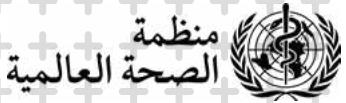




المبادئ التوجيهية
الصادرة عن منظمة الصحة
العالمية بشأن دعم السياسات
والنظم الصحية لتحقيق الأداء
الأمثل للبرامج المعنية بالعاملين
الصحبيين المجتمعيين



المبادئ التوجيهية
الصادرة عن منظمة الصحة
العالمية بشأن دعم السياسات
والنظم الصحية لتحقيق الأداء
الأمثل للبرامج المعنية بالعاملين
الصحبيين المجتمعيين

المبادئ التوجيهية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية بشأن دعم السياسات والنظم الصحية لتحقيق الأداء الأمثل للبرامج
المعنية بالعاملين الصحيين المجتمعيين
[WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes]

ISBN 978-92-4-655036-4

© منظمة الصحة العالمية 2019

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

ويمقتضى هذا الترخيص يجوز أن تنسخوا المصنف وتعيدوا توزيعه وتحوروه للأغراض غير التجارية، وذلك شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو
الملائم كما هو مبين أدناه، ولا ينافي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتقد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يسمح
باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قررت تعديل المصنف فيجب عندئذ أن تصلوا على ترخيص لمستنكتم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي
(Creative Commons licence) أو ترخيص بعادله. وإذا قررت بترجمة المصنف فينفي أن تدرجوا بياناً إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح:
"هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)). والمنظمة (WHO) غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دققها. ويجب أن
يكون إصدار الأصل الإنكليزي هو الإصدار الملزم وذو الحجية".

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

الاقتباس المقترح المبادئ التوجيهية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية بشأن دعم السياسات والنظم الصحية لتحقيق الأداء الأمثل للبرامج المعنية بالعاملين
الصحبيين المجتمعيين
[WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes]
جنيف: منظمة الصحة العالمية: 9201. الترخيص .CC BY-NC-SA 3.0 IGO

بيانات الفهرسة أثناء النشر. بيانات الفهرسة أثناء النشر متاحة في الرابط <http://apps.who.int/iris>

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط <http://apps.who.int/bookorders>. ولتقديم طلبات الاستخدام
التجاري والاستفسارات الخاصة بالحقوق والترخيص انظر الرابط <http://www.who.int/about/licensing>

مواد الطرف الثالث. إذا كنت ترغبون في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور فإلكم
تتحملون مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام هذه أم لا، وعن الحصول على إذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم
وحده آية مخاطر احوث مطالبات نتيجة انتهاك أي عذر يملكه طرف ثالث في المصنف.

بيانات عامة لأخلاص المسؤولية. التسميات المستعملة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبّر ضمناً عن أي رأي كان من جانب المنظمة
(WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو سلطات أي منها أو بشأن تحديد حودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المقاطعة على
الخرائط خطوطاً حدودية تقريرية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

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

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة تُوزع دون أي ضمان
من أي نوع، سواء أكان بشكل صريح أم بشكل ضمني. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد. والمنظمة (WHO) ليست مسؤولة بأي حال عن
الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

Printed in Switzerland

طبع بواسطة خدمات إنتاج الوثائق التابعة لمنظمة الصحة العالمية في جنيف بسويسرا

المحتويات +

8	المقدمة
9	المساهمون وكلمات الشكر
11	قائمة المختصرات
12	الرسائل الرئيسية
13	الملخص التنفيذي
18	+ 1. المقدمة
19	+ 2. الأساس المنطقي
20	+ 3. الجمهور المستهدف
20	3.1 مستخدمو المبادئ التوجيهية النهائيون
20	3.2 الأشخاص المعنيون بالتوصيات
21	+ 4. أغراض المبادئ التوجيهية ونطاقها
21	4.1 الهدف والأغراض
21	4.2 فات العاملين الصحيين المشمولة بهذه المبادئ التوجيهية
23	4.3 المناطق الجغرافية المشمولة
24	4.4 فات التدخلات المشمولة
26	+ 5. كيفية إعداد هذه المبادئ التوجيهية
26	5.1 الفريق التوجيهي والفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية وفريق الاستعراض الخارجي
27	5.2 مصادر بيانات المبادئ التوجيهية
29	+ 6. النتائج
29	6.1 إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي
29	6.2 الاستعراضات المنهجية للأسئلة الخمسة عشر المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والنتائج
31	6.3 استقصاء تصورات أصحاب المصلحة

		الوصية 1: الاختيار لأغراض التدريب السابق للخدمة
32		7.1.1 خلفية التوصية
32		7.1.2 الأساس المنطقي للتوصية
33		7.1.3 ملخص البيانات
34	7.1.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات GDG	
34	7.1.5 اعتبارات التنفيذ	
35		الوصية 2: مدة التدريب السابق للخدمة
35	7.2.1 خلفية التوصية	
35	7.2.2 الأساس المنطقي للتوصية	
35	7.2.3 ملخص البيانات	
36	7.2.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات	
36	7.2.5 اعتبارات التنفيذ	
37		الوصية 3: الكفاءات في المناهج الدراسية للتدريب السابق للخدمة
38	7.3.1 خلفية التوصية	
38	7.3.2 الأساس المنطقي للتوصية	
38	7.3.3 ملخص البيانات	
38	7.3.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات	
39	7.3.5 اعتبارات التنفيذ	
41		الوصية 4: طرائق التدريب السابق للخدمة
41	7.4.1 خلفية التوصية	
42	7.4.2 الأساس المنطقي للتوصية	
42	7.4.3 ملخص البيانات	
42	7.4.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات	
43	7.4.5 اعتبارات التنفيذ	
43		الوصية 5: الشهادات القائمة على الكفاءة
43	7.5.1 خلفية التوصية	
44	7.5.2 الأساس المنطقي للتوصية	
44	7.5.3 ملخص البيانات	
44	7.5.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات	
45	7.5.5 اعتبارات التنفيذ	
45		الوصية 6: الإشراف الداعم
45	7.6.1 خلفية التوصية	
45	7.6.2 الأساس المنطقي للتوصية	
46	7.6.3 ملخص البيانات	
46	7.6.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات	
46	7.6.5 اعتبارات التنفيذ	
47		الوصية 7: الأجر
47	7.7.1 خلفية التوصية	
47	7.7.2 الأساس المنطقي للتوصية	
48	7.7.3 ملخص البيانات	
48	7.7.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات	
49	7.7.5 اعتبارات التنفيذ	

49	التوصية 8: اتفاques التعاقد
49	7.8.1 خلفية التوصية
50	7.8.2 الأساس المنطقي للتوصية
50	7.8.3 ملخص البيانات
50	7.8.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات
50	7.8.5 اعتبارات التنفيذ
51	التوصية 9: السلم الوظيفي
51	7.9.1 خلفية التوصية
51	7.9.2 الأساس المنطقي للتوصية
51	7.9.3 ملخص البيانات
51	7.9.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات
52	7.9.5 اعتبارات التنفيذ
52	التوصية 10: حجم السكان المستهدف
52	7.10.1 خلفية التوصية
52	7.10.2 الأساس المنطقي للتوصية
53	7.10.3 ملخص البيانات
53	7.10.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات
53	7.10.5 اعتبارات التنفيذ
54	التوصية 11: جمع البيانات واستخدامها
54	7.11.1 خلفية التوصية
54	7.11.2 الأساس المنطقي للتوصية
54	7.11.3 ملخص البيانات
55	7.11.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات
55	7.11.5 اعتبارات التنفيذ
56	التوصية 12: فئات العاملين الصحيين المجتمعين
56	7.12.1 خلفية التوصية
56	7.12.2 الأساس المنطقي للتوصية
56	7.12.3 ملخص البيانات
56	7.12.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات
57	7.12.5 اعتبارات التنفيذ
57	التوصية 13: مشاركة المجتمع المحلي
57	7.13.1 خلفية التوصية
58	7.13.2 الأساس المنطقي للتوصية
58	7.13.3 ملخص البيانات
60	7.13.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات
60	7.13.5 اعتبارات التنفيذ
60	التوصية 14: تعبئة الموارد المجتمعية
61	7.14.1 خلفية التوصية
61	7.14.2 الأساس المنطقي للتوصية
61	7.14.3 ملخص البيانات
61	7.14.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات
62	7.14.5 اعتبارات التنفيذ

62	التوصية 15: توافر الإمدادات
62	7.15.1 خلفية التوصية
62	7.15.2 الأساس المنطقي للتوصية
62	7.15.3 ملخص البيانات
63	7.15.4 ملخص البيانات
63	7.15.5 اعتبارات التنفيذ
64	+ 8. أولويات البحث وتحديث المبادئ التوجيهية
64	8.1 الاختيار والتعليم والشهادات
65	8.2 الإدارة والإشراف
65	8.3 الاندماج في النظم الصحية والمجتمعات المحلية ودعمها
66	8.4 الآثار المترتبة على نتائج التنمية غير الصحية
66	8.5 البحوث المستقبلية وتحديث المبادئ التوجيهية
67	+ 9. استخدام المبادئ التوجيهية
67	9.1 خطط نشر المبادئ التوجيهية
68	9.2 خطط تكيف المبادئ التوجيهية وتنفيذها وتقييمها
70	+ 10. اعتبارات التنفيذ العامة
70	10.1 المبادئ الأساسية
71	10.2 الجوانب التشغيلية لتصميم برنامج العاملين الصحيين المجتمعين وتنفيذها
71	10.2.1 تصميم البرنامج
71	10.2.2 اتساق السياسات
71	10.2.3 دعم النظام الصحي
72	10.2.4 الآثار التمويلية
73	+ المراجع
90	+ الملحق 1. مصطلحات البحث للتعرف على العاملين الصحيين المجتمعين وغيرهم من فئات العاملين الصحيين المجتمعين ذات الصلة
92	+ الملحق 2. مجالات تقديم الخدمات التي توافر بشأنها بيانات منشورة على فعالية العاملين الصحيين المجتمعين
100	+ الملحق 3. المبادئ التوجيهية الحالية للمنظمة التي تحدد الأدوار التي يضطلع بها العاملون الصحيون المجتمعون والخدمات التي يقدمونها
103	+ الملحق 4. قائمة أعضاء الفريق التوجيهي والفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية وفريق الاستعراض الخارجي
109	+ الملحق 5. نتائج مختارة من استقصاء تصورات أصحاب المصلحة
	+ الملحق 6. ملامح البيانات وجداول مقارنة البيانات بالقرارات (WHO/HIS/HWF/CHW web annex/18.1)

الأشكال والجداول

23	الشكل 1: التوزيع الجغرافي للدراسات المشمولة في الاستعراضات المنهجية الخمسة عشر للأسئلة المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والنتائج
25	الشكل 2: خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تتوفر بشأنها بيانات على فعالية العاملين الصحيين المجتمعين
30	الشكل 3: الرسم البياني للدراسات الخاضعة للتقييم في إطار الاستعراضات المنهجية وفقاً لعناصر الإبلاغ المفضلة للاستعراضات المنهجية والتحاليل التجميعية
111	الشكل ألف 5.1: مقبولية وجودي استخدام وسائل التواصل الاجتماعي في إعادة توزيع السلع الأساسية والإمدادات
112	الشكل ألف 5.2: مقبولية وجودي اختيار المرشحين الأكبر سنا
28	الجدول 1: استراتيجية البحث الجامع للأسئلة الخمسة عشر المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والنتائج
28	الجدول 2: معايير الشمول والاستبعاد
37	الجدول 3: مدة تدريب العاملين الصحيين المجتمعين متعدد الوظائف
39	الجدول 4: التباينات في محتويات منهج التدريب السابق للخدمة الخاص بالعاملين الصحيين المجتمعين
58	الجدول 5: فئات استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي
103	الجدول ألف 4.1: أعضاء الفريق التوجيهي
104	الجدول ألف 4.2: أعضاء الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية
105	الجدول ألف 4.3: أعضاء فريق الاستعراض الخارجي
106	الجدول ألف 4.4: إدارة تضارب المصالح بالنسبة للفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية
108	الجدول ألف 4.5: إدارة تضارب المصالح بالنسبة لفريق الاستعراض الخارجي
110	الجدول ألف 5.1: مقبولية تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين وجودواها

تصدير

تأسست منظمة الصحة العالمية على مبدأ أن جميع الناس لديهم الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. ويمكن القول إن مبدأ "الصحة للجميع" موجود في حضنا النبوي.

وسلم بأن العاملين الصحيين المجتمعين من المكونات الحيوية للرعاية الأولية منذ إعلان ألمانيا في عام 1978. وبعد مرور أربعين سنة، أصبح لدينا الآن بيانات دامجة تثبت المساهمة القيمة للعاملين الصحيين المجتمعين في تقديم الخدمات الصحية الأساسية والضرورية لإنقاذ الأرواح.

ويتمثل الاستثمار في العاملين الصحيين المجتمعين قيمة جيدة مقابل المال. ومع ذلك، فإنهم يعملون في كثير من الأحيان على هامش النظم الصحية، دون أن يُعترف بهم وأن يُدمحوا ويُدعموا ويُكافؤوا على النحو اللازم على ما يؤدونه من دور.

وقد حدّدت هذه المبادئ التوجيهية الجديدة للمنظمة أحدث البيانات بشأن ما هو مطلوب لتيسير دمج العاملين الصحيين المجتمعين في النظم الصحية والمجتمعات دمّجاً سليماً. وتتضمن هذه المبادئ التوجيهية مجموعة من التوصيات العملية بشأن كيفية تحسين وتعزيز اختيارهم وتعليمهم ونشرهم وإدارتهم والإشراف عليهم وتقديمهم الوظيفي واندماجهم في المجتمع ودعم النظم لهم.

وقد حدّدت هذه المبادئ التوجيهية الجديدة للمنظمة أحدث البيانات بشأن ما هو مطلوب لتيسير دمج العاملين الصحيين المجتمعين في النظم الصحية والمجتمعات دمّجاً سليماً. وتتضمن هذه المبادئ التوجيهية مجموعة من التوصيات العملية بشأن كيفية تحسين وتعزيز اختيارهم وتعليمهم ونشرهم وإدارتهم والإشراف عليهم وتقديمهم الوظيفي واندماجهم في المجتمع ودعم النظم لهم.

وأحد جميع وأعضى السياسات والمديرين في البلدان، وكذلك شركاءنا الدوليين، على النظر في هذه التوصيات ووضعها موضوع التنفيذ. وبغضّل الاستفادة من إمكانات العاملين الصحيين المجتمعين استفادة كاملة، بما في ذلك عن طريق تحسين ظروف عملهم ومعيشتهم بشكل جذري، يمكننا أن نمضي قدماً سوياً نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة وبلغ الغايات الصحية المحددة في أهداف التنمية المستدامة.



الدكتور تيدروس أدهانوم غيبريسوس



المساهمون و كلمات الشكر

أولوفيمي تاييو أولادابو، إدارة بحوث الصحة الإنجابية؛ كونهي بارك والدكتور إندراجيت هازاريكا، المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ؛ غالينا برفيليفا، المكتب الإقليمي لأوروبا؛ دينيس جورج بوريغون، إدارة تصريف شؤون الصحة وتمويلها؛ غوناسينا سونيل سينانيايك، المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا؛ لانا سيد، البرنامج العالمي لمكافحة السل؛ جيروم بفافمان، وحدة الصحة، صحة الطفل، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف).

وقام الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية بصفة نطاق المبادئ التوجيهية، واستعرض ملخصات البيانات، ووضع التوصيات. ومن بين أعضاء الفريق إيلي عقل، الجامعة الأمريكية في بيروت، لبنان (أخصائي في المنهجية ورئيس مشارك)؛ باربرا ماكباك، جامعة مليون، أستراليا (رئيس مشارك)؛ أوتا ليمان، جامعة ويسترن كيب، جنوب أفريقيا (رئيس مشارك)؛ أمل عبد الله، وزارة الصحة في السودان؛ ذو الفقار بوتا، جامعة أغاخان في باكستان؛ هوارد كاتون، المجلس الدولي للممرضين والممرضات، المملكة المتحدة؛ تسفاي شالا، نائب مدير الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة، إثيوبيا؛ يوسوا دمبيسي، جامعة ليمبوبو، جنوب أفريقيا؛ جيل دوسو، معهد النظافة الصحية وطب المناطق المدارية، ليسوبونة، البرتغال؛ ميانا غبانيا، وزارة الصحة، ليبريريا؛ زهانغ غوانغ بينغ، المركز الوطني للأبحاث التنمية الصحية، الصين؛ لويس هويشو، الجامعة البيروفية، بيرو؛ نيكولاي جلامسكي، وزارة الصحة، مولدوفا؛ آرثر كوفمان، جامعة نيو مكسيكو، الولايات المتحدة الأمريكية؛ أريتا لاتيانارا، وزارة الصحة، فيجي؛ ليونارد مبيو، وزارة الصحة، كينيا؛ غودالوبي ميدينا، جامعة باهيا الاتحادية، البرازيل؛ كاترين موغيني، وزارة الصحة، رواندا؛ مارغريت مونغريرا، الجمعية الطبية العالمية، أوغندا؛ ماكسنسيا ناكيبوكا، عاملة صحية مجتمعية، أوغندا؛ مخدوما نرجس، وزارة الصحة، بنغلاديش؛ شيرلي نغوبينيا، جامعة ويتواترسنند، جنوب أفريقيا؛ رام شريستا، المركز الطبي، تاكس، نيبال؛ ساندرا فرمونتن والسيد آبي باباتوندي، الخدمات العامة الدولية، بلجيكا؛ بولي ووكر، وورلد فيجن، المملكة المتحدة؛ جان وايت، حكومة ويلز – الفريق المعني بالصحة والخدمات الاجتماعية، ويلز، المملكة المتحدة. وشارك السيد ناسو قريشى من وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، في اجتماعات الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية بصفة مراقب.

تدرج هذه المبادئ التوجيهية ضمن برنامج عمل المنظمة بشأن الموارد البشرية الصحية، وتمثل أداة تقنية لتسهيل تنفيذ الاستراتيجية العالمية للمنظمة بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة 2030، ووصيات لجنة الأمم المتحدة الرفيعة المستوى المعنية بالتوظيف الصحي والنمو الاقتصادي، وبرنامج العمل العام الثالث عشر لمنظمة الصحة العالمية، 2019-2023.

وقد أطلق مفهوم المبادئ التوجيهية من جانب كل من الدكتور جورجيو كوميتو والدكتور جيمس كامبل والدكتور ماري بول كيني من منظمة الصحة العالمية. وأجرى بعد ذلك الدكتور جورجيو كوميتو (منسق شؤون الموارد البشرية للسياسات الصحية والقواعد والمعايير في إدارة القوى العاملة الصحية بمنظمة الصحة العالمية) المزيد من التحسينات من الناحية المفاهيمية على المبادئ التوجيهية وتنسيقها ومحتها، وذلك تحت إشراف السيد جيمس كامبل (مدير إدارة القوى العاملة الصحية في منظمة الصحة العالمية). وتعد إدارة القوى العاملة الصحية التابعة للمنظمة جزءاً من مجموعة التخطيطية الصحية الشاملة والنظام الصحي التي يقودها المدير العام المساعد، الدكتور ناوكو يماموتو.

وقاد الفريق التوجيهي العمل المتعلقة بإعداد مقترن التخطيط للمبادئ التوجيهية، وحدد أعضاء الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية وفريق الاستعراض الخارجي، وقام بتيسير تنظيم اجتماعات الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية، وساهم في إعداد المسودة الأولى لوثيقة المبادئ التوجيهية والجولات اللاحقة من عمليات التقييم. ومن بين أعضاء الفريق التوجيهي موظفي المنظمة التالية أسماؤهم: سميرة أبو بكر، إدارة صحة الأمهات والمواليد والأطفال والمرأهفين؛ إسلام آروخو دي كرافيلو، إدارة الشيوخوخة والتمتع بالصحة طوال العمر؛ محمد أساي أركاني، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط؛ شانون باركلي، إدارة تقييم الخدمات والسلامة؛ جورجيو كوميتو (المؤسول عن الشؤون التقنية)، إدارة القوى العاملة الصحية؛ تارون دوا، إدارة الصحة النفسية ومعاقرة مواد الإدمان؛ جوزي فرنتشسكو غارسيا غوتيريز، المكتب الإقليمي للأمريكتين؛ فتحية جولين جيدك، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط؛ توماس موران، مجموعة شلل الأطفال وحالات الطوارئ والتعاون القطري؛ آيروساليم كيبيدي نيعوسى والدكتور ناتان فورد، إدارة الأيدز والعدوى بفيروسه؛ والسيدة جنيفر نيوني، المكتب الإقليمي لأفريقيا؛

وقاد فريق الاستعراض المنهجي الذي يتولى تنسيقه كل من السيدة بيانكا ألبرز والسيد ديفيد تايلور (مركز البيانات والتنفيذ) والسيد أرلون شلونسكي (جامعة ملبورن)، عملية إعداد الاستعراضات المنهجية الخمسة عشر التي تقوم البيانات على الأسئلة المتعلقة بالسياسات التي تعالج في المبادئ التوجيهية على وجه التحديد. ووجهت عبارات الشكر إلى مؤلفي كل استعراض من الاستعراضات المنهجية، والذين ترد أسماؤهم في مراجع الاستعراضات.

وتولت مجموعة من الباحثين من جامعة جونز هوبكينز، تضم كلاً من السيد كيري سكوت والسيد سام بيكمان والسيدة مارغريت غروس والسيد جورج باريرو والسيد كريشنا راو والسيد هنري بيري، إعداد الاستعراض المنهجي الخاص باستعراضات المصنفات الأدبية والذي يرمي إلى استكشاف قاعدة البيانات الأوسع نطاقاً بشأن العاملين الصحيين المجتمعين.

وقدم عدد كبير من الأفراد يتبعون إلى مختلف المؤسسات والدوائر، إسهامات مجهلة المصدر خلال جلسة الاستماع العامة، مساهمين بذلك في نطاق وثيقة المبادئ التوجيهية، وفي إطار استقصاء تصورات أصحاب المصلحة الذي يرمي إلى تقييم الأهمية النسبية للنتائج، وجدوى ومقابلية خيارات السياسات التي يُنظر فيها أثناء إعداد المبادئ التوجيهية.

وتولى السيد أونيبيما أخويبور (إدارة القوى العاملة الصحية بالمنظمة) تنسيق جلسة الاستماع العامة الأولية بشأن نطاق المبادئ التوجيهية، وقد عملية إعداد وتحليل استقصاء تصورات أصحاب المصلحة. وتولت السيدة زهرة زينالي (متدربة في قسم القوى العاملة الصحية بالمنظمة) تجميع وتلخيص المبادئ التوجيهية الحالية للمنظمة والتي تشير إلى دور العاملين الصحيين المجتمعين في القيام بتدخلات صحية محددة. وتولى السيد جون داوسون نسخ الوثيقة.

التمويل

لقد أتاحت الموارد الأساسية للمنظمة تمويل الجزء الأكبر من عملية إعداد هذه المبادئ التوجيهية. وبالإضافة إلى ذلك، تم الحصول على الدعم المالي من الجهات التالية بعرض إعداد هذه المبادئ التوجيهية ونشرها واعتمادها: الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والمalaria ووزارة الصحة الاتحادية في ألمانيا والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية والوكالة النرويجية للتعاون التنموي والتحالف من أجل السياسات الصحية وبحوث النظم واليونيسف. وقد أقر مع الامتنان بالدعم المالي المقدم من هؤلاء الشركاء.

وأجرى فريق الاستعراض الخارجي استعراض نظراء لمسودة وثيقة المبادئ التوجيهية وللاستعراضات المنهجية للمصنفات الأدبية. ومن بين أعضائه مادلين بالارد، تحالف التأثير الصحي المجتمعي، ألمانيا؛ جنifer بريدس، منظمة Jhpiego، الولايات المتحدة الأمريكية؛ كاميلا جيو غلياني، الجامعة الاتحادية في ريو غراندي دو سول، بورتو أليغري، البرازيل؛ ستيفن هودجينز، جامعة ألبرتا، كندا؛ أوشيا وناما إيبى، التصنيف الدولي لتأدية الوظائف، نيجيريا؛ سارة جافانبار است، جامعة فلندرز، أستراليا؛ آري جونسون، جامعة كاليفورنيا، سان فرنسيسكو، مؤسسة MUSO لعلوم الصحة العالمية، الولايات المتحدة الأمريكية؛ كارين كالاندر، اتحاد مكافحة الملاريا، المملكة المتحدة؛ سامسون كيروندي، شركة University Research Co., LLC، أوغندا؛ ماريز كوك، المعهد الملكي للدراسات الاستوائية، هولندا؛ ميسام نجافيزادا، مركز العلوم الصحية لجامعة نيوفاوندلاند التكنولوجية، نيوفاوندلاند ولابرادور، كندا؛ بيتر نغاتيا، مؤسسة Amref Health Africa، كينيا؛ روث نغيشو، مؤسسة Living Goods، كينيا؛ أبيمبولا أولانiran، كلية ليفربول لطب المناطق المدارية، المملكة المتحدة؛ راجش بنجابي، مؤسسة Last Mile Health، الولايات المتحدة الأمريكية؛ بهانو براتاب، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، سويسرا؛ ماغالي روميدين، اليونيسيف، السنغال؛ إيريك ساريوت، منظمة إنقاذ الطفولة، الولايات المتحدة الأمريكية؛ سونيتا سينغ، كلية لندن للتصبح وطب المناطق المدارية، الهند.

وجمعت إعلانات المصالح من جانب أعضاء الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية وفريق الاستعراض الخارجي، وقامت أمانة المنظمة بتقييمها. واعتبر أن المصالح المعلن عنها لا تعيق المشاركة في عملية إعداد التوصيات أو استعراضها.

وقدم أفراد آخرون إسهامات انتقائية بشأن الجوانب المنهجية لاستعراض المصنفات الأدبية أو الاستعراض الجماعي وإسهامات بشأن أقسام محددة من وثيقة المبادئ التوجيهية: الدكتور سوزان نوريس (أمانة لجنة استعراض المبادئ التوجيهية، منظمة الصحة العالمية)؛ والسيدة دينا جوادي (التحالف من أجل السياسات الصحية وبحوث النظم، منظمة الصحة العالمية)؛ والدكتور ديرموت ماهر (بحوث أمراض المناطق المدارية، منظمة الصحة العالمية)؛ والسيد توماس ألين (المكتبة وشبكات المعلومات من أجل المعرفة، منظمة الصحة العالمية)؛ والدكتور توماس زاباتا (مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لجنوب شرق آسيا)؛ والدكتور إيلونغو لوكومبي (مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لأفريقيا)؛ والدكتور كريستيان ويسيكو (منظمة العمل الدولية).

الرسائل الرئيسية

- والعلمية عند الاقتضاء، ومهارات التعبئة الشخصية والمجتمعية في محتويات التدريب السابق للخدمة؛
- ضمان الموازنة بين التدريب النظري والعملي السابق للخدمة، والمزج بين التعلم المباشر والتعلم الإلكتروني حيثما أمكن، مع إيلاء العناية الواجبة لبيانه وهيئة تدريب إيجابيَّن؛
- استخدام شهادات رسمية قائمة على الكفاءة تُمنَح للعاملين الصحيين المجتمعين الذين أتموا التدريب السابق للخدمة لتحسين نوعية الرعاية التي يقدمونها وتحفيزهم وفرص عملهم؛
- اعتماد استراتيجيات الإشراف الداعم؛
- تخصيص مجموعة من الموارد المالية للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة تتناسب مع متطلبات الوظيفة وتعقيدها وعدد ساعات العمل وأنشطة التدريب والأدوار التي يضطلعون بها؛
- تزويد العاملين الصحيين المجتمعين من يتقاضون أجوراً عن عملهم باتفاق خطى يحدد الأدوار والمسؤوليات وظروف العمل والأجور وحقوق العاملين؛
- إتاحة فرصة الترقى في السلم الوظيفي للعاملين الصحيين المجتمعين ذوي الأداء الجيد؛
- تحديد الحجم المناسب للسكان المستهدفين استناداً إلى عبء العمل المتوقع والمطلوبات المتعلقة بتوافر الاتصالات اللازم إجراؤها وطبيعتها والوقت اللازم للقيام بها؛
- جمع البيانات المتعلقة بالصحة وتربيتها واستخدامها من جانب العاملين الصحيين المجتمعين في إطار الأنشطة الروتينية، بما في ذلك من خلال الحلول الصحية ذات الصلة القائمة على وسائل الاتصال المحمولة، مع احترام سرية البيانات وأمنها؛
- اعتماد نماذج تقديم الخدمات تُسند في إطارها مهام عامة إلى العاملين الصحيين المجتمعين كجزء من أفرقة متكاملة معنية بالرعاية الصحية الأولية يمكن ضمها، للعاملين الصحيين المكافئين بمهام مختارة، أن يضطلعوا بدور تكميلي؛
- اعتماد استراتيجيات خاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين ترمي إلى إشراك المجتمعات المحلية وتسخير موارد المجتمع؛
- ضمان توفير السلع الأساسية والمواد الاستهلاكية بقدر كاف للعاملين الصحيين المجتمعين.

إن معالجة النقص في القوى العاملة الصحية وسوء توزيعها والتحديات المتصلة بالأداء أمر ضروري للتقدم نحو تحقيق جميع الأهداف المتعلقة بالصحة، بما في ذلك التغطية الصحية الشاملة. وعلاوة على ذلك، يمكن لقطاع الصحة أن يكون محركاً للنمو الاقتصادي من خلال إتاحة فرص العمل الذي يتضمن مهارات، ولا سيما لصالح النساء.

وتشمل استراتيجيات القوى العاملة الصحية الفعالة تعليم ونشر مجموعة متنوعة من المهارات المستدامة، وتسخير إمكانات العاملين الصحيين المجتمعين الذين يعملون في فرق الرعاية الأولية المشتركة بين المهن في بعض السياقات. غير أن الدعم المقدم إلى العاملين الصحيين المجتمعين ودمجهم في النظم الصحية والمجتمعات يتفاوت من بلد إلى آخر وعلى نطاق البلد نفسه. ولا تُكرر بالضرورة الأمثلة المتوفرة على الممارسات الجيدة، كما أن خيارات السياسات التي يتتوفر عدد أكبر من البيانات على فاعليتها لا تُعتمد بشكل موحد. وبال مقابل، فإن النجاح في تقديم الخدمات عن طريق العاملين الصحيين المجتمعين يتطلب توافر نماذج قائمة على البيانات لتعليم هؤلاء العاملين الصحيين ونشرهم وإدارتهم.

إن منطلق التصميم الفعال للبرامج الخاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين هو إجراء تحليل سليم لوضع احتياجات السكان ومتطلبات النظم الصحية وأثر الموارد. وينبغي النظر في دور العاملين الصحيين المجتمعين مقابل دور العاملين الصحيين الآخرين من أجل دمج برامج العاملين الصحيين المجتمعين في النظام الصحي العام وفي الهياكل المجتمعية القائمة على النحو المناسب.

وقد أعدت هذه المبادئ التوجيهية استناداً إلى تحليل نقيدي للبيانات المتاحة، وهي تقدم مجموعة من توصيات السياسات من أجل تحسين تصميم وأداء برامج العاملين الصحيين المجتمعين، بما في ذلك:

- اختيار العاملين الصحيين المجتمعين لأغراض التعليم قبل بدء الخدمة، مع مراعاة مستويات التعليم الدنيا الملائمة للمهام التي يتوقع أن يؤديها وكون المرشحين أفراداً من المجتمع المحلي وتقبلهم من هذا المجتمع وتعزيز الإنفاق بين الجنسين وصفات المرشحين وكفاءاتهم الشخصية؛
- تحديد مدة التدريب السابق للخدمة في السياق المحلي استناداً إلى الكفاءات المطلوبة وفقاً للدور والمعرفة والمهارات المتوفرة مسبقاً والشروط المتوقعة لممارسة الخدمة؛
- إدراج الخدمات التعزيزية والوقائية والخدمات التشخيصية

الملخص التنفيذي

المقدمة

يتمثل الهدف العام من هذه المبادئ التوجيهية في مساعدة الحكومات الوطنية والشركاء الوطنيين والدوليين على تحسين تصميم برامج العاملين الصحيين المجتمعين وتنفيذها وأدائها وتقييمها، والمساهمة في الإعمال التدريجي للتغطية الصحية الشاملة.

وتتركز هذه المبادئ التوجيهية في المقام الأول على العاملين الصحيين المجتمعين (كما هو محدد في التصنيف المعياري الدولي للمهن لمنظمة العمل الدولية)، غير أن أهميتها وقابليتها للتطبيق تشمل أيضاً فئات أخرى من العاملين الصحيين المجتمعين. وتعتبر توصيات هذه المبادئ التوجيهية ذات صلة بالنظم الصحية للبلدان على جميع مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

وتحتسب هذه المبادئ التوجيهية إلى نهج النظم الصحية، وتتعدد بشكل خاص العوامل المساعدة للسياسات والنظم الالزمة لتحسين تصميم مبادرات العاملين الصحيين المجتمعين وأدائهم، ولكنها لا تقتصر مجموعة البيانات التي يمكن أن يستند إليها العاملون الصحيون المجتمعيون لتقديم خدمات صحية أو القيام بتدخلات صحية وفقاً لمعايير الجودة، والتي يتم تناولها في إطار مبادئ توجيهية أخرى للمنظمة.

المنهجية

وضعت هذه المبادئ التوجيهية باتباع نهج المنظمة المعياري: تقييم نقدي للبيانات من خلال إعداد استعراضات منهجية للمصنفات الأدبية ذات الصلة وتقييم نوعية البيانات استناداً إلى منهجيات موحدة، بما في ذلك تقييم مدى يقين البيانات. وقد الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية الذي يتتألف من أعضاء من مختلف الفئات عُيّنوا على أساس الت berhasil الجغرافي والتوازن بين الجنسين (بما في ذلك صانعي السياسات، والمستخدمين النهائيين للمبادئ التوجيهية، والخبراء، والجمعيات المهنية الصحية، والعاملين الصحيين المجتمعين، وممثلين نقابات العمال) العمل الرامي إلى صياغة التوصيات بدعم من الفريق التوجيهي، مع الاستعانة بالاستعراض الجماعي الذي أجراه فريق استعراض خارجي اختير على أساس تنافسي. وأُجري استعراض منهجي لعمليات استعراض المصنفات الأدبية المنشورة، و15 استعراضاً منهجياً (واحد لكل سؤال من الأسئلة المتعلقة بالسياسات) للدراسات الأولى ذات الصلة، واستقصاء تصورات أصحاب المصلحة، وذلك للغرض المحدد المتمثل في تحديد البيانات ذات الصلة التي تسهم في إعداد هذه المبادئ التوجيهية.

إن معالجة النقص في القوى العاملة الصحية وسوء توزيعها والتحديات المتصلة بالأداء أمر ضروري للتقدم نحو تحقيق جميع الأهداف المتعلقة بالصحة، بما في ذلك التغطية الصحية الشاملة. وعلاوة على ذلك، وكما يتضح من توصيات لجنة الأمم المتحدة الرفيعة المستوى المعنية بالتوظيف الصحي والنمو الاقتصادي، هناك اعتراف متزايد بقدرة قطاع الصحة على إتاحة فرص العمل الذي يقتضي مهارات، ولاسيما لصالح النساء، مما يسهم في برامج العمل الرامية إلى إيجاد فرص عمل وتحقيق التنمية الاقتصادية. وينبغي أن يعكس تعليم ونشر فرق العاملين الصحيين المجتمعين بالرعاية الأولية المشتركة بين المهن مزيجاً من المهارات المتنوعة المستدامة. وفي بعض السياقات، قد ينطوي ذلك على تسخير إمكانات العاملين الصحيين المجتمعين في إطار جهود أوسع نطاقاً من أجل تعزيز الرعاية الصحية الأولية والقوى العاملة الصحية بشكل أعم.

وهناك إدراك متتأكد بأن العاملين الصحيين المجتمعين وغيرهم من العاملين في هذا المجال فعلون في تقديم مجموعة من الخدمات الصحية الوقائية والتعزيزية والعلاجية، وأنه يمكنهم المساهمة في الحد من أوجه الإجحاف في الحصول على الرعاية.

الأساس المنطقي

إن دعم العاملين الصحيين المجتمعين وإدماجهم في النظم الصحية والمجتمعات يتفاوت من بلد إلى آخر وعلى نطاق البلد نفسه. ولا تُكرر بالضرورة الأمثلة المتوفرة على الممارسات الجيدة، كما أن خيارات السياسات التي يتوفر عدد أكبر من البيانات على فعاليتها لا تُعتمد بشكل موحد. وهناك حاجة إلى إرشادات مبنية على البيانات بشأن السياسة الصحية المثلثى ودعم النظم من أجل تحسين أداء وأثر هؤلاء العاملين الصحيين.

الجمهور المستهدف

يتمثل الجمهور الرئيسي الذي تستهدفه هذه المبادئ التوجيهية في واسعي السياسات والمخططين والمديرين المسؤولين عن سياسات القوى العاملة الصحية والتخطيط على المستويين الوطني والمحلي. ويتمثل الجمهور المستهدف الثانوي في شركاء التنمية، ووكالات التمويل، ومبادرات الصحة العالمية، والمقاولين المانحين، والباحثين، ومنظمات العاملين الصحيين المجتمعين، والعاملين الصحيين المجتمعين أنفسهم، ومنظمات المجتمع المدني، وأصحاب المصلحة المجتمعين.

النتائج

حدد الاستعراض المنهجي لعمليات استعراض المصنفات الأدبية المنشورة 122 استعراضًا مؤهلاً (75 استعراضًا منهجياً، 34 منها كانت عبارة عن تحليلات تحويلية و 47 استعراضًا غير منهجي). وبحثت الاستعراضات المنهجية للدراسات المتعلقة بالأسئلة الخمسة عشر المتناولة في المبادى التوجيهية ما يقرب من 88 000 سجل، مما أسفر في نهاية الأمر عن تحديد 137 دراسة يمكن أن تدرج في الاستعراضات وأن تُحلل في إطارها. وتلقى استقصاء تصورات أصحاب المصلحة على إسهامات من 96 مستجيباً (معظمهم من وأصيبي السياسات والمخططين والمديرين والباحثين المشاركون في تصميم برامج العاملين الصحيين المجتمعين وتنفيذها ورصدها وتقييمها) بخصوص مقبولية التدخلات قيد النظر في المبادى التوجيهية وجودتها.

التوصيات

١. الاختيار

ال滂وصية ١ ألف

تقترن المنظمة استخدام المعايير التالية لاختيار العاملين الصحيين المجتمعين لأغراض التدريب السابق للخدمة:

- المستوى التعليمي الأدنى المناسب للمهمة (المهام)
- قيد النظر؛

- الانتماء إلى المجتمع المحلي المستهدف وقبله لهم؛
- الإنصاف بين الجنسين بما يتماشى مع السياق (النظر في اتخاذ تدبير إيجابي يتيح اختيار النساء بصورة تفضيلية من أجل تمكينهن، ولضمان قبول الخدمات من جانب السكان أو المجموعة المستهدفة حسب السياق الثقافي)؛
- الصفات الشخصية والقدرات والقيم والخبرات الحياتية والمهنية للمرشحين (مثل القدرات المعرفية والنزاهة والتحفظ والمهارات الشخصية والالتزام الواضح بخدمة المجتمع، وروح الخدمة العامة).

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

ال滂وصية ١ باء

تقترن المنظمة عدم استخدام المعايير التالية لاختيار العاملين الصحيين المجتمعين لأغراض التدريب السابق للخدمة:

- السن (باستثناء الحالات المتعلقة بمتطلبات التعليم الوطني وسياسات العمل).

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

التوصية ١ جيم

توصي المنظمة بعدم استخدام المعايير التالية لاختيار العاملين الصحيين المجتمعين لأغراض التدريب السابق للخدمة:

- الحال الزوجية.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - قوية.

٢. مدة التدريب السابق للخدمة

التوصية ٢

تقترن المنظمة استخدام المعايير التالية لتحديد مدة التدريب السابق للخدمة للعاملين الصحيين المجتمعين:

- نطاق العمل والمسؤوليات والأدوار المتوقعة؛
- الكفاءات اللازمة لضمان تقديم خدمات عالية الجودة؛
- المعارف والمهارات الموجودة مسبقاً (سواء تم اكتسابها من خلال التدريب المسبق أو الخبرة ذات الصلة)؛
- الظروف الاجتماعية والاقتصادية والجغرافية للمتدربين؛
- القدرة المؤسسية لتوفير التدريب؛
- الشروط المتوقعة لممارسة الخدمة.

درجة يقين البيانات - ضعيفة. قوة التوصية - مشروطة.

٣. الكفاءات في المناهج الدراسية للتدريب السابق للخدمة

التوصية ٣

تقترن المنظمة إدراج مجالات الكفاءات التالية في المنهج الدراسي للتدريب السابق للخدمة للعاملين الصحيين المجتمعين، إذا كان دورهم المتوقع يشمل مثل هذه الوظائف:

- الخدمات التعزيزية والوقائية، وتحديد صحة الأسرة والاحتياجات والمخاطر الاجتماعية؛

• الاندماج في نظام الرعاية الصحية الأوسع نطاقاً بالنسبة لمجموعة من المهام التي يتطلب الاضطلاع بها وفقاً لدور العامل الصحي المجتمعي، بما في ذلك الإحالة، والتعاون مع العاملين الصحيين الآخرين المنتسبين إلى فرق الرعاية الأولية، وتتبع المرضي، وترصد الأمراض المجتمعية، والرصد، وجمع البيانات وتحليلها واستخدامها؛

- المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة؛
- توفير الدعم النفسي الاجتماعي؛

• مهارات التعامل مع الآخرين فيما يتعلق بالسرية والاتصال والمشاركة والتعبئة المجتمعين؛

- السلامة الشخصية.

مجالات إضافية:

- ضمان حصول المشرفين على التدريب المناسب؛
 - توجيه العاملين الصحيين المجتمعين وإرشادهم؛
 - استخدام مراقبة تقديم الخدمات وبيانات الأداء وأصداء المجتمع المحلي؛
 - إعطاء الأولوية لتحسين نوعية الإشراف.
- درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

7. الأجر

التوصية 7 ألف

توصي المنظمة بأن يُدفع للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة أجر مقابل عملهم في إطار حزمة مالية تناسب مع متطلبات الوظيفة وتعقيدها وعدد ساعات العمل والتدريب والأدوار التي يقومون بها.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - قوية.

التوصية 7 باء

تقترح المنظمة ألا يك足 العاملون الصحيون المجتمعون، حسرياً أو في غالب الأحيان، وفقاً للحواجز القائمة على الأداء.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

8. اتفاقات التعاقد

التوصية 8

توصي المنظمة بأن يُزود العاملون الصحيون المجتمعيون من يتقاضون أجوراً عن عملهم باتفاق خطى يحدد أدوارهم ومسؤولياتهم وظروف عملهم وأجرهم وحقوقهم.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - قوية.

9. السلم الوظيفي

التوصية 9

تقترح المنظمة أن تثأر للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة فرصة الترقى في السلم الوظيفي، مع الاعتراف بأن مواصلة التعليم والتطوير الوظيفي مرتبطة بمعايير الاختيار، ومدة التعليم السابق للخدمة ومحتوياته، والشهادات القائمة على الكفاءة، ومدة الخدمة واستعراض الأداء.

درجة يقين البيانات - ضعيفة. قوة التوصية - مشروطة.

4. طرائق التدريب السابق للخدمة

التوصية 4

تقترح المنظمة اتباع الطرائق التالية لتوفير التدريب السابق للخدمة للعاملين الصحيين المجتمعين:

- التوازن بين المعارف النظرية والمهارات المركزية على الجانب العملي، مع التشديد بشكل أولوي على خبرة العمل تحت الإشراف؛
- التوازن بين التعلم المباشر والتعلم الإلكتروني، مع التشديد بشكل أولوي على التعلم المباشر، واستكماله بالتعلم الإلكتروني بالنسبة لبعض الجوانب ذات الصلة به؛
- تحديد أولويات التدريب في المجتمع المحلي أو بالقرب منه قدر الإمكان؛
- توفير التدريب ومواد التعليم بلغة كفيلة بتعزيز قدرة المتربين على اكتساب الخبرات والمهارات؛
- ضمان بيئة تدريب إيجابية؛
- النظر في مناهج التدريب المشتركة بين المهن حيثما كان ذلك مناسباً وممكناً.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

5. الشهادات القائمة على الكفاءة

التوصية 5

تقترح المنظمة استخدام شهادة رسمية قائمة على الكفاءة للعاملين الصحيين المجتمعين الذين استكملوا بنجاح التدريب السابق للخدمة.¹

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

6. الإشراف الداعم

التوصية 6

تقترح المنظمة استخدام استراتيجيات الإشراف الداعم التالية في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين:

- معدل المشرف - المرؤوس المناسب الذي يتيح تقديم دعم مجد ومنتظم؛

¹ تُعرف الشهادة في هذا السياق على أنها اعتراف رسمي تمنحه السلطات المختصة للعاملين الصحيين الذين أتموا بنجاح التعليم السابق للخدمة والذين استوفوا معايير الكفاءة المحددة مسبقاً.

12. فئات العاملين الصحيين المجتمعين

الوصية 12

تقترح المنظمة اعتماد نماذج لتقديم الخدمات تشمل العاملين الصحيين المجتمعين الذين يضطلعون بمهام عامة في إطار فرق الرعاية الصحية الأولية المتكاملة. ويمكن أن يؤدي العاملون الصحيون المجتمعون الذين يضطلعون بمهام تنسم بمزيد من الانقائية والخصوصية دوراً تكميلياً عند الاقتضاء وفقاً لاحتياجات المتعلقة بصحة السكان والبيئة الثقافية وتكون القوى العاملة.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

13. مشاركة المجتمع المحلي

الوصية 13

توصي المنظمة باعتماد الاستراتيجيات التالية بشأن مشاركة المجتمع المحلي في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة:

- التشاور مع قادة المجتمع المحلي قبل بدء تنفيذ البرنامج؛
 - إشراك المجتمع المحلي في اختيار العاملين الصحيين المجتمعين؛
 - رصد العاملين الصحيين المجتمعين؛
 - اختيار أنشطة العاملين الصحيين المجتمعين وتحديد أولوياتها؛
 - دعم الهياكل المجتمعية؛
 - إشراك ممثلي المجتمع المحلي في عمليات صنع القرار وحل المشاكل والتخطيط ووضع الميزانية.
- درجة يقين البيانات - متوسطة. قوة التوصية - قوية.

14. تعبئة الموارد المجتمعية

الوصية 14

تقترح المنظمة أن يساهم العاملون الصحيون المجتمعون في تعبئة الموارد المجتمعية على نطاق أوسع من أجل الصحة من خلال:

- تحديد المشاكل الصحية والاجتماعية ذات الأولوية ووضع خطط عمل مقابلة مع المجتمعات المحلية وتنفيذها؛
 - تعبئة الموارد المحلية ذات الصلة التي تمثل مختلف أصحاب المصلحة والقطاعات ومنظمات المجتمع المدني، والمساعدة على تنسيقها من أجل التصدي للمشاكل الصحية ذات الأولوية؛
 - تيسير مشاركة المجتمع المحلي في تقييم ونشر البيانات المجتمعية الروتينية ونتائج التدخلات على نحو شفاف؛
 - تعزيز الروابط بين المجتمع المحلي والمرافق الصحية.
- درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

10. حجم السكان المستهدف

الوصية 10

تقترح المنظمة استخدام المعايير التالية في تحديد حجم السكان المستهدف في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين.

- المعايير الواجب اعتمادها في معظم السياقات:
- عبء العمل المتوقع استناداً إلى الوضع فيما يتعلق بالوبائيات والطلب المتوقع على الخدمات؛
 - توافر الاتصالات اللازم إجراؤها؛
 - المتطلبات المتعلقة بطبيعة الخدمات المقدمة والوقت اللازم لتقديمها؛
 - الوقت الذي يتوقع أن يكرسه العاملون الصحيون المجتمعون لعملهم كل أسبوع (مع مراعاة الوقت غير المدرج في إطار تقديم الخدمات لأغراض التدريب والالتزامات الإدارية وغيرها من المتطلبات)؛
 - الجغرافيا المحلية (بما في ذلك مدى قرب الأسر، والمسافة التي تفصلها عن العيادة، والكثافة السكانية).
- المعايير التي قد تكون هامة في بعض السياقات:
- الطقس والمناخ؛
 - توافر وسائل النقل وتكلفتها؛
 - سلامة العاملين الصحيين؛
 - قدرة السكان على التنقل؛
 - الموارد البشرية والمالية المتاحة.
- درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

11. جمع البيانات واستخدامها

الوصية 11

تقترح المنظمة أن يقوم العاملون الصحيون المجتمعون الممارسوون للخدمة بتوثيق الخدمات التي يقدمونها وأن يجمعوا البيانات الصحية ويرتبوها ويستخدموها في إطار الأنشطة الروتينية، بما في ذلك من خلال الحلول الصحية ذات الصلة القائمة على وسائل الاتصال المحمولة. ومن بين العوامل المساعدة على النجاح تخفيف عبء الإبلاغ وتنسيق متطلبات البيانات؛ ضمان سرية البيانات وأمنها؛ تزويد العاملين الصحيين المجتمعين بالكفاءات المطلوبة بفضل التدريب؛ تقديم تعليقات إليهم بشأن الأداء استناداً إلى البيانات المجمعة.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

15. توافر الإمدادات

الوصية 15

الاختلافات في العوامل السياقية ومن حيث فعالية النهج التي من شأنها أن تؤثر على قابلية خيارات السياسات والتوصيات الواردة في هذه المبادئ التوجيهية للتطبيق والتمهيم.

اعتبارات التنفيذ

إن منطلق التصميم الفعال للبرامج الخاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين هو إجراء تحليل سليم لوضع احتياجات السكان ومتطلبات النظم الصحية. وينبغي للمخططين أن يعتمدوا نهجاً شاملاً للنظام، مع مراعاة قدرات النظام الصحي واحتياجات السكان، وأتأثير دور العاملين الصحيين المجتمعين مقابل دور العاملين الصحيين الآخرين من أجل دمج برامج العاملين الصحيين المجتمعين في النظام الصحي على النحو المناسب.

وبناءً على ذلك، ينبغي ضمان توافق مبادرات وبرامج العاملين الصحيين المجتمعين مع السياسات الوطنية الأوسع نطاقاً في مجال الصحة والقوى العاملة الصحية، وأن تكون جزءاً منها. وينبغي كذلك أن تُربط، عند الاقتضاء، بالسياسات والأطر القطاعية أو دون القطاعية الوطنية المتعلقة بالتعليم والعمل والمجتمع المحلي.

وينبغي للبلدان أن تستخدم مجموعة من السياسات بشأن العاملين الصحيين المجتمعين يتم اختيارها بناءً على أهداف كل نظام صحي وسياقه وهيكله. وهذه المبادئ التوجيهية ليست مخططاً يمكن اعتماده على الفور. وينبغي أن تُقرأ على أنها نظرة تحليلية للبيانات المتاحة ترشد مجموعة من خيارات السياسات والتوصيات المترابطة. وسيتعين لاحقاً تكييف الخيارات والتوصيات مع واقع نظام صحي محدد ووضعها في سياقه. وعلاوة على ذلك، لا ينبغي النظر في التوصيات بمعزل عن بعضها البعض، كما أنه من الضروري ضمان التماสك والاتساق الداخليين بين مختلف السياسات، حيث إنها تمثل مجموعة من العناصر المترابطة والمتشابكة التي تكمل وتعزز بعضها البعض.

وقد تبين أن نشر العاملين الصحيين المجتمعين نهج فعال من حيث التكلفة. وتترتب على خيارات السياسات الموصى بها في هذه المبادئ التوجيهية بصفة عامة تكاليف باهظة، وتتطلب تمويلاً مخصصاً طويلاً الأجل. وأظهرت دراسة البلدان على جميع مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية، بما في ذلك البلدان ذات الدخل المنخفض، أنه من الممكن إعطاء الأولوية للاستثمارات في مبادرات العاملين الصحيين المجتمعين الواسعة النطاق. وفي السياقات التي يكون فيها ذلك ملائماً، ينبغي أن يسعى شركاء التنمية والممولون الخارجيون إلى تنسيق دعمهم لبرامج العاملين الصحيين المجتمعين، وضمان مواعيدهم مع السياسات العامة والنظم الصحية الوطنية.

تقترن المنظمة استخدام الاستراتيجيات التالية لضمان توافر السلع الأساسية والمواد الاستهلاكية بقدر كافٍ وضمان الجودة والتخزين وإدارة الفواید على نحو سليم في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين:

- الاندماج في سلسلة الإمدادات الصحية الشاملة؛

• التبليغ الكافي، والإشراف، والتعويض، وإدارة بيئة العمل، والتدريب وتقديم التعليقات بشكل مناسب، وتنظيم اجتماعات لتحسين أداء الفريق؛

• توافر الصحة المعتمدة على تكنولوجيا الهاتف المحمول لدعم مختلف وظائف سلسلة الإمداد.

درجة يقين البيانات - ضعيفة. قوة التوصية - مشروطة.

أولويات البحث

لقد حددت بيانات من أجل تقديم توصيات بشأن السياسات بالنسبة لمعظم المجالات قيد النظر في المبادئ التوجيهية. غير أنه كشفت الاستعراضاتمنهجية، في العديد من الحالات، عن ثغرات مهمة في كل من نطاق البيانات ودرجة يقينها، مما يتبع فرصة تحديد أولويات برنامج بحث مستقبلي بشأن العاملين الصحيين المجتمعين.

وأظهرت الأنشطة البحثية التي نفذت دعماً لهذه المبادئ التوجيهية، غياب شبه مطلق للبيانات في بعض المجالات (مثل الشهادات أو التعاقد والسلم الوظيفي الخاص بالعاملين الصحيين المجتمعين)، ومجموعة الأنماط الملائمة، وحجم السكان المستهدف). وفي معظم مجالات السياسات التي جرى النظر فيها، هناك بيانات - دامجة في كثير من الأحيان - على فعالية الاستراتيجيات الشاملة (مثل التعليم القائم على الكفاءة، والإشراف الداعم، والدفع). غير أن هذه البيانات قد لا تكون دقيقة بما فيه الكفاية للتوصية بالقيام بتدخلات محددة، مثل نهج التعليم أو استراتيجيات الإشراف أو حزم الحواجز المالية وغير المالية التي تعتبر الأكثر فعالية أو أكثر فعالية من غيرها. وهناك اعتبارات شاملة أخرى تتمثل في غياب التقييمات الاقتصادية لمختلف التدخلات قيد النظر، وأهمية تتبع فعالية السياسات بمراور الوقت من خلال دراسات طويلة طيلة الأجل.

ونظراً لأن معظم البيانات المجمعة لأغراض هذه المبادئ التوجيهية مستندة من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، فإنه ينبغي النظر في إجراء المزيد من البحوث الخاصة بالاقتصادات المتقدمة من أجل أن تستوعب بشكل أفضل

المقدمة

ومستدامة من المهارات، وبالتالي تسخير إمكانات العاملين الصحيين المجتمعين والعاملين الصحيين من المستوى المتوسط الذين يعملون في فرق الرعاية الأولية المشتركة بين المهن.

وتحظى العديد من الاستعراضات المنهجية والدراسات الأخرى بفعالية مختلف فئات العاملين الصحيين المجتمعين في تقديم مجموعة من الخدمات الوقائية والتغذوية والعلاجية المتعلقة بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل (4-8) والأمراض المعدية (9) والأمراض غير السارية (10 و 11) وأمراض المناطق المدارية المهمة (12). غير أن النجاح في تقديم الخدمات يتطلب توافق نماذج قائمة على البيانات لتعليم العاملين الصحيين المجتمعين ونشرهم ومكافأتهم وإدارتهم بهدف تحسين أدائهم ومساهمتهم في النظام الصحي عبر مختلف مجالات الخدمات الصحية. وقد حددت بعض الاستعراضات المنهجية الأخرى أكثر تأثير السياسات فعالية لضمان دمج العاملين الصحيين في النظم الصحية والمجتمعات المحلية التي يخدمونها دمجاً ناجحاً. ويشمل ذلك توفير حواجز مالية وغير مالية يمكن التبديل بها للعاملين الصحيين المجتمعين، وإشراف داعم متواتر وتدريب مستمر، وإدماجهم في النظم الصحية وفي المجتمعات المحلية التي يعملون فيها، مع تحديد أدوار وقونوات اتصال واضحة لهم (13-17). وهناك أيضاً بيانات دامجة على أن تقديم الخدمات الصحية الأساسية بواسطة العاملين الصحيين المجتمعين قد يشكل نهجاً فعالاً من حيث التكلفة في مجموعة متنوعة من السياسات (18-20). ومن شأن تمكين العاملين الصحيين المجتمعين أيضاً أن يوفر فرصة حاسمة للتغيير من أجل تعزيز المساواة بين الجنسين في المجتمعات المحلية.

تشكل حالات النقص في القوى العاملة الصحية وسوء التوزيع وعدم التوازن والجودة والتحديات المتعلقة بالأداء عقبات رئيسية أمام زيادة التدخلات والخدمات الصحية الأساسية (1). وتعد معالجة هذه الاختلافات أمراً ضرورياً للتقى نحو تحقيق جميع الأهداف المتعلقة بالصحة، بما في ذلك التغطية الصحية الشاملة والهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة المتمثل في "ضمان تمنع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار".

