦/٢٨)
آليات بشأن المكافآت العينية لتعزيز الاحتفاظ بالكوادر في المناطق الريفية	٣٩٪ (٣١/١٢)	٥٩٪ (١٧/١٠)	٤٤٪ (١٨/٨)	٢٧٪ (١١/٣)	٤٣٪ (٧٧/٣٣)
آليات لتعزيز سلامة العاملين الصحيين	٨٣٪ (٤٢/٣٥)	٧٧٪ (٢٢/١٧)	٧٥٪ (٢٤/١٨)	٧١٪ (١٤/١٠)	٧٨٪ (١٠٢/٨٠)
آليات لضمان مراقبة أنشطة العاملين الصحيين في القطاع الخاص	٧٩٪ (٣٨/٣٠)	٧٤٪ (١٩/١٤)	٦٨٪ (٢٢/١٥)	٥٨٪ (١٢/٧)	٧٣٪ (٩١/٦٦)
التدريب أثناء الخدمة بوصفه عنصرًا من عناصر الخطط الوطنية لتعليم القوى العاملة الصحية	٧٧٪ (٣٥/٢٧)	٦١٪ (١٨/١١)	٨٨٪ (٢٥/٢٢)	٥٠٪ (١٠/٥)	٧٤٪ (٨٨/٦٥)

ملحوظات: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣. وتشير الأرقام الموجودة بين قوسين إلى عدد البلدان التي أجابت بـ نعم مقارنة بالعدد الإجمالي للبلدان التي قدمت ردودًا بشأن هذا المؤشر. وفيما يتعلق ببعض المؤشرات، قد لا تكون الاستنتاجات التي أبلغت عنها البلدان المجيبة ممثلة لجميع البلدان في الإقليم، ومن ثم، فقد يلزم تفسير هذه القيم بحذر. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

تشير هذه النسب المئوية إلى أنه على الرغم من بذل بعض الأقاليم جهودًا، ثمة حاجة بوجه عام إلى برامج أكثر شمولًا وانتشارًا للصحة النفسية.

الشرحة الدنيا من الدخل المتوسط، والعديد منها في أفريقيا (٣٧٣). وأثناء جائحة كوفيد - ١٩، أُعد الميثاق العالمي للعاملين في مجالي الصحة والرعاية لمواصلة دعم البلدان من أجل تحسين بيئات العمل الآمنة للعاملين الصحيين (انظر الإطار ٦-٧).

١١٠. وأفادت ٩٤٪ من البلدان المجيبة على الصعيد العالمي بوجود قوانين أو سياسات وطنية أو دون وطنية بشأن ضمان الحد الأدنى للأجور، دون وجود فروق ملحوظة حسب فئة دخل الأقاليم أو البلدان. وهذه نسبة أعلى من تلك الواردة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، إذ أفادت ٨٩٪ من البلدان المجيبة بوجود مثل هذه السياسات. وفي حين سجل وجود الحماية الاجتماعية أيضًا متوسطًا

عالميًا مرتفعًا (٩٢٪) واتساقًا مع البيانات الواردة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠ (٩١٪)، كان هناك فرق ملحوظ بين النسبة المئوية للبلدان التي أبلغت عن هذا البند في إقليم جنوب شرق آسيا (١٠٠٪) مقارنة بالإقليم الأوروبي (٥١٪). وبحسب تصنيف دخل البلدان، أفادت ٧٧٪ من البلدان المنخفضة الدخل المجيبة بوجود قوانين بشأن الحماية الاجتماعية في بيئة العمل، بينما تراوحت النسبة في بقية فئات دخل البلدان بين ٩٤٪ و ٩٨٪.

١١١. وكانت سياسات الخدمة الإلزامية للعاملين في مجالي الصحة والرعاية حاضرة في ٦٠٪ من البلدان المجيبة. وكان الإبلاغ عن وجود هذه السياسات أكثر

الإطار ٦-٧ الميثاق العالمي للعاملين في مجالي الصحة والرعاية

سلطت جائحة كوفيد-١٩ الضوء على قضايا مهمة تتعلق بحماية العاملين الصحيين والحفاظ على سلامتهم (٣٧٤). وفي حين أن معظم القضايا، إن لم يكن كلها، لم تكن جديدة، فقد تمخض توافر الدور القيادي على الصعيد السياسي والاهتمام الذي اكتسبته هذه القضايا عن صدور قرار من جمعية الصحة العالمية عام ٢٠٢١ (ج ص ٧٤-١٤) (٣٧٥) يطلب من المنظمة إعداد الميثاق العالمي للعاملين في مجالي الصحة والرعاية (٣٧٦)، الذي اعترفت به الدول الأعضاء في قرار لاحق (ج ص ٧٥-١٧) (١٩).

وقد أدرك القادة السياسيون الرفيعو المستوى مدى الحاجة إلى الاستثمار في بيئات عمل آمنة وشاملة للجميع، وتتوافر لها الموارد ومستتدة إلى الحقوق، تجسد حقوق الإنسان وحقوق العمل الواجبة للعاملين الصحيين، والوفاء بواجبهم إزاء الاهتمام بهؤلاء العاملين، وإيجاد البيئة المواتية لجذب العنصر البشري ودعمه والاحتفاظ به في صميم أنشطة تقديم الخدمات الصحية.

ويدمج الميثاق القوانين والمعاهدات والقرارات والمعايير الدولية، من أجل توجيه البلدان وأصحاب العمل نحو وضع توصيات وإجراءات سياسية في أربعة مجالات، وهي:

- منع الضرر (الحماية من المخاطر المهنية، وتوفير خدمات الصحة والصحة النفسية، والحماية من العنف والمضايقة، والحماية من الاعتداءات في سياقات الهشاشة والنزاع والعنف)؛
- ضمان شمولية جميع الفئات (المساواة في المعاملة وعدم التمييز)؛
- توفير الموارد (الأجر العادل والمنصف، والحماية الاجتماعية، وبيئات العمل المواتية)؛
- حماية الحقوق (حرية تكوين الجمعيات، والتفاوض الجماعي، وحماية المبلغين عن المخالفات، والتحرر من الانتقام).

ويوصي الميثاق بإنشاء آليات معنية بالحوكمة والسياسية العامة لإتاحة بيئات عمل آمنة وصحية تحترم الحقوق وتدعم العاملين في مجالي الصحة والرعاية. وتتوافر منصة لسياسات العاملين في مجالي الرعاية الصحية والرعاية على شبكة الإنترنت (<https://www.hcwpolycytab.org>) تضم هذه الآليات. وينبغي أن يكون الاعتماد الفعلي لمبادئ ميثاق الرعاية ومناصرته والترويج له في صميم خطة سياسات التمريض.



طالبتا تمرين تشاركاني في تمرين محاكاة سريرية في مركز تدريب في منطقة البحر الكاريبي. © جون ريس

شيوغاً في إقليم جنوب شرق آسيا (٨٨٪) مقارنة بإقليم الأمريكتين (٥٢٪). وأفادت البلدان المنخفضة الدخل بأنها سجلت أعلى نسبة مئوية (٧٠٪)، بينما سجلت البلدان المرتفعة الدخل نسبة مئوية أقل (٤٩٪) مقارنة بفئات الدخل الأخرى، وهو ما يشير إلى اختلاف مستوى تطبيق الخدمة الإلزامية بوصفها أداة سياساتية.

١١٢. وقد أبلغ عن وجود تدابير لمنع الاعتداءات على العاملين الصحيين في ٥٩٪ من البلدان المجيبة، وهو ما يمثل زيادة على نسبة ٣٧٪ من البلدان التي أبلغت عن وجود مثل هذه التدابير في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠. وبلغت هذه النسبة أعلى قيمة لها بين البلدان المجيبة في إقليم جنوب شرق آسيا (٩٠٪) وأدنى قيمة لها في إقليم الأمريكتين (٣٦٪) (انظر الإطار ٧-٧).

الإطار ٧-٧ الاعتداءات على المرافق الصحية وتأثيرها على أفراد كادر التمريض

الاعتداءات على المرافق الصحية قد تحرم الناس من الرعاية الصحية الذين هم في أمس الحاجة إليها، وتقل فرص الوصول إليها، وتضعف النظم الصحية وتمس بالأهداف المتوخاة في الصحة العامة على المدى الطويل. وتتسبب الاعتداءات والعنف والنزاعات أيضاً في نزوح غير طوعي للممرضات والممرضين، بما في ذلك عبر الحدود الوطنية (٣٧٧-٣٨٠). وقد يضطر أفراد كادر التمريض النازحون قسراً في محاولتهم العمل في بيئتهم الجديدة الانتظار طويلاً قبل الحصول على تصاريح العمل في البلدان المستقبلية لهم، ولا تتوافر لهم في سبيل ذلك إلا معلومات محدودة (٣٨١).

وتشير بيانات نظام ترصد الاعتداءات على مرافق الرعاية الصحية التابع لمنظمة الصحة العالمية إلى أنه في الفترة ما بين ١ كانون الثاني/يناير ٢٠١٨ و٣١ آذار/مارس ٢٠٢٥، أبلغ عن وقوع ما يزيد على ٨٣٠٠ حادثة اعتداء في ٢٢ بلداً/إقليماً، خلفت أكثر من ٣٠٠٠ حالة وفاة وأكثر من ٦٠٠٠ إصابة بين العاملين الصحيين والمرضى (٣٨٢). وتتوافر مبادئ توجيهية عالمية بشأن كيفية حماية المرافق الصحية من الاعتداءات ومنعها وتخفيف أثر العواقب المترتبة عليها (٣٨٣).

وتشمل التدابير التي يمكن أن تدعم الممرضات والممرضين، وغيرهم من العاملين الصحيين في بيئات ما بعد النزاع وتحد من استنزافهم، توفير فرص التطوير المهني، وتقديم الحوافز المالية، وإرساء نظام المرونة في العمل، والتعرف على أفراد الطاقم الذين لديهم روابط قوية مع المجتمع المحلي (٣٨١، ٣٨٤). ويمكن لأفراد كادر التمريض اللاجئيين تقديم رعاية مناسبة تتسم بقدر من التعاطف على نحو خاص للسكان اللاجئيين وتعزيز الرعاية في السياقات المعقدة (٣٨٠). ودعا الباحثون إلى تدشين سياسات ومبادرات إضافية لتوفير حلول مستدامة لإعادة إدماج العاملين الصحيين العائدين إلى أوطانهم (٣٨٥).

و ٣١٪ في إقليم الأمريكتين. وتشير هذه النسب المئوية إلى أنه على الرغم من بذل بعض الأقاليم جهودًا، ثمة حاجة بوجه عام إلى برامج أكثر شمولًا وانتشارًا

١١٣. وأفادت ٤٢٪ من البلدان المجيبة بامتلاكها حُرْمًا لرعاية الصحة النفسية، مع وجود تفاوتات كبيرة بهذا الصدد تتراوح بين ٧٤٪ في إقليم شرق المتوسط

الإطار ٧-٨ أهمية حماية الصحة والرفاه النفسيين للعاملين في مجالي الصحة والرعاية

يشكل أفراد كادر التمريض ما يقرب من ٤٤٪ من القوى العاملة الصحية المشاركة في تقديم رعاية الصحة النفسية (٣٨٦) في المستشفيات ومراكز الرعاية العاجلة وعيادات الرعاية الأولية ومراكز الصحة المجتمعية ومرافق الرعاية الطويلة الأجل والمدارس والمنازل. ويتيح لهم هذا الحضور الواسع النطاق إمكانية التعرف الفعّال على الأفراد الذين يعانون من حالات الصحة النفسية وعلاجهم ورعايتهم ودعمهم (٣٨٧)، وتوسيع قدرة القوى العاملة بوجه عام على تقديم خدمات الصحة النفسية. فتعزيز كفاءات التمريض من خلال التعليم قبل الخدمة والتدريب أثناء الخدمة وبرامج الدراسات العليا التي تركز على الرعاية النفسية والعصبية ورعاية الأشخاص المتعاطين لمواد الإدمان من شأنه أن يعزز خدمات الصحة النفسية في إطار الرعاية الأولية، ويسهم في تحقيق التغطية الصحية الشاملة (٣٨٨).

واستجابةً للقرارات الدولية التي أكدت على التزامات الحكومات وأصحاب العمل بحماية القوى العاملة، أوصى تقرير واجبنا في الرعاية (٣٨٩) بعشرة إجراءات سياسية في ثلاثة مجالات: تنفيذ سياسات وخطط مسندة بالبيّنات مشتركة بين القطاعات؛ والاستثمار في رعاية الصحة النفسية ودعمها؛ وتعزيز الموارد البشرية في مجالي الصحة والرعاية. وتوفر المبادئ التوجيهية للمجلس الدولي للممرضات والممرضين بشأن تمريض الصحة النفسية ٢٠٢٤ إطارًا موحدًا، لتوجيه أصحاب المصلحة ودعمهم، بمن في ذلك الجمهور والحكومات والعاملون في مجال الرعاية الصحية ورأسمو السياسات والمعلمون، في فهم أفضل الممارسات في مجال تمريض الصحة النفسية وتنفيذها. وتدعو المبادئ التوجيهية إلى وضع سياسات وخطط استراتيجية وأطر تعليمية قوية تسهل إجراء أبحاث متسقة وعالية الجودة ومبتكرة في مجال تمريض الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم (٣٨٨، ٣٨٩).

١١٤. وأفادت ٧٨٪ من البلدان المجيبة باتخاذ تدابير لتعزيز سلامة العاملين الصحيين، وهو ما يدل على إدراك عام لأهمية ضمان توافر بيئة عمل آمنة للعاملين الصحيين. وقد تراوح وجود هذه الآليات من ٦٠٪ بين البلدان المجيبة في إقليم شرق المتوسط إلى ٨٩٪ في إقليم

للصحة النفسية. وبحسب تصنيف دخل البلدان، أفاد نصف البلدان المنخفضة الدخل المجيبة بامتلاكها حُرْمًا لرعاية الصحة النفسية مقارنة بنسبة ٣٩٪ من البلدان المرتفعة الدخل (انظر الإطار ٧-٨).

الإطار ٧-٩ الصحة والسلامة المهنيين

حتى في ظل ارتفاع مستوى الالتزام من جانب أصحاب العمل بمعايير الصحة والسلامة المهنيين، لا يزال أفراد كادر التمريض يواجهون العنف في مكان العمل، وعدم كفاية الضوابط الهندسية والإدارية، ومحدودية الوصول إلى معدات الحماية الشخصية، والتعرض للدم والسوائل الجسدية، والإصابات الحادة، وهو أمر يؤكد الحاجة إلى تدريب موارد أفضل، وتحسين نسب التوظيف لتجنب الآلاف من الوفيات سنويًا، وتوفير الملايين من تكاليف الرعاية الصحية، بما يعود بالنفع على المرضى والعاملين الصحيين والنظم الصحية عمومًا (٣٩٠-٣٩٤). وتسهم الأحداث الخطرة ذات الأبعاد النفسية والاجتماعية، ومنها التعرض للإجهاد والإرهاق، في تقاوم المخاطر المهنية، وتؤدي إلى تدني مستوى سلامة المرضى، وانخفاض جودة الرعاية، وتدهور إنتاجية الممرضات والممرضين والاحتفاظ بهم، وتراجع درجة الرضا لدى المرضى (٣٩٥). وإضافة إلى ذلك، يؤدي ارتفاع عدد أفراد كادر التمريض المتقدمين في السن إلى زيادة حدة هذه المخاطر، إذ تتعرض الممرضات والممرضين الأكبر سنًا لمزيد من الإصابات العضلية الهيكلية، ويتسبب ذلك في انخفاض عدد ساعات العمل (٢٦٤، ٣٩٦).

وتحدد المبادئ التوجيهية العالمية المكونات الرئيسية لبرامج الصحة والسلامة المهنتين على جميع المستويات، وتعطي الأولوية المباشرة لزيادة مستويات توزيع معدات الحماية الشخصية، وتحسين الضوابط، والتخلص من الممارسات الخطرة، وتعزيز استراتيجيات التمكين النفسي، وتحسين معدلات التوظيف من خلال التعليم، والنسب المقررة، وتعزيز الأطر التنظيمية (٣٩١، ٣٩٢، ٣٩٥، ٣٩٧-٤٠٠). ومن الأهمية بمكان زيادة الأبحاث في بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسطة لتحديد التفاوتات، وتصميم التدخلات الملائمة للسياقات الاجتماعية والاقتصادية المحددة (٣٩٣، ٣٩٤). فالاستثمار في التدريب في مجال السلامة، وبرامج التطعيم، والتوزيع العادل للموارد، والاستراتيجيات القوية فيما يتعلق بتوظيف الممرضات والممرضين، من شأنه أن يساعد على إدارة الأحداث الخطرة الناشئة والمعروفة، وهو ما يضمن استدامة القوى العاملة في مجال التمريض وقدرتها على الصمود (٣٩٣، ٣٩٤، ٤٠٠-٤٠٢).

دخل البلدان: فقط أبلغت البلدان المنخفضة الدخل عن أدنى نسبة (٥٨٪) فيما يتعلق بآليات الرقابة في القطاع الخاص، بينما أبلغت البلدان المرتفعة الدخل عن أعلى نسبة (٧٩٪).

١١٦. وأبلغت ٤٣٪ فقط من البلدان المجيبة عن وجود آليات للمكافآت العينية لتعزيز الاحتفاظ بالكوادر في المناطق الريفية. وبلغت هذه النسبة أعلى قيمة لها بين البلدان المجيبة في إقليم غرب المحيط الهادئ (٦٧٪) مقارنة بنسبة بإقليم الأمريكتين (٣٦٪). وبحسب تصنيف دخل البلدان، أبلغ عن أقل نسبة لوجود هذه الآليات في البلدان المنخفضة الدخل (٢٥٪)، مقارنة بما يتراوح بين ٣٦٪ و٤٦٪ في فئات الدخل الأخرى (انظر المربع ٧-١٠).

جنوب شرق آسيا. وكان الفارق حسب تصنيف دخل البلدان أقل وضوحاً بنسبة طفيفة: فقد أفادت البلدان المرتفعة الدخل بأعلى نسبة (٨٣٪)، بينما أفادت البلدان المنخفضة الدخل بنسبة ٧١٪ (انظر الإطار ٧-٩).

١١٥. وأفادت ٧٣٪ من البلدان المجيبة بوجود قوانين وسياسات تضمن الرقابة على العاملين الصحيين في القطاع الخاص. وبلغت هذه النسبة أعلى قيمة لها بين البلدان المجيبة في الإقليم الأوروبي (٧٩٪)، يليها إقليم الأمريكتين وغرب المحيط الهادئ (٧٥٪ لكل منهما)، وهو ما يشير إلى زيادة الاهتمام بالرقابة على العاملين الصحيين في القطاع الخاص في هذه الأقاليم. وكان هناك تفاوت طفيف حسب تصنيف

الإطار ٧-١٠ تحسين الاحتفاظ بالعاملين الصحيين في المناطق الريفية والنائية: برنامج المنح الدراسية في بابوا التابع لمبادرة تعزيز فرص التعليم العالي في إندونيسيا

واجهت إندونيسيا نقصاً كبيراً في أعداد القوى العاملة الصحية في المناطق الريفية والنائية، بعد هجرة العديد من المتخصصين المدربين إلى المراكز الحضرية بحثاً عن فرص أفضل. وللتصدي لهذه المشكلة، أطلقت الحكومة الإندونيسية برنامج المنح الدراسية في بابوا التابع لمبادرة تعزيز فرص التعليم العالي في إندونيسيا، الذي يستهدف الطلاب من المناطق النائية والحدودية والجزرية، ويوفر لهم فرصاً لمواصلة التعليم الصحي في ٤٨ جامعة عامة و ٢٢ كلية للعلوم التطبيقية المتعددة في جميع أنحاء إندونيسيا. ويهدف البرنامج إلى زيادة فرص عودة الخريجين من ذوي الأصول الريفية إلى مجتمعاتهم لمباشرة العمل الصحي، وتحسين جودة التعليم، وتعزيز الشعور بالمسؤولية تجاه بلدانهم الأصلية (٤٠٣). ومن خلال توفير الدعم المالي وإتاحة مجموعة من التخصصات الصحية، نجح البرنامج في زيادة معدل الاحتفاظ بالممرضات والممرضين في المناطق الريفية من ٤٠٩٧٠ (٢٠١٦) إلى ٦٩٤٢٧ (٢٠١٨)، وهو ما ساعد على سد الفجوة الصحية بين سكان الحضر والريف (٤٠٤). وقد تمخض البرنامج عن نتائج إيجابية، إذ زادت احتمالات عودة الطلاب إلى المناطق الريفية بعد التخرج، وهو ما يساهم في توزيع أكثر عدالة للمهنيين الصحيين وتحسين مستوى تقديم الرعاية الصحية (٤٠٤). وقد أظهرت هذه المبادرة كيف يمكن للسياسات التعليمية الموجهة أن تساعد على معالجة نقص القوى العاملة في المناطق التي تعاني من نقص في الخدمات (٤٠٥، ٤٠٦).

٣-٧ الأجور والمرتبات

المهن الحرة طرائق مختلفة للوصول إلى فرص العمل والحماية العمالية والاجتماعية، مثل القوانين والسياسات المتعلقة بساعات العمل، والحد الأدنى للأجور، والسلامة والصحة المهنية.

١١٨. وقد بلغ الأجر الوسيط العالمي لأفراد كادر التمريض المبتدئين ٧٤٤ دولارًا أمريكيًا شهريًا، مع وجود فروقات كبيرة حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وفئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي (انظر الجدول ٧-٥). ففي المستوى الأدنى من هذا النطاق، نجد أن بلدان إقليم جنوب شرق آسيا كانت تمنح أفراد الكادر المبتدئين ٥٠٠ دولار أمريكي شهريًا في المتوسط، في حين كانت بلدان الإقليم الأوروبي تمنحهم ٢٥٠٨ دولارات أمريكية شهريًا في المتوسط. وأظهرت المقارنة بين متوسط أجر المبتدئين حسب فئة الدخل علاقة متبادلة، إذ كان متوسط أجر المبتدئين أعلى في البلدان المرتفعة الدخل (٢٣٠٢ دولار أمريكي شهريًا)، مقارنة بالبلدان

١١٧. كما هو الحال مع جميع المهن، تختلف أجور ومرتبات أفراد كادر التمريض المبتدئين بين البلدان، وحتى داخل البلد الواحد. وتوجد جوانب متعددة لعملية تحديد الأجور على مستوى البلدان، ومنها مدى التنسيق والمشاركة من جانب الحكومات (مثلًا، على نطاق قطاع الصحة، أو على المستوى الوطني أو على مستوى المقاطعات، أو على نطاق الحكومات المحلية)، وسياسات العمل والسياسات الاجتماعية في البلد، والظروف السائدة في سوق العمل الصحية، ونمط ملكية المرافق، وتكلفة المعيشة في منطقة معينة، وقوة التفاوض الجماعي من جانب النقابات العمالية والجمعيات المهنية، وحتى جمعية أصحاب العمل في بعض البلدان، والضغط المالية (٤٠٧-٤٠٩). وذلك إلى جانب عوامل أخرى يمكن أن تحدد أجور الممرضات والممرضين، ومنها التعليم أو الخبرة أو أنواع العقود. وقد يسلك أفراد كادر التمريض من أصحاب

الجدول ٧-٥ الحدان الأدنى والأقصى للأجور والمرتبات الوسطية الشهرية للمبتدئين بالدولار الأمريكي وعلى أساس تعادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وفئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي

حسب إقليم منظمة الصحة العالمية	عدد البلدان المبلغة/مجموع (البلدان)	أجر ومرتب المبتدئين [الوسطي (الحد الأدنى - الحد الأقصى)] (بالدولار الأمريكي)	أجر ومرتب المبتدئين [الوسطي (الحد الأدنى - الحد الأقصى)] (على أساس تعادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي) ^ب
الإقليم الأفريقي ^أ	٤٧/٢٢	٤٨٠ (١٣٨٤-١٥٠)	١٣٢٠ (٣١٤٦-٣٧٧)
إقليم الأمريكتين	٣٥/٢٣	١١٠٠ (٥٩٦١-٢٥٥)	١٨٢٧ (٨٩٢٠-٤٤٢)
إقليم جنوب شرق آسيا	١١/٧	٥٠٠ (٩٥٣-٢٧٥)	١٤٧٢ (٢٨٥١-٩٣٦)
الإقليم الأوروبي ^أ	٥٣/١٠	٢٥٠٨ (٥٨٣٥-٤٥٠)	٣٣٧٦ (٥٣٦٨-١٠٦٠)
إقليم شرق المتوسط ^أ	٢١/٧	٨٠٠ (٢٨٦٠-٥٠٠)	٢٦٢٩ (٥٩٢٨-١٠٥١)
إقليم غرب المحيط الهادئ ^أ	٢٧/١٣	٧٧٥ (٣٨٥٢-٢٥٠)	١٦٤١ (٨٤١٣-٥٢٧)

حسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي

البلدان المرتفعة الدخل ^أ	٦٤/٢٣	٢٣٠٢ (٥٩٦١-٩١٥)	٣١٤٧ (٨٩٢٠-١٣٣٣)
بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط ^أ	٥٤/٢٥	٧٠٥ (١٨٠٠-٢٥٠)	١٥١٦ (٣٤٨٢-٥٢٧)
بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط	٥٠/٢٤	٥٣٩ (٢٠٧٧-٢٣١)	١٣٣٨ (٨٤١٣-٤٤٢)
البلدان المنخفضة الدخل ^أ	٢٦/١٠	٣٦٠ (٢٥٥٦-١٥٠)	٩٤٥ (٥٩٢٨-٣٧٧)
المجموع (العدد=٨١)	١٩٤/٨٢	٧٧٤ (٥٩٦١-١٥٠)	١٦٥٦ (٨٩٢٠-٣٧٧)

ملحوظات: يتضمن التحليل بيانات عن آخر سنة أبلغ عنها في الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣ من ٨٢ بلدًا بشأن متوسط الأجور والمرتبات الشهرية لأفراد كادر التمريض المبتدئين. ^أ البيانات مُبلّغ عنها لأقل من نصف السكان. ^ب تعادل القوة الشرائية مقومة بالدولار الدولي الثابت لعام المرجعي ٢٠٢١، ويُحسب من واقع برنامج المقارنات الدولية، قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

المنخفضة الدخل (٣٦٠ دولارًا أمريكيًا شهريًا). ويبين توزيع الأجور، المصنّف حسب فئات الدخل وفقًا للبنك الدولي، أن البلدان المرتفعة الدخل هي الفئة الوحيدة التي تجاوزت فيها أجور المبتدئين ٢٠٠٠ دولار أمريكي شهريًا. وعلى النقيض من ذلك، كانت البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط وبلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط تقدم عمومًا أجورًا تقل في الغالب عن ١٠٠٠ دولار أمريكي شهريًا، مع انحسار كبير لدرجة التفاوت داخل هذه الفئات من البلدان. ويؤكد هذا الفرق التحديات الاقتصادية التي تواجه الممرضات والممرضين في البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، إذ لم تكن الأجور أقل فحسب، بل كانت درجة تفاوتها أقل على نطاق الأقاليم والأدوار المختلفة.

١١٩. ويشير التحليل الذي أُجريَ من أجل إعداد هذا التقرير إلى أن النساء قد يحصلن على أجور أقل من أجور الرجال حتى في المهنة نفسها، إذ غالبًا ما تُبَخَس قيمة المقومات التي تحدد وضع النساء في سوق العمل في قطاع الصحة والرعاية (١٥٦) (انظر الإطار ٧-١١).

١٢٠. وإضافة إلى تقدير الأجور بالدولار الأمريكي شهريًا، يمكن التعبير عنها على أساس تعادل القوة الشرائية بالدولار لمراعاة القدرة على شراء السلع في كل بلد. وتعكس الأجور المقومة على أساس تعادل القوة الشرائية

تفاوتات بين أقاليم المنظمة وداخلها، وكذلك تفاوتات حسب فئات الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي. فقد سجل إقليمًا أوروبا وشرق المتوسط أعلى متوسط لتعادل القوة الشرائية ونطاقات متشابهة لأدنى وأعلى الأجور المُبلَّغ عنها؛ في حين سجل إقليمًا أفريقيا وجنوب شرق آسيا أدنى متوسط لأجور المبتدئين المقومة على أساس تعادل القوة الشرائية. وفي داخل الأقاليم، كانت هناك فروق واسعة بين أدنى وأعلى مستويات للأجور المبتدئين، ولا سيما في إقليمي الأمريكتين وغرب المحيط الهادئ.

١٢١. وحسب فئة الدخل، كانت الأجور الوسطية المقومة على أساس تعادل القوة الشرائية في البلدان المرتفعة الدخل أعلى مرتين منها في بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط، وأعلى ثلاثة أضعاف منها في البلدان المنخفضة الدخل. وإذا ما فُسر هذا التفاوت من منظور اقتصادي، فإنه يشير إلى أن أجور الممرضات والممرضين في البلدان المرتفعة الدخل تكفي، في المتوسط، لشراء ثلاثة أمثال كمية السلع والخدمات التي تكفي أجور الممرضات والممرضين لشراؤها في البلدان المنخفضة الدخل. فعوامل ارتفاع الأجور وانخفاض تكاليف المعيشة، إلى جانب عوامل مثل ظروف العمل، يمكن أن تمثل عنصرًا محوريًا في اتخاذ القرارات بشأن الهجرة الدولية من البلدان المنخفضة الدخل إلى البلدان المرتفعة الدخل (٤٠٨، ٤١٠).

الإطار ٧-١١ فجوات الأجور بين الجنسين في مجال التمريض

تواجه النساء، على الصعيد العالمي، فجوة في الأجور قدرها ٢٤ نقطة مئوية مقارنة بالرجال في قطاع الصحة والرعاية. وهو أحد القطاعات التي يتزايد فيها تمثيل النساء في الفئات المهنية الأقل أجرًا، في حين يتزايد تمثيل الرجال بنسبة أكبر في الفئات المهنية الأعلى أجرًا. ويؤدي التمييز في مكان العمل على نطاق القطاع، إلى جانب عوامل أخرى، إلى فجوات في الأجور بين الجنسين تفوق في حجمها تلك التي تُلاحظ في قطاعات أخرى (١٥٦).

وعند النظر إلى فجوات الأجور بين الجنسين في مجال التمريض باستخدام عينة من ٣١ بلدًا صُنِفَتْ فيها البيانات على نحو كافٍ للسماح بإجراء مثل هذا التحليل (انظر الملحق ٣)، كان متوسط الفجوة العامة في أجر الساعة بين الجنسين نحو ٧٪ (للمقارنة، تبلغ الفجوة العامة في أجر الساعة بين الجنسين عبر قطاع الصحة والرعاية لهذه الفئة الفرعية من ٣١ بلدًا ١٨٪). ولذلك، فعلى الرغم من أن النساء ما زلن يشكلن النسبة الكبرى من القوى العاملة في مجال التمريض، فإن الرجال ما زالوا يحصلون على أجر أكبر من النساء، سواء في الساعة أو شهريًا.



فايانا زبيدا ماربيل أرياس، رئيسة برامج التمريض في المعهد المكسيكي للضمان الاجتماعي، تقف خارج المعهد، مجسدة الدور القيادي والتفرد على الصمود.
© منظمة الصحة العالمية/ بليتك ميديا - ليزيت بول

← المهارات القيادية

الاتجاه الاستراتيجي

زيادة نسبة أفراد كادر التمريض وصلاحياتهم في المناصب الصحية والأكاديمية العليا ومواصلة تطوير الجيل التالي من قادة التمريض والقبالة.

أهم الاستنتاجات

- أفادت ٨٢٪ من البلدان المجيبة على مستوى العالم بوجود مناصب كبار مسؤولي تمريض حكوميين، مقارنة بنسبة ٧١٪ في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠.
- أفادت البلدان المجيبة في إقليم غرب المحيط الهادئ بوجود أعلى نسبة من كبار مسؤولي التمريض الحكوميين، وتبلغ ٩٣٪، وفي إقليمي أفريقيا والأمريكتين، وتبلغ ٨٦٪. ولم يوجد نمط جدير بالملاحظة حسب تصنيف دخل البلدان.
- يضطلع كبار مسؤولي التمريض الحكوميون بدور حاسم في ضمان مساعدة أفراد كادر التمريض في بلدانهم على التعامل مع الآثار الصحية الناجمة عن تغير المناخ وتخفيف حدتها.
- أفاد ما يقرب من ثلثي البلدان المجيبة بوجود برامج لتنمية المهارات القيادية في مجال التمريض، مع وجود أعلى نسبتي في الإقليم الأوروبي (٧٨٪) وإقليم شرق المتوسط (٧٦٪)، وأدنى نسبة في الإقليم الأفريقي (٤٣٪).
- يوجد فرق ملحوظ حسب تصنيف دخل البلدان: إذ أفادت ٨٠٪ من البلدان المرتفعة الدخل المجيبة بوجود برامج لتنمية المهارات القيادية في مجال التمريض، مقارنة بنسبة ٢٥٪ فقط من البلدان المنخفضة الدخل.
- على غرار ما ورد في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، سُجِّلت درجة أعلى قليلاً فيما يتعلق بتنظيم التعليم وتقديم الخدمات في البلدان التي لديها برامج لتنمية المهارات القيادية في مجال التمريض.
- بلغ متوسط حصة النساء في المناصب الإدارية العليا في وزارة الصحة ٥٥٪ في البلدان السبعة والعشرين المجيبة.

١٢٢. يصف هذا الفصل نطاق البلدان التي أبلغت عن وجود منصب كبير مسؤولي تمريض حكوميين، أو منصب مكافئ، وتلك البلدان التي أفادت بوجود برامج لتنمية المهارات القيادية في مجال التمريض؛ وهو مقياس جديد يعكس مدى تمثيل النساء في المناصب القيادية في القوى العاملة الصحية، حسبما أفاد عدد أقل من البلدان.

