تقرير الاستدامة

للهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة – 2023

مقدمة

بـــذلت الأردن جهـــوداً واضـــحة في تحقيـــق الهـــدف الثالـث مـن أهـداف التنميـة المسـتدامة لـيس فقـط عـلى المسـتوى الإقلـيمي بـل الـدولي، إذ كانـت الأردن مـن أوائـل الـدول بتشـكيل فريـق وطـني ممثـل لجميـع المؤسسـات والـوزارات ذات العلاقـة، ويُعتـبر هـذا التقريـر نتـاج جهـود مشـتركة واجتماعـات مسـتمرة للفريـق لاسـتعراض جهـود القطـاع الصـحي لتحقيـق الهـدف الثالـث مـن أهـداف التنمية المستدامة.

تكمـن أهميـة الهـدف الثالـث في كونـه يتعلّـق بالصـحة الـتي تـنعكس عـلى بـاقي الأهـداف بشـكل مبـاشر؛ فالصـحة الجيـدة تعـني تعلـيم جيّـد، وإنتاجيـة أفضـل. لـذلك أولـت وزارة الصـحة أهميـة كبـيرة لمفهـوم الاسـتدامة وأدرجتـه في جميـع برامجهـا ومشـاريعها لتحقيـق الوصـول والحصـول على جميع الخدمات الصحية بعدالة.

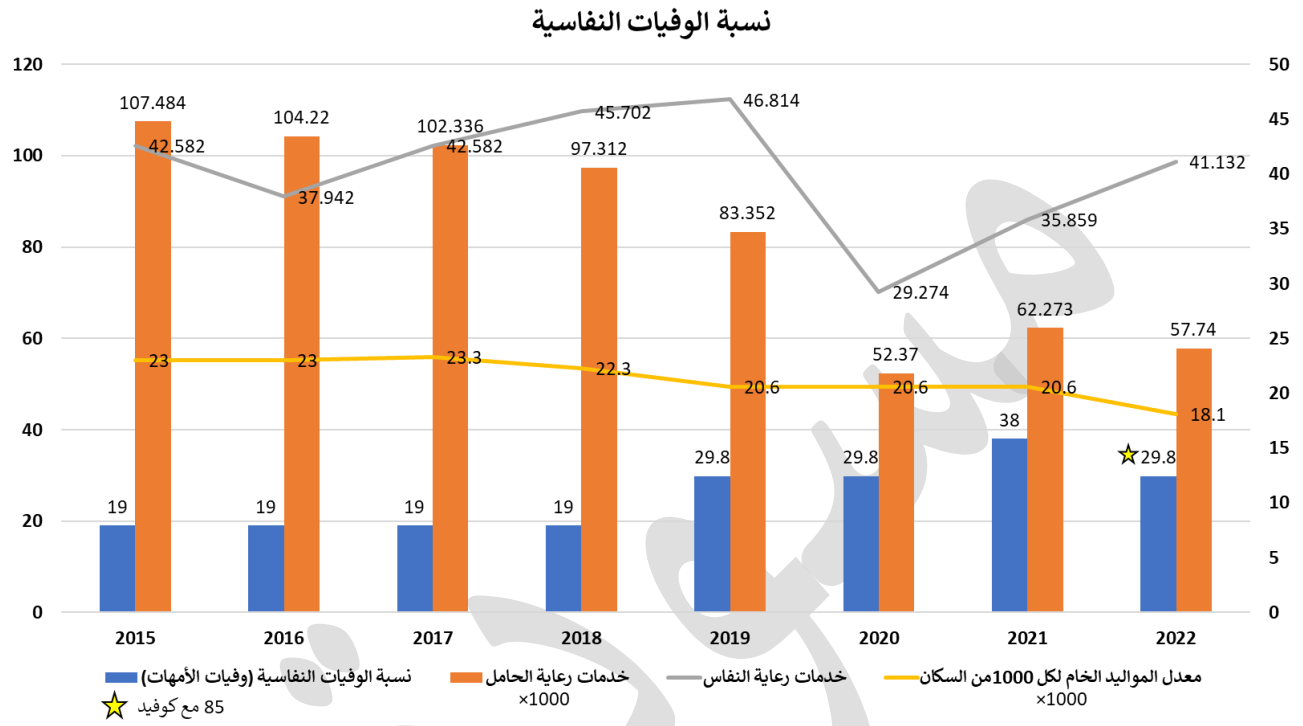
نسـتعرض في هـذا التقريـر غايـات ومـؤشرات الهـدف الثالـث؛ ونضـع بـين أيـدكم أهـم الإجـراءات المتخـذة لتحقيـق هـذه الغايـات، ونناقش التحـديات والمعيقـات الـتي تقـف في سـبيل الوصـول للغايـة، ونقـدّم التوصـيات للتحسـين، إذ نهـدف مـن خـلال هـذا التقريـر مراجعـة مـا فعلنـاه؛ نبـني عـلى الانجـاز، ونحسّـن في الفجـوات لغايـة الوصـول للغايـات جميعهـا مـع حلـول عـام 2030 لضـمان حياة فضلى لجميع الأردنيين.

مديرية إدارة المشاريع والتخطيط والتعاون الدولي
2023

مؤشرات الهدف الثالث

الغاية (3.1) خفض النسبة العالمية للوفيات النفاسية إلى أقل من 70 حالة لكل 100,000 من المواليد الأحياء.

المؤشر 3.1.1 نسبة الوفيات النفاسية.



تمهيد.

على الرغم من أن الحمل بطبيعته يمثل مرحلة مفعمة بالأمل وتجربة إيجابية لجميع النساء، إلا انه من المؤسف تحوله بالنسبة لملايين النساء في جميع أنحاء العالم إلى تجربة محفوفة بمخاطر قد تودي بحياتهن نتيجة افتقارهن إلى رعاية صحية ذات جودة عالية. حيث تشير أحدث التقديرات في تقارير المنظمات ذات الصلة التابعة للأمم المتحدة إلى أن امرأة واحدة تموت كل دقيقتين أثناء الحمل أو الولادة، وذلك نتيجة التراجع المقلق في صحة المرأة خلال السنوات الأخيرة، حيث زادت وفيات الأمهات أو بقيت كما هي دون تغيير في جميع أقاليم العالم تقريباً. الأمر الذي يكشف عن الحاجة الملحة لضمان حصول كل امرأة وفتاة على الخدمات الصحية الحيوية قبل الولادة وخلالها وبعدها، وأن تتمكن كلٌ منهن من ممارسة حقوقها الإنجابية كاملةً. تؤكد الممارسات الميدانية أن من أبرز العوامل والأسباب لوفيات الأمهات يتمثل في النزيف الحاد وارتفاع ضغط الدم والإصابة بالعدوى المرتبطة بالحمل والمضاعفات الناجمة عن الإجهاض غير الآمن والاعتلالات الموجودة أصلاً التي يمكن أن تتفاقم بسبب الحمل (مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا), وكل هذه يمكن الوقاية منها وعلاجها إلى حد كبير من خلال الحصول على رعاية صحية تتسم بالجودة العالية والسمعة الطيبة.

محلياً، وعلى الرغم من أهمية تلقي الأمهات لخدمات رعاية النفاس للتقليل من وفيات الأمهات، إلا أن البيانات الوطنية تظهر أن نسبة الخدمات رعاية النفاس لا تزال منخفضة مقارنة بخدمة رعاية الحمل حتى عام 2021. ومن الملاحظ أن نسبة وفيات الأمهات انخفضت بشكل ملحوظ خلال عام 2022 لتصل إلى 29.8% مقارنة مع 38% خلال عام 2021، وهنا لا بد من ملاحظة ارتفاع نسبة الخدمات رعاية النفاس خلال عام 2022 مقارنة بخدمة رعاية الحمل، الأمر الذي ساهم في خفض نسبة وفيات الأمهات خلال عام 2022.

تُعتبر زيارات النفاس وزيارات الحوامل جزءًا أساسيًا من الرعاية الصحية للنساء الحوامل واللواتي ولدن حديثًا في الأردن. تهدف زيارات الحوامل إلى رصد صحة النساء أثناء فترة الحمل والتعرف على أي مشاكل صحية مبكرة قد تواجههم. بينما تأتي زيارات النفاس بعد الولادة لتقديم الرعاية اللازمة للأمهات الجديدات. يُظهر التحليل والأبحاث أن الربط بين هاتين الجوانب من الرعاية الصحية للنساء يمكن أن يسهم في تحسين صحة الأمهات والأطفال. من خلال تقديم الرعاية المبكرة والكشف عن المشاكل الصحية في وقت مبكر خلال فترة الحمل وبعد الولادة، يمكن تقليل معدل وفيات الأمهات في الأردن وزيادة فرص البقاء على قيد الحياة للأمهات وأطفالهن.

الإجراءات المتخذة للحد من وفيات الأمهات:

1. يتم تقديم خدمات الحمل الآمن في المراكز الصحية والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة ورعاية ما قبل الحمل ومتابعة الحمل وخدمات ما بعد الولادة.

2. يتم اعتماد مراكز صديقة للمرأة عبر سلسلة معايير تختص بتقديم الخدمات الصحية الشاملة بمفهوم الرعاية المتمحورة حول المرأة.

3. يتم التحري عن علامات الخطورة للحمل وفقا لنموذج "كوبلاند" المحدث وتدريب الكوادر لتوفير الخدمة.

4. تحويل حالات الحمل متوسط وشديد الخطورة لعيادات تخصصية ومتابعتها.

5. يتم التقصي عن حالات العنف الأسري وتدريب الكوادر على آلية التبليغ والتعامل مع الفئات المعنفة للكشف الباكر عن علامات الخطورة وتحويلهم للجهات المناسبة.

6. عمل ورشات تدريبية واعداد مدربين لتقديم الخدمات الصحة الانجابية بكفاءة وجودة وعدالة.

7. تشجيع الرضاعة الطبيعة عبر تأهيل كوادر مدربة كمستشارين رضاعة والحد من تسويق بدائل حليب الأم عبر مراقبة تطبيق نظام ضبط التسويق ضمن المؤسسات الصحية العامة.

8. توفير مشورة متكاملة وعقد ندوات توعوية ومجموعات داعمة للرضاعة الطبيعية.

9. رفع نسبة التبليغ من المستشفيات في كافة المملكة للوفيات بجميع انواعها بشكل عام من خلال ضباط الارتباط والحرص على جودة المعلومات من خلال التذكير بأهمية جودتها على عدة مراحل.

10. الحرص على ترميز الحالات بأحدث التصنيفات العالمية للأمراض والمعتمدة لدينا من خلال منظمة الصحة العالمية.

11. توفير وسائل تنظيم الاسرة للنساء الاردنيات والسوريات على حد سواء.

12. الادخال الفوري لهذه البيانات على الانظمة القديم منها والحديث والتأكد منها والمراقبة عليها بعدة مستويات بداية من المستشفى حتى وصولها الى الوزارة.

13. متابعة ضباط الارتباط والعمل على حل المشكلات سواء الفنية او التقنية وعمل ورشات تدريب دورية لتدريب الجدد منهم.

14. حوسبة السجلات بأنظمة تبليغ ورصد حديثة.

أهم التحديات والمعيقات أمام تحقيق الغاية.

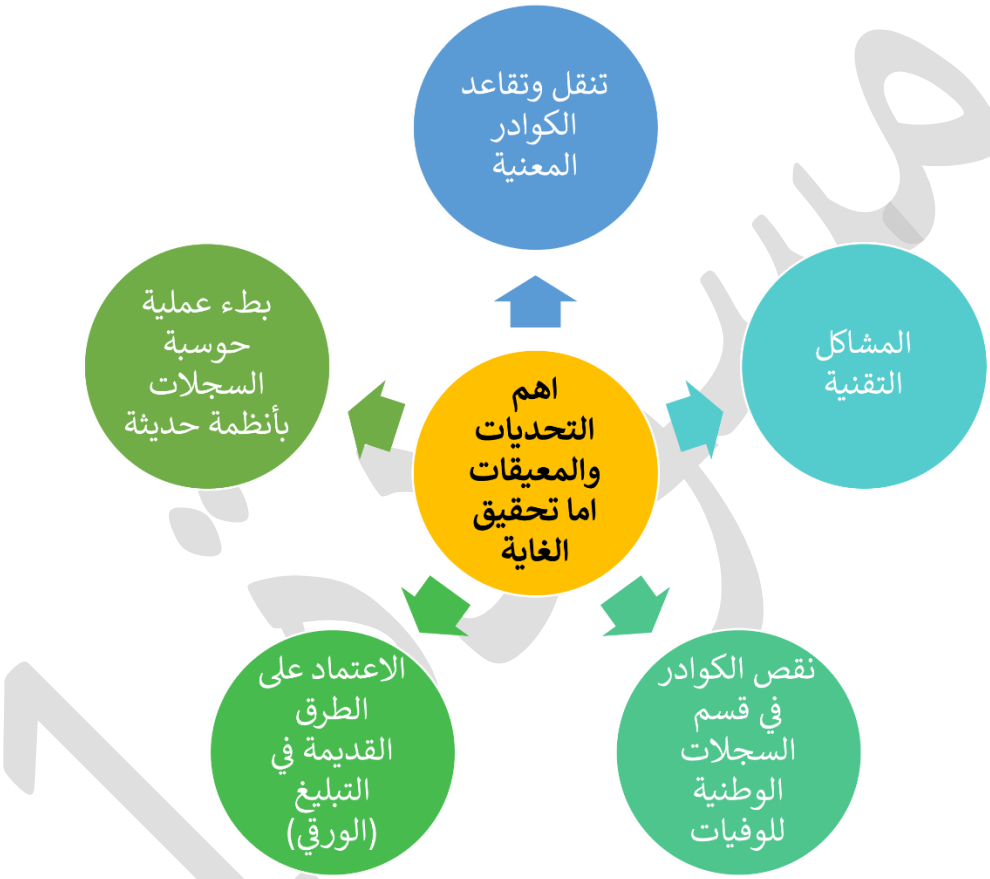
1. تنقل وتقاعد الكوادر المعنية من دون ابلاغنا مما يؤدي الى نقص في التبليغ وحدوث فجوة زمنية الى حين تسمية ضابط ارتباط جديد وتدريبه والحاقه بالعمل وهذا التأخير المعيق الاكبر في تحقيق الغاية

2. المشاكل التقنية من تعطل النظام او انقطاع الانترنت او مشاكل في الاجهزة المستخدمة في التبليغ والمشاكل الفنية والادارية في مواقع التبليغ مثل عدم معرفة اهمية التبليغ والمؤشرات.

3. نقص الكوادر في قسم السجلات الوطنية للوفيات يسبب تأخير في الادخالات مما يؤدي الى تراكم البيانات غير المدخلة وتؤدي الى تأخير كبير في اصدار التقارير والارقام والمؤشرات الحيوية.

4. الاعتماد على الطرق القديمة في التبليغ (الورقي) الى حتى هذه اللحظة من المسببات والمعيقات لتحقيق الغاية.

5. بطء عملية حوسبة السجلات بأنظمة حديثة لتسرع من عملية التبليغ واصدار المؤشرات المطلوبة والسبب الرئيسي هو نقص التمويل المادي .



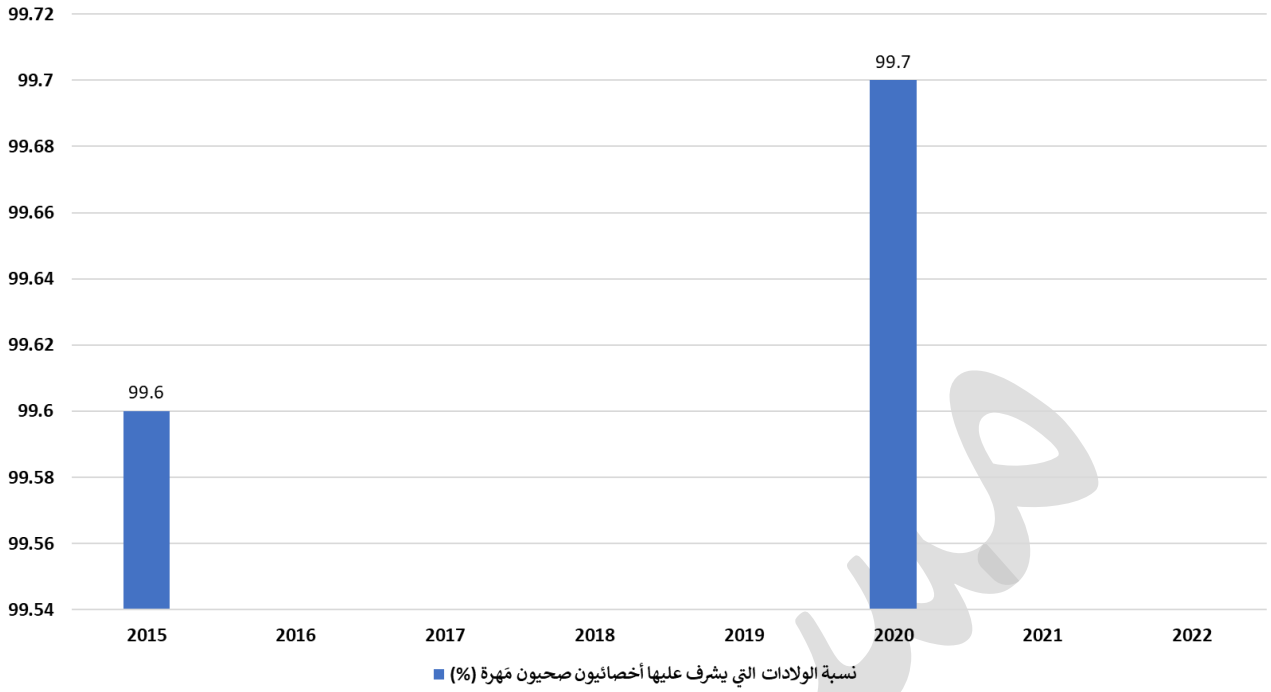
التوصيات اللازمة لتحسين الغاية.

1. الدعم الفعلي والحقيقي من اصحاب القرار بأهمية السجلات الوطنية والمؤشرات الصادرة عنها ويشمل ذلك توفير كوادر اضافية للحد من تراكم البيانات غير المدخلة وتصنيفها.

2. ديمومة الدعم المادي للسجلات وخصوصا حوسبتها بشكل يسهل عملية التبليغ وجودة البيانات وعمل الورشات التدريبية للكوادر المعنية

3. الاستفادة من تجارب الاخرين كدول ناجحة في نظام السجلات والمؤشرات الحيوية والصحية وتعكس حقيقة واقع الحال فيها واخذ هذه التجارب وتطبيقها على انظمتنا.

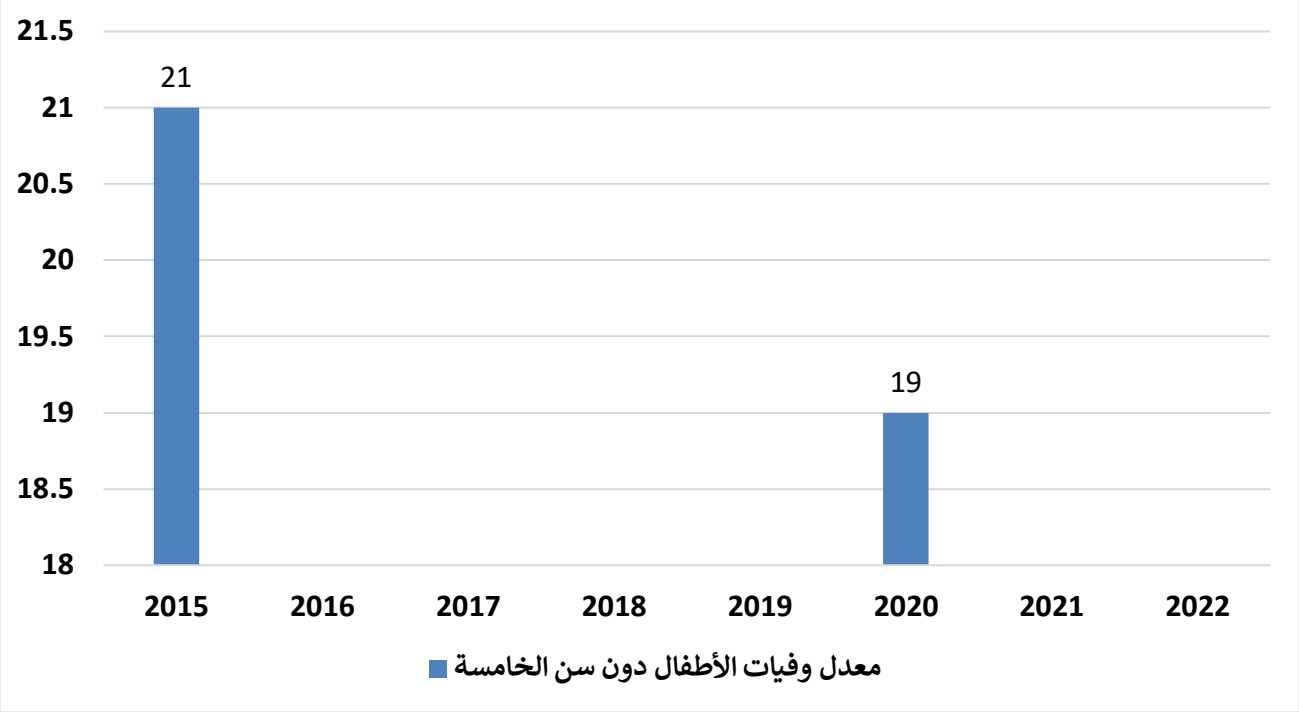
المؤشر 3.1.2 نسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحيون مَهرة



يمكن الوقاية من معظم مضاعفات الولادة أو إدارتها إذا تمكنت المرأة من الوصول إلى الاختصاصيون الصحيون مهرة قادرين على إدارة وتوفير الرعاية الجيدة والتدخلات المنقذة للحياة أثناء الولادة. إن وجود الاختصاصيون الصحيون المهرة هو مقياس لقدرة النظام الصحي على توفير الرعاية الكافية للنساء الحوامل أثناء المخاض والولادة. يقدم العاملون الصحيون المهرة رعاية فعالة ومتواصلة وعالية الجودة، ويتم تعريفهم على أنهم متخصصون أكفاء في مجال صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة الذين تم تعليمهم وتدريبهم وتنظيمهم وفقاً للمعايير الوطنية والدولية.

