التقرير العالمي عن الصحة النفسية

إحداث تحوّل في الصحة النفسية لصالح الجميع

منظمة الصحة العالمية

منظمة
الصحة العالمية

التقرير العالمي عن الصحة النفسية

إحداث تحوّل في الصحة النفسية لصالح الجميع

التقرير العاملي عن الصحة النفسية: إحداث تحوّل في الصحة النفسية لصالح الجميع

[World mental health report: transforming mental health for all]

ISBN 978-92-4-007335-7 (نسخة إلكترونية)

ISBN 978-92-4-007336-4 (نسخة مطبوعة)

© منظمة الصحة العالمية 2023

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

وبمقتضى هذا الترخيص يجوز لكم نسخ المصنف وإعادة توزيعه وتحويره للأغراض غير التجارية، شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم، كما هو مبيّن أدناه. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمتم بتحوير هذا المصنف، فيجب عندئذٍ الحصول على ترخيص لمصنفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي ((Creative Commons licence أو ما يعادله. وإذا قمتم بترجمة المصنف، فينبغي إدراج بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: "هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)). والمنظمة غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. والإصدار الأصلي بالإنكليزية هو الإصدار الملزم وذو الحجية."

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/).

الاقتباس المقترح. التقرير العاملي عن الصحة النفسية: إحداث تحوّل في الصحة النفسية لصالح الجميع

[World mental health report: transforming mental health for all]

جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2023. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

بيانات الفهرسة أثناء النشر. بيانات الفهرسة أثناء النشر متاحة على الرابط http://apps.who.int/iris/.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط https://www.who.int/publications/book-orders. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات بشأن الحقوق والترخيص، انظر الرابط http://www.who.int/ar/copyright.

مواد الطرف الثالث. إذا رغبتم في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور، فعليكم مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام، والحصول على إذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده مخاطر أي مطالبات تنشأ نتيجة انتهاك أي عنصر في المصنف تعود ملكيته لطرف ثالث.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. لا تنطوي التسميات المستخدمة في هذا المطبوع وطريقة عرض المواد الواردة فيه، على أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة والخطوط المتقطعة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

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

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك، فإن المواد المنشورة تُوزع دون تقديم أي نوع من أنواع الضمانات، صريحةً كانت أم ضمنية. ويتحمّل القارئ وحده المسؤولية عن تفسير هذه المواد واستعمالها. ولا تتحمل المنظمة (WHO) بأي حال من الأحوال المسؤولية عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

Graphic design and layout. Café.art.br and Ara Johannes.

المحتويات

تصدير vi

تمهيد vii

شكر وتقدير viii

موجز تنفيذي xi

١- مقدمة ١

١-١ بعد مضي عشرين عامًا ٢

١-٢ حان وقت التغيير ٥

١-٣ نبذة عن هذا التقرير ٧

٢- مبادئ الصحة النفسية العامة والعوامل المؤثرة فيها ٩

٢-١ مفاهيم في الصحة النفسية ١١

٢-٢ محددات الصحة النفسية ١٩

٢-٣ المهددات العالمية التي تتعرض لها الصحة النفسية ٢٦

تحت المجهر: كوفيد-١٩ والصحة النفسية ٢٨

٣- الصّحة النفسية في العالم اليوم ٣٥

٣-١ لمحة عامة عن الوبائيات ٣٩

٣-٢ الآثار الاقتصادية ٥٠

٣-٣ الفجوات في الصّحة النفسية العامة ٥١

٣-٤ الحواجز التي تحول دون طلب الرعاية ٦٥

٤- فوائد التغيير ٦٩

٤-١ النهوض بالصحة العامة ٧١

٤-٢ تعزيز حقوق الانسان وحمايتها ٨٠

تحت المجهر: إشراك الأشخاص ذوي التجربة الحية وتمكينهم ٩٢

٤-٣ تمكين التنمية الاجتماعية والاقتصادية ٩٥

٥- أُسس التغيير ١٠٣

٥-١ أطر السياسات والممارسات ١٠٥

٥-٢ الفهم والالتزام ١١٥

تحت المجهر: تسخير التقنيات الرقمية لفائدة الصحة النفسية ١٢٤

٥-٣ تمويل الصحة النفسية ١٢٨

٥-٤ الكفاءات والموارد البشرية ١٣٣

٦- التعزيز والوقاية من أجل إحداث التغيير المطلوب ١٤٧

٦-١ تعزيز الصحة النفسية والوقاية الشاملة من اعتلالاتها ١٥١

٦-٢ الوقاية الانتقائية والوقاية المحدَّدة ١٥٧

تحت المجهر: تمكين برامج التعزيز والوقاية المتعددة القطاعات: ما دور القطاع الصحي؟ ١٦٠

٦-٣ أولويات منتقاة ينبغي توجيه الجهود نحوها ١٦٣

٧- إعادة هيكلة الرعاية وتوسيع نطاقها من أجل إحداث التأثير المطلوب ١٨٧

٧-١ فهم رعاية الصحة النفسية المجتمعية ١٨٩

٧-٢ دمج الصحة النفسية في الخدمات الصحية ٢١١

٧-٣ خدمات الصحة النفسية المجتمعية ٢٢٢

٧-٤ خدمات الصحة النفسية خارج قطاع الصحة ٢٣٩

٨- الخلاصة ٢٤٧

٨-١ العمل الشامل ٢٤٨

٨-٢ مسارات التحوُّل ٢٤٩

٨-٣ تضافر الجهود من أجل إحداث التغيير المطلوب ٢٥٥

تصدير

بما أن العالم قد بدأ يتعايش مع الآثار بعيدة المدى لجائحة كوفيد-١٩ ويتعلم منها، فإن ذلك يقتضي منا جميعًا أن نُعمل فكرنا في أحد أبرز جوانبها - وهو الخسائر الفادحة التي ألحقتها بالصحة النفسية للناس. وارتفعت معدلات الاعتلالات الشائعة أصلًا مثل الاكتئاب والقلق بنسبة ٢٥٪ في السنة الأولى من الجائحة، ويضاف إليها ما يقرب من مليار شخص يعانون أصلًا من اضطرابات نفسية. ويجب علينا، في الوقت نفسه، أن نقرّ بضعف النظم الصحية التي تحاول تلبية احتياجات الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الصحة النفسية الجديدة والموجودة من قبلُ.

ولا تعني الصحة النفسية غياب المرض فحسب، بل هي جزء لا يتجزأ من صحتنا وعافيتنا الفردية والجماعية. وكما هو وارد في هذا التقرير الخاص بالصحة النفسية في العالم، يتعين علينا، من أجل تحقيق الأهداف العالمية المنصوص عليها في خطة العمل الشاملة التي وضعتها منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية للفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠ وأهداف التنمية المستدامة، تحويل مواقفنا وأنشطتنا ونُهجنا من أجل تعزيز الصحة النفسية وحمايتها، وتوفير الرعاية للمحتاجين والعناية بهم. وبمقدورنا، بل ينبغي لنا فعل ذلك بتغيير البيئات التي تؤثر على صحتنا النفسية وتطوير خدمات الصحة النفسية المجتمعية القادرة على تحقيق التغطية الصحية الشاملة لجوانب الصحة النفسية. وفي إطار هذه الجهود، يجب علينا تكثيف عملنا التعاوني الرامي إلى دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية.

وبذلك، سنحدّ من المعاناة، ونحافظ على كرامة الناس، وندفع قدمًا بتنمية مجتمعاتنا المحلية ومجتمعاتنا. وتتمثل رؤيتنا في إيجاد عالم تحظى فيه الصحة النفسية بالتقدير والدعم والحماية؛ ويتسنى فيه تفادي اعتلالات الصحة النفسية؛ ويمكن لأي شخص أن يمارس حقوقه الإنسانية ويحصل على الرعاية الصحية النفسية الجيدة والمعقولة التكلفة؛ ويمكن للجميع أن يشاركوا فيه مشاركة كاملة في مجتمع خال من الوصم والتمييز.

ولتحقيق هذا التحول الطموح، يتعين أن تبذل جميع البلدان، غنية كانت أو فقيرة، مستقرة أو هشة، متأثرة بحالات الطوارئ أو غير متأثرة بها، جهودًا متضافرة ومتجددة في هذا الشأن. وستضطلع منظمة الصحة العالمية بدورها بوصفها الوكالة الرائدة في مجال الصحة العالمية وستواصل العمل على الصعيدين الوطني والدولي لتوفير القيادة الاستراتيجية والبيّنات والأدوات والدعم التقني.

وفي نهاية المطاف، لا وجود للصحة من دون صحة نفسية.

الدكتور تيدروس أدحانوم غيبريسوس
المدير العام
منظمة الصحة العالمية

تمهيد

اعتلالات الصحة النفسية شائعة جدًا في جميع بلدان العالم. وتهمل معظم المجتمعات ومعظم النظم الصحية والاجتماعية الصحة النفسية ولا تقدّم ما يحتاجه الناس ويستحقونه من رعاية ودعم. والنتيجة هي أن الملايين من الناس في شتى أنحاء العالم يعانون في صمت أو يتعرضون لانتهاكات حقوق الإنسان أو يتأثرون سلبًا في حياتهم اليومية.

وينبغي ألا يكون ذلك هو حال الصحة النفسية، على الصعيد العالمي أو في بلدك. ويجب ألا يكون كذلك. ويدعو هذا التقرير الخاص بالصحة النفسية في العالم إلى إحداث تحوّل في الصحة النفسية ويبيّن أن بالإمكان تحقيق ذلك. ويستكشف، باستخدام نتائج البحوث والممارسة، خيارات متنوعة لترسيخ القيمة والالتزام اللذين نمنحهما للصحة النفسية، وإعادة تشكيل البيئات التي تؤثر في الصحة النفسية، وتطوير خدمات الصحة النفسية المجتمعية وتعزيزها. ويظهر هذا التقرير، بإيراد أمثلة على التغيير الإيجابي من جميع أنحاء العالم، أن لدى كل بلد، بغض النظر عن وضعه، العديد من الفرص الكفيلة بتحسين الصحة النفسية للبالغين والأطفال إلى حد بعيد.

وستجد في ثنايا هذا التقرير قصص يرويها أشخاص من شتى أنحاء العالم لديهم تجارب حية مع اعتلالات الصحة النفسية. وتبيّن قصصهم الحالة التي يبدو عليها الدعم الصحي والاجتماعي فعليًا، وكيف يمكن أن يؤدي إلى التعافي، وكيف يختلف معناه من شخص لآخر. وتتحدث عن المعاناة والوصم والإقصاء الاجتماعي الذي يحدث في غياب البيئات والخدمات التي تحمي الصحة النفسية وتدعمها والتي توفر رعاية جيدة بأسعار معقولة. وتمثل هذه القصص، في نهاية المطاف، رسالة تذكير تؤكد أن الاستثمار في الصحة النفسية وإحداث تحول فيها يعني الاستثمار في البشر. كل فرد له الحق في التمتع بالصحة النفسية. وكل فرد يستحق أن يحظى بالفرصة التي تحقق له الازدهار.

ديفورا كيستل
مديرة
إدارة الصحة النفسية واستخدام مواد الإدمان
منظمة الصحة العالمية

شكر وتقدير

القيادة

أُعد هذا التقرير تحت التوجيه العام لديفورا كيستل وبتنسيق مارك فان أوميرين، من إدارة الصحة النفسية واستخدام مواد الإدمان في منظمة الصحة العالمية.

فريق الصياغة والتحرير

سيان لويس (لندن، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية)، وملفين فريمان (جوهانسبرغ، جنوب أفريقيا)، ومارك فان أوميرين (منظمة الصحة العالمية)، ودان تشيشولم (منظمة الصحة العالمية)، وأوليفيا غاسكوين سيغل (برمنغهام، المملكة المتحدة)، وديفورا كيستل (منظمة الصحة العالمية).

المساهمون والمراجعون في منظمة الصحة العالمية

موظفو المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية ومستشاروه: أيمال أختار، وإيلين بروهان، وأليسون برونييه، ورودريغو كاتالدي، وكين كارسويل، وماتيو سيزاري، وفينكاترامان شاندرا مولي، وسوديبتو تشاترجي، ونيرجا شودري، وناتالي درو، وتارون دوا، وبتول فاطمة، وألكسندرا فليشمان، وستيفاني فريل، وميشيل فونك، وكلوديا غارسيا - مورينو، وبراندون غراي، وفهمي حنا، وتياغو هيريك دي سا، وجانغ هيوبوم، وكافيتا كولابا، وعائشة مالك، وجون ماهوني، وغيرغانا مانولوفا، وفلاديمير بوزنياك، وجيفري ريد، وناتالي روبل، وكاترين سيهر، وأليسون شيفر، وكيارا سيرفيلي، ونيكولين شيس، ويوكا سومي، ومايك فان نيكيرك، وإنكا فايسبيكر.

موظفو منظمة الصحة العالمية في الأقاليم والبلدان: فلورنس بينغانا (المكتب الإقليمي لأفريقيا)، كاتارينا دال (المكتب القطري للبرازيل)، تشينشو دورجي (المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا)، وجنيفر هول (المكتب القطري لمنظمة الصحة العالمية في فيجي)، وماتياس إيرارازافال (المكتب الإقليمي للأمريكتين)، وليديا لازيري (المكتب الإقليمي لأوروبا)، ريناتو أوليفيرا إي سوزا (المكتب الإقليمي للأمريكتين)؛ وخالد سعيد (المكتب الإقليمي لشرق المتوسط) ومارتن فاندندايك (المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ).

المساهمون وخبراء الاستعراض الخارجيون

الفريق الاستشاري: فاطمة الشرفي (جامعة تونس المنار، تونس)؛ وفيونا تشارلسون (جامعة كوينزلاند، أستراليا)؛ وبيم كويبرس (جامعة فريجي أمستردام، هولندا)؛ وتيرسداك ديتكونغ (إدارة الصحة النفسية، تايلند)؛ وجوليان إيتون (الإرسالية المسيحية للمكفوفين وكلية لندن للصحة والطب الاستوائي، المملكة المتحدة)؛ ودانيال فونغ (الرابطة الدولية للطب النفسي للأطفال والمراهقين والمهن المرتبطة بها، سنغافورة)؛ وغريس غاتيرا (كيغالي، رواندا)؛ وسيسيليا غيلين (منظمة "En Primera Persona AC"، المكسيك)؛ وسايما حسين (مؤسسة شوتشونا، بنغلاديش)؛ وأسماء همايون (إسلام أباد، باكستان)؛ وآن لوفيل (المعهد الفرنسي للصحة والبحوث الطبية، فرنسا)؛ وناصر لوزا (الاتحاد العالمي للصحة النفسية، مصر)؛ ونينو ماخاشفيلي (جامعة إيليا الحكومية، تبليسي، جورجيا)؛ وروبرتو ميزينا (الشبكة الدولية المتعاونة في مجال الصحة النفسية، إيطاليا)؛ وكريستيان مونتينيغرو (جامعة إكستر، شيلي)؛ وفيكرام باتل (كلية الطب بجامعة هارفارد، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ وسوميترا باثاري (جمعية القانون الهندية، الهند) وأشوين فاسان (فاونتن هاوس، الولايات المتحدة الأمريكية).

المساهمون في سرد التجارب الحية:
ماري أبانغا (الكاميرون)، وإسنام أبرا دراه (غانا)، وأميرة علي الجمال (الأردن)، بنيامين بالاه (ليبيريا)، ونور عوض (لبنان)، وديكسوني إيمانويل (تنزانيا)، وساندرا فيريرا (جنوب أفريقيا)، وريجينا سيليا فريري دا سيلفا (البرازيل)، وأوديريلينغ كاسال (بوتسوانا)، وستيفن لولور (المملكة المتحدة)، وإينوك لي (الصين)، وتاميرا لوين (كندا)، وجوانا لوفون (بيرو)، وكات ماكنتوش (جمهورية ترينيداد وتوباغو)، وليون غاي ماير (إسرائيل)، وإيليني ميسغاناو (إثيوبيا)، وأنجليكا مكورونغو (زمبابوي)، والسيدة بي إن (غير معروف)، ونتوكوزو نياثي (زمبابوي)، وبيني براويرا (إندونيسيا)، وأليخاندرا ريفيرا (بيرو)، وكلوديا سارتور (جنوب أفريقيا)، وألكسندرا شوستر (المملكة المتحدة)، وأوليفيا غاسكوين سيغل (المملكة المتحدة)، وشارلين سونكل (جنوب أفريقيا)، وأندرس تيمز (المملكة المتحدة)، ولورا فان توش (الولايات المتحدة الأمريكية)، وسحر فاسكيز (بليز)، ولاري وايت (كندا)، وزينب (المغرب).

مساهمون وخبراء استعراض نظراء آخرون: ألاستير أغر (جامعة الملكة مارغريت، المملكة المتحدة)؛ وإسراء العطاش (وزارة الصحة، تركيا)؛ وبنيامين بالاه (منظمة الزراعة أمل المستخدمين، ليبيريا)؛ وكورادو باربوي (جامعة فيرونا، إيطاليا)؛ جوناثان كامبيون (الصندوق الاستئماني لمؤسسة الخدمات الصحية الوطنية لجنوب لندن ومودسلي، المملكة المتحدة)؛ وأوديل تشانغ (جامعة فيجي الوطنية، فيجي)؛ وليوناردو كوبيلوس (المعهد الوطني للصحة العقلية، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ ومايكل إدلستون (جامعة إدنبرة، المملكة المتحدة)؛ وإيما فيرغسون (اليونيسف، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ وأليز فيراري (جامعة كوينزلاند، أستراليا)؛ وكوستاس فونتولاكيس (جامعة أرسطو في سالونيك، اليونان)؛ وشارلوت هانلون (كينغز كوليدج لندن، المملكة المتحدة وجامعة أديس أبابا، إثيوبيا)؛ وهيلين هيرمان (جامعة ملبورن، أستراليا)؛ وزينب حجازي (اليونيسف، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ وبريسيلا إيديل (المكتب التنفيذي للأمين العام للأمم المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ ولين جونز (مدرسة لندن للصحة والطب الاستوائي، المملكة المتحدة)؛ ورينيه كيت (خدمات الصحة النفسية لشمال هولندا الشمالية، هولندا)؛ وكريستيان كيلينغ (الجامعة الاتحادية في ريو غراندي دو سول، البرازيل)؛ وسارة كلاين (منظمة متحدون من أجل الصحة النفسية العالمية، المملكة المتحدة)؛ وبراندون كوهرت (جامعة جورج واشنطن، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ وشيريان كرامر (كلية جامعة أمستردام، هولندا)؛ وجوانا لاي (اليونيسف، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ وباتريشيا لانديز (اليونيسف، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ وكريك لوند (كينغز كوليدج لندن، المملكة المتحدة وجامعة كيب تاون، جنوب أفريقيا)؛ ماريو ماج (جامعة كامبانيا، إيطاليا)؛ آنا ماريا مانتيلا هيريرا (جامعة كوينزلاند، أستراليا)؛ وسيمون نجوغونا كاهونغي (وزارة الصحة، كينيا)؛ وجوزيف كوي (وزارة الصحة، ليبيريا)؛ وجيمس سيل (منظمة متحدون من أجل الصحة النفسية العالمية، المملكة المتحدة)؛ وبالميرا دوس سانتوس (وزارة الصحة، موزامبيق)؛ وشيخار ساكسينا (مدرسة هارفارد تي إتش تشان للصحة العامة، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ وبينيديتو ساراسينو (جامعة نوفا لشبونة، البرتغال)؛ ونورمان سارتوريوس (رابطة تحسين برامج الصحة النفسية، سويسرا)؛ وجميلة شديد (جامعة كوينزلاند، أستراليا)؛ وبيك سميث (ويلكوم ترست، المملكة المتحدة)؛ وداميان سانتوماورو (جامعة كوينزلاند، أستراليا)؛ وشارلين سنكل (الشبكة العالمية لأقران الصحة النفسية، جنوب أفريقيا)؛ وأنجي تار (وزارة الصحة، ليبيريا)؛ وغراهام ثورنيكروفت (كينغز كوليدج لندن، المملكة المتحدة)؛ وويتسي تول (جامعة كوبنهاغن، الدنمارك)؛ و بيتر فينتيفوغل (مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، سويسرا)؛ وهارفي وايتفورد (جامعة كوينزلاند، أستراليا)؛ وميراندا وولبرت (ويلكوم ترست، المملكة المتحدة)؛ وسينثيا زافالا (جامعة كوينزلاند، أستراليا).

الدعم المالي

الوكالة السويسرية للتنمية والتعاون، والوكالة النرويجية للتعاون الإنمائي، ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة.

موجز تنفيذي

عرض عام للتقرير العالمي عن الصحة النفسية: إحداث تحوّل في الصحة النفسية لصالح الجميع

١ مقدمة: تقرير عالمي

حفز التغيير وتوجيه دفته

٢ مبادئ الصحة النفسية والعوامل المؤثرة فيها

المحددات

المفاهيم الأساسية

٣ الصحة النفسية اليوم: لماذا نحتاج إلى إحداث تحوُّل في الصحة النفسية؟

أزمة تتزايد باطراد

٤ مبررات التحوّل ما هي الفوائد التي سيحققها التغيير؟

دعم التنمية

حماية حقوق الإنسان

النهوض بالصحة العامة

٥ الأسس: كيف يمكن أن نشحذ الهمم من أجل التغيير؟

الكفاءات
- القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية
- مقدمو الرعاية المجتمعية
- الرعاية الذاتية

التمويل
- التمويل المحلي
- الاستثمار الخارجي

الالتزام
- الإرادة السياسية
- المصلحة العامة
- العمل المجتمعي

الأطر
- القوانين والخطط والسياسات
- البحث والمعلومات

٦ و ٧ إصلاح الصحة النفسية: كيف يمكن أن نعيد هيكلة الخدمات من أجل التغيير؟

تقديم الرعاية الصحية النفسية في المجتمع المحلي

توسيع الرعاية فيما يخص الاعتلالات الشائعة

تقديم الرعاية خارج المؤسسات فيما يخص الاعتلالات الشديدة

- الخدمات المجتمعية
- الرعاية الصحية عموماً
- خارج القطاع الصحي

تعزيز الصحة النفسية من أجل مصلحة الجميع
حماية المعرضين للخطر

- منع الانتحار
- الأطفال والمراهقين
- الصحة النفسية في العمل

٨ مسارات التحوّل

تعزيز رعاية الصحة النفسية

إعادة تشكيل البيئات

ترسيخ القيم والالتزام

الفصل ١: مقدمة

تقرير عالمي من أجل حفز التغيير وتوجيه دفته.

بعد مرور عشرين عامًا على نشر منظمة الصحة العالمية تقريرها التاريخي الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠١: الصحة النفسية: مفهوم جديد وآمال جديدة، لا تزال التوصيات المقدمة آنذاك صالحة إلى اليوم.

ومع ذلك، فقد أحرز الكثير من التقدم. وازداد الاهتمام بالصحة النفسية وفهمها. وقد وضعت العديد من البلدان سياسات أو خططًا للصحة النفسية وحدّثتها وعززتها. وأبرزت حركات المناصرة أصوات الأشخاص الذين لديهم تجارب حية مع اعتلالات الصحة النفسية. وقد أحرز هذا المجال تقدمًا من الناحية التقنية مسترشدًا في ذلك بالبحوث. وتتوافر الآن في مجال الصحة النفسية العديد من المبادئ التوجيهية والكتيبات والأدوات الأخرى العملية والقائمة على البيّنات، وهي متاحة للتنفيذ.

اعتمدت الدول الأعضاء في المنظمة خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠. والتزمت هذه الدول بتحقيق الأهداف العالمية لتحسين الصحة النفسية. وركزت هذه الأهداف على تعزيز القيادة والحوكمة، والرعاية المجتمعية، والتعزيز والوقاية، ونظم المعلومات والبحوث.

ولكن أحدث تحليل أجرته منظمة الصحة العالمية للأداء القطري قياسًا إلى خطة العمل يبيّن أن التقدم المحرز يظل بطيئًا. وبالنسبة لمعظم أنحاء العالم، ما زالت رعاية الصحة النفسية تُمارس على النحو المعتاد. والنتيجة أن اعتلالات الصحة النفسية لا تزال تلحق خسائر فادحة بأرواح الناس، في حين لا تزال نظم الصحة النفسية وخدماتها غير مجهزة تجهيزًا كافيًا لتلبية احتياجاتهم.

وفي الوقت نفسه ظلت المهددات العالمية التي تواجه الصحة النفسية موجودة على الدوام. وتقوض التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية المتزايدة، والنزاعات التي طال أمدها، والعنف، وحالات الطوارئ الصحية العامة، الجهود الرامية إلى تحقيق تقدم في تحسين الرفاه. والآن، بات من الواضح أكثر من ذي قبل أن مواصلة العمل بنفس الأسلوب المعتاد لن يجدي شيئًا في الصحة النفسية.

وقد صُمّم هذا التقرير العالمي عن الصحة النفسية لحفز وتوجيه التحول العاجل والضروري والمطلوب لضمان صحة نفسية أفضل للجميع. وفي حين يشجع فيه هذا التقرير على اتباع نهج متعدد القطاعات، فهو مُعدّ خصيصًا لصانعي القرار في القطاع الصحي. ويشمل ذلك وزارات الصحة والشركاء الآخرين في القطاع الصحي المكلفين عمومًا بوضع السياسات ذات الصلة بالصحة النفسية وتقديم نظم وخدمات الصحة النفسية.

إن مواصلة العمل بنفس الأسلوب المعتاد لن يجدي شيئًا في الصحة النفسية.

الفصل ٢: مبادئ الصحة النفسية العامة والعوامل المؤثرة فيها

للصحة النفسية أهمية بالغة لكل فرد في كل مكان.

تشكّل الصحة النفسية جزءًا لا يتجزأ من صحتنا العامة وعافيتنا وهي حق أساسي من حقوق الإنسان. ويعني التمتع بالصحة النفسية أننا قادرون بشكل أفضل على التواصل والعمل والتأقلم والنجاح. وتوجد الصحة النفسية في مسار معقد، تتراوح فيه التجارب بين الحالة المثلى المتمثلة في الرفاه وبين حالة الإنهاك المتمثلة في المعاناة الشديدة والألم العاطفي. ومن المرجح أن يعاني الأشخاص المصابون باعتلالات الصحة النفسية من انخفاض مستويات الصحة النفسية، ولكن الأمر ليس كذلك على الدوام.

وقد تتحد، في أي وقت من الأوقات، مجموعة متنوعة من العوامل الفردية والأسرية والمجتمعية والهيكلية لحماية صحتنا النفسية أو تقويضها وتغيير موقفنا من استمرارية الصحة النفسية. وعلى الرغم مما يبديه معظم الناس من قدرة على التعافي، فإن الأشخاص الذين يتعرضون لظروف غير مواتية - بما في ذلك الفقر والعنف وعدم المساواة - هم أكثر عرضة لخطر الإصابة باعتلالات الصحة النفسية. وقد تظهر المخاطر في جميع مراحل الحياة، ولكن تلك التي تحدث خلال الفترات الحساسة للنمو، ولا سيما مرحلة الطفولة المبكرة، تكون ضارة بوجه خاص. وتظهر عوامل الحماية بالمثل طوال حياتنا وتعمل على تعزيز القدرة على التعافي. وهي تشمل أمورًا منها مهاراتنا وسماتنا الاجتماعية والعاطفية الفردية بالإضافة إلى التفاعلات الاجتماعية الإيجابية والتعليم الجيد والعمل اللائق والأحياء الآمنة والتماسك المجتمعي.

ونظرًا لأن العوامل التي تحدد الصحة النفسية متعددة القطاعات، فإنه ينبغي أيضًا تنفيذ التدخلات الرامية إلى تعزيز الصحة النفسية وحمايتها في قطاعات متعددة. وحينما يتعلق الأمر بتوفير الرعاية، فسيكون من الضروري أيضًا اتباع نهج متعدد القطاعات نظرًا لأن الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية يحتاجون في أغلب الأحيان إلى خدمات وأوجه دعم تتجاوز العلاج السريري.

وقد توجد المخاطر التي تهدد الصحة النفسية وعوامل حمايتها في مستويات مختلفة في المجتمع. وتزيد التهديدات المحلية من المخاطر التي يتعرض لها الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية. وتزيد التهديدات العالمية من المخاطر التي تتعرض لها فئات سكانية بكاملها ويمكنها أن تبطئ التقدم نحو تحسين الرفاه على الصعيد العالمي. وفي هذا السياق، تشمل التهديدات الرئيسية القائمة اليوم ما يلي: الانكماش الاقتصادي والاستقطاب الاجتماعي؛ والطوارئ الصحية العامة؛ وحالات الطوارئ الإنسانية الواسعة الانتشار والنزوح القسري؛ وأزمة المناخ المتنامية.

وترتبت على جائحة كوفيد-١٩ آثار عديدة من بينها حدوث أزمة عالمية على مستوى الصحة النفسية، مما أدى إلى زيادة الضغوط على المديين القصير والطويل وإضعاف الصحة النفسية وسط الملايين من البشر. وعلى سبيل المثال، تشير التقديرات إلى ارتفاع نسبة القلق واضطرابات الاكتئاب بأكثر من ٢٥٪ خلال السنة الأولى من الجائحة. وفي الوقت نفسه، تعطلت خدمات الصحة النفسية بشدة واتسعت الفجوة العلاجية لاعتلالات الصحة النفسية.

تشكّل الصحة النفسية جزءًا لا يتجزأ من صحتنا العامة وعافيتنا وهي حق أساسي من حقوق الإنسان.

الفصل ٣: الصحة النفسية فى العالم اليوم

احتياجات الصحة النفسية عالية ولكن الاستجابات غير كافية وغير ملائمة.

تنتشر اعتلالات الصحة النفسية انتشارًا كبيرًا في جميع البلدان. ويعاني شخص واحد تقريبًا بين كل ثمانية أشخاص في العالم من اضطراب عقلي. ويختلف انتشار الاضطرابات النفسية باختلاف الجنس والعمر. وتشكل اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب أكثر الاضطرابات شيوعًا وسط الذكور والإناث على حد سواء.

ويؤثر الانتحار على الناس وأسرهم من جميع البلدان والسياقات، وفي جميع الأعمار. وعلى الصعيد العالمي، قد تحدث بين ٢٠ محاولة انتحار حالة وفاة واحدة، ومع ذلك يمثل الانتحار أكثر من حالة واحدة من كل ١٠٠ حالة وفاة. ويشكل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في صفوف الشباب.

والاضطرابات النفسية هي السبب الرئيسي للسنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة، وهو ما يمثل سنة واحدة من كل ستة سنوات على مستوى العالم. ويشكل الفصام، الذي يصاب به شخص واحد تقريبًا من كل ٢٠٠ شخص بالغ، مصدر قلق رئيسي، ويكون في حالاته الحادة أكثر الاعتلالات الصحية إضرارًا. ويموت الأشخاص المصابون بالفصام أو غيره من اعتلالات الصحة النفسية الحادة في المتوسط قبل ١٠ إلى ٢٠ عامًا من موت عامة السكان، وغالبًا ما يكون ذلك بسبب أمراض جسدية يمكن الوقاية منها.

وبوجه عام، تكون العواقب الاقتصادية الناجمة عن اعتلالات الصحة النفسية هائلة. وغالبًا ما تكون خسائر الإنتاجية وغيرها من التكاليف غير المباشرة التي يتحملها المجتمع أكبر بكثير من تكاليف الرعاية الصحية. ومن الناحية الاقتصادية، يشكّل الفصام أكثر الاضطرابات النفسية تكلفة للشخص الواحد في المجتمع. وتكون الإصابة بالاكتئاب واضطرابات القلق أقل تكلفة بكثير للشخص الواحد؛ ولكنها أكثر انتشارًا، وبالتالي فهي تساهم بشكل كبير في التكاليف الوطنية الإجمالية. وبالإضافة إلى انتشار اعتلالات الصحة النفسية وتكلفتها الباهظة، فهي لا تحظى أيضًا وإلى حد بعيد بالخدمات الكافية. وتعتري نظم الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم فجوات واختلالات كبيرة من ناحية المعلومات والبحوث والحوكمة والموارد والخدمات. وغالبًا ما تُعطى الأولوية للحالات الصحية الأخرى على حساب الصحة النفسية؛ وفي حدود الميزانيات المخصصة للصحة النفسية، يعاني مجال الرعاية الصحية النفسية المجتمعية من نقص التمويل باستمرار. وترصد البلدان، في المتوسط، أقل من ٢٪ من ميزانيات الرعاية الصحية للصحة النفسية. ولا يزال أكثر من ٧٠٪ من الإنفاق على الصحة النفسية في البلدان المتوسطة الدخل مخصصًا لمستشفيات الأمراض النفسية. ويعيش حوالي نصف سكان العالم في بلدان يوجد فيها طبيب نفسي واحد فقط لخدمة ٢٠٠ ٠٠٠ شخص أو أكثر، ويظل أيضًا توافر الأدوية النفسية الأساسية بأسعار معقولة محدودًا، لا سيما في البلدان المنخفضة الدخل. ولا تتلقى غالبية الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية التي قد تم تشخيصها العلاج التام. في جميع البلدان، تتفاقم الفجوات في تغطية الخدمات بسبب تباين جودة الرعاية.

وهناك عدة عوامل تمنع الناس من التماس المساعدة لعلاج اعتلالات الصحة النفسية، بما في ذلك رداءة نوعية الخدمات، وانخفاض مستويات التثقيف الصحي في مجال الصحة النفسية، والوصم والتمييز. وتنعدم في العديد من الأماكن الخدمات الرسمية المخصصة للصحة النفسية. وغالبًا ما يتعذر الحصول على هذه الخدمات أو لا يمكن تحمل تكاليفها حتى في الحالات التي تكون فيها متاحة. ويفضِّل الناس في أغلب الأحيان المعاناة من الضغوط النفسية دون الحصول على ما يخفف حدتها على مخاطر التمييز والنبذ التي يتعرضون لها عند وصولهم إلى خدمات الصحة النفسية.

الفصل ٤: فوائد التغيير

الالتزام بالصحة النفسية هو استثمار في حياة أفضل ومستقبل أفضل للجميع.

هناك ثلاثة أسباب رئيسية تدعو إلى الاستثمار في الصحة النفسية، وهي: الصحة العامة، وحقوق الإنسان، والتنمية الاجتماعية الاقتصادية.

ويعزز الاستثمار في الصحة النفسية للجميع الصحة العامة. ويمكن أن يقلل بشكل كبير من المعاناة ويحسن الصحة ونوعية الحياة والأداء ومتوسط العمر المتوقع للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. ويشكل تعزيز التغطية وزيادة الحماية المالية خطوتين أساسيتين نحو سد الفجوة الواسعة في مجال الرعاية والحد من أوجه عدم المساواة في الصحة النفسية. وتحقيقًا لهذه الغاية، يكتسي إدراج الصحة النفسية في مجموعات التغطية الصحية الشاملة للخدمات الأساسية أهمية بالغة. وكذلك هو الحال بالنسبة لدمج الرعاية الصحية النفسية والبدنية، مما يحسن من إمكانية الاستفادة ويقلل من تجزئة الموارد وازدواجيتها لتلبية الاحتياجات الصحية للناس على نحو أفضل.

ويتعين الاستثمار في الصحة النفسية حتى تتوقف انتهاكات حقوق الإنسان. ويحدث كثيرًا في جميع أنحاء العالم إقصاء الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية من الحياة المجتمعية وحرمانهم من الحقوق الأساسية. فعلى سبيل المثال، لا يتعرضون للتمييز في مجالات التوظيف والتعليم والإسكان فحسب، ولكنهم أيضًا لا يحظون بالاعتراف أمام القانون مثلهم مثل غيرهم وكثيرًا ما يكونون عرضة لانتهاكات حقوق الإنسان في بعض الدوائر الصحية المسؤولة عن رعايتهم. ويمكن، من خلال تنفيذ اتفاقيات حقوق الإنسان المتفق عليها دوليًا، مثل اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، إحراز تقدم كبير في مجال حقوق الإنسان. ويمكن أيضًا للتدخلات المناهضة للوصم - ولا سيما استراتيجيات الاتصال الاجتماعي التي يساعد من خلالها الأشخاص ذوو التجارب الحية في تغيير المواقف والأنشطة - أن تقلل من الوصم والتمييز في المجتمع المحلي.

ويمكن أن يساعد الاستثمار في الصحة النفسية تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية. فضعف الصّحة النفسية يكبح التنمية بما ينتج عنه من تقليل الإنتاجية وتوتير العلاقات الاجتماعية وتفاقم دورات الفقر والحرمان. وعلى العكس من ذلك، يمكن للناس، حينما يكونون أصحاء نفسيًا ويعيشون في بيئات داعمة، التعلم والعمل بشكل جيد والمساهمة في مجتمعاتهم المحلية، بما يعود بالفائدة على الجميع.

وتظهر البيّنات المتراكمة وجود مجموعة أساسية من التدخلات الفعالة من حيث التكلفة لعلاج الاعتلالات ذات الأولوية والتي تكون مجدية وميسورة التكلفة ومناسبة. وهي تشمل برامج التعلم الاجتماعي والعاطفي في الوسط المدرسي وإجراءات الحظر التنظيمي لمبيدات الآفات الشديدة الخطورة (لمنع حالات الانتحار)، فضلًا عن مجموعة من التدخلات السريرية على النحو الوارد في مجموعة تدخلات التغطية الصحية الشاملة للمنظمة.

إن فائدة توسيع نطاق العلاج من الاكتئاب والقلق تفوق تكلفته

بمعدل يساوي ٥ إلى ١

الفصل ٥: أسس التغيير

إحداث التحول في الصحة النفسية يبدأ ببناء الأسس اللازمة لنظم وخدمات الصحة النفسية الجيدة الأداء.

ثمة أوجه عديدة تبيِّن أن تعزيز النظام الصحي يمثل حجر الزاوية للتغيير في الصحة النفسية. فهو يساعد على إعادة تنظيم الخدمات والدعم وتوسيع نطاقيهما. وتشمل مجالات العمل الرئيسية ما يلي: الحوكمة والقيادة؛ والتمويل؛ وإذكاء الوعي العام؛ وتوفير الكفاءات اللازمة في مجال الرعاية الصحية النفسية.

وتعد الأطر العالمية والوطنية مهمة أهمية بالغة من أجل توجيه العمل المتعلق بالصحة النفسية وتوفير سياق يساعد على التحول. وهناك حاجة تدعو إلى وضع تشريعات تمتثل الصكوك الدولية لحقوق الإنسان من أجل حماية حقوق الإنسان وتعزيزها. وبالنظر إلى أن أسباب اعتلالات الصحة النفسية واحتياجاتها تشمل عدة قطاعات، فمن الضروري أن تتناول القوانين والسياسات الرامية إلى تحسين الصحة النفسية جميع القطاعات.

وهناك حاجة إلى ثلاثة أنواع من الالتزام السياسي - المعرب عنه والمؤسسي والمتعلق بالميزانية - للمُضي قُدمًا ببرنامج الصحة النفسية. ويمكن أن يكون للدعوة والبيّنات والسياق السياسي تأثير كبير في تعزيز جانبي الالتزام والقيادة. وتمثل حالات الطوارئ الإنسانية والطوارئ الصحية العامة على وجه الخصوص التزامًا تتعهد به البلدان وفرصة سانحة لها للاستثمار في مجال الصحة النفسية. وهي توفر منصات لا نظير لها لإحداث التغيير. ويقود أيضًا اهتمام الجمهور الشديد وفهمه القوي إلى التحسين. ويشكل الأشخاص الذين لديهم تجارب حية عوامل تغيير هامة لتحسين الوعي العام بالصحة النفسية وقبول الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية.

ولتغيير خدمات الصحة النفسية، يجب ترجمة الالتزام إلى عمل من خلال توفير التمويل المناسب. ويعني ذلك، من الناحية العملية، ضرورة أن يخصص مقررو السياسات والمخططون المزيد من الأموال للصحة النفسية. ويتحقق ذلك إما عن طريق الحصول على موارد إضافية من خزينة الدولة أو من الممولين الخارجيين، أو عن طريق إعادة توزيع الموارد على الصحة النفسية، سواء داخل الميزانية المخصصة للصحة أو على صعيد الحكومة.

وتشكل القوى العاملة التي تتمتع بالكفاءة والتفاني عنصرًا أساسيًا في أي نظام صحي جيّد الأداء. ويتعين على جميع البلدان توسيع قواها العاملة المتخصصة في مجال الصحة النفسية، مع بناء الكفاءات اللازمة في مجال الرعاية الصحية النفسية لمقدمي الرعاية والأفراد الآخرين. ويتعين، على وجه الخصوص، تزويد موظفي الرعاية الأولية ومجموعة واسعة من مقدمي الخدمات المجتمعية - بمن فيهم العاملون المجتمعيون والأقران - بمهارات جديدة للكشف عن اعتلالات الصحة النفسية، وتوفير التدخلات والدعم الأساسيين، وإحالة الأشخاص عند الضرورة، والمتابعة.

وبالإضافة إلى القوى العاملة في مجال الصحة النفسية، يمكن لنا جميعًا تعزيز مهاراتنا وكفاءاتنا الفردية لفهم صحتنا النفسية والعناية بها. ويتعين على كل فرد في المجتمع المحلي ونظام الرعاية دعم الإدماج الاجتماعي للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، وتعزيز الرعاية والدعم على أساس الحقوق وبالتركيز على الناس والتوجه نحو تحقيق التعافي.

وفي العديد من الأوضاع، تتيح التكنولوجيات الرقمية أدوات واعدة، ويمكن أن تعزز نظم الصحة النفسية من خلال إتاحة وسائل لإعلام الجمهور وتثقيفه، وتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية ودعمهم، وتقديم الرعاية عن بُعد، وإتاحة سبل المساعدة الذاتية.

الفصل ٦: التعزيز والوقاية من أجل إحداث التغيير المطلوب

إحداث تحوّل في الصحة النفسية يعني دعم التعزيز والوقاية في قطاعات متعددة لصالح الجميع.

في جميع مراحل الحياة، تكون تدخلات التعزيز والوقاية أمرًا مطلوبًا لتعزيز الصحة النفسية والقدرة على التكيُّف، ومنع ظهور اعتلالات الصحة النفسية وتأثيراتها، وتقليل الحاجة إلى الرعاية الصحية النفسية. وهناك بيّنات متزايدة على إمكانية أن يكون التعزيز والوقاية فعالين من حيث التكلفة.
وتعمل تدخلات التعزيز والوقاية من خلال تحديد المحددات الفردية والاجتماعية والهيكلية للصحة النفسية، ثم التدخل للحد من المخاطر وبناء القدرة على التعافي وإقامة بيئات داعمة للصحة النفسية. ويمكن تصميم التدخلات للأفراد أو مجموعات محددة أو مجموعات سكانية بأكملها.

وكثيرًا ما تتطلب إعادة تشكيل محددات الصحة النفسية اتخاذ إجراءات تتجاوز القطاع الصحي، مما يجعل التعزيز والوقاية الفعالين مشروعًا متعدد القطاعات. ويمكن للقطاع الصحي أن يساهم بشكل كبير من خلال إدماج جهود التعزيز والوقاية في الخدمات الصحية؛ وعن طريق الدعوة إلى التعاون والتنسيق في قطاعات متعددة والشروع فيهما وتيسيرهما عند الاقتضاء.

ويشكل منع الانتحار إحدى الأولويات الدولية، في ظل الغاية المُحدّدة في أهداف التنمية المستدامة بشأن خفض معدل وفيات الانتحار بمقدار الثلث بحلول عام ٢٠٣٠. ولمساعدة البلدان على بلوغ هذه الغاية، وضعت منظمة الصحة العالمية نهج "عش الحياة" الرامي إلى الوقاية من الانتحار، والذي يعطي الأولوية لأربعة تدخلات ثبتت فعاليتها، وهي: تقييد إمكانية الوصول على وسائل الانتحار؛ والتواصل مع وسائل الإعلام لعرض مواد إعلامية مسؤولة بشأن الانتحار؛ وتعزيز مهارات الحياة الاجتماعية والعاطفية لدى المراهقين؛ والتدخل المبكر لصالح أي شخص يتأثر بالسلوكيات الانتحارية. ويمثل حظر مبيدات الآفات شديدة الخطورة تدخلًا غير مكلف وفعال من حيث التكلفة بوجه خاص. وفي البلدان التي تعاني من عبء كبير من التسمم الذاتي بمبيدات الآفات، يمكن أن يؤدي الحظر إلى انخفاض فوري وواضح في معدلات الانتحار الإجمالية، دون تكبد خسائر زراعية.

وتوصف مراحل الرضاعة والطفولة والمراهقة بأنها المراحل التي تنطوي على ضعف وفي نفس الوقت على فرص في مجال الصحة النفسية. ويمكن أن توفر بيئات التنشئة وتقديم الرعاية وبيئة التعلم الداعمة حماية كبيرة للصحة النفسية في المستقبل. ومن ناحية أخرى، تزيد تجارب الطفولة السلبية من خطر الإصابة باعتلالات الصحة النفسية. وتتمثل الاستراتيجيات الرئيسية الأربع للحد من المخاطر وتعزيز عوامل الحماية ما يلي: وضع وإنفاذ سياسات وقوانين تعزز الصحة النفسية وتحميها؛ ودعم مقدمي الرعاية لتوفير رعاية التنشئة؛ وتنفيذ البرامج المدرسية، بما في ذلك التدخلات المناهضة للتنمر؛ وتحسين نوعية البيئات في المجتمعات والفضاءات الرقمية. وتشكل البرامج المدرسية للتعلم الاجتماعي والعاطفي إحدى أكثر استراتيجيات التعزيز فعالية في البلدان في جميع مستويات الدخل.

وعلى غرار المدارس، يمكن أن تطرح أماكن العمل في الآن ذاته فرصًا ومخاطر للصحة النفسية. ويتحمل أصحاب العمل والحكومات مسؤولية استحداث المزيد من فرص العمل للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، وتعزيز الصحة النفسية لجميع الناس وحمايتها في العمل. ويعني ذلك بالنسبة للحكومات تنفيذ التشريعات واللوائح المساندة في مجالات حقوق الإنسان والعمل والصحة المهنية. وبالنسبة لأصحاب العمل، تشدد المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية على أهمية التدخلات التنظيمية وتدريب المديرين في مجال الصحة النفسية وتنفيذ التدخلات لصالح العمال.

الفصل ٧: إعادة هيكلة الرعاية وتوسيع نطاقها من أجل إحداث التأثير المطلوب

إحداث تحول في الصحة النفسية يعني تعزيز الرعاية المجتمعية لجميع المحتاجين.

إنّ إعادة تنظيم خدمات الصحة النفسية تكمن في صميم عملية إصلاح الصحة النفسية. وتقتضي هذه العملية أن يتحول التركيز في تقديم الرعاية للمصابين باعتلالات الصحة النفسية الشديدة من مستشفيات الطب النفسي إلى تقديم خدمات الصحة النفسية المجتمعية، مع إغلاق مستشفيات الطب النفسي التي تتطلب البقاء لمدة طويلة حالما تتوفر بدائل كافية في المجتمع. وفي الوقت نفسه، يجب توسيع نطاق الرعاية المكرسة للاعتلالات الشائعة مثل الاكتئاب والقلق. وتكتسي كلتا الاستراتيجيتين أهمية بالغة لتحسين التغطية والجودة اللازمتين للرعاية الصحية النفسية. وتكون الرعاية الصحية النفسية المجتمعية أكثر سهولة وقبولاً من الرعاية المؤسسية وتقدم نتائج أفضل للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. وفي هذا المضمار، تكون الرعاية التي تركز على الناس وتتجه نحو تحقيق التعافي وتستند إلى حقوق الإنسان ضرورية.

وتتألف الرعاية الصحية النفسية المجتمعية من شبكة من الخدمات المترابطة التي تغطي ثلاثة أنواع من الخدمات، هي: خدمات الصحة النفسية المدمجة في الرعاية الصحية العامة؛ وخدمات الصحة النفسية المجتمعية؛ والخدمات التي تقدم الرعاية الصحية النفسية في الأوضاع غير المرتبطة بالصحة والتي تدعم الحصول على الخدمات الاجتماعية الرئيسية. ويكمل الدعم الاجتماعي والدعم غير الرسمي اللذان يوفرهما مقدمو الخدمات المجتمعية (مثل العاملين في المجتمع المحلي والأقران) الخدمات الرسمية ويكتسيان أهمية بالغة لضمان بيئات مساندة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. وبوجه عام، لا يوجد نموذج واحد لتنظيم خدمات الصحة النفسية المجتمعية ينطبق على جميع السياقات القطرية. ومع ذلك، يمكن لكل بلد، بغض النظر عن القيود المفروضة على موارده، اتخاذ الخطوات اللازمة لإعادة هيكلة الرعاية الصحية النفسية وتوسيع نطاقها من أجل إحداث التأثير اللازم.

وعادة ما ينطوي إدماج الصحة النفسية في خدمات الصحة العامة على تقاسم المهام مع مقدمي الرعاية الصحية غير المتخصصين في مجال الرعاية الصحية النفسية؛ أو إضافة موظفين متفرغين وموارد مخصصة للصحة النفسية إلى الرعاية الصحية الأولية والثانوية. وقد ثبت أن تقاسم المهام مع مقدمي الرعاية الصحية الأولية يساعد في تقليص فجوة العلاج وزيادة التغطية لاعتلالات الصحة النفسية ذات الأولوية. وقد يُحسّن تقاسم المهام داخل الخدمات المتعلقة بأمراض معينة مثل برامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو السل نتائج الصحة البدنية والنفسية على حد سواء.

وتقدم المستشفيات العامة والمراكز أو الأفرقة المعنية بالصحة النفسية المجتمعية رعاية صحية نفسية ثانوية. وتشكل في أغلب الأحيان حجر الزاوية في شبكات الخدمات المجتمعية. وهي عادة ما تغطي مجموعة من اعتلالات الصحة النفسية لدى البالغين والمراهقين والأطفال وتمزج بين الخدمات السريرية، بما في ذلك على سبيل المثال الخدمات التي تقدم في أوقات الأزمات وخدمات التوعية، مع إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي والأنشطة الرامية إلى تعزيز الإدماج الاجتماعي والمشاركة في الحياة المجتمعية. وتوفر الخدمات المعيشية المدعومة بديلًا قيّما للرعاية المؤسسية؛ ويمكن أن تشمل مجموعة متنوعة من المرافق بمستويات دعم متفاوتة تختلف باختلاف مستوى الاعتماد.

وعلى جميع مستويات الرعاية الصحية، توفر خدمات دعم الأقران مستوى إضافيًا من الدعم يستخدم فيه الناس تجاربهم الخاصة لمساعدة بعضهم البعض - من خلال تبادل المعارف، أو توفير الدعم العاطفي، أو إيجاد فرص للتفاعل الاجتماعي، أو تقديم المساعدة العملية، أو المشاركة في الدعوة وإذكاء الوعي.

وتتداخل مسؤولية تقديم الرعاية الصحية النفسية المجتمعية بين قطاعات متعددة. ويشكل استكمال التدخلات الصحية بالخدمات الاجتماعية الرئيسية، بما في ذلك حماية الطفل والحصول على التعليم والعمل والحماية الاجتماعية، عنصرًا ضروريًا لتمكين الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية من تحقيق أهدافهم المتعلقة بالتعافي والعيش حياة مرضية وهادفة بدرجة أكبر.

الفصل ٨: الخلاصة

ترسيخ الالتزام وإعادة تشكيل البيئات وتعزيز الرعاية لإحداث تحوّل في الصحة النفسية.

يدعو هذا التقرير إلى إحداث تحول في جميع أنحاء العالم من أجل تحقيق صحة نفسية أفضل للجميع. وتمثل خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠ والتي وضعتها منظمة الصحة العالمية التزامًا من جانب جميع البلدان بتحسين الصحة النفسية والرعاية الصحية النفسية، وتوفر مخططًا للعمل. ولا يُتوقّع من أي بلد من البلدان الوفاء بكل خيار من خيارات التنفيذ في خطة العمل العالمية. ولا تملك العديد من البلدان الموارد اللازمة لتنفيذ كل إجراء مبيّن في هذا التقرير. ولكن أمام كل بلد من البلدان فرص وافرة لإحراز تقدم ملموس نحو تحقيق صحة نفسية أفضل لسكانه. وسيتوقف اختيار ما يجب التركيز عليه أولًا على السياقات القطرية، والاحتياجات المحلية في مجال الصحة النفسية، والأولويات الأخرى، والحالة والهيكل القائمين لكل نظام من نظم الصحة النفسية.

وتشير البيّنات والتجارب والخبرات المقدمة في هذا التقرير إلى ثلاثة مسارات رئيسية للتحول من شأنها أن تُسرّع وتيرة التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل العالمية. وتركز هذه المسارات على تحويل المواقف تجاه الصحة النفسية، ومعالجة المخاطر التي تهدد الصحة النفسية في بيئتنا، وتعزيز النظم التي تهتم بالصحة النفسية.

ويجب علينا أولًا **ترسيخ القيمة والالتزام** اللذين نعطيهما للصحة النفسية كأفراد ومجتمعات محلية وحكومات؛ ومواءمة هذه القيمة بزيادة الالتزام والمشاركة والاستثمار من جانب جميع أصحاب المصلحة، في جميع القطاعات. ويجب علينا ثانيًا **إعادة تشكيل الخصائص المادية والاجتماعية والاقتصادية للبيئات** - في المنازل والمدارس وأماكن العمل والمجتمع الأوسع - لحماية الصحة النفسية بشكل أفضل والحيلولة دون الإصابة باعتلالات الصحة النفسية. ويتعين على هذه البيئات أن تمنح الجميع فرصة متساوية للنماء والوصول إلى أعلى مستوى يمكن تحقيقه من الصحة النفسية والرفاه. ويجب علينا ثالثًا **تعزيز الرعاية الصحية النفسية** بحيث تُلبّى مجموعة كاملة من احتياجات الصحة النفسية من خلال شبكة مجتمعية من الخدمات وأوجه الدعم الجيدة والميسورة والمعقولة التكلفة.

وكل مسار للتحول هو طريق من الطرق المفضية إلى تحقيق صحة نفسية أفضل للجميع. وستجعلنا نقترب سويًا من عالم تُحظى فيه الصحة النفسية بالتقدير والدعم والحماية؛ حيث تتاح لكل فرد، على قدم المساواة مع غيره، فرصة للتمتع بالصحة النفسية وممارسة حقوقه الإنسانية؛ وحيث يمكن للجميع الحصول على ما يحتاجونه من رعاية صحية نفسية.

وأمام الأفراد والحكومات ومقدمي الرعاية والمنظمات غير الحكومية والأكاديميين وأصحاب العمل والمجتمع المدني وغيرهم من أصحاب المصلحة دور يؤدونه في هذا الشأن. ويستلزم ذلك منا أن نوحِّد جهودنا جميعًا بغية إحداث التحوُّل المطلوب في الصحة النفسية.

1

مقدمة

نشرت منظمة الصحة العالمية منذ أكثر من عشرين عامًا تقريرها المرجعي الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠١ الصحة النفسية: مفهوم جديد وآمال جديدة (١). وسلَط تقرير عام ٢٠٠١، مستندًا إلى تقارير عالمية صدرت سابقًا ومستفيدًا من العلوم وعلم الوبائيات والتجارب الحية، الضوء على الدور البالغ الأهمية الذي تساهم به الصحة النفسية في رفاه الأفراد والمجتمعات المحلية والبلدان. وبيّن التقرير التأثير الكبير لاعتلال الصحة النفسية في الصحة العامة وتأثيره الاجتماعي والاقتصادي وكشف الفجوة الهائلة بين احتياجات الناس للرعاية أو العلاج وحصولهم عليهما.

وما فتئ مجتمع الصحة العالمي يدعو بالفعل منذ عقود إلى اتخاذ إجراءات بشأن الصحة النفسية (٢). لكن تقرير عام ٢٠٠١ شكل منعطفًا في الوعي العالمي بأهمية الصحة النفسية، وكشف انتشار اعتلالات الصحة النفسية وتأثيرها، والحاجة إلى نهجٍ للصحة العامة. ومن خلال توصياته العشر، وضع التقرير إطار عمل عالميًا يعد من أقدم وأوضح أطر العمل العالمية بشأن الصحة النفسية. ودعا التقرير البلدان إلى: تقديم العلاج في الرعاية الأولية؛ وإتاحة أدوية الأمراض النفسية؛ وإتاحة الرعاية في المجتمع المحلي؛ وتثقيف الناس؛ وإشراك المجتمعات المحلية، والأسر، والمستهلكين؛ ووضع السياسات والبرامج والتشريعات الوطنية؛ وتنمية الموارد البشرية؛ والتواصل مع القطاعات الأخرى؛ ورصد الصحة النفسية في المجتمع المحلي؛ ودعم إجراء مزيد من البحث في هذا المضمار.

١-١ بعد مضي عشرين عامًا

لا تزال هذه التوصيات سارية على الرغم من مضي عشرين عامًا. ومع ذلك فقد أُحرز تقدم. فبات القادة السياسيون والمهنيون في جميع القطاعات وكذا الأفراد في وسط عامة السكان في العديد من البلدان يدركون بشكل متزايد أهمية الصحة النفسية.

ومنذ تقرير عام ٢٠٠١، طبّق العديد من البلدان في جميع أنحاء العالم رسميًا أطرًا عالمية توجه عملهم في مجال الصحة النفسية. وعلى وجه الخصوص، طبقت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠ التي تلزمها بتحقيق الأهداف العالمية العشرة لتحسين الصحة النفسية (٣). والركائز التي تستند إليها هذه الأهداف تتمثل في القيادة والحوكمة، والرعاية التي ترتكز على المجتمع المحلي، والترويج والوقاية، ونظم المعلومات والبحث (انظر الشكل ١-١) . وأعطت اتفاقيات تاريخية وأهداف عالمية، مثل اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وأهداف التنمية المستدامة، والتغطية الصحية الشاملة، زخمًا إضافيًا كبيرًا دفع البلدان إلى بذل جهود لإحداث تحوّل في الصحة النفسية وتحسينها.

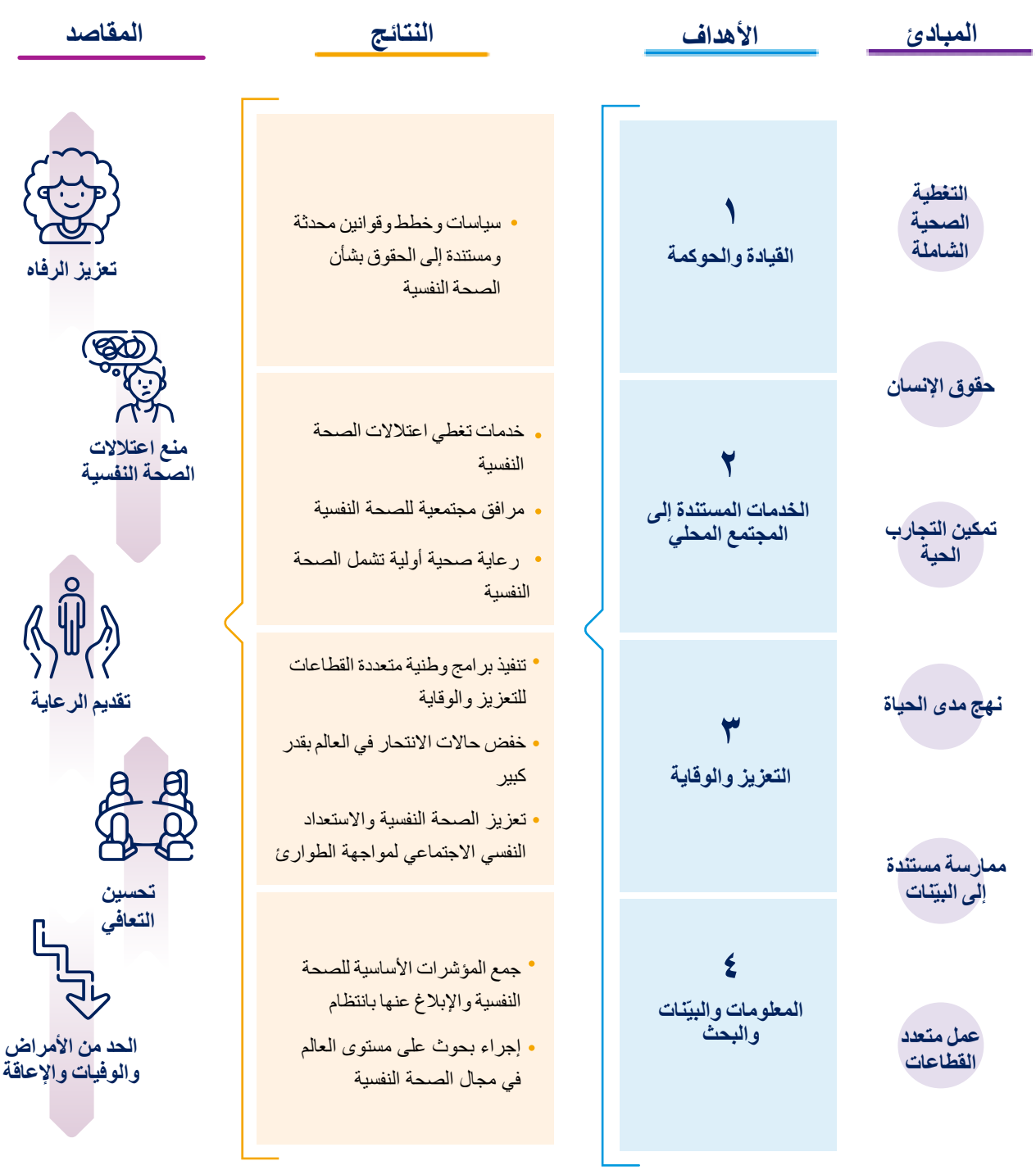
على الرغم من أن توصيات عام ٢٠٠١ لا تزال سارية، فقد أحرز تقدم كبير.

ومنذ عام ٢٠٠١، أعدت بلدان عديدة أيضًا سياساتها وبرامجها الوطنية بشأن الصحة النفسية. ويشهد البحث العالمي بشأن الصحة النفسية تطورًا مع استمرار نشر البحوث المهمة المحكمة في أهم المجلات المختصة في مجال الصحة العامة على مستوى العالم. كما يزداد باطراد إدراج الصحة النفسية في البرامج التدريبية في مجال الصحة العامة.

وازدادت خلال العقدين السابقين كثيرًا أهمية حركات المناصرة التي يشارك فيها أو ربما يقودها أفراد لهم تجارب حية. وقد ساعد ذلك العديد من الأشخاص على اكتساب المزيد من المعرفة والفهم بشأن الصحة النفسية. وأصبحت قضايا الصحة النفسية وتجاربها موضوعات للنقاش والتداول في وسائل الإعلام والتواصل الاجتماعي أكثر من ذي قبل، ولا سيما عقب جائحة كوفيد-١٩، وبوجه خاص وسط الشباب. إن تغطية الموضوع على هذا النحو لا تساعد على إزالة الوصم عن اعتلال الصحة النفسية فحسب، بل أيضًا تعلي من قيمة آراء من عاشوا هذه التجربة، وأولوياتهم، وما اكتسبوه من خبرة.

الشكل ١-١

ملخص مرئي لخطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠.



المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2021 (3).

وباتت الوكالات الدولية أيضًا أكثر اهتمامًا بالصحة النفسية وكان لها دور أساسي في زيادة التعريف بالمسألة وأهميتها، بما في ذلك من خلال منشوراتها الرئيسية مثل تقرير اليونسف لعام ٢٠٢١ عن حالة أطفال العالم الذي يتناول الصحة النفسية(٤).

وعلى الرغم من أن الاضطرابات النفسية كانت بالفعل معروفة في عام ٢٠٠١، فقد باتت اليوم معروفة أكثر، لا سيما فيما يتعلق بتفشيها وظهورها المبكر وارتفاع معدلات انتشارها ومحدداتها وتفاعل هذه المحددات مع بعضها البعض. وشهد هذا المجال تطورًا أيضًا من الناحية التقنية مستفيدًا من البحث المتواصل. وأثبت تقاسم المهام بين مقدمي خدمات رعاية الصحة النفسية، المختصين وغير المختصين على قدم سواء، فعاليته عمليًا، بما في ذلك في التدخلات النفسية، وبات يُنفّذ أكثر من ذي قبل. كما زاد زيادة هائلة عدد المبادئ التوجيهية والكتيبات وغيرها من الأدوات العملية المستندة إلى البيّنات.

وحظيت احتياجات الصحة النفسية للأشخاص المتأثرين بالصراعات والكوارث وفاشيات الأمراض باعتراف واسع النطاق، وأصبحت الصحة النفسية في كثير من الأحيان، لكن ليس دومًا، تشكّل جزءًا من إجراءات الاستجابة إبان الأزمات.

٢-١ حان وقت التغيير

على الرغم مما تحقق من تقدم، لا تزال اعتلالات الصحة النفسية في معظم البلدان والمجتمعات المحلية تودي بأرواح كثيرة، في الوقت الذي لا تزال فيه نظم الصحة النفسية وخدماتها غير مهيأة بما يكفي لتلبية احتياجات الناس.

وهناك زهاء مليار شخص في العالم يمكن تشخيص حالته على أنه يعاني من اضطراب نفسي. ولا يحصل معظم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية على الرعاية الفعالة ويعزى ذلك لانعدام الخدمات والدعم، ونقص القدرات أو صعوبة الحصول عليها أو تكلفتها الباهظة؛ أو بسبب اتساع نطاق الوصم الذي يمنعهم من طلب المساعدة. وهناك معتقدات مختلفة، ولغة، وتعابير اصطلاحية تتعلق بالصحة النفسية في مختلف الثقافات تؤثر في ما إذا كان الأشخاص سيطلبون المساعدة وكيف وأين سيطلبونها. وهي تؤثر أيضًا في ما إذا كان الناس يعترفون بأن المشكلات أو التجارب المعاشة - التي تخصهم أو تخص غيرهم - تتعلق بالصحة النفسية.

ولا تزال الموارد المالية والبشرية اللازمة للصحة النفسية نادرة وغير موزعة بالتساوي في معظم البلدان. ولا تحظى الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم إلا بقدر ضئيل من من ميزانيات الصحة. وفي العديد من البلدان، تذهب معظم هذه الموارد القليلة غير الكافية مباشرة إلى مستشفيات الأمراض النفسية، التي نادرًا ما تقدم الرعاية التي يحتاجها الناس، وعادةً ما تكون بعيدة من الأماكن التي يعيشون فيها. ونتيجة للنقص الحاد في الاستثمارات، يظل تعميم الصحة النفسية على الجميع أمرًا بعيد المنال. وفي بعض البلدان، تصل الفجوة في علاج اعتلالات الصحة النفسية الحادة ٩٠٪.

لا يحصل الكثير من الناس الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية على الرعاية التي يحتاجونها ويستحقونها.

ويتلقى الناس الذين يتبيَّن أنهم يعانون من اعتلالات الصحة النفسية رعاية وعلاجًا غير كافيين أو غير لائقين في أحيان كثيرة.
ولا تزال انتهاكات حقوق الإنسان تمثل السمة السائدة في المؤسسات والمجتمعات المحلية في العالم، بما في ذلك الخدمات الصحية. وحتى عندما تحاول الخدمات معالجة اعتلالات الصحة النفسية، فإن معظمها يتجاهل تأثيرها في صحة الناس البدنية واحتياجاتهم الاجتماعية عامةً.

وأكد تقرير عام ٢٠٠١ وخطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية للفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠ الحاجة إلى خدمات للصحة النفسية يسهل الوصول إليها وتستند إلى المجتمع المحلي. وينبغي لهذه الخدمات أن تطبق نهجًا بيولوجيًا نفسيًا اجتماعيًا في الرعاية وينبغي تصميمها وتقديمها بالتعاون الوثيق مع مختلف القطاعات والجهات صاحبة المصلحة لتلبية كامل احتياجات الناس المتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية.

لكن التحوّل العالمي نحو تقديم الرعاية في المجتمع المحلي ظل بطيئًا جدًا وظلت المبادرات التي يصح وصفها حقًا بأنها متعددة القطاعات قليلة ومتفرقة. والحقيقة أنه بعد مضي عقدين من تقرير عام ٢٠٠١ المرجعي، وقرابة عقد من التزام العالم بخطة العمل، فإن البلدان والمجتمعات التي حققت ابتكارات وتطورات واتسمت بالممارسات الجيدة تظل قليلة ويظل العوز والإهمال هما السمة العامة.

وبالنسبة لمعظم أنحاء العالم، ما زالت رعاية الصحة النفسية تُمارس على النحو المعتاد. والنتيجة هي أن الكثير من الأشخاص المتعايشين مع اعتلالات الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم لا يحصلون على الرعاية التي يحتاجونها ويستحقونها.

ويؤكد أحدث تحليل أجري بالاستعانة بأطلس الصحة النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية لأداء البلدان على أساس خطة العمل أن التقدم المحرز ظل بطيئًا (٥). فمثلًا، في عام ٢٠١٣، أفاد ما نسبته ٤٥٪ من البلدان أن لديها سياسات وخططًا للصحة النفسية تمت مواءمتها مع صكوك حقوق الإنسان. وتحدد خطة العمل هدفًا يتمثل في رفع النسبة إلى ٨٠٪ بحلول ٢٠٢٠ (مُدِّد هذا الأجل لاحقًا حتى ٢٠٣٠)؛ لكن عند بلوغ نصف المسافة تقريبًا نحو هدف الخطة، لم تكن هذه النسبة قد تجاوزت ٥١٪ (٥). وتسير التغطية بالرعاية من الذهان في كل العالم بخطى بطيئة إذ لم تبلغ سوى ٢٩٪. وحققت بعض المجالات نجاحًا أكثر من سواها: فانخفضت المعدلات العالمية الموحدة حسب السن للوفاة انتحارًا لعام ٢٠١٩ بنسبة ١٠٪ منذ عام ٢٠١٣. لكن هذه النسبة بعيدة جدًا عن نسبة الانخفاض المنشود تحقيقها بحلول عام ٢٠٣٠ والبالغة ٣٣٪. وإجمالًا، لمّا تزل المسافة التي ينبغي أن يقطعها العالم بعيدة عن الأهداف التي حُددت في خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية للفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠.

وفي الوقت نفسه ظلت المهددات العالمية التي تواجه الصحة النفسية موجودة على الدوام. ومن تلك المهددات انعدام المساواة الاجتماعية والاقتصادية المتزايد باطراد، والصراعات المستمرة منذ أمد طويل، وطوارئ الصحة العامة، وجميعها يهدد إحراز أي تقدم نحو صحة موفورة. وفي الآونة الأخيرة، أثرت جائحة كوفيد-١٩ في صحة كثير من الناس النفسية ورفاههم، ممن يعانون أصلا من اعتلالات ومن الأصحاء منهم على حد سواء، وكرّست التفاوتات الاجتماعية فضلًا عن الضعف العام في الخدمات.

وعلى الرغم من أن أي شخص في أي وقت يمكن أن يصاب باعتلال الصحة النفسية، فإن المخاطر ليست أبدًا هي المخاطر ذاتها. وعلى الصعيد العالمي، تحملت النساء والشباب العبء الأكبر للتداعيات الاجتماعية والاقتصادية للجائحة (٦). فالملاحظ أن بعض الأشخاص - مثل السجناء والنازحين قسرًا والمقيمين في دور الرعاية الطويلة الأجل والناجين من العنف المنزلي - يكونون ضعفاء بوجه خاص لأن أوجه القصور الموجودة مسبقًا في مجال حقوق الإنسان أو الحماية القانونية أو الاجتماعية ربما تكون قد ساءت خلال الجائحة (٧). وتزيد الطلبات الجديدة على رعاية الصحة النفسية من الضغط على النظم الصحية المنهكة بالفعل في كل مكان، وتتعامل مع أوجه عدم المساواة بطرق تجعل رعاية الصحة النفسية بعيدة عن متناول أولئك الذين هم في أمس الحاجة إليها.

والآن، بات من الواضح أكثر من ذي قبل أن مواصلة العمل بنفس الأسلوب المعتاد لن يجدي شيئًا في الصحة النفسية. إن الحاجة إلى إحداث تحوّل واسع النطاق في اتجاه تعزيز الصحة النفسية من أجل مصلحة الجميع أمر لا جدال فيه وعاجل.

وتحتاج البلدان في كل مكان إلى زيادة التزامها وتدابيرها من أجل تحقيق تحوّل يمكن أن يغير مسار الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم. والهدف النهائي واضح: فخطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية للفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠ تنشد عالمًا يعي قيمة الصحة النفسية ويحرص على تعزيزها وحمايتها؛ وتتاح فيه الرعاية الصحية النفسية المجتمعية العالية الجودة والمناسبة ثقافيًا والمقبولة والميسورة التكلفة لأي شخص يحتاج إليها؛ ويستطيع فيه الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية المشاركة الكاملة في المجتمع في مأمن من الوصم أو التمييز أو إساءة المعاملة.

وبالاستفادة مما تحقق على مدى السنوات العشرين الماضية، يجب علينا جميعًا أن نسعى جاهدين لتحويل تلك الرؤية إلى واقع معاش. ويجب أن نعزز التزامنا الجماعي بالصحة النفسية وأن نعطيها معنى وقيمة ومكانة كأفراد ومجتمعات وبلدان. ويجب أن نكثف تدابيرنا الجماعية لإصلاح نظم الصحة النفسية بغية إنشاء شبكات دعم مجتمعية شاملة. ويجب علينا تغيير تدابيرنا الجماعية لتعزيز وحماية الصحة النفسية وتقليل التفاوتات بحيث ينعم الجميع بنفس الفرص التي تحقق لهم الازدهار.

وفي عام ٢٠٢١، جددت الدول الأعضاء في المنظمة التزامها بخطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية للفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠، وحدثتها بأهداف وخيارات تنفيذ جديدة تستند إلى الدروس المستفادة خلال العقد الماضي (٣). وتشمل الخطة المحدّثة خارطة طريق ينبغي أن ينفذها جميع أصحاب المصلحة. ويمكن لكل بلد، مهما تكن موارده محدودة، أن يقوم بفعل جوهري لدعم التغيير نحو تحسين الصحة النفسية.

إن مواصلة العمل بنفس الأسلوب المعتاد لن يجدي شيئًا في الصحة النفسية.

١-٣ نبذة عن هذا التقرير

صُمِّم هذا التقرير لدعم ما نحتاجه من تحوّل عالمي. ويهدف إلى تعزيز قيمة الصحة النفسية والتزامنا بها بوصفها عاملًا أساسيًا في أن ينعم السكان بالصحة والرفاه الاجتماعي والتنمية الاقتصادية. ويهدف إلى حفز الجهود الرامية إلى إحداث تغيير تدريجي في المواقف والتدابير والنهج بغية تحسين الصحة النفسية من أجل مصلحة الجميع.

ويستند هذا التقرير إلى أحدث البيّنات المتاحة، ويعطي أمثلة من جميع أنحاء العالم تجسِّد الممارسة الجيدة، ويبرز تجارب حية لبعض الأشخاص، وهو بذلك يجيب عن الأسئلة لماذا وأين ينبغي التغيير وكيف يمكن تحقيقه على أرض الواقع.

ومع الاعتراف بالحاجة إلى نهج متعدد القطاعات وأهمية هذا التقرير للعديد من أصحاب المصلحة، فإنه يستهدف على وجه الخصوص صانعي القرار في القطاع الصحي. ويشمل ذلك وزارات الصحة والشركاء الآخرين في القطاع الصحي المكلفين عمومًا بوضع السياسات ذات الصلة بالصحة النفسية وتقديم نظم وخدمات الصحة النفسية.

١-٣-١ النطاق

يركز هذا التقرير على وجه الخصوص على الصحة النفسية والأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية (انظر الإطار ١-١ مصطلحات الصحة النفسية).

وفي بعض الأحيان، يشير التقرير أيضًا إلى الاضطرابات العصبية، والاضطرابات بسبب استخدام مواد الإدمان، والإعاقات المعرفية والذهنية. ولئن كانت هذه الاعتلالات لا تمثِّل محور التركيز الرئيسي، فإن هذا التقرير يعترف بأن جميعها يمكن أن يكون مرتبطًا ارتباطًا وثيقًا باعتلالات الصحة النفسية، بل هي في الغالب كذلك. وحوالي ثلث من يعانون من عِلة استخدام مواد الإدمان يعانون أيضًا من اعتلال صحتهم النفسية، والأشخاص الذين يعانون من اعتلال صحتهم النفسية أكثر عرضة أيضًا لعِلة استخدام مواد الإدمان. وكلا النوعين من الاعتلالات يزيد من خطر الانتحار (٨). وبين كل أربعة أشخاص مصابين بالصرع يوجد شخص واحد سيصاب أيضًا بالاكتئاب أو القلق (٩). وفي العديد من البلدان، تُقدَّم الخدمات المتعلقة بمختلف اعتلالات الصحة النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان جميعها معًا في نقطة الرعاية.

وبما أن منظمة الصحة العالمية تضم ١٩٤ دولة عضوًا ولأنها الوكالة المتخصصة التابعة للأمم المتحدة المسؤولة مسؤولية رئيسية عن الصحة، تعزز المنظمة وتطبّق مجموعة من القيم والحقوق العالمية، في عملها المتعلق بالقواعد والمعايير وفي الدعم القطري. وفي حين أن هذا التقرير يبرز كامل القيم العالمية والمعايير القياسية، فإن كل إقليم وبلد ومكان يتسم بتفرده ويتطلب تطبيق نهج لتعزيز الصحة النفسية وحمايتها ورعايتها يراعي الثقافة ويُناسب السياق.

صُمِّم هذا التقرير لدعم ما نحتاجه من تحوّل عالمي.

نظرة متعمقة

الإطار ١-١

مصطلحات الصحة النفسية

الصحة النفسية. الصحة النفسية هي الحالة النفسية السليمة التي تمكّن الناس من التعامل مع ضغوط الحياة، والاستفادة من قدراتهم ، والقدرة على التعلم جيدًا والعمل جيدًا، والمساهمة في مجتمعاتهم. والصحة النفسية جزء لا يتجزأ من الصحة والرفاه وهي تعني أكثر من السلامة من الاضطراب النفسي.

اعتلال الصحة النفسية. مصطلح واسع يشمل الاضطرابات النفسية والإعاقات النفسية الاجتماعية. كما يغطي الحالات النفسية الأخرى المرتبطة بالضيق الشديد أو الضعف في الأداء أو خطر إيذاء النفس. ويتردد استخدام مصطلح اعتلال الصحة النفسية في كل التقرير مستهدفًا ومخاطبًا أكبر مجموعة ممكنة من أصحاب المصلحة، فيما عدا عند وصف بيانات ذات صلة بفئات محددة للاضطراب النفسي.

الاضطراب النفسي. كما هو معرّف في التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة الحادية عشرة، إن الاضطراب النفسي هو متلازمة تتميز باضطراب كبير ملاحظ في إدراك الفرد أو تنظيمه العاطفي أو سلوكه، يكشف عن خلل وظيفي في العمليات النفسية أو البيولوجية أو التنموية التي يرتكز عليها الأداء النفسي والسلوكي. وعادة ما ترتبط هذه الاضطرابات بالضيق أو الضعف في الأداء على المستوى الشخصي أو العائلي أو الاجتماعي أو التعليمي أو المهني أو غيرها من مستويات الأداء المهمة. ويستخدم هذا التقرير مصطلح الاضطراب النفسي عند مناقشة بيانات ذات صلة بفئات محددة للاضطراب النفسي.

الإعاقة النفسية الاجتماعية. طبقًا لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فإن الإعاقة النفسية والاجتماعية هي الإعاقة التي تنشأ عندما يتعامل شخص يعاني من عاهات عقلية طويلة الأجل مع مختلف العوائق التي ربما تمنعه من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين. ومن أمثلة هذه العوائق التمييز والوصم والإقصاء.

٢

مبادئ الصحة النفسية العامة والعوامل المؤثرة فيها

المفاهيم الأساسية
المحددات
مبررات التحول

ملخص هذا الفصل

نستطلع في هذا الفصل المفاهيم الأساسية المتعلقة بالصحة النفسية لتوضيح أن الصحة النفسية مهمة للغاية لكل شخص في أي مكان. ونُعرِّف الصحة النفسية بوصفها جزء لا يتجزأ من صحتنا العامة ورفاهنا وبوصفها حقًا أساسيًا من حقوق الإنسان. ونصف بعضًا مما يحدث من تغيّرات على مدى حياتنا في تجربتنا مع الصحة النفسية ونستكشف كيفية تشكيل هذه التغيّرات من خلال عملية تفاعل معقدة بين المحددات الفردية والأسرية والمجتمعية والهيكلية. ونسلّط الضوء على مخاطر الصحة النفسية الرئيسية وعوامل حمايتها ونحدد بعضًا من أهم مهدداتها على مستوى العالم في يومنا هذا.

الرسائل الرئيسية التي خلص إليها هذا الفصل هي:

- الصحة النفسية ذات قيمة جوهرية مؤثرة وهي جزء لا يتجزأ من رفاهنا العام.
- تتغير تجربتنا مع الصحة النفسية طوال حياتنا.
- كل فرد له الحق في التمتع بالصحة النفسية.
- الصحة النفسية مهمة للعديد من القطاعات وأصحاب المصلحة.
- تتحدد الصحة النفسية من خلال عملية تفاعل معقدة بين ما نختبره من ضغوط ومكامن ضعف فردية واجتماعية وهيكلية.
- تشمل مهددات الصحة النفسية على مستوى العالم في يومنا هذا ما يلي: انعدام المساواة الاقتصادية والاجتماعية؛ طوارئ الصحة العامة (بما في ذلك كوفيد-١٩)؛ الطوارئ الإنسانية (بما في ذلك النزاع والنزوح القسري)؛ وأزمة المناخ.

٢-١ مفاهيم في الصحة النفسية

٢-١-١ الصحة النفسية ذات قيمة جوهرية ومؤثرة

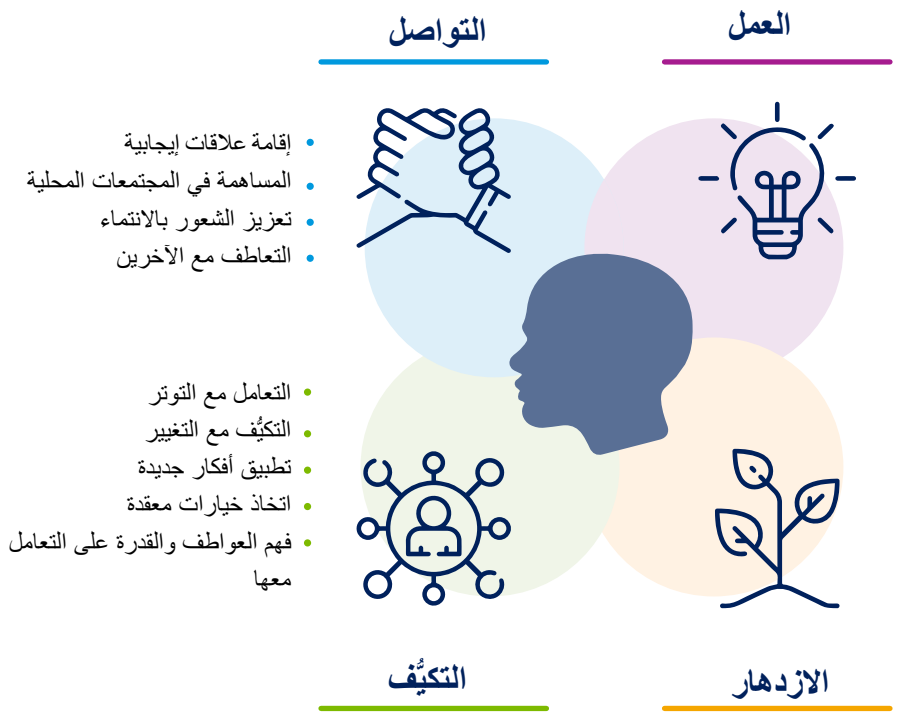
الصحة النفسية هي جزء جوهري ومؤثر في حياة الناس جميعًا. وتؤثر على كيفية تفكيرنا وشعورنا وتصرفنا. وتتوقف عليها قدرتنا على اتخاذ القرارات وبناء العلاقات وتشكيل العالم الذي نعيش فيه. وهي أيضًا حق من حقوق الإنسان الأساسية. وهي ذات أهمية بالغة للتنمية الشخصية والمجتمعية والاجتماعية والاقتصادية. إنها جزء منا يلازمنا طوال الوقت، حتى عندما لا نفكر فيه.

وصحتنا النفسية لا تقل أهمية عن صحتنا البدنية. وعندما نكون أصحاء نفسيًا، يمكننا التعامل مع ضغوط الحياة، والاستفادة من قدراتنا، والتعلم والعمل جيدًا والمساهمة مساهمة فعالة في مجتمعاتنا (انظر الإطار ١-١ مصطلحات الصحة النفسية). وعندما نكون أصحاء نفسيًا فإن ذلك يعني أننا أكثر قدرة على التواصل وأداء وظائفنا والتكيف والازدهار (انظر الشكل ٢-١).

وعلى العكس من ذلك، عندما تضعف صحتنا النفسية، ولا نستطيع الوصول إلى الدعم المناسب، يمكن أن تسوء صحتنا ورفاهنا. ويمكن لمجموعة واسعة من اعتلالات الصحة النفسية أن تحدث اضطرابًا في أفكارنا ومشاعرنا، وتغير سلوكياتنا، وتعرض صحتنا البدنية للخطر وتعطل علاقاتنا أو تعليمنا أو سبل عيشنا.

الشكل ٢-١

الصحة النفسية ذات قيمة جوهرية وعملية، وهي تساعدنا على التواصل والعمل والتكيف والازدهار



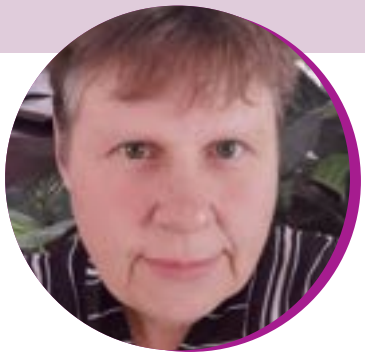
ويمكن أن تؤدي المعاناة من اعتلال الصحة النفسية إلى وضع أعباء مالية كبيرة على الأفراد والأسر(١٠). وكثيرًا ما يتعرض الأشخاص الذين يعانون من اعتلال الصحة النفسية للوصم والنبذ والتمييز ضدهم وحرمانهم من الحقوق الأساسية، بما في ذلك حصولهم على الرعاية الأساسية (١١). ونتيجة لأسباب منها هذه المواقف والاستجابات، غالبًا ما يصاحب اعتلال الصحة النفسية العزلة الاجتماعية، وعدم الانتظام في التعليم أو عدم إكماله، والبطالة.

إن عدم الاكتراث بالقيمة الجوهرية والمؤثرة للصحة النفسية يكون خصمًا من سلامة ورفاه الفرد والأسرة وكذلك الاقتصادات المحلية والوطنية. وتشير التقديرات إلى أن ما يقرب من ١٥٪ من السكان العاملين في العالم لا بد أن يعانوا في وقت من الأوقات من اضطراب نفسي (١٢). ومع ارتباط الصحة النفسية بالإنتاجية، فإن التأثير المحتمل على الأداء والناتج الاقتصاديَيْن هائل.

وترتبط الصحة النفسية عمليًا بكل قضية رئيسية من قضايا التنمية الدولية. وهي تؤثر في العديد من أهداف التنمية المستدامة السبعة عشر التي تشكّل مخطط العالم لمستقبل أفضل وأكثر استدامة للجميع، كما أنها تتأثر بها (انظر الجدول ٤-٣). وبدون إعطاء الأولوية للصحة النفسية، سيكون من الصعب تحقيق العديد من هذه الأهداف (١٣).

قصة

أنا مصابة بالفصام وصحيحة نفسيًا



تجربة شارلين

حياتي ليست بأي حال من الأحوال متأثرة بتشخيص حالتي بأني مصابة بالفصام ولا هي رهينة هذا التشخيص. قطعًا أواجه بعض الصعوبات في بعض الأحيان تتعلق بذلك التشخيص أو بالآثار الجانبية للأدوية. ولكني قادرة بفضل التشجيع ووجود نظام دعم قوي على تدبُّر هذه الوضع.

وأنا قادرة على أداء وظائفي وعضو منتج في المجتمع. ولدي هدف في الحياة، وحريصة على أن تكون علاقاتي طيبة مع العائلة والأصدقاء. وبصفتي مُؤَسّسة شبكة الأقران العالمية للصحة النفسية (GMHPN) ورئيستها التنفيذية - وهي منظمة دولية معنية بالتجربة المعاشة مع الصحة النفسية - أساهم مساهمة فعالة في المجتمع والاقتصاد. وتوليت قيادة الشبكة GMHPN منذ إنشائها حتى حققت نجاحًا وكانت هذه التجربة من أكثر التجارب تأثيرًا في حياتي وواحدة من العناصر الرئيسية التي ساهمت في صحتي النفسية ورفاهيتي.

وأنا قادرة على التعرف على نقاط قوتي وتطويرها والتعلم من نقاط ضعفي. وأنا مكتفية ذاتيًا ومستقلة. وأعرف متى أحتاج إلى الدعم وأين يمكنني الحصول عليه. والأهم من ذلك أنا صحيحة نفسيًا. أنا نفسيًا بخير. فإذا ما شُخِّصت حالة بأنها مصابة باعتلال في الصحة النفسية فلا ينبغي أن يكون ذلك أبدًا مؤشر يُستدل به في تحديد مدى السلامة النفسية.

شارلين سونكل، جنوب أفريقيا

٢-١-٢ الصحة النفسية موجودة في مسار متصل

تصف الفئات التشخيصية في الممارسة السريرية (والإحصاءات الصحية) اضطرابات نفسية منفصلة ومحددة (انظر القسم ٥-١-٣ البيّنات اللازمة لتوجيه السياسات والممارسات). هذا صحيح على الرغم من أن علم الأمراض النفسية يشمل أبعادًا عديدة مثل القلق والمزاج والإدراك والتفاعل الاجتماعي (١٤).

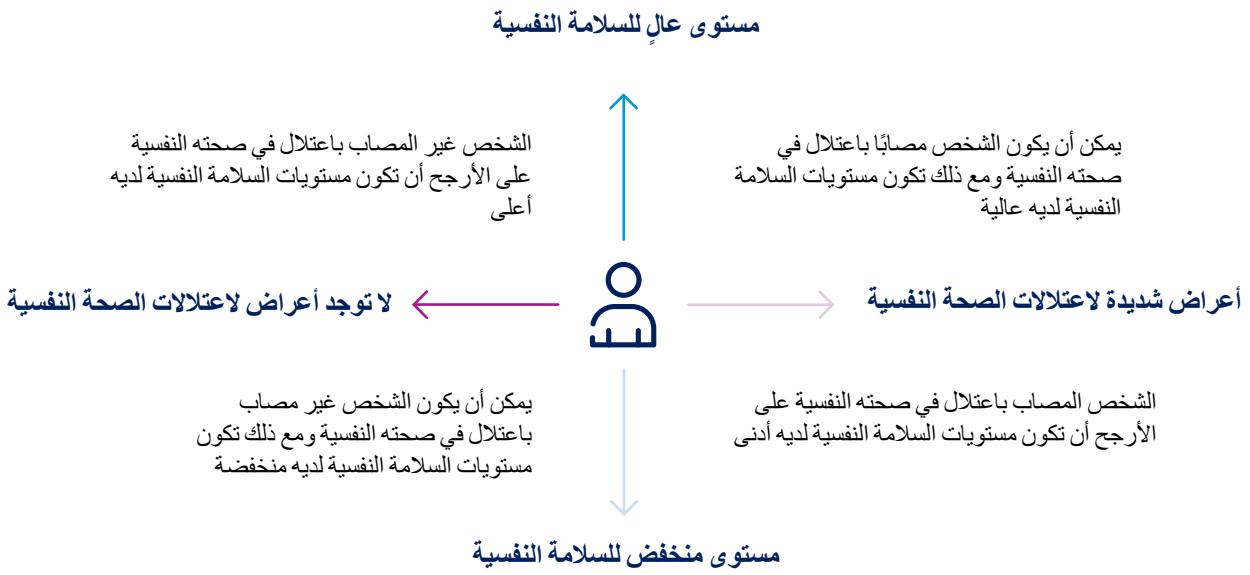
والصحة النفسية ليست حالة ثنائية: فالأمر ليس إما أن نكون أصحاء نفسيًا أو لا. فالصحة النفسية توجد في مسار متدرج ومعقد تتراوح فيه التجارب بين الحالة المثلى المتمثلة في الرفاه وحالة الإنهاك المتمثلة في المعاناة الكبيرة والألم العاطفي (١٥). إذًا لا يرتبط تعريف الصحة النفسية بوجود اضطراب نفسي من عدمه.

وعلى الرغم من أن الأشخاص الذين لديهم علة نفسية على الأرجح أن تكون لديهم مستويات السلامة النفسية أقل، فالأمر ليس كذلك على الدوام. وتمامًا كما يمكن أن يكون هناك شخص به مرض جسماني لكنه لا يزال لائقا بدنيًا، يمكن أن يتعايش الناس مع مرض نفسي ومع ذلك تكون مستويات السلامة النفسية عالية لديهم (انظر الشكل ٢-٢). وقد يكون هذا صحيحًا حتى عند تشخيص حالة بأنها اعتلال حاد في الصحة النفسية (اقرأ تجربة شارلين).

وعلى طول المسار المتدرج، تظهر قضايا وتحديات الصحة النفسية بطرق مختلفة وتختلف تجربة العيش معها من شخص لآخر، فتتباين درجات الصعوبة والضيق وربما النتائج الاجتماعية والسريرية. على سبيل المثال يمكن أن يظهر الاكتئاب والقلق في شعور بالضيق الخفيف أو المعتدل يستمر لفترة قصيرة تمتد بضع ساعات أو أيام أو أسابيع. ولكن يمكن أن يكون أيضًا حالة شديدة تمتد لأشهر أو سنوات (١٦).

الشكل ٢-٢

العلاقة بين الرفاه النفسي وأعراض اعتلالات الصحة النفسية



المصدر: Tudor، 1996 (*17*).

٢-١-٣ الصحة النفسية تجربة تستمر طوال العمر

إن الصحة النفسية ليست شيئًا جامدًا. فطوال حياتنا، أينما كان موضعنا على مسار الصحة النفسية، فإن هذا الموضع سيتأرجح بحسب الأحوال المتغيرة والضغوط التي نتعرض لها (اقرأ تجربة جوانا). وفي وقت من الأوقات، ربما تتحد مجموعة متنوعة من العوامل الفردية والاجتماعية والهيكلية لحماية أو إضعاف صحتنا النفسية، وتغير موضعنا على مسار الصحة النفسية (انظر القسم ٢-٢ محددات الصحة النفسية). فهناك أوقات في حياتنا تكون أكثر أهمية من غيرها.

إن مرحلتي طفولتنا الأولى والطفولة المبكرة تحددان بقية حياتنا.

ومن نواح كثيرة ، يمكن لبيئات ما قبل الولادة والطفولة الأولى والطفولة المبكرة أن تحدد بقية حياتنا. ومعظم حالات الصحة النفسية لدى البالغين تبدأ في مرحلة المراهقة. ففي مرحلة الطفولة المبكرة، تبني البيئةُ المطمئنة والمأمونة والمحبة التي تقدَّم فيها الرعاية المستجيبة وفرص التعلم المبكر الروابطَ العصبيةَ في وقت يعد ضروريًا لنمو الدماغ المبكر (١٨). وعلى العكس من ذلك، فإن التجارب السلبية خلال مرحلة الطفولة المبكرة، بما في ذلك العنف أو الإهمال أو وفاة أحد المقرَّبين، يمكن أن تعطل نمو الدماغ المبكر وتعرض الجهاز العصبي والمناعي للخطر مدى الحياة. ويمكن أن يكون لاكتئاب الأمهات تأثيرات سلبية طويلة الأمد في نمو دماغ الطفل.

المراهقة هي وقت آخر حساس في مسيرة تطور صحة الشخص النفسية. إنها فترة حاسمة لتنمية المهارات الاجتماعية والعاطفية والعادات واستراتيجيات التكيُّف التي تعزِّز الصحة النفسية، بما في ذلك أنماط النوم الصحية وممارسة التمارين الرياضية بانتظام وحل المشكلات ومهارات التعامل مع الآخرين. وتبدأ العديد من السلوكيات الخطرة، مثل استخدام مواد الإدمان، خلال فترة المراهقة، ويمكن أن تكون ضارة بشكل خاص بالصحة النفسية. فالانتحار هو السبب الرئيسي للوفاة بين المراهقين. وغالبًا ما يكون آباء المراهقين على وجه الخصوص أكثر عرضة لخطر اعتلال الصحة النفسية مقارنة بأقرانهم.