١٢٣. ويسهم توافر القيادة والحوكمة الفعالان في مجال التمريض في صياغة سياسات صحية وتخطيط استراتيجي قوين للقوى العاملة، من أجل تحسين تقديم الخدمات الصحية والحصائل الصحية للسكان في نهاية المطاف. وتوجد أدوار وسياقات متعددة

(الحكومة، والأوساط الأكاديمية، والهيئات التنظيمية، وأصحاب العمل) يمكن لقادة التمريض من خلالها تشكيل السياسات وإدارة القوى العاملة في مجال التمريض؛ ويضع هذا التقرير تركيزًا خاصًا على دور كبار مسؤولي التمريض الحكوميين. وعلى الرغم من أن اختلاف أدوارهم ومسؤولياتهم في جميع أنحاء العالم (٤٦، ٤١١، ٤١٢)، فإن وظائفهم الأساسية تركز على فهم سياسة القوى العاملة في مجال التمريض واستراتيجيتها، وإدارتهما وتنفيذهما، بالإضافة إلى تقديم إسهامات في مجالي رسم السياسات وصنع القرارات في مجال الصحة (انظر الإطار ٨-١).



سانا غول، ممثلة مبادرة تحدي التمريض الآن، تتحدث في إحدى جلسات الدورة السادسة والسبعين لجمعية الصحة العالمية في جنيف، ٢٠٢٣. © منظمة الصحة العالمية

الإطار ٨-١ أنماط كبار مسؤولي التمريض الحكوميين في الإقليم الأوروبي

بذل مكتب المنظمة الإقليمي لأوروبا، في عام ٢٠٢٢، جهودًا لتحسين مدى فهم أدوار ومسؤوليات كبار مسؤولي التمريض والقبالة الحكوميين وكبار قادة التمريض والقبالة في التأثير على السياسات. وكان الغرض من ذلك دعم الدول الأعضاء في تحقيق تقدُّم نحو تعيين كبار مسؤولي تمريض وقبالة حكوميين أو تعزيز أدوارهم في بلدانهم، واستكشاف العوامل المساعدة لدعم كبار مسؤولي التمريض والقبالة الحكوميين و/ أو كبار قادة التمريض والقبالة للعمل على نحو أكثر فعالية من أجل دعم تحسين الحصائل الصحية (٤١٣).

وكشفت مقابلات أُجريت مع ٣٥ من كبار مسؤولي التمريض والقبالة الحكوميين في الإقليم عن وجود خمسة «أنماط» تصف على النحو الأمثل النموذج أو الترتيب الذي يحدد علاقة هؤلاء المسؤولين مع وزارة الصحة. وفيما يلي وصف موجز لكل من هذه النماذج:

مسؤول التنسيق: يكون كبير مسؤولي التمريض الحكوميين في هذا النموذج غير منتسب إلى الحكومة ومُعترفًا به على أنه أحد القادة في الأوساط الأكاديمية أو الجمعيات المهنية أو النقابات المعنية بالتمريض والقبالة، أو في مجال التدبير العلاجي السريري. وترشحه وزارات الصحة في كثير من الأحيان للمشاركة في اجتماعات ومنتديات التمريض والقبالة نيابةً عن الحكومة. ويقدم كبير مسؤولي التمريض الحكوميين تقارير عن الاجتماعات، ويسدي المشورة للحكومة بشأن المسائل المتعلقة بالتمريض والقبالة، ولكنه غير مسؤول عن التخطيط والقرارات السياسية.

نموذج التشبث: يُعيّن أفراد كادر التمريض والقبالة في هذا النموذج من جانب وزارة الصحة في مختلف الإدارات والأقسام؛ ولا يوجد قائد مختص بسياسة أو إدارة التمريض و/ أو القبالة. ونادرًا ما يكون أفراد كادر التمريض والقبالة في هذه المناصب مسؤولين عن الأقسام التي يعملون بها، ويظلون بمنأى عن عملية صنع القرار المركزية.

نموذج البرامج: ينطوي هذا النموذج عادةً على تعيين كبير مسؤولي تمريض أو قبالة من جانب وزارة الصحة لإدارة برنامج محدد (مثل: سلامة المرضى أو الخدمات الصحية أو التعليم العالي). وقد يشمل دوره التعاون مع مختلف القطاعات، ولكنه ليس مسؤولاً عن إدارة القوى العاملة أو رسم السياسات أو التخطيط في مجال التمريض والقبالة.

النموذج الاستشاري: يكون كبير مسؤولي التمريض والقبالة هنا منتسبًا إلى الحكومة عادةً، ويكون أساسًا أحد أفراد كادر التمريض والقبالة، ويتولى دور المستشار الخبير الذي يسدي المشورة إلى كبار راسمي السياسات (غالبًا كبار المسؤولين الطبيين). وفي هذا النموذج، يشارك كبير مسؤولي التمريض والقبالة في عملية صنع القرار على المستوى الوطني، وقد يتولى تنسيق بعض عناصر التمريض والقبالة، مثل فرقة العمل المعنية بالتمريض. ومع ذلك، لا يكون له صلاحيات في إدارة القوى العاملة في مجال التمريض و/ أو القبالة.

النموذج التنفيذي: يمتلك فرد كادر التمريض و/ أو القبالة المعين من جانب وزارة الصحة، في هذا النموذج، سلطة مباشرة على قسم التمريض أو القبالة. ويتولى رسم ملامح السياسة الصحية من خلال توجيه القضايا المتعلقة بالتمريض، بما في ذلك تطوير المهنة، ويكون مسؤولاً عن إدارة الميزانيات وضمان جودة طواقم التمريض و/ أو القبالة؛ وقد يضع أيضًا معايير للتعليم والممارسة.

وخلصت الدراسة إلى أنه لكي يؤدي كبار مسؤولي التمريض الحكوميين العمل بفعالية، ينبغي لهم أن يمتلكوا العناصر التالية:

- تفويض للقيام بطيف كامل من المهام؛
- إمكانية الوصول إلى صنع القرار والتخطيط للمستثمرين؛
- الدعم والموارد اللازمة لممارسة مهامهم؛
- أدوار تشمل التعاون مع سائر كبار قادة التمريض وأصحاب المصلحة؛
- الكفاءات القيادية الفردية والتدريب والفرص.

٨-١ كبار مسؤولي التمريض الحكوميين

١٢٤. أبلغ عن وجود مناصب كبار مسؤولي التمريض الحكوميين وبرامج تنمية المهارات القيادية حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وفئة الدخل، وفقًا لتصنيف البنك الدولي (انظر الجدول ٨-١). فقد أفادت ٨٢٪ من البلدان المجيبة بوجود هذا المنصب على الصعيد

العالمي، أي أكثر من نسبة ٧١٪ المذكورة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠. وضم إقليم غرب المحيط الهادئ أعلى نسبة من البلدان المجيبة التي أفادت بأن لديها منصب كبير مسؤولي التمريض الحكوميين (٩٣٪)، يليه إقليم أفريقيا والأمريكتين (٨٦٪ لكل منهما).

الجدول ٨-١ النسبة المئوية للبلدان المجيبة التي أفادت بوجود منصب كبير مسؤولي التمريض وبرنامج تنمية المهارات القيادية في مجال التمريض، حسب إقليم منظمة الصحة العالمية وفئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي

حسب إقليم منظمة الصحة العالمية	منصب كبير مسؤولي التمريض الحكوميين	برنامج تنمية المهارات القيادية في مجال التمريض
الإقليم الأفريقي	٨٦٪ (٢٢/١٩)	٤٣٪ (٢١/٩)
إقليم الأمريكتين	٨٦٪ (٢١/١٨)	٧١٪ (٢١/١٥)
إقليم جنوب شرق آسيا	٧٨٪ (٩/٧)	٦٧٪ (٩/٦)
الإقليم الأوروبي	٧٥٪ (٤٠/٣٠)	٧٨٪ (٤٠/٣١)
إقليم شرق المتوسط	٧٥٪ (١٢/٩)	٧٦٪ (١٢/٩)
إقليم غرب المحيط الهادئ	٩٣٪ (١٦/١٥)	٥٦٪ (١٦/٩)

حسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي

البلدان المرتفعة الدخل	٨١٪ (٥٣/٤٣)	٨٠٪ (٥٤/٤٣)
بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط	٧٦٪ (٢٩/٢٢)	٥٧٪ (٢٨/١٦)
بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط	٨٩٪ (٢٨/٢٥)	٦٢٪ (٢٩/١٨)
البلدان المنخفضة الدخل	٨٠٪ (١٠/٨)	٢٥٪ (٨/٢)
عالمياً	٨٢٪ (١٢٠/٩٨)	٦٦٪ (١١٩/٧٩)

ملحوظات: أحدث البيانات المتاحة خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣. وتشير الأرقام الموجودة بين قوسين إلى عدد البلدان التي أجابت بـ نعم، مقارنة بالعدد الإجمالي للبلدان التي قدمت ردوداً بشأن هذا المؤشر. وفيما يتعلق ببعض المؤشرات، قد لا تكون الاستنتاجات التي أبلغت عنها البلدان المجيبة ممثلة لجميع البلدان في الإقليم، ومن ثم، فقد يلزم تفسير هذه القيم بحذر.

المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

١٢٥. ويحظى كبار مسؤولي التمريض الحكوميين بأدوار قيادية مؤثرة محتملة في تشكيل الخطوات التي تتخذها البلدان لإعادة توجيه النظم الصحية نحو الرعاية الصحية الأولية. ويرى الكثيرون أن هؤلاء

وغيرهم من كبار قادة التمريض لديهم القدرة على المساعدة في إدارة المشهد الصحي العالمي المتغير وتعزيز أهداف الأمن الصحي العالمي (٤١، ٤١٤، ٤١٥) (انظر الإطار ٨-٢).

الإطار ٨-٢ الدور القيادي لكبار مسؤولي التمريض الحكوميين فيما يتعلق بجدول أعمال المناخ والصحة

يضطلع كبار مسؤولي التمريض الحكوميين بدور حاسم في ضمان مساعدة أفراد كادر التمريض في بلدانهم على إدارة الآثار الناجمة عن تغير المناخ على صحة السكان وتخفيف حدتها. ويحتل هؤلاء المسؤولون وضعًا جيدًا يسمح لهم بإقامة شراكات استراتيجية، مثلًا مع وكالات البيئة والصحة العامة، وبأن يكونوا على دراية بخطط التكيف مع المناخ، واستراتيجيات الاستعداد للكوارث، وإعداد رسائل الصحة العامة، على الصعيد المحلي (٤١٧)، وبضمان توزيع أفراد كادر التمريض بطرق تعزز الأولويات الصحية المتعلقة بالمناخ، وتلبي الاحتياجات الصحية للمجتمعات المتأثرة بتغير المناخ (٥٠).

ولهؤلاء المسؤولين صوتٌ مؤثر في مناصرة السياسات الوطنية والإسهام فيها لدمج القدرة على الصمود في مواجهة المناخ في النظم الصحية. وقد يشمل ذلك مناصرة مسألة تأهب النظم الصحية للاضطرابات الناجمة عن المناخ وتدريب الممرضات والممرضين على البروتوكولات اللازمة للتعامل مع هذه الاضطرابات على نحو فعال (٤٦). ويعمل كبار مسؤولي التمريض الحكوميين على تشجيع أصحاب العمل على توفير تدريب متخصص بشأن التحديات الصحية الناجمة عن تغيير المناخ، وإيجاد فرص التطوير المهني المستمر للممرضات والممرضين لتجديد معارفهم ومهارتهم فيما يتصل بالقضايا الصحية المتعلقة بالمناخ.

ومن شأن التعاون بين كبار مسؤولي التمريض الحكوميين والمؤسسات الأكاديمية أن يساعد على زيادة إلمام طلاب التمريض بالمسائل المشتركة بين الصحة والمناخ، حتى يفهم الخريجون كيف يؤثر تغير المناخ على الصحة والرفاه (٤١٨). ويمكن أن تساعد المناهج الدراسية المحدثة القائمة على الكفاءات على ضمان إدخال التثقيف بشأن المناخ بوصفه أحد المكونات الأساسية في برامج التعليم والتدريب في مجال التمريض (٤١٩). ويستطيع هؤلاء المسؤولون تشجيع التمويل وتوجيهه نحو الأبحاث المتعلقة بأدوار التمريض والتدخلات المتعلقة بتغير المناخ.

ويمكنهم أن يكونوا قدوة تُحتذى في العمل المناخي من خلال تشجيع زملائهم من قادة التمريض على الاضطلاع بأدوار نشطة في مناصر قضايا المناخ ووضع السياسات الصحية الملائمة من وجهة نظرهم (٦٦). ويمكنهم أيضًا إنشاء برامج لتنمية المهارات القيادية في مجال التمريض، أو تحويل تركيزها نحو جدول أعمال المناخ، حتى يكتسب أفراد كادر التمريض المبتدئون المهارات القيادية اللازمة لإبراز الأدوار المهمة التي تؤديها الممرضات والممرضون في مواجهة التحديات الصحية التي يفرضها تغير المناخ، وتخفيف آثارها الطويلة الأمد على صحة السكان (٤١٧).

٢-٨ تنمية المهارات القيادية في مجال التمريض

يضم نسبة عالية من البلدان التي لديها مناصب لكبار مسؤولي التمريض الحكوميين. وفي حين أن نسبة ٦٦٪ تشكّل زيادة على الصعيد العالمي مقارنة بنسبة ٥٣٪ الواردة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، كان هناك فرق كبير في وجود برامج تنمية المهارات القيادية حسب تصنيف الدخل: إذ أفادت ٨٠٪ من البلدان المرتفعة الدخل بوجود مثل هذه البرامج، في حين لم تبلغ بذلك سوى ٢٥٪ من البلدان المنخفضة الدخل (انظر الإطار ٨-٣).

١٢٦. أفاد ثلثا البلدان المجيبة بوجود برامج لتنمية المهارات القيادية في مجال التمريض (انظر الجدول ٨-١). وسُجِّلَت أعلى نسبة من هذه البلدان في إقليمَي أوروبا وشرق المتوسط (٧٨٪ و ٧٦٪ على التوالي)، وأدنى نسبة في إقليمَي أفريقيا وغرب المحيط الهادئ (٤٣٪ و ٥٦٪ على التوالي)، على الرغم من أن كلا الإقليمين أفاد بأنه

الإطار ٨-٣ تنمية المهارات القيادية في المستشفى الوطني التخصصي (مستشفى غويدو فالاداريس الوطني)، تيمور-ليشتي

أظهر تحليل وظيفي أجري عام ٢٠١٤ (٤٢٠) أن أفراد كادر التمريض الذين يشغلون مناصب إدارية متوسطة في مستشفى تيمور-ليشتي التخصصي الوطني التابع لوزارة الصحة (مستشفى غويدو فالاداريس الوطني) كانت لديهم قدرات إدارية منخفضة، وقد ضُيِّل من الخبرة أو التدريب النظامي؛ وفي الوقت نفسه، كان مرفق المستشفى الرئيسي يواجه وضعًا حرجيًا فيما يتعلق بالنظافة الصحية والوقاية من العدوى ومكافحتها. وقد أبرزت هذه التحديات الضرورة الملحة لإحداث تغيير هيكلي وتنمية المهارات القيادية داخل المؤسسة.

وفي سبيل التصدي لهذه التحديات، أنشئ برنامج تدريب للقادة بدعم من شركاء القطاع الصحي ونُفِّذ ميدانيًا في المستشفى. وقد صُمِّم البرنامج بصفة خاصة لقادة التمريض والمستشفى، واشتمل على جلسات عملية سمحت للمشاركين بتطبيق مفاهيم القيادة في سياقات واقعية. وتلقى المشاركون أيضًا دعمًا مستمرًا من خلال أنشطة الإرشاد وعقد جلسات تركز على القيادة والإدارة أُعيدت صيغتها لكي تلائم بيئة النظام الصحي (٤٢١).

وفي أعقاب البرنامج، حصل أفراد كادر التمريض على ترقية، وتولوا قيادة فرق الجودة والرعاية المتكاملة التي تشكّلت حديثًا، والمسؤولة عن تحسين الجودة وإدارة التغيير في مختلف أقسام المستشفى. وقد وجدوا أن العوامل التمكينية التي ساعدتهم على ذلك كانت تتمثل في فهم أنماط القيادة ومفاهيم إدارة التغيير، وتحسين الجودة، وتحديد المخاطر السريرية، والرعاية التي تركز على المرضى، واستراتيجيات الاتصال.

وقد نقلهم البرنامج إلى وضعٍ يتيح لهم تقديم إسهامات مهمة أثناء عملية تحوّل هيكل القيادة في المستشفى. ويتولى هؤلاء الممرضات والممرضون حاليًا قيادة فرقهم بفعالية، بينما يعملون على تعزيز ثقافة التحسين المستمر وتغيير السلوك. وقد أثبت برنامج تدريب القادة في مستشفى غويدو فالاداريس الوطني، الذي بات الآن يُعقد سنويًا، أنه مبادرة محورية في تحسين المهارات الإدارية والتقنية وإعداد جيل جديد من قادة التمريض.

في مكان العمل، ولم يوجد كذلك ما يربطه بوجود ممرضات وممرضين الممارسة المتقدّمة. وعلى غرار ما ورد في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، سُجِّلَت درجة أعلى قليلًا فيما يتعلق بلوائح التعليم وتقديم الخدمات في البلدان التي لديها برامج لتنمية المهارات القيادية في مجال التمريض (انظر الإطار ٨-٤).

١٢٧. وكان من المتوقع أنه، في البلدان التي تأخذ المهارات القيادية فيها نصيبًا من التنمية في ظل وجود منصب كبير مسؤولي التمريض الحكوميين، قد يُلاحظ تقدّم أسرع فيما يتعلق باللوائح المتعلقة بتعليم أفراد كادر التمريض وظروف عملهم. إلا أنه لم يوجد أي ارتباط ذي دلالة إحصائية بين وجود منصب كبير مسؤولي التمريض الحكوميين وتحسّن لوائح التعليم وتدابير الحماية

الإطار ٨-٤ إعطاء الأولوية لتنمية المهارات القيادية لدى أفراد كادر التمريض

الاستثمار في المهارات القيادية لدى أفراد كادر التمريض أمر محوري لتعزيز فعالية النظم الصحية وقدرتها على الصمود (٤٢٢). والاستثمارات المكرسة لتنمية المهارات القيادية ضرورية لتزويد القادة بالكفاءات اللازمة، لكي يكون لهم تأثير فعال في السياسة الصحية وإدارة القوى العاملة وتحفيز التحسينات في النظم والتعاون بين القطاعات (٤٢٢، ٤٢٣). وهناك نماذج وأساليب عديدة متبعة في تنمية المهارات القيادية في مجال التمريض، التي ينبغي أن تؤهل الممرضات والممرضين لتولي أدوار محورية داخل النظم الصحية، وتمكينهم من تحديد الاحتياجات الخاصة بالقطاع وتلبيتها، وتوسيع نطاق ممارساتهم، وتنفيذ تغييرات استراتيجية (٢٨٧، ٤٢٢-٤٢٥). ويؤدي توحيد معايير تدريب القادة بين الأقاليم المختلفة إلى تسهيل تنقل قيادات التمريض المهرة والاعتراف بهم (٤٢٦).

وسوف يتطلب الاستثمار الفعّال في المهارات القيادية أطراً شاملة للتعليم والتدريب. ففي أفريقيا، تضطلع الهيئات التنظيمية والمؤسسات التعليمية بدور حاسم في تطوير المناهج التي تتضمن تدريب أفراد كادر التمريض والقبالة على القيادة والإدارة (٤٢٧). ويسهم إعداد الكفاءات والمعايير المهنية الموحدة في ضمان تأهيل قادة التمريض بطريق متجانسة لتلبية متطلبات أدوارهم الوظيفية (٤٢٧). وللحفاظ على استدامة وفعالية التعليم وتنمية المهارات القيادية في مجال التمريض، فإن الأمر يقتضي التعاون بين وزارات الصحة والجمعيات المهنية والمؤسسات الأكاديمية، إلى جانب الدعم التنظيمي والتمويل، وإرساء ثقافة تعزز الإرشاد والنمو المهني (٤٢٢). فالتعاون لا غنى عنه لتبادل أفضل الممارسات والموارد اللازمة لتنمية المهارات القيادية (٤٢٦).

ويمثل الاستثمار في تنمية المهارات القيادية لدى أفراد كادر التمريض أولوية استراتيجية تدعم الهدف الأوسع المتمثل في تعزيز النظم الصحية. ومن خلال توفير التدريب الشامل والدعم التنظيمي وتوطيد التعاون الإقليمي، يمكن للنظم الصحية أن تعمل على رعاية كادر من القادة المهرة في مجال التمريض. ويُعد تمكين قادة التمريض أمراً ضرورياً لبناء نظم صحية قادرة على الصمود وسريعة الاستجابة وعادلة وقادرة على مواجهة التحديات الصحية الحالية والمستقبلية.

١٢٨. وأكد الخطاب الصحي العالمي على أهمية تمكين المرأة

في مكان العمل، وذلك بعد نزاعات طال أمدها من

أجل المساواة بين الجنسين في جميع جوانب العمل

(٤٢٨). ونظراً لهيمنة النساء على القوى العاملة في

قطاع التمريض إلى حد كبير، فإن المهارات القيادية في

هذا المجال يمكن قياسها من منظور حصة النساء في

المناصب القيادية في قطاع الصحة. فقد أبلغت ٢٧ بلداً

عن مؤشر عالمي لحصة النساء في المناصب الإدارية

العليا في وزارة الصحة. وفي البلدان السبعة والعشرين

المجبية، كانت متوسط المناصب القيادية في وزارة

الصحة التي تشغلها النساء ٥٥٪. وتراوح هذه النسبة

ما بين ٦٪ و ١٠٠٪. وعلى الرغم من أن هذه المعلومات

وردت من عدد قليل من البلدان، فإنها شملت بلداناً

من جميع الأقاليم وأظهرت بعض الفروق: فعلى سبيل

المثال، في البلدان المجبية من الإقليم الأفريقي، وعددها

١٠ بلدان، بلغ متوسط حصة المرأة في المناصب القيادية

٢٤٪؛ وبلغت هذه النسبة ٦٥٪ في البلدان المجبية من

الإقليم الأوروبي، وعددها ٧ بلدان.



ممرضة رعاية صحية أولية في أوكرانيا تقف في غرفة الاستقبال بعيادتها، مستعدة لبدء مقابلاتها مع المرضى. © منظمة الصحة العالمية

التوجهات السياساتية حتى عام ٢٠٣٠

١٣٠. وسوف تحتاج جميع الأولويات السياسية والإجراءات ذات الصلة إلى الدعم من خلال الاستثمارات الموجهة والتعاون على المستوى القطري في مختلف قطاعات الحكومة، مثل المالية والعمل والتعليم، ومن جانب الجهات صاحبة المصلحة، بمن في ذلك معلمو التمريض، والهيئات التنظيمية، والجمعيات، وأصحاب العمل، والمنظمات غير الحكومية، ومنظمات المجتمع المدني.

١٢٩. تؤكد البيانات والاستنتاجات الواردة في هذا التقرير الأهمية المستمرة للأولويات السياسية الـ١٢٩ الواردة في التوجهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة ٢٠٢١-٢٠٢٥. ويتناول هذا الفصل «مجال التركيز» لكل أولوية سياسية للفترة ٢٠٢٦-٢٠٣٠. وإضافة إلى ذلك، تحددت خمس أولويات سياسية مستجدة في مجالات تمريض الممارسة المتقدمة، والنوع الاجتماعي، وتكنولوجيا الصحة الرقمية، والمناخ والصحة، وأفراد التمريض العاملين في بيئات الهشاشة والنزاع والضعف.

٩-١ الأولويات السياسية ومجالات التركيز الواردة ضمن التوجهات الاستراتيجية العالمية للمريض والقبالة

٩-١-١ فرص العمل/ التوظيف

إجراء تخطيط القوى العاملة في مجال التمريض والتنبؤ بها
باستخدام منظور سوق العمل الصحي

١٣١. سوف يتعين على كثير من البلدان المرتفعة الدخل والبلدان الأوروبية أن تركز، إلى جانب زيادة معدلات الالتحاق بالتعليم قبل الخدمة، على الاحتفاظ بأفراد الكادر لتعويض الخسائر الناجمة عن التقاعد وتقليل الاعتماد على استقدام العمالة من البلدان الأخرى. وسوف يتعين على كثير من البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط أن تزيد عدد خريجات وخريجي التمريض، وتضمن استيعابهم في النظام الصحي، وتحسن ظروف العمل للحد من الهجرة المفرطة إلى الخارج، وتراعي النمو في عدد السكان وأسواق العمل. ويمكن تقييم آثار سياسات التوظيف والاستثمارات على أساس الزيادة في أعداد العاملين في مجالي الصحة والرعاية، وصقل المهارات وتحسين ظروف العمل (٤١٠).

ضمان الطلب الكافي (الوظائف) فيما يتعلق بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية وتلبية الأولويات الصحية الأخرى للسكان.

١٣٢. على الرغم من النمو العالمي منذ عام ٢٠١٣، لا تزال كثافة التمريض في العديد من البلدان غير كافية، وهو ما يعوق تقدّمها نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتتمثل هذه الأولوية في تسريع النمو في الطلب على وظائف التمريض، وخاصة في إقليميّ أفريقيا وشرق المتوسط، وفي البلدان التي تعاني بالفعل من انخفاض في كثافة القوى العاملة أو تلك التي يُتَوَقَّع لها أن تواجه هذا الانخفاض، مثل البلدان المتضررة من النزاعات وغيرها من حالات الطوارئ المزمنة المعقدة، أو تلك التي تشهد معدلات سريعة في النمو السكاني. وسيطلب هذا الأمر تأمين استثمارات مستدامة محلية في القوى العاملة الصحية، إلى جانب استثمارات خارجية في حالة عدم كفاية الموارد المحلية لتوسيع الحيز المالي والاقتصادي على نحو مناسب، بما يتماشى مع الأولويات والآليات الوطنية. وتتمثل الآليات وفرص المشاركة الإقليمية المتاحة في ميثاق الاستثمار في القوى العاملة الصحية في أفريقيا والمبادرة الرائدة الإقليمية لشرق المتوسط: الاستثمار في قوى عاملة صحية قادرة على الصمود، وقد اعتمد كلاهما وأقر في عام ٢٠٢٤.



ممرضتان في تونغنا يُحضِران اللوازم وتُكمَلان الوثائق أثناء جلسة تدريب سريري.
© منظمة الصحة العالمية/ ميساكي إيسيليلي تاووكولو

جذب أفراد كادر التمريض إلى الأماكن التي تمس الحاجة إليهم فيها وتوظيفهم واستبقاؤهم فيها

١٣٣. لا يزال استقدام أفراد الكادر والاحتفاظ بهم في المناطق الريفية والمناطق التي تعاني من نقص الخدمات مشكلات كبيرة؛ إذ يمكن أن يصل الفرق في الكثافة داخل بلد واحد إلى عشرة أضعاف (١٨٨، ٤٢٩). وقد نجح تنفيذ «مسار التعيين في المناطق الريفية» في زيادة عودة الممرضات والممرضين إلى العمل في تلك المناطق. فينبغي للبلدان أن تضع سياسات لتوظيف القوى العاملة والاحتفاظ بها، على أن تكون هذه السياسات مسندة بالبيانات ومصممة خاصة لكي تلائم السياق المحلي، وتعالج الأسباب الجذرية المختلفة لأوجه عدم المساواة (٤٣٠).



المرمضة أكثر أثناء مناوبتها في جناح خمى الضحك في مستشفى دكا الطبي، بنغلاديش.
© منظمة الصحة العالمية/ فابيه منير

تعزيز المدونة العالمية لقواعد الممارسة المتعلقة بتوظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي (المدونة)

١٣٤. الاعتماد الأكبر على التوظيف الدولي للممرضات والممرضين في البلدان المرتفعة الدخل، إلى جانب انخفاض كثافة أفراد كادر التمريض في العديد من البلدان المدرجة في قائمة منظمة الصحة العالمية لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية لعام ٢٠٢٣، والانخفاضات المتوقعة في الكثافة في هذه البلدان حتى عام ٢٠٣٠، هي أمور تبرز ضرورة التعجيل بتنفيذ المدونة. وتتمثل الأولويات العاجلة في تعزيز الالتزام بالمدونة، بما في ذلك الأحكام الموضحة في قائمة منظمة الصحة العالمية لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية لعام ٢٠٢٣، وزيادة الاستثمار في النظم الصحية والقوى العاملة الصحية في هذه البلدان، واستحداث وتنفيذ اتفاقات ثنائية توفر منافع متبادلة ومتناسبة للنظم الصحية في البلدان المصدرة للقوى العاملة. وفيما يتعلق بالبلدان المُدرّجة في قائمة منظمة الصحة العالمية لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية لعام ٢٠٢٣، فإن الرصد الدقيق لسوق العمل الصحي أمر ضروري، وهو ما يجب أن يقترن بقرارات سياساتية واستثمارية محددة لزيادة المعروض المحلي من القوى العاملة الصحية، ودعم تدابير الاحتفاظ بها، بما في ذلك تحسين ظروف العمل، والحد من التوظيف الدولي النشط بما يتماشى مع أحكام المدونة.

مواءمة مستويات تعليم التمريض مع الأدوار المثلى في النظامين الصحي والتعليمي

١٣٥. مع توجّه المزيد من البلدان نحو الاعتماد على درجات البكالوريوس للدخول إلى مهنة التمريض، فإن التخطيط والتنسيق بين الأوساط الأكاديمية والهيئات التنظيمية والمرافق الصحية أمر ضروري لتحديد أدوار ومسؤوليات أفراد كادر التمريض الحاصلين على درجة البكالوريوس مقارنة بالأنواع الأخرى من أفراد الكادر والعاملين الصحيين. وينبغي توسيع نطاق الأبحاث بشأن الأثر الذي يحدثه أفراد كادر التمريض الحاصلين على درجة البكالوريوس، ليشمل سياقات الرعاية الأولية وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط. ولا تزال البَيِّنَات، ومنها دراسات تتبّع المسارات المهنية على المدى الطويل، محدودة فيما يتصل بالحصائل المتعلقة بالمرضى والمرافق الصحية التي يأتي بها أفراد كادر التمريض المتخرجون من البرامج المانحة لدرجة بكالوريوس العلوم في التمريض، سواء برامج سد الفجوات التي تمنح درجة بكالوريوس العلوم في التمريض للعاملين في مهنة التمريض بالفعل، ممن يحملون شهادات أدنى ويرغبون في استكمال الدراسة للحصول على البكالوريوس، أو البرامج المعجلة التي تمنح درجة بكالوريوس العلوم في التمريض لمن يحملون درجة البكالوريوس في مجال آخر ويرغبون في دخول مهنة التمريض.

تخريج العدد الأمثل من الممرضات والممرضين على المستوى المحلي لتلبية أو تجاوز طلب النظام الصحي

١٣٦. يتعين على كثير من البلدان، ولا سيما في إقليمي أفريقيا وشرق المتوسط، أن تعمل على زيادة القدرات المحلية لتخريج الممرضات والممرضين لمواكبة النمو السكاني، الذي غالبًا ما يصاحبه احتياجات صحية غير ملبأة وتزايد تعقيدًا، وأن تعمل على زيادة الطلب في سوق العمل. وقد يتعين على البلدان المرتقعة الدخل أن تزيد جاذبية المسارات المهنية والتعليم في مجال التمريض، من أجل زيادة معدلات الالتحاق بالتعليم قبل الخدمة في مجال التمريض بما يتماشى مع احتياجات سوق العمل الصحي. وقد تنشأ صعوبات أمام قبول الطلاب أو تسجيلهم بسبب مدى توافر أعضاء هيئات التدريس في مجال التمريض ومواقع التدريب السريري، إلى جانب القيود التي تحيط بالبنية التحتية ومعدات التدريب.



مدرّبة تمريض تتولى تيسير استعراض إحدى الحالات السريرية مع طلاب تمريض وبعض الزملاء في مستشفى في تايوان، الصين. © يون تشين، التمريض في بؤرة الاهتمام

تصميم البرامج التعليمية بحيث تكون قائمة على الكفاءة،
وتطبيق التصميم التعليمي الفعال، والوفاء بمعايير الجودة
والمواءمة مع الاحتياجات الصحية للسكان

١٣٧. ينبغي للبلدان أن تعمل على ضمان التنسيق بشأن
معايير الاعتماد بين المرافق الصحية والأوساط
الأكاديمية لمواءمة حصائل التعلم مع الكفاءات
التي تحتاج إليها الخريجات والخريجون لدخول سوق
العمل؛ ويشمل ذلك الحاجة إلى تعظيم الفرص المتاحة
لانخراط الطلاب في مواقع الممارسة السريرية المناسبة.
وينبغي لمواقع التعلم السريري أيضًا أن تقي بمعايير
الإشراف وتنمية المهارات. ويتطلب توسيع نطاق
«التعلم المختلط» المزيد من الاستثمار في البنية
التحتية والموارد لدعم التعليم الرقمي المنصف والملائم
في بيئات تعليمية وسريرية؛ وينبغي أن تشمل معايير
التعليم والتدريب في مجال التمريض الكفاءات الرقمية
التي يحتاج إليها أفراد كادر التمريض لمواكبة الممارسة
المعاصرة (٤٣١، ٤٣٢).

ضمان حصول أعضاء هيئات التدريس على التدريب المناسب
على أفضل أساليب وتكنولوجيات التعليم، واكتسابهم خبرة
سريرية مثبتة في مجالات المحتوى التدريبي

١٣٨. لم يواكب تطوير أعضاء هيئات التدريس الجيد في
مجال التمريض وتوظيفهم والاحتفاظ بهم الطلب الناشئ
في البيئات التعليمية الآخذة في الاتساع. وتشمل التهج
المسندة بالبيانات الرامية إلى تعزيز قدرات أعضاء هيئات
التدريس كلاً من التوجيه والإرشاد الرسميين والمنظمين
لتسهيل الانتقال إلى البيئة الأكاديمية والأدوار المتوقعة؛
والأجور المناسبة والحوافز غير المالية؛ وظروف العمل
المواتية؛ وفرص التقدم الوظيفي. وقد يحتاج أعضاء هيئات
التدريس إلى اكتساب مهارات جديدة لإعداد وتقديم برامج
تعليمية وتدريبية توفر لطلاب التمريض الكفاءات الرقمية
اللازمة لتسهيل التعلم، والتطوير المهني، ورعاية المرضى.
ولذلك، سوف يتعين على البلدان أن توفر فرصًا لاكتساب
المهارات الجديدة متى دعت الحاجة إلى ذلك.