الاختصاصيون الصحيون المهرة يلعبون دوراً حاسماً في تقديم الرعاية الصحية الأمومية، فهم قادرون على توفير وتعزيز رعاية قائمة على الأدلة وقائمة على حقوق الإنسان وعالية الجودة ومراعية للاعتبارات الاجتماعية والثقافية وكريمة للنساء والأطفال حديثي الولادة؛ تسهيل العمليات الفسيولوجية أثناء المخاض والولادة لضمان تجربة ولادة نظيفة وإيجابية؛ تحديد وإدارة أو إحالة النساء و/أو الأطفال حديثي الولادة الذين يعانون من مضاعفات. بالإضافة إلى ذلك، وباعتبارهم جزءاً من فريق متكامل من المتخصصين في مجال صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة فإنهم يؤدون جميع الوظائف الإرشادية لرعاية الأمهات والأطفال حديثي الولادة في حالات الطوارئ لتحسين صحة ورفاهية النساء والأطفال حديثي الولادة. إن عدم القدرة على الوصول إلى الاختصاصيون الصحيون المهرة وقت الولادة يضر بصحة المرأة وتمكينها لأنه قد يؤدي إلى وفاة الأم أو معاناتها من إعاقة مدى الحياة، خاصة في البيئات المهمشة.

المؤشر 3.2.1 معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة



تؤكد الأمم المتحدة أن وفيات الأطفال لا تزال عند مستويات مقلقة، بالرّغم من التقدّم الذي تم احرازه في هذا المجال عالمياً خلال العقدين الماضيين، حيث حذرت الأمم المتحدة من تسارع تدهور مستويات وفيات الأطفال إذا ما تم اتخاذ إجراءات سريعة لتحسين الخدمات الصحية قبل عام 2030، حيث تؤكد الاحصائيات أن خمسة ملايين طفل حول العالم توفوا خلال عام 2021 قبل بلوغهم سن الخامسة، كان من بينها ما يقارب 2.3 مليون وفاة حدثت قبل أن يتم الطفل شهره الأول نتيجة الولادة المبكرة أو مضاعفات متعلقة بالولادة، أما أسباب وفاة الأطفال بعد الشهر الأول فكان السبب الأساسي هو الأمراض المعدية بما في ذلك الالتهابات الرئوية والإسهال والملاريا.

وانطلاقاً مما سبق، فإنه من الملاحظ عالمياً أن معظم أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة يمكن تجنّبها إلى حدّ كبير من خلال توفير رعاية صحية ملائمة عند الولادة وتأمين المكمّلات الغذائية اللازمة وتمكين هؤلاء الأطفال من تلقّي اللّقاحات الضرورية.

يعتبر معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن هو مؤشر حيويً يعكس صحة الأطفال وجودتها في هذا البلد. يتم حساب هذا المعدل عادة كعدد الوفيات لكل 1,000 طفل دون سن الخامسة خلال عام معين. أما التحليلات المرتبطة بهذا المؤشر فيمكن اجمالها بما يلي:

1. **الاتجاهات الزمنية**: يمكن أن تظهر الاتجاهات الزمنية في معدل وفيات الأطفال تحسنًا مستدامًا أو تدهورًا. يجب مراقبة هذه الاتجاهات للتحقق من فعالية الجهود المبذولة في تحسين صحة الأطفال.

2. **الأسباب الرئيسية**: يجب دراسة الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن، مثل الأمراض المعدية، وسوء التغذية، ونقص الرعاية الصحية. هذا يمكن أن يساعد في توجيه الجهود الصحية والاجتماعية بشكل أفضل.

3. **السياق الاقتصادي والاجتماعي**: يجب أيضًا النظر في العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر على صحة الأطفال، مثل الفقر، والتعليم، والوصول إلى الخدمات الصحية. هذه العوامل يمكن أن تلعب دورًا هامًا في معدل وفيات الأطفال.

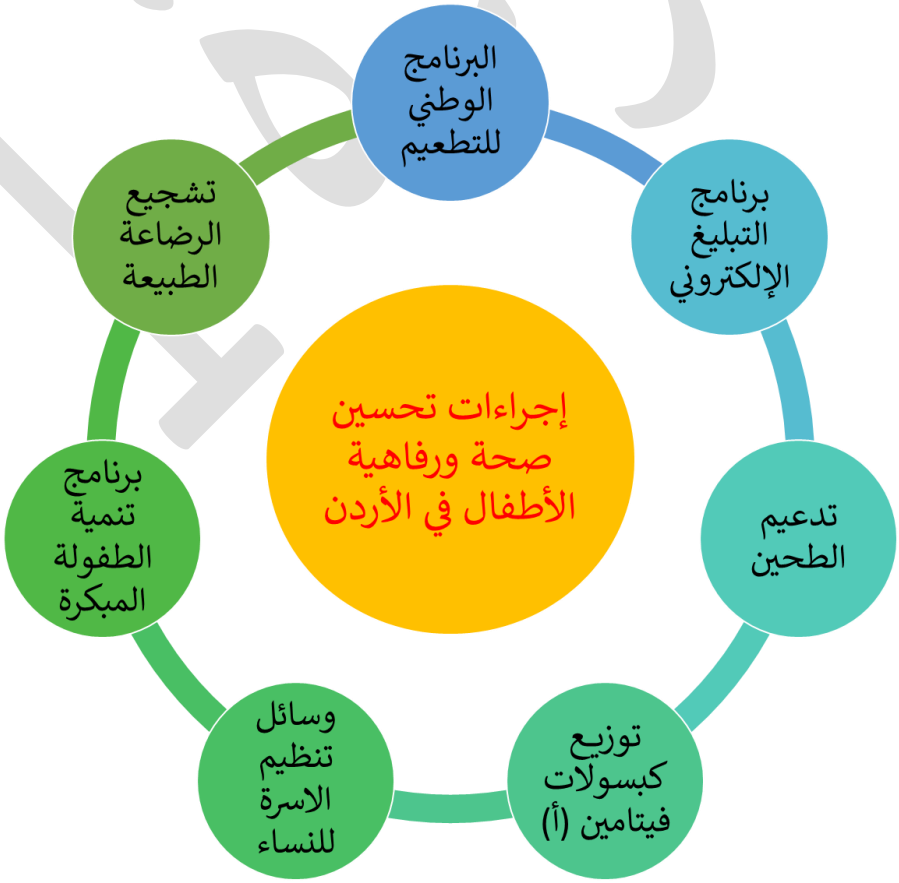
4. **الجهود الوقائية**: يجب أن تتضمن استراتيجيات الحد من معدل وفيات الأطفال التوعية بالصحة، وتحسين التغذية، وتعزيز الرعاية الصحية الأمومية والطفولية، وزيادة توفير اللقاحات.

5. **الأهداف الدولية**: الأردن قد اتخذ التزامات دولية للحد من معدل وفيات الأطفال كجزء من أهداف التنمية المستدامة. يجب متابعة التقدم نحو تحقيق هذه الأهداف.

الإجراءات المتخذة للحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة:

إن فهم معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة يساعد في توجيه الجهود نحو تحسين صحة ورفاهية الأطفال في الأردن، حيث خطى الأردن خلال الأعوام السابقة خطوات واسعة في هذا الصدد، ويمكن إجمال أبرزها بما يلي:

1. التحصين ضد امراض الطفولة من خلال البرنامج الوطني للتطعيم.
2. برنامج التبليغ الإلكتروني عن وفيات المواليد تحت عمر 28 يوم.
3. يتم تدعيم الطحين الموحد بالفيتامينات والمعادن.
4. يتم توزيع كبسولات فيتامين (أ).
5. برنامج تنمية الطفولة المبكرة.
6. توفير وسائل تنظيم الاسرة للنساء الاردنيات والسوريات على حد سواء.
7. تشجيع الرضاعة الطبيعة عبر تأهيل كوادر مدربة كمستشارين رضاعة والحد من تسويق بدائل حليب الأم عبر مراقبة تطبيق نظام ضبط التسويق ضمن المؤسسات الصحية العامة.



أهم التحديات والمعيقات أمام تحقيق الغاية.

1. نظام الإبلاغ الضعيف والتشريعات والذي تكون العائلات بموجبه مسؤولة عن تسجيل المواليد والوفيات بدلا من المرافق والمؤسسات الصحية.

2. يسود نقص المغذيات الدقيقة بين النساء والأطفال الأردنيين واللاجئين السوريين، ويعود ذلك للأنظمة الغذائية السيئة التي تفتقر إلى المواد المغذية، وعدم كفاية الوصول إلى الرعاية الصحية وسوء المياه والصرف الصحي

3. انتشار فقر الدم بين الاطفال والامهات.

4. معظم أهالي الأطفال ذوي الإعاقات لديهم معلومات محدودة بشأن الخدمات المجتمعية المتاحة، مما يؤخر في الكشف عن الإعاقة وطلب الرعاية، وبالتالي يؤدي إلى تأخيرات في النمو وتراجع في القدرات.

5. لا تزال الحكومة تواجه صعوبات في الحصول على اللقاحات بكلفة منخفضة من الممثلين المحليين لشركات اللقاحات العالمية.

التوصيات لتحقيق هذه الغاية.

1. تحسين أنظمة المعلومات الصحية، خصوصا المتعلقة بإبلاغ عن المواليد الجدد من أجل فهم المشكلة بشكل أفضل والتخفيف من انتشارها.

2. الاستفادة من تطبيق برنامج صحة الأم والطفل على الهاتف النقال في تقديم معلومات التوعية الصحية للام وطفلها في النظام العام للرعاية الصحية.

3. تعزيز نظام الكشف المبكر عن الاعاقات في مرحلة الطفولة.

4. رفع مستوى الوعي بشأن تنويع النظام الغذائي لألم وطفلها والرضاعة الطبيعية على مستوى المجتمع من أجل تحسين التغذية.

5. النظر في كيفية خفض الرسوم التي تدفعها الأسر الأكثر فقراً.

6. تأسيس نظام تأمين صحي موحد وشامل (تغطية صحية شاملة) لحماية الأسر الضعيفة من الإنفاق الصحي الكارثي في الحالات الصحية الخطيرة.

7. وضع مبادرات الوقاية والرعاية المجانية من أجل معالجة الارتفاع في انتشار الأمراض غير المنقولة.

8. تحسين جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة العام.

9. الحاجة لدعم خارجي للبدء بتقديم لقاح المكورات الرئوية، ولا تزال الحكومة تواجه صعوبات في الحصول على اللقاحات بكلفة منخفضة من الممثلين المحليين لشركات اللقاحات العالمية.

10. الاستمرار في رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة وتقديم المعلومات خاصة للأمهات الأميات واللواتي يقطن في المناطق النائية.

11. رفع مستوى وعي المرأة الصحي والإنجابي حول خدمات الأمومة والطفولة.

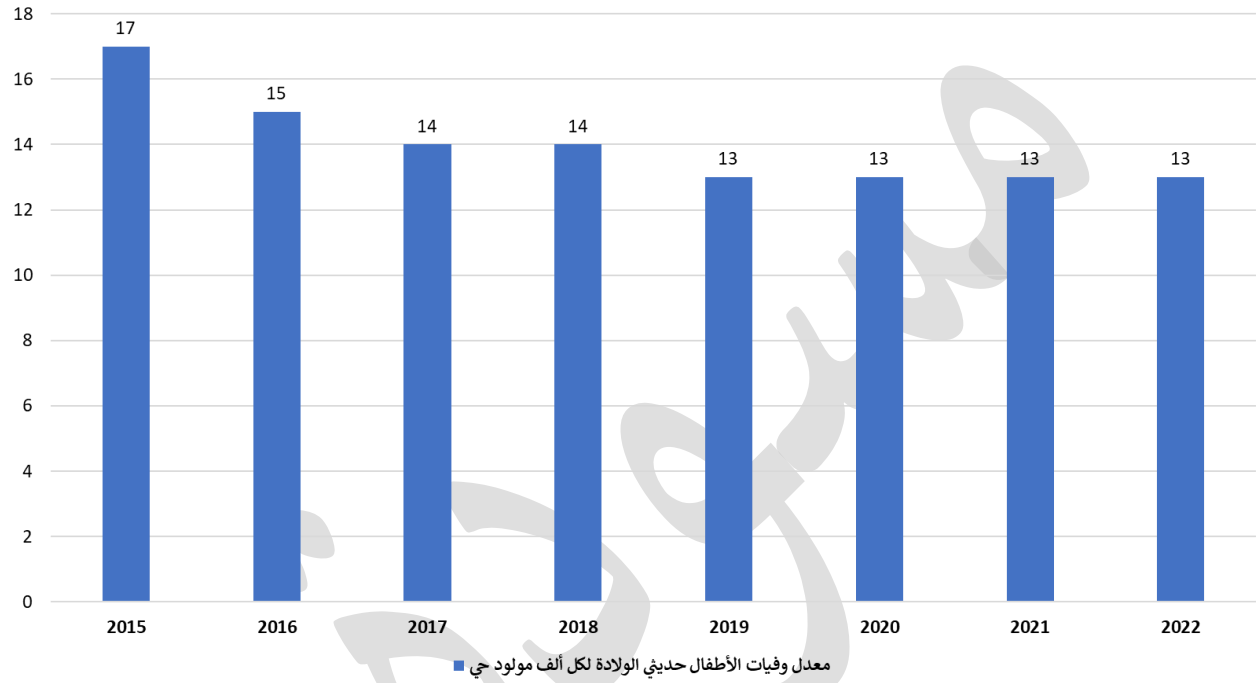
12. توعية المرأة بأهمية وضرورة الإنجاب في الفترة الآمنة من عمرها (18 – 35 سنة).

13. التأكيد على أهمية الفحص الطبي الإلزامي قبل الزواج، وضرورة إيجاد وسائل التوعية الناجحة.

14. توفير قاعدة معلومات دقيقة وشاملة عن الوفيات واسبابها لأنها تعتبر من اهم المعلومات الصحية المعتمدة لتقييم الوضع الصحي للمجتمع ويحدد اهم المشكلات الصحية السائدة التي يتم بموجبها تبني برامج صحية لمعالجة هذه المشاكل او تخفيف حدوثها مع ترتيب الاولويات في تبني تلك البرامج.

15. توفير المعلومات الدقيقة لبناء السياسات السكانية.

المؤشر 3.2.2 معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة



في كل عام، يموت ما يقدر بنحو 2.4 مليون طفل خلال فترة حديثي الولادة، ويولد 2 مليون طفل ميتًا. تمثل الوفيات في الشهر الأول من العمر نصف جميع الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة. ومع ذلك، حتى وقت قريب، لم تحظ أسباب وفيات الأطفال حديثي الولادة هذه والحلول لها إلا باهتمام ضئيل نسبيًا. علاوة على ذلك، تتحمل البلدان المتضررة من الأزمات نسبة متزايدة من عبء وفيات المواليد الجدد. حيث تشير التقارير الدولية إلى أن متوسط معدل وفيات المواليد في البلدان منخفضة الدخل يبلغ 27 حالة وفاة لكل 1000 ولادة، بينما يبلغ المعدل في البلدان مرتفعة الدخل 3 وفيات لكل 1000 ولادة.

أما على الصعيد المحلي، فتشير البيانات أن معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة في الأردن خلال عام 2022 بلغ 13 حالة، وهو ما يشير إلى نجاعة الإجراءات التي تتخذها المنظومة الصحية في الأردن في هذا الصدد، إلا أنه وعلى الرغم من ذلك فلا بد من اتخاذ المزيد من الإجراءات لخفض هذا المعدل ومراقبته بشكل دقيق نظراً لاحتمالية تغيره مع مرور الوقت.

الإجراءات لتحقيق هذه الغاية:

1. **تحسين الرعاية الصحية الأمومية**: تعزيز جودة الرعاية الصحية للنساء أثناء الحمل وأثناء فترة ما بعد الولادة يمكن أن يقلل من معدل وفيات الأطفال. ذلك يشمل تقديم التشخيص المبكر للمشكلات الصحية ومتابعة الحمل بعناية.

2. **توفير التطعيمات**: تقديم اللقاحات المناسبة للأطفال في الوقت المناسب يمكن أن يحميهم من الأمراض المعدية وبالتالي يقلل من معدل الوفيات.

3. **تعزيز التثقيف الصحي**: توعية الأمهات والأسر بأهمية الرعاية الصحية للأمهات والأطفال، وتوفير معلومات حول التغذية السليمة والعناية بالرضع.

4. **تحسين وصول الخدمات الصحية**: ضمان أن الخدمات الصحية متاحة وميسرة للأمهات والأطفال في جميع المناطق الريفية والحضرية.

5. **التشجيع على تنظيم الأسرة**: توفير خدمات تنظيم الأسرة والتوعية حولها تساهم في تحديد العدد المناسب من الأطفال وتقليل المخاطر الصحية.

تعود أسباب وفيات حديثي الولادة إلى:

1. عدم تمام مدة الحمل والاختناق عند الولادة والعديد من الاسباب المعدية الأخرى.

2. تتمثّل أهمّ أسباب الوفاة، بعد انتهاء فترة الولادة الحديثة وطيلة الأشهر الخمسة الأولى من حياة الطفل، في الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا والحصبة والإيدز والعدوى بفيروسه.

3. يمثّل سوء التغذية أحد العوامل الدفينة التي تسهم في وقوع ما يقارب 45% من مجموع وفيات الأطفال، ذلك أنّه يجعل الأطفال أكثر عرضة للأمراض الوخيمة.

4. مرض الأم بنسبة (6.7%) واوضاع معينة للوليد بنسبة (6.4%) والاختناق بنسبة (4.9%).

5. التشوهات الخلقية واهمها القلبية الخلقية والتشوهات المتعددة التي شكلت ما نسبتها 25,8% و19.1% اهم المسببات الخلقية للوفاة.

6. يرتفع خطر الوفاة عند الاطفال الذين وزنهم قليل او قليل جدا وقت الولادة الى ثلاثة اضعاف مقارنة مع الاطفال الذين كانت اوزانهم وقت الولادة متوسطة او أكبر من المتوسط.

7. الاطفال حديثي الولادة في الأردن والعوامل التي تؤثر عليه:

8. المعدل الحالي لوفيات الأطفال حديثي الولادة: هذا المعدل يشير إلى عدد الأطفال الذين يموتون في الأردن خلال السنة الأولى من عمرهم مقارنة بعدد الأطفال المولودين. يعتبر انخفاض هذا المعدل علامة إيجابية تشير إلى تحسن جودة الرعاية الصحية.

الإجراءات لتقليل معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة:

تحسن خدمات الامومة والطفولة التي تقدم مجاناً في المراكز الصحية التابعة للوزارة وهي: رعاية الحامل قبل واثناء وبعد الولادة في مرحلة النفاس، رعاية الطفل وتنظيم الاسرة والفحوصات المخبرية ذات الصلة برعاية الام والطفل؛ فضلاً عن اعطاء الحديد والفيتامينات للحامل والطفل مجاناً إضافة إلى شمول فئة النساء الحوامل والأطفال الأردنيين دون ست سنوات بالتأمين الصحي المدني مجاناً.

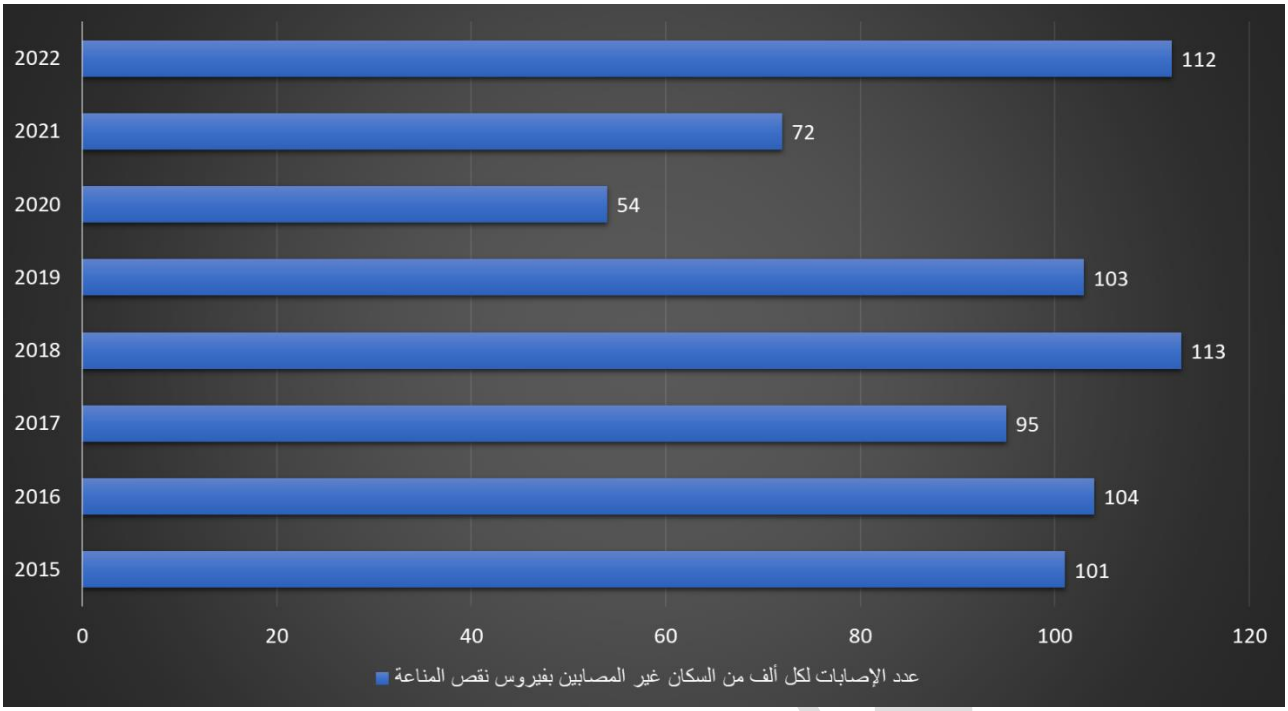
تتضمن الإجراءات الفعالة تحسين الرعاية الأمومية والنسبية للأطفال بما في ذلك تعزيز التوعية بأهمية الولادة الآمنة والتغذية الصحية للأمهات والأطفال وتوفير اللقاحات والفحوصات الروتينية.