وحتى في مرحلة الرشد، يمكن أن تكون مرحلة بناء الأسرة مرحلة محفوفة بالمخاطر بالنسبة للصحة النفسية. وعلى سبيل المثال، يمكن أن يضعف اكتئاب الأم وقلقها قدرة الأم على تعزيز الرابط بينها وبين طفلها. وطوال مرحلة الرشد، يمكن أن تكون الحياة العملية صعبة أيضًا. والبطالة وخاصة فقدان العمل عاملان معروفان من المحتمل أن يؤديا إلى محاولات الانتحار (١٩). وثمة رابط بين بيئات العمل السلبية وزيادة خطر الإصابة بالاكتئاب والقلق والإجهاد المرتبط بالعمل (٢٠).

وتستمر الصحة النفسية في التشكُّل في الأعمار الأكبر نتيجة الظروف البدنية والاجتماعية والبيئية، فضلًا عن الآثار التراكمية للتجارب الحياتية المبكرة والضغوط المحددة المتعلقة بتقدم العمر. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يؤدي فقدان القدرة الوظيفية والألم العضلي الهيكلي والحزن والعزلة إلى الشعور بالوحدة والضيق النفسي. ويتعرض واحد من كل ستة من كبار السن لإساءة معاملة المسنين، وغالبًا ما يكون ذلك من جانب من يقدمون الرعاية إليهم، فتترك تلك المعاملة عواقب وخيمة على الصحة النفسية (٢١).

ويعترف النهج الذي يتناول الصحة النفسية على امتداد العمر بالمخاطر الحرجة وعوامل الحماية التي تؤثر في الصحة النفسية في كل مرحلة من مراحل الحياة، ويُصمِّم السياسات والخطط والخدمات لتلبية احتياجات جميع الفئات العمرية. وهو يمكِّن صانعي القرار من إيلاء الاهتمام للمراحل الحرجة والتحولات والأوضاع التي قد تكتسي فيها التدخلات الرامية إلى تعزيز الصحة النفسية وحمايتها واستعادتها فعالية خاصة. ويشمل ذلك، على سبيل المثال، التأكيد على الاستجابة لاحتياجات الصحة النفسية في مرحلة مبكرة من مراحل الحياة لمنع مشكلات الصحة النفسية المزمنة طوال الحياة.

٢-١-٤ لكل فرد الحق في أن ينعم بالصحة النفسية

وهي حق من الحقوق الأساسية لجميع الأشخاص. ولكل شخص، أيا كان وأينما كان، حق مستحق وأصيل في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة النفسية.
ويشمل ذلك:

- الحق في الحماية من مخاطر الصحة النفسية؛
- الحق في رعاية متاحة وسهلة المنال ومقبولة وذات نوعية جيدة؛
- الحق في الحرية والاستقلال والإدماج في المجتمع.

قصة

كل خطوة أخطوها هي مؤشر على التقدم

تجربة جوانا

أن يعيش الإنسان مصابًا بالاضطراب النفسي لا يعني عجزه. إن المجتمع يحملنا على الاعتقاد، ربما من دون قصد، بأننا غير قادرين على تحمل المسؤوليات بسبب الأزمات التي نواجهها في بعض الأحيان. وحاولت كثيرًا محو هذه الفكرة من ذهني لكني لم أعرف إلا الآن فقط أني قادرة أيضًا على السير إلى الأمام، حتى مع استمرار المعركة داخلي. وتستمر رحلة شفائي. وأعرف أنني ما أزال أواجه عقبات ولكن لدي الآن من الأدوات ما يساعدني على التغلب عليها.

ولا أتذكر كم كان عمري عندما بدأ ينشأ صراع عاطفي داخلي ولكن كان ذلك منذ وقت طويل. ففي عام ٢٠١٤ ، واجهت أول أزمة من بين سلسلة من الأزمات، وبدأت أتردد على الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين. واضطررت إلى ترك المدرسة بسبب القلق المفرط والتخيلات التي لم تتركني في حالي. وأدى استخدام الدواء إلى شعوري بالخدر ولم أستطع التركيز. وفقدت منحة دراسية في جامعة كبرى. وابتعدت عن الأصدقاء والعائلة خشية أن أخيب أملهم. وحبست نفسي، ولم أكن أخرج إلا بالكاد، وكنت أبكي كل يوم، ولم أكن أقوى على النهوض من السرير. وباتت فكرة بناء مستقبل ناجح نسيًا منسيًا.

وهذه هي المرة الثالثة التي أحاول فيها البدء من جديد من الصفر. وأعتقد أنني لست سيئة جدًا في ذلك. ولقد حددت لنفسي هدفًا للعودة إلى الدراسة وقد حققت ذلك. وعمري ٢٥ عامًا وأنا في الفصل الدراسي الثاني في قسم اللغويات، وأملي أن أمارس مهنة أكون شغوفة بها بالفعل.

ولدي المزيد من الأهداف التي أود تحقيقها، وتحديات يجب التغلب عليها، لكنني أعتقد أن ما يهم هو عدم الاستسلام. وكل خطوة أتخذها، حتى الصغيرة منها، هي مؤشر على التقدم. ولطالما كنت أتساءل هل من دافع يجعلني أواصل هذه الرحلة المسماة الحياة. وبفضل دعم عائلتي وأصدقائي واختصاصيي الصحة النفسية الذين يهتمون بي، وجدت الإجابة. ما أعنيه هو أنه على الرغم من أن الأمر قد لا يبدو كذلك، فمن الممكن إيجاد مخرج وستجد أشخاص على استعداد لمساعدتك.

جوانا لوفون، بيرو

ولا ينبغي أبدًا أن يكون وجود اعتلال في الصحة النفسية سببًا لحرمان شخص ما من حقوقه الإنسانية أو إقصائه من القرارات المتعلقة بصحته. ومع ذلك، يعاني الأشخاص المصابون باعتلالات الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم من مجموعة واسعة من انتهاكات حقوق الإنسان (٢٢). وكثير منهم لا يشتركون في الحياة المجتمعية، ويتعرضون للتمييز، ويحرمون من الحقوق الأساسية مثل الغذاء والمأوى، ويمنعون من التصويت أو الزواج (انظر القسم ٤-٢-١ جهود محاربة الوصم والتمييز).

ولا يستطيع كثيرون آخرون الحصول على الرعاية الصحية النفسية التي يحتاجون إليها، أو عندما يتمكنون من الحصول عليها تنتهك حقوقهم الإنسانية. وفي العديد من الأماكن، يشير نقص الخدمات المجتمعية إلى أن المكان الرئيسي للحصول على الرعاية في الصحة النفسية هو المستشفيات أو المؤسسات النفسية التي يودع فيها المرضى لمدة طويلة، والتي غالبًا ما ترتبط بانتهاكات حقوق الإنسان.

قصة

السعادة هي أن تعيش طليقًا

تجربة ريجينا

كان أول دخول لي إلى المستشفى في وحدة الأطفال في المصحة الحكومية، وكان عمري ١٤ عامًا. وعندما بلغت ١٨ عامًا قفزت من فوق الحائط وهربت. ومع الأيام كنت قد مررت بجميع المستشفيات النفسية وجميعها كانت مرعبة. لا أتمنى لأي شخص أن يعيش تلك التجربة المرعبة.

الآن، والحمد لله، أنا أعيش في المجتمع حرة طليقة. فالسعادة لأي شخص هي أن تعيش طليقًا وعندما يكون ذهني صافيًا أخرج إلى الشارع - لرؤية الناس والتحدث إليهم. وأتوقف وأتحدث إليهم حتى لو لم أكن قد رأيتهم من قبل في حياتي.

ومن النعم أن تعيش في بيت تجد فيه الدعم. فقد حصلت فيه على نعم كثيرة-منزل وسرير. ومرت على لحظات في حياتي كنت أتجمد من البرد وأتضور جوعًا، لقد عشت مثل المتسولة. أستطيع أن أقول لكم إنه أمر بشع. أشكر الله على معرفة خدمة إتاحة السكن مع تقديم الدعم، وإلا لما كنت هنا، في هذا المنزل الرائع.

ريجينا سيليا فريري دا سيلفا، البرازيل

إن تحسين الوصول إلى الرعاية الجيدة في الصحة النفسية أمر أساسي في تهيئة حياة أفضل للشخص نفسه وللجميع، وجزء لا ينفصل عنها (اقرأ تجربة ريجينا). ومن شأن تطبيق نهج يركز على الحقوق في خدمات الصحة النفسية أن يحمي المعرضين لخطر انتهاكات حقوق الإنسان، ويدعم أولئك الذين يتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية، ويعزز الصحة النفسية للجميع (٢٣). ينبغي تنفيذ اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع أنحاء العالم.

٢-١-٥ الصحة النفسية مسألة تخص الجميع

يضطلع القطاع الصحي بأدوار متعددة في دعم الصحة النفسية للسكان (انظر الإطار ٢-١ أربعة أدوار للقطاع الصحي). ولكن الأمر نفسه ينطبق أيضًا على مجموعة واسعة من القطاعات الأخرى وأصحاب المصلحة.

ونظرًا لأن المحددات الأساسية للصحة النفسية متعددة القطاعات بطبيعتها (انظر القسم ٢-٢ محددات الصحة النفسية)، ينبغي أيضًا تنفيذ التدخلات الرامية إلى تعزيز الصحة النفسية وحمايتها في قطاعات متعددة، بما في ذلك الصحة، والرعاية الاجتماعية، والتعليم، وخدمات الأطفال والشباب، والأعمال التجارية، والإسكان، والعدالة الجنائية، والقطاع التطوعي، والقطاع الخاص، والمساعدة الإنسانية.

نظرة متعمقة

الإطار ٢-١

أربعة أدوار للقطاع الصحي

يضطلع القطاع الصحي بأربعة أدوار رئيسية في دعم صحة نفسية للجميع.

تقديم الرعاية. يمكن للقطاع الصحي أن يقدم مجموعة من الخدمات المنصفة والقائمة على الحقوق، بصرف النظر عن العمر أو الجنس أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي أو العرق أو الأصل الإثني أو الإعاقة أو التوجه الجنسي. وتكون هذه الخدمات أكثر فائدة عندما يقدمها ممارسون على مستوى المجتمع المحلي هم الأفضل لتقديم الرعاية الفعالة ضمن الموارد البشرية والمالية المحدودة المتاحة (انظر الفصل ٧ إعادة هيكلة الرعاية وتوسيع نطاقها من أجل إحداث التأثير المطلوب).

التعزيز والوقاية. يمكن لقطاع الصحة أن يدعو إلى تنظيم برامج التعزيز والوقاية وأن يتيحها، بالتعاون مع القطاعات الأخرى. ويمكن لهذه البرامج أن تزيد الوعي بالصحة النفسية وفهمها، وأن تضع حدًا للوصم والتمييز، وأن تقلل من الحاجة إلى خدمات العلاج والتعافي (انظر الفصل ٦ التعزيز والوقاية من أجل إحداث التغيير المطلوب).

العمل في شراكة. يمكن للقطاع الصحي أن يقيم شراكات مع جميع أصحاب المصلحة - في الحكومة والمجتمع المدني والقطاع الخاص وخاصة بين الأشخاص الذين لهم تجربة حية- لضمان تقديم دعم متعدد القطاعات وشامل ويركز على الناس لفائدة الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية.

دعم المبادرات ذات الصلة. يمكن للقطاع الصحي أن يدعو إلى دراسة المخاطر الهيكلية وعوامل الحماية التي تؤثر في الصحة النفسية- الظروف التي يولد ويعيش الناس فيها، وأن يتصدى لها. وهذا يمكن أن يعزز ويسهم في اتباع نهج يشمل الحكومة بأكملها والمجتمع بأسره في مجال الصحة النفسية.

وعندما يتعلق الأمر بتقديم الرعاية، ينبغي بنفس القدر تطبيق نهج تعاوني متعدد القطاعات. وذلك لأن الدعم الفعال للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية غالبًا ما يمتد إلى ما هو أبعد من الرعاية السريرية المناسبة (التي عادة تُقدّم من خلال القطاع الصحي) لتشمل أيضًا، على سبيل المثال:

- الدعم المالي (من خلال القطاع الاجتماعي)؛
- تهيئة مكان للإقامة (من خلال قطاع الإسكان)؛
- إتاحة وظيفة (من خلال قطاع التوظيف)؛
- الدعم التعليمي (من خلال قطاع التعليم)؛
- الدعم المجتمعي (من خلال قطاع الشؤون الاجتماعية)؛
- مختلف أشكال الحماية القانونية (من خلال قطاع القضاء).

ومثلما هناك حاجة إلى قطاعات حكومية متعددة، فإن العديد من أصحاب المصلحة الآخرين - من مقرري السياسات إلى المهنيين إلى الأشخاص ذوي الخبرة الحية وأسرهم - بحاجة إلى المشاركة في تعزيز وحماية ودعم صحة الناس النفسية. وتؤدي المنظمات غير الحكومية، وشبكات الأقران، والممارسون التقليديون، والمنظمات الدينية، وغيرها دورًا حاسمًا. واعتمادًا على الظروف والأهداف، قد تشمل أدوار أصحاب المصلحة هؤلاء الدعوة والعمل النشط وتقديم الخدمات والدعم. ويمكن أن يكون العمل في شراكة عبر القطاعين العام والخاص وسيلة فعالة لزيادة تأثير البرامج التعاونية وزيادة مواردها.

وأصحاب المصلحة الأساسيون في مجال الصحة النفسية هم الأشخاص الذين لديهم تجربة حية. وتعد مشاركتهم أمرًا حيويًا لتحسين نظم الصحة النفسية وخدماتها ونتائجها (٢٤). وتشمل هذه المشاركة التمكين الكامل والمشاركة في الدعوة إلى تعزيز الصحة النفسية، وسياساتها، والتخطيط بشأنها، وتشريعاتها، وتصميم برامجها، وتقديم الخدمات من أجلها، ورصدها، وإجراء البحوث بشأنها وتقييمها (٢٥). (لمزيد من المعلومات عن دور الأشخاص ذوي التجربة الحيّة، انظر الفصل ٤، تحت المجهر: إشراك الأشخاص ذوي التجربة الحية وتمكينهم).

٢-٢ محددات الصحة النفسية

تختلف صحتنا النفسية اختلافًا كبيرًا بحسب الظروف التي نولد وننشأ ونعيش حياتنا فيها (٢٦). وذلك لأن الصحة النفسية تحددها عملية تفاعل معقدة بين عوامل فردية وأسرية ومجتمعية وهيكلية تختلف باختلاف الزمان والمكان وتختلف الاستجابة لها من شخص لآخر (٢٧). وتنشأ اعتلالات الصحة النفسية عندما يجتمع ضعف الفرد مع الضغط الناجم عن أحداث الحياة والضغوط المزمنة (انظر الشكل ٢-٣) (٢٨).

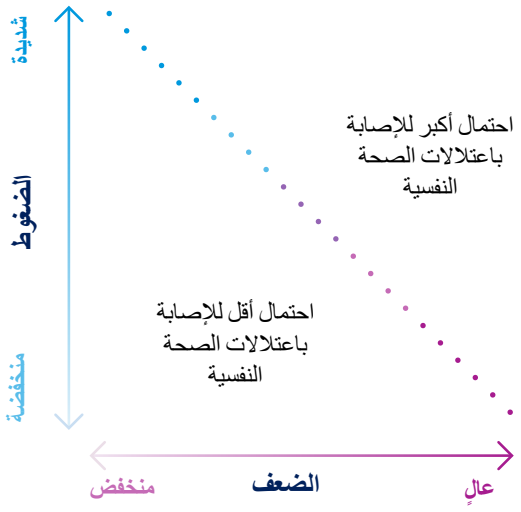
٢-٢-١ المجالات المؤثرة

ترتبط **العوامل النفسية والبيولوجية الفردية** بقدرات وعادات الفرد الأصلية والمكتسبة في التعامل مع العواطف والانخراط في العلاقات والأنشطة وتحمل المسؤوليات. ويتأثر تعرض الشخص لمشكلات الصحة النفسية بالعوامل النفسية (على سبيل المثال، العوامل المعرفية والعوامل التي تتعلق بالتعامل مع الآخرين) والعوامل البيولوجية. وتشمل أوجه الضعف البيولوجية التركيب الوراثي، ولكن أيضًا، على سبيل المثال، استخدام الأم القنب العالي الفعالية ومواد الإدمان، والحرمان من الأكسجين عند الولادة. وتعد صحة الدماغ محددًا مهمًا لأن كثيرًا من عوامل الخطر أو الحماية التي تؤثر في الصحة النفسية تحدث نتيجة لتركيبة الدماغ ووظيفته (٢٩). وتعتمد الصحة النفسية للشخص أيضًا على الضغوط التي يتعرض لها في حياته، والتي تتأثر بالأسرة والمجتمع والعوامل الهيكلية في البيئة.

ويقصد **بالأسرة والمجتمع** البيئة المحيطة مباشرة بالشخص، بما في ذلك فرصه في التعامل مع الشركاء أو الأسرة أو الأصدقاء أو الزملاء، وفرص كسب العيش والمشاركة في أنشطة مفيدة، وكذلك الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يجد نفسه فيها. ومن العوامل المؤثرة على وجه الخصوص السلوكيات والتصرفات التي تُمارس في تربية الأبناء، ولا سيما في الفترة من الطفولة المبكرة حتى المراهقة، إضافة إلى صحة الوالدين النفسية. ومن المعروف أن القسوة في التربية والعقاب البدني يؤذيان الصحة النفسية للطفل، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى مشكلات سلوكية (٣٠). وتبيَّن من الدراسة بشأن العبء العالمي للأمراض والإصابات وعوامل الخطر لعام ٢٠١٩ أن التنمر يمثل عامل الخطر الرئيسي الذي يمكن أن يؤدي إلى مشكلات في الصحة النفسية (٣١). ومن شأن الترتيبات والمؤسسات الاجتماعية المحلية، من قبيل إتاحة التعليم ما قبل المدرسي، والتعليم المدرسي الجيد، والوظائف، أن تزيد أو تقلل بقدر كبير من الفرص التي، بدورها، تمكن كل شخص من اختيار مسار حياته. ويمكن أن تضر الفرص المقيدة أو الضائعة بالصحة النفسية.

الشكل ٢-٣

عندما يتفاعل الضعف أيًا كان نوعه مع الضغوط، فإن ذلك يمكن أن يؤدي إلى اعتلالات الصحة النفسية



ويقصد **بالعوامل الهيكلية** البيئة الاجتماعية والثقافية والجيوسياسية والبيئية الأوسع نطاقًا المحيطة بالشخص، مثل البنية التحتية وانعدام المساواة والاستقرار الاجتماعي ونوعية البيئة. وهذه العوامل تشكّل ظروف الحياة اليومية. إن الحصول على الخدمات والسلع الأساسية، بما في ذلك الغذاء والماء والمأوى والصحة وسيادة القانون، أمر مهم للصحة النفسية. وكذلك السياسات الاجتماعية والاقتصادية الوطنية: فالقيود التي فُرضت خلال جائحة كوفيد-١٩ على سبيل المثال كانت لها عواقب وخيمة على الصحة النفسية بالنسبة للكثيرين، بما في ذلك التوتر أو القلق أو الاكتئاب الناجم عن العزلة الاجتماعية وانعدام التواصل وعدم وضوح الرؤية فيما يخص المستقبل (انظر تحت المجهر: كوفيد-١٩ والصحة النفسية). ويعد الأمن والسلامة عاملَيْن مهمين من العوامل الهيكلية. كما أن المعتقدات والمعايير والقيم السائدة - خاصة فيما يتعلق بالجنس والعرق والحياة الجنسية - يمكن أن تكون مؤثرة تأثيرًا كبيرًا. وتؤثر الموروثات التاريخية للاستعمار على العديد من العوامل الهيكلية في العديد من البلدان، وكذلك الأزمات المناخية والبيئية (انظر القسم ٢-٣-٤ أزمة المناخ).

وتحدد العوامل الفردية والأسرية والمجتمعية والهيكلية مجتمعةً صحتنا النفسية. ومن المهم أيضًا الإشارة إلى أن هذه المحددات تتفاعل مع بعضها بعضًا بطريقة ديناميكية. فعلى سبيل المثال، يمكن تعزيز أو تقليل إحساس الشخص بقيمته الذاتية تبعًا لما يجده من دعم اجتماعي وأمن اقتصادي على مستوى الأسرة، الأمر الذي قد يعتمد بدوره على الاستقرار السياسي والعدالة الاجتماعية والنمو الاقتصادي في بلده.

تتحدد الصحة النفسية من خلال عملية تفاعل معقدة بين عوامل فردية وأسرية ومجتمعية وهيكلية.

وعلى الرغم من أن المحددات البيولوجية والاجتماعية للصحة النفسية مؤثرة بقدر كبير، فإن ما يشكّل الشخص يتجاوز تكوينه البيولوجي وبيئته الخارجية. وتؤدي العوامل النفسية الفردية، كما هو موضح أعلاه، دورًا أيضًا، وللناس الخيار في أمرهم ولهم سلطة على شؤونهم، حتى لو كان هذا الخيار محدودًا للغاية بالنسبة للأشخاص الذين يعيشون في صعاب شديدة (٣٢).

والجدير بالذكر أن أي محدد من المحددات ليست له قدرة على التنبوء إلا بقدر محدود (٣٣). فمعظم الأشخاص المعرضين للخطر لن يصابوا باعتلال الصحة النفسية في حين أن هناك أشخاصًا عديدين غير معرضين للخطر لكنهم مع ذلك يصابون باعتلال الصحة النفسية. ومع ذلك، ففي جميع هذه المجالات المؤثرة، يمكن أن يؤدي تفاعل محددات الصحة النفسية إلى تحسين أو إضعاف الصحة النفسية (انظر الشكل ٢-٤).

٢-٢-٢ المخاطر التي تضعف الصحة النفسية

على الرغم من أن معظم الناس يتمتعون بالصلابة بشكل ملحوظ، فإن الأشخاص الأكثر عرضة للظروف غير المواتية هم أكثر عرضة لخطر الإصابة باعتلالات الصحة النفسية (٣٤). وفي هذا السياق، فإن الصراعات وتفشي الأمراض وانعدام العدالة الاجتماعية والتمييز والحرمان كلها مخاطر كبيرة يمكن أن تؤدي إلى إصابة جديدة باعتلالات الصحة النفسية بالنسبة لكثيرين أو تدهورها

الشكل ٢-٤

أمثلة على المخاطر وعوامل الحماية التي تحدد الصحة النفسية

مرتبطة بالفرد

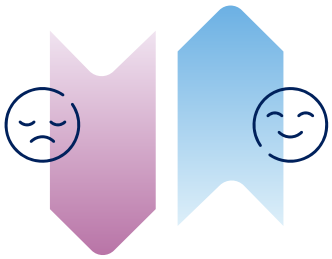
- العوامل الوراثية
- المهارات الاجتماعية والعاطفية
- شعور الفرد بقيمته وكفاءته
- الصحة الجسدية الجيدة
- النشاط البدني

مرتبطة بالأسرة والمجتمع المحلي

- التغذية الجيدة في الفترة ما قبل الولادة وبعدها
- التنشئة السليمة
- الأمن والسلامة الماديان
- الشبكات الاجتماعية الإيجابية، ورأس المال الاجتماعي، والدعم الاجتماعي
- المساحات الخضراء

هيكلية

- الأمن الاقتصادي
- البنية التحتية ذات النوعية الجيدة
- الفرص المتساوية في الوصول إلى الخدمات
- البيئة الطبيعية ذات النوعية
- العدالة الاجتماعية والإدماج
- الدخل والحماية الاجتماعية
- المساواة الاجتماعية والمساواة بين الجنسين



عوامل الحماية
تحسِّن الصحة النفسية

- العومل الوراثية
- التعليم المتدني
- استخدام الكحول والعقاقير
- النظام الغذائي غير الصحي
- السمنة وغيرها من مخاطر الأيض
- المرض المزمن
- نقص فيتامين د
- عدم الرضا عن الجسم اضطرابات
- النوم
- مضاعفات الولادة

المخاطر
تضعف الصحة النفسية

- الاعتداء والعنف الجنسيان
- الاعتداء العاطفي والجسدي والإهمال
- تعاطي الأمُ موادَ الإدمان خلال الحمل
- التنمر
- عنف الشريك الحميم
- المشاركة في حروب في الماضي
- الفقد المفاجئ لأحد الأحباء
- الإجهاد الوظيفي
- فقدان الوظيفة والبطالة
- العيش في المدن
- الانتماء لأقلية إثنية

- أزمة المناخ أو التلوث أو التدهور البيئي
- فقر البنية التحتية
- ضعف الوصول إلى الخدمات
- انعدام العدالة والتمييز والإقصاء الاجتماعي
- انعدام المساواة الاجتماعية والاقتصادية وبين الجنسين
- الصراع والنزوح القسري
- الطوارئ الصحية

المصادر: Arango et al, 2021 (35); WHO, 2012 (36).

بالنسبة لآخرين (انظر القسم ٢-٣ المهددات العالمية التي تتعرض لها الصحة النفسية).

المصاعب هي واحدة من أكثر المخاطر تأثيراً وضررًا على الصحة النفسية

ويمكن أن تظهر المخاطر الفردية والأسرية والمجتمعية والهيكلية في جميع مراحل العمر، ولكن تلك التي تحدث خلال مراحل العمر الحساسة بالنسبة للنمو ضارة بشكل خاص، وغالبًا ما تستمر في التأثير على الصحة النفسية لسنوات أو حتى عقود لاحقة (انظر القسم ٢-١-٣ الصحة النفسية تجربة حية طوال العمر).

والأطفال الذين يعانون من مشكلات الصحة النفسية والإعاقات المعرفية هم أكثر عرضة بأربع مرات للوقوع ضحية للعنف مقارنة بغيرهم (٣٧). وعلى الصعيد العالمي، تعرض أكثر من نصف جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين وسبعة عشر عامًا (زهاء مليار فرد) للعنف العاطفي أو الجسدي أو الجنسي في العام السابق (٣٨). وتزيد تجارب الطفولة المريرة، بما في ذلك التعرض للعنف، من خطر الإصابة بمجموعة واسعة من المشكلات السلوكية واعتلالات الصحة النفسية، التي تشمل استخدام المخدرات والعدائية والاكتئاب والقلق واضطراب الكرب التالي للصدمات (٣٩، ٤٠).

والواقع أن المصاعب في جميع الأعمار ومراحل الحياة بما فيها الفقر والعنف وعدم المساواة والحرمان البيئي تشكّل خطرًا على الصحة النفسية. ويعاني السكان الذين يعيشون في ظروف غير مواتية، مثل مناطق الحرب، من اعتلالات الصحة النفسية أكثر من سواهم (٤١).

وفي العديد من البلدان، يؤدي عدم قدرة الشعوب الأصلية على التملك الآمن إلى تعرضهم بشكل خاص لحيازة الأراضي واستغلال الموارد، مما يؤدي إلى ظهور مشكلات اجتماعية واقتصادية وبيئية تزيد من المخاطر التي تهدد الصحة النفسية (٤٢).

إن العيش في المناطق التي تعرضت فيها البيئة الطبيعية للضرر- لأسباب منها على سبيل المثال تغير المناخ والتنوع البيولوجي وفقدان الموائل أو الاستغلال أو التلوث - يمكن أيضًا أن تضر بالصحة النفسية. فعلى سبيل المثال، ثمة بيّنات متزايدة تشير إلى أن التعرض لتلوث الهواء من المرجح أن يؤثر سلبًا على الدماغ ويزيد من خطر وشدة ومدة اعتلالات الصحة النفسية في جميع مراحل الحياة (٤٣، ٤٤).

ويمكن أن يؤثر نوع جنسنا ومجموعتنا العرقية ومكان إقامتنا على فرصنا في الإصابة باعتلال في الصحة النفسية. وفي الغالب تتعرض النساء للحرمان الاجتماعي والاقتصادي أكثر من الرجال، ومن الأرجح أن يتعرضن أكثر لعنف الشريك الحميم والعنف الجنسي في المجتمع ، وهما عاملا خطر قويان يتسببان في مجموعة من اعتلالات الصحة النفسية، وخاصة اضطراب الكرب التالي للصدمات (اقرأ تجربة ليون) (٤٥). وتزيد العنصرية أو التمييز ضد مجموعة معينة في المجتمع من خطر الإقصاء الاجتماعي والضائقة الاقتصادية، وكلاهما يضران بالصحة النفسية (٤٦).

وعلى الرغم من أن الفئات المهمشة اجتماعيًا - بما في ذلك العاطلون عن العمل لفترة طويلة والعاملون في الجنس والمشردون واللاجئون - تسجل في الغالب معدلات أعلى من الاضطرابات النفسية مقارنة بعامة السكان، فإنها تواجه صعوبات في الحصول على الرعاية الصحية (٤٧). وبالمثل، فإن الفئات المهمشة الأخرى، بما في ذلك الأقليات الجنسية والشعوب الأصلية، أكثر عرضة لخطر الاكتئاب والقلق ومحاولات الانتحار أو الانتحار، والمشكلات المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان (٤٨). ويمكن أن يجدوا أيضًا صعوبة في الوصول إلى خدمات الصحة النفسية التي يحتاجونها (اقرأ تجربة كات في الفصل ٤).

الحلقة المفرغة للحرمان

يرتبط سوء الصحة النفسية ارتباطًا وثيقًا بالفقر داخل حلقة مفرغة للحرمان. ويبدأ هذا الحرمان قبل الولادة ويتراكم طوال الحياة (٣٦). والأشخاص الذين يعيشون تحت وطأة الفقر تعوزهم الموارد المالية اللازمة للحفاظ على مستويات المعيشة الأساسية؛ ففرصهم في التعليم والعمل أقل؛ وهم أكثر عرضة للعيش في بيئات معيشية صعبة؛ وهم أقل قدرة على الحصول على رعاية صحية جيدة. إن هذه الضغوط اليومية تزيد من خطر تعرّض الأشخاص الذين يعيشون تحت وطأة الفقر للإصابة باعتلالات الصحة النفسية.

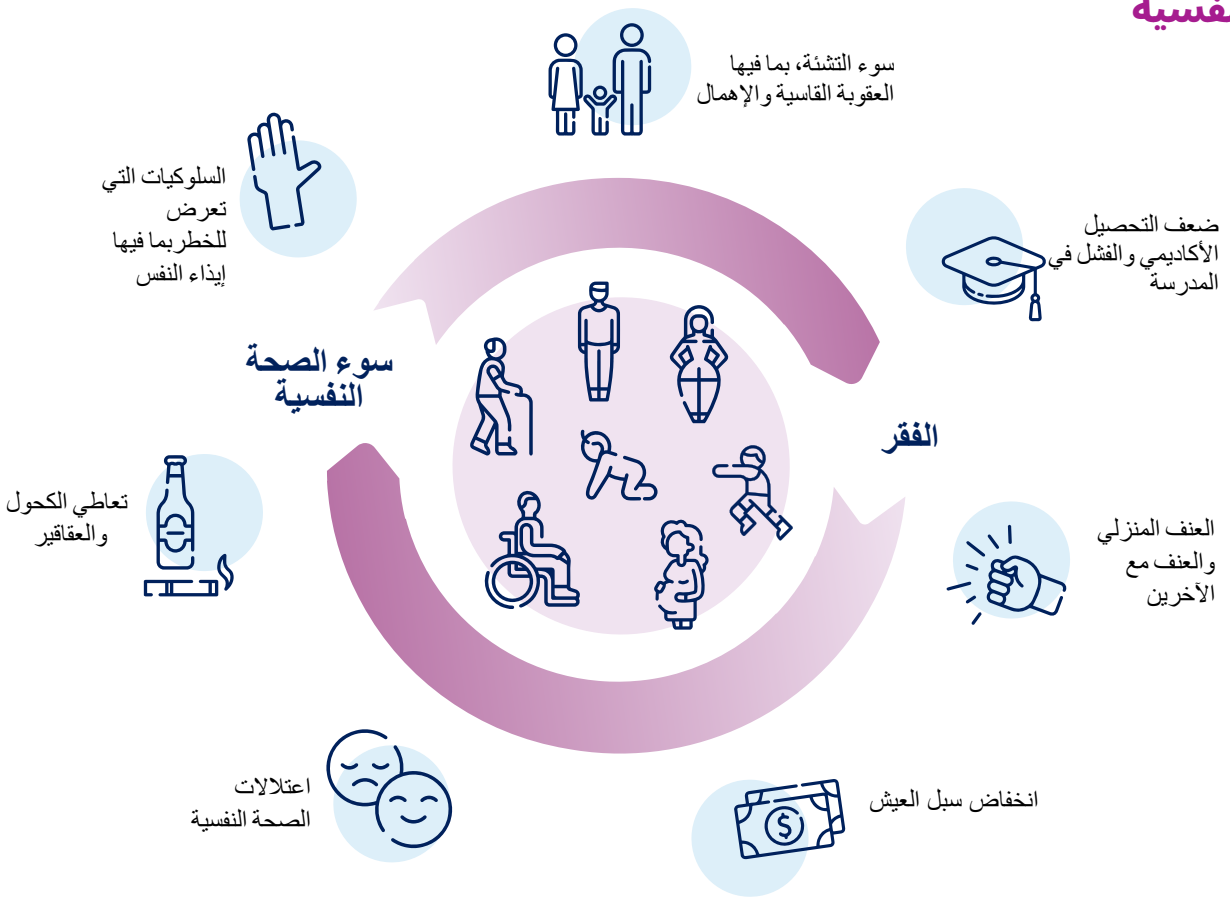
وبالمثل، فإن الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية هم أكثر عرضة للوقوع في براثن الفقر بسبب فقدان العمل وزيادة النفقات الصحية. وقد يؤدي الوصم والتمييز أيضا إلى إضعاف هياكل الدعم الاجتماعي المقدّم إليهم. وهم معرضون لدوامة فقدان الموارد والإقصاء الاجتماعي، التي يمكن أن تؤدي إلى تدهور اعتلالات الصحة النفسية التي يعانون منها فعلًا وزيادة احتمال استخدام مواد الإدمان أو سوء التنشئة أو الفشل في المدرسة. ومن ثم تزداد سطوة الحلقة المفرغة بين الفقر وسوء الصحة النفسية (انظر الشكل ٢-٥).

ويتوقف احتمال إصابة شخص ما باعتلال صحته النفسية أو الوقوع في براثن الفقر، وكم من الوقت سيستمر ذلك، وما إذا كان قادرًا على إيجاد مخرج من تلك الحالة، جزئيًا على قدرته على الوصول لخدمات الحماية الاجتماعية والخدمات الصحية ذات النوعية الجيدة (٤٩). إن إدماج الصحة النفسية في التغطية الصحية الشاملة - حتى يتمكن جميع الناس من الحصول على خدمات الصحة النفسية التي يحتاجون إليها دون التعرض لضائقة مالية - أمر بالغ الأهمية (انظر القسم ٥-٣ تمويل الصحة النفسية).

ويعيش أكثر من ٨٠٪ من جميع من يعانون من اضطرابات نفسية في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، حيث يدور معظمهم في حلقة مفرغة بين الصحة النفسية والفقر بسبب نقص شبكات السلامة ضمن الرعاية الاجتماعية وضعف إمكانية الوصول إلى العلاج الفعال (٥٠، ٥١).

الشكل ٢-٥

الحلقة المفرغة بين الفقر وسوء الصحة النفسية تفاقم من اعتلالات الصحة النفسية



قصة

لم يخبرني أحد أنني كنت في الأساس بطلة خارقة

تجربة ليون

نجوت من اعتداء جنسي استمر فترة طويلة. لقد انهارت حياتي مرتين: المرة الأولى كانت عندما تعرضت للاعتداء وانفصلت عني أجزاء من نفسي لأتمكن من البقاء على قيد الحياة. والمرة الثانية كانت بعد ذلك بكثير عندما لم يعد بإمكاني الاستمرار في تجاهل ما مررت به ومررتُ بأزمة نفسية.

ومن الصعب وصف حجم التشويش الذي يشعر به المرء إذا كبر وسط الشعور باستمرار بالألم والمعاناة. كنت أشعر أنني بحالة جيدة عندما تكون الأمور سيئة، وأشعر بالقلق والخوف عندما تكون الأمور جيدة. وفي بعض الأحيان كنت بحاجة إلى جرعات صغيرة من الألم لأني لم أكن احتمل الانفصال عنه. وكنت أعيش في انتظار الاعتداء علي مرة أخرى، وكان ذلك يعني أن أعيش دومًا وحواسي متحفزة تحفزًا شديدًا.

والتقيت بعدد غير قليل من المعالجين والخبراء في إعادة التأهيل. ولم اتلق تشخيصًا للصدمة، حتى عندما عبّرت عن بعض ما مررت به، ولم يكن العلاج مفيدًا ولا حتى بالقدر الضئيل، ولا غرابة في ذلك. وأتذكر أنني ظللت أردد مرارًا وتكرارًا إنني كنت أشعر بأني مفترقة عن ذاتي، وأن كل ما كنت أحاول فعله هو أن أفصل نفسي، ومع ذلك ، لم يتحدث إليّ أحد عن الافتراق عن الذات وآثار الصدمة.

وفسر المعالجون كل ما فعلته على أنه نابع من الاضطرابات التي كنت أمر بها. وأخبروني أنني إذا لم أفعل تمامًا ما قالوه، فلن أتمكن من الخروج من تلك الحالة. وقالوا لي إنني بحاجة فقط إلى الرضوخ. لكن الشخص الذي اغتصبني كان أيضًا يطلب مني الرضوخ.

ولم يخبرني أحد أنني كنت في الأساس بطلة خارقة ... وبيَّنت الأزمة التي مررت بها أنني احتفظت لنفسي طويلًا بالجحيم الذي كنت أعيشه. وفي نهاية المطاف اتصلت باختصاصي في الصدمات، فأجرى تقييمًا كاملًا وشخّص حالتي باضطراب الهوية التفارقي المرتبط بالصدمة. وهذا التشخيص، الذي يأخذ بعين الاعتبار تداعيات ما تعرضت له من صدمة في الطفولة، منحني الاعتراف والإدراك اللذين كنت في أمس الحاجة إليهما، والأهم من ذلك، منحني العلاج المناسب.

وأخبرني معالجي أنه خبير خارجي وأنا خبير داخلي وأننا إذا عملنا معًا كشركاء حتى بلوغي الشفاء، فسوف ننجح. واحتفلت مؤخرًا بمرور عشر سنوات على الشراكة العلاجية، وهي واحدة من أطول العلاقات وأكثرها فائدة وأمانا على الإطلاق. وبفضل هذه الشراكة أنا هنا اليوم.

والآن أعمل خبيرًا في مجموعات الأقران ومدربًا في الطب الشخصي ومناصرًا لمن لهم تجارب حية. وأنا رئيس قسم التجربة الحيّة في جمعية الصحة النفسية الإسرائيلية "إينوش"، وأفخر بأن أكون جزءًا من مجموعة من الأشخاص الفريدين والأقوياء الذين يساهمون في إحداث تحولات مؤثرة للغاية في نظام الصحة النفسية في بلدي.

وآمل أن يعامل في المستقبل الناجون الذين يرغبون في التعافي من التجارب المريرة التي مروا بها كأبطال، مثلهم مثل أي إنسان مرّ بتجربة إنسانية غاية في القسوة، فاستحق التعاطف والاحترام والتقدير. وسأستمر في جهودي لتذليل العوائق على هذا الدرب، حتى يمكن في يوم من الأيام بناء النظم الصحية المستقبلية في العالم على أساس المعرفة المستندة إلى التجربة الشخصية.

ليون غي مير، إسرائيل

٢-٢-٣ عوامل الحماية تبني القدرة على الصمود

تشمل عوامل الحماية مناحٍ عديدة في الحياة شأنها في ذلك شأن المخاطر التي تتعرض لها الصحة النفسية.

إن مهاراتنا الاجتماعية والعاطفية وصفاتنا وعاداتنا - التي تنشأ خلال سنوات تكويننا - ضرورية لنا حتى نتمكن من التعامل مع الضغوط وخيارات الحياة اليومية. وهي بذلك تمثل عوامل رئيسية لحماية الصحة النفسية.

ويمكن أن تكون العوامل الأسرية والمجتمعية مؤثرة أيضًا في دعم الصحة النفسية. وتشمل عوامل الحماية في هذه المستويات التفاعلات الأسرية الإيجابية، والتعليم الجيد، وظروف العمل اللائق، والأحياء الآمنة، والتماسك المجتمعي، والمشترك الثقافي في المعنى والهوية (٥٢).

ويمكن أن تساعد التنشئة الحانية المساندة على حماية الناس من الإصابة باعتلالات الصحة النفسية (١٨). وتعد الأسر المساندة ومقدمو الرعاية مهمين في أي عُمْر ويمكن أن يكونوا عوامل مساعدة حقيقية لتعافي الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية (اقرأ تجربة إيليني في الفصل ٧).

تشمل عوامل الحماية التنشئة الإيجابية، وجودة التعليم والعمل، والأحياء الآمنة، والتماسك المجتمعي.

وطوال مرحلة الرشد، يكتسي العمل في ظل ظروف لائقة أهمية خاصة للصحة النفسية. وبالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الفصام أو الاضطراب الثنائي القطب، يمكن أن يكون العمل مصدر إجهاد كبير، ولكنه يمكن أن يعزز أيضًا التعافي ويؤدي إلى زيادة تقدير الذات، وتحسين الأداء الاجتماعي وتحسين نوعية الحياة (٥٣، ٥٤). وقد ثبت أيضًا أن العمل يقلل من أعراض الاكتئاب والقلق، في حين أن البطالة تعد عاملًا معروفًا يؤدي إلى احتمال محاولة الانتحار (١٩).

وتعد البيئات المبنية والطبيعية المحلية مهمة. وثمة علاقة ما بين الأحياء الآمنة التي يمكن التجوُّل فيها والتي تتوافر فيها فرص الترفيه وبين انخفاض حالات الاكتئاب وإساءة استخدام الكحول (٥٢). كما أن هناك أيضًا صلة ما بين القدرة على الدخول إلى المساحات الخضراء والزرقاء - بما في ذلك حدائق المدينة والغابات والملاعب والممرات المائية والشواطئ - وتحسين الصحة النفسية، لما لها من تأثيرات مفيدة على الشعور بالإجهاد، وشدة الأعراض، والوصول إلى الترميم النفسي في الأمدين القصير والطويل (٥٥).

وفي جميع أنحاء العالم، هناك تقدم ملحوظ في إعادة تشكيل العوامل الهيكلية التي تحمي الصحة النفسية. فعلى سبيل المثال، ينبغي أن تعمل الهياكل العالمية الرسمية، التي لها تفويض متعلق بالصحة وحقوق الإنسان، كعوامل حماية هيكلية. وبالمثل، فإن زيادة الديمقراطية والمساواة في القدرة على الوصول إلى العدالة، والحد من الفقر، وزيادة قبول التنوع كلها اتجاهات عالمية هامة تساعد على تحسين الصحة النفسية. ووجدت الدراسة الاستقصائية العالمية للمنظمة بشأن الصحة النفسية أن الفروق بين الجنسين في معدلات الاكتئاب تضيق في البلدان كلما ازدادت المساواة بين أدوار النساء والرجال (٥٦).

وفي جميع المستويات، من المستوى الفردي إلى المستوى الهيكلي، تحسن عوامل الحماية من قدرة الشخص على الصمود. ويمكن أن تكون وسيلة لتعزيز وحماية الصحة النفسية، داخل القطاع الصحي وخارجه على السواء (انظر الفصل ٦ التعزيز والوقاية من أجل إحداث التغيير المطلوب).

صدّق ١٨٤ بلدًا

على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

٢-٣ المهددات العالمية التي تتعرض لها الصحة النفسية

تتمثل المهددات العالمية التي تتعرض لها الصحة النفسية في الضغوط الهيكلية الرئيسية التي من المحتمل أن تبطئ من إمكانية إحراز تقدم على المستوى العالمي في تحسين الرفاه. فهي تؤثر على مجموعات سكانية بأكملها، ونتيجة لذلك يمكن أن تضعف الصحة النفسية لأعداد هائلة من الناس (٤٢).

وتشمل المهددات الرئيسية اليوم ما يلي: الانكماش الاقتصادي والاستقطاب الاجتماعي؛ وطوارئ الصحة العامة؛ وانتشار حالات الطوارئ الإنسانية والنزوح القسري؛ وأزمة المناخ المتزايدة.

وظهرت بعض المهددات العالمية الحالية بسرعة كبيرة في الآونة الأخيرة، مثل جائحة كوفيد-١٩ (انظر تحت المجهر: كوفيد-١٩ والصحة النفسية). في حين اكتسبت مهددات أخرى أهميتها بوتيرة أبطأ.

ومثلها مثل المحددات الهيكلية الأخرى، يتفاعل العديد من المهددات العالمية للصحة النفسية مع بعضها البعض. وعلى سبيل المثال، يمكن أن تسفر أزمة المناخ عن حالة طوارئ إنسانية تؤدي بدورها إلى تشريد العديد من الناس. وبالمثل، يمكن لحالات الطوارئ الإنسانية أن تتسبب في حدوث انكماش اقتصادي يجبر على النزوح، فيؤدي بدوره إلى زيادة الاستقطاب الاجتماعي.

وتزيد المهددات العالمية مجتمعة من المخاطر وتزيد من عبء اعتلالات الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم.

٢-٣-١ انعدام المساواة الاقتصادية والاجتماعية

ترتبط الانكماشات الاقتصادية بزيادة معدلات الانتحار (٥٧). كما أنها تزيد من خطر الاكتئاب والقلق وإساءة استخدام الكحول، ربما من خلال تأثيراتها الضارة في العمل والدخل والأمن والشبكات الاجتماعية (٥٢).

وتبيَّن أن البلدان التي يوجد فيها تفاوت في الدخل واستقطاب اجتماعي أكثر من غيرها يرتفع فيها معدل انتشار الفصام والاكتئاب والقلق واستخدام مواد الإدمان (٥٢). وفي جميع الحالات، فإن الفئات الأفقر هي الأكثر تضررًا.

ترتبط الانكماشات الاقتصادية بزيادة معدلات الانتحار.

وفي الولايات المتحدة، بعد الأزمة الاقتصادية لعام ٢٠٠٨، ارتفعت "الوفيات بسبب اليأس" بين السكان في سن العمل. والعديد من هذه الوفيات كان بسبب الانتحار وتعاطي مواد الإدمان، وفُسر ذلك بفقدان الأمل بسبب البطالة وتزايد عدم المساواة وتراجع الدعم المجتمعي (٥٨).

وعمقّت جائحة كوفيد-١٩ عدم المساواة الموجودة أصلًا وزادت التباين في السلم الاجتماعي فيما يخص الصحة النفسية في العديد من البلدان (انظر تحت المجهر: كوفيد-١٩ والصحة النفسية).

٢-٣-٢ طوارئ الصحة العامة

يمكن أن تترك طوارئ الصحة العامة آثارًا عميقة وطويلة الأمد على صحة الناس النفسية، تؤدي إلى تدهور صحتهم النفسية العليلة أصلًا أو الإصابة باعتلالات جديدة. ويمكن أن تؤثر أيضًا في البنية التحتية الأساسية، فتعطل الخدمات والإمدادات الأساسية وبذلك يصبح من الصعب إتاحة الرعاية الصحية النفسية الرسمية للأشخاص المتضررين. وتعد جائحة كوفيد-١٩ أبرز مثال عالمي فقد أثرت بشدة على صحة الناس النفسية في جميع أنحاء العالم (انظر تحت المجهر: كوفيد-١٩ والصحة النفسية).

وتظهر الأبحاث بشأن وباء الإيبولا في الفترة ٢٠١٣-٢٠١٦ في غرب أفريقيا أن العديد من الناس قد عانوا من آثارها على صحتهم النفسية وآثارها النفسية الاجتماعية، واتسمت هذه الآثار بحدتها وطول أمدها (٥٩).

- يمكن أن يتسبب الخوف من الفيروس في الإصابة بقلق وضيق شديدين.
- يمكن أن يستمر الشعور بالأسى لفقدان الأعزاء بسبب الفيروس لفترة طويلة.
- يواجه غالبًا الناجون والعاملون في مجال الرعاية الصحية الوصم والتمييز.
- يؤدي العزل المادي للأفراد والمجتمعات إلى زيادة تعرضهم لخطر الآثار النفسية الاجتماعية.
- يمكن أن تؤدي الفاشيات وجهود التصدي لها إلى قطع نظم الدعم المحلية، واستنفاد موارد الناس اللازمة للتكيف، وتصدع المجتمعات المحلية، وضعضعة الثقة في الخدمات الصحية.
- يصاب العديد من الناجين باعتلالات الصحة النفسية، مثل القلق واضطرابات المزاج.

وترتبط بعض الأمراض المعدية بمضاعفات عصبية تؤثر في صحة الناس النفسية. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يؤدي فيروس زيكا إلى الإصابة بمتلازمة فيروس زيكا الخلقي ومتلازمة غيلان-باريه (٦٠). ويرتبط كوفيد-١٩ أيضًا بمجموعة من الأعراض العصبية (٦١).

كوفيد-١٩ والصحة النفسية

أصبحت جائحة كوفيد-١٩ في وقت وجيز إحدى أكبر الأزمات العالمية منذ أجيال. فقد أدت إلى عواقب وخيمة وبعيدة المدى على النظم الصحية والاقتصادات والمجتمعات. ومات بسببها عدد لا يحصى من الناس، أو فقدوا سبل عيشهم. وكانت سببًا في تعرض الأسر والمجتمعات المحلية للتوتر والانفصال. وتخلف الأطفال والشباب في جميع البلدان عن فصول الدراسة والأنشطة الاجتماعية. وأفلست الشركات. وهوى ملايين من الناس إلى دون خط الفقر (٦٢).

وقد تأثرت الصحة النفسية تأثرًا كبيرًا. وازداد قلق الكثيرين منها خلال الموجات العديدة لكوفيد-١٩. ولكن بالنسبة للبعض، فقد تسببت الجائحة في حدوث مشكلات أكثر خطورة في الصحة النفسية أو زادتها حدةً.

وفي الوقت نفسه، تعطلت خدمات الصحة النفسية إلى حد بعيد، لا سيما في السنة الأولى من الجائحة. وأعيد في كثير من الأحيان توزيع الموظفين والموارد من أجل المساعدة في كوفيد-١٩. وحالت التدابير الاجتماعية في مرات عديدة دون حصول الناس على الرعاية، وفي كثير من الحالات أحجم الناس عن طلب المساعدة بسبب الخوف من الفيروس. وبحلول مطلع عام ٢٠٢٢، انخفضت الاضطرابات، لكن لا يزال الكثير من الناس غير قادرين على الحصول على ما يحتاجونه من دعم لصحتهم النفسية.

وبطبيعة الحال، كان الناس في بعض الأماكن والظروف أكثر تأثرًا من غيرهم. ومع تطور الجائحة، تغيرت تدابير الصحة العامة الوطنية، وكذلك الضغوط والآثار المترتبة على الصحة النفسية. وخلال المراحل المبكرة، عندما أدت الضبابية الكبيرة في الرؤية وارتفاع معدلات الوفيات إلى تأجيج المخاوف والضيق على نطاق واسع، كانت الآثار مختلفة تمامًا عن تلك التي شهدتها المراحل اللاحقة، عندما بات العزل والتعب أكبر مهددَيْن تتعرض لهما الصحة.

وتصف الأقسام أدناه تأثير الجائحة في الصحة النفسية وخدماتها وتلخص التوصيات ذات الصلة بجهود التصدي لها.

قصة

لا يمكن الاستهانة بتأثير كوفيد-١٩ في الصحة النفسية

تجربة إسينام

أعاني من الاضطراب ثنائي القطب وأنا أعيش في غانا حيث شكلت جائحة كوفيد-١٩ ضغطًا غير مسبوق على الصحة النفسية لكثير من الناس. ولدي أصدقاء عديدون عانوا من انتكاسات في صحتهم النفسية بسبب زيادة مستويات الخوف والهلع. وبدا الأمر كما لو كان الخوف معديًا.

ويعاني عدد كبير من الناس في غانا - بمن فيهم العاملون في مجال الرعاية الصحية والأشخاص المصابون بكوفيد-١٩ والأطفال والنساء والشباب وكبار السن - من ضيق نفسي وأعراض تشير إلى اعتلال صحتهم النفسية نتيجة للجائحة.

ويخشى معظم الناس طلب المساعدة لأنهم يعتقدون أنهم إذا زاروا المستشفى، فقد ينتهي بهم الأمر إلى الإصابة بكوفيد-١٩ بسبب طريقة انتقال الفيروس غير المباشرة والإصابة به. وأنا شخصيًا لم أذهب لأتلقى العلاج في العيادة إلا بعد مضي عام كامل، لأسباب منها هذا الخوف. كما أنني كنت عاطلة عن العمل في ذلك الوقت ولم يكن لدي من الأموال ما يكفي لعلاجي. لكن كان والدي المتقاعدان حريصَيْن على الدوم على حصولي على ما أحتاجه من أدوية كلما نفدت كميتها.

وكنت محظوظة بمساندتهما الكبيرة لي. لكن الأمر ليس كذلك بالنسبة للآخرين. فلم يكن بوسع بعض الناس تحمل تكاليف العلاج. لقد كان وقتا صعبًا للغاية بالنسبة لكثير من الناس، ولا يزال صعبًا. لا يمكن الاستهانة بتأثير كوفيد-١٩ في الصحة النفسية.

إسينام أبرا دراه، غانا

الضغوط على الصحة النفسية

أدت جائحة كوفيد-١٩ إلى وضع ضغوط عديدة على الصحة النفسية، قصيرة الأمد وطويلة الأمد على حد سواء (٦٣).

الإجهاد الناجم عن الآثار الصحية المحتملة للفيروس. عاش بعض الناس، خاصة خلال الأشهر الأولى - عندما لم يكن يُعرَف الكثير عن الفيروس وعندما كانت تُطبَّق تدابير للصحة العامة وتدابير اجتماعية صارمة - في هلعٍ خشية الإصابة بالعدوى والموت (سواء موت الشخص نفسه أو الأعزاء لديه) (اقرأ تجربة إسينام). وفي ذلك الوقت، كان الفقد مؤلمًا بشكل خاص بسبب منع مراسم العزاء العادية وشعائر التشييع (٦٤). وطوال فترة الجائحة، عانى بعض الناس من كُرَب شديدة تمثلت في الإصابة بالمرض الشديد؛ الإصابة باعتلالات ما بعد كوفيد-١٩؛ أو مشاهدة المعاناة والموت، وهي كُرَب يمكن أن تؤثر في الصحة النفسية شأنها في ذلك شأن أي كُرَب أخرى.

الشعور بالإجهاد بسبب تدابير الصحة العامة والتدابير الاجتماعية. إن الحجر الصحي على الصعيدين الوطني والمحلي وقواعد التباعد الجسدي المفروضة لحماية صحة الناس، تقلل أيضًا من الروابط الاجتماعية والحصول على الدعم اليومي الذي يساهم في تعزيز الصحة النفسية. وأدت هذه التدابير إلى انعزال العديد من الناس وشعورهم بالوحدة والملل والعجز. وأدت إلى توتر العلاقات أو أضرّت بوظيفة الأسرة، وتسببت في حالات غضب وعدوانية ضد الأطفال والشركاء وأفراد الأسرة (٦٥). وبالنسبة لبعض الأشخاص - وخاصة كبار السن والأطفال والأشخاص الذين يعانون من صعوبات في التعلم أو النمو - كان توقف

الأنشطة المعتادة أو حدوث تغير فيها سببًا في الشعور بالإجهاد الشديد. وبالمثل، أزعج تعطُّل خدمات الصحة النفسية الأشخاص الذين يحتاجون إلى العلاج والدعم.

الشعور بالإجهاد بسبب البطالة وانعدام الأمان المالي. من المعروف أن البطالة والفقر والشدائد عوامل تزيد من خطر الإصابة باعتلال الصحة النفسية (انظر القسم ٢-٢-٢ المخاطر التي تضعف الصحة النفسية). وفي مطلع عام ٢٠٢٠، أدى الركود العالمي الحاد إلى فقدان ملايين الأشخاص وظائفهم وتسبب في ارتفاع غير مسبوق في معدلات الفقر المدقع (٦٢). وكان التعافي بطيئًا. في عام ٢٠٢٢ (حتى وقت كتابة هذا التقرير)، كانت الجائحة لا تزال تؤثر في أسواق العمل، واستمرت الزيادة في الفقر وظلت البطالة العالمية أعلى من مستويات ما قبل الجائحة (٦٣).

الشعور بالإجهاد بسبب المعلومات الخاطئة وعدم وضوح الرؤية. في بداية الجائحة، أدى ضعف المعرفة والشائعات والمعلومات الخاطئة عن الفيروس إلى تأجيج المخاوف والوساوس. كما ساهمت التغطية الإعلامية الواسعة النطاق للمرض والوفيات والمصائب في زيادة شعور الناس بالضيق. ولا يزال "الوباء المعلوماتي" المرتبط بكوفيد-١٩ يتسبب في نشر معلومات غير صحيحة، بما في ذلك نشر معلومات مضللة عمدًا، الأمر الذي من المحتمل أن يضر بالصحة البدنية والنفسية على حد سواء (٦٦).

انتشار الشعور بالضيق على نطاق واسع

أثبت العديد من الأشخاص قدرتهم على الصمود في وجه الضغوط الجديدة واحتمالات التعرض للأذى بسبب كوفيد-١٩. فأشاروا إلى آليات تكيف صحية، مثل تلك المرتبطة بالأنشطة خارج المنزل والخروج إلى المساحات الخضراء أو التواصل المنتظم مع الأصدقاء والأسرة، فضلًا عن مساندة المجتمع غير الرسمية (٦٧).

وعلى الرغم من القدرة الكبيرة على الصمود، فقد أبلغ عدد كبير من الناس عن مواجهتهم مشكلات في الصحة النفسية منذ بدء الجائحة، منها الضيق النفسي وأعراض الاكتئاب أو القلق أو اضطراب الكرب التالي للصدمات. وقد يلجأ الناس إلى تدابير تكيف سلبية، منها استخدام الكحول والعقاقير والتبغ وتمضية وقت أكبر في سلوكيات يمكن إدمانها، مثل المقامرة أو الألعاب الإلكترونية. وكل هذه التدابير السلبية تضاعف المخاطر التي تتعرض لها الصحة النفسية (٦٣).

وقدّر الباحثون في إطار دراسة العبء العالمي للأمراض والإصابات وعوامل الخطر لعام ٢٠٢٠ ارتفاعًا بنسبة ٢٥-٢٧٪ في انتشار الاكتئاب والقلق في السنة الأولى من الجائحة (انظر الإطار ٣-٢ الاكتئاب والقلق إبان جائحة كوفيد-١٩) (٦٨). وأكد استعراض شامل أجرته منظمة الصحة العالمية مؤخرًا ارتفاعًا كبيرًا في هذه الاعتلالات، لا سيما خلال الأشهر الأولى من الجائحة (٦٩).

ومنذ البداية، كان هناك قلق من أن ترتفع معدلات الانتحار أيضا مع زيادة عوامل الخطر، وكان السبب في ذلك القلق الصلة المعروفة سلفًا بين السلوكيات الانتحارية والضائقة الاقتصادية. ولكن التقارير الأولية كانت مختلطة: فقد أظهرت بعض الدراسات ارتفاعًا، في حين أظهرت دراسات أخرى انخفاضًا (٦٩). ومع ذلك، عادة ما يكون هناك تأخر كبير في إصدار إحصاءات الانتحار الوطنية المجمعة، لذلك فإن البيانات المبكرة التي تظهر معدلات مستقرة لا تنفي مشكلة السلوك الانتحاري.

وفي الواقع، كانت هناك علامات مقلقة تشير إلى انتشار الأفكار والسلوكيات الانتحارية على نطاق أوسع. على سبيل المثال، هناك مؤشرات على زيادة إيذاء النفس بين المراهقات وزيادة الأفكار الانتحارية بين العاملين في مجال الرعاية الصحية (٦٩). وكان السبب في ارتفاع الأفكار والسلوكيات الانتحارية انخفاض المساندة الاجتماعية، والإرهاق البدني والعقلي، وضعف الصحة البدنية، واضطرابات النوم، والعزلة، والوحدة، والصعوبات التي تؤثر في الصحة النفسية.

تباين أشكال الضعف

تؤثر الجائحة على الصحة النفسية في المجتمع لكن بدرجة متفاوتة، حيث تتأثر بعض المجموعات بقدر أكبر مقارنة بسواها. وقد أدت الجائحة إلى تعميق العديد من أوجه عدم المساواة الصحية والاجتماعية. ويختلف الضعف حسب السياق، ولكن المجموعات التي كانت في الغالب أكثر عرضة للعواقب الوخيمة على الصحة النفسية هي الشباب والنساء والأشخاص الذين يعانون من اعتلالات كانت موجودة سلفًا وأولئك الذين ينتمون إلى مجتمعات الأقليات العرقية والمحرومين اجتماعيًا واقتصاديًا. والعديد من هذه الخصائص قد تجتمع معًا.

وتشير الدراسات إلى أن الأشخاص الأصغر سنًا كانوا أكثر تأثرًا من كبار السن (٦٩). وأدى إغلاق المدارس والجامعات لمدة طويلة إلى انقطاع الأنشطة المعتادة والروابط الاجتماعية، ويعني ذلك أن الشباب قد فاتتهم فرص التعلم واكتساب الخبرات المتوقعة للنمو الصحي. ويمكن أن يؤدي الاضطراب والعزلة إلى زيادة الشعور بالقلق والحيرة والوحدة، ويمكن أن يؤدي إلى مشكلات وجدانية وسلوكية (٧٠). وبالنسبة لبعض الأطفال والمراهقين، من المرجح أن يكون الاضطرار للبقاء في المنزل قد زاد من احتمال التعرض لضغوطٍ أو إساءة المعاملة من الأسرة، وهي مخاطر من المعروف أنها تؤدي إلى مشكلات في الصحة النفسية.

وتظهر الدراسات أيضًا أن النساء كن أكثر تأثرًا من الرجال (٦٨). وكن ولا يزلن، مقارنةً بنظرائهن الذكور، أكثر عرضة للحرمان المالي بسبب انخفاض الرواتب، وانخفاض المدخرات، والعمل الأقل أمنًا. كما تحملت النساء العبء الأكبر من الضغوط في المنزل، خاصة عندما كن يقدمن معظم الرعاية غير الرسمية الإضافية اللازمة إبان إغلاق المدارس. وخلص تقييم سريع إلى أن العنف ضد النساء والفتيات اشتد في السنة الأولى من الجائحة، حيث أفادت ٤٥٪ من النساء أنهن تعرضن لشكل من أشكال العنف، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر (٦٥).

وثمة شريحة ضعيفة أخرى تمثلت في الأشخاص الذين كانوا يعانون سلفًا من اعتلالات في الصحة النفسية. وفي الواقع هم ليسوا أكثر عرضة للإصابة بعدوى كوفيد-١٩، ولكن عندما يصابون، ففي الغالب تكون إصابتهم شديدة، أو يدخلون المستشفى أو يتوفون (٦٩). ويمكن أن يُعزى عدم الإنصاف في الصحة لأسباب عديدة، منها المحددات الاجتماعية، التي تشمل الحرمان الاقتصادي، وضعف فرص الحصول على الرعاية الصحية، وانخفاض معدل المعرفة الصحية. ويلاحظ أن العوامل السريرية الأخرى التي تزيد من خطر الإصابة الشديدة بكوفيد-١٩، بما فيها الأمراض غير السارية والاضطرابات المناعية، أيضًا أكثر انتشارًا بين الأشخاص الذين يتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية.

تعطُّل الخدمات

قبل الجائحة كان الحصول على رعاية صحية نفسية عالية الجودة وبأسعار معقولة محدودًا في العديد من البلدان بسبب عقود طويلة من الإهمال المزمن ونقص الاستثمار. وفي مطلع عام ٢٠٢١، ومع انتشار كوفيد-١٩ بسرعة في جميع أنحاء العالم، تعطلت جميع خدمات الصحة النفسية تقريبًا أو علقت إذ حُوِّل الموظفون والبنية التحتية إلى دعم أنشطة الاستجابة المرتبطة بالجائحة.

وتعطل إلى حد كبير تقديم الخدمات والدعم من خلال مقدمي الخدمات المجتمعية، حيث أغلقت المجموعات المحلية ومراكز الاستقبال أو ألغيت لأشهر عديدة. وتأثرت تأثرًا شديدًا برامج الصحة النفسية المدرسية بوجه خاص.

وبعد مرور أكثر من عامين على الجائحة، لا تزال النظم الصحية، بما في ذلك خدمات الصحة النفسية، تعاني من ضغوط شديدة. ولا تزال كوفيد-١٩ تعطل الخدمات الصحية الأساسية في كل مكان وتوسع الفجوة العلاجية بين اعتلالات الصحة النفسية والاعتلالات الصحية الأخرى. وفي أوائل عام ٢٠٢٢، أبلغ ٤٤٪ من البلدان التي استجابت لدراسة استقصائية أجرتها منظمة الصحة العالمية عن تعطل خدمة واحدة أو أكثر من خدمات رعاية الصحة النفسية، بما في ذلك برامج الوقاية والتعزيز، والتشخيص، والعلاج، والرعاية الطارئة المنقذة للحياة (٧١).

ومنذ البداية، ظل مقدمو خدمات الصحة النفسية يعملون من أجل تخفيف أثر تعطل الخدمات، على سبيل المثال من خلال تقديم الرعاية عبر طرق بديلة عند تطبيق تدابير الصحة العامة والتدابير الاجتماعية. وشمل ذلك توفير المزيد من الخدمات المنزلية، وتقديم المزيد من الدعم للصحة النفسية عن بعد (انظر الفصل ٥، تحت المجهر: تسخير التقنيات الرقمية لفائدة الصحة النفسية). ومع ذلك، كانت هناك حواجز كبيرة أمام تقديم الحلول الرقمية والوصول إليها، لا سيما في البلدان ذات البنية التحتية المحدودة أو التي يوجد فيها أصلًا عدم المساواة أو تنخفض فيها مستويات المعرفة التكنولوجية.

وغالبًا ما تكون المبادرات المجتمعية أسرع في التكيف، إذ تتخذ طرقًا مبتكرة في تقديم الدعم النفسي الاجتماعي، منها التكنولوجيات الرقمية والدعم غير الرسمي.

وبذل العديد من البلدان جهودًا لتطوير أو تكييف التدخلات النفسية لعلاج اعتلالات الصحة النفسية المرتبطة بالجائحة والوقاية من هذه الاعتلالات وزيادة القدرة على الصمود، ولا سيما بين العاملين في مجال الرعاية الصحية والأشخاص المصابين بكوفيد-١٩. ويشمل ذلك، على سبيل المثال، التدريب على الاسترخاء، والتدخلات الرقمية، والتدخلات الموجَّهة خلال الأزمات.

وخلال الأشهر الستة الأولى من الجائحة، أدرجت معظم البلدان التي شملها الاستقصاء الذي أجرته منظمة الصحة العالمية - بما في ذلك نصف جميع البلدان المنخفضة الدخل - الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في خططها الوطنية الخاصة بأنشطة الاستجابة لجائحة كوفيد-١٩ (٧٢). وبحلول مطلع عام ٢٠٢١، تضاعف عدد مجموعات التنسيق القطرية المتعددة القطاعات المعنية بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في الأوضاع الإنسانية (٧٣). ولكن بحلول نهاية عام ٢٠٢١، لم يكن أكثر من ثلث البلدان التي شملها الاستقصاء الذي أجرته منظمة الصحة العالمية قد خصص بعد أي تمويل إضافي لتقديم الدعم للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (٧١).

توصيات متعلقة بالاستجابة

طيلة فترة الجائحة، عملت منظمة الصحة العالمية مع الشركاء في إطار اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات على إعداد ونشر إرشادات وأدوات وموارد متعددة اللغات والأشكال لدعم المستجيبين والمعنيين بالتخطيط في الصحة العامة وعامة الجمهور (٧٤، ٧٥). وفي كانون الثاني/يناير ٢٠٢١، شدد المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية على الحاجة إلى إدماج الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في جميع جوانب التأهب والاستجابة لمواجهة جميع حالات طوارئ الصحة العامة (٧٦). ومن أجل الحد من آثار جائحة كوفيد-١٩ على الصحة النفسية، حث المجلس التنفيذي أيضًا الدول الأعضاء على ما يلي:

- **تطبيق نهج يشمل المجتمع ككل لتعزيز وحماية ورعاية الصحة النفسية.** وهذا يعني، في جملة أمور، ما يلي: إدراج الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في أنشطة الاستجابة الوطنية؛ وحماية الناس من الأنشطة الضارة مثل العنف المنزلي أو الفقر (على سبيل المثال من خلال تدابير الحماية الاجتماعية والمالية)؛ والتواصل على نطاق واسع بشأن كوفيد-١٩ لتعزيز الصحة النفسية.
- **ضمان توافر خدمات الصحة النفسية ووسائل الدعم النفسي الاجتماعي على نطاق واسع.** ويشمل ذلك، على سبيل المثال: توسيع نطاق الحصول على الدعم عن بُعد مثل المساعدة الذاتية؛ ودعم العمل المجتمعي الذي يعزز التماسك الاجتماعي (على سبيل المثال مبادرات تكوين الصادقات)؛ بما فيه تقديم الرعاية فيما يتصل بالصحة النفسية والرعاية الاجتماعية في الخدمات الأساسية لضمان تقديم الرعاية الشخصية دون انقطاع؛ وحماية حقوق الإنسان للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، خاصة في أي تشريع يتعلق بالطوارئ.
- **دعم التعافي من كوفيد-١٩ من خلال إنشاء خدمات للصحة النفسية في المستقبل.** يتعلق الأمر بإعادة البناء بشكل أفضل واستخدام الجائحة كفرصة للدعوة إلى إعادة تنظيم خدمات ونظم الصحة النفسية وتوسيع نطاقها. ويتعلق الأمر، على وجه الخصوص، بتنفيذ خطة العمل الشاملة المحدثة الخاصة بالصحة النفسية للفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠، والتي وافقت عليها جمعية الصحة العالمية الرابعة والسبعون في عام ٢٠٢١.

٢-٣-٣ الطوارئ الإنسانية والنزوح القسري

في عام ٢٠٢٢ ، أشارت التقديرات إلى أن هناك ٢٧٤ مليون شخص بحاجة إلى المساعدة الإنسانية، مما يمثل ارتفاعًا كبيرًا عن العام السابق، والذي كان بالفعل أعلى رقم منذ عقود (٧٧).

إن الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية الشديدة معرضون للخطر الشديد في أثناء حالات الطوارئ وبعدها (٧٨). إن تعطيل جميع الخدمات الصحية الذي لا مفر منه خلال حالات الطوارئ يعني أن يعاني الأشخاص المصابون باعتلالات الصحة النفسية الحادة في الحصول على الخدمات والدعم الذي يحتاجون إليه. وأي شخص يعاني من اعتلال في صحته النفسية، سواء كان يعيش في مجتمع محلي أو في مؤسسة، يزداد احتمال تعرضه لانتهاكات حقوق الإنسان خلال حالات الطوارئ الإنسانية (٧٩).

كما تشمل حالات الطوارئ الإنسانية المخاطر المنتشرة على نطاق واسع على الصحة النفسية، مثل العنف والفقد والفقر والتمييز والاكتظاظ وانعدام الأمن الغذائي وانهيار الشبكات الأسرية. فعلى سبيل المثال، من الشائع انتشار سوء التغذية خلال الحروب وهو مرتبط بالتأخر في النمو واعتلالات الصحة النفسية (٨٠).

وفي الغالب جميع الأشخاص المتضررين من حالات الطوارئ سيصابون بالضيق النفسي. وفي حين يتحسن هذا الوضع لمعظم الناس مع مرور الوقت، قد تستمر آثاره على الصحة النفسية بالنسبة لآخرين.

في البيئات المتأثرة بالنزاع يوجد في المتوسط **شخص واحد بين كل خمسة أشخاص** يعانون من اضطراب نفسي.

ويقدّر أن شخصًا واحدًا من بين كل خمسة أشخاص عاشوا في بيئات متضررة من النزاعات في العشر سنوات الماضية مصاب باضطراب نفسي (٨١). كما تبيَّن أن الاضطرابات النفسية شائعة جدًا بين الناجين من الكوارث الطبيعية (٨٢). وتزيد مشاهدة كارثة ما من معضلة استخدام مواد الإدمان، لا سيما بين الأشخاص الذين يعانون سلفًا من مشكلات (٨٢). والمستجيبون في الخطوط الأولى مثل مقدمي رعاية الطوارئ والعاملين في الإغاثة معرضون بصفة خاصة لمشكلات الصحة النفسية، على الأمدين القصير والطويل على حدٍ سواء.

وتشير التقديرات إلى أن ٨٤ مليون شخص في جميع أنحاء العالمي قد نزحوا قسرًا خلال عام ٢٠٢١. ويشمل هؤلاء اللاجئين وطالبي اللجوء والنازحين داخليًا الذين أُضطروا قسرًا إلى النزوح من منازلهم بسبب النزاع (٨٣). وتنتشر اعتلالات الصحة النفسية مثل الاكتئاب والقلق واضطراب الكرب التالي للصدمات والذهان أكثر بين اللاجئين مقارنة بالسكان المضيفين (٨٤).

ويمكن أن تؤثر الضغوط العديدة على الصحة النفسية للأشخاص النازحين قسرًا وسلامتهم قبل نزوحهم وخلاله، بما في ذلك إقامتهم في أماكن النزوح مثل معسكرات اللاجئين (٨٥). ويشمل ذلك تعرضهم لظروف صعبة تهدد حياتهم مثل العنف أو الاحتجاز أو نقص القدرة على الحصول على الخدمات الأساسية. وعادة يجد الأشخاص الذين نزحوا قسرًا عند إقامتهم في مكان جديد صعوبة في الحصول على رعاية الصحة النفسية وربما يواجهون ظروفًا معيشية سيئة وظروفًا اقتصادية اجتماعية سلبية، والتمييز، والعزل، وتوتر العلاقات الأسرية وشبكات المساندة، وعدم وضوح الرؤية فيما يتعلق بترخيص العمل والوضع القانوني (طلب اللجوء)، وفي بعض الحالات احتجاز المهاجرين.

وإجمالًا، تدمر النزاعات المسلحة المجتمعات تدميرًا شديدًا، فتولد المظالم والكراهية والانقسامات الاجتماعية التي لا تؤثر على الصحة النفسية فسحب بل أيضًا تزيد من احتمال حدوث مزيد من العنف. وبناءً على ذلك، فإن التصدي لآثار الحالات الطارئة الاجتماعية وآثارها على الصحة النفسية لا يشكّل جزءًا من التأهب لحالات الطوارئ الإنسانية والاستجابة والتعافي فحسب بل أيضًا جزءًا من بناء السلام (٨٦).

٢-٣-٤ أزمة المناخ

أُثبت منذ أمد طويل أن لأزمة المناخ المتزايدة مخاطر على الصحة البدنية للناس (٨٧). وما فتئت البيّنات تتزايد موضّحة أثر أزمة المناخ على الصّحة النفسية أيضًا، بسبب الضغوط والمخاطر التي تفرضها الظواهر الجوية العنيفة وكذلك التغيّرات البيئية الطويلة المدى مثل ارتفاع درجات الحرارة، وارتفاع مستويات سطح البحر، وتلوّث الهواء، وفترات الجفاف الطويلة، والانتشار التدريجي للأمراض المرتبطة بالمناخ.

ويمكن أن تؤدّي كل من الظواهر الجوية العنيفة والتغيّر التدريجي أيضًا إلى الصراع والنزوح القسري اللذين يشكّلان مخاطر كبيرة على الصّحة النفسية.

وزادت الظواهر الجوية العنيفة بما في ذلك العواصف الاستوائية والفيضانات والانهيارات الطينية وموجات الحر وحرائق الغابات بنسبة ٤٦٪ على الأقل منذ عام ٢٠٠٠ (٨٨). ويمكن أن تؤدّي إلى إصابة العديد من المتضررين منها بالاكتئاب والقلق واضطراب الكرب التالي للصدمات وغيرها من الاعتلالات المرتبطة بالإجهاد (٨١، ٨٩).

يرتبط ارتفاع درجات الحرارة المحيطة بازدياد مخاطر دخول المستشفى والسلوك الانتحاري والوفاة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية.

وربما يكون التغيير البيئي المتزايد مدمرًا أيضًا من عدة مناحٍ، فقد يحدث خللًا في إمدادات الغذاء والمياه، ويغيّر ظروف النمو، ويعيد تشكيل الموائل الطبيعية والمناظر الطبيعية، ويضعف البنية التحتية، ويتسبب في فقدان الناس لمنازلهم وإرغام المجتمعات على التشرّد. هذا إلى جانب ما يحدثه من ضغوط مالية واجتماعية، وزيادة في مخاطر الفقر وانعدام الأمن الغذائي والعنف والعدوان والنزوح القسري (٩٠، ٩١).

فضلًا عن أنّ مراقبة الآثار البطيئة لتغيّر المناخ يمكن أن تكون سببًا في الشعور بالإجهاد. وقد ظهرت مصطلحات مختلفة لوصف ردود الفعل النفسية التي تعتور الناس، بما في ذلك "القلق من تغيّر المناخ" والشعور المزمن بالضيق "سولاستالجيا" و"التوتر بسبب الظروف البيئية" و"الشعور بالضيق بسبب الظروف البيئية" وغيرها الكثير. ومهما كانت التسمية، فقد يتفاقم القلق واليأس اللذين يشعر بهما الشباب باطراد إلى درجة تعرّض الأشخاص لخطر الإصابة باعتلالات الصّحة النفسية (٨٩).

وعلى الرغم من انخفاض نسبة مساهمة البلدان المنخفضة الدخل في أزمة المناخ، فمن المرجّح أن تتعرّض لمخاطر أكبر بسبب كل من الآثار المرتبطة بالمناخ وقلة الموارد اللازمة للتصدي لها.

ويكون الشباب، والشعوب الأصلية، والأشخاص الذين يعيشون في فقر، والأشخاص الذين يعانون من إعاقات ذهنية أو حركية أكثر عرضة لتداعيات الصّحة النفسية الناجمة عن أزمة المناخ (٩٢). ويرتبط ارتفاع درجات الحرارة المحيطة بارتفاع مخاطر تدهور الأعراض ودخول المستشفى والسلوك الانتحاري والوفاة بالنسبة لأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية (٩٣). وقد ترتفع نسبة المخاطر أيضًا بين الأشخاص الذين يتناولون أدوية نفسية، ربما لأنّ هؤلاء الأشخاص يكونون أقل قدرة على تنظيم درجة الحرارة أو ملاحظة ارتفاع درجة حرارة أجسامهم (٩٤).

وتم تحدّيد عدد من عوامل الحماية التي قد تعزّز الصمود في مواجهة أزمة المناخ، بما في ذلك الدعم الاجتماعي والتثقيف الصحي في مجال الصّحة النفسية (٩٥).

٣

الصحة النفسية في العالم اليوم

الوبائيات
التكلفة الاقتصادية
الفجوات الأساسية
طلب الحصول على الرعاية

ملخص الفصل

نستطلع في هذا الفصل حالة الصّحة النفسية ونظم الصّحة النفسية في العالم ونوضّح أنّ مستوى احتياجات الصّحة النفسية مرتفع وأن الاستجابات غير كافية وغير ملائمة. ونقدّم أحدث البيانات المتاحة بشأن انتشار الاضطرابات النفسية وتكلفتها على الصعيد العالمي، ونذهب إلى ما هو أبعد من تأثير الوفيات والإعاقة لننظر أيضًا في التكلفة الاقتصادية والاجتماعية الهائلة التي تنطوي عليها. ويسلّط هذا الفصل الضوء أيضًا على أحدث نتائج للتحليل الذي أجري باستخدام أطلس الصحة النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية للكشف عن بعض الفجوات والحواجز الأساسية الموجودة على الدوام في مجال الرعاية الصحية النفسية في جميع أنحاء العالم.

الرسائل الرئيسية التي خلص إليها هذا الفصل هي:

- تنتشر الاضطرابات النفسية في جميع البلدان انتشارًا كبيرًا ولا يحصل عدد هائل من الناس على العلاج الكافي.
- الاضطرابات النفسية هي السبب الرئيسي في أن يعيش الشخص أعوامًا من عمره معاقًا، وفي الانتحار الذي لا يزال يشكّل سببًا رئيسيًا للوفاة على مستوى العالم.
- التداعيات الاقتصادية لاعتلالات الصّحة النفسية هائلة، إذ فاقت خسائر الإنتاجية بدرجة كبيرة التكلفة المباشرة للرعاية.
- تعتري نظم الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم فجوات واختلالات كبيرة من ناحية الحوكمة والموارد والخدمات والمعلومات وتكنولوجيات الصّحة النفسية.
- هناك عدة عوامل تمنع الناس من التماس المساعدة لعلاج الاعتلالات الصحة النفسية، بما في ذلك الوصول المحدود إلى الخدمات الجيدة، وانخفاض مستويات التثقيف الصحّي بشأن الصّحة النفسية، وانتشار الوصم.

وعلى الرغم من الأهمية البالغة للصحة النفسية لعافيتنا ورفاهنا، فإنّ الكثير منّا لا يحصل على الدعم الذي نحتاجه. وفي عام ٢٠١٩، كان واحد من كل ثمانية أشخاص على مستوى العالم يعاني من اضطراب نفسي (٩٦). وفي الوقت نفسه، لا يزال هناك نقص في الخدمات والمهارات والتمويل المتاح للصحة النفسية، وهي أقل بكثير مما هو مطلوب، خاصة في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل.

وتنتشر في جميع البلدان اعتلالات الصحة النفسية على نطاق واسع (وإن أسيء فهمها) ولا تحصل على العلاج الكافي، ولا تتوافر الموارد الكافية للخدمات اللازمة لمعالجتها (انظر الشكل ٣-١). وكما سبق مناقشته في الفصل ٢ مبادئ الصحة النفسية العامة والعوامل المؤثرة فيها)، فإن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية المتفاعلة المختلفة التي تقوض الصّحة النفسية - بدءًا من الضغوط على مستوى السكان مثل الفقر والصراع وعدم المساواة الاجتماعية إلى العوامل الفردية مثل انخفاض مستوى تقدير الذات - ستستمر في توليد تهديدات للصحة النفسية في المستقبل المنظور.

ويستعرّض هذا الفصل آخر البيانات المتاحة وقت كتابة هذا التقرير (انظر الإطار ٣-١ البيانات الخاصة بتقييم الصّحة النفسية في العالم). وفي معظم الحالات، تعود البيانات إلى ما قبل جائحة كوفيد - ١٩ التي أدت إلى تفاقم العوامل التي من المحتمل أن تؤدي إلى اعتلالات الصحة النفسية لدى كثير من الناس. ومن المؤكّد أن الجائحة ستؤثر على انتشار الاضطرابات النفسية وعبئها ، تمامًا كما تعرّض الوصول إلى خدمات الصّحة النفسية للخطر (انظر الفصل ٢، تحت المجهر: كوفيد-١٩ والصحة النفسية). ويتوقع أن تطرأ زيادة طويلة المدى في معدّل اعتلالات الصحة النفسية وحدتها في جميع أنحاء العالم، وتؤكّد أحدث التقديرات العالمية ذلك الأمر كما هو موضّح أدناه (٩٧، ٦٩).

الشكل ٣-١

اعتلالات الصحة النفسية منتشرة على نطاق واسع، ولا تحصل على العلاج الكافي، ولا تتوافر الموارد الكافية للخدمات اللازمة لمعالجتها

المصدر: (5) WHO, 2021; (98) IHME, 2019.

نظرة متعمقة

الإطار ٣-١

البيانات الخاصة بتقييم الصّحة النفسية في العالم

يستخدم هذا التقرير عمومًا المصطلح الجامع <<اعتلالات الصحة النفسية>> ليشمل الاضطرابات النفسية والإعاقات النفسية الاجتماعية والاعتلالات النفسية الأخرى المرتبطة بضيق شديد أو ضعف في الأداء أو خطر إيذاء النفس، وذلك ابتغاء مخاطبته أكبر مجموعة ممكنة من أصحاب المصلحة. بيد أنّنا نستخدم المصطلح <<الاضطرابات النفسية>> عند وصف معدّلات الانتشار وتقديرات الصحة العالمية في هذا الفصل، لأنّ هذا المصطلح يعبِّر بدقة أكثر عن البيانات التي يتم جمعها والإبلاغ عنها، والمحدد نطاقها بوضوح في التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة الحادية عشرة لمنظمة الصحة العالمية. وعلى غرار ذلك، نستخدم في هذا الفصل الفئات التشخيصية مثل <<اضطرابات الاكتئاب>> أو <<اضطرابات القلق>>، عوضًا عن استخدام المصطلحَيْن الأكثر عمومية <<الاكتئاب>> و <<القلق>> كما نفعل ذلك في أماكن أخرى من هذا التقرير.

وتختلف الاضطرابات النفسية عن الاضطرابات العصبية والاضطرابات الناتجة عن استخدام مواد الإدمان. وفي حين أنّ الاضطرابَيْن الأخيرين لا يشكّلان محور هذا التقرير، فقد ورد ذكرهما في هذا الفصل لإعطاء صورة عامة عن الاحتياجات التي غالبًا ما يكون متخذو القرارات في مجال الصّحة النفسية مسؤولين عنها في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل.

ويتيح قياس ورصد حدوث الأمراض وانتشارها والوفيات، فضلا عن توزيع الأمراض والمحدّدات داخل المجموعات السكانية وفيما بينها - وهي السمات المحدّدة للوبائيات - معلومات حيوية لتخطيط الخدمات الصحية وتقديمها وتقييمها. والمصادر الدولية الأولية للبيانات الوبائية المستخدمة في هذا الفصل هي تقديرات الصحة العالمية لمنظمة الصحة العالمية ودراسة العبء العالمي للأمراض والإصابات وعوامل الخطر لعام ٢٠١٩ التي أجراها معهد المقاييس الصحية والتقييم. وهذان المصدران مرتبطان ارتباطًا وثيقًا من حيث تقديرات الصّحة النفسية، فهما يتيحان معًا تقديرات لمدى انتشار الأمراض في فترة زمنية محددة وما يرتبط بها من أعباء بالنسبة لجميع الفئات الرئيسية للأمراض السارية وغير السارية وكذلك الإصابات.

ولا يستخدم مصطلح <<عبء المرض>> إلا فيما يتعلق بالتقييمات المنشورة المتعلّقة بالوبائيات. وهذا هو المصطلح القياسي المستخدم في الصحة العامة لتقديرات الأثر على مستوى السكان (على سبيل المثال، سنوات العمر المعدلة باحتساب مدد العجز، وسنوات العمر المفقودة بسبب الوفاة المبكرة، وسنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة).

وينبغي توخّي الحذر في تفسير هذه التقديرات. وتقدّم هذه الدراسات العالمية الطويلة الأمد أفضل البيّنات المتاحة عن حجم الاضطرابات النفسية وتوزيعها وتأثيرها على الصحة العامة في الفئات العمرية والنوع الاجتماعي والبلدان (مصنّفة حسب الدخل أو الموقع الجغرافي). ولكن في حين أنّ التقديرات الحالية تتضمّن أحدث البيانات المتاحة والتطورات المنهجية في نمذجة الأمراض، فإنها لا تزال غير مؤكّدة بسبب ندرة البيانات الوبائية المتعلّقة بالاضطرابات النفسية في العديد من البلدان. وعلى وجه التحديد، كثيرا ما تستند التقديرات إلى بيانات مدخلات غير كاملة لا تشمل جميع البارامترات أو جميع البلدان، وإلى معلومات قديمة أو رديئة النوعية. وعلاوة على ذلك، لا بد أن نقرّ بأنّه يمكن فهم الاضطرابات النفسية بطرق مختلفة حسب اختلاف الثقافات، الأمر الذي من شأنه إثارة تحدّيات فيما يتصل بقياسها من نقطة مرجعية معيّنة، مثل في حالات دراسات العبء العالمي للأمراض

٣-١ لمحة عامة عن الوبائيات

٣-١-١ الانتشار

في عام ٢٠١٩ قبل حدوث الجائحة كان زهاء ٩٧٠ مليون شخص في العالم يتعايشون مع اضطراب نفسي، توجد نسبة ٨٢٪ منهم في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل (٩٦).[١] وبين عامي ٢٠٠٠ و٢٠١٩، زاد عدد الناس الذين يتعايشون مع اضطرابات نفسية بنسبة ٢٥٪، ولكن مع نمو عدد سكان العالم بنفس المعدّل تقريبًا، ظلّ انتشار الاضطرابات النفسية ثابتًا بنسبة ما يقارب ١٣٪ في العام (انظر الشكل ٣-٢) (٩٩).

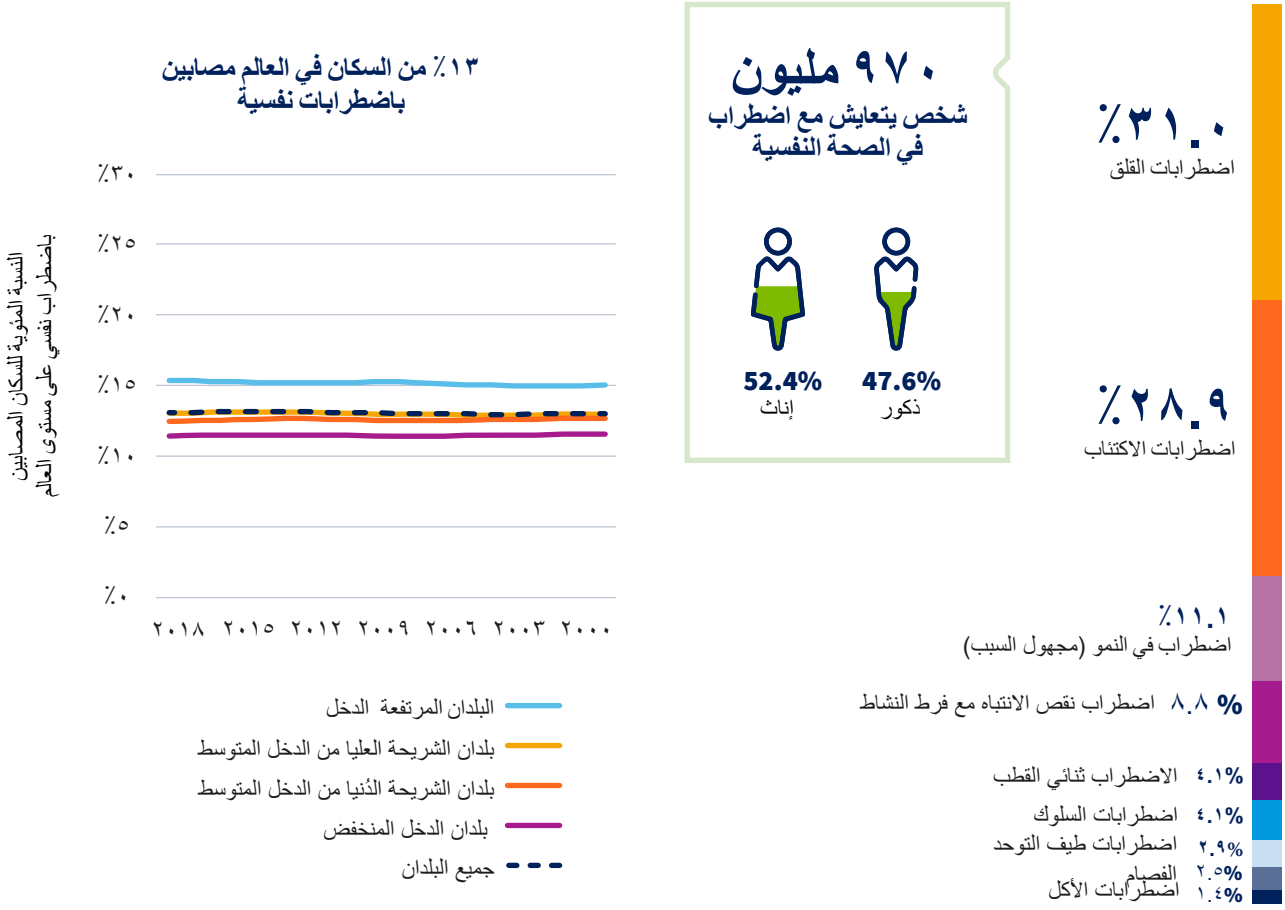
تعايش زهاء ٩٧٠ مليون شخص في العالم مع اضطراب نفسي في عام ٢٠١٩.

بالإضافة إلى ذلك، وفقًا لتقديرات مختلفة، كان ٢٨٣ مليون شخص يعانون من اضطرابات بسبب إساءة استخدام الكحول في عام ٢٠١٦ (١٠٠)، و٣٦ مليون شخص يعانون من اضطرابات بسبب استخدام العقاقير في عام ٢٠١٩ (١٠١)، وزهاء ٥٥ مليون شخص يعانون من الخرف في عام ٢٠١٩ (١٠٢) و٥٠ مليون شخص يعانون من الصرع في عام ٢٠١٥ (٩). وفي العديد من البلدان، تضطلع نظم الرعاية الصحية النفسية برعاية الأشخاص الذين يعانون من هذه الاعتلالات.

[١] يشمل هذا التقدير الأشخاص المصابين بالفصام واضطرابات الاكتئاب (بما في ذلك خلل الحركة) واضطرابات القلق والاضطراب ثنائي القطب واضطرابات طيف التوحد واضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط واضطراب السلوك وإعاقة النمو الذهني مجهول السبب واضطرابات الأكل والاضطرابات النفسية الأخرى، كما هو مضمّن في العبء العالمي للأمراض ٢٠١٩.

الشكل ٣-٢

انتشار الاضطرابات النفسية حول العالم في ٢٠١٩



المصدر: معهد المقاييس الصحية والتقييم، 2019 (99).

ويختلف انتشار الاضطرابات النفسية باختلاف الجنس والعمر (انظر الجدول ٣-١). وتعدّ اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب لدى كل من الذكور والإناث من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا. وتنتشر اضطرابات القلق في سن مبكّرة مقارنة باضطرابات الاكتئاب التي يندر حدوثها قبل سن العاشرة. وتصبح أكثر شيوعًا في وقت لاحق من الحياة، وتبلغ أعلى التقديرات لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٠ و ٦٩ عامًا، في حين أنّ اضطرابات الاكتئاب من بين جميع الاضطرابات النفسية هي الأكثر انتشارًا بين البالغين.

وفي عام ٢٠١٩، قدّر عدد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق بـ ٣٠١ مليون شخص على مستوى العالم و٢٨٠ مليون شخص يعانون من اضطرابات الاكتئاب (بما في ذلك اضطراب الاكتئاب الحاد والاكتئاب المستمر). وارتفعت هذه الأرقام ارتفاعًا ملحوظًا في عام ٢٠٢٠ نتيجة لجائحة كوفيد - ١٩ (انظر الإطار ٣-٢ الاكتئاب والقلق إبان جائحة كوفيد -١٩).

ويشكّل الفصام الذي يصاب به شخص واحد تقريبًا بين كل ٢٠٠ شخص بالغ (تبلغ أعمارهم ٢٠ سنة فما فوق)، أي زهاء ٢٤ مليون شخص، مصدر قلق رئيسيًا لخدمات الصّحة النفسية في جميع البلدان (انظر الجدول ٣-١). ويكون في حالاته الحادّة أكثر الاعتلالات الصحية إضرارًا (انظر الإطار ٣-٣ شدة اعتلالات الصحة النفسية ومبدأ الإنصاف الرأسي) (١٠٣). وثمّة مصدر قلق رئيسي آخر لخدمات الصّحة النفسية في جميع أنحاء العالم هو الاضطراب ثنائي القطب الذي يصاب به زهاء ٤٠ مليون وشخص واحد تقريبًا من كل ١٥٠ شخص بالغ على مستوى العالم في عام ٢٠١٩ (انظر الجدول ٣-١). ويؤثّر كلا الاضطرابين بشكل أساسي على السكان في سن العمل.

الجدول ٣-١

انتشار الاضطرابات النفسية بحسب العمر والجنس (٢٠١٩)

	كلّ الفئات العمرية (بالملايين)	كلّ الفئات العمرية (%)			العمر (%)								من سن العشرين فما فوق (%)		
		الجميع	ذكر	أنثى	أقل من ٥	٥-٩	١٠-١٤	١٥-١٩	٢٠-٢٤	٢٥-٤٩	٥٠-٦٩	أكثر من ٧٠	الجميع	ذكر	أنثى
الاضطرابات النفسية	٩٧٠	١٣,٠	١٢,٥	١٣,٥	٣,٠	٧,٦	١٣,٥	١٤,٧	١٤,١	١٤,٩	١٤,٧	١٣,١	١٤,٦	١٣,٤	١٥,٧
الفصام	٢٤	٠,٣	٠,٣	٠,٣				٠,١	٠,٣	٠,٥	٠,٥	٠,٢	٠,٥	٠,٥	٠,٤
اضطرابات الاكتئاب [a]	٢٨٠	٣,٨	٣,٠	٤,٥		٠,١	١,١	٢,٨	٤,٠	٤,٨	٥,٨	٥,٤	٥,٠	٤,٠	٦,٠
الاضطراب ثنائي القطب	٤٠	٠,٥	٠,٥	٠,٦			٠,٢	٠,٦	٠,٧	٠,٧	٠,٧	٠,٥	٠,٧	٠,٧	٠,٧
اضطرابات القلق [b]	٣٠١	٤,٠	٣,٠	٥,٠	٠,١	١,٥	٣,٦	٤,٦	٤,٧	٤,٩	٤,٨	٤,٤	٤,٨	٣,٦	٥,٩
اضطرابات الأكل [c]	١٤	٠,٢	٠,١	٠,٢			٠,١	٠,٣	٠,٤	٠,٣			٠,٢	٠,٢	٠,٣
اضطرابات طيف التوحّد	٢٨	٠,٤	٠,٦	٠,٢	٠,٥	٠,٥	٠,٥	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٣	٠,٣	٠,٣	٠,٥	٠,٢
اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط	٨٥	١,١	١,٧	٠,٦	٠,٢	٢,٤	٣,١	٢,٤	١,٧	٠,٩	٠,٣		٠,٧	٠,٤	١,١
اضطراب السلوك	٤٠	٠,٥	٠,٧	٠,٤		١,١	٣,٦	٢,١							
إعاقة النمو الذهني (مجهولة السبب) [d]	١٠٨	١,٥	١,٥	١,٤	٢,٢	٢,٣	٢,٢	٢,٠	١,٨	١,٣	٠,٧	٠,٤	١,١	١,١	١,١
الاضطرابات النفسية الأخرى [e]	١١٧	١,٦	١,٩	١,٣			٠,١	٠,٤	١,٠	٢,٢	٢,٦	٢,٧	٢,٢	٢,٧	١,٨

المصدر: معهد المقاييس الصحية والتقييم، 2019 *(96)*.

