تقرير عن التمريض والقبالة في الاردن وبعض الدول العربية

٢٠٠٧

رئيس اللجنة :

السيدة دعد شوكه — **امين عام المجلس التمريضي الاردني**

اعضاء اللجنة :

الدكتورة وسيلة بيترو — **عميدة كلية التمريض/ الجامعة الاردنية**

الانسة هيام الاعرج — **مديرة التمريض/ وزارة الصحة**

العميد الممرضه رويدا محمد سلامة — **مديرة التمريض/ الخدمات الطبية الملكية**

جزيل الشكر إلى :

السكرتيرة نور عمايرة من المجلس التمريضي الأردني على عملها الدؤوب الذي ساهم في إخراج هذا التقرير إلى حيز الوجود.

السيد أحمد الخطيب مستشار المجلس الذي دقق التقرير .

السيدة عائشة ضمره التي دققت التقرير .

المقدمة

تعدّ خدمات التمريض والقبالة من الأعمدة الأساسية في تقديم الرعاية الصحية، وأساسا لتعزيز التدخلات الصحية التي تستهدف مكافحة الأمراض و الفقر، لذا فهي تستحق المزيد من الاستثمار والإهتمام لتطوير جودة الخدمات وزيادة المكاسب الصحية، حيث تُعد النظم ذات الكفاءة العالية في التنظيم والتثقيف والبحوث والإدارة والإنجاز من الأمور الهامة في تعزيز مساهمة خدمات التمريض والقبالة في تحقيق التطورات المطلوبة في النتائج الصحية .

ونظراً لأن مهنة التمريض تعتبر من الخدمات التي تستلزم قوى عاملة مكثفة، فإن جميع بلدان الإقليم في حاجة ماسَّة للاستثمار في تطوير القدرات الإدارية والقيادية للموارد البشرية التمريضية، و أيضاً في حاجة ماسَّة لإصلاح نظام التعليم وتلبية الاحتياجات التعليمية المستمرة ودارسة التخصصات المطلوبة لهذا المورد الهام ، وتحسين جودة الرعاية التمريضية، ووضع أسس لمزاولة المهنة ودليل للأخلاقيات بالإضافة إلى معايير للممارسة والرعاية والقيادة التمريضية ووضع نظام التصنيف الفني وإعداد التشريعات التي تؤثر على صنع القرار السياسي .

التمريض و القبالة في الأردن

يشهد الأردن تقدما في الخدمات الصحية التمريضية حيث يتمتع بمؤشرات صحية جيدة على مستوى الإقليم.

في عام (١٩٧٢) تم تأسسيس نقابة للممرضين والممرضات والقابلات القانونيات وتتلخص أهداف النقابة في رفع مستوى المهنة وحمايتها والدفاع عنها وتنظيمها والتعاون مع وزارة الصحة وجميع المؤسسات والهيئات ذات العلاقة بالمهنة بقصد رفع مستوى المهنة والعاملين بها وتقديم افضل الخدمات للمستفيدين، وجمع كلمة الممرضين والقابلات والمحافظة على حقوقهم ومكتسباتهم، والمحافظة على أخلاقيات المهنة وسلوكها، بالإضافة إلى تأمين الحياة الكريمة للمنتسبين وعائلاتهم في حالات العمل والعجز والشيخوخة والوفاة .

وفي عام (٢٠٠٢) تم تأسيس المجلس التمريضي الأردني بقانون مؤقت إيمانا من الأردن بأن مهنة التمريض والقبالة تواجه تحديات ومستجدات مختلفة نتيجة التطورات العلمية وزيادة الوعي الصحي لدى الفرد والأسرة والمجتمع ، وتغير أنماط المشاكل الصحية ، وكذلك تغير أنظمة الرعاية الصحية بالإضافة إلى تعدد برامج مستويات التعليم التمريضي، والتركيز على توفير خدمات ذات جودة عالية. ولم تكن التشريعات المعمول بها حتى عام (٢٠٠٢) كافية لمعالجة هذه التحديات و المستجدات . وقد تم إصدار القانون الدائم للمجلس في عام (٢٠٠٦) ويهدف هذا القانون إلى المشاركة في وضع الاستراتيجية الوطنية الصحية، وفي تطبيق الخطط والبرامج الموضوعة لتنفيذها، وتنمية الموارد البشرية في مجال التمريض لرفع مستوى الأداء التمريضي بما يتلاءم مع المستجدات العلمية والعملية، ودعم البحث العلمي لغايات الارتقاء بمستوى المهنة .

الأردن: لمحة عامة

بلغ عدد سكان الأردن (٥,٣٥٠,٠٠٠ نسمة) بحسب التعداد العام للسكان والمساكن لعام ٢٠٠٤. يعيش (٨٢%) منهم في المدن والباقي في الريف والبادية مما يضع الأردن في مصاف الدول عالية التحضر، هذا ويتركز (٣٨%) من مجموع السكان في العاصمة عمان. وقد ساهم انخفاض معدلات الوفاة وارتفاع معدلات الإخصاب في ارتفاع معدل نمو السكان البالغ حالياً (٢,٦%).

تبلغ المساحة الكلية للمملكة (٨٩,٣٤٢) كم٢ بمعدل كثافة سكانية (٦٠) نسمة / كم٢ (٢٠٠٤) مع الأخذ بعين الاعتبار أن الكثافة السكانية للمملكة بلغت عام (١٩٩٤)(٤٧) نسمة / كم٢ .

هذا ومن المتوقع حدوث تغيرات سكانية كبيرة خلال الخمسين سنة القادمة حيث سيتضاعف عدد السكان بحلول عام (٢٠٣٥)، وأظهرت الإحصائيات لعام (٢٠٠٤) أن (٣٧,١%) من السكان هم تحت سن (١٥) سنة ، و (٥٩,١%) هم ما بين (١٥ – ٦٤) سنة. بينما (٣,٨%) من السكان في عمر (٦٥) سنة وأكثر، مع الأخذ بعين الاعتبار أن الفئة االأخيرة في تزايد حيث من المتوقع أن تشكل ما نسبته (٤%) من مجموع السكان بحلول عام (٢٠١٥).

يبلغ معدل الحياة المتوقع للمواطن الأردني (٧٢,٤) سنة للإناث و(٧٠,٦) سنة للذكور ، أي بمعدل عام يبلغ (٧١,٥) سنة ، أما معدل الخصوبة فهو ما زال مرتفعاً بالرغم من الانخفاض الملحوظ حيث بلغ (٣,٧) عام (٢٠٠٤) .

يعاني الأردن من شح في الموارد الطبيعية وأهمها شح المياه النظيفة والذي يشكل مشكلة استراتيجية للأردن، حيث يصنف من ضمن الدول العشر الأكثر فقراً بالمياه في العالم، فقد بلغت حصة الفرد من المياه (١٥٦) ليتر / اليوم وهي من أقل النسب في منطقة الشرق الأوسط . وبالرغم من أن (٩٧,٧%) من السكان متصلين بالشبكة العامة للمياه، إلا أن مشاكل التلوث الناتجة عن سوء إدارة المياه العادمة المنزلية ومخرجات المصانع والكيماويات المستعملة في الزراعة تزيد من تفاقم الأزمة المائية.

حقق الأردن تغطية شبه كاملة للسكان بالتيار الكهربائي حيث بلغت النسبة (٩٩,٥%) من المساكن في المملكة مما ينعكس إيجابا على نوعية حياة المواطن. أما من حيث الصرف الصحي فان ما يقرب من ثلثي المساكن في المملكة متصلة بشبكة الصرف الصحي .

ومن حيث التطور الاجتماعي والاقتصادي فقد صنفت هيئة الأمم المتحدة للسكان *UNDP* الأردن في المرتبة (٩٤) من بين (١٧٤) بلدا وذلك حسب مؤشرات التنمية البشرية.

يتبع الأردن نظام التعليم الإلزامي المجاني للمرحلة الأساسية المكونة من عشر سنوات، حيث بلغ معدل التحاق الطلبة (من كلا الجنسين) بمدارسهم في هذه المرحلة(٩٤%) للعام الدراسي ٢٠٠١/٢٠٠٢ ، أما التسرب من المدرسة فقد سجل معدلا منخفضاً خلال العشر سنوات الماضية حيث بلغ (٠,٤٨%) للطلبة في المرحلة الأساسية أيضاً.

يمتاز الأردن بموارده البشرية المؤهلة والمدربة بالرغم من عدم التوازن في العمل بين الجنسين، حيث أن نسبة الإناث العاملات بلغت (١٣,٧%) فقط من مجموع المشتغلين عام (٢٠٠٤) مع بعض التفاوت في الأجور بين الذكور والإناث، خصوصاً في القطاع الخاص.

يعد الأردن من الدول منخفضة الدخل حيث بلغ معدل دخل الفرد ١٥,٦دينار عام (٢٠٠٤)، أما الدخل المعتمد لتحديد حالة الفقر فانه يختلف باختلاف تعريف خط الفقر. ونظراً لأن الدخل المعتمد لتحديد الفقر متدني فإن نسبة عالية تتركز حول خط الفقر. وبشكل عام فإن معدل الفقر في الأردن يتراوح ما بين (١٤,٢ %) من السكان حسب دراسة جيوب الفقر في الاردن (٢٠٠٤). ويتركز الفقراء بشكل واضح في المناطق الريفية، ولكن نظراً لأن (٨٢%) من السكان يعيشون في المدن فإن عدد الفقراء في المدن يقارب أربعة أضعاف عددهم في الريف. هذا وربما كانت البطالة إحدى محددات الفقر، حيث بلغت نسبة العاطلين عن العمل (١٢,٥%)عام (٢٠٠٣) ، منهم (٥٥,٨%) في الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة.وعلى صعيد إنتشار التكنولوجيا فقد بينت الدراسات أن (٢١,٢%) من الأسر الأردنية تملك أجهزة حاسوب شخصي و(٦,٣%) متصلة بشبكة الإنترنت، بينما (٩٧,٢%) من الأسر تملك جهاز تلفاز و (٤٦,٩ %) تملك لاقط (ساتلايت) و(٤٧,٤%) تملك جهاز خلوي، أما الأسر التي تملك هاتف ارضي فقد بلغت (٥٤,٤%).

المحاور

أولاً :التعليم التمريضي

شهد التعليم التمريضي تطوراً هائلاً منذ أن بدأت أول مدرسة للتمريض ضمن الخطوات التالية :

- في بداية عام ١٩٤٦ تحول التعليم التمريضي من المستشفيات إلى المؤسسات الصحية .
- في عام ١٩٥٣ بدأت الخدمات الطبية الملكية باستقطاب عدد من الممرضين والممرضات خريجي المدرسة المعمدانية وخريجات مدارس التمريض في فلسطين.
- في عام ١٩٥٣ أفتتحت وزارة الصحة كلية التمريض للممرضين القانونيين.
- عام ١٩٦٢ أفتتحت كلية الأميرة منى للتمريض ولأول مرة كانت الثانوية العامة شرطاً أساسياً للإنضمام لهذه الكلية.
- من المؤسسات الصحية إلى المؤسسات التعليمية بداية عام ١٩٧٢حيث أفتتحت كلية التمريض في الجامعة الاردنية.
- من درجة الدبلوم إلى درجة البكالوريوس في التمريض.
- يوجد الآن١٤ كلية تمنح طلابها درجة البكالوريوس في التمريض منها ٧ حكومية و٧ خاصة وهناك المزيد من الكليات ستنشأ في القريب العاجل.
- هناك كلية واحدة تمنح درجة البكالوريوس في القبالة .
- هناك ٢٩ كلية تمنح درجة الدبلوم المشارك.
- هنالك كليتان للتمريض تمنح درجة الماجستير في تخصصات التمريض.
- كما يوجد عدد من الدورات التخصصية القصيرة و الطويلة تعقد من قبل بعض المؤسسات الصحية.
- و الأن من عدة مستويات إلى مستوين، البكالوريوس والدبلوم المشارك.

الوضع الحالي للتعليم التمريضي في الأردن

تعترف وزارة التعليم العالي والبحث العلمي بالدرجات العلمية التالية في التمريض : درجة الدكتوراه والماجستير والبكالوريوس في التمريض ودرجة التمريض المشارك. ويوجد في الأردن ثلاثة عشر برنامجاً

للبكالوريوس في التمريض، وتتبع هذه البرامج لكليات مستقلة أو لأقسام في كليات طبية ، ست برامج منها تتبع الجامعات الحكومية وسبع برامج تتبع الجامعات الخاصة.

١. الطلبة

طلبة البكالوريوس:

إن عدد الطلبة في الجامعات الحكومية هو (٣٦٤٢) طالباً و في الجامعات الخاصة (١٧٨٥) طالباً. وعليه فإن مجموع الطلبة الكلي المتواجدين على مقاعد الدراسة للعام الجامعي(٢٠٠٤/ ٢٠٠٥) في القطاعين هو(٥٤٢٧) طالباً و طالبة .

و تبلغ نسبة الطلبة الإناث إلى مجموع الطلبة الكلي في جميع الجامعات ٢٨,٠% وتنخفض هذه النسبة إلى اقل من ذلك بكثير في الجامعات الخاصة لتصل إلى ٢٠,٥% في جامعة العلوم التطبيقية و ١٤% في جامعة الزيتونة و ٩% في جامعة فيلادلفيا.

يخضع الخريج لامتحان الكفاءة المهني الأردني للتمريض ،والذي يقيس مدى كفاءة خريج برنامج بكالوريوس التمريض الذي سيبدأ بمزاولة مهنة التمريض كممرض قانوني، و يزود هذا الإمتحان الجامعات ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي والمؤسسات الأخرى ذات العلاقة، بمعلومات معتمدة يمكن استخدامها في تقييم المناهج وتطويرها وتحسين طرق التدريس، وبالتالي تحقيق معايير الاعتماد وضمان الجودة والنوعية في مخرجات التعليم العالي. وقد بلغ عدد الخريجين لامتحان الكفاءة للأعوام(٢٠٠٦-٢٠٠٧) (١٥٩١) طالباً و طالبة .

طلبة برامج التمريض المشارك :

بلغ عدد كليات المجتمع التي تمنح درجة التمريض المشارك لغاية عام (٢٠٠٤/٢٠٠٥) (٢٩) كلية موزعة على أربعة قطاعات، كما أن عدد الطلاب على مقاعد الدراسة هو (٣٤٨٠) طالباً و طالبة. ومن الجدير بالذكر بأن هناك امتحان لضبط خريجي التمريض المشارك ويسمى إمتحان الشهادة الجامعية المتوسطة. ويمكن تصنيف الكليات التي تمنح برامج التمريض المشارك على النحو التالي:

- جامعة البلقاء التطبيقية وعددها خمس كليات.
- القطاع الحكومي (وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية) وعددها اربع كليات.

- وكالة الغوث الدولية كلية واحدة.
- القطاع الخاص وعددها تسع عشرة كلية.

تتبع جميع هذه الكليات والتي في غالبها في القطاع الخاص لوزارة التعليم العالي والتي بدأت حاليا تخضع لمعايير الاعتماد العام، ولم يخضع أي منها للإعتماد الخاص بعد.

طلبة برنامج الماجستير :

هنالك جامعتان لتخريج طلاب التمريض لدرجة الماجستير في التخصصات التالية (الإدارة ، صحة الأم والطفل وصحة المجتمع وصحة البالغين) وهما جامعة العلوم والتكنولوجيا والجامعة الأردنية. حيث بلغ عدد المقبولين للعام (٢٠٠٤-٢٠٠٥) في كلتا الجامعتين (٦٨) طالباً و طالبة، منهم (٢٠) طالباً في الجامعة الأردنية و (٣٨) طالباً في جامعة العلوم والتكنولوجيا، أما بالنسبة للعام (٢٠٠٥-٢٠٠٦) فقد بلغ العدد (٥٦) طالباً منهم (٢٠) طالباً في جامعة العلوم والتكنولوجيا و(٣٦) طالباً في الجامعة الأردنية ، وفي عام (٢٠٠٦-٢٠٠٧) بلغ العدد (٩٧) طالباً منهم (٥٦) طالباً في جامعة العلوم والتكنولوجيا و (٤١) في الجامعة الأردنية. وفي نهاية اجتياز مرحلة الماجستير يتقدم الطالب لامتحان شامل يقيس مدى كفاءة الخريج .

طلبة برانامج الدكتوراه:

تم استحداث برنامج للدكتوراه في عام ٢٠٠٥ في جامعة واحده فقط هي الجامعة الاردنية، وتتكون الخطة الدراسية من (٥٤) ساعة معتمدة وقد بلغ عدد الطلاب المسجلين (٢٢) طالباً، ولا يتم قبول الطالب لمرحلة الدكتوراه إلا إذا كان حاصلاً على درجة الماجستير في أي حقل من حقول التمريض.

لمحة تاريخية لبرنامج الدبلوم:

إستحدث هذا البرنامج في عام ١٩٩٤ كبديل لدبلوم (٣ سنوات) والذي كان يعمل به في وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية ، وكانت كلية الأميرة منى الرائدة في فتح أول برنامج للتمريض المشارك في الأردن.

مدة الدراسة في هذا البرنامج سنتان دراسيتان يتقدم الطالب بعد ذلك للإمتحان الشامل، و يتم قبول الطلبة فيه بعد الحصول على الثانوية العامة ضمن المسار التمريضي أو العلمي. بلغ عدد الخريجين للعام الدراسي ٢٠٠٤ –٢٠٠٥ ما مجموعه (٩٨٣) طالباً منهم (٧٦٢) للدورة الصيفية و (٢٢١) للدورة الشتوية (المصدر: جامعة البلقاء التطبيقية ٢٠٠٥).

ومن التحليل المبدئي لهذا البرنامج والذي قام به المجلس التمريضي الأردني من خلال ورشات عمل متكررة مع العاملين في هذه البرامج تبين أن البرنامج يتصف بما يلي :

١. وجود خطة دراسية موحدة لجميع هذه البرامج تم إعدادها من قبل مختصين في التمريض وتحت إشراف منظمة دولية هي USAID (وكالة الإنماء الامريكية).
٢. هناك نقص في أعضاء هيئة التدريس من ذوي الاختصاص ، حيث أن هناك بعض المدرسين ممن هم من غير المختصين في مجال التمريض يدرسون مواد التمريض ويترأسون إدارة هذه الكليات.
٣. يتم قبول الطلبة ذوي المعدلات المنخفضة باستثناء البرامج التابعة للجهات الرسمية مثل الخدمات الطبية الملكية ووزارة الصحة.
٤. دور أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في التمريض يكاد يكون محدوداً أو معدوماً في قرارات التعيين والتدريس و اعتماد المصادر التعليمية .
٥. محدودية المختبرات والمصادر التعليمية بالمقارنة مع عدد الطلبة.
٦. عدم وجود الية واضحة لضبط ومراقبة ومتابعة وتقييم هذه البرامج.
٧. إرتفاع نسبة الطلبة الذكور إلى الإناث ضمن هذه البرامج.
٨. يتقدم طلبة هذا البرنامج إلى الامتحان الشامل إلا أن هذا الامتحان:
   - يتم إعداده وتنظيمه من قِبل أشخاص من غير ذوي الاختصاص في التمريض .
   - يحتوي على معلومات عامة ولا يعير الإنتباه إلى مستوى كفاءة الخريج.
٩. لا يوجد في جامعة البلقاء مستشارون من التمريض يشرفون على تلك البرامج.

أعضاء الهيئة التدريسية:

يتواجد في الجامعات الحكومية ما مجموعه (١٣٦) عضو هيئة تدريس(٦٢) منهم من حملة درجة الدكتوراه و(٧٤) من حملة الماجستير. منهم(٩) فقط من غير الأردنيين وبنسبة (١٤,٥ %) (٨ من حملة الدكتوراه و ١ من حملة الماجستير). ومعظم أعضاء الهيئة التدريسية في الجامعات الحكومية من غير الأردنيين يتواجدون في الجامعات الأردنية الحديثة التأسيس والتي لها خطط ابتعاث طويلة الأمد.
أما في الجامعات الخاصة فيتواجد ما مجموعه(٤٨)عضو هيئة تدريس (٤٠ دكتوراه و ٨ ماجستير)، و يشكل أعضاء الهيئة التدريسية من غير الأردنيين فيها ما نسبته(٨٢,٥%).

٢. الموفدون وخطط الإيفاد

للجامعات باع طويل في الإيفاد، فمعظم (إن لم يكن جميع) أعضاء الهيئة التدريسية هم نتاج برامج الإبتعاث، حيث أن غالبية أعضاء الهيئة التدريسية من حملة درجة الدكتوراه في التمريض حصلوا على الدرجة عن طريق الإبتعاث للخارج في الجامعات الأمريكية و البريطانية و الأوروبية.
ومن الأمور التي أدت إلى أن تقوم الجامعات الحكومية بوضع خطط الإبتعاث لمزيد من أعضاء الهيئة التدريسية إرتفاع نسبة الطلبة إلى أعضاء هيئة التدريس فيها.

٣. الخدمات الصحية المتوفرة للتعليم السريري لطلبة التمريض

بلغ عدد المستشفيات الموجودة في الأردن في القطاعين العام والخاص لعام (٢٠٠٤) حوالي (٩٧) مستشفى (٢٩ تابعة لوزارة الصحة، ١٠ للخدمات الطبية الملكية، ٥٦ للقطاع الخاص، ٢ مستشفيات جامعية). وبلغ عدد الأسرة في جميع هذه المستشفيات (٩٧٤٣) سريراً.
ومن الأعداد السابقة نستنتج ما يلي :

- (٦١٠٦) طالباً في الوقت الحالي (في غالبيتهم ذكور) يتنافسون على فرص تدريب في (٧٠٠٠) سرير (نسبة إشغال ٧٥% في جميع القطاعات) إضافة إلى ما يقارب نفس العدد من طلاب كليات المجتمع والتخصصات الصحية الأخرى.

- إذا التزمت جميع كليات التمريض بالعدد الذي اعتمدته تعليمات الإعتماد العام فان العدد المتوقع خلال السنوات القليلة القادمة سيكون أكثر من ٨٠٠٠ طالب على مقاعد الدراسة في كليات التمريض الحكومية والخاصة) إضافة إلى ما يقارب نفس العدد من كليات المجتمع و الخدمات الصحية الأخرى مما يجعل فرص التعليم السريري أمام تحدٍ كبير.
- إن جميع الجامعات الخاصة إضافة إلى ثاني اكبر كلية حكومية تتمركز جميعها في إقليم الوسط مما يجعل فرص التدريب العملي ضئيلة رغم اتفاقيات التعاون المبرمة.

تم وضع شروط اعتماد المستشفيات لمقاصد التدريب العملي وإقرارها من قبل أعضاء المجلس التمريضي الأردني في عام ٢٠٠٦، وذلك من اجل المحافظة على جودة الأداء في التعليم والتدريب العملي، وتطبيق **المعايير للوصول بالمتدرب إلى تحقيق مستواً من الكفاءة يضمن السلامة والمساءلة في الرعاية التمريضية.**

٤. نوعية التعليم التمريضي وخصائص الخريجين

يمتاز الأردن بنوعية خريجي كليات التمريض الأردنية، حيث يعمل ما يقارب ٢٠% منهم في دول الخليج العربي وبعض الدول الأوروبية والأمريكية الناطقة باللغة الإنجليزية، و يتنافس الأردن مع دول العالم للإستثمار في هذا المجال، حيث أن كفاءة خريجي كليات التمريض الأردنية يتناسب مع الإحتياجات الصحية محلياً وعالمياً.