شملت الجهود لتقليل معدل وفيات الأطفال في الأردن تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية عبر توسيع شبكة المستشفيات والعيادات وتقديم خدمات صحية أفضل للنساء الحوامل والأطفال الرضع، كما ارتفع عدد مراكز صحة الأم والطفل 502 مركز صحي وتعزيز التوعية بأهمية الصحة الأمومية والطفولية وتحفيز التغذية السليمة وتوفير التطعيمات والرعاية النفسية والاجتماعية للأمهات والأطفال.

المتابعة والتقييم: من المهم متابعة وتقييم الجهود المبذولة لتقليل معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة بانتظام لضمان تحقيق التقدم المستدام وتحسين صحة الأمهات والأطفال في الأردن.

تقليل معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة يتطلب جهوداً مشتركة من الحكومة والمؤسسات الصحية والمجتمع المحلي لتحسين جودة الرعاية الصحية وتعزيز الوعي بأهمية الصحة الأمومية والطفولية.

المؤشر 3.3.1 عدد الإصابات الجديدة بفايروس نقص المناعة (الإيدز) لكل 1000 من السكان غير المصابين، حسب الجنس والعمر والسكان



لا يزال فيروس نقص المناعة يمثل مشكلة صحية عامة عالمية رئيسية، حيث أودى بحياة 40.4 مليون شخص حتى بداية تموز 2023 مع استمرار انتقال العدوى في جميع بلدان العالم، وإبلاغ بعض البلدان عن اتجاهات متزايدة في الإصابات الجديدة في حين أنها شهدت في السابق حالة انخفاض. أشارت التقديرات إلى أن عدد المصابين بالفيروس بلغ 39.0 مليون شخص في نهاية عام 2022، منهم 25.6 مليون شخص يعيشون في إقليم المنظمة الأفريقي، في عام 2022، توفي 630 ألف شخص لأسباب مرتبطة بفيروس نقص المناعة وأصيب 1.3 مليون شخص بهذا الفيروس.

توجه الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس نقص المناعة وعدوى الأمراض المنقولة جنسياً للفترة 2022 - 2030، عمل قطاع الصحة في ميدان لتحقيق أهداف القضاء على الإيدز وعدوى الأمراض المنقولة جنسياً بحلول عام 2030. وتوصي هذه الاستراتيجيات بأن تتخذ البلدان إجراءات مشتركة ومعنية بمكافحة الأمراض تحديداً وأن تُدعم بإجراءات أخرى تتخذها المنظمة والشركاء، بحيث تعزز هذه الإجراءات أوجه التآزر في إطار تحقيق التغطية الصحية الشاملة والرعاية الصحية الأولية وتساهم في تحقيق أهداف خطة التنمية المستدامة لعام 2030.

أردنياً، فقد اتخذ الأردن إجراءات متناغمة مع الاستراتيجية العالمية للحد من الأمراض المعدية. كما تستند هذه الإجراءات إلى استراتيجيات متعددة للتوعية والوقاية والرصد والاستجابة للأمراض المعدية. هذه الجهود تساهم بشكل كبير في الحد من انتشار هذه الأمراض وتحسين الصحة العامة في البلاد.

.

الاجراءات المتخذة لتحقيق هذه الغاية:

1. يوفر القطاع الطبي في الأردن برنامجًا لمكافحة نقص المناعة المكتسبة "الايدز" من خلال الوقاية من الإصابة والكشف عن الحالات.
2. تقديم الفحص المخبريّ والعلاج مجانًا للمصابين.
3. تقديم المشورة عن طريق الخط الساخن فيما يخص الأمراض المنقولة جنسياً.

4. تفعيل مراكز المشورة والفحص الطوعي على امتداد محافظات المملكة كافة وذلك لضمان الوصول الى الحالات المشتبه بها وتشخيصها على اختلاف أماكن تواجدها.

5. تخصيص ضباط ارتباط من (اناث وذكور) بمختلف أماكن تقديم الرعاية الصحية من مستشفيات ومراكز صحية ومديريات صحة بشكل يضمن الاقبال على خدمات المشورة والفحص الطوعي دون احراج وتلافيا للحواجز التي تحول دون الوصول الى تلك الخدمات.

6. تدريب وتأهيل المتعايشات على تقديم المشورة اللازمة للبيئة المحيطة بهن / المجتمع المحلي بطرق الوقاية والعلاج بشكل يضمن وجودهن في مقدمة فرق تقديم المشورة بين العامة واحد أوجه تنفيذ هذه العملية كان عبر التعاون مع الشبكة الإقليمية (مينا روزا).

7. توفير ادوية الوقاية القبلية والتي اتاحت للنساء غير المصابات والمتزوجات من اشخاص مصابين إمكانية القيام بمحاولات الحمل الطبيعي بشكل يقلل من فرصة نقل العدوى للحد الأدنى.

8. توفير وسائل الوقاية غير العلاجية مثل الواقيات والمزلقات والهادفة لتقليل فرص نقل العدوى بما يضمن ديمومة العلاقات الجنسية بين الأزواج بشكل امن ومستمر.

9. متابعة دورية ودقيقة لمستويات الحمل الفيروسي خلال فترة الحمل وذلك لتلافي أي اختلال في تلك الفحوصات واتخاذ اجراء سريع حال حصول أي مضاعفات.

10. توفير علاجات وقائية للأطفال ممن يولدون لأمهات متعايشات مع المرض.

11. توفير كل ما سبق بشكل مجاني ويسهل الوصول له على امتداد محافظات المملكة.

12. استغلال وسائل التواصل الاجتماعي والتي يرتادها العدد الأكبر من المراهقين لإيصال رسائل توعوية متعلقة بتلك الامراض المنقولة جنسياً.

13. توفير الدعم والعلاج النفسي من خلال مركز المشورة والفحص الطوعي للحالات التي تستدعي ذلك.

14. تحويل الحالات الى مستشفى البشير حال حدوث مضاعفات قد تستدعي تدخل فريق طبي متعدد الاختصاصات او الحاجة لإجراءات طبية تحتاج الدخول والمبيت.

<u>التحديات والمشاكل أمام تحقيق هذه الغاية:</u>

1. الوصمة الاجتماعية لمرض الايدز.

2. تعذر الوصول الى شبكه المخالطين جنسيا لمن تأكدت اصابتهم.

3. عدم التمكن من الوصول لبعض المصابين سواء كانوا حديثي الإصابة أو ممن انقطعوا عن مراجعه مركز المشورة لعدم توافر اي وسيله للتواصل مما يشكل خطورة على صحتهم وصحة المخالطين الهم.

4. عدم توفر عدد كافي من اطباء الأمراض المعدية لدى وزارة الصحة لتحويل الحالات المرضية المتعلقة بفيروس نقص المناعة لتلقي العلاج حيث يعاني الكثير من المصابين من امراض انتهازية.

5. الحاجة المستمرة لتدريب الكوادر وفقدان الكوادر ذات الخبرات بسبب التدوير المستمر والسريع للكوادر وضباط الارتباط المؤهلين.

6. صعوبة الوصول للفئات ذات الاختطار العالي (مثل السجون).

الحلول المقترحة / التوصيات لتحقيق هذه الغاية:

1. اجراء مسوحات مجتمعية ودراسات على الفئات الأكثر عرضة للإصابة بالفيروس لتحديد عدد الاصابات الفعلية ونسب الانتشار.

2. زيادة الدعم المقدم من المجتمع الدولي لرفع كفاءة الكوادر وقدرتها على التعامل مع الأشخاص المصابين بوعي وتقديم الخدمة بمعايير دولية.

3. العمل على التنسيق بين وزارة الصحة والمؤسسات المختصة في علاج الامراض المنقولة جنسيا (خاصة الايدز) في الدول الرائدة لمشاركة التجارب الناجحة ودعم قدرة الكوادر في المملكة على مواكبة تطورات الخطط العلاجية وطرق التشخيص والتعامل مع المضاعفات.

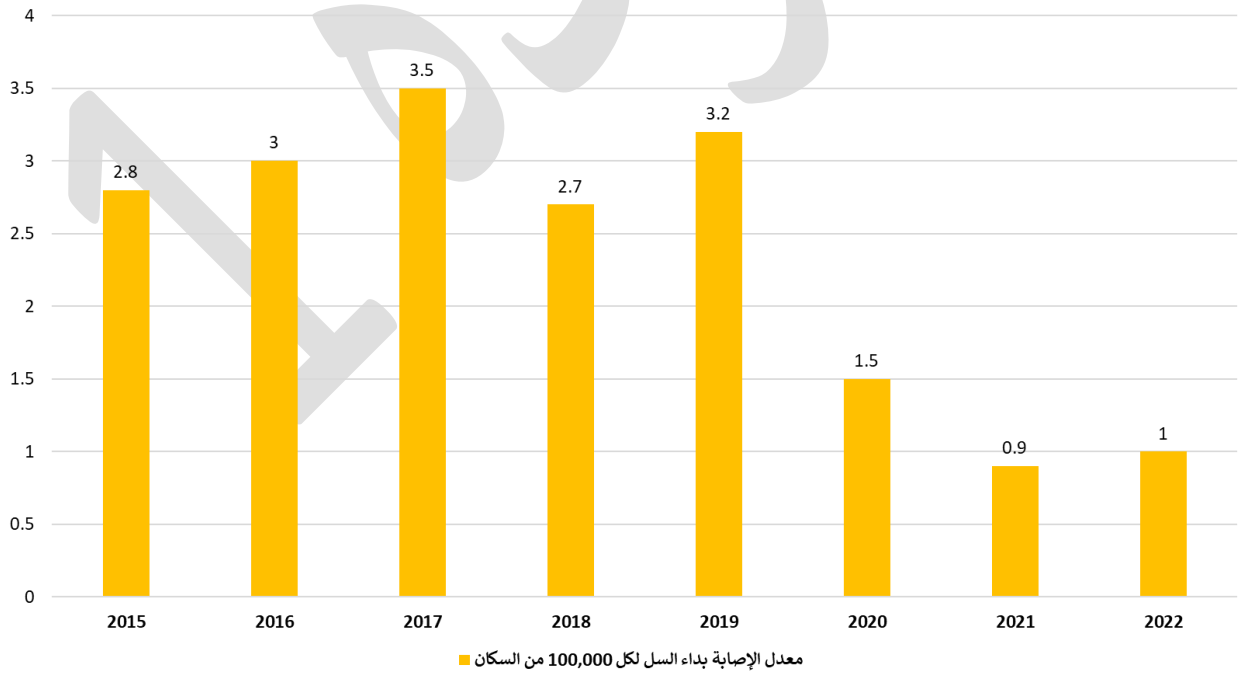
4. التنسيق مع الجهات ذات العلاقة القادرة على توفير معلومات عن المتعايشين لتسهيل الوصول إليهم دون الإفصاح عن هويتهم وبطرق تضمن الحفاظ على السرية.

5. التعاقد مع اطباء أمراض معديه ونسائية بالقطاع الخاص/ المستشفيات الجامعية وتدريب الكوادر على الإجراءات المتبعة حين الكشف على المرضى المصابين بمرض نقص المناعة او أيا من المضاعفات او الامراض الانتهازية.

6. الحاجة الماسة لتدريب الكوادر على التعامل مع الامراض المنقولة جنسيا.

7. التوعية المجتمعية فيما يخص الامراض المنقولة جنسيا ومرض الايدز.

المؤشر 3.3.2 الإصابة بالسل لكل 100,000 من السكان



وفقاً لتقديرات الأمم المتحدة، حصد داء السل في عام 2021 أرواح 1,6 مليون شخص حول العالم. حيث بات يشكل السبب الرئيسي الثالث عشر للوفاة والمرض المعدي الثاني الأشد فتكاً بعد كوفيد-19 (يفوق في ذلك الإيدز والعدوى بفيروسه)، في عام 2021، أصيب ما يقدر بنحو 10,6 ملايين شخص في العالم بالسل (ستة ملايين رجل و3,4 ملايين امرأة و1,2 مليون طفل). لا

يزال السل المقاوم للأدوية المتعددة يشكل أزمة صحية عامة وخطراً يهدد الأمن الصحي. ولم يحصل على العلاج في عام 2021 إلا شخص واحد من كل 3 أشخاص مصابين بالسل المقاوم للأدوية. تشير التقديرات إلى إنقاذ حياة نحو 74 مليون شخص في الفترة الواقعة بين عامي 2000 و2021 بفضل تشخيص السل وعلاجه.

يندرج القضاء على وباء السل بحلول عام 2030 ضمن الغايات الصحية المحددة في أهداف التنمية المستدامة الصادرة عن الأمم المتحدة، وانطلاقاً من ذلك يسعى الأردن إلى اتخاذ خطوات رائدة في هذا المجال وبما يتناغم مع الأهداف العالمية لمكافحة مرش السل وفق استراتيجيات التنمية المستدامة، تلك الإجراءات تساهم بشكل كبير في الحد من انتشار مرض السل وتحسين الوقاية والعلاج. وزارة الصحة الأردنية تعمل بجد للحفاظ على سلامة الجمهور ومنع انتشار هذا المرض المعد.

الجهود المبذولة لتحقيق هذه الغاية:

تتخذ وزارة الصحة الأردنية عدة إجراءات للحد من انتشار مرض السل والوقاية منه، حيث يعد السل من الأمراض المعدية المهمة. إليك بعض الإجراءات التي تم اتخاذها:

1. **برامج التحصين والتطعيم**: توفير لقاح السل للأفراد الذين يتعرضون لخطر الإصابة بالسل، مثل الأطفال والمخالطين للحالات المصابة بالسل. هذه اللقاحات تساعد في الوقاية من الإصابة بالسل.

2. **الكشف المبكر والتشخيص**: تقديم خدمات الكشف المبكر عن الإصابة بالسل والتشخيص السريع للمصابين. ذلك يسمح ببدء العلاج بسرعة ومنع انتشار المرض.

3. **العلاج الفعّال**: توفير العلاج الفعّال للأشخاص المصابين بالسل ومتابعتهم لضمان التماثل للشفاء ومنع تطوّر المرض إلى أشكال معدية أخرى.

4. **تعزيز الوعي الصحي**: توعية الجمهور والمجتمع بأهمية الوقاية من السل ومخاطره، بما في ذلك النظافة الشخصية والتجنب من التعرض للمصابين بالسل.

5. **مراقبة الأمراض والتقارير**: تنفيذ نظام مراقبة للسل لتتبع حالات الإصابة وانتشار المرض وتقديم التقارير المنتظمة للمنظمات الصحية الوطنية والدولية.

6. **التعاون الدولي**: العمل مع منظمات دولية مثل منظمة الصحة العالمية (WHO) والأمم المتحدة للتنسيق في مكافحة السل والتبادل في الممارسات الصحية الجيدة.

الاجراءات المتبعة لتحقيق هذه الغاية:

1. تم استحداث وادراج نظام حكيم في كافة الاقسام في المديرية للربط الالكتروني بين الاقسام وتسهيل الخدمة للمرضى والمراجعين.

2. تم القيام بعملية التقصي الوبائي للكشف عن مرض السل داخل السجون في المملكة ضمن جدول متفق علية وعمل الفحوصات الطبية والصور الشعاعية اللازمة لهم واعطاؤهم الارشادات الطبية اللازمة للمحافظة على السلامة العامة.

3. القيام بالزيارات الاشرافية لأقسام التدرن ومراكز الامراض الصدرية وصحة الوافدين والصحة المهنية التابعة لأمرنا فنياً في كافة محافظات المملكة للعمل على جاهزيتها لتقديم الخدمة الطبية والرعاية الصحية لمرضى التدرن والنظر في الاحتياجات والنواقص اللازمة والعمل على تأمينها.

4. تأمين وتزويد المراكز وأقسام الصدرية التابعة لأمرناً فنياً في المحافظات بالأدوية اللازمة لمرضى السل والكتات والمواد المخبرية اللازمة للفحوصات المخبرية والأدوات والمواد الطبية الخاصة بفحص الوافدين.

5. تم توزيع اجهزة GeneXpert للمحافظات لغايات الكشف عن مرض السل.

6. تم توزيع اجهزة اشعة Digital على المحافظات.

7. تم توزيع اجهزة اشعه (Cat 4 TB) لـ 5 محافظات والذي يعمل عل كشف حالات السل الرئوي مباشر.

8. تم استحداث وزيادة عدد الاقسام الخاصة بعلاج مرضى السل وذلك في محافظتين هما: محافظة البلقاء (دير علا) ومحافظة العاصمة (سحاب) وذلك نظرا لوجود كثافة عددية من العمالة الوافدة هناك.

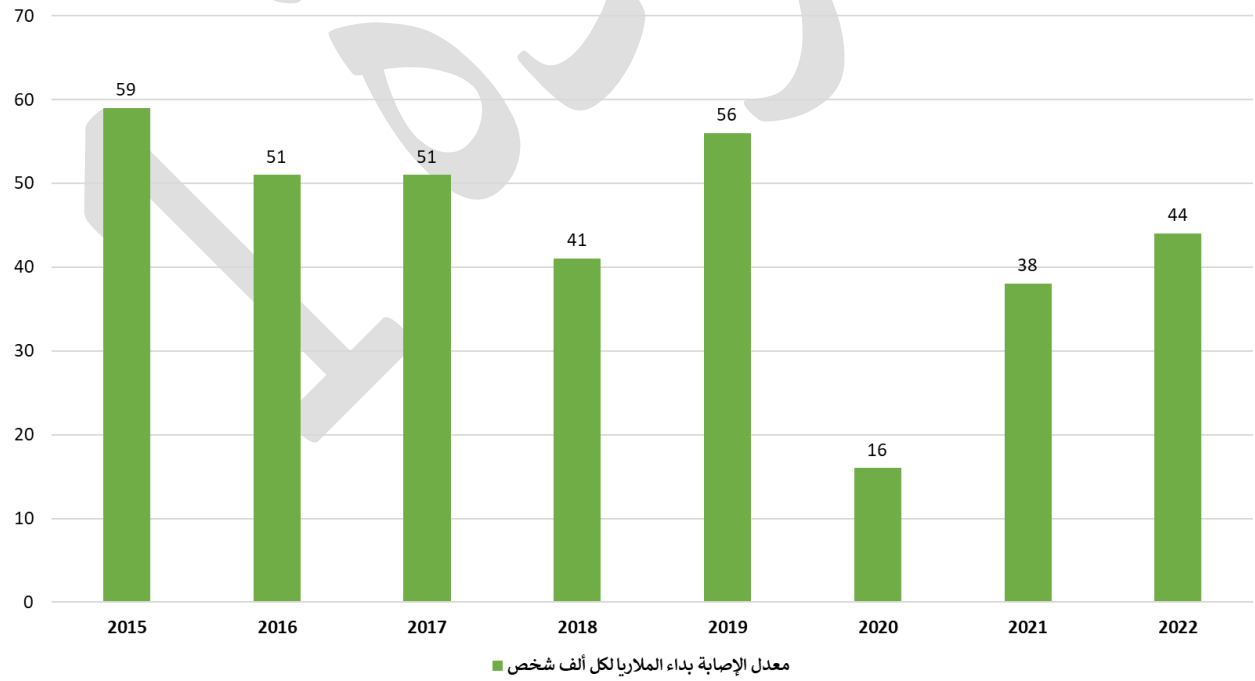
9. تم استحداث برنامج الكتروني DHIS2 يعمل على ربط قسم الاحصاء في جميع محافظات المملكة.

10. متابعة مرضى التدرن على أكمل وجه تبعا لاستراتيجية البرنامج الوطني لمكافحة السل وقد كانت مخرجاتها في عمان والمحافظات على النحو التالي: حالات الشفاء من السل وعددها (32) حالات اتمام العلاج وعددها (66).

11. تم عمل فحوصات للكشف عن مرض السل وهما: PPD وكان عددهم (1245) مراجع وفحص GeneXpert وعددهم (247) وفحص AFB وعددهم (985) وتم عمل فحص الشعاعي وكان عددهم (31432) مراجع.

12. تم عقد دورات تدريبية للكادر في المديرية من خلال وحدة التعليم والتدريب لتعزيز المعرفة لدى الكادر وكانت في المواضيع التالية: ادوية التدرن والخطة العلاجية لمريض السل، التعريف بالمختبر المرجعي، الامراض المعدية والسارية، معايير ضبط العدوى.

المؤشر 3.3.3 الإصابة بالملاريا لكل 1000 من السكان



وفقاً لأحدث تقرير عن الملاريا، أودت الملاريا بحياة ما يقدر بنحو 619 ألف شخص عام 2021، وسُجِّل حوالي 247 مليون إصابة جديدة في نفس العام. لا يزال الإقليم الأفريقي للمنظمة يرزح تحت أثقل أعباء المرض، حيث كان يمثل في عام 2021 ما يقدر

بنحو 95٪ من مجموع حالات الملاريا (234 مليون حالة) و96٪ من مجموع الوفيات (593 ألف حالة). وكان ما يقرب من 80٪ من وفيات الملاريا في الإقليم الأفريقي بين الأطفال دون سن الخامسة.

تسعى استراتيجية الأمم المتحدة إلى خفض المعدلات العالمية للإصابة بالملاريا بنسبة 90٪ أو أكثر بحلول عام 2030، ويلزم اتخاذ إجراءات عاجلة ومتضافرة لإعادة العالم إلى مسار تحقيق هذه الغاية، وفي هذا المجال تتخذ وزارة الصحة الأردنية إجراءات مهمة للحد من انتشار مرض الملاريا، على الرغم أن الملاريا ليست منتشرة بشكل واسع في الأردن.

الإجراءات المتخذة لتحقيق الغاية:

1. مكافحة البعوض الناقل للملاريا في الأماكن التي قد يتواجد بها.
2. تجريف مجاري الانهار والسيول لمنع تكاثر النواقل.
3. اخذ عينات عشوائية من العمالة الوافدة وخاصة من يعاني من اعراض او اشتباه إصابة.
4. التثقيف الصحي للقاطنين في المناطق التي يتواجد بها الناقل للمرض.
5. تنبيه المسافرين للاماكن الموبوءة وتوفير العلاج الوقائي.
6. صرف العلاج للمصابين.

