USAID
من الشعب الأمريكي

وزارة الصحة

URC

دليل برنامج التوجيه الخاص بالطبيب العام حديث التعيين في وزارة الصحة

2024



تنويه: تم تحديث هذا الدليل من قبل وزارة الصحة بالتعاون مع مشروع تعزيز جودة الخدمات الصحية وبدعم من الشعب الأمريكي من خلال الوكالة الأميركية للتنمية الدولية (USAID) . إن المعلومات الواردة في هذا الدليل هي مسؤولية (URC) ولا تعكس بالضرورة آراء ووجهات نظر الوكالة الاميركية للتنمية الدولية و/أو حكومة الولايات المتحدة الاميركية

كلمة وزير الصحة

إننا نؤمن بأن النجاح يقف وراءه عدة أسباب يأتي في طليعتها الالتزام والتجديد والجودة في الخدمات والتحسين المستمر للمحافظة على بقائها وقدرتها على المنافسة. ونحن في المملكة الأردنية الهاشمية نؤمن بأهمية رفع كفاءة وفعالية النظام الصحي لكي نستطيع مواجهة التحديات. إن وزارة الصحة تُعنى بعدة جوانب في خدمة المواطن من رعاية صحية عبر المراكز الصحية الأولية والشاملة والمستشفيات ومن هنا تأتي أهمية بناء وتعزيز الكفاءات العلمية للأطباء حديثي التعيين في الوزارة.

عملت وزارة الصحة بالتعاون مع مشروع تعزيز جودة الخدمات الصحية الممول من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية على تحديث "برنامج التوجيه الخاص بالطبيب العام حديث التعيين" لرفع كفاءته فيما يتعلق بالمهارات الإدارية والفنية التي تمكنه من تقديم خدمات رعاية صحية أولية ذات جودة تلبي توقعات المستفيدين.

يعتبر هذا الدليل مرجعا أساسياً للمتدربين ويمكّن الوزارة من خلال مديريات الشؤون الصحية إلى خلق آلية تساعدهم على حل مشكلة معدل الدوران المرتفع للأطباء العامين في الرعاية الصحية الأولية وتأهيل الطبيب العام حديث التعيين للقيام بمهامه على أكمل وجه.

وزير الصحة

الأستاذ الدكتور فراس الهواري

شكر وتقدير

نتقدم ببالغ الشكر وعظيم الامتنان لجميع الجهات المساهمة في تطوير هذا الدليل التدريبي الذي يهدف إلى تقديم التوجيه الخاص للأطباء العامّين حديثي التعيين في المراكز الصِحيّة التابعة لوزارة الصحة وتمكينهم من الاطلاع على الآليات والسياسات والإجراءات الأساسية داخل هذه المؤسسة الطِبّية.

بداية نود أن نعرب عن تقديرنا الخاص للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) لدعمها الكريم على مر السنين في بناء القدرات والكفاءات الفنية والإدارية لكوادر وزارة الصحة، وذلك سعياً لتحقيق هدفنا المشترك في تحسين المخرجات الصِحيّة للسيّدات في عمر الإنجاب والأطفال دون الخامسة من العمر في الأردن.

كما نودّ أن نعرب عن امتناننا وتقديرنا لجميع أعضاء اللجنة الفنية على مساهمتهم القّيمة في مراجعة وتطوير محتوى البرنامج (برنامج التوجيه الخاص للأطباء العامّين حديثي التعيين في وزارة الصحة)، كما ونعرب عن خالص تقديرنا لفريق مشروع تعزيز جودة الخدمات الصِحيّة المموّل من قبل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية للدعم الفني المتواصل والجهود المبذولة في سبيل مراجعة وتحديث محتويات هذا البرنامج.

أعضاء فريق المراجعة والتحديث للدليل:

وزارة الصحة

إدارة الشؤون الفنية للمستشفيات / مديريه التعليم والتدريب الطبي		
.1	الدكتورة رهام يوسف الحمود	مدير مديريه التعليم والتدريب الطبي
.2	الدكتورة أسماء قاسم ربابعة	رئيس قسم التطوير المهني المستمر
إدارة الرعاية الصحية الأولية		
.3	الدكتور رياض الشياب	مدير إدارة الرعاية الصحية الأولية
إدارة الرعاية الصحية الأولية / مديرية الأمراض غير السارية		
.4	الدكتور أنس نهاد المحتسب	مدير مديرية الأمراض غير السارية
.5	الدكتورة تيسير الصاحب	رئيس قسم السجلات الوطنية (سابقاً)
.6	الدكتور محمد الأزهري	رئيس قسم مكافحة السرطان المكلف (سابقاً)
.7	المهندسة روحية برهم	رئيس قسم التغذية
.8	الدكتورة سجى الحراسيس	رئيس قسم الوقاية من الأمراض القلبية والوعائية

.9	الدكتور صفوان دبابنة	رئيس قسم الوقاية من الأمراض الوراثية والخلقية (سابقاً)
.10	الدكتور عبد الله معتوق	رئيس قسم مكافحة السرطان
.11	الدكتور سيف الفاخوري	قسم الوقاية من الأمراض القلبية والوعائية
.12	الدكتورة أماني الزغول	ضابط ارتباط الأمراض الرئوية المزمنة
إدارة الرعاية الصحية الأولية / مديرية الصحة المدرسية		
.13	الدكتور محمد سليمان المعايعة	مدير مديرية الصحة المدرسية
.14	الفاضل أحمد محمود الخرابشة	رئيس قسم البيئة المدرسية
.15	الدكتور أشرف جميل عقل	رئيس قسم النهوض بصحة الطلبة
.16	الدكتورة إيمان أحمد سرحان	رئيس قسم المراكز الإيوائية
.17	الدكتور فراس عيسى عويس	رئيس قسم الصحة السنية
إدارة الرعاية الصحية الأولية / مديرية صحة المرأة والطفل		
.18	الدكتورة هديل السائح	مدير مديرية صحة المرأة والطفل
.19	الدكتورة أريج مصباح قاسم	رئيس قسم صحة الطفل
.20	الدكتورة حنان النجمي	رئيس قسم صحة المرأة
.21	الدكتورة وسام عبدالله أبو علي	رئيسة قسم العنف الأسري
إدارة الأوبئة / مديرية الأمراض السارية		
.22	الدكتور محمد نمر الحوارات	مدير مديرية الأمراض السارية
.23	الدكتور معتصم حسينات	رئيس قسم الرصد
.24	الدكتور نزار مسودة	رئيس قسم التطعيم
.25	الدكتور عاكف سليحات	رئيس قسم الأمصال والمطاعيم
.26	الدكتورة فطيمة ذنيبات	رئيس قسم تحليل البيانات
.27	الدكتور علاء هديب	رئيس قسم الأمراض المشتركة والصحة الواحدة
.28	الدكتور سائد نصيرات	رئيس قسم الأمراض الطفيلية
.29	الدكتور محمد الغرايبة	رئيس قسم ضبط العدوى
.30	الدكتور باسل أبو هديب	رئيس قسم الأمراض المنقولة جنسيا
.31	الدكتور ادهم شطناوي	قسم الرصد
.32	الدكتور قصي عدوي	قسم الرصد
.33	الدكتور احمد عبيدات	قسم الأمراض المشتركة والصحة الواحدة
.34	الدكتور سامي الشوبكي	قسم الأمراض الطفيلية
.35	الفاضل فادي حطاب	قسم ضبط العدوى
.36	الدكتورة اروى إسماعيل	قسم الأمراض المنقولة جنسيا

مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة		
.37	الدكتورة صفاء العوران	مدير مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة
.38	الدكتور ركان أبو رمان	رئيس قسم إدارة الجودة في (سابقاً)
إدارة الشؤون الإدارية / مديريه الموارد البشرية		
.39	الدكتور معن عمران العامر	مدير مديريه الموارد البشرية
.40	الفاضل أمير أحمد علي	رئيس قسم التوظيف والتعيين
.41	الفاضلة كلوديا يونس بني يونس	قسم التوظيف والتعيين
إدارة الشؤون الإدارية / مديرية تنمية القوة البشرية		
.42	الدكتورة إيمان الشباطات	مديرة مديرية تنمية القوة البشرية
.43	الدكتورة صابرين عربيات	مديرية تنمية القوة البشرية
مديرية الشؤون القانونية		
.44	الفاضلة جهان القريوتي	رئيس قسم حقوق الإنسان
مديرية إدارة المشاريع والتخطيط والتعاون الدولي		
.45	الدكتورة رويدة فرجات	رئيس قسم الدراسات والمعلومات
.46	الدكتورة شيرين الهنداوي	قسم التخطيط
.47	الدكتورة لبنى الظاهر	قسم التخطيط

مشروع تعزيز جودة الخدمات الصحية الممول من قبل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية

.48	الدكتورة رجاء خاطر	قائد فريق تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية
.49	الدكتورة سيبسا غوناجوقة	استشاري تحسين جودة خدمات صحية
.50	الدكتور زيد حلواني	استشاري تحسين جودة خدمات صحية
.51	الفاضلة هناء عثامنة	منسق تحسين جودة خدمات صحية

الفهرس

كلمة وزير الصحة III

شكر وتقدير IV

الفهرس VII

المقدمة..... 10

المسار العام..... 11

القوانين والأنظمة 11

التطوير المهني المستمر 21

قواعد السلوك الوظيفي وواجبات الوظيفة العامة وأخلاقياتها..... 31

بيئة العمل في وزارة الصحة 38

الإدارة والتخطيط 42

الخطة الإستراتيجية والهيكل التنظيمي 48

الوصف الوظيفي وأداء الموظفين..... 54

إدارة الأداء 58

مهارات الاتصال 67

إدارة النزاعات 73

مقدمة في جودة الرعاية الصِحيّة 76

مقدمة عن مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة في وزارة الصحة. 79

مقدّمة عن سلامة المرضى والمساءلة الطِبّية 92

التوثيق على الملفات الطِبِّية..... 95

إدارة المعلومات الصِحيّة 101

نظام التحويل 109

سياسة وإجراء تحويل المرضى إلى المستشفيات والمراكز الصِحيّة الشاملة 116

مشاركة المجتمع المحلي في الرعاية الصِحيّة 118

مقدمة تعريفية عن الرعاية الصِحيّة الأوليّة 125

خطّة الطوارئ..... 130

الإعاقات في الأردن 136

المسار الخاص..... 141

برنامج منع وضبط العدوى..... 142

(سلسلة انتقال العدوى) 145

الوقاية من العدوى في مؤسسات الرعاية الصِحيّة 147

نظافة اليدين 160

الحقن الامن..... 163

الصحة المهنيّة 165

إدارة النفايات الطِبِّية..... 169

التعامل مع حالات الإسهال..... 178

التسمم الغذائي..... 183

التعامل مع حالات الإنفلونزا 186

متلازمة الشرق الأوسط التنفسية لفيروس كورونا (MIDDLE EAST RESPIRATORY SYNDROME (MERS)) 191

السل الرئوي..... 196

التعامل مع داء الكَلَب وحالات العقر 198

المطاعيم 203

نظرة عامة عن كوفيد-19 215

نظرة عامة على التهاب الكبد أ، ب، ج 216

نظرة عامة عن الأمراض المنقولة جنسيا وفيروس نقص المناعة البشرية الأيدز 220

الأمراض الطفيلية 223

برنامج الصحة الواحدة للأمراض المنقولة عن طريق الحيوانات 226

مقدمة تعريفية عن الأمراض غير السارية 230

عوامل الخطورة للإصابة بالأمراض غير السارية 236

ارتفاع ضغط الدم 239

السكري 245

أمراض الجهاز التنفسي المزمنة 252

الصحة النفسية 259

السرطان 263

الطب الشرعي 269

الصحة المدرسية 274

التعامل مع حالات العنف الأسري 285

خدمات رعاية الأمومة والطفولة 302

التغذية السليمة 312

قائمة المصادر والمراجع 321

المقدمة

شهدت وزارة الصحة الأردنية ارتفاعاً كبيراً في معدل دوران الأطباء العاملين في الرعاية الصِحيّة الأولية، وما يترتب عليه من آثار وتأثر لمخرجات الرعاية الصِحيّة، حيث يعتبر الطبيب العام في المراكز الصِحيّة اللّبِنة الأولى في تقديم خدمات ذات جودة في الرعاية الصِحيّة الأولية.

ولمّا كان لتدريب الطبيب العام حديث التعيين من أهمية على الركائز الأساسية في تقديم الخدمات في المراكز الصِحيّة، فقد عملت وزارة الصحة الأردنية بالتعاون الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية على رفع كفاءة هؤلاء الأطباء من خلال برنامج توجيه خاص بالطبيب العام في وزارة الصحة لتقديم خدمات الرعاية الصِحيّة الأوليّة وتلبية توقعات المستفيدين.

واستناداً إلى هذا الهدف تم مراجعة وتحديث هذا الدليل التدريبي ليكون مرجعاً للمتدربين خلال تقديم "برنامج التوجيه الخاص للأطباء العامّين حديثي التعيين في وزارة الصحة" والذي سيمكّنهم من الاطّلاع على الآليات والسياسات والإجراءات الأساسية داخل المراكز الصِحيّة.

هذا الدليل يحتوي على العناوين الأساسية والمادة العلمية والتي تساعد الطبيب العام حديث التعيين الحصول على المعلومات الضرورية التي تمكّنه من تقديم الخدمات.


المسار العام

قانون الصحة العامة رقم (47) لسنة 2008 وتعديلاته والأنظمة الصادرة أو السارية بموجبه والتعليمات الصادرة أو السارية بموجب هذه الأنظمة:

1. نظام الخلايا الجذعية رقم (10) لسنة 2014 والتعليمات الصادرة بموجبه:

- تعليمات التأمين على الخلايا الجذعية المخزنة رقم (1) لسنة 2014 وتعديلاتها.
- تعليمات أسس جمع الخلايا الجذعية رقم (2) لسنة 2014.
- تعليمات الشروط والمواصفات الفنية والأجهزة والمعدات والمؤهلات والخبرات الواجب توافرها بالبنك المراد ترخيص رقم (3) لسنة 2014.
- تعليمات أسس الإدارة النوعية الشاملة وإدارة الجودة الواجب توافرها في بنك الخلايا الجذعية رقم (4) لسنة 2014.
- تعليمات توثيق المعلومات وتنظيم الملفات والسجلات في بنك الخلايا الجذعية رقم (5) لسنة 2014.
- تعليمات صرف الخلايا الجذعية من بنك الخلايا الجذعية المرخص رقم (6) لعام 2014 (6) لسنة 2014.
- تعليمات تنظيم العلاج الخلايا الجذعية رقم (8) لسنة 2016.
- تعليمات ترخيص المراكز المتخصصة الخلايا الجذعية البالغة رقم (9) لسنة 2016.

2. نظام التقارير واللجان الطبية رقم (13) لسنة 2014 وتعديلاته والجداول والتعليمات الصادرة بموجبه:

- جدولا بالأمراض التي تحول دون التعيين أو الابتعاث.
- جدولا بالأمراض التي لا تحول دون التعيين أو الابتعاث.
- جدولا يحدد نسب العجز الجزئي والكلي.
- جدولا بالأمراض المهنية.
- تعليمات إصدار التقارير الطبية القضائية رقم (1) لسنة 2017 والنماذج الصادرة بمقتضاه:

  أ- نموذج التقرير الطبي القضائي الأولي.

  ب-نموذج التقرير الطبي القضائي القطعي.
- تعليمات التقارير الطبية للحالات الإنسانية رقم (2) لسنة 2018.
- تعليمات إصدار تقارير اللجان الطبية للأشخاص ذوي الإعاقة رقم (3) لسنة 2018.

3. نظام المستشفيات الخاصة رقم (54) لسنة 2014 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بموجبه:

- تعليمات ترخيص وحدات قسطرة القلب والأوعية الدموية لدى المستشفيات الخاصة رقم (1) لسنة 2018.
- تعليمات ترخيص وحدات تفتيت الحصى لدى المستشفيات الخاصة رقم (3) لسنة 2019.
- تعليمات ترخيص وحدة تنظير الجهاز الهضمي لدى المستشفيات الخاصة رقم (4) لسنة 2019.

4. **نظام ممارسة مهنة السمعيات رقم (58) لسنة 2014 والتعليمات الصادرة بموجبه:**

- تعليمات ممارسة مهنة السمعيات رقم (1) لسنة 2015.

5. **نظام ترخيص عيادات ومراكز الطب البشري رقم (74) لسنة 2014 وتعديلاته.**

- تعليمات الشروط والمتطلبات الواجب توافرها في عيادات ومراكز الطب البشري رقم (2) لسنة 2019.

6. **نظام خدمات نقل الدم رقم (83) لسنة 2014 وتعديلاته.**

7. **نظام ممارسة مهنة العلاج الوظيفي رقم (84) لسنة 2014 وتعديلاته.**

8. **نظام ممارسة مهنة العلاج الحكمي رقم (85) لسنة 2014 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بموجبه:**

- تعليمات ممارسة مهنة العلاج الحكمي رقم (1) لسنة 2015.

9. **نظام ممارسة مهنة معالجة النطق رقم (86) لسنة 2014 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بموجبه:**

- تعليمات ممارسة مهنة معالجة النطق رقم (1) لسنة 2015.

10. **نظام ممارسة مهنة فني الأسنان رقم (54) لسنة 2013 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بموجبه:**

- تعليمات تحديد أعمال ممارسي مهنة فني الأسنان رقم (1) لسنة 2015.
- تعليمات إجراء الامتحانات لطالبي ترخيص ممارسة مهنة فني الأسنان رقم (2) لسنة 2015.
- تعليمات الشروط والمتطلبات الواجب توفرها في مختبرات الأسنان رقم (3) لسنة 2015.

11. **نظام تنظيم عرض منتجات التبغ رقم 73 لسنة 2013.**

- تعليمات المعايير والشروط الواجب توافرها لعرض منتجات التبغ في أماكن البيع رقم (1) لسنة 2015 وتعديلاتها.

12. **نظام ممارسة مهنة فني التخدير رقم (49) لسنة 2006 وتعديلاته.**

13. **نظام ممارسة مهنة مسعف رقم (47) لسنة 2006 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بموجبه:**

- تعليمات المهام الإسعافية لممارسي مهنة المسعف رقم (1) لسنة 2012.
- تعليمات تجديد رخصة المزاولة لممارسي مهنة المسعف رقم (2) لسنة 2012.

14. **نظام ممارسة مهنة التدليك والمساج رقم (20) لسنة 2005 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بموجبه:**

- التعليمات التنفيذية لممارسة مهنة التدليك والمساج رقم (1) لسنة 2005.

15. نظام الفحص الطبي قبل الزواج رقم (83) لسنة 2015 والتعليمات السارية بموجبه:

- تعليمات الفحص الطبي قبل الزواج رقم (2) لسنة 2006.

16. نظام ترخيص المختبرات الطبية الخاصة رقم (30) لسنة 2003 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بموجبه:

- تعليمات ترخيص نقطة سحب عينات فحص (COVID-19 BY PCR) من المركبات باتباع مبدأ (DRIVE THROUGH) لسنة 2021.
- تعليمات أسس وشروط ضبط الجودة المخبرية وتحسينها لعام 2012.
- تعليمات شروط تغليف ونقل عينات المواد البيولوجية أو العزولات الجرثومية رقم 1 لسنة 2009.
- تعليمات شروط الاعتراف بالمختبرات الطبية لغاية التدريب رقم 3 لسنة 2006.
- تعليمات مزاولة المهنة واسس الاعلان عنها وتعديلاتها لسنة 2003.

17. نظام اللجنة الوطنية للأخلاقيات الطبية رقم (99) لسنة 2001.

18. نظام ممارسة مهنة العناية بالبشرة وإزالة الشعر رقم (99) لسنة 2016 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بموجبه:

- تعليمات ترخيص ممارسة مهنة العناية بالبشرة وإزالة الشعر رقم (1) لسنة 2018.

19. نظام ممارسة مهنة ممرض مشارك ومهنة ممرض مساعد رقم (66) لسنة 2000 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بموجبه:

- التعليمات التنفيذية لنظام ممارسة مهنة ممرض مشارك وممرض مساعد رقم 1 لسنة 2005.

20. نظام ممارسة مهنة علم النفس العيادي والصحة النفسية والإرشاد النفسي وتعديلاته رقم (64) لسنة 2000 والتعليمات الصادرة بموجبه:

- تعليمات تنفيذ احكام نظام ممارسة مهنة علم النفس العيادي والصحة النفسية والارشاد النفسي لسنة 2002.

21. نظام ممارسة مهنة التغذية رقم (76) لسنة 2018 وتعديلاته والتعليمات السارية بموجبه:

- تعليمات تنفيذ أحكام نظام ممارسة مهنة التغذية لسنة 2007.

22. نظام ممارسة مهنة مرشد صحي أسنان رقم (40) لسنة 1999 وتعديلاته.

- التعليمات التنفيذية لنظام ممارسة مهنة مرشد صحي اسنان رقم 1 لسنة 2006.
- تعليمات امتحان الترخيص لمزاولة مهنة مرشد صحي اسنان لسنة 2000.

23. نظام ممارسة مهن فحص البصر وتجهيز النظارات الطبية وتركيب العدسات بأنواعها رقم (97) لسنة 2018 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بموجبه:

- تعليمات نظام ممارسة مهن فحص البصر وتجهيز النظارات الطبية وتركيب العدسات بأنواعها رقم (1) لسنة 2019.

24. نظام معالجة قصور الكلى رقم (11) لسنة 1983 وتعديلاته.

25. نظام الفحص الإجمالي لترخيص الأطباء رقم (65) لسنة 1980.

26. نظام كلية التمريض الأردنية في وزارة الصحة رقم (2) لسنة 1979.

27. نظام معهد المهن الطبية المساعدة رقم (9) لسنة 1976.

28. نظام ضبط تسويق بدائل حليب الأم رقم (62) لسنة 2015.

29. نظام رصد حالات وفيات النساء اثناء فترة الحمل والولادة والنفاس رقم (10) لعام 2016.

30. نظام ترخيص عيادات ومراكز طب الأسنان رقم (52) لسنة 2016 وتعديلاته.

- تعليمات ترخيص عيادات ومراكز طب الاسنان رقم (1) لسنة 2017.

31. نظام ترخيص مؤسسات خدمات الرعاية الصحية المنزلية رقم (84) لسنة 2016 وتعديلاته.

32. نظام ترخيص مزاولة مهنة طب الأسنان رقم (98) لسنة 2016 وتعديلاته.

33. نظام ممارسة مهنة الأطراف الصناعية والجبائر رقم (108) لسنة 2016 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بموجبه:

- تعليمات ترخيص مراكز الأطراف الصناعية والجبائر رقم (1) لسنة 2017.

34. نظام اللجنة الوطنية للأمن والسلامة البيولوجية رقم (29) لسنة 2019.

35. نظام ترخيص مزاولة مهنة التمريض والقبالة رقم (36) لسنة 2019 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بموجبه:

- تعليمات عقد امتحان مزاولة مهنة التمريض القانوني والقبالة القانونية رقم (1) لسنة 2019.

36. نظام تجديد ترخيص العاملين في المهن الصحية رقم (46) لسنة 2018 والتعليمات الصادرة بموجبه:

37. تعليمات التطوير المهني المستمر لغايات تجديد ترخيص العاملين في المهن الصحية رقم (1) لسنة 2021.

38. نظام التأمين الصحي المدني رقم (83) لسنة 2004 وتعديلاته والتعليمات الصادرة أو السارية بموجبه:

نظام التأمين الصحي المدني رقم (83) لسنة 2004 وتعديلاته والتعليمات الصادرة أو السارية بموجبه

أولا: - التعليمات الصادرة عن مجلس الوزراء:

- تعليمات المعالجة خارج المملكة رقم (9) لسنة 2014.
- تعليمات استخدام الملف والوصفة الالكترونية في المستشفيات والمراكز التابعة لوزارة الصحة لسنة 2013.
- أسس وشروط معالجة وتحويل المشمولين بالتأمين الصحي المدني من فئة شبكة الأمان الاجتماعي وفئة المناطق الأشد فقرا والمناطق النائية لسنة 2008.
- أسس وشروط عدم استيفاء أجور المعالجة في المستشفى أو المركز رقم (3) لسنة 2008.
- تعليمات شمول الافراد من المواطنين بالتأمين الصحي المدني وتعديلاتها رقم (9) لسنة 2007.
- تعليمات شمول العاملين في أي شركة أو مؤسسة بالتأمين الصحي المدني وتعديلاتها رقم (10) لسنة 2007.
- تعليمات معالجة ابناء قطاع غزة في مستشفيات ومراكز وزارة الصحة رقم 11 لسنة 2007.
- تعليمات حالات الاسعاف والطوارئ داخل مستشفيات ومراكز وزارة الصحة رقم (1) لسنة 2005.
- تعليمات اسس وشروط اشتراك عمال المياومة في صندوق التأمين الصحي وتعديلاتها رقم (1) لسنة 2004.
- تعليمات استيفاء أجور المعالجة وأثمان الأدوية لكل من يحمل بطاقة تأمين صحي مدني رقم (1) لسنة 2022.
- تعليمات الحالات والامراض التي لا يغطيها صندوق التأمين الصحي رقم (5) لسنة 2004.

ثانيا: - التعليمات الصادرة عن وزير الصحة:

- تعليمات أسس اشتراك أعضاء مجلس الأمة السابقين ومنتفعيهم في التأمين الصحي المدني رقم (1) لسنة 2016.
- التعليمات التطبيقية لصرف واستخدام بطاقة المعالجة ودفتر المعالجة للمرضى ومرضى الأمراض المزمنة لسنة 2012.
- تعليمات توفير الدواء للمريض رقم (1) لسنة 2021.
- تعليمات تداول وصرف المستلزمات الطبية في المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة لسنة 2008 وتعديلاتها.
- تعليمات حوافز العاملين في وزارة الصحة رقم (2) لسنة 2006 وتعديلاتها.
- تعليمات اضافة المنتفع العاجز صحيا رقم (2) لسنة 2004.
- تعليمات الحالات الطارئة رقم (8) لسنة 2004.
- تعليمات انتفاع افراد اسرة المشترك معه بالتأمين الصحي ممن يرغب المشترك في انتفاعهم معه رقم (1) لسنة 2004 وتعديلاتها.
- تعليمات بطاقة المعالجة أو دفتر المعالجة رقم (4) لسنة 2004.
- تعليمات حوافز العاملين في مهنة التمريض لسنة 2004 وتعديلاتها.

- تعليمات خدمات الامومة والطفولة وتنظيم الاسرة رقم (5) لسنة 2004.
- تعليمات خدمات الصحة المدرسية رقم (6) لسنة 2004.
- تعليمات مدة سريان بطاقة التأمين الصحي والبيانات الواجب ادراجها فيها رقم (3) لسنة 2004 وتعديلاتها.

التعليمات الصادرة أو السارية بموجب قانون الصحة العامة:

- تعليمات انشاء سجل وطني لحديثي الولادة من ذوي الاعاقة السمعية رقم (2) لسنة 2022.
- تعليمات أماكن تقديم النرجيلة ومنع التدخين بأنواعه وأشكاله داخل الأماكن العامة رقم (1) لسنة 2021.
- تعليمات الشروط الصحية لرياض الأطفال رقم (1) لسنة 2020.
- تعليمات الشروط الصحية لإنتاج المواد البلاستيكية المستعملة لصناعة عبوات مياه الشرب رقم (1) لسنة 2019.
- تعليمات الشروط الصحية العامة للصناعات رقم (2) لسنة 2019.
- تعليمات الشروط الواجب توفرها في مصانع ومعامل ومراكز بيع الثلج رقم (3) لسنة 2019.
- تعليمات الشروط الواجب توفرها في مصانع تعبئة مياه الشرب بأنواعها (مصانع مياه الشرب المعبأة والمياه المعدنية الطبيعية) رقم (4) لسنة 2019.
- تعليمات الشروط الواجب توفرها في المحطات الخاصة بمياه الشرب المحلاة رقم (5) لسنة 2019.
- تعليمات منع حدوث المكاره الصحية المتعلقة بالأضرار الصحية الناجمة عن الوحدات السكنية للتجمعات العمالية رقم (1) لسنة 2013.
- تعليمات أسس وشروط جواز السماح لأي من الاطباء الاختصاصيين الاردنيين المقيمين خارج المملكة أو غير الاردنيين لإجراء أي عملية خاصة في المملكة أو تقديم مشورة طبية فيها رقم 2 لسنة 2009.
- تعليمات التطعيم رقم 1 لسنة 2009.
- تعليمات ترخيص مزاولة مهنة مساعدي الصيادلة رقم (1) لسنة 2015.

الشروط والاشتراطات الصحية الصادرة بموجب قانون الصحة العامة:

- الشروط الواجب توافرها في مسابح المياه الحارة الطبيعية لسنة 2019.
- الاشتراطات الصحية الخاصة بخدمات نقل الدم ومكوناته لسنة 2012.
- الاشتراطات الصحية للمقاصف المدرسية والأغذية المسموح ببيعها والممنوعة لسنة 2012.

القرارات الصادرة بموجب قانون الصحة العامة:

- قرار مجلس الوزراء المستند لأحكام المادة (5/أ) من قانون الصحة العامة رقم (47) لسنة 2008 في جلسته المنعقدة بتاريخ 2017/3/1 باعتبار مهنة الهندسة الوراثية/ تقنيات حيوية مهنة طبية.
- عدة قرارات لاعتبار مهن معينة مهن صحية.
- قرار بإصدار قوائم المواد الكيماوية الممنوع والمشروط استخدامها في مختبرات المدارس لسنة 2012.

- قرار بإصدار قوائم المواد الكيماوية المشروطة والممنوعة من قبل وزارة الصحة لسنة 2012 وتعديلاته.

القوانين التي تعمل بها وزارة الصحة:

1. قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم (25) لسنة 2018 والأنظمة الصادرة بمقتضاه:

- نظام صندوق التأمين ضد أخطاء المسؤولية الطبية والصحية رقم (103) لسنة 2019 والتعليمات الصادرة بمقتضاه.
- تعليمات صندوق التأمين ضد أخطاء المسؤولية الطبية والصحية رقم (1) لسنة 2019.

2. قانون الانتفاع بأعضاء جسم الإنسان رقم (23) لسنة 1977 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بمقتضاه:

تعليمات وشروط والمتطلبات الفنية اللازم توافرها في المستشفى الذي تجرى فيه عمليات نقل وزراعة الأعضاء والأنسجة والخلايا البشرية لسنة 2015 والدليل الصادر بموجبه: دليل الإجراءات العامة للتبرع ونقل وزراعة الأعضاء والأنسجة والخلايا البشرية في المملكة الأردنية الهاشمية لعام 2015:

- تعليمات مستوى الخبرة الواجب توافرها في أعضاء الفريق من أطباء وفنيين الذين يقومون بإجراء عملية نقل وزراعة الأعضاء والإشراف عليها لسنة 2015.
- تعليمات الفحوصات والتحاليل المخبرية اللازمة في عمليات نقل وزراعة الأعضاء والأنسجة والخلايا البشرية لسنة 2015.
- تعليمات المواصفات الفنية الواجب توافرها في الأماكن المخصصة لحفظ الأعضاء وتنظيم الإفادة منها في عمليات نقل وزراعة الأعضاء والأنسجة والخلايا البشرية لسنة 2015.

3. قانون الانتفاع بعيون الموتى لأغراض طبية رقم (43) لسنة 1956.

4. قانون إلغاء قانون الحرف والصناعات رقم (22) لسنة 2019.

القوانين الخاصة بالمجالس الصحية:

- قانون المجلس الطبي الأردني رقم (18) لسنة 2022.
- قانون المجلس الصحي العالي رقم (9) لسنة 1999 وتعديلاته والأنظمة الصادرة أو السارية بمقتضاه.
- نظام اعتماد المؤسسات الصحية رقم (105) لسنة 2016 وتعديلاته.
- قانون المجلس التمريضي الأردني رقم (53) لسنة 2006 والأنظمة الصادرة أو السارية بمقتضاه.
- نظام الاختصاص والتصنيف الفني في مهنة التمريض والقبالة رقم (85) لسنة 2016.

القوانين الخاصة بالنقابات الصحية:

- قانون نقابة الأطباء الأردنية رقم (13) لسنة 1972 وتعديلاته.

- قانون نقابة أطباء الأسنان رقم (17) لسنة 1972 وتعديلاته.
- قانون نقابة الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات رقم (18) لسنة 1972.
- قانون نقابة الصيادلة رقم (51) لسنة 1972 وتعديلاته.

الأنظمة الصادرة بموجب الدستور:

- نظام التنظيم الإداري لوزارة الصحة رقم (5) لسنة 2022.
- نظام حوافز الأطباء والصيادلة رقم (32) لسنة 1992 وتعديلاته.
- نظام مستشفى الأمير حمزة رقم (90) لسنة 2008 وتعديلاته.
- نظام المركز الوطني للعناية بصحة المرأة رقم (4) لسنة 2011.
- نظام التنظيم الإداري للمجلس الطبي الأردني رقم (26) لسنة 2016.
- نظام التنظيم الإداري للمؤسسة العامة للغذاء والدواء رقم (32) لسنة 2017.
- نظام المشتريات الحكومية رقم (8) لسنة 2022 وتعديلاته.
- نظام التنظيم الإداري للمجلس الصحي العالي رقم (86) لسنة 2020.

القوانين الخاصة بالمؤسسة العامة للغذاء والدواء:

1. **قانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم (23) لسنة 2016 والأنظمة الصادرة أو السارية بمقتضاه:**
   - نظام المواد المخدرة والمؤثرات العقلية رقم (79) لسنة 1999.
   - نظام اللجنة الوطنية للمخدرات والمؤثرات العقلية رقم (1) لسنة 2017.
   - نظام صندوق مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية رقم (17) لسنة 2019.
2. **قانون إجراء الدراسات الدوائية رقم (2) لسنة 2011 والأنظمة الصادرة أو السارية بمقتضاه:**
   - نظام رسوم ترخيص الجهات واعتماد المختبرات لإجراء الدراسات الدوائية رقم (49) لسنة 2004.
3. **قانون الغذاء رقم (30) لسنة 2015 والأنظمة الصادرة أو السارية بمقتضاه:**
   - نظام رسوم الرقابة على الغذاء رقم (58) لسنة 2008 وتعديلاته.
4. **قانون الدواء والصيدلة رقم (12) لسنة 2013 وتعديلاته والأنظمة الصادرة أو السارية بمقتضاه:**
   - نظام الرسوم والمكافآت في المؤسسة العامة للغذاء والدواء رقم (19) لسنة 2015 وتعديلاته.

نظام ترخيص المؤسسات الصيدلانية رقم (162) لسنة 2019 والتعليمات السارية بمقتضاه:

- تعليمات الشروط الصحية والفنية والتجهيزات والمعدات الواجب توافرها في الصيدلية العامة رقم (1) لسنة 2015.

- تعليمات الشروط الواجب توافرها لترخيص الصيدلية الخاصة رقم (2) لسنة 2015.
- تعليمات الشروط الصحية والفنية والتجهيزات والمعدات الواجب توافرها في مستودع الأدوية رقم (3) لسنة 2015.
- تعليمات الشروط الصحية والفنية والتجهيزات والمعدات الواجب توافرها في مختبر الدواء وشركة بحث وتطوير الأدوية رقم (4) لسنة 2015.
- تعليمات آلية عمل لجنة الكشف على المؤسسات الصيدلانية رقم (5) لسنة 2015.

نظام فحص الأدوية والمستلزمات الطبية والمعقمات والمطهرات ومستحضرات التجميل رقم (89) لسنة 2017 وتعديلاته.

نظام ترخيص مصانع الأدوية والرسوم التي تستوفى منها رقم (11) لسنة 2016 وتعديلاته والتعليمات الصادرة بمقتضاه:

- تعليمات ترخيص مصانع الأدوية لسنة 2018.

القوانين الخاصة بالمؤسسة العامة للغذاء والدواء:

- قانون المؤسسة العامة للغذاء والدواء رقم (41) لسنة 2008.

"لا يحق للطبيب العام في المراكز الصِحيّة كتابة أي تقرير قضائي"

التطوير المهني المستمر

التطوير المهني المستمر:

هو برنامج يندرج تحت أنظمة القطاع الصحي وتنظيمات النظام الصحي في المملكة، ويربط هذا النظام بين استيفاء شروط برنامج التطوير المهني المستمر وبين تجديد رخصة المزاولة لمهن الرعاية الصحية، وتقوم فكرة البرنامج على إتمام عدد من الساعات تختلف بحسب المهنة، وهذه الساعات يجب إتمامها في فترة زمنية محدد.

يتكوّن البرنامج من مجموعة أنشطة تعليمية وتدريبية وبحثية، تهدف إلى أيصال وتشارك المعلومات، وتطوير مهارات مزاول/ة مهن الرعاية الصحية المختلفة بما يتوافق مع أحدث مبادئ التعلّم.

وفي الآونة الأخيرة أصبح جزءًا من نظام الرعاية الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية وشرطٌ أساسيّ لتجديد رخصة مزاولة المهنة لجميع العاملين في المهن الصحية. ويتطلب التطوير المهني المستمر الحصولَ على تدريبات فنية وبناء قدرات وتطوير مهني ذاتي، بساعات معتمدة سنوياً وعلى مدار خمس سنوات.

يهدف برنامج التطوير المهني المستمر إلى:

- تطوير المسار المهني لكفاءة العاملين في قطاع الرعاية الصحية في الأردن لتقديم خدمات ذات جودة عالية في المجتمع.
- إثراء المعرفة بين العاملين في المهن الصحية لدى قطاع الرعاية الصحية، على اختلاف تخصصاتهم، بما يضمن تعزيز سمعة الكفاءات الطبية والصحية في الأردن.

تعليمات التطوير المهني المستمر لغايات تجديد الترخيص للعاملين في المهن الصحية:

- نظام رقم (46) لسنة 2018 - نظام تجديد ترخيص العاملين في المهن الصحية.
- تعليمات رقم (1) لسنة 2021 - تعليمات التطوير المهني المستمر لغايات تجديد ترخيص العاملين في المهن الصحية.
- نظام معدل رقم (1) لسنة 2023 - نظام معدل لنظام تجديد ترخيص العاملين في المهن الصحية.

تعتبر الجهات التالية هي المعتمدة لعقد نشاطات التدريب المهني المستمر:

- وزارة الصحة.
- الخدمات الطبية الملكية.

- المستشفيات والمراكز المعتمدة من المجلس الطبي الأردني لغايات التعليم والتدريب.
- النقابات، والجمعيات العلمية المنبثقة عنها.
- الكليات التي تدرّس المهن الطبية والصحية في الجامعات الأردنية.
- منصات التعليم الإلكتروني التي يتم اعتمادها من اللجنة الوطنية للتطوير المهني المستمر وفق أسس ومعايير محددة لهذه الغاية.
- الجمعيات المهنية الصحية المرخصة وفق الأصول.
- المجالس التي تسمح تشريعاتها الخاصة بعقد أنشطة التطوير المهني المستمر (المجلس الطبي الأردني، والمجلس التمريضي الأردني).

اللجنة الوطنية للتطوير المهني المستمر:

تم تشكيل لجنة من قِبل معالي وزير الصحة وبرئاسة الأمين العام للمجلس الصحي العالي وعضوية ممثل عن كلٍّ من وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية والمجلس التمريضي الأردني والمجلس الطبي الأردني وجمعية المستشفيات الخاصة وأحد مستشفيات الجامعات الرسمية (بالتناوب لمدة سنة لكلّ منها) ونقابة الأطباء الأردنية و نقابة أطباء الأسنان و نقابة الصيادلة و نقابة الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات و جمعية المختبرات والتحاليل الطبية و جمعيات الرعاية الصحية و إحدى المهن الطبية المساندة.

جهات اعتماد أنشطة التدريب المهني المستمر للمهن الصحية كما يلي:

- المجلس الطبي الأردني (الطب البشري وطب الأسنان والصيدلة).
- المجلس التمريضي الأردني (الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات).
- المجلس الصحي العالي (المختبرات الطبية والعلوم الطبية والصحية المساندة).

مهام المجالس المتصلة ببرنامج التطوير المهني المستمر هي:

إصدار شهادة استيفاء متطلبات التطوير المهني المستمر للمزاولين، كلّ في مجال اختصاصه ووفقا للنظام والتعليمات الصادرة بموجبه واعتماد وتوثيق برنامج وأنشطة التطوير المهني المستمر، ووضع الأسس والمعايير اللازمة لذلك ومتابعة وتقييم برامج التطوير المهني المستمر ضمن الأسس والمعايير المعتمدة وبشكل دوري.

مسؤوليات المؤسسات الصحية تجاه العاملين في المهن الصحية لمساعدتهم على تجديد رخصة المزاولة:

- تنفيذ برامج وأنشطة التطوير المهني المستمر وفق المعايير المعتمَدة.
- توفير بيئة مؤسسية ملائمة للتطوير المهني المستمر. ويشمل هذا (تهيئة البنية التحتية المناسبة وتوفير قاعدة بيانات وسجل إلكتروني محدَّث للمزاولين العاملين).
- رصد المخصَّصات المالية ضمن الموازنات السنوية لهذه الجهات، لدعم برنامج التطوير المهني المستمر.

- تقديم الدعم الإداري المناسب للمزاولين (إجازات التدريب الداخلي والخارجي.. إلخ).

عدد ساعات التطوير المهني المستمر المطلوبة من مزاولي المهن الصحية كما هو موضح في الجدول:

التخصص	عدد الساعات خلال السنوات الخمس	عدد الساعات المطلوبة سنوياً	ملاحظات
الطب البشري	60 ساعة	12 ساعة سنوياً*	
طب الأسنان	50 ساعة	10 ساعات سنوياً*	
الصيدلة	50 ساعة	10 ساعات سنوياً*	
التمريض القانوني والقبالة القانونية	40 ساعة	8 ساعات سنوياً*	
المختبرات الطبية	40 ساعة	8 ساعات سنوياً*	
العلوم الطبية والصحية المساندة	30 ساعة	6 ساعات سنوياً*	المهن التي تتطلب مدة الدراسة أربع سنوات أو أكثر
المهن الصحية الأخرى	20 ساعة	4 ساعات سنوياً*	المهن التي تتطلب مدة الدراسة أقل من أربع سنوات

خطوات الحصول على شهادة استيفاء ساعات التطوير المهني المستمر:

1. مشاركة المزاول في أنشطة التطوير المهني المستمر لمدة خمس سنوات.
2. الحصول على شهادة استيفاء ساعات التطوير المهني المستمر من المجلس المسؤول.
3. استيفاء متطلبات الترخيص الأساسية وفقاً لأحكام التشريعات الناظمة لكل مهنة.
4. تجديد رخصة مزاولة المهنة لمدة خمس سنوات من وزارة الصحة، ودفع الرسوم الرمزية للتجديد وفق النظام.

ولتمكين العاملين في القطاع الصحي من إتمام متطلبات تجديد الترخيص للعاملين في المهن الصحية بناءً على نظام رقم (1) لسنة 2023، تقرّرَ تمديد مدة التراخيص الصادرة لمزاولة المهن حتى 1/1/2026 (في حالة انتهاء مدتها قبل هذا التاريخ).

تاريخ الحصول على رخصة المزاولة	عدد الساعات المطلوبة	سنة تجديد رخصة المزاولة
2018 وما قبلها	عدد الساعات لثلاث سنوات	2026
2019	عدد الساعات لثلاث سنوات	2026
2020	عدد الساعات لثلاث سنوات	2026
2021	عدد الساعات لثلاث سنوات	2026

2022	عدد الساعات لأربع سنوات	2027
2023	عدد الساعات لخمس سنوات	2028

تعليمات نظام تجديد ترخيص العاملين في المهن الصحية:

1. تُجَدَّد رخصة مزاولة المهن الصحية كلَّ خمس سنوات في حال استكمال المزاول ساعات التطوير المهني المستمر وإتمامه جميع المتطلبات الأساسية وفق الأحكام التشريعية الناظمة لمهنته.
2. يتم تقديم طلب تجديد رخصة مزاولة المهنة إلى وزارة الصحة قبل ثلاثة أشهر من انتهاء فترة الترخيص.
3. ينبغي على المزاول الالتزام باستيفاء الساعات المطلوبة منه لإتمام متطلبات تجديد الترخيص.
4. يمكن اعتماد أنشطة وساعات التطوير المهني المستمر التي حصل عليها المزاول خلال فترة عمله خارج المملكة، شريطة أن يتم اعتمادها من مجلس الاعتماد المعنيّ، على أن تكون الأنشطة قد عُقدت في دولٍ تمتلك تشريعات تطوير مهني مستمر معتمَدة.
5. يمكن احتساب ساعات التطوير المهني الزائدة من السنة السابقة إلى السنة التي تليها، على ألّا تتجاوز نسبتها 50% من الساعات المطلوبة لتلك السنة.
6. يجب ألّا يقلّ عدد ساعات التطوير المهني المستمر للمزاول الأردني عمّا نسبته 50% من حصة الساعات المطلوبة منه خلال السنة.
7. يتمّ توزيع إجمالي الساعات المطلوبة من المزاول غير الأردني بالتساوي على خمس سنوات.
8. يجب ألّا تتجاوز نسبة أنشطة التعلم عن بعد (Online) 30% من إجمالي عدد الساعات المطلوبة خلال السنة.

يجوز للمزاول تأجيل التحاقه ببرنامج التطوير المهني المستمر بعد موافقة اللجنة الوطنية للتطوير المهني المستمر على طلب التأجيل في الحالات التالية:

- الإقامة خارج المملكة لمدة تزيد عن 12 شهراً شريطة عدم ممارسة المهنة خلال مدة الإقامة.
- أثناء العمل أو مزاولة المهنة في دول لا توفّر أنشطة التطوير المهني المستمر.
- خلال فترة إجازة الأمومة ولمدة لا تزيد عن 12 شهرًا.

يعفى المزاول من التطوير المهني المستمر في الحالات التالية (بعد موافقة اللجنة الوطنية للتطوير المهني المستمر على طلب الإعفاء):

- طيلة فترة الالتحاق ببرنامج الإقامة أو برامج الدراسات العليا.
- أثناء فترة الامتياز.
- في حالات المرض المزمن.
- في الحالات التي تحددها المجالس كلٌّ وفق اختصاصه.
- بلوغ المزاول ستين عاماً من العمر عند تجديد الترخيص.

أنشطة التطوير المهني المستمر تصنَّف إلى مجموعتين وفق الأهداف المرسومة لكل مجموعة وطبيعة النشاط فيها:

- **المجموعة الأولى**: تضم أنشطة الممارسة المهنية المرتبطة بطبيعة المزاول.
- **المجموعة الثانية**: تضم أنشطة التطوير الذاتية (خارج التخصص).

ساعة التطوير المهني: هي ساعة ضمن برنامج التطوير المهني لا ساعة زمنية

المجموعة الأولى: أنشطة الممارسة المهنية المرتبطة بطبيعة العمل			
المجموعات	**ساعات التطوير المهني**	**الشروط**	**الوثائق المطلوبة**
المشاركة في مراجعة الحالات السريرية/ عرض حالات المرضى/ حضور حلقات التدريب السريري العملي/ دراسة حاله	ساعتان	بحد أقصى أربع ساعات سنوي في مستشفى تعليمي معتمد	شهادة المشاركة
تقديم أوراق علمية للكوادر الأخرى ضمن (Journal Clubs)	ساعتان	بحد أقصى أربع ساعات سنوي	شهادة من المؤسسة بتقديم الورقة
حضور الأندية الدورية (Journal Club)	ساعة واحدة	بحد أقصى ساعتان سنويًّا	شهادة من المؤسسة بالحضور
عضوية اللجان المهنية / الفنية	ساعتان لكل لجنة	بحد أقصى ثلاث لجان سنويًّا	رسالة من المؤسسة المعنية تفيد بعضوية الكادر في اللجنة
الإشراف على/ تدريب الكوادر (شريطة ألّا تقل فترة التدريب عن أسبوع)	ساعة لكل متدرب	بحد أقصى أربع ساعات سنويًّا	رسالة التكليف بالإشراف أو التدريب من المؤسسة المعنية
الإشراف على / تدريب الطلبة	ساعة لكل متدرب	بحد أقصى خمس ساعات سنويًّا	رسالة التكليف بالإشراف أو التدريب من المؤسسة المعنية
حضور مؤتمر علمي وطني أو محلي (لقاء/ تجمع علمي معلن عنه يتم فيه عرض أوراق علمية متنوعة في مجالات متنوعة لموضوع تخصص المؤتمر من قبل متخصصين)	أربع ساعات لكل نشاط	بحد أقصى ثماني ساعات سنويًّا	شهادة تفيد بحضور المؤتمر
تقديم ورقة علمية في مؤتمر علمي وطني أو محلي (لقاء/ تجمع علمي معلن عنه يتم فيه عرض أوراق علمية متنوعة	ست ساعات	بحد اقصى ست ساعات سنويًّا	شهادة تفيد بتقديم الورقة

المجموعات	ساعات التطوير المهني	الشروط	الوثائق المطلوبة
في مجالات متنوعة لموضوع تخصص المؤتمر من قبل متخصصين)			
تقديم ورقة علمية في مؤتمر علمي دولي (يكون المؤتمر العلمي دوليًّا في حال مشاركة جهات دولية به من حيث التنظيم والمتحدثين، ووجود لجنة علمية متخصصة تقيّم وتعتمد المواد العلمية للمشاركين وترشيح المتحدثين)	ثماني ساعات	بحد أقصى ثماني ساعات سنويا	وثيقة / شهادة تفيد بتقديم الورقة في المؤتمر، برنامج المؤتمر
حضور مؤتمر علمي دولي	ست ساعات	بحد أقصى كامل ساعات السنة المطلوبة للمزاول	شهادة تفيد بحضور المؤتمر، برنامج المؤتمر
المشاركة مع المجموعات المهتمة بالأمور المهنية	ساعتان	بحد أقصى أربع ساعات سنويا	رسالة رسمية تفيد بالمشاركة
تقديم ورشة عمل، أو ندوة، أو جلسة، أو محاضرة، أو يوم علمي، أو دورة تتناول مواضيع علمية أو مهنية	ساعتان لكل نشاط	بحد أقصى ثماني ساعات سنويًّا	شهادة تفيد بتقديم النشاط، برنامج النشاط ومحتواه
حضور محاضرة (نشاط يقدمه شخص ذو اختصاص في موضوع معين، على ألّا تقل مدّته عن ساعة زمنية مع المناقشة)	ساعة لكل نشاط	بحد أقصى كامل ساعات السنة المطلوبة للمزاول	وثيقة تفيد بحضور المحاضرة
حضور دورة (مجموعة من المحاضرات والتدريبات بهدف تلقي العلم في موضوع محدد، والإلمام بكل ما يخصه، والتعرف عليه عن قرب ومعرفة تفاصيله، ومحاولة إتقان العمل فيه أو معرفته)، على ألّا تقل مدتها عن ثلاث ساعات زمنية في اليوم الواحد	ثلاث ساعات معتمدة في اليوم الأول، وإضافة ساعة معتمدة عن كل يوم إضافي بحد أقصى ست ساعات للدورة	بحد أقصى كامل ساعات السنة المطلوبة للمزاول	وثيقة تفيد بحضور الدورة
حضور ورشة عمل (نشاط تفاعلي عملي تطبيقي يحضره مجموعة من الأفراد في وقت ومكان محدَّدَين، ويستخدم فيه مقدم الورشة استراتيجيات تدريبية)، على ألّا تقل مدتها عن ثلاث ساعات زمنية في اليوم الواحد	ثلاث ساعات معتمدة في اليوم الأول، وإضافة ساعة معتمدة عن كل يوم إضافي بحد أقصى ست ساعات للورشة	بحد أقصى كامل ساعات السنة المطلوبة للمزاول	وثيقة تفيد بحضور الورشة

المجموعات	ساعات التطوير المهني	الشروط	الوثائق المطلوبة
حضور ندوة (نشاط يناقش موضوعًا محددًا يقدمه على الأقل اثنان من المختصين بالإضافة إلى منظم الندوة)	ساعتان إذا كانت مدة الندوة ثلاث ساعات زمنية فأكثر، وساعة إذا كانت مدة الندوة أقل من ثلاث ساعات زمنية	بحد أقصى كامل ساعات السنة المطلوبة للمزاول	وثيقة تفيد بحضور الندوة
حضور يوم علمي (نشاط علمي أو مهني لا تتجاوز مدته يومًا واحدًا، على ألّا تقل مدته عن ثلاث ساعات زمنية)	ساعتان	بحد أقصى 50% من عدد الساعات المطلوبة سنويا للمزاول	شهادة تفيد بحضور اليوم العلمي
حضور نشاط في إطار التعلم عن بعد (online) من خلال المنصات المعتمدة	تُجمع الساعات على أن تعادل 50% من عدد ساعات ما يمثله النشاط الوجاهي	يتم الالتزام بالحد الأعلى للنشاطات عن بعد وفقاً لما ورد في تعليمات التطوير المهني المستمر	شهادة تفيد بحضور النشاط، وثيقة النشاط
العضوية بجمعية مهنية / مجلس معترف به	ساعة واحدة	بحد أقصى ثلاث ساعات سنويًّا	رسالة رسمية من الجمعية أو المجلس تفيد بعضوية الكادر، على أن تجدَّد سنويًّا
تقييم الزملاء/ الأقران	ساعة واحدة لكل مهمة محددة	بحد أقصى ثلاث ساعات سنويًّا	رسالة رسمية تفيد بتكليف الكادر بالتقييم
العمل مقيمًا/ مدققًا/ مستشارًا/ مصححًا للامتحانات	ساعة واحدة لكل مهمة محددة	بحد اقصى ست ساعات سنويًّا	رسالة رسمية تفيد بتكليف الكادر بالمهمة
تطوير و/ أو تقديم و/ أو تنظيم و/ أو إعداد دورة و/ أو نشاط معتمد	ساعتان لكل دورة أو نشاط	بحد أقصى ثماني ساعات سنويًّا في مجال التخصص، وأربع ساعات سنويا في المجالات الأخرى	وثيقة النشاط ومحتواه
تطوير و/ أو تقديم و/ أو تنظيم و/ أو إعداد مؤتمر علمي دولي أو وطني	ثماني ساعات للمؤتمر العلمي الدولي، وست ساعات للمؤتمر العلمي الوطني	بحد أقصى كامل ساعات السنة المطلوبة للمزاول	وثيقة النشاط ومحتواه

المجموعات	ساعات التطوير المهني	الشروط	الوثائق المطلوبة
فريق العمل والمقيمين في تحسين نشاطات الجودة والاعتمادية المعتمدة	ثلاث ساعات	بحد أقصى ست ساعات سنويا	وثيقة من المؤسسة المعنية
العمل خبيرًا شاهدًا لحالات صحية أو مهنية	ساعتان في كل حالة	بحد أقصى أربع ساعات سنويا	رسالة رسمية من المؤسسة المعنية
إتمام برنامج تعليم تدريبي/ مهني معتمد ما بعد التخرج على صلة بالمهنة، على ألا تقل مدته عن 15 يوم	كامل ساعات السنة المطلوبة للمزاول		شهادة التخرج
قيادة التطوير لسياسات وبروتوكولات وإرشادات	ثلاث ساعات لكل مساهمة	بحد أقصى عدد الساعات المطلوبة سنوياللمزاول	وثيقة من المؤسسة المعنية
المشاركة في تطوير سياسات وبروتوكولات وإرشادات	ساعتان لكل مساهمة	بحد أقصى 50% من عدد الساعات المطلوبة سنويا للمزاول	شهادة معتمدة من المؤسسة المعنية
مراجعة/ إعداد/ تطوير مواد تعليمية (منهاج، أو معايير، أو خطة دراسية لمساق، أو مواد التعلم الذاتي ...)	ثلاث ساعات لكل مهمة	بحد أقصى 50% من عدد الساعات المطلوبة سنويًّا للمزاول	وثيقة المادة التعليمية
الإشراف على رسالة ماجستير أو دكتوراة	ساعتان لكل رسالة	بحد أقصى 50% من عدد الساعات المطلوبة سنويًّا للمزاول	وثيقة رسمية تفيد بالإشراف
ممتحن خارجي لامتحانات الماجستير / الدكتوراه / امتحانات المهن الصحية المختلفة	ساعتان لكل امتحان	بحد أقصى 50 % من عدد الساعات المطلوبة سنويا للمزاول.	رسالة رسمية
البحوث العلمية المنشورة			
الباحث الأول و/أو المراسل (corresponding author)لورقة علمية منشورة في مجلة محكَّمة ومصنَّفة أو فصل في كتاب بمجال الاختصاص	ست ساعات	بحد أقصى عدد الساعات المطلوبة سنويًّا للمزاول	الورقة المنشورة أو الكتاب

المجموعات	ساعات التطوير المهني	الشروط	الوثائق المطلوبة
الباحث الثاني وما بعد لورقة علمية منشورة في مجلة محكَّمة ومصنَّفة أو فصل في كتاب بمجال الاختصاص	ثلاث ساعات	بحد أعلى 50% من عدد الساعات المطلوبة سنويًّا للمزاول	الورقة المنشورة أو الكتاب
تأليف كتاب/ دليل في مجال الاختصاص	عدد الساعات المطلوبة سنويًّا		الكتاب/ الدليل المنشور

المجموعة الثانية: أنشطة التطوير الذاتية (تشمل خارج التخصص)

المجموعات	ساعات التطوير المهني	الشروط	الوثائق المطلوبة
حضور مؤتمر علمي دولي أو وطني معتمد	ثلاث ساعات للمؤتمر العلمي الدولي، ساعتان للمؤتمر الوطني	بحد أقصى 50% من عدد الساعات المطلوبة سنويًّا للمزاول	شهادة تفيد بحضور المؤتمر، برنامج المؤتمر
تقديم ورقة علمية في مؤتمر علمي دولي أو وطني معتمد	ست ساعات للمؤتمر العلمي الدولي، أربع ساعات للمؤتمر العلمي الوطني	بحد أقصى 50% من عدد الساعات المطلوبة سنويًّا للمزاول	شهادة تفيد بتقديم الورقة
عضوية لجنة (في مجالات تحسين الجودة، والاعتمادية، والصحة والسلامة المهنية، والمواضيع الدوائية والعلاجية... إلخ) من الجهات المعتمدة	ساعتان لكل لجنة	بحد أقصى ثلاث لجان سنويًّا	وثيقة رسمية تفيد بعضوية اللجنة
المشاركة في دورات معتمدة للمهارات الحياتية (مثل التواصل، وإدارة الوقت)	ساعتان لكل دورة	بحد أقصى 50% من عدد الساعات المطلوبة سنويًّا للمزاول	شهادة معتمدة من الجهة المعنية
حضور برامج تعليمية إلكترونية معتمدة	تُجمع الساعات على أن تعادل 50% من عدد ساعات ما يمثله النشاط الوجاهي	30% من مجموع عدد الساعات المطلوبة سنويًّا (يتم الالتزام بالحد الأعلى للنشاطات عن بعد وفقاً لما ورد في تعليمات التطوير المهني)	شهادة معتمدة من الجهة التي منحت التعليم الإلكتروني

حضور نشاطات معتمدة من المهن الصحية الأخرى	ساعتان لكل نشاط	بحد أقصى ساعتان سنويًا	وثيقة المساق، شهادة تفيد بحضور النشاط
تقديم ورشة عمل، أو ندوة، أو جلسة، أو محاضرة، أو دورة	ساعتان لكل نشاط	بحد أقصى 50% من مجموع عدد الساعات المطلوبة سنويًا	شهادة تفيد بتقديم الورشة

التعريفات:

المحاضرة	نشاط يقدمه شخص ذو اختصاص في موضوع معين، على ألّا تقل مدته عن ساعة زمنية مع المناقشة.
ورشة العمل	نشاط تفاعلي عملي تطبيقي يحضره مجموعة من الأفراد في وقت ومكان محددَين، ويستخدم مقدمه استراتيجيات تدريبية، على ألّا تقل مدتها عن ثلاث ساعات زمنية في اليوم الواحد.
الندوة	نشاط يناقش موضوعًا محددًا يقدمه على الأقل اثنان من المختصين بالإضافة إلى منظم الندوة.
الدورة	مجموعة من المحاضرات والتدريبات بهدف تلقي العلم في موضوع محدد، والإلمام بكل ما يخصه، والتعرف عليه عن قرب ومعرفة تفاصيله، ومحاولة إتقان العمل فيه أو معرفته.
المؤتمر	تجمع علمي/ مهني للأشخاص ذوي الاهتمام المشترك والخلفيات المشتركة، يقدم فيه المشاركون المختصون أبحاثًا، وقد يرافقه ورش عمل متخصصة، وقد يرافقه معرض مناسب لموضوعه، ولا يتطلب تنظيمه الاستمرارية أو التواتر السنوي، وتكون مدته يومين أو أكثر.
اليوم العلمي	نشاط علمي أو مهني لا تتجاوز مدته يومًا واحدًا، على ألا تقل مدته عن ثلاث ساعات زمنية.

قواعد السلوك الوظيفي وواجبات الوظيفة العامة وأخلاقياتها

المادة (68):

الوظيفة العامّة مسؤولية وأمانة لخدمة المواطن والمجتمع تحكمها وتوجّه مسيرتها القيم الدينية والوطنية والقومية للحضارة العربيّة والإنسانيّة، وتحرص على إرساء معايير وقواعد ومبادئ أخلاقيّة تحكم آداب الوظيفة العامة وقيم ثقافية مهنية عالية لدى موظفي الخدمة المدنيّة وتعزّز إلزامهم بهذه المعايير والقواعد والقيم وتخلق الثقة والتقدير لدى المواطن ومتلقي الخدمة العامة بعمل الدوائر، وتبني حالة من الاحترام والتقدير لدورها في توفير الخدمات بأفضل طريقة ممكنة للمواطن والمجتمع على حد سواء.

ومن أجل تحقيق ذلك فإن على الموظف الالتزام بما يلي:

- أحكام مدونة قواعد السلوك الوظيفي وأخلاقيات الوظيفة العامة المقررة من مجلس الوزراء. (مرفق مدونة السلوك في قائمة المصادر والمراجع).
- أوقات الدوام الرسمي وأداء مهام وواجبات وظيفته الموكلة إليه بنشاط وأمانة ودقّة، مع جواز تكليفه بالعمل لأكثر من الساعات المقرّرة للدوام الرسمي بما في ذلك أيام العطل والأعياد الرسمية إذا اقتضت مصلحة العمل، ذلك وللمرجع المختص صرف مكافأة ماليّة لقاء ذلك وفقا لتعليمات منح المكافآت والحوافز المعمول بها في الخدمة المدنيّة.
- معاملة الجمهور بلباقة وكياسة، وعلى أساس الحياد والتجرّد والموضوعية والعدالة دون التمييز بينهم على أساس الجنس، أو العرق، أو المعتقدات الدينية، أو أي شكل من أشكال التمييز.
- تنفيذ أوامر رؤسائه وتوجيهاتهم وفق التسلسل الإداري والتعامل مع رؤسائه ومرؤوسيه باحترام وتطبيق مبدأ المشاركة وبناء روح الفريق في العمل.
- المحافظة على المال العام ومصالح الدولة وممتلكاتها وعدم التهاون بأي حق من حقوقها، والتبليغ عن أي تجاوز على المال العام والمصلحة العامة وعن أي تقصير أو إهمال يضر بهما.
- ضرورة الإلمام بالقوانين والأنظمة والتعليمات والمهام والخطط والبرامج المتعلّقة بعمل الدائرة، والاستفادة من الخبرة وفرص التدريب والتأهيل لزيادة الإنتاجية، ورفع كفاءة الأداء الفردي والعام في الدائرة.
- التحلي بالصدق والشجاعة والشفافية في إبداء الرأي، والإفصاح عن جوانب الخلل والإبلاغ عنه مع الحرص على التأكد من المعلومات وعدم اغتيال الشخصية.

- التعامل بروح الزمالة والتعاون وتبادل المعرفة واحترام علاقة الشراكة في العمل بين الرجل والمرأة، وتعميق الانتماء للدائرة والاعتزاز بإنجازاتها.

المادة (69):

يُحظر على الموظف وتحت طائلة المسؤولية التأديبية الإقدام على أي من الأعمال التالية:

- ترك العمل أو التوقف عنه، دون عذر مشروع يقبله المرجع المختص.
- الاحتفاظ خارج مكان العمل لنفسه بأي وثيقة أو مخابرة رسمية أو نسخة منها أو صور عنها أو تسريبها لأي جهة خارجية أو الكتابة أو التصريح عنها دون أن يكون ذلك من صلاحياته، باستثناء الوثائق التي تكشف عن فساد فترفع لهيئة النزاهة ومكافحة الفساد أو للمرجع المختص في الدائرة حسبما يرى المشتكي.
- استغلال وظيفته لخدمة أغراض، أو أهداف، أو مصالح حزبية، أو القيام، أو الاشتراك في أي مظاهرة، أو إضراب، أو اعتصام، أو التحريض عليها أو أي عمل يمسّ بأمن الدولة ومصالحها أو يضر أو يعطل مصالح المواطنين والمجتمع والدولة.
- استغلال وظيفته لخدمة أي منفعة شخصية أو لمنفعة أي طرف ليس له حق بها أو قبول أو طلب أي إكراميات مادية أو عينية من أي شخص له علاقة أو ارتباط بالدائرة أو مصلحة معها أثناء عمله.
- القيام بأي تصرفات أو ممارسات أو أعمال تسيء إلى الأخلاق والآداب والسلوك العامين والإساءة للآراء والمعتقدات السياسية والدينية أو التحريض ضدها.
- ممارسة أي سلوك جسدي أو شفهي ذي طبيعة جنسية، أو التهديدات المرتبطة به بما يمسّ كرامة الآخرين ويكون مهيناً لهم ويؤدي إلى الحاق الضرر الجسدي أو النفسي أو الجنسي بهم.
- أيقاع عقاب بدنيّ بأي صورة من الصور على أي من الأطفال الموجودين في الدوائر بما في ذلك المؤسسات التعليمية، أو التأهيلية، أو التدريبية، أو دور الرعاية، أو الحماية، أو إلحاق أذى بأي منهم.
- العمل خارج أوقات الدوام الرسمي دون إذن مسبق من رئيس الوزراء أو من يفوضه بناءً على تنسيب الوزير فيما يتعلق بموظفي الفئة العليا وبتصريح من الوزير للموظفين من الفئات الأخرى، وذلك تحت طائلة المساءلة بما في ذلك استرداد أي مبلغ حصل عليه الموظف لمصلحة الخزينة، ويشترط في تطبيق هذه الفقرة أن يقوم بذلك العمل خارج أوقات الدوام الرسمي الذي تحدده الدائرة وألا ينشأ عن ذلك العمل إعاقة لأعمالها الرسمية، وألا يكون العمل الإضافي لدى الجهات التي لها علاقة أو مصلحة بعمل الدائرة.
- الكتابة أو التصريح لوسائل الإعلام أو لوسائل التواصل الاجتماعي بما يسيء للدولة أو العاملين فيها أو إفشاء أسرار العمل.
- تصوير أي وثيقة، أو تسريبها، أو نشر أي معلومة، أو مقالة، أو إعادة نشر أي منها بأي وسيلة من الوسائل بما يسيء للدولة أو العاملين فيها.

المادة (70):

يجب على الدائرة: -

- أن تحدد بوضوح مهام الموظف ومسؤولياته وما يتوقع منه إنجازه، والتعامل معه في كل ما يتعلق بأوضاعه الوظيفية على أساس الجدارة والاستحقاق.
- أن تضمن للموظف حرية الرأي والتعبير فيما يتعلق بمهام عمله في الدائرة وفقاً للتشريعات النافذة.
- أن تكفل له حق التظلم وفقاً لأحكام هذا النظام والتأكد من وجود ضمانات للموظف عند تطبيق الإجراءات والعقوبات التأديبية وفقاً لأحكام هذا النظام.
- توفير متطلبات تعزيز مهاراته وتطوير قدراته المتعلقة بطبيعة العمل من خلال برامج التطوير والتدريب المختلفة

أخلاقيات الكوادر الصحيّة العاملة داخل مراكز الإصلاح والتأهيل:

تحرص وزارة الصحة الأردنية دوماً على التأكيد على الروابط بين مفاهيم حقوق الإنسان والمبدأ الراسخ لأخلاقيات الرعاية الصِحيّة، حيث تنعكس تلك الأخلاقيات في جميع المواثيق والأعراف الدولية، كما نصت المادتان 1 و2 من نظام الدستور الطبي وواجبات الطبيب لسنة 1989الصادر عن نقابة الأطباء الأردنية على:

المادة (1): "إن مهنة الطب مهنة إنسانيّة وأخلاقيّة وعلميّة قديمة قدم الإنسان، أكسبتها الحِقَب الطويلة تقاليد ومواصفات تحتم على من يمارسها أن يحترم الشخصية الإنسانية في جميع الظروف والأحوال وان يكون قدوة حسنة في سلوكه ومعاملته مستقيما في عمله، ومحافظا على أرواح الناس وأعراضهم، رحيما بهم وباذلا جهده في خدمتهم".

المادة (2): " أن "كل عمل طبي يجب أن يستهدف مصلحة المريض المطلقة وان تكون له ضرورة تبرّره وأن يتم برضائه أو إرضاء وليّ أمره إن كان قاصرا أو فاقدا لوعيه".

أهم مبادئ الأخلاقيات الصحيّة:

- مبدأ استقلالية المريض (الحق في تقرير المصير - حرية اتخاذ القرارات بشأن الذات): يتوجب على مقدمي الرعاية الصِحيّة احترام حقوق المريض في اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصِحيّة، حتى إذا كان مقدّمو الرعاية الصِحيّة لا يوافقون على قرار المريض.
- مبدأ عدم إلحاق الأذى: يتطلب عدم حدوث أي ضرر للفرد، سواء عن قصد أو بدونه، ويعد المبدأ الأهم في الممارسات الطِبّية الأخلاقية.
- مبدأ الإحسان وأسبقية مصلحة المريض: يُلزم هذا المبدأ جميع العاملين الصحيّين تبني الممارسات الي تحقّق مصلحة المريض بغض النظر عن التوجهات والانتماءات.
- مبدأ العدل: حقّ جميع الأفراد في الحصول على رعاية طِبّية متساوية، تضمن التوزيع العادل للموارد البشرية والمادية.

- مبدأ الخصوصية واحترام سريّة المعلومات الطِبّية: كل ما يكشف عليه الطبيب من معلومات أو مشاهدات أو نتائج مختبريّة يجب أن تبقى سرية بين الطبيب والمريض، والالتزام باحترام السريّة الطِبّية هي قاعدة أخلاقية وقانونيّة لا يمكن كسرها إلّا في حالات استثنائية، وللضرورة القصوى (مثلا حالات الأمراض الانتقالية شديدة العدوى التي يمكن أن تؤثر على صحة الفرد والمجتمع، أو في حالة موافقة المريض على كشف هذه المعلومات).

حقوق أفراد الخدمات الطِبّية:

استنادًا إلى اتفاقيات جنيف والبروتوكولين الإضافيّين لها، يشير تعبير "أفراد الخدمات الطِبّية" إلى الأشخاص المكلّفين دون غيرهم بواجبات طِبّية سواء كانت هذه التكليفات دائمة أم مؤقتة، هذا ويؤكد القانون الإنساني على عدد من الأحكام التي تهدف إلى حماية أعضاء الفرق الطِبّية في ممارسة أعمالهم:

أولاً: يجب حمايتهم واحترامهم في كل الأوقات وفي كل الظروف (اتفاقيّة جنيف 1 -المادة 24، واتفاقيّة جنيف 2 - المادة 36، واتفاقيّة جنيف 4 -المادة 20، والبروتوكول 1 – المادة 15، والبروتوكول 2 -المادة 9)

ثانياً: يجب أن يحظى مثل هؤلاء الموظفين بالمساعدة الضروريّة في تنفيذ مهامهم، ولا يجوز إجبارهم على تنفيذ مهام لا تتفق مع مهامهم (البروتوكول 1 -المادة 15 والبروتوكول 2 -المادة 9).

ثالثاً: لا يحقّ لأحد أن يطلب منهم إعطاء الأولوية لأي شخص أو مجموعة أشخاص إلاّ لأسباب طِبّية (البروتوكول 1 - المادة 15، والبروتوكول 2 -المادة 9).

رابعاً: لا يجوز إجبار العاملين في الفرق الطِبّية على تنفيذ أعمال تتناقض وأحكام أخلاقيات مهنة الطبّ أو خرق امتياز السريّة في العلاقة بين الطبيب والمريض (البروتوكول 1 -المادة 16، والبروتوكول 2 -المادة 10).

خامساً: لا يجوز معاقبة أفراد الفرق الطِبّية عن نشاطات تم تنفيذها، مهما كانت الظروف، وبغض النظر عن الشخص المستفيد من نشاطاتهم، ما دامت هذه النشاطات تتفق مع أخلاقيات مهنة الطب.

الرعاية الصحيّة في حالات الاحتجاز:

يولد جميع الناس أحرارًا ومتساوين في الكرامة والحقوق (المادة 1 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان) ولقد كانت المملكة الأردنية الهاشمية دائماً في طلائع الدول الساعية لترسيخ مفاهيم حقوق الإنسان.

فبمقتضى أحكام المادة (3) من قانون الصحة العامة رقم (47) لسنة 2008 وتعديلاته فإن الوزارة مسؤولة عن جميع الشؤون الصِحيّة في المملكة، كما أناطت أحكام المادة (22) من قانون مراكز الإصلاح والتأهيل رقم (9) لسنة 2004 وتعديلاته بوزارة الصحة الأردنية مهمّة توفير الرعاية الصِحيّة والمعالجة للنزلاء وفق القواعد الدنيا النموذجية لمعاملة السّجناء الصادرة عن الأمم المتحدة في 1977.

(قواعد نيلسون مانديلا) : تعد القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء هي المعايير الدنيا المعترف بها عالميا لاحتجاز السجناء، وأنَّ لهذه القواعد قيمةً وتأثيراً كبيرين إذ يسترشد بها في تطوير القوانين والسياسات والممارسات الخاصة بالمؤسسات الإصلاحية منذ أن اعتمدها مؤتمر الأمم المتحدة الأول لمنع الجريمة ومعاملة المجرمين في عام

١٩٥٥، كما اعتمدت الجمعيّة العامة للأمم المتحدة في قرارها 70/175 الصيغة المنقّحة للقواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء على أن تسمى تلك القواعد بمسمى "قواعد نيلسون مانديلا"، تكريما لإرث رئيس جنوب أفريقيا الراحل نيلسون مانديلا.

أهم قواعد الخدمات الرعاية الصِحيّة طبقا لقواعد نيلسون مانديلا:

- القاعدة 24: تتولَّى الدولة مسؤولية توفير الرعاية الصِحيّة للسجناء، وينبغي أن يحصل السجناء على نفس مستوى الرعاية الصِحيّة المتاح في المجتمع، وينبغي أن يكون لهم الحقُّ في الحصول على الخدمات الصِحيّة الضرورية مجَّاناً ودون تمييز على أساس وضعهم القانوني.
- القاعدة 26: تقوم دائرة خدمات الرعاية الصِحيّة بإعداد وتعهُّد ملفات طِبِّية فردية دقيقة ومحدَّثة وسرِّية لجميع السجناء، ويُسمح لجميع السجناء بالاطِّلاع على ملفاتهم بناءً على طلبهم، وللسجين أن يفوِّض لطرف ثالث الاطِّلاع على ملفه الطبِّي.
- القاعدة 27: تَكفل جميع السجون إمكانية الحصول الفوري على الرعاية الطِبِّية في الحالات العاجلة، أمَّا السجناء الذين تتطلَّب حالاتهم عناية متخصِّصة أو جراحة فينقلون إلى مؤسسات متخصِّصة أو إلى مستشفيات مدنية.
- لا يجوز إلاَّ لاختصاصي الرعاية الصِحيّة المسؤولين اتخاذ قرارات إكلينيكية، ولا يجوز لموظفي السجون غير الطبِّيين إلغاء تلك القرارات ولا تجاهلها.
- القاعدة 30: يقوم طبيب، أو غيره من اختصاصيّي الرعاية الصِحيّة المؤهلين، بغض النظر عن تبعيتهم للطبيب أو عدم تبعيتهم له، بمقابلة كل سجين والتحدث إليه وفحصه في أقرب وقت ممكن بعد دخوله السجن أولاً، ثم كلّما اقتضت الضرورة بعد ذلك.
- القاعدة 35: يواظب الطبيب أو هيئة الصحة العمومية المختصَّة على إجراء التفتيش وتقديم المشورة إلى مدير السجن فيما يتعلق بما يلي:
  - كمُّ الغذاء، ونوعيّته، وإعداده، وتقديمه.
  - مدى اتِّباع القواعد الصِحيّة والنظافة في السجن ولدى السجناء.
  - حالة المرافق الصِحيّة والتدفئة والإضاءة والتهوية في السجن.
  - مدى ملاءمة ثياب السجناء وفرشهم ونظافتها.
  - مدى التقيُّد بالقواعد المتعلقة بالتربية البدنية والرياضّة.

أخلاقيات مهنة الطب التي تُطَبَّق في حالات الاحتجاز:

كما قنّنت الجمعية العامة للأمم المتحدة بالإجماع في 18 كانون الأول/ ديسمبر1982 (القرار 194/37) المبادئ الأساسية لأخلاقيات مهنة الطب التي تطبّق في حالات الاحتجاز، تكمّل تلك القواعد المبادئ الأخرى التي تشملها اتفاقيات جنيف، وهي أيضًا تكمّل القواعد الدنيا النموذجيّة لمعاملة السجناء الصادرة عن الأمم المتحدة في 1977.

- **المبدأ 1**: يجب تقديم الخدمات الصِحيّة للمحتجزين بنفس الجودة والمعايير التي يتم تقديمها لأولئك الذين لا يتم سجنهم أو احتجازهم.
- **المبدأ 2**: من المخالفات الصارخة للأخلاقيات الطِبِّية، الانخراط في أعمال تشكّل المشاركة في التعذيب أو غيره من ضروب المعاملة، أو العقوبة القاسية، أو اللاإنسانية، أو المهينة.
- **المبدأ 3**: من المخالف للأخلاقيات الطِبِّية بالنسبة للعاملين الصحيين أن يشاركوا في أي علاقة مهنيّة مع السجناء أو المحتجزين، الغرض منها ليس تقييم أو حماية أو تحسين صحتهم البدنية والعقلية.
- **المبدأ 4**: إنها مخالفة للأخلاقيات الطِبِّية للعاملين الصحيّين:
  - تطبيق معارفهم ومهاراتهم من أجل المساعدة في استجواب السجناء.
  - التصديق على صحة المحتجزين في أي شكل من أشكال المعاملة أو العقوبة أو المشاركة في إلحاق العقوبة.
- **المبدأ 5**: من المخالف للأخلاقيات الطِبِّية للعاملين الصحيّين المشاركة في أي إجراء لتقييد المعتقل ما لم يتم تحديد مثل هذا الإجراء وفقًا للمعايير الطِبِّية البحتة (الحجز أو العزل).
- **المبدأ 6**: يجب ألا يكون هناك أي انتقاص من المبادئ السابقة لأي سبب كان، بما في ذلك الطوارئ العامة.

واجبات مقدمي الرعاية الصِحيّة في التعامل مع النزلاء المضربين عن الطعام أو الشراب:

1. رعاية المريض وفق آداب مهنة الطب والولاء للمريض أولا مع الحفاظ على السريّة والاستقلالية الطِبِّية.
2. يحظر على الكادر الطبي أن يوقِّع أية معاملة قسريّة أو مهينة للمضربين عن الطعام أو التوصية بذلك (مثل التغذية المصحوبة بالتهديدات، أو الإكراه، أو القوة، أو استخدام القيود البدنية).
3. على الكادر الطبي احترام رغبة النزيل وعدم إجباره على الأكل القصري أو العلاج أو إعطاء المحاليل دون إذن من النزيل حيث إن التغذية بالقوة شكلاً من أشكال المعاملة اللاإنسانية والمهينة.
4. على الكادر الطبي أخذ موافقة المضرب عن الطعام على:
   - الحصول على تاريخ طبي مفصّل ودقيق للنزيل.
   - القيام بالفحص السريري الشامل والمخبري لرصد حالة النزيل الصِحيّة.
   - تقييم القدرات العقلية والإدراكية للنزيل والتأكد من الخيار الفردي الطوعي للمضرب (بدون ضغوط الخارجية) وقدرته على إدراك مخاطر وتداعيات الإضراب عن الطعام.
5. على الكادر الصحي تقديم المشورة الصِحيّة لكل لنزيل مضرب عن الطعام على انفراد سواء كان الإضراب فردي أو جماعي على أن يتم ذلك في أقرب وقت من بدء الإضراب.
6. الشرح الطبي المفصل للمضاعفات الصِحيّة التي يعرض لها المضرب نفسه من خلال رفضه لتناول الطعام وتطورات الإضراب عن الطعام.
7. التأكيد على أهمية تناول المضرب عن الطعام كميات كافية من الماء (لتر ونصف- لترين) يوميا حيث إن الإحساس بالعطش يتناقص تدريجيا.

8. شرح العلاج المقترح لحالة النزيل الصِحيّة مع شرح مفصّل للدعم الغذائي الوقائي بالفيتامينات والأملاح المعدنية ومضادات التجلّط للحالات طريحة الفراش.
9. ينبغي على الطبيب اخذ إقرار طوعي ومستنير للمضربين عن الطعام فيما يخص التغذية الاصطناعية واحترام قرار المضربين عن الطعام مهما كان، ويحيل المضربين إلى طبيب آخر في حاله عدم القدرة على احترام رغبة النزيل.
10. تابعة المريض بانتظام بصفه يومية للحفاظ على الاتصالات الشخصية الإيجابية، التي يتم من خلالها إبلاغ المريض بالتدهور التدريجي لحالته الصِحيّة وبهذه الطريقة يحافظ المضرب عن الطعام على إمكانية التخلّي عن امتناعه عن الطعام في أي وقت، عند معرفة التطوّر التدريجي للمضاعفات الصِحيّة التي يعرض نفسه لها.

بيئة العمل في وزارة الصحة

بيئة العمل: هي كل ما يحيط بالفرد في عمله، ويؤثر في سلوكه وأدائه وميوله تجاه عمله والمجموعة التي يعمل معها والإدارة التي يتبعها، وتتضمن ظروف العمل المادية :الإضاءة، والضوضاء، والنظافة، ودرجة الحرارة، والتهوية وحوادث العمل والرعاية الصِحيّة وغيرها، فَضًلا عن ظروف العمل الاجتماعية، ونوعية الإشراف، والقدرة على الاندماج مع مجموعة العمل، والشعور بالراحة النفسية والمعاملة الإنسانية وتعرف بيئة العمل الداخلية بأنها :الأبعاد التنظيمية والإدارية التي تحدد خصائص المؤسسة الداخليّة وتميّزها عن غيرها من المؤسسات أو الوزارات.

مكونات بيئة العمل:

بيئة العمل تتكون من شقين هما:

1. بيئة العمل المادية وتشتمل على الظروف المناخية السائدة في مكان العمل داخل المؤسسة، كالتهوية والإضاءة، والنظافة، وضغط العمل ومساحات العمل، والضجيج، وعدد ساعات العمل، وفترات الراحة..... الخ، هذه الظروف ذات انعكاس وتأثير في سلامة وصحة الموارد البشرية في العمل وفاعلية أدائها.
2. بيئة العمل النفسية والاجتماعية: وتشتمل على المناخ الاجتماعي العام وطبيعته، والروابط الاجتماعية، والعلاقات الشمولية السائدة بين العاملين في مكان العمل، والصراعات التنظيمية الموجودة بين العاملين، فهذه الجوانب لها انعكاس كبير على الناحية النفسية لدى كل من يعمل في المنظمة، ويمكن تحديد نطاق هذه الجوانب بالعلاقات بين المرؤوسين بعضهم ببعض وعلاقات الرؤساء بمرؤوسيهم.

وتؤدي بيئة العمل الإيجابية والمريحة إلى إخراج أفضل مهارات الموظفين ومواهبهم، وتؤدي والشعور بالملكيّة مما يقود للإبداع، كما تزيد من رضا الموظف والذي ينعكس بشكل إيجابي على إنتاجيّته وتؤثر على جذب أفضل الكفاءات وتساهم في خلق نوع من المودة بين الموظفين وتعمل على تعزيز قدرة الموظفين على التواصل فيما بينهم لتحقيق المصلحة المشتركة.

تقدّم وزارة الصحة رعاية وعناية خاصة بتوفير بيئة عمل مناسبة لجميع الموظفين: رؤساء ومرؤوسين، مدراء وموظفين، ولهذا تقوم بتقييم رضا الموظفين بشكل دوري مستمر وتقوم بالتركيز على جميع المحاور الهامة بهذا المجال بواسطة استبانة خاصة بذلك.

تتضمن الاستبانة المحاور التالية:

- الرضى عن سياسة الوزارة.
- الرضى عن القيادة.

- ما تقدمه الوزارة من التمكين وإشراك الموظفين.
- ما تقوم به الوزارة من التدريب والتطوير.
- الاتصال والتواصل.
- الرضى عن بيئة العمل.
- الرضى عن التحفيز وتقدير جهود الموظفين.

تعتمد وزارة الصحة المعايير التالية لخلق بيئة عمل إيجابية.

معايير قياس الرضى عن سياسات الوزارة:

- يؤخذ بعين الاعتبار احتياجات وتوقّعات الموظفين عند القيام بإعداد ومراجعة السياسات والإجراءات المتعلقة بالموارد البشرية.
- تعتمد الوزارة أسس ومعايير محددة ومعلنة لضمان الشفافية وتكافؤ الفرص بين الموظفين عند تطبيق إجراءات وسياسات الموارد البشرية مثل: التدريب، التعيين، الإحلال الوظيفي، الترقية، الزيادات السنوية، المكافآت والحوافز وغيرها.
- تطبّق الوزارة خطط لتحديد احتياجاتها من الموارد البشرية وتوفيرها بالوقت الملائم.
- تطبّق الوزارة نظام مبني على معايير محددة لتقييم أداء الموظفين بشكل دوري ويتم مشاركة نتائج عملية التقييم مع الموظفين بشفافية.
- تطبق الوزارة آلية لقياس رضى الموظفين بشكل دوري ويتم دراسة وتحليل نتائجها ونشرها بشفافية.
- تعمل الوزارة على اتخاذ الإجراءات التحسينية والتطويرية بناءً على التغذية الراجعة من الموظفين من مصادرها المختلفة مثل (الاجتماعات والشكاوى والاقتراحات، استبيانات رضى الموظفين).

معايير قياس الرضى عن القيادة:

- تقوم القيادة بتعزيز ثقافة التميُّز في الوزارة كما تعمل على تشجيع الموظفين على المشاركة في عمليات التطوير والتحسين المستمر.
- تقوم القيادة بتشجيع العمل بروح الفريق من خلال تشكيل فرق العمل واللّجان وغيرها، وتوفير بيئة ملائمة لتبادل المعلومات والأفكار.
- تعمل القيادة على مساندة الموظفين لتحقيق خططهم وأهدافهم، وتقدير جهودهم وإنجازاتهم بالأسلوب والوقت الملائم.
- تقوم القيادة بتعزيز ثقافة المشاركة والمبادرة والتمكين وبالأخص تمكين الموظفين وإعطاؤهم الصلاحيات المرتبطة بطبيعة عملهم على كافة المستويات الإدارية داخل الوزارة.
- يتعامل معك مديرك المباشر باحترام وعدالة وشفافية.

- تستخدم القيادة أساليب وقنوات محدّدة للتواصل مع الموظفين بشكل دوري للتعرف على احتياجاتهم ومتطلباتهم والعمل على تلبيتها.
- يقوم مديرك بأخذ أفكارك وآرائك بعين الاعتبار عند اتخاذه القرارات.

معايير قياس التمكين وإشراك الموظفين:

- تعتمد الوزارة وصف وظيفي للموظف يتضمن المسؤوليات والمهام والمؤهلات والمهارات المطلوبة بحيث يتم تطبيقه ومراجعته وتطويره بشكل دوري، وبما يتلاءم مع احتياجاته الوظيفية.
- تقوم الوزارة بتمكين الموظفين من حيث منح وتفويض الصلاحيات وتوفير التدريب والأدوات والمعلومات اللازمة للموظفين للقيام بالمهام المناطة بهم.
- تقوم الوزارة بإشراك الموظفين في إعداد خطط العمل وآليات العمل وأهدافها الاستراتيجية والتي تحقق استراتيجية ورؤية ورسالة الوزارة.
- تقوم الوزارة بمشاركة الموظفين عند مراجعة وتطوير السياسات والإجراءات المتعلقة بإدارة الموارد البشرية.
- تعمل الوزارة على تشجيع الموظفين ومساندتهم لتقديم الأفكار الإبداعية والمشاركة في عمليات التطوير والتحسين المستمر.
- تقوم الوزارة بإشراك الموظفين في عمليات تطوير وتبسيط الإجراءات الخاصة بعملهم.
- تعمل الوزارة على توفير بيئة عمل تتمتع المرأة فيها بفرص متساوية لتمكينها وتعزيز مشاركتها الفاعلة في العمل واتخاذ القرار.

معايير قياس التدريب والتطوير:

- تقوم الوزارة بتوعية الموظف الجديد بالأنظمة والقوانين والتعليمات المعتمدة في الوزارة عند التعيين والتوعية للموظفين بتلك الأنظمة والتعليمات في حال تعديلها وتطويرها.
- تقوم الوزارة بتطبيق آليات لتحديد الاحتياجات التدريبية والتطويرية للموظفين، ووضع وتطبيق خطط تدريبية بناءً على هذه الاحتياجات.
- تحرص الوزارة على تدريب وبناء قدرات الموظف وتطوير مهاراته من خلال إشراكه في الدورات التدريبية وورشات العمل والندوات، وغيرها.
- يتم تدريب الموظفين على كافة الإجراءات المتعلقة بعملهم وكيفية تنفيذها، وتدريبهم على الإجراءات في حال تطويرها.
- تقوم الوزارة وبشكل دوري بعقد ورشات توعية بالمفاهيم الإدارية المختلفة مثل إدارة المعرفة، إدارة المشاريع، إدارة المخاطر، مفاهيم التميز وغيرها.
- تقوم الوزارة بمراجعة برامج التدريب والتطوير التي يتم وضعها وتطبيقها.
- تعمل الوزارة على تحديد مسار وظيفي للموظف وتوفر فرص للتطور الوظيفي.

معايير قياس الاتصال والتواصل:

- تعمل الوزارة على وضع خطط للتواصل مبنية على احتياجات ومتطلبات التواصل بين المستويات الإدارية المختلفة.
- تقوم الوزارة بتوفير تواصل دوري فعّال متبادل بين الموظفين وإدارة الوزارة من خلال أساليب التواصل المختلفة مثل الاجتماعات، اللقاءات، البريد الإلكتروني وغيرها.
- تقوم الوزارة بتطبيق سياسات لتشجيع الموظفين على تبادل المعرفة والمعلومات وتحقيق مبدأ الحوار والتواصل الفعال داخل الوزارة بجميع أقسامها ووحداتها.
- توفر الوزارة عدد مناسب من أجهزة الحاسوب والأنظمة التي تضمن وصول الموظفين والمعنيين إلى المعلومات الصحيحة وفي الوقت المناسب لإتمام العمل والمهام.

معايير قياس الرضى عن بيئة العمل:

- تقوم إدارة الوزارة بتوفير بيئة عمل آمنة وصحية للموظفين.
- تعمل الوزارة على توفير الوقت والبيئة المناسبة لدعم نشاطات الابتكار والإبداع للموظفين، وتبادل المعلومات والأفكار.
- تقوم الوزارة بتطبيق برامج خاصة برفاه الموظفين، مثل النشاطات الاجتماعية والرياضية والثقافية.
- تقوم الوزارة بإبقاء الموظفين على اطّلاع دائم بالأمور الإدارية الحالية والمستقبلية لمساعدتهم على الشعور بارتباط أكبر في عملهم.
- تعمل الوزارة على اتباع آليات لتشجيع الموظفين على المشاركة في الأنشطة المجتمعية.
- تقوم الوزارة بالحفاظ على سريّة وأمن المعلومات والبيانات المتعلقة بالموظفين.

معايير قياس الرضى عن التحفيز وتقدير جهود الموظفين:

- تطبّق الوزارة نظام لتحفيز الموظفين ومكافأتهم بناء على جهودهم وأدائهم بالأسلوب والوقت الملائم.
- تعتمد الوزارة معايير وأسس محدّدة ومُعلنة لضمان تطبيق مبدأ العدالة والشفافية في منح المكافآت والحوافز.
- تقوم الوزارة بتطبيق آليات محدّدة لدعم وتشجيع الموظفين لتطوير قدراتهم ومهاراتهم وتحقيق أهدافهم الشخصية.
- تعمل الوزارة على مكافآتهم وتقدير جهودهم في حال قيامهم بعمل مميز مثل تقديم الأفكار والاقتراحات التحسينية والتي تؤدي إلى تطوير وتحسين العمليات والخدمات التي تقدمها الوزارة.

الإدارة والتخطيط

الإدارة:

تعرّف الإدارة على أنها: فن ومعرفة استخدام كافة أوجه النشاط اللازمة لتوجيه موارد المؤسّسة لتحقيق أهدافها بأقصى كفاءة ممكنة، وهي كذلك مجموعة النظم والإجراءات والأدوات والسبل التي تستخدم بواسطة فريق من الأفراد والعاملين في مواقع مختلفة في الهيكل التنظيمي للمؤسسة، وهؤلاء الأفراد يشغلون مناصب إداريّة وإشرافيّة بمستويات وظيفية مختلفة في ضوء تسلسل محدد للسلطات والمسؤوليات الوظيفيّة، وقد يكلّف الأفراد في الإدارات المختلفة بمجموعة من المسؤوليات بالإضافة إلى تفويضهم مجموعة من السلطات طبقاً للمستوى الوظيفي لكل فرد.

أهمية الإدارة:

- المساعدة على تحقيق الأهداف: بحيث يتمّ تنظيم، وتنسيق، وتوجيه الموارد؛ بهدف تحقيق الأهداف دون إهدار للجهد، والوقت، والمال.
- استغلال الموارد على النحو الأمثل: بحيث يتمّ الاستفادة من المُختصِّين، والخبراء، واستغلال مهاراتهم بشكل صحيح، بالإضافة إلى استخدام الموارد المادّية والبشريّة على النحو الأفضل، ممّا يؤدّي إلى تحقيق الفعاليّة وتجنُّب الهَدر في المُنظَّمة.
- تقليل التكاليف: حيث إنّ التخطيط السليم في استخدام الموارد البشريّة، والمادّية يساعد على التقليل من التكاليف، وتحقيق المستوى الأعلى من الإنتاج.
- إنشاء هيكل تنظيمي سليم يساعد على تحقيق الأهداف ويضمن عدم تداخل الوظائف والمَهامّ.
- تحقيق التوازُن: حيث تحافظ الإدارة على تحقيق توازن ضمن البيئة المُتغيِّرة، وتكيُّفها مع مُتطلَّبات المجتمع.

وظائف الإدارة:

- **التخطيط (Planning):** حيث يتمّ فيها تحديد الأهداف والموارد اللازمة والوسائل التي سيتمّ استخدامها بالإضافة إلى تحديد الأنشطة التي تؤدّي إلى تحقيقها.
- **التنظيم (Organizing)**: وهي عمليّة تتضمّن إنشاء الأقسام والتنسيق فيما بينها؛ لتنفيذ الأعمال بطريقة فاعلة بالإضافة إلى تحديد المهام والموارد المختلفة حيث تتضمّن هذه العمليّة عدّة عناصر مثل: تصميم الوظائف، وإعداد الجداول الخاصّة بالعمل، والتنسيق بين الأفراد، والأقسام، وإدارة الاجتماعات، وإعداد الهيكل التنظيميّ للمُنظَّمة، وغيرها الكثير.

- **صُنع القرار واتّخاذه (Decision Making):** وفي هذه العمليّة يتمّ الاهتمام بتحديد المشاكل، واختيار أفضل بديل من البدائل التي يتمّ طَرْحها وِفق معايير مُحدَّدة، ومن الجدير بالذكر أنّه لا بُدّ من المتابعة المُستمرّة في هذه العمليّة؛ وذلك لمعرفة مدى صحّة القرار الذي تمّ اتّخاذه، ومستوى إسهامه في حلّ المشكلة.
- **الرقابة (Monitoring & Evaluation):** وهي تُعتبَر المرحلة الأخيرة في عمليّة الإدارة؛ إذ إنّ الهدف منها هو متابعة مستوى التقدُّم في تحقيق أهداف المُنظَّمة، حيث تتضمّن خطوات أربع، هي: تحديد معايير الأداء ومستوياته، قياس الأداء الفعليّ، وإجراء المقارنة بينه وبين ما تمّ تحديده مُسبقاً، تعيين الانحرافات؛ بهدف إجراء ما هو لازم لتصحيحها، اعتماد الإجراءات اللازمة والصحيحة؛ للتقريب بين المُخطِّط والمُنفِّذ، وتصحيح الأداء.

القرار:

القرار هو السبيل لتحريك عملك لبلوغ المهام والأهداف، عليك أن تضع العوامل المفيدة والخيارات، وتحديد أهميتها وأولويتها على نحو صحيح حتى تكون قراراتك أكثر ملاءمة.

لماذا القرارات مهمّة؟ وذلك لأن قرارات العمل تشتمل على إجراء التزام حقيقي من العاملين بالقرارات المتخذة وذلك أنها تؤثر في الأشخاص الموجودين داخل المنظمة أو حتى خارجها، ولا يمكن أن تحكم على فاعلية أي قرار حتى تشاهد آثاره، لذا تبقى القرارات مهمّة لأن لديها القوة لتحفيز عملية تحويل الطموحات والأهداف إلى حقائق ملموسة.