إن قطاع الخدمات الصحية في الأردن يعاني من نقص حاد في أعداد الممرضين والممرضات والأطباء والمهن الطبية المساندة، ويعود سبب النقص الحاد في التمريض إلى عدة عوامل، يعود غالبها إلى قطاع الخدمات ذاته، فكثير من الدراسات الأردنية أظهرت أن الرضى الوظيفي للممرضين والممرضات في الأردن متدنيٌ بسبب ظروف العمل (working Conditions) في غالبية المستشفيات الحكومية والخاصة، بما فيها الأجور، مما ساهم في ازدياد عدد الممرضين الذين يطلبون العمل خارج الأردن،حيث أن الأعداد المذكورة سابقاً تكفي لسد حاجة قطاع الخدمات إذا استطاع هذا القطاع المحافظة عليها.

٥. قدرات الكليات الحقيقية والاستثمار في الطاقات البشرية

إن الاستثمار في الموارد البشرية هو أساس للديمومة والجودة يظهر ذلك جليا في كليات التمريض في الجامعات الحكومية حيث يمكن القول أن جميع حملة الدكتوراه في التمريض هم من المبعوثين الى جامعات عالمية والذين قاموا على رفع سوية كلياتهم وساهموا في تأسيس كليات أخرى في وقت من الأوقات. لجميع الجامعات الحكومية خطط ابتعاث معدة لمواجهة التحديات في تعليم التمريض. ان الاختلاف في جهات الإيفاد يقوي مدخلات التعليم حيث أن إقتصار ايفاد أعضاء الهيئة التدريسية على مؤسسة أكاديمية واحدة يؤثر سلبا على عملية التعليم.

٦. ملخص القضايا التي تؤثر سلباً على التعليم في الأردن

إن زيادة الأعداد دون توفير بنية تحتية كاملة من أعضاء هيئة تدريس ومختبرات وأماكن تدريب عملي يتناسب مع الزيادة في أعداد الطلبة سيؤثر سلباً على كفاءة الخريجين و على قدرتهم على المنافسة محليا وعالميا وذلك للأسباب التالية:

- زيادة عدد الطلبة في قاعات التدريس وفي المختبرات وفي أماكن التدريب العملي سيؤدي إلى أن يصبح تفاعل الطلبة مع المدرس غير متوازن مما يؤثر على عملية اكتساب الطالب للمعلومة والمهارة الضرورية وبالتالي على كفاءة الخريج ومهاراته السريرية، مع الأخذ بعين الاعتبار أن عملية التعليم التمريضية هي عملية تفاعل بين المدرس والطالب والمريض وكلما قل عدد الطلبة في هذه العملية ارتفعت نسبة اكتسابه للمعلومة والمهارات التمريضية.

- إن كفاءة خريجي كليات التمريض ليست مقصورة على اكتساب المهارات السريرية بل على قدرة الطالب على جمع المعلومات وتحصيلها واتخاذ القرار السريري المناسب وهذه ميزة ضرورية للمناقشة العالمية إذا رغبنا في الاستمرار في هذا المنحى والمساهمة فعليا في اقتصاديات التعليم ، هذه القدرات قد تتناقص إذا ارتفع عدد الطلبة وتبعها نقص في فرصة التفاعل بين الطالب والمريض والمدرس.

- إن ارتفاع عدد الطلبة بشكل لا يتناسب مع قدرات أماكن التدريس العملي المتوفرة حاليا قد يؤدي إلى نقص عدد الساعات التي يجب أن يقضيها الطالب في أماكن التدريس العملي مما سيؤثر سلبا

على اعتراف المؤسسات الصحية والتعليمية العالمية بالبرامج الدراسية لكليات التمريض الأردنية، وبهذا تنخفض فرصة المنافسة عالميا في مجال العمل وفي مجال الدراسات العليا المتخصصة.

من الملاحظ أن زيادة الأعداد في كليات التمريض يرافقها عدم تكافؤ بين أعداد الطلبة الذكور وأعداد الطلبة الإناث، فمثلا نسبة الطلبة الإناث في بعض الجامعات تشكل أقل من ١٠% من عدد الطلبة الإجمالي وهذا يتناقض مع احتياجات السوق محليا وعالميا،وهذا الأمر قد يؤدي إلى تدني فرصة المنافسة عالميا حيث أن نسبة الإناث في كل مجتمع هي ٥٠% وأغلب المجتمعات في المنطقة هي مجتمعات محافظة، بحيث ترغب أن تلقى الإناث رعاية تمريضية من قبل ممرضات.

٧- التعليم المستمر في الاردن :

لا يزال قطاع التعليم والتعليم العالي في الأردن يواجه عدداً من التحديات التي تعيق تحقيق التنمية المتكاملة للموارد البشرية والتي تعتبر شرطاً أساسياً للانتقال نحو اقتصاد المعرفة، حيث يعاني قطاع التعليم العالي من ضعف الأطر التنظيمية التي تعمل على تنسيق جهود التنمية البشرية وتقييم السياسات والاستراتيجيات، ولمعالجة ذلك، ثمة حاجة إلى تطوير معايير الإعتماد وضمان الجودة، والتي تعنى بجودة التعليم من خلال التحقق من معايير الجودة في النظام التعليمي. وبالرغم من التوسع في برامج تعليم التمريض أفقيا وعموديا إلا أن الفجوة بين التعليم النظري والممارسة العملية لا تزال قائمة حيث يجب العمل على تحسين المناهج العلمية، وتحويلها إلى مناهج تركز على التعليم المعتمد على الكفايات، والإبداع والتفكير، وحل المشكلات، وتقدير قيمة العمل، وتطوير الأساليب الحديثة والخلاقة في تعليم التمريض، و أيضاً بناء القدرات العلمية والعملية لدى الممرضين لتقديم الرعاية الصحية على أعلى مستوى من الأداء.

ولقد وضع المجلس التمريضي الاردني خطة للدورات التدريبية ٢٠٠٦-٢٠٠٨ من أجل تعزيز كفاءة التعليم التمريضي والتعليم المستمر وذلك عن طريق ضمان جودة مخرجات التعليم التمريضي وتطوير قدرات الممرضين والممرضات وخلق ثقافة التعليم المستمر. ومن الدورات التي سيعمل بها المجلس:

١. القيادة من اجل التغيير
٢. تمريض الصحة النفسية
٣. الرعاية التلطيفية
٤. رعاية كبار السن
٥. تمريض الكوارث

٦. تمريض حديثي الولادة
٧. الأدوار المتقدمة للتعليم السريري

ولقد سعى المجلس منذ عام ٢٠٠٣ الى إعداد مرشدي التعليم التمريضي السريري حيث تم وضع خطة تدريبية لذلك، وتم عقد خمس وعشرين برنامجاً تدريبياً لكافة المؤسسات، تخرج منها (٤٧٤) مشاركاً و مشاركة يمثلون كافة المؤسسات الصحية، كذلك وضع المجلس معايير لاعتماد الدورات التدريبية لرفع قدرة الممرض.

٨- الهيئات الداعمة والمشجعة لانتساب الطلاب لبرامج التمريض في الأردن :

صندوق الاميرة منى لدعم طلاب التمريض :

أسس هذا الصندوق للعمل على تعزيز جودة الخدمات التمريضية في الاردن عن طريق دعم طلاب التمريض لمواصلة تحصيلهم العلمي لإكمال البكالوريوس في التمريض في الجامعات الأردنية الحكومية، ويتم تخصيص ثلاثين منحة سنوياً. كما يهدف الصندوق إلى المساهمة في رفد الموارد البشرية بالكوادر والكفاءات اللازمة، وتشجيع الإقبال على مهنة التمريض من قبل الفتيات، وذلك للحفاظ على التوازن بين الجنسين، وسد النقص الحاصل في مهنة التمريض وزيادة فرص التعليم للمتميزين من خريجي الدبلوم المتوسط و ذلك من خلال التجسير مع الجامعات الحكومية الاردنية .

صندوق دعم الطالب في الجامعات الاردنية الرسمية :

حيث تم تخصيص عشرين منحة دراسية للإناث لتخصص البكالوريوس بإسم سمو الأميرة منى الحسين المعظمة لمناطق جيوب الفقر التي تزيد فيها نسبة الفقر عن (٢٥%) و ذلك لتشجيعهم على الإلتحاق بمهنة التمريض.

ثانياً : الممارسة :

مقدمة:

تعتبر الممارسة التمريضية اللبنة الأساسية والمرآة التي تعكس المستوى النوعي للرعاية التمريضية، مما يتطلب تطوير المعايير والإجراءات اللازمة لضمان جودة الرعاية التمريضية المبنية على الأسس العلمية . كما أن التمريض في مفهومه علم وفن ومهمته مجابهة احتياجات الفرد الجسمية والاجتماعية والروحية في حالة وجود المرض أو عدمه، فالتمريض يعتمد على النظريات العلمية الأساسية والعلوم الطبية، ويحتاج الى مهارات عدة تشمل تقديم رعاية تمريضية من أعلى المستويات .

وتواجه ممارسة المهنة تحديات كثيرة تشمل :تطور العلوم والتكنولوجيا، والتغيير في أنماط الامراض، وزيادة الطلب على الخدمات الصحية، ونقص الكوادر التمريضية، وزيادة وعي المستفيدين بحقوقهم الصحية. جميع هذه التحديات أدت إلى بروز أدوار جديدة غير تقليدية وزيادة التخصصات وتنوعها لمواءمة التطور العلمي وتلبية احتياجات المجتمع الصحية ومتطلبات العولمة .

وضع الممارسة التمريضية في الأردن:

١.النظر الى التمريض كمهنة متطورة ومطلوبة عالمياً:

إن نظرة ورأي المجتمع المحلي لمهنة معينة يحدد مكانة العاملين فيها، وعلى قبول أو رفض خدمات هذه المهنة، وعلى نوعية الوظائف المسموح لهذه المهنة القيام بها، وبالتالي فإن هذه النظرة تؤثر على الوضع الإقتصادي والإجتماعي للعاملين بتلك المهنة، ومهنة التمريض كأي مهنة أخرى تأثرت وأثرت في نظرة المجتمع لها كمهنة.

وخلال السنوات السابقة كانت هناك العديد من الدراسات التي اهتمت بدراسة نظرة المجتمع لمهنة التمريض، وعلى الأخص في الدول العربية، وكانت نتائج الأبحاث التي اهتمت في هذا الموضوع تشير بأن نظرة المجتمع الى مهنة التمريض تتجه نحو الإيجابية مع مرور السنين ، وأن آراء المجتمع نحو هذه المهنة تغير من اعتبارها بمثابة عمل يقدم كخدمة للمرضى من غير الحاجة الى أي علم أو حتى مبادئ علمية ، الى اعتبارها مهنة تقوم على أساس علمي، و تقدم الرعاية للأفراد من خلال الإعتماد على العلوم التمريضية والعلوم الاخرى المساندة. ولكي يتم تقديم الرعاية التمريضية للأفراد لابد من أن يكون الممرض متمكناً علمياُ، وماهراً في أدائه، وقادراً على اتخاذ القرارات المناسبة لرعاية الأفراد المعني برعايتهم. وقد أدى هذا التغير في نظرة المجتمع إلى زيادة الطلب على مهنة التمريض .

٢ – أعداد العاملين في التمريض وواقع العمل:

هنالك تطور ملحوظ في أعداد الممرضين والممرضات القانونين حيث أن العدد كان في عام (٢٠٠٣) (٨٧٢٠) ممرض / ممرضة قانونيين، بينما أصبح في عام (٢٠٠٦) (١٠٨٥٣) ممرض /ممرضة قانونيين، ولكن بالرغم من ازدياد أعداد الممرضين فإن هنالك نقص في أعدادهم إذا ما قارناه وفق ما هو عالمي (٢٠ممرض/١٠٠٠٠من السكان)، ولكنه في طريقه إلى التقلص حيث كان النقص في عام (٢٠٠٣)(٢٢٤٠) ممرض، وأصبح في عام (٢٠٠٦) (١٠٥٤) ممرض(حسب إحصائية المجلس التمريضي الأردني للأعوام ٢٠٠٣-٢٠٠٨).

أما بالنسبة للتمريض المشارك فقد حل محل التمريض المساعد والذي كانت مدة الدراسة له (١٨ شهراً). وقد أصبح عدد التمريض المشارك في عام ٢٠٠٥ (٢٤٦٩)، أما مساعدو التمريض الذين تخرجوا قبل عام ٢٠٠٣ فعددهم (٥٠٤١)مساعد ممرض. ويبلغ عدد القابلات القانونيات (١٤٣٦) قابلة قانونية (حسب التقرير الإحصائي لوزارة الصحة) .

كما أن نسبة الممرضين والممرضات القانونين للعام ٢٠٠٥ للسكان ١٩,٨/١٠,٠٠٠ والتمريض المشارك ٤,٥/١٠,٠٠٠ ومساعدو التمريض ٩,٢/١٠,٠٠٠ والقابلات القانونيات ٢,٦/١٠,٠٠٠.

هنالك عدة عوامل أدت إلى مشاكل مزمنة في نقص الكوارد التمريضية سواء في القطاعين العام والخاص وهي :

- زيادة الطلب على الخدمات التمريضية .
- زيادة عدد الاسرة .
- ادخال التكنولوجيا الطبية في تقديم الخدمات الصحية في الاردن .
- زيادة وعي المواطنين بأهمية الرعاية الصحية .
- هجرة الكفاءات .

إن مشكلة نقص القوى العاملة بالتمريض في القطاع العام خصوصاً يرتبط بمشكلة توزيعهم على مختلف خدمات الرعاية الصحية، حيث أن الأردن يعاني من عدم وجود خطة واضحة لتوزيع القوى العاملة في التمريض ما بين المستشفيات والمراكز الصحية، إذ يقدر أن حوالي ٩٠-٩٥% من القوى العاملة بالتمريض في الأردن تعمل في المستشفيات بينما يعمل ٥-١٠% في المراكز الصحية، وهذه الفئة عادة ما تكون الاقل تعليما وتدريبياً، وقد جرى العرف بالأردن أن يتم نقل القوى العاملة بالتمريض مابين المراكز الصحية والمستشفيات بناءاً على قرار فردي دون الإعتماد على أي معيار .هذا وتعتمد وزارة الصحة على معيار نسبة عدد الممرضات /الممرضين الى عدد الأسرة لتقدير الحاجات للخدمات التمريضية في المستشفيات

وليس بناءاً على دراسة حجم العمل ومستوى النشاط الذي ينبغي القيام به لرعاية المرضى، وهو المقياس المعمول به عالمياً .

أما في القطاع الخاص فإن مشكلة النقص في أعداد القوى العاملة بالتمريض تعتبر مشكلة أكثر حدة من القطاع العام، ويعود ذلك إلى كثرة التسرب وترك العمل وعدم ثبات الممرض /الممرضة في مؤسسات القطاع الخاص وارتفاع معدل التنقل بين المؤسسات الخاصة، اضافة الى عدم الشعور بالأمن الوظيفي مما يجعل الممرض يترك هذا القطاع في حال حصوله على فرصة عمل وبراتب أقل في القطاع العام،و هذا يعود إلى الأسباب التالية:

- وجود نظام تقييم أداء أكثر شدة عن مثيله في القطاع العام .
- التوسع الكبير في أعداد الأسرة في المستشفيات .
- إزدياد ساعات العمل .

نظراً للتوسع في التعليم التخصصي الأفقي والعامودي في مجال الممارسة ونظراً لاستحداث تخصصات تمريضية وبمستويات علمية على مستوى الماجستير تركز على تطورالخبرة التمريضية السريرية (الاكلينكية) فمن المتوقع أن تكون هناك ممارسة تمريضية متخصصة في تزايد، وفي الواقع إن ممارسي التمريض التخصصي يتم استبعادهم عن كثير من المهام الصحية العلاجية والوقائية والتعزيزية التخصصية، وذلك لعدم وجود تشريعات ذات علاقة بمنح ألقاب التمريض المختص سريرياً. وإذا ما قارنا ممارسات التمريض في الدول الصناعية المتقدمة فسنجد أن الممرض المختص يقوم بأنشطة متخصصة للمرضى الذين يعانون من مشكلات جسدية ونفسية معقدة و ذلك بشكل فردي أو جماعي، ولحل هذه المشكلة صدر نظام إجازة المستويات المهنية للتمريض رقم (٧٤) لسنة ٢٠٠٦ والذي يهدف إلى تنظيم الإختصاصات في مهنة التمريض على المستوى العام والمتخصص، وإجازة حاصليها من الممرضين والممرضات والعاملين في مهنة التمريض، والحفاظ على مستوى الخدمة التمريضية، وإخضاع غير الأردني المرخص لمزاولة المهنة في المملكة للشروط التي يخضع لها الأردني، ولوضع وإدارة إمتحانات لغايات منح إجازة لمزاولة المهنة بما يضمن مدخلات كفؤة لسوق العمل في القطاع التمريضي وإعادة تقييم الممرض وبقائه تحت الرقابة، وسوف يلزم هذا النظام مؤسسات الرعاية الصحية والعاملين لديها بالألقاب والمستويات المهنية والتعليمات والمعايير الصادرة عن المجلس والمتعلقة بتنظيم المهنة .

كما أننا نلاحظ أن بعض الوحدات كالرعاية الحثيثة والرعاية التاجية ووحدات غسيل الكلي و وحدات الحروق تقدم خدمات رفيعة المستوى ويسهم العاملون بالتمريض فيها إسهاماً واضحاً في عافية المرضى ويعود السبب

في تلقي أولئك العاملين تدريباً مناسباً ، اما الوحدات الأخرى كأقسام الجراحة والباطنية فإن الفرصة لم تتح لهم بالإنضمام إلى دورات إنعاشية أسوة بزملائهم، مما ينعكس على مستوى الخدمة التي يقدمونها للمرضى .

٣. مؤسسات العناية التمريضية المنزلية:

هنالك تطور ملحوظ في عدد المؤسسات المنزلية حيث بلغ العدد في عام ٢٠٠٢ (٣٨) مؤسسة رعاية تمريضية منزلية، بينما في عام ٢٠٠٦ أصبح العدد (٤٨) مؤسسة وشركة مسجلة في وزارة الصناعة والتجارة والنقابة، حيث أصبحت الرعاية المنزلية واقعاً في الأردن نتيجة ازياد المجموعات السكانية المبتلاة بالأمراض المزمنة التنكسية ويقوم بتقديم هذه الخدمات مؤسسات خاصة يعمل بها مجموعة من الممرضين والممرضات القانونين ومساعدي التمريض وعمال التمريض. وتقوم هذه المؤسسات بتوفير الرعاية والمعالجة التخصصية للمرضى والعجزة الذين اختارت عائلاتهم أن يتلقوا الرعاية في منازلهم بعيداً عن المستشفيات، علماً بأنه لاتوجد تشريعات أو تنظيمات حديثة تعالج فتح واعتماد وإدرج مؤسسات الرعاية الصحية المنزلية. وتتركز الأعمال التي تقدمها هذه المؤسسات بما يلي :

١. رعاية المسنين .
٢. رعاية المصابين بالشلل النصفي.
٣. الرعاية من خلال فترة النقاهة.
٤. العلاج الطبيعي.
٥. سحب عينات الدم والفحوصات المخبرية المطلوبة وإعطاء النتيجة للطبيب المعالج .
٦. مرافقة المرضى لمدة (٢٤) ساعة داخل وخارج الاردن.
٧. إستشارات تمريضية.

٤ – التصنيف الفني لممارسي التمريض :

لا يوجد نظام موحد للتصنيف الفني في الاردن، فلقد تشكلت عدة لجان مثل اللجنة الوطنية لإعداد التصنيف الفني لمهنة التمريض بالتعاون مع الخدمات الطبية الملكية عام ١٩٩٧–١٩٩٨ وقد سلمت تقريرها إلى كل من وزارة الصحة ونقابة الممرضين والممرضات بمنتصف عام ١٩٩٨ ولكن دون حدوث أي شئ منذ ذلك الحين ، كما خلصت لجنة التصنيف الفني والتي شكلت لدى المجلس التمريضي الأردني إلى إصدار التصنيف الفني ووافق عليه المجلس و لكن لم يصدر الى الان.

ويهدف التصنيف الفني الى:

١- تحسين مستوى الأداء التمريضي .
٢- تعزيز إستقلالية الخدمات التمريضية .
٣- توفير حوافز مادية ومعنوية .
٤- تعزيز القناعة والرضى الوظيفي بين الممارسين لمهنة التمريض .
٥- تحسين صورة التمريض ومكانته الاجتماعية.

٥- الأوصاف الوظيفية :

تعاني كافة المؤسسات من عدم وجود أوصاف وظيفية موحدة محلياً للممرضين ومساعدي التمريض والتمريض المشارك والقبالة، حيث أنه في بعض المؤسسات الخاصة يقوم من يحمل شهادة الثانوية العامة (تمريض) بعمل مساعدي ومشاركي التمريض، ونرى القابلة تقوم بأعمال أخرى، حيث أن هناك تداخل في الاعمال والأوصاف كما نجد أن الممرض يقوم بمهام خارجة عن الوصف الوظيفي المقرر . وهنالك دراسة لعام ٢٠٠٣ حول توزيع الفئات الصحية التابعة لمديرية صحة محافظة البلقاء والتي خلصت إلى أنه "هنالك نقص في التمريض المساعد ونظراً لتوفر عدد كافي من عاملات التمريض واللواتي يغطين نفس العمل تقريباً فإن ذلك يسد العجز في الوقت الحاضر"،ولا يمكن القول بأنه لا توجد أوصاف وظيفية في المؤسسات حيث هنالك لكل مؤسسة عامة أو خاصة أوصاف وظيفية خاصة بها ولكنها غير مطبقة ، ولاتوجد لجان للرقابة عليها .ولقد تم وضع وإقرار الوصف الوظيفي من قبل لجنة شكلت بجامعة العلوم والتكنولوجيا في عام ١٩٩٧ كما قام المجلس التمريضي الأردني بوضع وصف وظيفي بالإستناد الى الوصف الوظيفي المقر في عام ١٩٩٧ ولم يقر للآن من قبل المجلس.

٦- الادارة والقيادة :

لقد شرعت الحكومة في تدريب القيادات، وقد أتم العديد من مدراء التمريض دورات في معهد الإدارة في مجال الإدارة العامة كجزء من تنمية الموظفين، كما تشجع وزارة الصحة والحكومة دعم وإقامة روابط بين قيادات التمريض في الحكومة وبين المؤسسات الأكاديمية كالجامعات والهيئات الخدمية والمنظمات اللاحكومية من أجل تكوين مورد من الموارد النافعة، ودعم قيام صلات بين جميع مستويات النظام الصحي، وكان لهذا التوجه الأثر في إيجاد شبكة مترابطة من القيادين في الأردن، وعلى الرغم من أن هذه

المبادرات جديرة بالثناء، إلا أن اثرها لم يظهر بعد في أداء خدمات التمريض على مستوى مديريات الصحة في المحافظات والألوية وعلى مستوى المستشفيات والمراكز الصحية، أو على المستوى الوطني، وقد يعزى ذلك الى عوامل مختلفة منها:

١. التدرج الوظيفي في النظام الصحي في الأردن لا يساعد على قيام قيادات تمريضية فالباب أمام وظائف الإدارة العليا وتقرير السياسات غير مفتوح للعاملين بالتمريض.
٢. إفتقاد مديري التمريض على المستوى المحلي والمركزي للإستقلالية.
٣. عدم تمتع مديري التمريض بالسلطة الكافية للتأثير على النظام الصحي وتغييره.
٤. عدم إدماج مديري التمريض في صلب إدارة النظام الصحي.
٥. لاتسند الى العاملين بالتمريض في النظام الصحي سوى الأعمال التمريضية.
٦. لقد جرت العادة على أن يقود الأطباء المؤسسات الصحية في الأردن وندر وجود قيادات تمريضية تقود المؤسسات.

