



EM/RC66/4

ش م/ل إ 4/66

أيلول/سبتمبر 2019

اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط

الدورة السادسة والستون

البند 3 (ب) من جدول الأعمال المؤقت

## تعزيز القوى العاملة التمريضية للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة في إقليم شرق المتوسط

### ملخص تنفيذي

1. يواجه إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط تحديات كبيرة في الاستجابة إلى العبء الحالي والمتفاقم للأمراض السارية وغير السارية. كما أن تزايد أعداد اللاجئين والسكان النازحين يلقي بمزيد من العبء على كاهل نظم الرعاية الصحية المستنزفة بالفعل. ويؤثر ذلك بدوره على جدارة القوى العاملة الصحية وأدائها ومدى ملاءمتها للعمل.
2. للقوى العاملة الصحية أهمية بالغة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتأتي حماية وتعزيز الصحة والعافية للمجتمعات المحلية والأفراد ضمن الوظائف الأساسية للقوى العاملة الصحية. وللاستفادة على أفضل نحو ممكن من جهود القوى العاملة الصحية، يتعين إتاحة عاملين صحيين مع إمكانية الوصول إليهم، وتمتعهم بالمهارات والكفاءات الملائمة لتقديم الخدمات الصحية اللازمة. وتشكل الممرضات والقابلات أكثر من نصف القوى العاملة الصحية. وتشير البيانات إلى أن إتاحة أعداد كافية من الممرضات الحاصلات على قدر جيد من التعليم سيجعلن مؤهلات بصفة خاصة للتصدّي لزيادة الأمراض السارية وغير السارية، كما تشير إلى أنهن يُسهمن إسهاماً كبيراً في تحسين معدلات نجاة الأمهات والرضع والأطفال، وفي الحد من الأحداث الصحية الضارة.
3. لقد بيّنت منظمة الصحة العالمية في قراراتها واستراتيجياتها العالمية والإقليمية المعنية بالقوى العاملة الصحية والتمريض ضرورة تعزيز مهنة التمريض لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتتواصل الجهود عالمياً وإقليمياً لمواجهة التحديات التي تواجه القوى العاملة التمريضية. وكانت حملة "التمريض الآن" ومدتها ثلاث سنوات (2018-2020) قد انطلقت للارتقاء بمستوى التمريض ووضعه العام على مستوى العالم. وقد اعتبرت جمعية الصحة العالمية الثانية والسبعون المنعقدة في عام 2019، أن عام 2020 هو "عام الممرضة والقابلة"، مما يسلط الضوء على الدور الرئيسي الذي تضطلع به الممرضات في تحقيق غايات المنظمة بشأن الصحة العامة على الصعيد العالمي. وبالإضافة إلى ذلك، ستصدر منظمة الصحة العالمية في عام 2020 أول تقرير لها حول أوضاع التمريض في العالم.
4. على الرغم من وجود التزام عالمي وإقليمي بتعزيز مهنة التمريض، إلا أن التقدّم المُحرز في هذا الشأن كان بطيئاً. وفي الوقت الذي من المنتظر فيه تقليص العجز في عدد الممرضات والقابلات عالمياً بحلول عام 2030، فمن المتوقع أن يزداد العجز في إقليم شرق المتوسط. فعلى مدار العشر سنوات الماضية، لم تتغير كثافات الممرضات والقابلات في جميع بلدان الإقليم تقريباً؛ بل انخفضت في واقع الأمر في 11 بلداً، كما انخفضت نسبة الممرضات والقابلات إلى الأطباء في 9 بلدان خلال نفس الفترة.

ومن المرجح أن يستمر هذا الاتجاه، إذا ظل المستوى الحالي لتخريج المهنيين الصحيين على ما هو عليه. وعلى مستوى بلدان الإقليم، يتفاهم هذا العجز بصورة أكبر، لأن المهنيين الصحيين يفضلون العمل في الأماكن الكبرى التي توفر الرعاية للحالات الحرجة في المناطق الحضرية، حيث تتوافر آفاق أكبر لمستقبلهم الوظيفي وفرص مهنية أفضل، عن العمل في مرافق الرعاية الصحية الأولية في المناطق الريفية.

5. ينطوي السياق المتغير للنظم الصحية على فرصٍ وتحدياتٍ في آنٍ واحدٍ لتحسين إتاحة العاملين الصحيين - بمن فيهم الممرضات - وتحسين مهاراتهم المتنوعة وأدوارهم وكفاءاتهم. وبالبناء على الزخم الحالي، تعرض هذه الورقة معلومات وبيانات مُحدّثة للاسترشاد بها في الحوار حول سياسات التمريض، وتشجيع الإجراءات المُعجّلة لتعزيز القوى العاملة التمريضية كوسيلة للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة. وفي سبيل المُضي قُدماً، سيلزم الاستثمار في سياسات قوية لزيادة أعداد الخريجين من الممرضات وتوظيفهن ونشرهن واستبقائهن بحيث تتوافر للخدمات الصحية قوى عاملة تمريضية كافية لضمان الحصول على الخدمات، خاصةً في حالات الطوارئ الممتدة لفترات طويلة وكذلك للاجئين والسكان النازحين.

## مقدمة

6. على الصعيد العالمي، التزمت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية بالعمل من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتعني التغطية الصحية الشاملة أنه بإمكان جميع الناس والمجتمعات المحلية الحصول على الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية والملطفة التي يحتاجون إليها دون التعرض لأي ضائقة مالية، وأن تكون هذه الخدمات على درجة كافية من الجودة بما يضمن فاعليتها. ولقد وقّعت جميع الدول الأعضاء في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط على الاتفاق العالمي بشأن التغطية الصحية الشاملة 2030، في خطوة تدل على عمق وسعة نطاق التزامها السياسي بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030 (1).

7. جاء إعلان أستانا لعام 2018 بشأن الرعاية الصحية الأولية ليؤكد على أنه لا يمكن تحقيق التغطية الصحية الشاملة بدون رعاية صحية أولية تتسم بالتنظيم الجيد والفعالية، وتوفر أطباء وممرضات وقابلات يمكن الوصول إليهم ويتمتعون بالكفاءة ويعملون معاً كفريق (2)، ويأتي في صميم وظيفتهم حماية وتحسين صحة المجتمعات المحلية والأفراد (3).

8. تتمثل إحدى غايات أهداف التنمية المستدامة بشأن الصحة والعافية (الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة، 3ج) في "زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نمواً ... زيادة كبيرة" (4). فإن الممرضات والقابلات يُشكلن معاً أكثر من 50% من القوى العاملة الصحية. وتُشير البيانات إلى أن الممرضات الحاصلات على قدرٍ جيدٍ من التعليم بالأعداد الكافية مؤهلات بصفة خاصة للتصدي لزيادة الأمراض السارية وغير السارية، كما تشير إلى أنهن يُسهمن إسهاماً كبيراً في تحسين معدلات نجاة الأمهات والرضع والأطفال وفي الحد من الأحداث الصحية الضارة (5-8).

9. التزمت جمعية الصحة العالمية على مدار السنين بتعزيز مهنتي التمريض والقبالة من خلال عدة قرارات، كان آخرها في عام 2011 (ج ص ع 7.64) (9). وخلال انعقاد جمعية الصحة العالمية الثانية والسبعين في عام 2019، اعتُبر عام 2020 "عام الممرضة والقبالة"، مما يسلط الضوء على الدور الرئيسي الذي تضطلع به الممرضات في تحقيق غايات المنظمة بشأن الصحة العامة على الصعيد

العالمي (10). ومن المقرر أيضاً أن يصدر تقريران في عام 2020، وهما: التقرير الأول عن وضع التمريض في العالم، والتقرير الثالث عن وضع القبالة في العالم. وعلاوة على ذلك، انطلقت حملة "التمريض الآن" التي تمتد لثلاث سنوات (2018-2020) للتأثير على راسمي السياسات ودعم الممرضات من أجل القيادة والتعلم وإحداث حراك عالمي، وذلك من أجل الارتقاء بمستوى التمريض ووضعها العام على مستوى العالم (11). ولقد أطلقت بالفعل ثمانية بلدان في إقليم شرق المتوسط حملة "التمريض الآن" على المستوى الوطني لديها، كما أعلن رئيس باكستان أن عام 2019 هو عام التمريض.