وتعد القوى العاملة الصحية الهدف المتعلق بالصحة، حيث تنص غايتها (3ج) على "زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية، زيادة كبيرة" (2). وعلاوة على ذلك، وكما يتضح من توصيات لجنة الأمم المتحدة الرفيعة المستوى المعنية بالتوظيف الصحي والنمو الاقتصادي، هناك اعتراف متزايد بقدرة قطاع الصحة على إتاحة فرص للعمل الذي يقتضي مهارات، ولاسيما لصالح النساء، مما يسهم في برامج العمل الرامية إلى إيجاد فرص عمل وتحقيق التنمية الاقتصادية (3).

وبعد عقود من الاهتمام المتذبذب، تزايد الاهتمام في السنوات القليلة الماضية بإمكانيات العاملين الصحيين المجتمعين وفئات أخرى من العاملين الصحيين المجتمعين في الحد من أوجه الإجحاف في الحصول على الخدمات الصحية الأساسية. وتشجع الاستراتيجية العالمية للمنظمة بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العالمية 2030، التي اعتمدتتها جمعية الصحة العالمية في عام 2016، البلدان على اعتماد مجموعة متنوعة

الأساس المنطقي

المرضات)، فإن السياسات والممارسات المتصلة بتطبيق هذه الوظائف نفسها على العاملين الصحيين المجتمعين تختلف بشكل كبير من بلد إلى آخر. ونظرًا لأن العاملين الصحيين المجتمعين عادةً ما يخضعون لتدريب أقصر مدة مقارنة بالمهنيين في مجال الصحة، ولديهم نطاق ممارسة أكثر محدودية، ولا يتلقون أجراً في الكثير من الحالات، فإنهم غالباً ما يتواجدون ويعملون على هامش السياسة العامة أو خارجها، ويختبئون لترتيبات سياسية مختلفة (غير رسمية في غالب الأحيان) فيما يتعلق بإدماجهم في النظم الصحية ودعم هذه النظم لهم. وبناءً على ذلك، فإن القيمة المضافة لهذه المبادئ التوجيهية تكمن في تحديد ما إذا كان ينبغي أن تطبق على العاملين الصحيين المجتمعين وغيرهم من فئات العاملين المجتمعين، أنظمة واستراتيجيات خاصة بالدعم الإداري مماثلة لذلك التي تطبق على الفئات الوظيفية الأخرى، وإذا كان الأمر كذلك، فكيف ومتى وفي أي ظروف ينبغي أن يتم ذلك.

وقد أعرب كل من الحكومات وشركاء التنمية ومنظمات المجتمع المدني والمؤسسات البحثية والأكademie عن رغبة واضحة في توسيع نطاق برامج العاملين الصحيين المجتمعين (22)، كما أنهم يتلزمون بدمج برامج العاملين الصحيين المجتمعين في النظم الصحية وضمان مواءمة أعمالهم وفقاً لذلك (23). وكي يتتسنى تحسين تصميم برامج العاملين الصحيين المجتمعين وأدائها، لابد من توضيح كفاءات وأدوار العاملين الصحيين المجتمعين، والمعايير المتفق عليها ودعمهم على نحو مستدام وإدماجهم في النظم والخطط الصحية المحلية والوطنية (20). وبينما ينتسب التوجيهات إلى بीتات كي يتتسنى تحديد عوامل مثل التعليم والتنظيم والأجر والاداء والنوعية والتقدم الوظيفي لهذه الكوادر تحديداً أفضل. ويتيح إعداد هذه المبادئ التوجيهية الجديدة بشأن دعم السياسات والنظم الصحية لتحقيق الأداء الأمثل لبرامج العاملين الصحيين المجتمعين معالجة هذه الفجوة المعيارية.

إن دعم العاملين الصحيين المجتمعين وإدماجهم في النظم الصحية والمجتمعات التي يخدمونها ينقاوت من بلد إلى آخر وعلى نطاق البلد نفسه. ولا تُكرر بالضرورة الأمثلة المتوفرة على الممارسات الجيدة، كما أن خيارات السياسات التي يتوافر عدد أكبر من البيئات على فعاليتها لا تُعتمد بشكل موحد.

وعلى الرغم من أنه ينبغي اعتبار برامج العاملين الصحيين المجتمعين جزءاً لا يتجزأ من استراتيجيات الرعاية الصحية الأولية والنظام الصحي، إلا أنها غالباً ما تنطوي على الكثير من التحديات، بما في ذلك سوء التخطيط؛ وعدم وضوح الأدوار والمسارات التعليمية والمهنية؛ وعدم منح الشهادات مما يعرقل المصداقية وإمكانية النقل؛ وقلة تنسيق الجهات الفاعلة المتنافسة المتعددة؛ والتدريب المجزأ الخاص بأمراض معينة؛ والإدارة والتمويل القائمان على الجهات المانحة؛ وضعف الصلة بالنظام الصحي؛ وعدم كفاية التنسيق والإشراف ومراقبة الجودة والدعم؛ وعدم الاعتراف بمساهمة العاملين الصحيين المجتمعين (21). ويمكن أن تensem هذه التحديات في هدر كل من رأس المال البشري والموارد المالية: لا تُدمج عدة مبادرات خاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين دمياً ملائماً في النظم الصحية رغم جودتها ونواياها الحسنة، وتظل تمثل مشاريع تجريبية أو مبادرات ضيقة النطاق تعتمد اعتماداً مفرطاً على تمويل الجهات المانحة؛ أو على العكس، قد يؤدي التفاوت في إدارة هؤلاء العاملين الصحيين المجتمعين ودعمهم في عدة سياقات إلى تدني الكفاءات والأداء لدى العاملين الصحيين. وبناءً على ذلك، يختلف أداء البرامج الخاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين اختلافاً شديداً مما يعرقل تحقيق مساهمتها المحتملة بالكامل في تنفيذ سياسات الرعاية الصحية الأولية.

ومع أن وظائف إدارة الموارد البشرية المألوفة مثل التدريب الرسمي وإصدار الشهادات والدفع تعتبر أمراً بدبيهاً بالنسبة للعاملين الصحيين المهنيين (مثل الأطباء والقابلات والممرضين/

3

الجمهور المستهدف

3.1 مستخدمو المبادئ التوجيهية النهائيون

وتمثل الجماهير المستهدفة الثانوية في شركاء التنمية، ووكالات التمويل، ومبادرات الصحة العالمية، والمعاقدين من الجهات المانحة، والباحثين، ومنظمات العاملين الصحيين المجتمعين، والعاملين الصحيين المجتمعين أنفسهم، ومنظمات المجتمع المدني، وأصحاب المصلحة المجتمعين والناشطين الذين يوفرون التمويل اللازم من أجل مشاركة أكبر وأكثر فعالية للعاملين الصحيين المجتمعين في تقديم الخدمات الصحية، ويدعمونها وينفذونها ويجررون أبحاثاً بشأنها ويدعون إليها.

يتمثل الجمهور الرئيسي الذي تستهدفه هذه المبادئ التوجيهية في واضعي السياسات والمخططين والمديرين المسؤولين عن سياسات القوى العاملة الصحية والتخطيط على المستويين الوطني والم المحلي. وينبغي فهم السياسات والإجراءات على "الصعيد الفطري" أو على "الصعيد الوطني" على النحو الملائم لكل بلد وفقاً لمسؤوليات دون الوطنية والوطنية.

3.2 الأشخاص المعنيون بالتوصيات

وأكثر الفئات استفادة من هذه المبادئ التوجيهية بعد العاملين الصحيين المجتمعين، هي الأفراد والمجتمعات المحلية الذين يعيشون في هذه السياقات، والذين لا يحصلون في غالبية الأحيان على الرعاية الصحية الأولية وغيرها من الخدمات بصورة منصفة، مما يؤدي إلى تأخرهم من حيث تغطية الخدمات الصحية والحسابات الصحية، وكذا نتائج التنمية بشكل عام. وبناءً على ذلك، يمكن أن تساهم هذه المبادئ التوجيهية في الحد من أو جه عدم المساواة بين هذه الفئات السكانية بفضل تعزيز كفاءات العاملين الصحيين المجتمعين وزيادة تحفيزهم وتحسين أدائهم وإدارتهم، فضلاً عن تعزيز استدامة البرامج، مما قد يؤدي بدوره إلى تحسين فعالية تغطية التدخلات الصحية الأساسية.

يعد العاملون الصحيون المجتمعيون أكثر المستفيدين المباشرين من هذه المبادئ التوجيهية. ومن المأمول والمتوقع أن تساهم هذه المبادئ التوجيهية في زيادة الاعتراف بهذه الفئة المهنية، وتوفير تدريب مناسب ومنسق لها، وتحسين إدماجها في النظام الصحي والمجتمع المحلي، وتحسين توظيفها وظروف عملها.

ويتفاوت نطاق وانتشار برامج العاملين الصحيين المجتمعين بشكل كبير من بلد إلى آخر وعلى نطاق البلد نفسه. وفي حين لا تتوافر بيانات موثوقة و شاملة لهؤلاء العاملين الصحيين بالنسبة لغالبية الدول الأعضاء في المنظمة، فإن هذه الفئات المهنية هي أكثر الفئات استخداماً في سياق خدمات الرعاية الصحية الأولية، ولاسيما في توسيع نطاق الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية في المناطق التي تفتقر إليها، بما في ذلك المناطق الريفية والمناطق النائية، والفئات السكانية المهمشة، والمجتمعات الرعوية والبدوية، والأحياء الفقيرة في المدن.

4

أغراض المبادئ التوجيهية ونطاقها

4.1 الهدف والأغراض

- تحديد العناصر السياقية ذات الصلة واعتبارات التنفيذ والتقييم على مستوى السياسات والنظام؛
- اقتراح أدوات لدعم تنفيذ التوصيات على المستوى القطري في سياق تخطيط برامج العاملين الصحيين المجتمعين وتنفيذها؛
- تحديد الثغرات في البيانات ذات الأولوية التي يتعين معالجتها بإجراء مزيد من البحث.

يتمثل الهدف العام من هذه المبادئ التوجيهية في مساعدة الحكومات الوطنية والشركاء الوطنيين والدوليين على تحسين تصميم برامج العاملين الصحيين المجتمعين وتنفيذها وأدائها وتقييمها، والمساهمة في الإعمال التدريجي للتغطية الصحية الشاملة.

تتمثل الأغراض المحددة لهذه المبادئ التوجيهية في:

- تقديم توصيات مراعية للاعتبارات الجنسانية في مجال اختيار العاملين الصحيين المجتمعين وتعليمهم وتدريبهم بشكل مستمر وإقامة صلات تربطهم بسائر العاملين الصحيين وإدارتهم والإشراف عليهم وتعزيز أدائهم وتحفيزهم ومكافأتهم وتصرف شؤونهم وإدماجهم في النظام الصحي والمجتمع المحلي؛

4.2 فئات العاملين الصحيين المشتملة بهذه المبادئ التوجيهية

ويُعرف العاملون الصحيون المجتمعيون في التعريف الرسمي الوارد في التصنيف الدولي الموحد للمهن لمنظمة العمل الدولية بأنهم مجموعة مهنية متميزة (ISCO 3253) مندرجة ضمن فئة العاملين المهنيين الصحيين المساعدين (**الإطار 1**).

إن عدم وضوح التسميات والتصنيفات يعقد الخطاب السياسي بشأن العاملين الصحيين المجتمعين: غالباً ما يستخدم مصطلح "العاملون الصحيون المجتمعيون" على نحو غير محدد، حيث يشير إلى أنماط متنوعة من العاملين الصحيين من عامة الناس وذوي الكفاءات، والرسميين وغير الرسميين، ومدفوعي الأجر وغير مدفوعي الأجر.

الإطار 1: تعريف منظمة العمل الدولية للعاملين الصحيين المجتمعين (ISCO 3253)

البيان الرئيسي

يوفِر العاملون الصحيون المجتمعيون التغذيف الصحي والتوجيهات فيما يتعلق بمجموعة واسعة من الخدمات، ويقدمون الدعم والمساعدة للمجتمعات المحلية والأسر والأفراد عن طريق تدابير صحية وقائية والحصول على الخدمات الصحية والاجتماعية العلاجية المناسبة. ويشُؤون جسراً بين مقدمي الخدمات الصحية والاجتماعية والمجتمعية والمجتمعات المحلية التي قد تواجه صعوبات في الحصول على هذه الخدمات.

بيان المهام

تشتمل المهام ما يلي:

- (أ) توفير التعليم للمجتمعات المحلية والأسر بشأن مجموعة من القضايا الصحية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، ومكافحة الأمراض المعدية وعلاجها، والوقاية من التسمم، وعوامل خطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري وتداير الوقاية من انتقال العدوى، وعوامل الخطر المرتبطة بتعاطي المخدرات، والعنف المنزلي، والرضاعة الطبيعية وغيرها من الممارسات؛
- (ب) مساعدة الأسر على تنمية المهارات والموارد اللازمة لتحسين حالتها الصحية، وعمل الأسرة، والاكتفاء الذاتي؛ (ج) بذل جهود لوعية النساء الحوامل، بما في ذلك النساء اللواتي لا يشاركن في الخدمات ما قبل الولادة أو الخدمات الصحية أو غيرها من الخدمات المجتمعية، وغيرهن من السكان المعرضين للخطر الذين يسعون إلى مساعدتهن على الحصول على الخدمات ما قبل الولادة وغيرها من خدمات الرعاية الصحية؛ (د) ضمان أن يدرك الآباء والأمهات ضرورة تلقي الأطفال للتطعيم والرعاية الصحية المنتظمة؛ (هـ) العمل مع الآباء والأمهات في منازلهم من أجل تحسين تفاعلهن مع أطفالهم وتعزيز فهمهن للنمو الطبيعي للطفل؛
- (و) توفير الإرشادات والتوعية بشأن الإصحاح والنظافة الصحية للحد من انتشار الأمراض المعدية؛ (ز) تخزين وتوزيع الإمدادات الطبية للوقاية من الأمراض المنتشرة مثل الملاريا والسل، وعلاجها، وتوجيه أعضاء المجتمع المحلي بشأن استخدام هذه المنتجات؛
- (ح) مساعدة الأسر في الحصول على الخدمات الطبية وغيرها من الخدمات الصحية (24).

وإقراراً بالغموض الذي يشوب استخدام مصطلح "العامل الصحي المجتمعي" وعدم التمييز بشكل واضح وبين الفئات الأخرى من العاملين الصحيين المجتمعين، أعددت هذه المبادئ التوجيهية والمنهجية المقابلة لاستراتيجيات البحث التي يستند إليها استعراض المصنفات الأدبية من خلال اعتماد استراتيجية بحث واسعة النطاق شملت، بالإضافة إلى مصطلح "العامل الصحي المجتمعي"، مجموعة واسعة من مصطلحات البحث، تضم العاملين الصحيين المجتمعين (وفقاً للتعريف الوارد في التصنيف الدولي الموحد للمهن الصادر عن منظمة العمل الدولية) وأنواعاً أخرى من العاملين الصحيين المجتمعين. وبناءً على ذلك، فإن هذه المبادئ التوجيهية تركز في المقام الأول على العاملين الصحيين المجتمعين، غير أن صيتها وقابليتها للتطبيق تشمل أنواعاً أخرى من العاملين الصحيين المجتمعين، والذين جرى تعريفهم في سياق هذه الوثيقة بأنهم "عاملون صحيون متواجدون داخل المجتمع المحلي (أي ينفذون أنشطة توعية خارج مرافق الرعاية الصحية الأولية أو في المراكز الصحية المحيطة التي لا يعمل فيها أطباء أو ممرضون)، سواء كانوا مدفوعي الأجر أو متطوعين، والذين ليسوا مهنيين، والذين لديهم أقل من سنتين من التدريب ولكن لديهم بعض التدريب على الأقل، ولو لساعات قليلة فقط (25). وتتوفر استراتيجية البحث الكاملة الخاصة باستعراض نطاق المصنفات الأدبية (**الفصل 5 والملحق 1**) والمنهجية التفصيلية، شاملة معايير الشمول والاستبعاد، مزيداً من التفاصيل عن قاعدة البيانات التي تمت مراعاتها عند إعداد هذه المبادئ التوجيهية. وتفصيل تفاصيل منهاجية إضافية في الفرع الخاص بالطريق من الاستعراضات المنهجية المرافقة.

إن التعريف العام وعدم التمييز بشكل واضح بين مختلف فئات العاملين الصحيين، واستخدام مصطلحات متداخلة في المصنفات الأدبية (مثل "العاملون الصحيون من عامة الناس" و"العاملون الصحيون في الخطوط الأمامية" و"مقدمو الخدمات القربيون من المجتمع المحلي")، فضلاً عن السياسات المختلفة على نطاق واسع والمتعلقة بنطاق ممارستهم للخدمة ومستوى تعليمهم وعلاقتهم بالنظم الصحية، قد ساهموا في تقويض الجهود الرامية إلى تعزيز نظم تقديم الخدمات على مستوى المجتمع المحلي (13).

ولا يتسم التصنيف حسب الفئات المهنية والسميات الوظيفية الرسمية المستند للتصنيف الدولي الموحد للمهن دائماً بالاتساق في ولاية قضائية ما: ففي بعض السياقات، يُستخدم مصطلح "عامل صحي مجتمعي" أو مصطلح مشابه للإشارة إلى العاملين الصحيين علمًا أنه قد يكون من الأنسب أن يشار إليهم، وفقاً للتصنيف الدولي الموحد للمهن الصادر عن منظمة العمل الدولية، بعبارة متخصصين مساعدين في التمريض والقبالة (ISCO 3221) ومساعدين (ISCO 3222)، ومساعدين طبيين (ISCO 2240) ومهنيين (ISCO 3230) وغيرهم. وعلى النقيض من ذلك، يمكن أن يُصنف أو يُعين العاملون الصحيون الذين يتوافق دورهم وتصنيفهم مع الفتنة 3253 الخاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين من التصنيف الدولي الموحد للمهن الصادر عن منظمة العمل الدولية بشكل مختلف في بلد أو في ولاية قضائية ما (مثل الموظف الصحي المجتمعي أو مروج الخدمات أو المساعد أو المعلم أو المنظوع).

4.3 المناطق الجغرافية المشمولة

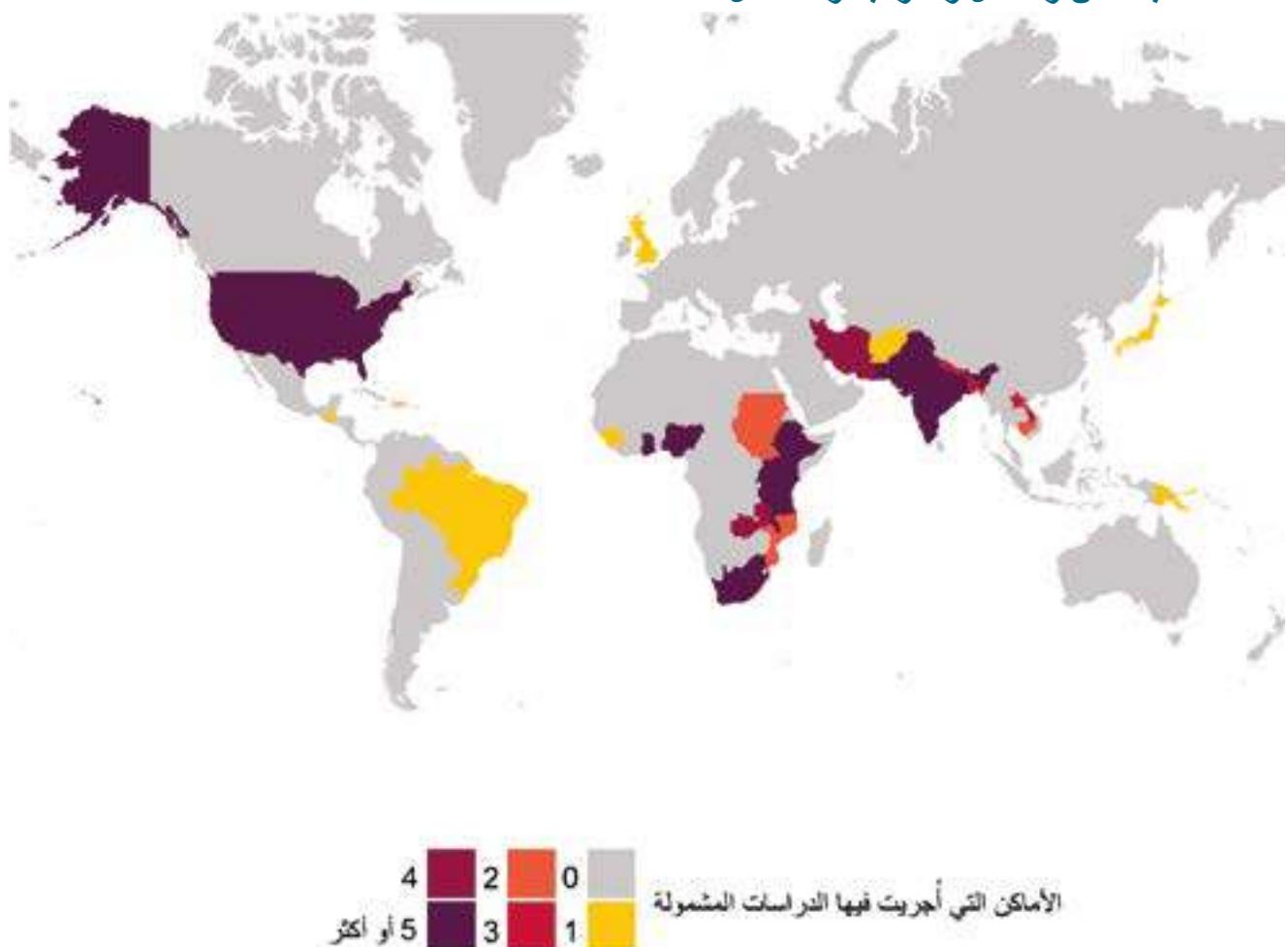
تلك التي تشير إليها البيانات الأولية. وتناقش هذه الجوانب بمزيد من التفصيل في إطار اعتبارات التفسير والتتنفيذ الخاصة بكل توصية.

لقد ظهر كل استعراض وفقاً للنهج القياسي المتعلق بالسكان والتدخل والمراقبة والنتائج (نهج PICO). وحددت المجتمعات المحلية التي تعاني من نقص الخدمات كسياق لهذه الأسئلة، مع الإشارة إلى الدور الذي يمكن أن يضطلع به العاملون الصحيون المجتمعيون في هذه السياقات والذي يتسم بأهمية خاصة - مع الإقرار أيضاً بأن المجتمعات المحلية التي تعاني من نقص الخدمات قد توجد في أي بلد، وعلى جميع مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية. ومع ذلك، تشير العديد من التوصيات إلى الإجراءات والسياسات على مستوى النظام الصحي، مما يجعلها ذات أهمية أكبر وقابلة للتطبيق على دولة أو ولاية قضائية بأكملها.

يتعلق الأمر هنا بمبادئ توجيهية عالمية للمنظمة، وبالتالي لم تفرض أي قيود من حيث التركيز الجغرافي للتوصيات، ولا فيما يتعلق باستراتيجيات البحث لاستعراضات المصنفات الأدبية التي تم التكليف بإجرائها.

ولكن، تجرؤ الإشارة إلى أن غالبية الدراسات المشمولة في الاستعراضات المنهجية الخمسة عشر للأسئلة المتعلقة بالسياسات قد أشارت إلى خبرات العاملين الصحيين المجتمعين في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا، مع بيانات متعلقة بمناطق أخرى غير ممثلة بقدر كافٍ، فضلاً عن قلة توافر الدراسات المتعلقة بالبلدان ذات الدخل المرتفع (مع استثناء ملحوظ فيما يتعلق بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث أجريت عدة دراسات مشمولة هنا) (**الشكل 1**). ويؤثر ذلك على إمكانية تعميم البيانات التي ظهرت عليها وعلى قابلية تطبيقها على سياقات مختلفة عن

الشكل 1: التوزيع الجغرافي للدراسات المشمولة في الاستعراضات المنهجية الخمسة عشر للأسئلة المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والصالح العام



4.4 فئات التدخلات المشمولة

12. في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل ينبغي للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة أن يعملوا في فريق من العاملين الصحيين المجتمعين متعدد الكوادر أم في نظام أحادي الكادر؟
13. في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل تعتبر استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي فعالة في تحسين أداء برنامج العاملين الصحيين المجتمعين واستخدامه؟
14. في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل ينبغي للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة أن يحصلوا موارد مجتمعية على نطاق أوسع من أجل الصحة أم لا؟
15. في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة، ما هي الاستراتيجيات التي ينبغي اتباعها لضمان توافر السلع الأساسية والمواد الاستهلاكية بقدر كافٍ، وعلى حساب أي استراتيجية أخرى؟

لم ت تعالج هذه الأسئلة في إطار المبادئ التوجيهية السابقة للمنظمة، وهي تمثل محور التركيز الأساسي لهذه المبادئ التوجيهية.

ولم تقم هذه المبادئ التوجيهية بشكل نقدي مجموعة البيانات التي يمكن أن يستند إليها العاملون الصحيون المجتمعيون لتقديم خدمات صحية محددة وفقاً لمعايير الجودة، وبالتالي فإنها لا تحتوي على توصيات بشأن هذه الجوانب. وتشجع البيانات المنشورة والمبادئ التوجيهية القائمة للمنظمة على تفويض بعض المهام المتعلقة بالوقاية والتشخيص والعلاج والرعاية، فيما يتعلق مثلاً بفيروس العوز المناعي البشري والسل والمalaria وغيرها من الأمراض السارية وغير السارية، ومجموعة من الخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل، والنظافة الصحية والإصلاح، وضمان تقديم العملاء بالعلاج، وإعادة التأهيل والخدمات المقدمة للأشخاص الذين يعانون من الإعاقات، والدعوة إلى إتاحة حصول الفئات التي تعاني من نقص الخدمات إلى هذه الخدمات وتيسير ذلك **(الشكل 2 والملحق 2)**. وتنظر المبادئ التوجيهية الحالية (والمستقبلية) للمنظمة والمتعلقة بأمراض محددة، المصدر الرئيسي للإرشادات المعيارية بشأن الخدمات الوقائية والمعززة والتشخيصية والعلاجية وخدمات الرعاية المحددة التي يمكن للعاملين الصحيين المجتمعين تقديمها بصورة فعالة **(الملحق 3)**.

يُعرف منذ زمن بعيد بأن العاملين الصحيين المجتمعين قادرون على أداء دور اجتماعي وسياسي على مستوى المجتمع المحلي، فيما يتعلق بالأعمال المتصلة بالمحددات الاجتماعية للصحة والرامية إلى إحداث تحول في الظروف المعيشية للمجتمع المحلي وتنظيمه، وذلك بالإضافة إلى قيامهم بتدخلات على المستوى الفردي والأسري. ويشمل هذا البعد تحديد المشاكل الصحية بصورة تشاركية مع المجتمع المحلي، وإعادة توجيه مفهوم ونموذج الرعاية الصحية **(26 و 27)**.

تستند هذه المبادئ التوجيهية إلى نهج النظم الصحية، وتحدد بشكل خاص العوامل المساعدة للسياسات والنظم الازمة لتحسين تصميم مبادرات العاملين الصحيين المجتمعين وأدائهم. وفي إطار هذا الهيكل العام، اعتمد منظور جنساني ومتصل بالعمل اللائق، ولا سيما فيما يتعلق بال Tactics التي تكتسي فيها هذه الجوانب أهمية أكبر. ويمكن تقسيم الأسئلة الخمسة عشر المتعلقة بالسياسات التي أرشدت البحث واستندت إليها التوصيات إلى ثلات فئات عامة هي:

- ### 1. الاختيار والتعليم والشهادات
1. بالنسبة إلى العاملين الصحيين المجتمعين الذين يتم اختيارهم لتأديتي التدريب السابق للخدمة، ما هي الاستراتيجيات التي ينبغي اعتمادها لاختيار طلبات العاملين الصحيين المجتمعين، وعلى حساب أي استراتيجية أخرى؟
 2. بالنسبة إلى العاملين الصحيين المجتمعين الذين يتلقون التدريب السابق للخدمة، هل ينبغي أن تكون مدة التدريب أقصر أم أطول؟
 3. بالنسبة إلى العاملين الصحيين المجتمعين الذين يتلقون التدريب السابق للخدمة، هل ينبغي أن يشمل المنهج الدراسي كفاءات محددة أم كفاءات غير محددة؟
 4. بالنسبة إلى العاملين الصحيين المجتمعين الذين يتلقون التدريب السابق للخدمة، هل ينبغي أن يستخدم المنهج الدراسي طرائق محددة لتوفير الخدمات أم لا؟
 5. بالنسبة إلى العاملين الصحيين المجتمعين الذين يتلقون التدريب السابق للخدمة، هل ينبغي استخدام شهادات رسمية قائمة على الكفاءة أم لا؟
- ### 2. الإدارة والإشراف
6. في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، ما هي استراتيجيات الإشراف الداعم التي ينبغي اعتمادها وعلى حساب أي استراتيجية أخرى؟
 7. في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل ينبغي أن يدفع للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة أجر نظير العمل الذي يقومون به أم لا؟
 8. في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل ينبغي أن يكون لدى العاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة عقد رسمي أم لا؟
 9. في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل ينبغي أن تُتاح للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة فرصه الترقى في سلم أو إطار وظيفي أم لا؟
- ### 3. الاندماج في النظام الصحي والمجتمعات المحلية والحصول على الدعم منهم
10. في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل ينبغي تحديد حجم السكان المستهدف أم لا؟
 11. في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة، هل ينبغي للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة جمع البيانات الصحية وترتيبها واستخدامها أم لا؟

الشكل 2: خدمات الرعاية الصحية الأولية التي توفر بشأنها بيتات على فعالية العاملين الصحيين المجتمعين



كيفية إعداد هذه المبادئ التوجيهية

قادت إدارة القوى العاملة الصحية في مقر المنظمة عملية إعداد هذه المبادئ التوجيهية وفقاً للعملية والمتطلبات المحددة في دليل منظمة الصحة العالمية لوضع المبادئ التوجيهية (28).

1.5 الفريق التوجيهي والفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية وفريق الاستعراض الخارجي

اللائحة التوجيهية (**الملحق 4، الجدول ألف 4.3**). وتمثل دور فريق الاستعراض الخارجي في توفير الاستعراض الجماعي لمسودة وثيقة المبادئ التوجيهية التي أعدها كل من الفريق التوجيهي والفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية.

وُجّهت إعلانات المصالح من جانب أعضاء الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية وفريق الاستعراض الخارجي، وتمت إدارتها وفقاً لمتطلبات المنظمة. واعتبر أن المصالح المعلن عنها لا تعيق المشاركة في عملية إعداد التوصيات أو استعراضها. (ترد تفاصيل إضافية في **الملحق 4، الجدول ألف 4.4**). واتسمت الأجهزة الثلاثة (الفريق التوجيهي والفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية وفريق الاستعراض الخارجي) بتمثيل متكافئ من الناحية الجغرافية والجهات المعنية وبين الجنسين.

وعقد الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية اجتماعاً لمدة يومين في تشرين الأول / أكتوبر 2016 في جنيف، سويسرا، بهدف تعريف نطاق المبادئ التوجيهية من خلال تحديد الأسئلة المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والنتائج (نهج PICO) والتي من شأنها أن ترشد عملية استرجاع البيانات وتوفير الإرشادات اللازمة لتوضيح المنهجية المتبعة في الاستعراضات المنهجية للمصنفات الأدبية.

وُعقدت جلسة استماع عامة قبل الاجتماع الأول للفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية بشأن نطاق المبادئ التوجيهية، والتي أفضت إلى تقديم أكثر من 60 مساهمة. ونظر الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية خلال مداولاته في الإسهامات التي أسفرت عنها جلسة الاستماع العامة، وقام بتوسيع نطاق المبادئ

أثنى فريق توجيهي في المنظمة بهدف الإشراف على عملية إعداد المبادئ التوجيهية وإدارتها، ويمثل أعضاؤه أقاليم المنظمة السبعة كافة فضلاً عن عدة إدارات. وكانت منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) أيضاً ممثلة تمثيلاً مباشراً في الفريق التوجيهي (**الملحق 4، الجدول ألف 4.1**). وقد قاد الفريق التصور المبدئي للمبادئ التوجيهية وأعد الاقتراح المتعلق بتخطيطها، وحدد أعضاء الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية وفريق الاستعراض الخارجي، ويسّر عقد اجتماعات الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية، ووضع المسودة الأولية لوثيقة المبادئ التوجيهية، وأجرى جولات لاحقة من عمليات التنشيط عقب تلقي إسهامات وتعليقات كل من الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية وفريق الاستعراض الخارجي.

وُدعي الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية الذي خُذل أعضاؤه من جانب الفريق التوجيهي مباشراً على أساس معايير الاختيار المحددة في دليل منظمة الصحة العالمية لوضع المبادئ التوجيهية، إلى تنفيذ نطاق المبادئ التوجيهية ومراجعة ملخصات البيانات وصياغة التوصيات. وتضم الهيئة خبراء في مجال المحتويات وباحثين أكاديميين ومستخدمين نهائين محتملين مثل المخططين ورواضعي السياسات من حكومات وعاملين صحيين مجتمعين ونقابات مهنية من القطاع الصحي وممثلي الجمعيات المهنية وخبراء ذوي كفاءات في مجال إعداد المبادئ التوجيهية (**الملحق 4، الجدول ألف 4.2**).

وتم تشكيل فريق الاستعراض الخارجي من خلال دعوة مفتوحة إلى إبداء الاهتمام وعملية اختيار تنافسية، والتي سمحت بتقييم القدرة التقنية على المساهمة في الاستعراض الجماعي للمبادئ

أو ضعيفة جداً عن توصيات مشروطة. فيما يخص بعض التوصيات، فضل الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية تقديم توصية قوية على الرغم من درجة اليقين الضعيفة أو الضعف جداً للبيانات، حيث إنه أخذ في الاعتبار عوامل أخرى، بما في ذلك حقوق العاملين الصحيين واعتبارات متصلة بالإنصاف والمساواة بين الجنسين. وفي الحالات التي اقتصرت فيها توصيات قوية على الرغم من أن درجة يقين بياناتها ضعيفة أو ضعيفة جداً، أجرى الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية تصويتاً صريحاً ترد نتائجه في الأقسام الخاصة بالتوصيات المعنية. وفي الحالات التي أجري فيها التصويت، حددت الأغلبية بـ 80% أو أكثر من الأعضاء المصوّتين الحاضرين في اجتماع الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية.

وعقب الاجتماع الثاني للفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية، أعد الفريق التوجيهي مسودة لوثيقة المبادئ التوجيهية، والتي نظر فيها بعد ذلك كل من الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية وفريق الاستعراض الخارجي، حيث قاما بمراجعة المسودة وتحسينها من خلال عملية تكرارية، قبل عرضها رسمياً على اللجنة المعنية باستعراض المبادئ التوجيهية التابعة للمنظمة، التي وافقت على وثيقة المبادئ التوجيهية في 20 حزيران / يونيو 2018.

التوجيهية من قائمة أولية مكونة من 10 أسئلة متعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والنتائج (نهج PICO) إلى قائمة نهاية مكونة من مجموع 15 سؤالاً. وعقد الاجتماع الثاني للفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية والذي استغرق ثلاثة أيام، في كانون الأول / ديسمبر 2017 في أديس أبابا، إثيوبيا، بهدف استعراض ملخصات البيانات وصياغة توصيات المبادئ التوجيهية.

وعند إعداد البيانات في الجداول الخاصة بالقرارات، نظر الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية في البيانات والعناصر الأخرى المطروحة، بما في ذلك حجم الآثار، ورصيد الفوائد والأضرار، والتکاليف والفعالية من حيث التكلفة، والآثار على الإنفاق والمقبولية والجدوى في مجال الصحة.

وفيما يتعلق بتوجه التوصيات وقتها، حرص الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية على أن تتحذّل دائمًا القرارات على إثر مناقشات تفضي إلى توافق في الآراء. وقد تسنى في معظم الحالات الوصول إلى قرار بالإجماع على إثر مناقشات، ولم يكن ضرورياً إجراء تصويت صريح بالنسبة لغالبية التوصيات قيد النظر. وفي غالبية التوصيات، أسفرت الحالات التي تتراوح فيها درجة يقين البيانات بين ضعيفة

5.2 مصادر بيانات المبادئ التوجيهية

كُلف بإعداد ثلاثة مصادر رئيسية للبيانات بالتحديد من أجل دعم صياغة هذه المبادئ التوجيهية، وقد اعتبرت بمثابة الأساس الرئيسي للمعلومات: بالسكان والتدخل والمراقبة والنتائج ببحث أولى من أجل الكشف بشكل واسع عن جميع الدراسات الممكنة التي تخص العاملين الصحيين المجتمعيين في جميع البلدان (**الجدول 1**). وبعد ذلك، جرى البحث عن نتائج إضافية من أجل العثور على دراسات ذات صلة محددة بالأسئلة الخمسة عشر المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والنتائج. وعلاوة على ذلك، أجرى استعراض سادس عشر من أجل توحيد العوامل المشتركة المتعلقة باعتبارات الجنوبي والمقبولية والتنفيذ. وُوضعت معايير محددة خاصة بالشمول والاستبعاد وطبقت على نحو متancock على دراسات ذات صلة محددة بالأسئلة الخمسة عشر المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والنتائج. وعلاوة على ذلك، أجرى استعراض خالل جميع مراحل الاستعراضات (**الجدول 2**). وشملت منهية الاستعراضات محاولة لتوثيق البيانات وفقاً لمجموعة من المعايير التي تتيح التمييز بين العاملين الصحيين المجتمعيين على أساس مجموعة من الصفات مثل دورهم ومستواهم التربيري ووضعهم وما إذا كانوا يتلقّبون أجراً أم لا. واعتمدت الاستعراضات منهجة مشتركة، بما في ذلك استعراض درجة يقين البيانات باستخدام أنماط البيانات لأسلوب تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها (GRADE)، وأداة كوكرين لتقييم خط التحيز، ومقاييس نيوكااسل أوتلاؤ، ونحو النقا في البيانات الناجمة عن استعراضات البحث النوعي (CERQual) (Google Scholar و TROVE و OpenGrey) عن في إطار أسلوب تصنيف التوصيات وإعدادها وتقييمها.

- أعدت نظرة عامة بشأن المصنفات الأدبية ذات الصلة عن طريق إجراء استعراض منهجي لاستعراضات المصنفات الأدبية المنورة (29). وقد جرى البحث في 11 قاعدة بيانات عن مقالات توليف منشورة في الفترة ما بين 1 كانون الثاني / يناير 2005 و 15 حزيران / يونيو 2017. وأدرجت فيها المقالات المتعلقة بالعاملين الصحيين المجتمعيين الذين تلقوا تدريباً لا تتجاوز مدته عامين. وأجرى فريق الاستعراض تقديره لنوعية المنهجة المتتبعة في الاستعراضات وفقاً لمعايير تقييم الاستعراضات المنهجة المتعددة (AMSTAR)، وقام بالتبليغ عن النتائج بناءً على معايير عناصر الإبلاغ المفضلة للاستعراضات المنهجة والتحاليل التجميجية (PRISMA).²
- أجريت استعراضات منهجة مخصصة للمصنفات الأدبية فيما يتعلق بكل سؤال من الأسئلة الخمسة عشر المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والنتائج. وجرى البحث في ثمانى قواعد بيانات إلكترونية عن دراسات ذات صلة، وهي: Medline و PsycINFO و CINAHL و Embase و مكتبة كوكرين LILACS و POPLINE و Global Index Medicus و TROVE و OpenGrey (Google Scholar) عن المنشورات غير الرسمية. وتم تدعيم الاستعراضات منهجة الخمسة عشر التي تحيل إلى الأسئلة الخمسة عشر المتعلقة

² AMSTAR = Assessment of Multiple Systematic Reviews; PRISMA = Preferred Reporting Items of Systematic Reviews and Meta-Analyses.

الإنترنت؛ المشاركون في المؤتمر المعنى بإضفاء الطابع المؤسسي على صحة المجتمع لعام 2017 الذي عقد في جنوب أفريقيا في عام 2017. وكان من بين المشاركين المؤهلين أصحاب المصلحة المعندين بشكل مباشر أو غير مباشر بتنفيذ برامج العاملين الصحيين المجتمعين في البلدان. وصنفت الإجابات باستخدام مقياس ليكرت المؤلف من 9 درجات (حيث تعتبر درجة 9 أعلى مستوى من الأهمية أو المقبولية أو الجدوى، والدرجة 1 أقلها أهمية).

وأجري استقصاء لتصورات أصحاب المصلحة بهدف تقييم الأهمية النسبية لمختلف الحصائل، فضلاً عن جدوى ومقبوليّة التدخلات التي يُنظر فيها أثناء إعداد المبادئ التوجيهية الجديدة (30).

وُنشرت دراسة استقصائية ذاتية الإداره على الإنترنط باللغتين الإنكليزية والفرنسية لصالح أصحاب المصلحة من خلال ثلاث فنوات رئيسية: قائمة الاتصال الخاصة بإدارة الموارد البشرية الصحية للمنظمة؛ منصة معلومات الرعاية الصحية للجميع على

الجدول 1: استراتيجية البحث الجامع للأسئلة الخمسة عشر المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة وال螽ائل

السكان	فترة السكان والتدخل والمراقبة والنتائج النهج (PICO) (نهج)
أدرجت في المشروع الدراسات التي تركز على العاملين الصحيين المجتمعين، على النحو المحدد في معايير الشمول المحددة. وقد تطبق هذا البحث الجامع على كل العناصر المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والنماذج المندرجة في هذا المشروع.	السكان
أعدت سلسل بحث خاصة بالسكان والمراقبة والنماذج بهدف تسجيل مختلف التدخلات المشتملة في كل استعراض من الاستعراضات المنهجية الخمسة عشر. وتم الجمع بين كل استراتيجية من استراتيجيات البحث هذه والبحث الجامع من أجل تشكيل استراتيجية البحث النهائية التي ستطبق على كل موضوع من مواضيع الاستعراضات المنهجية.	التدخل
لم تُستخدم أي مصطلحات بحث أخرى من أجل حصر الحصائل ضمن شروط مقارنة محددة. وأدرجت في ذلك جميع الدراسات، بصرف النظر عن المقارنات المبلغ عنها.	المراقبة
لم تُستخدم أي مصطلحات بحث أخرى من أجل حصر النماذج ضمن شروط مقارنة محددة. وبخلاف ذلك، استرجعت جميع المنشورات، بغض النظر عن النماذج المبلغ عنها.	الحصيلة (ال螽ائل)
أدرج كل تصميم من تصاميم الدراسات في الاستعراضات المنهجية الخمسة عشر.	تصميم الدراسة

الجدول 2: معايير الشمول والاستبعاد

مشمول	مستبعد
المنشورات التي لا تشير إلى دراسة ما، مثل مقالات الرأي، والمقالات الافتتاحية، وملخصات المؤتمرات؛ ودراسات الحالة الإفرادية؛ والرسائل؛ ومواد الدعاية	المنشورات التي تشير إلى دراسة ما
الدراسات التي تركز على فئات غير العاملين الصحيين المجتمعين مثل الممرضين (والمرضى) والأطباء، والممرضين (المرضى) المساعدين الذين تلقوا تدريباً رسميًّا، والمساعدين الطبيين، ومساعدي الأطباء، والعاملين شبه الطبيين في خدمات الطوارئ والإطفاء، وغيرهم من المساعدين، مثل العاملين من المستوى المتوسط والمهنيين أو شبه المهنيين الصحيين الذين يعملون لحسابهم الخاص؛ والمعالجين التقليديين والروحانيين والمكمليين والقابلات التقليديات.	الدراسات التي تركز على العاملين الصحيين المجتمعين غير الممارسين للخدمة:
الدراسات التي تركز على العاملين الصحيين المجتمعين غير الممارسين للخدمة (أي المقاعددين أو العاطلين عن العمل)	<ul style="list-style-type: none"> العاملون الصحيون المجتمعون الذين يضطلعون بالأنشطة القائمة على السكان والأنشطة المتصلة بالصحة في مجتمعاتهم المحلية تنفذ هذه الأنشطة في المجتمعات المحلية التي يرتبطون بها ارتباطاً مباشراً (يعيشون في مجتمع محلي، ويكونون مسؤولين أمامه) العاملون الصحيون المجتمعون الذين لم يتلقوا تدريباً رسمياً أو تلقوا تدريباً أساسياً فقط، قد يحظى هذا التدريب باعتراف الخدمات الصحية أو سلطة إصدار الشهادات، ولكنه لا يندرج في إطار برنامج أو مؤهل رسمي للتعليم العالي (مثل شهادة أو إجازة دراسية أو لقب أو دورة تتيح الحصول على شهادة)
الدراسات التي أجريت في البلدان ذات الدخل المرتفع، وفي البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل	الدراسات التي أجريت في المجتمعات المحلية التي تعاني من نقص الخدمات (حسبيما يحدده مؤلف الدراسات الأولى)
الدراسات التي أجريت في سياقات سكانية عامة	الدراسات التي أجريت في سياقات سكانية عامة أو السكان الرحل
الدراسات المنشرة باللغة الإنكليزية	الدراسات المنشرة بلغة غير الإنكليزية
الدراسات المنشرة في عام 1990 أو بعده	الدراسات التي نشرت قبل عام 1990

6

النتائج

6.1 إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي

المجتمعين الاندماج في المجتمع (حيث إن أعضاء المجتمع لديهم شعور بملكية البرنامج وعلاقات إيجابية مع العاملين الصحيين المجتمعين)، والإشراف الداعم، والتعليم المستمر، والدعم والإمداد اللوجستيين الكافيين، والتكامل مع النظام الصحي. وعثر فريق الاستعراض على ثغرات في البيانات، بما في ذلك فيما يخص حقوق العاملين الصحيين المجتمعين واحتياجاتهم، والنهج الفعالة للتدريب والإشراف، والعاملين الصحيين المجتمعين كعوامل للتغيير في المجتمع المحلي، وأثر لامركزية النظام الصحي، والمساءلة الاجتماعية، وتصريف الشؤون. وفي حين أن نتائج إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي، بعد جمع بيانات من استعراضات متنقلة، لم تكن منحصرة عموماً في محور تركيز الأسئلة المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والحساب، فإنها وفرت في العديد من الحالات بيانات تكميلية مفيدة ومعلومات سياقية حول بعض أسئلة هذا النهج.

اختير فريق دولي يتخذ من جامعة جونز هوبكينز مقراً له، من خلال عملية شراء تنافسية لإعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي.

وتتمثل الهدف من هذا التحليل في تجميع المفاهيم الحالية لكيفية تصميم وتشغيل برامج العاملين الصحيين المجتمعين على أفضل وجه في الأنظمة الصحية. وحدد فريق الاستعراض 122 استعراضًا (75 استعراضًا منهجيًا، 34 منها كانت عبارة عن تحليقات تحويلية و47 عبارة عن استعراضات غير منهجية). وكانت برامج العاملين الصحيين المجتمعين المدرجة في هذه الاستعراضات متنوعة فيما يخص التدخلات المنفذة، واختيار العاملين الصحيين المجتمعين وتدريبهم، والإشراف عليهم، ودفع أجور لهم، وإدماجهم في النظام الصحي. ومن بين الصفات التي يبدو أنها تتيح تحقيق نتائج إيجابية من برامج العاملين الصحيين

6.2 الاستعراضات المنهجية للأسئلة الخمسة عشر المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والحساب

وقد أدرج ما مجموعه 137 دراسة في الاستعراضات الخمسة عشر المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والنتائج، من أصل 933 87 ملخصاً تستوفي معايير الفحص الأولى (**الشكل 3**). وكشفت بعض الاستعراضات عن أنه ثمة عشرات المقالات التي يمكن إدراجها في الاستعراضات، في حين أن البعض الآخر لم يسفر عن إدراج أي دراسة. وعلى الرغم من محاولة متعمدة للقيام بذلك، فإن معظم الدراسات التي جرى تحديدها لم توفر معلومات كافية عن صفات العاملين الصحيين المجتمعين بما يتاح ترتيب النتائج

اختير مركز البيانات والتنفيذ، بالتعاون مع جامعة ملدورن ومؤسسة كامل للتعاون والمبادرة الدولية لتقدير الأثر (3ie) وجامعة تورنتو وجامعة نيوكاسل وجامعة سيدني وأديلايد وجامعة أبيوا والمعاهد الأمريكية للبحوث وجامعة آغا خان، على إثر عملية مناقصة تنافسية ليتولى إعداد الاستعراضات المنهجية لكل سؤال من الأسئلة الخمسة عشر المتعلقة بالسكان والتدخل والمراقبة والنتائج التي حددتها الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية.

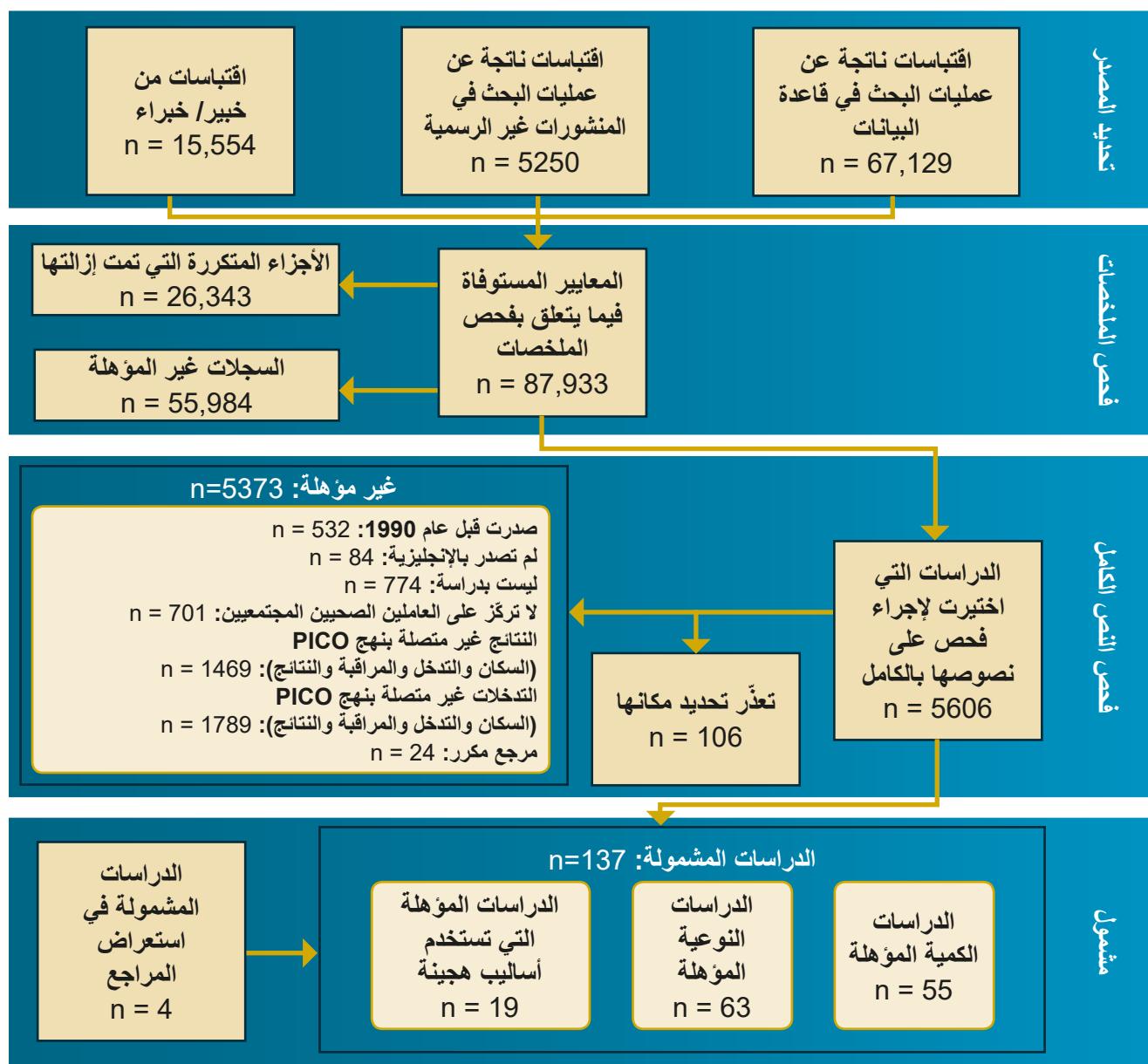
وتصنف النتائج التفصيلية المتعلقة بالبيانات والانعكاسات السياسية استناداً إلى أسئلة نهج PICO وتناقش بمزيد من التفصيل في الفرع التالي المتعلق بتوصيات المبادى التوجيهية. ويتاح النص الكامل لمسودة استعراضات المصنفات الأدبية على موقع المنظمة الإلكترونية.³

وبالإضافة إلى ذلك، فإن الثغرات في البيانات التي كشف عنها من خلال الاستعراضات المنهجية قد دُمجت في الفرع الخاص بالثغرات البحثية.

وتولى كل من الإدارة التي أصدرت التكليف (إدارة القوى العاملة الصحية التابعة للمنظمة) وأعضاء آخرين في الفريق التوجيهي وأعضاء مختارين من الفريق المعنى بإعداد المبادى التوجيهية وفريق الاستعراض الخارجي، التصديق على الاستعراضات المنهجية وضمان جودتها من خلال استعراض جماعي.

والتصنيفات الناتجة وفقاً لصفات العاملين الصحيين المجتمعين، مثل دورهم ومستواهم التدريبي ووضعهم فيما يخص ما إذا كانوا يتلقون أجرًا أم لا. وتتمثل إحدىقيود المهمة المفروضة على الاستعراضات المنهجية الخاصة بنهج PICO في أنه لم تدرج إلا الدراسات المعدة باللغة الإنكليزية. ومع ذلك، جمعت البيانات الأعمّ المتعلقة بالعاملين الصحيين المجتمعين التي نشرت بلغات أخرى غير الإنكليزية من خلال عملية إعادة النظر في الاستعراضات التي لا تتطوّر استراتيجيتها البحثية على أي قيدٍ لغوية، والتي شملت أيضاً أربع استعراضات منشورة بالبرتغالية. وأناهت عملية إعادة النظر في الاستعراضات أيضاً - بشكل غير مباشر، من خلال الاستعراضات المحددة - جمع البيانات الناجمة عن دراسات أولية منشورة بلغات متعددة.

الشكل 3: الرسم البياني للدراسات الخاضعة للتقييم في إطار الاستعراضات المنهجية وفقاً لعناصر الإبلاغ المفضلة للاستعراضات المنهجية والتحاليل التجميعية



³ تأثر مسودات استعراضات المصنفات الأدبية بعرض الاطلاع عليها واستخدامها كمراجع من أجل وضع محتويات هذه المبادى التوجيهية في السياق الملائم. كما سُعِّرَت الاستعراضات المنهجية على المجلات المتخصصة الخاضعة لاستعراض الأقران للنظر فيها، وقد تُحرِّرَت عليها بعض التعديلات الإضافية نتيجة استعراض الأقران وعملية التحرير.

6.3 استقصاء تصورات أصحاب المصلحة

في زيادة تغطية الخدمات الصحية وتحسين نوعية الخدمات الصحية التي يقدمها العاملون الصحيون المجتمعيون. كما اعتبرت معظم التدخلات المتعلقة بالسياسات الصحية والنظام قيد النظر في المبادئ التوجيهية مقبولة وممكنة التنفيذ. وكانت المقبولة والجذوی غير مؤكدة بالنسبة لعدد قليل من التدخلات التي جرى النظر فيها، مثل استخدام السمات الأساسية والمستصوبة في اختيار العاملين الصحيين المجتمعين لأغراض التدريب السابق للخدمة؛ وشمل ذلك، على سبيل المثال، اختيار العاملين الصحيين المجتمعين على أساس السن وإكمال الحد الأدنى من مستوى التعليم الثانوي. واستُرشد بنتائج استقصاء التصورات - المعروضة في الملحق 5 - لإعداد بيانات لأغراض جداول القرارات وتوصيات الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية.

أُجري استقصاء للتصورات بهدف تقييم مدى قبول أصحاب المصلحة لخيارات السياسات قيد النظر في المبادئ التوجيهية وجودواها، بهدف زيادة تبني التوصيات الجديدة والعمل بها.

وورد ما مجموعه 96 ردًا، معظمها من واضعي السياسات والمخططين والمديرين والباحثين المشاركون في تصميم برامج العاملين الصحيين المجتمعين وتنفيذها ورصدها وتقييمها. وغالبية المستجيبين كانوا من المنطقة الأفريقية. ويکمن أحد مواطن القصور في أن العاملين الصحيين المجتمعين أنفسهم لم يكونوا ممثلين بشكل كاف في هذه المجموعة. واعتبرت جميع نتائج تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين مهمة على الأقل، وصنف العديد منها على أنها حاسمة. وتمثل أكثر النتائج أهمية

الوصيات

الوصية 1: الاختيار لأغراض التدريب السابق للخدمة

الوصية 1 ألف

تقرح المنظمة استخدام المعايير التالية لاختيار العاملين الصحيين المجتمعين لأغراض التدريب السابق للخدمة:

- المستوى التعليمي الأدنى المناسب للمهمة (المهام) قيد النظر؛
- الانتماء إلى المجتمع المحلي المستهدف وتقليه لهم؛
- الإنصاف بين الجنسين بما يتماشى مع السياق (النظر في اتخاذ تدبير إيجابي يتيح اختيار النساء بصورة تفضيلية من أجل تمكينهن، ولضمان قبول الخدمات من جانب السكان أو المجموعة المستهدفة حسب السياق الثقافي)؛
- الصفات الشخصية والقدرات والقيم والخبرات الحياتية والمهنية للمرشحين (مثل القدرات المعرفية والتزاهة والتحفيز والمهارات الشخصية والالتزام الواضح بخدمة المجتمع، وروح الخدمة العامة).