ومن الامور الاخرى الجديرة بإلقاء الضوء عليها إدارة الخدمات التمريضية على مستوى المؤسسات والمحافظات والاقليم والمملكة حيث جرت العادة بأنه من يعين مدير للخدمات التمريضية يعين على اساس سنوات الخبرة دون النظر الى مقدرتهم الفنية والادارية. وبالنظر الى ان قدراتهم الادارية والقيادية فهي محدودة، وبهذا يميل المسؤولون عن المؤسسات الصحية الى الابقاء على النظم القائمة المألوفة لهم ، وهذا الوضع من شأنه الحد من امكانيات ادخال اي تفكير مبدع وخلاق او اي تغيير في الممارسة التمريضة ومن ثم تحسين الخدمات التمريضية .

ولتدارك هذه المشكلة قامت وزارة الصحة وابتداء من نهاية شهر تموز عام ٢٠٠٠ بإجراء بعض الإصلاحات اللازمة لشغل الوظائف القيادية بالتمريض تعتمد على: سنوات الخدمة، المؤهل العلمي ، القدرات القيادية ، التطوير الذاتي. وبذلك لم تعد سنوات الخبرة هي المعيار الوحيد لاختيار الممرض في المواقع الإدراية .

وتتجه الجهود الحالية نحو تطوير الإدارة والقيادة في التمريض من خلال مشروع قام به المجلس التمريضي الأردني وبالتعاون مع وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية وبتنفيذ من المجلس الدولي للتمريض، من أجل تطوير القيادات التمريضية وقد باشر المجلس بتنفيذه حيث تم عقد دورة خلال شهر ٢٠٠٦/١١

وسوف يتم عقد عدة دورات في المستقبل، ويهدف هذا البرنامج الى تعزيز القدرة التمريضية في القيادة والإدارة في القطاع الصحي الأردني من خلال: توظيف خبرات الممرضين والممرضات في المستويات القيادية من أجل تطوير نوعية الخدمة الصحية المقدمة، ومواجهة التحديات والتغييرات التي تواجه القطاع الصحي، والاستفادة من خبرات الممرضين والممرضات في المستويات القيادية في تدريب الجيل الجديد من الممرضين والممرضات لتعزيز الخدمات التمريضية المقدمة، حيث تم اختيارالمشاركين لهذا البرنامج من خلال اللجنة التوجيهية التي شكلت من قبل معالي وزير الصحة وتم اختيار ٢٦ مشاركاً من أصل ٥٢ مشاركاً من كافة القطاعات الصحية .

٧- الحوافز المادية والمعنوية وارتباطهما بتذبذب مستوى الرعاية التمريضية وهجرة الكفاءات:

بالرغم من عدم وجود أي بطالة للعاملين بالتمريض، إلا أن الرواتب لاتزال دون المستوى المطلوب برغم الجهود الكبيرة في وزارة الصحة من أجل رفع رواتب الممرضين بحيث أصبحت أكثر منها في القطاع الخاص، ولكن عدم الشعور بالأمن الوظيفي وخاصة في القطاع الخاص وزيادة ساعات العمل وعدم التقيد بالأوصاف الوظيفية، يدفع الممرض للبحث عن عمل خارج الأردن أو جمع العمل في القطاعين العام والخاص معاً كعمل إضافي من أجل تحسين مستواه المعيشي، مما يؤدي الى تذبذب مستوى الرعاية التمريضية المقدمة بالإضافة الى انقطاعه عن كافة النشاطات التي قد تؤدي إلى تحسين مستوى أدائه.

٨-مستوى الأداء التمريضي ورضى المستفيدين من الخدمات التمريضية :

إن زيادة وعي المستفيدين والمرضى بحاجاتهم الصحية يدفع الممارسين إلى العمل للحصول على رضى المستفيد والإهتمام بجودة الخدمات المقدمة له ، ولكن مع الأسف لا توجد معايير مطبقة على مستوى الأردن وملتزم بها من قبل جميع العاملين، حيث نجد أن القطاع الخاص يهتم بوجود معايير، ويطبق بعض المعايير التي قد يتم وضعها من قبل المؤسسة نفسها، بينما نجد أن هذا حبراً على ورق في القطاع العام، ولحل هذه المشكلة وضع المجلس التمريضي الأردني في ٢٠٠٦ معاييراً لممارسة المهنة ومعاييراً للرعاية التمريضية، و قد تم إصدارها في كتيب خاص، وتتجه الجهود حول تطبيقها ومتابعة تطبيقها ثم دراسة أثرها على مستوى الرعاية المقدمة للمريض.

وهناك الأن هيئة مستقلة لاعتماد المستشفيات وتطبيق المعايير الموضوعة في وزارة الصحة للوصول الى خدمات صحية عالية الجودة .

٨- البحث العلمي والتطوير:

على الرغم من التقدم الذي طرأ على تعليم التمريض في الأردن، ووجود أنظمة وقوانين في المؤسسات الأكاديمية التي تدعم البحث العلمي، واحتواء جميع مناهج التمريض على مساقات في البحث العلمي، وتوفر وسائل الإتصال بالإنترنت، إلا أن البحث العلمي في مجال علوم التمريض ما يزال في مراحله الأولى، ويتطلب تعزيز البحث العلمي في التمريض ربط البحث بحاجات التنمية، وتنمية القدرات والمهارات اللازمة لإجراء البحوث العلمية ، وتوفير الدعم المالي وتعزيز التعاون والتنسيق بين مختلف القطاعات الصحية، وتشجيع ثقافة الإبتكار والإبداع في أوساط العاملين بالمهنة والهيئات التدريسية .

ومن السلبيات في مجال البحث العلمي تركزه في الجامعات وبين الأكاديميين من الممرضين فقط وغيابه في المؤسسات الصحية الأخرى، بالإضافة الى عدم وجود قاعدة بيانات متكاملة وشاملة لنشاطات البحث العلمي، ووجود الفجوات بين أولويات البحث العلمي في التمريض وأولويات المجتمع الاردني واحتياجاته، كما لا توجد بحوث لتطوير الممارسة وهناك غياب كامل للممارسة المبنية على البينات العلمية.

وسيعمل المجلس التمريضي الأردني على تشكيل مجموعات من التخصصات المختلفة لوضع الأليات في الممارسات المثلى.ولقد عقد المجلس عدة ورشات حول البحث العلمي وأسسه وكيفية تطويره خلال الاعوام ٢٠٠٤-٢٠٠٥.

ملخص للقضايا التي تؤثر سلباً على الممارسة التمريضية في الأردن :

١- تمركز الممرضين والممرضات في مراكز الرعاية الثانوية.
٢- غياب المعايير الموحدة لممارسة المهنة.
٣- عدم الإستقلالية في مهنة التمريض والقبالة مما يؤدي إلى عدم تحديد المسؤولية والإشراف والواجبات والأدوار.
٤- إزدياد عدد المرضى بالمقارنة بأعداد الكوادر التمريضية.
٥- ضعف الدعم المقدم للممرضين المؤهلين لاستلام مناصب إدارية عُليا والاستفادة من قدراتهم.

٦- عدم التقييد بالوصف الوظيفي من قبل المؤسسة للممرض والقابلة مما يؤدي إلى تدني مستوى جودة العناية التمريضية المقدمة للمستفيد.

٧- عدم وجود معايير خاصة لاختيار الإدارة التمريضية.

٨- عدم توفرعوامل السلامة المهنية.

٩- ضعف نظام الحوافز المادية والمعنوية للكوادر التمريضية .

١٠- هجرة الكفاءات التمريضية.

١١- إزدياد أعداد الكوادر التمريضية من غير الممرضين القانونيين (البكالوريوس) لتصل الى أكثر من النصف.

١٢- غياب التخصصات السريرية في المهنة.

١٣- سوء توزيع الكوادر التمريضية جغرافياً نتيجة عدم إقبال أبناء المناطق النائية على التمريض.

١٤- عدم إشراك الممرضين والممرضات في بعض القضايا الصحية ذات الأولوية في المملكة .

١٥- عدم وجود شرعية ومنهج واضح لأساليب التعليم المستمر .

١٦- نقص حاد في التخصصات التمريضية .

ثالثاً : التشريعات التمريضية في الاردن:

حتى منتصف الخمسينات من القرن الماضي خلت التشريعات العامة من أية مواد خاصة تتعلق بتنظيم مهنة التمريض على المستوى الوطني، ولكن قانون الصحة العامة لعام ١٩٢٦ ذكر القابلة القانونية من المهن الصحية، وبموجب هذا القانون قامت وزارة الصحة عام ١٩٦٦بوضع نظام كلية التمريض واستخدام الممرضين والممرضات القانونيات حددت فيه المؤهلات والعلاوات وشروط التوظيف وغيرها. كما قامت الخدمات الطبية الملكية بناء على نظام خاص بها سمي نظام كلية الأميرة منى بوضع نظام يحتوى على شروط قبول طالبات التمريض، واستخدام الممرضين والممرضات، والعلاوات المستحقة للمهنة حسب المؤهلات، وغيرها من الأمور المهنية. وقبل ظهور نقابة الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات كانت وزارة الصحة تسجل وترخص خريجي كليات التمريض من المؤسسات المختلفة.

وكان أول قانون يشير بشكل عام الى مهنتي التمريض والقبالة هو قانون الصحة العامة رقم (٢١) لعام ١٩٧١ وقد نصت المادة (٥) أ- ضمن ممارسة المهن الصحية على شمول التمريض والقبالة ضمن المهن الطبية والصحية المعتمدة وعلى وجوب الحصول على ترخيص بالمزاولة من الوزير المادة (٥ ب)، أما المادة(٦-أ) فتعلقت بالأحكام والشروط الخاصة بمنح الرخص وإصدار أنظمة تصدر لهذه الغاية وب- من المادة نفسها بإمكانية استئناس الوزارة بالنقابات أو أية جهات أخرى ذات العلاقة قبل منح الرخص، وقد تم تعديل القانون عدة مرات وكان الأخير منه عام ٢٠٠٢.

في عام ١٩٧٢ صدر أول قانون لنقابة الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات ، و قد تم تعريف الممرض والقابلة ومهنة التمريض في الفصل الأول وكان من غايات هذا القانون:

- رفع مستوى المهنة وحمايتها والدفاع عنها وتنظيمها.
- التعاون مع وزارة الصحة وجميع المؤسسات ذات العلاقة بالمهنة بقصد رفع مستوى المهنة والعاملين فيها وتقديم أفضل الخدمات للمرضى.
- جمع كلمة الممرضين والممرضات والقابلات.
- المحافظة على آداب المهنة وسلوكها.
- تأمين الحياة الكريمة للممرضين والممرضات والقابلات وعائلاتهم في حالة قيامهم بأعمالهم أو في حالة العجز أو الشيخوخة.

ومنذ ذلك التاريخ والمؤسسات الصحية والتعليمية تعقد الندوات وتعمل على تشكيل لجان لوضع مقدمة لتعليمات وأسس الممارسة والرعاية والقيادة والوصف الوظيفي ودليل لآداب المهنة لتحديد العلاقة المهنية ما بين أعضاء الفريق الصحي الواحد. ولكن لم يكن هناك سند قانوني أو مؤسسة وطنية لإبراز هذه التشريعات لحيزالوجود. ومن هنا نبعت الأهمية لوجود مجلس أو مؤسسة وطنية تعنى بشؤون التمريض و ذلك للأسباب التالية:

- عدم القدرة على إصدار أنظمة وتعليمات ومعايير وأسس خاصة بالتمريض، حيث كانت معظم القوانين تركزعلى التمريض بشكل عام وعلى المهن الصحية في قانون الصحة العامة وعلى إصدار أنظمة محددة في قانون الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات كما ذكر سابقاً.
- أهمية وجود قانون خاص لتنظيم مهنة التمريض علمياً وعملياً.
- أهمية وضع أنظمة للتعليم التمريضي الحالي.

وفي عام ١٩٧٥ ظهرت فكرة إنشاء مجلس التمريض الأردني لأول مرة من خلال ورشة عمل بحضور خبيرات أمريكيات في ١٩٧٥/١١/٨ حيث بحث الإجتماع أهمية تشكيل جمعية من مدراء كليات التمريض كي تتشكل منها النواة لإنشاء مجلس التمريض الأردني الذي ستكون مهمته وضع أنظمة لها علاقة بواقع مهنة التمريض وممارستها وذلك من خلال إخضاع الممرضة لامتحان من أجل إجازتها لممارسة المهنة.

تلا ذلك اجتماع عام ١٩٧٩ في وزارة الصحة وأكد الجميع فيه على أهمية وجود هيئة مركزية لإدارة شؤون التمريض.

في ٢٧ آذار ١٩٨٥ إجتمعت اللجنة العلمية للنقابة وبحضور مندوبات عن جميع القطاعات، إقترحت خلالها الآنسة سوسن عبد السلام المجالي إنشاء مجلس التمريض الأردني وذلك للأسباب التالية:

- المحافظة على مستواً مقبول للتمريض في الاردن.
- تحسين المستوى العلمي والعملي للممرضات.
- وضع أُسس تقييم شهادات التمريض للحاصلين عليها من خارج البلاد.
- توحيد وتجديد برامج التعليم التمريضي ومراجعة المناهج المستعملة من أجل تضمينها احتياجات الأردن التمريضية.
- وضع وتنفيذ الشروط اللازمة للإعتراف بمدارس التمريض والقبالة في الأردن بموجب مواصفات يضعها المجلس وتوافق عليها الجهات الرسمية المختصة.
- تشجيع الأبحاث العلمية التمريضية ونشرها لتعريف الناس والمختصين بالقدرات التمريضية المتوفرة والمنشودة.
- تأسيس مركزمعلومات عن مهنة التمريض في الأردن وتبادل هذه المعلومات مع الجهات العربية والدولية.

وتلى هذا الإجتماع إجتماع آخر في أيار ١٩٨٥ ووضعت مسودة للقانون ثم تبعه عدة إجتماعات في حزيران عام ١٩٨٧ وحزيران عام ١٩٨٨ وتشرين الأول عام ١٩٨٨ ، حيث تم مراجعة البنود وإقرار بعض التعديلات والإضافات وتغييرالأهداف العامة قليلا، كما تم وضع نظام داخلي للمجلس.

في ١٩٩٧/١٠/٢٢ شكل وزير الصحة آنذاك لجنة تترأسها الدكتورة رويدة معايطة لتقديم مقترح تأسيس مجلس التمريض والقبالة، وبالرغم من الجهد الكبير لإخراج المجلس الى حيز الوجود إلا انه لم يصبح حقيقة واقعة إلا عام ٢٠٠٢ ، حيث تكاثفت الجهود بقيادة سمو الأميرة منى الحسين من أجل إنشاء

المجلس وأخيراً أُرسل مشروع قانون المجلس التمريضي الأردني في ٢١/١١/ ٢٠٠١ إلى مجلس الوزراء_ديوان التشريع متضمنا الأهداف التالية:

- وضع خطة وطنية شاملة للنهوض في مهنة التمريض والقبالة.
- المشاركة في وضع الإستراتيجية الوطنية الصحية وتنفيذ السياسات الصحية في الأردن.
- تطوير مستوى التعليم التمريضي والقبالة.
- تطوير الموارد البشرية في مجال التمريض والقبالة.
- دعم البحث العلمي.
- التنسيق بين الجهات المختلفة والهيئات ذات العلاقة على المستوى الوطني والإقليمي والعالمي.

في ٢٨/١/٢٠٠٣ نسب المجلس بتعديل بعض الفقرات على القانون، وقد عُدلت بعض المواد عليه حيث شمل التغيير إضافة رئيس جمعية المستشفيات الخاصة، وتعيين مدقق حسابات، وتشكيل لجان يراها المجلس ضرورية وتحديد المهام والواجبات الموكلة الى كل منها، و أن يكون هناك إجتماع كل شهرين، وأن يتغير النصاب القانوني من أغلبية الأعضاء الى ثلثي أعضائه وغيرها من الامور.

في عام ٢٠٠٣ حضرت خبيرة في التشريعات التمريضة والتي تم إيفادها من قبل منظمة الصحة العالمية /شرق المتوسط بالتعاون مع المجلس العالمي للتمريض واطلعت على ما تم ابتداءً من قانون المجلس حيث أبدت عليه الملاحظات التالية:

المادة (٢) يجب إضافة تعريفات للتمريض بجميع فئاته وإزالة اسم القبالة باعتبارة جزءاً من تعريف المهنة.

المادة(٣) يجب إضافة وصف للقانون والتركيز على دورالمجلس أولاً وقبل اسم القانون.

بينت أن الأهداف العامة تبدو وكأنها من وظائف المجلس ولذلك يجب أن يكون هناك عوضاً عنها أهداف رئيسية للمجلس تعرف قوته ووظائفه وتكون كالآتي:

١. إجازة الممارسين للمهنة.
٢. وضع معايير عامة للتعليم والتسجيل والممارسة.
٣. وضع الأنظمة والتعليمات من اجل تنفيذ بنود القانون.
٤. اتخاذ الإجراءات في حالة مخالفة القانون.
٥. تبني تطوير المهنة محلياً واقليمياً وعالمياً.

أما بالنسبة للمادة(٥) فقد أبدت الملاحظات التالية :

١. الأكاديميون ممثلون بشكل مكثف في المجلس بعكس العاملين في الممارسة العملية.
٢. لايوجد كيفية لتعريف الخبراء في التمريض.
٣. القطاع الخاص غيرممثل في المجلس.
٤. عدم وجود ذكر لمؤهلات بعض الأعضاء.
٥. عدم ذكر للمدة الزمنية لوجود بعض الأعضاء في المجلس.
٦. عدم إكتمال شروط العضوية وما هي الإجراءات في حالة عدم حضور أي عضو أو التصرف غير اللائق أو شغورالمكان.

المادة (٦) وتتعلق بالمهام والمسؤوليات فقد اقترحت التعديلات التالية للقانون:

١. يستشير ويحدث ويزيل ويوقف أو يعيد الترخيص للممارسة.
٢. يعترف بالكليات وبرامج التعليم التمريضي.
٣. يحدث ويتبنى ويصحح الأنظمة والتعليمات حسب الحاجة.
٤. يترجم بنود القانون بإصدارجملة من الأدلة والشرائع التي تخص التعليم والممارسة التمريضية.
٥. يعرف ماهي ممارسة التمريض.
٦. ينشأ ويلزم بتطبيق ويراقب ويراجع معايير التسجيل والترخيص للتعليم والممارسة وآداب المهنة والتطوير المستمر.
٧. يخصص وينظم الفئات الأخرى للتمريض مثل القابلات وتخصصات التمريض الأخرى ومساعدي ومشاركي التمريض.
٨. يشارك في السلطة التأديبية.
٩. يقرر ويأخذ الأتعاب.
١٠. يوافق على الموازنة السنوية ويراقب تطبيقها.
١١. يشكل لجان من أجل تسهيل أعمال المجلس.
١٢. يجمع ويحلل المعلومات فيما يخص تعليم التمريض والقبالة والممارسة والموارد البشرية المتاحة.
١٣. يتعاون مع الأخرين من أجل المحافظة على معلومات فعالة وحديثة للمرخصين.

١٤. يعين أعضاء من غيرأعضاء المجلس للعمل في اللجان أو لتوفير الإستشارات والنصح للمجلس.
١٥. يعمل الأبحاث ويوفر الإستشارات والمؤتمرات والدراسات والمنشورات في التعليم والممارسة التمريضية.

في عام ٢٠٠٦ صدر القانون الدائم للمجلس رقم ٥٣ لتعزيز وجود التشريع التمريضي كما وصدر نظام إجازة المستويات المهنية رقم ٧٤ لسنة ٢٠٠٦ والذي سيعزز بدوره المستويات العامة والتخصصية للتمريض.

الملخص:

١) ذكرت التشريعات مهنة التمريض بشكل عام (قانون الصحة العامة)، ولم تركز على تنظيم مهنة التمريض علمياً وعملياً ولم تضع الآليات والمهام والواجبات بشكل صريح في سبيل تحقيق ذلك (قانون نقابة الممرضين والممرضات والقابلات القانويات)، إلى حين ظهور قانون المجلس التمريضي الأردني الذي نص بصراحة على تنظيم المهنة علمياً وعملياً ووضع الأهداف العامة والمهام والمسؤوليات في سبيل تحقيقها وبذلك أضاف قانون المجلس على القوانين الأخرى البنود اللازمة لتنظيم المهنة ولكن بقي هناك بنود أُغفلت من قانون المجلس أو أصبح هناك تداخل وعدم وضوح أوتفسير دورمن سيقوم بها.

٢) حدد قانون المجلس التمريضي الأردني الأهداف العامة والمهام والصلاحيات للمجلس وهي بالدرجة الأولى تنمية الخدمات التمريضية بما يحقق حماية أفراد المجتمع والإرتقاء بصحتهم عن طريق تنظيم المهنة وتطويرها علمياً وعملياً من خلال المشاركة في وضع الإستراتيجيات الوطنية، وفي تطبيق الخطط والبرامج المتعلقة بالمهنة وتنفيذها وتنمية الموارد البشرية في مجال التمريض لرفع مستوى الأداء التمريضي بما يتلاءم مع المستجدات العلمية والعملية ودعم البحث العلمي لغايات الإرتقاء بمستوى المهنة.

٣) حدد قانون نقابة الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات ضمن غاياته الأهداف التالية:
١. رفع مستوى المهنة وحمايتها وتنظيمها.
٢. رفع مستوى العاملين بالمهنة وجمع كلمة الممرضين والقابلات والمحافظة على حقوقهم وكرامتهم.
٣. المحافظة على آداب المهنة وسلوكها.

٤. تأمين الحياة الكريمة للممرضين والقابلات وعائلاتهم.

٤) حدد قانون الصحة العامة بمهامه العامة للوزارة الحفاظ على الصحة العامة بتقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والرقابية وتنظيم الخدمات الصحية المقدمة من القطاعين العام والخاص والإشراف عليها وتوفير التأمين الصحي للمواطنين في حدود الإمكانات المتوفرة لديها وإنشاء المؤسسات والمعاهد الصحية التعليمية والتدريبية التابعة للوزارة والاشراف على إدارتها.

٥) أما قانون المجلس الصحي العالي وهو قانون يعنى بجميع المهن فهو لرسم السياسات العامة للصحة ولوضع الإستراتيجيات الازمة لتحقيقها وتنظيم العمل الصحي وتطويره بجميع قطاعاته بما يحقق توسيع الخدمات الصحية لجميع المواطنين وفقاً لأحدث الأساليب والتقنيات العلمية المتطورة .

ومن المهم جداً القول أنه إذا أردنا أن نصل الى التعاون والتكامل في ما بين المؤسسات التي تعنى بمهنة التمريض فيجب أن يوضح دور كل مؤسسة، وأن لا تشعرأي جهة بأن هناك تعدياً على صلاحياتها.

نواحي الضعف

التشريعات الموجودة حالياً والتي تتعلق بمهنة التمريض، وخاصة قانون المجلس، يوجد فيها مواد بحاجة الى إعادة تحرير ،وذلك حسب قول خبيرة التشريعات، وهناك أيضاً بنود يجب ايضاحها لمنع التداخل ما بينها وبين القوانين الاخرى.