10. وقد استرشدت الجهود الإقليمية بعدد من الاستراتيجيات والأطر العالمية والإقليمية للتصدي للتحديات التي تواجهها مهنة التمريض (12-16). ولقد ظل المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط لسنوات عديدة يعمل مع الدول الأعضاء لإعداد استراتيجيات وطنية تُعنى بالتمريض، وذلك للنهوض بقدرات العاملين في مهنتي التمريض والقبالة، وبناء قدرات التعليم والتدريب في مجالي التمريض والقبالة، وتعزيز بيئات عمل إيجابية، وبناء قيادة قوية وتعزيز جهود الدعوة (17). ولقد أُعدت بعض الوثائق الإرشادية، مثل أدلة لمعايير تعليم التمريض والقبالة، وتخصص التمريض (18، 19). ولكن نظراً لأن إقليم شرق المتوسط قد شهد حالة متزايدة من عدم الاستقرار على المستوى السياسي والاقتصادي والاجتماعي وفي النظام الصحي، ظلت المشكلات التي تواجه خدمات التمريض والقبالة قائمة، ولم يكن معدل التقدم المحرز بالسرعة المنشودة رغم تلك الجهود العالمية والإقليمية في هذا الصدد (17). وبالتالي، بات ضرورياً أن يتخذ الإقليم إجراءات عاجلة وشاملة لتلبية الطلبات على الرعاية الصحية حالياً وفي المستقبل.

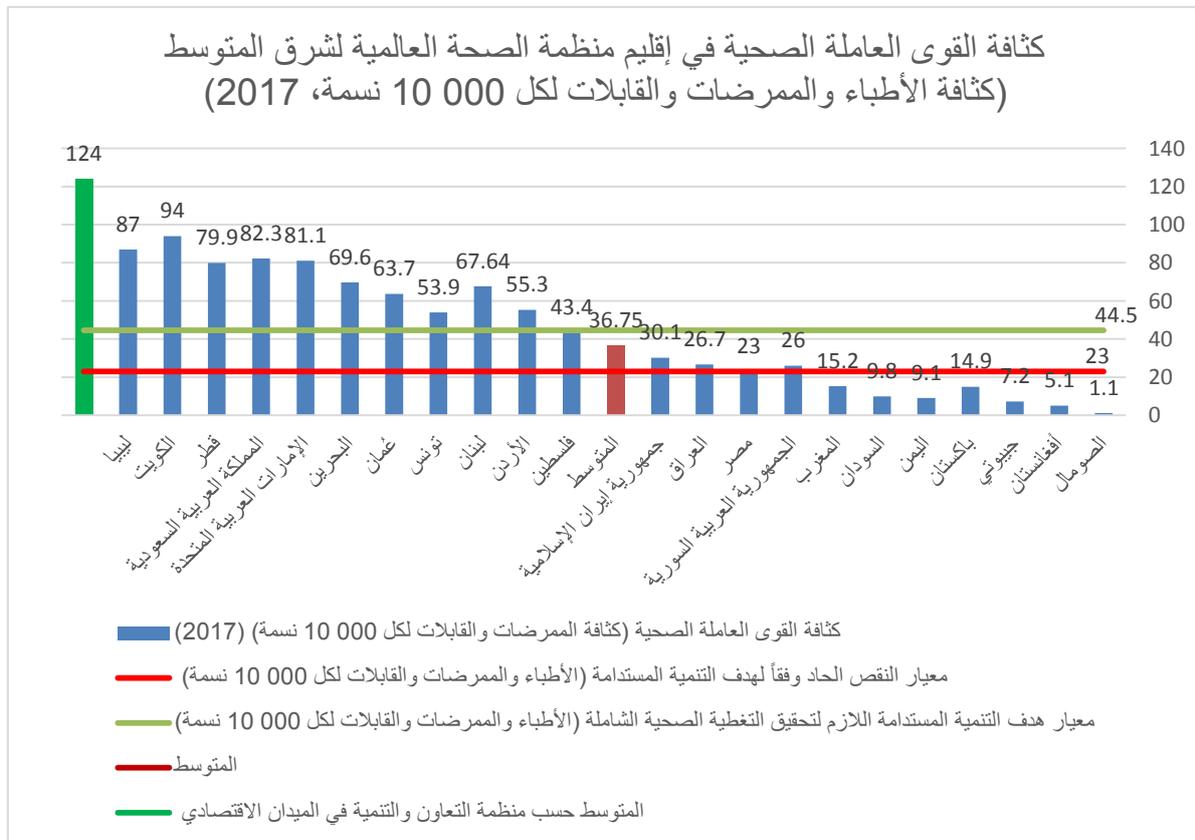
11. وتؤثر التغيرات التي تحدث في سياق النظم الصحية على طرق تنظيم الخدمات الصحية وتقديمها، ومن ضمنها تنامي عبء الأمراض المزمنة، وشيخوخة السكان، وحالات الطوارئ والأزمات الإنسانية، وارتفاع سقف توقعات المرضى، وتقدم التكنولوجيا، مما يؤكد بدوره الحاجة إلى رعاية متكاملة تركز على الشخص واستمرار هذه الرعاية (20). وتُنطوي هذه التغيرات على فرص وتحديات في آن واحد في ما يتعلق بأعداد الممرضات ومهاراتهن المتنوعة، وأدوارهن، وكفاءتهن. ويقتضي ذلك بدوره ضمناً ضرورة أن تأخذ الاستراتيجيات المستقبلية بعين الاعتبار متطلبات هذا السياق المتغير لضمان نشر مجموعة متنوعة من الممرضات في أماكن الممارسات السليمة بالمهارات والكفاءات المناسبة اللازمة لبلوغ أهداف هذه الاستراتيجيات (21).

12. وبالبناء على الزخم الحالي، تُلتمس عناية اللجنة الإقليمية لتشجيع اتخاذ إجراءات مُعجّلة استناداً إلى المعلومات والبيانات المُحدّثة المُقدمة في هذه الورقة لتوجيه الحوار حول السياسات لتعزيز مهنة التمريض في الإقليم. وفي الوقت الذي ركزت فيه الاستراتيجيات والالتزامات العالمية والإقليمية على الممرضات والقابلات معاً، وتم عادةً دمج البيانات المتعلقة بكل منهما معاً، تأتي هذه الورقة لتركز على الممرضات اللائي يُشكلن الفئة الأكبر عدداً، والتي تعمل في نطاقٍ أوسع من أماكن الرعاية الصحية في نطاقات مختلفة من الممارسات والتحديات. ولن تقتصر نتيجة تعزيز القوى العاملة التمريضية على تحقيق أنماط عيش صحية والعافية (الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة)، ولكن سيشمل ذلك أيضاً تحقيق الإنصاف بين الجنسين (الهدف الخامس من أهداف التنمية المستدامة)، وزيادة التوظيف وتحقيق النمو الاقتصادي بما في ذلك تهيئة فرص العمل وتوفير الحماية الاجتماعية (الهدف الثامن من أهداف التنمية المستدامة) (22). وينبغي أن تستطيع البلدان تدريب وتوظيف أعدادٍ كافيةٍ من الممرضات اللائي تتمتع بالكفاءات والمهارات الملائمة لتلبية الاحتياجات الصحية لسكان، وتحسين الحصائل الصحية، والنهوض بالتغطية الصحية الشاملة.