ممرضة تجري فحصاً صحياً لإحدى الأمهات، بينما تشاهدها مجموعة من طلاب التمريض خلال جلسة تدريب سريري في الهند. © بيغالي سينها، التمريض في دائرة الضوء

استعراض وتعزيز القواعد التنظيمية المهنية ودعم بناء قدرات هيئات التنظيم، عند الاقتضاء

١٣٩. ينبغي للبلدان استعراض وتنقيح اللوائح المنظمة لمهنة التمريض لضمان قدرة الممرضات والممرضين على أداء عمل يتناسب تمامًا مع ما يحملون من مؤهلات تعليم وتدريب وكفاءات، مثل ضمان تحديث نطاقات للممارسة متميزة على نحو كافٍ لأنواع ومستويات مختلفة من الممرضات والممرضين (مثل: ممرضة عامة/ ممرض عام مقابل ممرضة متخصصة/ ممرض متخصص أو ممرضة ممارسة متقدمة/ ممرض ممارسة متقدمة). وينبغي أن يساعد محتوى التطوير المهني المستمر على ضمان توافر الكفاءات اللازمة للممرضات والممرضين العاملين في أدوار موسعة، والذين يعتنون بالاحتياجات الصحية للسكان التي يتزايد مدى تعقيدها بإطراد، بما في ذلك استخدام الأدوات والتكنولوجيا الرقمية من أجل الصحة. وينبغي تحسين اللوائح لدعم توزيع أكثر إنصافاً لأفراد كادر التمريض والاحتفاظ بهم، وضمان احتوائها على تدابير تسمح بقدر من المرونة والتكيف أثناء حالات الطوارئ لتحسين مدى التوافر مع الحفاظ، في الوقت نفسه، على السلامة العامة.

تكيف سياسات مكان العمل لحماية أفراد كادر التمريض والحفاظ على سلامتهم

١٤٠. ثمة ضرورة ملحة لضمان استجابة منسقة من جانب الحكومات وأصحاب العمل والمجتمع لحماية وصون الصحة والرفاه النفسيين لأفراد كادر التمريض. وتوفر المراجع، مثل الميثاق العالمي للعاملين في مجالي الصحة والرعاية، وتقرير واجبنا في الرعاية (٣٨٩)، والمجلس الدولي للممرضات والممرضين (٤٣٣)، إرشادات بشأن تطبيق السياسات والتدخلات على مستوى البلدان والمرافق. ويُعد الأجر العادل والتنافسي أحد العناصر المهمة في بيئة العمل اللائق. ومن السمات التي يمكن أن تعزز مرتبات أفراد كادر التمريض آليات التقدم في جدول الأجر التي تعوض الموظفين ذوي المستويات العالية من المهارات أو الخبرة أو الممارسة المتقدمة؛ ومكملات الأجر التي تستهدف الوظائف التي يصعب شغلها في المناطق ذات تكاليف المعيشة المرتفعة؛ والمرونة في اشتراكات ومدفوعات المعاش التقاعدي لتشجيع المزيد من الممرضات والممرضين على البقاء ضمن القوى العاملة أو العودة إليها (٤٠٨). وقد يتعين على بعض البلدان أن تقيم إلى أي مدى يدعم نظام الأجر لديها مسألة المساواة بين الجنسين (انظر القسم ٩-٢).



ممرضة وممرض يقدمان الرعاية في وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة في مستشفى المقاصد، القدس. © منظمة الصحة العالمية

استحداث وظائف قيادية عليا وتعزيزها لتنظيم القوى العاملة في مجال التمريض وإدارتها، والإسهام في السياسة الصحية

١٤١. في حين يوجد المزيد من كبار مسؤولي التمريض الحكوميين، ينبغي تشجيع البلدان لكي تضمن أن تعكس أدوارهم ومسؤولياتهم مستوى مناسباً من الأقدمية والارتباط بالهيكل المسؤولة عن سياسات القوى العاملة الصحية الأوسع نطاقاً وإدارتها. وينبغي توفير فرص التطوير المهني والتدريب لكبار مسؤولي التمريض الحكوميين في مجالي قيادة الموارد البشرية من أجل الصحة وإدارتها، بما في ذلك الإبلاغ عن البيانات واستخدامها، والمشاركة في العمليات والآليات السياساتية الوطنية، فضلاً عن المنتديات الإقليمية والعالمية. ويمكن لقادة التمريض في المناصب الصحية والاجتماعية الأخرى تعزيز عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالسياسات الصحية من منظور التمريض. وتُشجّع البلدان على رصد النوع الاجتماعي للقادة داخل قطاع الرعاية الصحية والاجتماعية والإبلاغ عنه.

الاستثمار في تنمية المهارات القيادية لدى أفراد كادر التمريض

١٤٢. تقترن برامج تنمية المهارات القيادية في مجال التمريض بتأثيرات إيجابية واضحة، ويجب توسيع نطاقها، ولا سيما في البلدان المنخفضة الدخل. ويجب معالجة العوائق، مثل نقص التمويل، أو قلة عدد أفراد كادر التمريض في مستوى السياسات العليا، أو نقص التعرض للمهارات القيادية في مناهج التعليم والتدريب (٤٣٤)، من خلال تعبئة الموارد والبرامج المكثفة مع السياق التي توفر أو تعزز الكفاءات اللازمة لكبار الممرضات والممرضين في مجموعة متنوعة من السياقات. ويركز العديد من برامج تنمية المهارات القيادية على تزويد أفراد كادر التمريض في بداية مسيرتهم المهنية بفرص المشاركة في السياسات واتخاذ القرارات والشبكات المهنية والتعرض للبحث والابتكار، بوصفها وسيلة لتعزيز الاحتفاظ بالكوادر في المهنة وتسهيل التقدم الوظيفي (٤٣٥، ٤٣٦).



نشاط تعليمي عن الإسهال المائي الحاد في إحدى مدارس الخرطوم، السودان. © منظمة الصحة العالمية

١-٢-٩ الأولويات السياسية المستحدثة

مواصلة تطوير أدوار تمريض الممارسة المتقدمة لزيادة إتاحة الخدمات الصحية العالية الجودة

١٤٣. يجب أن يلبي إدخال ودمج ممرضات وممرضي الممارسة المتقدمة الاحتياجات المحددة للدور المنوط بهم، وأن يحظوا بقبول وزارات الصحة، وأن يعكس التعاون بين وزارة الصحة والمؤسسات التعليمية والهيئات التنظيمية والجمعيات وأصحاب العمل. ويتطلب التنفيذ الناجح لأدوار ممرضات وممرضي الممارسة المتقدمة مراعاة هيكل النظام الصحي والبنية التحتية التعليمية وسياسة القوى العاملة الصحية وتكييفها وفقاً للسياق المحدد (٢٩، ٣٦٤، ٤٣٧). وتتوافر مجموعة من فرص التأثير في السياسات والأدوات التنظيمية لتعزيز فهم أدوار ممرضات وممرضي الممارسة المتقدمة وتطبيقها، من أجل تحقيق تأثير أكبر على صحة السكان. وكذلك، فإن التعاون بين المهن المختلفة، والاستثمار في التعليم والتطوير المهني، والدعم المستمر للسياسات، أمور حاسمة في نجاح تمريض الممارسة المتقدمة. وتُعد التعاريف الموحدة للفئة المهنية الخاصة بممرضات وممرضي الممارسة المتقدمة (التي تميزهم عن مهنيي التمريض) ضرورة لضمان دقة الرصد العالمي ووضع السياسات.

معالجة التحيز المرتبط بالنوع الاجتماعي، بما في ذلك الأجور المنصفة والتنافسية

١٤٤. ثمة ضرورة ملحة لإيجاد حلول تعاونية ومتعددة القطاعات لضمان المساواة بين الجنسين في قطاع الصحة والرعاية. وتمس الحاجة إلى نهج مناسبة للسياق لمعالجة العوامل المحركة لتأنيث مهنة التمريض، مثل المعايير الثقافية والمجتمعية المتعلقة بالنوع الاجتماعي والوصول إلى التعليم، ودعم المشاركة المتكافئة للجنسين في القوى العاملة. وتسهم السياسات المراعية للاعتبارات الجنسانية في تعليم أفراد كادر التمريض وتوظيفهم وتوزيعهم وإدارتهم والاحتفاظ بهم وتقديمهم الوظيفي في خلق بيئات أكثر عدالة وشمولاً للجميع، لكي يعمل فيها أفراد الكادر الممارسون أو المرتقبون. وينبغي لجميع البلدان أن تجمع بيانات مصنفة حسب النوع الاجتماعي، وأن تجري تحليلات لسوق العمل للتعرف على مدى تأثيرها بالتفاعلات بين النوع الاجتماعي وغيره من العوامل الاجتماعية. ويجب أن تكون أجور أفراد كادر التمريض عادلة ومنصفة، وتعكس طبيعة المشقة التي تواجه العديد من أدوار ومهام الممرضات والممرضين، وتقوم على تقديم أجر متساوٍ على العمل المتساوي.



مراجعة صورة بالأشعة السينية لصدر أحد المرضى في مرفق صحي في كازاخستان. © منظمة الصحة العالمية

تسخير إمكانات الأدوات والتكنولوجيات الرقمية لتلبية احتياجات السكان والنظام الصحي

١٤٥. ينبغي للممرضات والممرضين، في الممارسة والتعليم وأدوار القيادة، أن يكونوا على دراية بكيفية استخدام أدوات الصحة الرقمية، وأن يكونوا مؤهلين للعمل بالتكنولوجيات الحديثة ذات الصلة. ويمكن أن تساعد هذه التكنولوجيات على الوقاية من الأمراض وتشخيصها والتدبير العلاجي لها، وكذلك على تنمية القوى العاملة (٤٣٨). ويجب إعداد أفراد كادر التمريض وتقديم الدعم الكامل لهم للاستفادة من التكنولوجيات الرقمية بكفاءة في جميع مجالات الممارسة المهنية من التعليم إلى الممارسة والبحث والإدارة. وسوف يتطلب اعتماد الذكاء الاصطناعي واستخدامه وتسريع وتيرته في التعلم والممارسة لدى القوى العاملة الصحية استثمارات كبيرة لبناء قدرات القوى العاملة الصحية، وهو ما يثير المخاوف بشأن الإنصاف والشمول. وتُعد البنية التحتية والموارد، بما في ذلك تعليم القوى العاملة، والأطر القانونية والتنظيمية، وآليات خصوصية البيانات وأمنها، والمعايير التقنية العالمية وغيرها من المعايير، والاتصال بالإنترنت، مرتكزات ضرورية للاستخدام الأمثل لتكنولوجيات الحلول الرقمية والذكاء الاصطناعي من أجل تحسين حواصل المرضى (٤٣٩).

تمكين أفراد كادر التمريض من الإسهام في برنامج عمل المناخ من خلال التعليم والمناصرة والممارسات الواعية للمناخ في سياقات الصحة والأدوار القيادية

١٤٦. سوف يتعين على الشركاء الأكاديميين دمج حصائل التعلم المتعلقة بتغير المناخ وتأثيراته على الصحة في المناهج الدراسية للتمريض المرتكز على الكفاءات، وتشجيع الدراسة المتعددة التخصصات التي تشمل الصحة البيئية والعامة. وينبغي توجيه الدعم والاعتراف بأدوار أفراد كادر التمريض في مناصرة سياسات الصحة العامة التي تعالج تغير المناخ. فيمكن للممرضات والممرضين في المرافق الصحية قيادة الجهود الرامية إلى مناصرة تدابير من شأنها تقليل بصمتها الكربونية، والحد من النفايات، وتعزيز كفاءة الطاقة في أماكن عملهم. ويمكن للحكومات والمرافق الصحية أن تضع المزيد من التركيز على القضايا الصحية المتعلقة بالمناخ من خلال أدوار مهنية مكرسة، مثل المعلمين في مجال الصحة البيئية أو المدافعين عن الصحة العامة، من أجل تعزيز القدرة على الصمود في مواجهة المناخ. ويمكن للشراكات الاستراتيجية من جانب كبار مسؤولي التمريض الحكوميين أن تضمن تثقيف الممرضات والممرضين وتوزيعهم بطرق تمكنهم من تعزيز جدول أعمال المناخ في مجتمعاتهم.

توفير الدعم المخصص للتعليم والتوظيف وظروف العمل في مجال التمريض في سياقات الهشاشة والنزاع والضعف

١٤٧. ضمان السلامة الجسدية أمر بالغ الأهمية، ومن بين ركائزها توفير المرافق الآمنة، والنقل الآمن من مكان العمل وإليه، والحماية من العنف المباشر. وينبغي في هذا السياق توفير الدعم النفسي والاجتماعي والاستشارات وخدمات الصحة النفسية. وللحفاظ على استمرارية برامج التعليم والتدريب، ينبغي زيادة الاستفادة من التعلم عن بُعد والتعلم عبر الهاتف المحمول؛ وسوف يحتاج أعضاء هيئات التدريس إلى الدعم لتطوير المناهج الدراسية عبر الإنترنت ونشرها وتدريبها. وينبغي توفير التدريب أثناء الخدمة للممرضات والممرضين الموجودين في

الخدمة، مع التركيز على المهارات العملية، مثل الفرز والرعاية الطارئة والتدبير العلاجي للصددمات. وينبغي استخدام أساليب مرنة لمنح الشهادات أو الاعتمادات لتسجيل الشهادات والاعتراف بها. وينبغي الحفاظ على صرف المرتبات والمكافآت لأفراد كادر التمريض في مناطق النزاع، بما في ذلك من خلال آليات مؤقتة. وفي حالات ما بعد النزاع، يمكن لبرامج إعادة التأهيل أن تساعد في إعادة دمج الممرضات والممرضين، والاعتراف بالإسهامات الحاسمة التي قدموها، وتوفير إمكانية اكتسابهم مهارات جديدة حسب الحاجة، وضمان التعويض والدعم في الانتقال إلى أدوارهم السابقة.



ممرض في مستشفى تل نيسة، الجمهورية العربية السورية، يحمل لافتة كتب عليها "أنا ممرض، أنا لست هدفاً"، مشلياً الضوء على المخاطر التي يواجهها العاملون الصحيون في مناطق النزاع. © منظمة الصحة العالمية

سوف تحتاج جميع الأولويات
السياساتية والإجراءات
ذات الصلة إلى الدعم

من خلال الاستثمارات الموجهة والتعاون على المستوى
القُطري في مختلف قطاعات الحكومة، مثل المالية
والعمل والتعليم، ومن جانب أصحاب المصلحة، بمن في
ذلك معلمو التمريض، والهيئات التنظيمية، والجمعيات،
وأصحاب العمل، والمنظمات غير الحكومية، ومنظمات
المجتمع المدني.



ممرضة تقدم الرعاية لمريض بالكوليرا في أحد مراكز العلاج في إثيوبيا أثناء فاشية للمرض، وتقدم له الماء للحفاظ ترطيب الجسم إلى جانب المحاليل الوريدية. © منظمة الصحة العالمية/ مولوغيتا آيني

الخلاصة

١٤٨. يوضح هذا التقرير اتجاهًا مستمرًا لزيادة الرصيد العالمي من أفراد كادر التمريض، إلا أن هذا النمو المتواضع يخفي أوجهًا من عدم المساواة تتزايد اتساعًا، وخسائر متواصلة في المعروض من الممرضات والممرضين (بسبب التناقص الطبيعي في أعدادهم والتقاعد والهجرة الدولية). وفي العديد من البلدان، لم تسفر المكاسب التي تحققت بشق الأنفس في معدلات تخرج أفراد كادر التمريض عن تحسن في الكثافة بسبب وتيرة النمو السكاني التي تفوق هذه المعدلات في سرعتها. وقد شهدت الفئات السكانية الضعيفة، مثل تلك الموجودة في البلدان المدرجة في قائمة منظمة الصحة العالمية لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية لعام ٢٠٢٣، وأقل البلدان نموًا، والبلدان المتضررة من النزاعات وعدم الاستقرار، والبلدان ذات مستويات الخصوبة المرتفعة والنمو السكاني السريع، والدول الجزرية الصغيرة النامية، وتواجه تآكلًا مستمرًا في كثافة أفراد كادر التمريض، وهو ما يهدد توافر الخدمات الصحية الأساسية.

١٤٩. ولا تزال قوة الدفع الواضحة هي الارتقاء بالقوى العاملة في مجال التمريض، من خلال توسيع قدرات التعليم والتدريب، وزيادة فرص العمل للممرضات والممرضين في النظام الصحي، وتحسين ظروف العمل وتعزيز المهارات القيادية والإدارية التي تسهم في نهاية المطاف في تحقيق الأهداف العالمية المتعلقة بالصحة. وإحدى الخطوات المبكرة الحاسمة في هذا الإطار تخطيط القوى العاملة في مجال التمريض من منظور سوق العمل الصحي، لتحديد ومعالجة المشكلات في مسار التعليم، والفجوات في الرحلة من التعليم إلى العمل، والفجوات في الحيز الاقتصادي والمالي، وكذلك للحد من نقص الوظائف

المتاحة والملائمة للممرضات والممرضين وانتشار البطالة بينهم، إلى جانب السمات المرتبطة بالعمر والنوع الاجتماعي، والعوامل التي تؤثر على الاحتفاظ بالكوادر والهجرة الدولية.

١٥٠. وعلى الرغم من أن الهجرة الدولية لن تتوقف أبدًا، فإن ظروف العمل غير المواتية والأجور المنخفضة نسبيًا يمكن أن تشكل عوامل «ترغيب» رئيسية للممرضات والممرضين. وقد خلص هذا التقرير إلى أن بلدانًا عديدة لا تتخذ ما يكفي من تدابير لحماية الممرضات والممرضين ودعم حقوقهم في بيئات عملهم؛ إذ إن ٤٢٪ فقط من هذه البلدان لديها خدمات لدعم الصحة والرفاه النفسيين. وكانت الأجور الوسطية، حتى بعد تقييمها بتعادل القوة الشرائية، أكبر ثلاث مرات في البلدان المرتفعة الدخل منها في البلدان المنخفضة الدخل. وخلص تحليل بيانات الأجور المصنفة حسب النوع الاجتماعي إلى أنه على الرغم من أن التمريض لا يزال مهنة مصنفة إلى حد كبير حسب النوع الاجتماعي، وأن النساء لم يزلن يشكلن النسبة الكبرى من القوى العاملة فيها، فإن الرجال ما زالوا يحصلون على أجور تفوق أجور النساء، سواء في الساعة أو شهريًا.

١٥١. وتنتج القوى العاملة في مجال التمريض على مستوى العالم نحو الالتزام بالطابع المهني على نحو متزايد. فالزيادة العالمية في عدد البلدان التي تستخدم أدوار ممرضات وممرضين الممارسة المتقدمة ترتبط بالنمو في البيانات الجوهرية التي تدعم فعالية هذه الفئة في تحسين إتاحة الرعاية وجودتها؛ وتحقيق حصائل أفضل للمرضى ومقدمي الرعاية الصحية والمؤسسات؛ وتقديم

خدمات صحية فعالة لقاء التكلفة في مختلف السياقات الصحية وفئات المرضى ومستويات حدة المرض. ويمكن أن يساعد توحيد تعاريف ممرضات وممرضين الممارسة المتقدمة بوصفهم فئة مهنية، ومراعاة الاتساق في التعليم والممارسة والتنظيم، في التغلب على العوائق التي تحول دون أدائهم دورًا مثاليًا في سياقات المرافق الصحية والمجتمعات المحلية.

١٥٢. ويمتلك عدد من البلدان أكثر من أي وقت مضى مناصب كبار مسؤولي التمريض حكوميين، وهو ما يشير إلى وجود فرصة ممتازة للاستفادة من المهارات القيادية لهؤلاء الممرضات والممرضين ذوي الخبرة العالية. وقد أصبح من واجب البلدان الآن ضمان تزويد كبار مسؤولي التمريض الحكوميين بالموارد اللازمة والمهارات السياسية، وخاصة السلطة وصلاحيات اتخاذ القرار للإسهام على نحو إيجابي في السياسة الصحية وتخطيط القوى العاملة في مجال التمريض. ويحتل كبار مسؤولي التمريض الحكوميين مكانة جيدة تمكّنهم من أداء دور محوري في إعادة توجيه النظم الصحية الوطنية نحو الرعاية الصحية الأولية. وينبغي سد الفجوات في تدريب قادة التمريض في أقاليم معينة وفي البلدان المنخفضة الدخل، لضمان تكافؤ الفرص المتاحة أمام أفراد كادر التمريض لإطلاق كامل إمكاناتهم.

١٥٣. وفي حين أن تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥ يقدم بيانات أكثر من تلك المقدمة في التقرير السابق،

لا تزال هناك فجوات كبيرة في المجالات الرئيسية، مثل القدرة التعليمية (معدلات التقديم، ومعدلات الالتحاق)، وأنواع المرافق التي يعمل بها أفراد كادر التمريض، وحصّة أفراد كادر التمريض المولودين في الخارج والمتعلمين في الخارج، وتوزيع الممرضات والممرضين على المستوى دون الوطني. ويمكن أن تساعد مشاركة كبار مسؤولي التمريض الحكوميين وسائر أصحاب المصلحة المعنيين بالتمريض في جمع البيانات والإبلاغ عنها واستخدامها على مواصلة تحسين توافر البيانات لاستخدامها في التقارير المستقبلية.

١٥٤. وتؤيد البيانات والبيّنات الواردة في هذا التقرير إجراء حوار أساسي بشأن السياسات واتخاذ القرارات المسندة بالبيّنات المطلوبة لمواصلة تنفيذ التوجهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة ٢٠٢١-٢٠٢٥ وتسريع وتيرته. وسوف يعمل الاستثمار في تعليم أفراد كادر التمريض وتوظيفهم والاحتفاظ بهم على تحفيز النمو الاقتصادي من خلال خلق فرص عمل لائقة للممرضات والممرضين، وزيادة المشاركة الاقتصادية للمرأة في القوى العاملة. ومن شأن مراعاة الإنصاف بين الجنسين في الاستثمارات في مجالي الصحة والرعاية، إلى جانب السياسات المفضية إلى التحول في المنظور الجنساني، أن تساعد على النهوض باقتصادات أكثر عدالة وشمولاً للجميع.

١٥٥. ومن الضروري الآن تسريع العمل في مجالات التركيز الواردة ضمن الأولويات السياسية في التوجهات

ينبغي حث البلدان على تنسيق حوار بشأن السياسات بين القطاعات واتخاذ القرارات المسندة بالبيّنات بشأن مجالات وكيفية توجيه الاستثمارات التي تستهدف مهنة التمريض، لتحقيق أقصى استفادة من إسهاماتها في تقديم الخدمات الصحية وتحسين الحاصلات الصحية للسكان.

الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة ٢٠٢١-٢٠٢٥،

وتعزيز الجهود في المجالات المستجدة ذات الأولوية في تمريض الممارسة المتقدمة، والمساواة بين الجنسين، والمناخ والصحة، والصحة والتكنولوجيا الرقمية، وأفراد كادر التمريض العاملين في سياقات الهشاشة والنزاع والضعف. وسوف يساعد ذلك على تسخير طاقات مهنة التمريض لدعم الجهود الرامية إلى تقليل عدم المساواة في إتاحة الخدمات الصحية وجودتها ومدى قبولها، وسد الفجوة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال نهج الرعاية الصحية الأولية. وباستخدام البيانات والاستنتاجات الواردة في هذا التقرير، تُحث البلدان على تنسيق حوار السياسات بين القطاعات واتخاذ القرارات المسندة بالبيانات بشأن

مجالات وسبل توجيه الاستثمارات التي تستهدف مهنة التمريض، لتحقيق أقصى استفادة من إسهاماتها في تقديم الخدمات الصحية وتحسين الحاصلات الصحية للسكان.

١٥٦. واتجاهات عدم المساواة في العديد من المجالات التي يسلط هذا التقرير الضوء عليها تتكرر فيما بين الأقاليم وداخلها، وما بين البلدان وداخلها، وبحسب تصنيف دخل البلدان. وعلى الرغم من أن هذه الاستنتاجات قد لا تُشكل المفاجأة، فإنها ليست بالأمر الذي يمكن قبوله. ولتحقيق أهداف التنمية المستدامة، ولا سيما التغطية الصحية الشاملة، لا بد من معالجة هذه التفاوتات على وجه السرعة.

مرمضة تُحضر دواء وريدًا لطفل يعاني من سوء التغذية في أحد مستشفيات مدينة واو، جنوب السودان. © منظمة الصحة العالمية



١. السنوات العشر الأولى لمنظمة الصحة العالمية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 1958 [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/37089>)
٢. التمريض والقبالة في تاريخ منظمة الصحة العالمية 1948-2017. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2017 [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/259535>)
٣. Steady but slow: resilience amid divergence. Washington, DC: International Monetary Fund; 2024 (<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2024/04/16/world-economic-outlook-april-2024>)
٤. Aid under pressure: 3 accelerating shifts in official development assistance. United Nations; 2024 (<https://unctad.org/publication/aid-under-pressure-3-accelerating-shifts-official-development-assistance>)
٥. الاستراتيجية الصحية العالمية وبرنامج العمل العام الرابع عشر 2025-2028. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2025 [بالإنكليزية] (<https://www.who.int/about/general-programme-of-work/fourteenth>)
٦. تتبع التغطية الصحية الشاملة: تقرير الرصد العالمي 2023. جنيف: منظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي، والبنك الدولي للإتشاء والتعمير؛ 2023 [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/374059>)
٧. القوى العاملة في مجالي الصحة والرعاية. الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة 2030. م 15/156. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_15-ar.pdf)
٨. International Nurses Day 2024 report. The economic power of care: our nurses our future. Geneva: International Council of Nurses; 2024 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-05/ICN_IND2024_report_EN_A4_6.1_0.pdf)
٩. Universal health coverage: expanding our ambition for health and well-being in a post-COVID world. A/RES/78/4. New York: United Nations; 2023 (<https://digitallibrary.un.org/record/4025279>)
١٠. About the human capital project [website]. World Bank Group; 2025 (<https://www.worldbank.org/en/publication/human-capital/brief/about-hcp>)
١١. Background note for the interactive dialogue 5 charting the course toward resilient prosperity. 4th International Conference on Small Island Developing States; 2024 (<https://sdgs.un.org/sites/default/files/2024-05/ID%205%20clean.pdf>)
١٢. الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة 2030. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016 [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/250368>)
١٣. What do we know about young people's interest in health careers. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2025 (<https://doi.org/10.1787/002b3a39-en>)
١٤. مدونة الممارسات العالمية لتوظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي الصادرة عن منظمة الصحة العالمية. ج 63-16. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2010 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_32-ar.pdf)
١٥. مدونة الممارسات العالمية لمنظمة الصحة العالمية: نظرة عامة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024 (<https://www.who.int/ar/publications/m/item/who-global-code-of-practice--an-overview>)
١٦. الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة 2023. جمعية الصحة العالمية التاسعة والسون. البند 16-1 من جدول الأعمال. ج 69/ب/مؤتمر 4. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_BCONF4-ar.pdf)
١٧. اللجنة الرفيعة المستوى المعنية بالعمالة في مجال الصحة والنمو الاقتصادي: تقرير فريق الخبراء. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016 [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/250040>)
١٨. القوى العاملة الصحية: العمل من أجل الصحة: خطة عمل خمسية بشأن العمالة في مجال الصحة والنمو الاقتصادي الشامل (2017-2021): تقرير من المدير العام. ج 74ع 12. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357990/A74_12-ar.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
١٩. الموارد البشرية الصحية. ج 75ع 17. جنيف، سويسرا، منظمة الصحة العالمية؛ 2022 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_R17-ar.pdf)
٢٠. العمل من أجل الصحة والنمو: الاستثمار في القوى العاملة الصحية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016 [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/250047>)
٢١. خطة العمل بشأن العمل من أجل الصحة 2022-2030. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2022 [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/365794>)
٢٢. الميثاق العالمي للعاملين في مجالي الصحة والرعاية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2022

٣ تم الاطلاع في ٣٠ نيسان/ أبريل ٢٠٢٥.

- climate change response in Saudi Arabia: a rapid literature review. J (Adv Nurs. 2024 (<https://doi.org/10.1111/jan.16372>).
- Kotcher J, Maibach E, Miller J, Campbell E, Alqodmani L, Maiero M et al. Views of health professionals on climate change and health: a multinational survey study. *Lancet Planet Health*. 2021;5:e316–e23 ([https://doi.org/10.1016/s2542-5196\(21\)00053-x](https://doi.org/10.1016/s2542-5196(21)00053-x)).
- Redulla R. Climate change, sustainability, and health: what can nurses do. *Gastroenterol Nurs*. 2022;45:393 (<https://doi.org/10.1097/ga.0000000000000710>).
- Cadet MJ. Integrating climate change concepts into advanced practice registered nurses curricula with the application of the national organization 65-of nurse practitioner faculties competencies. *J Prof Nurs*. 2022;41:157 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.05.006>).
- Boakye DS, Kwashie AA, Adjorlolo S, Korsah KA. Nursing education for sustainable development: a concept analysis. *Nurs Open*. 2024;11:e70058 (<https://doi.org/10.1002/nop2.70058>).
- Gaudreau C, Guillaumie L, Jobin É, Diallo TA. Nurses and climate change: a narrative review of nursing associations' recommendations for integrating climate change mitigation strategies. *Can J Nurs Res*. 2023;2024:56:193 (<https://doi.org/10.1177/08445621241229932>).
- Kalogirou MR, Dahlke S, Davidson S, Yamamoto S. Nurses' perspectives on climate change, health and nursing practice. *J Clin Nurs*. 2020;29:4759 (<https://doi.org/10.1111/jocn.15519>).
- McDermott-Levy R, Jackman-Murphy KP, Leffers JM, Jordan L. Integrating climate change into nursing curricula. *Nurse Educ*. 2019;44:43 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000000525>).
- Potter T. Planetary health: the next frontier in nursing education. *Creat Nurs*. 2019;25:201 (<https://doi.org/10.1891/1078-4535.25.3.201>).
- Karam M, Chouinard M-C, Poitras M-E, Couturier Y, Vedel I, Grgurevic N et al. Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: a scoping review. *Int J Integr Care*. 2021;1:16 (<https://doi.org/10.5334/ijic.5518>).
٧١. تقديم خدمات صحية عالية الجودة: ضرورة عالمية للتغطية الصحية الشاملة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/272465>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالممثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٧٢. الإطار التشغيلي للرعاية الصحية الأولية: تحويل الرؤية إلى عمل. جنيف: منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة للطفولة؛ 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/352451>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالممثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٧٣. الخدمات الصحية الجيدة: دليل للتخطيط. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/336661>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالممثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٧٤. Khatir R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:750 (<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>).
٧٥. كتيب بشأن سياسة واستراتيجية الجودة الوطنيتين: نهج عملي بشأن وضع سياسة واستراتيجية لتحسين جودة الرعاية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018 [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/272357>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالممثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٧٦. إعلان أستانا، المؤتمر العالمي المعني بالرعاية الصحية الأولية: 25 و 26 تشرين الأول/أكتوبر 2018. أستانا، كازاخستان؛ 2018. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-ara.pdf?sequence=5&isAllowed=y>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالممثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٧٧. رؤية بشأن الرعاية الصحية الأولية في القرن الحادي والعشرين: نحو تغطية صحية شاملة وأهداف التنمية المستدامة. جنيف: منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة للطفولة؛ 2018 [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/328065>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالممثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٧٨. راجان دي، ورولو كيه، وفينكيلمان جيه، وجاكاب إم، وكريغوس دي، وخالد إف. تنفيذ نهج الرعاية الصحية الأولية: دليل تمهيدي. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024 [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/376777>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالممثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٧٩. إطار قياس ومؤشرات الرعاية الصحية الأولية: رصد النظم الصحية من خلال منظور الرعاية الصحية الأولية. السلسلة التقنية بشأن الرعاية الصحية الأولية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2025 [بالإنكليزية] (https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1).
٤٢. International Nurses Day 2019: resources and evidence. Health for all: nursing, global health and universal health coverage. Geneva: International Council of Nurses; 2019 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-05/IND_2019_Report_ENG.pdf).
٤٣. Pichler PP, Jaccard IS, Weisz U, Weisz H. International comparison of health care carbon footprints. *Environ Res Lett*. 2019;14:064004 (<https://doi.org/10.1088/1748-9326/ab19e1>).
٤٤. Divakaran B, Lembeck S, Kerr R, Calmus H, Potter T. Nurses see "the big picture": addressing climate change as a social determinant of global health. *Creat Nurs*. 2016;22:243 (<https://doi.org/10.1891/1078-4535.22.4.243>).
٤٥. تعزيز الصحة [الموقع الإلكتروني]. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2025 (https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1).
٤٦. Langins M, Llop-Gironés A. The role of government chief nursing and midwifery officers in addressing the social determinants of health inequalities in the WHO European Region. *Int J Equity Health*. 2024;23:214 (<https://doi.org/10.1186/s12939-024-02175-7>).
٤٧. دمج المحددات الاجتماعية للصحة في تعليم القوى العاملة وتدريبها. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023 [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/373710>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالممثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٤٨. Sorensen C, Campbell H, Depoux A, Finkel M, Gilden R, Hadley K et al. Core competencies to prepare health professionals to respond to the climate crisis. *PLOS Clim*. 2023;2:e0000230 (<https://doi.org/10.1371/journal.pclm.0000230>).
٤٩. Mashallahi A, Ardalan A, Nejati A, Ostadtaghizadeh A. Climate adaptive hospital: a systematic review of determinants and actions. *J Environ Health Sci Eng*. 2022;20:983 (<https://doi.org/10.1007/s40201-022-00810-5>).
٥٠. Romanello M, Napoli C di, Green C, Kennard H, Lampard P, Scamman D et al. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *Lancet*. 2023;402:2346 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01859-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01859-7)).
٥١. تقييم مبادرة البحوث في المشاركة المجتمعية التابعة لمنظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لغرب المحيط الهادئ؛ 2023 [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/368135>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالممثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٥٢. Relationality in community engagement: its role in humanizing health and achieving quality integrated health services. *World Innovation Summit for Health*; 2024 (https://wish.org.qa/research-reports/_node_.id=7164).
٥٣. Harris OO, Bialous SA, Muench U, Chapman S, Dawson-Rose C. Climate change, public health, health policy, and nurses training. *Am J Public Health*. 2022;112:S321-s7 (<https://doi.org/10.2105/ajph.2022.306826>).
٥٤. Ludwig-Beymer P. The role of transcultural nurses in climate change. *J Transcult Nurs*. 2024;35:262 (<https://doi.org/10.1177/10436596241259020>).
٥٥. Rempel H, Kalogirou MR, Dahlke S, Hunter KF. Understanding nurses' experience of climate change and then climate change in Western Canada. *J Adv Nurs*. 2024 (<https://doi.org/10.1111/jan.16094>).
٥٦. Tyagi V, Saravanas GL, Dunsmore M, Power T, McCormack B. Planetary health and person-centred healthcare practice. *J Adv Nurs*. 2025;81:537-40 (<https://doi.org/10.1111/jan.16153>).
٥٧. Goodwin MM, Shattell M. Why nurses should care about climate change. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2020;58:3 (<https://doi.org/10.3928/02793695-20200217-01>).
٥٨. Kameg BN. Climate change and mental health: implications for nurses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2020;58:25 (<https://doi.org/10.3928/02793695-20200624-05>).
٥٩. Clemens V, von Hirschhausen E, Fegert JM. Report of the intergovernmental panel on climate change: implications for the mental health policy of children and adolescents in Europe—a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31:701 (<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01615-3>).
٦٠. Jagals P, Ebi K. Core competencies for health workers to deal with climate and environmental change. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18 (<https://doi.org/10.3390/ijerph18083849>).
٦١. Mani ZA, Naylor K, Goniewicz K. Essential competencies of nurses for