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

الوصية 1 باء

تقرح المنظمة عدم استخدام المعايير التالية لاختيار العاملين الصحيين المجتمعين لأغراض التدريب السابق للخدمة:

- السن (باستثناء الحالات المتعلقة بمتطلبات التعليم الوطني وسياسات العمل).

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

الوصية 1 جيم

توصي المنظمة بعدم استخدام المعايير التالية لاختيار العاملين الصحيين المجتمعين لأغراض التدريب السابق للخدمة:

- الحالة الزوجية.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - قوية.

7.1.2 الأساس المنطقي للتوصية

نظر الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية في الجوانب الإيجابية والسلبية لتطبيق معايير الاختيار لتسجيل المرشحين في التعليم السابق للخدمة ليصبحوا عاملين صحيين مجتمعين. وتمثل الرأي التوافقي للفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية في أن اختيار الأشخاص الأكثر ملاءمة كعاملين صحيين مجتمعين أمر بالغ الأهمية لنجاح التدخل الصحي المجتماعي. ومع ذلك، فإن اختيار المعايير التي ستعتمد يتوقف على بيانات الفعالية، وعلى اعتبارات السياسات الأوسع نطاقاً المتعلقة بالقيم والتفضيلات، والتي قد تختلف اختلافاً كبيراً من سياق لآخر.

وعلاوة على ذلك، أشار الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية إلى أن هذه التوصية تشمل بعضاً متعلقاً بحقوق الإنسان، إلا وهو الحق الأساسي في تكافؤ الفرص والمعاملة في العمل أو التوظيف (32).

7.1.1 خلفية التوصية

قد يؤدي التوظيف والاختيار الفعالان للعاملين الصحيين المجتمعين لأغراض التدريب السابق للخدمة إلى تحسين أدائهم ونوعية الخدمات المقدمة. وقد تختلف معايير الاختيار بناءً على أكثر السمات الاجتماعية الديموغرافية صلة بالمجتمع المحلي أو بالتدخل المنشد. وبالنسبة لبرامج العاملين الصحيين المجتمعين الواسعة النطاق، فإن المعايير التي تمت مراعاتها تشمل عادةً السن ونوع الجنس ومستوى القراءة والكتابة والتحصيل التعليمي والحالة الزوجية والموقع الجغرافي (31). ويفترض عادةً أن المشاركة النشطة للمجتمع المحلي الذي تقدم له الخدمات في توظيف العاملين الصحيين المجتمعين تضمن أن يكون العامل الصحي المجتمعي محل ثقة المجتمع المحلي ومقبولاً لديه.

الذين يتم اختيارهم للقيام بالتدريب السابق للخدمة، ما هي الاستراتيجيات التي ينبغي اعتمادها لاختيار طلبات العاملين الصحيين المجتمعين، وعلى حساب أي استراتيجيات أخرى؟"(34) - 16 دراسة مؤهلة، منها 3 دراسات كمية (37-35) و13 دراسة نوعية (38-50). وأشار 10 منها إلى برامج العاملين الصحيين المجتمعين المنفذة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، من بينها 3 دراسات من جنوب شرق آسيا ودراستين من منطقة الأمريكتين. وتشير جميع الدراسات إلى تجرب البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، باستثناء واحدة من الولايات المتحدة الأمريكية. وحدد الاستعراض بعض البيانات التي مفادها أن المستويات الأعلى من التعليم قد تحسن الإنتاجية والمعرفة الصحية، وهمما عنصران أساسيان لتوفير خدمات فعالة. وقد يكون ذلك مرتبًا بمستويات أعلى من الإلمام بالقراءة والكتابة، مما يتتيح إنجاز مهام معينة بقدر أكبر من السرعة والدقة. ودُعمت نتائج الدراسات الكمية برؤى إضافية مستمددة من الدراسات النوعية والتي أبرزت أن العاملين الصحيين المجتمعين الذين يتمتعون بمستوى أعلى من التعليم ينظرون إليهم بصورة أكثر إيجابية من العاملين الصحيين المجتمعين الذين يتمتعون بمستوى أقل من التعليم، عند إداء مهام صعبة محتملة. وتعد مشاركة أفراد المجتمع المحلي في عملية اختيار العاملين الصحيين المجتمعين من بين الممارسات التي اعتُبرت في الدراسات النوعية أنها من المرجح أن تسفر عن نتائج أكثر إيجابية. وتشير النتائج على ما يبدو إلى أن المجتمعات المحلية قد تلعب دوراً هاماً في نجاح العاملين الصحيين المجتمعين في القيام بمهامهم. وبصفة عامة، صُنفت درجة يقين البيانات على أنها ضعيفة جداً.

وأظهرت عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي أن العاملين الصحيين المجتمعين يحظون بقبول المجتمعات المحلية عندما يثق بهم أفراد المجتمع ويحترمونهم ويشعرون بملكية البرنامج، وهو أمر يمكن تحقيقه بفضل إشراك المجتمعات المحلية في اختيار العاملين الصحيين المجتمعين وتحديد أنشطتهم (51). ومن المحتمل أن يكون قبول المجتمع المحلي للعاملين الصحيين المجتمعين وشعوره بأن برنامج العاملين الصحيين المجتمعين ملائماً للسياق المحلي و"ملكاً له" مرتبًا بزيادة استبقاء العاملين الصحيين المجتمعين وتحفيزهم وأدائهم ومسائلتهم ودعمهم.

وكشف استقصاء تصورات أصحاب المصلحة عن درجة عالية من المقبولية والجودي فيما يتعلق باختيار العاملين الصحيين المجتمعين على أساس صفاتهم الشخصية (على سبيل المثال، القدرات المعرفية والخبرة السابقة ذات الصلة) وانتهائهم للمجتمعات المحلية المستهدفة، ولكنه كشف أن درجة الجودي والمقبولية متقارنة وغير مؤكدة حينما يتعلق الأمر بالاختيار على أساس مستوى التعليم، وخاصة السن.

وبصفة عامة، بناءً على تقييم للبيانات المتاحة وخبرة الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية ومنظور قائم على الحقوق، خلص الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية إلى أن الإيجابيات المحتملة تفوق السلبيات عند اختيار العاملين الصحيين المجتمعين لأغراض التدريب السابق للخدمة على أساس الصفات والقدرات الشخصية، مثل عامل التحفيز، والنزاهة، والمهارات الشخصية، وانتهائهم للمجتمع المحلي وتقبله لهم، من خلال مشاركة المجتمع في عملية الاختيار، ومستوى التعليم الأدنى الملائم. وبالمقابل، فإن المخاطر المحتملة فيما يتعلق بمعايير مثل السن، ولا سيما الحال الزوجية. ونظرًا للعقبات العديدة التي تحول دون حصول المرأة على فرص للعمل وما ينتج عنها من عدم المساواة بين الجنسين في القوى العاملة الصحية العالمية، تشجع السياسات الاستباقية على تعزيز المساواة بين الجنسين (33) وتعظيم مشاركة المرأة في الاختيار والتوظيف. وفي بعض الظروف – التي يملتها كل من دور العاملين الصحيين المجتمعين وقواعدهم الثقافية – قد يكون من المناسب حصر الاختيار في النساء، على سبيل المثال عندما لا تقل المجتمعات المحلية الحصول على الخدمات الخاصة بالصحة الإيجابية وصحة الأم ما لم يكن مقتومها من الإناث.

وقد تبيّن أن درجة يقين البيانات ضعيفة جدًا (انظر أدناه). ولهذا السبب، أصدر الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية توصية مشروطة من أجل اعتماد الصفات الشخصية، وانتهاء المعنين إلى المجتمع المحلي وتقبله لهم، ومستوى التعليم الأدنى الملائم، مع الاعتراف بأن ثمة ممارسات جيدة خارج الحد الأدنى لمستويات التعليم الموصى بها في هذه الوثيقة.

ولم يتم العثور على أي بيانات بخصوص اعتماد السن كمعيار من معايير الاختيار. واعتراضًا بخطر إساءة الاستخدام الناجم عن سياسات تميزية محتملة، بت الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية في تقديم توصية مشروطة ضد اعتماد هذا المعيار. وبما أنه لم يتم العثور على أي بيانات تدعّم استخدام حالة الزوجية كمعيار اختيار، مع الاعتراف بأنه يُطبق في بعض السياقات، أصدر الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية كمعيار اختيار من أجل تفادي أي ممارسات تميزية محتملة. وإن استخدام حالة الزوجية كمعيار يمكن أن يتسبب في انتهاء حقوق الإنسان المتعلقة بالحصول على التعليم وفرص العمل، مع احتمال أن يسفر عن تمييز غير عادل ولا داعي له. وأعرب الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية أيضًا عن قلقه من أن يؤدي الاختيار المستند إلى حالة الزوجية إلى استمرار ديناميات عدم التمكّن الجنسيي الحالي وزيادة حدتها.

7.1.3 ملخص البيانات

حدد الاستعراض المنهجي (الملحق 6.1⁴) الذي تناول السؤال التالي - "بالنسبة إلى العاملين الصحيين المجتمعين

⁴ يلخص الملحق 6 عناصر البيانات الرئيسية المستمدّة من كل استعراض من الاستعراضات الخمسة عشر التي أخذت في الاعتبار عند صياغة توصيات المبادئ التوجيهية. ونظرًا لحجمها الكبير، فهي متاحة فقط كملحق على شبكة الإنترنت.

7.1.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية

للبيات وغيرها من الاعتبارات

مستوى التعليم. قد يتوقف مستوى التعليم الابتدائي أو الثانوي الأنسب قبل تدريب العاملين الصحيين المجتمعين على مدى تعقيد المهام التي يضططون بها. وفي حين أن التمتع بمستوى أعلى من التعليم السابق قد يكون مرتبطاً بتحسين المعرفة والأداء، إلا أن درجة الاستنزاف (بفضل فرص عمل أفضل وأكثر تنوعاً) قد تكون أعلى لدى العاملين الصحيين المجتمعين ذوي المستوى الأعلى من التعليم. وقد يؤدي اشتراط مستويات تعليم أعلى نسبياً إلى تقليل عدد المرشحين المحتملين بشكل مفرط، مع احتمال استبعاد النساء على وجه الخصوص في العديد من السياقات، وسيكون من الصعب تطبيق هذا الشرط في سياقات ذات مستويات تعليمية منخفضة. ويتوقف الحد الأدنى من مستوى التعليم الذي يعتبر مناسباً على المهام المطلوب تنفيذها وسوق الخدمات والمدعم المتاح للتدريب. ويمكن اعتبار إجراء اختبار على بعض الكفاءات أثناء عملية الاختيار (على سبيل المثال، الإمام بالقراءة والكتابة، والحساب) كهج بديل في السياقات التي يؤدي فيها تطبيق متطلبات صارمة فيما يتعلق بالتحصيل الدراسي إلى تقليل عدد المرشحين بشكل مفرط، ولا سيما النساء.

الانتفاء إلى المجتمع المحلي المستهدف. اعتبر الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية أن انتفاء الأفراد إلى المجتمع المحلي المستهدف (سواء كان محدوداً جغرافياً أو مرتبطاً بمجموعة سكانية محددة، مثل المجتمعات البدوية أو الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري أو المجتمعات القائمة على أساس طائفية أو ديني أو المعتقدات الثقافية) وتقبله لهم، قد يشكل معياراً مهماً أثناء عملية الاختيار.

السن. لم يُعثر على أي بيئات تسمح بتبرير السن كمعيار من معايير الاختيار (باستثناء التقيد بالحد الأدنى لسن العمل القانوني). ويمكن أن يكون السن عاملًا مهمًا في بعض السياقات، غير أن الطريقة التي يمكن أو ينبغي أن يستخدم بها ليست واضحة بالضرورة: قد يسامح تعليم العاملين الصحيين المجتمعين الأصغر سنًا نظرياً في تمديد الحياة العملية، ولكن في الوقت نفسه هناك تقارير تفيد بارتفاع معدل دوران العاملين الصحيين المجتمعين الأصغر سنًا. وقد تكون القيم والقدرات الفردية المكتسبة من خلال تجارب الحياة السابقة أكثر أهمية من السن. ورأى الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية إنطلاقاً من منظور الإنفاق والحقوق، أن السلبيات المحتملة للتمييز على أساس السن من المرجح أن تفوق الإيجابيات المحتملة في معظم الظروف. وبناءً على ذلك، لا ينبغي أن يكون السن عاملًا تقييدياً، وبينما للموظفين المسؤولين عن الاختيار أن يعطوا الأولوية لمعايير أخرى، مثل خبرة الحياة ذات الصلة والمقبولية وسلوك الرعاية والالتزام وغيرها من الصفات الشخصية ذات الصلة.

7.1.5 اعتبارات التنفيذ

من المرجح أن تتطوّر عملية الاختيار الناجحة قبل بدء الخدمة على أكثر من فصل للمؤهلات الرسمية للمرشحين، مثل مستوى تعليمهم. وقد تشمل الصفات والقيم الشخصية الواجب مراعاتها في عملية الاختيار المهارات المعرفية في المجال المعنوي، والخبرة المهنية السابقة في المجال المعنوي، والالتزام والسلوك المثبتين تجاه خدمة المجتمع المحلي، والمهارات القيادية، والقدرة على استباق الأمور والتعاون والتكييف، والقدرة على تطوير فهم للسوق المحلي والمجتمع على نحو تدريجي، والرغبة في القيام بذلك. وقد يكون من المهم استكمال عمليتي الفحص والاختيار بمشاركة المجتمع المحلي. فقد يسهل اختيار عامل صحي مجتمعي مؤهل من داخل المجتمع المحلي أيضاً تقديم المزيد من الخدمات الملائمة لغواياً وثقافياً. وإذا اقتضت الضرورة اختيار عامل صحي مجتمعي من خارج المجتمع (على سبيل المثال، لأنه لا أحد من المجتمع يرغب في أداء المهمة أو لا أحد يستوفي الشروط الدنيا

خدمات الصحة الإنجابية وخدمات صحة الأم والوليد والطفل ضرورياً لضمان تقبل المجتمعات لها. وقد يضطر المجتمع المحلي والمستخدمون النهائيون لمراقبة القيم والصفات الأساسية للمرشحين كمعايير اختيار.

وينبغي أن تراعي معايير الاختيار مدى المقبولية والجدوى، فضلاً عن مدى الملائمة مع السياق المحلي وفيما يتعلق باحتياجات المستخدمين النهائيين للخدمات.

للقيام بالدور المحدد)، فإن ضمان أن يتمكن أفراد المجتمع من إبداء رأيهم من شأنه أن يعزز فرص اندماج العامل الصحي المجتمعي وأن يتمكنوا من مساعدة المنظمة الصحية بشكل أفضل في تكيف خدماتها مع الاحتياجات المحلية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن إشراك المجتمع المحلي في توظيف واحتياج العامل الصحي المجتمعي يتتيح إقامة حوار بين أفراد المجتمع والمنظمات الصحية، ومساعدتهم على فهم القضايا المحلية. وينبغي أن تراعي عملية الاختيار قيم الهياكل المجتمعية المتصلة، كما أنه ينبغي تجنب التحيز والتمييز. وفي بعض السياقات، قد يكون اختيار العاملين الصحيين المجتمعين من بين الإناث على أساس تفضيلي لتقييم

التوصية 2: مدة التدريب السابق للخدمة

التوصية 2

- تقترح المنظمة استخدام المعايير التالية لتحديد مدة التدريب السابق للخدمة للعاملين الصحيين المجتمعين:
- نطاق العمل والمسؤوليات والأدوار المتوقعة؛
 - الكفاءات اللازمة لضمان تقديم خدمات عالية الجودة؛
 - المعارف والمهارات الموجودة مسبقاً (سواء تم اكتسابها من خلال التدريب المسبق أو الخبرة ذات الصلة)؛
 - الظروف الاجتماعية والاقتصادية والجغرافية للمتدربين؛
 - القدرة المؤسسية لتوفير التدريب؛
 - الشروط المتوقعة لمارسة الخدمة.

درجة يقين البيانات - ضعيفة. قوة التوصية - مشروطة.

7.2.1 خلفية التوصية

قد تتأثر فاعلية العاملين الصحيين المجتمعين من طبيعة التدريب السابق للخدمة الذي يتلقونه (52). وقد يؤدي التدريب غير الكافي إلى تجريد العاملين الصحيين المجتمعين من الإمكانيات اللازمة لإدارة القضايا الصحية، كما يمكن أن يؤثر سلباً على تحفيزهم والتزامهم (53). وتعتبر مدة تدريب العاملين الصحيين المجتمعين غير موحدة في الوقت الحالي، حيث تتراوح من بضع ساعات إلى عدة سنوات (54 و 55). ويفترض عموماً أن يتيح اعتماد فترات تدريب أطول زيادة استيعاب محتوى التدريب المصمم لتعزيز المعارف والمهارات والكفاءات. غير أن التدريب الأكثر شمولاً قد يكون باهظ التكلفة وغير عملي وغير ضروري في بعض الحالات (56).

7.2.3 ملخص البيانات

حدد الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية عدم تناقض أدوار ومسؤوليات العاملين الصحيين المجتمعين، وفي قدرات وظروف خط الأساس، فضلاً عن التفاوت الكبير في مدة التدريب من بلد إلى آخر. وفي ضوء هذه العوامل، كان الرأي السائد لدى الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية هو أنه في حين أن مدة التدريب تعد عالماً هاماً في تحديد خبرات وقدرات العاملين الصحيين المجتمعين لتوفير الخدمات، فإنه ينبغي تحديد المدة المناسبة للتدريب على المستوى الوطني أو في نطاق ولاية قضائية محددة وفقاً للسياق والمتطلبات المحلية. وبناءً على ذلك، ركز الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية اهتمامه على تحديد المعايير التي ينبغي أن توجه حوار السياسات المحلية حول تحديد المدة المناسبة للتدريب السابق للخدمة.

7.2.2 الأساس المنطقي للتوصية

تناول الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية هذا السؤال من منظور استكشاف ما إذا كان من الممكن تحديد مدة مثالية أو مرغوب فيها لتدريب العاملين الصحيين المجتمعين السابق للخدمة. وكانت البيانات التي جمعت في إطار عملية الاستعراض المنهجي محدودة، وتهدف بشكل أساسي إلى إجراء مقارنة بين نماذج ذات مدد تدريب قصيرة نسبياً (بضع ساعات مقابل بضعة أيام)، في حين أن البرامج التي يلعب فيها العاملون الصحيون المجتمعيون دوراً متعدد الوظائف في مختلف مجالات الرعاية الصحية الأولية تتطلب على مدة تدريب سابق للخدمة لعدة أشهر.

المتوقعه من العاملين الصحيين المجتمعين، فضلاً عن المهارات القائمه المتعلقة بالإلمام بالقراءة والكتابة والحساب. وقد يحدد محتوى التدريب، ومن ثم مدة التدريب، استناداً إلى مجموعة من العوامل مثل نطاق العمل والدور المتوقع والتكون العام للقوى العاملة ونموذج تقديم الخدمات.

وقد تشمل العوامل المؤثرة على مدة التدريب الأنسب الوضع بعد التدريب (على سبيل المثال، الموظف المتعاقد أو المدفوع الأجر بدوام كامل مقابل الموظف المتطلع غير المترغب)؛ والنطاق والمسؤوليات والأدوار؛ والمعرفات والمهارات الأساسية (على سبيل المثال، قد يكون من الضروري في بعض السياقات توفير تدريب أولي أساسى انتقالى خاص بالإللام بالقراءة والكتابة والحساب من أجل التعويض عن المستوى المحدود من حيث التحصيل الدراسي السابق للمعنى)؛ والخبرة المهنية والحياتية السابقة في المجال المعنى (على سبيل المثال، قد تتتوفر لدى بعض المتدربين مهارات سابقة معتبرة اكتسبوها بصفتهم أعضاء سابقين في جماعات دعم المرضى أو ما يشابه ذلك)؛ والقدرة المؤسسية على توفير التدريب (بما في ذلك توافر البنية التحتية للتدريب، والمشرفين على التدريس ومكان العمل)؛ والظروف الاجتماعية والجغرافية للمتدربين (على سبيل المثال، بالنسبة إلى العاملين الصحيين المجتمعين القادمين من أماكن جغرافية معزولة أو العاملين فيها، فإن الحصول المحدود على الإشراف الداعم قد يتطلب فترة أطول من التدريب الأولي).

7.2.5 اعتبارات التنفيذ

ينبغي أن تُحدد مدة التدريب الأنسب في سياق وطني أو دون وطني وفقاً لاحتياجات والظروف المحلية، بما في ذلك ضرورة الحفاظ على تحديد واضح للأدوار والمسؤوليات مع فئات أخرى من العاملين الصحيين الذين يعملون في إطار فرق الرعاية الصحية الأولية المنكاملة. وينبغي أن تكون مدة التدريب مكملة التطبيق عملياً ومقبولة وميسورة التكلفة في سياق ولاية قضائية محددة، ولكن ينبغي أن تكون طويلة بما فيه الكفاية لضمان بلوغ المستوى المطلوب من الكفاءة والخبرة. وبما أن ذلك يختلف اختلافاً جوهرياً حسب الدور الذي يتوقع أن يلعبه العاملون الصحيون المجتمعون، فإنه من المتوقع أن يحتاج العاملون الصحيون المجتمعون الذين يضططعون بوظائف متعددة ويعملون على أساس متفرغ أو منتظم (أي العاملون الصحيون المجتمعون الذين ينفذون تدخلات أكثر تعقيداً أو يقدمون طائفة واسعة من خدمات الرعاية الصحية الأولية) إلى تدريب أطول من أولئك الذين يقدمون خدمة واحدة مرکزة على أساس عرضي. ويقدم الجدول 3 أمثلة مختارة عن التعليم السابق للخدمة والتي يعتبرها صانعو السياسات الوطنية ذات مدة مناسبة (عدة أشهر عموماً) مقارنة بالأهداف التعليمية للعاملين الصحيين

لمدة قصيرة للغاية (أيام أو ساعات من التدريب). وتحوي محاولات ترميم إلى مقارنة مدد التدريب، أن التدريب طويل المدة أو ذي وتيرة عالية (على سبيل المثال، نصف يوم مقابل نصف ساعة، أو ثلث ساعات مقابل انعدام التدريب) قد يكون مرتبطاً ارتباطاً إيجابياً بالقياسات المحسنة لكفاءة العاملين الصحيين المجتمعين في اختبارات الفحص والتشخيص (58 و59). بيد أن النتائج التي أفضت إليها ثلث دراسات مستعرضة فيما يخص الارتباطات بين قياسات كفاءة العاملين الصحيين المجتمعين ومدة التدريب السابق للخدمة كانت غامضة، في حين تبين دراسة واحدة وجود ارتباط بين المستوى العالمي من الكفاءة ومدة أطول من التدريب الأولى (60)، وتظهر إحدى الدراسات مزيجاً من الآثار لمدة التدريب الطويلة (61)، بينما تظهر دراسة أخرى وجود علاقة عكسية بين مدة التدريب ومستوى الكفاءة (62). ولم تكشف تجربة جماعية موجهة تستخدم عينات عشوائية عن أي اختلاف في تطور مهارات العاملين الصحيين المجتمعين فيما يتعلق بعده المحاولات المطلوبة لاجتياز امتحان الدورة بين مجموعات من العاملين الصحيين المجتمعين الخاضعين لتعليم سابق للخدمة ذي مدة مختلفة (63). وأظهرت دراستان نوعيتان عن تفضيل العاملين الصحيين المجتمعين لتدريب أطول (64 و65). وصنف فريق الاستعراض المنهجي درجة يقين البيانات بصفة عامة على أنها ضعيفة.

وأظهرت عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي أن تدريب العاملين الصحيين المجتمعين قد أدى إلى تحسن في معارف العاملين الصحيين المجتمعين ومهاراتهم، غير أن مدة التدريب لم يكن لها تأثير ثابت على فعالية التدخل (16 و66). ويجب استيعاب الحجم والنوع المثاليين للتدریب المطلوب من قبل العاملين الصحيين المجتمعين وفقاً لسياق النظام الصحي والممارسات والخبرات السابقة للعاملين الصحيين المجتمعين ووضعهم والأدوار التي يتوقع أن يلعبوها (17).

وقد أدى استطلاع رأي أصحاب المصلحة إلى تحديد مدة تدريب عامة أطول تكون مقبولة وممكنة (دون بيان عتبة معينة لتعريف التدريب الأطول).

7.2.4 تفسير الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات

يتسم كل من نطاق العاملين الصحيين المجتمعين وأدوارهم بالتنوع، ومن ثم فإنه من غير المناسب تحديد حد أدنى لمدة التدريب السابق للخدمة على المستوى العالمي من الناحية الكمية. وقد تكون مدة التدريب مرتبطة بالكفاءات المطلوبة، والتي قد تكون أساسية أو عالية وفقاً للأدوار (التعزيزية والوقائية مقابل العلاجية أيضاً)

وقد يتعين أيضاً أن تعكس مدة التدريب مدى الحاجة إلى تدريب مرحلٍ يستند إلى مختلف الوحدات التدريبية المقدمة عقب فترات زمنية من الخدمة، ومدى ملاءمة ذلك التدريب. وبالإضافة إلى مدة التدريب، فإن تبني الممارسات ذات الصلة بتعليم الكبار والتصميم المناسب لبرنامج التدريب قد يكتسيان نفس الأهمية في تحديد فعالية التعليم السابق للخدمة، بل وقد يكون أكثر أهمية من ذلك. وينبغي أن يُنظر إلى نهج التعليم بشكل شامل كجزء من مجموعة أوسع من الاستراتيجيات التي تشمل أيضاً النوعية المناسبة للإشراف الداعم ووتيرته وأهميته، فضلاً عن فرص إعادة التأهيل الدوري وتنمية القدرات المهنية بشكل مستمر.

المجتمعين الذين يضططعون بوظائف متعددة. ويتألق العاملون الصحيون المجتمعون الذين يضططعون بمسؤوليات محدودة تعليمًا سابقًا للخدمة لمدة أقصر (على سبيل المثال، 23 يوماً للعاملين المعتمدين في مجال الصحة الاجتماعية في الهند) (67).

وعند تحديد مدة التدريب الأنسب، ينبغي مراعاة دور المهارات المتداخلة وأهميتها (على سبيل المثال، التواصل مع المرضى ومشاركة المجتمع المحلي)، مع تجنب التركيز بشكل محدود للغاية على نقل المهارات التشخيصية والسريرية.

الجدول 3: مدة تدريب العاملين الصحيين المجتمعين متعدد الوظائف

البلد	الاسم المحلي للعاملين الصحيين المجتمعين	الدور	مدة التدريب السابقة للخدمة
إثيوبيا	عمال الإرشاد الصحي المجتمعون	الأنشطة التشجيعية والوقائية؛ التشخيص والعلاج الأساسي وخدمات الإحالة لمعظم الحالات المرضية السائدة؛ الاتصالات الأساسية من (30% من التدريب أجل تغيير السلوك؛ الواجبات الإدارية، بما في ذلك حفظ السجلات الصحية، وتنظيم الخدمات على مستوى المجتمع المحلي، وإدارة التدريب العملي) الإمدادات الطبية الأساسية	12 شهراً
موزامبيق	عمال أساسيون متعددو الوظائف	أنشطة الوقاية من المرض وتعزيز الصحة؛ ومراقبة النظام الغذائي والتطعيم؛ وتشخيص الحالات المرضية المألوفة وعلاجها وتقييم خدمات إحالة بشأنها؛ وتنظيم الأسرة، ومتابعة النساء الحوامل والمواليد؛ والالتزام بالعلاج المضاد لفيروس العوز المناعي البشري والسل؛ والإبلاغ عن البيانات الصحية	4 أشهر 50% من التدريب (النظري و50% من التدريب العملي)
باكستان	العاملات في مجال الصحة	تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، مع التركيز بشكل خاص على الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهن، (20% من التدريب وتنظيم المجتمعات المحلية عن طريق تكوين مجموعات نسائية النظري و80% من التدريب العملي) ولجان صحية في مناطق التجمع	15 شهراً

المصدر: مقتبس من (13). "Bhutta et al."

التوصية 3: الكفاءات في المناهج الدراسية للتدريب السابق للخدمة

التوصية 3

تقترح المنظمة إدراج مجالات الكفاءات التالية في المنهاج الدراسي للتدريب السابق للخدمة للعاملين الصحيين المجتمعين، إذا كان دورهم المتوقع يشمل مثل هذه الوظائف.

المجالات الأساسية:

- الخدمات التعزيزية والوقائية، وتحديد صحة الأسرة والاحتياجات والمخاطر الاجتماعية؛
- الاندماج في نظام الرعاية الصحية الأوسع نطاقاً بالنسبة لمجموعة من المهام التي يتبعن الأضطلاع بها وفقاً لدور العامل الصحي المعملي، بما في ذلك الإحالة، والتعاون مع العاملين الصحيين الآخرين المنتسبين إلى فرق الرعاية الأولية، وتتبع المرضى، وترتصد الأمراض المجتمعية، والرصد، وجمع البيانات وتحليلها واستخدامها؛
- المحدثات الاجتماعية والبيئية للصحة؛
- توفير الدعم النفسي الاجتماعي؛
- مهارات التعامل مع الآخرين فيما يتعلق بالسرية والاتصال والمشاركة والتعبئة المجتمعتين؛
- السلامة الشخصية.

مجالات إضافية:

- التشخيص والعلاج والرعاية بما يتلاءم والدور (الأدوار) المتوقع (المتوقع) واللوائح السارية بشأن نطاق ممارسة المهام.

درجة يقين البيانات - متوسطة. قوة التوصية - مشروطة.

7.3 خلية التوصية

الدراسي القياسي، بالإضافة إلى مواضيع محددة أخرى متعلقة بالمنهج الدراسي تشمل تعبيئة المجتمع المحلي والرعاية الأساسية للمواليد والمشورة الجماعية. وكشفت التجارب المشمولة عن نتائج متسقة: أدت إضافة تدريب ينطوي على عناصر محددة من المنهج الدراسي إلى تحسين تقديم العاملين الصحيين المجتمعين للعديد من خدمات الرعاية السابقة للولادة (نسبة الولادات) تمشياً مع التوصيات القائمة على البيانات، وإلى انخفاض معدلات حالات الإلماص ووفيات المواليد. وتقدم النتائج بعض البيانات التي تدعم إدراج مناهج دراسية إضافية في تدريب العاملين الصحيين المجتمعين، على الأقل في السباقات المجتمعية التي أجريت فيها هذه الدراسات. وبصفة عامة، صُنفت درجة يقين البيانات على أنها متوسطة.

وأظهرت عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي أنه ينبغي أن يسعى التدريب إلى نقل كفاءات تقنية وقدرات ذات طابع اجتماعي، مثل مهارات الاتصال والاستشارة، فضلاً عن الوعي بأهمية السرية (53 و 57). وحدد أيضاً كل من الوعي بالمحددات الاجتماعية والسياسية للصحة (72) والمهارات في حل المشاكل باعتبارهما عاملين مهمين (51).

وكشف استقصاء تصورات أصحاب المصلحة عن مستويات عالية من المقبولية والجودي بالنسبة لمختلف مكونات التدريب الخاص بالعاملين الصحيين المجتمعين، مثل السلوكيات الوقائية والتشجيعية، ومشاركة المجتمع المحلي، والاندماج في النظم الصحية، ولكن ثمة أيضاً مستويات متفاوتة وغير مثبتة فيما يخص مقبولية وجودي إدراج توجه طبي في بعض عناصر المنهج الدراسي من خلال إضافة الكفاءات التشخيصية والعلاجية.

7.3.4 تفسير الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات

يختلف نطاق العاملين الصحيين المجتمعين وأدوارهم اختلافاً جوهرياً من بلد إلى آخر، وبالتالي فإنه لا يمكن توحيد نطاق التعليم السابق للخدمة ومحتويات المنهج الدراسي. وينعكس ذلك بالفعل على الاختلافات الواسعة في محتوى مناهج التدريب المعتمدة في مختلف البلدان (**الجدول 4**)، حيث تركز بعض البلدان بشكل رئيسي على الكفاءات المتعلقة بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل، بينما تعتمد بلدان أخرى نهجاً أوسع نطاقاً. وعلى سبيل المثال، فقد ركزت بعض المناهج الدراسية بشكل حصري على التدخلات الوقائية والتشجيعية، في حين شملت مناهج أخرى أيضاً الكفاءات التشخيصية والعلاجية. وتشير البيانات التي حددت في إطار الاستعراض المنهجي، والتي تتسم بدرجة يقين متوسطة، إلى فئة واحدة من العاملين الصحيين المجتمعين وفي بلد واحد، ومن ثم فإن قابلية تعميمها وتطبيقها تظل محدودة. وبناءً عليه، ينبغي أن يُسترشد بمتطلبات السياق الوطني عند إدراج الكفاءات

من الضوري التأكيد من أن العاملين الصحيين المجتمعين توفر لديهم المهارات اللازمة للاضطلاع بدورهم في المجتمع المحلي من أجل ضمان أن يكون تأثيرهم إيجابياً على حصائل صحة للسكان. غير أنه لا تتوافر حالياً معايير بشأن كيفية تدريب العاملين الصحيين المجتمعين أو كيفية تقييم مدى كفاية مهاراتهم (54). وبالتالي، هناك اختلاف كبير في محتوى برامج تدريب العاملين الصحيين المجتمعين وتقييمهم (52).

وعلى الرغم من أهمية كفاءة العاملين الصحيين المجتمعين، إلا أن الفائدة النسبية من إضافة كفاءات أوسع أو أكثر تحديداً إلى مناهج تدريسي غير واضحة. ومن شأن إضافة مجموعة واسعة من الكفاءات الأساسية أن يضمن أن تتوفر لدى جميع العاملين الصحيين المجتمعين المهارات الأساسية اللازمة لأداء دورهم بشكل مناسب. بيد أن الحفاظ على مرونة التدريب والتقييم وعلى وضعها الحالي القائم على أساس الاحتياجات المحددة للمجتمع المحلي المستهدف قد يساعد على تكيف مهارات العاملين الصحيين المجتمعين مع سياقهم (68).

7.3.2 الأساس المنطقي للتوصية

اعترف الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية بأن عدم تناسب الأدوار التي يؤديها العاملون الصحيون المجتمعيون يتطلب مرونة كبيرة في تحديد محتويات مناهج التعليم السابق للخدمة، ويفسّر ذلك منها. ويتمثل المنطق الذي تقوم عليه التوصية في أنه في حين أن الأدوار - وبالتالي الكفاءات المطلوبة - يمكن أن تختلف، فإن المبدأ العام المدعوم ببعض البيانات المحدودة يتمثل في أن إضافة كفاءات ومهارات محددة إلى مناهج التعليم من شأنه أن يحسن قدرة العاملين الصحيين المجتمعين على أداء المهمة (المهام) ذات الصلة. وقد صيغت التوصية باعتبارها توصية مشروطة، مع الإقرار بأهمية تكييفها مع السياق الوطني والمحلي وبدرجة اليقين المتوسطة والنطاق المحدود للغاية للبيانات التي تقوم عليها.

7.3.3 ملخص البيانات

حدد الاستعراض المنهجي (**الملحق 6.3**) الذي أجري بشأن السؤال –“بالنسبة إلى العاملين الصحيين المجتمعين الذين يتلقون التدريب السابق للخدمة، هل ينبغي أن يشمل المنهج الدراسي كفاءات محددة أم كفاءات غير محددة؟” (69) - دراستين مؤهلتين، تتمثلان في تجربة رائدة شبه تجريبية (غير عشوائية) (70) وتجربة جماعية موجهة تستخدّم عينات عشوائية على نطاق أوسع (71) أجريت في المناطق الريفية في باكستان في عام 2008 (تجربة) و 2011 (تجربة كاملة). وشملت الدراسة العاملات في مجال الصحة (التجربة) (تجربة كاملة). وشملت الدراسة العاملات في مجال الصحة (التجربة الكاملة) $N = 288$ (اللواتي يقدم خدمات الرعاية الأساسية السابقة للولادة. وفي كلتا التجاربتين، شمل التدريب في المجتمعات المحلية موضع التدخل المنهج

ظروف معينة، مثل حالات الطوارئ، الحاجة إلى إضافة مزيد من الكفاءات إلى الكفاءات الأساسية القائمة. وعلاوة على تحديد محتويات التدريب الأنسب، ينبغي إيلاء الاهتمام اللازم لعوامل مثل توافر هيئة تدريس ذات نوعية جيدة ومواد تدريبية عالية الجودة، فضلاً عن بنية تحتية تدريبية مناسبة.

في المناهج الدراسية، على أن يعكس ذلك أيضاً أفضل الممارسات الدولية، كما تعكس ذلك أيضاً المبادئ التوجيهية الأخرى للمنظمة.

7.3.5 اعتبارات التنفيذ

ينبغي أن تحدد محتويات التدريب الأنسب للعاملين الصحيين المجتمعين على المستوى القطري (سواء في سياق وطني أو دون وطني) وفقاً لاحتياجات والظروف المحلية. كما ينبغي للعاملين الصحيين المجتمعين أن يكتسبوا، بالإضافة إلى الكفاءات التقنية المحددة في التوصية، فهماً لأهمية العمل في نطاق دورهم وكفاءتهم، وذلك بفضل التدريب الذي يتلقونه. وقد تنشأ من

الجدول 4: التفاصيل في محتويات منهج التدريب السابق للخدمة الخاص بالعاملين الصحيين المجتمعين

بنغلاديش	الخدمات السريرية والتشخيصية والعلاجية	الصحة وإعادة التأهيل والتحفيز والإحالة	مهارات الاستشارة	تعينة المجتمع المحلي	الإدارة والتنظيم
علاج 10 أمراض أساسية: فقر الدم والبرد والإسهال والزحار والحمى والدراق واحتشار الموليد. النساء بذيفان الكزان، ورصد نمو الطفل، وتنظيم الأسرة، والرضاعة الطبيعية، وخدمات الرعاية، والنظافة الشخصية، تحت المراقبة المباشرة. وخدمات الولادة وإنعاش الموليد. وتسجيل سوابق التوليد، ومتابعة مجريات عملية المخاض، ومتابعة حالة الموليد، وتسجيل النتائج. والتدريب البصري على فهم العلامات لدى الموليد. والتدريب العلاجي للالتهاب الرئوي لدى الأطفال، بما في ذلك الموليد	تقديم النصائح للأمهات ومقدمي الرعاية بشأن كيفية إدارة رعاية الموليد. ومهارات إبداء المشورة لتشجيع الرضاعة الطبيعية. والاستشارة السابقة للولادة وما بعد الولادة. ومهارات الإحالة اللغوية	تقديم النصائح للأمهات وتنمية الأمومة	النسم بالزريخ، وتطعيم النساء بذيفان الكزان، ورصد نمو الطفل، وتنظيم الأسرة، والرضاعة الطبيعية، وخدمات الرعاية، والنظافة الشخصية، تحت المراقبة المباشرة. وخدمات الولادة وإنعاش الموليد. وتسجيل سوابق التوليد، ومتابعة مجريات عملية المخاض، ومتابعة حالة الموليد، وتسجيل النتائج. والتدريب البصري على فهم العلامات لدى الموليد. والتدريب العلاجي للالتهاب الرئوي لدى الأطفال، بما في ذلك الموليد	تشجيع الناس على التناس الرعاية والزيارات المنزلية	تبنيه المجتمع
توظير العلاج بالإسعافات الأولية لحالات الطوارئ والمرض البسيطة	إخطار بحدوث فاشيات، وتوفير التغليف الصحي لأغراض تنظيم الأسرة	خدمات الإحالة	تعين المجتمع المحلي	تعين المجتمع المحلي	الإدارة والتنظيم
استخدام أملأح الإمامة الفموية لمعالجة الإسهال، وإدارة الالتهاب الرئوي، ومراقبة النمو. والرعاية السابقة للولادة، بما في ذلك الفحوص المختبرية والاختبارات السريرية وخدمات الإرشاد بشأن الرضاعة الطبيعية وتوفير مكممات الحديد الغذائية	تشجيع الرضاعة الطبيعية، والممارسات الأسرية السليمة	الزيارات المنزلية، والتعبئة الاجتماعية، وربط الأسر بالخدمات الصحية	جمع البيانات، بما في ذلك المعلومات الديموغرافية والوبائية والاجتماعية الاقتصادية عن الأسر	تعين المجتمع المحلي	الإدارة والتنظيم
الولادة، والتطهير من الجراثيم، وإجراءات العلاج المتصلة بالتوليد	تقديم خدمات رعاية الأمومة السابقة للولادة للأمهات على مستوى القواعد الشعبية، ووصف المضادات الحيوية والتدخلات الجراحية البسيطة			بوركينا فاسو	الصين

(يتبّع)

الجدول 4: التباينات في محتويات منهج التدريب السابق للخدمة الخاص بالعاملين الصحيين المجتمعين (يتبع)

الخدمات السريرية والتشخيصية والعلاجية	الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة وإعادة التأهيل	مهارات الاستشارة والتحفيز والإحالة	تبينة المجتمع المحلي	الإدارة والتنظيم
الولادة المنزلية، والرعاية السابقة للولادة وبعدها	الوقاية الكيميائية من الملاريا الصحية	الإحالات إلى المرافق الصحية	الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة وإعادة التأهيل	تبينة المجتمع المحلي
الرعاية خلال الفترة السابقة للولادة وخلالها وبعدها	العلامات الخطير أثناء الحمل	تعليم النساء التعرف على علامات الخطير أثناء الحمل	الكشف عن مضاعفات الولادة	غواتيمala
توفير الرعاية قبل الولادة وخلالها وبعدها، وتوفير مجموعة لوازم الأمومة. وتوفير التطعيم بذيفان الكزار، وخدمات الرعاية الصحية الأولية	تقديم نصائح بشأن التغذية، وتقدير حالة الموليد المرضى وإجراء زيارات منزلية وتحديد حالات الحمل عالية المخاطر	خدمات تنظيم الأسرة	توفير خدمات تنظيم الأسرة، واقتضاف الحالات، والصحة البيئية، والصحة المهنية	الهند
رعاية صحة الأم والطفل	متابعة الأمراض	تنظيم الأسرة، واقتضاف الحالات، والصحة البيئية، والصحة المهنية	تعزيز تنظيم الأسرة والتنمية والوقاية من فيروس العوز المناعي البشري	جمهورية إيران الإسلامية
استخدام المبادى التوجيهية المسططة الخاصة بالمعالجة المتكاملة لأمراض الطفولة في تصنيف ومعالجة الملاريا والالتهاب الرئوي والإسهال/ الجفاف بشكل متزامن، واستخدام جداول البيانات المساعدة في تطبيق هذه الخوارزميات	خدمات الإحالة للأعراض الحادة الوخيمة مثل صعوبة التنفس والتشنجات، فضلاً عن المراقبة والإحالة قبل الولادة وخلالها وبعدها	تقديم المشورة بشأن الوقاية من الأمراض، وتعزيز الصحة، وتنظيم الأسرة	التدابير الصحية البسيطة والنظافة والتنقيف التغذوي الأساسي	كينيا
توفير العلاج المضاد للملاريا لفائد المرضى من جميع الأعمار، ومعالجة الإسهال (الأطفال) بالزنك والإيماء الفموي، واستخدام الأموكسيسيلين لعلاج الالتهاب الرئوي (الأطفال)، ومعالجة سوء التغذية الحاد دون تعقيد، وتوفير وسائل منع الحمل	تبينة المجتمع المحلي، والاتصال بالمتقطعين، المجنوعين، ودعم حملات التوزيع الجماعية (الناموسيات، وإزالة الديدان)	التدخلات، بما في ذلك تكميل النظام الغذائي بالحديد والفولات، وإزالة الديدان، والتطعيم بذيفان الكزار، والتعرف على علامات الخطير، وخدمات التوليد المقدمة من أشخاص مهرة، والرعاية التوليدية في حالات الطوارئ، والرعاية الأساسية للمواليد	التدابير الصحية البسيطة والنظافة والتنقيف التغذوي الأساسي	المالي
الأمومة المأمونة، والتنقيف بشأن علامات الخطير للحمل	زيادة الوعي فيما يتعلق بالرعاية الصحية الأولية بما في ذلك الصحة الإنجابية	التدخلات، بما في ذلك تكميل النظام الغذائي بالحديد والفولات، وإزالة الديدان، والتطعيم بذيفان الكزار، والتعرف على علامات الخطير، وخدمات التوليد المقدمة من أشخاص مهرة، والرعاية التوليدية في حالات الطوارئ، والرعاية الأساسية للمواليد	التدابير الصحية البسيطة والنظافة والتنقيف	نيبال
باكستان				

يتابع

الجدول 4: التباينات في محتويات منهج التدريب السابق للخدمة الخاص بالعاملين الصحيين المجتمعين (بائع)

الخدمات السريرية والتشخيصية والعلاجية	الصحة وإعادة التأهيل	مهارات الاستشارة والتخفيف والإحالة	الوقاية من الأمراض وتعزيز المعايير المجتمعية المحلية	الادارة والتنظيم
بيرو والالتهاب الرئوي	التدبر العلاجي لحالات الإسهال	إحالة الحالات التي تتطلب رعاية إلى مرافق ذات مستوى أعلى	رسم خرائط المجموعات السكانية، وتحديد الأسر التي لديها أطفال صغار ونساء حوامل واقفأة أثراها	
أوغندا	توفير العلاج المضاد للملاريا، ومعالجة الإسهال بالزنك والإمهاء الفموي، واستخدام الأموكسيسيلين لعلاج الالتهاب الرئوي، وفحص المواليد وسوء التغذية الحاد	تقديم المشورة بشأن الوقاية من الأمراض، وتعزيز الصحة، وتنظيم الأسرة	خدمات الإحالة للأعراض الحادة الوخيمة مثل مساعدة التنفس والتنفسات، فضلاً عن حملات التوزيع الجماعية المراقبة والإحالة قبل الولادة وخاللها وبعدها	تبينة المجتمع في مناطق تجمعها. ودعم اللجان القروية المعنية بالصحة والتعاون معها تسجيل الأسر في مناطق تجمعها. ودعم اللجان القروية المعنية بالصحة والتعاون معها
الضفة الغربية وقطاع غزة وفلسطين	إجراء اختبار مسحة عنق الرحم وفحص الثدي	تعزيز الصحة فيما يتعلق بوسائل من الحمل والتوعية بسرطان الثدي وعنق الرحم والوقاية منه	الاستشارة وتكييف الخدمات مع احتياجات النساء ذات التكافؤ المنخفض	إجراء زيارات منزلية بعد الولادة

المصدر: مقاييس من (13). Bhutta et al.

التوصية 4: طرائق التدريب السابق للخدمة

الtoschية 4

تقترح المنظمة اتباع الطرائق التالية لتوفير التدريب السابق للخدمة للعاملين الصحيين المجتمعين:

- التوازن بين المعارف النظرية والمهارات المركزية على الجانب العملي، مع التشديد بشكل أولوي على خبرة العمل تحت الإشراف؛
- التوازن بين التعلم المباشر والتعلم الإلكتروني، مع التشديد بشكل أولوي على التعلم المباشر، واستكماله بالتعلم الإلكتروني بالنسبة لبعض الجوانب ذات الصلة به؛
- تحديد أولويات التدريب في المجتمع المحلي أو بالقرب منه قدر الإمكان؛
- توفير التدريب ومواد التعليم بلغة كفيلة بتعزيز قدرة المتدربين على اكتساب الخبرات والمهارات؛
- ضمان بيئة تدريب إيجابية؛
- النظر في مناهج التدريب المشتركة بين المهن حيثما كان ذلك مناسباً وممكناً.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

7.4.1 خلفية التوصية

كي يتسمى للعاملين الصحيين المجتمعين تلبية الاحتياجات المختلفة لمجتمع محللي ما، يجب أن توفر لديهم الكفاءات الأساسية اللازمة فيما يتعلق بدورهم (73). ويمكن اكتساب هذه الكفاءات والصفات وتطويرها بفضل تدريب مناسب (74). وفي بعض الحالات، كان الحصول على التدريب عاماً مهماً في استبقاء العاملين الصحيين المجتمعين (75).

وهناك عدة نهج لتدريب العاملين الصحيين، بما في ذلك دورات تدريبية قصيرة الأجل، وبرامج الشهادات طويلة الأجل والتعلم عن بعد، وتستخدم كلها طرقاً مختلفة تتراوح بين تدريسيهم مباشرةً فنون التعليم داخل الفصول الدراسية إلى دروس عبر الإنترت بغرض التعلم الذاتي الموجه.

وفي حين كان التدريس الوعظي المباشر داخل أقسام الدراسة يشكل طريقة التدريب المهيمنة حتى أوائل التسعينيات، أصبح استخدام التعلم عبر الإنترت يستخدم بشكل متزايد لأغراض التدريب (76). وعلى الرغم من أن التعلم الإلكتروني لا يزال محصوراً في البيانات الجغرافية ذات توصيل جيد بالبوابات القائمة على الإنترت، إلا أن زيادة وتيرة النفاد إلى الإنترت والنمو السريع للتكنولوجيا أصبحا يوفران فرصاً معززة لوضع برامج تدريب لفائدة العاملين في مجال الرعاية الصحية وتحسين خدمات الرعاية الصحية وتعزيز نظم الرعاية الصحية (77).

وقد تمكّن خطاب السياسات الأوسع نطاقاً بشأن تعليم الفئات الأخرى من العاملين الصحيين في السنوات الأخيرة من تحديد عدد من المسائل التي تخوضت عنها بيانات غير مباشرة يمكن

وتشير هذه الدراسات إلى تدريب يفضي إلى نتائج غير مباشرة وتنموية للعاملين الصحيين المجتمعين تتجلى من خلال زيادة المعرفة، والتقدم، والكفاءة الذاتية والاحترام، والثقة والروح المعنوية. غير أن المادة لا تتضمن أي مؤشرات واضحة توحى بأن ثمة طرائق تدريب محددة أكثر فعالية من غيرها.

وعلاوة على ذلك، هناك اختلاف في تصورات العاملين الصحيين المجتمعين لقيمة وأهمية طرائق التدريب المختلفة. ففي حين يقرّ العاملون الصحيون المجتمعون مرونة التدريب القائمة على شبكة الإنترن特، إلا أنهما أكدوا أن التدريس المباشر داخل الفصول الدراسية مفيداً ومجدياً. وصنف فريق الاستعراض المنهجي درجة يقين البيانات على أنها ضعيفة للغاية بصفة عامة.

وخلصت عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي أنه ينبغي أن يشمل تدريب العاملين الصحيين المجتمعين مزيجاً من النهج (القائمة على المعرفة والمهارات) (17 و 86 و 87).

7.4.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات

تشير المصنفات الأدبية الأوسع نطاقاً بشأن نهج التدريب الفعالة المنشورة في قطاعات أخرى إلى أن الدورات التدريبية النظرية والقائمة على مناقشات مفيدة إلى حد ما في زيادة معارف ممارسي الخدمة، كما أنها غير فعالة بشكل عام في تكوين مهارات عملية ذات فوائد قابلة للقياس في ظروف العمل الواقعية (88). وقد لوحظ أولاً عدد من التغيرات الجوهرية في سلوك الممارسة عندما استخدم كل من التوجيه أثناء العمل والتعليق المستمرة لدعم ممارسي الخدمة. وقد تكون المصنفات الأدبية الأوسع نطاقاً مفيدة عند النظر في إعداد مبادئ توجيهية لممارسات العاملين الصحيين المجتمعين في هذا المجال (89 و 90). ورأى الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية أنه يمكن افتراض تطبيق قاعدة البيانات الخاصة بمجموعات مهنية صحية أخرى - والتي تبين أن التوازن بين التدريب النظري والعملي مرتبط بتحقيق نتائج إيجابية - على العاملين الصحيين المجتمعين. وتنطبق اعتبارات مماثلة على البيانات التي تدعم نهج "ارتباط المسار الوظيفي بالريف"، حيث تنشأ مؤسسات التعليم الصحي بشكل تفضيلي في المناطق الريفية وتتوفر فرص التدريب العملي في المناطق الريفية أيضاً (91). وعلاوة على ذلك، ينبغيبذل الجهد لضمان أن تكمل نهج التدقيق الصحي الرقمي الطرائق التعليمية التقليدية المباشرة بدلاً من أن تحل محلها (92).

مراجعاتها في تعليم العاملين الصحيين المجتمعين، بما في ذلك إمكانية توسيع نطاق تركيز التدقيق الصحي لتمكين العاملين الصحيين من أن يكونوا بمثابة عوامل للتغيير في المجتمعات المحلية التي يخدمونها (78)؛ والفرص التي تتيحها نهج التعليم المشترك بين المهن (79)؛ والصلة بين تحديد موقع المؤسسات التعليمية والتدريب في المناطق التي تعاني من نقص الخدمات واستبقاء العاملين الصحيين في هذه الأماكن (80).

7.4.2 الأساس المنطقي للتوصية

كان الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية يهدف إلى تقديم التوجيه من أجل ترشيد القرارات بشأن الطرائق المناسبة لتوفير التعليم السابق للخدمة. وكانت نتائج الاستعراض المنهجي محدودة النطاق، ولم تتطوّر على مقارنة مباشرة بين الطرائق البديلة لتوفير التعليم السابق للخدمة. وبناءً على ذلك، اتخذ الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية كأساس للتوصية، البيانات الأوسع المستمدّة من إعادة النظر في الاستعراضات والبيانات غير المباشرة بشأن تعليم العاملين الصحيين، معترفاً هكذا بالقيود والمحاذير التي تعيق تطبيقها على العاملين الصحيين المجتمعين.

7.4.3 ملخص البيانات

حدد الاستعراض المنهجي (الملحق 6.4) الذي تناول السؤال - "بالنسبة إلى العاملين الصحيين المجتمعين الذين يتلقون التدريب السابق للخدمة، هل ينبغي أن يستخدم المنهج الدراسي طرائق محددة لتوفير الخدمات أم لا؟" (81) - خمس دراسات مؤهلة (دراسة واحدة كمية، وأربع دراسات نوعية). وكانت هناك دراستان أجريتا في جنوب أفريقيا، واثنتان في الولايات المتحدة، وواحدة في جمهورية إيران الإسلامية. وكانت الدراسة الكمية عبارة عن تجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية للمقارنة بين فوائد تدريب العاملين الصحيين المجتمعين بشكل فعلي أو باستخدام أساليب قائمة على شبكة الإنترن特، من خلال إرسال مواد التدريب إلى العاملين الصحيين المجتمعين. ولم يُعثر على أي اختلافات في النتائج (82).

وكانـت الـدراسـات الأربع المتـبقـة (75 و 83-85) المشـمـولةـ فيـ الاستـعـراـضـ درـاسـاتـ نوعـيـةـ،ـ وـكـانـتـ قـائـمةـ عـلـىـ نـمـوذـجـ تقـيـيمـ لـفـترةـ السـابـقةـ لـلـنشـاطـ لـتـحـديـ ماـ إـذـاـ كـانـ يـمـكـنـ لـتـدـخـلـ تـدـريـبيـ مـعـينـ أـنـ يـعـزـزـ مـعـارـفـ وـكـفـاءـاتـ الـعـاـمـلـيـنـ الصـحـيـيـنـ الـجـمـعـيـيـنـ.

وـاـخـلـافـ الـطـرـائـقـ الـتـيـ قـدـ بـهـ التـدـريـبـ مـنـ درـاسـةـ إـلـىـ أـخـرىـ.ـ وـكـانـ مـنـ بـيـنـهـ:

- التدريب القائم على الحضور الشخصي والتدريب القائم على شبكة الإنترنـتـ بـالـنـسـبةـ لـأـسـالـيـبـ التـدـخـلـ السـرـيعـ؛ـ
- التـدـريـسـ المـباـشـرـ لـفـنـونـ الـتـعـلـيمـ دـاخـلـ الـفـصـولـ الـدـرـاسـيـةـ؛ـ
- عـاـنـاصـرـ تـدـريـسـ تـفـاعـلـيـةـ مـثـلـ عـرـضـ الـمـارـسـاتـ وـالـتـدـريـبـ التـمـثـيلـيـ؛ـ
- عـاـنـاصـرـ تـدـريـسـ تـجـربـيـةـ مـثـلـ التـدـريـبـ أـثـاءـ الـعـلـمـ وـرـدـودـ فعلـ الـخـبرـاءـ وـالـإـشـرافـ.

7.4.5 اعتبارات التنفيذ

منهجيات التعلم الإلكتروني بالتدريب العملي اللاحق وأن تُتبع به، من أجل التأكيد من استيعاب المعرفة النظرية وقابلية تطبيقها بنجاح في بيئة العمل.

وفيما يتعلق بمكان التدريب، ففي العديد من السياقات، يمكن تقديم التدريب النظري الأولي بشكل ملائم في موقع مركزي، على أن يكون قريباً قدر المستطاع من مناطق التجمع المستهدفة. وبالنسبة للجوانب العملية من المناهج الدراسية، يجب بذل الجهد، حيثما يكون ذلك مجدياً من الناحية اللوجستية، لتقديم التدريب داخل المجتمعات المحلية والمرافق التي يتوقع أن يخدمها العاملون الصحيون المجتمعيون.

ويُحسن أن تشمل هيئة التدريس المعنية بتدريب العاملين الصحيين المجتمعين فئات أخرى من العاملين الصحيين بغية تيسير اندماج العاملين الصحيين المجتمعين لاحقاً كأعضاء في فرق الرعاية الصحية الأولية متعددة التخصصات. وينبغي أن تشمل أيضاً العاملين الصحيين المسؤولين عن الإشراف على العاملين الصحيين المجتمعين.