## القوى العاملة التمريضية في الإقليم

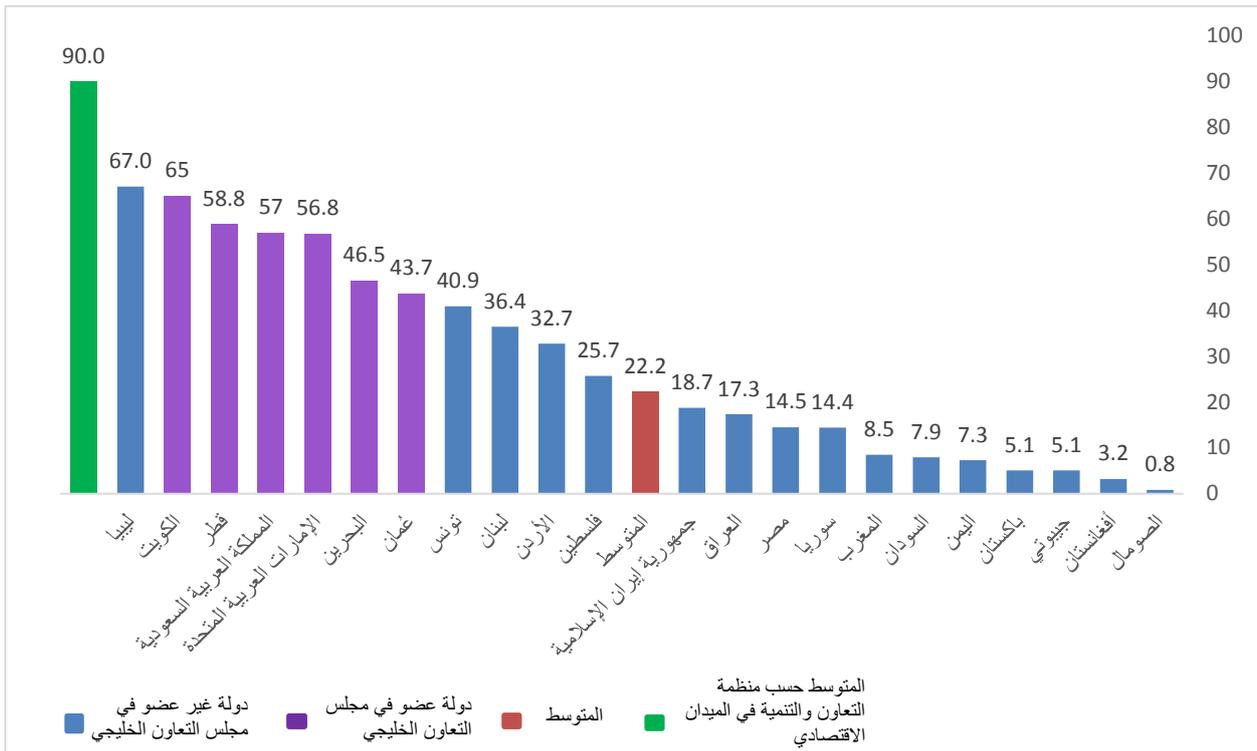
13. على مدار الإحدى عشرة سنةً القادمة، ستتناهى الحاجة على الصعيد العالمي إلى العاملين الصحيين، مما يُشكل تحدياً يتمثل في القدرة على تقديم التغطية الصحية الشاملة بحلول 2030 وصونها، ليس فقط على مستوى السياسات والخطط المعنية بالعاملين الصحيين في بلدان الإقليم، ولكن أيضاً على مستوى جميع المكونات الأخرى للنظام الصحي. ويواجه أغلب البلدان في الإقليم نقصاً في القوى العاملة الصحية بشكل عام. ومنذ عام 2017، لا تزال سبعة بلدان في الإقليم (أفغانستان، وجيبوتي، والمغرب، وباكستان، والصومال، والسودان، واليمن) تحت الحد الأدنى لكثافة القوى العاملة (23 طبيباً وممرضةً وقابلةً لكل 10000 نسمة)، مما يدل على أن العاملين في مجال الرعاية الصحية عددهم أقل من أن يتمكنوا من تقديم التدخلات الصحية الأساسية (23) (الشكل 1). كما أن أكثر من نصف البلدان في الإقليم تحت الحد الأدنى لمستوى 44.5 طبيباً وممرضةً وقابلةً لكل 10000 نسمة لضمان تنفيذ التدخلات الرامية إلى النهوض بالتغطية الصحية الشاملة (12).

14. في عام 2017، بلغ متوسط كثافة الممرضات والقابلات في الإقليم 22.2 لكل 10000 نسمة، وهي نسبة أقل من المتوسط الذي حددته منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والذي يبلغ 90 لكل 10000 نسمة (23، 24) (الشكل 2). وعلاوة على ذلك، فإن ارتفاع كثافات الممرضات والقابلات في بلدان مجلس التعاون الخليجي عن غيرها من البلدان قد أثر على توازن الكثافة الكلية في الإقليم نظراً لاعتمادها على ممرضات أجنبيات. وسيبلغ متوسط كثافة الممرضات والقابلات على المستوى الإقليمي، باستثناء بلدان مجلس التعاون الخليجي، 14.5 ممرضة وقابلة لكل 10000 نسمة - وهي نسبة أقل بكثير من المتوسط الإقليمي شاملاً بلدان مجلس التعاون الخليجي والمتوسط الذي حددته منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (الشكل 2).



المصدر: المرصد الصحي الإقليمي (23).

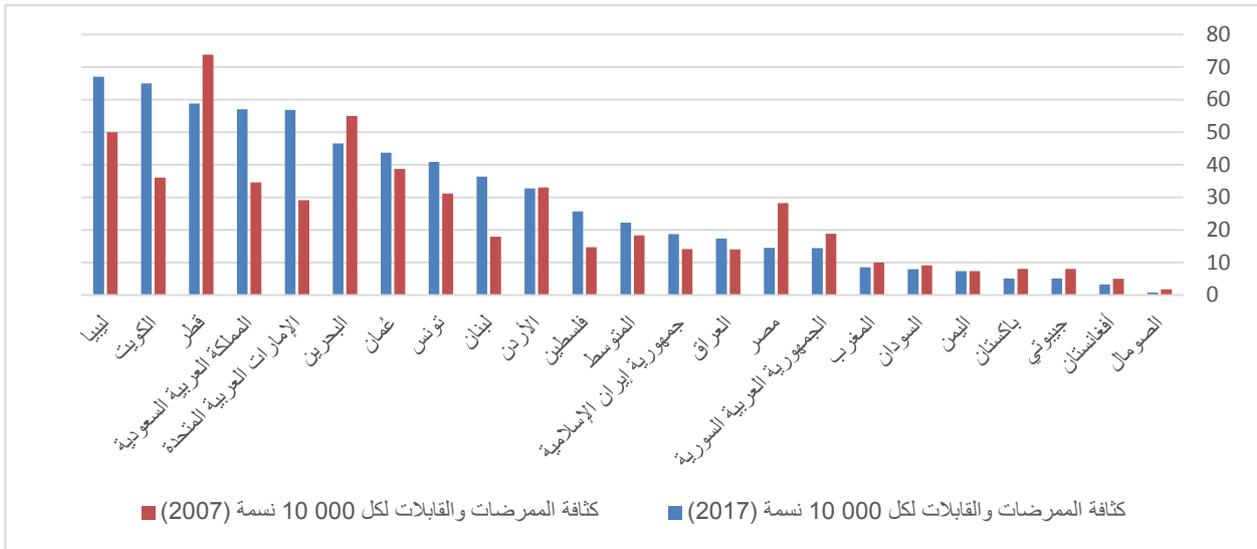
الشكل 1. كثافة الأطباء، والممرضات، والقابلات في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، 2017 أو أحدث تاريخ متاح



المصدر: المرصد الصحي الإقليمي (23).

الشكل 2. كثافة الممرضات والقابلات لكل 10000 نسمة في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، 2017 (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي)

15. خلال العشرة سنوات الممتدة بين عامي 2007 و2017، لم يطرأ أي تحسن على كثافات الممرضات والقابلات في أغلب بلدان الإقليم؛ بل انخفضت الكثافات في واقع الأمر في 11 بلداً (الشكل 3). ومن المتوقع أن ينخفض النقص العالمي في أعداد الممرضات والقابلات بنسبة قليلة من 9.0 إلى 7.6 مليون بحلول عام 2030؛ بينما من المتوقع في حال استمرار اتجاهات التخريج على ما هي عليه أن يرتفع العجز في عدد الممرضات والقابلات في إقليم شرق المتوسط من 0.9 إلى 1.2 مليون.



المصدر: المرصد الصحي الإقليمي (23).