التخطيط أول خطوات النجاح:

ما هو التخطيط؟ هو تصميم المستقبل المؤمَّل، وتطوير الخطوات الفعّالة لتحقيقه.

مزايا التخطيط:

- طريقة عقلانية ومنتظمة لصنع القرارات وحل المشكلات.
- يجمع بين الخبرة والمعرفة والمهارة، مع توفير الأدوات الملائمة.
- يساعد في رسم الصورة المستقبلية بما في ذلك المخاطر والمشاكل ومعرفة فرص النجاح ومصادر الخطر.
- يحفّز على التفكير في المستقبل بلغة الحقائق والبراهين.
- يمكّن من التحكّم بالمستقبل بشكل قوي.
- فالتخطيط إذا عمل مرن ومتفتح الذهن يحث على التغيير بشكل مستمر كما أنه يعطي انطباعاً عن الصورة المستقبلية.

مراحل التخطيط:

1. تحديد الأهداف:
   - تحديد نقط النهايات المنشودة.

- تحديد الموارد المخصصة.

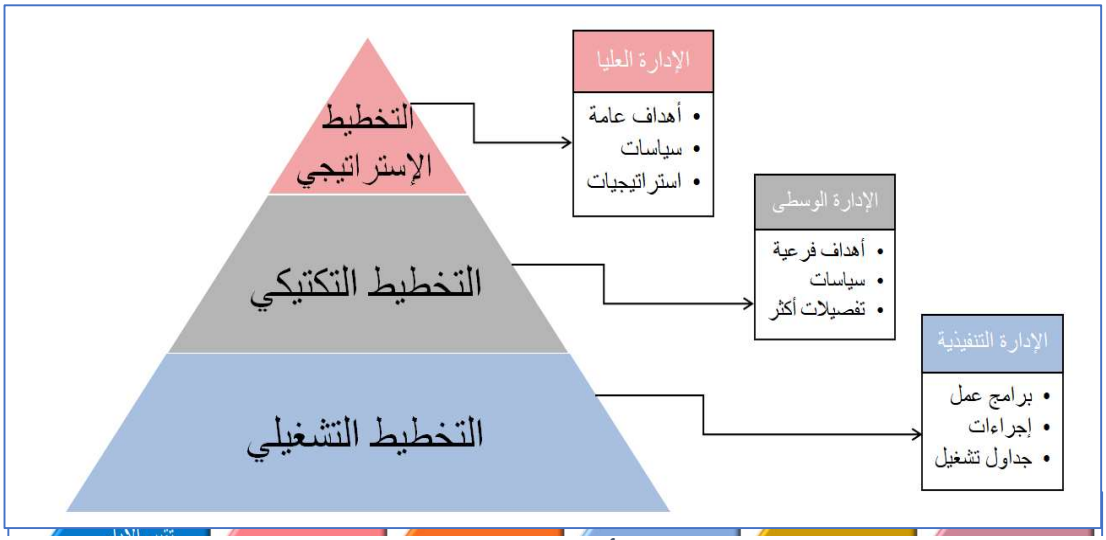
2. تحديد أساسيات التخطيط.

التحليل البيئي: تحليل العوامل الخارجية والداخلية وتحليل المنافسين والعوامل السياسية والتحول الرقمي والعوامل القانونية التي تؤثر على تنفيذ الخطة الاستراتيجية والتنبؤات والمعلومات.

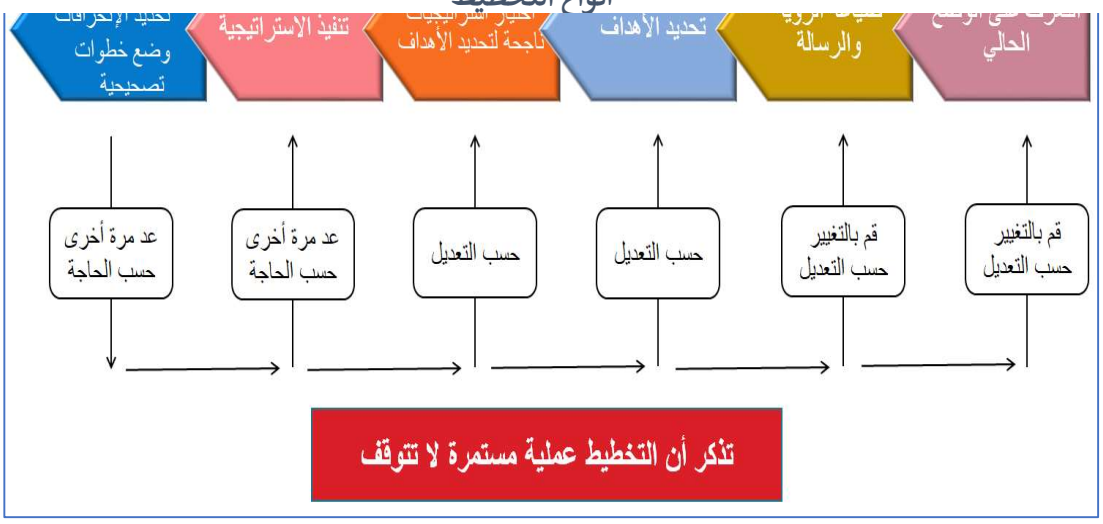
3. تحديد مسارات العمل البديلة (نقاط القوة ونقاط الضعف):

- تقييم مسارات العمل البديلة.
- اختيار مسار عمل معين.
- تنفيذ ومتابعة الخطط.
- تحديد من سيقوم بالأداء.
- تحديد ماهية الموارد وتخصيصها.
- توزيع المهام والاختصاصات.
- تحديد الفترة الزمنية لكل مرحلة.

4. المراجعة الدورية للخطط وإجراء التعديلات اللازمة.



أنواع التخطيط



مراحل التخطيط الاستراتيجي

مهارات العمل الجماعي:

تتصف الجماعات الفعّالة بالإنتاجية العالية والروح المعنوية المرتفعة ويؤدي أفراد الجماعة الفعالة معظم الوقت عملهم على درجة عالية من الجودة ويمنحون الفرد العامل الشعور بالرضى لكونه فرداً في هذه الجماعة، وهم يميلون إلى تكوين كيان اجتماعي لهم ويتمتعون بدرجة عالية من الولاء للجماعة ويكوّنون أحياناً اتجاهات متعالية حيث يرون أنفسهم أفضل من الجماعات الأخرى لكنهم بشكل عام يتصفون بالتالي:

- تبادل المعلومات بين أعضاء الفريق.
- مساعدة و / أو الدفاع عن أعضاء الجماعة.
- التعبير عن اتجاهات إيجابية نحو المؤسسة والإدارة والعمل.
- التمتع بدافعية عالية للأداء الجيد.
- ممارسة الرقابة والتوجيه الذاتي.

مقدمة عن التنمية المستدامة

التنمية المستدامة: هي التنمية التي تأخذ بعين الاعتبار الابعاد الاجتماعية والبيئية إلى جانب الابعاد الاقتصادية لتحسن استغلال الموارد المتاحة لتلبية احتياجات الافراد مع الاحتفاظ بحق الاجيال القادمة.

نشأة المصطلح:

ظهر مصطلح "التنمية المستدامة" لأول مرة في منشور أصدره الاتحاد الدولي من أجل حماية البيئة سنة 1980، لكن تداوله على نطاق واسع لم يحصل إلا بعد أن أعيد استخدامه في تقرير "مستقبلنا المشترك" المعروف باسم "تقرير برونتلاند"، والذي صدر 1987 عن اللجنة العالمية للبيئة والتنمية التابعة لمنظمة الأمم المتحدة تحت إشراف رئيسة وزراء النرويج آنذاك غرو هارلم برونتلاند.

وقد عرَّف التقرير التنمية المستدامة بأنها: "التنمية التي تستجيب لحاجيات الحاضر دون أن تُعرِّض للخطر قدرة الأجيال القادمة على تلبية احتياجاتها".

أبعاد التنمية المستدامة

أولاً: البعد الاقتصادي: ويتعلق بإنتاج ما يغطي جميع حاجيات الإنسان الأساسية ويحسن رفاهيته ومستوى عيشه، وهذا يستدعي تطوير القدرات الإنتاجية والتقنيات المتاحة عبر دعم البحث العلمي وتحفيز المقاولات على الاستثمار، وتبني أساليب الإنتاج والإدارة الحديثة من أجل مضاعفة الإنتاجية.

ثانياً: البعد الاجتماعي: ويكون بضمان نمو مدمج عبر توزيع عادل للثروة وللموارد ومنظومة ضريبية عادلة، وإرساء نظام حماية اجتماعية يوفر الحق لجميع أفراد المجتمع بدون تمييز في الحصول على الخدمات الصِحيّة وتأمينهم ضد أخطار الحياة.

ثالثاً: البعد البيئي: وذلك بالعمل على الحد من الآثار الضارة للأنشطة الإنتاجية على البيئة والاستهلاك الرشيد للموارد غير المتجددة، والسعي إلى تطوير استعمال مصادر الطاقة المتجددة وإعادة تدوير المخلفات.

يوجد 17 هدف للتنمية المستدامة و169 غاية تغطي مجموعة واسعة من قضايا التنمية المستدامة وشملت على: (الفقر والجوع ،الصحة والتعليم، وجعل المُدن أكثر استدامة، ومكافحة تغير المناخ، وحماية المحيطات والغابات، المساواة بين الجنسين ،المياه ، الصرف الصحي ، الطاقة ، البيئة.



تعنى وزارة الصحة بالهدف الثالث (الصحة الجيدة والرفاه)

مقاصد الهدف (3) - " الصحة الجيدة والرفاه ":

- خفض النسبة العالمية للوفيات النفاسيّة إلى أقل من 70 حالة وفاة لكل 100.000 مولود حي بحلول عام 2030.
- وضع نهاية لوفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها بحلول عام 2030، بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الأقل إلى 25 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي.
- وضع نهاية لأوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى بحلول عام 2030.
- تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقليتين بحلول عام 2030.
- تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد، بما يشمل تعاطي المخدرات وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك.

- خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور إلى النصف بحلول عام 2020.
- ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة والتوعية الخاصة به، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية بحلول عام 2030.
- تحقيق التغطية الصِحيّة الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصِحيّة الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيّدة والفعالة والميسورة التكلفة.
- الحد بدرجة كبيرة من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرّض للمواد الكيميائية الخطرة وتلويث وتلوّث الهواء والماء والتربة بحلول عام 2030.
- تعزيز تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب الاقتضاء.
- دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقا لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة، الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام الواردة في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العامة، ولا سيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية.
- زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نموا والدول الجزرية الصغيرة النامية، زيادة كبيرة.
- تعزيز قدرات جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصِحيّة الوطنية والعالمية.

الخطة الإستراتيجية والهيكل التنظيمي

تأتي هذه الاستراتيجية اليوم علامة فارقة في مسيرة التطوير والتحديث في وزارة الصحة .لاسيما وأنها ألأولى بعد جائحة كورونا وموجاتها؛ كنها في الوقت عينه تأتي ترجمة لالتزام الوزارة بتحقيق الإدارة الملكية السامية وتوجهات الحكومة الرشيدة والالتزامات الصحية الدولية في تحسين جودة الخدمات الصحية في كافة مستوياتها في أروقة جميع المرافق الصحية على امتداد رقعة الاردن والسعي الجاد لتقديم خدمة نوعية شمولية ومتخصصة والوصول إلى التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030 بحيث لا يشكل الوصول إلى الخدمة الصحية على- كل من يعيش على أرض الاردن- أي عبء يثقل كاهله.

الرؤية

مجتمع معافى وآمن صحيا متمتع برعاية صحية شاملة ذات جودة عالية.

الرسالة

توفير منظومة صحية متطورة ومتكاملة تعزز صحة الفرد والمجتمع وتقدم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية والتلطيفية الآمنة والشاملة بعدالة وجودة وكفاءة، والقيام بالدور التنظيمي والرقابي على الخدمات المرتبطة بصحة وسلامة السكان وبشراكة فاعلة مع الجهات ذات العلاقة وصولا إلى التغطية الصحية الشاملة.

التخطيط الاستراتيجي:

هي عملية يتم من خلالها تنسيق موارد المؤسسة مع الفرص المتاحة لينتج عنها خطة عمل استراتيجية شاملة متوسطة إلى طويلة المدى، تسعى المؤسسة من خلالها إلى تحقيق أهدافها.

منهجية إعداد الخطة الاستراتيجية:

تميزت المنهجية التي تم اعتمادها في إعداد وتطوير هذه الاستراتيجية بالتوسع الكبير في التشاركية مع المديريات المركزية في الوزارة والشركاء الخارجيين لها كالجهات المانحة والمنظمات الدولية والمجتمع المحلي.

كما تم إتاحة فرص أكبر للمراجعة والتدقيق لاسيما على مستوى البرامج والمشاريع المتعلقة بالمحاور الاستراتيجية، فضلا عن اعتماد النهج الهجين (التحليل الرباعي (SWOT)والسداسي (PESTEL)) في تحليل العوامل التي تؤثر في بناء وتنفيذ هذه الاستراتيجية وإجراء تقدير أكثر واقعية لموازنات البرامج والكلف المترتبة على تنفيذ المشاريع والفجوات التمويلية التي تؤثر على تنفيذه.

مراحل إعداد الخطة الاستراتيجية:

1. مرحلة التحضير.
2. مرحلة جمع وتحليل البيانات.
3. مرحلة صياغة الاستراتيجية.
4. مرحلة المراجعة.
5. مرحلة بناء الخطط التنفيذية وخطط المتابعة والتقييم.
6. مرحلة اعتماد الاستراتيجية ومشاركتها.

محاور الخطة الإستراتيجية لوزارة الصحة2023-2025

- المحور الأول: الرعاية الصحية الأولية الوقائية.
- المحور الثاني: الرعاية الصحية الثانوية والثالثية.
- المحور الثالث: الموارد البشرية.
- لمحور الرابع: البنية التحتية والتزويد.
- المحور الخامس: التمويل والتغطية التأمينية والإدارة المالية.
- المحور السادس: إدارة التحول الرقمي وأنظمة المعلومات.
- المحور السابع: الأزمات والطوارئ.
- المحور الثامن: الحوكمة.

المحور الأول: الرعاية الصحية الأولية الوقائية

الهدف الاستراتيجي للمحور:

تحسين الوصول والحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية والوقائية بجودة وعدالة وبمشاركة مجتمعية فاعلة.

الأهداف الفرعية:

- تبني نموذج الصحة العامة والطب الوقائي ونموذج صحة الأسرة في الرعاية الصحية الأولية.
- تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية.
- الحد من حدوث وانتشار الأمراض السارية والسيطرة عليها.
- الحد من انتشار الأمراض غير السارية.
- تعزيز خدمات الصحة الإنجابية والجنسية وتنظيم الأسرة وصحة الطفل.
- تعزيز ودمج خدمات الصحة النفسية ومكافحة الإدمان.
- الحد من المخاطر الصحية المرتبطة بصحة البيئة.

- تعزيز خدمات الصحة المدرسية بكافة مكوناتها.
- تعزيز ممارسة السلوكيات الصحية في المجتمع.
- تعزيز برامج الصحة المهنية.

المحور الثاني: الرعاية الصحية الثانوية والثالثية

الهدف الاستراتيجي للمحور:

تحسين الوصول والحصول على خدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية بجودة وعدالة وبمشاركة مجتمعية فاعلة.

الاهداف الفرعية:

- تحسين جودة وسلامة الخدمات الصحية الثانوية والثالثية وضمان استمراريتها.
- تطوير وتنظيم خدمات الإسعاف والطوارئ في جميع مستشفيات وزارة الصحة.
- تحسين فاعلية إدارة الأداء في المستشفيات.
- التوسع في توفير خدمات نوعية متقدمة.

المحور الثالث: الموارد البشرية

الهدف الاستراتيجي للمحور:

زيادة كفاءة وفاعلية إدارة الموارد البشرية.

الأهداف الفرعية:

- تحسين إجراءات الاستخدام الأمثل والفاعل للموارد البشرية بناء على الاحتياجات الفعلية للكوادر.
- تعزيز برامج بناء قدرات العاملين في وزارة الصحة وربطها بالتطوير المهني المستمر للتخصصات ذات العلاقة.
- تطوير البيئة التعليمية والتدريبية المناسبة في مختلف مرافق وزارة الصحة للتعليم والتدريب.
- تعزيز البيئة الداعمة لتوفير الاختصاصات الفرعية المطلوبة.

المحور الرابع: البنية التحتية والتزويد

الهدف الاستراتيجي للمحور:

تطوير وزيادة كفاءة وفاعلية إدارة البنية التحتية والتزويد وضمان استدامتها.

الأهداف الفرعية:

- تطوير البنية التحتية لكافة المرافق الصحية التابعة للوزارة.
- تحسين جودة الخدمات الفندقية المقدمة.
- توفير وإدامة تشغيل أجهزة طبية ذات كفاءة عالية.
- تطوير عمليات إدارة وسائط النقل الطبي والإداري.
- تحسين وتطوير فاعلية التزويد وعملية إدارة المخزون الطبي وغير الطبي.

المحور الخامس: التمويل والتغطية التأمينية والإدارة المالية

الهدف الاستراتيجي للمحور:

التوسع في التغطية التأمينية وزيادة كفاءة وفاعلية إدارة الموارد المالية.

الأهداف الفرعية:

- ضبط وترشيد الإنفاق والتوسع في تطوير نظام الفوترة لخدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية.
- تعزيز الشراكة مع القطاع الخاص والقطاعات الأخرى في شراء الخدمات الضرورية.
- التوسع التدريجي في نظام التأمين الصحي لشمول فئات جديدة.

المحور السادس: إدارة التحول الرقمي وأنظمة المعلومات

الهدف الاستراتيجي للمحور:

زيادة كفاءة وفاعلية التحول الرقمي وتكنولوجيا المعلومات.

الاهداف الفرعية:

- التوسع في أتمتة الخدمات الصحية المقدمة.
- تطوير البنية التحتية لأنظمة الصحة الإلكترونية.
- تحسين الربط الإلكتروني بين مختلف أنظمة المعلومات وتوحيدها.

المحور السابع: الأزمات والطوارئ

الهدف الاستراتيجي للمحور:

تحسين الجاهزية والاستجابة لادارة الأزمات والكوارث وآثار اللجوء والتغير المناخي.

الأهداف الفرعية:

- تضمين الجاهزية والاستجابة لإدارة الأزمات والكوارث وآثار التغير المناخي في كافة الخطط والسياسات في وزارة الصحة.
- بناء قدرات العاملين في مرافق الرعاية الصحية الأولية والثانية على إدارة الأزمات والاستجابة.
- تجهيز البنية التحتية لإدارة الأزمات والكوارث في مختلف مرافق الوزارة.
- أيجاد آليات فاعلة للتنسيق والتعاون في مجال الاستجابة للازمات والكوارث وآثار اللجوء والتغير المناخي مع مختلف الجهات ذات العلاقة.

المحور الثامن: الحوكمة

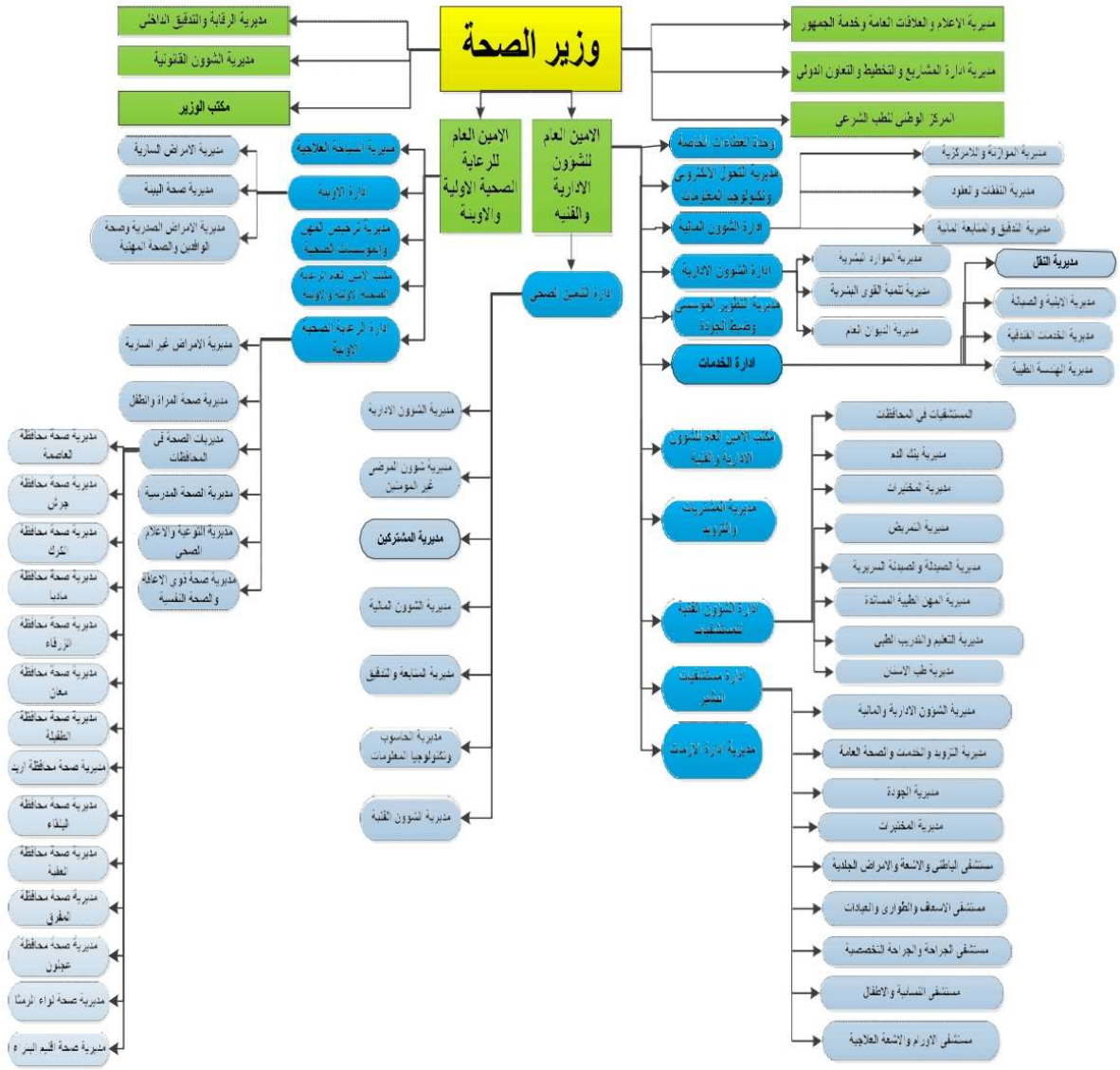
الهدف الاستراتيجي للمحور:

تعظيم الحوكمة والدور الرقابي للوزارة.

الاهداف المحورية:

- مأسسة مبادئ وممارسات الحوكمة الرشيدة.
- إدماج منظور النوع الاجتماعي في كافة خطط وبرامج ومؤشرات وزارة الصحة.
- تطوير وتفعيل آليات المتابعة والتقييم والمساءلة.
- تعزيز الدور القيادي والتنظيمي والرقابي للوزارة.
- تعزيز الدور التنظيمي والرقابي للوزارة في السياحة العلاجية.
- تعزيز إجراء الدراسات والبحوث العلمية الصحية.
- تعزيز الشراكات والتعاون الوثيق بين وزارة الصحة والشركاء بمن فيهم القطاع الخاص، والجهات الأكاديمية، والمنظمات الدولية، والمحلية.
- مأسسة التطوير المهني المستمر، وتطوير وتطبيق معايير التعليم المهني المستمر والإشراف عليها.
- الارتقاء بالأداء المؤسسي بالوزارة ومأسسة ممارسات التميز والإبداع والابتكار.
- مأسسة التنسيق بين مختلف المديريات فيما يتعلق بتخطيط وتنفيذ برامج ومشاريع الاستراتيجية.

الهيكل التنظيمي الخاص بوزارة الصحة



الوصف الوظيفي وأداء الموظفين

لماذا وصف الوظائف:

- الهدف الأساسي من الوظيفة.
- المهام الرئيسية لشاغل الوظيفة.
- للإعلان عن شغل الوظائف.
- لتحديد المهام والواجبات المطلوبة من الموظف.
- مستوى الصلاحيات الممنوحة لشاغل الوظيفة.
- لتحديد الشروط الواجب توافرها في شاغل هذه الوظيفة.
- لتقييم الوظيفة والأجر الذي يتقاضاه الموظف.
- لتقييم أداء الموظف.
- لحصر الاحتياجات التدريبية.
- لشغل الوظائف أو يستحدث نتيجة التوسعات أو أداء التنظيم.
- لتحديد العلاقات بين الوظائف بعضها ببعض سواء في المستويات المختلفة بالهيكل التنظيمي أو بالإدارات المختلفة.

محتويات بطاقة وصف الوظيفة:

- المسمى الوظيفي.
- غرض الوظيفة.
- المهام والواجبات.
- العلاقات الوظيفية (الاتصال الداخلي والخارجي).
- الإشراف والصلاحيات.
- الظروف التي تؤدى فيها الوظيفة.
- متطلبات العمل فيمن يؤدي هذه الوظيفة:
  - المؤهل العلمي.
  - الخبرات.
  - التدريب.
  - الكفايات الوظيفية.

متطلبات الوظيفة:

1. **المعرفة**: وهي العلوم والمعلومات الشخصية التي تتطلبها طبيعة الوظيفة.
2. **المهارات**: وهي الخصائص التي تتطلبها طبيعة الأعمال مثل تشغيل الآلات، قوة الملاحظة، الدقة، السرعة، استخدام الحاسب الآلي.
3. **السمات الشخصية**: تتطلب بعض الوظائف سمات شخصية معينة فمثلاً وظيفة العلاقات العامة تختلف عن وظيفة مهندس معماري وهناك العديد من السمات الشخصية مثل: القوة البدنية، الطموح، الإخلاص، السيطرة على النفس، المظهر، الذكاء.
4. **القدرات الخاصة**: القدرات التي تميزه عن الآخرين مثل:
   - القدرة على الابتكار.
   - القدرة على الحوار.
   - القدرة على اتخاذ القرار.
   - القدرة التحليلية.
   - القدرة على التكيف.
   - القدرة على التعاون مع الآخرين، ... الخ.



وزارة الصحـــــة

بطاقة الوصف الوظيفي

المسمى الوظيفي		رقم المسمى الوظيفي	
الادارة /المديرية		القســـم	
الوحدة/الشعبة		المسؤول المباشر	

الغاية / الهدف العام للوظيفة

الرقم	المهام والمسؤوليات الرئيسية
١.	
٢.	
٣.	
٤.	
٥.	
٦.	
٧.	
٨.	
٩.	
١٠.	
١١.	
١٢.	

الرقم	المؤهل العلمي	سنوات الخبرة	المهارات/التدريب	متطلبات اخرى
١.				

مؤشرات الاداء الرئيسية
١.
٢.
٣.
٤.

ظروف وبيئة العمل ((خاص بالوزارة))
١.
٢.
٣.
٤.



وزارة الصحـــــة

بطاقة الوصف الوظيفي

المسمى الوظيفي	طبيب عام في المركز الصحي	رقم المسمى الوظيفي	
الادارة /المديرية	مستشفى	القســـم	مركز صحي
الوحدة/الشعبة		المسؤول المباشر	رئيس قسم

الغاية / الهدف العام للوظيفة	تقديم كافة الخدمات الطبية الضرورية في مجال الرعاية الصحية الاولية بالاضافة الى معالجة أمراض الاسرة في مجالات الطب الرئيسية والإشراف على كافة الخدمات المقدمة في المركز الصحي

الرقم	المهام والمسؤوليات الرئيسية
١.	الاشراف على اعداد التقارير والسجلات الاحصائية في المركز الصحي
٢.	اعداد التقارير الطبية والقضائية التي تطلب منه من قبل المرضى أو الجهات الرسمية وذلك حسب التعليمات المعتمدة
٣.	توثيق المعلومات اللازمة في سجل الطبيب اليومي وتعبئة ملفات المرضى حسب البروتوكولات والقوانين الطبية المعتمدة
٤.	التأكد من صحة الاجراءات المالية المتعلقة بالمرضى بما يتماشى مع الانظمة والتعليمات المعمول به
٥.	التأكد من سلامة إجراءات تحويل المرضى للمركز أو للمستشفيات ومتابعة تطور حالة المريض بعد التحويل
٦.	الاشراف على سلامة استخدام الاجهزة الطبية والحالة العامة للممتلكات في العيادة التي يعمل به
٧.	الإلمام بمعرفة الانظمة والقوانين والتعليمات المتعلقة بعمله وتنفيذها
٨.	المشاركة في نشاطات تحسين الجودة ومراقبة تحسين الاداء في المركز الصحي
٩.	المشاركة في لجان المجتمع المحلي ووضع خطط وأنشطة لتحسين صحة المجتمع
١٠.	معالجة المرضى وتقديم خدمات الرعاية الصحية ضمن البروتوكولات والأسس والمعايير المعتمدة بغض النظر عن الدين والعرق والجنس والعادات والتقاليد والمبادئ
١١.	القيام بمهام الرعاية الصحية داخل وخارج المركز مثل أنشطة (الصحة العامة، الصحة المدرسية ، برنامج التطعيم ، التثقيف الصحي...الخ)
١٢.	الاشراف على الاجراءات الفنية في العيادة التي يعمل به
١٣.	كتابة التقارير الأولية للحالات القضائية بطلب من الجهات الأمنية وتحويلها الى اختصاص الطب الشرعي
١٤.	متابعة ومراقبة كافة الخدمات الطبية والتمريضية المقدمة في المركز
١٥.	الاشراف والتعليم وارشاد الكادر التمريضي عن الطرق المثلى والحديثة للعناية الطبية في المرضى داخل المركز الصحي
١٦.	حضور الإجتماعات والمشاركة في اللجان و النشاطات العلمية والدراسات الأبحاث داخل مديية الصحة
١٧.	الاشراف على الكادر التمريضي للاجراءات اللازم اتخاذها نحو كل مريض والإجابة عن تساؤلات المرضى فيما يتعلق بحالاتهم الصحية
١٨.	المشاركة في تحضير الدراسات الإحصائية والتقارير العلمية في المركز
١٩.	تقديم التوصيات بتحديد حاجة المركز من الكوادر الطبية و الأجهزة والمعدات الطبية بالإضافة إلى الحاجة من الدورات تدريبية
٢٠.	الحفاظ على الخصوصية والسرية والنزاهة
٢١.	إدارة الموارد لخدمة الاهداف بأكبر قدر من الفعالية
٢٢.	مواكبة التطورات الطبية والعقاقير الجديدة والعلاجات والادوية بما في ذلك الطب التكميلي
٢٣.	المعرفة باعداد تقارير الاداء السنوية وتقييم الموظفين بكل شفافية وعدالة ودون تحيز

الرقم	المؤهل العلمي	سنوات الخبرة	المهارات/التدريب	متطلبات اخرى
١.	الدرجة الجامعية الأولى في الطب والجراحة	لا يوجد	معرفة استخدام وتشغيل المعدات الطبية في المركز الصحي	العضوية في نقابة الاطباء كطبيب
			مهارة الإتصال و التعامل مع الاخرين	الحصول على تصريح مزاولة مهنة
			معرفة بالقوانين والتعليمات	القدرة على تحمل صعوبات وضغط العمل
			دورة الدفاع المدني	الالمام باللغة الإنجليزية،كتابة وقراءة
			دورات فنية متخصصة في مجال العمل	المتابعة والدقة
			تطبيق المعايير العالمية في تنفيذ العمل	
			دورة الانعاش القلبي الرئوي CPR (معرفة بإجراءات الإسعافات الأولية)	

مؤشرات الاداء الرئيسية

١. مستوى رضى المريض وارتياحه عن الخدمات الطبية المقدمة
٢. عدد المرضى المعالجين بالاضافة الى نسبة المضاعفات المرضية
٣. نسبة حضور النشاطات العلمية والمؤتمرات،والابحاث والدراسات والاجتماعات والبرامج التدريبية المتخصصة في مجال عمله
٤. درجة الالتزام بوسائل الحماية من العدوى ومدى وجود الاخطاء الطبية

ظروف وبيئة العمل

١. وجود علاقات عمل إيجابية
٢. توفيرالحاجات و الاجهزة و الأدوات اللازمة للحماية من العدوى كالمطاعيم والقفازات الطبية
٣. توفير البيئة المناسبة للعمل من: مكتب، وسائل التبريد والتكييف، الإضاءة، مرافق صحية نظيفة ومريحة ، ووسائل الحماية من العدوى

إدارة الأداء

مفهوم إدارة الأداء

هي عملية منظّمة من قبل المنظمات والمؤسسات والشركات المختلفة، لتخطيط وتنظيم وتوجيه الأداء الفردي والجماعي، ووضع معايير ومقاييس واضحة ومقبولة كهدف يسعى الجميع لقبولها.

عملية إدارة الأداء:

- تخطيط العمل ووضع التوقعات من الموظف.
- المتابعة المستمرّة للأداء.
- تنمية وتطوير الكفايات.
- دوريّة تقييم الأداء.
- تحفيز وتشجيع التميّز.

تقييم الأداء:

هو نظام يستخدم لقياس الأداء الوظيفي للعاملين حيث يتم تحديد مدى كفاءة أداء العاملين وأعمالهم من خلال مقارنة الأداء الفعلي بالمقاييس والمعايير المحددة مسبقاً، وذلك لتحديد الانحرافات عن الأهداف السابق تحديدها، تتم عملية تقييم الأداء من خلال تعبئة نموذج تقييم الأداء والتقرير السنوي من قبل المسؤول المباشر عن الموظف حيث تتم عملية التقييم ضمن ثلاث مراحل كما هو مبين في المواد 73 و74 من نظام الخدمة المدنية. (مرفق تفاصيل التقييم في قائمة المصادر والمراجع).

عملية إدارة وتقييم الأداء:

تعتبر عملية تقييم الأداء وإدارتها أحد أهم مكونات إدارة الموارد البشرية، حيث تعتبر مخرجات عملية التقييم أحد المدخلات الأساسية التي تستند إليها إدارة الدائرة / المؤسسة في وضع البرامج اللازمة لتخطيط الموارد البشرية وإدارتها وتنميتها بالشكل المطلوب. (مرفق تعليمات إدارة الأداء حسب نظام الخدمة المدنية).

حيث تعتبر عملية إدارة الأداء:

- عملية وقائية.
- عملية تشخيصية.
- عملية علاجية.

- عملية تطويرية.

أهداف إدارة الأداء:

- قياس الأداء الفعلي وتتبع مدى تحقيق الأهداف الموضوعة.
- تمكين الإدارة من اتخاذ الإجراءات التصحيحية والوقائية في أوقاتها المناسبة.
- التعرف على نقاط القوة والضعف والتحسين المستمر.
- تحفيز الموظفين على العمل الجماعي ضمن الإطار المؤسسي.
- تحسين وتطوير الأداء وسرعة اتخاذ القرارات في المؤسسة.
- زيادة رضا متلقي الخدمة عن مستوى الخدمات المقدمة.
- التوزيع العادل للمكافآت والحوافز بناءً على نتائج تقييم الأداء.

أهداف عملية تقييم الأداء:

- إعطاء العاملين تغذية راجعة عن مدى كفاءتهم في القيام بواجباتهم الوظيفية وكذلك توجيههم في تطوير أدائهم مستقبلاً.
- الحصول على مستوى أداء أفضل يساهم في تحقيق الأهداف المؤسّسية للدائرة.
- تعزيز وتشجيع التواصل والحوار بين الرئيس المباشر والمرؤوس وإتاحة الفرصة له للاطلاع على مستوى أدائه الوظيفي وتعزيز نقاط القوة وتجنب نقاط الضعف لديه.
- توزيع المكافآت والحوافز وتحديد إمكانية ترقية الفرد على أدائه بصورة عادلة لتفادي الصراعات التنظيمية التي قد تنشأ بين العاملين أنفسهم والعاملين والمسؤولين من طرف آخر.
- تحديد الاحتياجات التدريبية والتطويرية وفق منهجية علميّة وموضوعيّة.
- توصيل أهداف المؤسسة للعاملين.
- تبرير العقوبات والجزاءات التأديبية.

خصائص نظام إدارة الأداء الفعال:

- منسجم مع استراتيجية المؤسّسة.
- متكامل.
- عملي.
- هادف.
- محدد.
- يميز بين الأداء الفعّال والأداء غير الفعّال.
- موثوق.

- صالح لجميع الوظائف.
- عادل ومتفق عليه مع جميع الموظفين.
- شامل لكافة جوانب الوظيفة.
- علني.
- مرن قابل للتعديل.
- معاييره موحّدة.
- أخلاقي.

أهداف إدارة الأداء وتقييمه في الخدمة المدنية:

الحصول على مستوى أداء أفضل يسهم في تحقيق الأهداف المؤسسيّة للدائرة من خلال تقييم دور الموظف في إنجاز مهامه وتحقيق الأهداف المحددة له وفقا لمؤشرات الأداء المتفق عليها بين الرئيس المباشر والموظف في بداية سنة التقييم ووفقاً لسجل الأداء وتحفيز الموظفين وتشجيعهم ودعمهم لتحسين أدائهم وتنمية مهاراتهم وقدراتهم وتطويرها وتفعيل مبدأ التنافسية.

تحديد الأهداف:

الهدف: وهو عبارة عن مجموعة الأهداف المنبثقة عن الأهداف الاستراتيجية والتنفيذية للوحدات التنظيمية والتي يسعى الموظف إلى تحقيقها، ويجب ألا يتجاوز عدد الأهداف التي يساهم الموظف في تحقيقها خمسة أهداف في الحد الأعلى، وفي حال زيادة الأهداف عن الحد الأعلى تُرَتَّب حسب أهميتها ويختار الرئيس المباشر أهم خمسة أهداف منها.

مؤشرات الأداء:

وهي أدوات قياس مستوى الأداء من خلال متغيرات كمية أو نوعية تقيس مدى التقدم نحو تحقيق الإنجازات، وهي مقاييس ضرورية لضمان حسن الأداء بشكل عملي عبر ضوابط منطلقة من مقاييس واقعية، ويجب ألا يتجاوز عدد مؤشرات الأداء/النتائج المطلوب من الموظف تحقيقها خمسة، ويتم تحديد العلامة القصوى للمؤشر/النتيجة وفقا لدرجة أهميته.

نتائج إدارة الأداء:

يتم تحديد النتائج المطلوب من الموظف تحقيقها في ضوء الأهداف الواردة في الخطة السنوية للوحدة التنظيمية، ويتم تحديد أولوية وأهمية النتائج في ضوء ارتباطها بأهداف الوحدة التنظيمية والأهداف الاستراتيجية للدائرة، وعلى ألا يزيد عدد النتائج على خمس نتائج ولا تقل عن نتيجتين اثنتين، ويتم اعتمادها من قبل المدير المعني والرئيس المباشر والموظف.

مواصفات مؤشرات الأداء :SMART

1. **أن يكون محدداً (واضح):** أي أن يكون المؤشر محدّداً لأي مستوى من مراحل العملية الإنتاجية المراد قياسها ويجب تحديد قيمه.
2. **قابل للقياس**: أن يكون للمؤشر بيانات ومعلومات يمكن توفيرها بالفترة الزمنية اللازمة لتكرار القياس.
3. **قابل للتحقيق**: أي يجب أن تكون قيمة المؤشر المستهدفة واقعية ضمن التوقعات الطبيعية.
4. **يعكس ما يراد تحقيقه**: أن يكون المؤشر مرتبطاً مع الهدف ويقيس الهدف.
5. **محدد بفترة زمنية**: أن تحدد الفترة الزمنية اللازمة لإنجاز قيم مؤشر الأداء فلا معنى لوجود مؤشر أداء بدون فترة زمنية لازمة لقياس قيمة المؤشر ومدى تحقّقه.
6. **محدد مسؤولية القياس**: أي يجب أن تكون هناك مرجعية (مؤسسة، مديرية) مسؤولة عن قياس هذا المؤشر وتجميع بياناته وتحليلها فغياب المرجعية واختلاف آليات القياس يعطي أكثر من قيمة للمؤشر.
7. **قابل للمقارنة**: أن يكون المؤشر محدد بقيم واضحة قابلة للمقارنة مع قيم نفس المؤشر لسنوات سابقة أو مع قيم نفس المؤشر لدول أخرى وتكون هذه المؤشرات تقاس على مستوى معايير دولية في الغالب.
8. **مستند إلى مرجعية**: يفضل أن يكون المؤشر مستنداً إلى مرجعية معينّة وقد تكون المرجعية المبادرات والوثائق الوطنية.
9. **مترابط على مختلف المستويات**: أي يجب أن يكون هناك ترابط بين مؤشرات الأداء على مختلف مستويات الأهداف فمؤشر أداء موظف يجب أن يترابط ويعكس مؤشر أداء مهام القسم كما أن مؤشرات أداء مهام القسم يجب أن تترابط وتعكس مؤشرات أداء مهام المديرية.

العناصر العامة (الكفايات العامة) لتقييم الأداء والسلوك الوظيفي:

هي المعرفة والمهارات والقدرات التي يجب أن يتمتّع بها الموظّف العام، بغض النظر عن الفئة الوظيفية أو المجموعة النوعية أو المستوى الوظيفي ويختلف عدد هذه العناصر والعلامة القصوى لكل عنصر حسب نوع نموذج تقييم الأداء. وهي:

1. الإحاطة بالتشريعات الوظيفية وفهم أهداف الدائرة ورسالتها والالتزام بقيمها.
2. التقيد بأوقات الدوام الرسمي والحرص على استخدام الوقت في عمل منتج.
3. الإلمام ببرامج العمل المقررة على مستوى الوحدة التنظيمية، والمهارات اللازمة لتنفيذها.
4. الاتصال الفعال والعمل بروح الفريق.
5. تنظيم العمل ومتابعة تنفيذه.
6. إنجاز الأعمال المكلّف بها بالدقة والسرعة المطلوبتين.
7. التعلّم وتطوير الذات وتحمل مسؤوليات أعلى.
8. معاملة متلقي الخدمة بلباقة وكياسة.
9. تحمل ضغوطات العمل والمحافظة على مستويات الإنجاز المطلوبة.

عناصر التقييم الخاصة (الكفايات الوظيفية) بوظيفة طبيب:

هي المعارف والمهارات التي يجب أن يتمتع بها الموظف لتأدية مهامه الوظيفية ويختلف عدد هذه العناصر والعلامة القصوى لكل عنصر حسب نوع نموذج تقييم أداء الوظيفة. وهي:

1. المهارة في تحديد وتنفيذ الإجراء الطبي المناسب بالاستخدام الأمثل للموارد.
2. الالتزام بأخلاقيات المهنة وآدابها.
3. مراعاة شروط السلامة العامة والوقاية من مخاطر العمل.
4. تطوير وتوثيق خطة علاج المريض ضمن الموارد المتاحة ومتابعتها.
5. اتخاذ القرار باستخدام التفكير الإبداعي المبني على الدلالات والتفسير والاستنباط.

مفهوم التميُز:

هو أن يصل الشخص في إتقان شيء ما لأعلى مستوى من الأداء والدرجة والنوعية أو امتلاك قدرات خارجة عن المألوف في مجال معين أو الانفراد بطريقة مختلفة لإنجاز مهمة ما مقارنة بنظرائه أو تأدية شيء ما بصورة أفضل مما هو قائم سواء من جراء التدريب أو الخبرة في مجال معين.

عناصر التميّز الوظيفي:

- إذا قام الموظف بخدمة متميّزة أو بعمل إبداعي أو حقق إنجاز ترتب عليه وفراً في النفقات العامة أو أدى إلى رفع مستوى الأداء في الدائرة.
- إذا قدّم مؤلفاً أو بحثاً أو دراسة تحقق فائدة مهمة مؤكدة للجهة التي يعمل بها أو للمجتمع.
- إذا قدم براءة اختراع.
- القيام بجهود استثنائية في الظروف الطارئة وغير العادية وخارج أوقات الدوام الرسمي.
- الحرص على نقل المعرفة والخبرة المتراكمة إلى الزملاء.

حرصا على إعطاء الموظف المتميز دافعا لاستمراره في التميز وغيره من الزملاء تم إطلاق جائزة الموظف المثالي للموظف المتميّز تحت شروط معينة حسب المواد (33 و34) من نظام الخدمة المدنية.

تقييم الموظف تحت التجربة:

- إذا تم تعيين لأول مرة في الخدمة المدنية أو أعيد تعيينه قبل نهاية الثلث الأول من العام يتم تنظيم سجل الأداء وتحديد الأهداف أو مؤشرات الأداء أو كليهما.
- يتم استخدام نماذج سجلات الأداء للموظفين المعنيين تحت التجربة وفقاً لطبيعة الوظيفة والنشاط التخصصي.

- يعتبر سجل الأداء كمرجع لغايات تقييم أداء الموظف لذا يتم تعبئة (نموذج تثبيت-إنهاء خدمة) للموظف تحت التجربة الذي يعده ديوان الخدمة المدنية بشكل يراعي الاستمرارية في عملية رصد ومتابعة أداء الموظف تحت التجربة.
- يتم تقييم سلوك الموظف تحت التجربة على 3 مراحل وخلال سنة التجربة.
- يتم لفت النظر بعد كل فترة لمظاهر القوة والضعف في أدائه وسلوكه واتخاذ الإجراءات المناسبة لتعزيز أوجه القوة وتفادي أوجه القصور.
- إذا استمر الموظف تحت التجربة دون المستوى خلال الثلث الأول والثاني من فترة التجربة ورغم الإجراءات المتخذة من رئيسه المباشر لمعالجة أوجه القصور واستمر أداؤه بتقدير متوسط أو ضعيف فعلى المرجع المختص إنهاء خدمته وفقاً لأحكام النظام.
- لا يجوز تنظيم سجل أداء للموظفين المعينين بعد تاريخ الأول من آب.

تقييم الموظف المنتدب والمنقول والمعار:

ينظم تقرير سنوي للموظف المنتدب، أو المنقول، أو المعار، أو المكّلف وفقاً للإجراءات التالية:

- إذا تم نقل أو انتداب أو تكليف للموظف بعد مضي شهرين على الأقل من تاريخ بدء مرحلة المراجعة الأولى فعلى الرئيس المباشر تعبئة البيانات الخاصة بالمرحلة الأولى واعتمادها من المرجع المختص، وإرسال نموذج سجل الأداء إلى الجهة المنقول أو المنتدب أو المكلف العمل بها في موعد أقصاه أسبوع من تاريخ مباشرته العمل.
- يقوم الرئيس المباشر في الدائرة التي (نقل أو انتدب أو كلف) خلال أسبوعين من تاريخ مباشرته العمل بوضع الأهداف أو مؤشرات الأداء واعتمادها.

يعامل الموظف المنتدب إلى جهة تطوعية أو أي جهة حكومية لا تسري عليها هذه التعليمات معاملة الموظف المعار.

- تقوم الدائرة المنتدب إليها الموظف بتنظيم تقرير إذا كان انتدابه نافذاً حتى تاريخ 1-9 من سنة التقييم.
- أما في حال انتهاء انتدابه قبل هذا التاريخ فتنظم دائرته تقريره بالاستناد لسجل لأداء.
- ترسل الدائرة المنتدب لها تقرير بعد اكتسابه الصفة النهائية إلى الدائرة المنتدب منها.

**ينظم للموظف المعار من قبل الدائرة التي أعير منها بالاسترشاد بالتقرير السنوي المعد من الجهة المعار إليها بالإضافة إلى تقاريره السنوية السابقة.

تقييم الموظف الموفد في دورات تدريبية أو بعثات دراسية:

- يتم تعبئة تقرير الأداء السنوي للموظف الموفد في دورة تدريبية خارجية لمدة تزيد على (6) أشهر وفقاً للتقرير السابق أما إذا كانت أقل فينظم وفقاً لسجل أدائه.
- إذا أوفد الموظف في بعثة دراسية وكان متفرغاً يتم تنظيم تقريراً سنويا في ضوء ما يلي:
  - تقارير السنوات السابقة.

- تقارير حول سير الدراسة.
- النتائج النهائية التي يحصل عليها في كل فصل.

- إذا كان الموفد غير متفرغ يؤخذ بعين الاعتبار نتائج سير الدراسة.

تقييم الموظف المجاز بدون راتب وعلاواته:

- ينظّم تقرير أداء إذا تم منح الموظف إجازة بدون راتب وعلاوات بمدة لا تزيد عن (4) أشهر (متصلة أو مجزأة) خلال سنة التقييم.
- لا ينظّم تقرير سنوي إذا زادت المدة عن (4) أشهر، ولكن يتم تنظيم سجل أداء للفترة التي يكون بها على رأس عمله ويحفظ بالملف.

تقييم الموظف الموقوف:

- ينظّم تقرير سنوي إذا كانت مدة الإيقاف لا تزيد عن (4) أشهر خلال سنة التقييم وذلك بالاستناد لسجل أدائه.
- ينظّم تقرير سنوي إذا زادت المدة عن (4) أشهر على ضوء تقارير الأداء للسنوات السابقة.
- إذا تجاوزت مدة الإيقاف سنة التقييم فينظّم تقرير وفقاً لما يلي:
  - إذا صدر القرار ببراءته أو الحكم بعدم مسؤوليته فينظم تقرير في ضوء تقارير الأداء السنوية السابقة.
  - إذا صدر القرار بإدانته وإيقاع عقوبة تأديبية غير عقوبة الاستغناء أو العزل ينظّم له تقرير على ألا يتجاوز تقديره الجيد.

متطلبات نجاح عملية تقييم الأداء:

- التحديد المسبق لأهداف الدائرة والوحدة التنظيمية المراد تحقيقها.
- القدرة لدى الرؤساء المباشرين على وضع البرامج التنفيذية على مستوى الوحدة التنظيمية ومتطلبات تنفيذها وربطها بجداول زمنية.
- التزام جميع العاملين بمنهجية الإدارة وبالأهداف والتخطيط الاستراتيجي.
- توفّر المهارات والكفاءات لدى الرؤساء المباشرين.
- أن يكون لدى الرؤساء مهارات إعداد التقارير وتحديد الاحتياجات والاتصال.
- التشاركية في وضع النتائج ومخرجات الأعمال وفقاً للأهداف المقررة وخطة العمل بين الرئيس والمرؤوس.
- الالتزام بالمواعيد الزمنية المحددة لكل مرحلة من مراحل التقييم لضمان تنفيذ العملية بالشكل المطلوب.
- التقيّد والاستمراريّة في التعامل مع سجل الأداء وتدوين الوقائع والملاحظات الخاصة بأداء وسلوك الموظف أولاً بأول.
- القدرة لدى الرؤساء المباشرين على وضع البرامج التنفيذية على مستوى الوحدة التنظيمية ومتطلبات تنفيذها البشرية والمادية، وربطها بجداول زمنية لغايات الإنجاز، ومراحل المتابعة، والمراجعة، والتقويم.
- تفعيل الدور المركزي للجنة التخطيط والتنسيق والمتابعة في مجال اعتماد الخطط والبرامج التنفيذية، لضمان تكاملية الجهود المؤسسية وانسجامها مع الخطة الاستراتيجية المقررة.
- متابعة عملية وإجراءات إدارة الأداء من قبل مديرية الموارد البشرية.

- تدريب الرؤساء المباشرين على عملية إدارة الأداء من قبل مديرية تطوير الموارد البشرية.
- تدريب الموظفين على تخطي نقاط الضعف الواردة في توصيات الرؤساء المباشرين.
- تدريب الموظفين لتعزيز جوانب القوة لدى الموظفين.

حقوق الموظف وواجباته:

على كل موظف أن يكون على علم بجميع الحقوق التي يتمتع بها والواجبات التي عليه تأديتها تجاه المؤسسة التي يعمل بها منعا لحدوث الأخطاء والمشاكل لاحقاً.

حقوق الموظفين التي يجب عليهم التأكد من الحصول\ الاطلاع عليها قبل البدء بالعمل:

- التأكد من توقيع عقد الاستدامة. (مرفق نموذج العقد في قائمة المصادر والمراجع).
- الاطلاع على نظام الخدمة المدنية وكل ما يتعلق بالعمل، (ساعات العمل ونظام الشفتات المادة 97، الإجازات والمغادرات المواد 98 – 119، الإجراءات والعقوبات التأديبية المادة 141)، (الراتب الأساسي والإجمالي المواد 19 – 23)، (العلاوات المواد 24- 27)، (العمل الإضافي والحوافز المواد 28-31).
- الخضوع لدورة الموظّف الجديد.
- الاطلاع على الوصف الوظيفي الخاص به الموجودة في قسم الموارد البشرية للمكان المعيّن به. (مرفق الوصف الوظيفي لجميع الوظائف).

من خلال الوصف الوظيفي يتسنى للموظف معرفة ما يلي:

- المسمى الوظيفي.
- الرئيس المباشر.
- القسم الذي سيعمل به.
- الهدف الذي سيعمل من أجله الموظف.
- المهام والمسؤوليات الأساسية المطلوبة منه.
- مؤشرات الأداء الرئيسة.
- معلومات عن شاغل الوظيفة.
- ظروف وبيئة العمل.
- الاطلاع على الحالات، والمدة التي يحق للموظف الاعتراض على العقوبات، التقييمات السنوية، رفض العمل الموكل له والجهة التي يحق له تقديم الاعتراض لها.
- الواجبات التي يجب على الموظف القيام بها.
- الالتزام بالدوام الرسمي (المادة 97 (أ+ب).
- أداء وإتقان العمل.
- تسليم العمل في الوقت المحدد.

- اتباع أوامر وتعليمات الرئيس المباشر.
- المحافظة على أسرار العمل.
- عدم الالتزام بأعمال أخرى.
- الالتزام بالسلوك المؤدب واللّبق بالتعامل.
- الحفاظ على المصلحة العامة.

مهارات الاتصال

مفهوم الاتصال:

هو تبادل المعلومات والآراء والمشاعر عن طريق رموز وإشارات تعبّر عنها.

عناصر الاتصال:

1. المرسل.
2. المستقبل.
3. الرسالة.
4. الوسيلة.

مثال عملي:

- **المرسل**: الممرضة تعتبر هي المرسل بما عندها من أفكار ومعلومات تود أن تنقلها للمريض.
- **المتلقي**: المريض يستقبل الرسالة من خلال حواسه المختلفة (السمع، البصر، الشم، الذوق، اللمس) وبناء على هذه العمليات يقوم المريض بالتصرف والسلوك.
- **الرسالة**: متنوعة مثل (الحركة، الإيماءات، الإشارة، الابتسامة، النظر، الأصوات، تعبيرات الوجه، المصافحة، الصور، الأرقام، السكون، الصراخ، الهمسات، التلامس وغيرها من الرموز).
- **الوسيلة**: مثل المقابلات الشخصية، التقارير المكتوبة.

أنواع الاتصال:

أنواع الاتصال من حيث اللغة المستعملة:

- **اتصال لفظي**: باستعمال الكلمات المنطوقة والمكتوبة.
- **اتصال غير لفظي**: باستعمال تعابير الوجه والإشارات ولغة الجسد.

أنواع الاتصال من حيث البعد الزمني:

- **اتصال فوري أو متزامن**: كأن يتحدث شخص إلى آخر بطريقة مباشرة.
- **اتصال غير متزامن**: يكون هنالك فاصل زمني بين إرسال الرسالة وتلقيها من المستقبل مثل: الرسائل البريدية ورسائل البريد الإلكتروني.

أنواع الاتصال من حيث رسميّته:

- **اتصال رسمي:** مثل أغلب الاتصالات والمعاملات داخل بيئة العمل في المؤسسات الحكومية وغيرها.
- **اتصال غير رسمي:** مثل ما يحدث بين الأصدقاء وأفراد الأسرة من حديث ودّي بعيد عن الرسميّات.

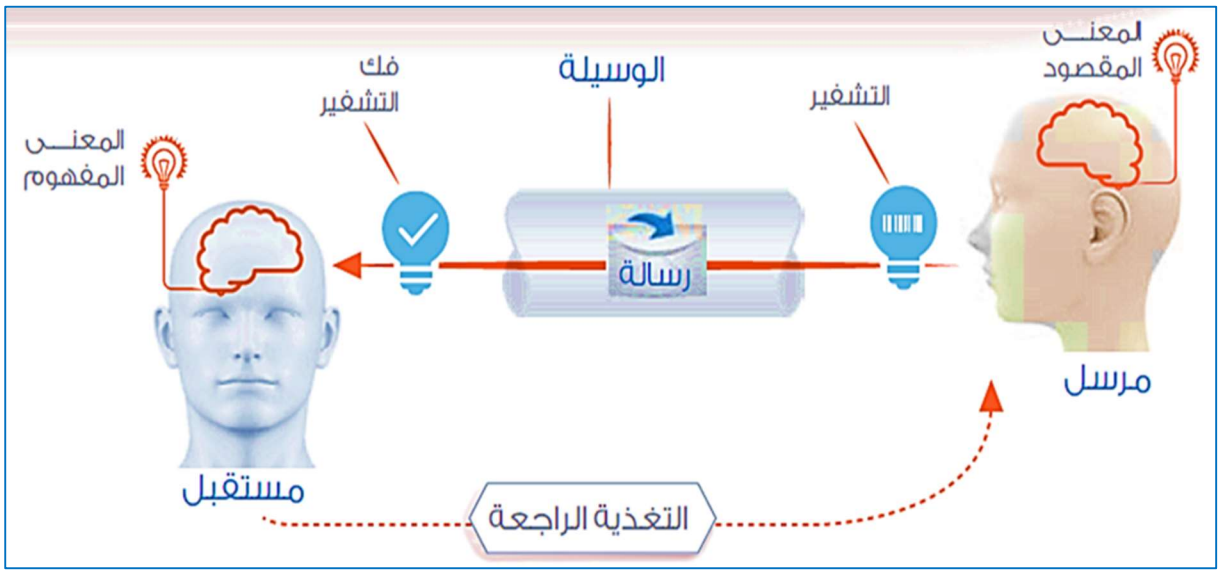
لا يمكن اعتبار الرسالة مستلمة ما لم يتم فهمها، كيف يمكنك أن تعرف أنها قد استملت بشكل صحيح؟

من خلال التواصل باتجاهين أو من خلال التغذية الراجعة، ستخبر التغذية الراجعة للمرسل أن المستقبل قد فهم الرسالة وأدرك مستوى أهميتها وماذا يجب أن يفعل بها، التواصل عبارة عن تبادل، ولا يعني أن تعطي فقط، فعلى كل الأفراد أن يشاركوا في عملية التواصل لإتمام تبادل المعلومات.

سمات الاتصال:

1. عملية دائمة ومستمرة.
2. ينتشر في الزمان والمكان.
3. عملية تفاعليّة.
4. يتسم بالتغيّر والتجديد.

ميكانيكية الاتصال:



معوقات الاتصال:

1. **الثقافة**: نحن نسمح لتجاربنا السابقة بأن تغيّر معنى الرسالة، ثقافتنا وخلفيتنا وميولنا قد تكون جيدة عندما تسمح لنا باستخدام تجاربنا السابقة لفهم ما هو جديد، لكن عندما تغيّر معنى الرسالة فهي بذلك تتدخل في عملية التواصل.

2. **أنفسنا**: التركيز على أنفسنا بدلاً من التركيز على الشخص الآخر قد يخلق اللبس والنزاعات، بعض العوامل التي تتسبب في هذا هي الدفاعية (نشعر بأن أحدهم يهاجمنا)، الفوقية (نشعر بأننا نعرف أكثر من الآخر)، الغرور (نشعر بأننا محور النشاط).
3. **المعرفة**: إذا شعرنا بان الشخص يتكلم بشكل سريع أو أنه لا يتكلم بطلاقة أو لا يلفظ الكلمات بشكل صحيح، فإننا نغض الطرف عن ذلك الشخص. كما أن تصورنا المسبق يؤثر على قدرتنا على الاستماع فإننا نسمع دون اعتراض للأشخاص ذوي المكانة المرموقة ونغض الطرف عن البسطاء منهم.
4. **البيئة**: الإضاءة الساطعة، الشخصية الجذابة، المشاهد غير المألوفة، الضجيج، أو أي عامل آخر قد يؤدي إلى تشتيت الانتباه.
5. **التوتر**: لا ينظر الأشخاص للأمور بنفس الطريقة التي ينظرون إليها بها إن كانوا متوترين، ما نراه ونصدّقه في لحظة ما يكون بتأثير حالتنا النفسية ومعتقداتنا وقيمنا، ومعرفتنا، وخبرتنا، وأهدافنا.

مفهوم الاتصال غير الكلامي:

هي العملية التي يتم فيها تبادل المعاني التي بين الأفراد بدون كلمات.

سمات الاتصال الكلامي	سمات الاتصال غير الكلامي
1.التكرار والإعادة.	1.عكس المشاعر الإنسانية.
2.التناقض.	2.يحمل في داخله رسائل ضمنية.
3.البديل.	3.يحدد هويتنا.
4.التكميل أو التعديل.	4.غامض.
5.التأكيد.	
6.التنظيم.	

واقع الاتصال غير الكلامي:

تشير الدراسات الاتصالية القديمة والجديدة إلى أنّنا نطلق أحكامنا على الآخرين ونحدد علاقاتنا معهم بناء على ما نشاهده ونقرأه من الإشارات والرموز التي تظهر في وجوههم وحركاتهم ومظهرهم العام، وليس بناء على ما نسمعه منهم.

لغة الجسد:

يعد الجسد أحد أبجديات وجودنا، ويمكن قراءة دلالات خاصة من لغة الجسد مثل:

- وضعية الجلوس.
- جديّة الشخص.
- أسلوب المشي.

لغة الوجه والعينين:

الوجه والعينين هم الأجزاء الأكثر جذباً في الجسد كله ولهم تأثيرات قوية في الاتصال، إن الأشخاص المبتسمون من جامعي التبرعات يحصلون على أموال أكثر من الجادّين (شكلاً) والنادل المبتسم يحصل على إكرامية أعلى من الآخر الذي لا يبتسم.

إن المشاعر الأساسية التي تعكسها تعبيرات الوجه هي: الدهشة، الخوف، الغضب، التقزّز، الفرح، والحزن، ومن المهم أن نمعن النظر في الآخرين حين التحدّث معهم.

اللبس والمظهر:

إن الجزء الأكبر ما يقارب 90% من مظهرنا العام يعتمد على اللبس، إن (منهجية إدارة الانطباع) تعكس الحالة المادية للشخص ومستواه التعليمي والاجتماعي، بل ومعتقداته أيضا، لذلك من المهم أن تكون ملابس الشخص محافِظة في كل الأحوال لهذا ينصح علماء الاتصال بأن لا تكون الملابس صارخة الألوان وألا تكون من آخر صيحات الموضة.

لغة المسافة:

تنقسم المسافة إلى أربع أقسام:

1. المسافة العامة: تبدأ من 3 م وأكثر، وهي مسافة الشخصيات العامة والمسؤولين والطبقات الرسمية.
2. المسافة الاجتماعية: تصل إلى 3 م، وهي المسافة الاجتماعية التي تكون بيننا وبين الغرباء (المسافة بين الموظف والمراجع).
3. المسافة الشخصية: تبدأ من 36 سم-125 سم، وهي المسافة التي يدخلها الأصدقاء وكل ما اقترب الشخص دلّ على زيادة علاقة الصداقة.
4. المسافة الحميمة: تبدأ من 0-35 سم، للقريبين جداً كالوالدين والأزواج والأبناء، ممكن غيرهم مثل طبيب الأسنان، مصفف الشعر.

لغة اللمس:

الجلد هو العضو الخاص باللمس وهو العضو الأول والأهم في عملية التواصل.

هناك عدة أنواع من اللمس:

1. اللمسة التخصصية: التي يقوم بها الطبيب، الفني، الأشعة.
2. اللمسة الاجتماعية: المصافحة.
3. لمسة الصداقة: الربت على الكتف، الذراعين.
4. لمسة المحبة: الحضن، لمس الرأس.

لغة الرائحة:

إن الوسيلة التي تستخدمها الرائحة هي: الهواء، فكل إنسان له رائحة كالبصمة، تحدد هويته وجنسه وعمره وأثره.

جنس الروائح:

- بعض الروائح ذكورية وبعضها أنثوية.
- الرائحة الزكية ترتبط دائماً بالخير، والرائحة الكريهة ترتبط دائماً بالشر.
- الروائح القوية حتى وإن كانت عطرية تدل على العنف والتهجم والعدوانية أمّا الروائح القريبة من الجسد هي الروائح المقبولة دائماً.

لغة الصوت (شبه اللغة والصمت):

يعد الهواء أيضاً هو وسيلة لنقل الصوت، ولكن الجسد هو الأداة المصدرة له، ما يعنينا هنا هو الألفاظ التي تصدر عن الإنسان دون أن تدل على كلمات، ولكنها تدل على معان، على سبيل المثال بعض الألفاظ (هممممم، هههههه، آآآآ...)، وتعد نغمة الصوت وسرعة الصوت ومستواه وعدد وطول السكتات، كل هذه العوامل يمكنها أن تقوي أو تضعف من تأثير الرسائل الاتصالية التي تنقلها الكلمات ذاتها.

مهارة تأكيد الذّات (أحد مهارات التواصل الفعال):

الأشخاص في الغالب لهم ثلاثة أنواع من الاستجابات أثناء تواصلهم مع الآخرين:

1. النمط التأكيدي.
2. النمط غير التأكيدي.
3. النمط العدواني.

السلوك التأكيدي: هو سلوك بين شخصين يتضمن تعابير صادقة ومباشرة عن الأفكار والمشاعر، وأنه مناسب اجتماعيا يتفق مع ثقافة المجتمع والمواقف التي يعيشها الشخص.

مهارات تأكيد الذات:

أولاً: مهارات المحتوى:

كلما كانت الرسائل الكلامية أو اللفظية وغير اللفظية واضحة ومحدودة وتقوم على احترام الآخرين وعدم مهاجمتهم كلما كانت فاعليّة تأثيرها في الآخرين عالية.

ثانياً: المهارات غير اللفظية:

- درجة متوسطة من علو الصوت ورخامته.

- نبرة الصوت.
- التواصل البصري.
- ضبط حركات الجسد وتعبير الوجه.
- الوقفة المتزنة وتحريك اليدين باتزان وهدوء.

ثالثاً: مهارة التفاعل الاجتماعي: التصعيد، والإصرار أو المثابرة، والقدرة على إدارة ردود الأفعال الدفاعية (عكس المشاعر أو الأفكار).

نصائح عامة في فن تأكيد الذات والتأثير في الآخرين:

- ركّز في تواصلك مع الآخرين على تفعيل السلوك التأكيدي وتجنب السلوك غير التأكيدي والسلوك العدواني.
- ركّز على تحسين وتجويد مستويات تقديرك وتأكيدك لذاتك.
- ركّز في تواصلك مع الآخرين على تفعيل مبدأ التهوين والتقليل من مبدأ التهويل.
- وازن بين الإقدام والإحجام في تأكيد ذاتك.

معوّقات التواصل العلاجي بين الطبيب والمريض:

- يحكم دائماً على تصرفات المريض من وجهة نظره الشخصية.
- يعطي نصائح بصفة مستمرة مما يجعل المريض يشعر بالملل.
- يتحدث دائماً عن نفسه وعن مشاكله الشخصية مع المريض.
- يلوم المريض بصفة مستمرة على تصرفاته.
- يتجاهل مشاعر المريض.
- يتحدث مع المريض بلغة علمية لا يستطيع المريض فهمها.
- يوجّه المريض بصفة مستمرة ويتجاهل قدرة المريض على اتخاذ القرارات المتعلقة بحالته.
- لا يراعي فارق السن أو الجنس عند التحدث مع المريض.

إدارة النزاعات

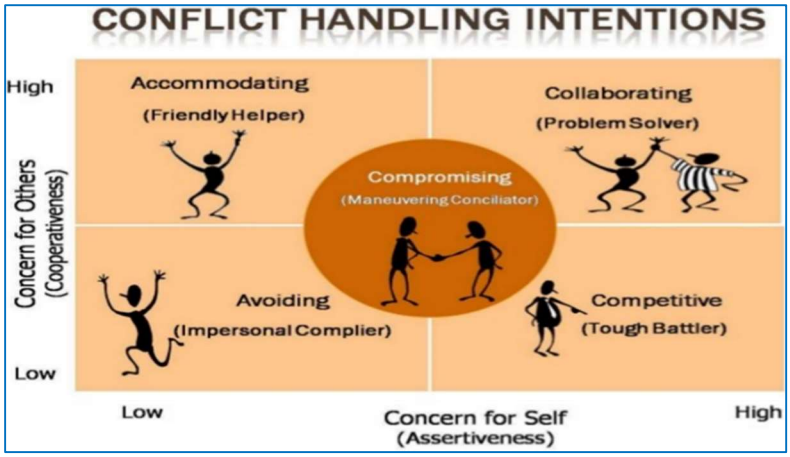
تعريف النزاعات:

هي الخصومات التي تنشأ من الاختلاف في الآراء وذلك بسبب اختلاف الأهداف والأفكار والمشاعر للأفراد، الفرق، الأقسام، المنظمات.

آثار متوقعة لوجود النزاعات:

- إضاعة الوقت في الاستماع إلى الشكاوى.
- خسارة الإنتاجية.
- الغياب.
- مشاكل صحية.
- أشخاص ينسحبون عاطفياً.
- تغيير الموظفين.
- يصبح الموظفون عدائيين وأحياناً عنيفين.

أساليب إدارة النزاعات:



- التجنّب.
- تسوية النزاعات.
- المنافسة.
- المساومة.
- التعاون.

أولاً: التجنّب:

بعض الأشخاص يفعلون ما بوسعهم للابتعاد عن المسائل التي تحدثها النزاعات، حيث يعتقدون أنّه من الأسهل تجنبها بدلاً من مواجهتها، وبشكل عام لا يحبّون العمل مع الأشخاص الذين يفتعلون النزاعات، وفي حالات معينة قد يصبح الكلام بين الأفراد مكروهاً لدرجة يصبح فيها تجنّب أحدهم الآخر سبباً لتخفيف حدة النزاع، وبتجنب أحدهما الآخر قد يفكّر الأفراد بوضوح ومن الممكن أن يجتمعوا بطريقة أكثر ودّية بعد استقرار مشاعرهم.

ثانياً: تسوية النزاعات:

إن الأشخاص الذين يشعرون بأن العلاقات أهمّ من أهدافهم الشخصية يناسبون سياسة تسوية النزاعات (أحياناً تسمى بالتكيف)، لذلك يرغب هؤلاء بالحصول على محبة الآخرين وقبولهم، كما أن الانسجام هو أهم شيء بالنسبة لهم فهم على أتم استعداد للاستغناء عن أهدافهم من أجل المحافظة على علاقاتهم.

ثالثاً: المنافسة:

بعض الأشخاص التنافسيين يؤمنون بأن الفوز هو كل شيء ويبذلون ما بوسعهم للتفوّق على خصومهم عن طريق فرض حلولهم، أهدافهم مهمة للغاية بالنسبة لهم، ولكن علاقاتهم ليست كذلك، لا يشعرون بأهمية الحاجة للآخرين، ويسعون لتحقيق أهدافهم بأي ثمن.

رابعاً: المساومة:

الأفراد الذين يختارون المساومة يفكّرون بأهمية إرضاء بعض وليس كل اهتماماتهم، فالأشخاص الذين يساومون عادة ما يقولون: "علينا أن نصل لحل بالمنتصف"، "أحياناً ذلك أفضل من لا شيء"، أحياناً يستغل البعض الشعور بالذنب ويقومون بالتلاعب بالآخرين من أجل أن يساومونهم.

خامساً: التعاون:

يقدّر هؤلاء الأشخاص أهدافهم وعلاقاتهم، وينظرون للنزاعات على أنها مشاكل يجب حلها، ويسعون لإيجاد الحلول التي تحقق أهداف كلا الطرفين، في الواقع، يرون أن النزاعات تحسّن من العلاقات عن طريق تقليل التوتر بين شخصين، وسيمضون الكثير من الوقت لإيجاد حلول مقبولة لكلا الطرفين.

نقاط أساسية:

- تحدث النزاعات في كافة المنظّمات.
- تحدث النزاعات لأسباب مختلفة.
- هناك أساليب متعددة يمكن استخدامها مع النزاعات.
- يعد التعاون أكثر الطرق فاعليّة.
- استخدام فنيّات التدريب على السلوك التوكيدي المناسب في إدارة النزاعات.
- أمثلة من الفنيّات. (سيتم تطويرها في النسخة النهائية).
- وضع مدرَّج للسلوك التوكيدي المراد طبقا لواقع الشخص وما يعانيه، بحيث يبدأ بالأهون ثم الأشد منه وليس العكس.
- ممارسة أسلوب التكرار والإعادة والتطبيق والتدّرب حتى الإتقان.

- استخدام أسلوب الاستجابة الفعّالة: وذلك باستعمال السلوك التوكيدي الذي يحقق المطلوب.
- استخدام لغة الجسد.

مقدمة في جودة الرعاية الصِحيّة

ما هي الجودة؟

تعني الجودة القيام بالأعمال الصحيحة بطريقة صحيحة من أول مرّة وأن نحسّن عليها في المرات القادمة، كما يمكن وصف الجودة، بشكل جزئي على الأقل على أنها التطابق مع متطلبات المعايير، وتنشأ المعايير عندما يكون بمقدور الخبراء أن يفهموا الأعمال الصحيحة وكيفية تحقيقها بالشكل الأفضل بالاستناد إلى البحوث والأدلّة السريرية.

أبعاد الجودة:

1. **المهارة** :وهي قدرة ممارس المهنة على تقديم الرعاية الصِحيّة والرضا للمراجعين، والدرجة التي يلتزم بها ممارس المهنة بالمعايير المهنية والتنظيمية للرعاية والممارسة.
2. **الإتاحة**: وهي درجة الوصول والحصول على خدمات الرعاية المناسبة لتلبية احتياجات الأفراد.
3. **الملاءمة**: وهي مقدار الصلة بين الرعاية / التدخل باحتياجات الفرد الطِبّية وفقاً للحالة الراهنة التي وصلت إليها المعرفة.
4. **الكفاءة** هي العلاقة بين النتائج (نتائج الرعاية) والموارد المستخدمة لتوصيل الرعاية.
5. **الفعاليّة:** وهي درجة تقديم الرعاية بالطريقة المناسبة بناءً على المعرفة القائمة لتحقيق النتائج التي يرجوها أو ينشدها الشخص.
6. **الاستمرارية**: هي تنسيق تقديم خدمات الرعاية الصِحيّة اللازمة لمريض أو فئة معينة من بين جميع الممارسين وعبر جميع المؤسسات المعنية على مرّ الزمن، بالإضافة إلى تقديم الرعاية الصِحيّة اللازمة كسلسلة متعاقبة من الخدمات المترابطة والمتواصلة.
7. **الاحترام والرعاية** :
   - مقدار ما يقوم به مقدمو الخدمات من الرعاية والاحترام مع مراعاة لاحتياجات الفرد وتوقّعاته والفروق الفردية.
   - درجة اشتراك الفرد أو من يمثله بقرارات الرعاية الخاصة به.
8. **الوقاية / الكشف المبكر**: وهي الدرجة التي يعزّز فيها التدخل ويشمل تحديد عوامل الخطر، الصحة والوقاية من الأمراض.
9. **النجاعة**: هي الاحتمالية أو القدرة أو الإمكانية على إنجاز النتيجة أو التأثير المنشود كما ظهر سابقاً، مثلاً: من خلال نتائج البحث العلمي المستند إلى الأدلة.
10. **التوقيت المناسب**: هو درجة تقديم الخدمات والرعاية اللّازمة للمريض بالوقت المجدي والأهم.

11. **السلامة**: هي الدرجة التي يساهم بها التدخل في الرعاية الصِحيّة بتخفيض المخاطر ذات النتائج العكسية على المريض ومقدّم الخدمة ومقدار الحد من الخطر في بيئة الرعاية للمريض والأشخاص الآخرين بما فيهم ممارسي مهنة الرعاية الصِحيّة.

الجودة في الرعاية الصحيّة الأولية:

الجودة هي محصّلة العمل المتقن المقدّر:

- **العمل**: يجب أن يشتمل عملنا على توجيهات ذكية مبنيّة على الممارسات الفضلى.
- **المتقن**: يجب أن يتم تنفيذ عملنا من قبل أشخاص ماهرين.
- **المقدّر**: يجب أن تكون لدينا توجيهات واضحة.

مبادئ الجودة:

- إنتاجية العمل تتم من خلال العمليات.
- الاهتمام بالعميل ضروري جداً لإدارة الجودة.

من هو العميل؟

- **داخلياً**: الأطباء والممرضون والفنيون والكتبة، الخ...
- **خارجياً**: المرضى والعائلات والمجتمع.

التمحور حول العميل:

- الحصول على معلومات من العميل "الداخلي أو الخارجي" هي الطريقة الوحيدة لتصميم النظام بشكل سليم.
- يتم أخذ احتياجات العميل بعين الاعتبار عند تصميم العمليات والأنظمة.
- السبب الرئيسي لمشاكل الجودة يعزى إلى النظام.

الأنظمة والعمليات:

قاعدة ديمنج 15/85: يمكن نسب 85% من المشاكل الخاصة بالجودة إلى مشاكل النظام، فقط 15% من المشاكل تقع مباشرة تحت سيطرة العامل.

السؤال الواجب طرحه هو" لماذا تقع المشكلة؟"، بدلاً من" مَن الذي سبّب المشكلة؟".

1. الجودة المتردّية مكلفة.
2. فهم الاختلافات في العمليات هو مفتاح تحسين الجودة.
3. الجودة يجب أن تركّز على أهم العمليات.
4. استخدام الوسائل الحديثة في تحسين الجودة من خلال التفكير العلمي الإحصائي.
5. من الضروري جداً إشراك كافة الموظفين.

ما هي الفوائد التي تنطوي على إشراك العاملين؟

- يقلّل من اتباع أسلوب "نحن\هم".
- يعزّز تحمل المسؤولية الشخصية.
- يشجّع الإبداع والابتكار.
- يساعد الموظفين على فهم مبادئ الجودة عن طريق تطبيقها بشكل مباشر.
- يزرع هذه المبادئ في ثقافة المؤسسة.
- النظام الفعّال يساعد على تحسين الجودة.
- وضع حلقة إدارة الجودة في حيز التنفيذ.

المتغيّرات

- الناس: الأطباء، والممرضون، والفنيون، والمرضى.
- الأجهزة: المعدّات.
- المواد: اللّوازم.
- الطرق: الإجراءات والسلوكيات والتقنيات.
- المقاييس: الانحياز وعدم دقة البيانات.

دورة شيوارت للتعلم والتحسين (PDSA)

Plan-Do-Study-Act _ خطّط – اعمل – راجع – نفّذ

- **خطّط**: ضع خطة للعمل.
- **اعمل**: قم بتنفيذ الخطة.
- **راجع (تحقق):** اجمع المعلومات لتحدد مدى التغيير الذي أحدثه التدخّل.
- **نفّذ**: إذا أثبت التدخل فعاليته، تابع المراقبة، أما إذا لم يثبت فعاليته، يجب على الفريق أن يناقش الأسباب:
  - هل تم تنفيذه بالطريقة المناسبة؟
  - هل تم إبلاغ جميع الراغبين بمعرفة التغيّر الحاصل بالتغيير؟
  - هل تم تدريب طاقم العمل بالشكل المناسب والكافي لتنفيذ التغيير؟
  - هل تم وضع الموارد الخاصة بتنفيذ التغيير في مكانها الصحيح؟
  - هل كان الطاقم على استعداد لتنفيذ التغيير؟

ربما يكون التدخل بحاجة إلى تعديل أو إلى تجريب حل آخر.

مقدمة عن مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة في وزارة الصحة

نبذة عن مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة:

تولت مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة عبر السنوات السابقة مهام متابعة جودة الخدمات الصِحيّة في الوزارة وتطوير وتحديث السياسات ورفع كفاءة الوزارة في تنفيذ مهامها وتقديم خدماتها بمستوى عالي من الجودة، بما يلبي توقعات واحتياجات متلقي الخدمة ومن خلال تطوير البنية التنظيمية وتطوير الخدمات المقدمة وتوثيق إجراءات العمل وتبسيطها وتحديثها بشكل مستمر بهدف الارتقاء بالأداء المؤسسي للوزارة.

حيث اعتبرت الوزارة عملية تعزيز جودة الخدمات الصِحيّة المقدمة من أولوياتها الاستراتيجية ودأبت للسير قدمًا في مشاريع اعتماد المؤسسات الصِحيّة التي تتبع لها من مستشفيات ومراكز صحية ووحدات فنية متخصصة وذلك تماشياً مع رؤية الأردن 2025 وأهداف التنمية المستدامة 2030.

ويشار إلى أن مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة تتبع إداريا لعطوفة الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية وذلك حسب التنظيم الإداري للوزارة رقم 5 لسنة 2022.

مهام المديرية:

1. التطوير الإداري والتنظيمي من خلال:
   - تطوير الهيكل التنظيمي والبنية التنظيمية للوزارة بشكل دوري وفق التشريعات الناظمة.
   - مراجعة وتحديث وصف المهام الرئيسية للوحدات التنظيمية بشكل دوري.
   - دعم الإبداع وتبني المبادرات في مجالي التميز والإبداع.
   - مأسسة وتنسيق عمل جوائز التميّز والمشاركة في إعداد التقارير ومراجعتها والتنسيق مع المديريات والوحدات التنظيمية المعنية في الإدارة والجهات المانحة لتلك الجوائز.
2. تطوير الخدمات والعمليات من خلال:
   - تصميم وتطوير وتوثيق العمليات والإجراءات والخدمات بالتنسيق مع الوحدات التنظيمية في الوزارة.
   - إعادة هندسة الإجراءات والعمليات وتبسيطها وأتمتَتِها.
   - التنسيق مع الوحدات التنظيمية في الوزارة والجهات ذات العلاقة.
   - توثيق وحفظ وتحديث إجراءات عمل قياسية فعالة لكافة عمليات الوزارة والخدمات التي تقدمها.
   - قياس فعاليّة أداء العمليات المطبقة واقتراح سبل تطويرها بالتنسيق مع كافة الجهات المعنية.
   - إدارة العلاقة مع الشركاء ومتلقي الخدمة.

- تبني سياسات وآليات تطوير مستوى الخدمة المقدمة لمتلقيها وقياس رضا متلقي الخدمة بشكل دوري.
- توثيق الإجراءات والخدمات وتبسيطها وإعادة هندستها وتهيئتها لتقديمها الكترونياً بالتنسيق مع الوحدات التنظيمية الأخرى.
- إعداد المتطلبات اللازمة من سياسات وتوثيق إجراءات بما يضمن إتاحة الخدمة وتنفيذ عملياتها الكترونياً.

بالإضافة لمهامها التالية:

3. وضع المعايير والسياسات والإجراءات الخاصة بالجودة والعمل على تطويرها وبالتعاون مع المديريات المعنية حيث تضمن توفير الخدمات الصِحيّة بجودة عالية في جميع مناطق المملكة.
4. تحسين مستوى الأداء لدى العاملين في الوزارة من خلال التدريب على الجودة ومفاهيمها.
5. مراقبة جودة الخدمات الصِحيّة ومتابعة تنفيذ المعايير والسياسات وإجراءات الجودة.
6. إجراء المسوحات والدراسات التي تساهم في تحسين الجودة.
7. المساهمة في تفعيل وتطوير وتنفيذ نظام الاعتماد للمستشفيات والمراكز الصِحيّة التابعة للوزارة.

الهدف العام للمديرية:

الارتقاء بالأداء المؤسسي للوزارة من خلال تطوير وتحديث السياسات وخطط العمل التنفيذية الخاصة بالمديرية ومتابعة تنفيذها وتطبيق المنهجيات اللازمة لذلك، رفع كفاءة وفاعلية الوزارة في تنفيذ مهامّها وتقديم خدماتها من خلال تطوير البنية التنظيمية، وتطوير الخدمات المقدمة وتوثيق إجراءات العمل وتقييمها وتبسيطها وتحديثها بشكل مستمر لتحسين جودة وسلامة الخدمات الصِحيّة المقدمة للمواطنين.

مهام المديرية الرئيسية:

1. تطوير الأداء.
2. إدارة التميز والابتكار.
3. تطوير وإدارة السياسات.
4. إدارة الجودة.
5. إدارة المخاطر والحوكمة السيبرانية.
6. مأسسة الإجراءات التي تضمن خلق بيئة آمنة تحافظ على سلامة المرضى في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة.
7. مأسسة وتنسيق عملية امتثال الوزارة لمعايير النزاهة الوطنية.
8. إدارة الجودة ومتابعة مستوى جودة الخدمات المقدمة لمتلقي الخدمة.

الأهداف ومهام الأقسام في مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة:

1. **قسم تطوير الأداء**: وهدفه تحسين المناخ التنظيمي للوزارة والثقافة التنظيمية ومتابعة وضمان الامتثال لمعايير النزاهة الوطنية من قبل كافة الوحدات التنظيمية المعنية في الوزارة.

ويتبع هذا القسم شعبتان:

- شعبة الامتثال ودعم القرار.
- شعبة التطوير الإداري والتنظيمي.

مهام شعبة الامتثال ودعم القرار:

- مأسسة وتنسيق عملية امتثال الوزارة لمتطلبات معايير النزاهة الوطنية، والتنسيق مع والوحدات التنظيمية المعنية في الوزارة لضمان ذلك.
- تطوير خطة عمل تنفيذية مرتبطة ببرنامج زمني محدد ومستمر لضمان امتثال الوزارة لمتطلبات معايير النزاهة الوطنية.
- الإشراف والمشاركة في كتابة وإعداد التقارير الداخلية والخارجية ذات العلاقة بمعايير النزاهة الوطنية ومراجعتها.
- التنسيب بتشكيل فريق امتثال الوزارة (ضباط ارتباط) لمعايير النزاهة الوطنية للمرجع المختص وتحديد الأدوار والمسؤوليات المطلوبة من الفريق وإدارة ومتابعة عمله بشكل دوري.
- رصد ومتابعة أية قرارات حكومية أو برامج أو تشريعات معدلة تتعلق أو تنعكس على امتثال الوزارة لمتطلبات معايير النزاهة الوطنية ودراستها ورفع التوصيات بشأنها إلى المرجع المختص.
- العمل كممثل للوزارة وضابط ارتباط فيها مع الجهات المعنية فيما يتعلق بمعايير النزاهة الوطنية.
- وضع الاقتراحات والتوصيات اللازمة لضمان امتثال الوزارة لمتطلبات معايير النزاهة الوطنية.
- بناء نظام مراجعة وتقييم فعال للاستفادة من التقارير الصادرة عن هيئة مكافحة الفساد والمتعلقة بمدى امتثال الوزارة لمتطلبات معايير النزاهة الوطنية وبالتعاون والتنسيق مع المديريات المعنية بالوزارة.
- بناء القدرات المؤسسية في الوزارة بالتعاون مع المديريات المعنية بهدف توعية العاملين بأهمية امتثال الوزارة لمتطلبات معايير النزاهة الوطنية.

مهام شعبة التطوير الإداري والتنظيمي:

- إعداد التقارير الخاصة بإنجازات الوزارة ومشاركتها مع الوحدات التنظيمية المختلفة.
- تطوير الهيكل التنظيمي والبنية التنظيمية للوزارة بشكل دوري وتحديد نقاط ومواطن الضعف والخلل واقتراح فرص التحسين والتطوير الممكنة وفقاً للتشريعات الناظمة لذلك.
- التنسيق مع الوحدة المعنية برئاسة الوزراء والجهات ذات العلاقة لإجراء التعديلات المختلفة على الهيكل التنظيمي للوزارة وفق القوانين والأنظمة والتعليمات السارية.
- مراجعة وتحديث وصف المهام الرئيسية للوحدات التنظيمية بشكل دوري.
- المساهمة في إجراء دراسة تحديد احتياجات المديرية من الموارد والإمكانيات التي تساهم في تطوير أدائها.
- تطوير البنية التنظيمية والإدارية في أماكن تقديم الخدمات تماشيا مع متطلبات الجوائز ومعاييرها لتطوير الأداء.

- استقبال المقترحات والملاحظات والشكاوى والطلبات المتعلقة بالبنية التنظيمية للوحدات التنظيمية المختلفة في الدائرة ودراستها ورفع التوصيات بشأنها الى المرجع المختص.
- تقديم الدعم الفني لوحدة الشؤون القانونية خلال تعديل أو إعداد نظام التنظيم الإداري للدائرة خصوصاً فيما يتعلق بالبنية التنظيمية.
- تمثيل الدائرة في مناقشة الهيكل التنظيمي لها مع الدوائر الحكومية الأخرى ذات العلاقة (الوحدة المعنية في رئاسة الوزراء، ديوان الخدمة المدنية، دائرة الموازنة العامة...).
- توثيق الهيكل التنظيمي والتغييرات التي تطرأ عليه وأرشفتها وضمان نشر النسخة المعتمدة باستخدام كافة وسائل النشر المعتمدة بالدائرة.
- متابعة وتنسيق عمليات التدريب التي تهدف الى رفع مستوى الأداء في مجالات الجودة.
- متابعة عمل مجالس الجودة في المستشفيات ومديريات الصحة.

2. **قسم التميز المؤسسي والابتكار**: يهدف هذا القسم للارتقاء بالأداء المؤسسي من خلال نشر ثقافة التميز ودعم الإبداع والابتكار.

مهام القسم:

- دعم الإبداع والابتكار وتبني المبادرات في مجالي التميز والإبداع.
- نشر ثقافة التميّز والابتكار.
- مأسسة وتنسيق عمل الجوائز في جميع مستوياتها والمشاركة في إعداد التقارير ومراجعتها، والتنسيق مع الوحدات التنظيمية المعنية في الدائرة والجهات المانحة لتلك الجوائز.
- رصد وتوثيق المبادرات الإبداعية ذات العلاقة بعمل الوزارة والتنسيق مع الجهات ذات العلاقة لتفعيلها بما يخدم العمل.
- العمل كضابط ارتباط بين الوزارة والجهات المعنية بمنح شهادات التميز والإبداع، وتنسيق عمل الفرق الداخلية التي تعمل في مجال الإبداع والتميز وتوفير المعلومات اللازمة للجوائز.
- الإشراف على كتابة التقارير (الداخلية والخارجية) ذات العلاقة بالتميز والإبداع.
- تحديد وتصنيف جميع العمليات والخدمات التي تقدمها الوزارة.
- توثيق وحفظ وتحديث إجراءات العمل القياسية الفعالة لكافة عمليات الوزارة والخدمات التي تقدمها.
- إعادة هندسة الإجراءات والعمليات وتبسيطها وأتمَتَتِها بالتنسيق مع الوحدات التنظيمية في الوزارة والجهات ذات العلاقة.
- إدارة عمليات مسح رضا المتعاملين ومتلقي الخدمة والموظفين والشركاء والموردين وقياسها ووضع الخطط التحسينية والوقائية اللازمة.
- قياس فعاليّة أداء العمليات المطبّقة واقتراح سبل تطويرها بالتنسيق مع كافة الجهات المعنية.
- وضع المعايير والآليات التي يتم على أساسها قياس مدى التزام وتطبيق الوحدات التنظيمية المختلفة لإجراءات العمل القياسية المعتمدة.

- الإشراف والمتابعة على تنفيذ خطط المحور المتعلّق بإدارة العمليات في جائزة الملك عبد الله الثاني لتميّز الأداء الحكومي والشفافية وتقييم أداء الوزارة فيها.
- تصميم وتطوير وتوثيق الخدمات بالتنسيق مع الوحدات التنظيمية في الوزارة.

3. <u>قسم تطوير وإدارة السياسات</u>: وهدفه الارتقاء بالأداء المؤسسي من خلال تطوير وتحديث الوثائق الإجرائية مثل (السياسات، إجراءات التشغيل القياسية، النماذج، البروتوكولات والدلائل الإرشادية) وتوثيق إجراءات العمل وتحديثها بشكل مستمر.

<u>مهام القسم:</u>

- الإشراف على عملية وضع ومراجعة وتطوير السياسات والمشاركة في إعدادها.
- العمل على تحسين وتطوير الوثائق الإجرائية المعمول بها في الوزارة بحيث تتماشى مع الهدف العام والأنظمة والقوانين والتعليمات المعمول بها.
- الإشراف ومتابعة تطبيق كافة الوثائق الإجرائية في المنشآت الصِحيّة التابعة للوزارة.
- وضع وتطوير نظام لترميز وأرشفة لجميع الوثائق الإجرائية والنماذج والخطط المعمول بها في الوزارة.
- مأسسة نظام لإدارة الوثائق على مستوى الوزارة لتطوير وتنفيذ وإدارة مستنداته الإجرائية من خلال توفير إرشادات واضحة للقائمين على إعداد هذه الوثائق.
- تقديم الدعم والتدريب اللازم بشأن تطوير السياسات والوثائق الإجرائية لجميع المعنيين بإعدادها.
- مراجعة وتدقيق السياسات التي تم إعدادها من قبل المديريات أو اللجان المعنية.
- إشعار الجهات المعدة للسياسات بقرب موعد مراجعتها وتحديثها.
- متابعة طلبات استحداث أو تعديل السياسات.
- وسم السياسات بالأختام اللازمة.
- تجهيز كتب تعميم السياسات.
- تحسين وتطوير النماذج المعمول بها في الوزارة والنماذج المستخدمة على نظام الحوسبة الصحية (حكيم).
- الإشراف والمتابعة على مدى تطبيق السياسات في المستشفيات والمراكز الصحية مع المعنيين.

4. <u>قسم إدارة الجودة</u>: وهدفه نشر وتعزيز ثقافة الجودة وتحسين مستوى جودة الخدمات المقدمة لمتلقي الخدمة وخلق بيئة آمنه ووضع مؤشرات الأداء وتقديم فرص التحسين والحلول الممكنة لمعالجة الانحراف عن المستويات المستهدفة للأداء وضمان تطبيق معايير الاعتماد وأنظمة الجودة في المؤسسات الصحية.

<u>ويتبع لهذا القسم شعبتان هما:</u>

1. شعبة الاعتماد.
2. شعبة قياس الأداء.

<u>مهام شعبة الاعتماد:</u>

- التخطيط لغايات إدراج المؤسسات الصِحيّة في برنامج ومشاريع الاعتماد ومبادرات الجودة.

- تقديم الدعم الفني واللوجيستي للمنشآت الصِحيّة المشاركة في برنامج الاعتماد وأنظمة الجودة المختلفة بالتعاون مع المديريات المعنية.
- متابعة المنشآت الصِحيّة للتأكد من امتثالها لمعايير الاعتماد لضمان استمرارية العمل بالنهج المطلوب.
- مراجعة نتائج تقارير التقييم للمنشآت الصِحيّة ومتابعة إعداد الخطط التحسينية.
- دعم وتشجيع المؤسسات الصِحيّة المتميزة.
- وضع آلية وخطة عمل مع الجهات الخارجية (المانحة، الداعمة) لمتابعة تحضير المنشآت الصِحيّة التي تم اختيارها للمشاركة في الاعتماد.
- تنسيق الحصول على مختلف أنظمة الجودة العالمية والمحلية وكتابة التقارير اللازمة والمتابعة مع الجهات الراعية أو المنفّذة.
- المشاركة في مراجعة معايير الاعتماد وتطويرها وإمكانية تطبيقها مع الجهات المختصة.
- تدقيق ومتابعة المطالبات المالية ما بين وزارة الصحة ومجلس اعتماد المؤسسات الصِحيّة.
- متابعة تدريب الكوادر من مختلف المؤسسات الصحية بما يخص برنامج إدارة الجودة.
- المتابعة المستمرة لأحدث المستجدات في مجال جودة الخدمات الصحية ومشاركة ذلك مع المؤسسات الصحية.
- وضع وتطوير مؤشرات الخطط والاستراتيجيات والمتعلقة بتطوير جودة الخدمات الصحية.
- عمل زيارات داعمة مجدولة وفجائية للمراكز الصحية والمستشفيات ووحدات تصوير الثدي لضمان استمرارية العمل بالنهج المطلوب.
- العمل كضابط ارتباط للوزارة مع مجلس اعتماد المؤسسات الصحية.
- تنسيق اللجان التوجيهية لمشاريع الاعتماد.

مهام شعبة قياس الأداء:

- رصد قيم المؤشرات المتعلقة بالرعاية الصحية بشكل دوري.
- متابعة تقدم سير العمل في تنفيذ خطط العمل التنفيذية بشكل دوري وإصدار التقارير ذات العلاقة.
- وضع المعايير والآليات ومؤشرات الأداء التي يتم على أساسها قياس أداء المديرية والوحدات التنظيمية فيها.
- إصدار تقرير قياس الأداء المؤسسي دوريا.
- العمل كممثل للمديرية وضابط ارتباط فيها مع كافة الجهات المعنية بتقدم سير العمل ومتابعة الأداء.
- إنشاء مؤشرات ذات مصداقية واعتمادية لتقويم نظام إدارة الجودة بالتعاون مع الأقسام المختلفة واستخدام تلك المؤشرات بشكل دوري من اجل تقويم تطبيق نظام إدارة الجودة وتقويم جودة الخدمات الصحية.