- follow-up in primary care to improve self-management and compliance 24-behaviour after myocardial infarction. *Nurs Open*. 2023;10:5211 (<https://doi.org/10.1002/nop2.1758>).
- Molassiotis A, Liu XL, Kwok SW. Impact of advanced nursing practice through nurse-led clinics in the care of cancer patients: a scoping review. *Eur J Cancer Care*. 2021;30:e13358 (<https://doi.org/10.1111/ecc.13358>).
- McMenamin A, Turi E, Schlak A, Poghosyan L. A systematic review of outcomes related to nurse practitioner-delivered primary care for 81-multiple chronic conditions. *Med Care Res Rev*. 2023;80:563 (<https://doi.org/10.1177/10775587231186720>).
- Lei YY, Ya SRT, Zheng YR, Cui XS. Effectiveness of nurse-led multidisciplinary interventions in primary health care: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Pract*. 2023;29:e13133 (<https://doi.org/10.1111/ijn.13133>).
- Momin RP, Kobeissi MM, Casarez RL, Khawaja M. A nurse practitioner-led telehealth protocol to improve diabetes outcomes in primary care. *73-J Am Assoc Nurs Pract*. 2022;34:1167 (<https://doi.org/10.1097/j.0000000000000759>).
- Parker KJ, McDonagh J, Ferguson C, Hickman LD. Clinical outcomes of nurse-coordinated interventions for frail older adults discharged from hospital: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2024;33:4184-206 (<https://doi.org/10.1111/jocn.17345>).
- Adams S, Komene E, Wensley C, Davis J, Carryer J. Integrating nurse practitioners into primary healthcare to advance health equity through a -social justice lens: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2024;80:3899 (<https://doi.org/10.1111/jan.16093>) 914.
- Piowarczyk E, MacPhee M, Howe J. Nurses' role in obesity management in adults in primary healthcare settings worldwide: a scoping review. *Healthcare*. 2024;12 (<https://doi.org/10.3390/healthcare12171700>).
- Quality policy on the diagnosis and management of COVID-19 (in-patient) in adult as reference of the corporation. Philippines Health Insurance Corporation; 2022 (<https://www.philhealth.gov.ph/circulars/2022/circ2022-0028.pdf>).
- Tomanan KJ, Fernandez MC, Posadas JJ, Abad PJ, Bonito S. Building capacities for universal health care in the Philippines: development and implementation of a leadership training program for public health nurses. *Philipp J Nurs*. 2022;92(2):3-17.
- Posadas JJB, Abad PJB, Gayeta JR, Cacatian CJV, Reveche KDPB, Tomanan KJL. Leadership development program for public health nurses: an evaluation of workplace application. *Acta Medica Philippina*. 2015;58.
- الصحة الجنسية والإيجابية وصحة الأمهات والمولود والأطفال والمرافقين: تقرير عن مسح السياسات لعام 2023. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024 [<https://iris.who.int/handle/10665/379517>]. الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثال 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- العناية بالأطفال الذين واجهوا العنف [الموقع الإلكتروني]. أكاديمية منظمة الصحة العالمية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2025 [<https://web-uat.kp.academy/who.int/coursewares/course-v1>].
- التصدي لإساءة معاملة الأطفال: كتيب سريري للمهنيين الصحيين. جنيف، سويسرا: منظمة الصحة العالمية؛ 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/380240>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثال 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن استجابة القطاع الصحي لإساءة معاملة الأطفال. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019 [<https://www.who.int/publications/m/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>]. الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثال 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- The Constitution of Nepal - Article 39: Rights of the Child. Kathmandu: Government of Nepal; 2015 (https://nic.gov.np/files/new_files/constitution-of-nepal.pdf).
- National Health Policy. Kathmandu: Government of Nepal; 2019 (<https://publichealthupdate.com/national-health-policy-2019-nepal/>).
- National adolescent development and health strategy (NADHS) 2075. Kathmandu: Government of Nepal; 2019 (<https://publichealthupdate.com/national-adolescent-development-and-health-strategy-2075/>).
- National human resources for health strategy 2021-2030. Kathmandu: Government of Nepal; 2021 (<https://publichealthupdate.com/hrstrategy2030nepal/>).
- العالمية، منظمة الأمم المتحدة للطفولة؛ 2022 [<https://iris.who.int/handle/10665/352205>]. الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثال 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- Nursing and primary health care: towards the realization of universal health coverage [website]. Geneva: International Council of Nurses; 2024 (<https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/nursing-and-primary-health-care-towards-realization-universal>).
- Sherwood G, Jones CB, Conklin JL, Dodd A. Quality and safety education for nurses: a bibliometric analysis. *J Nurs Scholarsh*. (<https://doi.org/10.1111/jnu.12876>) 25-2023;55:914.
- charting a path to achieve health :2030-The future of nursing 2020 equity. Washington, DC: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2021 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573914/pdf/Bookshelf_NBK573914.pdf).
- Guilamo-Ramos V, Thimm-Kaiser M, Benzekri A, Hidalgo A, Lanier Y, Tlou S et al. Nurses at the frontline of public health emergency preparedness and response: lessons learned from the HIV/AIDS pandemic and emerging infectious disease outbreaks. *Lancet Infect Dis*. (2021;21:e326-e33 ([https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30983-x](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30983-x))).
- الإيواء، غرب أفريقيا، آذار/ مارس 2014-2016 [الموقع الإلكتروني]. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016 [<https://www.who.int/emergencies/situations/ebola-outbreak-2014-2016-West-Africa>].
- Coe M, Kawakyu N, Gimbel S, Nyakuya B, Gabriel N, Leonard D et al. Nursing workforce optimization study: a multi-method evaluation and process improvement intervention for HIV service delivery in Tanzania 57-and Zambia. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2023;34:146 (<https://doi.org/10.1097/jnc.0000000000000388>).
- Camerini FG, Cunha TL, Fassarella CS, de Mendonça Henrique D, Fortunato JGS. Nursing strategies in antimicrobial stewardship in the hospital environment: a qualitative systematic review. *BMC Nursing*. 2024;23:147 (<https://doi.org/10.1186/s12912-024-01753-y>).
- إطار الكفاءات الخاص بمنظمة الصحة العالمية بشأن تعليم وتدريب العاملين الصحيين في مجال مقاومة مضادات الميكروبات. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018 [<https://iris.who.int/handle/10665/272766>]. الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثال 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- موجز تقني بشأن تعزيز القوى العاملة في مجالي التمريض والقبالة لتحسين الحاصلات الصحية: ما نعرفه عن تطوير أدوار أفراد كادر التمريض: بيانات ودروس من أجل التنفيذ. كونيهاغن: المكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية؛ 2023 [<https://iris.who.int/handle/10665/373780>]. الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثال 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- Kashyap N, Kavita K, Saini SK, Singh A. Task sharing for managing common noncommunicable disease in a nurse led noncommunicable diseases clinic in peri-urban community of Chandigarh. *Indian J Community Med*. 2022;47:596 (<https://doi.org/10.4103/ijcm.9-Community Med>) 21.
- Toniolo J, Ngoungou EB, Preux PM, Beloni P. Role and knowledge of nurses in the management of non-communicable diseases in Africa: a scoping review. *PLoS One*. 2024;19:e0297165 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297165>).
- Anthony BF, Surgey A, Hiscock J, Williams NH, Charles JM. General medical services by non-medical health professionals: a systematic quantitative review of economic evaluations in primary care. *Br J Gen Pract*. 2019;69:e304-e13 (<https://doi.org/10.3399/bjgp19X702425>).
- Terry D, Hills D, Bradley C, Govan L. Nurse-led clinics in primary health care: a scoping review of contemporary definitions, implementation enablers and barriers and their health impact. *J Clin Nurs*. 2024;33:1724-38 (<https://doi.org/10.1111/jocn.17003>).
- Connolly C, Cotter P. Effectiveness of nurse-led clinics on healthcare delivery: an umbrella review. *J Clin Nurs*. 2023;32:1760 (<https://doi.org/10.1111/jocn.16186>).
- Sun CA, Parslow C, Gray J, Koyfman I, Hladek MD, Han HR. Home-based primary care visits by nurse practitioners. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2022;34:802 (<https://doi.org/10.1097/jxx.0000000000000706>).
- Huang Z, Liu T, Gao R, Chair SY. Effects of nurse-led self-care interventions on health outcomes among people with heart failure: a 94-systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2024;33:1282 (<https://doi.org/10.1111/jocn.16947>).
- Lizcano-Álvarez Á, Carretero-Julían L, Talavera-Saez A, Cristóbal-Zárate B, Cid-Expósito MG, Alameda-Cuesta A. Intensive nurse-led

132. The Sustainable Development Goals report [website]. UN Department of Economic and Social Affairs; 2023 (<https://sdgs.un.org/documents/sustainable-development-goals-report-2023-53220>).
133. ورقة بيضاء بشأن إعلاء برنامج عمل الدول النامية الجزرية الصغيرة في منظمة الصحة العالمية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023.
134. الأوبار الحيوية لأفراد كادر التمريض والقبالة في إقليم غرب المحيط الهادئ. مانيل: المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ التابع لمنظمة الصحة العالمية؛ 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/333042>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
135. Vital roles of nurses and midwives [website]. Ultimo, Australia: University of Technology Sydney; 2025 (<https://www.uts.edu.au/research/centres/who-collaborating-centre/what-we-do/leadership/vital-roles-nurses-and-midwives>).
136. قائمة منظمة الصحة العالمية لدعم وضمانات القوى العاملة الصحية لعام 2023. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374323>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
137. Cometto G, Boniol M, Mahat A, Diallo K, Campbell J. Understanding the WHO health workforce support and safeguards list 2023. Bull World Health Organ. 2023;101:362-a (<https://doi.org/10.2471/blt.23.290191>).
138. استعراض العشر سنوات للقوى العاملة الصحية في إقليم منظمة الصحة العالمية لأفريقيا، 2013-2022: تأثيرات مواءمة الاستثمارات من أجل تسريع ونيرة التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة. برازافيل: المكتب الإقليمي لأفريقيا التابع لمنظمة الصحة العالمية؛ 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376643>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
139. Bdaiwi Y, Sabouni A, Patel P, Ekzayez A, Alchalati S, Abdrabbuh O et al. Impact of armed conflict on health professionals' education and training in Syria: a systematic review. BMJ Open. 2023;13:e064851 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064851>).
140. Bogale B, Scambler S, Mohd Khairuddin AN, Gallagher JE. Health system strengthening in fragile and conflict-affected states: a review of systematic reviews. PLoS One. 2024;19:e0305234 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305234>).
141. Badri R, Dawood I. The implications of the Sudan war on healthcare workers and facilities: a health system tragedy. Confl Health. 2024;18:22 (<https://doi.org/10.1186/s13031-024-00581-w>).
142. Arage MW, Kumsa H, Asfaw MS, Kassaw AT, Dagnew EM, Tunta A et al. Exploring the health consequences of armed conflict: the perspective of Northeast Ethiopia, 2022: a qualitative study. BMC Pub Health. 2023;23:2078 (<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16983-z>).
143. Isangula KG, Lyimo M, Ndungile Y, Robert E. Nurses' preparedness for disaster response in rural and urban primary healthcare settings in Tanzania. Rural Remote Health. 2023;23:7547 (<https://doi.org/10.22605/rnh7547>).
144. Mani ZA, Innab A, Taleb F. Assessing the frontline competency gap: emergency care perceptions among nurses in Yemen's conflict zone. Int Nurs Rev. 2024;72(2):e13047 (<https://doi.org/10.1111/inr.13047>).
145. Fouad FM, Sparrow A, Tarakji A, Alameddine M, El-Jardali F, Coutts AP et al. Health workers and the weaponisation of health care in Syria: a preliminary inquiry for the Lancet-American University of Beirut Commission on Syria. Lancet. 2017;390:2516-26 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30741-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30741-9)).
146. St Louis P, Makali SL, Paul E. Health-care workers in fragile and conflict-ridden contexts. Lancet. 2024;404:1105 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01647-7)).
147. Mahase E. Violence against health staff in conflict zones reached record high in 2023. BMJ. 2024;385:q1140 (<https://doi.org/10.1136/bmj.q1140>).
148. Niven AS, Skomro RP, Dziuba D, Gajic O. Supporting health care workers during the armed conflict in Ukraine. Chest. 2023;163:1365 (<https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.12.021>).
149. Mani Z, Kuhn L, Plummer V. Emergency nurse roles, challenges, and preparedness in hospitals in the context of armed conflict. Disaster Med Public Health Prep. 2024;18:e21 (<https://doi.org/10.1017/dmp.2024.7>).
150. Salih F. My leadership journey. Blog. Nursing Now Challenge; 2021 (<https://www.nursingnow.org/news/my-leadership-journey/>).
151. Sudanese nurses' leader calls on world's nurses to lobby their
152. Nepal health sector strategy 2022-2023. Kathmandu: Government of Nepal; 2023 (<https://publichealthupdate.com/nepal-health-sector-strategic-plan-2023-2030/>).
153. تعريف وظائف وخدمات الصحة العامة الأساسية لتعزيز قدرات القوى العاملة الوطنية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376579>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
154. التحديات الصحية في القرن الحادي والعشرين: هل وظائف الصحة العامة الأساسية تصنع فرقا؟ ورقة نقاش. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/351510>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
155. وظائف الصحة العامة الأساسية: دليل لتحديد قدرات القوى العاملة الصحية وقياسها. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376578>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
156. الإطار العالمي للقرارات والحاصلات المتعلقة بوظائف الصحة العامة الأساسية. قدرات القوى العاملة الوطنية الخاصة المتعلقة بمجموعة وظائف الصحة العامة الأساسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376577>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
157. قدرات القوى العاملة الوطنية المتعلقة بوظائف الصحة العامة الأساسية: كتيب تنفيذي بشأن المواءمة مع السياق والتنفيذ اللذين تقودهما البلدان. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376576>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
158. الجولة الرابعة من مسح جس النبض العالمي بشأن استمرارية الخدمات الصحية الأساسية أثناء جائحة كوفيد-19: تشرين الثاني/نوفمبر 2022 - كانون الثاني/يناير 2023: تقرير مبني، 1 أيار/مايو 2023. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/367352>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
159. Couig MP, Travers JL, Polivka B, Castner J, Veenema TG, Stokes L et al. At-risk populations and public health emergency preparedness in the United States: nursing leadership in communities. Nurs Outlook. 2021;69:699-703 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.06.005>).
160. Labrague LJ, Hammad K. Disaster preparedness among nurses in disaster-prone countries: a systematic review. Australas Emerg Care. 2024;27:88-96 (<https://doi.org/10.1016/j.auec.2023.09.002>).
161. Loke AY, Guo C, Molassiotis A. Development of disaster nursing education and training programs in the past 20 years (2000-2019): a systematic review. Nurse Educ Today. 2021;99:104809 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104809>).
162. Kleine-Bingham MB, Rangel G, Sarakbi D, Kelleher T, Mensah Abrampah NA, Neilson M et al. Country learning on maintaining quality essential health services during COVID-19 in Timor-Leste: a qualitative analysis. BMJ Open. 2023;13:e071879 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071879>).
163. Cheghini Z, Arab-Zozani M, Kakemam E, Lotfi M, Nobakht A, Aziz Karkan H. Disaster preparedness and core competencies among emergency nurses: a cross-sectional study. Nurs Open. 2022;9:1294 (<https://doi.org/10.1002/nop2.1172>).
164. الطوارئ الصحية [الموقع الإلكتروني]. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2025 (<https://www.who.int/our-work/health-emergencies>).
165. Caviglia M, da Silva-Moniz JA, Venturini F, Jambai A, Vandy MJ, Wurie AR et al. Response to mass-casualty incidents and outbreaks: a prehospital disaster training package developed for the national emergency medical service in Sierra Leone. Prehosp Disaster Med. 2022;37:701 (<https://doi.org/10.1017/s1049023x22001029>).
166. تنفيذ إطار إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث الصحية [الموقع الإلكتروني]. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2025 (<https://www.who.int/activities/implementing-health-emergency-and-disaster-risk-management>).
167. ICN launches core competencies for nurses involved in emergency medical teams [website]. Geneva: International Council of Nurses; 2022 (<https://www.icn.ch/news/icn-launches-core-competencies-nurses-involved-emergency-medical-teams>).
168. استعراض العشر سنوات للقوى العاملة الصحية في إقليم منظمة الصحة العالمية لأفريقيا، 2013-2022: تأثيرات مواءمة الاستثمارات من أجل تسريع ونيرة التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة. برازافيل: المكتب الإقليمي لأفريقيا التابع لمنظمة الصحة العالمية؛ 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376643>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

- nursing students in a low-middle-income country. *BMC Nurs.* 2024;23:492 (<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02180-9>)
- Ojo TO, Oladejo BP, Afolabi BK, Osungbade AD, Anyanwu PC, Shaibu-Ekha. ١٧٠
I. Why move abroad. Factors influencing migration intentions of final year students of health-related disciplines in Nigeria. *BMC Med Educ.* 2023;23:742 (<https://doi.org/10.1186/s12909-023-04683-6>)
- Palmer B, Leone C, Appleby J. Recruitment of nurses from overseas: ١٧١
exploring the levels affecting international recruitment. London: Nuffield Trust; 2021 (<https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2021-10/recruitment-of-nurses-drivers-web.pdf>)
- Soh KL, Japar S, Soh KG, Tsujita Y. Factors influencing migration and ١٧٢
job satisfaction amongst Malaysian nurses working in other countries. ERIA Research Project Report. Jakarta: Economic Research Institute for ASEAN and East Asia (ERIA); 2023 (<https://www.eria.org/uploads/HR-Development-Employment-International-Migration-Nurses-Caregivers-Asia-and-Pacific-Region-rev2.pdf>)
- Smith JB, Herinek D, Woodward-Kron R, Ewers M. Nurse migration in ١٧٣
Australia, Germany, and the UK: a rapid evidence assessment of empirical research involving migrant nurses. *Policy Polit Nurs Pract.* 2022;23:175-94 (<https://doi.org/10.1177/15271544221102964>)
- Smith DM, Gillin N. Filipino nurse migration to the UK: understanding ١٧٤
migration choices from an ontological security-seeking perspective. *Soc Sci Med.* 2021;276:113881 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113881>)
- Tajari M, Ashktorab T. Reasons behind immigration of Iranian nurses: a ١٧٥
qualitative study. *Knowledge of Nursing Journal.* 2023;1(1):40-51
- Toyin-Thomas P, Ikhrurionan P, Omoyibo EE, Iwegim C, Ukeku. ١٧٦
AO, Okpere J et al. Drivers of health workers' migration, intention to migrate and non-migration from low/middle-income countries, 1970-2022: a systematic review. *BMJ Glob Health.* 2023;8 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012338>)
- ١٧٧ استعراض الهجرة الدولية لأفراد كادر التمريض في ولاية كيرالا، الهند. المكتب
الطبي لمنظمة الصحة العالمية في الهند؛ 2022 [إلا إنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/363438>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO)
- Yürümezoğlu HA, Çamveren H. Why are Turkish nurses migrating. ١٧٨
A mixed-methods study. *Int Nurs Rev.* 2025;72:e13019 (<https://doi.org/10.1111/inr.13019>)
- ١٧٩ تقرير منظمة الصحة العالمية عن تنقل العاملين الصحيين على الصعيد العالم. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023 [إلا إنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/370938>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO)
- Chang Chiu A, Monk J, Docal M, Reynolds NR. Nursing nurses: fostering ١٨٠
safety and belonging for successful workplace assimilation of displaced nurses from war and conflict. *Nurse Leader.* 2024;22:146-52 (<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mnl.2023.11.016>)
- Correa-Betancour M, Marcus K, Balasubramanian M. Barriers and ١٨١
facilitators to the professional integration of internationally qualified nurses in Australia: a mixed methods systematic review. *Aust J Adv Nurs.* 2024;41:39 (<https://doi.org/10.37464/2024.411.933>)
- Cubelo F. Policy reform on the qualification pathway of internationally ١٨٢
educated nurses in Greenland and its relationship with the Danish system: a qualitative discourse analysis. *Policy Polit Nurs Pract.* (2024;25:172-81 (<https://doi.org/10.1177/15271544241245975>)
- Gotehus A. Agency in deskilling: Filipino nurses' experiences in the ١٨٣
Norwegian health care sector. *Geoforum.* 2021;126:340-9 (<https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2021.08.012>)
- Lillekroken D, Nortvedt L. Hope, passion and perseverance: ١٨٤
experiences of internationally educated nurses pursuing nursing authorization in Norway—a qualitative study. *BMC Nurs.* 2024;23:637 (<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02297-x>)
- Stokes F, Iskander R. Human rights and bioethical considerations of ١٨٥
global nurse migration. *J Bioeth Inq.* 2021;18:429-39 (<https://doi.org/10.1007/s11673-021-10110-6>)
- Yakubu K, Gyaase D, Soumyadeep B. Circular migration of health ١٨٦
workers and diaspora contributions to health systems in source countries: a scoping review report. *The George Institute for Global Health;* 2024
- Nursing agenda drives Indonesia-Australia collaboration. Indonesia- ١٨٧
Australia Comprehensive Economic Partnership Agreement Economic governments for peace [website]. Geneva: International Council of Nurses; 2023 ([https://www.icn.ch/news/sudanese-nurses-leader-calls-worlds-nurses-lobby-their-governments-peace#:~:text=As%20the%20situation%20in%20war,parties%20to%20cease%20hostilities%20\(immediately](https://www.icn.ch/news/sudanese-nurses-leader-calls-worlds-nurses-lobby-their-governments-peace#:~:text=As%20the%20situation%20in%20war,parties%20to%20cease%20hostilities%20(immediately))
- Kodo TK, Kidie AA, Merecho TH, Tiruneh MG, Yayeh BM, Getaneh BA. ١٥٢
et al. The impact of armed conflict on services and outcomes related to maternal and reproductive health in North Wollo, Amhara, Ethiopia: a 66-qualitative study. *Int J Womens Health.* 2024;16:1055 (<https://doi.org/10.2147/ijwh.S457529>)
- Haar R, Rayes D, Tappis H, Rubenstein L, Rihawi A, Hamze M et al. ١٥٣
The cascading impacts of attacks on health in Syria: a qualitative study of health system and community impacts. *PLOS Glob Public Health.* (2024;4:e0002967 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002967>)
- Denton J, Evans D, Xu Q. Managers' perception of older nurses ١٥٤
and midwives and their contribution to the workplace— a qualitative 36-descriptive study. *J Adv Nurs.* 2023;79:727 (<https://doi.org/10.1111/jan.15494>)
- ١٥٥ الفجوات في القوى العاملة في مجالي الصحة والرعاية قد تشكل قبلة موقوتة ما لم تتخذ إجراءات عاجلة لتفكيكها. كوبنهاغن: المكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية؛ 2022 [إلا إنكليزية] (<https://www.who.int/europe/news-room/14-09-2022-ticking-timebomb-without-immediate-action-health-and-care-workforce-gaps-in-the-european-region-could-spell-disaster>)
- ١٥٦ فجوة الأجور بين الجنسين في قطاع الصحة والرعاية: تحليل عالمي إبان كوفيد-19. جنيف: منظمة الصحة العالمية، منظمة العمل الدولية؛ 2022 [إلا إنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/358057>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO)
- Breaking barriers: women's employment in health in the EMR. The ١٥٧
World Innovation Summit for Health; 2024 (<https://wish.org.qa/research-report/breaking-barriers/>)
- Migrants, refugees and societies. Washington, DC: World Bank Group; ١٥٨
2023 (<https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2023>)
- Alameddine M, Kharroubi SA, Dumit NY, Kassas S, Diab-El-Harake. ١٥٩
M, Richa N. What made Lebanese emigrant nurses leave and what would bring them back. A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2020;103:103497 (<https://doi.org/10.1016/j.jnurstu.2019.103497>)
- Almansour H, Aldossary A, Holmes S, Alderaan T. Migration of nurses ١٦٠
and doctors: pull factors to work in Saudi Arabia. *Hum Resour Health.* 2023;21:25 (<https://doi.org/10.1186/s12960-023-00809-5>)
- Amofa-Adade E, Koltai J. Health labor force exodus: a systematic ١٦١
review of drivers influencing nurses' migration intentions from source countries. *J Infrastruct Policy Dev.* 2024;8:8400 (<https://doi.org/10.24294/jipd.v8i11.8400>)
- Boadu I, Asamoah-Baah A, Mahama JE, Ameyaw Domfeh K, Ebu Enyan. ١٦٢
NI, Amoo SA et al. To stay or to go. Outmigration of nurses from Ghana. A GPN/UCC Project, Kassel, Germany: Global Partnership Network; 2024 (<https://doi.org/10.17170/kobra-202402229629>)
- Dahl K, Nortvedt L, Schrøder J, Bjørnnes AK. Internationally educated ١٦٣
nurses and resilience: a systematic literature review. *Int Nurs Rev.* (<https://doi.org/10.1111/inr.12787>) 15-2022;69:405
- Edwards RL, Patrician PA, Bakitas M, Markaki A. Palliative care integration: ١٦٤
a critical review of nurse migration effect in Jamaica. *BMC Palliat Care.* 2021;20:155 (<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00863-7>)
- Galbany-Estragués P, Giménez-Lajara M, Jodar-Solà G, Casañas. ١٦٥
R, Romeu-Labayen M, Gomez-Gamboa E et al. Exploring nurses' experiences: abandoning the profession and migrating for improved opportunities. *Appl Nurs Res.* 2024;77:151787 (<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151787>)
- Ghimire A, Thapa B, Ranabhat MK. Migration intentions among nursing ١٦٦
students in the age of COVID-19: a mixed method scoping review. *J Chitwan Med Coll.* 2024;14(3):8-22
- Jadhav ST, Roy SM. The sociodemographic characteristics of ١٦٧
Indian nursing students and their intentions to migrate overseas for work. *Policy Polit Nurs Pract.* 2024;25:58-62 (<https://doi.org/10.1177/15271544231201347>)
- Konlan KD, Lee TW, Damiran D. The factors that are associated ١٦٨
with nurse immigration in lower- and middle-income countries: an integrative review. *Nurs Open.* 2023;10:7454-66 (<https://doi.org/10.1002/nop2.2003>)
- Laari CK, Sapak J, Wumbei D, Salifu I. Migration intentions among ١٦٩

- Gazza EA. Alleviating the nurse faculty shortage: designating and preparing the academic nurse educator as an advanced practice registered nurse. *Nurs Forum*. 2019;54:144–8 (<https://doi.org/10.1111/nuf.12307>).
- Bond C, Jackson D. Revisiting the nursing academic workforce shortage: where to from here. *J Adv Nurs*. 2025;81(4):2231–3 (<https://doi.org/10.1111/jan.16499>).
- Middleton L, Howard AA, Dohrn J, Von Zinkernagel D, Parham Hopson D, Aranda–Naranjo B et al. The Nursing Education Partnership Initiative (NEPI): innovations in nursing and midwifery education. *Acad Med*. 2014;89:S24–8 (<https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000342>).
- Aragon SA, Babbo GM, Bear SJ, Schaffner ML. Nurses at the table: action (now!) for nursing education. *Online J Issues Nurs*. 2020;25(1).
- Apen LV, Rosenblum R, Solvason N, Chan GK. Nursing academic leadership: an urgent workforce shortage in nursing education. *Nurs Educ Perspect*. 2021;42:304–9 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000000851>).
- New AACN data points to enrollment challenges facing U.S. schools of nursing. Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing; 2024 (<https://www.aacnnursing.org/news-data/all-news/article/new-aacn-data-points-to-enrollment-challenges-facing-us-schools-of-nursing>).
- Fang D, Zangaro GA, Kesten K. Assessment of nursing faculty retirement projections. *Nurs Outlook*. 2024;72:102135 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102135>).
- Registered nurses education in Canada statistics 2021–2022. Ottawa: Canadian Association of Schools of Nursing; 2023 (<https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2023/11/2021–2022–RNECS–Report–EN–Final.pdf>).
- Baltruks D, Cooke R, Thang P. The academic workforce in health faculties: analysis of the council's academic staffing census 2019. London: Council of Deans of Health; 2020 (https://www.councilofdeans.org.uk/wp-content/uploads/2020/01/CODH.ASC.report_v4.pdf).
- Mazinga G. NLN annual survey of schools of nursing academic year 2022–2023: executive summary. *Nurs Educ Perspect*. 2024;45:269–70 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000001322>).
- Boamah SA, Callen M, Cruz E. Nursing faculty shortage in Canada: a scoping review of contributing factors. *Nurs Outlook*. 2021;69:574–88 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.01.018>).
- National Nursing Education Initiative (NNEI). Veteran Affairs; 2024 VA.gov.
- Rugs D, Nedd N, Quast T, Wang X, Hyacinthe M, Hall KS et al. An evaluation of the Veterans Health Administration National Nursing Education Initiative. *Nurs Outlook*. 2021;69:193–201 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.11.001>).
- Young L, Adams J. Increasing the number of nursing faculty: evaluation of a university system workforce grant. *Nurs Outlook*. 2024;72:102138 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102138>).
- Smith RM, Gray JE, Homer CSE. Common content, delivery modes and outcome measures for faculty development programs in nursing and midwifery: a scoping review. *Nurse Educ Pract*. 2023;70:103648 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103648>).
- Oguro M, Sakurai S, Htay NN, Horiuchi S. Voices from undergraduate students and faculty members regarding the status and challenges of baccalaureate nursing education in Myanmar: a qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2022;109:105253 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105253>).
- Hudays A, Gary F, Voss JG, Zhang AY, Alghamdi A. Utilizing the social determinants of health model to explore factors affecting nurses' job satisfaction in Saudi Arabian hospitals: a systematic review. *Healthcare*. 2023;11 (<https://doi.org/10.3390/healthcare11172394>).
- Alanazi FJ, Rossi RA. How nurse faculty in Saudi Arabia view their competencies in all aspects of the faculty role: a descriptive study. *Nurs Educ Perspect*. 2024;45:E25–e7 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.00000000000001270>).
- Anderson M, Taylor N, Rowley T, Owens C, Iacob E. Understanding factors influencing nursing faculty departure and intentions. *Nurs Educ*. 2024;49:222–6 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001612>).
- Cooperation Program Katalis. Jakarta; 2024 (<https://iacepa-katalis.org/en/press-release/nursing-agenda-drives-indonesia-australia-collaboration>).
- Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage. *BMJ Glob Health*. 2022;7 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009316>).
- Haakenstad A, Irvine CMS, Knight M, Bintz C, Aravkin AY, Zheng P et al. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2022;399:2129 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3)).
- Boniol M, Siyam A, Diallo K, Campbell J. Urgent need to invest in health and care workers. *Lancet*. 2022;399:2079 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3)).
- de Wit H, Deca L, Hunter F. Internationalization of higher education—what can research add to the policy debate. Overview paper. In: Curaj A, Matei L, Pricopie R, Salmi J et al. (eds). *The European higher education area: between critical reflections and future policies*. Cham: Springer International Publishing; 2015:3 (https://doi.org/10.1007/978-3-319-20877-0_1).
- Nuruzzaman M, Zapata T, McIsaac M, Wangmo S, Islam MJ, Almamun M et al. Informing investment in health workforce in Bangladesh: a health labour market analysis. *Hum Resour Health*. 2022;20:73 (<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00769-2>).
- Garg S, Tripathi N, McIsaac M, Zurn P, Zapata T, Mairambam DS et al. Implementing a health labour market analysis to address health workforce gaps in a rural region of India. *Hum Resour Health*. 2022;20:50 (<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00749-6>).
- Okoroafor SC, Kwesiga B, Ogato J, Gura Z, Gondi J, Jumba N et al. Investing in the health workforce in Kenya: trends in size, composition and distribution from a descriptive health labour market analysis. *BMJ Glob Health*. 2022;7 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009748>).
- تحليل سوق العمل الصحية في زيمبابوي لعام 2022. وزارة الصحة ورعاية الطفل في زيمبابوي؛ 2022 (<https://files.who.int/afahobckpcontainer/production/files/>) 2022 (Zimbabwe Comprehensive HLMA Report 2023_2023_v5.pdf).
- Asamani JA, Amertil NP, Ismaila H, Francis AA, Chebere MM, Nabyonga–Orem J. Nurses and midwives demographic shift in Ghana—the policy implications of a looming crisis. *Hum Resour Health*. 2019;17:32 (<https://doi.org/10.1186/s12960-019-0377-1>).
- Asamani JA, Amertil NP, Ismaila H, Akugri FA, Nabyonga–Orem J. The imperative of evidence-based health workforce planning and implementation: lessons from nurses and midwives unemployment crisis in Ghana. *Hum Resour Health*. 2020;18:16 (<https://doi.org/10.1186/s12960-020-0462-5>).
- Asamani JA, Ismaila H, Plange A, Ekey VF, Ahmed AM, Chebere M et al. The cost of health workforce gaps and inequitable distribution in the Ghana Health Service: an analysis towards evidence-based health workforce planning and management. *Hum Resour Health*. 2021;19:43 (<https://doi.org/10.1186/s12960-021-00590-3>).
- Asamani JA, Zurn P, Pitso P, Mothebe M, Moalosi N, Malieane T et al. Health workforce supply, needs and financial feasibility in Lesotho: a labour market analysis. *BMJ Glob Health*. 2022;7 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008420>).
- Abdullozoda J, Yusufi S, Nandi S, Makhmudova P, Bustamante JP, Langins M et al. Informing policy with health labour market analysis to improve availability of family doctors in Tajikistan. *Hum Resour Health*. 2024;22:63 (<https://doi.org/10.1186/s12960-024-00946-5>).
- Okoroafor SC, Ahmat A, Asamani JA, Millogo JJS, Nyoni J. An overview of health workforce education and accreditation in Africa: implications for scaling-up capacity and quality. *Hum Resour Health*. 2022;20:37 (<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00735-y>).
- Programme for International Student Assessment (PISA). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023 (<https://www.oecd.org/en/about/programmes/pisa.html#publications>).
- Bvumbwe T, Mtshali N. Nursing education challenges and solutions in Sub Saharan Africa: an integrative review. *BMC Nurs*. 2018;17:3 (<https://doi.org/10.1186/s12912-018-0272-4>).