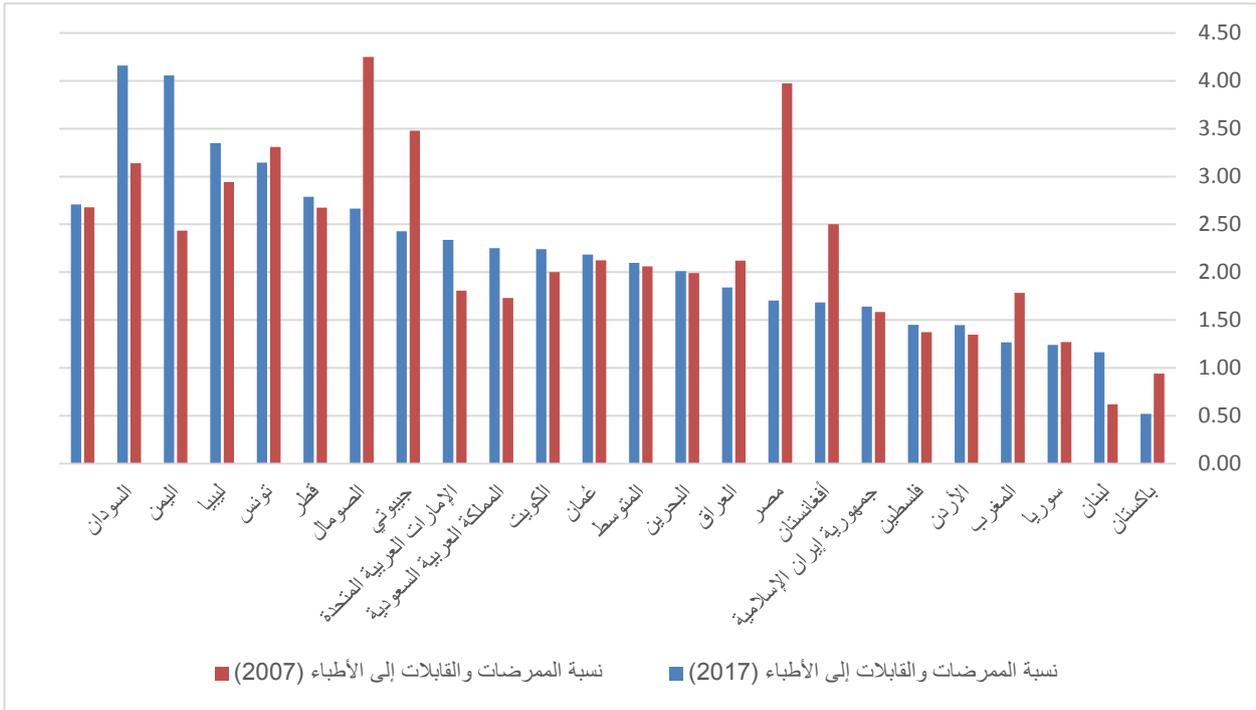
الشكل 3. كثافة الممرضات والقابلات لكل 10000 نسمة في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في عامي 2007 و2017

16. على الرغم مما شهدته العقود القليلة الماضية من زيادة في عدد برامج تعليم التمريض وارتفاع أعداد الخريجين من الممرضات، إلا أن كثافة الممرضات لم ترتفع بشكل كبير في أغلب البلدان. وهذا معناه أن ارتفاع أعداد الخريجين لم يكن كافياً ليوكب وتيرة الزيادة السكانية وتنقل العاملين الصحيين. وتشير البيانات المتاحة بشأن كثافات الخريجين في بعض البلدان إلى أن خريجي الكليات الطبية قد فاقوا في عددهم خريجي التمريض والقبالة في عام 2016 (23).

17. ومن الضروري أن يتوافر مزيج ملائم من مهارات القوى العاملة الصحية لضمان تقديم خدمات صحية فعالة وجيدة. ويمكن أن تكون نسبة الممرضات والقابلات إلى الأطباء مؤشراً بديلاً لتنوع المهارات. وعلى الرغم من عدم وجود معيار عالمي تُقاس عليه نسبة الممرضات والقابلات إلى الأطباء، مقارنةً بالنسبة التي حددتها منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والتي تبلغ 2.72 (24)، فإن المتوسط الإقليمي لهذه النسبة هو 2.1 (الشكل 4). ولقد انخفضت النسبة في تسعة بلدان على مدار العشر سنوات الماضية. وإذا استمر مستوى تخريج المهنيين على ما هو عليه، فإنه من المرجح أن يستمر اتجاه مشابه في تلك البلدان. على سبيل المثال، تبلغ نسبة الممرضات والقابلات إلى الأطباء في أفغانستان 0.5، وتقر كليات الطب وكليات التمريض بأعداد الطلاب التي يمكن مقارنتها، حيث يوجد 15000 طالب طب في السنة (25) و16000 طالب تمريض في السنة (26). ويعني ذلك ضمناً أن نسبة الممرضات إلى الأطباء ستظل أقل من 1 في السنوات المقبلة. ومن الضروري زيادة أعداد الخريجين في مجال التمريض، وهذا يتطلب بدوره زيادة الاستثمار في التمريض واعتماد سياسات وخطط أقوى في مجالي التعليم والتدريب.

18. من الممكن أن يؤدي سوء توزيع القوى العاملة إلى عدم تكافؤ فرص الحصول على الخدمات الصحية، كما يمكن أن يشكل ذلك عائقاً أمام تحسين نطاق تغطية الرعاية الصحية بالنسبة للناس الأكثر احتياجاً لها. تشير البيانات المتاحة في إقليم شرق المتوسط إلى أن أكثر من 80% من الممرضات يعملن في مستشفيات بالمناطق الحضرية، مما أدى إلى عجز في عدد الممرضات في المناطق الريفية. ويؤثر ذلك

بدوره على إتاحة الممرضات في أماكن الرعاية الصحية الأولية. على سبيل المثال، تعمل جميع الممرضات تقريباً في باكستان في المستشفيات، وحوالي 90% منهن يعملن في المناطق الحضرية. وفي أفغانستان، لا تتعدى نسبة السكان الذين يعيشون في المناطق الحضرية 23%، بينما تصل نسبة العاملين الصحيين المؤهلين الذين يعملون في المناطق الحضرية (بمن فيهم الممرضات) إلى ضعف نسبة الذين يعملون في المناطق الريفية (21). ويمكن التصدي للتحديات التي تواجه القوى العاملة الصحية، ومنها الممرضات في أماكن رعاية الحالات الحرجة، من خلال تحليل سوق العمل لضمان الحصول على خدمات صحية جيدة.



المصدر: المرصد الصحي الإقليمي (23).

#### الشكل 4. نسبة الممرضات والقابلات إلى الأطباء في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في عامي 2007 و2017

19. قد تكون وزارات الصحة هي جهات التوظيف الرئيسية للممرضات في الإقليم، إلا أن نسبة إشراك القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية تزايد بصورة متسارعة، مما سيؤدي بدوره إلى زيادة الطلب على الممرضات (27). ويرجع العجز في القوى العاملة وزيادة عبء العمل في القطاع العام إلى منافسة القطاع الخاص، والجمع بين العمل لدى القطاعين العام والخاص في كثير من بلدان الإقليم، مما يجعل من الصعب على القطاع العام تحقيق حصائل صحية أفضل (28). وفي سبيل مواجهة بعض هذه المشكلات، يتعين إشراك القطاع العام بفعالية ووضع سياسات وقوانين واضحة تكفل إدراج جودة الخدمات وسلامة المرضى ضمن عملية تقديم خدمات الرعاية الصحية في القطاع الخاص.

20. تمخض إعلان أستانا الأخير بشأن الرعاية الأولية عن زخمٍ جديدٍ لتحديد الأدوار التي تضطلع بها الممرضات ضمن أفرقة الرعاية الأولية المتعددة التخصصات واللازمة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. ولقد شهد الإقليم تسارع وتيرة الجهود المبذولة لتعزيز الرعاية الصحية الأولية، استناداً إلى ممارسة طب الأسرة كوسيلة تتميز بالفعالية والكفاءة لتعزيز الرعاية الأولية (29). وتميل البلدان التي يوجد لديها نظام قوي للرعاية الصحية وأفرقة رعاية صحية أولية متعددة التخصصات إلى تطوير

نماذج للرعاية قادرة على معالجة المشكلات الصحية المُعقدة، وضمان الحصول على الخدمات، خاصة بالنسبة للاجئين والسكان النازحين، وعلى تقديم الرعاية المستمرة، وتيسير التنسيق بين الخدمات وتكاملها، وتحقيق حصائل سريرية أفضل (30). ولقد شرعت بعض بلدان الإقليم في تنفيذ هذه المبادرات بالفعل. على سبيل المثال، تتولى أفرقة متعددة التخصصات تقديم الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية في لبنان، وتُعتبر الممرضات من بين الأعضاء المهمين في الفريق الذي يتولى التدبير العلاجي للاعتلال المزمن ومشكلات الصحة النفسية. وفي عُمان، أُعدَّ برنامج ترميز معني بصحة المجتمع، وتعمل الممرضات ضمن أفرقة متعددة التخصصات للاستجابة إلى الاحتياجات الصحية للسكان.