[a] يشمل اضطرابات الاكتئاب الحادّة والاكتئاب الخفيف.

[b] تشمل جميع اضطرابات القلق واضطراب الكرب التالي للصدمات.

[c] يشمل فقدان الشهية والشره المرضي العصبي.

[d] لمزيد من المعلومات عن اضطرابات النمو واضطرابات طيف التوحّد انظر تقرير منظمة الصحة العالمية واليونيسيف القادم عن تأخّر النمو والإعاقات.

[e] سبب آخر ضمن عبء المرض العالمي يتضمن اضطرابات الشخصية.

ملاحظة. هذه هي بيانات عبء المرض العالمي 2019 ولا تمثّل بالضرورة التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة الحادية عشر. تشير الخلايا الفارغة إلى 0.0٪. يتم تعديل المعدّلات لمراعاة المراضة المترافقة المستقلّة ولكن ليس المراضة المترافقة التابعة. توضّح جميع بيانات الانتشار في نقطة زمنية محددة، باستثناء الاضطراب ثنائي القطب الذي تم تقييمه استنادًا إلى انتشاره على مدى 12 شهرًا.

دراسة حالة

الإطار ٣-٢

الاكتئاب والقلق إبان كوفيد - ١٩

تشير تقديرات عبء المرض العالمي ٢٠٢٠ إلى زيادة كبيرة في اضطرابات الاكتئاب والقلق نتيجة لجائحة كوفيد - ١٩، مع الأخذ بعين الاعتبار أنّ التقديرات الوبائية للاضطرابات النفسية في حالات الطوارئ الكبرى تنقصها أحيانًا الدّقة.

وقبل الجائحة، كان ما يقدر بنحو ١٩٣ مليون شخص (٢ ٤٧١ حالة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان) يعانون من اضطراب اكتئابي حاد، و٢٩٨ مليون شخص (٣ ٨٢٥ حالة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان) يعانون من اضطرابات القلق في عام ٢٠٢٠. ويشير التعديل الذي أجري على التقديرات الأولية عقب جائحة كوفيد - ١٩ إلى قفزة بلغت ٢٤٦ مليون (٣ ١٥٣ حالة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان) يعانون من اضطرابات الاكتئاب الحادّة و٣٧٤ مليون (٤ ٨٠٢ بين كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان) يعانون من اضطرابات القلق. وبذا ارتفعت اضطرابات الاكتئاب الحادّة واضطرابات القلق بنسبة ٢٨٪ و٢٦٪ على التوالي في عام واحد فقط.

وفي كلتا الحالتين، شهدت البلدان الأكثر تضررًا من الجائحة أكبر زيادة في انتشار الاضطرابات. وفي جميع أنحاء العالم، حدثت زيادة أكبر في انتشار الاضطرابات بين الإناث منها بين الذكور، وذلك على الأرجح لأنّ الإناث كن أكثر عرضة للتأثر بالآثار الاجتماعية والاقتصادية للجائحة. وعلى الصعيد العالمي، لوحظ تفاوت أكبر في الانتشار بين الفئات العمرية الأصغر سنًا مقارنة بالفئات العمرية الأكبر سنًا، مما يدل على التأثير العميق لإغلاق المدارس والقيود الاجتماعية على صحة الشباب النفسية.

المصدر: COVID - 19 Mental Disorders Collaborators، 2021 (٦٨).

نظرة متعمقة

الإطار ٣-٣

شدة اعتلالات الصحة النفسية ومبدأ الإنصاف الرأسي

إن أحد المدخلات الرئيسية في تقديرات الصحة العالمية لمنظمة الصحة العالمية هو ما يسمى بـ <<أوزان الحالات الصحية>>، التي تُستخدم لتقدير الوقت الذي يقضيه الشخص في حالة صحية معينة على أساس ما يرتبط به من تردّي في الحالة الصحية أو الضرر (استنادًا إلى المقياس من صفر إلى ١، حيث يشير صفر إلى الصحة الكاملة أو عدم وجود ضرر).

وتشير تقديرات الصحة العالمية لمنظمة الصحة العالمية ٢٠١٩ وعبء المرض العالمي ٢٠١٩ على حدِ سواء أنّ الحالة الأكثر ضررًا في جميع الاعتلالات هي الفصام الحاد الذي يُعطى <<وزن الحالة الصحية>> ٠,٧٨. ومن البديهي أنّ هذا يعني أنّه من المتوقّع أن يتمتّع الفرد المصاب بالفصام الحاد بخمس عافية وقدرة الشخص السليم على العمل. وتعتبر نوبة الاكتئاب الحادّة خامس أكثر الاعتلالات الصحية ضررًا، أما الفصام الأقل حدة فهو عاشر أكثر الاعتلالات الصحية ضررًا.

وربما يساعد تقدير أوزان الحالات الصحية أيضًا في إثراء المناقشات بشأن «المساواة الرأسية». ويعني هذا المفهوم إيلاء مزيد من الاهتمام لمن هم في أمس الحاجة إليه. وربما يساعد تقدير أوزان الحالات الصحية أيضًا في إثراء المناقشات بشأن <<المساواة الرأسية>>. ويعني هذا المفهوم إيلاء مزيد من الاهتمام لمن هم في أمس الحاجة إليه. وهو يختلف عن الإنصاف الأفقي الذي يركّز على المساواة في الحصول على الرعاية أو المعاملة لتلبية احتياجات متساوية (مثل ضمان المساواة في الحصول على الرعاية في المناطق الحضرية والريفية). وفي الواقع أدرج العديد من البلدان صراحة شدة المرض أو الاعتلال معيارًا رئيسيا لتحدّيد الأولويات. لذلك ينبغي، من منظور الإنصاف الرأسي، إعطاء الأولوية لرعاية الفصام وغيرها من اعتلالات الصحة النفسية الحادّة، بما في ذلك نوبات اضطرابات الاكتئاب الحادّة لما تنطوي عليها من إضرار.

المصادر: Barra et al، 2020 (*104*)؛ WHO، 2006 (١٠٣).

معدّل الانتشار بين الذكور والإناث

تعد اضطرابات الاكتئاب والقلق هي الأكثر شيوعًا على مدى الحياة بين النساء بنسبة ٥٠٪ مقارنة بالرجال بينما يكون الرجال أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات الناجمة عن استخدام مواد الإدمان. وبما أنّ اضطرابات الاكتئاب والقلق هما السبب في معظم حالات الاضطراب النفسي، فإنّ عدد النساء المصابات باضطراب نفسي (١٣,٥٪ أو ٥٠٨ ملايين)، أي يفوق قليلًا عدد الرجال (١٢,٥٪ أو ٤٦٢ مليون) (انظر الجدول ٣-١).

وتشيع الاضطرابات النفسية بين النساء الحوامل والنساء حديثات الولادة، وغالبًا ما يترتّب عليها آثار حادّة على كل من الأمهات والأطفال. وفي جميع أنحاء العالم، تعاني أكثر من ١٠٪ من النساء الحوامل والنساء حديثات الولادة من الاكتئاب (١٠٥). وتشير التقديرات إلى أنّ هذا الرقم أعلى بكثير في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل. والنساء اللواتي تعرّضن لعنف الشريك الحميم أو العنف الجنسي معرضات بشكل خاص للإصابة باعتلال الصحة النفسية، مع وجود ارتباط كبير بين الإيذاء والاكتئاب والقلق والاضرابات بما في ذلك اضطراب الكرب التالي للصدمات وبين التفكير الانتحاري (١٠٦). والنساء المصابات باضطراب نفسي حاد يكن قد تعرّضن للعنف المنزلي والجنسي خلال حياتهن أكثر من غيرهن من النساء (١٠٧).

انتشار المرض بين الأطفال والمراهقين

يتعايش حوالي ٨٪ من الأطفال الصغار في العالم (الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ و٩ سنوات) و١٤٪ من المراهقين في العالم (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و١٩ سنة) من اضطراب نفسي (انظر الجدول ٣-١). وخلصت دراسة وطنية أساسية أجريت في الولايات المتحدة إلى أنّ نصف الاضطرابات النفسية الموجودة في مرحلة البلوغ قد تطورت منذ بلوغ سن ١٤ عامًا، وظهرت ثلاثة أرباعها في سن ٢٤ (١٠٨).

وتعدّ اضطرابات النمو المجهولة السبب التي تسبب إعاقة في النمو أكثر أنواع الاضطرابات النفسية شيوعًا لدى الأطفال الصغار، إذ يصاب طفل واحد من كل ٥٠ طفلًا دون سن الخامسة. أمّا ثاني أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا عند الأطفال الصغار هو اضطراب طيف التوحّد (اضطراب آخر في النمو) الذي يصيب طفلًا واحدًا من كل ٢٠٠ طفلًا دون سن الخامسة (انظر الجدول ٣-١). ومع تقدّم العمر يصبح كلا الاضطرابين أقل انتشارًا تدريجيًا إذ يموت العديد من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات النمو في سن مبكّرة.

ويشيع اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط واضطرابات السلوك بشكل خاص في مرحلة المراهقة، لاسيما بين الأولاد الأصغر سنًا (٤,٦٪ و٤,٥٪ على التوالي عند الأولاد الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و١٤ عامًا). والقلق هو أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا بين المراهقين الأكبر سنًا (٤,٦٪) وأكثر من ذلك بين الفتيات المراهقات (٥,٥٪). وربما يرتبط اضرابات القلق والاكتئاب في هذا العمر بإيذاء التنمر. وتحدث اضطرابات الأكل بشكل رئيسي بين الشباب، وضمن هذه الفئة، تكون أكثر شيوعًا بين الإناث (على سبيل المثال، ٠,٦٪ بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و٢٤ عامًا مقارنة بـ ٠,٣٪ بين الرجال في نفس الفئة العمرية) (١٠٩).

انتشار المرض بين كبار السن

تعايش حوالي ١٣٪ من البالغين الذين تبلغ أعمارهم ٧٠ عامًا أو أكثر باضطراب نفسي في عام ٢٠١٩، وخاصة اضطرابات الاكتئاب والقلق. وتزداد الفروق بين الجنسين في معدّلات الاضطرابات النفسية في هذه الفئة العمرية حيث تشير التقديرات إلى أن ١٤,٢٪ من النساء و١١,٧٪ من الرجال الذين تزيد أعمارهم عن ٧٠ عامًا يعانون من اضطراب نفسي. وتقل تقديرات انتشار الفصام لدى البالغين الذين تزيد أعمارهم عن ٧٠ سنة (٠,٢٪) مقارنة بالبالغين الذين تقل أعمارهم عن ٧٠ سنة (٠,٣٪)، وهو ما يمكن تفسيره جزئيا بالوفيات المبكّرة (انظر القسم ٣-١-٢ الوفيات).

والجدير بالذكر أنّ هذه التقديرات المتعلّقة بالاضطرابات النفسية لا تشمل الخرف، وهو مصدر قلق رئيسي للصحة العامة تكون معالجته غالبًا من خلال سياسة وخطط الصّحة النفسية أو الشيخوخة. ويقدّر أنّ ٦,٩٪ من البالغين الذين تبلغ أعمارهم ٦٥ عامًا أو أكثر مصابون بالخرف (١٠٢).

التباينات الجغرافية

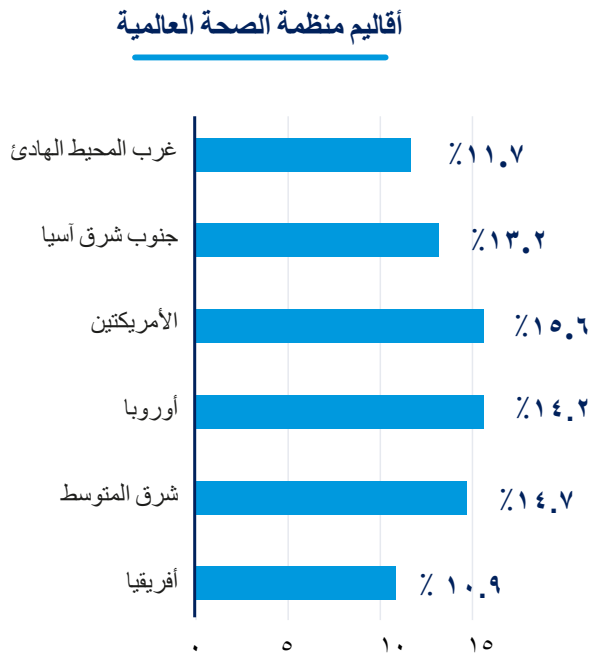
تشيع الاضطرابات النفسية في جميع البلدان: فهي تحدث في جميع مناطق منظمة الصحة العالمية، ويتراوح معدّل انتشارها بين ١٠,٩٪ في الإقليم الأفريقي التابع لمنظمة الصحة العالمية و١٥,٦٪ في إقليم الأميركتين التابع لمنظمة الصحة العالمية في (انظر الشكل ٣-٣) (١١٠).

ومن الملاحظ أنّ الاضطرابات النفسية أكثر شيوعًا نوعًا ما في البلدان ذات الدخل المرتفع (١٥,١٪) ولكنها تشيع أيضًا في البلدان المنخفضة الدخل (١١,٦٪) (انظر الشكل ٣-٣).

ويمكن تفسير الاختلافات في معدّلات الانتشار بين الأقاليم وفئات الدخل بثلاثة عوامل على الأقل. أولًا، تقلّل العوامل الديموغرافية من معدّلات الانتشار في البلدان المنخفضة الدخل إذ ترتفع نسبة الأطفال دون سن العاشرة في هذه البلدان، وبذا تكون الاضطرابات النفسية أقل شيوعًا بينهم. ثانيًا، تساهم الحرب والصراعات في ارتفاع معدّلات الاضطرابات النفسية نسبيًا في إقليم شرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية. ثالثًا، ثمّة دور للعوامل الاجتماعية والثقافية. على سبيل المثال، ربما يؤثّر اختلاف الفهم الثقافي والتصورات المفاهيمية للصحة النفسية واعتلالات الصحة النفسية في استعداد الناس للكشف عن أعراض الصّحة النفسية في الاستقصاءات. وعادة لا تحظى المفاهيم الثقافية المحلية عن الضيق النفسي - الذي يمكن أن يرتبط بعلم الأمراض النفسية - بالمعالجة الوافية في الدراسات الوبائية (١١١). وفي حين أنّ نسبة الوصم والتمييز مرتفعة في جميع البلدان، فقد تكون أعلى في العديد من البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، مما قد يؤدي إلى نقص الإبلاغ.

ويمكن أن تكشف بعض العوامل مجتمعةً مثل العمر والجنس والموقع الجغرافي عن اختلافات مهمة في احتياجات الأشخاص المحدّدة للصّحة النفسية. على سبيل المثال، في حين أن ما يقدر بنحو ٤٪ من الأشخاص من جميع

الشكل ٣-٣
انتشار الاضطرابات النفسية في أقاليم منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠١٩



المصدر: معهد المقاييس الصحية والتقييم، ٢٠١٩ (١١٢).

الفئات العمرية في جميع أنحاء العالم كانوا يتعايشون مع اضطرابات القلق في عام ٢٠١٩ (انظر الجدول ٣-١)، يرتفع المعدّل إلى حوالي ١٠٪ بين النساء في سن العمل في الأمريكتين (١١٣).

٣-١-٢ الوفيات

الوفيات المبكّرة

إن تقدير الوفيات الناجمة عن اعتلالات الصحة النفسية أمر معقد. إذ نادرًا ما تسجّل اعتلالات الصحة النفسية والانتحار كسبب للوفاة في شهادات الوفاة أو في إحصاءات الوفيات القطرية. ومع ذلك، غالبًا ما يكون ضعف الصّحة النفسية عاملًا أساسيًا أو سببًا مهمًا. وفي جميع أنحاء العالم، من المعروف أن معدّلات وفيات الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية ترتفع ارتفاعًا عاليًا غير متناسب مقارنة بوفيات عامة السكان (١١٤). ويموت الأشخاص المتعايشون مع الفصام والاضطراب ثنائي القطب في المتوسط قبل موت عامة السكان بفترة تتراوح بين ١٠ أعوام و٢٠ عامًا (١١٥). وترجع معظم هذه الوفيات إلى أمراض يمكن الوقاية منها، وبخاصة أمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض الجهاز التنفسي والعدوى، وهي أكثر شيوعًا لدى الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. وربما لا تكون الإصابة باعتلال الصحة النفسية هي سبب الوفاة، ولكن من المحتمل أن تكون عاملًا مساهمًا رئيسيًا.

ويمكن أن يكون للآثار الجانبية لأدوية اعتلالات الصحة النفسية الحادّة دور في الوفيات المبكّرة، وذلك لأنها تؤدي إلى السمنة وعدم تحمل الجلوكوز وعسر شحميات الدم (دسيليبيدميا) على سبل المثال (١١٦). علاوة على ذلك، من المرجّح أن يتعرّض الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية لعوامل الخطر المعروفة جيدًا المتعلّقة بالأمراض غير السارية بما في ذلك التدخين وإساءة استخدام الكحول والنظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني.

ويتفاقم هذا الأمر بسبب النهج المجزأ الذي تتبعه النظم الصحية في رعاية اعتلالات الصحة البدنية والنفسية: فبمجرّد توجيه الشخص إلى قسم الصّحة النفسية، غالبًا ما يتم إهمال صحته البدنية. وفي الوقت نفسه، في كل من أماكن الرعاية الصحية النفسية العامة والمتخصصة، غالبًا ما تُنسب علامات وأعراض المرض الجسدي بشكل خاطئ إلى اعتلال الصحة النفسية المتزامنة فيما يُعرف باسم <<التعتيم التشخيصي>> (١١٧). وأدى هذان العاملان، على سبيل المثال، إلى عدم التعرّف بشكل منهجي على أمراض القلب والأوعية الدموية لدى الأشخاص المتعايشين مع الفصام والاضطراب ثنائي القطب وعدم حصولهم بالتالي على الرعاية الصحية المناسبة (١١٨، ١١٩). وفي هذا الصدد وضعت منظمة الصحة العالمية ومستشاروها الخبراء إطارا للتدخّل متعدّد المستويات ومبادئ توجيهية تهدف إلى معالجة أوجه القصور هذه (انظر القسم ٤-١-٢ تحسين الصحة البدنية، القسم الفرعي الرعاية الجيدة هي الرعاية المتكاملة) (١١٤، ١٢٠).

ويموت الأشخاص المتعايشون مع الفصام أو غيره من اعتلالات الصحة النفسية الحادة في المتوسط قبل

١٠ إلى ٢٠ عامًا

من موت عامة السكان

ويمكن حساب العبء التراكمي للوفيات الناجمة عن اعتلالات الصحة النفسية باستخدام نماذج التاريخ الطبيعي التي تربط الانتشار بالمعدّلات الملحوظة للوفيات الإضافية. وهذه النماذج ليست جزءًا من تقدير العبء المميت (انظر القسم ٣-١-٣ العبء)، الذي ينسب الوفيات إلى السبب الرئيسي (مثل أمراض القلب والأوعية الدموية)، لكن الباحثين استخدموا هذه النماذج لإظهار أنّ عبء الوفيات بسبب اعتلالات الصحة النفسية يُستهان به استهانة كبيرة. وتبيّن إحدى تحليلات بيانات عام ٢٠١٠ حدوث أكثر من أربعة ملايين حالة وفاة إضافية بسبب الاضطرابات النفسية، بما في ذلك ٢,٢ مليون حالة من اضطرابات الاكتئاب الحادّة و١,٣ مليون حالة من الاضطراب ثنائي القطب و٧٠٠ ٠٠٠ حالة من الفصام مقارنة بـ ٢٠ ٠٠٠ حالة وفاة فقط بسبب محدّد، كلها من الفصام، وحسبت التقديرات باستخدام العبء القياسي لحسابات المرض (١٢١).

وقد وُصِف عبء الوفيات الضخم والخفي الناجمة عن اعتلالات الصحة النفسية بأنّه فضيحة، ويتعارض مع الاتفاقيات الدولية المتعلّقة بالحق في التمتع بأعلى مستوى صحيًا يمكن بلوغه (١٢٢).

الانتحار

يمثّل الانتحار أكثر من حالة واحدة بين كل ١٠٠ حالة وفاة على مستوى العالم (١٢٣). ومقابل كل حالة وفاة بالانتحار هناك أكثر من ٢٠ محاولة انتحار (١٢٤). ويؤثّر الانتحار على الناس من جميع البلدان والسياقات. وفي جميع الأعمار، يكون لحالات الانتحار ومحاولات الانتحار تأثير مضاعف على العائلات والأصدقاء والزملاء والمجتمعات والمجموعات (اقرأ تجربة ماري).

وفي عام ٢٠١٩، فقد ما يقدر بزهاء ٧٠٣ ٠٠٠ شخص من جميع الأعمار (أو ٩ أشخاص بين كل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة) حياتهم عن طريق الانتحار (انظر الشكل ٣-٤) (١٢٥). وتختلف تقديرات معدّلات الانتحار بشكل كبير بين البلدان، وتتراوح ما بين أقل من حالتي وفاة عن طريق الانتحار بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص في بعض الدول إلى أكثر من ٨٠ بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص في دول أخرى. وتحدث حوالي ثلاثة أرباع (٧٧٪) من جميع اعتلالات الانتحار في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، حيث يعيش معظم سكان العالم. لكن تشكّل البلدان ذات الدخل المرتفع مجتمعة أعلى معدّلات انتحار، أي ١٠,٩ بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص. ومن المرجح أنّ هذه البلدان تمتلك بيانات تسجيل أساسية عالية الجودة.

ومن ناحية أخرى، تختلف معدّلات الانتحار بين الذكور والإناث. فعلى الصعيد العالمي، وجد أنّ النساء أكثر ميلًا للانتحار من الرجال. ومع ذلك، يبلغ عدد الرجال الذين يموتون بالانتحار ضعف عدد بالنساء. وفي البلدان ذات الدخل المرتفع، تكون نسبة الذكور إلى الإناث فيما يتعلّق بالوفاة عن طريق الانتحار أعلى من ذلك، حيث تبلغ ثلاثة رجال مقابل كل امرأة واحدة.

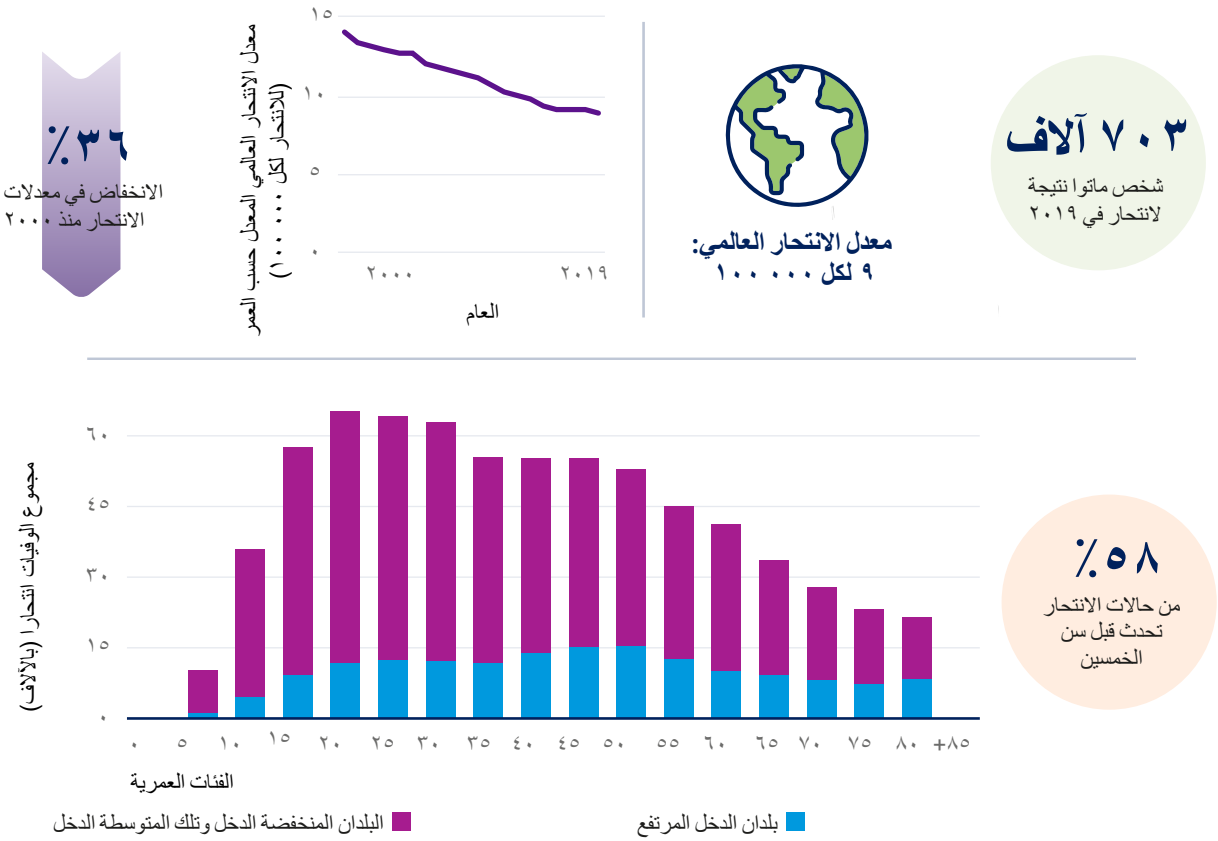
ويعدّ الانتحار سببًا رئيسيًا للوفاة بين الشباب من الذكور والإناث. وفي عام ٢٠١٩، كان الانتحار السبب الرئيسي الثالث لوفاة الإناث اللائي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٢٩ عامًا، والسبب الرئيسي الرابع لوفاة الذكور في هذه الفئة العمرية. وعمومًا هو السبب الرئيسي الرابع للوفاة بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٩ عامًا ويمثّل حوالي ٨٪ من جميع الوفيات في هذه الفئة العمرية. ويحدث أكثر من نصف (٥٨٪) حالات الانتحار قبل سن ٥٠ عامًا. ومعدّلات الانتحار في الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٧٠ عامًا تزيد عن ضعف معدّلات الانتحار عن الذين هم في سن العمل (١٢٦).

يعد الانتحار **سبب وفاة حالة واحدة من بين ١٠٠** حالة وفاة على مستوى العالم.

وعلى الصعيد العالمي، انخفض معدّل الانتحار بنسبة ٣٦٪ منذ عام ٢٠٠٠، مع نسب انخفاض تتراوح بين ١٧٪ في إقليم شرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية و٤٧٪ في الإقليم الأوروبي التابع لمنظمة الصحة العالمية و٤٩٪ في إقليم غرب المحيط الهادئ التابع لمنظمة الصحة العالمية. ومع ذلك زادت معدّلات الانتحار في إقليم الأمريكتين التابع لمنظمة الصحة العالمية بنسبة ١٧٪ خلال السنوات العشرين الماضية. (لمزيد من المعلومات والأمثلة على الوقاية الناجحة من الانتحار انظر الفصل ٦-٣-١ منع الانتحار.).

الشكل ٣-٤

حوادث الانتحار في ٢٠١٩



المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2021 (*125*).

قصة

هجرت كل شيء وكل الناس

تجربة ماري

أنا سيدة اتمتع بقدرة عالية على الإنجاز ولي تاريخ مع الصدمة النفسية. وأنا أنحدر من عائلة لديها تجربة كبيرة مع اعتلالات الصحة النفسية، لكن عائلتي والمجتمع الذي عشنا فيه لم يعترفوا بالصّحة النفسية ولم يعرفوا كيف يعتنون بعزيز لديهم يعاني من تحدّيات تتعلّق بالصّحة النفسية. فلم نحصل على الرعاية التي نحتاجها. وفقدنا أخي ولم يكن قد تجاوز عمره الـ ٣٣ عامًا، ودون أن يخضع لتشخيص قاطع.

وقد عانيت من مشاكل سلوكية. وكانت أكبر صدمة نفسية لي هي انهيار زواج والديّ. وثابرت وعالجت نفسي بعلاقات خطيرة وسلوكيات جنسية محفوفة بالمخاطر.

وفي عام ٢٠٠٩، حاولت الانتحار. كنت حاملًا في شهري الخامس. ونجوت أنا والطفل، لكنني علمت أنني لا أستطيع الاستمرار على هذا النحو. وهجرت كل شيء وكل الناس، بما في ذلك أبنائي الثلاثة. وتركت بلدي دون أن أقول أي شيء لأي أحد. فوحده المرض النفسي هو ما يدفعك لأن تتصرّف بهذه الطريقة.

وواصلت المثابرة حتى حصلت في النهاية على مساعدة مهنية. وبعد أربع سنوات عدت وأنا أقوى بكثير. وحصلت على منحة من الكومنولث لدراسة الماجستير في تقديم الرعاية الصحية في الممارسة المهنية، والتزمت بإذكاء الوعي بالصّحة النفسية لا سيما من خلال الأشخاص ذوي التجربة الحيّة الذين يتبادلون قصصهم في بلدان مثل بلدي.

ماري أبانجا- الكاميرون

٣-١-٣ العبء

تضع دراسات عبء المرض تقديرات لما يلحق بالسكان من ضرر بسبب المرض والإصابة والموت المبكّر. وهي تتضمن حسابات باستخدام سنوات العمر المعدلة باحتساب مدد العجز، حيث تمثّل السنة الواحدة منها خسارة عام واحد من الصحة الكاملة. وتجمع سنوات العمر المعدلة باحتساب مدد العجز في أحد المقاييس سنوات الحياة المفقودة بسبب الوفيات المبكّرة والسنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة لتقدير العبء الإجمالي لكل سبب من أسباب المرض والإصابة.

وفي عام ٢٠١٩ شكّلت، في جميع الفئات العمرية، الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان معًا واحدًا من كل عشرة (١٠,١٪) من سنوات العمر المعدلة باحتساب مدد العجز في جميع أنحاء العالم. وشكّلت الاضطرابات النفسية ٥,١٪ من العبء العالمي (انظر الشكل ٣-٥). وشكّلت الاضطرابات العصبية ٣,٥٪ أخرى، بينما شكلت الاعتلالات الناتجة عن استخدام مواد الإدمان ١,٥٪.

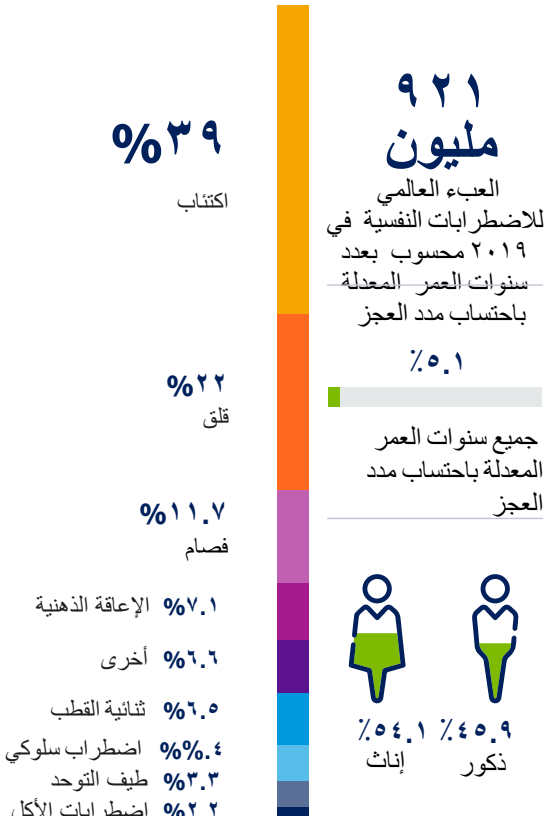
وفي جميع البلدان، يمتد عبء الاضطرابات النفسية على مدى الحياة بأكملها: منذ وقت مبكر من حياة الإنسان عندما تكون الاعتلالات من قبيل اضطرابات النمو والاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة هي أكبر العوامل التي تساهم في العبء، حتى مرحلة البلوغ والشيخوخة التي تطغى خلالها اضطرابات الاكتئاب والقلق. وبشكل عام، يحدث العبء الأكبر خلال مرحلة البلوغ المبكّرة.

ومن بين جميع الاضطرابات النفسية يظهر معظم العبء في السنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة، وليس سنوات الحياة المفقودة بسبب الوفيات المبكّرة، هذا بسبب الطريقة التي تحسب بها تقديرات العبء التي لا تعزو أي وفيات إلى اعتلالات مثل اضطرابات الاكتئاب أو الاضطراب ثنائي القطب، والتي تشمل إيذاء النفس والانتحار ضمن فئة منفصلة من الإصابات المتعمّدة (١٢٧).

والاضطرابات النفسية هي السبب الرئيسي للسنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة بمعدّل سنة واحدة من كل ست سنوات على مستوى العالم (١٥,٦٪). وتمثّل اضطرابات استخدام مواد الإدمان ٣,١٪ من السنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة، وتمثّل الاعتلالات العصبية ٦,٤٪. وتمثّل الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان مجتمعة واحدة من كل أربع سنوات يعيشها الشخص مع الإعاقة على مستوى العالم.

الشكل ٣-٥

العبء العالمي للاضطرابات النفسية في سنوات العمر المعدلة باحتساب مدد العجز، ٢٠١٩



المصدر: منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٩ (١٢٨).

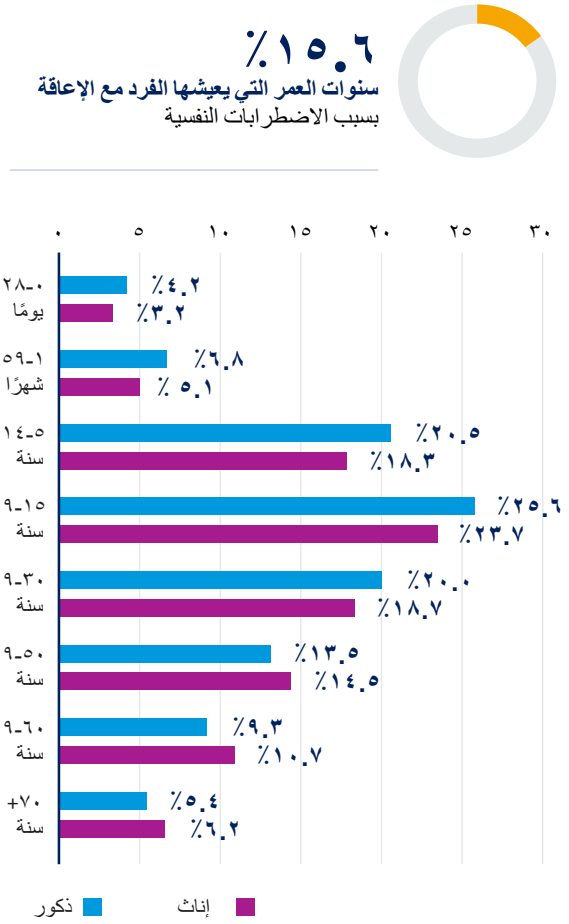
تعد الاضطرابات النفسية سببًا في **١ من كل ٦ سنوات** يعيشها الشخص مع الإعاقة على مستوى العالم.

وتتفاوت مساهمة الاضطرابات النفسية في معدل السنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة طوال العمر، إذ تبلغ أقل من ١٠٪ للأطفال وكبار السن في حين تصل إلى أكثر من ٢٣٪ للشباب الذين تبلغ أعمارهم ١٥-٢٩ سنة (انظر الشكل ٣-٦).

ومنذ عام ٢٠٠٠، ظلّت كل من اضطرابات الاكتئاب والقلق من بين الأسباب العشرة الأولى لجميع السنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة في جميع أنحاء العالم.

الشكل ٣-٦

نسبة سنوات العمر التي يعيشها الفرد مع الإعاقة بسبب الاضطرابات النفسية خلال مراحل العمر، ٢٠١٩

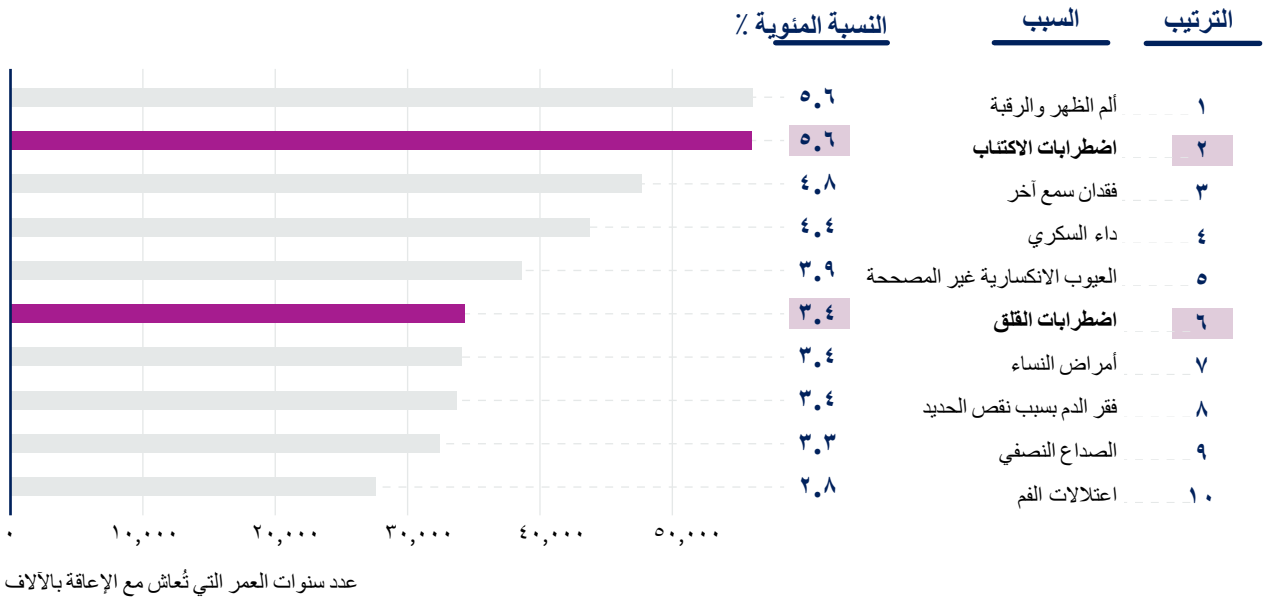


المصدر: منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٩ (١٢٩).

واضطرابات الاكتئاب وحدها هي السبب الرئيسي الثاني للسنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة على الصعيد العالمي حيث تمثّل ٥,٦٪ من جميع السنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة في عام ٢٠١٩ (انظر الشكل ٣-٧).
وثمة عاملا خطر مهمان لهذه الاضطرابات النفسية الشائعة رصدا كجزء من عبء المرض العالمي لعام ٢٠١٩ هما الاعتداء الجنسي على الأطفال (التعرّض قبل سن ١٥ عامًا لأي اتصال جنسي غير مرغوب فيه)، والتنمّر (تعرّض الأطفال والمراهقين للأذى المتعمّد والمتكرّر من جانب أقرانهم في المدارس). وفي عام ٢٠١٩، بلغت نسبة المستويات العالمية الموحّدة للعمر المتعلّقة بالتعرّض للعنف الجنسي والتنمر على الأطفال في العام السابق ٩,٤٪ و٧,٣٪ على التوالي (١٣٠). وشكّلت عوامل الخطر القابلة للتعديل هذه ٧,١٪ من جميع اضطرابات القلق في سنوات الحياة المعدّلة حسب الإعاقة و٩,٩٪ من جميع اضطرابات الاكتئاب الحادة في سنوات الحياة المعدّلة حسب الإعاقة على مستوى العالم.

الشكل ٣-٧

الأسباب العشرة الرئيسية للسنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة على الصعيد العالمي، ٢٠١٩



المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2019 (*129*).

٣-٢ الآثار الاقتصادية

بالإضافة إلى التكلفة المباشرة للعلاج، تأتي اعتلالات الصحة النفسية مع مجموعة متنوعة من التكلفة غير المباشرة المرتبطة بانخفاض الإنتاجية الاقتصادية وارتفاع معدّلات البطالة والآثار الاقتصادية الأخرى.

ويقدّر أن تكون التكلفة التي يتحملها المجتمع كبيرة، وغالبًا ما تفوق بكثير تكاليف الرعاية الصحية. ويشير باحثون من المنتدى الاقتصادي العالمي أنّ مجموعة محدّدة على نطاق واسع من اعتلالات الصحة النفسية كلّفت الاقتصاد العالمي حوالي ٢,٥ تريليون دولار أمريكي في عام ٢٠١٠، متضمّنة الإنتاجية الاقتصادية المفقودة (١,٧ تريليون دولار أمريكي) والتكلفة المباشرة للرعاية (٠,٨ تريليون دولار أمريكي) (١٣١). وكان من المتوقع أن ترتفع هذه التكلفة الإجمالية إلى ٦ تريليون دولار أمريكي بحلول عام ٢٠٣٠ إلى جانب زيادة التكلفة الاجتماعية. وتفوق هذه التكلفة بكثير ما توقعه الباحثون بشأن تكلفة السرطان والسكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة مجتمعة. ومن المتوقع أن تتحمل البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل ٣٥٪ من تكلفة اعتلالات الصحة النفسية هذه.
ويقدّر أن تكون التكلفة غير المباشرة المتعلّقة باعتلالات الصحة النفسية كبيرة أيضًا بالنسبة للبلدان. على سبيل المثال، في الفلبين، أشار تحليل أنّه في عام ٢٠١٩، كلّفت ستة اعتلالات (الذهان والاضطراب ثنائي القطب واضطرابات الاكتئاب واضطرابات القلق وإدمان الكحول

والصرع) الاقتصاد الوطني حوالي ١,٣ مليار دولار أمريكي في القدرة الإنتاجية المفقودة بسبب الوفاة المبكّرة والإعاقة وانخفاض الإنتاجية أثناء العمل (١٣٢). إلى جانب التكلفة المباشرة للرعاية (حوالي ٥٣ مليون دولار أمريكي)، أي بنسبة ٠,٤٪ من الناتج المحلي الإجمالي للبلاد.

وفي الآونة الأخيرة، في عام ٢٠٢٠، أظهرت مراجعة منهجية لدراسات تكلفة المرض على الصعيد العالمي أنّ متوسط التكلفة المجتمعية السنوية لاعتلالات الصحة النفسية المعدّلة وفقًا لتعادل القوة الشرائية مع مستوى سعر الولايات المتحدة يتراوح بين ١١٨٠ دولارًا أمريكيًا و١٨٣١٣ دولارًا أمريكيًا لكل شخص يتلقّى العلاج، حسب الاعتلال الذي يعاني منه (١٣٣). وتشمل هذه التكلفة كلًّا من التكلفة المباشرة للعلاج والخدمات الأخرى فضلًا عن التكلفة الأخرى الناتجة عن ضعف الإنتاج والدخل. وتشير التقديرات إلى أنّ مرض الفصام هو أغلى الاعتلالات الصحية النفسية تكلفةً لكل شخص على مستوى العالم. بينما نجد اضطرابات الاكتئاب والقلق أقل تكلفة بكثير لكل حالة معالجة، لكنها أكثر انتشارًا، وتساهم بشكل كبير في التكلفة الوطنية الإجمالية لاعتلالات الصحة النفسية. وفي جميع الحالات، تبيّن أن ما يقرب من نصف التكلفة المجتمعية الإجمالية مدفوعة بتكاليف غير مباشرة مثل انخفاض الإنتاجية (١٣٣).

وبالطبع، حتى دراسات تكلفة المرض لا تقدّم صورة كاملة للتكاليف المجتمعية الناجمة عن اعتلالات الصحة النفسية. وفي العادة لا تنطوي هذه الدارسات على قيمة نقدية للأشخاص خارج القوى العاملة المدفوعة، بما في ذلك مقدمي الرعاية وربّات المنازل. إنهم يركّزون فقط على خسائر الإنتاجية، بدلًا من التركيز على العوامل الاجتماعية الأخرى التي قد يقدرها الأفراد أكثر، مثل العلاقات الشخصية. والأهم من ذلك، أنها لا تشمل التكلفة غير الملموسة مثل الألم النفسي (١٣٣).

٣-٣ الفجوات في الصّحة النفسية العامة

لا تحظى اعتلالات الصحة النفسية بالخدمات الكافية، هذا فضلًا عن تأثيرها في كل بلد من بلدان العالم وتكلفتها الباهظة. وتبيّن نتائج أحدث تقييم في الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية - أطلس الصّحة النفسية لعام ٢٠٢٠ - أنّ نظم الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم تعتريها فجوات واختلالات كبيرة من ناحية المعلومات والبحوث والحوكمة والموارد والخدمات وتكنولوجيات الصّحة النفسية (انظر الشكل ٣-٨). وتعيق هذه الفجوات الكبيرة بشدة أنشطة الاستجابة في مجال الصّحة النفسية في البلدان. وتسلّط الأقسام التالية الضوء على السمات المحدّدة لبعض الفجوات الرئيسية.

٣-٣-١ الفجوة في المعلومات

نقص البيانات المتعلّقة بالصّحة النفسية

تتعلّق الفجوة في مجال المعلومات جزئيًا بقدرات البلدان على جمع بيانات موثوقة ومستكملة عن الصّحة النفسية والإبلاغ عنها ورصدها، بما في ذلك البيانات عن السياسات والقوانين والقوى العاملة والخدمات.

وقد أحرز تقدّم كبير في العقد الماضي. فقد عكفت منذ عام ٢٠١٤، الغالبية العظمى من البلدان (٨٨-٩١٪) على إبلاغ بيانات الصّحة النفسية إلى منظمة الصحة العالمية (٥). وأكّدت ٧٦٪ من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية قدرتها على الإبلاغ عن خمسة مؤشّرات أساسية للصحة النفسية، مقارنة بـ ٦٠٪ في عام ٢٠١٤ و٦٢٪ في عام ٢٠١٧.

الشكل ٣-٨

صورة تجسد الفجوات الأساسية في الصحة النفسية العامة

الفجوة في المعلومات

عدم كفاية البحث

- أقل من ٥٪ من التمويل المخصص للبحث في مجال الصحة النفسية يذهب إلى البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل
- معظم البحوث هي بحوث أولية وليست بحوثًا سريرية أو تطبيقية

عدم اكتمال البيانات

- تبلغ معظم البلدان منظمة الصحة العالمية بالبيانات لكنها تكون في العادة غير مكتملة

الفجوة في الحوكمة

الخطأ في ترتيب الأولويات

- يذهب دولاران من كل ثلاثة دولارات تُنفق في الصحة النفسية إلى مستشفيات الأمراض النفسية

عدم كفاية السياسات والخطط والقوانين

- بلغت نسبة البلدان التي بلغت بأنها نفذت سياسات وخططًا تمتثل تمامًا صكوك حقوق الإنسان ٢١% فقط

الفجوة في الموارد

ندرة القوى العاملة

- يوجد في البلدان المنخفضة الدخل أقل من عامل واحد في مجال الصحة النفسية لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة

الفجوة الرقمية

- لا تتوافر لمعظم المنازل في البلدان الأقل نموًا خدمة الوصول إلى الإنترنت

ضآلة الإنفاق

- تنفق البلدان على الصحة النفسية من ميزانيتها المخصصة للصحة نسبة ٢% في المتوسط فقط

نقص الأدوية الضرورية

- في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، الأدوية النفسية الضرورية عادة غير متوفرة أو غير ميسورة التكلفة

الفجوة في الخدمات

خدمات محدودة في نطاقها وجودتها

- القليل من البلدان يقدم تدخلات نفسية اجتماعية في الرعاية الأولية
- القليل من البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل تقدم الدعم للدخل أو السكن أو العمل أو التعليم

ضعف التغطية بالعلاج

- ٧١٪ من السكان المصابين بالذهان لا يحصلون على خدمات الصحة النفسية

بيد أنّ البيانات التي يُبلَّغ عنها غالبًا ما تكون غير كاملة، لا سيما فيما يتعلق بتوافر الخدمة واستخدامها، التي ربما يكون من الصعب تتبّعها. وذكر ما يقرب من نصف البلدان إنّها تجمع بانتظام بيانات عن نشاط خدمات الصّحة النفسية في القطاع العام للسياسة أو التخطيط أو الإدارة. وفي معظم الحالات، ولا سيما بين البلدان المنخفضة الدخل، لا يتم تجميع هذه البيانات إلا كجزء من الإحصاءات الصحية العامة وهي غير متاحة لإبلاغ منظمة الصحة العالمية. ولم تجرِ ربع البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل تجميع أي بيانات بشأن الصحة النفسية في العامين الماضيين.

ومن ناحية أخرى، تأتي البيانات المبلّغ عنها فيما يتعلّق بكثير من الاعتلالات من مستشفيات الأمراض النفسية العامة حصرًا، ولا تشمل خدمات الصّحة النفسية والتدخّلات المقدّمة في المستشفيات العامة أو الأوساط المجتمعية، أو الرعاية الصحية الأولية، أو المدارس، أو القطاع الخاص (١٣٤). وهذا يعد قصورًا كبيرًا نظرًا لأهمية تحويل الرعاية الصحية النفسية من مستشفيات الأمراض النفسية إلى الأوساط المجتمعية (انظر الفصل ٧ إعادة هيكلة الرعاية وتوسيع نطاقها من أجل إحداث التأثير المطلوب) وللحاجة إلى رصد هذه التغييرات.

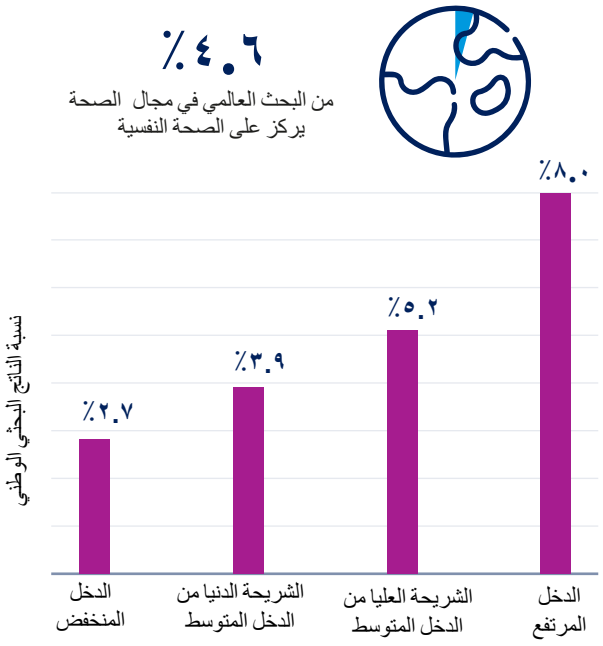
ويمثّل النقص في البيانات الشاملة والمستقلّة والقابلة للمقارنة عائقًا رئيسيًا أمام الرصد والمساءلة في مجال الصّحة النفسية. ولمواجهة هذا التحدّي، تستخدم مبادرة العد التنازلي للصحة النفسية العالمية ٢٠٣٠ مجموعة واسعة ومتكاملة من المؤشّرات لتتبّع التقدّم المحرز في الصّحة النفسية (١٣٥). ويمتد نطاق هذه المؤشرّات، التي ركزت حتى الآن على الصّحة النفسية للأطفال ومقدمي الرعاية، إلى ما هو أبعد من تلك التي عرفت من خلال الاستقصاءات عن خدمة الصّحة النفسية الحالية مثل أطلس الصّحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية لتشمل أيضًا بيانات حول محدّدات الصّحة النفسية والعوامل التي تشكّل الطلب أو الحاجة لرعاية الصّحة النفسية. وهي متاحة من خلال لوحة معلومات تفاعلية يمكن للجمهور الوصول إليها، وتعتزم المبادرة استخدامها لإثراء العمل من أجل تحسين الصّحة النفسية (١٣٦).

عدم كفاية الأبحاث وعدم توازنها

يتمثّل الجزء الثاني من الفجوة في مجال المعلومات في البحوث الرامية إلى مساعدة البلدان على وضع وتنفيذ استراتيجيات تدخّل مناسبة ومكيَّفة بحسب الاحتياجات. وتظهر التحليلات التي أجراها أطلس الصّحة النفسية ٢٠٢٠ أنّه في حين أنّ المستوى المطلق لإنتاج أبحاث الصّحة النفسية (بحسب الدراسات المنشورة في قواعد البيانات البحثية) ارتفع بنسبة ١٢٪ منذ عام ٢٠١٣، ونظرًا لأن مخرجات الأبحاث الصحية الأخرى ارتفعت بشكل أسرع، فقد طرأ انخفاض طفيف في نسبة الأبحاث في مجال الصحة التي تركز على الصّحة النفسية (من ٥,٠٪ في عام ٢٠١٣ إلى ٤,٦٪ في عام ٢٠١٩). ويكشف أطلس الصّحة النفسية ٢٠٢٠ أيضًا عن اختلافات كبيرة في أبحاث الصّحة النفسية عبر المناطق وفئات الدخل. وعلى وجه الخصوص، فإنّ نسبة ناتج البحوث الصحية في البلد الذي يركّز على الصّحة النفسية تزيد بنحو ثلاثة أضعاف في البلدان ذات الدخل المرتفع مقارنة بالبلدان ذات الدخل المنخفض (انظر الشكل ٣-٩).

الشكل ٣-٩

نسبة البحث الوطني في مجال الصحة الذي يركز على الصحة النفسية في مختلف شرائح الدخل



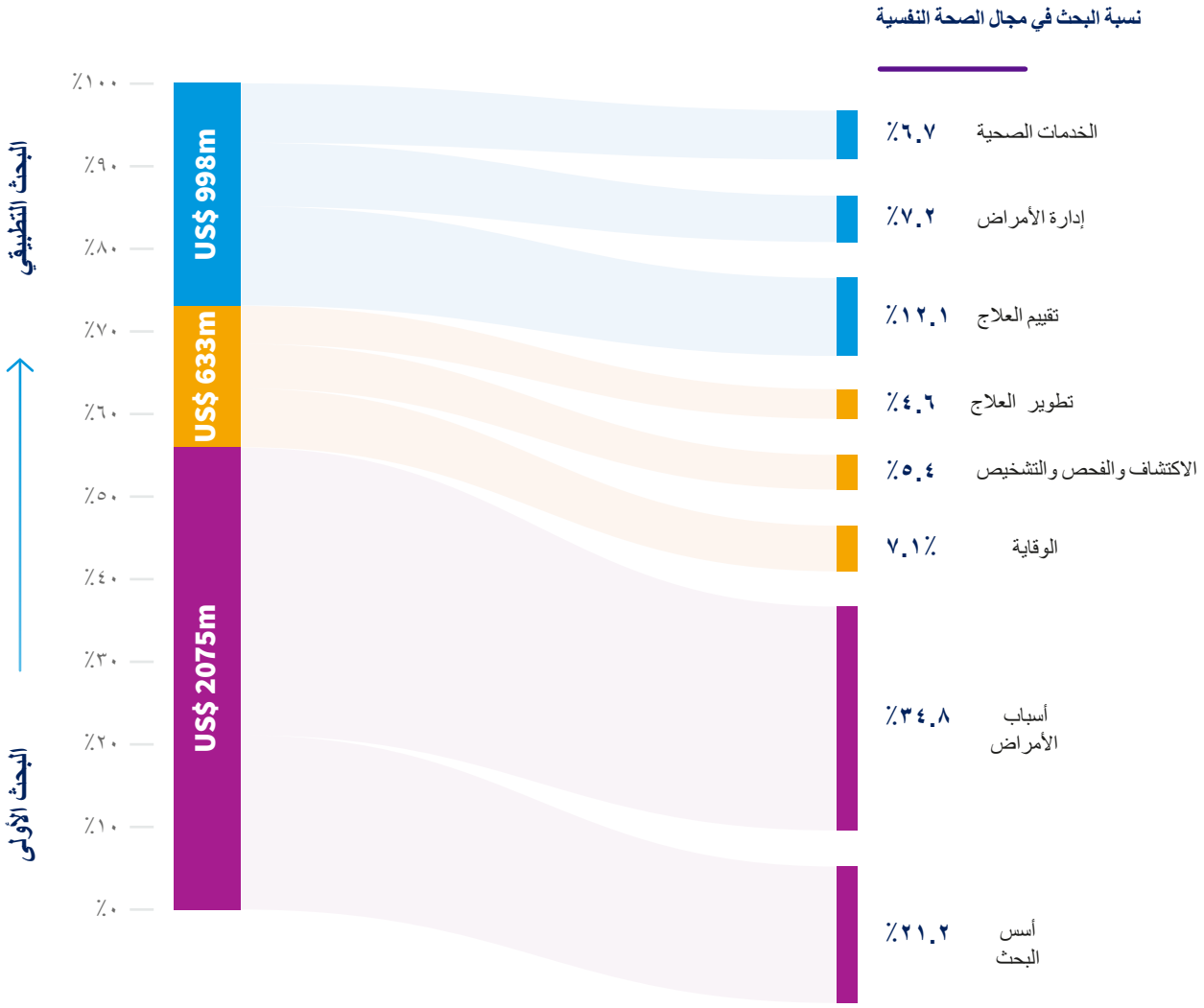
المصدر: منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢١ (٥).

يُظهر تحليل حديث بشأن عدم المساواة في تمويل أبحاث الصّحة النفسية أنّ ٩٩٪ من الأبحاث تموّلها البلدان ذات الدخل المرتفع، وتجرى معظم الأبحاث في مجال الصّحة النفسية في البلدان ذات الدخل المرتفع، بينما يذهب أقل من ٥٪ من تمويل الأبحاث إلى البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل (١٣٧). ولوحظ أنّ البحوث الرفيعة المستوى التي تجرى في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل غالبًا ما يضطلع بها باحثون ينحدرون من البلدان ذات الدخل المرتفع أو يقيمون فيها، مما يعزّز أوجه عدم تناسق القوة (١٣٨).

وينفق نحو ٧,٣ مليار دولار أمريكي سنويًا على مستوى العالم على أبحاث الصّحة النفسية في جميع أنحاء العالم، أي ما يقدر بنحو ٧٪ من تمويل الأبحاث الصحية العالمية (١٣٧). وبشكل عام، يُنفَق أكثر من نصف جميع التمويل العالمي، أي نسبة (٥٦٪) على أبحاث الصّحة النفسية على الأبحاث الأساسية بدلًا من الأبحاث السريرية أو التطبيقية (انظر الشكل ٣-١٠). وعلاوة على ذلك، تعاني بعض مجالات الصّحة النفسية من نقص التمويل مقارنة بمجالات أخرى. والجدير بالذكر أنّ نصيب الانتحار وإيذاء النفس - وهو موضوع المؤشّر الصريح الوحيد من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة الذي يتناول الصحة النفسية - من إجمالي تمويل أبحاث الصّحة النفسية لا يتجاوز ١٪.

الشكل ٣-١٠

تركز معظم بحوث الصحة النفسية على النهاية الأساسية للطيف



المصدر: Woelbert et al, 2020 (*137*).

٣-٣-٢ الفجوة في الحوكمة

عدم كفاية السياسات والخطط والقوانين

إن السياسات والخطط والقوانين المحدّدة جيدًا هي أساس العمل في مجال الصّحة النفسية. وإذا نفّذت كما ينبغي وعلى الوجه الأكمل، فإنها تشكّل الدعامة الأساسية للحوكمة.

وفي هذا الصدد، أبلغت ١٤٦ دولة (٨٦٪ من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية) عن وجود سياسة أو خطة للصحة النفسية، إمّا قائمة بذاتها أو مدمجة في سياسات أو خطط الصحة العامة. وأبلغ أكثر من نصف من البلدان المستجيبة (٥٦٪) عن تحدّيث خططها المتعلّقة بالصحة النفسية خلال العامين الماضيين. ويملك نحو ٩٠ بلدًا (أقل من نصف الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية) خطة متعلّقة بالأطفال والمراهقين. ولم يجرَ تحدّيث لثلث هذه الخطط منذ عام ٢٠١٧.

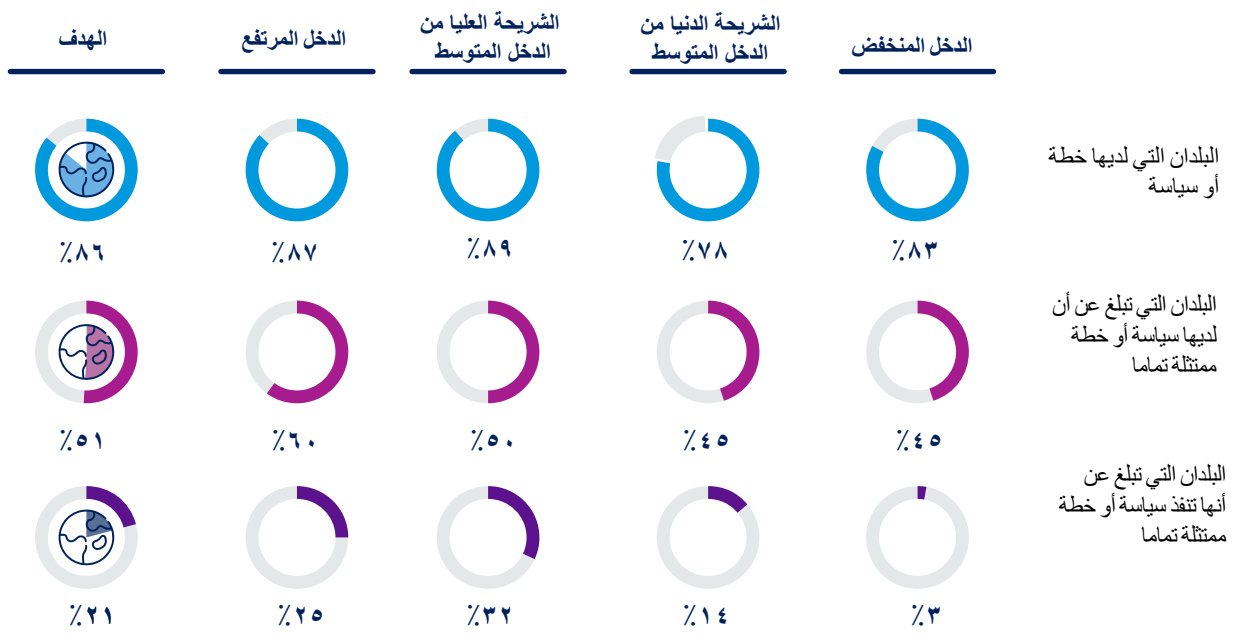
ولا ريب أنّ وضع الخطة في حد ذاته لا يكفي لتلبية احتياجات رعاية الصّحة النفسية: فالخطط بحاجة إلى الامتثال لصكوك حقوق الإنسان، وتزويدها بالموارد الكاملة وتنفيذها، ورصدها وتقييمها بانتظام.

وأفاد نصف الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية (٥١٪) بأن سياساتها أو خططها المتعلّقة بالصّحة النفسية تمتثل امتثالًا تامًا لصكوك حقوق الإنسان. وأبلغ حوالي الثلث (٣١٪) عن خطط قيد التنفيذ. ولم تبلغ سوى ٢١٪ من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية عن سياسات أو خطط يجري تنفيذها وتمتثل امتثالًا تامًا لصكوك حقوق الإنسان. وتفاوتت هذه النسبة تفاوتًا كبيرًا بين فئات الدخل، من ٣٢٪ في بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط إلى ٣٪ فقط في البلدان المنخفضة الدخل (انظر الشكل ٣-١١).

وقامت بلدان قليلة برصد تنفيذ سياساتها أو خططها المتعلّقة بالصّحة النفسية رصدًا فعالًا. وأبلغ ٢٣٪ فقط من البلدان المجيبة عن استخدام مؤشّرات أو أهداف لرصد معظم أو جميع مكونات خطتها للصحة النفسية. وأبلغ ثلث البلدان المجيبة عن استخدام مؤشّرات لرصد بعض عناصر خطتها. وأفاد ما يقرب من الربع بعدم وجود مؤشّرات على الإطلاق.

الشكل ٣-١١

حال السياسات والخطط الوطنية في مجال الصحة النفسية بحسب دخل البلدان



المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2021 (5).

وثمّة نمط مماثل في تشريعات الصّحة النفسية: فقد أبلغ ٨٠٪ من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية عن وجود قانون قائم بذاته أو متكامل للصحة النفسية، ولكن ٣٨٪ فقط من الدول الأعضاء أفادت بأنّ قوانينها تمتثل امتثالًا تامًا لصكوك حقوق الإنسان، بينما أفاد ٢٨٪ فقط بأن لديها قوانين تمتثل امتثالا تامًا وهي قيد التنفيذ. ومرة أخرى، لوحظ وجود فجوة واسعة بين فئات الدخل، إذ إن ٤٠٪ من الدول الأعضاء ذات الدخل المرتفع لديها قانون ممتثل تمامًا وهو قيد التنفيذ، مقارنة بـ ٣٪ فقط من الدول الأعضاء ذات الدخل المنخفض في منظمة الصحة العالمية.

وفيما يتعلّق بالسياسات والتشريعات على حد سواء، لا يزال الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية ممثّلين تمثيلًا ضعيفًا في عمليات اتخاذ القرار والتنمية في معظم البلدان، وكذلك في آليات المساءلة التي ترصد الامتثال لصكوك حقوق الإنسان وتقيّمه وتبلّغ عنه (١٣٩).

التباينات والأولويات غير الملائمة

في إطار السياسات والخطط الصحية الأوسع نطاقًا، تعطي معظم البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل أولوية أقل للصحة النفسية مقارنة بالاعتلالات الصحية المرهقة الأخرى مثل الأمراض السارية وغير السارية. كما يجرى توزيع موارد الصّحة النفسية توزيعًا غير عادل بين البلدان والمناطق والمجتمعات. لذا فإنّ السكان الذين يعانون من معدّلات عالية من الحرمان الاجتماعي والاقتصادي ينتهي بهم الأمر إلى الحصول على أقل فرص من الرعاية (١٤٠)، بينما تحصل المناطق الحضرية على موارد أفضل من المناطق الريفية.

وفي الغالب تعطى الأولوية لخدمات الصّحة النفسية المقدّمة للبالغين على الخدمات المقدمة للأطفال أو كبار السن، مما يؤدّي إلى نقص الرعاية المقدمة لهذه الفئات أو عدم ملاءمتها. كما أن الفئات المهمشة مثل الشعوب الأصلية والأقليات العرقية والجنسية والمشردين واللاجئين والمهاجرين لا يحصلون على خدمة الرعاية الصحية المستهدفة لهم. والجدير بالذكر أن الناس في البلدان المنخفضة الدخل لا يواجهون وحدهم صعوبات في الحصول على الرعاية الصحية إلى جانب رداءة نوعيتها، ولكن أيضًا الفئات المحرومة داخل جميع البلدان (١٤١).

وفي جميع فئات السكان، تعطى الأولوية دائمًا لإتاحة الأسرّة والعلاج في المؤسسات على إتاحة الخدمات في المجتمع المحلي. وفيما يتصل بالموظفين والميزانيات، ينتهي الأمر بمعظم الموارد المتاحة للصحة النفسية إلى التركيز على مستشفيات الأمراض النفسية، وبخاصة في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل. ولا يزال أكثر من ٧٠٪ من الإنفاق على الصّحة النفسية في البلدان المتوسطة الدخل (مقارنة بـ ٣٥٪ في البلدان ذات الدخل المرتفع) يذهب إلى مستشفيات الأمراض النفسية التي تخدم إلى حد كبير الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية خطيرة (٥). ويلاحظ في البلدان المنخفضة الدخل، أن مستشفيات الأمراض النفسية تستخدم نفس النسب الكبيرة، إن لم تكن أكبر، من ميزانية الصّحة النفسية. وبشكل عام، يشكّل الإنفاق على مستشفيات الأمراض النفسية الداخلية القائمة بذاتها اثنين من كل ثلاثة دولارات (٦٦٪) تنفقها الحكومات على مستوى العالم على الصّحة النفسية (٥). وهذه بلا شكّ طريقة غير فعّالة لاستخدام الموارد للصحة النفسية.

وفي عام ٢٠١٩، أنفقت معظم البلدان المبلّغة (٦٧٪) أقل من ٢٠٪ من ميزانية الصّحة النفسية على خدمات الصّحة النفسية المجتمعية. وأنفقت حوالي ٨٠٪ من البلدان أقل من ٢٠٪ على الصّحة النفسية في المستشفيات العامة وأنفقت ٨٠٪ من البلدان أقل من ٢٠٪ على الصّحة النفسية في الرعاية الأولية، في حين قلّ تمويل برامج الوقاية والتعزيز (٥).

وعلى هذا المنوال يهمّش المموّلون الدوليون الصّحة النفسية ويمنحونها جزءًا بسيطًا من التمويل الذي تتلقّاه الاعتلالات الصحية الأخرى وغالبًا ما يركّزون على المشاريع قصيرة الأجل بدلًا من دعم تصميم وتقديم نظم الصّحة النفسية الطويلة الأجل. ولئن كان من الضروري ألا تستند مخصصات ميزانية الصحة إلى العبء وحده، فإنّ العبء عامل ينبغي مراعاته عند تحدّيد أولويات التدخّلات الصحية. وفي الأعوام من ٢٠٠٦ إلى عام ٢٠١٦، لم تُخصَّص للصّحة النفسية سوى نسبة ٠,٣٪ من المساعدة الإنمائية العالمية من أجل الصحة (١٤٢). في الوقت الذي حصلت فيه مكافحة الأمراض المنقولة جنسيًا، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، على ما يقرب من ٥٠٪ من المساعدة الإنمائية العالمية من أجل الصحة في نفس الفترة الزمنية، على الرغم من أنّ العبء في سنوات العمر المعدلة باحتساب مدد العجز المنسوب إلى الاضطرابات النفسية كان أكبر بثلاث مرات من عبء الأمراض المنقولة جنسيًا (١٤٣).

أنفقت معظم البلدان

أقل من ٢٠٪

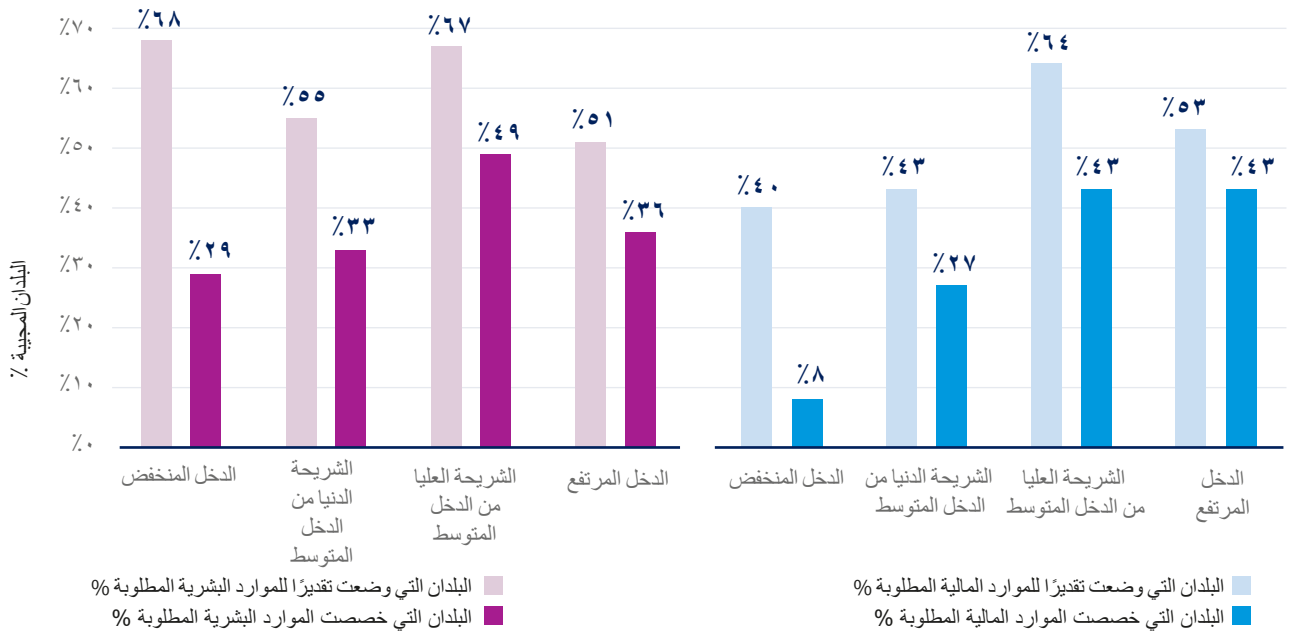
من ميزانية الصّحة النفسية على خدمات الصّحة النفسية المجتمعية.

٣-٣-٣ الفجوة في الموارد

يُعزى القصور في تنفيذ خطط وسياسات وتشريعات الصّحة النفسية، جزئيًا، إلى نقص الموارد البشرية والمالية على حدٍ سواء المتاحة للصحة النفسية.
وحسبما ورد في أطلس الصّحة النفسية ٢٠٢٠ فإنّ نصف البلدان فقط التي لديها سياسة أو خطة للصحة النفسية قد أعدّت تقديرًا للموارد المالية التي تحتاجها لتنفيذها (٦٠٪ تشمل تقديرًا للموارد البشرية المطلوبة). وحوالي ثلث البلدان خصّصت بالفعل موارد مالية وبشرية لتنفيذ سياسة أو خطة الصّحة النفسية.
ونجد أنّ الفجوة بين تقدير الموارد وتخصيصها كبيرة بوجه خاص في وسط البلدان المنخفضة الدخل. فعلى سبيل المثال، في حين أنّ ٤٠٪ من هذه البلدان قدرت التمويل الذي تحتاجه، فإنّ ٨٪ منها فقط خصصت بالفعل الموارد اللازمة (انظر الشكل ٣-١٢).

الشكل ٣-١٢

الفجوة بين تقدير الموارد اللازمة لتنفيذ خطط الصحة النفسية وتخصيصها



المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2021 (5).

ضآلة الإنفاق

يشمل الإنفاق على الصّحة النفسية الأنشطة التي يجرى تنفيذها على جميع مستويات الرعاية وكذلك تكاليف البرنامج، مثل الإدارة والتدريب والإشراف وأنشطة التعزيز والوقاية. ومن الصعب حساب المستوى الكامل للإنفاق على الصّحة النفسية في العديد من البلدان بسبب نطاق الخدمات ومقدمي الخدمات ومصادر التمويل المعنية.

وفي كثير من الحالات، يكون من الصعب حتى حساب الإنفاق الحكومي. وتميل ميزانيات الرعاية الصحية العامة إلى تخصيص الأموال للفئات العامة مثل المستشفيات أو الرعاية الصحية الأولية، بدلًا من الاعتلالات الصحية المحدّدة (مثل الاكتئاب). ومن ثم يكون تمويل جميع الاعتلالات الصحية التي تعالج في هذا المستوى أو في المرفق من المخصصات العامة. وربما تقسّم الميزانية إلى مخصصات للأدوية والموظفين والمعدات على سبيل المثال، لكنها نادراً ما تحدّد الأموال المخصصة لرعاية الصّحة النفسية.

ومع ذلك، فإن معظم البلدان (وليس كلها) لا ترصد سوى جزء صغير من ميزانياتها للرعاية الصحية الخاصة بالصحة النفسية ولوحظ أنّ إنفاقها منخفض بشكل غير متناسب مع احتياجاتها. وعلى الرغم من أنّ عددًا قليلًا من البلدان ذات الدخل المرتفع تنفق ما يصل إلى ١٠٪ أو أكثر، يظهر أطلس الصّحة النفسية ٢٠٢٠ أنّ متوسط تخصيص ميزانيات الصحة الحكومية في جميع أنحاء العالم للصحة النفسية يصل إلى ٢٪[1] وينخفض هذا الرقم في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل ليصل إلى ١٪ فقط.

> تخصص الحكومات في جميع أنحاء العالم
> **٢٪ فقط** من ميزانيتها الصحية لعلاج اعتلالات الصحة النفسية والوقاية منها.

[1] يجب تفسير هذا الرقم بحذر إذ قدمت ٦٧ بلدًا فقط بيانات بشأن الإنفاق الحكومي إلى أطلس الصحة النفسية ٢٠٢٠ (٥).

ولا تقتصر الحاجة إلى الاستثمار في تعزيز الصّحة النفسية وحمايتها ورعايتها على قطاع الصحة. ويتطلّب دعم الإدماج الاجتماعي للأشخاص الذين يتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية اتخاذ إجراءات تشمل الخدمات الاجتماعية والتعليم والعمل والعدالة. وتميل استثمارات هذه القطاعات في الصّحة النفسية إلى أن تكون أقل من تلك التي يقوم بها قطاع الصحة.

نقص القوى العاملة في مجال الصّحة النفسية

بالإضافة إلى شح الإنفاق، تواجه العديد من البلدان ندرة هائلة في الموظفين المدرّبين على التعامل مع الصّحة النفسية. وهذا يشمل النقص في العاملين في مجال تمريض الصّحة النفسية والاختصاصيين الاجتماعيين النفسيين والأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين والمرشدين وغيرهم من العاملين بأجر في مجال الصّحة النفسية.

ويعيش حوالي نصف سكان العالم في بلدان يوجد فيها طبيب نفسي واحد فقط لخدمة ٢٠٠ ٠٠٠ شخص أو أكثر، وحتى مقدمو الرعاية الصحية النفسية الآخرون الذين حصلوا على تدريب على استخدام التدخّلات النفسية الاجتماعية هم أقل من ذلك (٥). ويوجد في البلدان المنخفضة الدخل أقل من عامل واحد للصحة النفسية بكل مجالاتها لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة، مقارنة بأكثر من ٦٠ عاملًا في البلدان المرتفعة الدخل (انظر الشكل ٣-١٣، والمتوسط في جميع البلدان هو ١٣ عاملًا في مجال الصّحة النفسية لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة). وفي جميع فئات الدخل، فإن معظم العاملين في مجال الصّحة النفسية يعملون في التمريض وهم يشكّلون معًا ٤٤٪ من القوى العاملة العالمية للصحة النفسية.

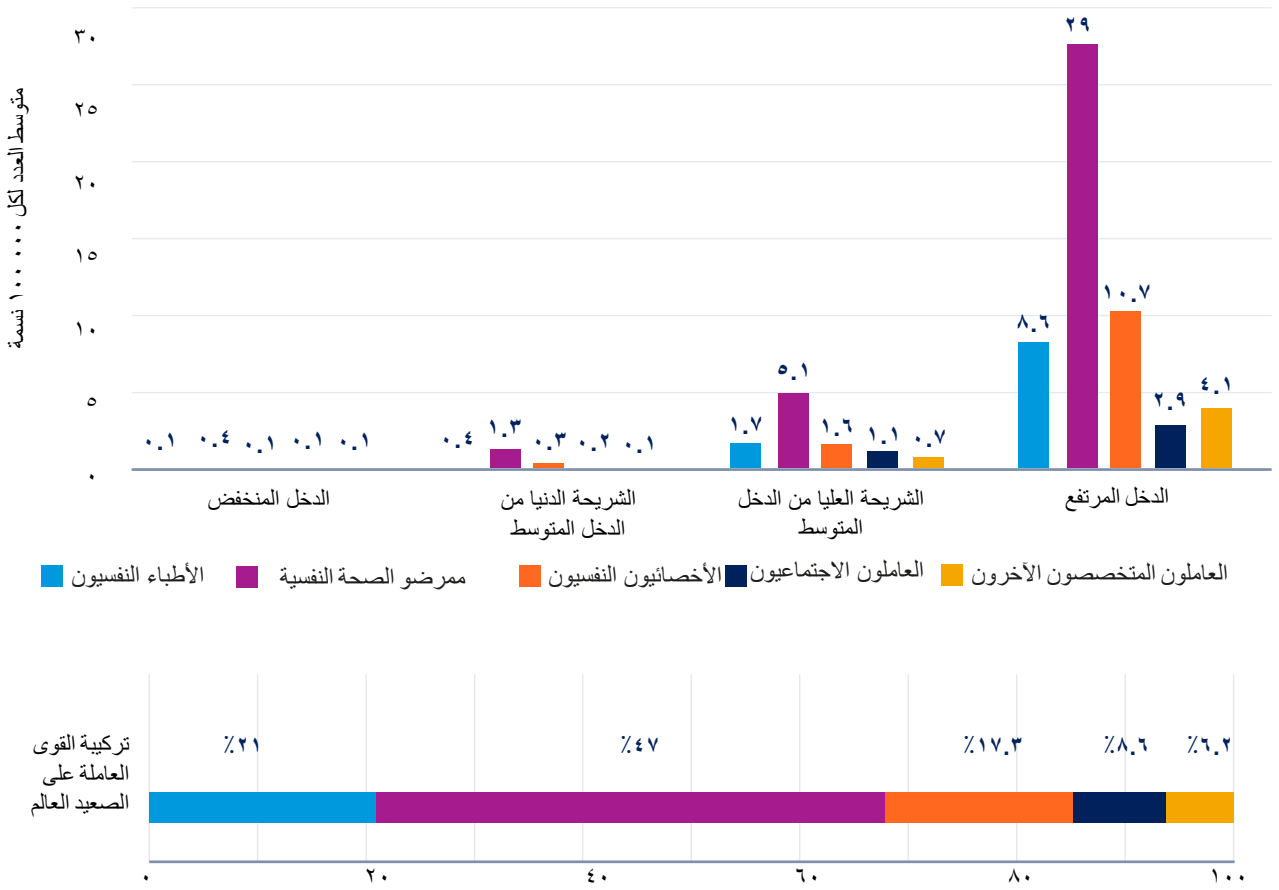
وفي جميع فئات الدخل، ثمّة نقص كبير في العاملين المتخصصين في مجال الصّحة النفسية للأطفال والمراهقين، حيث يوجد ثلاثة فقط من العاملين في مجال الصّحة النفسية بكل مجالاتها لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة، ويبلغ المتوسط ٠,٠١ لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في البلدان المنخفضة الدخل. وفي هذه البلدان، تكاد تنعدم القوى العاملة في مجال الصّحة النفسية للأطفال والمراهقين.

تكاد تنعدم القوى العاملة في مجال الصحة النفسية للأطفال والمراهقين في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل.

وتتفاقم مشكلة الندرة في المهارات لأن القليل من الأطباء والعاملين في مجال التمريض والمسؤولين السريريين غير المتخصصين قد حصولوا على تدريب في مجال تشخيص المرضى الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية وعلاجهم في الرعاية الصحية الأولية. وفي عام ٢٠٢٠، كان عدد البلدان التي أبلغت عن تلقّي العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية تدريبًا على كيفية إدارة اعتلالات الصحة النفسية مرتفعًا (١٤٦ بلدًا أي ما نسبته ٨٨٪) (٥). وربما يكون هذا مؤشّر على الرغبة في تقاسم المهام لزيادة مجموعة العاملين المتاحين لرعاية الصّحة النفسية. غير أن معظم البلدان لا تزال بعيدة عن المستوى المطلوب في مجال تدريب الموظفين المدربين والمهرة اللازمين لتوفير الخدمات لكل من يحتاج إليها، إذ لم تبلّغ سوى ٢٥٪ من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية عن أنّها أدمجت الصّحة النفسية في الرعاية الأولية (انظر القسم ٣-٣-٤ الفجوة في الخدمات). وهذا يعني أنّه، بالإضافة إلى تقاسم المهام، يمكن بل ويجب توسيع نطاق الحلول الأخرى بسرعة، بما في ذلك حلول الصحة الإلكترونية، على الرغم من أنّ الفجوة الرقمية لا تزال تشكّل عائقًا آخر أمام الوصول إلى الخدمات الصحية والتنمية الاجتماعية الاقتصادية على نطاق أوسع (انظر الفجوة الرقمية أدناه).

الشكل ٣-١٣

القوى العاملة المتخصصة في الصحة النفسية في مجموعات البلدان المصنفة بحسب الدخل



المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2021 (5).

نقص الأدوية الأساسية

من المظاهر الأخرى للفجوة في الموارد نقص الأدوية النفسية الأساسية، لا سيما في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل. وحتى عندما تكون متاحة، فإن هناك الكثير من الناس في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل أيضًا الذين ينتهي بهم الأمر إلى شراء هذه الأدوية من مالهم الخاص (٥).

ووضّح استعراض أجري مؤخرًا لـ ١١٢ قائمة وطنية للأدوية الأساسية - طُلب من أجل هذا التقرير - تباينات بين البلدان في الأدوية النفسية الأساسية المدرجة وتوافرها وأسعارها والقدرة على تحمل تكاليفها (١٤٤).

وأظهر الاستعراض أنّ نحو نسبة ٤٠٪ من البلدان ذات الدخل المنخفض لم تدرج الأدوية الأساسية التي ظلت منذ عقود مضمّنة في قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية، مثل الفلوفينازين طويل المفعول (المستودع) لعلاج الفصام وكربونات الليثيوم المثبّت للمزاج للاضطراب ثنائي القطب. وربما تكون فجوات أخرى متعلّقة بالإمداد وراء إغفال بعض منها، على سبيل المثال، ضرورة إجراء الاختبارات المعملية لرصد استخدام بعض الأدوية لتجنّب الاستخدام غير المناسب أو تفاديًا للآثار الجانبية الخطيرة (اقرأ تجربة إيليني).

ووفقًا لهذا الاستعراض فإنّ بعض الأدوية المضادات للذهان من الجيل الثاني المدرجة في القائمة النموذجية للفصام (ريسبريدون وكلوزابين) أدرجت فقط في ٣٥٪ و٢٥٪ من قوائم الأدوية الأساسية الوطنية على التوالي في البلدان ذات الدخل المنخفض.

ومن جانب آخر نجد أنّ التوافر الفعلي لمختلف الأدوية النفسية الأساسية أقل في القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص، وأقل بكثير من نسبة ٥٠٪ في جميع أنحاء العالم، وغالبًا ما يكون أقل بكثير في البلدان ذات الدخل المنخفض حيث يتكرّر نفاد المخزون بدرجة عالية. وكان سعر الأدوية المضادة للاكتئاب (الأميتريبتيلين والفلوكستين) في القطاع العام في البلدان ذات الدخل المنخفض أغلى بثلاث مرات من السعر المرجعي للوحدة الدولية. وبشكل عام، وجد الاستعراض أنّ تكلفة الأدوية النفسية الأساسية كانت أقل معقولية بالنسبة للأشخاص في البلدان ذات الدخل المنخفض مقارنة بالبلدان الأخرى (١٤٤).

الفجوة الرقمية

أصبحت التقنيات الرقمية، سواء من خلال النظم الإلكترونية أو تطبيقات الهاتف المحمول، جزءًا قياسيًا من الرعاية الصحية النفسية في جميع أنحاء العالم (انظر الفصل ٥، تحت المجهر: تسخير التقنيات الرقمية لفائدة الصحة النفسية). وربما تكون هذه التقنيات جوهرية لتوسيع نطاق الوصول إلى الرعاية لاعتلالات الصحة النفسية الشائعة مثل الاكتئاب أو القلق، ويمكن أن توفّر أيضًا منصة لتوفير الرعاية عن بُعد، كما حدث أثناء جائحة كوفيد - ١٩ عندما تعذّر اللقاء وجهًا لوجه بسبب فرض القيود الاجتماعية.

بيدّ أنّ الاعتماد على التقنيات الرقمية لتقديم خدمات الصّحة النفسية يهدد باستبعاد بعض الأشخاص الأكثر ضعفًا في العالم من الوصول إلى الرعاية التي يحتاجونها ويفشل بالتالي في معالجة كل أنواع اعتلالات الصحة النفسية التي يعاني منها الناس. وبالنسبة للعديد من الأشخاص في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، تتيح الهواتف المحمولة الطريقة الوحيدة للاتصال بالإنترنت والوصول إلى المعلومات والموارد القيمة التي قد يتعذر الوصول إليها بخلاف ذلك. وازدادت خدمة الهواتف المحمولة زيادة هائلة في السنوات الأخيرة، حيث تغطي شبكات الهاتف المحمول الآن أكثر من ٨٥٪ من السكان في كل منطقة من مناطق العالم (١٤٥). ولكن حتى في حالة توفّر الشبكات، لا يمتلك كل شخص هاتفًا ذكيًا، وحتى بالنسبة لأولئك الذين يمتلكون هاتفًا ذكيًا، ربما يكون الوصول إلى الإنترنت باهظ الثمن.

وفي الواقع، لا تبيّن أرقام تغطية شبكة الهاتف المحمول سوى نصف الحقيقة: فقد أظهر تحليل منذ عام ٢٠١٩ أنّ حوالي نصف سكان العالم ليس لديهم اتصال بالإنترنت، مع وجود تفاوتات كبيرة بين البلدان وداخلها (١٤٥). وفي البلدان ذات الدخل المنخفض حظيت نسبة ٢٠٪ فقط من الأسر بخدمة الإنترنت في عام ٢٠١٩، مقارنة بـنسبة ٨٧٪ من الأشخاص في البلدان المتقدّمة (١٤٥). وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ظلّت نظم الجيل الرابع أو النظم اللاسلكية الأحدث غير متوفّرة إلى حد كبير. وفي جميع المناطق، ولا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، من المرجح أن يكون عدد الأشخاص الذين لديهم اتصال بالإنترنت في المناطق الريفية نصف عدد أولئك الذين لديهم اتصال بالإنترنت في المناطق الحضرية، ومن المرجح أن يكون النساء أقل استخدامًا للإنترنت من الرجال. وفي جميع المناطق، كان الوصول إلى الإنترنت أكثر انتشارًا بين الشباب في سن (١٥-٢٤ عامًا).

وتشير الدراسات الاستقصائية في البلدان ذات الدخل المرتفع أيضًا إلى أنّ الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية يواجهون خطرًا متزايدًا للإقصاء الرقمي، بسبب الحرمان المادي وتضاؤل فرص استخدام تكنولوجيا المعلومات أو الإنترنت أو تدريبهم عليها، بما في ذلك الأشخاص المقيمون في مرافق الرعاية الطويلة الأجل (١٤٦).

وكل هذه التباينات تؤدي إلى فجوة رقمية تفاقم من أوجه عدم المساواة القائمة حاليًا في الوصول إلى خدمات الصحة النفسية.

وحتى لو تحسّن الاتصال بالإنترنت، لا تزال العديد من البلدان بحاجة إلى تكثيف استثماراتها في نظم معلومات الصّحة النفسية وتمكين المستخدمين من الخدمة وتطوير القوى العاملة لجعل الانتقال من توفير الرعاية التناظرية إلى الرعاية الرقمية واقعًا ملموسًا للجميع.

قصة

أن تعيش في بلد منخفض الدخل يعني أن تواجه عقبات في الحصول على الرعاية الجيدة

تجربة إليني

عاني من اضطراب ثنائي القطب وبما أني أسكن في إثيوبيا، وهي دولة منخفضة الدخل، فإن هذا يعني مواجهة عوائق أمام الحصول على الحد الأدنى من الرعاية الصحية النفسية.

فالإمدادات من الأدوية نادرة وغير منتظمة ومكلّفة. كما أنّ إثيوبيا بما أنها بلد فقير تعاني من نقص العملة الصعبة اللازمة لاستيراد مثل هذه الأدوية بشكل مستدام. وفي كثير من الأحيان، اضطررت إلى التحوّل من دواء مكنني من عيش حياة مستقرة إلى دواء دون المستوى الأمثل بسبب عدم توافر دوائي في السوق. أليس من المحزن أن أقول إنّ العديد من نوباتي المزاجية كان سببها أنني اضطررت لتغيير الأدوية.

وحتى عندما تكون الأدوية متاحة، قد لا تتاح الجرعة الموصوفة. وأتذكّر أنّه وصف لي دواء لاستقرار المزاج بجرعة ٢٥ مجم ولكن كانت جرعة الـ ١٠٠ مجم هي فقط الموجودة في السوق. ولم يترك لي هذا الأمر أي خيار آخر سوى الاضطرار إلى تقسيم العبوة إلى ٤ أجزاء بسكين المطبخ. وفي معظم الأوقات، كان نصف العبوة يتحوّل إلى مسحوق لأنها لم تصمّم في شكل أجزاء قابلة للكسر.

ولا تعوزنا الأدوية فحسب، ولكن أيضًا الاختبارات المعملية اللازمة لرصد أطوار العلاج، فهي غير متاحة في كثير من الأحيان. وكان قد تقرّر لي تناول دواء لاستقرار المزاج يتطلّب إجراء فحوصات للدم بانتظام. لن أنسى أبدًا التفاعلات السامة التي عانيت منها بسبب تعذر إجراء فحص للدم. وفي ذلك الوقت لم يكن من الممكن استيراد المواد الكيميائية الخاصة باختبارات الدم هذه.

وطالما دفعت تكاليف علاج الصّحة النفسية من دخلي الخاص. ورغم أني كنت محظوظة لانتمائي لعائلة متوسطة الدخل، لكن العلاج أرهق دخلنا. ولا توجد خطط للتأمين الصحي. وفي بعض الأحيان، كنت أشتري الأدوية من السوق السوداء، وكانت باهظة الثمن ولكن كانت تلك هي الضريبة التي أدفعها لأعيش حياة مستقرة وغنية بالعمل.

إليني ميسجاناو، إثيوبيا

٣-٣-٤ الفجوة في الخدمات

ضعف تغطية العلاج

إن وجود ما يقرب من مليار شخص في العالم يتعايشون مع اضطراب نفسي يؤكد الحاجة إلى خدمات كافية ويمكن الوصول إليها. لكن نظم الصّحة النفسية في جميع أنحاء العالم تفشل في تلبية احتياجات السكان.

ولا تزال الفجوة بين الانتشار والعلاج كبيرة بشكل غير مقبول. ويشير الباحثون إلى أنّ نسبة كبيرة من الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية في جميع أنحاء العالم لا يجدون العلاج مطلقًا، ولا يتلقّون أي رعاية رسمية على الإطلاق. وتقدّر منظمة الصحة العالمية، على سبيل المثال، أنّ نسبة ٢٩٪ فقط من المصابين بالذهان يحصلون على خدمات الصّحة النفسية (٥).

وتختلف الفجوات في مجال العلاج باختلاف البلدان ونوع الاضطراب النفسي. فعلى سبيل المثال، في حين تم الإبلاغ عن علاج نسبة ٧٠٪ من المصابين بالذهان في البلدان ذات الدخل المرتفع، فإنّ ١٢٪ فقط من المصابين بالذهان يتلقون الرعاية الصحية النفسية في البلدان ذات الدخل المنخفض (٥). أمّا بالنسبة للاكتئاب، فتتسع الفجوات في تغطية الخدمة في جميع البلدان، وحتى في البلدان ذات الدخل المرتفع، لا يتلقى سوى ثلث الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات اكتئابية حادّة رعاية صحية نفسية رسمية (١٤٧).

تباين جودة الرعاية ونطاق الخدمات المتاحة

في جميع البلدان، تتفاقم الفجوات في تغطية الخدمات بسبب تباين جودة الرعاية. وتشمل الجودة مدى امتثال الرعاية الصحية النفسية لمبادئ حقوق الإنسان، وما إذا كان العلاج يفي بأي معايير دُنيا محدّدة للكفاية أم لا، وإلى أي مدى تدعم الرعاية الصحية النفسية الإدماج في المجتمع.

وعلى الرغم من صعوبة القياس الكمي، إلا أنّ الرعاية المكرّسة للصّحة النفسية لا تتماشى مع مبادئ حقوق الإنسان في جميع أنحاء العالم (٢٢). فقد اشتهرت العديد من مستشفيات الأمراض النفسية وساد فيها إساءة المعاملة والظروف المعيشية المتدنية. (اقرأ تجربة السيدة بي إن وانظر القسم ٤-٢-٢ الحق في رعاية جيدة).
ومن بين الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية الذين يخضعون للعلاج تحصل نسبة صغيرة فقط على الرعاية التي تلبي الحد الأدنى من معايير الكفاية. وأبان استعراض منهجي حديث للتغطية العلاجية المتعلّقة باضطرابات الاكتئاب الحادة أنّ الحد الأدنى من العلاج المناسب تراوح من نسبة ٢٣٪ في البلدان ذات الدخل المرتفع إلى نسبة ٣٪ في البلدان ذات الدخل المنخفض وتلك المتوسطة الدخل (١٤٧).

