

PARTNERING FOR CHANGE

Chronic Care in Humanitarian Crises

دليل دعم الأقران

تخطيط دعم الأقران للأشخاص
المتعاشين مع الأمراض غير المعدية
في الأوضاع الإنسانية وتنفيذه وتقييمه



المحتويات



لبنان

02	شكر وتقدير.....
03	الاختصارات.....
03	مسرد المصطلحات.....
04	دليل المستخدم.....
06	مفاهيم دعم الأقران.....
11	< المرحلة 1: التخطيط والبدء.....
18	< المرحلة 2: التنفيذ والتكيف.....
33	< المرحلة 3: التقييم والتعلم.....
39	دعوة إلى العمل.....
39	صفحات الموارد.....
40	المراجع.....
43	الملاحق.....

شكر وتقدير

تم تطوير هذا الدليل في إطار مبادرة "الشراكة من أجل التغيير" (P4C)، وهي شراكة تهدف إلى التصدي لمشكلة الأمراض غير المعدية (NCDs) الآخذة في التفاقم والتي تؤثر على ملايين الأشخاص في الأزمات الإنسانية في جميع أنحاء العالم. ويشمل الشركاء كلاً من اللجنة الدولية للصليب الأحمر، والصليب الأحمر الدنماركي، وشركة Novo Nordisk. وتُعد كلية لندن للصحة والطب الاستوائي هي الشريك الأكاديمي الرئيسي. يتم تمويل مبادرة "الشراكة من أجل التغيير" من قبل قسم الإنصاف الصحي العالمي في شركة Novo Nordisk. وجديدٌ بالذكر أنه لم يكن للجهة الممولة أي تأثير على أي جزء من الدليل.

توجه بخالص الشكر والتقدير إلى كافة الأفراد الذين ساهموا بخبراتهم الفنية وتجاربهم القيمة في إثراء هذا الدليل وتطويره.

المساهمون

لارس برون لارسن (الصليب الأحمر الدنماركي)، جيتي روزوال (الصليب الأحمر الدنماركي)، ميجان بارلو (الصليب الأحمر الدنماركي)، ربما كيغرسرو نايمي (الصليب الأحمر الدنماركي)، سيلفيا خاماتي أنخا - لوغندو (الصليب الأحمر الدنماركي)، كارلا نجيم (الصليب الأحمر اللبناني)، هيزرون موخونجي نامبيرو (الصليب الأحمر الكيني)، سيجيريا إيبيشير بيروني (اللجنة الدولية للصليب الأحمر)، بابلو بيريل (كلية لندن للصحة والطب الاستوائي)، إيمين أنسيرو (كلية لندن للصحة والطب الاستوائي)، هانا فيلان (وحدة الابتكار في منظمة أطباء بلا حدود السويدية)،

الفكرة والإعداد

لارس برون لارسن، جيتي روسوال، سيجيريا إيبيشير بيروني، بنيامين شميد، إيمفين أنسيرو وبابلو بيريل

التأليف

بنيامين شميد (كلية لندن للصحة والطب الاستوائي)

التصميم

لاست مايل "Last Mile" (كوبنهاجن، الدنمارك)

النشر

حقوق الطبع والنشر والتأليف: بعض الحقوق محفوظة. هذا العمل مرخص بموجب نَسب المُصنَّف - غير تجاري - الترخيص بالمثل 4.0 دولي. حقوق الصور: نومي موني (مندوبة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في لبنان، الصليب الأحمر الدنماركي)، جمعية الصليب الأحمر الكيني.

الاقتراس المقترح

شميد ب. (2024)، دليل دعم الأقران. تخطيط دعم الأقران للأشخاص المتعاضدين مع الأمراض غير المعدية في الأوضاع الإنسانية وتنفيذه وتقييمه. المشاركة من أجل التغيير.

هذا الدليل مُهدى مع شكر خاص إلى ملايين الأشخاص المتضررين من الأزمات الإنسانية الآن وفي المستقبل. فهم محور الهدف من إنشاء هذا الدليل، ويأمل المؤلفون والمساهمون بكل صدق أن يحققوا منه أقصى استفادة ممكنة.

الاختصارات

فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة	HIV/AIDS
الاتحاد الدولي للسكري	IDF
الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر	IFRC
لجنة الإنقاذ الدولية	IRC
المراقبة والتقييم	M&E
الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي	MHPSS
الأمراض غير المعدية	NCDs
الأشخاص المتعايشون مع الأمراض غير المعدية	PLWNCDS
نظرية التغيير	ToC
المشاركة من أجل التغيير	P4C
منظمة الصحة العالمية	WHO



كينيا

مسرد المصطلحات

استمرارية الرعاية

استمرارية الرعاية هي توفير الرعاية والخدمات المنتسقة بمرور الوقت في مختلف المستويات والتخصصات على نحو يتوافق مع الاحتياجات الصحية للمريض وظروفه الشخصية.^{1(ص 10)}

الأمراض غير المعدية (NCDs)

يغلب على الأمراض غير المعدية، المعروفة أيضًا باسم الحالات المزمنة، أن تكون طويلة الأمد وناجمة عن مجموعة من العوامل الوراثية والبيئية والسلوكية.⁶ يستخدم هذا الدليل أمثلة تتوافق في المقام الأول مع «أجندة الأمراض غير المعدية 5x5» العالمية، ولكنها تظل ذات صلة متساوية بجميع الأمراض غير المعدية.⁷ وفي حين تُعد الصحة العقلية والاضطرابات العصبية واحدة من المجموعات الخمس الرئيسية للأمراض غير المعدية في الأجندة العالمية، فإن هذا الدليل يسلط الضوء عليها في أقسام معينة للتأكيد على الحاجة إلى تكامل الصحة البدنية والعقلية.

تسلسل الرعاية

يُشير مصطلح تسلسل الرعاية إلى وصول الشخص دون انقطاع إلى الخدمات والتدخلات الشاملة التي تعالج الاحتياجات الصحية لهذا الشخص وعافيته، بدءًا من لحظة تحديد الحالة الصحية حتى استعادة الشخص لحالته الوظيفية المتسقة مع السياق.²

قائد الأقران / المشارك

غالبًا ما يكون دعم الأقران - ولكن ليس بالضرورة - بقيادة أحد الأقران. ولتمييز أدوار قادة الأقران عن أدوار المشاركين، يستخدم هذا الدليل المصطلحات التالية:

- قائد الأقران = شخص يتعايش مع أمراض غير معدية ويقود جلسات دعم الأقران.
- المشارك = شخص يتعايش مع أمراض غير معدية ويشترك في الجلسات.

يمكن للمنفذين اختيار أي مرادف مناسب لسياق المشروع.

المُيسِّر

يُستخدم مصطلح المُيسِّر لوصف أي شخص يقود جلسات دعم الأقران، بما في ذلك القادة الأقران والمُيسِّرون غير الأقران (على سبيل المثال، الأخصائيون الاجتماعيون).

نموذج الرعاية

التصميم الشامل لتوفير نوع معين من خدمات الرعاية الصحية.^{4(ص 49)} يقترح أنسبرو وآخرون⁵ إطارًا مفاهيميًا لنموذج رعاية الأمراض غير المعدية في البيئات الإنسانية.

الوضع الإنساني

الوضع الإنساني هو الوضع الذي أدى فيه حدث أو سلسلة من الأحداث إلى تهديد خطير لصحة أو سلامة أو أمن أو عافية مجتمع أو مجموعة كبيرة أخرى من الناس. حيث تتجاوز قدرة المجتمع المتضرر على المواجهة، وتكون هناك حاجة إلى مساعدة خارجية.³ ويعكس استخدام هذا الدليل لمصطلحات شاملة، مثل الوضع الإنساني والأمراض غير المعدية، طبيعته العامة. ويقر المؤلفون بحدودهم في رصد الفروق الدقيقة الكاملة للأشخاص والأماكن، ويأملون في أن يكون ما قدموه بمثابة تذكير بالحاجة إلى التكيف.

دليل المستخدم

يُعد هذا الدليل بمثابة دليل عملي لكيفية تخطيط وتنفيذ وتقييم الدعم المقدم من الأقران إلى الأشخاص المتعاضدين مع الأمراض غير المعدية (PLWNCDS) في الأوضاع الإنسانية.

من هم المستخدمون المستهدفون؟

أخصائيو تخطيط المشروعات والصحة في البيئات الإنسانية العاملون على المستوى الإقليمي أو الوطني أو دون الوطني. يُركّز هذا الدليل على الأمراض غير المعدية، إلا أنه قد يكون ذا صلة بنفس القدر بجوانب أخرى (مثل الأمراض المعدية وصحة الأم والرضيع والطفل) وسياقات أخرى (مثل الأوضاع الأكثر استقرارًا).

ما الذي يمكن أن يساعد فيه هذا الدليل؟

- تمكين الجهات الفاعلة في المجال الإنساني من اتخاذ القرار بشأن استخدام نهج دعم الأقران.
- توجيه تصميم أي تدخل وتكييفه مع السياق المحلي.
- اختيار المُيسرين المقبولين وتدريبهم وتحديد معايير المشاركة.
- إعداد لوجستيات التنفيذ وتوقع التحديات المحتملة.
- وضع الأسس لإنشاء دليل تفصيلي وأدوات يومية، ودليل تدريب للميسرين، و خطة متابعة وتقييم (M&E) (هذه ليست مشمولة بالتفصيل).

كيفية استخدام هذا الدليل

- إذا كانت مفاهيم دعم الأقران جديدة عليك، فنحن ندعوك لاستكشاف قسم مفاهيم دعم الأقران.
- اتبع الدليل خطوة بخطوة للتخطيط (المرحلة 1) والتنفيذ (المرحلة 2) وتقييم (المرحلة 3) تدخلات دعم الأقران أو اختر مراجعة أقسام معينة أو تخطي الخطوات بناءً على الخبرات والاحتياجات الحالية.
- استعرض الملحق للحصول على أدوات مفيدة ودراسات حالة تشغيلية.

للتبسيط، يتم عرض الخطوات على أنها خطية، بينما هي في الواقع مترابطة ومتكررة (الشكل 1). تم تطوير هذا الدليل كدليل عام، فهو يمنح المشاريع المرنة لتكييف دعم الأقران مع أي سياق معين. يُعد هذا التكيف أمرًا بالغ الأهمية؛ حيث قد يكون العامل الحاسم في إحداث التأثير أو عدمه. يدعم الدليل هذه العملية بأدوات عملية يسهل تمييزها بإشارات مرئية موحدة. وقد تمت إضافة روابط إلى الموارد التكميلية حيثما أمكن. يوضح الملحق "أ" تفاصيل تطوير الدليل.

احصل على نسختك الرقمية الآن

يُعد هذا الدليل منشورًا متطورًا ومفتوح المصدر. امسح رمز الاستجابة السريعة للحصول على أحدث إصدار.



لبنان

نظرة عامة حول المرحلة



المرحلة 1 التخطيط والبدء



المرحلة 2 التنفيذ والتكيف



المرحلة 3 التقييم والتعلم

الخطوات

1. تحديد المجموعة المستهدفة والأهداف
2. تحديد فريق المشروع
3. اختيار نهج دعم الأقران
4. إشراك الجهات المعنية والاستدامة

قائمة التحقق المرجعية للمرحلة 1

- حدد المجموعة المستهدفة للمشروع وحدد أهداف المشروع.
- قم بإجراء تمرين (مبسط) لنظرية التغيير.
- قم بتشكيل فريق مشروع متعدد التخصصات، مع إعطاء الأولوية لإشراك الأشخاص المتعاضدين مع الأمراض غير المُعدية.
- قم بتطوير خطة واضحة وقابلة للتنفيذ بشأن الإشراك الهادف للأشخاص المتعاضدين مع الأمراض غير المُعدية.
- قم بتطوير خطة مشروع تُلخّص أسئلة لماذا، ومن، وماذا، وأين، ومتى، وكيف.
- قم بإجراء تحليل لأصحاب المصلحة وترجمه إلى استراتيجية مشاركة.
- قم بتطوير استراتيجية تسليم أو خطة استدامة، واحصل على موافقة الجهات المعنية.
- استعرض المشاركة الهادفة للأشخاص المتعاضدين مع الأمراض غير المُعدية في جميع القرارات المتخذة.

الخطوات

5. اختيار المشاركين وتوظيفهم
6. إعداد دليل دعم الأقران
- 6أ. إنشاء هيكل الدليل
- 6ب. تطوير مخطط الجلسات
- 6ج. تطوير الجلسات
- 6د. تجربة الدليل
7. اختيار المُيسرين الأقران وتدريبهم
- 7أ. معايير الاختيار
- 7ب. وضوح الدور الوظيفي ووصفه
- 7ج. تدريب المُيسرين
8. الجوانب العملية لإدارة دعم الأقران
9. المرونة وحل المشكلات

قائمة التحقق المرجعية للمرحلة 2

- تطوير معايير اختيار المشاركين الأقران.
- إعداد دليل بالاشتراك مع خبراء متنوعين (على سبيل المثال، خبراء تربويين أو متخصصون في موضوعات معينة أو خبراء تجارب حياتية).
- التحقق من جميع جوانب الاتصال استناداً إلى مبادئ اللغة الشاملة والمراعية للكرامة.
- تطوير معايير اختيار المُيسرين ووصف تفصيلي للدور الوظيفي.
- ضم المُيسرين واعتماد وصف الدور الوظيفي.
- وضع خطة تدريب للمُيسرين وتنفيذها استناداً إلى احتياجات التدريب المحددة.
- تحديد استراتيجية لضم المشاركين وتنفيذ العمليات.
- تجريب الدليل وإجراء المراجعات اللازمة.
- إعداد دعم الأقران وترتيب الجوانب العملية (المنفذون والمُيسرون).
- بدء جلسات دعم الأقران وتكييفها حسب الحاجة.

الخطوات

10. تحديد غرض المراقبة والتقييم
11. تطوير إطار للتأثير
- 11أ. تحديد سلسلة النتائج
- 11ب. تحديد المؤشرات
12. تطوير خطة للمراقبة والتقييم

قائمة التحقق المرجعية للمرحلة 3

- اختيار قائد فني للمراقبة والتقييم وضمه.
- تحديد غرض أو أغراض جهد المراقبة والتقييم بشكلٍ واضح.
- وضع إطار للنتائج يتضمن جميع المكونات ذات الصلة بسلسلة النتائج.
- تحديد المؤشرات المناسبة وتحديد أدوات جمع البيانات.
- وضع خطة مفصلة للمراقبة والتقييم تغطي جميع الخطوات وخطة عمل مفصلة ذات مسؤوليات واضحة.
- تحديد الفرص لإشراك الأشخاص المتعاضدين مع الأمراض غير المُعدية ومجتمعاتهم بشكلٍ هادف.
- اعتماد خطة المراقبة والتقييم والحصول على موافقة الجهات المعنية.

الشكل 1: المراحل الأساسية والخطوات وقوائم التحقق المرجعية في الدليل

الأدوات

التمارين



تمارين عملية لإثراء تطوير تدخل دعم الأقران

دراسة حالة



أمثلة على كيفية تطبيق دعم الأقران في بيئات مختلفة، بما في ذلك لبنان والهند وفيتنام وكينيا

قراءة إضافية



روابط إلى موارد مفيدة

أسئلة التأمل



الاعتبارات التي تساعد في توجيه العمل وتحسين تدخل دعم الأقران

نصائح عملية



نصائح مفيدة تساعد في تنفيذ محتوى الدليل عمليًا

قوائم التحقق المرجعية



قوائم الأهداف لكل مرحلة

مفاهيم دعم الأقران

بشكل أو بآخر. ويمكن أن يستند هذا إلى أي تجربة و/أو سمة تقريبًا. فمن خلال أوجه التشابه بينهم، يمكن أن تتشكل علاقات الأقران أفقيًا وعلى قدم المساواة. تميز هذه الخصائص علاقات الأقران عن معظم العلاقات الأخرى في نظام الرعاية الصحية، والتي يتم تحديدها عادةً من خلال التسلسل الهرمي (الطبيب/الخبير مقابل المريض/المستفيد) استنادًا إلى أي فجوة في المعرفة الفنية. في هذا الدليل، نحن نستخدم تعريفًا لدعم الأقران في سياق الرعاية الصحية:

”توفير المساعدة العاطفية والتقييمية والمعلوماتية من قبل عضو في شبكة اجتماعية قائمة بامتلاك معرفة تجريبية بسلوك معين أو عامل ضغط معين ولديه سمات مماثلة لتلك الخاصة بالسكان المستهدفين.” (ص329)⁸

إن دعم الأقران هو مفهوم قوي ومؤثر. بالنسبة للعديد من الأشخاص، تُعد فكرة دعم الأقران منطقية وبديهية. ويرجع ذلك جزئيًا إلى أنه يكون من السهل الاعتقاد في قوة التجارب الشخصية أو الأمثلة من شبكاتنا الاجتماعية عندما يحصل شخص ما أخيرًا على دعم الأقران. وعلى الرغم من الطبيعة البديهية لمفهوم دعم الأقران، فقد يكون من الصعب بشكل مدهش تحديد ماهية دعم الأقران بالضبط وكيف يختلف عن أنواع الدعم الأخرى.

ما هو دعم الأقران؟

لفهم دعم الأقران، من المفيد التفكير في من هو القرين. على سبيل المثال، قد نذكرنا هذه الكلمة بزملاء العمل الذين لديهم نفس الأقدمية، أو زملاء الدراسة أو الأشخاص الذين من نفس العمر. ومن ثم، ما يميز الأقران هو أنهم "متساوون"

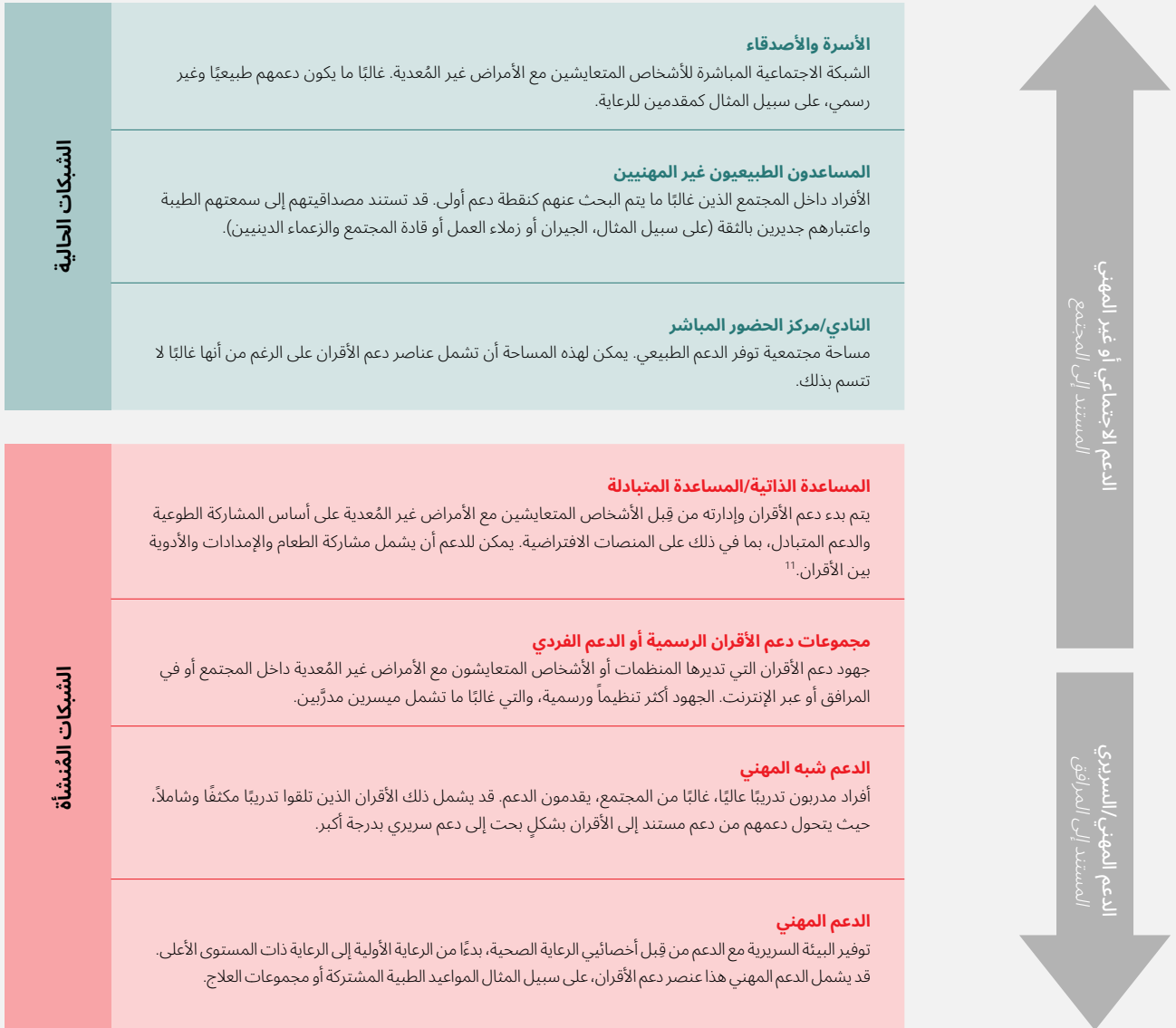


كينيا

وقد توفر مقارنة دعم الأقران بأنواع الدعم الأخرى مزيداً من الوضوح (الشكل 2 والمربع "أ"). وتُظهر تلك المقارنة أن تلك الاختلافات غير واضحة، كما أنها تسلط الضوء على العديد من الفروق الدقيقة والتداخلات بينها. على سبيل المثال، هل قدم الممرض الذي لديه تجارب تعايش مع مرض غير معدي الدعم المهني أو دعم الأقران أثناء الاستشارة؟ يُعد دعم الأقران نفسه عنصراً راسخاً عند نقطة التقاء الجهود المُستندة إلى المجتمع والمرافق (الشكل 2) ويمكن أن يساعد في سد الفجوة بين المجالين.

الأمراض غير المُعدية، أو عوامل ضغط محددة مرتبطة بها (مثل الوصمة)⁹، أما ما يشمل سمات مشابهة فهو يختلف بحسب السياق. وقد يشمل ذلك الوضع الاجتماعي والاقتصادي، أو الثقافة، أو الهوية الاجتماعية، أو التجارب المشتركة في أي أزمة إنسانية.^{9,10} وقد يبدو التفكير في هذه التشابهات وكيفية تداخلها مع بعضها أمراً مجرداً إلى حد ما. وفي الوقت الحالي، يكفي أن نتذكر هذه الخصائص الأساسية لدعم الأقران، حيث يحظى تأثيرها على القرارات العملية بمزيد من الاهتمام في المرحلة 2.

الشكل 2. أنواع العلاقات الداعمة (مقتبسة من 12 و 8)



المربع 4*

المرادفات والمفاهيم المتعلقة بدعم الأقران^{11,13,14}

المرادفات

المعلمون الأقران، المُشِيرُونَ الأقران، مجموعات الدعم (المتبادل)، مجموعات المرضى، المساعدة المتبادلة، المرشدون الأقران، الخبراء الأقران.

العاملون في مجال الصحة المجتمعية

العاملون في مجال الصحة المجتمعية هم أفراد في المجتمع يقدمون خدمات الرعاية الصحية الأساسية ويعملون حلقة وصل بين الناس ونظام الرعاية الصحية الرسمي. وهم يُعرفون أيضًا باسم المروجين الصحيين، أو المُثَقِّفِينَ الصحيين، أو المتطوعين في مجال الصحة المجتمعية، أو العاملين في مجال التوعية. ومن المهم أن يكونوا من نفس المنطقة الجغرافية أو من نفس الثقافة التي ينتمي إليها الأشخاص الذين يدعمونهم. وقد يكون هذا هو الحال أيضًا بالنسبة للداعمين من الأقران؛ فالمفهومان ليسا متعارضين. وبشكل عام، تكمن السمة الرئيسية للأقران في تجربتهم التي تم التعايش فيها مع حالة معينة.

دعم الأشخاص العاديين

الشخص العادي هو شخص لم يحصل على تدريب مهني محدد. يكون الأشخاص العاديون على الجانب الآخر في مقابل الأخصائيين الصحيين المتخصصين للغاية. ومن ثم، يتم اعتبار معظم الأقران أشخاصًا عاديين في سياق الرعاية الصحية. تُفضّل صياغة الدليل استخدام كلمة «القرين» نظرًا لأنها تؤكد على موقفه الفريد من التمتع بالتجارب الحياتية بدلًا من الافتقار إلى التدريب المهني. وفي سياق تدخلات الصحة العقلية، يُستخدم مصطلح المستشار غير المهني أحيانًا.

تحويل/مشاركة المهام

غالبًا ما يكون مفهوم تحويل/مشاركة المهام جزءًا من المناقشات حول تقديم الرعاية الصحية، بما في ذلك في البيئات الإنسانية. وهو يعتمد على فكرة أنه يمكن القيام ببعض المهام جزئيًا (المشاركة) أو بالكامل (التحويل) من قِبل مقدم خدمة أقل تخصصًا أو شخص عادي. وهو مفهوم أوسع بكثير من دعم الأقران ويمكن أن يشمل

جميع أنواع الخدمات السريرية وغير السريرية، ويكون ذلك عادةً بهدف الاستخدام الفعال للموارد. لا يندرج دعم الأقران تحت هذه المظلة تمامًا، لأن هذا النوع من الدعم يستدعي العديد من المساهمات الإضافية إلى جانب تولي المهام القائمة.

المواعيد الطبية المشتركة

المواعيد الطبية المشتركة عبارة عن «لقاءات سريرية تتلقى فيها مجموعة من المرضى التثقيف والإرشاد والفحص البدني والدعم السريري الموجه إلى المرضى»¹⁵. تتداخل هذه المواعيد الجماعية بشكل كبير مع أساليب دعم الأقران. وتعتمد هذه المواعيد عادةً - بدرجات متفاوتة - على جمع الأشخاص الذين يعانون من تحديات مماثلة معًا ويتم فيها تجاوز الرؤية الطبية الحيوية فقط للمرض. قد يتم فيها أيضًا معالجة مخاوف متعددة، على سبيل المثال من خلال استخدام أساليب التثقيف النفسي.

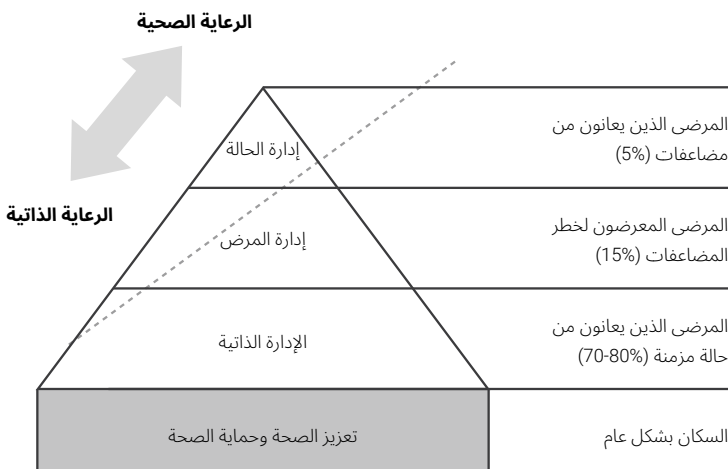
نوادي الالتزام بالأدوية

نوادي الالتزام بالأدوية هي مجموعات من الأشخاص الذين يعيشون بحالة معينة، مثل فيروس نقص المناعة البشرية أو الأمراض غير المعدية. تهدف هذه النوادي إلى تبسيط عملية جمع الأدوية وتوفير فرص التثقيف الصحي. على الرغم من أنها مثل مجموعات الأقران، إلا أنها لا تأخذ بالضرورة معايير التشابه والخبرات المشتركة في الاعتبار. غالبًا ما يكون غرضها واستخدامها أصيب نطاقًا إلا إذا ضُمَّت بحيث تُراعي مكونات الدعم بين الأقران.

مجموعات العلاج والمساعدة الذاتية

يُعد هذان المفهومان راسخين جيدًا في مجال الصحة العقلية. فهذان العنصران - كدعم الأقران - يجمعان بين الأشخاص الذين يعانون من مشكلات مشتركة. يقود العلاج الجماعي عادةً متخصص مدرب في الصحة العقلية ويركز غالبًا على أهداف تعافي محددة، وعلى النقيض من ذلك، فإن مجموعات المساعدة الذاتية تكون غير رسمية وغير منظمة وغير هرمية وغالبًا ما يبدأها الأشخاص أو المجتمعات بأنفسهم. يشترك هذان العنصران في المفاهيم الأساسية مع دعم الأقران، مثل الدعم المتبادل والتمكين.

الشكل 3. منظور أنظمة الصحة للعلاقة بين الرعاية الذاتية والمهنية (مقتبس من،¹⁸ ترخيص (CC BY-NC 3.0 IGO DEED)



قيمة دعم الأقران

تمثل إحدى القيم الأساسية لدعم الأقران في نظريته الشاملة والمتمحورة حول الأشخاص فيما يتعلق بالأمراض غير المعدية.¹⁶ فهو يدعم الأشخاص في تجربتهم الكاملة للتعایش مع الأمراض غير المعدية، بما يتجاوز التشخيص والأعراض التي لديهم. يركز دعم الأقران على 99% من الرعاية التي يتحملها الأشخاص المتعايشون مع الأمراض غير المعدية ويحدث كإدارة ذاتية في مساحاتهم الشخصية والعملية والاجتماعية (الشكل 3).¹⁷ يحظى الداعمون الأقران بمكانة فريدة من أجل الإلمام برحلة رعاية الذاتية للأشخاص. فيمكنهم تعزيز مهارات إدارة الذات لدى الأشخاص - والتي غالبًا ما يتم تطويرها بمرور الوقت - أو دعم بدء التغيير السلوكي واستدامته، والذي هو أمر صعب للغاية حتى في البيئات ذات الموارد الجيدة.¹⁶

أثبت قدرته على مساعدة الناس بفعالية على التأقلم.³² تجعل هذه السمات من دعم الأقران أداة فعالة في مجموعة الأدوات الإنسانية الأوسع نطاقاً للأمراض غير المعدية. ومع ذلك، لا ينبغي التفكير في دعم الأقران كتدخل مستقل، ولا ينبغي استخدامه كبديل للرعاية المستندة إلى المرافق. ويكون دعم الأقران في أقوى حالاته عندما يكون مكملاً للرعاية الروتينية المستندة إلى المرافق وجهود تنقيف المرضى.

كيف يعمل دعم الأقران؟

في حين أن الأدلة على إمكانات دعم الأقران تتزايد، لا يُعرف الكثير عن كيفية عمله. تجعل العشرات من الأساليب المحتملة من الصعب التنبؤ بالمكونات التي تخلق التأثير الذي يشهده (أو لا يشهده) المشروع. وهذا ينطبق بشكل خاص على البيئات الإنسانية والهشة، وحالات الطوارئ والسكان المتضررين من الصراعات نظراً لندرة الأدلة الخاصة بهذه البيئات.

في الأساس، يعمل دعم الأقران من خلال الخصائص الفريدة للأقران (أي المعرفة التجريبية والسمات المتشابهة) التي تشكل نوع الدعم الذي يمكنهم تقديمه.³³ هذه ملاحظة مهمة. لا يتعلق دعم الأقران فقط بجمع الأقران معاً؛ بل يعتمد أيضاً على ما إذا كانت هناك مساحة لهم لبناء العلاقات والتفاعل كأقران. على سبيل المثال، حتى نوادي الالتزام بالأدوية المشتركة أو مجموعات العلاجات الجماعية يمكن تصميمها للتفاعلات الحقيقية بين الأقران. وبعيداً عن أهمية هذه الخصائص الأساسية، لا يوجد اتفاق كبير حول كيفية عمل دعم الأقران. ومع ذلك، نظراً لقاعدة الأدلة المتطورة، يجب اعتبار أي نظرية حول كيفية عمل دعم الأقران عملاً قيد التقدم يتطلب التكيف مع السياق. توفر الأبحاث في دعم الأقران رؤى حول الآليات المحتملة للكيفية التي تستطيع بها تفاعلات الأقران تحقيق فوائدها المحتملة.³⁴⁻³⁸

• **علاقات الثقة:** تُعد الثقة هي المفتاح لخلق بيئة منفتحة وآمنة يشعر فيها الأقران بالقبول والراحة في المشاركة. بدون الثقة، تكون التفاعلات الإيجابية بين الأقران مستحيلة. ومن ثم، قد تشكل الثقة آلية أساسية تعمل كمحفز للآخرين.

• **الروابط الاجتماعية:** قد يشعر الأشخاص المتعاضون مع الأمراض غير المعدية بالعزلة عن محيطهم الاجتماعي ويعانون من وصمة (الذات). يمكن الإدماج الاجتماعي - الذي هو نتيجة في حد ذاته - أن يُيسر التغييرات الإيجابية الأخرى (على سبيل المثال، العناية الذاتية، وجود الحياة). كما يمكن للروابط الاجتماعية الجديدة وفرصة مغادرة المنزل أن تعزز الدوافع لدى الأشخاص، وتخفف من مشاعر الوحدة لديهم، وتسمح بالمساءلة المتبادلة.