- Perron D, Parent K, Gaboury I, Bergeron DA. Characteristics, barriers, facilitators of initiatives to develop interprofessional collaboration in rural and remote primary healthcare facilities: a scoping review. *Rural (Remote Health)*. 2022;22:7566 (<https://doi.org/10.22605/rnh7566>)
- Giltene M, Dowling M. Student nurses' experiences of remote learning during Covid-19 pandemic: a qualitative evidence synthesis. *J Adv Nurs*. 2024;80:2614–28 (<https://doi.org/10.1111/jan.15887>)
- Buthelezi LI, Wyk JMV. The use of an online learning management system by postgraduate nursing students at a selected higher educational institution in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J Health Prof Educ*. 2020;12:211–4 (<https://doi.org/10.7196/AJHPE.2020.v12i4.1391>)
- Poza-Méndez M, Bas-Sarmiento P, Erahmouni I, Fernández-Gutiérrez M. Assessment of health literacy among migrant populations in Southern Spain: a cross-sectional study. *Nurs Open*. 2023;10:2600–10 (<https://doi.org/10.1002/nop2.1520>)
- O'Connor S, Jolliffe S, Stanmore E, Renwick L, Booth R. Social media in nursing and midwifery education: a mixed study systematic review. *J Adv Nurs*. 2018;74:2273–89 (<https://doi.org/10.1111/jan.13799>)
- Hays C, Devine S, Wongtongkam N, Glass B. Studying nursing at Australian satellite university campuses: a review of teaching, learning and support. *Aust J Rural Health*. 2021;29:226–35 (<https://doi.org/10.1111/ajr.12741>)
- Hays C, Devine S, Glass BD. Exploring the nursing student experience at a remote Australian university campus: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2022;21:211 (<https://doi.org/10.1186/s12912-022-00996-x>)
- Jowsey T, Foster G, Cooper-Ioelu P, Jacobs S. Blended learning via distance in pre-registration nursing education: a scoping review. *Nurs Educ Pract*. 2020;44:102775 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102775>)
- Cleaver K, Don C, Chojnacka I, Essex R, Weldon S, Markowski M. A systematic scoping review of undergraduate nursing hub-and-spoke placement models. *Br J Nurs*. 2023;32:252–8 (<https://doi.org/10.12968/bjon.2023.32.5.252>)
- Dedeila A, Papapanou M, Papadopoulos AN, Karela N-R, Androutsou A, Mitsopoulou D et al. Health worker education during the COVID-19 pandemic: global disruption, responses and lessons for the future—a systematic review and meta-analysis. *Hum Resour Health*. 2023;21:13 (<https://doi.org/10.1186/s12960-023-00799-4>)
- Kanagaraj P, Sakthivel R, Christumary PC, Arulappan J, Matua GA, Subramanian U et al. Nursing student's satisfaction with virtual learning during COVID-19 pandemic in India. *SAGE Open Nurs*. 2022;8:23779608221144933 (<https://doi.org/10.1177/23779608221144933>)
- Kim S, Jeong SH, Kim HS, Jeong YJ. Academic success of online learning in undergraduate nursing education programs in the COVID-19 pandemic era. *J Prof Nurs*. 2022;38:6–16 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.005>)
- Mareshwari K, Ladha N, Khapre M, Deol R. Perception of online learning among health sciences' students – a mixed methods study. *J Educ Health Promot*. 2022;11:286 (https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_364_22)
- Brown J, Morgan A, Mason J, Pope N, Bosco AM. Student nurses' digital literacy levels: lessons for curricula. *CIN*. 2020;38:451–8 (<https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000615>)
- Kumar A, Kalal N, Rana N, Vyas H, Choudhary V, Rani R. Online learning in nursing students: satisfaction and barriers. *J Educ Health (Promot)*. 2021;10:411 (https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1221_20)
- Martzoukou K, Luders ES, Mair J, Kostagiolas P, Johnson N, Work F et al. A cross-sectional study of discipline-based self-perceived digital literacy competencies of nursing students. *J Adv Nurs*. 2024;80:656–72 (<https://doi.org/10.1111/jan.15801>)
- Nowell L, Dolan S, Johnston S, Jacobsen M, Lorenzetti D, Oddone Paolucci E. Exploring student perspectives and experiences of online opportunities for virtual care skills development: sequential explanatory mixed methods study. *JMIR Nurs*. 2024;7:e53777 (<https://doi.org/10.2196/53777>)
- O'Connor S, LaRue E. Integrating informatics into undergraduate nursing education: a case study using a spiral learning approach. *Nurs Educ Pract*. 2021;50:102934 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102934>)
- Myint LL, Akkadechanunt T, Sirakamon S, Chitpakdee B. Factors influencing nursing faculty members' intent to stay: a structural equation modeling approach. *Nurs Health Sci*. 2024;26:e13080 (<https://doi.org/10.1111/nhs.13080>)
- Heier C, Nelson-Brantley H. Nurse faculty job satisfaction: a concept analysis. *J Contin Educ Nurs*. 2024;55:331–7 (<https://doi.org/10.3928/00220124-20240301-04>)
- Busby KR, Draucker CB. Institutional factors that affect faculty mentoring in academic nursing programs. *J Prof Nurs*. 2024;54:164–70 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.07.006>)
- Busby KR, Draucker CB, Reising DL. Exploring mentoring and nurse faculty: an integrative review. *J Prof Nurs*. 2022;38:26–39 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.11.006>)
- Dahlke S, Raymond C, Penconek T, Swaboda N. An integrative review of mentoring novice faculty to teach. *J Nurs Educ*. 2021;60:203–8 (<https://doi.org/10.3928/01484834-20210322-04>)
- Lambert K, Sanders Dorris D, Williams A. The effects of structured mentorship and onboarding of novice nursing faculty. *J Nurs Educ*. 2024;63:405–8 (<https://doi.org/10.3928/01484834-20240404-09>)
- Kleib M, Arnaert A, Nagle LM, Ali S, Idrees S, Costa DD et al. Digital health education and training for undergraduate and graduate nursing students: scoping review. *JMIR Nurs*. 2024;7:e58170 (<https://doi.org/10.2196/58170>)
- Buchanan C, Howitt ML, Wilson R, Booth RG, Risling T, Bamford M. Predicted influences of artificial intelligence on nursing education: scoping review. *JMIR Nurs*. 2021;4:e23933 (<https://doi.org/10.2196/23933>)
- Booth RG, Strudwick G, McBride S, O'Connor S, Solano López AL. How the nursing profession should adapt for a digital future. *BMJ*. 2021;373:n1190 (<https://doi.org/10.1136/bmj.n1190>)
- De Gagne JC, Hwang H, Jung D. Cyberethics in nursing education: ethical implications of artificial intelligence. *Nursing Ethics*. 2024;31:1021–30 (<https://doi.org/10.1177/09697330231201901>)
- O'Connor S, Zhang M, Honey M, Lee JJ. Digital professionalism in social media: a narrative review of the medical, nursing, and allied health education literature. *Int J Med Inform*. 2021;153:104514 (<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104514>)
- Chikware AB, Roman NV, Davids EL. Improving health informatics competencies: a scoping review of the components of health informatics academic programs. *SAGE Open*. 2024;2024 (<https://doi.org/10.1177/21582440241293259>)
- Forman TM, Armor DA, Miller AS. A review of clinical informatics competencies in nursing to inform best Practices in education and nurse faculty development. *Nurs Educ Perspect*. 2020;41:E3–E7 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000000588>)
- Harerimana A, Wicking K, Biedermann N, Yates K. Integrating nursing informatics into undergraduate nursing education in Africa: a scoping review. *Int Nurs Rev*. 2021;68:420–33 (<https://doi.org/10.1111/inr.12618>)
- Bogossian F, New K, George K, Barr N, Dodd N, Hamilton AL et al. The implementation of interprofessional education: a scoping review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2023;28:243–77 (<https://doi.org/10.1007/s10459-022-10128-4>)
- Bogossian F, Craven D. A review of the requirements for interprofessional education and interprofessional collaboration in accreditation and practice standards for health professionals in Australia. *J Interprof Care*. 2021;35:691–700 (<https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1808601>)
- Khalafi A, Sarvi Sarmeydani N, Akhoondzadeh R. Simulation-based interprofessional education (IPE) for enhanced attitude and teamwork of anesthesiology residents and nurse anesthesia students in Iran. *J Adv Med Educ Prof*. 2023;11:105–12 (<https://doi.org/10.30476/jamp.2022.95701.1657>)
- Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013:CD002213 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>)
- Martin P, Pighills A, Burge V, Argus G, Sinclair L. Promoting interprofessional education and collaborative practice in rural health settings: learnings from a state-wide multi-methods study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5162 (<https://doi.org/10.3390/ijerph18105162>)

- Schnelli A, Steiner LM, Bonetti L, Levati S, Desmedt M. A bachelor's degree for entering the nursing profession: a scoping review for supporting informed health care policies. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024;6:100171 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100171>)
- Teresa-Morales C, Rodríguez-Pérez M, Ramos-Pichardo JD. Reasons for choosing and completing nursing studies among incoming and outgoing students: a qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2023;125:105794 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105794>)
- Zeleníková R, Gurková E, Pěružková R, Štůreková L, Jarošová D, Kajander- Unkuri S. Self-assessed competence of final-year nursing students. *Nurs Open*. 2023;10:4607 (<https://doi.org/10.1002/nop.1708>)
- Leong FF, He HG, Premarani K, Lim SH. Nurses' perceptions of nursing education transformation and its impact on care delivery in Singapore. *Int Nurs Rev*. 2022;69:340 (<https://doi.org/10.1111/inr.12733>)
- Darmann-Finck I, Hülsmann L, Nikolajev S. Task profiles of nurses in Germany with a bachelor's degree. *Gesundheitswesen*. 2024;86(1):43 (<https://doi.org/10.1055/a-2098-3357>)
- Nigenda G, Zárate-Grajales RA, Aristizabal P, Squires A, Ostiguiñ Meléndez RM, Salcedo RA et al. Labor market participation of bachelor's degree prepared nurses in Mexico: lessons for capacity building. *J Prof Nurs*. 2022;39:109 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.01.002>)
- Edwards L, Corley AG, Lucea MB. An assessment of the Libyan baccalaureate nursing education during political turmoil. *Public Health*. 2022;33:831 (<https://doi.org/10.1111/phn.13047>)
- Antão C, Antoli-Fórner A, Fernandes H, Alves SB, Pimentel H. Current nursing education considering Southern Europe's reality and legal framework: a two-phased research approach. *Nurs Rep*. 2023;13:1342 (<https://doi.org/10.3390/nursrep13040113>)
- Ahmadi Chenari H, Zakerimoghadam M, Baumann SL. Nursing in Iran: issues and challenges. *Nurs Sci Q*. 2020;33:264 (<https://doi.org/10.1177/0894318420920603>)
- Li XZ, Yan YW, Zhang HZ, Zhang Y. Evaluating the accelerated BSN program at the University of Washington and its potential for 24-implementation in China. *J Multidiscip Healthc*. 2024;17:3517 (<https://doi.org/10.2147/jmdh.S474278>)
- Street NW, Bermudez L, Lawton A, Barry D, Mandel L. Developing nursing leadership potential through education in a low-resource setting. *Nurs Educ*. 2021;46:E184-e8 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001021>)
- O'Connor S, Permana AF, Neville S, Denis-Lalonde D. Artificial intelligence in nursing education 2: opportunities and threats. *Nursing Times*; 2023 (<https://www.nursingtimes.net/education-and-training/artificial-intelligence-in-nursing-education-2-opportunities-and-threats-09-10-2023/>)
- O'Connor S, Yan Y, Thilo FJS, Felzmann H, Dowding D, Lee JJ. Artificial intelligence in nursing and midwifery: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2023;32:2951 (<https://doi.org/10.1111/jocn.16478>)
- Abdulai A-F, Hung L. Will ChatGPT undermine ethical values in nursing education, research, and practice. *Nurs Inq*. 2023;30:e12556 (<https://doi.org/10.1111/nin.12556>)
- O'Connor S. Teaching artificial intelligence to nursing and midwifery students. *Nurse Educ Pract*. 2022;64:103451 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103451>)
- Topaz M, Peltonen LM, Michalowski M, Stiglic G, Ronquillo C, Pruinelli L et al. The ChatGPT effect: nursing education and generative artificial intelligence. *J Nurs Educ*. 2024;1 (<https://doi.org/10.3928/01484834-20240126-01>)
- Artificial intelligence in education. Paris: UN Education, Scientific and Cultural Organization; 2024 (<https://www.unesco.org/en/digital-education/artificial-intelligence>)
- أخلاقيات وحكمة الذكاء الاصطناعي في قطاع الصحة: إرشادات منظمة الصحة العالمية ملخص تنفيذي. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/350567>)
- غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO)
- AI and education: guidance for policy-makers. Paris: UN Education, Scientific and Cultural Organization; 2021 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000376709/PDF/376709eng.pdf.multi>)
- Makhene A. Digital divide in nursing education: an issue of social justice. *Health SA*. 2023;28:2513 (<https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2513>)
- The Sustainable Development Goals Report. New York: UN Department of Economic and Social Affairs; 2022 (<https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022.pdf>)
- Andrewes T, Morley D, Holley D, Gelling L. Opportunity or inequity? The paradox of open educational resources for continuing professional development in nursing. *J Clin Nurs*. 2023;32:5423-4 (<https://doi.org/10.1111/jocn.16663>)
- Rodrigo MMT et al. Overcoming digital divide: lessons from nursing students with low to absent connectivity and capability. *Proceedings of the 29th International Conference on Computers in Education*. Asia-Pacific Society for Computers in Education. Philippines: College of Nursing and Health Sciences, Jose Rizal University; 2021 (<https://icce2021.apsce.net/wp-content/uploads/2021/12/ICCE2021-Vol.II-PP.-732-734.pdf>)
- Chen B, Wang Y, Xiao L, Xu C, Shen Y, Qin Q et al. Effects of mobile learning for nursing students in clinical education: a meta-analysis. *Nurs Educ Today*. 2021;97:104706 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104706>)
- O'Connor S, Andrews T. Smartphones and mobile applications (apps) in clinical nursing education: a student perspective. *Nurs Educ Today*. 2018;69:172-8 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.07.013>)
- Morgan K, Wagg A, Purssell E, Kilburn A. Evaluation of a virtual practice placement: a model to increase student capacity. *Nurs Educ Pract*. 2024;75:103884 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.103884>)
- Wagg AJ, Morgan K. Online virtual nursing placements: a case study on placement expansion. *SAGE Open Nurs*. 2022;8:23779608221117392 (<https://doi.org/10.1177/23779608221117392>)
- Cant R, Cooper S, Ryan C. Using virtual simulation to teach evidence-based practice in nursing curricula: a rapid review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2022;19:415 (<https://doi.org/10.1111/wvn.12572>)
- Mulyadi M, Tonapa SI, Rompas SSJ, Wang R-H, Lee B-O. Effects of simulation technology-based learning on nursing students' learning outcomes: a systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Nurs Educ Today*. 2021;107:105127 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105127>)
- Woon APN, Mok WQ, Chieng YJS, Zhang HM, Ramos P, Mustadi HB et al. Effectiveness of virtual reality training in improving knowledge among nursing students: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Nurs Educ Today*. 2021;98:104655 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104655>)
- Kowitlawakul Y, Tan JJM, Suebnukarn S, Nguyen HD, Poo DCC, Chai J et al. Utilizing educational technology in enhancing undergraduate nursing students' engagement and motivation: a scoping review. *J Prof Nurs*. 2022;42:262 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.07.015>)
- Park S, Shin HJ, Kwak H, Lee HJ. Effects of immersive technology-based education for undergraduate nursing students: systematic review and meta-analysis using the grading of recommendations, assessment, development, and evaluation (GRADE) approach. *J Med Internet Res*. 2024;26:e57566 (<https://doi.org/10.2196/57566>)
- Kresge C, Justice S, Stanford S, McClerking C. The use of virtual reality in teaching diagnostic reasoning to advanced practice registered nurse students. *Nurs Educ*. 2024;49:55 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001479>)
- Chang CY, Hwang GJ, Gau ML. Promoting students' learning achievement and self-efficacy: a mobile chatbot approach for nursing training. *Br J Educ Technol*. 2022;53:171 (<https://doi.org/10.1111/bjet.13158>)
- Rodríguez-Arrastia M, Martínez-Ortigosa A, Ruiz-Gonzalez C, Ropero Padilla C, Roman P, Sanchez-Labraca N. Experiences and perceptions of final-year nursing students of using a chatbot in a simulated emergency situation: a qualitative study. *J Nurs Manag*. 2022;30:3874 (<https://doi.org/10.1111/jonm.13630>)
- Tam W, Huynh T, Tang A, Luong S, Khatri Y, Zhou W. Nursing education in the age of artificial intelligence powered Chatbots (AI-Chatbots): are we ready yet. *Nurs Educ Today*. 2023;129:105917 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105917>)

- licensure exam: an observational study. *Heliyon*. 2023;9:e13412 (<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13412>)
- Rustami E, Pula A, Dine A. Challenges of Fulfilling European Union directives: the Importance of clinical practice at the bachelor nursing 62–study program. *Medicus*. 2023;7:52 (<https://doi.org/10.58944/medicus.2023.7.52>)
- Afuh V, Mekolle P. Degree structure and recognition before and within the Bologna process: a comparative analysis between higher education –in Cameroon and the United Kingdom. *Eur J Edu Stud*. 2024;11:164–94
- Chan GK, Cummins MR, Taylor CS, Rambur B, Auerbach DI, Meadows–Oliver M et al. An overview and policy implications of national nurse identifier systems: a call for unity and integration. *Nurs Outlook*. 2023;71:101892 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2022.10.005>)
- Beale NJ, Rajwani N. Implementation of a unique nurse 9–identifier. *Nurs Manage*. 2022;53:6 (<https://doi.org/10.1097/01-nm.0000080504.0.87004.37>)
- Alexander S, Frith KH. Using Nursys® as a primary source for 1–licensure information. *Nurs Educ Perspect*. 2021;42:200 (<https://doi.org/10.1097/01-nep.0000000000000821>)
- Government of India. The development of a national nursing registration tracking system and working with state nursing councils to aggregate all nurses data from across the country. New Delhi: Government of India; 2024
- Demonstrating the value of nursing care through use of a unique nurse identifier policy statement. Alliance for Nursing Informatics; 2020
- The difference between macro– and micro–credentials, digital badges, and what they mean for your association. Association Trends; 2018 (<https://www.associationtrends.com/the-difference-between-macro-and-micro-credentials-digital-badges-and-what-they-mean-for-your-association/>)
- Southard EP. Micro–credentials and badges in healthcare. *American Nurse Journal*. 2021;16(10):10 (<https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2021/09/an10-Badges-920.pdf>)
- Zdunek K, Dobrowolska B, Dziurka M, Galazzi A, Chiappinotto S, Palese A et al. Challenges and opportunities of micro–credentials as a new form of certification in health science education – a discussion paper. *BMC Med Educ*. 2024;24(1):1169 (<https://doi.org/10.1186/s12909-024-06174-8>)
- Womack–Adams K, Morbitzer KA, Ondek C, Collins H, McLaughlin JE. A review of microcredentials in health professions continuing professional development. *Front Med (Lausanne)*. 2025;12:1532811 (<https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1532811>)
- Mitchell S, Hart J, Gharaibeh M, McMahon GT, Rhoda A, Fitzpatrick S et al. Principles to award learning achievements for lifelong learning in health using micro–credentials: an international Delphi study. *Hum Resour Health*. 2025;23(1):7 (<https://doi.org/10.1186/s12960-024-00969-y>)
- Paier–Abuzahra M, Posch N, Jeitler K, Semlitsch T, Radl–Karimi C, Spary–Kainz U et al. Effects of task–shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews. *Hum Resour Health*. 2024;22:74 (<https://doi.org/10.1186/s12960-024-00956-3>)
- Kim MJ, McKenna H, Davidson P, Leino–Kilpi H, Baumann A, Klopfer H et al. Doctoral education, advanced practice and research: an analysis by nurse leaders from countries within the six WHO Regions. *Int J Nurs Stud Adv*. 2022;4:100094 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100094>)
- Htay M, Whitehead D. The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician–led or usual care: a systematic review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2021;3:100034 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100034>)
- Kilpatrick K, Savard I, Audet LA, Costanzo G, Khan M, Atallah R et al. A global perspective of advanced practice nursing research: a review of systematic reviews. *PLoS One*. 2024;19:e0305008 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305008>)
- Whitehead L, Ghosh M, Walker DK, Bloxsome D, Vafeas C, Wilkinson A. The relationship between specialty nurse certification and patient, nurse and organizational outcomes: a systematic review. *Int J Nurs*. (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.001>) 11–Stud. 2019;93:1
- Guidelines on advanced practice nursing. Geneva: International Council of Nurses; 2020 (<https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN-APN%20Report-EN-WEBSITE.pdf>)
- Narang A, Bae R, Hong H, Thomas Y, Surette S, Cadieu C et al. Utility of a deep–learning algorithm to guide novices to acquire echocardiograms for limited diagnostic use. *JAMA Cardiology*. (<https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.0185>) 32–2021;6:624
- Musallam E, Alhaj Ali A, Alkhafaji M. OpenAI’s ChatGPT clinical simulation: an innovative teaching strategy for clinical nursing education. *Nurs Educ*. 2024;49:E361–E2 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001657>)
- O’Connor S, Permana A, Neville S, Denis–Lalonde D. Artificial intelligence in nursing education 1: strengths and weaknesses. *Nursing Times*; 2023 (<https://www.nursingtimes.net/education-and-training/artificial-intelligence-in-nursing-education-1-strengths-and-weaknesses-11-09-2023/>)
- Abujaber AA, Abd–alrazaq A, Al–Qudimat AR, Nashwan AJ. A strengths, weaknesses, opportunities, and threats (SWOT) analysis of ChatGPT integration in nursing education: a narrative review. *Cureus*. (2023;15:e48643 (<https://doi.org/10.7759/cureus.48643>))
- Mahat A, Dhillon IS, Benton DC, Fletcher M, Wafu F. Health practitioner regulation and national health goals. *Bull World Health*. (<https://doi.org/10.2471/blt.21.287728>) 604–Organ. 2023;101:595
- Leslie K, Bourgeault IL, Carlton AL, Balasubramanian M, Mirshahi R, Short SD et al. Design, delivery and effectiveness of health practitioner regulation systems: an integrative review. *Hum Resour Health*. 2023;21:72 (<https://doi.org/10.1186/s12960-023-00848-y>)
- تنظيم الممارسين الصحيين: إرشادات بشأن التصميم والإصلاح والتفويض. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024 [بالإنجليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/378775>)
- الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف – غير تجاري – الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية نولية (CC BY–NC–SA 3.0 IGO)
- Scheidt L. Challenges to nursing regulation during the Pandemic: a 9–case study. *J Nurs Regul*. 2022;12:47 (<https://doi.org/10.1016/j.jnr.2022.12.47>)
- Panteli D, Maier CB. Regulating the health workforce in Europe: implications of the COVID–19 pandemic. *Hum Resour Health*. 2021;19:80 (<https://doi.org/10.1186/s12960-021-00624-w>)
- Stievano A, Caruso R, Shaffer F. Navigating the health professional migration tsunami in the era of COVID–19 and globalization: a call to action for a collective and coordinated response from government and non–government organizations. *Healthcare*. 2023;11 (<https://doi.org/10.3390/healthcare11070931>)
- Economic and social survey of Asia and the Pacific 2021: towards post– COVID–19 resilient economies. UN Economic and Social Commission for Asia and the Pacific; 2021 (<https://www.unescap.org/kp/2021/economic-and-social-survey-asia-and-pacific-2021-towards-post-covid-19-resilient-economies>)
- Kovács R. Health professionals on the move: analysing Brexit’s influence on diploma recognition and the employment of health care workers. *Annales Universitatis Scientiarum Budapestinensis de Rolando 88–Eötvös Nominatae – Sectio Iuridica*. 2024;62(1):163
- Rodríguez–Arrastia M, Ropero–Padilla C, Fernández–Sola C, Portillo MC. Nursing emigration in the United Kingdom: a qualitative exploration of the Spanish nursing community. *Nurs Open*. (<https://doi.org/10.1002/nop.2.672>) 87–2021;8:675
- Anders RL, Kunaviktikul W. Distance education: an opportunity to support nursing in Southeast Asia. *J Probl Based Learn*. 2021;8:35 (<https://doi.org/10.24313/jpbl.2020.00304>) 40
- Briža I, Pipere A. Clinical training in nursing study programmes in Latvia and Europe. *Rural Environment Education Personality*. 2022;15 (<https://doi.org/10.22616/REEP.2022.15.001>)
- Camedda C, Scalorbi S, Longobucco Y. The family and community nurse core competencies: integrating European standards into the Italian context. *Acta Biomed*. 2021;92:e2021329 (<https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11898>)
- Kyoko S, Naruse K, Puangrat B. Does the mutual recognition agreement on nursing services accelerate nurse migration in member countries of the Association of Southeast Asian Nations. *Nurs Open*. (<https://doi.org/10.1002/nop.2.504>) 96–2020;7:1187
- Lino MM, Martini JG, Barbieri–Figueiredo MdC. Academic – professional mobility and internationalization of nursing: contributions of the Bologna process. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2022;31(54)
- Pantaleo F, D’Angelo D, Stievano A, Albanesi B, Petrizzo A, Notarnicola I et al. An example of evaluation of tuning nursing competences in the

- 8-advanced nurse practitioners in Ireland. *J Nurs Manag.* 2024;1 (https://doi.org/10.1155/2024/6681576)
- Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:214 (https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-214)
- Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D. Optimizing the role of nurses in primary care in Canada. Ontario: Canadian Nurses Association; 2014 (https://docslib.org/doc/8735329/optimizing-the-role-of-nurses-in-primary-care-in-canada)
- Schober MM, Gerrish K, McDonnell A. Development of a conceptual policy framework for advanced practice nursing: an ethnographic study. (https://doi.org/10.1111/jan.12915) 24-J Adv Nurs. 2016;72:1313
- Cassiani SHB, Moreno Dias B. Perspectives for advanced practice nursing in Brazil. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:e20210406 (https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0406en)
- Patel EY, Petermann V, Mark BA. Does state-level nurse practitioner scope-of-practice policy affect access to care. *West J Nurs Res.* (https://doi.org/10.1177/0193945918795168) 518-2019;41:488
- Schober M. Advanced nursing practice: an emerging global phenomenon. *J Adv Nurs.* 2006;55:275 (https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03971.2.x)
- Bryant-Lukosius D, Spichiger E, Martin J, Stoll H, Kellerhals SD, Fliedner M et al. Framework for evaluating the impact of advanced practice nursing roles. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48:201 (https://doi.org/10.1111/jnu.12199)
- Fairman JA, Rowe JW, Hassmiller S, Shalala DE. Broadening the scope of nursing practice. *New Engl J Med.* 2011;364:193 (doi:10.1056/NEJMp1012121)
- Scanlon A, Bryant-Lukosius D, Lehwaldt D, Wilkinson J, Honig J. International transferability of nurse practitioner credentials five countries. *J Nurs Pract.* 2019;15:487 (https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.02.007)
- Chappell K, ElChamaa R, Jeong D, Kendall-Gallagher D, Salt E, Reeves S et al. Conceptualization and operationalization of certification in the US and Canadian nursing literature. *J Nurs Adm.* 2018;48:238 (https://doi.org/10.1097/nnn.0000000000000608) 46
- Mackavey C, Henderson C, van Leeuwen EdZ, Maas L, Ladd A. The advanced practice nurse role's development and identity: an international review. *Int J Adv Pract.* 2024;2:36 (https://doi.org/10.12968/ijap.2024.2.1.36)
- Maier C, Aiken L, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers No. 98.* Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2017 (https://doi.org/10.1787/a8756593-en)
- Halter M, Drennan V, Chattopadhyay K, Carneiro W, Yiallourous J, de Lusignan S et al. The contribution of physician assistants in primary care: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:223 (https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-223)
- Torrens C, Campbell P, Hoskins G, Strachan H, Wells M, Cunningham M et al. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: a scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2020;104:103443 (https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443)
- Gray DC, Rogers M, Miller MK. Advanced practice nursing initiatives in Africa, moving towards the nurse practitioner role: experiences from the field. *Int Nurs Rev.* 2024;71:205 (https://doi.org/10.1111/inr.12835)
- Dlamini CP, Khumalo T, Nkwanyana N, Mathunjwa-Dlamini TR, Macera L, Nsibandze BS et al. Developing and implementing the family nurse practitioner role in Eswatini: implications for education, practice, and policy. *Ann Glob Health.* 2020;86:50 (https://doi.org/10.5334/aogh.2813)
- Geyer N, Christlms CD. Advanced practice nursing in Africa. In: Hassmiller SB, Pulcini J (eds). *Advanced practice nursing leadership: a global perspective.* Cham: Springer International Publishing; 2020:63 (https://doi.org/10.1007/978-3-030-20550-8_6)
- Moore C, Kabbe A, Gibson TS, Letvak S. The pursuit of nurse practitioner practice legislation: a case study. *Policy Polit Nurs Pract.* (https://doi.org/10.1177/1527154420957259) 32-2020;21:222
- Sastre-Fullana P, Gray DC, Cashin A, Bryant-Lukosius D, Schumann L, Geese F et al. Visual analysis of global comparative mapping of the practice domains of the nurse practitioner/advanced practice nursing role in respondent countries. *J Am Assoc Nurs Pract.* 2020;33:496 (https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000458) 505
- Bryant-Lukosius D, Wong FYW. International development of advanced practice nursing. In: Tracy MF, O'Grady ET, Phillips SJ. *Hamric and Hanson's advanced practice nursing: an integrative approach, 7th edition.* Elsevier; 2022:137
- Chavez F, Kelly T, Kunisch JR, Kurth A. Systems leadership doctor of nursing practice: global relevance. *Int Nurs Rev.* 2019;66:482 (https://doi.org/10.1111/inr.12527)
- Schlunegger MC, Palm R, Zumstein-Shaha M. The contribution of advanced practice nurses in Swiss family practices: multiple case study design. *Pflege.* 2023;36:40 (https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000890)
- Osakwe ZT, Aliyu S, Sosina OA, Poghosyan L. The outcomes of nurse practitioner (NP)-provided home visits: a systematic review. *Geriatr Nurs.* 2020;41:962 (https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.07.001)
- Ordóñez-Piedra J, Ponce-Blandón JA, Robles-Romero JM, Gómez-Salgado J, Jiménez-Picón N, Romero-Martín M. Effectiveness of the advanced practice nursing interventions in the patient with heart failure: a systematic review. *Nurs Open.* 2021;8:1879 (https://doi.org/10.1002/nop.2.847)
- Miller M, Prodan-Bhalla N, Marchuk S. The NP role and practice in Canada. In: Thomas SL, Rowles JS (eds) *Nurse practitioners and nurse anesthetists: the evolution of the global roles.* Cham: Springer International Publishing; 2023:145 (https://doi.org/10.1007/978-3-031-031276-4_10)
- Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens MK. Advanced practice nursing roles, regulation, education, and practice: a global study. *Ann Glob Health.* 2022;88:42 (https://doi.org/10.5334/aogh.3698)
- Almukhaini S, Weeks LE, Macdonald M, Martin-Misener R, Ismaili ZA, Macdonald D et al. Advanced practice nursing roles in Arab countries in the Eastern Mediterranean region: a scoping review. *JBI Evid Synth.* (https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00101) 42-2022;20:1209
- Christlms CD, Armstrong SJ. The essence, opportunities and threats to advanced practice nursing in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Heliyon.* 2019;5:e02531 (https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.02.0531)
- Brownwood I, G. Lafortune. Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: recent developments and persisting implementation challenges. *OECD Health Working Papers No. 165.* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2024 (https://doi.org/10.1787/8e10af16-en)
- Kim S, Lee TW, Kim GS, Cho E, Jang Y, Choi M et al. Nurses in advanced roles as a strategy for equitable access to healthcare in the WHO Western Pacific region: a mixed methods study. *Hum Resour Health.* 2021;19:19 (https://doi.org/10.1186/s12960-021-00555-6)
- Dezoti AP, N CSG, Fortunato Barbosa MA, Weissheimer G, Khalaf DK, de Azevedo Mazza V. Implementação da prática avançada de enfermagem na América Latina. *Implem Adv Nurs Pract in Latin America.* 2021;12:35 (https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5187)
- Dos Santos Bezerril M, Chiavone FBT, Mariz CMS, Sonenberg A, Enders BC, Santos VEP. Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: context analysis. *ACTA Paulista de Enfermagem.* (https://doi.org/10.1590/1982-0194201800087) 43-2018;31:636
- Scanlon A, Murphy M, Smolowitz J, Lewis V. Advanced nursing practice and advanced practice nursing roles within low and lower-middle-income countries. *J Nurs Scholarsh.* 2023;55:484 (https://doi.org/10.1111/jnu.12838)
- Ndirangu-Mugo E, Kimani RW, Onyancha C, Mutwiri BD, May B, Kambo I et al. Scopes of practice for advanced practice nursing and advanced practice midwifery in Kenya: a gap analysis. *Int Nurs Rev.* 2024;71(2):276-284 (https://doi.org/10.1111/inr.12947)
- Elliott N, Daly L, Bryant-Lukosius D, Fleming S, Varley J, Cotter P et al. Exploring factors affecting the rollout of a policy on registered