الفرص المتاحة

التمريض في الأردن لديه الفرصة الذهبية للإنطلاق نحو تحسين وتطويرالرعاية المقدمة،حيث أن الإرادة السياسية جعلت من الممرضين قوامين على مهنتهم وذلك عن طريق تأسيس المجلس التمريضي الأردني، الذي يعمل على وضع التشريعات اللازمة لتنظيم المهنة. والمجلس ماض في تبني سياسة تطوير الخدمات التمريضية وتحديثها، ويعمل على الشراكات مع النقابة ووزارة الصحة وجميع القطاعات الأكاديمية والصحية من اجل تطوير السياسات والأنظمة والتعليمات التي تتعلق بالممارسة والتعليم، كما أن القانون يتيح للمجلس التركيز على البحوث وتنظيم الدورات التدريبية والتخصصية وغيرها.

التحديات

إن من أهم التحديات التي تواجه مهنة التمريض في الأردن هي تداخل عمل المؤسسات المختلفة وعدم وضوح ادوارها، وأيضاً ما ينتج عن ذلك من المصادمات التي قد تحصل.

وللنهوض في مهنة التمريض على المجلس أن يركز على الأولويات التالية:

١- إعادة النظر في القوانين المختلفة وتوضيح دور كل منها.
٢- إصدار نظام التصنيف الفني للممرضين القانونيين حيث هو الأن في ديوان التشريع.
٣- إصدار أسس مزاولة المهنة والموجود الأن في ديوان التشريع.
٤- إقرار تعليمات تنظيم الدورات التدريبية.
٥- إقرار المعايير العامة لممارسة المهنة والرعاية التمريضية.
٦- إقرار معايير الإدارة التمريضية.
٧- إقرار شروط اعتماد المستشفيات لمقاصد التدريب التمريضي.
٨- إقرار معايير التعليم والتدريب.
٩- إقرار أسس الاعتراف بشهادات التخصص.
١٠- إعداد التعليمات الخاصة بإجراء امتحان رخصة مزاولة مهنة التمريض.
١١- وضع السياسات والتعليمات اللازمة لإنشاء دائرة للأبحاث العلمية.
١٢- وضع معايير للترخيص.

رابعاً: التوجهات المستقبلية :

أ- في مجال تطوير جودة التعليم:

من المتوقع في بداية عام ٢٠٠٧ العمل بمعايير الإعتماد لكليات التمريض في الجامعات الاردنية والتي ستعالج المشاكل في الخطط الدراسية، بحيث تتضمن الخطة الدراسية أهدافاً محددةً توضح "مخرجات التعليم" لمهنة التمريض والخصائص والكفايات المهنية المتوقعة للطلبة الخريجين، كما تُمكّن الخطة الخريجين من تطوير مهارات التفكير الناقد واتخاذ القرار المستقل والتواصل وتقديم الرعاية التمريضية لجميع الفئات المستفيدة في المجتمع على اختلاف مواقعهم وعلى جميع مستويات الرعاية الصحية. كما تعتمد الخطة الدراسية على مبادئ تربوية سليمة بحيث تعكس فلسفة الجامعة "الأم"، وفلسفة علوم التمريض، والمتغيرات

الديموغرافية والاجتماعية للمجتمع الذي تخدمه، كما وتركز الفلسفة على التطلعات والرؤيا المستقبلية لمهنة التمريض والرعاية الصحية المتكاملة.

أما بالنسبة لأعضاء الهيئة التدريسية فقد تم وضع شروط لأعداد ومؤهلات الأعضاء المتفرغين وغير المتفرغين، بالإضافة الى مراعاة نسبة أعداد الطلبة الى أعضاء الهيئة التدريسية، والحد الأقصى للعبء التدريسي الأسبوعي للأعضاء، ومراعاة درجات ومهارات الكوادر الفنية المساعدة (مشرفو التدريب السريري، ومشرفو المختبرات، وفنيو المختبرات) كما تم الأخذ بعين الإعتبار التجهيزات والأدوات والوسائل التعليمية اللازمة بما يتلائم مع المستجدات والتطورات العلمية والتكنولوجية لكل مختبر .

وفي مجال تطوير جودة التعليم يلعب صندوق الحسين للإبداع والتفوق دوراً متميزاً، حيث يركز على جودة التعليم التمريضي ومخرجاته من خلال تنفيذ ورش عمل لتمكين كليات التمريض من تطوير جودة برامجها وإجراء مسوحات عن الجامعات التي تحقق المعايير الموضوعة من قبل خبراء معتمدين من أجل تكريم الجامعات التي حصلت على المراتب الاولى في جودة التعليم.

ب- الممارسة التمريضية في الاردن:

أعداد التمريض :

من المتوقع أن يزداد عدد الممرضين والممرضات حيث تم فتح كليات جديدة لتخريج حملة البكالوريوس في التمريض.

الأوصاف الوظيفية :

من المتوقع أن يصدر الوصف الوظيفي لكل من الممرض /الممرضة والتمريض المشارك عن المجلس التمريضي الأردني في بداية عام ٢٠٠٧ وسوف تتولى لجنة ممارسة المهنة المشكّلة لدى المجلس تطبيقه.

الحوافز المادية والمعنوية :

هنالك اتجاه حكومي وخاص نحو تحسين أوضاع الممرضين والممرضات عن طريق العلاوات مثل العلاوة الفنية .

الإدارة والقيادة في التمريض :

سيتم تطبيق ومتابعة معايير الإدراة والقيادة في التمريض من قبل لجنة الممارسة في المجلس التمريضي الأردني، كما تم عقد ثلاث ورش عمل لدى المجلس التمريضي الأردني وبالتعاون مع منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة وبتنفيذ من المجلس الدولي للتمريض خلال شهر نيسان ، أيار ، تشرين الثاني من عام ٢٠٠٧ تتعلق بالإدارة والقيادة في مهنة التمريض.

مستوى الأداء التمريضي ورضى المستفيدين من الخدمات التمريضية :

يتم الأن دراسة القوانين والأنظمة من أجل اعتماد المستشفيات حيث من المتوقع إصدار قانون إلزامي وتشكيل لجنة وطينة دائمة تكون مستقلة ومسؤولة عن اعتماد المستشفيات في وزارة الصحة .كما تم تشكيل لجنة لدى المجلس لتطبيق ومتابعة المعايير المهنية الصادرة عن المجلس للوصول إلى أفضل درجات من المستوى والأداء التمريضي وبذلك يتحقق رضى المستفيد.

كما تبنى المجلس تطوير الممارسة والرعاية التمريضية من خلال الخطة الإجرائية للإستراتيجية في الأردن للأعوام ٢٠٠٦-٢٠١٠ وتم إقرارها في ٢٠٠٦/١٠/٢ ومن خلال تشكيل لجنة دائمة للممارسة لتطبيق ما يلي:

١. تطوير وتطبيق التشريعات والسياسات لتنظيم ممارسة المهنة من خلال وضع:
   - أسس مزاولة المهنة.
   - معايير للممارسة.
   - الوصف الوظيفي.
   - التصنيف الفني.
٢. إعتماد وتطبيق المعايير التي تم تطويرها.
٣. تطوير مهارات وكفايات الممرضين الممارسين لتلبية الإحتياجات المتغيرة للسكان ولممارسة المهنة.
٤. تطوير برامج إختصاص في مختلف تخصصات التمريض.
٥. وضع برامج لتقويم ومتابعة الأداء والممارسة التمريضية في مختلف المواقع والإختصاصات والقطاعات.
٦. دعم الأدوار التمريضية الجديدة.
٧. تبني أساليب رعاية تمريضية مبتكرة مرتكزة على البينات العلمية.

٨. تطوير الشراكة بين المؤسسات التعليمية ومؤسسات الرعاية الصحية لإيجاد فرص تدريب وتعليم الكوادر التمريضية وللمشاركة في الإشراف على التدريب السريري.
٩. تطبيق نظام تعليم مستمر لتطوير الرعاية التمريضية وبناء قدرات الممرضين العلمية والعملية.

البحث العلمي :

مع صدور نظام التصنيف الفني لمزاولي مهنة التمريض٢٠٠٦-٢٠٠٧ سيتم التشجيع على البحث العلمي حيث من المتوقع أن يسعى الممرضون إلى تبني استخدام نتائج البحوث والأدلة للحصول على نقاط يدعم من خلالها درجته الفنية مما ينعكس على كفاءة الممرض ومستواه المهني .

وضع التمريض والقبالة في مصر

أولاً: نبذة عن تاريخ التعليم التمريضي:

إن التمريض كمهنة لها تاريخ طويل يمتد إلى سنوات طويلة وتطورت على مدى العصور المتعاقبة، فقد أنشئت أول مدرسة لتعليم التمريض عام ١٨٢٨م بعد سنة واحدة من افتتاح أول مدرسة للطب في أبي زعبل، حيث ألحقت مدرسة التمريض بمدرسة الطب، وهذا دليل على الفكر المتقدم في ذلك الوقت، حيث يتعلم أعضاء الفريق الصحي في معهد واحد ويتدربون في مكان يجمعهم معاً.
وقد كان التعليم في هذه المدرسة ينصب على القراءة والكتابة وبعض المهارات التمريضية البسيطة والتدريب على الولادة. وقد انتقلت هذه المدرسة إلى القصر العيني عام ١٨٣٧م، ومع الإحتلال البريطاني عام ١٨٨٢م عُيِّن للتدريس بمدرسة التمريض ممرضات إنجليزيات، وأصبحت الدراسة منتظمة ولها برنامج دراسي وتدريبي متطور وأطلق على المدرسة فيما بعد إسم مدرسة الحكيمات، وتشجيعاً على الالتحاق بالمدرسة تقرر منح أول دفعة من الخريجات رتبة (أفندي) واستمر نظام التدريس يعد الخريجة لممارسة التمريض والتوليد، ووضعت شروط للقبول وأصبحت الدراسة مدتها خمس سنوات وتمنح الخريجة دبلوم تمريض وتوليد ويرخص لها بممارسة مهنة التمريض والتوليد،وبالإضافة إلى مدرسة الحكيمات بالقصر العيني أنشئت مدرسة أخرى للحكيمات بمستشفى جامعة عين شمس عام ١٩٤٨ وثالثة بمستشفى الاسكندرية عام ١٩٤٩ وتزايد عدد المدارس بعد ذلك ببعض المحافظات الأخرى.

ونظراً لشدة الإحتياج إلى زيادة عدد العاملات بالتمريض، أنشئت مدارس مساعدات الممرضات وأفتتحت أول مدرسة منها عام ١٩٢٨ بالاسكندرية حيث كانت مدة الدراسة سنة واحدة بدون شروط للإلتحاق. ثم تطورت تلك المدارس لتصبح مدة الدراسة بها ثمانية عشر شهراً بشرط الحصول على الشهادة الإعدادية قبل الالتحاق بهذه المدارس.

ومنذ وجود مدرسة التمريض عام ١٨٢٨ وإلى بداية القرن العشرين كانت الدايات تقوم بعملية التوليد في المحافظات، وكانت الداية تتعلم المهنة بالممارسة وغالباً ما كن يتوارثنها عن الأمهات أو القريبات. وقد أفتتحت أول مدرسة للدايات عام ١٩١٢ ثم بدأت وزارة الصحة عام ١٩٣٢ في زيادة عدد مدارس المولدات التي تخضع لإشرافها المباشر. وكانت الوزارة تمنح ترخيصاً بالتوليد لخريجات تلك المدارس.
وللارتقاء بمستوى المولدات قامت وزارة الصحة عام ١٩٤٩ بإنشاء مدرسة مساعدات المولدات الملحقة بمراكز رعاية الأمومة والطفولة وكانت مدة الدراسة بهذه المدارس ثمانية عشر شهراً تحصل الخريجة بعدها على شهادة مساعدة مولدة وترخيص لها بمزاولة مهنة التوليد، وقد أنشأت أيضاً مدارس الزائرات الصحيات لتوفير زائرات صحيّات للعمل بالمدارس التعليمية. أنشأ عام ١٩٥٤م أول معهد عالي للتمريض في منطقة الشرق الأوسط بالتعاون بين كلية الطب جامعة الإسكندرية ومنظمة الصحة العالمية وبدأت الدراسة به عام ١٩٥٥ لتخريج ممرضات حاصلات على بكالوريوس في علوم التمريض. وبهذا البرنامج أصبح يمارس العمل في مجال التمريض بمصر العديد من الفئات منهن فئة تعمل بالخبرة كان يصرح لها بمزاولة مهنة التمريض بعد أن تجتاز بنجاح إمتحان يعقد بالمستشفيات العامة لوزارة الصحة ويشترط لمن يلتحقن بهذا الامتحان الإلمام بالقراءة والكتابة وبعض المهارات التمريضية الأساسية وأسس التعقيم والتطهير.
مما سبق نجد أن هناك العديد من الفئات التي تمارس العمل التمريضي مما أدى إلى ترك أثر سيئ في نظرة المجتمع للممرضة فكل من يقوم بالعمل التمريضي تعتبر ممرضة دون النظر لمستواها التعليمي أو الوظيفي.
ولكن منذ صدور القانون رقم ١١٥ لسنة ١٩٧٦ بإنشاء نقابة التمريض قضى تماماً على الترخيص للفئة التي كانت تحصل على الترخيص بمزاولة مهنة التمريض بالخبرة واقتصر الترخيص فقط على الحاصلات على المؤهلات الدراسية، ويعتبر هذا القرار من أهم العوامل التي ساعدت على إيجاد كيان للمهنة.
ومنذ عام ١٩٧٢ قامت وزارة الصحة بإجراء تغيير شامل في نظام التعليم التمريضي بمصر واتبعت سياسة في إعداد الممرضات من خلال تخطيط يعتمد على تلبية احتياجات المجتمع من مختلف مستويات هيئة التمريض كماً ونوعاً مع الأخذ بعين الاعتبار إتاحة الفرص لخريجات كل مستواً تعليمي باستكمال الدراسة

في المستوى الأعلى منه واقتصار التعليم التمريضي على ثلاثة مستويات فقط وهي نظم التعليم القائمة حتى تاريخه .

ثانياً :نظام التعليم التمريضي :

أ- البرنامج الجامعي (كليات التمريض):

بدأ العمل بهذا النظام عام ١٩٥٤م عندما أنشأ المعهد العالي للتمريض بجامعة الاسكندرية بالتعاون بين كلية طب جامعة الاسكندرية ومنظمة الصحة العالمية، ويهدف هذا البرنامج إلى:إعداد ممرضات مؤهلات على مستوى عالٍ من الكفاءة العلمية والمهنية لممارسة العمل التمريضي في المستوى القيادي الأول سواء للتدريس أو لممارسة المهنة عملياً. ويوجد حالياً (١١) كلية تمريض ملحقة بكل من (جامعة الاسكندرية، جامعة القاهرة، جامعة عين شمس، جامعة طنطا، جامعة أسيوط، جامعة الزقازيق، جامعة بنها، جامعة المنيا، جامعة المنصورة، جامعة المنوفية، وجامعة قناة السويس)، وقد بلغ إجمالي عدد الملتحقات بجميع الصفوف بهذه الكليات (٩٠٠٠) طالب تقريباً.

نظام الدراسة:

مدة الدراسة بهذه الكليات (٤) سنوات بالإضافة إلى سنة تدريبية (امتياز) منذ عام ١٩٧١م وتمنح الخريجة بعدها درجة بكالوريوس في علوم التمريض.

ويشترط للقبول بهذه المعاهد الحصول على شهادة الثانوية العامة ويسمح للحاصلات على دبلوم الثانوي الفني تمريض الناجحات بنسبة ٧٥% الدخول لهذه المعاهد بعد اجتياز امتحان معادلة في بعض العلوم الأساسية واللغة الانجليزية، كما يسمح للحاصلات على الدبلوم الفني شعبة التمريض الالتحاق بالسنة الثانية بشرط حصولهن على تقدير جيد في التخرج.لغة الدراسة اللغة الإنجليزية في معظم المواد.ويرخص للخريجات بعد انتهاء سنة الامتياز بمزاولة مهنة التمريض وتتوفر بهذه الكليات برامج للدراسات العليا للحصول على درجات الدبلوم والماجستير والدكتوراة في التخصصات التمريضية المختلفة مثال؛ تمريض جراحة وباطنية، نساء وولادة، أطفال، صحة مجتمع، نفسية وإدارة تمريض للعاملات بقطاعي التعليم والممارسة.

ب- البرنامج الفني للتمريض:

بدأ العمل بهذا النظام عام ١٩٧٢ كبرنامج تجريبي كأحد شعب المعاهد الفنية الصحية بكل من المعهد الفني الصحي بإمبابه والمعهد الفني الصحي بالاسكندرية وتهدف هذه الدراسة إلى إعداد الممرضات بمستوى مرتفع من الإعداد العلمي والتربوي.

نظام الدراسة:

مدة الدراسة عامين وتمنح الخريجة دبلوم فني تمريض ويشترط للقبول بهذه الشعب الحصول على الثانوية العامة أو دبلوم الثانوي الفني للتمريض بشرط الحصول على ٧٥% في مجموع التخرج، كما يمكن للخريجة الالتحاق بالمعاهد العليا للتمريض بالسنة الثانية.

لغة الدراسة اللغة الإنجليزية في معظم المواد فيما عدا العلوم الإنسانية والاجتماعية ويرخص للخريجات بمزاولة مهنة التمريض فور التخرج.

ج- التمريض التخصصي:

توجد عدد (٤) تخصصات تمريضية ملحقة بالمعاهد الفنية الصحية في مجالات:

- التوليد وتمريض صحة مجتمع.
- تمريض الطوارئ والرعاية الحرجة.
- تمريض نفسية وصحة مسنيين.
- تمريض الآورام والجراحات.

د- البرنامج الثانوي الفني للتمريض:

بدأ في تطبيق هذا النظام عام ١٩٧٢ عندما تقرر إلغاء الأنظمة التعليمية لمدراس التمريض ومدارس مساعدات الممرضات ومساعدات المولدات والزائرات الصحيات المدرسيات.

وكان الهدف من تطبيق هذا النظام التوسع في فتح المدارس بمختلف محافظات الجمهورية للنهوض بخدمات التمريض كماً وكيفاً لتغطية النقص الموجود وتحسين الأداء وجذب أكبر عدد من الفتيات لدراسة التمريض بفتح المجال لهن لدخول المعاهد العليا وكليات التمريض.وقد بلغ عدد المدارس الموجودة بمصر

(٢٦٣) مدرسة تمريض موزعة على جميع محافظات الجمهورية، هذه المدارس تتبع جميع الهيئات مثل وزارة الصحة والجامعات والتأمين الصحي والمؤسسة العلاجية والقوات المسلحة وهيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية، كما يوجد عدد قليل من المدارس التي تتبع القطاع الاستثماري والخاص.

نظام الدراسة:

مدة الدراسة بهذه المدارس ثلاثة سنوات، ولغة الدراسة اللغة العربية وشروط الالتحاق بها الحصول على الشهادة الإعدادية ويرخص للخريجة بمزاولة مهنة التمريض بعد التخرج، كما يمكن للخريجة الالتحاق بالمعهد الفني الصحي شعبة التمريض أو الشعب المتخصصة أو كليات التمريض إذا حصلت على مجموع ٧٥% وبالنسبة لكلية التمريض لا بد من إجتياز إمتحان المعادلة بنجاح.

يمكن لخريجات هذا النظام بعد ممارسة التمريض لمدة عامين في المستشفيات الحكومية الالتحاق بمدارس التمريض الملحقة بالمستشفيات الجامعية للحصول على دبلومات التخصص في فروع التمريض المختلفة مثال تمريض جراحة، باطنية، معدية، نساء وولادة، أطفال، نفسية، صحة مجتمع، صدرية، رمد، عمليات، عناية مركزة، بالإضافة إلى تخصص إدارة تمريض وتخصص تعليم تمريض.

ثالثاً: النظام الصحي بجمهورية مصر العربية:

يتوفر بالدولة العديد من الأجهزة والمؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية للمواطنين، ولكن الجانب الأكبر للخدمات العلاجية والوقائية تقدمه وزارة الصحة والمؤسسات الواقعة تحت نطاق إشرافها وتقدم الخدمات الصحية عن طريق الخدمات الحكومية أو القطاع الخاص وتتمثل في:

- المستشفيات والوحدات التابعة لوزراة الصحة
- المستشفيات الجامعية
- الخدمات الطبية التابعة للقوات المسلحة
- خدمات ومستشفيات تابعة للوزارات
- التأمين الصحي
- المؤسسات العلاجية
- هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية

١. المستشفيات والوحدات التابعة لوزارة الصحة:

تقدم وزارة الصحة خدماتها من خلال ثلاثة مستويات وهي:

خدمات الرعاية الصحية الأساسية وهي شبكة من الخدمات تمتد في جميع أنحاء الجمهورية من مراكز صحية حضرية، مراكز رعاية أمومة وطفولة ووحدات ومراكز صحة مدرسية ومكاتب صحة ومكاتب ثقافة صحية وعيادات خارجية مستقلة ومراكز علاج طبيعي وعيادات مرضى الكلب ومستوصفات صدر، وأيضاً وحدات ريفية ومراكز صحية ريفية ومستشفيات قروية.

خدمات علاجية وتخصصية تقدمها المستشفيات التابعة لديوان عام الوزارة والمسشفيات العامة والمركزية بعواصم المحافظة مستشفيات ولادة ومستشفيات نفسية، رمد ومستشفيات جلدية ومستشفيات حميات ومتوطنة ومراكز للأورام وجراحات اليوم الواحد.

٢. المستشفيات الجامعية:

ملحق بكليات الطب مستشفيات تقدم خدماتها العلاجية من خلال عيادات خارجية وأقسام داخلية عامة ومتخصصة موزعة على أنحاء الجمهورية. يوجد أيضاً بعض المستشفيات الجامعية المتخصصة وتعتبر معاهد أبحاث في مجال التخصص، ومعظم الخدمات المقدمة من المستشفيات الجامعية تقدم بالمجان أو بأجور رمزية، كما أن هذه المستشفيات والمعاهد بجانب تقديمها العلاج تُستخدم في تدريب طلبة وطالبات كليات الطب ومعاهد التمريض ومدارس التمريض الملحقة بها وأيضاً طلبة كليات العلاج الطبيعي والخدمة الاجتماعية.

٣. الخدمات التابعة للقوات المسلحة:

هناك عدد من المستشفيات تابعة للقوات المسلحة تقدم خدماتها لأفراد القوات المسلحة وأسرهم بأجور رمزية أو بالمجان، وبها عيادات خارجية وأقسام متخصصة ومعظمها مجهز بأحدث الأجهزة التشخيصية والعلاجية المتقدمة كما أنها تقدم خدماتها لجمهور المواطنين بأجر.

٤. العلاج الخاص لبعض الفئات أو الوزارات:

هناك بعض الوزارات أو الهيئات التي يتبعها نظام خاص بها لعلاج جمهور العاملين بها أو التابعين لها وتقدم هذه الخدمات من خلال عيادات أو مستشفيات تتبع هذه الجهات ويتم الصرف عليها من هذه الجهات من ميزانيتها أو من المبالغ التي يتم تحصيلها نظير العلاج والتي غالباً ما تكون مبالغ رمزية أو

تقدم الخدمة بالمجان مثال لهذه الجهات: (نقابة المعلمين، وزارة الداخلية، وزارة المواصلات ووزارة التعليم العالي "مستشفى الطلبة").