21. ولا يزال تنقل القوى العاملة الصحية يُمثل تحدياً في الإقليم، حتى أن بعض البلدان قد بدأت تخسر بالفعل قوى عاملة ترميزية مُدرّبة بسبب ارتفاع معدلات التنقل. ويمتد تأثير تنقل الممرضات إلى كل من بلدان المصدر وبلدان المقصد. وتواجه بلدان عديدة صعوبةً في تحقيق الاستقرار في المعروض من الممرضات والطلب عليهن بسبب التغير المستمر في احتياجات التوظيف في مجال الرعاية الصحية والتنافس على توظيف العاملين في مجال الرعاية الصحية (31). ويؤدي التنقل أيضاً إلى زيادة أعباء العمل، وخسارة الممرضات المهارات الحاصلات على قدرٍ عالٍ من التعليم، وتدني معايير الرعاية، وعدم الرضاء عن الوظيفة، والإجهاد، وارتفاع معدلات تنقل العاملين واستنزاف طاقاتهم (31). وتكون البلدان التي يوجد لديها مشاكل سياسية واقتصادية وأمنية أكثر عُرضة على وجه الخصوص لخسارة هذه الموهبة البشرية. ويترتب على ذلك استمرار غياب المهنيين الصحيين الأرفع تعليماً عن الخدمات الصحية التي تقدمها هذه البلدان (32).

22. ولا تزال بلدان مجلس التعاون الخليجي تعتمد اعتماداً كبيراً على القوى العاملة الترميزية غير الوطنية والتي تأتي من داخل الإقليم وخارجه. على سبيل المثال، تصل نسبة القوى العاملة الترميزية من غير المواطنين إلى 90% في الكويت (33)، وقطر (34)، والإمارات العربية المتحدة (35)، و60% في المملكة العربية السعودية (36). ولقد نجحت كل من عُمان والبحرين في الحد من نسبة الممرضات من غير المواطنين؛ حيث انخفضت النسبة في عُمان من 88% في عام 1990 إلى 38% في عام 2017؛ بينما انخفضت النسبة في البحرين من 51% إلى 48% في الفترة ما بين عامي 2012 و2016 (38). ولقد أصبح التحدي المتمثل في اجتذاب عاملين جدد لمهنة التمريض يُسبب قلقاً متزايداً، ليس فقط في الإقليم، ولكن أيضاً في جميع أنحاء العالم (25، 39). وتعمل البلدان حالياً على اجتذاب مزيدٍ من الأشخاص المُرشحين لامتحان مهنة التمريض، وذلك لزيادة أعداد المُسجلين من المواطنين في برامج التمريض وبالتالي، الحد من الاعتماد على الممرضات الأجانب. ولقد وفرت بعض البلدان، مثل البحرين والمملكة العربية السعودية، ومؤخراً باكستان، تعليماً مجانياً لمهنة التمريض على المستوى الجامعي، بالإضافة إلى منح خاصة للدراسات العليا الترميزية. وتجري الإمارات العربية المتحدة حالياً حملةً إعلامية لتحسين صورة الممرضات، كما تعمل على إعداد استراتيجية وطنية بحيث يصبح التمريض مهنة جذابة أكثر لمواطنيها (40).

### جودة التعليم والممارسة في مجال التمريض

23. لا تزال جودة تعليم التمريض وجدارة خريجي كليات التمريض تشكلان مبعثاً على القلق في الإقليم (41). ومن الممكن أن يساعد توفير تعليم عالي الجودة في مجال التمريض على تخريج ممرضات قادرات على تقديم خدمات التمريض على نحو أفضل، مما يساهم بدوره في تحقيق صحة أفضل (42). وفي الوقت الذي تشترط فيه عدة بلدان الحصول على درجة البكالوريوس في التمريض لممارسة

مهنة التمريض، فإن هناك مستويات متعددة من المؤهلات المتوافرة لدخول مهنة التمريض في معظم بلدان الإقليم نظراً للعجز الحالي في أعداد القوى العاملة التمريضية، وذلك مثل الحصول على مؤهل متوسط في التمريض بعد دراسة لمدة سنتين أو الحصول على دبلوم التمريض بعد دراسة لمدة ثلاث سنوات. ولقد وضعت جميع البلدان تقريباً برامج انتقالية لتوفير الفرصة للممرضات من حاملات الدبلوم والمؤهلات المتوسطة لتحسين مؤهلاتهن من أجل تعزيز مساهمتهن المهني.

24. يفتقر أغلب البلدان إلى اعتماد برامج تعليم التمريض بشكل رسمي ومستقل، وإن كان بعضها يسعى إلى إقرار الاعتماد الرسمي لتلك البرامج. وستكفل آليات الاعتماد الملائمة جودة برامج تعليم التمريض، بحيث تُخرِّج ممرضات يتمتعن بمستوى عالٍ من الجدارة وقادرات على استيفاء المعايير الدولية لتعليم التمريض. ومن شأن الاعتماد أيضاً أن يُحفز على تطوير معايير التعليم وإنفاذها، مما يسهم بدوره في جودة خدمات التمريض (43).

25. في السنوات الأخيرة، أُولِيَ مزيدٌ من الاهتمام إلى التمريض التخصصي. وأصبح الحصول على درجات الماجستير في التمريض متاحاً في عدد من بلدان الإقليم، وإن كانت البرامج التي تمنح درجة الدكتوراه في هذا المجال لا تزال محدودة. على سبيل المثال، يوجد في جمهورية إيران الإسلامية 19 برنامجاً لمنح درجة الدكتوراه في التمريض، ويوجد في مصر 13 برنامجاً؛ ويوجد على الأقل برنامج واحد في عدد من البلدان الأخرى (الأردن، ولبنان، وباكستان، والسودان). وتُعتبر البرامج الجامعية ضرورية لإعداد أعضاء هيئة التدريس في مجال التمريض ومدرسي الرعاية السريرية، خاصةً للمساعدة في تعجيل زيادة عدد الخريجين من الممرضات المؤهلات تأهيلاً جيداً (44).

26. يهدف تنظيم القوى العاملة التمريضية إلى حماية صحة الجمهور وسلامته من خلال تنظيم جودة التمريض وطرق ممارسة المهنة (45). ويوجد في أغلب البلدان في الإقليم هيئات وطنية لتنظيم مهنة التمريض من خلال مجلس منفصل معني بالتمريض (مثل الأردن، وباكستان، والإمارات العربية المتحدة) أو من خلال هيئات للمهنة المتعددة لتنظيم شؤون المهنيين الصحيين (مثل البحرين، وقطر، والصومال، والسودان، وتونس). وعلى الرغم من أن الهيئات التنظيمية قد أظهرت التزاماً استراتيجياً بتعزيز مهنة التمريض، إلا أن إنفاذ الاستراتيجيات التنظيمية كان بطيئاً أو متأخراً في عدة بلدان (41، 46).

#### الإدارة الاستراتيجية للقوى العاملة التمريضية

27. تُعتبر الإدارة الاستراتيجية لقدرات الممرضات ضرورية لضمان إتاحة الممرضات، وتوظيفهن، ونشرهن والانتفاع بمهارتهن على نحو ملائم. وفي البلدان التي تكون فيها السياسات التي تنظم ممارسة المهنة وتطوير الخدمات غير واضحة، تعاني مهنة التمريض من عدم وجود هيكل مُحدد، وعدم إحراز تقدُّم مهني أو تقدُّم في الرعاية السريرية. وفي 18 بلداً من بلدان الإقليم، يوجد في الحكومة منصب رئيس شؤون التمريض أو ما يوازيه في وزارة الصحة لتولي إدارة شؤون مهنة التمريض. وبشكل عام، فإن البلدان التي يوجد لديها هيكل لإدارة التمريض على مستوى أعلى بالحكومة يكون لديها فرصة أكبر للاشتراك في الحوار المعني بالسياسات لضمان مستويات أعلى من الالتزام بالخطة الوطنية المعنية بتطوير مهنة التمريض (17).

28. يمكن الحفاظ على القوى العاملة من الممرضات وتحسين جودة الرعاية ومأمونيتها من خلال إيلاء مزيدٍ من الاهتمام إلى تحسين بيئات العمل، وتعيين الموظفين، وزيادة مرتبات وحوافز الممرضات، وإشراك الممرضات في صنع القرارات ورسم السياسات، وضمان تقديم قدر أكبر من الدعم الإداري إلى الممرضات (47، 48). ويؤكد الإطار الإقليمي للعمل لقطاع المستشفيات، والذي قُدم إلى اللجنة

الإقليمية في دورتها الحالية في ورقة تقنية أخرى، على أهمية التعامل مع مسألة إتاحة القوى العاملة الصحية وأدائها من خلال تحسين آلية التوظيف وظروف العمل.