5. قسم سلامة المرضى: هدفه مأسسة الإجراءات والممارسات التي تضمن خلق بيئة آمنة تحافظ على سلامة المرضى في كافة مؤسسات وزارة الصحة على كافة المستويات والمحاور بفعالية وكفاءة وبناء منهجية علمية للتنبؤ بالمخاطر وتصنيفها والتعامل معها بالإضافة إلى:

- العمل على تحسين بيئة تقديم الخدمة وضمان أن تكون آمنة وخالية من الأخطار.
- بناء ودعم ثقافة إدارة المخاطر وسلامة المرضى لزيادة الوعي وتمكين الموظفين من تحديد المخاطر والتبليغ عنها.
- تعزيز السلامة البيئية للزوار والمرضى والموظفين.
- متابعة تطبيق معايير الاعتماد الخاصة بسلامة المرضى.

مهام القسم:

- بناء الاستراتيجيات ووضع الخطط والسياسات الخاصة بمواضيع وسلامة المرضى.
- إعداد مؤشرات الأداء الخاصة بإدارة المخاطر المتعلقة بسلامة المرضى ومتابعة مدى الالتزام بتنفيذها.
- فتح قنوات الاتصال بين مختلف مستويات التنظيم الإداري لنقل الخبرات وتقديم الدعم والمساندة في مجال سلامة المرضى.
- تطبيق منهجيات الرعاية المرتكزة على المريض وإشراك المرضى لتحسين الرعاية المقدمة لهم وتحفيز المشاركة الفعالة للمرضى في الرعاية المقدمة لهم.
- إجراء تقييم سنوي للمخاطر التي تهدد المرضى في المنشآت الصحية ووضع أهداف سنوية للحفاظ على أمنهم وسلامتهم.
- تطوير أنظمة المراقبة لتحديد وتخفيف الضرر المحتمل للمريض.
- دعم وتسهيل تنفيذ الابتكارات والأنظمة التي تقضي على ضرر المريض.
- عمل جولات ميدانية مستمرة بهدف مراقبة وضبط برنامج إدارة المخاطر وسلامة المرضى.
- متابعة تدريب الكوادر من مختلف المؤسسات الصحية بما يخص برنامج إدارة المخاطر وسلامة المرضى.

6. قسم إدارة المخاطر والحوكمة السيبرانية: هدفه تطوير إطار عمل للسياسات والإجراءات وعمليات صنع القرار التي توجه جهود الأمن السيبراني للوزارة. ويشمل تحديد الأدوار والمسؤوليات، ووضع خطوط اتصال واضحة، وضمان الإشراف التنفيذي على مبادرات الأمن السيبراني، تحديد وتقييم وتخفيف مخاطر الأمن السيبراني المحتملة التي يمكن أن تؤثر على الأصول والعمليات الرقمية للوزارة.

مهام القسم:

- إدارة مخاطر أمن المعلومات والأمن السيبراني والتي تتضمن تحديد وتقييم المخاطر ومراجعتها بشكل دوري ووضع الاستراتيجية لإدارتها وتقليلها بالتعاون مع المعنيين.
- وضع سياسات وإجراءات للحوكمة السيبرانية التي تهدف إلى ضمان استخدام آمن وفعال لتقنية المعلومات والحفاظ على سرية المعلومات بالتعاون مع المعنيين.
- التوعية والتدريب للموظفين بشأن السلوكيات الآمنة عبر الإنترنت وإجراءات الأمان السيبراني وكيفية التعامل مع التهديدات السيبرانية المحتملة بالتعاون مع مديرية التحول الإلكتروني وتكنولوجيا المعلومات.
- إعداد التقارير الدورية ورصد أداء الأنظمة الأمنية وفحص النشاط السيبراني وتحليله لتحسين التدابير الأمنية المعتمدة بالتعاون مع مديرية التحول الإلكتروني وتكنولوجيا المعلومات.

الركائز الأساسية لتحسين الرعاية والخدمات الصِحيّة:

(سلامة المرضى، سهولة الوصول، الكفاءة، التركيز على المريض، الفعالية، واستمرارية الرعاية الصِحيّة).

الاعتمادية والتي تعد أحد مداخل تحسين الجودة تعني: عملية تقييم لمؤسسات الرعاية الصِحيّة تقوم بها هيئة محايدة ومستقلة، والإقرار فيما إذا كانت المؤسسة الخاضعة للتقييم قد استوفت المعايير التي وضعت للمحافظة على جودة وسلامة الرعاية الصِحيّة واستمرار تحسنها.

ومن اجل تحسين جودة الخدمات المقدمة قامت الوزارة من خلال مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة بعدد من الأنشطة لهذه الغاية ومنها:

1. تطوير نظام مركزي لمراقبة وقياس أداء المستشفيات من خلال مجموعة من المؤشرات.
2. التوسع في برنامج الاعتماد الوطني حيث تقوم مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة بمتابعة تحضير المؤسسات الصِحيّة المشاركة وتهيئتها لعمليات التقييم من خلال توفير الدعم اللازم في مجال التدريب ومتابعة متطلبات تطوير البنية التحتية مع الجهات المعنية.

واستمرار تطبيق معايير الاعتمادية وتحسين الجودة والحصول على الاعتماد في المؤسسات الصِحيّة التابعة لوزارة الصحة حيث تتلخص إنجازات المديرية كما يلي:

المؤسسة	عام 2017	عام 2022	عام 2023
المستشفيات	12	14	18
المراكز الصِحيّة	97	98	100
وحدات تصوير الثدي	6	14	21
مستشفيات صديقة الطفل	0	3	3

كما حصلت (33) مؤسسة صحية على درع الأهداف الوطنية للجودة وسلامة المرضى وبالإضافة إلى ما تقدم فقد تمت حوسبة (156) مركزا صحيا أوليا وشاملا و(26) مستشفى لغاية العام (2022).

3. تعزيز مشاركة الوزارة والمؤسسات الصِحيّة التابعة لها في جوائز التميز باعتبارها أداة من أدوات تحسين الجودة مثل (جائزة الملك عبد الله الثاني للشفافية والتميز، وجائزة الخدمة الحكومية المتميزة).
4. المشاركة في تخطيط وتنظيم نشاطات الجودة في المؤسسات الصِحيّة.
5. المساهمة في بناء قدرات الكوادر العاملة من خلال التدريب المستمر ومراقبة الأداء بالاعتماد على مؤشرات محددة وبرامج زيارات ميدانيّة دورية.
6. العمل على تطوير ومراجعة السياسات والمنهجيات الناظمة للعمل في مختلف المجالات.
7. المشاركة بمشروع أولويات البحوث الصِحيّة التابع لمنظمة الصحة العالمية حيث كانت الأردن أول دولة عربية مشاركة من الدول المجاورة.

8. المشاركة بالمحور الثالث من اتفاقية التطوير المهني المستمر بين الوكالة الأمريكية للتنمية المستدامة واللجنة الوطنية والتي تتمحور بتطوير معايير لضبط جودة هذه الأنشطة.
9. تقييم جاهزية المستشفيات والمراكز الصِحيّة لمواجهة جائحة كوفيد 19 بالتعاون مع أحد مشاريع الوكالة الأمريكية للتنمية المستدامة.

وتتطلع الوزارة إلى الاستمرار في استكمال اعتمادية مستشفيات الوزارة والمراكز الصِحيّة وفي إعادة اعتمادها، والاستمرار بتطبيق معايير جائزة الملك عبد الله الثاني للشفافية والتميز والمشاركة بها وتطبيق المعايير اللازمة في خدمات الوزارة.

مجلس اعتماد المؤسسات الصِحيّة (HCAC)

تأَسّس مجلس اعتماد المؤسسات الصِحيّة ("HCAC") في عام 2007 كمنظمة مستقلة غير ربحية، مُكرسة لِقيادة تَحسين الجودة في الأردن ومنطقة شرق البحر الأبيض المتوسط، ورَفع مستوى سلامة المرضى من خلال الاعتماد والاستشارات وبناء القدرات.

يهدف المجلس إلى إلهام التغيير، وهو ملتزم بتمكين التحسين الشامل في المجالات الأساسية للرعاية الأكثر أمانًا والتي تركز على المريض.

يعمل المجلس على تحسين الجودة وتعزيز سلامة المرضى من خلال خبرته الواسعة في تصميم وتنفيذ المعايير القائمة على الأدلة وبرامج تحسين الجودة و التي تتناول العمليات والإجراءات والأداء التنظيمي ومؤهلات الموارد البشرية؛ تحسين أداء المؤسسات والأفراد في قطاع الرعاية الصِحيّة؛ تصميم ومنح الاعتماد والشهادات لمؤسسات الرعاية الصِحيّة والاجتماعية؛ بناء قدرات العاملين في مجال الرعاية الصِحيّة والاجتماعية؛ تقديم خدمات استشارية لدعم التغيير دعم الحكومات والهيئات الحكومية في استخدام قدرتها على توجيه تحسين الرعاية الصِحيّة، تعزيز الأداء المتعلق بالحوكمة والمعايير والاعتماد، وبناء القدرات تقديم المشورة لإصلاح السياسات وخدمات بناء نظام الجودة، وتعزيز الوعي ومشاركة المجتمع.

الاعتماد: الاعتماد هو عبارة عن عملية تقييم لمؤسسات الرعاية الصِحيّة من قبل منظمة غير حكومية ومستقلة، وذلك من أجل تحديد ما إذا كانت تلك المؤسسة الصِحيّة تستوفي مجموعة من المعايير المصممة لتحسين جودة الرعاية الصِحيّة.

ينظر مجلس اعتماد المؤسسات الصِحيّة إلى عملية الاعتماد كحافزً دائمً للتحسين المستمر؛ إذ يترتب على كافة المؤسسات الصِحيّة ومقدمي خدمات الرعاية أن تبادر وتأخذ على عاتقها مسؤولية التطوير والتحسين الذاتي، وبهذا تسير عملية الاعتماد بعدة مراحل؛ بدءاً بمراحل التقييم الذاتي واكتشاف المواطن التي تحتاج إلى تحسين و/ أو تطوير ومن ثم المراقبة، وتشكل هذه المراحل أهم أدوار نموذج الاعتماد.

أهمية الاعتماد:

فيما يلي الفوائد التي غالباً ما يتم تحقيقها من خلال الاعتماد:

- تعزيز سلامة وأمن المرضى من خلال إدارة المخاطر بما فيها المخاطر الطِبِّية المتعلقة بسلامة المرضى والحد منها بشكل فعّال.
- ضمان الالتزام بمستوى عالٍ من الجودة بين مقدمي خدمات الرعاية الصِحيّة.
- الحث على تحسين الجودة بشكل مستمر والارتقاء دوماً بالمعايير المتعلقة بتحسين الجودة.
- تعزيز فهم المؤسسات للطبيعة المتصلة للرعاية الصِحيّة، وذلك من خلال التركيز على تحسين أداء ونتائج الرعاية.
- الارتقاء بالسمعة الطيبة والمكانة المرموقة لدى مستخدمي الرعاية الصِحيّة وزيادة مستوى التوعية والفهم فيما بينهم لكل ما يتعلق بجودة الرعاية الصِحيّة، بالإضافة إلى رفع مستوى المنافسة بين مؤسسات الرعاية الصِحيّة.
- بناء القدرات وتعزيز مهارات التعلم.
- توفير إطار عمل ملائم من شأنه المساعدة في تطوير وتنفيذ أنظمة وعمليات مصممة خصيصاً لتحسين الفعالية التشغيلية وزيادة النتائج الصِحيّة الإيجابية.

لمَن يتم منح الاعتماد:

يسعى المجلس لدعم مؤسسات الرعاية الصِحيّة المختلفة من أجل رفع جودة الخدمات المقدمة. حتى اليوم، يوفر مجلس اعتماد المؤسسات الصِحيّة خدمات الاعتماد للجهات التالية:

- المستشفيات.
- مراكز الصِحيّة الأولية وتنظيم الأسرة.
- وحدات تصوير الثدي الشعاعي.
- المختبرات الطِبِّية.
- المراكز الطِبِّية.
- مراكز وعيادات الأسنان.
- صيدليات المجتمع.
- خدمات النقل الطبي.
- برامج الرعاية الصِحيّة لمرضى السكري.
- برامج الرعاية الصِحيّة لمرضى القلب والأوعية الدموية.

الاستشارات:

يقدّم المجلس خدمات الاستشارات المختلفة للمؤسسات والجهات الحكومية حول تحسين الجودة وتعزيز سلامة المرضى، صممت هذه الاستشارات بطريقة تضمن التواجد مع المؤسسة بالعملية كاملة؛ ابتداء من أساسيات تحديد وتحليل الفجوات مرورا بالتخطيط الاستراتيجي والتطبيق إلى التحضير لعملية الاعتماد، فخدمات الاستشارات ترفد المؤسسات والعاملين فيها بالأدوات والمهارات اللازمة لدفع المؤسسة نحو التحسين المستمر للجودة.

وتتضمن خدمات الاستشارات المحلية والإقليمية ما يلي:

- تقديم الاستشارة للحكومات الإقليمية والمؤسسات الخاصة حول كيفية بناء نظام جودة فاعل.
- تحضير المؤسسات الصِحيّة وتجهيزها لخوض عملية الاعتماد.
- عمل جولات ميدانية مع مدراء المؤسسات الصِحيّة.
- تقديم خدمات الاستشارات للمؤسسات الصِحيّة.
- تقديم الاستشارة للحكومات الإقليمية والمؤسسات الخاصة حول كيفية تطوير نظام اعتماد وطني يتوافق مع ظروفها.
- تقديم الاستشارة للحكومات الإقليمية والمؤسسات الخاصة حول كيفية كتابة وتطوير المعايير.
- إعداد المستشارين الإقليمين لمساعدة المستشفيات على تهيئة مرافقها لتكون مؤهلة للاعتماد.

التدريب والتعليم:

يتمتع مجلس اعتماد المؤسسات الصِحيّة بباع طويل من الخبرة في مجال تقديم الدورات التدريبية الخاصة بتحسين جودة الرعاية الصِحيّة والتحضير للاعتماد، قام المجلس بتطوير عددا من الخدمات التعليمية التي تتضمن دورات تدريبية وورشات عمل. صممت الدورات باستخدام منهجية تعليم الكبار وتستد إلى أفضل الممارسات إضافة إلى التجارب الواقعية.

الورشات التدريبية:

يقوم المجلس سنويا بطرح عدد من الورشات التدريبية باللغتين العربية والإنجليزية. تغطي هذه الدورات مواضيع متنوعة في الجودة وسلامة المرضى منها ما هو للمبتدئين وأخرى للمتقدمين، ويوسع المجلس عمله في هذا المجال باستمرار ويمكننا تعديل وتكييف الدوارات وورشات العمل بناء على حاجات الجهة المستفيدة.

التوعية الوطنية:

الأهداف الوطنية لجودة وسلامة الرعاية الصِحيّة: ترمي الأهداف الوطنية لجودة وسلامة الرعاية الصِحيّة لمجلس اعتماد المؤسسات الصِحيّة إلى تحقيق التحسينات المطلوبة على نطاق واسع وتوفير الإجراءات والأنظمة التي يسهل تطبيقها في المستشفيات والمراكز الصِحيّة بصرف النظر عن وضعها أو نيتها للاعتماد، تركز الإجراءات التي تتضمنها هذه الأهداف على أولويات سلامة المرضى في جميع مؤسسات الرعاية الصِحيّة، وعلى بذل عناية واهتمام وطني لإيجاد طرق أفضل لحماية المرضى.

إضافة لذلك تلقي هذه الأهداف الضوء على الجوانب التي تنطوي على مشاكل معقدة في مجال الرعاية الصِحيّة، وتحديداً في المستشفيات – ومثال ذلك سلامة الأدوية والحيلولة دون وقوع عدوى مرتبطة بالرعاية الصِحيّة المقدمة – كما أنها تهدف إلى مساعدة المستشفيات في استخدام الأنظمة والتقنيات لتحسين عنصر السلامة أثناء تقديم الرعاية الصِحيّة للمريض.

ويتولى مجلس إدارة مجلس اعتماد المؤسسات الصِحيّة مسؤولية إعداد هذه الأهداف والإعلان عنها كل سنتين، عمد المجلس وكجزء من مسؤوليته الاجتماعية المشتركة إلى تطوير هذه الأهداف كوسيلة لجذب وإشراك مؤسسات الرعاية الصِحيّة في نشاطات برامج تطوير وتحسين مستوى الجودة وسلامة المرضى، حيث يقدم المجلس التوجيه حول كيفية تطبيق متطلبات كل هدف من الأهداف. وتمنح المؤسسات الصِحيّة التي تستوفي متطلبات الأهداف شهادة تطبيق الأهداف الوطنية لجودة وسلامة الرعاية الصِحيّة لذلك العام لمدة عامين.

يوم التغيير:

يوم التغيير هو اليوم الذي ينفذ فيه المتعهدون (الذين سبق لهم وأن تعهدوا عبر موقع يوم التغيير) تعهداتهم التي من شأنها تحسين جودة الخدمات الصِحيّة وتفعيل مبادئ سلامة المرضى وحقوقهم.

يهدف مجلس اعتماد المؤسسات الصِحيّة من خلال يوم التغيير إلى تحفيز جميع العاملين في القطاع الصحي من أفراد ومؤسسات للتعهد قبل تاريخ المبادرة بتقديم الأفضل في الرعاية الصِحيّة من خلال أنشطة وفعاليات ريادية ومبتكرة، ومن ثم يأتي تنفيذ تعهداتهم بدءً من يوم المبادرة، وهذا ما ينعكس بدوره بصورة إيجابية على مستوى جودة الخدمات الصِحيّة المقدمة على مستوى المملكة.

مركز الملك عبد الله الثاني للتميز:

تأسس مركز الملك عبد الله الثاني للتميز في كانون ثاني 2006، بموجب نظام رقم (6) لسنة 2006 ليدير جائزة الملك عبد الله الثاني للتميز أرفع جائزة للتميز على المستوى الوطني في كافة القطاعات، وقد عهد صاحب الجلالة الهاشمية الملك عبد الله الثاني ابن الحسين المعظم إلى صاحب السمو الملكي الأمير فيصل بن الحسين رئاسة مجلس أمناء المركز.

يهدف مركز الملك عبد الله الثاني للتميز إلى نشر وتنمية ثقافة التميز والابتكار في القطاعين العام والخاص وجمعيات الأعمال والمؤسسات غير الحكومية بهدف زيادة تنافسية الأردن العالمية للمساعدة في تأمين مستقبل زاهر للأردن.

رؤية المركز:

أن يكون مركز الملك عبد الله الثاني للتميز المحفز الرئيسي نحو أردن أكثر تنافسية عالمياً.

الرسالة:

يسعى مركز الملك عبد الله الثاني للتميز إلى نشر ثقافة التميز والابتكار في الأردن والمنطقة من خلال:

- تطوير نماذج/أطر التميز والابتكار ومعايير التقييم المبنية على أفضل الممارسات الدولية إدارة جوائز الملك عبد الله الثاني للتميز وتقييم أداء المؤسسات وتكريم المتميّزين.
- نشر ثقافة التميز والابتكار لدى الأفراد والمؤسسات ودعم جهود التحسين والتطوير وصولا للأداء المتفوق.

- تمكين وتطوير القدرات والمهارات المتخصصة في التميز والابتكار.

الأهداف:

- نشر ثقافة التميز والابتكار عن طريق نشر الوعي بمفاهيم الأداء المتميز والإبداع والجودة بما يتفق والنماذج العالمية للتميز.
- توفير مرجعية إرشادية وأسس معيارية لقياس أداء الجهات الحكومية والمؤسسات والهيئات الرسمية وغير الرسمية وتعزيز التنافس الإيجابي فيما بينها.
- قياس مدى التقدم والتطور في أداء الجهات الحكومية استناداً لمعايير ومتطلبات الجائزة.

القيم: السعي نحو الريادة، العمل بروح الفريق، النزاهة والشفافية، الإبداع والابتكار، التميز في الخدمة.

جائزة الملك عبد الله الثاني لتميز الأداء الحكومي والشفافية:

صدرت الإرادة الملكية السامية بإنشاء جائزة الملك عبد الله الثاني لتميز الأداء الحكومي والشفافية بتاريخ 2002/9/4، بهدف تحسين وتطوير أداء الوزارات والمؤسسات الحكومية في خدمة المواطنين الأردنيين والمقيمين والسياح والمستثمرين، عن طريق نشر الوعي بمفاهيم إدارة الأداء المتميز والشفافية، وإبراز الجهود المتميزة لمؤسسات القطاع العام وعرض إنجازاتها في تطوير أنظمتها وخدماتها، وبحيث تكون أرفع جائزة للتميز في القطاع العام على المستوى الوطني. تهدف الجائزة إلى تجذير ثقافة التميز في القطاع العام.

تسعى الجائزة لضمان قيام القطاع العام بالواجبات والمهام الموكلة إليه على أكمل وجه وبمستويات عالية من الجودة والكفاءة والاحتراف، كما تهدف إلى توفير مرجعية إرشادية وأسس معيارية لقياس مدى التقدم والتطور في أداء الوزارات والمؤسسات الحكومية، وتعزيز تبادل الخبرات بين الوزارات ومؤسسات القطاع العام ومشاركة قصص النجاح فيما بينها حول الممارسات الإدارية الناجحة.

مقدّمة عن سلامة المرضى والمساءلة الطِبِّية

تعريف سلامة المرضى:

هي القيم والمبادئ التي توجّه العاملين في المركز للعمل بأمان.

أولاً :لا ضرر Do no harm

إن السلامة في تقديم الرعاية الصِحيّة هي أمر أساسي مثل الرعاية نفسها، لذلك تعد السلامة هي أساس الأداء الضروري لتحسين جودة الرعاية الصِحيّة، وتعتبر السلامة هي السبب الكامن وراء كل من:

1- إدارة المخاطر.
2- مكافحة العدوى.
3- برامج الإدارة البيئية.

بيئة صحية آمنة: بيئة الرعاية الصِحيّة هي التي تحدّد وتقلّل من الأخطاء التي قد تساهم في النتائج السلبية غير المقصودة للمرضى.

ثقافة سلامة المرضى:

- الالتزام بالسلامة كأولوية.
- توفير الموارد اللازمة.
- الحوافز والمكافآت من أجل السلامة.
- الانفتاح حول الأخطاء والمشاكل.
- الالتزام بالتعلم على مستوى المؤسسة.
- الوحدة والولاء والعمل الجماعي بين الموظفين.
- بيئة آمنة بدون عقوبات.

تحدّيات خلق ثقافة سلامة المرضى:

العوامل الداخلية:

- ثقة مقدّمي الرعاية الصِحيّة بأنفسهم بطريقة مبالغ بها.
- العمل الروتيني / ضغط العمل.
- قلّة الموارد.

- عدم وجود معلومات حول حجم المشكلة.
- غياب الالتزام من القادة.
- غياب الإشراف الفعّال.
- كفاءة ومهارة الموظفين.

العوامل الخارجية:

- البيئة الخارجية.
- البنية التحتية.
- الوعي المجتمعي.
- سلوك فردي.
- ثقافة الخوف.
- الممارسة الطِبّية القانونية.

كيف نعمل على تحسين ثقافة سلامة المرضى:

- **القيادة**: يجب على قادة المؤسسة الاهتمام بسلامة المرضى واعتبارها أولوية.
- **دورة التعلّم والتحسين**: التركيز على تحليل الأنظمة بدلاً من الأفراد كما ويجب أن يتضمن التحليل الاتجاه والبيانات الإجمالية.
- **المساءلة**: يجب أن يخضع أعضاء فريق التحسين للمساءلة وعن تحديد الحلول الفعّالة.
- **ردود الفعل في الوقت المناسب**: يجب على النظام إعطاء المعلومات المفيدة إلى العاملين وخاصة أولئك الذين يبلّغون عن المشكلة، ويجب عليهم القيام بذلك في الوقت المناسب.
- **الحوافز والمكافآت** لتحقيق الأمان.
- التوعية بقانون المساءلة الطِبّية.

مفهوم الخطأ الطبي: هو انحراف الطبيب عن السلوك الطبي العادي والمألوف، وما يقتضيه من يقظة وتبصّر إلى درجة يُهمل معها الاهتمام بمريضه، أو إخلال الطبيب بالواجبات الخاصة التي تفرضها عليه مهنته.

ما هي الأسباب التي تؤدي إلى المساءلة الطِبّية:

1. عدم توثيق العلاج الذي تم إعطاؤه للمريض.
2. عدم طلب الفحوصات الطِبّية الضرورية لتشخيص المريض.
3. عدم الحضور في حال تم طلب الطبيب للكشف أو متابعة الحالة.
4. التشخيص الخاطئ والذي يتبعه علاج غير مناسب قد يؤدي إلى الأذى.
5. العمل خارج نطاق الاختصاص.
6. عدم توقيع المريض على الموافقة المبنية على المعرفة في الحالات التي تستدعي إلى ذلك.

7. عدم طلب استشارة طِبِّية في حال استدعت الحالة لذلك.
8. عدم الحصول على نتائج الفحوصات التشخيصية التي تم طلبها.
9. التسبب في العدوى الناجمة عن عدم استخدام الاحتياطات المناسبة.

التوثيق على الملفات الطِبِّية

تعريف الملف الطبي:

هو عبارة عن مجموعة من المعلومات التي تخص فحوصات المريض، علاجاته والتاريخ المرضي موثق بترتيب زمني من الأقدم للأحدث، ويحتوي أيضاً على الشكوى والأعراض التي سببت الزيارة أو الدخول، بالإضافة إلى توثيق ما وصل إليه الطبيب من خلال الفحص السريري ونتائج الفحوصات التشخيصية من مختبر وأشعة وإجراءات وأدوية، يجب أن يكون الملف متوفراً في حال الحاجة إليه لمتابعة حالة المريض خلال دخول ما أو خلال زيارة لعيادة خارجية، ولا بد أن يتمكن مقدم الخدمة أيضاً من الإضافة على الملف حسبما تقتضي الحاجة.

أن كل المعلومات الموثقة على الملف لابد أن تكون مكتوبة بخط واضح ومقروء من قبل كل مقدمي الخدمة، ويجب أن يكون هناك ملف طبي واحد فقط لكل مريض يُعرف من خلال معلومتين على الأقل تخص الاسم الرباعي ورقم طبي حسب سياسة المؤسسة.

وتُحفظ الملفات في مكان آمن بعيدة عن التلف ويحافظ على خصوصية وسرّية المعلومات الموثّقة داخله، ولا يدخل على الملف الطبي إلا الأشخاص المخولين بذلك من الكادر الطبي (الأطباء والتمريض) لأغراض التوثيق والكادر الإداري (السجلات الطِبِّية، إدارة الجودة، لجنة السجلات الطِبِّية) لأغراض المراجعة والأرشفة والترميز بالإضافة إلى استخراج المؤشرات الخاصة باستكمال التوثيق على الملف الطبي.

الهدف العام:

- ملف طبي متكامل يحتوي كل المعلومات الطِبِّية التي تخص المريض.
- كل المعلومات تكون موثقة في نفس المكان (ملف، نماذج...).
- يحتوي الملف توثيق مدخلات كل مقدمي الخدمة الذين تعاملوا مع المريض في إقامته في المستشفى أو خلال زيارة أو مراجعته المركز الصحي.
- المعلومات موثّقة بخط واضح ومقروء ولغة متعارف عليها في المؤسسة الطِبِّية.
- يحفظ الملف خصوصية المريض وسرّية معلوماته.

يُكوّن التوثيق الكامل صورة متكاملة لسيرة المريض الطِبِّية، ويساعد مقدمي الخدمة الطِبِّية على اتخاذ القرار.

أهمية التوثيق على الملف الطبي:

1. سلامة المرضى.
2. جودة الرعاية الصِحيّة.

3. استمرارية الرعاية.
4. استخراج البيانات.
5. للأمور المحاسبية.
6. الحماية القانونية لمقدم الخدمة.

الحد الأدنى من المعلومات الواجب توافرها في الملف الطبي:

1. معلومات المريض الديموغرافية (الاسم من أربعة مقاطع، تاريخ الميلاد، الوضع الاجتماعي، الجنس، الجنسية، درجة التعليم، رقم الهاتف والعنوان).
2. قائمة بالمشاكل الصِحيّة والتاريخ المرضي للمريض.
3. الحساسيات والأعراض الجانبية سواء التاريخية أو التي حصلت خلال الزيارة أو الدخول (يجب تثقيف المريض أو أهل المريض في حال أنه فاقد الأهلية في حال وجود حساسية بأن عليه أن يُفصح عنها في أي زيارة قادمة لمقدم خدمة).
4. الأوامر الطِبّية موقّعة وموثّقة بالوقت والتاريخ.
5. سبب الزيارة والشكوى الرئيسية والتشخيص النهائي.
6. التثقيف الصحي المُقدّم للمريض أو أهل المريض/المرافقين.
7. نتائج الفحوصات التشخيصية.
8. العلامات الحيوية.
9. قائمة الأدوية الموصوفة للمريض سواء الأدوية السابقة أو الحاليّة لاسيما أدوية الأمراض المزمنة والمضادات الحيوية.
10. الخطط العلاجية والملاحظات الطِبّية.
11. جدول المطاعيم (اسم المطعوم والجدول الزمني حسب الجدول المتبع من وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية) للأطفال والبالغين.
12. الفحص السريري المفصّل.
13. الموافقات المبنية على المعرفة موقعة من المريض أو الشخص المخوّل بالتوقيع للمريض فاقد الأهلية حسب قوانين المملكة الأردنية الهاشمية.

القوانين ومعايير الاعتمادية التي تحكم الملف الطبي:

حسب نظام التأمين الصحي وتعديلاته: لا يُفتح الملف الطبي للمريض بعد إجراءات خروجه من المستشفى إلا في الحالات التالية:

1. في حالة مراجعة إلى العيادات الخارجية.
2. لكتابة تقارير عن حالة المريض.
3. بناءً على طلب قضائي.

4. لمراجعة استكمال التوثيق على الملف الطبي ولأمور الاعتمادية.
5. لإجراء أبحاث علمية وطِبّية بعد الحصول على الموافقات حسب الأصول.

المعايير الخاصة بالملفات الطِبّية:

- وجود ملف طبي واحد لكل مريض.
- يكون هناك مُعرّفين على الأقل (الاسم الرباعي، الرقم الطبي/الوطني، تاريخ الميلاد) لتعريف المريض على الملف.
- المعلومات الواجب توافرها على الملف الطبي.
- التوقيع والوقت والتاريخ للأوامر الطِبّية، الفحوصات، الملاحظات الطِبّية.
- اسم الدواء كامل بالجرعة ومرات إعطاؤه على الوصفة الطِبّية وتوثيق ذلك على الملف الطبي للمريض.
- نتائج فحوصات المختبر مع القيم المعيارية وتحديد القيم الحرجة.
- حق المريض أن يحصل على تقرير عن حالته الصِحيّة من طبيبه المعالج وعلى نسخ من نتائج فحوصاته وصوره الشعاعية.

الملف الطبي الإلكتروني «حكيم»:

- يعد برنامج حكيم المبادرة الوطنية الأولى لحوسبة القطاع الصحي في الأردن، وهو أحد برامج شركة الحوسبة الصِحيّة والذي تم إطلاقه في نهاية عام 2009 تحت رعاية حضرة صاحب الجلالة الملك عبد الله الثاني بن الحسين المعظم.
- يهدف تعميم تطبيق برنامج حكيم على المستوى الوطني إلى زيادة فعالية الإدارة الصِحيّة وتحقيق تطوير جذري في الرعاية المقدمة للمواطنين والوصول بها إلى أفضل المعايير الدولية.
- تحسين إجراءات سير العمل والتي ستنعكس بشكل إيجابي على تجربة المريض في المستشفى أو المركز الصحي.
- يُنشأ لكل مراجع ملف إلكتروني واحد على قاعدة بيانات حكيم.
- يُعرّف الملف بالرقم الوطني للمريض الأردني ورقم متسلسل للمريض غير الأردني.
- يرتبط نظام تسجيل المرضى بقاعدة بيانات الأحوال المدنية، حيث تُسحب كل المعلومات الديموغرافية للمراجع فور إدخال رقمه الوطني.
- في حال أن المريض راجع أي مركز صحي أو مستشفى تابع لوزارة الصحة فستكون معلوماته الطِبّية والصِحيّة متاحة لأي مقدم خدمة عند الحاجة.
- يَحُدّ النظام من ازدواجية الملفات الطِبّية سواء في نفس المنشأة أو بين المنشآت المختلفة.

التطبيقات داخل نظام حكيم:

1. تطبيقات طِبّية.
2. تطبيقات إدارية.

التطبيقات الطِبّية: نظام السجل الطبي الإلكتروني (Computerized Patient Record System) CPRS التطبيق الرئيسي في كل تطبيقات حكيم ويحتوي على:

- المعلومات الديموغرافية للمريض.
- الحساسيات.
- قائمة بكل المشاكل الصِحيّة التي يُعاني منها المريض وتاريخه المرضي.
- قائمة بكل الأدوية التي صُرفت للمريض خلال تاريخه المرضي بالجرعات والكميات.
- قائمة بنتائج الفحوصات المخبرية مع الإشعار بالقيم الحرجة وتبيان المعدّل الطبيعي.
- صور المريض الشعاعية وكل التقارير المرتبطة بها.

التطبيقات داخل نظام حكيم:

- كل العلامات الحيوية التي تم تسجيلها للمريض خلال سيرته المرضيّة.
- سجل المطاعيم.
- تقارير العمليات.
- تقارير الخروج.
- كل الأوامر الطِبّية التي تم طلبها للمريض على النظام وحالتها (إذا تم تطبيقها أو لا).
- الملاحظات الطِبّية.
- الاستشارات ما بين الاختصاصات.
- التنبيهات الطِبّية والتفاعلات الدوائية والغذائية.

يمكن لمقدم الرعاية الطِبّية أن يقارن من خلال الرسومات البيانية لكل من التالي:

- كل العلامات الحيوية: كل على حدة أو مجتمعة.
- الفحوصات المخبرية.
- التفاعلات الدوائية.

التنبهات الطِبّية:

- Order checks: يتم تنبيه الطبيب تلقائياً في حال تسجيل أي أمر طبي (دوائي، شعاعي أو فحص مختبر) لأي عارض محتمل أو حساسية أو تعارض.
- يتم تنبيه الطبيب حال صدور فحص مختبر لمريض وكانت النتيجة ضمن القيم الحرجة.
- يُستخدم النظام من قبل الأطباء والتمريض والقبالة بصلاحيات محددة حسب الوصف الوظيفي.

تطبيق نظام الصيدلية Pharmacy Package

- يُتيح للصيدلاني تفعيل الأدوية المكتوبة على النظام من قبل الطبيب.

- يفتح قنوات اتصال ما بين الطبيب والصيدلاني فيما يتعلق بالدواء المطلوب للمريض لإيقاف صرفه أو لتغيير الجرعة.
- يستخدم النظام كادر الصيدلية المصرّح له بالتعامل بالوصفات الطِبِّية حسب الوصف الوظيفي.

نظام الأشعة ISI View:

- يُتيح للطبيب الاطلاع على كل الصور الشعاعية التي تمت للمريض خلال سيرته المرضية وقراءة كل التقارير المتعلقة بها.
- يستخدم النظام الأطباء من خلال CPRS.

حكيم دينتال Hakeem Dental:

- النظام الخاص بأطباء الأسنان لتوثيق الإجراءات السنية للمريض.
- يستخدم النظام أطباء الأسنان من خلال CPRS.

نظام المختبرات الطِبِّية:

- تفعيل كل الأوامر الواردة من الطبيب والتي تخص المختبر.
- طباعة اللواصق التعريفية الخاصة بالعيّنة والمريض.
- الربط بين الأجهزة والنظام للنقل الفوري لنتائج الفحوصات مما يقلل نسبة الخطأ البشري بنقل النتائج.
- حال وصول النتائج من الجهاز إلى النظام وتوقيع فني المختبر عليها فإنها تنتقل مباشرة إلى ملف المريض الإلكتروني CPRS وتكون متاحة للطبيب.
- يستخدم النظام فني المختبر والمساعدين بصلاحيات محددة كلٌ حسب وصفه الوظيفي.

التطبيقات الإدارية:

نظام تسجيل وإدارة معلومات المرضى (Patient Information System: PIM):

- تسجيل المرضى وإنشاء ملفات إلكترونية لهم.
- مرتبط بقاعدة بيانات دائرة الأحوال المدنية.
- يتيح البحث عن مريض مُسجّل أو تسجيل مريض جديد.
- يتم إدخال كل المعلومات الديموغرافية للمريض.

نظام المواعيد (Scheduling):

- تسجيل المواعيد على عيادات الأطباء أو في أقسام الأمومة والطفولة.
- طباعة ورقة الموعد للمريض والتي تحتوي على اسم العيادة واسم الطبيب والاختصاص وساعة وتاريخ الموعد.
- إلغاء أو إضافة مواعيد حسب الحاجة.

- يتم استخدام التطبيقات الإدارية من قبل كادر السجلات الطِبِّية بصلاحيات حسب الوصف الوظيفي.

ميزات نظام حكيم مقارنة بالنظام الورقي:

1. الحفاظ على أمن وسرّية معلومات المريض.
2. لكل مستخدم على النظام رمز دخول ورمز تأكيد (Access Code and Verify Code) للدخول للنظام وتوقيع إلكتروني لتوقيع الأوامر الطِبِّية والملاحظات.
3. كل مستخدم مسؤول عن معلومات الدخول الخاصة به ويمنع أن يشاركها مع أحد لأنه سيكون مسؤولاً طبياً وقانونياً على أي تغيير على ملف المريض أو أي توثيق تم من خلال رمز الدخول الخاص به، حتى لو لم يكن هو المستخدم.
4. سهولة الرجوع إلى كل معلومات المريض الطِبِّية، حتى لو لم توثّق في نفس المنشأة.
5. التوفير في هدر الأدوية ومنع الازدواجية بالصرف ما بين المنشآت الصِحيّة المختلفة.
6. عدم الحاجة لإعادة الفحوصات المخبرية عند مراجعة المريض منشأة جديدة وذلك لتوافر كل الفحوصات على النظام.
7. عدم الحاجة لطباعة صور الأشعة أو إعادة تصوير المريض في حال مراجعة منشأة جديدة أو التحويل من منشأة إلى أخرى.
8. وضوح الخط في الملاحظات الطِبِّية والأوامر مما يقلل الخطر على حياة المريض المتأتي من الأخطاء الطِبِّية.
9. استحالة إلغاء أي معلومة طِبِّية تم توثيقها على ملف المريض بعد توقيع الطبيب المعالج.
10. التنبيهات الطِبِّية والتي تنبه الطبيب لإجراء فحوصات محددة لمراجعي الأمراض المزمنة.
11. سهولة التخزين حيث لا يحتاج الملف الإلكتروني إلى غرف تخزين كبيرة وظروف سلامة بيئية محددة.
12. سهولة أرشفة واسترجاع الملفات الطِبِّية من قبل كادر السجلات الطِبِّية.
13. ضمان عدم ضياع الملف الإلكتروني، وعدم الحاجة إلى أرشفة الملفات في نهاية يوم العمل.
14. ضمان استكمال التوثيق السليم على الملف الطبي في حال أن الطبيب استخدم كل الحقول المطلوبة.
15. وجود التشخيصات والإجراءات الطِبِّية مرمّزة إلكترونياً بترميز ICD وCPT.

إدارة المعلومات الصِحيّة

البيانات:

معطيات أولية قد تكون ارقام أو أسماء ...إلخ. ليس لها قيمة معرفية ولا يمكن الاستفادة منها في هذه المرحلة.

المعلومات:

تنظيم وربط البيانات بحيث تصير بينها علاقة واضحة مفهومة.

تعريف إدارة المعلومات الصِحيّة:

هو عبارة عن عمليّة الحصول على المعلومات وتحليلها للخروج بمعطيات تساهم في رفع سوية الرعاية الصِحيّة.

وتكون عن طريق:

1. صنع القرار والمراقبة.
2. تقديم رعاية سريرية ذات جودة عالية.
3. استمرار الرعاية الصِحيّة واستدامتها عند مستوى مثالي.
4. إجراء الأبحاث السريرية وأبحاث الخدمات السريرية.
5. تخطيط وإدارة الخدمات الصِحيّة.
6. للقياس والمقارنة ومشاريع التحسين في خدمات الرعاية الصِحيّة.

أهمية إدارة المعلومات الصِحيّة :

- أهميتها الحقيقية تكمن في مساعدة المسؤولين باتخاذ القرارات وصنع السياسات المدعمة بالأرقام والمعلومات والأدلة.
- مساعدة مُقدمي الخدمة على اتخاذ القرارات الصحيحة بشأن الحالة الصِحيّة لمريض أو مجموعة من المرضى أو منطقة ديموغرافية خاصة بمجموعة من السكان المخدومين بهذه الخدمات حسب البيانات التي يتم جمعها وتحليلها ونتائج التحليل.
- تقييم أداء مقدمي الخدمة من قبل مسؤوليهم اعتماداً على المعلومات الصِحيّة التي يتم جمعها وتحليلها بناءً على الخدمات المقدمة من قبل مقدمي الخدمة.
- تعكس المؤشرات الصِحيّة الوطنية.

الشروط الواجب توافرها في البيانات للحفاظ على جودتها:

- مُلائِمة لجميع احتياجات متلقي الخدمة وخدمات الرعاية الصِحيّة.

- مُنظّمة ليسهل فهمها واستخدامها حيث يلزم.
- حسنة التوقيت ومتوفرة للمستخدمين عند اللزوم.
- دقيقة وكاملة لتساعد بصنع قرارات ملائمة.
- ملائمة من حيث التكلفة بالنسبة إلى الفائدة المتأتّية من استخراجها ونشرها.
- ملائِمة للأهداف الاستراتيجية لوزارة الصحة.

التقارير الصادرة المطلوبة في وزارة الصحة:

الصفحة الخاصة بالتقارير والإحصائيات على موقع وزارة الصحة:

http://www.moh.gov.jo/Pages/viewpage.aspx?pageID=169

أنواع نماذج تقارير الرعاية الصحيّة الأولية:

- إحصاءات الطب العام والمجموعات المرَضية.
- إحصاءات صحة المرأة والطفل.
- النظام الإحصائي لمراجعي عيادات طب الأسنان.
- النظام الإلكتروني لرصد الأمراض السارية.
- نظام الخطة التنفيذية لوزارة الصحة ومن ضمنها خطة إدارة المعلومات.
- التقارير العامة والمتضمنة ا تقارير إحصائية للفحوصات المخبرية والأشعة ومراجعي عيادات الاختصاص.
- تقارير خاصه بالأمراض غير السارية والصحة المدرسية.

خطة إدارة المعلومات: لا بد من وجود خطّة لإدارة المعلومات مُعتمدة من رئيس المركز ويجب أن تحتوي الخطة على ما يلي:

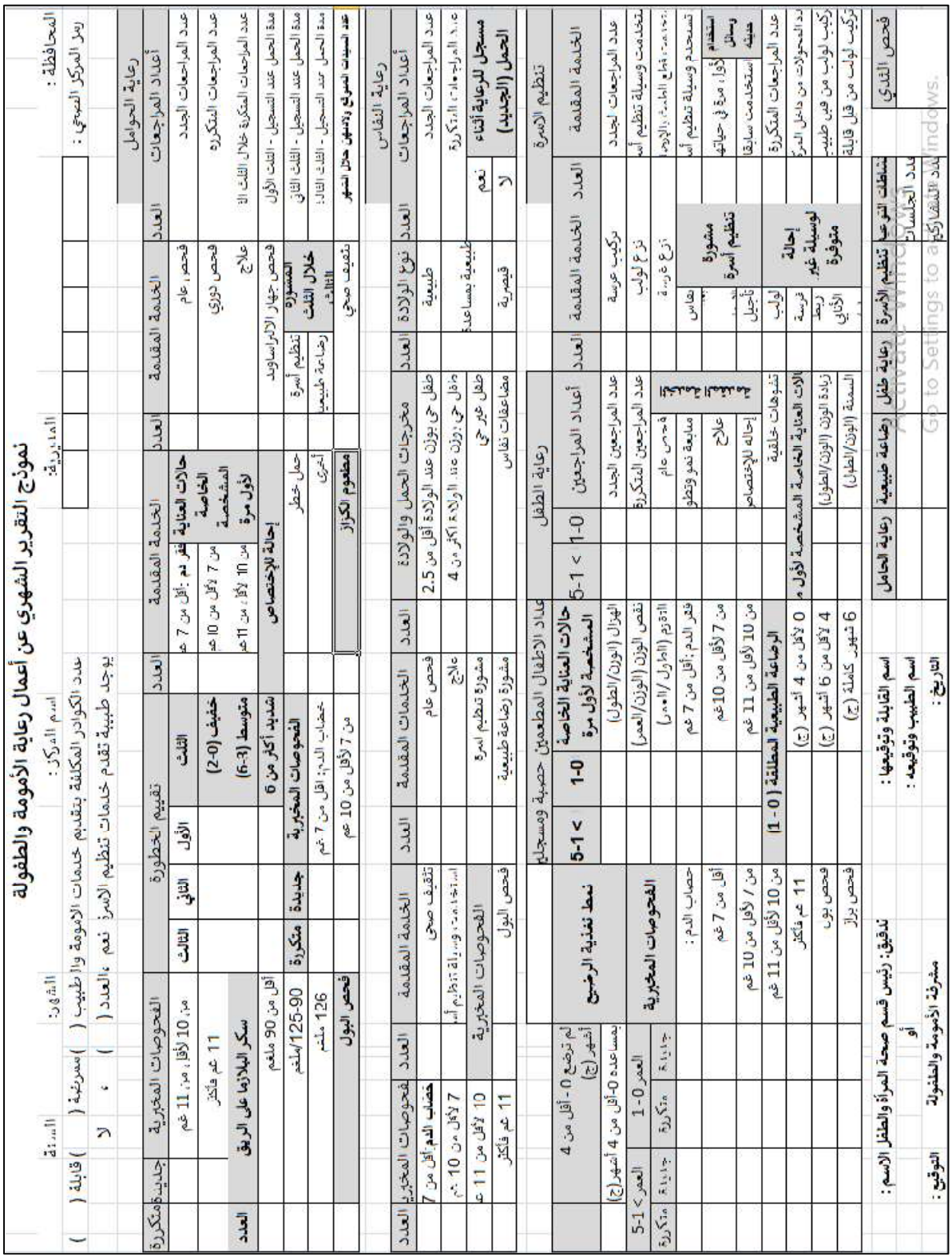
- تقييم احتياجات القيادات الطِبّية.
- تحديد الأولويات للاحتياجات.
- كيفية الحصول على المعلومات واسترجاعها.
- تحديد عملية كيفية تدفق ونشر المعلومات.
- الخطة تحتوي خطط الحوسبة، تحسين إدارة السجل الطبي أو إدخال نماذج جديدة للوثائق أو اعتماد النظام المحوسب.

الحفاظ على البيانات والمعلومات وحمايتها:

من المهم وجود آلية لحفظ البيانات والمعلومات وحمايتها من التلف في حال وجود بيانات ورقية وحفظ أمن المعلومات في حالة وجود بيانات ومعلومات إلكترونية، إنّ آليات حفظ الملفات تشمل الحماية من الحريق والتلف بالماء أو العوامل البيئية، لا بد من توفر شروط السلامة البيئية في مكان تخزين السجلات.

تتم حماية البيانات من الضياع سواء ورقية أو إلكترونية عن طريق الاحتفاظ بنسخ احتياطية منها، أما الحماية الإلكترونية تتضمن وجود أفراد محدّدين يحملون صلاحيات وفقاً للوصف الوظيفي للدخول إلى المعلومات الإلكترونية سواء كانت سجلات طِبّية خاصة بالمرضى أو بيانات ومعلومات خاصة بالتقارير.

أمثلة على أهم تقارير وزارة الصحة:



وزارة الصحة والرعاية الصحية

مديرية صحة محافظة العاصمة | الجدول الشهري لمركز صحي | لشهر كانون الثاني | لعام 2017

المجموعات المرضية والجنس / الفئات	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		المجموع		المجموع العام
	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	ذكر	انثى	
1 - 0																																	0	0	0
4 - 1																																	0	0	0
14 - 5																																	0	0	0
44 - 15																																	0	0	0
+ 45																																	0	0	0
المجموع	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
المجموع الكلي	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		

التطعيم	المطعوم الثلاثي				الشلل				السل	الحصبة	الكزاز	ثنائي	أخرى(حدد)	الصفة المالية للمراجعين		مشترك	متنفع	قادر	فقير	عسكري	المجموع	المبلغ الاجمالي	
	1ج	2ج	3ج	جرعة مقوية	1ج	2ج	3ج	جرعة مقوية														فلس	دينار
															للطبيب						0		
															للمرض						0		
															المجموع	0	0	0	0	0	0	0	0

صحة البيئة	عينات مياه	عينات أغذية	رش مبيدات	أخرى(حدد)	الاحالات	اختصاص	أشعة	مختبر

التثقيف الصحي	محاضرات	أفلام	عروض	أخرى (حدد)	الزيارات المنزلية والميدانية	عدد بطاقات المعالجة التابعة للمركز

ملاحظة : يرجى تعبئة النموذج شهريا ولكل مركز على حده، ماعدا المعلومات الخاصة بالقوى البشرية وعدد بطاقات المعالجة التابعة للمركز لكل ستة أشهر

أعداد القوى البشرية العاملة في المركز والمسجلة على الكادر (لكل ستة أشهر)

البيان	العدد	البيان	العدد	البيان	العدد
طبيب أخصائي ونوع الاختصاص		قابلة قانونية		محاسب / كاتب	
طبيب عام		مساعدي التمريض		أخرى (حدد)	
طبيب أسنان		عمال تمريض			
صيدلي		فني مختبر			
مساعد صيدلي		مساعد فني مختبر			
مساعد فني أسنان		مراقب صحي			
ممرض / قانوني		مساعد فني احصاء			

منا

ختم وتوقيع رئيس المركز

التبليغ عن الأمراض السارية:

يجب التبليغ عن الأمراض السارية حسب قانون الصحة العامة رقم 48 وتعديلاته والأنظمة والتعليمات الصادرة، وتقسم الأمراض السارية إلى 3 أنواع حسب درجة خطورتها:

1- الأمراض الواجب التبليغ عنها يومياً/ فوراً (مثال: الكوليرا، السعال الديكي)

2- الأمراض الواجب التبليغ عنها أسبوعياً (مثال: حالات الإسهال بأنواعها).

3- الأمراض الواجب التبليغ عنها شهرياً (مجموع التقارير التي تم التبليغ عنها يومياً وأسبوعياً).

تقرير المجموعات المرضية ((ICD Chapters: ICD (International Classification of Diseases):

هو تصنيف عالمي للأمراض للحصول على إحصائيات بأسباب المرض والوفيات لتعريف الأمراض ودراسة أنماطها، كما وتساعد في إدارة الرعاية الصِحيّة ومراقبة مُخرجاتها وتوزيع الموارد حسبما تقضي الحاجة، تقسم المجموعات إلى 17 مجموعة مصنفة حسب نوع المرض. حسب الICD 9 يتم من خلال هذه المجموعات تسجيل الحالات المرضية التي ترد إلى المركز الصحي وذلك حسب نوع التشخيص.

تم اعتماد الICD-9 في نظام حكيم حسب الجدول التالي للمجموعات المرضية ويكون أكثر تفصيلا:

Disease Groups	المجموعة المرضية
Infectious & Parasitic Diseases.	أمراض طفيلية وخمجييه
Tumors	الأورام
Endocrine Nutritional & Metabolic Diseases	اضطرابات الغدد الصماء والتغذية والاستقلاب
Diseases of Blood & Blood formatting organs & Immunity Disorders	أمراض الدم والأعضاء المكونة له واضطرابات المناعة
Mental & behavioral Disorders	اضطرابات سلوكية وعقلية
Diseases of the Nervous System & Sense Organs.	أمراض الجهاز العصبي
Diseases of the Circulatory System	أمراض الجهاز الدوراني
Diseases of the Respiratory System	أمراض الجهاز التنفسي
Diseases of the Digestive System	أمراض الجهاز الهضمي
Diseases of the Genitourinary System	أمراض الجهاز البولي والتناسلي
Pregnancy Childbirth & the Puerperium	الحمل والولادة والنفاس
Diseases of the Skin & Subcutaneous Tissue	أمراض الجلد والنسيج تحت الجلد
Diseases of the Musculoskeletal System &connective tissue.	أمراض الجهاز العظمي والعضلي والنسج التوصيلية
Congenital malformations Deformations and chromosomal abnormalities	تشوهات ولادية وشذوذات صبغية
Certain Conditions Originating in the Perinatal Period.	حالات خاصة تبدأ في الفترة (حول الولادة)
Symptoms Signs & abnormal clinical and laboratory findings NEC.	أعراض وعلامات وموجودات مخبرية
	وسريرية غير مصنفة في مكان آخر
Injury & Poisoning and certain other consequences of external causes.	الاذيات/ التسمم / ونتائج أخرى خاصة لمسببات خارجية

رقم المجموعة	الحالة المرضية
1	- الأمراض المعدية والطفيلية Certain infectious and parasitic diseases(communicable or transmissible)
2	- الأورام Neoplasms
3	- امراض الدم والمناعة
4	- 4- امراض الغدد الصماء والاستقلاب والسمنة
5	-الأمراض العقلية والسلوكية Mental and behavioral disorders
6	-امراض الجهاز العصبي Diseases of the nervous system
7	- امراض العين ومحيطها Diseases of eye and adnexa
8	- امراض الأذن والعظم الصدغي Diseases of the ears and mastoid process
9	- امراض الجهاز الدوراني Diseases of circulatory system
10	- امراض الجهاز التنفسي Diseases of respiratory system
11	- امراض الجهاز الهضمي Diseases of Digestive system
12	- امراض الجلد Diseases of Skin & subcutaneous tissue
13	- امراض العضلات والنسيج الضام Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue -
14	- امراض الجهاز البولي والتناسلي Diseases of genitourinary system
15	- امراض الحمل والولادة والنفاس Diseases of pregnancy, childbirth & puerperium
16	- امراض الوليد فترة ما حول الولادة Certain conditions originating in the perinatal period
17	- التشوهات الخلقية والصبغية - Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
19	- الإصابات والتسمم وعواقب أخرى معينة لأسبابخارجية (الإصابات الجسدية، الحروق، التسممات الدوائية وغيرها). -Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
20	- الأسباب الخارجية للمراضة والوفيات (حوادث السير، الغرق، السقوط، الاعتداء، وغيرها) -External causes of morbidity and mortality
22	- رموز لأغراض خاصة (امراض جديدة مجهولة وحالات مقاومة المضادات الحيوية) -Codes for special purposes

تصنيف الأمراض ICD 10

تقارير صحة المرأة والطفل: تقارير صحة المرأة والطفل تشمل تقارير ومؤشرات قياس للخدمات التي تُقدم في عياداتها وتشمل:

- رعاية الحوامل.
- رعاية النفاس.
- عيادة تنظيم الأسرة.
- عيادة الطفل السليم – متابعة النمو.

يحتوي نظام حكيم على ترميز تلقائي ل تشخيصات ICDفي حال أن الطبيب أدخل المعلومات المطلوبة في ملف المريض المحوسب حسب سير العمل المناسب، كما ويساعد التوثيق السليم على نظام حكيم في استخراج التقارير الإحصائية للحالات المرضية وإجراءاتها، ولتقارير الإنجاز باسم كل طبيب بالإضافة إلى المساعدة في أمور الفوترة.

نظام التحويل

سياسة تحويل المرضى إلى المستشفيات والمراكز الصِحيّة الشاملة:

عند تحويل المريض إلى المستشفى أو المركز الصحي الشامل لتلبية احتياجات الرعاية الصِحيّة والخدمات التشخيصية يتوجب على الطبيب العام استخدام النموذج المخصص والمعتمد من قبل وزارة الصحة لذلك وتعبئته بشكل كامل.

الهدف:

- تنظيم مواعيد للتحويلات والتحويل عند الضرورة بشكل سليم والحد من الإجراءات غير المبررة.
- مساعدة المستشفى على تنظيم تدفق المرضى.

الأدوات:

- نموذج التحويل وختم المركز عليه.
- سجل التحاويل في المركز الصحي.

الإجراءات:

- معاينة المريض حسب الأصول لتقييم الحالة المرضية لتحديد أولوية التحويل كحالة طارئة أو عيادة أو مستعجلة أو بحاجة لإجراء فحوصات غير متوفرة أو استشارة أخصائي.
- تعبئة النموذج.
- تحويل النموذج إلى ضابط ارتباط التحاويل في المركز الصحي لأخذ موعد من المستشفى.
- يقوم ضابط ارتباط التحاويل بالاتصال مع وحدة المواعيد في المستشفى المعني أو المركز الصحي المعني وأخذ موعد بناءً على أولوية التحويل.
- يقوم ضابط ارتباط التحاويل بتوثيق التحويل في سجل التحاويل وعلى النموذج وإبلاغ المريض بالموعد وتسليمه.
- عند عودة النسخة البيضاء من المستشفى يتم إرفاقها في ملف المريض من قبل ضابط ارتباط التحاويل أو موظف السجل.
- في حالة الحاجة إلى فحوص مخبرية أو شعاعية متخصصة واستشارة أخصائي الأشعة أو المختبرات الطِبّية يتم تعبئة نموذج التحويل المعتمد مع نموذج طلب التصوير بالأشعة أو نموذج الفحص المخبري المطلوب وإرفاقهما مع المريض المحوّل.

- في حالة عدم توفر الفحوصات المخبرية والشعاعية الروتينية في المركز يتم تحويل المرضى إلى المركز الصحي أو المستشفى المعتمد وذلك خلال ساعات الدوام الرسمي للمركز من الساعة (8-2 ظهراً) وبعد الساعة الثانية ظهراً يتم تحويل المرضى إلى المستشفى، ومن الساعة (8-1) يوم الخميس.
- في الحالات الطارئة يتم تحويل المرضى من خلال سيارة الإسعاف إن وجدت أو من خلال الدفاع المدني.

تحويل المرضى المؤمنين غير القادرين:

تتم معالجة المرضى المؤمنين فئة غير القادرين في المستشفيات الجامعية كمستشفى الجامعة الأردنية ومستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي، يتم تحويل المرضى المؤمنين صحياً فئة غير القادرين بموجب تقرير طبي من الطبيب المعالِج في المستشفى الحكومي يفيد بعدم توفر إمكانية المعالجة أو الإجراء التشخيصي أو حتى عدم توفر أسرّة أو درجة.

يعتمد التحويل للمستشفيات الجامعية للمرضى المؤمنين صحيّاً فقط لغأيات الدخول ولا يسري على مراجعات العيادات الخارجية والمختبرات والأشعة باستثناء الحالات المحولة للإجراء التشخيصي أو الفحوصات المخبرية غير المتوفرة في مستشفيات الوزارة والخدمات الطِبِّية الملكيّة.

الوثائق المطلوبة:

- بطاقة تأمين صحي فئة غير القادرين سارية المفعول.
- تقرير طبي من الطبيب المعالِج في المستشفى الحكومي يفيد بعدم توفر إمكانية المعالجة أو الإجراء التشخيصي أو حتى عدم توفر أسرة.

يجدّد التحويل للمستشفى الجامعي بموجب تقرير طبي من الطبيب المعالِج في المستشفى الجامعي يبيّن الحالة المرضيّة وحاجة المريض للاستمراريّة في العلاج، يعود به المريض للطبيب المعالج الذي قام بتحويله في المستشفى الحكومي لاتخاذ القرار إما بإعادة تحويله أو استكمال معالجته في المستشفى الحكومي.

تحويل المرضى المؤمنين غير القادرين لمرض السرطان:

تتم معالجة المرضى المؤمّنين صحياً فئة غير القادرين لمرض السرطان لدى المستشفيات الجامعية والخدمات الطبِّية الملكية بحيث يتم تحويل المريض من قبل الطبيب المعالِج من مختلف مستشفيات وزارة الصحة بموجب تقرير طبي أولي موجّه إلى رئيس دائرة الأورام في مستشفى البشير لاتخاذ القرار في تحديد مكان المعالجة (المستشفى الذي سيتم التحويل إليه).

الوثائق المطلوبة:

أولاً: طلب التحويل لأول مرة:

- بطاقة تأمين صحي فئة غير القادرين سارية المفعول.
- تقرير طبي من رئيس دائرة الأورام في مستشفى البشير يوصي بالتحويل للمعالجة بالإضافة إلى فحص الأنسجة.

ثانياً: تجديد التحويل:

- تقرير طبي من المستشفى المعالِج يبين الحالة المرضية وحاجة المريض للاستمرارية في العلاج.
- إعادة تحويل من قبل رئيس دائرة الأورام في مستشفى البشير.
- بطاقة تأمين صحي سارية المفعول.

مكان تقديم الخدمة:

قسم المعالجات / مديرية الشؤون الفنية / إدارة التأمين الصحي.

تحويل المرضى المؤمنين مدنياً إلى مستشفيات الخدمات الطِبِّية الملكية:

يتم تحويل المرضى المؤمنين صحياً بشكل مباشر من قبل المستشفيات الحكومية إلى مستشفيات الخدمات الطِبِّية الملكية وذلك لعدم توفر إمكانية المعالجة أو الإجراء التشخيصي أو حتى عدم توفر أسرّة أو درجة.

الوثائق المطلوبة:

- بطاقة تأمين صحي سارية المفعول.
- تقرير طبي (نموذج التحويل) من الطبيب المعالِج في المستشفى الحكومي يفيد بعدم توفر إمكانية المعالجة أو الإجراء التشخيصي أو حتى عدم توفر أسرّة أو درجة.
- ترسل نسخة عن نماذج التحويل إلى إدارة التأمين الصحي.

يجدّد التحويل بموجب تقرير طبي من الطبيب المعالِج في المستشفى العسكري يبين الحالة المرضيّة وحاجة المريض للاستمراريّة في العلاج يعود به المريض للطبيب المعالج الذي قام بتحويله في المستشفى الحكومي لاتخاذ القرار إما بإعادة تحويله أو استكمال معالجته في المستشفى الحكومي.

يحق للمؤمّن صحياً مراجعة المستشفى العسكري بشكل مباشر في حال أنه من سكان المحافظات التي لا يوجد بها مستشفى مدني شريطة إبراز بطاقة التأمين الصحي المدني.

مكان تقديم الخدمة

لمستشفى الحكومي المركزي في المحافظة التي يتبع لها المريض.

معالجة المرضى المؤمنين صحياً كحالة طارئة لدى مستشفيات القطاع الخاص:

تتم معالجة المرضى المؤمنين صحياً كحالة طارئة لدى مستشفيات القطاع الخاص استناداً للمادتين (24 – 25) والتعليمات رقم (8) من نظام التأمين الصحي المدني الذي ينص على:

- في حال قيام المريض المؤمّن تأمين صحي مدني بالدخول إلى أحد مستشفيات القطاع الخاص كحالة طارئة لابد من تبليغ لجنة الحالات الطارئة المختصة في المستشفى الحكومي للمحافظة التابع إليها المستشفى الخاص.
- بعد صدور موافقة اللجنة واعتماد الحالة طارئة يتم تغطيتها بنسبة 85% إذا كان التبليغ للجنة الحالات الطارئة ضمن 24 ساعة الأولى من تاريخ الدخول.
- في حال تجاوز المدة المقررة إلى 48 ساعة فتغطى الحالة بنسبة 70 %.
- في حال تجاوز مدة التبليغ عن 48 ساعة يفقد المؤمن حقه في التغطية من قبل التأمين الصحي.
- تقوم لجنة الحالات الطارئة بإبلاغ ذوي المريض بقرار اللجنة خلال 72 ساعة إما بشكل مباشر أو من خلال المستشفى المعالج.
- يتم إعادة النظر بالحالة الطارئة دورياً وفي حال توفر إمكانية النقل يتم نقل المريض للمستشفى الحكومي وبعكس ذلك يتحمل المريض تكاليف المعالجة للأيام غير المعتمدة من اللجنة.

الوثائق المطلوبة لاستكمال إجراءات الحالة الطارئة:

- بطاقة تأمين صحي سارية المفعول أي أن تكون سارية المفعول قبل حدوث الحالة الطارئة.
- قرار اعتماد الحالة الطارئة من قبل لجنة الحالات الطارئة في المحافظة.

في حال قيام المريض بدفع قيمة المعالجة للمستشفى الخاص لا بد من إحضار الفواتير الأصلية المفصّلة للسير في إجراءات صرف المبلغ بعد أن يتم إجراء اللازم على المعاملة من قبل قسم المعالجات / مكتب الحالات الطارئة ومن ثم تحويل المعاملة لمديرية الشؤون المالية، أما في حال عدم دفع المبلغ للمستشفى يتم إصدار كتاب تغطية لتكاليف المعالجة باسم المستشفى المعالج.

مكان تقديم الخدمة:

مكتب الحالات الطارئة / قسم المعالجات / مديرية الشؤون الفنية / إدارة التأمين الصحي.

معالجة المرضى المؤمنين صحياً والمحوّلين لمستشفيات القطاع الخاص لعدم توفر أسرّة أو الدرجة استناداً للمادة (23) فقرة (أ) من نظام التأمين الصحي المدني:

- عندما يقوم المريض بمراجعة المستشفى الحكومي في منطقته ولا يتوفر سرير له في المستشفى يقوم الطبيب المعالج بالعمل على توفير سرير للمريض في أحد المستشفيات الحكومية القريبة.
- في حال عدم توفر الإمكانية يتم البحث عن سرير في أحد المستشفيات المتعاقد معها وفي حال تعذّر ذلك يحول المريض لأحد مستشفيات القطاع الخاص على أن يكون الأقرب والأنسب لمكان سكن المريض المحوّل.
- يقوم المستشفى الحكومي بتعبئة النماذج الخاصة بذلك لإدارة التأمين الصحي، علماً بأنه يتم إعادة النظر بالحالة المحوّلة دورياً وفي حال توفر سرير في المستشفى الحكومي يتم نقل المريض وبعكس ذلك يتحمل المريض تكاليف المعالجة للأيام غير المعتمدة.

الوثائق المطلوبة لاستكمال الحالة المحولة:

- بطاقة تأمين صحي سارية المفعول عند التحويل.
- تقرير طبي من المستشفى المعالِج يبين الحالة المرضية.
- ورود اسم المريض المحول على الكشوفات المرسلة من قبل المستشفى الحكومي المحول والمرفقة بكتاب تغطية حسب الأصول.
- يتم إصدار كتاب تغطية لكامل تكاليف الحالة المرضية وعلى نفقة صندوق التامين الصحي المدني.

مكان تقديم الخدمة:

مكتب الحالات الطارئة / قسم المعالجات/ مديرية الشؤون الفنية /إدارة التأمين الصحي.

مرضى الكلى:

الدراسة الاجتماعية لغايات إعفاء مرضى الفشل الكلوي من أجور المعالجة، بحيث تتم معالجة مرضى الفشل الكلوي الأردنيين غير المؤمّنين على نفقة صندوق قصور الكلى استناداً إلى النظام رقم (11) لسنة 1983 نظام معالجة قصور الكلى، وتنص المادة (4) فقرة (أ) بند (2) على ضرورة إجراء دراسة اجتماعية للمريض والتي على ضوئها يتم تحديد مقدار مساهمة الصندوق بتكاليف علاج المريض.

وتجرى الدراسة الاجتماعية في مديريات وزارة التنمية الاجتماعية حسب مكان سكن المريض أو من قبل شعبة البحث الاجتماعي في إدارة التأمين الصحي أو أي دراسة موازية (بطاقة صندوق المعونة الوطنية، دراسة صندوق الزكاة) لتحديد نسبة الإعفاء من أجور المعالجة للمرضى غير المؤمنين.

الوثائق المطلوبة:

- تقرير طبي عن الحالة المرضية.
- الوثائق الثبوتية (دفتر العائلة / هوية الأحوال المدنية).
- يتم مخاطبة عدد من الجهات الرسمية مثل المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي للاستعلام عن أي رواتب تقاعدية تتقاضاها الأسرة، ويتم مخاطبة دائرة الأراضي والمساحة للاستعلام عن تملّك الأسرة لأي عقارات كذلك يتم في بعض الحالات مخاطبة دائرة الشؤون الفلسطينية لبيان انتفاع الأسرة من خدمات وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين.

يتم إعداد أي مخاطبات أخرى أو طلب أي وثائق إضافية حسب الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة وعلى سبيل المثال كتاب من مكان عمل رب الأسرة و/أو أفراد الأسرة الذين يعملون والمدرجين في دفتر العائلة.

بناءً على المقابلة الشخصية لأحد أفراد الأسرة والوثائق الثبوتية وردود المخاطبات الرسمية والزيارة الميدانية لبعض الحالات يتم تحديد دخل الأسرة ومن خلال ذلك واستناداً لنظام صندوق معالجة قصور الكلى وقرارات مجلس الوزراء الموقر ويتم تحديد نسبة الإعفاء.

- استيفاء ما نسبته (75 %) من مجمل النفقات عن المقتدر مادياً.
- استيفاء ما نسبته (5% -10%) من مجمل النفقات عن المقتدر جزئياً.
- إعفاء غير المقتدر من كامل النفقات.

يتم إعادة النظر في الدراسة الاجتماعية مرّة كل عامين أو في حال استدعاء المريض وثبوت تغيّر وضع الأسرة الاقتصادي والاجتماعي.

مكان تقديم الخدمة:

مكتب البحث الاجتماعي /قسم المعالجات / مديرية الشؤون الفنية / إدارة التأمين الصحي.

معالجة مرضى الفشل الكلوي غير المؤمنين (الإعفاءات) داخل مستشفيات وزارة الصحة:

غسيل الكلى: يتم معالجة مرضى الفشل الكلوي غير المؤمنين على نفقة صندوق قصور الكلى استناداً إلى أحكام النظام رقم (11) لسنة (1983) نظام معالجة قصور الكلى والتعليمات الصادرة بموجبة.

الوثائق المطلوبة للحصول على الإعفاء للمعالجة لأول مرة:

- تقرير طبي من المستشفى الحكومي التابع لمكان سكن المريض يبين الحالة المرَضية ومدى توفر إمكانية العلاج في المستشفى (مدى توفر شاغر على جهاز الكلية الاصطناعية.)
- دراسة اجتماعية تُجرى في مديريات وزارة التنمية الاجتماعية حسب مكان سكن المريض أو من قبل شعبة البحث الاجتماعي في إدارة التأمين الصحي أو أي دراسة موازية (بطاقة صندوق المعونة الوطنية، دراسة صندوق الزكاة) لتحديد نسبة الإعفاء.

يحوّل المريض للمعالجة في المستشفى الحكومي استناداً للتقرير الطبي وتنسيبات الدراسة الاجتماعية.

في حال عدم توفر شاغر للمريض للمعالجة على جهاز الكلية الاصطناعية في المستشفى الحكومي يتم تحويل المريض وحسب الأنظمة والتعليمات النافذة إلى أحد المستشفيات في القطاعات الصِحيّة الأخرى.

معالجة مرضى الفشل الكلوي المؤمنين تأمين صحي مدني داخل مستشفيات وزارة الصحة (غسيل الكلى):

تتم معالجة المرضى المؤمنين صحياً على جهاز الكلية الاصطناعية / غسيل كلى في مستشفيات وزارة الصحة بموجب بطاقة التأمين الصحي وبشكل مباشر دون الحاجة لكتاب تحويل من قبل إدارة التأمين الصحي.

الوثائق المطلوبة:

- تقرير طبي من الطبيب المعالج يبين الحالة المرضية.
- بطاقة تأمين صحي سارية المفعول.

يحوّل المريض للمعالجة في المستشفى الحكومي استناداً للتقرير الطبي وتنسيبات الدراسة الاجتماعية، وفي حال عدم توفر شاغر للمريض للمعالجة على جهاز الكلية الاصطناعية في المستشفى الحكومي يتم تحويل المريض وحسب الأنظمة والتعليمات النافذة إلى أحد المستشفيات في القطاعات الصِحيّة الأخرى.

في حال عدم توفر إمكانية إجراء غسيل الكلى للمريض في مستشفيات وزارة الصحة (عدم توفر شاغر على جهاز الكلية الاصطناعية) يتم تحويل المريض لأحد المستشفيات في القطاعات الصِحيّة الأخرى وحسب الأنظمة والتعليمات النافذة.

سياسة وإجراء تحويل المرضى إلى المستشفيات والمراكز الصِحيّة الشاملة

الهدف:

- تنظيم مواعيد للتحويلات والتحويل عند الضرورة بشكل سليم والحد من الإجراءات غير المبرّرة.
- مساعدة المركز الصحي على تنظيم تدفق المرضى.

السياسة:

عند تحويل المريض إلى المستشفى أو المركز الصحي الشامل يتوجب على الطبيب العام استخدام النموذج المخصص والمعتمد من قبل وزارة الصحة لذلك وتعبئته بشكل كامل.

المجال:

لأقسام الطِبّية وقسم السجلات.

المسؤوليات:

الأطباء، كادر التمريض والسجلات الطِبّية.

التعريفات:

لا يوجد.

الإجراءات:

الإجراءات	الشخص المسؤول	التبرير
معاي**نة** المريض حسب الأصول لتقييم الحالة المرَضية لتحديد أولوية التحويل كحالة طارئة، أو عيادة، أو مستعجلة، أو بحاجة لإجراء فحوصات غير متوفرة أو استشارة أخصائي.	الطبيب العام	لمعرفة الحالة المرضية بشكل صحيح وكتابة المعلومات اللازمة وبدقة مع الفحص السريري.
تعبئة النموذج	الطبيب العام + التمريض	أخذ المعلومات الشخصية اللازمة والمؤشرات الحيوية.

الإجراءات	الشخص المسؤول	التبرير
تحويل النموذج إلى ضابط ارتباط التحاويل في المركز الصحي لأخذ موعد من المستشفى.	ضابط ارتباط التحاويل	أخذ موعد مسبق للمريض من عيادة المستشفى.
يقوم ضابط ارتباط التحاويل بالاتصال مع وحدة المواعيد في المستشفى وأخذ موعد بناءً على أولوية التحويل.	ضابط ارتباط التحاويل	لتنظيم دخول المرضى لعيادة الاختصاص.
يقوم ضابط ارتباط التحاويل بتوثيق التحويل في سجل التحاويل وعلى النموذج وإبلاغ المريض بالموعد وتسليمة.	ضابط ارتباط التحاويل	لتنظيم مواعيد التحويل.
عند عودة النسخة البيضاء من المستشفى يتم إرفاقها في ملف المريض من قبل ضابط ارتباط التحاو**يل** أو موظف السجل.	ضابط ارتباط التحاويل "موظف السجل"	
في حالة الحاجة إلى فحوص مخبريّة، أو شعاعية متخصصة، أو استشارة أخصائي الأشعة، أو المختبرات الطِبِّية يتم تعبئة نموذج التحويل المعتمد مع نموذج طلب التصوير بالأشعة أو نموذج الفحص المخبري المطلوب وإرفاقهما مع المريض المحوّل.	الطبيب العام	لتوفير خدمة غير متوفرة
في حالة عدم توفر الفحوصات المخبرية والشعاعية الروتينية في المركز يتم تحويل المرضى إلى المركز الصحي الشامل المعتمد وذلك خلال ساعات الدوام الرسمي للمركز من الساعة (8-2 ظهرا) وبعد الساعة الثانية ظهراً يتم تحويل المرضى إلى المستشفى.	الطبيب العام	لتوفير خدمة غير متوفرة

الوثائق المطلوبة

لا يوجد.

مشاركة المجتمع المحلي في الرعاية الصِحيّة

المجتمع المحلي:

هو مجموعة من الأفراد يعيشون في مكان محدّد ويسهمون في حياة واحدة ويتميزون عادة بالعلاقات المباشرة وبالتشابه في أسلوب المعيشة وبالتجانس في القيم والعادات وفي النظرة الشاملة للحياة.

والمشاركة المجتمعية هي طريقة حياة تتخلل كل نسيج المجتمع لتتيح لكل فرد أن يشترك في صنع القرارات التي تؤثر في حياته دون تمييز بين أبناء المجتمع المحلي، وتعكس مجتمعاً يتميز بالعدل والمساواة ويسمح لكل فرد بفرصة عادلة وبنصيب في الموارد المختلفة، بحيث تتيح للأفراد من كل الفئات التأثير على عمليات صنع القرار عن طريق مشاركتهم في هياكل وآليات صنع القرار، وهي كذلك فعل جماعي موجه نحو إحداث تغييرات في المجتمع المحلي يساهم الفرد فيه بالاشتراك مع أفراد آخرين أو جماعات أخرى فيؤدي دوراً في الحياة الاقتصادية والاجتماعية والصِحيّة في مجتمعه.

عناصر المشاركة المجتمعية الفعّالة:

- الشعور بانتماء الأفراد إلى المجتمع المحلي نتيجة المصالح المشتركة والتفاعل المتبادل فيما بينهم حيال الظروف والمشاكل المجتمعية.
- تعاون طوعي فيما بين فئات المجتمع المحلي وأفراده من أجل تلبية احتياجاتهم الأساسية والتعبير عن مصالحهم المشتركة.
- توفر المعرفة والخبرات المحلية وإتاحة القدرات التي تمكّن من الاعتماد على الذات.
- النظم اللامركزية التي تدعم المبادرات المحلية في تحديد الاحتياجات وتخطيط النشاطات.
- ديمقراطية العلاقات التي تحكم القوى الفاعلة في المجتمع.
- توفر المؤسسات المحلية والمنظمات الأهلية التي تستطيع تأطير قوى المجتمع المحلي وتعبئة طاقاته وتمثيل مصالح وتطلعات فئاته المختلفة.

أهمية المشاركة المجتمعية:

- المشاركة حق وحاجة لكافة أفراد المجتمع لتحويل الإنسان من مرحلة الاعتماد الكلي إلى الاستقلالية والاعتماد على الذات والتعاون مع الآخرين.
- مشاركة الأفراد تعني زيادة جرعة الديمقراطية وممارستها في المجتمع وتقليل أعداد المهمَّشين.
- مشاركة مختلف فئات المجتمع تعمل على الابتعاد عن التمييز.

- مشاركة المجتمع في صياغة حياته ومساهمته في الحياة العامة يعزز تبني صورة أيجابية عن نفسه مما يحصّنه من المشاكل.
- المشاركة تضمن:
  - ملاءمة البرامج لاحتياجات تصميم أفضل واختيار أنشطة أكثر ملاءمة.
  - فاعلية أكبر من قبل مختلف فئات المجتمع.
  - تغطية أكبر لأنها تصل إلى الفئات المستهدفة.
  - تبنّي لأهدافها ومبادئها وبالتالي استدامتها.
- العمل الجماعي يؤدي إلى أن يتعلّم الأفراد من بعضهم البعض ويتبادلون الخبرات والتجارب.
- العمل الجماعي يُكسب الأفراد مهارات التواصل والتعاون.
- خلق علاقات إيجابية داخل المجتمع تقوم على التعاون والتضامن والعمل من أجل الصالح العام.
- مبدأ أساسي ووسيلة لحل المشاكل التي تواجه المجتمع.
- تعد مساندة حقيقية للإنفاق الحكومي وتدعم وتكمل دور الحكومة.
- تساعد أو تعود المواطنين الحرص على المال العام وهي مشكلة تعاني منها الدول النامية.
- المشاركة تفتح باب التعاون بين المواطنين والمؤسسات الحكومية.
- توفر الدعم المادي والمعنوي لتلبية الاحتياجات.
- مساندة المؤسسة الصِحيّة والدفاع عن مصالحها.
- المشاركة تقدّم الفرصة لتثقيف صانعي السياسات عن حاجات المجتمع المحلّي وهمومه الحقيقية.
- المشاركة تؤمّن لأعضاء المجتمع المحلّي الاحترام الذي يستحقّونه.
- المشاركة تحثّ المجتمع المحلي على أن يأخذ قرارات وأن يرى نفسه متحكّماً بمستقبله.

معوّقات المشاركة المجتمعية:

- الخوف من الفشل واللوم والانتقاد.
- قلّة الثقة في النفس وقلة المهارات والمعلومات اللازمة للمشاركة.
- فرصة المشاركة المحدودة للبعض فقط (عدم توفر الوقت للبعض).
- تمييز فئات في المجتمع.
- عدم التعوّد على المشاركة.
- عدم القدرة على التواصل الجيد.
- عدم إكساب مهارات حياتية.
- النموذج الأبوي (السلطوي).
- غياب مفهوم المشاركة المجتمعيّة داخل المجتمعات.
- التمييز بين مشاركة الذكور والإناث.

- الوضع الاقتصادي.

استراتيجيات المشاركة المجتمعية الفعالة

أولاً: تمكين المستفيدين وإشراكهم: ينبغي على الأفراد المستفيدين وأسرهم أن يكونوا مشاركين فاعلين حتى يتمكنوا من تحقيق حصائل سريرية أفضل عبر الاشتراك في تقديم الرعاية ولاسيما للأمراض غير السارية والمزمنة. لتحقيق ذلك تشمل الخيارات والتدخلات الخاصة بالسياسات:

- التثقيف الصحي.
- اشتراك الأفراد والأسر ومقدمي الرعاية والقائمين بها في اتخاذ القرارات السريرية.
- العلاج الذاتي بما فيه تقييم الرعاية الشخصية وخطط العلاج.
- معلومات عن المساعدة داخل النظام الصحي.
- مسوحات بشأن مدى رضا المستفيدين.

- **ثانياً**: تمكين المجتمعات المحليّة وإشراكها: تمكين المجتمعات المحليّة وإشراكها سيعمل على تمكين المجتمعات من التعبير عن احتياجاتها ومن ثم التأثير على طريقة تمويل الرعاية وطرق التخطيط لها وتقديمها، وسوف يساعد على بث الثقة والأمان والاحترام المتبادل وإنشاء الشبكات الاجتماعية التي تعزز قدرة المجتمعات المحلية على تنظيم أنفسها وإدخال تغييرات في بيئاتها المعيشية.

لتحقيق ذلك تشمل الخيارات والتدخلات الخاصة بالسياسات:

- الرعاية التي يقدمها المجتمع.
- العاملون الصحيون في المجتمع.
- تنمية المجتمع المدني.

- **ثالثاً**: تمكين مقدمي الرعاية غير الرسميين وإشراكهم: أفراد الأسرة وسائر مقدمي الرعاية يضطلعون بدور حاسم في توفير الرعاية الصِحيّة، وينبغي تلقيهم التوعية المناسبة بما يمكّنهم من أداء دورهم بفاعلية والاضطلاع بدور المناصرين لمتلقي الرعاية داخل النظام الصحي وعلى مستوى السياسات.

لتحقيق ذلك تشمل الخيارات والتدخلات الخاصة بالسياسات:

- تثقيف مقدمي الرعاية غير الرسميين.
- شبكات مقدمي الرعاية غير الرسميين.
- دعم الأقران وفرق المرضى من ذوي الخبرة.
- رعاية مقدمي الرعاية.

- **رابعاً**: الوصول إلى الفئات المهمّشة والتي تعاني من نقص في الخدمات: وهو أمر ضروري لتحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية والتضامن ويتطلب العمل على كافة مستويات القطاع الصحي وسائر القطاعات الأخرى وجميع شرائح المجتمع. لتحقيق ذلك تشمل الخيارات والتدخلات الخاصة بالسياسات:
  - إدماج أهداف الإنصاف الصحي في أغراض القطاع الصحي.
  - توصيل الخدمات للفئات التي تعاني من نقص الخدمات بما في ذلك الوحدات المتنقلة والتطبيب عن بعد.
  - التعاقد على الخدمات عند الحاجة.
  - التوسع في النظم القائمة على الرعاية الصِحيّة الأولية.
  - دور الكوادر الصِحيّة في المشاركة المجتمعية.

الشركاء في القطاع الصحي:

- المؤسسات الصِحيّة العامة والخاصة في النظام الصحي الرسمي والتي عليها أن تتجه صوب الخدمات الصِحيّة المتكاملة التي تركز على الناس بإعداد رؤية واضحة والاستراتيجيات لتحقيقها.
- الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية.
- منظمات المجتمع المدني بوصفها ممثلة عن المرضى والأسر والمجتمعات ومقدمي الخدمات.
- مقدمو الخدمات الصِحيّة.
- المؤسسات الأكاديمية والتدريبية والبحثية.
- الجمعيات المهنيّة والخاصة بالطلاب.

دور الكادر الصحي في المشاركة المجتمعية:

- يشكّل الكادر الصحي الجسر بين المجتمع المحلي والقطاع الصحي.
- دورهم لا يقتصر على تقديم العلاج فقط، بل يتعداه ليشمل كافة عناصر الرعاية الصِحيّة الأولية والتي تنعكس على جوانب كثيرة في حياتنا ليشمل التنمية الشاملة بجوانبها الاقتصادية، والتعليمية، والثقافية، والاجتماعية.
- للكوادر الصِحيّة أثر مُقاس في تغيير السلوك الصحي للأمهات والعائلات واكتساب مهارات تعزز الصحة.
- الكوادر الصِحيّة على معرفة وثيقة بقضايا ومشكلات مجتمعاتهم المحليّة.
- إن بناء شراكة حقيقية مع أفراد المجتمع هو الضمان الأفضل لضمان مشاركة مجتمعية فاعلة لتحقيق هدف الرعاية الصِحيّة الأولية ومساهمة أفراد المجتمع في المبادرة وتحديد احتياجاتهم ووضع الأولويات، والتخطيط، والتنفيذ، والاستمرارية.

لجنة صحة المجتمع:

تعد لجنة صحة المجتمع خياراً ممتازاً وإطاراً قانونياً يمكن من خلاله تنفيذ المشاركة المجتمعية ويمكن للجنة أن تضم من 7-15 عضواً من كافة شرائح المجتمع:

- رئيس البلدية.
- ممثلة اللجان النسائية.
- ممثل عن الجمعيات الخيرية.
- ممثل عن الجمعيات الثقافية.
- مدير أو معلمو المدارس.
- مندوب إعلامي.
- القادة الدينيين.

دور لجنة صحة المجتمع:

تعد لجنة صحة المجتمع الإطار التنظيمي الذي يمكن من خلاله تنفيذ أنشطة المشاركة المجتمعية ويمكن للجنة أن تضم 7-15 عضواً منتقين من كافة شرائح المجتمع: (رئيس البلدية، ممثلة اللجان النسائية، ممثل عن الجمعيات الخيرية، ممثل عن الجمعيات الثقافية، مدير أو معلمو المدارس، مندوب إعلامي، والقادة الدينيين).

مبادئ هامة تراعَى أثناء عملية مشاركة المجتمع:

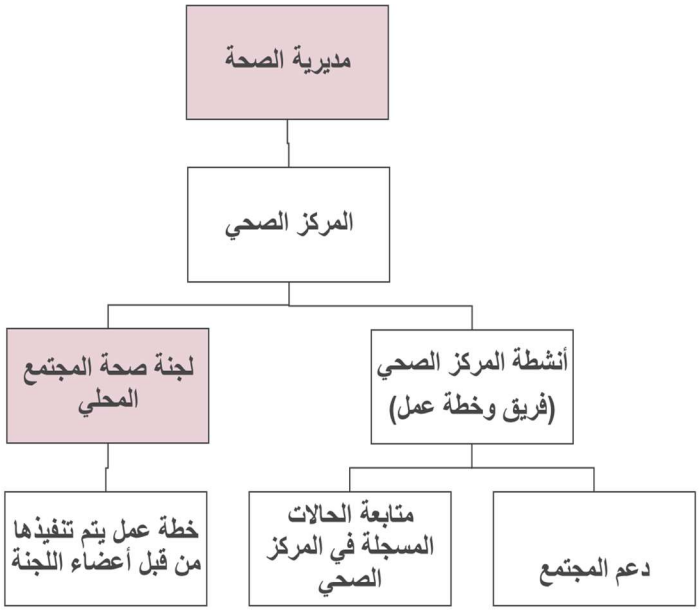
- مشاركة كل الفئات وعناصر المجتمع ضرورية لنجاح العلاقة وكسر الحاجز بين المقدم والمستفيد من الخدمة مثل مجالس الرعاية الصِحيّة الأولية.
- الطلب من المجتمع المحلي المشاركة بفاعلية والأخذ بوجهة نظرهم.
- إشراك المجتمع في المراحل المبكرة من عملية صنع القرار.
- ارتباط الشراكة مع المجتمع بقدرة على التأثير الحقيقي على القرارات المصيرية.
- منح الفرص لأفراد المجتمع للتلاقي والتجمّع في أماكن مريحة وأوقات مناسبة.
- إتاحة فرص للمجتمع لاتخاذ القرارات المبنية على القيم المحلية والفهم للمعلومات ذات العلاقة.
- مشاركة المجتمع تبنى على طموح وقيم وظروف المجتمع.
- تتضمن جزءاً تعليمياً يساعد على بناء الوعي والمعرفة بالموضوع المطروح.
- إتاحة الوقت الكافي أمام المجتمع لأخذ قرارات مبنيّة على معلومات صحيحة.
- استمرار المشاركة والانتماء من قبل المعنيين من المجتمع المحلي.

مهام لجنة صحة المجتمع:

1. تشمل عضوية اللجنة الشركاء الرئيسيين للرعاية الصِحيّة داخل المجتمع.
2. تجتمع اللجنة وفقاً لوثيقة المهام والمسؤوليات عشرة مرات سنوياً على الأقل.
3. التطوير والإشراف على تنفيذ خطة العمل بناءً على تقييم احتياجات المجتمع المحلي.
4. مراجعة التقدم نحو تلبية أولويات وأهداف خطة عمل صحة المجتمع.

5. تيسير توفير الموارد اللازمة من المجتمع المحلي.
6. توثّق جميع أنشطة وتوصيات اللجنة والإجراءات التي تتخذها في محاضر اجتماعات اللجنة.
7. يزوّد رئيس اللجنة رئيس المركز بتوصيات اللجنة التي ستستخدم في تخطيط وتصميم وتقييم الرعاية الصِحيّة.

الإطار التنظيمي للمشاركة المجتمعية:



نموذج القرى الصحيّة:

هو إحدى النماذج لمشاركة المجتمع والكادر الصحي في الوصول إلى التنمية المستدامة، ويعد برنامج القرى الصِحيّة أحد البرامج التي تنفذها وزارة الصحة بالتعاون مع المنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف، والهادفة لتنمية المجتمعات المحلية في المناطق الأقل حظاً في المملكة وتحسين نوعية حياة الأفراد على كافة المستويات، ويعتمد على مشاركة أفراد المجتمعات في كافة مراحل العملية التنموية منذ تحديد الاحتياجات والتخطيط فالتنفيذ ومن ثم التقييم لتحقيق الأهداف والأولويات التي تلبي الاحتياجات الأساسية سواء منها الصِحيّة، البيئية، الاجتماعية والاقتصادية للوصول للتنمية الشاملة المستدامة.

تعريف لجنة القرى الصحية واهدافها:

مجموعة من المتطوعين الذين يعملون معا بالتعاون مع وزارة الصحة / مديرية التوعية والإعلام الصحي من خلال ضابط ارتباط القرى الصحية في المديريات، بهدف تعزيز مبادئ الرعاية الصحية الأولية بين سكان القرى من خلال تنمية الموارد الاقتصادية والاجتماعية كمدخل لتحسين الظروف الصحية للمواطنين والمساهمة في تحسين نوعية الحياة وحل مشكلتي الفقر والبطالة من خلال تمويل المشاريع الصغيرة بالتعاون مع الاقراض الزراعي.

استراتيجية البرنامج:

تكمن استراتيجية البرنامج على أساس التحرك على ثلاث محاور رئيسية:

- التعرف من خلال مسح الاحتياجات الأساسية للأسر على الاحتياجات المحلية لأفراد المجتمع المحلي والعمل على تلبيتها من خلال تقديم الخدمات الأساسية من النواحي الاجتماعية والصحية والزراعية والتعليمية بالتعاون مع المؤسسات الحكومية وغير الحكومية المعنية بالموضوع.
- تخطيط الهياكل التنظيمية اللازمة لإدارة عملية التنمية وإعداد وتدريب العناصر لتولي مسؤولياتها.
- تنمية القدرات والإمكانيات الذاتية لأفراد المجتمع المحلي من خلال البرامج التدريبية والتعليمية للقيادات المحلية وتشجيع ودعم المبادرات والجهود الذاتية.

مقدمة تعريفية عن الرعاية الصِحيّة الأوليّة

مقدمة

تعرّف منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها: حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً لا مجرّد انعدام المرض أو العجز، كما وتعرّف منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحيّة الأولية بأنها: الرعاية الصِحيّة الأساسية التي تُتاح على نحو شامل للأفراد والأسر في المجتمع المحلّي بوسائل يمكنهم قبولها وبمشاركتهم الكاملة وبتكاليف يمكن لأفراد المجتمع المحلي وسكان البلد قاطبة تحمّلها، وتعد الرعاية الصِحيّة جزء لا يتجزّأ من نظام البلد الصحي، إذ هي تمثّل نواة ذلك النظام ومن مجمل التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع المحلي.

إن الرعاية الصِحيّة الأولية هي مفهوم يربط بين النظام الصحي والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، ويشكل أول اتصال للناس بالرعاية الصِحيّة، فتصل الخدمات الصِحيّة إليهم قريباً من أماكن سكنهم وعملهم.

التحديات التي تواجه الأنظمة الصِحيّة:

- محدودية الموارد المتاحة وكلفتها العالية بالمقابل الطلب الكبير على هذه الموارد.
- التوقعات العالية لمستهلكي الخدمات الصِحيّة فهم يتوقعون المعجزات من النظام الصحي.
- التصاعد المستمر في كلفة الخدمة.
- تذمّر وعدم رضى من جانب مقدمي الخدمات الصِحيّة.
- الاعتبارات الإنسانية، والأخلاقية، والاجتماعية، والمهنية.
- زيادة الطلب على الخدمة الصِحيّة وعدم خضوع الخدمة الصِحيّة لقانون العرض والطلب.

إعلان ألما-آتا:

يمثّل إعلان ألما-آتا الذي صدر عن المؤتمر الدولي للرعاية الصِحيّة الأولية الذي عقد في ألما-آتا في الاتحاد السوفيتي سابقاً في عام 1978 مجموعة من القيم والمبادئ والأساليب التي ترمي إلى رفع مستوى صحة جميع السكان بما فيها الفئات السكانية المحرومة وقد نص على ما يلي:

"نعبّر عن الحاجة الماسة لعمل كل الحكومات وكل العاملين بالصحة والتنمية والمجتمع الدولي في سبيل حماية وتعزيز صحة كل الناس في العالم؛ إن الصحة تعني العافية الجسدية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من الأمراض، وهي حق أصلي للإنسان يجب أن ترعاه القطاعات الاجتماعية والاقتصادية بالاشتراك مع القطاع الصحي، وليس من المقبول سياسياً واجتماعياً واقتصادياً اختلال ميزان العدالة الصِحيّة بين الناس، وبالأخص بين الدول المتطورة والنامية،

وكما أن التنمية الاقتصادية والاجتماعية مهمة لتحقيق الصحة للجميع، فتعزيز الصحة ضروري أيضاً لصيانة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ويملك الناس حق المشاركة الفردية والجماعية في تخطيط وتنفيذ برامج الرعاية الصِحيّة، وتقع على الحكومات مسؤولية رعاية صحة شعوبها عبر إجراءات صحية واجتماعية كافية لتحقيق هذا الهدف".

أهداف الرعاية الصحيّة الأولية:

لتحقيق هدف الصحة للجميع بحلول عام 2000، حددت منظمة الصحة العالمية في عام 1978 عناصر ثمانية للرعاية الصِحيّة الأولية:

- التوعية والتثقيف الصحي.
- الإصحاح البيئي وتوفير مياه الشرب.
- توفير التغذية الجيدة.
- خدمات أمومة وطفولة متكاملة.
- تحصين الأطفال ضد الأمراض الشائعة.
- مكافحة الأمراض المتوطّنة.
- علاج الأمراض الشائعة.
- توفير العقاقير (الأدوية) الأساسية.

وفي عام1981 تم تحديد أهداف المرحلة التالية:

- توفير التغذية الجيدة للجميع بحلول 1986.
- توفير مياه الشرب النقية والإصحاح البيئي بحلول 1990.
- تحصين كل الأطفال ضد الأمراض الشائعة بحلول 1990.

أسس تقديم الرعاية الأولية:

- عدالة التوزيع.
- التقنية المناسبة.
- التنسيق مع الجهات ذات العلاقة بالرعاية من الجهاز الصحي وخارجه.
- مشاركة المجتمع.

مفهوم الرعاية الشاملة في استراتيجية وزارة الصحة:

تسعى وزارة الصحة في الأردن لتعميم خدمات الرعاية الشاملة حيث وبالإضافة إلى الخدمات الأساسية التي تقدّم من خلال المراكز الصِحيّة الأولية والشاملة مثل التثقيف الصحي والصحة الإنجابية وسلامة المياه والرقابة على الغذاء والإصحاح البيئي والكشف المبكر عن الأمراض والصحة المدرسية والصحة المهنية ومكافحة الأمراض السارية

والصحة السنيّة وصحة المسنين وذوي الاحتياجات الخاصة والوقاية من الحوادث والإدمان ومكافحة التدخين وغيرها، فإنها تقدم خدمات تركّز على تعزيز أنماط الحياة الصِحيّة وتجنّب عوامل الخطر على الصحة من أجل النهوض بالصحة.

تقدَّم خدمات الرعاية الصِحيّة الأولية في الأردن من خلال شبكة مراكز الرعاية الصِحيّة التابعة لوزارة الصحة تحت إشراف توجيهي من مديرية إدارة الرعاية الصِحيّة الأولية ومديرية إدارة مديريات الصحة المركزيتان، والإشراف المباشر ل 14 مديرية صحة في المحافظات، وتشمل حسب تقرير وزارة الصحة لسنة 2017:

- 110مركز صحي شامل.
- 377مركز صحي أولي.
- 186مركز صحي فرعي.
- 504عيادة خدمات الأمومة والطفولة.
- 419عيادة أسنان.