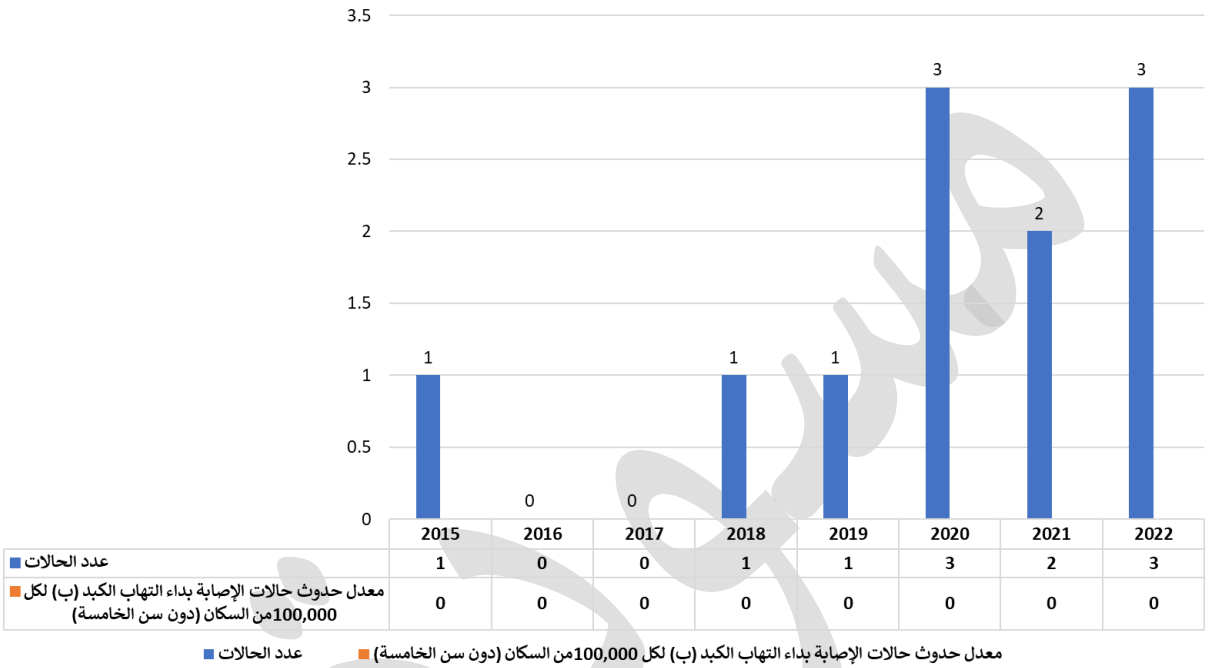
التحديات والمعيقات:

1. تقاعد عدد كبير من الكوادر والفنيين المدربين والمؤهلين في مجال رصد ومكافحة نواقل الامراض.
2. صعوبة تأمين علاجات الملاريا حيث انها غير مسجلة محلياً.
3. عدم وجود اخصائي حشرات طبية ومهندس زراعي.

التوصيات :

1. انشاء مختبر وتدريب العاملين على فحوصات الملاريا.
2. إيجاد مبنى مناسب بما يتلاءم مع طبيعية عمل القسم.
3. اشراك العاملين في ورشات او دورات تخص نواقل الامراض ومكافحتها وطرق تشخيصها.
4. تحديث وسائل النقل المستخدمة من قبل القسم والمكاتب التابعة للقسم.

المؤشر 3.3.4 الإصابة بالالتهاب الكبدي B لكل 100,000 من السكان



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
عدد الحالات	1	0	0	1	1	3	2	3
معدل حدوث حالات الإصابة بداء التهاب الكبد (ب) لكل 100,000من السكان (دون سن الخامسة)	0	0	0	0	0	0	0	0

تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية أن عدد مصابي التهاب الكبد B المزمن في عام 2019 بلغ 296 مليون مصاب، حيث يتم تسجيل 1,5 مليون حالة عدوى جديدة كل عام. سبب التهاب الكبد B في عام 2019 حسب التقديرات 820 ألف حالة وفاة نجم معظمها عن تشمع الكبد وسرطان الخلايا الكبدية (أي سرطان الكبد الأولي). ولهذا السبب، تحدد الاستراتيجية الجديدة الصادرة عن المنظمة بشأن قطاع الصحة العالمية إجراءات وغايات جديدة تهدف إلى التخلص من التهاب الكبد الفيروسي بحلول عام 2030، وذلك عن طريق تقليل عدد حالات العدوى والوفيات الجديدة إلى نصف مليون حالة ووفاة على الصعيد العالمي - أي تخفيض حالات العدوى بمقدار 90٪ والوفيات بمقدار 65٪. وتماشياً مع ذلك تتخذ وزارة الصحة الأردنية العديد من الإجراءات لمكافحة الالتهاب الكبدي من نوع ب (Hepatitis B)، كما تتعاون مع العديد من الجهات لمكافحته وتوفير الرعاية والوقاية اللازمة للمواطنين. الوقاية والكشف المبكر هما جزء مهم في استراتيجية مكافحة هذا المرض.

الجهود المبذولة لتحقيق هذه الغاية:

1. **برامج التطعيم**: تقديم لقاح مضاد لفيروس الالتهاب الكبدي من نوع ب للأطفال والبالغين. هذا اللقاح يعزز من المناعة ضد الفيروس ويساعد في منع الإصابة.

2. **الكشف المبكر والتشخيص**: تقديم خدمات الكشف المبكر للتحقق من وجود الالتهاب الكبدي ب وتحديد مراحل المرض. هذا يسمح بالتدخل المبكر وتوفير العلاج الفعّال.

3. **توجيه وتثقيف**: توفير المشورة والتوجيه للأفراد الذين يختلفون في مخاطر الإصابة بالالتهاب الكبدي ب، مثل العاملين في مجال الرعاية الصحية والأشخاص الذين يمارسون العلاقات الجنسية بدون حماية.

4. **التوعية العامة**: تنفيذ حملات توعية عامة حول الوقاية من الالتهاب الكبدي ب والسبل لتقليل انتقال العدوى.

5. **رصد ومتابعة الحالات**: تتبع حالات الالتهاب الكبدي ب ومراقبة انتشار المرض لضمان اتخاذ الإجراءات اللازمة للسيطرة على الوباء.

6. **التعاون الدولي**: العمل بالتعاون مع منظمات دولية مثل منظمة الصحة العالمية (WHO) والأمم المتحدة لمكافحة الالتهاب الكبدي ب على المستوى الدولي.

الإجراءات المتخذة لتحقيق الغاية:

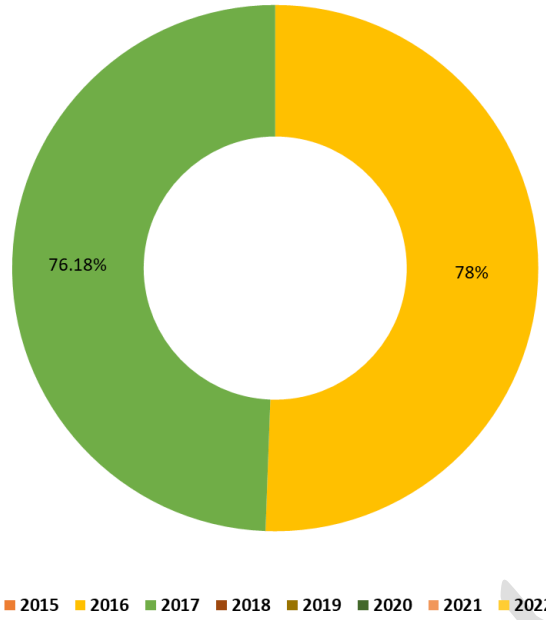
1. أدخل الأردن مطعوم التهاب الكبد الوبائي ضمن برنامج المطاعيم الوطني.

المؤشر 3.3.5 عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى تدخلات لمكافحة الأمراض المدارية المهملة

على مدى العقد الماضي، انخفض عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى تدخلات مضادة أمراض المناطق المدارية المهملة بنسبة 25% حيث تناقص بنحو 80 مليون شخص بين عامي 2020 و2021 وحدهما. كما أن عبء المرض المحسوب بسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز يتناقص باطراد. وقد عولج ما يزيد على مليار شخص سنوياً لمدة أربع سنوات متتالية في الفترة من عام 2016 إلى عام 2019 ولغاية كانون الأول ٢٠٢٢ تخلص 47 بلداً حول العالم من مرض واحد على الأقل من أمراض المناطق المدارية المهملة.

محلياً، لا يتوفر معلومات حول هذا المؤشر حيث لا يتم قياسه لعدم وجود امراض مدارية في الأردن، حيث تعرف الامراض المناطق المدارية المُهمَلة على انها مجموعة متنوعة من الأمراض السارية التي تنتشر في المناطق المدارية وشبه المدارية. وتنجم هذه الأمراض عن مجموعة متنوعة من مسببات الأمراض، مثل الفيروسات والبكتيريا والديدان الطفيلية. ويُطلق عليها اسم "مُهمَلة" لأنها تصيب على نحوٍ عام الفئات السكانية الأكثر فقراً، التي تعيش غالباً في المناطق الريفية النائية أو شبه الحضرية في البلدان النامية، دون مرافق صرف صحي ملائمة، وفي ظروف سكنية سيئة، وخدمات صحية محدودة، ولما كانت معظم تلك الأمراض بؤَرية بطبيعتها وتحدث في المناطق النائية، فنادراً ما يُوليها صُنَّاع القرار في البلدان الموطونة أولوية عالية. وهناك آلاف من حالات الإصابة الجديدة بتلك الأمراض كل عام.

المؤشر 3.4.1 معدل الوفيات الناجمة عن امراض القلب والاوعية الدموية والسرطان وداء السكري والامراض التنفسية المزمنة



تشير منظمة الصحة العالمية أن الأمراض غير السارية (أمراض القلب والسرطان والسكري وأمراض الرئة) تعتبر أكثر الأمراض فتكا على مستوى العالم، حيث أنها تتسبب بوفاة شخص دون سن السبعين في العالم كل ثانيتين. تسبب الأمراض غير السارية ما يقرب من ثلاثة أرباع الوفيات في جميع أنحاء العالم، حيث يبلغ مجموع الوفيات نتيجة هذه الأمراض ما يقارب 17 مليون شخص دون سن السبعين يعيش 86% منهم في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. من هذا المنطلق تدعوا منظمة الصحة العالمية الدول وقادة العالم إلى اتخاذ إجراءات عاجلة بشأن الأمراض غير السارية وضرورة إنقاذ 50 مليون شخص بحلول عام 2030 من هذه الأمراض.

محلياً، تشير تقديرات وزارة الصحة إلى ارتفاع ملحوظ في نسبة الأمراض غير السارية بين الأردنيين، والتي تعتبر المسؤولة عن 78% من الوفيات في المملكة، وتؤكد الوزارة أن 37% من الوفيات بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية، 15% بسبب أمراض السرطان، السكري 7%، أمراض الجهاز التنفسي المزمنة 3%، و15% للأمراض الأخرى.

وبينت الوزارة أن الارقام تشكل تحدياً، حيث أظهرت نتائج مسح الدراسة أن 42% من الأردنيين مدخنون، و76% لا يشاركون في أي نشاط بدني، ونسبة الوزن الزائد والسمنة وصلت إلى 27.7%، وضغط الدم المرتفع إلى 22%، وفحص السكر المرتفع بنسبة 8%، واستهلاك الخضراوات والفاكهة منخفض، بالإضافة إلى استخدام الملح بشكل كبير، وثلث الاردنيين في الفئة العمرية 18- 44 سنة لديهم ثلاثة عوامل خطورة وأكثر وتصل النسبة الى الثلثين في الفئة العمرية 45 – 69 سنة.

الجهود المبذولة لتحقيق هذه الغاية:

1. **الوقاية والتوعية**: تنفيذ حملات توعية وتثقيف مستمرة للجمهور حول أسباب وعوامل الخطر المرتبطة بالأمراض المزمنة. ذلك يشمل التثقيف بأهمية التغذية الصحية والنشاط البدني والتدخين والتحكم في الوزن.

2. **برامج التحسين الصحي**: تقديم برامج لتحسين الأسلوب الحياة، مثل برامج تشجيع النشاط البدني والتوجيه حول الأكل الصحي.

3. **الفحوصات الدورية**: تشجيع الفحوصات الدورية للكشف المبكر عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري. هذا يمكن من تشخيص المشكلات في وقت مبكر وزيادة فرص العلاج الفعّال.

4. العلاج والرعاية: توفير الرعاية الطبية اللازمة والعلاج الفعّال للأشخاص الذين يعانون من هذه الأمراض.

5. **مكافحة التدخين**: تنفيذ سياسات مكافحة التدخين وزيادة الوعي حول مخاطر التدخين على الصحة، حيث أن التدخين يعد عاملاً رئيسياً في زيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والسرطان.

6. **رصد الأمراض والإحصائيات**: مراقبة ورصد الحالات المصابة بالأمراض المزمنة وجمع البيانات والإحصائيات لتقييم الوضع الصحي وقياس الأثر الصحي للبرامج والسياسات (JIERS).

7. **التعاون مع القطاعات الصحية الأخرى**: التعاون مع مستشفيات ومراكز صحية وجهات أخرى لتحسين الرعاية الصحية والإبلاغ عن الحالات والعمل على التشخيص والعلاج المشترك.

الإجراءات المتخذة لتحقيق الغاية:

1. تفعيل الكشف المبكر عن سرطان الثدي، وتمّ إدراج خدمات الأمراض غير السارية في خدمات الرعاية الصحية الأولية.

2. استحداث برتوكول "هارتس/HEARTS" (الدليل الارشادي لتقييم وادارة اختطار الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية في الرعاية الصحية الأولية) وبدء تدريب الكوادر الصحية.

3. ادراج خدمات عيادة المجتمع الصحي لتعزيز أنماط الحياة الصحية في (143) عيادة تابعة لوزارة الصحة بالتعاون مع الجمعية الملكية للتوعية الصحية بهدف تخفيف انتشار الأمراض غير السارية والتقليل من الوفيات المبكرة الناتجة عن مضاعفاتها.

4. إطلاق مشروع "الرصد الالكتروني التفاعلي" لرصد وتتبع الأمراض غير السارية، بالإضافة إلى إطلاق برنامج السيطرة على مرض السكري لدى المراجعين وبرنامج السيطرة على مرض ارتفاع ضغط الدّم.

المؤشر 3.4.2 معدل الوفيات الناجمة عن الانتحار

في كل عام يضع 703 آلاف شخص نهاية لحياته، وبيد أن أرقام حالات محاولات الانتحار أكبر من ذلك بكثير. وتخلف كل حالة انتحار مأساة تؤثر على الأسر والمجتمعات والبلدان بأكملها وتترتب عنها آثار طويلة الأمد على ذوي الشخص المنتحر. ويحدث الانتحار في أي مرحلة مراحل العمر، وقد صنف في عام 2019 رابع أهم سبب للوفاة بين من تتراوح أعمارهم بين 15 و29 عاماً على الصعيد العالمي.

ولا يحدث الانتحار في البلدان المرتفعة الدخل فحسب، بل هو ظاهرة تحدث في جميع أقاليم العالم. والواقع أن أكثر من 79% من حالات الانتحار العالمية في عام 2019 حدثت في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. والانتحار مشكلة خطيرة من مشاكل للصحة العامة بيد أنه يمكن تفاديه عبر تدخلات آنية مسندة بالبينات عادة ما تكون منخفضة التكاليف. ولضمان فعالية الاستجابة الوطنية، يتعين وضع استراتيجية شاملة متعددة القطاعات للوقاية من الانتحار.

المؤشر 3.5.1 نطاق تغطية التدخلات العلاجية (الخدمات الدوائية والنفسانية وخدمات إعادة التأهيل والرعاية اللاحقة) لمعالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة

أظهر تقرير المخدرات العالمي لعام 2022 الأمم المتحدة زيادات قياسية في تصنيع وتعاطي الكوكايين حول العالم، والتوسع في المخدرات الاصطناعية إلى أسواق جديدة، واستمرار الفجوات في توافر العلاجات الدوائية، خاصة بالنسبة للنساء. وفقاً للتقرير تعاطى حوالي 284 مليون شخص تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عاماً المخدرات في جميع أنحاء العالم في عام 2020، بزيادة قدرها 26 في المائة عن العقد السابق.

تؤكد الأمم المتحدة على أهمية تحفيز المجتمع الدولي والحكومات والمجتمع المدني وجميع أصحاب المصلحة لاتخاذ إجراءات عاجلة لحماية المجتمعات، بما في ذلك عن طريق تعزيز الوقاية من تعاطي المخدرات وعلاجه والتصدي لتوريد المخدرات غير المشروعة.

بلغت في الأردن نسبة المراكز الصحية التي تقدم خدمات الصحة النفسية الى 33%، حيث تقدم خدمات الصحة النفسية بناء على عدد المراكز التي تم تدريبها والتي تطبق برنامج سد الفجوة في مجال الصحة النفسية mhGAP وعددها التراكمي 182 مركز من أصل 489 مركز أولي وشامل في المملكة، اضافة الى التوسع في عدد الأفراد الذين تم الوصول إليهم بالمواد التوعوية والتثقيف النفسي من خلال برنامج تعزيز ثقافة الصحة النفسية والإدمان، والحد من وصمة العار والتمييز, كما وتقوم الوزارة بالرصد المنتظم لنظام الصحة النفسية والإدمان باستخدام نظام التقارير الإلكترونية المتكامل الوطني (JIERS) والأدوات المتاحة.

الإجراءات المتخذة لتحقيق الغاية:

1. **الخدمات الدوائية**: تقديم الأدوية التي يمكن أن تكون ضرورية لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة. يمكن للأفراد الذين يعانون من إدمان المخدرات الاستفادة من برامج العلاج بالأدوية.

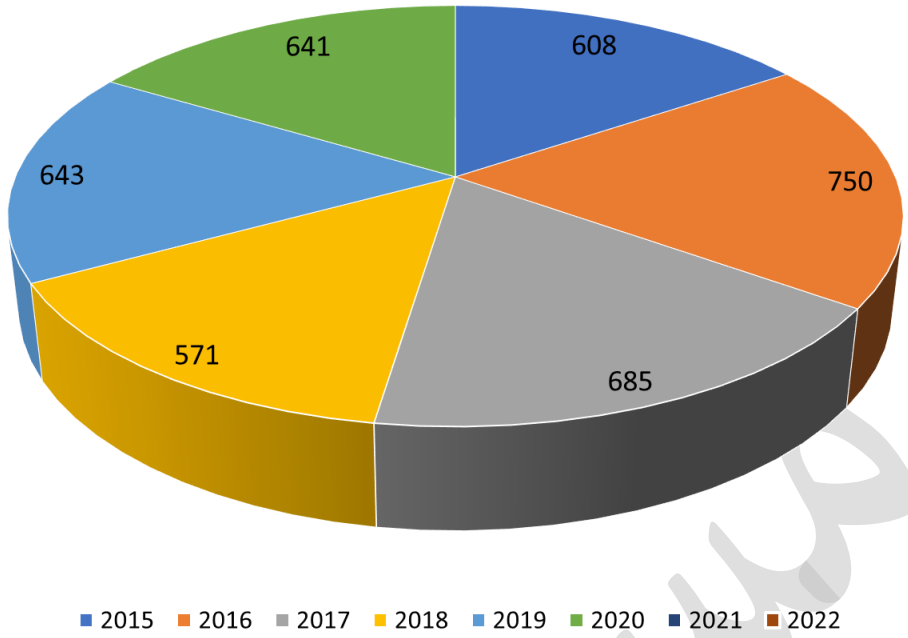
2. **العلاج النفسي**: تقديم جلسات العلاج النفسي والتدريب السلوكي للأفراد لمساعدتهم على التغلب على إدمان المخدرات وتعلم استراتيجيات التحكم في الرغبة في التعاطي.

3. **خدمات إعادة التأهيل**: تقديم برامج إعادة التأهيل التي تساعد الأفراد على إعادة بناء حياتهم بعد التعافي من إدمان المخدرات. هذه البرامج تشمل التدريب المهني ودعم الاندماج الاجتماعي.

4. **الدعم الاجتماعي**: توفير خدمات الدعم الاجتماعي للأفراد وأسرهم لمساعدتهم في التعامل مع تحديات التعافي والاندماج في المجتمع.

5. **برامج التوعية والوقاية**: تنفيذ حملات توعية حول مخاطر تعاطي المواد المخدرة والتثقيف بشأن العواقب الصحية والاجتماعية للإدمان.

المؤشر 3.6.1 معدل الوفيات بسبب إصابات حوادث الطرق



حدّدت خطة التنمية المستدامة لعام 2030 التي اعتُمدت حديثاً، غاية طموحة تقضي بخفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور في العالم إلى النصف بحلول عام 2020، حيث باتت الإصابات الناجمة عن حوادث المرور تمثّل السبب الأول لوفاة الأشخاص البالغين من العمر من 15 إلى 29 سنة، إذ يلقى نحو 1.3 مليون شخص سنوياً حتفهم نتيجة لحوادث المرور. تشهد البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل 90% من الوفيات الناجمة عن حوادث المرور في العالم، على الرغم من أنها لا تحظى إلا بنحو 45% من المركبات الموجودة في العالم. في حين تشير تقارير الأمم المتحدة أن حوادث المرور في معظم البلدان تستنزف 3% من الناتج المحلي الإجمالي.

للحد من معدل الوفيات الناتجة عن حوادث الطرق في الأردن، تتخذ وزارة الصحة بالتعاون مع الجهات المعنية العديد من الإجراءات والتدابير الوقائية والتوعوية.

الجهود المبذولة لتحقيق هذه الغاية:

1. **تشديد قوانين السير والمرور**: تم تحسين تشريعات السير والمرور في الأردن لزيادة الامتثال لقواعد السلامة على الطرق. يشمل ذلك فرض عقوبات على المخالفين وتوفير إجراءات مشددة لمراقبة السائقين وسلوكهم على الطرق.

2. **برامج التوعية العامة**: تنفيذ حملات توعية وإعلامية للتحسين من وعي الجمهور بأهمية القيادة الآمنة والالتزام بقواعد الطرق. تستهدف هذه الحملات سائقي السيارات والمشاة على حد سواء.