• **النظرة الإيجابية وتطوير الهوية:** قد يحفز الأقران مجموعة من العمليات النفسية الإيجابية، والتي تعد نتيجة ذات صلة وآلية رئيسية في آن واحد. على سبيل المثال، من خلال تعزيز الشعور بالأمل أو القدرة على الفعل، والكفاءة الذاتية، وإيجاد المعنى والإلهام، ومعالجة الوصمة أو مجابهة التحديات. هذه العمليات تعتمد على تفاعلات معقدة بين الأقران، بما في ذلك المصادفة على تجارب بعضهم البعض، والتشجيع المتبادل، وإيجاد الفرح، ومراقبة الهوية الذاتية الإيجابية لشخص ما أو استحضار المقارنات الاجتماعية المفيدة.

• **تشكيل المعرفة والتصورات:** يمكن لدعم الأقران أن يوفر شبكة جديدة للوصول إلى المعلومات الدقيقة وذات صلة بالأمراض غير المعدية والحياة

تتضح إمكانات دعم الأقران بشكل أفضل من خلال مدى انتشار استخدامها. وتتنوع الأمثلة بدءاً من الأمراض غير المعدية إلى رعاية نهاية الحياة وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض المعدية الأخرى وصحة الأم والرضيع والطفل، بما في ذلك ممارسات الرضاعة الطبيعية والصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) وجهود دعم اللاجئين. وفي البلدان ذات الدخل المرتفع، يُقبل دعم الأقران باعتباره رقيقاً مهماً لرعاية الأمراض غير المعدية المستندة إلى المرافق. وبدرجة متساوية، تُعد العديد من الجهات الفاعلة الإنسانية من بين المنصرين له.¹⁹⁻²³ وعلى الرغم من هذا الاعتراف، فإن الاستثمارات في جهود الرعاية الذاتية، والخبرات في توسيع نطاق مفاهيم دعم الأقران ودمجها في المبادئ التوجيهية السريرية غالباً ما يكون غير كاف.

المربع "ب"

الفوائد المحتملة لدعم الأقران واسع النطاق:²⁴⁻³⁰

- تحسين النتائج الصحية البدنية والعقلية في جميع مراحل الرعاية
- تحسين النتائج النفسية (على سبيل المثال، الفعالية الذاتية، الأمل)
- تقليل العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة
- تحسين جودة حياة الناس
- تعزيز مهارات الرعاية الذاتية لدى الناس وتعزيز تغيير السلوك من أجل اختيارات أنماط الحياة الصحية
- تعزيز ارتباط الناس ومشاركتهم مع مقدمي الرعاية
- تقليل العبء على الموظفين في المرافق ومعدلات الحاجة إلى تلقي الرعاية في المستشفيات
- توفير نموذج رعاية فعال من حيث التكلفة للأمراض غير المعدية
- ربط الأشخاص ذوي التجارب المعيشية وتعزيز شبكات المناصرة والمساعدة المتبادلة
- الدعوة إلى الانتقال نحو رعاية تتمحور حول الفرد

تُظهر هذه القائمة مجموعة متنوعة من التغييرات التي يمكن لدعم الأقران أن يحققها، مع بعض التباين في قوة الأدلة.¹⁶ ومع ذلك، تكمن القوة الأساسية لهذه المجموعة المتنوعة من التغييرات في قدرتها على تجاوز غرض واحد، ونادراً ما تحتاج التدخلات إلى أن تقتصر على مرض غير معدٍ معين أو حالة معينة. وعلى النقيض من ذلك، قد يؤدي دعم الأقران أيضاً - إذا تم تنفيذه بشكل سيئ - إلى آثار سلبية غير مقصودة على قادة الأقران والمشاركين (على سبيل المثال، إتهام الكاهل، وإرهاق التعاطف، وانخفاض مشاعر الثقة بالنفس، وتعزيز السلوكيات غير المواتية).⁹ ويمكن أن ينشأ عن دعم الأقران أيضاً بشكل متساوٍ مخاطر تكرار التفاوتات القائمة في الوصول إلى الرعاية الصحية أو، إذا تم التخطيط له بفعالية، تأثير فريد في الوصول إلى السكان المهمشين والمحرومين من الخدمات.³¹

بالنسبة للجهات الفاعلة في المجال الإنساني، قد تكون القيمة الأساسية لدعم الأقران هي تنفيذه البسيط نسبياً (على سبيل المثال، بدون الحاجة إلى تقنيات متقدمة) وترسيخه على مستوى المجتمع، وهو ما يتسق مع نموذج الرعاية الأولية الذي تبناه العديد من الجهات الفاعلة لرعاية الأمراض غير المعدية.⁵ وقد أثبت دعم الأقران مرونته بشكل ملحوظ خلال فترات التقلب وانقطاع الخدمات، كما

القيم التوجيهية لدعم الأقران⁴³⁻⁴⁰ المربع "ج"

التبادل والمساواة



يسعى الأقران إلى بناء علاقة متساوية. فهم يبذلون جهدًا فعالًا للاعتراف بالاختلافات في القوة والامتيازات، والشفافية بشأنها، والحد منها. وتهدف علاقاتهم إلى تدشين الثقة والاحترام والأصالة. لا يفرض الأقران "الامتثال" للعلاج أو يقدمون تقارير بشأنه.

التبادلية



يساهم الأقران في العلاقات ويستفيدون منها على قدم المساواة. وهم لا يدعون الخبرة رفيعة المستوى أو المعرفة بجميع الإجابات. يدرك الأقران صحة تجارب الآخرين الفريدة وإمكانية التعلم المتبادل.

تقرير المصير



تكون التفاعلات بين الأقران غير توجيهية ولا تفرض "علاجات" أو توفر "حلولًا". يحدد الشخص ما هو جيد له وليس ما هو جيد لشخص آخر ("هذا نجح معي، عليك تجربته"). يدعم الأقران بعضهم البعض في تحديد الحلول التي تناسبهم. تركز جميع التفاعلات على خيارات الناس الفردية واستقلالهم الذاتي.

التمكين



يسعى الأقران إلى دعم بعضهم البعض في بناء قدرة الرعاية الذاتية والثقة. تعتمد التفاعلات على كل من إدراك وتعزيز نقاط القوة والموارد الحالية للأشخاص. يعمل الأقران كوكلاء تغيير من خلال مشاركة الأفكار والفرص مع الآخرين للمضي قُدُمًا.

الشمولية والسلامة



يمنح دعم الأقران الناس فرصة للالتقاء والشعور بأنهم محل نظر وإدراك. فهو يعتمد على لغة وقيم مشتركين وكذلك فهم مشترك للفروق الدقيقة. يهدف أيضًا دعم الأقران إلى الوصول إلى مساحة آمنة حيث يمكن للناس التحدث دون خوف من الحكم عليهم. ويحافظ الأقران على القواعد والحدود المتفق عليها.

قراءات إضافية



- إرشادات دعم الأقران. (لجنة الصحة العقلية في كندا)
- دليل قادة الأقران. (الاتحاد الدولي لمرض السكري، IDF).

الصحية. كما يمكنه أن يوفر أيضًا مساحة لمعالجة المفاهيم الخاطئة المحتملة. يمكن أن يمتد نطاق هذه المعلومات - ودعم الأقران بشكلي عام - إلى ما هو أبعد من المشاركين وبشكل وجهات نظر شبكات الأقران. بالإضافة إلى ذلك، يمكن لمستويات المعرفة المحسنة أن تساهم بشكل إيجابي في ممارسات الرعاية الذاتية للأشخاص.

• المساعدة العملية والعاطفية بخصوص الرعاية الذاتية: يمكن للداعمين

الأقران أن يساعدوا الشخص على التنقل في رحلة الرعاية الذاتية ومعرفة ما يناسبه بطريقة متعاطفة وغير حكمية. غالبًا ما تكون كلمات الأقران ذات ثقل أكبر من كلمات الشبكات الشخصية أو أخصائيي الرعاية الصحية. تستند شريعتهم إلى فهمهم المستند إلى التجارب لتعقيدات التعايش مع الأمراض غير المعدية. ويمكن لتعلم الأقران بالملاحظة أن يلعب دورًا مهمًا أيضًا.

• الربط بالرعاية: يمكن للأقران أن يعملوا كحلقة وصل لخدمات الرعاية الأخرى

المُستندة إلى المرافق أو المجتمع. قد يستطيع الأقران مناقشة خيارات الرعاية، وإزالة الحواجز أمام المشاركة أو المساعدة في التنقل عبر النظام. يمكن للثقة المُستثمرة في الأقران أن تمتد إلى مقدمي الخدمات الآخرين.

• التواجد والتعاون: في حين قد يكون تحديد الآليات الرئيسية مفيداً، فمن

المهم تذكر أن دعم الأقران هو في الأساس أمر إنساني. يمكن لعلاقات الناس وتفاعلاتهم أن تتخذ أشكالاً وأنماطاً عديدة. يجب على المنفذين أن يتذكروا إعطاء مساحة للأشخاص للتواجد والتواصل مع بعضهم البعض.

تُظهر هذه الآليات أن دعم الأقران يعمل من خلال تيسير التغيير الإيجابي فضلاً عن تخفيف التأثيرات السلبية.⁸ كما أنها ترصد عمق تفاعلات الأقران بما يتجاوز مجرد الاستماع والمشاركة.³⁹ هناك عدد من النظريات والأساليب الاجتماعية والسلوكية التي قد تفسر فعاليتها (على سبيل المثال، نظرية الهوية الاجتماعية، ونظرية المقارنة الاجتماعية، ونظرية الإدراك الاجتماعي، ونظرية تقرير المصير، وأساليب تغيير السلوك).¹⁶ وتسترشد كلٌ من تفاعلات وعلاقات دعم الأقران، التي تستند إلى الآليات الأساسية، بمجموعة من القيم الأساسية (المربع "ج").

توجد طريقة أخرى للنظر في كيفية عمل دعم الأقران وهي ما إذا كان يتم تنفيذه بشكل جيد من عدمه.³⁴ ويتبع ذلك فكرة بسيطة مفادها أن حتى التدخلات الفعالة يمكن أن تنتهي بلا تأثير إذا تم تنفيذها بشكل سيئ. ويهدف هذا الدليل إلى دعم المنفذين في هذا الجانب.



المرحلة 1

التخطيط والبدء

الملخص

يقدم هذا الفصل التوجيه من خلال الخطوات الأولية ابتداءً من فكرة غامضة لاستخدام نهج دعم أقران لتصميم تدخل محدد. وهو يغطي تطوير الأهداف والانعكاسات العملية لإنشاء فريق مشروع قوي والدور المحتمل لمختلف الجهات المعنية. والأهم من ذلك، يجب أن تكون كل هذه الخطوات جزءًا واحدًا فقط من الاستجابة الصحية الإنسانية الأكبر ونموذج رعاية الأمراض غير المعدية.

الكلمات الرئيسية

- الأساس المنطقي والأهداف
- المجموعة المستهدفة
- فريق المشروع
- اختيار نهج دعم الأقران
- أصحاب المصلحة
- الاستدامة

الخطوة 1

تحديد المجموعة المستهدفة والأهداف

في بداية التفكير في تدخلات دعم الأقران يكمن السؤال: هل دعم الأقران مناسب لتلبية احتياجات الأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية في سياقنا؟ تستند هذه الخطوة إلى افتراض أن الأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية قد تم تحديدهم على أنهم مجموعة واحدة ذات احتياجات كبيرة أو اضطرابات رعاية في بيئة معينة. ستتيح هذه الرؤية غالبًا من تقييم الاحتياجات الإنسانية الروتينية. وقد تشير البيانات التي تم جمعها إلى الاحتياجات الإنسانية المتنوعة على مستوى مجموعات سكانية أو مناطق جغرافية أو خدمات متعددة. ولذا يجب على المنفذين استخدام هذه البيانات للتأمل - إلى جانب الجهات المعنية الرئيسية (الخطوة 4) - في المجموعة المستهدفة المحددة لتدخل دعم الأقران المحتمل (المرجع "د") وما إذا كانت احتياجاتهم تتسق مع الأهداف ونقاط القوة المحتملة المحددة في نهج دعم الأقران (الجدول 1). بالإضافة إلى ذلك، تساعد هذه الأفكار المنفذين على فهم طبيعة توفير الخدمة الحالية وتحديد فرص الربط مع نظام الرعاية الصحية الحالي (على سبيل المثال، مرافق الإحالة).

بعد تحديد مجموعة مستهدفة أولية، يجب على المنفذين استكشاف ما إذا كان دعم الأقران نهجًا مناسبًا لتلبية احتياجاتهم. قد تكون قائمة الأهداف الموضحة أدناه نقطة انطلاق مفيدة، على الرغم من أنها ليست شاملة وقد تختار المشاريع أهدافًا إضافية (على سبيل المثال، إدرار الدخل، وتعزيز صمود المجتمع).

قائمة التحقق المرجعية

- حدد المجموعة المستهدفة للمشروع وحدد أهداف المشروع.
- قم بإجراء تمرين (مبسط) لنظرية التغيير.
- قم بتشكيل فريق مشروع متعدد التخصصات، مع إعطاء الأولوية لإشراك الأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية.
- قم بتطوير خطة واضحة وقابلة للتنفيذ بشأن الإشراك الهادف للأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية.
- قم بتطوير خطة مشروع تُلخّص أسئلة لماذا، ومن، وماذا، وأين، ومتى، وكيف.
- قم بإجراء تحليل لأصحاب المصلحة وترجمه إلى استراتيجية مشاركة.
- قم بتطوير استراتيجية تسليم أو خطة استدامة، واحصل على موافقة الجهات المعنية.
- استعرض المشاركة الهادفة للأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية في جميع القرارات المتخذة.

المربع 3

تحديد مجموعة مستهدفة

ما هي الأمراض غير المُعدية والمناطق الجغرافية التي يجب إعطاؤها الأولوية؟

يمكن لكل من تقييم الاحتياجات ومصادر البيانات التكميلية (مثل البيانات الروتينية، والتقارير، والاستبيانات الصحية، وأنظمة المعلومات الصحية، والتقييمات المجتمعية) أن يساعد في تحديد المجموعة المستهدفة للمشروع. بالنظر إلى تركيز هذا الدليل، نجد أنه يتضمن تحديد الأمراض غير المُعدية المحددة. تتمتع الجهات الفاعلة في المجال الإنساني بخبرة واسعة في هذه العملية ويمكنها استخدام العوامل التي حددها باوش وآخرون⁴⁴ (Bausch et al) كإرشادات إضافية. تشمل توصياتهم - على سبيل المثال لا الحصر - أهمية أن يُؤخذ في الاعتبار عبء المرض المحلي ومعالجة الحالات الأقل انتشارًا التي لها تأثير كبير على جودة حياة الناس. يجب أن تتوافق الجهات الفاعلة مع الأولويات الوطنية (على سبيل المثال، استراتيجية الأمراض غير المُعدية الوطنية) أو ، في حالة عدم توفرها، مع توجيهات منظمة الصحة العالمية (على سبيل المثال، حزمة منظمة الصحة العالمية لتدخلات الأمراض غير المُعدية).

ما هي الخيارات المتاحة لتضمين الأشخاص الذين يتعايشون مع أمراض غير مُعدية أو حالات متعددة؟

في حين أن المجموعة المستهدفة غالبًا ما تتمحور حول مرض غير معدٍ معين (على سبيل المثال، مرض السكري)، فنادراً ما يحتاج دعم الأقران إلى تدخل رأسي. في الواقع، يمكن لتعريفات المجموعة المستهدفة أن تعكس حقيقة أنه - في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط - ما يصل إلى 40% من الأشخاص الذين يتعايشون مع مرض غير معدٍ واحد يتأثرون في نفس الوقت بأمراض غير مُعدية أو حالات أخرى (على سبيل المثال، السل).⁴⁵ لتحديد الشروط والمضاعفات التي يجب تضمينها، يتعين على الجهات الفاعلة تقييم تشابه تجارب الناس. لا يرتبط هذا التشابه بتشخيصات أو أعراض (مرض غير معدٍ) مشتركة ولكن يمكن أن يتعلق بجميع جوانب التعايش مع حالة ما (على سبيل المثال، الوصمة، والوصول إلى الدعم

والموارد، والرعاية الذاتية، والتكاليف الاقتصادية). حتى الأشخاص الذين يتعايشون من حالات متميزة (مثل فيروس نقص المناعة البشرية ومرض السكري) يمكن أن يصبحوا أقران أقوياء إذا كانت تجاربهم متشابهة بما يكفي.⁴⁶ في هذه الخطوة، يمكن أن تكون مشاورات مع الجهات الفاعلة المحلية والأشخاص الذين لديهم تجارب مُعاشة أدأه مفيدة. كحد أدنى، يجب في دعم الأقران مع الأشخاص الذين يعانون من الأمراض غير المُعدية البدنية أن يعالج دور الإعاقات والصحة العقلية، بالنظر إلى تآزرهما (المرحلة 2).

ما هي مجموعات الأشخاص المحددة التي يجب إعطاؤها الأولوية؟

في الوضع الأمثل، يجب أن يرصد تقييم الاحتياجات البيانات حول التفاوتات في النتائج الصحية والوصول إلى الرعاية. إذ يمكن لهذه البيانات أن تساعد الجهات الفاعلة في تحديد الفئات السكانية التي قد تكون مهمشة ثقافيًا أو اقتصاديًا أو اجتماعيًا والنظر في دورها في مشروع دعم الأقران المحتمل. ومن الناحية العملية، غالبًا ما تكون البيانات المُصنَّفة غير متاحة وستحتاج الجهات الفاعلة إلى النظر في مصادر معلومات أخرى، مثل مشاورات الجهات المعنية. وقد تنعكس الفئات الضعيفة والمهمشة في تعريف المجموعة المستهدفة أو في عملية اختيار المشاركين (الخطوة 5).

هل هناك مجموعة مستهدفة ثانوية؟

قد تعمل بعض المشاريع على تحديد مجموعة مستهدفة ثانوية. واستنادًا إلى الأهداف، يمكن أن يشمل ذلك الموظفين العاملين في المرافق (على سبيل المثال، الهدف: تقليل عبء العمل) أو مقدمي الرعاية والشبكة الاجتماعية للأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المُعدية (على سبيل المثال، الأهداف: تقليل الوصمة، وتعزيز التكامل الاجتماعي).

التمرين



لتحديد الأهداف الأكثر أهمية، يمكن للجهات الفاعلة التفكير في استخدام عملية نظرية التغيير (TOC). حتى إذا لم يكن من الممكن اتباع نهج نظرية التغيير الشامل، فمن المفيد التفكير بشكل غير رسمي في كيفية عمل مشروع دعم الأقران (الملحق ج).

نصيحة عملية



من خلال هذه التأملات، يتعين على المنفذين التوصل إلى تعريف أولي للمجموعة المستهدفة. ويمكن تحسين هذا التعريف لاحقًا استنادًا إلى موارد المشروع وشكل التدخل (الخطوة 3). على سبيل المثال، قد يتمكن مشروع ذو موارد جيدة من الوصول إلى مجموعتين مستهدفتين متميزتين (أي مجموعات ذات تجارب مشتركة قليلة) من خلال إنشاء مجموعات دعم أقران متوازية. قد يتضح أيضًا في هذه المرحلة أن مجموعة من العوامل الأخرى تؤثر على تشابه تجارب الأقران (على سبيل المثال، العمر والنوع الجنساني والإعاقة ومستوى التعليم). يتم تناول هذه العوامل في المرحلة 2، حيث يمكن معالجة معظمها من خلال كيفية تنفيذ التدخل. ومع ذلك، نظرًا لأن بعضها قد يشكل تعريف المجموعة المستهدفة، فمن المفيد إنجاز الخطوة 5 بسرعة في هذه المرحلة.

الجدول 1. قائمة مركبة للأهداف المحتملة لمبادرات دعم الأقران

الهدف	الاعتبارات
العمل نحو رعاية أكثر تركيزًا على الناس	تركز مراكز دعم الأقران على تجربة الناس المعقدة في التعايش مع مرض غير معدي، بدلاً من التركيز فقط على الأعراض والعلاجات. يمكن استخدام هذا التحول في المنظور للتأثير تدريجيًا على اللقاءات السريرية الروتينية والعمليات المستندة إلى المرافق وكذلك - من الناحية النظرية - الممارسات التنظيمية. ونادرًا ما تُرى الأخيرة في صورة عملية كما أنها تتطلب التزامًا قويًا وجهودًا لتعزيز المشاركة الهادفة للأشخاص المتعاشين مع الأمراض غير المعدية (المربع "ه").
تحسين الصحة البدنية والعقلية للأشخاص	يُعد هذا عادةً هو الهدف الأساسي من دعم الأقران. لذا، من المفيد تحديده بشكل أفضل، وخاصةً على مستوى جوانبه الاجتماعية والسريرية والنفسية والسلوكية. قد تشمل الأمثلة: (أ) تقليل شعور الناس بالوحدة وتعزيز الشبكات (الاجتماعية)؛ و(ب) تحسين ثقة الناس بأنفسهم والأمل في التعافي (نفسية)؛ و(ج) تحسين النتائج الصحية التمثيلية (سريرية). يمكن للمنفذين أيضًا النظر في دور دعم الأقران عبر التسلسل الكامل لرعاية الأمراض غير المعدية، بدءًا من الوقاية الأولية إلى إعادة التأهيل والرعاية الملطفة. ويمكن لدعم الأقران التركيز على الجهود على مستوى تسلسل الرعاية والارتباط بها.
تقليل عبء العمل على المرافق	غالبًا ما يكون هذا هدفًا ثانويًا مهمًا، وهو يستند إلى فكرة تحويل المهام وتقسيمها لتخفيف عبء العمل عن أخصائيي الرعاية الصحية وربما تحسين جودة الرعاية. ⁴⁷ ونادرًا ما ينبغي أن يكون هذا العنصر هو الهدف الوحيد لدعم الأقران، لأنه يميل إلى الابتعاد عن آليات دعم الأقران وقيمه الأساسية. تتطلب المشاريع ضمان حصول جميع الموظفين على المهارات والدوافع اللازمة (بما في ذلك الحوافز). إن دعم الأقران، كما هو الحال بالنسبة للرعاية التي يقدمها الأخصائيون، له نقاط قوته وضعفه الخاصة ويجب استخدامه وفقًا لذلك. ولا يمكن لدعم الأقران أن يحل محل الخدمات السريرية أبدًا. لذا، من المهم أن يضمن دعم الأقران عدم زيادة عبء العمل على الموظفين الحاليين.
تعزيز كلٍّ من شبكات ومهارات المناصرة	يمكن لجمع الناس معًا من خلال دعم الأقران أن يساعدهم على خلق أو تعزيز قدرتهم على دعم احتياجاتهم الخاصة. يركز هذا الرأي على نهج قائم على الحقوق في الصحة. وتركز هذه النظرة على تمكين الناس من الدفاع عن حقوقهم أمام الجهات المسؤولة. وقد يكمل هذا النهج الجهود المباشرة لتحسين صحة الناس وعافيتهم (أي المستندة إلى الاحتياجات).

يجب أن يكون مُخرَج هذه الخطوة وصفًا محددًا للأهداف والمجموعات المستهدفة في تدخل دعم الأقران. يجب على المنفذين التأكد من تقديم تفاصيل كافية، حيث سيؤدي ذلك إلى تبسيط جميع عمليات اتخاذ القرار اللاحقة والمساعدة في الحفاظ على تركيز المشروع. على سبيل المثال، يمكن أن يساعد ذلك في اختيار أعضاء الفريق المناسبين (الخطوة 2)، وتصميم المواد المستهدفة والدليل العملي (الخطوة 6) أو تحديد أهداف المراقبة والتقييم والتدابير الرئيسية (الخطوة 10 والخطوة 11).

دراسة الحالة 2

الهند

دعم الأقران المُستَيد إلى الحقوق

يُظهر عنصر دعم الأقران في دراسة الحالة الخاصة بـ "الحقوق المتعلقة بالجودة" (QualityRights) فرصة أخرى للتدخلات لاتخاذ رؤية نفسية اجتماعية أكثر بشأن الأمراض غير المعدية. فضلاً عن معالجة الأبعاد السريرية للتعايش مع الأمراض غير المعدية من خلال أنظمة الصحة القائمة، يمكن لدعم الأقران أن يعزز فهم الناس لحقوقهم، وتوجيه رحلة التعافي الخاصة بهم، وبناء ثقتهم ومهاراتهم لمناصرة أنفسهم.

← اطلع على دراسة الحالة الكاملة



قياسات النتائج المحتملة

يؤثر التعايش مع الأمراض غير المعدية على جميع جوانب حياة الشخص. ويمكن لمشاريع دعم الأقران أن تعكس هذا الواقع من خلال معالجة - وقياس - مجموعة واسعة من النتائج المحتملة. يمكن أن تتنوع هذه النتائج ما بين الجوانب المباشرة (على سبيل المثال، تجنب المضاعفات) إلى الجوانب غير المباشرة للتعايش مع مرض غير معدي (على سبيل المثال، التأثير الاقتصادي، الوصمة). يوفر مشروع دعم الأقران الذي تنفذه جمعية الصليب الأحمر الكيني (KRCS) مثلاً مناسباً. فبالتوازي مع معالجة النتائج المتعلقة بنتائج صحة الناس والعناية الذاتية، ركز المشروع على التمكين الاقتصادي أيضاً. ويستند ذلك إلى فهم أن التكلفة الاقتصادية المرتبطة بالأمراض غير المعدية يمكن أن تكون صعبة للغاية وتشكل أولوية رئيسية للأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية. يسلط هذا المثال الضوء ليس فقط على تنوع ما يمكن أن يركز عليه دعم الأقران، بل وأيضاً على الحاجة إلى التكيف مع السياق والقدرات الحالية. وقد كان التركيز على التمكين الاقتصادي ممكناً في هذا المشروع بسبب الخبرة الموضوعية لجمعية الصليب الأحمر الكيني وإمام المجتمعات المحلية يمثل هذه الأساليب. يحتاج العاملون في المجال الإنساني - وخاصة إذا كان تكليفهم الأساسي يركز على الصحة - إلى التفكير في كل من جدوى ومتطلبات الموارد اللازمة لتكامل الموضوعات التي تتجاوز خبرتهم الأساسية.

< اطلع على دراسة الحالة الكاملة

الخطوة 2

تحديد فريق المشروع

يتضمن مشروع دعم الأقران - كما هو الحال مع أي استجابة إنسانية - العديد من القرارات الاستراتيجية والتشغيلية التي تتطلب فريق مشروع أساسي (يُشار إليه باسم المنفذين). وتقوم الجهات الفاعلة في المجال الإنساني بانتظام بتشكيل فرق المشروع وتقييمهم بالاعتبارات الرئيسية للمشروع. يسلط هذا القسم الضوء فقط على الوظائف والخبرات المحددة ذات الصلة بمشاريع دعم الأقران والتي قد يتم تجاهلها بسهولة.

الأشخاص الذين لديهم خبرة حياتية: يجب أن يكون الأشخاص



المتعايشين مع أمراض غير معدية في صميم جميع جهود دعم الأقران. يعني هذا - على النحو الأمثل - أنهم جزء من فريق التنفيذ وأن آراءهم مساوية لآراء أعضاء الفريق الآخرين. يمكن النظر في خيارات المشاركة الأقل كثافة في البداية أو حينما تكون الموارد شحيحة، ولكن يجب السعي لتحقيق مشاركة أكثر جدوى بمرور الوقت. يجب تفصيل دور الأشخاص الذين لديهم تجارب مُعاشة في خطة مشاركة هادفة تصف بوضوح كيف سيتم سماع أصواتهم والإصغاء إليها.

الموظفون متعدّدو التخصصات: في حين أن فريق المشروع غالباً ما



تضم أشخاصاً يتمتعون بخبرة سريرية في الأمراض غير المعدية، فقد يتم نسيان جوانب أخرى من المعرفة الفنية. حتى إذا كان المشروع يركز في المقام الأول على الصحة البدنية، فيجب أن تشمل الفرق خبراء الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي، نظراً للتداخل القوي بين هذه الجوانب. واستناداً إلى هدف المشروع، يمكن أن يشمل ذلك المعالجين وأخصائيي التغذية ومدربي المهارات الحياتية والأخصائيين الاجتماعيين. قد تكون هناك منظورات أخرى يمكن تضمينها، مثل منظورات الاقتصاد والقانون والتعليم والحماية وإعادة التأهيل والإعاقة والزراعة وتغير المناخ والعدالة الاجتماعية.

الجهات الفاعلة المحلية: يمكن لتحليل الجهات المعنية (الخطوة 4)



أن يوفر نقطة انطلاق للمنظمات ذات الخبرة ذات الصلة التي قد تكون قادرة على دعم تصميم دعم الأقران الشامل، أو المساعدة في الوصول إلى المجموعة المستهدفة أو تدشين مسارات إحالة (على سبيل المثال، مذكرة توجيهية للإحالة لكل من دعم الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي، اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات). قد يشمل ذلك جمعيات المرضى الوطنية والمنظمات الشعبية وقيادات المجتمع المحلي والمؤسسات الدينية ومجموعات المصالح الأخرى (على سبيل المثال، حقوق كبار السن).

يعتمد تكوين الفريق الأمثل على نطاق المشروع المحدد (الخطوة 1) والموارد

المتاحة. الأهم من ذلك، لضمان مشاركتهم الفاعلة وملكتهم للمشروع، أن يحظى الأشخاص الذين يتم ضمهم إليه في هذه المرحلة بالفرصة لاستعراض أي قرارات تم اتخاذها في وقت سابق. وإلى جانب فريق المشروع، يمكن إنشاء لجنة استشارية لتقديم التوجيه الاستراتيجي (على سبيل المثال، الجهات الفاعلة في المجال الإنساني أو الإنمائية الأخرى، والسلطات الوطنية). ينبغي على المشاريع استكشاف إمكانية عقد شراكات مع وزارة الصحة أو - على الأقل - استكمال جهودها ومواءمتها مع الخطط القانونية والاستراتيجية الوطنية.

المربع ه⁵

حجر الأساس: المشاركة الهادفة من قبل الأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية

دوره في دفع هذه الأجندة إلى الأمام وكذلك دوره في معالجة اختلال توازن القوى في مجال الصحة العالمية.⁵¹ وبجانب الإجراءات على مستوى المشروع، قد يسأل المنفذون أنفسهم: «ما هي الخطوات العملية التي يمكننا اتخاذها لتحريك منظمانا على سلم الإشراف الهادف؟»

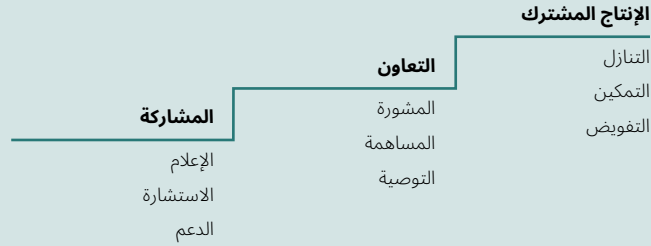
قراءة إضافية

- المشاركة الهادفة من جانب الأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية (تحالف الأمراض غير المعدية)
- إطار عمل المشاركة الهادفة من جانب الأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية (منظمة الصحة العالمية)
- إعطاء الأولوية للأشخاص الذين لديهم تجربة مُعاشة كشركاء (أطباء بلا حدود)
- المبادئ التوجيهية: إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني (اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات)

تعد المشاركة الهادفة من قبل الأشخاص الذين لديهم خبرة في جميع مراحل مشروع دعم الأقران أمرًا جوهريًا. وبصرف النظر عن الأهمية الأخلاقية لهذه المشاركة، فإنها يمكن أن تساعد في تكييف المشروع مع أي سياق محدد، وفي نهاية المطاف، تعظيم تأثيره. يتمحور هذا المفهوم حول مبدأ «لا شيء عنا بدوننا» والاعتراف بأن التجارب الحياتية للأشخاص مهمة بنفس قدر أهمية الخبرة الفنية. وفي حين أنه يتم الاعتراف بقيمة هذه المشاركة في الاستجابات الإنسانية، إلا أن الجهود المبذولة لتنفيذها غالباً ما تكون متأخرة.⁵

يمكن أن تتخذ المشاركة الفعالة للأشخاص ذوي التجربة المعيشية أشكالاً مختلفة. فإذا فكرنا في الأمر باعتباره شلماً للمشاركة، فإنه يتنوع ما بين المشاركة المحدودة (المشاركة) إلى التكاملي والمسؤولية التامين من جانب الأشخاص (الإنتاج المشترك).^{48,49} تكون المشاركة الهادفة عكس الرمزية أو تمرين وضع علامة في المربع⁵⁰ وطوال هذا الدليل، يتم تضمين اقتراحات عملية للمشاركة الهادفة من جانب الأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية في مشروع دعم الأقران. في نهاية المطاف، تتعلق المشاركة الهادفة من جانب الأشخاص بالتغييرات في ثقافة المنظمات. قد لا يستطيع مشروع واحد إحداث هذا التغيير، ولكن يمكنه أن يعكس

الشكل 4. سلم الإشراف الهادف للأشخاص المتعايشين مع الأمراض المعدية (مقتبس من 49)



الخطوة 3

اختيار نهج دعم الأقران

هناك العشرات من أساليب دعم الأقران المختلفة. وهذا ليس مفيداً للمنفذين فحسب، بل إنه عنصر أساسي في سبب أهمية دعم الأقران؛ فهذا النهج يتكيف بسهولة مع احتياجات الأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية والسياق الاجتماعي الثقافي الأوسع نطاقاً. تتحد جميع الأساليب من خلال نفس الآليات الأساسية والقيم التوجيهية. مع تحديد سبب دعم الأقران (الخطوة 1)، تركز هذه الخطوة على تحديد مخطط التدخل، الذي يغطي من (يقدم التدخل)، وماذا، وكيف، وأين، ومتى (الجدول 2).