كما تشارك في تقديم خدمات الرعاية الصِحيّة الأولية الخدمات الطِبّية الملكيّة من خلال عياداتها الميدانية ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين من خلال 25 عيادة طِبّية وعيادات للجمعيات الخيرية.

الأهداف الاستراتيجية المؤسسية لوزارة الصحة في الأردن المتعلقة بمحور الرعاية الصِحيّة الأولية:

الهدف الأول: تحسين جودة وسلامة خدمات الرعاية الصِحيّة وضمان استمراريتها وأهدافه الفرعية تشمل:

- ضبط الأمراض السارية.
- تعزيز ممارسة السلوكيات الصِحيّة لأفراد المجتمع.
- تحسين الجودة الشاملة في المراكز الصِحيّة.
- تعزيز خدمات الصحة المدرسية.
- تعزيز برامج الصحة المهنية.
- تطوير برامج صحة البيئة بما يتماشى مع المستجدات ويحقق بيئة صحية للمواطنين.

الهدف الثاني: المساهمة في الحد من انتشار الأمراض غير السارية وأهدافه الفرعية تشمل:

- تحسين رصد والكشف المبكر عن الأمراض غير السارية.
- خفض معدلات عوامل الخطورة المرتبطة بالأمراض غير السارية.
- دعم السياسات الصِحيّة لبرامج مكافحة الأمراض غير السارية.
- دعم إجراء الأبحاث والدراسات الوقائية والعلاجية للأمراض غير السارية.
- التنسيق والتعاون مع المؤسسات الصِحيّة الحكومية وغير الحكومية والجامعات ومؤسسات المجتمع المدني.

الهدف الثالث: تعزيز خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وصحة الطفل وأهدافه الفرعية تشمل:

- مكافحة الأمراض غير السارية.
- تعزيز خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وصحة الطفل.
- التوسع في خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.
- تعزيز الوضع التغذوي للحوامل والأطفال.

****الحاجة للرعاية الصِحيّة الأولية أكثر من أي وقت مضى.**

تؤكد منظمة الصحة العالمية على الحاجة للرعاية الصِحيّة الأولية أكثر من أي وقت مضى وتدعو لثقافة تنظيمية جديدة لتحقيق التنمية المستدامة حيث تقترح المنظمة في التقرير الصادر عام ٢٠٠٨ "الرعاية الصحيّة الأولية: الآن أكثر من أي وقت مضى" استهداف النظم الصِحيّة بأربعة توجهات:

- التغطية الشاملة: حتى تكون النظم الصِحيّة عادلة وتتحلى بالكفاءة يجب أن تتاح لكل الناس فرصة الحصول على الرعاية الصِحيّة حسب احتياجاتهم وبغض النظر عن قدرتهم على سداد تكلفتها.
- الخدمات التي تركز على الناس: هناك إمكانية لإعادة توجيه النظم الصِحيّة لكي تلبي على نحو أفضل احتياجات الناس.
- سياسات تمتع الجماهير بالصحة: هناك حاجة إلى تحقيق التكامل على جميع مستويات الحكومة باتباع أسلوب يركز على "إدراج عنصر الصحة في جميع السياسات المتبعة."
- التوجيه: على المشرفين الذين يتولون مهمة التوجيه أن يتوجهوا نحو التفاوض والإشراف. ويتعين إشراك كل عناصر المجتمع.

التغطية الصِحيّة الشاملة: تدعو منظمة الصحة العالمية إلى الإيفاء بالمتطلبات التالية لتحقيق التغطية الصِحيّة الشاملة:

- إقامة نظام صحي فعّال ورصين يخضع لإدارة جيدة ويلبي الاحتياجات الصِحيّة ذات الأولوية من خلال تقديم خدمات رعاية صحية متكاملة محورها الفرد وذلك بوسائل منها ما يلي:
  - إعلام الفرد وتشجيعه على أن يحافظ على صحته ويتّقي شرَّ المرض.
  - الكشف عن الوعكات الصِحيّة مبكراً.
  - التمتع بالقدرة على معالجة المرض.
  - مساعدة المرضى بخدمات إعادة التأهيل.
- القدرة على تحمل تكاليف الخدمات بإنشاء نظام لتمويل الخدمات الصِحيّة لكيلا يكابد الفرد ضائقة مالية من جرّاء الحصول على تلك الخدمات.
- إتاحة الأدوية والتكنولوجيّات الأساسية اللازمة لتشخيص المشاكل الطِبّية وعلاجها.

- تهيئة كادر من العاملين المدربين جيداً والمتمتعين بما يكفي من القدرات على تزويد المرضى بالخدمات، تلبية لاحتياجاتهم على أساس أفضل المتاح.

توصي منظمة الصحة العالمية بثقافة تنظيمية جديدة تشمل:

- تغيير الهيكل التنظيمي القائم في وزارات الصحة لدعم الأخذ بأسلوب يقوم على الإدارة العامة أو إدارة الأعمال.
- تغيير مختلف أسس مساءلة المرافق الصِحيّة وموظفيها، بحيث تعمل بمزيد من الكفاءة.
- تنسيق العلاقة بين مختلف مستويات الرعاية كالوحدات الصِحيّة والمراكز الصِحيّة ومستشفيات الإحالة.
- استعراض التغطية بخدمات الرعاية الصِحيّة الأولية سعياً إلى تحسين إمكانيات التوصُّل إليها.
- وضع استراتيجية لتحقيق التوازن على أفضل وجه بين القطاعَيْن العام والخاص.
- التعاون والتخطيط المشترك بين القطاعَيْن الخاص والعام لتحقيق فوائد متبادلة.
- تنقيح اختصاصات كل فئة من المرافق الصِحيّة وتحديث هذه الاختصاصات بانتظام.

خطّة الطوارئ

أهداف خطة الطوارئ:

- توفير بيئة آمنة لجميع المرضى والزوّار وبيئة عمل آمنة لجميع الموظفين.
- التأكّد من معرفة جميع العاملين لسياسات المستشفى المتّبعة في حالات الطوارئ وكذلك التأكد من معرفة الجميع للإجراءات المتّبعة للتبليغ عن تلك الطوارئ.
- التأكد من وعي الموظفين ومعرفتهم لمدى أهمية اتّباع إجراءات السلامة التي تهدف إلى منع حدوث أي إصابات أثناء العمل.

وسائل تحقيق الأهداف:

- معرفة الإجراءات التي يجب اتّباعها في حال نشوب حريق لا قدّر الله.
- التطرق إلى أسباب الحريق المختلفة والتفريق بينها وبين الأعراض (النتائج).
- التعرف على المعدّات المستخدمة في مكافحة الحريق (طفايات الحريق وأجراس الإنذار وخراطيم مياه الحريق) وأماكن تواجدها.
- معرفة الوسائل والطرق السليمة لإخلاء المرضى.
- معرفة كيفية احتواء الدخّان والحريق.
- معرفة كيفية التبليغ عن مختلف أنواع المخاطر والأعمال الخطرة والحالات غير السليمة وتحديد نوعيّة كل منها.
- معرفة قواعد السلامة الأساسية للوقاية من الحوادث.
- معرفة أنواع معدّات الوقاية الشخصية المختلفة وما يناسب منها لكل عمل.

الوقاية من الحريق في منطقة عملك:

إن الوقاية من الحريق مسؤولية تقع على عاتق جميع العاملين فمعظم الزوّار لا يَعُون مدى الخطر الكامن في المحيط، وكونك موظف لك كل الحق في السؤال عن الممارسات التي قد تؤدي إلى حدوث حريق أو أي كارثة أخرى لا قدر الله فإذا كنت مرتاب من شخص فما عليك إلا الاتصال بالأمن حيث سيتم مباشرة التحقيق واتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة.

كما أن وجود الأكسجين في مناطق الرعاية الطِبِّية تدعو للقلق، فبالرغم من أن الأكسجين ليس من الغازات القابلة للاشتعال لكنه من العناصر الأساسية في استمرارية عملية الاشتعال والاحتراق، فلو حدث حريق قرب الأكسجين لا قدر الله فإن ذلك الحريق سينتشر بشكل سريع وقوي وسيصبح من الصعب السيطرة عليه، ولذلك ينبغي تجنب استخدام

أي أجهزة قد تُحدِث شرارة كآلات الحلاقة الكهربائية والألعاب والمذياع أو أي أجهزة أخرى لم تتم الموافقة عليها من قبل المستشفى مسبقاً.

نظريّة إطفاء الحريق:

إن نظرية الإطفاء ببساطة هي تعطيل فعالية أحد الثلاث عناصر: أي التأثير على الطاقة الحرارية، أو التأثير على الوقود، أو التأثير على الأكسجين وفي النظرية الحديثة تفكيك / تعطيل التفاعلات الكيميائية.

العوامل المساعدة على انتشار الحريق:

- الأبواب المفتوحة.
- الدرج المفتوح.
- الفتحات المخصّصة للمواسير الكبيرة والمخصصة لحوامل الأسلاك الكهربائية غير المغلقة.
- فتحات الأسقف المخصصة لإضاءة الطبيعة.
- الفتحات العمودية للخدمات الكهربائية.
- المناطق المعزولة غير المزودة بمانع حريق.
- خدمات النظافة.
- عدم توفير الأنظمة الآلية لمكافحة الحريق أو أنظمة استشعار الدخان.
- نوعية المبنى.
- المواد الموجودة أثناء اندلاع الحريق.
- عدم تدريب الموظفين.
- التأخر في الإبلاغ عن الحادث أو عدم سرعة الاستجابة.

طفّاية الحريق الموجودة في منطقة عملك

عند استخدام طفّاية الحريق يجب التأكد مما يلي:

- حاول إطفاء الحريق، ولكن بعد أن تقوم بالتبليغ عنه بالاتصال على الرقم (911) لتصلك المساعدة في أقرب وقت وبعد إخلاء المنطقة من الأشخاص المعرّضين للخطر المباشر.
- من الأفضل أن يقوم شخصين بمكافحة الحريق إذا كان ذلك ممكناً.
- التأكد من استخدام طفّاية الحريق المناسبة لنوعية الحريق، استخدام الطفّاية الغير مناسبة قد تسبب في حدوث أضرار. (جميع طفايات الحريق ملصق عليها الإرشادات والتعليمات الدالة على كيفية استخدامها، وهذا سيساعدك على معرفة الطفاية المناسبة للحريق المراد إخماده).
- التأكد من عمل وصلاحية طفّاية الحريق.

في حال نشوب حريق:

- إخلاء الأشخاص المعرَّضين للخطر المباشِر.
- الإبلاغ على الرقم 911 وتشغيل جرس الإنذار.
- إطفاء الحريق باستعمال طفاية الحريق.
- إذا كان الوضع آمناً وممكناً احتواء الحريق قم بإغلاق الأبواب.
- تعرّف مسبقاً على مكان وجود مخرج الحريق.
- تعرّف مسبقاً على مكان وجود طفاية الحريق.
- تعرّف مسبقاً على مكان وجود جرس الإنذار.
- تعرّف مسبقاً على مكان وجود خراطيم المياه.
- لا تُستعمل المصاعد في حالة حدوث حريق إطلاقاً.

السلامة: على جميع الموظفين معرفة ما يلي:

- كيفية التبليغ عن الأخطار.
- كيفية الوقاية من الإصابات بشكل عام.
- ما يتم القيام به في حال وقوع إصابة مهنية.
- وسائل السلامة من الكهرباء.
- وسائل السلامة من الأشعة.
- كيفية الحصول على مساعدة في حالة الطوارئ ومن أين يمكن الحصول عليها.
- وسائل السلامة من المعدّات.
- معدات الوقاية الشخصية.
- كيفية الوقاية من الإصابة بوخزات الإبر.
- كيفية الوقاية من إصابات الظهر.

الحالات الخطرة: - وهي خطر ناتج عن بيئة العمل أو معدّاته وأجهزته أو أنظمته.

بعض أمثلة الحالات الخطرة:

- عدم توفر نظام الحماية أو عناصر السلامة في المعدّات والأجهزة.
- قلة فعاليّة الأنظمة التحذيرية.
- قبول الإدارة برداءة خدمات النظافة.
- تعرض الموظفين للضوضاء الناتجة عن المعدّات.
- توفير معدّات الوقاية الشخصيّة غير المناسبة.
- قبول الإدارة بتخزين المواد القابلة للاحتراق أو الاشتعال بطريقة غير سليمة.

- عدم توفر طفايات الحريق أو أي من معدات السلامة الأخرى.
- عدم توفير نظام الوقاية من الحريق أو نظام كاشف الدخان.
- التهوية غير الجيدة.
- عدم توفير التدريب المناسب للموظفين.
- عدم وضوح السياسات والإجراءات.

مبادئ قواعد السلامة في التعامل مع الكهرباء:

- لا تقم بتحميل الدوائر الكهربائية أو الأفياش بحمل زائد.
- لا تمد الأسلاك الكهربائية على الأرض لأنها قد تشكل خطر التعثّر.
- لا تستخدم التوصيلات الكهربائية وفي حال اضطررت إلى استخدامها لابد من الحصول على موافقة مسبقة من قسم هندسة المعدات الطِبِّية.
- لا تستبدل المقبس ذو الثلاثة رؤوس برأسين عن طريق التوصيلات مما يؤدي إلى عدم الاستفادة من نظام التأريض الذي يحمي الأشخاص من الصدمة الكهربائية.
- لا تستخدم الوصلات الكهربائية " متعددة الفتحات " فوضع العديد من المقابس في وصلة كهربائية واحدة يشكل حِمل زائد على الدائرة الكهربائية.
- احذر من وصول السوائل إلى الأجهزة الكهربائية إلا إذا كانت تلك الأجهزة مخصصة للاستعمال في المواقع الرطبة.
- لا تسمح مطلقاً بتمرير المعدات (كالأسرّة والعربات وغيرها) فوق الأسلاك الكهربائية.
- يجب تبليغ قسم هندسة المعدات الطِبِّية في حال سقوط المعدات الطِبِّية أو انسكاب سائل ما على سطحها أو داخلها.
- ينبغي تبليغ الإدارة الهندسية في حال ملاحظة أعطال كوجود أي عطل في الأجهزة أو المعدات أو عطب في الأسلاك الكهربائية أو عطب في المقابس أو خلل في التثبيت أو في حال عدم وضوح الملصق التوضيحي الموجود على الأجهزة والمعدات.
- ينبغي تبليغ الإدارة الهندسية في حال الشعور بحرارة في مقابس أو أسلاك المعدات الطِبِّية عند استخدامها.
- ينبغي تبليغ الإدارة الهندسية عن الأجهزة التي تسبب صدمات كهربائية.
- عليك معرفة قوة الطاقة الكهربائية في منطقة عملك.
- تأكد من أن زر تشغيل الأجهزة والمعدات في وضع الإغلاق قبل توصيلها بالكهرباء.
- اختبر الأجهزة قبل استخدامها على المريض.
- عليك التعرّف مسبقاً على الإجراءات التي يجب إتباعها في حال انقطاع التيار الكهربائي أو في حال الاختبارات المسبقة بحدوث ذلك، فانقطاع التيار الكهربائي مسألة حياة أو موت للمرضى.
- عند الحاجة إلى فصل الأجهزة أو المعدات عن الكهرباء تجنب سحب السلك وإنما استخدم القابس لفصله عن الفيش.

وسائل السلامة من الغازات الطبّية:

يتم تعريف الغازات الطبّية كما يلي:

- الغازات غير قابلة للاشتعال، مثل:
  - الأكسجين.
  - غازات مؤكسدة.
  - أكسيد النيتروز.
- الغازات القابلة للاشتعال أي أنّ انفجار هذه الغازات قد يكون أمر محتمل مثل:
  - البروبان الحلقي.
  - أثير الفينايل.
  - أثيل الأثير.
  - فلوركسان.
  - كلوريد الأيثينيل.
- السوائل القابلة للاحتراق مثل:
  - الأكسيلين.
  - كحول الأيزوبروبيل.
  - الأسيتون.
  - الميثانول.

إخلاء المرضى:

مسارات / طرق الخروج في حالة الطوارئ:

- يجب أن تكون جميع المسارات المؤدية إلى المخارج في أي نقطة في المبنى خالية من أي عوائق والاحتفاظ بنظافة الممرات على الدوام.
- يجب ألا يكون هنالك عوائق في مسارات الخروج والممرات والأبواب والدّرَج أو أي جزء آخر من المخارج.
- في حال وجود عائق في طريق الخروج لفترة قصيرة أو في حال تطلّب إغلاق الممر أو الباب أو وجود عائق في طريق الخروج لفترة قصيرة يجب وضع لوحات تحذيريّة كبيرة عند تقاطع الممرات تشير إلى الطريق أو الممر البديل.

التعليمات الخاصة بعملية إخلاء المرضى:

تذكر النقاط العشر التالية متى ما أصبح إخلاء المرضى أمراً ضرورياً:

1. تذكر أن موظفي الأجنحة مسؤولين عن سلامة المرضى.
2. اتبع إجراءات التبليغ عن الطوارئ بدقة.

3. على طاقم التمريض تحديد مهام جميع موظفي الجناح في حال وقوع أمر طارئ.
4. يتم القيام بعملية الإخلاء عندما يتطلب الوضع القيام بذلك.
5. قم بإخلاء المرضى أفقياً (في نفس الطابق) واتجه بهم إلى أقرب جناح، ولا تقم بإخلاء المرضى الموجودين في الطوابق العليا عن طريق الدرج إلا إذا تعذر القيام بالإخلاء الأفقي.
6. قم بالإعداد لإخلاء مرضى الجناح واستخدم مخرج الطوارئ المناسب.
7. يتم نقل السجلات الطِبِّية في نفس وقت القيام بعملية النقل الأفقي.
8. لا تستخدم الأسرّة في عملية إخلاء الطوابق العلوية لأنها ستتسبب في إعاقة الدرج والمخارج.
9. تأكد من إغلاق جميع الأبواب بعد الانتهاء من عملية إخلاء المنطقة المنكوبة.
10. قم بتفتيش الجناح بأكمله، إلا إذا كان الوضع لا يسمح بذلك.

طرق نقل المريض في حالة الطوارئ:

- قم بإخلاء المريض باستخدام بطانيات الإخلاء.
- استخدِم البطّانية الموجودة على السرير.
- يقف كل واحد من القائمين بعملية الإخلاء على أحد جانبي السرير، ارفع رأس المريض وكتفه وضع وسادة تحت رقبته وكتفيه كوسيلة للحماية.
- اطوِ البطانيّة إلى نصفين وضَعها على أحد جوانب السرير.
- أدِر المريض برفق على أحد جانبيه بعيداً عن البطانيّة واحرص على الذراعين والساقين.
- ادفع حافة البطانية المطويّة والنصف العلوي منها تحت ظهر المريض وساقيه.
- أدِر المريض برفق على الجانب الآخر مع الاستمرار في دعم المريض وعلى مساعدك سحب البطانية إلى الأعلى.
- اجذب طرفي البطانية ولفها حول جسم المريض وقم بتكوين عقدة قوية بعيداً عن جسم المريض أي في الجزء المتبقي من البطانية عند رجلَي المريض.
- ارفع المريض باستخدام العقدة وأنزِله على الأرض مع الاستمرار في دعم الرأس والعنق.
- بإمكان أحدُكم الآن سحب المريض إلى أقرب مكان آمن.

الإعاقات في الأردن

مقدمة

عرفت الإعاقة كظاهرة في المجتمعات الإنسانية منذ أقدم العصور وقد أثارت الانتباه في الغرب في القرن التاسع عشر وتزايد الاهتمام الدولي بذوي الإعاقة في العقود الأخيرة بشكل كبير وأصبحت المشاكل التي يواجهونها في ممارسة حياتهم الاعتيادية محور كثير من المنظمات الدولية التي تنادي بأن الدول باتخاذ التدابير اللازمة لمساعدتهم وتأهيلهم ليعتمدوا على أنفسهم.

- وتعتبر الأردن من الدول التي عملت بجديّة ومثابرة على تأسيس وتطوير المؤسسات التي تعمل على رعاية هذه الفئة من المجتمع بشكل فعال خاصة بعد إعلان الأمم المتحدة عام 1981عامًا دوليًا لذوي الإعاقة حيث أبدت اهتمامًا ملموسا في دعم وإبراز موضوع الأفراد ذوي الإعاقة كإحدى القضايا الاجتماعية ورسم الخطط والسياسات لتقديم الأفضل لهذه الفئة.
- ومن المعروف أن مساعدة ذوي الإعاقة وتأهيلهم لا يتأتى إلا عن طريق برامج ورسم خطط ذات الأهداف ويتطلب التعرف على حجم ظاهرة الإعاقة وخصائصهم وللحاجة القصوى للأجهزة الحكومية المختصة وبعض منظمات ومؤسسات القطاع الخاص، وحسب التعداد السكاني لعام 2015 فإن نسبة الإعاقة بلغت 11.2% للأعمار فوق 5 سنوات.

تعريف الإعاقة حسب قانون الأشخاص ذوي الإعاقة:

يعد شخصًا ذا إعاقة كل شخص لديه قصور طويل الأمد في الوظائف الجسدية، أو الحسية، أو الذهنية، أو النفسية، أو العصبية يحول نتيجة تداخله مع العوائق المادية والحواجز السلوكية دون قيام الشخص بأحد نشاطات الحياة الرئيسية أو ممارسة أحد الحقوق أو إحدى الحريات الأساسية باستقلال ويعد القصور طويل الأمد وفقًا لنص الفقرة (أ) من هذه المادة إذا كان لا يتوقع زواله خلال مدة لا تقل عن (24) شهرًا من تاريخ بدء العلاج أو إعادة التأهيل.

أنواع الإعاقة:

الإعاقة الحسية:

أ – إعاقة سمعية و/أو نطقية: وتعني كل أصم وأبكم أو أن يكون بأحدهما (كل من لا يستطيع سماع الحديث العادي بدرجة مقبولة ولا يستطيع النطق في آن واحد أو من لا يستطيع السماع فقط أو من لا يستطيع النطق فقط) أي هو الخص الذي فقد حاسة السمع بدرجة كبيرة لا تمكنه من الاعتماد على نفسه لتكوين وتطوير لغته.

ب – إعاقة بصرية: تعنى كل كفيف أو من لديه ضعف إبصار إلى حد اعتباره كفيفًا لعدم قدرته على التمييز البصري بين الأشياء ويندرج تحت هذه الفئة الأشخاص الذين لا يرون إلا بعين واحدة.

الإعاقة الذهنية:

- تعني من لديه قصور في القوى العقلية لدرجة لا يمكن معها ممارسة حياته اليومية والعملية بصورة عادية، أي الانخفاض الملحوظ في الأداء العقلي العام للشخص يصاحبه عجز في السلوك التكيفي يظهر في مرحلة النمو مما يؤثر سلبًا على الأداء التربوي و (يشمل متلازمة داون).

الإعاقة الجسدية و/أو الحركية:

- الشخص ذوي الإعاقة هنا كل من يجد صعوبة كبيرة في التحرك من وضعه بمفرده ويحتاج إلى وسيلة معينة لعمل ذلك ويضاف غلى هذه المجموعة من الإعاقات، المبتورة أيديهم أو أرجلهم أي الشخص الذي يعاني من قصور أو عجز جسمي أو حركي يؤثر على فرصة تعلمه أو عمله أو انتقاله.

الإعاقة العصبية:

- عجز في الجهاز العصبي بمنطقة الدماغ وينتج عنه شلل يصيب إما الأطراف الأربعة جميعًا أو الأطراف السفلية فقط أو يصيب جانبًا واحدًا من الجسم سواء الجانب الأيمن أو الجانب الأيسر وهذا الشلل ينتج عنه فقدان القدرة على التحكم بالحركات الإرادية المختلفة.

الإعاقة النفسية:

- المصطلح المستعمل لوصف الإعاقات التي قد تنتج عن مشاكل الصحة العقلية هي بينما لا يعاني جميع الذين لديهم مشاكل في صحتهم العقلية من الإعاقة النفسية الاجتماعية إلا أن أولئك الذين يعانون منها يمكن أن يتعرضوا لتأثيرات شديدة وللحرمان الاجتماعي.

قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الأردن:

تم إصدار قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم (20) لسنة 2017 في الأردن وأصبح معمولاً به وملزم للمؤسسات الحكومية والوطنية والمدنية، حيث يتكون القانون من عدة مواد منها المادة رقم (15) والمادة رقم (23) والمادة رقم (24) التي لها علاقة مباشرة في وزارة الصحة مع وجود أدوار لوزارة الصحة موجودة في مواد أخرى من القانون بالمشاركة مع الهيئات الحكومية المعنية.

استجابة وزارة الصحة:

عملت وزارة الصحة على القيام بدورها والعمل على إتمام ما هو يخص لها حسب القانون من حيث الأبنية (المستشفيات، المراكز الصِحيّة، المباني المهيأة لها) وإصدار بطاقة التأمين الصحي بالإضافة إلى استقبال الأشخاص ذوي الإعاقة من أجل التشخيص والعلاج.

الصحة النفسية:

هي حالة من العافية يدرك الفرد من خلالها قدراته وإمكانياته على التكيف مع ضغوطات الحياة والعمل بإنتاجية والمساهمة في المجتمع.

أهم البرامج التي يتابعها قسم الصحة النفسية:

1. وجود خطة العمل الوطنية للصحة النفسية والإدمان 2022-2026.
2. دمج خدمات الصحة النفسية في الرعاية الصِحيّة الأولية وذلك من خلال التدريب على برنامج سد الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP) وتم مأسسته ضمن البرنامج التدريبي للسنة الرابعة لمقيمين طب الأسرة.
3. إنشاء وحدات إدخال وأقسام للصحة النفسية في المستشفيات العامة لوزارة الصحة.
4. إنشاء عيادات مجتمعية للصحة النفسية تشمل متعددي التخصصات في الصحة النفسية.
5. برنامج التوعية في مجل الصحة النفسية والحد من الوصمة.
6. برنامج نظام الرصد التفاعلي الإلكتروني لحالات النفسية.

مهام مديرية صحة ذوي الإعاقة والصحة النفسية:

- تقديم خدمات تشخيصية لطالبي الخدمة في مراكز تشخيص الإعاقة والصحة النفسية.
- الأشراف الفني وتقييم خدمات لذوي الإعاقة والصحة النفسية المقدمة في مراكز تشخيص الإعاقة والصحة النفسية.
- بناء القدرات الفنية للكوادر العاملة في مجال تشخيص الإعاقات والصحة النفسية لتحسين جودة الخدمات التشخيصية والصحة النفسية من خلال تدريب الكوادر الصِحيّة على المعايير والدلائل الإرشادية وبروتوكولات تقديم التشخيص والصحة النفسية.
- تحديد الاحتياجات التدريبية للكوادر العاملة في مجال التشخيص والصحة النفسية في وزارة الصحة.
- المساهمة في إعداد الخطط التنفيذية لتقديم خدمات التثقيف الصحي الكشف المبكر والتعامل مع حالات الإعاقة والصحة النفسية في المؤسسات الصِحيّة التابعة لوزارة الصحة ومتابعة تنفيذها.
- المساهمة في التخطيط لتطوير خدمات التشخيص والصحة النفسية والتنسيق مع الهيئات الدولية والمحلية لوضع البرامج لتحسين جودة.
- الخدمات والتعاون مع جميع الجهات ذات العلاقة بالأشخاص ذوي الإعاقة والصحة النفسية.
- إعداد المواد التثقيفية الخاصة بالإعاقة والصحة النفسية.
- المساهمة في إجراء الإحصاءات والدراسات والأبحاث فيما يخص الإعاقات والصحة النفسية.
- المساهمة في إعداد البروتوكولات والأدلة الخاصة لتشخيص الإعاقات والصحة النفسية.
- المشاركة مع الجهات والمنظمات والهيئات الحكومية والغير حكومية باللجان المختلفة بهدف التنسيق وتوحيد الجهود لتقديم أفضل الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة والصحة النفسية.

- تقديم خدمات الإرشاد والتوجيه الأسري والدعم النفسي لأهالي ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالإعاقة والصحة النفسية.
- رصد بيانات متلقي الخدمة والمؤشرات ذات العلاقة في نظام الكترونيا خاص.

الخدمات المقدمة في مراكز التشخيص في وزارة الصحة:

- مركز تشخيص الإعاقات / مديرية صحة ذوي الإعاقة والصحة النفسية / عمان:
  - خدمات التشخيص والتقييم للأشخاص ذوي الإعاقة مجان.
  - العيادات الاستشارية (نفسية، أعصاب أطفال، أنف وأذن وحنجرة، التأهيل، العظام، النطق).
  - قياس وتقييم القدرات العقلية.
  - تخطيط السمع والفحوصات السمعية (العصب السمعي وسوائل خلف الطبلة).
  - خدمة الاستشارات والإرشاد لذوي الإعاقة وذويهم.
  - إصدار وتجديد التأمين الصحي حسب الأصول.
  - إصدار التقارير التشخيصية.
  - المتابعة الدورية السنوية وحسب متى تتطلب الحالة.
  - يتم كتابة الوصفات الطِبّية للأمراض (الصرع، النفسية) من قبل اختصاص الأعصاب والنفسية في المركز ويتم الصرف في العيادات النفسية الاستشارية التابعة بوزارة الصحة.
  - تحويل كل حالة حسب الجهة المحولة لتلقي الخدمة المترتبة على التقرير حسب الأصول.
- مركز تشخيص الإعاقات / مستشفى الأميرة رحمة التعليمي / إربد:
  - خدمات التشخيص والتقييم للأشخاص ذوي الإعاقة.
  - طبيب أطفال.
  - قياس وتقييم القدرات العقلية.
  - خدمات الاستشارات والإرشاد.
  - إصدار التقارير.
- مركز الحسن للتشخيص المبكر للإعاقات / الكرك:
  - خدمات التشخيص والتقييم للأشخاص ذوي الإعاقة.
  - عيادات الأطفال.
  - قياس وتقييم القدرات العقلية.
  - النطق (عمل جلسات نطقية وتدريب نطقي ومتابعة الجلسات).
  - جلسات علاج طبيعي وتدريب حالات الشلل الدماغي ومتابعتها.
  - تخطيط سمع.
  - فحوصات سمعية (العصب السمعي وحديثي الولادة وسوائل خلف الطبلة).

- أنف وأذن وحنجرة.
- علاج طبيعي وتأهيل.
- عيادة عيون وفحص النظر.
- تحاليل طِبِّية مخبرية.
- خدمة الاستشارات والإرشاد لذوي الإعاقة وأهاليهم.
- إصدار التقارير الطِبِّية التشخيصية.


المسار الخاص

برنامج منع وضبط العدوى

مقدمة:

من أهم العناصر المؤدية إلى منع العدوى والسيطرة عليها هو وجود برنامج منع العدوى الخاص بالمؤسسة الصِحيّة حسب نطاق الخدمات المقدمة، يعتبر منع العدوى والسيطرة عليها أحد المكونات الأساسية التي تعتمد عليها رعاية المرضى بشكل آمن وهذا يؤدي إلى توفير بيئة آمنة خالية من العدوى للعاملين والمجتمع وذلك بتطبيق سياسات وإجراءات منع العدوى والسيطرة عليها بغض النظر عن الموارد والإمكانيات.

إن وضع هيكل تنظيمي قوي وواضح على كافة المستويات وتحديد الأدوار والمسؤوليات المنوط بها للأشخاص المسؤولين عن العمل يعتبر عنصراً هاماً لاستمرارية نجاح برامج منع العدوى والسيطرة عليها، ويتمثل الهيكل التنظيمي لضبط العدوى في الأردن في جميع المستويات المختلفة (مركزيّاً على مستوى وزارة الصحة ومستشفيات وزارة الصحة والإدارات الصِحيّة والقطاعات الصِحيّة المختلفة العاملة داخل المملكة الأردنية الهاشمية).

على المستوى المركزي (وزارة الصحة):

- اللجنة الوطنية لمنع العدوى والسيطرة عليها.
- قسم ضبط العدوى.

اللجنة الوطنية لضبط العدوى:

- وهي اللجنة التي تقدم المشورة لمنع العدوى والسيطرة عليها على المستوى الوطني.
- **رئيس اللجنة**: الأمين العام لوزارة الصحة أو من ينوب عنه.
- **مقرّر اللجنة**: رئيس قسم ضبط العدوى.

قسم ضبط العدوى:

هو أحد أقسام مديرية الأمراض السارية، مسؤول عن التخطيط والإشراف والمتابعة لكل الأنشطة الخاصة بأمور منع العدوى والسيطرة عليها لكل مستشفيات ومديريات الصحة في المملكة والقطاعات الصِحيّة المختلفة.

مهام القسم:

- وضع الخطّة السنويّة لضبط العدوى لوزارة الصحة.
- الإشراف والتدريب على تنفيذ الخطة.
- حل المشكلات المتعلقة بمنع العدوى والسيطرة عليها.

- متابعة رصد العدوى المكتسبة من المستشفيات.
- إعداد وإصدار التقارير بشكل دوري.
- مراجعة ومتابعة التقارير الواردة من المستشفيات
- المشاركة في توفير المستلزمات والمستهلكات اللازمة لمنع العدوى والسيطرة عليها لوزارة الصحة.
- الإشراف على تطبيق سياسات وإجراءات منع العدوى والسيطرة عليها في المنشآت الصِحيّة في القطاعين العام والخاص.
- تغذية راجعة للمستشفيات والمديريات في القطاعين العام والخاص.
- التنسيق مع مختلف الجهات المحليّة والإقليميّة والدوليّة في مجال منع العدوى والسيطرة عليها.

لجنة ضبط على مستوى المنشآت الصِحيّة:

يتم تشكيل لجنة ضبط العدوى في المنشأة الصِحيّة بحيث تكون مسؤولة عن نشاطات منع العدوى والسيطرة عليها داخل أقسام هذه المنشأة الصِحيّة.

- **الرئيس**: مدير المنشأة الصِحيّة أو من يفوِّضه.

مهام لجنة ضبط العدوى والسيطرة عليها في المنشآت الصِحيّة:

- اعتماد السياسة العامة لمنع العدوى والسيطرة عليها المنبثقة عن قسم ضبط العدوى في مديرية الأمراض السارية.
- اعتماد الخطة السنوية لمنع العدوى والسيطرة عليها داخل المنشأة الصِحيّة.
- تطبيق سياسات منع العدوى والسيطرة عليها بالمنشأة الصِحيّة.
- تدريب جميع العاملين (أطباء وتمريض وفنيّين وإداريين وعمّال) في مجال منع العدوى والسيطرة عليها.
- الاستقصاء الوبائي لعدوى المنشأة الصِحيّة.
- الإبلاغ الفوري عن أي تفشّي وبائي لعدوى المستشفيات إلى قسم ضبط العدوى بمديريّة الأمراض السارية.
- دعم أعمال فريق ضبط العدوى.
- توفير المستلزمات لتطبيق خطّة منع العدوى والسيطرة عليها.

وحدة وفريق ضبط العدوى:

يتم تعيين كادر وحدة ضبط العدوى حسب عدد الأسرّة في المنشأة الصِحيّة، على ألا يقل عدد العاملين في وحدة ضبط العدوى والسيطرة عليها عن شخص مؤهل ومدرب لكل (120) سرير بحيث تكون الوحدة مسؤولة عن إدارة وتنفيذ برامج منع والسيطرة على العدوى داخل المنشأة الصِحيّة.

أعضاء فريق ضبط العدوى بالمنشأة الصِحيّة:

يتكون فريق ضبط العدوى من رئيس الوحدة الذي يتم تسميته رسمياً وخطياً لقسم ضبط العدوى المركزي لاعتماده كضابط ارتباط لمنع العدوى والسيطرة عليها ومساعد أو اثنين من التمريض القانوني والعاملين الصحيين المؤهلين علمياً وعملياً وبتدريب خاص وشهادات معتمدة في مجال منع والسيطرة على العدوى ويمكن زيادة العدد حسب عدد الأسرّة.

مهام ومسؤوليات فريق وحدة ضبط العدوى:

- تحضير وتنفيذ الخطة السنوية للوحدة واعتمادها من لجنة ضبط العدوى لتطبيق برنامج منع والسيطرة على العدوى داخل المنشأة الصِحيّة.
- تقديم المشورة والإرشادات اللازمة للكوادر الصِحيّة في كل ما يتعلق بإجراءات منع والسيطرة على العدوى.
- مراجعة وتطبيق المعايير الأساسية (السياسات وإجراءات منع والسيطرة على العدوى).
- إنشاء أو متابعة نظام رصد عدوى المستشفيات.
- وضع خطة تدريبيّة وتعليميّة للعاملين بصورة منتظمة ومستمرة على مدار السنة بشأن كافة جوانب منع العدوى والسيطرة عليها.
- تدريب العاملين على ممارسات منع العدوى والسيطرة عليها داخل المنشأة الصِحيّة.
- متابعة توفير المستلزمات والمعدات اللازمة لمنع العدوى والسيطرة عليها، وإبلاغ لجنة ضبط العدوى بالمنشأة الصِحيّة في حالة وجود أي عجز.
- إجراء التحريات أثناء تفشي الأوبئة بالتعاون مع قسم ضبط العدوى في مديرية الأمراض السارية.
- إعداد تقرير شهري بالأعمال التي تمت وعرض التقارير على لجنة ضبط العدوى لمناقشتها.
- تقديم التوصيات الخاصة بفريق ضبط العدوى بالمنشأة الصِحيّة إلى العاملين بالأقسام المختلفة.
- متابعة إصابات العمل المتعلقة بالامراض السارية للكوادر.
- إبلاغ لجنة ضبط العدوى عن وقوع أي إصابة بالعدوى داخل الأقسام.

(سلسلة انتقال العدوى)

العدوى:

هي انتقال الجراثيم والكائنات المجهرية الممرضة بتركيز يفوق الجرعة الممرضة الدنيا، بحيث تخترق الدفاعات الطبيعية للجسم وتصل إلى أنسجته الداخلية، أو المناطق المعقمة بطبيعتها في الجسم (والتي لا تحتوي في الأحوال العادية علي نبيت جرثومي، كالدم و السائل السحائي) و تستثير تفاعلاً يحاول به الجسم التخلص منها و القضاء عليها.

احتياطات منع وضبط العدوى:

- الاحتياطات القياسية.
- الاحتياطات المبنية على طرق الانتقال.

العوامل المسببة للعدوى:

وهي تلك الممرضات المجهرية التي يمكن أن تتسبب في الإصابة بالعدوى أو المرض. وتشمل البكتيريا، والفيروسات، والفطريات، والطفيليات.

سلسلة انتقال العدوى:

- **مسبب العدوى**: (الجراثيم التي يمكن أن تتسبب في الإصابة بالعدوى، وتشمل البكتيريا والفيروسات والفطريات والطفيليات).
- **حاضنة:** (هي المكان الذي تعيش فيه الميكروبات وتنمو وتتكاثر، وقد تكون في الكائنات الحية (الإنسان أو الحيوان) أو البيئة (التربة أو الهواء أو الماء) أو الادوات والمعدات).
- **طرق وأماكن الخروج:** (وهي الطرق التي تخرج من خلالها الميكروبات المسببة للعدوى، والتي من الممكن ان تكون الدورة الدموية أو الفتحات الموجودة بالجلد أو الأغشية المخاطية والجهاز التنفسي والبولي والتناسلي والهضمي).
- **طرق انتقال:** (وهي الطرق التي تنتقل بها الميكروبات من الحاضنة إلى الشخص المعرض للإصابة، وتوجد ثلاثة طرق لانتقال العوامل المسببة للمرض والعدوى.)
- **طرق واماكن الدخول:** وهي الطرق التي تسلكها الميكروبات المسببة للمرض لتدخل جسم الشخص المعرض للإصابة، وقد تدخل هذه الجراثيم عن طريق:
  - مجرى الدم (مثل القسطرة الوريدية والحقن).
  - فتحات الجلد (مثل الجروح السطحية والعميقة والطفح الجلدي ومواضع الجراحة).
  - الأغشية المخاطية (مثل العيون والأنف والفم).
  - الجهاز التنفسي.

- الجهاز البولي والتناسلي.
- الجهاز الهضمي.

- **<u>الأشخاص المعرضون:</u>** وهم الاشخاص يمكن أن يتعرضوا للإصابة بالعدوى، وقد يكونوا المرضى، أو مقدمي الرعاية الصحية، أو الزوار، أو غيرهم من أفراد المجتمع. يساعد التطعيم ضد أنواع معينة من الميكروبات المسببة للعدوى على تقليل الإصابة بالأمراض التي تسببها هذه الميكروبات.

طرق انتقال العدوى:

طرق الانتقال	التعريف	امثلة
التلامس (Contact) وله نوعان:	وهو انتقال الميكروبات المسببة للعدوى عن طريق اللمس وهو من أهم طرق انتقال العدوى وأكثرها شيوعا في المنشآت الصحية	الجراثيم المقاومة للمضادات الحيوية، الجروح النازفة، الإسهال غير المسيطر عليه
التلامس المباشر (direct)	انتقال الميكروبات نتيجة تلامس سطح جسم شخص مصاب بالمرض مع سطح جسم شخص آخر عرضة للإصابة بذلك المرض	البكتيريا المقاومة للمضادات الحيوية من جسم الشخص المصاب
التلامس غير المباشر (indirect)	انتقال الميكروبات نتيجة تلامس الشخص المعرض للإصابة بالمرض مع أدوات ملوثة	المعدات والإبر والضمادات الطبية الملوثة أو القفازات الملوثة التي لم يتم استبدالها عند التعامل مع المرضى
الرذاذ (Droplet)	انتقال الميكروبات المسببة للمرض عن طريق الرذاذ الذي يحتوي على الميكروبات الناتجة عن الشخص مصدر العدوى أو الناتج عن بعض الإجراءات الطبية وينتشر ذلك الرذاذ الملوث عبر الهواء لمسافة قصيرة لا تزيد عن 2 متر، ويتم دخوله إلى الجسم العائل عن طريق الفم أو الانف أو الملتحمة. وهي الميكروبات تكون ثقيلة لا تنتقل لمسافات بعيدة	الميكروبات المسببة لـ: الانفلونزا، التهاب السحايا، الدفتيريا، الفيروس الأنفي (Rhinovirus) من خلال: *التحدث أو العطس أو السعال، *من خلال إجراء تنظير للشعب الهوائية أو أجهزة شفط السوائل من الجهاز التنفسي (suction)
عن طريق الهواء Airborne	انتقال الميكروبات المسببة للمرض عبر نويات قطيرية صغيرة جدا تظل معلقة في الهواء الذي يحملها لمسافات بعيدة. يقوم العائل المعرض للإصابة بالمرض باستنشاق تلك النويات التي تظل معلقة في الهواء لفترة زمنية متغيرة	الميكروبات المسببة لـ: الحصبة والسل والجدري وجدري الماء
العامل الوسيط الناقل	تنتقل الميكروبات المسببة للعدوى بطريقه غير مباشرة الي العائل المعرض للعدوى عن طريق مادة ملوثة بالعامل المسبب للعدوى ومن هذه النواقل الطعام والماء والدم.	السالمونيلا، فيروس الالتهاب الكبد الوبائي (B,C) وفيروس العوز المناعي لدى الانسان (HIV) الكوليرا والشيجيلا.
العائل الوسيط الناقل (transmission vector)	تنتقل الميكروبات المسببة لمرض للعائل المعرض للإصابة عن طريق الحشرات وغيرها من اللافقاريات	البعوض الذي قد ينقل الملاريا والحمى الصفراء وحمى الوادي المتصدع والبراغيث التي قد تنقل الطاعون.

الوقاية من العدوى في مؤسسات الرعاية الصِحيّة

الوقاية من الإصابة بالعدوى في المؤسسات الصحيّة:

- **المبادئ الأساسية**: هي مجموعة من المعايير والإجراءات التي تُتَّبَع لرعاية كافة المرضى بصرف النظر عن كونهم مصابين بأمراض معدية أم لا.
- **احتياطات عزل المرضى**: هي احتياطات يتم اتخاذها اعتماداً على وسائل وطرق نقل العدوى إضافة إلى الاحتياطات القياسية.

احتياطات منع وضبط العدوى:

- الاحتياطات القياسية.
- الاحتياطات المبنية على طرق الانتقال.

الاحتياطات القياسية:

هي الحد الادنى من الاحتياطات التي يجب اتباعها عند التعامل مع المرضى بغض النظر عن كونهم مصابين بأمراض معدية أم لا.

- نظافة الأيدي.
- معدات الوقاية الشخصية.
- الاساليب المانعة للتلوث.
- معالجة الأدوات.
- نظافة البيئة.
- التعامل مع المفروشات والبياضات.
- ادارة النفايات الطبية.
- التخلص الامن من الادوات الحادة.
- السلامة والصحة المهنية.
- آداب العطس والسعال.
- اجراءات البزل القطني.

وسائل الوقاية الشخصية:

- القفازات (Gloves).

- العباءات (Gowns).
- كمامة الوجه (Masks).
- النظارة أو واقيات الوجه (Eye Goggle or Face Shield).

القفازات:

تستخدم القفازات لحماية أيدي مقدمي الرعاية الصحية عند احتمالية التعامل المباشر مع الدم، أو سوائل الجسم، أو الأغشية المخاطية، أو الجلد غير السليم. وتستخدم أيضا أثناء التعامل، أو لمس المرضى المصابين، أو الحاملين لجراثيم تنتقل بواسطة الاتصال المباشر، وعند التعامل مع الأدوات والأسطح الملوثة.

انواع القفازات:

نوع القفاز	قفازات جراحية معقمه	قفازات غير معقمه(لاتيكس)	قفازات شديدة التحمل (ثخينة)
الوصف	قفازات تستخدم لمره واحدة عند التداخلات العميقة واختراق دفاعات الجسم مثل الجلد والاغشية المخاطية والانسجة المختلفة ويكون كل قفاز مغلف على حدا	قفازات تستخدم لمره واحدة ويتم التخلص منها بعد الاستخدام. وتستخدم للوقاية من التعرض بشكل مباشر للدم أو سوائل الجسم	هي القفازات التي تستخدم عند التعامل مع النفايات أو الادوات الملوثة وعند القيام بأعمال التنظيف داخل المنشأة الصحية ويمكن اعادة استخدامها بعد تطهيرها
الاستخدام	أي اجراء أو تدخل جراحي يتم فيه ملامسة الانسجة الداخلية والدورة الدموية مثل (القسطرة الصدرية، الاجراءات الجراحية، قسطرة بولية) قبل التعامل مع أي ادوات جراحية معقمه	الاجراءات ذات الصلة بالأغشية المخاطية، سحب الدم، تركيب "كانيولا"، شفط الافرازات، عند ملامسة الدم وسوائل الجسم، عند النقل والتعامل مع العينات المخبرية.	القيام بعملية ازالة التلوث للمعدات والأدوات، التعامل مع مغلفات النفايات الطبية، التعامل مع الادوات الحادة، وعبوات الادوات الحادة، استخدام المطهرات والمنظفات والمواد الكيماوية، تنظيف وتطهير اثار انسكاب دم، براز، وسوائل الجسم

كمامة وواقية العين وواقي الوجه:

حاجز وقائي للفم والأنف والهدف منها حماية مقدم الرعاية الصحية من احتمالية العدوى عن طريق رذاذ الدم وسوائل الجسم وإفرازات الجهاز التنفسي.

- يجب ان تغطي تلك الاقنعة الفم والانف طوال وقت العمل ولا يجوز ارتداءها مطلقا متدلية حول العنق أو وضعها في الجيوب لإعادة استعمالها.
- يجب تغيير الاقنعة بصفة مستمرة إذا اصابتها الرطوبة.

- لا تعتبر الاقنعة القطنية اقنعة واقية اثناء التعامل مع المرضى المحتمل أو المؤكد اصابتهم بالعدوى البكتيرية المسببة لمرض السل لذا يجب ان تتوافر اقنعة عالية الكفاءة N95لاستخدامها عند اللزوم.

العباءة الطبية:

رداء يستخدم من قبل مقدم الخدمة أثناء تنفيذ الإجراءات الطبية التي يمكن أن تؤدي إلى تناثر رذاذ الدم وسوائل الجسم وتهدف إلى حمايه الأذرع والأجزاء المكشوفة من الجسم وملابس مقدم الخدمة.

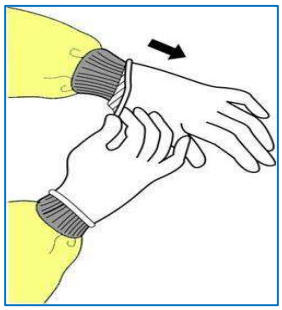


ارتداء الواقيات:

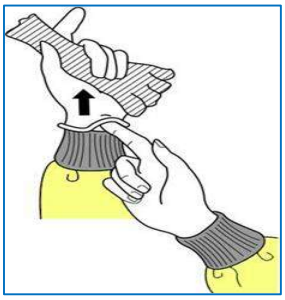
خطوات ارتداء القفازات:

- تنظيف اليدين.
- اختيار الحجم المناسب.
- ادخل يدك داخل القفاز.
- اجعل إسواره القفاز فوق إسواره العباءة.

خطوات خلع القفازات الملوثة:

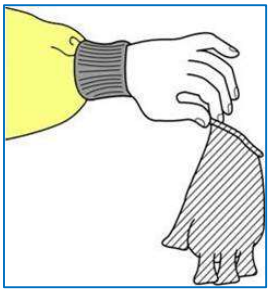


1- امسك القفاز بالقرب من طرفه المثني الخارجي واجذبه بعيداً عن اليد وسينقلب القفاز إلى جهته الأخرى.



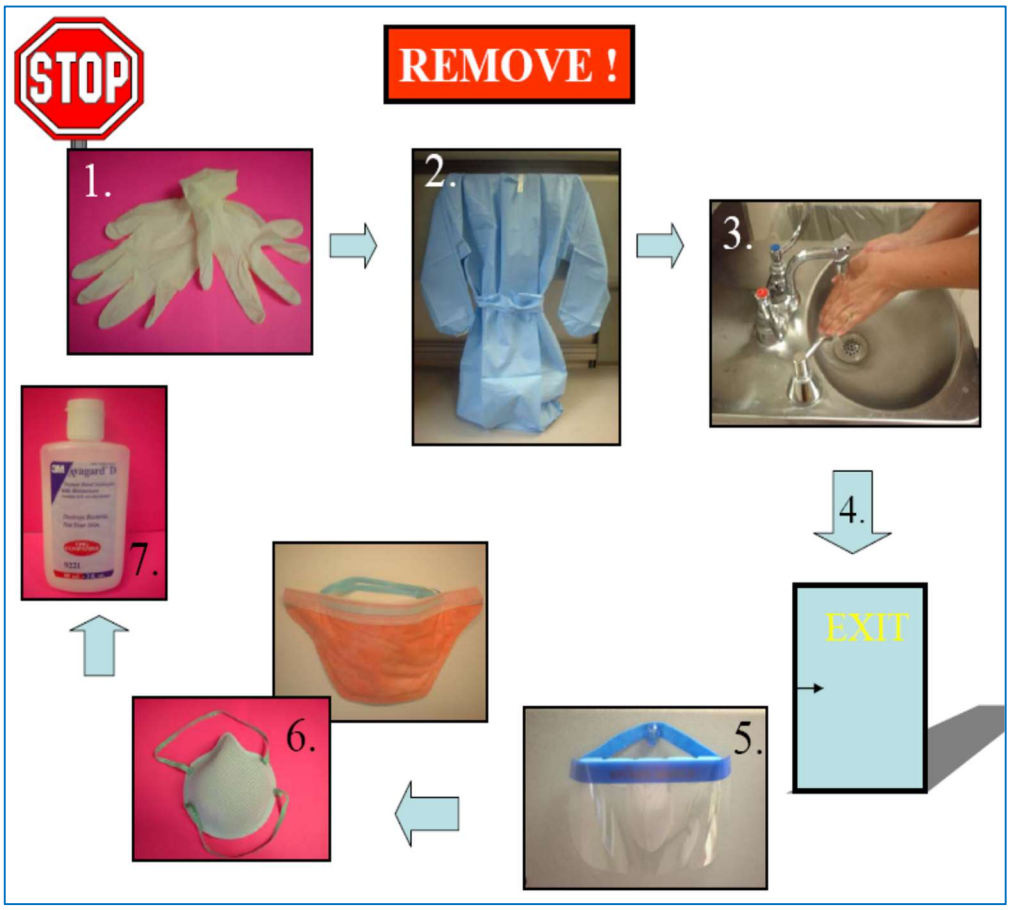
2- ضع القفاز في راحة اليد الأخرى.

3- ادخل إصبع اليد العارية تحت القفاز في اليد الأخرى واقلب القفاز بحيث يصبح السطح الخارجي للداخل وبداخل القفاز الآخر.



4- تخلص من القفازات على الفور. اغسل اليدين فور خلع القفازات أو افركهما بالمطهر الكحولي.

نزع وسائل الوقاية الشخصية:





الاساليب المانعة للتلوث:

- غسل اليدين واتداء وسائل الوقاية الشخصية.
- تحضير وتطهير الجلد مكان التدخل الجراحي أو الاجراء الطبي.
- المحافظة على تطهير العناصر المستخدمة في التدخل الطبي.
- المحافظة على تعقيم العناصر المستخدمة في التدخل الجراحي.
- استخدام اساليب جيده في الجراحة.
- تطهير البيئة والحفاظ عليها.

آداب العطس والسعال:

- تغطية الفم والانف بالمناديل الورقية عند العطس والسعال
- التخلص من المناديل المستعملة مباشرة في الاماكن المناسبة
- غسل الأيدي فورا عند التلامس مع الافرازات
- تغطية فم وانف المريض بقناع جراحي عند التنقل
- ترك مسافة لا تقل عن 1 م عن الشخص المصاب بأعراض تنفسية

احتياطات نقل العدوى:

احتياطات نقل العدوى عن طريق الهواء:

- غسل اليدين أو الدلك بالكحول قبل وبعد الدخول إلى الغرفة.
- وضع كمامة جراحية على فم وانف المريض في حال تنقله.
- إبقاء باب الغرفة مغلقا إلا للدخول والخروج.
- ارتداء الكمامة الواقية ذات الكفاءة العالية.

***على جميع الزوار مراجعة مكتب التمريض قبل الدخول إلى الغرفة.*

احتياطات نقل العدوى عن طريق الهواء والتلامس:

- غسل اليدين أو الدلك بالكحول قبل وبعد الدخول إلى الغرفة.
- ارتداء المريول والقفازات عند الاتصال مع المريض وإفرازاته.
- إبقاء باب الغرفة مغلقا إلا للدخول والخروج.

- ارتداء الكمامة ذات الكفاءة العالية مع وضع كمامة جراحية على فم وأنف المريض في حال تنقله.

على جميع الزوار مراجعة مكتب التمريض قبل الدخول إلى الغرفة.

احتياطات نقل العدوى عن طريق الرذاذ والتلامس:

- غسل اليدين أو الدلك بالكحول قبل وبعد الدخول إلى الغرفة.
- إبقاء باب الغرفة مغلقا إلا للدخول والخروج.
- ارتداء المريول والقفازات عند الاتصال مع المريض وإفرازاته.
- ارتد الكمامة قبل الدخول إلى الغرفة مع وضع كمامة جراحية على فم وانف المريض في حال تنقله.

على جميع الزوار مراجعة مكتب التمريض قبل الدخول إلى الغرفة.

احتياطات نقل العدوى عن طريق التلامس:

- غسل اليدين أو الدلك بالكحول قبل وبعد الدخول إلى الغرفة.
- ارتداء القفازات والمريول عند الاتصال المباشر مع المريض.
- إبقاء باب الغرفة مغلقا إلا للدخول والخروج.
- ارتداء الكمامة في الإجراءات التي يحدث عنها تطاير الرذاذ وشفط الإفرازات.

على جميع الزوار مراجعة مكتب التمريض قبل الدخول إلى الغرفة.

احتياطات نقل العدوى عن طريق الرذاذ:

- غسل اليدين أو الدلك بالكحول قبل وبعد الدخول إلى الغرفة.
- وضع كمامة جراحية على فم وانف المريض في حال تنقله.
- إبقاء باب الغرفة مغلقا إلا للدخول والخروج.
- ارتداء الكمامة الجراحية قبل الدخول إلى الغرفة.

التنظيف والتطهير والتعقيم (إزالة التلوث)

عملية يومية مستمرة لتنظيف الاسطح المختلفة وازالة الاتربة والأقذار والمواد العضوية داخل المنشأة الصحية والهدف منها:

- المحافظة على صحة الكوادر الطبية، والمرضى، والزوار، والمجتمع.

- ضمان بيئة صحية وآمنه داخل المنشأة الصحية.
- حلق جو مريح لدى المرضى، والعاملين.

التنظيف:

ازالة الغبار والأوساخ عن الاشياء والادوات ويتم ذلك عاده باستخدام الماء مع المنظفات أو المنتجات الانزيمية يجب أن يتم تنظيف شامل قبل التطهير العالي أو التعقيم لأن المواد العضوية وغير العضوية التي تبقى على أسطح الادوات تتداخل مع فعالية هذه العمليات.

التطهير:

عملية تدمير الكائنات الحية الدقيقة المسببة للأمراض ويزيل معظم الكائنات الحية الموجودة على السطوح ويجب ان تسبق عملية التطهير عملية تنظيف إذا تم استخدام مطهرات مثل الكلور.

التعقيم:

يصف التعقيم عملية تدمير أو القضاء على جميع أشكال الحياة الميكروبية ويتم إجراؤها في مرافق الرعاية الصحية بالطرق الفيزيائية أو الكيميائية. يعد البخار تحت الضغط وغاز (EtO) وبلازما غاز بيروكسيد الهيدروجين والمواد الكيميائية السائلة من الامثلة على عمليات التعقيم الرئيسية المستخدمة في مرافق الرعاية الصحية.

التطهير والتعقيم ضروريان لضمان أن الأدوات الطبية والجراحية لا تنقل مسببات الأمراض المعدية إلى المرضى. نظراً لأن تعقيم **جميع** عناصر رعاية المرضى ليس ضرورياً، يجب أن تحدد سياسات الرعاية الصحية، في المقام الأول على أساس الاستخدام للعناصر، سواء تمت الإشارة إلى التنظيف أو التطهير أو التعقيم.

مطهرات الأجسام الجامدة:

مواد كيماوية تستخدم لقتل الجراثيم على الأجسام الجامدة (الطاولات، الأسطح، الأدوات، الأرضيات).

مطهرات الأجسام الحية:

مواد كيماوية تستخدم لقتل الجراثيم على الجلد والأغشية المخاطية.

جدول يبين استخدامات التركيزات المختلفة للكلور:

تطهير الارضيات	تطهير الاسطح	التطهير متوسط المستوى	ازالة تلوث الدم وسوائل الجسم
100 PPMجزء بالمليون	200 PPMجزء بالمليون	500 PPMجزء بالمليون	5000 PPMجزء بالمليون

التخفيف الأمثل لمادة هايبوكلورايت الصوديوم:

نسبة تركيز مادة الكلورين المركزة الموجودة بالمائة	الحصول على محلول تركيزه 200 جزء بالمليون	الحصول على محلول تركيزه 500 جزء بالمليون
%5	اضافة 4 مل من الكلور / لتر ماء	اضافة 10 مل من الكلور / لتر ماء
%5.5	اضافة 3.6 مل من الكلور / لتر ماء	اضافة 9.2 مل من الكلور / لتر ماء
%6	اضافة 3.3 مل من الكلور / لتر ماء	اضافة 8.4 مل من الكلور / لتر ماء
%6.5	اضافة 3.1 مل من الكلور / لتر ماء	اضافة 7.8مل من الكلور / لتر ماء
%7	اضافة 2.9 مل من الكلور / لتر ماء	اضافة 7.2 مل من الكلور / لتر ماء

التنظيف الفوري عند حدوث أي تلوث أو انسكاب الدم:

- ارتداء الواقيات الشخصية.
- مسح كمية الدم القليلة "نقاط من الدم" بقطعة قماش ويتم التخلص منها.
- ثم يتم التطهير باستخدام محلول الكلور 500 جزء بالمليون تقريبا (مكيال كلور مقابل 100 مكيال ماء إذا كان الكلور متوفر (6-5%).

عند التعامل مع انسكابات الدم الكبيرة:

- استخدام صندوق الانسكاب.
- وضع مواد ماصه حتى تتشرب الدم.
- التخلص من المواد في الكيس المناسب.
- تنظيف المنطقة بالماء والصابون وتجفيفها.
- التطهير باستخدام محلول الكلور 5000 جزء بالمليون تقريبا (مكيال كلور مقابل 10 مكاييل ماء إذا كان تركيز الكلور المتوفر (6-5%).
- ترك الكلور 10 دقائق.

عند التعامل مع انسكابات الدم مع وجود قطع زجاج مكسورة:

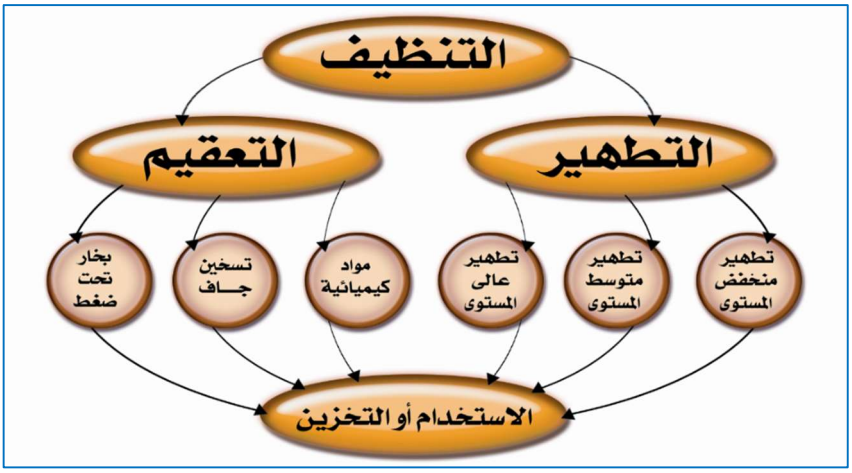
- استخدام صندوق الانسكاب.
- ضع بودرة الكلور على الانسكاب وتركه حتى يجف وإذا لم يتوفر ضع مواد ماصه حتى تتشرب الدم.
- التقاط الزجاج المكسور باستخدام ملاقط وليس باليد والتخلص منها بالوعاء المناسب.
- تنظيف المنطقة بالماء والصابون تجفيفها.

- التطهير باستخدام محلول الكلور 5000 جزء بالمليون تقريبا (مكيال كلور مقابل 10 مكاييل ماء إذا كان تركيز الكلور المتوفر (6-5%).

الإجراءات التي تسبق عملية التنظيف:

- شطف السوائل والافرازات عن الأدوات.
- ارتداء وسائل الوقاية الشخصية.
- الشطف الأولي للأدوات باستخدام الماء الجاري.
- نقل الأدوات من الاقسام إلى وحدة التعقيم.
- وضع الادوات والمعدات في عربات خاصه ليتم نقلها إلى وحدة التعقيم.
- وضع لاصق على العرب واضح للعيان مكتوب علية مواد ملوثه.
- استلام الادوات طبقا لنظافة بيان الأدوات.
- توثيق الادوات المستلمة بسجل حاص.
- تسليم الادوات إلى منطقة التنظيف في وحدة التعقيم.
- تنظيف وتطهير العربة بمطهر مباشرة بعد الانتهاء من استخدامها.

دورة معالجة الأدوات:



تصنيف سبولدنج للاجراءات الطبية

الرقم	نوع الاجراءات	امثلة على الاجراءات	المستوى المطلوب للادوات	كيفية معالجة الادوات
1	عالية الخطورة Critical	جميع الادوات الجراحية منظار البطن، منظار الركبة، منظار المثانة البولية	تعقيم	• البخار المضغوط • التعقيم الكيميائي • غاز الايثيلين اوكسيد • البلازما
2	متوسطة الخطورة Semi critical	تنظير: المعدة و القولون والمستقيم والقصبات الهوائية	تطهير عالي المستوى	استخدام المطهرات عالية المستوى
3	منخفضة الخطورة Non critical	قياس العلامات الحيوية وفحص المريض بالسماعة الطبية	تطهير منخفض المستوى	استخدام المهرات منخفضة المستوى مثل مركبات الامونيا الرباعية

التغليف:

من الخطوات المهمة جدا قبل اجراء عملية التعقيم، وعلى مادة التغليف تحدد الفترة الزمنية لتحزين الهدف من التغليف هو المحافظة على التعقيم اطول فتره ممكنه وحماية الادوات الجراحية من التلف

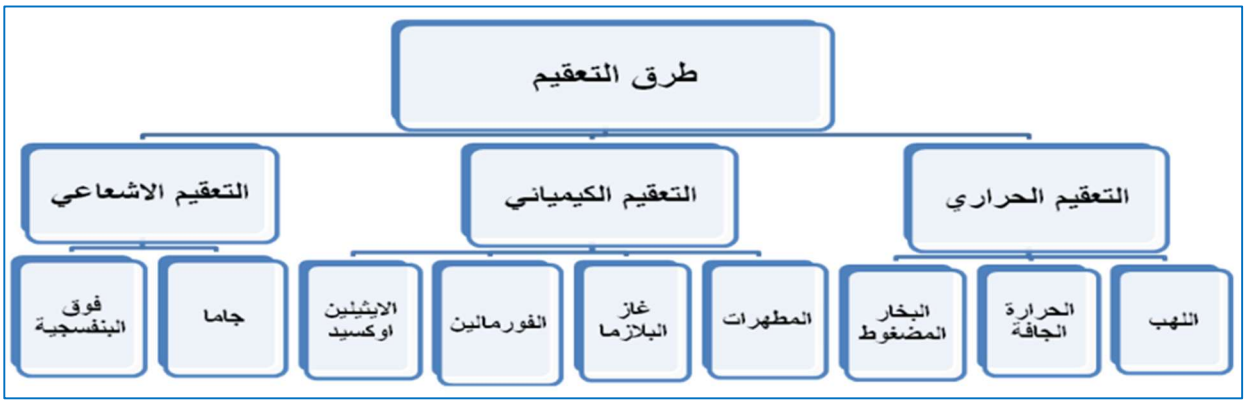
انواع التغليف	خصائص التغليف
القماش Textile	• متوفرة ورخيصة وشائعة الاستخدام • سهلة التغليف" يمكن ثنيها بسهولة" • قوية ويعاد استخدامها • لا ينصح باستخدامها لوحدها • فترة التخزين قليلة
ورق التعقيم Sterilization Paper sheets	• غير مكلف نسبيا • المسامات صغيرة تغلق بعد التعقيم مباشرة • لا يمكن اعادة استخدامها – تستخدم لمرة واحدة • يوجد صعوبة بفرده على طاولة الادوات لإجراء العملية (Drapable Poor)
أوراق التعقيم غير المحاكة Non-woven sheets	• شبيه بورق التعقيم، ولكنه أكثر قوة ومتانة • يمكن فرده بسهولة (Memory free-Well Drapable) • ا يترك اثار مثل الوبر من القماش (Lent free،particles) • يقاوم المياه بشكل جيد (hydrophobic) • لا يمكن اعادة استخدامها – تستخدم لمرة واحدة
اكياس التعقيم الورقية Paper sterilization bags	• تستخدم لمرة واحدة • تأتي بعدة احجام • تتمزق بسهولة ولا توفر حماية كبيرة للأدوات المعقمة • أفضل استخدام لها لحفظ شاش العمليات
اكياس التعقيم الشفافة Laminated film pouches	• نفس خصائص الاكياس الورقية، ولكنها أكثر متانة • شائعة الاستخدام وتوفر حماية ضد الجراثيم إذا استخدمت بطريقة صحيحة • ممكن رؤية الادوات من خلالها – أحد جهاتها شفافة من البلاستيك • مزودة بمؤشرات كيميائية لضمان جودة التعقيم • يأتي على شكل اكياس أو رولات • المادة المعقمة تخترق الجهة الورقية وليس النايلون

تخزين الأدوات بعد التعقيم بالبخار المضغوط للأدوات المغلفة :

وضع الأدوات في خزانة جافة محكمة الإغلاق تحت درجة حرارة معتدلة ورطوبة منخفضة وبحد أقصى 6 أشهر كما هو مبين في الجدول التالي:

نوع التغليف	فترة الصلاحية
طبقتين من أوراق التعقيم الخاصة	6 شهور
طبقة واحدة من أوراق التعقيم الخاصة	شهر واحد
طبقة واحدة من القماش	اسبوع واحد
طبقتين من القماش	شهر واحد
طبقة واحدة من أكياس التعقيم الشفافة مع لصق الي	6 شهور
طبقة من أكياس التعقيم الشفافة مع لصق يدوي	3 شهور

طرق التعقيم:



مؤشرات التعقيم:

المؤشرات الميكانيكية: Mechanical indicators: تعمل هذه المؤشرات على كشف المتغيرات المطلوبة في كل نوع من انواع التعقيم مثل: الوقت والحرارة والضغط وأي متغيرات اخرى أثناء عملية التعقيم والتي تعتبر جزءاً من جهاز التعقيم.

المؤشرات الكيماوية: Chemical Indicators: مؤشرات للكشف عن عوامل التعقيم المختلفة وتستخدم داخل وخارج العبوات والرزم المراد تعقيمها وتوضع في الأماكن التي يستغرق وصول عوامل التعقيم اليها وقتاً طويلاً، وقد توضع على العبوات المغلفة من الخارج للتمييز بين العبوات التي دخلت التعقيم عن غيرها.

المؤشرات البيولوجيةBiological Indicators: مؤشرات تعتمد في استخدامها على الأبواغ الميكروبية (المتحوصلات البكتيرية) المقاومة للحرارة لتحديد ما إذا كانت عملية التعقيم قد تمت بنجاح أم لا. فيمكن الحكم على نجاح عملية التعقيم في حالة القضاء على حويصلات البكتريا الموجودة في عبوات خاصة.

التخزين:

تخزين الادوات المعقمة من خلال حفظ الأدوات بأماكن قريبة من اماكن العمل وحسب أسس التخزين، والهدف هو سهولة الوصول إلى الأدوات المعقمة المراد استخدامها أثناء التداخلات الجراحية والحفاظ عليها من فساد التعقيم.

نظافة اليدين

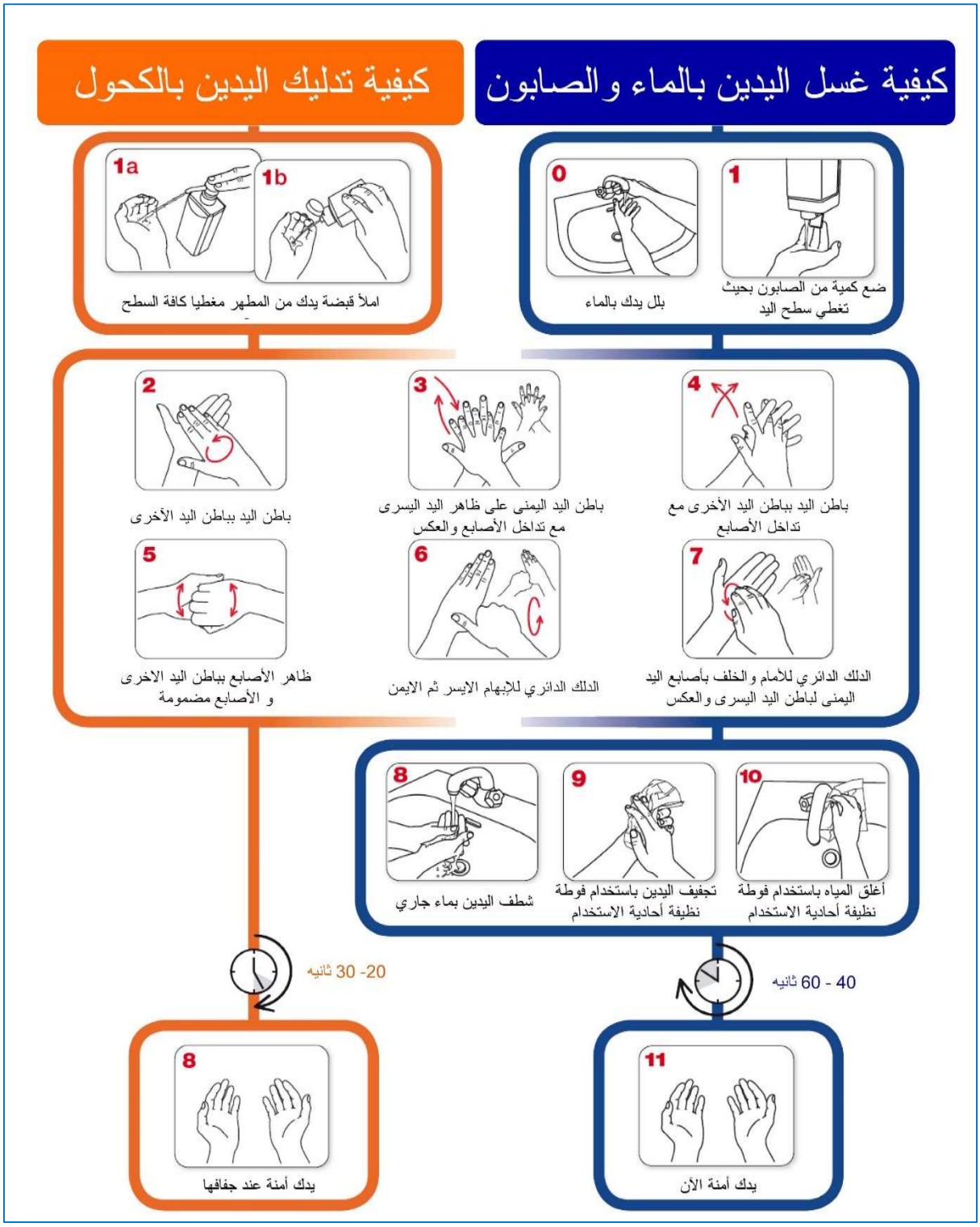
لماذا العناية بنظافة اليدين؟؟

تعتبر أيدي العاملين بالمجال الصحي مصدراً رئيسياً لنقل العدوى لذلك فان نظافة الأيدي من أهم الاجراءات التي تمنع انتشار العدوى في المنشآت الصحية.



غسيل اليدين:

الطريقة	المواد المطهرة	الهدف	المنطقة	المدة
غسل اليدين الروتيني	الصابون السائل العادي	إزالة الأوساخ المرئية والكائنات الدقيقة العابرة	اليدين والأصابع	ثانية 40 - 60
فرك اليدين باستخدام الكحول	الكحول	القضاء على الجراثيم العابرة والتقليل من تواجد الجراثيم المستوطنة	اليدين والأصابع	حتى تجف الأيدي من الكحول
غسل اليدين الصحي	ماء الكلورهيكسيدين و "اليود" أو أي صابون سائل مضاد للميكروبات	القضاء على الجراثيم العابرة والتقليل من تواجد الجراثيم المستوطنة	اليدين والأصابع	60 ثانية
غسل اليدين الجراحي	ماء الكلورهيكسيدين و "اليود" أو أي صابون سائل مضاد للميكروبات	تطهير اليدين من الجراثيم العابرة والتقليل من الجراثيم المستوطنة	اليدين والأصابع إلى 5 سم أعلى المرافق	دقائق 3 - 5
فرك اليدين الجراحي باستخدام المستحضر الكحولي	المطهر الكحولي المناسب	تطهير اليدين من الجراثيم العابرة والتقليل من الجراثيم المستوطنة	اليدين والأصابع إلى 5 سم أعلى المرافق	دقيقة ونصف
مسح الأيدي الصحي	مناديل مبللة بمطهر	تنظيف اليدين من المواد العالقة" بديل لغسل الأيدي الروتيني"	اليدين والأصابع	حسب الحاجة


كيفية غسل اليدين بالماء والصابون
كيفية تدليك اليدين بالكحول
0
بلل يدك بالماء
1
ضع كمية من الصابون بحيث تغطي سطح اليد
1a
1b
املأ قبضة يدك من المطهر مغطيا كافة السطح
2
باطن اليد بباطن اليد الأخرى
3
باطن اليد اليمنى على ظاهر اليد اليسرى مع تداخل الأصابع والعكس
4
باطن اليد بباطن اليد الأخرى مع تداخل الأصابع
5
ظاهر الأصابع بباطن اليد الاخرى و الأصابع مضمومة
6
الدلك الدائري للإبهام الايسر ثم الايمن
7
الدلك الدائري للأمام والخلف بأصابع اليد اليمنى لباطن اليد اليسرى والعكس
8
شطف اليدين بماء جاري
9
تجفيف اليدين باستخدام فوطة نظيفة أحادية الاستخدام
10
أغلق المياه باستخدام فوطة نظيفة أحادية الاستخدام
20- 30 ثانيه
40 - 60 ثانيه
8
يدك أمنة عند جفافها
11
يدك أمنة الآن

الحقن الامن

هو اجراء الحقن الذي لا يتسبب في اذى للمريض ولا يعرض مقدم الخدمة إلى أي من المخاطر اضافه إلى انه لا ينتج عنه أي نفايات قد تؤذي الآخرين.

قواعد الامان في الحقن الامن: هي افتراض ان كل سوائل الجسم تحتوي على جراثيم وافترض ان الجلد والبيئة المحيطة تحتوي على كائنات حيه والحقن غير الامن ينشر الجراثيم أسرع من الاستنشاق أو البلع.

الاجراءات التي تحمي مقدم الرعاية ومتلقيها من الاصابة بالأدوات الحاده:

- تركيز مقدم الخدمة على ما يقوم بفعله.
- التخلص من جميع الادوات الحادة في أوعيه مقاومه للثقب فور استخدامها.
- عدم كسر الادوات الحادة أو ثنيها أو قطعها.
- التخلص من الإبرة والمحقنة معا واعتبارهما وحده واحده.
- عدم اعادة تغطية الإبرة الا عند الحاجة الماسة لذلك وعند القيام بذلك لا يجوز استخدام اليدين معا.
- استبدال الوعاء عند امتلائه إلى (الثلثين أو ثلث ارباع) أو بعد 90 يوم من بدأيه استخدامه إذا لم يمتلئ إلى الثلثين أو ثلث ارباع.
- التخلص من وعاء الادوات الحادة بما يحتويه باعتباره وحده واحده.
- ارتداء قفازات شديدة التحمل عند التخلص من جميع النفايات الطبية.

مناولة الأدوات الحادة:

- يقوم ممرض العمليات بوضع الاداة الحادة في صحن كلوي معقم أو في منطقه اخرى امنه داخل منطقة التعقيم.
- يقوم ممرض العمليات بإخبار الجراح ان الأداة المتكورة موجودة في المنطقة الآمنة.
- يقوم الجراح بالتقاط الاداة الحاد واستخدامها ثم اعادتها إلى المنطقة الآمنة مره أخرى.
- في حال عدم توفر الصحن الكلوي المعقم يتم مناولة الأداة بشكل معكوس ومن الجهة الغير حاده للطرف المتناولة للأداة وتكون الجهة الحادة في باطن يد المتناولة للاداه وتكون الجهة الحادة في باطن يد المناولة والطرف الحاد إلى الخارج بعيدا عن باطن اليد.

استخدام طريقة اليد الواحدة للتخلص الآمن من الأدوات الحادة:



1. ضع الغطاء على سطح مستوى ثم ابعد يدك الحرة.



2. بيد واحده امسك المحقنة وادخل الابرة بالغطاء ثم ارفعه إلى اعلى.



3. عندما يقوم الغطاء بتغطية الابرة بشكل كامل امسك الغطاء بنفس اليد من الاسفل واحكم اغلاقه.

الصحة المهنيّة

الصحة المهنية:

برنامج يُعنى بسلامة وصحة مقدّم الخدمة وحمايته من الإصابة بالعدوى والمخاطر المهنية ويهدف إلى حماية العاملين من الإصابة بالعدوى والمخاطر المهنية المنتشرة في بيئة العمل.

ويشتمل على:

- الفحوصات الطِبّية: قبل التعيين، وبشكل دوري وعند الحاجة.
- إعطاء المطاعيم اللّازمة.
- الوقاية من الإصابة والحوادث.
- إجراءات ما بعد التعرض للوخز والمخاطر المهنية الأخرى.
- متابعة الأشخاص المصابين.
- تبليغ الجهات الرسمية المعنية مثل مؤسسة الضمان الاجتماعي.

اعتبارات خاصة بالسّلامة المهنيّة:

يجب على جميع مؤسسات الرعاية الصِحيّة تطبيق برنامج السلامة والصحة المهنيّة بحيث يغطي الموظفين الحاليين والجدد، كما ويجب على كل موظف إبلاغ فريق ضبط العدوى فور تعرّضه لما يلي:

- حوادث الوخز بالإبر والإصابة بالأدوات الحادة.
- التعرض للدم أو سوائل الجسم الأخرى.
- التعرض للأمراض السارية والمعدية.
- التعرض للمواد السامّة والنفايات الخطرة.

الفحوصات الطِبّية:

تقوم إدارة المؤسسة الصِحيّة بإجراء الفحوصات الطِبّية التالية للموظفين الجدد:

- فحص التهاب الكبد (HbsAg، HCV ، HIV).
- فحص الأجسام المضادة لالتهاب الكبد B تايتر (HbsAb) لمن أخذ المطعوم.

- فحص فيروس العوز المناعي المكتسب (HIVAb).
- فحص الصدر الشعاعي.

إعطاء المطاعيم اللازمة:

- تنفيذ ومتابعة تطعيم الكوادر الصِحيّة من قبل فريق ضبط العدوى.
- حفظ سجلات المطاعيم في مكتب ضبط العدوى.

التبليغ عن جميع الاصابات المهنية

- حالات الاصابة بالوخز أو القطع بالأدوات الحادة.
- التعرض للسوائل الخطرة المنسكبة.
- التعرض للأمراض السارية.

الوقاية من الإصابة والحوادث:

- تطبيق الاحتياطات القياسية في التعامل مع جميع المرضى.
- تدريب الموظفين على برنامج الصحة المهنيّة من خلال البرنامج التعريفي العام والتعليم المستمر.
- التأكيد على ارتداء العاملين لوسائل الوقاية الشخصية.
- التدريب على إجراءات الحقن الآمن.

إجراءات ما بعد التعرض للوخز والمخاطر المهنية:

- غسل مكان الإصابة بالماء الجاري والصابون السائل.
- عدم الضغط على الجرح أو عصره.
- تغطية الجرح بالشاش وتثبيته باللاصق الطبي.
- إبلاغ فريق ضبط العدوى.
- كتابة تقرير عرضي وإرسال نسخة إلى شؤون الموظفين لحفظها في ملف الموظف المصاب.
- الاحتفاظ بسجل التقارير في مكتب ضبط العدوى.
- تحويل الموظف المصاب فوراً إلى طبيب الموظفين أو الطوارئ لإجراء الفحوصات الموصَى بها حسب الجدول المرفق.

- التنسيق مع مديرية الصحة المعنيّة لإرسال الفحوصات اللّازمة إلى المختبرات المركزية بعد التنسيق هاتفيّا معهم.

التعرض للسوائل المعدية المنسكبة والمتطايرة:

- غسل العينين بماء نظيف أو محلول ملحي.
- اتباع التعليمات الواردة في التعرّض للوخز.

التعرض للأمراض المعدية:

- إبلاغ فريق ضبط العدوى.
- تقييم الشخص المتعرّض من قبل الطبيب المختص.
- اتباع تعليمات الواردة في التعرّض للوخز

المريض مصدر العدوى	حالة عامل الرعاية الصحية بالنسبة للقاح الالتهاب الكبدي الفيروسي	جدول رقم (2): الإجراءات المتبعة عند التعرض للوخزالعلاج
موجب الاستجابة لأنتيجينات (مستضدات) الالتهاب الكبدي الفيروسي (ب) (HBsAg positive)	لم يتم تطعيمه	إعطاء التطعيم فوراً *+ جرعة جليوبيولين صناعي.
	جرعة واحدة من المطعوم	إكمال كل الجرعات
	جرعتان من المطعوم	إكمال كل الجرعات
	ثلاث جرعات من المطعوم	لا شيء
سالب الاستجابة لأنتيجينات (مستضدات) الالتهاب الكبدي الفيروسي (بي) (HBsAg negative)	لم يتم تطعيمه	يتم تطعيمه
	تم تطعيمه	لا شيء
غير معروف	لم يتم تطعيمه	يتم تطعيمه
	تم تطعيمه	لا شيء
حامل لمضاد فيروس الالتهاب الكبدي الفيروسي (سي)	لا يوجد لقاح للالتهاب الكبدي الفيروسي (سي)	لا شيء
حامل لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)	لا يوجد لقاح لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)	مدة أربعة أسابيع يتم فيه تناول ثلاثة عقاقير ة للفيروسات (مثل زيدوفودين ولاميفودين) ويجب الرجوع إلى البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز يبدأ العلاج فوراً (72 ساعة)

لتفادي التلوث:

- تحضير الكمية المناسبة من المطهر حسب الاستخدام.
- استخدام عبوات صغيرة قاتمة اللون ذات غطاء تكفي للاستخدام اليومي – استخدام الكمية المناسبة للاستعمال الواحد – عدم اعادة المتبقي للعبوة الرئيسية.
- عند تفريغ المطهر من عبوة لآخر يراعى عدم ملامسة فوهات العبوات لبعضها.
- عدم ترك العبوات مفتوحة – يجب اغلاقها بإحكام بعد كل استخدام.
- كتابة اسم المطهر وتاريخ تحضيره وصلاحيته على كل عبوة.
- التخزين بالمكان المناسب – بعيدا عن الحرارة، الشمس، الضوء في خزائن خاصة وآمنة.
- استبدال المطهر عند حدوث التلوث أو تغير لونه أو وصوله لنهاية فترة الصلاحية حسب النوعية وتعليمات الشركة الصانعة.
- عدم وضع الشاش أو القطن بالمطهر (الكحول).
- تنظيف وتطهير العبوات الصغيرة قبل تعبئتها تطهيرا عالي الفعالية وإعادة التطهير أسبوعياً.

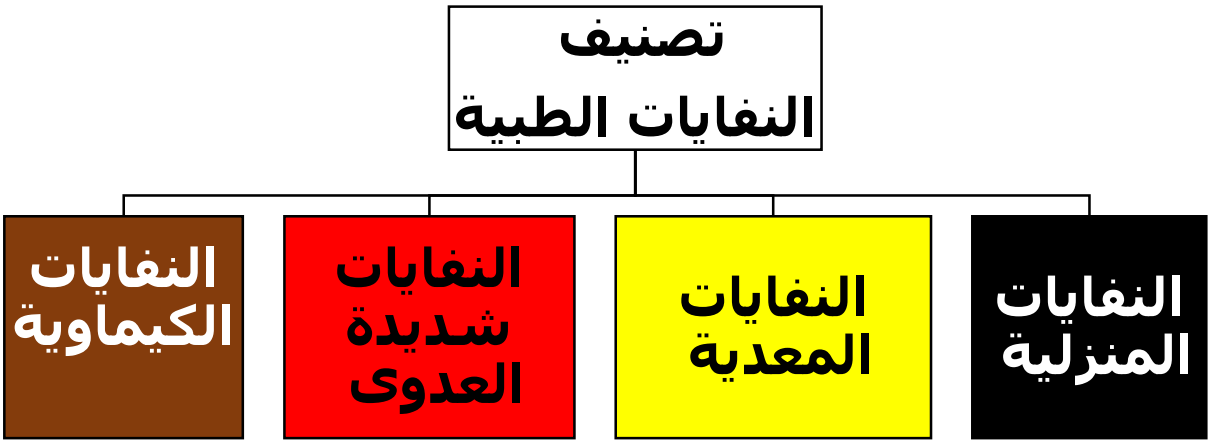
إدارة النفايات الطِبِّية

ما هو مفهومك للنفايات الطِبِّية؟

هي جميع النفايات الصلبة أو السائلة أو الغازية الناتجة عن مختلف مؤسسات الرعاية الطِبِّية والمختبرات الطِبِّية ومراكز الأبحاث الطِبِّية ومصانع ومستودعات الأدوية البشريّة والبيطريّة وعيادات الطب البيطري ومؤسسات التمريض المنزلي.

مفهوم إدارة النفايات الطِبِّية:

هي عملية فصل وجمع وتخزين ونقل والتخلص من جميع أنواع النفايات الناتجة عن نشاطات الرعاية الصِحيّة.



الاجراءات:

- فصل النفايات حسب تصنيفها مباشرة في مكان تولدها.
- التخلص من النفايات المعدية في أكياس بلاستيكية صفراء اللون.
- التخلص من النفايات غير الضارة (المنزلية) في أكياس بلاستيكية سوداء
- التخلص من النفايات عالية الخطورة في أكياس نايلون حمراء اللون وهي: عينات الزراعة في المختبر وغرف العزل.
- النفايات الدوائية يتم التخلص منها في أكياس بلاستيكية بنية اللون.
- التخلص من الأدوات الحادة في أوعية خاصة
- وضع حاملات الاكياس والعبوات في أماكن مناسبة والتخلص منها عند امتلائها إلى الثلثين.
- عدم وضع الأيدي داخل أكياس النفايات.

- غسل الأيدي بعد التعامل مع النفايات.
- الإقلال من تداول النفايات قدر الإمكان داخل القسم.
- جمع النفايات من الغرف في أكياس محكمة الإغلاق ووضع بطاقة بيان على الكيس والعبوات مكتوب عليه اسم القسم والتاريخ.
- التأكد من لبس القفازات السميكة قبل العمل على جمع النفايات.
- تخزين النفايات في حاويات محكمة الإغلاق والتخلص منها يوميا.

التخلص من النفايات السائلة كالتالي:

- ارتداء القفازات شديدة التحمل.
- سكب النفايات داخل الصرف الصحي وتجنب انسكابها حول الاطراف.
- سكب الماء بشكل جيد لإزالة الآثار المتبقية.
- سكب الكلور بتركيز500 جزء بالمليون ثم الشطف الجيد بالماء
- غسل اليدين

مقدمةالرصد الوبائي للأمراض السارية

المرض الساري هو المرض الناجم عن انتقال عامل مرضي معيّن (البكتيريا، الفيروسات، الفطريات، والطفيليات) أو منتجاته السمّية، من مصدر كان فيه العامل الممرض في فترة الحضانة (كشخص أو حيوان) مصابين بالعدوى أو يؤويانه كمخزن له، أو من مستودع آخر من غير الأحياء إلى المُضيف المستعد، وقد يتم انتقاله إما مباشرة أو بعد مروره عبر وسيط (حيواني أو نباتي) أو ناقل أو بيئة غير حيّة.

إن الأمراض السارية، وفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية، هي المسؤولة عن حوالي ثلث الوفيات في العالم وللتمكن من السيطرة عليها تم تطوير اللوائح الصِحيّة الدولية (2005) وهي اتفاق قانوني دولي مُلزِم لجميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، وتعهدت بالعمل على تحقيق أهداف تنفيذ اللوائح الصِحيّة الدولية، وقد واجَهَت البلدان عدداً من التحدّيات في سبيل تنفيذ اللوائح الصِحيّة الدولية، وشملت هذه التحديات غياب قوانين الصحة العمومية الداعمة وغيرها من الوثائق القانونية والإدارية اللازمة، وقصور التنسيق فيما بين أصحاب الشأن المعنيين على المستوى القُطري ومع البلدان المجاورة، وارتفاع معدّل تنقُّل العاملين المؤهلين، وعدم كفاية القُدُرات المالية اللازمة لتغطية نفقات الأنشطة الموضوعة والمُخَطط لها.

لقد تمت السيطرة في الأردن على كثير من الأمراض السارية وانخفضت أعداد المصابين والوفيات بسبب الأمراض الأخرى وذلك من خلال برنامج التطعيم الوطني وكذلك نتيجةٌ لتحسّن ظروف معيشة المواطن من النواحي التغذوية والبيئية والاجتماعية، على الرغم من ذلك فإن الأمراض السارية ما زالت تشكّل تحديا كبيراً للسلطات الصِحيّة، فهناك الخطر من ظهور أمراض سارية جديدة لم تكن معروفة من قبل كمرض COVID 19، إنفلونزا الطيور، إنفلونزا H1N1، ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية لفيروس كورونا (COV-MERS)، أو انبعاث أمراض تم السيطرة عليها سابقا (Re-emerging Diseases) كمرض السل والملاريا.

إن هذا التحدي يعود لأسباب كثيرة منها: سهولة التنقل بين الدول، وازدياد حجم التجارة العالمية وخصوصاً المواد الغذائية، وشُح المياه الصالحة للشرب، والأزمات الاقتصادية بالإضافة للحروب وما يترتب عليها من اللاجئين والنازحين وانهيار للنظام الصحي.

المهام الرئيسية لمديرية الأمراض السارية:

- رصد الأمراض السارية بما فيها الأمراض المستجدّة والمنبعثة التي يبلغ عنها وفقاً لقانون الصحة العامة واللوائح الصِحيّة الدولية من خلال نظام الرصد الإلكتروني من المستوى الطرفي وكذلك إجراء الاستقصاءات الوبائية.
- الإشراف والمتابعة الفنيّة على البرنامج الوطني للتطعيم وتزويد مديريات الصحة بالمطاعيم والأمصال.

- مكافحة الأمراض الطُفيليّة والمشتركة من خلال الرصد ومكافحة النواقل وتوفير العلاج وتقديم المشورة والعلاج الوقائي للمسافرين.
- رصد الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها الإيدز وتقديم المشورة للمتعايشين.
- الإشراف والمتابعة لإجراءات ضبط العدوى في المراكز الصِحيّة والمستشفيات.
- إعداد الأدلة الإرشاديّة والتدريب المستمر للكوادر الصِحيّة في مجال الرصد الوبائي للأمراض.
- فحص العينات الخاصة بمرض شلل الأطفال.
- إعداد وتوزيع النشرات الطِبّية والإجراءات الواجب اتخاذها عند حدوث الأوبئة.
- فحص العينات الخاصة بمرض داء الكَلَب في الحيوانات.
- حفظ المطاعيم وتوزيعها على مديريات الصحة.

تعريف الرصد الوبائي (Surveillance):

يُعرّف الرصد الوبائي بأنه: عملية مستمرّة ومنتظمة لجمع وتبويب وتحليل وتفسير المعلومات بهدف تخطيط وتنفيذ وتقييم البرامج الصِحيّة، تحديد الاحتياجات والأولويات، اتخاذ الإجراءات اللازمة في الوقت المناسب، وتعميم النتائج على المعنيين وأصحاب القرار.

ويُعرّف الوباء Epidemic بأنه وقوع حالات مرَضية في مجتمع أو بُقعة جغرافية محددة بزيادة واضحة عن المتوقع استناداً إلى الخبرات السابقة بينما الفاشيّة Outbreak وباء يحدث في مجتمع أو بقعة جغرافية صغيرة وبفترة زمنية قصيرة، في حين الجائحة Pandemic وباء يحدث في بقعة جغرافية واسعة.

أهداف الرصد الوبائي

- الاكتشاف المبكر للأوبئة واحتوائها في مراحلها المبكرة قبل انتشارها.
- تحديد الأولويات في التخطيط لحل المشاكل الصِحيّة.
- تحديد الفئات الأكثر تعرّضاً للخطر.
- معرفة وتحديد عوامل الخطورة المختلفة المسؤولة عن حدوث بعض الأمراض أو الوفيّات.
- معرفة اتجاهات المرض لاستخدامها في التخطيط السليم لتقديم الخدمات الصِحيّة المناسبة.
- تقييم الإجراءات الوقائية وإجراءات السيطرة وإدخال التعديل اللازم طبقاً للمتغيرات الوبائية للمرض.

أنواع الرصد الوبائي:

الرصد السلبي:

يعتمد هذا النوع على جمع المعلومات المتعلقة بالأمراض التي يتم رصدها ومثال ذلك التبليغ الروتيني المنتظم، وبالرغم من أن هذا النوع من الرصد غير مكلف، إلا أنه لا يمد بصورة وافية عن الأعداد الكلية والمعلومات الإضافية للحالات المرَضية الموجودة.

الرصد النشِط:

يعتمد هذا النوع على جمع المعلومات عن أمراض محددة من قِبل كوادر الصحة العامة، يتم العمل بهذا النوع عند حدوث أمراض جديدة في منطقة معينة وفي حالة الأمراض المستهدَفة للاستئصال كما هو الحال بمرض شلل الأطفال في المملكة.

الرصد المختار:

يعتمد هذا النوع على جمع المعلومات من مستشفيات أو مراكز صحيّة عن أمراض أو حوادث صحية معينة ويراعي في المرافق الصِحيّة المختارة التمثيل الجغرافي، المناطق ذات الخطورة العالية، استعداد المناطق المختارة للتعاون مع السلطات الصِحيّة المركزيّة في نظام الرصد، توفر الخدمات الصِحيّة ووسائل التشخيص.