وغالبًا ما تكون مجموعة التدخّلات المتاحة محدودة للغاية، مع توفّر بدائل قليلة للرعاية الطبية الحيوية. وفي عام ٢٠٢٠، أفادت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية أنّ التدخّلات الدوائية كانت متاحة على نطاق أوسع بكثير من التدخّلات النفسية والاجتماعية (٥). وتظهر الفجوة بشكل خاص في البلدان ذات الدخل المرتفع، حيث أبلغت ٧١٪ من البلدان عن تقديم تدخّلات دوائية في مرافق الرعاية الأولية ولكن ٣٤٪ فقط تقدّم تدخّلات نفسية اجتماعية. وفي البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، تضيق الفجوة أكثر فيما يتصل بتوافر أنواع التدخّل المختلفة، ويعزى هذا إلى عدم توفير أي من النوعين على نطاق واسع في الرعاية الصحية الأولية.

وفي العديد من البلدان، تفشل نظم الرعاية الصحية النفسية أيضًا في توفير المجموعة الكاملة من الدعم الاجتماعي الذي يمكن أن يحتاجه الأشخاص الذين يتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية. وفي عام ٢٠٢٠، أبلغت جميع البلدان ذات الدخل المرتفع تقريبًا (٩٦٪) عن تقديم الرعاية الاجتماعية ودعم الدخل للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، مقارنة بـ ٢١٪ من البلدان المنخفضة الدخل التي تقدّم دعم الدخل و٣٨٪ التي تقدّم دعم الرعاية الاجتماعية (٥).

ومن جانب آخر، تندر الأنواع الأخرى من الدعم الاجتماعي الذي لا غنى عنه بما في ذلك الإسكان والتوظيف والتعليم والدعم القانوني في كل مكان تقريبًا. فقد أبلغ أقل من نسبة ٤٥٪ من البلدان في جميع أنحاء العالم عن تقديمها لأي من هذه الأنواع من الدعم، في حين أبلغ نسبة ٢٤٪ فقط عن تقديمها جميعًا. وكان الإسكان أقل أشكال الدعم المتاحة على مستوى العالم (٣٦٪)، وبخاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض (٤٪)، حيث كان دعم التوظيف والتعليم نادرًا بالمثل.

قصة

أكتب إليكم وبين جوانحي أمل أخير

تجربة السيدة بي إن

قبل بضع سنوات، مرض ابني، وهو طالب، ودخل مصحة [...]، في ظني أنها منسية لا يتذكرها لا العالم ولا الله. فالأحوال فيها تنطق بؤسًا. وبمجرد دخولي، خيم عليّ الرعب: أحاط بي مرضى قذرون، شعثٌ ونحيفون للغاية، يطلبون مني بعض الخبز. أمّا المبنى، فالنظر إليه يثير الشفقة، العديد من النوافذ المكسورة والجدران التي لم ترَ الطلاء منذ سنوات عديدة والمراحيض معطلة تمامًا.

ولا يوجد سرير لكل مريض، لذا يتعيّن على النزلاء النوم في مراتب على الأرض. ولا توجد مياه جارية ومعظم الطهي يتم باستخدام مياه الأمطار. والأسوأ هو الطعام. وكنت أذهب إلى هناك كل أسبوع وأرى أقدام الخنازير أو رؤوسها على أطباق النزلاء. وفي عدة مناسبات، رأيت السمن المتعفّن واللحوم الفاسدة يأتون بها إلى الطهاة لتحضيرها. لا أستطيع أن أجد تفسيرًا لما يمكن أن يجعل إنسانًا سويًا يعامل الآخرين بهذا القدر من عدم الاحترام، كأنهم حيوانات، بل أسوأ من الحيوانات في واقع الأمر، لأنّ العديد من الكلاب في فناء المصحة تتغذى باللحوم الطريّة والطازجة (لقد رأيتها بنفسي). وتُترك هذه الكلاب لتركض وراء النزلاء وتعضّهم، وتخيفهم لدرجة أنهم يمتنعون عن الخروج للسير في الفناء.

ويستغل الموظفون بعض المرضى إمّا للعمل في منازلهم أو للقيام بالأعمال المنزلية في الخارج تحت أشعة الشمس الحارقة. ويتعرّض المرضى للضرب أو حَشْوِهم بالمهدئات فيصبحوا غير قادرين على مغادرة أسرتهم.

وسعيت، من خلال العديد من المحادثات والرسائل، إلى تحسين حياة هؤلاء النزلاء الفقراء الذين تضرّرت حياتهم فعلًا بما يكفي بسبب مصيرهم وهم في غنى عن ما يتسبب فيه الآخرون من ضرر إضافي. وقد أجابني أحدهم: "لماذا تكلفين نفسك كل ذلك العناء؟ إن هذا المكان ما هو إلا قمامة لفظها المجتمع."

لهذا السبب أكتب إليكم وبين جوانحي أمل أخير.

مقتطف من رسالة موجّهة لمنظمة الصحة العالمية

٣-٤ الحواجز التي تحول دون طلب الرعاية

يرجع عدم تلبية الحاجة الشديدة إلى الرعاية في مجال الصّحة النفسية جزئيًا، حتى بين الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية خطيرة، إلى نقص الطلب على الخدمات أو استخدامها. ويمكن تفسير هذا الإحجام أو عدم القدرة على طلب المساعدة من خلال عدة عوامل تتراوح من ارتفاع التكلفة إلى رداءة نوعية الخدمات وإتاحتها المحدودة إلى نقص المعرفة في مجال الصحة النفسية، والوصم والتجارب السابقة السيئة في طلب المساعدة.

وتلخّص الأقسام التالية بعض أكبر العوائق التي تحول دون طلب الرعاية في جميع أنحاء العالم.

٣-٤-١ ضعف الإمداد

ثمّة علاقة وثيقة بين الطلب والعرض في مجال رعاية الصّحة النفسية. فكل من الفجوات الموصوفة سابقًا (الفجوات المتعلّقة بالمعلومات والحوكمة والموارد والخدمات) من شأنها أن يضعف القدرة على إتاحة رعاية صحية نفسية مناسبة وجيدة النوعية. ومع ذلك، فإنّ نقص خدمات الصّحة النفسية الجيدة المتاحة، وبخاصة على المستويين الأولي والثانوي من الرعاية، يحد بدوره من الطلب.

وتنعدم في العديد من الأماكن الخدمات الرسمية المخصصة للصحة النفسية. وغالبًا ما يتعذر الحصول على هذه الخدمات أو لا يمكن تحمل تكاليفها حتى في الحالات التي تكون فيها متاحة. ويمكن أن تؤدّي المخاوف من قبيل الموقع والتكلفة والعلاج والسرية إلى زيادة الإحجام عن طلب المساعدة.

ويكمن الحل في وضع مواقع الخدمات في أماكن مناسبة. ففي البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، تتركز العديد من خدمات الصّحة النفسية بشكل غير متناسب في مستشفيات الأمراض النفسية في المدن الكبرى أو بالقرب منها. وهذا يعني أن سكان الريف في الغالب لا يستطيعون استخدامها أو يختارون عدم استخدامها: فربما تكون الرحلة باهظة التكلفة، وقد تكون نظم النقل غير موثوقة إلى حد كبير، والوقت المطلوب قد يكون أكثر من اللازم.

وحتى بالنسبة لأولئك الذين يعيشون بالقرب من خدمات الصّحة النفسية، يمكن أن تكون تكلفة العلاج عائقًا رئيسيًا أمام طلب رعاية الصّحة النفسية. ولم تدرج ثلثا البلدان ذات الدخل المنخفض التي قدّمت تقاريرها إلى منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٢٠ الرعاية الصحية النفسية في خطط التأمين الصحي الوطنية (٥). وهذا يعني أنه يتعيّن على الأشخاص المحتاجين تمويل رعايتهم بأنفسهم، وغالبًا ما ينفقون مبالغ كبيرة من مالهم الشخصي مما قد يؤدي إلى إفقارهم. وتظهر الأبحاث التي أجريت في إثيوبيا ونيجيريا ونيبال والهند أنّ إنفاق الأموال على الرعاية الصحية النفسية يزيد بشكل كبير من احتمالية إنفاق الأسرة من مواردها الخاصة، مما قد يؤدي إلى إرهاقهم بالديون وإفقارهم (١٤٨). وأظهرت إحدى الدراسات في غوا، في الهند، أنّ النساء المصابات بالاكتئاب كن أكثر عرضة بثلاث مرات من النساء الأخريات لإنفاق أكثر من نصف مصروف الأسرة الشهري على تكاليف الرعاية الصحية (١٤٩).

وتشكّل نظم الرعاية الضعيفة أو المنخفضة الجودة عائقًا آخر أمام الطلب. وربما تؤدّي التجارب السابقة السلبية مع خدمات الصّحة النفسية وعدم الثقة في المهنيين الصحيين والعلاج وعدم الرغبة في الكشف عن مشاكل الصّحة النفسية دورًا كبيرًا في الإحجام عن طلب المساعدة. وكثير من الناس عندما يجدون أنفسهم أمام خيارين إما عدم الرعاية أو الاتصال بجهات ربما لا تقدم إليهم الكثير من المساعدة، أو تحرص على السريّة، أو ربما تعرّضهم للوصم أو إساءة المعاملة، يختارون عدم العلاج.

لم تدرج **ثلثا البلدان** ذات الدخل المنخفض رعاية الصحة النفسية في خطط التأمين الصحي الوطنية.

٣-٤-٢ انخفاض مستويات التثقيف الصحّي في مجال الصّحة النفسية

ربما يتسبب انخفاض مستويات التثقيف الصحّي في مجال الصّحة النفسية في انخفاض الطلب على الرعاية الصحية النفسية بما في ذلك نقص المعرفة والفهم للصحة النفسية وكذلك المعتقدات والمواقف السائدة التي تضعف القيمة الممنوحة للصّحة النفسية ورعاية الصحة النفسية الفعّالة.

وعندما يتعلّق الأمر بالصحة البدنية، نجد أن هناك قبولًا واسعًا لفكرة أنّ الناس بحاجة إلى تقدير صحتهم والاعتناء بها، وأنّ الحكومات يمكن أن تساعد في تثقيف الناس ودعمهم، على سبيل المثال من خلال تعزيز النشاط البدني والنظم الغذائية الصحية وعدم استخدام التبغ والكحول. وهذا النهج لا يقل أهمية عن الصّحة النفسية.

ووجدت دراسة استقصائية عالمية حديثة أجرتها مؤسسة ويلكم ترست Wellcome Trust أنّ معظم الناس في جميع أنحاء العالم يعتقدون أنّ الصّحة النفسية لا تقل أهمية عن الصحة البدنية إن لم تكن تفوقها (١٥٠). ومع ذلك، فإنّ الفكرة أن الصّحة النفسية شيء يحتاج الجميع إلى فهمه ورعايته لا تشكّل جزءًا من الخطاب العام المشترك بين معظم المجتمعات.

وحقيقة الأمر أنّ معظم الناس قد لا يكون بوسعهم الوصول إلى المعلومات القائمة على البيّنات حول الفرص التي يمكن أن تعزّز صحتهم النفسية. وفي الوقت نفسه تستمر المواقف السلبية المتفشية في تعميق التمييز وإساءة المعاملة ضد الأشخاص الذين يتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية وإدامتهما.

وتوضّح الدراسة الاستقصائية العالمية المذكورة أعلاه أنّ الناس ليسوا على يقين من أنّ العلم يمكن أن يساعد في معالجة قضايا الصّحة النفسية (١٥٠). وفي كثير من الاعتلالات، لا يدرك الناس حاجتهم الخاصة للعلاج (اقرأ تجربة ستيفن).

قد لا يتمكّن مقدمو الرعاية من الوصول إلى المعلومات المصممة خصيصًا للتعرّف على اعتلالات الصحة النفسية لدى أطفالهم، خاصةً عندما تظهر في شكل أعراض من قبيل آلام المعدة والصداع والتهيّج والإحباط والغضب والتغيّرات المزاجية السريعة والانفجارات العاطفية والسلوك المدمر أو الصعب. وغالبًا ما يغفل مقدمو الرعاية الصحية العامة عن هذه الأعراض التي تشير إلى وجود مشاكل في الصّحة النفسية (١٥١).

وتؤثّر الاختلافات في المعتقدات بين الثقافات على التماس المساعدة خارج النظام الصحي الرسمي، على سبيل المثال من خلال الطب التقليدي أو التكميلي أو الاعتماد على الذات (١٥٢). وعلى الرغم من أنّ لدى جميع المجتمعات مصطلحات ومفاهيم لوصف الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، لكن تختلف أفكارهم اختلافًا ملحوظًا حول كيفية أو سبب ظهور هذه الاعتلالات.

وبالمثل، فإنّ حاجة الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية خطيرة إلى الحصول على دعم مخصص معترف بها على نطاق واسع، لكن الأفكار عن طبيعة هذا الدعم قد لا تتطابق مع العلاجات السائدة القائمة على البيّنات. وعلى سبيل المثال، في العديد من السياقات الثقافية، لا تعتبر اعتلالات الصحة النفسية الشائعة مثل الاكتئاب والقلق اعتلالات صحية يمكن علاجها من خلال نظام الرعاية الصحية الرسمي. وبدلًا من ذلك، يرون أنّ تحسّن هذه الاعتلالات منوط في كثير من الأحيان بالدعم الاجتماعي والعاطفي من الأقارب أو من خلال طرق الشفاء الدينية أو التقليدية أو البديلة والتكميلية (١٥٣).

٣-٤-٣ الوصم

إن أحد أكبر العوائق التي تحول دون طلب الرعاية الصحية النفسية هو الوصم المرتبط باعتلالات الصحة النفسية. ففي جميع أنحاء العالم، يتعرّض الأشخاص الذين يتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية لوصم وتمييز متجذرَيْن.

في جميع أنحاء العالم، يتعرّض الأشخاص الذين يتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية لوصم وتمييز متجذرَيْن.

ونجد في المجتمع بشكل عام آراء نمطية بشأن اعتلالات الصحة النفسية وكيفية تأثيرها على الناس. وعادة ما يُفترض أنّ الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية كسالى أو ضعفاء أو غير أذكياء أو صعبي المراس (١٥٤). وكثيرا ما يوسمون بالعنف والخطورة، في حين أنّهم في الواقع أكثر عرضة لخطر الاعتداء عليهم أو إيذاء أنفسهم من إيذائهم الآخرين (١٥٥). وتتعرّض النساء اللواتي يعانين من اعتلالات صحية نفسية خطيرة بشكل خاص لخطر العنف الجنسي. ويمكن أن يكون العنف ضد الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية مميتًا.

والكثير من المجتمعات لا تعدّ اعتلالات الصحة النفسية مشكلة صحية، ولكن يُنظر إليها على أنها ضعف في الشخصية أو عقوبة على السلوك غير الأخلاقي أو نتيجة لاستخدام العقاقير غير المشروعة أو بسبب قوى خارقة للطبيعة. وفي جميع الحالات، تعمل وسائل الإعلام على تضخيم المفاهيم الخاطئة بتصوير الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية على أنهم خطرون أو غير مسؤولين أو غير قادرين على اتخاذ قرارات عقلانية (١٥٦).

قصة

يمكنك أن تحقق كلّ غاياتك

تجربة ستيفن

بدأ قلقي المزمن منذ حوالي ١٥ عامًا عندما كنت أدرس للحصول على شهادة في القانون. وقد ضغطت كثيرًا على نفسي لأكون متفوقًا ووضعت سقفًا عاليًا لطموحي لدرجة أنّه كان في بعض الأحيان من الصعب تحقيقه. فقد كان تقديري لذاتي منخفضًا.

وازدادت حدة شعوري بالقلق لدرجة أنه كان من الصعب علي النهوض من السرير في بعض الأحيان واستمرت تلك الحالة عندما كنت أتدرّب لأصبح محاميًا. ولم أتمكن من إبلاغ الإدارة بمعاناتي النفسية. وخشيت أن أوصم بأنّي <<ضعيف>> و <<غير قادر على القيام بعملي>> وشعرت أنني سأفقد احترام زملائي.

وفقدت الرغبة في الذهاب إلى العمل. وشعرت أنّني أتغيّر، وأصبحت شخصًا آخر لا أعرفه ولا أحبه. وحاولت مناقشة الأمر مع عائلتي لكنني لم أستطع التعبير عن شعوري بالكلمات. ولا زلت أشعر بالألم كلما تذكرت هذه الفترة الصعبة من حياتي.

وما لبث أن سطع نور داخلي. مددت يدي طالبًا الدعم من اختصاصي نفسي. فكان بالنسبة لي كما استنشقت هواء نقيًا. فلأول مرة أشعر أنّ شخصًا يفهمني دون أن يحكم علي. ورفع هذا ثقلًا كبيرًا عن كاهلي.

وشرح لي الاختصاصي النفسي كيف يمكنني أسقط الأشياء وأحطمها فساعدني ذلك على التكيف بشكل أفضل فلا تضغط عليّ الحياة. واستخدمت هذه النصيحة في كل جانب من جوانب حياتي، واستخدمها إلى اليوم، في شركتي الخاصة التي أديرها لتعزيز الوعي بالصّحة النفسية داخل الشركات التجارية ومكاتب المحاماة.

وما زلت أعاني من الشعور بالقلق وقلة تقدير الذات. لكنني تعلّمت إدارته وأشعر أني أحسن حالًا وأتمتّع بصفاء ذهني. ونجحت أيضًا فيما أفعله، وأعتقد أن هذا يرجع لتجربتي التي عشتها والتي يمكن أن أستفيد منها في تلبية احتياجات عملائي.

لا تسمح لمعاناتك النفسية أن تحدد من أنت، لا تضغط على نفسك من أجل أداء أي شيء أو الإسراع فيه: فأنت تسير في مسار خاص بك وستحقق أحلامك وأهدافك في الوقت الذي يناسبك أنت.

ستيفن لولور - المملكة المتحدة

ونتيجة لذلك فإنّ الأشخاص المتعايشين مع اعتلالات الصحة النفسية غالبًا ما يعانون من خوف الآخرين وخجلهم منهم والتعامل معهم بازدراء. فعلى سبيل المثال، أظهرت إحدى الدراسات الاستقصائية في جنوب غرب نيجيريا أنّ ٩٧٪ من الناس يعتقدون أنّ الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية خطرون، وكان ٨٣٪ من الناس يخشون التحدّث إلى شخص يعاني من اعتلال الصحة النفسية و١٧٪ فقط يفكرون في الزواج من شخص يعاني من اعتلال الصحة النفسية (١٥٧). وكثيرًا ما يتعرّض الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية أيضا لانتهاكات حقوق الإنسان، بما في ذلك العزل والحبس وإساءة المعاملة (انظر القسم ٤-٢ تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها).

وينتشر الوصم المرتبط باعتلالات الصحة النفسية على مستوى العالم، ويتفشّى بين الثقافات والسياقات في البلدان في كل مكان. وربما يلحق الأشخاص الذين يتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية الوصم من العائلات والجيران ومن المهنيين الصحيين أنفسهم (١٥٨). وفي بعض الحالات قد يستوعب المصابين بالاعتلالات، الرسائل السلبية والقوالب النمطية ويطبّقونها على أنفسهم فيما يعرف باسم الوصم الذاتي. ويمتد الوصم في العديد من البلدان ليشمل العمل في مجال الرعاية الصحية النفسية ويمكن أن يسهم في نقص الموظفين في نظم الصّحة النفسية (١٥٨).

وغالبًا ما يفضل الناس أن تستمر معاناتهم من الضيق النفسي ولا أن يتعرضوا للتمييز والنبذ عند حصولهم على خدمات الصّحة النفسية (اقرأ تجربة أوديريلينغ). لكن يمكن لمعظم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية الحادّة، إذا ما حصلوا على الدعم المناسب، أن يحظوا بوضع اجتماعي واقتصادي مرتفع للغاية، ويقيموا علاقات ممتازة، وينجزوا في مجال عملهم.

قصة

تعَثّر شفائي بسبب الوصم

تجربة أوديريلينغ

كنت أخشى لفترة طويلة التحدّث عن معركتي مع الصّحة النفسية بسبب الوصم المرتبط بها. ولم أبدأ في التعافي إلا عندما تغلّبت على الوصم وأدركت أنّه لا عيب في طلب المساعدة.

وعندما شُخِّصت حالتي في عام ٢٠١٤، كنت خائفة جدًا ووحيدة ولم أصدّق أنّ الشفاء ممكن. فقد كان مجتمعي يركّز على جانب واحد من مرض ثنائي القطب وهو المعاناة التي يسبّبها، بدلًا من كيفية التغلّب على المرض.

بل وحتى عقب التشخيص، مررت بوقت صعب للغاية وقل تقديري لذاتي. لكنني ظللت متفائلة وعاهدت نفسي على الاستفادة من الدروس التي تعلّمتها في مساعدة الآخرين، وأصبحت، ضمن جهودي للتعافي، مدافعة عن الصّحة النفسية.

وأنا متحمّسة جدًا لتشجيع الناس على بدء رحلة تعافيهم بالتغلّب على الوصم والتحدّث بصراحة عن اعتلال صحتهم النفسية. وأعتقد تمامًا أنّه من الممكن أن تتغلب على حاجز الوصم وتلقى الرعاية الصحية النفسية التي تمكنك من عيش حياة مزدهرة.

أوديريلينغ كاسالي، بوتسوانا

٤

فوائد التغيير

الصحة العامة
حقوق الإنسان
التنمية الاجتماعية والاقتصادية

ملخص الفصل

في هذا الفصل، نطرح قضية الاستثمار في الصّحة النفسية، موضحين كيف يتيح تحويل الرعاية الصحية النفسية منصةً للنهوض بالصحة العامة والرفاه، وحماية حقوق الإنسان وتعزيز التنمية الاجتماعية والاقتصادية. ويستعرّض هذا الفصل فوائد التغيير للأفراد والأسر والمجتمعات والاقتصادات. ويوضّح كيف أنّ الالتزام بالصّحة النفسية استثمار في حياة ومستقبل أفضل للجميع.

الرسائل الرئيسية التي خلص إليها هذا الفصل هي:

- الاستثمار في الصّحة النفسية يمكن أن يحد بشكل كبير من المعاناة ويعزّز الصحة العامة.
- ثمّة حاجة إلى إحداث تحوّل في الصّحة النفسية للحد من انتهاكات حقوق الإنسان التي يعاني منها الأشخاص المصابون باعتلالات الصحة النفسية.
- يعود تحسين الصّحة النفسية بفوائد جمة على الناس، تظهر في النتائج التعليمية والمشاركة في القوى العاملة، ويعزّز الإنتاجية ويعمل على ترقية الأداء الاجتماعي لصالح الجميع.
- يعني الاستثمار في الصّحة النفسية الاستثمار في الاستراتيجيات الرامية إلى ما يلي: ضمان حصول الجميع على رعاية صحية نفسية فعّالة وذات نوعية جيدة وبأسعار معقولة، ومحاربة الوصم والتمييز وإساءة المعاملة، ومعالجة الحقائق الاجتماعية والاقتصادية الأساسية التي تشكّل صّحة الناس النفسية.
- توجد مجموعة أساسية من التدخّلات القائمة على فعالية الناجعة من حيث التكلفة لعلاج الاعتلالات ذات الأولوية والتي تكون مجدية وميسورة التكلفة ومناسبة.

ويستدعي التحدّي الهائل الذي تشكّله اعتلالات الصحة النفسية اليوم إحداث تحوّل.

وأدّى الاهتمام المتزايد بالصّحة النفسية على مدى عدة عقود إلى بناء إجماع دولي على التغيير وخلق خيارات وفرص متعددة للعمل، كما هو موضّح في خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠ (٣). وفي الآونة الأخيرة، سلطت جائحة كوفيد - ١٩ الضوء على قيمة الصّحة النفسية وضعفها وكشف النقاب عن فجوات هائلة في نظم وهياكل الصّحة النفسية في جميع أنحاء العالم (انظر الفصل ٢، تحت المجهر: كوفيد-١٩ والصحة النفسية). وازداد عدد مقرري السياسات الذين يفهمون ضرورة التحسين والرغبة في التغيير أكبر من أي وقت مضى.

وسنرى في هذا الفصل توافر البيّنات المتاحة اليوم التي تقدّم حجّة مقنعة للتغيير. وتدل الروابط التي لا تنفصم بين الصّحة النفسية والصحة العامة وحقوق الإنسان والتنمية الاجتماعية والاقتصادية على أنّ تغيير السياسة والممارسة في مجال الصّحة النفسية يمكن أن يحقّق فوائد حقيقية وجوهرية للأفراد والمجتمعات والبلدان في كل مكان. ولا ريب أنّ الاستثمار في الصّحة النفسية هو استثمار في حياة ومستقبل أفضل للجميع.

٤-١ النهوض بالصحة العامة

٤-١-١ تقليل المعاناة وتحسين الصّحة النفسية والرفاه

ثمّة حاجة إلى الاستثمار وإحداث تحوّل في الصّحة النفسية لأنّ الصّحة النفسية الجيدة أساسية لصحة أي فرد ورفاهيته، بما في ذلك قدرته على عيش حياة كريمة. وخلافًا لذلك، ترتبط المعاناة من الصحة النفسية المعتلّة بالمعاناة النفسية، وبالإقصاء الاجتماعي لكثير من الناس (اقرأ تجربة زينب).

ويصاب بالاضطرابات النفسية واحد من كل ثمانية أشخاص حول العالم وتؤثّر بشكل كبير على الصحة العامة (انظر الفصل ٣ الصّحة النفسية في العالم اليوم). وفي عام ٢٠١٩، تصدّرت نسبة المصابين بالاضطرابات النفسية قائمة عبء المرض غير المميت (تقاس بالسنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة). والأشخاص المصابون باعتلال الصحة النفسية في الغالب لا تقدم إليهم الخدمات الكافية. ولذا فإنّ قدرتهم على التأقلم والتواصل والعمل والازدهار معرّضة للخطر، وهم يواجهون مخاطر كبيرة ومعرّضون للانتحار والأمراض الجسدية. ويموت الأشخاص المصابون باعتلالات الصحة النفسية الحادّة في المتوسط قبل ١٠ إلى ٢٠ عامًا من موت عامة السكان، وغالبًا ما يكون ذلك بسبب أمراض جسدية لم تُعرَف ولم تُعالج.

ولا شكّ أنّ الاستثمار في الصّحة النفسية يساهم إلى حدٍ كبير في تخفيف المعاناة ويحسّن نوعية الحياة والوظيفة الاجتماعية ومتوسط العمر المتوقّع للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. ويمكن أن يسد الفجوة الشاسعة في مجال الرعاية المتعلّقة بالاعتلالات الصحة النفسية ويقترب كثيرًا من التغطية الصحية الشاملة.

توجد الآن بيّنات أكثر من كافية تستوجب العمل والاستثمار، بصرف النظر عن حجم الموارد.

ولعقود من الزمان، كان هناك شك في فعالية تدخّلات الصّحة النفسية وعلى قدرتها الشاملة على تقليل عبء الصحة العامة وبخاصة في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل. ولكن توجد الآن بيّنات أكثر من كافية تستوجب العمل والاستثمار، بصرف النظر عن حجم الموارد (١٥، ١٥٩). وعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة نموذجية كان محورها البلدان المنخفضة الدخل أنّ استثمار دولار واحد فقط للفرد سنويًا في حزمة من الرعاية القائمة على البيّنات المتعلّقة باعتلالات الصحة النفسية ذات الأولوية يمكن أن يقلّل من عدد السنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة بنحو ٥ ٠٠٠ لكل مليون نسمة سنويًا (١٦٠). أما تصميم حزمة رعاية واسعة النطاق بتكلفة دولارَيْن أمريكيين للفرد، فسوف يقلّل عبء اعتلالات الصحة النفسية بمقدار ١٣ ٠٠٠ من عدد السنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة لكل مليون نسمة. لذلك، بالنسبة لبلد يبلغ عدد سكانه ٥٠ مليون نسمة، فإنّ هذا الاستثمار السنوي المتواضع الذي يتراوح بين دولار أمريكي واحد ودولارين أمريكيين للفرد من شأنه أن يقلّل عدد السنوات التي يعيشها الأشخاص مع الإعاقة من ٢٥٠ ٠٠٠ إلى ٦٥٠ ٠٠٠.

قصة

لم نعد نملك القدرة على التحمّل

تجربة زينب

أنا والدة محمد ذي الـ ٢٧ عامًا، المصاب بالفصام منذ عشر سنوات، وشقيقه الأكبر يونس، طيب الله ثراه، الذي كان يعاني من نفس المرض.

وفي عام ٢٠١٥، تدهورت حالة يونس وتوفي، وتأثّر محمد بشدة بوفاة شقيقه وتدهورت حالته كثيرًا منذ ذلك الحين. وكان يعاني من هذيان مستمر ولا يقبل العلاج وكان عنيفًا عنفًا شديدًا تجاهنا. وشعرنا بأنّنا مجبرون على مغادرة منزلنا من أجله واشترينا شقة بسيطة لنتّقي عنفه. ونشعر بالذنب لأننا تركناه وحده، لكن كنّا مجبرين على ذلك.

وحاول محمد مرارًا وتكرارًا إنهاء حياته وكاد أن يودي بها. وحالته تزداد سوءًا يومًا بعد يوم. ولم يعد لدينا القدرة على التحمل.

ونشعر بأنا محطمين نفسيًا وجسديًا. فنحن وأمثالنا في حاجة ماسة إلى المساعدة والتسهيلات لإنقاذ أبنائنا. لقد تحمّلنا تعقيدات الإجراءات والنفقات الإدارية دون جدوى. ولا يوجد مكان في المستشفى العام، ونفقات المستشفى الخاص مرتفعة للغاية ولم يعد لدينا طاقة بعد الآن.

وأعلم أنّ محمد يحبني كثيرًا لكني أعيش في خوف منه. والآن أصبح مكتئبًا ويعيش في عزلة ولا يمكنه مواجهة الناس.

ويسعى المجتمع المدني إلى تقديم أكبر قدر ممكن من المساعدة. وقد بدأت برنامجًا تدريبيًا يهدف إلى زيادة قدرة العائلات على التعامل مع مرض أحد أفراد الأسرة به، لكن حالتي تجعلني غير قادرة على التركيز واستيعاب المعلومات.

وينبغي إيجاد حل يمكّن الناس من التمتّع بحقّهم في الرعاية وإعادة التأهيل حتى يصبحوا جزءًا من المجتمع. ويتطلّب ذلك تضافر الجهود بين القطاعات المعنية وأصحاب المصلحة. إنّه أمر ضروري وعاجل.

زينب، المغرب

التعزيز والوقاية وتحقيق التعافي

تسعى الصحة العامة جزئيًا إلى تعزيز ووقاية الصّحة النفسية والبدنية من خلال تحدّيد العوامل الأساسية التي تؤثّر على الصحة، أي المحدّدات الفردية والاجتماعية والهيكلية، وإلى التدخّل الرامي لتعزيز العوامل الوقائية أو تقليل المخاطر. وتشمل هذه الوظيفة المتعلّقة بالصحة العامة طائفة واسعة من الأنشطة التي يمكن أن تستهدف الأفراد أو مجموعات الأشخاص الضعفاء أو جميع السكان.

وتشمل التدخّلات التي تكون فيها البيّنات والخبرات المتعلّقة بفوائد الصّحة النفسية مقنعة بشكل خاص ما يلي:

- استراتيجيات منع الانتحار؛
- التنشئة الإيجابية وبرامج التعليم والتطوير قبل المدرسة؛
- برامج التعلّم الاجتماعي والعاطفي في الوسط المدرسي؛
- تعزيز الصّحة النفسية وحمايتها في أماكن العمل.

وللاطلاع على مزيد من المعلومات عن الاستراتيجيات القائمة على البيّنات الرامية لتعزيز الصّحة النفسية وحمايتها، والأمثلة الواقعية على هذه الاستراتيجيات، (انظر الفصل ٦ التعزيز والوقاية من أجل إحداث التغيير المطلوب).

وبالنسبة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، لا يكفي التعزيز والوقاية بل إنّ الوصول إلى التدخّلات الجيدة لتحسين الصّحة النفسية أو تحقيق التعافي أمر ضروري. وتوجد مجموعة من التدخّلات الفعّالة والقائمة على البيّنات، ومع ذلك فهي غير متاحة لمعظم الأشخاص حول العالم الذين يمكنهم الاستفادة منها. وكانت هذه الفجوة الهائلة بين الحاجة إلى الرعاية واستيعابها الدافع الأساسي وراء برنامج سد الفجوة في الصحة النفسية التابع لمنظمة الصحة العالمية (mhGAP). ويسعى البرنامج إلى توسيع نطاق تغطية التدخّلات القائمة على البيّنات بشكل كبير لمجموعة من الاعتلالات ذات الأولوية، مع التركيز على الرعاية الصحية الأولية وغيرها من أماكن الرعاية الصحية غير المتخصصة في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل (١٦١).

إنّ توفير الرعاية الأساسية لكل من يحتاجها لا يعني فقط دمج الرعاية الصحية النفسية في الرعاية الصحية الأولية، بل يتطلّب تطوير أو تعزيز أو إعادة تنظيم خدمات الصّحة النفسية لضمان توافر مجموعة من خيارات الرعاية الصحية النفسية المجتمعية الأخرى، بما في ذلك رعاية المرضى الداخليين المصابين باعتلالات حادّة في المستشفيات العامة أو مراكز أو أفرقة الصّحة النفسية المجتمعية. ويتضمّن دعم مجموعة شاملة من التدخّلات خارج قطاع الصحة، جنبًا إلى جنب مع تقليص وإغلاق مؤسسات الطب النفسي طويلة الإقامة وضمان الدعم المجتمعي للمرضى الذين تعافوا. ولمزيد من المعلومات حول شكل إعادة الهيكلة هذه من الناحية العملية، انظر الفصل ٧ إعادة هيكلة الرعاية وتوسيع نطاقها من أجل إحداث التأثير المطلوب).

ويعد العمل مع القطاعات الأخرى ذات الصلة أمرًا مهمًا بشكل خاص لأنّ الرعاية السريرية ليست سوى جزء واحد من معضلة رعاية الصّحة النفسية. ويتطلّب التعافي للعديد من الأشخاص الذين يتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية الوصول إلى برنامج دعم أوسع يشمل مجموعة من الأنشطة التي تهدف تحدّيدًا إلى دعم الإدماج في المجتمع، بما في ذلك الدعم في الحفاظ على الاستقلال، وإقامة روابط اجتماعية، والمشاركة في الأنشطة المجتمعية، وإدارة العلاقات المعقدة، والحصول على السكن المدعوم أو العمل أو التعليم. وينبغي أن تحمي جميع هذه الخدمات والدعم المقدمة عبر القطاعات حقوق الإنسان وتعزّزها (انظر القسم ٤-٢ تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها) (٢٣).

٤-١-٢ تحسين الصحة البدنية

تعني الروابط الوثيقة بين اعتلالات الصحة النفسية والصحة البدنية أنّ الاستثمار في الصّحة النفسية لا يخفّف فقط معاناة السكان الهائلة ولكن يمكنه أيضًا تقديم فوائد صحية جسدية واسعة النطاق.

والعديد من العوامل التي تؤثّر على الصّحة النفسية تؤثّر بالمثل على الاعتلالات الصحية الأخرى مثل تلك المتعلّقة بالصحة الإنجابية وصحة الأم وكذلك الأمراض الجسدية المزمنة، بما في ذلك الأمراض غير السارية مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي، والأمراض السارية مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وأمراض المناطق المدارية المهملة مثل الجذام وداء الليشمانيات الجلدي. وترتبط عوامل الخطر الأربعة الكبرى للأمراض غير السارية وهي استخدام التبغ والنظم الغذائية غير الصحية والخمول البدني والاستخدام الضار للكحول بمختلف اعتلالات الصحة النفسية (١٦٢). وبالمثل ترتبط تجارب الطفولة المريرة، وهي عامل خطر رئيسي يؤدي إلى اعتلالات الصحة النفسية في وقت لاحق من الحياة، بمجموعة من الأمراض غير السارية التي تصيب البالغين، بما في ذلك أمراض القلب والسكري والربو (١٦٣).

وثمة تأثير متبادل بين اعتلالات الصحة النفسية والأمراض العضوية المزمنة. (انظر الجدول ٤-١). وربما تكون علامات إنذار لبعضها البعض، أو عواقب، أو نتيجة لآثار تفاعلية. على سبيل المثال، يعاني الأشخاص المصابون بالاكتئاب أو القلق من تغيّرات سلبية في وظائف الغدد الصماء والمناعة مما يزيد من تعرّضهم لمجموعة من الأمراض المزمنة، كما أنهم أكثر عرضة للانخراط في سلوكيات خطرة مثل التدخين واستخدام مواد الإدمان. وعلى العكس من ذلك، يتعرّض الأشخاص المصابون بأمراض مزمنة لضغوط جسدية ونفسية يمكن أن تؤدّي إلى ظهور الاكتئاب أو القلق (١٦٣).

واكتشف وجود ارتباط بين بعض الأمراض المزمنة (بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والعديد من أمراض المناطق المدارية المهملة) وصحة الدماغ، مما يؤدي إلى عواقب عصبية يمكن أن تفضي إلى حدوث الكثير من الأمراض والوفيات (١٦٤، ١٦٥).

الجدول ٤-١

بيّنات بشأن الروابط الثنائية الاتجاه بين اعتلالات الصحة النفسية والأمراض العضوية

المرض المزمن	الروابط الثنائية الاتجاه مع الصحة النفسية
الأمراض غير السارية	• الأشخاص المصابون بأمراض القلب هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب أو القلق بأكثر من ضعف الأشخاص الآخرين. • يرتبط مرض السكري بشكل كبير بالاكتئاب والاضطراب الانفجاري المتقطع واضطراب الإفراط في الأكل والشره المرضي العصبي. • ينتشر الاكتئاب بشكل خاص لدى المصابين بالسرطان. • ثمّة علاقة قوية بين السكتة الدماغية والاكتئاب في كلا الاتجاهين. • ترتفع نسبة الوفيات بين الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية الشائعة وتتراوح بين ٨-١٢٪ بسبب التدخين والسكري وتاريخ احتشاء عضلة القلب وارتفاع ضغط الدم.
فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	• اعتلالات الصحة النفسية أكثر انتشارا بين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز منها بين عامة السكان. • تعاني النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية من أعراض اكتئاب وقلق واضطراب الكرب التالي للصدمات أعلى من الرجال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أو النساء غير المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية. • يزيد التعرّض للعنف المنزلي من احتمال إصابة المراهقين بأمراض الصّحة النفسية، مما يجعل من الصعب على المراهقين حماية أنفسهم من خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. • يمكن أن يؤدي علاج الاكتئاب إلى تحسين الالتزام بالرعاية والنتائج السريرية للأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.
السل	• ينتشر الاكتئاب والقلق بين المصابين بالسل أكثر من عامة السكان. • يرتبط الاكتئاب غير المعالج والضيق النفسي لدى الأشخاص المصابين بالسل بنتائج سريرية أسوأ، ونوعية حياة رديئة وإعاقة أكبر. • يرتبط الاكتئاب ارتباطًا كبيرًا بعدم الالتزام بعلاج السل. • يمكن أن يكون لأدوية السل آثار سلبية على الصّحة النفسية.
أمراض المناطق المدارية المهملة	• يرتبط داء الليشمانيات الجلدي وداء الأونشوكيرشيا وسموم لدغات الأفاعي بالقلق والاكتئاب والضيق النفسي. • يعاني واحد من كل شخصين مصابين بالجذام أو داء الخيطيات اللمفاوي من الاكتئاب أو القلق. • تشير التقديرات إلى أنّ الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالفيلاريا اللمفاوية قد ضاعف العبء الإجمالي للمرض تقريبًا.

المصادر: Stein et al, 2019 (*163*), WHO and UNAIDS (*166*); Fujiwara, 2022 (*167*); WHO, 2020 (*168*).

ويعني تعدد الروابط بين اعتلالات الصحة النفسية والأمراض المزمنة الأخرى أنّها غالبًا ما تكون متزامنة. والأطفال الذين يعانون من اعتلالات صحية عضوية طويلة الأمد هم أكثر عرضة للإصابة بحالة عاطفية أو سلوكية بمقدار الضعف من الأطفال الآخرين، في حين أنّ البالغين المصابين بأمراض مزمنة أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب بمعدّل مرتين إلى ثلاث مرات من بقية السكان. والأشخاص الذين يعانون من ثلاثة اعتلالات صحية عضوية أو أكثر هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب بسبع مرات (١٦٩).

وبالمثل، يرتبط كل من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل بمختلف اعتلالات الصحة النفسية. والأشخاص المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب الشديد بمقدار الضعف مقارنة بالأشخاص الآخرين (١٧٠). وأظهر استعراض منهجي حديث أنّ خطر الوفاة بالانتحار أعلى ١٠٠ مرة لدى الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية مقارنة بعامة السكان (١٧١). كما أظهرت دراسة أجريت في إثيوبيا أنّ نصف الأشخاص المصابين بالسل ظهرت عليهم أعراض تماثل أعراض الاكتئاب وأن هذه المجموعة من الأشخاص - الذين كانوا أكثر عرضة للانقطاع عن علاج السل - كان من المرجّح أن يظلوا على قيد الحياة إذا التزموا بمتابعة العلاج لمدة ستة أشهر (١٧٢).

وعلى الصعيد العالمي، أصبحت الاعتلالات الصحية العقلية والبدنية المترافقة هي القاعدة وليس الاستثناء، لا سيما لدى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٦٠ سنة (١٧٣).

وتؤدي اعتلالات الصحة البدنية والعقلية إلى تأخير التعافي من كليهما. وتزيد المراضة المترافقة من صعوبة علاج جميع الاعتلالات، مما يؤدي غالبًا إلى المزيد من المضاعفات. فعلى سبيل المثال، قد يجد الأشخاص المصابون بأمراض مزمنة والذين يعانون من الاكتئاب صعوبة في العناية بأنفسهم أو الالتزام بالعلاج أو الوصول إلى الدعم الصحي أو الاجتماعي عند الضرورة. وهذا يؤدي إلى نتائج صحية أسوأ، وكثرة دخول المستشفيات، وزيادة نفقات الرعاية الصحية. وبالنسبة للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز أو السل، يزيد انقطاع العلاج أيضًا من خطر حدوث المزيد من العدوى والأمراض المقاومة للأدوية المتعدّدة (١٧٣).

ونخلص ممّا سبق أنّه لا يمكن أن يتمتّع الأشخاص بصحة بدنية كاملة بدون صحة نفسية. وعلى الصعيد العالمي، لا تستطيع البلدان تحقيق أهدافها في علاج الأمراض ذات الأولوية القصوى دون الاستثمار في نفس الوقت في الصحة النفسية.

الرعاية الجيدة هي الرعاية المتكاملة

عندما يصل الأشخاص الذين يعانون من حالة مراضة مترافقة إلى الرعاية الصحية، يتم علاجهم عادةً من علة واحدة وليس العلتَيْن. ونتيجة لذلك، يظل العديد من الاعتلالات غير معروفة وغير معالجة في مراحلها المبكّرة ممّا يزيد من خطر الإعاقة والوفاة المبكّرة (انظر القسم ٣-١-٢ الوفيات). وفي الواقع، السبب الأكثر شيوعًا للوفاة بين الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية خطيرة هو أمراض القلب والأوعية الدموية (١٧٤).

يضمن النهج المتكامل للرعاية النظر في اعتلالات الصحة النفسية والبدنية وإداراتها ورصدها في آن واحد.

يضمن النهج المتكامل للرعاية النظر في اعتلالات الصحة النفسية والبدنية وإداراتها ورصدها في آن واحد. وبتنفيذه بشكل جيد، يمكن أن يحسّن إمكانية الوصول، ويقلل من تجزئة وازدواجية الهياكل الأساسية والموارد، ويلبّي بشكل أفضل احتياجات الناس الصحية وتوقّعاتهم.

ويمكن تنفيذ الدمج من نواح عديدة وعلى مختلف مستويات النظام الصحي (١٧٥).

- **بالنسبة لمستخدمي الخدمة**، تقوم الرعاية المتكاملة على اتباع نهج يتمركز حول الشخص ويتم تنسيقه وفقًا للأمراض والأوساط والأوقات.
- **فيما يتعلّق بمنظمات الرعاية الصحية**، تتعلق الرعاية المتكاملة بوجود نظم معلومات مشتركة وشراكات مهنية قائمة على الأدوار والمسؤوليات المشتركة، على سبيل المثال من خلال الأفرقة المتعدّدة التخصصات وتقاسم المهام والروابط مع الرعاية الاجتماعية والخدمات المجتمعية.
- **بالنسبة لوزارات الصحة**، تتصل الرعاية المتكاملة بوجود سياسات مشتركة وآليات تمويل وهياكل حوكمة تتعلّق بالصحة البدنية والنفسية.

ويعد دمج خدمات الصحة النفسية في الرعاية الأولية استراتيجية رئيسية على مستوى منظمات الرعاية الصحية (انظر القسم ٧-٢-١ الصحة النفسية في الرعاية الأولية). وثبت أنّ نماذج الرعاية التعاونية تحسّن نتائج الصحة النفسية، بما في ذلك الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المترافقة غير المعدية (١٧٦، ١٧٧). و النهج المثبت هو استخدام منصّات تقديم الخدمات الموجودة بالفعل للأمراض المزمنة كأساس لتوسيع خدمات الصحة النفسية. على سبيل المثال، يمكن استخدام منصات معيّنة تستخدم لدعم رعاية مرضى فيروس نقص المناعة البشرية كمداخل لدمج خدمات الحد من الضرر ورعاية الأشخاص الذين يتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية (١٦٧).

للحصول على مزيد من المعلومات حول الاستراتيجيات القائمة على البيّنات لدمج الرعاية الصحية النفسية والبدنية في جميع منصّات الرعاية الصحية، بما في ذلك الرعاية الأولية والمستشفيات العامة والخدمات الصحية الخاصة بالأمراض، انظر الفصل ٧ إعادة هيكلة الرعاية وتوسيع نطاقها من أجل إحداث التأثير المطلوب).

٤-١-٣ زيادة الإنصاف في الحصول على الرعاية

ثمّة حاجة إلى الاستثمار وإحداث تحوّل في الصحة النفسية لأنّ الصِبْغة الملازمة للصحة النفسية والرعاية الصحية النفسية هي عدم المساواة. ويعني التأثير الكبير الذي يمكن أن تحدثه العوامل الهيكلية على الصحة النفسية أنّ تعاني بعض فئات المجتمع من اعتلالات الصحة النفسية أكثر بكثير من غيرها. وفي كثير من الحالات، تقل إمكانية هؤلاء الأشخاص أنفسهم في الحصول على رعاية فعّالة ومناسبة لأنّهم بعيدون جغرافيًا عن الخدمات أو غير قادرين على دفع تكلفتها.

وهذا يحدث خاصة في الأماكن ذات الدخل المنخفض حيث لا تتمكّن نسبة كبيرة من الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية من الوصول إلى الرعاية التي يحتاجونها. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى تدهور الصحة النفسية، مع عواقب وخيمة على قدرات الناس على العمل أو التعلّم أو التنشئة. وفي كثير من الأحيان، يتعيّن على الأشخاص الذين يحصلون على الرعاية دفع ثمنها من مالهم الخاص لأنّها ليست مضمّنة في الحزم الأساسية لخطط الرعاية والتأمين.

ومن ناحية أخرى، فالإنفاق المباشر من المال الخاص هو طريقة مجحفة لدفع تكاليف الرعاية الصحية لأنّ الأسر الفقيرة ينتهي بها الأمر إلى دفع مبلغ أكبر نسبيًا من دخلها المتاح (على النقيض من ذلك، يتطلّب التأمين الصحي القائم على الضرائب عادةً مساهمات أعلى من الأسر الموسرة). ومن المعروف أنّ تكلفة الرعاية تشكل عائقًا رئيسيًا أمام الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية لطلب المساعدة (١٧٨).

إن الشراء من المال الخاص طريقة مجحفة وعكسية لسداد تكاليف الرعاية الصحية.

وغالبًا ما يدفع الإنفاق من المال الخاص للحصول على الرعاية الصحية النفسية الناس إلى تبنّي استراتيجيات غير مرغوب فيها - مثل خفض إنفاق الأسرة، واستخدام مدخرات الحياة، وبيع الأصول أو الاقتراض - مما يؤدي إلى ترسيخ الفقر والحرمان بين الأجيال ويمكن أن يؤدي إلى نتائج صحية أسوأ (١٠). وليست تكاليف العلاج هي التي تعرّض الناس للخطر المالي فحسب، ولكن أيضًا تكاليف النقل، وخسارة الدخل للأفراد ومقدمي الرعاية لهم، والتكاليف غير المباشرة الأخرى.

إنّ معالجة أوجه عدم المساواة كجزء من إصلاح الصحة النفسية أمر ضروري لتوفير الخدمات المناسبة بالطرق والأماكن الصحيحة للوصول إلى الجميع وأي شخص. وإنّ تلبية احتياجات الناس الاجتماعية، على سبيل المثال من خلال تدخّلات من نوع العمل الاجتماعي، أمر ضروري كجزء من الرعاية الصحية النفسية أو جنبًا إلى جنب معها. بالإضافة إلى ذلك، من الضروري معالجة المحددات الهيكلية على مستوى السكان للصحة النفسية التي تخلق حرمانًا اجتماعيًا (انظر القسم ٦-١-٣ بناء رأس المال الهيكلي في مجال الصحة النفسية). وتركّز استراتيجيات أخرى على زيادة فرص الحصول على الرعاية، بما في ذلك عن طريق تعزيز التغطية الصحية والحماية المالية.

الصحة النفسية للجميع

يعدّ إدراج اعتلالات الصحة النفسية والتدخّلات في الحزم الأساسية للخدمات الأساسية للتغطية الصحية الشاملة خطوة أساسية نحو سد فجوة الرعاية.

وينبغي في نهاية الأمر التأكد من أن التدخّلات المقدمة ضمن التغطية الصحية الشاملة تتضمن جميع احتياجات الصحة النفسية الأساسية. ووصولا لهذه الغاية يتعيّن أن تكون شاملة، بما في ذلك التدخّلات النفسية والاجتماعية والدوائية القائمة على البيّنات، كما هو موضح في الخلاصة التي تتناول التغطية الصحية الشاملة لمنظمة الصحة العالمية (انظر القسم ٥-١-٣ البيّنات اللازمة لتوجيه السياسات والممارسات)(١٧٩).

ينبغي التأكد من أن التدخلات المقدمة ضمن التغطية الصحية الشاملة تتضمن جميع احتياجات الصحة النفسية الأساسية

ويتعيّن على سياسات الصحة العامة الشاملة التي تمول التدخّلات لفائدة الجميع توخّي سياسة أكثر عدلًا في توزيع موارد الصحة العامة كي تعود بالفائدة على الفئات الأقل دخلًا (انظر الإطار ٤-١ شيلي: إدراج اعتلالات الصحة النفسية في التغطية الصحية الشاملة). ولذا يكتسي تعزيز التغطية الصحية أهمية خاصة لحماية الناس من التكلفة الكارثية المحتملة الناجمة عن دفعهم لتكلفة الخدمات الصحية من مالهم الخاص.

فتعزيز التغطية وزيادة الحماية المالية هما في الأساس وجهان لنفس العملة. ومن شأن تحسين التغطية دون حدوث زيادة مقابلة في الحماية المالية أن يؤدي إلى معدّلات غير منصفة لاستيعاب الخدمات ونتائجها. لكن تحسين الحماية المالية بدون تغطية موسّعة لن يجلب سوى القليل من التحسين.

دراسة حالة

الإطار ٤-١

شيلي: إدراج اعتلالات الصحة النفسية في التغطية الصحية الشاملة

في عام ٢٠٠٥، وفي إطار عملية إصلاح صحي واسعة النطاق، استحدثت شيلي برنامج Access Universal con Garantías Explícitas، برنامج الوصول الشامل بضمانات صريحة GES، وهو مجموعة تغطية صحية شاملة تتضمّن فوائد طبية ونفسية واجتماعية.

وتحتوي الحزمة، التي يجرى تحدّيثها دوريًا، على قائمة مرتبة بحسب الأولويات من التشخيصات والعلاجات لـ ٨٥ اعتلالا صحيًا، بما في ذلك الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب وإدمان الكحول/المخدرات والفصام والخرف. ويمنح البرنامج حقوقًا متساوية للمستفيدين من القطاعين العام والخاص. وهو يضمن الحصول على رعاية صحية جيدة من خلال معايير الأهلية، واعتماد المرافق، والشهادات المهنية. كما أنّه يكفل أن تكون الرعاية في الوقت المناسب وبأسعار معقولة بوضع حدود قصوى لأوقات الانتظار والمدفوعات المشتركة من المال الخاص.

وعمومًا، جعل برنامج الوصول الشامل بضمانات صريحة النظام الصحي الشيلي أكثر كفاءة بتركيزه على الأولويات الصحية. وأصبحت الخدمات الصحية متيسّرة للجميع، إذ زادت تغطية الخُمس الأدنى دخلًا بنسبة ٢٠٪. وانخفضت نسبة الأشخاص المصابين بالاكتئاب الذين يموتون أثناء أو بعد فترة وجيزة من دخولهم المستشفى. ومن خلال دمج الصحة النفسية في جميع مستويات الرعاية الصحية العامة، تحسنت الرعاية المبكّرة للمرحلة الأولى للفصام.

ويقول الأشخاص الذين يستخدمون برنامج الوصول الشامل بضمانات صريحة إنّه مكّنهم من زيادة الحصول على الرعاية، ومن التشخيص والعلاج للمحرومين، وضمان الحماية المالية.

وكان توحيد خدمات الصحة النفسية المجتمعية في جميع أنحاء البلاد أمرًا بالغ الأهمية لبرنامج الوصول الشامل بضمانات صريحة، وتوفّر هذه الخدمات التي تقدّمها أفرقة متعددة القطاعات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية الحادّة. وبوسع معظم المستخدمين الحصول إلى الأدوية النفسية الأساسية مجانًا. كما يتلقّى أكثر من نصفهم علاجًا نفسيًا فرديًا قصيرًا. ويحظى جميع المستخدمين تقريبًا بنوع آخر من التدخّل النفسي الاجتماعي الفردي أو العائلي أو الجماعي.

وترتبط خدمات الصحة النفسية المجتمعية هذه ارتباطًا وثيقًا بالرعاية الصحية الأولية مع أنظمة قوية للإحالة والإحالة العكسية. ويزور أعضاء فريق الصحة النفسية المجتمعية كل شهر كل مركز رعاية أولية في مجمّعاتهم الخاصة بهم لمناقشة الحالات المعقّدة وتمكين أفرقة الرعاية الأولية من إدارتها السريرية والمجتمعية. وكانت النتيجة حصول حوالي ٨٠٪ من الأشخاص المصابين باعتلالات الصحة النفسية، الذين يلتمسون العون من البرنامج، على العلاج من قبل متخصصي الرعاية الأولية.

المصادر: Aguilera et al، 2015 *(180)*؛ Bitran، 2013 *(181)*؛ Araya et al، 2018 *(182)*.

٤-٢ تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها

تتأكّد الحاجة إلى الاستثمار وإحداث التحوّل في الصحة النفسية للمساعدة في وقف كثرة انتهاكات حقوق الإنسان التي يعاني منها الأشخاص المصابون باعتلالات الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم.

وفي عام ٢٠٠٨، دخلت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حيز النفاذ. وهذه المعاهدة المكوّنة من ٥٠ مادة تعتبر ملزمة قانونًا، وتشكّل معلمًا رئيسيًا في الجهود الرامية إلى تعزيز وحماية وضمان تمتّع المعوقين تمتعًا كاملًا وعلى قدم المساواة بجميع حقوق الإنسان، بما في ذلك الإعاقة النفسية والاجتماعية.

وتنشأ الإعاقات النفسية والاجتماعية عندما تتفاعل الإعاقات النفسية طويلة الأمد لشخص ما مع الحواجز المجتمعية مثل الوصم والتمييز والإقصاء، وبالتالي تعيق مشاركته الكاملة والفعّالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

ومن بين مجموعة من حقوق الإنسان، صُممت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لضمان تمتّع جميع الناس تمتعًا كاملًا وعلى قدم المساواة بالحق في:

- الحياة؛
- الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع آخرين أمام القانون (الأهلية القانونية)؛
- الوصول إلى العدالة؛
- حرية الشخص وأمنه؛
- عدم التعرض للاستغلال والعنف والاعتداء؛
- العيش المستقل والإدماج في المجتمع؛
- التأهيل وإعادة التأهيل؛
- الصحة والتعليم والعمل والعمالة؛
- مستوى المعيشة اللائق والحماية الاجتماعية؛
- المشاركة في الحياة السياسية والعامة.

واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لا تقدر بثمن من حيث أنّها تضمن حصول الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية على هذه الحقوق. ولكن على الرغم من أنّ عددًا كبيرًا من البلدان قد صدّق عليها، لا يزال الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم محرومين من حقوق الإنسان والحماية من خلال المواقف والإجراءات والقوانين التمييزية. وكثيرًا ما يتعرّضون لاعتداءات خطيرة، سواء في المؤسسات أو في المجتمع المحلي. وما دامت انتهاكات حقوق الإنسان هذه لا تعالج معالجة كاملة - بما في ذلك معالجة الحواجز البدنية والسلوكية والتواصلية والاجتماعية والقانونية - فستظل الإعاقة النفسية الاجتماعية باقية.

٤-٢-١ تدابير محاربة الوصم والتمييز

يشكّل الوصم المنتشر بين كافّة السكان وفي القطاع الصحي، عائقًا رئيسيًا أمام تحسين خدمات الصحة النفسية والرعاية الذاتية. وهو شائع في المنازل والمدارس وأماكن العمل والمجتمعات وحتى داخل نظام الرعاية الصحية النفسية نفسه (١٨٣).

ويؤدي الوصم إلى العزلة الاجتماعية والتمييز، مما يؤثّر على قدرة الشخص على كسب الدخل، والإدلاء بصوته، والحصول على رعاية جيدة، وأن يكون جزءًا من مجتمعه ويتعافى من حالته الصحية النفسية. والوصم يهيئ الظروف لكثير من انتهاكات حقوق الإنسان في أوساط متعدّدة (انظر الشكل ٤-١).

يؤدي الوصم إلى العزلة الاجتماعية والتمييز وانتهاكات حقوق الإنسان في العديد من الأوساط.

وفي بعض البلدان يكون اعتلال الصحة النفسية مسوغًا قانونيًا للطلاق. وفي حالات أخرى، قد يفقد الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية حقوقهم الأبوية أو حق التصويت، أو قد يُحرمون من رخصة القيادة. وفي بعض البلدان، لا يستطيع الأطفال المصابون بأمراض نفسية الحصول على شهادات ميلاد أو وثائق هوية أخرى (١٨٤). والشائع في جميع أنحاء العالم استبعاد الأشخاص الذين يتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية من الحياة المجتمعية وحرمانهم من الحقوق الأساسية.

كما يتعرّضون للتمييز في مجالات العمل والتعليم والإسكان. ولعل الحق في العمل من أكثر الحقوق المنتهكة شيوعًا. وحتى عندما يتمكّن الأشخاص المصابون باعتلال الصحة النفسية من الحصول على وظيفة، فإنهم غالبًا ما يتقاضون رواتب منخفضة (٢٢). ويُرسل العديد من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية إلى مدارس منفصلة تقدّم تعليمًا أقل جودة، أو يلحقون

بمرافق توفّر قدرًا محدودًا أو محدودًا للغاية من التعليم (٢٢).

وفي جميع الحالات، يمكن أن يؤثر الوصم والسلوك التمييزي والتوجيهات التمييزية سلبًا على الصحة النفسية ويعيق تعافي الناس (اقرأ تجربة ليون).

الشكل ٤-١

انتهاكات حقوق الإنسان الشائعة ضد الأفراد الذين يعانون من اعتلالات نفسية والأوضاع التي تحدث فيها هذه الحالات

المواضع التي يمكن أن يقع فيها الانتهاك

- المساحات المجتمعية المشتركة
- المنزل والأماكن الأسرية
- أماكن العمل
- خدمات ومرافق الصحة النفسية
- المستشفيات والخدمات الصحية
- السجون والنظام القضائي
- الحكومة والخدمات الرسمية
- المدارس

انتهاكات حقوق الإنسان المعتادة

- الإقصاء والتهميش والتمييز
- الحرمان من فرص العمل
- الاعتداء والعنف البدنيان
- عدم الحصول على خدمات الصحة النفسية الفعالة
- الاعتداء والعنف الجنسيان
- الاحتجاز التعسفي
- الحرمان من الحق في الزواج والإنجاب
- انعدام الوسائل التي تساعد على الحياة في المجتمع
- الحرمان من الوصول إلى الخدمات الصحية العامة
- الاستغلال المالي

المصدر: (*22*) Drew et al, 2011.

قصة

واجهت الجهل والوصم

تجربة ليون

استعنت بالعديد من خدمات إعادة التأهيل على مر السنين. وواجهت الجهل والوصم. وبعض الخدمات لم تكن على الإطلاق مفيدة لي، بل إن بعضًا منها أضر برحلتي نحو التعافي.

ولن أنسى أبدًا الممرضة في جناح الطب النفسي التي طاردتني عندما أمسكت بي أمارس اليوجا في غرفتي، ووبختني قائلة إنّ هذا النوع من النشاط غير مسموح به. ولم أتمكن من بدء ممارسة اليوجا مرة أخرى إلا بعد عشر سنوات: وقد ظلت اليوجا تستدعي ذكرى تلك التجربة الصعبة عند دخولي إلى المستشفى.

وفي مرحلة ما تقدّمت بطلب للحصول على مساعدة مالية لتمويل دراستي للحصول على شهادة في العمل الاجتماعي. وكنت أدير بالفعل أول برنامج لدعم الأقران في مستشفى للأمراض النفسية في إسرائيل. لكن الاختصاصي الاجتماعي الذي ساعدني خلال عملية التقديم أخبرني أنّه من غير الأخلاقي السماح لي بدراسة العمل الاجتماعي. وحتى عندما اجتزت اختباراتي بدرجات عالية، حاولوا إقناعي بدراسة التربية، قائلين إنّ ذلك سيكون أسهل بالنسبة لي.

وأنا الآن أدير القسم المعني بالتجارب الحيّة بجمعية الصحة النفسية الإسرائيلية "إينوش Enosh". ونحن نتيح الموارد اللازمة لتعافي للأفراد والأسر الذين يحاولون التكيّف مع الإعاقة النفسية والاجتماعية. ونعمل بجدٍ لتعزيز الخدمات والممارسات التي تهدف إلى تلبية احتياجات الشخص والتي تعي ما تعرّض له من صدمات نفسية فتدعم تعافيه.

وبسبب التجارب الصعبة التي مررت بها والجهل الذي واجهته أيضًا بت أعطي محاضرات في الأوساط العلاجية. وفي البداية كنت أتوسل كي يُسمع صوتي، لكن شيئًا فشيئًا صرت أُدعَى لإلقاء المزيد والمزيد من المحاضرات مدفوعة الأجر. وربما كانت الحاجة موجودة منذ أمد طويل. إنّ رغبة المعالجين في التعلّم وتحسين الخدمات العلاجية الحالية تجعلني متفائلة.

ليون غي مير، إسرائيل

(انظر أيضًا إلى قصتي في الصفحة ٤٤)

إيقاف الوصم

تشير البيّنات الواردة من البلدان ذات الدخل المرتفع وتلك المنخفضة الدخل إلى أنّ التدخّلات المناهضة للوصم يمكن أن تغيّر السلوكيات العامة نحو الأفضل، ممّا يقلّل من تعرّض الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية إلى تجارب التمييز (١٨٥). وتندرج استراتيجيات مناهضة الوصم عادة في فئات ثلاث (١٨٦).

- تستخدم استراتيجيات التعليم الحقائق لمعالجة الأساطير والمفاهيم الخاطئة. وتشمل حملات التثقيف الصحي، وحملات التوعية العامة، وطائفة واسعة من أنشطة التدريب والتعلّم.
- تهدف استراتيجيات الاتصال إلى تغيير المواقف السلبية لدى عامة السكان من خلال التفاعل مع الأشخاص الذين يتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية. قد تشمل الاتصال الاجتماعي المباشر، ومحاكاة الاتصال، والاتصال بالفيديو أو الاتصال عبر الإنترنت، بالإضافة إلى استخدام خدمات دعم الأقران في أماكن الرعاية الصحية.

- تقدّم استراتيجيات الاحتجاج اعتراضات رسمية على الوصم والتمييز. وهي تشمل المظاهرات العامة وكتابة الرسائل والتظلّمات ومقاطعة المنتجات وحملات المناصرة الأخرى.

وتشير البحوث المتعلّقة بتأثير هذه الاستراتيجيات إلى أنّ التواصل الاجتماعي، بالنسبة لمعظم فئات الناس، هو أكثر أنواع التدخّل جدوى لتحسين المعارف والمواقف المتصلة بالوصم (١٨٥). وتدعم نتائج البحث أيضًا المشاركة النشطة وتمكين الأشخاص ذوي التجربة الحيّة عبر جميع مستويات نظام الرعاية الصحية النفسية (انظر تحت المجهر: إشراك الأشخاص ذوي التجربة الحية وتمكينهم).

وقد نجحت عدة بلدان مرتفعة الدخل في استخدام حملات واسعة النطاق للتوعية العامة واستراتيجيات قائمة على الاتصال لإحداث تغييرات إيجابية في السلوكيات العامة إزاء الصحة النفسية (انظر الجدول ٤-٢).

إن التواصل الاجتماعي هو أكثر أنواع التدخل جدوى لتحسين المعارف والسلوكيات المتصلة بالوصم.

كما أنّ وجود برامج واسعة النطاق ومنسّقة قائمة على البيّنات في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل يبشّر بالأمل (انظر الإطار ٤-٢ البحوث المتعلّقة بمناهضة الوصم: شبكة إنديجو INDIGO)، وثمّة حاجة إلى حملات واسعة النطاق تقودها الحكومة تركز على الاتصال الاجتماعي في هذه السياقات (١٨٥، ١٨٧).

وإلى جانب الحملات المباشرة الرامية إلى مناهضة الوصم، يمكن على الأرجح الحد من الوصم من خلال العمل الذي يركّز على تحسين نوعية الرعاية (انظر الإطار ٤-٤ مبادرة حقوق الجودة/منظمة الصحة العالمية QualityRights).

دراسة حالة

الإطار ٤-٢

البحوث المتعلقة بمناهضة الوصم: شبكة إنديجو INDIGO

تدير شبكة إنديجو برنامجًا للبحث والتنفيذ قائمًا على البيّنات لفهم آليات وعواقب الوصم والتمييز، وتطوير واختبار طرق جديدة لإنهاء الوصم في أكثر من ٤٠ بلدًا. ويشارك في الشبكة العديد من البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، بما في ذلك بنغلاديش والبرازيل والصين ومصر وإثيوبيا والهند وجامايكا وماليزيا ونيبال ونيجيريا وجنوب أفريقيا وتونس وتركيا وفنزويلا.

وتتولى الشبكة تنسيق مشاريع متعددة المواقع منها، على سبيل المثال، تقييم الحملات المتعلّقة بتحسين معدّلات الإحالة إلى خدمات الرعاية الصحية المحلية، أو استطلاع إمكانات تدريب طلاب الطب من أجل تحسين المعارف والمواقف والسلوك تجاه الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. ويقدم موقع إنديجو مقاييس لتقييم الوصم والتمييز.

وتستضيف شبكة إنديجو برنامجًا بحثيًا دوليًا (شراكة إنديجو) لتطوير واختبار التدخّلات القائمة على البيّنات والمكيّفة سياقيًا لمعالجة الوصم والتمييز. ويشارك في هذا البرنامج شركاء بحثيون في سبع مؤسسات متعاونة في الصين وإثيوبيا والهند ونيبال وتونس، ويهدف إلى التوصّل إلى نتائج ومواد يمكن تطبيقها على البلدان الأخرى المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل.

المصادر: The Indigo Network، 2021 (*189*)؛ Thornicroft et al، 2019 (*190*).

الجدول ٤-٢

حملات وطنية تؤدي إلى تغييرات إيجابية في المواقف العامة تجاه الصحة النفسية

الحملة والبلد	الأنشطة	النتائج الرئيسية
حان وقت التغيير **حملة مناهضة الوصم** **إنجلترا**	• التسويق الاجتماعي والنشاط الإعلامي. • مناسبات المجتمع المحلي. • إعطاء منح للمشاريع التي يديرها أشخاص من ذوي التجربة الحية. • التدخّلات الموجّهة لأصحاب المصلحة، مثل الطلاب والمعلمين وأرباب العمل والشباب. • البحث والتقييم	• كان التسويق الاجتماعي والنشاط الإعلامي أكثر فاعلية في التأثير على السلوك المقصود تجاه الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. • كانت المشاريع الشعبية القائمة على التواصل فعّالة بشكل خاص في الحد من الوصم الذاتي. • ارتبط الوعي العام ارتباطًا وثيقًا بأنشطة الحملة وارتبطت زيادة الوعي بمواقف أكثر تعاطفًا.
حملة BEYONDBLUE **برنامج التثقيف الصحي في مجال الصحة النفسية** **أستراليا**	• التركيز على الاكتئاب والقلق • الإعلانات الإعلامية والتدريب. • البرامج المدرسية • التدريب على الإسعافات المتعلقة بالصحة • منتديات المناقشة المجتمعية • أبطال الصحة النفسية • البحث والتقييم	• شهدت الدول التي لديها نشاط أكبر مزيدًا من تحسّن الوعي العام حول الاكتئاب وفوائد العلاج. • حققت برامج التدريب زيادات معتدلة في المعرفة بالاعتلالات النفسية. • ما زال التصوّر العام يسم الأشخاص المكتئبين بأنّهم خطرون ولا يمكن التنبؤ بتصرفاتهم.
حملة الأذهان المتفتحة **التعليم القائم على الاتصال** **كندا**	• التدخّلات الموجّهة لأصحاب المصلحة (الشباب، ومقدمو الرعاية الصحية، وأرباب العمل والموظفون، ووسائط الإعلام). • أبطال الصحة النفسية • البحث والتقييم	• لم تكن الحملات الإعلامية الكبيرة فعّالة في تغيير المواقف. • البرامج التي تستهدف اعتلال صحة نفسية معيّن قد تقلل من الوصم بشكل أكثر فعالية من تلك التي تستهدف المرض النفسي عمومًا. • نوعية الاتصال مهمة أكثر من مدته. كانت قصص الأمل وتحقيق التعافي هي الأكثر نجاحًا.

المصدر: لجنة علم تغيير المعايير الاجتماعية بشأن الصحة السلوكية وآخرون، 2016 (*188*).

٤-٢-٢ الحقّ في رعاية جيدة

لكل شخص الحقّ في رعاية كريمة وإنسانية ومتجاوبة ومقبولة ولائقة تحترم حقوقه الإنسانية المكفولة له. ومع ذلك، غالبًا ما يتعرّض الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية لأسوأ انتهاكات حقوق الإنسان في العالم من جانب مقدمي الخدمات الصحية المسؤولين عن رعايتهم.

وتكشف التقارير الصادرة عن المستشفيات الأمراض النفسية في جميع أنحاء العالم عن إساءة المعاملة الذي يصل إلى الاعتداء الجسدي والنفسي والجنسي والإهمال. وربما يحبس الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية حبسًا تعسفيًا في المستشفيات لسنوات دون إعادة تقييم حالتهم الطبية. ويمكن أن يتعرّضوا للإفراط في العلاج أو يعطون علاجات ضارة أو مهينة أو يخضعون بشكل روتيني للتدخّلات دون موافقة مسبقة (٢٢). وفي كثير من البلدان، نجد أنّ سوء الأوضاع ورداءة البنيات الأساسية في مستشفيات الأمراض النفسية ينتشر أيضًا في دور التمريض والرعاية ومراكز إعادة التأهيل ودور الأيتام ومرافق الإقامة الليلية للاستشفاء التقليدي أو الروحي لاعتلالات الصحة النفسية.

نجد العديد من الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية مقيّدين ومحبوسين في زنزانات صغيرة تشبه السجن دون اتصال ببقية البشر.

ونجد العديد من الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية مقيّدين ومحبوسين في زنزانات صغيرة تشبه السجن دون اتصال ببقية البشر، أو مقيّدين بالسلاسل إلى أسرتهم، غير قادرين على الحركة لفترات طويلة (١٨٤). وتشتهر المؤسسات الكبيرة بشكل خاص بالظروف المعيشية المهينة حيث يسود الاكتظاظ والبيئات غير الصحية والوجبات غير المغذية أو غير الكافية وانتشار تدخين التبغ (اقرأ تجربة السيدة بي أن في الفصل ٣) (٢٢). أمّا الأطفال فهم معرّضون بوجه خاص للعنف والإهمال المرتبطين بالبيئات المؤسسية (انظر الإطار ٤-٣ الأطفال في المؤسسات). وكذلك الأمر بالنسبة لكبار السن، حيث اعترف واحد من كل عشرة موظفين في مؤسسات في بعض البلدان ذات الدخل المرتفع بالإيذاء الجسدي لكبار السن خلال العام السابق (١٩١).

وبناءً على ما ذكر، لا بدّ من إحداث تحوّل في مجال الرعاية الصحية النفسية بحيث تصبح مجتمعية (انظر الفصل ٧ إعادة هيكلة الرعاية وتوسيع نطاقها من أجل إحداث التأثير المطلوب).

ولا تقتصر إساءة المعاملة على الرعاية المؤسسية. فربما نجد أفراد الأسرة يخفون الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية الحادّة أو يقيدونهم بالسلاسل أو يحبسونهم في قفص في المنزل، أو يتعرّضون للإيذاء الجسدي أو الجنسي في السجون أو للعنف في المجتمع (١٩٢). وغالبًا ما تنتهك الرعاية الصحية النفسية المقدّمة للمرضى الخارجيين حقوق الإنسان، ويدل على ذلك اقتصارهُا على العلاج القسري الروتيني والطبي الحيوي البحت، ولا تلبّي احتياجات الناس وحقوقهم في الإدماج والرعاية الاجتماعية والحماية، من بين أمور أخرى. وعلى الرغم من أنّ الاستشفاء التقليدي يمكن أن يكون مساندًا جدًا ومفيدًا للناس، إلا أنّه ربما يتضمن ممارسات مسيئة (١٣٤).

ونادرًا ما تتاح للذين يتعرّضون للإساءة إمكانية الوصول إلى الآليات القضائية المناسبة. وفي العديد من البلدان، لا تتاح للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية فرصة كبيرة لتقديم شكاوى بشأن إساءة المعاملة أو الإيداع القسري (١٩٣). كما أنّ الجرائم المرتكبة ضد الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية غالبًا ما تكون غير موثّقة لأنّ الشرطة أو المدّعين العامين لديهم مخاوف لا أساس لها تدفعهم للتشكك في مصداقية شهادة الضحايا.

ويسبب إساءة المعاملة إعاقة نفسية واجتماعية، ويعيق تعافي المصابين وغالبًا ما يؤدي إلى تفاقم حالتهم الصحية النفسية. لذا ينبغي أن يتصدّى أي تحوّل نحو الرعاية الصحية النفسية المجتمعية لانتهاكات حقوق الإنسان.

تعزيز الحقوق في مجال رعاية الصّحة النفسية

يتطلّب منع إساءة المعاملة والاعتداء في خدمات الصّحة النفسية مزيجًا من الاستراتيجيات المصممة لتغيير السلوكيات وتعزيز الحقوق

الدليل

الإطار ٤-٣

الأطفال في المؤسسات

يعيش ما يقدر بنحو ٥,٤ مليون طفل في بيئات رعاية مؤسسية في جميع أنحاء العالم، ويعاني الكثير منهم من اعتلالات الصحة النفسية.

وكثير من مؤسسات الأطفال غير مسجّلة، مما يجعل الرصد شبه مستحيل. وهذه المؤسسات بيئات مهملة يتعرّض فيها الأطفال إلى إساءة المعاملة بدلًا عن الرعاية. وغالبًا ما يعيش الأطفال بعيدًا عن منازلهم ويقضون أيامهم في غرف مكتظة، ونادرًا ما يتفاعلون مع الموظفين أو أفراد الأسرة أو الأطفال الآخرين. والكثير من المباني سيئة الصيانة ومرافق الاغتسال غير صحية، وظروف النوم سيئة. وغالبًا ما لا يجد الأطفال الملابس الكافية، ويعانون من سوء التغذية، ولا يحصلون على العلاج المناسب ويتعرّضون للقيود البدنية. هذا إلى جانب انتشار العنف في العديد من المؤسسات.

وفي أغلب الأحيان يضر الإيداع في المؤسسات بصّحة الأطفال النفسية والبدنية. ومن المرجّح أن يعاني الأطفال في المؤسسات من اعتلالات الصحة النفسية أكثر من الأطفال الذين نشأوا في المجتمع، بما في ذلك ارتفاع معدّلات السلوك العدواني والاكتئاب والقلق والتبوّل في الأسرّة واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط واضطراب التحدّي للاعتراض. ويواجهون في الغالب مشاكل بسبب السلوك المعادي للمجتمع وتعوزهم الكفاءة الاجتماعية واللعب. كما يجدون صعوبات في الارتباط بالآخرين.

ولأنّ الأطفال المودعين في المؤسسات يفتقرون إلى الفحوصات والتحصينات العامة تشيع بينهم أمراض الطفولة أكثر من عامة السكان، ويسجّلون معدّلات وفيات أعلى بكثير.

إن إحداث التحوّل في الصّحة النفسية الذي يحول رعاية الأطفال ذوي الإعاقات النفسية والاجتماعية من المؤسسات إلى الخدمات والدعم المجتمعي لن يضمن فقط احترام حقوق الإنسان بما يتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والأطر الدولية الأخرى ولكن سيؤدي أيضًا إلى نتائج صحية ونمائية أفضل للأطفال في مجال الرعاية.

المصادر: Desmond et al، 2020 (*194*)؛ WHO، 2015 (*195*)؛ UNICEF، 2021 (*4*).

وإعادة تشكيل بيئات الرعاية (٢٣). وتكتسي مناهضة الوصم أهمية خاصّة، لذا ينبغي توافر الأدوات والأساليب الأخرى للقضاء على إساءة المعاملة وصون حقوق الإنسان. وتشمل هذه التدابير ما يلي:

- القوانين والسياسات القائمة على الحقوق؛
- تطوير وتوسيع نطاق الخدمات القائمة على الحقوق والمجتمعات المحلية المتمحورة حول الناس وتُوجّه صوب تحقيق التعافي؛
- رصد وتقييم خدمات الصّحة النفسية؛
- المشاركة النشطة للأشخاص ذوي التجربة الحية في اعتلالات الصحة النفسية في عمليات اتخاذ القرار وآليات الرصد وتصميم الخدمات وتقديمها؛
- تقديم التدريب المناسب للمهنيين العاملين في مجال الصّحة النفسية للتصدي للوصم والتمييز وبناء القدرات في مجال حقوق الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية؛
- الإبلاغ عن السياسات القائمة على الحقوق إلى الاتفاقيات العالمية (انظر الإطار ٤-٤ مبادرة حقوق الجودة/ منظمة الصحة العالمية).

وفي جميع الأحوال، من المهم توفير آليات التعويض لتسجيل انتهاكات حقوق الإنسان ومنعها ومناهضتها. وفي بعض البلدان، يتيح مكتب أمين المظالم - وهو موظف عمومي - أو

أداة

الإطار ٤-٤

مبادرة منظمة الصحة العالمية لحقوق الجودة QualityRights

هي مبادرة عالمية مصممة لتحسين جودة الرعاية في مجال الصّحة النفسية والخدمات ذات الصلة وتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات النفسية والاجتماعية والفكرية والمعرفية. وتعمل المبادرة على المستوى الميداني لتغيير المواقف والممارسات بشكل مباشر، وكذلك من خلال السياسات الرامية إلى إحداث تغيير مستدام.

وتشمل المبادرة مجالات العمل التالية:

- بناء القدرات لمحاربة الوصم والتمييز وتعزيز حقوق الإنسان وتحقيق التعافي؛
- إنشاء خدمات مجتمعية تتمركز حول احتياجات الناس وترمي إلى تحقيق التعافي وتحترم حقوق الإنسان وتعزّزها؛
- تحسين نوعية الرعاية وظروف حقوق الإنسان في مجال الصّحة النفسية والخدمات ذات الصلة؛
- دعم حركات المجتمع المدني والأشخاص ذوي التجربة الحية للاضطلاع بأنشطة المناصرة والتأثير في صنع السياسات؛
- إصلاح القوانين والسياسات بما يتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرها من المعايير الدولية.

وفي جميع مجالات العمل، تسعى مبادرة جودة الحقوق إلى تطوير ونشر مجموعة متنوعة من المواد التدريبية ومجموعات الأدوات والدعم التقني والتوجيه العملي لدعم نهج حقوق الإنسان وتحقيق التعافي في مجال الصّحة النفسية. وكان الهدف من تصميم هذه الموارد مجتمعة المساعدة في تعزيز الصّحة النفسية والقضاء على الوصم وتعزيز الإدماج. وتهدف إلى بناء المعرفة والمهارات بين ممارسي الصّحة النفسية ومستخدمي الخدمة وغيرهم، على سبيل المثال بشأن كيفية إنهاء الممارسات القسرية مثل العزلة والتقييد وكيفية احترام إرادة الناس وتفضيلاتهم. ووضعت توجيهات بشأن دعم الأقران والمناصرة للصحة النفسية، فضلا عن مجموعة أدوات تحويلية لإعادة تشكيل الخدمات من أجل تعزيز حقوق الإنسان على نحو أفضل.

وتتيح المبادرة أيضًا تدريبًا إلكترونيًا على جودة الحقوق في مجال الصّحة النفسية وتحقيق التعافي والإدماج المجتمعي للعاملين الصحيين وواضعي السياسات ومقدمي الرعاية وأفراد المجتمع والأشخاص ذوي التجربة الحية. ويشمل التدريب الإلكتروني كيفية دعم الصّحة النفسية للشخص وصحة الآخرين، وكيفية تعزيز حقوق الإنسان للمساعدة في معالجة الوصم والتمييز والاعتداءات والإكراه التي يعاني منها الأشخاص المصابين باعتلالات الصحة النفسية. وأطلق التدريب الإلكتروني لمبادرة جودة الحقوق على مستوى العالم، مما جعله متاحًا لجميع الناس في جميع البلدان. وفي غانا، حيث كان مستمرًا منذ مارس ٢٠١٩، أكمل أكثر من ٢١ ٠٠٠ شخص بنجاح تدريب على المبادرة عبر الإنترنت بحلول أيار/مايو ٢٠٢٢.

وأظهر تقييم عام ٢٠١٩ تحوّلات مهمة وإيجابية في مواقف المشاركين الذين أكملوا التدريب الإلكتروني لمبادرة جودة الحقوق تجاه حقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في الأهلية القانونية، والموافقة المسبقة وإنهاء الممارسات القسرية، والإدماج في المجتمع.

المصادر: WHO، 2022 (*196*)؛ WHO، 2019 (*197*)؛ WHO، 2019 (*184*)؛ Funk et al، 2021 (*198*).

للحصول على التدريب الإلكتروني لحقوق الجودة لمنظمة الصحة العالمية انظر الرابط: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qr-e-training.

هيكل مماثل أو كيان تعيّنه الحكومة الوطنية أو البرلمان الوطني ولكن من غير أن يعتمد عليهما، مصدرًا هامًا للمعلومات والوساطة والتعويض.

٤-٢-٣ الاستقلالية في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة

إنّ قدرة المرء على اتخاذ قرارات بشأن حياته بما في ذلك الحق في اختيار الرعاية الصحية النفسية الخاصة به هو مفتاح استقلالية الشخص وشخصيته.

وتلزم اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة البلدان بالاعتراف بأنّ الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية يتمتعون بالأهلية القانونية على قدم المساواة مع أي شخص آخر. ومع ذلك، يمارس الإيداع القسري في المستشفى، وإجبار الشخص الذي يعاني من اعتلال الصحة النفسية على تلقّي رعاية ضد رغباته بشكل روتيني وعلى نطاق واسع في جميع أنحاء العالم، كما تمنح القوانين والممارسات أوصياء الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية سلطات بديلة واسعة لاتخاذ القرار. واليوم، في جميع البلدان، يمكن للقرارات التي يتخذها الأطباء السريريون أو غيرهم من المسؤولين أن تحل قانونيًا محل تفضيل الأفراد الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، مما قد يؤدي إلى احتجازهم رغمًا عنهم وإجبارهم على تلقي العلاج.

ولا يزال استخدام الإيداع القسري في المستشفيات والعلاج موضوع قلق ونقاش وسط مستخدمي الخدمات والمهنيين وفيما بينهم (١٩٩، ٢٠٠، ٢٠١، ٢٠٢). تهدف القوانين المتعلّقة بنهج اتخاذ القرار البديل والرعاية القسرية عادة إلى حماية مصالح ورفاه الأشخاص المصابين والأشخاص في مجتمعاتهم المحلية، بيد أنّها تقيّد قدرتهم على اختيار مكان عيشهم أو كيفية إدارة شؤونهم المالية أو الرعاية الطبية التي يرتضونها. ويترتّب على نهج اتخاذ القرار البديل، أن يفقد الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية حقوقهم في الموافقة المسبقة والسّرّية والخصوصية والتواصل مع أفراد الأسرة. وفي كثير من الأحيان، ينتهي الأمر بهؤلاء الأشخاص إلى الإيداع في المؤسسات حيث يتعرّضون للعزلة أو التقييد. وربما يؤدي الإيداع القسري إلى تجارب مروّعة (اقرأ تجربة ساندرا). ومن ناحية أخرى، يمكن أن يدفع الخوف من القهر الناس إلى الإحجام عن طلب المساعدة عندما يعانون من مشاكل الصّحة النفسية.

تغيير النموذج: المساندة في اتخاذ القرار

تشير البيّنات والخبرات إلى وجود العديد من الاستراتيجيات المتاحة للحد من الإيداع القسري والعلاج في مراكز رعاية الصّحة النفسية. ويعدّ تدريب الموظفين والرعاية المتكاملة تدخّلان فعّالان (٢٠٣، ٢٠٤). كذلك يستخدم نهج المساندة في اتخاذ القرار كبديل لنهج اتخاذ القرار البديل أو الوصاية أو غيرها من العمليات التي تستبعد مشاركة الشخص المصاب أو تتعارض مع إرادته (٢٠٥).

ويهدف نهج المساندة في اتخاذ القرار إلى دعم الأشخاص لممارسة خياراتهم الخاصة بشأن حياتهم، بما في ذلك رعاية صحتهم النفسية.

وفي عملية نهج المساندة في اتخاذ القرار، يختار الشخص الذي يعاني من اعتلال الصحة النفسية شخصًا أو شبكة من الأشخاص الذين يثق بهم للعمل على مساندته. وهنا يكون الشخص الذي يعاني من اعتلال الصحة النفسية هو دائمًا متخذ القرار، أمّا الشخص المساندة فيكون موجودًا لمناقشة القضايا أو الخيارات أو الاختيارات عند الضرورة ولإيصال إرادة الشخص المصاب وتفضيلاته إذا لم يتمكن من القيام بذلك بنفسه.

يهدف نهج المساندة في اتخاذ القرار إلى دعم الأشخاص في ممارسة خياراتهم التي تخص حياتهم.

ومن الناحية العملية، يمكن أن تتخذ عملية المساندة في اتخاذ القرار أشكالا عديدة وتشمل منظمات وشبكات الدعم، والخطط والأحكام المتقدّمة، والمناصرين المستقلين، ودعم الأقران، والمساعدة الشخصية. ويمكن تنفيذ ذلك بموجب مستند قانوني، على سبيل المثال توجيه مسبق يحدد الإجراءات التي يجب اتخاذها لصالح شخص ما إذا لم يعد قادرًا على اتخاذ قرارات لنفسه بسبب المرض أو العجز، أو بطريقة أقل رسمية، على سبيل المثال إشراك أشخاص مساندين يكونون محل ثقة الشخص المعني.

قصة

دخلت المستشفى اثنتي عشرة مرة، واحدة فقط كانت باختياري

تجربة ساندرا

حاصرني رجال الشرطة ورجال الإسعاف. فوجدت نفسي مكمّمة ومقيّدة اليدين مثل مجرم. وفقدت الوعي بسبب أنواع متعددة من الأدوية أجبرت على تناولها. استيقظت وأنا لا أدري أين أنا، ارتدي ملابسًا وكأني في السجن. ما جريمتي؟ في أسوأ الأحوال، كانت جريمتي صوتي العالي وعدوانيتي وهيجاني. وما كان الحكم الذي صدر ضدي مدى الحياة؟ الاضطراب ثنائي القطب كانت هذه هي المرة الأولى من بين إحدى عشرة مرة كنت أودع قسرًا في المستشفى. لقد جُردت حرفيًا من أي مظهر من مظاهر حقوق الإنسان أو الكرامة. وكان الأمر مرعبًا.

أجري تشخيصي وأعطيت بعض الأدوية ثم أرسلت إلى المنزل، مرتبكة ومكتئبة بالفعل. كنت خاوية وبلا عاطفة وعانيت أيضًا من الآثار الجانبية للدواء، فقد أصبت بحالة حادّة من الشلل الرعاش والاضطراب الحركي (أكاثيسيا) والرعشة.

وبعد مرور عام، تدهورت حالتي تدهورًا مريعًا! وأصبت بالهوس، وفقدت السيطرة على نفسي. وكانت عائلتي أسيرة للقلق. ثم كان الإيداع القسري الثاني. هذه المرة على الأقل عاملني الموظفون بعناية ورحمة، ولم أتعرّض لقيود. وجعلني اللطف البشري والتعاطف أقطع شوطًا طويلًا في العلاج. ثمّ أعطيت أدوية جديدة وخرجت من المستشفى.

بعد ذلك بعامين، بت أنكر أنّ صحتي النفسية معتلّة وامتنعت عن تناول دوائي. فانتكست. وبعدها أرغمت على دخول المستشفى للمرة الثالثة.

وعدت مرة أخرى أسيرة للقيود. وقيل لي إنّ هذه نهاية المطاف، وإذا لم امتثل للعلاج، فسأذهب إلى مكان لا يُسمح فيه لعائلتي برؤيتي، أي أسوأ من السجن. وفي نهاية الأمر خرجت من المستشفى.

وبعد أربع سنوات، بدأ زواجي ينهار وأنا أيضًا. وتبع ذلك الإيداع القسري للمرة الرابعة. قيود وحقن عن طريق الوريد بما يشبه الماء المغلي في عروقي. ثم يظهر أثر جانبي جديد وأصاب بأعراض تشبه السكتة الدماغية في كل مرة أحقن فيها بدواء مخدر.

وعلى مدى السنوات الأربع التالية، أدخلت المستشفى قسرًا سبع مرات، بما في ذلك ثلاث مرات في مدى أسبوعين. وفي كل مرة أدوية جديدة وأثر جانبي جديد، وكان أن أصبت بشلل النوم.

وكان دخولي المستشفى الثاني عشر والأخير مختلفًا. فقد دخلت طواعية بمحض إرادتي. سلّمت بأنني بحاجة إلى المساعدة. بل وأكثر من المساعدة، أردت الدعم. كانت طبيبتي النفسية صارمةً ولكنها أيضًا صبورة ومتعاطفة. فقد آمنت بضرورة أن أظل على قيد الحياة، وشعرتُ أنّها صادقة وحريصة على مصلحتي. وأخيرًا أصبحت الأدوية مجدية.

لقد سقطت مرارًا وتكرارًا وأنا أحاول النهوض. ولن أتوقّف عن المحاولة والتعلّم، وسأنجح دائمًا ما دمت أبذل الجهد.

ساندرا فيريرا، جنوب أفريقيا

ومن مناحٍ كثيرة فإن عملية المساندة في اتخاذ القرار:

- تحترم حقوق الفرد ورغباته؛
- لا تنهض بمصالح الآخرين؛
- لا تحاول التأثير على الشخص لاتخاذ قرارات لا يريد اتخاذها؛
- تقدم مستوى الدعم الذي يطلبه الشخص المعني؛
- تُستخدم لفترة قصيرة أو طويلة بقدر ما يطلبه الشخص.

وتنتشر حزم اتخاذ القرار المدعوم في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك في الأمريكتين وأوروبا وجنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ.

وفي السنوات الخمس الماضية، أصدرت كل من بيرو والفلبين وكولومبيا والهند تشريعات لإزالة الحواجز أمام الأهلية القانونية والاعتراف بدور نهج المساندة في اتخاذ القرار في سياق خدمات الصّحة النفسية (٢٣).

وفي أمريكا الجنوبية، حيث يحرز عدد من البلدان تقدّمًا في نهج المساندة في اتخاذ القرارات، كثيرًا ما تعتمد البرامج على آليات دعم غير رسمية توفّرها منظمات المجتمع المدني، بما في ذلك منظمات الأشخاص ذوي التجربة الحية (انظر الإطار ٤-٥ المساندة في اتخاذ القرار في أمريكا الجنوبية). في حين أنّه لا يزال هناك الكثير مما يجب تعلمه في كيفية تنفيذ نهج المساندة في اتخاذ القرار في مختلف حالات العلاج والموارد، فمن الواضح أنّ الاستثمار وإحداث التحوّل في الصّحة النفسية يجب أن يشملا تعزيز نهج المساندة في اتخاذ القرار.

دراسة حالة

الإطار ٤-٥

المساندة في اتخاذ القرار في أمريكا الجنوبية

الأرجنتين: الاعتماد على التجربة اليومية في تقديم الدعم

في عامي ٢٠١٧-٢٠١٨، استخدم المشروع التجريبي المسمى الأشخاص ذوو الإعاقة في الأرجنتين: ممارسة السلطة القانونية واتخاذ القرار، التجربة اليومية التي يعيشها المشاركون فيما يتصل بالإعاقات النفسية والاجتماعية والفكرية لتحدّيد وتحليل نظم المساندة في اتخاذ القرار. واستخدم المشاركون التخطيط الذي يتمركز حول احتياجات الشخص لتحدّيد الأفراد والشبكات الداعمة (بالإضافة إلى القيود التي يتعرّضون لها) في حياتهم اليومية.

وشدّد تقييم المشروع على الحاجة إلى مجموعة أدوات مرنة وديناميكية للدعم، وحدّد دور الهياكل التنظيمية في تصميم نهج المساندة في اتخاذ القرار.

كولومبيا: التخطيط للحياة

قام المشروع التجريبي المسمى المساندة في اتخاذ القرار والحياة المجتمعية في كولومبيا في ٢٠١٥-٢٠١٦ ببناء نظام دعم شخصي لبناء القدرة على اتخاذ القرار وتحسين العلاقات والعيش المستقل. واستخدم المشاركون أدوات التخطيط للحياة لوضع خريطة للشبكات التي يمكنهم الاعتماد عليها للحصول على الدعم، وإنشاء كتيب شخصي يصف أهدافهم وأحلامهم وتفضيلاتهم الأساسية.

وكشفت المقابلات النوعية مع المشاركين وملاحظاتهم عن تمكين بعض الأفراد من إسماع أصواتهم، وأنّ الأسر قد عمدت إلى تعديل نهجها في تقديم الدعم.

بيرو: إشراك الأفراد والجماعات والمجتمعات المحلية بأكملها

في الفترة من ٢٠١٦ إلى ٢٠١٨، استخدم المشروع التجريبي المسمى شبكات اتخاذ القرار والحياة المجتمعية التخطيط والمشورة الفردية بالإضافة إلى ورش عمل جماعية ودعم الأقران والاجتماعات الأسرية ورسم الخرائط والتوعية على نطاق أوسع لأصحاب المصلحة لتعزيز شبكات تقديم المساندة في اتخاذ القرار.

أفاد المشاركون بأنّهم شعروا بأنهم متمكنين بعد اتساع معرفتهم.

المصدر: *(206)* Vásquez et al, 2021.

إشراك الناس ذوي التجربة الحيّة وتمكينهم

يعدّ تقييم رؤية الأشخاص الذين عاشوا تجربة حية مع اعتلالات الصحة النفسية، وسماع صوتهم وتعزيز قدرتهم على الاختيار والتأثير في جوانب متعددة من نظام رعاية الصّحة النفسية خطوة حيوية نحو إحداث تحوّل في الصّحة النفسية في جميع أنحاء العالم.

وربما يكون للأشخاص ذوي التجربة الحيّة الذين عاشوا تجربة انتهاكات حقوق الإنسان من جانب مقدمي خدمات الصّحة النفسية رؤية فيما يتصل بقصور الخدمات الصّحة النفسية المقدّمة للناس. وعلى هذا النحو يمكن أن يكونوا مدافعين أقوياء عن الرعاية الصحية النفسية التي تتمركز حول احتياجات الناس والموجّهة نحو التعافي والقائمة على حقوق الإنسان والسياسات والتشريعات التي تحمي حقوقهم.