نصيحة عملية

تصور نطاق المشروع في هذه المرحلة. على سبيل المثال، المواقع، وأعداد المجموعات، وأعداد المشاركين المتوقعين والجدول الزمني المحتمل. تكون خريطة المشروع المرئية قوية بشكل لا يصدق فيما يتعلق بجمع جميع أعضاء الفريق في نفس المسار وتبسيط التواصل مع الجهات المعنية.

الجدول 2. التوليفات المحتملة لخيارات تنفيذ دعم الأقران (مقتبسة من 16) يمكن للمنفيدين الاختيار من بين أي من التركيبات التالية:

متى	أين	كيف	ماذا	من
• > 3 أشهر/حسب الحاجة	• المنزل الخاص	• جلسات فردية	• التثقيف (الموضوعي)	• الأقران المُدرَّبون
• 3-6 أشهر	• مكان مجتمعي	• مجموعات صغيرة	• المُستيد إلى نشاط	• الأقران غير المُدرَّبين
• < 6 أشهر	• مرفق صحي	• مجموعة كبيرة	• الخدمات المقدمة من	• الأقران المُدْفوع لهم
• كم مرة	• عبر الهاتف	• مشاركة مفتوحة	• قبل الأقران	• المتطوعون
• جلسة فردية	• عبر الإنترنت	• مشاركة مغلقة	• المناقشة	• الأشخاص ذوي الهويات
• أسبوعيًا/كل أسبوعين	• رسائل نصية		• التوجيه والإرشاد	• أو السمات المعينة
• شهريًا			• الدعم العاطفي والاجتماعي	• الأشخاص العاديين
• أقل من شهر			• الدعم العملي	• الأخصائيون
			• المرافقة	• غير المحددين/الخاضعون لقيادة مشتركة

مثال: تدخل دعم الأقران ...

... حيث يتم دعم الشباب المتعاشين مع مرض السكري من النوع الأول من قبل أقران مُدرَّبين...
 ... من خلال الدعم الاجتماعي والعاطفي والعملي المُستيد إلى الموضوع والنشاط...
 ... في مجموعات مغلقة تضم أقل من عشرة أشخاص...
 ... في مكان المجتمع المحلي...
 ... كل أسبوعين لمدة ستة أشهر.

ذلك، يمكن لأساليب دعم الأقران أن تتطور باستمرار لتلبية احتياجات أعضاء الفريق (الخطوة 9).

التمرين

لتحديد الخيارات الأكثر ملاءمة، يمكن للمنفيدين استخدام أسئلة التأمل (دليل الإجابة في الملحق "د") ودليل اتخاذ القرار (الملحق "هـ")، والذي يستكشف نقاط القوة والضعف لديهم.

السؤال 1: ما الدور الذي يلعبه الوضع الإنساني المتطور؟

السؤال 2: ما هي تفضيلات المجتمع المستهدف؟

السؤال 3: ما هي الجهود القائمة التي يمكننا التواصل معها؟

السؤال 4: ما هي الموارد المتاحة داخل منظمنا (منظماتنا)؟

السؤال 5: كيف يمكن أن تكون خيارات التنفيذ المشترك ذات صلة؟

يجب أن يكون ناتج هذه الخطوة عبارة عن مخطط تدخل يحدد جميع خيارات التنفيذ الرئيسية. يجب أن يسمح هذا أيضًا للمنفيدين بتحديد نطاق التدخل، بما في ذلك: (1) مواقع التنفيذ المحددة (على سبيل المثال، المناطق والمدن والمرافق)؛ و (2) الحد الأقصى لعدد مجموعات/شركات/أزواج/مشاركين دعم الأقران؛ و (3) مدة التدخل؛ و (4) عدد الموجات (إذا كان ذلك ممكنًا). حتى بعد تحديد المخطط، نادرًا ما يظل كما هو دون مساس طوال التنفيذ، ولا ينبغي له

هل هناك وجهة نظر جذرية لدعم الأقران؟

لا يُعد دعم الأقران مجرد تدخل آخر بشأن الأمراض غير المُعدية. حتى عندما يتم البدء به من قبل الجهات الفاعلة الإنسانية أو الحكومية، لا يمكن أن يكون دعم الأقران أصيلاً بالكامل إلا إذا كان بقيادة الأشخاص المتعاشين مع الأمراض غير المُعدية. يتطلب هذا من الجهات الفاعلة الالتزام بالنقل التدريجي لسلطة اتخاذ القرار والمسؤولية عنها. ومن الناحية العملية، قد يبدو هذا وكأنه دعم أقران يتم تنظيمه ذاتيًا بالكامل حول أولويات أعضائه المتفق عليها ومع منظمة تفي بدور داعم فقط على أساس الطلب (على سبيل المثال، توفير مساحة للاجتماعات، وترتيب المحاضرات السريرية). يتطلب هذا المستوى من المسؤولية قدرات كبيرة من داخل المجتمع. ويكون من الصعب تحقيقه منذ بداية المشروع، لكنه يمكن أن يكون بمثابة مخطط وتذكير للمنظمات التي يمكن أن تعمل على توفيره. وجدير بالذكر أنه يمكن القول بأن الطبيعة الجذرية لوجهة النظر تلك لا تتعلق بمسؤولية الأقران بقدر ما تتعلق بكيفية تعارضها مع العمليات التنظيمية والتكليفات. يتطلب هذا المشروع التخلي عن قدر كبير من السيطرة، الأمر الذي يتطلب التغلب على الصعوبات المتعلقة بمتطلبات الجهات المانحة ومعايير إعداد التقارير والمسائلة المالية. للحصول على أمثلة قوية، انظر مشروع UK Together¹⁰ ودراسة الحالة 4 (كينيا).



استدامة المشروع

كان المشروع ناجحًا بشكل خاص في جهوده المتعلقة بالاستدامة، حيث عمل فريق المشروع بنشاط على بناء المسؤولية المستمرة للجهات المعنية الرئيسية. كانت إحدى النقاط الرئيسية في هذه العملية عقد اجتماع نشر رفيع المستوى مع المدعوين من وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة Grand Challenges Canada وأصحاب المصلحة الآخرين.

وبينما عُقد الاجتماع باللغة الإنجليزية، دعا الفريق أحد متطوعي دعم الأقران لمشاركة تجاربه باللغة المحلية، والذي أثبت أنه أحد أكثر الأجزاء جاذبية لكبار صناع القرار. وبالضغط من أجل التزامات محددة، تمكن الفريق من تأمين بند ميزانية مخصص من قبل وزير الصحة في الوزارة. يضمن تحقيق النجاح الكبير استمرار تمويل المكونات الأساسية لنموذج دعم الأقران. على الرغم من هذه النجاحات، فإن دمج التدخل بسمته الحقيقية ما زال يشكل تحديًا. على سبيل المثال، قد يتم نقل متطوعي دعم الأقران - حتى لو كانوا موجودين في المرافق - بعيدًا عن العمل القائم على التعافي لتولي المهام من الموظفين المثقلين بالأعباء. وبالتالي، يجب أن تتضمن خطط الاستدامة أيضًا أوصافًا واضحة للأدوار بالإضافة إلى أهداف التنمية طويلة الأجل للمتطوعين الأقران، وهذا جنبًا إلى جنب مع جلسات الإشراف المنظمة والمستمرة. على سبيل المثال، من المفيد أن ننظر إلى متطوع دعم الأقران باعتباره حجر الأساس في رحلة التعافي وليس كونه الغاية في حد ذاته. وهذا يمكن تحقيقه إما من خلال تقديم الدعم لمزيد من التنقيف أو توظيف الأقران ومستخدمي الخدمة الآخرين لتوسيع نطاق مساراتهم صوب فرص عمل أكثر رسمية.

اطلع على دراسة الحالة الكاملة

الخطوة 4

إشراك أصحاب المصلحة والاستدامة

2. المشاركة المبكرة والاستباقية: يكون من الأفضل عمومًا إشراك أصحاب المصلحة في وقت مبكر وليس لاحقًا. وغالبًا ما يتم إشراك الموظفين على الأرض (على سبيل المثال، المتطوعين والأخصائيين الاجتماعيين) والأشخاص المتعايشين مع أمراض غير معدية على وجه الخصوص بمجرد استكمال المشروع. سيؤدي ذلك إلى تفويت فرص الاستفادة من معرفتهم العميقة بالسياق وقد يشعرون بقليل من القدرة أو الملكية. حتى بدون وجود مساحة للمشاركة العميقة من قبل جميع أصحاب المصلحة، فإن محادثة سريعة أو بريد إلكتروني جيد الصياغة يمكن أن يقطع شوطًا طويلًا.

3. وضع الاستدامة في اعتبارك منذ البداية: يمتد تخطيط المشاركة إلى ما هو أبعد من تنفيذ المشروع، إذ يجب أن يشمل أدوار أصحاب المصلحة على استدامته. ولا يعني كون مشروع دعم الأقران مؤثرًا بشكل لا يصدق وحصوله على التقدير من قبل جميع أصحاب المصلحة أنه سيتم مواصلته تلقائيًا من قبل أي جهة فاعلة ذات تكليف أطول أمداً أو من قبل الأقران أنفسهم. ويُعد التخطيط التفصيلي والعمل على الحصول على موافقة أصحاب المصلحة أمرًا أساسيًا.

يمكن أن يكون النهج المنهجي لإشراك أصحاب المصلحة مفيدًا بشكل لا يصدق. ومع ذلك، فإن ضمان استدامة المشاريع في البيئات الإنسانية يمكن أن يشكّل تحديًا كبيرًا، بما في ذلك بسبب التمويل غير المؤكد والمخصص، والموارد المحدودة والميزانيات المتنافسة. يجب على المنفيين توقع هذه التحديات عبر وضع خطة تسليم مفصلة بمسؤوليات واضحة وجدول زمنية محددة. يجب الموافقة على الخطة - إذا أمكن قبل بدء المشروع - من قبل جميع أصحاب المصلحة ذوي الأدوار الرئيسية فيه. في حالة دعم الأقران، تكون هناك إمكانية لتولي الأقران المسؤولية وتنظيم أنفسهم بعد اكتمال المشروع، وهذا غالبًا بالاشتراك مع الجهات الفاعلة في النظام الصحي الوطني. يتطلب هذا السيناريو التخطيط الاستباقي بالقدر الذي يتطلبه أي سيناريو آخر.

يشكل تحديد أصحاب المصلحة الرئيسيين والحصول على موافقتهم جزءًا أساسيًا من أي مشروع. يمكن لتحليل أصحاب المصلحة الرسمي أن يكون مفيدًا؛ حيث تمتلك العديد من المنظمات أدوات داخلية لهذا الغرض. قد يختلف الشكل المحدد لهذه الأدوات، ولكنها عادة ما تشمل: (1) العصف الذهني لتحديد لأصحاب المصلحة المحتملين؛ و (2) تقييم كل منها بناءً على معايير معينة (على سبيل المثال، التأثير والموقف)؛ و (3) إعطاء الأولوية لأصحاب المصلحة الأكثر صلة؛ و (4) تحديد استراتيجية المشاركة (بدءًا من المراقبة والإبلاغ والتشاور إلى التعاون). يجب على المنفيين استخدام هذا التحليل لاستعراض فريق المشروع وتكوين اللجنة الاستشارية (الخطوة 2).

قراءة إضافية



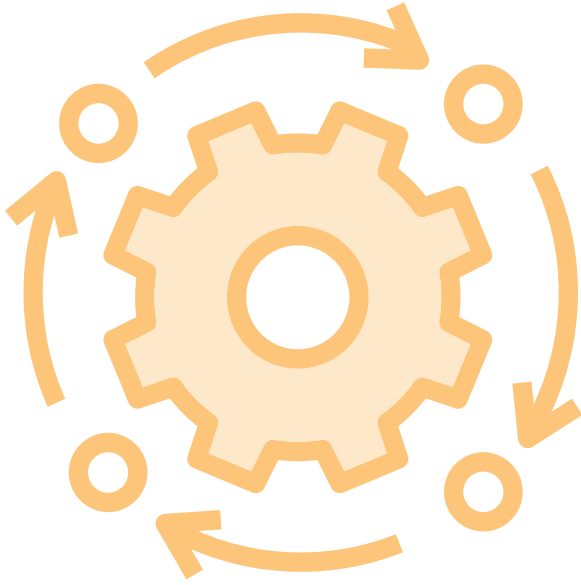
دليل منظمة الصحة العالمية لتصميم البرامج الصحية (على سبيل المثال، صناديق الإلهام 2 و 10)

بغض النظر عما إذا كان قد تم استخدام تحليل أصحاب المصلحة الرسمي أو غير الرسمي، فهناك العديد من القواعد العامة المفيدة لإشراك أصحاب المصلحة:

1. التحقق من صحة تحليل أصحاب المصلحة: بعد إجراء تحليل أصحاب

المصلحة الأولي، من المحتمل أن يكون قد تم تجاهل بعض أصحاب المصلحة الذين كانوا في نقطة عميةا للفريق. يجب على المنفيين محاولة التحقق من صحة تحليل أصحاب المصلحة من خلال أشخاص لديهم فهم قوي للسياق. يمكن أن تشمل الجهات الفاعلة الأقل وضوحًا المنظمات الشعبية ومجموعات الدعم غير الرسمية والمنظمات غير الحكومية المحلية والممثلين الوطنيين.

المرحلة 2

التنفيذ
والتكيف

الكلمات الرئيسية

- اختيار المشاركين والمُيسِّرين
- التدريب والإشراف
- شرح الأدوار
- الدليل الفني
- حل المشكلات

الملخص

تغطي هذه المرحلة الجوانب الرئيسية لتنفيذ أي تدخل من تدخلات دعم الأقران. فتبدأ باختيار المشاركين وتمتد إلى تطوير الدليل وتدريب الميسرين والجوانب العملية والتكيف المستمر. لن تكون كل الخطوات في هذا الفصل مفيدة لكل مشروع، وقد يلزم تكيف بعضها أو تخطيها. وعلى نحوٍ مماثل، تُستخدم النماذج المُستندة إلى المجموعات بشكلٍ متكرر كمثال أساسي على مستوى هذا القسم، في حين تنطبق نفس الاعتبارات على التنسيقات الأخرى، مثل دعم الأقران الفردي. قبل البدء، قد يكون من المفيد استعراض قائمة التحقق المرجعية في الفصل السابق.

الخطوة 5

اختيار المشاركين وتوظيفهم

يُعد اختيار المشاركين عنصرًا أساسيًا في مشروع دعم الأقران، حيث يضع الأساس للتفاعلات الإيجابية بين الأقران. إن إهمال هذه الخطوة قد يؤدي إلى استنزاف الموارد بلا داعٍ، حيث سيتطلب من المُيسِّرين التعامل مع مشاكل الثقة والصراعات المحتملة.

تساعد هذه الخطوة على تحديد سمات الأقران التي تؤثر بشكلٍ كبير تجاربهم في التدخل. ويمكن لهذه الخطوة أن تخدم غرضين مترابطين: (1) المساعدة في اختيار المشاركين من المجموعة المستهدفة الإجمالية (الخطوة 1)؛ و (2) تحديد العوامل التي تؤثر على تصميم الدليل وتنفيذه. يجب أن تركز معايير الاختيار على تحديد الأقران المتشابهين الذين من المتوقع أن يستفيدوا من المشاركة بشكلٍ أكبر.

وتأتي أوجه التشابه بين الأقران في صميم الدعم المتبادل بينهم. ويرتكز هذا المفهوم على أنه كلما كان الأقران المختارون أكثر تشابهًا، زاد احتمال تعزيز التعاطف والمعاملة بالمثل.⁸ ولكن من المهم أن تركز هذه الخطوة على أوجه التشابه المتصورة، وليس الواقعية، لإعطاء الأولوية لشعور الناس بالانتماء للمجتمع. ومع ذلك، هناك استثناءات لهذه القاعدة، حيث يمكن أن يوفر الجمع بين المجموعات المختلطة فرصًا فريدة. في مثل هذه السيناريوهات، يصبح دور المُيسِّر في تسليط الضوء على جوانب التشابه أكثر أهمية من أي وقت مضى.

قائمة التحقق المرجعية

- حدد معايير اختيار المشاركين من الأقران.
- إعداد دليل بالاشتراك مع خبراء متنوعين (على سبيل المثال، خبراء تربويين أو متخصصين في موضوعات معينة أو خبراء تجارب حياتية).
- التحقق من جميع جوانب الاتصال استنادًا إلى مبادئ اللغة الشاملة والمراعية للكرامة.
- تطوير معايير اختيار المُيسِّرين ووصف تفصيلي للدور الوظيفي.
- ضم المُيسِّرين واعتماد وصف الدور الوظيفي.
- وضع خطة تدريب للمُيسِّرين وتنفيذها استنادًا إلى احتياجات التدريب المحددة.
- تحديد استراتيجية لضم المشاركين وتنفيذ العمليات.
- تجريب الدليل وإجراء المراجعات اللازمة.
- إعداد دعم الأقران وترتيب الجوانب العملية (المنفذون والمُيسِّرون).
- بدء جلسات دعم الأقران وتكييفها حسب الحاجة.

• **العمر:** يمكن أن تظهر أوجه التشابه العمرية في اللغة المشتركة بين الأشخاص أو الأطر المرجعية أو الاهتمامات. تتشكل تصورات ما بشكل فئات عمرية منفصلة من خلال المعايير الثقافية المحلية. إن الجمع بين الأشخاص من نفس العمر (على سبيل المثال، أماكن منفصلة للبالغين والشباب) يمكن أن يساعد في تسهيل العديد من آليات التعلم بين الأقران. وعلى العكس من ذلك، يمكن أن تكون التنسيقات المشتركة بين الأجيال وسيلة قوية للسماح بالتعلم من الأقران، ويمكن أن تكون جزءاً من الجهود الرامية إلى إيجاد أساليب أكثر شمولاً لمكافحة التمييز على أساس العمر.

• **السنوات التي مضت منذ التشخيص:** من المرجح أن يكون لدى الأشخاص المتعاشين مع أمراض غير مُعدية لسنوات عديدة لاحتياجات وتصورات مختلفة عن أولئك الذين تم تشخيصهم حديثاً. وكما هو الحال مع الاختلافات العمرية، فإن جمع هؤلاء الأشخاص معاً يمكن أن يعطي قيمة مضافة للتعلم المتبادل.

• **المنطقة الجغرافية:** يمكن أن يؤثر مدى قرب الأقران من بعضهم على الجلسات الشخصية. على سبيل المثال، يمكن أن يؤدي اختيار أشخاص من نفس المنطقة إلى تسهيل العثور على مكان للقاء والسماح للأقران بترتيب لقاءات غير رسمية. تعد القدرة على تقديم دعم الأقران للناس أمراً ذا قيمة خاصة بالنسبة للمجتمعات النائية، التي غالباً ما تضطر إلى السفر لمسافات طويلة للوصول إلى أنواع أخرى من الرعاية. يشترك الأفراد القاطنون في نفس المنطقة في بيئات وتجارب مماثلة (على سبيل المثال، المرافق الصحية والبنية التحتية العامة والحصول على الأطعمة الصحية).

• **حجم المجتمع:** بالارتباط بالنقطة السابقة، يمكن أن يؤثر حجم المنطقة المحلية أيضاً على شعور الناس بالانتماء إلى نفس المجتمع، حيث قد يعرف الناس بعضهم البعض مسبقاً. وهذا يمكن أن يسرع بشكل كبير عملية بناء الثقة. وفي الوقت نفسه، قد يتعارض عدم الكشف عن الهوية مع المشاركة المفتوحة بين الأقران. إن إحساس الناس بالمجتمع لا يعتمد بالضرورة على القرب الجغرافي. ويمكن أيضاً البناء على أوجه التشابه الأخرى، مثل المصالح المشتركة.

• **الثقافة والقيم ووجهات النظر العالمية:** ترتبط العديد من العناصر المدرجة ارتباطاً وثيقاً بثقافة الناس وقيمهم ووجهات نظرهم العالمية. ونظراً لاتساع نطاق هذه المفاهيم، فمن المحتمل أن تكون هناك جوانب أخرى ذات صلة لم يتم التطرق إليها. وقد يشمل ذلك عادات وقواعد محددة، على سبيل المثال، فيما يتعلق بالعلاقات الشخصية والاجتماعية، أو قبول السلوكيات، أو اللغة المشتركة أو المؤسسات ذات الصلة. وفي سياق الأمراض غير المُعدية، يمكن أن يشمل نظرة الناس إلى حالتهم وقيمهم الأساسية، مثل ما تعنيه جودة الحياة بالنسبة لهم. عادةً ما يصعب قياس أو تحديد هذه الجوانب. ويمكن استخدامها بسهولة أكبر عند مطابقة الأقران في شكل لقاءات فردية.

• **شدة الاحتياجات أو الضعف:** غالباً ما يتم قياس مدى ضعف الأشخاص من خلال شدة حالتهم المرضية (على سبيل المثال، فحص الهيموجلوبين السكري HbA1c). وفي حين ثبت أن هذا يؤثر بشكل إيجابي على نتائج المشروع،^{26,52} يجب التفكير في الضعف على نطاق أوسع ويشمل جميع العوامل التي تؤثر على من سيحصل على أكبر فائدة من المشاركة. قد يكون من الصعب قياس بعضها وتتطلب شخصاً لديه إمام عميق بالسياق (على سبيل المثال، شعور الناس بالوحدة، والأحداث الصاعقة الأخيرة، مثل وفاة أحد الأقران، والأمراض المصاحبة، والمضاعفات، وفقدان الدخل بسبب تفاقم الإعاقة).

المربع ٣٠ تصحيح أي سوء فهم شائع

نظراً لأن هذا الدليل يركز على دعم الأقران للأشخاص المتعاشين مع أمراض غير مُعدية، قد يبدو من البديهي أن الأهم هو التجربة المشتركة للمصابين بهذه الأمراض. بعبارة أخرى: "يستفيد الأشخاص المصابون بمرض السكري من النوع الأول بشكل أكبر من دعم الآخرين المصابين بمرض السكري من النوع الأول".

هذه النظرة محدودة، لأنها تركز على الحالة، وليس الشخص. لا يمكن لدعم الأقران أن يعتمد فقط على التجارب المشتركة للمصابين بمرض معين، بل يجب أن يأخذ في الاعتبار مستويات أخرى من أوجه التشابه والاختلاف.^{9,46} وتضع أهمية هذه العوامل الأخرى عند النظر في كيفية تأثير الهويات الاجتماعية والانتماءات الجماعية على تصورات الناس وقيمهم وتجاربهم في الحياة. لتأمل الحالة المتصورة لشخصين يتعاشيان مع أمراض مزمنة مختلفة (مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري) في نفس مخيم النازحين. من المرجح أن تكون تجاربهم اليومية ومشاعر التشابه أكبر بكثير من تلك التي يشعرون بها مع شخص غير نازح من المدينة القريبة، حتى لو كانوا يشتركون في نفس التشخيص والأعراض. تحتاج المشاريع إلى فهم دور هذه السمات في بيئتها المحلية والعوامل الأكثر أهمية للمشاركين.

ترصد القائمة أدناه السمات ذات الصلة الشائعة على مستوى البيئات. يمكن للمربع "ج" أن يساعد المنفذين في تحديد أولويات هذه العوامل.

• **النوع الجنساني:** يشكل النوع الجنساني بشكل أساسي تجارب الناس الحياتية، بما في ذلك مع الأمراض غير المُعدية. في بعض الأماكن، قد تكون المجموعات المختلطة (من كلا الجنسين) مفضلة، بينما في حالات أخرى قد تكون غير مقبولة، على سبيل المثال بسبب الأعراف الثقافية أو الدينية. قد يفضل الأشخاص الذين لا يتعرفون على المعايير الجنسانية التقليدية مجموعات دعم منفصلة من الأقران.

• **العرق والجنسية واللغة:** قد يشعر الأشخاص من المجموعات العرقية المختلفة وكذلك النازحون والسكان المضيفون في كثير من الأحيان بأنهم مجتمعات متميزة. ويمكن أن يترجم هذا - في بعض الأحيان - إلى عداء تجاه الآخر. إذا كان خطر التوترات مرتفعاً جداً، يلزم وجود مجموعات أو جلسات منفصلة. في المقابل، قد يكون لدعم الأقران هدف واضح يتمثل في مد الجسور بين تلك المجتمعات والمساعدة في التغلب على الأعمال العدائية من خلال التركيز على تلك التجارب المشتركة. قد تكون هذه الاختلافات موجودة أيضاً في لغات الأشخاص (المفضلة) أو الاختلافات المحلية.

• **الطبقة الاجتماعية:** إن كيفية فهم الطبقة الاجتماعية أمر مرتبط بالسياق إلى حد كبير. يحتاج المنفذون إلى تقييم العوامل التي تشكل تجارب المجتمعات حول الطبقة الاجتماعية. خاصة وأن العديد من العوامل قد تكون غير ملموسة أو خفية. يمكن أن يكون أحد العوامل المشتركة هو مستوى تعليم الناس، لأنه يؤثر على تجاربهم اليومية، بما في ذلك كيف وأين يعيشون، وكم يكسبون، وكيف يتحدون أو ما هي التحديات اليومية التي يواجهونها (على سبيل المثال، الوصول إلى الأطعمة "الصحية").

• **التزام الأشخاص:** إن التركيز على الأشخاص الذين يبدوون أكبر قدر من الاهتمام والالتزام لا يتعلق بأوجه التشابه بقدر ما يتعلق بتوليد زخم إيجابي للتدخل. وهذا قد يسهل تنفيذه واستدامته واستخدام الموارد بكفاءة. يجب على المنفذين استخدام هذا المعيار بحذر، حيث أن الأشخاص الذين لديهم أكبر

قدر من المكاسب من دعم الأقران يمكن أن يكونوا الأكثر عزلة. وقد لا يعرفون أنفسهم على أنهم مهتمون بدعم الأقران أو لديهم تجارب سلبية مع مقدمي الخدمات وعدم الثقة تجاههم. من المهم أن يفكر المنفذون في كيفية الوصول إلى هؤلاء الأشخاص، بناءً على قائمة الفئات المهمشة المحددة في الخطوة 1.

تمرين لتحديد خصائص الأقران ذات الصلة



المشاركون في الورشة: المنفذون (التركيز على الأشخاص ذوي التجارب الحياتية والرؤى السياقية)

التوقيت: 3-5 ساعات

الموقع: عبر الإنترنت/ دون اتصال بالإنترنت

يهدف هذا التمرين إلى تحديد أهم خصائص الأقران، بما في ذلك: (1) الخصائص ذات الصلة بمعايير اختيار المشاركين؛ و (2) الخصائص التي تحتاج إلى معالجة أثناء التنفيذ. يجب أن تدعو المشاريع متعددة المواقع أشخاصاً من كل منطقة، حيث يمكن أن يختلف دور هذه الخصائص بشكل كبير عبر المستويات الإقليمية ودون الإقليمية والمحلية. يمكن إجراء هذا التمرين بشكل أقل شمولاً.

1. **اذهب إلى المكان، ورحب بالناس وحدد الغرض من التمرين (10 دقائق).**

2. **استخدام مساحة فارغة وقطعا من الورق لجمع كل العوامل المحتملة (20 دقيقة)**

اعتمد على القائمة أعلاه لتحديد أي خصائص يمكن أن تؤثر على إحساس الأشخاص بالتشابه أو تجربتهم والفائدة المتوقعة من المشاركة. لا توجد إجابات خاطئة.

3. **تجميع العوامل المذكورة (45-60 دقيقة)**

راجع العناصر المحددة معاً للتأكد من وجود فهم مشترك. بعد ذلك، يتم تعيين ميسر لتوجيه المناقشة بهدف تقليص القائمة إلى خمسة بنود ذات أولوية أو أقل. ناقش كل عنصر واحذف العناصر التي لم يتم اختيارها. تذكر أن تعطي وزناً إضافياً لآراء الأشخاص ذوي الخبرة الحياتية (على سبيل المثال، حقوق الرفض) والفرق المحتمل بين مواقع التنفيذ. وينبغي أن يسترشد اختيار هذه العوامل بمبادئ إمكانية الوصول والإنصاف.

4. **التركيز على المعايير الحصرية المتبادلة (30 دقيقة)**

راجع القائمة وسلط الضوء على أي خصائص من شأنها أن تتداخل مع آليات الأقران إذا تم جمعها في مجموعات مختلطة (أي أنها متعارضة). يعد هذا الجزء مهماً بشكل خاص للتنسيقات القائمة على المجموعة، حيث يمكن للنهج الفردي أن يطابق القادة والمشاركين بشكل أكثر مرونة. بالنسبة لمجموعات دعم الأقران، تحدد موارد المشروع (الخطوة 3) الحد الأقصى لعدد هذه المعايير التي يمكن أخذها في الاعتبار. على سبيل المثال، يمكن لمشروع يتمتع بالقدرة على إدارة

5. مراجعة المعايير المتبقية (30 دقيقة)

مجموعتين متوازيتين أن يقسم المشاركين على أساس خاصية واحدة (على سبيل المثال، السكان المضيفون/النازحون أو الرجال/النساء). وكل عامل إضافي - يستبعد الآخر - يزيد هذا العدد بشكل كبير. إذا كان هذا هو الحال بالنسبة لإعداد معين، فقد يتعين على المنفذين التفكير في تضيق المجموعة المستهدفة أو التبديل إلى تنسيق دعم الأقران الفردي.

استعرض العوامل المتبقية. معظمها، حتى لو كانت مهمة لإحساس الأشخاص بالتشابه، لن تكون حصرية بشكل صارم. هذه ليست في العادة معايير اختيار، لأنها ليست شرطاً لتمكين الأشخاص من المشاركة. ومع ذلك، يجب وضع علامة عليها، حيث يتعين على المنفذين معالجتها في الدليل (الخطوة 6) وأثناء التنفيذ، على سبيل المثال من خلال:

- تصميم الدليل بحيث يشمل المجموعات المختلطة (على سبيل المثال، الأنشطة المحايدة جنسياً).
- تقسيم المجموعات إلى مجموعات فرعية أكثر تجانساً لموضوعات محددة.
- تضمين تمارين تركز على أوجه التشابه بين الأقران بدلاً من الاختلافات بينهم.

قد تتضمن العناصر المتبقية بعض العناصر المهمة كمعايير اختيار للأقران، خاصة تلك التي تركز على تحديد الأشخاص الذين يتوقع أن يحققوا أكبر قدر من الفائدة. وينبغي تقييم جميع معايير الاختيار على أساس عدسة الإنصاف، أي من الذي سيتم استبعاده؟

6. وضع اللمسات الأخيرة على الاختيار والانتهاء (10 دقائق)

لخص المعايير المحددة (لكل موقع) وأسبابها. قسمها إلى معايير اختيار (بالاشتراك مع تعريف المجموعة المستهدفة) وتلك التي تعتبر مهمة لتنفيذ دعم الأقران.

- للتحقق من الجودة، اطرح الأسئلة التالية على جميع أعضاء الفريق:
- ما مدى ثقتنا بشأن إدراج أهم العوامل؟ (المقياس من 0-10)
- إذا كان أقل من 7، ما هي العوامل المفقودة أو التي تم استبعادها قبل الأوان؟
- هل هناك أي فئات سكانية محددة مفقودة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فكيف يمكن إشراكهم؟

دكر الأشخاص بأن هذه أدلة عامة وأن الميسرين يتمتعون بالمرونة اللازمة للنظر في عوامل إضافية (على سبيل المثال، مستوى الضعف والتهemis). حدت خطة المشروع والتصورات بناءً على هذه القرارات.

وبغض النظر عن القنوات المختارة، يجب على المنفذين التخطيط لرسائل اتصال واضحة وإدارة توقعات الأشخاص. ينطبق هذا بشكل خاص على السيناريو المحتمل المتمثل في أن المشروع يحتوي على مساحات أقل من عدد الأشخاص المهتمين. يمكن للجهات المنفذة أيضاً التفكير في منح الأشخاص الفرصة للمشاركة في شكل مختلف من دعم الأقران أو كجزء من جولة التنفيذ التالية، إذا كان ذلك متاحاً.