إجراءات الرصد الوبائي في الأردن:

لغايات رصد الأمراض السارية، تم تقسيم المملكة إلى 21 مركز تبليغ يتبع مركز التبليغ جميع المستشفيات، المراكز الصِحيّة، والعيادات التابعة لكافة القطاعات الصِحيّة الموجودة في المنطقة ،كما تم تصنيف الأمراض السارية التي يجب التبليغ عنها إلى مجموعتين المجموعة (أ) والمجموعة (ب)، تشمل المجموعة الأولى الأمراض الواجب التبليغ عنها بصورة فورية هاتفياً أو بالفاكس من جميع المستشفيات والمراكز الصِحيّة إلى مراكز التبليغ ومن مراكز التبليغ إلى مديرية الأمراض السارية وخلال24 ساعة، والمجموعة الثانية ب وتشمل الأمراض التي يجب التبليغ عنها أسبوعياً حسب القائمة تُعبأ أعداد الحالات باستخدام النظام الصفري. يتم التبليغ أسبوعياً وذلك حسب الأسابيع الوبائية الدولية البالغ عددها 52 أسبوعاً، الأسبوع يبدأ يوم السبت وينتهي يوم الجمعة. التبليغ عن الأمراض السارية الإسهال عن الأسبوع السابق من المراكز الصِحيّة والمستشفيات والعيادات لمركز التبليغ المعنِيّ يتم يوم السبت أو الأحد من خلال نموذج. بالنسبة إلى حالات الإسهال وزراعة البُراز للتحرّي عن الكوليرا (10%-15%) من جميع حالات الإسهال المُبلّغ عنها (يتم التبليغ عنها كما هو الحال للأمراض السارية ومن خلال نماذج خاصة).يقوم المعنيّون في مركز التبليغ بتجميع التقارير من كافة المستشفيات، المراكز الصِحيّة، وإجراء التحليل اللازم واتخاذ الإجراءات الضرورية وعمل التغذية الراجعة ومن ثم إرسال التقارير إلى مديرية الأمراض السارية، يتم تجميع وتبويب وتحليل البيانات الأسبوعية والشهرية والسنوية الواردة، و مقارنة أعداد الحالات بالحد الأعلى والحد الأدنى والوسيط لعدد الحالات خلال الخمس سنوات الماضية (Median Endemic Index)وعمل المنحنيات الوبائية للأمراض بهدف معرفة أي تغيير في نمط الحدوث للأمراض على مستوى المملكة وفي حال وجود أي ارتفاع في أعداد الحالات في أي منطقة فيتم دراسة الأسباب في زيادة الحالات واتخاذ الإجراءات المناسبة بالتنسيق مع مركز التبليغ المعنِيّ و فيما يخص التقرير الأسبوعي للأمراض السارية والإسهال فيتم إصداره يوم الأربعاء من كل أسبوع وإرساله إلكترونياً إلى كافة المعنِيّين. وتقوم مديرية الأمراض السارية كذلك بإصدار التقرير الشهري والسنوي لحدوث الأمراض السارية وحالات الإسهال حسب الفئات العمرية والجنس وتعميمه كتغذية لكافة المعنيين في المملكة.

مصادر رصد الأمراض:

- التبليغ عن الأمراض والوفيات التي يجب التبليغ عنها من مختلف مراكز التبليغ في المملكة وذلك حسب قائمة الأمراض الواجب التبليغ عنها.
- المُسوحات والدراسات الخاصة ويتم تجميع البيانات عن حدوث أو انتشار الأمراض عن طريق إجراء الدراسات المختلفة والمُسوحات.
- استقصاء الحالات المرَضيّة والأوبئة وتُستخدم للتعرف عن أسباب المرض والوفاة وهي ليست بديلة عن نظام الرصد الروتيني ويتم إجراء الاستقصاء الوبائي عندما تكون الحالة المبلّغ عنها غير عادية بالنسبة لزمان ومكان ظهورها وعدد الأشخاص المصابين وعندما يكون هناك شك بوجود مصدر مشترك لنقل المرض أو أن يكون المرض المبلّغ عنة شديداً أو مميتاً.
- الشائعات عن انتشار مرض معين خاصة من مصادر موثوق بها ويجب التحقق من صحة وعدم صحة المعلومات من قبل المعنيين واتخاذ الإجراءات المناسبة.

خطوات الرصد الوبائي:

أولاً: جمع البيانات:

يجب إتباع الخطوات التالية في عمليّة جمع البيانات حسب قائمة التبليغ عن الأمراض:

- تسجيل الحالات يومياً في سجل خاص.
- رسم خارطة للمنطقة وتوزيع الحالات المرَضية على الخارطة.
- تقصّي كل حالة مرضية من الحالات المطلوب تقصّيها.
- إعداد تقرير أسبوعي وشهري عن أعداد الحالات.

ثانياً: تبويب وتحليل البيانات:

- معرفة اتجاهات المرض من زيادة أو نقصان في الحالات وتحديد الأسباب المؤدية لهذا الغرض.
- تحديد الفئات العمرية والجنس للإصابات وهل هناك انحراف في هذه الفئات.
- تقييم مدى فعالية الإجراءات الوقائية المتخذة في الحد من انتشار الأمراض.

ثالثاً: اتخاذ الإجراءات المناسبة.

رابعاً: التغذية الراجعة.

توزيع البيانات والتقارير على مراكز جمع المعلومات والمهتمين بمجالات الرصد الوبائي والأمراض السارية.

المعايير الأساسية لتصنيف الحالة:

- **حالة مثبتة**: وجود دليل مخبري مؤكد (مصلي، أو كيميائي، أو حيوي، أو فيروسي، أو جرثومي، أو طُفيلي) على عدوى حديثة سواء كانت العلامات والأعراض السريرية قد وجدت سابقاً، أو موجودة حالياً، أو غير موجودة سابقاً، أو حالياً.
- **حالة محتملة**: وجود علامات وأعراض متوافقة مع المرض المدروس مع وجود دليل مخبري يشير (ولكنه لا يؤكد)إلى وجود عدوى حديثة.
- **حالة ممكنة**: وجود علامات وأعراض متوافقة مع المرض المدروس دون وجود دليل مخبري (إما أنه سلبي أو غير متوفر أو لم تظهر نتائجه بعد).

قائمة الأمراض السارية التي يجب التبليغ عنها فورا مجموعة (أ):

الشلل الرخو الحاد	السعال الديكي
الكوليرا	الطاعون
الخانوق	داء الكلب
الأيبولا	شلل الأطفال
التسممات الغذائية	اشتباه حصبة والحصبة الألمانية
متلازمة العوز المناعي البشري (الإيدز)	الأمراض أو الأحداث غير العادية أو غير المتوقعة
أمراض المكورات السحائية	الحميات النزفية الفيروسية
متلازمة الشرق أوسط التنفسية	الحمى الصفراء
الكُزاز الوليدي	

الأمراض الواجب التبليغ عنها أسبوعيا وشهرياً (مجموعة ب):

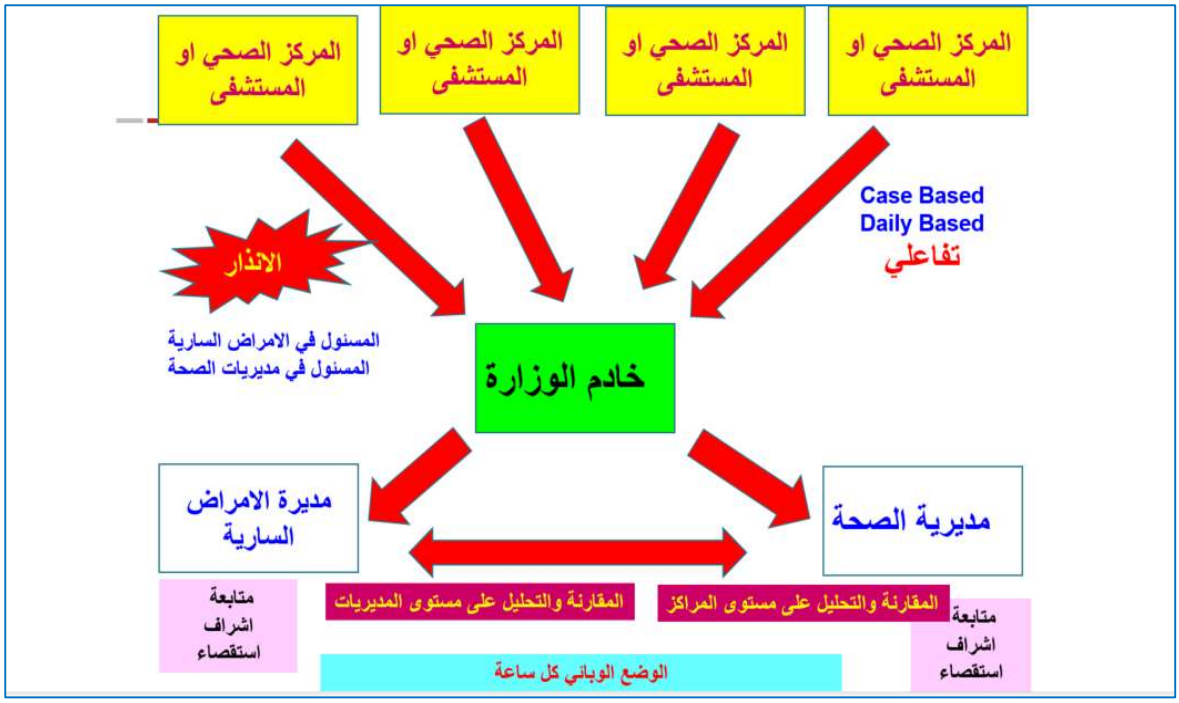
ار الجانبية للتطعيم	الملاريا
قر الحيواني	النكاف
الكزاز	الريكتسيا
اب السحايا البكتيري (غير الوبائي)	راض المنقولة عن طريق الجنس
البلهارسيا	درن
سهال الدامي	التيفوئيد والبارا تيفوئيد
الحمى المالطية	اب الكبد الفيروسي
دري المائي	سهال
اللشمانيا الجلدية	الأكياس المائية
	اب السحايا الفيروسي

خطوات الاستقصاء الوبائي

1. الاستعداد والتجهيز للتحرك إلى منطقة الحدث.
2. التأكد من وجود الفاشيّة.
3. التشخيص: يتم تشخيص الفاشيّة عن طريق الصورة المرَضية والفحوصات المخبرية.
4. تعريف الحالات وهذا يعني تحديد الأشخاص الذين سيدرجون ضمن المصابين بالفاشيّة المعنيّة.
5. عدّ الحالات وتسجيل معلومات عنها وتشمل المعلومات التي يجب تسجيلها معلومات تحديد الهوية، معلومات ديموغرافية، معلومات سريرية، ومعلومات عن عوامل الاختطار.
6. تحليل وصفي للمعلومات التي تم جمعها.
7. بصورة موازية يتم جمع عينات من المصابين وتختلف العينات باختلاف العامل المسبِّب.
8. إعادة تقييم فرضيّة العامل المسبب بناءً على تحليل المعلومات.
9. إجراءات السيطرة حسب العامل المُسَبِّب.
10. كتابة التقرير النهائي.

نظام التبليغ الإلكتروني التفاعلي للأمراض السارية (IERS Interactive Electronic Reporting System):

- نظام لرصد الأمراض السارية والإسهال والتبليغ عنها في أقصر مدة زمنية (تفاعلي) مما يؤدي إلى:
  - الاستجابة السريعة.
  - تحسين نوعية المعلومات المستخدمة في الرصد الوبائي.
  - تحسين تبادل ونشر معلومات الرصد الوبائي بين مزوّدي البيانات ومستخدمي المعلومات وصانعي القرار.
- يجب أن يوجد في كل مركز صحي جهاز "تابلت" يتم استخدامه في التبليغ الإلكتروني يومياً، حتى لو كانت عدد الحالات صفر مع الإبقاء على التبليغ الورقي إلى حين اكتمال النظام الإلكتروني.


المركز الصحي او المستشفى
المركز الصحي او المستشفى
المركز الصحي او المستشفى
المركز الصحي او المستشفى
Case Based
Daily Based
تفاعلي
الانذار
المسئول في الامراض السارية
المسئول في مديريات الصحة
خادم الوزارة
مديرة الامراض السارية
مديرية الصحة
متابعة
اشراف
استقصاء
المقارنة والتحليل على مستوى المديريات
المقارنة والتحليل على مستوى المراكز
متابعة
اشراف
استقصاء
الوضع الوبائي كل ساعة

التعامل مع حالات الإسهال

مقدمة:

تُعرِّف منظمة الصحة العالمية الإسهال بأنه إخراج بُراز رخو أو سائل ثلاث مرّات أو أكثر في اليوم (أو بِوَتيرة تفوق الوتيرة المعتادة) ولا يُعتبر إخراج البراز المتشكّل إسهالاً شأنه شأن البراز الرخو أو العجيني الذي يُخرجه الرضّع ذلك أنّ الإسهال يمثّل عادةً أحد أعراض الإصابة بنوع من أنواع العدوى في السبيل المِعَوي يمكن أن تُسبّبها طائفة متنوعة من الجراثيم أو الفيروسات أو الطُفيليات، الإسهال الحادّ يؤدي إلى فقدان السوائل والأملاح الضرورية للبقاء على قيد الحياة خصوصاً عند الأطفال والأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية أو خلل في المناعة.

تُعتبر الإسهالات عالمياً من أكثر الأمراض الشائعة (1.7 مليار حالة سنوياً) وخاصة عند الأطفال وتعتبر السبب الرئيسي الثاني للوفيات لدى الأطفال تحت عُمر الخمس سنوات، الإسهال يتسبّب أو يساهم بحدوث سوء التغذية وخاصة عند الأطفال تحت الخمس سنوات وكما أنّ الإسهالات تُمثّل ضغطاً على الموارد المالية والاقتصادية في البلدان النامية نظراً لِما يتطلبه ذلك من إشغال لأسرّة المستشفيات والمعالجة بالمحاليل الوريدية وأحياناً استخدام المضادات الحيوية المُكلِفة وغير الضرورية إضافة إلى كُلَف تعطيل العمل والدراسة التدخلات الخاصة بالوقاية من الإسهال، بما في ذلك المياه المأمونة الصالحة للشرب، واستخدام خدمات الإصحاح المحسّنة وغسل اليدين بالصابون تحد من مخاطر المرض.

الوضع الوبائي لأمراض الإسهالات في الأردن:

إن نمط أمراض الإسهالات يختلف عن السنوات السابقة ويميل إلى الانخفاض، ويختلف معدّل حدوثها حسب الأشهر حيث تزداد في فترة الصيف (أيار، حزيران وتموز) بسبب ارتفاع الحرارة وانقطاع المياه لفترات طويلة، كما ويزداد حدوث الإسهالات في بعض المناطق بسبب عوامل بيئية ومناخية بالإضافة إلى اختلاف الوعي الصحي.

بشكل عام يُعتبر الأردن من الدول الخالية من الكوليرا منذ عام 1841، وقد شهد الأردن انخفاض معدلات الإماتة بسبب الإسهالات إلى الصفر كسبب مباشر للوفيات خلال العَقدين الماضيين.

أهمية مؤشر الإسهالات:

- إنّ نسبة حدوثها تُعتبر مؤشراً صحياً هاماً له علاقة بكثير من العوامل البيئية والاقتصادية والاجتماعية.
- يُعد مؤشراً على مستوى الوعي الصحي لدى الأفراد وسلوكياتهم على المستوى الشخصي.
- معدل الوفيات من الإسهالات يُعتبر مؤشراً هاماً على مستوى الخدمات الصِحيّة المُقدّمة للسكان.

- يعد مؤشراً على استخدام الخدمات الصِحيّة في القطاع العام.

أنواع الإسهالات:

- **الإسهال الحادّ**: يستمر لعدة ساعات أو أيام ويُعتبر من أسباب الجَفاف وفقدان الوزن.
- **الإسهال الدامي (الزحار):** وهو عبارة عن الإسهال الذي يحتوي على الدم الذي يمكن رؤيته بالعين المجردة والذي عادةً ما يسبب سوء التغذية والجفاف.
- **الإسهال المستمر**: وهو الإسهال الذي يستمر لمدة 14 يوم أو أكثر ومن أهم مضاعفاته سوء التغذية والإصابة بالإنتانات المختلفة وأحياناً الجفاف وينصح باستخدام المحاليل المضاف إليها الزنك في مثل هذه الحالات.

الأسباب:

- الأسباب الجرثومية:
  - البكتيريا: الشيجيلا، السالمونيلا، الكوليرا والعصيات القولونية (E. Coli) والكامبيلوباكتر.
  - الفيروسات: الروتا فايروس والنوروولك.
  - الطفيليات: الأميبا، الجياردیا والكريبتوسبوريديوم.
- العوامل المساعدة في انتشار المرض:
  - العوامل السلوكية: مثل الابتعاد عن الإرضاع الطبيعي خلال الأشهر الأولى من العمر.
  - العوامل البيئية: مثل استخدام مصادر مياه غير مأمونة والتخزين غير السليم للأطعمة.
  - العوامل الخاصة بالفرد: مثل العمر والمناعة وسوء التغذية والإصابة بالأمراض كالحصبة.
  - العوامل المناخية: عادةً تزداد الإصابة بالإسهال البكتيري في الأوقات الحارّة والفيروسي في فصل الشتاء.

التجفاف (Dehydration):

يمثّل التجفاف أشدّ أخطار الإسهال وخامة، ذلك أنّ كمية الماء والأملاح الموجودة في الجسم (الصوديوم والكلوريد والبوتاسيوم والبيكربونات تضيع أثناء نوبة المرض عن طريق البراز السائل والقيء والعرق والبول والنفَس) ويحدث التجفاف عندما لا تُستبدل تلك العناصر.

ويُصنّف التجفاف إلى درجات ثلاث هي:

1. التجفاف المبكّر: لا يتسم بأية علامات أو أعراض.
2. التجفاف المعتدل:
   - العطش.
   - الجزع أو تهيّج السلوك.
   - تقلّص مرونة الجلد.

- تَغوّر العينين.

3. التجفاف الوخيم:

- في هذه الحالة تصبح الأعراض أكثر حدة وتتحوّل الأعراض إلى صدمة أشدّ وخامة وانخفاض في مستوى الوعي ونقص في كمية البول وبرد ورطوبة في الأطراف ونبض سريع وضعيف وانخفاض في ضغط الدم أو صعوبة قياسه وبشرة شاحبة.
- قد يؤدي التجفاف الوخيم إلى الوفاة إذا لم يتم استبدال سوائل الجسم والأملاح إمّا باستخدام محلول أملاح الإمهاء الفموي أو عن طريق المحاليل الوريدية.

إجراءات الوقاية من الإسهالات:

- الرضاعة الطبيعية من الأم وخاصة خلال الستة شهور الأولى من العمر.
- توفير المياه الآمنة للشرب وفي حال عدم توفرها اللجوء لغلي الماء أو الكلور.
- التخلص السليم من الفضلات الصلبة والسائلة.
- تعزيز الممارسات الصِحيّة السليمة ومنها عادة غسل الأيدي.
- حفظ الأطعمة بطريقة سليمة.
- التحصين والتطعيم ضد الأمراض وخاصة الحصبة والفيروس العجلي (الروتا فايروس).
- تعزيز التثقيف الصحي.

الفحص المخبري:

- العينة المطلوبة: خمسة ملمتر من البراز.
- الفحص المطلوب: الفحص الميكروسكوبي: في حالات الأميبا والجيارديا.
- الزراعة: في حالات الشيجيلا، السالمونيلا، والكوليرا وتحديد المضاد الحيوي الفعّال.
- بالنسبة لروتا فأيروس يتم تأكيد التشخيص بواسطة عزل الأجسام المضادة للفيروس في البراز.

التدابير الأساسية لعلاج الإسهال:

الإمهاء بأملاح الإمهاء الفموي:

هو عبارة عن "مزيج من الماء النقي والملح والسكر يمكن تحضيره بأمان في البيت" وهذا العلاج غير مكلِف ويتم امتصاص هذا المحلول في المعيّ الدقيق ممّا يسهم في استبدال كمية الماء والأملاح التي ضاعت في البراز.

مكملات الزنك:

تمكّن مكمّلات الزنك من تقليص الفترة التي تستغرقها نوبة الإسهال بنسبة 25% ومن تقليص حجم البراز بنحو 30%.

الإمهاء بالسوائل الوريدية في حالة الإصابة بجفاف وخيم أو صدمة.

الأطعمة الغنية بالعناصر المُغذية:

- يمكن كسر الحلقة المفرغة المتمثّلة في ترافق سوء التغذية بالإسهال بمواصلة إعطاء الأطعمة الغنية بالعناصر المغذية (بما في ذلك الرضاعة الطبيعية) خلال نوبة المرض وبعدها.

يتم إعطاء العلاج المناسب في حالات إثبات وجود بكتيريا أو طفيل الأميبا أو الجيارديا مخبرياً في عينة البراز.

كيفية تحضير محلول الإمهاء الفموي:

- غسل اليدين، والكوب، والملعقة بالماء، والصابون.
- استخدام مصدر مياه نظيف لإعداد المحلول.
- صب 200 سم ماء نظيف داخل الكوب ثم إفراغ محتويات الكيس بالكامل ثم يقلب جيداً.
- يعطى المحلول ملعقة صغيرة كل 1-2 دقيقة وإذا تقيأ الطفل ننتظره 10 دقائق ثم نعطي المحلول بطريقة أبطأ (معلقة صغيرة كل دقيقتين أو ثلاثة).
- الاستمرار في إعطاء المحلول طالما يوجد إسهال.
- يُحفظ المحلول المعَد في مكان نظيف ويمكن استخدامه حتى 24 ساعة من إعداده.

إجراءات الرصد الوبائي للإسهال في الأردن:

- لغايات رصد الأمراض السارية فقد تم تقسيم المملكة إلى 21 مركز تبليغ، يتبع مركز التبليغ جميع المستشفيات والمراكز الصِحيّة والعيادات التابعة لكافة القطاعات الصِحيّة الموجودة في المنطقة.
- يتم تصنيف الأمراض السارية التي يجب التبليغ عنها إلى مجموعتين المجموعة Aوالمجموعة B وذلك حسب أهمية المرض ومدى خطورته من أجل السرعة في التبليغ لاتخاذ الإجراءات السريعة العلاجية والوقائية.
- المجموعة B من ضمنها الإسهالات وتشمل الأمراض التي يجب التبليغ عنها أسبوعياً حسب القائمة وتُعبأ أعداد الحالات باستخدام النظام الصفري.
- بخصوص الأمراض السارية يتم التبليغ أسبوعياً وذلك حسب الأسابيع الوبائية الدولية البالغ عددها 59 أسبوعاً، الأسبوع يبدأ يوم السبت وينتهي يوم الجمعة، التبليغ عن الأمراض السارية والإسهال عن الأسبوع الذي سبق من المراكز الصِحيّة والمستشفيات والعيادات لمركز التبليغ المعني يتم يوم السبت أو الأحد من خلال نموذج.
- يقوم المعنيون في مركز التبليغ بتجميع التقارير من كافة المستشفيات والمراكز الصِحيّة وإجراء التحليل اللازم واتخاذ الإجراءات الضرورية وعمل التغذية الراجعة ومن ثم إرسال التقارير يوم الاثنين أو الثلاثاء إلى مديرية

الأمراض السارية .في مديرية الأمراض السارية وهي المديرية المركزية المعنية بالرصد الوبائي فيما يخص التقرير الأسبوعي للأمراض السارية والإسهال فيتم إصداره يوم الأربعاء من كل أسبوع وإرساله إلكترونياً إلى كافة المعنيين.

- تقوم مديرية الأمراض السارية كذلك بإصدار التقرير الشهري والسنوي لحدوث الأمراض السارية وحالات الإسهال حسب الفئات العمرية والجنس وتعميمه كتغذية لكافة المعنيين في المملكة.

التسمم الغذائي

التسمم الغذائي:

هو مجموعة أعراض تنتج عن تناول أغذية ملوّثة بالبكتيريا أو السموم التي تنتجها هذه الكائنات، كما يَنتج التسمم الغذائي عن تناول الأغذية الملوثة بأنواع مختلفة من الفيروسات والجراثيم والطفيليات ومواد كيماوية سامة مثل التسمم الناتج عن تناول الفطر، يقال أنّ التسمم الغذائي قد تفشى إذا حدث أن أعراض المرض قد ظهرت في أكثر من شخصين وقد أظهرت الدراسات المخبريّة أن الغذاء المُتناول هو السبب المباشر للتسمم.

يشكّل التسمم الغذائي الناتج عن البكتيريا السبب الرئيسي في أكثر من 80% من حالات التسمم الغذائي، هذا ويعتبر التسمم الغذائي الناتج عن السالمونيلا أشهر هذه الأنواع وفي بعض الدراسات يشكل 50% من حالات التسمم الغذائي البكتيري.

خصائص التسمم الغذائي:

- إصابة عدد من الأشخاص (ثلاثة فما فوق).
- اشتراك هؤلاء الأشخاص في تناول نفس الغذاء أو الشراب.
- أعراض متشابهة.
- حصول معظم الحالات خلال فترة زمنية محددة.
- وجود مكان معين يجمع هذه الحالات (مطعم، جامعة، صالة عرس، مدرسة...).
- التسممات الغذائية تشكل تحديا كبيراً لما تسببه من وفيات وإصابات وخسائر اقتصادية.

مسببات التسمم الغذائي:

- البكتيريا.
- الفيروسات.
- الفطريات.
- الطفيليات.
- المواد الكيماوية.

أنواع التسمم الغذائي البكتيري:

التسمم الغذائي البكتيري المعدي:

1. السالمونيلا (Salmonella): تسببه مجموعة بكتيريا السالمونيلا (Salmonellosis S typhi-murium، S Heidelberg، S Saint Paul،Dublin))، يعد مصدر التلوث الأساسي بها عن طريق الإفرازات الآدمية والحيوانية وفضلاتها وتلوث الغذاء بها، تتمكن هذه البكتيريا من البقاء حية خارج جسم الكائن الحي لفترات زمنية طويلة عند توفر الظروف البيئية المناسبة (الرطوبة، درجة الحرارة)، لذلك لابد من طهي اللحوم والبيض طهياً جيداً باستخدام درجة الحرارة العالية واتخاذ كافة الاحتياطات المناسبة لمنع إعادة التلوث بها، كذلك وتعتبر الحشرات والفئران والقوارض حاملة الميكروب المسبب لحمى التيفويد (Salmonella typhi).

2. كلوستريديوم ولشأي (Clostridium welchii): من اهم الأنواع البكتيرية المسببة للتسمم الغذائي من النوع المعدي، يتواجد هذا النوع من الأحياء الدقيقة في التربة وأمعاء الإنسان والحيوان وفضلاتها، وهي بكتيريا لاهوائية التنفس وتتميز بقدرتها على تكوين الجراثيم (Spores)، حيث تنتشر حالات التسمم بهذا النوع في المطاعم والمعسكرات، ويتميز هذا النوع بعدم استطاعته على النمو على درجات حرارة 50 فهرنهايت (10مئوية).

التسمم الغذائي البكتيري بالسموم أو التوكسينات:

1. الستافيلوكوكسأي (Staphylococci): توجد هذه البكتيريا داخل التجويف الأنفي والحلقي للإنسان بالإضافة إلى السطح الخارجي للجلد وتوجد بغزارة على الأصابع والأظافر، وتنتقل عن طريق أيدي الأشخاص المصابين والحاملين للميكروب إلى الغذاء، كما ويمكن القضاء عليها بتسخين الغذاء لمدة 30 دقيقة على الأقل.

2. كلوستريديوم بوتشولأينم (Clostridium botulinum): يطلق على التسمم الناتج عن تلك البكتيريا اسم (Botulism)وهو من أخطر أنواع التسمم الغذائي، يكثر تواجده في التربة وعلى الخضراوات الملامسة للتربة الملوثة وكذلك الأسماك، تتمكن هذه البكتيريا من النمو داخل المواد الغذائية المعلبة ذات رقم حموضة أعلى من 4،5.

التسمم الفطري:

تُعرف السموم الفطرية بأنها مواد مركبة أو سامة تقوم بإفرازها أو إنتاجها عدد كبير من الفطريات وخاصة فطريات العفن، يسبب بعضها النموّات السرطانية ويظهر بعضها أعراض تسمم للإنسان والحيوان، تنتج الفطريات السموم كمنتجات ثانوية لعمليات التمثيل الغذائي (الألفا توكسين).

التأثير السام للألفا توكسينات للإنسان والحيوان عن طريق الارتباط مع الحمض النووي (DNA) وخاصة في الكبد، كما يؤدي تناول وجبات أو علائق منخفضة المحتوى البروتيني إلى تشجيع وإسراع التأثير السام للألفا توكسينات.

طرق الحماية من التسمم الغذائي:

- الاهتمام بالنظافة الشخصية وغسل اليدين للأشخاص العاملين في مجال إعداد الأغذية.

- يجب أن يتم تداول الأغذية ومنتجاتها في ظروف غير مناسبة لانتقال العدوى.
- العناية باللحوم ومنتجاتها فيجب اتباع الاشتراطات الصِحيّة أثناء عمليات الذبح مع الاعتناء بعمليات التخزين.
- التأكد من خلو العاملين من الإصابة أو حمل الميكروبات.
- منع التدخين في أماكن تصنيع الأغذية لمنع انتقال ميكروبات الفم من خلال الأدخنة.
- تداول الأغذية في عبوات وأواني مغطاة.
- الاهتمام بعمليات طهي الأغذية باستخدام الحرارة العالية بكفاءة.
- مكافحة الحشرات والقوارض الناقلة.

نوع التسمم	المسبب	فترة الحضانة	الأعراض	المصدر
السالمونيلا	Salmonellosis	6-72 ساعة	حرارة، إسهال، قيء ومغص. من 1-7 أيام. ويمكن أن يكون قاتلاً خاصةً عند الأطفال	منتجات البيض والألبان واللحوم بما فيها الطيور.
المكورات العنقودية	Staphylococcus aureus stable (Heat toxin)	2-4 ساعات	قيء، مغص، إسهال، غالباً لا توجد حرارة.	الفطائر، شرائح اللحم، مفرزات صحية من مصدر بشري.
الكلوستريديوم	Clostridium Perfringens	6-24 ساعة في المتوسط 10-12 ساعة	مغص، إسهال أما القيء في الأغلب غير موجود.	اللحوم التي لا تتعرض لحرارة كافية عند طبخها أو إعادة تسخينها.
الوشيقي (بوتيوليزم)	Clost. Botulinum	12-36 ساعة	زوغان في الأبصار، جفاف في الفم، صعوبة في الكلام والبلع، ضعف عام، غثيان، قيء، إسهال أو إمساك.	الأغذية المعلبة بصورة غير صحيحة.
الكيماوي	إما عضوي أو المعادن الثقيلة	أقل من ساعة	حسب المادة المسببِة	الفطر والمأكولات البحرية.

التعامل مع حالات الإنفلونزا

الإنفلونزا الموسمية:

هناك ثلاثة أنماط من الإنفلونزا الموسمية A و Bو Cوتتفرّع فيروسات الإنفلونزا من النمط A إلى أنماط فرعية حسب مختلف أنواع البروتين السطحي للفيروس ومختلف التوليفات التي تخضع لها، ومن ضمن العديد من الأنماط الفرعية لفيروس الأنفلونزا A النمطان الفرعيان A(H1N1) و A(H3N2)اللذان يدوران حالياً بين البشر أمّا حالات الإنفلونزا من النمطC فهو أقلّ حدوثاً من النمطين الآخرين.

تحدث أوبئة الإنفلونزا كل عام أثناء فصلَي الخريف والشتاء في المناطق المعتدلة المناخ وتتسبب الحالات المرَضية الناجمة عن تلك الأوبئة في دخول العديد من الناس إلى المستشفيات وفي وفاة بعض منهم، لا سيما أشدّهم خطورة (صغار الأطفال أو المسنين أو المصابين بأمراض مزمنة) ، كما وتتسبب الأوبئة السنوية في جميع أنحاء العالم في وقوع نحو ثلاثة ملايين إلى خمسة ملايين من الحالات المرَضية الوخيمة ونحو 25000 إلى 50000 حالة وفاة، وتسجل معظم الوفيات المرتبطة بالإنفلونزا في البلدان الصناعية بين الأشخاص البالغين من العمر 56 سنة فما فوق.

العدوى والصورة السريرية:

ينتقل الفيروس عن طريق الرذاذ الناتج من السعال أو العطس أو التحدث وعن طريق ملامسة الأشياء والأسطح الملوّثة وتبلغ فترة الحضانة في المتوسط يومين مكافحة الحشرات والقوارض الناقلة، وتتسم الإنفلونزا الموسمية بارتفاع حرارة الجسم بشكل مفاجئ والإصابة بسعال (عادةً ما يكون جافاً) وصداع وألم في العضلات والمفاصل وغثيان والتهاب الحلق وسيلان الأنف، يُشفى معظم المرضى من الحمى والأعراض الأخرى في غضون أسبوع واحد دون الحاجة إلى عناية طِبِّية، كما يمكن للإنفلونزا أن تتسبّب في حدوث حالات مَرضية وَخيمة أو أن تؤدي إلى الوفاة إذا ما ألمّت بإحدى الفئات الشديدة الخطورة.

الفئات الشديدة الاختطار:

يمكن أن تصيب أوبئة الإنفلونزا السنوية جميع الفئات العمرية وتؤثر فيهم بشدة، غير أنّ الأطفال الذين لم يبلغوا عامين من العمر والبالغين من الفئة العمرية 56 سنة فما فوق والأشخاص من جميع الفئات العمرية المصابين ببعض الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب، أو أمراض الرئة، أو أمراض الكلى، أو أمراض الدم، أو الأمراض الاستقلابية مثل السكري، أو حالات ضعف النظام المناعي هم أكثر الفئات عرضة لمخاطر الإصابة بمضاعفات العدوى.

الوقاية من المرض:

التطعيم هو أنجع وسيلة لتوقي المرض أو نتائجه الوخيمة، ويمكن للقاح الإنفلونزا وقاية البالغين الأصحّاء من المرض بنجاعة تتراوح نسبتها بين 70-90%، يكتسب التطعيم أهمية خاصة بالنسبة للناس المعرّضين أكثر من غيرهم لمخاطر الإصابة بمضاعفات خطيرة جرّاء الإنفلونزا والأشخاص الذين يعيشون معهم أو يعتنوا بهم. وتوصي منظمة الصحة العالمية بتطعيم الفئات التالية والوارد تسلسلها حسب درجة الأولوية:

- المقيمون في مراكز الرعاية الخاصة (المسنون أو المعاقون).
- المصابون بحالات مرضية مزمنة.
- الفئات الأخرى، مثل: الحوامل والعاملين الصحيين ومن يؤدون وظائف أساسية في المجتمع فضلاً عن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر وعامين.

من الملاحظ أنّ فيروسات الإنفلونزا تتغير بانتظام، وعليه تقوم الشبكة العالمية لترصد الإنفلونزا التابعة لمنظمة الصحة العالمية برصد فيروسات الإنفلونزا التي تدور بين البشر، وتوصي المنظمة كل عام باستخدام تركيبة لقاحية معيّنة تستهدف السلالات الثلاث الأكثر تمثيلاً لما يدور من فيروسات.

إن الالتزام بآداب الصحة التنفسية وهي تغطية الأنف والفم بالمناديل الورقية عند العطس والسعال والتخلص منها مباشرة بعد الاستخدام في حاوية النفايات ثم غسل الأيدي يعد من أهم طرق الوقاية، ويجب تجنّب مخالطة الأشخاص المصابين أو المشتبه بإصابتهم، كما يجب تجنّب الأماكن المزدحمة.

إنفلونزا AH1N1 2009:

أعلنت منظمة الصحة العالمية في حزيران 2009 حدوث جائحة إنفلونزا (AH1N1 2009) والتي كان من سماتها ظهور فيروس جديد من فيروسات الإنفلونزا (AH1N1 2009)، لم يكن لدى كثير من الناس مناعة ضده وتسبب ذلك الفيروس في وقوع فاشيات مرَضية واسعة النطاق في الولايات المتحدة الأمريكية وانتشر الفيروس إلى المكسيك والأمريكيتين وأوروبا والشرق الأقصى.

إن هذا الفيروس قادر على الانتشار بين البشر وهو يسري بسهولة على غرار فيروس الإنفلونزا الموسمية ويمكنه الانتقال من شخص إلى آخر جرّاء التعرّض للرذاذ المتطاير الذي ينبع من الشخص المصاب بالعدوى عن طريق السعال أو العطاس وعن طريق الأيدي أو المسطحات الملوّثة به، وفي شهر آب 2010 أعلنت منظمة الصحة العالمية نهاية جائحة الإنفلونزا (AH1N1).

العدوى والصورة السريرية للمرض:

ينتقل الفيروس عن طريق الرذاذ الناتج من السعال أو العطس أو التحدث وينتقل عن طريق ملامسة الأشياء والأسطح الملوّثة بالرذاذ الذي يحتوي على الفيروس. تتراوح من يومين إلى 3 أيام ويمكن أن تكون 7 أيام، ويمكن أن تتراوح الصورة

السريرية للمرض من عدوى بدون أعراض أو اعتلالات خفيفة تصيب المسالك التنفسية العليا وغير مصحوبة بحمّى إلى إصابة التهاب رئوي شديدة قد تؤدي إلى الوفاة.

عادة تتمثل أعراض الإنفلونزا في ارتفاع مفاجئ في درجة الحرارة وسعال، ألم بالحلق، زكام وألم بالعضلات وإجهاد شديد وقد تسبب الإسهال والقيء ولا يمكن التفريق بين أنواعها إلا عن طريق الفحص المخبري.

الفئات ذات الاختطار العالي لحدوث مضاعفات الإنفلونزا:

الحوامل والأطفال تحت سن 6 سنوات وخاصة تحت عمر السنتين، كبار السن 56 سنة أو أكثر والأشخاص الذين لديهم أمراض الصدرية المزمنة بما فيها الربو القصبي، أمراض القلب والأوعية الدموية المزمنة، الاضطرابات العصبية المزمنة، أمراض الكبد المزمنة والفشل الكلوي، أمراض الدم، السكري والسمنة المفرطة ومرضى نقص المناعة والعاملين في الرعاية الصِحيّة والمستشفيات القائمين على رعاية الحالات.

العلاج:

المريض الذي يعاني من أعراض الإنفلونزا الشديدة أو الحالات التي لديها علامات تطور تعالَج في المستشفى حيث يجب البدء بإعطاء العلاج فوراً قبل إجراء الفحص المخبري PCR وعدم انتظار نتيجة الفحص للبدء بالعلاج بأحد مضادات الفيروسات.

إجراءات ترصد المرض:

- الإبلاغ الفوري إلى مديرية الأمراض السارية عن الحالات المشتبه بها المدخلة بالمستشفى (مجموعة التبليغ أ).
- اخذ عينة من المسالك الأنفية الخيشومية أو الحلقية (Nasopharyngeal Swab) أو من المواد المأخوذة بطريقة الشفط من القصبات إذا تيسر ذلك وإرسال العينة إلى المختبر لإجراء فحص (PCR).
- يتم استقصاء الحالة فوراً من قبل مديرية الأمراض السارية وبالتعاون مع مديرية الصحة المعنية.
- يتم الإبلاغ الفوري من المختبر عن الحالات المؤكدة مخبرياً.

الإجراءات الوقائية:

- التطعيم بمطعوم الإنفلونزا الموسمية علماً أن المطعوم يحتوي على (AH1N1 2009 pandemic).
- يتم تطبيق تعليمات ضبط ومنع العدوى عند التعامل مع الحالات (الاحتياطات القياسية واحتياطات نقل العدوى عن طريق الرذاذ).
- غسل الأيدي بالماء والصابون وخاصة بعد السعال والعطس.
- تغطية الأنف والفم بمنديل ورقي عند العطس أو السعال وإلقائه فوراً في سلة المهملات.
- تجنب ملامسة العيون والأنف.
- تجنب مخالطة الأشخاص المصابين أو المشتبه بإصابتهم.
- تجنّب الأماكن المزدحمة.

إنفلونزا الطيور (Avian Influenza):

بعض فيروسات إنفلونزا الطيور تصيب الإنسان بالعدوى وتسبب المرض مثل الفيروس(H5N1(H5N1، H7N9، H9N2،H7N7)) ولكن أكثرها مراضه وضراوة بين الدواجن والطيور كانت (H7وH5)، لقد أصاب النمط الفيروسي الفرعي (H5N1) وهو أحد فيروسات إنفلونزا الطيور الشديدة الإمراض البشر لأول مرة عام 1999 أثناء فاشية ظهرت بين الدواجن في منطقة هونغ كونغ الصينية وتمكّن ذلك الفيروس منذ ظهوره وانتشاره مجدّداً على نطاق واسع في عامي 2003 و2004 من الانتقال من آسيا إلى أوروبا وأفريقيا، في آذار 2013 تم ملاحظة حدوث إصابات بفيروس (A(H7N9)) بين الإنسان والطيور في الصين.

تشير المعلومات حتى هذه اللحظة أنّ معظم حالات الإصابة بهذا الفيروس بين البشر كانت قد تعرضت للدواجن الحيّة أو البيئة التي تعيش فيها وخاصة أسواق الدواجن الحيّة وأن الفيروس لا ينتقل بسهولة من إنسان لإنسان.

العدوى والصورة السريرية:

تنتقل العدوى من الطيور المصابة إلى المُخالط عن طريق الجهاز التنفسي أو من خلال التعامل مع الطيور المصابة أو إفرازاتها أو بصورة غير مباشرة عن طريق الأسطح والأدوات الملوثة بمخلفات وإفرازات الطيور المصابة وبلغت فترة الحضانة ما بين 2-8 أيام.

تُصنّف الحالات كما يلي:

- الحالة المشتبهة: وهو شخص يراجع بسبب مرض تنفسي سُفلي حاد غير مفسّر مع حرارة 39 أو أكثر وسعال مع ضيق نفس أو صعوبة في التنفس بالإضافة إلى تعرّضه إلى واحد أو أكثر من المواقف التالية خلال الأيام السبعة السابقة لبداية الأعراض:
  - مخالطة عن قرب (مسافة لا تزيد عن متر واحد) لشخص (مثل الاعتناء، الحديث، اللمس).
  - تعرض (مثل التعامل، الذبح، النتف، التقطيع، التحضير للاستهلاك) حالات دواجن، أو طيور برّية، أو مخلفاتها مشتبهة، أو محتملة، أو مثبتة بين الحيوان أو الإنسان خلال الشهر الماضي.
  - تناول لحوم أو منتجات دواجن نيئة أو غير مطهوة جيداً في منطقة سُجّل فيها حالات مشتبهة أو مثبتة بين الحيوان أو الإنسان خلال الشهر الماضي.
  - مخالطة عن قرب لحيوان غير الدواجن أو الطيور البرية (مثل القطط أو الخنازير) ثبَت إصابتها.
  - التعامل مع عينات (من الإنسان أو الحيوان) اشتُبه احتواؤها على الفيروس في المختبر أو أي مكان آخر.
- الحالة المحتملة:
  - الحالة المحتملة الأولى: الحالة المشتبهة بالإضافة إلى وجود دلائل في صورة أشعة الصدر لالتهاب ذات الرئة الحادّ مصحوبة بأعراض فشل تنفسي (مثل نقص الأوكسجين في الدم وتسارع شديد في التنفس أو إيجابية فحص مخبري(Influenza A).

- الحالة المحتملة الثانية: حالة الوفاة الناجمة عن مرض تنفسي حاد غير مفسر وذات ارتباط وبائي في المكان والزمان والتعرض لحالة محتملة أو مثبتة.

- الحالة المثبتة: وهي الحالة المشتبهة أو المحتملة بالإضافة إلى إيجابية أحد الفحوصات المخبرية التشخيصية والتي تم إجراؤها في مختبر وطني أو إقليمي أو دولي معتمد لدى منظمة الصحة العالمية.

العلاج:

- المصابون: وتتضمن علاج المصابين بأحد مضادات الفيروسات.
- الوقاية الكيماوية (عقار التاميفلو) يتم إعطاؤه في أضيق الحدود وبالأخص للفريق الصحي المتعامل مباشرة مع المرضى خلال فترة التعرض بحد أقصى ستة أسابيع.
- المخالطون: إعطاء التاميفلو لمدة 10 أيام للمخالطين ومراقبتهم طيلة هذه الفترة.

الإجراءات الوقائية:

- تجنب الاتصال المباشر مع الطيور والدواجن المصابة.
- طبخ الطعام جيداً (لحوم الطيور والدواجن البيض).
- غسل الأيدي بالماء والصابون بعد التعامل مع الدواجن.
- تنصح منظمة الصحة العالمية المسافرين إلى البلدان التي تفشّت فيها إنفلونزا الطيور بتجنب مزارع الدواجن أو الاحتكاك بأي مساحات ملوثة ببراز الدواجن أو غيرها من الحيوانات، غسل أيديهم باستمرار بالماء والصابون، اتباع ممارسات السلامة الغذائية، واتباع آداب الصحة التنفسية وهي تغطية الأنف والفم عند العطس والسعال بمنديل وغسل اليدين.

متلازمة الشرق الأوسط التنفسية لفيروس كورونا (Middle East Respiratory Syndrome (MERS)

مقدمة:

إن فيروسات كورونا هي مجموعة من الفيروسات تشمل فيروسات يمكن أن تتسبب في مجموعة من الاعتلالات في البشر، تتراوح ما بين نزلة البرد العادية وبين المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة، لقد تم عزل كورونا البشرية أول مرة في منتصف الستينيات من القرن الماضي، كما أن فيروسات كورونا تصيب أيضاً الحيوانات بما في ذلك القرود والجمال والقطط، والكلاب، والخفافيش، والقوارض.

إن المعلومات المتاحة عن كورونا فيروس المسبّب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية ما زالت محدودة للغاية وخصوصاً خازن ومصدر الفيروس وقد تبيّن من خلال الفحوص السيرولوجية وجود مضادات للفيروس في الإبل.

الوضع الوبائي في المملكة:

خلال شهر نيسان من عام 2012 حدثت فاشية التهاب رئوي في مستشفى الزرقاء الحكومي وحسب تعريف الحالة الذي تم استخدامه فقد بلغ عدد المصابين 13 شخص منهم 10 من الكوادر الصِحيّة العاملة في المستشفى وقد توفي مصابان أحدهما ممرضة تعمل في المستشفى، خلال تلك الفترة لم يكن الفيروس معروفاً وبالتالي فإن سبب الفاشية لم يحدد، على أثر ذلك قامت وزارة الصحة الأردنية بإرسال العينات المتوفرة لديها من المصابين بفاشية نيسان إلى أحد المختبرات المرجعية (مركز الأبحاث التابع للبحرية الأمريكية في القاهرة) حيث أظهرت النتائج أن المصابان اللذان توفيا كانا إيجابيان للفيروس الجديد.

علاوة على ذلك قامت وزارة الصحة وبالتعاون مع مراكز الرقابة على الأمراض الأمريكية (CDC) خلال شهر حزيران 2013 بعمل دراسة سيرولوجية لعدد من المصابين خلال فاشية نيسان والمخالطين لهم في المنزل ومن الكوادر الصِحيّة حيث أظهرت النتائج إيجابية الفحص ل 8 أشخاص (3 من المصابين، مخالط من الكوادر الصِحيّة ومخالط من المنزل) وحتى نهاية عام 2015، بلغ عدد الحالات المؤكدة في الأردن 26 حالة.

طريقة الانتقال:

تحدث نتيجة استنشاق الرذاذ التنفسي من المريض أو عن طريق الأسطح الملوّثة، مثل المخدات (الوسادات) والأغطية واللُحُف (الشراشف) وغيرها، وقد ثبتت قدرة الفيروس على الانتقال بين الناس كما ثبتت إصابة عدد من العاملين في

المجال الصحي به عن طريق العدوى من المرضى، وتوصي منظمة الصحة العالمية العاملين في مجال الرعاية الصِحيّة باستخدام الإجراءات الوقائية من الأمراض التنفسية عند الكشف على المصابين بالفيروس.

أعراض المرض:

بحسب تقدير منظمة الصحة العالمية فإن المعطيات الحالية تشير إلى أن فترة الحضانة تتراوح بين عدة أيام ولغاية 52 يوماً ويمكن للفيروس الاحتفاظ بقدرته الإمراضية خارج جسم الإنسان لمدة ستة أيام في بيئة سائلة وثلاث ساعات على الأسطح الجافة.

كما وتؤدي الإصابة بفيروس كورونا الشرق الأوسط في العادة إلى التهاب قناة التنفس العلوية وبأعراض مشابهة للإنفلونزا مثل العطاس والكحة وانسداد الجيوب الأنفية وإفرازات مخاطية من الأنف مع ارتفاع درجة الحرارة وأيضاً قد يؤدي إلى إصابة حادة في الجهاز التنفسي السفلي والالتهاب الرئوي، بالإضافة إلى التأثير على الجهاز التنفسي فإن فيروس كورونا الشرق الأوسط قد يؤدي إلى فشل الكلى مع احتمال عالي للوفاة خصوصاً لدى المسنّين أو من لديهم أمراض مزمنة أو المثبطين مناعياً.

التبليغ عن الحالة:

- يتم التبليغ لمديرية الصحة ومديرية الأمراض السارية حسب تعليمات مجموعة التبليغ (أ).
- تعمل الجهة المخولة في وزارة الصحة بالإبلاغ الفوري لمنظمة الصحة العالمية وذلك حسب اللوائح الصِحيّة الدوليّة.

التشخيص:

يتم تشخيص الفيروس بواسطة (PCR) لمسحات تنفسية حيث تشير الدلائل أن المسحات العميقة مثل العينات التي تؤخذ من الرئتين تُعطي نتائج أفضل بكثير من المسحات المأخوذة من الجهاز التنفسي العلوي (فمبلعومية أو أنف بلعومية)، وينبغي للعاملين الصحيين الذين يتولون أخذ العينات السريرية أو نقلها وأن يلتزموا بدقّة بالاحتياطات القياسيّة للحد إلى أدنى قدر من احتمال تعرضهم للمُمَرِّضات.

العلاج :

لا يوجد علاج نوعي خاص للمرض حتى الآن، كما أن المضادات الفيروسية غير فعّالة.

الإجراءات الوقائية:

يجب تطبيق احتياطات نقل العدوى عن طريق الرذاذ والتلامس وارتداء النظارات الواقية بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية عند التعامل مع الحالات المشتبهة أو المؤكدة لإصابتها بفيروس كورونا المسبب لمتلازمة فيروس الشرق الأوسط التنفسية (MERS-COV) وعلى النحو التالي:

إدخال وعزل المرضى:

- يجب إدخال المريض المشتبه أو المؤكد بإصابته إلى حجرة فردية جيدة التهوية مزودة بحمّام منفصل ومغسلة، ويفضل استخدام غرفة ذات ضغط سلبي وفي حال عدم توفر حجرة فردية يتم وضع المرضى من نفس التشخيص معاً على أن يتم ترك مسافة متر على الأقل فاصل بين كل سرير وآخر.
- يجب تخصيص الأدوات الطِبّية الشائعة (جهاز الضغط، جهاز الحرارة، سماعة الطبيب) لكل مريض على حِدة والاحتفاظ بملف المريض خارج الغرفة وتوفر المناديل الورقية والمنظفات والمطهرات والتي تستخدم بواسطة الكوع في الغرفة.
- يجب وضع ملاحظة على باب الغرفة تؤكد ضرورة اتباع تعليمات ضبط العدوى قبل الدخول وحصر العناية بالمرضى بعدد قليل جداً قدر المستطاع من الكوادر الصِحيّة المُدرّبة والمؤهّلة ويجب الحد من عدد الزوار للمريض ويكون مقصوراً على الأشخاص الذين يقدمون له الدعم.
- يجب على الكادر الصحي وجميع الزوار وفي حال دخول غرفة المريض أو محيطه البقاء لمسافة متر أو أقل مع استخدام وسائل الوقاية الشخصية المتمثلة بارتداء قناع N95 وارتداء النظارة الواقية وارتداء مئزرة ذات أكمام طويلة وقفازات والالتزام بنظافة اليدين قبل وبعد ملامسة المريض ومحيطه وبعد خلع وسائل الوقاية الشخصية.

تنقّل المرضى بين الأقسام:

- تجنّب تنقل المريض إلا في حالة الضرورة القصوى وإذا كان لابد من تنقل المريض تستخدم طرق نقل تقلل من تعرض الكادر الصحي أو المرضى الآخرين أو الزوار للعدوى وإبلاغ الجهة المستقبِلة للمريض لأخذ الاحتياطات الضرورية قبل وصول المريض.
- تَأكد من أن الكادر الصحي الذي يقوم بنقل المريض يرتدي وسائل الوقاية الشخصية اللازمة.
- تأكد من اتباع المريض آداب الصحة التنفسية ولبس كمامة جراحية.
- استخدِم جهاز أشعة متحرك مخصص وكذلك أدوات تشخيصية خاصة إن أمكن وإلا يجب تنظيف وتطهير أو تعقيم الأدوات بعد كل استخدام.
- نظّف وطهّر الأسطح التي لامسها المريض مثل السرير بعد الاستخدام.

النظافة البيئية والتطهير لغرف العزل:

- يجب استخدام المطهّر وفقاً للتعليمات وحسب درجة التركيز المطلوبة والمدة اللازمة للتعرض.
- يجب مسح رذاذ الدم وسوائل الجسم بحرص وباستخدام طرق آمنة مع ارتداء الملابس الواقية المناسبة ويمكن استخدام محلول الكلور بتركيز 5 % وفترة تعرض 10 دقائق.
- يجب تنظيف الحجرة مرة يومياً على الأقل وعند خروج المريض بشكل كامل.
- يجب الاهتمام بتنظيف وتطهير الأدوات والأسطح التي يتم ملامستها يومياً مثل السماعة، الهاتف، أجهزة التحكم، مقابض الأبواب، أسطح الأجهزة.

- يجب أن يبدأ التنظيف من الأماكن الأقل اتساخاً إلى الأماكن الأكثر اتساخاً ويتم غسل الأسطح من أعلى إلى أسفل ويجب ارتداء القفازات شديدة التحمل والقناع عند التنظيف.

التخلص من النفايات وأواني الأكل والشرب للمريض:

- النفايات الناجمة عن غرفة العزل يجب جمعها في كيس خاص لونه أحمر ويفضل إجراء معالجة باستخدام الأتوكليف ثم إرسالها إلى المحرقة.
- عند تلوث الجزء الخارجي من الكيس الخاص بالنفايات يجب استخدام كيس آخر يوضع بداخله.
- فضلات المريض السائلة والصلبة يتم التخلص منها في مياه المجاري.
- غسل الأيدي بعد التخلص من الفضلات.
- غسل الملابس والشراشف حسب الطريقة الروتينية التي يستخدمها المستشفى، إنّ استخدام الماء الساخن ومستحضرات التنظيف المستخدم في غسالات المستشفيات يعتبر كافياً لتطهيرها.

جمع ونقل العينات المخبرية:

- يجب التأكيد أن العاملين في مجال الرعاية الصِحيّة الذين يتولون أخذ العينات يستخدمون معدات الحماية الشخصية الملائمة ومدربون على إجراءات إزالة التلوث الناتج عن ممارسات المناولة وتسرب العينات.
- وضع العينات التي ينبغي نقلها في أكياس العينات المانعة للتسرب (الحاويات الثانوية) المزودة بجيب منفصل يغلَق بإحكام لوضع العينة (أي الكيس البلاستيكي المخصص للعينات ذات الخطورة البيولوجية).
- وضع ملصق يحمل اسم المريض على حاوية العينة (الحاوية الأولية) وإرفاق نموذج الطلب المكتوب بخط واضح.
- التأكد من أن مختبرات مرفق الرعاية الصِحيّة تلتزم بممارسات وشروط السلامة الملائمة للنقل وفقاً لنوع الكائنات البيولوجية التي يجري تناولها.
- تسليم جميع العينات باليد كلما أمكن وعدم استخدام نظام الأنابيب الهوائية في نقل العينات.
- ذكر اسم اعتلال الجهاز التنفسي الحاد (المشتبه فيه) الذي توجد مخاوف بشأنه، على نحو واضح في نموذج الطلب المرفق. وإخطار المختبر في أسرع وقت ممكن بأن العينة في الطريق.

العناية الملائمة بالمريض في المنزل:

- عزل المصاب في غرفة منفصلة جيدة التهوية قدر الإمكان وعدم مغادرة المنزل طيلة فترة الأعراض إلا باستشارة الطبيب المعالِج، إبلاغ الزوّار قبل دخول المنزل بتجنب مخالطة المريض المباشرة.
- يجب غسل الأيدي بالصابون أو باستخدام الكحول 70% بعد التعامل والتلامس مع المريض.
- استخدام القناع من قبل مقدم الخدمة للمريض داخل المنزل ويجب تطبيق آداب الصحة التنفسية وتجنب لمس مفرزات المريض وارتداء الكفوف والقناع عند التعامل مع مفرزات المريض.
- غسل الملابس والشراشف حسب الطريقة الروتينية وكذلك الأكواب والأدوات.
- التنظيف اليومي الروتيني لغرفة المريض والأسطح ويمكن استخدام الكلور بتركيز 500 جزء بالمليون.

- تبقى احتياطات العزل (الاحتياطات الإضافية) طيلة فترة وجود العلامات والأعراض السريرية وتستمر مدة 24 ساعة على الأقل بعد غياب هذه الأعراض.

تنظيف وتطهير الأدوات المستخدَمة للجهاز التنفسي:

- المعدات المستخدمة في علاج الجهاز التنفسي تعامل مثل المعدات التي تتلامس مع الأغشية المخاطية حيث تعتبر شبه حرجة (Semi Critical) ويجب تنظيف هذه المواد ومن ثم معالجتها على الأقل بالتطهير عالي المستوى وذلك باستخدام الطرق الفيزيائية أو الكيميائية المعتمدة.

السل الرئوي

التعريف بمرض السل الرئوي:

الدرن أو السّل (Tuberculosis-TB) هو مرض معدي جرثومي تسبّبه عصيّة الدرن أو عصيّة كوخ يؤدي لتلف في أنسجة الرئة و/أو أعضاء أخرى، مرض السل الرئوي يصيب الرئتين وتنتقل العدوى من الشخص المصاب إلى شخص آخر حيث ينتشر الميكروب بواسطة السعال أو الرشح أو حتى الكلام في الهواء، ويوجد حول العالم حالياً 16 مليون شخص مصابون بالسل الرئوي (الدرن) النشط (Tuberculosis Active) وثلث سكان العالم معرضون للعدوى.

تساهم عوامل سوء التغذية وتدهور ظروف السكن وخدمات الإصحاح وعوامل مثل تعاطي التبغ وتناول الكحول ومرض السكري في زيادة احتماليّة الإصابة بالسل، يشير البرنامج الوطني لمكافحة السل في الأردن إلى تسجيل 460 إصابة جديدة بالسل الرئوي في عام 2016 ومعدل الإصابة 4.4 إصابة لكل 100 ألف مواطن.

أعراض السل الرئوي:

كثير من الأشخاص يصابون بالعدوى، ولكن قليل منهم (10%) يصابون بالمرض عندما يصل الميكروب إلى الرئة يتحرك جهاز المناعة ليحاصر الميكروب ويضعه تحت السيطرة ليمنع نمو الميكروب، ونتيجة الإصابة يتكون في الرئة درنات وهي مناطق متجبنة وعندما تذوب المادة المتجبنة وتصعد مع الطبقة المخاطية يسعل المريض هذا المخاط والمادة كبلغم.

أكثر الأعراض المبكرة هو السعال والبلغم وغالباً ما تعتبر الأعراض نزلة برد مزمنة، ويظهر في البلغم دم إذا تلفت الأوعية الدموية وتكون الكمية كبيرة في الحالات المتقدمة، وقد يعاني المصاب من ألم في الصدر مع ظهور الحمّى والعرَق (ليلاً) والتعب ونقص الوزن وفقدان الشهية، وممكن أن يؤدي الدرن إلى الوفاة.

تشخيص السل الرئوي:

- اختبار السلين الجلدي. فحص مانتو (Mantoux).
- صورة الصدر الشعاعية.
- فحص القشع المباشر بصبغة الحمض السريعة.
- زرع القشع أو عينات من الأعضاء المصابة.
- اختبار التضخيم المتسلسل (PCR).
- Adenosine Deaminase.

- .IFN-γ- Release Assays (IGAR)

علاج مرض السل الرئوي:

- أدوية علاج التدرن حجر الزاوية في علاج المرض ولاسيما المضادات الحيوية.
- يعطى المريض مجموعة مشتركة من الأدوية لمدة لا تقل عن 6 أشهر ولمدة قد تصل لسنة.

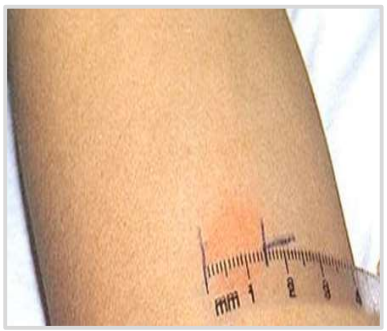
هذه المجموعة المشتركة تضم:

- ريفامبيسين (Rifampicin).
- أيثامبيوتول (Ethambutol).
- ستربتومأيسين (Streptomycin).
- بأيرازيناميد (Pyrazinamide).
- Isoniazid.

- يتم تطبيق العلاج ضمن برنامج (DOT -Directly Observed Therapy).







التعامل مع داء الكَلَب وحالات العقر

مقدمة:

داء الكلب هو التهاب دماغي نخاعي فيروسي حاد ومميت: وهو من الأمراض المشتركة التي تصيب الحيوانات الثدية البرية كالذئاب والضباع والثعالب والخفافيش ومنها ينتقل إلى الحيوانات الأليفة كالكلاب والقطط والحيوانات الثديّة.

ينتمي فيروس الكَلَب (Rabies virus) إلى عائلة (Rhabdo Virus) من جنس (Lassa Virus) ويصاب الإنسان نتيجة تعرضه للعقر من قبل الحيوانات المصابة بهذا المرض، تسبّب الكلاب حوالي 99% من مجموع حالات العدوى بداء الكلب المنقولة إلى الإنسان، ويمثّل الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة 40% من الأشخاص الذين يتعرّضون لعضّات حيوانات.

وقد حددت منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة والتحالف العالمي لمكافحة داء الكلب غاية عالمية تتمثل في "تحقيق انعدام حالات الوفاة الناجمة عن داء الكلب لدى الإنسان بحلول عام 2030".

يعتبر حيوان الكَلْب هو الخازن الرئيسي للمرض في الأردن، كما أن المرض نادر الحدوث في المملكة وتم الإبلاغ عن حالات فردية خلال السنوات الأخيرة، بحسب قائمة الأمراض الواجب التبليغ عنها يصنّف داء الكلب ضمن المجموعة (أ) وحالات العقر ضمن المجموعة (ب).

طرق الانتقال:

- عن طريق العقر والخدش من قبل حيوان مصاب حيث إن لعاب هذه الحيوانات يكون محملاً بالفيروسات.
- عن طريق جروح في الجلد: عند التعامل مع الحيوانات المصابة أو فحص عينات ملوّثة بالفيروس.
- يمكن انتقال العدوى بين البشر عن طريق زراعة الأعضاء، وقد ثبت ذلك بزراعة قرنيّات من أشخاص توفوا بأمراض في الجهاز العصبي لم يتم تشخيصهم.
- نظرياً يمكن انتقال المرض من شخص مصاب بداء الكلب لآخر بواسطة العض عن طريق اللعاب الملوث بالفيروس ولم يتم الإبلاغ عالمياً عن أية إصابة حدثت بهذه الطريقة.

التصنيف العملي للحالة:

- **الحالة المشتبهة:** كل شخص تعرض لعضّة حيوانات مثل الكلاب أو القطط أو لامس حيوان مشتبه بإصابته بداء الكلب ولم يتلق العلاج الوقائي اللازم.

- **الحالة المحتملة**: كل شخص تعرض لعضة حيوان أو لامس حيوان مشتبه بإصابته بداء الكلب وظهرت عليه أعراض داء الكلب خلال فترة تتراوح من عدة أيام إلى عدة أسابيع.

- **الحالة المؤكدة**: كل شخص تعرض لعضة حيوان أو لامس حيوان مشتبه بإصابته بداء الكلب وظهرت عليه أعراض داء الكلب وذلك خلال فترة تتراوح من عدة أيام إلى عدة أسابيع بما فيها رهاب الماء (Hydrophobia) وأدت إلى وفاته وثبتت إصابته بالفحص المخبري لعينة من نسيجه الدماغي بعد الوفاة.

الصورة السريرية للمرض:

تتراوح فترة الحضانة من (2-8) أسابيع وفي بعض الحالات النادرة قد لا تظهر الأعراض قبل عام من تاريخ التعرض للعقر وتشمل الأعراض الأولية الحمى المصحوبة بألم وشعور غير عادي بالوخز أو الحرق في موضع الجرح ويظهر المرض في الشكلين التاليين:

- **داء الكلب الهياجي**: تظهر علامات فرط النشاط وسلوكاً قابلاً للاستثارة ورهاب الماء إضافة إلى رهاب الهواء أحياناً.
- **داء الكلب الشللي**: تُصاب العضلات تدريجياً بالشلل انطلاقاً من موضع العضّة أو الخدش، وتتطور ببطء إلى حالة غيبوبة.

التشخيص المخبري:

يتم تشخيص الإصابات في الأردن في الحيوان والإنسان في مختبرات وزارة الصحة في قسم الأمصال والمطاعيم التابع لمديرية الأمراض السارية ويشترط لتشخيص المرض في الحيوان أن يتم قطع رأس الحيوان تحت إشراف طبيب بيطري وإرساله مبرداً (غير مجمّد) إلى هذا القسم في أقرب وقت ممكن وبما لا يزيد عن 94 ساعة حيث يتم فحص المستضد الفيروسي بتلوين الضد المتألق (FA) وفي حال عدم توافر هذا الفحص يمكن إجراء الفحص المجهري لإظهار أجسام نيغري (Negri bodies) أو في المزارع النسيجية حيث يتم تلقيح الفئران بها ويتم تزويد المديريات المعنية بالنتائج عند ظهورها مباشرة عن طريق الفاكس والهاتف.

إجراءات السيطرة والتعامل مع حالات العقر:

الجرح:

- الغسل الفوري للجرح بالماء الدافئ والصابون واستعمال المطهرات بحيث تكون عملية الغسل كاملة وتضمن تعقيم الجرح تماماً.
- تجنب خياطة الجروح الناتجة عن العقر ما أمكن وفي حالة وجود جرح كبير يلزمه الخياطة فيجب تقليل عدد الغرز إلى الحد الأدنى مع ضمان وجود فتحات بين الغرزة والأخرى لتسمح بعملية الخروج المستمر لإفرازات الجرح، أما في حالة الجروح البسيطة والتي في حال عدم خياطتها لا تترك تشوهات مهمة في الجسم فالقاعدة هي عدم خياطتها.

- إعطاء المعقور جرعة مدعمة من لقاح الكزاز إن كان قد طُعّم سابقاً ولم تمضِ فترة سنة على آخر جرعة تلقاها، وإلا يتم إعطاؤه جرعتين بفارق شهر بينهما.

إعطاء اللقاح (المطعوم):

- اللقاح المستخدم حالياً لقاح مقتول محضر على خلايا الزرع النسيجي (Vero Cells) ومعبأ في عبوات كل عبوة لجرعة واحدة، ومع كل عبوة يوجد مادة مذيبة ويعطى المطعوم حسب البرنامج التالي:
  - الجرعة الأولى تعطى في اليوم الصفر للعقر (نفس يوم العقر).
  - الجرعة الثانية تعطى في اليوم الرابع من تاريخ العقر.
  - الجرعة الثالثة تعطى في اليوم السابع من تاريخ العقر.
  - الجرعة الرابعة تعطى في اليوم الرابع عشر من تاريخ العقر.
  - الجرعة الخامسة تعطى في اليوم الثلاثين من تاريخ العقر.
  - الجرعة السادسة تعطى في اليوم التسعين من تاريخ العقر.

- يعطى المطعوم لكل شخص عُقِرَ أو خُدِشَ أو لُحِسَ من قبل الحيوانات المتعارف عليها بنقلها لمرض داء الكَلَب حيث يبدأ ببرنامج التطعيم فور مراجعة المصاب للمستشفى أو المركز الصحي.

- يعطى المطعوم في العضلة الدالية (Deltoid) أو العضلة الأمامية الخارجية من عضلة الفخذ (Thigh) للأطفال ويُمنع إعطاؤه مطلقاً في العضلة الكفلية (Glutea) على أن يحقن فور إذابته.

- في هذه الأثناء يجب على طبيب الصحة العامة أن يتصل هاتفياً بالطبيب البيطري المسؤول في المنطقة وإلحاق ذلك بكتاب مستعجل يتضمن معلومات وافية عن العقر والحيوان العاقر وظروف العقر وعنوان صاحب الحيوان إن وجد وكافة البيانات اللازمة في مثل هذه الحالة بحيث تمكن الطبيب البيطري من البدء بإجراءات الرقابة على الحيوان العاقر بالإضافة إلى ذلك فإن التنسيق المستمر والمتابعة ما بين مدير الصحة أو طبيب الصحة العامة والخدمات البيطرية في المنطقة أمر بالغ الأهمية لضمان استمرار عملية الرقابة البيطرية وورود نتيجتها إلى مديرية الصحة في الوقت المناسب وذلك تجنبا لهدر المطعوم بغير داعٍ حيث يتم وقف المعالجة الوقائية بالمطعوم في حال ثبوت سلامة الحيوان العاقر، وفي حال ثبوت الإصابة أن يستمر بالتطعيم حتى إكمال الست جرعات.

إعطاء المصل (Serum):

- يعطى المصل بالإضافة للمطعوم في اليوم الأول للعقر وبجرعة واحدة على ألا تتجاوز الفترة الزمنية ثمانية أيام بعد البدء بإعطاء المطعوم (المصل المستعمل في الأردن من أصل بشري ويمتاز بالسلامة والجودة) وذلك للحالات التالية:
  - العقر من قبل حيوان بري (مثل ثعلب، ذئب .... الخ).

- العقر من قبل حيوان أليف ضال (لا يمكن إخضاعه للمراقبة).
- العقر من قبل حيوان أليف ومشتبه جداً بإصابته بالمرض.
- الإصابة الشديدة الناتجة عن العقر (كالجروح المتهتكة).
- إذا كانت الإصابة قريبة من الجهاز المركزي (كمنطقة الرأس، الظهر، الرقبة).
- الجروح المتعددة.

- كيفية إعطاء المصل:

- يُعطى المصل بواقع 20 وحدة دولية / لكل كغم من وزن جسم المصاب جرعة واحدة بحيث يعطى نصفها على الأقل بالعضل والباقي يحقن سطحياً في حواف الجرح أو الجروح.
- الأطفال المعقورين والذين تلقوا المصل يُراعى عدم إعطاؤهم مطاعيم الفيروسات الحية (الحصبة، الحصبة الألمانية، النكاف، الجدري المائي) خلال فترة الثلاثة شهور التي تلي العقر، حيث يفضل تأخير هذا المطعوم لفترة ثلاث شهور بعد إعطاء المصل.

تعليمات عامة:

- على مدير المستشفى الإيعاز لأطباء الإسعاف والذين يتعاملون عادة مع مثل هذه الحالات اتباع التعليمات وإبلاغ طبيب الصحة العامة أو مدير الصحة فوراً لضمان استمرار إعطاء المطعوم للمعقورين وأن يضمن مدير المستشفى توفر المطعوم والمصل باستمرار في قسم الإسعاف وأن يكون محفوظاً حسب التبريد المناسب.
- ضرورة تعبئة النماذج الخاصة بالمعالجة الوقائية لداء الكلب والمرفق نسخة عنه بوضوح ودقّة وشموليّة وإرساله لمديرية الصحة المعنية للمتابعة ومن ثم إرساله إلى مديرية الأمراض السارية.
- المتابعة الحثيثة للمعقورين اللذين لم يستكملوا المعالجة الوقائية ضد داء الكَلَب من قبل أطباء الصحة العامة في المديريات، تجنباً لحدوث مضاعفات للإصابة.

الإجراءات الوقائية:

- التبليغ عن حالة العقر لمديرية الصحة المعنية يتبعه التبليغ الأسبوعي لمديرية الأمراض السارية.
- تعبئة نموذج المعالجة الوقائية لداء الكلب بوضوح ودقة وشمولية وإرساله إلى مديرية الصحة المعنية للمتابعة ومن ثم إرساله إلى مديرية الأمراض السارية.
- تعبئة نموذج الحالات التي استكملت المعالجة الوقائية الشهرية وإرساله إلى مديرية الأمراض السارية.
- التعامل مع حالة العقر حسب التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة.
- إعطاء المطاعيم التي تزيد من مناعة الأشخاص الأكثر عرضةً لعضّات الكلاب مثل الأطباء البيطريين وموظفي الحجر الصحي والعاملين في مختبرات فيروس داء الكلب والصيادين وطوافي الحراش والعاملين في المحميات البرية ورعاة الأغنام ... الخ
- مكافحة الكلاب الضالة ويتم ذلك من خلال وزارة الزراعة / البيطرة والبلديات وبمساعدة الحكام الإداريين في المناطق.

- تطعيم الكلاب بمطعوم داء الكلب وحصول مالكيها على ترخيص لاقتنائها مع شهادة صحية تثبت أخذها جرع المطعوم بانتظام وحسب المقرر ويتم ذلك في العيادات البيطرية.
- الحجر الصحي على الحيوانات المشتبهة بإصابتها في محاجر البلديات ومحاجر البيطرة.
- منع دخول المرض من خارج البلاد باتباع اللوائح الدولية الخاصة بانتقال الحيوانات والمحاجر الصِحيّة.

المطاعيم

مقدمة

تكتسب المطاعيم أهمية كبيرة في المجال الصحي وتُعتبر من أعظم الإنجازات البشرية في مجال مكافحة الأمراض وخصوصاً أمراض الطفولة القاتلة، حيث تم بفضل المطاعيم القضاء على بعض الأمراض والسيطرة على بعضها الآخر مما أدى إلى خفض معدلات الوفيات بين الأطفال في العالم.

من أين جاءت كلمة لقاح!

في عام 1796 لاحظ الباحث البريطاني "إدوارد جينر" ان العاملات في حلب الأبقار والمصابات بالجدري البقري بشكل تقرحات على أصابع اليد لا يصبن بمرض الجدري الخطير.

أخذ "جينر" عينة من قيح مرض الجدري المميت، وقام بتطعيم الطفل "فيبس" بها في ذراعه وقام بالأمر مرارا وتكرارً، ونجا الطفل بعد أكثر من 20 محاولة دون استسلام للمرض، وبعد وقت قليل اتضح أن طريقة جينر للتطعيم بجدري البقر هي آمنة أكثر من طريقة التجدير، وفي عام 1801م تم تطعيم أكثر من 100.000 شخص ضد المرض.

المطاعيم ساهمت بشكل رئيسي في التخلص من العديد من الأوبئة التي كانت تهدد الحياة

المناعة: هي القدرة على تكوين الاجسام المضادة في الجسم عند دخول العامل المسبب للجسم. وأنواعها:

- **طبيعية Natural:**
  - إيجابية (Active) – التعرض لمرض.
  - سلبية (Passive) - من الام للجنين.
- **صناعية Artificial:**
  - إيجابية (Active) – المطاعيم.
  - سلبية (Passive) – المصل.

المطعوم:

يعطى لشخص لتحفيز الجهاز المناعي في الجسم لتشكيل اجسام مضادة ضد هذا المرض.

المصل:

اعطاء اجسام مضادة جاهزة للجسم للوقاية من المرض.

أنواع المطاعيم:

هناك خمسة أنواع من المطاعيم:

1. المطاعيم الحية المُوهن (Live Attenuated Vaccine):

- يتم إزالة الخاصيّة الممرضة للميكروب بحيث يتم إنتاج سلالات موهنه من الميكروب قادرة على التكاثر في جسم الإنسان وإحداث عدوى نشطة، ولكن بدون ظهور أعراض مرضية.
- من ميزات هذه المطاعيم.
- تعمل على إحداث استجابة مناعية طويلة الأمد.
- عدد الجرعات من هذا اللقاح الحي قليلة مقارنة بالمطاعيم من الأنواع الأخرى.
- هذه المطاعيم حساسة لارتفاع درجات الحرارة.
- لا يمكن إعطاؤها للأشخاص الذين يعانون من أمراض نقص المناعة أو الذين يتعاطون علاجات مثبطة للمناعة.
- تشمل مطعوم الحصبة، مطعوم الشلل الفموي، ومطعوم السل، والحصبة الألمانية، والنكاف.

2. المطاعيم المعطلة (الميتة-killed):

- مثل مطعوم الشلل المقتول، السعال الديكي.
- يحتاج الشخص إلى عدة جرعات أساسية ومنشطة للحصول على مناعة كافية طويلة الأمد.

3. اللقاحات المكونة من الذوفان (Toxoid):

- مثل لقاح الدفتيريا والكزاز.
- الذوفان هو سم معطل باستعمال مواد كيماوية مثل الفورمالين.
- كما هو الحال عند إعطاء المطاعيم المعطلة فإن الشخص يحتاج إلى عدة جرعات أساسية وجرعات منشطة للحصول على مناعة كافية طويلة الأمد.

4. اللقاحات المكونة من أجزاء الميكروب:

- مثل لقاح المستدمية المنزلية (Hib) ولقاح السحايا الوبائي حيث يتكون من المحفظة الخارجية للميكروب والتي تتكون من عديدات السكريات (polysaccharides).

5. اللقاحات المُصنّعة بطريقة الهندسة الوراثية (Recombinant DNA Technique):

- مثل لقاح التهاب الكبد الفيروسي نوع (ب) المكون من المستضد السطحي للفيروس المصنع من خلال زرع المورث الخاص بإنتاج المستضد السطحي HbsAg في خلايا الخميرة.

آلية عمل اللقاحات:

جميع اللقاحات التي يتم تصنيعها تعتمد أما على حقن الجرثوم المضعف، أو المقتول، أو الحمض النووي للفيروس، أو أجزاء من بروتينات الفيروس داخل الجسم دون أن تسبب المرض. وإنما يقوم الجهاز المناعي في الجسم بالتعرف عليها وافراز اجسام مضادة معدلة تستطيع أن تحبط من عمل الفيروس حين دخوله إلى الجسم.

المرض	المسبب	الانتقال	الاعراض والعلامات	المضاعفات	المطعوم
الدفتيريا	بكتيريا	الرذاذ الحامل للمرض في الهواء	الم في الحلق، فقدان شهية، ارتفاع درجة الحرارة	انسداد المجرى التنفسي، قصور القلب، الوفاة	السداسي الثنائي البكتيري (Td, DT) الثلاثي البكتيري (DPT DTaP)
الكزاز	بكتيريا	الجروح والادوات الملوثة	تصلب عضلي، شد العضلات حول الشفتين، تعرق، سخونة	فشل تنفسي، وموت	السداسي الثنائي البكتيري (Td, DT) الثلاثي البكتيري (DPT, DTaP)
السعال الديكي)الشاهوق)	بكتيريا	الرذاذ الحامل للمرض في الهواء	اعراض الرشح	التهاب رئوي، التشنجات، والنوبات	السداسي (Hexavalent) الثلاثي البكتيري (DPT, DTaP)
المستدمية النزلية من النوع ب	بكتيريا	الرذاذ	الالتهاب الرئوي: الحمى، والقشعريرة، والسعال، وضيق التنفس. التهاب السحايا: حمى، صداع، حساسية للضوء، تصلب في الرقبة، وتشوش، أو تغير في الوعي.	التهاب السحايا والعجز العصبي وتلف الدماغ	السداسي (Hexavalent)
التهاب الكبد الوبائي نوع B	فيروس	الدم وسوائل الجسم الاخرى	بدون اعراض، تعب عام، الغثيان، التقيؤ، الام المعدة، اليرقان	التهاب الكبد الخاطف، تليف الكبد، سرطان الكبد، الوفاة	السداسي (Hexavalent)

المرض	المسبب	الانتقال	الاعراض والعلامات	المضاعفات	المطعوم
شلل الاطفال	فيروس	الماء والطعام الملوث بالبراز	ارتفاع درجة حرارة، صداع، الم في الحلق	شلل، الوفاة	السداسي (Hexavalent) على شكل (IPV) والشلل الفموي (OPV)
الحصبة	فيروس	الرذاذ الحامل للمرض بالهواء	ارتفاع في درجة الحرارة يليه سيلان انف، سعال، التهاب ملتحمة العين، بقع كوبليك، طفح جلدي	اسهال، التهاب الاذن، الالتهاب الرئوي، التهاب اغشية الدماغ،	الحصبة، الثلاثي الفيروسي (MMR)
الحصبة الالمانية	فيروس	الرذاذ الحامل للمرض بالهواء	ارتفاع درجة الحرارة، التهاب ملتحمة العين، تورم العقد اللمفاوية، طفح جلدي	التهاب اغشية الدماغ، النزيف	الثلاثي الفيروسي (MMR)
النكاف (ابو دغيم)	فيروس	الرذاذ الحامل للمرض بالهواء	بدون اعراض، الم عند المضغ، أو البلع، ارتفاع درجة الحرارة، وضعف عام، تورم الغدد اللعابية	قد يسبب التهاب الخصيتين مما يؤدي إلى العقم، التهاب الدماغ، والتهاب السحايا، وفقدان السمع	الثلاثي الفيروسي (MMR)
التهاب المعدة بسبب روتا فيروس	فيروس	الماء والطعام الملوث بالبراز	اسهال، تقيؤ	الجفاف (يمكن أن يؤدي إلى الصدمة والفشل الكلوي والفشل الكبدي والوفاة)	مطعوم الروتا
السل	بكتيريا	الرذاذ الحامل للمرض بالهواء	ضعف عام، ونقص في الوزن، وحمى، وتعرق ليلي، وسعال مستمر، وسعال دموي، وألم في الصدر.	الوفاة	BCG
التهاب الكبد أ	فيروس	الماء والطعام الملوث بالبراز	تعب عام، تقيؤ، غثيان، اليرقان	التهاب الكبد الخاطف	مطعوم التهاب الكبد أ

المرض	المسبب	الانتقال	الاعراض والعلامات	المضاعفات	المطعوم
PCV	بكتيريا	الرذاذ الحامل للمرض بالهواء	تختلف الاعراض حسب موقع الالتهاب. ارتفاع درجات الحرارة، والقشعريرة، يمكن حصولهم في جميع الحالات	تسمم الدم، التهاب اغشية الدماغ.	مطعوم (PCV)
Varicella	فيروس	الاتصال المباشر، قطرات الرذاذ الحاملة للمرض	طفح جلدي، ارتفاع درجة الحرارة، الضعف والتعب العام، الصداع	التهاب نسيج الدماغ	مطعوم جدري الماء

"جدول برنامج التطعيم الوطني"

جدول برنامج التطعيم قبل سن دخول المدرسة

العمر والجرعة	المطعوم
الشهر الأول	- مطعوم السل (BCG)
61 يوماً	- المطعوم السداسي - مطعوم الروتا فيروس
91 يوماً	- المطعوم السداسي - مطعوم الروتا فيروس - مطعوم الشلل الفموي
121 يوماً	- المطعوم السداسي - مطعوم الروتا فيروس - مطعوم الشلل الفموي
10 أشهر	- مطعوم الحصبة - مطعوم الشلل الفموي (OPV) - فيتامين "أ" (100000 وحده دوليه)
12 شهر	- مطعوم الثلاثي الفيروسي (MMR) - مطعوم التهاب الكبد "أ"
18 شهر	- مطعوم الثلاثي الفيروسي (MMR) - مطعوم التهاب الكبد "أ" - الجرعة المدعمة من الثلاثي البكتيري - الجرعة المدعمة من الشلل الفموي - فيتامين "أ" (200000 وحده دوليه)
6 سنوات	- الثنائي البكتيري (TD) - الجرعة المدعمة للشلل الفموي - التأكد من اتمام جدول المطاعيم
16 سنة	- الثنائي البكتيري (TD) - التأكد من اتمام جدول المطاعيم

موانع التطعيم:

موانع التطعيم قليلة جدًا وينعكس ذلك في التعليمات الخاصة بالتطعيمات. هناك العديد من المفاهيم الخاطئة فيما يخص موانع التطعيم مما قد يؤدي إلى ضياع الفرص لحماية الأطفال في الوقت المناسب.

- **موانع التطعيم العامة**: رد فعل تحسسي شديد سابق لنفس اللقاح أو أحد مكوناته.
- **موانع خاصة** بأنواع محددة من المطاعيم

المطعوم	مانع التطعيم
BCG	اصابة بمرض نقص المناعة المكتسب مصحوب بأعراض ولا ينصح الاخصائي المعالج بأخذ المطعوم نقص مناعة معروف ومشخص
الثلاثي البكتيري (DPT)	تاريخ مرضي من التشنجات (ما عدا التشنجات الناتجة عن ارتفاع الحرارة)
الشلل الفموي	مرضى نقص المناعة

ليست من الموانع:

- مرض خفيف أو متوسط.
- الرضاعة من الام ليست مانعاً.
- الطفل الذي يعاني من سوء تغذية.
- ارتفاع درجة الحرارة (أقل من 38 درجة مئوية).
- أمراض الجهاز التنفسي الحادة الخفيفة.
- الإسهال والأمراض البسيطة الأخرى ليست من موانع للتطعيم.
- العلاج الحالي بالمضادات الحيوية.
- الاطفال الخدج أو ناقصي النمو بعد استقرار حالتهم الصحية.

" القاعدة العامة هي إن يتم تطعيم كل الاطفال الذي مرضهم لا يتطلب الدخول إلى المستشفى"

ملاحظات عامة:

- يجب ألا تقل الفترة الفاصلة بين جرعات المطاعيم الحية الموهنة (مطاعيم الشلل الفموي والحصبة والثلاثي الفيروسي) عن 4 أسابيع.
- لا يلزم إعادة بدء سلسلة التطعيم، ولكن يجب أن تستكمل.
- إذا تأخر الأطفال عن الفترات الموصى بها، يجب إعطاء الطفل الجرعات الفائتة على الفور بغض النظر عن الفترة بين الجرعات.
- يؤجل اعطاء مطعوم الحصبة والثلاثي الفيروسي لمدة 3 أشهر في حال اعطاء الطفل الدم أو البلازما أو الاجسام المناعية.
- اعطاء الكورتيزون يؤجل التطعيم بالمطاعيم الحية الموهنة حسب الجرعة بعد استشارة الطبيب.

الأعراض الجانبية بعد التطعيم:

"أي حدث طبي غير مرغوب فيه يتبع التطعيم وليس بالضرورة نتيجة لاستخدام المطعوم"

- حالات التهاب العقد اللمفية الناتجة عن مطعوم (BCG).
- الخراج موقع الحقن.
- الوفيات التي يعتقد العاملون الصحيون أو المجتمع أنها قد تكون مرتبطة بالتطعيم.
- الحالات التي تتطلب دخول المستشفى والتي يعتقد العاملون الصحيون أو المجتمع أنها مرتبطة بالتطعيم.
- الحوادث الطبية الخطيرة أو غير العادية الأخرى التي يعتقد العاملون الصحيون أو الجمهور أنها مرتبطة بالتطعيم.

كيف يمكن أن نتجنب حدوث الآثار الجانبية للتطعيم:

لتلافي الآثار الجانبية بسبب المطعوم:

- عدم استخدام مطعوم انتهى تاريخ صلاحيته.
- عدم استخدام المطاعيم التي تتلف بالتجمد.
- عدم استخدام مطاعيم تعرضت للحرارة أكثر من المسموح.

لتلافي الآثار الجانبية بسبب أخطاء في تطبيق البرنامج:

- الالتزام بالجرعة المحددة.
- يجب حقن المطعوم بالمكان المحدد له.
- عدم استخدام ابرة غير معقمة وعدم لمسها بالأصابع أو وضعها في مكان غير نظيف.
- عدم استخدام المذيب المحفوظ خارج الثلاجة.
- عدم استخدام محقن سبق استعماله.
- استخدام المذيب المحدد للمطعوم والمحافظة على عدم تلوث المطعوم والمذيب.

الاعراض الجانبية بعد التطعيم:

على الرغم من مأمونية المطاعيم بشكل كبير لكن لا يوجد لقاح خالٍ من الاعراض الجانبية تمامًا. قد يعاني بعض الأشخاص من ردود فعل بعد التطعيم، تتراوح بين الآثار الجانبية الخفيفة إلى الآثار الجانبية النادرة.

قد تكون تلك الاعراض الجانبية نتيجة إلى:

- المطعوم نفسه.
- خطأ في إعطاء المطعوم.
- رد فعل نتيجة للقلق المصاحب لأخذ المطعوم.
- صدفة، ليس له علاقة بالمطعوم.

يجب التحقيق في كل عرض جانبي بعد التطعيم لتحديد السببية ومعالجة الأخطاء البشرية المحتملة. تساعد مراقبة الأعراض الجانبية بعد التطعيم على إثبات حدوثها، واكتشاف الأخطاء البرمجية ومعالجتها، وفهم مخاطر المطاعيم.

المتخلفين عن التطعيم:

أي طفل فاته موعد التطعيم المقرر وانقضى شهر أو أكثر على موعده.

لا يلزم إعادة بدء سلسلة التطعيم، ولكن يجب أن تستمر: إذا تأخر الأطفال عن الفترات الزمنية المحددة، يجب إعطاء الطفل الجرعات الفائتة على الفور بغض النظر عن الفجوة بين الجرعات.

العمر	جدول التطعيم
4 أشهر حسنه واحده	**فوراً:** • 0.05 مل (BCG) • المطعوم السداسي • مطعوم الروتا فيروس **بعد شهر:** • المطعوم السداسي (الجرعة الثانية) • الشلل الفموي (الجرعة الأولى) • مطعوم الروتا فيروس (الجرعة الثانية) **بعد شهرين:** • المطعوم السداسي (الجرعة الثالثة) • مطعوم الشلل الفموي (الجرعة الثانية) • مطعوم الروتا فيروس (الجرعة الثالثة) *يتم اعطاء الحصبة في أي وقت بعد وصول الطفل 9 أشهر من العمر.
5-1 سنوات	**فوراً:** • 0.1 مل (BCG) • المطعوم السداسي (الجرعة الأولى) • 0.5 مل مطعوم الثلاثي الفيروسي (MMR) • مطعوم التهاب الكبد "أ" (الجرعة الأولى) **بعد شهر:** • المطعوم السداسي (الجرعة الثانية) • مطعوم الشلل الفموي (الجرعة الأولى) **بعد شهرين:** • المطعوم السداسي (الجرعة الثالثة) • مطعوم الشلل الفموي (الجرعة الثانية) *الجرعة الثانية من الثلاثي الفيروسي (MMR) والتهاب الكبد أ تعطى بعد 6 أشهر من الجرعة الأولى. **الثلاثي البكتيري (DPT) تعطى بعد 6-12 شهر من الجرعة الثالثة من السداسي.

العمر	جدول التطعيم
> 5 سنوات	**فوراً:** • مطعوم ثنائي كبار (الجرعة الأولى) • مطعوم الشلل المقتول (الجرعة الأولى) • مطعوم التهاب الكبد ب (الجرعة الأولى) • 0.05 مل الثلاثي الفيروسي • التهاب الكبد "أ" **بعد شهر واحد:** • مطعوم ثنائي كبار (الجرعة الثانية) • مطعوم الشلل المقتول (الجرعة الثانية) • مطعوم التهاب الكبد "ب" (الجرعة الثانية) • مطعوم الشلل الفموي (الجرعة الأولى) **بعد شهرين:** • مطعوم ثنائي كبار (الجرعة الثالثة) • مطعوم الشلل المقتول (الجرعة الثالثة) • مطعوم التهاب الكبد ب (الجرعة الثالثة) • مطعوم الشلل الفموي (الجرعة الثانية) *الجرعة الثانية من الثلاثي الفيروسي (MMR) والتهاب الكبد أ تعطى بعد 6 أشهر من الجرعة الأولى

التواصل:

- التواصل مع أولياء الأمور.
- يتضمن الاتصال إعطاء المعلومات شفهياً (بما في ذلك نبرة الصوت) وغير لفظي (لغة الجسد). تظهر الدراسات أن العاملين الصحيين هم المصدر الرئيسي للمعلومات الصحية لأولياء الامور. وبالتالي، فإن التواصل مهم جدا لإعطاء رسائل التثقيف الصحي بالطريقة الأمثل.
- الرسائل الرئيسية.
- تاريخ وموعد الزيارة القادمة.
- المطاعم المعطاة والامراض التي تحمي منها.
- الاعراض الجانبية وكيفية التعامل معها.
- اهمية بطاقة التطعيم.
- حتى عند مرضه، يجب احضار الطفل إلى العيادة.
- عدد الزيارات الواجبة لاستكمال جدول التطعيم.
- التواصل بشأن الاعراض الجانبية.
- اكد لولي الامر بأن ردود الفعل، مثل ارتفاع درجة الحرارة، أو الألم أو التورم في موقع الحقن شائعة وتشير إلى استجابة جيدة للمطعوم.

- إرشاد ولي الامر لإعطاء سوائل إضافية على شكل حليب الام أو الماء.
- إرشاد ولي الامر إلى أنه يمكن إعطاء الباراسيتامول وتحديد الجرعة المناسبة والتوقيت المناسب لكل طفل.
- تذكير ولي الامر بإعطاء مزيد من العناق والاهتمام، ولكن مع تجنب الضغط على موقع (مواقع) الحقن.
- اشرح أن وضع قطعة قماش نظيفة وباردة ومبللة يمكن أن يساعد في تخفيف الألم إذا كان هناك تفاعل موضعي في موقع الحقن.
- أخبر ولي الامر بإحضار الطفل إلى المركز الصحي إذا ساءت حالته أو استمر رد الفعل لأكثر من يوم أو يومين، حيث قد يصاب الرضيع بمرض لا علاقة له بالتطعيم ويحتاج إلى علاج.
- بعد لقاح (BCG) اشرح لولي الامر أن التورم في ذراع الرضيع طبيعي ويشير إلى أن المطعوم يعمل. اطلب من ولي الامر العودة مع الرضيع في حال ظهور اعراض مثل الخراجات أو الغدد المتضخمة.
- بعد لقاح الحصبة: اشرح لولي الامر أن الطفح الجلدي أو الحمى قد تظهر بعد 6-12 يومًا. لن يصاب الأشخاص الآخرون بالطفح الجلدي وسيختفي من تلقاء نفسه. يجب على ولي الامر إعطاء الرضيع سوائل إضافية والحفاظ عليها باردة.

مطعوم التيتانوس:

في الحمل الأول:

- الجرعة الأولى.
- الجرعة الثانية بعد شهر من الجرعة الأولى.

الحمل الثاني:

- الجرعة الثالثة.

الحمل الثالث:

- الجرعة الرابعة.

الحمل الرابع:

- الجرعة الخامسة

أخطاء قد تؤدي إلى آثار جانبية:

الأخطاء البرامجية	الأثر الجانبي
• حقن غير معقمة(ملوثة). • اعادة استخدام المحاقن والابر ذات الاستخدام لمرة واحدة. • حقنة أو ابرة معقمة بطريقة خاطئة. • مطعوم أو محلول ملوث.	• عدوى: خراج مكان الابرة (Abcess)، التهاب موضعي (Cellulitis), عدوى عامة. • صدمة سمية (Toxic Shock Syndrome). • نقل الأمراض الفيروسية عن طريق الدم (الإيدز (HIV)، التهاب الكبد نوع (HBV,HCV).

• اعادة استخدام مطعوم محضر في جلسة تطعيمية سابقة.	

الأخطاء البرامجية	الأثر الجانبي
• تحضير المطعوم بطريقة خاطئة. • استخدام محلول خاطئ غير مخصص للمطعوم. • استخدام محاليل أدوية بدلا من المطعوم أو بدلا من مذيب المطعوم المخصص له.	• تفاعل موضعي أو خرّاج نتيجة عدم رج المطعوم بطريقة صحيحة قبل الاستخدام. • تأثير نفس العلاج على سبيل المثال (راخية العضلات أو الانسولين)
• اعطاء المطعوم في مكان خاطئ تحت الجلد بدلا من داخل الجلد لمطعوم (BCG). • اعطاء مطاعيم (DT, DPT, Td, HBV, Hib, DPT+HBV) تحت الجلد بدلا من العضل عميقاً. • اعطاء المطعوم في المنطقة الأيلية (buttocks).	• تفاعل موضعي أو خراج مكان اعطاء الابرة • تدمير العصب الوركي + المطعوم يفقد فعاليته التهاب كبد نوع "ب"
حفظ أو تخزين أو تداول أو نقل المطعوم بشكل خاطئ	ارتفاع نسبة التفاعل الموضعي نتيجة تجميد المطعوم بالإضافة إلى فقدان المطعوم لفاعليته
تجاهل موانع التطعيم	تأثير جانبي شديد يمكن تجنبه

صدمة الحساسية:

هي رد فعل حساسيه حاد وسريع يحدث خلال اقل من ساعة بعد اعطاء المطعوم تؤدي إلى هبوط الدورة الدموية وضيق بالنفس وتسارع في نبضات القلب وانخفاض ضغط الدم ويكون الجلد احمر ومنتفخ مع حكه وطفح عام.

العلاج:

(Adrenalin-1:1000) كحد اقصى (Adrenalin-0.5ml) (0.01ml/kg) بالعضل ويمكن تكرار الجرعة كل 10-20 دقيقه لأقصى حد 3 جرعات وإعطاء (Corticosteroids & Antihistamine). يمكن اعطاء العلاجات الداعمة الاكسجين والمحاليل والتأكد من عدم انسداد المجاري التنفسية. يجب عدم اعطاء الجرعات التالية من نفس المطعوم.

نظرة عامة عن كوفيد-19

فيروسات كورونا هي عائلة كبيرة من الفيروسات التي يمكن أن تسبب أمراضا تتراوح من نزلات البرد إلى المتلازمة التنفسية الحادة الوخميّة (سارس) ومرض فيروس كوفيد-19، وتشمل الأعراض النموذجية لكوفيد-19 الحمى والسعال وضيق التنفس ويعد الالتهاب الرئوي شائعًا، ولكن قد لا يصاب المرضى دائمًا بهذه الحالة كما تم الإبلاغ عن أعراض الجهاز الهضمي بين المرضى ومنها الإسهال، يمكن للفيروس المسبّب لكوفيد-19 أن ينتشر من خلال الرذاذ التنفسي عند سعال أو عطاس أو عند تحّدث الشخص المصاب.