3. **تحسين بنية الطرق**: تحسين وصيانة البنية التحتية للطرق والتقاطعات الخطرة لتحسين سلامة الطرق وتقليل حوادث الطرق.

4. **تشجيع استخدام الحزام الأماني**: تعزيز الالتزام بارتداء حزام الأمان من خلال حملات توعية وتشديد الإجراءات القانونية ضد عدم ارتدائه.

5. **توفير الرعاية الصحية الطارئة**: تعزيز القدرات الطبية والطوارئ لمعالجة الحالات الناجمة عن حوادث الطرق وتوفير الرعاية الصحية الفورية للمصابين.

6. **توجيه السائقين الشبان**: توفير برامج توجيهية للسائقين الشبان لتوعيتهم بمخاطر القيادة الغير آمنة وكيفية القيادة بحذر.

7. **البحث والتحليل**: جمع وتحليل البيانات حول حوادث الطرق لفهم الأسباب والعوامل المساهمة وتوجيه الجهود نحو مناطق الخطر.

8. **التعاون مع الجهات المعنية**: تعاون وزارة الصحة مع الجهات المعنية الأخرى مثل وزارة النقل والأمانة العامة لوزارة الداخلية لتنفيذ الإجراءات الوقائية بفعالية.

الإجراءات المتخذة لتحقيق الغاية:

1. العمل على استراتيجية وطنية لقواعد السير، من ضمنها تم تحديد أكثر الأماكن التي يحدث عليها حوادث بالتعاون مع وزارة النقل وإدارة السير المركزية.
2. تعزيز التدريب على التعامل مع الإصابات في المستشفيات.
3. اعتماد الإسعاف الوطني بالتعاون مع الدفاع المدني.

أهم التحديات والمعيقات أمام تحقيق الغاية:

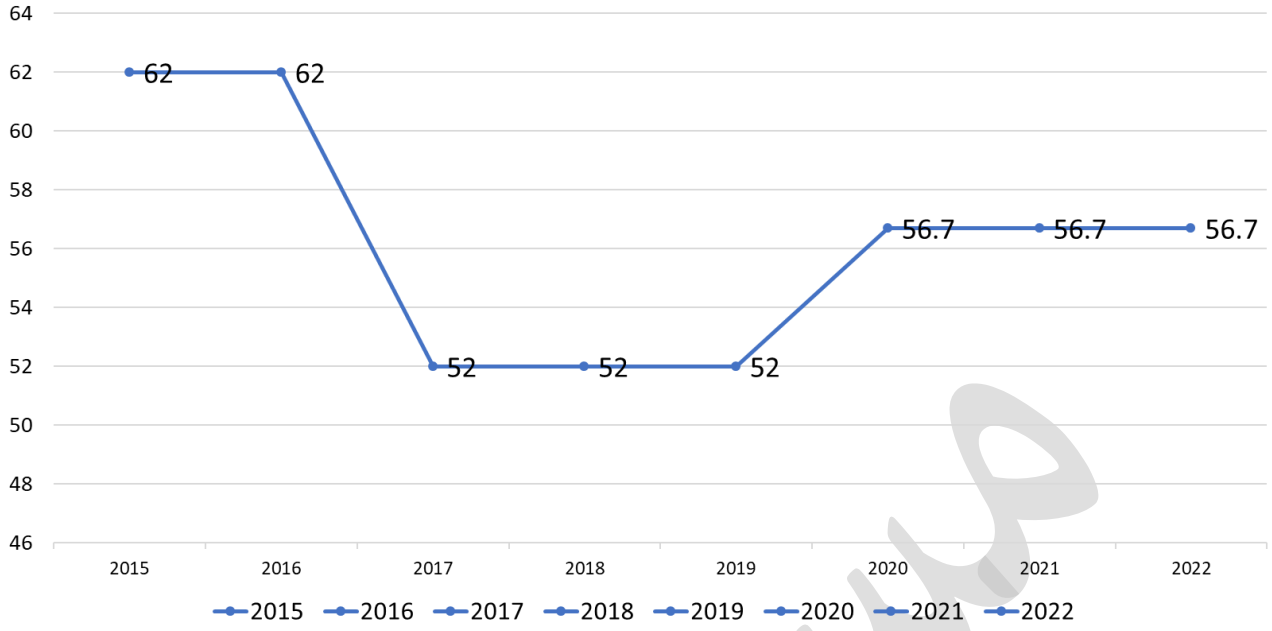
1. عدم وجود معيار موحد لتصنيف ولقياس أعداد الإصابات والوفيات الناجمة من حوادث السير.
2. عدم وجود نظام إلكتروني موحد بين الأطراف المعنية لمشاركة البيانات.
3. المعيقات المالية (الحالة القضائية لا تغطى بالتأمين الصحي).

التوصيات اللازمة لتحسين الغاية:

1. توحيد معيار قياس أعداد الإصابات والوفيات الناجمة من حوادث السير.
2. وجود برنامج لتسجيل الإصابات.
3. وجود فرق طبية طارئة متنقلة ومجهزة على الخطوط الخارجية والأماكن الأكثر خطورة.
4. تغطية مالية مباشرة من قبل اتحاد شركات التأمين لتغطية إصابات حوادث السير.

المؤشر 3.7.1 نسبة النساء في سن الإنجاب (أعمارهن بين 15 و49 سنة) اللواتي حصلن على احتياجهن إلى تنظيم الأسرة بشكل مرضي بالطرق الحديثة

نسبة النساء في سن الإنجاب اللاتي لبيت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة (%)



تؤكد تقارير منظمة الصحة العالمية أنه من بين 1,9 مليار امرأة في الفئة العمرية لسن الإنجاب (15-49 سنة) في العالم في عام 2021، هناك 1,1 مليار امرأة بحاجة إلى تنظيم الأسرة، وتستخدم 874 مليون امرأة منهن وسائل منع الحمل الحديثة، وتوجد لدى 164 مليون امرأة منهن حاجة غير ملباة إلى وسائل منع الحمل. استقرت نسبة الحاجة إلى تنظيم الأسرة التي تلبى بطرق حديثة على المستوى العالمي، في إطار مؤشر أهداف التنمية المستدامة، عند حوالي 77٪ من عام 2015 إلى عام 2022، ولكنها ارتفعت من 52٪ إلى 58٪ في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

يعزز استخدام وسائل منع الحمل حق الإنسان المكفول للناس في تحديد عدد أطفالهم والمباعدة بين الولادات. في عام 2022، قُدّر معدل انتشار وسائل منع الحمل العالمية لأي وسيلة بنسبة 65٪ والوسائل الحديثة بنسبة 58,7٪ للنساء المتزوجات أو المرتبطات.

محلياً، على الرغم من انخفاض معدل استخدام الوسائل التقليدية التي تتميز بنسبة فشل عالية عند استعمالها لأشهر عديدة، فإن هذا المعدل ما زال مرتفعاً عند 14.4% قياساً بالعديد من الدول النامية، كما لا يزال معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة متواضعاً عند حوالي 37.4% (تهيمن عليها وسيلة اللولب الذي يسهم بنسبة 21% من إجمالي الوسائل المستخدمة في الأردن، ويليه الحبوب 8% ثم الواقي الذكري 5%).

بلغت نسبة النساء المتزوجات حالياً وفي سن الإنجاب اللاتي لا يرغبن في إنجاب مزيد من الاطفال مستقبلا 49% مقارنة ب 28% عند الرجال. كما بلغت نسبة السيدات المتزوجات في سن الإنجاب اللاتي لا يستعملن حالياً وسائل تنظيم الإنجاب ولديهن النية لاستخدامها مستقبلا حوالي 33%. هنالك نسبة مرتفعة من السيدات المتزوجات اللواتي لديهن حاجة غير ملباة لتنظيم الإنجاب حيث بلغت حوالي 14,2% (13,6% بين الأردنيات و18,6 % بين السوريات).

إن وجود مستويات إنجاب عالية وتباينها حسب المحافظات والجنسية ومستوى التعليم ومستوى المعيشة يشكل تحدي لكافة الاستراتيجيات، إذ يبلغ معدل الإنجاب المكتمل للنساء (40-49 سنة) بين الأردنيات (3.8) طفل / امرأة) مقارنة بـ (5 طفل /امرأة) بين النساء السوريات. ويسهم التباين الإنجابي في إحداث فرق في معدلات تزايد أعداد الأردنيين واللاجئين السوريين كما يوسع الفجوة بينهم في حجم الأسرة ومستوى المعيشة. إلى جانب قصر مدة المباعدة بين المواليد حيث إن 29% من المواليد في الأردن لم يمضِ على ولادة سابقيهم سنتان.

تتخذ وزارة الصحة الأردنية عدة إجراءات وبرامج لتقليل نسب الإنجاب وتحقيق الأسرة الصغيرة والمخططة. هذه الإجراءات تهدف إلى توفير خدمات صحية مؤهلة وتوجيه للأزواج لمساعدتهم في اتخاذ قرارات مناسبة.

الجهود المبذولة لتحقيق هذه الغاية:

1. **توفير خدمات تنظيم الأسرة**: توفير الوصول إلى وسائل منع الحمل وتقديم الإرشاد والتوجيه للأزواج حول الخيارات المتاحة لهم.

2. **حملات التوعية**: تنفيذ حملات توعية وتثقيف للجمهور حول أهمية تنظيم الأسرة والعوامل الصحية والاقتصادية المرتبطة بعدد الأطفال.

3. **الرعاية الصحية للنساء الحوامل**: تقديم خدمات الرعاية الصحية الجيدة للنساء الحوامل، بما في ذلك الرعاية السابقة للولادة ورعاية ما بعد الولادة.

4. **التشجيع على تنظيم الاسرة**: تشجيع الأزواج على التخطيط الأسري واتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الإنجاب.

5. التعليم والتوجيه الأسري: تقديم برامج التوعية والتثقيف للأسر حول تربية الأطفال والأسرة السعيدة والصحية.

6. **توفير الخدمات الصحية الإنجابية**: توفير خدمات العناية بالصحة الإنجابية والاستشارات للأزواج الذين يخططون للإنجاب.

7. **التعاون مع منظمات دولية**: التعاون مع منظمات دولية ومنظمات غير حكومية لتوفير الدعم والموارد لتنفيذ برامج تنظيم الأسرة.

الإجراءات المتخذة لتحقيق الغاية:

1. تقديم خدمات تنظيم الاسرة في 477 مركز في القطاع العام.

2. تزويد المملكة بكل قطاعاتها الصحية الحكومية والمراكز الخاصة بوسائل تنظيم أسرة حديثة.

3. تدريب الكوادر على تقديم خدمات تنظيم الاسرة الحديثة.

4. تم وضع خطة تدريبية لتأهيل الكوادر على ضمان استمرارية الخدمات خلال حالات الطوارئ وفقا لمصفوفة تقييم المخاطر.

5. تدريب الكوادر على طريقة قطع الطمث بالإرضاع وتشجيع الرضاعة المطلقة لمدة 6 أشهر على الأقل.

6. العمل على رفع الوعي المجتمعي عبر رسائل وحملات واعلانات توعوية للمجتمع باستخدام وسائل تنظيم الاسرة.

7. توفير مشورة متكاملة وعقد ندوات توعوية ومجموعات داعمة للرضاعة الطبيعية واستخدام وسائل تنظيم الاسرة.

التحديات والمعيقات:

1. شهد الأردن العديد من التحديات على مستوى القطاع الصحي نتيجة عدة عوامل منها التعافي من جائحة كورونا حيث توقفت خدمات الرعاية الصحية الأولية لفترة ومنها الصحة الإنجابية وتنظيم الاسرة وما حمله من تبعات العبء الاقتصادي وزيادة العنف الأسري والعنف المبني على النوع الاجتماعي. بالإضافة الى وجود عبء اللاجئين السوريين والذي أثر سلبا على مؤشرات الصحة الانجابية منها نسبة الزواج المبكر وبالتالي ارتفاع وفيات الأمهات نتيجة الاخطار المترتبة على ذلك.

2. هجرة الكوادر الصحية المدربة من المراكز الصحية على سبيل المثال هجرة الممرضات والقابلات من المراكز الصحية باتجاه المستشفيات وخدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية بحثا عن دخل أفضل. بالإضافة لالتحاق العديد من الاطباء ببرامج الاقامة وبالتالي نقص أطباء الامومة والطفولة في المراكز الصحية الأولية والشاملة.

3. انطلاقا من سياسة عدم ترك أحد في المؤخرة فان شح الكوادر في المراكز الصحية النائية والطرفية وازدياد الطلب على الخدمات المقدمة للمرأة والطفل لازالت تشكل تحدي للوصول للمؤشرات المثلى.

4. عدم وجود قاعدة بيانات وطنية موحدة ذات جودة عالية

5. انتشار الانماط غير الصحية مثل التدخين والبدانة وغيرها من السلوكيات التي تؤثر سلبا على مؤشرات الصحة.

6. عدم اكتمال حوسبة الخدمات في القطاع الصحي العام.

التوصيات اللازمة لتحسين الغاية:

1. تقوية المقدرات المؤسسة على المستوى الوطني للتعامل مع صحة المرأة، وتعزيز مفهوم المراكز الصديقة للمرأة بتقديم خدمات صحية شاملة متميزة ومحورها المرأة، وتعزيز الأنماط الصحية.

2. تعزيز الهيكل المؤسسي والقدرات والتقنيات وتطوير قاعدة بيانات وطنية تراعي عوامل الجنس والعمر والاعاقة والحد من ازدواجية الجهود.

3. رفد أقسام الأمومة والطفولة بالكوادر الصحية المدربة (طبيب، قابلات، تمريض) والأدوات والمعدات اللازمة واستكمال حوسبتها.

4. ان يكون طبيب الأمومة طبيب أخصائي (نسائية، أسرة، أطفال) مؤهل او أخصائي لضمان استمرارية الخدمات والحد من هجرة الكوادر.

5. تحسين استقطاب الكوادر الصحية توفير حوافز وظيفية للعاملين في قسم الأمومة والطفولة في مراكز الرعاية الصحية الأولية على أساس الالتزام والإنجاز.

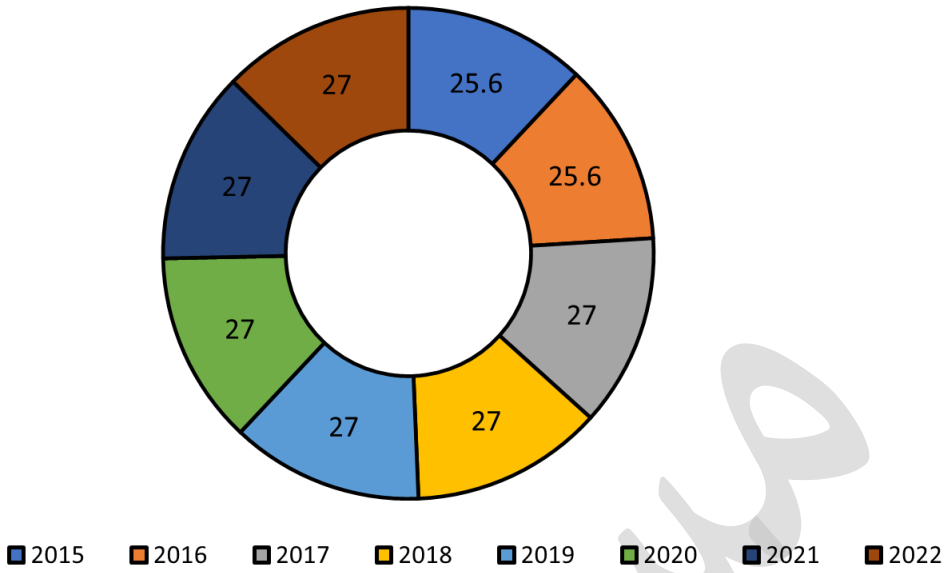
6. الوصول للتأمين الصحي الشامل والمنصف.

7. تحسين عملية التعليم المستمر والتدريب والتطوير للكوادر بجودة وعدالة وتكافؤ الفرص.

8. الحد من ازدواجية الجهود واستهلاك الموارد عبر وضع أسس ومعايير لتوفير الخدمات بعدالة وشمولية وفقا للحاجات والأولويات.

المؤشر 3.8.2 معدل الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية (15-19سنة) لكل ألف امرأة.

معدل الولادات لدى المراهقات في الفئة العمرية (15-19سنة) لكل ألف امرأة



يشكل حمل المراهقات ظاهرة عالمية لها أسباب معروفة بوضوح وعواقب صحية واجتماعية واقتصادية خطيرة. وقد تراجع معدل الولادات بين المراهقات على الصعيد العالمي، ولكن معدلات التغير تفاوتت من منطقة إلى أخرى. وتوجد أيضا تباينات هائلة في المستويات بين البلدان وداخلها. وغالبا ما تكون معدلات حمل المراهقات أعلى بين صاحبات النصيب الأدنى من التعليم أو الوضع الاقتصادي المنخفض. وعلاوة على ذلك، فإن وتيرة أبطأ من التقدم تُحرز في الحد من الولادات الأولى للمراهقات داخل هذه الفئات وغيرها من الفئات الضعيفة، مما يؤدي إلى زيادة عدم الإنصاف. ويؤدي زواج الأطفال والاعتداء الجنسي على الأطفال إلى تعريض الفتيات لتزايد خطر الحمل الذي غالبا ما يكون غير مقصود. وفي أماكن عديدة، تقف الحواجز التي تعترض الحصول على وسائل منع الحمل واستخدامها حائلا أمام تجنب المراهقات للحمل غير المقصود. ويولى اهتمام متزايد لتحسين ما هو متاح للأمهات المراهقات الحوامل والوالدات من خدمات رعاية الأمهات الجيدة. وتعمل منظمة الصحة العالمية (المنظمة) مع الشركاء على الدعوة إلى الاهتمام بحمل المراهقات، وبناء قاعدة بيّنات للعمل، واستحداث أدوات لدعم السياسات والبرامج، وبناء القدرات، ودعم البلدان للتصدي بفعالية لحمل المراهقات.

في كل عام، يُقدّر عدد الفتيات المتراوحة أعمارهن بين 15 و19 عاما اللاتي يحملن في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بما مجموعه 21 مليون فتاة، وتلدِ منهن قرابة 12 مليون فتاة. وعلى الصعيد العالمي، انخفض معدل الولادات بين المراهقات من 64,5 ولادة لكل 1000 امرأة في عام 2000 إلى 42,5 ولادة لكل 1000 امرأة في عام 2021. ومع ذلك، لم تكن معدلات التغير متساوية في مناطق العالم المختلفة مع تسجيل أشد انخفاض في جنوب آسيا وانخفاضات أبطأ في منطقتي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وعلى الرغم من حدوث انخفاضات في جميع المناطق، لا تزال منطقتا أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأمريكا اللاتينية والكاريبي تتمتعان بأعلى المعدلات على الصعيد العالمي، حيث سجلتا 101 و53,2 حالة ولادة لكل 1000 امرأة، على التوالي، في عام 2021.

وبينما انخفض المعدل العالمي المقدر للولادات بين المراهقين، لا يزال العدد الفعلي لولادات المراهقات مرتفعا. وحدث أكبر عدد من الولادات المقدرة لدى أولئك اللاتي تراوحت أعمارهن بين 15 و19 عاما في عام 2021 في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى 6114000، بينما حدث عدد أقل بكثير منها في آسيا الوسطى 68 ألف. وبلغ العدد المقابل 332 ألف بين المراهقات اللاتي تراوحت أعمارهن بين 10 أعوام و14 عاما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، مقارنة بعدد 22 ألف في جنوب شرق آسيا في السنة نفسها.

تعمل وزارة الصحة الأردنية على تنفيذ عدة إجراءات وبرامج للحد من معدل ولادات المراهقات في الأردن وللحفاظ على صحة المراهقات والشباب. تلك الإجراءات تعمل جميعها على تعزيز الوعي وتوفير الدعم للمراهقات لمنع الحمل في سن مبكر

وضمان الحد من ولادات المراهقات وتعزيز التخطيط الأسري والصحة الإنجابية لها تأثير كبير على تحقيق الرفاه والصحة للجميع على عدة أوجه.

الاجراءات المتخذة لتحقيق هذه الغاية:

1. تغطية الفئات الفقيرة والأولى بالرعاية والشباب والمراهقين والنساء والأشخاص ذوي الاعاقة بالخدمات الصحية الأولية والوقائية والعلاجية وتعزيز الانماط الصحية.

2. تفعيل البرامج المجتمعية ومجموعات السكان المحليين عبر عقد جلسات وندوات توعوية فيما يخص صحة المراهقين والمراهقات والتغذية للأمهات وحديثي الولادة.

3. الحد من الزواج المبكر لمن هم تحت عمر 18 سنة عبر رصد نسبة المراجعات والمستفيدات من خدمات الأمومة من هذه الفئة وتقديم المشورة المتكاملة لأولياء الأمور حيث ان الفتيات في هذا العمر اكثر عرضة للإجهاض ومضاعفات الحمل والولادة والحمل بالإضافة الى كونها اكثر للعنف الاسري.

4. تم اعداد دليل تثقيفي ضمن الخطة الوطنية لزواج من هم دون سن 18 عاما بالتعاون مع المجلس الوطني لشؤون الأسرة وسيتم التدريب عليه من قبل الوزارات المعنية حيث ستقوم مديرية صحة المرأة والطفل بعقد ندوات توعية مجتمعية حول الزواج المبكر والآثار الصحية الناجمة عنه.

5. تم ادماج محور الزواج المبكر في الدليل التثقيفي في مجال الصحة الانجابية والذي تم اعداده من قبل مديرية صحة المرأة والطفل بالتعاون مع الجمعية العلمية الملكية للتوعية الصحية لتوعية المراهقين والمراهقات وتم تدريب الكوادر الصحية لعقد الجلسات التوعية للأهالي.

النتائج المرجوة من الجهود المبذولة للحد من ولادات المراهقات وتعزيز التخطيط الأسري والصحة الإنجابية:

1. **تحسين الصحة العامة**: تقليل ولادات المراهقات يسهم في تحسين صحة الأمهات والأطفال. حيث يكون الحمل في سن مبكر للمراهقات مرتبطًا بمخاطر صحية أعلى لكل من الأم والجنين. عندما تتأخر النساء في الإنجاب إلى وقت أنسب، يمكن تقليل معدلات الإصابة بالمضاعفات وتحسين فرص الولادة الآمنة والصحية.