ويتيح التمكين للأشخاص ذوي الخبرة الحياتية فهمًا وتحكمًا أفضل في حياتهم (٢٠٧). وهو يتطلّب من الحكومات وأرباب العمل والمؤسسات التعليمية والمنظمات غير الحكومية وأفراد الجمهور إزالة الحواجز التي قد تعوق المشاركة الكاملة والفعّالة في المجتمع للأشخاص الذين لديهم خبرة حية نابعة عن إصابتهم باعتلالات الصحة النفسية.

وفي العقود الأخيرة، حدث تحوّل تدريجي في وسط مستخدمي الخدمة ومقدمي الرعاية وباتوا يقدّمون مشاركة أكبر على مستويات مختلفة داخل نظام الصّحة النفسية.

- **المستوى الشخصي:** إشراك الشخص في التخطيط بشأن الرعاية الصحية المقدّمة له وتقييمها وإدارتها، وذلك باستخدام وسائل منها على سبيل المثال اتخاذ القرار المشترك والتخطيط المتقدّم والإدارة الذاتية المدعومة ونُهُج التعافي التي تتمركز حول احتياجات الشخص في مركز الرعاية.
- **المستوى المجتمعي:** المشاركة في تخطيط الخدمات المحلية وتقديمها ورصدها وتقييمها، والمناصرة، وحملات التوعية العامة (خاصة للحد من الوصم)، وتدريب موظفي الصّحة النفسية وغيرهم.
- **المستوى الاستراتيجي:** المشاركة في صياغة السياسات والخطط والقوانين المتعلّقة بالصّحة النفسية، ورصد الخدمات والبحوث.

تعد النُهج التشاركية أساسية لتنفيذ التغطية الصحية الشاملة (٢٠٨). ومع ذلك، لا يزال تطبيقها نادرًا في الرعاية الصحية النفسية في العديد من البلدان. ومن الملاحظ تطوّر العمليات التشاركية للأشخاص ذوي التجربة الحيّة تطوّرًا ملحوظًا في البلدان المرتفعة الدخل (٢٠٩). بينما لا يملك سوى ثلث البلدان المتوسطة الدخل و١٦٪ فقط من البلدان ذات الدخل المنخفض آلية رسمية لإشراك جمعيات مستخدمي الخدمة في نظام الصّحة النفسية (٥).

وتتفاوت درجات المشاركة، من تقديم المشورة إلى اتخاذ القرارات المشتركة، ومن المشاركة في تقديم الخدمات إلى الخدمات التي يقدّمها المستخدمون. ومهما كان مستوى المشاركة، من المهم ألا تكون رمزية، وأن تحظى آراء الأشخاص ذوي التجربة الحيّة بالاهتمام والتقدير الكاملين في السياسات والممارسات. ولا شك أنّ هذا يتطلّب وقتًا. وفي جميع الحالات، ينبغي وضع أحكام تكفل تقديم الدعم الكافي للأفراد في جميع مراحل العملية التشاركية.

الشراكات الإيجابية في مجال الرعاية

إنّ تمكين الناس من السيطرة على حياتهم ومن رعاية صحتهم النفسية يغرس الكرامة الشخصية والقيمة والاحترام، ويعمل على زيادة احترام الذات والثقة. كما أنّه يمنح الناس مستوى من الاختيار والاستقلالية التي ربما لن يحصلوا عليها بدون التمكين.

وفي الوقت نفسه، فإنّ المشاركة الهادفة للأشخاص ذوي التجربة الحيّة تجعل مقدمو الخدمات يتفهّمون معنى أن يصاب الانسان باعتلال الصحة النفسية، ويمكن أن تساعد في التصديّ للافتراضات وزيادة مستوى الثقة بينهم وبين مستخدمي الخدمة.

ومن المرجّح أن يترتّب على ذلك إقامة علاقات علاجية أفضل وشراكات رعاية أكثر مساواة وتعاونية وفعالية. وبوسع الأفراد ومقدمي الرعاية الصحية العمل معًا لتحدّيد خيارات الرعاية واتخاذ الخيارات الأكثر ملاءمة ومقبولة للفرد (انظر القسم ٧-١-١ وضع الناس في صدارة الاهتمام).
وكل هذا يساهم بشكل إيجابي في تحقيق تعافي الشخص وتحسين نوعية حياته (اقرأ تجربة ألكسندرا).

قصة

كانت الاستقلالية هي السبب الرئيسي في شفائي

تجربة الكسندرا

كان الحصول على الاستقلالية في رعاية صحتي النفسية أكبر مساهم في شفائي. فعندما كنت في السابعة من عمري شخّصت حالتي بأني مصابة بمرض نفسي. وطوال سني طفولتي ومراهقتي، لم يكن لدي رأي في شفائي، وكانت أفكاري الخاصة بشأن ما سيفيدني تواجه بالرفض. وأدى هذا الافتقار إلى الاستقلالية إلى نقصان تقديري لذاتي الذي كان أصلًا منخفضًا وفاقم من مرضي النفسي.

وأذكر أنني دخلت مكتب المعالج الحالي في سن التاسعة عشرة. كنت متقوقعة على ذاتي. فقد تحطمت ثقتي من فرط إجباري لسنوات على مسارات رعاية محدّدة، وتلك الحماية الشديدة التي أحاطني بها الكبار الذين كانوا يتولون رعايتي. ولم أكن أؤمن بقدرتي على اتخاذ القرارات الأساسية، ناهيك عن مساعدة نفسي. ولكن هذه الاختصاصية المُعالِجة كانت مختلفة: لقد عاملتني كإنسان وليس كمريض النفسي. وسألتني عن اهتماماتي، وأرادت معرفة أسلوب عملي، وكانت حريصة على أن نعمل معًا لشق الطريق نحو الصّحة النفسية.

وكانت البداية قليلًا قليلا ولكن بفضل توجيهاتها، اكتسبت الثقة تدريجيًا لاتخاذ قرارات معقّدة بشأن صحتي ورفاهيتي. إنّ استعدادها للتعاون معي، ووضع خطط رعاية تناسبني كفرد، مع منحي مساحة لاتخاذ قرارات مستقلة، ساعدني على بناء الثقة ليس فقط نفسيًا، ولكن في جميع مجالات حياتي الأخرى. وإلى يومنا هذا، أرى أن الفضل في تعافي يعود إلى طبيعتها المتعاونة.

ألكسندرا ام شوستر، المملكة المتحدة

التواصل الاجتماعي من أجل رعاية أفضل

تعرّف استراتيجيات التواصل الاجتماعي التي تشرك الأشخاص ذوي التجربة الحيّة بأنّها طريقة أُثبتت بالبيّنات قدرتها على الحد من الوصم في المجتمع (انظر القسم ٤-٢-١ جهود محاربة الوصم والتمييز: إيقاف الوصم). وهي مهمة أيضًا في الحد من الوصم بين مقدمي الخدمات. ومن المحتمل أن يساهم انتشار الوصم بين مقدمي الرعاية الأولية في انخفاض معدّلات اكتشاف اعتلالات الصحة النفسية في الرعاية الأولية.

وتشير دراسة تجريبية أجريت في نيبال إلى أن إشراك الأشخاص ذوي التجربة الحيّة كمعاونين مشاركين في برامج تدريب العاملين في مجال الرعاية الأولية على برنامج سد الفجوة في الصحة النفسية التابع لمنظمة الصحة العالمية قد يكون فعالًا في الحد من الوصم (٢١٠). ومن المثير للاهتمام ما كشفته الدراسة أيضًا أنّ العاملين في مجال الرعاية الأولية الذين تلقّوا تدريبًا مشتركًا على يد الأشخاص ذوي التجربة الحيّة يكونون أكثر قدرة على تشخيص اعتلالات الصحة النفسية تشخيصًا دقيقًا.

شبكات من أجل تمكين المشاركة

تؤدّي الشبكات والمنظمات التي يديرها الأقران دورًا رئيسيًا في تمكين الأشخاص ذوي التجربة الحيّة من التعامل مع رعايتهم. ويمكن أن تكون الشبكات مصدرًا حيويًا للدعم المتبادل لمستخدمي خدمات الصّحة النفسية. وغالبًا ما توفّر التشجيع والموارد والبنية التحتية الرسمية للمناصرة المنهجية والمناصرة الذاتية اللازمة لتسهيل التغيير.

ومن خلال المنظمات التي يقودها الأقران، ساعد الأشخاص ذوو التجربة الحيّة على تثقيف المجتمعات المحلية، وإعلام واضعي السياسات والتأثير عليهم، وشجب الوصم والتمييز، والمثابرة من أجل تحسين الخدمات والحقوق القانونية (٢١١).

وإبّان جائحة كوفيد - ١٩، كانت المنظمات التي يقودها الأقران ذات قيمة خاصة في إسماع صوت الأشخاص ذوي التجربة الحيّة. فعلى سبيل المثال، أجرت الشبكة العالمية للأقران في مجال الصّحة النفسية وشركاؤها GMHPN دراسة استقصائية عن الأشخاص ذوي التجربة الحيّة المتعلّقة بالعواقب النفسية والاجتماعية للجائحة ودعوا إلى تحقيق قدر أكبر من المساواة والإنصاف في التصدي للجائحة (٢١٢). وعلى الصعيد الوطني، تدخّلت منظمات مستخدمي الرعاية لتقديم خدمات دعم إضافية: فعلى سبيل المثال، تقدّم منظمة الإعاقة النفسية في كينيا الدعم النفسي الاجتماعي لموظفي السجون (٧).

وتدعو خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠ إلى اتخاذ إجراءات تساعد منظمات الأشخاص المصابين باعتلالات نفسية على المشاركة في إعادة تنظيم الخدمات وتقديمها وتقييمها ورصدها. ومن الناحية العملية، يمكن أن يشمل دعم هذه المنظمات، على سبيل المثال، بذل جهود لتحقيق ما يلي:

- تشجيع إنشائها،
- بناء قدراتها على المناصرة الفعّالة لحقوق الإنسان،
- وضع آليات لضمان مشاركتها الكاملة في صنع السياسات،
- إشراكها في رصد وتقييم خدمات الصّحة النفسية،
- إدراجها في جهود بناء قدرات أصحاب المصلحة.

للحصول على مزيد من المعلومات عن دعم مشاركة الأشخاص ذوي التجربة الحيّة في توجيه الخدمات وتقديمها، انظر الرابط: www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools.

٤-٣ تمكين التنمية الاجتماعية والاقتصادية

إنّ الصّحة النفسية مسألة جوهرية في السياسة الاجتماعية والتنمية الاقتصادية وإن كانت مهملة في كثير من الأحيان. فضعف الصّحة النفسية يكبح التنمية بما ينتج عنه من تقليل الإنتاجية وتوتير العلاقات الاجتماعية وتفاقم دورات الفقر والحرمان. وخلافًا لذلك، عندما يتمتع الناس بصحة بدنية ونفسية، ويقيمون أو يعملون في بيئات صحية نفسيًا، يمكنهم الدراسة أو العمل بشكل منتج والمساهمة في مجتمعاتهم بما يعود بالصالح على الجميع.

وتظهر البيّنات المتزايدة أنّ تحويل أجندة الصّحة النفسية لا يتطلّب فقط تعزيز الوصول إلى الخدمات والرعاية عالية الجودة فحسب بل يتطلّب مزيدًا من الاهتمام والاستثمار في معالجة الحقائق الاجتماعية والاقتصادية الجوهرية في الحياة التي تشكّل صحة الناس النفسية. وتلتزم البلدان بالفعل بمعالجة هذه الحقائق من خلال أهداف التنمية المستدامة لخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠. والروابط بين الصّحة النفسية وأهداف التنمية المستدامة معقّدة، وفي كثير من الحالات، ذات اتجاهين (انظر الجدول ٤-٣). ومن شأن التقدّم نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة أن يعمل على تعزيز وحماية الصّحة النفسية (١٥). وفي الوقت نفسه، تعتبر النتائج الصحية المحسّنة، بما في ذلك نتائج الصّحة النفسية، مهمة لتحقيق الغايات التي تطمح لها أهداف التنمية المستدامة.

الجدول ٤-٣

ترتبط الصّحة النفسية بكل هدف من أهداف التنمية المستدامة

	أهداف التنمية المستدامة	الارتباط بالصحة النفسية
١	لا للفقر	• ترتبط اعتلالات الصحة النفسية ارتباطًا وثيقًا بالفقر محدثةً حلقة مفرغة من الحرمان.
٢	القضاء على الجوع	• تضعف قلة التغذية النمو المعرفي والعاطفي لدى الأطفال. • يزيد انعدام الأمن الغذائي من خطر الإصابة باعتلالات الصحة النفسية لدى البالغين.
٣	الصحة الجيدة والرفاه	• الصحة النفسية جزءٌ لا يتجزأ من الصحة العامة والرفاه.
٤	التعليم الجيد	• الصحة النفسية مهمة للتعلّم، وبيئات التعلّم هي المحددات الرئيسية للصحة النفسية. • يواجه الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية عوائق في الوصول إلى التعليم.
٥	المساواة بين الجنسين	• يعد عدم المساواة والعنف القائم على نوع الجنس من العوامل التي قد تؤدي إلى اعتلالات الصحة النفسية.
٦	المياه النظيفة وخدمات الصرف الصحي	• يخلق الحرمان الاجتماعي والاقتصادي وضعف الوصول إلى المرافق ضغوطًا متعددة على الحياة ويرتبط بمجموعة من اعتلالات الصحة النفسية.
٧	الطاقة النظيفة والمتاحة	
٨	العمل اللائق والنمو الاقتصادي	• تعد الممارسات في العمل وبيئاته محددات للصحة النفسية. • يواجه الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية عوائق في الحصول على عمل لائق.
٩	الصناعة والابتكار والبنية التحتية	• يعد التوظيف والنمو الاقتصادي عاملًا مهمًا في الوقاية من اعتلالات الصحة النفسية.
١٠	الحد من أوجه عدم المساواة	• ينتشر التمييز والمعاملة غير العادلة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية ويسبب ضغوطًا نفسية.
١١	المدن والمجتمعات المحلية المستدامة	• يمكن أن يفيد التوسع العمراني المخطط جيدًا الصحة النفسية من خلال تحسين الوصول إلى العمل والتعليم والسكن وكذلك البيئات الآمنة والمساحات الخضراء. • التعرّض للعنف على مستوى المجتمع هو من العوامل التي قد تؤدي إلى اعتلالات الصحة النفسية.
١٢	الاستهلاك والإنتاج المسؤولان	• يرتبط الحرمان الاجتماعي والاقتصادي وضعف الوصول إلى الموارد بمجموعة من اعتلالات الصحة النفسية.
١٣	العمل في مجال المناخ	• يتسبّب تغيّر المناخ والأحداث البيئية في معاناة الإنسان ويمكن أن يقوّض الصحة النفسية.
١٤	الحياة تحت الماء	• يؤثّر توافر الموارد الطبيعية في البر والبحر على صحة الناس، بما في ذلك صحتهم النفسية.
١٥	الحياة على الأرض	
١٦	السلام والعدالة والمؤسسات القوية	• يشكّل الصراع والعنف تهديدًا كبيرًا للصحة النفسية، بينما قد تساهم الصحة النفسية في تقليل العنف.
١٧	الشراكات من أجل تحقيق الأهداف	• تشكّل الصحة النفسية مصدر قلق عالمي. • يمكن تطبيق الدروس المستفادة من شراكات الصحة النفسية على خطة التنمية المستدامة.

المصدر: Lund et al, 2018 (52).

ويتيح اتباع نهج كلي لتعزيز الصّحة النفسية وحمايتها ورعايتها وتعافيها مزيدًا من تكافؤ الفرص (فيما يتعلّق بالتعليم والدخل والإدماج في

المجتمع) فضلًا عن الحصول على الخدمات لا سيما بالنسبة لأولئك المعرّضين أو الذين يعيشون في أوضاع محفوفة بالمخاطر أو الضعفاء.

باختصار، تمتد فوائد تحسين الصّحة النفسية إلى ما هو أبعد من الرفاه النفسي، بل تشمل العدالة الاجتماعية والإدماج في المجتمع إلى النمو الاقتصادي والازدهار.

٤-٣-١ المساواة الاجتماعية والإدماج

كما رأينا في الفصل ٢ المتعلّق بمبادئ الصحة النفسية العامة والعوامل المؤثرة فيها، تتحكّم البيئة التي ننشأ فيها في تشكيل وإعادة تشكيل صحتنا النفسية. والشخص الذي تتسم حياته بتضاؤل الفرص والاستبعاد الاجتماعي وانعدام الأمن الاقتصادي سيكون مسار صحته النفسية مختلفًا عن مسار الشخص الذي نشأ ويتمتّع بمنزل مستقر وداعم وعمل وبيئة اجتماعية. وتكشف التحليلات التي أجريت في أوروبا أنّه، في المتوسط، من المرجّح أن يبلّغ الرجال والنساء ذوو الدخل المنخفض عن سوء الصحة النفسية بمقدار الضعف مقارنة بأولئك الذين يملكون دخلًا أعلى (٢١٣).

وبناءً على ذلك، فإنّ أحد المتطلبات الرئيسية لنجاح إحداث التحوّل في الصّحة النفسية على مستوى السكان هو تقليل أو إزالة التفاوتات أو التفاوتات المحلية والوطنية من حيث صلتها بالصّحة النفسية. وهذا هدف في حد ذاته علاوة على أنّ العمل الناجح في التصدّي لهذه التفاوتات يمكن أن يساهم في قضية الاستثمار في الصّحة النفسية.

وتحدّد خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣- ٢٠٣٠ خيارات التنفيذ الخاصة بمعالجة أوجه التفاوت، وسلّط الضوء عليها بشكل أكبر في اليوم العالمي للصحة النفسية في عام ٢٠٢١، وكان موضوعه <<الصّحة النفسية في عالم غير متكافئ>> (٢١٤). وتشمل الاستراتيجيات المقترحة إجراءات لمكافحة العنف بين الأشخاص وسياسات الهجرة المعادية والعنصرية، وإجراءات حماية الطفل وظروف العمل اللائق والإدماج في المجتمع.

وتتطلّب معالجة التفاوتات اتخاذ خطوة واسعة بشأن الإجراءات متعدّدة القطاعات لمعالجة المحدّدات الاجتماعية والهيكلية الخاصة بالصحة النفسية لتحقيق العدالة الاجتماعية (انظر القسم ٦-٣-١ إجراء تغييرات هيكلية من أجل الصحة النفسية). وهي تتطلّب إحداث تحوّل في الإقصاء الاجتماعي للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية وهم غالبًا ما يُحرمون من الحقوق الاجتماعية والمدنية الأساسية (انظر القسم ٤-٢-١ جهود محاربة الوصم والتمييز).

وفي هذا الصدد، ينبغي إحداث تحوّل فيما يتصل بالوصول إلى الرعاية لضمان إتاحة خدمات الصّحة النفسية لجميع الناس في المجتمع، وفي جميع مراحل الحياة. وفي كثير من الأحيان، تركّز الخدمات على البالغين وتهمل تقديم الخدمات للأطفال والمراهقين وكبار السن. كما يجب مراعاة الاختلافات بين الجنسين في كل مجال من مجالات التدخّل في الصّحة النفسية، مع إيلاء اهتمام خاص للناجين من العنف القائم على نوع الجنس، والأقليات ذات الهوية الجنسانية، التي غالبًا ما تتعرّض للتمييز في خدمات الصّحة النفسية (اقرأ تجربة كات).

وتشمل الفئات الأخرى ذات الأولوية التي حددتها خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠ المشردين والأشخاص المحتجزين في نظام العدالة الجنائية أو المعتقلين، وكذلك ملتمسي اللجوء واللاجئين والمهاجرين غير الشرعيين، والمجموعات الإثنية المهمّشة، بما في ذلك السكان الأصليون، والأشخاص المصابون بإعاقات بدنية وذهنية، والأشخاص المتضررون من حالات الطوارئ المعقّدة. وربما تسهم التدخّلات والدعم الموجّهان إلى هذه الفئات في الحد من أوجه عدم المساواة القائمة وتعزيز الإدماج في المجتمع، مما يضمن أن تكون التدخّلات الرامية إلى دعم الصّحة النفسية شاملة، ومع ذلك يتم معايرتها بشكل متناسب مع مستوى الحرمان (المستويات العالمية المتناسبة) (٢١٥).

وفي جميع الحالات، يتطلّب الوصول إلى الأشخاص الذين يعيشون في أوضاع هشّة أن تكون خدمات الصّحة النفسية (وغيرها) ميسّرة، وأن تكون منسّقة بشكل وثيق مع الرعاية الاجتماعية ومعروفة على نطاق واسع. وتشير التجربة إلى إمكانية الوصول إلى الفئات المهمشة من العاطلين عن العمل لفترات طويلة، والمشتغلين بالجنس في الشوارع، واللاجئين، والمهاجرين غير النظاميين، والمشرّدين عن طريق وضع برامج للتوعية، وإدماج الصّحة النفسية في الرعاية الصحية العامة، وتنسيق الرعاية الاجتماعية والصحية، ونشر المعلومات لكل من الأفراد والممارسين (٤٧). ويعد التنظيم السليم لخدمات الصّحة النفسية كما هو موضّح في (الفصل ٧ إعادة هيكلة الرعاية وتوسيع نطاقها من أجل إحداث التأثير المطلوب) مفيدًا في الوصول إلى الأشخاص المهمشين.

قصة

إصلاح الرعاية الصحية النفسية لمجتمع المثليين والمثليات ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية

تجربة كات

عندما أتعامل مع نظام الصحة النفسية في بلدي أجدني أخفي جزءًا من حقيقة هويتي الجنسانية. وفي كل مرة أقوم فيها بإخفاء ذلك، أشعر أنّ شفائي قد تقهقر عدة خطوات إلى الوراء. لكنني أفعل ذلك لأنّني عانيت من تعليقات معادية للمثليين وقلة الفهم.

لقد دفعتني تجاربي مع التمييز إلى التحدث بصراحة عن الحاجة إلى إصلاح نظم الصّحة النفسية لدينا فيما يخص مجتمع المثليين والمثليات ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية. ولا بد لنظم الصّحة النفسية لدينا أن تعترف أولًا بالضرر الذي تسببت فيه، حتى يبدأ الإصلاح. فعلى سبيل المثال، تسبب قرار إدراج بعض الجوانب الجنسية في التصنيفات الدولية للأمراض في أضرار لا توصف. وما فتئت العديد من البلدان، بما في ذلك بلدي، تتبنّي هذه التصنيفات. وعلى الرغم من أنّ بعضها حذف من المنشورات المحدّثة، فإنّ آثار السياسات والتشخيصات الدولية القائمة على التمييز لا تزال باقية، ولا سيما في البلدان التي تنعدم فيها أو تقل حقوق المثليين والمثليات ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية.

وعلاوة على الاعتراف بالضرر الذي حدث، نحتاج إلى إجراءٍ عادل يزيل الوصم، على سبيل المثال تحدّيث قانون الصّحة النفسية في ترينيداد وتوباغو لعام ١٩٧٥ ليشمل الحاجة إلى تقديم خدمات عادلة للأشخاص المثليين. وسيساعد تطوير وإنفاذ سياسات عدم التمييز في حثّ القوى العاملة في مجال الصّحة النفسية على التخلي عن التحيّز من أجل إحداث التغيير المطلوب والملح.

وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يساعد الاستثمار في القوى العاملة في مجال الصّحة النفسية بحيث يتم تعليم المزيد من الأشخاص من مجتمع المثليين والمثليات ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية في مجال الصّحة النفسية وتوظيفهم كمتخصصين في الصّحة النفسية في تعزيز نظام صحة نفسية أكثر أمانًا. ومن شأن إعادة تشكيل أنظمتنا لتشمل مقدمي الدعم من الأقران وبخاصة من مجتمع المثليين والمثليات ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية أن يضمن حصول أولئك الذين هم في رحلة التعافي على الدعم من أقرانهم ذوي التجارب مماثلة.

والأهم من ذلك، حان الوقت لإنزال عبارة <<لا شيء يتم من أجلنا من دوننا>> أرض الواقع وإعطاء مجتمع المثليين والمثليات ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية لاسيما أولئك الذين لديهم تجارب حية في اعتلالات الصحة النفسية دورًا مساويًا لدور الآخرين في تشكيل نظام الصّحة النفسية في بلدنا، بدءًا من إعداد السياسات إلى تقديم الخدمات. ويمكن لأولئك الذين لديهم تجارب حية الإشارة إلى ما هو صالح في نظمنا لأننا تعاملنا مع هذه النظم لسنوات. ويمكننا أيضًا توجيه الممارسين نحو الحلول الأفضل. فنحن بحاجة إلى تشجيع التعاون الهادف بين المثليين والمثليات ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية والاختصاصيين التقليديين في الصّحة النفسية.

ويجب إعطاء الأولوية للتجارب الحية، ولا سيما تجارب المثليين والمثليات ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية.

كات ماكنتوش، ترينيداد وتوباغو

٤-٣-٢ الفوائد الاقتصادية

يترتب على ضعف الصّحة النفسية آثار اقتصادية هائلة تفوق بكثير تكاليف العلاج المباشرة (انظر القسم ٣-٢ الآثار الاقتصادية).

وتمكّن الصّحة النفسية الجيدة الناس من إنجاز العمل المنتج وتحقيق إمكاناتهم الكاملة. وعلى نقيض ذلك، تؤدّي الصّحة النفسية السيئة إلى إضعاف قدرة الناس على العمل والدراسة وتعلّم مهارات جديدة، وتعيق قدرة الأطفال على التحصيل العلمي ممّا قد يؤثّر على آفاق التوظيف في المستقبل. وفي الوقت نفسه، قد يجد البالغون الذين يتعايشون مع اعتلالات الصحة النفسية أنّهم غير قادرين على العمل، أو لا يستطيعون العمل كالمعتاد، وغالبًا لفترات طويلة من الوقت. وربما يتأثّر مقدّمو الرعاية بالمثل.

وكشفت دراسة استقصائية عن تكاليف الأسرة الناشئة عن اعتلالات الصحة النفسية في ستة بلدان في أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا أنّ الأسر التي يعاني فيها أحد أفرادها من اعتلال الصحة النفسية أسوأ اقتصاديًا مقارنةً بالأسر العادية. على سبيل المثال، في حين تعيش هذه الأسر في مساكن غير ملائمة ويقل دخلها وكذلك أصولها ترتفع تكلفة نفقاتها على الرعاية الصحية (٢١٦).

ولا تؤثّر خسائر العمل على قدرات الأفراد والأسر المعيشية على كسب لقمة العيش فحسب، بل تساهم أيضًا في زيادة التكلفة المجتمعية بزيادة الاحتياجات الناجمة عن البطالة والرعاية الاجتماعية، وفقدان الإنتاجية، وحوادث العمل، وانخفاض الإيرادات الضريبية.

ويقدر الباحثون أنّ زهاء ١٢ مليار يوم عمل منتج يضيع كل عام بسبب الاكتئاب والقلق، بتكلفة تقارب ١ تريليون دولار أمريكي (٢١٧). وهذا يشمل الأيام الضائعة بسبب التغيّب غير المبرر، والتواجد غير المبرر (عندما يذهب الناس إلى العمل ولكن يضعف أداؤهم) وتبدُل الموظفين.

إن الحدّ من المخاطر الفردية والمجتمعية والهيكلية على الصّحة النفسية مع زيادة الوصول إلى الرعاية الفعّالة في نفس الوقت لا يحسّن الرفاه والأداء الاجتماعي فحسب، بل يعود أيضًا بمجموعة من الفوائد الاقتصادية للأفراد المتضررين وأسرهم المعيشية. ومن شأن هذا الإجراء أن يحسّن المشاركة والإنتاجية في العمل والمدرسة، ويقلّل الوقت الذي يقضى في تقديم الرعاية غير الرسمية، ويقلّل الطلب على خدمات الصحة والرعاية الاجتماعية، ويزيد من إمكانية الادخار أو الاستثمار (انظر الشكل ٤-٢). وأظهر استعراض منهجي حديث أنّ معظم تدخّلات الصّحة النفسية التي خضعت للتقييم أدّت إلى تحسين النتائج الاقتصادية، خاصة فيما يتعلق بالتعليم والتوظيف (٢١٨).

كما ستستفيد الشركات والاقتصاد في نطاق أوسع من الاستثمار في تحسين الصّحة النفسية بزيادة المشاركة في سوق العمل وزيادة الإنتاجية، وكلاهما يعمل على تحسين أرباح الشركة. وأظهرت دراسة أجريت مع عشر شركات في كندا أنّ بوسع برامج الصّحة النفسية في مكان العمل تحقيق عائد إيجابي على الاستثمار في غضون ثلاث سنوات (٢١٩). أمّا فيما يتصل بالحكومات، يمكن أن يؤدّي الاستثمار في صّحة السكان النفسية إلى تحقيق ادخار في دعم الرعاية الاجتماعية: أظهر تحليل حديث أجري في الدنمارك أنّ تحسّن الصّحة النفسية ارتبط بانخفاض تكاليف الرعاية الصحية وتحويلات استحقاقات المرض (٢٢٠).

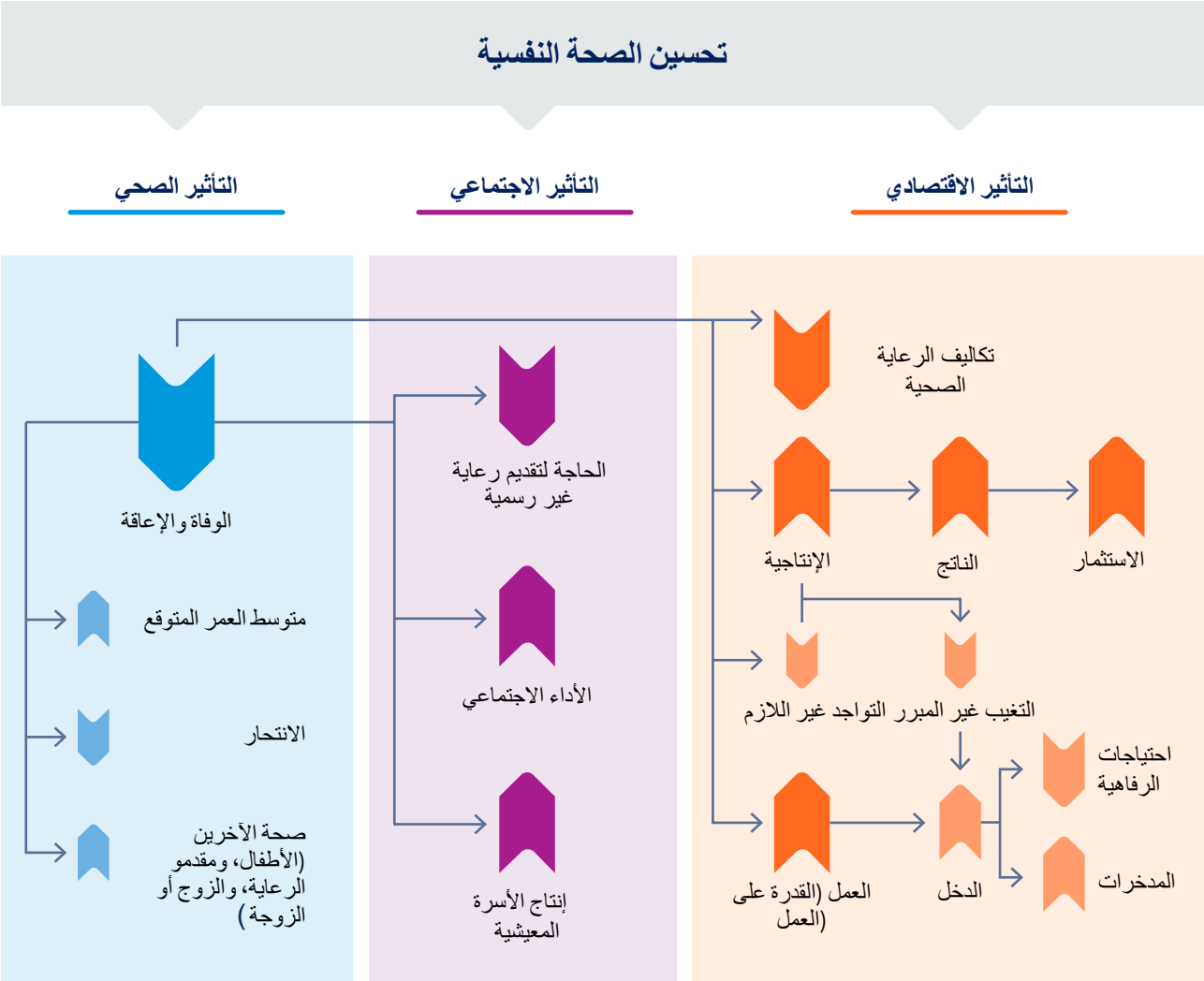
يضيع كل عام ١٢ مليار
يوم عمل بسبب الاكتئاب والقلق.

القيمة الاقتصادية والكفاءة

أصبحت تكاليف علاج اعتلالات الصحة النفسية وفعالية التكلفة جزءًا بالغ الأهمية في المناقشات الدائرة حول ما إذا كان ينبغي للبلدان أن تستثمر في الصّحة النفسية ولماذا. وأثبتت البيّنات المتراكمة أنّ هناك مجموعة أساسية من التدخّلات الفعالة من حيث التكلفة بالنسبة للاعتلالات ذات الأولوية قد تبيَّن أنها أيضًا مجدية وميسورة التكلفة ومناسبة حتى بالنسبة للأوساط التي تفتقر إلى الموارد.

الشكل ٤-٢

بعض من الفوائد الاقتصادية والاجتماعية المحتملة التي تتأتي من الاستثمار في الصحة النفسية



المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2021 (*221*).

وتحدّد قائمة منظمة الصحة العالمية مجموعة أساسية من التدخّلات الفعالة من حيث التكلفة لعلاج اعتلالات الصّحة النفسية التي تتوفّر بشأنها معلومات عن فعالية التكلفة (٢٢٢). وعلى مستوى السكان تشمل القائمة برامج شاملة تعليمية اجتماعية وعاطفية تطبق في المدارس وإجراءات حظر تنظيمية بشأن مبيدات الآفات الشديدة الخطورة لمنع حالات الانتحار في العديد من البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل وهي تدخّلات سكانية فعّالة من حيث التكلفة وميسورة (انظر الفصل ٦ التعزيز والوقاية من أجل إحداث التغيير المطلوب) (٢٢٢). وعلى المستوى الفردي، تسرد القائمة مجموعة من التدخّلات السريرية الفعّالة من حيث التكلفة على النحو الوارد في خلاصة منظمة الصحة العالمية للتغطية الصحية الشاملة (انظر القسم ٥-١-٣ البيّنات الأزمة لتوجيه السياسات والممارسات). وبالطبع، لا يمكن أن توفّر فعالية التكلفة وحدها الأساس لتحدّيد الأولويات، ولذا تؤكد قائمة منظمة الصحة العالمية على أهمية حقوق الإنسان والإنصاف عند اختيار تدخّلات الصّحة النفسية.

تبلغ نسبة الفائدة إلى التكلفة خمسة إلى واحد

عند تكثيف علاج الاكتئاب والقلق.

ويمكن أن تكون عوائد الاستثمار في التدخّلات السريرية كبيرة، وبخاصة للاكتئاب والقلق. على سبيل المثال، تشير دراسة نمذجة عالمية أجريت في ٣٦ دولة كبيرة إلى أنّ الزيادة الخطية في تغطية العلاج بين عامي ٢٠١٦ و٢٠٣٠ يمكن أن تؤمّن ٤٣ مليون سنة إضافية من الحياة الصحية، بما قيمته ٣١٠ مليار دولار أمريكي، علاوة على ٣٩٩ مليار دولار أمريكي أخرى من المكاسب الإنتاجية (٢١٧). وتوسيع نطاق تكلفة العلاج المقدّرة بمبلغ ١٤٧ بليون دولار أمريكي، تبلغ نسبة الفائدة إلى التكلفة خمسة إلى واحد (انظر الشكل ٤-٣). ومن المتوقع أن تأتي أعلى المكافآت من الاستثمار في الاكتئاب في بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط (٢١٧).

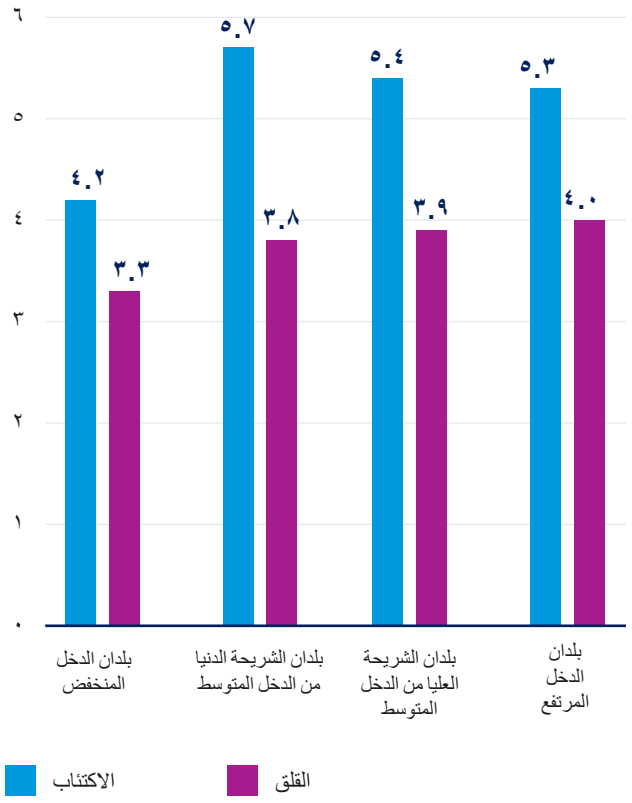
وتبين دراسات نمذجة أخرى أنّ الحزم المدمجة في مجال الصحة النفسية التي تجمع بين تدخّلات متعددة للترويج والوقاية والرعاية يمكن أن تحقّق عوائد كبيرة وواسعة النطاق، لا سيما عند النظر في مكاسب الإنتاجية وقيمة الفوائد الاجتماعية الأوسع نطاقًا (انظر الجدول ٤-٤).

وفي جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حُسبت تكلفة توسيع نطاق حزمة مدرجة لعلاج الصرع والاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب والفصام والافراط في استخدام الكحول بمبلغ يتراوح بين ٣ و٤ دولارات للفرد. ويقدّر العائد من هذا الاستثمار بنحو ٥٠٠-١٠٠٠ سنوات صحية من العمر مقابل إنفاق كل مليون دولار (٢٢٣).

وفي مكان آخر، قدّرت تكلفة تنفيذ حزمة رعاية صحية في أماكن غير متخصصة على أنها أقل من ذلك. ووفقًا للدراسات التي أجريت في إثيوبيا وأوغندا وجنوب أفريقيا ونيبال والهند أنّ هذه التكلفة تقل عن دولار واحد للفرد. وتشير هذه الدراسات إلى أنّ المبلغ الإضافي الذي سيلزم استثماره كل سنة يقل عن ٠,١٠ دولار أمريكي للفرد الواحد على مدى فترة تمديد تستغرق عشر سنوات (٢٢٤).

الشكل ٤-٣.

العائدات من الاستثمار في توسيع نطاق علاج الاكتئاب والقلق (نسب الفائدة إلى التكلفة)



المصدر: Chisholm et al، ٢٠١٦ (٢١٧).

الجدول ٤-٤

يحقق الاستثمار في الصّحة النفسية عوائد كبيرة

دراسة حالة	فوائد الاستثمار المنمذجة
جامايكا **الاستثمار: ١١٥ مليون دولار أمريكي لتكثيف علاج الاكتئاب والقلق والذهان ٢٠١٥-٢٠٣٠**	• زيادة تغطية العلاج النفسي والاجتماعي من ١٥٪ إلى ٥٠٪. • تجاوزت الفوائد الإجمالية العائدة على الاقتصاد ٤٣٤ مليون دولار أمريكي شاملة مكاسب الإنتاجية وقيمة الفوائد الاجتماعية الأوسع نطاقًا. • قدّر العائد على الاستثمار بأكثر من خمسة إلى واحد للعلاج السريري للقلق والاكتئاب.
الفلبين **الاستثمار: ٧,٢ مليار دولار أمريكي (٢,٥٧ دولار أمريكي للفرد سنويًا) لحزمة مدمجة من الترويج، والوقاية والرعاية على مدى عشر سنوات**	• من المتوقّع أن تحقّق التدخّلات الشاملة التعليمية الاجتماعية والعاطفية المطبقة في المدارس لمنع الاكتئاب والانتحار أعلى عائد على الاستثمار، مما يؤدي إلى كسب ٩,٥ دولار أمريكي مقابل كل دولار أمريكي مستثمر. • تشمل الاستثمارات الأخرى المتوقعة المرتفعة العائد الموجّهة لتوسيع نطاق علاج الصرع (٦,٦ إلى ١) والاكتئاب (٥,٣ إلى ١).
جنوب أفريقيا **الاستثمار: ٩٪ من الميزانية المتوقّعة في عام ٢٠٣٥ لتوسيع نطاق التدخّلات الخاصة باعتلالات الصحة النفسية الشائعة والشديدة، والصرع، والخرف، والاضطرابات الناتجة عن استخدام الكحول والعقاقير**	• أعلى عوائد متوقّعة من توسيع نطاق علاج اكتئاب الفترة المحيطة بالولادة، ولدى البالغين والأطفال، مع كسب عائد ٤,٧ و٤ و٣,٦ على التوالي. • بحلول نهاية فترة توسيع النطاق، سيتم استعادة ما يقرب من ٢,٢ مليون سنة من الحياة الصحية، مع تجنّب ما يقرب من ٢,٥ مليون حالة مرض منتشرة وتلافي أكثر من ٤٤ ٠٠٠ حالة وفاة. • لم تتجاوز المدّخرات الإجمالية للذهان والخرف تكاليف توسيع النطاق، لكن الفوائد المكتسبة في مجال الصحة وحقوق الإنسان كانت هائلة.
أوزبكستان **الاستثمار: ٣٩٨ مليون دولار أمريكي في الفترة من ٢٠٢١-٢٠٣٠ لتوسيع نطاق التدخّلات المستندة إلى البيّنات والمتعلّقة باعتلالات الصحة النفسية الشائعة والشديدة وكذلك الصرع والاضطرابات الناتجة عن استخدام الكحول**	• بلغت الفوائد المتوقّعة ٣٨٢ مليون دولار أمريكي في مجال الإنتاجية المستعادة بالإضافة إلى التحسينات في مجال الصحة نفسها التي بلغت قيمتها ٧٠١ مليون دولار أمريكي. • فيما يتصل بتكثيف علاج الصرع والتدخّلات الشاملة التعليمية الاجتماعية والعاطفية المطبقة في المدارس للوقاية من الاكتئاب والانتحار توفّرت أعلى عوائد الاستثمار من حيث الإنتاجية المستعادة وقدرت المكاسب بـ ٨,٧ و ٣,٤ و٣,٠، دولار أمريكي على التوالي لكل دولار أمريكي واحد مستثمر.

المصادر: (*225*) PAHO 2019، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لغرب المحيط الهادئ، 2021 (*226*)، (*227*) Besada et al 2021، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في أوروبا، 2021 (*228*).

٥

أسس التغيير

أطر عمل
المعرفة والالتزام
تمويل
الكفاءات

ملخص الفصل

نبحث في هذا الفصل الأسس التي يُستند إليها في إحداث التغيير المطلوب لتحسين الصحة النفسية. ونركز على أربعة عناصر معينة مطلوبة للتأكد من أن نظم وخدمات الصحة النفسية تعمل بشكل جيد: وجود أُطر عمل فعالة للسياسات والتخطيط؛ الفهم والالتزام على المستويين العام والسياسي، إتاحة ما يكفي من تمويل وموارد كافية، وتوافر الكفاءات المطلوبة للرعاية الصحية النفسية على نطاق واسع. ويسلط هذا الفصل الضوء أيضًا على الدور المتنامي للتقنيات الرقمية في تعزيز أنظمة وخدمات الصحة النفسية.

الرسائل الرئيسية التي خلص إليها هذا الفصل هي:

- تشمل الأهداف الرئيسية للتحول: الخطط والسياسات؛ القيادة والحوكمة ؛ نظم المعلومات والبحوث؛ التمويل؛ الوعي العام؛ وتوفير الكفاءات اللازمة في مجال رعاية الصحة النفسية.
- تعد الأدوات العالمية، بدءًا من خطط العمل المشتركة إلى الاتفاقيات الملزِمة قانونًا، في غاية الأهمية لتوجيه العمل في الصحة النفسية وتوفير سياق يساعد على التحوّل.
- هناك حاجة لثلاثة أنواع من الالتزام السياسي - المعبَّر عنه والمؤسسي والمتعلق بالميزانية - للمُضي قُدمًا ببرنامج الصحة النفسية وإحداث تغيير حقيقي.
- الأشخاص الذين لديهم تجارب حية هم عامل تغيير مهم لتحسين الوعي العام بالصحة النفسية وقبول الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية.
- إدراج التدخلات النفسية الاجتماعية والأدوية النفسية في حزم التغطية الصحية الشاملة للخدمات الأساسية وخطط الحماية المالية مهم للغاية لسد الفجوة في رعاية الصحة النفسية.
- تحتاج جميع الدول إلى زيادة قواها العاملة المتخصصة وبناء الكفاءات اللازمة للرعاية الصحية النفسية بين مقدمي الرعاية الصحية العامة والأفراد في المجتمع.
- يمكن للتكنولوجيات الرقمية أن تعزز نظم الصحة النفسية من خلال توفير أدوات لإعلام وتثقيف الجمهور، وتدريب ودعم العاملين في مجال الرعاية الصحية، وتقديم الرعاية عن بعد، وإتاحة سبل المساعدة الذاتية.

يعرض الفصل ٤ (فوائد التغيير) مبررات إحداث تغيير في نظم الصحة النفسية، مع تسليط الضوء على الفوائد المحتملة التي يمكن اكتسابها. وأثبت التقدم الذي تم تحقيقه خلال العقد الماضي أن التغيير ممكن. وتضع خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٣٠ خارطة طريق ليستند إليها جميع أصحاب المصلحة في عملهم.

ويرتبط إحداث تحول في الصحة النفسية، من نواحٍ عدة، بتعزيز النظام: التأكد من أن كل مكون من المكونات الأساسية لنظام الصحة النفسية مناسب للغرض الذي وجد من أجله. ويتوقف وجود نظام فعال في الصحة النفسية على توافر عاملين مدربين ومتحمسين في مجال الصحة النفسية، ووجود نظم معلومات جيدة الأداء، وتوافر إمداد موثوق به من المنتجات والتقنيات الطبية، ودعمه بتمويل كافٍ، وقيادة قوية وخطط وسياسات مستندة إلى البينات (٢٢٩).

ويعد تعزيز نظم الصحة النفسية الركيزة التي يقوم عليها التغيير. فهو يساعد على إعادة تنظيم الخدمات والدعم وتوسيع نطاقيهما. وفي الأقسام التالية، ننظر فيما هو مطلوب لإتاحة أسس التغيير الأربعة: وجود أطر عمل فعالة للسياسات والمعلومات، الفهم والالتزام على المستويين العام والسياسي، إتاحة ما يكفي من تمويل وموارد، وتوافر الكفاءات المطلوبة للرعاية الصحية النفسية على نطاق واسع.

٥-١ أطر السياسات والممارسات

تُستخدم أطر السياسات الوطنية والعالمية لتحديد المبادئ والقيم والأهداف في كل بلد من البلدان فيما يتعلق بالصحة النفسية؛ وهي تساعد على التحول.

٥-١-١ الأُطر العالمية

أُعدت أطر عالمية عديدة - بدءًا من البرامج وخطط العمل المشتركة إلى الإعلانات السياسية والاتفاقيات الملزِمة قانونًا - يجري استخدامها لتوجيه العمل في مجال الصحة النفسية. وهي تشمل أطرًا إقليمية مثل: توسيع نطاق رعاية الصحة النفسية: إطار عمل، وهو الإطار الذي اعتمدته اللجنة الإقليمية الثامنة والستون لشرق المتوسط في عام ٢٠١٥ ؛ و إطار العمل الأوروبي بشأن الصحة النفسية ٢٠٢١-٢٠٢٥ ، الذي اعتمدته اللجنة الإقليمية الحادية والسبعون لأوروبا في عام ٢٠٢١؛ وأطر العمل المرتقبة التي سيعدها الإقليم الأفريقي التابع لمنظمة الصحة العالمية، وإقليم غرب المحيط الهادئ التابع لمنظمة الصحة العالمية، وإقليم الأمريكتين التابع لمنظمة الصحة العالمية. وتشمل الأطر العالمية أيضًا أدوات عالمية، مثل خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٣٠، والتي تتيح خارطة طريق لإحداث تحوّل في الصحة النفسية عالميًا وهي أساسية لعمل منظمة الصحة العالمية (٣). وحُدثت هذه الخطة في عام ٢٠١٩ وهي تتمحور حول أربعة أهداف رئيسية (انظر الفصل ١ المقدمة) وتحدد الإجراءات التي يجب أن تتخذها الدول الأعضاء و منظمة الصحة العالمية والشركاء وتضع خيارات متنوعة لكيفية تطبيق هذه الإجراءات. إن تحقيق أهداف خطة العمل سيقطع شوطًا كبيرًا نحو تحسين الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم.

إن تنفيذ خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٣٠ سيقطع شوطًا كبيراً نحو تحسين الصحة النفسية على الصعيد العالمي.

ويوجد إطار عالمي رئيسي آخر هو اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التي دخلت حيز التنفيذ في عام ٢٠٠٨. إن إتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة, التي صدقت عليها ١٨٢ بلدًا، هي اتفاقية ملزمة قانونًا لتعزيز وحماية وضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بجميع حقوق الإنسان كاملًا

أداة

الإطار ٥-١

الصكوك الدولية لحقوق الإنسان

تشمل صكوك حقوق الإنسان التي اعتمدتها الدول الأعضاء في الأمم المتحدة والمتعلقة بالحق في الصحة النفسية وحقوق الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية ما يلي:

- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (١٩٤٨)؛
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (١٩٦٦)؛
- العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (١٩٦٦)؛
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (١٩٧٩)؛
- حماية السجناء والمحتجزين من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة (١٩٨٢)؛
- اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة (١٩٨٧)؛
- اتفاقية حقوق الطفل (١٩٨٩)؛
- اتفاقية منظمة العمل الدولية بشأن الشعوب الأصلية والقبلية (١٩٨٩)؛
- قواعد الأمم المتحدة بشأن حماية الأحداث المجردين من حريتهم (١٩٩٠)؛
- مبادئ الأمم المتحدة لكبار السن (١٩٩١)؛
- إعلان القضاء على العنف ضد المرأة (١٩٩٣)؛
- اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (٢٠٠٦).

المصدر: المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2021 (*230*).

وعلى قدم المساواة مع غيرهم، بما في ذلك ذوو الإعاقات النفسية الاجتماعية. (انظر القسم ٤-٢ تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها).

وتعزز الصكوك الدولية الأخرى المتعلقة بحقوق الإنسان حقوق الأشخاص الذين يعانون من إعتلالات نفسية، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر (انظر الإطار ٥-١ الصكوك الدولية لحقوق الإنسان). وتمثل كل هذه الصكوك الدولية معًا أدوات قوية للمناصرة القانونية والاجتماعية الرامية إلى إحداث تغيير في الصحة النفسية.

تعد خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ وأهدافها السبعة عشر إطارًا عالميًا آخرا مهما للصحة النفسية (٢٣١). ويركز الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة بشكل خاص على الصحة ويتضمن الهدف ٣-٤ وهو خفض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة النفسية والرفاه. ويعد معدل الوفيات الناجمة عن الانتحار مؤشرًا لهذا الهدف (المؤشر ٤-٣-٢).

إن أحد الآثار الرئيسية للهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة على السياسة المتعلقة بالصحة النفسية وممارستها هو وجوب اتباع نهج قوي في الصحة العامة لتلبية احتياجات أولئك الذين يعانون من إعتلالات الصحة النفسية. ولكن، كما هو موضح في لجنة "لانسيت" للصحة النفسية العالمية والتنمية المستدامة، تتيح أهداف التنمية المستدامة إطارًا أوسع لإحداث تحول في الصحة النفسية لأن العديد من أهداف التنمية المستدامة الأخرى تتناول صراحة المحددات الاجتماعية والهيكلية للصحة النفسية (انظر القسم ٤-٣ تمكين التنمية الاجتماعية والاقتصادية) (١٥).

ومثلما يتم الاعتراف بشكل متزايد بالروابط بين أولويات التنمية والصحة النفسية، كذلك يتم الاعتراف أيضًا بالروابط بين الصحة النفسية والأولويات الصحية الأخرى. وفي عام ٢٠١٨، وقع رؤساء دول وحكومات الأمم المتحدة إعلانًا سياسيًا بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها (وتشمل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة) يقر بالروابط الثنائية الاتجاه بين الأمراض غير السارية واعتلالات الصحة النفسية (٢٣٢). ووفقًا لذلك، فإنه يتيح مستوى جديدًا من الالتزام السياسي لإعطاء الأولوية للصحة النفسية أيضًا عند تنفيذ أجندة الأمراض غير السارية. كما أنه يتيح دافعا جديدًا للتعامل مع اعتلالات الصحة النفسية جنبًا إلى جنب مع الأمراض غير السارية، سواء في إطار الرعاية الصحية الأولية أو ضمن برامج محددة للأمراض غير السارية (انظر القسم ٧-٢ إدماج الصحة النفسية في الخدمات الصحية).

التغطية الصحية الشاملة للصحة النفسية

تعني التغطية الصحية الشاملة أن يتمكن كل شخص في كل مكان من الحصول على الرعاية الصحية التي يحتاجها دون أن يمر بضائقة مالية. ويعد تحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام ٢٠٣٠ أحد أهداف التنمية المستدامة. والأهم من ذلك، أن التغطية الصحية الشاملة لا تعني أن يكون بمقدور أي شخص الحصول على خدمات صحية أيًّ كانت مجانًا. فلكل بلد مسار مختلف لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وتحديد ما يجب تغطيته، بناءً على احتياجات شعبه والموارد المتاحة لديه. ومع ذلك، فإن التغطية الصحية الشاملة تؤكد أهمية الاستفادة من الخدمات الصحية والمعلومات بوصفها حقًا أساسيًا من حقوق الإنسان.

وفي عام ٢٠١٩ ، أشارت الجمعية العامة للأمم المتحدة بشكل خاص إلى" الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية" في قرارها بشأن التغطية الصحية الشاملة (٢٣٣). وفي نفس العام، مع إطلاق مبادرة منظمة الصحة العالمية الخاصة بالصحة النفسية، ضمَّنت منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية بشكلٍ واضح في جهودها الاستراتيجية الرامية إلى توسيع التغطية الصحية الشاملة (انظر الإطار ٥-٢ مبادرة منظمة الصحة العالمية الخاصة للصحة النفسية).

ويعد تضمين الصحة النفسية في التغطية الصحية الشاملة أمرًا بالغ الأهمية لسد الفجوة الهائلة في مجال رعاية الصحة النفسية في العديد من البلدان.

ويعد تضمين الصحة النفسية في التغطية الصحية الشاملة أمرًا بالغ الأهمية لسد الفجوة الهائلة في مجال رعاية الصحة النفسية في العديد من البلدان. وهي خطوة أساسية على طريق إصلاح الصحة النفسية. وفي الممارسة العملية، تتضمن أنشطة لإدراج احتياجات الصحة النفسية بالتساوي مع احتياجات الصحة البدنية في جميع الخطط والعمليات الموضوعة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

دراسة حالة

الإطار ٥-٢

مبادرة منظمة الصحة العالمية الخاصة للصحة النفسية

في عام ٢٠١٩، أُنشئت مبادرة منظمة الصحة العالمية الخاصة بالصحة النفسية لتسريع الوصول إلى خدمات الصحة النفسية من خلال التغطية الصحية الشاملة. والهدف هو ضمان حصول ١٠٠ مليون شخص إضافي على رعاية صحية نفسية عالية الجودة وبأسعار معقولة.

وسيتم تنفيذ المبادرة مبدئيًا في ١٢ بلدًا لمعرفة ما يمكن تحقيقه. ووقع الاختيار بالفعل على ثمانية بلدان هي الأردن، أوكرانيا، باراغواي، بنغلاديش، زمبابوي، غانا، الفلبين، نيبال. وفي كل بلد سترتكز المبادرة الخاصة على نوعين رئيسيين من العمل الاستراتيجي:

- النهوض بسياسات الصحة النفسية والمناصرة وحقوق الإنسان؛
- توسيع نطاق التدخلات والخدمات على صعيد المجتمعات المحلية والصحة العامة والبيئات المتخصصة.

ومن المهم الإشارة إلى أن المبادرة تتبع نهجاً يقوم على أساس كل حالة على حدة إزاء دمج الصحة النفسية في التغطية الصحية الشاملة والإصلاح في مجال الصحة النفسية، مستخدمةً تقييمات ومشاورات قطرية مفصلة لوضع خطة تعتمد على نقاط القوة الحالية وتستجيب للأولويات الوطنية بحيث يمكن توجيه الدعم الى حيث تشتد الحاجة إليه. ويُقدَّم الدعم إلى وزارات الصحة لقيادة التحول على المستوى الوطني مع التركيز على توسيع نطاق الخدمات لتشمل المقاطعات والمناطق. وهكذا تطمح المبادرة الى التأكد من أن التوسيع مستدام.

وتركز الأولويات في العديد من البلدان على اللبنات الأساسية لعزيز النظام الصحي، على سبيل المثال الحوكمة والوصول إلى الخدمات ونظم المعلومات. كما تركز بعض البلدان، مثل باراغواي، جهودها على جوانب التعافي من فيروس كوفيد -١٩ ذات الصلة بالصحة النفسية.

المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2021 (*234*).

وهذا يعني إدراج كل من التدخلات الاجتماعية والنفسية، وكذلك الأدوية الأساسية، لاعتلالات الصحة النفسية في الحزم الأساسية للخدمات الضرورية المضمنة في التغطية الصحية الشاملة، ومخططات الحماية المالية (انظر القسم ٥-١-٣ البيّنات اللازمة لتوجيه السياسات والممارسات). ويعني إتاحة رعاية الصحة النفسية متاحة وإمكانية الحصول عليها من خلال مجموعة واسعة من خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية، بما في ذلك الرعاية الصحية الأولية (٢٣٥) وهذا يعني توسيع نطاق التدريب في كل نظام الرعاية الصحية لضمان كفاءة الموظفين في التعامل مع اعتلالات الصحة النفسية.

٥-١-٢ السياسات الوطنية والأطر التشريعية

إن الأطر العالمية مفيدة ومهمة في توجيه الجهود الرامية إلى تحسين الصحة النفسية. ولكن في نهاية المطاف، فإن السياسات والخطط والقوانين الوطنية هي التي تشكّل النشاط المحلي المتعلق بالصحة النفسية وتمكن من التغيير. وفي هذا المضمار، تتحمل الحكومات المسؤولية الرئيسية عن وضع وتنفيذ أطر عمل لتلبية جميع احتياجات الصحة النفسية في بلدانها، وحماية حقوق الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، وتعزيز الصحة النفسية والرفاه للجميع. وفقًا لأطلس الصحة النفسية لعام ٢٠٢٠ الصادر عن منظمة الصحة العالمية، فإن عدد البلدان التي لديها سياسات وخطط وقوانين مطبّقة بشأن الصحة النفسية يزداد باطراد (انظر القسم ٣-٣-٢ الفجوة في الحوكمة) (٥). و تكمن أهميتها في تحديد أهداف واضحة للصحة النفسية وفي توجيه الممارسات وأنشطة التنفيذ.

وهناك حاجة إلى تشريعات خاصة بالصحة النفسية تمتثل للصكوك الدولية لحقوق الإنسان، سواء كانت مستقلة أو مدمجة في قوانين أخرى، لحماية حقوق الإنسان وتعزيزها، بوسائل منها على سبيل المثال إنشاء آليات قانونية ورقابية والمساعدة على استحداث خدمات صحية واجتماعية يسهل الحصول عليها في المجتمع المحلي.

وهناك حاجة إلى قوانين وسياسات تستند إلى حقوق الإنسان لتوجيه التحول في الصحة النفسية، بما في ذلك التحوّل من الخدمات المؤسسية إلى الخدمات المجتمعية. وهي تحمي من التمييز وإساءة المعاملة. وتؤكد على أهمية الحرية وتساعد على استحداث وتشغيل خدمات الصحة النفسية المخصصة للمجتمع المحلي - مثل مراكز الصحة النفسية المجتمعية أو أفرقة الصحة النفسية، بحيث يمكن للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية تجنب الإقامة في مؤسسات علاجية. كما يمكنها المساهمة في ضمان إدراج الصحة النفسية في الرعاية الأولية والبرامج والشراكات الصحية الأخرى ذات الأولوية، على سبيل المثال تلك المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وصحة المرأة، وصحة الأطفال والمراهقين، والأمراض السارية وغير السارية.

وبالنظر إلى محددات الصحة النفسية ذات الطبيعة المتعددة القطاعات، وأهمية برامج الصحة النفسية في مجالات مثل التعليم، والتوظيف، والإعاقة، والنظام القضائي، وحماية حقوق الإنسان، والحماية الاجتماعية، والحد من الفقر، والتنمية، من الضروري استحداث قوانين وسياسات تهدف إلى تحسين الصحة النفسية خارج القطاع الصحي. وهذا يشمل، على سبيل المثال، استحداث تشريعات لحماية الأطفال من سوء المعاملة أو لحماية حقوق العاملين في الصحة النفسية. وفي جميع الحالات، يعد تحديد أصحاب المصلحة وإشراكهم في استحداث قوانين وسياسات الصحة النفسية أمرًا مهمًا لضمان أنها تفي بالغرض.

وتعد الخطط المفَّصلة لكيفية تنفيذ القوانين والسياسات أمرًا مهمًا. هذا يعنى:

- وضع أطر زمنية لوضع وتنفيذ عناصر محددة من القانون والسياسة؛
- تخصيص الميزانيات؛
- تقدير الاحتياجات من الموارد البشرية (المتخصصة وغير المتخصصة) ووضع خطة لكيفية تدريبها وتوزيعها؛
- تحديد جميع الأنشطة التي يتعين القيام بها وتحديد أدوار ومسؤوليات واضحة لكل منها؛
- تحديد كيفية الرصد والتقييم لقياس التقدم المحرز والأداء (بما في ذلك الامتثال للحقوق) ولتمكين التحسُّن المستمر.

وتقترح منظمة الصحة العالمية إنشاء وحدة أو آلية تنسيق وظيفية للصحة النفسية في وزارة الصحة، مع تخصيص ميزانية ومسؤولية للتخطيط الاستراتيجي (بما في ذلك تحليل الأوضاع وتقييم الاحتياجات والتنسيق والتعاون بين الوزارات والقطاعات المتعددة) لضمان استحداث وتنفيذ سياسة وطنية فعالة وأطر قانونية (٣).

٥-١-٣ البيّنات اللازمة لوضع سياسات وممارسات سديدة

هناك حاجة إلى معلومات وبحوث ملائمة وموثوقة للتأكد من أن السياسات والخطط والتقييمات التحويلية الخاصة بإصلاح الصحة النفسية تستند إلى البيّنات.

ويعتمد تقديم الحجة التي تبرر الاستثمار في الصحة النفسية جزئيًا على وجود بينات على أن اعتلالات الصحة النفسية منتشرة وتشكل تهديدًا خطيرًا للصحة العامة (انظر الإطار ٥-٣ الدراسات الاستقصائية الخاصة بالصحة النفسية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية). ويكتسي وضع البينات في سياقات محددة أهمية خاصة ويمكن للبيانات الوطنية والمحلية المتعلقة بتأثير ظروف الصحة النفسية على الصحة والتعليم والتوظيف والرفاه وغيرها من القطاعات، وفعالية الرعاية المجتمعية أن تساعد في وضع قضية الاستثمار ضمن السياقات السياسية ذات الصلة التي تدفع مقرري السياسات إلى العمل (انظر القسم ٤-٣-٢ الفوائد الاقتصادية) (٢٣٦). ففي بيليز، على سبيل المثال، كانت البينة على المشكلات المحدَّدة في نظام الصحة النفسية الوطني، وعلى الاستراتيجيات الفعالة المتاحة للتغلب عليها، عاملًا رئيسيًا في إقناع مقرري السياسات والجهات المانحة بدعم إدخال إصلاح جذري على خدمات الصحة النفسية لأكثر من ٢٠ عامًا (٢٣٧).

وبالإضافة إلى البيانات القوية بشأن انتشار وتأثير اعتلالات الصحة النفسية، فإن إثبات وجود حلول فعالة أمر ضروري لمواجهة المفاهيم الخاطئة التي تذهب إلى أن الاستثمار في الصحة النفسية لا يستحق العناء.

خلاصة للتغطية الصحية الشاملة

في كل مجال من مجالات الصحة، وربما بشكل خاص في مجال الصحة النفسية - حيث تكون الموارد عادة شحيحة - من الضروري أن يستند كل تدخل إلى البيّنات، وأن يرتكز على تحليلات بيانات روتينية مختارة ومجمعة بعناية، وأن يراعي السياقات الثقافية والظروف المحلية.

أداة

الإطار ٥-٣

الدراسات الاستقصائية الخاصة بالصحة النفسية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية

على مدى أكثر من ٢٠ عامًا، قامت المبادرة العالمية للدراسات الاستقصائية الخاصة بالصحة النفسية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية بتنسيق وتنفيذ دراسات استقصائية وبائية دقيقة على السكان عامةً لإتاحة معلومات عن الانتشار العالمي للاضطرابات النفسية وعبئها واحتياجات علاجها التي لمّا يزل يتعين تلبيتها؛ ولدعم القرارات المتعلقة بالسياسة.

وتعمل المبادرة في ٢٩ بلدًا تمثل جميع مناطق العالم وتشمل عينة يبلغ حجمها أكثر من ١٦٠ ٠٠٠. وتستخدم جميع الدراسات الاستقصائية منهجية مشتركة تتضمن مقابلة تشخيصية منظمة أعدتها منظمة الصحة العالمية لتقييم الظروف والعلاج، والتدريب والإجراءات المتسقة الخاصة بالمحاورين، وبروتوكولات مراقبة الجودة القياسية.

واستُخدمت الدراسات الاستقصائية العالمية الخاصة بالصحة النفسية بشكل مختلف لتقدير انتشار الاضطرابات النفسية ، وتقييم عوامل الخطر، ولدراسة أنماط استخدام الخدمات والحواجز التي تحول دونه، والتحقق من صحة تقديرات عبء المرض. وكانت هذه الدراسات مجتمعة حاسمة في إثبات أن الاضطرابات النفسية شائعة جدًا في جميع أنحاء العالم. وفي جميع الحالات تقريبًا، أتاحت للبلدان أول بيانات تمثيلية وطنية على الإطلاق بشأن وبائيات الاضطرابات النفسية.

المصادر: *(240)* Kessler et al, 2007; *(239)* Demyttenaere et al, 2004; *(238)* Harvard University, 2021.

وتحدد المبادئ التوجيهية والتوصيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية مجموعة من التدخلات لإدارة اعتلالات الصحة النفسية، والتي حددت فعاليتها ومدى ملاءمتها من خلال الاستعراضات المنهجية لأفضل البيّنات المتاحة ومراعاة القيم والتفضيلات والقضايا المتعلقة بالجدوى من منظور دولي (٢٤١).

- **التدخلات النفسية الاجتماعية**: تشمل الأنشطة التفاعلية أو الإعلامية أو التقنيات أو الاستراتيجيات الرامية إلى تحسين الأداء الصحي والرفاه (٢٤٢). وبالنسبة للصحة النفسية، تشمل هذه الأنشطة التثقيف النفسي، ومعالجة الضغوط (بما في ذلك التدريب على الاسترخاء والصفاء الذهني)، والدعم الاجتماعي العاطفي أو العملي (بما في ذلك الإسعافات الأولية النفسية)، ومختلف الأنشطة الاجتماعية والتأهيلية الأخرى، بما في ذلك دعم الأقران والتوظيف والإسكان المدعومان (٢٠٣). وتشمل هذه الأنشطة أيضًا العلاجات النفسية مثل التنشيط السلوكي, وكيفية حل المشكلات، والمعالجة السلوكية المعرفية، والعلاج التفاعلي، وإزالة الحساسية لحركة العين وإعادة المعالجة.
- **الأدوية النفسية:** يمكن استخدامها عند الحاجة للتقليل من أعراض اعتلالات الصحة النفسية ذات الأولوية ولتحسين الأداء الوظيفي. وتشمل الأدوية النفسية المدرجة في قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية أدوية الذهان، والاضطراب ثنائي القطب، واضطرابات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري (٢٤٣).

وبناءً على استعراضات مستفيضة للبحوث، قامت منظمة الصحة العالمية بتجميع خلاصة للتغطية الصحية الشاملة لمساعدة البلدان على تحديد ما يجب تضمينه في حزم خدمات التغطية الصحية الشاملة. ويتضمن هذا المستودع العالمي أكثر من ٣ ٥٠٠ تدخل قائم على البيّنات في جميع مجالات الصحة، بما في ذلك أكثر من ٢٠٠ إجراء صحي خاص باعتلالات الصحة النفسية (١٧٩).

وتتناول إجراءات الصحة النفسية المدرجة في الخلاصة مجموعة التدخلات الترويجية والوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية. وهي تستند إلى حد كبير إلى مركز موارد البينات الخاص ببرنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية، الذي يحتوي على المواد الأساسية، ووثائق العمليات، وملفات تعريف البيّنات، والتوصيات الخاصة بإرشادات منظمة الصحة العالمية للاضطرابات النفسية والعصبية واضطرابات استخدام مواد الإدمان (١٥٩). ويُضمَّن معظم التدخلات السريرية المدرجة في الخلاصة في دليل تدخلات برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية المستخدم على نطاق واسع في مواقع الرعاية الصحية الغير متخصصة (انظر الإطار ٥-٤ دليل تدخلات البرنامج الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية: ثماني خطوات في الممارسة السريرية).

بالنسبة للعديد من الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية، فإن القدرة على اختيار العلاج النفسي وسائر الدعم النفسي الاجتماعي والحصول عليهما يعد أمرًا ضروريًا.

ويجدر ذكر أن التوصيات السريرية المدرجة في خلاصة التغطية الصحية الشاملة وفي دليل تدخلات برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية تتضمن مزيجًا من التدخلات النفسية الاجتماعية والدوائية. وفي كثير من الأحيان تركز المناقشات بشأن الصحة النفسية في حزم التغطية الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة حصريًا على الأدوية. ولكن بالنسبة للعديد من الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية، فإن القدرة أيضًا على اختيار العلاج النفسي وسائر الدعم النفسي الاجتماعي والحصول عليهما يعد أمرًا ضروريًا.

ولكل تدخل وإجراء صحي مدرج في خلاصة التغطية الصحية الشاملة، تقدَّم معلومات عن البرامج الصحية ذات الصلة والمرحلة المعنية من مراحل الحياة وأهداف التنمية المستدامة.

إن العديد من تدخلات الصحة النفسية في الخلاصة ليست ناجعة فحسب، بل هي أيضًا فعالة من حيث التكلفة وهي مدرجة في قائمة منظمة الصحة العالمية للتدخلات الفعالة من حيث التكلفة للصحة النفسية (انظر القسم ٤-٣-٢ الفوائد الاقتصادية) (٢٢٢).

ومن الناحية العملية، ينبغي الاستناد في اختيار التدخل المناسب وكيفية تنفيذه إلى نوع المشكلة الصحية النفسية التي يواجهها الشخص، وفي حالة الأطفال والمراهقين، إلى المرحلة من مراحل نمو الشخص الذي يمر بها. وعلى الرغم من وجود اعتلالات الصحة النفسية

أداة

الإطار ٥-٤

دليل تدخلات البرنامج الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية: ثماني خطوات في الممارسة السريرية

تستهدف منظمة الصحة العالمية من خلال برنامجها الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية الاضطرابات ذات الأولوية النفسية والعصبية وتلك المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان التالية: الاكتئاب والذهان (بما في ذلك الفصام والاضطراب ثنائي القطب) والصرع والخرف والاضطرابات الناجمة عن استخدام الكحول أو العقاقير والاضطرابات النفسية والسلوكية للأطفال والمراهقين والاعتلالات المتعلقة بالضغوط (على سبيل المثال، اضطراب الكرب التالي للصدمات) وكذلك إيذاء الذات/ الانتحار. ولكل من هذه الحالات، وضعت المنظمة توصيات (تواصل تحديثها) بشأن التدبير العلاجي لهذه الاعتلالات نهج التصنيف الراسخ المتمثلة في تقدير التوصيات ووضعها وتقييمها. وتغطي التوصيات كلا من التدخلات النفسية الاجتماعية والدوائية.

ويحول دليل تدخلات البرنامج الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية هذه الإرشادات المستندة إلى البينات إلى بروتوكولات سريرية بسيطة يمكن أن تدعم اتخاذ القرارات على أرض الواقع في مواقع الرعاية الصحية غير المتخصصة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن برنامج عمل أوسع نطاقًا يبني شراكات بين جميع أصحاب المصلحة لتكييف البروتوكولات واعتمادها على نطاق واسع.

المصادر: Dua, 2011 (*241*); WHO, 2016 (*244*).

ويتناول دليل التدخلات أساسيات الممارسة السريرية للصحة النفسية، بما في ذلك تقييم الصحة البدنية للأشخاص وتقييم ومعالجة الاضطرابات النفسية والعصبية وتلك المتعلقة باستخدام مواد الإدمان. ويحدد على وجه الخصوص ثماني خطوات في الممارسة السريرية.

١. وضع خطة علاجية بالتعاون مع الشخص ومقدم الرعاية له.
٢. تقديم التدخلات النفسية الاجتماعية للشخص ومقدمي الرعاية له.
٣. استخدام التدخلات الدوائية عندما يُوصى بها.
٤. الرجوع إلى طبيب اختصاصي أو مستشفى عندما يُوصى بذلك وإتاحته.
٥. التأكد من وجود خطة مناسبة للمتابعة.
٦. العمل مع مقدمي الرعاية والأسر لدعم الشخص.
٧. تعزيز الروابط القوية مع قطاعات التوظيف والتعليم والخدمات الاجتماعية والقطاعات الأخرى ذات الصلة.
٨. تعديل خطط العلاج لفئات معينة، بما في ذلك الأطفال والمراهقون والنساء الحوامل أو المرضعات وكبار السن.

ضمن مسار متصل (انظر القسم ٢-١-٢ الصحة النفسية موجودة في مسار متصل)، يحتاج مقدمو الرعاية الصحية إلى إطار تشخيصي يستعان به في التقييم السريري والعلاج وضمان الدفع مقابل رعاية اعتلالات الصحة النفسية.

التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة الحادية عشرة

يعد استخدام علم تصنيفات الأمراض أمرًا مهمًا لضمان إدراج الصحة النفسية في الإحصاءات الصحية وفي تخطيط الخدمات الصحية وتنفيذها. وعلى سبيل المثال، إذا كان بلد ما يطور حزمة خدمات أساسية من التغطية الصحية الشاملة، فيجب أن يكون قادرًا على وصف الاعتلالات الصحية النفسية المحددة بوضوح لاختيار التدخل الذي يجب تضمينه لكل حالة. وفي العديد من البلدان، يحتاج مقدمو التأمين الصحي العام والخاص عادةً إلى تشخيص قبل تغطية التكاليف.

وتعد المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض، التي نشرتها منظمة الصحة العالمية، الأداة العالمية ذات المعيار الذهبي لترميز الأمراض وأسباب الوفاة والإصابات والحالات الصحية ، التي تستند إلى استعراض مستفيض للبيّنات (٢٤٥). وتحتوي المراجعة الحادية عشرة على فصل منقحٍ بالكامل عن الاضطرابات النفسية والسلوكية والعصبية صُمّم على نحوٍ يسهل الوصول إلى تشخيصات الصحة النفسية، حتى في الأماكن غير المتخصصة (٢٤٦).

وعلى عكس معظم الأنظمة التشخيصية الأخرى في الصحة النفسية، صُمم هذا الفصل من المراجعة الحادية عشرة من التصنيف الدولي للأمراض على وجه الخصوص للتأكد من أنه مفيد سريريًا وقابل للتطبيق عالميًا، بالإضافة إلى كونه صالحًا وموثوقًا به (٢٤٧).

نظم معلومات الصحة النفسية

تتيح نظم معلومات الإدارة الصحية، بما في ذلك تلك الخاصة بالصحة النفسية، بيانات قيمة عن الاحتياجات واستخدام الخدمات والطلب على الموارد. ويمكن استخدام هذه البيانات لتتبع الاتجاهات ومجموعات الحالات، وتحديد الفئات المعرضة للإصابة وقياس مخرجات ونتائج الصحة النفسية (بما في ذلك التغطية). ويمكن أن تكون أيضًا ذات أهمية حيوية في إثراء إرشادات تقديم الخدمات ونشر الموارد والإدارة (٢٤٨).

ولكي تكون نظم معلومات الصحة النفسية مفيدة في توجيه السياسات والتخطيط وأنشطة تحسين نتائج الصحة النفسية:

- يجب أن تكون المؤشرات ملائمة ويمكن جمعها؛
- يجب مراجعة البيانات بشكل منتظم واستخدامها لتحديد الاتجاهات؛
- يجب أن يسمح النظام الصحي بإجراء تغييرات عملية على أساس البيانات المجموعة.

وحينما تتحقق هذه الشروط، يمكن لنظم المعلومات الصحية أن تمكن من اتخاذ القرارات في جميع جوانب النظام الصحي وتضمن تقديم تدخلات عادلة وفعالة وذات كفاءة وجودة عالية.

ولكن على الرغم من الرغبة في استخدام نظم المعلومات لدعم اتخاذ القرارات بشأن تصميم الخدمات، نادرًا ما يحدث هذا في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل (انظر الإطار ٥-٥ نظم معلومات إدارة الصحة النفسية في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل) (٢٤٩).

المراجعة الحادية عشرة من التصنيف الدولي للأمراض مصممة للتأكد من أنها فعالة ومفيدة سريريًا وقابلة للتطبيق عالميًا،

وتلزم خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٣٠ البلدان بتعزيز أنظمة المراقبة الخاصة بها لرصد الصحة النفسية وإيذاء الذات والانتحار. وتقترح أن تقوم البلدان بتصنيف البيانات حسب المرافق ووالجنس والعمر والإعاقة وطريقة المعالجة وغير ذلك من المتغيرات ذات الصلة؛ وأن تستخدم هذه البيانات في توجيه الخطط والميزانيات والبرامج.

دراسة حالة

الإطار ٥-٥

نظم معلومات إدارة الصحة النفسية في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل

وجدت دراسة استقصائية لنظم معلومات إدارة الصحة النفسية في ستة بلدان أفريقية وآسيوية (إثيوبيا وأوغندا وجنوب أفريقيا ونيبال ونيجيريا والهند) أن جميع البلدان جمعت بعض مؤشرات الصحة النفسية من خلال نظام معلومات إدارة الصحة الروتيني، لكن هذه البيانات كانت محدودة النطاق وغير ثابتة في تصنيفها لاعتلالات الصحة النفسية.

وبشكل عام، ركزت نظم المعلومات التي شملتها الدراسات الاستقصائية على الإبلاغ عن تشخيصات الصحة النفسية بدلًا من تقديم مؤشرات على مستوى النظام بشأن نوعية الخدمات واستخدامها. وفي الحالات التي جُمعت فيها البيانات المتعلقة بالصحة النفسية والإبلاغ عنها، فقد استغرق الأمر وقتًا طويلًا للوصول إلى مقرري السياسات بحيث بات من الصعب عليهم التأثير في القرارات.

إن طرح نظام منفصل خاص بمعلومات الصحة النفسية أمر غير واقعي وغير مرغوب فيه في العديد من البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل حيث لا تزال الصحة النفسية مهملة إلى حد كبير ولا تزال الموارد شحيحة. ولكن يمكن تعزيز نظم المعلومات الروتينية لتقديم بيانات ذات جودة أفضل عن الصحة النفسية. على سبيل المثال من خلال تقديم دعم وتدريب أفضل في إدارة معلومات الصحة النفسية، بما في ذلك اختيار مؤشرات معيارية مناسبة للصحة النفسية.

المصدر: Upadhaya et al, 2016 *(250)*.

البحث في مجال الصحة النفسية

تحتاج سياسات وخدمات الصحة النفسية المستندة إلى البينات، فضلًا عن نظم المعلومات القوية، أيضًا إلى أبحاث محلية ملائمة تُجرى في الوقت المناسب، وموثوقة، ومصممة ومنفذة بشكل جيد، ويسهل الوصول إليها، ومبتكرة.

ووضعت العديد من المبادرات أولويات للبحوث الخاصة بالصحة النفسية على الصعيد العالمي. على سبيل المثال، تضمنت التحديات الكبرى في مجال الصحة النفسية على الصعيد العالمي لعام ٢٠١١ ، التي حددت ٢٥ أولوية بحثية في مجال الصحة النفسية، باحثين ومناصرين ومنفذي برامج وأطباء معالجين من أكثر من ٦٠ بلدًا، وكان لها دور فعال في توجيه جزء كبير من التمويل المخصص للبحث لمجال الصحة النفسية (٢٥١).

إن مبادرات تحديد الأولويات العالمية لبحوث الصحة النفسية، مثل "التحديات الكبرى" تسلِّط الضوء على أهمية البحث الموجه نحو إيجاد تدخلات أو طرق رعاية أفضل أو حتى علاجات لاعتلالات الصحة النفسية. لكنها تحدد أيضًا مجالات أخرى ذات أهمية، منها البحث في: محددات الصحة النفسية؛ وانتشار اعتلالات الصحة النفسية وعبئها العالمي؛ وجدوى التدخلات والقدرة على تحمل تكلفتها؛ وفعالية وملاءمة مختلف التدخلات في سياقات مختلفة.

وعلى الصعد الوطني، تشدد خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٣٠ على أهمية وضع برنامج بحثي ممول ومحدد الأولويات يستند إلى التشاور والتعاون مع جميع أصحاب المصلحة والقطاعات؛ وهذا يتضمن آليات قادرة على تحويل هذه المعرفة إلى أفعال.
وبالطبع، لا يُجرى جميع الأبحاث بقصد توجيه سياسات معينة على وجه التحديد أو بقصد تطبيقها عمليًا بشكل مباشر. وغالبًا ما يجري تكييف البيانات المتراكمة والمتكررة وإعتمادها في السياسات او في الإرشادات أو التوصيات السريرية، وليس جزء واحد من البحث. وعلى الرغم من ذلك، حيثما يبدأ البحث بقصد التطبيق العملي، هناك الكثير الذي يمكن للباحثين القيام به لدعم ترجمة هذه المعرفة إلى افعال وتوجيه عملية تحوُّل الصحة النفسية.

فيمكنهم، على سبيل المثال، التأكد من أن أبحاثهم تعبر عن الحقائق المحلية والوطنية. وتبيِّن البيانات التي جُمعت من أجل أطلس الصحة النفسية ٢٠٢٠ أن أقل من ٥٪ من مخرجات البحوث الصحية على مستوى العالم تركز على الصحة النفسية؛ ومعظم ذلك يتركز في البلدان ذات الدخل المرتفع (انظر القسم ٣-٣-١ الفجوة في البيانات). وتعد معالجة الاختلالات البحثية العالمية والمساعدة في سد الفجوة في البيانات أمرًا مهمًا لضمان حصول البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل على المعلومات التي تحتاجها لتحديد واستهداف احتياجاتها وأولوياتها في مجال الصحة النفسية. وهذا يعني إجراء البحوث السريرية في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل وضمان دور محوري للباحثين في هذه البلدان فيما يخص تصميم وإدارة هذه البحوث. وهذا يعني أيضًا توجيه اهتمام أكبر لبحوث نظم الصحة النفسية، بدلًا من البحوث الأساسية أو السريرية، من أجل فهم أفضل لكيفية تطوير الخدمات بحيث تلبي احتياجات الصحة النفسية لجميع أولئك الذين يحتاجون إلى الرعاية (٢٥٢).

ويمكن للباحثين بذل المزيد من الجهد لإشراك الأشخاص ذوي التجارب الحية في مجال تصميم البحوث وتقديمها. ويمكن للأشخاص ذوي التجارب الحية ومنظماتهم تسهيل الشبكات العالمية للتعاون البحثي. ويمكنهم المساعدة في تصميم وتنفيذ بحوث تم التحقق من ملاءمتها ثقافيًا. ويمكنهم المساعدة في تقييم الخدمات والتأكد من أن البحوث ذات مصداقية وفائدة حقيقية لمستخدمي الخدمات ومقدمي الرعاية (٢٥٣).

إن التأكد من إمكانية استخدام البينات المستمدة من أبحاث الصحة النفسية - بما في ذلك من جانب مقرري السياسات والمديرين والأطباء المعالجين، وواضعي خطط الصحة النفسية - أمر ضروري (٢٥٤). إن تخطيط البحوث بالتعاون مع أصحاب المصلحة، وتبادل التحديثات والنتائج بانتظام، وتقييم الآثار المحتملة، والبحث الجماعي في كيفية استخدام البيِّنات عند صدورها، يساعد بشكل كبير على ترجمة المعرفة إلى ممارسة، بما في ذلك عن طريق تطبيق علم التنفيذ.

٥-٢ الفهم والالتزام

لا تحظى الصحة النفسية بخدمات كافية لأسباب مختلفة عديدة، من أهمها أنّ الأفراد والأسر، والشركات، والمجتمعات، والبلدان يميلون إلى تجاهلها والتقليل من قيمتها. والنتيجة هي أنّ الناس في المجتمع والحكومة على جميع الصعد لا يتخذون الإجراءات الكافية لتعزيز الصحة النفسية، أو منع اعتلال الصحة النفسية، أو تقديم رعاية شاملة وقائمة على الحقوق وذات نوعية جيدة للمحتاجين. إنّ التقدير العميق للقيمة الحقيقية للصحة النفسية لا يكفي في حد ذاته لإحداث تحوّل في الصحة النفسية، لكنّه خطوة أساسية في الاتجاه الصحيح.

٥-٢-١ تعزيز الإرادة السياسية والمشاركة

لا يمكن تحقيق تحوّل في الصحة النفسية دون إعادة تخصيص الموارد المحدودة، ووضع سياسات جديدة، وبناء مهارات جديدة، وإقامة شراكات جديدة وإشراك أصحاب المصلحة الجدد. ومن المألوف، عند فعل هذه الأشياء، أن يُواجَه التغيير بمقاومة لأسباب منها، على سبيل المثال، التحديات اللوجستية والمصالح الذاتية والأولويات المتنافسة (٢٣٧). وفي هذا الصدد من الضروري تضافر الإرادة السياسيَة القوية والالتزام لتجاوز العقبات.

وتتضمّن الإرادة السياسية لمسألة ما عادة ثلاثة أنواع من الالتزام: إلى أي مدى يؤيد واضعو القرار علنًا هذه المسألة (الالتزام المعرب عنه)، وإلى مدى تخدم السياسات والخطط والبرامج تنفيذ القصد المعلن (الالتزام المؤسسي)، وما إذا كانت قد خُصصت الأموال اللازمة أم لا (الالتزام بالميزانية) (انظر الشكل ٥-١) (٢٥٥).

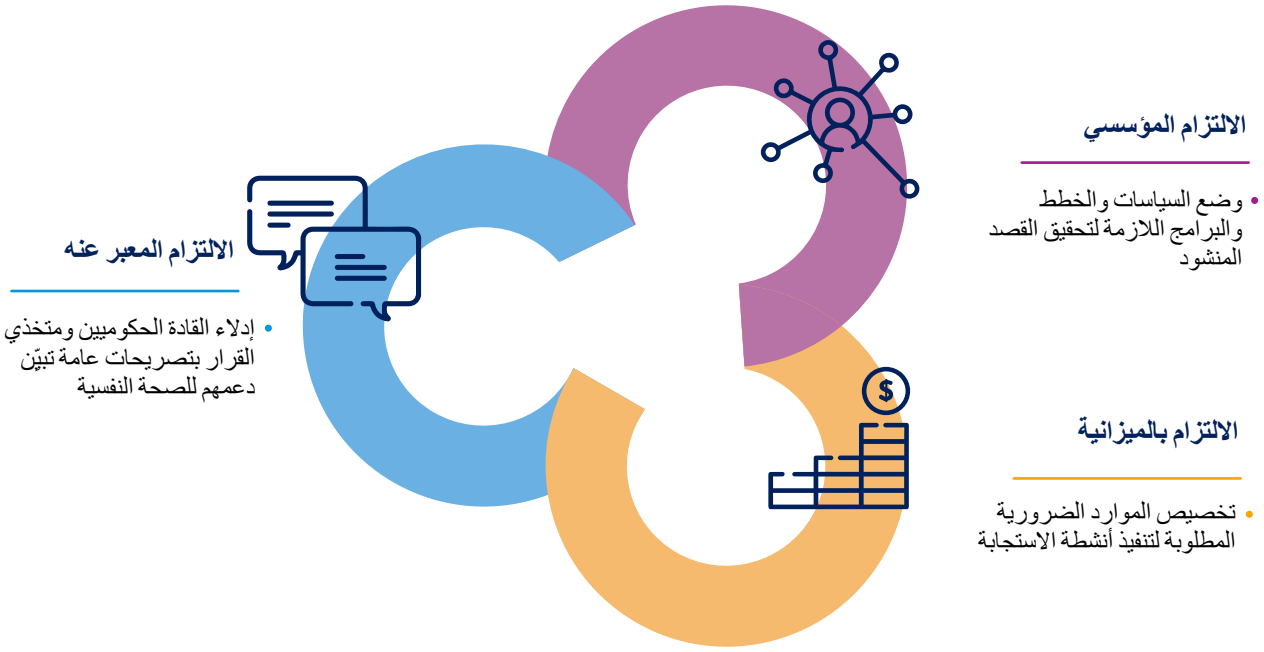
وثمّة حاجة إلى الأنواع الثلاثة لدفع برامج الصحة النفسية إلى الأمام وإحداث تغيير حقيقي. والواقع أنّ تحليلًا أجري في عام ٢٠٠٧ للبلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل أشار إلى أنّه يمكن التغلّب على العديد من العوائق التي تحول دون تحسين خدمات الصحة النفسية عن طريق تعزيز الإرادة السياسية للحصول على الرعاية الصحية النفسية الميسّرة والإنسانية (٢٥٢). ومنذ ذلك الحين، أدّت المناصرة العالمية والعمل إلى تركيز الاهتمام السياسي على الحاجة إلى رعاية صحية نفسية ذات نوعية جيدة وعلى إذكاء روح التغيير.

وعلى الصعيد العالمي، صار الالتزام المعبّر عنه أقوى بكثير مما كان عليه قبل عقد من الزمان. ونما الالتزام المؤسسي بالمثل، إذ أبلغ ١٤٦ بلدًا الآن عن سياسات وخطط قائمة بذاتها بشأن الصحة النفسية. ومع ذلك، لا تزال البلدان متردّدة في إحداث التغيير، أمّا الالتزام بالميزانية فنادر: أبلغ ٦٧ بلدًا فقط عن البيانات المتعلّقة بالإنفاق على الصحة النفسية في ٢٠٢٠، وأبلغت بلدان أخرى أنّها لم تنفق سوى ٢٪ في المتوسط من إجمالي ميزانيتها الصحية على الصحة النفسية (انظر القسم ٣-٣-٢ الفجوة في الحوكمة) (٥).

ويمكن أن يتأثّر كل نوع من أنواع الالتزام السياسي بطائفة من العوامل الوطنية والدولية، بما في ذلك القيادة الوطنية، والمناصرة المحلية، وخطط الصحة العامة والتنمية الدولية، والرأي العام. ومن الضروري في جميع البلدان، تحديد وإشراك الوكالات الرئيسية وأصحاب المصلحة الرئيسيين في العملية بمجملها بغية الاشتراك في إيجاد وتنفيذ رؤية مشتركة.

الشكل ٥-١.

تتكون الإرادة السياسية من ثلاثة أنواع من الالتزام



المصدر: Fox et al, 2011 (255).

وفي البلدان ذات الدخل المنخفض حيث تكون ميزانيات الصحة النفسية محدودة جدًا، من المحتمل أيضًا أن يقوم المانحون الخارجيون بدور محفّز في إحداث التحوّل في الصحة النفسية وتمكينه. ويمكن أن يكون للإرادة السياسية في بلدان المصدر وكذلك البلدان المتلقّية تأثير كبير فيما تقرره المنظمات الدولية بشأن ما إذا كانت ستختار الاستثمار في الصحة النفسية في البلدان منخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل أم لا (٢٥٦).

وفي جميع أنحاء العالم، يمكن أن تحدث المناصرة والبيّنات والسياق السياسي تأثيرًا هائلًا في تعزيز الالتزام السياسي والقيادة.

حركات المناصرة

لا ريب أنّ ثمة حاجة إلى المناصرة على جميع المستويات العالمية والإقليمية والوطنية وداخل المجتمعات المحلية للنهوض بسياسات الصحة النفسية وممارساتها. ويوجد على جميع المستويات عدد متزايد من المنظمات التي تدعو إلى وضع سياسات أفضل بشأن الصحة النفسية، والمزيد من التمويل لنظم الصحة النفسية، ووضع حد للوصم والتمييز ضد الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية.

تعدّ المناصرة على جميع المستويات ضرورية للنهوض بسياسات وممارسات الصحة النفسية.

وتجمع المناصرة بشكل متزايد بين أنواع مختلفة من أصحاب المصلحة لإحداث التغيير. ولذا يكتسي ضمان تمثيل مختلف أصحاب المصلحة في حركات المناصرة أهمية خاصة لنجاحها، وتوصي به خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠.

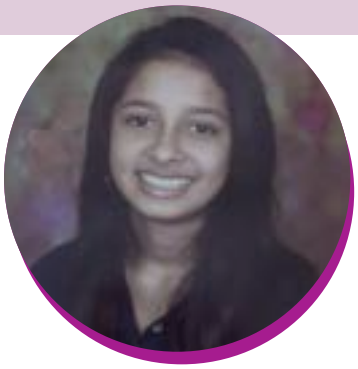
ووضعت منظمة الصحة العالمية إرشادات، وتعمل مع طائفة واسعة من المنظمات من أجل نجاح أنشطة المناصرة في مجال الصحة النفسية (٢٥٧). ومن المرجّح أن تكون المؤسسات الدولية الوسائل التغيير رئيسية فيما يخص تشجيع ودعم مقرري السياسات لتحسين خدمات الصحة النفسية، وضمان المساواة في الرعاية وتعزيز حقوق الإنسان. وتؤدّي الشخصيات البارزة في هذه المنظمات مثل المدير العام لمنظمة الصحة العالمية والأمين العام للأمم المتحدة دورًا حاسمًا بوصفهما مدافعين عن تحقيق صحة نفسية أفضل. وبوسع الدول الأعضاء في هيئات اتخاذ القرار العالمية، مثل جمعية الصحة العالمية أو الجمعية العامة للأمم المتحدة، أو في تحالفات دول مثل مجموعة السبع وسبعين أو مجموعة العشرين أو مجموعة السبع، أن تخلق مناصرة قوية بين أقرانها لإدراج الصحة النفسية في المداولات، والوفاء بالتزامات مشتركة في سبيل إحداث التغيير (على النحو المعرب عنه، على سبيل المثال، في خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠، أو في إعلان الأمم المتحدة السياسي بشأن الأمراض غير السارية). وتكتسي أنشطة المناصرة التي تضطلع بها الحكومات الوطنية في مجال الصحة النفسية أهمية مماثلة في التأثير على سياسات وأولويات المنظمات الدولية مثل البنك الدولي أو الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا.

ويؤدّي المتخصّصون في الصحة النفسية والأشخاص الذين لديهم تجارب حية في اعتلالات الصحة النفسية دورًا مهمًا في المناصرة. وبوسع المتخصّصون في مجال الصحة النفسية العمل على التأثير على واضعي السياسات وتعزيز التقدّم من خلال التأثير بين الأقران داخل البلدان وفيما بينها. ومشاركة الأشخاص ذوي التجربة الحية مهمة للمساعدة في أمور منها تغيير المواقف وإذكاء الوعي بشأن اعتلالات الصحة النفسية، والتعبير عن قيمة تحسين الوصول إلى رعاية الصحة النفسية الفعّالة والإنسانية، وتقديم خدمات دعم الأقران (اقرأ تجربة سحر وانظر الفصل ٤، تحت المجهر: إشراك الأشخاص ذوي التجربة الحية وتمكينهم((٢٣).

ومن الملاحظ تزايد انضمام مجموعات مؤثرة أخرى إلى أصحاب المصلحة، بما في ذلك، البرلمانيون والشركات ومنظمات الإعلام والاتصالات الذين يناصرون أيضًا جهود تحسين الصحة النفسية. وعلى نطاق أوسع، أضحت طائفة متزايدة من أصحاب المصلحة تقرّ بالصحة النفسية باعتبارها قضية شاملة وتعمل على إدماجها بشكل أفضل في الخدمات والبرامج المتعددة القطاعات التي تستهدف، على سبيل المثال، تحسين الصحة البدنية، وتعزيز التحصيل العلمي، ودعم حقوق الإنسان، ودعم الأشخاص المتضررين من الصراعات والكوارث.