قد تظهر الأعراض بعد 14-2 يومًا من تعرض الشخص للفيروس ويمكن أن تشمل الحمى والقشعريرة والسعال وقد لا تظهر أعراض على بعض الأشخاص المصابين ولهذا السبب يجب على الجميع اتخاذ الإجراءات الوقائية اليومية.

من الممكن لأي شخص أن يعاني من أعراض شديدة بسبب فيروس كوفيد-19، وخاصة كبار السن والأشخاص الذين يعانون من حالات كامنة أو أمراض مزمنة.

التدابير الوقائية:

- اخذ مطعوم كوفيد-19.
- غسل اليدين بالماء والصابون لمدة 20 ثانية على الأقل واستخدام معقم اليدين الذي يحتوي على60 % كحول على الأقل.
- تجنب الاتصال الوثيق مع المريض ترك مسافة 6 أقدام (حوالي مترين) عن الآخرين.
- ارتداء الكمامة في الأماكن العامة.
- استخدام المناديل الورقية أو الجانب الداخلي من الكوع لتغطية السعال والعطس.
- تنظيف وتعقيم الأسطح التي يتم لمسها بشكل متكرر.
- التزام البقاء في المنزل للأشخاص الذين لديهم أعراض مثل الحمى والسعال وضيق التنفس.

نظرة عامة على التهاب الكبد أ، ب، ج

التهاب الكبد "أ":

هو مرض شديدة العدوى في الكبد يسببه فيروس التهاب الكبد "أ"، وينتج عن تناول الطعام أو الماء الملوث (انتقال برازي - فموي) أو عن طريق الاتصال المباشر بشخص مصاب أو شيء ملوث، يمكن للفيروس أن يعيش على الأسطح لبضعة أشهر، ولا ينتشر الفيروس عن طريق الاتصال العارض أو السعال أو العطاس، وتظهر أعراض التهاب الكبد الوبائي "أ" عادةً بعد أسابيع قليلة من الإصابة، ولكن لا تظهر الأعراض على كل شخص مصاب بالتهاب الكبد.

تشمل الأعراض:

- إرهاق وضعف غير معتاد.
- غثيان وقيء مفاجئ وإسهال.
- ألم أو شعور بعدم الراحة في البطن خاصةً في الجانب الأيمن العلوي أسفل الضلوع السفلية الموجودة فوق الكبد.
- براز طيني أو رمادي اللون.
- فقدان الشهية.
- حمى منخفضة ارتفاع الحرارة.
- البول الداكن.
- الم المفاصل.
- اصفرار الجلد وبياض العين(اليرقان).
- حكّة شديدة.

قد تكون هذه الأعراض خفيفة نسبيًا وتختفي في غضون أسابيع قليلة، ومع ذلك في بعض الأحيان يؤدي التهاب الكبد "A" إلى مرض شديد يستمر لعدة أشهر، لا تتطلب الحالات الخفيفة من التهاب الكبد "أ" العلاج، حيث يتعافى معظم المصابين تماماً دون حدوث تلف دائم في الكبد، وقد تؤدي ممارسات النظافة الجيدّة بما في ذلك غسل اليدين بشكل متكرر إلى منع انتشار الفيروس ويمكن للقاح التهاب الكبد الوبائي "أ" أن يحمي من الإصابة.

التهاب الكبد "ب":

هو عدوى خطيرة في الكبد يسببها فيروس التهاب الكبد "ب" (HBV). بالنسبة لبعض الأشخاص، يصبح التهاب الكبد "ب" مزمن (يستمر لأكثر من ستة أشهر)، تزيد الإصابة بالتهاب الكبد "ب" المزمن من خطر الإصابة بفشل الكبد أو سرطان الكبد أو تليّف الكبد.

يتعافى معظم البالغين المصابين بالتهاب الكبد "ب" تماماً، حتى لو كانت العلامات والأعراض التي يعانون منها شديدة، أما بالنسبة للرضّع والأطفال فهم الأكثر عرضة للإصابة بعدوى التهاب الكبد ب" المزمن.

الأعراض:

تتراوح علامات وأعراض التهاب الكبد ب من خفيفة إلى شديدة، وتظهر بالعادة بعد حوالي شهر إلى أربعة أشهر من الإصابة، وعلى الرغم من أن الأعراض قد تظهر في وقت مبكر بعد أسبوعين من الإصابة وقد لا تظهر أي أعراض على بعض الأشخاص (الأطفال الصغار).

تشمل الأعراض:

- ألم في البطن.
- البول الداكن.
- حُمّى.
- ألم في المفاصل.
- فقدان الشهية.
- استفراغ وغثيان.
- ضعف وتعب عام.
- اصفرار الجلد وبياض العين (اليرقان).

الطرق الشائعة التي يمكن أن ينتشر بها فيروس التهاب الكبد "ب" هي :الاتصال الجنسي ومشاركة الإبرة ووخز بالإبر الملوّثة (غير المقصود) وتنتقل العدوى من الأم إلى الطفل، العلاج الوقائي من عدوى التهاب الكبد "ب" بعد التعرض للفيروس: حقن الغلوبولين المناعي (جسم مضاد) خلال 12 ساعة من التعرض للفيروس ولأن هذا العلاج يوفر حماية قصيرة المدى فقط يجب إعطاء التطعيم في نفس الوقت إذا لم يتم تلقيه من قبل.

علاج التهاب الكبد "ب" الحاد:

في الغالب لا يحتاج إلى علاج، في حين يوصى بالراحة والتغذية السليمة والكثير من السوائل وفي الحالات الشديدة يلزم استخدام الأدوية المضادة للفيروسات أو الإقامة في المستشفى لمنع حدوث مضاعفات.

علاج التهاب الكبد "ب" المزمن:

يحتاج معظم الأشخاص المصابين بعدوى التهاب الكبد "ب" المزمن إلى العلاج لبقية حياتهم، ويساعد العلاج في تقليل مخاطر الإصابة بأمراض الكبد ويمنع انتقال العدوى للآخرين، وقد يشمل علاج التهاب الكبد "ب" المزمن أدوية مضادة للفيروسات أو حقن الإنترفيرون أو زراعة الكبد في المراحل النهائية.

التهاب الكبد "ج":

هو عدوى فيروسية تسبب التهاب الكبد مما يؤدي أحياناً إلى تلف الكبد الخطير، ينتشر فيروس التهاب الكبد "ج" عن طريق الدم الملوث، وحتى وقت قريب كان علاج التهاب الكبد الوبائي "ج" يتطلب حقناً أسبوعية وأدوية عن طريق الفم وحيث لا يستطيع العديد من المصابين بفيروس التهاب الكبد الوبائي تناولها بسبب مشاكل صحية أخرى أو آثار جانبية غير مقبولة لكن اليوم يمكن علاج التهاب الكبد "ج" المزمن بأدوية تؤخذ عن طريق الفم كل يوم لمدة شهرين إلى ستة أشهر.

ومع ذلك لا يعرف حوالي نصف المصابين بفيروس التهاب الكبد "ج" أنهم مصابون لجميع البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 79عاماً، حتى أولئك الذين ليس لديهم أعراض أو مرض كبدي معروف، تشمل أكبر مجموعة معرضة للخطر كل من ولد بين عامي 1945 و1965 وتزيد احتمالية إصابة هؤلاء المواليد بخمس مرات من أولئك الذين ولدوا في سنوات أخرى، عادة ما يكون التهاب الكبد "ج" المزمن عدوى (صامتة) لسنوات عديدة حتى يضر الفيروس الكبد بما يكفي لإحداث علامات وأعراض أمراض الكبد.

تشمل العلامات والأعراض ما يلي:

- سهولة حدوث نزيف وكدمات.
- الإرهاق والضعف العام.
- ضعف الشهية.
- اليرقان.
- لون البول داكن.
- حكة في الجلد.
- استسقاء (تجمع سوائل في البطن).
- انتفاخ في الرجلين (تجمع سوائل).
- فقدان الوزن.
- قلة الوعي والنعاس وتداخل الكلام (اعتلال الدماغ الكبدي).
- الأورام الوعائية العنكبوتية.

تبدأ كل إصابة مزمنة بالتهاب الكبد "ج" بمرحلة حادة، عادة ما لا يتم تشخيص التهاب الكبد الوبائي "ج" الحاد لأنه نادراً ما يسبب أعراضاً عند ظهور العلامات والأعراض فقد تشمل اليرقان إلى جانب التعب والغثيان والحمى وآلام العضلات، حيث تظهر الأعراض الحادّة بعد شهر إلى ثلاثة أشهر من التعرض للفيروس وتستمر من أسبوعين إلى ثلاثة أشهر.

لا تصبح عدوى التهاب الكبد "ج" الحادة مزمنة دائماً، حيث يقوم بعض الأشخاص بإزالة التهاب الكبد الفيروسي من أجسامهم بعد المرحلة الحادة، وهي نتيجة تعرف باسم التصفية الفيروسية التلقائية، وفي الدراسات التي أجريت على

الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بفيروس التهاب الكبد "ج" الحاد تفاوتت معدلات التصفية الفيروسيّة التلقائية من15 % إلى25 %، كما يستجيب التهاب الكبد الوبائي "ج" بشكل جيد للعلاج المضاد للفيروسات.

على الصعيد العالمي، يوجد التهاب الكبد "ج" في عدة أشكال متميزة تُعرف بالأنماط الجينية حيث تم تحديد سبعة أنماط وراثية مميزة لفيروس التهاب الكبد "ج" وأكثر من 67 نوعاً فرعياً، على الرغم من أن التهاب الكبد "ج" المزمن يتبع مساراً مشابهاً بغض النظر عن النمط الجيني للفيروس المصاب، إلا أن توصيات العلاج تختلف اعتماداً على النمط الجيني الفيروسي.

الأدوية المضادة للفيروسات:

يتم علاج عدوى التهاب الكبد الوبائي "ج" بالأدوية المضادة للفيروسات، والهدف من العلاج هو عدم اكتشاف فيروس التهاب الكبد "ج" لمدة 12 أسبوعاً على الأقل بعد اكتمال العلاج وزراعة الكبد ضرورية في حالة تلف الكبد، ولكن زراعة الكبد وحده لا يعالج التهاب الكبد "ج" من المحتمل أن تعود العدوى مما يتطلب العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات لمنع تلف الكبد المزروع وأظهرت العديد من الدراسات أن أنظمة الأدوية المضادة للفيروسات الجديدة ذات المفعول المباشر فعالة في علاج التهاب الكبد "ج" بعد الزراعة.

على الرغم من عدم وجود لقاح ضد التهاب الكبد "ج" فمن المستحسن تلقي لقاحات ضد فيروسات التهاب الكبد "أ" و "ب".

نظرة عامة عن الأمراض المنقولة جنسيا وفيروس نقص المناعة البشرية الأيدز

الأمراض المنقولة جنسيّا (STDS):

هي عدوى تنتقل من شخص لآخر عن طريق الاتصال الجنسي وهناك العديد من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي ولكن أكثرها شيوعاً هي فيروس الهربس البسيط من النوع الثاني (الهربس التناسلي) وفيروس الورم الحُليمي البشري ، والكلاميديا ، والسيلان ، والزهري وفيروس نقص المناعة البشرية وداء المشعرات وقمل العانة والثآليل التناسلية، وهناك بعض أنواع العدوى التي يمكن أن تنتشر عن طريق الجنس مثل فيروس التهاب الكبد ب التي لا يشار إليها تقليدياً على أنها من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي لأنها تنتشر في المقام الأول عن طريق وسائل أخرى، ويمكن أن تحدث الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي بسبب البكتيريا والفيروسات والطفيليات.

لا تسبب دائما الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي أعراض أو قد تسبب بأعراض خفيفة فقط، لذلك من الممكن أن تصاب بعدوى ولا تعرف ذلك، لكن لا يزال بإمكانك نقله إلى الآخرين.

إذا كانت هناك أعراض فيمكن أن تشمل:

- إفرازات غير عادية من القضيب أو المهبل.
- تقرحات أو ثآليل في منطقة الأعضاء التناسلية.
- التبول المؤلم أو المتكرر.
- حكة واحمرار في منطقة الأعضاء التناسلية.
- بثور أو تقرحات في الفم أو حوله.
- رائحة مهبلية غير طبيعية.
- حكة الشرج أو وجع أو نزيف.
- الم في البطن.
- حُمى.

يمكن للمضادات الحيوية أن تعالج الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي التي تسببها البكتيريا أو الطفيليات ولا يوجد علاج للأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي التي تسببها الفيروسات، ولكن الأدوية يمكن أن تساعد في كثير من الأحيان في تخفيف الأعراض وتقليل خطر انتشار العدوى، يقلل الاستخدام الصحيح للواقي الذكري المصنوع من مادة اللاتكس بشكل كبير من مخاطر الإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي أو انتشارها، ولكنه لا يزيلها تماماً.

فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز :

فيروس نقص المناعة البشرية هو فيروس يستهدف ويغيّر جهاز المناعة، مما يزيد من مخاطر وتأثير العدوى والأمراض الأخرى، بدون علاج، قد تتطور العدوى إلى مرحلة متقدمة تسمى "المرحلة الثالثة من فيروس نقص المناعة البشرية" أو الإيدز.

يهاجم فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) الخلايا المناعية المسماة خلايا (CD4) وهي من أنواع الخلايا التائية، وهذا يزيد من خطر وتأثير العدوى الانتهازية وبعض أنواع السرطان، ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن بعض الأشخاص يعانون من فيروس نقص المناعة البشرية لفترات طويلة دون أن تظهر عليهم أي أعراض.

يعد فيروس نقص المناعة البشرية حالة تستمر مدى الحياة، لكن العلاجات والاستراتيجيات المعينة يمكن أن تمنع انتقال الفيروس وتطور المرض.

الإيدز تعني متلازمة نقص المناعة المكتسب وإنها مرحلة متقدمة من فيروس نقص المناعة البشرية، يحدد الأطباء الإيدز على أنه يحتوي على عدد خلايا (CD4) أقل من 200 خلية لكل مليمتر مكعب، يمكنهم أيضاً تشخيص الإيدز إذا كان لدى الشخص عدوى انتهازية مميزة أو أنواع مرتبطة من السرطان أو كليهما ويمكن أن ينتقل فيروس نقص المناعة البشرية عندما تتلامس سوائل الجسم التي تحتوي على الفيروس مع حاجز منفذ في الجسم أو فواصل صغيرة في الأنسجة الرطبة في المناطق، مثل الأعضاء التناسلية.

يمكن أن ينتقل فيروس نقص المناعة البشرية فقط من خلال السوائل التي تحتوي على كمية معينة من الفيروس إذا كان لدى الشخص مستويات غير قابلة للاكتشاف من فيروس نقص المناعة البشرية، فلا يمكن للفيروس أن ينتقل إلى شخص آخر، ولكن لا يمكن إهمال انه من الممكن أن ينتقل أثناء الحمل والولادة.

يتطلب تحقيق مستويات غير قابلة للاكتشاف أن يتلقى الشخص علاجاً فعّالاً باستمرار ويتبع خطة العلاج الموصى بها بعناية وعادة ما يتضمن ذلك تناول الأدوية بشكل يومي (مثبطات إنزيم المنتسخة العكسية النكليوزيديّة ومثبطات إنزيم المنتسخة العكسية اللانكليوزيديّة ومثبطات إنزيم البروتياز ومثبطات الإنزيم المدمج)، تعد المراقبة المنتظمة مع فحوصات الدم المنتظمة هي المفتاح للحفاظ على هذه الحالة.

نظام معلومات التقارير المتكامل الأردني (JIRIS):

هو نظام معني بالإبلاغ أمراض مختلفة بما في ذلك الأمراض المعدية وغير المعدية، حيث يعتبر هذا النظام بمثابة "نظام إنذار مبكر" تم بناء هذا برنامج وطني لمراقبة الصحة العامة لدعم المراقبة الروتينية، وهو نظام متكامل قائم على الحالة للأمراض مبني على معايير المراقبة الوطنية والدولية والمبادئ التوجيهية وتعريفات الحالة.

تم إنشاء النظام في عام 2012 وبدأ العمل فيه أواخر عام 2013 في جميع المحافظات الأردنية وتغطي أكثر من 500 مركز صحي ومستشفى، وتوقف استخدامه في عام 2018 بسبب مشاكل فنيّة، عمل المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة

العالمية / المكتب الإقليمي لشرق المتوسط على إعادة بناء هذا النظام في عام 2019 ليتم استخدامها مرة أخرى في عام 2020، ويجري العمل حالياً لإعادة تنشيط استخدام هذا النظام، خاصة بعد المرور بجائحة كوفيد-19، والتي أثّرت على عملية الإبلاغ بشكل عام.

يساهم هذا النظام في تقليل فترة الإبلاغ عن الأمراض حيث يستغرق بضع دقائق مقارنة بإشعار الورق أو الفاكس، مما قد يتطلب وقتًا أطول، كما يقدّم هذا النظام دعم القرار السريري ويعطي القدرة على عمل تقارير يومية لجميع الأمراض، ويقوم بإنشاء تنبيهات عبر الرسائل النصية القصيرة والبريد الإلكتروني في غضون ساعة واحدة من الإبلاغ عن الأمراض المعدية "إشعارات في الوقت الفعلي".

يشارك البيانات المنظّمة والمجهولة المصدر من خلال إطار عمل عبر الإنترنت لتصور البيانات الجغرافية المكانية وإنشاء التنبيهات وإنشاء التقارير تلقائيًا تحليل الوقت الحقيقي، كما يوفر نشر تقارير عامة عن الأوبئة أسبوعية على الإنترنت، حيث يوفر هذا النظام فرصة للأطباء والمسؤولين في مديريات الصحة ووزارة الصحة الأردنية لعرض ومراقبة الوضع الصحي والوبائي في جميع أنحاء البلاد.

الأمراض الطفيلية

الملاريا:

مرض طفيلي ينجم عن الاصابة بأحد انواع طفيليات الملاريا الرئيسية الاربعة الخبيثة، حميدة البيضاوية، الرباعية التي تنتقل من شخص لآخر بواسطة أنثى بعوض الأنوفليس ويتميز المرض بالحرارة المصحوبة بنوافض(قشعريرة) وتعرق على شكل نوبات (Malaria paroxysms) متقطعة ومنتظمة (كل 48 أو 72 ساعة) وذلك يعتمد على نوع الملاريا تفصلها فترات خالية من أي أعراض مرضية.

التعريف العملي لمرض الملاريا:

الحالة المشتبه أو المحتملة: أي شخص يعاني من الحمى بعد التعرض المحتمل للعدوى بشكل طبيعي عن طريق البعوض وقادم من مكان موبوء أو بالطرق غير الطبيعية الأخرى (نقل دم، زراعة اعضاء...).

الحالة المثبتة (Confirmed Case): كل شخص يثبت لديه وجود طفيل الملاريا في الدم بواسطة الفحص المجهري أو أي فحص مخبري آخر.

تاريخ الملاريا في الاردن:

الملاريا من أهم الامراض التي كانت مستوطنة في الاردن خلال النصف الأول من القرن الماضي وكانت تعتبر اغوار الاردن من المناطق ذات التوطن العالي للمرض حيث بلغ معدل الانتشار عام 1949 حوالي 100% بين سكان بعض المخيمات في أغوار الاردن، تأسس برنامج مكافحة الملاريا عام 1958 وبدأ التنفيذ عام 1959بهدف استئصال الملاريا وفي في عام 1970 استطاع الاردن استئصال الملاريا.

أهداف واستراتيجيات برنامج المكافحة:

الأهداف:

المحافظة على خلو الاردن محليا من الملاريا والسيطرة على نوبات الاحتدام المسببه عن وافدة.

الاستراتيجيات:

القضاء على طفيل الملاريا وخفض كثافة البعوض الناقل للملاريا.

إجراءات وأنشطة مكافحة طفيل الملاريا:

إكتشاف الإصابات والعلاج والمتابعة بعد العلاج والعلاج الوقائي للمسافرين والارشاد والتثقيف الصحي.

البلهارسيا:

مرض طفيلي واسع الانتشار في المناطق الاستوائية وشبه الاستوائية ويحتل المرتبة الثانية بعد الملاريا عالميا. ينجم عن الاصابة بأحد انواع ديدان البلهارسيا المتعددة الخلايا (وتسمى المنشقات). تعيش تلك الديدان البالغة في أوردة المثانة وتسبب البلهارسيا البولية أو في أوردة الامعاء وتسبب البلهارسيا المعوية. تحدث الاصابة بالمرض بعد ملامسة المياه التي تحتوي على القواقع التي تنتج الاطوار المعدية للإنسان (السيركاريا). تظهر الاعراض بشكل تدريجي ومزمن وتعتمد الاعراض وشدتها على نوع الطفيل وكثافة الإصابة ومدة الإصابة.

مستودع المرض:

- العائل الاساسي: اما الانسان، أو الحيوان، أو كلاهما وذلك حسب نوع البلهارسيا.
- العائل الوسيط: انواع مختلفة من قواقع المياه العذبة.
  - بولينوس (*Bulinus truncates*) للبلهارسيا البولية والمقحمة.
  - بيومفيلاريا (*Biomphalaria*) للبلهارسيا المعوية.
  - أونكوملانيا (*Oncomelania*) للبلهارسيا اليابانية.
  - نيوتريكولا (*Neotricula*) للبلهارسيا الميكونجية.

أهداف واستراتيجيات برنامج مكافحة البلهارسيا:

الأهداف:

منع توطن البلهارسيا البولية محليا واكتشاف وإيقاف انتشار أية نوبة احتدام ناتجة عن اصابات محلية

الاستراتيجيات:

مكافحة طفيل البلهارسيا ومكافحة القوقع العائل الوسيط والتثقيف الصحي.

أنشطة مكافحة البلهارسيا البولية:

اكتشاف اصابات البلهارسيا البولية الوافدة والمحلية وتقديم العلاج النوعي الفعّال والمتابعة ما بعد العلاج ومسح الاجسام المائية ومكافحة المواقع الإيجابية للعائل الوسيط والتثقيف الصحي للفئات المختطرة.

الليشمانيا:

مجموعة من الامراض ذات الاشكال السريرية المختلفة، تنتج عن الاصابة بأحد انواع طفيليات الليشمانيا وتنتقل بواسطة ذبابة الرمل ويمكن ان تصيب الانسان والحيوان.

أنشطة مكافحة الليشمانيا:

اكتشاف الاصابات والتشخيص والعلاج والمتابعة ومكافحة الخازن وذباب الرمل الناقل لمرض الليشمانيا وإجراء المسوحات والدراسات.

برنامج الصحة الواحدة للأمراض المنقولة عن طريق الحيوانات

الصحة الواحدة:

هو جهد تعاوني لعدة تخصصات - تعمل محلياً ووطناً وعالمياً - لتحقيق الصحة المثلى للأشخاص والحيوانات وبيئتنا -الجمعية الطِبِّية البيطرية الأمريكية، وقد تم إطلاق مفهوم الصحة الواحدة رسمياً في سبتمبر2004 ، في مؤتمر عالم واحد وصحة واحدة لبناء جسور متعددة التخصصات للصحة في عالم معولَم.

نهج الصحة الواحدة متعدد التخصصات يعني أن العديد من التخصصات تعمل معاً (أي في وزارة واحدة أو معهد بحثي يوظف أطباء وممرضات وأطباء بيطريين وعلماء أوبئة وعلماء مختبرات وعلماء أساسيين و/ أو مهن صحية أخرى).

وينطوي نهج الصحة الواحدة دائمًا على تعاون متعدد القطاعات، ولكن مصطلح متعدد القطاعات لا يعني دائماً تشارك جميع القطاعات ذات الصلة بما في ذلك صحة الإنسان وصحة الحيوان وقطاعات البيئة، إن اتباع نهج الصحة الواحدة يعني مشاركة جميع القطاعات والتخصصات ذات الصلة.

الأمراض الحيوانية المنشأ:

هي الامراض التي تنتقل بشكل طبيعي بين الحيوانات الفقارية والبشر، يشارك كل من الناس والحيوانات والطيور والمفصليات والبيئة غير الحية في دورات العدوى الحيوانية المنشأ، وتعد الأمراض الحيوانية المنشأ ومسببات الأمراض الناشئة (التي تظهر حديثاً) من أهم تهديدات الأمراض المعدية في العصر الحديث، وتتسبب بشكل رئيسي فيما يلي:

- مرض الالتهاب الرئوي الحاد.
- الإنفلونزا.
- متلازمة الشرق الأوسط التنفسية.
- مرض فيروس الإيبولا.

تضمنت القائمة الأولية للأمراض الحيوانية المنشأ 27 مرضًا، وتم تحديد سبعة أمراض حيوانية كأولوية، وهي كالتالي:

- داء الكَلَب.
- متلازمة الشرق الأوسط التنفسية.
- أنفلونزا الطيور حيوانية المصدر.
- داء البروسيلات.
- داء الليشمانيا.

- داء الريكتسيات.
- داء السلمونيلات.

الأمراض التالية يجب الإبلاغ عنها فور التشخيص:

- داء الكَلَب (الحالات المؤكدة والمشتبه فيها).
- إنفلونزا (H7،H5).
- عدوى (MERS).

الأمراض التالية يجب الإبلاغ عن في غضون 24 ساعة من التشخيص:

- داء البروسيلات.
- الليشمانيا.
- الريكتسيات.
- السالمونيلا.

داء الكلب:

مرض فيروسي حيواني المنشأ قاتل يصيب جميع الحيوانات ذوات الدم الحار ويتسم بسلوك غير طبيعي نتيجة لتأثيره على الجهاز العصبي .يحدث في جميع أنحاء العالم، ولكن بشكل خاص عندما تكون الخدمات البيطرية ضعيفة وتتعلق بالتعامل السيئ مع الحيوانات الأليفة (عدم القدرة على إطعامها أو عدم حبسها وعدم تلقيحها) أكثر من95 % من الوفيات البشرية تحدث في المناطق الاستوائية.

الإنفلونزا:

مرض تنفّسي حاد شديد العدوى يصيب الإنسان والحيوان، تنقسم فيروسات الإنفلونزا إلى 3 أنواع:

- يؤثر **النوع "أ"** على العديد من الحيوانات (الخنازير والطيور والخيول) ولها أهمية بيطرية وصحية عامة.
- يؤثر **النوع "ب"** بشكل رئيسي على البشر ويسبب في أنفلونزا موسمية تكون خفيفة في كثير من الأحيان.
- يؤثر **النوع "ج"** على الخنازير والإنسان.

*تحدث أوبئة الأنفلونزا في جميع أنحاء العالم كل 30 عامًا.

- تسببت الأنفلونزا الإسبانية (H1N1) في وفاة 20-40 مليون شخص في عام 1918.
- تسبب الإنفلونزا الآسيوية (H2N2) في وفاة مليون شخص في عام 1957.
- تسبب إنفلونزا هونغ كونغ (H3N2) في وفاة مليون شخص في عام 1968.
- حدثت آخر إنفلونزا (H1N1) في عام 2009 وتسببت في وفاة أكثر من 3500 شخص.

الحمى المالطية:

عدوى بكتيرية تنتقل من الحيوانات إلى البشر، الأكثر شيوعًا انه يصاب الأشخاص عن طريق تناول منتجات الألبان النيئة أو غير المبسترة وفي بعض الأحيان يمكن أن تنتشر البكتيريا المسببة لداء البروسيلات عن طريق الهواء أو من خلال الاتصال المباشر مع الحيوانات المصابة.

قد تشمل علامات وأعراض الحمى المالطية، الحمى وآلام المفاصل والتعب ويمكن علاج العدوى عادةً بالمضادات الحيوية ومع ذلك يستغرق العلاج عدة أسابيع إلى شهور ويمكن أن تتكرر العدوى، يصيب الحمى المالطية مئات الآلاف من الناس والحيوانات في جميع أنحاء العالم وتجنب منتجات الألبان النيئة واتخاذ الاحتياطات عند العمل مع الحيوانات أو في المختبر يمكن أن يساعد في الوقاية من داء الحمى المالطية.

داء الليشمانيا:

هناك 3 أشكال رئيسية - الحشويّة (المعروفة أيضًا باسم الكالازار وهي أخطر أشكال المرض) والجلدية (الأكثر شيوعًا) والجلدية المخاطية.

داء الليشمانيا ينتج عن طفيليات الأولية وتنتقل عن طريق لدغة أنثى ذبابة الرمل الفليبوتومين المصابة، يصيب المرض بعض الفئات الأفقر من الناس ويرتبط بسوء التغذية ونزوح السكان سوء المسكن وضعف جهاز المناعة ونقص الموارد المالية، ويرتبط داء الليشمانيا أيضًا بالتغيرات البيئية مثل إزالة الغابات وبناء السدود وشبكات الري والتحضر، جزء صغير فقط من المصابين بالطفيليات المسببة لداء الليشمانيا سيصابون بالمرض في النهاية.

داء الريكتسيات:

هي مجموعة من الأمراض التي تسببها عمومًا أنواع من الريكتسيا، وهو جنس من البكتيريا الملزمة داخل الخلايا. تنتقل معظم أنواع الريكتسيات عن طريق القراد، ويمكن أيضاً أن تنتقل عن طريق القمل والعث، على الرغم من أنها منتشرة على نطاق واسع في جميع أنحاء العالم إلا أن الأنواع والأمراض السريرية البشرية المرتبطة بها تختلف باختلاف المواقع الجغرافية، يمكن تصنيف داء الريكتسيات إلى مجموعتين رئيسيتين: مجموعة الحمى المبقعة التي تنتقل عن طريق القراد أو العث ومجموعة التيفوس التي تنتقل بشكل رئيسي عن طريق القمل أو البراغيث، ولا يزال هناك العديد من الريكتسيا الممرضة الجديدة يتم اكتشافها في السنوات الأخيرة.

تشمل أعراض داء الريكتسيات الشائعة: الحمى والصداع والطفح الجلدي والغثيان والتقيؤ وآلام البطن وإعياء وألم عضلي.

داء السالمونيلا:

عدوى ببكتيريا تسمى السالمونيلا، تعيش السالمونيلا في الأمعاء للحيوانات بما في ذلك الطيور، وتنتقل السالمونيلا عادة إلى الإنسان عن طريق تناول الأطعمة الملوثة ببراز الحيوانات.

لا تظهر أي أعراض على بعض المصابين بعدوى السالمونيلا ويصاب معظم الناس بالإسهال والحمى وتقلصات في المعدة (في البطن) في غضون 8 إلى 72 ساعة بعد التعرض ويتعافى معظم الأشخاص الأصحاء (الذين لا يعانون من أمراض أخرى) في غضون أيام قليلة إلى أسبوع دون علاج محدد، في بعض الحالات يمكن أن يسبب الإسهال الجفاف الشديد ويتطلب رعاية طِبِّية فوريّة وقد تتطور أيضًا المضاعفات التي تهدد الحياة إذا انتشرت العدوى خارج الأمعاء، وتزداد مخاطر الإصابة بعدوى السالمونيلا بالسفر إلى البلدان التي لا تحتوي على مياه شرب نظيفة والتخلص من مياه الصرف الصحي بشكل مناسب.

مقدمة تعريفية عن الأمراض غير السارية

مقدمة:

الأمراض غير السارية والمعروفة أيضا بالأمراض المزمنة هي الأمراض التي لا تنتقل بين البشر وتدوم فترات طويلة وتتطور ببطء وقد تحتاج إلى رعاية طِبِّية طويلة المدى وتنجم عن مزيج من العوامل الوراثية، والفيسيولوجية، والبيئية، والسلوكية.

تنقسم هذه الأمراض إلى أنماط رئيسية أربعة هي:

- الأمراض القلبية الوعائية (مثل النوبات القلبية والسكتة الدماغية).
- السرطانات.
- الأمراض التنفسية المزمنة (مثل مرض الرئة الانسدادي المزمن والربو).
- السكري.

وتتسبب الأمراض المزمنة سنوياً حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية 2021 بقرابة 41 مليون وفاة عالمياً وغالباً ما تلمّ هذه الأمراض بالفئات العمرية الأكبر سناً، ولكنّ البيّنات تشير إلى أنّ 23.3 مليون من الأشخاص الذين يقضون نحبهم من جرّاء الأمراض غير السارية هم أناس دون سن ال 70 عاماً وإن 78% من هذه الوفيات "المبكرة "تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

وصل حجم الإصابة والمعاناة من هذه الأمراض في العالم العربي إلى مرحلة متقدمة بحيث أضحت هذه الأمراض تشكل الأسباب الرئيسية للوفاة والمرض والإعاقة في معظم هذه البلدان، فالأمراض القلبية الوعائية لوحدها مسؤولة حالياً عن أكثر من ثلث إجمالي الوفيات كذلك تشير الدراسات الوبائية التي أجرتها الأقطار العربية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، إلى ارتفاع معدلات الإصابة بالسكري بحيث تشكل اليوم أكثر من ضعف انتشار هذا المرض في المجتمعات الغربية والأوروبية، إذ تؤكد هذه الدراسات أن السكري يصيب حوالي 13% من السكان البالغين في سلطنة عُمان وتونس وأكثر من ذلك في الأردن ولبنان والمملكة العربية السعودية، كذلك هو الحال بالنسبة لارتفاع ضغط الدم إذ يصيب أكثر من 30% من السكان البالغين في بعض البلدان العربية.

تزداد حدة المشكلة وخطورتها في العالم العربي بسبب أنّ أكثر من نصف الإصابات بارتفاع ضغط الدم والسكري غير مشخصة نظراً لأن عدم تشخيص هذا العدد الهائل من المصابين لا يتيح معالجة الإصابة ويفوّت على المصابين والمجتمع فرص الوقاية من المضاعفات المهلكة لهذه الأمراض، وتنتشر ظاهرة التدخين بشكل متسارع بالغ الخطورة في المجتمعات العربية، ويشكل المدخنون أكثر من 41% من الرجال في الكثير من البلدان، ويزداد استهلاك التبغ واستيراده

وتصنيعه محلياً بشكل مطّرد، كذلك تشير المعطيات إلى زيادة مستمرة في استهلاك السكريات والدهنيات والزيوت بشكل كبير خلال العقود القليلة الماضية، وقد أدى ذلك بطبيعة الحال إلى انتشار السمنة وخاصة بين الإناث إذ تصل نسبة زيادة الوزن إلى أكثر من 54% بين النساء في عدد كبير من البلدان.

عبء الأمراض غير السارية في الأردن

- حسب دراسة المسح الوطني التدرجي لرصد عوامل الخطورة المرتبطة بالأمراض غير السارية عام 2019 بلغ معدل الوفيات في الأردن الناتجة عن الأمراض غير السارية 780/ 100،000 من السكان، ومعدلها بين الفئة العمرية 30-70 سنة 30/ 10،000 من السكان أي أن 78% من الوفيات في الأردن ناتجة عن الأمراض غير السارية.
- حسب دراسة المسح الوطني التدرجي لرصد عوامل الخطورة المرتبطة بالأمراض غير السارية عام 2019، فإن نسبة السكري بين الأردنيين بلغت 8.2% ونسبة ارتفاع ضغط الدم الشرياني 22.1% ونسبة ارتفاع الدهون الكلية 18%، وإذا نظرنا إلى الذكور على حدة في الفئة العمرية من 45-69 فإن نسبة انتشار السكري هي 20.9% ونسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم الشرياني هي51.2% وارتفاع الدهون الكلية 10%.

مجموعة الأمراض غير السارية:

- أمراض القلب والأوردة، مثل: السكتات القلبية والدماغية وارتفاع ضغط الدم.
- السرطان بأنواعه.
- السكري.
- أمراض الجهاز التنفسي المزمنة، مثل: الأزمة والانسداد الرئوي المزمن.
- أمراض الكلى.
- أمراض الكبد.

خصائص الأمراض غير السارية:

- لا تنتقل عن طريق العدوى.
- الإصابة بها عادة تكون صامتة، وقد لا ينتبه المريض لها إلا بعد بدء المضاعفات.
- ترتبط بالسلوك الغذائي والحركي للأفراد والمجتمعات.
- علاجها عادة يمتد على بقية عمر الشخص وليس لفترة معينة.
- علاجها عادةً مكلف ويتضمن مراحل قد تكون مزعجة للمريض.

آثار الأمراض غير السارية:

- تقليل نوعية حياة الأفراد: حيث تؤثر نوعية الحياة التي يعيشها المصاب والذي بدوره يؤثر على الأسرة وعلى أفرادها بالتحديد لأن متطلبات هذه الأسر الاقتصادية والنفسية والاجتماعية ستكون أكثر من الأسر التي لا يوجد فيها شخص مصاب بمرض مزمن وكذلك الوفاة المبكرة.

- خسارة الأمّة للموارد البشرية نتيجة الوفيات المبكرة والإعاقة الناجمة عن الأمراض.
- تكاليف الرعاية الصِحيّة للأمراض المزمنة تضع ضغوطاً على ميزانيات الدول، لأنه يعني تعاطي الأدوية لفترة طويلة ومستمرة وخصوصاً أن تكلفة الأدوية التي توصف للأمراض المزمنة عالية خاصة مع استفحال المرض وتطور مضاعفاته، لذا فإن إضافة النفقات الناتجة عن علاج مضاعفات المرض تؤدي إلى زيادة عالية جداً في التكلفة وهذا ينعكس سلبياً على موازنة وزارة الصحة.

عوامل الخطر:

عوامل الخطر السلوكيّة التي يمكن تغييرها:

- استعمال التبغ ومشتقاته حيث يقف التبغ وراء حدوث نحو ستة ملايين حالة وفاة كل عام ومن المتوقّع أن يزيد عدد تلك الوفيات ليبلغ ثمانية ملايين حالة بحلول عام 2030.
- قلّة النشاط الحركي والميل إلى الخمول (يعزى نحو 3.2 مليون حالة وفاة من مجموع الوفيات التي تحدث سنوياً إلى قلة النشاط البدني).
- اتباع نظام غذاء غير صحي أي التركيز على تناول المواد الغذائية الغنية بالدهون والتقليل من تناول الخضار والفواكه والإفراط في تناول الملح (عُزيت 1.7 مليون حالة وفاة سنوية لأسباب قلبية وعائية إلى فرط مدخول الملح/ الصوديوم في عام 2010).
- تناول الكحول (تتسبّب الأمراض غير السارية في حدوث نصف مجموع الوفيات السنوية الناجمة عن تعاطي الكحول على نحو ضار والمقدّر عددها بنحو 3.3 مليون حالة وفاة).

عوامل الخطر الاستقلابية/ الفيزيولوجية:

- تؤدي تلك السلوكيات الخطرة إلى حدوث أربع تغيّرات استقلابية/ فيزيولوجية رئيسية تزيد من مخاطر الإصابة بالأمراض غير السارية وهي:
- زيادة الوزن والبدانة.
- ارتفاع ضغط الدم.
- ارتفاع مستوى السكر في الدم.
- ارتفاع مستوى الدهنيات في الدم.

وفيما يخصّ الوفيات التي يمكن عزوها لعوامل محدّدة، فإنّ العامل الرئيسي المرتبط بعوامل الخطر على الصعيد العالمي هو ارتفاع ضغط الدم (الذي يقف وراء 18% من الوفيات العالمية) يليه تعاطي التبغ وفرط الوزن والسمنة وزيادة نسبة السكر في الدم.

الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها:

لا بدّ للحد من الآثار التي تخلّفها الأمراض غير السارية على الأفراد والمجتمع، ومن وضع نهج شامل يقتضي مشاركة جميع القطاعات، بما في ذلك الصحة والمالية والشؤون الخارجية والتعليم والزراعة والتخطيط وغير ذلك من

القطاعات، وذلك للعمل سوية من أجل التقليل من المخاطر المرتبطة بالأمراض غير السارية وتعزيز التدخلات الرامية إلى الوقاية منها ومكافحتها.

من الأساليب المهمة للحد من الأمراض غير السارية التركيز على التقليل من مخاطر العوامل المرتبطة بها. وهناك حلول زهيدة التكلفة للحد من عوامل الخطر الشائعة التي يمكن تغييرها (تعاطي التبغ والنُظم الغذائية غير الصِحيّة والخمول البدني وتعاطي الكحول على نحو ضار بالدرجة الأولى) ورسم خرائط وباء تلك الأمراض وعوامل الخطر المتصلة بها، وينبغي أن يكون التدخّل لمكافحة عوامل الاختطار أيضاً على صعيد الأسرة والمجتمع والإدارات الحكومية المختلفة لأن العوامل المسبّبة للأمراض غير السارية تضرب بجذورها في الإطار الاجتماعي والثقافي للمجتمع.

من الطرق الأخرى للحد من الأمراض غير السارية التدخلات الرئيسية ذات الأثر الكبير التي يمكن تنفيذها باتباع نهج قائم على الرعاية الصِحيّة إزاء تعزيز الكشف المبكّر عن الأمراض وعلاج المصابين بها في الوقت المناسب، وتشير البيانات إلى أنّ تلك التدخلات تمثّل استثمارات اقتصادية ممتازة لأنّها كفيلة إذا ما تم تطبيقها على المرضى في المراحل المبكّرة بالحد من الحاجة إلى علاج أكثر تكلفة، ويمكن الاضطلاع بتلك التدابير في مواقع مختلفة من حيث مستوى الموارد، ويمكن تحقيق أكبر الآثار بوضع سياسات صحية عمومية تسعى إلى تعزيز الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها وإعادة توجيه النُظم الصِحيّة بغرض تلبية احتياجات المصابين بتلك الأمراض.

ورغم أن الوقاية من الأمراض غير السارية عن طريق مكافحة عوامل الاختطار هي أكثر الاستراتيجيات جدوى، غير أن التركيز على هذه الاستراتيجية الوقائية فقط لن يحقق نتائج المكافحة كاملة، فهناك الملايين من المصابين بهذه الأمراض ينبغي معالجتهم لتحسين نوعية حياتهم ودرء أخطار المضاعفات والتعوق والوفاة المبكرة، لذلك تتطلب مكافحة الأمراض غير السارية بذل جهود كبيرة في سبيل تعزيز خدمات الرعاية الصِحيّة المقدمة للمصابين وتوفير المتطلبات الأساسية لهذه الرعاية وخاصة على مستوى الرعاية الصِحيّة الأولية واعتماد التدخلات العالية المردود مع إعطاء الأولوية للأمراض القلبية الوعائية والسرطان والسكري والأمراض النفسية المزمنة.

استجابة منظمة الصحة العالمية:

في عام 2011 وافقت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة على آليات عالمية للحد من عبء الأمراض غير السارية الذي يمكن تلافيه، بما في ذلك خطة العمل العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها للفترة 2013-2020 والتي تهدف إلى تخفيض عدد حالات الوفاة المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية بنسبة 25% بحلول عام 2025و 30% بحلول عام 2030 عبر تسع غايات عالمية اختيارية، وتركّز الغايات التسع جزئياً على التصدي لعوامل تزيد خطر تعرض الناس لهذه الأمراض مثل تعاطي التبغ وتعاطي الكحول على نحو ضار والنظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني.

تتضمن الخطة قائمة "بأفضل خيارات" التدخّلات أو بالتدخلات العالية المردودية والشديدة التأثير من أجل بلوغ الغايات العالمية الاختيارية التسع مثل حظر جميع أشكال الإعلان عن التبغ والكحول والاستعاضة الدهون المشبعة بالدهون غير المشبعة المتعددة وتعزيز الرضاعة الطبيعية وحمايتها والوقاية من سرطان عنق الرحم عن طريق الفحص.

بدأت البلدان في عام 2015 تحديد الغايات الوطنية وقياس التقدم المحرز بخصوص البيانات الأساسية لعام 2010 المبلغ عنها في التقرير العالمي لعام 2014 عن وضع الأمراض غير السارية، وعقدت الجمعية العامة للأمم المتحدة اجتماعاً ثالثاً رفيع المستوى بشأن الأمراض غير السارية في عام 2018 لتقييم التقدم المحرز على الصعيد الوطني لبلوغ الغايات العالمية الاختيارية بحلول عام 2025.

الغايات العالمية المتعلقة بالأمراض غير السارية المنوي الوصول لها بحلول عام 2025 هي:

- الهدف 1: تحقيق انخفاض نسبي بمقدار 25% في مخاطر الوفاة المبكرة الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية والسرطان وداء السكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة.
- الهدف 2: تحقيق انخفاض نسبي بمقدار 10% على الأقل في معدلات تعاطي الكحول على نحو ضار.
- الهدف 3: تحقيق انخفاض نسبي بمقدار 10% في معدل انتشار نقص النشاط البدني.
- الهدف 4: تحقيق انخفاض نسبي بمقدار 30% في متوسط مدخول السكان من الملح/ الصوديوم.
- الهدف 5: تحقيق انخفاض نسبي بمقدار 30% في معدل تعاطي التبغ بين البالغين العمر 15 سنة أو أكثر.
- الهدف 6: تحقيق انخفاض نسبي بمقدار 25% في معدل انتشار ارتفاع ضغط الدم أو احتواء انتشاره.
- الهدف 7: وقف زيادة معدل انتشار داء السكري والسمنة.
- الهدف 8: حصول 50% على الأقل من الأشخاص المستحقين للعلاج بالأدوية للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية على الأدوية والمشورة الطِبِّية (بما في ذلك ضبط سكر الدم).
- الهدف 9: إتاحة التكنولوجيات والأدوية الأساسية الميسورة التكلفة بما في ذلك الأدوية البديلة، الضرورية لعلاج الأمراض غيّر السارية، بنسبة 80% في منشآت القطاع العام والخاص على حد سواء.

استراتيجيات التصدي للأمراض غير السارية في الأردن:

تشمل الإجراءات الخاصة بتحقيق الهدف الثاني لاستراتيجية وزارة الصحة للمساهمة في الحد من انتشار الأمراض غير السارية ما يلي:

- برنامج الكشف المبكر عن السكري والضغط.
- الوقاية من أمراض غير السارية وخاصة القلبية.
- الوقاية من أمراض الكلى.
- التحرّي عن سرطان القولون.
- برنامج مكافحة العمى وضعف البصر وإجراء دراسة عن العمى.
- سد الفجوة في الصحة النفسية في خدمات المراكز الصِحيّة من خلال دمج خدمات الصحة النفسية في خدمات المراكز الصِحيّة وإنشاء عيادات مجتمعية للصحة النفسية.
- برنامج الفحص الطبي قبل الزواج، برنامج التلاسيميا وسجل التشوهات الخلقية.
- تبنّي الاستراتيجية الوطنية لضبط الأمراض غير السارية والحد من انتشارها.

- إجراء دراسات وأبحاث لعوامل الاختطار للأمراض غير السارية ودراسة العبء الاقتصادي.

الدور القيادي والتنسيقي لمديرية الأمراض غير السارية في وزارة الصحة

تعمل وزارة الصحة على قيادة وتنسيق الجهود الوطنية للمساهمة في الحد من انتشار الأمراض غير السارية من خلال مديرية الأمراض غير السارية والتي تؤدي مهماتها التالية بالتعاون مع مديريات الصحة والمراكز الصِحيّة والشركاء الآخرين الفاعلين:

- إعداد وتنفيذ الاستراتيجيات والبرامج الوطنية لتحسين الوضع التغذوي في المملكة.
- إنشاء قاعدة بيانات وطنية تؤسس لنظام رصد الوضع التغذوي على المستوى الوطني.
- إعداد وتنفيذ البرامج الوقائية من الأمراض القلبية والوعائية.
- إعداد وديمومة قاعدة بيانات وطنيّة حول عوامل الخطورة للأمراض غير السارية.
- بناء القدرات المؤسسية في مجال الوقاية من الأمراض غير السارية.
- إعداد قاعدة بيانات وطنيّة حول معدلات الإصابة بالعمى والصمم.
- إصدار التقرير السنوي لحالات السرطان والمشاركة في إعداد وتنفيذ نشاطات البرنامج الأردني لسرطان الثدي.
- إعداد وتنفيذ برامج مسحيّة وأخرى وقائية للأمراض الوراثية والتشوهات الخلقية.
- تقديم خدمات الاستشارات الوراثية وخدمات الفحص الطبي قبل الزواج في المراكز الصِحيّة.
- إعداد قاعدة بيانات وطنيّة لمرضى الفشل الكلوي لتكون نواة لسجل وطني.
- إعداد قاعدة بيانات وطنيّة لمرضى الهيموفيليا لبيان حجم المشكلة وتوزيعها الجغرافي ونمطيتها.

عوامل الخطورة للإصابة بالأمراض غير السارية

مفهوم عوامل الخطورة للإصابة بالأمراض غير السارية:

هي العوامل التي تقوم مستقلة أو مجتمعة بالتسبب بحدوث الأمراض المزمنة وتقسم إلى مجموعتين:

- عوامل يمكن تعديلها.
- عوامل لا يمكن تعديلها.

عوامل الخطورة التي يمكن تعديلها:

- استعمال التبغ ومشتقاته.
- قلة النشاط الحركي والميل إلى الخمول.
- اتباع نظام غذائي غير صحي أي التركيز على تناول المواد الغذائية الغنية بالدهون والتقليل من تناول الخضار والفواكه.
- تعاطي الخمور.
- زيادة الوزن والبدانة.
- ارتفاع ضغط الدم.
- ارتفاع مستوى السكر في الدم.
- ارتفاع مستوى الدهنيات في الدم.

عوامل لا يمكن تعديلها:

- العمر: كلما زاد العمر زادت احتمالية الإصابة بالأمراض المزمنة.
- الوراثة: تلعب الوراثة دوراً لا يستهان به في الإصابة ببعض الأمراض المزمنة مثل السكري وسرطان الثدي.
- الجنس: بعض الأمراض المزمنة تكون أكثر شيوعاً بين الرجال من النساء مثل ارتفاع ضغط الدم.

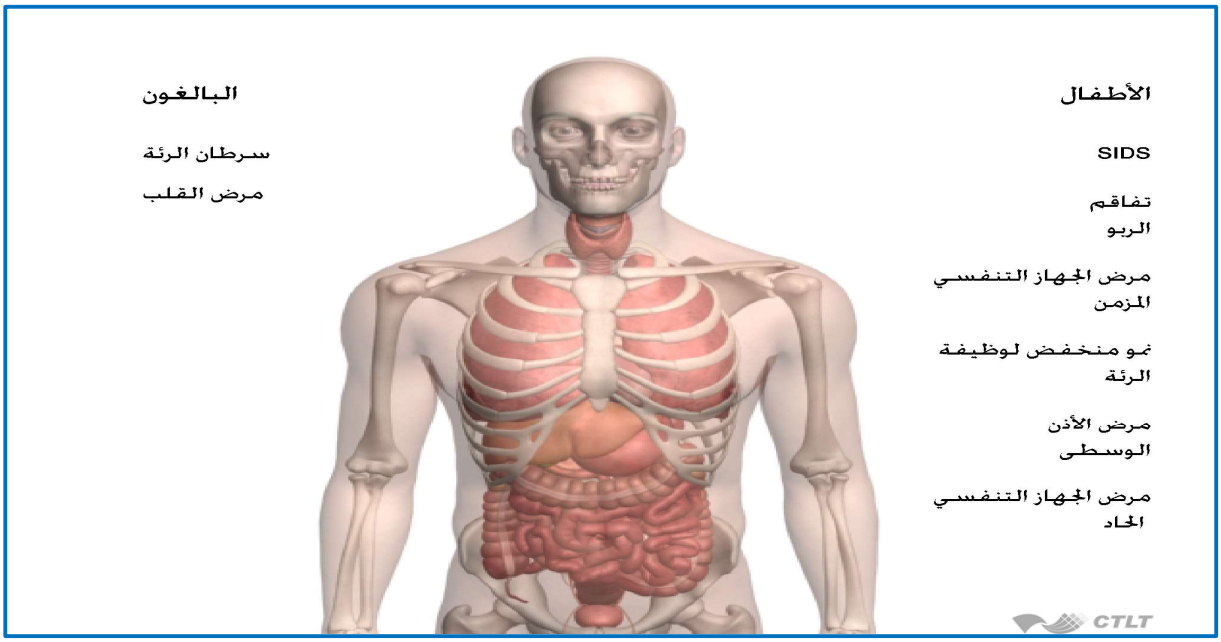
معدلات انتشار التدخين:

المسح الوطني التدرجي لرصد عوامل الخطورة المرتبطة بالأمراض غير السارية 2019:

- 65.3% من الذكور فوق 18 سنة في الأردن مدخنين.
- 16.4% من الإناث فوق 18 سنة في الأردن مدخنات.
- حوالي 82 % من سرطانات الرئة بين الأردنيين مرتبطة بالتدخين، وأن ما يزيد على 31.3 % من إجمالي السرطانات بين الأردنيين مرتبطة بالتدخين.

*التدخين أهم أسباب الإصابة بالأمراض غير السارية.

- الدخان الجاني (SS): هو الدخان المنبعث من السيجارة المحترقة أثناء سحب النفس.التدخين غير المباشر (SHS): هو خليط من الدخان الجانبي والدخان والمنفوخ.
- الدخان المنفوخ (الأساسي)(MS): وهو الدخان الذي يتم سحبه من جزء السيجارة الذي يوضع في الفم عندما يتم سحب النفس.



الأمراض والآثار الضارّة التي يسببها التعرض للتدخين غير المباشر

الآثار الصحيّة للتدخين غير المباشر على الأطفال:

- متلازمة موت الرضيع الفجائي (SIDS).
- عوامل الخطر بالنسبة لمتلازمة موت الرضيع الفجائي تشتمل على الآتي:
  - تدخين الأم الفعلي: تزداد المخاطر بازدياد تدخين الأم أثناء فترة الحمل.
  - الموت المبكر ونقص الوزن عند الولادة: كلاهما متعلق بتدخين الأم.
- التدخين غير المباشر يساعد على التهييج المباشر لإنتانات الطرق والجهاز التنفسي.
- التعرض للنيكوتين يمكن أن يغير استجابة الرضيع لنقص التأكسد.

زيادة الوزن والسمنة:

المسح الوطني التدرجي لرصد عوامل الخطورة المرتبطة بالأمراض غير السارية 2019:

- 28.7% من البالغين في الأردن يعانون من زيادة الوزن.
- 32.1% من البالغين يعانون من السمنة.

- 60% من الإناث فوق سن 18 سنة مصابات بزيادة الوزن والسمنة.
- تؤدي زيادة الوزن والسمنة إلى الإصابة بالأمراض القلبية والوعائية وارتفاع ضغط الدم بحوالي ثلاثة أضعاف وبمعدل يصل إلى عشرة أضعاف للإصابة بالسكري من النوع الثاني مقارنة مع ذوي الوزن الطبيعي.
- الأشخاص الذين يعانون من السمنة أكثر عرضة للإصابة بسرطان القولون والثدي والكلى وسرطانات بطانة الرحم.

مؤشر كتلة الجسم وما يقابله من مستوى السمنة:

مؤشر كتلة الجسم	تصنيف الوزن
أقل من 18.5	وزن قليل وغير صحي
18.5 - 24.9	وزن طبيعي (صحي)
25-29.9	زيادة في الوزن
30 -34.9	سمنة (درجة أولى)
35 -39.9	سمنة (درجة ثانية)
40 فما فوق	سمنة مفرطة

محيط الخصر والسمنة:

محيط الخصر	صحي	ارتفاع احتمال المخاطر الصِحيّة	سمنة ومخاطر صحية
الرجال	أقل من 92 سم	92 – 102 سم	أعلى من 102 سم
النساء	أقل من 80 سم	80 – 88 سم	أعلى من 88 سم

عوامل الخطورة للإصابة بالسكري:

- زيادة الوزن وكلما زاد الوزن زادت الخطورة أكثر.
- ارتفاع ضغط الدم 140 / 90 ملليمتر زئبقي أو أكثر.
- نقص معدل البروتينات الدهنية الثقيلة HDLفي الدم أقل من 35 ملليغرام/ديسيلتر وزيادة في معدلات الترايجلسرايد أكثر من 250 ملليغرام/ديسيلتر.
- الوراثة؛ إصابة أحد أفراد العائلة المقربين بالسكر.
- مرض تكيس المبايض.
- وجود تاريخ سابق بالإصابة بسكر الحمل.
- العمر (25 سنة فأكثر).
- ارتفاع ضغط الدم.
- بعض الالتهابات.

ارتفاع ضغط الدم

تعريف ارتفاع ضغط الدم:

ارتفاع ضغط الدم هو ازدياد متواصل في الضغط في الأوعية الدموية، مما يزيد من وظيفة الضخ في القلب ويؤدي لتصلب في الأوعية. يُعرّف ضغط الدم السويّ لدى البالغين بأنه ضغط الدم الانقباضي 120 ميليمتر زئبق والانبساطي 80 مليمتر زئبق وارتفاع ضغط الدم يعرف بأنه بلوغ أو تجاوز ضغط الدم الانقباضي 140 ميليمتر زئبق والانبساطي 90 ميليمتر زئبق.

مراحل ارتفاع ضغط الدم:

- المرحلة الأولى من ارتفاع ضغط الدم (الانقباضي: 140-159 ملم زئبق أو أكثر والانبساطي: 90-99 ملم زئبق أو أكثر).
- المرحلة الثانية من ارتفاع الضغط: يعاني المريض المصاب به من مضاعفات كثيرة، ويبلغ ضغط الدم الانقباضي: 160-179ملم، والانبساطي: 100-109 ملم أو أكثر.
- المرحلة الثالثة من ارتفاع الضغط: يعاني المريض المصاب به من مضاعفات كثيرة، ويبلغ ضغط الدم الانقباضي: 180ملم أو أكثر، والانبساطي: 110ملم أو أكثر.

عوامل الخطورة لارتفاع ضغط الدم:

- التقدم في العمر: الرجال فوق 45 سنة والنساء فوق 65 سنه عمراً.
- العرق: الأشخاص ذوي البشرة السوداء غالباً ما يصابون بشكل مبكر بارتفاع ضغط الدم.
- العامل الوراثي: إذا كان هذا المرض المزمن شائعاً في العائلة، فاحتمال الإصابة به أكبر.
- السمنة وفرط الوزن. تزيد احتماليّة الإصابة مع وجودهما.
- عدم ممارسة القدر الكافي من الرياضة.
- تدخين التبغ: بالإضافة إلى إزياد احتمالية الإصابة به، فإنه يدمر الجدار المبطن للأوعية الدموية.
- الإسراف في تناول الوجبات السريعة والأطعمة الغنية بالملح.
- قلة الأطعمة الغنية بالبوتاسيوم وفيتامين "د" مثل اللبن والموز والأسماك والخضروات خضراء اللون والبيض.
- الإفراط في تناول الخمور.
- التعرض لمستويات عالية من الضغوط والقلق والتوتر.
- الإصابة بأمراض الكلى أو السكري: 60% من المصابين بالسكري يعانون من ارتفاع ضغط الدم.

أسباب ارتفاع ضغط الدم:

- أمراض الكلى.
- أورام الغدة الكظرية.
- مشاكل الغدة الدرقية.
- عيب خُلُقي في الأوعية الدموية منذ الولادة.
- وتناول بعض الأدوية مثل حبوب منع الحمل ومزيلات الاحتقان ومسكنات الألم، وبعض الأدوية المخدرة مثل: الكوكايين والأمفيتامينات.

أعراض ارتفاع ضغط الدم:

غالباً لا توجد علامات أو أعراض ظاهرة للمرض وتظهر المضاعفات الخطيرة فجأة وسُمّيَ مرض ارتفاع ضغط الدم بالقاتل الصامت، البعض يأتي من الأعراض التالية:

- الصداع.
- دوار.
- خفقان في القلب.
- ضيق التنفس.
- طنين الأذن.
- حدوث نزيف من الأنف.

المضاعفات المحتملة:

كلما طالت فترة ارتفاع ضغط الدم من المستوى السوي كلما زاد احتمال حدوث المضاعفات التالية:

- تلف في الأوعية الدموية.
- الأزمات القلبية.
- السكتة الدماغية.
- أمراض الكلى المزمنة.
- اعتلال الشبكية.
- الوفاة فحسب بيانات منظمة الصحة العالمية لعام 2014، معدل الوفيات الناتجة عن ارتفاع ضغط الدم في الأردن 53 لكل 100،000 من السكان.

استراتيجية التعامل مع مرض ضغط الدم:

الهدف العلاجي للتعامل مع ارتفاع ضغط الدم هو الحفاظ على ضغط الدم عند أقل من 140/90؛ أي أن كلاً من الضغط الانقباضي يكون أقل من 140 والضغط الانبساطي يكون أقل من 90 طوال حياة المريض، بسبب ارتفاع خطر

مضاعفات أمراض القلب والأوعية الدموية لدى مرضى السكري، أو بأمراض الكلى، الهدف استدامة ضغط الدم عند أقل من 130/80.

الإجراءات تشمل:

- تصنيف درجة ارتفاع ضغط الدم لدى المريض.
- تحديد النمط العام للمخاطر لدى المريض وفقاً لعوامل الخطر لديه وتحديد خطر حدوث أمراض القلب والأوعية الدموية في السنوات العشرة المقبلة.
- تحديد الأهداف العلاجية الخاصة بالمرضى بما في ذلك مَن لديهم أمراض أخرى.

الفحوصات المخبرية والإجراءات التشخيصية المُوصَي بها:

- خضاب الدم (الهيموجلوبين) وصورة الدم الكاملة.
- كرياتين ويوريا الدم.
- الجلوكوز في الدم.
- أملاح الدم مثل الصوديوم والبوتاسيوم.
- نمط الدهون: الكوليسترول، البروتينات الشحمية المرتفعة الكثافة (HDL)، والمنخفضة الكثافة (LDL)، والجليسيريدات الثلاثية (TG).
- تحليل البول المجهري.
- تخطيط القلب الكهربائي.

فحوصات المتابعة للتعامل مع مرض ارتفاع ضغط الدم:

كل 6 أشهر، يتم إجراء الفحوصات التالية:

- الكريتيانين/نيتروجين البول.
- مصل البوتاسيوم.
- تخطيط القلب الكهربائي (ECG).

كل 12 شهراً، يخضع المريض للفحوصات التالية:

- فحص تنظير كامل لقاع العين.
- تخطيط القلب الكهربائي (ECG).
- الدهنيات في الدم.
- سكر الدم.

الأنماط الصحيّة التي يجب على مرضى الضغط اتباعها:

- اتباع حمية غذائية صحية والحد من تناول الملح.

- ممارسة الرياضة بشكل منتظم.
- الإقلاع عن التدخين.
- الابتعاد عن تناول المشروبات الكحولية والخمور.
- التمتع بالوزن الصحي والتخلص من السُمنة أو فرط الوزن.
- الابتعاد قدر الإمكان عن القلق والتوتر والضغوط النفسية.
- الانتظام بالقياس وتناول الأدوية حسب إرشادات الطبيب.

المعالجة الدوائية لمرض ارتفاع ضغط الدم:

يتم اختيار الدواء على ضوء تصنيف ارتفاع ضغط الدم ووجود عوامل خطورة وأمراض أخرى وتشمل المجموعات:

- مثبطات تحول الانجيوتنسين (ACE-I) مثل أينالابريل والكابتوبريل.
- مقفلات مستقبلات الانجيوتنسين (ARBS)مثل فالسارتان.
- حاصرات قناة الكالسيوم (CCB) مثل املوديبين والدليتازم.
- مدرات البوا مثل الهيدروكلوروثيازأيد وال فيروسيمد.
- حاصرات بيتا مثل بيسوبرولول واتينولول.
- حاصرات الفا مثل الدوكسازوسين.
- مثبطات الرينين مثل الاليسكيرين.

مؤشرات رعاية مرضى ارتفاع ضغط الدم:

- إجراء التدوين السليم في سجل رعاية مرضى ارتفاع ضغط الدم.
- التعبئة السليمة للتقارير الخاصة برعاية مرضى ارتفاع ضغط الدم.
- توضيح احتساب مؤشرات رعاية مرضى ارتفاع ضغط الدم للمهنيين الصحيين.

مؤشر السيطرة على ضغط الدم:

نسبة مرضى ارتفاع ضغط الدم المسجلين الذين كانت أحدث قراءة مسجلة لديهم ضمن السيطرة خلال شهر معين من مجموع عدد مرضى الضغط المسجلين والمراجعين للمركز الصحي:

عدد مرضى ارتفاع ضغط الدم المسجلين الذين كانت أحدث قراءة مسجلة لديهم ضمن السيطرة خلال شهر معين / عدد مرضى ارتفاع ضغط الدم المسجلين في المركز الصحي خلال نفس الشهر X %100

مؤشر الالتزام بزيارات المتابعة:

النسبة المئوية للمرضى المسجلين (المسيطر عليهم وغير المسيطر عليهم) الذين قاموا بزيارة المركز الصحي للمتابعة خلال الشهر من المجموع الكلي لمرضى الضغط المسجلين خلال نفس الشهر:

عدد مرضى الضغط المسجلين الذين زاروا المركز الصحي في شهر معين لغايات المتابعة X %100

عدد مرضى ارتفاع ضغط الدم المسجلين في المركز الصحي خلال نفس الشهر

مؤشر قياس قراءات ضغط الدم خلال زيارات مقدِم الخدمة:

التقرير الشهري

تقرير مؤشرات الرعاية بمرضى ضغط الدم

معلومات عامة:									
مديرية الصحة:						المركز الصحي:			
رمز المركز الصحي:						نوعه (أولي / شامل):			
الشهر:						السنة:	....	....	O

التقرير الإحصائي العام:			
عدد المسجلين لهذا الشهر	الجدد*	المتكررين*	المجموع
مجموع الذكور			
مجموع الإناث			
المجموع			

مجموع من هم تحت الوزن الطبيعي (BMI < 18.5):		مجموع الوزن الطبيعي (18.5–24.9):	
مجموع من هم فوق الوزن الطبيعي (25 – 29.9):		مجموع المصنفين بالسمنة الزائدة (BMI > 30):	
مجموع المدخنين من المسجلين (نعم):		مجموع المصابين بمرض السكري من المسجلين (نعم):	

التقرير الإحصائي الخاص بمؤشرات الرعاية بمرضى ضغط الدم	
مجموع عدد المرضى المسيطر عليهم (<140/<90):	
مجموع عدد المرضى غير المسيطر عليهم (>140/>90):	
مجموع الملتزمين بزياراتهم الشهرية من المسجلين:	

(*) **المرضى الجدد**: هم المرضى الذين يتم تشخيصهم بالمرض لأول مرة

(*) **المرضى المتكررين**: هم المرضى الذين شخصوا سابقاً بهذا المرض، و معروفين باصابتهم

النسبة المئوية لعدد مرات قياس ضغط الدم المأخوذة في شهر ما للمرضى المسجلين (شاملة كل الزيارات وكل عدد القراءات) من العدد الإجمالي لعدد زيارات مرضى ارتفاع ضغط الدم المسجلين في المركز الصحي:

المجموع الكلي لعدد قراءات ضغط الدم لكل المرضى المسجلين في ذلك الشهر

المجموع الكلي لعدد زيارات مرضى ارتفاع ضغط الدم المسجلين خلال ذلك الشهر

X 100%

سجل مرضى ضغط الدم

المركز الصحي: _____ مديرية الصحة: _____ السنة : _____

| معلومات المستفيد | | |

السكري

السكري:

مرض السكري أو السكر البولي هو عبارة عن متلازمة تتّصف باضطراب الاستقلاب وارتفاع شاذ في تركيز سكر الدم الناجم عن عَوَز هرمون الأنسولين أو انخفاض حساسية الأنسجة للأنسولين وهو الهرمون المنتج من البنكرياس والمسؤول عن تنظيم معدل السكر في الدم.

أشارت تقديرات منظمة الصحة العالمية في التقرير العالمي عن السكري لعام 2021 إلى إصابة 537 مليون شخص بالغ بالسكري على الصعيد العالمي مقارنة بإصابة 108 ملايين شخص في عام 1980 حيث كاد معدل الانتشار العالمي يتضاعف إذ ارتفع لدى السكان البالغين من 4.7% في عام 1980 إلى 16.2% في عام 2021 وسيرتفع الي 19.3% بحلول ال 2045، حسب تقرير المسح الوطني التدرجي لرصد عوامل الخطورة المرتبطة بالأمراض غير السارية 2019، بلغ معدل انتشار مرض السكري 8.2%.

أنواع مرض السكري:

1. السكري من النوع الأول (Type 1): ينتج عن نقص مطلق في إفراز الأنسولين من البنكرياس.
2. السكري من النوع الثاني (Type 2): ينتج عن نقص نسبي في إفراز الأنسولين مع زيادة مقاومة الأنسولين في أنسجة الجسم.

الفروقات بين السكري من النوع الأول والسكري من النوع الثاني:

النوع الأول	النوع الثاني (الأكثر شيوعاً)
سببه مناعيّ، وينتج عنه نقص مطلق في الأنسولين	سببه مقاومة الأنسجة لعمل الأنسولين ونقص كمية الأنسولين
يظهر بشكل حاد مثل نقصان الوزن أو الاحمضاض الكيتوني السكريّ	يظهر تدريجياً على الأغلب
يعتمد على الأنسولين في علاجه	يمكن علاجه بالحمية والرياضة، الأقراص المهبطة للسكريّ وصولاً إلى الأنسولين تدريجياً
	الوقاية وعلاج السُمنة يلعب دوراً أساسياً في علاج السكري

3. سكري الحمل (Gestational DM): هو السكري الذي يشخّص لأول مرة خلال الحمل وعلى الأغلب يتم التشخيص في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل وعادة يختفي بعد الولادة ولكن تبقى الأم مرشحة للإصابة مرة ثانية بسكري الحمل أو السكري من النوع الثاني (DM Type 2).

عوامل الخطورة للإصابة بمرض السكري:

- زيادة الوزن وكلما زاد الوزن زادت الخطورة أكثر.

- ارتفاع ضغط الدم 90/140 ملليمتر زئبقي أو أكثر.
- نقص معدل البروتينات الدُهنية الثقيلة (HDL) في الدم أقل من 35 ملليغرام/ديسيلتر وزيادة في معدلات الترايجلسرايد أكثر من 250 ملليغرام/ديسيلتر.
- الوراثة؛ إصابة أحد أفراد العائلة المقربين بالسكر.
- مرض تكيّس المبايض.
- وجود تاريخ سابق بالإصابة بسكر الحمل.
- العمر (25 سنة فأكثر).
- ارتفاع ضغط الدم.
- بعض الالتهابات.

أعراض هبوط سكر الدم:

- صداع ودوخة.
- رجفة وشعور بالجوع مع وهن مفاجئ.
- تعرّق غزير.
- تسارع دقات القلب (الخفقان).
- قلة التركيز مع هذيان وتصرفات غير مألوفة.
- تشنّج العضلات وخدر في الأطراف.
- هبوط السكر خلال النوم يؤدي إلى أحلام مزعجة وقد يتسبب في غيبوبة خطرة.
- فقدان الوعي.

أعراض ارتفاع سكر الدم:

- العطش الشديد مع تكرار التبول.
- الإرهاق والتعب الشديدان.
- الشعور بالغثيان والتقيؤ.
- سرعة في التنفس وظهور رائحة (الأسيتون) (كرائحة الخل).
- فقدان الوعي والغيبوبة.

المعايير المخبرية لتشخيص مرض السكري:

- نتيجة الجلوكوز في حالة الصيام=126 ملغم / ديسيلتر أو أكثر، نتيجتين في أيام مختلفة.
- نتيجة الجلوكوز بعد ساعتين من تناول 75 جم جلوكوز بالفم=200 ملغم / ديسيلتر أو أكثر.
- نتيجة الفحص العشوائيّ لسكر البلازما=200 ملغم / ديسيلتر أو أكثر (مع وجود الاعراض او فحص آخر، نتيجة واحدة لا تكفي للتشخيص).

أهداف النظام الغذائي لمرضى السكري:

- الحفاظ على معدل مستوى سكر الدم ضمن المجال الطبيعي ما أمكن.
- تحسين مستوى الدهون في الدم.
- السيطرة على معدل ضغط الدم ضمن المجال الطبيعي.
- العمل على منع حدوث أو تأخير ظهور المضاعفات المرضية المزمنة الناتجة عن السكري.
- المحافظة على الوزن المثالي للجسم والذي يساعد على ضبط مستوى السكر في الدم.
- تأمين الاحتياجات الغذائية الأساسية للمرض.

أهداف النظام الرياضي لمرضى السكري:

- تعتبر ممارسة الرياضة عامل أساسي في معالجة السكري كونها تحسن معدل مستوى السكر في الدم.
- النشاط الرياضي ينشط الدورة الدموية ويقوي عضلات الجسم وعضلة القلب وبالتالي يقلل من نسبة حدوث الأمراض القلبية الوعائية.
- ينصح مرضى السكري بممارسة نشاط رياضي أسبوعي ما يقارب 150 دقيقة أسبوعياً بشكل منفصل ثلاث أيام بالأسبوع.
- عند القيام بمجهود عضلي غير معتاد يجب على المريض المعتمد في علاجه على الأنسولين تناول كمية إضافية من الطعام أو تقليل جرعة الأنسولين لتفادي انخفاض مستوى السكر في الدم الذي يحدث نتيجة بذل المجهول العضلي الزائد.

المعالجة الدوائية:

تباشر معالجة النوع الثاني من مرض السكري حسب مسار المعالجة المرفق بالمعالجة غير الدوائية عن طريق تغيير نمط الحياة والنشاط البدني وفي نفس الوقت البدء بإعطاء علاج الميتفورمين ومتابعة الفحص كل 3 شهور.

حالات مرضى السكري التي تحتاج إلى الأنسولين تشمل:

- الشخص المصاب بالسكري من النوع الأول.
- الشخص المصاب بالسكري النوع الثاني وغير المسيطر عليه.
- حالات سكري الحمل.
- حالات الفشل الكلوي والكبد.
- حدوث إحدى مضاعفات ارتفاع السكر الحادة مثل تحمض الدم الكيتوني.
- مرضى السكري الذين يعانون من التهابات حادة.
- مرضى السكري الذين تم إدخالهم لإجراء عمليات جراحية.

أنماط المعالجة بالنسولين بمختلف أنواعه المحددة في الشريحة كما يلي:

- أنسولين سريع المفعول جداً (Rapid Acting Insulin) (مفعول فوري) – (10 دقائق) ويستمر مفعوله 3-5 ساعات.
- أنسولين سريع المفعول (منتظم) (Short acting Insulin) -(30دقيقة) ويستمر مفعوله 6-10 ساعات.
- أنسولين متوسط المفعول (Intermediate acting Insulin) (1،5ساعة) ويستمر مفعوله 24 ساعة.
- أنسولين بطيء المفعول (على المدى الطويل) (Long acting insulin) ويستمر مفعوله 24 ساعة.
- الأنسولين المخلوط يتكون من خلط بعض الأنواع السابقة بنسب مختلفة.

تثقيف مريض السكري للعناية بالقدمين:

- عند استعمال مرهم (كريم) يجب تجنب وضعه بين الأصابع أو على القروح المفتوحة.
- تجنب المشي حافي القدمين.
- عدم وضع قربة الماء الساخن عند القدمين أو وضعها أمام المدفأة لتجنب الحروق.
- عدم وضع الأرجل فوق بعضها البعض لفترات طويلة.
- تجنب الوقوف في نفس الوضعية لمدة طويلة.
- إجراء حركات للكاحل للأعلى وللأسفل لمدة خمسة دقائق مرتين يومياً على الأقل.
- رفع الأقدام إلى أعلى كلما لاحت الفرصة لذلك.
- قص الأظافر بحذر، وعدم المبالغة في تقصير الأظافر ويفضل أن يكون طرف الظفر موازياً لنهاية الأصابع من الأمام تجنباً لحدوث الأظافر النامية داخل الأنسجة.
- عند حدوث أي إصابة في القدم مهما بدت بسيطة على المريض استشارة طبيبه فوراً.

مؤشرات رعاية مرضى السكري

مؤشر السيطرة على سكر الدم صياماً:

نسبة مرضى السكري المسجلين الذين تقل لديهم نتيجة فحص السكري صياماً عن 130 ملغم/ديسيلتر خلال شهر معين من العدد الكلّي لمرضى السكري المسجلين في ذلك المركز.

عدد المرضى المسجلين الذين تقل لديهم نتيجة فحص السكري صياماً عن 130 ملغم/ديسيلتر خلال شهر معين عدد مرضى ارتفاع السكري المسجلين في المركز الصحي خلال نفس الشهر	%100 X

مؤشر المحولين لإجراء فحص السكري التراكمي:

النسبة المئوية لمرضى السكري من النوعين الأول والثاني المحولين لاختبار نسبة السكر التراكمي خلال شهر معين من العدد الكلي لمرضى السكري من النوعين الأول والثاني المؤهلين للإحالة خلال ذلك الشهر.

عدد المرضى المحولين لإجراء فحص السكر التراكمي خلال شهر معين العدد الكلي لمرضى السكري من النوعين الأول والثاني المؤهلين للإحالة خلال نفس الشهر	%100 X

مؤشر إجراء فحص السكر التراكمي:

النسبة المئوية لمرضى السكّري من النوع الأول والثاني المحوّلين الذين تم إجراء فحص السكر التراكمي لهم خلال شهر معيّن من العدد الكلي لمرضى السكري من النوع الأول والثاني المسجّلين والمحوّلين.

عدد المرضى المسجلين الذين تم إجراء فحص السكر التراكمي لهم خلال شهر معين العدد الكلي لمرضى السكري من النوع الأول والثاني المحوّلين لإجراء الفحص التراكمي خلال نفس الشهر	%100 X

مؤشر السيطرة على السكري التراكمي:

نسبة مرضى السكري المسجلين الذين تقل لديهم نتيجة فحص السكري التراكمي عن 7% خلال شهر معين من العدد الكلي لمرضى السكري المسجلين في ذلك المركز:

عدد مرضى السكري المسجلين الذين تقل لديهم نتيجة فحص السكري التراكمي عن 7% خلال شهر معين العدد الكلي لمرضى السكري المسجلين في المركز الصحي خلال نفس الشهر	%100 X

مؤشر الالتزام بزيارات المتابعة:

النسبة المئوية لمرضى السكري الذين يزورون المركز الصحي لغايات المتابعة خلال شهر معين:

عدد مرضى السكري المسجلين الذين زاروا المركز الصحي للمتابعة خلال شهر معين مجموع المرضى المسجلين في سجل السكري خلال نفس الشهر	%100 X

المؤشر الشهري لفحص قعر العين السنوي – المحوّلون:

نسبة مرضى السكّري من النوعين الأول والثاني المحوّلين للاختصاصي لفحص قعر العين السنوي خلال شهر معين من عدد مرضى السكري المسجلين في المركز الصحي والمؤهلين للإحالة خلال نفس الشهر:

عدد مرضى السكري من النوع الأول والثاني المحوّلين لفحص قعر العين السنوي خلال شهر معين العدد الكلي لمرضى السكري المسجلين في والمؤهلين للإحالة خلال نفس الشهر المركز الصحي	%100 X

المؤشر الشهري لفحص قعر العين السنوي – المفحوصون:

النسبة المئوية لمرضى السكري من النوعين الأول والثاني المسجّلين الذين أُجرى لهم الاختصاصي فحص قعر العين السنوي خلال شهر معين من إجمالي عدد مرضى السكري المسجلين في المركز الصحي خلال نفس الشهر:

عدد مرضى السكري المسجّلين في المركز الصحي الذين أجرى لهم الاختصاصي فحص قعر العين خلال شهر معين العدد الكلي لمرضى السكري المسجّلين في سجل السكري خلال نفس الشهر	%100 X

مؤشر مرضى السكري المصابين أيضاً بارتفاع ضغط الدم:

النسبة المئوية لمرضى السكري المسجلين من النوعين الأول والثاني ومصابين أيضاً بارتفاع ضغط الدم خلال شهر معين من إجمالي عدد مرضى السكري المسجلين في المركز الصحي خلال نفس الشهر:

عدد مرضى السكري المسجلين في المركز الصحي ومصابين أيضاً بارتفاع ضغط الدم خلال شهر معين العدد الكلي لمرضى السكري المسجلين في المركز الصحي خلال نفس الشهر	%100 X

تقرير مؤشرات الرعاية بمرضى السكري

معلومات عامة:			
مديرية الصحة:		المركز الصحي:	
رمز المركز الصحي:		نوعه (أولي / شامل):	
الشهر:		السنة:	O ---- ----

التقرير الإحصائي العام:			
عدد المسجلين لهذا الشهر	الجدد*	المتكررين*	المجموع
ذكور			
إناث			
المجموع			

مجموع من هم تحت الوزن الطبيعي (BMI < 18.5):		مجموع الوزن الطبيعي (18.5–24.9):	
مجموع من هم فوق الوزن الطبيعي (25 – 29.9):		مجموع المصنفين بالسمنة الزائدة (BMI > 30):	
مجموع المدخنين من المسجلين:		مجموع المصابين بمرض ضغط الدم:	

التقرير الإحصائي الخاص بمؤشرات الرعاية بمرضى السكري			
مجاميع مرضى السكري المسيطر على فحص (سكر الصيام FBS)		مجاميع مرضى السكري المسيطر على فحص (السكر التراكمي HbA1c	
مجموع المسيطر (م):		مجموع أعداد المحولين:	
مجموع غير المسيطر (غ):		مجموع أعداد المفحوصين:	
مجموع الملتزمين بزياراتهم الشهرية:		مجموع المسيطر عليهم (HbA1c):	
مؤشر مرضى السكري المتابعين لفحص قعر العين		مؤشر المسيطر على ضغط الدم عندهم من المسجلين	
مجموع المحولين من المسجلين:		عدد المسجلين المصابين بضغط الدم (نعم):	
مجموع المفحوصين من المسجلين:		أعداد من يقل ضغط دمهم عن $\frac{130}{80}$ ملم زئبق	
مجموع النتيجة الطبيعية للمفحوصين:			

(*) **المرضى الجدد:** هم المرضى الذين يتم تشخيصهم بالمرض لأول مرة

(*) **المرضى المتكررين:** هم المرضى الذين شخصوا سابقاً بهذا المرض، و معروفين باصابتهم

سجل مرضى السكري النوع الأول والنوع الثاني

المركز الصحي: _____ مديرية الصحة: _____ السنة : _____

الرقم	اسم المستفيد	الرقم الوطني / (الجنسية لغير الأردني)	رقم الملف	جديد مكرر	العمر (بالأشهر)	تاريخ الميلاد (اشهر/سنة)	مؤشر كتلة الجسم (العمر بجانب الكتلة) 30<	29.9-25.0	24.9-18.5	18.5>	الوزن (كغم)	الطول (سم)	ضغط الدم (إنسان) لا أعرف/ة	معلومات المستفيد
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
المجموع			جديد							18.5>				
										24.9-18.5				
			متكرر							29.9-25.0				
										30<				

الرقم	كانون الثاني							شباط							آذار							نيسان							أيار						
	تاريخ الزيارة (اليوم)	فحص سكر الصيام (mg/dl)	خارج	فحص سكر الكم التراكمي	خارج	فحص الدهون	خارج	تاريخ الزيارة (اليوم)	فحص سكر الصيام (mg/dl)	خارج	فحص سكر الكم التراكمي	خارج	فحص الدهون	خارج	تاريخ الزيارة (اليوم)	فحص سكر الصيام (mg/dl)	خارج	فحص سكر الكم التراكمي	خارج	فحص الدهون	خارج	تاريخ الزيارة (اليوم)	فحص سكر الصيام (mg/dl)	خارج	فحص سكر الكم التراكمي	خارج	فحص الدهون	خارج	تاريخ الزيارة (اليوم)	فحص سكر الصيام (mg/dl)	خارج	فحص سكر الكم التراكمي	خارج	فحص الدهون	خارج
1				محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص	
2				محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص	
3				محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص	
4				محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص	
5				محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص	
6				محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص	
7				محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص	
8				محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص	
9				محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص	
10				محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص					محول / الثلبة (IU) / مفحوص		محول / مفحوص	
جديد		مجموع السيطرة على (FBG<130mg/dl)	ط	مجموع المحولين	سيطر (s)	مجموع المحولين	ط		مجموع السيطرة على (FBG<130mg/dl)	ط	مجموع المحولين	سيطر (s)	مجموع المحولين	ط		مجموع السيطرة على (FBG<130mg/dl)	ط	مجموع المحولين	سيطر (s)	مجموع المحولين	ط		مجموع السيطرة على (FBG<130mg/dl)	ط	مجموع المحولين	سيطر (s)	مجموع المحولين	ط		مجموع السيطرة على (FBG<130mg/dl)	ط	مجموع المحولين	سيطر (s)	مجموع المحولين	ط
متكرر		سيطر غير سيطر (s)	ع	مجموع المغمرسين	غير سيطر (c)	مجموع المغمرسين	ع		سيطر غير سيطر (s)	ع	مجموع المغمرسين	غير سيطر (c)	مجموع المغمرسين	ع		سيطر غير سيطر (s)	ع	مجموع المغمرسين	غير سيطر (c)	مجموع المغمرسين	ع		سيطر غير سيطر (s)	ع	مجموع المغمرسين	غير سيطر (c)	مجموع المغمرسين	ع		سيطر غير سيطر (s)	ع	مجموع المغمرسين	غير سيطر (c)	مجموع المغمرسين	ع

أمراض الجهاز التنفسي المزمنة

مفهوم الأمراض التنفسية:

أمراض الجهاز التنفسي هو المصطلح الجامع لأمراض الرئة والشُعَب الهوائية والأنابيب والقصبة الهوائية والحنجرة وهي إما انسداديه (معوّقة) (أي الأمراض التي تعرقل معدل تدفق الهواء خارج الرئتين، وعلى سبيل المثال الربو) أو مقيّدة (أي الأمراض التي تتسبب في حدوث انخفاض في حجم الرئتين الوظيفي، وعلى سبيل المثال التليف الرئوي)، ومن أهم الأمراض الجهاز التنفسي المزمنة التهاب القصبات المزمن، الربو، والسل.

أثر التدخين الضار على الجهاز التنفسي:

- يزيد التدخين بدرجة عالية من خطر الإصابة بسرطان الرئة، الحنجرة، التّجويف الشفويّ، المريء، المثانة، الكلية والبنكرياس.
- الالتهاب الرئوي المزمن وانتفاخ الرئة وزيادة مضاعفات أمراض القلب وشرايينه.
- التدخين غير المباشر له أثر ضار على الصحة كما أثبتت الأبحاث العلمية وقد ورد في تقرير الطبيب العام للولايات المتحدة الأمريكية لعام 2006 ما يلي:
  - التدخين غير المباشر يسبب الموت المبكر والمرض عند الأطفال والبالغين الذين لا يدخنون.
  - الأطفال الذين يتعرضون للدخان غير المباشر هم في خطر متزأيد لاحتمال الإصابة بمتلازمة موت الرضيع الفجائي (SIDS) وإنتانات الجهاز التنفسي الحادة ومشاكل الأذن وأمراض الربو الأكثر حدة (تدخين الآباء يسبب أمراض الجهاز التنفسي ويبطئ من نمو الرئتين لدى أطفالهم).
  - تعرُض البالغين للدخان غير المباشر له آثار ضارة مباشرة على الجهاز القلبي الوعائي ويسبب مرض القلب التاجي وسرطان الرئة.

الانسداد الرئوي المزمن:

هو مصطلح عام يستخدم للإشارة إلى مجموعة من الأمراض الرئوية المزمنة التي تعوق تدفق الهواء في الرئتين مثل التهاب القصبات المزمن وتتمثل أعراضه بضيق التنفس خصوصًا عند بذل مجهود وصوت صفير مع التنفس وزرقة في الشفاه والأظافر والسعال المزمن المصحوب بالبلغم والتهابات الجهاز التنفسي المتكررة وفقدان الوزن.

التهاب القصبات المزمن:

- شكوى من سعال يومي مُنتج لقشع (بلغم) لمدة 3 أشهر في سنتين متتاليتين.

- أهم مسبّباته التدخين والملوثات البيئية.
- تتمثل الأعراض بسعال منتج لقشع وضيق بالتنفس وتكون شديدة في الشتاء، أزيز، ألم صدري جنبي، وقد يحدث نفث دم.
- يتم التشخيص بالاستنتاج من السيرة الذاتية والفحص السريري من قبل الطبيب وإجراء صورة الصدر الشعاعية، اختبارات وظائف الرئة، وقياس غازات الدم.
- يتم تعامل الطبيب مع الحالة بتشجيع متواصل على إيقاف التدخين، معالجة فيزيائية (تمارين تنفسية للمعالجة والوقاية)، المعالجة بالمضادات الحيوية في حالة الالتهابات الرئوية، واستخدام الموسعات القصبية حسب توصية الطبيب المختص.

ينصح بالإجراءات الوقائية التالية للأشخاص الأكثر عُرضة له:

- تجنب التعرض للهواء الملوث والمهيجات داخل المنزل وخارجه.
- تجنب التعرض لتقلبات الجو والغبار.
- تناول الغذاء الصحي السليم كالفاكهة، والخضراوات، واللحوم كالأسماك، والدواجن.
- إجراء الفحوصات الطِبّية للرئة (اختبار التنفس البسيط) لقياس وظائف الرئة لمن هم 45 سنة فأكبر.
- أخذ لُقاح الإنفلونزا الموسمية للوقاية من التهابات الجهاز التنفسي المتكررة.
- أخذ الاحتياطات الضرورية والتقيد بتعليمات السلامة في المصانع وأماكن العمل.

مرض الربو

مرض التهابي مزمن في المجاري التنفسية ينتج عنه انسداد في القصبات الهوائية بدرجات مختلفة وهذه الانسدادات قابلة للإصلاح إما باستخدام العلاج المناسب أو بصورة تلقائية من خلال تجنب المهيجات، ويتصف الربو بنوبات عرضية من ضيق النفس والسعال وصوت الأزيز.

الفسيولوجيا المرضية: يمكن إثارة التهاب جدران القصبات الهوائية في مرض الربو عن طريق عدد من العوامل البيئية والذاتية المثيرة، وينتج عن ذلك انسداد القصبات الهوائية بدرجات متفاوتة، مصاحبة لسماع أصوات أزيز أثناء الزفير والسعال، وضيق والصدر.

أعراض الربو:

- ضيق الصدر، وضيق في التنفس أو السعال.
- يصف المريض أعراض ازيز متقطع.
- تزداد الأعراض في الليل، وأثناء ممارسة التمارين أو عدوى الجهاز التنفسي العلوي أو في وجود مسببات الحساسية أو المهيجات.
- تتنوع الأعراض على مدار اليوم أو الأسبوع.
- بالنسبة لبعض الأفراد قد يكون هناك عامل أو اثنين فقط وعوامل متعددة للآخرين.

التاريخ المرضي:

- التهاب الجلد التأتبي (Allergic Dermatitis).
- التهاب الأنف التحسسي (Allergic Rhinitis).
- التاريخ العائلي لأحد أمراض التحسسية مثل الربو التهاب الجلد التأتبي، التهاب ملتحمة العين التحسسي، والتهاب الأنف التحسسي.

الفحص السريري:

- قد لا يظهر الفحص السريري أي علامات للربو.
- صوت صفير أثناء الزفير عند الاستماع للصدر.
- إفرازات انفيه، أو التهاب الجيوب الأنفية، أو الزوائد الأنفيّة.
- الأكزيما أو مشاكل حساسية في الجلد.

العوامل المحتملة لتحفيز الربو:

- التهابات المجاري التنفسية العليا (URTI).
- غبار البيت (العث).
- حبوب اللقاح.
- التمارين الرياضية بعد 15 دقيقة من الرياضة وتستمر لمدة 30 إلى 60 دقيقة.
- التعرض للدخان، السجائر، أجهزة التسخين المنزلي.
- المهيجات البيئية مثل تلوث الهواء والعطور.
- الحيوانات ووبر الحيوانات.
- الضغط النفسي.
- العوامل المهنية مثل الأبخرة الكيمائية.
- الارتجاع المعدي المريئي (GERD).
- بعض الأدوية مثل (Aspirin, B-blockers).

تشخيص الربو:

- بالاعتماد على التاريخ المرضي المذكور أعلاه.
- الفحص السريري.
- استبعاد الأسباب البديلة المحتملة لانسداد المجاري التنفسية.
- قياس التنفس (Spirometry).
- فحص وظائف الرئة في بعض الحالات.

يوضح انسداد المجاري التنفسية القابل للانعكاس (reversible)بصورة جزئية، ويجب القيام بقياس التنفس إذا أمكن أثناء معاناة المريض من بعض الأعراض، حيث يقوم بقياس حجم الزفير الخارج في الثانية الأولى (FEV1) والقدرة الحيوية القسرية (FVC)، في وقت الراحة وبعد استنشاق(beta2) قصير المفعول مثل سالبيتامول، يتم التأكيد على الإصابة بالربو مع النتائج التالية:

1- معدل (FEV1/FVC) أقل من الحد الأدنى للطبيعي بالنسبة لعمر وحجم المريض.

2- يزيد (FEV1) أكثر من 15 - 12%% بعد استنشاق السالبيوتامول.

*مع الأخذ بعين الاعتبار أنه يصعب عمل هذا الفحص للأطفال أقل من خمس سنوات.

أهداف علاج الربو:

يجب تحديد أهداف استراتيجية لعلاج مرض الربو ومناقشتها مع المريض وتشمل على:

- منع أعراض الربو المزمنة ونوباته أثناء النهار والليل.
- عدم وجود مقاطعات للنوم.
- عدم الغياب عن العمل أو المدرسة.
- عدم زيارة قسم الطوارئ.
- عدم الدخول للمستشفى.
- الاستمرار بالقيام بالأنشطة الطبيعية أو القريبة من الطبيعية، بما في ذلك الأنشطة الجسدية.
- تحقيق أداء الوظائف الطبيعية أو القريبة من الطبيعية بمقياس التنفس أو عداد ذروة التدفق (Peak Expiratory Flow).
- تقليل استخدام موسعات القصبات قصيرة المفعول SABA مثل سالبيتامول للحد الأدنى.
- الوصول إلى علاج يمكن تحمله بأقل الآثار الجانبية مع القدرة على التحكم بالمرض.

علاج الربو:

يتطلب عالج الربو المزمن الانتباه إلى عاملين أساسيين:

1. التحري عن وتقليل إمكانية التعرض إلى العوامل المحفزة بقدر الإمكان.

2. استخدام الأدوية المناسبة.

أدوية (العلاج الحاد RELIEVER)

الدواء	الجرعة	ملاحظات
مستنشق السالبيوتامول	1-3 بخات كل 4 ساعات	فوري، قصير الأمد أقل من 4 ساعات*
مستنشق ابراتروبيم	1-2 بخّة كل 6 ساعات	يوسع القصبات من خلال التأثير على مضادات الكولين، يقلل من الإفرازات المخاطية في الشعب الهوائية

*يمنع الاعتماد عليه في العلاج بمفردة حيث يزيد من خطر الإصابة بنوبة الربو الحادّة.

أدوية العلاج المزمن اليومي (CONTROLLER) في الرعاية الأولية.

الدواء	الجرعة	ملاحظات
مستنشقات ستيرويد	تنوع الجرعة حسب العمر والحجم ونوع الستيرويد	العلاج الأساسي لمرضى الربو والأكثر فاعلية
أقراص أو حبيبات مونتيليكاست	مونتيليكاست – يستخدم للأطفال أكبر من سنة – جرعة واحدة يومًيا	مانع الليكوترين، يمنع مفعول الليكتروين على مستقبل الخلية
بريدنيزون	.5 – 1 مغ/كغ في اليوم يتم إعطائه عن طريق الفم بجرعة قصوى 60-80 مغ للبالغين	يستخدم في حال نوبة الربو الحادة لفترة قصيرة أقل من 14 يوم. يتطلب 4-2 ساعات من الفاعلية القصوى .لا يوجد حاجة للتدرج في تنزيل الجرعة عندما تقل فترة العلاج عن 14 يوم. تجنب الاستخدام الطويل.
مستنشق السالميترول	بخّة كل 12 ساعة	بدء العمل بعد 1-2ساعة ولكنه طويل المفعول يصل ل 12 ساعة*
مستنشق فورميترول/ بيديوسينأيد مثل سيمبيكورت	بخّة كل 12 ساعة	يتميز بمفعول سريع بعد 2-3 دقائق ومدة عمل طويلة تصل ل 12 ساعة

الأدوية غير الفعالة:

أظهرت الدراسات الأخيرة المتعلقة بأدوية التحكم بالربو أن الأدوية التالية شائعة الاستخدام تقريًبا غير فعالة في عالج الربو:

- سالبيتامول السائل أو الأقراص التي تؤخذ عن طريق الفم (b2-agonist): قد يحدث توسع في القصبات لكن بشكل عام لها آثار جانبية خصوصا الرعاش وعدم انتظام دقات القلب، وتكون شديدة عند تناول هذه الجرعات.
- المضادات الحيوية مع نوبات الربو: أظهرت الدراسات أن نوبات الربو الناتجة من العدوى تنتج من عدوى فيروسية التي تكون المضادات الحيوية لها أثر قليل عليها.
- بروتوكولات العالج باستخدام الأدوية استناداً على أعراض المريض واستجابتها للعلاج، فبمجرد تحديد مستوى شدة الربو واسطة التاريخ الطبي، يجب إعطاء الأدوية حسب البروتوكولات.
- أعراض نوبات الربو الحادة:
  - الصدر الصامت.
  - عدم القدرة على الحديث أو إكمال جملة.

- سرعة التنفس أكثر من 31 مرة نفس/الدقيقة للبالغين والأطفال أكبر من 6 سنوات وأكثر من 41 نفس/الدقيقة للأطفال من5-1 سنوات.
- أن يقل إشباع الأكسجين في الدم (يتم فحصه بواسطة Pulsoxymeter).