وتكتسي بيئة التعلم الإيجابية والمواتية أهمية بالغة. ومن بين مكوناتها سلامه المتدربين واحترامهم، وموقف هيئة التدريس الإيجابي والداعم؛ وإيلاء الاهتمام للمتطلبات المحددة للنساء والمتدربين المنتسبين للأقليات أو الفئات الضعيفة؛ وتوفّر البنية التحتية المناسبة والمدربين؛ وإعداد مواد التدريب؛ وتقدیم تدريب يعكس القدرات اللغوية للمتدربين واحتياجاتهم.

سيتعين على البلدان تحديد التوازن المناسب في سياقها بين التدريب النظري والتدريب العملي، مع مراعاة مجموعة متنوعة من العوامل، بما في ذلك المهارات القائمة المتعلقة بالإلام بالقراءة والكتابة والتحصيل التعليمي للمتدربين. ويمكن لاستخدام كل من منهجيات التدريس الديناميكية والموارد المتعددة الوسائل أن تجعل التدريب أكثر جاذبية وفعالية. ويمكن مراعاة دور الممارسة المقلدة في تنمية المهارات وفي المناطق التي قد يواجه فيها التدريب العملي في المجتمعات المحلية أو المرافق الصحية تحديات لوجستية أو تشغيلية.

وبدلاً من تحديد صيغة معينة لخيص وقت محدد للتدريب السابق للخدمة، من المهم أن يطلب من المتدربين أن يثثروا، في إطار عملية الاختبار أو الاعتماد، أنهم اكتسبوا المهارات العملية اللازمة لأداء دورهم وأن يكونوا مؤهلين للقيام بهذا الدور. ومن المهم أيضاً تعزيز المهارات المكتسبة من خلال التعليم السابق للخدمة ومن خلال الروابط المناسبة مع كل من الإرشاد والإشراف الداعم لاحقاً.

وبصورة أعم، فإن التدريب الأولي الرئيسي السابق للخدمة الخاص بالعاملين الصحيين المجتمعين يُجرى من خلال طرائق التدريس المباشرة. ويجري النظر بشكل متزايد في إمكانية تبني التدريب القائم على الإنترن特 لأغراض المتابعة وتتجدد المعرف، رهناً بتوفّر البنية التحتية التكنولوجية الازمة. وينبغي أن تقترن

الوصية 5: الشهادات القائمة على الكفاءة

الوصية 5

تقرّح المنظمة استخدام شهادة رسمية قائمة على الكفاءة للعاملين الصحيين المجتمعين الذين استكملوا بنجاح التدريب السابق للخدمة.⁵

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

7.5.1 خلفية التوصية

تمثل المعايير المتعلقة بالقوى العاملة أحد العناصر الرئيسية لخدمات الرعاية الصحية عالية الجودة. وينطوي ذلك على تحديد الأدوار المهنية، ونطاق العمل، والمسؤوليات والمهام، فضلاً عن المعايير التعليمية والكافاءات الذين المطلوبة لمختلف وظائف الخدمات الصحية. وتتطوّر عملية الاعتماد على اعتراف رسمي يُمنح لكل من يستوفي معييراً محددة مسبقاً (93). ويختلف توافر الشهادات الخاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين ومتطلبات الحصول عليها من بلد إلى آخر. وفي العديد من الحالات، عُرف العاملون الصحيون المجتمعون بأنهم "متطوعون مجتمعيون" ويدربون تدريباً عرضياً من أجل تقديم الخدمات في

⁵ تُعرّف الشهادة في هذا السياق على أنها اعتراف رسمي تمنحه السلطات المختصة للعاملين الصحيين الذين أتموا بنجاح التعليم السابق للخدمة والذين استوفوا معايير الكفاءة المحددة مسبقاً

في حين لخصت الدراسة الثانية تجربة إصدار الشهادات في مدينة نيويورك (97). وقد شملت دراسة أجريت في جمهورية إيران الإسلامية وجهة نظر وطنية بشأن إصدار الشهادات، حيث تعتبر الشهادة المعيار المعمول به وشرطًا أساسياً لممارسة وظيفة العامل الصحي المجتمعي (75). وفي دراسة رابعة أجريت في إثيوبيا، كان إصدار الشهادات واحداً من المواضيع العديدة التي نوقشت مع الأشخاص الذين أجريت معهم المقابلات والذين يمثلون مشروعًا مستهدفاً لتعينة المجتمع المحلي (98).

وتشير البيانات المشمولة في هذه الدراسات إلى فوائد محتملة، ولكنها غير خاضعة للتجربة، لعمليات إصدار الشهادات وترتبط بالتحفيز والروح المعنوية واحترام الذات لدى العاملين الصحيين المجتمعين، فضلاً عن استقائهم وتميزهم المهنية وتقديمهم. واعتبر العاملون الصحيون المجتمعون عملية الاعتماد على أنها تتوج فرصةً لاكتساب مزيد من المعرفة والمصداقية والاعتراف، وهو ما من شأنه أن يحسن التعاون بين العاملين الصحيين المجتمعين ومجتمعاتهم المحلية.

وتشير المصنفات الأدبية أيضاً إلى وجود عوائق محتملة أمام تنفيذ عملية الاعتماد، حيث إن متطلبات الاعتماد قد تتطوّر على تكاليف مباشرة وغير مباشرة على العاملين الصحيين المجتمعين، فضلاً عن حواجز قانونية وإدارية، مما يحد من إمكانية الحصول على وظائف في مجال الخدمات الصحية المجتمعية للمتطوعين الراغبين في العمل في هذا القطاع ولكنهم لا يستوفون الشروط الازمة أو أنهم غير مؤهلين للحصول على الشهادات. ويتماشى هذا النقص في البحث ذات التوعية الجيدة التي تربط عملية الاعتماد بالنتائج مع ما توصل إليه استعراض سابق كان قد بحث مثل هذه الروابط ضمن مجموعة واسعة من المنشورات المتعلقة بالصحة العمومية والرعاية الصحية وإعداد المعلمين (99). وصنف فريق الاستعراض المنهجي درجة يقين البيانات على أنها ضعيفة للغاية بصفة عامة.

ولم تُعثر عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي عن أي بيانات على وجود صلة مباشرة بالاعتماد وإصدار الشهادات.

وأثبتت استقصاء تصورات أصحاب المصلحة أن إصدار الشهادات لصالح العاملين الصحيين المجتمعين أنه مقبول وممكن.

7.5.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات

على الرغم من فلة البيانات، اعتبر الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية أن منح شكل من أشكال الاعتماد للعاملين الصحيين المجتمعين قد يمثل عنصراً هاماً للقبول الرسمي التدريجي لهؤلاء العاملين الصحيين. وفي بعض البلدان، قد يشكل ذلك أيضاً شرطاً مسبقاً للموافقة على ممارسة الخدمة، وسيبدأ نحو إرساء التعاقد الرسمي، ودفع الأجر، وإتاحة فرص للتقدم الوظيفي، والتي تعتبر موضوع عدد من التوصيات المعروضة في الأقسام

معايير القبول الواجب استيفاؤها لمواصلة التعليم. وفي بعض البلدان، يمكن للشهادة أن تضفي الشرعية على عمل العاملين الصحيين المجتمعين وأن تتيح إمكانية استرداد تكاليف خدمات العاملين الصحيين المجتمعين (94). ومن وجهة نظر المواطنين والمجتمعات المحلية، يمكن أن تضمن الشهادة الرسمية الحماية للجمهور من الأضرار المحتملة الناتجة عن توفير خدمات رعاية غير ملائمة من جانب مقدمي خدمات يفتقرن إلى التدريب ولكنهم يزعمون أنهم مؤهلون (95).

ولتحفيض نسب توقف العاملين الصحيين المجتمعين عن الخدمة وبعث الشعور بالالتزام بالخدمة في أنفسهم، اقترح استعراض سابق أن تدرج في برامج العاملين الصحيين المجتمعين استراتيجيات واضحة بشأن تعين ونشر العاملين الصحيين المجتمعين الذين يجتازون الاختبار النهائي في نهاية التدريب ويحصلون على شهادة استكمال الدورة (13). غير أن البيانات الرسمية التي تشير إلى أن الشهادة تؤدي إلى تحسين النتائج قليلة. وتستكشف المبادئ التوجيهية في هذا القسم البيانات المقدمة، وتقدم توجيهات متصلة بالسياسات فيما يتعلق بإصدار الشهادات القائمة على الكفاءة للعاملين الصحيين المجتمعين الذين أتموا بنجاح التدريب السابق للخدمة.

7.5.2 الأساس المنطقي للتوصية

لاحظ الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية أن البيانات المحددة للغاية تشير إلى وجود إمكانات إيجابية للاعتماد الرسمي للعاملين الصحيين المجتمعين، وإن كانت غير مجرّبة إلى حد كبير. وفي حين أنه يمكن أن يكون لعملية الاعتماد تأثير سلبي على الإنفاق من الناحية النظرية (بالحد من عدد العاملين الصحيين المجتمعين المرخص لهم بممارسة الخدمة وحصرهم في أولئك الذين حصلوا على ترخيص رسمي، ومن ثم تقيد الحصول على الخدمات)، إلا أنها يمكن أن تشكل في العديد من السياقات سيئاً نحو زيادة كفاءة العاملين الصحيين المجتمعين (وبالتالي تعزيز سلامة المرضى بفضل تحسين نوعية الرعاية المقدمة). وعلاوة على ذلك، يمكن أن تعزز مصداقية العاملين الصحيين المجتمعين والاعتراف بهم وإمكانية توظيفهم. وعلى هذا الأساس، أيد الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية توصية مشروطة فيما يتعلق بالشهادات الرسمية.

7.5.3 ملخص البيانات

حدد الاستعراض المنهجي (**الملحق 6.5**) الذي تناول السؤال - "بالنسبة إلى العاملين الصحيين المجتمعين الذين تلقوا التدريب السابق للخدمة، هل ينبغي استخدام شهادات رسمية قائمة على الكفاءة أم لا؟" (96) - أربع دراسات نوعية مؤهلة أفادت عن الكيفية التي تنتظر بها عينات صغيرة غير تمثيلية من العاملين الصحيين المجتمعين إلى عمليات إصدار الشهادات. وأجريت دراستان في الولايات المتحدة، الأولى تتعلق بمنحن الاعتماد للعاملين الصحيين المجتمعين في أربع ولايات (68)،

تحسين خدمات الرعاية المقدمة للسكان، فضلاً عن تسهيل التنقل الوظيفي وفرص التقدم للعاملين الصحيين المجتمعين.

واستناداً إلى السياق، يمكن أن تترواح الشهادة من شهادة تصدرها مؤسسة الترير إلى شهادة على مستوى السلطة القضائية يصدرها طرف ثالث مستقل.

وينبغي أن تشمل عملية إصدار الشهادات التحقق من أن العاملين الصحيين المجتمعين أكملوا تعليمهم السابق للخدمة بنجاح ويتمتعون بالمهارات الفنية وغير الفنية المطلوبة لممارسة الخدمة وفقاً للدور المحدد لهم. وينبغي ضمان أن لا تترتب على اعتماد عملية الإصدار الرسمي للشهادات آثار سلبية على الإنفاق. وينبغي أن تركز المتطلبات والعمليات والترتيبيات المؤسسية المتعلقة بإصدار الشهادات بشكل صريح ومتعمد على التخفيف من الآثار السلبية المحتملة على الإنفاق.

وينبغي استثمار الموارد بقدر كاف من أجل ضمان قدرة ملائمة لعمليات إصدار الشهادات عالية الجودة، بما في ذلك توفير ما يكفي من الموارد البشرية والمواد لاختبار المهارات والكافاءات الرئيسية للعاملين الصحيين المجتمعين من الناحية العملية.

اللاحقة من هذه المبادئ التوجيهية. وبناءً على ذلك، فإن التوصية بشأن الشهادات لها عواقب هامة على الحراك الاجتماعي للعاملين الصحيين المجتمعين من جانبه الأوسع.

واعترف الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية بأنه يمكن تطبيق مصطلحات بديلة في سياقات مختلفة، بما في ذلك إصدار الشهادات والتاريخ والاعتماد والاعتراف، مع مستويات مختلفة من الاعتراف القانوني وترتيبات مؤسسية مختلفة فيما يتعلق بهيئات إصدار الشهادات. وفي سياق هذه التوصية، أوصى الفريق بتبني إصدار رسمي للشهادات على أساس اكتساب بعض الكفاءات المحددة سلفاً بعد إتمام التدريب السابق للخدمة بنجاح.

7.5.5 اعتبارات التنفيذ

تكتسي الشهادات أهمية خاصة بالنسبة للعاملين الصحيين المجتمعين الذين يخضعون لفترة أطول من التعليم السابق للخدمة. وينبغي بذل الجهد في سبيل توحيد معايير نوعية التدريب ومحتواه في ولاية قضائية معينة من خلال الاعتماد الرسمي للمؤسسات التعليمية والدورات التدريبية، من أجل تحسين ومواصلة كفاءات العاملين الصحيين المجتمعين، وهو ما من شأنه أن يساهم في

التوصية 6: الإشراف الداعم

ال滂وصية 6

تقترح المنظمة استخدام استراتيجيات الإشراف الداعم التالية في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين:

- معدل المشرف - المرؤوس المناسب الذي يتتيح تقديم دعم مجد ومنتظم؛
- ضمان حصول المشرفين على التدريب المناسب؛
- توجيه العاملين الصحيين المجتمعين وارشادهم؛
- استخدام مراقبة تقديم الخدمات وبيانات الأداء وأصداء المجتمع المحلي؛
- إعطاء الأولوية لتحسين نوعية الإشراف.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

7.6.1 خلفية التوصية

يعترف اعترافاً تماماً بأهمية الإشراف الملائم على العاملين الصحيين المجتمعين. وتشير البيانات الدولية إلى أن الإشراف المنتظم والمنهجي، مشفوعاً بأهداف محددة بشكل واضح، يمكن أن يحسن أداء العاملين الصحيين المجتمعين المشاركين في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية (102-100). إن الإشراف الداعم الذي يستهدف وقياس المعارف والمهارات ودرجة التحفيز والالتزام بالمارسات السليمة يوفر مجموعة من الحواجز التي تؤثر بشكل إيجابي على الأداء (103). وهناك أيضاً عدد من البيانات الجديدة التي توحى بأن استخدام الهواتف المحمولة، بما في ذلك بهدف تحسين الإشراف، يمكن أن يحسن نوعية خدمات الرعاية الصحية المقدمة في السياقات التي تتسم بمحدودية الموارد (104).

7.6.2 الأساس المنطقي للتوصية

أكدت البيانات التي جمعت وحُلّت لأغراض هذه المبادئ التوجيهية على أهمية الإشراف الداعم، وحددت عدداً من استراتيجيات الإشراف في سياق مختلف البرامج والمبادرات. غير أن الدراسات لا تقارن عادةً استراتيجيات الإشراف المحددة مع استراتيجيات أخرى من حيث الفعالية أو التكاليف أو المقبولية أو الجدوى أو غيرها من النتائج الأخرى. وبناءً عليه، قدم الفريق المعنى بإعداد

التدريب، واللاحظة في المجتمع المحلي والمرفق، وردود فعل المجتمع المحلي، والإشراف من جانب العاملين الصحيين المدربين)، ولكنه كشف أيضاً عن مستويات أقل من المقبولية، وخاصة الجدوى، فيما يتعلق بالإشراف المباشر على تقديم الخدمات والإشراف الذي تضطلع به فئات أخرى من العاملين الصحيين المجتمعين.

المبادئ التوجيهية عدداً من الإشارات بخصوص النهج الأساسية (الواردة في التوصيات) والاستراتيجيات الإضافية (المبنية في اعتبارات التنفيذ) استناداً إلى الخبرة المكتسبة منها، مع مراعاة النماذج الناتجة عن استعراض البيانات. وفي ضوء درجة يقين البيانات الضعيفة للغاية والحاجة إلى تكييف استراتيجيات الإشراف مع متطلبات مختلف السياقات، تقرر أن تكون هذه التوصية مشروطة.

7.6.4 تفسير الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات

لقد تبيّن أن الإشراف الداعم كان دائماً فعالاً في تحسين أداء برامج العاملين الصحيين المجتمعين، وكان موضع تقدير من العاملين الصحيين المجتمعين. وفي الوقت نفسه، لم تُثْنَ سُورِيَّة معلومات محدودة للغاية للمقارنة بين استراتيجيات الإشراف المحددة. وفي ضوء عدم توافر بيانات محددة ودرجة اليقين الضعيفة للبيانات المتاحة، وقع اختيار الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية على توصية مشروطة لصالح استراتيجيات إشراف مختلفة.

وينبغي أن يكون الإشراف داعماً من خلال تحقيق التوازن الصحيح بين وظيفته المتمثلة في ضمان المراقبة والمساءلة والهدف المتمثل في مرافقة العاملين الصحيين المجتمعين في مسار تنمية وتطوير قدراتهم المهنية تدريجياً من خلال نهج الإرشاد. ويمكن أن يضطلع بالإشراف المشرفون المتخصصون وغيرهم من العاملين الصحيين في إطار مجموعة أوسع من المسؤوليات. ويتوقف تطبيق النهج المختلفة على السياق.

7.6.5 اعتبارات التنفيذ

بالإضافة إلى نهج الإشراف الداعم المذكورة في التوصية، هناك خيارات أخرى يمكن اعتبارها ذات صلة بالسياق المحلي، وهي:

- استخدام أدوات الإشراف مثل قوائم التحقق من المهام في إطار عملية التوجيه، مع ضمان أنها تتبع أيضاً مراقبة النوعية والمشاركة الشخصية؛
- دعم الأقران والإشراف من قبل كبار العاملين الصحيين المجتمعين ذوي الخبرة؛
- دعم الخبراء والإشراف من جانب فريق متعدد التخصصات، يتبنى ردود فعل المجتمع المحلي كآليات هامة.

ويرتبط محتوى الإشراف ونجهه بتعقيد الأدوار والمهام؛ وقد تختلف الآليات الإشراف المثلث على أساس ما إذا كان العاملون الصحيون المجتمعيون يعملون رسمياً بدوام كامل في النظام الصحي أو أنهم، على العكس، متقطعون غير متفرغين. وينبغي أن يُنظر إلى الإشراف باعتباره وسيلة متكاملة مع وظائف أخرى، بما في ذلك دعم الأقران على نطاق أوسع والتدريب أثناء الخدمة وتنمية القدرات المهنية، مع مراعاة معايير وتوقعات الفئات الأخرى من العاملين الصحيين والمهنيين الصحيين فيما يتعلق بمسؤولياتهم الإشرافية. وسيساهم التكامل على مستوى تقديم الخدمات في

7.6.3 ملخص البيانات

حدد الاستعراض المنهجي (الملحق 6.6) بشأن السؤال - "في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، ما هي استراتيجيات الإشراف الداعم التي ينبغي اعتمادها وعلى حساب أي استراتيجيات أخرى؟" (107) – 13 دراسة مؤهلة: تسعه كمية، خمسة منها عبارة عن تجارب موجهة تستند عينات عشوائية، وأربع دراسات نوعية. ووردت هذه الدراسات من الهند (ثلاث دراسات) وإثيوبيا وكينيا وأوغندا (دراسات لكل منها) وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وملاوي وباكستان وجمهورية ترانزانيا المتحدة (دراسة واحدة لكل منها). وقد تبيّن أن نهج وطرائق الإشراف المختلفة فعالة في تحسين جوانب أداء برنامج العاملين الصحيين المجتمعين (108-114)، وتظهر في بعض الحالات علاقة بين الجرعة والاستجابة (115)، في حين أنه في حالات محدودة لم يكن هناك اختلاف ملموس في بعض النتائج بين الجزء من الدراسة الذي كان موضع تدخل بغرض الإشراف والجزء الآخر من الدراسة الذي لم يخضع لذلك (116 و 117). وعثرت الدراسات النوعية على بيانات على أن مختلف استراتيجيات الإشراف الداعم تعتبر مفيدة وتعزز التحفيز الذاتي للعاملين الصحيين المجتمعين (116 و 118-120).

وصنف فريق الاستعراض المنهجي درجة يقين البيانات على أنها ضعيفة للغاية بشكل عام.

وكشفت عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي عن عدة دراسات تؤكد الأهمية الحاسمة للإشراف الداعم في تعزيز جودة العاملين الصحيين المجتمعين وتحفيزهم وأدائهم (13 و 51 و 121-125). ولكنه ثغر أيضاً على بيانات محدودة للغاية بشأن نهج الإشراف التي تعمل على أكمل وجه. وقد يكون الإشراف الذي يركز على النهج الداعمة وضمان الجودة وحل المشاكل أكثر فعالية في تحسين أداء العاملين الصحيين المجتمعين (على عكس الأساليب الأكثر بيروقراطية وتشدداً) (17 و 105 و 126).

ولتحسين نوعية الإشراف تأثير أكبر من مجرد زيادة تواتر الإشراف (105).

وقد أظهر استقصاء تصورات أصحاب المصلحة أن معظم استراتيجيات الإشراف الداعمة مقبولة وممكنة (بما في ذلك

التأثير بشكل إيجابي على سلوك العاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة. وينبغي مراعاة العوامل المتصلة بنوع الجنس عند اختيار المشرفين: على سبيل المثال، قد يكون تعين مشرفين من الرجال من الذكور ليتولوا الإشراف على عاملين صحبيين مجتمعين أغلبهم من الإناث أمراً غير مناسب، وتعزيز الحاجز الجنسي، والحد من تقبل الإشراف وفعاليته. وينبغي أن تقيّم نوعية الإشراف وتنتائجها في حد ذاتها بشكل منتظم.

ضمان المشاركة المنتظمة لكل من موظفي المرافق والعاملين الصحيين المجتمعين. وعند تصميم وتنفيذ استراتيجيات الإشراف المناسبة، ينبغي تخصيص الاستثمار الكافي وإيلاء الاهتمام اللازم لبناء قدرات المشرفين. ويمكن أن يضطلع بالإشراف المشرفون المتخصصون وغيرهم من العاملين الصحيين في إطار مجموعة أوسع من المسؤوليات؛ وبغض النظر عن التركيب، يجب أن يكون المشرفون على دراية بالمحظى التقني لتقديم الرعاية وبالجوانب العامة المتصلة بتحسين نوعية الرعاية والمنهجيات التي تتيح

التوصية 7: الأجر

النحوية 7 ألف

توصي المنظمة بأن يدفع للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة أجر مقابل عملهم في إطار حزمة مالية تتناسب مع متطلبات الوظيفة وتعقدها وعدد ساعات العمل والتدريب والأدوار التي يقومون بها.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - قوية

النحوية 7 باء

تقترح المنظمة لا يكفي العاملون الصحيون المجتمعيون، حسرياً أو في غالب الأحيان، وفقاً للحوافز القائمة على الأداء.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

7.7.1 خلفية التوصية

اقتصر استخدام الحوافز مع العاملين الصحيين المجتمعين كوسيلة لتحسين النتائج الصحية، واستكشفت طائفة متنوعة من الحوافز النقدية وغير النقدية في سياقات مختلفة أسرفت عن درجات متفاوتة من النجاح (127).

إن توفير الحوافز له تأثير مباشر على فعالية واستدامة برنامج الصحة. ويفترض عادةً أنه يساهم في تحسين الخدمات المقدمة، من خلال تعزيز تحفيز الموظفين والحد من تنقصهم (127). ويمثل اختيار الحوافز الفعالة للعاملين الصحيين المجتمعين قضية سياسية قديمة العهد في مجال الرعاية الصحية الأولية، ويمكن أن تتراوح الحوافز من دفع راتب أو مكافأة مالية، مثل الحوافز القائمة على الأداء، إلى توفير الحوافز غير المالية (87). ولتحديد أفضل نهج، من المهم فهم وجهات نظر كل من العاملين الصحيين المجتمعين والمشرفين بشأن العاملين الصحيين المجتمعين، وكذلك الجوانب الأخسل، بما في ذلك مدة تدريب العاملين الصحيين المجتمعين ونطاقه، ومستوى الجهد المبذول في أداء دورهم. ويجب أن تتوافق القرارات المتعلقة بتوفير الحوافز مع تشريعات ومبادئ العمل والعمل الأوسع نطاقاً. ولكن، يبدو أنه ليس ثمة توافق واضح على الاستراتيجيات الأمثل لدعم مكافأة العاملين الصحيين المجتمعين بوسائل مفيدة (128)،

وفي هذا الشأن تختلف السياسات والممارسات اختلافاً كبيراً من بلد إلى آخر وعلى نطاق البلد نفسه.

7.7.2 الأساس المنطقي للتوصية

لقد تناول الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية هذه المسألة من منظور استكشاف ما إذا كان ينبغي أن تُعرض على العاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة حزمة مالية نظير عملهم، وإذا كان الأمر كذلك، فمن أي نوع.

وعلى الرغم من التقييم خلص إلى أن درجة يقين البيانات ضعيفة جداً بشكل عام، فإن معظم الدراسات الخاضعة للاستعراض تدعى توفير حزمة مالية للعاملين الصحيين المجتمعين. كما رأى الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية في عملية اتخاذ القرار مجموعة من المعايير الأوسع نطاقاً، بما في ذلك أفضل الممارسات فيما يتعلق بالحقوق والتشريعات المتصلة بالعمل. ويعتبر هذا الأمر ضروريأً لضمان موافمة السياسة الصحية مع برنامج العمل الدولي الأوسع بشأن العمل اللائق، مما يوجد فرص عمل منتجة ومدرة لدخلًا عادلاً، والأمن في مكان العمل والحماية الاجتماعية للأسر؛ وتحسين آفاق التنمية الشخصية والتكميل الاجتماعي؛ ومنح الناس حرية التعبير عن شواغلهم، وتنظيم القرارات التي تؤثر على حياتهم والمشاركة فيها؛ وضمان تكافؤ الفرص والعلاج للنساء والرجال كافة (129). وكان الفريق المعني بإعداد المبادئ

قيمة الحوافر كاملةً وفي الوقت المناسب. وقد تؤثر مخطوطات الحوافر القائمة على الأداء، التي وُصفت في بعض الأحيان بأنها مركزة تركيزاً شديداً على مؤشرات محددة مسبقاً، تأثيراً سلبياً على سمعة العاملين الصحيين المجتمعين التي تقوم على ثقة المجتمع المحلي واحترامه، مما يؤدي إلى تجاهل الأنشطة والجهود غير المرتبطة بهذه المؤشرات وعدم الاعتراف بها. وقد شجعت الحوافر القائمة على الأداء على التركيز بشكل غير متكافئ على بعض الأنشطة بحكم ارتباطها بحوافر من مستوى أعلى، ولا سيما عندما لا يتلقى العاملون الصحيون المجتمعون راتباً أساسياً، مما يؤدي إلى إهمال أنشطة أو مسؤوليات مهمة أخرى. وأعرب عاملون صحيون مجتمعون آخرون عن عدم رضاهم بنماذج الحوافر القائمة على الأداء فيما يتعلق بالمبادر المدفوعة وتسديد قيمة الحوافر بصورة غير متسبة وغير كاملة (45 و 143). وصنف فريق الاستعراض المنهجي درجة يقين البيانات على أنها ضعيفة للغاية بشكل عام.

وأظهرت عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي أن المكافآت النقدية (مثل الرواتب أو الحوافر المالية أو الدخل الناجم عن بيع السلع الأساسية) والحوافر غير النقدية (مثل الاحترام والثقة والاعتراف وفرص النمو الشخصي والتعلم والتقدم الوظيفي) تشكل محفزات هامة للعاملين الصحيين المجتمعين ويمكن أن تحد من تناقضهم (17 و 51 و 121 و 123 و 144 و 145). وقد نوقشت حقوق العاملين الصحيين المجتمعين وحاجتهم للحصول على مكافأة مالية موثوقة في إطار استعراض واحد فقط، والذي سلط الضوء على طلب العاملين الصحيين المجتمعين الثابت (وغير المستوفى) على الوظائف المدفوعة الأجر (146).

وأظهر استقصاء تصورات أصحاب المصلحة مستوى جيداً من الجدوى والمقبولية إزاء منح حوافر مالية وغير مالية للعاملين الصحيين المجتمعين، غير أن تقييم جدوى دفع حد أدنى من الأجر لهم يتراوح بين الممكن وعدم اليقين.

7.7.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات

يعتبر العاملون الصحيون المجتمعون في بعض السياقات مقدمي خدمات أساسيين في طليعة النظام الصحي. وقد يستلزم اندماجهم في النظم الصحية الرسمية الاعتراف بهم ودفع أجر لهم. وقد تختلف الآليات دفع الأجر وتدا이ير التعويض حسب ما إذا كانوا متفرجين أو يعملون بدوام جزئي، أو متعدد الوظائف أو أحادي الوظيفة.

وأشار الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية إلى أن التوصية التي تقضي بمنح حزمة مالية للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة تتطابق على العاملين الصحيين المجتمعين من مختلف الفئات والقدرات، غير أن ذلك لا يستبعد أن ثمة متطوعين متفرجين لا يزيدوا عن 10% من العاملين الصحيين على

التوجيهية منشغلًا بشكل خاص من أن النماذج التي تعتمد على عمل العاملين الصحيين المجتمعين المتطوعين لا تنسق مع برنامج العمل الدولي بشأن العمل اللائق، وعلى وجه الخصوص مع الهدف 8 من أهداف التنمية المستدامة، وتعزيز العمل اللائق والنمو الاقتصادي. وبما أن معظم العاملين الصحيين المجتمعين على المستوى العالمي من الإناث، أعرب الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية أيضاً عن قلقه من أن استمرار الاعتماد على العمل التطوعي يمكن أن يؤدي إلى استمرار الفوارق بين الجنسين في فرص العمل والحصول على الدخل، ومن أن يتعارض مع الهدف 5 من أهداف التنمية المستدامة - "تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات" (130). وعلى هذا الأساس، صوت أعضاء الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية بأغلبية ساحقة (18 مقابل 1) لصالح توصية قوية ل توفير حزمة مالية للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة، وذلك على الرغم من الاعتراف بأن درجة يقين البيانات ضعيفة جداً.

ولم يوصي الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية بتبني شكل محدد من الأجور (انظر الفروع أدناه)، ولكن بما أن البيانات المتعلقة بنموذج معين من الحزمة المالية (الحوافر القائمة على الأداء) قد كشفت عن أضرار محتملة، قدم أيضاً توصية مشروطة تقضي بعدم استخدام الحزمة المالية القائمة حصرياً أو بشكل أساسي على هذا الشكل المحدد من الحوافر.

7.7.3 ملخص البيانات

حدد الاستعراض المنهجي (الملحق 6.7) الذي تناول السؤال - "في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل ينبغي أن يدفع العاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة أجر نظير العمل الذي يقومون به أم لا؟" (131) - 14 دراسة مؤهلة (خمس دراسات كمية وتسعة نوعية) أجريت في الهند (خمس دراسات) وإثيوبيا وكينيا ونيبال (دراسات لكل منها) وبنغلادش وغانانا وجمهورية إيران الإسلامية وموزambique ونيجيريا وباكستان ورواندا وأوغندا، (بعض الدراسات تضمنت بيانات واردة من أكثر من بلد واحد). وأوردت الدراسات الكمية بعض البيانات على أن الحوافر المالية قد تؤدي إلى تحسين أداء العاملين الصحيين المجتمعين (117، 132-134)، على الرغم من أنه في حالة الحوافر القائمة على الأداء، أثير انشغال فيما يتعلق بإهمال المهام التي لم تُقدم حوافر بشأنها (135).

وأدرجت في الاستعراض دراسات نوعية بهدف توفير رؤى بشأن الواقع المتصورة لمختلف نهج المدفوعات والأجور. وأوردت معظم الدراسات النوعية مواقف إيجابية تجاه المدفوعات المالية (142-136). وتبدو الحوافر المالية بشكل عام مقبولة بشكل جيد، وتتوفر الحافز والاعتراف، كما أنها قد تجلب للعاملين الصحيين المجتمعين الشعور بالاستقلالية المالية والثقة بالنفس. وقد يتحمل العاملون الصحيون المجتمعيون تفاصيل شخصية لأغراض الاتصال والنقل. وأشار في هذا الصدد إلى أن الأهم هنا هو ضمان تسديد

ونظراً لأن معظم الشواغل التي أثيرت في المنشورات المتعلقة بمكافأة العاملين الصحيين المجتمعين تشير في الواقع إلى شكل معين من أشكال المكافأة (الحوافر القائمة على الأداء)، اختار الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية عزل هذا النوع من المكافأة عن التوصية ككل وتحصيص توصية منفصلة لها.

7.7.5 اعتبارات التنفيذ

يمكن أن يتخذ منح حزمة مالية للعاملين الصحيين المجتمعين أشكالاً مختلفة (راتب أو منحة أو أتعاب أو حواجز نقدية)، وفقاً لحالة التشغيل والقوانين واللوائح المعمول بها في الولاية القضائية.

ويينبغي أن تنظر البلدان في إمكانية اعتماد حزمة مالية لتعويض العاملين الصحيين المجتمعين في إطار التخطيط الشامل للنظام الصحي، وينبغي توفير الموارد الكافية لتنفيذ هذه التوصية من خلال حشد الموارد الازمة وترتيب أولوياتها.

وبإضافة إلى الحزمة المالية، ينبغي النظر أيضاً في إمكانية منح حواجز غير نقدية لتحسين أداء برامج العاملين الصحيين المجتمعين.

وعلى الرغم من أن الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية حذر من اعتماد الحواجز القائمة على الأداء باعتبارها الآية الوحيدة أو الغالبة لمكافأة العاملين الصحيين المجتمعين، إلا أن استمرار تطبيقها في السياقات التي تعتبر راسخة فيها والتي ثبتت فيها فعاليتها يمكن أن تصحبه جهود تكرس للتخفيف من آثار العيوب المعروفة والمحتملة لهذه الآليات.

أساس المصلحة العامة، بالإضافة إلى كونهم يتوفرون كأفراد على مصدر رزق رئيسي مختلف. وقد يكون من الصعب أحياناً التمييز بشكل واضح بين المتطوعين الذين يرغبون في أن يظلوا كذلك (على سبيل المثال، لأن لديهم وظيفة مختلفة بدوام كامل، ولا يكرسون سوى بضع ساعات شهرياً للخدمة المجتمعية الطوعية)، والعاملين الصحيين المجتمعين الذين ليس لديهم مصدر رزق بديل والذين لا يتلقون حالياً أي حزمة مالية نظير عملهم. واعترافاً بالحدود غير الواضحة أحياناً بين هاتين الحالتين المختلفتين، قدم الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية التوصية باعتبارها حزمة مالية تناسب مع الأدوار التي يقوم بها العاملون الصحيون المجتمعيون وقدراتهم ومستوى الجهد الذي يبذلونها وعدد ساعات عملهم. وينبغي أن يظل الفصل بوضوح بين هاتين الحالتين من اختصاص كل ولاية قضائية.

وأشار الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية إلى أنه بغض النظر عن منح العاملين الصحيين المجتمعين حزمة مالية نظير عملهم بشكل مباشر، ينبغي تعويض جميع العاملين الصحيين المجتمعين والمتطوعين لتمكينهم من تغطية النفقات التي يت肯دونها أثناء تقديم الخدمات في إطار الأدوار التي يضطلعون بها.

وأكَّد الفريق على أهمية الحواجز غير النقدية، ولكنه أشار أيضاً إلى أنه لا ينبغي اعتبارها بدليلاً عن توفير حزمة مالية، وبال مقابل لا ينبغي اعتبار توفير حزمة مالية بدليلاً عن الحواجز غير المادية، مثل بيئة العمل المواتية والمتسمة بالاحترام وفرص تنمية القدرات المهنية والتقدم الوظيفي.

التوصية 8: اتفاقات التعاقد

التوصية 8

توصي المنظمة بأن يزود العاملون الصحيون المجتمعين المأجورون باتفاق خطى يحدد أدوارهم ومسؤولياتهم وظروف عملهم وأجرهم وحقوقهم.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - قوية.

7.8.1 خلفية التوصية

نظراً لأن العاملين الصحيين المجتمعين يعملون في نقطة الالقاء بين نظم الرعاية الصحية المجتمعية والرسمية، فإن دورهم وحياتهم ضمن هيكل الرعاية الصحية كانا دائماً يقتربان إلى الوضوح (21). وتحظى أهمية وتأثير العاملين الصحيين المجتمعين فيما يتعلق بتقديم الرعاية الصحية باعتراف واسع في القطاع. غير أن العقود والاتفاقيات تتسم بالقدرة على تحديد المسؤوليات التي ينبغي

أن يضطلع بها العاملون الصحيون المجتمعين بشكل صريح رسمي، فضلاً عن الحقوق والفوائد التي يحق لهم الحصول عليها، ويمكن أن تمثل أدلة لدمج العاملين الصحيين المجتمعين بشكل رسمي في نظام الرعاية الصحية. وتُعرف العقود الرسمية في هذا السياق بأنها اتفاقيات مكتوبة تحدد شروط عمل العاملين الصحيين المجتمعين وحقوقهم والمسؤوليات المنوطة بهم في إطار وظائفهم ومدة خدمتهم والشروط المتعلقة بمكافآتهم.

ولم تتعذر عملية إعادة النظر في الاستعارات بشكل منهجي عن أي بيانات على وجود صلة مباشرة بخيار السياسات قيد النظر في إطار هذه المسألة.

وأظهر استقصاء تصورات أصحاب المصلحة أن التعاقد الرسمي مع العاملين الصحيين المجتمعين في إطار النظام الصحي كان مقبولاً وممكناً.

ومن المفترض أن تكون العقود بمثابة حافز وأن تساهم في الاستقرار والأمن المهني، وتعزيز الحماية والسلامة المهنية. وعلاوة على ذلك، فإن العقود الرسمية تضع الأساس لتنمية القدرات المهنية، لأنها تلزم عادةً أرباب العمل على دعم فرص تنمية القدرات المهنية والإشراف على العمال، أو تشجعهم على ذلك (147). وتتمكن الفائدة بالنسبة للنظام الصحي في توفير أساس لمساعدة العاملين الصحيين المجتمعين.

7.8.4 تفسير الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات

فسر الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية البيانات المحدودة التي تدعم فعالية الترتيبات التعاقدية في إضفاء الطابع الرسمي على دور العاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة مقابل أجر في السياق الأوسع نطاقاً لأهمية الاتفاques الرسمية وأثارها على علاقات العمل وحقوق العمال. كما خلص الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية إلى أن العقود الرسمية للعاملين الصحيين المجتمعين يمكن أن تكون مفيدة في زيادة تحفيزهم وتعزيز فرص استبقاءهم.

وأشار الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية أيضاً إلى الأهمية التي يكتسيها اتساق المبادئ التوجيهية، سواء مع إطار حقوق العمل الأوسع نطاقاً على المستوى الخارجي، أو بين مختلف التوصيات على المستوى الداخلي. وعلى وجه الخصوص، فإن إضفاء الطابع الرسمي على الحقوق والمسؤوليات وظروف العمل المشتملة في هذه التوصية يعزز ويكتمل التوصيات المتعلقة بالشهادات (التوصية 5) والأجور (التوصية 7) والتقدم الوظيفي (التوصية 9).

7.8.5 اعتبارات التنفيذ

لا تتطابق هذه التوصية إلا على العاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة مقابل أجر. ولا ينبغي اعتماد العقود الرسمية أو أي نوع من أنواع الاتفاques الملزمة في حالة العاملين الصحيين المجتمعين المتطوعين.

وبينجي أن تعكس الترتيبات التعاقدية التي قد تتطابق على أرباب العمل المنتسبين للقطاع العام والقطاع الخاص، الأطر التنظيمية والتشريعية السارية في الولاية القضائية المعنية. وقد يقتضي الأمر تكيف المصطلحات الدقيقة بصفة خاصة، علماً أن مصطلح "العقد" ينطوي على التزامات محددة في بعض السياسات التي يمكن أن تعرقل أو تمنع عن غير قصد إضفاء الطابع المؤسسي على العاملين الصحيين المجتمعين. وسيكون تطبيق التوصية مفيداً في نهاية المطاف طالما أن ثمة اتفاقاً خطياً ملزماً يحدد أدوار العاملين الصحيين المجتمعين ومسؤولياتهم وحقوقهم وظروف عملهم، بما في ذلك أجورهم.

7.8.2 الأساس المنطقي للتوصية

أحاط الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية علمًا بالبيانات المحدودة التي تدعم فعالية العقود الرسمية في تحسين أداء برامج العاملين الصحيين المجتمعين. وعلى الرغم من أن البيانات كانت ذات نوعية رئيسية للغاية، اعتبر الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية أنه من الضروري توافر شكل من أشكال الإنفاق الخطي من أجل دعم حقوق العمال، وأنه يشكل عنصراً أساسياً في برنامج العمل اللائق. وعلى هذا الأساس، صوت الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية بأغلبية ساحقة (17 مقابل 1، مع امتناع عضو واحد عن التصويت) لصالح اعتماد توصية قوية على الرغم من البيانات ذات النوعية الرئيسية للغاية.

ولم يطبق الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية هذه التوصية إلا على العاملين الصحيين المأجورين، لأن تطبيقها على المتطوعين من شأنه أن يجعل العلاقة بين النظام الصحي والمتطوع ذات طبيعة إلزامية (بموجب العقد). ومن المحتمل أن يمثل ذلك انتهاكاً لحقوق العمل الأساسية وأن يتعارض مع مبدأ العمل التطوعي، الذي يعتبر بحكم تعريفه غير إلزامي (148).

7.8.3 ملخص البيانات

حدد الاستعراض المنهجي (الملحق 6.8) بشأن السؤال - "في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل ينبغي أن يكون لدى العاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة عقد رسمي أم لا؟" (149) - دراستين مؤهلتين كميتين: دراسة مستعرضة ترمي إلى استكشاف العوامل التي تؤثر على أداء العاملين الصحيين المجتمعين الذين ينفذون برنامجاً لمكافحة الملاريا في أوغندا (150)، وتجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية لتقييم تأثير أنواع مختلفة من عقود العاملين الصحيين المجتمعين على توفير خدمات التمنيع في باكستان (135). وكان توافر العقد أو استلام خطاب التعيين من بين العوامل المرتبطة بتحسين في مستوى الأداء (قياس حسب نواتج تقديم الخدمات). وصنف فريق الاستعراض المنهجي درجة يقين البيانات على أنها ضعيفة بشكل عام.

التوصية 9: السلم الوظيفي

التوصية 9

تقترح المنظمة أن تُتاح للعاملين الصحيين الممارسين فرصة الترقى في الخدمة بمقابلة التعليم والتطوير الوظيفي مرتبطة بمعايير الاختيار، ومدة التعليم السابق للخدمة ومحبياته، والشهادات القائمة على الكفاءة، ومدة الخدمة واستعراض الأداء

درجة يقين البيانات - ضعيفة. قوة التوصية - مشروطة.

في سلم أو إطار وظيفي أم لا؟" (154) - دراسة مؤهلة واحدة، كما أجريت تجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية في زامبيا، والتي قارنت أثر التعرض لمختلف ملصقات إعلانات التوظيف التي تبرز الفرص الوظيفية المتاحة مع ملصقات الإعلانات التي تسلط الضوء على الخدمة المدنية والهوية الاجتماعية كحافظين (151). وأظهرت النتائج أن إتاحة فرصة التقدم الوظيفي كحافظ لتوظيف العاملين الصحيين الممارسين قد أدت إلى زيادة نسبة توظيف العاملين الصحيين الممارسين ذات المستوى العالي والأكثر طموحاً، والذين يعتبر أداوهم أفضل إصحاباً من حيث استخدام العيادات والزيارات المنزلية وسلوكيات الأسر والحسابات الصحية التي تخص الطفل. ولم يكن هناك أي اختلاف بين المجموعتين فيما يتعلق بنسبة استبقاء العاملين خلال 18 شهراً من الدراسة.

وأظهرت عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي أن فرص التقدم الوظيفي تشكل أحد الحوافز غير المالية الرئيسية العديدة التي يمكن أن تحسّن تحفيز العاملين الصحيين الممارسين، على الرغم من أن هذا الأمر هو في غالب الأحيان عبارة عن استنتاج توصل إليه مؤلفو الاستعراضات وليس بياناً يستند إلى بيانات على الفاعلية (17 و 51 و 121 و 123 و 144 و 145).

وأظهر استقصاء تصورات أصحاب المصلحة أن إتاحة العاملين الصحيين الممارسين فرصة الترقى في السلم الوظيفي أمر مقبول، غير أن جدواه قد يختلف باختلاف السياقات.

7.9.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات

فسّر الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية نقص البيانات عن هذا الجانب على أنه يعكس محدودية الفرص المتاحة للعاملين الصحيين الممارسين للترقى في السلم الوظيفي في معظم الظروف، مما أدى هكذا إلى غياب التقييم الرسمي لمثل هذه الخطط (المنعدمة). وبيني أن يفسّر كل من البيانات الأوسع المستمدّة من عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي والمستوى العالي من المقبولية وفقاً لاستقصاء تصورات أصحاب المصلحة، على أنهما يعكسان اهتماماً قوياً من جانب واضعي السياسات والعاملين الصحيين الممارسين لتحسين موائمة سياسات العاملين الصحيين الممارسين مع أفضل الممارسات في مجال إدارة الموارد البشرية، بما في ذلك من خلال توفير فرص التقدم الوظيفي.

7.9.1 خلفية التوصية

يُنظر إلى إتاحة فرصة الترقى في السلم الوظيفي للعاملين الصحيين (أي فرص الارتفاع التدريجي إلى مناصب عليا في نظام صحي، أو تحسين المهارات وتوسيع نطاق الأدوار) على الصعيد العالمي على أنها ممارسة جيدة لتعزيز تحفيزهم وتعزيز فرص استبقاءهم. وتنتهي هذه القضية المتعلقة بالسياسات أهمية خاصة بالنسبة للعاملين الصحيين الممارسين (151)، حيث إن استبقاء هؤلاء العمال يمثل مشكلة بسبب مجموعة متنوعة من العوامل (152 و 153). ويدور السؤال المتعلق بالسياسات حول ما إذا كان توفير فرص وظيفية للعاملين الصحيين الممارسين لإعادة تدريبهم أو تطوير مهاراتهم يمكن أن يساعدهم على تلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع المحلي بقدر أكبر من الفاعلية وأن يؤثر بشكل إيجابي على الرضا الوظيفي وإمكانية استبقاءهم.

7.9.2 الأساس المنطقي للتوصية

على الرغم من قلة البيانات التي تناولت هذا السؤال بشكل مباشر، قدم الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية توصية تستند بالدرجة الأولى إلى خبرات أعضائه وإلى الممارسات الجيدة الأوسع في مجال إدارة الموارد البشرية وإدارةقوى العاملة الصحية.

ورأى الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية أن من بين الفوائد المحتملة لإتاحة فرصة الترقى في السلم الوظيفي للعاملين الصحيين الممارسين بعد بضع سنوات من الخدمة المُرضية، تحسين التحفيز والرضا الوظيفي، مما يساهم في زيادة فرص استبقاءهم وتخفيض نسبة تناقضهم. وخلاص الفريق إلى أن هذه الفوائد تفوق أوجه القصور المحتملة المرتبطة باستنزاف مجموعة العاملين الصحيين الممارسين للخدمة، وعلى العكس، فإن مخططات وأطر السلم الوظيفي يمكن أن تساهم بشكل إيجابي في زيادة الحراك الاجتماعي بما يتواافق مع برنامج العمل اللائق.

وعلى هذا الأساس، اعتمد الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية توصية مشروطة لصالح توفير إطار للترقى الوظيفي للعاملين الصحيين الممارسين، مع مراعاة الحد الأدنى من البيانات الداعمة المقدمة.

7.9.3 ملخص البيانات

حدد الاستعراض المنهجي (الملحق 6.9) الذي تناول السؤال - "في سياق برامج العاملين الصحيين الممارسين، هل ينبغي أن تُتاح للعاملين الصحيين الممارسين للخدمة فرصة الترقى

وقد تشكل إتاحة العاملين الصحيين المجتمعين فرصة الترقى في السلم المهني وسيلة لاكتساب مؤهلات أخرى في مجال الصحة رهنا بإكمال التدريب الإضافي المطلوب، وبشرط أن يتتفق ذلك مع مستوى التعليم السابق. وفي حال ما إذا كان مستوى التحصيل العلمي أقل من الحد الأدنى المطلوب للتدريب في المهن الصحية الأخرى، فقد تستلزم طرائق بديلة للسلم الوظيفي الترقى إلى مناصب إدارية للعاملين الصحيين المجتمعين (على سبيل المثال، كبار العاملين الصحيين المجتمعين وذوي الكفاءات العالية الذين يتقدمون لأدوار تتطلب المساهمة في التعليم والإشراف على العاملين الصحيين المجتمعين الأقل خبرة وإدارتهم).

وينبغي مراعاة العوائق التنظيمية والقانونية التي تعيق ترقى العاملين الصحيين المجتمعين في السالم الوظيفية عند تصميم خطة ملائمة تتوافق مع الإطار المعياري الساري في الولاية القضائية المعنية.

وينتاج عن اختلاف مستويات التحصيل العلمي للعاملين الصحيين المجتمعين ومؤهلاتهم ووضعهم من حيث الشهادات التي حصلوا عليها وأدوارهم، اختلاف في مستويات الجدوى في تبني خيار السياسات هذا.

7.9.5 اعتبارات التنفيذ

ينبغي أن يُدرج توافر فرص الترقى في السلم المهني وتعريفه في تصميم برنامج العاملين الصحيين المجتمعين منذ البداية. وقد يتبع ربط المتطلبات الأساسية لأهلية الحصول على مزيد من التعليم والتطوير الوظيفي بمعايير الاختيار للالتحاق بالتعليم السابق للخدمة (انظر التوصية 1) ومدة التعليم السابق للخدمة ومحوها (التوصيتان 2 و3) والشهادات الرسمية القائمة على الكفاءة (التوصية 5).

ال滂وصية 10: حجم السكان المستهدف

ال滂وصية 10

تقترن المنظمة استخدام المعايير التالية في تحديد حجم السكان المستهدف في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين.

المعايير الواجب اعتمادها في معظم السياقات:

- عبء العمل المتوقع استناداً إلى الوضع فيما يتعلق بالبيانات والطلب المتوقع على الخدمات؛
- توافر الاتصالات اللازم إجراؤها؛

• المتطلبات المتعلقة بطبيعة الخدمات المقدمة والوقت اللازم لتقديمها؛

• الوقت الذي يتوقع أن يكرسه العاملون الصحيون المجتمعين لعملهم كل أسبوع (مع مراعاة الوقت غير المدرج في إطار تقديم الخدمات لأغراض التدريب والالتراتمات الإدارية وغيرها من المتطلبات)؛

• الجغرافيا المحلية (بما في ذلك مدى قرب الأسر، والمسافة التي تفصلها عن العيادة، والكثافة السكانية).

المعايير التي قد تكون هامة في بعض السياقات:

- الطقس والمناخ؛
- توافر وسائل النقل وتكلفتها؛
- سلامه العاملين الصحيين؛
- قدرة السكان على التنقل؛
- الموارد البشرية والمالية المتاحة.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة الت滂وصية - مشروطة.

يُخصص للعاملين الصحيين المجتمعين حجم مستهدف من السكان وكيف يمكن أن يؤثر هذا الحجم من السكان على إنتاجية العاملين الصحيين المجتمعين وتغطيتهم وحالاتهم الصحية.

7.10.2 الأساس المنطقي للت滂وصية

أقر الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية بأهمية تحديد الحجم المستهدف المناسب من السكان للحفاظ على عبء عمل واقعي وتحسين أداء العاملين الصحيين المجتمعين. وبالنظر إلى التباين الواسع في أدوار العاملين الصحيين المجتمعين، رأى الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية أنه ينبغي أن ترتكز الت滂وصية على العوامل التي ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار على المستوى الوطني عند تحديد حجم السكان المستهدف الأمثل. ونظراً لأن درجة يقين البيانات كانت ضعيفة للغاية، اعتمد ت滂وصية مشروطة.

7.10.1خلفية الت滂وصية

من بين التحديات العديدة التي قد تؤدي إلى تردي أداء العاملين الصحيين المجتمعين عبء العمل المفرط، والذي غالباً ما يرتبط بشكل غير مباشر بزيادة حجم السكان الذين يخدمهم كل عامل من العاملين الصحيين المجتمعين (155 و156). وتمثل هذه العوامل في الحجم الأمثل للسكان أو عبء الحالات التي تزيد من فعالية العاملين الصحيين المجتمعين. وبينما تم تسليط الضوء على العديد من العوامل المؤثرة على أداء العاملين الصحيين المجتمعين، إلا أن عدداً محدوداً من الدراسات فقط أجرى بالفعل اختبارات لمعرفة أي تدخلات تعتبر أكثر فعالية لإدارة عبء عمل العاملين الصحيين المجتمعين وتحسين أدائهم، فضلاً عن الكيفية التي ينبغي أن تُنفذ بها هذه التدخلات. وهذا الاهتمام بهم ككيفية موازنة عبء العمل الذي يقع على موظفي الخدمة الصحية المجتمعية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالاهتمام بتحديد ما إذا كان ينبغي أن

7.10.3 ملخص البيانات

حدد الاستعراض المنهجي (الملحق 6.10) بشأن السؤال -

"في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل ينبغي تحديد حجم السكان المستهدف أم لا؟" (157) - خمس دراسات كمية مؤهلة أجريت في بنغلاديش والهند وجنوب أفريقيا وأوغندا (درستان). وتشير الدراسات المشمولة في الاستعراض إلى أن أداء العاملين الصحيين المجتمعين يتأثر بحجم السكان أو عبء العمل المخصص لهم. ييد أن البيانات المتعلقة بحجم السكان الأمثل المخصص للعاملين الصحيين المجتمعين كانت غامضة. فمن جهة، يمكن أن يؤدي عبء العمل المفترض إلى انخفاض الحافز وانخفاض الأداء في نهاية المطاف لدى العاملين الصحيين المجتمعين (158)، إذ اعتبرت نسبة السكان - العاملون الصحيون المجتمعين عاملًا مؤثراً على أداء العاملين الصحيين المجتمعين، علمًا أن بعض البيانات توحى بأنه يُستحسن أن تكون التغطية السكانية ضعيفة (159 و 160)؛ ومن جهة أخرى، تشير بيانات أخرى إلى أنه يمكن دمج عبء العمل الإضافي في واجبات العاملين الصحيين المجتمعين الحالية دون أن يكون لذلك تأثير كبير على الأداء، بل قد يؤدي في بعض الأحيان إلى تحسين الحصول الصحية (161). وعلاوة على ذلك، تبين أن زيادة عبء العمل لدى العاملين الصحيين المجتمعين فعالة من حيث التكلفة إذا اقترنرت بدعم وإشراف ملائمين (162). وأشارت بعض البيانات القليلة في الدراسات المشمولة إلى مقبولية وجود تحديد حجم مستهدف من السكان للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة. وصنف فريق الاستعراض المنهجي درجة يقين البيانات بصفة عامة على أنها ضعيفة للغاية.

وأظهرت عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي

أن القرارات المتعلقة بالسكان في مناطق التجمع ينبغي أن تستند إلى طائفة متنوعة من الاعتبارات: توافر الاتصالات اللازم إجراؤها؛ طبيعة الخدمات المقدمة؛ الوقت الذي يتوقع أن يكرسه العاملون الصحيون المجتمعين لعملهم كل أسبوع؛ الجغرافيا المحلية (بما في ذلك القرب من المنازل)، والطقس ووسائل النقل المتاحة (16 و 17 و 124). وأظهر استعراض واحد أنه بالنسبة للتدخلات التي تشمل الزيارات المنزلية فقط، لم يكن هناك أي تأثير ثابت لحجم سكان مناطق التجمع على وفيات المواليد. ولكن، في الحالات التي شملت فيها التدخلات تعينة المجتمع أيضًا، كان الانخفاض في نسبة وفيات المواليد أكبر عندما يكون عدد سكان مناطق التجمع الذين يخدمهم كل عامل صحي مجتمعي

7.10.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية

للبيانات وغيرها من الاعتبارات

يُوحى اختلاف البيانات بوجود ممارسات متباعدة على نطاق واسع في تحديد حجم السكان المستهدف وعبء العمل المخصص لكل عامل من العاملين الصحيين المجتمعين، مما دفع بعض البرامج إلى تمديد قدرات العاملين الصحيين المجتمعين إلى أقصى حدتها، في حين أنه، في سياقات أخرى، يمكن تحمل عبء عمل إضافي دون المساس بالجودة، بل أن ذلك يؤدي إلى تحسين الفعالية من حيث التكلفة. وهذا التباين في الحالات المرجعية، وكذلك في الأدوار والمسؤوليات ومستويات الجهد المبذول من جانب العاملين الصحيين المجتمعين، يمنع وضع معايير عالمية بشأن عبء العمل أو أحجام السكان المستهدف المناسبة. وبدلاً من ذلك، تشير البيانات إلى ضرورة تحديد معايير واقعية محددة السياق.

وعند القيام بذلك، ستكون بعض المعايير ذات صلة عالمياً (مثل عبء الحالات المتوقعة استناداً إلى الوضع الوبائي المحلي، وتواتر الاتصالات اللازم إجراؤها، والوقت المكرّس للعمل من جانب العاملين الصحيين المجتمعين (163)، في حين أن البعض الآخر سيكون ذا صلة حصرًا أو في معظم الأوقات في سياقات معينة (مثل العوامل المتعلقة بإمكانية الوصول إلى منطقة التجمع من الناحية الجغرافية، وتوافر وسائل النقل، والمسافة إلى العيادة، والكثافة السكانية).