قصة

إعطاء الناس الأمل هو متعتي الكبرى



تجربة سحر

كان عمري ١٦ عامًا عندما انقلبت حياتي رأسًا على عقب بسبب مرض غامض. وقضيت ما كان من المفترض أن تكون سنتي الأخيرة في المدرسة الثانوية على الأريكة، مكتئبة جدًا لا أقوى على الحركة أو تناول الطعام أو التفكير، وأعيش في دوامة من الرعب الداخلي كنت آمل أن تختفي. ولكن لم يحدث ذلك قط.

وأمضيت سنوات مصابة بمرض نفسي لم يخضع للتشخيص. وكل ما كنت أعرفه هو أنني كنت أتألم وخائفة من أن يكتشف الناس معاناتي النفسية. ولم أعرف شخصًا يتحدث صراحةً عن مرضه النفسي. ولجأت إلى المخدرات والكحول حتى يسكن ألمي. وما كانت تهمني حياتي وحاولت الانتحار.

وقد مرّ أحد عشر عامًا منذ أن انهارت حياتي. في ذلك الوقت تم تشخيص حالتي على أني مصابة باضطراب الشخصية الحدية والاضطراب الاكتئابي الحاد واضطراب الوسواس القهري. ووقعت فريسة الإدمان. واليوم أتناول الأدوية المقررة لي، وأحضر جلسات علاجية، وانغمس في العمل من أجل صحتي النفسية.

وعلى مدى تلك السنوات الإحدى عشرة، تخلصت أيضًا من العار الذي كنت حبيسة فيه وأدركت أنّ مرضي كان قوة خارقة كان يمكنني استخدامها لمساعدة الآخرين. وكان أن شاركت في تأسيس منظمة غير ربحية تهدف إلى إذكاء الوعي بالصحة النفسية واستخدمت قصتي لإذكاء الوعي ومساعدة الآخرين. وأنا فخورة بكوني مدافعة عن الصحة النفسية. وكان إعطاء الناس الأمل من خلال التعريف بقصتي أعظم متعة في حياتي. وإذا كنت أشعر بالألم والمعاناة، فربما كان ذلك من أجل مساعدة الآخرين.

وبقدر ما أعطاني مرضي من قوة خارقة، تمر علي أيام أشعر فيها بالعجز بسبب مرضي. وأنا محظوظة لأنّ لدي نظام دعم رائع ينتشلني من الظلام. وهذا في رأيي ليس أمرًا مسلما به، فكثير من الناس لا يحظون بالدعم ولا بإمكانية الحصول على رعاية صحية نفسية جيدة، ويُترَكون للمعاناة وفي بعض الحالات يموتون من مرض يمكن علاجه.

ولأجل المضي قدمًا، ينبغي أن نضمن وجود رعاية صحية نفسية في متناول الجميع. وعلينا أن نحرص على تعليم أطفالنا أنّه ما من ضير إذا كنا نشعر أننا لسنا بخير وأنّ المساعدة ربما تكمن في مجرّد التحدث مع آخرين. إن المرض النفسي ليس حكمًا بالإعدام ولا علامة على الضعف.

اسمي سحر. أنا أفتخر بأنني مدرسة ومريضة نفسيًا، ومدافعة، وابنة، وابنة أخت، وصديقة، وخالة، وأم لكلب، وإنسانة، وأشق طريقي في العالم مثلي مثل أي شخص آخر.

سحر فاسكيز، بليز

وفي جميع الأحوال، من المهم ضمان توافق الآراء والوضوح في التواصل، إذ إنّ التشتت في جهود المناصرة، بمعنى أن يحدث شد وجذب بين أصحاب المصلحة المختلفين فيسلط كل منهم الضوء على جوانب مختلفة من الصحة النفسية، يشكّل عائقًا رئيسيًا أمام التقدّم (٢٥٨). بيد أنّه حدثت في السنوات الأخيرة وثبة في تنسيق حملات المناصرة والفعاليات والمنتديات الوطنية والعالمية (على سبيل المثال، انظر الفصل ٤، تحت المجهر: إشراك الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية وتمكينهم). ويمكن أن تكون هذه أدوات لتعزيز الالتزام السياسي. فعلى سبيل المثال، يُستفاد من اليوم العالمي للصحة النفسية (الذي يُحتفل به في ١٠ تشرين الأول/ أكتوبر من كل عام) في جميع أنحاء العالم لإذكاء الوعي بقضايا الصحة النفسية، وحشد تصريحات عامة من متخذي القرار الوطنيين تعبر عن الالتزام وتعبئة الجهود لدعم الصحة النفسية (٢٥٩).

فرص مواتية

تتيح بعض السياقات السياسية فرصًا مواتية للتأكد من التزام القادة السياسيين ودفع خطط الصحة النفسية إلى الأمام. ويشمل ذلك، على سبيل المثال، إصدار تقرير مهم أو اتفاق دولي. وفي عام ٢٠٠١، استحوذ التقرير الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية عن الصحة النفسية على انتباه القادة السياسيين في جميع أنحاء العالم وشكّل دفعة أدت إلى ترسيخ وازدهار عدد من مبادرات الصحة النفسية الوطنية والدولية (٢٣٧).

تهيئ حالات الطوارئ الإنسانية والكوارث الطبيعية الأرضية المناسبة لإحداث التغيير اللازم لتصميم نظم رعاية أفضل على المدى الطويل.

ففي الأميركتين، مهّد توقيع إعلان كاراكاس في عام ١٩٩٠ الطريق لإصلاح الصحة النفسية. ودعا الإعلان إلى دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية، وحماية حقوق الإنسان للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات في الصحة النفسية. واسترشد إعلان كراكاس بمجموعة من الدراسات الوبائية التي أظهرت مدى اعتلال الصحة النفسية في المنطقة، ولكن أيضًا بالابتكار السياسي والاجتماعي الذي أعقب انتهاء العديد من الديكتاتوريات. وأرسى الإعلان الأساس لمبادرات السياسة العامة والمبادرات التشريعية والإصلاح الناجح والمبتكر في العديد من البلدان، بما في ذلك البرازيل وبنما والسلفادور وشيلي وغواتيمالا وكوبا ونيكاراغوا وغيرها (٢٦٠).

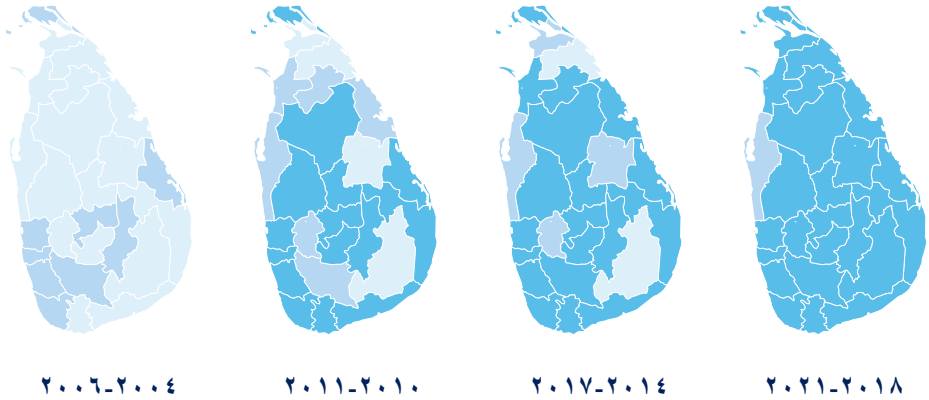
ومن جانب آخر، تهيئ حالات الطوارئ الإنسانية الناشئة عن الكوارث الطبيعية والصراعات على الرغم من طبيعتها المأسوية وآثارها الضارة على الصحة النفسية، أرضية مناسبة لإحداث التغيير. فهي تفرض على البلدان الالتزام بالاستثمار في الصحة النفسية وتهيئ لها فرصه. ولا شكّ أنّ زيادة القدرات في مجال المساعدات الوطنية والدولية، جنبًا إلى جنب مع الاهتمام العاجل والموجَّه إلى صحة الناس النفسية سيحفّزان الدعم السياسي والعمل ويهيئان فرصًا لتصميم نظم رعاية أفضل على المدى الطويل.

ففي سوريا، على سبيل المثال، قبل الصراع، كان من النادر وجود أي رعاية للصحة النفسية خارج مستشفيات الطب النفسي في حلب ودمشق. والآن، وبفضل الاعتراف المتزايد بالحاجة إلى الدعم، وزيادة المعونة الإنسانية، أدخلت الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في المرافق الصحية الأولية والثانوية، وفي المراكز المجتمعية والمراكز النسوية، وفي البرامج المدرسية. وعلى الرغم من الصراع المستمر في الوقت الحاضر يضمّ واحد على الأقل من كل أربعة مرافق رعاية صحية عامة عاملة في سوريا شخصاً مدرّباً في مجال الصحة النفسية يخضع للإشراف ويعمل ضمن نظام لإتاحة الرعاية الصحية النفسية.

وقد استفادت العديد من البلدان بالفعل من حالات الطوارئ لبناء نظم أفضل للصحة النفسية (٢٦١). ففي سري لانكا، على سبيل المثال، أدّت آثار كارثة تسونامي في قارة آسيا في عام ٢٠٠٤ إلى ازدياد واضح في الاهتمام السياسي بالصحة النفسية، ويسّرت تعبئة الموارد الفورية لرعاية الصحة النفسية في حالات الطوارئ، مما أتاح منبرًا لإصلاح الصحة النفسية الوطنية على نطاق أوسع. وبدعم من منظمة الصحة العالمية، عملت وزارة الصحة السريلانكية مع أصحاب المصلحة لوضع سياسة وطنية للصحة النفسية تركّز على لامركزية الرعاية وضمان توافر خدمات الصحة النفسية محليًا في جميع مناطق البلاد. ونفّذت الخطة من خلال برامج متعددة على المستوى الوطني ومستوى المناطق. واليوم، تتمتّع كل منطقة في البلد ببنية تحتية لخدمات الصحة النفسية، مقارنة بالثلث قبل كارثة تسونامي (انظر الشكل ٥-٢).

الشكل ٥-٢

توسّع خدمات الصحة النفسية في سري لانكا، ٢٠٠٤-٢٠٢١



الموارد البشرية	٢٠٠٤	٢٠٢١
• أخصائيون نفسيون	٣٦	١٣٦
• أخصائيون في الطب النفسي للأطفال	١	١٠
• أخصائيون في الطب النفسي الشرعي	-	٢
• موظفون طبيون في الصحة النفسية	٤٠	٢٢٣
• موظفون طبيون درسوا الطب النفسي لعام واحد ثم حصلوا على شهادة فيه	-	٤٧
• ممرضون نفسيون	-	٧١
• عاملون اجتماعيون نفسيون	٩	٧٨
• معالجون مهنيون	٦	٥٨
• موظفون لتقديم الدعم المجتمعي	-	٥٤
• مختصون في علاج النطق	-	١٣

الخدمات	٢٠٠٤	٢٠٢١
• وحدات داخلية للحالات الحادة	١٠	٢٥
• عيادات خارجية بالمستشفيات	١٠	٢٦
• وحدات الرعاية المتوسطة وإعادة التأهيل	٥	٢١
• مراكز إعادة التأهيل من تعاطي الكحول	١	١١
• عيادات للتوعية	٥٥	٢٨٧
• عيادات الصحة النفسية للأطفال بالمستشفيات العامة	٢	٢٦
• وحدات الصحة النفسية للأطفال	-	٢
• خط لتقديم المساعدة في الصحة النفسية	-	١

المصدر: Ministry of Health Sri Lanka et al, 2021 (*262*); Directorate of Mental Health, Sri Lanka, unpublished data, June 2022 .

وفي ألبانيا، أثارت أزمة عام ١٩٩٩ للاجئين من كوسوفو[١] اهتمامًا بالصحة النفسية ورغبة شديدة مدعومة بالموارد المالية لإصلاح الصحة النفسية. وحظيت خطة جديدة للصحة النفسية بالموافقة وتحوّلت الخدمات من نظام رعاية يقتصر على المستشفيات فقط ويركز على الجانب البيولوجي إلى مجموعة واسعة من الخدمات المجتمعية (انظر الشكل ٥-٣).

الشكل ٥-٣

التغيير في مرافق الصحة النفسية في ألبانيا ٢٠٠٠-٢٠٢٠

للبالغين	٢٠٠٠	٢٠٢٠
• مراكز مجتمعية للصحة النفسية	٢	١٠
• أجنحة للمرضى الداخليين في المستشفيات العامة	٠	٢
• مرافق سكنية	٠	١٤

للأطفال والمراهقين	٢٠٠٠	٢٠٢٠
• أفرقة مجتمعية للصحة النفسية	٠	٤

الرعاية المؤسسية	٢٠٠٠	٢٠٢٠
• مستشفيات نفسية	٤	٢

المصدر: Ministry of Health, Albania, unpublished data, March ٢٠٢٢.

وفي الآونة الأخيرة، حثّت جائحة كوفيد-١٩ على تعزيز نظم الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم، ولكن بشكل خاص في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل. وترتّب على الجائحة استجابات سريعة ومتنوّعة من خلال، على سبيل المثال، خطط الاستجابة الوطنية لـكوفيد-١٩ الخاصة خدمات الصحة النفسية، وتنفيذ إرشادات منظمة الصحة العالمية واللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات ومقرّر المجلس التنفيذي التابع لمنظمة الصحة العالمية الذي يحث الدول الأعضاء على اتخاذ إجراءات بشأن الصحة النفسية وإتاحة الموارد اللازمة لها (انظر الفصل ٢، تحت المجهر: كوفيد-١٩ والصحة النفسية) (٧، ٢٦٣) واستفادت الجائحة من الاهتمام المتزايد الذي شهده استخدام التقنيات الجديدة في رعاية الصحة النفسية على مدى السنوات الأخيرة، فحفزّت أيضًا استحداث ونشر مجموعة كبيرة من الأدوات والتكتيكات الرقمية لدعم الصحة النفسية لمواجهة حالة الضبابية الشديدة والتوتّر وتغيّر الأحوال (انظر تحت المجهر: تسخير التقنيات الرقمية لفائدة الصحة النفسية).

وسواء كان الأمر تقريرًا جديدًا أو تغييرًا في الحكومة أو كارثة أو حالة طوارئ صحية عامة، ينبغي استخدام جميع الفرص لإحداث تحوّل في الصحة النفسية.

٥-٢-٢ بناء الوعي والاهتمام لدى الجمهور

تعدّ عملية إذكاء الوعي والاهتمام لدى الجمهور أمرًا مهمًا لرفع مستوى العناية بالصحة النفسية. الصحة النفسية مسألة تخص الجميع وهي جزء لا يتجزأ من نوعية حياتنا وإمكاناتنا للازدهار، وينبغي على جميع الناس تقدير أهميتها لأنفسهم وللآخرين. وإذا كان عامة الناس لا يعرفون أو لا يهتمون بقضايا الصحة النفسية، فمن غير المرجّح أن يتحملوا مسؤولية الرعاية الذاتية، أو يطلبوا المساعدة المناسبة عندما لا يكونون على ما يرام، أو أن يعطوا الأولوية للوصول إلى رعاية صحية نفسية جيدة للجميع (انظر القسم ٣-٤-٢ انخفاض مستويات التثقيف الصحّي في مجال الصّحة النفسية). ومن جانب آخر لا تميل الحكومات للاستثمار في تعزيز الصحة النفسية أو الالتزام بإصلاح رعاية الصحة النفسية إذا كان عامة الجمهور ليسوا على دراية واهتمام بقضايا الصحة النفسية.

ولا ريب أنّ بناء الاهتمام العام بالصحة النفسية وتغيير المواقف ومعالجة الوصم ليس بالأمر السهل، لكن أثبتت التجربة أنّه ممكن، وخصوصًا من خلال التعليم والاتصال واستراتيجيات مناهضة الوصم مثل تلك الموضّحة في القسم ٤-٢-١ إيقاف الوصم. وأثبتت النُهُج القائمة على الاتصال الاجتماعي مع الأشخاص الذين يعانون من

[١] ينبغي فهم الإشارة إلى كوسوفو في هذا التقرير على أنها في سياق قرار مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة ١٢٤٤ (١٩٩٩).

قصة

المعرفة قوة

تجربة أنجليكا

يوجد في بلدي ١٧ طبيبًا نفسيًا مقابل ١٦ مليون شخص. وميزانية الصحة النفسية ضئيلة جدًا، وتُعامَل الاعتلالات من قبيل ما أعاني منه - وهو اضطراب الوسواس القهري - بتجاهل .

وظللت لسنوات اعتقد أنّني ربما كنت مسحورةً أو ملعونةً أو ممسوسةً بالأرواح الشريرة. وكان عليّ أن أتحمّل المعاناة وحدي مخافة أن يلحقني عار الوصم. ولم أستطع حتى إخبار زوجي. وكنت خائفة من أن يهجرني أحبائي. ولم تستطع كنيستي المساعدة، إذ لم يفهم أي قس ما كنت أعاني منه. ولا توجد مجموعات دعم في جميع أنحاء البلاد.

وقرأت أخيرًا عن الوسواس القهري على الإنترنت. وإلى أن أتى ذلك الوقت، استغرق الأمر مني ما يقرب من عام لأجد الشجاعة لزيارة اختصاصي رعاية صحية. وأتذكر أنّني أخبرت صديقًا ذات مرة أنّ الحكومة كانت تتخلى عن الأشخاص المصابين بالوسواس القهري لأنه لم يكن أحد يتحدث عن ذلك، فكان ردّه ألّا نلوم إلّا أنفسنا: فنحن بحاجة إلى التحدّث صراحةً.

وفي عام ٢٠١٨، أنشأتُ منظمة غير حكومية باسم Zimbabwe OCD Trust لتحسين الوعي وتقديم الدعم للأشخاص المصابين بالوسواس القهري. وكوّنتُ مجموعة دعم. وكنا نلتقي وجهًا لوجه مرة واحدة في الشهر قبل جائحة كوفيد-١٩، والآن نلتقي عبر الإنترنت. وتحدثتُ في الإذاعة وفي الفعاليات المحلية. وعُرض نشاطنا في الصحف والمجلات. وبدأ الناس ينتبهون إليّ، وبدأوا في الاستماع إلى ما كنت أقوله ثم بدأوا في الاتصال بي ودعوتي إلى الحديث عن هذا الاضطراب الذي كثيرًا ما يوصم بالعار.

فالمعرفة قوة. فما أن يدرك معظم الناس أنّ محنتهم كانت بسبب اعتلال في الصحة النفسية ولم يكن سببها بعض الأرواح الشريرة، يرتاحون. أنا لست طبيبةً نفسيةً، لذلك ما أن يشعر شخص ما بالارتياح عند الحديث عن اضطرابه، أطلب منه التماس المساعدة المهنية.

وأشعر أنّ هذه مجرد البداية لعملي في مجال زيادة الوعي بالوسواس القهري، وإنهاء الوصم تجاهه ودعم الأشخاص ذوي التجربة الحية ليجدوا المعاملة التي تليق بهم كشركاء متساوين مع من سواهم في هذا العالم.

انجيليكا مكورونجو، زمبابوي

دراسة حالة

الإطار ٥-٦

VISHRAM: مبادرة مجتمعية للحد من حالات الانتحار في ريف الهند

كان برنامج Vidarbha المعني بالشعور بالإجهاد والصحة (VISHRAM) برنامجًا مجتمعيًا استمر على مدار ١٨ شهرًا خلال عامَي ٢٠١٤ و٢٠١٥. وكان الهدف من تصميمه معالجة عوامل الخطر المتعلقة بالصحة النفسية التي تؤدي إلى الانتحار في منطقة أمرافاتي الريفية في فيداربا في وسط الهند. وبنهاية المشروع، انخفض انتشار الأفكار الانتحارية بين السكان الذين تستهدفهم مبادرة VISHRAM إلى النصف، وانخفض انتشار الاكتئاب بنسبة ٢٢٪، وازدادت النسبة المئوية للأشخاص الذين يسعون للحصول على رعاية الصحة النفسية بمقدار ستة أضعاف.

واستخدم VISHRAM نموذجًا متعدد المستويات للرعاية التعاونية، حيث شكّل العاملون الصحيون المجتمعيون نقطة الاتصال الأولى، فزاروا الأسر وعقدوا اجتماعات صغيرة لتحسين الوعي باعتلالات الصحة النفسية والخدمات المتاحة لعلاجها، وساهموا في تحديد الأشخاص الذين يعانون من أعراض الاكتئاب، وإقناعهم بالتحدّث إلى مقدم مشورة غير متخصّص في مجال الإسعافات الأولية النفسية، أو، بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من أعراض أكثر حدة، زيارة العيادة التثقيفية لاستشارة طبيب نفسي.

وتمخّض عن برنامج VISHRAM أن صار لدى كل قرية من القرى الـ ٣٠ المشاركة في البرنامج عامل صحة مجتمعي مدرّب على اكتشاف الاكتئاب وتقديم الدعم في الخطوط الأمامية وإحالة الأشخاص إلى نظام الصحة العامة للحصول على مزيد من العلاج. كما دفعت زيادة الوعي بين أفراد المجتمع ٢٦ مجلسًا قرويًا إلى إصدار قرارات رفعت إلى حكومة الولاية تطالب بخدمات الصحة النفسية.

المصدر: Shidhaye et al، 2017 (*264*).

اعتلالات الصحة النفسية فعاليتها. ويشكل الأشخاص الذين لديهم تجارب حية، بما في ذلك المنظمات التي تقودها الأقران، عوامل تغيير مهمة لتحسين الوعي العام بالصحة النفسية. وقبول الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية وبالتالي بناء التثقيف الصحي في مجال الصحة النفسية (اقرأ تجربة أنجليكا).

ومن الناحية العملية، يمكن أن تتباين برامج التوعية تباينًا كبيرًا من بلد إلى آخر، مما يبرز الاختلافات في الثقافة والسياق والموارد المتاحة. وفي كثير من الحالات، تكون البرامج جزءًا لا يتجزأ من خدمات الصحة النفسية والبنية التحتية المجتمعية الأخرى المصمّمة لزيادة الطلب على الرعاية (انظر الإطار ٥-٦ VISHRAM: مبادرة مجتمعية للحد من حالات الانتحار في ريف الهند).

ويعدّ تحسين الوعي وطلب المساعدة مطلبين أساسيين لتوسيع نطاق رعاية الصحة النفسية التي تشتد الحاجة إليها. وإن كان الناس لا يعرفون أنّ بعض متاعب صحتهم النفسية يمكن معالجتها من خلال الخدمات المتاحة محليًا، فلن يسعوا لطلب الرعاية.

ويشمل بناء الوعي أيضًا الكشف الاستباقي عن الحالات. وأظهرت الأبحاث في المناطق الريفية في نيبال أنّ المتطوعين المجتمعيين المدرّبين على استخدام أداة الكشف عن الحالات باستخدام الرسوم والصور يمكنهم تحديد الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية وبالتالي إرشادهم إلى الرعاية المتاحة (٢٦٥). ووجدت الدراسة النيبالية أنّ اكتشاف الحالات المجتمعية الاستباقي أدى إلى شروع زهاء ٥٠٪ من الأشخاص في طلب رعاية الصحة النفسية مقارنة برفع الوعي العام والإحالة الذاتية.

تسخير التقنيات الرقمية لفائدة الصحة النفسية

منذ أمد طويل أضحت التقنيات الرقمية متمثّلة في المواقع الإلكترونية والمنصّات على الإنترنت والهواتف الذكية وتطبيقات الهاتف المحمول تمكّن الأشخاص من تحقيق صحة نفسية أفضل (٢٦٦). ولكن حتى وقت قريب كان استخدامها شائعًا وسط معظم الناس في البلدان ذات الدخل المرتفع. والآن، أصبحت هذه التقنيات متاحة وبأسعار معقولة في العديد من البلدان والأماكن، ويتم تسخيرها بشكل متزايد لتحسين الصحة النفسية، وبخاصة في المناطق النائية حيث يستطيع الناس الحصول على هاتف محمول أكثر من حصولهم على رعاية الصحة النفسية.

وشهد هذا الاتجاه تضخمًا إبان جائحة كوفيد-١٩ حيث بحث مستخدمو الخدمة ومقدمو الخدمة عن طرق لتقديم رعاية الصحة النفسية والوصول إليها وسط القيود الاجتماعية.

وبالطبع، لا يخلو استخدام التقنيات الرقمية في مجال الصحة النفسية من مخاطر. وفي جميع الحالات، ينبغي أن تسترشد التدخّلات الرقمية بالمبادئ الأخلاقية وأن تنفّذ وفقًا لمدوّنات قواعد السلوك المهنية. ومجالات الاهتمام الرئيسية هي: الخصوصية وحماية البيانات والسلامة والمساءلة (٢٦٧). كما يعدّ التوافر والإنصاف مسألتين هامتين أيضًا، فكثير من الناس - ولا سيما أولئك الذين يمتلكون موارد قليلة - قد لا يتمكّنون من الوصول إلى التقنيات الرقمية (انظر القسم ٣-٣-٣ الفجوة في الموارد: الفجوة الرقمية).

ويؤدّي الإفراط في استخدام التقنيات الرقمية إلى التأثير سلبًا على الصحة النفسية. وتشير دراسات مختلفة إلى أنّ التعرّض لوسائل التواصل الاجتماعي على وجه الخصوص قد ارتبط باعتلالات الصحة النفسية لدى الشباب (ينبغي توخّي الحذر بسبب القيود المنهجية في البحث). وارتبط الوقت الذي يقضيه المراهقون على الإنترنت وأنواع الأنشطة والاستخدام المسبب للإدمان بالاكتئاب والقلق والضيق النفسي.

وربما يؤدي قضاء وقت مكثّف أمام الشاشة والاستخدام المتكرّر للتقنيات الرقمية إلى زيادة أعراض نقص الانتباه، والنوم المضطرب، وعرقلة نمو الدماغ (٢٦٨، ٢٦٩) وإدمان التقنيات والعزلة الاجتماعية. وأصبح الاضطراب الناتج عن الألعاب مصدر قلق متزايد، وهو اعتلال جديد في التصنيف الدولي للأمراض- المراجعة الحادية عشر (٢٧٠). ونجده أكثر شيوعًا بين الرجال منه بين النساء ويمكن أن ينتج عنه حدوث ضيق نفسي ملحوظ وإعاقة كبيرة في الأداء الشخصي، أو الأسري، أو الاجتماعي، أو التعليمي، أو المهني.

وتتمتّع التقنيات الرقمية بإمكانية المساهمة بقدر كبير في الجهود الوطنية لتحقيق تغطية شاملة للصحة النفسية. فهي تقلّل من وقت السفر ونفقاته، وتتسم بالمرونة بحيث يكيّفها الأشخاص وفقًا لجداولهم اليومية، وتمكّنهم من إخفاء هويتهم مما يزيل الحواجز التي يخلقها الوصم. والواقع أنّ البيّنات التي تشير إلى أن النُّهج الرقمية تدعم الصحة النفسية مقنعة، حيث تُظهر نُهُج المساعدة الذاتية والتطبيب عن بعد على وجه الخصوص فوائد ملموسة، بما في ذلك في البلدان المتوسطة الدخل (٢٧١).

وتصف الأقسام التالية خمسة مجالات واعدة للغاية، حيث تستخدم التقنيات الرقمية لتحسين توافر رعاية الصحة النفسية ونطاقها وجودتها بشكل فعّال (لم نفكر في استخدامها في نظم معلومات الصحة النفسية).

والأمثلة المقدّمة بعيدة كل البعد عن أن تكون شاملة، فهذا مجال سريع التطوّر، والنُهُج والتطبيقات الجديدة آخذة في الظهور باستمرار.

التقنيات الرقمية من أجل إرشاد الجمهور وتثقيفه

يمكن أن يكون الحصول على معلومات بشأن الصحة النفسية وكيفية التعامل معها مفيدًا للغاية للأشخاص الذين يعانون من ضيق نفسي أو مصابون باعتلال في الصحة النفسية، أو لأي شخص يريد ببساطة تحسين رفاهه.

موارد منظمة الصحة العالمية على الإنترنت. تتيح منظمة الصحة العالمية موارد رقمية واسعة للجمهور من خلال مختلف وسائط الإعلام بما في ذلك أشرطة الفيديو والكتيبات والمطبقات والصفحات الإلكترونية (٢٧٢). وتشمل الموضوعات الرئيسية: إدارة الشعور بالإجهاد، والصحة النفسية إبّان جائحة كوفيد-١٩، والتعامل مع الاكتئاب، ومنع الانتحار.

الخبراء العالميون حسب الخبرة. تنشر شبكة الأقران العالمية في مجال الصحة النفسية مدوّنات صوتية ومقابلات وأوراق أكاديمية ومقالات إلكترونية لتبادل المعلومات الرامية إلى تمكين الأشخاص ذوي التجربة الحية (٢٧٣). ومن خلال مشاركة قصص التعافي، تأمل الشبكة في المساعدة في القضاء على الوصم وتذكير الآخرين بأنّ التعافي ممكن.

التثقيف الصحي في الصين. استجابة لتزايد مشاكل الصحة النفسية خلال جائحة كوفيد-١٩، وضع المهنيّون في مجال الصحة النفسية والسلطات الصحية في الصين مجموعة من برامج التثقيف والتوعية بالصحة النفسية عبر الإنترنت (٢٧٤). ويشمل ذلك استخدام وسائل التواصل الاجتماعي لتوفير المعلومات للعاملين في المجال الطبي والجمهور، والكتب الإلكترونية المجانية لتثقيف الناس حول الوقاية من كوفيد-١٩ ومكافحته والصحة النفسية.

التقنيات الرقمية لتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية

تستخدم منظمة الصحة العالمية وغيرها من المؤسسات في أماكن كثيرة دورات التعلّم الإلكتروني مع الدعم والإشراف عن بُعد لتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على مختلف جوانب رعاية الصحة النفسية، بما في ذلك الإدارة السريرية، والرعاية القائمة على الحقوق (انظر الإطار ٤-٤ مبادرة منظمة الصحة العالمية بشأن حقوق الجودة QualityRights) وتقديم التدخّلات النفسية (انظر الإطار ٥-١٢ ضمان الجودة في الدعم النفسي EQUIP: تقييم وبناء الكفاءات اللازمة للتدخّلات النفسية).

أكاديمية منظمة الصحة العالمية. تعتزم أكاديمية منظمة الصحة العالمية استخدام مزيج من برامج التعلّم الإلكترونية والتعلم بالحضور المادي والبرامج الهجين، وتوسيع نطاق الوصول إلى فرص التعلّم للعاملين الصحيين والمديرين ومسؤولي الصحة العامة والمعلمين والباحثين ومقرري السياسات في جميع أنحاء العالم. وسيتيح البرنامج، عند افتتاحه، التدريب على جميع جوانب الصحة العالمية، بما في ذلك الصحة النفسية. وسوف تقدّم الأكاديمية برامج فردية متعددة اللغات تتميز بابتكارات مثل الذكاء الاصطناعي وتكنولوجيا الواقع الافتراضي. وسوف تكون تكلفة جميع الدورات مناسبة للأماكن ذات النطاق الترددي المنخفض. وسوف تتاح للعاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية من خلال الأكاديمية الجديدة حزم التدريب الأساسية لكل من دليل تدخّلات برنامج سد الفجوة في الصحة النفسية التابع لمنظمة الصحة العالمية ومبادرة حقوق الجودة.

التمكين. التمكين هو برنامج تدريب تفاعلي عبر الإنترنت يعلّم العاملين الصحيين المجتمعيين الخاضعين للإشراف تقديم تدخّلات الصحة النفسية الرامية لعلاج اعتلالات مختلفة. ويصمّم هذا البرنامج في نفس الوقت في الهند والولايات المتحدة. ويقوم البرنامج برقمنة محتوى العلاجات النفسية الاجتماعية القائمة على البيّنات التي ثبت فعاليتها عندما قدّمها غير المتخصّصين. وسوف يتضمّن التعلّم عبر الإنترنت التعلُّم الرقمي، وسيتيح مدربًا عن بُعد، وإشرافًا من الأقران تحت إدارة خبير، وتقييم الكفاءة (٢٧٥).

المعسكر الافتراضي للصحة النفسية VCPH. هي منصّة التعلّم التابعة لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية (٢٧٦). وتمكّن هذه المنصّة الأطباء الممارسين في مجال الصحة الوصول إلى الدورات التدريبية عبر الإنترنت والمواد التفاعلية المتعلّقة بمجموعة متنوّعة من مواضيع الصحة العامة، بما في ذلك موضوعات الصحة النفسية العامة مثل الوقاية من إيذاء النفس والانتحار، والصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في حالات الطوارئ الإنسانية، والحد من الوصم. وتتضمن المنصّة محتوى برامج بأربع لغات، ساهم بها ٢١ بلدًا في جميع أنحاء الأميركتين. ودعمت وزارة الصحة العامة التدريب في مجال الصحة العامة منذ عام ٢٠٠٨ وأصبح لديها الآن أكثر من مليون شخص مسجلين في دوراتها (٢٧٧).

التقنيات الرقمية لدعم مقدمي الخدمات غير المتخصّصين

يمكن أن تساعد الأدوات الرقمية مقدمي الخدمات غير المتخصّصين في تقييم اعتلالات الصحة النفسية وإتاحة العلاج.

الدليل الإلكتروني لتدخّلات برنامج سد الفجوة في الصحة النفسية. يتيح الدليل الأصلي البروتوكولات السريرية لدعم مقدمي الخدمات غير المتخصّصين في تقييم وإدارة اعتلالات الصحة النفسية ذات الأولوية. وتتيح أداة الهاتف المحمول نفس المواد معادة صياغتها لاستخدامها في هاتف ذكي، وهي متاحة بلغات عديدة.

الصحة الإلكترونية في أفغانستان. في أفغانستان، دعمت مبادرة الصحة الإلكترونية في مقاطعة بدخشان العاملين الصحيين المجتمعيين ومقدمي الرعاية الصحية في المرافق من خلال تطبيق متنقّل مصمّم خصيصًا لذلك (٢٧٨). وعلى غرار دليل تدخّلات برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية الإلكتروني، تضمن التطبيق الأفغاني مبادئ توجيهية تفاعلية للفحص والإدارة ممستمدة من برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية. ويتيح البرنامج تسجيل مستخدمي خدمات الصحة النفسية في المجتمع وإتاحة منصّة للاستشارة عن بعد. وكشف التقييم الأولي الذي أجري في المجتمعات المحلية النائية أنّ فرص الحصول على الرعاية قد تعزّزت، وانخفض الوصم، وتحسّنت نوعية الخدمات الصحية.

التقنيات الرقمية من أجل الرعاية عن بُعد

تعدّ برامج الصحة النفسية عن بُعد وسيلة لتمكين مستخدمي الخدمة ومهنيّي الصحة النفسية من التواصل عن بُعد. وتمكِّن الجلسات التي تُعقد عن طريق مؤتمرات الفيديو أو الرسائل عبر الإنترنت أو الهاتف المهنيّين من إجراء التقييمات، وتقديم العلاج (العلاج الفردي أو الجماعي أو العائلي)، ووصف الأدوية، والتثقيف بشأن الصحة النفسية، ودعم الإدارة الذاتية. وتظهر الأبحاث أنّ العلاج النفسي من خلال مؤتمرات الفيديو يمكن أن يكون مفيدًا بشكل خاص في علاج الاكتئاب والقلق (٢٧٩).

وتشمل الصحة النفسية عن بُعد مهنيي الصحة النفسية الذين يدعمون الصيادلة بغرض تقديم الوصفات الطبية أو مقدمي الرعاية الأولية لتقديم الاستشارات، إمّا مباشرة أو باستخدام نسق التسجيل والإرسال حيث تسجّل المعلومات مسبقًا وترسل للمراجعة. أو يمكن أن يتضمّن تقديم المشورة والتوجيه عن بُعد.

ومن جانب آخر نجد أنّ برامج الصحة النفسية عن بُعد أكثر ملاءمة للأغراض اللوجستية في المناطق الريفية النائية. وكانت خلال جائحة كوفيد-١٩ الخيار العملي الوحيد المتاح لمعظم الناس (انظر الفصل ٢، تحت المجهر: كوفيد-١٩ والصحة النفسية). وغالبًا ما يفضّل الناس خدمات الصحة النفسية عن بُعد لأنّها تجنّبهم الوصم الذي يلحق عند حضور جلسة استشارية علاوة على وقت وتكلفة الذهاب إلى الموعد.

الاستشارة من خلال الدردشة في الصين. خلال جائحة كوفيد-١٩، أنشأ مهنيو الصحة النفسية في المؤسسات الطبية والجامعات والجمعيات الأكاديمية في جميع مناطق الصين خدمات استشارية نفسية عبر الإنترنت على مدار ٢٤ ساعة من خلال تطبيقات الرسائل المجانية (٢٧٤).

الوصفات الطبية الإلكترونية في الفلبين. استخدم الأطباء في الفلبين التنسيقات عن بُعد للاتصال بالصيدليات وإصدار الوصفات الطبية الإلكترونية كوسيلة لتحسين الوصول إلى الأدوية الموصوفة في فترات الإغلاق أثناء جائحة كوفيد-١٩ (٢٨٠).

التقنيات الرقمية في مجال المساعدة الذاتية

تمتلك تدخّلات المساعدة الذاتية قاعدة بيانات قوية، وبخاصة للاكتئاب والقلق (٢٨١). ولكن عندما يتعلّق الأمر بالمساعدة الذاتية الرقمية للصحة النفسية، فهناك الآلاف من التطبيقات عبر الإنترنت والهاتف المحمول المتاحة ولم يخضع للاختبار والتقييم الجيّد سوى عدد قليل منها. ومن بين الأدوات التي تم تقييمها جيدًا أداة خطوة بخطوة (اقرأ تجربة نور وانظر الإطار ٧-٧ خطوة بخطوة: المساعدة الذاتية الموجّهة للاكتئاب في لبنان).

الهواتف الذكية لإدارة الشعور بالإجهاد. في فييت نام، صمّم برنامج لمعالجة الإجهاد قائم على الهواتف الذكية لتحسين مشاركة المستشفيات في العمل. وقد وُضع البرنامج بالتشاور مع الممرّضات الفيتناميات للنظر في ثقافات عملهن وتعاملهن مع الضغوط، وقُدم في شكلين: أحدهما يمكن للمستخدم أن يختار فيه أي وحدة، والآخر يتعيّن فيه اتباع الوحدات بالترتيب التسلسلي. ووجد أنّ برنامج الطلبات الثابتة، الذي شمل التدريب على مهارات إدارة الشعور بالإجهاد القائم على العلاج المعرفي السلوكي، يحسّن بشكل كبير المشاركة في العمل في إطار المتابعة لمدة ثلاثة أشهر، ولكن لم تثبت فعاليته في فترة متابعة مدتها سبعة أشهر (٢٨٢).

أداة منظمة الصحة العالمية للصحة الإلكترونية ذات الصلة باستخدام الكحول. هي أداة مساعدة ذاتية تفاعلية قائمة على البيّنات موجّهة للأشخاص الذين يسعون إلى تقليل أو وقف استخدامهم للكحول. وقد أجرى اختبار الأداة في بيلاروس والبرازيل والهند والمكسيك، حيث تبيّن أنها تقلّل من الاستخدام الضار للكحول الضار أو المهدّد في غضون ستة أشهر، مما يشير إلى أنّ هذا يشكّل نموذجًا مهمًا يمكن أن تتبعه البلدان المنخفضة الدخل أو تلك المتوسطة الدخل (٢٨٣).

قصة

يمكنني حقًا أن أشعر بالفرق

تجربة نور

عانيت من مرض هشاشة العظام منذ ولادتي. وعندما كنت صغيرةً كنت أتردّد على مدرسة تهتم بدمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ولم أشعر بالاختلاف، على الرغم من أنّني كنت أتعرّض للتنمّر خارج المدرسة ممّا أزعجني وجعلني أبكي كثيرًا.

وفي آخر عام لي في المدرسة انتقلت عائلتي إلى سكن جديد. وبالكاد كانت مدرستي الجديدة تستوفي المعايير الدنيا اللازمة لدعم الأشخاص الذين هم في وضعي. وبدأت أتغيّب كثيرًا عن المدرسة، وبعد أن كنت أتصدر لسنوات المرتبة الأولى في صفي، أخذت درجاتي في الهبوط. ولم أنجح في امتحاناتي، وعانيت من صدمة شديدة وبتّ أعاني دائمًا من الخوف من الفشل. وأصبت باضطرابات نفسية كثيرة، ولكن لم أكن أملك الوعي للتعبير عن نفسي أو لالتماس المساعدة من أي شخص.

وجرّبت العلاج لكنني لم أستطع دائمًا تحمّل نفقاته. ثم وجدت برنامج "خطوة بخطوة" على وسائل التواصل الاجتماعي. وهو برنامج مجاني للصحة النفسية عبر الإنترنت منحني مساحة للتعبير عن مشاعري وقدّم لي أدوات لمساعدتي في التغلّب على المشاكل التي أواجهها. وفي البدء شعرت أنّ الأدوات لم تكن مفيدة، لكن باستخدامها مرارًا وتكرارًا تمكّنت حقًا من الشعور بالفرق.

واكتسبت اليوم القدرة على التعبير عن مشاعري كلما أشعر أني بحاجة إلى ذلك، وصرت أستخدم أدوات مثل التنفس والتمارين الرياضية لمساعدتي على تقليل آلامي النفسية. وتعلّمت بفضل برنامج "خطوة بخطوة" إنجاز الأشياء بتقسيمها إلى مهام بسيطة حتى عندما ينتابني الشعور بالإحباط والضعف. ومن ناحية أخرى، ساعدني برنامج خطوة بخطوة على تقوية علاقاتي الاجتماعية. وأصبحت أشعر أنني أنتمي إلى وسط يدعمني. واكتسبت مهارات تجعلني أفكر على نحو أكثر إيجابيّة وامتنانًا.

نور عوض، لبنان

٥-٣ تمويل الصحة النفسية

يسهم تعزيز المعلومات والبيّنات والفهم بقدر لا يستهان به في تيسير إصلاح الصحة النفسية. ولتحويل خدمات الصحة النفسية إلى واقع يجب ترجمة الخطط والسياسات إلى أفعال باستخدام التمويل الذي يخصّص الموارد حيثما تكون هناك حاجة إليها. ومن نواحٍ عديدة، يتيح التمويل الكافي الأساس لإنشاء آليات الإدارة والحوكمة، وتطوير ونشر قوة عاملة مدرّبة، وإقامة البنية التحتية والتكنولوجيا ذات الصلة لزيادة تقديم خدمات الصحة النفسية المستدامة.

ويتطلب توفير التمويل الكافي من مقرري السياسات والمخطّطين تخصيص المزيد من الأموال للصحة النفسية، إمّا بالحصول على موارد إضافية من خزانة الدولة أو المموّلين الخارجيين، أو بإعادة توزيع الموارد وتوجيهها نحو الصحة النفسية، سواء في ميزانية الصحة أو عبر الحكومة (على سبيل المثال في ميزانيات التعليم).

وفي كلتا الحالتين، فإنّ القيود المفروضة على الميزانية وتلك المفروضة على الموارد البشرية تضع دائما حدًا لما يمكن إنجازه. ويتطلّب تحقيق التغطية الصحية الشاملة قرارات عقلانية ومدروسة بعناية حول أين وكيف ولمن يجب تقديم الخدمات الصحية. وفي جميع السياقات، يمكن أن تساعد العمليات المتعمّقة الرامية إلى تقييم الاحتياجات والموارد وبيّنات إثبات الجدوى ونماذج التدخّل في ضمان تخصيص الموارد وتقديم الخدمات على نحو ملائم وبكفاءة.

وأدت القيود المالية إلى ابتكار بعض الحلول التي تستخدم الحد الأدنى من الموارد، ولكنها تحقّق نتائج مهمة. وربما تكون هذه الابتكارات التي تولّدت عن الحاجة الخيار الأنسب في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، كما يمكن أن توفر نماذج مناسبة للبلدان المرتفعة الدخل. وعلى سبيل المثال، يتضمّن كل من برنامج Problem Management Plus (تعزيز إدارة المشكلات) وبرنامج Friendship Bench (مقعد الصداقة) نسخًا موجزة ومبسّطة للتدخّلات النفسية التي صمّمت في الأصل لمجتمعات البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، لكن تم تكييفها الآن لاستخدامها في نيويورك (انظر القسم ٧-١-٤ توسيع نطاق الرعاية للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شائعة) (٢٨٤، ٢٨٥).

وتعتمد الموارد المخصّصة لخدمات الصحة النفسية في الغالب الأعم على ميزانيات الرعاية الصحية والاجتماعية. ويميل تخصيص الموارد إلى اتباع التقاليد التاريخية بدلًا من الاستناد إلى التقييم المستمر للاحتياجات. وعادة ما يعاد النظر في الميزانيات فقط عند إصلاح الرعاية الصحية.

ثمّة طرق تمكّن البلدان من زيادة الكفاءة والإنصاف في الموارد المخصّصة لخدمات الصحة النفسية، ومنها إلغاء تلقي رعاية الصحة النفسية في المؤسسات ومعالجة أي سوء استخدام للموارد. ومع ذلك، ليس في وسع أي بلد الوفاء باحتياجات الصحة النفسية لسكانه دون تعبئة أموال وموارد بشرية إضافية وتخصيص مبالغ متزايدة للصحة النفسية.

ليس في وسع أي بلد الوفاء باحتياجات الصحة النفسية لسكانه دون تعبئة أموال وموارد بشرية إضافية للصحة النفسية.

وينبغي أن يأتي معظم تمويل الصحة النفسية من المصادر المحلية لضمان استدامته (٢١٩). ويُضاف إليه دور المموّلين الخارجيين، المتمثّل في المساعدة المباشرة، أو الاستثمار الأجنبي المباشر، أو المسؤولية الاجتماعية للشركات، أو العمل الخيري (٢٨٦).

دراسة حالة

الإطار ٥-٧

بيرو: التمويل المبتكر للتحسين المستدام

تعمل عملية إصلاح الصحة النفسية في بيرو، منذ عام ٢٠١٣، على سد الفجوة في رعاية المحتاجين. ويركّز الإصلاح على تحويل رعاية اعتلالات الصحة النفسية من مستشفيات الطب النفسي المتخصّصة إلى الرعاية المجتمعية. ونتج عن عملية الإصلاح كما يشير التحليل حدوث توسّع تدريجي وكبير في خدمات الصحة النفسية، وشملت الرعاية في عام ٢٠٠٩ نسبة ٩٪ من الأشخاص، وارتفع هذا الرقم إلى نسبة ٢٦٪ بحلول عام ٢٠١٨.

ولم يكن الإصلاح الناجح للصحة النفسية في بيرو ليتأتى لولا استخدام نموذج تمويل مبتكر لتعبئة موارد جديدة والاستفادة من تدفّقات التمويل الحالية للصحة النفسية. وفي عام ٢٠١٤، وافقت وزارة الاقتصاد والمالية على ميزانية تستند إلى النتائج ومدتها عشر سنوات مخصصة حصرًا لدعم خدمات الصحة النفسية المجتمعية. وبحلول عام ٢٠٢٠، ازداد عدد مراكز الصحة النفسية المجتمعية في المنطقة تسعة أضعاف (انظر الإطار ٧-١٣ بيرو: الرعاية الصحية النفسية المجتمعية الشاملة.)

وأُدرجت خدمات الصحة النفسية ضمن حزمة الفوائد الممنوحة في إطار الخطة الوطنية للتأمين الصحي في بيرو، الأمر الذي شكل خطوة بالغة الأهمية نحو تحقيق المساواة في الصحة النفسية ضمن النظام الصحي. واستُكمِل ذلك بجدولة مُراجعَة للرسوم المستردة لتغطية تكاليف الخدمات المقدمة في مرافق الصحة النفسية المجتمعية ومستشفيات الطب النفسي المتخصصة.

وكل هذه التدابير مجتمعةً ساعدت على خفض المبالغ الذي يدفعها الأفراد من مالهم الخاص مقابل خدمات الصحة النفسية بمقدار الثلث في الفترة من ٢٠١٣ إلى ٢٠١٦.

المصادر: MINSA, 2019 (*287*); APEC, 2020 (*288*).

٥-٣-١ زيادة الموارد من المصادر المحلية من أجل الصحة النفسية

يمكن حشد التمويل المحلي لخدمات الصحة النفسية من خلال الدعوة للحصول على أموال من خزانة الدولة، أو بإعادة تخصيص الموارد في إطار ميزانية الصحة. وفي كلتا الحالتين، أثبتت التجربة أنّه عندما تلتزم البلدان بتمويل خدمات الصحة النفسية بنفسها، يغدو من الممكن إحداث تحول في رعاية الصحة النفسية (انظر الإطار ٥-٧ بيرو: التمويل المبتكر من أجل التحسين المستدام).

يعد الحصول على تمويل إضافي للصحة النفسية من مجموعة الموارد المركزية التي تخصّصها وزارات المالية أو التخطيط أمرًا جذابًا لأنه لا يأخذ التمويل من مجالات الصحة الأخرى. ولكن أي طلب للحصول على أموال إضافية من الخزانة يجد منافسة أيضًا من طلبات الوزارات الأخرى، وكذلك من مجموعة واسعة من المنظمات الأخرى التي تحتاج إلى مساعدة حكومية.

وإلى جانب استمرار البلدان في توجيه وتمويل السعي إلى الانضمام إلى التغطية الصحية الشاملة، من الضروري دمج الصحة النفسية في الخطط القطاعية للنظم الصحية التي تتسم بسرعة الاستجابة والمرونة. ولا شكّ أنّ إدخال خطط التأمين الصحي الاجتماعي الجديدة أو إصلاحات التمويل الصحي الأخرى اللازمة للتغطية الصحية الشاملة يهيئ فرصًا أساسية للصحة النفسية لتكون <<صلبة>> منذ البداية. وبالإضافة إلى قطاع الصحة، ينبغي اعتبار الصحة النفسية أولوية إنمائية جديدة نسبة لارتباطها بالفقر، والتفاوتات الاجتماعية، والهجرة، وغير ذلك من الشواغل الرئيسية (انظر القسم ٤-٣ تمكين التنمية الاجتماعية والاقتصادية). وبهذه الطريقة، يمكن إدخال الصحة النفسية في استراتيجيات التنمية التي تسترشد بها قرارات الخزانة، مثل أطر الميزانية المتوسطة الأجل.

ولعل النهج البديل هو إعادة تخصيص الموارد ضمن ميزانية الصحة لزيادة الحصّة التي تذهب إلى الصحة النفسية. ولا تزال القيود المتصلة بحدود الميزانية والأولويات المتنافسة قائمة. وإلى جانب الصحة النفسية، يتعيّن على الحكومات أن تقرر مقدار الإنفاق على الأمراض السارية والأمراض غير السارية وصحة الأم والطفل، من بين احتياجات صحية أخرى. ولعل لكل مجال من مجالات الصحة هذه حجج صالحة ومقنعة للاحتفاظ بميزانياتها الحالية أو حتى زيادتها. وينبغي على الحكومات أيضًا أن تقرر مقدار ميزانية الصحة المخصّصة للإنفاق على خدمات الرعاية الأولية، والمستشفيات، والخدمات المتخصّصة، والوقاية والترويج، وكلها تشمل الصحة النفسية.

وفي ظل سعي البلدان للتعامل مع العواقب الاقتصادية لجائحة كوفيد-١٩، تتعرض الميزانيات الحكومية في جميع أنحاء العالم لضغوط شديدة، ومن المرجّح أن تكون المنافسة على الموارد قوية كما كانت دائمًا، وفي الوقت ذاته ثمة حاجة هائلة إلى تسريع زيادة دعم الصحة النفسية للسكان المتضرّرين (انظر الفصل ٢، تحت المجهر: كوفيد-١٩ والصحة النفسية).

ويختلف الخبراء في رأيهم بشأن مقدار الميزانية الصحية التي يجب تخصيصها للصحة النفسية، فهم يطرحون مقترحات مختلفة بشأن المعايير التي يجب استخدامها لتحديد الأولويات الصحية (٢٨٩). ولا شك أنّ الجدوى والقدرة على تحمل التكاليف وفعالية التكلفة وحقوق الإنسان والإنصاف تشكّل اعتبارات هامة. وثمة حاجة إلى فهم سياقات تمويل الرعاية الصحية الواسعة، وربط الميزانيات بالأهداف والغايات المتفق عليها وطنيًا بشأن الصحة النفسية واستخدام التمويل كأداة لإدخال الابتكارات وتسهيل إصلاح الصحة النفسية (٢٨٤).

وسواء اعتمدت البلدان نسبة مئوية محدّدة من ميزانية الصحة مخصّصة للإنفاق على الصحة النفسية أم لا، فإنّ تحقيق التغطية الصحية الشاملة يتطلّب موارد كافية لجعل الرعاية الجيدة بأسعار معقولة متاحة على قدم المساواة من أجل رعاية الصحة البدنية والنفسية. وللوصول إلى هذا الهدف ينبغي على جميع القطاعات، وليس الصحة فقط، تخصيص الموارد للصحة النفسية. فعلى سبيل المثال، لا بدّ أن تتاح للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية إمكانية الوصول إلى برامج شاملة للدعم والتوظيف تديرها وزارات التنمية الاجتماعية والعمل.

أداة

الإطار ٥-٨

صندوق الصحة من أجل الحياة المعني بالأمراض غير السارية والصحة النفسية

صندوق "الصحة من أجل الحياة" هو صندوق استئماني متعدّد الشركاء على نطاق الأمم المتحدة مكرّس للأمراض غير السارية والصحة النفسية، وأنشئ في عام ٢٠٢١ تحت رعاية فرقة العمل المشتركة بين وكالات الأمم المتحدة المعنية بالأمراض غير السارية.

وهو مصمّم لدعم البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل بمنح تحفيزية، من أجل حفز العمل المتعدّد أصحاب المصلحة والشامل لعدة قطاعات على المستوى القطري، وزيادة التمويل المحلي، وتحسين السياسات، والتشريعات، واللوائح.

ويسعى صندوق "الصحة من أجل الحياة" إلى تمكين الحكومات والمجتمع المدني من تلبية الأولويات الوطنية وتوسيع نطاق الإجراءات الابتكارية اللازمة لتعزيز النظام الصحي. ويشمل ذلك تنفيذ التدخّلات الموصى بها للوقاية من الأمراض غير السارية واعتلالات الصحة النفسية وإدارتها طوال العمر مع تعزيز استجابة أوسع متعدّدة القطاعات للمحددات الاجتماعية والهيكلية الأساسية.

المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2021 (*290*).

٥-٣-٢ المستثمرون الخارجيون في الصحة النفسية

حتى إذا زادت البلدان من التمويل المحلي لخدمات الصحة النفسية، فيظل دور المستثمرين الخارجيين مهمًا، على سبيل المثال، في الحصول على أموال محفزّة (انظر الإطار ٥- ٨ صندوق الصحة مدى الحياة Health4Life الصندوق المعني بالأمراض غير السارية والصحة النفسية).

وتكتسي الموارد الخارجية أهمية خاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض، حيث غالبًا ما تكون ضغوط الميزانية أشد. وفي هذه البلدان، يوجد نظام بيئي كبير ومعقد من المستثمرين الخارجيين عبر القطاعين العام والخاص والقطاع الثالث، بما في ذلك وكالات المعونة ومصارف التنمية والشركات والمؤسسات الصغيرة الحجم وتلك المتوسطة الحجم والمنظمات غير الحكومية والشركات والمؤسسات الخاصة.

وربما تكون الموارد الخارجية مهمة أيضًا للبلدان المتوسطة الدخل، خاصةً لأنّها تقلّل من الرعاية المؤسسية وتتطلب مؤقتًا <<ميزانية مزدوجة>> لبناء خدمات الصحة النفسية المجتمعية.

وفي كثير من الحالات، يمكن للتمويل الخارجي أن يحفّز بنجاح التغيير الإيجابي (انظر الإطار ٥-٩ باكستان: الاستفادة من تمويل المانحين في حفز التغيير). وشهد مستوى الاستثمار الخارجي في الصحة النفسية ارتفاعًا منذ عام ٢٠٠٠، إلا أنّ مساهمته لا تزال محدودة، فالصحة النفسية تجتذب القليل جدًا من تمويل المانحين، (٢٩١). وتكتسي المساهمات الخيرية أهمية خاصة في تمويل تحسينات الصحة النفسية في البلدان المتوسطة الدخل، ولكنها لا تزال هامشية مقارنة بالاستثمارات الخارجية في مجالات صحية أخرى (٢٩٢).

دراسة حالة

الإطار ٥-٩

الاستفادة من تمويل المانحين في حفز التغيير

أنشأت شركة البحث التفاعلي والتنمية Interactive Research and Development في باكستان برنامج *Purskoon Zindagi* (الحياة السلمية) باستخدام سلسلة من المنح الخارجية منذ عام ٢٠١٤، وعملت على توسيعه لزيادة الوصول إلى خدمات الصحة النفسية في المجتمعات المنخفضة الموارد.

ويجمع البرنامج بين المشاركة المجتمعية وأنشطة بناء القدرات لزيادة الوعي باعتلالات الصحة النفسية وخدماتها. كما يقدم مستشاروه غير المتخصّصين علاجًا نفسيًا قصير الأجل أو يلجأون إلى الإحالة. وشرع البرنامج منذ عام ٢٠١٨ في دمج خدماته في بعض شبكات الرعاية الأولية، وكذلك في برامج أمراض محدّدة مثل السل وفيروس نقص المناعة البشرية وصحة الرئة والسكري.

وبحلول ديسمبر ٢٠١٩، أفاد البرنامج أنّه أجرى فحصًا لأكثر من ١٠٠ ٠٠٠ شخص يعانون من القلق والاكتئاب، بجانب إسداء المشورة مجانًا في مجال الصحة النفسية لأكثر من ٩ ٠٠٠ شخص. وهو يعمل الآن في ١٩ مركزًا للرعاية الأولية، مع تدريب أكثر من ١٤٠ مقدم مشورة غير متخصّص ونشرهم في المجتمعات المحلية. ويخطط لتوسيع النموذج ليشمل ثلاثة مقدمي رعاية أولية إضافيين فضلًا عن شبكة مشتركة تتضمّن ٧٥ عيادة في كراتشي.

وبدأ البرنامج بتمويل منحٍ لمقدمي المشورة غير المتخصّصين، ولكن بعد نجاح البرنامج، أصبحت مرافق الرعاية الأولية تتكفّل برواتب الموظفين، مما يضمن الاستدامة.

وإبّان جائحة كوفيد-١٩، أجرى البرنامج تدريبًا لمقدمي المشورة غير المتخصّصين على تقديم خدمات الصحة النفسية من خلال مكالمات استباقية إلى الأشخاص الذين خضعوا لفحص كوفيد-١٩، ونظّم مجموعات دعم للعاملين في الخطوط الأمامية، وخط مساعدة للأزمات لأي شخص يعاني من القلق أو الاكتئاب. ودرّب البرنامج ما لا يقل عن ٢٥ عاملًا صحيًا على تقديم الرعاية الصحية البدنية والنفسية المتكاملة عن بُعد، ودعم أكثر من ٢٠ ٠٠٠ شخص.

المصادر: الابتكار في وزارة الصحة، 2021 (*293*). الابتكارات في الرعاية الصحية، 2021 (*294*).

٥-٤ الكفاءات والموارد البشرية

إلى جانب البيّنات والفهم والتمويل، تعدّ الكفاءات الواسعة النطاق في مجال الصحة النفسية مكونًا حيويًا لا غنى عنه لأي نظام صحة نفسية يعمل بشكل جيد. وفي نظم الرعاية المتعددة المستويات، يتبنى مقدمو الرعاية المتنوّعون أدوارًا مختلفة، ولكنها متكاملة تُستخدَم فيها الموارد بكفاءة وتُتاح فيها الرعاية على نطاق أوسع. وهذا يعني ضرورة أن يسعى مقدمو الرعاية إلى تحقيق الكفاءات في مجال الصحة النفسية والحفاظ عليها في كل مستوى، بدءًا من الأفراد ومقدمي الخدمات المجتمعية إلى العاملين في مجال الرعاية الصحية العامة والمتخصّصة (انظر الشكل ٥-٤).

وينبغي لموظفي الصحة النفسية العاملين في مستشفيات الأمراض النفسية تعلّم كيفية العمل في الأماكن المجتمعية. وفي الوقت نفسه، سيتعيّن على موظفي الرعاية الأولية تطوير مهارات جديدة في اكتشاف اعتلالات الصحة النفسية وتقديم الرعاية. وبالمثل، تحتاج مجموعة واسعة من مقدمي الخدمات غير المتخصّصين في الصحة النفسية، مثل العاملين في المجتمع المحلي والمتطوّعين غير المتخصّصين والمعلّمين وضباط الشرطة وموظفي السجون، إلى اكتساب مهارات محدّدة لتقديم التدخّلات الأساسية في مجال الصحة النفسية (٢٩٥). ويحتاج مقدمو الخدمات في جميع الأماكن، بما في ذلك المتخصّصون في الصحة النفسية وغير المتخصّصين، إلى تطوير الكفاءات لدعم الإدماج الاجتماعي للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية بشكل فعّال وضمان الرعاية والدعم القائمين على الحقوق والمركّزين على الأشخاص والموجّهين نحو التعافي.

ولكل فرد من أفراد المجتمع، وليست القوى العاملة في مجال الصحة النفسية فحسب، دور في تقليل فجوة العلاج بتطوير مهاراته وكفاءته الفردية ليتمكّن من فهم صحته النفسية والعناية بها، بما في ذلك إدارة اعتلالات الصحة النفسية الخاصة به حيثما أمكن ذلك.

وتظهر البيّنات المتعلّقة بنظم الرعاية الشاملة أنّ تقاسم المهام يمكن أن يحسّن النتائج الصحية والاجتماعية للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، وبخاصةٍ في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل (٢٩٦). كما أنّ تقاسم المهام فعّال من حيث التكلفة. وخلصت إحدى دراسات النمذجة في كوازولو ناتال، في جنوب أفريقيا إلى أنّ تقاسم المهام مع الأكفاء غير المتخصّصين يمكن أن يقلّل بقدر كبير من عدد مقدمي الرعاية الصحية اللازمين لسد فجوات الرعاية الصحية النفسية الأولية وبأقل تكلفة إضافية (٢٩٧).

إنّ تقاسم المهام يمكن أن يحسّن النتائج الصحية والاجتماعية للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، خاصة في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل.

ويذكر الباحثون أنّ مشاركة المهام مثالية في حالة أن كان الممارسون:

- ينتمون إلى نفس المجتمع الذي يخدمون أهله ويكيّفون العلاج بحيث يجسِّد الجوانب والمعتقدات الثقافية المحلية (الكفاءة الثقافية)؛
- يخضعون للإشراف ويكونون قد أكملوا التدريب الأساسي على المهارات ذات الصلة التي تمكنهم من تقديم التدخّل، إما بدوام كامل أو جزئي؛
- يجمعون بين عناصر الرعاية النفسية والاجتماعية؛
- يعملون مع مدرّبين ومشرفين يتّبعون بروتوكول إشرافٍ منظّمًا لضمان الجودة، وإتاحة الإرشاد والتوجيه والدعم (١٥).

الشكل ٥,٤

تُسنِد الرعاية المتعددة المستويات إلى العاملين في مختلف المستويات مهام مختلفة لكن يكمِّل بعضها البعض

المصدر: Ryan et al, 2019 (*134*).

٥-٤-١ توسيع نطاق القوى العاملة المتخصّصة

إن العمود الفقري لأي نظام للصحة النفسية هو القوى العاملة المتخصّصة الماهرة. وكما هو موضّح في الفصل ٣ الصحة النفسية في العالم اليوم، كلما انخفض دخل البلدان، قلّ عدد المتخصّصين في الصحة النفسية. وفي البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، تعاني نظم الصحة النفسية وبخاصة خدمات الأطفال والمراهقين من نقص حاد في الموظفين. ويعزى النقص جزئيًا إلى قلّة عدد المتخصّصين الصحيين في البلدان منخفضة الدخل وتلك متوسطة الدخل بشكل عام. وثمة عوامل أخرى تشمل الوصم المرتبط بالعمل في مجال الصحة النفسية ونقص فرص التدريب (٢٩٨)، وعلى سبيل المثال، تتسبّب العزلة المهنية والأجور الضعيفة وعدم الرضا الوظيفي في دفع أعداد مرتفعة من الأطباء النفسيين إلى الهجرة من البلدان المنخفضة الدخل وتلك متوسطة الدخل (٢٩٩).

وغالبًا ما يكون توزيع القوى العاملة المتخصّصة الموجودة غير متكافئ، إذ يتركّز معظم العاملين في المدن والمؤسسات الكبيرة، وقليل جدًا في المناطق الريفية. ويشكّل هذا النقص وعدم التوازن في العاملين المدرّبين عائقًا كبيرًا أمام الرعاية ويجعل الخدمات بعيدة عن متناول الكثير من الناس، ولا سيما عندما تعمل نسبة كبيرة من الاختصاصيين في الممارسة الخاصة التي لا يشملها التأمين الصحي في كثير من البلدان.

ومعظم المتخصّصين هم في الأصل أطباء معالجون متحمّسون لتقديم الرعاية لأولئك الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. ولكن إذا أرادوا المساعدة في تغيير نظم الصحة النفسية، فيجب عليهم أيضًا التمتّع بكفاءات متنوّعة. فيجب أن يعملوا خبراء ضمن أفرقة متعدّدة التخصّصات، ومعلّمين لتعزيز مهارات الطلاب وغيرهم من العاملين، ومشرفين وموجّهين للرعاية الصحية العامة ومقدّمين للخدمات المجتمعية يتقاسمون المهام المتعلّقة بالصحة النفسية، وباحثين يسهمون في قاعدة البيّنات المتعلّقة بالصحة النفسية، وهم بوصفهم اختصاصيين في الصحة العامة يتولون تطوير الهياكل الأساسية للخدمات، كما أنهم، بصفتهم مناصرين، يعملون على زيادة الوعي بالقضايا الرئيسية (٣٠٠).

وينبغي أن يتمتّعوا بالقدرة على العمل مع مجموعة متنوّعة من السكان لضمان أنّ الرعاية منصفة للأقليات العرقية والإثنية، المثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسانية وحاملو صفات الجنسين، والمهاجرين واللاجئين، والأشخاص الذين يعانون من الفقر والتشرد، وذلك لأن هذه الفئات من السكان أكثر عرضة من غيرها لخطر عدم التعرّف على اعتلالات الصحة النفسية أو التشخيص الخاطئ.

يُسند إلى المهنيين الصحيين المختصين أدوار متعدّدة وبالتالي يتطلّبون كفاءات متنوّعة.

ولا تملك العديد من البلدان برامج تدريبية في مجال الطب النفسي وعلم النفس السريري والتمريض المتعلّق بالصحة النفسية، وقلّة من البلدان تتوافر لديها برامج تدريبية في الطب النفسي للأطفال أو الصحة النفسية للأطفال. وفي بعض الحالات، يمكن التصدّي لهذه التحديات وحلّها بالتعاون مع الجامعات في البلدان ذات الدخل المرتفع (انظر الإطار ٥-١٠ المشروع المشترك بين جامعتي تورونتو وأديس أبابا في مجال الطب النفسي).

وفي كل الأحوال، لا شكّ أنّ تدريب وتوزيع اختصاصي الصحة النفسية يستغرق وقتًا طويلًا وموارد كبيرة، ولكن التدريب المبتكر والمرن ضرورة لا غنى عنها نظرًا للحاجة الماسّة لتطوير ودعم شبكات الرعاية المجتمعية على مستوى البلاد. وقد وجدت بعض البلدان طرقًا بديلة بإدخال كوادر جديدة من المهنيّين في مجال الصحة النفسية الذين يمكنهم أن يحلّوا محل الأطباء النفسيين أو اختصاصي النفس السريرين أو الممرضين النفسيين، ولا سيما في المناطق الريفية حيث تكون الفجوة في مجال الخبرة أكثر حدّة في كثير من الأحيان (انظر الإطار ٥-١١ الابتكارات في الموارد البشرية لتطوير الخبرة المتخصّصة). وقد أثبتت هذه الابتكارات في مجال الموارد البشرية أهميتها البالغة لتطوير نظام فعّال للصحة النفسية على الصعيد الوطني، وهي نماذج محتملة يمكن للبلدان الأخرى أن تقتدي بها.

دراسة حالة

الإطار ٥-١٠

المشروع المشترك بين جامعتي تورونتو وأديس أبابا في مجال الطب النفسي

إن المشروع المشترك بين جامعتي تورونتو وأديس أبابا للطب النفسي هو تعاون تعليمي بين جامعة أديس أبابا وجامعة تورنتو أُنشئ لمساعدة برنامج التخصص في مجال الطب النفسي الذي صمّم حديثًا في إثيوبيا. وكان الهدف من تصميمه مد قسم الطب النفسي في جامعة أديس أبابا بخبرة خارجية، ولمساعدة القسم في التدريس وإتاحة الإشراف السريري وتطوير القدرة التعليمية.

وأنشئ المشروع المشترك بين جامعي تورنتو وأديس أبابا للطب النفسي في عام ٢٠٠٣، ويضم العديد من أعضاء هيئة التدريس والعاملين من جامعة تورنتو الذين حضروا إلى أديس أبابا لتدريس منهج دراسي مشترك. وفي الوقت نفسه، يشمل البرنامج دعوة أعضاء هيئة تدريس مختارين من جامعة أديس أبابا لإكمال الزمالة السريرية لمدة عام في مستشفى في تورنتو.

وأجرى تدريب لما مجموعه ١٠٠ طبيب نفسي إثيوبي بمساعدة مشروع تورونتو-أديس أبابا للطب النفسي، مما رفع عدد الأطباء النفسيين في إثيوبيا إلى ١١٣. وبيّن برنامج مشروع تورونتو-أديس أبابا للطب النفسي أنّ العاملين بكلية الطب لا يحتاجون إلى الكفاءات السريرية فحسب، بل إلى القدرات التعليمية أيضًا. لذلك ركّز البرنامج على بناء مهارات التدريس والتدريب بين المتخصّصين في الصحة النفسية في إثيوبيا.

ومنذ بدء البرنامج، افتتحت ثمانية أقسام جديدة للطب النفسي خارج أديس أبابا، وأنشئت أربعة برامج جديدة للتخصص في مجال الطب النفسي في جميع أنحاء القطر. ويجري الآن أيضًا إدماج خدمات الصحة النفسية في جميع مستويات نظام الرعاية الوطني.

المصادر: Wondimagegn et al، 2021 (*301*)؛ University of Toronto، 2021 (*302*).

ويعتمد توسيع القوى العاملة المتخصّصة أيضًا على إقناع المزيد من الأشخاص بأن يتخذوا الصحة النفسية مهنةً، والاحتفاظ بهم بمجرد تأهيلهم، وضمان توزيعهم بشكل عادل في جميع أنحاء البلاد. يتطلب تحسين التوظيف والاستبقاء إجراءات منها ما يلي:

- **التصدي للوصم** وتعزيز السلوكيات الإيجابية تجاه الصحة النفسية من منطلق أنها مهنة، وذلك على سبيل المثال عن طريق الترويج لها بصفتها مجالا محفوفًا بالتحديات ومجزيًا في قطاع الصحة؛
- **دعم التعليم المستمر** بإتاحة فرص لتنمية المهارات وتبادل المعارف؛
- **تمكين التقدّم الوظيفي** عن طريق وضع استراتيجية لترقية الموظفين، وإتاحة فرصٍ للنمو الشخصي والتطوير المهني ورفع الهمة، على سبيل المثال.

ويمكن أن يساعد تحسين الأجور، باستخدام توصيفات وظيفية مرنة، وتقوية الروابط الاجتماعية بين الموظفين أيضًا على الاحتفاظ بالعاملين في الصحة النفسية. وفي جميع الحالات، يجب أن تكون رواتب وظروف عمل العاملين في مجال الصحة النفسية مماثلة لرواتب غيرهم من العاملين الصحيّين.

دراسة حالة

الإطار ٥-١١

الابتكارات في الموارد البشرية لتطوير الخبرة المتخصّصة

تُظهر التجارب من ثلاثة بلدان من ذات الدخل المنخفض والشريحة الدنيا من الدخل المتوسط الأثر الفعّال للابتكارات في الموارد البشرية على توسّع الخبرة المتخصّصة، ومن ثمّ دعم تطوير نظام صحة نفسية فعّال يمتد فيشمل جميع أنحاء البلاد، بما في ذلك المناطق الريفية التي يصعب الوصول إليها.

بوتان. في عام ٢٠١٥ ، قدمت بوتان دورة استشارية إكلينيكية جامعية مدتها أربع سنوات. ونتيجة لهذه المبادرة، أصبح لدى أكثر من نصف مستشفيات المناطق والمستشفيات العامة البالغ عددها ٣٠ مستشفى مرشدون سريريون من ضمن العاملين. وتتمثل مسؤوليتهم الرئيسية في تحديد الاعتلالات الشائعة، مثل الاكتئاب والاضطراب الناجم عن استخدام الكحول ومواد الإدمان، وإيذاء النفس، وإدارة هذه الاعتلالات بالتثقيف النفسي والإرشاد النفسي. ويعمل المرشدون السريريون بشكل وثيق مع أطباء المنطقة والعاملون في مجال التمريض لدعم أي شخص يتناول الأدوية النفسية، والإحالة، أو المتابعة حسب الضرورة.

ليبيريا. ابتداء من عام ٢٠١٠، عملت ليبيريا من خلال برنامج تدريبي مدته ستة أشهر، بالشراكة مع برنامج الصحة النفسية التابع لمركز كارتر، على تدريب ٣٠٦ من العاملين في مجال الصحة الأولية في الصحة النفسية (طاقم تمريض مسجّل، ومساعدين طبيّين، وقابلات). ومن بين هؤلاء ١٦٦ متخصّصًا في الرعاية الصحية النفسية العامة و١٤٠ متخصّصًا في رعاية الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، مع التركيز على التطبيق العملي. ويُعرف الخريجون باسم المعالجين في الصحة النفسية ويحصلون على الرخصة من المجلس الليبيري للتمريض والقبالة حتى يمكنهم ممارسة المهنة ممارسةً مستقلة. وفي حين أنّ الكثيرين من الخريجين لا يعملون بدوام كامل في مجال الصحة النفسية، يعمل معظمهم في أماكن الرعاية الصحية في جميع أنحاء البلاد ويعالجون الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات نفسية وعصبية واستخدام مواد الإدمان.

أطلقت سري لانكا، خلال العشرين سنة الماضية برامج تدريبية مختلفة للمهنيين الطبيين، تضمّنت دبلومًا لمدة عام واحد في الطب النفسي للأطباء ودبلومًا لمدة عام واحد في تمريض الصحة النفسية الأساسية. كما أنشأت الحكومة منصب المسؤول الطبي للصحة النفسية وليكون مسؤولا عن كل ما يتعلق بالصحة النفسية في المنطقة. ويتلقّى كل مسؤول طبي من هؤلاء بعد الحصول على شهادته الطبية الأولى ثلاثة أشهر من التدريب في الصحة النفسية قبل ممارسة الخدمة. وفي العديد من المناطق، يعمل حاملو دبلوم الطب النفسي والمسؤولون الطبيّون هؤلاء تحت إشراف الأطباء النفسيين المقيمين في كولومبو، وهم في الواقع يقودون ويوسّعون رعاية الصحة النفسية في المناطق، وكان لعملهم أثر فعّال في ضمان توافر الرعاية الصحية النفسية في جميع مناطق القطر (انظر الشكل ٥-٢).

المصادر: Chencho Dorji, WHO, personal communication, 25 January 2022; Gwaikolo et al, 2017 (*303*); Fernando et al, 2017 (*304*).

٥-٤-٢ تعزيز كفاءات مقدمي الرعاية الصحية العامة

يؤدّي مقدمو الرعاية الصحية العامة دورًا رئيسيًا في تمكين خدمات الصحة النفسية الشاملة وتوسيع نطاق رعاية الصحة النفسية، وخاصة عندما توجد ندرة في اختصاصي الصحة النفسية. ففي شيلي، على سبيل المثال، وسّع البرنامج الوطني للكشف عن الاكتئاب وعلاجه من نطاق خدمات الصحة النفسية باستخدام نظام الرعاية الأولية (٢٧١). ويضم البرنامج، الذي بدأ العمل به في عام ٢٠٠١، أكثر من ٥٠٠ مركز للرعاية الأولية منتشرة في جميع أنحاء البلد، يستضيف كل منها فريقًا علاجيًا عامًا يتألف من أطباء وعاملين في مجال التمريض وطاقم تمريض مساعد لتقديم الرعاية الأولية، مع تقديم علاج فردي وإشراف متخصّص لأكثر الاعتلالات شدة.

إنّ توسيع نطاق رعاية الصحة النفسية من خلال مقدمي خدمات الصحة العامة يعني تزويدهم بالمهارات اللازمة لاكتشاف اعتلالات الصحة النفسية، وتقديم الرعاية الأساسية، وإحالة الأشخاص إلى الرعاية المتخصّصة عند الضرورة (٣٠٥). وبالنسبة للأفراد، يمكن أن يكون لتلقي رعاية الصحة النفسية من مقدمي الرعاية الصحية العامة أكفاء ومتعاطفين أثرٌ بالغ في العلاج (اقرأ تجربة أندرس).

ومن الناحية العملية، فإنّ تعزيز مهارات أطباء الرعاية الأولية والمسؤولين السريريين والعاملين في مجال التمريض وغيرهم من العاملين في مجال الصحة العامة يعني أن يكون التدريب متبوعًا بالإشراف المستمر والرصد والدعم.

وينبغي أن يحصل مقدمي الرعاية الصحية العامة في مجال رعاية الصحة النفسية على تدريب جيد ضمن برنامج التعليم قبل الخدمة. ومقارنة بالتدريب أثناء الخدمة، فإنّ التدريب قبل الخدمة أكثر استدامة لأنّ تنظيمه مدمج في مناهج التدريس وعادة ما يكون أقل تكلفة لكل متدرّب. وغالبًا ما يكون دافع المتدرّبين مرتفعًا نسبيًا لأنّ التدريب قبل الخدمة - خلافًا لمعظم التدريب أثناء الخدمة - يتم تقييمه من خلال الامتحانات التي يجب اجتيازها.

قصة

نَجَوت بفضل أطبائي العموميون

تجربة أندرس

كان من الممكن أن تكون مشكلات صحتي النفسية أكثر خطورة لولا التدخّل المباشر من أطبائي العموميين في مراحل حرجة من حياتي. وعلى مدى ١٥ عامًا، قابلت مهنيين عديدين في الصحة النفسية. وكنت في كل مرة أتحدث إلى شخص مختلف، وأحكي تاريخ مرضي مرارًا وتكرارًا، وفي أحسن الأحوال كان تتم مراجعة أدويتي، وكان الأمر محبطًا للغاية ولم تكن هناك أي رغبة واضحة في مساعدتي على أن أحيا حياة طيبة.

ولم تكن تجربتي مع خدمة الطبيب العمومي أكثر اختلافًا. وبمرور الوقت، وجدت اثنين من الأطباء العموميين يستمعان حقًا إلى احتياجاتي، وقد منحاني من الوقت ما يكفي لكي أشرح وضعي واتخذا خطوات مدهشة للتأكّد من تلبية احتياجاتي.

وقد ساعدني تفانيهما ولطفهما وتعاطفهما الذي لم ينقطع خلال السنوات القليلة الماضية. وفي أواخر عام ٢٠١٩، عندما ساءت حالة الاكتئاب لدي وبت أفكر كثيرًا في الانتحار، كان طبيبي العام، وليس طبيبي النفسي، هو الذي منحني نوع المساعدة التي كنت بحاجة إليها في ذلك الوقت وبدأت في التعافي. وهو من له الفضل في نجاتي.

لا أدري حقاً هل كنت سأظل على قيد الحياة اليوم لولا الدعم الجميل الذي حصلت عليه من أطبائي العامين.

أندرس تيمس، المملكة المتحدة

ومع ذلك، في العديد من البلدان، يكون أي تدريب على الصحة النفسية يقدّم أثناء التعليم الطبي أو المهني قصيرًا ونظريًا في الغالب، وفي ذات الوقت غالبًا ما تقتصر برامج التدريب الداخلي السريرية على التناوب في مستشفيات الطب النفسي التي لا تُدرِج الممارسة السريرية في الرعاية الصحية العامة (٣٠٦).

وينبغي أن يحصل مقدمي الرعاية الصحية العامة في مجال رعاية الصحة النفسية على تدريب جيد ضمن برنامج التعليم قبل الخدمة.

ولا أحد ينكر القيمة الاستراتيجية للاستثمار في التدريب قبل الخدمة في مجال الصحة النفسية، ولكن ثمّة حاجة ملحّة لتدريب القوى العاملة الصحية العامة الحالية، سواء وجهًا لوجه أو عبر الإنترنت أو ببرنامج مزيج من كليهما. وينبغي استخدام هذا التدريب لتعريف المتدرّبين بالتقييم السريري وإدارة اعتلالات الصحة النفسية ذات الأولوية، وفي الحدّ من الوصم والتمييز في مجال الرعاية الصحية. ويمكن القيام بذلك من خلال تمكين الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية من المشاركة بتقديم المساعدة أثناء التدريب (٢١٠). وفي جميع الأحوال، ينبغي أن يشمل التدريب الممارسة الخاضعة للإشراف في أماكن رعاية الصحة العامة.

ومن المهم بناء ثقة مقدمي الرعاية الصحية العامة في النُهُج النفسية والاجتماعية التي تعد جزءًا ضروريًا من رعاية الصحة النفسية الشاملة، ولكنها غالبًا لا تكون بارزة في رعاية الصحة الأولية. ويشعر العديد من مقدمي الرعاية الصحية العامة بأنهم ملمين بالنهج الطبي الحيوي البحت الذي يتم فيه التشخيص ثم يوصف الدواء أو أي تدخّل طبي حيوي آخر (على سبيل المثال الجراحة أو غسيل الكلى)، ومرتاحين أكثر تجاهه. بيدّ أنّ الأدوية النفسية ليست الخط الأول للعلاج فيما يخص العديد من اعتلالات الصحة النفسية.

وعلاوة على ذلك، حتى عند التوصية بتناول الأدوية النفسية، يحتاج مقدمو الرعاية الصحية العامة إلى فهم كيفية تقديم أو التجهيز لتقديم الدعم النفسي والاجتماعي جنبًا إلى جنب مع الأدوية.

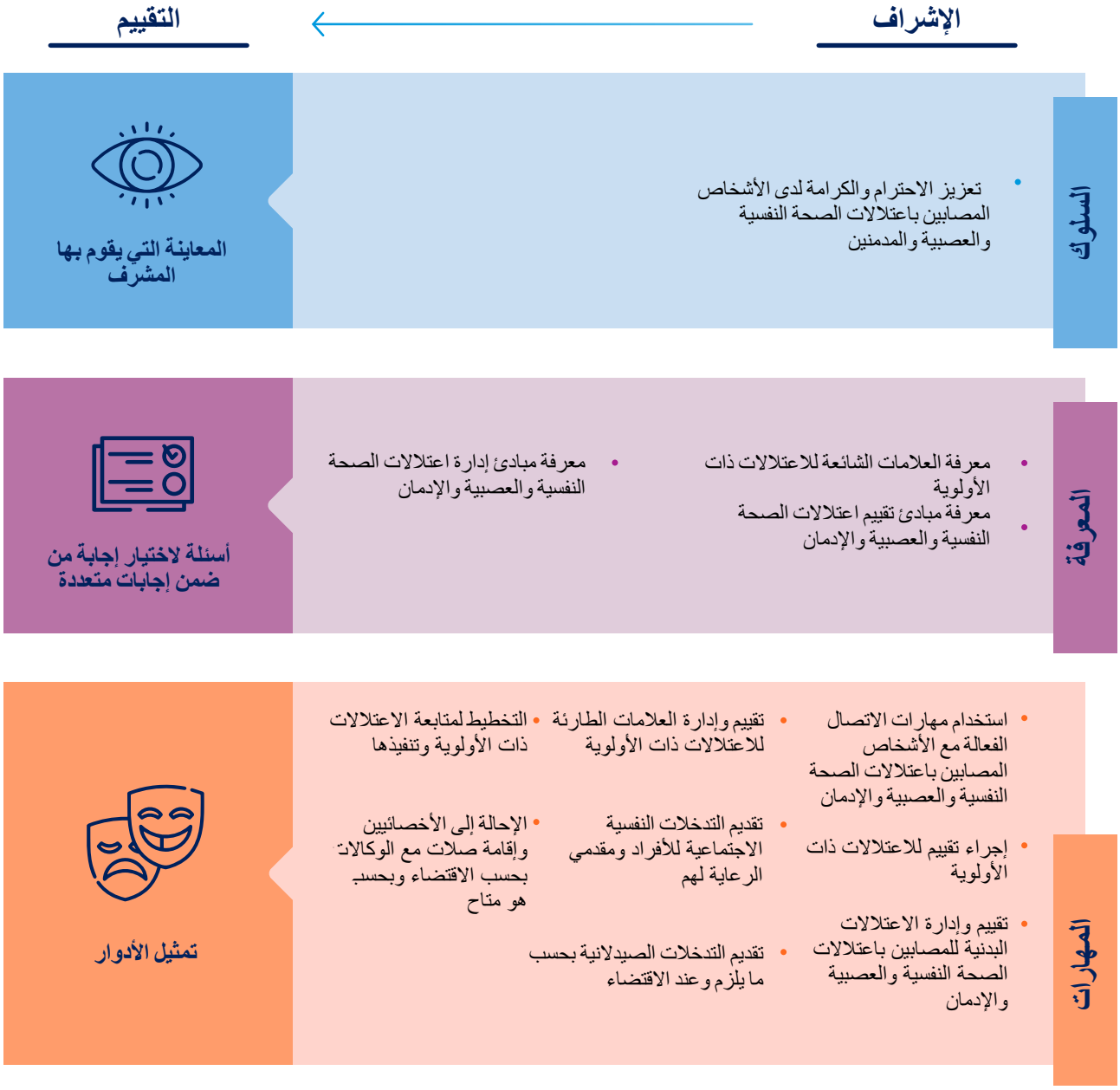
وعلى الرغم من أنّ معظم مقدمي الرعاية الصحية الأولية قد يكون وقتهم محدودًا للغاية بحيث لا يتمكّنون من تقديم علاجات نفسية متعدّدة الجلسات للاكتئاب أو القلق، يتعيّن عليهم تقدير القيمة النسبية لهذه الرعاية، والتواصل بغرض التماس الإرشاد النفسي، حيثما كان ذلك متاحًا، مع مقدمي الرعاية المعنيين، سواء المتخصّصين أو مقدمي الخدمات المجتمعية المهرة. ويمكن لجميع مقدمي الرعاية الصحية الأولية تخصيص وقت لتشجيع الأشخاص وتوجيههم لاستخدام كتب المساعدة الذاتية القائمة على البيّنات أو تدخّلات المساعدة الذاتية الرقمية ضمن إدارة الاكتئاب والقلق (انظر القسم ٧-١-٤ توسيع نطاق الرعاية للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شائعة: المساعدة الذاتية، وتحت المجهر: تسخير التقنيات الرقمية لفائدة الصحة النفسية).

ولمساعدة البلدان على تنفيذ التدريب والإشراف والدعم للعاملين في مجال الرعاية الصحية العامة، أعدّ برنامج سد الفجوة في الصحة النفسية التابع لمنظمة الصحة العالمية مجموعة من حزم التدريب على تقاسم المهام وأدوات التنفيذ (٣٠٧). وهي مصممة لتعليم ١٢ كفاءة أساسية ذات صلة بتقييم وإدارة ومتابعة الأشخاص المصابين بالاكتئاب والذهان والصرع والاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال والمراهقين والخرف والاضطرابات الناجمة عن استخدام مواد الإدمان وإيذاء الذات أو الأفكار أو السلوكيات الانتحارية (انظر الشكل ٥-٥). وصمّمت جميع تدريبات دليل برنامج سد الفجوة في الصحة النفسية التابع لمنظمة الصحة العالمية لمتابعتها بإشراف ودعم مستمرين.

ومنذ بدء العمل ببرنامج سد الفجوة في الصحة النفسية التابع لمنظمة الصحة العالمية في عام ٢٠١٠، أدخل البرنامج التدريب والإشراف في أكثر من ١٠٠ بلد، مما يساعد على تحسين الكفاءات في مجال رعاية الصحة النفسية والحصول عليها في جميع أنحاء العالم (٣٠٨). وهذا أمر مهم لا سيما أنّ الاستعراض العالمي للتدريب القصير على الصحة النفسية الذي يستند إلى المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية وجد أنّ هذا التدريب يحسّن المواقف المعرفية والمهارات ويخلق الثقة بين مجموعة واسعة من مقدمي الرعاية الصحية العامة، بما في ذلك العاملون في مجال الرعاية الصحية المجتمعية والأطباء المدرّبون والعاملون في مجال التمريض والمستشارون وعاملو الإسعاف وغيرهم من العاملين غير الطبيين (٣٠٩). وتؤدي هذه التغييرات إلى تحسين الممارسة السريرية وتحقيق نتائج أفضل.

الشكل ٥-٥

الكفاءات الأساسية المنشودة من تدريب مقدمي الرعاية الصحية ضمن برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية



المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2017 (*307*). ملاحظة: MNS = الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان

٥-٤-٣ تزويد مقدمي الخدمات المجتمعية بالكفاءات اللازمة لرعاية الصحة النفسية

يمتد تقديم رعاية الصحة النفسية الشاملة إلى ما هو أبعد من المهنيّين الصحيين ليشمل آخرين في المجتمع، وهم من بين آخرين، الأشخاص ذوو الخبرة الحية، والمتطوّعون غير المتخصّصين، والعاملون في المجتمع، ومنسقو مجموعات المستخدمين، ومقدمو المشورة الدينيون، والمعلّمون، ومصففو الشعر، والمحامون، ومسؤولو الشرطة، وحرّاس السجون والعائلة والأصدقاء.

وغالبًا ما يحظى مقدمو الخدمات غير المتخصّصين في الصحة النفسية المشار إليهم أعلاه بقبول المستخدمين لأنّهم أكثر معرفة بالمواقف والعادات واللغات المحلية. وهذا يجعلهم في وضع جيد لتحديد وتقديم الرعاية الأولى المناسبة ثقافيًا وفي الوقت المناسب. ويمكنهم أيضًا المساعدة في الحصول على الدعم عبر المجالات الاجتماعية والتعليمية والعدالة. وبوسعهم توفير مصدر للمساعدة العملية والعاطفية في أنشطة الحياة اليومية في المجتمع. ويضطلع مقدمو الخدمات المجتمعية أيضًا بدور في تقديم الخدمات الوقائية والترويجية وفي توفير الدعم أثناء الأزمات للأفراد والأسر المصابين بالضيق النفسي.

يمكن أن يكون الأشخاص ذوو التجربة الحية أول من يقدِّم الدعم.

ونظرًا لتنوع المهام المحتملة التي يضطلع بها مقدمو الخدمات المجتمعية، يتفاوت تدريب هذه الفئة تفاوتًا كبيرًا (٣١٠). إذ يلزم توجيه العاملين الميدانيين في حالات الطوارئ نحو مبادئ الإسعافات الأولية النفسية (٣١١). وينبغي تزويد مقدمي الرعاية بالمهارات اللازمة لدعم الأطفال الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية أو مشكلات سلوكية. ويجب أن يكون العاملون في مجال الصحة المجتمعية مدرّبين على الأقل على تحديد الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية وإحالتهم، عند الضرورة، إلى مستوى الرعاية ذي الصلة (انظر القسم ٧-١-٤ توسيع نطاق الرعاية لتشمل الأشخاص المصابين بالاعتلالات الشائعة: الإرشاد غير المتخصّص). ومن الضروري أن يكون جميع مقدمي خدمات الصحة النفسية، بما في ذلك مقدمو الخدمات المجتمعية، على فهم بحقوق الإنسان (١٨٤).

وربما يتعرّض العديد من مقدمي الخدمات المجتمعية بما في ذلك عمال الطوارئ ومقدمي الرعاية الأسرية الى الشعور بالإجهاد الشديد. لذا ينبغي أنّ يركّز تدريب هذه الفئات على تعزيز الكفاءات في مجال الرعاية الذاتية (انظر القسم ٥-٤-٤ الكفاءات اللازمة للرعاية الذاتية).

ومن ناحية أخرى، سيحتاج الأشخاص ذوو التجربة الحية إلى تدريب ليتمكنوا من دعم الآخرين (٣١٢). والخبراء الأقران دليل حيّ على أن التعافي ممكن، ولهم دور حيوي في دعم الآخرين الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية في مسيرتهم نحو التعافي (اقرأ تجربة بنيامين). ويؤدّي الخبراء الأقران في الصحة النفسية أيضًا دورًا داخل مجموعات الدعم الخاصة بالاعتلالات الصحية الأخرى، مثل فيروس نقص المناعة البشرية أو الأمراض غير السارية أو مرض زيكا. وفي هذه الحالات، يعد إدراك أهمية بناء المهارات الخاصة بتلبية احتياجات أعضاء المجموعة فيما يتصل بالجوانب العاطفية طريقة جيّدة لدمج دعم الصحة النفسية.

وتعدّ خبرة الأقران المكتسبة من تجربة الإصابة باعتلال الصحة النفسية مجالًا ثالثًا من مجالات الخبرة في رعاية الصحة النفسية، بالإضافة إلى البيّنات العلمية والمعرفة والمهارات العملية (٣١٣). وتمر عملية اكتساب صفة خبير من الأقران بثلاث خطوات (٣١٣). وتبدأ الخطوة الأولى بتجربة معاشة مع المعاناة والتعافي من اعتلال في الصحة النفسية. ثمّ يحوّل التفكير في هذه التجربة المعاشة، القائم على التحليل والتعلّم من تجربة الآخرين، إلى معرفة يكتسبها الأقران، أو إلى معرفة مكتسبة من التجربة. وتكمن الخطوة الثالثة في التدريب على المهارات والمواقف لاكتساب صفة خبير من الأقران معيّن. وعندئذٍ، يحتاج جميع مقدمي الرعاية إلى عملية تعلّم مستمرة من خلال الممارسة لتعميق كفاءات الخبراء الأقران.

وخلاصة القول إنّ بوسع جميع أنواع مقدمي الرعاية، بما في ذلك مقدمو الخدمات المجتمعية، الاضطلاع بدور رئيسي في توسيع نطاق الرعاية في مجال الاكتئاب والقلق من خلال التدخّلات النفسية، ولكن ينبغي ضمان تحليهم بالكفاءة المطلوبة (انظر الإطار ٥-١٢ EQUIP: تقييم وبناء الكفاءات اللازمة للتدخلات النفسية). وتظهر التجربة أنّ دمج مقدمي الخدمات المجتمعية في أفرقة مع المتخصّصين في الصحة النفسية باستخدام نهج تقاسم المهام يمكن أن يساعد أيضًا في دعم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شديدة مثل الفصام (انظر القسم ٧-٣-٣ إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي).

قصة

يمكننا جميعًا المساهمة بتقديم شيء مفيد للعالم

قصة بنيامين

أصبت بالاكتئاب عندما كنت طفلًا في سن ١٤ وأنا أترعرع في ريف شمال ليبريا. وكان أول ما لجأت إليه في علاجي هو الطب التقليدي، وسافرنا إلى معالج تقليدي في غينيا أعطاني دواء تقليديًا خفّف من قلقي، مّما ساعدني على استعادة توازني ومواصلة تعليمي الثانوي إلى أن تخرجت من المدرسة الثانوية.

وبعد بضع سنوات، انتكست. ومرة أخرى عولجت من قبل معالجين دينيين، غير أنّ هذه المرة، لم يكن العلاج مجديًا. ولسنوات عديدة، عانيت أنا ووالدي من صحتي النفسية. وفي نهاية الامر، ذهبت رفقة أخي الأكبر إلى مصحة لعلاج اعتلالات الصحة النفسية.

وبدأت أتناول أدوية ساعدتني كثيرًا، واستطعت إكمال دراستي الجامعية والآن أعمل مدرّسًا في مدرسة. ولدي زوجة وننعم بثلاثة أولاد وأنا أعيش في سعادة وأقوم بعمل رائع.

وأصبحت الأمين الوطني لمنظمة "بث الأمل في نفوس المستخدمين" (CFUH)، وهي المنظمة الوحيدة التي أنشأها ويديرها مستخدمو الخدمات الصحية في ليبريا. ونحن نعمل لصالح الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية من خلال المناصرة وبناء القدرات والتمكين والحد من الوصم.

إذا حصل الأشخاص المصابون بإعاقات نفسية اجتماعية على الاهتمام والخدمات التي يحتاجونها وعوملوا باحترام، يمكنهم أيضا أن يساهموا مساهمة مجدية في العالم وفي المجتمعات عامة.

بنيامين بالاه، ليبيريا

أداة

الإطار ٥-١٢

EQUIP: تقييم وبناء الكفاءات اللازمة للتدخلات النفسية

أظهرت الأبحاث مرارًا وتكرارًا أنّ بوسع الأشخاص من غير المتخصّصين في الصحة النفسية تقديم تدخّلات نفسية قصيرة فعّالة، مرتكزة على أنواع العلاج النفسي الراسخ، مثل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج النفسي التفاعلي، إذا تلقّوا التدريب المناسب المقترن بالإشراف.