٥. التأمين الصحي:

الهيئة العامة للتأمين الصحي هيئة حكومية تحت إشراف وزير الصحة وتقدم خدماتها لجمهور المنتفعين بنظام التأمين الصحي من موظفين وعمال من خلال نظام العيادات الخارجية والمستشفيات، ويساهم المنتفعين بالخدمة بنسبة ضئيلة من مرتباتهم ونسبة أخرى تتحملها جهة العمل والحكومة. وتصل خدمات التأمين الصحي إلى معظم محافظات الجمهورية.

٦. المؤسسات العلاجية:

المؤسسة العلاجية بالقاهرة/ الاسكندرية/ القليوبية:

تعمل تحت إشراف وزير الصحة وهي تقدم خدمات علاجية متميزة بدون أرباح من خلال مستشفيات متميزة مؤثثة ومجهزة بأحدث الأجهزة التشخيصية والعلاجية، ويطبق في هذه المستشفيات نظام العلاج بأجر مخفض بالمقارنة بالمستشفيات الاستثمارية.

٧. هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية:

تقع الهيئة تحت نطاق إشراف وزير الصحة، وهي تقدم خدمات علاجية مجانية ومتميزة بأجر، كما أنها تقدم بجانب الخدمات العلاجية خدمات تعليمية وبحوث.

٨. المستشفيات الاستثمارية والعلاج الخاص:

تقوم هذه المستشفيات بتقديم خدمات علاجية بأجر مرتفع، ويطبق بها نظام الدرجات وبها معظم التخصصات ومعظمها مؤثث بأحدث التجهيزات والمعدات التكنولوجية الحديثة لجذب المرضى للعلاج بها مما يتسبب في ارتفاع أجر العلاج لجمهور المواطنين.

رابعاً: القوة البشرية:

إجمالي أعداد أفراد هيئة التمريض بالدولة ١٦٠,٠٠٠ ألف ممرضة تقريباً (بدون العاملين بالقطاع الخاص).إجمالي العاملين بوزارة الصحة والهيئات التابعة لها ١٣٠,٠٠٠ ألف ممرضة منهم ١٠٠,٠٠٠ ألف بوزارة الصحة والسكان فقط. نسبة الممرضة للسكان ٢٣,٦/١٠,٠٠٠ من السكان (٢٤ ممرضة تقريباً).

خامساً: التشريعات:

مشروع قانون مزاولة مهنة التمريض، ينظم مهنة التمريض بمصر حالياً لائحة قديمة صادرة عام ١٩٥٢، وفي عام ١٩٩٨ تم إعداد مشروع قانون مزاولة مهنة التمريض بمصر من خلال لجنة شكلت خصيصاً لهذا الغرض، وفي فبراير عام ٢٠٠٠ تم مراجعته مع اللجنة الاستشارية العربية للتمريض والقبالة بجامعة الدول العربية مع باقي الأوراق والمشاريع المقدمة من باقي الدول حيث تم وضع إطار عام له يمكن لجميع الدول العربية الاستعانة به أثناء وضع القانون الخاص بهم. كما تم الإنتهاء من عرضه على لجنة التشريعات بمجلس الدولة وتحويله لمجلس الوزراء عام ٢٠٠٣ تمهيداً لتقديمه لمجلس الشعب لمناقشته وإقراره.

هذا وقد أصدر مؤخراً أ.د وزير الصحة والسكان رقم ٢٠٢ لسنة ٢٠٠٦ قراراً بتشكيل لجنة فنية استشارية للتمريض تتولى إعداد مشروع القانون، وبالفعل تم عقد عدة إجتماعات إنتهت بضرورة مساندته للخروج به من مجلس الوزراء لمجلس الشعب.

التمريض في المملكة العربية السعودية

أولاً: نبذة عن تاريخ التعليم التمريضي:

بدأ تعليم علوم التمريض بافتتاح مدرستي التمريض في المملكة العربية السعودية عام ١٣٨١هـ بإشراف منظمة الصحة العالمية ثم توالى بعد ذلك افتتاح أعداد أخرى من مدارس التمريض في بعض مناطق المملكة عام ١٤٠٠هـ. وبعد ذلك تقرر بواسطة الأمانة العامة للصحة لدول الخليج العربية قبول المستجدات بالشهادة الإعدادية وأن تحّول مدارس التمريض إلى معاهد صحية وارتفع عددها إلى أن بلغت (٤١) معهداً للبنات والبنين منتشرة في جميع أنحاء المملكة.

وأصبح الحصول على شهادة الكفاءة المتوسطة شرطاً أساسياً للالتحاق بالمعاهد الصحية ابتداءً من العام الدراسي ١٤٠٢هـ إلاّ أنه تلبية لرغبة وزراة الصحة في رفع كفاءة خريجي المعاهد الصحية تم رفع مستوى القبول في هذه المعاهد تمشياً مع الحركة العالمية لتطوير مهنة التمريض حيث ارتفع مستوى القبول بها إلى الثانوية العامة ابتداءً من عام ١٤١٣هـ.

وقد تم افتتاح ثلاث كليات صحية، وقد لوحظ خلال السنوات الماضية تزايد الإقبال عليها مما جعل وزارة الصحة تتخذ أسلوباً جديداً في قبول الطلاب والطالبات وذلك بالتركيز على نوعية ومستوى القدرات العلمية والذهنية ومهارات الفرد في اللغة الإنجليزية وبذلك زاد عدد الكليات في عام ١٤١٥هـ إلى ثمان كليات صحية، ولم يقف تطور التعليم في علوم التمريض إلى هذا الحد بل أن هناك جامعات منتشرة في المملكة تعطي مهنة التمريض وعلومها الأهتمام الأكبر لرفع مستوى الإعداد العلمي والعملي في هذا التخصص النادر و هناك ثلاث جامعات في كل من: الرياض، جدة والدمام تقدم درجة البكالوريوس في علوم التمريض، إلاّ أن قسم التمريض بكلية العلوم الطبية التطبيقية بجامعة الملك سعود قد قدم للتعليم الجامعي في مجال التمريض ما يساير احتياجات المجتمع في الحاضر والمستقبل وملائمته مع الاحتياجات المتغيرة للمجتمع. فقد أُنشأ قسم

الدراسات العليا لدرجة الماجستير في علوم التمريض وذلك لإعداد ممرضات متخصصات في مجالات التمريض الإكلينيكي وتأهيلهن للقيام بدور قيادي مبتكر في التطوير والتنفيذ الذي يشمل مجالات التدريس وإدارة الخدمات وهذا يؤدي إلى التغير المطلوب في نظام الرعاية الصحية بصورة فعالة وعلى الرغم من أهمية إعداد الممرض السعودي على مستوى البكالوريوس والماجستير إلا أنه حتى الآن لم يفتح قسم تمريض للرجال في أي الجامعات المذكورة سابقاً.

الجدير بالذكر أن احتياج المملكة إلى العاملين المتخصصين في مهنة التمريض يزداد يوماً بعد يوم أسوة بجميع التخصصات الصحية، لذ فإننا بحاجة ماسة لرفع مستوى القوى العاملة في هذا التخصص حتى يناط بهم مسؤولية الأدوار القيادية والتخصصات الإكلينيكية على مستوى متميز في تقديم الرعاية الصحية الشاملة. فقد حرصت وزارة الصحة على هذه الفئة المتخصصة في علوم التمريض وأوجدت بعض الفرص للإبتعاث الداخلي لهؤلاء الخريجين، ومما تحرص عليه أيضاً إيجاد الفرصة لوضع معايير ومواصفات مقننة وواضحة لقبول الطلاب والطالبات ثم تحسين أدائهم، وذلك برفع مستوى التدريب بعد التخرج حتى يتم صقل الخريج، وأيضاً التركيز على انتقاء هيئة التدريس والمدربين التي يكون على عاتقها العبء الكبير في رفع مستوى مهنة التمريض.

أما من الناحية الإدارية فقد كان وما يزال من أهم أهداف وزارة الصحة إعطاء مهنة التمريض وضعها المهني القانوني السليم أسوة بالدول المتقدمة في هذا المجال، من أجل رفع مكانة هذه المهنة في المجتمع الصحي السعودي. فكانت أول مبادرة في هذا الصدد أن أنشأت لجنة التمريض المركزية عام ١٤٠٨هـ وتحت إشراف مدير عام المستشفيات، والهدف الرئيسي من إنشائها هو تحسين جودة الرعاية في جميع المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية والتأهيلية في المملكة، وكذلك تمثيل مهنة التمريض على مستوى الوزارة حيث مركز القيادة والتوجيه.

ولقد انبثق عن هذه اللجنة اجماع على أنه من الضروري تجميع قدر كبير من المعلومات لدراسة وضع التمريض في جميع مناطق المملكة. وفي عام ١٤١٢هـ أجريت دراسة مقارنة لتحديد جودة الرعاية في مختلف المناطق وتم مقارنتها مع الدراسة التي سبق أن تمت عام ١٤٠٩هـ، وذلك بالإضافة إلى مسح تقييمي للاحتياجات البشرية والتطبيقية في مجال التمريض والذي نفذ تحت رعاية اللجنة السعودية الأمريكية المشتركة للتعاون الاقتصادي بطلب من وزارة الصحة.

حيث كان من ثمار هذه الدراسة استحداث شعبة التمريض في وزارة الصحة عام ١٤١٥هـ تتبع الإدارة العامة للمستشفيات، والتي تلقى الدعم من الجهاز التنفيذي بالوزارة وعلى رأسهم معالي وزير الصحة ووكيل الوزارة للشئون التنفيذية، وكذلك إلحاق نشاط التمريض ببرنامج اللجنة السعودية الأمريكية المشتركة للتعاون الاقتصادي، حيث وفر هذا البرنامج استشاريين في مجال التمريض لتدعيم الشعبة. ومن مهام شعبة التمريض

وضع معايير وأسس مهنة التمريض، وتطوير اللوائح والقوانين الخاصة بممارسة التمريض، ومن مهام هذه الشعبة أيضاً التخطيط المستقبلي للمهنة والارتقاء بخدمات التمريض في جميع المناطق، كما تقوم الشعبة بوضع الوصف الوظيفي لكل العاملين في مجال التمريض، وكذلك إعداد وتقييم بعض البرامج التدريبية، كما تم استقطاب بعض الكفاءات التمريضية السعودية للعمل بالشعبة للمشاركة في تأسيس وبناء هذه القاعدة الإدارية والمساهمة في التخطيط وكذلك الاستفادة من الخبرات الأجنبية الموجودة.

كما تعمل شعبة التمريض على التأثير على عملية استقدام العمالة التمريضية من خارج المملكة وذلك بوضع شروط للحد الأدنى للمؤهلات العلمية والعملية للممرضين الأجانب، وذلك لرفع مستوى الأداء وتقديم خدمة تمريضية أفضل للمواطن، وكذلك ليتسنى للممرضين السعوديين الاستفادة والتعلم من هذه الخبرات.

ويمكن القول أن مهنة التمريض تسترعي اهتمام المسؤولين في وزارة الصحة التي تدعم الكفاءات السعودية، وقد بدأت البوادر المثمرة تظهر بوجود مؤهلين سعوديين على مستوى عالٍ واثبتوا جدارتهم على الصعيدين الإكلينيكي والإداري. وأخيراً إذا أحصينا المساهمات والمجهودات التي قدمتها وزارة الصحة على جميع الأصعدة لرفع مستوى مهنة التمريض في بلادنا نرى أنه مازال هناك دور كبير يقع على عاتق الكادر التمريضي الوطني وذلك في مجال إثبات دورهم وكفائتهم في ممارسة المهنة بالإضافة إلى الاستمرار في الحماس الصادق لتطويرها، وإبراز دورها المتميز وتشجيع الشباب السعودي على الالتحاق بها. وذلك من خلال تقديم صورة مهنية راقية تثبت المساهمة الفعالة للممرض السعودي، والحاجة الماسة للخدمات التمريضية الوطنية من أجل خدمة الفرد والمجتمع. ولابد من أن نأخذ بعين الاعتبار أن ما تمر به مهنة التمريض في المملكة لا يختلف عما سبق أن مرت به هذه المهنة في الدول المتقدمة.

ثانياً :وضع التمريض :

أ- اعداد العاملين :

عدد الممرضين هو (٧٨٥٨٧) (٣٥,١%) منهم سعوديين وتبلغ نسبة الممرضين لكل (١٠٠٠٠) من السكان (١٨,٢) .

ب- التمريض والمرأة :

إحصائيات التعداد السكاني يعكس وجود ٣٨% من السكان تحت سنة ١٥ سنة وهم في حاجة إلى ممرضات نساء و ٥٠% من السكان ما فوق ١٥ سنة هم من النساء وهم في حاجة إلى ممرضات نساء.هذا يعنى أن

٧٠% من المجتمع في حاجة إلى تمريض نسائي، وإذا نظرنا إلى إحصائية أخرى لوجدنا أن نسبة النساء المتعلمات بالمملكة هي ٥٠% وان ١٠ % من هذه النسبة تعمل فقط.بناء على الحقائق السابقة فإننا نجد انفسنا أمام حقيقة واحده من اجل سعودة مهنة التمريض بالمملكة وهي العمل على زيادة عدد النساء المتعلمات وتذليل المعوقات للممرضات العاملات حتى نتمكن من سعودة هذه المهنة الضرورية، علما بأننا بحاجة إلى سعودة ٥٦ ألف وظيفة تمريض.

أسباب تدني نسبة السعوديين من الجنسين العاملين في التمريض:

أسباب قبل الالتحاق بالمهنة:

١. عدم معرفة العامة من المجتمع بدور التمريض في المجال الصحي وذلك لقلة برامج التوعية المتخصصة.
٢. عدم وجود إرشاد مهني للطالبات وطلاب المدارس الثانوية وتعريفهم بالأدوار المختلفة التي تقوم بها الممرضة أو الممرض في خدمة المجتمع ومستويات التعليم التمريضي المتاحة في المملكة والفرص الوظيفية المتوفرة للخريجين والخريجات
٣. النظرة الخاطئة لدى المجتمع عن مهنة التمريض وتمثيلها بالخادمة، أو وجود بعض الاعتقادات بأن فرص الزواج للممرضات أقل من غيرهن.
٤. تفضيل بعض المهن الأخرى مثل التدريس والطب والخدمة الاجتماعية على التمريض
٥. وجود اختلاف على عمل الممرضة ومدى اختلاطها بالرجال كعاملين ومرضى وهذا الاختلاف صادر من قبل رجال الدين والمجتمع.
٦. طبيعة عمل التمريض حيث أن الممرضة تتحمل عبء أكثر مما تتحمله الفتيات في وظائف أخرى بالنسبة لطول ساعات العمل والمناوبات والعمل أثناء الراحات الأسبوعية مما يتعارض والحياة الأسرية.

أسباب ما بعد الالتحاق بالمهنة:

تفقد المملكة (٥٠ %) من خريجي التمريض سنوياً للأسباب التالية:

١. تعدد مستويات التعليم في مجال التمريض وعدم وجود سبل تحقيق التدرج التعليمي حتى يتمكن الخريج من الانتقال من مرحلة إلى أخرى في التعليم.

٢. طبيعة العمل مثل الساعات الطويلة والمناوبات ومقارنته بالدخل المحدد للمهنة الذي يعتبر أقل بكثير من المهن الأخرى.
٣. عدم توافق بدلات العمل ومتطلبات العمل مثال أن يطلب من الخريج العمل ٤٨ ساعة في الأسبوع بزيادة قدرها (٣٠ %) عن ساعات العمل للمهن الأخرى ولكن يتقاضى فقط (٢٠ %) زيادة.
٤. مقارنة البدلات للتمريض بالمهن الأخرى الصحية نجد أن التمريض هي المهنة الوحيدة التي تتطلب تغطية ٢٤ ساعة بالمستشفى وتتقاضى أقل بدلات مقارنة بالصيادلة والأطباء.
٥. هيمنة العمالة الأجنبية في إدارة التمريض وعدم إعطاء فرصة للتمريض السعودي بالتدرج الوظيفي.
٦. عدم وجود هيئة عليا تعنى بقضايا التمريض والتنسيق بين المؤسسات الصحية المختلفة لدى المملكة جعل مهنة التمريض تعاني من نقص لوجود سياسات تضمن للمهنة إنشاء كيانها المهني.
٧. عدم توفر التعليم المستمر الذي يساعد على تنمية قدرات ومعلومات الخريجين.
٨. قلة دعم المسؤولين لمهنة التمريض وعدم تطبيق برنامج السعودة في المؤسسات الصحية المختلفة.
٩. عدم وجود القوانين التي تساعد المر أه للعمل مثال المواصلات / الروضات / الساعات المرنة.

ثالثاً : خدمات التمريض:

بلغ عدد المستشفيات (٢١٣) وعدد المراكز الصحية (١٨٤٨) ونسبة الاسرة لكل (١٠٠٠٠) من السكان هو (٠,٩٨) لكل سرير . سعت وزارة الصحة لتوفير الخدمات الصحية في حميع أنحاء المملكة فتطورت وزادت الحاجة إلى وجود القوى العاملة الوطنية في المجال الصحي ومن أهم هذه القوى العاملة الممرضين والممرضات السعوديين وبالتالي عملت وزارة الصحة على دعم هذه المهنة وإتاحة الوظائف العديدة لهم في جميع القطاعات الصحية، ومن الطبيعي أن تسعى الوزارة بتسخير إمكانياتها المتاحة لجذب وتوفير القوى العاملة السعودية في مهنة التمريض إذ أن من أساسيات الأمن الصحي وجود الأيدي الوطنية التي تقدم هذه المهنة.

وهناك تنسيق مستمر بين وزارة الصحة ووزارة الخدمة المدنية لتوفير وإتاحة الوظائف العديدة للتمريض السعودي. لتعيين الخبرات السعودية في العديد من مستشفيات ومراكز وزارة الصحة ومن نتائج هذا التعاون المستمر بين وزارة الصحة ووزراة الخدمة المدنية إيجاد نظام الكادر الصحي الجديد لتعيين العديد من الخبرات والكفاءات السعودية في المجال الصحي ومنها مهنة التمريض حيث وجد في هذا النظام عدة مراتب لتعيين التمريض السعودي، تبدأ من مسمى (أخصائي تمريض) لحملة الكالوريوس فما فوق ثم (فني تمريض) لخريجي الكليات الصحية والمعاهد الصحية ثم (مساعدي فني تمريض) للفئات الأقل. حيث يعتبر هذا دعم وحافز كبير من وزارتي الخدمة المدنية والصحة لتشجيع الكفاءات السعودية وزيادة الإقبال على الالتحاق بالمجال الصحي وبالذات التمريض.

ولا تزال الوزارة مستمرة في دعمها واهتمامها بالمجال التمريضي وذلك بسعيها الحثيث لتطوير مهنة التمريض، فتم إيجاد الأقسام العديدة للتعليم والتدريب المستمر في مختلف المستشفيات في وزارة الصحة لتقديم البرامج والدورات التعليمية والتدريبية للقوى العاملة في التمريض لرفع وزيادة مستوى كفائتها وخبراتها العلمية والإكلينيكية.

وكذلك دعم ورعاية وزارة الصحة لعقد العديد من الندوات العلمية في جميع أنحاء المملكة في النواحي الصحية المختلفة وبالتعاون مع القطاعات الصحية الأخرى بتنظيم الندوات العلمية والإكلينيكية ودعوة الخبراء العالميين والمحليين لحضورها والمشاركة فيها وإلقاء المحاضرات، وتشجيعها أيضاً للكفاءات السعودية للمشاركة والحضور والتنظيم والإعداد لهذه الندوات بالإضافة لمختلف الأنشطة العلمية جنباً إلى جنب مع الخبرات العالمية الأجنبية، إذ تم تكليف العديد من الكفاءات السعودية للمشاركة في مثل هذه الندوات على مستوى منطقة الخليج.

إدارة التمريض بالمملكة العربية السعودية:

يعتبرمكتب الإشراف التمريضي بجدة والذي تم إنشاءه عام ١٤١١هـ نواة إدارات التمريض على مستوى المناطق، ويعتبر المؤسسة الأولى حيث إرتأت الوزارة بعدها ضرورة إنشاء شعبة في الوزارة تعنى بشؤون التمريض وجدوى هذا المكتب ومدى تأثيره على مستوى التمريض، وعليه يرجع الفضل إلى صحة جدة أولاً

في فتح هذه الإدارة والتي حظيت تبعاً بخدمة جميع مناطق المملكة في هذه الخطوة والتي أثبتت مدى الحاجة لإنشاء جهة تعنى بهذا الاتجاه في وزراة الصحة.

لقد تم تطوير مكتب الإشراف التمريضي بصحة جدة عام ١٤١٥هـ ليصبح إدارة تمريض بمديرية الشؤون الصحية بمنطقة جدة لمواكبة التطور مع بقية الإدارات ويتوسع في أنشطته، تقوم هذه الإدارة بعدة أعمال أهمها:

١) النواحي التعليمية:

لقد أخذت هذه الإدارة على عاتقها مسؤولية التعليم والتدريب لفئة التمريض لمعرفتها من خلال اتصالاتها واجتماعاتها برئيسات التمريض بأماكن الضعف في التخصصات التمريضية والتي تحتاج إلى رفع كفاءة ومهارة التمريض بها وعلى هذا الأساس فقد قامت هذه الإدارة بإجراء الخطوات التالية:

شجعت على عمل أقسام تعليمية تمريضية في جميع القطاعات الصحية على مستوى المحافظة واستطاعت بالتنسيق مع هذه القطاعات في أن يعمل بها كفاءات عالية وجديرة بالتعليم والتدريب.

خلق جو من التعاون بين العاملين في الأقسام التعليمية التمريضية في القطاعات الصحية الحكومية وبين القطاعات الصحية الأخرى الأهلية واصبح مبدأ تبادل الخبرات والمعلومات شيء أساسي لتعم الفائدة على النطاق الحكومي والنطاق الأهلي.

تتم هذه الدورات على مستوى عالي جداً، فهناك دورات شارك فيها محاضرين من الوزارة بالرياض ومن مختلف مناطق المملكة.يضمن النجاح لهذه الدورات من خلال التخطيط السليم والاتصال المباشر مع رئيسات التمريض والمتابعة من خلال الإشراف المباشر أثناء سير هذه الدورات.

كل هذه الدورات لا يتم عمل أي خطوة منها إلا بموافقة مدير الشؤون الصحية، ويتم تزويد إدارة التدريب والتعليم بجميع ما يختص بعمل الدورات.

إدارة التمريض أخذت مسؤولية التدريب والتعليم كي يتسنى لها الاتصال برئيسات التمريض من ناحية الترشيح أولاً واختيار المرشح المناسب من خلال التنسيق معهم هاتفياً.

٢) النواحي الإدارية:

تقوم الإدارة بعمل اجتماعات دورية مع رئيسات التمريض بالقطاعات الصحية لتبادل الآراء فيما يعود بالنفع على هيئة التمريض أولاً وعلى المريض ثانياً من خلال تبادل الخبرات والمشورات في اختيار الحل الأمثل للعوائق والمشكلات.

تقوم الإدارة بتقديم المشورات لإدارات التمريض في مناطق المملكة، وأيضاً المشورة لشعبة التمريض بالوزارة من خلال الرصيد الجيد بخبرة المسؤولين بالإدارة.

تقوم الإدارة بتقييم الممرضيين والممرضات الراغبين في العمل في هذه المهنة من سعوديين ومتعاقدين.