7.10.5 اعتبارات التنفيذ

وينبغي أن يندرج تخطيط مناطق تجمع العاملين الصحيين المجتمعين، بما في ذلك الحجم الأمثل والتوزيع الجغرافي لسكانها المستهدفين، في إطار نهج يراعي القوى العاملة الصحية بكل، وأن يتماشى مع الاستراتيجيات الصحية الوطنية الشاملة (1). وقد تكون عمليات التكيف مع معايير وهياكل التوظيف الروتيني ضرورية في حالات أو سياقات الطوارئ الحادة في بداية وقوعها أو الممتدة، حيث إنها قد تؤثر على طلب السكان وال الحاجة إلى الخدمات على حد سواء، وعلى قدرة العاملين الصحيين الآخرين على توفيرها.

الوصية 11: جمع البيانات واستخدامها

التصنيفية 11

تقتصر المنظمة أن يقوم العاملون الصحيون بالمجتمعيون للخدمة بتوثيق الخدمات التي يقدمونها وأن يجمعوا البيانات الصحية ويرتبوها ويستخدموها في إطار الأنشطة الروتينية، بما في ذلك من خلال الحلول الصحية ذات الصلة الفائمة على وسائل الاتصال المحمولة. ومن بين العوامل المساعدة على النجاح تخفيف عبء الإبلاغ وتيسير متطلبات البيانات، وضمان سرية البيانات وأمنها، وتزويد العاملين الصحيين المجتمعين بالكفاءات المطلوبة بفضل التدريب؛ وتقديم تعليقات إليهم بشأن الأداء استناداً إلى البيانات المجمعة

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

لإنتقال كاهل العاملين الصحيين المجتمعين بمهام جمع البيانات،
ركز الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية جهوده على تحديد
العوامل التي تمكّن العاملين الصحيين المجتمعين من المساهمة
بنجاح في جمع البيانات وترتيبها واستخدامها.

7.11.3 ملخص البيانات

حدد الاستعراض المنهجي (المحلق 6.11) بشأن السؤال - "في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل ينبغي للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة جمع البيانات الصحية وتربيتها واستخدامها أم لا؟" (168) – ثمانى دراسة كمية وأربع دراسات نوعية ودراستان تستخدمان أساليب هجينة، أجريت في سبعة بلدان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى والبرازيل وكمبوديا والولايات المتحدة، باعتبارها مؤهلة لتأخذ في الاعتبار.

وأظهر في إطار هذه الدراسات أن النتائج المرتبطة بالعاملين الصحيين المجتمعين المشاركون في عمليات جمع البيانات تساهم في تحسين أداء برامجهم في العديد من عمليات قياس النتائج: انخفاض نسبة التغيب (169) والتناقص (170)، وتحسن عملية تقديم الخدمات (150، 171-173)، وتغير طريقة عمل النظام الصحي، وتغيرات في معارف العاملين الصحيين المجتمعين وكفاءتهم الذاتية واحترامهم، وتحسن الإنتاجية (173، 174). وسلطت بعض الدراسات الضوء على عبء جمع البيانات باعتباره عبئاً إضافياً على عاتق العاملين الصحيين المجتمعين. وبالإضافة إلى ذلك، جرى استكشاف التغيرات في صحة المجتمع المحلي (175) والمصداقية، فضلاً على عمليات جمع البيانات التي من المحتمل أن تؤثر على انخفاض معدل الوفيات (172) والمارضة (176).

وبحث العديد من الدراسات المشمولة دور جمع البيانات من خلال تطبيق خاص بالصحة المعتمدة على تكنولوجيا الهاتف المحمول (mHealth). وأظهرت هذه الدراسات أن تكنولوجيا الهاتف المحمول تحسن بشكل عام برامج العاملين الصحيين المجتمعيين (169 و 171-174)، مع وجود بعض الاستثناءات: على سبيل المثال، لم يتتسن قياس أي اختلافات في الرضا عن الوظيفة لدى العاملين الصحيين المجتمعيين بين مختلف المجموعات في إطار تجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية أجريت في سيراليون لتقدير أثر برامج جمع البيانات القائمة على الأجهزة المحمولة في مجال الصحة.

7.11.1 خلفة التوصية

على الرغم من أن جمع البيانات من قبل العاملين الصحيين المجتمعيين يمكن أن يخدم مجموعة متنوعة من الأغراض - مثل الترصد أو البحث - إلا أن أحد الأهداف الرئيسية لجمع البيانات الروتيني يمكن في تحسين تقديم الخدمة. ويعتبر جمع البيانات واستخدامها جزءاً لا يتجزأ من نهج تحسين النوعية المستمر التي أثبتت فعاليتها في تحسين النتائج في سياسات مختلفة (164-167). وفي إطار تحسين الممارسات، تُجمع البيانات الناتجة عن ممارسات العاملين الصحيين المجتمعيين لعدة أغراض، بما في ذلك:

- رصد تقديم الخدمات كي يتضمن إجراء تعديلات وتحديد متطلبات البرنامج (مثل نفاذ المخزونات، والاتجاهات الوابئية، والاحتياجات من الموارد البشرية) بحيث تبني الخدمة احتياجات المستفيدين؛
 - إشراك المجتمعات المحلية في إيجاد حلول محلية للمشاكل المحددة؛
 - الإشراف على العاملين الصحيين المتعينين ودعمهم من أجل بناء معارفهم وكفاءاتهم ومهاراتهم لصالح المستفيدين من الخدمات.

وفيما يخص هذا الغرض الأخير، فإن الافتراض الكامن هو أن الخبرة والمهارات المعززة ستؤدي إلى تحسين تقديم الخدمات، وبالتالي تحسين نتائج التدخلات الصحية المجتمعية. ويشكل جمع البيانات من قبل العاملين الصحيين المجتمعيين وسيلة محتملة ذات مغزى من أجل تحسين الخدمات الصحية المجتمعية، ولكنها لم تحظى بعد بقدر كافٍ من البحث (14). وينبغي موازنة هذه الإمكانية مع المسائل المتعلقة بملكية البيانات والوصول إليها وخصوصية أحد المرضى.

7.11.2 الأساس، المنطق، للتوصية

أشار الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية إلى أن معظم البيانات المنشورة تدعم دور العاملين الصحيين المجتمعين في جمع البيانات واستخدامها، وتتفق هذه النتيجة مع المصنفات الأدبية الأوسع نطاقاً بشأن نظم المعلومات الصحية وتحسين النوعية. وبما أن قاعدة البيانات تتميز بدرجة ضعيفة من اليقين ونظرأ لأن أكثر الاستراتيجيات ملائمة قد تختلف حسب السياق، اعتمد الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية توصية مشروطة بتبني خيارات السياسة العامة قيد البحث. واعترافاً بالمخاطر المحتملة

بما في ذلك إعطاء الأولوية لتوحيد مجموعة من متطلبات ومؤشرات البيانات التي ينبغي أن يركز عليها العاملون الصحيون المجتمعيون الذين يعملون في إطار برنامج أو ولاية قضائية محددة، وضمان استخدام البيانات المناسبة والآليات التغذية المرتدة. ونظراً لأن درجة يقين البيانات كانت ضعيفة للغاية، واعتراضاً بضرورة التكيف مع مختلف السياقات، اعتمد الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية التوصية بوصفها توصية مشروطة.

7.11.5 اعتبارات التنفيذ

تشتمل نظم إدارة المعلومات الصحية في معظم البلدان على كمية قليلة جداً أو معدومة من المعلومات التي تولى جمعها عاملون صحيون مجتمعيون، على الرغم من أنهم أثثروا بالفعل قدرتهم على المساهمة بشكل كبير في جمع البيانات: فعلى سبيل المثال، في جولة المنظمة لعام 2017 لجمع البيانات عن السل حول العالم، أورد 53 بلداً بيانات عن مساهمة العاملين الصحيين المجتمعيين في الإخراج عن حالات السل أو دعم علاجه. ويمثل ذلك زيادة في نسبة الإبلاغ بأكثر من ثلاثة أضعاف منذ عام 2013، الذي يمثل تاريخ بدء جمع البيانات (179). ولكن، قد لا تتوافر دائماً أنظمة خاصة بضمان الجودة لدعم توسيع نطاق عملية جمع البيانات. ومن بين العوامل التي ينبغي أخذها في الاعتبار عند تصميم وتتنفيذ السياسات المتعلقة بمساهمة العاملين الصحيين المجتمعيين في جمع البيانات الصحية واستخدامها، وضع آليات مناسبة لمراقبة الجودة، وقوتوس لمعالجة المعلومات في مرحلة ما قبل التشغيل، وإمكانية التشغيل المشترك لكل من آليات البيانات التي يتولى تغذيتها العاملون الصحيون المجتمعيون ونظام إدارة المعلومات الصحية الأوسع نطاقاً، والآليات لتوفير التغذية المرتدة بحيث يستفيد أيضاً العاملون الصحيون المجتمعيون من البيانات التي يجمعونها ويرتبونها.

ومن المهم في الوقت ذاته إدراك أن جمع البيانات الموثوقة يتطلب مهارات محددة ووقتاً. وينبغي أن يُترشد بالكافاءات المطلوبة في إعداد منهج التعليم السابق للخدمة للعاملين الصحيين المجتمعيين وأنشطة التدريب أثناء العمل اللاحقة. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي توحيد وتنسيق المتطلبات المتعلقة بجمع البيانات بين مختلف فئات مقدمي الخدمات بالنسبة لنفس الخدمات، والإبقاء على الحد الأدنى لهذه المتطلبات لضمان أن يظل عباء عمل العاملين الصحيين المجتمعيين في مستوى معقول، والحفاظ على التوازن المناسب بين أنشطة تقديم الخدمات والوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة من جهة، والمهام الإدارية والمكتبة (بما في ذلك حفظ السجلات) من جهة أخرى. وقد يتطلب جمع البيانات بشأن رضا المواطنين عن الخدمات التي يقدمها العاملون الصحيون المجتمعيون أنفسهم مشاركة طرف ثالث محايده موضوعي، مثل المشرفين على العاملين الصحيين المجتمعيين.

إن تسخير الإمكانيات الوعادة لتطبيقات الصحة المعتمدة على تكنولوجيا الهاتف المحمول يتطلب مراعاة مجموعة من العوامل

وقدّمت معلومات قليلة عن الكيفية التي دمجت بها عمليات جمع البيانات في الإشراف والتوجيه والأنشطة المماثلة التي تهدف إلى دعم العاملين الصحيين المجتمعيين في عملهم.

وخلصت المقابلات التي أجريت مع الخبراء وأصحاب المصلحة الدوليين إلى أنه من المحتمل أن تتحسن نسبة استبقاء العاملين الصحيين المجتمعيين وينخفض مستوى تناقصهم إذا انخرطوا بشكل أكبر في العمل المتصل بالبيانات التي يجمعونها. ويرى الباحثون أن ذلك قد يستلزم قيام العاملين الصحيين المجتمعيين بجمع وتحليل البيانات وتطبيقها على بيئة عملهم، وأن يقدم المشرفون على العاملين الصحيين المجتمعيين المزيد من الدعم فيما يخص البيانات التي يجمعها العاملون الصحيون المجتمعيون لاستخدامها بشكل فعال في تنمية القرارات المهنية، وإتاحة دمج عملية جمع البيانات في الأدوات التي سيستخدمها المجتمع المحلي (170).

وصنف فريق الاستعراض المنهجي درجة يقين البيانات على أنها ضعيفة للغاية بشكل عام.

وكشفت عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي عن استعراض يشير إلى أنه تم تحقيق وفورات في التكاليف بنسبة 24% عندما كان العاملون الصحيون المجتمعيون يجمعون البيانات باستخدام أدوات مساعدة رقمية شخصية مقارنةً باستخدامهم لأساليب يدوية تقليدية لجمع البيانات ونقلها (104). وأظهر استقصاء تصورات أصحاب المصلحة أن مشاركة العاملين الصحيين المجتمعيين في جمع البيانات واستخدامها أمر مقبول وممكن على السواء.

7.11.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات

تشير نتائج هذه الدراسات مجتمعة إلى الفوائد المحتملة لخدمات الصحية المجتمعية – من خلال مجموعة واسعة من المخرجات والحسابات – المرتبطة بجمع البيانات من قبل العاملين الصحيين المجتمعيين.

وكان الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية على دراية بالعيوب المحتملة التي لم تنشر إليها المصنفات الأدبية، بما في ذلك تشتيت انتباه العاملين الصحيين المجتمعيين عن مهامهم المتمثلة في تقديم الخدمات والوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة؛ والفتور في جمع البيانات في حال عدم استخدام وفهم البيانات المجمعة؛ والمخاطر المحتملة على السرية وأمن البيانات؛ والمخاطر المعنية والإبلاغ الخاطئ أو الإفراط في الإبلاغ عندما يرتبط إنتاج البيانات وتوفيرها بالحوافز القائمة على الأداء والأنشطة المدرة للدخل.

وخلص الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية بشكل عام إلى أن فوائد تعزيز وتنظيم دور العاملين الصحيين المجتمعيين في جمع البيانات قد تفوق أضرارهما، وأنه ينبغي أن تترك السياسات على تهيئة الظروف المواتية والعوامل المساعدة لنجاح هذه المبادرات،

المحلية، والتدريب المستمر للعاملين الصحيين المجتمعين، ومراعاة شواغل المرضى المتعلقة بخصوصيتهم وسلامتهم.

مثل مدى الوصول على نحو مستدام إلى الهاتف المحمولة وتغطية شبكة الهاتف المحمول، ووضع برامج مصممة حسب الاحتياجات

النوصية 12: فئات العاملين الصحيين المجتمعين

التوصية 12

تقرح المنظمة اعتماد نماذج لتقديم الخدمات تشمل العاملين الصحيين المجتمعين الذين يضطلعون بمهام عامة في إطار فرق الرعاية الصحية الأولية المتكاملة. ويمكن أن يؤدي العاملون الصحيون المجتمعيون الذين يضطلعون بهم مهام تتسم بمزيد من الانتقائية والخصوصية دوراً تكميلياً عند الاقتضاء وفقاً لاحتياجات المتعلقة بصحة السكان والسياق الثقافي وتكون القوى العاملة.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً - قوة التوصية - مشروطة.

يتمتع العاملون الصحيون الذين يعملون كنقطة اتصال أولية للنظام الصحي بمجموعة واسعة من المهارات التي تمكّنهم من الاستجابة بشكل أفضل لاحتياجات السكان وطلبات الحصول على الخدمات، أو إحالتهم إلى مستوى الرعاية المناسب لمهاراتهم إذا كانوا غير قادرين على القيام بذلك مباشرةً. وعلى هذا الأساس، أوصى الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية بأنه، في السياقات التي يؤدي فيها العاملون الصحيون المجتمعيون دور عاملين صحبيين يعملون في الخط الأمامي لتقديم الخدمات، فينبغي أن يتمتعوا بالقدرة على الاضطلاع بعدها وظائف مختلفة، مما يمكنهم من تقديم مجموعة من خدمات الرعاية الصحية الأولية ذات الأولوية. وإقراراً بأن بعض البيانات قد تتطوّر على حالات وبائية معينة أو سياقات ثقافية محددة أو متطلبات خاصة بالنظام الصحي، فإنه ينبغي أن يُنظر في إمكانية زيادة عدد العاملين الصحيين المجتمعيين المتخصصين، مع تقسيم واضح للأدوار فيما يتعلق بالعاملين الصحيين المجتمعيين متعددي الوظائف، إذا كان ذلك يتناسب مع أهداف السياسة العامة ومفيداً في تحقيق الأهداف المتعلقة بصحة السكان.

وأدى انعدام البيانات الواضحة عن فئات العاملين الصحيين المجتمعين وضرورة تكييف التدابير ذات الصلة مع السياقات القطرية، إلى اعتماد الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية لتوصية مشروطة.

7.12.3 ملخص البيانات

لم يتبيّن من الاستعراض المنهجي ([الملحق 6.12](#)) الذي تناول هذا السؤال - "في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل ينبغي للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة أن يعملوا في فريق من العاملين الصحيين المجتمعين متعدد الكوادر أم في نظام أحادي الكادر؟" (188) - ولا من عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي، وجود أية دراسات ذات صلة مباشرة بهذا السؤال يمكن أن تؤخذ في الاعتبار.

7.12.4 تفسير الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات

لاحظ الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية أن عدم توافر بيانات على سؤال السياسة العامة هذا يمكن فهمه في سياق الدراسات التي تركز عادةً على تحليل تجربة متعلقة ببرنامج أو مبادرة محددة

إن تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية بشكل فعال يمكن أن يستفيد من العمل الجماعي المتعدد التخصصات والمشترك بين التخصصات، مما يجعل المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية مرغمين على العمل في إطار فرق تعمل بشكل جيد وتفضّل توزيع أمثل للأدوار والمهام المتعلقة بالمهارات (1 و180).

ويُدرّب العاملون الصحيون المجتمعيون في كثير من الأحيان بشكل أحادي النمط على التخصص في تقديم الرعاية فيما يخص حالة مرضية واحدة، مثل مرض السكري أو فيروس العوز المناعي البشري (181 و182). وهناك أمثلة عن حالات أدّمت فيها العاملون الصحيون المجتمعيون، باستخدام أساليب مختلفة ومستويات متفاوتة من النجاح، في فرق الرعاية الأولية بهدف تقديم طائفة أوسع من الخدمات، على الرغم من أنه يتم التركيز في غالب الأحيان وبشكل أساسى على خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمرافق (183-186).

7.12.2 الأساس المنطقي للتوصية

يبّرر سؤال السياسة العامة هذا عدم توافر بيانات صالحة في كل من الاستعراض المنهجي المحدد الذي يتناول هذا السؤال، وفي عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي. وبناءً على ذلك، أصطبّر الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية للاعتماد حصرياً على البيانات غير المباشرة الناتجة عن الاستعراضات الأخرى والمصنفات الأدبية الأوسع نطاقاً، وعلى خبرات وقدرات أعضاء الفريق المعنى بالمبادئ التوجيهية.

ولاحظ الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية توافر بيانات تثبت فعالية كلا النموذجين - في النموذج الأول يضطلع أحد العاملين الصحيين المجتمعين متعدد الوظائف بمجموعة واسعة نسبياً من الوظائف، وفي النموذج الثاني يُدرّب العاملون الصحيون المجتمعيون على تقديم خدمة واحدة أو مجموعة من الخدمات الوقائية أو التعزيزية أو العلاجية أو الرعاية المتعلقة بمرض واحد أو مجموعة من الأمراض.

غير أن اعتماد نهج متكامل يركّز على الأفراد في الرعاية الصحية الأولية (187) يتطلّب تشكيل بنية القوى العاملة الصحية بحيث

فريق الرعاية الصحية الأولية الذي يضم عاملين صحبيين مجتمعين متعدد الوظائف في السياسات التي تقضي فيها الحالة الوبائية وتقدم الخدمات المحلية وتكون القوى العاملة، اعتماد خيار السياسة العامة هذا. وبالنسبة للعاملين الصحبيين المجتمعين الذين يعملون على أساس طوعي أو الذين ينتسبون إلى مجموعات المرضى بهدف تقديم خدمات للأشخاص المتضررين من نفس الحالة، يمكنهم أن يؤدوا في الكثير من الأحيان دور عاملين صحبيين مجتمعين يركزون على مجال خدمات محدد أو عدة مجالات.

7.12.5 اعتبارات التنفيذ

ينبغي أن يندرج تعريف دور العاملين الصحبيين المجتمعين ومجموعة أنماطهم ضمن منظور سياسات أوسع نطاقاً يراعي النظام الصحي وتخطيط القوى العاملة الصحية ككل. وينبغي أن يكون تغير احتياجات السكان والقوى العاملة الصحية بمثابة نقطة الانطلاق لاستكشاف خيارات السياسات التي يمكن أن تلتزم معها أنماط العاملين الصحبيين المجتمعين بشكل أفضل في سياق معين. كما ينبغي أن تراعي العملية الرامية إلى تحديد احتياجات العاملين الصحبيين المجتمعين والفرص المتاحة لهم في إطار فريق الرعاية الصحية الأولية مدى تقبلهم من جانب كل من المجتمعات المحلية التي ستقدم لها الخدمات والعاملين الصحبيين الآخرين المهنيين والمعاونين.

ويعد تعريف أدوار العاملين الصحبيين المجتمعين ومجموعة أنماطهم وظيفة تخطيط أساسية، والتي ينبغي أن ترشد بدورها العناصر الأخرى التي تشملها التوصيات الواردة في هذه المبادئ التوجيهية، بما في ذلك حجم السكان المستهدف، ومعايير الاختيار، والمتطلبات المتعلقة بالتعليم والاعتماد.

للعاملين الصحبيين المجتمعين (سواء تعلق الأمر بمبادرة وطنية أو بمشروع تجريبي صغير)، ولكن نادرًا ما تقارن بين المبادرات المختلفة بوصفها نماذج بديلة.

وهناك بيّنات على فعالية كل من العاملين الصحبيين المجتمعين الأحادي الوظيفة والعاملين الصحبيين المجتمعين متعدد الوظائف الذين يقدمون مجموعة أوسع من خدمات الرعاية الصحية الأولية. وكان الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية يدرك أيضاً أن إتقال كاهل العاملين الصحبيين المجتمعين بمجموعة غير واقعية من التوقعات قد يؤدي إلى تدهور نوعية الخدمات وتناقص العاملين بسبب الإنهال.

وسعيًا إلى دعم إرساء نموذج متكامل لتقديم الخدمات يستجيب لتوقعات السكان، رأى الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية أن الخيار التقائي المتاح لواضعى السياسات في السياسات التي يتوقع من العاملين الصحبيين المجتمعين أن يلعوا دوراً هاماً في تقديم الخدمة يتمثل في اعتماد نموذج قائم على تعدد وظائف العاملين الصحبيين المجتمعين، الذين يمكنهم فهم احتياجات المجتمع المحلي وتقديم الخدمات وفقاً لمنظور شامل ومجموعة محددة من الأدوار والمهام. وعلى العكس من ذلك، قد ينطوي النموذج الذي يعتمد حصرًا على العاملين الصحبيين المجتمعين المتخصصين على خطر تفتت خدمات الرعاية، مما قد يسفر عن ثغرات في تقديم الخدمات وعدم الفعالية.

وينبغي اعتبار العاملين الصحبيين المجتمعين المتخصصين في تنفيذ مهمة واحدة أو مجموعة محدودة من الوظائف بمثابة إضافة إلى

التوصية 13: مشاركة المجتمع المحلي

ال滂وصية 13

- توصي المنظمة باعتماد الاستراتيجيات التالية بشأن مشاركة المجتمع المحلي في سياق برامج العاملين الصحبيين المجتمعين الممارسين للخدمة:
- التشاور مع قادة المجتمع المحلي قبل بدء تنفيذ البرنامج؛
 - إشراك المجتمع المحلي في اختيار العاملين الصحبيين المجتمعين؛
 - رصد العاملين الصحبيين المجتمعين؛
 - اختيار أنشطة العاملين الصحبيين المجتمعين وتحديد أولوياتها؛
 - دعم الهياكل المجتمعية؛
 - إشراك ممثلي المجتمع المحلي في عمليات صنع القرار وحل المشاكل والتخطيط ووضع الميزانية.

درجة يقين البيانات - متوسطة. قوة التوصية - قوية.

7.13.1خلفية التوصية

يجري الاعتراف بمشاركة المجتمع المحلي ودعمها بشكل متزايد من قبل واضعى السياسات باعتبارهم عنصراً أساسياً من البرامج الصحية. وقد يشير مصطلح "المجتمع المحلي" إلى عامة السكان الذين يعيشون في منطقة جغرافية محددة (سواء كانت ريفية أو حضرية) أو إلى مجموعة فرعية محددة من السكان تحتاج إلى دعم مستهدف (مثل الأشخاص الذين يعانون من مشكلة صحية معينة أو الأمهات المرضعات). وقد اعتُبرت التدخلات

التي يشارك فيها المجتمع المحلي فعالة في تحقيق مجموعة من الأهداف ذات الصلة بالصحة، وتنطوي على أثر إيجابي على السلوكيات الصحية والتنفيذ الصحي والكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي المتصور للسكان المستضعفين (189-191).

غير أن غياب تعريف موحد ومتافق عليه (بما في ذلك تعريف المجتمع المحلي في المناطق الحضرية) والمجموعة الواسعة من الأنشطة التي تشكل مشاركة المجتمع المحلي تخلق تحديات أمام

المعني بإعداد المبادئ التوجيهية تحديد أي مخاطر أو عوائق جوهرية بالنسبة لأنشطة مشاركة المجتمع المحلي. وبناءً عليه، اعتمد الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية بالإجماع توصية قوية تقضي بإدراج مشاركة المجتمع المحلي في برامج العاملين الصحيين المجتمعين.

7.13.3 ملخص البيانات

حدد الاستعراض المنهجي (**الملحق 6.13**) بشأن السؤال - "في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل تعتبر استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي فعالة في تحسين أداء برنامج العاملين الصحيين المجتمعين واستخدامه؟" (194) - 43 دراسة مؤهلة (12 دراسة كمية و 25 دراسة نوعية و 6 دراسات تستخدم أساليب هجينة) أجريت في أقاليم منظمة الصحة العالمية الستة كافة، ولكن مع غلبة للدراسات التي أجريت في إقليمي أفريقيا وجنوب شرق آسيا، ودراسة واحدة فقط لكل من إقليم الأمريكتين والإقليم الأوروبي.

واستخدمت في الدراسات طائفة متنوعة من استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي، وانطوى العديد من الدراسات على أكثر من استراتيجية واحدة. ويعرض الجدول 5 تفصيلاً للاستراتيجيات المحددة في المصنفات الأدبية.

تفعيل مشاركة المجتمع المحلي وتقييم فعاليتها على نطاق أوسع (189 و 192 و 193). وهذا بدوره يخلق صعوبات جمة لإجراء مقارنة لمشاركة المجتمع المحلي وفعاليته ضمن مختلف الحصائل والسياسات الصحية؛ وقد تكون بعض أشكال وأدوات مشاركة المجتمع المحلي أكثر أو أقل فعالية، وذلك بحسب كل من النتيجة النهائية الواجب تحقيقها والسكان وسياق الهيكل الاجتماعي. وضافة إلى ذلك ثمت مخاطر معروفة في أن تحصل بعض الجماعات المهتمة أو أفراد يسعون إلى تحقيق صالح شخصية على أصوات أحد المجتمعات المحلية.

7.13.2 الأساس المنطقي للتوصية

نظر الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية في فوائد ومساوى إدراج الأنشطة المتصلة بمشاركة المجتمع المحلي في برامج العاملين الصحيين المجتمعين. واتفق أعضاء الفريق بالإجماع، استناداً إلى البيانات المتوفرة لديهم وخبرتهم الشخصية، على أن مشاركة المجتمع المحلي تشكل تدخلاً صحيحاً رئيسياً للمجتمع المحلي ينبغي إدراجه في التدريب العملي للعاملين الصحيين المجتمعين وأنشطتهم.

ورأى فريق الاستعراض المنهجي أن درجة يقين البيانات متوسطة، غير أن الآثر المحتمل، بما في ذلك على الحد من أوجه عدم المساواة، يكتسي أهمية بالغة. وعلاوة على ذلك، لم يتمن للفريق اختيار العاملين الصحيين المجتمعين.

الجدول 5: فئات استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي

استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي	
التشاور ما قبل التدخل	التشاور مع قادة المجتمع المحلي قبل بدء تنفيذ البرنامج
اجتماعات لتوسيع المجتمع المحلي بتدخل وشيك، بقيادة قادة المجتمع المحلي أو أعضائه	إثراء المجتمع المحلي في وضع معايير توظيف العاملين الصحيين المجتمعين
اختيار العاملين الصحيين المجتمعين	إثراء المجتمع المحلي في تعين أعضائه في الوظائف الخاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين
تدريب العاملين الصحيين المجتمعين	إثراء المجتمع المحلي في اختيار وتوظيف العاملين الصحيين المجتمعين
تنفيذ برنامج العامل الصحي المحلي	إثراء أفراد المجتمع المحلي أو المنظمات الذين وقع الاختيار عليهم في إعداد التدريب الخاص بالعاملين الصحيين المجتمعين
تسجيل أفراد المجتمع المحلي بوصفهم أعضاء في هيئة تنظيمية/ تعاونية مرتبطة بتدخل العاملين الصحيين المجتمعين	إثراء أفراد المجتمع المحلي في الجهود الرامية إلى استبقاء العاملين الصحيين المجتمعين
إنشاء لجان صحية من أفراد القرى للإشراف على المشاريع والعاملين الصحيين المجتمعين	إثراء المجتمع المحلي في تنفيذ عمليات التدخل
تقييم مشروع العاملين الصحيين المجتمعين والإشراف عليه	تقييم مشروع العاملين الصحيين المجتمعين والإشراف عليه
إشراك أفراد المجتمع المحلي في عمليات اتخاذ القرارات وتحسين النوعية والتقييم، على سبيل المثال، اجتماعات التقييم التشاركية	إشراك أفراد المجتمع المحلي في عمليات اتخاذ القرارات وتحسين النوعية والتقييم، على سبيل المثال، اجتماعات التقييم التشاركية

البرامج. وأشارت العديد من الدراسات النوعية على وجه التحديد إلى الأثر السلبي للعقبات أمام إرساء عمليات اختيار عادلة ونزيفة للعاملين الصحيين المجتمعين على أداء هؤلاء العاملين الصحيين المجتمعين والاستفادة منهم؛ ويبدو أن لديها أثر داخلي يتمثل في تقويض التزام ورضا العاملين الصحيين المجتمعين، وأثر خارجي يتمثل في تقويض ثقة المجتمع المحلي في العاملين الصحيين المجتمعين وفي برامجهم. وهكذا، فقد أقحمت 10 دراسات قادة المجتمع المحلي في اختيار العاملين الصحيين المجتمعين وتوظيفهم، إلا أن ذلك يمكن تفسيره على أنه تدخل لا يمت بصلة لمشاركة أفراد المجتمع المحلي في عملية اختيار العاملين الصحيين المجتمعين (11 دراسة) – على الرغم من أن بعض الدراسات أفادت بوقوع الحالتين معاً. وقد برزت بيانات حذرة بخصوص احتمال أن تثير آلية مشاركة المجتمع المحلي التوتر مع السلطات المحلية وأصحاب المصلحة الآخرين وفيما بينهم.

وأخيراً، حدد الاستعراض المنهجي بيانات توحى بأن استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي تدعم تعزيز الإنفاق في مجال الصحة، ويتجلّ ذلك في تحسّن الحصائر الصحية للأطفال والأم بين الفئات السكانية الضعيفة ذات الدخل المنخفض، والآثار المفيدة لاستراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي في برامج العاملين الصحيين المجتمعين المصممة خصيصاً للفئات السكانية الضعيفة (مثل الأقليات العرقية والمهاجرين والقراء والمجتمعات الريفية) التي تعاني من تفاوت في مستويات الصحة.

وأظهرت عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي أن الاندماج في المجتمع المحلي يشكل عاملاً هاماً للاحفاظ بالعاملين الصحيين المجتمعين وتحفيزهم وتحسين أدائهم ومساعتهم ودعهم، ومن ثمّ، تقبّلهم من جانب المجتمع المحلي واصطلاعهم بعملهم المتعلق بالصحة. وقد حدّدت هذه العملية أربعة استعراضات قامت بتوثيق نهج محددة لتشجيع الاندماج في المجتمع المحلي (17 و 51 و 87 و 124):

- إشراك أفراد المجتمع المحلي في اختيار العاملين الصحيين المجتمعين من الأفراد المحترمين والموثقين على المستوى المحلي؛
- أن يكون لدى أفراد المجتمع المحلي فهم واضح وتوقعات معقولة للعاملين الصحيين المجتمعين الذين يقدمون لهم الخدمات؛
- رصد المجتمع المحلي للعاملين الصحيين المجتمعين؛
- ملكية المجتمع المحلي لبرنامج العاملين الصحيين المجتمعين؛
- إشراك المجتمع المحلي في اختيار أنشطة العاملين الصحيين المجتمعين وتحديد أولويات عملهم؛
- دعم النظام الصحي للعاملين الصحيين المجتمعين من خلال الإشراف والإمداد والمساعدة، مما يساهم بدوره في الحفاظ على ثقة المجتمع المحلي في العاملين الصحيين المجتمعين.

وتثبت البيانات أن استراتيجيات إشراك المجتمع المحلي قد تكون فعالة في تحسين أداء العاملين الصحيين المجتمعين والاستفادة منهم. وأشارت معظم الدراسات الكمية والنوعية والتي تستخدم أساليب هجينة إلى أن مجموعة من الاستراتيجيات المتعلقة بمشاركة المجتمع المحلي كان لها تأثيرات مفيدة على نواتج أداء العاملين الصحيين المجتمعين، بما في ذلك من حيث تحفيزهم والتزامهم ورضاهم استبقائهم (39 و 134 و 195 و 206).

وتبين أيضاً أن الاستراتيجيات المتعلقة بمشاركة المجتمع المحلي كان لها أثر مفيد على نتائج أداء العاملين الصحيين المجتمعين، بما في ذلك ثقة المجتمع في العاملين الصحيين المجتمعين والوعي المجتمعي، ودعم برامج العاملين الصحيين المجتمعين والشعور بملكيتها. وأشارت ثلاثة تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية إلى أن استراتيجيات المتعلقة بمشاركة المجتمع المحلي كانت فعالة في زيادة تأثير برنامج العاملين الصحيين المجتمعين على السكان، وكلها في مجال الحصائر الصحية المتعلقة بالأم والطفل في المجتمعات الريفية للبلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل (70 و 71 و 207).

وقد جرى تنفيذ بعض هذه الاستراتيجيات المتعلقة بمشاركة المجتمع المحلي قبل إعداد البرنامج ونشره، بما في ذلك أثناء عملية التشاور مع قادة المجتمع المحلي قبل بدء تنفيذ البرنامج (43 و 208-212) والمجتمعات الريفية إلى توعية المجتمع المحلي بتدخل وشيك بقيادة قادة المجتمع المحلي أو أعضائه (215-213). ونفذت خلال جميع مراحل البرنامج استراتيجيات أخرى ترمي إلى إشراك أفراد المجتمع المحلي في عملية التنفيذ (221-216) أو في شكل تقييم لبرنامج العاملين الصحيين المجتمعين والإشراف عليه بصورة مستمرة (225-222).

وفي جميع الدراسات، كانت مشاركة المجتمع المحلي في اختيار وتعيين العاملين الصحيين المجتمعين (انظر أيضاً التوصية 1) أكثر الاستراتيجيات شيوعاً من بين جميع الاستراتيجيات المتعلقة بمشاركة المجتمع المحلي، وقد تبيّن من خلال دراسات عديدة أنها عامل يساعد على تحسين أداء العاملين الصحيين المجتمعين والاستفادة منهم (46 و 133 و 230-226).

وقد برزت استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي أيضاً بكونها تعكس مستويات مختلفة من السلطة المخولة لأفراد المجتمع المحلي، على الرغم من أنه من الصعب تقييم هذا البعض استناداً إلى الوصف الوارد في غالبية الدراسات. وتوحى بعض البيانات المحدودة بأن معالجة أوجه التراتب الهرمي الاجتماعي والجنساني الحالي ومراعاة أوجه قصور نظام الرعاية الصحية قد يعزز فعالية استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي في برامج العاملين الصحيين المجتمعين. وتشمل العوائق الاجتماعية والهيكلية التي قد تعرقل أو تقوض فعالية مشاركة المجتمع المحلي في تحسين أداء برنامج العاملين الصحيين المجتمعين الشعور بوصمة العار والقرف وتهميشه المرأة والافتقار إلى الرعاية الصحية والقيود المفروضة على تمويل

إلى تعزيز علاقات القوة غير المتكافئة وعزل المجتمعات المحلية. وبناءً عليه، ينبغي النظر في إمكانية السعي بصورة استباقية إلى ضمان مشاركة واسعة، شاملةً جميع مكونات المجتمع المحلي، وأن ينطوي ذلك على أنشطة محددة تستهدف الفئات المحرومة.

- في حالة الأمراض شديدة الوصم (مثل فيروس العوز المناعي البشري)، قد تشكل التدخلات التي يشارك فيها المجتمع المحلي تهديدات محتملة يمكن أن تؤدي إلى الإفصاح عن حالة شخص ما عن غير قصد في المجتمعات المحلية (على سبيل المثال، توجيه الانتباه إلى فيروس العوز المناعي البشري داخل الأسرة). وينبغي تكيف استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي لضمان عدم التمييز ضد المجموعة المستهدفة نتيجة النشاط المنفذ. ومن أجل تجنب التمييز، قد يكون دمج استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي الرئيسية في العمل المعتمد للعاملين الصحيين المجتمعين أمراً ضرورياً في بعض الحالات.
- قد تزيد استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي من استخدام برنامج العاملين الصحيين المجتمعين والفوائد المتوقعة إلى حد يفوق قدرات البنية التحتية الصحية المتاحة. وينبغي تخطيط الاستثمارات في برنامج العاملين الصحيين المجتمعين التي تتضمنها على استراتيجيات متعلقة بمشاركة المجتمع المحلي في إطار نهج شامل ومتشاركي يرمي إلى تعزيز النظام الصحي على مستوى المجتمع المحلي. وتؤكد هذه التحديات على أهمية تكيف السياسات المتعلقة بمشاركة المجتمع المحلي مع برامج العاملين الصحيين المجتمعين باعتبارها شكلاً من أشكال التدخل الصحي، وعلى أهمية تقييم مدى التباين المحتمل في فعالية مشاركة المجتمع المحلي في برنامج العاملين الصحيين المجتمعين وفقاً للأحوال الصحية والسكان وسياسات هذه البرامج.

وحددت عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي أيضاً استعراضاً واحداً يوحى باحتمال وقوع توترات بين المجتمع المحلي والنظام الصحي جراء إدماج العاملين الصحيين المجتمعين في المجتمع المحلي (231).

وأظهر استقصاء تصورات أصحاب المصلحة أن استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي تحظى بدرجة عالية من المقبولية والجودي.

7.13.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات

رأى الفريق المعني بالمبادئ التوجيهية أن مشاركة المجتمع المحلي تشكل أولوية في برامج العاملين الصحيين المجتمعين. غير أنه اعتبر أن تنوع استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي يعني أن مخططي البرامج وواعدي السياسات ينبغي أن يولوا اهتماماً خاصاً لمجموعة الخيارات المتاحة. وينبغي لوااعدي السياسات والمخططين أن يعتمدوا الخيارات الأكثر صلة بمناطق وطبيعة برنامج العاملين الصحيين المجتمعين قيد النظر. وناقش الفريق المعني بالمبادئ التوجيهية مختلف الاستراتيجيات المتعلقة بمشاركة المجتمع المحلي، التي تستند إلى قواعد بيانات والمدرجة في التوصية النهائية.

7.13.5 اعتبارات التنفيذ

كشف الاستعراض المنهجي عن مجموعة واسعة من استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي بمختلف أنواعها ووحدتها ونطاقاتها، مما يوحى بإمكانية تنفيذ هذه التدخلات. غير أنه حدد أيضاً دراسات نوعية تشير إلى التحديات المحتملة التي تستدعي اعتماد استراتيجيات محددة للتحقيق من المخاطر.

- قد يفرض أصحاب المصلحة المحاولات الرامية إلى تنفيذ استراتيجيات مشاركة المجتمع المحلي خلال عملية اختيار وتعيين العاملين الصحيين المجتمعين، مما يؤدي

التصنيفية 14. تعبئة الموارد المجتمعية

التصنيفية 14

- تقترح المنظمة أن يساهم العاملون الصحيون المجتمعيون في تعبئة الموارد المجتمعية على نطاق أوسع من أجل الصحة من خلال:
- تحديد المشاكل الصحية والاجتماعية ذات الأولوية ووضع خطط عمل مقابلة مع المجتمعات المحلية وتنفيذها؛
 - تعبئة الموارد المحلية ذات الصلة التي تمثل مختلف أصحاب المصلحة والقطاعات ومنظمات المجتمع المدني والمساعدة على تنسيقها من أجل التصدي للمشاكل الصحية ذات الأولوية؛
 - تيسير مشاركة المجتمع المحلي في تقييم ونشر البيانات المجتمعية الروتينية ونتائج التدخلات على نحو شفاف؛
 - تعزيز الروابط بين المجتمع المحلي والمرافق الصحية.

درجة يقين البيانات - ضعيفة جداً. قوة التوصية - مشروطة.

7.14.1 خلفية التوصية

وأشارت إحدى الدراستين في عينة من العاملين على المستوى الوطني (239) إلى حجم أنشطة التعبئة التي نفذها العاملون الصحيون المجتمعيون الذين تلقوا تدخلاً من أجل التدريب على القيادة في مجال الصحة، حيث خلصت إلى أن العاملين الصحيين الذين شاركوا في التدريب الذاتي أفادوا بأنهم لعبوا "دور عامل التغيير" على مستوى أعلى بكثير في إطار أنشطة تعبئة متعددة مقارنةً بالعاملين الصحيين المجتمعين غير المدربين. فعلى سبيل المثال، كان الاحتمال أكبر لدى العاملين الصحيين المجتمعين المدربين في التصريح بما يلي مقارنةً بالعاملين الصحيين المجتمعين غير المدربين:

- أشرك العاملون الصحيون المجتمعيون أفراد المجتمع المحلي بغرض تحديد الأشخاص الذين يؤثرون في التغيير؛
 - كان للتدخلات المجتمعية تأثير على المعايير الصحية والاجتماعية المحلية؛
 - شارك كل من العاملين الصحيين المجتمعين والمجتمع المحلي في الجهود الرامية إلى تحقيق الاستدامة.
- غير أن العاملين الصحيين المجتمعين غير المدربين لم يكونوا أكثر احتمالاً من العاملين الصحيين المجتمعين غير المدربين للتصرير بأنهم أشروا المجتمع المحلي في الجهود الأولية الرامية إلى التعرف على المشكلة.

واستخدمت الدراسة الأخرى (240) بيانات إثنوغرافية لدراسة برنامج العاملين الصحيين المجتمعين من خلال إجراء مقارنة بين فترتين من الزمن: أولاً، عندما تم تنفيذه في البداية من جانب منظمة غير حكومية بواسطة العاملين الصحيين المجتمعين الذين لعبوا دوراً في تعبئة المجتمع المحلي؛ وثانياً، بعد نقل مهام إدارة التدخل إلى الحكومة، وإعادة تعريف دور العاملين الصحيين المجتمعين ليصبحوا متخصصين من الأقران. وقد أدى تبدد دور تعبئة المجتمع المحلي إلى تقويض مصداقية العاملين الصحيين المجتمعين لدى المجتمع المحلي وفقدان التحفيز.

وصنف فريق الاستعراض المنهجي درجة يقين البيانات بصفة عامة على أنها ضعيفة للغاية.

ولم تتعذر عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي على أي استعراضات ذات صلة مباشرة بسؤال السياسة العامة هذا.

وأظهر استقصاء تصورات أصحاب المصلحة أن أنشطة العاملين الصحيين المجتمعين المتعلقة بتبعة موارد المجتمع المحلي مقبولة وممكن تتنفيذها.

7.14.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيانات وغيرها من الاعتبارات

إن الفقر إلى التحديد الدقيق بشكل عام فيما يتعلق بدور العاملين الصحيين المجتمعين في تعبئة المجتمعات المحلية يخلق صعوبات في تحديد الأنشطة التي تدرج ضمن مفهوم "التعبئة". ولأغراض هذه المبادئ التوجيهية، تُفسّر عبارة "التعبئة" على أنها عملية ذات

غالباً ما يكون العاملون الصحيون المجتمعيون أعضاء في المجتمعات المحلية التي يخدمونها، وبالتالي لديهم معرفة وخبرة واسعتين بثقافات ولغات هذه المجتمعات (232). ونظراً لمعرفة العاملين الصحيين المجتمعين الواسعة بالنظم المحلية، فإنهم يوجدون في موقف فريد يمكنهم من أن يكونوا بمثابة عوامل تغيير من خلال تعبئة المجتمعات المحلية والموارد الإضافية للعمل من أجل معالجة القضايا الصحية. ولقد قام المؤلفون السابقون بتصور دور العاملين الصحيين المجتمعين باعتبارهم "عوامل التغيير وتمكن الأفراد ومجتمعاتهم المحلية وأنفسهم" (233).

تبعة المجتمع المحلي هي عبارة عن عملية لإثارة وعي المجتمع المحلي بمشكلة ما وإشراكه في تحديد الموارد الازمة وتفعيلها وقيادة الجهود من أجل التصدي لها. وطالما تم الاعتراف بتبعة المجتمع المحلي كاستراتيجية حاسمة لتحسين الحصول الصحي، وهناك مجموعة واسعة من المصنفات الأدبية تثبت فعالية التعبئة فيما يتعلق بمجموعة من القضايا الصحية (237-234). ويوجد العاملون الصحيون المجتمعيون بصفة خاصة في مركز فريد لإشراك المجتمعات المحلية وقيادة الجهود الرامية إلى تعبئة المجتمع المحلي من خلال تحديد موارد إضافية من أجل الصحة وتوظيفها، والعمل مع المجتمعات المحلية على تحديد الأولويات الصحية، وتبعة أصحاب المصلحة الرئيسيين. غير أن الاستعراضات السابقة للمصنفات الأدبية التي نظرت في المهام التي يضطلع بها العاملون الصحيون المجتمعيون لم تقم سوى ببيانات قليلة على تصور هؤلاء كجهات معنية بالتعبئة المجتمعية (17).

7.14.2 الأساس المنطقي للتوصية

لاحظ الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية أن البيانات التي تم العثور عليها في هذا السؤال توحى، دون تقديم بيانات قاطعة، بإمكانية أن يكون دور العاملين الصحيين المجتمعين دوراً إيجابياً في حشد موارد المجتمع من أجل الصحة. ولم يكشف استعراض البيانات ومناقشات الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية عن أي مخاطر معروفة أو نظرية ناجمة عن مثل هذه الأنشطة. وبما أن البيانات كانت محدودة للغاية من حيث كميتها ونطاقها، وتتميز بدرجة ضعيفة للغاية من اليقين فيما يتعلق بالآثار، اعتمد الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية توصية مشروطة باعتماد خيار السياسة العامة قيد النظر.

7.14.3 ملخص البيانات

حدد الاستعراض المنهجي (الملحق 6.14) بشأن السؤال - "في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين، هل ينبغي للعاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة أن يحشدوا موارد مجتمعية على نطاق أوسع من أجل الصحة أم لا؟" (238) - دراستين (واحدة كمية والأخرى نوعية) أجريتا في الهند والولايات المتحدة، بوصفهما مؤهلتين لتوخذنا في الاعتبار.

السريرية. وكى يتسى للعاملين الصحيين المجتمعين تصميم وتنفيذ مهام تعبئة المجتمع المحلى بشكل استباقي، يجب عليهم أن يثبتوا مهاراتهم القيادية وقرتهم على دعم التعاون الاستراتيجي بين المجتمعات المحلية وأصحاب المصلحة. وفي معظم الحالات، يؤيدى العاملون الصحيون المجتمعيون هذه المهام من خلال المساهمة فى الجهود الأوسع التي تبذلها فرق الرعاية الأولية المتعددة التخصصات

اتجاهين لتمكين المجتمعات المحلية من اتخاذ إجراءات من أجل الصحة، وبالتالي فإنه يتظر إلى مشاركة المجتمع المحلي باعتبارها معياراً أساسياً (241 و242). وقد جعلت البيانات القليلة الناجحة عن ذلك الاستنتاجات التي يمكن استخلاصها محدودة. وبناءً عليه، تستند هذه التوصية إلى حد كبير إلى وجهة نظر الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية بشأن الفوائد المحتملة لإشراك العاملين الصحيين المجتمعين في الجهود الرامية إلى تعينة المجتمع المحلي.

ولتنفيذ أنشطة تعبئة المجتمع المحلي تنفيذاً ناجحاً، لابد من إقامة علاقات تعاونية مع القادة المحليين والسلطات المحلية واعتراف الفئات الأخرى من العاملين الصحيين بالدور الذي يؤديه العاملون الصحيون المجتمعون في هذا المجال.

7.14.5 اعتبارات التنفيذ

تشير البيانات المستقاة من الدراستين إلى أن أنشطة تعبئة المجتمع المحلي تتطلب مجموعة من المهارات الفريدة تختلف اختلافاً هو هر يأ عن تلك المتصلة بتقديمه خدمات تعزيز الصحة والخدمات

الوصة 15. توافر الامدادات

الوصية 15

تفقر المنظمة استخدام الاستراتيجيات التالية لضمان توافر السلع الأساسية والمواد الاستهلاكية بقدر كاف وضمان الجودة والتخزين وإدارة النفايات علم، نحو سليم في سيارة، برامج العاملين الصحيين المجتمعين:

- الاندماج في سلسلة الإمدادات الصحية الشاملة؛
 - التبليغ الكافي، والإشراف، والتعويض، وإدارة بيئة العمل، والتدريب وتقديم التعليقات بشكل مناسب، وتنظيم اجتماعات لتحسين أداء الفريق؛
 - توافق الصحة المعتمدة على تكنولوجيا الهاتف المحمول لدعم مخنف وظائف سلسلة الإمداد.

دورة بقلم البنات - ضعيفة قوة التوصية - مشروطة

مختصر، البنات 7.15.3

حدد الاستعراض المنهجي (**الملحق 6.15**) الذي أجري بشأن السؤال -“في سياق برامج العاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة، ما هي الاستراتيجيات التي ينبغي اتباعها لضمان توافر السلع الأساسية والمواد الاستهلاكية بقدر كافٍ، وعلى حساب أي استراتيجيات أخرى؟” (243) - دراستين كميتين وسعي دراسات تستخدم أساليب هجينة يوصفها مؤهلة لتوظيفها في الاعتبار، وقد أجريت جميعها في ستة بلدان واقعة في أفریقيا جنوب الصحراء الكبرى.

وفيما يلي العوامل المرتبطة بتحسين نظم الإمداد استناداً إلى الدراسات المشمولة:

خلفة التوصية 7.15.1

تؤثر اختلافات سلسلة الإمداد على وصول العاملين الصحيين المجمعين إلى الإمدادات والأدوية الأساسية، مما يجعل السكان الضعفاء المستفيدين من الخدمات أكثر عرضة للخطر. إن سوء إدارة سلسلة الإمداد، بما في ذلك محدودية أو انعدام مراقبة المخزونات أو التنبؤ بها، يعني أنه حتى وإن كانت الأدوية متوفرة مركزياً، قد يكون هناك نفاذ في المخزون بصورة متكررة على مستوى المجتمع المحلي. وقد اعتمدت استراتيجيات مختلفة لتحسين تدريب العاملين الصحيين المجمعين وتجهيزهم من أجل ضمان توافر الإمدادات. ولكن، على الرغم من اعتماد استراتيجيات مختلفة من أجل تحسين إمداد المخزون، إلا أن ثمة العديد من التحديات، مثل بعد المجتمع المحلي وإدارة البيانات بصورة غير منتظمة.

7.15.2 الأساس المنطقي للتوصية

- **الإشراف الملاحم.** لوحظ أن المشرفين لديهم واجبات إضافية تشمل استعراض سجلات العاملين الصحيين المجتمعين وتدقيق مخزونات العاقير من أجل التأكد من إعادة تشكيل الإمدادات بصورة روتينية وكافية. ويساعد ذلك على تعزيز كفاءات العاملين الصحيين المجتمعين فيما يتعلق بتعاطي المخدرات (244).

- **ضمان صحة الوصفات.** إن توافر وصفات ملائمة يساهم في تحسين دقة وموثوقية عملية إعادة إمداد العاملين الص比يين المجتمعين بالعاققير (244).

7.15.4 تفسير الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية للبيات وغيرها من الاعتبارات

أقرّ الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية بأن توفر سلسلة إمداد فعالة لدى العاملين الصحيين المجتمعين كان من بين العوامل الحاسمة التي تشكل شرطاً مسبقاً لتقديم الخدمات بشكل فعال. وأشار أيضاً إلى أن المصنفات الأدبية المحددة لم تتناول مسألة إدارة النفايات. ورأى الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية أن توسيع نطاق سلسلة الإمداد الوطنية لتشمل برامج العاملين الصحيين المجتمعين (بدلاً من إنشاء برنامج مستقل منفصل) يمثل عنصراً أساسياً لضمان تكامل النظام الصحي واستدامته.

7.15.5 اعتبارات التنفيذ

من أجل ضمان تنفيذ الاستراتيجيات المحددة تتفيداً مناسباً وتفادي التجزؤ إلى سلاسل إمداد متوازية متنافسة، ينبغي أن تدرج السلع الأساسية للعاملين الصحيين المجتمعين ذات الصلة في خطة الإمداد الوطنية بالمستحضرات الصيدلانية أو في إحدى خطط سلسلة الإمداد الوطنية المقابلة. وهناك اختلاف في الآليات تجديد واستبدال معدات العاملين الصحيين المجتمعين وإمداداتهم، ولكن ينبغي لأي نظام وطني لتوزيع السلع الأساسية أن يستجيب لاحتياجات العاملين الصحيين المجتمعين في الميدان، استناداً إلى بيانات وتتبؤات موثوقة.

وقد يكون تزويد العاملين الصحيين المجتمعين بأدوات إدارة المخزون المبسطة والأدوات البصرية المساعدة على العمل التي تراعي المستويات المنخفضة من الإلامام بالقراءة والكتابة والمنطقية على حد أدنى من نقاط البيانات مفيدةً لتسهيل تسجيل البيانات وتخزينها (بما في ذلك حفظ الإمدادات القابلة للتلف عند درجة الحرارة الصحيحة) بشكل ملائم، ورسم خرائط الإنذار المبكر وإعادة الإمداد ورصدهما.

وعلاوة على الكفاءات التشخيصية والسريرية اللازمة لإصدار وصفات صحيحة، ينبغي أن يشمل منهج التعليم السابق للخدمة الخاص بالعاملين الصحيين المجتمعين سعة التخزين الأساسي والتخزين وضمان الجودة وإدارة نفايات الأدوية والإمدادات الأساسية، بما في ذلك العناصر الأساسية للسلامة الشخصية عند مناولة الإمدادات الخطرة (مثل الوقاية من الإصابة الناجمة عن زرق الإبر).

• **تقارير منتظمة.** جُدد مخزون العاملين الصحيين المجتمعين من العقاقير بصورة أكثر انتظاماً كلما قدموا تقارير شهرية عن العقاقير في الوقت المحدد مقارنة بأولئك الذين لم يقدموا التقارير في الوقت المحدد أو لم يقدموا أي تقارير على الإطلاق (245 و246).

• **توفّر أدوات التشخيص.** أدى توفّر أدوات التشخيص لدى العاملين الصحيين المجتمعين أيضاً إلى تحسين عملية إعادة الإمداد بالعقاقير (247).

وشملت الاستراتيجيات الأوسع نطاقاً التي عُرفت في هذه الدراسات باعتبارها عوامل مساعدة لتحسين توفّر السلع الأساسية والإمدادات كلاً من التعويض الكافي، وتقديم التدريب والتعليمات التقييمية على نحو مناسب، وتنظيم اجتماعات بغرض تحسين نوعية الفريق، وإرساء بيئة عمل تمكينية.

وأظهرت البيانات المستمدّة من العديد من الدراسات التي تستخدّم أساليب هجينة أن الصحة المعتمدة على تكنولوجيا الهاتف المحمول مدعاومة بشكل جيد من جانب العاملين الصحيين المجتمعين ويستخدمونها بشكل فعال. وقد أدت النظم القائمة على الهاتف المحمول إلى تحسين الاتصالات، وتعزيز إدارة سلسلة الإمداد، وإتاحة تقاسم الأدوية بين العاملين الصحيين المجتمعين (248 و249). ولوحظ أيضاً أن الصحة المعتمدة على تكنولوجيا الهاتف المحمول تساهّم في إصدار التقارير بسرعة أكبر وبشكل أوفى، وفي الإشراف على العاملين الصحيين المجتمعين (155 و177 و250). وصنف فريق الاستعراض المنهجي درجة يقين البيانات بصفة عامة على أنها ضعيفة.

وأثّرت عملية إعادة النظر في الاستعراضات بشكل منهجي على بيانات توحّي بأن توفير الدعم اللوجستي والإمدادات (مثّل العقاقير والمواد التعليمية) بشكل منتظم أمر ضروري للحفاظ على فعالية برنامج العاملين الصحيين المجتمعين وإنتجاته واحترام المجتمع المحلي لهؤلاء العاملين. وبالإضافة إلى ذلك، تبيّن أن الصحة المعتمدة على تكنولوجيا الهاتف المحمول قد تكون أداة عمل ذات قيمة عالية يمكن استخدامها في تسجيل الآثار الضارة للعقاقير وتأكيد كميات الجرعات وتحسين المعرفة الطبية (13 و17 و124 و251 و253).

وأظهر استقصاء تصورات أصحاب المصلحة أن العديد من الاستراتيجيات الرامية إلى تعزيز سلسلة إمداد العاملين الصحيين المجتمعين مقبولة وممكنة على حد سواء، باستثناء استخدام وسائل التواصل الاجتماعي كأداة مساعدة على التوزيع، والذي صُنفت مقبوليته وجدواه على أنها أكثر اتساماً بـ عدم التيقن.

8

أولويات البحث وتحديث المبادئ التوجيهية

المجتمعين وأدائها، ولا تشير إلى قاعدة البيانات بشأن فعالية العاملين الصحيين المجتمعين في تنفيذ تدخلات محددة لأغراض وقائية أو تعزيزية أو علاجية أو رعائية.