ولكن كيف يمكن للحكومات أو أي صاحب مصلحة آخر معرفة ما إذا كان مقدمو الرعاية هؤلاء يقدمون رعاية ممتازة، لا سيما وأنّهم غير حاصلين على ترخيص من المنظمات المهنية؟ ومن هنا أطلقت منظمة الصحة العالمية مبادرة ضمان جودة الدعم النفسي لتقييم وبناء الكفاءات اللازمة لمجموعة من التدخّلات النفسية.

وتتولّى المبادرة إعداد ونشر مواد التدريب الخاصة بهذه الكفاءات وأدوات التوجيه وتقييم الكفاءات. وبهذه الصفة، توفّر مبادرة ضمان جودة الدعم النفسي آلية لضمان وتحسين الجودة. وقد اختبرت موارد المبادرة ميدانيًا في إثيوبيا والأردن وبيرو وزامبيا وكينيا ولبنان ونيبال، وهي متاحة من خلال منصّة إلكترونية (https://whoequip.org/en-gb). واستخدمت منصّة مبادرة ضمان جودة الدعم النفسي في التدريب الذي يستهدف تكوين الكفاءات اللازمة للتدخّلات النفسية التي يتولاها غير المتخصّصين، وفي التدريب الذي يقدّمه برنامج سد الفجوة في الصحة النفسية التابع لمنظمة الصحة العالمية للعاملين في الرعاية الأولية، وفي التدريب على المهارات الأساسية الموجّه للمعلّمين والعاملين في مجال التمريض والعاملين الصحيين المجتمعيين.

لقد ثبت أن مبادرة ضمان جودة الدعم النفسي تساعد على تقليل السلوك الضار وتزيد كفاءات المتدربين بالمقارنة مع طرق التدريب التقليدية.

المصادر: Singla et al، 2017 *(314)*؛ Kohrt et al، 2020 *(315)*؛ Kohrt et al، 2015 *(316)*.

٥-٤-٤ الكفاءات اللازمة للرعاية الذاتية

إنّ تعزيز الكفاءات الرامي لتمكين التحوّل في رعاية الصحة النفسية لا يسعى إلى زيادة القوة العاملة لتقديم الخدمات فحسب بل يتعلّق أيضًا بتعزيز مهارات الأفراد في مجال الرعاية الذاتية.

وفي المزيج الأمثل من خدمات الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية، توفّر الرعاية الذاتية قاعدة لرعاية الصحة النفسية التي، عند دمجها مع رعاية الصحة النفسية المجتمعية، ستلبي احتياجات السكان في مجال الصحة النفسية (٣١٧).

وأثبتت أهمية الرعاية الذاتية للأفراد، إذ كشفت دراسة استقصائية حديثة في ١١٣ بلدًا أنّه من بين الأشخاص الذين بلّغوا عن معاناتهم من القلق أو الاكتئاب، كان من أكثر الطرق الموصى بها للشعور بالتحسّن هي تحسين السلوكيات ذات الصلة بنمط الحياة الصحية، وقضاء وقتٍ في الطبيعة أو في الهواء الطلق والتحدّث إلى الأصدقاء أو العائلة (١٥٠).

وفيما يتصل بالرعاية الذاتية، ينبغي أن يعرف جميع الناس، قدر الإمكان، كيفية (٣١٨):

- الحدّ من التعرض للمواقف <<العالية الخطورة>> التي ربما تؤثّر سلبًا على الصحة النفسية؛
- إدارة الشعور بالإجهاد؛
- مناقشة وإدارة مشاكل الصحة النفسية عند ظهورها؛
- التماس المساعدة عند الحاجة.

وتتطلب الرعاية الذاتية بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية مهارات وثقة لإدارة اعتلالات الصحة النفسية للفرد خارج الخدمات الرسمية (اقرأ تجربة تاميرا). ويمكن للمرء تحقيق ذلك بنفسه، أو بمساعدة العائلة والأصدقاء (انظر القسم ٧-١-١ وضع الناس في صدارة الاهتمام: الرعاية الموجّهة نحو التعافي). ويمكن أن يبدأ تطوير مهارات الرعاية الذاتية في وقت مبكّر. على سبيل المثال، منذ الطفولة المبكّرة نتعلّم من والدينا كيف نتعامل مع المشاعر الصعبة. وفي المدارس، يركز التدريب الخاص بالمهارات الحياتية على تعليم الكفاءات العاطفية والاجتماعية

قصة

لي دور كبير في شفائي

تجربة تاميرا

أكدت تجربتي مع نظام الرعاية الصحية لدينا على أهمية اتباع نهج شامل للرفاه يتضمّن الصحة البدنية والنفسية والعاطفية: ومن الصعب جدًا أن تكون بخير إذا غابت أي من فئات الصحة هذه.

إن ما دفعني إلى البحث عن الصحة الشاملة هو لفظا "إيقاف" و"احتجاز" الواردان في النموذج ١ (النموذج الذي يقدّمه الطبيب للسماح بالإيداع القسري في مصحة للأمراض النفسية لمدة تصل إلى ٧٢ ساعة). هذان اللفظان كانا السبب في شعور بأنّني وضيعة وأظهرت لي حقارة محاولات نظام رعاية الصحة النفسية لدينا لإخفاء فظائع ما يحدث باسم <<الرعاية>>. ولقد دفعني هذا الوضع إلى البحث عن التعافي خارج النظام الرسمي.

وفي مسيرتي بحثًا عن إيجاد إجابات تفيدني في دعم صحتي النفسية بحثت في الطب الشرقي والمعالجة بالطبيعة والطب الوظيفي. وشمل بحثي أيضًا ممارسة الرياضة والدين والروحانية والتأمّل وتصفية الذهن وأنواعًا من علم النفس الإيجابي. ووجدت أنّ الخروج إلى الهواء الطلق وإلى الطبيعة أداة دعم رائعة.

ونقّبت ايضًا في داخلي، وأخذت أفكّر في حياتي وقيمي وأهدافي. واستكشفت المجتمعات، عبر الإنترنت وعبر المدوّنات ووسائل التواصل الاجتماعي، ومن ثمّ استخدمتها بعد ذلك أداة للتعبير عن نفسي والتحدث عن تجاربي.

ولم يأن الوقت بعد لأقول إنّني <<تعافيت>>. وأدرك أنّ بعض الطرق التي بحثت فيها كانت مجدية أكثر من غيرها. لكن ما تعلّمته هو أنه بالنسبة لي ولصحتي النفسية لا شيء يعادل قيمة إيماني بقدرتي الذاتية على تغيير نفسي. ولا يزال هناك اعتقاد بأن الحصول على الموافقة في نظام رعاية الصحة النفسية أمر غير ضروري، لكن لدي الآن القوة التي تجعلني أمتنع عن إعطاء موافقتي لنظام يقودني إلى الشعور بالوضاعة.

تاميرا لوين، كندا

مثل التنظيم العاطفي، وحلّ المشكلات، والمهارات التعامل مع الآخرين، وإدارة الشعور بالإجهاد (انظر القسم ٦-٣-٢ حماية صحة الأطفال والمراهقين وتعزيزها: البرامج المدرسية).
أمّا دعم كفاءات الرعاية الذاتية الموجّه للبالغين، عادة ما يستخدم مواد المساعدة الذاتية والتدخّلات التي تعتمد على مبادئ العلاج النفسي القائمة على البيّنات (انظر القسم ٧-١-٤ توسيع نطاق الرعاية للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شائعة: المساعدة الذاتية).

ويمكن توفير هذه المواد في أشكال متعدّدة، بما في ذلك تدخّلات المساعدة الذاتية الفردية والجماعية، سواء كانت مصحوبة بدعم أم لا، ويمكن نشرها من خلال العديد من الوسائط، مثل كتب المساعدة الذاتية والمواد السمعية والبصرية والتدخّلات عبر الإنترنت أو التطبيقات (انظر الإطار ٥-١٣ التكيُّف مع الظروف: مجموعة أدوات لكبار السن). وفي جميع الحالات، يجب أن تكون الموارد المصمّمة

دراسة حالة

الإطار ٥-١٣

التكيُّف مع الأزمنة: مجموعة أدوات لكبار السن

التكيّف مع الأزمنة هو مجموعة أدوات دعم نفسي اجتماعي مصمّمة لسد احتياجات كبار السن من المعلومات والقدرة على التكيف أثناء جائحة كوفيد-١٩. ونظرًا لشدّة خطورة تعرّض كبار السن للإصابة بالأمراض الشديدة والوفاة من كوفيد-١٩، كان على هذه الفئة توخّي الكثير من الحذر لتجنّب الإصابة به. وواجه الكثيرون فترات طويلة من العزلة وعدم اليقين.

وتتكون مجموعة الأدوات من سلسلة من الملصقات التي تعالج المخاوف الشائعة لدى كبار السن أثناء الجائحة، مثل كيفية الاحتفاظ بالصحة الجيدة، وكيفية رفع حالة الفرد المزاجية، وكيفية الاحتفاظ بالعلاقات، وكيفية طلب المساعدة وكيفية التأقلم مع الحزن والفقد.

ويجمع كل ملصق بين الرسوم التوضيحية والنصوص القصيرة التي يمكن طباعتها أو استخدامها عبر الإنترنت. وروعي في تصميم الرسائل الرئيسية أن تتطلّب الحد الأدنى من مهارات القراءة، وهي متنوّعة ثقافيًا وتهدف إلى إشراك كبار السن في المحادثات والأنشطة. ويوضّح دليل مصاحب لمقدمي الرعاية كيفية استخدام الملصقات في المحادثات الموجّهة لتسهيل المشاركة.

وأجري اختبار استخدام الملصقات من قبل كبار السن من بلدان وخلفيات مختلفة. وقد ترجمت وتم تكييفها على نطاق واسع في أشكال يسهل للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة الوصول إليها. واستخدمت، على سبيل المثال، في جمهورية كوريا وسوريا ونيجيريا واليونان حيث حظيت بدرجة عالية من قبول المستخدمين.

المصدر: اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، 2021 (*319*).

لبناء مهارات الرعاية الذاتية متاحة باللغات وأن تراعي المستوى التعليمي بحيث يستطيع أكبر عدد ممكن من الناس فهمها.

ويمكن دمج استخدام مواد المساعدة الذاتية في الرعاية السريرية (انظر القسم ٧-١-٤ توسيع نطاق الرعاية للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شائعة: المساعدة الذاتية). فعلى سبيل المثال، يمكن للمعاونين توجيه الناس لاستخدام مواد المساعدة الذاتية. وتسمّى هذه العملية بالمساعدة الذاتية الموجّهة، وقد ثبت في مرات عديدة أنّ لها نفس فعالية التدخّلات المتخصّصة التقليدية القائمة على الاكتئاب والقلق وجهًا لوجه (٣٢٠). ويمكن استخدام أدوات المساعدة الذاتية الموجّهة لدعم الناس من خلال عملية وضع خطة للتعافي يضعونها لأنفسهم (٣٢١). ويمكن نشرها بسرعة على نطاق واسع، مما يجعلها واعدة بشكل خاص في التحوّل المطلوب في الصحة النفسية.

الكليات المعنية بالتعافي

تهدف الكليات المعنية بالتعافي إلى دعم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية من خلال تعليم الكبار بدلًا من العلاج. وتختلف مناهجها الدراسية، فهي تشمل فهم قضايا الصحة النفسية المختلفة وخيارات العلاج واستكشاف ما يعنيه التعافي وكيف يمكن للعائلة والأصدقاء المساعدة في دعمه (انظر القسم ٧-١-١ وضع الناس في صدارة الاهتمام: الرعاية الموجّهة نحو التعافي). وتقدّم الكليات في الغالب دورات تركّز على تعزيز الكفاءات اللازمة للرعاية الذاتية وتطوير المهارات الحياتية والثقة إمّا لإعادة بناء الحياة خارج الخدمات أو الاستفادة القصوى من الخدمات.

وجد أنّ للمساعدة الذاتية الموجّهة للاكتئاب والقلق تأثيرات تماثل تلك التي يخلفها العلاج وجهًا لوجه.

ومن السمات الرئيسية لكليات التعافي أنّ الأشخاص ذوي التجربة الحية يشاركون في وضع جميع أنشطة الكلية، من تطوير المناهج الدراسية إلى تقديم الدورات وتقييم الجودة. وتشير الدراسات إلى أنّ كليات التعافي يمكن أن تؤدّي دورًا مهمًا في تقليل استخدام خدمات الصحة النفسية، وأنّ الطلاب قادرون على تطوير عملهم وتحسين مقدراتهم على إدارة صحتهم النفسية (٣٢٢). وبوسع هذه الكليات أيضًا أن تفيد العاملين من خلال النتائج الرئيسية بما في ذلك تجربة الإنتاج المشترك وتقديره، وتغيير التصورات عن مستخدمي الخدمة وزيادة الشغف ورفع الهمة في العمل (٣٢٣). وعلى المستوى المجتمعي، تتيح كليات التعافي فرصًا لإشراك المزيد من الأشخاص في التعلّم جنبًا إلى جنب مع الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية ومناهضة الوصم من خلال الاتصال الاجتماعي.

1

التعزيز والوقاية من أجل إحداث التغيير المطلوب

تعزيز
وقاية
أولويات منتقاة ينبغي توجيه الجهود نحوها

ملخص الفصل

في هذا الفصل، ننظر في استراتيجيات التعزيز والوقاية المتعددة القطاعات المطلوبة في جميع مراحل الحياة من أجل إحداث تحوُّل في الصحة النفسية. ونستكشف بعض خيارات التدخل المتاحة لتقليل المخاطر وبناء القدرة على الصمود على المستويات الفردية والاجتماعية والهيكلية، ونلخص الأساس المنطقي والأدلة الكامنة وراء ذلك ونعرض أمثلة على الممارسات الجيدة من جميع أنحاء العالم. وندرس ثلاث أولويات للعمل: منع الانتحار، وحماية وتعزيز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، وتعزيز الصحة النفسية وحمايتها في العمل.

الرسائل الرئيسية التي خلص إليها هذا الفصل هي:

- تُنفَّذ برامج التعزيز والوقاية في أنشطة الصحة النفسية من خلال تحديد العوامل الأساسية التي تؤثر في الصحة النفسية، والتدخل فيها للحد من المخاطر و/أو زيادة القدرة على الصمود والرفاه النفسي.
- تتطلب الاستراتيجيات الفعالة إجراءات متعددة القطاعات وقد تنطوي على إجراء تغييرات على المستوى الفردي أو الاجتماعي (الأسرة والمجتمع المحلي) أو الهيكلي.
- يمكن لقطاع الصحة أن يسهم عن طريق دمج برامج التعزيز والوقاية في الخدمات الصحية ودعم المبادرات في البيئات غير الصحية، إلى جانب إجراءات أخرى.
- يمثل منع الانتحار أولوية عالمية، ويمكن إحراز تقدم كبير باستخدام الاستراتيجيات المحددة في مبادرة "عش الحياة" LIVE LIFE التابعة لمنظمة الصحة العالمية، بما في ذلك الحد من الوصول إلى الوسائل، وإعداد التقارير الإعلامية المسؤولة، والتعلم الاجتماعي والعاطفي للمراهقين، والتدخل المبكر.
- يمكن تعزيز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين من خلال السياسات والتشريعات، ودعم مقدمي الرعاية، والبرامج المدرسية، والتغييرات في البيئات المجتمعية والإلكترونية.
- يتحمل أرباب العمل والحكومات مسؤولية تعزيز وحماية الصحة النفسية لجميع الأشخاص في العمل ويمكنهم القيام بذلك من خلال التشريعات والتنظيم والاستراتيجيات التنظيمية وتدريب المديرين وتنفيذ تدخلات لفائدة العمال.

وصف الفصل ٥ (أسس التغيير) أسس التغيير نحو تحسين الصحة النفسية من خلال إبراز أهمية الأطر التمكينية والدعم العام والسياسي والمهارات التقنية والموارد الكافية. وسينظر الفصلان ٦ و٧ في الشكل الذي يبدو عليه هذا التحول على الأرض، من حيث الاستراتيجيات والخدمات المحددة التي يمكن نشرها لتحسين الصحة النفسية للسكان. ويشمل هذا تعزيز استراتيجيات التعزيز والوقاية المتعددة القطاعات في جميع مراحل الحياة (محور هذا الفصل) مع القيام في الوقت نفسه ببناء الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية في المجتمع (انظر الفصل ٧ إعادة هيكلة الرعاية وتوسيع نطاقها من أجل إحداث التأثير المطلوب).

وتعد أنشطة التعزيز والوقاية الفعالين مهمة لتعزيز الصحة النفسية والقدرة على الصمود، ومنع ظهور اعتلالات الصحة النفسية وعبئها وتقليل الحاجة إلى رعاية الصحة النفسية. وهناك أدلة متزايدة على أنها غالبًا ما تكون أيضًا فعالة من حيث التكلفة (٣٢٤).

وتُنفّذ برامج التعزيز والوقاية في أنشطة الصحة النفسية، في الأساس، من خلال تحديد العوامل الأساسية التي تؤثر على الصحة النفسية والتدخل فيها (انظر القسم ٢-٢ محددات الصحة النفسية). ويشمل هذا الجهود المبذولة لمعالجة العوامل الهيكلية <<البعيدة>> التي تشكّل ظروف الحياة اليومية، مثل عدم المساواة في الفقر ونوعية البيئة. ولكنها غالبًا ما تركز أيضًا على العوامل الفردية والعائلية <<القريبة>>، مثل مهارات التأقلم الفردية أو السلوكيات التي تُمارس في التنشئة، التي لها تأثير مباشر أكبر على الصحة النفسية.

وتشمل برامج التعزيز والوقاية معا طائفة واسعة من الأنشطة التي يمكن أن تستهدف الأفراد أو فئات محددة أو مجموعات سكانية بأكملها (انظر الجدول ٦-١). وإذ نذكر أن الصحة النفسية هي أكثر من مجرد عدم وجود مرض أو عجز (انظر الفصل ٢ مبادئ الصحة النفسية العامة والعوامل المؤثرة فيها)، فإن تعزيز الصحة النفسية يتعلق بالحفاظ على الصحة النفسية للأشخاص أو تعزيزها، في حين أن الوقاية على النحو المبين في هذا الفصل (أي الوقاية الأولية) تتعلق بوقف ظهور اعتلالات الصحة النفسية.

الجدول ٦-١

السكان المستهدفون والأهداف العامة لبرامج التعزيز والوقاية الأولية في الصحة النفسية

نوع البرنامج		السكان المستهدفون	الهدف
تعزيز الصحة النفسية		المتغيرات	الحفاظ على الصحة النفسية أو تعزيزها، أو زيادة القدرة على الصمود
الوقاية الأولية	برنامج شامل	كل السكان	الحد من الإصابة (أي منع ظهور اعتلالات الصحة النفسية)
	برنامج انتقائي	التجمعات السكانية الفرعية (مثل مجموعات ديموغرافية محددة) المعرضة أكثر من غيرها لخطر الإصابة باعتلال في الصحة النفسية	
	برنامج محدد	الأفراد الذين لديهم علامات أو أعراض الإصابة باعتلال في الصحة النفسية ولكنهم لا يستوفون المعايير التشخيصية التي تشير إلى إصابتهم باضطراب نفسي	

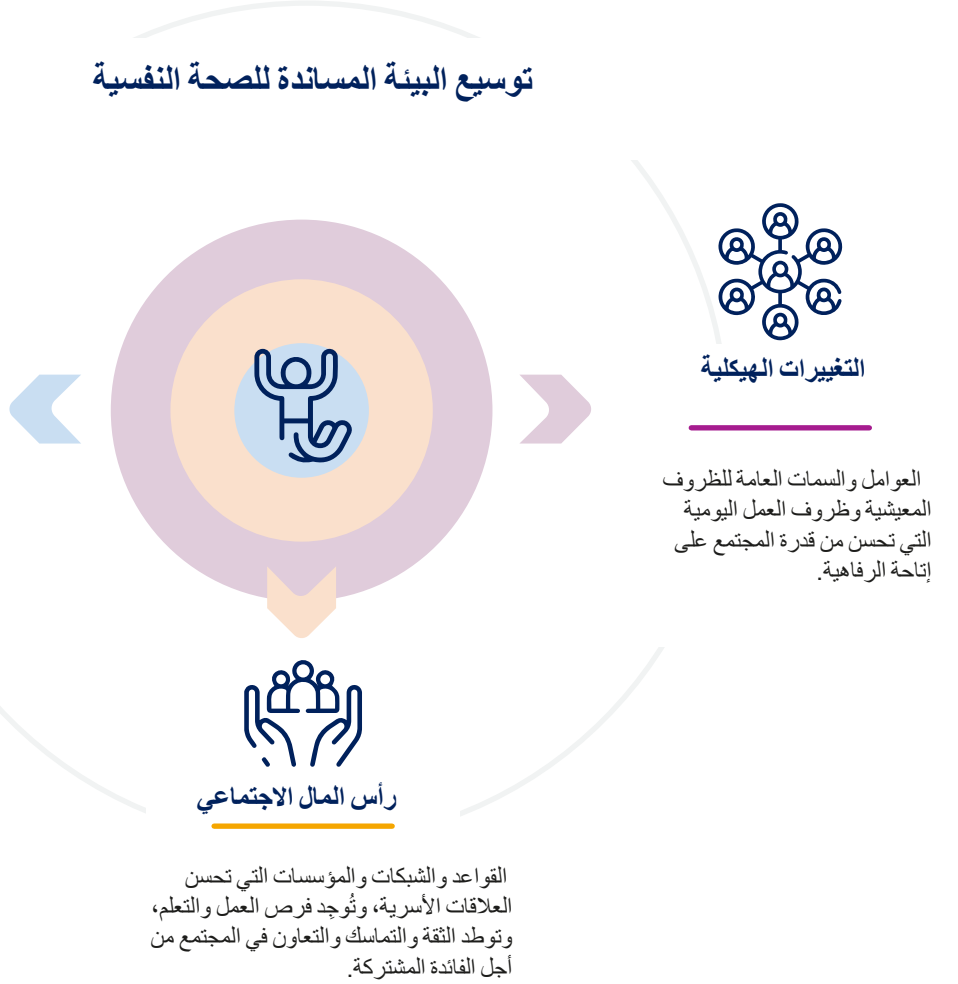
ومن الناحية العملية، قد يكون من الصعب التمييز بين الوقاية والتعزيز. ويمكن للاستراتيجيات التي تعيد تشكيل محددات الصحة النفسية لتعزيز الصحة النفسية أن تعمل أيضًا على منع ظهور اعتلالات الصحة النفسية لدى الأفراد. لذلك غالبًا ما يجري تنفيذ تعزيز الصحة النفسية والوقاية الشاملة بوصفهما شيئًا واحدًا.

ويتناول هذا الفصل ما يلزم للبلدان من أجل السعي بفعالية إلى التعزيز والوقاية الأولية في الممارسة العملية. لا يوجد حل بسيط: نادرًا ما يكون التدخل الفردي كافيًا لإحداث تغيير في جميع الفئات العمرية والفئات المعرضة للخطر. وبدلًا من ذلك، وعلى نحو ما أبرزته خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية للفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠، يتعين على البلدان تنفيذ طائفة واسعة من التدخلات الشاملة والانتقائية والمحددة.

وفي الأقسام التالية، نستكشف بعض خيارات التدخل المتاحة، ونلخص الأساس المنطقي والأدلة الكامنة وراء هذه الخيارات ونعرض أمثلة لأفضل الممارسات من جميع أنحاء العالم. ونسلط الضوء على ثلاث أولويات للعمل تكون فيها الأدلة والخبرات المتعلقة بفوائد الصحة النفسية مقنعة بشكل خاص: التدخلات لمنع الانتحار، والتدخلات لتعزيز وحماية الصحة النفسية للأطفال والشباب، والتدخلات الرامية إلى تعزيز وحماية الصحة النفسية في مكان العمل.

الشكل ٦-١

يركز تعزيز الصحة النفسية والوقاية الشاملة على العوامل التي تدعم الصحة النفسية



المصدر: Friedli, 2009 (*325*).

٦-١ تعزيز الصحة النفسية والوقاية الشاملة من اعتلالاتها

تُصَّمم استراتيجيات تعزيز الصحة النفسية والوقاية الشاملة عمومًا لتغيير صورة المخاطر لجميع السكان وتعزيز الرفاه بشكل عام. وهي تفعل ذلك عن طريق إعادة تشكيل محددات الصحة النفسية عبر مجالات التأثير الفردية والاجتماعية والهيكلية لإنشاء بيئات داعمة للصحة النفسية (انظر الشكل ٦-١).

وتتنوع الاستراتيجيات والتدخلات الشاملة تنوعًا كبيرًا. والعديد من التدخلات ينفذها على مستوى المجتمع المحلي، الزعماء المحليون أو مقدمو الرعاية الصحية على سبيل المثال. وتُنفذ التدخلات الأخرى في مستويات أعلى، مثلًا عبر قوانين العمل الوطنية أو استراتيجيات خفض الفقر.

وفي الممارسة العملية، غالبًا ما تجمع التدخلات الشاملة بين استراتيجيات مختلفة على المستويات الفردية والاجتماعية والهيكلية. لذلك، على سبيل المثال، قد تجمع التدخلات بين التدريب على المهارات الحياتية (رأس المال الفردي) والأحداث المحلية لكبار السن (رأس المال الاجتماعي) والحملات الجماعية لمكافحة الوصم (التغييرات الهيكلية) (انظر الإطار ٦-١ حملة ترسيخ أساسيات الصحة النفسية الجيدة).

دراسة حالة

الإطار ٦-١

حملة ترسيخ أساسيات الصحة النفسية الجيدة

صُمّمت حملة ترسيخ أساسيات الصحة النفسية (العمل- الانتماء - الالتزام) في أستراليا لتشجيع الناس على اتخاذ خطوات استباقية لتحسين صحتهم النفسية. وصُممت الحملة حول ثلاث رسائل بسيطة:

- افعل شيئًا للحفاظ على نشاطك الجسدي والاجتماعي والروحي والمعرفي (العمل).
- افعل شيئًا مع شخص ما لتظل على اتصال بالأصدقاء والعائلة والمجتمع (الانتماء).
- افعل شيئًا مفيدًا ومهمًا وقيمًا للإحساس بقية الهدف (الالتزام).

ويتم دعم هذه من خلال الموارد المتاحة عبر الإنترنت (بما في ذلك أدلة المساعدة الذاتية وصحائف الوقائع وقوائم الأنشطة المحلية والمناهج المدرسية) والبرامج المجتمعية التي تهدف إلى تعزيز الروابط بين أفراد المجتمع ومساعدة الناس على المشاركة في أنشطة متنوعة يمكنها حماية وتعزيز صحتهم النفسية.

وتضم الحملة أكثر من ١٦٠ من الشركاء من المجتمع المحلي والمنظمات والمتعاونين في غرب أستراليا، كما تم تكييفها وتطبيقها في أجزاء أخرى من البلد وفي الخارج، في الدانمرك وجزر فارو والنرويج والولايات المتحدة الأمريكية.

وبحلول عام ٢٠١٨، كان ٨٢٪ من الأستراليين الغربيين على دراية بحملات أساسيات الصحة النفسية الجيدة، واتخذ ١٦٪ منهم إجراءات لتحسين صحتهم النفسية نتيجة لذلك. كما تولى برنامج الحملة المدرسي لتعزيز الصحة النفسية تدريب المعلمين في ٥١ مدرسة محلية، ووصل إلى ٤٦ ٠٠٠ طفل ومراهق (٦-١٨ سنة).

المصادر: Curtin University، 2021 (*326*)؛ Anwar-McHenry et al، 2019 (*327*).

٦-١-١ بناء رأس المال الفردي من أجل الصحة النفسية

غالبًا ما تركز استراتيجيات بناء الموارد الفردية على تعزيز المهارات العاطفية والمعرفية، والمعارف، والقدرات، والسلوكيات. وهي وهي تحقق ذلك من خلال، على سبيل المثال لا الحصر، تنشئة الأبناء أو برامج التعلم التي تعزز ما يلي:

- **الكفاءة** للعيش والتعلم والعمل بفعالية. ويشمل هذا المهارات الحياتية الأساسية للتواصل والتفكير النقدي واتخاذ القرار وحل المشكلات والوعي الذاتي والتعاطف ورعاية الآخرين. كما يتضمن القدرة على الرعاية الذاتية واختيار السلوكيات وأنماط الحياة التي تحافظ على صحتنا.
- **القدرة على الصمود** في الإدارة والتكيف بشكل فعال مع ضغوط الحياة. الأهم من ذلك، أن القدرة على الصمود لا تعني عدم التعرض للصعوبة أو الضيق، وإنما تعني أن لدينا القدرة على التعامل مع الشعور بالإجهاد والشدائد والتعافي.
- **التمكين** ليكتسب المرء الثقة والقدرة على الاختيار والتحكم في حياته. وهذا يشمل تعزيز الاحترام والأمل والهوية والهدف بالإضافة إلى الشعور بالإتقان، والقوة، والأمل، والعدالة. وبالنسبة للأشخاص الذين يعانون من اعتلال في الصحة النفسية، يشمل التمكين أيضًا القدرة على المشاركة بنشاط في جميع جوانب رعاية الصحة النفسية للفرد (انظر الفصل ٥، تحت المجهر: إشراك الأشخاص ذوي التجربة الحية وتمكينهم).

دراسة حالة

الإطار ٦-٢

استخدام الرياضة لتعزيز المهارات الحياتية لدى الشباب في هونغ كونغ

في الصين، وتحديدًا في منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة، وُجد أن هناك برنامجًا رياضيًا لتنمية الشباب يعزز المهارات الحياتية ويكمن المراهقين.

وقدم البرنامج دورات أسبوعية للتوجيه الرياضي بعد المدرسة لمجموعة من المراهقين باستخدام نهج إيجابي لتنمية الشباب يعمل على بناء قوة المراهقين بدلًا من تصحيح السلوكيات التي تعتريها مشكلات.

وظل المشاركون في البرنامج يتعلمون، كل أسبوع، تحديد الأهداف وبناء المهارات والتفكير في مشاعرهم حول رياضة معينة. ولم يكن هناك مدرسون أو مناهج مصممة مسبقًا، وإنما عمل الموجهون كميسرين، مما سمح للطلاب بتحديد أهداف ومسارات التعلم الخاصة بهم من خلال التواصل. وقدم الموجهون أيضًا أدوات وتقنيات لحل المشكلات في سياق الرياضة وفرصًا لتطبيقها في بيئة عززت بناء القدرة على الصمود.

وخلص تقييم صارم إلى أنه بالإضافة إلى تحسين النشاط البدني واللياقة البدنية، أدى البرنامج إلى تحسين الصحة النفسية للطلاب وكفاءتهم الذاتية ومرونتهم.

المصدر: Ho et al، 2017 (328).

وكثيرًا ما تستهدف التدخلات الرامية إلى تعزيز الصحة النفسية بناء رأس المال الفردي للشباب، مثلًا من خلال برامج المهارات الاجتماعية والعاطفية المدرسية أو من خلال برامج تنمية الشباب. ويمكن لمراكز الشباب المجتمعية ونوادي ما بعد المدرسة ومبادرات التوجيه المجتمعية العمل على تعزيز الكفاءة والقدرة على الصمود والتمكين وتعزيز الصحة النفسية (انظر الإطار ٦-٢ استخدام الرياضة لتعزيز المهارات الحياتية لدى الشباب في هونغ كونغ).

ترقية السلوكيات الصحية

يشمل بناء الكفاءة الفردية أيضًا تدخلات مصممة لدعم الناس لتغيير السلوكيات التي تقوض الصحة البدنية والنفسية. ويرتبط انخفاض مستويات النشاط البدني، وتدخين التبغ، واستخدام المشروبات الكحولية الخطرة، واستخدام العقاقير، وقلة النوم، والأنماط الغذائية غير الصحية جميعها بزيادة مخاطر اعتلالات الصحة البدنية والنفسية على السواء، (٣٢٩، ١٠٠، ٣٣٠).

وتعد برامج ومدارس تنمية الطفولة المبكرة منصات رئيسية لا لبناء المهارات الاجتماعية والعاطفية فحسب (انظر القسم ٦-٣-٢ حماية وتعزيز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين)، بل أيضًا للتزويد بالمعرفة عن السلوكيات الصحية البدينة والنفسية لدى الأطفال والمراهقين.

يجب النظر في تثقيف الشباب حول أضرار استخدام القنب عالي الفعالية لتقليل حدوث الذهان في المجتمعات المحلية.

إن رفع مستوى الإلمام بالصحة بشأن الكحول والتبغ والتمارين البدنية والتغذية هي استراتيجيات مقبولة بالفعل في مجال الصحة العامة (٣٣١). وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي النظر في تنظيم حملات كبرى لتثقيف الشباب بشأن الأضرار الناجمة عن استخدام القنب ذي الفعالية العالية للحد من حدوث الذهان في المجتمعات المحلية (٣٣٢).

٦-١-٢ بناء الموارد الاجتماعية للصحة النفسية

يشمل بناء الموارد الاجتماعية للصحة النفسية على تهيئة الفرص لتعزيز العلاقات الإيجابية والدعم الاجتماعي على مختلف المستويات: داخل الأسر وبين الأقران وعبر المجتمع المحلي طوال الحياة (انظر الجدول ٦-٢) (٣٣٣). ويشمل ذلك ضمان اعتراف المؤسسات الاجتماعية - بما في ذلك مرحلة ما قبل المدرسة والمدرسة وسوق العمل - بدورها في دعم الرفاه النفسي والعمل على تعزيز الموارد الاجتماعية.

وخلال مرحلة الطفولة الأولى والطفولة المبكرة، تكتسي العلاقات الأسرية أهمية خاصة: فبعض أهم مصادر الصلابة لدى الأطفال الذين يعيشون في بيوت منخفضة الدخل تشمل المعتقدات والسلوكيات الأبوية التي تعزز احترام الذات، والدعم الاجتماعي (بما في ذلك من البالغين الآخرين)، وبيئة جيدة للتعلم المنزلي (٣٢٥). ومنذ المراهقة إلى البلوغ يظل الدعم الاجتماعي والعلاقات الجيدة مع الآخرين- في المنزل والمدرسة والعمل وفي المجتمع الأوسع - ذات تأثير كبير. وبالنسبة لكبار السن، يعد الترابط الاجتماعي مهمًا بشكل خاص لتقليل عوامل الخطر مثل الوحدة والعزلة الاجتماعية. وفي هذه المرحلة من الحياة، يمكن للأنشطة الاجتماعية الهادفة أن تحسن إلى حد كبير الصحة النفسية الإيجابية والرضا عن الحياة ونوعية الحياة، كما يمكن أن تقلل من أعراض الاكتئاب (٣٣٤).

الجدول ٦-٢

أمثلة على الاستراتيجيات والنُهُج التي تركز على تعزيز الموارد الاجتماعية لتعزيز الصحة النفسية وحمايتها

استراتيجية التعزيز	أمثلة
دعم الصحة النفسية لمقدم الرعاية	• تحديد ودعم وإحالة الآباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الذين يعانون من اعتلالات في الصحة النفسية • مجموعات دعم الأقران فيما يخص الآباء الجدد
المساعدة على التنشئة السليمة	• التدريب على المهارات الخاصة بمقدمي الرعاية لمقدمي الرعاية للأطفال والمراهقين • مجموعات دعم الأقران فيما يخص الآباء الجدد • زيارات منزلية في مرحلة الطفولة المبكرة
تهيئة بيئات تعليمية واقية	• تحسين الثقافة والسلامة المدرسية • برامج التعليم والإثراء في مرحبة ما قبل المدرسة • برامج مناهضة التنمر • برامج مناهضة العنصرية والتمييز على أساس الجنس • مجموعات دعم الأقران وبرامج التوجيه داخل المدارس • محو الأمية الصحية في مجال الصحة النفسية بالنسبة للمعلمين
تهيئة بيئات عمل واقية	• السياسات الرامية إلى التخفيف من عوامل الخطر النفسي والاجتماعي (مثلًا فيما يتعلق بساعات العمل والتحرش) • زيادة الوعي بالصحة النفسية والتدريب لتمكين العمال من تقديم الدعم الأولي للزملاء الذين يعانون من ضيق • ترتيبات عمل معقولة للأشخاص الذين يعانون من حالات صحية نفسية
تمكين العلاقات الصحية مع الآخرين	• برامج العلاقات الصحية للشباب والأزواج • برامج التمكين والتثقيف في مجال مناهضة التمييز والعنف
تعزيز الدعم الاجتماعي لكبار السن	• مبادرات الصداقة • النوادي المجتمعية والأنشطة الاجتماعية للمسنين
إنشاء أحياء آمنة وداعمة	• التغييرات الجسدية لتحسين التفاعل الاجتماعي • الشرطة المجتمعية

وفي جميع الأعمار وعبر كل البيئات، تعتبر الحماية من التمييز والعنف وسوء المعاملة أمرًا بالغ الأهمية لحماية الصحة النفسية. وهناك حاجة ماسة في معظم البلدان إلى قدر أكبر من المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة. وفي جميع البلدان، تثير حماية النساء والأطفال وكبار السن من العنف قلقًا خاصًا. ويشكل عنف الشريك الحميم والعنف الجنسي ضد المرأة مخاطر قوية تؤدي إلى الاكتئاب والقلق واضطرابات الأكل ومحاولات الانتحار واضطراب الكرب التالي للصدمات (اقرأ تجربة ليون في القسم ٢ المخاطر التي تضعف الصحة النفسية) (٣٣٥، ٤٥). والشباب الذين ينشئون في أسر أو مجتمعات يسود فيها عنف معرضون لخطر الإصابة بمجموعة من الاضطرابات السلوكية والعاطفية التي تضعف الصحة النفسية (اقرأ تجربة نتوكوزو).

وهناك أدلة قوية تثبت الأنشطة التي تمنع العنف ضد المرأة والطفل، وهي تشمل: التدخلات الرامية إلى توطيد العلاقات وتنشئة الأبناء والمهارات الحياتية، وتمكين المرأة، وتعزيز السلامة في الأحياء والمدارس، وتحويل الأعراف والممارسات الاجتماعية الأبوية (٣٣٦، ٣٣٧).

وفي كل الأحوال، يكون السياق مهما: فالبرامج التي تبني رأس المال الاجتماعي، والمسؤولية والإجراءات الرامية إلى منع التمييز والعنف وغير ذلك من السلوك الذي يهدد الصحة النفسية تكون ناجحة بشكل خاص إذا كانت تستند إلى المخاطر والموارد المحلية (انظر الإطار ٦-٣ المجتمعات المحلية المراعية).

قصة

اكتئابي سببه تجارب الطفولة

تجربة نتوكوزو

توفي والدي عندما كنت صغيرًا جدًا، تركني مع والدتي التي تخلت عني لاحقًا في منزل أحد الجيران. لم أسمع عنها مرة أخرى. أخذني عم لي، وواجهت الكثير من الاعتداءات الجسدية والتنمر.

وفي سن ١٢ تقريبًا، بدأت أعاني من أعراض القلق والاكتئاب. وأتذكر أنني سألت عمي عما إذا كان من الطبيعي أن تراودني فكرة أن أقتل نفسي. ولا يزال رده عالقًا في ذاكرتي: "أنت أصغر من أن يكون لديك أفكار انتحارية. أنت لا تعرف ما هي المشاكل الحقيقية."

وبعد أسابيع قليلة من هذا الحوار حاولت الانتحار. ولحسن الحظ، كان أحد أفراد الأسرة المقربين قريبًا ونقلني إلى العيادة. ثم اصطحبني جدي إلى معالج تقليدي ظن بسبب معتقداته الثقافية عن الصحة النفسية أنني ممسوس بروح شريرة. أما محاولتي الانتحار فقد سُكت عنها، بل احتفظ بها سرًا ولم تخضع علتي االنفسية لا للتشخيص ولا للعلاج.

واستمرت معاناتي مع الصحة النفسية طوال سن الرشد. وعندما بلغت الأعراض التي أعانيها مرحلة يصعب معها التجاهل، طلبت المساعدة المهنية. وعندها فقط، بعد سنوات من ظهور الأعراض الأولى، شُخصت حالتي بأني مصاب بالاكتئاب الشديد واضطراب القلق، بسبب التجارب التي عشتها في طفولتي.

نتوكوزو نياثي، زمبابوي

دراسة حالة

الإطار ٦-٣

المجتمعات المحلية المراعية

"المجتمعات المحلية المراعية" هو نظام وقائي على مستوى المجتمع المحلي لتقليل المخاطر وتعزيز الحماية والحد من السلوك الذي يهدد الصحة النفسية لدى الشباب. وقد تبين، بعد تجربته واختباره في أكثر من ٥٠٠ مجتمع من مجتمعات البلدان المرتفعة الدخل على مدى ٢٠ عامًا، أنه يمنع بشكل فعال الانحراف والعنف واستخدام مواد الإدمان لدى المراهقين.

ويتولى نظام المجتمعات المحلية المراعية تدريب ودعم التحالفات المجتمعية حتى تتمكن من استخدام ممارسات الوقاية القائمة على البيانات والمستندة إلى العلوم لاستهداف عوامل الخطر والحماية ذات الأولوية محليًا. ويبدأ بإنشاء مجموعة من أصحاب المصلحة في المجتمع المحلي وتدريبهم على مبادئ علم الوقاية والعلاقة بين المخاطر التي تهدد الشباب والاضطرابات السلوكية. وتقدم دراسة استقصائية للشباب بيانات وبائية محلية عن المخاطر والحماية وسلوكيات الشباب، تستخدم لوضع موجز للمخاطر المجتمعية وتحديد أولويات العمل. وبناء على ذلك، تضع المجموعة المجتمعية خطة عمل، وتختار التدخلات الوقائية من مجموعة من الخيارات القائمة على البينات (على سبيل المثال، البرامج التي تركز على المهارات اللازمة لتنشئة الأبناء، أو المناهج الدراسية، أو أنشطة ما بعد المدرسة).

ويمكن أن تعمل تدخلات المجتمعات المحلية المراعية على مستويات متعددة، عبر أماكن متعددة، وقد تشمل حملات في إطار وسائل التواصل الاجتماعي، وتقديم الدعم لتنشئة الأبناء ومبادرات بناء المهارات، والتغييرات في المناهج المدرسية، وممارسات الإدارة أو التدريس، وبرامج التوجيه وما بعد المدرسة.

وتبيّن أن نجاح نظام المجتمعات المحلية المراعية في منع السلوك الذي ينطوي على مخاطر صحية تهدد المراهقين يدوم لأمد طويل، وأن المراهقين المشمولين بالنظام يستمرون في الامتناع عن استخدام العقاقير وممارسة السلوكيات غير الاجتماعية والعنف حتى سن ٢١ عامًا.

المصادر: Hawkins et al، 2014 (*338*)؛ Oesterle et al، 2018 (*339*).

٦-١-٣ إجراء تغييرات هيكلية لفائدة الصحة النفسية

يتضمن إجراء تغييرات هيكلية من أجل الصحة النفسية تهيئة الظروف الأساسية للحياة اليومية لتعزيز القدرات الفردية والأسرية والمجتمعية من أجل تحقيق الرفاه. ويتعلق الأمر بتعزيز القواعد والأنظمة، وتغيير المعايير والقيم، واستحداث آليات دعم كافية لمعالجة الحرمان، وصون حقوق الإنسان، وضمان وصول الجميع إلى البنية التحتية والخدمات والفرص مع الحرص على العدالة والمساواة في ذلك. ويمكن اتباع مجموعة من السياسات والإجراءات الاستراتيجية على المستوى الكلي التي تمكّن من إجراء هذه التغييرات الهيكلية أو تعجلها، وتتجاوز أهدافها المعلنة تعزيز الصحة النفسية وحمايتها، لكن لكل منها تأثير مهم على الصحة النفسية (٣٤٠). وتشمل السياسات والإجراءات الاستراتيجية ما يلي:

- **تدابير للحد من انعدام الأمن المالي والفقر وعدم المساواة في الدخل.** من الأمثلة على هذه التدابير الحماية الاجتماعية، ونظم المعاشات التقاعدية، وتخفيف عبء الديون، والتمكين الاقتصادي، وغير ذلك من برامج التخفيف من حدة الفقر، فضلًا عن دعم سبل كسب العيش للأشخاص ذوي الإعاقة البدنية والنفسية الاجتماعية. وهناك مجموعة متزايدة من البينات من البلدان ذات الدخل المنخفض وتلك متوسطة الدخل التي تظهر أن برامج التحويلات النقدية لا تخفف من الضائقة المالية فحسب، بل تفيد أيضًا صحة المتلقين النفسية ورفاهيتهم (٣٤١).

- **تدابير لتمكين الوصول إلى أسواق العمل.** على الرغم من المخاطر النفسية والاجتماعية مثل التحرش في مكان العمل (انظر القسم ٦-٣-٣ تعزيز الصحة النفسية وحمايتها في العمل)، فإن التوظيف له تأثير إيجابي على الصحة النفسية، في حين أن البطالة تشكّل خطرًا ملحوظًا (٣٤٢). ويمكن لسياسات وبرامج سوق العمل النشطة - مثل دورات التدريب المهني، والمساعدة في البحث عن عمل، وإعانات الأجور، أو التدريب الداخلي المدعوم وخبرات العمل - أن تدعم الباحثين عن عمل، ولا سيما العاطلين عن العمل منذ فترة طويلة، وكذلك أولئك الذين يعانون من إعاقات نفسية أو اجتماعية أخرى (٣٤٣).
- **التدابير الرامية إلى تعزيز فرص الحصول على التعليم.** يكتسي التعليم أهمية حيوية للصحة البدنية والنفسية فضلًا عن النمو الاقتصادي والحد من الفقر. ويمكن أن تؤدي المبادرات الرامية إلى سد الفجوة بين الجنسين في التعليم، والتخفيف من أثر ترك الدراسة في وقت مبكر، وزيادة الالتحاق بالمدارس، وتعزيز محو أمية الكبار، إلى تعزيز فرص الحصول على التعليم.
- **تدابير لتحسين السكن اللائق والآمن.** إن السكن المكتظ وغير الآمن وغير اللائق وكذلك التشرد تشكل جميعها مخاطر على الصحة النفسية. ويمكن تخفيف هذه المخاطر من خلال برامج الإسكان المدعومة وتحسين فرص حصول الفئات المحرومة على مساكن مأمونة وبأسعار معقولة وذات نوعية جيدة (انظر أيضًا القسم ٧-٣-٤ خدمات المعيشة المدعومة) (٣٤٤).
- **تدابير الحماية من التمييز.** تشمل هذه القوانين واللوائح التي تعزز الإدماج وتمنع التمييز على أساس العرق، أو الميل الجنسي، أو الدين، أو العمر، وتشمل حقوق النساء والأطفال وكبار السن والأشخاص الذين يعانون من إعاقات بدنية ونفسية اجتماعية (انظر القسم ٤-٢-١ جهود محاربة الوصم والتمييز).

ووفقًا لما جاء عن لجنة لانسيت المعنية بالصحة النفسية العالمية والتنمية المستدامة، تتيح أهداف التنمية المستدامة إطارًا محتملًا لإجراء تغييرات هيكلية لأن العديد من الأهداف تتناول صراحة المحددات الاجتماعية والهيكلية الرئيسية للصحة النفسية (انظر القسم ٤-٣ تمكين التنمية الاجتماعية والاقتصادية) (١٥).

وعلى الرغم من أن للقطاع الصحي دورًا واضحًا في الوقاية والتعزيز (انظر في تحت المجهر: تمكين التعاون المتعدد القطاعات: ما دور القطاع الصحي؟)، فإن معظم الاستراتيجيات الشاملة تتطلب اتخاذ إجراءات تتجاوز القطاع الصحي. وهذا مهم لأن أي نموذج لتعزيز الصحة والوقاية الشاملة يعجز عن معالجة المحددات الهيكلية للصحة النفسية سيكون محدودًا في نطاقه. وعلاوة على ذلك، يجب معالجة العلل الاجتماعية والهيكلية الواسعة - مثل الإساءة والاستغلال والتمييز - التي تسود في المجتمع ليس فقط لأنها تؤثر على الصحة، ولكن لأنها تنتهك قيمنا المشتركة في حد ذاتها.

٦-٢ الوقاية الانتقائية والوقاية المحدَّدة

على عكس الوقاية الشاملة، التي تهدف إلى تحويل المخاطر التي تهدد السكان بأكملهم، فإن استراتيجيات الوقاية الانتقائية والوقاية المحددة تُصمَّم لتقليل المخاطر في مجموعة أو أكثر من مجموعات الأفراد المعرضين لخطر أكبر من المتوسط للإصابة بأمراض الصحة النفسية. وهذا يشمل الفئات ذات الأولوية ككل، المعرضة بشكل أكبر لخطر الإصابة باعتلالات الصحة النفسية بسبب التركيبة السكانية والسياقات المحلية والظروف التي يجدون أنفسهم فيها (الوقاية الانتقائية). ولكنه يشمل أيضًا الأفراد المعرضين لخطر أكبر لأنهم يعانون بالفعل من أعراض ما قد يكون اضطرابًا نفسيًا ناشئًا (الوقاية المحددة).

وقد تندرج في فئة الأشخاص المعرضين للخطر (ولكن ليس بالضرورة) الأشخاصُ الذين يعيشون في فقر أو يعانون من ظروف صحية مزمنة، والأشخاص ذوو الإعاقة، والشباب المعرضون للعنف أو الإهمال، ومجموعات الأقليات، والشعوب الأصلية، واللاجئون، وكبار السن، المثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسانية وحاملو صفات الجنسين، والمقاتلون السابقون، والسجناء، والأشخاص المعرضون لحالات الطوارئ الإنسانية. وهناك تنوع كبير في المخاطر والمشاكل والموارد داخل كل مجموعة من هذه المجموعات وبينها.

٦-٢-١ دعم الأشخاص المعرضين للخطر من خلال الوقاية الانتقائية

تبيّن خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٣٠ بوضوح أن الاستراتيجيات الوطنية للصحة النفسية يجب أن تشمل تدخلات التعزيز والوقاية التي تلبي على وجه التحديد احتياجات الأشخاص المعرضين للخطر المحددين محليًا في كل مراحل الحياة. وقد تختلف المجموعات ذات الأولوية للوقاية الانتقائية تبعًا لموجز بيانات المخاطر الوطنية أو المحلية.

وغالبًا ما تكون الوقاية الانتقائية مفيدة لفئات عمرية محددة في كل مراحل الحياة. وعلى سبيل المثال، قد يستفيد الأطفال والمراهقون الصغار من التدخلات أثناء مرورهم بفترات حساسة من حيث النمو (انظر القسم ٦-٣-٢ حماية وتعزيز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين).

إن التدخلات الرامية إلى توسيع الاتصالات والأنشطة الاجتماعية ضرورية لحماية الصحة النفسية لكبار السن.

ويمكن أيضًا دعم كبار السن من خلال الوقاية الانتقائية. وتشير الأبحاث إلى أن التدخلات الرامية إلى توسيع الاتصالات الاجتماعية وزيادة المشاركة في الأنشطة الاجتماعية ضرورية لحماية الصحة النفسية لكبار السن (٣٤٥). ومن الفئات الأخرى ذات الأولوية فيما يخص الوقاية الانتقائية الأشخاص الذين يعانون من حالات طوارئ إنسانية. وتصف الحزمة المقبلة للخدمات الدنيا للصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي (MHPSS MSP) (انظر الإطار ٦-٤ حزمة الخدمات الدنيا للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS MSP)) استراتيجيات الوقاية والتعزيز الرامية إلى دعم الناس على نطاق واسع في هذه الأوضاع:

- نشر المعلومات لزيادة الإلمام بالصحة النفسية والتوعية بها؛
- توفير النماء في مرحلة الطفولة المبكرة والأنشطة الجماعية من أجل رفاه الطفل؛
- دعم المبادرات المجتمعية القائمة من قبل والتي تعزز الصحة النفسية، بما في ذلك إعادة تنظيم الأنشطة الثقافية والدينية العادية، والجماعات النسائية، وشبكات الشباب وغيرها من مجموعات المصالح؛
- تيسير مبادرات المساعدة الذاتية المجتمعية الجديدة؛
- دعم مقدمي الرعاية والمعلمين وغيرهم من موظفي التعليم لتعزيز الصحة النفسية للأطفال.

٦-٢-٢ الوقاية من اعتلالات الصحة النفسية من خلال التدخلات المحدَّدة

صُمّمت التدخلات المحددة للأشخاص الذين يعانون من العلامات والأعراض، لكنهم لا يستوفون معايير التشخيص الرسمي للاضطراب النفسي.

وبالنسبة للأشخاص الذين يعانون من ارتفاع مستويات أعراض الاكتئاب، تشمل التدخلات المحددة علاجات نفسية مثل العلاج المعرفي السلوكي والعلاج التفاعلي، وكلاهما وجد أنه يؤخر أو يمنع ظهور الاكتئاب (٣٤٧). والعلاج المعرفي السلوكي هو أيضًا تدخل فعال للأشخاص الذين يعانون من أعراض القلق (٣٤٨). وبالنظر إلى أن الاكتئاب والقلق في الوجه الأدنى منهما شائعان للغاية، فمن المهم بشكل خاص أن تكون التدخلات المحددة لهذه المجموعة من الناس غير مكلفة وقابلة للتطوير. يمكن أن تكون مواد المساعدة الذاتية، سواء من خلال الكتب أو البرامج الرقمية، مفيدة بشكل خاص (انظر القسم ٥-٤-٤ الكفاءات اللازمة للرعاية الذاتية). والتدخلات المبكرة التي ينفذها مستشارون غير متخصصين مدربون هي نهج آخر غير مكلف وقابل للتطوير لمنع ظهور الاضطرابات النفسية.

أداة

الإطار ٦-٤

الحد الأدنى من حزمة خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي (MHPSS MSP)

تمثل الخطة الاستراتيجية المشتركة بين الوكالات للخدمات الدنيا للصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي حزمة محددة التكاليف تحدد الحد الأدنى من الأنشطة التي ينبغي تنفيذها في حالات الطوارئ (مثل تلك الناجمة عن الحرب أو الكوارث الطبيعية) في قطاعات الصحة والحماية والتعليم وغيرها من القطاعات. وهي تهدف إلى ضمان أن الاستجابات الإنسانية: تسترشد أكثر بالمبادئ التوجيهية العالمية، وتستند إلى البينات، ويمكن التنبؤ بها، ومنصفة، وتزيد من فعالية استخدام الموارد المحدودة. وينبغي أن يؤدي ذلك إلى تحسين نوعية برامج الخدمة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي ونطاقها وتنسيقها، وتحسين الصحة النفسية والرفاه بقدر كبير بين السكان المتضررين.

ويشمل الحد الأدنى من حزمة الخدمات تدخلات للوقاية والتعزيز والعلاج، وهي تغطي ما يلي:

- التنسيق والتقييم المشتركة بين الوكالات؛
- المكونات الأساسية لبرامج الحزمة، بما في ذلك تصميم البرامج ورصدها وتقييمها ورعاية الموظفين وكفاءات الموظفين؛
- أنشطة برنامج الحزمة، مثل توجيه العاملين في المجال الإنساني وأفراد المجتمعات المحلية، وتعزيز المساعدة الذاتية والدعم المجتمعي، وتقديم دعم إضافي للأشخاص الذين يعانون من ضيق أو حالات صحية نفسية؛
- أنشطة خاصة بأوضاع محددة، مثل تفشي الأمراض المعدية، والاعتبارات ذات الصلة بها.

المصدر: منظمة الصحة العالمية، اليونسف، مفوضية الأمم المتحدة السامية للاجئين، صندوق الأمم المتحدة للسكان (*346*).

وبالنسبة للأشخاص الذين يعانون من علامات وأعراض تشير إلى ارتفاع خطر الإصابة بالذهان، يمكن للتدخل المبكر المتخصص أن يحسن بشكل كبير النتائج السريرية (انظر الإطار ٧-١٤ خدمات الأشخاص المصابين بالذهان في النوبة الأولى) (٣٤٩). وتقدم الوقاية المحددة دعمًا فعالًا لأكثر المستفيدين. وقد تحقق أيضًا عائدات كبيرة على الاستثمار. وتشير البينات الاقتصادية للتدخل المبكر في الذهان إلى أنه فعال من حيث التكلفة، بل حتى يمكن أن يوفر المال، (٣٥٠، ٣٥١).

ويمكن أن تكون التدخلات المحددة للأشخاص الذين يعانون من ضيق نفسي شديدة أثناء أو بعد حالة الطوارئ مفيدة بشكل خاص. ويشمل ذلك تدخلات جماعية موجهة من الميسرين مثل برنامج المساعدة الذاتية الموسع لمنظمة الصحة العالمية، الذي استخدم، بدرجات متفاوتة من النجاح، لمنع ظهور الاضطرابات النفسية لدى اللاجئين وطالبي اللجوء في تركيا وأوغندا وأوروبا الغربية (٣٥٢، ٣٥٣).

تمكين برامج التعزيز والوقاية المتعددة القطاعات: ما دور القطاع الصحي؟

إن إعادة تشكيل العوامل الفردية والاجتماعية والهيكلية التي تؤثر في الصحة النفسية غالبًا ما يلزمها توافر القوة والتجربة والخبرة في قطاع الصحة وخارجه. حيث يتولى قطاع الإسكان في العادة أمر إعطاء الموافقة على مخططات تحسين الإسكان وإدارتها. وتدير الشؤون الاجتماعية برامج حماية الطفل. وعادة ما تتولى وزارة العمل المسؤولية عن لوائح الصحة والسلامة المهنيتين. ويُنفِّذ البرامجَ المدرسية للتعلم الاجتماعي والعاطفي قطاع التعليم.

وحتى يكون برنامج التعزيز والوقاية في االصحة النفسية فعالًا لا بد أن ينفذ بالفعل عبر قطاعات متعددة. وقد لا يتمكن قطاع الصحة من تنفيذ كل استراتيجية أو تدخل مطلوب. لكنه يمكن أن يسهم بشكل كبير من خلال دمج التعزيز والوقاية في الخدمات الصحية، خاصة للسكان المعرضين للخطر. ويضطلع قطاع الصحة أيضًا بدور رئيسي في المساعدة على اتباع نهج شامل ومشترك على نطاق المجتمع: من خلال الدعوة إلى التعاون والتنسيق بين القطاعات والشروع فيهما وتيسيرهما عند الاقتضاء.

وترد أدناه بعض الاستراتيجيات المتاحة لتحقيق ذلك. وفي جميع الحالات، يتطلب نجاح التعاون المتعدد القطاعات التبادل الذكي والملائم للمعلومات، والتخطيطا المشترك، والتصميم الاستراتيجي والدعم، والتنفيذ الجيد. ومن المرجح أن ينجح التعاون المتعدد القطاعات عندما تتوافر القيادة القادرة على إحداث التحول المطلوب، والمحفزة، والقادرة على إثبات جدوى العمل، وتركيز الجهود، والدفع بالمفاوضات اللازمة (انظر القسم ٥-٢-١ تعزيز الإرادة السياسية والمشاركة).

دمج برامج التعزيز والوقاية في الخدمات الصحية

مثلما أن هناك حاجة إلى نهج مشترك في أنشطة التعزيز والوقاية في الصحة النفسية على قطاع الصحة، هناك أيضًا حاجة إليه في القطاعات الأخرى. وتشمل استراتيجيات إدماج برامج التعزيز والوقاية في الخدمات الصحية إدماج تعزيز الصحة النفسية في الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة، وخدمات التغذية وصحة الطفل، فضلًا عن البرامج والعيادات الخاصة بأمراض محددة. ويلعب مقدمو الرعاية الأولية دورًا رئيسيًا في زيادة التثقيف في مجال الصحة النفسية والدعوة إلى اتباع خيارات صحية في النظام الغذائي والتمارين الرياضية والنوم. كما أن مقدمي الرعاية الأولية هم أنسب من يتولى تعريف الأشخاص بمواد المساعدة الذاتية القائمة على البينات، لا سيما للأشخاص الذين يعانون من ضيق.

دعم تعزيز الصحة النفسية وحمايتها في البيئات بخلاف قطاع الصحة

بالنظر إلى أن العديد من التدخلات لتعزيز وحماية الصحة النفسية يجب أن تُقدَّم في بيئات غير البيئات الصحية، فإن لقطاع الصحة دورًا مهمًا في دعم الزملاء في القطاعات الأخرى في تصميم ونشر التدخلات الفعالة.

ويتضمن ذلك العمل مع المدارس والسجون وملاجئ النساء، على سبيل المثال لا الحصر، لبناء الكفاءات والقدرة على الصمود وتمكين الناس. ويشمل ذلك العمل مع الشركات لدعم الصحة النفسية في مكان العمل.

الدعوة إلى وضع خطط وسياسات محددة وتقديم رأي مختص بشأنها

من خلال البحث عن فرص للمساهمة برأي مستنير، يمكن للمهنيين في مجال الصحة النفسية استخدام خبراتهم من خلال الدعوة وبالتالي المساعدة في ضمان أن السياسات والخطط والممارسات المتعلقة بالعوامل الهيكلية تدعم صحة الناس النفسية.

وعلى سبيل المثال، إذا تم التخطيط لمستوطنات إسكانية جديدة، فقد يُدلي خبراء الصحة النفسية بتعليقاتهم بشأن الفوائد التي ستعود على الصحة النفسية من إضافة المرافق الرياضية والترفيهية (التي يمكن أن تزيد المشاركة في الأنشطة المجتمعية)، والوصول إلى المساحات الخضراء (التي لها فوائد على السلامة النفسية). ويمكنهم التعليق أيضًا على الحاجة إلى مركز مجتمعي للصحة النفسية ومنزل جماعي للأشخاص الذين يعانون من اعتلال صحتهم النفسية. وقد يتواصلون مع المعنيين بتخطيط قطاع النقل لضمان تمكن الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية في المستوطنة الجديدة من الوصول بحرية إلى خدمات الصحة النفسية عندما يحتاجون إليها.

إدراج الصحة النفسية في نهج <<الصحة في جميع السياسات>>

<<الصحة في جميع السياسات>> هو نهج معمول به يسعى إلى النظر بشكل منهجي في الآثار الصحية للسياسات العامة في القطاعات. وهو يسعى إلى تحقيق التآزر ويهدف إلى تجنب الآثار الصحية الضارة (٣٥٤). وهو يشدد على عواقب السياسات الاجتماعية والاقتصادية على صحة السكان ويساعد على تعزيز مساءلة مقرري السياسات عن الآثار الصحية على جميع مستويات صنع القرار.

ويعد تطبيق هذا النهج على الصحة النفسية أمرًا ضروريًا لإعادة تشكيل السياسات الاجتماعية والاقتصادية ذات الصلة. ومن خلال فهم أين وكيف تؤثر العوامل الاجتماعية والهيكلية على الصحة النفسية، وتضمين ذلك في تفكير الحكومة، من المرجح أن تعزز السياسة الواسعة الصحة النفسية، أو على الأقل تجنب الإضرار بها.

إنشاء آليات للتعاون

في بعض الأحيان، يكون إنشاء آلية محددة للتعاون المتعدد القطاعات الخيار الأنسب للجمع بين مختلف أصحاب المصلحة معًا من أجل تعزيز الصحة النفسية وحمايتها، خاصة عندما يتعلق الأمر بمعالجة العوامل الهيكلية التي تؤثر في الصحة النفسية. ويمكن إنشاء هذه الآليات على مختلف مستويات الحكومة ومع مختلف أصحاب المصلحة.

مؤسسات تعزيز الصحة (HPFs)، يُطلق عليها أحيانًا المجالس أو اللجان الصحية الوطنية، وهي منظمات متعددة القطاعات تُنشأ بموجب قانون برلماني أو ما يعادله لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض. وهي تجمع بين الإدارات الحكومية والمنظمات غير الحكومية والأكاديميين ومجموعات المستخدمين وغيرهم للتحقيق في الأسباب الأصلية والتخطيط لاتخاذ إجراءات فعالة. وكل قطاع مسؤول عن تنفيذ الجزء الخاص به من خطة العمل. وتستخدم مؤسسات تعزيز الصحة عادة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والسل والأمراض غير السارية، لكنها لا تستخدم بشكل كافٍ للصحة النفسية.

وتُنشأ **السلطات المشتركة** بالمثل بموجب قانون برلماني أو ما يعادله. وعادة ما تشمل ممثلين من وزارة الصحة وكذلك مسؤولين رفيعي المستوى من وزارات أخرى، مثل الرعاية الاجتماعية والعدل والشؤون الداخلية. ويمكن أن تكون وسائل فعالة لتمكين التعاون المتعدد القطاعات الذي يعالج العوامل الاجتماعية والهيكلية التي تؤثر في الصحة النفسية.

تتكون **فرق العمل أو أفرقة التنسيق المتعددة القطاعات** من أصحاب المصلحة من قطاعات متعددة الذين اجتمعوا لتحقيق هدف محدد، مثل منع الانتحار أو دعم الاستجابات الإنسانية.

خلال جائحة كوفيد-١٩ زاد عدد أفرقة تنسيق حزمة الخدمات الدنيا للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي على المستوى الوطني **بأكثر من الضعف.**

فعلى سبيل المثال في معظم حالات الطوارئ الإنسانية الكبيرة في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، يجري تنسيق الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي من خلال فريق عامل متعدد القطاعات. وكثيرا ما يشترك أصحاب المصلحة من القطاعين الصحي والاجتماعي في رئاسة أفرقة تنسيق حزمة الخدمات الدنيا. وتتفق هذه الأفرقة وتشرف على الإجراءات في العديد من المجالات التي تؤثر في الصحة النفسية - بما في ذلك الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية والغذاء والأمن والمأوى والمياه والصرف الصحي - وفقًا للمبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. وخلال جائحة كوفيد-١٩، زاد عدد أفرقة تنسيق حزمة الخدمات الدنيا المنشأة على المستوى الوطني بأكثر من الضعف من ٢٣ بلدًا في شباط/فبراير ٢٠٢٠ إلى ٥٤ بلدًا بعد ٢٤ شهرًا.

والجدير بالذكر أنه في حين أن التنسيق في الأفرقة العاملة يتداخل مع القطاعات، فإن ذلك لا ينطبق على المساءلة في العادة. وتتفق جميع القطاعات على خطة عمل شاملة وعلى تقسيم العمل، ومن ثم يكون كل قطاع على حدة مسؤول عن تنفيذ الإجراءات المحددة التي تندرج في مجاله.

٦-٣ أولويات منتقاة ينبغي توجيه الجهود نحوها

تشدد خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية للفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠ على ضرورة اتباع نهج شامل للتعزيز والوقاية، وتلزم الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية بوضع ما لا يقل عن برنامجين وطنيين فعالين متعددي القطاعات للوقاية والتعزيز بحلول عام ٢٠٣٠. ولا يحقق هذا الهدف حاليًا سوى ٥٢٪ من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية (٥).

وكما هو مبيّن أعلاه، يمكن لبرامج الوقاية والتعزيز أن تركز على العديد من المواضيع و المجموعات السكانية . وفي بقية هذا الفصل، سنقوم بالتركيز على ثلاث أولويات رئيسية (انظر الشكل ٦-٢) :

- إجراءات منع الانتحار
- التدخلات التي تستهدف الأطفال والمراهقين
- التدخلات في بيئات العمل.

٦-٣-١ منع الانتحار

يجب الإقرار بالحاجة إلى منع الانتحار وإعطائها الأولوية على أعلى المستويات الدولية. والتزمت جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية - من خلال أهداف التنمية المستدامة وخطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٣٠ - بخفض معدل الوفيات الناجمة عن الانتحار العالمي بمقدار الثلث بحلول عام ٢٠٣٠. وانخفض المعدل الموحد للعمر العالمي بنسبة ١٠٪ بين عامي ٢٠١٣ و٢٠١٩ ، مما يدل على أن التقدم الحقيقي ممكن (٣٥٥). لكن هناك حاجة إلى مزيد من الإجراءات لضمان تحقيق الهدف العالمي بحلول عام ٢٠٣٠. ويرجع ذلك بصفة خاصة إلى أن التقدم يتفاوت تفاوتًا كبيرًا بين البلدان والأقاليم .

الشكل ٦-٢

أولويات منتقاة لتوجيه الجهود نحوها لتعزيز وحماية الصحة النفسية

١ منع الانتحار

- الحد من وسائل الانتحار
- التفاعل مع الإعلام من أجل الإبلاغ المسؤول
- النهوض بالتعلم الاجتماعي والعاطفي بالنسبة للمراهقين
- التدخل المبكر

٢ الصحة النفسية للأطفال والمراهقين

- السياسات والتشريعات
- دعم مقدمي الرعاية
- البرامج المدرسية
- البيئات المجتمعية والإلكترونية

٣ الصحة النفسية في مكان العمل

- التشريعات والتنظيم
- الاستراتيجيات التنظيمية
- تدريب المديرين في مجال الصحة النفسية
- التدخلات الخاصة بالعاملين

قصة

إن المساعدة التي حصلت عليها دلتني إلى قوتي الداخلية والوعي بذاتي.

تجربة إينوك

لن يتوقف الألم. في رأسي، في ذهني، في قلبي. ولم تعد لدي رغبة في الحياة. وكنت على وشك إنهاء حياتي في تلك اللحظة، وكنت على شفا حفرة من الموت. لكنني نجوت. وجاء صديقي إلى الغرفة في ذلك الجزء من الثانية ومنعني مما كنت أقدمت عليه. وبدأت غاضبةً في البكاء والعويل. وشعرت في نفسي بخيبة أمل لأنني لم أستطع أن أقتل نفسي وأنتابني شعور يفوق الشعور بالعجز.

إن الاكتئاب يعني العجز بالنسبة لي. لذا فقد شعرت بنفسي غير قادرة على تحديد ما أرتديه، وغير قادرة على العمل، وغير قادرة على النهوض من السرير. وكان أمرًا مدمرًا. وعندما اقترحت الطبيبة أن أرى معالجًا، سخرت منها. وعندما ذهبت في النهاية لرؤية طبيب نفسي وقيل لي إنني مصابة باكتئاب شديد، ابتسمت ابتسامة باهتة. ولم أستطع تقبُل حقيقة أنني بحاجة إلى المساعدة. وبالنسبة لي، هذا يعني أنني كنت ضعيفة وعاجزة.

وكنت أقلل من أولئك الذين يريدون قتل أنفسهم، وكنت أتساءل لماذا يستسلمون؟ كنت أعتقد أن أولئك الذين يفكرون في الحياة ومعناها كانوا غير عمليين للغاية - أن كسب المال وصعود السلم في الشركة من شأنه أن يجلب الاستقرار والسعادة. ولقد سعيت جاهدةً للحفاظ على الصورة التي اعتقدت أن المجتمع يريد رؤيتها. وابتسمت من الخارج، لكن في الداخل كنت فارغَة.

وبدأت التعافي ببطء، من خلال الكتابة والعلاج واللعب. وبدأت في إخراج المشاعر التي ظلت مكبوتة. وتعلمت الاعتراف بها، وعدم توبيخ نفسي في كل مرة كنت أتصرف بها. وكانت كل هذه المشاعر جزءًا مني، لكنني رفضتها سابقًا.

وبدأت أفهم أن لدي دورًا أؤديه فيما يخص الوصم ضد المصابين باعتلالات الصحة النفسية. وفي تلك اللحظة التي فهمت فيها أن الاكتئاب والقلق يمكن أن يصيب أي شخص، لكن لا يجعله أقل من غيره، صرت أتقبل حقيقة أنني بحاجة إلى آخرين لمساعدتي في العثور على نفسي مرة أخرى. إن حصولي على المساعدة لم يجعلني أضعف، بل هداني إلى تحريك القوى الساكنة داخلي والوعي الذاتي.

اينوك لي، الصين

وفي ٢٠ بلدًا، تعتبر محاولات الانتحار جريمة يعاقب عليها بغرامات و بالسجن لمدة تتراوح عادة بين سنة وخمس سنوات (٣٥٦). ولكن تجريم محاولة الانتحار لا يوقف الانتحار. بدلًا من ذلك، يزيد من الوصم ويقوض محاولات منع الانتحار. إنه يمنع الناس من طلب المساعدة المنقذة للحياة، ويضع حواجز أمام تنفيذ السياسات، وتقديم الدعم الفعال والحصول على معرفة دقيقة بحجم المشكلة (٣٥٦). و بالنسبة للبلدان التي لا تزال تجرم الانتحار، فإن الخطوة الحاسمة للنهوض بالصحة النفسية هي تغيير هذا الوضع القانوني.

وينبغي لجميع البلدان أن تضع وتنفذ وتقيم استراتيجية وطنية لمنع الانتحار ترفع مستوى الوعي العام، وتزيل ال وصم عن الأفكار والسلوكيات الانتحارية، وتشجع الناس على طلب المساعدة، وتنشر تدخلات فعالة للحد من الوفيات.

ولمساعدة البلدان على تنفيذ هذه التوصية، وضعت منظمة الصحة العالمية نهج "عش الحياة" LIVE LIFE لمنع الانتحار (٣٥٧). ويركز هذا النهج على أربعة تدخلات وقائية رئيسية أُثبتت فعاليتها .

- الحد من الوصول إلى وسائل الانتحار
- التفاعل مع وسائل الإعلام من أجل الإبلاغ المسؤول عن الانتحار.
- تعزيز المهارات الحياتية الاجتماعية والعاطفية لدى المراهقين.
- التدخل المبكر لأي شخص يتأثر بالسلوكيات الانتحارية (اقرأ تجربة إينوك).

الحد من الوصول إلى وسائل الانتحار

على الرغم من أن هناك مجموعة من العوامل المعقدة التي تؤدي إلى محاولات الانتحار، فإن نجاح محاولة الانتحار بحيث تؤدي إلى الموت أمر بسيط يعتمد فقط على اختيار الطريقة و ال استجابة لإنقاذ الحياة بعد المحاولة (٣٥٨).

وغالبًا ما تكون محاولات الانتحار مندفعة، ولا يلزمها سوى أقل من ٣٠ دقيقة من التخطيط. وغالبًا ما يحدث الاندفاع في وقت وجيز . وأكثر من ٩٠٪ من الأشخاص الذين يحضرون للحصول على خدمات الرعاية الصحية بعد التعمد في إيذاء أنفسهم لا يموتون من الانتحار لاحقًا . ويشير هذا إلى أن معظم الناجين من محاولة الانتحار عادة لا يتحولون إلى طرق أخرى أكثر فتكًا (٣٥٩). وهذا يجعل من الضروري تقليل محاولات الانتحار المميتة.

وبناءً على ذلك، فإن أحد التدخلات المستندة إلى السياسات والأكثر وضوحًا وتأثيرًا هو تقليل الوصول إلى الوسائل المميتة وتحسين الاستجابات الطبية بعد محاولة الانتحار. ويشمل ذلك وضع قوانين وسياسات ترمي إلى ما يلي:

تعد المبيدات سببًا
لحالة واحدة من بين كل خمس حالات انتحار
حول العالم

- تقييد الوصول إلى الوسائل، بما في ذلك حظر المبيدات شديدة الخطورة، وتنظيم الأسلحة النارية، وتركيب الحواجز في مواقع القفز المحتملة مثل المرتفعات أو الجسور أو منصات المترو، والحد من الوصول إلى الأربطة في السجون والمستشفيات، وتقييد وصف الأدوية عالية السمية.
- تقليل توافر الوسائل، بما في ذلك الحد من مقدار المادة الخطرة التي يمكن لشخص ما شراؤها أو الوصول إليها بسهولة، على سبيل المثال عن طريق تغيير عبوات الأدوية السامة من الزجاجات إلى عبوات الأشرطة.
- الحد من فتك الوسائل، بما في ذلك التحول إلى بدائل منخفضة المخاطر، على سبيل المثال عن طريق الاستعاضة عن غاز الفحم بالغاز الطبيعي في المنازل، أو الاستعاضة عن مبيدات الآفات شديدة الخطورة بمواد كيميائية أقل سمية أو نُهج غير كيميائية لحماية المحاصيل.
- تحسين العلاج الطبي، بما في ذلك زيادة توافر وفعالية الترياق بعد التسمم الحاد والإدارة الطبية بعد الإصابة.

يجب أن تركز أي لائحة تهدف إلى تقليل الوصول إلى وسائل الانتحار أولًا على الأساليب الأكثر شيوعًا والأكثر فتكًا المستخدمة. وهذا يختلف من بلد لآخر، وكذلك داخل البلدان وبين الفئات الاجتماعية الديمغرافية.

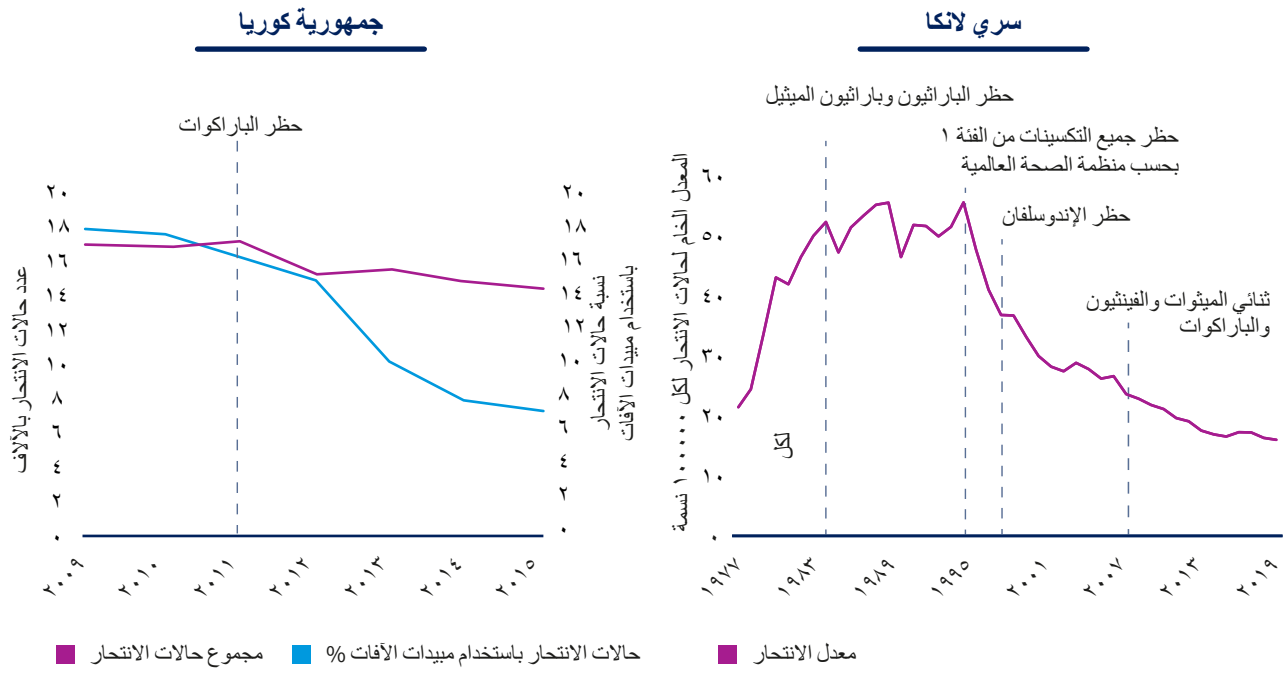
مبيدات الآفات الشديدة الخطورة

تمثل حالات التسمم الذاتي بالمبيدات الحشرية ما يصل إلى خمس حالات الانتحار على مستوى العالم، وهي مصدر قلق خاص في البلدان المتوسطة الدخل، حيث يعيش الكثير من الناس في المجتمعات الريفية والزراعية التي يسهل عليها الحصول على مبيدات الآفات الشديدة الخطورة. وتشير التقديرات إلى أن ما يقرب من نصف حالات الانتحار في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل في منطقة غرب المحيط الهادئ التابعة لمنظمة الصحة العالمية ناتجة عن التسمم بمبيدات الآفات (٣٦٠).

ويمكن أن يؤدي حظر بيع واستخدام مبيدات الآفات شديدة السمية والخطورة إلى خفض الوفيات الناجمة عن الانتحار. وهو تدخل منخفض التكلفة، وهو فعال للغاية من حيث تكلفته في البلدان التي تعاني من ارتفاع عبء التسمم الذاتي بمبيدات الآفات (٢٢٢، ٣٦١). وتم ربط الحظر الوطني بانخفاض حالات الانتحار من مبيدات الآفات في الأردن وبنغلاديش وتايوان وجمهورية كوريا وسري لانكا والصين (انظر الشكل ٦-٣ والإطار ٦-٥ سري لانكا: حظر مبيدات الآفات لمنع الانتحار) (٣٦٢). وفي جمهورية كوريا، أدى الحظر المفروض على عبوات مبيدات الآفات الشديدة الخطورة في عام ٢٠١٢ إلى انخفاض فوري وواضح في حالات الانتحار بسبب التسمم الذاتي بمبيدات الآفات، وأسهم في حدوث انخفاض ملحوظ في معدلات الانتحار الإجمالية في جميع فئات السكان (انظر الشكل ٦-٣). ولم تتسبب هذه الانخفاضات في انخفاض الغلة الزراعية (٣٦٣).

الشكل ٦-٣

الحظر الوطني على مبيدات الآفات العالية الخطورة وانخفاض الوفيات بسبب الانتحار



المصادر: كوريا: منظمة الصحة العالمية، 2017 (*364*); Sri Lanka: Duleeka Knipe, University of Bristol, unpublished data, April 2022, updated; from Knipe, 2017 (*365*).

دراسة حالة

الإطار ٦-٥

سري لانكا: حظر مبيدات الآفات لمنع الانتحار

عندما وضعت حكومة سري لانكا قانون مكافحة المبيدات في عام ١٩٨٠، كان التسمم بمبيدات الآفات هو السبب في أكثر من ثلثي حالات الانتحار في البلاد.

وفي عام ١٩٨٤، بدأ مكتب مسجل مبيدات الآفات في استخدام سلطاته بموجب القانون الجديد لحظر مبيدات الآفات الشديدة الخطورة، بدءًا من مبيدين حشريين للفوسفور العضوي (الباراثيون وباراثيون الميثيل). وفي غضون عشر سنوات، حُظر جميع مبيدات الآفات الشديدة الخطورة التي تندرج في الفئة الأولى من حيث السمية بحسب تصنيف منظمة الصحة العالمية. وفي عام ١٩٩٤، أنشئت لجنة رئاسية لصياغة سياسة وخطة عمل وطنيتين بشأن منع الانتحار، ولتنسيق العمل عبر وكالات حكومية متعددة، بما في ذلك الزراعة. وعززت عمليات الحظر الأخرى في عامي ١٩٩٨ (الإندوسلفان) و٢٠٠٨ (ثنائي الميثوات والفينثيون والباراكوات) هذا الانخفاض. وفي المجموع، حظرت سري لانكا ٣٦ مبيدًا شديد الخطورة.

وبحلول عام ٢٠١٦، انخفض معدل الانتحار السنوي بأكثر من ٧٠٪ حيث بلغ ١٤حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠.

وتواصل وزارة الصحة العمل على منع الانتحار في أقسام متعددة ويبلغ معدل الانتحار الإجمالي الآن حوالي ٢٥٪ من ذروته. وتتولى لجنة تقنية واستشارية معنية بمبيدات الآفات مراجعة السياسة الوطنية وكيفية تنفيذها بانتظام، وتتألف من العديد من أصحاب المصلحة داخل الحكومة. كما تشارك اللجنة بانتظام في قطاع مبيدات الآفات لضمان المشاركة والتعاون على نطاق واسع.

وتشير التقديرات إلى أن الحظر أنقذ ٩٣ ٠٠٠ شخص بين عامي ١٩٩٥ و٢٠١٥، بتكلفة حكومية مباشرة قدرها ٤٣ دولارًا أمريكيًا لكل حياة تم إنقاذها. ويستمر إنقاذ آلاف الأرواح كل عام. ويعني التعاون القوي بين المزارعين والموردين الزراعيين أنه يمكن زراعة المحاصيل بفعالية باستخدام مبيدات آفات بديلة حتى لا يتأثر الإنتاج الزراعي.

المصادر: (*365*) Knipe et al، 2017)؛ (*366*) Jeyaratnam et al، 1982)؛ (*367*) Pearson et al، 2015).

التفاعل مع وسائل الإعلام من أجل الإبلاغ المسؤول عن الانتحار

يمكن أن يكون للتقارير الاعلامية تأثير كبير في تشكيل الرأي العام بشأن الانتحار والمواقف المرتبطة به. وهناك أدلة على أن التغطية بأسلوب لامع لقصص انتحار شخصيات رفيعة المستوى أو إعطاء وصف تفصيلي للمحاولات يمكن أن يؤدي إلى تقليدها. (٣٦٨). وعلى العكس من ذلك، فإن القصص التي تتضمن معلومات حول مكان طلب المساعدة تساعد على منع الانتحار (٣٦٩).

ويمكن أن يشمل العمل مع وسائل الإعلام من أجل الإبلاغ المسؤول التعاون من أجل:

- بناء قدرات الصحفيين من خلال التدريب أو وضع المبادئ التوجيهية، أو
- تنظيم تغطية الانتحار، بما في ذلك تحديد وتصحيح (أو حذف) المقالات التي لا تفي بالمعايير المحددة.

ففي ليتوانيا، على سبيل المثال، عمل الصحفيون وعلماء النفس معًا لوضع مدونة أخلاقية للمعلومات العامة لتوجيه الإبلاغ عن الانتحار في البلد. يتولى مكتب منع الانتحار مراجعة حوالي ٣٠ تقريرًا عن محاولات انتحار أو انتحار فعلي يُنشر في وسائل الإعلام عبر الإنترنت كل يوم عمل لضمان الامتثال للقانون. ولكل مقال يتبين أنه يخالف القانون، يتصل المكتب بمحرر التقرير ويطلب تصحيحًا (٣٥٧).

ويمكن أن يشمل العمل مع وسائل الإعلام التعاون على جميع المستويات، من الإقليمي إلى المحلي، وجميع المنصات، بما في ذلك التلفزيون والإذاعة والصحف ووسائل التواصل الاجتماعي.

تعزيز المهارات الحياتية الاجتماعية والعاطفية لدى المراهقين

يوصي نهج "عش الحياة" LIVE LIFE بتنفيذ المبادئ التوجيهية للمبادرة المشتركة بين منظمة الصحة العالمية واليونيسف "مساعدة المراهقين على الازدهار"، التي تدعو إلى التدريب على مهارات الحياة الاجتماعية والعاطفية في المدارس جنبًا إلى جنب مع مجموعة من المبادرات الأخرى لتعزيز وحماية الصحة النفسية للمراهقين، بما في ذلك برامج مكافحة التنمر، والدعم بشأن الاتصال الآمن عبر الإنترنت وخارج الإنترنت، وتدريب المعلمين بوصفهم مراقبين لسلوك المراهقين، ومبادرات محو الأمية في مجال الصحة النفسية للآباء والأمهات وتقديم دعم إضافي للطلاب المعرضين للخطر (انظر القسم ٦-٣-٢ حماية وتعزيز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين).

دراسة حالة

الإطار ٦-٦

غيانا: بناء القدرات لمنع الانتحار

كان منع الانتحار أولوية حكومية في غيانا منذ عام ٢٠١٤. ويسترشد العمل بخطتين وطنيتين للصحة النفسية والانتحار، وتقوده وحدة وطنية للصحة النفسية تابعة لوزارة الصحة العامة.

ويركز جزء من هذا الإجراء على زيادة القدرات اللازمة لمنع الانتحار بين مقدمي الرعاية الصحية الأولية. وفي عام ٢٠١٥، بدأت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية تدريب هؤلاء العاملين في مجال الرعاية الصحية على تحديد وإدارة مخاطر الانتحار وتوفير رعاية المتابعة المناسبة. واستخدمت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية حرمًا جامعيًا افتراضيًا لتقديم دورة تدريبية عبر الإنترنت للأطباء تستند إلى دليل تدخلات برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية الذي أعدته منظمة الصحة العالمية.

ومنذ ذلك الحين، تم تدريب أكثر من ٣٠٠ من مقدمي الرعاية الصحية على تقييم وإدارة ومتابعة اعتلالات الصحة النفسية الشائعة والانتحار/إيذاء النفس. ويعمل أكثر من ثلث هؤلاء أطباء في مجال الرعاية الصحية الأولية.

وبالإضافة إلى ذلك، يجري التخطيط لتدريب مقدمي الرعاية غير الرسميين وتنفيذه لإشراكهم في منع الانتحار. ويشمل ذلك تدريب المعلمين على التعرف على قضايا الصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين، وإحالتهم لتلقي الخدمات المناسبة.

المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2021 (357).

التدخل المبكر للمتضررين من السلوكيات الانتحارية

يكمن التدخل الرابع ذو الأولوية في نهج "عش الحياة" LIVE LIFE في التعرف المبكر على أي شخص يتأثر بالسلوكيات الانتحارية، وتقييمه، وإدارته، ومتابعته. ويتضمن ذلك تزويد أي شخص من المحتمل أن يواجه شخصًا معرضًا للخطر - بما في ذلك جميع العاملين الصحيين ومقدمو الخدمات المجتمعية المعنيون مثل المعلمين - بالكفاءات لتوجيه الناس إلى الدعم الذي يحتاجونه. كما يشمل تقديم دعم المتابعة لأي شخص ربما تكون قد نزلت به فاجعة الانتحار.

والتدخل المبكر مهم عبر مجموعة كاملة من الخدمات الصحية. يتضمن دليل تدخلات برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية الخاص بمنظمة الصحة العالمية أدوات ومواد تدريبية لدعم العاملين الصحيين غير المتخصصين في اتخاذهم القرارات السريرية وإدارتها (انظر الإطار ٦-٦ غيانا: بناء القدرات لمنع الانتحار) (٢٤٤).

وتؤدي الخدمات التي يقودها المجتمع دورًا مهمًا في دعم الأشخاص المتضررين من السلوكيات الانتحارية من خلال مجموعات الناجين ومجموعات المساعدة الذاتية التي يسهلها الناجون ذوو الخبرة الحية. وتؤدي المدارس وبيئات التعلم الأخرى أيضًا دورًا في تقديم الدعم لأولئك الذين يعانون من الأفكار والسلوكيات الانتحارية من خلال تقديم إرشادات بشأن مكان وكيفية طلب المساعدة. وقطاعات أخرى، مثل الرعاية الاجتماعية، لها أيضًا دور تؤديه في دعم الناجين الذين قد يحتاجون، على سبيل المثال، إلى المساعدة في الحصول إلى العمل أو المزايا.

٦-٣-٢ حماية وتعزيز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين

إن الرضاعة والطفولة والمراهقة هي أعمار تتسم بالهشاشة في الصحة النفسية وتذخر بفرص واعدة لها. وهذا هو الوقت الذي يكتسب فيه الأطفال السمات المعرفية والاجتماعية والعاطفية والمهارات التي يحتاجونها للازدهار كبالغين.

إن الطفولة والمراهقة هي أيضًا مرحلة من الحياة نتعرض فيه بشدة للتأثيرات البيئية. إن رعاية بيئات تقديم الرعاية والتعلم الداعم يمكن أن تحمي الصحة النفسية بشكل كبير. ومن ناحية أخرى، تزيد تجارب الطفولة السلبية في المنازل أو المدارس أو الفضاءات الرقمية من خطر التعرض لاعتلالات الصحة النفسية (انظر القسم ٢-٢ محددات الصحة النفسية).

إن رعاية بيئات تقديم الرعاية والتعلم الداعم يمكن أن تحمي الصحة النفسية بشكل كبير.

واستنادًا إلى المبادئ التوجيهية المستندة إلى الأدلة والصادرة عن منظمة الصحة العالمية، تنظر الأقسام التالية في الأساس المنطقي والخيارات المتاحة لبرامج التعزيز والوقاية الشاملة عبر أربعة منابر (٣٧٠، ٣٧١):

- السياسات والتشريعات
- دعم مقدمي الرعاية
- البرامج المدرسية
- البيئات خارج المدرسة.

السياسات والتشريعات

تُلزم الأطر الدولية مثل اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل جميع البلدان بتعزيز وحماية الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. وتكمل اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة اتفاقية حقوق الطفل وتتضمن مادة عن حماية حقوق الأطفال ذوي الإعاقة، بما في ذلك الإعاقة النفسية الاجتماعية. وهما معًا يدعمان الوصول إلى الرعاية والإدماج الاجتماعي للأطفال الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية.

وتكتسي السياسات والخطط والقوانين الوطنية التي تتماشى مع صكوك حقوق الإنسان هذه أهمية حاسمة لوضع نظم مناسبة لرعاية الصحة النفسية للشباب. ومع ذلك، في عام ٢٠٢٠، أبلغ أقل من نصف الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية عن وجود خطة أو استراتيجية للصحة النفسية للأطفال والمراهقين (٥).

وبالنسبة لصغار الأطفال، تكتسي القوانين والسياسات التي تدعم مقدمي الرعاية في جهودهم لإتاحة الرعاية الحانية أهمية خاصة (١٨). وبالنسبة للمراهقين، يمكن أن تكون القوانين والسياسات مهمة أيضًا للحد من سلوكيات المخاطر الشائعة مثل إيذاء النفس واستخدام مواد الإدمان والسلوكيات الجنسية المحفوفة بالمخاطر (٣٧٢).

وتؤدي قطاعات متعددة دورًا في تهيئة بيئات سياسية وتشريعية تمكينية للصحة النفسية للأطفال والمراهقين. وعلى سبيل المثال، تحدد السياسات الصحية معايير خدمات الصحة النفسية وتتيح تغطية شاملة. وتحمي سياسات الرعاية الاجتماعية الأسر من الشدائد الاقتصادية والاجتماعية. وتضمن سياسات التعليم الوصول إلى فرص التعلم.

قصة

سرق هذا المرض لحظات ثمينة مني ومن بناتي

تجربة أوليفيا

قبل أن أصبح أمًا، اعتقدت أن الأمومة ستكون حقيقة متعبة ومرهقة في بعض الأحيان، لكنني توقعت في الغالب أن تكون فترة ملؤها الفرح والسعادة. وما ظننت ولو لمرة واحدة أنها ستكون في الواقع واحدة من أحلك الأوقات في حياتي.

ولدت بناتي الاثنتين قبل الأوان وبعد ولادة بنتي الأكبر بدأت على الفور أعاني من أعراض الذهان. وشعرت بالاكتئاب الشديد والقلق، وكنت أعاني من معتقدات ومخاوف غير عقلانية، وأصبت بنوبات هلع شديدة. ولم اكتشف الأعراض بنفسي ولم يشخصها الطاقم الطبي الذي كان يعتني بي.

وحدثت أول نوبة ذهان لي بعد بضعة أشهر من الولادة. وما أن وضعت ابنتي في حضانتها بدأت أشاهد رؤى مخيفة. ورأيت شياطين تطير حول منزلنا، وكنت أردد أنهم جاءوا لقتل ابنتي. وبدأت أعيش مع ما أطلقت عليه «الغريب الخفي»: شخصية غامضة تظهر فجأة وتخبرني أنني في خطر وأن ابنتي ستكون أفضل حالًا من دوني. وتملكني الرعب. ولم أرغب في رؤية عائلتي وأصدقائي وشعرت وكأنني أنني واقعة في فخ عالم خيالي مرعب. ولم تلق الأعراض التي أصبت بها الاهتمام الصحيح، وقد عانيت منها مرة أخرى خلال حملي الثاني ولعدة أشهر بعد ذلك. وكان شفائي بطيئًا وفي بعض الأحيان صعبًا ومنهكًا.

وكان عليّ أن أتصالح مع حقيقة أن هذا المرض سرق لحظات ثمينة مني ومن بنتيّ لن أعيشها مرة أخرى أبدًا. ولكن شكل إدراكي لهذا الأمر وتقبلي له دافعًا لكي أساعد النساء الأخريات في وضع مماثل لوضعي. وأعتقد اعتقادًا جازمًا أن كل امرأة تمر بتجربة الأمومة يجب أن تتعلم كيفية العناية بصحتها النفسية. ويجب إبلاغ جميع النساء بالأعراض ومعرفة مكان الحصول على الدعم إذا احتجن إليه.

وبعد التعافي نشرت كتابًا عن تجاربي. وأنشأت أيضًا مشروع "رسائل من نور": مبادرة "من أم إلى نظيرتها"، فكرتها إرسال رسائل دعم مكتوبة بخط اليد من النساء ذوات التجربة الحية في قضايا صحة الأم النفسية إلى النساء اللواتي يتلقين رعاية الصحة النفسية للأم في جميع أنحاء العالم. وكنت عضوًا في فريق تحرير التقرير الخاص بالصحة النفسية في العالم: إحداث تحول في الصحة النفسية لصالح الجميع. وجميعها مشاريع أفتخر بها أيّما افتخار. وبدأت أعرضها على بنتيّ حتى يعرفن أن الإصابة باعتلال الصحة النفسية ليس ضعفًا أو مصدر عار. إن الأشخاص الذي عاشوا تجارب حية هم أشخاص شجعان لهم بصيرة وتجربة لا تقدران بثمن فيما يخص النهوض برعاية الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم.