تقوم الإدارة بتوزيع هيئة التمريض لجميع القطاعات الصحية على ضوء الإحصائية الشهرية التي ترد للقسم في نهاية كل شهر وحسب الاحتياجات الفعلية للجهات.

تقوم الإدارة بزيارات ميدانية دورية وأحياناً مفاجئة لبعض القطاعات الصحية وذلك للرفع من مستوى تقديم الخدمة من خلال متابعة فئة التمريض وإرشادهم عن قرب، إضافة إلى الاستماع إلى آرائهم ومحاولة تلبية رغباتهم في حدود الإمكانيات المتاحة.

تقوم الإدارة بمقابلة ضيوف الوزارة وعادةً ما تقوم الوزارة بتوجيه مثل هؤلاء الضيوف إلى صحة جدة لمقابلة مدير الإدارة للمشورة فيما يخص التمريض من خلال موضوعين هامين هما:

وجود كفاءة مؤهلة تأهيلاً عالياً تستطيع تقديم صورة مشرفة للتمريض السعودي تعكس الوجه الحضاري لما وصلت إليه هذه البلاد في التعليم بمختلف التخصصات.

الرصيد الجيد من الخبرة والإدارة كونها أقدم إدارة معينة بالتمريض على مستوى الوزارة يستطيع أن يعطي معلومات كافية وافية، ووجود صروح مميزة في هذه المحافظة يعكس أيضاً الوجه الحضاري من خلال هذه المنشئات.

تشارك الإدارة في الندوات الداخلية والخارجية بالإعداد والتنفيذ تارة، وبالحضور والمشاركة تارة أخرى. حيث قامت الإدارة بعقد خمس ندوات على مستوى الوزارة وكانت تستضيف أساتذة كبار من جامعاتنا وضيوف مشاركين من جميع مناطق المملكة مما وضع صحة جدة في المقام الأول على مستوى الوزارة في مثل هذه الأنشطة التمريضية إضافة إلى عمل ورش عمل يحضرها وكلاء الوزارة حسب السنين التي أقيمت فيها.

تتمتع مديرة الإدارة بعلاقات جيدة تكونت معها مع مرور السنين من الاجتماعات العلمية والعملية، كونت علاقة جيدة على مستوى دول الخليج و في العالم العربي وأصبح هذه المكتب منارة تضيء في سماء هذا الوطن.

يقوم المكتب بأدوار للمجتمع من خلال إعطاء دورات في الإسعافات الأولية والتثقيف الصحي في الجمعيات الخيرية وفي المدارس ومتى رأت ضرورة الاحتياج لمثل هذه الدورات.

تبنى مكتب الإشراف التمريضي أسابيع التمريض العالمية وأصبح ذا صدى واسع على مستوى الوزارة وأصبحت تسأل عن ماذا سيتم عمله في صحة جدة كون التميز في إبراز هذا الأسبوع ينبع من إدارة التمريض بصحة جدة.

حيث أن الهدف من هذه الأسابيع تغيير النظرة الدونية لفئة التمريض وممارسة هذه المهنة حيث بدأت هذه النظرة فعلياً في الاختفاء، إضافة إلى تناولها في بعض فقراته التثقيف الصحي وزرع روح التنافس بين أعضاء التمريض من خلال التكريم والإشادة بهم ومما يزيد أهمية هذا الأسبوع الكم الإعلامي الهائل

لنشاطات هذا الأسبوع بجميع قنواته والذي تلعب إدارة التمريض دوراً كبيراً في تزويد الإعلام بهذه النشاطات ودعوتهم والالتقاء بهم.

التمريض جمهورية في سوريا

أولاً : نشأة وتطور المهنة:

بدأ التمريض والقبالة في الأديرة على أيدي الراهبات الفرنسيسكانيات حيث كانت الفتيات السوريات يتلقين المعلومات النظرية منهن .كما حرصت القابلات والممرضات على تعريف الامهات بطبيعة عملهن فكن يحملن الحقيبة ويذهبن الى الارياف البعيد ويحاضرن هناك للدايات عن اصول التعقيم والتنظيف ومدى فائدته ويقدمن النصائح والارشاد عن الغذاء والعناية باللباس وصحة الحامل والامهات والاطفال .

تأسيس النقابة:

في عام ١٩٥٠ سعت الممرضات لتكريس يوم ليكون عيدا لهن فقمن بمناشدة رئيس الحكومة وفعلا اتخذ قرارا بأن يكون اليوم الاول من شهر كانون الاول من كل عام عيدا للممرضة العربية السورية .

في عام ١٩٥٢صدر قانون اطباء سوريا الصادر بمرسوم تشريعي والمتضمن بموجب المادة (٦٠) منه تأسيس نقابة خاصة للقابلات والممرضات المجازات في سوريا ، ١٩٥٢ تم انشاء مقر للنقابة ، في ١٩٧٦ صدر قرار تنظيمي رقم ١٩/ت عن وزارة الصحة قضى باستحداث شعبة باسم "شعبة شؤون التمريض" في دائرة المعاهد والابحاث في الادراة المركزية التابعة لوزارة الصحة بعد ان كانت ترتبط من النواحي الادارية والفنية والمالية بمديريات الصحة في المحافظات المختلفة .

ثانياً : الوضع الصحي في سوريا للعام ٢٠٠٤:

إن حق المواطن في الحصول على الرعاية الصحية أصبح احد دعائم المجتمع الرئيسية، وأساسا هاما لاستقراره ورضاه.وإن حق المواطنين في الحصول على الرعاية الصحية المناسبة يجب أن يعتمد على احتياجاتهم وليس على قدرتهم على تسديد تكاليف هذه الرعاية.تقاس الخدمة الصحية طبقا لرؤية منظمة الصحة العالمية بواسطة مؤشرات نواتج فعلية ترتكز إلى تنظيم يجمعها في ثمان مجموعات:

- **المجموعة الأولى** : تتعلق بالتوجهات السياسية للنظام الصحي، وهي ترتبط بالأهداف القومية السكانية المتعلقة بالخصوبة والزيادة السكانية.
- **المجموعة الثانية** : وتتعلق بالتوجهات الاقتصادية والاجتماعية والسكانية والتغذية .

- **المجموعة الثالثة** : تتعلق بالصحة والبيئة
- **المجموعة الرابعة** :تتعلق بالموارد الصحية سواء البشرية أو المالية أو البنية التحتية للمنظمات والوحدات ، وتوفير قوائم الأدوية الأساسية .
- **المجموعة الخامسة**: تتعلق بنمو النظام الصحي وتطوره. وترتبط بالسياسات الإستراتيجية ، والتعاون بين القطاعات الصحية ، ونظم المعلومات الصحية ، والاستعدادات للطوراىء ، والأبحاث الطبية والتكنولوجية .
- **المجموعة السادسة**:وتختص بقراءة الخدمات الصحية الناتجة من النظام المطبق فيما يتعلق بالتعليم الصحي، والثقافة الصحية، ورعاية الأمهات والحوامل والأطفال، وبرامج التطعيم والتحصين، والوقاية والتحكم في الأمراض المتوطنة، وعلاج الأمراض الشائعة والحوادث.
- **المجموعة السابعة** : مؤشرات تتعلق بالموقف الصحي القائم، من ناحية معدل الإصابة بالأمراض واتجاه الوفيات ومسبباتها ومعدلاتها.
- **المجموعة الثامنة** :وتدور حول مؤشرات النظرة المستقبلية ، والاستراتيجيات الصحية المقترحة.

تحليل الواقع الحالي:

لقد حققت سورية نجاحا ملموسا في تحسين أوضاع الصحة العامة للمواطنين ولوحظ زيادة عدد المستشفيات وزيادة عدد الأسرة المتاحة للمواطنين وزيادة عدد الاطباء والعاملين في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية ، وعلاج عدد كبير من من المواطنين على نفقة الدولة .

كما لوحظ هناك تقدماً في مجال الرعاية الصحية الأولية، وفي برامج التطعيم والتلقيح، وفي برامج رعاية الحوامل والأطفال.

يقدم الخدمات الطبية كل من القطاع العام (وزارة الصحة – وزارة الدفاع – وزارة التعليم العالي) والقطاع الخاص، ويوجد تداخلات كبيرة بين القطاعين لان كل العاملين في القطاع العام يعملون في القطاع الخاص.

يغطي القطاع العام بالمشافي المحافظات وبعض المدن الكبيرة وبالمراكز الصحية والمستوصفات المدن الصغيرة والقرى.

مشاكل الصحة:

آ- من وجهة نظر المريض:

١. ضعف المعلومات لديه عن النظام والبدائل والخيارات.
٢. عدم الرضى.
٣. عدم القناعة بالعلاج الحكومي المجاني.
٤. العلاج الحكومي أصبح مكلفا (شراء مستلزمات وأدوية).
٥. المعاملة السيئة التي يلقاها المرضى في المشافي الحكومية .
٦. عدم إمكانية إجراء العمليات الكبيرة إلا بعد الانتظار عدة أشهر وقد لاتسمح حالة المريض بالانتظار وهذا يعرض المريض إلى خيارات صعبة (بيع كل مايملك من اجل اللجوء إلى القطاع الخاص – الابتزاز من قبل العناصر في القطاع الحكومي لتقريب دوره بالعمل الجراحي – الانتظار والتعرض لخطر الموت أو تفاقم المرض خلال ذلك)
٧. عدم المقدرة رغم الرغبة في الحصول على خدمة القطاع الخاص.
٨. غياب نظام تأمين صحي حتى بالنسبة لموظفي الدولة يوجد في بعضها نظام تامين صحي جزئي تغطيه النقابات أو رب العمل (الدولة) يغطي جزء بسيط من تكاليف العلاج ، وجزء كبير من موظفي الدولة بدون تأمين صحي (مثلا موظفي وزارة الصحة) ، ناهيك عن غالبية الناس الذين هم غير موظفين لايوجد لديهم أي شكل من أشكال التامين الصحي .

ب – من وجهة نظر العاملين في الخدمات الطبية:

١. السلبية وأداء الحد الادني (على قد الراتب).
٢. عدم الرضى عن الدخل (وزيادة الدخل بالعمل بالقطاع الخاص).
٣. المحسوبية والتوصيات.

ج – مهنيا:

١. ضعف النظام وتجزئته : كإدارة وأداء وتمويل – دمج العمل بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص – هجرة العقول إلى الخارج – تكدس العمالة الزائدة التمريضية في المراكز الصحية ونقصها في بعض المشافي – الهدر وسوء الاستخدام للأجهزة والسمسرة والتلاعب بالنوعيات والأسعار عند شرائها.
٢. النمو والتنمية محدود وغياب البحث العلمي أو محدودية في الجامعات.

٣. انخفاض مستوى الأداء لدى جزء كبير من الأطباء لقصور في التدريب المستمر ولوجود عدد كبير من الشهادات العلمية الوهمية في المجال الطبي (من روسيا و أرمينيا وأوكرانيا) في مجال الطب والصيدلة ، والطرق المشبوهة عند تعديل هذه الشهادات ، والاستثناءات في دخول كليات الطب والصيدلة وطب الأسنان في سورية، انخفاض المستوى التقني والعلمي عند معظم العناصر التمريضية.ولذلك يلاحظ زيادة في الكم بدون التحسن في الكيف .
٤. عدم تفرغ الأطباء في القطاع الحكومي أدى إلى قصور الأداء والمتابعة والاعتماد على الأطباء المتدربين والمقيمين .
٥. مراكز الإعمال الجراحية الكبيرة (القلب المفتوح وجراحة الدماغ والأعصاب وجراحة الأورام ... الخ) ومركز الطب النووي والمعالجة الكيميائية للسرطان غير قادرة على سد احتياجات المرضى الوافدين وهذا يؤدي لنتائج تنعكس في النهاية على حسن الأداء .

د- الصناعات الدوائية :

- صناعه تحويلية تعتمد على استيراد المواد الأولية من الخارج، ولا تعتمد على التصنيع الفعلي للدواء.
- معظم الأحيان يتجه المنتجون إلى استيراد المواد الأولية من الهند والباكستان لرخص ثمنها رغم انخفاض المادة الفعالة فيها وبما لا يتطابق مع المواصفات الدوائية المحددة في الترخيص.
- إنتاج الأنواع المتشابهة من الشركات المختلفة لوجود ربح أكثر فيها والابتعاد عن كثير من الأدوية اللازمة ويغطي هذا المجال الاستيراد أو التهريب.
- يلاحظ عدم وجود رقابة دوائية جدية على الصناعات الدوائية في القطر .

هـ- القطاع الخاص:

ويغطي القطاع الخاص الجزء الأكبر في تقديم الخدمات الصحية سواء في العيادات الخاصة أو المشافي الخاصة.

- معظم المشافي الخاصة صغيرة وتفتقر لمقومات المشافي من حيث التجيهزات والشروط الفنية ويستثنى بعض المشافي في المحافظات الكبيرة .
- الأسعار الخيالية في المشافي الكبيرة .

- عدم وجود رقابة صحيحة على المشافي الخاصة من قبل وزارة الصحة .

٢- إصلاح الوضع الصحي في سورية:

أسس إصلاح الرعاية الصحية

- العمومية: أي يحصل الجميع على نفس الخدمات الصحية.
- الجودة.
- العدالة: أي توزع تكلفة الخدمات الصحية على المواطنين بعدالة ولا يحرم منها من ليس له القدرة على سداد تكلفتها.
- الفعالية: أي أن يتم تقديم أعلى جودة بأنسب كلفة.

العناصر الأساسية للإصلاح:

- تحديد مجموعات الخدمات الصحية الواجب توفرها لكل مواطن ومعايير قياس جودتها .
- تحديد الموارد المالية التي تتضمن تقديم الخدمة بجودة عالية، سواء كانت الموارد حكومية أم غير حكومية.
- استخدام طرق جديدة لتنظيم تمويل الخدمات الصحية من الموارد المتاحة.

الإستراتيجية المقترحة لإصلاح النظام الصحي في سورية:

١) **التأمين الصحي الاجتماعي** الشامل المساند حكوميا هو الشكل الأساسي لتمويل الخدمات الصحية.

- التوسع التدريجي لنظام التأمين الصحي
- يخضع تمويل مؤسسات التامين الصحي لإشراف الدولة المباشر.
- إتاحة الاختيارات أمام المواطن على مستوى جهة التامين أو مستوى مقدم الخدمة وهذا يؤدي إلى تنافس المؤسسات المختلفة لاجتذابه سواء كانت حكومية أم أهلية .
- اللامركزية في التامين الصحي

٢) المشافي الحكومية :

- تفريغ العاملين فيها
- شملها بوحدات التامين الصحي بالنسبة للتمويل والمراقبة
- كل مشفى وحدة مستقلة وإدارة بأسلوب شركات القطاع الخاص مع حسابات الربح والخسارة (ملكية حكومية وادراة رأسمالية)
- توزيع نسبة من الأرباح على العاملين ، وترك الخيار للمرضى لتحديد الطبيب المعالج لزيادة التنافس والاهتمام بالمريض.
- الإسراع بفتح المشافي قيد الانجاز في القطر
- فتح مراكز معالجة وجراحة الأورام والطب النووي في كل المحافظات الكبيرة.

٣) تحديث وتطوير الصناعات الدوائية.

٤) تحسين الأداء الطبي بوقف قبول الشهادات الوهمية وتحديد الجامعات المعترف بها وإعادة تأهيل العناصر الطبية المرخصة سابقا ، والتأهيل والتدريب للكل بشكل صحيح.

٥) المشافي الخاصة :

- إعادة النظر بنظام المشافي في وزارة الصحة.
- إعادة تقيم المشافي القديمة والإغلاق التدريجي للمشافي الغير مطابقة وتحويلها لمراكز طبية أو عيادات.
- ضبط أسعار المشافي الخاصة بشكل مناسب.
- ربط المشافي والعيادات الخاصة بنظام التامين الصحي المقترح.

أزمات صحية غير معالجة بشكل صحيح:

- المخدرات: يلاحظ تسارع في انتشار المخدرات في سورية ولم يلاحظ مواجهه فعالة تناسب المشكلة سواء من ناحية المكافحة أو نشر الوعي بين الشباب.

- مرض الايدز : لا يوجد وضوح أو شفافية في التعامل مع ملف الايدز ، حيث لايتم الإبلاغ عن جميع الحالات أو متابعتها
-

ثالثاً: التعليم التمريضي في سوريا :

المدارس :

هناك (١٤) مدرسة تمريضية حيث تم تأهيل الممرضين على مستوى الدبلوم بالدرجة الاولى وفي عام ١٩٩٧ اصبحت الثانوية (١٢ سنة) متطلبا للالتحاق في هذه المدارس.وحديثا تم فتح مدرسة لتخصصات التمريض (صحة المجتمع والاطفال والرعاية الحثيثة) في اطار التعاون الايطالي السوري.

كلية التمريض :

يوجد كلية تمريض جامعية واحدة تمنح البكالوريوس في التمريض. ومعظم خريجي مدارس التمريض هم ممن اكملوا المتوسطة في التعليم الاساسي(٩ سنوات).

تم اصدار القرار رقم ٧٠ تاريخ ٢٦-٩-٢٠٠٦والذي يهدف الى :

١. اعداد المتخصصين في مختلف فروع التمريض وتأهيلهم وتزويدهم بمستوى عال من المعرفة والمهارات التمريضية بما يواكب التقدم العلمي والحضارة العالمية
٢. اعداد الاطر التمريضية القادرة على المساهمة في الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية والتأهيلية) .
٣. الاسهام في تطوير الرعاية الصحية من خلال تطوير المهارات التمريضية والاسهام في حل المشاكل الصحية والتمريضية في الجمهورية العربية السورية .
٤. الاسهام في الدراسات العليا والبحث العلمي والتعليم واصول التدريس ووسائلها واساليبها ضمن اختصاصات الكلية بما في ذلك وضع المؤلفات العلمية وتطويرها وترجمتها
٥. الاسهام في دورات التأهيل والتعليم المستمر.
٦. اعداد الاطر التدريسية والادارية لمختلف مدارس التمريض والمشافي في الجمهورية العربية السورية

أما الأقسام في جامعة تشرين من الأقسام الآتية :

١- ١ – قسم تمريض البالغين (باطني وجراحي)
٢- قسم تمريض الأطفال
٣- قسم تمريض الولادة وأمراض النساء
٤- قسم التمريض النفسي والصحة النفسية
٥- قسم تمريض الحالات الحرجة
٦- قسم تمريض ص**حة المجتمع**
٧- قسم الادارة في التمريض

يتم التعليم من قبل الآطباء ويديرالاطباء ١٢ من ١٤ مدرسة مدرسة من مدارس وزارة الصحة كما يتبين ان نوعية الخريجيين غير مرضية وخاصة في برنامج البكالوريوس .

رابعاً: الممارسة التمريضية

الخدمات التمريضية غير مواكبة للتطورات الحديثة وتركز على عمل تقني تحت اوامر وتوجيه الاطباء ولا يوجد اية سيطرة اوضبط من قبل الممرضين على مجالات عملهم ولا يتم الاستثمار في برامج التطوير والتعليم المستمر. وهناك محاولات غير منظمة لتطوير جودة الخدمات التمريضية في اربع مستشفيات ضمن مشروع مدعوم من قبل جامعة اغا خان.

أعداد العاملين في قطاع التعليم حسب احصائيات وزارة الصحة :

هناك تطور ملحوظ على اعداد التمريض منذ عام ٢٠٠٠ حيث بلغ عدد الممرضين (٢٧١٦٤) وفي عام ٢٠٠٣ (٢٧٠٤٥) في عام ٢٠٠٤ اصبح العدد (٢٨٦٦٥) بينما عدد السكان في عام ٢٠٠٠ (١٦٣٢٠ ألف نسمة) وفي عام ٢٠٠٣ (١٧٥٥٠ ألف نسمة)

خامساً : التشريعات في سوريا :

يتبين أن من أهم اولويات سوريا هو إعادة هيكلة القوانين والانظمة في الصحة التي تحكم المهن الصحية المختلفة ومنها التمريض حيث ان معظم القوانين النافذة قديمة، ومجزأة من عام ١٩٧٠ وتبين عدم جدواها

في التصدي للقضايا الحديثة في النظم الصحية، كذلك لمحاولات تحقيق المعايير التي تم تبنيها عالميا في معظم دول الجوار.

ان أهم المنجزات التي تحققت في هذه المهمة هو مشروع لقانون التمريض الذي يتم بموجبه تكوين المجلس التمريضي من اجل تنظيم تعليم وممارسة التمريض. في حال اقراره وتطبيقه سيكون اساسا لاجراء التطوير والتغيير المطلوب.أما اعضاء الهيئة التدريسية فقد كان عددهم(٤٠) كما كان عدد اعضاء الكادر الفني القائم بالتدريب العلمي للطلبة حوالي (٣٠) وفي ١٩٩٢ أعيد افتتاح الكلية في جامعة بغداد اما الاقبال على دراسة التمريض فضعيف جداً والنظرة الاجتماعية للعاملين في حقل التمريض تحتاج الى تطور كبير .نسبة الطلبة الاناث الى الذكور في الكلية هي ٢٥%.

التمريض في الكويت

أولا :نبذة عامة :

بلغ عدد السكان في الكويت ٢٨٦٦٨٨٨ منهم (٣٤% كويتي و٦٦% غير كويتي ،معدل المواليد (١٧,٨) نسبة الوفيات (١,٧)،عدد مراكز الرعاية الصحية الاولية (٧٨)،عدد المستشفيات الحكومية (١٤)،عدد المراكز الصحية (٩٥)،عدد المستشفيات الخاصة (٨)،عدد المستشفيات العسكرية (١)

في عام ١٩٦٢ قرار انشاء مدرسة للتمريض والتحقت بالمعهد (٧) طالبات كويتيات و (٧) طالبات غير كويتيات من الحاصلات على الشهادة المتوسطة في مطلع العام الدراسي وكانت مسألة استمرارهن في الدراسة امراً صعباً ،ونظراً للضغوط الاجتماعية التي تعرضن لها الاان الادارة بذلت جهودا اعلامية ضخمة للإحتفاظ بالطالبات والاهتمام بهن واستمر يتقدم تدريجيا حتى وصل عدد الطالبات فيه الى (٣٥٠) طالبة عام ١٩٧٨.

مدرسة مساعدات التمريض بالكويت :

أنشئت هذه المدرسة سنة ١٩٦٤ تحت إشراف وزارة الصحة ،وذلك لإعداد مساعدات الممرضات للقيام بالاعمال غير الفنية في التمريض ومن الشروط ان تكون حاصلة على الشهادة الابتدائية أي ان تكون اتمت بنجاح الصف الثاني المتوسط (ست سنوات دارسية)وفي عام ١٩٧٠ اصبحت الدرسة لمدة سنتين تحصل بعدها الطالبة على شهادة مساعدة ممرضة .

المعهد الصحي :

انشئ في عام ١٩٧٤ تحت اشراف وزارة التربية والتعليم من اجل تخريج مشرفات صحيات بمدارس وزارة التربية والتحقت الدفعة الاولى حوالي (١١٠) طالبة ويقبل المعهد الحاصلات على شهادة الثانوية العامة القسم العلمي والادبي اما مدة الدراسة عامين وقد بلغ عدد خريجات هذا المعهد لغاية ١٩٧٧-١٩٧٨ ما مجموعه (٧٧) مشرفة صحية .