وبشكل عام، أظهرت أنشطة البحث التي نفذت في بعض المجالات بهدف دعم هذه المبادئ التوجيهية غياباً شبه مطلق للبيانات (على سبيل المثال، فيما يتعلق بالشهادات أو العقود والسلام الوظيفية للعاملين الصحيين المجتمعين، ومجموعة الأنماط المناسبة وحجم السكان المستهدف). غير أنه في معظم مجالات السياسات التي جرى النظر فيها، هناك بعض البيانات (الجوهرية في بعض الحالات) التي ثبتت فعالية الاستراتيجيات الواسعة (مثل التعليم القائم على الكفاءة والإشراف الداعم ودفع أجر نظير العمل). بيد أن هذه البيانات ليست مفصلة بما يكفي للسماح بالتوسيع بأشكال محددة من هذه التدخلات مثل نهج التعليم أو استراتيجيات الإشراف أو حزم الحوافز المالية وغير المالية التي تعتبر الأكثر الفعالية أو أكثر فعالية من غيرها. وهناك اعتبارات شاملة أخرى تتمثل في غياب التقييمات الاقتصادية لمختلف التدخلات قيد النظر وأهمية تتبع فعالية السياسات بمرور الوقت من خلال دراسات طويلة طويلة الأجل.

بُذلت كل الجهود الممكنة لضمان أن تستند توصيات السياسة العامة الواردة في هذه المبادئ التوجيهية إلى تقييم حديث للبيانات المنشورة، مكملاً بتقييمات الجدوى والمقبولية. وبشكل عام، غير على بيانات بشأن تقييم توصيات متصلة بالسياسة العامة في معظم المجالات. غير أنه في العديد من الحالات، أظهرت الاستعراضاتمنهجية ثغرات هامة في نطاق البيانات ودرجة يقينها، مما يتيح فرصة لبيان الأولويات بایجاز فيما يتعلق ببرنامج عمل معنی بإجراء البحوث في المستقبل بشأن العاملين الصحيين المجتمعين.

وقد استمدت أولويات البحث المعروضة في هذه الوثيقة أساساً من الاستعراضات المنهجية وإعادة النظر في الاستعراضات المنهجية التي أجريت في المجالات المندرجة في نطاق المبادئ التوجيهية للعاملين الصحيين المجتمعين. ونظم تحديد أولويات احتياجات البحث المتعلق بالعاملين الصحيين المجتمعين قدر الإمكان لضمان تماشيه بصورة موضوعية مع المجالات المندرجة في نطاق المبادئ التوجيهية للعاملين الصحيين المجتمعين، مع مراعاة عامل الملاءمة والسياق. وعلى غرار المبادئ التوجيهية، فإن أولويات البحث المحددة تتعلق حسراً بالسياسات الشاملة والعوامل المساعدة على تحسين تصميم برامج العاملين الصحيين

8.1 الاختيار والتعليم والشهادات

وبالنظر إلى التباين الموجود في حجم تدريب العاملين الصحيين المجتمعين ونوعيته ومدته في مختلف السياقات، لابد من إجراء المزيد من البحث لتقييم مستويات التعليم المثلث اللازم للقيام بمهام العاملين الصحيين المجتمعين بفعالية. ومن الضروري السعي إلى اعتماد دراسات تستخدم أساليب هجينة، بما في ذلك

تحسين استراتيجيات اختيار العاملين الصحيين المجتمعين، لابد من إجراء المزيد من الأبحاث التي تقييم بصورة محددة معايير التوظيف الأكثر فعالية لتحقيق مخرجات وحسابات أفضل. ومن الضروري أيضاً أن يُنظر بقدر عال من الدقة فيما إذا كان اختيار المجتمع المحلي يساهم في تحسين للمخرجات والحسابات وكيف يتم ذلك.

العمل تجمع بين عرض الممارسات والمراقبة والتقييم والإشراف من جانب خبير.

ومن الضروري إجراء المزيد من البحوث لنقييم أثر منح شهادات رسمية للعاملين الصحيين المجتمعين الذين تلقوا التدريب السابق للخدمة على النتائج الحاسمة الأهمية. وينبغي أن تشمل هذه الدراسات عنصراً نوعياً يهدف إلى فهم الجوانب السلبية المحتملة للشهادات الرسمية، مثل التكاليف والأعباء الإدارية. ولابد أيضاً من إجراء دراسات لاختبار فعالية العاملين الصحيين المجتمعين الأحادي الوظيفية مقارنة بالعاملين الصحيين المجتمعين متعددي الوظائف.

استخدام تصاميم عاملية تتيح اختبار الأثر النسبي لطائفة من أحجام ومدد التدريب. وينبغي تقييم النتائج على أساس كفاءة العاملين الصحيين المجتمعين وفعاليتهم.

وفيما يتعلق بمناهج التدريب السابق للخدمة الخاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين، ينبغي إجراء دراسات لنقييم أثر اختلاف مستويات (محددة مقابل واسعة) وأساليب التدريب القائم على الكفاءة على خبرة العاملين الصحيين المجتمعين وأدائهم، وعلى النتائج على مستوى السكان والمرضى. ولابد من إجراء بحوث نوعية تقيس بشكل مباشر التجارب المقارنة للعاملين الصحيين المجتمعين الذين يتلقون تدريباً أساسياً قائماً على الكفاءة. كما ينبغي إجراء دراسات بشأن فعالية التدريب غير التقليدي أثناء

8.2 الإدارة والإشراف

المالية وغير المالية تسهم في تحسين أداء العاملين الصحيين المجتمعين وتوظيف الموارد. وينبغي أن تشمل الدراسات البحثية المتعلقة بالعقود الرسمية للعاملين الصحيين المجتمعين مساهمة الاتفاques والعقود الرسمية في تحسين ظروف العمل والأداء في مجال الصحة المجتمعية. وفيما يتعلق بإمكانية فرص الترقى في السلم الوظيفي للعاملين الصحيين المجتمعين، لابد من إجراء المزيد من الدراسات الاستطلاعية لتسهيل الفهم الأساسي تحضيراً لإجراء دراسات متقدمة وبذل الجهود من أجل استخراج البيانات.

لابد من إجراء مزيد من البحوث بشأن مختلف توليفات استراتيجيات الإشراف الداعمة للعاملين الصحيين المجتمعين. وينبغي أن تشمل هذه الدراسات تحديد آليات المراقبة المُثلى لتتبع أداء العاملين الصحيين المجتمعين، كما ينبغي أن تبحث أثر حجم السكان على أداء العاملين الصحيين المجتمعين وأن تقييم التواتر الأمثل للإشراف على العاملين الصحيين المجتمعين.

وفيما يتعلق بدفع أجر للعاملين الصحيين المجتمعين نظير عملهم، لابد من إجراء دراسات عالية الجودة لمقارنة نماذج التحفيز المختلفة في السياقات والأنشطة المختلفة، وتحديد أي حزم من الحوافز

8.3 الاندماج في النظم الصحية والمجتمعات المحلية ودعمها

الزيارات المنزلية وخدمات الرعاية المنزلية التي يقدمها العاملون الصحيون المجتمعيون على الحصول على الرعاية وعلى نسبة الوفيات. ويتمثل أحد الجوانب الشاملة في أن يُستكشف، في مختلف أولويات البحث، دور العوامل المتصلة بنوع الجنس والوصم والفقر والنظر في مسألة الفئات السكانية الخاصة من أجل بحث آثار مختلف خيارات السياسات على الإنفاق في مجال الصحة.

أخيراً، ينبغي أن يسعى البحث في السياسات والنظم إلى تقييم الاستراتيجيات المتعلقة بقابلية التوسيع والاستدامة والفعالية من حيث التكلفة لمختلف المكونات المتصلة بإدماج العاملين الصحيين المجتمعين في النظم الصحية.

لابد من إجراء استعراضات لمناطق المصنفات الأدبية للعاملين الصحيين المجتمعين تعرض جهود تعبئة المجتمع المحلي، وفحص مهام العاملين الصحيين المجتمعين في سياق التعبئة. كما ينبغي إعداد نماذج مفاهيمية بشأن أدوار العاملين الصحيين المجتمعين بوصفهم عوامل مساعدة في تعبئة المجتمع المحلي. إن التحليلات المقارنة أو تصاميم الدراسات الأخرى التي تتيح الإسناد السببي لمختلف الاستراتيجيات المتعلقة بجمع البيانات واستخدامها وإدارة سلسلة الإمداد قد تكون مفيدة لتوسيع نطاق قاعدة البيانات الحالية وتعزيزها. وفي هذا السياق، لابد من إجراء المزيد من البحوث بشأن تدفق عمل العاملين الصحيين المجتمعين من حيث مشاركة المجتمع المحلي ورعايته، بما في ذلك قياس تأثير

8.4 الآثار المترتبة على نتائج التنمية غير الصحية

خلال برامج العاملين الصحيين المجتمعين؛ وما هي العوائق غير المقصودة، إن وجدت، التي يمكن أن تتطوّر عليها السياسات المتعلقة بالاختيار والتعليم والترخيص والتوظيف من المنظور الجنسياني؛ وكيف يمكن لقوانين العمل التي تنظم العمل غير الرسمي وجمعيات ونقابات العاملين الصحيين المجتمعين الرسمية أن تتيح إرساء بيئة مواتية لتنفيذ السياسات المتعلقة بتكامل برامج العاملين الصحيين المجتمعين.

لقد ركز البحث المحدد بالكامل على مختلف النتائج المتعلقة بالصحة. ولكن، وكما أوضحت بعض التوصيات، فإن قرارات السياسات والاستثمار المتعلقة بالعاملين الصحيين لها آثار أوسع على العديد من الغايات الأخرى لأهداف التنمية المستدامة، بما في ذلك خلق فرص عمل والنمو الاقتصادي وتمكين المرأة والتعليم. وهناك فرص غير مستغلة لبحوث مستقبلية من أجل توسيع نطاق قاعدة البيانات بشأن بعض هذه الجوانب، بما في ذلك النظر فيما إذا تم الوفاء بالتوقعات المتعلقة بالعمل والحماية الاجتماعية من

8.5 البحوث المستقبلية وتحديث المبادئ التوجيهية

ليس فقط في الجوانب التي ثبت نجاحها، بل أيضاً في العوامل السياقية والتكمينية (كيف، ولمن، وفي أي ظروف) ومتطلبات النظام الصحي بنطاقها الأوسع والأثار المترتبة على دعم تنفيذ العديد من التدخلات بصورة متزامنة. وللحصول على إجابات على أسئلة السياسة العامة هذه، لا بد من وضع منهجيات بحث بشأن السياسات والنظم الصحية (254) مثل البحوث بشأن التنفيذ وأدوات التفكير في الأنظمة والنماذج القائمة على الوكيل والنظم المتکيفة المعقدة والإرشاد التجريبي ومراقبة العمليات والتوليف السريع للأبحاث المتاحة.

وبما أن معظم البيانات المجمعة لأغراض هذه المبادئ التوجيهية وردت من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، فإنه ينبغي النظر في إمكانية إجراء بحوث إضافية في الاقتصادات المتقدمة من أجل تحديد الاختلافات في العوامل السياقية والمتصلة بفعالية الأفهان التي من شأنها أن تؤثر على خيارات وتصنيفات السياسات تحديداً أفضل.

إن إقراراً بإمكانية إجراء بحوث إضافية لتعديل وتعزيز قاعدة البيانات التي استرشد بها في إعداد هذه المبادئ التوجيهية، سيُنظر في الحاجة إلى التحديث المحتمل للمبادئ التوجيهية والفرص المتاحة في هذا الشأن، بعد خمس سنوات من نشرها.

ومن خلال الدعوة إلى إجراء المزيد من البحوث حول هذا الموضوع، من المهم أن ندرك أنه حتى وإن كانت هناك حاجة إلى بيانات أقوى من الناحية المنهجية، فإنه من غير الواقعى أن تتصور إجراء تجارب موجهة تستخدم عينات عشوائية على نطاق واسع لسد جميع الثغرات القائمة في البيانات من منظور الفاعلية البحث. وعلاوة على ذلك، فإن تصميم التجارب الموجهة التي تستخدم عينات عشوائية غير مفيد نسبياً في توفير رؤى عن ديناميكيات البرامج المعقدة. وستكون دراسات الحالة الشاملة والحاصلة للبرامج أكثر فائدة في هذا الشأن.

ومن الضروري تجنب التركيز بشكل مبالغ فيه على فاعلية العاملين الصحيين المجتمعين من منظور تدخلات محددة. ويعين التحقيق

استخدام المبادئ التوجيهية

9.1 خطط نشر المبادئ التوجيهية

وستتهدف أنشطة الدعوة والاتصال والمشاركة ثلاثة فئات من أصحاب المصلحة.

- الجمهور المستهدف الرئيسي.** يشمل الجمهور الرئيسي الذي تستهدفه هذه الاستراتيجية (أ) واضعي السياسات الوطنية (وزارة الصحة، وزارة المالية)؛ (ب) المخططين والمديرين المسؤولين عن سياسات القوى العاملة الصحية وتحقيقها وإدارتها على المستوى الوطني والمحلي أو الإقليمي والتي تشمل العاملين الصحيين المجتمعين المعنيين بتقديم الخدمات الصحية؛ (ج) متفقى القوى العاملة الصحية.

- الجمهور المستهدف الثاني.** يشمل الجمهور المستهدف الثاني لهذه الاستراتيجية شركاء التنمية ووكالات التمويل والمبادرات الصحية العالمية والمقاولين المانحين والمنظمات غير الحكومية والناشطين (على المستوى العالمي والإقليمي والوطني) الذين يوفرون التمويل اللازم من أجل مشاركة أكبر وأكثر فعالية للعاملين الصحيين المجتمعين في تقديم الخدمات الصحية، ويدعمونها وينفذونها ويدعون إليها.

- أصحاب النفوذ.** ستعتمد استراتيجية المشاركة أيضاً على أصحاب النفوذ والجهات المناصرة المعنيين على المستويات العالمية والإقليمية والوطنية لدعم الدعوة والتفاعل مع الجمهور المستهدف الرئيسي والجمهور المستهدف الثاني.

وتشمل المبادئ العامة لاستراتيجية الاتصال والدعوة ما يلي.

- تشكل الملكية الفُطرية العامل الرئيسي لنجاح تنفيذ المبادئ التوجيهية؛ وبالتالي، ستتضمن مجموعة من الأنشطة مشاركة وزارات الصحة ووزارات الشؤون المالية وغيرها من أصحاب المصلحة والجهات الفاعلة المعنية على مختلف مستويات النظم الصحية الوطنية.
- ينبغي مواءمة دعم الشركاء على المستوى العالمي والإقليمي والقطري لضمان توافق جميع الرسائل والمنتجات وأنشطة الدعم.

ستنسق المنظمة مجموعة من الأنشطة الرامية بهدف دعم نشر المبادئ التوجيهية واعتمادها وتنفيذها. واعتراضًا بالدور الهام الذي يلعبه أصحاب المصلحة الآخرين، أنشأت المنظمة مركزاً معاً بالعاملين الصحيين المجتمعين في إطار شبكة القوى العاملة الصحية العالمية، وهي عبارة عن آلية تعاون تولت تيسيرها أمانة المنظمة بواسطة إدارة القوى العاملة الصحية التابعة لها. ويضم العاملين الصحيين المجتمعين جهات مناصرة وممولين ومسؤولين عن تنفيذ برامج العاملين الصحيين المجتمعين من البلدان المتقدمة والناشئة والنامية، وسيتعاونون مع المنظمة على نشر المبادئ التوجيهية.

وقد شرعت المنظمة، بالتشاور مع العاملين الصحيين المجتمعين وبمساهمة منهم، في إعداد استراتيجية بشأن الاتصالات والدعوة والمشاركة ترمي أساساً إلى دعم اعتماد المبادئ التوجيهية وتنفيذها على المستوى القطري. وصممت استراتيجية الدعوة والمشاركة باعتبارها نهجاً متعدد الجوانب يقوم على أساس نموذج اعتماد ينطوي على أربع مراحل:

- المرحلة 1: توليد الوعي والفهم
- المرحلة 2: تعزيز الانتمام
- المرحلة 3: ضمان الاعتماد والتحول
- المرحلة 4: رصد الدعوة والاعتماد وتقييمهما.

وللتتأكد من تحديد نقاط الدخول الأكثر أهمية وملاءمة ومن فعالية التوجيه المتعلق بالاعتماد والتنفيذ، ستُصمم الرسائل وفقاً لاحتياجات مجموعات البلدان التالية:

- البلدان التي لديها بالفعل سياسات خاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين تتوافق مع المبادئ التوجيهية الجديدة؛
- البلدان التي لديها بالفعل سياسات خاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين لا تتوافق بالضرورة مع المبادئ التوجيهية الجديدة؛
- البلدان التي ليس لديها سياسات خاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين.

أن الوعي العالمي مهم للحفاظ على الرخم بعد مرحلة بدء التنفيذ، إلا أن ثمة حاجة إلى الترويج للمبادئ التوجيهية بشكل واسع ودعم اعتمادها في البلدان التي يتوقع أن يكون لها الأثر الأكبر فيها.

• ينبغي إعداد اقتراحات ملموسة لرسم خرائط بشأن كيفية تنفيذ توصيات المبادئ التوجيهية بأكبر قدر من الفعالية على المستوى القطري، حسب تجزئة البلدان، بما في ذلك قوالب خطة العمل.

• إبراز فوائد اعتماد التوصيات وعائد الاستثمار باعتبارها أمرا أساسيا، مع التركيز على إقامة علاقات دائمة مع أصحاب المصلحة الرئисين بدلاً من الأنشطة والأحداث غير المكررة

• ينبغي الاستفادة من الفرص التي تتيحها الأحداث من أجل تحسين الفعالية قدر الإمكان وزيادة الوضوح والوعي على جميع المستويات (العالمي والإقليمي والوطني). وفي حين

9.2 خطط تكيف المبادئ التوجيهية وتنفيذها وتقييمها

• اجتماعات أصحاب المصلحة القطريين الذين يعملون مع العاملين الصحيين المجتمعين من أجل عرض المبادئ التوجيهية وتصميم خطة دعم الشركاء (الاتفاق على الأدوار والمسؤوليات والمساهمات)؛

• حلقة عمل مع أصحاب المصلحة الحكوميين (وزارة الصحة ووزارة الشؤون المالية وشركاء التنمية) لإذكاء الوعي ووضع خرائط بشأن الحالة والسياسات القائمة فيما يتعلق بالعاملين الصحيين المجتمعين حسب كل بلد، من أجل وضع أساس مرجعى، وإن أمكن، خارطة طريق لتنفيذ التوصيات ودعم وزارة الصحة في مجال الدعاوة بالتعاون مع وزارة الشؤون المالية؛

• أداة للتقييم الذاتي قائمة على توصيات المبادئ التوجيهية تتيح دعم البلدان على إعداد معلومات أساسية بشأن العاملين الصحيين المجتمعين، ويمكن استخدامها لرصد وتقييم تنفيذ السياسات والبرامج المتواقة مع التوصيات.

وفيما يلي المكونات التي يحتمل أن تولف مجموعة الأدوات:

- موجز تقى للمبادئ التوجيهية وأثارها، حسب الجمهور (على سبيل المثال، ماذا تعنى المبادئ التوجيهية بالنسبة للجهات الممولة أو المعنية بالتنفيذ أو غيرها من أصحاب المصلحة)؛

• ملخصات السياسات العامة بشأن مواضيع فرعية محددة (مثل الإدارة والإشراف، والتدريب والتعليم، والتعاقد، والأجور والتقدم الوظيفي)؛

• رسائل رئيسية، نبذة وصفية؛

• المنتجات المنشقة من المعلومات المصورة أو الفيديو؛

- العائد على الاستثمار – بيان جدوى تنفيذ المبادئ التوجيهية؛

• توجيهات عملية بشأن كيفية رسم خريطة تنفيذ المبادئ التوجيهية، وفقاً للشروط الأساسية للبلدان فيما يتعلق ببيئة

السياسات المتعلقة بالعاملين الصحيين المجتمعين؛

• سجل الشركاء وكيف يمكنهم تقديم المساعدة.

من أجل تعظيم الاستفادة من فرص تطبيق المبادئ التوجيهية يجب تكييفها ووضعها في سياقها، ولاسيما من خلال عدد من المنتجات المنشقة المتأصلة باللغات ذات الصلة لتعزيز فرص اعتمادها على المستوى القطري.

وعلاوة على إعداد ملخصات لرسائل سهلة الاستعمال تكيفها وتبسيطها، سينظر في مجموعة من الأنشطة المصاحبة وستنفذ رهناً بتوفير الموارد. ويمكن تنفيذ ودعم بعض هذه الأنشطة مباشرةً من جانب المنظمة، أما البعض الآخر فيمكن تنفيذه ودعمها من جانب الوكالات والشركاء الآخرين المنتسبين إلى المركز المعنى بالعاملين الصحيين المجتمعين التابع لشبكةقوى العاملة الصحية العالمية، أو مؤسسات أخرى، أو بالتعاون معهم. وفيما يلي قائمة غير حصرية وغير ملزمة بالأنشطة التي سينظر فيها:

• استحداث بوابة إلكترونية مكرسة؛

• مركز جامع للمنتجات المنشقة، بما في ذلك مجموعات الأدوات، لضمان تيسير فهم المبادئ التوجيهية وتبنيها من جانب أصحاب المصلحة (يشمل ذلك ترجمة المبادئ التوجيهية إلى اللغات الرسمية للمنظمة)، مع ترشيح الأصول من خلال منظورات مختلفة حسب فئة الجمهور (مثل الجهات المعنية بالتمويل، والجهات المعنية بالتنفيذ)؛

- حدث بدء التنفيذ يتميز بوضوح شامل على الصعيد العالمي (المرشحون المحتملون: أحداث الذكرى الأربعين لإعلان ألمانيا، والجان الإقليمية للمنظمة)؛

• سلسلة من الندوات عبر الإنترنت؛

• حلقات عمل إقليمية تجمع بين الجهات المناصرة وأصحاب المصلحة الإقليميين والوطنيين الذين يتعاونون مع العاملين الصحيين المجتمعين لتحديد البلدان التي يرجح أن تستفيد إلى أقصى حد ممكناً من المبادئ التوجيهية والتي توجد في وضع يسمح لها بتبني بعض التوصيات؛

• اختيار عدد من البلدان التي ستعطى فيها الأولوية للحوار بشأن السياسات وأنشطة بناء القدرات، مدرومة بصياغة خطة تنفيذ إقليمية وقطرية؛

لتوليد البيانات بواسطة الآليات القائمة، مثل حساباتقوى العاملة الصحية الوطنية أو الاستعانة بالاستقصاءات أو الاجتماعات القائمة الأخرى التي يمكن أن تشكل فرصة لجمع البيانات والمعلومات ذات الصلة.

وبعد بضع سنوات من التنفيذ، فإن التكليف بإجراء دراسات حالة قطرية مخصصة بشأن تجارب بعض البلدان في تنفيذ المبادئ التوجيهية سيتيح، رهناً بتوافر الموارد، إلقاءزيد من الضوء على التجارب الملهمة، بما في ذلك العوامل المساعدة والعوامل المعيقة، فيما يتعلق بتنفيذ توصيات المبادئ التوجيهية. وهذا من شأنه أن يثري الجهود اللاحقة الرامية إلى دعم تنفيذ المبادئ التوجيهية والتحديثات والتنقيحات التي قد تُجرى على وثيقة المبادئ التوجيهية نفسها.

وسيركز تقييم فعالية اعتماد المبادئ التوجيهية وتطبيقاتها على تتبع مؤشرات العملية المتصلة بالسياسة العامة مع مرور الوقت، مثل التقييم المُبلغ عنه ذاتياً بشأن اعتماد توصيات المبادئ التوجيهية في السياسات والآليات الوطنية. إن تتبع المؤشرات الخاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين من خلال الآليات المعنية بجمع البيانات عن القوى العاملة الصحية، مثل تنفيذ حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية والإبلاغ عنها بصورة منتظمة (255)، سيتيح مع مرور الوقت إعداد بيانات أساسية وتتبع التقدم المحرز فيما يتعلق بقدرات تعليم العاملين الصحيين المجتمعين وتوافهم وتوزيعهم، فضلاً عن سمات أخرى.

وستُبذل كل الجهد الممكن في سبيل تفادي الاضطرار إلى إجراء استقصاءات و عمليات جمع بيانات مخصصة، مع إعطاء الأولوية

اعتبارات التنفيذ العامة

أن يراعوا المبادئ الأساسية والجوانب الشاملة التالية في تصميم سياسات العاملين الصحيين المجتمعين وتنفيذها تفيناً ناجحاً.

بالإضافة إلى التوصيات المفصلة التي أعدت خصيصاً لمعالجة أسلمة السياسة العامة المتناولة في الأقسام السابقة، ينبغي للمخططين وواعضي السياسات والمديرين وشركائهم الدوليين

- ينبغي أن يساهم العاملون الصحيون المجتمعيون في توفير خدمات صحية متكاملة ومركزة على الأشخاص في إطار تصميم الرعاية الصحية وتنظيمها.
- ينبغي التعبير عن آراء العاملين الصحيين المجتمعين ووجهات نظرهم في الحوار بشأن السياسات لدى النظر في السياسات التي تؤثر فيهم وتحديدها.
- إن الخدمات الصحية غير موجهة تلقائياً نحو تحقيق نتائج منصفة. ويمكن للعاملين الصحيين المجتمعين أن يساهموا، بفضل عملهم في الخطوط الأمامية على تقديم الخدمات في المجتمعات المحلية التي تفتقر إليها، في الحد من عدم المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية والحساب الصالحة؛ ولكن، كي يتتسنى تحقيق هذه الإمكانيات بالكامل، ينبغي أن تُدمج اعتبارات الإنصاف منذ البداية في تصميم البرنامج، وفي رصد عملية التنفيذ والفعالية وتقييمهما.
- ينبغي أن تولى العناية في إطار تحديد السمات المثلث لبرنامج خاص بالعاملين الصحيين المجتمعين ليس فقط لقياسات الأداء المألوفة التي تركز على نوافذ الخدمات الصحية وحساباتها ووقعها، ولكن أيضاً على حقوق العمل التي تخص العاملين الصحيين بعينهم وتشمل ظروف العمل الآمن والائق والتحرر من جميع أشكال التمييز والإكراه والعنف. ويثير بعض هذه الجوانب القلق بوجه خاص ويكتسي أهمية خاصة في السياقات المتضررة من النزاعات وحالات الطوارئ المعقدة المزمنة.

10.1 المبادئ الأساسية

- ينبغي أن تستخدم الدول مزيجاً من السياسات المتعلقة بالعاملين الصحيين المجتمعين المختارة بناءً على أهداف كل نظام صحي وسياقه وبنيته. وهذه المبادئ التوجيهية ليست مخططاً يمكن اعتماده دون أي نقاش، بل ينبغي اعتباره بمثابة نظرة عامة نقدية على البيانات ومجموعة من خيارات السياسات والتوصيات المتدخلة التي ينبغي مع ذلك تكييفها مع الواقع نظام صحي محدد ووضعها في سياقه.
- سيكون من الضروري رصد البرامج والسياسات الخاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين وتقييمها مع مرور الوقت، وتكييفها وتعديلها عبر عملية نشطة توجهها بيانات خاصة بسياقات معينة. وسعياً إلى تعزيز استخلاص الدروس والابتكار، من المهم أن يكون واعضو السياسات والمديرون على استعداد لتبادل البيانات بشفافية عن خصائص العاملين الصحيين المجتمعين وأدائهم والمعلومات عن تنفيذ البرامج وفعاليتها.
- لا ينبغي اعتبار العاملين الصحيين المجتمعين بمثابة وسيلة لتحقيق وفورات في التكاليف أو كعاملين بديلين لأصحاب مهن الرعاية الصحية بل كعناصر أفرقة متكاملة معنية بالرعاية الصحية الأولية. وبينما تحديد دور العاملين الصحيين المجتمعين ودعمه من خلال الهدف الشامل المتمثل في مواصلة تعزيز الإنصاف وجودة الرعاية وسلامة المرضى.

10.2

الجوانب التشغيلية لتصميم برنامج العاملين الصحيين

المجتمعين وتنفيذ

- ينبعى النظر في دور العاملين الصحيين المجتمعين من منظور طويل الأجل. وعلاوة على أن هذا الدور يتبع تلبية الاحتياجات الفورية والمثلجة للنظم الصحية، فإنه ينبعى تصور إمكانية أن يتطور مع مرور الوقت، بالتواري مع التغيرات التي ستطرأ على الملامح الوبائية للسكان ومتطلبات النظم الصحي. وبينبغي أن تراعي العناصر المتعلقة بالتعليم والشهادات والسلم الوظيفي من برامج العاملين الصحيين المجتمعين هذه العوامل والاحتتمالات المستقبلية من منظور طويل الأجل، أو اعتماد هؤلاء العاملين الصحيين من أجل ضمان إمكانية توظيف استراتيجية خروج تعتبر العاملين الصحيين المجتمعين مواطنين وعماً ذوي حقوق، وتعاملهم بكرامة.

10.2.3 دعم النظام الصحي

- تدرج توصيات هذه المبادئ التوجيهية ضمن المنطق الشامل المتمثل في إضفاء طابع رسمي على أدوار العاملين الصحيين المجتمعين وإدماجهم في النظام الصحي. ولكي تكون هذه العملية فعالة، ينبغى أن يُوضّح أي مستوى من النظام (على المستوى الوطني أو المحلي مثلاً) ومجال برنامجي (على سبيل المثال، الموارد البشرية للصحة أو صحة المجتمع المحلي أو غير ذلك) يمثل نقطة الارتساء المؤسسية في النظام الصحي لبرنامج العاملين الصحيين المجتمعين.
- فيما يتعلق بمتطلبات الدعم الشامل للنظام الصحي، من الضروري فهم القدرة الكامنة للنظام الصحي كي يتسمى دعم برنامج العاملين الصحيين المجتمعين دعماً فعالاً. وتفترض التوصيات الواردة في الأقسام السابقة ضمناً أنه قد تكون لدى النظام الصحي القدرة على تنفيذ مجموعة من مهام الدعم بفعالية، بما في ذلك التدريب والإشراف، ومنح الشهادات القائمة على الكفاءة، والإدارة الفعالة، والحماية من المخاطر الناجمة عن سوء ممارسة المهنة، والمكافأة في الوقت المناسب وعلى النحو المناسب، وإنشاء القنوات الملائمة للروابط والإحالات، وشراء السلع والإمدادات الأساسية. غير أن قدرة النظام الصحي الفعلية على أداء هذه المهام قد تختلف اختلافاً كبيراً من سياق إلى آخر وقد لا تكفي للقيام بذلك.
- عندما يعتمد برنامج العاملين الصحيين المجتمعين على قدرة النظام الصحي على أداء بعض مهامه التمكينية المبنية أعلى بشكل ملائم، فقد يشكل برنامج العاملين الصحيين المجتمعين فرصة لتسلیط الضوء على الاحتياجات والفرص المتصلة بدعم النظام وتعزيزه.

10.2.1 تصميم البرنامج

- ينبعى أن تولى العناية عند تصميم برنامج خاص بالعاملين الصحيين المجتمعين لأدوار الاجتماعية والثقافية والسياسية والمالية.

- ينبعى تحديد أهداف برنامج خاص بالعاملين الصحيين المجتمعين وأدوار العاملين الصحيين المجتمعين في إطار نهج شمولي يأخذ في الاعتبار الطرائق المثلثة ل توفير الخدمات في بلد معين أو ولاية قضائية معينة وأثار القوى العاملة المقابلة. وفي ذلك السياق، ينبغى النظر في أدوار العاملين الصحيين المجتمعين وأهدافهم مقابل أدوار وأهداف الفئات المهنية الأخرى.
- بناءً على ذلك، تكرر المبادئ التوجيهية للمنظمة وتدعم المبدأ المؤكّد في الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة 2030، أي أنه ينبعى للبلدان التخطيط لقواها العاملة الصحية كل بذلاً من تقسيم أنشطة التخطيط وما يتصل بها من جهود لوضع البرامج والتمويل في فئات مهنية مفردة مما ينطوي على مخاطر التجزئة وعدم الكفاءة وعدم اتساق السياسات.

10.2.2 اتساق السياسات

- ينبعى أن تتماشى برامج العاملين الصحيين المجتمعين مع السياسات الوطنية الأوسع نطاقاً بشأن الصحة والقوى العاملة الصحية، وأن تكون جزءاً منها. وبينبغي أيضاً أن ترتبط، حسب الاقتضاء، بالسياسات وأطر العمل القطاعية أو القطاعية الفرعية الوطنية في مجال التعليم والعمل وتنمية المجتمع المحلي.
- لا ينبغى النظر في السياسات الموصى بها في هذه المبادئ التوجيهية بمعزل عن بعضها البعض. وبينبغي أن يكون هناك تماسك داخلي واتساق بين مختلف السياسات لأنها تمثل عناصر ذات صلة ومترابطة تكمّل بعضها البعض ويمكن أن تعزز بعضها البعض.

10.2.4 الآثار التمويلية

- المجتمعين من خلال موارد محلية أساساً (20)، وأنه أقرَّ بأن نشر العاملين الصحيين المجتمعين يشكل نهجاً فعالاً من حيث التكلفة (19).
- إن العامل الرئيسي المحدد للنجاح في ضمان مستويات الاستثمار الكافية هو الإرادة السياسية لمنح الأولوية للنهج والاستراتيجيات التي تؤدي على الأرجح إلى تحسين الصالحية الصحية السكانية.
- قد تساهم مواعنة الدعم الخارجي مع الآليات المحلية المتصلة باحتياجات السياسات والنظم الصحية في تأثير البرامج الخاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين واستدامتها في الأمد الطويل في بعض البلدان المنخفضة الدخل حيث لا يُتحمل أن تسمح حافظة الموارد المحلية بالاعتماد على الذات في الأمد القصير.
- لم يُعثر إلا على بثبات قليلة بشأن الاحتياجات من الموارد في سياق استعراضات البيانات. غير أن خيارات السياسة الموصى بها في هذه المبادئ التوجيهية تترتب عليها آثار كبيرة فيما يتعلق بالتكاليف بشكل عام، وتنطلب تمويلاً مخصصاً على المدى الطويل: قد تسرُّ حماولة إنشاء وتشغيل مبادرة واسعة النطاق خاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين بميزانية محدودة عن نتائج مخيبة للأمل.
- قد يشكك بعض أصحاب المصلحة في الجدوى المالية لتنفيذ توصيات السياسات الواردة في هذه المبادئ التوجيهية (لاسيما تلك المتعلقة بالتعليم والأجور). ولكن، تجدر الإشارة إلى أنه حتى البلدان المنخفضة الدخل أنشأت ومؤلت مبادرات واسعة النطاق خاصة بالعاملين الصحيين

المراجع

7. Lassi ZS, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;3:CD007754.
8. Lassi ZS, Middleton PF, Bhutta ZA, Crowther C. Strategies for improving health care seeking for maternal and newborn illnesses in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Global Health Action*. 2016;10(9):31408. doi:10.3402/gha.v9.31408.
9. Mwai GW, Mburu G, Torpey K, Frost P, Ford N, Seeley J. Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16:18586.
10. van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao GN, Meera S, Pian J et al. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;(11):CD009149.
11. Raphael JL, Rueda A, Lion KC, Giordano TP. The role of lay health workers in pediatric chronic disease: a systematic review. *Academic Pediatrics*. 2013;13(5):408–20.
1. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, accessed 23 July 2018).
2. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world. United Nations; 2015 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> accessed 23 July 2018).
3. Secretary-General appoints Commission on Health Employment and Economic Growth. United Nations: meetings coverage and press releases, 2 March 2016 (<http://www.un.org/press/en/2016sga1639.doc.htm>, accessed 23 July 2018).
4. Gilmore B, McAuliffe E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13(1):847. doi:10.1186/1471-2458-13-847.
5. Glenton C, Scheel IB, Lewin S, Swingler GH. Can lay health workers increase the uptake of childhood immunisation? Systematic review and typology. *Tropical Medicine and International Health*. 2011;16(9):1044–53.
6. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;(3):CD004015.

- 19.** Vaughan K, Kok MC, Witter S, Dieleman M. Costs and cost-effectiveness of community health workers: evidence from a literature review. *Human Resources for Health*. 2015;13:71.
- 20.** Dahn B, Woldemariam A, Perry H, Maeda A, von Glahn D, Panjabi R et al. Strengthening primary health care through community health workers: investment case and financing recommendations. 2015 (<http://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf?ua=1>, accessed 23 July 2018).
- 21.** Tulenko K, Møgedal S, Afzal MM, Frymus D, Oshin A, Pate M et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91:847–52.
- 22.** A call to scale up community health workers: conclusions of the workshop on financing community health worker systems at scale in sub-Saharan Africa of the One Million Community Health Worker Campaign. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/hrh/news/2015/call_scale-up_community_hw/en/, accessed 23 July 2018).
- 23.** HRH commitment pathways: community health workers. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/CommunityHealthWorkers.pdf>, accessed 23 July 2016).
- 24.** International Standard Classification of Occupations (ISCO-08): structure, group definitions and correspondence tables. Geneva: International Labour Organization; 2012 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_172572.pdf, accessed 23 July 2018).
- 25.** Scott K, Beckham S, Gross M, Pariyo G, Rao K, Cometto G et al. The state-of-the-art knowledge on integration of community-based health workers in health systems: a systematic review of literature reviews. *Human Resources for Health Observer Series No 19*. Geneva: World Health Organization; 2017.
- 12.** Vouking MZ, Takougang I, Mbam LM, Mbuagbaw L, Tadenfok CN, Tamo CV. The contribution of community health workers to the control of Buruli ulcer in the Ngoantet area, Cameroon. *Pan African Medical Journal*. 2013;16:63.
- 13.** Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L. Global experience of community health workers for delivery of health related Millennium Development Goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/CHW_FullReport_2010.pdf?ua=1, accessed 26 July 2018).
- 14.** Ballard M, Montgomery P. Systematic review of interventions for improving the performance of community health workers in low-income and middle-income countries. *BMJ Open*. 2017;7:e014216.
- 15.** Perry H, Zulliger R. How effective are community health workers? An overview of current evidence with recommendations for strengthening community health worker programs to accelerate progress in achieving the health-related Millennium Development Goals. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2012.
- 16.** Kok MC, Kane S, Tulloch O, Ormel H, Theobald S, Dieleman M et al. How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? Evidence from the literature. *Health Research Policy and Systems*. 2015;13(1):13.
- 17.** Kok MC, Dieleman M, Taegtmeyer M, Broerse JE, Kane SS, Ormel H et al. Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy and Planning*. 2015;30(9):1207–27.
- 18.** McPake B, Edoka I, Witter S, Kielmann K, Taegtmeyer M, Dieleman M et al. Cost-effectiveness of community-based practitioner programmes in Ethiopia, Indonesia and Kenya. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015;93(9):631–9.

- 34.** Lassi Z, De Menezes Oliveira C, Kedzior S. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 1. In community health workers being selected for pre-service training, what strategies for selection of applications for CHWs should be adopted over what other strategies? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- 35.** Kawakatsu Y, Sugishita T, Tsutsui J, Oruenjo K, Wakhule S, Kibosia K et al. Individual and contextual factors associated with community health workers' performance in Nyanza province, Kenya: a multilevel analysis. *Health Services Research*. 2015;15:442.
- 36.** Kansal S, Kumar S, Kumar A. Is educational level of ASHA matters for their effective functioning? A cross-sectional study in eastern Uttar Pradesh. *Indian Journal of Community Health*. 2012;4(1):41–4.
- 37.** Posner J, Kayastha P, Davis D, Limoges J, O'Donnell C, Yue K. Development of leadership self-efficacy and collective efficacy: adolescent girls across castes as peer educators in Nepal. *Global Public Health*. 2009;4(3):284–302.
- 38.** Adongo PB, Tapsoba P, Phillips JF, Tabong PT, Stone A, Kuffour E et al. The role of community-based health planning and services strategy in involving males in the provision of family planning services: a qualitative study in southern Ghana. *Reproductive Health*. 2013;10:36.
- 39.** Turinawe EB, Rwemisisi JT, Musinguzi LK, de Groot M, Muhangi D, de Vries DH et al. Selection and performance of village health teams (VHTs) in Uganda: lessons from the natural helper model of health promotion. *Human Resources for Health*. 2015;13:73.
- 40.** Turinawe EB. "Those were taken away and given money": power and reward expectations' influence in the selection of village health teams in rural Uganda. *Rural Remote Health*. 2016;16(2):3856.
- 26.** Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde [The community health agent and its attributions: the challenges for the human resources training processes in health]. *Interface—Comunicação, Saúde, Educação*. 2002;6(10):75–96 (in Portuguese).
- 27.** Werner D. The village health worker: lackey or liberator? *World Health Forum*. 1981;2(1):46–68.
- 28.** WHO handbook for guideline development, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js22083en/>, accessed 23 July 2018).
- 29.** Scott K, Beckham S, Gross M, Pariyo G, Rao K, Cometto G et al. What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers and their integration with health systems. Draft. Geneva: World Health Organization; 2018.
- 30.** Ajuebor O, Cometto G, Aki E. Stakeholders' perceptions of health systems support for CHW programmes: a survey study. Draft. Geneva: World Health Organization; 2018.
- 31.** Developing and strengthening community health worker programs at scale: a reference guide for program managers and policy makers. Washington (DC): United States Agency for International Development, Maternal and Child Health Integrated Program; 2013.
- 32.** ILO Discrimination (Employment and Occupation) Convention, 1958 (No. 111) – Article 1. Geneva: International Labour Organization; 1958 (http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C111, accessed 26 July 2018).
- 33.** Langer A, Meleis A, Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas et al. Women and health: the key for sustainable development. *Lancet*. 2015;386(9999):1165–210.

- 48.** Cherrington A, Ayala GX, Amick H, Scarinci I, Allison J, Corbie-Smith G. Applying the community health worker model to diabetes management: using mixed methods to assess implementation and effectiveness. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2008;19(4):1044–59.
- 49.** Blumenthal C, Eng E, Thomas JC. STEP sisters, sex, and STDs: a process evaluation of the recruitment of lay health advisors. *American Journal of Health Promotion*. 1999;14(1):4–6.
- 50.** Ruebush TK, Weller SC, Klein RE. Qualities of an ideal volunteer community malaria worker: a comparison of the opinions of community residents and national malaria service staff. *Social Science and Medicine*. 1994;39(1):123–31.
- 51.** Campbell C, Scott K. Retreat from Alma Ata? The WHO's report on task shifting to community health workers for AIDS care in poor countries. *Global Public Health*. 2011;6(2):125–38.
- 52.** O'Brien MJ, Squires AP, Bixby RA, Larson SC. Role development of community health workers: an examination of selection and training processes in the intervention literature. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;37(6 Suppl. 1):S262–9.
- 53.** Glenton C, Colvin CJ, Carlsen B, Swartz A, Lewin S, Noyes J et al. Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;(10):CD010414.
- 54.** Tran NT, Portela A, de Bernis L, Beek K. Developing capacities of community health workers in sexual and reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health: a mapping and review of training resources. *PLoS ONE*. 2014;9(4):e94948.
- 41.** Strachan C, Wharton-Smith A, Sinyangwe C, Mubiru D, Ssekitooleko J, Meier J et al. Integrated community case management of malaria, pneumonia and diarrhoea across three African countries: a qualitative study exploring lessons learnt and implications for further scale up. *Journal of Global Health*. 2014;4(2):020404.
- 42.** Mercader HFG, Kyomuhangi T, Buchner DL, Kabakyenga J, Brenner JL. Drugs for some but not all: inequity within community health worker teams during introduction of integrated community case management. *BMC Health Services Research*. 2014;14(Suppl. 1):S1.
- 43.** Abbey M, Bartholomew LK, Nonvignon J, Chinbuah MA, Pappoe M, Gyapong M et al. Factors related to retention of community health workers in a trial on community-based management of fever in children under 5 years in the Dangme West district of Ghana. *International Health*. 2014;6:99–105.
- 44.** Mukanga D, Tibenderana JK, Kiguli J, Pariyo GW, Waiswa P, Bajunirwe F et al. Community acceptability of use of rapid diagnostic tests for malaria by community health workers in Uganda. *Malaria Journal*. 2010;9:203.
- 45.** Dil Y, Strachan D, Cairncross S, Korkor AS, Hill Z. Motivations and challenges of community-based surveillance volunteers in the Northern region of Ghana. *Journal of Community Health*. 2012;37(6):1192–8.
- 46.** Saprii L, Richards E, Kokho P, Theobald S. Community health workers in rural India: analysing the opportunities and challenges accredited social health activists (ASHAs) face in realising their multiple roles. *Human Resources for Health*. 2015;13:95.
- 47.** Carter-Pokras OD, Jaschek G, Martinez IL, Brown PB, Mora SE, Newton N et al. Perspectives on Latino lay health promoter programs: Maryland, 2009. *American Journal of Public Health*. 2011;101(12):2281–86.

- 62.** Wanduru P, Tetui M, Tuhebwe D, Ediau M, Okuga M, Nalwadda C et al. The performance of community health workers in the management of multiple childhood infectious diseases in Lira, northern Uganda: a mixed methods cross-sectional study. *Global Health Action*. 2016;9(1):33194.
- 63.** Santos S, Tagai E, Wang M, Scheirer M, Slade J, Holt C. Feasibility of a web-based training system for peer community health advisors in cancer early detection among African Americans. *American Journal of Public Health*. 2014;104:2282–9.
- 64.** Wennerstrom A, Johnson L, Gibson K, Batta SE, Springgate BF. Community health workers leading the charge on workforce development: lessons from New Orleans. *Journal of Community Health*. 2014;39(6):1140–9.
- 65.** McLean KE, Kaiser BN, Hagerman AK, Wagenaar BH, Therosme TP, Kohrt BA. Task sharing in rural Haiti: qualitative assessment of a brief, structured training with and without apprenticeship supervision for community health workers. *Intervention*. 2015;13(2):135–55.
- 66.** Gogia S, Ramji S, Gupta P, Gera T, Shah D, Mathew JL et al. Community based newborn care: a systematic review and meta-analysis of evidence. *Indian Pediatrics*. 2011;48(7):537–46.
- 67.** Supporting mechanism for ASHAs. India National Health Mission, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India (<http://nhm.gov.in/communitisation/asha/asha-support-mechanism/supporting-mechanism.html>, accessed 26 July 2018).
- 68.** Kash BA, May ML, Tai-Seale M. Community health worker training and certification programs in the United States: findings from a national survey. *Health Policy* (Amsterdam, Netherlands). 2007;80(1):32–42.
- 55.** Kim K, Choi JS, Choi E, Nieman CL, Joo JH, Lin FR et al. Effects of community-based health worker interventions to improve chronic disease management and care among vulnerable populations: a systematic review. *American Journal of Public Health*. 2016;106(4):e3–28.
- 56.** Li VC, Goethals PR, Dorfman S. A global review of training of community health workers, 1983–84. *International Quarterly of Community Health Education*. 2006;27(3):181–218.
- 57.** Wolfenden L, Goldman S, Grady A et al. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 2. For community health workers (CHWs) receiving pre-service training, should the duration of training be shorter versus longer? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- 58.** Greene GS, West SK, Mkocha H, Munoz B, Merbs SL. Assessment of a novel approach to identify trichiasis cases using community treatment assistants in Tanzania. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2015;9(12):e0004270.
- 59.** Harvey SA, Jennings L, Chinyama M, Masaninka F, Mulholland K, Bell DR. Improving community health worker use of malaria rapid diagnostic tests in Zambia: package instructions, job aid and job aid-plus-training. *Malaria Journal*. 2008;7:160.
- 60.** Pongvongsa T, Nonaka D, Kobayashi J, Mizoue T, Phongmany P, Moji. K. Determinants of monthly reporting by village health volunteers in a poor rural district of Lao PDR. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*. 2011;42(5):1269–81.
- 61.** Furth R, Crigler L. Improving CHW program functionality, performance, and engagement: operations research results from Zambia. Research and evaluation report, USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC); 2012.

- 77.** Bollinger R, Chang L, Jafari R, O'Callaghan T, Ngatia P, Settle D et al. Leveraging information technology to bridge the health workforce gap. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;9:890–2.
- 78.** Transforming and scaling up health professionals' education and training. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://whoeducationguidelines.org/content/guidelines-order-and-download>, accessed 26 July 2018).
- 79.** Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1, accessed 26 July 2018).
- 80.** Global policy recommendations: increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44369/1/9789241564014_eng.pdf, accessed 26 July 2018).
- 81.** Lassi Z, Kedzior S. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 4. For community health workers (CHWs) receiving pre-service training, should the curriculum use specific delivery modalities versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- 82.** Muramoto ML, Hall JR, Nickter M, Nicther M, Aicken M, Connolly T et al. Activating lay health influencers to promote tobacco cessation. *American Journal of Health Behavior*. 2014;38(3):392–403.
- 83.** Austin-Evelyn K, Rabkin M, Macheka T, Mutiti A, Mwansa-Kambafwile J, Dlamini T et al. Community health worker perspectives on a new primary health care initiative in the Eastern Cape of South Africa. *PLoS ONE*. 2017;12(3):e0173863.
- 84.** Morar NS, Naidoo S, Goolam A, Ramjee G. Research participants' skills development as HIV prevention peer educators in their communities. *Journal of Health Psychology*. 2016;1:1359105316655470.
- 69.** Wolfenden L, Grady A, Goldman S et al. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 3. For community health workers (CHWs) receiving pre-service training, should the curriculum address specific versus non-specific competencies? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- 70.** Bhutta Z, Memon Z, Soofi S, Salat M, Cousens S, Martines J. Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;6:452–9.
- 71.** Bhutta ZA, Soofi S, Cousens S, Mohammad S, Memon ZA, Ali I et al. Improvement of perinatal and newborn care in rural Pakistan through community-based strategies: a cluster-randomised effectiveness trial. *Lancet*. 2011;377(9763):403–12.
- 72.** Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura [The work of the community agent in health promotion: an integrative review of the literature]. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013;66(3):412–9 (in Portuguese).
- 73.** Bridgeman-Bunyoli A, Mitchell SR, Abdullah AH, Schwoeffmann T, Phoenix T, Goughnour C et al. "It's in my veins": exploring the role of an Afrocentric, popular education-based training program in the empowerment of African American and African community health workers in Oregon. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2015;297–308.
- 74.** Wiggins N, Kaan S, Rios-Campos T, Gaonkar R, Rees Morgan E, Robinson J. Preparing community health workers for their role as agents of social change: experience of the Community Capacitation Center. *Journal of Community Practice*. 2013;21:186–202.
- 75.** Javanprast S, Baum F, Labonte R, Sanders D, Rajabi Z, Heidan G. The experience of community health workers training in Iran: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2012;2:8.
- 76.** Mackenzie JD, Greenes RA. The World Wide Web: redefining medical education. *JAMA*. 1997;278:1785–86.

- ⁹³. States implementing community health worker strategies. Technical assistance guide. Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
- ⁹⁴. May M, Kash B, Contreras R. Community health worker (CHW) certification and training: a national survey of regionally and state-based programs. Texas: Southwest Rural Health Research Center; 2005.
- ⁹⁵. Ballard M, Schwarz R, Johnson A, Church S, Palazuelos D, McCormick L et al. Practitioner expertise to optimize community health systems: harnessing operational insight. 2017.
- ⁹⁶. Lassi Z, Kedzior S. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 5. For community health workers who have received pre-service training, should competency-based formal certification be used versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- ⁹⁷. Catalani CE, Findley SE, Matos S, Rodriguez R. Community health worker insights on their training and certification. Progress in Community Health Partnerships. 2009;3(3):201–2.
- ⁹⁸. Amare Y. Non-financial incentives for voluntary community health workers: a qualitative study. Working Paper No. 2. The Last Ten Kilometers Project. Addis Ababa, Ethiopia: Training Institute, Inc.; 2011.
- ⁹⁹. Ogolla C, Cioffi JP. Concerns in workforce development: linking certification and credentialing to outcomes. Public Health Nursing. 2007;24(5): 429–38.
- ¹⁰⁰. Yeboah-Antwi K, Pilingana P, Macleod WB, Semrau K, Siazeele K, Kalesha P et al. Community case management of fever due to malaria and pneumonia in children under five in Zambia: a cluster randomized controlled trial. PLoS Medicine. 2010;7:e1000340.
- ⁸⁵. Castañeda H, Nichter M, Nichter M, Muramoto M. Enabling and sustaining the activities of lay health influencers: lessons from a community-based tobacco cessation intervention study. Health Promotion Practice. 2010;11(4):483–92.
- ⁸⁶. Ruizendaal E, Dierickx S, Peeters Grietens K, Schallig HDFH, Pagnoni F, Mens PF. Success or failure of critical steps in community case management of malaria with rapid diagnostic tests: a systematic review. Malaria Journal. 2014;13:229.
- ⁸⁷. Kane SS, Gerretsen B, Scherbier R, Dal Poz M, Dieleman M. A realist synthesis of randomised control trials involving use of community health workers for delivering child health interventions in low and middle income countries. BMC Health Services Research. 2010;10(1):286.
- ⁸⁸. Joyce B, Showers B. Student achievement through staff development. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development; 2002.
- ⁸⁹. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. Quality and Safety in Health Care. 2006;15(6):433–6.
- ⁹⁰. Ivers NM, Grimshaw JM, Jamtvedt G, Flottorp S, O'Brien MA, French SD et al. Growing literature, stagnant science? Systematic review, meta-regression and cumulative analysis of audit and feedback interventions in health care. Journal of General Internal Medicine. 2014;29(11):1534–41.
- ⁹¹. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bulletin of the World Health Organization. 2010;88(5):379–85.
- ⁹². Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376(9756):1923–58.

- 108.** Kaphle S, Matheke-Fischer M, Lesh N. Effect of performance feedback on community health workers motivation and performance in Madhya Pradesh, India: a randomized controlled trial. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2016;2(2):e169.
- 109.** Singh D, Negin J, Orach CG, Cumming R. Supportive supervision for volunteers to deliver reproductive health education: a cluster randomized trial. *Reproductive Health*. 2016;13(1):126.
- 110.** Das A, Friedman J, Kandpal E, Ramana GN, Gupta RK, Pradhan MM et al. Strengthening malaria service delivery through supportive supervision and community mobilization in an endemic Indian setting: an evaluation of nested delivery models. *Malaria Journal*. 2014;13:482.
- 111.** Ayele F, Desta A, Larson C. The functional status of community health agents: a trial of refresher courses and regular supervision. *Health Policy and Planning*. 1993;8(4):379–84.
- 112.** DeRenzi B, Findlater L, Payne J, Birnbaum B, Mangilima J, Parikh T et al. Improving community health worker performance through automated SMS. 2012.
- 113.** Som M, Panda B, Pati S, Nallala S, Anasuya A, Chauhan AS et al. Effect of supportive supervision on routine immunization service delivery: a randomized post-test study in Odisha. *Global Journal of Health Science*. 2014;6(6):61–7.
- 114.** Nonaka D, Pongvongsa T, Nishimoto F, Nansounthavong P, Hongwei J, Vongsouvanh A et al. Successful mobile phone network-based approach to integration of the health care system in rural Laos: strengthening lay health worker performance. *Rural and Remote Health*. 2014;14:2588.
- 115.** Ameha A, Karim AM, Erbo A, Ashenafi A, Hailu M, Hailu B et al. Effectiveness of supportive supervision on the consistency of integrated community cases management skills of the health extension workers in 113 districts of Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*. 2014;52(Suppl. 3):65–71.
- 101.** Mogasale V, Wi TC, Das A, Kane S, Singh AK, George B et al. Quality assurance and quality improvement using supportive supervision in a large-scale STI intervention with sex workers, men who have sex with men/transgenders and injecting-drug users in India. *Sexually Transmitted Infections*. 2010;86(Suppl. 1):i83–8.
- 102.** Djibuti M, Gotsadze G, Zoidze A, Mataradze G, Esmail LC, Kohler JC. The role of supportive supervision on immunization program outcome: a randomized field trial from Georgia. *BMC International Health and Human Rights*. 2009;9(Suppl. 1):S11.
- 103.** Mbindyo P, Gilson L, Blaauw D, English M. Contextual influences on health worker motivation in district hospitals in Kenya. *Implementation Science*. 2009;4:43.
- 104.** Källander K, Tibenderana JK, Akpogheneta OJ, Strachan DL, Hill Z, ten Asbroek AH et al. Mobile health (mHealth) approaches and lessons for increased performance and retention of community health workers in low- and middle-income countries: a review. *Journal of Medical Internet Research*. 2013;15(1):e17.
- 105.** Hill Z, Dumbaugh M, Benton L, Källander K, Strachan D, ten Asbroek A et al. Supervising community health workers in low-income countries: a review of impact and implementation issues. *Global Health Action*. 2014;7:1–10.
- 106.** Crigler L, Gergen J, Perry H. Supervision of community health workers. In: Perry H, Crigler L, editors. *Developing and strengthening community health worker programs at scale: a reference guide and case studies for program managers and policymakers*. Baltimore, MD: Jhpiego; 2014:10.1–10.26.
- 107.** Gangwani M, Khan R, Das J. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 6. In the context of community health worker programmes, what strategies of supportive supervision should be adopted over what other strategies? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

- 123.** Paintain LS, Willey B, Kedenge S, Sharkey A, Kim J, Buj V et al. Community health workers and stand-alone or integrated case management of malaria: a systematic literature review. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2014;91(3):461–70.
- 124.** Jaskiewicz W, Tulenko K. Increasing community health worker productivity and effectiveness: a review of the influence of the work environment. *Human Resources for Health*. 2012;10(1):38. doi:10.1186/1478-4491-10-38.
- 125.** Fulton BD, Scheffler RM, Sparkes SP, Auh EY, Vujicic M, Soucat A. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Human Resources for Health*. 2011;9(1):1 (<http://www.human-resources-health.com/content/9/1/1>, accessed 27 July 2018).
- 126.** Bosch-Capblanch X, Garner P. Primary health care supervision in developing countries. *Tropical Medicine and International Health*. 2008;13(3):369–83.
- 127.** Bhattacharyya K, Winch P, LeBan K, Tien M. Community health worker incentives and disincentives: how they affect motivation, retention, and sustainability. Published by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia; 2001.
- 128.** Cherrington A, Ayala GX, Elder JP, Arredondo EM, Fouad M, Scarinci I. Recognizing the diverse roles of community health workers in the elimination of health disparities: from paid staff to volunteers. *Ethnicity and Disease*. 2010;20(2):189–94.
- 129.** Decent work. Geneva: International Labour Organization (<http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm>, accessed 27 July 2018).
- 130.** The Sustainable Development Agenda. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform the world. United Nations (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>, accessed 27 July 2018).
- 116.** Chang LW, Kagaayi J, Arem H, Nakigozi G, Ssempejja V, Serwadda D et al. Impact of a mHealth intervention for peer health workers on AIDS care in rural Uganda: a mixed methods evaluation of a cluster-randomized trial. *AIDS and Behavior*. 2011;15(8):1776–84.
- 117.** Rowe SY, Kelly JM, Olewe MA, Kleinbaum DG, McGowan JE Jr, McFarland DA et al. Effect of multiple interventions on community health workers' adherence to clinical guidelines in Siaya district, Kenya. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2007;101(2):188–202.
- 118.** Henry JV, Winters N, Lakati A, Oliver M, Geniets A, Mbae SM et al. Enhancing the supervision of community health workers with WhatsApp mobile messaging: qualitative findings from 2 low-resource settings in Kenya. *Global Health Science and Practice*. 2016;4(2):311–25.
- 119.** Rabbani F, Perveen S, Aftab W, Zahidie A, Sangrasi K, Qazi SA. Health workers' perspectives, knowledge and skills regarding community case management of childhood diarrhoea and pneumonia: a qualitative inquiry for an implementation research project "Nigraan" in district Badin, Sindh, Pakistan. *BMC Health Services Research*. 2016;16:462.
- 120.** Callaghan-Koru JA, Hyder AA, George A, Gilroy KE, Nsona H, Mtimuni A et al. Health workers' and managers' perceptions of the integrated community case management program for childhood illness in Malawi: the importance of expanding access to child health services. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2012;87(Suppl. 5):61–8.
- 121.** Pallas SW, Minhas D, Pérez-Escamilla R, Taylor L, Curry L, Bradley EH et al. Community health workers in low- and middle-income countries: what do we know about scaling up and sustainability? *American Journal of Public Health*. 2013;103(7):74–82.
- 122.** Kamal-Yanni MM, Potet J, Saunders PM. Scaling-up malaria treatment: a review of the performance of different providers. *Malaria Journal*. 2012;11(1):414.