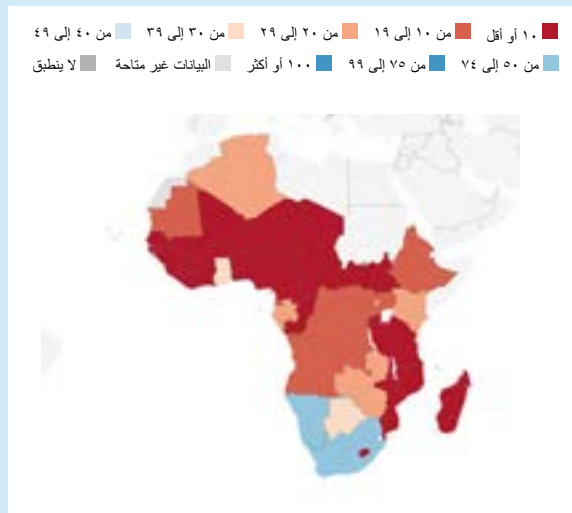
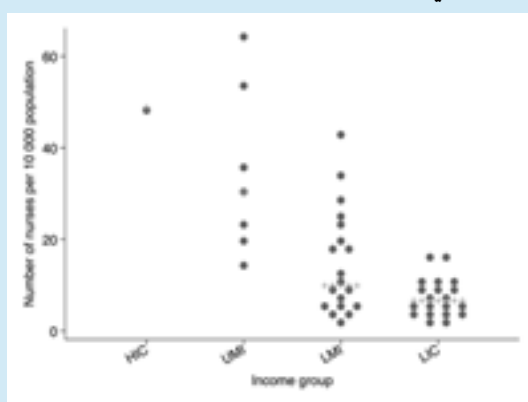
٣٨٩. عبد الرحيم إتش، وفيندت-نيولين إم، والحراشة إس، وكاميل جيه. واجبنا في الرعاية: دعوة عالمية للعمل من أجل حماية الصحة النفسية للعاملين في مجالي الصحة والرعاية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2022 (https://www.who.int/publications/m/item/wish_report). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثال 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٣٩٠. Rae P, Pearce S, Greaves P, Dall'Ora C, Griffiths P, Endacott R. Outcomes sensitive to critical care nurse staffing levels: a systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;67:103110 (<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103110>).
٣٩١. Lasater KB, Aiken LH, Sloane D, French R, Martin B, Alexander M. et al. Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study. *BMJ Open*. 2021;11:e052899 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899>).
٣٩٢. Griffiths P, Saville C, Ball JE, Jones J, Monks T. Beyond ratios - flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost-effective hospital care and address staff shortages: a simulation and economic modelling study. *Int J Nurs Stud*. 2021;117:103901 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103901>).
٣٩٣. Ridge LJ, Dickson VV, Stimpfel AW. The occupational health of nurses in the economic community of West African States: a review of the literature. *Workplace Health Saf*. 2019;67:554 (<https://doi.org/10.1177/2165079919859383>).
٣٩٤. Amare TG, Tesfaye TT, Girmay B, Gebreagziabher TT. Exposure to occupational health hazards among nursing and midwifery students 20-during clinical practice. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:2211 (<https://doi.org/10.2147/rmhp.S280555>).
٣٩٥. Yesilbas H, Kantek F. Relationship between structural empowerment and job satisfaction among nurses: a meta-analysis. *Int Nurs Rev*. 2024;71:484-91 (<https://doi.org/10.1111/inr.12968>).
٣٩٦. Chen C, Shannon K, Napier S, Neville S, Montayre J. Ageism directed at older nurses in their workplace: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2024;33:2388 (<https://doi.org/10.1111/jocn.17088>).
٣٩٧. McHugh MD, Aiken LH, Windsor C, Douglas C, Yates P. Case for hospital nurse-to-patient ratio legislation in Queensland, Australia, hospitals: an observational study. *BMJ Open*. 2020;10:e036264 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036264>).
٣٩٨. Schlack AE, Aiken LH, Chittams J, Poghosyan L, McHugh M. Leveraging the work environment to minimize the negative impact of nurse burnout on patient outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):610.
٣٩٩. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R. et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European 30-countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383:1824 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62631-8)).
٤٠٠. Şenol Çelik S, Sariköse S, Çelik Y. Structural and psychological empowerment and burnout among nurses: a systematic review and meta-analysis. *Int Nurs Rev*. 2024;71:189-201 (<https://doi.org/10.1111/inr.12878>).
٤٠١. Ridge LJ, Arko-Mensah J, Lambert J, Aziato L, Zeantoe GC, Duah H. et al. Sharps injuries among healthcare workers in Liberia and Ghana: a cross-sectional survey. *Int J Qual Health Care*. 2024;36 (<https://doi.org/10.1093/inqhc/mzae066>).
٤٠٢. Descatha A, Hamzaoui H, Takala J, Oppliger A. A systematized overview of published reviews on biological hazards, occupational health, and safety. *Saf Health Work*. 2023;14:347 (<https://doi.org/10.1016/j.shaw.2023.10.008>).
٤٠٣. ADik Papua Scholarship Programme: bridging the gap in rural healthcare education. Government of Indonesia; 2020.
٤٠٤. تحسين الاحتفاظ بالعاملين الصحيين في المناطق الريفية والناحية: دراسات حالة من إقليم جنوب شرق آسيا التابع لمنظمة الصحة العالمية. نيودلهي: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لجنوب شرق آسيا؛ 2022 [إلا إنكليزية: <https://iris.who.int/handle/10665/334227>]. الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثال 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٤٠٥. Kementerian Kesehatan RI [Indonesia Health Profile]. Jakarta: Government of Indonesia; 2016.
٤٠٦. Scholarship program for medical specialists. Jakarta: Government of Indonesia; 2017.
٤٠٧. Buchan J, Black S. The Impact of pay increases on nurses' labour market: a review of evidence from four OECD countries. OECD Health Working Papers No. 57. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011 (https://www.oecd.org/en/publications/the-impact-of-pay-increases-on-nurses-labour-market_5kg6jwn16tjd-en.html).
٣٦٨. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña L, M, Brousseau L. Advanced practice nursing: a strategy for achieving universal health coverage and universal access to health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017 (<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>).
٣٦٩. Ministry of Health corporate plan and budget 2023-2026. Government of Tonga; 2023.
٣٧٠. NCD nursing action plan 2023-2025. Government of Tonga; 2022.
٣٧١. National noncommunicable disease strategy implementation plan 2020-2025. Government of Tonga; 2020.
٣٧٢. Gallagher R. Evaluation of the noncommunicable diseases outreach program in the Kingdom of Tonga. University of Sydney; 2015.
٣٧٣. Nurses and midwives: overworked, underpaid, undervalued. [website]. Geneva: International Labour Organization; 2023 (<https://ilostat.ilo.org/blog/nurses-and-midwives-overworked-underpaid-undervalued/>).
٣٧٤. Kavanagh MM, Radakrishnan A, Unnikrishnan V, Cometto G, Kane C, Friedman EA et al. Laws for health and care worker protection and rights: a study of 182 countries. *PLOS Glob Public Health*. 2024;4:e0003767 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003767>).
٣٧٥. حماية القوى العاملة الصحية في مجالي الصحة والرعاية وصونها والاستثمار فيها. ج ص ع74-14. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R14-ar.pdf).
٣٧٦. الميثاق العالمي للعاملين في مجال الصحة والرعاية: مجموعة إرشادات تقنية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023 [إلا إنكليزية: <https://iris.who.int/handle/10665/373347>]. الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثال 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٣٧٧. Barsukova A, Shvab M, Puttkammer NH, Vitruk O, Ihnatiuk AP, Hetman LI et al. Impact of war on HIV-related healthcare services and health workers in eastern Ukraine: a qualitative study. *AIDS Care*. 2024;1-9 (<https://doi.org/10.1080/09540121.2024.2332445>).
٣٧٨. Bou-Karroum L, El-Harakeh A, Kassamany I, Ismail H, El Arnaout N, Charide R et al. Health care workers in conflict and post-conflict settings: systematic mapping of the evidence. *PLoS One*. 2020;15:e0233757 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233757>).
٣٧٩. Duclos D, Fouad FM, Blanchet K. When refugees care for refugees in Lebanon: providing contextually appropriate care from the ground Up. *(Med Anthropol Theory)*. 2021;8 (<https://doi.org/10.17157/mat.8.3.5159>).
٣٨٠. Lin TK, Werner K, Kak M, Herbst CH. Health-care worker retention in post-conflict settings: a systematic literature review. *Health Policy Plan*. 2023;38:109 (<https://doi.org/10.1093/heapol/czac090>).
٣٨١. Gotlib J, Cieślak I, Wawrzuta D, Jaworski M, Theofanidis D, Wójcik G. et al. Challenges in job seeking and the integration of Ukrainian war refugee healthcare workers into the Polish healthcare system: Facebook content analysis. *Int J Public Health*. 2023;68:1606139 (<https://doi.org/10.1007/s10086-023-01606-1>).
٣٨٢. نظام ترصد الاعتداءات على الرعاية الصحية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2025 (<https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/index.aspx>).
٣٨٣. منع الاعتداءات على الرعاية الصحية والحماية منها: الممارسات الجيدة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023 [إلا إنكليزية: <https://iris.who.int/handle/10665/375802>]. الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثال 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٣٨٤. Rees GH. Forced displacement and the health workforce crisis: Venezuelan healthcare workers in Peru. *Int J Health Plann Manage*. 2024;39:963 (<https://doi.org/10.1002/hpm.3758>).
٣٨٥. Rayes D, Meiqari L, Yamout R, Abbara A, Nuwayhid I, Jabbour S et al. Policies on return and reintegration of displaced healthcare workers towards rebuilding conflict-affected health systems: a review for The Lancet-AUB Commission on Syria. *Confl Health*. 2021;15:36 (<https://doi.org/10.1186/s13031-021-00367-4>).
٣٨٦. أطلس الصحة النفسية لعام 2020 [الموقع الإلكتروني]. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثال 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
٣٨٧. The global mental health nursing workforce: time to prioritize and invest in mental health and wellbeing [website]. Geneva: International Council of Nurses; 2022 (https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Mental_Health_Workforce_report_EN_web.pdf).
٣٨٨. Guidelines on mental health nursing 2024. Geneva: International Council of Nurses; 2024 (<https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-mental-health-nursing>).

- Katende G, Nabirye R, Sebald L, Karani A, Katungi B. Developing regional guidelines for the harmonization of nursing and midwifery education for recognition in the EAC Partner States; 2015 (doi:10.13140/RG.2.1.1433.9043).
- Global Health 50/50 report 2019: equality works. Global Health 50/50 initiative; 2019 (<https://globalhealth5050.org/updates/document/gh5050-2019-report-equality-works/>).
- Boniol M, McCarthy C, Lawani D, Guillot G, McIsaac M, Diallo K. Inequal distribution of nursing personnel: a subnational analysis of the distribution of nurses across 58 countries. Hum Resour Health. 2022;20:22 (<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00720-5>).
- المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن تنمية القوى العاملة في مجال الصحة وإنتاجها وتوظيفها واستبقائها في المناطق الريفية والناحية. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341139>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- Honey ML, Skiba DJ, Procter P, Foster J, Kouri P, Nagle LM. Nursing informatics competencies for entry to practice: the perspective of six countries. Stud Health Technol Inform. 2017;232:51.
- Wilson ML, Elias BL, Moss JA. Education in nursing informatics. In: Berner ES, (ed.). Informatics education in healthcare: lessons learned. Cham: Springer International Publishing; 2020:23 (https://doi.org/10.1007/978-3-030-53813-2_3).
- International Nurses Day 2025 report: our nurses. our future. Caring for nurses strengthens economies. Geneva: International Council of Nurses; 2025 (<https://www.icn.ch/how-we-do-it/campaigns/international-nurses-day>).
- Rumsey M, Thoms D, Deki, Leong M, Wilson CT, Filise MSI et al. Enablers and inhibitors of nursing and midwifery leadership in Pacific Island collectivist cultures. Int Nurs Rev. 2025;72:e13092 (<https://doi.org/10.1111/inr.13092>).
- Mitchell G. Global network of early career nurses spearheading change. Nursing Times; 2025 (<https://www.nursingtimes.net/global-nursing/global-network-of-early-career-nurses-spearheading-change-15-01-2025/>).
- Devereux E. Global alliance aims to unite student and early career nurses. Nursing Times; 2024 (<https://www.nursingtimes.net/global-nursing/global-alliance-aims-to-unite-student-and-early-career-nurses-12-07-2024/>).
- Kilpatrick K, Tchouaket E, Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A. Structural and process factors that influence clinical nurse specialist role implementation. Clin Nurs Spec. 2016;30:89 (<https://doi.org/10.1097/nur.0000000000000182>).
- Digital health transformation and nursing practice. Position statement. Geneva: International Council of Nurses; 2023 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-08/ICN%20Position%20Statement%20Digital%20Health%20FINAL%2030.06_EN.pdf).
- الاستراتيجية العالمية بشأن الصحة الرقمية 2020-2025. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/344249>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- Buchan J, Shembavnekar N, Bazeer N. Nurses' pay over the long term: what next. London: The Health Foundation; 2021 (<https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/nurses-pay-over-the-long-term-what-next>).
- Buchan J, Kumar A, Schoenstein M. Wage-setting in the Hospital Sector. OECD Health Working Papers No. 77. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2014 (https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2014/09/wage-setting-in-the-hospital-sector_g17a2530/5jxx56b8hqhl-en.pdf).
٤١٠. تقييم تأثيرات توظيف القوى العاملة في مجالي الصحة والرعاية: إطار توجيهي. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ومنظمة العمل الدولية، ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي; 2024 [إلا إنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/376621>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- Rumsey M, Iro E, Brown D, Larui M, Sam H, Brooks F. Development practices in senior nursing and midwifery leadership: pathways to improvement in South Pacific health policy. Policy Polit Nurs Pract. 2006-2022;23:195 (<https://doi.org/10.1177/15271544221095768>).
٤١٢. الأهمية الاستراتيجية للاستثمار الوطني في مهنيي التمريض في إقليم الأمريكتين. واشنطن، العاصمة: منظمة الصحة للبلدان الأمريكية; 2022 [إلا إنكليزية] (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55957>).
٤١٣. إحاطة تقنية بشأن تعزيز القوى العاملة في التمريض والقبالة لتحسين الحاصلات الصحية: كبار مسؤولي التمريض والقبالة الحكوميين في الإقليم الأوروبي التابع لمنظمة الصحة العالمية. كوبنهاغن: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأوروبا; 2022 [إلا إنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/362261>). الترخيص: هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 3.0 منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- Nkengasong JN, Raji T, Ferguson SL, Pate MA, Williams MA. Nursing leadership in Africa and health security. EClinicalMedicine. 2021;36:100930 (<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100930>).
- Hernandez MAA, Paguio JT, Bonito SR. Development of an online nursing leadership program for global health in the Western Pacific Region. Acta Med Philipp. 2024;58:48 (<https://doi.org/10.47895/55-Region>). (<https://doi.org/10.47895/55-Region>).
- Butterfield P, Leffers J, Vásquez MD. Nursing's pivotal role in global climate action. BMJ. 2021;373:n1049 (<https://doi.org/10.1136/bmj.n1049>).
- Bérubé A, Diallo T, Roberge M, Audate PP, Leblanc N, Jobin É et al. Practicing nurses' and nursing students' perceptions of climate change: a scoping review. Nurs Open. 2024;11:e70043 (<https://doi.org/10.1002/nop2.70043>).
- Fertelli TK. Awareness, worry, and hope regarding climate change among nurses: a cross-sectional study. Arch Environ Occup Health. 2022-2023;78:413 (<https://doi.org/10.1080/1938244.2023.2278521>).
- Cubelo F. Internationally educated nurses' role in climate change: sustainability and mitigation practices. Public Health Nurs. 2023;40:585 (<https://doi.org/10.1111/phn.13185>).
- National health sector strategic plan support project: HNGV functional analysis report. Dili: Ministry of Health; 2014.
- Birrell K, Ramsay D, Dingle B. Empowering nurse managers in Timor-Leste. Australian College of Nursing; 2018 (<https://www.acn.edu.au/nurseclick/empowering-nurse-managers-timor-leste>).
- Rosser EA. Investing in nursing and its leadership to secure global health: are we making progress. Int Nurs Rev. 2022;69:121 (<https://doi.org/10.1111/inr.12765>).
- Llop-Gironés A, Azhymambetova GK, Asanova AK, Salomuddin Y, Boynazarova MH, Raupov FO et al. Building health systems resilience in Central Asia through nursing and midwifery: evidence to inform policy action. Hum Resour Health. 2024;22:82 (<https://doi.org/10.1186/s12960-024-00964-3>).
- Chang YC, Hsieh LW, Chen TC, Yen M. Developing and evaluating the effectiveness of a leadership integrated educational program for master's nursing students in Taiwan. Hu Li Za Zhi. 2022;69:56 ([https://doi.org/10.6224/jn.202210_69\(5\).08](https://doi.org/10.6224/jn.202210_69(5).08)).
- Ainslie M, Bigley MB, Yingling C, Hooks JD, DeClerk L. The national organization of nurse practitioner faculties leadership mentoring program: ten years of positive outcomes. J Prof Nurs. 2024;54:249 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.08.001>).
- Nawagi F, Kneafsey R, Modber M, Mukeshimana M, Ndungu C, Bayliss-Pratt L. An overview of nursing and midwifery leadership, governance structures, and instruments in Africa. BMC Nurs. 2023;22:168 (<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01336-3>).

البيانات المجمعّة بشأن كل إقليم من أقاليم منظمة الصحة العالمية

يتألف الإقليم الأفريقي التابع لمنظمة الصحة العالمية من ٤٧ دولة عضوًا، وبلغ عدد سكانه ١,٢ مليار نسمة في عام ٢٠٢٣.

توزيع كثافة أفراد كادر التمريض حسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي



١,٧ مليون ممرضة وممرض

١٤,١ ممرضة وممرض

لكل ١٠٠٠٠ نسمة

التنقل

مدربون في الخارج ٦٪
من ١٩ بلدًا

مولودون في الخارج ٣٪
من ١٦ بلدًا

٣٤٪
ذكور

٦٦٪
إناث

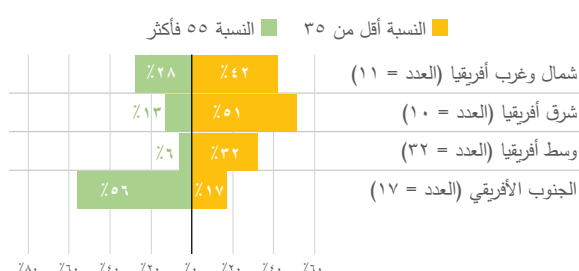
الجنس
(من ٣٤ بلدًا)

١٥٪
العمر ٥٥ سنة فأكثر

٤٣٪
العمر أقل من ٣٥ سنة

العمر
(من ٢٨ بلدًا)

العمر حسب المنطقة الفرعية



فرص العمل

توزيع أفراد كادر التمريض حسب المنطقة الفرعية

المنطقة الفرعية	الرصيد ^أ	الكثافة لكل ١٠٠٠٠ نسمة (الحد الأدنى - الحد الأقصى)
الشمال والغرب (العدد = ١٧)	٥٣٢٠٠٠	١٠,٨ (٣٣,٤-٢,٦)
الشرق (العدد = ١٦)	٥٥٥٠٠٠	١١,٩ (٤٨,٨-١,٥)
الوسط (العدد = ٩)	٢٢٥٠٠٠	١٠,٩ (١٩,٩-١,٢)
الجنوب (العدد = ٥)	٤٣٢٠٠٠	٥٩,٩ (٦٣,٧-٥,٤)

^أ مُقَرَّب لأقرب ألف.

التعليم

خريجات وخريجين لكل ١٠٠ فرد من الرصيد النشط (من ٤٠ بلدًا)	٧,٦
خريجات وخريجين لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة	٩,٥
من الخريجين إناث (من ٥ بلدان)	٦٧%
من البلدان (من ٣٧ بلدًا) مدة التدريب لديها ٤ سنوات فأكثر	٢٤%

تنظيم التعليم

وجود معايير لمؤهلات أعضاء هيئات التدريس (العدد = ٢١)	٩٥%
التعليم المشترك بين المهن في آليات الاعتماد (العدد = ٤٠)	٧٠%
اعتماد مؤسسات تعليم وتدريب القوى العاملة الصحية وبرامجها (العدد = ٤١)	٧٨%

معدل التخرج السنوي حسب المنطقة الفرعية

المنطقة الفرعية	متوسط عدد الخريجات والخريجين لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط (الحد الأدنى - الحد الأقصى)
الشمال والغرب (العدد = ١٢)	٩,١ (١,٤ - ٢٣,٣)
الشرق (العدد = ١٦)	٦,٦ (١ - ١٨,٣)
الوسط (العدد = ٧)	٧ (١ - ٢٠,٢)
الجنوب (العدد = ٥)	٧,٤ (١ - ٣٠,١)

تقديم الخدمات اللوائح وظروف العمل

الحد الأدنى للأجور (العدد = ٤٢)	٩٥%
ساعات العمل وظروفه (العدد = ٤٣)	٦٥%
التطوير المهني المستمر (العدد = ٣٩)	٦٩%
امتحان اللياقة للممارسة المهنية أو الحصول على الترخيص (العدد = ٢١)	٨٦%
هيئة تنظيم التمريض والقبالة (العدد = ٢٢)	٩٥%
أدوار تمريض الممارسة المتقدمة (العدد = ٣٨)	٧٦%

مهارات القيادة

٨٦%

من البلدان (العدد = ٢٢) أبلغت عن وجود منصب كبير مسؤولي التمريض

٤٣%

من البلدان (العدد = ٢١) أبلغت عن وجود برنامج لتنمية المهارات القيادية في مجال التمريض

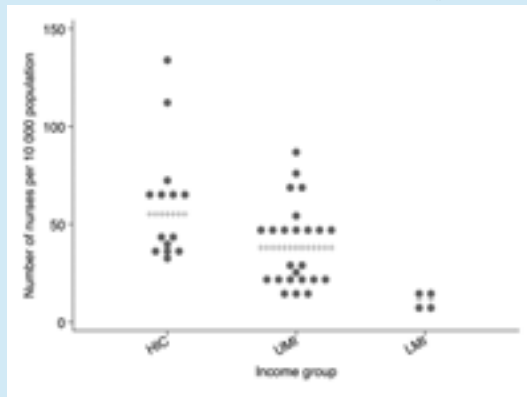
ملحوظة: المجموعات الفرعية هي كالاتي: شرق أفريقيا: بروندي، جزر القمر، إريتريا، إثيوبيا، كينيا، مدغشقر، ملاوي، موريشيوس، موزمبيق، رواندا، سيشل، جنوب السودان، أوغندا، جمهورية تنزانيا المتحدة، زامبيا، زيمبابوي؛ وسط أفريقيا: أنغولا، الكاميرون، جمهورية أفريقيا الوسطى، تشاد، جمهورية الكونغو، جمهورية الكونغو الديمقراطية، غينيا الاستوائية، غابون، ساو تومي وبرينسيبي؛ أفريقيا الجنوبية: بوتسوانا، إيسواتيني، ليسوتو، ناميبيا، جنوب أفريقيا؛ شمال وغرب أفريقيا: الجزائر، بنن، بوركينا فاسو، كابو فيردى، كوت ديفوار، غامبيا، غانا، غينيا، غينيا بيساو، ليبيريا، مالي، موريتانيا، النيجر، نيجيريا، السنغال، سيراليون، توغو.

المصدر: أحدث الإحصاءات المبلغ عنها خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣، حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية (٢٠٢٤)؛ شعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة (٢٠٢٤).

إقليم الأمريكتين

يتألف إقليم الأمريكتين التابع لمنظمة الصحة العالمية من ٣٥ دولة عضوًا، وبلغ عدد سكانه ١,٠٣٧ مليار نسمة في عام ٢٠٢٣.

توزيع كثافة أفراد كادر التمريض حسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي



٧,٥ ملايين ممرضة وممرض

٧٢,٢ ممرضة وممرض

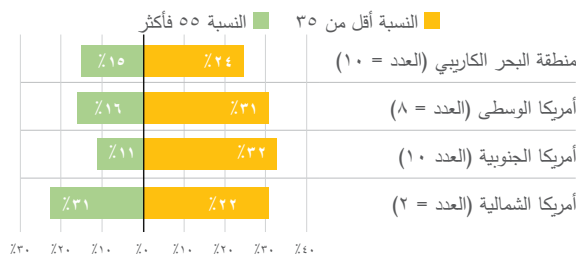
لكل ١٠,٠٠٠ نسمة

التنقل

مولودون في الخارج ٦٪ من ٢١ بلدًا
مدربون في الخارج ٦٪ من ٢١ بلدًا

الجنس	النسبة
إناث (من ٣١ بلدًا)	٨٧٪
ذكور	١٣٪
العمر	النسبة
العمر أقل من ٣٥ سنة (من ٣٠ بلدًا)	٣١٪
العمر ٥٥ سنة فأكثر	١٩٪

العمر حسب المنطقة الفرعية



فرص العمل

توزيع أفراد كادر التمريض حسب المنطقة الفرعية

المنطقة الفرعية	الرصيد ^أ	الكثافة لكل ١٠,٠٠٠ نسمة (الحد الأدنى - الحد الأقصى)
منطقة البحر الكاريبي (العدد = ١٣)	١٣٢,٠٠٠	٣٣,٤ (٧٦ - ٧,١)
أمريكا الوسطى (العدد = ٨)	٤٩٨,٠٠٠	٢٧,٣ (٣٣,٤ - ٧,٣)
أمريكا الجنوبية (العدد = ١٢)	١٨٢٠,٢٢٢	٤٢ (٨٦,٢ - ١٥,٤)
أمريكا الشمالية (العدد = ٢)	٥٠٣٧,٠٠٠	١٣١,٥ (١٣٣,٨ - ١١٢,٦)

^أ مُقَرَّب لأقرب ألف.

التعليم

خريجات وخريجين لكل ١٠٠ فرد من الرصيد النشط (من ٢٥ بلدًا)	٥,١
خريجة وخريج لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة	٢٢,٧
من الخريجين إناث (من ١٣ بلدًا)	٨٧%
من البلدان (من ٢٨ بلدًا) مدة التدريب لديها ٤ سنوات فأكثر	٦٤%

تنظيم التعليم

لا	جزئيًا	نعم
يوجد معايير لمؤهلات أعضاء هيئات التدريس (العدد = ١٧) ٧٦% ٢٤%		
التعليم المشترك بين المهن في آليات الاعتماد (العدد = ٣٤) ٤٤% ١٢% ٤٤%		
اعتماد مؤسسات تعليم وتدريب القوى العاملة الصحية وبرامجها (العدد = ٣٤) ٩١% ٣% ٦%		
١٠٠%	٨٠%	٦٠%
٤٠%	٢٠%	٠%

معدل التخرج السنوي حسب المنطقة الفرعية

المنطقة الفرعية	متوسط عدد الخريجات والخريجين في المنطقة الفرعية لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط (الحد الأدنى - الحد الأقصى)
منطقة البحر الكاريبي (العدد = ٩)	٦,٣ (أقل من ١ - ٩,١)
أمريكا الوسطى (العدد = ٧)	٣,٨ (١,٢ - ٦,١)
أمريكا الجنوبية (العدد = ٧)	٤,٧ (١,٨ - ٨,٤)
أمريكا الشمالية (العدد = ٢)	٥,٥ (٢,٩ - ٨)

تقديم الخدمات

اللائحة وظروف العمل

نعم	جزئيًا	لا
الحد الأدنى للأجور (العدد = ٣٤)		
ساعات العمل وظروفه (العدد = ٣٤)		
التطوير المهني المستمر (العدد = ٣٣)		
امتحان اللياقة للممارسة المهنية أو الحصول على الترخيص (العدد = ١٩)		
هيئة تنظيم التمريض والقبالة (العدد = ٢١)		
أدوار تمريض الممارسة المتقدمة (العدد = ٣٣)		
١٠٠%	٨٠%	٦٠%
٤٠%	٢٠%	٠%

مهارات القيادة

٨٦%

من البلدان (العدد = ٢١) أفادت بوجود منصب

منصب كبير مسؤولي التمريض

٧١%

من البلدان (العدد = ٢١) أبلغت عن وجود

برنامج لمهارات القيادة في مجال التمريض

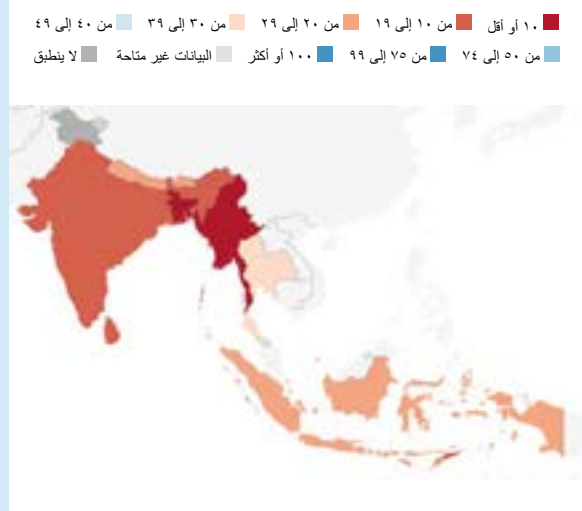
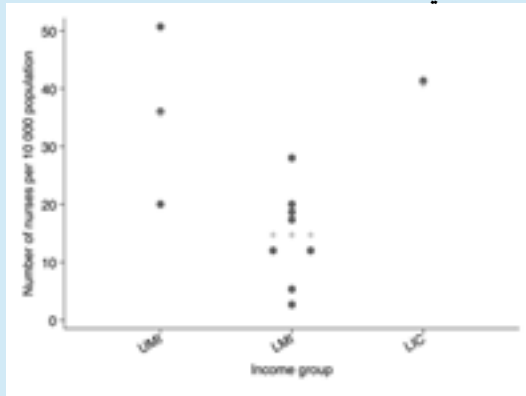
ملحوظة: المجموعات الفرعية في إقليم الأمريكتين هي كالاتي: منطقة البحر الكاريبي: أنتيغوا وبربودا، جزر البهاما، بربادوس، كوبا، دومينيكا، جمهورية الدومينيكان، غرينادا، هابتي، جامايكا، سانت كيتس ونيفيس، سانت لوسيا، سانت فنسنت وجزر غرينادين، ترينيداد وتوباغو؛ أمريكا الوسطى: بليز، كوستاريكا، السلفادور، غواتيمالا، هندوراس، المكسيك، نيكاراغوا، بنما؛ أمريكا الجنوبية: الأرجنتين، دولة بوليفيا المتعددة القوميات، البرازيل، شيلي، كولومبيا، إكوادور، غيانا، باراغواي، بيرو، سورينام، أوروغواي، جمهورية فنزويلا البوليفارية؛ أمريكا الشمالية: كندا، الولايات المتحدة.

المصدر: أحدث الإحصاءات المبلغ عنها خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣، حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية (٢٠٢٤)؛ شعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة (٢٠٢٤).

إقليم جنوب شرق آسيا

يتألف إقليم جنوب شرق آسيا التابع لمنظمة الصحة العالمية من ١١ دولة عضوًا، وبلغ عدد سكانه ٢,١ مليار نسمة في عام ٢٠٢٣.