ثانياً : محور التعليم التمريضي :

أ- عداد الطلاب حالياً

- للبكالوريوس(٧٩)
- تمريض مشارك (٣٥١)
- توجيهي او ثانوية عامة (٣٣١)

ب- كليات التمريض :

يوجد في الكويت كلية واحدة للتمريض تتبع التعليم التطبيقي إلا أن مخرجاتها محدودة للغاية (جريدة الوطن نشر بتاريخ (٢٠٠٦/٥/١٧))

ج- الهيئة التدريسية :

هنالك نقص في الهيئة التدريسية حيث أن (٦%) إجمالي نسبة العمالة الوطنية في الهيئة التمريضية في الكويت ولحل هذه المشكلة تم رصد (٥٠٠) درجة لابتعاث ممرضين وممرضات للدراسة في الخارج على مدى ٥ سنوات منذ عام (٢٠٠٥) (جريدة الوطن نشر بتاريخ (٢٠٠٦/٥/١٧))

ثالثاً : الممارسة التمريضية

أ- أعداد العاملين في المهنة

عدد الممرضين في وزارة الصحية الكويتية (١٠٥٦٩) (١٠%) كويتين و(٩٠) غير كويتين ونسبة الاناث (٨٢%) والذكور (٣٢%) وعدد العمالة التمريضية الوطنية(٣٢) كما ان نسبة التمريض للسكان (٥٥) لكل (١٠,٠٠٠) ونسبة التمريض للأسرة (١٠)من الأسرة

ب- اما بالنسبة للمؤهلات العلمية لممرضين

- ٠,٠٥% دكتوراه
- ٠,١٤ ماجستير
- ٤٨,٨% تمريض مشارك
- ٢٤,٥% ثانوية عامة او توجيهي
- ٠,٣١% ممرضه عاملة خريج معهد (١٨) شهر
- ٣,٣ ممرضة مساعده خريج معهد (٦) اشهر و ممارس

كما ان توزيع التمريض حسب الممارسة

- ٧٨% في المستشفيات
- صحة المجتمع (١٦,٦%)
- (٥%) القطاع العام
- ٠,٠٢% في العناية المنزلية
- (٠,٧%) المراكز القيادية
- (٢١,٨) القطاع الخاص
-

ج- الحوافز المادية والمعنوية للقطاع التمريضي:

هنالك تدني في مستوى الرواتب (المصدر جريدة القدس .حسب شكوى قامت بها جمعية التمريض لوزراة الصحة نشر بتاريخ (٢٠٠٦/٩/٣٠))

د- نظام الأوصاف الوظيفية :

ان بعض المشاكل التي تسبب عزوفا نحو الانخراط في تلك المهنة هي عدم وجود توصفيات وظيفية للممرضات (جريدة الوطن نشر بتاريخ ٢٠٠٥/٥/١٥)

١. ملخص القضايا التي يعاني منها التمريض (المصدر جريدة القدس .حسب شكوى قامت بها جمعيةالتمريض لوزارة الصحة نشر بتاريخ ٢٠٠٦/٩/٣٠

- تدني الرواتب، وغياب كادر وظيفي خاص بالمهنة.
- طول فترة الدوامات، وعدم تناسبها مع قرارات الخدمة المدنية حيث أن دوام الممرضة في شهر رمضان لا يختلف عن الايام العادية (٨ صباحا لغاية ٢ بعد الظهر).
- يخضع نظام الترقية لأهواء ادارة التمريض التي تفتقر حتى الان الى مديرة بالاصالة.
- عدم وجود برنامج التعليم المستمر وهيئة تتابع ذلك كما هو في معهد الكويت للاختصاصات الطبية.

اثر هجرات الكادر التمريضي على البلاد:

١- نقص الممرضين
٢- تدني مستوى نوعية الخدمة المقدمة
٣- نقص في الممرضين من ذوي الخبرة
٤- زيادة الاخطاء في الممارسة التمريضية
٥- الزيادة في أعداد الوظائف الإدارية

العمالة الوافدة :

١- مشكلة اللغة .
٢- زيادة تكاليف التوظيف
٣- زيادة المتطلبات للتدريب
٤- نقص الخبرات نتيجة زيادة الكوادر الجديدة
٥- عدم ضمان جودة أداء العمالة الوافدة .

التوجهات المستقبلية :

وضعت الحكومة الكويتية ضمن برنامجها نصب عينها للسنوات ٢٠٠٦ الى ٢٠١٠ من بينها تطوير الاداء الفني وبرامج التعليم المستمر لكل التخصصات الطبية والتمريضية والفنية وتفعيل اتفاقيات وبروتوكولات التعاون الصحي مع المستشفيات والمراكز العالمية والاستفادة منها لتطوير الاداء التمريضي وتنظيم برامج التعليم المستمر والتدريب وتطوير الادارة في قطاع الخدمات التمريضية.

التمريض في الصومال

أولاً :نبذة عامة :

يوجد مدرسة واحدة للتمريض انشئت سنة ١٩٦٥ وتقبل فيها الطالبة الحاصلة على الشهادة الاعدادية ومدة الدراسة سنتان ، كما توجد مدرسة مساعدات ممرضات واحدة تتعلم الطالبة فيها التمريض البسيط لمدة ستة شهور ، ويشرف عل الدراسة مدرسات اجنبيات من هيئة الصحة العالمية حيث لا توجد فيها اخصائيات وطنيات للتمريض سوى واحده وتعتبر خبيرة في فن التمريض نظرا لاتمامها لدراستها في الخارج ولتحملها عبء التمريض عامة في الصومال كما يبلغ عدد المستشفيات (١٤) ويبلغ عدد الممرضات (٢٥٠٠)ممرضة ولا يوجد نقابة للممرضات .

ثانياً : وضع التمريض والقبالة الحالي :

تأثرت مهنة التمريض والقبالة بالاحداث خلال ١٨ سنة الماضيه من عزلة ونزاعات طائفية .الحاجة للخدمات التمريضية والقبالة اندثرت، خدمات التمريض والقبالة لم تعد تقدم الرعاية التمريضية المطلوبة ولا المتوقعة حالياً في النظام الرعاية الصحية .

ثالثاً :المدارس التمريضية في الصومال .

هنالك سبع مدارس عامة للتمريض وهي مؤسسة هارجيزا للعلوم الصحية ومدرسة بورا للتمريض ومدرسة مقديشو للتمريض التابعة لجامعة مقديشو الخاصة ومدرسة SOS للتمريض والتي تمول من قبل SOSالعالمي ومؤسسة التعليم العالي التمريضي .

مدرسة بوساسوBosassoNursing School ومدرسة غاروي Garowe nursing school

وثلاث مدارس خاصة وهي مدرسة حياد Hayad nursing school•ومدرسة مقديشو ومدرسة اندا •Edna nursing school

رابعاً :النظام الصحي في الصومال

كان جل اهتمام منظمات الصحية العالمية خلال الخمس اعوام الماضية حول انعاش مهنة التمريض والقبالة ودعمها في تحسين نوعية الرعاية التمريضية المقدمة للمجتمع وفي عام ٢٠٠٢ تم وضع استرايتجية حول تطوير التمريض والقبالة في مجالات التعليم وقد تم وضع الخطط التشريعية وتطوير القيادات

التمريضية كما تم التعاون مع منظمة الصحة العالمية لمراجعة المناهج واساليب التدريب الارشادي في حقل التمريض والقبالة واجراء التعديلات الازمة للمناهج، ولتطبيق هذه الاستراتيجية التي تعتمد بالاساس على قرار من قبل واضعي السياسات بحاجة تزويد النظام الصحي بممرضين مؤهلين .وقد بلغ عدد المستشفيات (٦٠) ، و التمريض (٨١٣) وعدد القابلات (٢٦٨) يزيد عمر القابلات عن اربعين كما ان نسبة التمريض والقبالة لكل (١٠٠٠٠) من السكان (٢)

الاهداف الاستراتيجة :

- تأهيل اختصاصيي الممرضين والقابلات علمياً و ربط الفرضيات بالممارسة الفعلية عن طريق عقد امتحانات .
- توفير البيئة الامنة للأمومة والطفولة .
- الاهتمام بالامراض المتشرة مثل الايدز . والملاريا ، الطفولة ، والامراض النفسية .
- ضبط علاقة الممرض بالمستفيد
- الاستخدام الامثل لإدارة الادوية .

النتائج المتوقعة من الاستراتيجية للأعوام (٢٠٠٤-٢٠٠٩)

١. إعادة تأهيل الممرضين علمياً
٢. إصلاح وضع التعليم الأساسي والمتقدم مع الأخذ بعين الاعتبار وضع مناهج تعليمية تتماشى مع تقديم الرعاية الصحية الأولية، النواحي الدينية، والتغيير المستمر في مجال الرعاية التمريضية والنظام الصحي.
٣. الوصول إلى تحسين جودة ونوعية الخدمات التمريضية والقبالة كجزء متمم للخدمات الصحية للأفراد والعائلات والمجتمع ككل.
٤. الخطط والإجراءات لرفد وإدارة الموارد البشرية التمريضية .
٥. ايجاد نظام تشريعي لممارسة وتعليم مهنة التمريض والقبالة.
٦. تفعيل القيادات التمريضية.
٧. إيجاد إلية لتفعيل دور الخبرات التمريضية في تطوير السياسات والبرامج الصحية على جميع المستويات.
٨. تحسين نظرة المجتمع لمهنة التمريض.

التمريـض فـي فلسطين

أولاً :نبذة عامة :

يعتبر المستشفى الحكومي (المسكوبية) ومستشفى اوغستا فكتوريا في مدينة القدس بمثابة نواة تدريس التمريض والقبالة في فلسطين في العصر الحديث حيث درست فيهما العديد من الممرضات والقابلات منذ العشرينات من هذا القرن .

وبدأ اهتمام المراة الفلسطينية بهذه المهنة يزداد بعد فتوى المجلس الشرعي الاسلامي الأعلى عام ١٩٢٥ التي سمح بموجبها للفتيات المسلمات بتعلم مهنة القبالة والتمريض ، وقد بدات السلطة الوطنية الفلسطينية في تصويب هيكلية القطاع التمريضي ومحاولة تحسين وتطوير التمريض في اراضيها فلجأت الى منظمة الصحة العالمية لتشاركها عملية تطوير وتعليم التمريض وقد تم وضع برنامج مشترك .

وقد تأسست كلية فلسطين للتمريض عام ١٩٧٦ وتشرف عليها وزارة الصحة وتسمى باسم مدرسة الحكيمات بوعد الاتفاق المبدئي حول برامج البكالوريوس التي سيتم تدريسها وتم تغيير اسم المدرسة الى كلية فلسطين للتمريض اما برنامج الدراسة في الكلية فهو دبلوم تمريض ثلاث سنوات يمنح فيها الخريج لقب (حكيم – حكيمة مؤهلة) والدراسة فيها باللغة الانجليزية وعدد الخريجين حتى شباط / ١٩٩٧ (٤٣٩) خريج وخريجة ٢٧ بالمئة منهم من الفتيات .والفريق الذي يعمل بها مدرسين مؤهلين من حملة البكالوريوس في علوم التمريض وعددهم (١٩) منهم اثنان ملتحقان ببرامج الماجستير .

وتتبع وزارة الصحة الفلسطينية سياسة الامتحان الوزاري الشامل كشرط للتخرج حيث يعد مرتين سنوياً خلال شهري نيسان وتشرين الاول وتشمل الاسئلة جميع العلوم التي درسها الطالب على مدار الثلاث سنوات والاسئلة عددها (٣٢٠) سؤال تغطي كافة المواد .

برامج الكلية للعام الدراسي ١٩٩٧/١٩٩٨ :-

- يوجد بالكلية خلال العام الدراسي (١٩٩٧/١٩٩٨) (٩٦) طالب وطالبة .
- يوجد (١٢٠) طالب وطالبة من الممرضين والممرضات العمليين (LPN) حيث يتم تاهيهم الى حكماء مؤهلين (RN) بدورة مكثفة لمدة (١٨ شهراً) .
- تنفذ الكلية خلال العام (١٩٩٧/١٩٩٨) برنامج تمريض تخصصي في تمريض الاطفال مدته (١٢ شهراً) وذلك بالتنسيق مع كلية المهن الطبية بجامعة القدس وكلية التمريض في مدينة البيرة بدعم من مؤسسة العون الطبي البريطاني .

- الكلية بحاجة لتقييم البرامج التي تدرس من اجل تطويرها وتحسينها .
- والطاقم المحاضرون يحتاجون الى التعرف على ما يسمى Curriculum Based Education

ثانياً :نظام الرعاية الصحية الفلسطيني

بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الاولية (٧٣١)منهم (٤١٣) تابع لوزارة الصحة و(٥٣) تابع للأنروا و(٢٥٦) تابعNGOS كما ان عدد المستشفيات (٧٧) يوجد بهم (٤,٨٢٤) سرير، كما ان نسبة السكان للأسرة هي (٤٧,٢٤١) معدل السعة السريرية لكل مستشفى (٢٦,٦٥) سرير

ثالثاً :وضع القوى العاملة التمريضية

مجموع عدد القابلات (٥٤٢) ، ونسبة الذكور الممرضين الى الاناث (٥٠%) الى (٥٠%) اما بالنسة للحوافز وامتيازات مهنة التمريض فهي كتالي :

- رواتب اخصائي التمريض في تحسن ولكنها ما زالت اقل من مثيلاتها .
- اجازات الامومة مدتها (٧٠) يوم مدفوعة الاجر .
- وجود نظام حوافز في القطاع الحكومي
- وجود بدل المواصلات
- رواتب تقاعدية
- تأمين صحي وتأمين ضد اصابات العمل
- الاجازات السنوية (٣٠) يوم

التحديات التي تواجه مهنة التمريض :

- عدم استقرار الاوضاع الاقتصادية والساسية .
- نقص القوى التمريضية المتخصصة و مدرسي التمريض (تمريض حديثي الولاده ، العناية المركزة ، تمريض العناية الحثيثة .....) ولكن النقص الكبير يوجد في القبالة .
- تقدر نسبة التسرب في القوى العاملة التمريضية ب (١٠%) اناث بسب الزواج وطول العمل والمناوبات
- عدد المقبولين كل عام لبرنامج الدبلوم (٥٠٠) والبكالوريوس (٢٧٥) طالباً .

التمريـض فــي الإمارات العربيـة المتحـدة

أولاً نبذة عامة :

تأسست مدرسة التمريض في ابو ظبي في عام ١٩٧٢ لتخريج مساعدي ومساعدات ممرضات من بين ابناء دولة الامارات ودول الخليج العربي وهي تتبع إدارة الطب العلاجي في وزارة الصحة .وتقبل الطلاب الذين نجحوا في الاعدادية ومدة الدراسة فيها (٣) سنوات للممرضات القانونيات والممرضين وسنة ونصف لمساعدات الممرضات والممرضين حيث بلغ عدد الطلاب في عام ١٩٧٦ (٤٢) طالب وطالبة من مختلف الجنسيات .

واصبحت مهنة التمريض تلاقي اقبالا شديدا من الفتيات بالساحل الشرقي فخلال العام الدراسي (١٩٩٨/١٩٩٧) التحقت بمدرسة التمريض ٢٨ طالبة بعد ان استحدثت وزارة الصحة درجة مميزة للخريجات في السلم الوظيفي .

ثانياً :الخدمات الصحية :

اصبحت حياة المجتمعات مرهونة بالنظام الصحي الذي يضطلع بمسئولية اساسية ودائمة تجاه تحسين الخدمات الصحية بهذه المجتمعات عن طريق بلوغ افضل مستوى صحي ، بمعنى جودة الخدمة المقدمة في سهولة حصولهم على الخدمة بمعنى عدالة التوزيع .

ولقد تطور الوضع الصحي في الدولة بصورة ملحوظة شهدت لها المنظمات الصحية والطبية العالمية مما القى بثقله لضرورة الاخذ بالاساليب والاليات الحديثة بصورة اكثر كفاءة و فعالية لتحقيق التجاوب بين المستفيدين من الخدمة ومقدميها حيث عملت الوزارة على نشر شبكة الامان الصحي لتغطى كافة مناطق الدولة ، في محاولة جادة ودائبة لوضع حد لمختلف اشكال المعاناة الصحية والتقليل من اعبائها قدر الامكان مع التأكيد على التنسيق والتعاون الجيد والكامل بين الجهات المختلفة التي تقدم خدمات لها علاقة بالصحة جنباً الى جنب مع الارتفاع بالمستوى التأهيلي للقائمين على العمل علمياً وعملياً وخاصة من المواطنين وتحقيق اعلى نسبة امان للمستفيدين من الخدمة ومقدميها على حد سواء. لذا عملت الوزارة على :

تطوير المنشآت الصحية والارتقاء النوعي بالخدمات جنبا الى جنب مع الارتقاء الكمي لتواكب التغيرات المتلاحقة في التقنيات المتاحة عالميا اضافة الى توفيرها الكثير من النفقات التي تدفع للعمالة بالخارج مما يمثل استثمارا مجزيا اذا ما احسن استغلاله للسير به نحو مستوى افضل واكثر تأثيرا وفاعلية ، فهناك العديد من المشاريع التي تنفذها الوزارة لتوفر خدمات صحية شاملة لكل ركن من اركان الدولة في ظل الازدياد المطرد بأعداد السكان من اهمها :

١- تشييد المسشفيات والمجمعات الطبية الجديدة والتوسع والتحديث
٢- زيادة التوطين في القطاع الصحي .

ثالثاً :التعليم التمريضي :

تم اتباع الإجراءات التالية من اجل زيادة الإقبال على مهنة التمريض :

١- منح الطلبة المواطنين مكافات مالية اثناء الدارسية .
٢- استحداث وظائف تعادل الدرجة الرابعة ماليا لهم قبل التخرج .
٣- انشاء معاهد جديدة للتمريض لتسهيل عملة التحاق المواطنات بالمهنة في مختلف امارات الدولة .
٤- كما عنيت وزارة الصحة ببرامج التعليم بتلك المدارس حيث تم :
   - تحديد المستوى التعليمي لتكون مدة الدراسة ثلاث سنوات بعد المرحلة الثانوية .
   - تطوير برنامج دبلوم التمريض بحيث يمكن للدارسات متابعة دراسة البكالوريوس
   - ابتعاث الخريجات من المعهد حاليا لكبرى المعاهد العالمية لاستكمال الدراسة .

التعليم التمريضي المستمر

اهتمت وزارة الصحة بعملية التدريب وتنمية مهارات الكوادر البشرية المواطنة .

ثانياً :الممارسة :

أعداد العاملين :

عدد الممرضين (١٤,٤٧٧) موزعين على المستشفيات (١٠,٢٥٩) بنسبة (٧٠,٩) اما في المراكز الصحية (١,٤٨٦) اي بنسبة (١٠,٣) وفي المدارس الصحية فالعدد (٣٧٣) اي بنسبة (٢,٦) و القطاع العام (٨٣) بنسبة (٠,٦٠) والرعاية المنزلية (٨) والتعليم (١٥٦) اما العاملين في القطاع الخاص (٢,٠٩٠) وفي وزارة الصحة (١٩).المؤهلات العلمية للعاملين تتراوح ما بين الدبلوم بنسبة (٦٠%) والبكالوريوس (٢٨%) وممرض مختص (١١%) منهم (٧%) امارتي الجنسية و (٢٨%) عربي و(٦٣%) شرق اسيويين و غير ذلك (٢%)

التحديات :

١- نقص الخبراء في القوى البشرية المخططة والمحدثة
٢- قلة اقبال الامارتيين على دراسة التمريض .
٣- محدودية قدرة المدارس على استيعاب الطلاب الجدد
٤- نقص القوى التمريضية العاملة
٥- محدودية الرواتب وزيادة ساعات العمل .

التمريض في سلطنة عُمان

أولاً :نبذة عامة :

أبرز الملامح العامة التي تمثل تطور التنمية الصحية في سلطنة عمان الانجازات الهائلة في مجال نشر مظلة الرعاية الاولية في ارجاء البلاد .فبينما لم يتجاوز عدد المستشفيات عام ١٩٧٠ قبل بداية النهضة الاثنين اصبح عددهم عام ١٩٩٦ (٤٧) مستشفى وبينما كان عدد المراكز الصحة قبل عام ١٩٧٠ (٩) اصبح عددهم عام ١٩٩٦ (١١٩) مركز صحياً وكان عدد طلبة برنامج التمريض خلال العام ١٩٩٠ (٢٥٦) طالباً وطالبة . اصبح عددهم عام ١٩٩٥ (٩٥١) طالباً وطالبة

تاريخ الخدمات التمريضية :-

كانت الخدمات الصحية بالسلطنة محدودة قبل عام ١٩٧٠ وقد بدأت ممارسة مهنة التمريض في عُمان لاول مرة في مستشفى الرحمة وذلك عام ١٩٥٠ . وقد سعت الوزارة لجذب الشباب العماني للانخراط في مهنة التمريض وازالة المفاهيم السلبية لدى المجتمع حول هذه المهنة الانسانية النبيلة . وفي عام ١٩٩٤ صدر القرار الوزاري رقم ٩٤/٩ بخصوص اعادة تنظيم دائرة شؤون التمريض وبموجب هذا القرار اصبحت هذه الدائرة تتكون من ثلاثة اقسام هي :- خدمات التمريض المتابعة ، والتسجيل والترخيص .

تاريخ تعليم التمريض :-

تبلورت فكرة التعليم التمريضي النظامي في عام ١٩٥٩ وضمت اول دفعة ستة نساء وعشرة رجال وبوصول ممرضتين لغرض التدريب، ازداد عدد المعلمين الى ثلاثة ومنذ عام ١٩٧٢ أدركت وزارة الصحة أهمية توفير الأيدي العمانية المدربة والمؤهلة فسعت الى وضع وتطوير المناهج العلمية والمساقات الدراسية اللازمة لهذه الغاية وعملت ايضاً على إتاحة فرص التعليم والتدريب للعمانيين .

مدرسة الرحمة للتمريض :-

في سنة ١٩٧٠ قامت الارسالية الامريكية بانشاء مدرسة الرحمة للتمريض وكان مقرها مستشفى الرحمة للتمريض لتخريج أفواج من الممرضات والممرضين وكانت فترة التدريب سنتين واللغة هي

الانجليزية وتم تخريج أول دفعة في عام ١٩٧٢ وخلال الفترة الواقعة ما بين (١٩٧٢/١٩٨١) تم تخريج (٨٣) خريجاً وخريجة من هذا البرنامج .

معهد العلوم الصحية :- هو أول معهد تدريبي تنشئه وزارة الصحة تم تأسيسه عام ١٩٨٢ للاضطلاع بأعباء التعليم العالي والتدريب في مجال التمريض وكان المعهد يقدم التعليم التمريضي بمستويين مختلفين هما :- مساعدي التمريض والتمريض العام .

معهد مسقط للتمريض :- انشئ عام ١٩٩٤ ويتم فيه قبول حاملي الشهادة الثانوية العامة القسم العلمي ويدرس في هذا المعهد برنامج التمريض العام الذي يهدف الى إعداد وتخريج كوادر تمريضية موهلة على مستوى عال من الكفاءة للمساهمة في رفع المستوى الصحي .

معاهد التمريض الاقليمية :- لقد برز التحدي الاكبر في عام ١٩٩١ وتمثل في تبني وزارة الصحة حدثاً تعليمياً وتنموياً يتعلق بانشاء وافتتاح خمسة معاهد للتمريض في وقت واحد في خمس مناطق مختلفة . وان المعاهد التمريضية تغطي معظم مناطق السلطنة وبلغ عددها (١١) معهداً يعتمد جميعها منهجاً موحداً ويتخرج منها حوالي (٤٠٠) طالب وطالبة سنوياً

برنامج التوليد :- تم ادخال تخصص التوليد لاول مرة في معهد مسقط للتمريض في عام ١٩٩٥ ويمنح هذا البرنامج شهادة في التوليد يمكن الحصول عليها في غضون عام وشروطها اتمام الدراسة الثانوية العامة واجتياز برنامج التمريض العام وخبرة لمدة عامين كممرضة قانونية واجادة اللغة الانجليزية .