- 140.** Condo J, Mugeni C, Naughton B, Hall K, Tuazon MA, Omwega A et al. Rwanda's evolving community health worker system: a qualitative assessment of client and provider perspectives. *Human Resources for Health*. 2014;12:71.
- 141.** Miller JS, Musominali S, Baganizi M, Paccione GA. A process evaluation of performance-based incentives for village health workers in Kisoro district, Uganda. *Human Resources for Health*. 2014;12:19.
- 142.** Singh D, Negin J, Otim M, Orach CG, Cumming R. The effect of payment and incentives on motivation and focus of community health workers: five case studies from low- and middle-income countries. *Human Resources for Health*. 2015;13:58.
- 143.** Sarin E, Lunsford SS, Sooden A, Rai S, Livesley N. The mixed nature of incentives for community health workers: lessons from a qualitative study in two districts in India. *Frontiers in Public Health*. 2016;4:38.
- 144.** Ma Q, Tso LS, Rich ZC, Hall BJ, Beanland R, Li H et al. Barriers and facilitators of interventions for improving antiretroviral therapy adherence: a systematic review of global qualitative evidence. *Journal of the International AIDS Society*. 2016;19(1):1–13.
- 145.** Miyake S, Speakman EM, Currie S, Howard N. Community midwifery initiatives in fragile and conflict-affected countries: a scoping review of approaches from recruitment to retention. *Health Policy and Planning*. 2017;32:21–33.
- 146.** Bhatia K. Community health worker programs in India: a rights-based review. *Perspectives in Public Health*. 2014;134(5):276–82.
- 147.** Rosenthal EL, Brownstein JN, Rush CH, Hirsh GR, Wilaert AM, Scott JR et al. Community health workers: part of the solution. *Health Affairs*. 2010;29(7):1338–42.
- 148.** Volunteer work. Geneva: International Labour Organization (http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/statistics-overview-and-topics/WCMS_470308/lang--en/index.htm, accessed 27 July 2018).
- 131.** Gangwani M, Khan R, Das J. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 7. In the context of CHW programmes, should practicing community health workers be paid for their work versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- 132.** Bossuroy T, Delavallade C, Pons V. Fighting tuberculosis through community based counsellors: a randomized evaluation of performance based incentives in India. New Delhi: International Initiative for Impact Evaluation; 2016.
- 133.** Adejumo AO, Azuogu B, Okorie O, Lawal OM, Onazi OJ, Gidado M et al. Community referral for presumptive TB in Nigeria: a comparison of four models of active case finding. *BMC Public Health*. 2016;16:177.
- 134.** Srivastava D, Prakash S, Adhish V, Nair K, Gupta S, Nandan D. A study of interface of ASHA with the community and the service providers in eastern Uttar Pradesh. *Indian Journal of Public Health*. 2009;53(3):133–6.
- 135.** Andreoni J, Callen M, Khan Y, Jaffar K, Sprenger C. Using preference estimates to customize incentives: an application to polio vaccination drives in Pakistan. National Bureau of Economic Research; 2016.
- 136.** Schwarz D, Sharma R, Bashyal C, Schwarz R, Baruwal A, Karelas G et al. Strengthening Nepal's female community health volunteer network: a qualitative study of experiences at two years. *BMC Health Services Research*. 2014;14:473.
- 137.** Scott K, Shanker S. Tying their hands? Institutional obstacles to the success of the ASHA community health worker programme in rural north India. *AIDS Care*. 2010;22(Suppl. 2):1606–12.
- 138.** Takasugi T, Lee A. Why do community health workers volunteer? A qualitative study in Kenya. *Public Health*. 2012;126(10):839–45.
- 139.** Maes K, Kalofonos I. Becoming and remaining community health workers: perspectives from Ethiopia and Mozambique. *Social Science and Medicine*. 2013;87:52–9.

- 156.** Kambarami R, Mbuya M, Pelletier D, Fundira D, Tavengwa N, Stoltzfus R. Factors associated with community health worker performance differ by task in a multi-tasked setting in rural Zimbabwe. *Global Health: Science and Practice*. 2016;4:238–50.
- 157.** Khan R, Gangwani M, Das J. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 10. In the context of practising community health worker (CHW) programmes, should there be a target population size versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- 158.** Suri A, Gan K, Carpenter S. Voices from the field: perspectives from community health workers on health care delivery in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Infectious Diseases*. 2007;196(Suppl. 3):S505–11.
- 159.** Kalyango JN, Rutebemberwa E, Alfven T, Ssali S, Peterson S, Karamagi C. Performance of community health workers under integrated community case management of childhood illnesses in eastern Uganda. *Malaria Journal*. 2012;11(1):282.
- 160.** Kuule Y, Dobson AE, Woldeyohannes D, Zolfo M, Najjemba R, Edwin BMR et al. Community health volunteers in primary healthcare in rural Uganda: factors influencing performance. *Frontiers in Public Health*. 2017;5.
- 161.** Maji D, Hutin Y, Ramakrishnan R, Hossain S, De S. Strategies to improve the performance of female health workers in West Bengal: a cross-sectional survey. *National Medical Journal of India*. 2010;23(3):137–42.
- 162.** Sadler K, Puett C, Mothabbir G, Myatt M. Community case management of severe acute malnutrition in southern Bangladesh. Feinstein International Center; 2011.
- 163.** Workload Indicators of Staffing Need (WISN). Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/, accessed 27 July 2018).
- 149.** Albers B, Taylor D, Rinaldis S, Pattuwage L. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 9. In the context of community health worker (CHW) programmes, should practicing CHWs have a formal contract versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- 150.** Bagonza J, Kilbira SPR, Rutebemberwa E. Performance of community health workers managing malaria, pneumonia and diarrhoea under the community case management programme in central Uganda: a cross sectional study. *Malaria Journal*. 2014;13(367):1–10.
- 151.** Ashraf N, Bandiera O, Lee SS. Do-gooders and go-getters: career incentives, selection, and performance in public service delivery. Discussion paper. Harvard University; 2014.
- 152.** Boulton A, Gifford HH, Potaka-Osborne M. Realising whānau ora through community action: the role of Māori community health workers. *Education for Health*. 2009;22(2):188.
- 153.** Dageid W, Akintola O, Sæberg T. Sustaining motivation among community health workers in AIDS care in Kwazulu-Natal, South Africa: challenges and prospects. *Journal of Community Psychology*. 2016;44(5):569–85.
- 154.** Licurish S, Soos M. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 8. In the context of community health worker (CHW) programmes should practicing CHWs have a career ladder opportunity/framework versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- 155.** Kimbugwe G, Mshilla M, Oluka D, Nalikka O, Kyangwa J, Zalwango S. Challenges faced by village health teams (VHTs) in Amuru, Gulu and Pader districts in northern Uganda. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2014;4:740–50.

- 171.** McNabb M, Chukwu E, Ojo O, Shekhar N, Gill CJ, Salami H et al. Assessment of the quality of antenatal care services provided by health workers using a mobile phone decision support application in northern Nigeria: a pre/post-intervention study. *PLoS ONE*. 2015;10(5):1–11.
- 172.** Ngabo F, Nguimfack J, Nwaiigwe F, Mugeni C, Muhoza D, Wilson D et al. Designing and implementing an innovative SMS-based alert system (RapidSMS-MCH) to monitor pregnancy and reduce maternal and child deaths in Rwanda. *Pan Africa Medical Journal*. 2012;13:31.
- 173.** Braun R, Lasway C, Agarwal S, L'Engle K, Layer E, Silas L et al. An evaluation of a family planning mobile job aid for community health workers in Tanzania. *Contraception*. 2016;94:27–33.
- 174.** Madon S, Amaguru JO, Malecela MN, Michael E. Can mobile phones help control neglected tropical diseases? Experiences from Tanzania. *Social Science and Medicine*. 2014;102:103–10.
- 175.** Kuhn L, Zwarenstein M. Evaluation of a village health worker programme: the use of village health worker retained records. *International Journal of Epidemiology*. 1990;19:3.
- 176.** Oum S, Chandramohan D, Cairncross S. Community-based surveillance: a pilot study from rural Cambodia. *Tropical Medicine and International Health*. 2005;10(7):689–97.
- 177.** Shieshia M, Noel M, Andersson S, Felling B, Alva S, Agarwal S et al. Strengthening community health supply chain performance through an integrated approach: using mHealth technology and multilevel teams in Malawi. *Journal of Global Health*. 2014;4:2.
- 178.** Vallières F, McAuliffe E, van Bavel B, Wall P, Trye A. There's no app for that: assessing the impact of mHealth on the supervision, motivation, engagement, and satisfaction of community health workers in Sierra Leone. *Annals of Global Health*. 2016;82(5):936–49.
- 164.** Tricco AC, Ivers NM, Grimshaw JM, Moher D, Turner L, Galipeau J et al. Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012;379(9833):2252–61.
- 165.** Vecchi S, Agabiti N, Mitrova S, Cacciani L, Amato L, Davoli M et al. Audit and feedback, and continuous quality improvement strategies to improve the quality of care for type 2 diabetes: a systematic review of literature. *Epidemiologia e Prevenzione*. 2016;40(3–4):215–23.
- 166.** Tricco AC, Antony J, Ivers NM, Ashoor HM, Khan PA, Blondal E et al. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*. 2014;186(15):E568–78.
- 167.** Ivers NM, Sales A, Colquhoun H, Michie S, Foy R, Francis JJ et al. No more “business as usual” with audit and feedback interventions: towards an agenda for a reinvigorated intervention. *Implementation Science*. 2014;9(1):14.
- 168.** Albers B, Taylor D, Pattwage L, Rinaldis S. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 11. In the context of community health worker (CHW) programmes, should practicing CHWs collect, collate, and use health data versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- 169.** DeRenzi B. Technology for workforce performance improvement of community health programs [dissertation]. Seattle: University of Washington; 2011.
- 170.** Strachan D, Källander K, ten Asbroek A, Kirkwood B, Meek S, Benton L et al. Interventions to improve motivation and retention of community health workers delivering integrated community case management (iCCM): stakeholder perceptions and priorities. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2012;87 (Suppl. 5):111–9.

- ¹⁸⁷. Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/servicedeliversafety/areas/people-centred-care/framework/en/>, accessed 28 July 2018).
- ¹⁸⁸. Licurish S, Soos M. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 12. In the context of community health worker (CHW) programmes, should practicing CHWs work in a multi-cadre team versus in a single cadre CHW system? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- ¹⁸⁹. Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Global Health Action*. 2015;8:29842.
- ¹⁹⁰. O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Research No. 1.4*. NIHR Journals Library; 2013.
- ¹⁹¹. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15:129.
- ¹⁹². Sarami-Foroushani P, Travaglia J, Debono D, Braithwaite J. Key concepts in consumer and community engagement: a scoping meta-review. *BMC Health Services Research*. 2014;14:250.
- ¹⁹³. Hood NE, Brewer T, Jackson R, Wewers ME. Survey of community engagement in NIH-funded research. *Clinical and Translational Science*. 2010;3(1):19–22.
- ¹⁹⁴. Newman PA, Lacombe-Duncan A, Tephan S, de Lind van Wijngaarden JW. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 1. In the context of practicing community health worker (CHW) programmes, are community engagement strategies effective in improving CHW program performance and utilisation? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- ¹⁷⁹. Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, accessed 27 July 2018).
- ¹⁸⁰. Doherty TM, Coetzee M. Community health workers and professional nurses: defining the roles and understanding the relationships. *Public Health Nursing*. 2005;22(4):360–5.
- ¹⁸¹. Collinsworth A, Vulimiri M, Schmidt K, Snead C. Effectiveness of a community health worker-led diabetes self-management education program and implications for CHW involvement in care coordination strategies. *Diabetes Educator*. 2013;39(6):792–9.
- ¹⁸². Busza J, Dauya E, Bandason T, Simms V, Chikwari CD, Makamba M et al. The role of community health workers in improving HIV treatment outcomes in children: lessons learned from the ZENITH trial in Zimbabwe. *Health Policy and Planning*. 2018;33(3):328–34.
- ¹⁸³. Le Roux K, Le Roux I, Mbewu N, Davis E. The role of community health workers in the re-engineering of primary health care in rural Eastern Cape. *South African Family Practice*. 2015;57(2):116–20.
- ¹⁸⁴. Smith S, Deveridge A, Berman J, Negin J, Mwambene N, Martiniuk A et al. Task-shifting and prioritization: a situational analysis examining the role and experiences of community health workers in Malawi. *Human Resources for Health*. 2014;12(1):1–23.
- ¹⁸⁵. Brooks B, Davis S, Kulbok P, Frank-Lightfoot L, Sgarlata L, Poree S. Aligning provider team members with polyvalent community health workers. *Nursing Administration Quarterly*. 2015;39(3):211–7.
- ¹⁸⁶. Payne J, Razi S, Emery K, Quattrone W, Tardif-Douglis M. Integrating community health workers (CHWs) into health care organizations. *Journal of Community Health* 2017;42(5):983–90.

- 204.** Mishra A. "Trust and teamwork matter": community health workers' experiences in integrated service delivery in India. *Global Public Health*. 2014;9(8):960–74.
- 205.** Murayama H, Taguchi A, Murashima S. Exploring the ideal combination of activity satisfaction and burden among health promotion volunteers: a cross-sectional study in Japan. *BMC Public Health*. 2013;13:205.
- 206.** Singh D, Cumming R, Negin J. Acceptability and trust of community health workers offering maternal and newborn health education in rural Uganda. *Health Education Research*. 2015;30(6):947–58.
- 207.** Lewycka S, Mwansambo C, Rosato M, Kazembe P, Phiri T, Mganga A et al. Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): a factorial, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;381(9879):1721–35.
- 208.** Ahluwalia IB, Schmid T, Kouletio M, Kanenda O. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2003;82(2):231–40.
- 209.** Campbell C, Mzaidume Z. Grassroots participation, peer education, and HIV prevention by sex workers in South Africa. *American Journal of Public Health*. 2001;91(12):1978–86.
- 210.** Elmardi KA, Malik EM, Abdelgadir T, Ali SH, Elsyed AH, Mudather MA et al. Feasibility and acceptability of home-based management of malaria strategy adapted to Sudan's conditions using artemisinin-based combination therapy and rapid diagnostic test. *Malaria Journal*. 2009;8:39.
- 211.** Liverani M, Nguon C, Sok R, Kim D, Nou P, Nguon S et al. Improving access to health care amongst vulnerable populations: a qualitative study of village malaria workers in Kampot, Cambodia. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):335.
- 195.** Abimbola S, Olanipekun T, Igbokwe U, Negin J, Jan S, Martiniuk A et al. How decentralisation influences the retention of primary health care workers in rural Nigeria. *Global Health Action*. 2015;8(1):26616.
- 196.** Adams AM, Nababan HY, Hanifi SM. Building social networks for maternal and newborn health in poor urban settlements: a cross-sectional study in Bangladesh. *PLoS ONE*. 2015;10(4):e0123817.
- 197.** Cook T, Wills J. Engaging with marginalized communities: the experiences of London health trainers. *Perspectives in Public Health*. 2012;132(5):221–7.
- 198.** Datiko DG, Yassin MA, Tulloch O, Asnake G, Tesema T, Jamal H et al. Exploring providers' perspectives of a community based TB approach in southern Ethiopia: implication for community based approaches. *BMC Health Services Research*. 2015;15:501.
- 199.** De Jesus M. Mutuality at the center: health promotion with Cape Verdean immigrant women. *Ethnicity and Health*. 2009;14(1):45–59.
- 200.** Elazan SJ, Higgins-Steele AE, Fotso JC, Rosenthal MH, Rout D. Reproductive, maternal, newborn, and child health in the community: task-sharing between male and female health workers in an Indian rural context. *Indian Journal of Community Medicine*. 2016;41(1):34–8.
- 201.** Jacobs L. The role of social capital in a community health worker model for grassroots advocacy [dissertation]. Tucson: University of Arizona; 2013.
- 202.** Javanparast S, Baum F, Labonte R, Sanders D. Community health workers' perspectives on their contribution to rural health and well-being in Iran. *American Journal of Public Health*. 2011;101(12):2287–92.
- 203.** Masquillier C, Wouters E, Mortelmans D, van Wyk B, Hausler H, Van Damme W. HIV/AIDS competent households: interaction between a health-enabling environment and community-based treatment adherence support for people living with HIV/AIDS in South Africa. *PLoS ONE*. 2016;11(3):e0151379.

- 221.** Zembe-Mkabile WZ, Jackson D, Sanders D, Besada D, Daniels K, Zamasiya T et al. The “community” in community case management of childhood illnesses in Malawi. *Global Health Action*. 2016;9(1):29177.
- 222.** Capell JR. Evaluating a community participatory quality improvement process: what works and what can be improved? [dissertation]. Ann Arbor: ProQuest LLC; 2014.
- 223.** Diakite O, Keita DR, Mwebesa W. Guinea. Village health committees drive family planning uptake: communities play lead role in increased acceptability, availability. CORE Group; 2009 (https://coregroup.org/wp-content/uploads/media-backup/documents/Case_Studies/Case_Study_VHC_Save_Guinea.pdf, accessed 28 July 2018).
- 224.** Hoy D, Southavilay K, Chanlivong N, Phimphachanh C, Douangphachanh V, Toole MJ. Building capacity and community resilience to HIV: a project designed, implemented, and evaluated by young Lao people. *Global Public Health*. 2008;3(1):47–61.
- 225.** Katabarwa MN, Habomugisha P, Agunyo S. Involvement and performance of women in community-directed treatment with ivermectin for onchocerciasis control in Rukungiri district, Uganda. *Health and Social Care in the Community*. 2002;10(5):382–93.
- 226.** Broadhead RS, Heckathorn DD, Weakliem DL, Anthony DL, Madray H, Mills RJ et al. Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention. *Public Health Report*. 1998;113(Suppl. 1):42–57.
- 227.** Frattaroli S, Pollack KM, Jonsberg K, Croteau G, Rivera J, Mendel JS. Streetworkers, youth violence prevention, and peacemaking in Lowell, Massachusetts: lessons and voices from the community. *Progress in Community Health Partnership*. 2010;4(3):171–9.
- 228.** Gopalan SS, Mohanty S, Das A. Assessing community health workers’ performance motivation: a mixed-methods approach on India’s accredited social health activists (ASHA) programme. *BMJ Open*. 2012;2(5):e001557.
- 212.** Sadruddin S, Khan IU, Bari A, Khan A, Ahmad I, Qazi SA. Effect of community mobilization on appropriate care seeking for pneumonia in Haripur, Pakistan. *Journal of Global Health*. 2015;5(1):010405.
- 213.** Andersen MR, Yasui Y, Meischke H, Kuniyuki A, Etzioni R, Urban N. The effectiveness of mammography promotion by volunteers in rural communities. *American Journal of Preventive Medicine*. 2000;18(3):199–207.
- 214.** Cornish F, Ghosh R. The necessary contradictions of “community-led” health promotion: a case study of HIV prevention in an Indian red light district. *Social Science and Medicine*. 2007;64(2):496–507.
- 215.** Okuga M, Kemigisa M, Namutamba S, Namazzi G, Waiswa P. Engaging community health workers in maternal and newborn care in eastern Uganda. *Global Health Action*. 2015;8(1):23968.
- 216.** Campbell C, Gibbs A, Maimane S, Nair Y. Hearing community voices: grassroots perceptions of an intervention to support health volunteers in South Africa. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 2008;5(4):162–77.
- 217.** Edward A, Ernst P, Taylor C, Becker S, Mazive E, Perry H. Examining the evidence of under-five mortality reduction in a community-based programme in Gaza, Mozambique. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2007;101(8):814–22.
- 218.** George A, Blankenship KM, Biradavolu MR, Dhungana N, Tankasala N. Sex workers in HIV prevention: from social change agents to peer educators. *Global Public Health*. 2015;10(1):28–40.
- 219.** Katabarwa NM, Mutabazi D, Richards FO Jr. Controlling onchocerciasis by community-directed, ivermectin-treatment programmes in Uganda: why do some communities succeed and others fail? *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*. 2000;94(4):343–52.
- 220.** Razee H, Whittaker M, Jayasuriya R, Yap L, Brentnall L. Listening to the rural health workers in Papua New Guinea: the social factors that influence their motivation to work. *Social Science and Medicine*. 2012;75(5):828–35.

- 237.** Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2006;24(1):113–20.
- 238.** Conte K, Adona J, Dela Cruz N. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 14. In the context of community health worker (CHW) programmes, should practicing CHWs mobilize wider community resources for health versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- 239.** Ingram M, Chang J, Kunz S, Piper R, de Zapien JG, Strawder K. Women's health leadership to enhance community health workers as change agents. *Health Promotion and Practice*. 2016;17(3):391–9.
- 240.** George A, Blankenship KM, Biradavolu MR, Dhungana N, Tankasala N. Sex workers in HIV prevention: From social change agents to peer educators. *Global Public Health*. 2015;10(1):28–40.
- 241.** Khasnabis C, Heinicke MK, Achu K, Al Jubah K, Brodtkorb S, Chervin P et al., editors. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. World Health Organization, UNESCO, International Labour Organization and International Disability Development Consortium; 2010.
- 242.** Fritze J, Williamson L, Wiseman J. Community engagement and climate change: benefits, challenges and strategies. Melbourne: McCaughey Centre, VicHealth Centre for the Promotion of Mental Health and Community Wellbeing, Melbourne School of Public Health, and University of Melbourne, in collaboration with the Victorian Council of Social Service and Council on the Ageing, Victoria; 2009.
- 243.** Khan R, Gangwani M, Das J. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 15. In the context of practising community health worker (CHW) programmes, what strategies should be used for ensuring adequate availability of commodities and consumable supplies over what other strategies? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.
- 229.** Najafizada SA, Labonté R, Bourgeault IL. Community health workers of Afghanistan: a qualitative study of a national program. *Conflict and Health*. 2014;8:26.
- 230.** Wiggins N, Johnson D, Avila M, Farquhar SA, Michael YL, Rios T et al. Using popular education for community empowerment: perspectives of community health workers in the Poder es Salud/Power for Health program. *Critical Public Health*. 2009;19(1):11–22.
- 231.** Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura [Concepts that integrate the training and the work process of the community health workers: a review of the literature]. *Cien Saude Colet*. 2008;13(1):259–68 (in Portuguese).
- 232.** Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, van den Broek N. Who is a community health worker? A systematic review of definitions. *Global Health Action*. 2017;10(1):1272223.
- 233.** Becker J, Kovach AC, Gronseth DL. Individual empowerment: how community health workers operationalize self-determination, self-sufficiency, and decision-making abilities of low-income mothers. *Journal of Community Psychology*. 2004;32(3):327–42.
- 234.** Community mobilization. In: Khasnabis C, Heinicke Motsch K, Achu K, Al Jubah K, Brodtkorb S, Chervin P et al., editors. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. World Health Organization, UNESCO, International Labour Organization and International Disability Development Consortium; 2010.
- 235.** Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK et al. Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches. *PLoS Medicine*. 2013;10(8):e100149.
- 236.** Wandersman A, Florin P. Community interventions and effective prevention. *American Psychologist*. 2003;58 (6–7):441.

- 252.** Sunguya BF, Mlunde LB, Ayer R, Jimba M. Towards eliminating malaria in high endemic countries: the roles of community health workers and related cadres and their challenges in integrated community case management for malaria: a systematic review. *Malaria Journal*. 2017;16(1):10 (<http://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12936-016-1667-x>, accessed 28 July 2018).
- 253.** Smith HJ, Colvin CJ, Richards E, Roberson J, Sharma G, Thapa K et al. Programmes for advance distribution of misoprostol to prevent post-partum haemorrhage: a rapid literature review of factors affecting implementation. *Health Policy and Planning*. 2016;31:102–13.
- 254.** Maher D, Cometto G. Research on community-based health workers is needed to achieve the Sustainable Development Goals. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016;94(11):786.
- 255.** National Health Workforce Accounts: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259360/1/9789241513111-eng.pdf?ua=1>, accessed 28 July 2018).
- 244.** Bagonza J, Rutebemberwa E, Eckmanns T, EKirapa-Kiracho E. What influences availability of medicines for the community management of childhood illnesses in central Uganda? Implications for scaling up the integrated community case management programme. *BMC Public Health*. 2015;15:1180.
- 245.** Chandani Y, Andersson S, Heaton A, Noel M, Shieshia M, Mwirotsi A et al. Making products available among community health workers: evidence for improving community health supply chains from Ethiopia, Malawi, and Rwanda. *Journal of Global Health*. 2014;4(2):020405.
- 246.** Centers for Disease Control and Prevention. Distribution of insecticide-treated bednets during a polio immunization campaign: Niger, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2006;55(33):913–6.
- 247.** Chandani Y, Duffy M, Lamphere B, Noel M, Heaton A, Andersson S. Quality improvement practices to institutionalize supply chain best practices for iCCM: evidence from Rwanda and Malawi. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2017;13(6):1095–109.
- 248.** Rymkiewicz PD, Heng YX, Vasudev A, Larbi A. The immune system in the aging human. *Immunologic Research*. 2012;53(1–3):235–50.
- 249.** Smikle CB, Sorem KA, Satin AJ, Hankins GD. Physical and sexual abuse in a middle-class obstetric population. *Southern Medical Journal*. 1996;89(10):983–8.
- 250.** Elliott G, Smith AC, Bensink ME, Brown C, Stewart C, Perry C et al. The feasibility of a community-based mobile telehealth screening service for Aboriginal and Torres Strait Islander children in Australia. *Telemedicine Journal and e-Health: the official journal of the American Telemedicine Association*. 2010;16(9):950–6.
- 251.** Zulu JM, Kinsman J, Michelo C, Hurtig AK. Integrating national community-based health worker programmes into health systems: a systematic review identifying lessons learned from low- and middle-income countries. *BMC Public Health*. 2014;14(987):1–17.

الملاحق 1

مصطلحات البحث للتعرف على العاملين الصحيين المجتمعيين وغيرهم من فئات العاملين الصحيين المجتمعيين ذات الصلة (بالإنكليزية)

“Community Health Workers”[Mesh] OR “Community Health Nursing”[Mesh] OR “health auxiliary”[tw] OR “frontline health workers”[tw] OR “frontline health worker”[tw] OR “midwife”[tw] OR “Midwifery”[tiab] OR “midwives”[tw] OR “Birth Attendant”[tw] OR “Midwives”[tw] OR “outreach worker”[tw] OR “outreach workers”[tw] OR “lay health worker”[tw] OR “lay health workers”[tw] OR “promotora”[tw] OR “promotoras”[tw] OR “village health worker” OR “village health workers”[tw] OR “volunteer health worker”[tw] OR “volunteer health workers”[tw] OR “voluntary health workers”[tw] OR “voluntary health worker”[tw] OR “community health agent”[tw] OR “community health agents”[tw] OR “health promoter”[tw] OR “health promoters”[tw] OR “community health worker”[tw] OR “community health workers”[tw] OR “community health aide”[tw] OR “community health aides”[tw] OR “community health nursing”[tw] OR “community health nurses”[tw] OR “community health nurse”[tw] OR “community health officers”[tw] OR “community health officer”[tw] OR “community health volunteer”[tw] OR “community health volunteers”[tw] OR “community health distributors”[tw] OR “community health distributor”[tw] OR “community health surveyors”[tw] OR “community health surveyor”[tw] OR “community health assistants”[tw] OR “community health assistant”[tw] OR “community health promoters”[tw] OR “community IMCI”[tw] OR “community volunteer”[tw] OR “community volunteers”[tw] OR “health extension workers”[tw] OR “health extension worker”[tw] OR “village health volunteer”[tw] OR “village health volunteers”[tw] OR “close-to-community provider”[tw] OR “close-to-community providers”[tw] OR “community-based practitioner”[tw] OR “community-based practitioners”[tw]

OR “lady Health worker”[tw] OR “lady Health workers”[tw] OR “barefoot doctor”[tw] OR “Community Practitioners”[tw] OR “Community Practitioner”[tw] OR “community-based practitioners”[tw] OR “community-based practitioner”[tw] OR “promotoras de salud”[tw] OR “agentes de saúde”[tw] OR “rural health auxiliaries”[tw] OR “traditional birth attendants”[tw] OR “traditional birth attendant”[tw] OR “Activista”[tw] OR “Agente comunitario de salud”[tw] OR “Agente comunitário de saúde”[tw] OR “Anganwadi”[tw] OR “Animatrice”[tw] OR “Barangay health worker”[tw] OR “Barangay health workers”[tw] OR “Basic health worker”[tw] OR “Basic health workers”[tw] OR “Brigadista”[tw] OR “Colaborador voluntario”[tw] OR “Community drug distributor”[tw] OR “Community drug distributors”[tw] OR “Community health agent”[tw] OR “Community health agents”[tw] OR “Community health promoter”[tw] OR “Community health promoters”[tw] OR “Community health representative”[tw] OR “Community health representatives”[tw] OR “Community health volunteer”[tw] OR “Community health volunteers”[tw] OR “Community resource person”[tw] OR “Female multipurpose health worker”[tw] OR “Female multipurpose health worker”[tw] OR “Health promoter”[tw] OR “Health promoters”[tw] OR “Kader”[tw] OR “Monitora”[tw] OR “Mother coordinator”[tw] OR “Outreach educator”[tw] OR “Outreach educators”[tw] OR “Promotora”[tw] OR “Shastho shebika”[tw] OR “Shastho karmis”[tw] OR “Sevika”[tw] OR “Village health helper”[tw] OR “Village drug-kit manager”[tw] OR “Accompagnateur”[tw] OR “Accredited Social Health Activist”[tw] OR “Animator”[tw] OR “ASHA”[tw] OR “Auxiliary Nurse”[tw] OR “Auxiliary Nurse-midwife”[tw] OR “Bridge-to-Health Team”[tw] OR “Behvarz”[tw] OR “Care Group”[tw] OR “Care Groups”[tw] OR “Care Group Volunteer”[tw]

OR “Care Group Volunteers”[tw] OR “Community Case Management Worker”[tw] OR “Community Case Management Workers”[tw] OR “Community Health Agent”[tw] OR “Community Health Agents”[tw] OR “Community Health Care Provider”[tw] OR “Community Health Care Providers”[tw] OR “Community HealthCare Provider”[tw] OR “Community HealthCare Providers”[tw] OR “Community Health Extension Worker”[tw] OR “Community Health Extension Workers”[tw] OR “Community Health Officer”[tw] OR “Community Health Officers”[tw] OR “Community Surveillance Volunteer”[tw] OR “Community Surveillance Volunteers”[tw] OR “Family Health Worker”[tw] OR “Family Health Workers”[tw] OR “Family Planning Agent”[tw] OR “Family Planning Agents”[tw] OR “Family Welfare Assistant”[tw] OR “Family Welfare Assistants”[tw] OR “Female

Community Health Volunteer”[tw] OR “Female Community Health Volunteers”[tw] OR “Health Agent”[tw] OR “Health Agents”[tw] OR “Health Assistant”[tw] OR “Health Assistants”[tw] OR “Health Extension Worker”[tw] OR “Health Extension Workers”[tw] OR “Health Surveillance Assistant”[tw] OR “Health Surveillance Assistants”[tw] OR “Kader”[tw] OR “Lead Mother”[tw] OR “Malaria Agent”[tw] OR “Malaria Agents”[tw] OR “Maternal and Child Health Worker”[tw] OR “Maternal and Child Health Workers”[tw] OR “Mobile Clinic Team”[tw] OR “Mobile Clinic Teams”[tw] OR “Nutrition Agent”[tw] OR “Nutrition Agents”[tw] OR “Nutrition Counselor”[tw] OR “Nutrition Counselors”[tw] OR “Peer Educator”[tw] OR “Peer Educators”[tw] OR “Shasthya Shebika”[tw] OR “Socorrista”[tw]

الملحق 2

مجالات تقديم الخدمات التي تتوافر بشأنها بيانات منشورة على فاعلية العاملين الصحيين المجتمعين

المسالة الصحية	الوسط	البلدان المرتفعة الدخل	البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل
تدخلات الرعاية الصحية الأولية المتعددة	رकز معظم برامج العاملين الصحيين المجتمعين على الفئات السكانية التي تعاني من نقص الخدمات في البلدان ذات الدخل المرتفع (مثل الأقليات العرقية أو السكان المهمشين اقتصادياً أو سكان الريف أو مجموعات المهاجرين) (7-1). وقد تكون تدخلات العاملين الصحيين، على سبيل المثال من خلال المكالمات الهاتفية لدعم الأقران (8) أو الزيارات المنزلية (9)، فعالة بالنسبة لمجموعة واسعة من المسائل الصحية، بما في ذلك زيادة المعرفة بشأن تربية الأطفال (9) والرعاية من الأمراض (بيانات ذات درجة قدن متواسطة) (1) والوقاية من الأنفلونزا (9) وتعزيز سلامة المسكن (9) وزيادة الكفاءة الذاتية في تربية الأطفال (9) وآخرأط المرضي في البحوث (10) وبنبأ خدمات التدخل المبكر (10) وزيادة فرص الحصول على الرعاية الصحية الأولية بغض الفحص (2) وتحسين السلامة في مكان العمل (درجة بيانات ضعيفة) (1) والوقاية من الأمراض (بيانات متباينة) (1) وخفض عدد زيارات الرعاية العاجلة (9). ويمكن للعاملين الصحيين المجتمعين أن يساهموا في تخفيف معدلات السمنة بين المراهقين بعد الولادة (9) وتحسين العادات الغذائية (10) وزيادة ممارسة النشاط البدني (11).	يمكن أن تعزز برامج العاملين الصحيين المجتمعين الإنصاف في الحصول على الرعاية الصحية واستخدامها من خلال الدخ من عدم المساواة فيما يتعلق بمكان الإقامة ونوع الجنس ومستوى التعليم والمركز الاجتماعي والاقتصادي ودعم زيادة المساواة في الانقطاع بالإحالات (12). وهناك بيانات ذات درجة يقين ضعيفة من البرازيل (13). إن نشر لاجئين أو مشردين داخلياً باعتبارهم مساعدين للعاملين الصحيين المجتمعين في تقديم الخدمات الصحية الأساسية للنساء والأطفال والعائلات في المخيمات يمكن أن يزيد من تقطيع الخدمات والمعرفة بأعراض المرض والوقاية منه والتقد بالعلاج والسلوكيات الوقائية والحصول على المعلومات عن الصحة الإنجابية (هناك بعض البيانات ولكن نوعيتها ريبة) (14). ولم تتوافر هناك أي بيانات واضحة على الإنصاف في نوعية الخدمات التي يقدمها العاملون الصحيون المجتمعون، وكانت هناك معلومات قليلة فيما يتعلق بدور العاملين الصحيين المجتمعين في المساهمة في تمكن المجتمع المحلي من الاستجابة للمهددات الاجتماعية الصحة (12). وهناك بعض البيانات (ذات نوعية متواسطة) على أن العاملين الصحيين المجتمعين عالون في توفير التغذيف الصحي (15) والدعم النفسي الاجتماعي (15). ولا توجد أي بيانات على إمكانات العاملين الصحيين المجتمعين في دعم الرعاية المطلقة المجتمعية (16).	
صحة الأم والوليد والطفل	يمكن أن تكون تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين فعالة في تحسين النتائج المتعلقة ببيئة منزلية محفزة للرضيع (9) وتخفيف عدد عمليات تشخيص الأمراض النفسية لدى الأطفال (9) وتحسين نمو الطفل (10) وتحسين رفاه الطفل (بيانات متباينة) (1).	يمكن أن يساعد العاملون الصحيون المجتمعون الذين يقدمون الرعاية المجتمعية للرضع والأطفال في بيانات محدودة الموارد على تخفيض معدل وفيات والمرأة بين الأطفال حديثي الولادة والرضع والأطفال (مثل الملاريا والالتهاب الرئوي والإسهال) (27-17). وفي حين أن هناك بيانات عالية الجودة على أن الرعاية المنزلية للمولود تقلل من معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة وفي الفترة المحيطة بالولادة في بلدان جنوب آسيا التي تتميز بمعدلات مرتفعة من وفيات الأطفال حديثي الولادة وضعف فرص الحصول على الرعاية الصحية القائمة على المرافق الصحية (22 و 23)، أوردت استعراضات أخرى نتائج متباينة، حيث إن بعض الدراسات التجريبية الفردية المدرجة في الاستعراضات لا يظهر أي تحسن في مجالات تدخل العاملين الصحيين المجتمعين (18). وتعتبر البيانات المتعلقة بأثر تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين على الحصانات الصحية للمولود واحدة ولكنها ذات نوعية متواسطة (21)، كما أن البيانات المتعلقة بأثر تدخلاتهم لتوفير الرعاية فيما يتعلق بالولادة بواسطة أخصائيين مهرة كانت ذات نوعية ريبة (21). وسئل أيضاً تحسن ملحوظ في مؤشرات الممارسات السابقة للولادة وأثنائها (23). ويمكن للعاملين الصحيين المجتمعين المدربين أن يكتشفوا عن العدوبيات المحتملة عند الولادة من خلال البيانات ذات نوعية متواسطة على أن العاملين الصحيين المجتمعين المدربين (28). وهناك بعض الرعاية الأساسية لحديثي الولادة (15)، بما في ذلك تقديم الرعاية لحديثي الولادة من خلال تلامس بشرة الأم والطف (15). ويمكن أن يوفر العاملون الصحيون المجتمعيون التدبير العلاجي للأطفال ضد الالتهاب الرئوي (29) على الرغم من أن الأداء فيما يتعلق بالتدبير العلاجي للالتهاب الرئوي يكون متبايناً عندما يُدمج التدبير العلاجي للالتهاب الرئوي مع تشخيص الملاريا وعلاجه (30).	

(يتبع)

مجالات تقديم الخدمات التي تتوافر بشأنها بيانات منشورة على فعالية العاملين الصحيين المجتمعين (بائع)

المسألة الصحية	البلدان المرتفعة الدخل	البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل	الوسط
صحة الوليد والطفل (بائع)	الصحة الإيجابية وصحة الأم والوليد والطفل	البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل	البلدان المرتفعة الدخل
صحة الأم	قد يكون دعم الأقران فعالاً للحد من أعراض الاكتئاب لدى الأمهات اللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة (8) ويمكن أن يؤثر بشكل إيجابي على الصحة النفسية للنساء في الفترة المحيطة بالولادة (34). وأظهرت إحدى الدراسات بشأن معايير الإجهاد والصحة الفعلية بين النساء الحوامل في إطار برنامج ميدكيد أن إشراك عامل صحي مجتمعي في برنامج الزيارات المنزلية لأعراض التهريب أدى إلى زيادة عدد النساء المعرضات للخطر التي حصلت على الرعاية (6).	أظهرت جميع الدراسات تقريباً أن التدخلات التي يشارك فيها عاملون صحيون مجتمعون لها أثر معتبر على خفض معدل وفيات الأمهات وعلى تحسين مؤشرات الاستفادة من خدمات ما بعد الولادة وفي الفترة المحيطة بالولادة (26). وقد يكون لخُرُم التدخلات المجتمعية، التي تشارك دائماً العاملين الصحيين المجتمعين، تأثير محتمل على خفض معدل وفيات الأمهات، على الرغم من أن النتائج المجمعة تجاوزت نوعاً ما حدود عدم التأثير (24). وتحت مجموعات النساء (باعير من العاملين الصحيين المجتمعين) التي تمارس التعلم والأنشطة القائمة على المشاركة تأثيراً إيجابياً على خفض معدل وفيات الأمهات في البيانات المحدودة الموارد مقارنة بالرعاية المعتادة (31). وفي البيانات التي تتغير بارتفاع معدل الوفيات وضعف النظم الصحية، يمكن للقابلات التقليديات المدربات أن يساهمن في خفض معدل الوفيات من خلال المشاركة في التدخلات الرئيسية القائمة على البيانات (32). وهناك بعض البيانات ذات نوعية متواضعة تفيد بأن العاملين الصحيين المجتمعين فعالون في تقديم الدعم النفسي الاجتماعي (15). وقد كان العاملون الصحيون المجتمعيون فعالين في تنفيذ التدخلات النفسية والاجتماعية والتدخلات التقييفية للحد من اكتئاب الأمهات (35). وقد يكون مقدمو الخدمات غير المتخصصين (التصنيف الذي يشمل العاملين الصحيين المجتمعين) فعالين في خفض الاكتئاب في الفترة المحيطة بالولادة (36).	وقد تؤدي الاستعانة بالعاملين الصحيين المجتمعين، بدلاً من مقدمي خدمات الرعاية الصحية المعتمدين، إلى زيادة عدد الآباء والأمهات الذين يتلقون المساعدة لطففهم المريض (27). وتحت مجموعات النساء (باعير من العاملين الصحيين المجتمعين) التي تمارس التعلم والأنشطة القائمة على المشاركة تأثيراً إيجابياً على خفض معدل وفيات المواليد في البيانات المحدودة الموارد مقارنة بالرعاية المعتادة (ولكن لا تتوافر هناك أي بيانات بشأن تأثير ذلك على خفض حالات الإخلاص) (31). وأظهرت القابلات التقليديات المدربات بالمقارنة مع القابلات التقليديات غير المدربات زيادات كبيرة في ممارسات الولادة الآمنة وفي معارف ومارسات الإحالة الملازمة (32) وترتبط بالانخفاضات طفيفة ولكن مهمة في وفيات الفترة المحيطة بالولادة ووفيات المواليد بسبب اختناق الولادة والالتهاب الرئوي (32). غير أن استعراضاً آخر (33) خلص إلى عدم توافر بيانات كافية تثبت أن تدريب القابلات التقليديات يؤدي إلى خفض معدل وفيات الفترة المحيطة بالولادة وأنثائهما. وقد أثبت العاملون الصحيون المجتمعيون في البرازيل فعالتهم في زيادة توافر عمليات وزن الأطفال (13).
التنمية	زادت برامج العاملين الصحيين المجتمعين من عدد الأطفال الذين حصلوا على التغذية في الوقت المناسب (نوعية متوسطة) (37).	هناك بيانات، ولكنها ذات نوعية رديئة أو غير متناسبة، على أنه يمكن للعاملين الصحيين المجتمعين زيادة التغذية التنموية بفضل تزويز التطعيم (27 و 32 و 38) وتقويم التطعيم بأنفسهم (37). وهناك بيانات ذات نوعية رديئة على أن العاملين المهنيين في مجال الصحة واقفون من أن العاملين الصحيين المجتمعين يمكنهم أن يقدموا لقاحات أو أدوية أخرى باستخدام أجهزة مدمجة ومباعدة مسبقاً يمكن التناول منها ذاتياً (39).	تمكّن العاملون الصحيون المجتمعين من تقديم وسائل منع الحمل عن طريق الحقن بشكل آمن وفعال، من خلال خدمات عالية الجودة ومع تحقيق مستويات عالية من رضا المرضى (40) وشرح كيفية استخدامها (بتشمل ذلك فحص النساء وتقديم الإرشادات لهن بشأن الآثار الجانبية)، ولم يكن هناك أي فرق من حيث نوعية الإرشادات المتعلقة بالآثار الجانبية التي قدمها العاملون الصحيون المجتمعين وتلك التي قدمها تقديم الخدمات السريرية (42). وأشارت معظم الدراسات (93%) إلى أن برامج تنظيم الأسرة التي نفذتها العاملون الصحيون المجتمعيون أدت إلى زيادة استخدام وسائل منع الحمل الحديثة، وأفادت غالبيتها (83%) بتحسين في المعاشر والسلوكيات فيما يتعلق بوسائل منع الحمل (43). ويمكن أن يقدم العاملون الصحيون المجتمعيون إرشادات بشأن وسائل منع الحمل وتوفير هذه الوسائل وإحاله المعينين إلى المرافق الصحية للحصول على مزيد من الرعاية المتخصصة (43).
الرضاعة الطبيعية	قد تكون تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين فعالة لزيادة استمرارية الرضاعة الطبيعية (44)، ومحاولاتها ومدتها (9)، والبدء فيها، ومدتها، والاقتصر علىها (45).	من المحتمل أن يؤدي الاستعانة بعاملين صحيين من عامة الناس، مقارنة بمقدمي خدمات الرعاية الصحية المعتمدين، إلى زيادة نسبة الرضاعة الطبيعية (27)، وهناك بعض البيانات ذات نوعية متوسطة على فعالية العاملين الصحيين المجتمعين في تشجيع الاقتصر على الرضاعة الطبيعية (15). وأثبت العاملون الصحيون المجتمعيون في البرازيل فعالتهم في زيادة انتشار الرضاعة الطبيعية (13) وتأخير إدخال الرضاعة باستخدام الزجاجات (13).	لوحظ أن تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين تتيح الحد من تكرار الولادات غير المخطط لها بين المراهقات (9 و 40) ولكن لم يلاحظ أي ارتباط مهم بتكرار الحمل (40).

(بائع)

مجالات تقديم الخدمات التي تتوافق بشأنها بینات منشورة على فعالية العاملين الصحيين المجتمعين (بتع)

المسألة الصحية	الوسط	
الأمراض غير السارية	البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل	البلدان المرتفعة الدخل
السكري	لم تشر المصنفات الأدبية الاستعراض المنهجي إلى قدرة العاملين الصحيين المجتمعين على التصدي لداء السكري في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.	هناك بینات قليلة على أن تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين تؤدي إلى تحسين قراءة بطاقات الأدوية لدى مرضى السكري (1)؛ وتحسين التبيير العلاجي الذاتي (46) (درجة يقين البینات ضعفة) (1)؛ وانخفاض نسبة السكر في الدم (46) (بینات متباعدة) (5) (سبة انخفاض طفيفة) (47). ولا يوجد أي بینات على أن التدخلات المأهولة التي ينفذها العاملون الصحيون غير المحترفين والأفراد تؤدي إلى تحسين الصحة النفسية أو نوعية الحياة بين مرضى السكري (46). وبالنسبة للأطفال المصابين بداء السكري من النوع الأول، فإن العاملين الصحيين المجتمعين تمكّنوا من تحسين السيطرة على سكر الدم وتخفيف حالات العلاج في المستشفى (48).
السرطان	نوشت مسألة مدى قدرة العاملين الصحيين المجتمعين على التصدي للسرطان في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في إطار استعراض غير منهجي واحد فقط (50)، ولم يقدم الاستعراض أي بینات على ذلك.	يمكن أن تكون تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين - المكالمات الهاتفية لدعم الأقران (8) أو الزيارات المنزلية (9) - فعالة في زيادة معدلات فحص السرطان (2 و 8-10 و 49)؛ والمعروفة بسرطان البروستاتا (ولكن دون الفحص) (9)؛ وفحص السرطان (درجة يقين البینات متوسطة) (1)؛ واستخدام اختبارات فحص السرطان على نحو مخطط له (بینات متباعدة) (1)؛ والفحص الذاتي الثنائي (بینات متباعدة) (1).
الصحة النفسية	يمكن للتدخلات التي يقودها العاملون الصحيون المجتمعيون أن تخفف من عبء الأضطرابات النفسية والعصبية والمتعلقة بتعاطي المخدرات، بما في ذلك الاكتئاب وأضطرابات الإجهاد التالى للصدمات بين البالغين (بینات مستمدّة من ثلاثة دراسات) (52)، ويمكن أن تحسن أيضاً نتائج الصحة النفسية للأطفال (بینات مستمدّة من أربع دراسات) (52). ويغير مقدمو الخدمات غير المتخصصين، والمتمثّلين عادةً في العاملين الصحيين المجتمعين، أكثر فعاليةً من مجموعات الرعاية أو العلاج المتأخر (في قائمة الانتظار) المأهولة في توفير علاجات الصحة النفسية ضد الاكتئاب أو الإجهاد اللاحق للصدمة بشكل عام (53). إن العاملين الصحيين غير المتخصصين، الذين يمثلون في هذا الاستعراض (36) كلاً من المهنيين (مثل الأطباء والممرضين والممرضات والعاملين الاجتماعيين) والعاملين الصحيين المجتمعين (22 من أصل 38 دراسة) لديهم مزايا واعدة فيما يتعلق بتحسين حسائل الاكتئاب العام وأكتئاب الفترة المحيطة بالولادة، وأضطرابات الإجهاد التالى للصدمات وأضطرابات المتعلقة باستخدام الكحول، وحسائل المرضى الذين يعانون من الحرف والقائمين على رعايتهم (بینات ذات نوعية رديئة أو رديئة جداً في الغالب) (36) مقارنة بخدمات الرعاية الصحية المعتادة.	يمكن أن تساعد تدخلات العاملين الصحيين المجتمعيون على الحد من الاكتئاب (9) والوصم تجاه علاج الاكتئاب (دراسة واحدة) (6)، وتحسين معرفة الاكتئاب والفعالية في البحث عن العلاج (6)، وإحداث تغييرات مفيدة في قياسات الحالة الصحية في العديد من الدراسات، ولكن ليس كلها (51). وقد تؤدي تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة إلى تحسينات طفيفة في الحسائل النفسية والاجتماعية الأبوية (48) وفي نوعية حياة الآباء والأمهات (48).
الربو	لم تشر مصنفات أدبية الاستعراض المنهجي إلى قدرة العاملين الصحيين المجتمعين على التصدي للربو في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.	قد تكون المكالمات الهاتفية لدعم الأقران فعالة في زيادة عدد الأيام من دون ربو (9) وفي استخدام أغطية الفراش الخاصة بمرضى الربو (بینات ذات درجة يقين متوسطة) (1). وعلى الرغم من أن بعض تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين لصالح الأطفال الذين يعانون من الربو أدت إلى انخفاض نوبات التنفس السريعة والحد من ممارسة الأنثاشة وتفاقم الربو وزراعة عدد الأيام الحالية من الأعراض، إلا أن النتائج كانت غير مناسبة وكان خطر التحذير غير مستوعب بشكل واضح في كثير من الأحيان (48). وقد تؤدي تدخلات العاملين غير المحترفين والأقران لصالح المراقبين المصابين بالربو إلى تحسينات طفيفة في نوعية الحياة المرتبطة بالربو (بینات ذات نوعية رديئة) ولكن لا تتوافق بینات كافية بشأن السيطرة على الربو وتفاقمه ومدى الالتزام بالعلاج بالأدوية (54).
الأمراض غير السارية		
غير المسارية الأخرى		
الأمراض المزمنة		
وارتفاع ضغط الدم		

(بتع)

مجالات تقديم الخدمات التي تتوافر بشأنها بيانات منشورة على فاعلية العاملين الصحيين المجتمعين (بنجع)

المسألة الصحية	الأمراض المعديّة	الوسط	
		البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل	البلدان المرتفعة الدخل
فيروس العوز المناعي البشري	يمكن أن يؤدي نقل المهام إلى العاملين الصحيين المجتمعين إلى تعزيز الدعم العاطفي وزيادة الاحتفاظ بالمرضى في الرعاية وربط الأشخاص المصابين بغير وسائل العوز المناعي البشري بالرعاية بشكل أفضل (دراسة نوعية واحدة) (56-57). وقد يؤدي ذلك إلى تعزيز القدرة على تقديم الرعاية (59) أو الحصانة الصحية للمرضى (مثل الفشل القلبي والوفيات) (59 و 61 و 62). ولقد أدى كل من نقل المهام والتوعية المجتمعية التي أشرك فيها العاملون الصحيين المجتمعين إلى ربط الأشخاص المصابين بغير وسائل العوز المناعي البشري بالرعاية على نحو فعال (58).	كان نقل المهام من مقدمي خدمات الرعاية السريرية رفيع المستوى إلى العاملين الصحيين المجتمعين مقبولاً عموماً من الأفراد المصابين بغير وسائل العوز المناعي البشري (56 و 57). وقد يؤدي ذلك عن تردد نوعية الرعاية (60) أو الحصانة في الرعاية (56 و 59) دون أن يسفر ذلك عن تردد نوعية الرعاية (60) أو الحصانة الصحية للمرضى (مثل الفشل القلبي والوفيات) (59 و 61 و 62). ولقد أدى كل من نقل المهام والتوعية المجتمعية التي أشرك فيها العاملون الصحيين المجتمعين إلى ربط الأشخاص المصابين بغير وسائل العوز المناعي البشري بالرعاية على نحو فعال (58).	
المalaria	لم تشر مصنفات أدبية الاستعراض المنهجي إلى قدرة العاملين الصحيين المجتمعين على التصدي للمalaria في البلدان المرتفعة الدخل.	هناك بعض البيانات ذات نوعية متوسطة على أن العاملين الصحيين المجتمعين فالعون في الوقاية من المalaria (15 و 26). ويمكن أن يجري العاملون الصحيين المجتمعيون فحوصات تشخيصية سريعة تتميز بدرجة عالية من الحساسية والخصوصية، مع إثبات مستويات عالية من التقى بارشادات العلاج (29 و 30 و 63-65). وكانت البحوث غير كافية لتقييم مدى تأثير ذلك على معدلات المراضاة أو الوفيات (63).	
السل	لقد ساعدت تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين في الحد من الإصابة بمرض السل (26). ومن المحتمل أن يزيد العاملون الصحيين المجتمعين نسبة الشفاء بين الأشخاص المصابين بالسل، على الرغم من أنه لا يؤثرؤن على ما يبيو على عدد الأشخاص الذين يمكنهم العلاج الوقائي (27). وكانت المبادرات المجتمعية فعالة للغاية في الحد من الوصم ودعم العلاج وإحلال الأشخاص الذين يشتغلون بمرض السل والحد من التقصير في العلاج (68-66). وكانت جهود الدعم النفسي الاجتماعي وإحالة الأشخاص الذين ظهر عليهم اعتراض السل وافتقاء آثر مخالطتي المرض من الأسر في سياق السل المقاوم للأدوية المعتمدة فعالة في بيرو (69).	ساهمت تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين في مكافحة أمراض المناطق المدارية المهمة (70). ويمكنهم أن يساعدوا في السيطرة على فرحة بورولي في بلدان أمريكا الجنوبية الصحراوية الكبيرة (71).	قد تكون الزيارات المنزلية التي يقوم بها العاملون الصحيون المجتمعيون فعالة في زيادة اختبارات التهاب الكبد (9) B وزيادة نسبة المشاركة في اختبارات فيروس التهاب الكبد B (بيانات ذات نوعية متوسطة) (7).
أمراض أخرى			

المراجع: الملحق 2

1. Viswanathan M, Kraschnewski J, Nishikawa B, Morgan LC, Thieda P, Honeycutt A et al. Outcomes of community health worker interventions. Evidence Report/Technology Assessment No. 181, prepared for Agency for Healthcare Research and Quality. Research Triangle Park, NC: RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center; 2009 (<https://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/comhealthwork/comhwork.pdf>, accessed 29 July 2018).
2. Shommu NS, Ahmed S, Rumana N, Barron GRS, McBrien KA, Turin TC. What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: a systematic scoping review. International Journal for Equity in Health. 2016;15(1):6. doi.org/10.1186/s12939-016-0298-8.
3. Mercer C, Byrth J, Jordan Z. The experiences of Aboriginal health workers and non-Aboriginal health professionals working collaboratively in the delivery of health care to Aboriginal Australians: a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2014;12(3):274–418.
4. Rhodes SD, Foley KL, Zoneta CS, Bloom FR. Lay health advisor interventions among Hispanics/Latinos: a qualitative systematic review. American Journal of Preventive Medicine. 2007;33(5):418–27.
5. Hunt CW, Grant JS, Appel SJ. An integrative review of community health advisors in type 2 diabetes. Journal of Community Health. 2011;36(5):883–93.
6. Hoeft TJ, Fortney JC, Patel V, Unutzer J. Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: a systematic review. Journal of Rural Health. 2016;0:1–15. doi.wiley.com/10.1111/jrh.12229.