29. من الضروري مراجعة نطاق ممارسة مهنة التمريض وتحديده لمساعدة الممرضات على توظيف معارفهن ومهاراتهن في الإسهام بصورة أفضل في الخدمات الصحية. وقد تكون الأدوار التي تضطلع بها الممرضات محددة ومُعترف بها بصورة جيدة على الصعيد العالمي (49). ولكن تشير البيانات إلى أن الممرضات لا تتاح لهن دوماً فرصة استخدام مجموعة الكفاءات التي اكتسبها عن طريق التعليم في معظم البلدان بالكامل، مما يعني عدم التوظيف التام للمواهب والموارد المتاحة (50). وعلى الصعيد الإقليمي، يعود ذلك جزئياً إلى التحديات الاجتماعية والثقافية والسياسية، وإلى عدم وضوح الأدوار والوظائف والمسؤوليات المهنية (45). ويستلزم الأمر تحديد الأدوار التي تضطلع بها الممرضات ونطاق ممارسة المهنة للاستفادة على أفضل نحو ممكن من قدراتهن وتحسين أدائهن.

30. على الرغم من أن معظم بلدان الإقليم لديها توصيفات وظيفية للممرضات، إلا أن نطاق ممارسة مهنة التمريض لا يزال غير محدد بصورة جيدة. وفي واقع الأمر، فإن عدد قليل فقط من البلدان هو من قام بوضع وثائق قانونية لتفعيل نطاق ممارسة مهنة التمريض (الأردن، ولبنان، وقطر، والسودان، والإمارات العربية المتحدة فقط). ولا تزال بلدان أخرى تعمل على إعداد نطاق ممارسة مهنة التمريض (وهي البحرين، وجمهورية إيران الإسلامية، وعمان، والمملكة العربية السعودية). ويسود في الإقليم العديد من أوجه التفاوت بين نطاق ممارسة مهنة التمريض والممارسة الفعلية. وفي معظم البلدان، يكون نطاق مجموعة التدخلات التي تستطيع الممرضات أن تنفذها محدوداً، وذلك في ما يتعلق بتعزيز الصحة والوقاية والتأهيل. وتستطيع الممرضات أن تكون لها دورٌ أكثر فعالية في تقديم خدمات الطوارئ والتعافي والرعاية للاجئين والسكان النازحين (15). وبالإضافة إلى ذلك، فإنه من المرجح أن تظهر مجموعة جديدة من الأدوار والوظائف التي ستضطلع بها الممرضات بأدائها في سياق تعزيز النظم الصحية واستيفاء الغايات الخاصة بأهداف التنمية المستدامة (41). ومن الضروري أن تنظر الدول الأعضاء بعين الاعتبار إلى إعادة توجيه نظام تعليم التمريض وتدريب الممرضات للتغلب على قيود نطاق ممارسة مهنة التمريض.

31. على الرغم من ازدياد أعداد الممرضات المتخصصة في عدة بلدان بالإقليم (مثل جمهورية إيران الإسلامية، والأردن، ولبنان، وباكستان، وعمان من بين عدة بلدان أخرى)، إلا أن العديد من هذه البلدان لم يقرب بعد دور الممرضات اللائي يقمن بممارسات متقدمة، بالإضافة إلى أن فرص التوظيف في أدوارهن المتخصصة محدودة. وفي هذا السياق، تعكف جمهورية إيران الإسلامية حالياً على وضع استراتيجية للاستفادة من الممرضات المتخصصة بصورة أفضل ضمن النظام الصحي في إيران، والتوسع في نطاق الدور المنوط بهن أدائه، خاصةً في تقديم التدبير العلاجي للأمراض غير السارية وخدمات الرعاية الأولية. والأردن حالياً في المراحل الأخيرة من إنشاء وظيفة للممارسات المتقدمة في مجال التمريض في وزارة الصحة.

32. يفتقر الإقليم إلى معلومات موثوقة ومُحدّثة بشأن القوى العاملة الصحية، على الرغم من أن بعض البلدان قد يكون لديه معلومات أفضل بشأن القوى العاملة التمريضية (مثل البحرين، وجمهورية إيران الإسلامية، وعمان، والإمارات العربية المتحدة)، بينما لا تزال بلدان أخرى تسعى إلى تحسين إتاحة المعلومات (مثل الأردن، ولبنان، والمملكة العربية السعودية). ومن الضروري الاحتفاظ بمعلومات دقيقة ومُحدّثة بشأن القوى العاملة التمريضية لرصد الاتجاهات في القوى العاملة وتنفيذ السياسات الخاصة بمهنة التمريض، بما في ذلك تلك المعنية بأداء الممرضات. ويمكن أن

يؤدّي استخدام التكنولوجيا إلى تيسير التخطيط، والتوظيف، والنشر، والاستبقاء في ما يتعلق بالمرضات (51). وتحرز الإمارات العربية المتحدة تقدماً في سعيها نحو تنفيذ مؤشرات الأداء الرئيسية لرصد أداء المرشحات باستخدام التكنولوجيا.

### الاستثمار في القوى العاملة التمريضية

33. يتطلب توسيع نطاق خدمات التمريض وتعزيزها زيادة الاستثمار في تعليم مزيدٍ من المرشحات وتوظيفهن واستبقائهن. وينبغي أيضاً التأكيد على ضمان وجود تشريعات وقوانين فعّالة معنية بتعليم التمريض وممارسته وكذلك ممارسات التوظيف التي تأخذ بعين الاعتبار الحوافز النقدية وغير النقدية. ومن شأن الاستثمار الكبير في تعليم التمريض وتدريب المرشحات أن يساعد على اجتذاب مزيدٍ من الطلاب لدراسة التمريض، وزيادة نسبة الخريجات من المرشحات المؤهلات تأهيلاً جيداً لتلبية الطلب على الخدمات الصحية حالياً وفي المستقبل (52). ولقد ارتبط الاستثمار في الشراكات واستخدام استراتيجيات الاتصال، مثلاً من خلال حملات إعلامية للترويج لمهنة التمريض كاختيار جيد، بتحسين النظرة العامة لمهنة التمريض، وجاذبية المهنة، وزيادة الالتحاق بها (53).

34. إلى جانب تعزيز الخدمات الصحية، فإن الاستثمار في القوى العاملة الصحية، خاصة من المرشحات، من شأنه أن يؤدّي إلى تحسين تمكين المرأة اقتصادياً ومشاركته، وتوسيع نطاق التغطية الصحية الشاملة، والإسهام في الأمن الصحي العالمي، وتسريع وتيرة النمو الاقتصادي (54، 55). وعلاوة على ذلك، يُعتبر الاستثمار في التمريض استثماراً أيضاً في الشباب من الرجال والنساء الذين يشكلون معظم السكان في إقليم شرق المتوسط والذين سيخرج منهم الجيل التالي من العاملين الصحيين. وعليه، فيجب استيعاب أهداف المهنة وتطلعاتها، وإعداد تدخلات استراتيجية لاجتذاب المزيد لامتثال مهنة التمريض (46).

### الخلاصة

35. استُرشد في تطوير مهنة التمريض في الإقليم بالقرارات والتوجّهات الاستراتيجية العالمية والإقليمية. وعلى الرغم من ذلك، لا يزال الإقليم يعاني من انخفاض الاستثمار في مجال التمريض منذ وقت طويل، مما أسفر عن البطء في إحراز التقدم وإعاقته في بعض الأحيان. وحتى يتسنى إحداث تغييرات في النظام الصحي والوفاء بالالتزامات بتحقيق التغطية الصحية الشاملة والرعاية الصحية الأولية، ينبغي وضع سياسات قوية ووجود التزام سياسي قوي بزيادة أعداد الخريجين من المرشحات وتوظيفهن واستبقائهن كوسيلة لتعزيز الرعاية التي تركز على الناس، وتسريع وتيرة النمو الاقتصادي وتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

36. سترتب على زيادة أعداد الخريجين من المرشحات المؤهلات زيادة الاستثمار لتوظيف مزيدٍ من الشباب في مهنة التمريض، وتوسيع نطاق البرامج المعنية بالتمريض، وإعادة توجيه برامج التعليم والتدريب في مجال التمريض نحو الرعاية الصحية الأولية. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي وضع القوانين الملائمة لدعم عملية تحديد أدوار المرشحات ونطاق ممارسة مهنة التمريض والتوسع فيها، والاستفادة بقدرات المرشحات في خدمات الطوارئ والتعافي ورعاية النازحين، بمن فيهم اللاجئين. كما يلزم اعتماد تكنولوجيا جديدة في نظام تعليم التمريض وممارسته، مع ضمان تهيئة البيئات المناسبة لممارسة مهنة التمريض نظير أجر مناسب، وتقديم الحوافز الملائمة للعمل في المناطق النائية والتي تحفها المصاعب.