واستناداً إلى معايير الاختيار المحددة، يمكن التخطيط لتوظيف المشاركين الأقران. ويمكن القيام بذلك على الفور أو انتظار تطوير الدليل للسماح بمزيد من الاتصالات المستهدفة. قد تكون استراتيجيات التوظيف المختلفة مفيدة، بما في ذلك من خلال:

- مناطق انتظار المرافق الصحية
- الإحالات من شركاء المشروع أو البرامج المرتبطة (على سبيل المثال، منظمات المجتمع أو المرضى)
- التواصل مع المرضى بناءً على قوائم المرضى
- توظيف العاملين في مجال صحة المجتمع
- الإحالة بالتتابع



اختيار المشاركين وتكوين المجموعات

وبما أن كل موقع كان قادراً على تشغيل مجموعتين بالتوازي، لم يكن بالإمكان مراعاة جميع الخصائص أثناء تعيين المجموعات. العوامل التي تم تحديد أولوياتها حسب الموقع، لكن معظم الميسرين قاموا بتقسيم المجموعات حسب النوع الجنساني أو الجنسية. ولم تكن العوامل الأخرى غير ذات الأولوية بمثابة معايير استبعاد تلقائية، وبالتالي ساهمت في تنوع المجموعة. على سبيل المثال، إذا تم إنشاء مجموعات منفصلة للمواطنين اللبنانيين/السوريين، فربما لا يزالون قد شهدوا بعض التنوع من حيث النوع الجنساني والمستوى التعليمي.

لاحظ الأخصائيون الاجتماعيون اختلافات بين المجموعات الأكثر تجانساً والأكثر تنوعاً. وبحسب ما ورد كان لدى الأخيرة علاقات «أسوأ» بشكل عام وشهدت انسجاماً وتوافقاً وتحفيزاً أقل. في حين لم تشهد أي مجموعة صراعاً بين أقرانها، كان الأخصائي الاجتماعي يتطلب بذل جهد إضافي للمجموعات الأكثر تنوعاً. وقد انعكس هذا من خلال تعليقات الأقران، الذين قدروا كونهم من «نفس المجتمع». امتدت أوجه التشابه إلى ما هو أبعد من الخصائص لتشمل الخبرات والاهتمامات والقيم والثقافات.

< اطلع على دراسة الحالة الكاملة

حدد المشروع ثلاثة معايير «إدراج» المشاركين في مجموعات الأقران: (1) الإصابة بمرض السكري و/أو ارتفاع ضغط الدم. (2) المؤشرات السريرية غير المواتية (مثل مستوى HbA1c؛ و 3) الضعف العام. ساعدت هذه المعايير في تحديد الأشخاص الذين يُتوقع أن يحققوا أكبر استفادة من المشاركة.

لتعيين الأشخاص المختارين لمجموعة دعم أقران معينة، كان لا بد من مراعاة عوامل إضافية لضمان شعور المشاركين بالانتماء للمجموعة. بالنسبة لهذا المشروع، حدد الميسرون العوامل التالية باعتبارها الأكثر أهمية:

- **النوع الجنساني:** اقترح الميسرون في بعض المواقع أن المجموعات المشتركة مع الرجال والنساء قد تؤدي إلى تحديات، مثل خطر شعور النساء «بعدم الارتياح» أو تحفظ الرجال.
- **الجنسية:** وفي بعض مواقع التنفيذ، وردت تقارير عن التوتر - أو العداء الصريح - بين السكان اللبنانيين المضيفين ومجموعات اللاجئين السوريين.
- **ترابط المجتمع المحلي:** كانت المجتمعات الأصغر حجماً تعني أن الأشخاص كانت لديهم بالفعل علاقات أقوى قبل المشروع، مما أدى إلى تبسيط عملية الاختيار.
- **مستوى التعليم:** أفاد الأشخاص ذوو المستويات التعليمية المختلفة شعروا بالاختلاف، بسبب لغتهم بالإضافة إلى تجاربهم ومشاكلهم اليومية.

نصيحة عملية

غالبًا ما تحتوي الجلسات على موضوعات محددة مسبقًا (مثل إدارة الأمراض والضغط النفسي والدعم الاجتماعي) وأنشطة توجيهية (مثل المناقشة ودروس الطهي وتبادل الأدوار). لا يلزم بالضرورة أن يكون هذا هو الحال. على سبيل المثال، في المجموعات المفتوحة أو التنسيقات الفردية قد يكون من الأفضل استخدام جلسات غير محددة، مما يسمح للأقران بتحديد أولوياتهم الرئيسية ومعالجتها. وقد لا تتطلب الأساليب الأقل تنظيمًا دليلًا أو يمكن أن تستخدم صيغة معدلة (على سبيل المثال، التركيز على تمارين وضع جدول الأعمال). في الكثير من الحالات، تستفيد الجلسات من تنظيمها في البداية لتسهيل بناء العلاقات والمهارات. يمكن أن تصبح الجلسات تدريجيًا غير منظمة ويقودها الأقران بمرور الوقت.

دراسة الحالة 1 لبنان

جدول محتويات الدليل ومثال الجلسة

ويهدف دليل المشروع إلى تغطية الموضوعات ذات الصلة بالأشخاص الذين يعانون من مرض السكري وارتفاع ضغط الدم. تضمنت الجلسات مواضيع مختلفة لتغطية مجموعة واسعة من تجارب الناس ومخاوفهم. وتشمل (1) التنقيف حول المرض (مثل التشخيص والأعراض والمضاعفات)؛ (2) الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) والجوانب النفسية (مثل استراتيجيات المواجهة)؛ (3) الرعاية الذاتية (مثل النشاط البدني)؛ و (4) العناصر الاجتماعية (مثل تمارين الفريق).

< اطلع على دراسة الحالة الكاملة

الخطوة 6

إعداد دليل دعم الأقران

الدليل هو مرجع عملي يومي لتدخل دعم الأقران. وهو يترجم الاختيارات عالية المستوى من المرحلة الأولى إلى توجيهي تفصيلي خطوة بخطوة. لا يقدم هذا القسم دليلًا نهائيًا ولكنه يستعرض بعض الاعتبارات ويقترح هيكلًا محتملًا. يجب على المنفذين إتاحة الوقت الكافي لهذه الخطوة. اعتمادًا على الموارد والخبرات المتاحة، قد يستغرق تطوير جلسة واحدة ما بين أربع إلى ثماني ساعات. ويتطلب وقت إضافي لاختباره ومراجعته.

الخطوة 6أ

إنشاء هيكل الدليل

يجب أن يغطي الدليل كل ما يحتاجه ميسري دعم الأقران، بغض النظر عما إذا كان يتم استخدام تنسيق دعم الأقران الجماعي أو الفردي. وفي الوقت نفسه، ينبغي لها أن تحاول القيام بذلك ببساطة قدر الإمكان. وتعتمد كيفية تحقيق هذا التوازن على: (1) مهارات الميسرين؛ (2) إلمامهم بدعم الأقران؛ و (3) نطاق تدريبهم (الخطوة 7). قد يتضمن الدليل الآتي:

- 1. مبررات المشروع ونطاقه:** وصف عملي للموضوعات والآليات الأساسية لدعم الأقران (على سبيل المثال، المفاهيم الأساسية والقيم التوجيهية) وتمييزها عن الأساليب المماثلة التي تستخدمها المنظمة. تحديد سبب تنفيذ المشروع وما هي الفجوات التي يعالجها. تقديم نظرة عامة مرئية عن المشروع (على سبيل المثال، مواقع التنفيذ، عدد الجلسات/المجموعات/المشاركين، المدة، جوانب الاستدامة).
- 2. شرح الأدوار (الخطوة 7ب):** وضح الأدوار الرئيسية المشاركة في التنفيذ ونطاقها وتداخلاتها. حدد تفاصيل معايير اختيار المشاركين (الثابتة والمرنة). اشرح عمليات صنع القرار والإشراف (على سبيل المثال، خروج أحد الأعضاء، والتحديات الناشئة).

- 3. مخطط الجلسة (الخطوة 6ب):** تحديد الهيكل العام، بما في ذلك موضوعات الجلسة وأهدافها وشرطًا بسيطًا لها. يمكن أن يساعد جدول المحتويات المرئي في العرض التقديمي. يجب أن يأخذ هذا القسم أيضًا بعين الاعتبار ما يحدث بين الجلسات.

- 4. دليل التيسير (الخطوة 6ج):** تتضمن إعداد دليل تفصيلي خطوة بخطوة لمساعدة الميسرين على إدارة الجلسة. عدم التركيز فقط على المحتوى أو الأنشطة، بل أيضًا على كيفية تيسيرها. على سبيل المثال، ذكر الميسرين بمهارات الاتصال ذات الصلة أو القيم التوجيهية.

- 5. المحتوى الإضافي:** تحقق مما إذا كانت هناك حاجة إلى إضافة أي محتوى أو مراجع أخرى للمبادئ التوجيهية أو الأدوات الحالية، مثل مسارات الإحالة الداخلية (بما في ذلك تفاصيل الاتصال الحديثة للإحالة السريعة)، أو التدريب الحالي على الأمراض غير المعدية أو ملخصات التعلم القصيرة لمهارات التيسير الأساسية.



كينيا

المرجع "ط" اللغة مهمة

اختيار اللغة أمر مهم. فهو يؤثر على الطريقة التي يفكر بها الناس وعلى مشاعرهم؛ سواء بشكل إيجابي، من خلال تعزيز الإدماج والمشاركة النشطة والتمكين، أو بشكل سلبي، من خلال وصم الناس وتهميشهم. ويمكن أن تؤثر هذه الاختيارات على نجاح المشروع، والأهم من ذلك، أنها يمكن أن تؤثر بشكل مباشر على صحة الأشخاص المتعايشين مع أمراض غير معدية وعافيتهم، على سبيل المثال من خلال منع الناس من التماس الدعم الذي يحتاجون إليه. وينطبق هذا بشكل خاص على دعم الأقران، لأنه يعتمد بشكل أساسي على ثقة الناس. يجب على المنفذين التفكير بعمق في اختيار اللغة في جميع أشكال التواصل، سواء كانت شفوية أو كتابية أو سمعية أو بصرية.⁵³ والأهم من ذلك، يجب أن ينعكس اختيار اللغة في تغييرات محددة في الممارسات التنظيمية، وإلا فإنه يخاطر بأن يصبح شكليًا أو ضارًا.

أحد المبادئ الأساسية هو استخدام لغة "الشخص أولاً" واللغة التي تحفظ كرامة الإنسان.⁵⁴ ويجب التعامل مع الأفراد دائمًا كبشر وليس بالتركيز على حالتهم أو الإعاقة التي يعيشون بها. يجب على المنفذين تكيف العبارات الشائعة بشكل استباقي لتجنبها (الشكل 5) بناءً على تفضيلات المجتمع.

قراءة إضافية

التواصل الودي مع كبار السن (مركز الشيخوخة بشكل أفضل)

هناك طريقة أخرى لتقدير فاعلية الأشخاص وإنسانيتهم وهي الإشارة إلى النشاط الذي يتم مع أو بواسطة أشخاص متعايشين مع أمراض غير معدية بدلاً من الإشارة إليهم أو ذكرهم.⁴⁹ على سبيل المثال، استخدام دعم الأقران مع (بدلاً من) الأشخاص المتعايشين مع أمراض غير معدية. وبالمثل، يجب على المنفذين تجنب إلقاء اللوم على الناس بسبب الأمراض غير المعدية أو وصم سلوكياتهم، على سبيل المثال من خلال تقديم أسباب مبسطة (على سبيل المثال، تناول الكثير من السكر، وقلة النشاط البدني) دون التعرف على العوامل الجينية والبيئية المعقدة المؤثرة.⁵⁴

الشكل 5. اللغة شائعة الاستخدام التي يجب تجنبها (في الأصل من ترخيص 3.0 CC BY-NC-SA)

المريض

يفضل العديد من الأفراد ذوي التجارب الحياتية عدم الإشارة إليهم كمرضى. وهذا يمكن أن يجرد الفرد من إنسانيته ويديم اختلال توازن القوى بين الشخص الذي لديه تجربة مُعاشة والأخصائي ذي الصلة.

مصطلحات ذات صلة يجب تجنبها: الحالة، المفحوص، الضحية.

البدائل

الأسماء الشخصية، وألقاب الأفراد، والفرد ذو التجربة الحياتية، والشخص ذو التجربة الحياتية.

شخص مصاب بمرض (X).

يمكن أن تؤدي إحالة فرد مصاب بمرض أو حالة صحية وربطه بشكل صريح إلى الإفراط في تقديم العلاج الطبي وتجريد الفرد من إنسانيته. إن الفرد الذي لديه تجربة حياتية هو أكثر بكثير من مجرد شخص يعاني من مرض أو حالة صحية.

مصطلحات ذات صلة يجب تجنبها: مريض/حالة/موضوع المرض، يعاني منه، ناجي من (X).

البدائل

يتلقى علاجًا، يتعايش مع، متأثر بـ، وليس هناك دليل/وجود.

لغة اللوم

إن إلقاء اللوم على أي فرد بسبب حالته الصحية أو تجربته الحياتية يمكن أن يكون صادمًا للغاية وموصمًا. إن المحددات المباشرة وغير المباشرة للصحة معقدة ولا ينبغي اختزالها في مسؤولية الفرد أو عوامل الخطر أو المحددات الفردية.

المصطلحات ذات الصلة التي يجب تجنبها: الالتزام، المنسوب، العبء، الالتزام، الامتنال، المحروم، خيارات نمط الحياة، أمراض نمط الحياة، الضعيف.

البدائل

التوافق، يشير إلى دور نشط للأفراد ذوي التجارب الحياتية والحاجة إلى الاتفاق بين الأفراد ومقدمي الرعاية الصحية/الأخصائيين.

الخطوة 6 ب

تطوير مخطط الجلسات

يصف مخطط الجلسة التدفق العام للتدخل من خلال سرد المواضيع وترتيبها والهدف العام (الجدول 3). يجب على المنفذين تصميم تدفق التدخل بناءً على تجربة المشاركين في دعم الأقران، بدءاً من الاتصال الأول وحتى مرحلة الاستدامة.

واستناداً إلى أهداف الجلسة العامة هذه، يمكن للمنفذين تطوير مخطط تقريبي للجلسة. يمكن للأسئلة التأملية الواردة أدناه (دليل الإجابة في الملحق و) أن تساعد المنفذين في هذا التمرين.

الجدول 3. أمثلة على الأهداف العامة لجلسات دعم الأقران

الهدف العام	الوصف	أمثلة على موضوعات/تنسيقات الجلسة
بناء الثقة	غالبًا ما يكون محور الجلسة (الجلسات) الأولية. والهدف هو خلق مساحة آمنة وعلاقات ثقة بين المشاركين و/أو مع الميسر.	<ul style="list-style-type: none"> قواعد المجموعة أو الأصدقاء على سبيل المثال، قم بتحديد قواعد جلسات الأقران بشكل مشترك بناءً على قائمة من الأمثلة. استكمل بتمرين على التواصل الجيد وقيم الأقران. التعارف على سبيل المثال، قم ببناء برج مقًا بناءً على مجموعة محدودة من المواد أو مشاركة القصص الشخصية. تحديد التوقعات على سبيل المثال، اكتب التوقعات من المشاركين وتجاههم. يمكنك الارتباط بالمناقشات حول أوقات الاجتماعات ومواقعها، والتحديات المحتملة لحضور الجلسات أو الحد الأقصى لأحجام المجموعات.
تقديم الدعم	تركز هذه الجلسات على معالجة النتائج الرئيسية للمشروع، بناءً على نظرية التغيير الخاصة به. على الرغم من أن الجلسات يمكن أن تتناول نتائج متعددة، فقد يكون من المفيد تحديد هدف أساسي. على سبيل المثال، يمكن أن توفر دروس الطهي مهارات حول الأكل الصحي، وتعزز الدعم الاجتماعي وتسمح بمشاركة المعرفة.	<ul style="list-style-type: none"> عقد جلسات تثقيفية حول الأمراض غير المعدية على سبيل المثال، الاستماع إلى الخبراء ومناقشة التداخل مع التجارب الحياتية للأشخاص. توافر الخدمة والقدرة على تحمل التكاليف على سبيل المثال، قم بتخطيط الخدمات الحالية والتكاليف المرتبطة بها عبر سلسلة الرعاية المستمرة. الدعم النفسي على سبيل المثال، تحديد التحديات المشتركة ومناقشة الحلول أو بناء مهارات حل المشكلات. الدعم الاجتماعي على سبيل المثال، الأنشطة التي تتطلب تفاعلات اجتماعية، مثل الألعاب وتبادل الأدوار والتمارين البدنية.
تعزيز الاستدامة	ركزت الجلسات على بناء ملكية الأقران وتوقع مرحلة الاستدامة، سواء كانت رسمية أم لا. قد تهدف الجلسات إلى تعزيز مشاعر الملكية، أو تطوير مهارات التنظيم الذاتي، أو التخطيط العملي للخطوات التالية. وهذا يمثل هدفًا مستقلاً وليس نتيجة ثانوية تلقائية لمشاركة الناس.	<ul style="list-style-type: none"> التعليم بين الأقران على سبيل المثال، مهارات تدريس الأقران (مثل الطهي واليوغا). الاهتمامات المشتركة على سبيل المثال، يتم تشجيع الأقران على ترتيب لقاءات اجتماعية غير رسمية على أساس الاهتمامات المشتركة. التييسير المشترك على سبيل المثال، يقوم الأقران بوضع جدول أعمال حول موضوع يهمهم وتسهيل عقد جلسات نقاش فرعية حول الموضوع. شبكة الرعاية على سبيل المثال، استكشف الخيارات المتاحة للأقران للاستمرار في تنسيقات أقران أخرى، مثل التحول من شكل الرفيق الفردي إلى شبكة المساعدة المتبادلة.

قراءة إضافية

- الإسعافات النفسية الأولية: الوحدة 4، الصفحة 14 (المركز النفسي والاجتماعي للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، مركز الدعم النفسي الاجتماعي التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)
- دليل قائد الأقران، ص. 16 (الاتحاد الدولي للسكدي).

أسئلة التأمل



يتوفر دليل الإجابة في الملحق «و»

سؤال التأمل 1

ما هو الدور الذي يجب أن تلعبه عائلة الأقران والشبكات الاجتماعية؟

سؤال التأمل 2

كيف يمكن الحفاظ على مرونة الميسرين؟

سؤال التأمل 3

كيف يتم التعامل مع الوقت بين الجلسات؟

سؤال التأمل 4

ماذا يحدث بعد الجلسات المحددة؟

الخطوة 6 ج

تطوير الجلسات

يصف مخطط الجلسة التدفق العام للتدخل من خلال سرد المواضيع وترتيبها والهدف العام (الجدول 3). يجب على المنفذين تصميم تدفق التدخل بناءً على تجربة المشاركين في دعم الأقران، بدءاً من الاتصال الأول وحتى مرحلة الاستدامة.

بعد تحديد المخطط العام، فإن الخطوة التالية هي تصميم كل جلسة بالتفصيل بناءً على هدفها المحدد. وينبغي أن يسعى المنفذون إلى الحصول على مدخلات من الأشخاص الذين لديهم تجارب حياتية وخبراء محليين (مثل التغذية وإدارة الأمراض والمهارات المولدة للدخل). إذا كان ذلك ممكناً، فإن تعيين مستشار تربوي يتمتع بخبرة في دعم الأقران يمكن أن يكون مفيداً. يجب أن تستخدم كل جلسة قالباً عاماً للجلسة لضمان سهولة الاستخدام. على سبيل المثال، استكشفت دراسة الحالة 1 (لبنان) أو دليل القادة الأقران (الاتحاد الدولي للسكيري).

تم تسجيل العديد من الممارسات الجيدة في تصميم الجلسات والأنشطة من خلال دراسات الحالة:

- **حدد أهدافاً واضحة** لكل جلسة، وإلا فإنها قد تبدو بلا معنى.

• تأكد من أن التصميم والمحتوى يسهل الوصول إليهما وشاملين

ومناسيبين ثقافياً. على سبيل المثال، تجنب الأنشطة المستندة إلى النصوص إذا كانت معدلات الأمية مرتفعة، أو استخدم أمثلة ذات صلة محلية (على سبيل المثال، الأطعمة المتوفرة، شخصيات ذات مظهر مأوف). ينبغي توفير أماكن إقامة محددة للأشخاص ذوي احتياجات الوصول (مثل كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة). للمزيد من الأفكار، يمكنك الاطلاع على المراجعة المهمة⁵⁵.

• راجع مدى ملائمة اللغة، بما يتماشى مع تفضيلات المشاركين واهتماماتهم

وقيمهم. يمكن أن يشمل ذلك كيفية التحدث عن الأشخاص والتدخل والأنشطة. على سبيل المثال، قد يفضل الأشخاص جلسة إذا كان عنوانها النشاط البدني بدلاً من اليوغا أو دروس الحركة. فكر في تنظيم الأنشطة بشكل منفصل أو اختيارياً إذا كانت ذات صلة فقط بمجموعة فرعية من المشاركين (على سبيل المثال، الذين تم تشخيصهم حديثاً، ذوي الاحتياجات الخاصة).

• استخدم في المقام الأول أنشطة تفاعلية ومتنوعة تعتمد على آليات

دراسة الحالة 2

الهند



مجموعات دعم مقدمي الرعاية

في البداية، كان كل من الأقران ومقدمي الرعاية لهم يشاركون في نفس مجموعة دعم الأقران. تم فصل المجموعات بعد أن لاحظ متطوعو دعم الأقران ميل مقدمي الرعاية إلى التحدث نيابة عن الأقران أو مقاطعتهم. ولتسهيل حضور الأشخاص، تم تنظيم المجموعتين بحيث تكونان في وقت واحد في غرف متجاورة. وقد أدى ذلك إلى تسيط عملية نقل الأقران ومقدمي الرعاية مع ضمان قربهم في حالات الطوارئ.

انتهى الأمر بمجموعات مقدمي الرعاية بمعدلات حضور تبلغ حوالي 20 شخصاً في المتوسط، وهو أعلى قليلاً من مجموعات الأقران.

اطلع على دراسة الحالة الكاملة

دراسة الحالة 3

فيتنام



دمج مقدمي الرعاية

تم إنشاء الأندية في المقام الأول للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري. وبما أن معظم المشاركين كانوا من كبار السن، فقد حصل العديد منهم على الدعم من مقدمي الرعاية غير الرسميين (على سبيل المثال، أفراد الأسرة) في روتين الرعاية الذاتية الخاص بهم، مع الطهي أو ترتيب النقل إلى المركز الصحي. ولإبراز دورهم، قدمت المبادرة الدعوة إلى مقدمي الرعاية غير الرسميين، مثل الأزواج أو الأطفال البالغين، لحضور جلسات النادي. في معظم الحالات، كان لدى مقدمي الرعاية الكثير من الالتزامات الأخرى تمنعهم من المشاركة في أنشطة النادي، ولكن في حالات قليلة - خاصة عندما يكون أعضاء النادي يعانون من إعاقات، مثل مشاكل في البصر أو الحركة - كان مقدمو الرعاية غير الرسميين ينضمون إلى اجتماعات النادي.

اطلع على دراسة الحالة الكاملة

بالاختتام في نهايتها. قد يكون من المفيد أن تبدأ كل جلسة بمراجعة موضوعات الجلسة السابقة وأهدافها.

- **تجنب مطالبة المشاركين بإحضار أي مواد.** قد لا يتذكر الأشخاص ذلك أو لا يكونون قادرين أو راغبين في القيام بذلك. إذا كانت المواد مضمنة في الأنشطة، فضع خطة احتياطية للعمل بدونها.
- **توفير المواد التي يمكن أخذها إلى المنزل.** وهذا يساعد الأشخاص على تذكر المهارات المغطاة ويمكن أن يوفر فرصًا لممارستها في المنزل (على سبيل المثال، وصفة مطبوعة أو ورقة عمل شخصية).

نصيحة عملية

يمكن تصميم أنشطة الجلسة بطريقة إبداعية. لا يقتصر تنسيق الجلسة على هدفها العام أو موضوعها. على سبيل المثال، لا تتطلب الجلسة التي تركز على موضوع قائم على المعرفة (مثل مرض السكري ومضاعفاته) محاضرة أو نشاط يعتمد على أسئلة وأجوبة. يمكن لهذه الجلسات - مثل أي جلسات أخرى - استخدام أنشطة مثل التعلم القائم على الألعاب وتبادل الأدوار والرسم والأنشطة الاجتماعية. للحصول على الإلهام، استكشف دليل القادة الأقران. (الاتحاد الدولي للسكري).

الأقران. ينبغي التقليل من استخدام الصيغ التربوية أحادية الاتجاه أو الهرمية أو دمجها مع أساليب أكثر تفاعلية. الأسئلة التالية قد تساعدك:

- هل للمشاركين دور فعال في النشاط؟ فكر في استخدام قاعدة 80/20، بحيث تكون 80% من الأنشطة تفاعلية (مثل تبادل الأدوار) و20% فقط سلبية (مثل المحاضرات). وينطبق هذا بالتساوي على خطة الجلسة الجماعية وعلى الجلسات الفردية.
- هل تشجع الأنشطة على التركيز على التجارب الفردية بدلاً من الظروف العامة؟
- هل تتميز الجلسة بالآليات الأساسية وتتوافق مع القيم التوجيهية؟
- هل هناك تنسيق بديل يتم استخدامه بشكل أقل تكرارًا؟

- **قم بتطوير جميع المواد المطلوبة** لتشغيل الأنشطة وإدراجها كجزء من الدليل لتقليل عبء عمل الميسرين ووقت الإعداد. يتضمن ذلك ضمان الوضوح البصري والعرض البسيط للمحتوى (على سبيل المثال، استخدام النقاط والملخصات المختصرة).

- **تصميم الجلسات على أنها وحدات مستقلة ولكن مترابطة.** يجب أن يكون لكل جلسة بداية ووسط ونهاية. تذكر أن الأشخاص يعيشون حياتهم اليومية بين الجلسات وربما مروا بتجارب مرهقة أو صعبة. يجب أن تتيح كل جلسة مساحة للناس للوصول والاستقرار بالإضافة إلى التأكد من وجود شعور



لبنان



تصورات المشاركين وتفضيلاتهم

بغض النظر عن مدى جودة تصميم عملية اختيار الأقران، فلا بد من توقع درجة معينة من تنوع المشاركين. لاحظ الميسرون اختلافات في كيفية تلقي الأشخاص لأنشطة محددة بناءً على نوعهم الجنساني والوقت منذ التشخيص. على سبيل المثال، يفضل الرجال عمومًا المواضيع القائمة على المعلومات (مثل مرض السكري) ولكنهم كانوا أقل تفاعلًا أثناء تمارين الرسم أو التنفس. أفادت النساء عن استمتاعهن بموضوعات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي والتمارين القائمة على الأنشطة ومهارات حل المشكلات. وبالمثل، كانت تمارين رسم خرائط الخدمة أكثر ملاءمة للأشخاص الذين تم تشخيصهم حديثًا. من خلال تجربة الدليل وإشراك الأشخاص المتعايشين مع أمراض غير مُعدية في تصميمه، يمكن لفرق المشروع توقع بعض هذه التفضيلات وتطوير جلسات أكثر شمولًا. وبدلاً من ذلك، كما كان الحال مع فريق المشروع هنا، يمكن تحديد التحسينات وتنفيذها بين موجتي التنفيذ.

< اطلع على دراسة الحالة الكاملة

الخطوة 6د

تجريب الدليل

تجريب الدليل مفيد بشكل لا يصدق. حتى في حال مشاركة الأشخاص الذين لديهم تجارب حياتية في التصميم. يوفر البرنامج التجريبي فرصة بسيطة وسريعة نسبيًا لتحديد إمكانية التحسين ويمكن أن يساعد الميسرين على التعرف على المحتوى واكتساب المزيد من الثقة.

- يجب أن تعطي هذه الخطوة الأولوية للتطبيق العملي والجدوى أكثر من الدقة المطلقة. الخيار الأكثر شمولًا هو إجراء تجربة شاملة للدليل بواسطة الميسرين مع أشخاص مختارين من المجتمع المستهدف. هناك عدة بدائل أقل حدة:
- قصر البرنامج التجريبي على الجلسات أو الأنشطة التي تنطوي على أكبر قدر من عدم اليقين في نتائجها.
 - تجربة بعض الجلسات بشكل متعمق والبعض الآخر بشكل أقل شمولًا (على سبيل المثال، مراجعة الخبراء).
 - ترتيب مناقشة جماعية للدليل مع أشخاص من المجموعة المستهدفة.
 - الاعتماد على عمليات المراجعة الداخلية (على سبيل المثال، من خارج فريق التنفيذ).

نصيحة عملية



الانفتاح على التغيير

عادةً ما يساعد البرنامج التجريبي المنفذين على تحديد الجلسات والأنشطة المناسبة (أو غير المناسبة). في بعض الأحيان، قد يبدي البعض اعتراضاً أيضاً على التصميم الشامل لدعم الأقران (على سبيل المثال، "المجموعات عبر الإنترنت غير مجدية"). وينبغي أن يكون القائمون على التنفيذ منفتحين على هذا النوع من التعليقات وأن يفكروا في إجراء تعديلات على النهج، إذا لزم الأمر. تقدم دراسة الحالة 2 (الهند) ودراسة الحالة 3 (فيتنام) أمثلة رائعة على المشاريع التكيفية.

الخطوة 7

اختيار الميسرين من الأقران وتدريبهم

معظم أساليب دعم الأقران - باستثناء شبكات الأقران غير الرسمية أو ذاتية التنظيم - يقودها ميسر. بغض النظر عن نوع الميسر، فقد أظهرت تجارب البحث والتنفيذ أن اختيارهم وتدريبهم يلعبان دورًا رئيسيًا في تحسين جودة التدخل.⁵⁶⁻⁵⁸ يمكن أن تساعد العملية المصممة جيدًا في ضمان تنفيذ التدخل كما هو مخطط له، وتعزيز قدرة الميسرين على أداء دورهم والتغلب على بعض التحديات الواردة في الملحق هـ. ويمكن أن يساعد ذلك أيضًا في زيادة شرعية الميسرين في نظر المشاركين إذا تم ذلك من قبل منظمة حسنة السمعة.



كينيا

الخطوة 7 أ

معايير الاختيار

• **اختيار المشاركين:** قد تسمح بعض المشاريع للأقران باختيار ميسر من بينهم، على سبيل المثال من خلال تصويت المشاركين. وقد يتطلب ذلك التخطيط التكيفي لنطاق التدريب والجدول الزمني.

• **الخبرة السابقة في دعم الأقران:** يمكن للأشخاص الذين شاركوا في نفس مشروع دعم الأقران أن يكونوا ميسرين أقوياء بشكل لا يصدق نظرًا لفهمهم الفريد للتعايش مع الأمراض غير المعدية بالإضافة إلى المشاركة في الجلسات.

• **القبول المحلي:** يمكن للمنفذين اختيار الميسرين المعروفين بأن لديهم علاقة إيجابية موجودة مسبقًا وأقوية مع المجتمع المستهدف أو يتمتعون بدرجة قبول عالية.

توضح القائمة أن معايير الاختيار لها غرضين متصلين. ويضمنون أن الميسرين المحتملين لديهم المهارات والخصائص التي يتطلبها الدور، وأن المشاركين ينظرون إليهم على أنهم شرعيون ومقبولون. وقد تنبع شرعية الميسرين من أي من المعايير المذكورة. بمجرد تحديد معايير الاختيار، يمكن للمنفذين التواصل مع الميسرين المحتملين بناءً على وصف الدور (الخطوة 7 ب).

نصيحة عملية



في تنسيقات المجموعات، يتم عادةً اختيار ميسر واحد لكل مجموعة دعم من الأقران. وبدلاً من ذلك، يمكن لهذه الخطوة تحديد ميسر مشارك لكل مجموعة. يمكن أن يكون هذا مفيداً لأنه يمنح مرونة إضافية، على سبيل المثال عند رعاية أحد المشاركين الذي يظهر مستوى عالٍ من الضيق. يسمح التيسير المشترك للأفراد ذوي الخصائص المختلفة بالتيسير. يمكن اختيار هذا الشكل كفرصة تدريب إضافية للميسرين المشاركين قبل أن يقودوا مجموعاتهم الخاصة كجزء من جولة تنفيذ ثانية أو موسعة. في المقابل، قد يكون لدى النهج الفردي قائد مُدرّب يعمل مع العديد من الأقران أو يعمل كمشرف على الدعم المتبادل بين "مشاركين" اثنين.