2. **التنمية الاقتصادية**: تعزيز التخطيط الأسري وتأخير الإنجاب يمكن أن يساعد في تحسين فرص النساء للمشاركة في العمل وتعليمهن والمساهمة في التنمية الاقتصادية للبلاد.

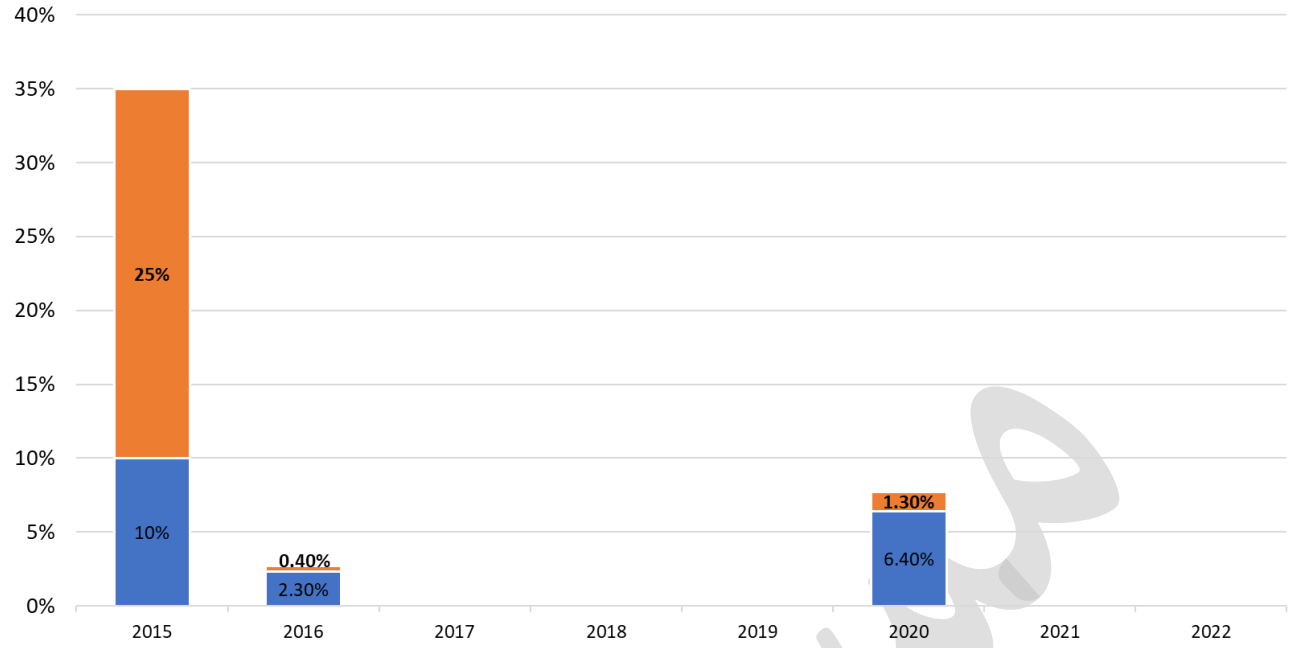
3. **التعليم**: يمكن لتأخير الإنجاب أن يتيح للفتيات والنساء الفرصة لاستكمال تعليمهن بشكل أفضل وتطوير مهاراتهن، مما يزيد من فرصهن في الحصول على وظائف أفضل وتحسين مستوى معيشتهن.

4. **المساواة**: تعزيز الصحة الإنجابية وتمكين النساء من اتخاذ قرارات صحية مستنيرة حول الإنجاب يسهم في تعزيز المساواة بين الجنسين وحقوق النساء.

5. **تقليل الفقر**: تحقيق الأسرة المخططة يمكن أن يقلل من أعباء الأسرة ويقلل من معدلات الفقر والهمش الاقتصادي.

المؤشر 3.8.2 نسبة السكان الذين لديهم نفقات صحية كبيرة كنسبة من إجمالي إنفاق الأسرة أو دخلها

نسبة السكان الذين لديهم نفقات صحية كبيرة كنسبة من إجمالي إنفاق الأسرة أو دخلها



جددت الدول الأعضاء، في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في أيلول٢٠١٥ الى التزامها بتعزيز صحة شعوبها ورفاهيتهم. تشكل التغطية الصحية الشاملة غاية في حد ذاتها، وهي كذلك وسيلة لتحقيق غايات أخرى. ومن المهم للغاية معالجة مشاكل الصحة العمومية، لأسباب أهمها ضمان أن تبدي النظم الصحية الاستجابات المطلوبة. وتحقيق التغطية الصحية الشاملة يُمكن أيضاً من الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة. حيث يتضح أن التوسع في تنفيذ تدخلات الصحة العمومية هو السبيل إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

يتباين مستوى التغطية بالخدمات تبايناً كبيراً بين البلدان, وعلى الصعيد العالمي، يفتقر حوالي 4.5 مليار شخص إلى إمكانية الوصول الكامل إلى الخدمات الصحية الأساسية، وفي عام 2019، واجه حوالي 2 مليار شخص صعوبات مالية بسبب النفقات الصحية التي يتحملونها من أموالهم الخاصة. يعرض تقرير الرصد العالمي للصحة الشاملة لعام 2023 حالة التغطية الصحية الشاملة في جميع أنحاء العالم، حيث ركود الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية وازداد الإنفاق الصحي من الأموال الخاصة، مما يؤثر بشكل خاص على الفئات الأشد فقراً وضعفا. ويبلغ وفق احصائيات الأمم المتحدة أعلى مستوياته في شرق آسيا (٧٧) وأمريكا الشمالية وأوروبا (٧٧)، في حين تعاني أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى من أدنى قيمة المؤشر (٤٢)، يليها جنوب آسيا (٥٣). ويرتبط المؤشر بمعدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة والعمر المأمول ومؤشر التنمية البشرية.

<u>عملت وزارة الصحة عبر السنوات على التوسع في التغطية الصحية الشاملة من خلال عدة برامج اهمها:</u>

التوسع مظلة التامين الصحي المدني بشمول فئات جديدة كالتالي:

1. التأمين الصحي الاختياري للمواطنين الاردنيين ضمن تعليمات المادة 30.
2. التأمين الصحي لكبار السن فوق 60 عاماً.
3. التأمين الصحي الاختياري للشركات الخاصة ضمن تعليمات المادة 31.
4. التأمين الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة.

5. التأمين الصحي للأطفال دون السادسة.

6. التأمين الصحي للأسر الفقيرة.

7. التأمين الصحي لمنتفعي صندوق المعونة الوطنية.

8. التأمين الصحي للنساء الحوامل الاردنيات.

9. التامين الصحي للمقيمين في لواء البتراء ولواء الغويبة.

قامت ادارة التامين الصحي بالعديد من المشاريع لتحقيق التغطية الصحية الشاملة ومنها:

1. مشروع اعداد حزمة منافع التغطية الصحية الشاملة

2. مشروع اعداد خارطة الطريق لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

الاجراءات المتخذة لتقليل الانفاق من جيب المواطن:

1. توسيع مظلة التامين لتشمل الفئات العمرية فوق ال 60 سنة وتحت ال 6 سنوات.

2. السير في اجراءات التغطية الصحية الشاملة.

3. البدء بتطبيق السياسات الصحية المبنية على أؤسس الاقتصاد الصحي (لترشيد الاستهلاك ورفع كفاءة الانفاق الصحي تطبيق (HTA) الاقتصاد الصحي.

المعيقات أمام تحقيق هذه الغاية:

1. قطاع الصحة في الاردن مجزأ من حيث توفير الخدمات الصحية والتغطية الصحية والتمويل، اضافة الى ضعف التنسيق ما بين القطاع الحكومي والخاص.

2. نمو الناتج المحلي الاجمالي بمعدل منخفض وارتفاع معدلات البطالة، بالإضافة الى زيادة الدين العام خصوصا بعد جائحة كورونا.

المقترحات لتحقيق هذه الغاية:

1. توسيع التغطية الصحية وتعديل تشريعات الدفع المسبق.

2. وسيع مظلة التأمين الصحي الاجتماعي مع تأمين صحي طوعي معقول لتعزيز تجميع المخاطر.

3. تعزيز دور الاقتصاد الصحي في القرارات المتخذة.

المؤشر 3.9.1 معدل الوفيات بسبب تلوث المنازل والهواء المحيط

لا يتوفر معلومات عن هذا المؤشر

حيث تعمل وزارة الصحة جاهدة للتوسع في استخدام انظمة صديقة للبيئة تمثلت بالتوسع في استخدام الطاقة البديلة في مرافق وزارة الصحة لتشمل 19 مستشفى و 14 مركز صحي بوفر يزيد عن (10) ملايين دينار اردني، لابد من الإشارة إلى الحزم المتكاملة من البرامج التي وضعتها الوزارة في التحسين والحد من المخاطر المرتبطة بالصحة البيئية وتعزيز قدرة النظام الصحي على مقاومة التأثير المنبثق عن التغير المناخي، حيث شملت على استحداث شعبة للتغير المناخي، رفع منعة القطاع الصحي للتغير المناخي، برنامج تحسين وتطوير إدارة النفايات الطبية في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية وتعمل جادة الى التوسع في تشجير المرافق الصحية.

مؤشر معدل الوفيات بسبب تلوث المنازل والهواء المحيط هو مؤشر يُستخدم لقياس مدى تأثير التلوث البيئي على الصحة العامة. يقاس هذا المؤشر عادة بواسطة عدد الوفيات التي يمكن أن تُرجع إلى تلوث الهواء والمنازل بسبب تعرض الأفراد لملوثات مثل الجسيمات الصغيرة، والغازات الضارة، والكيماويات السامة.

تتضمن المعلومات المهمة حول هذا المؤشر:

1. **أسباب التلوث**: يمكن أن يكون التلوث الناجم عن مصادر متنوعة مثل الصناعة، وحركة المرور، واستخدام وقود حفري، وحرائق الغابات. كما يمكن أن يكون التلوث داخل المنازل نتيجة لاستخدام أجهزة تدفئة وطهي تعتمد على الوقود.

2. **تأثيرات صحية**: يمكن أن يؤدي التلوث البيئي إلى زيادة مخاطر الإصابة بالأمراض المزمنة مثل الأمراض القلبية والسكتة الدماغية وأمراض الجهاز التنفسي. يمكن أن يؤدي أيضًا إلى تفاقم حالات صحية مثل الربو والتهاب الشعب الهوائية.

3. **التدابير الوقائية**: للحد من معدل الوفيات الناجمة عن التلوث، يتعين اتخاذ إجراءات وقائية مثل تحسين جودة الهواء وتقليل انبعاثات الملوثات، وتعزيز الوعي بأهمية الصحة البيئية، وتوفير مساكن صحية.

4. **التقارير والإحصائيات**: تقوم الجهات الحكومية والمنظمات البيئية والصحية بجمع البيانات ونشر التقارير حول معدلات الوفيات الناجمة عن التلوث. هذه التقارير تستخدم لمراقبة الوضع واتخاذ الإجراءات اللازمة.

5. **التدابير الحكومية**: تتخذ الحكومات في معظم البلدان إجراءات للحد من التلوث وتطبيق قوانين بيئية صارمة للمحافظة على جودة الهواء والمياه والتربة.

معرفة معدل الوفيات بسبب التلوث مهمة لفهم التأثير البيئي على الصحة واتخاذ الإجراءات الضرورية للحفاظ على صحة السكان لتحسين مؤشر معدل الوفيات بسبب تلوث المنازل والهواء المحيط، يمكن اتخاذ مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى تقليل التلوث وحماية الصحة العامة. إليك بعض الإجراءات التي يمكن اتخاذها:

1. **تقليل انبعاثات الملوثات**: تشمل هذه الإجراءات تنفيذ قوانين بيئية صارمة على الصناعات ووسائل النقل للحد من انبعاثات الغازات الضارة والجسيمات الصغيرة. يمكن أيضًا تشجيع استخدام التكنولوجيا النظيفة.

2. **تحسين جودة الهواء الداخلي**: تعزيز التهوية في المنازل واستخدام أنظمة تنقية الهواء يمكن أن يقلل من التعرض لتلوث الهواء الداخلي الناتج عن استخدام أجهزة التدفئة والتبريد والطهي.

3. **تحسين جودة البنية التحتية**: توجيه الاستثمارات نحو تحسين البنية التحتية البيئية مثل نظم الصرف الصحي ومعالجة المياه يمكن أن يقلل من التلوث البيئي.

4. **تعزيز الوعي البيئي**: توعية الجمهور بأهمية الحفاظ على البيئة والحد من التلوث يمكن أن يشجع على تغيير السلوكيات البيئية.

5. **الاستثمار في الطاقة المستدامة**: تعزيز استخدام مصادر الطاقة المتجددة مثل الطاقة الشمسية والرياح يمكن أن يقلل من التلوث الناتج عن حرق الوقود الحفري.

6. **تطوير تكنولوجيا نظيفة**: البحث والتطوير في تكنولوجيا تقليل التلوث يلعب دورًا هامًا في تقليل التأثيرات البيئية.

7. **تشجيع وسائل النقل الصديقة للبيئة**: تشجيع استخدام وسائل النقل العامة وتعزيز النقل النشط مثل المشي وركوب الدراجات يمكن أن يقلل من التلوث الناتج عن حركة المرور.

8. **التشريعات والسياسات الصحية**: تطبيق وفرض التشريعات والسياسات التي تقلل من التلوث وتحمي الصحة العامة.

9. **البحث والمراقبة**: الاستمرار في البحث ومراقبة جودة الهواء والمياه والتربة لضمان تحسين البيئة وصحة السكان.

المؤشر 3.9.2 معدل الوفيات المنسوبة إلى المياه غير الآمنة، والصرف الصحي غير الآمن، ونقص مواد التنظيف (التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة غير الآمنة)

في حين أنه تم إحراز تقدم كبير في زيادة الحصول على مياه الشرب النظيفة والصرف الصحي، لا يزال بلايين الناس – ومعظمهم في المناطق الريفية – يفتقرون إلى هذه الخدمات الأساسية. عالمياً نجد أن واحداً من كل ثلاثة أشخاص لا يحصل على مياه الشرب المأمونة، وأن اثنين من كل خمسة أشخاص ليس لديهم أي مرافق أساسية لغسل اليدين بالماء والصابون وأن أكثر من 673 مليون شخص يمارسون التغوط في العراء.

أظهرت جائحة كوفيد-19 الأهمية الحاسمة للصرف الصحي والنظافة الصحية والحصول الكافي على المياه النظيفة للوقاية من الأمراض واحتوائها. نظافة اليدين تنقذ الأرواح. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن غسل اليدين هو أحد أكثر الإجراءات فعاليةً التي يمكنك اتخاذها للحد من انتشار مسببات الأمراض ومنع العدوى، بما في ذلك فيروس كوفيد-19. ومع ذلك، لا يزال بلايين الأشخاص يفتقرون إلى الصرف الصحي الآمن للمياه، والتمويل غير كاف.

المؤشرات العالمية تؤكد أن رُبع مرافق الرعاية الصحية (1 من كل 4 مرافق) تفتقر إلى خدمات المياه الأساسية، كما يفتقر 3 من كل 10 أفراد إلى خدمات مياه الشرب المأمونة، فيما يفتقر 6 من كل 10 أشخاص إلى مرافق الصرف الصحي المدارة بأمان. فيما ارتفعت نسبة سكان العالم الذين يستخدمون مصادر مياه الشرب المحسنة من 76 % إلى 90 % بين عامي 1990 و2015. إذ تؤثر ندرة المياه على أكثر من 40 % من سكان العالم، ومن المتوقع أن ترتفع تلك النسبة. ويعيش ما يقرب من ملياري فرد حالياً في أحواض الأنهار التي يتجاوز معدل استنفاذ مياهها معدل إحلالها. أما فيما يتعلق بخدمات الصرف الصحي الأساسية فيفتقر ما يزيد على ملياري فرد إلى هذه خدمات، حيث يُصرف أكثر من 80 % من المياه العادمة الناتجة عن الأنشطة البشرية في الأنهار أو البحر دون أي إزالة لتلوثها. مما يتسبب بوفاة ما يقارب ألف طفل يومياً بسبب أمراض الإسهال المرتبطة بالمياه ومرافق الإصحاح. كما تؤكد المؤشرات انه تمثل الوفيات الناجمة عن الفيضانات وغيرها من الكوارث المرتبطة بالمياه نسبة 70 % من جميع الوفيات المرتبطة بالكوارث الطبيعية.

محلياً، تعمل وزارة الصحة على عدة برامج الرقابة على المياه، وبرنامج الرقابة على استيراد وتداول المواد الكيميائية الضارة على الصحة.

مقترحات/قياس المؤشر:

1. **الجمع والتحليل البياني**: يتم جمع بيانات عن الوفيات والأمراض المرتبطة بالمياه والصرف الصحي ونقص مواد التنظيف من مصادر متعددة، مثل سجلات الصحة والبيانات الحكومية وتقارير المنظمات الصحية والبيئية. يتم تحليل هذه البيانات لتحديد معدلات الوفيات والأمراض والاتجاهات على مر الزمن.

2. **تصنيف البيانات**: يجرى تصنيف البيانات حسب الفئات السكانية مثل العمر والجنس والمناطق الجغرافية. يمكن أن يساعد ذلك في تحديد المجموعات الأكثر تأثرًا.

تحسين المؤشر: تحسين هذه المؤشرات يتطلب تعاونًا مشتركًا من الحكومات، والمجتمعات المحلية، والمنظمات غير الحكومية للعمل سويًا نحو تحقيق بيئة صحية ونظيف، ومن هذه الإجراءات:

1. **توفير مياه نظيفة وصحية**: يجب توفير مياه شرب نظيفة ومأمونة للسكان، وتحسين أنظمة إمداد المياه والصرف الصحي لضمان جودة المياه.

2. **تعزيز الوعي والتثقيف**: يجب توعية الجمهور بأهمية استخدام مياه نظيفة وصحية والصرف الصحي الآمن وممارسات التنظيف الجيدة.

3. **تعزيز النظافة الشخصية**: يمكن تحقيق هذا من خلال تعزيز ممارسات النظافة الشخصية وتشجيع الاهتمام بالنظافة البيئية في المجتمع.

4. **تقديم الرعاية الصحية**: يتعين تحسين الرعاية الصحية الأساسية والعلاج للأمراض المرتبطة بالمياه والصرف الصحي.

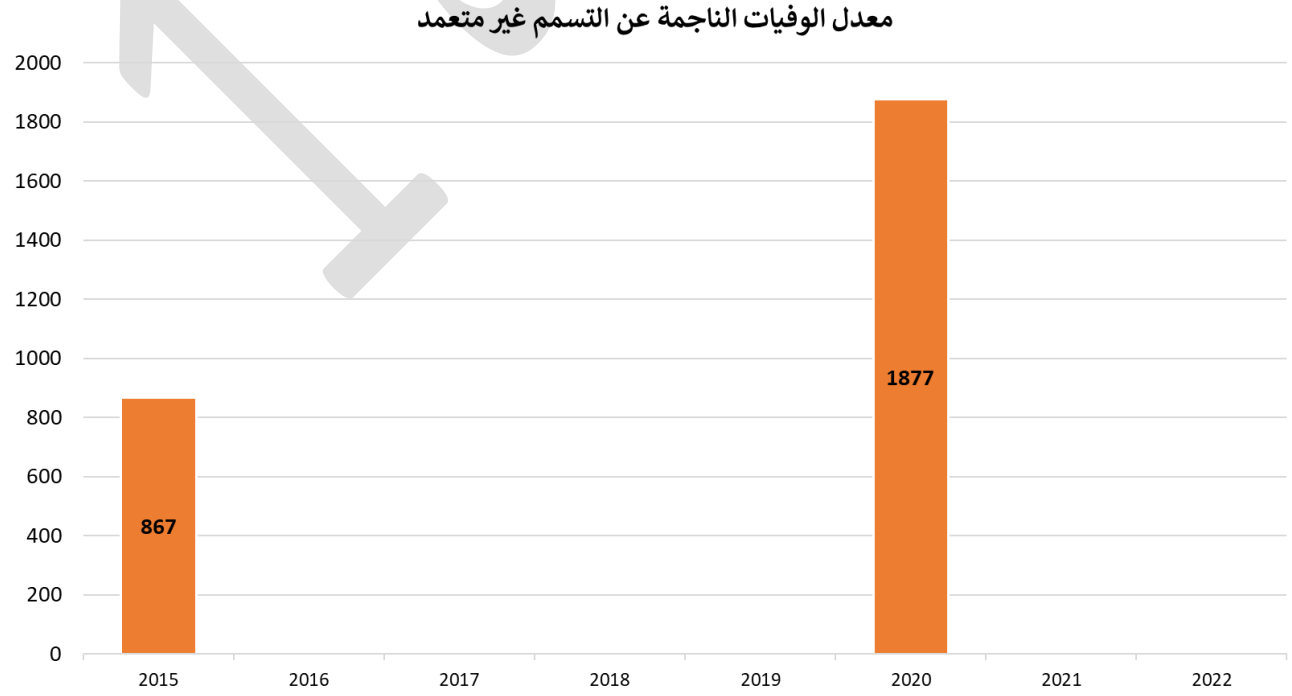
5. **رصد ومراقبة**: يجب إقامة أنظمة فعالة لرصد جودة المياه والصرف الصحي ومراقبة انتشار الأمراض المرتبطة بذلك.

6. **تنفيذ السياسات**: يجب تطوير وتنفيذ سياسات بيئية وصحية قوية تهدف إلى تقليل التلوث وتحسين الصرف الصحي وجودة المياه.

7. **التعاون الدولي**: يمكن تحقيق التقدم من خلال التعاون مع المنظمات الدولية والمؤسسات الدولية لتوفير الدعم التقني والمالي للتحسينات البيئية والصحية.

8. **البحث والابتكار**: دعم الأبحاث العلمية والتطوير التكنولوجي في مجال تحسين جودة المياه والصرف الصحي وتطوير منتجات تنظيف صديقة للبيئة.