توزيع كثافة أفراد كادر التمريض حسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي



٣,٦ ملايين ممرضة وممرض

١٧,٤ ممرضة وممرض

لكل ١٠,٠٠٠ نسمة

فرص العمل

التنقل

مدربون في الخارج ١٩٪
من ٥ بلدًا

مولودون في الخارج ٨٪
من ٢١ بلدًا

١٦٪
تكور

٨٤٪
إناث

الجنس
(من ١٠ بلدًا)

٧٪
العمر ٥٥ سنة
فأكثر

٥٠٪
العمر أقل من ٣٥ سنة

العمر
(من ٨ بلدًا)

التعليم

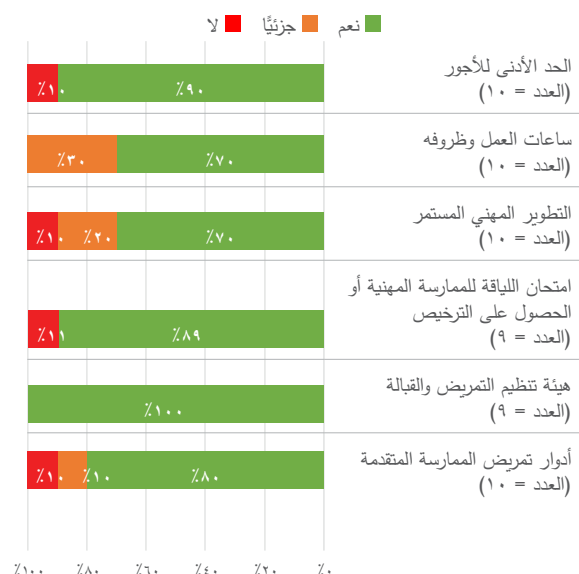
خريجات وخريجين لكل ١٠٠ فرد من الرصيد النشط (من ٩ بلدًا)	٨,١
خريجة وخريج لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة	١٤,٤
من الخريجين إناث (من ٥ بلدًا)	٨٢,٩%
من البلدان (من ١٠ بلدًا) مدة التدريب لديها ٤ سنوات فأكثر	٦٤%

تنظيم التعليم

وجود معايير لمؤهلات أعضاء هيئات التدريس (العدد = ٩)	١٠٠%
التعليم المشترك بين المهن في آليات الاعتماد (العدد = ١٠)	٤٠% نعم ٣٠% جزئيًا ٣٠% لا
اعتماد مؤسسات تعليم وتدريب القوى العاملة الصحية وبرامجها (العدد = ١٠)	٩٠% نعم ١٠% لا

تقديم الخدمات

اللوائح وظروف العمل



مهارات القيادة

٧٨%

من البلدان (العدد = ٩) أفادت بوجود منصب

منصب كبير مسؤولي التمريض

٦٧%

من البلدان (العدد = ٩) أبلغت عن وجود

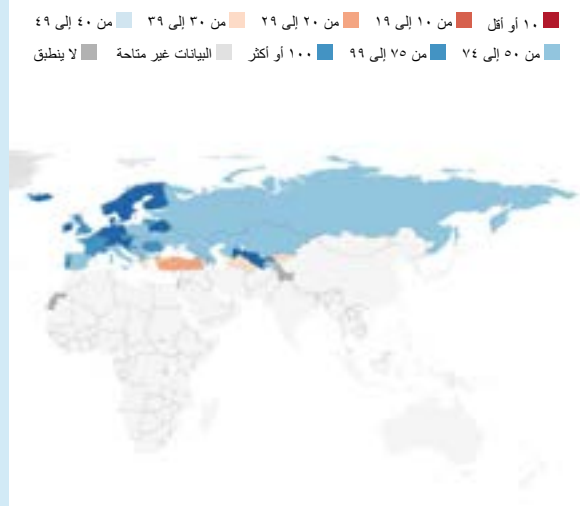
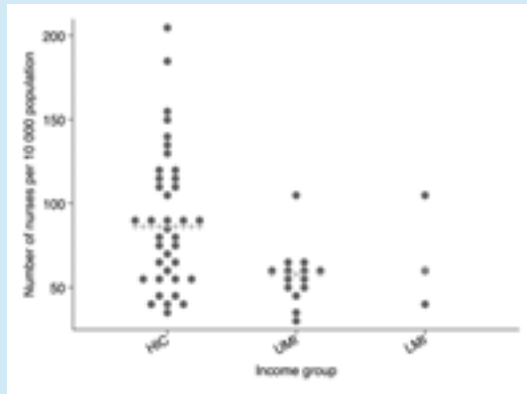
برنامج لمهارات القيادة في مجال التمريض

ملحوظة: قائمة البلدان المدرجة: بنغلاديش، وبوتان، الهند، سريلانكا، ملديف، نيبال؛ إندونيسيا، ميانمار، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، تايلند، تيمور-ليشتي.
المصدر: أحدث الإحصاءات المبلغ عنها خلال الفترة 2018-2023، حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية (2024)؛ شعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة (2024).

الإقليم الأوروبي

يتألف الإقليم الأوروبي التابع لمنظمة الصحة العالمية من ٥٣ دولة عضوًا، وبلغ عدد سكانه ٩٣٩ مليون نسمة في عام ٢٠٢٣.

توزيع كثافة أفراد كادر التمريض حسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي



٧,٢ ملايين ممرضة وممرض

٧٦,٩ ممرضة وممرض

لكل ١٠٠٠٠ نسمة

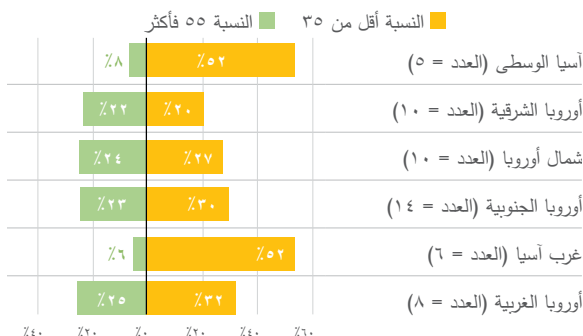
التنقل

مولودون في الخارج ١٤٪
من ٢٣ بلدًا

الجنس
(من ٣٩ بلدًا)
٨٥٪ إناث
١٥٪ ذكور

العمر
(من ٣٨ بلدًا)
٣١٪ العمر أقل من ٣٥ سنة
٢١٪ العمر ٥٥ سنة فأكثر

العمر حسب المنطقة الفرعية



فرص العمل

توزيع أفراد كادر التمريض حسب المنطقة الفرعية

المنطقة الفرعية	الرصيد ^١	الكثافة لكل ١٠٠٠٠ نسمة (الحد الأدنى - الحد الأقصى)
وسط آسيا (العدد = ٥)	٦١٩٠٠٠	٧٦,٦ (٣٣,٣ - ١٠٦,٨)
أوروبا الشرقية (العدد = ١٠)	١٩٤٨٠٠٠	٦٨,١ (٤٢ - ١٠٣,٢)
شمال أوروبا (العدد = ١٠)	١٠٨٣٠٠٠	١٠٠,٣ (٤١,٦ - ١٥٥,٧)
جنوب أوروبا (العدد = ١٤)	٩٥٢٠٠٠	٦٣,٥ (٣٨,٥ - ١٠٤)
غرب آسيا (العدد = ٦)	٣٩١٠٠٠	٣٤ (٢٨ - ٥٨,٧)
أوروبا الغربية (العدد = ٨)	٢٢٢٨٠٠٠	١١١,٩ (٩٠,٦ - ٢٠٢,٦)

^١ مُقَرَّب لأقرب ألف.

التعليم

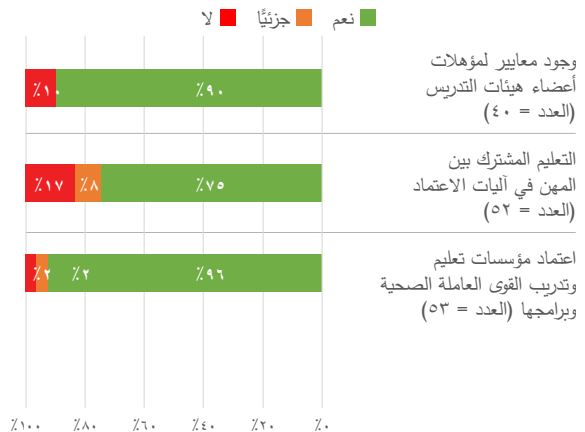
خريجات وخريجين لكل ١٠٠ فرد من الرصيد النشط
(من ٥٠ بلدًا) ٥,٦

خريجة وخريج لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة ٤٢,٧

من الخريجين إناث (من ١٠ بلدًا) ٨٥,٥%

من البلدان (من ٣٠ بلدًا) مدة التدريب لديها ٤ سنوات فأكثر ٣٠%

تنظيم التعليم



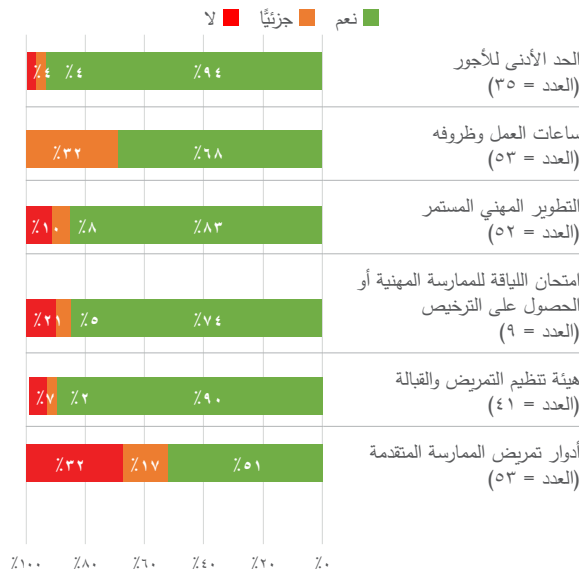
معدل التخرج السنوي حسب المنطقة الفرعية

متوسط عدد الخريجات والخريجين في المنطقة الفرعية لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط (الحد الأدنى - الحد الأقصى)

المنطقة الفرعية	المتوسط (العدد = ٤)
آسيا الوسطى	١٢ (١,٧ - ٢٠,٧)
أوروبا الشرقية (العدد = ٩)	٤,٨ (١,٨ - ١٢,٣)
شمال أوروبا (العدد = ١٠)	٥,٣ (٢,٣ - ١٦,٤)
جنوب أوروبا (العدد = ١٣)	٦,٦ (١ - ٢٦,٩)
غرب آسيا (العدد = ٦)	٣,٤ (١ - ٨)
أوروبا الغربية (العدد = ٨)	٣,٩ (١ - ٦)

تقديم الخدمات

اللوائح وظروف العمل



مهارات القيادة

٧٥%

من البلدان (العدد = ٤٠) أفادت بوجود منصب

منصب كبير مسؤولي التمريض

٧٨%

من البلدان (العدد = ٤٠) أبلغت عن وجود

برنامج لمهارات القيادة في مجال التمريض

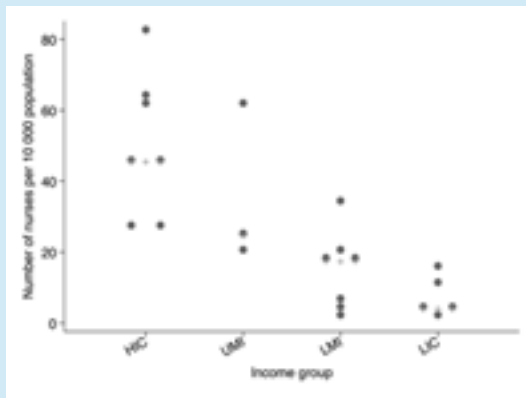
ملحوظة: المجموعات الفرعية في الإقليم الأوروبي هي كالتالي: آسيا الوسطى: كازاخستان، قيرغيزستان، طاجيكستان، تركمانستان، أوزبكستان؛ أوروبا الشرقية: بيلاروسيا، بلغاريا، التشيك، هنغاريا، بولندا، مولدوفا، رومانيا، الاتحاد الروسي، سلوفاكيا، أوكرانيا؛ شمال أوروبا: الدانمرك، إستونيا، فنلندا، آيسلندا، أيرلندا، لاتفيا، ليتوانيا، اللوتونج، السويد، المملكة المتحدة؛ جنوب أوروبا: ألبانيا، أندورا، البوسنة والهرسك، كرواتيا، اليونان، إيطاليا، مالطا، الجبل الأسود، مقدونيا الشمالية، البرتغال، سان مارينو، صربيا، سلوفينيا، إسبانيا؛ غرب آسيا: أرمينيا، أذربيجان، قبرص، جورجيا، إسرائيل، تركيا؛ أوروبا الغربية: النمسا، بلجيكا، فرنسا، ألمانيا، لوكسمبورغ، موناكو، مملكة هولندا، سويسرا.

المصدر: أحدث الإحصاءات المبلغ عنها خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣، حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية (٢٠٢٤)؛ شعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة (٢٠٢٤).

إقليم شرق المتوسط

يتألف إقليم شرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية من ٢١ دولة عضوًا، وبلغ عدد سكانه ٨٠٤ مليون نسمة في عام ٢٠٢٣.

توزيع كثافة أفراد كادر التمريض حسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي



١,٣ ملايين ممرضة وممرض

١٥,٥ ممرضة وممرض

لكل ١٠,٠٠٠ نسمة

التنقل

مولودون في الخارج ١٤% من ٧ بلدًا
مدربون في الخارج ٦١% من ٤ بلدًا

الجنس (من ١٣ بلدًا)	٧٣% إناث	٢٧% ذكور
العمر (من ٥ بلدًا)	٤٥% العمر أقل من ٣٥ سنة	٩% العمر ٥٥ سنة فأكثر

فرص العمل

توزيع أفراد كادر التمريض حسب المنطقة الفرعية

المنطقة الفرعية	الرصيد ^١	الكثافة لكل ١٠,٠٠٠ نسمة (الحد الأدنى - الحد الأقصى)
شمال أفريقيا (العدد = ٦)	٣٦١,٠٠٠	١٥ (٢,١ - ٦٢,٢)
الشرق الأوسط (العدد = ١٥)	٨٩٠,٠٠٠	١٥,٨ (١,٢ - ٨٣,٧)

^١ مَقْرَب لأقرب ألف.

التعليم

خريجات وخريجين لكل ١٠٠ فرد من الرصيد النشط (من ١٤ بلدًا)	٥,٦
خريجة وخريج لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة	٩,٠
من الخريجين إناث (من ٦ بلدًا)	٦٨,٩%
من البلدان (من ١٥ بلدًا) مدة التدريب لديها ٤ سنوات فأكثر	٥٠%

تنظيم التعليم

وجود معايير لمؤهلات أعضاء هيئات التدريس (العدد = ١٣)	٩٢% نعم ٨% لا
التعليم المشترك بين المهن في آليات الاعتماد (العدد = ١٤)	٥٧% نعم ٢١% جزئيًا ٢١% لا
اعتماد مؤسسات تعليم وتدريب القوى العاملة الصحية وبرامجها (العدد = ١٦)	٧٥% نعم ٢٥% لا

معدل التخرج السنوي حسب المنطقة الفرعية

المنطقة الفرعية	متوسط عدد الخريجات والخريجين في المنطقة الفرعية لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط (الحد الأدنى - الحد الأقصى)
شمال أفريقيا (العدد = ٣)	٦,٨ (أقل من ١ - ١٠)
الشرق الأوسط (العدد = ١١)	٥,٢ (أقل من ١ - ١٧,١)

تقديم الخدمات

اللائح وظروف العمل

الحد الأدنى للأجور (العدد = ١٦)	٩٤% نعم ٦% لا
ساعات العمل وظروفه (العدد = ١٥)	٤٠% نعم ٦٠% لا
التطوير المهني المستمر (العدد = ١٢)	٨٣% نعم ٨% جزئيًا ٨% لا
امتحان اللياقة للممارسة المهنية أو الحصول على الترخيص (العدد = ١٤)	٥٧% نعم ٤٣% لا
هيئة تنظيم التمريض والقبالة (العدد = ١٣)	٨٥% نعم ١٥% لا
أدوار تمريض الممارسة المتقدمة (العدد = ١٤)	٧١% نعم ١٤% جزئيًا ١٤% لا

مهارات القيادة

٧٥%

من البلدان (العدد = ١٢) أفادت بوجود منصب

منصب كبير مسؤولي التمريض

٧٦%

من البلدان (العدد = ١٢) أبلغت عن وجود

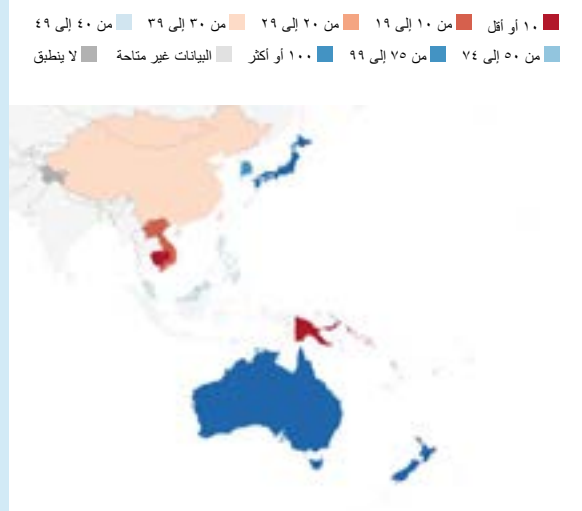
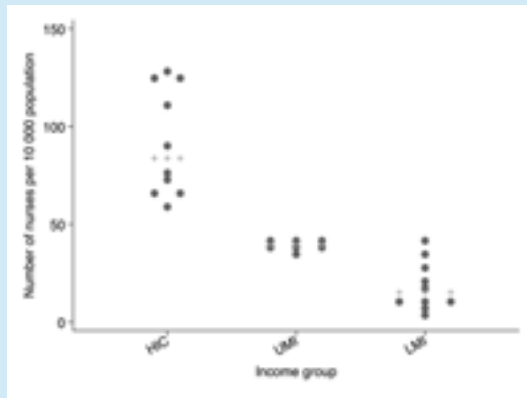
برنامج لمهارات القيادة في مجال التمريض

ملحوظة: المجموعات الفرعية في إقليم شرق المتوسط هي كالاتي: أ- شمال أفريقيا: مصر، المغرب، تونس، السودان، ليبيا، الصومال؛ ب- الشرق الأوسط: الأردن، أفغانستان، جمهورية إيران الإسلامية، باكستان، البحرين، المملكة العربية السعودية، لبنان، جيبوتي، العراق، اليمن، الكويت، قطر، عمان، سوريا، الإمارات العربية المتحدة.
المصدر: أحدث الإحصاءات المبلغ عنها خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣، حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية (٢٠٢٤)؛ شعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة (٢٠٢٤).

إقليم غرب المحيط الهادئ

يتألف إقليم غرب المحيط الهادئ التابع لمنظمة الصحة العالمية من ٢٧ دولة عضوًا، وبلغ عدد سكانه ١,٩ مليار نسمة في عام ٢٠٢٣.

توزيع كثافة أفراد كادر التمريض حسب فئة الدخل وفقًا لتصنيف البنك الدولي



٨,٥ ملايين ممرضة وممرض

٤٤,٠ ممرضة وممرض

لكل ١٠,٠٠٠ نسمة

التنقل

مولودون في الخارج ٢٦٪ من ٨ بلدًا
مدربون في الخارج ٢٢٪ من ١٣ بلدًا

المنطقة الفرعية	الرصيد ^١	الكثافة لكل ١٠,٠٠٠ نسمة (الحد الأدنى - الحد الأقصى)
البلدان الجزرية في المحيط الهادئ (العدد = ١٤)	١٣,٠٠٠	٩,٧ (١١٢ - ٥,١)
البلدان الجزرية غير الواقعة في المحيط الهادئ (العدد = ١٣)	٨٤٧٤,٠٠٠	٤٤,١ (١٢٧,١ - ٥,٨)

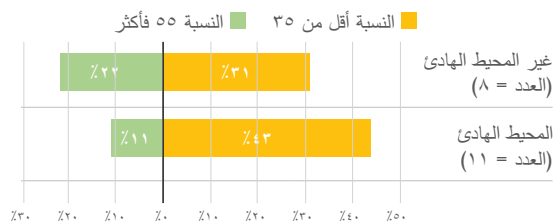
فرص العمل

توزيع أفراد كادر التمريض حسب المنطقة الفرعية

المنطقة الفرعية	الرصيد ^١	الكثافة لكل ١٠,٠٠٠ نسمة (الحد الأدنى - الحد الأقصى)
البلدان الجزرية في المحيط الهادئ (العدد = ١٤)	١٣,٠٠٠	٩,٧ (١١٢ - ٥,١)
البلدان الجزرية غير الواقعة في المحيط الهادئ (العدد = ١٣)	٨٤٧٤,٠٠٠	٤٤,١ (١٢٧,١ - ٥,٨)

^١ مقرب لأقرب ألف.

العمر حسب المنطقة الفرعية



التعليم

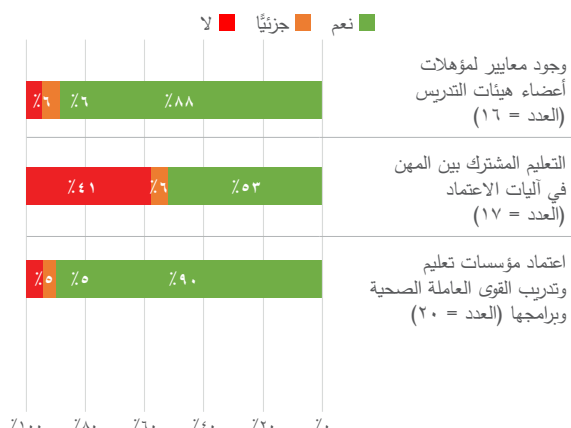
خريجات وخريجين لكل ١٠٠ فرد من الرصيد النشط
(من ١٣ بلدًا) ٧,٥

خريجة وخريج لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة ٣٧,٥

من الخريجين إناث (من ٤ بلدًا) ٩٠,٣%

من البلدان (من ٢٠ بلدًا) مدة التدريب لديها ٤ سنوات فأكثر ٢٠%

تنظيم التعليم



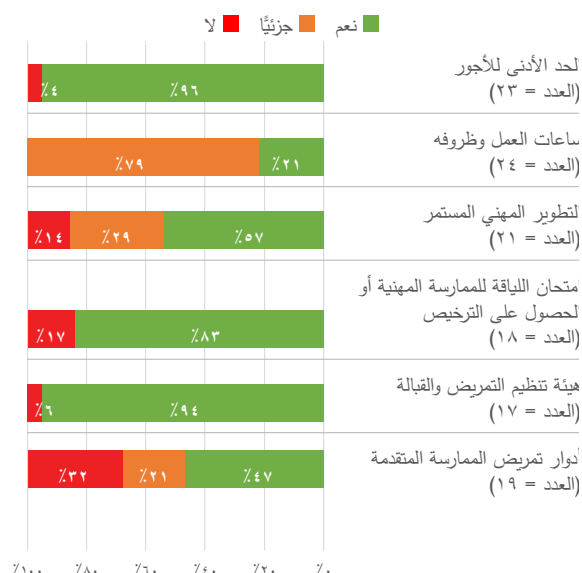
معدل التخرج السنوي حسب المنطقة الفرعية

متوسط عدد الخريجات والخريجين في المنطقة الفرعية لكل ١٠٠ ممرضة نشطة أو ممرض نشط (الحد الأدنى - الحد الأقصى)

البلدان الجزرية في المحيط الهادئ (العدد = ٤)	١٠,٦ (٢٠,١-٥,٥)
البلدان الجزرية غير الواقعة في المحيط الهادئ (العدد = ٩)	٦,١ (١١,٧-١,٥)

تقديم الخدمات

اللوائح وظروف العمل



مهارات القيادة

٩٣%

من البلدان (العدد = ٢٧) أفادت بوجود منصب
منصب كبير مسؤولي التمريض

٥٦%

من البلدان (العدد = ١٦) أبلغت عن وجود
برنامج لمهارات القيادة في مجال التمريض

ملحوظة: المجموعات الفرعية في إقليم غرب المحيط الهادئ هي كالاتي: أ- البلدان الجزرية في المحيط الهادئ: جزر كوك، فيجي، كيريباس، جزر مارشال، ولايات ميكرونيزيا الموحدة، ناورو، نيوي، بالاو، بابوا غينيا الجديدة، ساموا، جزر سليمان، تونغا، توفالو، فانواتو؛ ب- الدول الجزرية غير الواقعة في المحيط الهادئ: أستراليا، بروناي دار السلام، كمبوديا، الصين، اليابان، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ماليزيا، منغوليا، نيوزيلندا، الفلبين، جمهورية كوريا، سنغافورة، فييت نام. المصدر: أحدث الإحصاءات المبلغ عنها خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠٢٣، حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية (٢٠٢٤)؛ شعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة (٢٠٢٤).

ما تعريف الممرضة أو الممرض؟

تقدّم الممرضات والممرضون مجموعة واسعة من الخدمات للأفراد في جميع سياقات الرعاية الصحية، من المستشفيات المتخصصة إلى المراكز الصحية والمجتمعات المحلية. ويعمل أفراد كادر التمريض تحت مجموعة متنوعة من المسميات الوظيفية والأدوار والمسارات التعليمية. والمسميات الوظيفية الأكثر شيوعاً في مجال التمريض هي ممرضة مسجلة/ ممرض مسجل، وممرضة ممارسة/ ممرض ممارس، وممرضة ممارسة متقدمة مرخصة/ ممرض ممارس متقدم مرخص، وممارسة/ ممارس تمريض، ومعاونة/ معاون تمريض. ومع ذلك، فقد يختلف دور فرد كادر التمريض في بلد ما عن دوره في بلد آخر، حتى لو كان يحمل المسمى الوظيفي نفسه. وهو ما يجعل من غير المناسب استخدام المسمى الوظيفي وسيلةً للتصنيف والتحليل على المستوى الدولي.

ويهدف هذا التقرير إلى تقديم أفضل البيانات المتاحة والقابلة للمقارنة دولياً بشأن القوى العاملة في مجال التمريض، حسبما يحددها التصنيف الدولي الموحد للمهن الصادر عن منظمة العمل الدولية عام ٢٠٠٨ (ISCO-08)، وحسبما تبلغ بها، وتتحقق من صحتها الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية. وللمساعدة على تحقيق هذا الهدف، فإن حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية تستند إلى التصنيف الدولي الموحد للمهن في تصنيف القوى العاملة الصحية. وقد طُلب من البلدان تصنيف قوتها العاملة في مجال التمريض ضمن أحد رمزين رئيسيين وفقاً للتصنيف الدولي الموحد للمهن: ممرضة مهنية/ ممرض مهني (الرمز ٢٢٢١) ومعاونة تمريض مهنية/ معاون تمريض مهني (الرمز ٣٢٢١). ومن الجدير بالملاحظة أن هذا المنشور يتناول أفراد كادر التمريض بوصفهم فئة مهنية حسب تعريفها الوارد آنفاً، ولكن تجدر الإشارة إلى أن «الرعاية التمريضية»، التي تضع أفراد كادر التمريض ضمن نظام صحي متعدد التخصصات، تنطوي على العديد من المهن الأخرى غير المبيّنة في هذا المنشور. فعلى سبيل المثال، نرى أن التصنيف الدولي الموحد للمهن ونظام البلد الذي يتبع هذا التصنيف يصيّفان «مساعداً ومساعدات التمريض»، باعتبارهم مساعدي رعاية صحية، وهي فئة دعم مهنية أوسع نطاقاً.

وتوفّر إرشادات التصنيف الدولي الموحد للمهن أوصافاً تفصيلية للعاملين الصحيين الذين ينبغي إدراجهم ضمن كل فئة (الجدول م ٢-١). فباختصار، تتحمل الممرضات المهنيات والممرضون المهنيون مسؤولية تخطيط وإدارة الرعاية التمريضية للمرضى، ويعملون مستقلين أو ضمن فرق مع الأطباء وغيرهم من العاملين الصحيين. وتقدم مهنيات التمريض المعاونات أو مهنيو التمريض المعاونة الرعاية التمريضية الأساسية والرعاية الشخصية، ويعملون عموماً تحت إشراف المهنيين الطبيين أو التمريضيّين أو غيرهم من المتخصصين في مجال الصحة أو يقدمون لهم الدعم.

ومع ذلك، ففي بعض البلدان، يكون التمييز بين أفراد كادر التمريض المهنيين وأفراد الكادر المعاونة غير واضح. وعلى نحو مماثل، لا يكون التمييز واضحاً دائماً بين أفراد كادر التمريض المهنيين والمعاونة ومساعدات ومساعدات التمريض. وفي هذه الحالات، كان لا بد من الاستعانة بالرأي التقديري للجهات صاحبة المصلحة الوطنية لتحديد هذه الفئات. وقُيِّمت النصيحة للبلدان بأن تأخذ بعين الاعتبار الأدوار والمسؤوليات ومدة التعليم قبل الخدمة عند اتخاذ قرار بشأن تصنيف فئة مهنية بوصف أفرادها مهنيين أو مهنيين معاونة، أو أنهم ينتمون إلى أفراد كادر التمريض على الإطلاق. فعلى سبيل المثال، وباعتبارها قاعدة عامة، يجب أن تكون الممرضة المهنية أو الممرض المهني قد أكمل برنامجاً تعليمياً قبل الخدمة استمر ٣ سنوات على الأقل. وفي حالة عدم تمكّن بلد ما من تحديد الفئة التي يجب استخدامها، فإن حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية تشمل خيار «الممرضات والممرضين الذين ليس لهم تعريف آخر»، وقد اختارت بعض البلدان وضع بعض أو كل أفراد القوى العاملة في مجال التمريض لديها ضمن هذه الفئة. وهذه الفئة تكافئ إما مهنيات ومهنيي التمريض أو مهنيات التمريض المعاونات ومهنيي التمريض المعاونة، ولكنها تستبعد بشكل منهجي مساعدي التمريض ومرافقي التمريض، الذين ينتمون إلى فئة المهن المساعدة في مجال الرعاية الصحية، التي لم تخضع للتحليل في هذا المنشور.

مهنيات ومهنيو التمريض

تشمل مهامهم:

- تخطيط الرعاية التمريضية للمرضى وتقديمها وتقييمها وفقاً لممارسات ومعايير التمريض الحديث؛
- تنسيق رعاية المرضى بالتشاور مع غيرهم من المهنيين الصحيين وأفراد الفرق الصحية؛
- وضع وتنفيذ خطط الرعاية الخاصة بالعلاج البيولوجي والاجتماعي والنفسي للمرضى بالتعاون مع غيرهم من المهنيين الصحيين؛
- تخطيط وتوفير الرعاية الشخصية والعلاجات الشاملة وعلاجات إعادة التأهيل، بما في ذلك إعطاء الأدوية ورصد الاستجابات لخطة العلاج أو الرعاية؛
- تنظيف الجروح ووضع الضمادات والأربطة الجراحية؛
- متابعة الألم والتدخل لدى المرضى وتخفيف الألم باستخدام مجموعة من علاجات إعادة التأهيل، ومنها المسكنات؛
- تخطيط برامج التعليم الصحي، وتعزيز الصحة، وأنشطة تعليم الممرضات والممرضين، والمشاركة فيها في السياقات السريرية والمجتمعية؛
- الإجابة عن أسئلة المرضى والأسر، وتقديم معلومات عن الوقاية من اعتلال الصحة وعلاج المرضى ورعايتهم؛
- الإشراف على عمل العاملين الآخرين في مجالات التمريض والصحة والرعاية الشخصية وتنسيقه؛
- إجراء البحوث بشأن ممارسات وإجراءات التمريض ونشر النتائج، مثلاً من خلال الأوراق البحثية والتقارير العلمية.

مهنيات التمريض المعاونات/ مهنيو التمريض المعاونون

تشمل مهامهم:

- تقديم الرعاية التمريضية والشخصية، والعلاج، والمشورة الصحية، للمرضى وفقاً لخطط الرعاية التي يضعها المهنيون الصحيون؛
- إعطاء الأدوية والعلاجات الأخرى للمرضى، ومراقبة حالة المرضى واستجابتهم للعلاج، وإحالة المرضى وأسره إلى مهني صحي للحصول على الرعاية المتخصصة متى اقتضت الضرورة ذلك؛
- تنظيف الجروح ووضع الضمادات والأربطة الجراحية؛
- تحديث المعلومات عن حالة المرضى والعلاجات التي يحصلون عليها في نُظُم حفظ السجلات؛
- المساعدة في تخطيط وإدارة رعاية فرادى المرضى؛
- المساعدة في إعطاء الإسعافات الأولية في حالات الطوارئ.

المصدر: مقتبسة من منظمة الصحة العالمية. تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠: الاستثمار في التعليم والوظائف والمهارات القيادية. منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٢٠، استناداً إلى التصنيف الدولي الموحد للمهن الصادر عن منظمة العمل الدولية. منظمة العمل الدولية؛ ٢٠٠٨. (<https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/>).

الأساليب

م ٣-١ مصادر البيانات

استُخْرِجَت بيانات القوى العاملة الصحية للدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، البالغ عددها ١٩٤ دولة، من منصة بيانات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية التابعة للمنظمة حتى ٢٠ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٢٤. ومن المقرر أن تستكمل الدول الأعضاء منصة البيانات على مدار سنوات، وقد بُذِلَت جهود خاصة خلال عام ٢٠٢٤ لجمع البيانات وتجميعها والإبلاغ عنها فيما يتعلق بالمؤشرات ذات الصلة بالقوى العاملة في مجال التمريض. ووجهت دعوة لمسؤولي التنسيق المعنيين بحسابات القوى العاملة الصحية الوطنية في الدول الأعضاء للإسهام في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥ في شباط/ فبراير ٢٠٢٤، وأثناء الندوات الإلكترونية العالمية في آذار/ مارس؛ وتبع ذلك رسائل عبر البريد الإلكتروني وتذكيرات منتظمة. وشاركت جميع مستويات المنظمة (المقر الرئيسي، والمكاتب الإقليمية، والمكاتب القطرية) في تقديم الدعم للدول الأعضاء. ورُصِدَ التقدُّمُ المُحرَزُ فيما يتعلق بالإبلاغ من خلال بطاقات الأداء التي أُرسِلت إلى جميع الجهات صاحبة المصلحة المشاركة في دعم البلدان. ولتسهيل الإبلاغ، أُرسِلت ملخصات خصائص البيانات إلى مسؤولي التنسيق المعنيين بحسابات القوى العاملة الصحية الوطنية في شباط/ فبراير وأيار/ مايو وأيلول/ سبتمبر ٢٠٢٤. وإضافة إلى مسؤولي التنسيق، وُجِّهَت الدعوة إلى كبار مسؤولي التمريض الحكوميين للمشاركة في الإبلاغ عن بيانات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية في اجتماع الشركاء العالميين للتمريض والقبالة في أيار/ مايو ٢٠٢٤.