قراءة إضافية



المبادئ التوجيهية لممارسة وتدريب دعم الأقران. لجنة الصحة العقلية في كندا (ص 22-24)

قراءة إضافية



دليل قادة الأقران (الاتحاد الدولي للسكري)

تعتبر معايير اختيار الميسر مهمة لتحديد الأشخاص الأكثر قدرة على تعزيز المساحة التي يمكن من خلالها دعم آليات الدعم المتبادل بين الأقران. يتم استخدام المعايير لاختيار الأشخاص من المجموعة الشاملة للميسرين المحتملين كما هو محدد في الخطوة 3. قد يكون لدى المشروع، على سبيل المثال، شبكة مكونة من 20 قائداً محتملاً من الأقران، ولكنه يريد اختيار خمسة أفراد لإدارة مجموعة واحدة لكل منهم. قد لا تحتاج بعض المشاريع إلى تحديد معايير الاختيار، على سبيل المثال، إذا تم تعريف الأخصائيين الاجتماعيين كميسرين ولكن لم يكن هناك سوى واحد فقط في كل موقع تنفيذ.

يمكن للمنفذين النظر في مدى أهمية معايير الاختيار العامة هذه:

• **التشابه مع المشاركين:** إن اختيار الميسرين الذين يشبهون المشاركين يمكن أن يساعدهم في بناء علاقة ثقة. يمكن أن يعتمد ذلك على المربع "ج" (الخطوة 5). وينبغي استخدام معيار الاختيار هذا بشكل عملي للغاية، حيث نادراً ما يكون هناك تطابق كامل.

• **التيسير ومهارات التعامل مع الناس:** تساعد هذه المهارات الميسرين على التعامل مع الأشخاص والتعامل مع التحديات والحفاظ على أجواء إيجابية. في حين يمكن تدريب مهارات التيسير، فقد ترغب المشاريع في اختيار أشخاص يتمتعون بشخصية تواصلية ومنفتحة ومشجعة. توفر الأدلة القصصية أمثلة متعددة حيث كان الأفراد المهرة في هذه المجالات هم العوامل الأساسية في نجاح المشروع (أو حتى مجموعة معينة أو العلاقات مع الأقران).

• **التجارب الحياتية:** تمت مناقشة وتحديد قائمة الميسرين المحتملين - ونقاط القوة والضعف المحتملة لديهم - في الخطوة 3. وبالنسبة للقادة الأقران، فإنهم قد يشملون تقدمهم في الرعاية الذاتية أو مستوى قابل للقياس في السيطرة على الأمراض، ولكنهم لا يتوقفون على ذلك. حتى لو تم اختيار أدوار الموظفين الحالية، فقد تكون معايير الاختيار قادرة على تحديد الأشخاص الذين لديهم تجارب مُعاشرة (على سبيل المثال، شخصية أو كمقدم رعاية).

• **مستوى المعرفة:** لا يحتاج ميسرو دعم الأقران إلى أن يكونوا خبراء في مرض معين. ومع ذلك، فمن المفيد لهم أن يكونوا على دراية بأساسيات المرض والتشخيص والعلاج. إذا تم تناول هذه المعايير كجزء من التدريب، يمكن للمنفذين تقييمها كمياً باستخدام تقييمات ما بعد التدريب.

• **الدافع والموقف:** إن اختيار الأشخاص الذين لديهم الحافز لقيادة جلسات دعم الأقران سوف ينعكس في جهودهم. عادةً ما يشعر المشاركون إذا ما كان الشخص مُجبراً على القيام بهذا الدور أو إذا كان يشعر بعدم الرضا. إذا كان دعم الأقران مفهوماً جديداً، يُستحسن اختيار الأشخاص المنفتحين على تجربة أفكار وأساليب جديدة.



اختيار ميسر النادي

وخلافاً لدور العامل الصحي القروي، فإن دور "ميسر النادي" ليس راسخاً في فيتنام ولم يكن موجوداً في المراكز الصحية قبل المشروع. اعتمد الاختيار على توصيات العاملين الصحيين في القرية والأشخاص المصابين بداء السكري في القرى، وتم اتخاذ القرار بشأنه بالتعاون مع فريق البحث. ولضمان شرعيتهم بين أقرانهم وملاءمتهم بشكل عام، حدد الفريق معيارين للاختيار: (1) أن يكون المرشح متعايشاً مع مرض السكري لفترة طويلة؛ و (2) أن يكون محلياً ذو شخصية اجتماعية ولبقة في الحديث. تم الإشراف على ميسري النادي خلال الشهرين الأولين، وخلالهما يمكن للفريق التوصية بتغيير الميسر. ولم يتم طرح هذا الخيار عملياً.

اطلع على دراسة الحالة الكاملة

الخطوة 7ب

وضوح الدور الوظيفي ووصفه

أحد العوامل الرئيسية التي تشكل تجربة الميسرين هو وجود توقعات واضحة ووصف الأدوار. إن عدم الوضوح بشأن هذه النقاط يمكن أن يسبب بسهولة ارتباكاً وإحباطاً للميسرين، ويؤدي إلى النظر إليهم على أنهم عمالة زهيدة التكلفة كما أنه قد يحول الدعم الذي يقدمونه إلى مجرد تكرار لنموذج الرعاية الطبية الحيوية التقليدي القائم على التسلسل الهرمي للسلطة.^{37,46} هناك عدد من الخطوات المتوازية التي يمكن اتخاذها لتعزيز هذا الوضوح:

تحديد أوصاف تفصيلية للأدوار أو الاختصاصات:

- ما هي المسؤوليات المتوقعة؟
- ما هو الالتزام الزمني المتوقع؟
- ما هو الوضع القانوني للدور (على سبيل المثال، التوظيف، المتطوع، المستشار)؟
- ما هو الراتب أو التعويض الذي يمكن توقعه (إن وجد)؟
- ما هي فرص الدعم أو التطوير المتاحة للميسرين والأقران (داخل المنظمة وخارجها)؟

ترتيب محادثة أولية مع الميسرين المحتملين:

وصف المشروع والغرض منه. اسمح للأشخاص بطرح الأسئلة وتأكد من الإجابة بوضوح. تأكد من أن المحادثة تغطي أيضًا الإجراءات العملية الرئيسية الموضحة في وصف الدور وامنح الميسر المحتمل الفرصة لمراجعة هذه الشروط واقتراح تعديلات عليها.

التواصل مع الموظفين المعنيين (على سبيل المثال، أخصائيي الرعاية الصحية):

قد يكون لدى الموظفين الذين يعملون بشكل غير مباشر مع التدخل أو يتأثرون به مخاوف وتحفظات بشأن المشروع. يمكن أن تظهر هذه العوائق أمام عمل الميسر. إن منحهم مساحة للتعبير عن هذه المخاوف يمكن أن يمنعهم في كثير

من الأحيان من الظهور بشكل سلبي. يمكن أن يكون هذا، على سبيل المثال، محادثة فردية أو اجتماعاً مفتوحاً لمناقشة:

- لماذا يتم تنفيذ مشروع دعم الأقران؟
- ما هو دور الميسرين؟ وما هو غير ذلك (على سبيل المثال، الدعم الإداري)؟
- ما مقدار العمل الإضافي الذي يتطلبه المشروع من الموظفين الحاليين؟
- ما هي التداخلات مع المسؤوليات الحالية للموظفين؟

يمكن أن تساعد هذه المحادثات في ضمان أن تكون الترتيبات والتوقعات مجدية ومقبولة، فضلاً عن تحديد دوافع الأشخاص أو توقعاتهم المرتبطة بتولي هذا الدور (على سبيل المثال، الرغبة في المساعدة، والأسباب المالية، والأمل في زيادة قابلية التوظيف).⁴⁶ عبء العمل على الميسرين والموظفين الحاليين غالباً ما يكون الموظفون هم الاهتمام الرئيسي. وسيتعين على القائمين على التنفيذ التفكير في كيفية تجنب زيادة عبء العمل الواقع على عاتق الأشخاص، من خلال، على سبيل المثال، تحويل بعض المسؤوليات الروتينية، أو إضافة حوافز، أو تعيين موظفين إضافيين.

الخطوة 7ج

تدريب الميسرين

في معظم الحالات، سيحتاج الأشخاص الذين يقومون بدور الميسر إلى تدريب إضافي. لاتخاذ قرار بشأن نطاق هذا التدريب، يجب على المنفذين تقييم الاحتياجات التدريبية للمجموعة المستهدفة وتصوراتها وتوقعاتها والمهارات المطلوبة لهذا الدور. تؤثر هذه العوامل على وزن مكونات التدريب. في أفضل الأحوال، يشارك الميسرون في وقت مبكر في تصميم المشروع مما يقلل الحاجة إلى تعريفهم بالتفصيل.

• **تطبيق المبادئ التربوية:** وعلى غرار جلسات دعم الأقران نفسها، يجب أن يتبع التدريب الممارسات الجيدة المعروفة لتعلم الكبار. وأحد المبادئ الأساسية هو قيمة التعلم التجريبي. تشير الأدلة إلى أن الناس يتعلمون بشكل أفضل من خلال العمل مقارنة بالقراءة أو الاستماع أو السمع (الشكل 6). من الناحية العملية، يمكن أن تكون قاعدة 80/20 مفيدة، في إشارة إلى هدف الجلسة التدريبية المتمثل في استخدام 80% من التعلم النشط. يمكن للمنفذين أيضًا التفكير في تعيين خبير تربوي لتطوير التدريب.

• **جدولة (إعادة) التدريب:** يجب أن يتماشى التدريب مع البداية المخطط لها لتدخل دعم الأقران لضمان قدرة الميسرين على تطبيق ما تعلموه بشكل مباشر. وحتى لو كان الأمر كذلك، فغالبًا ما تكون هناك حاجة إلى تدريب تشيطي. قد يطلب الميسرون ذلك أو قد يظهر خلال جلسة الإشراف.

• **التدريب على أهداف متعددة:** يقسم المخطط أعلاه المعرفة والمهارات التدريبية إلى موضوعات تعليمية متميزة. ومع ذلك، يمكن إجراء تدريب على العديد من هذه المهارات معًا. على سبيل المثال، يمكن للمشاركين تعزيز مهارات التيسير لديهم أثناء قيامهم بالأنشطة من الدليل.

• **توقع المراجعات:** من المرجح أن يوفر التدريب المزيد من الأفكار حول أقسام الدليل التي تعمل بشكل جيد والتي قد تحتاج إلى تحسين. استخدم تعليقات الميسرين لمراجعة الدليل حيثما أمكن ذلك.

في بعض الأماكن، يمكن أن يكون شكل تدريب المدربين مفيدًا للوصول إلى المناطق النائية أو المساعدة في ضمان استدامة المشروع.

نصيحة عملية



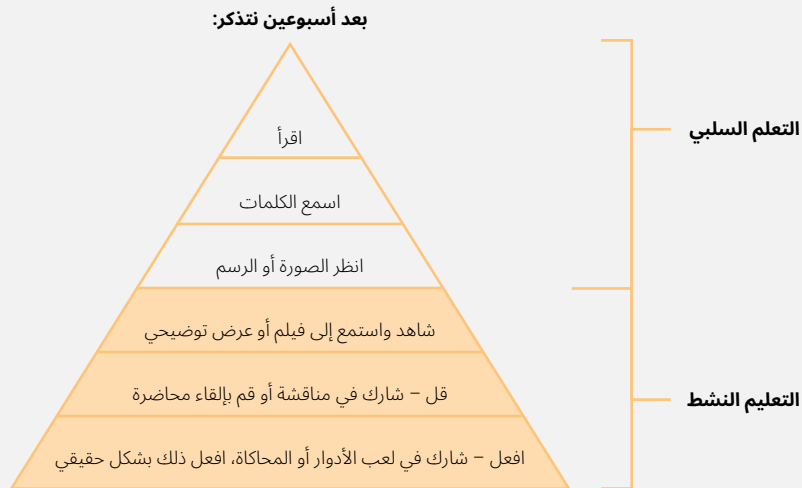
يغطي الملحق 2 الخطوط العريضة للتدريب المحتمل. بالإضافة إلى ذلك، يعد دليل القادة الأقران (الاتحاد الدولي للسكري) واحدًا من أكثر أدلة تدريب القادة الأقران تفصيلاً وتطويرًا المتاحة للجمهور. يمكن للمنفذين استخدامه كدليل للهيكل والموضوعات والأنشطة. حيث يقدم حججًا مفيدة بشكل خاص لأهمية مهارات التيسير وكيفية تدريبها عمليًا.

عند التخطيط للتدريب، يتم تطبيق العديد من نفس المبادئ المستخدمة في تطوير الدليل. باختصار:

• **فكر في الأمور العملية:** قم بإشراك المشاركين في التخطيط للتدريب، على سبيل المثال، في تحديد مكان وزمان انعقاده (على سبيل المثال، أيام الأسبوع وساعات العمل). يجب أن يحاول المنفذون توفير الأطعمة أو المشروبات المناسبة للثقافة المحلية، خاصة إذا استمرت الدورات التدريبية طوال اليوم.

• **التوافق مع المعايير الثقافية:** يجب أن يكون القائمون على التنفيذ حساسين تجاه المعايير الثقافية، خاصة فيما يتعلق بموضوعات التواصل والعلاقات. على سبيل المثال، قد لا تكون نماذج الاتصال المدرجة مناسبة، أو قد يتعين إجراء دورات تدريبية في مجموعات منفصلة بين الجنسين.

الشكل 6. معدلات الاستيعاب لكل أسلوب تعليمي (مقتبسة من 67)



الخطوة 8

الممارسات العملية لإدارة دعم الأقران

تتطلب العديد من القرارات المتخذة في المرحلة الأولى مزيداً من التخطيط والتكيف الخاص بالموقع أثناء مرحلة التنفيذ. يمكن التخطيط لهذه التعديلات بالتعاون مع الميسر المحلي أو تركها لتقديره وفهمه للسياق. العوامل التي تتطلب عادةً تخطيطاً إضافياً هي:

مساحة الاجتماع



يجب أن تكون مساحة الاجتماع مناسبة لجلسات دعم الأقران. ويعني هذا عادةً أنه يجب أن يكون الوصول إليه سهلاً ومقبولاً لدى الأقران (وعائلاتهم) ومناسباً للغرض. يجب اختيار المساحة وإعدادها بطريقة تسهل التمارين المخططة في الدليل. يمكن أن يشمل ذلك مجموعة متنوعة من العوامل:

- ما هي خيارات النقل المتاحة للمشاركين للوصول إلى المساحة؟
- هل الموقع متاح للأقران الذين يعانون من إعاقة؟
- هل تتوفر خيارات التدفئة والتبريد للحفاظ على درجة حرارة الغرفة مريحة؟
- كيف ينبغي إعداد المساحة لتسهيل بناء الثقة والمعاملة بالمثل؟
- ما هي خيارات تقديم المرطبات المناسبة؟
- هل تلبى المساحة توقعات المشاركين وعائلاتهم (مثل الخصوصية والسلامة والسمعة)؟

إدارة الوقت والسعة



يمكن بسهولة النظر إلى تواجد الأقران باعتباره أمراً مفروغاً منه. ولكن ينبغي تقدير وقتهم بشكل كبير عند التخطيط للجلسات ويجب أن تؤخذ تفضيلاتهم بعين الاعتبار (على سبيل المثال، فترات العطلات، بما يتماشى مع أيام الاستشارة السريرية). وبالمثل، عادةً ما يكون لدى الميسرين وفرق الرعاية الصحية المرتبطة بهم أعباء عمل عالية وسيكون لديهم مخاوف معقولة بشأن المسؤوليات الإضافية.

يحتاج المشروع إلى التأكد من أنه لا يطلب من الأشخاص ببساطة القيام بالمزيد خلال ساعات عملهم الحالية. وينبغي أن يمنح القائمون بالتنفيذ مساحة للموظفين للتعبير عن مخاوفهم ومعالجتها بفعالية، على سبيل المثال عن طريق تقليل مسؤوليات الموظفين الحالية أو التكامل مع إجراءات العمل الحالية. وبالمثل، يجب أن يعطي دليل دعم الأقران الأولوية لسهولة الاستخدام للميسرين (الخطوة 6). يمكن أن يساعد وصف الدور وهياكل الإشراف أيضاً في ضمان أن الدور يناسب توقعات الأشخاص، وتقييم دوافعهم ومعالجة الإحباطات المحتملة. قد يقرر المنفذون إنشاء إجراءات تشغيل قياسية جديدة أو تحديث قائمة خاصة بمرض معين.

نصيحة عملية



قد يكون من المفيد إشراك المشاركين في اختيار مكان الاجتماع وأوقاته. على سبيل المثال، قم بترتيب مناقشة خلال الجلسة الأولى لتحديد متى وأين يفضل الأشخاص الاجتماع.

الإشراف والدعم



وتسلط الأدلة الموجودة الضوء على الدور الأساسي للإشراف الداعم³⁴. والغرض منه هو تحسين الجودة الشاملة لدعم الأقران وضمان تنفيذه كما هو مخطط له. كحد أدنى، يجب وضع الإشراف على ميسري دعم الأقران، بغض النظر عما إذا كانوا موظفين داخليين (مثل الأخصائيين الاجتماعيين) أو أشخاصاً تم تعيينهم لهذا الغرض (على سبيل المثال، قادة الأقران). يمكن أن يساعد هذا الدعم المستمر في:

- منح الميسرين الثقة وتوضيح أدوارهم
- تقديم الدعم العاطفي للميسرين بعد تجارب الأقران الصعبة
- التأكيد على الدور الأساسي للميسرين كأعضاء مهمين في الفريق
- تسهيل التعلم عبر المواقع.

يمكن تحديد وتيرة وشكل الإشراف بالاشتراك مع الميسرين، بدءاً من الاجتماعات غير الرسمية القائمة على الاحتياجات وحتى عمليات تسجيل الوصول الجماعية المنتظمة والمنظمة. ويمكن أيضاً استخدام نهج مجتمع الممارسة، حيث يدعم الميسرون بعضهم البعض.

قراءة إضافية



النموذج المتكامل للرقابة (مركز دعم العمليات التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)

التعديلات الشخصية



ومن المحتمل أن تكون هناك تعديلات أخرى خاصة بالموقع أو تعديلات فردية تصبح ذات صلة في هذه المرحلة⁵⁵. وهنا، يمكن منح الميسرين أو الموظفين ملكية القرارات العملية ذات الصلة محلياً. ومن المهم بشكل خاص تحديد التعديلات التي تؤثر على قدرة الأشخاص على حضور الجلسات أو المشاركة فيها. يمكن للميسرين التواصل مع المشاركين بشكل فردي أو مناقشة هذه التعديلات كجزء من الجلسات الأولى. وينبغي تلبية الطلبات المعقولة قدر الإمكان.

يمكن الاستفادة من هذه الإجراءات العملية من خلال الدليل التجريبي وتفضيلات المجموعة المستهدفة التي تم تحديدها هناك. وسوف تتغير العديد من هذه العوامل بمرور الوقت، وخاصة في الأوضاع الإنسانية.

نصيحة عملية

حل المشكلات بين الأقران

وختافاً للعديد من التدخلات الصحية، فإن دعم الأقران يمنح الأشخاص المتعاضدين مع أمراض غير مُعدية مساحة لتنظيم أنفسهم والاستجابة للتحديات الناشئة. ولا ينبغي للمنفذين أن يقللوا من أهمية دعم الأقران لتعزيز قوة الناس وقدرتهم على الاستجابة بشكل خلاق للتحديات. في الوضع الأمثل، ينبغي البدء بجميع التعديلات أو الحلول المدرجة وقيادتها من قبل الأقران أنفسهم. وينبغي أن يكون دور المنظمة المنفذة - في معظمه - هو دعم هذه العملية بالموارد الكافية. ومن الناحية المثلى، ينبغي دمج هذه المرونة في التخطيط الزمني والمالي وتخطيط المراقبة والتقييم للمشروع.

الخطوة 9

المرونة وحل المشكلات

نظرًا للطبيعة المتقلبة للأوضاع الإنسانية، فإن السؤال ليس ما إذا كان ينبغي تكيف تدخل الدعم النفسي أثناء التنفيذ، بل متى وكيف يتم ذلك. يعد دعم الأقران نهجًا مرناً بشكل لا يصدق ويمكن تكيفه بسهولة مع العديد من السيناريوهات المحتملة (الملحق ج).

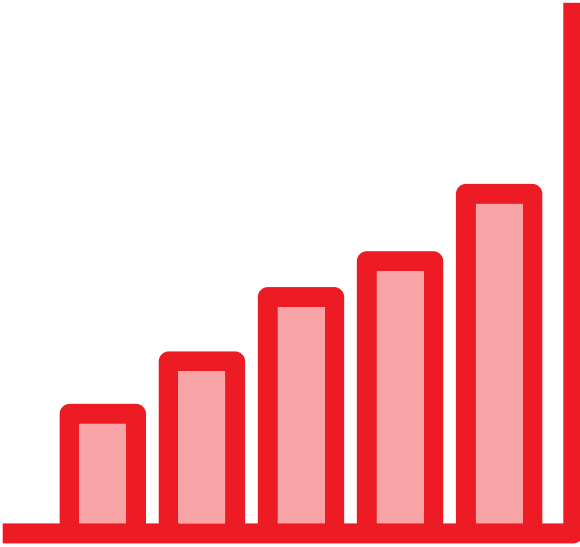
وبعيداً عن سيناريوهات محددة، يمكن للفرق بناء قدرتها على تحديد التحديات الناشئة والاستجابة لها. ويشمل ذلك البناء النشط على الخبرة الواسعة لموظفي البرامج، وضمان المراقبة الوثيقة وحلقات التقييم (المرحلة الثالثة)، وتعزيز التواصل الجيد، وتمكين الإشراف المتكامل، وتحديد إجراءات التشغيل القياسية (على سبيل المثال، لبدء التغييرات والإبلاغ عنها) والحفاظ على علاقات عمل بناءة مع أصحاب المصلحة الرئيسيين.



لبنان

المرحلة الثالثة

التقييم والتعلم



الكلمات الرئيسية

- المراقبة والتقييم والبحث
- التعلم المستمر
- المؤشرات
- خطة المراقبة والتقييم
- المشاركة المجتمعية والمساءلة

الملخص

ولا يزال المجتمع الإنساني يتعلم عن أفضل نماذج رعاية الأمراض غير المعدية، بما في ذلك دعم الأقران. تجارب التنفيذ والأدلة البحثية محدودة ولكنها في تزايد. إن السعي إلى التركيز على الأدلة - قدر الإمكان - يعني استخدام الممارسات الجيدة المتاحة عند تصميم التدخلات، فضلاً عن جمع واستخدام البيانات الخاصة بالمشروع للمراقبة والتقييم. يمكن للمراقبة والتقييم تقديم الدعم المنفذين من خلال تقديم رؤى خاصة بالمشروع وسياق محدد حول كيفية أداء المشروع. يقدم هذا الفصل قائمة بالاعتبارات العامة للمراقبة والتقييم، بدءاً من تحديد مجالات التركيز الرئيسية وحتى تحديد العمليات ذات الصلة وتصميم المؤشرات التفصيلية. وهي لا توفر خطة تفصيلية للمراقبة والتقييم ولكنها توفر موارد مفيدة تساعد في ذلك.

قائمة التحقق المرجعية

- اختيار قائد فني للمراقبة والتقييم وضمه.
- تحديد غرض أو أغراض جهد المراقبة والتقييم بشكل واضح.
- وضع إطار للنتائج يتضمن جميع المكونات ذات الصلة بسلسلة النتائج.
- تحديد المؤشرات المناسبة وتحديد أدوات جمع البيانات.
- وضع خطة مفصلة للمراقبة والتقييم تغطي جميع الخطوات وخطة عمل مفصلة ذات مسؤوليات واضحة.
- تحديد الفرص لإشراك الأشخاص المتعاقبين مع الأمراض غير المعدية ومجتمعاتهم بشكل هادف.
- اعتماد خطة المراقبة والتقييم والحصول على موافقة الجهات المعنية.

يُعد كلٌّ من المراقبة والتقييم جزءاً أساسياً من معظم مشاريع الصحة الإنسانية، وذلك لأسباب وجيهة. وتساعد عملية المراقبة والتقييم على فهم تنفيذ المشروع ونتائجه، وتحديد المجالات المحتملة للتحسين والتكيف. يمكن أن يكون المراقبة والتقييم عدة أغراض (تتم مناقشتها أدناه)، على الرغم من أنها تحاول عادةً الإجابة على مجموعة من الأسئلة الشاملة (الـ"مربع"ي). يتم إجراء المراقبة بشكل مستمر، وغالباً ما يتم ذلك باستخدام البيانات التي يتم جمعها بشكل روتيني، في حين من المرجح أن يكون التقييم أكثر شمولاً، ويمكن أن يشمل جمع بيانات إضافية وغالباً ما يتم أثناء المراحل الرئيسية للمشروع.

يمكن لبعض المشاريع أن تختار إضافة عنصر بحث رسمي بالتوازي مع جهود المراقبة والتقييم. إن التمييز بين التقييم والبحث ليس واضحاً دائماً⁶⁰ في هذا الدليل، يُفهم التقييم على أنه مجموعة فرعية من البحث (الشكل Z)، ولكن مع وجود حدود مرنة بين المفهومين. تتطلب الأبحاث عادةً - مع بعض الاستثناءات - خطوات إضافية (مثل الموافقة الأخلاقية)، وغالباً ما يتم إجراؤها مع متعاونين خارجيين (مثل الجامعات) وقد تستخدم أساليب أكثر تعقيداً وتحليلات تعتمد على النظرية. ومن الناحية العملية، يختلف التقييم والبحث أيضاً فيما يتعلق بالجدول الزمني والجمهور المستهدف والمخرجات الرئيسية (انظر أدناه). بالنسبة لمشروع دعم الأقران، قد يسمح مكون البحث، على سبيل المثال، بالتوثيق القوي أو اختبار التدخلات الجديدة أو نماذج الرعاية.

قراءة إضافية



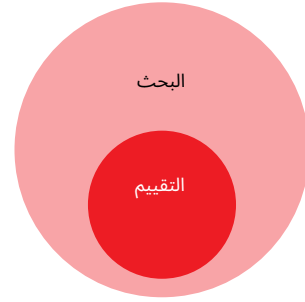
يمكن العثور على إرشادات حول إنشاء مكون بحثي في مجموعة أدوات البحث الإنساني (لجنة الإنقاذ الدولية)

المربع "ط"

الأسئلة الشاملة للمراقبة والتقييم (مقتبسة من 59)

- هل حقق المشروع ما وعد به؟
- هل تم تنفيذه بشكل جيد؟
- ما الفرق الذي أحدثه (ولمن)؟
- هل فعل الشيء الصحيح؟

الشكل 7. الاستمرارية بين البحث والتقييم (مقتبس من 60)



الخطوة 10

تحديد الغرض من المراقبة والتقييم

تجب الموازنة بين قيمة المراقبة والتقييم مع حقيقة أن جميع عمليات جمع البيانات تتطلب موارد بشرية ومالية وخبرة فنية. ويتعين على القائمين بالتنفيذ التأكد من أن جهود المراقبة والتقييم ذات غرض وقيمة مضافة واضحين، بدلاً من تحميل الموظفين أعباء ليست ضرورية أو جمع البيانات التي لا يتم استخدامها. وينبغي أن تصدى لتصميم المراقبة والتقييم خبراء فينون، حيثما أمكن ذلك، وأن يشمل من هم أقرب إلى التنفيذ (مثل الميسرين، وموظفي التنفيذ، والأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية). يمكن أن يخدم مفهوم المراقبة والتقييم عدة أغراض، ومن المهم تحديد سبب جمع البيانات ولمن يتم جمعها:

تحسين التدخل: يكمن الغرض في الحصول على رؤى تساعد في تحسين التدخل (على سبيل المثال، من خلال قياس الجودة والوصول والاستدامة). ويتضمن هذا الأمر عادة تحديد ما نفع (أو لم ينفع) جيداً، والتوصية بتغييرات محددة وقابلة للتنفيذ. قد تحدد المراقبة الروتينية أيضاً المجالات التي يجب استكشافها بصورة أكبر من خلال مكّون التقييم أو البحث. تتوفر العديد من أطر تحسين الجودة التي يمكن أن تكون بمثابة أدلة عملية، على سبيل المثال، نموذج التحسين (معهد تحسين الرعاية الصحية) الذي يتكون من التخطيط، والتنفيذ، والدراسة، والتصحيح.

الجمهور الأساسي

المنقذون، والموظفون، والأشخاص المتعايشون مع الأمراض غير المعدية، والمجتمعات.

مثال على المخرجات

تقرير التقدم أو لوحة معلومات مؤشر المراقبة والتقييم.

ضمان المساءلة: يكمن الغرض هنا في تحميل المؤسسات المسؤولة

مسؤولية أفعالها أو تقاعسها، ومسؤولية الوفاء بالتزاماتها.⁶¹ تعد المساءلة أمام أصحاب المصلحة الداخليين (مثل المقر الرئيسي) وجهات التمويل والحكومات غاية مشتركة للمراقبة والتقييم، في حين أن المساءلة أمام السكان المتضررين تلقى اهتماماً أقل بكثير عادة. ومن ثم يجب إعطاء أولوية للمساءلة أمام الفئات المتضررة والتخطيط لها (الخطوة 12).

الجمهور الأساسي

الأشخاص المتعايشون مع الأمراض غير المعدية، والمجتمعات، والجهة الممولة، وأصحاب المصلحة الداخليين.

مثال على المخرجات

التقارير المرفوعة إلى اللجنة الاستشارية، بقيادة الأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية، من أجل اتخاذ القرارات.

الاسترشاد في السياسة والممارسة: قد تهدف رؤى المراقبة والتقييم أيضاً

إلى تحسين الممارسة الإنسانية بما يتجاوز المشروع المعين، على سبيل المثال، من خلال الاسترشاد في الأدلة التشغيلية والمبادئ التوجيهية بشأن دعم الأقران أو التدخلات ذات الصلة. يجب على المنفذين التفكير في كيفية تحقيق هذه الأهداف بفعالية، لأنها قد تتطلب موارد إضافية ووضع خطط المشاركة الإستراتيجية والمناصرة بما يتجاوز مخرجات محددة. وقد توفر إضافة مكّون بحثي قوي أدلة مفيدة للمساعدة في هذه العملية.

الجمهور الأساسي

صناع القرار الداخليين، واللجان الاستشارية، والجهات الفاعلة في المجال الإنساني، والحكومات (مثل وزارات الصحة)، والهيئات المعيارية (مثل منظمة الصحة العالمية)، والمجتمع المدني، والمنظمات الحقوقية.

مثال على المخرجات

تقرير داخلي يقدم التوصيات، وتقرير خارجي، وورشة عمل، وملخصات السياسات.

المساهمة في قاعدة الأدلة: قد تسهم عملية المراقبة والتقييم في فهم

المجتمع الإنساني الأوسع لدعم الأقران. ونظراً لندرة الأدلة الموثقة حول دعم الأقران في مثل هذه البيئات، فإن كل حالة يتم فيها تسجيل تجارب مؤسسة ما يمكن أن تضيف قيمة.

الجمهور الأساسي

الجهات الفاعلة الإنسانية والحكومية والمجتمع المدني والأكاديمية الخارجية.

مثال على المخرجات

موجز الممارسة أو السياسة (دراسة الحالة 4 (كينيا))، ودراسة الحالة، وتقرير المشروع، ونشر المجلة.

يضمن التحديد الواضح للغرض من المراقبة والتقييم استرشاد الخطوات التالية بهدف عام ذي فائدة واضحة للمشروع و/أو لما بعده. يجب على القائمين بالتنفيذ أيضاً تطبيق أي معايير حالية للمراقبة والتقييم، ومتطلبات إعداد التقارير، والمبادئ التوجيهية، وأدوات جمع البيانات.

دراسة الحالة 1

لبنان



قياس نتائج المشروع

يتمتع مشروع مجموعة دعم الأقران في لبنان بقدرة كبيرة، مما يسمح له بجمع البيانات الموسعة على مستوى المشروع وتحليلها. وقد تم اختيار التدابير ذات الصلة كجزء من ورشة عمل أصحاب المصلحة وإجراءات عملية نظرية التغيير المصغرة في بداية المشروع. بالنسبة لمعظم التدابير، تم استخدام الأدوات التي تم التحقق من صحتها، مع مدخلات إضافية مقدمة من كلية لندن للصحة والطب الاستوائي (LSHTM). في كثير من الأحيان، قد تكون الأدوات الأبسط أكثر ملاءمة.