37. واللجنة الإقليمية لشرق المتوسط مدعوة إلى مناقشة الورقة التقنية واعتماد القرار الذي يدعو إلى التعجيل بالإجراءات اللازمة لتعزيز مهنة التمريض للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة في إقليم شرق المتوسط.

### توصيات إلى الدول الأعضاء

38. إعداد استراتيجيات وخطط عمل وطنية وتنفيذها لتعزيز القوى العاملة التمريضية، على أن يوضع في الاعتبار ديناميكيات سوق العمل من خلال المنصات المتعددة القطاعات، والحوار حول السياسات، والشراكات لضمان موافقة الإجراءات.

39. الاستثمار في تعليم التمريض، وتوظيف الممرضات واستبقائهن لتنفيذ الاستراتيجيات والخطط الوطنية لزيادة القوى العاملة التمريضية.

40. إعداد الاستراتيجيات الملائمة للاتصال والدعوة لاجتذاب النساء والشباب للعمل في مهنة التمريض وتحسين النظرة العامة للمهنة.

41. تعزيز القوى العاملة التمريضية في مجال الرعاية الصحية الأولية من خلال تحديد الأدوار التي تضطلع بها الممرضات ونطاق ممارسة مهنة التمريض والتوسُّع في ذلك للاستفادة على أفضل نحو ممكن من قدراتهم، خاصة في ما يتعلق بخدمات الطوارئ والتعافي ورعاية النازحين.

42. إعادة توجيه التعليم والتدريب في مجال التمريض، مع التأكيد على الكفاءات اللازمة للرعاية الأولية لتلبية احتياجات خدمات الرعاية الصحية الأولية والاحتياجات الصحية للسكان.

43. ضمان جودة تعليم التمريض في جميع المستويات من خلال إعداد وتنفيذ نظم اعتماد استناداً إلى معايير راسخة للتعليم والتدريب في مجال التمريض.

44. ضمان توفير بيئات العمل التي تتيح للممرضات توظيف معارفهن ومهاراتهن على نحو مثمر، من خلال وضع معايير محددة بصورة واضحة لممارسة مهنة التمريض، وتحديد أجر مناسب، وتوفير فرص للتطوير المهني والتطوير المهني المستمر.

### توصيات لمنظمة الصحة العالمية

45. العمل مع الدول الأعضاء لتقييم وضع مهنة التمريض، وإعداد وتنفيذ خطط عمل استراتيجية وطنية متوائمة مع الإطار الإقليمي للعمل: تعزيز مهنتي التمريض والقبالة في إقليم شرق المتوسط للأعوام 2016-2025.

46. العمل مع الدول الأعضاء للاستفادة من نظم المعلومات القائمة أو إنشاء نظم جديدة لمضاهاة البيانات والمعلومات الخاصة بالقوى العاملة التمريضية لتوجيه عملية إعداد السياسات وتنفيذها ورصدها.

47. رصد وتقييم التقدم المُحرز في تنفيذ الإطار الإقليمي للعمل: تعزيز مهنتي التمريض والقبالة في إقليم شرق المتوسط للأعوام 2016-2025.

48. تيسر إقامة الشبكات وإنشاء المنتديات لتبادل الخبرات وقصص النجاح في مجالي التمريض والقبالة في ما يتعلق بالتعليم، وممارسة المهنة، والقيادة، والحوكمة، والتنظيم.

49. يمكن الاستفادة من الزخم الذي أوجدته حملة "التمريض الآن" واعتبار عام 2020 "عام الممرضة والقابلة" لإنشاء منتديات للارتقاء بمستوى التمريض، والبناء على الالتزامات بتعجيل الإجراءات، وحشد مناصري التمريض من الإقليم.

50. رفع تقرير إلى اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط كل ثلاث سنوات حتى عام 2030 بشأن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار.

## المراجع

1. In landmark initiative, countries of the Region sign UHC2030 Global Compact to progress towards universal health coverage. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 28 August 2018  
)<http://www.emro.who.int/media/news/countries-of-whos-eastern-mediterranean-Region-sign-uhc2030-global-compact.html> ,accessed 25 June.(2019
2. Declaration of Astana. Global Conference on Primary health care. Astana, Kazakhstan, 25–26 October 2018. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF) 2018 ,(https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf ,accessed 9 July.(2019
3. Coster S, Watkins M, Norman IJ. What is the impact of professional nursing on patients’ outcomes globally? An overview of research evidence. *Int J Nurs Stud.* 2018;78:76–83. <https://doi.10.1016/j.ijnurstu.2017.10.009>.
4. Sustainable Development Goals. 17 Goals to transform our world [website]. United Nations) 2015 ;<https://www.un.org/sustainabledevelopment/> ,accessed 25 June.(2019
5. UNICEF. At least one in four children live in poverty in the Middle East and North Africa. United Nations Children’s Fund, 15 May) 2017 <https://www.unicef.org/press-releases/least-one-four-children-live-poverty-middle-east-and-north-africa> ,accessed 25 June.(2019
6. Speybroeck N, Kinfu Y, Dal Poz MR, Evans DB. Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes. Geneva: World Health Organization 2006 ;  
)<https://pdfs.semanticscholar.org/fb21/eb31a783e802b2869f291ad29c80bf26ff04.pdf> ,  
accessed 25 June.(2019
7. Discoll A. Currey JGM. Davidson PM. Changes in health service delivery for cardiac patients: implications for workforce planning and patient outcomes. *Aust Crit Care.* 2013;26(2):55–7. <https://doi.10.1016/j.aucc.2012.08.001>.
8. Persson LÅ, Nga NT, Målqvist M, Hoa DTP, Eriksson L, Wallin L, et al. Effect of facilitation of local maternal-and-newborn stakeholder groups on neonatal mortality: cluster-randomized controlled trial. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001445.  
<https://doi.10.1371/journal.pmed.1001445>.
9. Resolution WHA64.7. Strengthening nursing and midwifery. In: Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 16–24 May 2011. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization) 2011:6 ;[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64-REC1/A64\\_REC1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-en.pdf) ,accessed 25 June.(2019

10. 2020: International Year of the Nurse and the Midwife. Report by the Director-General. Geneva: World Health Organization; 2019 (A72/54 Rev ;1.  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_54Rev1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_54Rev1-en.pdf) ,accessed 9 July .(2019
11. Nursing Now [website] [[www.nursingnow.org](http://www.nursingnow.org) ,accessed 25 June.(2019
12. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization 2016 ;  
)[https://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategy\\_workforce2030\\_14\\_print.pdf?ua1=](https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua1=) ,  
accessed 25 June .(2019
13. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. Geneva: World Health Organization) 2016 ;[https://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf](https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf) ,accessed 25 June.(2019
14. Framework for action for health workforce development in the Eastern Mediterranean Region 2017–2030. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean 2018 ;  
)[http://applications.emro.who.int/docs/EMROPub\\_2018\\_EN\\_20314.pdf?ua1=](http://applications.emro.who.int/docs/EMROPub_2018_EN_20314.pdf?ua1=) ,accessed 25 June.(2019
15. Framework for action on advancing universal health coverage in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean ;  
) 2016[http://applications.emro.who.int/docs/Technical\\_Notes\\_EN\\_16287.pdf](http://applications.emro.who.int/docs/Technical_Notes_EN_16287.pdf) ,accessed 25 June .(2019
16. Strengthening nursing and midwifery in the Eastern Mediterranean Region: a framework for action 2016–2025. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean 2016 ;  
)[http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB\\_2016\\_EN\\_18976.pdf](http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_18976.pdf) ,accessed 25 June .(2019
17. WHO Progress report on nursing and midwifery 2013–2015. Geneva: World Health Organization) 2016 ;[https://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/nursing-midwifery\\_report\\_13-15.pdf?ua1=](https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/nursing-midwifery_report_13-15.pdf?ua1=) ,accessed 25 June .(2019
18. Regional guide for the development of nursing specialist practice. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2018 (WHO-EM/NUR/432/E .(
19. A guide to nursing and midwifery education standards. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2015 (WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series ;37 ,