المؤشر 3.9.3 معدل الوفيات الناجمة عن التسمم غير متعمد



عدد حالات التسمم، مؤشر التسمم غير المتعمد يشير إلى حالات التسمم التي تحدث بشكل غير مقصود نتيجة استهلاك مواد غذائية أو مواد كيميائية ضارة. هذه الحالات يمكن أن تكون نتيجة للتلوث الغذائي أو التعرض لمواد سامة. إن تحسين مؤشر التسمم غير المتعمد يهدف إلى تقليل حالات التسمم وتحسين جودة الطعام وسلامته. هذه الإجراءات تساهم في حماية صحة الجمهور وتعزيز سلامة الغذاء المتاحة في الأسواق والمطاعم

لتحسين مؤشر التسمم غير المتعمد في الأردن وفي أي مجتمع آخر، يمكن اتخاذ الإجراءات التالية:

1. **السلامة الغذائية**: توعية الجمهور بأهمية السلامة الغذائية وممارسات النظافة أثناء تخزين وتحضير الطعام. تشمل هذه الممارسات غسل اليدين بشكل منتظم وتخزين الأطعمة بشكل صحيح والتأكد من طهي اللحوم والأسماك بشكل جيد.

2. **مراقبة الجودة**: تنفيذ برامج مراقبة جودة الطعام والتفتيش الصحي للمطاعم والمحلات التجارية التي تقدم الأطعمة للجمهور.

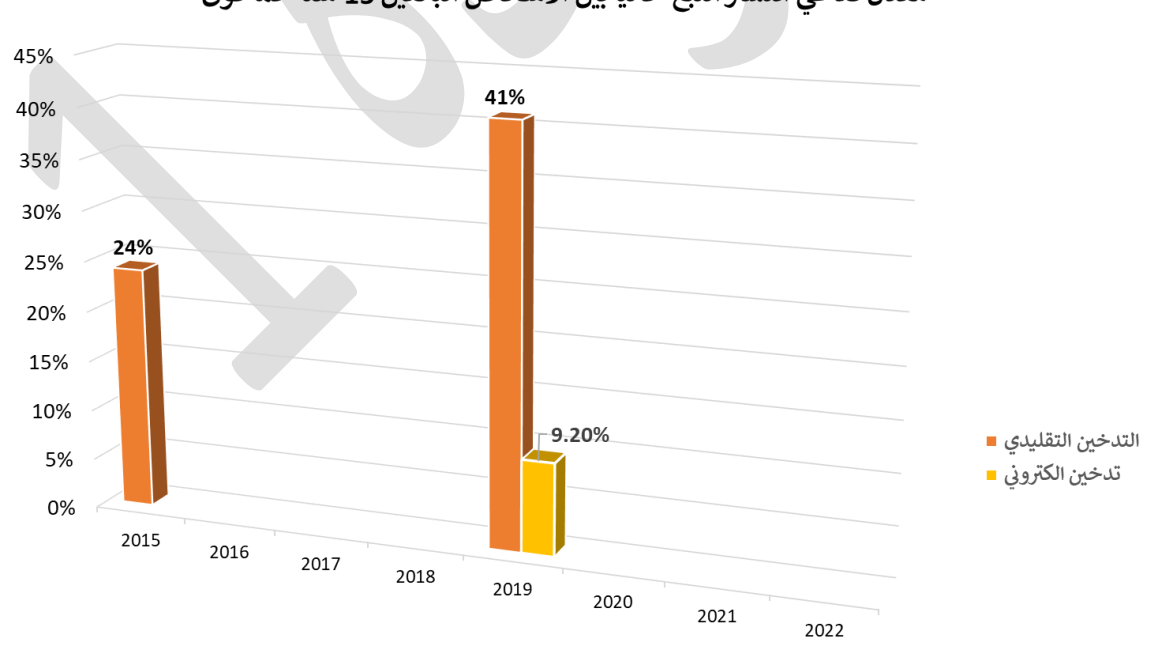
3. **التشريعات والتنظيم**: وضع وتنفيذ قوانين ولوائح تتعلق بسلامة الغذاء ومراقبة المواد الكيميائية المستخدمة في الصناعات الغذائية والمشروبات.

4. **التوعية والتثقيف**: توعية الجمهور والعاملين في صناعة الطعام حول مخاطر التلوث الغذائي وكيفية تجنبه.

5. **البحث والتطوير** : دعم البحث العلمي والتطوير التكنولوجي لتطوير أساليب فعالة لاكتشاف ومنع حالات التسمم الغذائي.

6. **التعاون الدولي**: التعاون مع منظمات صحية دولية للتبادل المعرفي والتجارب في مجال السلامة الغذائية.

المؤشر a31. معدل تعاطي انتشار التبغ حالياً بين الأشخاص البالغين 15 سنة فما فوق



الغالبية الساحقة ممن يتعاطون التبغ اليوم بدأت بتعاطيه في سن المراهقة. وفي عام 2020، تعاطى التبغ مراهق من كل 10 مراهقين تتراوح أعمارهم بين 13 و15 عاماً على الصعيد العالمي، رغم أن هناك مناطق يزيد عددهم فيها على ذلك بكثير. وتنطوي

السجائر الإلكترونية على خطورة خاصة عندما يتعاطاها الأطفال والمراهقون. فالنيكوتين مادة شديدة الإدمان وأدمغة الشباب تستمر في النمو حتى منتصف العشرينات من أعمارهم.

مشكلة تعاطي التبغ تمثل قضية صحية واجتماعية هامة في الأردن، وهي مشكلة تواجه العديد من البلدان حول العالم. أشارت تقارير منظمة الصحة العالمية إن العائلة الأردنية تنفق على التدخين شهرياً أكثر مما تنفق على طعامها، إذ بلغ معدل المصاريف الشهرية للحصول على السجائر أو أي أنواع أخرى من التبغ ما يزيد على 150 دولاراً شهرياً للشخص الواحد مقابل 36 دولاراً شهرياً للفواكه و58 دولاراً للألبان والبيض ونحو 70 دولاراً للحوم والدواجن.

يعتبر الأردنيين ضمن قائمة أعلى معدلات انتشار التدخين بين الذكور في العالم وبنسبة تصل إلى 80 في المئة، بينما تصل نسبة مستخدمي السجائر الإلكترونية نحو 16 في المئة. ووفقاً للتقارير الحكومية فإن معدلات التدخين في المملكة هي الأعلى في العالم متجاوزة إندونيسيا التي لطالما اعتبرت الدولة الأكثر استخداماً للتبغ في العالم، إذ إن أكثر من ثمانية رجال أردنيين من أصل 10 يدخنون أو يستخدمون بانتظام منتجات النيكوتين بما فيها السجائر الإلكترونية. إليك بعض الجوانب الرئيسية لمشكلة تعاطي التبغ في الأردن:

1. **ارتفاع معدلات التعاطي**: يعتبر التدخين واحدًا من أبرز أشكال تعاطي التبغ، وهناك أعداد كبيرة من المدخنين في الأردن، بما في ذلك الشباب.

2. **تأثيرات صحية سلبية**: التدخين يرتبط بمجموعة متنوعة من المشكلات الصحية مثل أمراض القلب وأمراض الجهاز التنفسي والسرطان. إنها تسبب عبء كبير على النظام الصحي.

3. **تأثير اقتصادي**: إن صناعة التبغ تشكل جزءًا مهمًا من الاقتصاد في العديد من البلدان، ولكنها تكون مصدرًا لإيرادات حكومية كبيرة من ضرائب التدخين.

4. **جهود للحد من التعاطي**: تُجرى جهود كبيرة للتوعية بأخطار التدخين والتبغ وتشجيع الأفراد على الإقلاع عن التدخين. وتشمل هذه الجهود حملات إعلانية وتقديم برامج للمساعدة في الإقلاع عن التدخين.

5. **التشريعات والسياسات**: تطبق الحكومة الأردنية سياسات للحد من التدخين تشمل زيادة الضرائب على منتجات التبغ وفرض قوانين منع التدخين في الأماكن العامة.

6. **التحديات الاجتماعية والثقافية**: بعض العوامل الاجتماعية والثقافية يمكن أن تسهم في استمرار التعاطي، مثل الإعلانات العامة الإيجابية حول التدخين أو توجهات تقليدية تجاه التدخين.

تتطلب مكافحة مشكلة تعاطي التبغ جهودًا مستدامة وشاملة تشمل التوعية الصحية والسياسات الصحية القوية ودعم للأفراد الراغبين في الإقلاع عن التدخين. يجب على الحكومة والمجتمع المدني والقطاع الصحي العمل معًا للتغلب على هذه المشكلة وتقليل تأثيراتها الضارة على الصحة العامة، حيث تتخذ وزارة الصحة الأردنية عدة إجراءات لمكافحة مشكلة تعاطي التبغ وتحسين الوعي الصحي حولها. إليك بعض الإجراءات الرئيسية التي تُتخذ:

1. **التوعية والتثقيف**: تقوم وزارة الصحة بتنفيذ حملات توعية وتثقيف حول أخطار التدخين وتأثيره السلبي على الصحة. تستهدف هذه الحملات الجمهور بشكل عام وتسعى لزيادة الوعي حول مخاطر التدخين.

2. **القوانين والتنظيمات**: تمنع القوانين الصحية في الأردن التدخين في الأماكن العامة وتفرض رسومًا على منتجات التبغ. تلك القوانين تهدف إلى تقليل معدلات التدخين وحماية غير المدخنين من الإشعاع الجانبي للتدخين.

3. **برامج إقلاع عن التدخين**: تقدم وزارة الصحة برامج ودعم للأفراد الراغبين في الإقلاع عن التدخين. يتضمن ذلك الاستشارات والعلاجات والمعلومات للمساعدة في تحقيق نجاح الإقلاع.

4. **مراقبة وإحصاءات**: يتم جمع البيانات وإجراء الأبحاث لمراقبة معدلات التدخين وتقييم تأثيراته. تلك المعلومات تساعد في توجيه السياسات والبرامج بشكل فعال.

5. **التعاون الدولي**: الحكومة الأردنية تعمل على التعاون مع منظمات دولية ومؤسسات صحية دولية للحصول على الدعم التقني والمالي لمكافحة التدخين وتحسين الوعي الصحي.

6. **البحث والتطوير**: تدعم وزارة الصحة البحث العلمي والتطوير لتطوير أساليب فعالة للحد من التدخين وتعزيز الإقلاع عنه.

الاجراءات المتخذة لتحقيق هذه الغاية:

1. تطبيق وإنفاذ قانون الصحة العامة فيما يخص بمخالفات التدخين في الأماكن العامة.
2. تنفيذ حملات توعية وتثقيف عن أهمية الإقلاع عن التدخين والتوعية بخصوص عيادات الإقلاع التابعة لوزارة الصحة.

التحديات أمام تحقيق هذه الغاية:

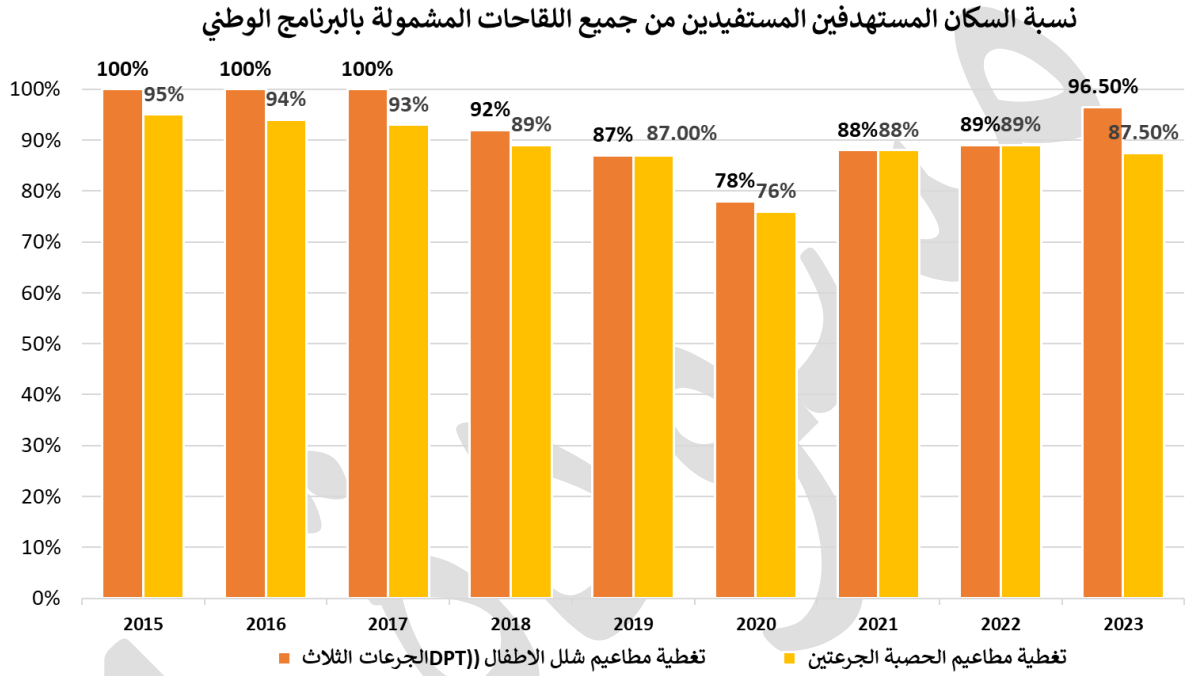
1. قلة وعي ومعرفة المواطن بقانون الصحة العامة ومخالفاته وبالأخص منع التدخين في الأماكن العامة.
2. نقص أعداد الكوادر التي تحمل صفة ضابط عدلية وافتقارهم للتدريب المناسب.
3. صعوبة تنفيذ حملات تفتيشية ما بعد أوقات الدوام.
4. صعوبة تأمين سيارات لاستخدامها لأغراض التفتيش.
5. البعد الجغرافي لهذه العيادات عن بعض التجمعات السكنية.
6. عدم ملائمة وقت العيادة مع بعض المراجعين كونها تفتح يومين في الأسبوع.
7. عدم مناسبة بعض العلاجات لبعض المراجعين (الآثار الجانبية، التعارض مع بعض الأدوية...).

التوصيات لتحقيق هذه الغاية:

1. زيادة الوعي لدى المواطن من خلال تنفيذ حملات توعوية بأضرار التدخين السلبي وقانون الصحة العامة ومنع التدخين في الأماكن العامة.
2. زيادة أعداد الكوادر التي تحمل صفة ضابط عدلية في مختلف الوزارات والمؤسسات الرسمية وإعطاءهم التدريب المناسب الذي يؤهلهم لتحمل مسؤولياتهم في تطبيق القانون.
3. وضع برنامج وخطة عمل لضباط العدلية وتوزيع أوقات عملهم لضمان تغطيتهم كافة الاماكن العامة في مناطقهم على مدار اليوم.
4. التعاون مع المؤسسات والوزارات المعنية لتأمين السيارات ووسائل التنقل، وإذا تعذر ذلك؛ يتم تأمين ضباط العدلية ببدل مواصلات.
5. تنفيذ حملات توعية وتثقيف عن أهمية الإقلاع عن التدخين والتوعية بخصوص عيادات الإقلاع التابعة لوزارة الصحة.
6. البعد الجغرافي لهذه العيادات عن بعض التجمعات السكنية.
7. عدم ملائمة وقت العيادة مع بعض المراجعين كونها تفتح يومين في الأسبوع.

8. عدم مناسبة بعض العلاجات لبعض المراجعين (الآثار الجانبية، التعارض مع بعض الأدوية...).
9. زيادة عدد عيادات الإقلاع عن التدخين بمعدل عيادتين كل سنة.
10. زيادة عدد أيام دوام العيادات من يومين في الأسبوع إلى 4 أيام في الأسبوع.
11. اعتماد أدوية جديدة لمواكبة التطور في علاج الادمان على التبغ.

المؤشر .b31. نسبة السكان المستهدفين المستفيدين من جميع اللقاحات المشمولة بالبرنامج الوطني لبلدهم



مقترح

1. **الأمراض**: لقاحات البرنامج الوطني تساعد في منع الأمراض المعدية مثل الحصبة، والسل، والكوليرا، والتي يمكن أن تكون خطيرة وتنتشر بسرعة إذا لم يتم التحكم فيها. بتطعيم السكان، يمكن تقليل الانتشار والوقاية من هذه الأمراض.

2. **تقليل معدلات الإصابة والوفاة**: اللقاحات تساهم في تقليل معدلات الإصابة والوفيات بسبب الأمراض المعدية. على سبيل المثال، تطعيم الأطفال ضد الحصبة يمكن أن يحميهم من المرض ومن المضاعفات الخطيرة التي يمكن أن تحدث نتيجة الإصابة به.

3. **تحسين الصحة العامة**: عندما تستخدم اللقاحات بشكل شامل، يتم تحسين الصحة العامة في المجتمع. الأمر الذي يساعد في تحقيق الهدف التنموي الثالث بضمان صحة جيدة ورفاهية للجميع.

4. **الحد من تكاليف الرعاية الصحية**: اللقاحات تكلف أقل من علاج الأمراض والمضاعفات التي يمكن أن تنشأ عنها. بذلك، يمكن تقليل تكاليف الرعاية الصحية الإجمالية عندما يتم استخدام اللقاحات بشكل فعال.

5. **ضمان توافر اللقاحات للجميع**: برامج اللقاحات الوطنية تعني أن اللقاحات تكون متاحة للجميع بغض النظر عن الدخل أو الجغرافيا. هذا يضمن توفير الفرصة للجميع للحصول على الحماية من الأمراض.

6. **مكافحة الأوبئة**: في حالات انتشار الأمراض الوبائية مثل كوفيد-19، يمكن استخدام برامج التطعيم للتحكم في انتشار الفيروس والمساهمة في وقف الوباء.

الإجراءات المتخذة لتحقيق الغاية:

1. تم اعداد والتدريب على ورشات micro planning التخطيط المصغر لجميع الكوادر العاملة في مراكز التطعيم في جميع المحافظات.

2. متابعة الزيارات الإشرافية الميدانية في جميع مراكز المملكة.

3. تفعيل دور الفريق الجوال mobile team في جميع المحافظات وتم الوصول الى الفئات ذات الاخطار وصعبة الوصول للمراكز الصحية وتطعيم فئة كبيرة منهم لمختلف الفئات العمرية.

4. تم التنسيق والاجتماع مع وزارة الاقتصاد الرقمي للمطالبة بعمل نظام محوسب لجميع المطاعيم في البرنامج الوطني.

5. متابعة الية عمل التقارير الشهرية لجميع مديريات المملكة.

التحديات والمعيقات أمام تحقيق هذه الغاية:

1. عدم توفر سيارات لعمل الزيارات الاستشرافية الميدانية للكوادر وللبرنامج الوطني للتطعيم.

2. الكوادر بحاجة الى تدريب مستمر نظرا لتجديد الكوادر المتكرر والسريع.

3. نظام الحوسبة غير جاهز او فعال حتى الان.

التوصيات اللازمة لتحقيق هذه الغاية:

1. التدريب المستمر للكوادر الصحية.

2. العمل على توفير سيارات للمتابعة والاشراف على البرنامج الوطني للتطعيم.

3. العمل على حوسبة البرنامج الوطني لتسهيل حصر اعداد المتخلفين عن التطعيم وتسهيل مهمة الوصول اليهم.

المؤشر .b32. مجموع صافي المساعدة التنموية الرسمية لقطاعي البحوث الطبية والصحة الأساسية

مجموع صافي المساعدة الإنمائية الرسمية المقدمة إلى البحوث الطبية والقطاعات الصحية الأساسية حسب الدولة

الدولة									

1. **تمويل البحوث والابتكار**: يمكن توجيه التمويل الإنمائي لدعم البحوث العلمية والطبية. ذلك يشمل تمويل دراسات سريرية، وأبحاث حول الأمراض المعدية أو غير المعدية، والأبحاث التي تهدف إلى تطوير علاجات جديدة أو لقاحات.

2. **تحسين البنية التحتية**: يمكن تخصيص المساعدة لتطوير وتحسين المستشفيات والعيادات الصحية. هذا يشمل تجهيز المرافق بالأجهزة الطبية الحديثة وضمان توفير الأدوية واللوازم الطبية الأساسية.

3. **برامج التوعية والتثقيف**: المساعدة يمكن استخدامها لدعم حملات التوعية الصحية، وإنشاء مواد تثقيفية، وتوجيه الجهود نحو نشر المعلومات الصحية للمجتمع.

4. **تعزيز الصحة الأمومية والطفولية**: يمكن توجيه المساعدة لتحسين رعاية الأمومة والطفولة، وتوفير التمويل لبرامج التطعيم والرعاية الصحية للأمهات والأطفال.

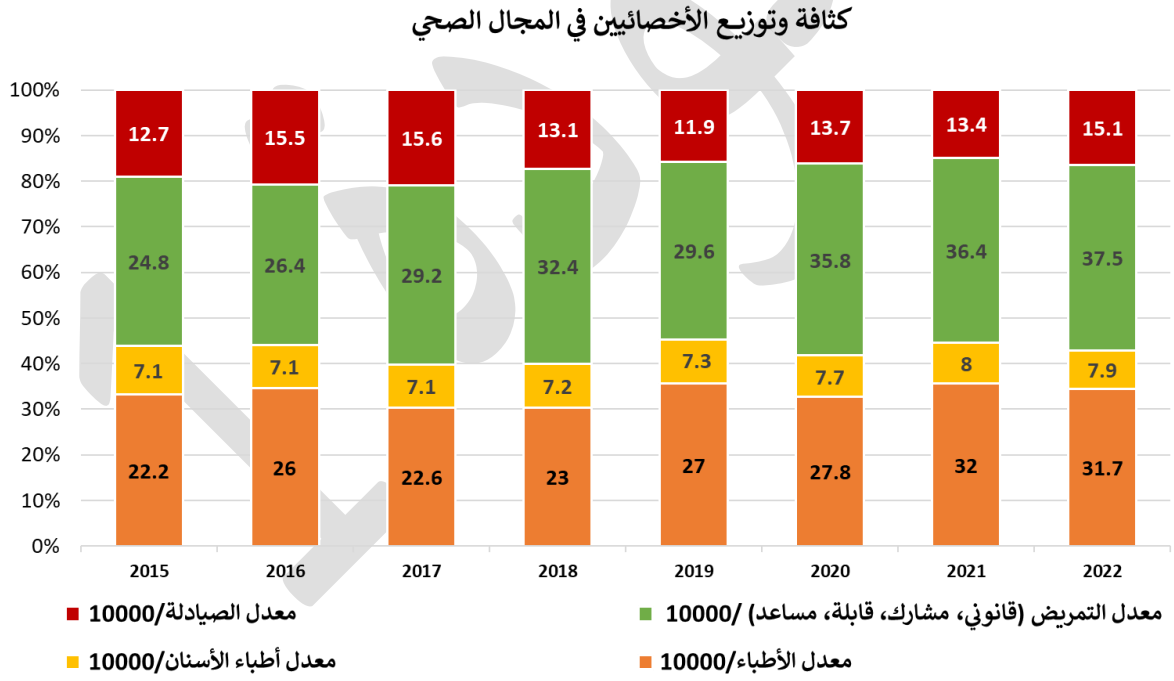
5. **مكافحة الأمراض المعدية**: يمكن تقديم دعم لبرامج مكافحة الأمراض المعدية مثل الإيدز والملاريا والسل والكوليرا، من خلال توفير الأدوية واللقاحات وتعزيز التشخيص والوقاية.