برنامج تمريض مرضى الكلى :- ١٩٩٧/١٩٩٨ بدء العمل ببرنامج تمريض مرضى الكلى وتم تحسين شروط الالتحاق بهذا البرنامج لتشمل الثانوية العامة من القسم العلمي . وقد التحق بالبرنامج عشرون ممرضاً وممرضة من جميع المناطق .

وهنا نبين أعداد خريجي وخريجات المعاهد التمريضية في سلطنة عُمان حسب الجنس خلال الفترة من ١٩٨٤/١٩٩٥

- تمريض عام :- بلغ عدد الممرضين (٧٣١)
- مساعدي تمريض : بلغ عددهم (١٧٨)

والمجموع العام (٩٠٩) .

ثانياً :الممارسة :

أ- أعداد العاملين

بلغت نسبة الخدمات التمريضية التي تقدمها وزارة الصحة العمانية (٨٠%) في عام ٢٠١٠ اما بالنسبة للقبالة (٥٠%) كما بلغ مجموع عدد الممرضين (٧٨٠٠) منهم (١٠٠٠) ممرض في مراكز الرعاية الصحية الاولية في العاصمة مسقط أي بنسبة (٣) ممرضين لكل (١٠٠٠٠) من السكان ويبغ نسبتهم (٣١,٥) من كافة العاملين في القطاعات التمريضية

اسباب الاعتماد على العمالة الاجنبية المدربة من غير العمانين:

١. تباطؤ لملئ الوظائف الشاغرة
٢. نقص في التخصصات التمريضة
٣. معظم القوى العاملة هم من المبتدئين
٤. النقص في خبرات ممرضين حاصلين على الارشاد السريري
٥. اخذ اجازات دراسية بدون وجود بدائل
٦. نقص في نوعية الرعاية التمريضية والمرشدين السريرين العمانين وغير العمانين مما يؤثر سلبا في مجال التدريب السريري
٧.

الاجراءات العمانية

التخطيط والتعليم في التمريض والقبالة

ثالثاً : التشريعات التمريضية :

هنالك العديد من التشريعات منها مشروع نظام المجلس العماني للتمريض والقبالة النسخة المقترحة في ديسمبر ٢٠٠٢،و نظام السلوك المهني للممرضين القانونيين والممرضات والقابلات القانونيات في سلطنة عمان صدر في يناير ٢٠٠٥ ، بالاضافة الى أسس مزاولة المهنة وغيرها من التشريعات

التمريض في لبنان

أولاً :نبذة عامة :

بدأت أول ممارسة في تقديم يعد العون والمساعدة للمرضى عام ١٨٤٧ من خلال مستشفى صغير يرتبط بأحد الأديرة في إبان الدولة العثمانية، وفي عام ١٨٦٠ قام الفرسان البروسيون بتشييد مستشفى في مدينة بيروت دعي فيما بعد بالمستشفى العسكري الفرنسي الذي أتاح الفرصة لتدريب بعض الممرضات السوريات واللبنانيات من قبل جميعة الراهبات القيصرية ليقمن بالخدمة كمساعدات تمريض في المستشفى.

وضعت هذه البدايات المقدمة الأولى لتطوير مهنة التمريض في لبنان آنذاك وفتحت الآفاق الرحبة لتزايد الاهتمام بهذه المهنة وفتح معاهد تدريس وطنية.

تأسيس أول مدرسة تمريض في لبنان:

تعتبر الرائدة جين فان زانت أول ممرضة مؤهلة علمياً عملت في لبنان، حيث أنها حاصلة على شهادة دبلوم في التمريض وشهادة تخصص من مستشفى نيويورك، في عام ١٩٠٥ تمكنت من تأسيس مدرسة التمريض في الجامعة الأمريكية التي عرفت آنذاك باسم الكلية الإنجليزية السورية، وكانت عبارة عن مستشفى صغير مؤلف من أربع غرف؛ غرفتين للنساء وغرفتين للأولاد، وفي عام ١٩١٨ أدخلت الآنسة جان متطلب ولاية نيويورك إلى متطلبات مدرسة التمريض.

تطور مهنة التمريض:

بعد ذلك أخذ التمريض ينمو ويتطور في لبنان حيث كان من شروط القبول لدراسة التمريض إنهاء الصف الأول ثانوي في العام ١٩٢٦ ثم تدرج إلى الصف الثاني ثانوي ثم إلى الصف الثالث ثانوي، وفي العام ١٩٣٦ أصبح شرط القبول الشهادة الثانوية.

في حزيران عام ١٩٤٥م أقيمت مدرسة تمريض تابعة للصليب الأحمر اللبناني في بيروت بإشراف ممرضتين قانونيتين وطبيب قاموا بتنظيم منهاج المدرسة الدراسي وقوانينها وأنظمتها. فتحت المدرسة أبوابها للطلبة بصرف النظر عن جنسياتهم ومعتقداتهم الدينية في شهر تشرين ثاني من نفس العام، وقد خرجت المدرسة لغاية عام ١٩٥٦م (١٢٥) ممرضة وممرض أنشؤوا لأنفسهم جمعية متخرجين، مدة الدراسة في مدرسة التمريض ثلاث سنوات وتؤدي لنيل الشهادة الحكومية اللبنانية، وتمنح حالياً خريجها شهادة البكالوريوس في التمريض.

عام ١٩٤٨ شهد ظهور مدرسة التمريض الوطنية في بيروت والتي تمكنت من تخريج ثمانية أفواج من الممرضات بلغ عددهن ١١٤ ممرضة يمارسن المهنة في مختلف أنحاء العالم العربي، وكانت مدة الدراسة فيها ثلاث سنوات ويمكن للممرضة أن تقضي في المدرسة سنة رابعة تدرس فيها القبالة الذي بدأت المدرسة تعلمه في العام ١٩٥٦. قامت المدرسة بإصدارة مجلة فصلية هي الأولى من نوعها في العالم العربي واسمها "الممرضة" تهدف إلى الارتقاء بتعليم التمريض والعناية بخدمة المرضى.كانت مدرسة التمريض الوطنية تمنح شهادة تؤهل حاملتها لأن تكون ممرضة قانونية، وتمنح شهادة لمن تجتاز الامتحانات في السنوات الدراسية الثلاث. إلاّ أنها أغلقت في الستينات.

في العام ١٩٤٩ تأسس مستشفى المركز الطبي المسيحي في بيروت بمساعدة ممرضة قانونية من الولايات المتحدة الأمريكية، وكان التعليم يسير حسب المنهاج الذي تتبعه المدارس الأمريكية كما يجري التدريس باللغة الأنجليزية. تعطى الأفضلية في القبول لحاملي شهادة التعليم الثانوي وتشمل مدة التعليم ٣٦ شهراً من الدراسة النظرية والعملية، وتمنح شهادة المدرسة في نهاية السنة الثالثة. إلاّ أن المستشفى أغلق أيضاً في الستينات.

في عام ١٩٥٤م افتتحت مدرسة للتمريض تابعة لمستشفى المقاصد، يطلب من الطالبات أن يكن على الأقل حائزات على شهادة البريفية أو ما يعادلها وأن تتراوح أعمارهن بين السابعة عشر والثلاثين، ومدة الدراسة فيها ثلاث سنوات ويجري التدريس باللغة العربية والإنجليزية،في عام ١٩٥٥ افتتحت مدرسة للتمريض تابعة لمستشفى كندي التذكاري في طرابلس وقد تخرج منها حتى تاريخ اغلاقها عام ١٩٦٥م (١٦١) ممرض وممرضة، تتطلب الدراسة فيها إتمام أربعة سنوات دراسية، وهي تخرج ممرضين على مستوى الممرض (مساعد التمريض) المعمول به في الأردن.

مهنة التمريض في التشريع اللبناني:

يعود تايخ أول تشريع ينظم المهنة في لبنان لشهر آب عام ١٩٦١ حيث صدر المرسوم رقم (٩٨٢٩) الذي عرّف الممرضة/ الممرض بأنه "الأخصائي الذي يقوم بأعمال التمريض العام في البيوت والمستشفيات والمصحات والمستوصفات والعيادات الخاصة والمدارس والمؤسسات المختلفة".

في العام ١٩٦٦ صدر القانون رقم ١٦/٥٠ من مجلس النواب الذي استبدل أحكام مرسوم عام ١٩٦١ بنصوص جديدة. وبقيت مهنة التمريض تسير على هذا القانون حتى صدور القانون المنفذ حالياً وذلك بموجب المرسوم رقم (١٦٥٥) المؤرخ في ١٧ كانون الثاني ١٩٧٩، تحت اسم "تنظيم مهنة التمريض".

أهم كليات التمريض في لبنان:

(١) كلية التمريض التابعة للجامعة الأمريكية

تأسست الجامعة الأمريكية في بيروت عام ١٨٦٦م، أما مدرسة التمريض التابعة لكلية الطب فقد أنشأت سنة ١٩٠٥م وقد تخرج منها ما يقارب أل ٦٠٠ ممرض وممرضة، وفي عام ١٩٣٢م أصبح الحصول على الشهادة الثانوية شرطاً من شروط القبول، وفي عام ١٩٣٩ منحت أول شهادة بكالوريوس علوم في التمريض. كانت المدرسة قد تأسست وما زالت تدار على أحدث الأساليب في تعليم فن التمريض وذلك لكي تتمكن نساء الشرق الأوسط من دراسة التمريض. وتسير المدرسة على مستوى شبيه بذلك الذي تفرضه ولاية نيويورك على مدارس التمريض الرسمية في الولايات المتحدة الأمريكية.وبلغ عدد خريجات الجامعة الأمريكية من حملة درجة البكالوريوس من عام ١٩٧٥ ولغاية عام ١٩٨٠ (١١٣) خريجة، أما حملة الدبلوم خلال نفس الفترة فقد بلغ (٨٢) خريجة.

(٢) كلية العلوم التمريضية/ جامعة القديس يوسف (اليسوعية)

افتتحت مدرسة التمريض التابعة لمعهد الطب والصيدلة في بيروت عام ١٩٤٣م. وفي عام ١٩٤٧م نالت هذه المدرسة مصادقة وزارة الصحة العامة الفرنسية بقصد إعداد ممرضات للمستشفيات ومنح شهادة الحكومة الفرنسية للتمريض.

كانت مدة التدريب في العيادة (٢٢ شهراً) تسمح للطالبة أن تحصل على المادة التعليمية نظرياً وعملياً، وفيما بعد تحولت المدرسة إلى كلية وأصبحت تعرف باسم "كلية العلوم التمريضية" وتقوم بتدريس التمريض في عدة برامج تمريضية على النحو التالي:

١. برنامج الاختصاص (الماجستير) في اختصاص الأمومة والطفولة، رعاية المجتمع، اختصاص تدريب المدرسين في التمريض، واختصاص العلوم الاجتماعية الصحية.
٢. برنامج البكالوريوس (الليسانس)

٣. برنامج الدبلوم
٤. برنامج القابلات القانونيات

بلغ عدد خريجات جامعة القديس يوسف خلال الفترة من ١٩٧٥ ولغاية عام ١٩٨٠ (١٤٠) خريجة.

مهنة القبالة في لبنان:

كان لمهنة القبالة مركز مميز في المهن الطبية في لبنان، ففي القانون الصادر في ٢٦ كانون أول ١٩٤٦ والمتعلق بممارسة المهن الطبية في لبنان وهو أول قانون يعطي الأهمية لهذه المهن ويشرع فيها، وقد ميز الباب الثالث من القانون مهنة القابلات كالممرضة عن غيرها من المهن الطبية. وفي عام ١٩٧٩ صدر القانون المنفذ بالمرسوم رقم ١٦٥٧ والمتعلق بتنظيم مهنة القبالة، فشدد على المؤهلات المطلوبة لاكتساب لقب القابلة القانونية، فقد ورد في المادة الخامسة في هذا التشريع أن تكون القابلة حاصلة على شهادة قبالة من جامعة حكومية أو مدرسة قبالة على أن لا تقل مدة الدراسة عن ثلاث سنوات، وأن تكون المرشحة قد حصلت أساساً على شهادة البكالوريا اللبنانية القسم الثاني، إضافة إلى شرط النجاح في الكولوكيوم والتسجيل في وزارة الصحة.

بلغ عدد الخريجات من القابلات القانونيات اللبنانيات من العام ١٩٧٠ وحتى عام ١٩٨٣ (٦٧) خريجة، أي بمعدل سنوي (٥) قابلات فقط.

ثانياً :الخدمات الصحية الحالية :

الأعداد الواقعية للتمريض ومشكلة البطالة :

يبلغ عدد المنتسبين الى نقابة الممرضين والممرضات الإلزامية في لبنان والتي تأسست منذ نحو ثلاث سنوات ٥٥١٤ ممرضا في حين يقدر عدد الطاقم التمريضي حسب الدراسات الميدانية بأكثر من ٩٠٠٠ اي بزيادة نحو ٤٠٠٠ عن رقم النقابة وهو العدد الذي تستبعده النقابة متذرعة بقانون الإنشاء الذي نصّ على "الزامية النقابة" واستبعاد حاملي شهادتي pb htb "غير حائزين على بريفية رسمية"، والممرض الفلسطيني.

ويطالب المعنيونّ في القطاع الصحي "النقابة" بمعالجة المشاكل المطروحة بجدية ومهنية بعيداً عن التسيس والمصالح الخاصة، اذ ان مسألة صراع الشهادات المهنية والجامعية وتحسين مستوى المهنة

من جهة، وحقوق الممرضين المنتهكة من قبل أصحاب المستشفيات من جهة اخرى، يفرض على النقابة البحث بجدية وعدم الاستسهال والتراخي والتأجيل والسرعة في بت الامور، ثم هناك من يطرح تساؤلات جوهرية عن المغزى من انشاء النقابة على أساس إلزامي، ومن يمثل حاملي شهادة pb؟ ومن يطالب بحقوقهم؟ أليسوا ممرضين!! أليس الممرض المساعد من ضمن المستويات الثلاثة حسب قانون تنظيم المهنة في العام١٩٧٩(المصدر :جريدة المستقبل نشرة في ٦/كانون الثاني /٢٠٠٦) .

الاعتماد في المستشفيات ومسؤولية المستوى التمريضي عنها :

ان من أبرز المشكلات التي تواجه القطاع التمريضي في لبنان هو عدم كفاءة الخريج حيث أصدرت لجنة الرقابة على عمل المستشفيات "نظام الاعتماد" نتائجها كالآتي:الرقابة على عدد المستشفيات في لبنان "١٣٩ مستشفى" نجح في الاختبار ٨٥ ورسب ٥٩ مستشفى ٢٠ منها تشكل خطرا على الصحة العامة، مما طرح تساؤلات كثيرة واعادة النظر بمستوى الطاقم التمريضي(المصدر :جريدة المستقبل نشرة في ٦/كانون الثاني /٢٠٠٦).

اعداد الممرضين وتوزيعهم على مختلف القطاعات الصحية

عدد الممرضين في المستشفيات (٥٨٩٦) والمراكز الصحية (٣٢٤) والاقسام الادارية (٨١) والأكاديميين (٦٨) ومدارس التمريض (٤٨) وغيرها من المؤسسات (١٨) بحيث يصبح المجموع العام (٦٤٣٦) نسبة التمريض(١٩) لكل (١٠٠٠٠) من السكان.

ثالثاً : التعليم التمريضي في لبنان :

مستويات التمريض في لبنان

أولاً : البكالوريا الفنية (شهادة الثانوية العامة) وتدرس في عشر مستشفيات موزعة في لبنان.

ثانياً : البكالوريوس: ويدرس في الجامعة الأمريكية في بيروت وجامعة القديس يوسف (اليسوعية)

ثالثاً : الماجستير: ويدرس في الجامعة الأمريكية في بيروت وتمنح درجة الماجستير في الصحة العامة.

وجامعة القديس يوسف (اليسوعية) وتمنح درجة الماجستير في تخصصات تمريض الطفل والأم، رعاية المجتمع، تدريب المعلمين، العلوم الاجتماعية في الصحة.

رابعاً: برنامج للقابلات القانونيات: ويدرس فقط في جامعة القديس يوسف (اليسوعية) ببيروت.

الانجازات لمجالات مهنة التمريض والقبالة :

١. قانون تنظيم مهنة التمريض ٢٠٠٢
٢. البرنامج الوطني لتطوير التمريض في وزارة الصحة
٣. زيادة نسبة الذكور والاناث
٤. اصبح وضع التمريض والقبالة جزء من الاعتمادية للمستشفيات
٥. اصدار صحيفة خاصة للتمريض

المجالات حول التعليم المستمر :

منذ عام ٢٠٠٠ تم البدء ببرنامج التعليم التمريضي المستمركما تم ضع خطط للعاملين في المستشفيات وتم تصنيف المستشفيات ومراكز الرعاية الاولية الى ثلاث مستويات (أ)و(ب) و(جـ)

<u>التحديات :</u>

أ- التعليم :

١. عدم وجود معايير معتمدة لنظام التعليم التمريضي وهيكلية واضحة للتعليم التمريضي
٢. نقص في أعضاء الهيئة التدريسية
٣. عدم وجود تشريعات او روابط لنظام التعليم المستمر .
٤. عدم وجود مناهج موحدة
٥. عدم وجود صلات بين الفئات التعليمية على مختلف درجاتها ونقص في مؤهلات الهيئات في الكليات .
٦. لا يوجد نظام يضبط كفاءة الهيئة التعليمية (المصدر :جريدة المستقبل نشرة في ٦/كانون الثاني /٢٠٠٦)

ب- التشريعات :

٧. الحاجة لتوعية المجتمع اللبناني للتشريعات التمريضية المطبقة
٨. عدم وجود وصف وظيفي
٩. عدم وجود تحديث لقانون مزوالة المهنة وإقرارالتأمين الصحي ورواتب التقاعد "العجز والشيخوخة" فضلا عن الاجور والرواتب الشهرية وملحقاتها، وتحديد تصنيف الشهادات
١٠. عدم وجود أطر مطورة للتجسير التعليمي
١١. نقص مؤهلات القوى العاملة
١٢. عدم وجود تشريعات ضبط المعاهد المهنية (المصدر :جريدة المستقبل نشرة في ٦/كانون الثاني /٢٠٠٦)
١٣. عدم وجود تشريع لضبط التخصصات التمريضية (المصدر :جريدة المستقبل نشرة في ٦/كانون الثاني /٢٠٠٦)
١٤. عدم وجود تشريعات تضبط الاجور والرواتب للممرضين .

وضع التمريض في ليبيا

أولاً :نبذة عامة :

بلغ عدد السكان في عام (٢٠٠٦) (٥،٣٢٣,٩٩١)، يتضاعف عدد السكان كل (٣٠) سنة تقريباً،و يسكن (٨٥%) منهم في الحضر و(١٥%) منهم في الريف ونسبة الذكور الى الاناث هي(٥١%) ذكور و(٤٩%) إناث كما أن توزيع السكان بين ليبيين وغير ليبيين هو (٩٤) ليبين و (٦%) غير ليبين.

عدد المرافق الصحية :

- عدد العيادات مجمعة (٣٩) عيادة.

- عدد المراكز الصحية (٣٠٦) مركز.
- عدد وحدات الرعاية الصحية (٨٨٦) وحدة .
- عدد مراكز الامراض السارية (٢٢) مركز.

نسبة مرافق الرعاية الصحية للسكان هي (٢,٣) مرفق لكل ١٠,٠٠٠ من السكان.

ثانياً : وضع التعليم التمريضي :

المستوى التعليمي للممرضات هو:

١- دبلوم متوسط

٢- دبلوم عالي

أعداد الطلبة :

بلغ عدد طلاب شعب التعليم الصحي المتوسط في عام (٢٠٠٢) (٨٥٤) طالباً، وعام (٢٠٠٣) (٧٩٩) طالباً، أما عدد طلاب خريجي التعليم الصحي العالي في عام (٢٠٠٢) (٣٠٩) طالباً .

المعهد العالي للعلوم الطبية :

يبلغ عدد المعاهد الصحية العليا في ليبيا عدد (٢٦) معهداً صحياً وهذه الشريحة تمثل المعاهد الصحية العليا التي يتم فيها تعليم وتدريب الممرضات .

التعليم المستمر :

يتم تدريب العاملين والطلاب بعد التخرج، حيث بلغ عدد الدورات التخصصية في عام (٢٠٠٥)(١٠٤٢) أما عدد الدورات التدريبية (١١٦٥) وفي عام ٢٠٠٦ تقريباً حتى تاريخ ٢٠٠٦/١١/١٥ (٣١٤) دورة تخصصية و(١٠٥٩) دورة تدريبية.

ثانياً : الممارسة التمريضية

الصعوبات التي يواجهها التمريض :

١. وجود عناصر أجنبية في مجال التمريض العام .
٢. النقص في مجال التمريض التخصصي .
٣. يُغطى النقص بعناصر أجنبية في التمريض التخصصي .
٤. عدم وجود مشروع قانون خاص ينظم مزاولة مهنة التمريض والوصيف الوظيفي للتمريض والقبالة .
٥. توزيع الممرضات داخل البلاد في المدن أكثر منها في الأرياف .
٦. لا توجد قيادات تمريضية على مستوى أمانة الصحة .

أعداد التمريض:

يبلغ عدد التمريض (٣١٨٠٩) منهم (٢٤٢١) مغتربين والباقي قوى عاملة وطنية، أما نسبة التمريض الى السكان **فهي (٤٨) ممرض/ممرضة لكل (١٠،٠٠٠) من السكان.**

التوجهات المستقبلية لمهنة التمريض :

- إصدار مشروع قانون خاص ينظم مزاولة مهنة التمريض والوصيف الوظيفي للتمريض والقبالة .
- العمل على تنفيذ خطة شاملة للموارد البشرية للوقت الحالي والسنوات القادمة و إستحداث مكتب للتمريض على المستوى المركزي .
- تنفذ اللجنة الشعبية العامة للتعليم العالي برنامج متكامل لتطوير المعاهد الصحية .

المراجع :

١- التقرير السنوي الاول –التمريض والقبالة في الاردن واقع واحتياجات واستراتجيات –نقابة الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات

٢- الاستراتيجية الوطنية للتمريض في الاردن ٢٠٠٦-٢٠١٠

٣- معايير توزيع الفئات الصحية على المراكز الصحية التابعة لمديرية صحة محافظة البلقاء لعام ٢٠٠٣(مديرية صحة محافظة البلقاء)

٤- الدراسة القبلية (رضى متلقي الخدمة الصحية) مديرية صحة محافظة البلقاء.

٥- التمريض في الاردن – فتحي عبد القادر سلطان

٦- التقرير الاحصائي السنوي لعام ٢٠٠٥ وزارة الصحة .

٧- خدمات التمريض والقبالة الاتجاهات الاستراتيجية ٢٠٠٢-٢٠٠٨ منظمة الصحة العالمية .

٨- الموقع الالكتروني لوزارات الصحة في الدول العربية سوريا ليبيا الامارات البحرين مصر.

٩- الاجتماع السابع للفريق الاستشاري الإقليمي ٢٨-٣٠ تشرين الثاني /٢٠٠٦.