يمكن اتباع إجراءات العلاج التالية:

- إعطاء جرعة إضافية من مستنشق سالبيتامول (Inhaler in Spacer or Nebulizer) حتى 3 مرات مفصولة عن بعضها ب 15 دقيقة لكل مرة.
- إعطاء أكسجين بواسطة الكانيولا بالأنف عند 2-6.1 /دقيقة واستخدام القناع للأطفال.
- إعطاء جرعة بريدنيزولون بريدنيزون 1 مغ / كغ) ا لتي يمكن أن تكون عن طريق الفم المتابعة ب 1- مغ / كغ عن طريق الفم لمدة 3-5 أيام.
- متابعة المريض خلال 48-24 ساعة، ومرة أخرى خلال أسبوعين مع إمكانية تعديل أدوية (Controller).
- المرضى الذين يعانون من الضيق التنفسي المتوسط أو الشديد مع ظهور أحد علامات الخطر المذكورة يجب إحالتهم إلى قسم الطوارئ للعلاج.

إحالة المريض:

ينبغي إحالة مريض الربو المزمن إلى أخصائي مناسب مع وجود أعلى مستوى من الرعاية تحت الظروف التالية:

- عدم التأكد من تشخيص الربو، مع وجود أمراض أخرى.
- وجود مضاعفات مثل الالتهاب الرئوي، أو مضاعفات ناتجة من علاج الربو.
- إذا لم يتم تحقيق أهداف العالج في غضون ستة شهور.
- حالة الربو الشديد.
- وجود علامات الخطر الرئيسية التي تم ذكرها، يجب إحالة المريض إلى الطوارئ بعد اتخاذ إجراءات اللازمة.

الرسائل الصحيّة التعليمية:

يجب على فريق الرعاية الطِبِّية المتمثل بالتمريض والصيادلة والأطباء المشاركة في التثقيف الصحي توفير المعلومات التي تخص الربو وعلاجه والتي تشتمل على ما يلي:

- الربو مرض رئوي مزمن يتصف بوجود التهاب بالمجاري التنفسية. هناك فترات قد لا يوجد فيها أعراض، ولكن المجاري التنفسية متورمة وحساسة إلى حد كبير كل الأوقات.
- الأدوية المضادة الالتهابات steroid inhalers طويلة المفعول هامة للتحكم في الربو.
- إرشاد المريض لتجنب المهيجات سواء في المنزل أو المدرسة أو العمل عدة بالمنزل، والمدرسة، والعمل أو في أي مكان آخر يمكن أن تتسبب في نوبات الربو على سبيل المثال التدخين الثانوي.
- لا يمكن الشفاء نهائيا من الربو، ولكن قد يتحسن عفوًيا في بعض المرضى ويمكن التحكم فيه ببعض التغيرات في نظام الحياة وتناول الأدوية، ويمكن للمرضى عيش حياة طبيعية بالرعاية المناسبة.
- يتطلب الربو رعاية ومراقبة طويلة الأجل. يمكن أن يتحسن أو يسوء بمرور الوقت.

- يجب على كل المرضى الاحتفاظ بمستنشق ال سالبيتامول وتوجيه المريض لاستخدامه في الأعراض الحادة.
- يجب مناقشة الفوائد والمخاطر محتملة لاستعمال الكورتيكوستيرويد، والتأكيد على المخاطر المنخفضة من استعمال بخاخ الكورتيكوستيرويد مقارنة باستعمال الستيرويد بالحقن أو عن طريق الفم.
- استجابة المريض لعوامل تحفيز الربو قد تتغير بمرور الوقت.
- يجب تشجيع الأطفال المصابين بالربو في المشاركة في التمارين المدرسية طالما يتم التحكم في الربو، قد يحتاجون إلى استعمال مستنشق السالبيوتامول قبل 15 دقيقة من النشاط البدني.
- مراجعة وتذكير المريض فيما يخص البخاخات الموصوفة، وكم عدد مرات تناولها، والآثار الجانبية المحتملة وكيفية تجنبها.
- التأكيد على الاستخدام الصحيح للبخاخات في كل زيارة مع مراقبة المريض أثناء استخدامها.
- التأكيد على علامات الخطر التي تستدعي مراجعة الطوارئ.

الصحة النفسية

تعريف الصحة النفسية:

تُعرِّف منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية بأنها حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة والتكيّف مع حالات التوتّر العادية والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي، كما تعرف بأنها حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد التي تجعله يسلك سلوك يتقبل به ذاته، ويقبله المجتمع، مما يجعله يشعر بالرضا والكفاية.

خصائص الصحة النفسية تشمل:

- **التوازن**: ويعني عدم طغيان جانب على جانب ولا وظيفة على أخرى. معظم حالات عدم التوازن تنجم عن اضطراب الوظائف.
- **التكامل**: ويعني أن تؤدي كل وظيفة دورها في تناغم وتناسق مع الأخرى على اعتبار أن كلاً منها جزء من نظام متكامل متناسق هو ما يعرف بالشخصية.
- **تقبل الذات**: ويعني عدم جلد الذات وتجنب كرهها وعدم الشعور بالرفض والدونية والامتهان والفجاجة أو المبالغة.
- **تقبل المجتمع**: احترام ثقافة المجتمع وقيمه وعاداته وتقاليده ومبادئه ودينه، فكراً وسلوكاً وملبساً، وحب الوطن، والتواصل والتعاطف مع أبنائه.
- **الرضا**: ويعني الشعور بالسعادة والارتياح، وانتفاء الكآبة، وذهاب الحزن، واليأس.
- **الكفاية**: هي الشعور بالكفاية والإيجابية والقدرة على القيام بالواجبات مما يحقق الذات.

نسبيّة الصحة النفسية:

ليس هناك شيء مطلق، فالصحة ليست مطلقة ولا المرض كذلك، ويمكن القول إن الصحة النفسية بمثابة متصل متدرج له طرفان الأول موجب والثاني سالب والناس يتوزعون عليه على شكل توزيع اعتدالي.

الصحة النفسية نسبية من جانبين:

- **أولاً**: من حيث الصحة والمرض: الأصحاء ليسوا على درجة واحدة من السواء، فليس هناك شخص Aيخلو من الصراع والقلق والإحباط وما يترتب عليها من مشاعر سلبية، وكذلك المضطربون ليسوا على درجة واحدة، فقد يبدأ بالبسيط من المرض كالكذب والعدوان، ثم يتطور إلى الذهان الذي يفقد معه الاستبصار بالواقع.

- **ثانياً**: النسبية الثقافية: هناك اختلاف بين الثقافات فما تراه ثقافة صحيحاً تراه الأخرى شإذا وغير سوي، وهناك أيضاً اختلاف داخل الثقافة الواحدة فما كان سوياً مقبولاً بالأمس غير مقبول وغير سوي اليوم.

مقومات السلوك السوي:

1. **فهم وتقبل وتطوير الذات**.
2. **المرونة**: القدرة على أيجاد البدائل التي تساعدنا على تحقيق أهدافنا (مواجهة المشكلة بالطرق المناسبة، في حال الفشل نغير من طرائقنا وفي حال تكرار الفشل نعيد النظر في الموقف كله).
3. **الواقعية**: القدرة على استبصار القدرات والإمكانات ونحدد في ضوئها الأهداف.
4. **الشعور بالأمن**: وهو الشعور بالارتياح والرضا والأمن النفسي.
5. **التوجه الصحيح نحو المشكلة**: ويعني التعامل مع جوهر المشكلة.
6. **التناسب**: ويعني عدم المبالغة خاصة في الحياة الانفعالية.
7. **الإفادة من الخبرة**: توظيفها في المواقف الجديدة يوفر الوقت والجهد ويخفض التوتر.
8. **الإرادة**: (الإرادة = الإدراك + الوجدان +النزوع) وهذا يعني المقاومة النفسية للأحداث الصعبة، والضبط الذاتي وعدم الاستسلام للميول الجامحة والرغبات الطائشة.
9. **الإيجابية**: الاجتهاد والبناء وبذل الجهد فالشخصية الإيجابية تأخذ وتعطي وتصمم وتعمل وتنفذ وهي واعية.
10. **الانتباه والإدراك**: الانتباه هو تركيز الشعور حول شيء معين، والإدراك هو معرفته.
11. **التفاؤل**: هو توقع النجاح والتوفيق والإيحاء الإيجابي والثقة، وهو عملية نفسية تولد المشاعر الإيجابية وتفسر الأحداث بواقعية بعيداً عن التهويل أو التهوين.
12. **يُحِب ويُحَب**: إن الحب المتبادل يُشبِع الحاجات النفسية والجسمية والاجتماعية.
13. **الاستمتاع بالحياة**: من مظاهر السلوك السوي الاستمتاع بالحياة رغم ما يواجه الفرد من ظروف ضاغطة وأزمات كون الحياة مزيج من الفرح والألم.

معايير دافيدوف للسلوك غير السوي:

1. معيار النشاط المعرفي.
2. معيار السلوك الاجتماعي.
3. معيار التحكم الذاتي.
4. معيار الضيق والكرب.
5. معيار الندرة الإحصائية.
6. المعايير النمائية.
7. معيار الإقرار الذاتي.
8. المعيار الطبيعي.

أهداف الصحة النفسية:

الهدف الإنمائي:

الغرض منه توظيف ما لدينا من المعارف النفسية لتحسين ظروف الحياة اليومية في البيت والمدرسة والعمل والمجتمع والعمل على تنمية المواهب والقدرات والميول والاستفادة منها في العمل والإنتاج بما يعود على الفرد المجتمع بالنفع والخير، تقع مهمة تحقيق الهدف الإنمائي على عاتق كل من لديه الخبرة والمعرفة النفسية في البيت، المدرسة، المركز الصحي، المسجد، المصنع ومراكز الشباب، يحدِّث الناس من قاموسهم كي لا ينفرهم وليكون منبراً يرتاده المسترشدون الآباء ورؤساء العمل والعمال والتلاميذ وليكون فعّالاً في حل المشكلات.

الهدف الوقائي:

يعني توظيف ما لدينا من المعارف النفسية في اكتشاف الأشخاص الذين يعانون من الضغوط والأزمات والإحباط والصراعات في وقت مبكر، وتقديم المساعدة لهم لتخليصهم وحمايتهم من الانحراف، يساعد في التقليل من انتشار الانحراف والاضطراب النفسي والإسراع في علاج المشكلات وتقليل أمَدها والتخفيف من نتائجها السيئة، الفئة المستهدفة تشمل الأسر المفككة، المتأخرون دراسياً، المعاقون، الجانحون، العاطلون عن العمل، المشاكسون والمشاغبون، أصحاب البيوت المهدمة وكل من يعيش في رحى الأزمات ثم العمل على إرشادهم وتأهيلهم وتدريبهم ليتكيفوا مع الحياة.

الهدف العلاجي:

ويُقصد به توظيف المعارف النفسية في تشخيص وعلاج ورعاية المضطربين عقلياً ونفسياً، والمدمنين والمنحرفين والسيكوباتيين والذين يعانون صعوبات النطق والتعلم.

والمسؤول عن تحقيقه فريق يتكون من إكلينيكي والطب العقلي والخدمة الاجتماعية والعلوم الشرعية في جهود متكاملة لتحقيق ما يلي:

- تقليل الآثار السيئة للاضطراب النفسي، وإيقاف التدهور إلى أقل حد ممكن.
- تنمية ما لديهم من قدرات واستعدادات والتقليل من انتشار الانحراف.
- التنمية والتزكية الشاملة جسمياً وعقلياً، واجتماعياً، ونفسياً، وروحياً.
- تخفيف مستوى القلق، والتوتر، وحل المشكلات والصراعات.
- الوقاية من تفاقم المشكلات وتعقيدها وتدهور القدرات والطاقات.
- العمل على تعديل السلوك والاتجاهات.

رسالة منظمة الصحة العالمية "الاكتئاب ومحاربة الوصم المحيط به":

في يوم الصحة العالمي 7 أبريل 2017، دعت منظمة الصحة العالمية الأفراد والمجتمعات إلى التحدث عن الاكتئاب ومحاربة الوصم المحيط به، وكان شعار العام "الاكتئاب: دعونا نتحدَّث عنه"، وقالت منظمة الصحة العالمية في تقرير لها، إن هناك حالياً أكثر من 300 مليون شخص حول العالم يتعايشون مع الاكتئاب، أي بزيادة تزيد نسبتها عن 18%

وقعَت بين عامي 2005 و2015، وفى إقليم شرق المتوسط يتأثر شخص من بين كل 5 أشخاص بالاكتئاب والقلق جرّاء وقوعه في براثن الصراعات المسلحة وانعدام الأمن والتشرّد.

السرطان

مقدمة:

السرطان هو مجموعة من أكثر من 100 من الأمراض والتي تتميز بنمو الخلايا غير الطبيعية، إن الخلايا الصِحيّة في الوضع الطبيعي تنمو وتموت وتستبدل طبيعيا، ولكن الخلايا السرطانية لا تموت وتستمر في التكاثر لينشأ الورم، تخترق الخلايا السرطانية إلى الدورة الدموية وتنشئ مستعمرات في أجزاء أخرى من الجسم، لقد تطور الطب بشكل كبير في الآونة الأخيرة، ولكن ما زال السرطان سبب رئيسي للوفيات.

السرطان بالأرقام:

- يعد السرطان سبباً رئيسياً للوفاة في جميع أنحاء العالم، حيث تسبب في حوالي 10 ملايين حالة وفاة في عام 2020.
- السرطانات الأكثر شيوعًا في عام 2020 (من حيث حالات السرطان الجديدة) كانت:

1. الثدي (2.26 مليون حالة).
2. الرئة (2.21 مليون حالة).
3. القولون والمستقيم (1.93 مليون حالة).
4. البروستاتا (1.41 مليون حالة).
5. الجلد (غير الميلانوما) (1.20 مليون حالة).
6. المعدة (1.09 مليون حالة).

الأسباب الأكثر شيوعًا للوفاة بالسرطان في عام 2020 هي:

1. الرئة (1.80 مليون حالة وفاة) .
2. القولون والمستقيم (916000 حالة وفاة) .
3. الكبد (830 ألف حالة وفاة) .
4. المعدة (769000 حالة وفاة).
5. الثدي (685000 حالة وفاة) .

**كل عام يصاب ما يقرب من 400000 طفل بالسرطان.*

السرطان في الأردن

يتم تشخيص سنويا 7500 حالة سرطان، إن المعدل الخام للإصابة بالسرطان بشكل عام لكافة الأعمار 103 لكل مئة ألف من السكان، ويعد سرطان الثدي على رأس القائمة من حيث يشكل أكثر السرطانات الأكثر شيوعا بنسبة 39% عند النساء، يليه سرطان القولون والمستقيم بنسبة 9.7%.

أما عند الرجال فسرطان القولون والمستقيم يشكلان (13.7%)، سرطان الرئة (13%)، سرطان المثانة (9.1%)، ويعد السبب الثاني للوفيات بعد أمراض القلب والشرايين.

أعراض مرض السرطان-عامة:

- الأعراض تختلف حسب العضو المصاب.
- الأعراض العامة تشمل:
  - تعب.
  - ألم.
  - نقصان في وزن الجسم.
  - ظهور كتلة أو تضخم يمكن الإحساس بها.
  - تغيرات على سطح الجلد (ظهور اللون الأصفر، مناطق قاتمة اللون أو بقع حمراء في الجلد، جروح لا تلتئم، أو تغير في الشامات).

أعراض سرطان الثدي:

احمرار الثدي، الحلمة المقلوبة، انبعاج الثدي، كتل الثدي، جلد قشرة البرتقال، إفرازات الثدي (شفافة، دموية، بيضاء).

أعراض الإصابة بسرطان القولون:

كثرة استعمال المرحاض وألم في البطن وغائط أكثر سيولة (نتيجة تغير في حركة الأمعاء العادية)، وجود دم في الغائط دون وجود مسببات أخرى كالبواسير، ألم وضيق وانتفاخ في البطن بعد الأكل عادة، إرهاق شديد وفقدان في الوزن).

أعراض سرطان الرئة:

سعال شديد لا يزول، سعال الدم، تعب، ألم في الصدر، نقصان في الوزن غير مفسر، ضيق التنفس، بحة الصوت.

وبما أن السرطان يكون أكثر قابلية للعلاج في بدأياته بالمقارنة مع المراحل المتقدمة، فمن الضروري الكشف عنه مبكراً. تُشكل بعض الأعراض إنذارًا مبكرًا على الإصابة بالسرطان، ولذلك يجب حث الشخص على طلب الرعاية الطِبِّية، ولحسن الحظ، فإن معظم هذه الأعراض تنجم عن حالات غير خطيرة، ومع ذلك، ينبغي عدم تجاهل أي علامة من العلامات التحذيرية التي تدل على السرطان.

تكون بعض العلامات التحذيرية عامة. ويعني هذا أن بعض التغيرات تكون غير واضحة ولا تمكن من الاشتباه بنوع محدد من السرطانات. ومع ذلك، فإن وجود هذه التغيرات يمكن أن يوجه الأطباء إلى إجراء الفحوصات السريرية والفحوص المخبرية اللازمة لاستبعاد أو تأكيد تشخيص ما. في حين تكون بعض الأعراض الأخرى أكثر وضوحًا وتحديدًا، وتوجه الأطباء إلى نوع سرطان معين أو إلى موقعه.

تنطَوي العلامات التحذيريَّة المحتملة للسرطان على:

- نَقص الوَزن غير المفسَّر.
- التَّعَب.
- التعرُّق الليلي.
- نَقص الشَّهية.
- ألم جديد ومستمر.
- الغثيان المتكرر أو القيء.
- ظهور دم في البول.
- وجود الدم في ابراز (إما بشكل مرئي أو بشكل قابل للكشف عن طريق فحوصات خاصة).
- تغيرات حديثة في عادات التغوط (إمساك أو إسهال).
- حمى متكررة.
- سعال مزمن.
- تغيرات في حجم أو لون شامة على الجلد، أو تغيرات في قرحة جلدية.
- العُقد الليمفاوية المتضخمة.
- قرحة لا تتعافى.
- نموّ أو علامة على الجلد يزداد حجمها أو يتغيَّر مظهرها.

تشخيص السرطان:

- عند الاشتباه بوجود السرطان، يتم إجراء بعض أنواع التصوير مثل الأشعة السينية أو الموجات فوق الصوتية أو التصوير المقطعي المحوسب (تظهر لنا وجود كتلة غير طبيعية).
- الخزعة (Biopsy): لتأكيد الإصابة بالسرطان لابد من أخذ عينة من الورم عن طريق إبرة الخزعة أو الجراحة (تحري وجود الخلايا السرطانية من خلال الفحص المجهري).

مراحل السرطان:

بعد التشخيص بالسرطان، يتم إخبار المريض بالمرحلة التي هو فيها (حجم الورم ومقدار انتشاره في جسم المصاب):

1. **المرحلة الصفرية (0):** هناك نمو خلايا بشكل غير طبيعي، ومن المحتمل أن تتحول إلى سرطان.
2. **المرحلة الأولى (1):** المرحلة المبكرة (وجود ورم صغير الحجم محصور في منطقة واحدة معينة من الجسم).
3. **المرحلة الثانية (2):** الورم أصبح أكبر حجما (لم ينتقل إلى مناطق أخرى من الجسم بعد).
4. **المرحلة الثالثة (3):** الورم كبير الحجم ومن الممكن أنهه انتقل إلى الخلايا المجاورة أو العقد اللمفاوية.
5. **المرحلة الرابعة (4):** المرض انتقل إلى أعضاء أخرى من الجسم (السرطان الثانوي).

علاج السرطان

يعتمد علاج السرطان على موقعه، درجته ومرحلته، ويتمثل في الجراحة، العلاج الكيماوي، العلاج بالأشعة، العلاج البيولوجي والعلاج الهرموني.

آثار العلاج الإشعاعي على الجسم:

1. مشكلات جلدية: احمرار، تهيج، تورّم، تقرّح.
2. الإعياء والتعب.
3. الآثار الجانبية طويلة المدى: موضعية وتعتمد على نوع وموقع الجزء المعالج.
4. تطور سرطان ثانوي.

آثار العلاج الكيماوي على الجسم:

الآثار الجانبية قصيرة المدى:

تساقط الشعر، استفراغ وغثيان، فقدان الشهية، الامساك أو الإسهال، إعياء، الأرق، مشكلة في التنفس، تغيرات الجلد، أعراض تشبه أعراض الانفلونزا، ألم، التهاب المريء (تورم المريء يودي إلى صعوبات في البلع)، قروح الفم، مشاكل الكلى والمثانة، فقر الدم، مشاكل تخثر الدم، زيادة النزيف والكدمات.

الآثار الجانبية طويلة المدى:

منها مشكلات في القلب، فقدان في السمع، انقطاع الطمث المبكر، العقم، فقدان حاسة التذوق، هشاشة العظام، وانخفاض سعة الرئة.

الآثار النفسية:

مجرد سماع كلمة السرطان لها تأثير مرعب في مجتمعاتنا، وهذه الكلمة لها ردة فعل قوية، وقد يكون مرتبط بذكرى سيئة، حيث إن السرطان له آثار وضغوطات نفسية على المصاب وأهله.

مراحل تقبل المرض:

- الصدمة والنكران: عند سماع الخبر، وهي مؤقته.
- مرحلة الغضب: مرحلة صعب التعامل فيها مع المريض.
- مرحلة الجدال: البحث عن حل (طبيب بديل أو علاج بديل).
- مرحلة الاكتئاب: حزن شديد وانعزال، يهمل أنشطته اليومية وكذلك العلاج.
- مرحلة التقبل.

*يعاني واحد من كل ثلاثة مصابين بالسرطان من أزمات نفسية وعقلية وعاطفية.

- 25% من الناجين من مرض السرطان من أعراض الاكتئاب.
- 45% منهم يعانون من القلق.

- أكثر عرضة للوفاة بالانتحار بمقدار الضعف عن عامة الناس.
- يعانون من الشعور بالوحدة والتخلي ومشكلات العودة إلى العمل أو التهميش.
- فيما يخص سرطان الأطفال: التشخيص والعلاج يمكن أن يؤدي إلى سلسلة من الضغوطات للعائلة بأكملها.
- أعراض تستوفي معايير اضطراب ما بعد الصدمة.

كيف يحدث السرطان:

يبدأ السرطان بحدوث طفرة في الحمض النووي (DNA) في الخلية، إن الضرر في المادة الوراثية يؤدي إلى تطور الخلايا التي لا تموت وتستمر في التكاثر.

عوامل الخطر المرتبطة بالسرطان:

- تعاطي التبغ.
- فرط الوزن والسمنة.
- قلة النشاط البدني.
- اتباع نظام غذائي غير صحي.
- تعاطي الكحول.
- عدوى فيروس الورم الحُلَيمي البشري المنقولة عن طريق الجنس.
- الإشعاع المؤيّن والأشعة فوق البنفسجية.
- تلوث الهواء في المنطق الحضريّة.
- التعرض للدخان الناجم عن حرق الوقود الصلب داخل الأماكن المغلقة.

الحد من عبء السرطان:

يمكن حاليا الوقاية من نسبة تتراوح بين 30و50% من حالات السرطان من خلال:

- تلافي عوامل الخطر المرتبطة بالمرض.
- تنفيذ الإستراتيجيات القائمة المسندة بالبينات للوقاية منه.
- الكشف عنه في مراحل مبكرة والتدبير العلاجي لحالات المصابين به.

تغيير عوامل الخطر وتلافيها:

- زيادة تجنب عوامل الخطر التي تم ذكرها.
- التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري وفيروس التهاب الكبد B.
- السيطرة على الأخطار المهنية.
- التقليل من التعرض للأشعة فوق البنفسجية.
- التقليل من التعرض للأشعة المؤينة (التصوير بالأشعة لأغراض التشخيص المهني أو الطبي).

الكشف المبكّر عن السرطان:

يمكن الحد من وفيات السرطان إذا ما كُشِف عنه وعُولِج في مراحل مبكّرة، وفيما يلي عنصرا الكشف عن حالاته مبكّراً.

التشخيص المبكّر:

من المُرجّح أن يستجيب السرطان للعلاج الفعال إذا ما كُشِف عنه في وقت مبكّر، وأن يؤدي إلى زيادة احتمال بقاء المصابين به على قيد الحياة وإلى تقليل معدلات المراضة الناجمة عنه وعلاجه بتكاليف أقل، ويمكن إدخال تحسينات كبيرة على حياة المرضى المصابين بالسرطان عن طريق الكشف عنه مبكّراً وتجنب تأخير رعايتهم.

التشخيص المبكر مهم جداً:

في جميع المواضع وفيما يخص معظم أنواع السرطان. وفي ظل غياب التشخيص المبكر، فإن المرضى لا يخضعون للتشخيص إلا في مراحل متأخرة قد لا يكون فيها العلاج الشافي خياراً متاحاً أمامهم بعد ذلك، ويمكن وضع برامج تقلّل حالات التأخير في الحصول على الرعاية وتذلّل العقبات التي تعترض سبيل الحصول عليها لإتاحة المجال أمام المرضى لكي يحصلوا على العلاج في الوقت المناسب.

وفيما يلي 3 خطوات يشملها التشخيص المبكّر يجب دمجها وتطبيقها في الوقت المناسب:

- التوعية وإتاحة الرعاية.
- تقييم السرطان من الناحية السريرية وتشخيصه وتقدير مرحلة انتشاره.
- إتاحة العلاج.

ما هي طرق الكشف المبكر لسرطان الثدي؟

- الفحص الذاتي للثدي: الفئة العمرية 25 سنة فما فوق / شهريا.
- الفحص السريري للثدي: الفئة العمرية 25 سنة فما فوق / سنويا.
- التصوير الشعاعي للثدي أو الماموغرام: سنوي عند بلوغ سن الأربعين.

(وفي حال وجود تاريخ عائلي للإصابة بسرطان الثدي يجب استشارة الطبيب لتحديد بداية وتكرار الفحوصات، فعلى سبيل المثال إذا كانت والدتك أو أختك أصيبت بسرطان الثدي قبل سن اليأس، فإنه يتحتم عليك إجراء فحص التصوير الشعاعي قبل بلوغ سن الأربعين).

الطب الشرعي

تعريف الطب الشرعي:

يعرّف الطب الشرعي بأنه تطبيق كافة المعارف والخبرات الطِبّية لحل القضايا التي تنظر أمام القضاء بغرض تحقيق العدالة، كلمة الطب الشرعي مكونة من شقّين هما طب وشرع، ومبحث الطب هو ما يتعلق بجسم الإنسان سواء كان حياً أو ميتاً.

الطبيب الشرعي:

الطبيب الشرعي هو الطبيب الذي يُستعان بمعلوماته وخبراته الطِبّية الشرعية لخدمة العدالة عن طريق كشف غموض الجانب الطبي من القضايا المختلفة التي تُعرض عليه من قِبل القضاء ويعتبر شاهداً فنياً محايدا أمام الهيئة القضائية التي قامت باستدعائه.

هذا ويُعتبر الطبيب مساعداً للعدالة حيث تلجأ إليه كلّما تعلّق الأمر بطلب توضيحات حول مسائل ذات طابع طبي في شكل أسئلة تُوجّه له من طرف الجهة الآمِرة بالخبرة ليقوم بالإجابة عنها في شكل تقرير مفصل يبين فيه مُعيناته وملاحظاته والبرهان ويشتمل على الاستنتاجات المعلّلة ويجيب عن الأسئلة المطروحة عليه بنفس الترتيب الوارد في الأمر أو الحكم الذي انتدبه.

مهام الطبيب الشرعي:

1. تحديد شدة الإصابة ووجود العاهة وقيمة العجز الناتج عنها.
2. إبداء الرأي في أمور طِبّية أو استشفائية.
3. الكشف عن حالات التسمم.
4. تقدير السن عند الأفراد.
5. فحص قضايا الاغتصاب والحمل والإجهاض وسواها من الجرائم الجنسية.
6. التعرف على الأفراد مجهولي الهوية والجثث وأشلائها.
7. معاينة الجثث وأحياناً نبشها وتشريحها لتحديد سبب الوفاة.
8. فحص البقع الحيوية: دم، مني، بول، بقايا أطعمة.
9. إثبات الأبوّة أو نفيها.

التقرير الطبي الشرعي:

في تشرين الأول 2015 تم اعتماد نموذج موحّد للتقارير الطِبّية القضائية يحوي جميع العناصر الأساسية التي تُفيد الجهات المختصة بالوقوف على الوضع الصحي الحقيقي لصاحب التقرير. يمكن التحقق من صحة التقرير الطبي وفقاً للنموذج الجديد وذلك بإدراج عدة بيانات تسهم في ذلك كالفحوصات والمعاينة الحسّيّة، الأمر الذي يسهم في الوقوف على حالة المشتكي الصِحيّة الحقيقية.

وقد تم تضمين قانون العقوبات نصوصاً قانونية تعاقب الشخص الذي يصدر تقريراً طبياً بسوء نية خصوصاً إذا أدى ذلك إلى إضرار بالطرف الآخر.

من أهم المسائل التي يُطلب فيها تقارير:

- الوفيات المفاجئة، غير المعروفة السبب خاصة عند أشخاص أصحّاء ليسوا في سن متقدمة.
- الوفيات المشبوهة أو التي تعقب عملاً عنيفاً أو حادثاً معيناً.
- وفيات المساجين والموقوفين العدليين.
- نبش القبر وتحديد سبب الوفاة خاصة عند الادّعاء بالتسبب بالوفاة.
- المصابين جسدياً بعد اعتداء ما.
- حوادث السير، وحوادث العمل.
- قضايا تحديد السن، وتحديد الأبوة.
- قضايا الاغتصاب واللواط والإجهاض الجنائي.
- دراسة الحالة العقلية لشخص ما أو أهليته المدنية.
- التحاليل المخبرية للبقع الحيوية، ولكشف بعض المواد الباعثة على التسمم.

أنواع التقارير الطِبّية المُعدّة لغايات التقديم للقضاء:

- تقرير طبي أولي.
- تقرير مرحلي.
- تقرير قطعي.
- تقرير لجان طِبّية.
- تقارير الخبرة.

وجوب الإبلاغ عن حالات الإصابة المشتبه بها:

قرار محكمة التمييز الأردنية بصفتها الحقوقية رقم 2005/1086 تاريخ 2005/7/19: "يعاقب كل من قام حال مزاولته إحدى المهن الصِحيّة بإسعاف شخص يبدو أنه وقعت عليه جناية أو جنحة ولم يخبر بها السلطة ذات الصلاحية يعاقب بالعقوبة المنصوص عليها بالفقرة الثانية، أي بالحبس من أسبوع إلى ثلاثة أشهر أو بغرامة من خمسة دنانير إلى عشرين ديناراً".

وللمصاب الحق في طلب الحصول على تقرير طبّي عن حالته وتزويده به أمّا تزويد غير المصاب بالتقرير أو اطلاعه عليه، فيجب أن يتم ذلك لسببٍ مشروعٍ، ويُعتبر السبب مشروعاً إذا نصّت عليه القوانين الطِبِّية وغيرها صراحةً كأن تطلبه الجهة القضائية المعنية أو بموافقتها.

محتوى التقرير الطبي القضائي:

يوجد في التقرير أربعة أقسام في حالات فحص الأحياء، وخمسة أقسام في حالات الكشف على الوفيات القضائية وتشريحها:

1- رأس التقرير:

يتضمن هذا الجزء من التقرير:

- هوية الشخص المطلوب فحصه وطريقة إثباتها.
- الرقم المتسلسل.
- تاريخ ووقت كتابته.
- تاريخ ووقت معاينة الشخص ومكانها.
- اسم الجهة التي طلبت المعاينة ورقم كتاب طلب المعاينة الطِبِّية وتاريخه -إن وجد-ونوع الفحص المطلوب.

2- الإشارة:

تتضمن الإشارة: شكوى المصاب أو الشخص المطلوب معاينته، وظروف الحادث أو الاعتداء المبلّغ عنه للطبيب سواء من نفس الشخص أو مرافقيه أو ممثّله الشرعي إن كان قاصراً أو غير مدرك أو من الجهة القضائية التي طلبت المعاينة أو منهم جميعاً، بالإضافة إلى محتوى الملف الطبي في المستشفى وأية تقارير طِبِّية بنتيجة معاينة أو معاينات طبيبة سابقة ذات علاقة أو نتائج فحوصات مخبرية أو شعاعية إن وجدت.

3- المعاينة والكشف الطبي:

يمثّل تفصيلاً دقيقاً للحقائق المادّية التي تَوَصّل إليها الطبيب بالفحص السريري والفحوصات المخبرية والشعاعية مع بيان تواريخ وأوقات إجراء كل منها ونتائجها، ويجب على الطبيب وصف ما لا يُعرف له ترجمة للغة العربية أو يضع له الاسم العلمي باللغة الأجنبية، حتى يمكن غيره من معرفة مقصودة ويضع التسمية المناسبة عند اللزوم.

4- النتيجة:

تعتبر نتيجة التقرير الطبي القضائي من أهم أجزائه لأن ما تتضمنه يمثّل مراجعة شاملة لما سبق ووَرد في أجزائه ورأي الطبيب منظّم التقرير الطبي القضائي فيها تأييداً أو اختلافاً أو عدم تمكنه من تأييدها أو مخالفتها، كما أن عليه تغطية احتياجات التقاضي عن الحالة مثل موضوع التقرير وصياغة نتيجة التقرير بالشكل الذي يُغني إلى حد كبير عن مراجعة باقي أجزائه:

- طبيعة الإصابة.
- التعطيل عن العمل.
- العاهة الدائمة.

5- التشريح:

في حالات الوفيات القضائية فقط.

طبيعة الإصابة:

ويقصد بطبيعة الإصابة مدى الخطر الذي يتهدد حياة المصاب بسبب مباشر أو غير مباشر لها، أي من خلال نتائج مباشِرة عن الإصابة ذاتها أو عن مضاعفاتها اللاحقة فيما بعد.

تقسم إلى:

- **بسيطة**: وهي الإصابة التي لا تشكل خطراً على حياة المصاب ويستبعد الطبيب موت المصاب بسببها.
- **خطيرة**: وهي الإصابة التي يتوقع فيها الطبيب موت المصاب أحياناً إلا أنه يغلب في أكثر الأحيان نجاته منها، ويرجع تقدير الإصابة الخطيرة إلى أسباب مباشرة أو غير مباشرة يتوقعها الطبيب سلفاً حسب علمه وخبرته.
- **قاتلة**: وهي الإصابة التي يَغلب فيها موت المصاب لأسباب مباشرة أو غير مباشرة، يتوقعها الطبيب أيضاً بعلمه وخبرته، استناداً إلى المراجع الطِبِّية المعتمدة التي تبينها تحت عنوان كل من المضاعفات والإنذارات المبكرة والمتأخرة.

تصنيف الحالة الصحيّة للمصاب:

- **جيدة (أو حسنة)**: ويقصد بها الحالة التي يستبعد فيها الطبيب أي علامات تهدد حياة الإنسان بالموت.
- **متوسطة**: ويقصد بها الحالة التي يجد فيها الطبيب علامات من شأنها أن تهدد حياة الإنسان بالموت أحياناً إلا أن نجاة الإنسان من الموت منها هو الغالب.
- **سيئة**: ويقصد بها الحالة التي يغلب فيها توقع الطبيب في حينه موت المصاب لأمور ظاهرة أو يجهلها الطبيب؛ وبرغم ذلك فقد ينجو المصاب أحياناً.

التعطيل عن العمل:

يقصد به تعطيل المصاب عن القيام بالأعمال الاعتيادية اليومية التي يمارسها في حياته سواء كانت تُدِر عليه كسباً أم لا، ولها أهمية قضائية من الناحيتين الجزائية والحقوقية. فمن الناحية الجزائية فهو مما يوجب الملاحقة بإقامة دعوى الحق العام إذا تجاوزت مدته عشرة أيام أو الملاحقة بإقامة دعوى الحق الشخصي إذا لم تتجاوز مدته العشرة أيام، كما أن مدته تُعتمد في تحديد جسامة الجريمة.

العوامل التي يعتمدها الطبيب (كلها أو بعضها) لتقدير مدة التعطيل:

- **طبيعة الإصابة**: الإصابة مُقعدة للمصاب عن القيام بأعماله الاعتيادية اليومية.
- **طبيعة العلاج**: لكل طريقة منها مدة تعطيل عن العمل تختلف عن الأخرى.
- **طبيعة عمل المصاب**: مدى اعتماد العمل على الجزء المصاب.
- اعتماد الشخص المصاب بصورة رئيسية على طرف معين من جسمه أكثر من طرف أو عضو غيره.

العاهة الدائمة:

- قطع، أو استئصال عضو، أو بتر أحد الأطراف، أو تعطيلها.
- تعطيل إحدى الحواس عن العمل.
- تشويه جسيم.
- أية عاهة أخرى دائمة أو لها مظهر العاهة الدائمة.

التقارير الطبِّية القضائية المتعلقة بالوفيات:

تشمل الوفيات القضائية وفيات الفجأة غير المتوقعة وحالات الموت بأسباب مجهولة، والموت بسبب إصابات العمل أو الأمراض الصناعية أو أثناء وبعد إجراء العمليات الجراحية وما إلى ذلك من حالات، بهدف الوصول إلى السبب الحقيقي للوفاة والحصول على إحصائيات علمية دقيقة عن أسباب الوفاة والأمراض الشائعة والنادرة.

الصحة المدرسية

مفهوم الصحة المدرسية:

هي مجموعة المفاهيم والمبادئ والأنظمة والخدمات التي تقدم لتعزيز صحة الطلاب في السن المدرسية، وتعزيز صحة المجتمع من خلال المدارس.

وتعتبر الصحة المدرسية إحدى برامج الرعاية الصِحيّة الأولية التي تعنى بالمتابعة والإشراف على تقديم خدمات صحة مدرسية ذات جودة وكفاءة عالية للطلبة والأطفال في المدارس والفئة المستهدفة في المراكز الإيوائية بمفهومها الشامل ومكوناتها الثمانية (خدمات الصحة المدرسية، التوعية الصِحيّة المدرسية، التغذية وسلامة الغذاء المدرسي، البيئة الصِحيّة المدرسية، الصحة النفسية المدرسية والدعم الاجتماعي، التربية البدنية والترفيهية و تعزيز صحة العاملين في المدرسة، البرامج الصِحيّة الموجهة نحو المجتمع)،وذلك لتحقيق نمو بدني وعقلي واجتماعي ونفسي سليم.

أهمية الصحة المدرسية:

يمثل طلبة المدارس في هذه الفئة العمرية ما يزيد عن ربع عدد سكان المملكة حيث تساهم الصحة المدرسية بشكل فعال في الطب الوقائي والتوعية الصِحيّة بكافة مناحيها، كما توفر الصحة المدرسية الفرصة لتقديم الخدمات الصِحيّة الوقائية لهذه الفئة العمرية وإكسابهم المعلومات والمهارات لتبني سلوكيات صحية سليمة.

أهداف الصحة المدرسية:

الهدف العام:

النهوض بصحة الطلبة في المؤسسات التعليمية في السن المدرسي ومتابعة الاشتراطات الصِحيّة في المراكز الإيوائية.

الأهداف الخاصة:

- المحافظة على نسبة التغطية بالكشف الطبي الشامل وفحص الفم والأسنان لطلبة المدارس الحكومية بحيث لا تقل عن 99%.
- المحافظة على نسبة التغطية بالكشف الطبي الشامل وفحص الفم والأسنان لطلبة المدارس الخاصة بحيث لا يقل عن 90%.
- رفع مستوى الوعي الصحي لطلبة المدارس الحكومية والخاصة.
- أتمتة خدمات الصحة المدرسية.
- رفع نسبة التغطية بالإشراف على الخدمات الصِحيّة في المراكز الإيوائية.
- رفع نسبة المقاصف المطبّقة للمعايير والاشتراطات الصِحيّة.
- رفع نسبة المدارس الحكومية والخاصة المطبّقة للاشتراطات البيئية الصِحيّة.

مهام مديرية الصحة المدرسية:

1. **جمع وتحليل وعرض وتقويم المعلومات الصِحيّة** بهدف تشخيص الوضع الصحي للطلاب في المدارس الحكومية والخاصة ورياض الأطفال والفئات المستهدفة في المراكز الإيوائية لتحديد وتحليل المشاكل الصِحيّة الآنية والمتوقعة بين طلاب المدارس وفق المعطيات الجغرافية والديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية ودراسة مسببات المشاكل الصِحيّة بين طلبة المدارس وإجراء استقصاء ميداني للتأكد من وجود المشكلة واقتراح الحلول المناسبة لها.
2. **تخطيط وتنظيم وتقويم البرامج الصِحيّ:**

أ. تقدير وقياس الاحتياجات والأولويات الصِحيّة للمجموعات المستهدفة بخدمات برنامج الصحة المدرسية في المجتمع المدرسي (متلقّي الخدمة الصِحيّة) ووضع خطة لتلبية الاحتياجات وفق الموارد المتوفرة (بشرية ومادية) وتقويم الخدمات القائمة ومدى تلبيتها للاحتياجات ومدى الطلب عليها وتقديم الاقتراحات الملائمة لتطوير خطة البرنامج وزيادة فعاليته.

ب. تحديد احتياجات مقدمي الخدمات الصِحيّة:

- **احتياجات تدريبية:** تدريب الكوادر المشرفة والمقدمة لخدمات الصحة المدرسية الصِحيّة في مديريات الصحة على كيفية أداء خدمات الصحة المدرسية في المدارس والمراكز الإيوائية وتدريب المعلمين /المعلمات المسؤولين عن الخدمات الصِحيّة في المدارس وتدريب الكوادر الأخرى العاملة في المراكز الإيوائية لتحسين الخدمات المقدمة في المدارس والمراكز الإيوائية.
- **احتياجات غير تدريبية**: تحديث وتطوير الاشتراطات الصِحيّة والمقاييس والمعايير وقوائم التحقق ونماذج الإشراف ونماذج التقييم والمتابعة كل حسب خصوصيته في المدارس والمراكز الإيوائية.

ت. إدارة الخدمات الصِحيّة.

ث. وضع الأهداف والاستراتيجيات والأنشطة والآليات ووضع خطة العمل السنوية والخطة التنفيذية ضمن الجدول الزمني اللازم، ووضع خطة الإشراف والبرنامج الزمني للزيارات الإشرافية، ووضع خطة المتابعة والمراقبة والتقييم للأنشطة المختلفة.

ج. إدارة برامج الرعاية الصِحيّة المقدمة للطلاب للرقي بالصحة، والوقاية، والعلاج، والتأهيل.

ح. تحديد المعوقات الإدارية أو التنظيمية التي تعرقل سير العمل واقتراح الحلول الملائمة لها.

خ. تحديد وإبراز العوامل التي تساعد في إنجاح خطة العمل واقتراح تحديثها وإمكانية تطبيقها.

3. المشاركة في رسم السياسات الصِحيّة في وزارة الصحة فيما يتعلق بخدمات الصحة المدرسية والمجتمع.
4. التنسيق وتحسين مهارات الاتصال بين القطاعات المختلفة ذات العلاقة بخدمات الصحة المدرسية في تخطيط وتنظيم وتقويم البرامج الصِحيّة والمشاركة الفعالة في اللجان الوطنية ولجان العمل المشتركة.
5. إجراء وتشجيع البحوث والدراسات الصِحيّة وخاصة التطبيقية منها والتي تؤدي لتطوير خدمات الصحة المدرسية.

6. التدريب للكوادر الصِحيّة والتعليم المستمر لطلاب التمريض والرقابة الصِحيّة في معاهد وزارة الصحة ولطلاب الدراسات العليا في الجامعات الرسميّة.
7. تطوير برامج التربية الصِحيّة بما يتناسب مع احتياجات الفئات المستهدفة.
8. تقويم وتطوير خطة الخدمات الصِحيّة لزيادة فعاليتها.

مكونات الصحة المدرسية:

أولاً- خدمات الصحة المدرسية:

- **خدمات الطب العام:** يتم إجراء الكشف الطبي الشامل للطلبة المستهدفين في المدارس الحكومية للصفوف (الأول، الرابع، السابع، العاشر) من قِبَل الأطباء والكوادر الصِحيّة في المراكز الصِحيّة التي تتبع لها المدارس، أما فيما يتعلق بالطلبة في المدارس الخاصة فيتم إجراء الكشف الطبي الشامل للطلبة في جميع الصفوف من الأول حتى التوجيهي، وذلك من قِبَل الأطباء المتعاقدين مع المدارس الخاصة، حيث يتطلب وجود طبيب مقيم في المدرسة مع توفير عيادة في المدارس التي يزيد عدد طلبتها عن (500) طالب، أما في المدارس التي يقل عدد الطلبة فيها عن (500) يُشترط توفر عقد مع طبيب خاص على أن يلتزم بجميع المهام المدرجة في العقد.

فحص طلبة الصف الأول الأساسي: تم اعتماد آلية فحص طلبة الصف الأول الأساسي في المراكز الصِحيّة قبل دخول المدرسة منذ العام الدراسي 2009/2008 حيث يُعتبر من متطلبات التسجيل للطالب المُستجِد، يتم إعطاء سجّل الطالب المدرسي مُوقع و مختوم من إدارة المدرسة لولي أمر الطالب و يتم توجيهه للمركز الصحي الذي تتبع له المدرسة يرافقه الطالب المستجد حيث يتم أخذ الطول والوزن وفحص قوة الإبصار وإجراء الكشف الطبي الشامل وفحص الفم والأسنان وإعطاؤه المطعوم اللازم بعد فرز بطاقه التطعيم والمُقدمة من ولي أمره والمثبتة في سجل الطالب، مع التأكد من توثيق جميع الإجراءات في الأماكن المخصصة في سجل الطالب المدرسي، ثم يتم إعادة تسليم السجل لإدارة المدرسة لاستكمال تسجيل الطالب.

يقوم مربي الصفوف في بداية العام الدراسي أخذ الطول والوزن وقياس قوة الإبصار لجميع طلبة المدرسة وتدوين النتيجة في الصفحة المخصصة لذلك في سجل الطالب المدرسي مع التأكيد على ضرورة توثيق التاريخ والعام الدراسي بشكل واضح، وبمتابعة وإشراف معلمة الصحة المدرسية وإدارة المدرسة، حيث يتم تحويل الطالب الذي يعاني من ضعف في احدى العينين أو كلتاهما بنموذج (ف80) ثلاث نسخ إلى المركز الصحي الذي تتبع له المدرسة لاستكمال إجراءات صرف نظارة طِبّية مجانا للطلبة في صفوف المرحلة الأساسية (الأول الأساسي حتى العاشر الأساسي) في المدارس الحكومية و الثقافة العسكرية.

- **التوثيق:**
  - **نتائج الكشف الطبي**: يتم توثيق نتائج الكشف الطبي في سجل الطالب المدرسي مع توخي الدقة في التوثيق بحيث يتم التوضيح فيما إذا كان الطالب سليم أو غير سليم مع تحديد المشكلة المكتشفة وما هو الإجراء الذي تم اتخاذه من قبل الطبيب سواء إعطاء علاج، أو تحويل لأخصائي، أو مختبر، أو أشعة.

- **التطعيم**: ضرورة توثيق المطعوم الذي تم إعطاؤه للطالب في سجل الطالب المدرسي (صفحة المطاعيم) وفي الخانة المخصصة للمطعوم إضافة لتوثيق ما تم إعطاؤه من مطاعيم خلال الزيارة في صفحة التحصينات في سجل خدمات الصحة المدرسية والموجود في كل مدرسة.
- **الحالات المكتشفة**: ضرورة توثيق ما تم اكتشافه من حالات مرضية خلال إجراء الكشف الطبي، في الصفحات المخصصة كل حسب حالته في سجل خدمات الصحة المدرسية والموجود في المدرسة، وذلك لغايات متابعة هذه الحالات من قبل الطبيب خلال الزيارات اللاحقة للمدرسة.
- **زيارة الطبيب**: ضرورة التزام الكوادر الصِحيّة بتوثيق زيارتهم للمدرسة في سجل خدمات الصحة المدرسية وفي الصفحة المخصصة لذلك وهي "زيارة الطبيب وطبيب الأسنان" إضافة لتوثيق اسم الطبيب (بشكل واضح) وتاريخ الزيارة في الصفحة المخصصة لذلك في سجل الطالب المدرسي.

- **المتابعة:**

لتحقيق الهدف من إجراء الكشف الطبي الشامل وهو اكتشاف الحالات مبكراً منعاً لحدوث المضاعفات، من المهم متابعة ما يتم اكتشافه من حالات مرضية عند الطلبة وذلك من خلال الزيارات اللاحقة للمدرسة، مع ضرورة توثيق نتائج المتابعة في سجل خدمات الصحة المدرسية بالمكان المخصص مقابل اسم الطالب.

- **برنامج التطعيم المدرسي:**

في بداية كل عام دراسي يتم تحديث وتعميم تعليمات التطعيم المدرسي بحسب برنامج التطعيم الوطني بحيث يتم التأكيد على ضرورة الالتزام بهذه التعليمات للطلبة المستهدفين في مدارس القطاعين العام والخاص، علما بان التعليمات يتم تحديثها سنويا مع بداية العام الدراسي من مديريتي الأمراض السارية والصحة المدرسية.

- **خدمات صحة الفم والأسنان:**

يتم تقديم خدمات الصحة السنية المدرسية من خلال إجراء فحص الفم و الأسنان في المدارس الحكومية لطلاب الصف الأول والصف الرابع و الصف السابع من قبل أطباء الأسنان و الكوادر المساندة في المراكز الصِحيّة التي تتبع لها المدارس حيث يتم فحص طلاب الصف الأول في المراكز الصِحيّة قبل الدخول إلى المدرسة ،أما طلاب الصف الرابع والصف السابع يتم إجراء فحص الفم و الأسنان في المدارس ،مع التأكيد على ضرورة توثيق نتيجة فحص الفم و الأسنان في المكان المخصص في سجّل الطالب المدرسي و سجّل خدمات الصحة المدرسية و سجّل الطبيب اليومي للفئة المُستهدفة.

يتم إجراء فحص الفم والأسنان في المدارس الخاصة لجميع الصفوف من الصف الأول إلى التوجيهي من قبل أطباء القطاع الخاص المتعاقد معهم من قبل المدارس الخاصة مع التأكيد على ضرورة توثيق نتيجة

الفحص السني في المكان المخصص في سجل الطالب المدرسي وسجل خدمات الصحة المدرسية وسجل الطبيب للفئة المستهدفة.

- **إعداد النماذج الإحصائية الشهرية والسنوية:**

- المدارس الحكومية:

يتم إعداد نموذج إحصائي شهري للخدمات المقدمة خلال الشهر من قِبل الكوادر الصِحيّة في المركز الصحي، ويصادِق عليه رئيس المركز الصحي وإرساله لمديرية الصحة المعنية وبمدة لا تتجاوز الأسبوع الأول من الشهر الذي يليه لتتمكن بدورها ومن خلال قسم الصحة المدرسية من إعداد النموذج الإحصائي الشهري الشامل وإرساله لمديرية الصحة المدرسية وبمدة لا تتجاوز منتصف الشهر الذي يليه لتقوم بدورها بإعداد نموذج شهري شامل لجميع مديريات الشؤون الصِحيّة.

كما يقوم كل مركز صحي بإعداد نموذج إحصائي سنوي مع نهاية العام الدراسي وإرساله لمديرية الشؤون الصِحيّة المعنية والتي تقوم بدورها ومن خلال قسم الصحة المدرسية بإعداد نموذج إحصائي سنوي شامل وإرساله لمديرية الصحة المدرسية ليتم إعداد نموذج إحصائي سنوي شامل لجميع مديريات الشؤون الصِحيّة في المملكة.

- المدارس الخاصة:

يتم إعداد نموذج إحصائي سنوي لخدمات الصحة المدرسية المقدمة من المدرسة من قِبَل الطبيب المتعاقد مع المدرسة وبمصادقة إدارة المدرسة وذلك مع نهاية شهر آذار من كل عام و يتم إرساله للمركز الصحي الذي تتبع له المدرسة والذي بدوره يقوم بجمع النماذج الإحصائية من المدارس الخاصة التي تتبع له، وإعداد نموذج إحصائي شامل للقطاع الخاص وإرساله لمديرية الصحة المعنية ، والتي بدورها ومن خلال قسم الصحة المدرسية تقوم بإعداد نموذج إحصائي شامل لمدارس القطاع الخاص وإرساله لمديرية الصحة المدرسية وبمدة لا تتجاوز نهاية شهر أيار من كل عام لتقوم بدورها بإعداد النموذج الإحصائي السنوي لمدارس القطاع الخاص في المملكة.

ثانياً- التوعية الصِحيّة المدرسيّة (التثقيف الصحي المدرسي):

الهدف العام:

النهوض والارتقاء بالوضع الصحي لطلبة المدارس والكادر المدرسي.

الأهداف الخاصة:

- تزويد الطلبة بالمفاهيم والاتجاهات الصِحيّة السليمة بموضوعات صحية ذات أولوية مثل النظافة الشخصية، التغذية، النشاط البدني، السلامة والوقاية، التوعية المرورية ... الخ. وذلك بهدف تبني أنماط حياة صحية.
- دعم مقدمي خدمات الصحة المدرسية بالمعلومات الصِحيّة وتمكينهم من غرس هذه المفاهيم في أذهان الطلبة بدعمها بالأنشطة المدرسية.

- خفض نسبة الأمراض المزمنة كالسكري والضغط والسمنة والتي لها علاقة بالأنماط الحياتية للأفراد.

لذلك يعتبر التثقيف الصحي المدرسي من أولويات الطبيب العام وطبيب الأسنان والكوادر المقدمة لخدمات الصحة المدرسية في المدارس الحكومية والخاصة ويتم الرجوع إلى دليل التثقيف الصحي المدرسي.

ثالثاً- التغذية وسلامة الغذاء المدرسي:

يشكل طلبة المدارس اللبنة الأساسية في المجتمع وتسعى الصحة المدرسية إلى العمل على تبنيهم أنماط تغذوية صحية سليمة ويتم ذلك بالعمل على تطبيق الاشتراطات الصِحيّة للمقاصف المدرسية والتأكيد على التزام المدارس الحكومية والخاصة بها وتقديم الأغذية الصِحيّة ذات القيمة الغذائية الجيدة و التركيز على أهمية الغذاء الصحي و رفع مستوى الوعي الغذائي في المجتمع المدرسي و التركيز على توجيه الطلبة لاختيار الغذاء الصحي وتوصيل الرسائل الصِحيّة إلى أولياء أمور الطلاب والمجتمعات المحلية مما ينعكس أيجاباً على تحصيل الطلبة الدراسي ويقلل من نسبة إصابتهم بالأمراض المزمنة والسمنة.

رابعًا- الصحة النفسية والإرشاد والدعم الاجتماعي:

الكشف المبكر للمشكلات النفسية الشائعة في السن المدرسية ومتابعة الحالات السلوكية التي تؤثر على تحصيل الطالب أو سير التعليم في الفصل والمدرسة والوقاية منها مبكراً.

خامسًا- البيئة الصِحيّة المدرسية:

تُعتَبر البيئة الصِحيّة أحد العوامل الهامة التي تؤثر على صحة الطلبة ولها دور كبير في وقايتهم من الأمراض السارية والمعدية وتَمتُعهم بالصحة الجسمية والنفسية السليمة مما يَجعلهم قادرين على العمل والإنتاج ليكونوا مؤهلين للقيام بالدور المناط بِهم في المجتمع.

وحيث أنَ البيئة المدرسية هي مجموع العوامل الطبيعية والحيوية والاجتماعية والنفسية والتعليمية التي تحيط بالمجتمع المدرسي فيتأثر بها الطلبة ويُؤثرون عليها تم وضع الإرشادات العملية للكشف على البيئة المدرسية والتي يمكن الرجوع إليها في دليل الصحة المدرسية للارتقاء بمستوى خدمات الصحة المدرسية وليكون مُرشداً للكوادر الصِحيّة حيث يتناول المعلومات الأساسية التي تساعد الكوادر العاملة في خدمات الصحة المدرسية في كل من وزارتي الصحة والتربية والتعليم.

سادسًا- التربية البدنية والترفيهية:

من خلال تعزيز المفاهيم الصِحيّة لأهمية النشاط البدني والتوجيه لإيجاد الفرصة للترفيه عن الطلاب وتشجيع المشاركة الاجتماعية بين الطلاب والمعلمين.

سابعًا- تعزيز صحة العاملين في المدرسة:

تعزيز صحة العاملين في المدارس من معلمين ومسؤولين وإداريين بالمواضيع الصِحيّة ذات الأولوية، والتي تساهم بإمكانية التدخل المبكر، والإحالة للخدمات العلاجية.

ثامنًا- البرامج الصِحيّة الموجهة نحو المجتمع:

تعتبر المدرسة الفرصة الكبرى للتأثير على السلوكيات الصِحيّة للطلبة والمجتمع من خلال مشاركة أولياء الأمور والمجتمع المحلي في الفعاليات الصِحيّة في المدارس، مما ينعكس أيجاباً على المجتمع.

أقسام المديرية:

1- قسم النهوض بصحة الطلبة.

2- قسم البيئة المدرسيّة.

3- قسم الصحة السنيّة.

4- قسم المراكز الإيوائية.

مهام الطبيب العام في المركز الصحي:

المدارس الحكومية:

- إعداد قائمة بأسماء المدارس الحكومية التابعة للمركز الصحي وبالمقابل إعداد الفئة المستهدفة من الطلبة بالكشف الطبي الشامل في كل مدرسة.
- إعداد برنامج زيارات شهري لتنفيذ خدمات الصحة المدرسية في المدارس المستهدفة على أن يتم إنجاز ما لا يقل عن 15% شهرياً من مجموع الفئة المستهدفة.
- إجراء الكشف الطبي الشامل لطلبة الصفوف المستهدفة (أول، رابع، سابع، عاشر) في المدارس الحكومية بمرافقة الكادر التمريضي وبالتنسيق مع الإدارات المدرسية، مع ضرورة توثيق نتيجة الكشف الطبي في سجل الطالب المدرسي وسجل خدمات الصحة المدرسية وسجل الطبيب اليومي.
- متابعة وتحويل الحالات المرضية المكتشفة حسب نوع الحالة والجهة المحول اليها (اختصاص، أشعة، ومختبر.....).
- الإشراف على فرز بطاقات التطعيم وبمساعدة الكادر التمريضي لطلبة الصفوف المستهدفة حسب تعليمات التطعيم المدرسي لتحديد عدد الجرعات اللازمة لغايات توفيرها وبحسب تعليمات التطعيم المدرسي.
- الإشراف على إعطاء المطاعيم وبمساعدة الكادر التمريضي للطلبة المستهدفين حسب تعليمات التطعيم المدرسي مع ضرورة توثيق نوع وتاريخ إعطاء المطعوم في الصفحة المخصصة لذلك في سجل الطالب المدرسي وسجل خدمات الصحة المدرسية مع توقيع الطبيب الذي قام بالإجراء بشكل واضح.
- إعداد وتنفيذ برنامج تثقيفي توعوي للطلبة وبحسب الفئة العمرية والأولويات الصِحيّة والتوثيق في الصفحة المخصصة لذلك في سجل خدمات الصحة المدرسية.
- تبليغ مديرية الصحة المعنية عن الأمراض السارية وأي طارئ في المدارس حال حدوثها.
- المشاركة في المبادرات الصِحيّة المطبقة المتبناة من وزارة الصحة في المدارس التابعة لأمره.
- متابعة تطبيق آلية فحص طلبة الصف الأول الأساسي قبل دخول المدرسة وبحسب التعليمات المعتمدة مع ضرورة التأكيد على التوثيق على السجل الخاص بالطلبة في المركز الصحي.

- إعداد التقرير الإحصائي الشهري والسنوي لخدمات الصحة المدرسية/ صحة عامة، لمديرية الصحة المعنية وبمدة أقصاها نهاية الأسبوع الأول من الشهر الذي يليه ونهاية أيار من كل عام للتقرير السنوي.

المدارس الخاصة:

- إعداد قائمة بالمدارس الخاصة التابعة للمركز الصحي وبالمقابل عدد الطلبة الإجمالي وذلك بالتنسيق مع رئيس قسم الصحة المدرسية في مديرية الصحة ومسؤول الصحة المدرسية في مديرية التربية والتعليم.
- متابعة تعاقد جميع المدارس الخاصة مع أطباء قطاع خاص، للمدارس التي يقل عدد الطلبة فيها عن (500) طالب، وتوفير عيادة مع طبيب مقيم في المدرسة للمدارس التي يزيد عدد طلبتها عن (500) طالب.
- التأكد من توفر سجل الطالب المدرسي لكل طالب في المدرسة يتضمن بطاقة التطعيم وتوفير سجل خدمات الصحة المدرسية
- متابعة قيام الطبيب المقيم في المدرسة أو المتعاقد بزيارات دورية وتنفيذ خدمات الصحة المدرسية من كشف طبي شامل لجميع الطلبة، كون جميع الطلبة في المدرسة الخاصة (الأول الأساسي_ الثاني عشر) مستهدفين بالكشف الطبي الشامل وليس فقط (أول، رابع، سابع، عاشر)، مع أهمية توثيق جميع الإجراءات المقدمة على سجل الطالب المدرسي.
- متابعة إعطاء المطاعيم للطلبة المستهدفين بحسب تعليمات التطعيم المدرسي وذلك من قبل الطبيب المقيم أو المتعاقد مع المدرسة.
- متابعة تنفيذ الطبيب المتعاقد مع المدرسة أو المقيم في المدرسة لجميع المهام الموكلة إلية وبحسب ما ورد في نموذج العقد.

في المراكز الإيوائية:

- إعداد قوائم للمراكز الإيوائية (الحضانات، مراكز الأشخاص ذوي الإعاقة، دور رعاية الأيتام، دور رعاية المسنين ومراكز رعاية الأحداث) وبالتنسيق مع رئيس قسم الصحة المدرسية والإعلام الصحي.
- إعداد برنامج زيارات دورية لهذه المراكز.
- الكشف البيئي على جميع المراكز الإيوائية سنوياً على الأقل وتزويد مديرية الصحة التابع لها بنسخة من الكشف البيئي ومتابعة السلبيات.
- التأكد من ضرورة توفر عقود أطباء للمراكز الإيوائية (قطاع خاص) ومتابعة زيارات الطبيب المتعاقد مع المركز الخاص وتوثيق ذلك على ملفات المنتفعين.
- التأكد من تشخيص الإعاقة للنزلاء من قبل المختصين في وزارة الصحة (مديرية الأشخاص ذوي الإعاقة والصحة النفسية).

مهام الطبيب العام في الكشف على البيئة المدرسية:

- وضع خطة تتضمن أسماء المدارس الحكومية والخاصة ورياض الأطفال وجدول زمني لزيارتها والمتابعة.
- إعداد برنامج زيارات ميدانية للكشف على المقاصف المدرسية وإجراء الكشف البيئي على المباني والساحات والمرافق العامة ومراقبة مياه الشرب والخزانات والآبار خلال شهر آب على أن يتم تزويد رئيس قسم الصحة المدرسية بكشوفات البيئة المدرسية خلال مدة أقصاها منتصف شهر أيلول.
- توثيق نتيجة الكشف البيئي في المكان المخصص على سجل خدمات الصحة المدرسية وإطلاع مدراء المدارس عليه.
- توثيق نتيجة فحص فائض الكلورين في المكان المخصص في سجل خدمات الصحة المدرسية.
- إعداد النموذج الإحصائي للكشف البيئي على المدارس الحكومية والخاصة ورياض الأطفال وإرسالها إلى مديرية الشؤون الصِحيّة المعنية
- إعداد النموذج الإحصائي للكشف على المقاصف وأماكن إعداد وتخزين الطعام والإجراءات المتخذة وإرسالها إلى مديرية الشؤون الصِحيّة المعنية.
- متابعة تلافي السلبيات الموجودة في المدارس.
- استخدام نموذج الكشف البيئي ونموذج الكشف على المقاصف ونموذج إشعار تلافي السلبيات.

مهام طبيب الأسنان في المركز الصحي:

في المدارس الحكومية:

- إعداد قوائم للمدارس الحكومية وأعداد الفئة المستهدفة التابعة له وبالتنسيق مع مشرف الصحة المدرسية السنية في مديرية الصحة قبل بدء العام الدراسي.
- إجراء فحص الفم والأسنان لطلبة الصفوف (أول، رابع، سابع) في المدارس الحكومية مع ضرورة تدوين نتيجة الفحص على سجل الطالب المدرسي وسجل خدمات الصحة المدرسية وسجل الطبيب اليومي بمرافقة الكادر التمريضي وبالتنسيق مع الإدارات المدرسية.
- متابعة وتحويل الحالات المرضية المكتشفة خلال فحص الفم والأسنان.
- متابعة تطبيق البرامج الوقائية في المدارس خلال الزيارات الميدانية لها وعلى مدار العام الدراسي.
- إعداد وتنفيذ برنامج تثقيفي توعوي في المدارس للطلبة وحسب الفئة العمرية وتكثيفه في يوم صحة الفم والأسنان.
- فحص طلبة الصف الأول في المركز الصحي قبل التسجيل في المدرسة.

المدارس الخاصة:

- إعداد قائمة بأسماء المدارس الخاصة وأعداد الطلبة فيها بالتنسيق مع مشرف الصحة المدرسية السنية في مديرية الصحة قبل بدء العام الدراسي.

- التأكد من توفر عقود أطباء أسنان سارية المفعول والتأكد من تنفيذ شروط العقد وفي حال عدم توفرها يتم إبلاغ إدارة المدرسة ومديرية الصحة المعنية خطياً.
- التأكد من توفر سجل خدمات الصحة المدرسية وسجل الطالب المدرسي لكل طالب.
- متابعة قيام طبيب الأسنان المتعاقد مع المدرسة تنفيذ خدمات الصحة المدرسية السنية لجميع طلبة المدرسة.
- متابعة جمع التقارير الإحصائية (صحة سنية) للمدارس الخاصة التابعة له مرة في كل فصل دراسي وفي نهاية العام الدراسي وإرسالها إلى مديرية الصحة المعنية.

مهام المراقب الصحي في خدمات الصحة المدرسية:

- إعداد برنامج زمني لزيارة المؤسسات التعليمية والمراكز الإيوائية وبالتنسيق مع طبيب المركز الصحي.
- الكشف البيئي على المؤسسات التعليمية الحكومية والخاصة والمراكز الإيوائية بواقع مرتين على الأقل سنوياً والتأكد من توفر الشروط الصِحيّة اللازمة وشروط السلامة العامة.
- متابعة السلبيات البيئية بشكل دوري وكلما اقتضت الحاجة.
- متابعة السلبيات من خلال المشاركة في لجنة السلامة للبيئة والصحة المدرسية.
- المشاركة ضمن لجنة تراخيص المؤسسات التعليمية والمراكز الإيوائية.
- المشاركة في البرامج التثقيفية التوعوية مع مراعاة تغطية الأيام والمناسبات الصِحيّة المعتمدة، وطنياً وإقليميا، وعالمياً.
- إعداد قائمة بأسماء المطاعم والمخابز التي تزود المؤسسات التعليمية والمراكز الإيوائية بالساندويشات والكشف على هذه المطاعم والمخابز والتأكد من توفر الشروط الصِحيّة اللازمة فيها.
- الكشف على المواد الغذائية في المقاصف وأماكن إعداد الطعام والمواد الموزعة ضمن برنامج التغذية المدرسية.
- إجراء الاستقصاء الوبائي في حالة حدوث أي مرض ساري ومعدي مع متابعته وبالتنسيق مع طبيب المركز الصحي.
- مراقبة مياه الشرب وفحص نسبة فائض الكلورين وتوثيق نتائج الفحص على سجل خدمات الصحة المدرسية.
- الاحتفاظ بسجلات تتضمن الكشوفات البيئية وأية ملاحظات تتعلق بالمؤسسات التعليمية والمراكز الإيوائية.
- تقديم الاقتراحات البناءة من اجل تطوير العمل في مجال خدمات الصحة المدرسية.
- المشاركة في المبادرات الصِحيّة.

مهام معلم/معلمة الصحة المدرسية:

- تشكيل لجنة صحيّة من الطلبة لمساعدته في أداء مهامه.
- وضع خطة عمل سنوية للصحة المدرسية ومتابعة تنفيذها خلال العام الدراسي.
- تفقد صحة وسلامة البيئة المدرسية عن طريق:
  - التأكد من نظافة خزانات مياه الشرب.
  - التأكد من سلامة أباريز الكهرباء والمقاعد والسبورات.

- متابعة النظافة العامة للمرافق المدرسية (المشارب ودورات المياه).
- متابعة نظافة الغرف الصفية والساحات.

- التنسيق والتعاون مع مربي الصفوف للقيام بما يلي:
  - قياس الوزن والطول للطلبة.
  - فحص قوّة الإبصار لجميع الطلبة وتحويل الطلبة على نموذج ف 80 (3 نسخ) إلى المركز الصحي التابعة له المدرسة.
  - تعبئة سجل الطالب المدرسي (الأجزاء الخاصة بالمعلم).
  - متابعة النظافة الشخصية للطلبة.
- الإشراف على المقصف المدرسي من الناحية الصِحيّة، وتوفير نسخة عن شهادات خلو الأمراض للعاملين في المطعم أو المخبز ونسخة عن رخصة المطعم أو المخبز وإبلاغ المركز الصحي عن المطعم والمخبز الذي يزود المدرسة بالساندويشات والمعجنات ليتم مراقبته صحياً.
- التنسيق مع أطباء المركز الصحي للقيام بإجراء الكشف الطبي الدوري.
- إبلاغ المركز الصحي التابعة له المدرسة عن أية حالات مرضية مشتبه بها تلفونياً وخطياً لاتخاذ الإجراءات اللازمة حسب الأصول.
- توفير مواد الإسعافات الأولية في صيدلية المدرسة.
- توثيق البيانات المتعلقة بسجل خدمات صحية مدرسية والتي تشمل (أعضاء اللجنة الصِحيّة، نشاطها، عمل اللجنة الأسبوعي، الحالات المرضية الطارئة، الأمراض السارية وغير السارية أسماء المعفيين من الألعاب الرياضية، أسماء الذين يستعملون النظارات الطِبِّية، نتيجة فحص العاملين في المقصف المدرسي، الحوادث والوفيات.
- حضور ورشة العمل التدريبية التي تعقدها مديرية الصحة ومديرية التربية في بدأية كل عام دراسي للاطلاع على خطة خدمات الصحة المدرسية.

يتم إجراء فحص الفم والأسنان في المدارس الخاصة لجميع الصفوف من الصف الأول إلى التوجيهي من قبل أطباء القطاع الخاص المتعاقد معهم من قبل المدارس الخاصة مع التأكيد على ضرورة توثيق نتيجة الفحص السني في سجل الطالب.

تعتبر المدرسة الفرصة الكبرى للتأثير على السلوكيات الصِحيّة للطلبة والمجتمع من خلال مشاركة أولياء الأمور والمجتمع المحلي في الفعاليات الصِحيّة في المدارس، مما ينعكس أيجاباً على المجتمع.

التعامل مع حالات العنف الأسري

مقدمة:

يُعتبر العنف الأسري مشكلة عالميّة لا تقتصر على مجتمع بعينه أو على شريحة اجتماعية ما دون غيرها وإن كانت هناك مؤشرات على ارتباطه بالظروف الاقتصاديّة والاجتماعيّة للأسرة بالإضافة لكونها مشكلة متعددة الأبعاد والأشكال والآثار(النفسيّة والصِحيّة والاجتماعيّة والثقافيّة) ومتداخلة بحقوق وواجبات كل أعضاء الأسرة وعلاقتهم بالمجتمع، وتتبلور أهمية هذه المشكلة من خلال ارتباطها الأساسي بالمجتمع وهي الأسرة واستقرارها وتماسكها مما ينعكس على استقرار المجتمع وتماسكه، وعليه فإنه لا بد من العمل على وضع برامج وطنية شاملة وفعّالة لحماية الأسرة من العنف المبني على فهم السياق الاجتماعي-الثقافي لهذه المشكلة.

تشير الدراسة التي أجراها المجلس الوطني للأسرة في الأردن عام 2008 إلى ارتفاع نسبة ممارسة العنف في المجتمع بأنواعه المختلفة، وحول تعرض المبحوثين أنفسهم للعنف من قِبل أحد أفراد الأسرة فقد أجاب 4.6% بالإيجاب، وغالبية العنف الذي تعرّض له المبحوثين كان عُنفاً نفسياً بنسبة 53.1% و 35.4%كان عنفاً جسدياً تمثل بالضرب، وحسب إحصائيات إدارة حماية الأسرة، إنّ عدد حالات العنف الأسري التي تعاملت معها إدارة حماية الأسرة ارتفع من 3649 حالة اعتداء وعنف أسري وجنسي عام 2016 إلى 8352 حالة عام 2017.

قانون الحماية من العنف الأسري في الأردن:

عَرّف قانون الحماية من العنف الأسري رقم 15 لعام 2017 العنف الأسري على أنه: الجرائم الواقعة على الأشخاص التي يرتكبها أحد أفراد الأسرة في مواجهة أي من أفرادها، وقد عرّفت المادة (3) أفراد الأسرة لغايات هذا القانون على أنّهم: الزوج والزوجة والأقارب بالنسب حتى الدرجة الثالثة والأقارب بالمصاهرة حتى الدرجة الثانية والأقارب بالنسب حتى الدرجة الرابعة والأقارب بالمصاهرة حتى الدرجة الثالثة والرابعة شريطة الإقامة في البيت الأسري والطفل المشمول بحصانة شخص طبيعي أو أسرة بديلة وفقا لأحكام التشريعات النافذة.

فرضت المادة (4) على جميع العاملين في القطاعات الصِحيّة والتعليمية والاجتماعية في القطاعين العام والخاص إلزامية التبليغ عن أي حالة عنف أسري واقعة على فاقد الأهلية وناقصها حال علمه أو إبلاغه بها والتبليغ عن الجنايات وإن كان المتضرّر كامل الأهلية في حين يكون التبليغ بموافقة المتضرر كامل الأهلية، في حال كان الفعل جُنحة يترتب على

مقدمي الخدمات في حالة المخالفة الحبس لمدة لا تزيد عن أسبوع أو بغرامة لا تتجاوز 50 دينار أو بكلتيهما معاً، وتتولّى إدارة حماية الأسرة جميع الشكاوى المتعلقة بالعنف الأسري.

وفي الدستور الأردني لسنة 1952 وتعديلاته لسنة 2011 فقد نصّت المادة 6.1 من الدستور الأردني على أن "الأردنيون أمام القانون سواء لا تمييز بينهم في الحقوق والواجبات وإن اختلفوا في العرق أو اللغة أو الدين"، أما المادة 6.4 فنصت على أن "الأسرة أساس المجتمع قوامها الدين والأخلاق وحب الوطن. يحفظ القانون كيانها الشرعي ويقوي أواصرها وقيمها"، أما المادة 6.5 فقد نصت على "يحمي القانون الأمومة والطفولة والشيخوخة ويرعى النشء وذوي الإعاقات ويحميهم من الإساءة والاستغلال"، وقد نصّت المادة 7.2على أن "كل اعتداء على الحقوق والحريات العامة أو حرمة الحياة الخاصة للأردنيين جريمة يعاقب عليها القانون"، ومن هنا نجد الالتزام الرسمي الواضح بحفظ الحقوق والمحافظة عليها وصيانتها من الإساءة والاستغلال.

وقد تم إصدار نظام الفريق الوطني لحماية الأسرة رقم 33 لسنة 2016، بمقتضى قانون المجلس الوطني لشؤون الأسرة لعام 2001، والذي يحدد رئاسة الفريق بالأمين العام للمجلس وعضوية ممثلين من كافة المؤسسات الحكوميّة وغير الحكوميّة المعنيّة بالمنظومة الوطنية لحماية الأسرة من العنف، وقد تم تحديد عضويّة مدير مديرية حقوق الإنسان (أو من ينوب عنه) في وزارة الداخلية وبموجب النظام يتولّى الفريق الرقابة والإشراف على تنفيذ التوجهات والسياسات الوطنية في مجال حماية الأسرة والتزام المؤسسات الوطنية بها ومن ضمنها تطبيق وثيقة الإطار الوطني لحماية الأسرة من العنف والإجراءات المنبثقة عنها والاستراتيجية الوطنية لحماية الأسرة وإصدار التقارير المتعلقة بها، وقد ألزم النظام عضو الفريق بإعداد تقارير دورية كل ثلاث أشهر حول إنجازات مؤسسته في مجال حماية الأسرة وإعداد الخطط السنوية في مؤسسته لتنفيذ الاستراتيجيّة الوطنيّة لحماية الأسرة.

استجابة وزارة الصحة

إن لوزارة الصحة ممثّلة بمراكزها ومستشفياتها دوراً هاماً في تقديم الخدمات الصِحيّة العامة والمتخصصة لشريحة واسعة من المجتمع الأردني، حيث يتميّز هذا الدور بالبعد الصحي الوقائي والعلاجي إضافة إلى سهولة الوصول إلى الخدمات وسرعة الاستجابة نظراً للدور القيادي الذي تمارسه مع باقي القطاعات والمؤسسات المقدمة للخدمات، وتقوم المراكز والمستشفيات بالتعامل مع حالات العنف والحماية بشكل مباشر من خلال الاكتشاف المبكر للحالات، أو عن طريق الإحالة من مؤسسات شريكة مقدمة للخدمة، وبالتالي تقع على عاتقها مسؤولية التعامل مع هذه الحالات بالشراكة مع غيرها من القطاعات المعنية بالحماية، كما عملت وزارة الصحة على مأسسة خدماتها المتصلة بالرعاية الصِحيّة في مجالات العنف الأسري عبر استحداث قسم العنف الأسري في مديرية صحة المرأة والطفل لتمكين المؤسسات الصِحيّة التابعة للوزارة من أداء دورها في التصدّي والاستجابة للعنف الأسري.

تتمثل مهام قسم العنف الأسري في إعداد الخطط التنفيذية للتوعية والتثقيف الصحي والكشف المبكر والتعامل مع حالات العنف ومتابعة تنفيذ الخطط والبرامج ومراجعتها وتقييمها وإعداد المعايير والدلائل الإرشادية والبرتوكولات الخاصة بتشخيص حالات العنف وعلاجها إضافة لتدريب الكوادر الصِحيّة وعمل زيارات اشرافيه.

إجراءات الرعاية الصِحيّة لحالات العنف الأسري:

1. التقصّي عن احتمالية التعرض للعنف الأسري.
2. تشخيص وتقييم حالات العنف المكتشفة.
3. تأكيد المصداقية والمشروعية.
4. تقديم الرعاية الصِحيّة حسب النموذج الخاص.
5. التثقيف الصحي وتوفير المعلومات المتعلقة بالعنف الأسري.
6. وضع خطة السلامة والأمن.
7. التوثيق بالملف الطبي حسب النموذج الخاص.
8. الإبلاغ باستخدام نموذج التبليغ الخاص.
9. المتابعة.
10. كتابة التقارير الطِبّية والقضائية الأولية والقطعية.
11. التحويل باستخدام النموذج الخاص.
12. إعداد التقارير الإحصائية.

التعريفات:

العنف المبني على النوع الاجتماعي:

أي فعل مؤذي مرتكب ضد إرادة الفرد يستند إلى ما ينسبه المجتمع من فروقات بين الذكور والإناث، وتختلف طبيعة ودرجة الأنواع المحددة من العنف المبني على النوع الاجتماعي من ثقافةٍ إلى أخرى ومن بلدٍ لآخر ومن منطقةٍ لأخرى.

العنف الأسري:

أي فعلٍ أو امتناعٍ عن القيام بفعل يقع من أحد أفراد الأسرة على أي فردٍ آخر داخل الأسرة نفسها يؤدّي إلى وقوع ضرر ماديّ أو معنويّ.

العنف الجنسي:

العنف الناتج عن نشاطٍ أو سلوكٍ جنسيّ، بما فيه التحرّشات والتعليقات الجنسيّة والإغواء الجنسي والإكراه عليه، ويتضمّن أيضا الإساءة الجنسيّة للطفل كإجباره أو إغرائه على المشاركة بنشاطات جنسيّة بصرف النظر كان الطفل مدركاً لذلك أم لم يكن، أو تشجيعه على مشاهدة مواد إباحيّة أو على المشاركة في إنتاجها، أو تسويقها، أو نشرها، أو تشجيعه على التصرّف بشكلٍ جنسيّ غير لائق.

العنف الجسدي:

استخدام القوة الجسديّة أو التهديد باستخدامها والذي قد تنتج عنه إصابة جسديّة أو أذى جسديّ، ومن أمثلته الضرب، أو الجرح، أو اللّكم، أو العض، أو الحرق بإلقاء مواد حارقة، أو كاوية أو مشوّهة، ويشمل أيضا أي أفعالٍ أخرى قد تُلحق الأذى الماديّ بالجسد.

العنف النفسي:

هو العنف الذي ينتج عنه اضطراب في السلوك العقليّ أو يسبب ألماً نفسيّاً أو عاطفيّاً، مِثل: الإهانة، والشتم، والتحقّير، والعزل عن الأهل والأصدقاء، والسخرية، والتخويف والمطالب التعجيزيّة، أو الحرمان التعسفيّ للحقوق والحرّيات.

الإهمال:

عدم توفير/تأمين الاحتياجات الجسدية أو النمائية أو النفسية الأساسية للطفل، سواء كان ذلك عن قصد أو بسبب اللامبالاة أو التقصير، ويدعى الإهمال أحياناً بالشكل "السلبي" للإساءة كونه يرتبط بعدم تلبية بعض جوانب الرعاية والحماية الرئيسية، مما يؤدي إلى الإضرار بصحة الطفل أو نموه، وقد يتضمن أيضا عدم تلبية احتياجات الطفل العاطفية الأساسية، ولا يشمل الإهمال حالات الفقر حيث لا يتمكن الشخص الموكل برعاية الطفل من توفير المتطلبات الأساسية له، ولكنه يحاول القيام بذلك.

المبادئ العامة:

فيما يلي المرتكزات التي يجب على مقدمي الخدمة في وزارة الصحة مراعاتها:

- صحة المرأة والطفل والفتيات وذوي الإعاقة وكبار السن والفئات الأكثر ضعفا وأمانها وسلامتها هي الأولوية الفضلى التي يجب ضمانها وتأمينها والمحافظة عليها في كل الحالات والمراحل.
- في حالة الاشتباه بالعنف ضد أحد الأطفال المرافقين بالملاحظة العينية، على مقدم الخدمة الصِحيّة التعامل مع الحالة وإبلاغ منسّق لجنة حماية الأسرة.
- احتمال حدوث العنف وارد في جميع الحالات التي تراجع مقدمي الخدمة الصِحيّة وعليهم التعامل مع الحالات على هذا الأساس وأخذ الشكوك والملاحظات باحتمال وجود العنف على محمل الجد.
- الالتزام بالقوانين وأخلاقيات مهنة الطب.
- تحييد المعتقدات والقناعات الشخصية في التعامل مع الحالات أو الحكم عليها.
- مقدمو الخدمة الصِحيّة مسئولون عن تنفيذ كافة الإجراءات الواردة في هذا الدليل سواء كان ذلك من قبل المستشفى، المركز الصحي، العيادة، أو أي مؤسسة طِبِّية تتعامل مع حالات العنف التي ترد إليها، كل حسب الواجبات والحدود المذكورة في هذا الدليل.
- في حالات الاشتباه بالعنف المبني على النوع الاجتماعي أو العنف الأسري أو العنف ضد الطفل على مقدّم الخدمة الصِحيّة التعامل مع الحالة أو إبلاغ منسّق لجنة حماية الأسرة.
- المحافظة على السريّة عند التعامل مع الحالات.
- بناء الثقة وإجراء حوار مع حالة العنف والإصغاء لما تقوله باهتمام وجديّة.

- مراعاة واحترام الخصوصية الشخصية لحالة العنف وتعريفها بكافة الإجراءات المتّبعة.
- التنسيق والتعاون المتبادل بين كافة العاملين في القطاع الصحي وكذلك في القطاعات الأخرى ذات العلاقة.
- الأولوية القصوى تعطى لمتابعة الحالات الطارئة لضمان الاستجابة الطِبِّية الملائمة لها.
- معاملة كافة الأطراف الذين لهم علاقة بمن فيهم المساء إليهم والمسيء والضحايا والمحتمل مسؤوليتهم عن الاعتداء أو العنف بكل احترام.

إن الدور الرئيس للقطاع الصحي هو توفير الرعاية الطِبِّية للحالات التي تعرّضت للعنف، سواءً للذين يراجعون المرفِق الصحي بشكل مباشر، أو عن طريق التحويل من مُقدّمي الخدمات الأخرى، وقد حدّد الإطار الوطني لحماية الأسرة من العنف الأسري الإطار العام لأدوار ومسؤوليات جميع القطاعات في التعامل مع حالات العنف والإساءة.

الدور المناط بالقطاع الصحي للتصدي والاستجابة لحالات العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الأسري والعنف ضد الطفل كما يأتي:

أولاً: الوقاية من العنف.

حدّد الإطار الوطني لحماية الأسرة من العنف ثلاثة مستويات من الوقاية من العنف تهدف إلى تعزيز السلوك الصحي داخل الأسرة والعمل على إزالة عوامل الخطورة والكشف المبكر عن حالات العنف الأسري وتحديده واتخاذ الإجراءات اللازمة للحدّ منه وهذه المستويات هي:

- مستوى الوقاية الأول (برامج التوعية): ويتعلّق بتوعية الرّأي العامّ بأبعاد العنف الأسريّ ومخاطره على الأسرة والفرد.
- مستوى الوقاية الثاني (برامج الوقاية من خلال برامج التدخُّل): ويتعلّق بتوفير خدمات كاملةٍ وشاملةٍ للمُساء إليه/ا.
- مستوى الوقاية الثالث (برامج الوقاية خلال الرعاية اللاّحقة): ويتعلّق بخدمات إعادة دمج المُساء إليه بأسرته/ا ومجتمعه وتأهيل أسرته/ا والمُسيئين.

بناءً على مستويات الوقاية أعلاه، يؤدي القطاع الصحي دوراً أساسياً في تنفيذ مستوى الوقاية الأولي من خلال تنفيذ برامج مجتمعية توعوية ضمن برامجه حول العنف بشكل عام والعنف من منظور صحي بشكل خاص، ليتضمن التركيز على الآثار الصِحيّة قصيرة المدى وطويلة المدى للعنف وأثرها على الصحة الجسدية والنفسية للفرد والأسرة، والتوعية حول دور القطاع الصحي في التعامل مع حالات العنف وإجراءات الحصول على الخدمة وتوفرها ومحدّدات تقديمها.

أما دور القطاع الصحّي في تنفيذ مستوى الوقاية الثاني فيتمثل في العمل على اكتشاف حالات العنف والتبليغ عنها وتقديم البرامج العلاجية والوقائية المتخصّصة بالتنسيق مع جميع القطاعات المعنيّة بتنفيذ خطط التدخل متعدّدة القطاعات للتعامل مع حالات العنف، وتتضمن برامج التعليم الطبي المستمر وبرامج تأهيل الأطباء والممرضين الجدد برامج متخصّصة للعاملين في القطاع الصحي، حول آليات التعامل مع حالات الاعتداء الجنسي، وبخاصة بما يتعلق

بالإجراءات الطِبّية العلاجية والوقائية، وربط الخدمات الصِحيّة بخدمات إدارة الحالة وآلية التحويل إليها والتبليغ الإلزامي.

ثانياً: اكتشاف حالات العنف.

نظراً لحساسيّة التعرّض للعنف، ولخطورة تداعياته الاجتماعية، لا تعكس الحالات المُبلغ عنها عدد الحالات الحقيقي وحجم المشكلة، ويكون الكشف عادة متأخراً؛ نظراً لتأخّر طلب الحصول على الخدمة، وعليه تستدعي الرعاية الصِحيّة الفضلى أن يتقصى مُقدموها بشكل روتيني احتمالية التعرّض للعنف وينبغي أن يتم ذلك في المراكز الصِحيّة وأقسام الطوارئ والعيادات الخارجية وأقسام المستشفيات كافة خلال تقديم الرعاية الصِحيّة الطارئة والروتينية لجميع المراجعين؛ بهدف التشخيص المبكر للحالات وتقديم الخدمات المناسبة لها والعمل على وقايتها من تكرار العنف.

ثالثاً: الإحالة والتبليغ.

لقد حدّد القانون الأردني المسؤولية القانونية لمُقدّمي الخدمات الصِحيّة عند التعامل مع حالات العنف بشكل عام والاعتداء الجنسي بشكل خاصّ، وبينت النصوص إلزامية التبليغ لإدارة حماية الأسرة وآلية التبليغ والمساءلة القانونية المترتبة على عدم التبليغ، وعليه لا بد للقطاع الصحي من اتخاذ جميع التدابير لوضع الأنظمة والتعليمات الخاصّة بآليات التوثيق والتبليغ إضافة إلى ذلك لا بدّ من وجود آليات تنسيق واضحة وإجراءات إحالة إلى بقيّة القطاعات المعنية بالتعامل مع حالات العنف لتقديم الخدمات متعدّدة التخصصات، وضمان المتابعة والرعاية اللاحقة.

رابعاً: خدمات التدخُّل والرعاية الطِبّية العلاجية والوقائية.

بناءً على تعقيد وتعدد الآثار الجسدية المباشرة وغير المباشرة للعنف، لا بد لمُقدمي الخدمات الصِحيّة من الوعي التام بدورهم الوقائي والعلاجي وتداعيات التدخّلات الطِبّية.

مبادئ الدستور الطبي الأردني:

- مبدأ الاستقلالية وهو حق المريض في اتخاذ القرارات بنفسه، حيث تعتمد جميع الخطوات المتخذة لتقديم خدمات الرعاية الطِبّية على الموافقة الواعية للمريض.
- مبدأ الفائدة والنفع وهو أنه من واجب الطبيب أن يتأكد أن أي أجراء طبي يهدف إلى تحقيق أفضل فائدة ونفع للمريض.
- مبدأ عدم الإضرار وهو أنه من واجب الطبيب أن يتجنب أي إجراء قد يؤدي إلى حدوث أذى يصيب المريض.
- مبدأ عمل ما هو مستحق أن يعمل لتحقيق العدل والإنصاف.

أدوار ومسؤوليات العاملين الصحيّين في وزارة الصحة:

يبيّن الجدول التالي المهام والمسؤوليات المناطة بالأقسام والعاملين مع حالات العنف في وزارة الصحة ولابد هنا من الإشارة أنه بحسب منهجيّة إدارة الحالة فإن الطبيب المعالج هو مقدم الخدمة وقد يقوم بدور منسّق الحالة في بعض الحالات وأن رئيس المركز الصحي هو رئيس لجنة حماية الأسرة في المركز الصحي وهو يقوم بدور مشرف منسقي

الحالات ومنسق لجنة الحماية في المركز الصحي يقوم بدور منسق الحالة، أما على مستوى المستشفى فإن رئيس عيادة الأسرة في المستشفى هو منسق لجنة حماية الأسرة وهو يقوم بدور مشرف منسقي الحالات حسب منهجية إدارة الحالة، والممرضين والممرضات في عيادة الأسرة يقومون بدور منسقي الحالة.

الطبيب المعالج (الطبيب العام، طبيب الطوارئ، طبيب الأسرة، الطبيب المقيم، الاختصاصي)	<u>الطبيب الذي يستقبل الحالة ويقدّم لها الخدمة في المؤسسة الطبّية ويقوم بما يلي:</u> - الكشف، تقييم الحالة والتأكد من وجود علامات عنف/اعتداء. - اتخاذ الإجراءات اللازمة حسب الحالة الواردة. - طلب استشارة طبيب الاختصاص المعني بالحالة إن لزم. - توثيق الحالات الواردة. - تبليغ منسق لجنة حماية الأسرة في المستشفى أو المركز الصحي. - في حال عدم وجود منسّق لجنة الحماية على الطبيب تبليغ إدارة حماية الأسرة في الحالات التي تتطلّب التبليغ والحماية الفوريّة. - تزويد التغذية الراجعة للجنة حماية الأسرة.
طبيب الاختصاص	<u>الطبيب المختص في عيادة الاختصاص في المستشفى وعيادات الطوارئ والمراكز الصحيّة والمؤسسات الصحيّة ويقوم بما يلي:</u> - الكشف عن الحالات عند طلب الاستشارة. - التأكد من احتمالية وجود عنف. - متابعة الحالات المدخلة للمستشفى. - كتابة التقرير الطبي، تعبئة النماذج وتوثيق الحالات. - تبليغ لجنة حماية الأسرة في المستشفى أو المركز الصحي. - في حال عدم وجود منسّق لجنة الحماية على الطبيب تبليغ إدارة حماية الأسرة في الحالات التي تتطلب التبليغ والحماية الفوريّة. - تزويد التغذية الراجعة للجنة حماية الأسرة.
الممرضة القانونية/الممرض القانوني	- مساعدة الطبيب في الكشف في حدود المسؤوليّة التمريضية وتعليمات الطبيب. - مساعدة الطبيب المعالج في توثيق الحالة وتعبئة النموذج. - تبليغ لجنة حماية الأسرة في المستشفى أو المركز الصحي. - تزويد التغذية الراجعة للجنة حماية الأسرة.
الطبيب الشرعي	- الفحص الطبي الشرعي للحالات الواردة. - تشخيص حالات العنف/الاعتداء. - جمع العينات والأدلة المادية من الضحية والمشتبه به وتحريزها. - كتابة التقرير الطبي الشرعي. - متابعة الحالات في إدارة حماية الأسرة. - تبليغ لجنة حماية الأسرة في المستشفى أو المركز الصحي. - في حال عدم وجود منسق لجنة الحماية على الطبيب تبليغ إدارة حماية الأسرة في الحالات التي تتطلب التبليغ والحماية الفوريّة. - تزويد التغذية الراجعة للجنة حماية الأسرة.

الطبيب النفسي	- فحص الحالات المحوّلة للتأكد من وجود أو عدم وجود الإساءة النفسية ومضاعفاتها. - التأكد من وجود دوافع نفسية (أمراض نفسية لدى الجاني) للعنف. - تقديم العلاج النفسي. - متابعة الحالات في إدارة حماية الأسرة. - تبليغ لجنة حماية الأسرة في المستشفى أو المركز الصحي. - في حال عدم وجود منسّق لجنة الحماية على الطبيب تبليغ إدارة حماية الأسرة في الحالات التي تتطلب التبليغ والحماية الفوريّة. - تزويد التغذية الراجعة للجنة حماية الأسرة.
لجنة حماية الأسرة	هي اللجنة المشكلة بموجب قرار وزير الصحة في المستشفيات أو المراكز الصحيّة الشاملة. وتقوم بما يلي: - ترتبط اللجنة بقسم العنف الأسري في مديرية صحة المرأة والطفل في وزارة الصحة. - تجتمع اللجنة خلال فترة لا تتجاوز الأسبوع استجابة لأي حالة عنف ضد الأطفال أو المرأة أو الاشتباه بها، ويتم تنسيق التداخلات الفوريّة الاستشارات الطِبِّية والتحولات والعلاج بين أعضاء اللجنة قبل الاجتماع. - الاستجابة العاجلة للتعامل المناسب مع حالات العنف الشديد ضد الأطفال أو المرأة خلال (24) ساعة. - التقييم الشامل لجميع الحالات المؤكدة والمشتبه فيها، وتنسيق الاستشارات والمداخلات الطِبِّية وإجراءات العلاج والمتابعة الطِبِّية وتوثيق جميع المعلومات في الملف الطبي للحالة. - تنسيق التحويل للجهات المعنية خارج المستشفى (إدارة حماية الأسرة، القضاء، الخدمات الاجتماعية). - إبلاغ إدارة حماية الأسرة بالحالات المحوَّلة المشتبه فيها التي يتم التأكد من تعرضها للعنف بالهاتف أو بالفاكس (يرسل صورة من كل من نموذج التقييم الأولي والشامل). - الاحتفاظ بسجل لجميع الحالات المحوّلة إليها. - تجميع وإرسال نماذج التبليغ والإحالة نسخة إلى قسم العنف الأسري في مديرية صحة المرأة والطفل ونسخة إلى إدارة حماية الأسرة. - تنسيق التدخلات والخدمات المتعلقة بجميع الحالات المؤكدة مع إدارة حماية الأسرة في المحافظة. - إعداد تقارير إحصائية شهرية حول حالات العنف المحولة إلى اللجنة وإرسالها إلى مديريّة الصحة المعنية ونسخة إلى قسم العنف الأسري. - فتح ملف الحالة / إعادة ملف فتح ملف الحالة.
قسم صحة المرأة والطفل في مديريات الصحة	تقديم الدعم الفني للجان الحماية من العنف.
عيادة الأسرة	هي العيادة المختصة بالتعامل مع حالات العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الأسري والعنف ضد الأطفال في أقسام الطوارئ في مستشفيات وزارة الصحة.

مسارات وإجراءات وزارة الصحة في التعامل مع حالات العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الأسري وحماية الطفل.

تستقبل مراكز ومستشفيات وزارة الصحة حالات العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الأسري وحماية الطفل بشكل مباشر أو عن طريق تحويلها من إدارة حماية الأسرة وفقا لمخطط سير الإجراءات المبين أدناه والمتضمن تصنيف مسارات إجراءات المراكز الصِحيّة ومستشفيات وزارة الصحة في التعامل مع الحالات، والتي تراجع مراكز ومستشفيات وزارة الصحة بشكل مباشر أو عن طريق تحويلها من إدارة حماية الأسرة.

يتم تصنيف إجراءات التعامل مع الحالات المذكورة أعلاه ضمن المسارات التالية:

- مسار حالة العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الأسري وحماية الطفل في مركز صحي.
- مسار حالة العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الأسري وحماية الطفل في مستشفى – قسم الطوارئ.
- مسار حالة العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الأسري وحماية الطفل في مستشفى – عيادات خارجية.
- مسار حالة العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الأسري وحماية الطفل محوّلة من إدارة حماية الأسرة.