المدخلات / العمليات / المخرجات

- | | |
|--|---|
| • الرغبة في المشاركة (النسبة المئوية للأشخاص الذين رفضوا) | • المؤشرات السريرية (على سبيل المثال، نسبة HbA1c وضغط الدم) |
| • المشاركة الجماعية (النسبة المئوية للجلسات التي تم حضورها) | • عوامل خطر الأمراض غير المعدية (النهج التدريجي للمراقبة الخاص بمنظمة الصحة العالمية «WHO-STEPS»، النسخة العربية) |
| • معدل التغيب (النسبة المئوية من الأشخاص الذين تركوا التدخل) | • «الالتزام» بالأدوية (مقياس MARS-5) |
| | • جودة الحياة (WHO-QOL، النسخة العربية) |
| | • تركيز الرعاية على الشخص (إطار عمل CollaborRATE) |

تم جمع نقاط البيانات السريرية كجزء من مراقبة الرعاية الروتينية في الصليب الأحمر اللبناني (LRC)، في حين تم جمع النتائج المتبقية من خلال استبيان خاص بسد الفجوة. تضمنت عملية جمع البيانات الروتينية في الصليب الأحمر اللبناني (LRC) متغيرات ديموغرافية مختارة (الجنس، والعمر، ومستوى التعليم، والجنسية)، مما يسمح للفريق بتحليل المتغيرات المدرجة لكل مجموعة فرعية. تهدف دراسة التنفيذ الموازية، التي أجرتها كلية لندن للصحة والطب الاستوائي (LSHTM) واستشاريو الأبحاث المحليين، إلى فهم عملية التنفيذ وسياقه.

[< اطلع على دراسة الحالة الكاملة](#)

نصيحة عملية



قد يستعين هذا القسم بأسلوب مختلف عن هذا المستعان بها في المنظمة المنفذة. على سبيل المثال، يمكن الاستعانة بمصطلحات مختلفة للمصطلحات/ النتائج، أو الأهداف/ الغايات أو مصدر/ وسائل البيانات للتحقق من الصحة. يجب على المنفذين الاستعانة بمصطلحات منظمتهم.

الخطوة 11

وضع إطار للنتائج

تعتبر أطر النتائج تمثيلًا منظمًا لمكونات المشروع ونتائجه المتوقعة. في البداية، يجب على المنفذين مراجعة (أو تطوير) نظرية التغيير للمشروع بشكل مثالي (الخطوة 1). يجسد هذا الأمر المسارات المعقدة لكيفية حدوث التغيير المتوقع ويمكن أن يكون بمثابة الأساس للخطوات التالية.

الخطوة 11

تحديد سلسلة النتائج

يلتقط إطار النتائج، مثل نهج الإطار المنطقي، سلسلة النتائج الكاملة للمشروع، بدءًا من تنفيذها (المدخلات والعمليات والمخرجات) إلى آثاره (النتائج) والافتراضات. تمثل الافتراضات العوامل التي تربط سلسلة النتائج هذه معًا وهي إما غير مؤكدة أو خارجة عن سيطرة المشروع. الجدول 4 يقدم أمثلة على الأشياء التي يمكن قياسها في كل مرحلة من مراحل سلسلة النتائج، باستخدام أمثلة ذات صلة بمشاركة دعم الأقران في الأوضاع الإنسانية.

هناك العديد من التدابير المحتملة بقدر ما توجد أساليب لدعم الأقران. وسيتم اختيارهم وترجيحهم على الأهداف العامة ونظرية التغيير للمشروع. على سبيل المثال، من أجل التحسين المستمر لتدخل ما، قد تكون إجراءات المدخلات والمخرجات والعمليات مفيدة في المساعدة على اتخاذ القرارات المستمرة والتكيف السريع أكثر من النتائج السريرية، والتي قد تستغرق وقتًا أطول لإظهار التغيير. وبالمثل، إذا كانت الغاية العامة لمشروع ما تكمن في تعزيز التكامل الاجتماعي للناس والتمكين الاقتصادي، فيجب أن تركز سلسلة النتائج على التدابير القادرة على استيعاب هذه التغييرات (على سبيل المثال، مشاعر العزلة، والإبرادات المبلغ عنها ذاتيًا). وأهم من ذلك، يجب أن تكون التدابير قادرة على تسجيل النتائج الإيجابية والآثار السلبية المحتملة غير المقصودة. يجب أن تختتم هذه الخطوة بمصفوفة إطار منطقي (أو أداة مشابهة) توضح بالتفصيل المكونات الرئيسية لسلسلة النتائج.

قراءة إضافية

[الإطار المنطقي \(Tools4Dev\)](#)

نصيحة عملية



يكون للمشروعات غالبًا مجموعة من أصحاب المصلحة الذين لديهم وجهات نظر مختلفة حول ما يجب قياسه وكيفية قياسه. لتجنب جمع البيانات المكررة والهدر المحتمل، يجب أن تحاول المشروعات موازنة هذه الطلبات قدر الإمكان (على سبيل المثال، من خلال ورشة عمل لأصحاب المصلحة).

الجدول 4. نظرة عامة وأمثلة على تدابير سلسلة النتائج ذات الصلة بمشروعات دعم الأقران

التأثيرات	المخرجات	المدخلات والعمليات	التعريفات
<p>تسجيل النتائج الهامة للمشروع (المحصلات). بناءً على أهداف المشروع، قد تشمل هذه النتائج تدابير الصحة البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية والسلوكية والرعاية الذاتية والنتائج التي أبلغ عنها الشخص.^{16,25} قد تتطور بعض النتائج بمرور الوقت ويصعب قياسها (على سبيل المثال، مضاعفات الأمراض غير المعدية، مثل اعتلال الشبكية السكري).</p>	<p>تسجيل النتائج أو المنتجات (المخرجات) الفورية للأنشطة والعمليات. وتختلف هذه عن النتائج، لأنها لا تقدم بعد تغييرًا ذا أهمية وقيمة للمجموعة المستهدفة.</p>	<p>تسجيل موارد المشروع أو أنشطته (المدخلات) وتفاعلاته (العمليات) من أجل فهم تنفيذ التدخل وما إذا كان على النحو المنشود.</p>	<p>التعريفات</p>
<ul style="list-style-type: none"> التدابير السريرية البديلة (نسبة السكر في الدم "HbA1c"، وضغط الدم، ودرجات الاكتئاب) نوعية الحياة الكفاءة الذاتية الاندماج الاجتماعي 	<ul style="list-style-type: none"> مدى وصول التدخل معدل تبني التدخل معدل إكمال المشاركين وتعبيهم التعقيبات من أصحاب المصلحة 	<ul style="list-style-type: none"> اختيار الميسر تنفيذ التدريب تنفيذ التدخل التجارب التي أبلغ عنها النظراء 	<p>الأمثلة</p>

الخطوة 11

تحديد المؤشرات

المتاحة وأدوات جمع البيانات وقيمتها خارج نطاق المشروع (على سبيل المثال، للمقارنة أو المساءلة). يمكن الاسترشاد بالجدول 5 كدليل تقريبي.

مع مراعاة أن الجدول أدناه ليس وصفة جامدة يجب على المنفذين اتباعها بحذافيرها. يوجد العديد من العوامل التي تؤثر على نطاق المراقبة والتقييم المحتمل، لا سيما التفويضات والقدرات التنظيمية، وتوافر الموارد، والسياق الثقافي والاجتماعي والاقتصادي. قد تساعد أسئلة التفكير في تحديد بعض هذه العوامل.

ينبغي تحديد مؤشر واحد على الأقل لكل تدبير، على أن يكون هذا المؤشر هادفًا وعملياً ومفيداً وقابلًا للتطبيق. تكون المؤشرات كمية غالبًا (تعتمد على الأرقام؛ على سبيل المثال، النسبة المئوية من المجموعة التي كان ضغط الدم لديها أقل من 140/90 مم زئبقي في زيارتهم الأخيرة)، ولكنها يمكن أيضًا أن تكون نوعية (نصبة أو مرئية أو لفظية؛ على سبيل المثال، إدراك الأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية لتركز الرعاية على الشخص). وتتمثل المؤشرات الجيدة في تلك التي يمكنها تسجيل التغييرات ذات الصلة مع مراعاة النقاط العمياء والموارد

الجدول 5. دليل مقترح لاختيار المقاييس والمؤشرات الرئيسية لمشروعات دعم الأقران

الأساسية	المشروعات ذات الحد الأدنى من الموارد	1-2 مقاييس الإدخال / العملية / المخرجات
<p>و/أو الإعدادات التي تتميز بقيود كبيرة (على سبيل المثال، الاستجابة لحالات الطوارئ، وضغط الوقت، ومشكلات الوصول، والتقلبات).</p>	<p>1-3 مقاييس النتائج</p> <ul style="list-style-type: none"> التصنيف: حسب الجنس والعمر والإعاقة ومواقع المشروع (إذا كان ذلك مناسبًا). مصادر البيانات: البيانات الروتينية الأساسية. إعطاء الأولوية لسهولة جمع البيانات مع عدم متطلبات موارد إضافية - أو محدوديتها. 	<p>تشمل جميع التدابير الأساسية والتصنيف، بالإضافة إلى عدد محدود من التدابير الإضافية أو مزيد من التصنيف مع التركيز على البيانات المفيدة والممكنة والقابلة للتنفيذ.</p> <ul style="list-style-type: none"> مصادر البيانات: معظمها بيانات روتينية مع عمليات جمع بيانات جديدة محدودة (على سبيل المثال، استبيانات المرضى عند الخروج).
<p>المشروعات الأكثر نضجًا، والتي تتمتع بموارد أكبر و/أو الموجودة في بيئات ذات استجابة إنسانية راسخة (على سبيل المثال، مرحلة التعافي).</p>	<p>المشروعات ذات الحد الأدنى من الموارد</p>	<p>الأساسية</p>
<p>الممتدة</p>	<p>المشروعات ذات الحد الأدنى من الموارد</p>	<p>الأساسية</p>

أسئلة التأمل



- ما البيانات التي تم جمعها بالفعل، وما الغرض من جمعها وما الجمهور المستهدف، وكيف تم الجمع ومَن قام به؟
- كيف يتم الإبلاغ عنها حاليًا (على سبيل المثال، بصورة جماعية على مستوى المجموعة أو على مستوى المرضى)؟
- مَن يملك البيانات وكيف يمكن الوصول إليها (السرية، والأمان، ومشاركة البيانات)؟
- هل يمكن الحصول على التدابير من خلال جمع البيانات الروتينية أم أن هناك حاجة إلى عمليات "جديدة"؟
- ما المهارات والقدرات الموجودة داخل الفريق؟
- كيف تؤثر مرحلة الأزمة الشاملة على (أ) الأهمية، (ب) التأثير، (ج) جدوى تدابير محددة؟
- ما البيانات اللازمة لفهم التدابير بصورة كاملة (على سبيل المثال، الجنس والعمر والإعاقة)؟
- هل أخذت في الاعتبار مبادئ الإنصاف والمبادئ الإنسانية (على سبيل المثال، الوضع الاجتماعي والاقتصادي والسياسي ووضع المهاجرين)؟
- هل المقاييس الكمية محددة بوضوح للسماح بإجراء المقارنات (البسط والإطار الزمني والمجموعة السكانية)؟
- هل توجد طرق أبسط للحصول على رؤى جيدة بالدرجة الكافية أو الجيدة (على سبيل المثال، التدابير البديلة)؟

الخطوة 12

تطوير خطة للمراقبة والتقييم

تعد خطة المراقبة والتقييم بمثابة أداة تشغيلية تلخص جميع عناصر المراقبة والتقييم الخاصة بمشروع ما. وقد تتمحور حول إطار منطقي، ولكنه يغطي جميع الجوانب بدءًا من الاستعدادات وحتى جمع البيانات ومعالجتها وتحليلها ونشرها. توجد موارد قيمة متاحة للوصول المفتوح، على سبيل المثال نموذج [خطة المراقبة والتقييم](#) (أدوات التطوير "Tools4Dev") لمزيد من القراءة. تستكشف هذه الخطوة عنصرين من خطة المراقبة والتقييم يمكن التفاوضي عنهما.

معالجة البيانات وتحليلها

تعتبر قيادة خبراء المراقبة والتقييم الفنيين أمرًا بالغ الأهمية بشكل خاص لخطوة معالجة البيانات. وتتطلب فهمًا متعمقًا للمعايير والمبادئ التوجيهية المعمول بها بالإضافة إلى المهارات في إنشاء نظام إدارة البيانات (أو تكيفه). ويجب أن تكون حماية بيانات الأشخاص وخصوصيتهم أحد الشواغل الرئيسية، خاصة عند التعامل مع بيانات حساسة أو مجموعات سكانية "ضعيفة".

لتجنب جمع بيانات غير ذات صلة، يجب أن تصف خطة المراقبة والتقييم بالتفصيل عملية ترجمة البيانات إلى رؤى ومخرجات مفيدة وقابلة للتنفيذ.

وبالنسبة لكل تدبير، يجب أن يشمل ما يلي:

- وصف التدبير
- الأدوار والمسؤوليات
- الغاية/ الجمهور
- عمليات التحقق من الجودة
- أدوات جمع البيانات
- نهج التحليل
- التكرار
- تخزين البيانات ونقلها (الخصوصية والحماية)

يقدم الملحق الأول قائمة بالتدابير المحتملة والمؤشرات المبسطة التي يمكن استخدامها لتطوير مؤشرات SMART (التحديد - القابلية للقياس - القابلية للتحقيق - الصلة - التقيد بوقت)، على سبيل المثال:

- **تنفيذ التدريب:** نسبة المشاركين في التدريب الذين قاموا بتحسين درجات ما قبل وما بعد الاختبار بنسبة 20% (أو النسبة المئوية من المشاركين الذين حصلوا على أكثر من < 80% في الاختبارات البعيدة).

- **التدابير السريرية البديلة:** النسبة المئوية لمرضى ارتفاع ضغط الدم النشطين الذين يسجل ضغط دم لديهم أقل من أو يساوي 140/90 قبل التدخل وبعده، أو في آخر زيارة خلال الأشهر الستة الماضية.

قراءة إضافية



المؤشرات الـ 5 SMART (التحديد - القابلية للقياس - القابلية للتحقيق - الصلة - التقيد بوقت) في المراقبة والتقييم (Tools4Dev).

في الأوضاع الإنسانية، توجد غالبًا فجوات كبيرة في جمع البيانات الأساسية وغالبًا لا يتم الإبلاغ عن البيانات بطريقة مصنفة، مما يجعل من المستحيل فهم الجهة التي يصلح لها المشروع.^{62,5} يجب أن يكمن تحديد أولويات تصنيف البيانات في التركيز الأساسي من المنفذين. قد تخطط المشروعات أيضًا لتوسيع نطاق المراقبة والتقييم على عدة مستويات، أو، في حالة توفر موارد كبيرة، النظر في أساليب أكثر شمولاً أو تخصصاً (المربع "ك").

المشاركة المجتمعية والمساءلة

يحتاج المنفذون إلى النظر في دور الأشخاص المتعاضدين مع الأمراض المعدية ومجتمعهم بصفته موضوعًا شاملاً. تسعى الجهات الفاعلة في المجال الإنساني جاهدة إلى الابتعاد عن النهج الأبوي نحو نهج أكثر تعاونًا وتشاركية يشمل الأشخاص المتعاضدين مع الأمراض غير المعدية والأسر والمجتمعات المحلية في جميع مراحل تصميم البرامج وتنفيذها. يمكن أن تكون المراقبة والتقييم أداة قوية لضمان المساءلة والاستجابات الإنسانية التي تركز على الأشخاص وملكية المجتمعات. على الرغم من مشاركتهم في كثير من الأحيان في جمع البيانات (على سبيل المثال، كمشاركين في مجموعة التركيز)، إلا أن أفراد المجتمع والأشخاص المتعاضدين مع الأمراض غير المعدية لم يشاركوا كثيرًا في المراحل الأخرى، مثل تحليل البيانات ونشرها وصنع القرار (أي مشاركة أكثر جدوى).

خطوة تحليل البيانات مهمة ولكنها لا تحتاج إلى أن تكون معقدة للغاية. وغالبًا ما تكون التحليلات البسيطة والمفيدة الأقوى، خاصة عند اتخاذ القرار السريع. على سبيل المثال، يمكن أن تؤدي مقارنة خصائص الأشخاص الذين رفضوا المشاركة في دعم الأقران (على سبيل المثال، معظمهم من الرجال) إلى تحديد التوصيات لجعل التدخل أكثر ملاءمة (على سبيل المثال، تغيير توقيت الجلسة). يجب العمل على جميع البيانات الروتينية، وإلا فإنها تهدر الموارد المحدودة، وقد تشكل مخاطر غير ضرورية على أمن البيانات، كما أنها غير سليمة من الناحية الأخلاقية.

قراءة إضافية

تحليل البيانات (تقييم أفضل)

قراءة إضافية

إرشادات عملية بشأن المساءلة أمام الفئات المتضررة (مجموعة الصحة)

الشكل 8. تتضمن أمثلة إشراك الأشخاص المتعاضدين مع الأمراض غير المعدية ومجتمعهم ما يلي:

الإنتاج المشترك

- نقل السلطة على الموارد واتخاذ القرارات
- وضع الأشخاص المتعاضدين مع الأمراض غير المعدية في المناصب القيادية

التعاون

- ورش عمل التحقق من الصحة
- الأساليب التشاركية
- المجالس الاستشارية المجتمعية
- المجموعات المرجعية

المشاركة

- مناقشات مجموعات التركيز
- الاستبيانات
- أنظمة التعقيبات
- الرسائل الإخبارية
- اجتماعات جمع المعنيين

بمرور الوقت، قد يتجه المنفذون نحو الإنتاج المشترك مع وضع كل سلطة اتخاذ القرارات في يد أقرانهم ومجتمعهم.



كينيا

المربع "ك" الأساليب الشاملة لتوليد الأدلة

المنفذين على المزيد عن سبب عمل التدخل وكيفيته وكيف يمكن تعميم نتائجه على بيئات أخرى. وسيطلب ذلك غالبًا تمويلًا مخصصًا وشراكات إستراتيجية، على سبيل المثال، مع الجامعات.

مراقبة المجموعات هو عملية جمع البيانات الروتينية للتدابير المتكررة والموحدة مع مرور الوقت لمجموعة محددة من الأشخاص (المجموعة). قد يشمل ذلك موقعا طبيًا واحدًا أو مواقع متعددة. على سبيل المثال، تجمع إحدى المنظمات الإنسانية القياسات السريرية (مثل ضغط الدم ونسبة سكر الدم «HbA1c») من جميع الأشخاص المتعاشين مع الأمراض غير المعدية الذين يتفاعلون مع أي من خدماتها. تتطلب المقارنة بين المواقع إدخال بيانات ورقية أو إلكترونية في أداة أو منصة مشتركة أو قابلة للتشغيل البيني. ويتم دعم ذلك أحيانًا من خلال نظام جمع البيانات الآلي (على سبيل المثال، السجلات الطبية الإلكترونية). تسمح مراقبة المجموعات بمراقبة الجودة والمقارنة عبر المواقع ويمكنها تحديد التقلبات بمرور الوقت مع تكيف التدخلات أو تغيير السياقات.

يمكن للمشروعات ذات الموارد الجيدة في بيئة أكثر استقرارًا أن تفكر في توسيع نطاق جهود المراقبة والتقييم التي تضطلع بها. يمكن أن يتضمن ذلك إضافة تدابير يصعب عادةً تسجيلها (على سبيل المثال، المضاعفات)، أو توسيع نطاق تصنيف البيانات، أو استخدام منهجيات بحث أشمل (على سبيل المثال، بحوث التنفيذ) وأساليب (مثل مراقبة المجموعات).

قراءة إضافية

أساليب ونهج التقييم (أفضل تقييم)

بحث التنفيذ هو نهج بحثي محدد يركز على فهم كيفية عمل التدخلات في بيئات «العالم الحقيقي» وأسباب ذلك واختيار الأساليب لتحسينها^(63ص1) وهو يركز على التفاعل بين أحد المشروعات وسياقه من خلال متغيرات التنفيذ، مثل القبول والاعتماد والإخلاص والتكلفة والتغطية والاستدامة. يمكن لأبحاث التنفيذ أن تطلع

دعوة إلى العمل

نأمل أن نكون قد نجحنا من خلال هذا الدليل في تسليط الضوء على الدور الهام الذي يمكن أن يلعبه دعم الأقران في مساعدة الأشخاص المصابين بالأمراض غير المعدية، بما في ذلك في الأوضاع الإنسانية. ويهدف إلى أن يكون بمثابة دليل عملي للمنفذين، بما يعود بالنفع على الأشخاص المتعاشين مع الأمراض غير المعدية في نهاية المطاف. لا يزال هذا الدليل والأدلة المتعلقة بدعم الأقران في الأوضاع الإنسانية قيد التطوير. ومن ثم، نشجع الأفراد على مشاركة أي اقتراحات أو تعقيبات أو تجارب تنفيذية لدعم الأقران في الأوضاع الإنسانية للمساعدة في تحسين قاعدة أدلتها. تواصل مع الصليب الأحمر الدنماركي info@rodekors.dk.

صفحات الموارد

- دليل الممارسات الجيدة للصحة النفسية المجتمعية: دعم الأقران. (مؤسسة CBM Global Disability Inclusion)
- بحث موجز عن دعم الأقران للأشخاص الذين يعانون من حالات صحية بدنية (ImROC)
- دليل القادة الأقران وتدريبهم (الاتحاد الدولي للسكري)
- مصنف مجموعات دعم الأقران لمرض السكري (نادي Lions Club International)
- الأدوات والتدريب (شبكة Peers for Progress)
- مجموعات الدعم من الأم إلى الأم: دليل المُدرِّبين (منظمة أنقذوا الأطفال)
- موجز سياسات بشأن توفير دعم الأقران للمراهقين والشباب المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (منظمة الصحة العالمية)

فهرسة الكتب

12. Sunderland K, Mishkin W. *Guidelines for the Practice and Training of Peer Support*. Mental Health Commission of Canada; 2013. Accessed February 19, 2024. <https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/09/Guidelines-for-the-Practice-and-Training-of-Peer-Support.pdf>.
13. Cohen F, Yaeger L. Task-shifting for refugee mental health and psychosocial support: A scoping review of services in humanitarian settings through the lens of RE-AIM. *Implement Res Pract*. 2021;2:263348952199879. doi:10.1177/2633489521998790.
14. Venables E, Edwards JK, Baert S, Etienne W, Khabala K, Bygrave H. "They just come, pick and go." the acceptability of integrated medication adherence clubs for HIV and Non Communicable Disease (NCD) Patients in Kibera, Kenya. *PLoS One*. 2016;11(10). doi:10.1371/journal.pone.0164634.
15. Kirsh SR, Aron DC, Johnson KD, Santurri LE, Stevenson LD, Jones KR, et al. A realist review of shared medical appointments: How, for whom, and under what circumstances do they work? *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1). doi:10.1186/s12913-017-2064-z.
16. Schmid B, Njeim C, Vijayasingham L, Sanga LA, Kighsro RN, Fouad FM, et al. Implementing (and evaluating) peer support for people living with noncommunicable diseases in humanitarian settings. Published online 2024.
17. Funnell MM. Peer-based behavioural strategies to improve chronic disease self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Fam Pract*. 2010;27 Suppl 1. doi:10.1093/fampra/cmp027.
18. Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Self care interventions to advance health and wellbeing: a conceptual framework to inform normative guidance. *BMJ*. 2019;365.
19. World Health Organization. Delivering Effective and Accountable Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) During Emergencies and Beyond. World Health Organization; 2023. Accessed December 12, 2023. [https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/delivering-effective-and-accountable-mental-health-and-psychosocial-support-\(mhpps\)-during-emergencies-and-beyond](https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/delivering-effective-and-accountable-mental-health-and-psychosocial-support-(mhpps)-during-emergencies-and-beyond).
20. Jacquério Bausch F, Beran D. Managing Projects Addressing Non-Communicable Diseases: Operational Guidelines for Field Staff. International Committee of the Red Cross; 2020.
21. Hijazi Z, de Carvalho Eriksson C. Mental Health and Psychosocial Technical Note. United Nations Children's Fund; 2019. Accessed December 12, 2023. <https://www.unicef.org/media/73726/file/UNICEF-MH-and-PS-Technical-Note-2019.pdf>.
1. Meiqari L, Al-Oudat T, Essink D, Scheele F, Wright P. How have researchers defined and used the concept of 'continuity of care' for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework. *Health Res Policy Syst*. 2019;17(1):27. doi:10.1186/s12961-019-0426-1.
2. International Committee of the Red Cross. Managing projects addressing non-communicable diseases: Operational guidelines for field staff. International Committee of the Red Cross; 2020. Accessed February 8, 2024. <https://shop.icrc.org/managing-projects-addressing-noncommunicable-diseases-operational-guidelines-for-field-staff.pdf-en.html>.
3. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: 2010 Revision for Field Review*. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises; 2010.
4. Davidson P, Hickman L, Graham B, Halcomb E, Phillips J. Beyond the rhetoric: what do we mean by a 'model of care'? *Aust J Adv Nurs*. 2006;23(3):47-55.
5. Ansbro É, Issa R, Willis R, Blanchet K, Perel P, Roberts B. Chronic NCD care in crises: A qualitative study of global experts' perspectives on models of care for hypertension and diabetes in humanitarian settings. *J Migr Health*. 2022;5. doi:10.1016/j.jmh.2022.100094.
6. World Health Organization. Fact sheets: Noncommunicable diseases. World Health Organization; 2023. Accessed February 8, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
7. United Nations. *Political Declaration of the 3rd High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases*. United Nations; 2018. Accessed February 8, 2024. <https://digitallibrary.un.org/record/1648984?ln=en>.
8. Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2003;40(3):321-332. doi:https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00092-5.
9. Daniels AS, Bergeson S, Myrick KJ. Defining peer roles and status among community health workers and peer support specialists in integrated systems of care. *Psychiatr Serv*. 2017;68(12):1296-1298. doi:10.1176/appi.ps.201600378.
10. Beales A, Wilson J. Peer support – the what, why, who, how and now. *J Ment Health Train Educ Pract*. 2015;10:314-324. doi:10.1108/JMHTEP-03-2015-0013.
11. Ferrari G, Ngoga G, Manzi A, Gomber A. Peer support in the management of diabetes to improve cardiovascular disease outcomes in low- and middle-income countries (LMICs). *Glob Heart*. 2023;18(1). doi:10.5334/gh.1263.

33. Walker C, Peterson CL. Where does value lie in peer support? An exploratory discussion of the theories and methods underpinning effective research in peer support. *Qual Health Res.* 2020;31(2):218-227. doi:10.1177/1049732320964173
34. Lorthios-Guilledroit A, Richard L, Filiatrault J. Factors associated with the implementation of community-based peer-led health promotion programs: A scoping review. *Eval Program Plann.* 2018;68:19-33. doi:10.1016/j.evalprogplan.2018.01.008.
35. Gillard S, Gibson SL, Holley J, Lucock M. Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: A qualitative research study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2014;24(5):435-445. doi:10.1017/S2045796014000407.
36. Halsall T, Daley M, Hawke L, Henderson J, Matheson K. "You can kind of just feel the power behind what someone's saying": a participatory-realist evaluation of peer support for young people coping with complex mental health and substance use challenges. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1358. doi:10.1186/s12913-022-08743-3.
37. Embuldeniya G, Veinot P, Bell E, Bell M, Nyhof-Young J, Sale JEM, et al. The experience and impact of chronic disease peer support interventions: A qualitative synthesis. *Patient Educ Couns.* 2013;92(1):3-12. doi:10.1016/j.pec.2013.02.002.
38. Collom JRD, Davidson J, Sweet D, Gillard S, Pinfold V, Henderson C. Development of a peer-led, network mapping intervention to improve the health of individuals with severe mental illnesses: Protocol for a pilot study. *BMJ Open.* 2019;9(6). doi:10.1136/bmjopen-2018-023768.
39. Repper J, Walker L. *Peer Support for People with Physical Health Conditions.* Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust; 2021.
40. Sunderland K, Mishkin W. *Guidelines for the Practice and Training of Peer Support.* Mental Health Commission of Canada; 2013.
41. NHS Derbyshire Healthcare. *The Eight Core Principles of Peer Support.* NHS; 2013.
42. Repper J. Peer Support Workers: Theory and Practice. ImROC; 2013. Accessed December 12, 2023. <https://imroc.org/resource/5-peer-support-workers-theory-and-practice>.
43. World Health Organization. *One-to-One Peer Support by and for People with Lived Experience. WHO QualityRights Guidance Module.* World Health Organization; 2019.
44. Bausch FJ, Beran D, Hering H, Boulle P, Chappuis F, Dromer C, et al. Operational considerations for the management of non-communicable diseases in humanitarian emergencies. *Confl Health.* 2021;15(1). doi:10.1186/s13031-021-00345-w.
22. Gee S, Harlass S. Operational Guidance: Community Health in Refugee Settings. United Nations High Commissioner for Refugees; 2022.
23. Mendis S, Kiapi L, Lyons G, Tonelli M, Woodman M. *Package of Essential Non-Communicable Diseases Interventions for Humanitarian Settings (PEN-H).* World Health Organization; 2020.
24. Cherrington AL, Khodneva Y, Richman JS, Andreae SJ, Gamboa C, Safford MM. Impact of peer support on acute care visits and hospitalizations for individuals with diabetes and depressive symptoms: A cluster-randomized controlled trial. *Diabetes Care.* 2018;41(12):2463-2470. doi:10.2337/dc18-0550.
25. Thompson DM, Booth L, Moore D, Mathers J. Peer support for people with chronic conditions: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1). doi:10.1186/s12913-022-07816-7.
26. Qi L, Liu Q, Qi X, Wu N, Tang W, Xiong H. Effectiveness of peer support for improving glycaemic control in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health.* 2015;15(1). doi:10.1186/s12889-015-1798-y.
27. Azmiardi A, Murti B, Febrinasari RP, Tamtomo DG. The effect of peer support in diabetes self-management education on glycemic control in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Health.* 2021;43. doi:10.4178/epih.e2021090.
28. Zhang X, Yang S, Sun K, Fisher EB, Sun X. How to achieve better effect of peer support among adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Patient Educ Couns.* 2016;99(2):186-197. doi:10.1016/j.pec.2015.09.006.
29. Fisher EB, Boothroyd RI, Elstad EA, Hays L, Henes A, Maslow GR, et al. Peer support of complex health behaviors in prevention and disease management with special reference to diabetes: systematic reviews. *Clin Diabetes Endocrinol.* 2017;3(1):1-23.
30. Debussche X, Besançon S, Balcou-Debussche M, Ferdynus C, Delisle H, Huiart L, et al. Structured peer-led diabetes self-management and support in a low-income country: The ST2EP randomised controlled trial in Mali. *PLoS One.* 2018;13(1). doi:10.1371/journal.pone.0191262.
31. Bonevski B, Randell M, Paul C, Chapman K, Twyman L, Bryant J, et al. Reaching the hard-to-reach: A systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Med Res Methodol.* 2014;14(1). doi:10.1186/1471-2288-14-42.
32. Miller NP, Ardestani FB, Dini HS, Shafique F, Zunong N. Community health workers in humanitarian settings: Scoping review. *J Glob Health.* 2020;10(12):1-21. doi:10.7189/jogh.10.020602.