ودُعِيَت أيضًا المنظمات الشريكة لدعم الجهود الوطنية الرامية إلى رصد هذه البيانات والإبلاغ عنها إلى منصة حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية من خلال الندوات الإلكترونية وحلقات العمل التي عُقدت خلال عام ٢٠٢٤. وشُجِّعَت جميع الجهات صاحبة المصلحة على ضمان التنسيق الوطني بدعم من مسؤولي التنسيق، لضمان الإبلاغ عن بيانات جيدة إلى المنظمة من خلال منصة بيانات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية. وفيما يتعلق بالبلدان التي تسهم بالفعل في مبادرة جمع البيانات المشتركة لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي، والمكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإحصاءات الصحية غير النقدية، فقد حُمِلَت البيانات المتعلقة برصيد أفراد كادر التمريض والهجرة والخريجين على منصة بيانات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية بوصفها آلية رسمية للإبلاغ، وطُلب من مسؤولي التنسيق في هذه الدول الأعضاء استكمال المعلومات الخاصة بالمؤشرات الأخرى. وإضافة إلى البيانات التي أبلغت عنها الدول الأعضاء، فعندما لوحظت فجوات كبيرة في المعلومات المتعلقة بإحصاءات الرصيد (كانت هذه هي الحال لأقل من ١٠ بلدان)، فقد جرى البحث في المنشورات الرسمية المتعلقة بالإحصاءات الصحية لتحديث بيانات الرصيد متى كان ممكنًا.

وبعد مرحلة رصد البيانات والإبلاغ عنها، التي استمرت خلال شهري تشرين الأول/ أكتوبر وتشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٢٤، أُجْرِت إدارة القوى العاملة الصحية بالمنظمة تقييمًا لجودة البيانات من خلال سلسلة من التحليلات واستقاء البيانات من مصادر مختلفة لتحديد القيم المتطرفة والأخطاء المحتملة في الإبلاغ. وخلال هذه المرحلة، طُلبت المشورة من مسؤولي التنسيق المعنيين بحسابات القوى العاملة الصحية الوطنية في مجموعة مختارة من البلدان لتوضيح أي انحراف عن الاتجاه أو أي شذوذ آخر في البيانات. وطُلب من جميع مسؤولي التنسيق أيضًا مراجعة مسودة المرتسم القطري الخاص بهم في مقابل البيانات المُبلَّغ عنها. وقد أدت عملية مراقبة جودة البيانات والتحقق من صحتها إلى مراسلات فردية متبادلة وطلبات لاستيضاح المعلومات في الربع الأخير من عام ٢٠٢٤، وساعدت على ضمان دقة البيانات المُبلَّغ عنها وموثوقيتها.

واستُخْرِجَت البيانات المتعلقة بالسكان لكل بلد عن الأعوام من ٢٠١٨ إلى ٢٠٣٠ من تنقيح عام ٢٠٢٤ لبيانات توقعات السكان في العالم التي أعدتها شعبة السكان التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمانة العامة للأمم المتحدة (تاريخ الاطلاع ٢٤ أيلول/ سبتمبر ٢٠٢٤). واستُخْرِجَت البيانات المتعلقة بتصنيف فئات الدخل من تصنيف فئات الدخل للبنك الدولي الصادر في تموز/ يوليو ٢٠٢٤، أي بناءً على نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي لعام ٢٠٢٣ (تاريخ الاطلاع ٢٤ أيلول/ سبتمبر ٢٠٢٤). ويوفر تصنيف فئات الدخل للبنك الدولي تصنيفاً لما مجموعه ١٩١ دولة من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية. ولما كانت البيانات المتعلقة بالقوى العاملة في مجال التمريض متاحة للبلدان الثلاثة التي لا يشملها تصنيف رسمي للدخل، ولتجنب إغفال المعلومات، وُضِعَت هذه البلدان في مجموعة بناءً على نصيب الفرد من الدخل القومي الوطني لديها، بالمقارنة مع بلدان مماثلة في منطقتها الجغرافية ومع التصنيفات السابقة (٢٠٢٢ لفنزويلا). وهكذا، صُنِفَت جزر كوك ونيوي ضمن فئة البلدان المرتفعة الدخل، وفنزويلا ضمن فئة بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط.

م ٣-٢ التحليل

اُتِّبَت عملية جمع البيانات لتقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥ إطار الرصد الخاص بالتوجهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة ٢٠٢١-٢٠٢٥ (١)، الذي يستخدم في الغالب مؤشرات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية إلى جانب ستة مؤشرات إضافية خاصة بالتمريض. وكانت هذه المؤشرات الإضافية كلها مؤشرات خاصة بالقدرات مع فئات إجابة "نعم/ جزئي/ لا"، وقد مَكَّنَت من تسجيل معلومات عن وجود سلطة لتنظيم مهنة التمريض، أو امتحان اللياقة للممارسة أو الحصول على الترخيص، أو وجود معايير لمؤهلات أعضاء هيئات التدريس، أو وجود منصب كبير مسؤولي التمريض الحكوميين أو ما يعادله، أو وجود فرص لتنمية المهارات القيادية، ورابطة وطنية للمهنيين قبل الترخيص و/ أو في بداية حياتهم المهنية. وتتوافر بيانات وصفية بشأن هذه المؤشرات عند الطلب عبر البريد الإلكتروني: hrhstatistics@who.int.

ولجمع الردود الخاصة بهذه المؤشرات، استُخِذَت ملفات إكسل ديناميكية مشتركة طوال عام ٢٠٢٤، مع مشاركة كبير مسؤولي التمريض الحكوميين أو ما يعادله من الدول الأعضاء، ومسؤولي التنسيق المعنيين بحسابات القوى العاملة الصحية الوطنية. وقد أُدرِجَت هذه المؤشرات في جميع بطاقات الأداء وملخصات خصائص البيانات المذكورة آنفاً. ويمكن الاطلاع على معدّل الإجابة الخاص بالإبلاغ عن هذه المؤشرات في الملحق ٤، الجدول م ٤-١.

وفيما يتعلق بالمؤشرات الرقمية، جُمِعَ التحليل النتائج حسب الإقليم أو فئة الدخل أو على الصعيد العالمي. وإذا ما كانت المؤشرات الرقمية قد أُبْلِغَ عنها لما لا يقل عن ١٠٠ بلد، ودون وجود اختلال كبير في الإبلاغ تجاه أقاليم أو فئة دخل محددة، فقد استُخدم العاملون الصحيون باعتبارهم وحدة التحليل. وهذا يعني أن البيانات الخام في البسط والمقام قد جُمِعَت للفئة محل الاهتمام قبل حساب النسب. ويتوافق هذا مع اعتبار معاملات الترجيح الخاصة بالسكان من كل بلد. ومع ذلك، ففيما يتعلق بالمؤشرات التي يبلغ عنها أقل من ١٠٠ بلد، أو في حالة وجود اختلال كبير حسب الإقليم أو فئة الدخل، فإن وحدة التحليل المعتبرة كانت البلدان. وبعبارة أخرى، فإن الأمر يتضمن أولاً حساب كل نسبة على مستوى البلد قبل حساب متوسطها. وهذا يتوافق مع المتوسط غير المرجح. وقد استُخدم النهج الأخير، الذي طُبِقَ عند الإبلاغ من جانب عدد أقل من البلدان، للحد من معامل الترجيح من البلدان الأكثر سكاناً. وفي الجداول والأشكال التي تجمّع البيانات حسب الفئات الواسعة، يوضع تعليق في "الملحوظات" لتحديد الفئات التي كانت البيانات متاحة عنها لأقل من نصف السكان.

أما فيما يتعلق بالمؤشرات النوعية، فقد جُمعت البيانات على مستوى البلدان، وأُبلغ عنها على أنها حصة البلدان المُبلّغة. وقد استند تحليل رصيد أفراد كادر التمريض إلى أحدث كثافة أبلغت عنها البلدان. ولأن البلدان كان بإمكانها الإبلاغ عن أحدث بياناتها لعام مختلف عن ٢٠٢٣، فقد طُبِّقت أحدث كثافة مُبلّغ عنها على حجم السكان في عام ٢٠٢٣ من كل بلد لتوحيد قياس الرصيد مع عام ٢٠٢٣. واستندت توقعات رصيد أفراد كادر التمريض وكثافتهم حتى عام ٢٠٣٠ إلى نموذج بسيط للرصيد والتدفق استخدم بالفعل في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، ومؤخرًا في تحليل عالمي للرصيد والتوقعات والنقص لعام ٢٠٢٠ (٢). وباختصار، يتألف هذا النموذج من البدء برصيد أفراد كادر التمريض في عام ٢٠٢٣ من كل بلد، وسنةً بعد سنة حتى عام ٢٠٣٠، مع الأخذ في الاعتبار الخريجين الجدد (٧٠٪) وحذف أفراد الكادر المقرر تقاعدهم، مع تحديد سن التقاعد عند ٦٥ عامًا. وقد استخدم سن التقاعد البالغ ٦٥ عامًا للأسباب التالية:

- أبلغ عن البيانات المتعلقة بالعمر حسب فئات مدتها ١٠ سنوات مع وجود فئة عمرية أعلى تزيد على ٦٥ عامًا، ومن ثم، فإن النظر في بديل كان سيتطلب افتراضات إضافية بشأن فئة عمرية أساسية غير معروفة؛
- العديد من البلدان لديها سن قانونية أو فعلية للتقاعد تبلغ نحو ٦٥ عامًا؛
- تتزايد سن التقاعد حاليًا في العديد من البلدان.

وتأخذ هذه المقاربة في الاعتبار حقيقة أن بعض أفراد كادر التمريض يتقاعدون في سن مبكرة بدلاً من ٦٥ عامًا، ويتقاعد البعض الآخر عند سن أكبر. وقد قُدرت منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي أن متوسط سن التقاعد في بلدان المنظمة بلغ ٦٣,٦ عامًا للنساء و ٦٤,٤ عامًا للرجال، ومن المتوقع أن يرتفع إلى ٦٦,٣ عامًا للرجال و ٦٥,٨ عامًا للنساء (٣).

وقدّر النقص في أفراد كادر التمريض في البلدان ذات الكثافة الأقل من الكثافة الوسطية لأفراد الكادر، التي لوحظت على مستوى العالم في عام ٢٠١٣ (خط الأساس)، بأنه عدد أفراد كادر التمريض المطلوبين للوصول إلى هذه الكثافة الوسطية. ويُعتبر هذا النهج مكافئًا ومتوافقًا وقابلًا للمقارنة مع الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠، وتقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠، وتحليل القوى العاملة الصحية العالمية لعام ٢٠٢٠. وقد بلغت الكثافة الوسطية ٢٧,٥ ممرضة وممرضًا لكل ١٠٠٠٠ نسمة في عام ٢٠١٣. وتتشابه هذه القيمة مع الرقم الأخير من القيمة المستخدمة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠ (٢٧,٤ لكل ١٠٠٠٠) على الرغم من أن هذا الحساب كان يعتمد في البداية على عتبة تشمل مهنًا أخرى (الأطباء والقابلات). وبتقريب مشابه، فإن هذه العتبة المعدلة لا تتغير حجم تقدير النقص، ولكن يمكن تفسيرها بسهولة بوصفها مقياسًا للتقدم المحرز بشأن أفراد كادر التمريض وحدهم مقارنة بالحالة الفعلية في عام ٢٠١٣.

وفي بعض الأحيان تصحّح البلدان بياناتها عن السنوات السابقة بأثر رجعي في منصة حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية أو في مبادرة جمع البيانات المشتركة، وتصحّح أحيانًا سلاسلها الزمنية بالكامل. ويحدث هذا عادةً بسبب تحسّن جودة البيانات نتيجة تغيير مصدر البيانات، مثل الإبلاغ عن أفراد كادر التمريض الممارسين لسلسلة زمنية كاملة، بينما لم تكن البيانات متاحة سابقًا إلا لأفراد الكادر المرخصين لممارسة المهنة. ومن الأمثلة الأخرى التي لوحظت، خاصة في الإقليم الأفريقي، تحسّن توافر البيانات عن الرصيد

الواردة من القطاع الخاص، في حين لم يكن لدى العديد من البلدان في الماضي سوى معلومات متعلقة بأفراد كادر التمريض العاملين في القطاع العام. ومن الجدير بالذكر أن هذه التصحيحات لم يكن لها سوى تأثير طفيف على التقديرات.

وُعُرفَت البيانات المتعلقة بالمرتبات بأنها متوسط الأجر أو المرتب بالدولار الأمريكي الذي يتلقاه أفراد كادر التمريض عند دخول سوق العمل الصحية النشطة، ما عدا المساهمات الاجتماعية. وإتاحة المقارنة بين الأقاليم التي تأخذ في الاعتبار تكاليف السلع في كل بلد، عُبِّرَ عن هذه المرتبات أيضًا على أساس تعادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي، باستخدام تقدير البنك الدولي لتحويل الدولار الأمريكي إلى القوى الشرائية المقومة بالدولار الأمريكي في كل بلد لعام ٢٠٢٣.

والبلدان الـ ٣١ التي استُعين بها في تحليل فجوة الأجور بين الجنسين (الإطار ٧-١١) هي: أنغولا، وبنغلادش، ودولة بوليفيا المتعددة القوميات، والبوسنة والهرسك، وبوتسوانا، والبرازيل، وكمبوديا، وكوت ديفوار، والإكوادور، ومصر، والسلفادور، وإسواتيني، وغيانا، وهندوراس، والأردن، وكينيا، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ولبنان، وليسوتو، وليبيريا، وملديف، ونيبال، وباكستان، والفلبين، والسنغال، وسريلانكا، وتايلند، وأوغندا، وأوروغواي، والولايات المتحدة الأمريكية، وزامبيا.

مؤشرات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية وتوافر البيانات

م ٤-١ عملية ومؤشرات البيانات المستخدمة في تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥

وفقاً لدورة الإبلاغ السنوية عن البيانات من خلال منصة حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، وُجّهت الدعوة إلى مسؤولي التنسيق من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية لتقديم أحدث البيانات المتاحة عن القوى العاملة في مجال التمريض من شباط/ فبراير ٢٠٢٤ إلى تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٢٤ من خلال ٤٧ مؤشراً - ٤١ مؤشراً من حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية و ٦ مؤشرات محددة إضافية (انظر الجدول م ٤-١). ومن بين هذه المؤشرات، أُلْبِغَ عن ٣٤ مؤشراً (٢٨ مؤشراً وطنياً للرعاية الصحية و ٦ مؤشرات إضافية) على نحو كافٍ وبمستوى جودة يكفي لإدراجها في التقرير. ويوفر كتيب حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية تعاريف وبيانات وصفية مفصلة لكل مؤشر (٤، ٥).

الجدول م ٤-١ المؤشرات السبعة والأربعون التي أخذها في الاعتبار تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥

اسم المؤشر	رقم المؤشر	معدل الإجابة كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٢٤
رصيد القوى العاملة في مجال التمريض وتوزيعها		
كثافة أفراد كادر التمريض ^أ	٠١-١	%١٠٠
كثافة أفراد كادر التمريض على المستوى دون الوطني	٠٢-١	%٢٦
توزيع أفراد كادر التمريض حسب الفئة العمرية ^أ	٠٣-١	%٦٨
توزيع أفراد كادر التمريض حسب نوع الجنس ^أ	٠٤-١	%٧٨
توزيع أفراد كادر التمريض حسب ملكية المرفق ^أ	٠٥-١	%٤٩
توزيع أفراد كادر التمريض حسب نوع المرفق	٠٦-١	%٤٨
توزيع أفراد كادر التمريض حسب مكان الميلاد ^أ	٠٧-١	%٤٩
توزيع أفراد كادر التمريض حسب مكان التدريب ^أ	٠٨-١	%٥٢
التدفقات السنوية إلى كادر التمريض	٠٩-١	%١٥
التدفقات السنوية من كادر التمريض	١٠-١	%١٦
معدل الشواغر لأفراد كادر التمريض	١١-١	%٨
توزيع أفراد كادر التمريض حسب نوع العقد	١٢-١	%١٤

اسم المؤشر	رقم المؤشر	معدل الإجابة كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٢٤
تثقيف أفراد كادر التمريض وتدريب	أماكن التدريب في مؤسسات التعليم والتدريب في مجال التمريض	٠١-٢ ٪٣٩
	طلبات التقديم في برامج التعليم والتدريب في مجال التمريض	٠٢-٢ ٪٣١
	معدل الالتحاق ببرامج التعليم والتدريب في مجال التمريض ^أ	٠٣-٢ ٪٤٧
	الخريجات والخريجون من برامج التعليم والتدريب في مجال التمريض ^أ	٠٤-٢ ٪٧٣
	مدة برامج التعليم والتدريب في مجال التمريض ^أ	٠٥-٢ ٪٧٢
	وجود آليات وطنية و/ أو دون وطنية لاعتماد مؤسسات التعليم والتدريب في مجال التمريض وبرامجها ^أ	٠٦-٢ ٪٩٠
	وجود معايير وطنية و/ أو دون وطنية بشأن المساءلة الاجتماعية في آليات الاعتماد الخاصة ببرامج التعليم والتدريب في مجال التمريض ^أ	٠٧,١-٢ ٪٤٢
	وجود معايير وطنية و/ أو دون وطنية بشأن المحددات الاجتماعية للصحة في آليات الاعتماد الخاصة ببرامج التعليم والتدريب في مجال التمريض ^أ	٠٧,٢-٢ ٪٤٠
	وجود معايير وطنية و/ أو دون وطنية بشأن التعليم المشترك بين المهن في آليات الاعتماد الخاصة ببرامج التعليم والتدريب في مجال التمريض ^أ	٠٧,٣-٢ ٪٨٦
	وجود تعاون بين مؤسسات التعليم والتدريب في مجال التمريض والهيئات التنظيمية للاتفاق على معايير الاعتماد ^أ	٠٧,٤-٢ ٪٤٤
	وجود نظم وطنية للتطوير المهني المستمر لأفراد كادر التمريض ^أ	٠٧,٥-٢ ٪٨٦
	وجود تدريب أثناء الخدمة بوصفه عنصرًا من عناصر الخطط الوطنية لتعليم أفراد كادر التمريض	٠٧,٦-٢ ٪٤٥
الإنفاق على القوى العاملة في مجال التمريض ومكافآتها	النفقات الخاصة بأجور أفراد كادر التمريض	٠١-٣ ٪٨
	أجور ومرتبات أفراد كادر التمريض المبتدئين ^أ	٠٢-٣ ٪٤٢
ماليات التعليم في مجال التمريض	إجمالي الإنفاق على التعليم في مجال التمريض	٠٣-٣ ٪١٦
	الإنفاق لكل خريجة أو خريج من برامج التعليم والتدريب في مجال التمريض	٠٤-٣ ٪١٦
	متوسط الرسوم الدراسية لكل طالبة أو طالب تمريض	٠٥-٣ ٪١٦

مؤشرات محددة إضافية لحالة التمريض في العالم

اسم المؤشر	رقم المؤشر	معدل الإجابة كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٢٤
خصائص العمل وظروف العمل	وجود سياسات أو قوانين وطنية أو دون وطنية تنظم ساعات العمل وظروفه ^أ	٠١,١-٤
	وجود سياسات أو قوانين وطنية أو دون وطنية تنظم الحد الأدنى للأجور ^أ	٠١,٢-٤
	وجود سياسات أو قوانين وطنية أو دون وطنية تنظم الحماية الاجتماعية ^أ	٠١,٣-٤
	وجود سياسات أو قوانين وطنية أو دون وطنية تنظم الممارسة المزدوجة	٠١,٤-٤
	وجود سياسات أو قوانين وطنية أو دون وطنية تنظم الخدمة الإلزامية ^أ	٠١,٥-٤
	وجود سياسات أو قوانين وطنية أو دون وطنية لمنع الاعتداءات على العاملين الصحيين ^أ	٠١,٦-٤
	وجود حزم وطنية أو دون وطنية لرعاية الصحة النفسية للعاملين الصحيين ^أ	٠١,٧-٤
	وجود آليات بشأن المكافآت العينية لتعزيز الاحتفاظ بالكوادر في المناطق الريفية ^أ	٠١,٨-٤
	وجود آليات تنظيمية لتعزيز سلامة العاملين الصحيين ^أ	٠١,٩-٤
تكوين مزيج المهارات حسب نماذج الرعاية	وجود أدوار تمريض الممارسة المتقدمة ^أ	٠١,١٢-٤
	حصة المرأة في الأدوار القيادية في القوى العاملة الصحية ^أ	٠٣-٤
	وجود هيئة لتنظيم مهنة التمريض ^أ	NN١
مؤشرات محددة لتقرير حالة التمريض في العالم	امتحان اللياقة لممارسة المهنة أو الحصول على الترخيص ^أ	NN٢
	وجود معايير لمؤهلات أعضاء هيئات التدريس ^أ	NN٣
	وجود منصب كبير مسؤولي التمريض الحكوميين أو ما يعادله على المستوى الوطني ^أ	NN٤
	وجود فرص لتنمية المهارات القيادية ^أ	NN٥
	رابطة وطنية للمهنيين في مرحلة ما قبل الترخيص و/ أو في بداية حياتهم المهنية ^أ	NN٦

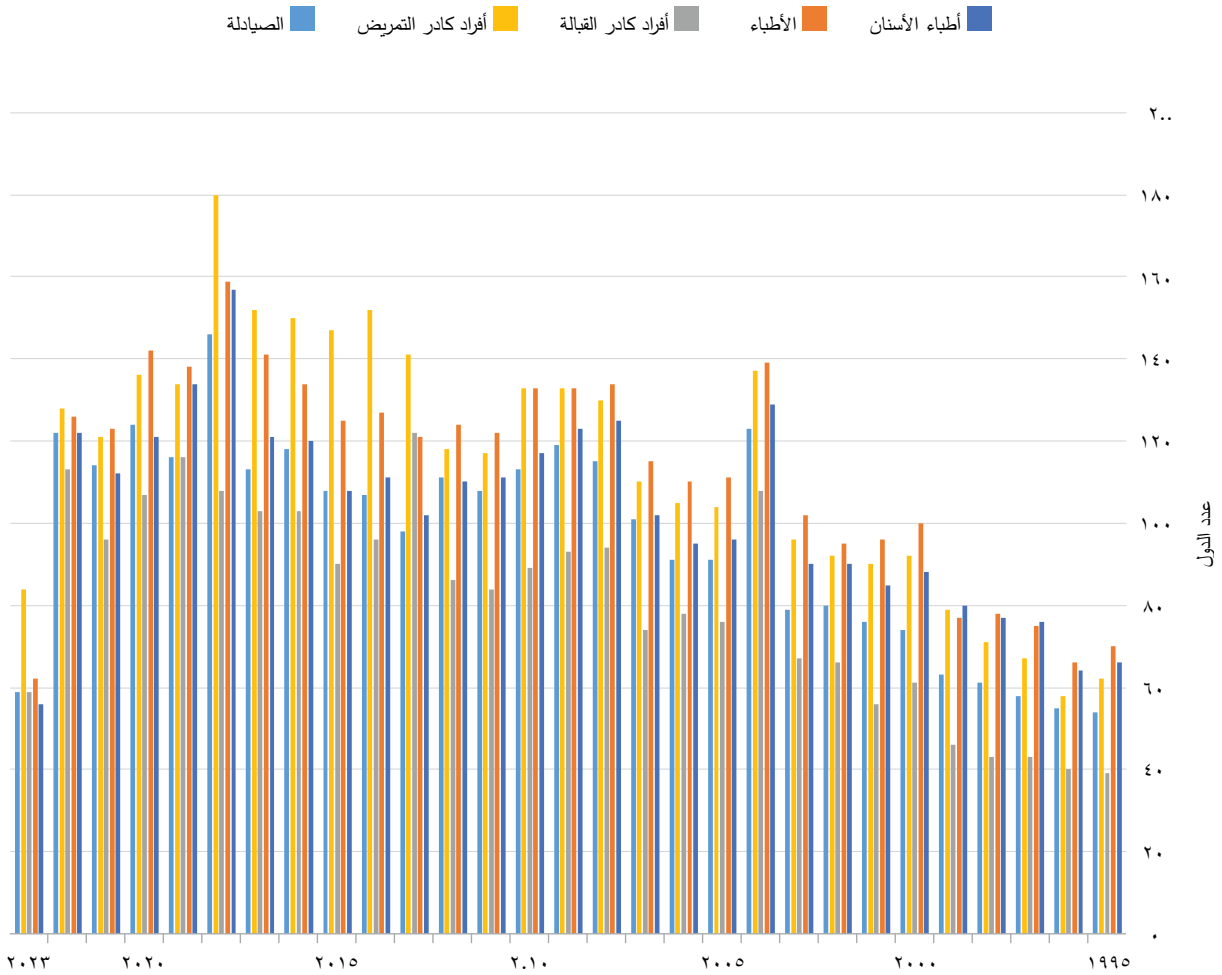
ملحوظات: استُمدت خمسة وأربعون مؤشراً من كتيب حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، وصُمِّمت ستة مؤشرات بصفة خاصة من أجل هذا التقرير. وللاطلاع على مزيد من المعلومات عن مؤشرات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، تتوافر معلومات مفصلة مع بيانات وصفية في كتيب حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/374320>). وتتوافر بيانات وصفية للمؤشرات الستة الإضافية لحالة التمريض في العالم (التي تحمل الرموز NN١ إلى NN٦) عند الطلب عبر البريد الإلكتروني: hrhstatistics@who.int.

^أ مؤشرات أبلغ عنها عدد كافي من البلدان واعُتبرت جودة البيانات فيها كافية.

م ٢-٤ البيانات المُبلَّغ عنها

يوضح الشكل م ١-٤ توافر البيانات واكتمالها اللذين يتسع نطاقهما باستمرار، وتحديدًا عدد البلدان التي أبلغت عن بيانات بشأن المهن الخمس المرتبطة بالصحة في الغاية ٣-ج-١ من أهداف التنمية المستدامة (الأطباء، وأفراد كادر التمريض، وأفراد كادر القبالة، وأطباء الأسنان، والصيادلة). وتظل مهنة التمريض محتقظة دائمًا بأعلى مستوى للإبلاغ أو بواحد من أعلى مستويات الإبلاغ، وهو ما يعكس الجهود الموسَّعة التي تبذلها البلدان في جميع أنحاء العالم لجمع البيانات والإبلاغ عنها بانتظام فيما يتعلق برصيد العاملين في المهن الخمس المرتبطة بالصحة.

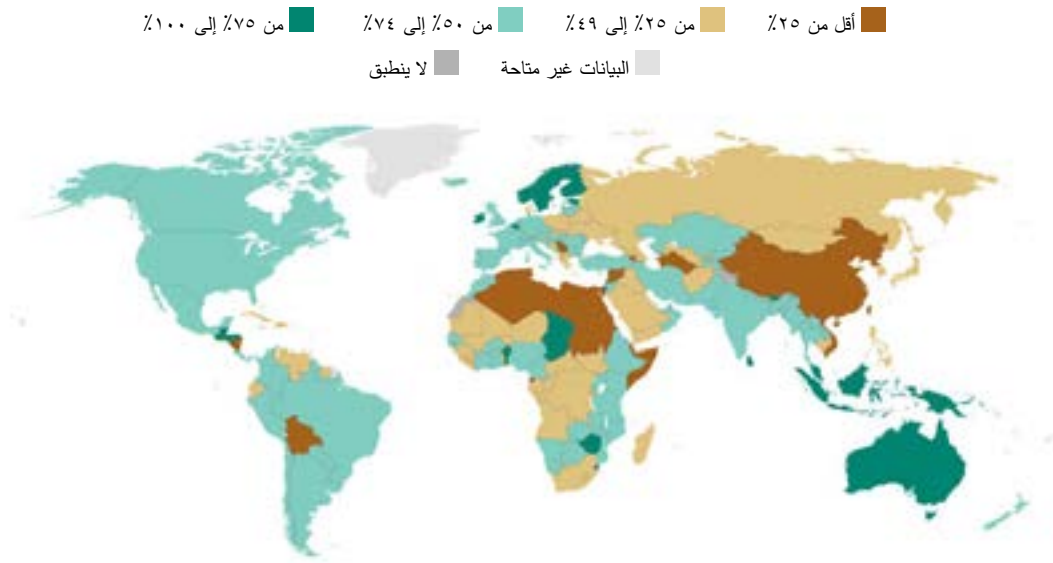
الشكل م ١-٤ عدد البلدان التي تتوافر بشأنها بيانات عن القوى العاملة في منصة بيانات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية لدى منظمة الصحة العالمية (١٩٩٥-٢٠٢٣)



ملحوظات: التأخر في توافر البيانات والإبلاغ عنها يفسر الاتجاه التنازلي الواضح في السنوات الأخيرة. وهذه ظاهرة متوقعة في الإحصاءات الرسمية، ومن المتوقع أن يتأخّر المزيد من نقاط البيانات للفترة ٢٠٢١-٢٠٢٣، الأمر الذي يحافظ على اتجاه تصاعدي إيجابي لبيانات رصيد القوى العاملة في مجال التمريض.
المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

وقد أبلغ ما مجموعه ١٩٤ دولة عضوًا في منظمة الصحة العالمية عن بياناتها إما مباشرة عبر منصة بيانات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، وإما من خلال المكاتب الإقليمية وغيرها من العمليات الدولية، مثل مبادرة جمع البيانات المشتركة لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي، والمكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية. ويوضح الشكل م٤-٢ أن أغلب البلدان كانت قادرة على تقديم البيانات بشأن ما لا يقل عن ٥٠٪ إلى ٧٥٪ من المؤشرات. وكان الإبلاغ عن مؤشر الرصيد جيدًا في ظل توافر البيانات الحديثة (أي عام ٢٠٢٠ وما بعده) لغالبية كبيرة من الدول الأعضاء البالغ عددها ١٩٤ دولة (انظر الشكل م٣-٤).

الشكل م٤-٢ النسبة المئوية للمؤشرات المُبلَّغ عنها من أجل تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥



ملحوظة: ٢٨ مؤشرًا لحسابات القوى العاملة الصحية الوطنية و ٦ مؤشرات إضافية ضمن التوجيهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة ٢٠٢١-٢٠٢٥. المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

الشكل م٣-٤ النسبة المئوية للمؤشرات المُبلَّغ عنها من أجل تقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٥



المصدر: حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية؛ ٢٠٢٤.

م ٤-٣ القيود التي تواجه توافر البيانات

على الرغم من حدوث تحسّن عام في الإبلاغ عن البيانات وتوافرها، فلا تزال هناك تحديات فيما يتصل بالفجوات في البيانات أو في جودة البيانات المُبلّغ عنها. فعلى سبيل المثال، في حين يتطلب تخطيط القوى العاملة الصحية وتحليل سوق العمل الصحية معلومات عن التمويل والنققات، فإن هذه المؤشرات يصعب رصدها على أساس منتظم؛ وتعمل محدودية توافرها على تقييد نطاق تحليل التكاليف وإمكانية توسيع نطاق العمل في مقابل اعتبارات الحيز المالي.

ولم تبلغ غالبية الدول الأعضاء عن المؤشرات الإضافية التي تشكل أهمية بالغة لفهم أبعاد سوق العمل الصحية (مثل: التدفقات إلى الكادر، والتدفقات من الكادر، والشواغر). وفيما يتعلق بـ«مسار التعليم»، فقد تحسّن توافر البيانات المتعلقة بالخريجين، ولكن لا يوجد حتى الآن إبلاغ مُتسق عن أماكن (أو مقاعد) التدريب المتاحة، ومعدلات التقديم ومعدلات الالتحاق.

وتُعَد ظروف العمل إحدى القضايا المحورية فيما يتعلق بالاحتفاظ بأفراد كادر التمريض، وخاصة في المناطق التي تعاني من نقص الخدمات، وتشمل ظروف العمل، على سبيل المثال لا الحصر، كلاً من العقود والأجور. وعلى الرغم من أن البيانات المتعلقة بأجور أفراد كادر التمريض تُعرّض لأول مرة في هذا التقرير، فإنها كانت متاحة لأقل من نصف البلدان؛ وأبلغ عدد أقل من البلدان عن نوع العقود. وعلى غرار ذلك، أبلغ أقل من نصف البلدان عن بيانات تعكس الاعتماد على أفراد كادر التمريض المولودين في الخارج والمدرّبين في الخارج، على الرغم من الإشكالية البارزة التي تطرحها مسألة الهجرة الدولية. وسوف يتطلب تسريع التقدّم في تنفيذ هذه المدونة تعزيز الإبلاغ عن هذه المؤشرات.

وفي حين تسلط بعض معدلات الإبلاغ المنخفضة الضوء على الصعوبة المرتبطة بالمؤشرات المستندة إلى بيانات من قطاعات أخرى (أي التعليم والمالية)، فإن بعض القيود المتعلقة بالبيانات والتحليلات تتعلق بالبلدان التي تبلغ عن بيانات من سنوات مختلفة، أو التي تبلغ عن بيانات يزيد عمرها على ٥ سنوات.

وعلى الرغم من أوجه القصور هذه، فإن توافر البيانات قد تحسّن كثيراً مقارنة بتقرير حالة التمريض في العالم ٢٠٢٠. وتُسجّع البلدان والشركاء على مواصلة تسريع وتيرة التنفيذ التدريجي لحسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، بطرق منها إشراك الجهات صاحبة المصلحة في مجال التمريض.

مراجع الملحق

١. التوجهات الاستراتيجية العالمية للتمريض والقبالة للفترة ٢٠٢١-٢٠٢٥. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٢١ [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344562/9789240033863-eng.pdf?sequence=1>).
٢. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a (threat to equity and 'universal' health coverage? BMJ Glob Health. 2022;7 (doi: 10.1136/bmjgh-2022-009316).
٣. Pensions at a glance ٢٠٢٣: ٢٠٢٣. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development OECD and G٢٠. ٢٠٢٣. indicators.
٤. حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية: دليل التنفيذ. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٨ [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/275473>).
٥. حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية: كتيب. الطبعة الثانية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٢٣ [بالإنكليزية] (<https://iris.who.int/handle/10665/374320>). هذا المصنّف متاح بمقتضى ترخيص نسب المصنّف - غير تجاري - الترخيص بالمثّل ٣,٠ منظمة حكومية دولية (CC BY-NC-SA ٣,٠ IGO).



منظمة الصحة العالمية
20 شارع أيبا
1211 جنيف 27
سويسرا

<https://www.who.int/teams/health-workforce>