نماذج التعامل مع حالات العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الأسري وحماية الطفل في وزارة الصحة يعتبر استخدام النماذج من أهم آليات توثيق المعلومات المتعلقة بحالات العنف والحماية وضمان توحيد آليات جمع المعلومات الأساسية وتوثيقها بناءً على الأدوار والمسؤوليات لفريق المتعاملين مع الحالات المبيّنة في المسارات بشكل يعكس تسلسل الإجراءات وتتابعها، كما وتضم الحقول الأساسية لتوثيق المعلومات المتعلّقة بحالات العنف والحماية والإجراءات المتّخذة معها وثم بيان من يقوم بتعبئة أي نموذج ومن يقوم بتوقيعه واعتماد ما ورد به، وذلك بناء على تحديد المهام ومن ضمنها المتابعة والإشراف، وقد تم إعداد وموائمة هذه النماذج بناءً على النماذج الواردة في إجراءات العمل الوطنية الموحدة للوقاية والاستجابة لحالات العنف في الأردن كالعنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الأسري، إن إعداد نماذج دليل إجراءات وزارة الصحة في التعامل مع حالات العنف لا يستبدل نماذج العمل والتوثيق المعتمدة للإجراءات الداخلية، بل تبني عليها وتدعمها وتوحد الإجراءات وآليات العمل مع المؤسسات الشريكة على أن يتم تطويعها بما يتلاءم مع الخصوصيّة المؤسسيّة.

نموذج رقم (1): نموذج تصنيف الحالات حسب مؤشرات العنف		
اليوم:	التاريخ:	الوقت:
اسم الحالة:		رقم الملف:

قائمة رقم (1) مؤشرات العنف

أ. مؤشرات العنف

الرقم	مؤشرات العنف.	نعم	لا
1	وجود إصابات جسدية حادة تتطلب رعاية طِبِّية فوريّة.		
2	وجود مؤشرات على اعتداء جنسي.		
3	التهديد بقتل المُساء (إليه/ا) من قبل المُسيء أو أحد أفراد الأسرة (الخوف من جريمة الشرف).		
4	يعاني المُساء (إليه/ا) من أي من الأعراض التالية: نوبات بكاء حادة، ميول عدائية، ذهول، ارتباك، تشويش، عدم القدرة على التركيز والانتباه، الخوف، الارتجاف، القلق.		
5	وجود المُسيء في محيط المركز أو المستشفى ويشكّل خطراً مباشراً.		
6	استخدام الأدوات الحادة أو الأسلحة، أو التهديد بها.		
7	إصابات بطبيعتها مقصودة كالعض والجروح الطعنيّة، الخ.		
8	إصابات بمراحل مختلفة من تطور الشفاء أو الشكوى من أعراض مبهمة.		
9	إصابات لها نمط متكرر.		
10	إصابات بموقع يصعب أن يتعرض لحادث عرضي.		
11	الإصابات التي لها نمط متناظر على جانبي الجسم.		
12	إصابات في جسم حالة العنف التي لا ترغب أو تعجز عن تفسيرها أو تحاول التملّص من ذلك.		
13	محاولة حالة العنف التقليل من معاناتها من الألم ومحاولة حجب الإصابات.		
14	معاناة حالة العنف من ضيق شديد على الرغم من أن الإصابات بسيطة أو غائبة.		
15	تفسير حالة العنف للحدث بآلية تتعارض مع طبيعة الإصابة.		
16	يبدو على حالة العنف الضيق والقلق والتوتر بوجود المعنِّف.		
17	تحاول حالة العنف تفسير سلوكيات زوجها العنيفة.		
18	تأخر طلب حالة العنف للرعاية الطِبِّية بخصوص إصابات تستدعي في العادة التدخل الطبي العاجل.		
19	مراجعة حالة العنف لأكثر من مركز صحي أو مستشفى.		
20	إصرار المعنِّف على عدم انفراد حالة العنف بمقدمي الرعاية الطِبِّية والتحدث نيابة عنها.		

ب. مؤشرات العنف ضد الأطفال

بالإضافة إلى المؤشرات السابقة تؤخذ بعين الاعتبار المؤشرات التالية:

الرقم	مؤشرات العنف.	نعم	لا
1	إصابات جسدية ظاهرة حديثة و/ أو قديمة ولم يتم عرضها على الطبيب المعالج مثل كدمات على الجلد تعطي انطباعاً زمنياً متفاوتاً، أو حروق، إصابات في الرأس أو الأعضاء الداخلية، كسور في عظام من النادر أن تنكسر في الأحوال الطبيعية.		

2	أي إصابات عصبية مستجدة غير معلّلة قد تكون ناتجة عن رج عنيف للطفل.		
3	الأعراض البدنية أو السلوكية قد تكون ناتجة عن انتهاك جنسي للطفل، وقد تكون مترافقة مع أعراض عدوى بأمراض جنسية، آلام البطن والأمعاء، إمساك واضطرابات سلوكية، وقد تكون مصحوبة بعلامات جسدية.		
4	الخوف غير المبرر، وعدم الشعور بالأمان، التشتت في التفكير وحركة العيون السريعة.		
5	تعارض/تضارب أقوال الطفل مع أقوال المرافق/المرافقين للمستشفى.		
6	عندما لا يقدّم أحد من المرافقين وأحيانا الطفل المصاب معلومة عن كيفية حصول الإصابة أو الحادثة أو تقديم معلومة غير متناسبة مع طبيعة الإصابة.		
7	إنكار الطفل بشكل قَلِق يدعو للشك حصول اعتداء عليه.		
8	ادعاء المرافقين وتأكيد الطفل أن الحالة حدثت بما معناه بأن الطفل هو آذى نفسه.		
9	تدخل المرافق بالحديث ومحاولة منع الطفل من الحديث أو مقاطعته بما يوحي بمنعه أو تغيير مسار الحديث.		
10	ممانعة المرافق من مغادرة غرفة الفحص ورفض ترك الطفل مع الطبيب المعالج.		
11	حضور الطفل المصاب مع غير الوالدين أو مقدمي الرعاية المباشرين أو الوصي (مثل الحضور مع أحد الجيران).		
12	خجل الطفل غير المبرر من الحديث عن الحالة.		
13	تكرار الحالة ووجود حالات سابقة كالكسر المتكرر في الجسم، وتكرار الدخول إلى الطوارئ أو إلى المستشفى.		
14	اضطرابات النوم.		
15	النمو غير الطبيعي للطفل، أو التراجع في النمو، سوء التغذية.		
16	التبوّل و/ أو التغوط اللاإرادي المستجد.		
17	إيذاء النفس أو محاولات الانتحار عند اليافعين.		
18	مؤشرات قد تدل على إهمال الطفل من قبل الوالدين أو مقدمي الرعاية المباشرين مثل عدم إتباع نصائح الطبيب المعالج والرعاية الصِحيّة المناسبة، عدم إعطاء المطاعيم، حرمان الطفل من الطعام، تعرّض الطفل للمخدرات وعدم حمايته أو إهماله ضد الانتهاكات المختلفة من قبل الغرباء، عدم توفير الحماية الكافية من المخاطر البيئية والطبيعية، تدهور الصحة، الحرمان من التعليم، الملابس غير الملائمة للأحوال الجوية أو الملابس الممزقة، عدم النظافة الأساسية للطفل، الطفل حافي القدمين مع علامات تشوّه القدمين.		
19	أمراض أو آلام ذات طبيعة غير عضوية.		
20	عندما يكون الطفل من أسرة لها تاريخ سابق بالعنف الأسري.		
21	أي ادعاء أو تلميح بادعاء أو التراجع عن ادعاء من قبل الطفل أو المرافقين يمكن أن يقود إلى اكتشاف حالة اعتداء قد ترقى إلى المستوى الجرمي.		
وجود مؤشر واحد أو أكثر من هذه المؤشرات يدل على وجود عنف ويستوجب إجراء التقييم الأولي وتعبئة (نموذج رقم 2)			

قائمة رقم (2) تصنيف حالات العنف
تصنيف الحالات حسب نوع العنف
نوع العنف:
عنف جسدي عنف جنسي (من داخل الأسرة) عنف جنسي (من خارج الأسرة) عنف نفسي إهمال أخرى (حدد):
تصنيف الحالات حسب أولوية التدخّل:
حالات ذات أولوية عالية يتم البدء بإجراءات التعامل معها خلال مدة أقصاها ساعة من استلام الحالة.
وجود إصابات جسدية حادة تتطلب رعاية طِبِّية فورية. اعتداء جنسي خلال ال 72 ساعة الماضية. التهديد بقتل المساء (إليه/ا) من قبل المسيء أو أحد أفراد الأسرة (الخوف من جريمة الشرف). يعاني المساء (إليه/ا) من أي من الأعراض التالية: نوبات بكاء حادة، ميول عدائية، ذهول، ارتباك، تشويش، عدم القدرة على التركيز والانتباه، الخوف، الارتجاف، القلق. وجود المسيء في محيط المركز أو المستشفى ويشكل خطراً مباشراً. استخدام الأدوات الحادة أو الأسلحة، أو التهديد بها.

<u>معايير الخطورة الأولية:</u>

معيار الخطورة	جسدية	نفسية	امن وحماية
حرجة	تم الاعتداء على الحالة باستخدام السلاح أو الأدوات الحادة.	يوجد ميول وأفكار انتحارية.	تعرضت للتهديد بالإيذاء أو القتل من قبل المسيء أو العائلة.
	تعاني الحالة من إصابات جسدية متعددة.	تعاني من حالة صدمة نفسية.	المسيء من أسرة المساء إليها أو من المقربين منها وموجود في المكان ويشكل تهديد. إدمان المسيء على المخدرات.
	تعرضت الحالة لاعتداء جنسي.	تعاني من حالة صدمة نفسية.	
متوسطة	تعرضت الحالة لاعتداء من عدة مسيئين.	تحتاج الحالة إلى مهدئات للتمكن من التعامل معها.	لا يوجد أشخاص في بيئة الحالة يمكن أن يقدموا الحماية والأمن لها بعد مغادرة المستشفى.
	وجود حمل.	تعاني من حالة صدمة نفسية؛ التقييم النفسي غير	لا تشعر الحالة بالأمان للعودة إلى البيت أو مكان السكن.

		مستقر (الحالة غير مستقرة نفسيا تعاني من نوبات بكاء حاد وذهول وعدوانية).	
متدنية	تكرار التعرض إلى العنف الجنسي.	تعاني الحالة من اضطرابات نفسية سابقة.	إدمان المسيء على الكحول يعاني المسيء من اضطرابات نفسية.
	تأخرت الحالة بطلب الخدمة الصِحيّة.	تظهر الحالة صعوبات في اتباع التعليمات الطِبِّية البسيطة المطلوبة.	

مفتاح التقييم:

- وجود معيار خطورة حرج واحد على الأقل: حالة طارئة تستوجب التدخل المباشر لضمان السلامة.
- وجود 3-5 معيار متوسط: حالة مستعجلة تتطلب التدخل بأقرب وقت ممكن لضمان عدم حدوث مضاعفات أو تهديد.
- وجود 2 معيار خطورة متوسط أو 3-5 معيار خطورة متدنية: حالة مستقرة حاليا، بحاجة إلى تقييم شامل وتدخل لمنع تطوّر الحالة وحدوث مضاعفات.

معايير التبليغ:

معايير التبليغ (وجود أي معيار من هذه المعايير يوجب إلزامية التبليغ)	نعم	لا
أي اعتداء أو فعل يعتبر جنحة مرتكبة ضد شخص عاجز أو شخص فاقد الأهلية من جانب أحد أفراد الأسرة ويشمل الأشخاص فاقدو الأهلية أي طفل دون السابعة من العمر، ومن هم في أي عمر بسبب الخرف أو الجنون، ويشمل الأشخاص العاجزون الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 7 سنوات وأقل من 18 سنة.		
أي اعتداء أو فعل يعتبر جناية عندما يُرتَكَب ضد أحد أفراد الأسرة، بصرف النظر عن أهلية أو قدرة فرد الأسرة.		
معايير التبليغ التي يترتب عليها المساءلة القانونية		
حالة عنف جنسي أو اشتباه بعنف جنسي.		
عنف واقع على طفل أو شخص فاقد الأهلية.		
إذا تم تقدير وجود تهديد مباشر على حياة وامن المساء إليه/ا من قبل المسيء أو الأهل أو المساء إليه/ا نفسه/ا.		
تم استخدام السلاح أو الأدوات الحادة في حادثة العنف.		
الجرائم التي تصنَّف جنايات.		
معايير التبليغ التي لا يترتب عليها المساءلة القانونية (باستثناء الأطفال أو شخص فاقد الأهلية فإنها حالات ملزمة التبليغ ويترتب عليها المساءلة القانونية).		
تعاني الحالة من إصابات جسدية تتطلب التدخل الطبي الفوري.		
تعرضت الحالة لاعتداء من عدة مسيئين.		
تهديد المساء اليه/ا من قبل المسيء أو أحد أفراد الأسرة.		
تعاني الحالة من أي من الأعراض التالية: نوبات بكاء حادة، ميول عدائية، ذهول، ارتباك، تشويش، عدم القدرة على التركيز والانتباه، الخوف، الارتجاف، القلق.		
تظهر الحالة ميولاً انتحارية، أو التهديد بالانتحار.		
تشكل الحالة خطرا على حياة الآخرين أو سلامتهم.		
تظهر الحالة خوفًا على سلامتها أو سلامة أحد أفراد الأسرة.		

تكرار ممارسة العنف داخل أسرة الحالة (على المساء اليه/ا أو أي فرد من أفراد الأسر).		
معايير التبليغ في حالات الأطفال		
أولا: الحالات التي يتم تشخيصها أو المشتبه بها على أنها اعتداء أو إساءة جسدية.		
إصابات في الجلد وهي على سبيل المثال لا الحصر الكدمات أو الحروق أو الندب الناتجة عن أدوات (عصا، بربيش، أسلاك، ...)، قديمة و/ أو جديدة وذات أعمار زمنية مختلفة.		
كسور العظام، وخاصة الواقعة في الأماكن التي نادراً ما يحدث فيها الكسر عرضيا، والكسور في الأضلاع. ويمكن أن يزداد الشك بوجود عنف إذا تبين وجود أكثر من كسر سابق لدى الطفل.		
الطفل المتعرض للرّج الشديد والذي قد يؤدي إلى نزف دموي تحت الأم الجافية أو في شبكية العين وكسور في المفاصل الرئيسية للأطراف و/ أو الناحية الخلفية للأضلاع.		
ثانياً: الحالات التي يتم تشخيصها أو المشتبه بها على أنها اعتداء جنسي.		
إصابة أو أثر على الجلد في الأماكن الخاصة مثل (الأعضاء التناسلية، الفخذين، الإليتين، الثديين، العنق).		
وجود أعراض عدوى أو إصابة ب أمراض جنسية.		
آلام وأعراض غير معلّلة مثل آلام البطن أو الإمساك.		
اضطرابات سلوكيّة.		
تبول لاإرادي أو تغوط لاإرادي مستجد.		
الانزواء/الانطواء المستجد.		
الإيماءات، الحركات، الأقوال المستجدة ذات الطبيعة الجنسية.		
ثالثاً: الحالات التي يتم تشخيصها أو تحتمل الشك على أنها إساءة عاطفية.		
أفعال ذات أثر سلبي على الصحة العاطفية للطفل ونموّه.		
الأفعال المقيِّدة لحركة الطفل مثل التربيط أو التي تشير إلى ميول عدوانية أو انتحارية.		
التوبيخ، تشويه السمعة، الحط من قدر الطفل والسخرية منه.		
التهديد، والتخويف، والتمييز، والرفض، وأية أمور أخرى مصحوبة أو غير مصحوبة بآثار بدنية واضحة.		
استخدام العنف ضد أطفال آخرين، أو ضد الزوجة وأمام الطفل.		
رابعاً: الحالات التي يتم تشخيصها أو تحتمل الشك على أنها إهمال للطفل.		
التأخر في أو عدم عرض الطفل للعلاج، وعدم إتباع نصائح الرعاية الطِبِّية، وإهمال المطاعيم.		
الحرمان من الطعام، تأخر أو تدهور النمو الجسدي، والصحي، والعقلي، والاجتماعي.		
عدم حماية الطفل من الأخطار البيئية والطبيعية والأخطار الأخرى.		
عدم حماية الطفل من التعرض للخطر أو الاعتداءات من قبل الغرباء، أو تعرض الطفل للمخدرات أو الممارسات الجنسية.		
الحرمان من النوم المريح المناسب أو المبيت خارج البيت في أماكن تعتبر غير آمنة أو مع أناس عرف عنهم سوء السيرة.		
معايير التبليغ في حالات النساء:		
في حال إفصاح حالة العنف عن تعرضها للعنف الأسري مع وجود إصابات ناتجة عن العنف أو عواقب لعنف أسري سابق يتم إعلام لجنة حماية الأسرة بالمستشفى أو المركز حسب نموذج التبليغ.		

في حال أكد الكشف السريري للمرأة المشتبه بتعرضها للعنف الأسري وجود إصابات جسيمة أو محاولة للانتحار أو تعرضها لاعتداء جنسي يتم إبلاغ إدارة حماية الأسرة وإعلام لجنة حماية الأسرة بالمستشفى أو المركز حسب نموذج التبليغ.		

3 نموذج التبليغ		
اليوم:	التاريخ:	الوقت:
معلومات التبليغ		
الجهة المبلّغة: □ مؤسسة معنية بالعنف الأسري □ مؤسسة مقدمة للخدمة □ مقدم خدمة ذو كفاءة مهنية (حدد): □ أخرى		
نوع العنف: □ جسدي □ جنسي: □ داخل الأسرة □ خارج الأسرة □ نفسي/ لفظي □ إهمال □ أخرى		
معلومات الجهة المبلّغة:		
اسم الجهة المبلغة:		
اسم الشخص المبلغ:	طبيعة عمل الشخص المبلغ:	
هاتف الجهة المبلغة:	البريد الإلكتروني:	
عنوان الجهة المبلغة:		
مكتب إدارة حماية الأسرة المبلغ له:		
اسم المكتب/ المفرزة:		
المحافظة:		
آلية التبليغ المعتمدة: □ هاتف □ فاكس □ بريد إلكتروني □ باليد □ أخرى		
معلومات خاصة بالحالة المبلغ عنها		
الاسم الرباعي:		
تاريخ الميلاد:	الجنس: □ ذكر □ أنثى	الجنسيّة:
الرقم الوطني (للأردنيين):		نوع ورقم الوثيقة (لغير الأردنيين):
الحالة الاجتماعية: □ أعزب/ عزباء □ متزوج/ متزوجة □ مطلّق/ مطلّقة □ منفصل/ منفصلة		المستوى التعليمي: □ أمي/ أميّة □ أساسي □ ثانوي □ بكالوريوس

□ أرمل/ أرملة	□ دراسات عليا
رقم الهاتف الأرضي:	رقم الهاتف الخلوي:
عنوان السكن:	
في حالة طفل أو فاقد الأهلية: اسم ولي الأمر: رقم الهاتف: اسم الممثّل القانوني: رقم الهاتف:	

المهنة:	مكان العمل:	رقم هاتف العمل:
عنوان العمل:		

هل تعاني الحالة من أي إعاقات:

□ نعم □ لا

في حال كانت الإجابة "نعم"، حدد نوع الإعاقة:

□ ذهنية:

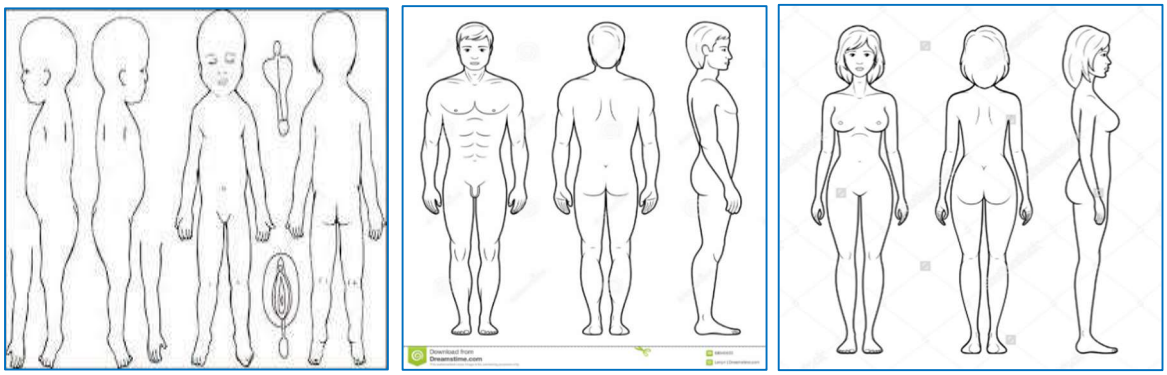
□ جسدية:

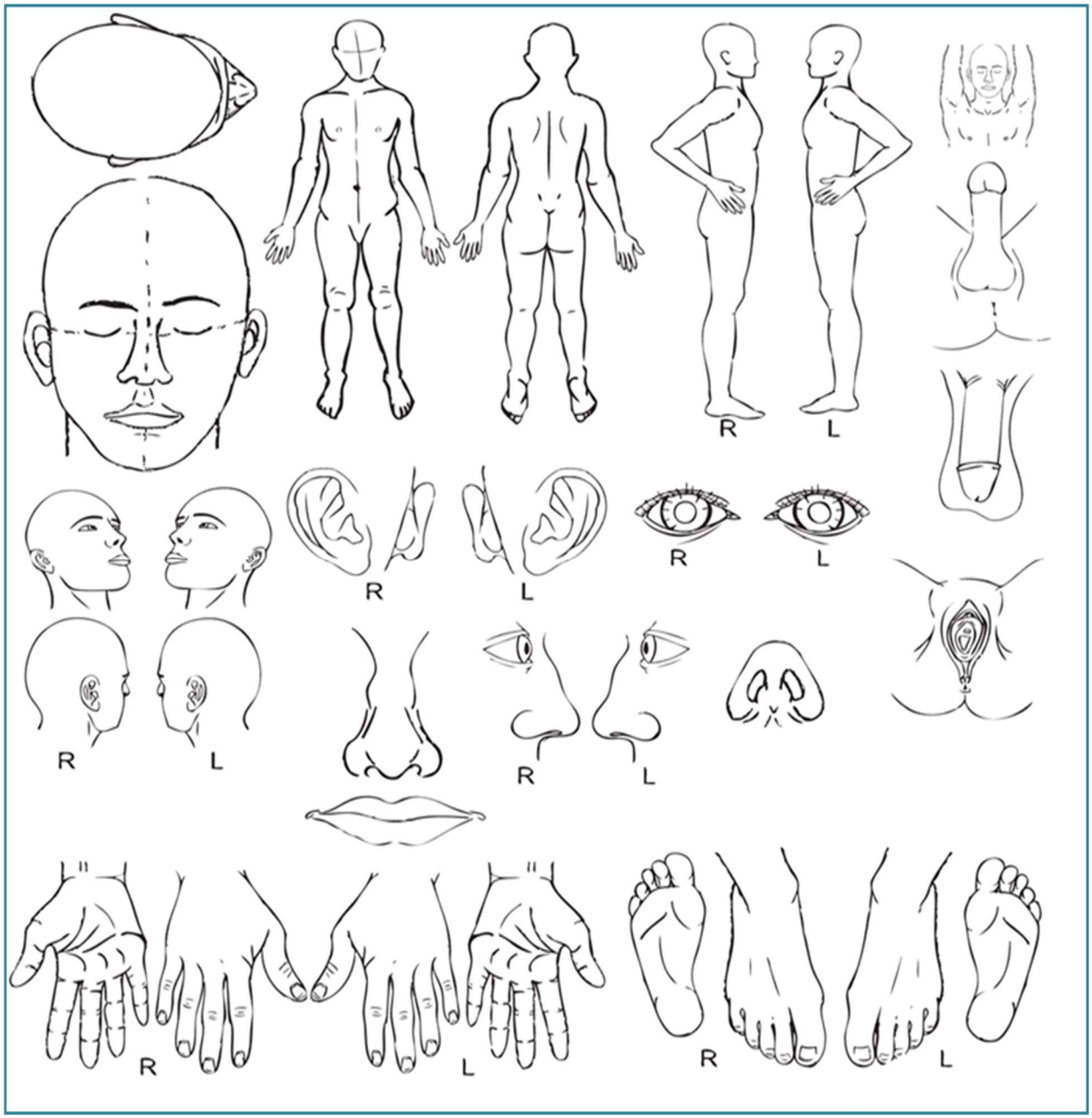
□ سمعية □ بصرية □ حركية

وصف حادثة العنف:

خارطة الجسد:

يتم استخدام خارطة الجسد منها العام للجسم كاملاً من الأمام والخلف أو كل منطقة تشريحية لتوضيح وصف حالة العنف.





الخدمات التي تم تقديمها للمساء إليه/ا من قبل الجهة المبلّغة:	
اسم وتوقيع الشخص المبلّغ:	اسم وتوقيع مستلم التبليغ:

خدمات رعاية الأمومة والطفولة

تشمل رعاية الأمومة والطفولة الخدمات التالية:

- رعاية الحوامل والإجراءات السريريّة لخدمات رعاية الحوامل.
- رعاية النفاس والإجراءات السريريّة لخدمات النفاس.
- تنظيم الأسرة والمسار العلاجي لخدمات تنظيم الأسرة.
- خدمات رعاية الطفل والإجراءات السريرية لرعاية الطفل.
- فقر الدم والمسارات العلاجية لفقر الدم عند الأمهات والأطفال دون عمر الخمس سنوات.

رعاية الحوامل والإجراءات السريريّة لخدمات رعاية الحوامل.

الزيارة الأولى:

1. التأكد من وجود الحمل.
2. توثيق التاريخ المرضي والجراحي والعائلي وسيرة الحمل والولادة للسيدة بما في ذلك سيرة الحمل الحالي.
3. توثيق قياس ضغط الدم والوزن والطول واحتساب مؤشر كتلة الجسم في الثلث الأول والتحويل إلى أخصائي النسائية والتوليد في حال كانت تعاني من السمنة أو الوزن الزائد للاستشارة.

التوصيات حول زيادة الوزن خلال الحمل

فئات الوزن في الحمل	مؤشر كتلة الجسم *	اجمالي زيادة الوزن (كلغ)	معدل زيادة الوزن في الثلث الثاني والثلث الثالث من الحمل¥ (كلغ/اسبوع)
نحافة	أقل من 18.5	18.2-12.7 كلغ	0.5-0.4 كلغ
طبيعي	24.9-18.5	15.9 -11.4 كلغ	0.5-0.4 كلغ
زيادة وزن	29.9-25	11.4 -6.8 كلغ	0.28-0.26 كلغ
سمنة (كل الفئات)	30 وأكثر	10 -9.5 كلغ	0.3-0.22 كلغ

*** يتم حساب مؤشر كتلة الجسم بقسمة الوزن بالكيلوجرام على مربع الطول بالمتر**
¥ تشير الحسابات الى ان زيادة الوزن تكون 0.5-2 كلغ في الثلث الأول للحمل
معدل من قبل المعهد الطبي - امريكا. زيادة الوزن خلال الحمل: مراجعة الدلائل الإرشادية
DC. National Academies Press; 2009. ©2009 National Academy of Sciences.،Washington
Reference: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2847829/

4. إجراء فحص سريري يتضمن فحص البطن وقياس حجم الرحم لمعرفة عمر الحمل (ابتداءً من الثلث الثاني). في حال لم يتم التأكد من عمر الحمل بالفحص الطبي وسيرة الحمل، يمكنك استخدام الألتراساوند.
5. يتم اجراء فحص الألتراساوند خلال الحمل من قبل أخصائي نسائية وتوليد كما يلي:

- ✓ في الفترة ما بين **(11-14) أسبوع** من الحمل – "**الثلث الأول**": وذلك للتحري عن التشوهات الخلقية والوراثية (متلازمتي داون وادوارد) وتحديد عمر الحمل والتحري عن الأحمال المتعددة.
- ✓ في الفترة ما بين **(18-22) أسبوع** من الحمل – "**الثلث الثاني**": وذلك للتحري عن التشوهات الخلقية وموقع انغراس المشيمة.
- ✓ في نهاية "**الثلث الثالث**": وذلك للتأكد من عدم التأخر في نمو الجنين داخل الرحم.

6. توثيق وجود أو انعدام حركة الجنين (ابتداء من الأسبوع 16 – "الثلث الثاني" من الحمل للسيدات اللواتي سبق لهن الحمل) و (على الأسبوع 20 – "الثلث الثاني" من الحمل للسيدات اللواتي لم يسبق لهن الحمل) من خلال سؤال السيدة الحامل.
7. التحقق من انتظام وعدد دقات قلب الجنين (ابتداءً من الأسبوع 20 – "الثلث الثاني") من الحمل.
8. طلب فحوصات: تعداد الدم الكامل (CBC)، والعامل الريزيسي (RH) وفصيلة/زمرة الدم (Blood Group) وتحليل البول (Urine Analysis) وفحص مستوى السكر في الدم في حالة الصيام (FBS).
9. تقييم عوامل الخطورة باستخدام (نموذج كوبلاند):
   - ✓ **في الزيارة الأولى من كل ثلث حمل**: يتم توثيقها على نموذج كوبلاند.
   - ✓ **في كل زيارة**: يتم توثيقها في خانة "الملاحظات" صفحة "زيارات المتابعة".
   - ✓ وبناءً على النتيجة يتم إعطاء المشورة اللازمة و/أو التحويل عند الحاجة.
10. التحقق من الحصول على المطاعيم الخاصة بكوفيد-19 والدفتيريا والكزاز (DT).
11. التزويد بالمكملات التالية:
    - ✓ **حمض الفوليك**: (400 ميكروغرام) يومياً طوال فترة الحمل.
    - ✓ **الحديد**: (30-60 ملغم عنصر الحديد/Elemental Iron) يومياً من بداية الأسبوع 14 من الحمل (بداية الثلث الثاني).
12. التقصي عن العنف ضد المرأة.
13. التحري عن القلق وعوارض الاكتئاب.
14. تقديم المشورة في كل زيارة حسب الثلث:
15. توثيق بيانات الزيارة على بطاقة مراجعة الأم.
16. متابعة السيدات الحوامل المصنفات كحمل عالي الخطورة بناءً على توصيات طبيب الاختصاص.
17. إعطاء موعد للمتابعة

مشورة الزيارة الأولى		
التغذية، المكملات، التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للحمل، علامات وأعراض الخطورة، زيادة الوزن الطبيعية، التدخين وخطورة التدخين السلبي، المطعوم المضاد لفيروس كوفيد-19، الصحة النفسية والعقلية		
الثلث الأول	**الثلث الثاني**	**الثلث الثالث**
نمط الحياة: • الراحة والنوم. • التمارين والحركة. • أهمية/فوائد الرضاعة الطبيعية.	• حركة الجنين. • التحري عن سكري الحمل. • أهمية/فوائد الرضاعة الطبيعية والتحضير للرضاعة.	• عدد حركات الجنين. • وضعية النوم المناسبة. • علامات بدء الولادة. • التحضير للولادة. • خيارات تنظيم الأسرة. • أهمية/فوائد الرضاعة الطبيعية والتحضير للرضاعة. • التلامس الجسدي بين الأم والوليد والبدء بالرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى من الولادة. • رعاية النفاس. • العناية بالمولود. • عيادة الطفل السليم.

الزيارة المتكررة:

1. سؤال السيدة الحامل عن أي مشاكل أو مخاوف أو علامات خطورة منذ آخر زيارة.
2. تقييم علامات الخطورة (نموذج كوبلاند):
   - ✓ **في الزيارة الأولى من كل ثلث حمل**: يتم توثيقها على نموذج كوبلاند.
   - ✓ **في كل زيارة**: يتم توثيقها في خانة "الملاحظات" صفحة "زيارات المتابعة".
   - ✓ وبناءً على النتيجة يتم إعطاء المشورة اللازمة و/أو التحويل عند الحاجة.
3. التحري عن القلق وعوارض الاكتئاب.
4. قياس ضغط الدم، والوزن.
5. قياس حجم الرحم لمعرفة عمر الحمل (ابتداء من الثلث الثاني).
6. توثيق وجود أو انعدام حركة الجنين (ابتداء من الأسبوع 16 – "الثلث الثاني" من الحمل للسيدات اللواتي سبق لهن الحمل) و (على الأسبوع 20 – "الثلث الثاني" من الحمل للسيدات اللواتي لم يسبق لهن الحمل) من خلال سؤال السيدة الحامل.
7. التحقق من انتظام وعدد دقات قلب الجنين (ابتداءً من الأسبوع 20 – "الثلث الثاني") من الحمل.
8. طلب فحص تعداد الدم الكامل (CBC) في الفترة ما بين (24-28 أسبوعاً – "الثلث الثاني") للتحري عن فقر الدم، ومعالجة حالات فقر الدم وفقاً للمسار العلاجي "لعلاج فقر الدم عند السيدات خلال فترة الحمل والنفاس".
9. التحري عن وجود البروتين بالبول.
10. التحري عن سكري الحمل في الفترة ما بين (24-28 أسبوعاً – "الثلث الثاني") باستخدام فحص تحمل الجلوكوز (OGTT). يجب أن تكون السيدة صائمة لمدة 8 ساعات على الأقل قبل إجراء فحص تحمل الجلوكوز (OGTT):

فحص تحمل الجلوكوز (OGTT)

تشخص السيدة كحالة سكري حمل في حال كانت نتائج مستوى السكر بالدم تساوي اثنتين أو أكثر من النتائج التالية (على أن تكون إحدى هذه النتائج في حالة الصيام حسب كاربنتر (Carpenter) وهو المرجع المعتمد لدى وزارة الصحة:

- في حالة الصيام: ≤ 95 - ملغم/دل أو (5,3 مللي مول).
- بعد ساعة من تناول 100 غم من السكر: ≤ 180 ملغم/دل أو (10 مللي مول).
- بعد ساعتين: ≤ 155 ملغم/دل أو (8,6 مللي مول).
- بعد ثلاث ساعات: ≤ 140 ملغم/دل أو (7,8 مللي مول).

11. التقصي عن العنف ضد المرأة.

12. تقديم المشورة حسب الثلث:

مشورة زيارات المتابعة		
التغذية، المكملات، التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للحمل، علامات وأعراض الخطورة، زيادة الوزن الطبيعية، التدخين وخطورة التدخين السلبي، الصحة النفسية والعقلية		
الثلث الأول	**الثلث الثاني**	**الثلث الثالث**
نمط الحياة: • الراحة والنوم. • التمارين والحركة. • أهمية/فوائد الرضاعة الطبيعية.	• حركة الجنين. • التحري عن سكري الحمل. • أهمية/فوائد الرضاعة الطبيعية والتحضير للرضاعة.	• عدد حركات الجنين. • وضعية النوم المناسبة. • علامات بدء الولادة. • التحضير للولادة. • خيارات تنظيم الأسرة. • أهمية/فوائد الرضاعة الطبيعية والتحضير للرضاعة. • التلامس الجسدي بين الأم والوليد والبدء بالرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى من الولادة. • رعاية النفاس. • العناية بالمولود. • عيادة الطفل السليم.

13. توثيق بيانات الزيارة على بطاقة مراجعة الأم.

14. متابعة السيدات الحوامل المصنفات كحمل عالي الخطورة بناءً على توصيات طبيب الاختصاص.

15. إعطاء موعد للمتابعة.

رعاية النفاس والإجراءات السريريّة لخدمات النفاس.

الزيارة خلال 14 يوم بعد الولادة:

1. توثيق التاريخ المرضي والجراحي وسيرة الحمل والولادة بما في ذلك سيرة آخر ولادة.

2. قياس العلامات الحيوية (ضغط الدم (Blood Pressure)، الحرارة، النبض (Heart Rate)).

3. إجراء الفحص السريري.

4. تفقد ارتداد الرحم الى موضعه الطبيعي، شق الولادة القيصرية إن وجد، تفقد أي جروح في منطقة العجان والتئامها.
5. تقييم علامات الخطورة للأم والتحويل في حال وجود إحدى العلامات التالية:

• نزيف	• صعوبة في التنفس	• تورم الساق (وذمة)
• حرارة	• ألم في الصدر	• ألم في الساق أو إيلام في الفخذ أو ربلة الساق
• إفرازات مهبلية ذات رائحة	• ألم شديد في البطن	• دوار وإجهاد
• ألم في الرأس		

6. تقييم علامات الخطورة للمولود والتحويل في حال وجود إحدى العلامات التالية:

• لا يرضع بشكل جيد	• صعوبة في التنفس	• انخفاض درجة حرارة الجسم (أقل من 35.5 درجة مئوية)
• وجود تشنجات حالياً أو سابقاً	• سرعة التنفس (معدل التنفس أكثر من 60 في الدقيقة)	• الحمّى (درجة الحرارة أعلى من 37.5 درجة مئوية)
• خمول: لا يوجد حركة عفوية	• اليرقان أو اصفرار راحتي اليدين والقدمين في أي عمر	

7. التحري عن العنف ضد المرأة.
8. تقديم المشورة حول:

• علامات الخطورة للأم والطفل	• التمارين والحركة	• الرضاعة الطبيعية المطلقة وتعزيز الممارسات الفضلى للرضاعة
• تغذية الأم	• الهلابة (Lochia)	• العناية بالمولود
• تناول مكملات الحديد لمدة ثلاث شهور من الولادة	• التبول والسلس البولي	• برنامج المسوحات الطبية المعتمد وبرنامج المطاعيم الوطني
• الإمساك	• أهمية المباعدة بين الأحمال وخيارات تنظيم الأسرة	• مراجعة عيادة الطفل السليم
• الصحة النفسية للمراجعة (اكتئاب ما بعد الولادة)		

9. إعطاء موعد للمتابعة خلال الأسبوع 6 من الولادة.

<u>الزيارة من اليوم 14 بعد الولادة ولغاية الاسبوع 6 بعد الولادة:</u>

1. قياس ضغط الدم (Blood Pressure) أمّا (قياس حرارة الجسم والنبض (Heart Rate) ومعدل التنفس (Respiratory Rate)) فقط في حال وجود أعراض التهاب أو نزيف.
2. قياس الوزن واحتساب مؤشر كتلة الجسم (Body Mass Index).
3. طلب فحوص تعداد الدم الكامل (CBC) للتحري عن فقر الدم، ومعالجة حالات فقر الدم وفقاً للمسار العلاجي "لعلاج فقر الدم عند السيدات خلال فترة الحمل والنفاس".
4. تقييم علامات الخطورة:

• نزيف	• ألم في الرأس	• تورم الساق (وذمة)
• ألم بالصدر	• دوار وإجهاد	• ألم في الساق أو إيلام في الفخذ أو ربلة الساق

• صعوبة في التنفس	• إفرازات مهبلية ذات رائحة

5. التحري عن العنف ضد المرأة.
6. السؤال عن نمط الرضاعة الطبيعية وتعزيز الممارسات الفضلى.
7. تقديم المشورة حول:

• التمارين والحركة.	• الرضاعة الطبيعية المطلقة وتعزيز الممارسات الفضلى للرضاعة.	• التبول والسلس البولي.
• تناول مكملات الحديد لمدة 3 شهور من الولادة.	• مشورة تنظيم الأسرة* .	• الصحة النفسية للمراجعة (اكتئاب ما بعد الولادة).
• الهلابة (Lochia).	• الإمساك.	• مراجعة عيادة الطفل السليم.

8. التزويد بوسيلة تنظيم الأسرة المختارة أو التحويل لخدمات تنظيم الأسرة.

علامات الخطورة عند السيدات النفاس والتي تستوجب التحويل:

- نزيف مهبلي
- جلطة في الأوردة العميقة
- مشاكل نفسية
- التهاب جرح العملية القيصرية
- التهاب المجاري التنفسية
- التهاب الثدي أو خُراج الثدي
- مرض التهاب الحوض

خدمات رعاية الطفل والإجراءات السريرية لرعاية الطفل.

الزيارة الأولى (بغض النظر عن العمر):

1. توثيق البيانات الشخصية.
2. توثيق سيرة الوضع العائلي والاجتماعي.
3. توثيق سيرة الحمل والولادة.
4. تقييم عوامل الخطورة على صحة الطفل.
5. إجراء الفحص الطبي العام.
6. التحري عن خلع الورك التطوري (DDH) عن طريق الفحص السريري والسيرة المرضية بغض النظر عن الجنس والعمر وعوامل الخطورة وذلك لجميع الأطفال حديثي الولادة ولغاية عمر 18 شهر.
7. تطبيق برنامج المسح الطبي المعتمد لحديثي الولادة.
8. التأكد من حصول الطفل على خدمة فحص السمع والتحويل في حال عدم إجراء الفحص.
9. تقييم المنعكسات الغريزية حسب الفئة العمرية (لغاية عمر السنتين).
10. تقييم المهارات الأساسية (التطور) حسب الفئة العمرية.
11. تحويل الطفل إلى الطبيب إذا لم يتمكن من اكتساب أي من مهارات التطور الأساسية في المرحلة العمرية المحددة.
12. أخذ القياسات الحيوية لنمو الطفل (محيط الرأس، وزن الجسم والطول).
13. توثيق وإسقاط القياسات على مخططات النمو (الرسم البياني للنمو).
14. توثيق أي نتائج غير طبيعية والتحويل للطبيب عند الحاجة.

15. تقييم الرضاعة الطبيعية/الوضع التغذوي وتقديم المشورة حسب الفئة العمرية.
16. تقديم التثقيف الصحي حسب الفئة العمرية.
17. تقييم وضع الأسنان ابتداءً من عمر 10 شهور.
18. التحويل إلى طبيب الأسنان سنوياً.
19. التحري عن العنف ضد الأطفال وتبليغ لجنة العنف الأسري في حال الاشتباه بحدوث العنف.
20. تنفيذ برنامج التطعيم الوطني حسب عمر الطفل.
21. إعطاء موعد للمتابعة.

زيارات المتابعة:

1. تقييم مهارات (التطور) الأساسية حسب الفئة العمرية.
2. تحويل الطفل إلى الطبيب إذا لم يتمكن من اكتساب مهارات التطور الأساسية في المرحلة العمرية المحددة.
3. التحري عن خلع الورك التطوري (DDH) عن طريق الفحص السريري والسيرة المرضية بغض النظر عن الجنس وعوامل الخطورة على الأعمار (شهرين، 4 شهور، 6 شهور، 9 أشهر، السنة، 18 شهر) من قبل الطبيب والتوثيق في خانة ملاحظات الطبيب.
4. تقييم المنعكسات الغريزية حسب الفئة العمرية.
5. أخذ القياسات الحيوية لنمو الطفل (محيط الرأس، وزن الجسم والطول).
6. توثيق وإسقاط القياسات على مخططات النمو (الرسم البياني للنمو).
7. تحويل الطفل إلى الطبيب إذا لم يتمكن من اكتساب هذه المهارات في المرحلة العمرية المحددة.
8. تقييم الرضاعة الطبيعية/الوضع التغذوي وتقديم المشورة حسب الفئة العمرية.
9. التثقيف الصحي حسب الفئة العمرية.
10. تقييم وضع الأسنان على عمر 10 شهور.
11. التحويل إلى طبيب الأسنان سنوياً.
12. التحري عن العنف ضد الأطفال وتبليغ لجنة العنف الأسري في حال الإشتباه بحدوث العنف.
13. تنفيذ برنامج التطعيم الوطني حسب عمر الطفل.
14. إعطاء موعد للمتابعة.

التحري عن فقر الدم عند الأطفال يتم على عمر:

- 9-12 شهر.
- 18-24 شهر.
- 36 -59 شهر.

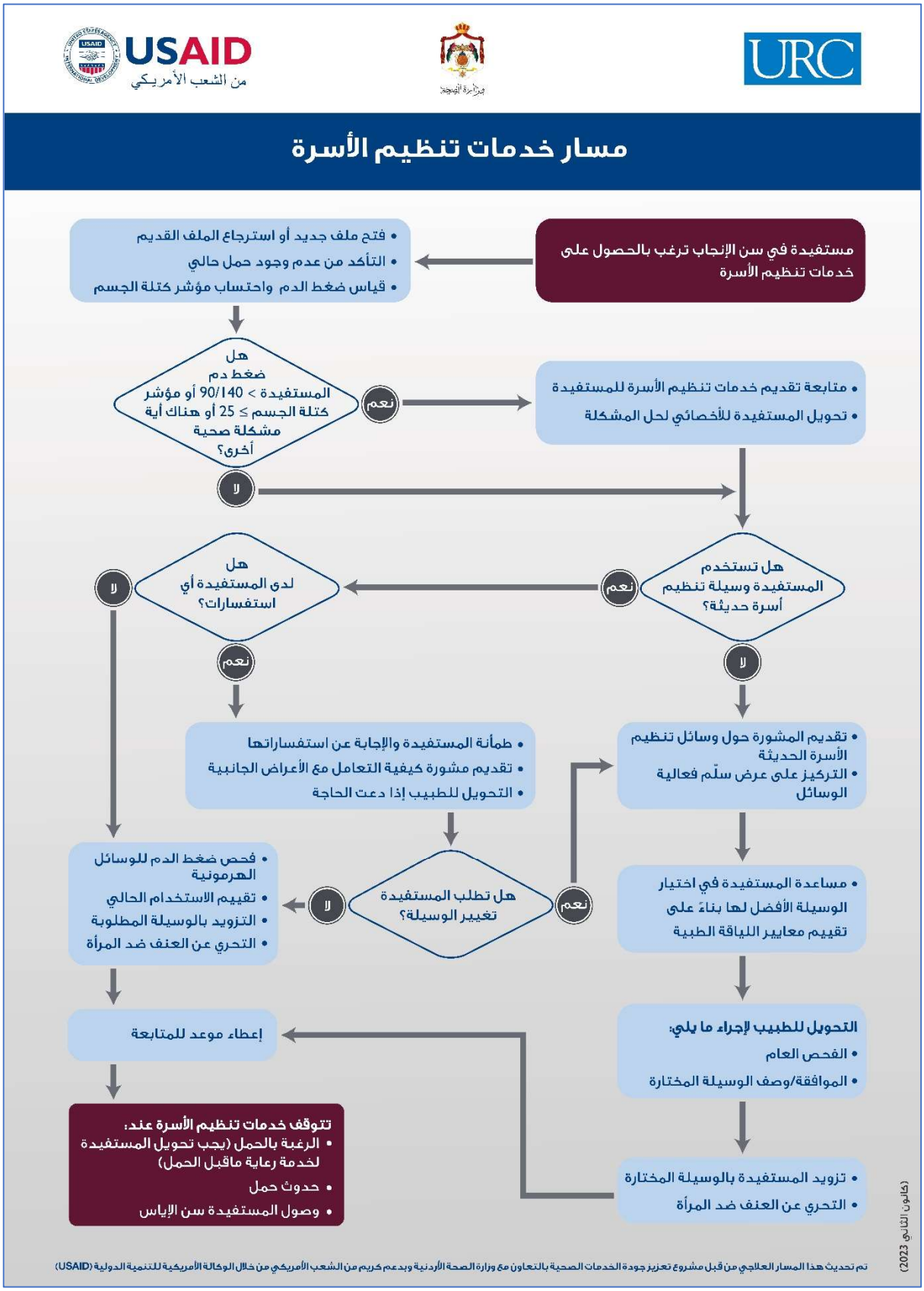
في حالة تشخيص فقر الدم لديهم تتم معالجتهم حسب المسار العلاجي لفقر الدم عند الأطفال دون سن الخمس سنوات.

فقر الدم والمسارات العلاجية لفقر الدم عند الأمهات والأطفال دون عمر الخمس سنوات.




USAID
من الشعب الأمريكي
وزارة الصحة
URC
مسار التحري وعلاج فقر الدم عند الأطفال دون سن الخمس سنوات
التحري عن فقر الدم لدى الأطفال من عمر 9-59 شهراً عن طريق فحص خضاب الدم (HB)
التحري الأول: فحص خضاب الدم للأطفال من عمر 9-12 شهراً
هل خضاب الدم أقل من ١١ غم/دسل؟
نعم
لا
هل خضاب الدم أقل من أو يساوي 7 غم/دسل؟
نعم
لا
• تقييم الوضع التغذوي
• تقديم مشورة التغذية
التحري الثاني: للأطفال من عمر 18-24 شهراً
هل خضاب الدم أقل من ١١ غم/دسل؟
نعم
لا
• باشر المعالجة بالحديد * (3-6 ملغم عنصر حديد/ كغم/ يومياً)
• قدم مشورة التغذية الخاصة بفقر الدم ومشورة علاج الحديد
• أعد الفحص بعد 4 أسابيع
* لا تتم المباشرة باعطاء علاج الحديد قبل تأكيد التشخيص من خلال فحص تعداد الدم الكامل (CBC)
• تقييم الوضع التغذوي
• تقديم مشورة التغذية
التحري الثالث: للأطفال من عمر 3-5 سنوات مرة واحدة على الأقل مع المعالجة حسب نتيجة خضاب الدم
هل ارتفعت نتيجة خضاب الدم 1-2 غم/دسل؟
نعم
لا
هل الطفل ملتزم بالعلاج؟
نعم
لا
حوّل الطفل للأخصائي
استمر بتقديم العلاج لمدة 2-3 شهور ثم أعد الفحص لتقييم الحالة
يتوقف العلاج بعد شهر من عودة نتيجة خضاب الدم للحد الطبيعي وهو أكثر من أو يساوي ١١ غم/دسل
• استمر بتقديم العلاج لمدة 4 أسابيع ثم أعد فحص خضاب الدم
• التأكيد على الإلتزام بالعلاج؟
هل ارتفعت نتيجة خضاب الدم 1-2 غم/دسل؟
نعم
لا
في نهاية سن الخامسة يخرج الطفل من خدمات الأمومة والطفولة
(كانون الثاني 2023)
تم تحديث هذا المسار العلاجي من قبل مشروع تعزيز جودة الخدمات الصحية بالتعاون مع وزارة الصحة الأردنية وبدعم كريم من الشعب الأمريكي من خلال الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)

تنظيم الأسرة والمسار العلاجي لخدمات تنظيم الأسرة.



التغذية السليمة

مقدمة

تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية لعام 2017 إلى إن الإصابة بالأمراض غير السارية تسببت في 70% من إجمالي الوفيات في العالم، و55% من الوفيات تحدث في دول شرق الحوض الأبيض المتوسط.

ساهم النظام الغذائي والخمول البدني في نحو30% من الأمراض والوفيات التي تسببها الأمراض غير السارية، والتي تشمل الوفيات والأمراض الناتجة عن ارتفاع ضغط الدم، ويعتبر ارتفاع ضغط الدم حالة تترافق بازدياد في خطر الإصابة بالسكتة الدماغية والفشل القلبي والفشل الكلوي وأمراض الأوعية الدموية وقد أوضحت الدراسة المسحية الوطنية (2020) أن 83% من الأردنيين يتناولون أقل من خمس حصص من الخضروات والفواكه يوميا وهذا أقل بكثير من جميع التوصيات التغذوية، والذي بدوره سينعكس على صحة الأردنيين، وقد وجدت هذه الدراسة أن حوالي 30،4% من الأردنيين يقومون بإضافة الملح قبل تناول طعامهم أو أثناء التناول، وحوالي ثلث الأردنيين (34،4%) يستهلكون الأطعمة المصنعة المحتوية على الملح مما رفع استهلاك الملح لدى الأردنيين إلى 11 جرام يومياً وهو ضعف الموصى به عالميا.

يساعد اتّباع نظام غذائي صحي طوال مسار الحياة على الوقاية من سوء التغذية بأشكاله كافة فضلاً عن عدد من الأمراض غير السارية والعوامل المتصلة بها، غير أن زيادة إنتاج الأغذية المصنّعة وتغيّر أنماط الحياة كلها أدت إلى حدوث تحوّل في الأنماط الغذائية، ويتّجه الأفراد الآن إلى استهلاك المزيد من الأطعمة ذات المحتوى العالي من الطاقة والدهون والسكريات الحرة والملح/الصوديوم، وعدم تناول ما يكفي من الفاكهة والخضروات والألياف الغذائية الأخرى مثل الحبوب الكاملة.

لذا فإن تعديل أساليب النمط الغذائي كفيلة للحد من الأمراض غير السارية (المزمنة)، وتتألف هذه الأساليب من تقليل استهلاك الصوديوم بخفض تناول ملح الطعام، والملح في الطعام المصنّع، والدهون المشبعة، والدهون المتحورة، والسكر. ويتم ذلك بزيادة تناول الفواكه والخضروات ومنتجات الألبان القليلة الدهون وتجنب المواد الغذائية المصنعة والمعلبة والمحضرة تجاريا لاحتوائها على نسبة عالية من الصوديوم، والدهون المشبعة، والدهون المتحورة، والسكريات.

تغذية البالغين

يشمل النظام الغذائي الصحي ما يلي:

- مجموعة الحبوب ومشتقاتها (يفضل أن تكون هذه الحبوب كاملة كخبز القمح الكامل والأرزّ الكامل والمعكرونة الكاملة، والخضروات النشوية مثل البطاطا والبطاطا الحلوة وذلك لضمان حصول الإنسان على كمية جيدة من الألياف الغذائية والمغذيات الدقيقة).
- الفاكهة والخضروات (تعتبرمصدراً لفيتاميني أ و ج وحمض الفوليك والبوتاسيوم والمغنيسيوم والألياف الغذائية، وهي خالية من الكوليسترول والدهون) (معدل الحصص اليومية 1-3 خضروات و1-2 فواكه).
- مجموعة الحليب، والأجبان، والألبان (يجب التقليل من المنتجات الغنية بالدهون واختيار المنتجات الأقل دهناً مثل الحليب، والألبان خالية، أو قليلة الدسم، والاجبان قليلة الدسم).
- مجموعة اللحوم والدواجن والأسماك والبقوليات (مثل العدس والحمص والفاصوليا) والمكسرات (وفي هذه المجموعة يجب التقليل من الأطعمة الغنية بالدهون خصوصاً من المصادر الحيوانية وزيادة تناول البروتينات النباتية الموجودة في البقوليات).
- خفض استهلاك السكريات الحرة بنسبة اقل من 10% من إجمالي السعرات الحرارية اليومية، وهو ما يعادل حوالي 50-65 جرامًا في اليوم (السكريات الحرة هي جميع السكريات المضافة إلى الأطعمة أو المشروبات من قبل الشركة المصنِّعة أو الطاهي أو المستهلك، وكذلك السكريات الموجودة بشكل طبيعي في العسل والشراب وعصائر الفاكهة ومركَّزات عصير الفواكه).
- تقليل تناول الدهون والزيوت بشكل عام، وتجنُّب الأغذية المشبعة بالدهن الحيواني مثل اللحوم الحمراء، واللحوم المصنعة، والأطعمة السريعة التحضير، والزبدة. والاستعاضة عنها بزيت الزيتون، وزيت الذرة، والكانولا، وزيت فول الصويا باعتدال. والبسكويت والرقائق، وزيوت الطهي والأطعمة القابلة للدَهن).
- ينبغي خفض تناول الأحماض الدهنية المشبعة لأقل من 7% من إجمالي السعرات الحرارية اليومية حوالي 25-30 غم يوميًا، وخفض تناول الأحماض الدهنية المهدرجة لأقل من 1%. ويفضل تعويضها بتناول الأحماض الدهنية الوحيدة الإشباع والموجودة بكثرة بزيت الزيتون والأحماض الدهنية المتعددة الإشباع.
- استهلاك أقل من 5 غرامات من الملح (ما يعادل نحو ملعقة صغيرة واحدة) يومياً. وينبغي أن يكون الملح مدعم باليود.

*للاستفادة مراجعة الدليل الإرشادي الغذائي للأردنيين 2020. والدليل الغذائي الإرشادي لمعالجة الأمراض المزمنة 2020.

الرضاعة الطبيعية -لمحه عامه:

حليب الأم هو التغذية المثلى للرضع، وهذه الحقيقة العلمية والعملية قائمة على الكثير من الأدلة ذات العلاقة بتغذية الأطفال. فإضافة إلى قيمته الغذائية، يحتوي حليب الأم على مجموعة واسعة من الأجسام المضادة والمكونات النشطة

بيولوجيًا التي تدعم جهاز المناعة المخاطي للرضيع. على الرغم من الخصائص الفريدة لحليب الأم، إلا أن الرضاعة الحصرية لمدة 6 شهور قد لا تستمر بسبب العقبات والحواجز التي تعيق نجاحها بين العديد من النساء. ومع ذلك فإن نحو ثلث الأطفال فقط يستفيدون بشكل كامل من الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة.

الوضع التغذوي للرضع في الاردن

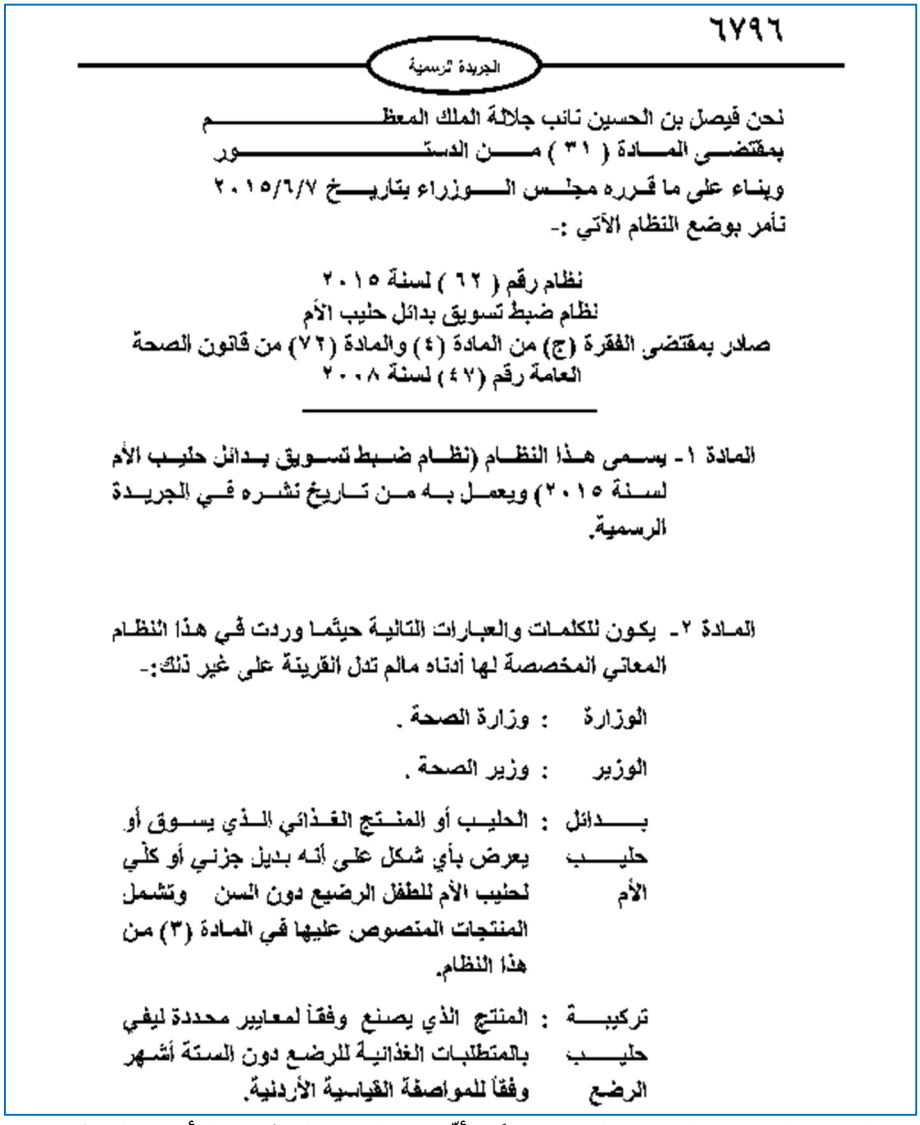
أظهرت نتائج دراسة المسح الوطني لتقييم نقص المغذيات الدقيقة والوضع التغذوي في الأردن عام 2019 والتي نشرت عام 2021 أن ممارسات التغذية الخاصة بتغذية الرضع وصغار الأطفال غير مثلى حيث أشارت الدراسة إلى:

- ضعف في ممارسة الرضاعة الطبيعية المطلقة خلال الستة شهور الأولى من عمر الطفل حيث انخفضت النسبة إلى أقل من 20%.
- البدء بالرضاعة الطبيعة خلال الساعات الأولى عند الولادة تمارس من قبل الأمهات لأقل من ثلثي الأطفال.
- انخفاض نسبة الاستمرار بالرضاعة الطبيعية خلال العام الأول والثاني.
- مؤشرات التغذية التكميلية مثل إدخال الأغذية الصلبة أو شبه الصلبة أو الطرية للطفل عند الشهر السادس وكمية تنوع الأغذية وعدد تكرار الوجبات في اليوم كانت مقبولة، ولكنها ليست مُثلى.
- أشارت النتائج إلى أن السائل الاكثر استخداما للأطفال أقل من 6 شهور كان الماء ويتبعه بنسبة الاستهلاك حليب الأطفال الصناعي.
- أشارت الدراسة إلى أن نصف الأطفال من عمر 6-23 شهر تناولوا أطعمة سكرية أو / ومشروبات سكرية.
- كما أن ثلث الأطفال من عمر 6-23 شهر تناولوا طعاما مقليا أو مملحا.

حقائق وتوصيات اساسية للرضاعة الطبيعية:

- الشروع في إرضاع الطفل طبيعياً في غضون الساعة الأولى من ميلاده.
- الاقتصار على الرضاعة الطبيعية- وذلك يعني أنّ الطفل لا يتلقى إلاّ حليب الأمّ دون أية أغذية أو مشروبات إضافية، بما في ذلك الماء.
- إرضاع الطفل بناء على طلبه- أي كلّما يرغب في ذلك، في النهار وأثناء الليل.
- عدم إعطاء زجاجات الإرضاع أو اللهيات أو الحلمات الصناعية.
- حليب الأم هو أول غذاء طبيعي يتناوله الرضّع، وهو يوفّر كل ما يلزم للرضيع من طاقة وعناصر مغذية في الأشهر الأولى من حياته، كما يستمر ذلك الحليب في تغطية نحو نصف احتياجات الطفل التغذوية أو أكثر من ذلك خلال الشطر الثاني من العام الأول، ونحو ثلث تلك الاحتياجات خلال العام الثاني من حياته.
- يسهم حليب الأم في النمو الحسي والإدراكي وفي حماية الرضّع من الأمراض المعدية والمزمنة.
- يسهم الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في الحد من وفيات الرضّع الناجمة عن أمراض الطفولة الشائعة، مثل الإسهال أو الالتهاب الرئوي، ويساعد على الشفاء من الأمراض بسرعة. ويمكن قياس تلك الآثار في المجتمعات الشحيحة الموارد والمجتمعات الميسورة.

- تسهم الرضاعة الطبيعية في تعزيز صحة الأمهات وعافيتهن، كما تساعد على تباعد الولادات وتحدّ من أخطار الإصابة بسرطان المبيضين أو سرطان الثدي، وتزيد من الموارد الأسرية والوطنية كونها تقلل من عبء شراء



٦٧٩٦

الجريدة الرسمية

نحن فيصل بن الحسين نائب جلالة الملك المعظم
بمقتضى المادة (٣١) من الدستور
وبناء على ما قرره مجلس الوزراء بتاريخ ٢٠١٥/٦/٧
نأمر بوضع النظام الآتي :-

نظام رقم (٦٢) لسنة ٢٠١٥
نظام ضبط تسويق بدائل حليب الأم
صادر بمقتضى الفقرة (ج) من المادة (٤) والمادة (٧٢) من قانون الصحة العامة رقم (٤٧) لسنة ٢٠٠٨

المادة ١- يسمى هذا النظام (نظام ضبط تسويق بدائل حليب الأم لسنة ٢٠١٥) ويعمل به من تاريخ نشره في الجريدة الرسمية.

المادة ٢- يكون للكلمات والعبارات التالية حيثما وردت في هذا النظام المعاني المخصصة لها أدناه مالم تدل القرينة على غير ذلك:-

الوزارة : وزارة الصحة .

الوزير : وزير الصحة .

بدائل حليب الأم : الحليب أو المنتج الغذائي الذي يسوق أو يعرض بأي شكل على أنه بديل جزئي أو كلي لحليب الأم للطفل الرضيع دون السن وتشمل المنتجات المنصوص عليها في المادة (٣) من هذا النظام.

تركيبة حليب الرضع : المنتج الذي يصنع وفقاً لمعايير محددة ليفي بالمتطلبات الغذائية للرضع دون الستة أشهر وفقاً للمواصفة القياسية الأردنية.

تركيبات الحليب الجاهزة (الحليب الصناعي)، كما أنّها من السُبل التغذوية المأمونة التي لا تضرّ بالبيئة حيث تقلل من استخدام ورمي علب تركيبات الحليب الجاهزة (الحليب الصناعي).

تغذية الطفل- لمحة عامة

يتسبب سوء التغذية، بشكل مباشر أو غير مباشر، بنحو ثلث وفيات الأطفال دون سن الخامسة تقريباً. ويحدث أكثر من ثلثي تلك الوفيات والتي غالباً ما تكون مرتبطة بممارسات التغذية غير المناسبة خلال العام الأول من العمر. وتعتبر ممارسات تغذية الطفل من أهم الأمور التي تسهم في الصحة العامة بشكل عام وخاصة خلال أول سنتين من عمر الطفل وتعتبر التغذية الملائمة أمرا بالغ الأهمية لتحقيق النمو البدني والعقلي والمعرفي الأمثل. عند بلوغ الرضيع ستة أشهر من العمر تقريباً تبدأ احتياجاته من الطاقة والعناصر المغذية تتجاوز ما يوفره لبن الأم من تلك الطاقة والعناصر، وبالتالي يتعيّن توفير الأغذية التكميلية لتلبية تلك الاحتياجات. عند بلوغ تلك السن يصبح الرضيع مستعداً من الناحية

النمائية لتناول أغذية أخرى. وقد يتعثّر نمو الطفل إذا لم يُعط أغذية تكميلية عندما يقارب عمر الستة أشهر. يشترط أن تكون الأغذية التكميلية مناسبة من حيث التوقيت (البدء بإضافة الأغذية التكميلية بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية بعد الشهر السادس)، والكمية (الأغذية كافية من حيث حجم وعدد الوجبات)، والنوعية (مجموعة متنوعة من الأغذية الغنية بالعناصر المغذية)، والسلامة اتباع شروط السلامة الصحية عند تداول الاغذية التكميلية).

اهمية تقديم الاغذية التكميلية:

تعتبر التغذية التكميليّة في الفترة من 6 إلى 24 شهرًا هي جزءا مهما من أول 1000 يوم في حياته، إذ يمر الطفل خلال هذه الفترة بتغييرات وتطورات هائلة في وظائف الجسم والشخصيّة، حيث تفوق احتياجاته من العناصر الغذائية والطاقة ما تلبيه الرضاعة الطبيعية، وينمو الطفل حيث يكون قادرا على تناول الأطعمة الصلبة.

- خلال هذه الفترة الانتقالية ينتقل الطفل أيضًا من النظام الغذائي السائل القائم على الرضاعة الطبيعية لنظام غذائي يعتمد على طعام الأسرة والتغذية الذاتية.
- لذلك فإن فترة التغذية التكميلية ليست مهمّة فقط لتلبية الاحتياجات التغذوية للطفل، ولكنها مهمة أيضًا لتكوين خيارات غذائية وعادات غذائية صحية لنمو وتطور الطفل في المستقبل.
- التغذية التكميلية غير الكافية قد تؤدي إلى إعاقات وتأخر في النمو والتطور، وخيارات غذائية وعادات غذائية غير صحية و/ أو السمنة لدى الأطفال، وجميعها لها عوامل خطورة على الصحة على المدى الطويل.

المبادئ التوجيهية لتغذية الرضّع:

- الاستمرار في توفير الرضاعة الطبيعية بشكل متكرّر وبناء على طلب الرضيع حتى بلوغه عامين من العمر أو أكثر من ذلك.
- ممارسة التغذية التي تلبي الاحتياجات (أي تغذية الرضّع بشكل مباشر وإعانة الأطفال الأكبر سناً. والحرص على تغذيتهم ببطء وتأن، وتشجيعهم على الأكل دون إجبارهم على ذلك، والحديث إليهم ومواصلة التواصل معهم عن طريق العينين).
- الحفاظ على النظافة الشخصية ومناولة الأغذية بطرق سليمة.
- البدء في الشهر السادس بإعطاء كميات قليلة من الأغذية وزيادتها تدريجيا مع تقدم الطفل في السنّ.
- القيام بزيادة سمك قوام الأغذية تدريجياً وزيادة تنوّعها.
- زيادة عدد الوجبات، أي توفير 2-3 وجبات في اليوم للرضع من الفئة العمرية 6-8 أشهر، و3-4 وجبات في اليوم للرضّع من الفئة العمرية 9-23 شهراً، مع إعطاء وجبة إلى وجبتين خفيفتين إضافيتين، حسب الحاجة.

ارشادات حول كيفية إدخال الأطعمة التكميلية:

- يفضل البدء بنوع واحد من الخضار والفواكه بحيث تكون مهروسة أو مطبوخة (طرية).

- البدء بالخضروات غير الحلوة مثل البروكلي والقرنبيط والسبانخ مما يساعد الطفل على التعود على مجموعة من النكهات (بدلاً من النكهات الحلوة فقط، مثل الجزر والبطاطا الحلوة) وقد يساعد في إرضائهم مما يأكلون عندما يكبرون.
- الأطعمة التي تحتوي على مسببات الحساسية (مثل الفول السوداني والبيض والغلوتين والأسماك) يمكن أن تقدم من بعد 6 أشهر من العمر، ويجب إدخال طعام واحد جديد منها بكميات قليلة ومراقبة ظهور واحد أو أكثر من عوارض التحسس (طفح جلدي، تورّم الوجه حول الفم، احمرار ملتحمة العين، الخ).
- منتجات الألبان كاملة الدسم، مثل الجبن المبستر واللبن الزبادي، والتي لا تحتوي على سكر مضاف.
- تجنب إضافة السكر أو الملح المضاف إلى طعام الأطفال (أو ماء الطبخ).
- تأجيل الخبز والمعكرونة حتى الشهر الثامن والحمضيات حتى الشهر التاسع.
- عدم إعطاء البيض النيء حتى ولو كان بلدياً لأنه يمكن أن يؤدي إلى التسمم بجرثومة السالمونيلا.
- تأجيل العسل إلى ما بعد عمر السنة للوقاية من الإصابة ببكتيريا خطرة وهي كلوستريديوم بوتولينيوم (Clostridium botulinum).
- تأجيل الحليب كامل الدسم إلى ما بعد السنة، ولكن يمكن استعماله مخففاً (مهلبية، كسترد، إلخ) أو مشتقاته.

تغذية الرضع أثناء وبعد المرض حسب العمر:

- **أقل من 6 شهور**: الرضاعة الطبيعية بشكل متكرر ومدة أطول في كل رضعة.
- **6 إلى 24 شهراً**: الرضاعة الطبيعية بشكل متكرر ومدة أطول في كل رضعة، وزيادة تناول السوائل، وعرض الطعام على الطفل. إعطاء وجبات صغيرة متكررة. تقديم الأطعمة اللينة الغنية بالعناصر الغذائية والمتنوعة والأطعمة المفضلة للطفل. إعطاء أطعمة مهروسة أو طرية إذا كان الطفل يعاني من صعوبة في البلع (عدم تخفيف كثافة الأطعمة أو الحليب) إطعام الطفل ببطء وصبر وتشجيعه على الأكل وعدم إجباره.

عند التعافي: زيادة كمية الطعام بعد المرض حتى يستعيد الطفل وزنه وينمو بشكل جيد. الاستمرار في التغذية بشكل متكرر: تناول وجبة إضافية كل يوم أو وجبات خفيفة استجابة لزيادة جوع الطفل المتعافي.

سوء التغذية –لمحة:

تقلل التغذية والسلوكيات الصحية في وقت مبكر من الحياة من مخاطر زيادة وزن الأطفال واضطرابات النمو ونقص المغذيات الدقيقة وتسوس الأسنان والأمراض غير المعدية والاضطرابات الاجتماعية والنفسية. ويعتبر تقييم نمو الطفل ومراقبته بشكل روتيني جزءًا مهمًا من الرعاية الصحية الوقائية والمبكرة للكشف عن الحالات الصحية. تتضمن الطرق الشائعة لرصد النمو بروتوكولات قياسية للقياس وزن الطفل أو طوله أو ارتفاعه ومحيط رأسه، ثم تفسيرها باستخدام مخططات النمو القياسية. يُشير سوء التغذية إلى النقص أو الزيادة أو عدم التوازن في مدخول الطاقة و/ أو المغذيات لدى الشخص.

ويشمل مصطلح سوء التغذية ثلاث مجموعات واسعة النطاق من الحالات الصحية:

- نقص التغذية، الذي يشمل الهزال (انخفاض الوزن بالنسبة إلى الطول)، والتقزّم (قصر القامة بالنسبة إلى العمر)، ونقص الوزن (انخفاض الوزن بالنسبة إلى العمر).
- سوء التغذية المتعلق بالمغذيات الدقيقة، الذي يشمل عوز المغذيات الدقيقة (نقص الفيتامينات والمعادن المهمة) أو فرط المغذيات الدقيقة.
- فرط الوزن والسمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي (مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية وداء السكري وبعض السرطانات).

تقييم الحالة التغذوية للطفل:

- الحصول على السيرة الذاتية للطفل.
- قياس وزن وطول الطفل ومحيط الرأس وتوثيقه على ملف النمو والتطور (للذكور والإناث).
- إجراء الفحص الجسماني الشامل للطفل بما فيه الفحص السني للطفل وحسب الفئة العمرية.
- تقييم المخاطر التي قد تؤثر في نمو وتطور الطفل.
- الاستفسار عن نمط تغذية الطفل (الرضاعة الطبيعية الكاملة أو الرضاعة الصناعية أو الإطعام).
- توثيق أي من المشاكل الغذائية التي يعاني منها الطفل مثل الاستفراغ وانتفاخ البطن وغيرها.
- تقييم الطريقة التي استخدمت عند بدء إطعام الطفل والأعراض الناتجة عن هذه الأطعمة.
- تقديم وتوثيق المشورة حول الغذاء الجيد للطفل وحسب الفئة العمرية.

أنواع نقص التغذية:

هناك ثلاثة مقاييس تستخدم للكشف عن نقص التغذية لدى الأطفال:

- **يُعرف قصر القامة بالنسبة إلى العمر بالتقزم**: وينجم عن نقص التغذية المزمن أو المتكرر، وعادة ما يرتبط بتردي الظروف الاجتماعية الاقتصادية، وتردي صحة الأمهات وتغذيتهن، والاعتلال المتكرر و/ أو عدم تغذية الرضع وصغار الأطفال ورعايتهم على النحو الملائم في مراحل الحياة المبكرة. ويحول التقزم دون تحقيق الأطفال لإمكاناتهم الجسمانية والإدراكية.
- **يُعرف انخفاض الوزن بالنسبة إلى العمر نقص الوزن**: والطفل الناقص الوزن قد يكون مصاباً بالتقزم أو الهزال أو كليهما.
- **يُعرف انخفاض الوزن بالنسبة إلى الطول بالهزال**: وعادة ما يشير ذلك إلى حدوث فقدان الوزن الحاد حديثاً، نتيجة لعدم تناول الشخص الغذاء الكافي و/ أو إصابته بمرض معد، مثل الإسهال، أدى إلى فقدانه للوزن. ويتعرض الطفل الصغير المصاب بالهزال المتوسط أو الحاد لزيادة مخاطر الوفاة، ولكن العلاج ممكن. يؤدي نقص التغذية إلى سرعة التأثر بالمرض والتعرض للوفاة ولاسيما بالنسبة إلى الأطفال.

إرشادات عامة للتعامل مع نقص التغذية عند الأطفال

تعديل النظام الغذائي:

- يتم تغيير النظام الغذائي للطفل بعد إجراء عملية التقييم التغذوي الصحيحة للطفل، حيث يتم التركيز على تناول الأطعمة الغنية بالطاقة والبروتين والعناصر الغذائية (كالحليب ومشتقاته واللحوم، والبقوليات، ومجموعة الخضار، والفواكه.
- وفي حال كان الطفل يعاني من سوء التغذية المزمن يتم إعداد نظام غذائي يحتوي على كمية من الطاقة تزيد عن 120-150 سعر حراري/كغم/يوم وذلك بهدف زيادة الوزن بالإضافة إلى زيادة كمية البروتين.
- تناول وجبات صغيرة ومتكررة، بحيث يتم توزيع الطعام على 5-6 وجبات يوميا بدلاً من ثلاث وجبات.
- زيادة محتوى الطاقة في الوجبات، وذلك بإضافة بعض المكونات التي تحتوي على كميّةٍ عاليةٍ من السعرات الحرارية إلى الطعام الذي يتناوله الطفل، مثل: الزيت النباتي، الأفوكادو، الطحينية، الحليب والجبن وغيرها من الخيارات الصحية وأن يكون الطعام سميك.

علاج المُسبب:

إذا كان سبب نقص التغذية عند الطفل مرض ما، يجب إعطاؤه الأولوية في التعامل معه و/أو علاجه (الالتهابات الطفيلية، خاصة الديدان المعوية، الإسهال).

إعطاء المكملات الغذائية:

مكملات غذائية للطفل تحتوي على مجموعة من الفيتامينات والمعادن اللازمة له.

التغذية من خلال الأنابيب أو التغذية الوريدية:

قد يحتاج الأطفال المصابون بنقص التغذية الحاد إلى العلاج داخل المستشفى وذلك بهدف تعويض السوائل والعناصر الغذائية من خلال تركيب أنابيب التغذية أو التغذية الوريدية.

فقر الدم عند الأطفال:

- مرض فقر الدم قد ينتج عن نقص الحديد أو حامض الفوليك (Folate) أوالفيتامين "ب".
- من أعراض فقر الدم الناجم عن نقص الحديد ما يلي: شحوب في الجلد، اعياء، خمول، تأخر في النمو والتطور للطفل ضعف الشهية، سرعة التنفس بشكل غير طبيعي).
- استخدام المسار العلاجي للكشف عن فقر الدم يساعد في أخذ الاحتياطات الاحترازية من خلال تزويد المشورة الغذائية وفعالية المعالجة وبالتالي تقليل تأثيره على نمو الطفل وتطوره.
- يتم إجراء فحص الهيموغلوبين عند عمر 9-12 شهر وعمر18-24 شهر وعمر 36 شهر وعمر 48 شهر وعمر 59شهر.

- يتم العلاج بإعطاء الجرعة المناسبة من الحديد حسب مستوى الهيموجلوبين مع المشورة وحسب المسار السريري الخاص.

المشورة الغذائية:

- عدم تناول الشاي مع أو بعد الوجبة مباشرةً؛ لأنَّه يحتوي على مادة التانين (Tannin) التي ترتبط بالحديد، وتُقلّلُ من امتصاصِه.
- الابتعاد عن الأغذية المصنعة والملونة والمشروبات الغازية.
- إعطاء الطفل غداء متوازناً؛ فيه لحم أو دجاج أو سمك وخضراوات ورقية داكنة اللون، فوجود فيتامين (ج) المتوفر في الخضراوات (مثل الطماطم والبروكلي) والحمضيات (مثل البرتقال) والفواكه (مثل الفراولة والكيوي) يزيد من امتصاص الحديد في الأمعاء.
- أهم الأغذية الغنية بالحديد هي: اللحوم الحمراء، الدجاج، البيض، زبدة الفول السوداني، البقول، الحبوب الكاملة، الشوفان، الأوراق الورقية الخضراء كالسبانخ (اضافة مصدر فيتامين ج).
- الابتعاد عن الأغذية الغنيَّة بالمواد التي ترتبط مع الحديد، وتُقلّلُ من امتصاصه؛ الموجودة في السبانخ، والسلق، والفايتيت (Phytate) الموجودة في نخالة القمح.
- اعطاء المكمل الغذائي قبل أو بعد الوجبة بساعتين وليس مع وجبة الطفل.
- عدم اعطاء المكمل الغذائي مع أي مصدر من مصادر الحليب ومشتقاته.

*لمزيد من النتائج المتعلقة بالوضع التغذوي والمغذيات الدقيقة الرجوع إلى المسح الوطني للمغذيات الدقيقة والوضع التغذوي 2019

يعطى الطفل:

- فيتامين "د" (Vitamin D supplement) ← 400-800 IU daily
- ونقط الحديد (Iron drops) ← 2-3 mg /kg/day

قائمة المصادر والمراجع

- نظام الخدمة المدنية.

Retrieved from:
https://www.csb.gov.jo/web/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=28&Itemid=315&lang=ar [on 01.01.2024].

- قانون الصحة العامة.

Retrieved from:
https://moh.gov.jo/AR/List/%D8%A7%D9%84%D9%82%D9%88%D8%A7%D9%86%D9%8A%D9%86 [on 01.01.2024].

- نظام التأمين الصحي المدني.

Retrieved from:
https://www.csb.gov.jo/web/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=48&Itemid=317&lang=ar [on 01.01.2024].

- نظام وقاية الصحة العامة من أضرار التدخين.

Retrieved from:
http://www.hia.gov.jo/ebv4.0/root_storage/ar/eb_list_page/%D9%86%D8%B8%D8%A7%D9%85_%D8%A7%D9%84%D9%88%D9%82%D8%A7%D9%8A%D8%A9_%D9%85%D9%86_%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%AF%D8%AE%D9%8A%D9%86.pdf [on 01.01.2024].

- "الدليل الإجرائي لإدارة الأداء الوظيفي وتقييمه في الخدمة المدنية"، ديوان الخدمة المدنية، 2018.

Retrieved from:
https://csb.gov.jo/web/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=tag&tag=%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%AF%D9%84%D8%A9&Itemid=363&lang=ar [on 01.01.2024].

- Friedman، S. D. (2014). Total leadership: be a better leader، have a richer life. Boston، MA: Harvard Business Review Pr.
- Ibarra، H. (2015). Act Like a Leader، Think Like a Leader. Boston: Harvard Business Review Press.
- Grover، T. S. (2013). Relentless: From Good to Great to Unstoppable. Simon and Schuster.
- Oran، S.، Conrad، S.، & Oran، N. (2015). The art of medical leadership: expand your influence: a guide to identifying and moving beyond common leadership mistakes. Tucson، AZ: Wheatmark.

- "Human Relations Management Theory Basics" By Gail L. Perry 2011 https://www.business.com/articles/human-relations-management-theory-basics [accessed 01.01.2024].
- Organizational Communication "Human Relations and Human Resource Approach" by Elton Mayo https://orgcommsarahdalton.blogspot.com/2007/10/human-relations-and-human-resource.html [accessed 01.01.2024].
- Businessmate "Scientific Management" by Frederick Winslow Taylor. https://www.google.jo/books/edition/The_Principles_of_Scientific_Management/VbQnAAAAYAAJ?hl=en&gbpv=0 [accessed 01.01.2024].
- Slideshare "Introduction to human resource management" Power Point Presentation https://www.slideshare.net/tanujpoddar/introduction-to-human-resource-management-30053105 [accessed 01.01.2024].
- Brown، J. A. (2010). The healthcare quality handbook: a professional resource and study guide. Pasadena، CA: J.B. Quality Solutions.
- الموقع الرسمي ل "مجلس اعتماد المؤسسات الصِحيّة "(HCAC).

  Website:
  http://hcac.jo/en-us/
- The official website for ECRI (Emergency Care Research Institute). https://www.ecri.org/
- الموقع الرسمي ل "وزارة الصحة الأردنية".

  Website:
  https://moh.gov.jo/
- "معايير اعتماد مؤسسات الرعاية الصِحيّة الأولية وتنظيم الأسرة"، مجلس اعتماد المؤسسات الصِحيّة، الإصدار الثالث 2016.
- الموقع الرسمي ل "شركة الحوسبة الصِحيّة".

  Website:
  https://www.ehs.com.jo/ar
- The official website for AHIMA "American Health Information Management Association".
  http://www.ahima.org/
- "الدليل الإرشادي والتدريبي لرفع وتعزيز الوعي الصحي"، مديرية التوعية والإعلام الصحي، وزارة الصحة الأردنية بالتعاون مع مشروع الرعاية الصِحيّة المتكاملة الممول من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، 2019.
- World Health Organization. (2018). 2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs) (No. WHO/HIS/IER/GPM/2018.1). World Health Organization.
  Retrieved from:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf?sequence=1 [on 01.01.2024].

- World Health Organization. (2013). Towards People-Centered Health Systems: An Innovative Approach for Better Health Outcomes. 2013. World Health Organization Regional Office for Europe، Division of Health Systems and Public Health.
  Retrieved from:
  https://www.researchgate.net/publication/259653441_Towards_people-centred_health_services_delivery_A_Framework_for_Action_for_the_World_Health_Organisation_WHO_European_Region [on 01.01.2024].

- إطار الخدمات الصِحيّة المتكاملة التي تركز على الإنسان"، وثائق جمعية الصحة العالمية ج39/69، منظمة الصحة العالمية، 2016.
  Retrieved from:
  http://apps.who.int/gb/a/a_wha69.html [on 01.01.2024].

- "مرشد العناية الصِحيّة. حيث لا يوجد طبيب"، ديفيد ورنر، ترجمة د. مي حداد، صادر عن مؤسسة الأبحاث العربية، بيروت-لبنان، الطبعة الخامسة 1987.

- Mahler، H. (1981). The meaning of health for all by the year 2000. In World Health Forum (Vol. 2، No. 1، pp. 5-22).
  Retrieved from:
  https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695953/ [on 01.01.2024].

- World Health Organization. (2008). The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever).
  Retrieved from:
  https://reliefweb.int/report/world/world-health-report-2008-primary-health-care-now-more-ever?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiAkeSsBhDUARIsAK3tiedvB_QA7lg_z3FrRoCklcdB_nZ_PQCmB80P9NRsySl1GofJMaKyCPcaAq9KEALw_wcB [on 01.01.2024].

- دليل منع العدوى والسيطرة عليها في مؤسسات الرعاية الصِحيّة، وزارة الصحة الأردنية، 2017.

- "تعليمات إدارة النفايات الطِبّية (تعليمات رقم 2001/1)"، وزارة الصحة الأردنية.
  Retrieved from:
  https://www.moh.gov.jo/ebv4.0/root_storage/ar/eb_list_page/%D8%AA%D8%B9%D9%84%D9%8A%D9%85%D8%A7%D8%AA_%D8%A5%D8%AF%D8%A7%D8%B1%D8%A9_%D8%A7%D9%84%D9%86%D9%81%D8%A7%D9%8A%D8%A7%D8%AA_%D8%A7%D9%84%D8%B7%D8%A8%D9%8A%D8%A9.pdf [on 01.01.2024].

- "التقرير السنوي للعنف الأسري"، وزارة الصحة 2017.

- "العنف ضد الأطفال في الأردن"، الدكتور خليل عليان، اليونيسيف، الأردن، 2007.
- "دليل إجراءات التعامل مع حالات العنف ضد المرأة"، يونيسيف 2008، معتمد لدى وزارة الصحة الأردنية.
- "دليل إجراءات التعامل مع حالات العنف ضد الطفل"، يونيسيف 2008، معتمد لدى وزارة الصحة الأردنية.
- الموقع الرسمي ل "مديرية الأمراض السارية/مهام المديرية، وزارة الصحة الأردنية".
  Website:
  https://www.moh.gov.jo/ar/Subsite/communicable [accessed 01.01.2024].
- "دليل الرصد الوبائي للأمراض السارية"، وزارة الصحة الأردنية، 2016.
- World Health Organization. (2008). International health regulations (2005). World Health Organization.
  Retrieved from:
  https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43883/9789246580415_ara.pdf?sequence=2 [on 01.01.2024].
- "التقرير الإحصائي السنوي"، وزارة الصحة الأردنية، لعام 2017.
- World Health Organization. Diarrheal disease / fact sheet.
  https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease [accessed 01.01.2024].
- Walker، C. L. F.، Friberg، I. K.، Binkin، N.، Young، M.، Walker، N.، Fontaine، O.، ... & Black، R. E. (2011). Scaling up diarrhea prevention and treatment interventions: a Lives Saved Tool analysis. PLoS medicine، 8(3)، e1000428.
  Retrieved from:
  https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000428 [on 01.01.2024].
- World Health Organization. (2015). World Health Day 2015: How Safe is your food? From farm to plate، make food safe (No. WHO-EM/MAC/044/E). World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean
  Retrieved from:
  https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204237/Fact_Sheet_WHD_2015_EN_16271.pdf [on 01.01.2024].
- World Health Organization. World Health Day 2015: From farm to plate، make food safe.
  https://www.emro.who.int/media/news/world-health-day-2015-from-farm-to-plate-make-food-safe.html [accessed 01.01.2024].

- Centers for Disease Control and Prevention. Salmonella. https://www.cdc.gov/salmonella/ [accessed 01.01.2024].
- World Health Organization. Influenza (Seasonal) / fact sheet. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal) [accessed 01.01.2024].
- Centers for Disease Control and Prevention. Key Facts about Influenza (Flu). https://www.cdc.gov/flu/about/keyfacts.htm [accessed 01.01.2024].
- World Health Organization. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) / fact sheet. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov) [accessed 01.01.2024].
- World Health Organization. Disease outbreak news / Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) – Jordan https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2014_05_07_mers_jordan-en [accessed 01.01.2024].
- Centers for Disease Control and Prevention. Middle East respiratory syndrome (MERS). https://www.cdc.gov/coronavirus/mers/about/index.html [accessed 01.01.2024].
- World Health Organization. MERS situation update، July 2019. Infographic. **Retrieved from:** http://applications.emro.who.int/docs/EMROPub_MERS_July_2019_EN.pdf?ua=1 [on 01.01.2024].
- World Health Organization. MERS situation update، July 2019. http://www.emro.who.int/pandemic-epidemic-diseases/mers-cov/mers-situation-update-july-2019.html [accessed 01.01.2024].
- World Health Organization. (2019). Global tuberculosis report 2019: executive summary. **Retrieved from:** https://www.who.int/tb/publications/global_report/tb19_Exec_Sum_12Nov2019.pdf [on 01.01.2024].
- World Health Organization. Rabies. https://www.who.int/health-topics/rabies#tab=tab_1 [accessed 01.01.2024].
- Mondiale de la Santé، O.، & World Health Organization. (2017). Human rabies: 2016 updates and call for data. Weekly Epidemiological Record= Relevé épidémiologique hebdomadaire، 92(7)، 77-86. **Retrieved from:** https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254623/WER9207_77-86.pdf [on 01.01.2024].

- "الدليل الإرشادي للتطعيم ورصد الأمراض التي يطعم لها"، وزارة الصحة الأردنية، الطبعة الرابعة 2017.
- World Health Organization. WHO Recommendations for routine immunization. https://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/ [accessed 01.01.2024].
- World Health Organization. Non-communicable diseases / fact sheet. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases [accessed 01.01.2024].
- World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2014. **Retrieved from:** https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1 [on 01.01.2024].
- World Health Organization. Non-communicable diseases country profiles-JORDAN 2018. Infographic. **Retrieved from:** https://www.who.int/publications/c?healthtopics=248de190-a82c-402a-a0eb-6020ca9e80c8&regionscountries=d896b62f-fb71-4aae-a657-6ab44929b140 [on 01.01.2024].
- Forouzanfar MH، Afshin A، Alexander LT، Biryukov S، Brauer M، Cercy K. Global، regional، and national comparative risk assessment of 79 behavioural، environmental and occupational، and metabolic risks or clusters of risks، 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1659–724. **Retrieved from:** https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931679-8 [on 01.01.2024].
- الدليل الإرشادي لعلاج ارتفاع ضغط الدم في مراكز الرعاية الصِحيّة الأولية، وزارة الصحة الأردنية، 2015.
- World Health Organization. Hypertension / fact sheet. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension [accessed 01.01.2024].
- الدليل الإرشادي لعلاج السكري في مراكز الرعاية الصِحيّة الأولية، وزارة الصحة الأردنية، 2015.
- World Health Organization. Diabetes / fact sheet. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes [accessed 01.01.2024].

- World Health Organization. (2016). Global report on diabetes: executive summary (No. WHO/NMH/NVI/16.3). World Health Organization. **Retrieved from:** https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204874/WHO_NMH_NVI_16.3_eng.pdf?sequence=1 [on 01.01.2024].
- World Health Organization. Diabetes country profiles - JORDAN 2016. Infographic. **Retrieved from:** https://www.who.int/diabetes/country-profiles/jor_en.pdf [on 01.01.2024].
- World Health Organization. Asthma / fact sheet. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma [accessed 01.01.2024].
- Centers for Disease Control and Prevention. Asthma. https://www.cdc.gov/asthma/default.htm [accessed 01.01.2024].
- World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) / fact sheet. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd) [accessed 01.01.2024].
- Centers for Disease Control and Prevention. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). https://www.cdc.gov/copd/index.html [accessed 01.01.2024].
- "الصحة النفسية للجميع، حيث لا يوجد طبيب نفسي"، تأليف فيكرأيل أيل، ورشة الموارد العربية، بيروت، 2008.
- Plummer M، de Martel C، Vignat J، Ferlay J، Bray F، Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. Lancet Glob Heal. 2016; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27470177 [accessed 01.01.2024].
- "القوانين الطِبِّية والقضائية في الطب الشرعي"، الدكتور سميح ياسين أبو الراغب، الأردن، 2011.
- "كتاب أبو الراغب في الطب الشرعي "-الجزء الأول، الأستاذ الدكتور سميح ياسين أبو الراغب، الأردن، 2018.
- "الطب الشرعي، مبادئ وحقائق"، الدكتور حسين شحرور، مكتبة النرجس، القاهرة، 2000.
- الموقع الرسمي ل "المديريات المركزية/ وزارة الصحة الأردنية". https://www.moh.gov.jo/AR/List/%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%AF%D9%8A%D8%B1%D9%8A%D8%A7%D8%AA_%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B1%D9%83%D8%B2%D9%8A%D8%A9 [accessed 01.01.2024].

- "الدليل العملي للصحة والنظافة داخل المدرسة"، وزارة التربية والتعليم الأردنية. https://moe.gov.jo/sites/default/files/ldlyl_lmly_llsh_wlnzf_dkhl_lmdrs_.pdf [accessed 01.01.2024].
- "تعليمات إرشادية لمقدمي خدمات رعاية الأمومة والطفولة في المراكز الصِحيّة"، مديرية صحة المرأة والطفل/ وزارة الصحة الأردنية بالتعاون مع مشروع الرعاية الصِحيّة المتكاملة الممول من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، 2018.
- "دليل المشورة المتكاملة لخدمات صحة المرأة والطفل-دليل المتدرب"، مديرية صحة المرأة والطفل/ وزارة الصحة الأردنية بالتعاون مع مشروع الرعاية الصِحيّة المتكاملة الممول من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، 2018.
- World Health Organization. (2016). Guideline: daily iron supplementation in infants and children. World Health Organization. **Retrieved from:** https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204712/9789241549523_eng.pdf?sequence=1 [on 01.01.2024].
- نظام الخدمة المدنية الجديد \ صفحة ديوان الخدمة المدنية. https://www.csb.gov.jo/web/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=28&Itemid=315&lang=ar
- نظام التنظيم الإداري لوزارة الصحة \ ديوان التشريع والرأي. http://www.lob.jo/?v=2&lang=ar#!/Jordanian-Legislation
- نظام معدل لنظام التامين الصحي. http://www.hia.gov.jo/ebv4.0/root_storage/ar/eb_list_page/%D9%86%D8%B8%D8%A7%D9%85_%D9%85%D8%B9%D8%AF%D9%84_%D9%84%D9%86%D8%B8%D8%A7%D9%85_%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%A3%D9%85%D9%8A%D9%86_%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D9%8A_%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%AF%D9%86%D9%8A.pdf
- بطاقة الوصف الوظيفي. https://www.moh.gov.jo/AR/List/%D8%A7%D9%84%D9%88%D8%B5%D9%81_%D8%A7%D9%84%D9%88%D8%B8%D9%8A%D9%81%D9%8A
- اللجان الطبية \ وزارة الصحة. https://www.moh.gov.jo/AR/Pages/%D8%A7%D9%84%D9%84%D8%AC%D8%A7%D9%86_%D8%A7%D9%84%D8%B7%D8%A8%D9%8A%D8%A9 https://moh.gov.jo/AR/Pages/development_instructions
- مدونة قواعد السلوك الوظيفي وأخلاقيات الوظيفة العامة. https://www.mit.gov.jo/EBV4.0/Root_Storage/EN/EB_HomePage/modawent.pdf
- UN General Assembly (37th sess.: 1982-1983). https://digitallibrary.un.org/record/43638?ln=en
- الدليل الغذائي الإرشادي لمعالجة الأمراض المزمنة 2020 / وزارة الصحة **Retrieved from:**

https://moh.gov.jo/ebv4.0/root_storage/ar/eb_list_page/chronic_diseases_guide_website_(1).pdf [on 01.01.2024].

- الدليل الإرشادي الغذائي للأردنيين 202 / وزارة الصحة

Retrieved from:
https://moh.gov.jo/ebv4.0/root_storage/ar/eb_list_page/jordan_guide_book_(1).pdf [on 01.01.2024].

- المسح الوطني للمغذيات الدقيقة والوضع التغذوي 2019 / وزارة الصحة.

Retrieved from:
https://moh.gov.jo/ebv4.0/root_storage/ar/eb_list_page/jnmns19_report_220207_printable.pdf [on 01.01.2024].

- المسح الوطني التدرجي (STEPs) لرصد عوامل الخطورة المرتبطة بالأمراض غير السارية 2019 / الأردن.

Retrieved from:
https://moh.gov.jo/ebv4.0/root_storage/ar/eb_list_page/jnmns19_report_220207_printable.pdf [on 01.01.2024].