56. Ryan GK, Bauer A, Endale T, Qureshi O, Doukani A, Cerga-Pashoja A, et al. Lay-delivered talk therapies for adults affected by humanitarian crises in low- and middle-income countries. *Confl Health*. 2021;15(1):30. doi:10.1186/s13031-021-00363-8.
57. Guergues A. Long hours and low budgets: Meet the refugee groups supporting Sudanese displaced in Egypt. *The New Humanitarian*. Published 2023. Accessed September 21, 2023. https://www.thenewhumanitarian.org/news-feature/2023/09/20/refugee-groups-supporting-sudanese-displaced-egypt?utm_source=The+New+Humanitarian&utm_campaign=9343b203a2-EMAIL_CAMPAIN_2023_09_21&utm_medium=email&utm_term=0_d842d98289-9343b203a2-75687374.
58. Pienaar M, Reid M. Self-management in face-to-face peer support for adults with type 2 diabetes living in low- or middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20(1). doi:10.1186/s12889-020-09954-1.
59. Garbutt A, Napier A, Scholz V, Simister N. *Evaluation*. INTRAC; 2017. Accessed March 5, 2024. <https://www.intrac.org/wpcms/wp-content/uploads/2017/01/Evaluation.pdf>.
60. Rogers P. Week 19: Ways of framing the difference between research and evaluation. Better Evaluation; 2014. Accessed February 21, 2024. <https://www.betterevaluation.org/blog/week-19-ways-framing-difference-between-research-evaluation>.
61. Geneva Centre of Humanitarian Studies. Humanitarian Encyclopedia: Accountability Concept. Geneva Centre of Humanitarian Studies; 2024. Accessed January 11, 2024. <https://humanitarianencyclopedia.org/concept/accountability>.
62. Map Action. Why we must address the gender gap in humanitarian data. Map Action; 2023. Accessed February 21, 2024. https://mapaction.org/why-we-must-address-the-gender-gap-in-humanitarian-data/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=why-we-must-address-the-gender-gap-in-humanitarian-data.
63. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. *Bmj*. 2013;347.
64. Aebischer Perone S, Martinez E, Du Mortier S, Rossi R, Pahud M, Urbaniak V, et al. Non-communicable diseases in humanitarian settings: ten essential questions. *Confl Health*. 2017;11(1):1-11.
65. Tang T, Funnell M. *Peer leader manual*. Brussels: International Diabetes Federation; 2011.
66. Mundeve H, Snyder J, Ngilangwa DP, Kaida A. Ethics of task shifting in the health workforce: exploring the role of community health workers in HIV service delivery in low- and middle-income countries. *BMC Med Ethics*. 2018;19(1):71. doi:10.1186/s12910-018-0312-3.
67. Seeds for Change. Facilitating workshops. Accessed March 6, 2024. <https://www.seedsforchange.org.uk/facilitatingworkshops>.
45. Asogwa OA, Boateng D, Marzà-Florensa A, Peters S, Levitt N, Van Olmen J, et al. Multimorbidity of non-communicable diseases in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2022;12(1). doi:10.1136/bmjopen-2021-049133.
46. Beales A, Wilson J. Peer support – the what, why, who, how and now. *J Ment Health Train Educ Pract*. 2015;10(5):314-324. doi:10.1108/JMHTEP-03-2015-0013.
47. Some D, Edwards JK, Reid T, Van den Bergh R, Kosgei RJ, Wilkinson E, et al. Task shifting the management of non-communicable diseases to nurses in Kibera, Kenya: does it work? *PLoS One*. 2016;11(1):e0145634.
48. Arnstein SR. A ladder of citizen participation. *J Am Inst Plann*. 1969;35(4):216-224. doi:10.1080/01944366908977225.
49. Galea Baron J, Parsons Perez C, Chatterjee M. *Meaningfully Involving People Living with NCDs. What Is Being Done and Why It Matters*. NCD Alliance; 2018.
50. Morrison C, Dearden A. Beyond tokenistic participation: using representational artefacts to enable meaningful public participation in health service design. *Health Policy (New York)*. 2013;112(3):179-186.
51. Gomber A, Owino E, Echodu M, Gomanju A, Mategeko P, Brown L, et al. Embodied contradictions, structural power: Patient organizers in the movement for global health justice. *PLoS Glob Public Health*. 2023;3(11):e0002577. doi:10.1371/journal.pgph.0002577.
52. 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. *J Gen Intern Med*. 2015;30(7):1004-1012. doi:10.1007/s11606-015-3247-0.
53. World Health Organization. *WHO Framework for Meaningful Engagement of People Living with Noncommunicable Diseases, and Mental Health and Neurological Conditions*. World Health Organization; 2023. Accessed May 31, 2023. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240073074>.
54. Hunt D, Lamb K, Elliott J, Hemmingsen B, Slama S, Scibilia R, et al. A WHO key informant language survey of people with lived experiences of diabetes: Media misconceptions, values-based messaging, stigma, framings and communications considerations. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022;193. doi:10.1016/j.diabres.2022.110109.
55. Litchfield I, Barrett T, Hamilton-Shield J, Moore T, Narendran P, Redwood S, et al. Current evidence for designing self-management support for underserved populations: an integrative review using the example of diabetes. *Int J Equity Health*. 2023;22(1). doi:10.1186/s12939-023-01976-6.

الملاحق

الملحق أ: كيف تم إعداد هذا الدليل

يُعد استخدام الأدلة أمرًا ضروريًا عند تصميم برامج الصحة الإنسانية. وقد تم الاعتماد في تطوير الفصول الرئيسية لهذا الدليل على ما يلي:

i. استعراض مكتبي للمطبوعات البحثية

ii. تحليل وثائقي للدراسات شبه المنشورة

iii. مقابلات مع أصحاب المصلحة

iv. مشاورات الخبراء.

في جميع مصادر البيانات، أعطيت الأولوية للمواد التي سجلت تدخلات دعم الأقران في السياقات الإنسانية. نظرًا لمحدودية توفرها، أخذ هذا الدليل في الاعتبار أيضًا الأدلة الواردة من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل وكذلك من المجالات الأخرى ذات الأولوية (مثل فيروس نقص المناعة البشرية والسل والصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي).

تم تحديد الدراسات البحثية ومنشورات الدراسات شبه المنشورة بناءً على استعراض مكتبي غير شامل ومدخلات أصحاب المصلحة. تم تضمين المنشورات في الدليل إذا كانت تصف تخطيط تدخلات دعم الأقران أو تنفيذها أو تقييمها. تم إجراء مقابلات شبه مُنظمة عن بُعد مع أصحاب المصلحة الذين لديهم خبرة في تنفيذ دعم الأقران مع الأشخاص المتعاقبين مع الأمراض غير المعدية. وتم إعطاء الأولوية للمقابلات في حالة عدم توفر وثائق أو مواد مكتوبة حول المشروع. تمثلت استشارات الخبراء في طلب تعقيبات رسمية من أصحاب المصلحة المعنيين لضمان أهمية الدليل وملاءمته من الناحية التشغيلية. وكان من بينهم جهات فاعلة في المجال الإنساني، وأشخاص لديهم تجارب حياتية، وباحثون. بالإضافة إلى ذلك، تم تقديم الدليل إلى فريق العمل غير الرسمي المشترك بين الوكالات المعني بالأمراض غير المعدية في السياقات الإنسانية للحصول على تعقيباته. يتم إدراج جميع الخبراء والمساهمين المعنيين في قسم الشكر والتقدير.

الملحق ب: دراسات الحالة

- دراسة الحالة 1: سد الفجوة: مجموعات دعم الأقران في لبنان
- دراسة الحالة 2: حقوق الجودة: دعم الأقران المُستند إلى الحقوق في الهند
- دراسة الحالة 3: التعايش معًا مع المرض المزمن: الدعم غير الرسمي لإدارة السكري في فيتنام
- دراسة الحالة 4: استمرارية مشروع رعاية الأمراض غير المعدية في أثناء الأزمات في كينيا

الملحق ج: نظرية ممارسة التغيير بقليل من التدخل

المشاركون: المنفذون وأعضاء المجتمع وأصحاب المصلحة الرئيسيون

الوقت: 6 ساعات

الموقع: عبر الإنترنت/ دون اتصال بالإنترنت

يستطيع المنفذون العمل بصورة عكسية طوال دورة حياة المشروع المتوقعة، بناءً على مفاهيم نظرية التغيير. بدءًا من التأثيرات إلى النتائج ثم الافتراضات وأخيرًا الإجراءات/التدخلات. يبدأ المنفذون بتحديد أهداف المشروع على المستوى المجتمعي (أي التأثيرات) و/أو على المستوى القصير إلى المتوسط (على سبيل المثال، النتائج). ويمكن أن تعتمد هذه الأمور على قائمة الأهداف المحتملة المذكورة أعلاه. ومن ثم تُحدد الأنشطة بهدف تحقيق التغييرات المرغوب فيها. الافتراضات عوامل تعتبر أمرًا مفروغًا منه، وتوضح كيفية ربط مفاهيم نظرية التغيير المحددة ببعضها البعض (على سبيل المثال، الأنشطة للنتائج المتوسطة). وينبغي أن تكون واضحة، لأن التدخل لا يكون قويًا إلا بقدر قوة افتراضاته. يجب أن تستند جميع المكونات إلى الأدلة قدر الإمكان. ويمكن أن تكون قائمة الأهداف المحتملة وآليات الأقران بمثابة مصدر إلهام للفريق.

يمكن أن تساعد الرؤى المستمدة من هذا التمرين في إثراء تصميم التدخل ومراقبة المشروع وتقييمه، وتأييد أصحاب المصلحة في المشاركة، خاصة إذا تم تصورها. تتوفر موارد واسعة النطاق حول نظرية التغيير عبر الإنترنت.

قراءة إضافية

- دليل الابتكار الإنساني (مؤسسة تعزيز التعلم والبحث للمساعدة الإنسانية (Elrha))
- مختبر التعلم (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية)
- TOCs (مركز نظرية التغيير)

الملحق "د": أسئلة التأمل لاختيار خيارات التنفيذ المناسبة

السؤال 1: ما الدور الذي يلعبه الوضع الإنساني المتطور؟

وينطبق هذا الدليل - نظرياً - على جميع فئات الأوضاع الإنسانية، بما في ذلك المناطق المتضررة من النزاع والكوارث والأزمات المعقدة. ومع ذلك، فإن نوع الأزمة، ومرحلتها على وجه الخصوص، يحددان بشكل كبير ما إذا كان دعم الأقران ممكنًا، وإذا كان الأمر كذلك، فما نوعه.

• مرحلة التأهب

تندر تجارب تنفيذ دعم الأقران بغرض التأهب أو التخفيف. وفي حين تنطبق العديد من الاعتبارات ذاتها كما في الأوضاع طويلة الأمد، فقد توجد فرص إضافية في توقع الاضطرابات (دراسة الحالة 4). قد يكون لجهود دعم الأقران تأثير وقائي على المشاركين وتخفيف بعض آثار الأزمة.³² وتستطيع المؤسسات مراجعة المبادئ التوجيهية والأدلة وجهود دعم الأقران الحالية من منظور الاستعداد. وفي الوقت ذاته، ينبغي تعزيز الروابط مع أصحاب المصلحة المعنيين للسماح باستجابة أسرع أثناء حالات الطوارئ (على سبيل المثال، إنشاء شبكة من الأشخاص ذوي التجارب الحياتية، وجهود المشاركة المجتمعية الاستباقية).

• مرحلة الاستجابة الحادة/ الطارئة

تضمن أولويات الاستجابة خلال مرحلة الأزمة الحادة في الحالات التي تهدد الحياة والأشخاص المعرضين لخطر التفاقم أو المضاعفات الحادة الحرجة.^{44,64} وعادة ما تكون القدرة على إنشاء تدخلات جديدة لدعم الأقران غير موجودة، بالنظر إلى هذه الاعتبارات الأخلاقية واعتبارات السلامة. ويستطيع المنفذون تشجيع استمرار جهود دعم الأقران الحالية إذا كانت راسخة، لأنها قد تساعد الناس على التكيف،³² على سبيل المثال، إذا ضربت كارثة سريعة الظهور (مثل الفيضانات) أزمة طويلة الأمد خلال مشروع لدعم الأقران المستمر.

• مرحلة التعافي/ الأزمة الممتدة

يُعتبر دعم الأقران عادةً جزءاً من حزمة الخدمات الموسعة.⁶⁴ وبالتالي، يكون غالباً أكثر جدوى في البيئات الإنسانية الأكثر استقراراً والتي طال أمدها أو كجزء من مرحلة التعافي. ويمكن أن تختلف الحقائق اليومية بشكل كبير حتى في البيئات طويلة الأمد. ثمة عوامل سياقية عدة تؤثر على اختيار خيارات التنفيذ:

- الوصول إلى السكان (على سبيل المثال، تحركات السكان والمخيمات مقابل المناطق الحضرية والحيز الإنساني)
- اعتبارات السلامة للموظفين والمجتمعات
- الأولويات المتنافسة والاهتمامات الأساسية للأشخاص المتعاضدين مع الأمراض غير المعدية (على سبيل المثال، المأوى والمياه والغذاء)
- إلحاح الوضع وتقلبه (على سبيل المثال، احتمال وقوع اضطرابات)
- قدرات النظام الصحي ومرورته

استمرار تطور الأزمات. يحتاج المنفذون إلى التخطيط لمرونة كافية - الخطوة 9 - لضمان استمرار المشروع في تلبية احتياجات الناس. ينبغي إبلاغ المشاركين وأصحاب المصلحة بأي تغييرات تطلقها الجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني بوضوح ومبكراً.

قراءة إضافية

رعاية مرض السكري والكوارث (منطقة غرب المحيط الهادئ التابعة للاتحاد الدولي للسكري).

دراسة الحالة 4

كينيا



مواجهة الاضطرابات

تم إنشاء مجموعات دعم الأقران ليس فقط لدعم أعضائها في أثناء تعاضدهم اليومي مع أحد الأمراض غير المعدية، ولكن أيضًا لمساعدتهم على التعامل مع الأزمات غير المتوقعة. وفي هذه السيناريوهات، قد تحقق مجموعات دعم الأقران أغراضًا متنوعة، والتي تشمل:

- الحفاظ على الدعم اليومي: يمكن للأقران مواصلة تقديم الدعم المتبادل. قد يقدم الأقران نصائح عملية لإدارة حالتهم الصحية أثناء الأزمات. ويمكنهم تقديم الدعم العاطفي أو الدعم النفسي والاجتماعي (MHPSS) من خلال تواجدهم لمؤازرة بعضهم.
- توفير المعلومات والتعلم المتبادل: قد تكون المجموعات قناة اتصال موثوق بها في حالات الطوارئ. قد يستطيع الأقران مشاركة المعلومات من مصادر موثوق بها أو تقديم تحديثات فورية أو تحديد مدى توافر الخدمات. يمكن أن يساعد ذلك الأعضاء على فهم كيفية تأثر حالتهم أثناء الأزمات وتحديد الموارد ذات الصلة.
- التفاعل مع أصحاب المصلحة: قد توفر المجموعات رابطًا مهمًا للمرافق الصحية، بما في ذلك تعاونها مع العاملين في مجال الرعاية الصحية. وعلى نطاق أوسع، يمكنهم الدفاع عن احتياجات أعضائها والأشخاص المتعاضدين مع الأمراض غير المعدية بصورة عامة، على سبيل المثال مع السلطات الوطنية.

يجب توافر الشعور بالانتماء للمجتمع والعلاقات القوية والثقة بين الأقران قبل وقوع أزمة ما حتى تتمكن المجموعات من أداء هذه الأدوار. إلى جانب هذه الميزات الأساسية، يمكن للمجموعات الاستعداد بفعالية لتأثيرات الأزمة. على سبيل المثال، دعم هذا المشروع إنشاء خطط مخصصة للتأهب لحالات الطوارئ وتدريبات عملية مرتبة لأنواع الطوارئ الشائعة. ينبغي أن تتم قيادة جميع الأنشطة وتصميمها من قبل أعضاء المجموعة، مع تقديم الدعم من قبل الجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني. لمعرفة المزيد حول جهود هذا المشروع لدعم الأشخاص خلال فترات الاضطراب، استكشف موجز الممارسات هذا.

< اطلع على دراسة الحالة الكاملة

الملحق "د": أسئلة التأمل لاختيار خيارات التنفيذ المناسبة

السؤال 2: ما هي تفضيلات المجتمع المستهدف؟

يكون الأشخاص المتعايشون مع الأمراض غير المعدية إيجابيين غالبًا تجاه دعم الأقران.⁵⁴ ومع ذلك، يعتمد نجاح دعم الأقران على اهتمامات الناس وتنفيذ تدخل يتماشى مع احتياجاتهم وتفضيلاتهم وأولوياتهم. على سبيل المثال، إذا كان الناس يكافحون من أجل تلبية احتياجاتهم الأساسية، فقد يكون القليل منهم منفتحًا على إعطاء أولوية للاجتماعات الرامية إلى مناقشة تجاربهم في التعايش مع الأمراض غير المعدية. قد يشمل هذا الأمر ضمان الخدمات والمنتجات الأساسية والمنقذة للحياة (على سبيل المثال، الأنسولين). وفي مثل هذه السياقات، سيحتاج دعم الأقران إلى التكيف وتلبية احتياجات الناس بصورة مباشرة أكثر، على سبيل المثال من خلال التركيز على شبكات المساعدة المتبادلة ومشاركة الأدوية.

ينبغي أن تكمن نقطة الانطلاق للإجابة عن هذه الأسئلة في المشاركة الهادفة للأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية. وحسبما تمت مناقشته في "حجر الأساس: المشاركة الهادفة من قبل الأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير المعدية" (الإطار "هـ")، يمكن أن تتراوح مشاركتهم من مناقشات مجموعات التركيز إلى اللجان الاستشارية والتمثيل في هيئات صنع القرار الرئيسية على مستوى المشروع وما بعده. وقد توفر مشاورات أصحاب المصلحة ومراجعة البيانات الثانوية رؤى إضافية. وينبغي أن تركز هذه الاستفسارات على تحديد تفضيلات المجتمع وتأثيرها على خيارات التنفيذ (الخطوة 3). ويمكنها أيضًا تحقيق معرفة أوسع ذات صلة بنطاق المشروع، على سبيل المثال:

- تاريخ دعم الأقران أو الأساليب ذات الصلة (على سبيل المثال، شبكة العاملين في مجال صحة المجتمع)
- إلمام المجتمع وارتباطاته بدعم الأقران (على سبيل المثال، مجموعات المجتمع)
- أولويات المجموعة المستهدفة من حيث التحديات التي يجب معالجتها بدعم الأقران
- تفضيلات المجتمع في أشكال دعم الأقران (عبر جميع خيارات التنفيذ)
- الروابط المحتملة بين دعم الأقران والخدمات الأخرى (على سبيل المثال، نقص مخزون الأدوية)
- الخيارات اللغوية الأكثر قبولاً (على سبيل المثال، الاستعانة بدعم الأقران، والمساعدة المتبادلة، و"مجموعات مرضى السكري")
- العوامل السياقية والثقافية ذات الصلة (على سبيل المثال، الوصمة وهيكل السلطة والاقتصاد المحلي)

السؤال 3: ما هي الجهود القائمة التي يمكننا التواصل معها؟

يجب على المنفذين تعيين جميع المشروعات الحالية التي تستعين بدعم الأقران أو نهج مماثل، قبل التفكير في تدخل جديد. وفي العديد من السياقات، سيكون دعم المشروعات الحالية أو استكمالها أكثر تأثيرًا. يمكن إجراء هذا التعيين بالتزامن مع تحليل أصحاب المصلحة (الخطوة 4) ويشمل كلاً من المشروعات الداخلية والخارجية. ويمكن أن يتراوح ذلك من إجراء تقييم رسمي إلى إجراء محادثات غير رسمية مع أصحاب المصلحة الرئيسيين، وخاصة الأفراد والجهات الفاعلة القادرة على تمثيل الأشخاص ذوي التجارب الحياتية.

أمثلة على ما يجب البحث عنه:

- الإستراتيجيات الوطنية لدعم الأقران، والمبادئ التوجيهية لتدريب الأقران، وخطط الاعتماد
- المشروعات الحالية أو المخطط لها من قبل الجهات الفاعلة الإنسانية الأخرى
- الخبرات السابقة داخل المنظمة، بما في ذلك في المجالات الأخرى ذات الأولوية (على سبيل المثال، الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS))
- شبكات دعم الأقران الشعبية التي يديرها أشخاص من ذوي التجارب الحياتية (مثل مجموعات المساعدة المتبادلة)
- مرافق الإحالة والروابط مع نظام الرعاية الصحية الحالي

تعد الشبكات الشعبية خيارًا قويًا بشكل خاص للمشاركة أو الدعم لأنها عادة ما تكون راسخة بقوة في المجتمع. وغالبًا ما تتمتع بمستوى فريد من الثقة والشرعية، وهو أمر ضروري لاستدامة المشروع. وحتى عندما لا تحدد عملية التعيين المشروعات الواجب دعمها، فإنها يمكن أن توفر فرصًا للتعليم من الجهود الحالية والمساعدة في الإجابة عن الأسئلة المتبقية. ثمة خيار آخر لتصوير روابط دعم الأقران يمكن أن يتمثل في استخدام تمرين تعيين مسار المريض، والذي يمكن أن يساعد في فهم تجارب الأشخاص وتجنب التجزئة.

قراءة إضافية

دليلك الكامل لتخطيط رحلة المريض (Qualtrics).

نصيحة عملية



يجب أن يطرح المنفذون السؤال التالي: من الذي تعنيه بلفظة مجتمع؟ تشير الكلمة غالبًا إلى أن الأشخاص متشابهون أكثر مما هم عليه في الواقع. في المجموعة المستهدفة للمشروع، توجد غالبًا مجموعات فرعية متعددة ذات احتياجات وتفضيلات مختلفة. قد يكون تدخل دعم الأقران أكثر تفصيلاً بمجرد تحديد معايير الاختيار المحددة للأقران (الخطوة 5).

الملحق "د": أسئلة التأمل لاختيار خيارات التنفيذ المناسبة

السؤال 4: ما هي الموارد المتاحة داخل منظماتنا (منظمتنا)؟

ينبغي النظر في جميع أنواع الموارد، بما في ذلك الملموسة وغير الملموسة (المادية والبشرية والمالية) والفنية. وقد يكون من المفيد التفكير في هذا السؤال مع فريق التنفيذ الأوسع باستخدام أسلوب العصف الذهني المرئي لتسجيل الموارد الموجودة في فئات مختلفة على سبورة بيضاء (أو رقمية). ويمكن القيام بذلك في إطار المشاورات مع أصحاب المصلحة.

- أي من الجهات الفاعلة تتمتع بأكثر قدر من الشرعية مع المجتمع؟
- من يمكن أن يكونوا رواد المشروع على جميع المستويات (على سبيل المثال، التنظيمية والمحلية والإقليمية والوطنية)؟
- ما قدرات ومهارات جميع الجهات الفاعلة ذات الصلة فيما يتعلق بدورها المقترح؟
- ما البنية التحتية المتاحة (على سبيل المثال، مساحات الاجتماعات، والتقنيات الرقمية، والنقل)؟
- ما مواد الدعم المتاحة (على سبيل المثال، الأدلة الموجودة والمواد التعليمية)؟
- ما نطاق التمويل المتاح ومدته؟ هل توجد خيارات للتمويل المشترك؟
- ما خيارات الموقع التي يمكن أن تساعد في التنفيذ (على سبيل المثال، المواقع التجريبية، وإمكانية الوصول)؟

بالنسبة للعديد من المشروعات، قد يتم تحديد الإجابات إلى حد كبير من خلال منح المشروعات أو تمويلها. حتى لو كان الأمر كذلك، يجب على المنفذين التفكير في أنواع الموارد الأخرى المتاحة (وخاصة غير الملموسة).

السؤال 5: كيف يمكن أن تكون خيارات التنفيذ المشترك ذات صلة؟

في هذه المرحلة، قد تبدأ الأسئلة التأملية في تفصيل بعض خيارات التنفيذ المدرجة. لا تحتاج عملية اتخاذ القرار هذه إلى اتباع منطق اختيار واحد من كل فئة. في الواقع، توجد العديد من الطرق للجمع بين الخيارات أو دمجها. يستطيع المنفذون أخذ خيارات التنفيذ المشترك بعين الاعتبار من أجل تصميم نهج يناسب سياقًا محددًا. الخيارات المرتبطة بصورة متكررة متكرر تكون:

- **متصلة بالإنترنت وغير متصلة بالإنترنت:** دعم شخصي منتظم من الأقران (على سبيل المثال، كل أسبوعين) مرتبط بمتابعة أو تذكيرات عبر الإنترنت (على سبيل المثال، مكالمات يجريها الميسرون).
- **على أساس جماعي وفردية:** يمكن استكمال مجموعات الدعم بنظام الأصدقاء، حيث يتم تعيين اثنين من الأقران بعضهم لبعض من أجل الحصول على مزيد من الدعم الشخصي.
- **الميسرون من الأقران وغير الأقران:** حتى عندما يتم تيسير مجموعات دعم الأقران من قبل قائد أقران مدرب، فقد يتم إحضار الطاقم السريري كخبراء أو ميسرين مشاركين لجلسات محددة. وبالمثل، قد يعمل آخرون أيضًا ميسرين مشاركين، مثل العاملين في مجال الصحة المجتمعية والمتطوعين والموظفين غير السريريين.
- **رسمي وغير رسمي:** يمكن للمؤسسات أن تقدم دعمًا منظمًا للأقران (على سبيل المثال، مجموعات مغلقة يديرها قائد أقران مدرب) وفرصًا غير رسمية للأشخاص للتواصل (على سبيل المثال، لقاءات شهرية مفتوحة).

تهدف الأمثلة الواردة هنا ببساطة إلى توفير الإلهام للمنفذين وليست شاملة. يوجد العديد من خيارات التنفيذ المشترك الأخرى التي يمكن أن تكون مفيدة إذا تم تكيفها مع بيئة محددة.

نصيحة عملية

فكر في مدى قدرة خيارات التنفيذ المشترك على معالجة بعض الرؤى والتحديات المحددة في الأسئلة السابقة.

الملحق "ه": اتخاذ القرارات عبر خيارات التنفيذ المحددة

اختيار التنفيذ	الإيجابيات	السلبيات
ميسر مخصص أو	يمكن تدريب ميسر محدد مسبقًا بناءً على الفجوات في المعرفة والمهارات لديه. ^{30,58,65} وقد يساعد هذا الأمر في ضمان تنفيذ دليل المشروع ومحتواه على النحو المخطط له. ³⁴ ويمكن تبسيط الفترة الأولية لوضع القواعد الأساسية ومبادئ الأقران وخاصة إذا كان الناس ليست لديهم دراية بهذا المفهوم. يمكن إعطاء الأولوية لهذا الخيار إذا كان لدى المؤسسات موظفين يتمتعون بمهارات تيسير قوية تمكنهم من أداء هذا الدور.	عندما تختار المؤسسة المنقّدة الميسر وتدرجه، تظل الملكية الأساسية لدعم الأقران معها. وقد يصعب تحويل المسؤولية نحو الأشخاص المتعاضدين مع الأمراض غير المعدية وضمان استدامتها. ويتطلب تدريب الميسرين على الأرجح موارد إضافية.
عدم وجود ميسر مخصص	قد يؤدي عدم وجود شخص معيّن يضطلع بدور الميسر، أو وجود ميسر متغير، إلى المساعدة في جعل جميع الأعضاء يشعرون بمزيد من المساواة ويساعدون في بناء ملكيتهم. ويمكن تنفيذ هذا النموذج تدريجيًا، بدءًا من ميسر ثابت في البداية.	تتنازل المنظمة عن بعض السيطرة على التدخل. وقد توجد اختلافات كبيرة في كيفية تيسير الجلسات. قد يواجه الأقران في البداية صعوبة في إدارة أنفسهم، نظرًا لنقص تلك الثقة والعلاقات الراضية.
ميسر طبي أو	يستطيع الموظفون الطبيون المساهمة بالمعرفة الطبية، والتي يمكن أن تكمل تجارب الناس الحياتية. قد يكون احتمال الحصول على اهتمام إضافي من أخصائي الرعاية الصحية أيضًا بمثابة حافز لحضور أقرانهم.	يشكل وجود طاقم سريري، وخاصة كيميسترين، خطر عودة الجلسات إلى التسلسلات الهرمية التقليدية (الخبراء والمرضى) وقد تتمحور حول آراء الطب الحيوي عن الأمراض غير المعدية. ولا يمتلك الموظفون عادة القدرة على تغطية مسؤوليات إضافية ومجهدة بالفعل. ³² وقد تجدر الحاجة إلى تعيينات إضافية أو تخفيض في المسؤوليات.
ميسر غير طبي	يستفيد الميسرون غير الطبيين من عدم الدخول في التسلسل الهرمي التقليدي للنظام الصحي أو عدم وجود علاقات محددة مسبقًا مع المشاركين. ويكونون غالبًا خارج الرعاية السريرية الروتينية وقد يكونون أقدر على طرح الأفكار الأساسية لدعم الأقران ورؤيتهم البيولوجية النفسية الاجتماعية للمرض.	يكن خطر الاستعانة بموظفين غير طبيين في إمكانية انتشار معلومات خطأ، نظرًا للشرعية من خلال الارتباط بمركز أو منظمة صحية. ³⁷ قد يؤدي وجود نهج مشترك بدعم الموظفون السريريون من خلاله قادة الأقران بالنسبة لموضوعات محددة إلى مواجهة بعض هذه المخاطر.
ميسر يتلقى مقابلًا ماديًا أو	قد يكون دفع أجور الميسرين مسألة مطروحة للموظفين الداخليين (أي الحوافز الإضافية) فضلًا عن الأشخاص المعيّنين خصيصًا. وقد يساعد هذا الأمر في زيادة تحفيز الأشخاص وضمان تقدير مساهمتهم. ويمكن أن يساعد أيضًا في توظيف الأشخاص أشخاص مؤهلين كيميسترين ولكنهم غير قادرين على المساهمة طوعًا.	قد يؤدي دفع أجور للميسرين إلى نشأة تحديات تتعلق بوضعهم في قوانين العمل الوطنية ويمكن أن يكون له آثار على حقوق العمال. ينبغي على المنقّدون التماس التوجيه بخصوص القوانين واللوائح المعمول بها. على سبيل المثال، المقارنة بين تبعات "موظف يتلقى راتبًا" و"متطوع يتلقى مقابلًا".
ميسر لا يتلقى مقابلًا ماديًا	قد يتيح تيسير مجموعات دعم الأقران من خلال متطوعين تنفيذ التدخل بميزانية محدودة حيث لن يكون ذلك ممكنًا بطريقة أخرى. حتى لو لم يتم دفع مقابل مادي للميسرين، ينبغي النظر في أشكال أخرى من الميزات (على سبيل المثال، التدريب على المهارات، وقابلية التوظيف، وسداد تكاليف السفر أو الطعام).	يؤدي عدم دفع مقابل مادي للميسرين إلى أن عملهم أو خبرتهم لا تحظى بالتقدير، ومن المرجح أن تجعل الناس يشعرون بأنهم ليسوا محل تقدير. وقد يحفز ذلك أيضًا الضغط عليهم باعتبارهم "عمالة رخيصة" باسم نقل المهام. ^{46,66} وقد يؤدي عدم تقديم حوافز أيضًا إلى زيادة معدل دوران الموظفين، بغض النظر عن نوع الميسر. ⁵⁷
الميسر من الأقران أو	قد يستشعر المشاركون أن الميسرين الذين عاشوا تجارب مع الأمراض غير المعدية والخصائص المماثلة أكثر شرعية. ^{34,37} قد يؤدي تشابههم واللغة المشتركة إلى تسهيل ترسيخ ثقة الناس. وقد يكون التداخل بين الميسر والمشارك إيجابيًا أيضًا. ³⁷ قد يكون المشاركون أكثر قدرة على التمييز بين دعم الأقران والرعاية الروتينية بسهولة أكبر.	قد يجد الميسرون الأقران صعوبة في التنقل بين الاحتفاظ بحيز (أي التيسير) مع المشاركة بأنفسهم أيضًا (أي التشارك) وخطر التداخل العاطفي. ³⁷ وما لم يكونوا قد شغلوا أدوارًا مماثلة من قبل، فستحتاجون غالبًا إلى تلقي تدريب محدد على مهارات التيسير من أجل مساعدة في التنقل في هذا الحيز. وفي حين يُفترض أن الميسرين الأقران متساوون، إلا أنهم معرضون أيضًا لخطر الوقوع ضمن التسلسلات الهرمية السلطوية (على سبيل المثال، مساعدة شخص يفتقر إلى شيء ما). ³⁷
الميسر من خارج الأقران	قد يجد الميسرون غير الأقران أنه من الأسهل الحفاظ على دورهم المحدد، حيث يوجد فرق أوضح بين الميسر والمشارك. قد تعيّن بعض المؤسسات ميسرين من غير الأقران بسهولة أكبر، حيث يتم تطبيق معايير أقل وقد تكون العلاقات موجودة بالفعل.	قد يخاطر الميسرون من غير الأقران إلى التفهق مرة أخرى إلى الطريقة الطبية الحيوية الهرمية أو التقليدية لعرض المشاركين والتفاعل معهم. وقد تقوّت فرص ترسيخ الثقة والمشاركة في حالة الافتقار إلى فهم قوي للمجتمع وعلاقة قوية معه.