- [http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB\\_2015\\_EN\\_1866.pdf](http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2015_EN_1866.pdf) ,accessed 25 June .(2019
20. Gedik FG, Buchan J, Mirza Z, Rashidian A, Siddiqi S, Dussault G. The need for research evidence to meet health workforce challenges in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J.* 2018 Dec.812-811:(9)24;9
  21. Gedik F, Oweis A, Khalil M. Family practice workforce: multidisciplinary teams. In: Salah H, Kidd M, editors. *Family practice in the Eastern Mediterranean Region. Universal health coverage and quality primary care.* Boca Raton: CRC Press .2019 ;
  22. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization 2016 ;  
)<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence1=> ,accessed 25 June.(2019
  23. Regional health observatory. Data repository. Health workforce: nursing and midwifery by country. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean .  
)<http://www.emro.who.int/entity/statistics/regional-health-observatory.html> ,accessed 30 May .(2019
  24. OECD health statistics 2018 – Frequently requested data [online database]. Organisation for Economic Co-operation and Development; November 2018  
(<http://www.oecd.org/els/health-systems/OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data.xls>, accessed 30 May).(2019
  25. Pakistan Council of Nursing [website [  
)[https://www.pnc.org.pk/PNC\\_Recognized\\_Institutes.htm](https://www.pnc.org.pk/PNC_Recognized_Institutes.htm) ,accessed March.(2019
  26. Pakistan Medical & Dental Council [website) [<http://www.pmdc.org.pk/AboutUs/RecognizedMedicalDentalColleges/tabid/109/Default.aspx> ,accessed 27 May.(2019
  27. Al-Jarallah KF, Moussa MA, Hakeem SK, Al-Khanfar FK. The nursing workforce in Kuwait to the year 2020. *Int Nurs Rev.* 2009;56(1):65–72. <https://doi.10.1111/j-1466.7657.2008.00654>
  28. The role and contribution of the private sector in moving towards universal health coverage. Cairo: WHO Regional Office for Eastern Mediterranean 2016 ;  
)[http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB\\_2016\\_EN\\_18890.pdf?ua1=](http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_18890.pdf?ua1=) ,accessed 25 June .(2019
  29. Salah H, Kidd M. *Family practice in the Eastern Mediterranean Region. Universal health coverage and quality primary care.* Boca Raton: CRC Press.2019 ;
  30. Harris MF, Advocat J, Crabtree BF, Levesque JF, Miller WL, Gunn JM, et al. Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: evidence from a

- comparison of reform in three countries. *J Multidiscip Healthc.* 2016;9:35–46. doi:10.2147/JMDH.S.97371
31. Valizadeh S, Hasankhani H, Shojaeimotlagh V. Nurses' immigration: causes and problems. *Int J Med Res Health Sci.* 2016;5(9S):91–486:(
  32. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(1):652–66. <https://doi.10.3390/ijerph.120100652>
  33. Al-Jarallah KF, Moussa MA, Hakeem SK, Al-Khanfar FK. The nursing workforce in Kuwait to the year 2020. *Int Nurs Rev.* 2009;56(1):65–72. <https://doi.10.1111/j-1466.7657.2008.00654>
  34. Qatar in figures: 2017. Doha: Ministry of Development Planning and Statistics; 2017 ([https://www.mdps.gov.qa/en/statistics/Statistical%20Releases/General/QIF/Qatar\\_in\\_Figures\\_32\\_2017\\_EN.pdf](https://www.mdps.gov.qa/en/statistics/Statistical%20Releases/General/QIF/Qatar_in_Figures_32_2017_EN.pdf), accessed 9 July.(2019
  35. Paulo MS, Loney T, Lapão LV. How do we strengthen the health workforce in a rapidly developing high-income country? A case study of Abu Dhabi's health system in the United Arab Emirates. *Hum Resource Health.* 2019;17(1):9. <https://doi.10.1186/s-019-12960.9-0345>
  36. Al-Dossary RN. The Saudi Arabian 2030 vision and the nursing profession: the way forward. *Int Nurs Rev.* 2018;65(4):484–90. <https://doi.10.1111/inr.12458>.
  37. Statistical Reports. 2017 – Chapter five: human resources development. Muscat: Ministry of Health: 2107 (<https://www.moh.gov.om/en/web/statistics/-/20-53>, accessed 9 July.(2019
  38. Manpower Report. Ministry of Health, Kingdom of Bahrain) 2016 : [https://www.moh.gov.bh/Content/Files/Publications/statistics/HS2016/PDF/Chapters/Human%20Resources\\_MoH%202016.pdf](https://www.moh.gov.bh/Content/Files/Publications/statistics/HS2016/PDF/Chapters/Human%20Resources_MoH%202016.pdf) ,.accessed 21 July.(2019
  39. Ma C, Fouly H, Li J, D'Antonio P. The education of nurses in China and Egypt. *Nurs Outlook.* 2012;60(3):127–33. <https://doi.10.1016/j.outlook.2011.08.002>.
  40. United Arab Emirates. Ministry of Health & Prevention. Projects and Initiatives [webpage]. Updated 8 July) 2019 <http://www.mohap.gov.ae/en/Pages/ProjectandInitiatives.aspx> , accessed 9 July.(2019
  41. Raising the profile of nursing and midwifery in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J.*9–698:(9)21;2015 .
  42. All-Party Parliamentary Group on Global Health. Triple impact – how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. London, 17 October) 2016 [http://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG\\_triple-impact.pdf](http://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf) , accessed, 25 June .(2019

43. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva: World Health Organization 2013 ;  
)[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/\\_9789241506502/93635/10665eng.pdf?sequence1=](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/_9789241506502/93635/10665eng.pdf?sequence1=) ,accessed 25 June.(2019
44. Qarani WM, Jan R, Saeed KMI, Khymani L. (2018). We need higher education: voice of nursing administration from Kabul, Afghanistan. *Nurs Open*. 2018;5(3):317–22.  
<https://doi.10.1002/nop.2.140>
45. Brownie SM, Hunter LH, Aqtash S, Day GE. Establishing policy foundations and regulatory systems to enhance nursing practice in the United Arab Emirates. *Policy Polit Nurs Pract*. 2015;16(1-2):38–50. <https://doi.1527154415583396/10.1177>.
46. Kronfol NM. Historical development of health professions' education in the Arab world. *East Mediterr Health J*.65–1157:(11)18;2012 .
47. McHugh M, Ma C. Wage, work environment, and staffing: effects on nurse outcomes. *Policy Polit Nurs Pract*. 2014;15(3-4):72–80. <https://doi.1527154414546868/10.1177>.
48. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *Int J Qual Health Care*. 2011;23(4):357–64. <https://doi.10.1093/intqhc/mzr.022>
49. Scope of nursing practice and decision-making framework. Toolkit. Geneva: International Council of Nurses.2010 ;
50. Scope of nursing practice: Position statement. Geneva: International Council of Nurses ;  
) 2013[https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B07\\_Scope\\_Nsg\\_Practice.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B07_Scope_Nsg_Practice.pdf) ,  
accessed 25 June.(2019
51. Burton CR, Rycroft-Malone J, Williams L, Davies S, McBride A, Hall B, et al. NHS managers' use of nursing workforce planning and deployment technologies: a realist synthesis. *Health Serv Deliv Res* (36) 6;2018 <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/hsdr06360/#/full-report> ,accessed 25 June.(2019
52. Lamadah SM, Sayed HY. Challenges facing nursing profession in Saudi Arabia. *J Biol Agric Healthcare*.5–20:(7)4;2014.
53. Masih S, Gulzar L. Nurses' self perception about their public image in a metropolitan city, Karachi. *J Dow Uni Health Sci* .74–70:(2)10;2016 .
54. Investing in the health workforce – UN Commission on Health Employment and Economic Growth releases report. International Council of Nurses; 21 September 2016  
)[https://www.who.int/hrh/com-heeg/ICN\\_HEEG\\_Commission.pdf](https://www.who.int/hrh/com-heeg/ICN_HEEG_Commission.pdf) ,accessed 25 June.(2019
55. Raines DA. What attracts second degree students to a career in nursing? *Online J Issues Nurs*. 2010 Nov.8:(1)16;24