5. **بناء القدرات وتدريب الكوادر الصحية**: المساعدة يمكن أن تستخدم لتدريب الأطباء والممرضين والكوادر الصحية الأخرى لزيادة مهاراتهم وتعزيز القدرات الصحية.

6. **دعم الصحة العقلية**: يمكن تقديم المساعدة لتطوير خدمات الصحة العقلية وزيادة الوعي بأمور الصحة النفسية.

هذه الأمور تساهم بشكل كبير في تعزيز الصحة والرفاهية في الأردن وتحقيق الهدف التنموي الثالث المتعلق بضمان صحة جيدة ورفاهية للجميع في البلاد.

المؤشر c31. كثافة وتوزيع الأخصائيين في المجال الصحي



إن توزيع وزيادة عدد الاختصاصيين في المجال الصحي يعني زيادة عدد الأطباء والممرضين والأخصائيين الصحيين في مختلف المناطق والمجتمعات، هذا يمكن أن يساعد في تحقيق الهدف التنموي الثالث، الذي يتعلق بتحسين الصحة والرفاهية للجميع في البلاد، وذلك من خلال:

1. **زيادة الوصول للرعاية الصحية**: عندما يكون هناك مزيد من الاختصاصيين الصحيين في المناطق المختلفة، يكون من الأسهل للأفراد الوصول إلى الرعاية الصحية عندما يحتاجون إليها.

2. **تقديم رعاية صحية أفضل**: الاختصاصيون الصحيون الإضافيون يمكن أن يحسنوا جودة الرعاية التي يتلقاها الأفراد، حيث يمكنهم تقديم المزيد من الوقت والرعاية الشخصية لكل مريض.

3. **الوقاية من الأمراض**: الاختصاصيون الصحيون يمكن أن يلعبوا دورًا هامًا في التوعية بالوقاية من الأمراض والتحكم فيها، مما يساهم في تقليل انتشار الأمراض وتقديم نصائح للأفراد حول الحفاظ على صحتهم.

4. **تلبية احتياجات الصحة المجتمعية**: توزيع الاختصاصيين بناءً على احتياجات المجتمع يمكن أن يضمن تلبية احتياجات الصحة المحددة لهذا المجتمع بشكل أفضل.

المؤشر .d31. القدرة في مجال اللوائح الصحية الدولية والاستعداد للطوارئ الصحية

المؤشر	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
نسبة القدرة في مجال اللوائح الصحية الدولية والاستعداد للطوارئ الصحية (%)									

المؤشرات الفرعية

C1 التشريعات والتمويل									
C2وظائف تنسيق اللوائح الصحية الدولية والجهات الوطنية									
C3ا الاحداث ذات المصدر الحيواني والتفاعل بين الانسان والحيوان									
C4 سلامة الاغذية									
C5 المختبرات									
C6المراقبة									
C7الموارد البشرية									
C8الاطار الوطني لحالات الطوارئ الطبية									
C9 تقديم الخدمات الطبية									
C10 التواصل بخصوص المخاطر									
C11 نقاط الدخول									
C12 الاحداث الكيميائية									

C13 الطوارئ الاشعاعية									

اللوائح الصحية الدولية هي مجموعة من القوانين والاتفاقيات والتوجيهات الصادرة عن منظمات دولية مثل منظمة الصحة العالمية (WHO) تهدف إلى تنظيم وتنسيق الجهود العالمية للحفاظ على صحة السكان والوقاية من الأمراض وتحسين جودة الرعاية الصحية

الأردن يلتزم بالالتزامات الصحية الدولية ويتبع اللوائح والتوجيهات الصحية الدولية التي تصدرها منظمة الصحة العالمية (WHO) وغيرها من المنظمات الدولية ذات الصلة. هذه اللوائح تهدف إلى تعزيز الصحة العامة والسلامة الصحية في البلاد. من بين هذه اللوائح والاتفاقيات الصحية الدولية التي تنطبق على الأردن:

1. **اتفاقية منظمة الصحة العالمية لمكافحة التدخين**: تم التوقيع على هذه الاتفاقية في عام 2003 وهي تهدف إلى تنفيذ تدابير للحد من التدخين والترويج للصحة العامة.

2. **اللوائح الصحية الدولية للسلامة الغذائية**: تلتزم الأردن بالالتزامات الدولية المتعلقة بسلامة الغذاء ويعمل على تنفيذ معايير سلامة الغذاء العالمية والممارسات الجيدة في صناعة الأغذية.

3. **اللوائح الصحية الدولية للحماية من الأمراض المعدية**: يتبع الأردن اللوائح والمعايير الدولية للوقاية من انتشار الأمراض المعدية ويتعاون مع المنظمات الدولية لمكافحتها ومراقبتها.

4. **اللوائح الصحية الدولية للأمراض غير السارية**: يعمل الأردن على تنفيذ اللوائح الدولية للتصدي للأمراض غير السارية مثل فيروس كورونا المستجد (COVID-19) والتصدي لها والحفاظ على الصحة العامة.

تتطلب الالتزام باللوائح الصحية الدولية تعاونًا قويًا مع منظمات دولية ومؤسسات صحية عالمية لضمان حماية الصحة العامة والسلامة الصحية في البلاد، من أبرز النقاط الهامة حول اللوائح الصحية الدولية:

1. **مكافحة الأمراض**: تتضمن اللوائح الصحية الدولية توجيهات للتصدي للأمراض المعدية وغير المعدية. على سبيل المثال، تشمل مكافحة الأوبئة مثل وباء كورونا المستجد (COVID-19).

2. **سلامة الغذاء**: تحدد اللوائح معايير سلامة الغذاء والممارسات الصحية في صناعة الأغذية لضمان توفير أغذية آمنة للجمهور.

3. **التدخين والتبغ**: هناك اتفاقيات دولية تهدف إلى مكافحة التدخين والترويج للصحة العامة عبر تنفيذ سياسات تقييدية على منتجات التبغ.

4. **سلامة الأدوية واللقاحات**: تضمن اللوائح الصحية جودة وسلامة الأدوية واللقاحات المستخدمة لعلاج ووقاية الأمراض.

5. **التوجيهات لرعاية الصحة**: تقدم اللوائح توجيهات لمزودي الرعاية الصحية والمحترفين الصحيين حول كيفية تقديم الخدمات الصحية بجودة عالية وأمان.

6. **السياسات الصحية العامة**: تشمل اللوائح سياسات عامة للمحافظة على الصحة العامة، مثل تعزيز التغذية الجيدة ومكافحة الإدمان.

7. **الالتزام باللوائح الصحية الدولية يساهم في تحقيق الأهداف الصحية العالمية وتعزيز الصحة والرفاهية**. وهو يعكس التعاون الدولي لمواجهة تحديات الصحة العالمية والحد من انتشار الأمراض وتحسين جودة الحياة للجميع.

الإجراءات المتخذة لتحقيق الغاية:

1. استحداث برنامج الرصد المبني على الحدث (EBS).

2. تفعيل الرصد النشط لبعض الامراض السارية (مثل الكوليرا) بناء على تقييم المخاطر الذي قامت به وزارة الصحة.

3. تقييم وتطوير الخطط التشغيلية لفرق الاستجابة السريعة وزيادة عددها على المستوى المركزي ومستوى المحافظات.

4. إعادة تقييم وتحديث قائمة الامراض السارية التي يتم التبليغ عنها ودليل رصد الامراض وتحويل بعض الامراض التي يبلغ عنها بشكل اسبوعي الى قائمة التبليغ الفوري.

5. زيادة التوعية لدى الكوادر الصحية من خلال عمل محاضرات وزيارات ميدانية لمواقع التبليغ وخصوصا في مواقع تبليغ الرصد المختار للأمراض التنفسية الحادة والحميات.

6. جاري العمل على تحديث الخطط الوطنية للاستجابة للأوبئة والتي تشمل مخاطر الصحة العامة (الكيميائية/ النووية / البيولوجية / الشعاعية (CPRN)) مع الشركاء.

المعيقات والتحديات أمام تحقيق هذه الغاية:

1. نسبة تدوير الموظفين العالية مما يفقدنا الكوادر المدربة للاستجابة للأوبئة ورصد الامراض في الميدان.

2. عدم توفر التمويل الكافي لدعم الاستجابة للأوبئة.

3. نقص الكوادر المدربة على اساسيات إدارة الازمات على المستوى المركزي ومستوى المحافظات.

4. عزوف الكوادر الصحية عن العمل في البرامج المختصة بالأوبئة بعد جائحة كوفيد 19.

5. عدم القدرة على استقطاب الكوادر الطبية المؤهلة للعمل في الرعاية الصحية الأولية والاوبئة خاصة التمريض نتيجة للفروقات في الرواتب والحوافز.

6. تكليف غير ذوي الاختصاص للعمل في مجال الأوبئة.

التوصيات الازمة لتحقيق الغاية:

1. التعامل مع الكوادر العاملة في مجال الاستجابة للأوبئة ككوادر فنية مما يترتب عليه استشارة رؤسائهم المباشرين قبل نقلهم ومنحهم العوائد المالية للكوادر الفنية في المستشفيات.

2. تخصيص موازنة /صندوق خاص بالاستجابة للأوبئة والطوارئ الصحية.

3. مساواة الكوادر الصحية العاملة في الرعاية الصحية الأولية والاوبئة والمراكز الصحية من حيث الحوافز مع الكوادر في المستشفيات.

4. تخصيص وسائل نقل مخصصة لمديرية إدارة الأوبئة ومديريات الصحة (قسم رقابة الامراض) على ان تكون مجهزة ومستعدة في حال حدوث أي طارئ صحي.

5. العمل على استقطاب كوادر مؤهلة للعمل في مجال الأوبئة سواء على المستوى المركزي (وزارة الصحة) او الطرفي (مديريات الصحة).

منهجية مؤشرات الهدف الثالث

المؤشر	التعريف	طريقة الحساب
المؤشر 3.1.1 نسبة الوفيات النفاسية	عدد الوفيات خلال سنة من الأمهات اللواتي توفين خلال فترة الحمل أو 42 يوما بعده لأسباب تتعلق بالحمل والولادة/ عدد المواليد أحياء خلال سنة* 100,000	(عدد الوفيات النفاسية المسجلة / مجموع الولادات المسجلة في نفس الفترة) *100,000
المؤشر 3.1.2 نسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحيون مَهرة	النسبة المئوية للولادات التي تتم تحت إشراف موظفين صحيين مهرة (أطباء أو ممرضات أو قابلات بشكل عام	عدد الأخصائيين الصحيين الحاضرين للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15و 49 سنة أثناء الولادة؛ يعبر عنها كنسبة مئوية لعدد الولادات للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة) / عدد الولادات الإجمالي * 100
المؤشر 3.2.1 معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	هو احتمال وفاة طفل من عمر ولادته في سنة ما أو فترة معينه وقبل وصوله سن الخامسة. ويتم التعبير عن معدلات الوفيات الخاصة بالعمر في تلك الفترة لكل 1000 مولود حي	عدد وفيات الأطفال دون سن 5 سنوات / عدد المواليد أحياء خلال سنة* 1000
المؤشر 3.2.2 معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة	هو احتمال وفاة الطفل المولود في فترة معينة خلال أول 28 يوما من ولادته، معبرا عنها مولود لكل 1000 طفل مولود	عدد الأطفال الذين ماتوا خلال أول 28 يوماً من الحياة/ عدد المواليد الأحياء) × 1000
المؤشر 3.3.1 عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة (الإيدز) لكل 1000 من السكان غير المصابين، حسب الجنس والعمر والسكان	يعرف بأنه عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 شخص بين السكان غير المصابين.	(عدد الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم حديثا بفيروس نقص المناعة البشرية / إجمالي الأشخاص غير المصابين) × 1000
المؤشر 3.3.2الاصابة بالسل لكل 100,000 من السكان	الإصابة بمرض السل لكل 100,000 من السكان على النحو المحدد في العدد التقديري لحالات السل الجديدة والمنتكسة (لجميع أشكال السل، بما في ذلك الحالات في الأشخاص المتعايشين بفيروس نقص المناعة البشرية الإيدز)، معبرا عنها بمعدل لكل 100,000 نسمة.	(عدد حالات السل الجديدة لجميع أشكال لسل، بما في ذلك الحالات المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)/ إجمالي عدد السكان) × 100,000
المؤشر 3.3.3 الإصابة بالملاريا لكل 1000 من السكان	تُعرف حالات الإصابة بالملاريا بأنها عدد حالات الملاريا الجديدة لكل 1000 شخص معرض للخطر من كل عام	(عدد حالات الإصابة بالملاريا / عدد السكان) * 1000.
المؤشر 3.3.4 الإصابة بالالتهاب الكبدي B لكل	نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين أصيبوا بعدوى مزمنة بفيروس	إجمالي عدد الحالات الإيجابية للمستضد السطحي (HbsAg)

100,000 من السكان	التهاب الكبد B	(في السكان دون 5 سنوات / مجموع حالات نتيجة الفحص للمستضد السطحي (HbsAg) للسكان دون 5 سنوات × 100,000
المؤشر 3.3.5 عدد الأشخاص الذين يستلزمون تدخلات لمكافحة الأمراض المدارية (الاستوائية) المهملة	عدد الحالات التي تطلب علاج ورعاية من الأمراض الاستوائية المهملة (NTDs)، استهدفتها منظمة الصحة العالمية عن طريق قرارات	عدد الحالات الجديدة التي تتطلب علاجا فرديا ورعاية للأمراض الاستوائية المهملة (NTDs)
المؤشر 3.4.1معدل الوفيات الناجمة عن امراض القلب والاوعية الدموية والسرطان وداء السكري والامراض التنفسية المزمنة	عدد الوفيات الناجمة عن امراض القلب والاوعية الدموية والسرطان وداء السكري والامراض التنفسية المزمنة مقسوم على عدد السكان مضروب في 100,000	عدد الوفيات بسبب الناجمة عن امراض القلب والاوعية الدموية والسرطان وداء السكري والامراض التنفسية المزمنة مقسوم على عدد السكان مضروب في 100,000 لكل100,000 من السكان.
المؤشر 3.4.2معدل وفيات الانتحار	عدد وفيات الانتحار مقسوم على عدد السكان مضروب في 100,000	معدل وفيات الانتحار (لكل 100,000 من السكان) = (عدد الوفيات من الانتحار في السنة/ عدد السكان لنفس السنة) *100,000
مؤشر 3.5.1 نطاق تغطية التدخلات العلاجية (الخدمات الدوائية والنفسانية وخدمات إعادة التأهيل والرعاية اللاحقة) لمعالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة	عدد الأشخاص الذين تلقوا العلاج خلال عام مقسوما على إجمالي عدد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات في نفس العام	(عدد الأشخاص الخاضعين للعالج من اضطرابات تعاطي المخدرات / عدد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات) ×100
مؤشر 3.6.1 معدل الوفيات بسبب إصابات حوادث الطرق	عدد الوفيات بسبب حوادث الطرق لكل100,000 من السكان.	(عدد الوفيات بسبب حوادث الطرق / عدد السكان) ×100000
المؤشر 3.7.1 نسبة النساء في سن الإنجاب (أعمارهن بين 15 و49سنة) اللواتي حصلن على احتياجهن إلى تنظيم الأسرة بشكل مرضي بالطرق الحديثة المؤشر: 3.7.2 معدل الولادات لدى المراهقات (10 - 14 سنة , 15 – 19 سنة) لكل 1000 امرأة في تلك الفئة العمرية.	النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي يرغبن في عدم الإنجاب أو تأجيل الإنجاب، ويستخدمون وسائل منع الحمل الحديثة	عدد النساء المتزوجات في سن الإنجاب (15 – 49 سنة) والآتي يستخدمن حاليا أو يستخدم شريكهن الجنسي، وسيلة حديثة واحدة على الأقل لمنع الحمل / النساء في سن الإنجاب (15 – 49 سنة) * 100 معدل الولادات لدى المراهقات (15 – 19 سنة) = (عدد المواليد أحياء سنويا من للنساء اللواتي أعمارهن (15 -19) / عدد النساء (15 – 19 سنة)) *1000. معدل الولادات لدى المراهقات (10 – 14 سنة) = (عدد المواليد أحياء سنويا من للنساء اللواتي أعمارهن (10 – 14) / عدد النساء (10 – 14 سنة)) *1000
المؤشر 3.8.2 نسبة السكان الذين لديهم نفقات صحية كبيرة كنسبة من إجمالي إنفاق الأسرة أو دخلها	نسبة السكان الذين ينفقون نفقات أسرية كبيرة على الصحة كنسبة من مجموع إنفاق أو دخل الأسر. ويتم استخدام نقطتين لتحديد "الإنفاق الأسري الكبير على الصحة": أكبر من 10٪ وأكثر من 25٪ من إجمالي إنفاق أو دخل الاسرة	متوسط السكان المرجح لعدد الأشخاص الذين لديهم إنفاق أسري كبير على الصحة، كحصة من إجمالي إنفاق أو دخل الأسرة

المؤشر 3.9.1 معدل الوفيات بسبب تلوث المنازل والهواء المحيط	يمكن التعبير عن معدل الوفيات بسبب التأثيرات المشتركة لتلوث الهواء المنزلي والمحيط بعدد الوفيات، وُيحسب معدل الوفيات بتقسيم عدد الوفيات على مجموع السكان	عدد الوفيات بسبب تلوث المنازل والهواء المحيط لكل 100,000 من السكان.
المؤشر 3.9.2 معدل الوفيات المنسوبة إلى المياه والمرافق الصحية غير الآمنة وانعدام النظافة الشخصية	يشير إلى معدل الوفيات إلى المياه غير الآمنة والصرف الصحي غير الآمن ونقص النظافة.	عدد الوفيات من المياه غير الآمنة والصرف الصحي غير الآمن ونقص النظافة في السنة/ عدد السكان *100,000
المؤشر 3.9.3 معدل الوفيات الناجمة عن التسمم غير المتعمد	هو معدل الوفيات بسبب التسمم غير المقصود، لكل 100,000 من السكان.	عدد الوفيات الناجمة عن حالات التسمم غير المتعمد في السنة/ عدد السكان * 100,000
المؤشر. 3 .a.1 معدل انتشار تعاطي التبغ حاليا بين الأشخاص البالغين 15 سنة فما فوق	يتم تعريف المؤشر على أنه النسبة المئوية للسكان الذين تبلغ أعمارهم 15 عاما فأكثر والذين يتعاطون حاليا أي منتج من منتجات التبغ (التبغ المدخن و/ أو الذي لا يدخن) على أساس يومي أو غير يومي.	عدد المدخنين حاليا من السكان 15 سنة فأكثر / (مجمل السكان 15 سنة فأكثر) ×100
المؤشر3 b1 نسبة السكان المستهدفين المستفيدين من جميع اللقاحات المشمولة بالبرنامج الوطني لبلدهم	تغطية لقاح النكاف، اللقاح ضد الكزاز والسعال الديكي DTP (الجرعة الثالثة) تغطية لقاح الحصبة (الجرعة الثانية) تغطية لقاح المكورات الرئوية (آخر جرعة في الجدول الزمني) تغطية لقاح فيروس الورم الحليمي البشري HPV (الجرعة الأخيرة في الجدول الزمني)	A: عدد الأفراد في المجموعة المستهدفة لكل لقاح الذين تلقوا آخر جرعة موصى بها في السلسلة الأساسية النسبة للقاحات في جدول تحصين الرضع، إذا تم قياس التغطية من خلال النظام الإداري، فستكون مجموعة الولادة لجرعة الوالدة BCG والتهاب الكبد B والرضع الناجين من أجل المستضدات الأخرى ، في البلدان التي تُعطى فيها الحصبة في السنة الأولى من العمر سيكونون اطفالا تتراوح أعمارهم بين 12 و 23 شهرا) B: إجمالي عدد الأفراد في المجموعة المستهدفة لكل لقاح. بالنسبة للقاحات في جدول تحصين الرضع، سيكون هذا هو الإجمالي عدد الرضع الذين بقوا على قيد الحياة حتى عمر السنة. في حالة قياس التغطية بالمسح سيكون العدد الإجمالي12- 23 شهرا للرضع في العينة
المؤشر .b2. 3 مجموع صافي المساعدة التنموية الرسمية لقطاعي البحوث الطبية والصحة الأساسية	إجمالي المدفوعات لإجمالي المساعدات التنموية الرسمية من الجهات المانحة لقطاعات البحوث الطبية والصحية الأساسية.	مجموع تدفقات المساعدات التنموية الرسمية من المملكة إلى البلدان النامية لإجراء البحوث الطبية والصحة الأساسية
المؤشر .c1. 3كثافة وتوزيع الأخصائيين في المجال الصحي	عدد العاملين في المجال الطبي بما في ذلك الممارسين الطبيين من العامين والإخصائيين لكل 10,000 من السكان الوطنين و / أو غير الوطنين	عدد العاملين في المجال الطبي حسب المهنة /عدد السكان * 10000

المؤشر .d1. 3 اللوائح الصحية الدولية (IHR)، القدرة والتأهب لحالات الطوارئ الصحية	النسبة المئوية لصفات الإمكانيات الأساسية الثالث عشرة التي تم تحقيقها في وقت محدد	عدد صفات الإمكانيات الأساسية المنجزة/ إجمالي عدد صفات الإمكانيات الأساسية

مسودة 1