7. Zhou K, Fitzpatrick T, Walsh N, Kim JY, Chou R, Lackey M et al. Interventions to optimise the care continuum for chronic viral hepatitis: a systematic review and meta-analyses. *Lancet Infectious Diseases*. 2016;16(12):1409–22. doi:10.1016/S1473-3099(16)30208-0.
8. Dale J, Caramlau I, Lindenmeyer A, Williams SM. Peer support telephone call interventions for improving health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008;1:CD006903.
9. Abbott LS, Elliott LT. Eliminating health disparities through action on the social determinants of health: a systematic review of home visiting in the United States, 2005–2015. *Public Health Nursing*. 2017;34(1):2–30.
10. Gibbons MC, Tyrus NC. Systematic review of U.S.-based randomized controlled trials using community health workers. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*. 2007;1(4):371–81.
11. Costa EF, Guerra PH, Santos TI, Florindo AA. Systematic review of physical activity promotion by community health workers. *Preventive Medicine (Baltimore)*. 2015;81:114–21. doi:10.1016/j.ypmed.2015.08.007.
12. McCollum R, Gomez W, Theobald S, Taegtmeyer M. How equitable are community health worker programmes and which programme features influence equity of community health worker services? A systematic review. *BMC Public Health*. 2016;16:419.
13. Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, Duncan BB. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2011;34(4):326–38.
14. Ehiri JE, Gunn JKL, Center KE, Li Y, Rouhani M, Ezeanalue EE. Training and deployment of lay refugee/internally displaced persons to provide basic health services in camps: a systematic review. *Global Health Action*. 2014;7:23902.
15. Gilmore B, McAuliffe E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13(1):847.
16. Horey D, Street AF, O'Connor M, Peters L, Lee SF. Training and supportive programs for palliative care volunteers in community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;7(7):CD009500.
17. Christopher JB, Le May A, Lewin S, Ross DA. Thirty years after Alma-Ata: a systematic review of the impact of community health workers delivering curative interventions against malaria, pneumonia and diarrhoea on child mortality and morbidity in sub-Saharan Africa. *Human Resources for Health*. 2011;9:27.
18. Amouzou A, Morris S, Moulton LH, Mukanga D. Assessing the impact of integrated community case management (iCCM) programs on child mortality: review of early results and lessons learned in sub-Saharan Africa. *Journal of Global Health*. 2014;4(2):20411.
19. Gogia S, Ramji S, Gupta P, Gera T, Shah D, Mathew JL et al. Community based newborn care: a systematic review and meta-analysis of evidence. *Indian Pediatrics*. 2011;48(7):537–46.
20. Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infectious Diseases*. 2003;3(9):547–56.
21. Darmstadt GL, Lee ACC, Cousens S, Sibley LM, Bhutta ZA, Donnay F et al. 60 million non-facility births: who can deliver in community settings to reduce intrapartum-related deaths? *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2009;107(Suppl. 1):S89–112.
22. Gogia S, Sachdev HPS. Home-based neonatal care by community health workers for preventing mortality in neonates in low- and middle-income countries: a systematic review. *Journal of Perinatology*. 2016;36(Suppl. 1):S55–73. doi:10.1038/jp.2016.33.

- ²³. Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(9):658–66.
- ²⁴. Lassi ZS, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;(3):CD007754.
- ²⁵. Wilson A, Gallos ID, Plana N, Lissauer D, Khan KS, Zamora J et al. Effectiveness of strategies incorporating training and support of traditional birth attendants on perinatal and maternal mortality: meta-analysis. *BMJ*. 2011;343:d7102.
- ²⁶. Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L. Global experience of community health workers for delivery of health related Millennium Development Goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. *Global Health Workforce Alliance and World Health Organization*; 2010 (http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/CHW_FullReport_2010.pdf?ua=1, accessed 26 July 2018).
- ²⁷. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;3(3):CD004015.
- ²⁸. Lee ACC, Chandran A, Herbert HK, Kozuki N, Markell P, Shah R et al. Treatment of infections in young infants in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of frontline health worker diagnosis and antibiotic access. *PLoS Medicine*. 2014;11(10):e1001741.
- ²⁹. Kamal-Yanni MM, Potet J, Saunders PM. Scaling-up malaria treatment: a review of the performance of different providers. *Malaria Journal*. 2012;11(1):414.
- ³⁰. Paintain LS, Willey B, Kedenge S, Sharkey A, Kim J, Buj V et al. Community health workers and stand-alone or integrated case management of malaria: a systematic literature review. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2014;91(3):461–70.
- ³¹. Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013;381(9879):1736–46.
- ³². Sibley LM, Sipe TA. Transition to skilled birth attendance: is there a future role for trained traditional birth attendants? *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2006;24(4):472–8.
- ³³. Sibley LM, Sipe TA, Barry D. Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;8(8):CD005460.
- ³⁴. Jones CCG, Jomeen J, Hayter M. The impact of peer support in the context of perinatal mental illness: a meta-ethnography. *Midwifery*. 2014;30(5):491–8.
- ³⁵. Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91:593–601.
- ³⁶. van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao G, Meera S, Pian J et al. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological, and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;11:CD009149.
- ³⁷. Glenton C, Scheel IB, Lewin S, Swingler GH. Can lay health workers increase the uptake of childhood immunisation? Systematic review and typology. *Tropical Medicine and International Health*. 2011;16(9):1044–53.

- ³⁸. Oyo-Ita A, Wiysonge CS, Oringanje C, Nwachukwu CE, Oduwole O, Meremikwu MM. Interventions for improving coverage of childhood immunisation in low- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;7:CD008145.
- ³⁹. Glenton C, Khanna R, Morgan C, Nilsen ES. The effects, safety and acceptability of compact, pre-filled, autodisable injection devices when delivered by lay health workers. Tropical Medicine and International Health. 2013;18(8):1002–16.
- ⁴⁰. Maravilla JC, Betts KS, Abajobir AA, Couto E Cruz C, Alati R. The role of community health workers in preventing adolescent repeat pregnancies and births. Journal of Adolescent Health. 2016;59:378–90.
- ⁴¹. Dawson AJ, Buchan J, Duffield C, Homer CSE, Wijewardena K. Task shifting and sharing in maternal and reproductive health in low-income countries: a narrative synthesis of current evidence. Health Policy and Planning. 2014;29(3):396–408.
- ⁴². Malarcher S, Meirik O, Lebetkin E, Shah I, Spieler J, Stanback J. Provision of DMPA by community health workers: what the evidence shows. Contraception. 2011;83(6):495–503. doi:10.1016/j.contraception.2010.08.013.
- ⁴³. Scott V, Gottschalk LB, Wright KQ, Twose C, Bohren MA, Schmitt ME et al. Community health workers' provision of family planning services in low- and middle-income countries: a systematic review of effectiveness. Studies in Family Planning. 2015;46(3):241–61.
- ⁴⁴. Kaunonen M, Hannula L, Tarkka MT. A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. Journal of Clinical Nursing. 2012;21(13–14):1943–54.
- ⁴⁵. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, Damio G, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding peer counseling: from efficacy through scale-up. Journal of Human Lactation. 2010;26(3):314–26.
- ⁴⁶. Small N, Blickem C, Blakeman T, Panagioti M, Chew-Graham C, Bower P. Telephone based self-management support by “lay health workers” and “peer support workers” to prevent and manage vascular diseases: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Services Research. 2013;13:533.
- ⁴⁷. Palmas W, March D, Darakjy S, Findley SE, Teresi J, Carrasquillo O et al. Community health worker interventions to improve glycemic control in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. Journal of General Internal Medicine. 2015;1004–12.
- ⁴⁸. Raphael JL, Rueda A, Lion KC, Giordano TP. The role of lay health workers in pediatric chronic disease: a systematic review. Academic Pediatrics. 2013;13(5):408–20. doi:10.1016/j.acap.2013.04.015.
- ⁴⁹. Wells KJ, Luque JS, Miladinovic B, Vargas N, Asvat Y, Roetzheim RG et al. Do community health worker interventions improve rates of screening mammography in the United States? A systematic review. Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention. 2011;20(8):1580–98.
- ⁵⁰. Wadler BM, Judge CM, Prout M, Allen JD, Geller AC. Improving breast cancer control via the use of community health workers in South Africa: a critical review. Journal of Oncology. 2011;150423.
- ⁵¹. Wahlbeck K, Cresswell J, Peija S, Parkkonen J. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2017;52(5):505–14.
- ⁵². Mutamba BB, van Ginneken N, Smith Paintain L, Wandiembe S, Schellenberg D. Roles and effectiveness of lay community health workers in the prevention of mental, neurological and substance use disorders in low and middle income countries: a systematic review. BMC Health Services Research. 2013;13:412.
- ⁵³. Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological treatments for the world: lessons from low- and middle-income countries. Annual Review of Clinical Psychology. 2017;(13):149–81.

- 54.** Kew KM, Carr R, Crossingham I. Lay-led and peer support interventions for adolescents with asthma (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;8:CD012331.
- 55.** Brownstein JN, Chowdhury FM, Norris SL, Horsley T, Jack L, Zhang X et al. Effectiveness of community health workers in the care of people with hypertension. American Journal of Preventive Medicine. 2007;32(5):435–47.
- 56.** Hall BJ, Rachel KS, Mellanye B, Sze L, Qingyan T, Doherty M et al. Barriers and facilitators to interventions improving retention in HIV care: a qualitative evidence meta-synthesis. AIDS and Behavior. 2017;21(6):1755–67.
- 57.** Ma Q, Tso LS, Rich ZC, Hall BJ, Beanland R, Li H et al. Barriers and facilitators of interventions for improving antiretroviral therapy adherence: a systematic review of global qualitative evidence. Journal of the International AIDS Society. 2016;19(1):1–13.
- 58.** Tso LS, Best J, Beanland R, Doherty M, Lackey M, Ma Q et al. Facilitators and barriers in HIV linkage to care interventions: qualitative evidence review. AIDS. 2016;30(10):1639–53.
- 59.** Mwai G, Mburu G, Torpey K, Frost P, Ford N, Seeley J. Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. Journal of the International AIDS Society. 2013;16:1–14.
- 60.** Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;7:CD007331.
- 61.** Mdege ND, Chindove S, Ali S. The effectiveness and cost implications of task-shifting in the delivery of antiretroviral therapy to HIV-infected patients: a systematic review. Health Policy and Planning. 2013;28(3):223–36.
- 62.** Wouters E, Van Damme W, van Rensburg D, Masquillier C, Meulemans H. Impact of community-based support services on antiretroviral treatment programme delivery and outcomes in resource-limited countries: a synthetic review. BMC Health Services Research. 2012;12(1):194.
- 63.** Ruizendaal E, Dierickx S, Peeters Grietens K, Schallig HDFH, Pagnoni F, Mens PF. Success or failure of critical steps in community case management of malaria with rapid diagnostic tests: a systematic review. Malaria Journal. 2014;13:229.
- 64.** Boyce MR, O'Meara WP. Use of malaria RDTs in various health contexts across sub-Saharan Africa: a systematic review. BMC Public Health. 2017;17(1):470.
- 65.** Kabaghe AN, Visser BJ, Spijker R, Phiri KS, Grobusch MP, van Vugt M. Health workers' compliance to rapid diagnostic tests (RDTs) to guide malaria treatment: a systematic review and meta-analysis. Malaria Journal. 2016;15(1):163.
- 66.** Demissie M, Getahun H, Lindtjorn B. Community tuberculosis care through "TB clubs" in rural north Ethiopia. Social Science and Medicine. 2003;56:2009–18.
- 67.** Zachariah R, Fitzgerald M, Massaquoi M, Pasulani O, Arnould L, Makombe S et al. Risk factors for high early mortality in patients on antiretroviral treatment in a rural district of Malawi. AIDS. 2006;20:2355–60.
- 68.** Clarke M, Dick J, Zwarenstein M, Lombard CJ, Diwan VK. Lay health worker intervention with choice of DOT superior to standard TB care for farm dwellers in South Africa: a cluster randomised control trial. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2005;9:673–9.
- 69.** Shin S, Furin J, Bayona J, Mate K, Kim JY, Farmer P. Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru: 7 years of experience. Social Science and Medicine. 2004;59:1529–39.
- 70.** Corley AG, Thornton CP, Glass NE. The role of nurses and community health workers in confronting neglected tropical diseases in sub-Saharan Africa: a systematic review. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2016;10:1–24.
- 71.** Vouking MZ, Tamo VC, Mbuagbaw L. The impact of community health workers (CHWs) on Buruli ulcer in sub-Saharan Africa: a systematic review. Pan African Medical Journal. 2013;15:19.

الملاحق 3

المبادئ التوجيهية الحالية للمنظمة التي تحدد الأدوار التي يضطلع بها العاملون الصحيون المجتمعيون والخدمات التي يقدمونها

Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection (WHO HIV, 2016); and Optimizing health workers' roles for maternal and newborn health (WHO RHR, 2012)

توفر المبادئ التوجيهية المتعلقة بتقاسم وتفويض المهام للبلدان توجيهات بشأن كيفية استخدام مزيج من المهارات أكثر تنوعاً بأكبر قدر من الفعالية وعلى نحو رشيد في تقديم خدمات أساسية متعلقة بالأيدز والعدوى بفيروسه وبصحة الأم والوليد.

<http://www.optimizemnh.org/> و <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>

Engage-TB approach: integrating community-based tuberculosis activities into the work of nongovernmental and other civil society organizations (WHO TB, 2012)

ترشد الوثيقة دمج أنشطة مكافحة السل في عمل العاملين الصحيين المجتمعيين والمتطوعين المجتمعين الذين يبحثون في مواضيع أخرى متعلقة بالصحة والتنمية بفضل التعاون الوثيق بين القطاع العام والمنظمات غير الحكومية وباستخدام مؤشرات موحدة لنظم الرصد والتقييم الوطنية.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75997/1/9789241504508_eng.pdf

The community health worker: working guide, guidelines for training, guidelines for adaptation (WHO, 1987)

يعود تاريخ هذه المبادئ التوجيهية إلى عام 1987، وهي تقدم نظرة عامة وافية على نطاق مسؤوليات العاملين الصحيين المجتمعيين المحتمل في مجال الرعاية الصحية الأولية في البلدان النامية. ولكن، لا تعكس الوثيقة البيئات المعاصرة، كما أن الأمور غير واضحة فيما يتعلق بالبيئات المستخدمة في ترشيد التوصيات المتعلقة بتقديم الخدمات والتدريب. وبناء عليه، فإن هذه الوثيقة تكتسي في الغالب أهمية تاريخية.

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/38101>

المبادئ التوجيهية الإضافية التي تشير إلى نطاق عمل العاملين الصحيين المجتمعيين من منظور أدوارهم في بعض البرامج ومجالات تقديم الخدمات المختلفة

Guidelines for training community health workers in nutrition

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/37922>

WHO/WFP/SCN and UNICEF joint statement on community-based management of severe acute malnutrition

http://www.unicef.org/publications/index_39468.html

Malaria: a manual for community health workers

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41875/1/9241544910_eng.pdf

Training of community health workers and community volunteers

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178160/1/9789241509176_eng.pdf

Caring for newborns and children in the community (joint WHO/UNICEF)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204273/2/9789241549295_FacilitatorNotes_eng.pdf?ua=1

Caring for the newborn at home (joint WHO/UNICEF)

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/caring-for-the-newborn-at-home/en/

Caring for the child's health: growth and development (joint WHO/UNICEF)

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/

Caring for the sick child in the community (joint WHO/UNICEF)

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/caring-for-the-sick-child/en/

WHO/UNICEF joint statement on iCCM

[http://www.unicef.org/health/files/iCCM_Joint_Statement_2012\(1\).pdf](http://www.unicef.org/health/files/iCCM_Joint_Statement_2012(1).pdf)

Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child-pneumonia-treatment/en/

Community case management during an influenza outbreak: a training package for community health workers

http://www.who.int/influenza/resources/documents/community_case_management_flipbook/en/

Caring for newborns and children in the community: planning handbook for programme managers and planners

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204457/1/9789241508599_eng.pdf

Community health workers: what do we know about them?

http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf

WHO/ GHWA/UNICEF/IFRC/UNHCR joint statement: scaling up the community-based health workforce for emergencies

http://www.unicef.org/media/files/Scaling-up_community-based_health.pdf

Age-friendly primary health care centres toolkit

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43860/1/9789241596480_eng.pdf?ua=1

Baby-friendly hospital initiative

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/5/9789241594981_eng.pdf

Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings

http://www.wpro.who.int/publications/docs/ClinicalGuidelines_forweb.pdf?ua=1

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf?ua=1

HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1

The use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf?ua=1

Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136863/1/9789241548915_eng.pdf?ua=1&ua=1

HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf?ua=1

Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival (joint WHO/UNICEF)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70002/1/WHO_FCH_CAH_09.02_eng.pdf?ua=1&ua=1

Infant and young child feeding

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44117/1/9789241597494_eng.pdf?ua=1&ua=1

Guideline: managing possible serious bacterial infection in young infants when referral is not feasible

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181426/1/9789241509268_eng.pdf?ua=1

Operations manual for delivery of HIV prevention, care and treatment at primary health centres in high-prevalence, resource-constrained settings

<http://www.who.int/hiv/pub/imai/om.pdf?ua=1>

Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf?ua=1

Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1

Treatment of tuberculosis guidelines: fourth edition

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44165/1/9789241547833_eng.pdf?ua=1&ua=1

Guideline: updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95584/1/9789241506328_eng.pdf?ua=1

Guidelines for the management of conditions specifically related to stress

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf?ua=1

WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health, 2015

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf?ua=1

الملحق 4

قائمة أعضاء الفريق التوجيهي والفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية وفريق الاستعراض الخارجي

الجدول ألف.4.1: أعضاء الفريق التوجيهي

الجنس	الاسم والاتناء
المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية	
ذكر	COMETTO, Giorgio (RTO) - إدارة القوى العاملة الصحية، منظمة الصحة العالمية
أنثى، ذكر	NEGUSSIE, Eyerusalem Kebede / FORD, Nathan - إدارة الأيدز والعدوى بفيروسه، منظمة الصحة العالمية
أنثى	سميرة أبو بكر - إدارة صحة الأمهات والمواليد والأطفال والمرأهين، منظمة الصحة العالمية
أنثى	SYED, Lana - البرنامج العالمي لمكافحة السل، منظمة الصحة العالمية
ذكر	OLADAPO, Olufemi Taiwo - إدارة بحوث الصحة الإنجابية، منظمة الصحة العالمية
أنثى	BARKLEY, Shannon - إدارة تقديم الخدمات والسلامة، منظمة الصحة العالمية
ذكر	MORAN, Thomas - مجموعة شلل الأطفال وحالات الطوارئ والتعاون القطري، منظمة الصحة العالمية
ذكر	PORIGNON, Denis Georges - إدارة تصريف شؤون الصحة وتمويلها، منظمة الصحة العالمية
أنثى	ARAUJO DE CARVALHO, Islene - إدارة الشيخوخة والتمنّع بالصحة طوال العمر، منظمة الصحة العالمية
أنثى	DUA, Tarun - إدارة الصحة النفسية ومعاقرة مواد الإدمان، منظمة الصحة العالمية
المكاتب الإقليمية للمنظمة	
أنثى	JENNIFER NYONI - المكتب الإقليمي لأفريقيا التابع لمنظمة الصحة العالمية
ذكر	ASSAI ARDAKANI, Mohammad - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية
أنثى	GEDIK, Fethiye Gulin - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية
ذكر	SENANAYAKE, Gunasena Sunil - المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا التابع لمنظمة الصحة العالمية
ذكر	GARCIA GUTIERREZ, Jose Francisco - المكتب الإقليمي للأمريكتين التابع لمنظمة الصحة العالمية
ذكر، ذكر	PARK, Kunhee / HAZARIKA, Indrajit - المكتب الإقليمي لعرب المحيط الهادئ التابع لمنظمة الصحة العالمية
أنثى	PERFILIEVA, Galina - المكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية
وكالات الأمم المتحدة الأخرى	
ذكر	PFAFFMANN, Jerome - وحدة الصحة، صحة الطفل، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)

الجدول ألف.2: الفريق المعنى بإعداد المبادى التوجيهية

الصفة/ الدور	الاسم العالمي	الاسم	الجنس	الإقليم	البلد	المؤسسة
أخصائي منهجيات ورئيس مشارك	Akl	Elie	ذكر	شرق المتوسط	لبنان	American University of Beirut
أكاديمي	Huicho	Luis	ذكر	الأمريكتان	بيرو	Universidade Peruana Cayetano Pereira
	Dambisya	Yoswa	ذكر	أفريقيا	جنوب أفريقيا	Limpopo University
	Guangpeng	Zhang	ذكر	غرب المحيط الهادئ	الصين	National Health Development Research Centre
رئيس مشارك	McPake	Barbara	أنثى	غرب المحيط الهادئ	أستراليا	University of Melbourne
	Bhutta	Zulfiqar	ذكر	شرق المتوسط	باكستان	Aga Khan University
	Dussault	Gilles	ذكر	أوروبا	البرتغال	Instituto Hygiene e Medicina Tropical, Lisbon, Portugal
رئيس مشارك	Lehmann	Uta	أنثى	أفريقيا	جنوب أفريقيا	University of Western Cape
واضعي سياسات حكوميون	Ngwenya	Shirley	أنثى	أفريقيا	جنوب أفريقيا	University of the Witwatersrand
	Chala	Tesfaye	ذكر	أفريقيا	إثيوبيا	Deputy Director PHC, Ministry of Health
	Abdalla	Amel	أنثى	شرق المتوسط	السودان	Deputy Director HRD, Ministry of Health
	Kauffman	Arthur	ذكر	الأمريكتان	الولايات المتحدة الأمريكية	University of New Mexico
	White	Jean	أنثى	أوروبا	ويلز (المملكة المتحدة)	Welsh Government, Health and Social Services Group
	Gbanya	Miatta	أنثى	أفريقيا	ليبيريا	Ministry of Health
	Mugenii	Catherine	أنثى	أفريقيا	رواندا	Ministry of Health
	Medina	Guadalupe	أنثى	الأمريكتان	البرازيل	Universidade Federal de Bahia / Ministry of Health
	Nargis	Makhduma	أنثى	جنوب شرق آسيا	بنغلاديش	Ministry of Health
	Jelamschi	Nicolae	ذكر	أوروبا	جمهورية مولدوفا	Ministry of Health
جمعيات مهنية، نقابات عمالية، ومجتمع مدني	Latianara	Arieta	أنثى	غرب المحيط الهادئ	فيجي	Ministry of Health
	Mungherera	Margaret	أنثى	أفريقيا	أوغندا	World Medical Association
	Catton	Howard	ذكر	أوروبا	المملكة المتحدة	International Council of Nurses
	Walker	Polly	أنثى	أوروبا	المملكة المتحدة	World Vision
	Shresta	Ram	ذكر	جنوب شرق آسيا	نيبال	Tufts
عامل صحي مجتمعي	Vermuyten / Aye	Sandra/ Babatunde	أنثى، ذكر	أوروبا	بلجيكا	Public Services International
عامل صحي مجتمعي	Nakibuuka	Maxensia	أنثى	أفريقيا	أوغندا	Ministry of Health
مراقب (ممول)	Kureshy	Nazo	أنثى	الأمريكتان	الولايات المتحدة الأمريكية	United States Agency for International Development
	Leonard Sharia	Mbiu	ذكر	أفريقيا	كينيا	Ministry of Health

الجدول ألف.3: أعضاء فريق الاستعراض الخارجي

الاسم الكامل	المؤسسة	البلد	إقليم المنظمة	الجنس
Abimbola Olaniran	Liverpool School of Tropical Medicine	المملكة المتحدة	أوروبا	ذكر
Ari Johnson	University of California, San Francisco, Global Health Sciences	الولايات المتحدة الأمريكية	الأمريكتان	ذكر
Bhanu Pratap	Muso	سويسرا	أوروبا	ذكر
Camila Giugliani	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies	البرازيل	الأمريكتان	أنثى
Jennifer Breads	Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil	الولايات المتحدة الأمريكية	الأمريكتان	أنثى
Karin Källander	Jhpiego	المملكة المتحدة	أوروبا	أنثى
Madeleine Ballard	Malaria Consortium	ألمانيا	أوروبا	أنثى
Magali Romedenne	Community Health Impact Coalition	السنغال	أفريقيا	أنثى
Maisam Najafizada	UNICEF	كندا	الأمريكتان	ذكر
Maryse Kok	Memorial University of Newfoundland Health Sciences Centre, Newfoundland and Labrador	هولندا	أوروبا	أنثى
Ochiawunma Ibe	Royal Tropical Institute	نيجيريا	أفريقيا / الأمريكية	أنثى
Peter Ngatia	ICF/Maternal and Child Survival Program, United States of America	كينيا	أفريقيا	ذكر
Rajesh Panjabi	Last Mile Health	الولايات المتحدة الأمريكية	الأمريكتان	ذكر
Ruth Ngechu	Amref Health Africa	كينيا	أفريقيا	أنثى
Samson Kironde	Last Mile Health	أوغندا	أفريقيا	ذكر
Sara Javanparast	Living Goods	أستراليا	غرب المحيط الهادئ	أنثى
Eric Sarriot	University Research Co., LLC	الولايات المتحدة الأمريكية	الأمريكتان	ذكر
Stephen Hodgins	Flinders University	كندا	الأمريكتان	أنثى
Sunita Singh	Save the Children	الهند	جنوب شرق آسيا	ذكر
Stephen Hodgins	University of Alberta	كندا	الأمريكتان	ذكر
Sunita Singh	London School of Hygiene and Tropical Medicine	الهند	جنوب شرق آسيا	أنثى

الجدول ألف 4.4: إدارة تضارب المصالح بالنسبة للفريق المعنى بإعداد المبادى التوجيهية

الاسم	التسمية	المصالح	القرار
Elie Akl	American University of Beirut Beirut, Lebanon	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Babatunde Aiyelabola	Health and Social Sector Public Services International France	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Zulfiqar Bhutta	Aga Khan University Karachi, Pakistan	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Howard Catton	Director, Nursing and Health Policy Consultant International Council of Nurses Geneva, Switzerland	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Yoswa Dambisya	East, Central and Southern Africa Health Community Arusha, United Republic of Tanzania	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Gilles Dussault	International Public Health and Biostatistics Unit Instituto de Higiene e Medicina Tropical Lisbon, Portugal	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Miatta Zenabu Gbanya	Manager, Health Sector Pool Fund Ministry of Health Liberia	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Amel Abdalla Gesmalla	Deputy Director HRD Federal Ministry of Health Khartoum, Sudan	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Luis Huicho	Cayetano Heredia University Lima, Peru	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Zhang Guangpeng	China National Health Development Research Centre Beijing, China	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Nicolae Jelamschi	Coordination, Implementation and Monitoring Unit of Health System Projects Ministry of Health of the Republic of Moldova Chisinau, Moldova	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Arieta Latianara	Public Health Fiji Ministry of Health Suva, Fiji	التوظيف والاستشارة بشأن موضوع العاملين الصحيين المجتمعين في إطار مسؤوليات حكومة جمهورية فيجي	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Uta Lehmann	Director, School of Public Health University of the Western Cape Cape Town, South Africa	دعم البحث: إعداد ورقة تقنية إقليمية بشأن العاملين الصحيين المجتمعين لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر لفائدة المكتب الإقليمي لأفريقيا التابع لمنظمة الصحة العالمية	
Arthur Kaufman	University of New Mexico Albuquerque, United States of America	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر

(بيع)

الجدول ألف.4: إدارة تضارب المصالح بالنسبة للفريق المعنى باعداد المبادى التوجيهية (بيع)

الاسم	التسمية	المصالح	القرار
Isabela Cardoso de Matos Pinto	Instituto de Saude Coletiva Brazil	الدعم المالي لوحدة البحث التابعة لوزارة الصحة	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Leonard Mbiu	Ministry of Health and Sanitation Kitui County, Kenya	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Barbara McPake	Director, Nossal Institute for Global Health School of Population and Global Health, University of Melbourne Australia	دعمت تمويل البحث بشأن السياسات وأنشطة البحث المتعلقة بالعاملين الصحيين المجتمعين والموارد البشرية الصحية في سياق العديد من الإعانت والمبادرات. عقب ذلك، تم اختيار اتحاد يضم أكاديميين من نفس المؤسسة (جامعة ملبورن) من خلال عملية اختيار تنافسية لكي يتولى إجراء الاستعراضات المنهجية	واعترف أن المصالح التي أعلن عنها البروفيسور ماكباك لا تتطلب اتخاذ إجراء آخر. وأسفر اختيار اتحاد يضم باحثين من نفس المؤسسة ليتولى إجراء الاستعراضات المنهجية عن اتخاذ قرار يقضي بالطلب من البروفيسور ماكباك إلا يقوم اتصالات مباشرة مع فريق الاستعراضات المنهجية بخصوص المبادى التوجيهية الخاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين.
Maria Guadalupe Medina	Researcher, Public Health Department Institute of Collective Health, Federal University of Bahia Salvador, Brazil	حصلت على الدعم المالي للبحث بشأن العاملين الصحيين المجتمعين في البرازيل	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Catherine Mugeni	Director, Community Health Unit IHDPC/Maternal Child and Community Health Division, Rwanda Biomedical Centre Ministry of Health Rwanda	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Maxensia Nakibuuka	Community Health Worker Kampala, Uganda	توظيفها في تقديم الرعاية، وال الحوار حول السياسات، والبحوث، والدعوة بشأن العاملين الصحيين المجتمعين	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Makhduma Nargis	Former Chief Coordinator, Community Based Health Care Dhaka, Bangladesh	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Shirley Ngwenya	University of the Witwatersrand Johannesburg, South Africa	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Ram Shrestha	Senior Quality Improvement Advisor University Research Co, LLC Bethesda, United States of America	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Chala Tesfaye	Federal Ministry of Health Addis Ababa, Ethiopia	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Sandra Vermuyten	Public Services International Rome, Italy	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Polly Walker	Community Health Worker Programming Advisor World Vision International Middlesex, United Kingdom	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Jean White	Health and Social Services Group Welsh Government, Wales United Kingdom	لم يُعلن عن أية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر

الجدول ألف.4.5: إدارة تضارب المصالح بالنسبة لفريق الاستعراض الخارجي

الاسم	التسمية	المصالح	القرار
Abimbola Olaniran	Liverpool School of Tropical Medicine Liverpool, United Kingdom	تقديم الدعم في مجال الاستشارة والبحث لأنشطة السياسات والأنشطة الأكademية التي ترتكز على العاملين الصحيين المجتمعين	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Ari Johnson	Muso University of California San Francisco, United States of America	تقديم الدعم المالي في مجال التوظيف والبحث: إجراء بحوث وتقديم المساعدة التقنية بمقابل مالي فيما يتعلق بتنفيذ برنامج العاملين الصحيين المجتمعين، ودعم تنفيذ هذه المساعدة	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Bhanu Pratap	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Geneva, Switzerland	لم يُعلن عن آية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Camila Giugliani	Federal University of Rio Grande do Sul Porto Alegre, Brazil	لم يُعلن عن آية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Jennifer Breads	Jhpiego Baltimore, United States of America	تقديم خدمات استشارة بمقابل مالي حول تدريب العاملين الصحيين المجتمعين	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Karin Källander	Malaria Consortium London, United Kingdom	لم يُعلن عن آية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Madeleine Ballard	Community Health Impact Coalition Berlin, Germany	لم يُعلن عن آية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Magali Romedenne	UNICEF Regional Office for West and Central Africa Yoff Dakar, Senegal	لم يُعلن عن آية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Maisam Najafizada	Memorial University of Newfoundland Health Sciences Centre, Newfoundland and Labrador	لم يُعلن عن آية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Maryse Kok	KIT Royal Tropical Institute Netherlands	لم يُعلن عن آية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Ochiawunma Ibe	ICF/Maternal and Child Survival Program USAID Grantee Washington, D.C., United States of America	تعمل كثيرون في مجال الصحة المجتمعية مقابل أجر على مشروع صحة الأم والوليد والطفل المسؤول من وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، والذي يعمل لصالح منظمة ترمي عقولاً وتلقى منحاً من أجل تعزيز نظم الصحة المجتمعية في إطار الرعاية الصحية الأولية (مدفوعة الأجر؛ الوظيفة الحالية) عملت كمستشاره تقنية لدى وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية (2006-2017)	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Peter Ngatia	Amref Health Africa Headquarters Nairobi, Kenya	لم يُعلن عن آية مصالح ذات صلة	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Rajesh Panjabi	Last Mile Health Boston, United States of America	لم يُعلن عن آية مصالح	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Ruth Ngechu	Living Goods Nairobi, Kenya	لم يُعلن عن آية مصالح ذات صلة	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Samson Kironde	University Research Co., LLC, Uganda	لم يُعلن عن آية مصالح ذات صلة	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Sara Javanparast	Flinders University, Health Sciences Building Adelaide, Australia	لم يُعلن عن آية مصالح ذات صلة	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Eric Sarriot	Department of Global Health Save the Children United States of America	لم يُعلن عن آية مصالح ذات صلة	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Stephen Hodgins	University of Alberta Edmonton, Canada	لم يُعلن عن آية مصالح ذات صلة	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر
Sunita Singh	London School of Hygiene and Tropical Medicine London and Delhi	خدمات استشارية مدفوعة الأجر بشأن مسألة ذات صلة بموضوع المبادئ التوجيهية	لا يتطلب الأمر اتخاذ أي إجراء آخر

الملحق 5

نتائج مختارة من استقصاء تصورات أصحاب المصلحة

مقياس المقبولية على الدرجات التالية: 1 = غير مقبول على الإطلاق؛ 5 = غير متأكد مما إذا كان مقبولاً أم لا؛ 9 = مقبول بالتأكيد. وينطوي مقياس الجدوى على الدرجات التالية: 1 = لا جدوى له على الإطلاق؛ 5 = غير متأكد مما إذا كان مجدياً أم لا؛ 9 = مجدي بالتأكيد.

و عند تطبيق هذا المقياس على البيانات المسترجعة، اعتبرت غالبية قياسات النتائج المتعلقة بخيارات سياسات العاملين الصحيين المجتمعين بأنها قريبة من الطرف "الحاسم" من سلم مقياس ليكرت، على الرغم من أن أعلى نتائج الترتيب المسجلة كانت على النحو التالي: تحسن نوعية الخدمات الصحية التي يقدمها العاملون الصحيون المجتمعون، وزيادة نطاق تغطية الخدمات الصحية، وزيادة فرص حصول المرضى على الرعاية. كما اعتبرت معظم خيارات السياسات في النظر في المبادئ التوجيهية مقبولة وممكنة التنفيذ من جانب أصحاب المصلحة (الجدول ألف 1.5). وصنف عدد قليل جداً من التدخلات بأنها غير مؤكدة من حيث المقبولية أو الجدوى، مثل اختيار العاملين الصحيين المجتمعين لأغراض التعليم السابق للخدمة على أساس كل من السن وإكمال الحد الأدنى من مستوى التعليم الثانوي. ولم يُصنف أي قياس من قياسات النتائج على أنه "غير مهم"، كما أنه ليس هناك أي تدخلات اعتبرت بأنها "غير مقبولة على الإطلاق" أو "لا جدوى لها على الإطلاق".

تصورات أصحاب المصلحة لدعم النظم الصحية لبرامج العاملين الصحيين المجتمعين: دراسة استقصائية.

يشكل العاملون الصحيون المجتمعيون عنصراً مهماً من عناصر القوى العاملة الصحية في العديد من البلدان. وقد أجريت هذه الدراسة المقطعة شبه الكمية بهدف تقييم مدى مقبولية وجودي خيارات السياسات قيد النظر في المبادئ التوجيهية لدى أصحاب المصلحة.

وقد نُشرت دراسة استقصائية على الإنترنت ذاتية الإدارة باللغتين الإنكليزية والفرنسية لصالح أصحاب المصلحة من خلال ثلاث قنوات رئيسية: قائمة الاتصال الخاصة بإدارة الموارد البشرية الصحية للمنظمة؛ منصة معلومات الرعاية الصحية للجميع على الإنترنت؛ المشاركون في المؤتمر المعنى بإضفاء الطابع المؤسسي على صحة المجتمع لعام 2017 الذي عُقد في جنوب أفريقيا في عام 2017. وكان من بين المشاركين المؤهلين أصحاب المصلحة المعنيين بشكل مباشر أو غير مباشر بتنفيذ برامج العاملين الصحيين المجتمعين في البلدان.

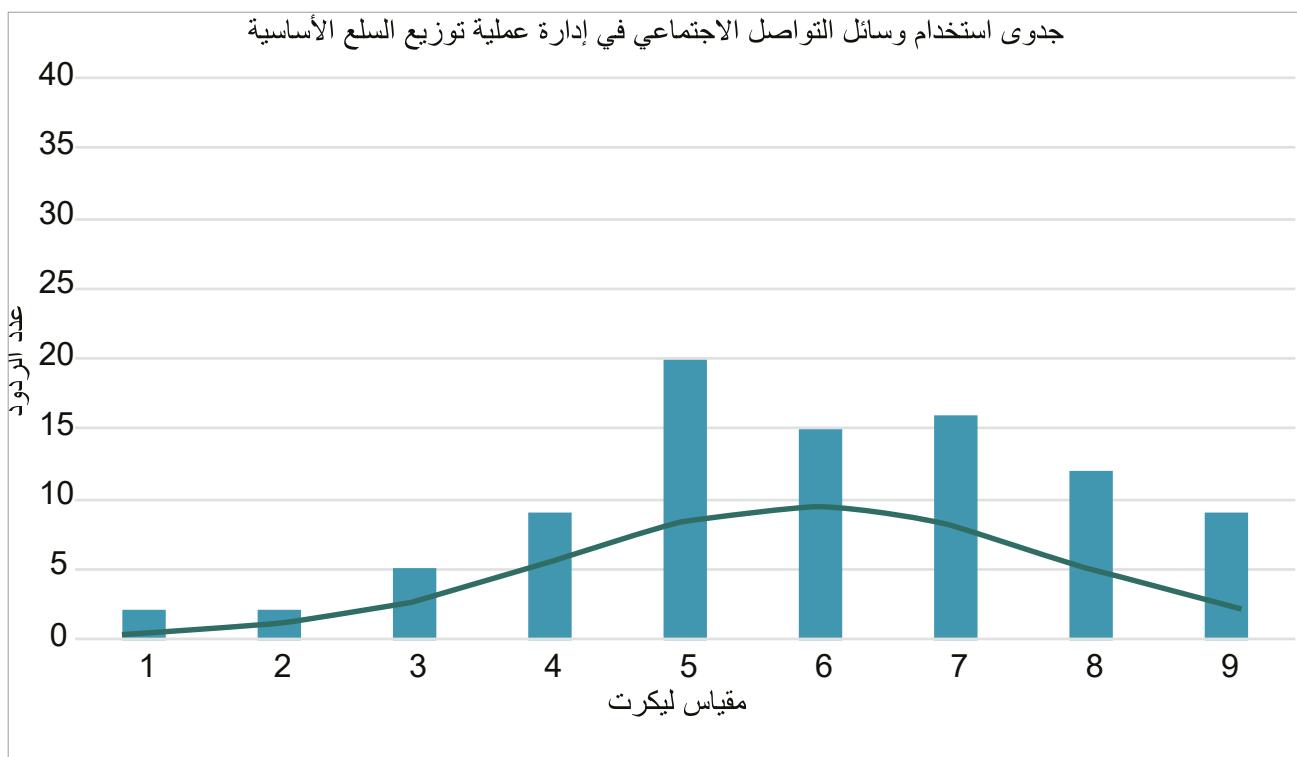
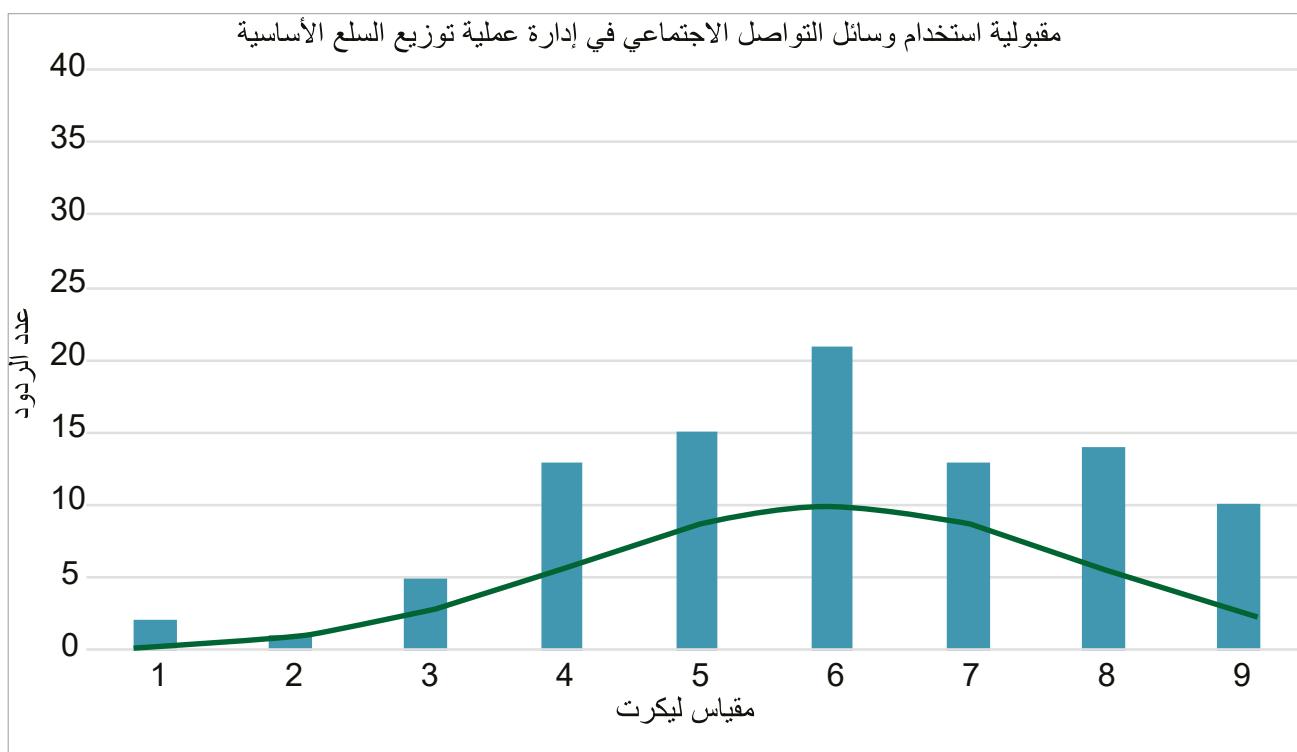
وورد ما مجموعه 96 ردًّا. وصنفت الإجابات باستخدام مقياس ليكرت المؤلف من 9 درجات من أجل تقييم قياسات النتائج ودرجة مقبولية وجودي التدخلات. وينطوي مقياس النتائج على الدرجات التالية: 1 = غير مهم؛ 5 = مهم؛ 9 = حاسم. وينطوي

الجدول ألف 5.1: مقبولة تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين وجدواها

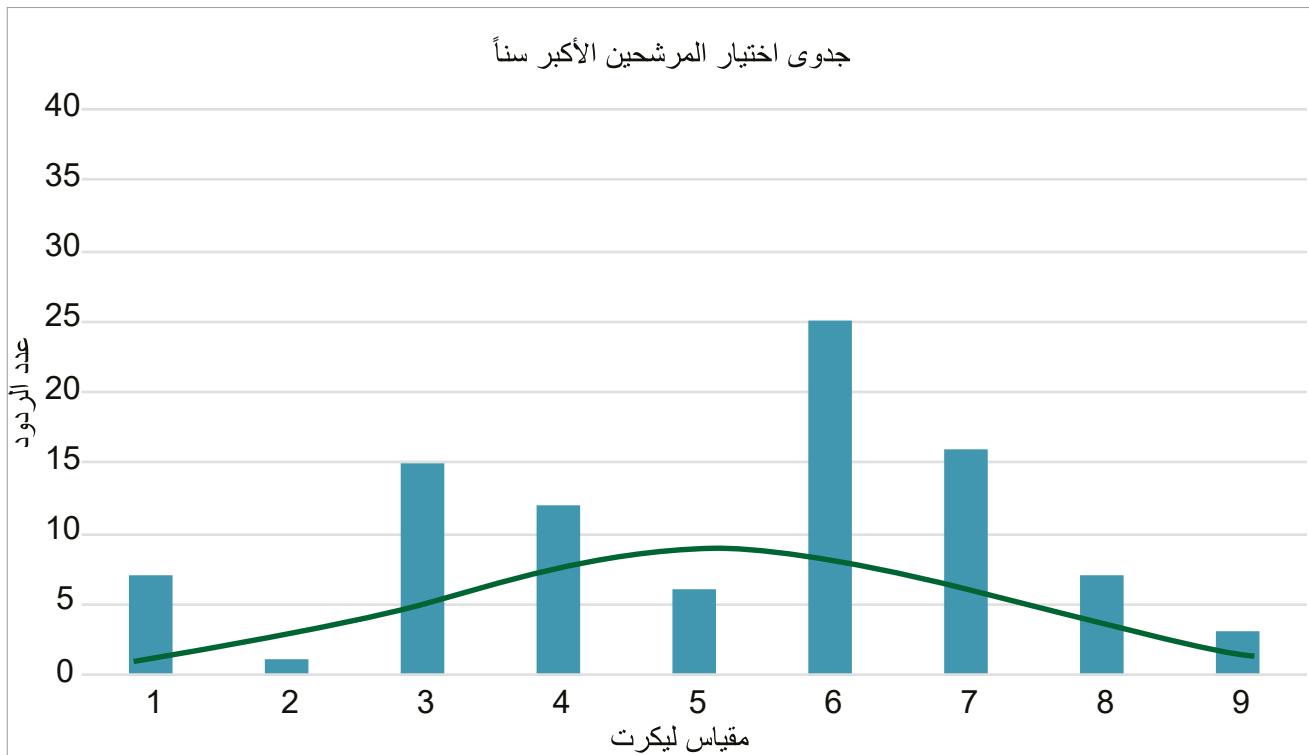
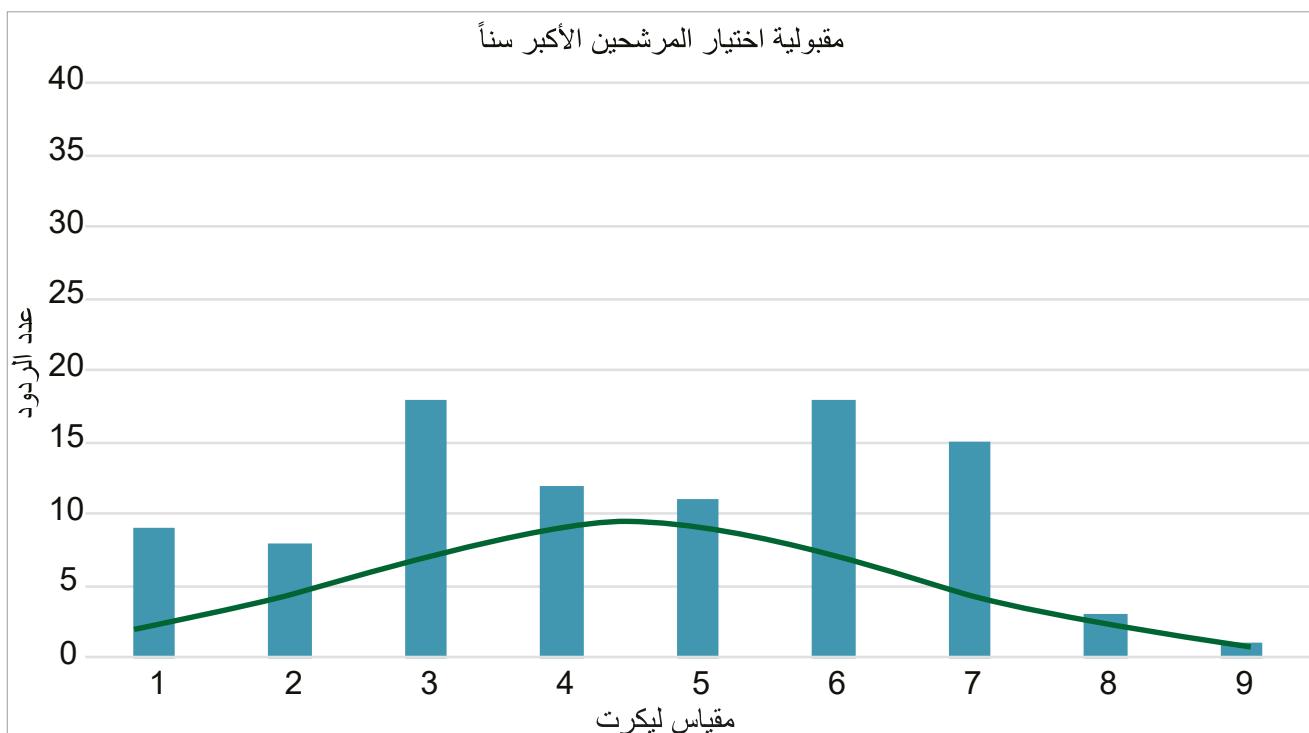
المقبولية (N = 95)	الجذوى (N = 92)	متوسط ترتيب تدخلات العاملين الصحيين المجتمعين وفقاً لمقياس ليكرت (1 = أدنى؛ 9 = أعلى)
6.2	6.3	إلى أي مدى يتيح هذا الاستبيان تقييم قبول أصحاب المصلحة تتنفيذ تدخلات السياسات الخاصة بالعاملين الصحيين المجتمعين، مقارنة بطرق أخرى أو في حال انعدام التقييم؟
7.2	7.3	(2) استخدام السمات الأساسية والمستصورة في اختيار العاملين الصحيين المجتمعين لأغراض التدريب السابق للخدمة
5.5	5.2	أ) اعتماد خيار العاملين الصحيين المجتمعين الذين أكملوا الحد الأدنى من مستوى التعليم الثانوي حسراً (مقابل المستويات الدنيا للإمام بالقراءة والكتابة)
5.2	4.5	ب) اختبار المرشحين الأكبر سناً على أساس معيار السن (مقابل الاختبار العشوائي للسن)
7.0	6.9	ج) اختبار أفراد المجتمع المحلي المستهدف (مقابل اختيار أشخاص غير أفراد في المجتمع المحلي)
7.0	6.4	(3) تدريب العاملين الصحيين المجتمعين لمدة قصيرة (يمكن أن تتراوح من بضعة أيام إلى شهر واحد مقابل تدريب لمدة أطول تتراوح من 6 أشهر إلى 3 سنوات)
7.0	6.8	(4) توافر مناهج دراسية موحدة
5.8	5.6	أ) ينبغي أن تتناول المناهج الدراسية الجوانب البيولوجية/ الطبية (المحددات، والمفاهيم الأساسية للفيزيولوجيا البشرية، والصيادةلة، والتشخيص والعلاج)
7.8	7.9	ب) تتناول المناهج الدراسية السلريكيات الوظافية على مستوى الأسرة فيما يتعلق بالأحوال الصحية ذات الأولوية
7.6	7.6	ج) تتناول المناهج الدراسية التتفيف بشأن المحددات الاجتماعية للصحة
7.8	8.0	د) تتناول المناهج الدراسية مهارات الاستشارة والتحفيز (بما في ذلك مهارات الاتصال)
7.8	7.9	هـ) تتناول المناهج الدراسية نطاق الممارسة (المواقف، وتوفيت حالة المرضى، مجموعة المهام، وموازين القوى مع العميل، والسلامة الشخصية)
7.5	7.7	وـ) تتناول المناهج الدراسية إدماج العاملين الصحيين المجتمعين في النظام ببطاقة الأوسع (الوصول إلى الموارد)
7.6	7.6	(5) إصدار شهادات رسمية للعاملين الصحيين المجتمعين الذين خضعوا للتدربي السابق للخدمة القائم على الكفاءة
7.8	8.2	(6) تقديم الدعم للعاملين الصحيين المجتمعين في مجال الإشراف الاستراتيجي
7.5	8.0	أ) توجيه العاملين الصحيين المجتمعين
7.8	7.9	بـ) استخدام قوام التحقق من المهام
7.2	7.1	جـ) مراقبة العاملين الصحيين المجتمعين في المرفق
7.6	7.8	دـ) مراقبة العاملين الصحيين المجتمعين في المجتمع المحلي والمرفق
6.3	6.1	هـ) إشراف العاملين الصحيين المجتمعين على عاملين صحبيين مجتمعين آخرين
7.5	7.7	وـ) إشراف كبار الكوادر الصحيين على العاملين الصحيين المجتمعين
7.8	7.9	زـ) تدريب المشرفين
6.3	5.2	حـ) تقييم العاملين الصحيين المجتمعين من خلال الإشراف على تقديم الخدمات حسراً
7.4	7.6	طـ) تقييم العاملين الصحيين المجتمعين من خلال الإشراف على تقديم الخدمات وعلى أساس ردود فعل المجتمع المحلي
7.6	7.9	(7) مكافأة العاملين الصحيين المجتمعين على عملهم
6.7	7.2	أ) الحواجز النقدية
7.1	7.2	بـ) الحواجز غير النقدية
6.2	6.7	جـ) إجراء مقارنة بين رواتب العاملين الصحيين المجتمعين الذين يعملون بدوام كامل والحد الأدنى للأجر الحكومي المطبق في المنطقة
6.4	7.3	(8) إتاحة فرصة الترقى في السالم/ الإطار الوظيفي ضمن نظامي الصحة والتعلم للعاملين الصحيين المجتمعين
6.7	7.0	(9) العاملون الصحيون المجتمعيون لديهم عقد رسمي في النظام الصحي
7.7	8.0	(10) العاملون الصحيون المجتمعيون يجمعون ويقدمون بيانات عن أنشطتهم الروتينية
7.6	7.9	(11) استراتيجيات المشاركة المجتمعية الرامية إلى دعم العاملين الصحيين المجتمعين الممارسين للخدمة (بما في ذلك اللجان الفرعية والأنشطة المتعلقة بتخطيط العمل الصحي المجنوعي)
7.5	8.0	(12) تعينة المجتمع المحلي بشكل استباقي من جانب العاملين الصحيين المجتمعين (تحديد المشاكل الصحية والاجتماعية ذات الأولوية، وحشد الموارد المحلية، وإشراك المجتمعات المحلية في تنظيم الخدمات الصحية وتقديمها)
7.4	7.9	(13) توفير استراتيجيات لضمان توافر إمدادات السلع الأساسية والمواد الاستهلاكية بشكل كافٍ في سياق برامج العاملين الصحيين الممارسين للخدمة
7.3	7.9	أ) ضمان إدراج السلع الأساسية ذات الصلة في خطة الإمداد الوطنية بالمستحضرات الصيدلانية أو في إحدى خطط سلسلة الإمداد الوطنية المقابلة
7.6	8.0	بـ) تزويد العاملين الصحيين المجتمعين بأدوات إدارة المخزون المبتكرة والأدوات البصرية المساعدة على العمل التي تراعي المستويات المنخفضة من الإمام بالقراءة والكتابه والمنطقية على حد أدنى من نقاط البيانات من أجل تسهيل تسجيل البيانات وإعادة الإمداد
7.0	7.4	جـ) استخدام تطبيقات الهاتف المحمول (الصحة المعتمدة على تكنولوجيا الهاتف المحمول "mHealth") للإبلاغ عن حالة المخزون وغيرها من البيانات
7.3	7.8	دـ) تنسيق إجراءات إعادة الإمداد وقوائم التدقير والحواجز والإشراف عليها وتوحيدها
7.0	7.3	هـ) المنتجات المصممة خصيصاً للاستخدام من قبل العاملين الصحيين المجتمعين (العرض والقدرة على المقاومة والشكل والتغليف)
6.0	6.0	وـ) استخدام وسائل التواصل الاجتماعي في إدارة عملية إعادة التوزيع

وعلاوة على متوسط قيم الترتيب، تجدر الإشارة إلى أنه بالنسبة للعديد من التدخلات التي جرى النظر فيها، أظهرت القيم توزيعاً واسعاً للرددود، حيث إنها تبين تفاوتات معتبرة من حيث المقبولية والجذوى حسب تصورات المحبين على الاستقصاء (انظر الشكلين ألف 5.1 وألف 5.2).

الشكل ألف 5: مقبولية وجدوى استخدام وسائل التواصل الاجتماعي في إعادة توزيع السلع الأساسية والإمدادات



الشكل ألف 5.2: مقبولية وجدوى اختيار المرشحين الأكبر سناً



من الأرجح أن تثقل السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية تنفيذاً فعالاً إذا أشرك في التفاوض عليها وإعدادها جميع أصحاب المصلحة، وإذا كانت تعكس تصوراتهم وتفضيلاتهم من حيث القيم.

ويضيف استقصاء تصورات أصحاب المصلحة هذا منظوراً تكميلياً إلى إطار اتخاذ القرار الذي استند إليه الفريق المعنى بإعداد المبادئ التوجيهية في صياغة توصيات المبادئ التوجيهية. وعلاوة على جمع البيانات العلمية من خلال الاستعراضات المنهجية، فإن نتائج الاستقصاء تعزز الثقة في إمكانية تطبيق معظم التوصيات في سياقات عملية.

ISBN 978-92-4-655036-4



A standard linear barcode representing the ISBN number 978-92-4-655036-4.

9 789246 550364

Health Workforce Department
World Health Organization
20 Avenue Appia
CH 1211 Geneva 27 Switzerland
www.who.int/hrh