3

الملحق "ه": اتخاذ القرارات عبر خيارات التنفيذ المحددة

اختيار التنفيذ	الإيجابيات	السلبيات
محتوى محدد أو المحتوى غير المحدد	يؤدي وجود محتوى محدد مسبقًا (على سبيل المثال، قائمة بالموضوعات والأنشطة والتمارين) إلى تبسيط التخطيط وإدارة الموارد ويمكن تكراره بسهولة أكبر. وقد يفضل المشاركون المحتملون الوضوح بشأن ما يلتزمون به. ³⁴	قد يُنظر إلى الموضوعات المختارة على أنها ذات قيمة بالنسبة للمتقنين ولكن ليس للمشاركين. وثمة خطر يتمثل في عدم تلبية احتياجات الأشخاص أينما كانوا، مما قد يؤدي إلى انسحابهم.
نوع الجلسة	قد يكون دعم الأقران أكثر مرونة وقدرة على التكيف مع احتياجات المشاركين فيه. وتقع الملكية على عاتق المشاركين، حيث يقررون ما هو مهم لهم. قد يصلح هذا بصورة أفضل بعد فترة استقرار أولية، ويتطلب دعمًا فنيًا وماليًا مستمرًا من المؤسسات الخارجية.	قد يتوقع المشاركون أن يكون دعم الأقران مشابهًا لخدمة صحية "نموذجية"، حيث يتم تحديد النطاق بوضوح. قد تبدو مفاهيم الجلسات المرنة أو التصميم المشترك غير مألوفة وغير جذابة في البداية. قد تؤدي أنماط الجلسات المفتوحة أيضًا إلى خطر عودة الميسرين إلى الأساليب التربوية التقليدية الهرمية.
المهمة	يمكن أن يكون شكل جلسات دعم الأقران متنوعًا ومبدعًا بصورة لا تصدق. تم تناول بعض الاعتبارات فقط هنا، ويجب على المتقنين استكمالها بأفضل فهم متاح لاحتياجات المجتمعات المستهدفة وتفضيلاتها (الخطوة 3 والخطوة 6).	<p>جلسات معلوماتية تعتمد على الموضوعات (على سبيل المثال، فيما يتعلق بالتوعية بشأن مرض السكري، والأكل الصحي، والنشاط البدني، والنوم، والإجهاد) غالبًا ما تكون خيارًا أساسيًا. وهي تسمح بتثبيت الجلسات حول موضوعات محددة ومتابعة أفكار "تقييف المرضى". وتكمن المخاطر الرئيسية في الشعور بتلقي محاضرات توجيهية، بخلاف آليات دعم الأقران الأساسية. ولتجنب هذا الأمر، يجب أن تستعين الجلسات المعلوماتية بأنماط متعددة (مثل المناقشات والأنشطة والألعاب) وأن تهدف في المقام الأول إلى مشاركة الأقران والتعلم المتبادل.</p> <p>الجلسات القائمة على الأنشطة (على سبيل المثال، اللقاءات الرياضية ودروس الطبخ وأداء الأدوار) يمكن أن تكون وسيلة ممتعة للمشاركين من أجل التفاعل بعضهم مع بعض. وقد يصعب اختيار الأنشطة المناسبة للأقران، حيث قد تكون للمجموعات الفرعية احتياجات وتصورات مختلفة. على سبيل المثال، قد لا تكون دروس الطهي أو اليوغا مثيرة لاهتمام الرجال في بعض السياقات (دراسة الحالة 1).</p> <p>الدعم العاطفي والعملي والاجتماعي (على سبيل المثال، مناقشة التحديات وتبادل الخبرات والمساعدة في العثور على الحلول) يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالآليات الأساسية لدعم الأقران. وقد تركز هذه الجلسات على جمع الأشخاص معًا من أجل دعم بعضهم بعض في مواجهة التحديات المحددة التي يتعرضون لها. وقد يشمل ذلك أيضًا استخدام أساليب منظمة، مثل تمارين تحديد الأهداف أو الاستماع النشط. أظهرت الأبحاث أن الجلسات ذات التركيز السلوكي أو العاطفي (أي الحالة المزاجية والمواقف والمشاعر) يمكن أن تكون أكثر تأثيرًا من تلك التي تركز فقط على المحتوى المعلوماتي وحده.^{17,34,37}</p>
منشأة للرعاية الصحية أو مساحة مجتمعية	قد يؤدي تنظيم دعم الأقران في المرافق الصحية للأشخاص إلى تبسيط سفرهم، خاصة إذا تم تنسيقه مع المتابعة الروتينية أو تلقي الدواء. وقد تساعد الألفة الأشخاص على الشعور بمزيد من الراحة. وقد يكون ذلك الخيار الأفضل إذا تم اختيار الموظفين كميسرين أو في حالة إتاحة غرف إضافية في المنشأة.	تفتقر المنشآت إلى المساحة غالبًا، وخاصة المساحات المناسبة التي تناسب وتلائم احتياجات دعم الأقران. وقد يؤدي تحديد موقع دعم الأقران في المنشأة الصحية إلى شعور الأشخاص بأنهم مرضى، وهذا يتعارض مع الأفكار الأساسية لدعم الأقران. وقد يكون أيضًا متحيزًا تجاه المشاركين الذين يعيشون في مكان ذي طابع مركزي أكثر أو القادرين على حضور الرعاية بصورة متكررة.
شخصيًا أو عبر الإنترنت/ عن بُعد	تكون المساحات المجتمعية مركزية غالبًا ويسهل وصول الكثيرين إليها. ويمكنها المساعدة في التمييز بين دعم الأقران ورعايتهم الروتينية. وقد توفر هذه المساحات فرصًا للتعاون مع الشركاء الرئيسيين وتسمح بمزيد من الأنشطة المتنوعة.	على الرغم من كون المساحة المجتمعية أقرب للمشاركين غالبًا، فقد تتطلب من الأشخاص السفر بالإضافة إلى مواعيدهم الطبية. وقد يؤدي استئجار المساحات أيضًا إلى تكبد تكاليف إضافية.
شخصيًا أو عبر الإنترنت/ عن بُعد	قد يؤدي دعم الأقران الشخصي إلى تيسير ترسيخ الثقة، على سبيل المثال من خلال التفاعلات الصغيرة غير الموجهة في أثناء فترات الراحة. وقد يكون الميسرون أيضًا أكثر دراية بهذا النمط ويشعرون براحة أكبر.	قد يفتقد دعم الأقران الأشخاص من المجموعة المستهدفة الذين لا يستطيعون السفر. وفي العديد من الأماكن، تتألف هذه المجموعة من الأشخاص الذين يتعرضون غالبًا للإهمال والأكثر تضررًا من الأزمات.
عبر الإنترنت/ عن بُعد	يقدم دعم الأقران عن بُعد (على سبيل المثال، خلال المكالمات الهاتفية أو المكالمات عبر الإنترنت) فرصًا مماثلة لمفاهيم الصحة الرقمية. وقد يكون ذلك مفيدًا للغاية في الأماكن التي تكون فيها إمكانية الوصول الفعلي - أو تصبوح - محدودة أو حيث يفضل الأقران طبقة إضافية من الخصوصية.	يقتضي دعم الأقران عبر الإنترنت تحديات تتمثل في إمكانية الوصول الفني، بما في ذلك الوصول إلى الهواتف وإمكانية الاتصال والمعرفة الرقمية. قد يحتاج الميسرون إلى تدريب إضافي حول تفاصيل مهارات التيسير الرقمي ودعم الأقران عبر الإنترنت.

الملحق "ه": اتخاذ القرارات عبر خيارات التنفيذ المحددة

السلبيات	الإيجابيات	اختيار التنفيذ	تقييم
<p>قد يكون ضمان أن أعضاء المجموعة ينظرون إلى أنفسهم وتجاربهم على أنها متشابهة أصعب في الأنماط الفردية. قد تؤثر المجموعات الكبيرة جدًا (على سبيل المثال، المجموعات الأكبر من 25، حسب السياق) سلبيًا على التدخل³⁴ وعلى مشاعر الناس بالتماسك والسرية والثقة. قد يتردد الأشخاص في مناقشة الأمور الخاصة في التجهيزات الجماعية في بعض الأماكن. وقد تتعرض المجموعات الصغيرة لاحتمالية الإلغاء.³⁴</p> <p>يتطلب الأمر موارد أكثر من أجل توظيف مجموعة أكبر من الميسرين وتدريبهم. قد توفر الأساليب الفردية فرصًا أقل من أجل تلبية الاحتياجات الاجتماعية للأشخاص، خاصة إذا كانت عبر الإنترنت.</p>	<p>يستخدم دعم المجموعة غالبًا موارد أقل من الأنماط الفردية. ربما يصدق هذا بصورة خاصة بالنسبة للمجموعات الكبيرة (التي تزيد عن 10 أشخاص)، والتي تسمح أيضًا بمزيد من التفاعلات الاجتماعية. قد تُشعر المجموعات الصغيرة بمزيد من الحميمية والثقة³⁴ في مجموعات الأقران، تتشكل مجموعات "الأصدقاء" أو المجموعات الفرعية غالبًا بناءً على علاقات الأشخاص إما بشكل طبيعي أو بتشجيع من الميسرين.</p> <p>قد يضمن اختيار الأقران والتوفيق بينهم في الأنماط الفردية تمتع الأشخاص بتجارب متشابهة أكثر مما قد يكون ممكنًا في المجموعات. وقد يكون هذا النهج مفيدًا في البيئات التي تضم مجتمعًا مجزأً وربما موضوعات حساسة. قد يكون من المفيد اتباع نهج لتدريب المدربين.</p>	<p>المجموعات أو جلسات فردية</p>	
<p>تتطلب عضوية المجموعة المفتوحة التخطيط لعملية كيفية انضمام الأعضاء الجدد. كما يمكن أن تواجه صعوبة في التوفيق بين احتياجات الأعضاء الأقدم والأعضاء الجدد؛ على سبيل المثال، ترتيب جلسات معلوماتية حول الموضوعات بصورة متكررة. وقد يصعب الحفاظ على تماسك المجموعة وثقتها في حالة تغيير الأعضاء بصورة متكررة.</p> <p>قد يمثل الالتزام بالمجموعة وتركها تحديًا. وقد يتعذر على الأشخاص الحفاظ على مشاركتهم، وقد تواجه المجموعات صعوبة في جمع عدد كافي من الأعضاء معًا بصورة منتظمة.</p>	<p>قد تكون المجموعات المفتوحة (أي السماح بانضمام أعضاء جدد) الخيار الأفضل للبيئات التي تنسم بتنوع كبير وحركة سكانية. يمكن للأعضاء الأقدم في المجموعة دعم "المنضمين حديثًا" ووضع قواعد المجموعة وثقافتها. وقد يكون هذا خيارًا قويًا للأنماط المملوكة للأقران أو تلك التي تنتقل إليها.</p> <p>قد تسمح المجموعات المغلقة (أي العضوية الثابتة) للأشخاص بترسيخ الثقة بسهولة أكبر، بالنظر للمجموعة المحددة مسبقًا. وتوفر عادةً تدخلًا أكثر تحديدًا بتاريخي بدء وانتهاء واضحين، والذي قد يتسق بصورة أفضل مع دورات المشروعات في المجال الإنساني.</p>	<p>المجموعات المفتوحة أو المجموعات المغلقة</p>	

الملحق "ه": اتخاذ القرارات عبر خيارات التنفيذ المحددة

اختيار التنفيذ	الإيجابيات	السلبيات
مخصص أو	يمكن للاجتماعات المبنية على الاحتياجات أن تزيد من رغبة الأشخاص في المشاركة، خاصة إذا كان يؤخذ برأيهم في تحديد موعد الاجتماعات ومكان انعقادها. ويمكن للمشاركين أن يقرروا باستمرار ما إذا كان دعم الأقران يضيف قيمة لهم مقارنة بالأولويات الأخرى المتنافسة.	قد يختلف عدد المشاركين اختلافًا كبيرًا. وقد أدى انعدام الاستمرارية وإمكانية انخفاض أعداد المشاركة إلى تعطيل تطور العلاقات وإنشاء ديناميكيات الأقران.
الاجتماعات المحددة مسبقًا	قد تتطلب المشروعات التي تتضمن اجتماعات محددة مسبقًا من الأشخاص الالتزام بفترة المشروع الكاملة بأفضل ما في وسعهم. وقد يسهل هذا الأمر حضورهم ويحدد توقعات المشاركين. ويمكن أن تساعد الاستمرارية في ضمان أن التوافق بين المشاركين ووصولهم إلى المستوى ذاته وأن يحظوا بفرص منتظمة للتفاعل.	قد يصعب العثور على جدول زمني يناسب جميع المشاركين، خاصة في البيئات الأكثر ثقلًا. سيتطلب هذا التخطيط غالبًا المرونة نيابة عن الميسرين والتخطيط المشترك مع المشاركين لضمان أفضل ملاءمة ممكنة. قد يشعر المشاركون بأنهم ملزمون بالمشاركة حتى في الجلسات التي تتناول موضوعات لا تجذب اهتمامهم.
أقل من 3 أشهر	قد تكون التدخلات قصيرة المدى مفيدة في الأماكن محدودة الموارد أو الوقت. ويمكنها أيضًا تقديم فرص لتجربة مفهوم دعم الأقران ومدى قبوله داخل مجتمعات محددة. وبناء عليه قد يرى المشاركون الالتزام أيسر.	قد لا تشكل علاقات الأقران بصورة كاملة وقد تكون التفاعلات محدودة. ومن دون الوقت اللازم لترسيخ الثقة، قد يصعب تعزيز العديد من الآليات الأساسية لدعم الأقران. وحتى في حالة تلمس نتائج إيجابية، تظل ديمومتها موضع شك.
أكثر من 3 أشهر أو	يستغرق دعم الأقران وقتًا طويلًا لتحقيق إمكاناته الكاملة، بما في ذلك العملية البطيئة لترسيخ الثقة والعلاقات بين الأقران. لهذه الأسباب، تبدو التدخلات طويلة الأمد (على سبيل المثال، التي تتراوح بين 3 و6 أشهر) أكثر فاعلية بوجه عام. ²⁸	قد يواجه الأقران صعوبة في الالتزام طوال المدة، خاصة في الأوضاع المتقلبة. ويجب توقع ارتفاع معدلات ترك المشاركة في بعض الأوضاع ³⁴ وقد يؤدي نقص الموارد اللازمة لدورات التمويل إلى منع فترات المشروع الأطول.
متكررة أو	لا يوجد تعريف واضح، فمرة واحدة في الشهر أو أكثر تعتبر متكررة. يمكن للتكرار العالي أن ييسر جميع النتائج، لأنه يجعل دعم الأقران جزءًا أكثر اتساقًا من حياة الناس ويتيح قدرًا أكبر من التفاعل والدعم. ²⁶	قد يصبح الحضور وتكاليف الفرصة البديلة المرتبطة به صعبًا بالنسبة للمشاركين. قد يكون الأشخاص في البداية غير راغبين في الالتزام باجتماعات كثيرة التكرار، خاصة إذا كانوا يشككون في قيمة دعم الأقران. ³⁴
غير متكررة	الخيار الأنسب للأوضاع التي يضطر فيها الأشخاص إلى السفر لمسافات طويلة ويواجهون صعوبة في تحمل تكاليفها. وقد تتسق بسهولة أكبر مع الفحوصات السريرية أو تلقي الأدوية، لأنها قد تكون أقل تكرارًا من شهرية.	قد يجد الأقران صعوبة في تنفيذ الرؤى من جلسة الدعم في حياتهم اليومية دون تلقي الدعم المستمر من الأقران. قد يساعد ربط دعم الأقران الشخصي مع المنصات عبر الإنترنت في التغلب على هذا الأمر.

الملحق "و": أسئلة التأمل لتصميم دليل

سؤال التأمل 1: ما الدور الذي يجب أن تؤديه عائلة الأقران وشبكاتهم الاجتماعية؟

ويمكن أيضًا اعتبار الشبكات الاجتماعية المباشرة للأقران، وخاصة مقدمي الرعاية، أشخاصًا مصابين بأمراض غير مُعدية، ويشكّلون تجارب الأقران وتصوراتهم وقدرتهم على الرعاية الذاتية.⁴⁹ ويمكن أن تؤدي مشاركتهم إلى تعزيز تأثير دعم الأقران مع فرض بعض المخاطر.

المخاطر المحتملة	المميزات المحتملة
يكنم الخطر الأساسي في عدم تقاسم مقدمي الرعاية لأوجه التشابه والتجارب ذاتها التي لدى الأقران، ومن ثم التأثير على تماسك المجموعة وآليات دعم الأقران الأساسية. وقد يهيمنون أيضًا على جلسات دعم الأقران، حيث يتدخلون في المساحة الموثوق بها التي أنشأها الأقران، إما علنًا (على سبيل المثال، التحدث نيابة عن الأقران) أو سرًا (على سبيل المثال، تردد الأقران في المشاركة علنًا). وقد يكون لشبكات المشاركين أيضًا المواقف والسلوكيات ذاتها التي يتمتع بها الأقران، والتي قد يؤثر بعضها سلبيًا على الرعاية الذاتية للأشخاص وصحتهم.	تشمل الميزات الرئيسية فرصة مشاركة الأقران تجاربهم مع الأشخاص القريبين منهم. وقد تبسّر مشاركتهم قدرة الأقران على تنفيذ ما تعلموه في حياتهم اليومية. على سبيل المثال، يصبح مجتمع الأقران أكثر دراية ومشاركة في الرعاية الذاتية. وقد يطلب الأقران بفاعلية مشاركتهم، كما حدث في دراسة الحالة 1 (لبنان). يمكن أن يكون إشراك مقدمي الرعاية للأقران ذا قيمة خاصة، بما في ذلك للأطفال أو الأشخاص ذوي الإعاقة. ففي المجموعات المشتركة، على سبيل المثال، قد يحضر مقدمو الرعاية بدلاً من الأقران إذا تعذر عليهم الحضور. كما قد يحتاج مقدمي الرعاية للدعم، وخصوصًا لأنه قد يكون لهم دور في المهام الروتينية للرعاية (الذاتية) للأقران.
<p>أمثلة على إشراك شبكات الأقران:</p> <ul style="list-style-type: none"> تخطيط جلسات محددة، حيث يمكن للأقران دعوة الآخرين. تيسير جلسات منفصلة لأفراد شبكة الأقران (على سبيل المثال مقدمي الرعاية). توجيه الأقران وشبكاتهم الاجتماعية بحضور المجموعة ذاتها. <p>يمكن اتخاذ هذا القرار مع المشاركين. وبغض النظر عن نوع المشاركة، يجب أن تبقى ملكية الحيز لدى الأقران. يؤدي الميسرون دورًا أساسيًا في الحفاظ على حيز آمن وإدارة التضاربات المحتملة. وللحد من المخاطر، قد يكون من المفيد التركيز مبدئيًا على تعزيز علاقات الأقران قبل إشراك شبكات الأشخاص.</p>	

يساعد الأقران على استيعاب المحتوى وتقديم الدعم المستمر والحفاظ على مدى انخراطهم ونأمل أن يسمح لهم ببدء تنفيذ التغييرات في حياتهم اليومية. وفي الدليل، يستطيع المنفذون مراعاة الأمور التالية:

- **توفير مواد تعليمية منزلية:** إن إعداد مواد تعليمية حتى يأخذها الأشخاص معهم إلى منازلهم يمكن أن يساعدهم على استيعاب محتوى الجلسات. وقد تتضمن هذه الموارد ملخصات للمحتوى وتمارين يومية وأنشطة للتأمل. قد تركز التمارين على دعم التغيير السلوكي، على سبيل المثال ورقة عمل ذاتية مثل مذكرة شخصية أو تجارب تحديد الأهداف. يجب أن تعكس جميع المواد التفضيلات المحلية ومستويات الإلمام بالقراءة والكتابة.
- **إعداد مساحة للأقران من أجل التواصل:** قد يتضمن هذا الأمر إعداد مجموعة دردشة عبر الإنترنت أو منظومة أصحاب بين مجموعات ثنائية من الأقران. وقد تسمح للأقران بالاطمئنان بعضهم على بعض بفاعلية ومشاركة المعلومات ذات الصلة. وترك للمشاركين مسألة كيفية استخدام هذه المنصات. على سبيل المثال، قد يفضلون أن تكون مساحة اجتماعية (على سبيل المثال، مشاركة صور من أيام الجلسات بموافقة صريحة من

سؤال التأمل 2: كيف يمكن الحفاظ على المرونة اللازمة للميسرين؟

من المرجح أن تختلف كيفية تلقي المشاركين للجلسات، بغض النظر عن مدى التخطيط الجيد لها، عبر مواقع التنفيذ أو مراحل الدعم. يجب أن يراعي الدليل إدراج خيارات والحث عليها حتى يتمكن الميسرون من تكيفها مع سياقهم المحلي. على سبيل المثال:

- الإشارة إلى أن الميسرين يمكنهم تكيف أي أمثلة حتى تصبح ذات صلة محليًا.
- الحفاظ على عناصر وصف الأنشطة في نقاط حتى تسمح للميسرين بتطويعها بعبارة الخاصة.
- إضافة خيارات مختلفة لكيفية إدارة الميسرين لنشاط ما.
- جعل الميسرين يطلبون من المشاركين تقديم أمثلة أو قصص، حينما كان ذلك مناسبًا.

يجب ذكر هذه الخيارات بوضوح وبساطة في إطار دليل دعم الأقران.

سؤال التأمل 3: كيف يتم التعامل مع الوقت المتخلل للجلسات؟

يتضمن تصميم الدليل ثمة ميل للتركيز على موضوعات الجلسات المحددة. وللوقت الذي يتخلل الجلسات دور يتمتع بالقدر ذاته من الأهمية. حيث يمكن أن

الملحق "و": أسئلة التأمل لتصميم دليل

المشاركين). يجب أن يبدأ الميسرون المنصة ويشجعون المشاركين على الانضمام. ويجب أن يوازن هذا الاختيار بين قيمته المتصورة وإمكانية الوصول إليه (على سبيل المثال، استثناء أفراد المجموعة الذين لا يمكنهم الوصول إلى إنترنت موثوق به) والمخاوف المتعلقة بحماية البيانات.

- **المتابعة مع الأقران:** قد يكون من المفيد أن يتابع الميسرون بفاعلية مع الأقران بين الجلسات. فقد يشعر الأقران بأنهم محل تقدير وأن لهم قيمة عند استغراق وقت في التواصل معهم. وقد يذكر الميسرون أيضًا المشاركين بالجلسات المقبلة أو المعلومات الأخرى ذات الصلة. ونظرًا لما يتطلبه هذا العمل من مجهود إضافي، يجب الاتفاق عليه ضمن وصف دور الميسرين.

سؤال التأمل 4: ماذا يحدث بعد الجلسات المحددة؟

إذا كان المنقذون يستخدمون موضوعات الجلسات من أجل تنظيم التدخل، فيجب عليهم التفكير في الفترة التي تلي آخر جلسة محددة. يمكن أن يستمر دعم الأقران بصورة مباشرة للنمط الحالي أو يتخذ نمطًا جديدًا تمامًا. على سبيل المثال، يمكن أن يفقد الأقران المجموعة بصورة مستقلة أو قد تقدم المؤسسة بعض الدعم المحدود. يجب أن يراعي الدليل "فترة الاستدامة" هذه ويُعد المجموعة لها. وقد تكون منصة التواصل المستخدمة طوال الوقت مصدرًا مفيدًا يُعتمد عليه.

الملحق "ز": الموضوعات المحتملة لتدريب الميسرين

1. مقدمة للموضوع (10%)
 - a. خطة المشروع وأهدافه
 - b. بنية مشروع دعم الأقران ونطاقه
 - c. وصف دور الميسر (معالجة الأسئلة والمخاوف)
 2. أساسيات دعم الأقران (10%)
 - a. ما المقصود بدعم الأقران؟ التعريفات والميزات الرئيسية والليات
 - b. قيم دعم الأقران (انظر المقدمة) والتطبيق العملي لها³⁶
 3. عقلية التيسير ومهاراته (30%)
 - a. مقدمة للتيسير
 - i. ما مقومات الميسر الجيد؟ المورد: دليل قادة الأقران (الاتحاد الدولي للسكري)
 - ii. كيف يختلف التيسير عن الأدوار الأخرى؟
 - iii. وجهات النظر الصعبة التي تتناقض مع قيم دعم الأقران، مثل الاستقلالية والمساواة (على سبيل المثال، المساعدة والحل والتدريس)
 - iv. الرعاية الذاتية للميسر
 - b. ممارسة مهارات التيسير:
 - i. مهارات التواصل، على سبيل المثال:
 - الاستماع الفعّال (المورد: دليل قادة الأقران (الاتحاد الدولي للسكري)، ص 30)
 - نموذج OARS "الأسئلة المفتوحة - التأكيدات - الاستماع التأملي - التلخيص" (مهارات التواصل المتعلقة بـ OARS "الأسئلة المفتوحة - التأكيدات - الاستماع التأملي - التلخيص"، وكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة (AHRQ))
 - التواصل الخالي من العنف
 - إدارة النزاعات
 - قيادة المحادثات الصعبة/ الاحتفاظ بمساحة
 - ii. ترسيخ الدافع: المقابلات التحفيزية وتحديد الأهداف

المورد: دليل قادة الأقران (الاتحاد الدولي للسكري)، على سبيل المثال، الصفحات من 19 إلى 20 والفصلين 2 و3)
 - iii. وضع الحدود
4. المعرفة الفنية (10%)
 - a. أساسيات الأمراض غير المعدية: المرض والتشخيصات والمضاعفات والعلاج. اتسق مع المبادئ التوجيهية التنظيمية أو الوطنية أو غيرها من المبادئ التوجيهية ذات الصلة. المورد: دليل قادة الأقران (الاتحاد الدولي للسكري).
 - b. التداخل بين الأمراض غير المعدية والصحة الذهنية والإعاقة
 - c. نقاط القوة والقيود في دور الميسر
 - i. القوة في المعرفة التجريبية - وليس السريرية
 - ii. أهمية قول "لا أعرف"
5. تدريب الدليل الخاص (30%)
 - a. المنطق العام وتدفق الدليل
 - b. التدريب العملي على جميع الأنشطة المخطط لها
 - c. الالتزام بالمرونة بالدليل مقابل المرونة المحلية
6. التدريب المجاني (10%)
 - a. المفاهيم الخاطئة الشائعة والمواقف الصارة المحتملة. قد تركز هذه الأمور حول الأمراض غير المعدية أو أي سمات للمشارك (مثل العرق أو وضع اللجوء أو مستوى التعليم)
 - i. الوصمة والتمييز
 - ii. المحددات الاجتماعية للصحة
 - iii. التنوع والاندماج الاجتماعي
 - b. الإسعافات الأولية النفسية والأساليب المستنيرة للصددمات

المورد: الدعم المستند إلى المجتمع (مركز IFRC PS) و دليل الأصوات الداعمة (مركز IFRC PS)
 - c. العمليات والمبادئ التوجيهية التنظيمية (بما في ذلك مسارات وأدوات الإحالة)

المورد: المذكرة التوجيهية للإحالة (اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات)

الملحق "ح": قائمة بتحديات التنفيذ المختارة والحلول المحتملة (مقتبسة من 16)

التحدي	المثال	الحل المحتمل
صعوبة إشراك مجموعة فرعية محددة	يصعب ضم الرجال أو عدم مشاركتهم في جلسات دعم الأقران	<ul style="list-style-type: none"> • مواءمة الأنشطة مع اهتمامات المجموعات الفرعية • مراجعة اختيار اللغة في جميع الاتصالات • ضبط التوقيت ليناسب احتياجات المشاركين • بالنسبة للمجموعات، التفكير في فصل المجموعات
تصبح وسائل النقل غير متاحة أو غير ميسورة التكلفة بالنسبة للمشاركين	تدهور الوضع الاقتصادي أو الاعتماد على أفراد الأسرة لتوفير وسائل النقل	<ul style="list-style-type: none"> • الربط مع أيام الاستشارة السريرية • تقديم قسائم وسائل نقل مستندة إلى النقد المالي • ترتيب خيارات سفر • الانتقال إلى مواقع أقرب • التفكير في الأنماط عبر الإنترنت
بعض المشاركين غير قادرين على الحضور بسبب الأعراف الثقافية أو تردد أسرهم	حاجة المرأة إلى إذن للخروج من المنزل، أو فترة حداد تتطلب بقاء الشخص في المنزل	<ul style="list-style-type: none"> • الانتقال إلى موقع مقبول • تمكين المشاركة عن بُعد • استخدام تنسيق الأصدقاء، حيث يقدم الدعم لبعضهم لبعض • ترتيب لقاء معلوماتي مع عائلات أقرانهم أو المجتمع
المشاركون غير متاحين في أوقات الاجتماع المحددة	تعذر حضور الأشخاص بسبب التزامات العمل أو الممارسات الثقافية أو الدينية أو المشكلات الصحية	<ul style="list-style-type: none"> • المشاركة في اتخاذ القرارات بشأن أوقات الاجتماعات • استخدام جدول مواعيد جلسات مرنة • المواءمة مع أيام الاستشارة السريرية
يفقد المشاركون الاهتمام بمرور الوقت	حضور انتقائي للجلسات على أساس الفائدة	<ul style="list-style-type: none"> • إعادة التفكير في قيمة التدخل • التأكيد على أهمية الحضور • نشر موضوعات الجلسة مسبقاً • تطوير نظام الأصدقاء أو المتابعة
يعزز دعم الأقران المقارنات السلبية بين الأقران ويؤدي إلى الصراع بين الأشخاص ^{37,8}	قد يقارن الأقران أنفسهم ببعضهم بصورة سلبية، على سبيل المثال، "من حالته أسوأ؟"	<ul style="list-style-type: none"> • التخطيط لجلسة حول قواعد المجموعة • توفير التدريب على مهارات الاتصال • الميسرون إعادة توجيه المحادثات
يستخدم القادة أو الميسرون الأقران نهج تدريب هرمياً ³⁷	يمكن للقادة الأقران المُدرِّبين أن يتدخلوا في دور المعلم بناءً على المهارات المكتسبة في أثناء التدريب	<ul style="list-style-type: none"> • (إعادة) تدريب القادة الأقران على مهارات التيسير الأساسية • مناقشة أوصاف الأدوار مع الميسرين والتأكيد على الاحتفاظ بالمساحة بدلاً من المساعدة (أي التسلسل الهرمي للمانح/المتلقي) • تعزيز ملكية المشاركين الأقران للجلسات
إضعاف المشورة الفنية عن طريق النشر الشفهي	يشارك الميسرون المعلومات مع الأقران شفهيًا في أثناء الجلسات	<ul style="list-style-type: none"> • تقديم المواد المرئية التي تؤخذ إلى المنزل • مشاركة ملخصات الجلسات في دردشة جماعية • تسليط الضوء على موضوعات الجلسة السابقة في بداية جلسة جديدة
تتجاوز أسئلة الأقران مهارات الميسر وتدريبه	يطرح الزملاء أسئلة فنية على الميسرين ولا يستطيعون الإجابة عنها	<ul style="list-style-type: none"> • إضافة هياكل إشرافية، حيث يمكن للميسرين التوضيح • التأكيد على القيود المفروضة على دور الميسر • إشراك الموظفين الفنيين في الجلسات (على سبيل المثال، شكل الأسئلة والأجوبة)

الملحق "ط": قائمة انتقائية لكلٍ من تدابير ومؤشرات المراقبة والتقييم المحتملة

النوع	التدبير	أمثلة المؤشر
المدخلات والعمليات	اختيار الميسر	عدد الأشخاص الذين تم التواصل معهم مقابل الأشخاص الذين تم اختيارهم (مصنفين)
	تنفيذ التدريب	عدد دورات تدريب المُيسرين التي تم إجراؤها
	تنفيذ التدخل	عدد المواقع والمجموعات والجلسات التي تم إجراؤها خلال فترة زمنية معينة
	التكاليف	تكاليف المشروع (المباشرة، وغير المباشرة)
	تجارب الأقران	تدابير التجارب المبلّغة شخصيًا
المخرجات	تنفيذ التدريب	عدد الميسرين (والموظفين المرتبطين بهم) المدربين
	الوصول إلى التدخل	عدد المشاركين / عدد المشاركين المؤهلين من الفئة السكانية المستهدفة (مصنفة)
		النسبة المئوية لرفض المشاركة (مصنفة)
	معدل تبني التدخل	عدد المشاركين / المجموعات وخصائصهم
	معدل المشاركة	النسبة المئوية لحضور المشاركين
	فقدان المتابعة	النسبة المئوية للمشاركين الذين أكملوا التدخل مقابل من تركوا المشاركة (مصنفة)
	قبول أصحاب المصلحة	البيانات النوعية حول القبول
	آلية تقديم الشكاوى مطبقة وتعمل	عدد الشكاوى المتلقاة/ المعالجة
	تنفيذ التدريب	درجات اختبار المعرفة قبل التدريب وبعده
	النتائج السريرية البديلة (مثل مرض السكري)	متوسط التغيرات في مستويات الجلوكوز في الدم لدى المشاركين متوسط التغيرات في مستوى HbA1c لدى المشاركين
النتائج	المضاعفات والنتائج "الصعبة"*	التغيرات في درجات الاكتئاب النسبة المئوية للأشخاص الذين لديهم إحالة من المستوى الثالث النسبة المئوية للأشخاص الذين تم علاجهم من المضاعفات
	نوعية الحياة*	التغيرات في درجات نوعية الحياة (على سبيل المثال، تقييم نوعية الحياة التابع لمنظمة الصحة العالمية "WHO-QOL")
	النتائج الاجتماعية*	التغيرات في الدعم الاجتماعي أو درجات العزلة

الملحق "ط": قائمة انتقائية لكلٍ من تدابير ومؤشرات المراقبة والتقييم المحتملة

النوع	التدبير	أمثلة المؤشر
النتائج	الرعاية الذاتية والتغيير السلوكي*	النسبة المئوية للأشخاص الذين يتبعون العلاج على النحو الموصوف
		التغيرات في عوامل الخطر السلوكية (مثل خطوات منظمة الصحة العالمية)
	الأداء اليومي*	متوسط التغيرات في درجات الإعاقة (على سبيل المثال، جدول تقييم الإعاقة التابع لمنظمة الصحة العالمية "WHO-DAS")
	النتائج النفسية*	التغيرات في درجات اختبار المعرفة
		مستويات التوتر (على سبيل المثال، درجات الضائقة المرتبطة بمرض السكري)
		التغيرات في درجة الكفاءة الذاتية
	الاستفادة من الرعاية الصحية	عدد الزيارات السريرية (أو التداخل مع إرشادات العلاج)
* التدابير التي تتطلب غالبًا جمع بيانات إضافية تتجاوز المراقبة والفحص السريري الروتيني.		