أوليفيا كاسكوين سيقل، المملكة المتحدة

تقديم الدعم لمقدم الرعاية

لمقدمي الرعاية دور حاسم في تعزيز وحماية الصحة النفسية لأطفالهم من خلال توفير رعاية الرعاية طوال مرحلة الطفولة والمراهقة.

تقديم الدعم من أجل صحة مقدمي الرعاية ورفاههم

إن صحة الوالدين النفسية يمكن أن تؤثر في صحتنا حتى قبل أن نولد. ويمكن أن يؤثر سوء التغذية، أو التعرض للعقاقير، أو السموم، أو الالتهابات التي تصيب الأمهات، أو الإجهاد ومضاعفات الولادة سلبًا على نمو الجنين ويعرض الصحة النفسية للطفل لاحقًا للخطر (٣٧٣). فالنساء الحوامل المصابات بالاكتئاب أو القلق دون الحصول على علاج لهما أكثر عرضة للإصابة بمضاعفات الولادة أو الوفاة أثناء الحمل، وإنجاب طفل منخفض الوزن عند الولادة (٣٧٤).

وبعد الولادة وما بعدها، يعاني العديد من مقدمي الرعاية من ضيق نفسي.

يعاني العديد من مقدمي الرعاية من ضيق نفسي بعد الولادة وفي الفترة التي تلي ذلك. وعندما يصل هذا الضيق حد الاكتئاب أو الذهان، يمكن أن تكون هناك عواقب وخيمة على كل من مقدمي الرعاية وأطفالهم (اقرأ تجربة أوليفيا). وعلى سبيل المثال، يمكن أن يضعف الاكتئاب والقلق قدرة الأم على الارتباط بطفلها.

يمكن للتدخلات الوقائية التي تدعم الصحة النفسية لمقدمي الرعاية قبل الولادة وبعدها أن تقدم مساهمات كبيرة في الوقاية من اعتلالات الصحة النفسية لدى الأطفال (٣٧٥). وأشار أحد التحليلات النفسية إلى أنه عندما تصل هذه التدخلات إلى مقدمي الرعاية الذين يعانون بالفعل من اعتلال في الصحة النفسية، يمكن أن تقلل من خطر الإصابة باعتلالات الصحة النفسية لدى أطفالهم بنسبة ٤٠٪ (٣٧٦).

إن الحد من إجهاد مقدمي الرعاية ودعم رفاهيتهم - بما في ذلك من خلال التدخلات المتمثلة في الزيارة المنزلية - أمر ذو قيمة خاصة أثناء الحمل والرضاعة المبكرة (٣٧٧). وينبغي إدماج رعاية الصحة النفسية للأمهات في خدمات الصحة والنماء في مرحلة الطفولة المبكرة لما لذلك من فوائد غير مباشرة تعود على تقديم الرعاية ونتائج نماء الطفل (٣٧٠).

كما أن الدعم المتواصل لرفاه مقدمي الرعاية يمكن أن يؤثر بشكل إيجابي على النتائج الإنمائية والصحية النفسية للأطفال والمراهقين الأكبر سنًا. وتؤكد المبادرة المشتركة بين منظمة الصحة العالمية واليونيسف "مساعدة المراهقين على الازدهار" الرامية إلى تحسين الصحة النفسية والوقاية من أمراضها بين المراهقين على أهمية التدخل مع مقدمي الرعاية الذين من المرجح أن يواجهوا صعوبات يمكن أن تؤثر سلبًا على تنشئة الأبناء (٣٧٢). ويشمل ذلك مقدمي الرعاية الذين يعيشون في ظروف إنسانية أو ضحايا العنف أو الناجين منه أو الذين يعانون من اعتلال في الصحة النفسية أو مرض جسدي مزمن.

ويمكن لجميع مقدمي الرعاية الذين يعيشون في ظروف مرهقة الاستفادة من دعم إضافي. وفي عام ٢٠٢٠، استحدث برنامج "التنشئة السليمة من أجل صحة مدى الحياة" مبادرة "موارد لتنشئة الأبناء إبان كوفيد-١٩" للحد من إجهاد مقدمي الرعاية وتقليل خطر العنف ضد الأطفال أثناء الجائحة (٣٧٨). ومن خلال أوراق النصائح والرسائل النصية التفاعلية ومجموعات دعم الوالدين عبر الإنترنت والاستشارة عبر الهاتف وغير ذلك، تستخدم الموارد نهجًا استراتيجيًا لإيصال الرسائل لدعم مقدمي الرعاية والأطفال أثناء الجائحة. وحصل أكثر من ٢١٠ ملايين شخص على هذه الموارد خلال العامين الأولين من الجائحة.

مهارات تقديم الرعاية

تركز برامج التنشئة على تزويد مقدمي الرعاية بالمهارات التي يحتاجونها لتقديم الرعاية الحانية والبيئة الآمنة والمستقرة لأطفالهم. وغالبًا ما تركز برامج مقدمي الرعاية لحديثي الولادة على دعم الرضاعة الطبيعية، مما يساعد على إيجاد شعور بالتعلق والاطمئنان يساهم في الصحة النفسية (٣٧٩).

وتميل برامج مقدمي الرعاية للأطفال الصغار إلى التركيز على الرعاية المستجيبة والتعلم، بما في ذلك الالتحاق بمرحلة ما قبل المدرسة (٣٧٠). وتشير الخبرة المكتسبة من جميع أنحاء العالم إلى أن برامج التنشئة خلال مرحلة الطفولة المبكرة يمكن أن تقلل بشكل فعال من اقسوة في تربية الأبناء، وتحسن سلوك الأطفال في حل المشاكل والأداء الاجتماعي في المنزل والمدرسة، وتساعد على منع المشاكل السلوكية، التي يبدأ العديد منها في فترات ما قبل المدرسة. (٣٨٠).

ويمكن أن تركز برامج مقدمي الرعاية للمراهقين على (٣٧٢):

- تقديم الدعم لتشجيع رعاية البيئات الأسرية، بما في ذلك تقديم الدعم لزيادة مشاركة مقدمي الرعاية في التنشئة والقدرة على إتاحة الهيكل والإشراف المناسبين.
- مهارات تعزيز التواصل والعلاقات بين مقدمي الرعاية والمراهقين.
- مهارات تعزيز التنشئة الإيجابية وحماية المراهقين من التعرض للعنف، بما في ذلك مهارات وضع الحدود والقواعد، وتشجيع الإشادة والمساندة الإيجابية والحد من العقوبة القاسية.
- المعرفة لزيادة فهم مقدمي الرعاية للصحة النفسية ونمو المراهقين، بما في ذلك التغيرات النفسية والاجتماعية والجسدية والجنسية التي تحدث خلال فترة المراهقة.
- دعم الشبكات الاجتماعية الأسرية والتواصل المجتمعي.

وقد يستفيد مقدمو الرعاية للأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو وإعاقات من دعم محدد لأنهم من المحتمل أن يعانوا من مستويات عالية من الضيق. وتبين التجربة أن المشاركة في برامج التنشئة مثل التدريب على مهارات مقدمي الرعاية في منظمة الصحة العالمية يمكن أن تمكن مقدمي الرعاية هؤلاء من تعزيز تعلم أطفالهم والتواصل الاجتماعي والسلوك التكيفي (٣٨١، ٣٨٢).

ويمكن للمراهقات الحوامل ومقدمي الرعاية المراهقين أيضًا الاستفادة من برامج التنشئة التي، على سبيل المثال، تبني الوعي بتحديات الصحة النفسية التي قد يواجهونها وتربطهم بالدعم والخدمات الحاسمة (٣٧٢).

البرامج المدرسية

تعد المدارس من أهم الأماكن لتعزيز الصحة النفسية وحمايتها بين الأطفال والمراهقين. ويمكن أن تكون أماكن تغذي الرفاه، وتزود الطلاب بالمعرفة والمهارات والكفاءات وأنماط الحياة التي يحتاجون إليها للازدهار. وبالنسبة للأطفال الذين لا تتمتع بيئتهم المنزلية بالأمان والرعاية، يمكن أن تكون المدرسة شبكة أمان حاسمة تدعم الاحتياجات الاجتماعية والعاطفية والجسدية الأساسية. لكن المدارس يمكن أن تكون أيضًا أماكن تقوض الرفاه، على سبيل المثال من خلال تعرض الطلاب للتنمر والعنصرية والتمييز وضغط الأقران والضغط المفرط على الأداء الأكاديمي.

ولكي يكون كل تدخل في برنامج التعزيز والوقاية في المدارس فعالا، فإنه يتطلب مشاركة ودعم نشطين من الطلاب والمعلمين ومقدمي الرعاية والمجتمعات المحلية. ومن أجل تطوير مناخ مدرسي إيجابي، هناك حاجة إلى نهج لتعزيز الصحة في المدرسة بأكملها (٣٧٢). وهذا النهج بدوره يدعم تحسين النتائج الصحية والتعليمية ويؤثر في السلوكيات الصحية لصالح الطلاب وموظفي المدارس والمجتمع في نطاق أوسع (٣٨٣).

أداة

الإطار ٦-٧

حزمة تدريب مدرسية للصحة النفسية في إقليم شرق المتوسط

استحدث المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط حزمة تدريبية للمعلمين لفهم أهمية الصحة النفسية بشكل أفضل في بيئة المدرسة وتنفيذ استراتيجيات لتعزيز الصحة النفسية وحمايتها واستعادتها بين طلابهم.

ولا تزال الحزمة التدريبية في المراحل الأولى من التنفيذ، وتتضمن أدلة ومواد تدريبية

للمساعدة في زيادة عدد «مدارس تعزيز الصحة النفسية» القادرة على:

- دعم النمو الاجتماعي والعاطفي لأطفالهم
- تعزيز الصحة النفسية والرفاه على جميع المستويات
- توفير استراتيجيات ملائمة للعمر لإدارة السلوك
- تحديد ومعالجة العلامات والأعراض المبكرة لاعتلالات الصحة النفسية.

المصدر: EMRO ،2021 (*384*).

ويتمثل أحد المكونات الرئيسية للمدرسة المعززة للصحة في توافر بيئة اجتماعية وعاطفية مدرسية آمنة وداعمة. ويمكن رعاية ذلك من خلال تدريب المعلمين (انظر الإطار ٦-٧ حزمة تدريب مدرسية للصحة النفسية في منطقة شرق المتوسط). وفي كل الأحوال، ينبغي ربط برامج الوقاية والتعزيز المدرسية بخدمات الصحة النفسية والخدمات الاجتماعية الأخرى، التي يمكن تقديمها في الموقع أو خارجه (انظر القسم ٧-٤-١ رعاية الصحة النفسية في بيئات خارج القطاع الصحي: الكشف والتدخل المبكران في المدارس).

برامج التعلّم الاجتماعي والعاطفي

ترتبط البرامج المدرسية للتعلم الاجتماعي والعاطفي بفوائد الصحة النفسية في البلدان على جميع مستويات الدخل (٣٨٥). ويمكن تقديمها لجميع الأعمار المدرسية وقد ثبت أنها تحسن الرفاه العاطفي للطلاب والأداء الاجتماعي والأداء الأكاديمي. كما أنها ترتبط بانخفاض خطر الإصابة بالاكتئاب والقلق والتوتر، ومنع الانتحار وواستخدام مواد الإدمان على نحو ضار والسلوك المعادي للمجتمع والممارسات الجنسية التي تنطوي على مخاطر صحية (انظر القسم ٦-٣-١ منع الانتحار: تعزيز المهارات الحياتية الاجتماعية والعاطفية لدى المراهقين) (٣٨٦).

وتدعو مبادرة مساعدة المراهقين على الازدهار التابعة لمنظمة الصحة العالمية واليونيسف إلى اتباع نهج واسع النطاق تجاه التعلم الاجتماعي والعاطفي القائم على المدرسة والذي يستخدم مزيجًا من التدخلات لبناء الوعي بالصحة النفسية، وتعزيز المهارات العاطفية والمعرفية والاجتماعية، والمشاركة في النشاط البدني (انظر الجدول ٦-٣) (٣٧٢، ٣٨٧).

الجدول ٦-٣

التدخلات النفسية الاجتماعية من أجل التعلم الاجتماعي والعاطفي

هدف التعلم		التدخل
عاطفي	تنظيم العواطف	تقنيات لتحسين قدرة المرء على إدارة المشاعر والاستجابة لها بشكل فعال
	إدارة الشعور بالإجهاد	تقنيات التحكم في مستويات الإجهاد، وخاصة الإجهاد المزمن، الذي يتعارض مع الأداء اليومي
	الصفاء الذهني	الأنشطة الرامية إلى تحسين القدرة على الاستغراق والتركيز على الهدف في الحاضر دون إطلاق الأحكام
معرفي	حل المشكلات	تقنيات تحديد الحل لمواجهة تحدٍ أو مشكلة صعبة وتنفيذ الحل
	معرفة العقاقير والكحول	التثقيف بشأن استخدام العقاقير والكحول وآثارهما
اجتماعي	مهارة التعامل مع الآخرين	تحسين المهارات لتطوير أو تحسين العلاقات الوثيقة والقوية والإيجابية مع الآخرين
	تأكيد الذات	تحسين المهارات لإيصال وجهة نظر المرء أو احتياجاته أو رغباته بوضوح واحترام
بدني	النشاط البدني	فرص ممارسة الرياضة أو النشاط البدني، سواء بشكل فردي أو في أفرقة

المصدر: أُقتبس وأعيد إصداره بإذن من منظمة الصحة العالمية واليونيسف، 2021 (372).

قصة

كان التنمر سببًا في الاكتئاب الذي أصابني

تجربة بيني

كانت تجربتي الأولى في التنمر العنصري عندما كنت في الصف الثاني. رآني أقراني في الحي وصرخوا في وجهي "عد إلى الصين". وكان عمري ثماني سنوات فقط وكنت بالفعل أشعر بعدم الترحيب وعدم الأمان في البيئة اللصيقة بي.

وكنت أعاني من الربو النشط وكان والداي يحيطاني بالحماية بسبب وضعي الصحي. وتعرضت للسخرية لأني طفل تدلله أمه، طفل ضعيف مصاب بالربو. وكنت أواجه التنمر والشعور بالرفض والغيظ بالبكاء. وعندما صرت مراهقًا، أصبحت حساسًا جدًا. وحاولت أن أكون أكثر حزما وجرأة في التعبير عما أفكر فيه أو أشعر به. لكنني كنت أتعرض للتنمر أكثر من أي وقت مضى. وبدأت أعاني من مشكلات صحية جسدية ومشكلات بسبب خلفيتي الدينية المختلفة عن العديد من زملائي. وأصبحت الإيماءات العدوانية السلبية والاعتداءات الصغيرة تجاه هويتي الدينية طريقة ناعمة للتنمر.

وهذه التجارب جعلتني أدرك تمامًا حقيقة أن بعض الناس يجهلون ويبغضون التنوع والأوضاع التي لا يعرفونها. ولقد جعلوني أتساءل لماذا يرفض الناسُ الآخرين بسبب هوياتهم التي ليست لديهم يد اختيارها، ولماذا يتسببون في معاناة الآخرين، وكيف يجب أن تبدو السعادة والانسجام. يكن لدي أحد لأطرح عليه هذه الأسئلة، مما أدى إلى شعور أكبر بالاغتراب.

وشعرت باستمرار أنني أقل من أولئك الذين يكرهونني، وأنه كان عليّ أن أثبت أنني أستطيع أن أفعل ما هو أفضل منهم جميعًا. ولقد خلف هذا التنمر تأثيرًا طويل الأمد ومتعدد المستويات جعلني أشعر بالوحدة وعدم القيمة. وكوّن تربة خصبة نما فيها الاكتئاب الذي أصابني. واستغرق الأمر سنوات حتى أدركت أن التنمر قد شوّش عليّ طريقتي في التواصل مع نفسي والآخرين.

بيني، إندونيسيا

يمكن إدراج برامج التعلم الاجتماعي والعاطفي المدرسية الشاملة في المناهج الدراسية المعتادة ويقدمها المعلمون. فعلى سبيل المثال، تم تكييف منهج كندي للصحة النفسية لاستخدامه في الفصول الدراسية في جمهورية تنزانيا المتحدة وملاوي ونيكاراغوا، حيث أظهر تحسنًا في الإلمام بالصحة النفسية والتماس المساعدة، فضلًا عن تقليل المواقف السلبية (٣٨٨، ٣٨٩، ٣٩٠) .

وهذه البرامج ليست فعالة فحسب، بل يمكن أن تحقق عوائد اقتصادية جيدة (٢٢٢). وحسبت إحدى دراسات الجدوى من الاستثمار في الفلبين أن عائد الاستثمار (بما في ذلك مكاسب الإنتاجية والقيمة الاجتماعية للصحة) في برامج التعلم الاجتماعي والعاطفي المدرسية الشاملة كان ١٤,٨ إلى ١ على مدى ٢٠ سنة (١٣٢).

تدخلات مكافحة التنمر

في أي برنامج للتعزيز والوقاية في المدرسة، تكون التدخلات لمكافحة التنمر مهمة بشكل خاص.

ويمكن أن يتخذ التنمر أشكالًا عديدة: جسدية ولفظية ونفسية. وتشير التقديرات إلى أن واحدًا من كل ثلاثة مراهقين تقريبًا كان ضحية للتنمر في الأيام الـ ٣٠ الماضية (٣٩١). والأشخاص الذين يتعرضون للتنمر عندما كانوا أطفال هم أكثر عرضة للاضطراب العاطفي واعتلالات الصحة النفسية ومشكلات التكيف مع المدرسة (٣٩٢). ويمكن أن يؤدي التنمر أيضًا إلى العزلة وتدني احترام الذات وإيذاء النفس (اقرأ تجربة بيني).

أي شخص له علاقة بالتنمر - أولئك الذين يتنمرون أو يتعرضون للتنمر - هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والقلق .

ومن المرجح أن يواجه المتنمرون في مرحلة الطفولة أنفسهم مشكلات أكاديمية على المدى القصير وهم أكثر عرضة للانخراط في استخدام مواد الإدمان على نحو ضار والسلوك المعادي للمجتمع والعنف بين الأشخاص في وقت لاحق من الحياة (٣٩٢). وأي شخص له علاقة بالتنمر - أولئك الذين يتنمرون و/أو يتعرضون للتنمر - هم أكثر عرضة للإصابة باعتلال في الصحة النفسية (٣٩٣، ٣٩٤).

وتركز برامج مكافحة التنمر في المدرسة على معالجة العوامل في المدرسة التي تزيد من سلوك التنمر. ويمكن تنفيذها بطرق مختلفة، من تدخلات دعم الوالدين والأقران إلى الموظفين وتوعية الطلاب وبناء المهارات الاجتماعية والعاطفية. وعموما، تبين أن برامج مكافحة التنمر في المدارس فعالة في الحد من التنمر بنسبة ٢٠٪ تقريبا (٣٩٥). ويشير التحليل إلى أن التدخلات الأكثر نجاحًا تستخدم نهجًا متعدد المستويات يشمل المدرسة كلها يتضمن تنفيذ سياسة لمكافحة التنمر وقواعد للفصول الدراسية (بما في ذلك آليات المساءلة)، وإتاحة المعلومات للآباء، وإشراك الأقران وتمكين العمل الجماعي التعاوني.

وبالإضافة إلى خفض معدلات التنمر، يمكن لبرامج مكافحة التنمر أن تقلل من العدوان اللاحق والمشاكل العاطفية لدى المراهقين (٣٩٦). وقد يكون لها تأثير في معدلات الذهان، بالنظر إلى الصلة بين التنمر وتجارب الإصابة بالذهان (٣٩٧).

البيئات خارج المدرسة.

يقضي الأطفال والمراهقون الكثير من الوقت، خارج المدرسة، في المجتمعات، وفي هذه الأيام، في الفضاءات الإلكترونية. وعلاوة على ذلك، هناك الملايين من الأطفال والمراهقين غير الملتحقين بالمدارس. ومن المهم ضمان أن تكون البيئات خارج المدرسة آمنة وصحية وأن تعزز نتائج الصحة النفسية وتيسر الوصول إلى الموارد والدعم.

إن المراهقين الذين يعيشون في أحياء آمنة وذات موارد جيدة أو يشاركون في أنشطة اجتماعية، أو بدنية، أو إبداعية، أو مرحة خارج المنهج مثل نوادي الشباب أو الأفرقة الرياضية أو مجموعات الفنون قد حسنوا السلامة النفسية مقارنة بمن لا يفعلون ذلك. وعلى العكس من ذلك، فإن المراهقين الذين يعيشون في مجتمعات تعاني من مستويات عالية من الشدائد أو الصراع هم أكثر عرضة لسوء الصحة النفسية. لذا فإن أي تدخل يعالج بنجاح العنف والشدائد الأخرى في المجتمع يمكن اعتباره تعزيزًا للسلامة النفسية. ونفس الشيء ينطبق على التدخلات من قبيل الأماكن الآمنة التي تدعم فرص الأطفال والمراهقين في اللعب (٣٩٨).

وهناك قلق كبير بشأن استخدام الأطفال للإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي (٤). وفي جميع أنحاء العالم، يتمتع الأطفال والمراهقون بتجارب مختلفة فيما يتعلق بالوصول إلى الإنترنت واستخدامه، تنطوي على مخاطر وفوائد مختلفة. وبعض الشباب لا تتاح لهم إمكانية الوصول إلى التقنيات الرقمية والإنترنت أو إنها متاحة لكنها بقدر ضئيل، وبعضهم يمكنهم الوصول لهذه التقنيات بصورة متكررة، ولكن غير منتظمة، وبعضهم يمكنه الوصول بانتظام، ولكن استخدامه محدود بسبب الشواغل الشخصية أو انشغالهم في تقديم الرعاية، وبعضهم يمكنه الوصول بانتظام دون دعم أو عوائق أمام استخدامه (٣٩٩).

وبالنسبة لأولئك الذين يمكنهم الوصول إلى الإنترنت، يمكن أن تكون البيئات عبر الإنترنت مصدرًا مهمًا للترفيه والدعم الاجتماعي والتعلم. وكان هذا صحيحًا بشكل خاص خلال جائحة كوفيد-١٩، حيث يتيح الإنترنت منصة لحضور الفصول الدراسية والتواصل الاجتماعي مع الأصدقاء، بالإضافة إلى معلومات حول كيفية التعامل مع الضغوط ذات الصلة بكوفيد-١٩ (انظر الإطار ٦-٨ أنت بطلي: كتاب للأطفال خاص بكوفيد-١٩). وبطبيعة الحال، فإن العديد من الأطفال لم تكن لديهم إمكانية الوصول إلى الإنترنت أثناء الجائحة، أو كانت لديهم القدرة على الوصول لكن بشكل محدود، الأمر الذي جعل التعلم عبر الإنترنت والتواصل الاجتماعي صعبًا للغاية.

أداة

الإطار ٦-٨

أنت بطلي: كتاب للأطفال خاص بكوفيد-١٩

أنت بطلي: كيف يمكن للأطفال محاربة كوفيد-١٩ هو كتاب للأطفال في سن المدرسة يشرح كيف يمكنهم حماية أنفسهم وعائلاتهم وأصدقائهم من كوفيد-١٩ وكيف يمكنهم إدارة المشاعر الصعبة عند مواجهة الواقع المتغير بسرعة.

ونُشر الكتاب في عام ٢٠٢٠، بأكثر من ١٤٠ لغة وأُجريت له مواءمة في أشكال عديدة منها فيديوهات الرسوم المتحركة ومسرحيات وكتب أنشطة وصيغة صوتية. وجاء الكتاب مع دليل للآباء والأمهات يتناول كيفية قراءة الكتاب مع أطفالهم، موضحًا كيف يمكن للبالغين تهيئة مساحات آمنة للأطفال للتعبير عن مشاعرهم علانية، بما في ذلك مخاوفهم وما يقلقهم بشأن كوفيد-١٩ والإحباطات في حياتهم اليومية المتغيرة.

وتناولت تتمة للكتاب عنوانها أنت بطلي ٢٠٢١: كيف يمكن للأطفال أن يتكيفوا مع كوفيد-١٩ مخاوف الأطفال المتغيرة خلال السنة الثانية من الجائحة وهي متاحة بـ ٢٨ لغة، مما يدل على الاهتمام المستمر من البلدان لتزويد الأطفال بمعلومات عن التكيُّف مع الضغوط ذات الصلة بجائحة كوفيد-١٩.

قصة

إن بيئة العمل المسمومة جعلتني غير قادر على العمل

تجربة لاري

أحببت عملي لكنني بدأت أكرهه لأنني كنت أعمل في بيئة مسمومة. واجهتني مشكلة استطال أمدها وأزعجتني في العمل ودفعت ذهني إلى نوبات من الهلع والقلق والاكتئاب. وقال طبيبي إنني أعاني من اكتئاب يتراوح بين المتوسط والشديد. وتظاهرت بالسعادة لكنني كنت أختبئ في مكتبي وأنا أبكي، محاولًا دون جدوى الحفاظ على مستوى معين من ضبط النفس. وأخذت إجازة.

وفي أول عودة لي إلى العمل، شعرت بالإرهاق الشديد وأخذت إجازة أخرى. وفي عودتي الثانية، أُجريت تغييرات في المنظمة في غيابي حملتني على كراهية اجتماعات العمل الأسبوعية. ومجرد التفكير فيها كان يضايقني. ولم أتمكن من تأدية مهامي في العمل لأيام عديدة.

وشعرت وكأنني مستهدف. وقُلِّصت واجباتي العادية وخُفضت دون التشاور معي الصلاحيات المخولة لي. وتواصلت مع الرابط المهنية التي أنتمي إليها وقسم الموارد البشرية للحصول على المساعدة، لكن لم يتم اتخاذ أي إجراء لدعمي.

وشعرت بالغضب وأنني مكره وغير قادر على تأدية عملي، فاستقلت. وبعد استقالتي، اشتعلت مشاعري الشخصية بشكل فوضوي بين الألم النفسي، وانعدام السيطرة، والعزلة، والخوف، والحزن، والترهيب، وعدم التصديق، والإحباط، وخيبة الأمل، والقلق الشديد على سلامة فريقي السابق، والغضب من تأثير ذلك على حياتي المهنية التي امتدت ٢٠ عامًا، ومن وقت لآخر كنت أشعر بشيء من الراحة.

ولا زلت كما أنا؛ ينقصني الشعور بالسعادة والتفاؤل والثقة في الآخرين. وأنا اجتهد لاستعادتهم. وكانت هذه هي التجربة الوحيدة الأكثر اضطرابًا في حياتي، لكني غير نادم لأنني اخترت أن أضع عقلي وصحتي النفسية أولًا. وفي النهاية، تعلمت الكثير عن نفسي وما هو مهم بالنسبة لي. إن هذه الفرصة التي أُتيحت لي للتفكير في ذاتي هي الفائدة غير المرئية.

لاري وايت، كندا

وعندما يقضي الشباب وقتًا على الإنترنت وعلى وسائل التواصل الاجتماعي، يمكن أن يتعرضوا أيضًا لمخاطر الصحة النفسية مثل التنمر عبر الإنترنت والمطاردة الإلكترونية والاستمالة والمحتوى غير المناسب من الناحية التنموية والمعلومات المضللة والنماذج غير الصحية. ويمكن أن يتداخل استخدام وسائل التواصل الاجتماعي أيضًا مع النوم (٤٠٢). وتولد وسائل التواصل الاجتماعي المقارنة في مجتمعهم، حيث يعتقد المراهقون في كثير من الأحيان أنهم سيئون بالمقارنة مع الآخرين (٤٠٣). ولذلك، فإن وسائل التواصل الاجتماعي لئن كانت تساعد العديد من المراهقين على إقامة علاقات واستكشاف أفكار ومعلومات جديدة، فإنها تضعف أيضًا احترام الذات وصورة الجسد.

ولا يزال تأثير استخدام الإنترنت على الصحة النفسية والنمو المعرفي والترابط الاجتماعي - الإيجابي والسلبي - موضوعًا مثيرًا للقلق وجديرًا بالتحري على سبيل الأولوية.
وفي الوقت نفسه، هنالك ثلاثة تدخلات على وجه الخصوص تعتبر واعدة في تعزيز المشاركة الآمنة السليمة عبر الإنترنت للمراهقين (٣٧٢):

- برامج تدريب المراهقين لتعزيز المهارات في كيفية استخدام الإنترنت بمسؤولية وأمان والحد من المخاطر المتصلة الإلكترونية مثل التنمر الإلكتروني والإيقاع بالضحايا.
- برامج التنشئة لتدريب مقدمي الرعاية على كيفية تشجيع المراهقين على الاستخدام الآمن للإنترنت، بما في ذلك وضع القواعد ورصد الاستخدام وتشجيع المشاركة المسؤولة.
- الأدوات التكنولوجية لتعزيز السلامة عبر الإنترنت من خلال تمكين تنقية المحتوى السلبي وحظره، بما في ذلك الضوابط الخاصة بمقدمي الرعاية وأدوات التنظيم الذاتي وبرامج فحص اللغة ونظم الإبلاغ.

٦-٣-٣ تعزيز الصحة النفسية وحمايتها في مكان العمل

يمكن أن تكون مواقع العمل أماكن توجد فيها فرص ومخاطر في الآن ذاته ماثلة أمام الصحة النفسية. يمكن أن تحمل أماكن العمل فرصًا تفيد منها الصحة النفسية وفي الآن ذاته مخاطر تتهددها. ومن ناحية أخرى، فإن أماكن العمل التي تعزز الصحة النفسية الجيدة وتقلل من ضغوط العمل لا تعزز الصحة النفسية والجسدية فحسب، بل من المرجح أيضًا أن تقلل من التغيب، وتحسن الأداء في العمل والإنتاجية، وترفع معنويات الموظفين وتحفزّهم، وتقلل التوتر والصراع بين الزملاء. لذا فإن العمل لحماية وتعزيز الصحة النفسية في مكان العمل يمكن أن يكون فعالًا من حيث التكلفة (٤٠٤).

يمكن أن تطرح أماكن العمل في الآن ذاته فرصًا ومخاطر للصحة النفسية.

ومن ناحية أخرى، يمكن أن تكون البطالة والتمييز في الوصول إلى العمل أو القيام به وظروف العمل السيئة مصدرًا للإجهاد المفرط، مما يزيد من خطر الإصابة باعتلالات الصحة النفسية أو يؤدي إلى اعتلالات جديدة أو إلى تفاقم الاعتلالات الموجودة (٢٠).
وتعتبر بيئات العمل والتجارب السلبية هذه هي عكس ما هو مطلوب للموظفين حتى يؤدوا أعمالهم. (اقرأ تجربة لاري).
ومن المرجح أن يتعرض بعض العمال، مثل العاملين في مجال الصحة أو المساعدة الإنسانية أو الطوارئ، لتجارب سلبية في العمل. ويرجع ذلك جزئيًا إلى طبيعة عملهم (على سبيل المثال، التعرض لأحداث يحتمل أن تكون مؤلمة) ولكن أيضًا بسبب أسلوب عملهم (على سبيل المثال، عبء العمل المرتفع، أو ساعات العمل الطويلة، أو العمل بنظام الورديات، أو العمل في غير ساعات العمل المعتادة). وهذه الظروف السيئة تعرض العمال لخطر الآثار السلبية على صحتهم النفسية (٤٠٥، ٤٠٦).
وسلطت جائحة كوفيد-١٩ الضوء على أعباء العمل الثقيلة التي يتحملها العاملون الصحيون، والعواقب المحتملة على صحتهم النفسية (انظر الفصل ٢، في تحت المجهر: كوفيد-١٩ والصحة النفسية). ومع ذلك، كان من المعروف حتى قبل الجائحة أن مثل هذه الأعباء والعواقب تؤدي إلى خطر الإصابة بالاكتئاب والسلوكيات الانتحارية (٤٠٥، ٤٠٧).

وتركز معظم المبادرات المتعلقة بالصحة النفسية المتصلة بالعمل على قطاع العمالة الرسمي. ومع ذلك، فإن الاقتصاد غير الرسمي - حيث لا توجد لوائح رسمية، والعمل غير مستقر، ويصعب على العمال الوصول إلى الحماية الاجتماعية - يمثل أكثر من ٦٠٪ من إجمالي العمالة العالمية، وأكثر من ٦٩٪ من العمالة في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل (٤٠٨). وتتعرض صحة هؤلاء العمال النفسية لمهددات بسبب نقص الدعم الهيكلي أو الاعتراف بعملهم، وغالبًا ما يواجهون أيضًا ظروف عمل سيئة وتمييزًا مجتمعيًا، وكلها قد تعيق أيضًا استخدام خدمات الصحة النفسية.

وتشدد خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية للفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠ على ضرورة قيام البلدان بتعزيز ظروف عمل آمنة وداعمة ولائقة للجميع، بمن فيهم العمال غير الرسميين. وتوصي كذلك بأن تتصدى البلدان للتمييز في مكان العمل وأن تعزز إمكانية حصول الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات في الصحة النفسية على المشاركة الكاملة في العمل. وعلى الرغم من هذا الالتزام، كانت برامج التعزيز والوقاية الخاصة بالصحة النفسية في أماكن العمل من بين أقل البرامج التي أبلغت عنها البلدان (٣٥٪) في أطلس الصحة النفسية ٢٠٢٠ (٥).

وفي عام ٢٠٢٢، وبعد مراجعات شاملة للبيّنات، ستنشر منظمة الصحة العالمية أول إرشادات عالمية على الإطلاق بشأن الصحة النفسية والعمل في هذا المجال. وستسلط هذه الارشادات الضوء على أهمية الاستراتيجيات الرئيسية للوقاية من اعتلال الصحة النفسية بما في ذلك:

- التدخلات التنظيمية؛
- تدريب المديرين على الصحة النفسية؛
- التدخلات لصالح العمال.

ويعتبر التطبيق الفعال للتشريعات واللوائح، في كل حالة، مهمًا لضمان تنفيذ هذه الاستراتيجيات - وغيرها لدعم العمال الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية.
وفي حين أن الإرشادات القادمة تستند إلى أحدث البيّنات المتاحة، لكن عندما يتعلق الأمر بدعم الصحة النفسية في العمل يتبيّن أن هناك الكثير الذي لا يزال علينا تعلمه بشأن أيها ناجح، ومن تستهدف. ومن المهم التعاون القوي بين أرباب العمل والأوساط الأكاديمية لجمع البينات بشأن فعالية النهج المختلفة (٤٠٩). ولا يقل أهمية عن ذلك التفاعل مع العمال والاستماع إليهم للحصول على وجهات نظرهم بشأن ما يحتاجون إليه.

التشريعات واللوائح

تشجع التشريعات واللوائح على الصعيدين الوطني والدولي على اتخاذ إجراءات لتعزيز الصحة النفسية في مكان العمل وحمايتها وإنفاذها. فعلى سبيل المثال، تدعو اتفاقية منظمة العمل الدولية بشأن السلامة والصحة المهنيتين (رقم ١٥٥) وتوصيتها (رقم ١٦٤) البلدان إلى حماية الصحة البدنية والنفسية للعمال من خلال وضع وتنفيذ سياسات وطنية في مجال السلامة والصحة المهنيتين.

وتمثل الاتفاقية دفعةً لأصحاب العمل لإدماج الصحة النفسية في السياسات المطبقة في أماكن عملهم، وبالتالي فهي عامل رئيسي يساعد على تنفيذ التدخلات التنظيمية (انظر التدخلات التنظيمية).

وبالمثل، تتيح الاتفاقيات الدولية الأخرى التدخلات التنظيمية لدعم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية. وتدعو المادة ٢٧ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، على سبيل المثال، إلى حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في التوظيف والتعيين والعمل والترقي الوظيفي من خلال استيعابهم في أماكن العمل (٤١٠).

ويمكن أن تكون أماكن العمل متحفظة لتوظيف الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية على افتراض خاطئ بأنهم يحتاجون إلى مزيد من الموارد، أو مزيد من الإشراف، أو أنهم أقل همة من غيرهم، أو غير قادرين على التعامل مع العملاء، أو أن هناك مشكلات تتعلق بالثقة (٤١١). ويمكن أن تساعد القوانين التي تفرض ممارسات غير تمييزية على جميع العمال في دعم حقوق الناس. ولكن تغيير سلوكيات الوصم يتطلب إجراءات تكميلية، على سبيل المثال لمعالجة المفاهيم الخاطئة بشأن اعتلالات الصحة النفسية وزيادة فهم أرباب العمل لكيفية إجراء تعديلات معقولة لتوظيف ودعم العمال المحتملين الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية.

وعلى الصعيد الوطني، يمكن استخدام مجموعة متنوعة من قوانين وسياسات العمالة لتهيئة بيئة مواتية لحماية الصحة النفسية للعمال (انظر الإطار ٦-٩ تعزيز الصحة النفسية في أماكن العمل في الفلبين). وتشمل ذلك اللوائح المتعلقة بالعنف والتحرش وكذلك القوانين والسياسات المتعلقة بالحد الأدنى للأجور والمساواة والصحة والسلامة والإجازة الوالدية والعمل المرن.

دراسة حالة

الإطار ٦-٩

تعزيز الصحة النفسية في أماكن العمل في الفلبين

في عام ٢٠٢٠، أصدرت وزارة العمل والتوظيف في الفلبين مبادئ توجيهية جديدة لجميع أرباب العمل في القطاع الخاص لتنفيذ سياسة وبرنامج للصحة النفسية في مكان العمل.

وأُدرجت المبادئ التوجيهية في القانون من خلال مختلف القوانين الحكومية وهي مطبقة على جميع أماكن العمل والمؤسسات في القطاع الرسمي، بما في ذلك تلك التي تبعث العمال المهاجرين الفلبينيين في الخارج.

وتلزم المبادئ التوجيهية الجديدة جميع أرباب العمل بوضع وتنفيذ سياسة وبرنامج للصحة النفسية في مكان العمل من أجل:

- زيادة الوعي بالصحة النفسية في مكان العمل
- منع الوصم والتمييز
- تعزيز أسلوب الحياة الصحي والتوازن بين العمل والحياة؛
- دعم العمال الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية وتسهيل الوصول إلى خدمات الصحة النفسية.

وتبيّن المبادئ التوجيهية بوضوح أن سياسات وبرامج الصحة النفسية في مكان العمل يجب أن يشارك في وضعها ممثلو الإدارة والعمال، ويتولوا رصدها وتقييمها بانتظام. ويجب على جميع أرباب العمل تقديم استعراضات سنوية لسياساتهم وبرامجهم إلى وزارة العمل والتوظيف، وربما فرض غرامات على أولئك الذين لا يمتثلون للإرشادات الجديدة.

المصدر: (*412*) Department of Labor and Employment, 2020.

التدخلات التنظيمية

تشمل الاستراتيجيات التنظيمية لتعزيز وحماية الصحة النفسية في مكان العمل التدخلات التي تعيد تشكيل ظروف العمل لتقليل تعرض العمال لمخاطر الصحة النفسية. وقد ترتبط هذه المخاطر النفسية الاجتماعية بطبيعة العمل المضطلع به، أو الخصائص المادية، أو الاجتماعية، أو الثقافية لمكان العمل، أو بفرص التطوير الوظيفي، ضمن أمور أخرى (انظر الجدول ٦-٤) (٤١٣). ومن المعروف أن هذه مخاطر تؤثر سلبًا في نتائج الصحة النفسية. فعلى سبيل المثال، ترتبط الطلبات العالية على الوظائف، وانخفاض التحكم في الوظائف، وانعدام الأمن الوظيفي، وانخفاض العدالة العلائقية والإجرائية، والتنمر، وانخفاض الدعم الاجتماعي في مكان العمل، بزيادة احتمال الإصابة بمشكلات الصحة النفسية (٢٠).

فالعنف والمضايقة في العمل، على وجه الخصوص، ينتهكان حقوق الإنسان ويمكن أن يسببا ضررًا طويل الأمد للصحة النفسية (٤١٤). وغالبًا ما تساعد على العنف والتحرش عوامل هيكلية (على سبيل المثال، التحيزات الجنسانية) تعزز ثقافة سلبية في مكان العمل.

ويمكن جزئيًا إزالة المخاطر التي تهدد الصحة النفسية في العمل أو التخفيف منها عن طريق دمج الصحة النفسية في سياسات المنظمة بشأن السلامة والصحة المهنيتين (انظر الإطار ٦-١٠ الحزمة التدريبية SOLVE: دمج الصحة النفسية في سياسات مكان العمل). ويساعد هذا الإجراء على ضمان وفاء أرباب العمل بمتطلبات معايير العمل الوطنية والدولية (انظر التشريعات واللوائح).

الجدول ٦-٤

أمثلة للمخاطر التي تهدد الصحة النفسية في العمل

المخاطر المحتملة	أمثلة
محتوى الوظيفة / تصميم المهام	• قلة التنوع في العمل • نقص استخدام المهارات أو نقص المهارات في العمل • العمل غير الآمن أو غير الرسمي
حجم العمل ووتيرته	• عبء العمل الثقيل
جدول العمل	• ساعات العمل الطويلة • نظام المناوبة • عدم مرونة ساعات العمل
التحكم في الوظائف	• عدم التحكم في عبء العمل • المشاركة المحدودة في صنع القرار بشأن عمل الفرد
البيئة والمعدات	• ظروف العمل البدنية السيئة
ثقافة المنظمة ووظيفتها	• ضعف التواصل • عدم وضوح الأهداف التنظيمية • محدودية فرص التنمية الشخصية • ثقافة مكان العمل التي تمكن من العنف أو التحرش أو التمييز أو التنمر
العلاقة مع الآخرين في العمل	• الدعم المحدود من المشرفين أو الزملاء • العنف والتحرش والتنمر
التمييز	• أي تمييز قائم على تحديد عوامل مثل العرق، أو الإثنية، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسانية، أو الدين، أو العمر • التمييز ضد الشعوب الأصلية والمهاجرين والأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك الإعاقة النفسية والاجتماعية
الدور في الوظيفة	• عدم وضوح الدور الوظيفي داخل المنظمة أو الفريق
التطوير الوظيفي	• ترقية ضعيفة أو غير مستحقة • فقدان الأمن الوظيفي • ضعف الرواتب
الصلة بين العمل والمنزل	• تضارب متطلبات الحياة العملية والحياة غير العملية

المصدر: (*415*) ILO, 2016.

أداة

الإطار ٦-١٠

الحزمة التدريبية SOLVE: دمج الصحة النفسية في سياسات مكان العمل بشأن السلامة والصحة المهنيتين

تتيح الحزمة التدريبية SOLVE، التي وضعتها منظمة العمل الدولية، إرشادات عملية للمديرين والمشرفين وغيرهم بشأن كيفية إدماج الصحة النفسية في سياسات وممارسات منظماتهم المطبقة في مكان العمل بشأن السلامة والصحة المهنيتين.

وتغطي الحزمة التدريبية المعدة لدعم اتفاقية منظمة العمل الدولية بشأن السلامة والصحة المهنيتين (رقم ١٥٥) ثلاثة أهداف رئيسية لتصميم السياسات واتخاذ الإجراءات:

- الصحة النفسية الاجتماعية، بما في ذلك الإجهاد والعنف النفسي والجسدي والضغوط الاقتصادية؛
- الإدمان المحتمل، بما في ذلك التبغ وتعاطي الكحول والمخدرات؛
- العادات المتصلة بنمط الحياة، بما في ذلك النظام الغذائي والتمارين الرياضية والنوم الصحي.

وتهدف SOLVE إلى تزويد المشاركين بما يحتاجونه من معرفة ومهارات لدمج كل من هذه الموضوعات في سياساتهم الخاصة بالسلامة والصحة المهنيتين. وتحقيقا لهذه الغاية، تستخدم الحزمة التدريبية نهج التحاور الاجتماعي، الذي يشمل أرباب العمل والعمال والحكومات والخدمات العامة والمنظمات غير الحكومية.

المصادر: ILO, 2012 (*416*); Probst et al, 2008 (*417*).

وتشمل التدخلات التنظيمية المحددة للصحة النفسية (٤١٨، ٤١٩):

- إتاحة ترتيبات عمل مرنة؛
- إشراك العمال في اتخاذ القرار، على سبيل المثال فيما يتعلق بتصميم وظائفهم، من خلال نهج تشاركية؛
- تعديل أعباء العمل أو جداول العمل لتعزيز وتمكين التوازن الصحي بين العمل والحياة.

وقد تشمل التدخلات التنظيمية المصممة لدعم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية أيضًا تسهيل إتاحة الترتيبات التيسيرية المعقولة، بحيث يُدعَم العمال للوصول إلى العمل أو الاستمرار فيه. وفي كثير من الحالات، قد تكون هناك حاجة إلى دعم برامج توظيف لتهيئة فرص للعمل التنافسي لأولئك المعرضين لخطر الاستبعاد بشكل غير متناسب، بما في ذلك الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية. وفي كل الأحوال، يمكن للمنظمات أن تساعد في تعزيز المشاركة في أنشطة العمل من خلال توفير ظروف عمل مكيفة تتناسب مع قدرات واحتياجات العمال الذين يعانون من اعتلالات في الصحة النفسية. وقد يشمل ذلك السماح بساعات عمل مرنة ووقت إضافي لإكمال المهام ومنح إجازة عند الحاجة للحصول على رعاية الصحة النفسية (٤٢٠). يشمل الحصول على أماكن خاصة مثل مكان لتخزين الأدوية أو مكان للراحة عند الضرورة. وقد يشمل ذلك ضمان العلاقات المساندة مع المديرين وإعادة تصميم الوظائف، على سبيل المثال لتجنب التعامل مع العملاء إذا وجد العامل أن هذا الأمر مرهق من دون مبرر. وقد تكون الجهود المبذولة لتكييف ظروف العمل مفيدة أيضًا للأشخاص العائدين بعد غياب بسبب اعتلالات الصحة النفسية. وإذا وافق العامل، فقد يكون لأصحاب المصلحة الآخرين (مثل مقدمي رعاية الصحة النفسية) دور في دعم عودتهم إلى العمل.

وتعد إجراءات مكافحة الوصم أمرًا بالغ الأهمية لضمان شعور العمال الذين يعانون من صعوبات في صحتهم النفسية بالدعم والقدرة على طلب دعم إضافي إذا احتاجوا إليه، دون خوف من التداعيات أو إطلاق أحكام عليهم. وفي الواقع، يعد الحد من الوصم في العمل أمرًا حيويًا لنجاح الجهود المبذولة لدعم الصحة النفسية في العمل.

تدريب المديرين في مجال الصحة النفسية

يُقصد من تدريب المديرين والمشرفين على الصحة النفسية تعزيز المعرفة والمهارات والمواقف والسلوكيات حتى يتمكن المديرون من تقديم دعم أفضل لاحتياجات العاملين فيما يخص صحتهم النفسية (٤٢١).

وقد يركز التدريب على دعم احتياجات محددة خاصة بالصحة النفسية للمديرين، على سبيل المثال النظر في كيفية ضبط المشاعر لمواجهة ضغوط العمل. أو قد يركز على مساعدة المديرين على تحديد وتقليل عوامل الخطر المتعلقة بالعمل التي ربما يتعرض لها المرؤوسون، على سبيل المثال من خلال إيجاد طرق لإدارة أعباء العمل خلال فترات الازدحام.

ويمكن أن يشمل التدريب أيضًا تطوير المعرفة بشأن الصحة النفسية وتعلم كيفية تحديد المرؤوسين الذين قد يعانون من ضغط عاطفي ودعمهم. وفي هذه الحالات، لا يقصد من ذلك أن يتولى المديرون دور مقدمي رعاية الصحة النفسية، بل التحلي بالوعي والقدرة على الاستجابة بحسب ما يناسب، مثل استخدام مهارات الاستماع الجيد، وعند الاقتضاء، إحالة الأشخاص إلى مصادر الدعم داخل مكان العمل أو خارجه.

التدخلات الخاصة بالعاملين

غالبًا ما تركز تدخلات العاملين على زيادة القدرة على التأقلم لإدارة الضغوط. وهذا يشمل التدريب على إدارة الإجهاد باستخدام نهج قائمة على تصفية الذهن أو السلوك المعرفي بالإضافة إلى استراتيجيات لتعزيز النشاط البدني الترفيهي (انظر القسم ٥-٤-٤ الكفاءات اللازمة للرعاية الذاتية). ويمكن أن تساعد زيادة مقدار الدعم الاجتماعي المتاح للموظفين أيضًا الأفراد على التعامل مع وضع مرهق من خلال حشد مجموعات لحل المشكلات والعمل الجماعي الإيجابي.

يجب تنفيذ تدخلات إدارة الشعور بالإجهاد جنبًا إلى جنب مع التدخلات التنظيمية التي تتناول المخاطر النفسية الاجتماعية وتدريب المديرين.

والبينة التي تدعم نهج إدارة الشعور بالإجهاد بالنسبة للعاملين واضحة (٤٢٢). إن سهولة تنفيذ خيارات إدارة الإجهاد بين القوى العاملة تجعلها مقبولة أو رائجة. ولكن لضمان تطبيق نهج شامل فيما يخص صحة العاملين النفسية، يجب تنفيذ هذه التدخلات كجزء من حزمة شاملة من التدخلات التي تتضمن أيضًا تدخلات تنظيمية تتناول المخاطر النفسية الاجتماعية وتدريب المديرين. وذلك لأن التركيز على نوع واحد من التدخلات يمكن أن يولد شعورًا بالذنب لدى الأشخاص الذين يستجيبون استجابة مبرَّرة للإجهاد الناجم عن ظروف العمل الصعبة.

٧

إعادة هيكلة الرعاية وتوسيع نطاقها من أجل إحداث التأثير المطلوب

الرعاية المجتمعية
الخدمات المدمجة
خدمات الصحة النفسية المجتمعية
الخدمات خارج القطاع الصحي

ملخص الفصل

في هذا الفصل، نستكشف ما هو مطلوب من إعادة هيكلة كبيرة وتوسع من أجل إحداث تحول في خدمات رعاية الصحة النفسية بحيث تلبي احتياجات الجميع. ونؤكد على الحاجة إلى نظام للصحة النفسية قائم على المجتمع. ونبين أهمية تقديم الرعاية التي تركز على الإنسان وتستند إلى حقوق الإنسان وتستهدف تحقيق التعافي.

الرسائل الرئيسية التي خلص إليها هذا الفصل هي:

- وتكون الرعاية الصحية النفسية المجتمعية أكثر سهولة وقبولاً من الرعاية المؤسسية وتقدم نتائج أفضل للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية.
- تشير الفجوة الواسعة في رعاية اعتلالات الصحة النفسية الشائعة مثل الاكتئاب والقلق إلى أن من الواجب على البلدان تنويع الرعاية وتوسيعها، على سبيل المثال من خلال الإرشاد النفسي غير المتخصص أو المساعدة الذاتية الرقمية.
- وتتألف الرعاية الصحية النفسية المجتمعية من شبكة من الخدمات المترابطة التي تغطي ثلاثة أنواع من الخدمات، هي: خدمات الصحة النفسية المدمجة في الرعاية الصحية العامة؛ وخدمات الصحة النفسية المجتمعية؛ والخدمات التي تقدم الرعاية الصحية النفسية في الأوضاع غير المرتبطة بالصحة والتي تدعم الحصول على الخدمات الاجتماعية الرئيسية.
- ويكمل الدعم الاجتماعي والدعم غير الرسمي اللذان يوفرهما مقدمو الخدمات المجتمعية (مثل العاملين في المجتمع المحلي والأقران ومجموعات النساء) الخدمات الرسمية ويكتسيان أهمية بالغة لضمان بيئات مساندة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية.
- وعادة ما ينطوي إدماج الصحة النفسية في خدمات الصحة العامة على تقاسم المهام مع مقدمي الرعاية الصحية غير المتخصصين في مجال الرعاية الصحية النفسية؛ أو إضافة موظفين متفرغين وموارد مخصصة للصحة النفسية إلى الرعاية الصحية الأولية والثانوية.
- غالبًا ما تمثل المستشفيات العامة ومراكز أو أفرقة الصحة النفسية المجتمعية حجر الزاوية في رعاية الصحة النفسية المجتمعية وتساعد في مزج الخدمات السريرية والدعم المقدم لها في إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي.
- وتوفر الخدمات المعيشية المدعومة بديلًا قيّما للرعاية المؤسسية؛ ويمكن أن تشمل مجموعة متنوعة من المرافق بمستويات دعم متفاوتة تختلف باختلاف مستوى الاعتماد.
- ويشكل استكمال التدخلات الصحية بالخدمات الاجتماعية الرئيسية، بما في ذلك حماية الطفل والحصول على التعليم والعمل والحماية الاجتماعية، عنصرًا ضروريًا لتمكين الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية من تحقيق أهدافهم المتعلقة بالتعافي والعيش حياة مرضية وهادفة بدرجة أكبر.

تقوم معظم البلدان بإعادة تنظيم خدمات الصحة النفسية بوصفها من صميم عملية إصلاح الصحة النفسية. وهو يرتبط بإعادة هيكلة خدمات الصحة النفسية لتحويل مكان الرعاية لاعتلالات الصحة النفسية الشديدة من مستشفيات الأمراض النفسية إلى المجتمعات، مع زيادة توسيع نطاق إتاحة الرعاية للحالات الشائعة مثل الاكتئاب والقلق. وتكتسي كلتا الاستراتيجيتين أهمية بالغة لتحسين التغطية والجودة اللازمتين للرعاية الصحية النفسية.

ويجب أن يكون لكل منطقة أو مقاطعة أو محافظة أو منطقة أو مدينة رئيسية أو أي تقسيم إداري كبير آخر (يسمى هنا «المنطقة») شبكة من خدمات الصحة النفسية المجتمعية التي يمكن الوصول إليها لتوفير منصة مترابطة لدعم الأشخاص الذين يعانون من مجموعة واسعة من اعتلالات الصحة النفسية. ويجب أن تكون هذه الشبكة قادرة أيضًا على المساعدة في تلبية الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية الأوسع للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، مما يعني أنه يجب تطوير الشبكة وتنفيذها بالتعاون الوثيق مع العديد من القطاعات وأصحاب المصلحة (٤٢٣).

ويستكشف هذا الفصل ما تعنيه رعاية الصحة النفسية المجتمعية الشاملة من الناحية النظرية وكيف يمكن أن تبدو في الممارسة العملية. ونحدد بعض المبادئ الكامنة وراء الفكرة، وننظر في كل جزء من أجزائها الرئيسية، ونعرض أمثلة على الممارسة من جميع أنحاء العالم. ولا تمثل جميع الأمثلة بالضرورة أفضل حل لجميع السياقات. وبدلا من ذلك، سيتعين على كل بلد أن ينظر في ما هو ممكن وكاف تبعا لواقعه وقدراته واحتياجاته.

٧-١ فهم رعاية الصحة النفسية المجتمعية

غالبًا ما يحدث التباس في المناقشات بشأن إصلاح الخدمات بسبب انعدام اللغة المشتركة. وتستخدم منظمة الصحة العالمية مصطلح "رعاية الصحة النفسية المجتمعية" لأي رعاية للصحة النفسية تُقدَّم خارج مستشفى الأمراض النفسية. ويشمل ذلك الخدمات المتاحة من خلال الرعاية الصحية الأولية، والبرامج الصحية المحددة (مثل عيادات فيروس نقص المناعة البشرية)، والمستشفيات العامة في المقاطعات أو المناطق، فضلا عن الخدمات الاجتماعية ذات الصلة. كما تشمل مجموعة من خدمات الصحة النفسية المجتمعية، منها مراكز وأفرعة الصحة النفسية المجتمعية، وبرامج إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي والمرافق السكنية الصغيرة، وغيرها.

٧-١-١ وضع الناس في صدارة الاهتمام

لطالما دعت منظمة الصحة العالمية بقوة إلى أن تكون رعاية الصحة النفسية المجتمعية بديلًا للرعاية المؤسسية (١، ٢٣). ومن خلال خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٣٠، تلتزم البلدان بمضاعفة عدد مرافق الصحة النفسية المجتمعية بحلول عام ٢٠٣٠.

وبالمقارنة مع الرعاية المؤسسية، هناك اعتراف واسع بقدرة رعاية الصحة النفسية المجتمعية على ما يلي:

- **زيادة إمكانية الوصول.** تعني الرعاية المجتمعية أنه يمكن للأشخاص الوصول إلى الخدمات بالقرب من المنزل، مما يلغي التكاليف الباهظة المحتملة لطلب الرعاية في المواقع البعيدة ويجعل الوصول إلى الخدمات أكثر سهولة. كما تسمح بالعلاج في بيئة مألوفة، حيث يمكن للناس الحفاظ على شبكات الدعم والعلاقات والصداقات والعمل والتعليم والأنشطة الأخرى أثناء تلقي الرعاية، مما يسهل التعافي (٤٢٤).

- **الحد من الوصم.** يمكن أن تساعد الرعاية المجتمعية في تغيير المواقف المتعلقة باعتلالات الصحة النفسية لتقليل الإقصاء الاجتماعي للمتضررين وبالتالي تشجيعهم على طلب المساعدة (٤٢٥).
- **إتاحة حماية أفضل لحقوق الإنسان.** تقلل الرعاية المجتمعية من احتمالية العزل ووضع القيود والإهمال والإيذاء بإعطاء جرعات دواء مفرطة، وهي أمور شائعة بشكل خاص في البيئات المؤسسية. والرعاية المجتمعية مهمة أيضًا للحد من التمييز وصون حقوق الناس في الحرية والمشاركة والاندماج في مجتمعهم (٢٣).
- **تحسين النتائج.** الرعاية المجتمعية أكثر فعالية من الرعاية القائمة على المؤسسات في تلبية تفضيلات الناس، ودعم إعادة الإدماج المجتمعي وتحسين نوعية الحياة (٤٢٦).

وعندما يتعلق الأمر بتنفيذ الرعاية المجتمعية في الممارسة العملية، تؤكد منظمة الصحة العالمية على الحاجة إلى نهج يركز على الشخص ويستهدف تحقيق التعافي ويضمن لجميع الناس الوصول إلى مجموعة من الخدمات والدعم، تشمل التعزيز والوقاية إلى العلاج وإعادة التأهيل. ولذلك يجب تنسيق الرعاية عبر مستويات ومواقع مختلفة داخل القطاع الصحي وخارجه، وفقًا لاحتياجات الناس طيلة الحياة (٤٢٧).

ويعتبر النهج الذي يغطي جميع مراحل الحياة مهمًا بشكل خاص لاستهداف المراحل الحرجة والمراحل الانتقالية والمواضع التي تكتسي فيها التدخلات المختلفة أهمية خاصة (انظر القسم ٢-١-٣ الصحة النفسية تجربة حية طوال العمر). وغالبًا ما تركز خدمات الصحة النفسية على البالغين بدلًا من الأطفال والمراهقين وكبار السن على الرغم من أن هذه مراحل حيوية للصحة النفسية.

الرعاية التي تركز على احتياجات الشخص

في كل الأحوال، تنظَّم الرعاية الصحية المجتمعية الجيدة والداعمة حول احتياجات الناس الصحية وتوقعاتهم، وليس الأمراض. وتشرك هذه الرعاية التي تركز على الأشخاص الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية كمشاركين نشطين في الرعاية وليس كمتلقين سلبيين لها. وهي تتبنى بوعي وجهات نظر الناس وأولوياتهم وتستجيب لها بطرق إنسانية وشاملة (٤٢٧). وبالتالي فهي تسعى إلى فهم واحترام المفهوم الثقافي للصحة النفسية الشائع وسط الناس، وضمان انخراط مقدمي رعاية الصحة النفسية في حوارات مفيدة بشأن احتياجات الناس واهتماماتهم (٤٢٨).

والأهم من ذلك، تشجع الرعاية التي تركز على احتياجات الشخص على اتباع نهج أكثر شمولية لتحديد وإدارة الاحتياجات الصحية العامة للفرد بدلًا من التركيز على دراسة الأمراض أو مرض معين. وهذا مهم بشكل خاص للأشخاص ذوي الاحتياجات أو الاعتلالات المتعددة.

تنظم الرعاية الصحية المجتمعية الجيدة والداعمة حول احتياجات الناس الصحية وتوقعاتهم، وليس الأمراض.

في الممارسة العملية، تعني الرعاية التي تركز على احتياجات الشخص أشياء كثيرة، بما في ذلك:

- الاحترام الكامل لحقوق الإنسان المكفولة للناس وقيمهم الشخصية؛
- مراعاة واحترام تفضيلات الناس في المعاملة واحتياجاتهم المعبر عنها؛
- تنسيق الرعاية وإدماجها عبر الخدمات والمواقع؛
- إشراك الأفراد في التخطيط لرعايتهم وتقديمها لهم؛
- التأكد من أن راحة وسلامة الناس الجسدية؛
- إتاحة التدخل والدعم عند الاقتضاء.

وبالنسبة للأطفال والمراهقين، عادة ما تُوجّه الرعاية التي تركز على احتياجات الشخص نحو الأسرة، ويُشرَك فيها مقدمو الرعاية في القرارات والرعاية على النحو الواجب، ويُراعى فيها، في الآن ذاته، التطور في توجه المراهقين الأكبر سنًا نحو الاستقلالية. وفي جميع الأعمار، يعتمد تنفيذ الرعاية التي تركز على احتياجات الشخص على حصول ما يحتاجه الأشخاص من معلومات ودعم من أجل اتخاذ القرارات والمشاركة في رعايتهم الذاتية (٤٢٧).

قصة

كان حصولي على الرعاية الجيدة السبب في وضع قدمي على طريق التعافي

تجربة كلوديا

من واقع تجربتي، فإن رعاية الصحة النفسية عالية الجودة تدور حول الفهم المتبادل: الكشف عن المشكلات الأساسية وإيجاد الحلول من خلال التركيز على الاحتياجات الفريدة للفرد.

ورحلتي في إيجاز هي كالآتي: دخلت المستشفى مرتين طوعًا، وخضعت لنهج واضح متعدد التخصصات في العلاج، و تلقيت العلاج داخل المستشفى وخارجها وخضعت لعلاج مستمر. وكلا الاستشفائين كانا مخيفين. ففي المرة الأولى كنت خائفة من من قراري الذي اتخذته عن علم بأن أخضع لعلاج لم أكن أعرف الكثير عنه. وفي المرة الثانية كنت أكثر دراية بالصحة النفسية ومع ذلك لم أكن متأكدة مما يمكن أن يحدث. جدران بيضاء، وصفوف انتظار طويلة، و مراقبة مستمرة، و ساعات زيارة صارمة: كان كل شيء جديدًا ومخيفًا.

وخلال دخولي المستشفى للمرة الثانية ، تلقيت جلسات يومية مع ممارسين مدربين بالإضافة إلى مشاركتي في عمل جماعي تعرفت فيه على تشخيص حالتي ، وماذا يعني العيش مع اعتلال في الصحة النفسية وما يمكنني فعله لمساعدة نفسي على التحسن. وكانت هناك فصول اختيارية أخرى للتأمل وتمارين التنفس والفنون والعلاج بممارسة الحرف اليدوية. وكانت هذه الرعاية لصحتي النفسية هي التي وضعت قدمي على طريق التعافي.

و بعد خروجي من المستشفى، أردت مساعدة الناس بنفس الطريقة التي ساعدني بها ممارسو الرعاية الصحية وعلاجهم الذي يركز على الشخص. وعملت في مجال علم النفس واليوم أنا مرشدة صحية معتمدة ونائبة الرئيس التنفيذي في منظمة دولية تُعنى بالتجارب الحيّة في مجال الصحة النفسية.

إن الإصابة باعتلال الصحة النفسية لا يقلل من قيمتك كإنسان، كما أنها لا تجردك من قدرتك على العمل على النحو الأمثل. وإذا ما وُجدت نظم الرعاية الصحية المناسبة، أعتقد أنه يمكن مساعدة المزيد من الأشخاص مثلي في جميع أنحاء العالم. وإذا ما وُجدت المهارات والأدوات المناسبة يمكننا جميعًا الازدهار في الحياة والاستفادة التامة من إمكانياتنا

كلوديا سارتر، جنوب أفريقيا

ويمكن أن تكون للرعاية التي تركز على احتياجات الشخص فوائد دائمة للأفراد والمجتمعات المحلية والعاملين الصحيين وحتى النظم الصحية بأكملها (٤٢٩). ويمكن أن تعزز ما يكتسبه الأشخاص من ثقة وخبرة ونتائج بسبب الرعاية (اقرأ تجربة كلوديا). كما يمكن للرعاية التي تركز على احتياجات الشخص أن تحسِّن فرص الحصول على الرعاية وتعزز التثقيف الصحي ومهارات اتخاذ القرار التي تعزز الاستقلالية. ويمكن أن تزيد من الثقة والرضا الوظيفي للمهنيين الصحيين. ويمكن أن تحسِّن جودة الأنظمة الصحية وكفاءتها.

الرعاية الموجهة نحو التعافي

هناك اعتراف واسع بأن التعافي يمثل جانبًا مهمًا من الرعاية التي تركز على احتياجات الشخص ضمن خدمات الصحة النفسية المجتمعية، بما في ذلك تلك المصممة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية مثل الفصام (٤٣٠).

وكان مصطلح التعافي معرفًا إلى حد كبير من منظور الرعاية السريرية على أنه هدأة الأعراض مترافقة بتحسن الأداء المعرفي والاجتماعي والمهني. ولكن الأشخاص الذين لديهم تجربة حية طالما شككوا في الافتراض الذي يذهب إلى أن الإصابة باعتلال في الصحة النفسية تعني أنه لا يمكنك أن تعيش حياة منتجة ومرضية، ذلك أن التعافي يمكن أن يحدث حتى مع استمرار الأعراض. وفي هذا السياق، ظهر مفهوم التعافي الشخصي ليعني أن يعيش الفرد حياة مرضية ومفعمة بالأمل وثرية بالمساهمة على الرغم من القيود التي يمكن أن تفرضها المعاناة من مشكلات الصحة النفسية (٤٣١).

ومن منظور حقوق الإنسان، يركز التعافي على الحق في المشاركة في جميع جوانب الحياة على قدم المساواة مع جميع الأشخاص الآخرين (٤٣٢).

الرعاية الموجهة نحو التعافي لا تتعلق بعلاج الأعراض ولكن بتمكين الناس من التحكم في حياتهم.

ومن الناحية العملية، تشمل الرعاية الموجهة نحو التعافي عنصرَيْ التعافي الشخصي والاجتماعي معًا . ويمكن أن يختلف معناها من شخص إلى آخر . والأهم من ذلك أن الرعاية الموجهة نحو التعافي لا تتعلق بعلاج الأعراض ولكن بتمكين الناس من السيطرة على حياتهم (٤٣٠). وتشمل دعم الناس لبث الأمل فيهم ، وتعزيز تقدير الذات والقدرة على الصمود ، وبناء علاقات صحية، واستعادة الاستقلالية ، وعيش حياة لها معنى بالنسبة لهم، سواء كان ذلك من خلال المدرسة أو التدريب المهني أو العمل أو الصداقات أو المشاركة المجتمعية أو الروحانية أو أي شيء آخر (٢٣).

وغالبًا ما تتميز الرعاية الفعالة الموجهة نحو التعافي بما يلي:

- **تخطيط التعافي**. يتم توجيه الأفراد للتعبير عن توقعاتهم وأهدافهم ووصف كيف يريدون أن يعيشوا حياتهم، على سبيل المثال من خلال كتابة خطة التعافي، مع مراعاة جميع جوانب حياتهم، مثل العلاقات والعمل والتعليم (٣٢١). وبالنسبة للمراهقين، يشمل تخطيط التعافي مراعاة تطور قدراتهم واحترامها عند وضع هم خطط تعافيهم (٤٣٢).
- **دعم الإدارة الذاتية** . يتم دعم الأفراد لبناء المهارات والثقة التي يحتاجونها للتعرف على الآثار الجسدية والاجتماعية والعاطفية لاعتلال الصحة النفسية وإدارتها. ويشمل دعم الإدارة الذاتية، على سبيل المثال، التثقيف النفسي عن الاعتلال وعلاجه، والاعتراف بعلامات الإنذار المبكر التي تشير إلى الانتكاس ووضع خطة للوقاية منه ، وتعزيز مهارات التغلب على الأعراض المستمرة (٤٣٣). وتشير الأدلة إلى أن دعم الإدارة الذاتية يمكن أن ي حسن النتائج بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الاعتلالات الشديدة في صحتهم النفسية (٤٣٤). وهو تدخل بسيط نسبيًا مقارنة بالتدخلات العلاجية الأخرى ويمكن تقديمه في مختلف البيئات و بمختلف الطرق.
- **التنسيق المتعدد القطاعات**. يتم تنسيق الخدمات بين قطاعات الرعاية الصحية والاجتماعية وغيرها من قطاعات الرعاية، بما في ذلك حماية الطفل. ومن شأنه أن يلبي في آن وقت واحد الاحتياجات المتعددة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية

الرعاية القائمة على حقوق الإنسان

تقضي اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بأن تمكّن الحكومات الأشخاص ذوي الإعاقة من الوصول إلى خدمات الصحة النفسية الجيدة التي تحترم حقوقهم وكرامتهم. وهذا يعني أن خدمات الصحة النفسية يجب ألا تكون فقط ميسورة التكلفة ومتاحة ومركزة على الشخص وموجهة نحو التعافي وقائمة على البيّنات، من بين سمات أخرى، ولكن يجب أيضًا أن تعزز الاستقلال الذاتي والأهلية القانونية (الاعتراف بهم على قدم المساواة مع آخرين أمام القانون) وعدم الإكراه والسرية والمشاركة والإدماج المجتمعي.

وقد يكون احترام استقلالية الناس أمرًا صعبًا، لكن الأمثلة المستمدة من الممارسة الجيدة تبين أنه ليس مستحيلًا (انظر القسم ٤-٢-٣ الاستقلالية في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة) (٢٣). وعلى سبيل المثال، تقدم الخدمات بشكل متزايد خططًا أو توجيهات مسبقة تمكن الأشخاص من تحديد ما يريدون حدوثه في حالة حدوث أزمة (٢٠٣). ويمكن أن تغطي الخطط المسبقة العديد من الموضوعات، منها على سبيل المثال لا الحصر وقت وكيفية تنشيطها، ومن يجب الاتصال بهم من أجل اتخاذ القرار المدعوم، وما هو العلاج المقبول أو غير المقبول (٢٠٥).

وبالمثل، يجب أن تحرز الخدمات تقدمًا كبيرًا في الرعاية التي تشرك الشخص بالكامل في خطة الرعاية الخاصة به. وأفاد الأشخاص الذين تلقوا الرعاية دون مشاركتهم بأنهم شعروا بأنهم قد جُردوا من إنسانيتهم وبتأثيرات طويلة المدى على صحتهم النفسية (اقرأ تجربة ساندرا و تجربة ألكسندرا في الفصل ٤). وتقوض الممارسات القسرية ثقة الناس في أنفسهم وثقتهم في موظفي خدمة الصحة النفسية، مما يدفع الناس إلى تجنب رعاية الصحة النفسية (٢٣). ويمكن لجميع الخدمات، بل ينبغي لها، أن تشجع الممارسات غير القسرية (انظر الإطار ٧-١ تعزيز الممارسات غير القسرية).

ونستخدم، في هذا الفصل، دراسات الحالة من جميع أنحاء العالم لتوضيح شكل الرعاية المجتمعية في الممارسة وكيف يمكن تحقيقها من خلال إصلاح رعاية الصحة النفسية. ولا تفي جميع الأمثلة المعروضة هنا تمامًا جميع جوانب الرعاية التي تركز على الإنسان والموجهة نحو التعافي والقائمة على حقوق الإنسان بالكامل، ولكنها جميعها تمثل أوجه تقدم في الرعاية.

أداة

الإطار ٧-١

تعزيز الممارسات غير القسرية

بالإضافة إلى تغيير القوانين والسياسات، تحدد منظمة الصحة العالمية العديد من الإجراءات باعتبارها أساسية للنهوض بالممارسات غير القسرية.

١. تثقيف موظفي الخدمة بشأن الفوارق في السلطة والتسلسلات الهرمية وكيف يمكن أن تؤدي إلى التخويف والخوف وفقدان الثقة.
٢. مساعدة الموظفين على فهم ما يعتبر ممارسات قسرية وعواقب استخدامها.
٣. توفير تدريب منتظم لجميع الموظفين بشأن الاستجابات غير القسرية لحالات الأزمات، بما في ذلك استراتيجيات خفض التصعيد والتواصل الجيد.
٤. دعم التخطيط الفردي، بما في ذلك خطط الأزمات والتوجيهات المسبقة.
٥. تعديل البيئات المادية والاجتماعية لتهيئة جو ترحيبي، بما في ذلك عن طريق استخدام غرف الراحة وأفرقة الاستجابة لتجنب الصراعات أو المواقف الصعبة أو التغلب عليها.
٦. إنشاء آليات تظلم فعالة لتلقي الشكاوى والرد عليها والتعلم منها، بما في ذلك استخلاص المعلومات التقنية بعد أي استخدام للإكراه.
٧. التفكير في دور جميع أصحاب المصلحة في الإكراه، بما في ذلك نظام العدالة والشرطة والعاملين في مجال الرعاية الصحية العامة والمجتمع ككل، وتغييره عند الاقتضاء.

المصادر: منظمة الصحة العالمية، 2021 (*23*); منظمة الصحة العالمية، 2019 (*435*).

٧-١-٢ تقديم مجموعة متنوعة الخدمات وأشكال الدعم

يختلف الناس اختلافًا كبيرًا فيما يحتاجونه من رعاية لصحتهم النفسية . وقد يكون بعض الأشخاص قادرين على إدارة اعتلالات صحتهم النفسية بأنفسهم، خاصة بدعم من مقدمي الخدمات المجتمعية مثل أفراد الأسرة أو مجموعات دعم الأقران أو المنظمات الدينية أو العاملين في المجتمع (٣١٨). وسيحتاج العديد من الآخرين إلى تدخلات رسمية لدعم تعافيهم، تُقدّم عادةً من خلال مجموعة من الخدمات النهارية . وسيعاني بعض الأشخاص من أعراض حادة تتطلب رعاية ليلية قصيرة الأجل ورعاية للمتابعة في المجتمع. ونادرًا ما يعاني الناس من اعتلالات تتطلب رعاية مجتمعية عالية التخصص أو طويلة الأجل على مدار الساعة، على سبيل المثال داخل المستشفيات العامة أو في المرافق السكنية المجتمعية. وقد يحتاج الأطفال أو المراهقون أو البالغون أو كبار السن إلى خدمات مختلفة أو متكيفة.

ويحتاج العديد من الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات في الصحة النفسية أيضًا إلى المساعدة في الوصول إلى الخدمات الاجتماعية الرئيسية مثل الإسكان والعمل والتعليم والرعاية الاجتماعية. وقد يحتاج أي شخص يعاني من اعتلالات في الصحة النفسية إلى أنواع من الخدمات والدعم تختلف باختلاف مراحل حياته (٤٣٦).

ستحتاج جميع البلدان إلى تنظيم الوصول إلى الرعاية المتخصصة على مستوى المنطقة أو ما يعادلها.

وتشمل رعاية الصحة النفسية المجتمعية الفعالة مزيجًا دقيقًا من الخدمات والدعم الذي يمكن أن يلبي جميع هذه الاحتياجات (٤٣٧). كما أنها تضمن استمرارية الرعاية بين الخدمات والدعم المختلفة، خاصة للأشخاص الذين لديهم احتياجات معقدة أو يحتاجون إلى رعاية مستمرة، كما هو شائع في الفصام. وبالنسبة لكل شخص، الهدف هو تجنب الانقطاعات أو الثغرات في الدعم المقدم.

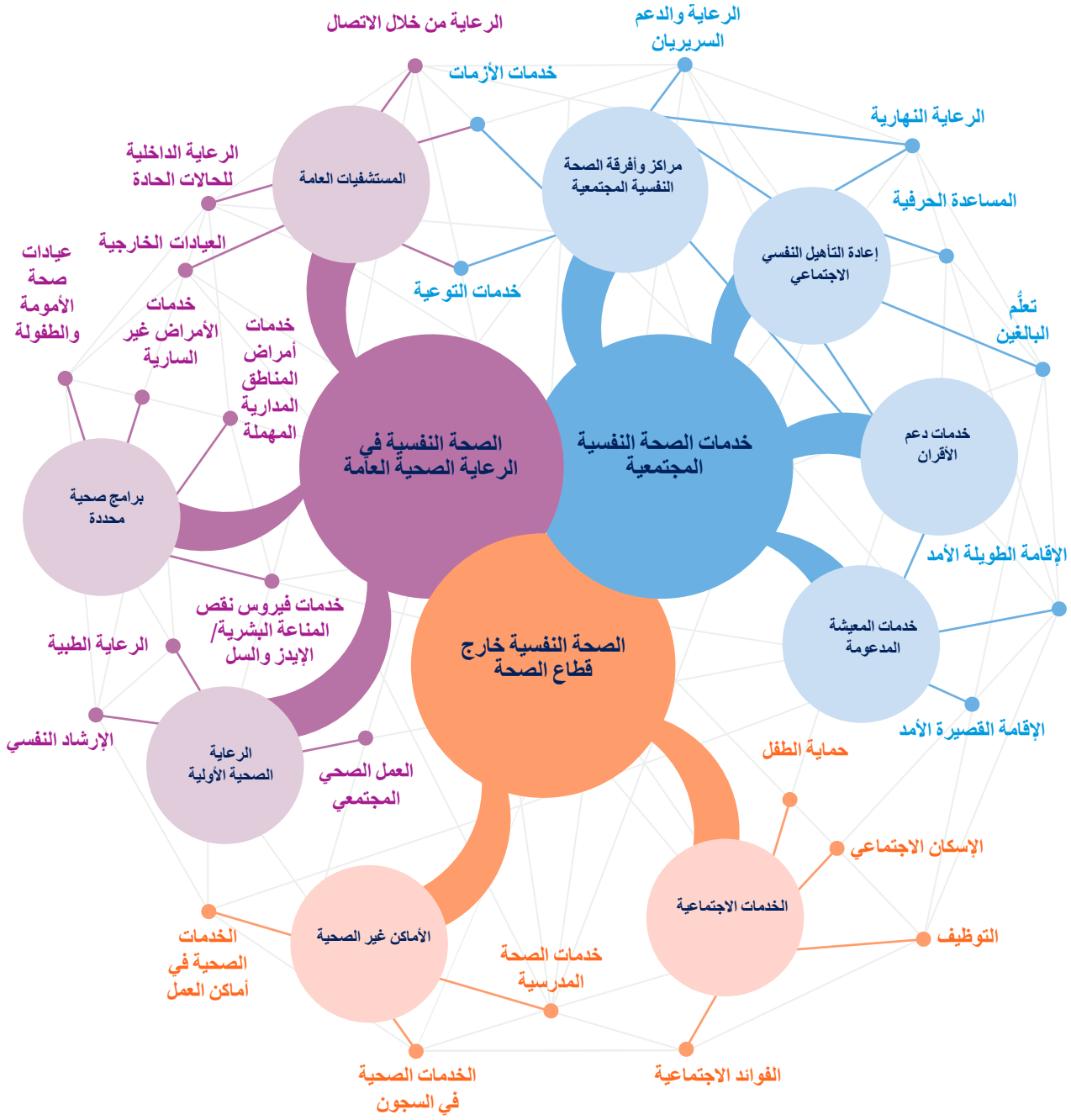
وفي الممارسة العملية، يمكن وصف نظام الصحة النفسية المجتمعي على نطاق واسع بأنه شبكة من الخدمات المترابطة التي تتضمن عادة مزيجًا من (انظر الشكل ٧-١):

- **خدمات الصحة النفسية المدمجة في الرعاية الصحية العامة**، وفي مرافق الرعاية الأولية والمستشفيات العامة، بما في ذلك ضمن البرامج الصحية المحددة القائمة (مثل فيروس نقص المناعة البشرية).
- **خدمات الصحة النفسية المجتمعية** التي تركز على تلبية احتياجات الأشخاص المصابين باعتلالات الصحة النفسية وأسرهم، والتي من المحتمل أن تشمل مراكز أو أفرقة الصحة النفسية المجتمعية، بالإضافة إلى خدمات دعم الأقران، وبرامج إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي، وحيثما أمكن، دعم العيش من خلال مرافق سكنية صغيرة. ولا تزال هذه الخدمات نادرة جدا في البلدان المنخفضة الدخل.
- **الخدمات خارج القطاع الصحي** التي تقدم الرعاية الصحية النفسية في بيئات غير صحية مثل المدارس وأماكن العمل والسجون، ودعم الحصول على الخدمات الاجتماعية الرئيسية مثل الإسكان والتعليم والعمل والفوائد الاجتماعية ودعم سبل العيش.

ويبين الشكل ٧-١ تصورًا لشبكة شاملة من الخدمات الرسمية المترابطة. ولا يمكن تحقيق ذلك بدون موارد كافية، ومن غير المرجح أن تكون البلدان المنخفضة الدخل في وضع يمكنها من الحصول على هذه الشبكة الشاملة من الخدمات في المستقبل القريب. وبوجه عام، يتعين على معظم البلدان أن تقرر الخدمات التي يتعين تطويرها أو تعزيزها أولًا. وبالتالي، فإن كيفية تطوير وتنظيم شبكات خدمات الصحة النفسية من الناحية العملية ستختلف. وتعطي جميع البلدان تقريبًا الرعاية الصحية الأولية دورًا رئيسيًا في دعم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. ومع ذلك، ستحتاج جميع البلدان - بما في ذلك البلدان ذات الدخل المنخفض - إلى تنظيم الوصول إلى شكل من أشكال رعاية الصحة النفسية المتخصصة على مستوى المنطقة أو ما يعادلها.

الشكل ٧-١

شبكة من خدمات الصحة النفسية المجتمعية



وتقدم بعض البلدان رعاية متخصصة عن طريق إنشاء مراكز أو أفرقة للصحة النفسية المجتمعية، أو عن طريق إضافة ممرضات الصحة النفسية المجتمعية إلى الرعاية الصحية الأولية. ويقدم كثيرون آخرون هذه الخدمات داخل المستشفيات العامة على مستوى المنطقة .

وتميل البلدان ذات الموارد العالية إلى الجمع بين أنواع متعددة من الخدمات المتخصصة. وكما هو مبين في الفصل ٥ (أسس التغيير)، عندما لا يكون لدى البلدان ذات الموارد المنخفضة ما يكفي من المتخصصين لتقديم هذه الخدمات على مستوى المنطقة ، ينبغي لها أن تنظر في استراتيجيات لسد هذه الفجوة. وقد يكون ذلك، على سبيل المثال، عن طريق إدخال وتدريب كوادر جديدة من المهنيين الذين يمكنهم، في الوقت الحالي، أن يحلوا محل الأطباء النفسيين أو علماء النفس السريري أو أطقم التمريض النفسي (انظر الإطار ٥-١١ الابتكارات في الموارد البشرية لتطوير الخبرة المتخصصة).

وبشكل عام، لا يوجد نموذج واحد لتنظيم خدمات الصحة النفسية المجتمعية التي ستنطبق على جميع السياقات القطرية. ومع ذلك، يمكن لكل بلد، بغض النظر عن الموارد المحدودة، اتخاذ خطوات لإعادة هيكلة رعاية الصحة النفسية وتوسيع نطاقها . وستؤثر الاختلافات في هياكل النظام الصحي والموارد البشرية وما هو موروث من خدمات الصحة النفسية الموجودة مسبقًا على التشكيل الدقيق لشبكات الخدمات، وينبغي النظر في الاختلافات المحلية في الجغرافيا ووسائل الحصول على الخدمات ومحو الأمية ونظم الدعم الاجتماعي وغير الرسمي .

ما وراء الخدمات الرسمية

بالإضافة إلى الخدمات الرسمية الموصوفة في الشكل ٧-١، تعد نظم الدعم المجتمعي على وجه الخصوص اعتبارًا مهمًا في تطوير شبكات رعاية الصحة النفسية المجتمعية. وتشمل هذه النظم الدعم النفسي الاجتماعي الذي تقدمه مجموعة متنوعة من مقدمي الخدمات المجتمعية، بما في ذلك أفراد الأسرة، والأصدقاء، والأقران، وقادة المجتمعات المحلية والقادة الدينيون، والمتطوعون المجتمعيون، والمعلمون، والمجموعات النسوية، ونوادي الشباب، والممارسون التقليديون والمكملون.

ويكمل الدعم الاجتماعي وغير الرسمي الخدمات الرسمية وهو حيوي لضمان بيئات داعمة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية (اقرأ تجربة إليني). ووفقًا لاستقصاء عالمي أُجري في عام ٢٠٢٠، فإن التحدث إلى مقدمي الرعاية الطبيعية (أي الأصدقاء والعائلة) هو النهج الأكثر شيوعًا الذي يتبعه الناس للتخفيف من الاكتئاب أو القلق (١٥٠).

وكما هو موضح في مكان آخر من هذا التقرير، يمكن للأشخاص الذين لديهم تجربة حية أن يكون لهم دور كبير في دعم الآخرين الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، والدفاع عن حقوقهم ووجهات نظرهم، وتعزيز اندماجهم الاجتماعي، وتقديم الخدمات (انظر الفصل ٤ تحت المجهر: إشراك الأشخاص ذوي التجربة الحية وتمكينهم والقسم ٧-٣-٢ خدمات دعم الأقران) (٤٣٨).

وفي معظم البلدان، يجري التشاور على نطاق واسع مع الزعماء الدينيين والممارسين التقليديين والمكملين. وتختلف معتقداتهم وممارساتهم اختلافًا واسعًا من مكان لآخر، وكذلك فعاليتهم (٤٣٩). ويطبق المعالجون التقليديون في بعض الأحيان ممارسات شديدة الضرر (٤٤٠). ولكنهم غالبًا ما يكونون نقطة الاتصال الأولى للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، والذين يرون أن إسهاماتهم مجدية وعلى الأرجح ستكون مفيدة (٤٤١). ومن المحتمل أن يكون هناك العديد من الحالات التي يمكن فيها التعاون المثمر بين الخدمات الصحية والمعالجين المحليين. وفي الواقع، أثبتت تجربة عشوائية مُتحَكَم فيها أُجريت على نطاق واسع في غانا ونيجيريا نجاعةَ وفعالية تكلفة نموذجٍ للرعاية المشتركة للذهان يقدمه المعالجون المحليون ومقدمو الرعاية الصحية الأولية (٤٤٢).

وينبغي لجميع البلدان بالموازاة مع إنشاء شبكة من الخدمات الرسمية أن تهيئ بيئة تمكينية لمقدمي الخدمات المجتمعية. وتحقيقًا لهذه الغاية، يجب على الحكومات إتاحة الموارد (على سبيل المثال، الأموال والمساحات) للمبادرات المجتمعية التي يمكن أن تنشط وتعزز الدعم المجتمعي المفيد للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية.

التخطيط على الصعيدين الوطني والمحلي

تحتاج شبكات الخدمات الشاملة والمتماسكة إلى تخطيط وإدارة دقيقين على مستويات متعددة (٤٤٣). وللسلطات أو المديريات أو الإدارات الوطنية المعنية بالصحة النفسية - التي تشرف على السياسات والتشريعات القطرية وتنسقها - دور حاسم في ذلك (٤٤٤). وتقدم هذه السلطات المشورة إلى الحكومة المركزية ويمكنها المساعدة في إعطاء الأولوية لمسائل الصحة النفسية على المستوى الوطني. كما أنها تضع معايير للجودة وتقديم الخدمات وتجمع بيانات وطنية عن جميع خدمات الصحة النفسية. وهي تقوم بالرصد والتقييم ويمكن أن تيسر تبادل الممارسات الجيدة بين المناطق. وهي تواكب المستجدات العالمية في مجال الصحة النفسية و تشارك في المحافل الدولية، و تعود إلى بلادها بالدروس المستفادة. ويمكن مساءلة السلطة المعنية بالصحة النفسية عن تحقيق (أو عدم تحقيق) التحسُّن المطلوب في الصحة النفسية وتنميتها في البلاد.

وتخطط سلطات الصحة النفسية المحلية لخدمات منطقة جغرافية معينة مثل المقاطعة، مع مراعاة الاختلافات المحلية من حيث الموارد البشرية و الموارد الأخرى ومدى توافرها ويسهل التخطيط المحلي إشراك أصحاب المصلحة المحليين، بمن في هم ذلك الأشخاص ذوو التجربة الحية. ويُتاح لمستخدمي الخدمة محاسبة المعنيين بالتخطيط المحليين (٤٤٥).

وبصرف النظر عما إذا كان التخطيط وطنيًا أم محليًا، فإن تخطيط خدمات الصحة النفسية وتنفيذها يجب أن يحدد ويخصص ميزانية لمجموعة مناسبة من خدمات الصحة النفسية، استنادا إلى تقييم الاحتياجات والأولويات والموارد المتاحة لدى السكان، بمن فيهم الموظفون المدربون (انظر الشكل ٧-٢).

قصة

إن أفراد أسرتي هم من يقوم مقام اختصاصي الرعاية المجتمعية المعنيين برعايتي

تجربة إليني

أعاني من اضطراب ثنائي القطب وأعيش في إثيوبيا، حيث لم تكن هناك حتى وقت قريب خيارات علاجية بخلاف الأدوية. وقبل عقد من الزمان، كان يُقدِّم رعاية الصحة النفسية عدد قليل من الأطباء النفسيين الذين اضطروا إلى تقسيم خدماتهم لتغطي طابورًا طويلا من الناس. و لم تكن توجد العلاجات الأخرى، بل لم يكن معترفًا بها حتى في النظام الصحي في البلد.

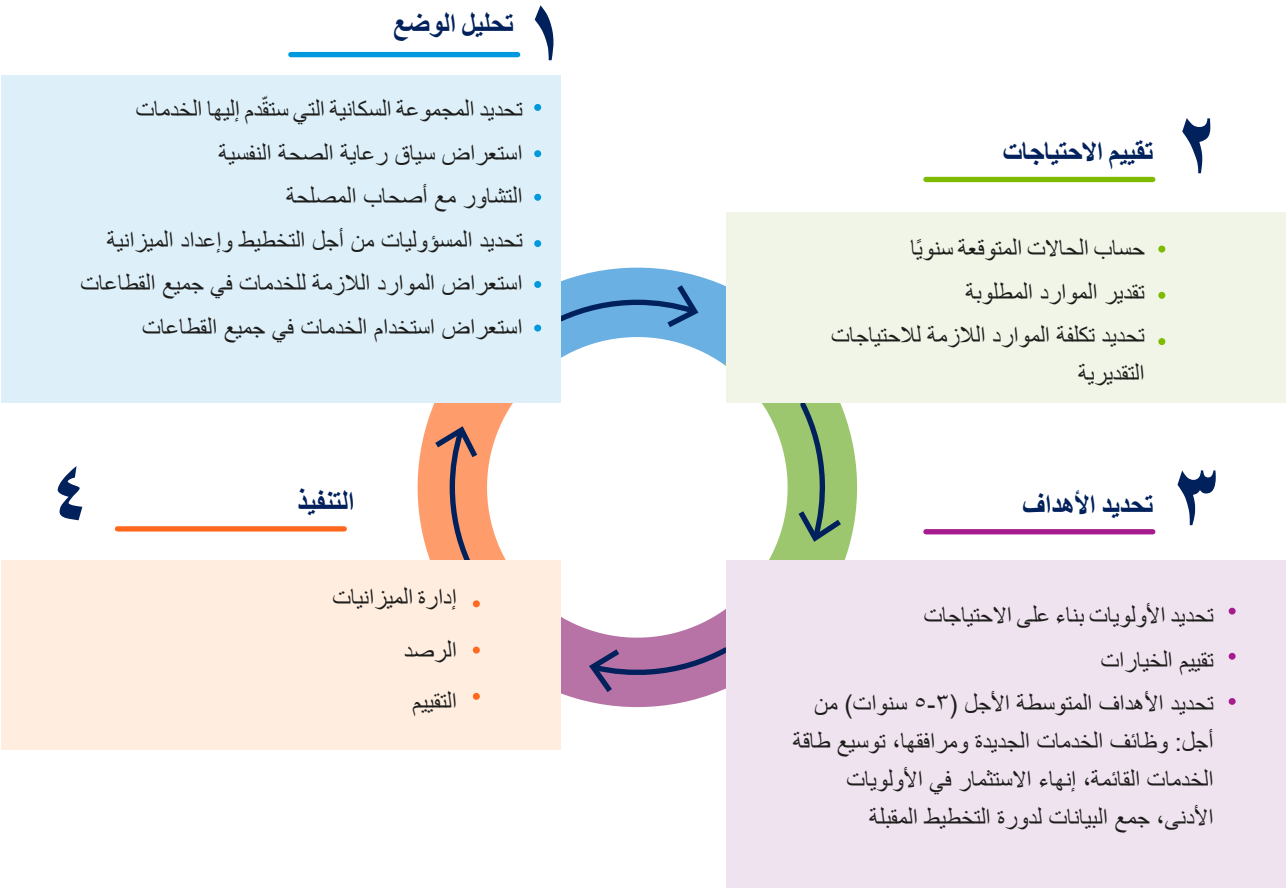
وبالنسبة لي، فإن أفراد أسرتي هم من يقوم مقام اختصاصي الرعاية المجتمعية المعنيين برعايتي . وكنت محظوظًا إذ كان لدي والدين من خلفية طبية، وأخت وزوج من الاختصاصيين الاجتماعيين. وكان إيمانهم بي سندًا كبيرًا لي في رحلة التعافي. ولم يُعتبر الاستثمار في رعاية صحتي النفسية أبدًا جهدًا أو موردًا ضائعًا في عائلتي. و ساعدني تعاطفهم ودعمهم العاطفي والمالي على التغلب على مواطن القصور والشعور بالوصم .

وخلال الأوقات التي لم تكن فيها خدمات الإرشاد فيما يخص ا لصحة النفسية متاحة في المدينة، قامت أسرتي بهذه المهمة خير قيام، ولا تزال تفعل ذلك إلى اليوم. ولم أكن لأصل إلى هذه المحطة في رحلة التعافي لو لم تدعمني أسرتي طوال تلك الرحلة.

إليني ميسجاناو، إثيوبيا

الشكل ٧-٢

خطوات التخطيط ووضع الميزانية لخدمات الصحة النفسية



المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٣ (٤٤٣).

الخدمات المتكاملة وتلك المخصصة للصحة النفسية

ستشمل شبكات خدمات الصحة النفسية دائمًا بعض الخدمات التي تجمع بين رعاية الصحة البدنية والنفسية عند نقطة تقديم الخدمات (الخدمات المتكاملة)، وبعض الخدمات التي تقتصر على الصحة النفسية (الخدمات المخصصة).

وتشمل الخدمات المتكاملة تدخلات الصحة النفسية التي تُقدَّم ضمن الرعاية الصحية العامة، وخاصة في مرافق الرعاية الأولية والمستشفيات العامة. ويضمن التكامل إتاحة رعاية الصحية النفسية أينما قُدمت خدمات الصحة البدنية.
وتشمل الخدمات المخصصة أي خدمة مصممة خصيصًا لدعم الصحة النفسية. وهي تشمل، على سبيل المثال، وحدات العلاج النفسي الداخلية والخارجية في المستشفيات العامة، ومراكز أو أفرقة الصحة النفسية المجتمعية، وخدمات التوعية بالصحة النفسية، ومراكز الرعاية النهارية، وخدمات أزمات الصحة النفسية، والعديد من الخدمات الأخرى على مستوى الرعاية الثانوية في النظام الصحي.

وغالبًا ما توصف الخدمات المخصصة بأنها إحالة أو رعاية متخصصة في حزم التغطية الصحية الشاملة (٤٤٦). ولكن، في الواقع، يمكن أن تكون أوسع من ذلك لأن بعض الخدمات المخصصة (مثل خدمات الصحة النفسية للأزمات) يجب أن تكون متاحة دون إحالة. أما الخدمات الأخرى (مثل المشورة النفسية غير المتخصصة) فيكمن أن يقِّدمها العاملون المجتمعيون الذين تلقوا التدريب والإشراف ولكن لا يمكن وصفهم بأنهم متخصصون، إذ إنهم يعوزهم التدريب المتقدم .

وفي كل الأحوال، عند التخطيط لرعاية الصحة النفسية واستحداث حزم التغطية الصحية الشاملة، يجب ألا يكون السؤال العام أبدًا هو ما إذا كانت الخدمات ينبغي أن تكون متكاملة أم مخصصة، بل كيف يمكن تقديم كليهما. ومن غير المرجح أن يكون الاستثمار في دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية مستدامًا ما لم تكن هناك خدمات مخصصة للصحة النفسية يمكنها دعم موظفي الرعاية الأولية وتوجيههم والإشراف عليهم وقبول الإحالات للحالات المعقدة. وعلى العكس من ذلك، من غير المرجح أن يؤدي الاستثمار في الخدمات المخصصة للصحة النفسية وحدها إلى تمكين أو تحسين الرعاية للغالبية العظمى من الأشخاص الذين يحتاجون إليها بسبب ارتفاع معدل انتشار اعتلالات الصحة النفسية.

المسؤوليات المتعددة القطاعات

تقع مسؤولية تقديم رعاية الصحة النفسية المجتمعية، سواء من خلال خدمات متكاملة أو مخصصة، على قطاعات متعددة.

وتتولى وزارة أو قطاع الصحة مسؤولية تقديم خدمات الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية العامة وتقديم معظم خدمات الصحة النفسية المجتمعية. ولكن المسؤوليات الأخرى ليست محددة بوضوح.

فعلى سبيل المثال، في البلدان التي تقدم خدمات المعيشة المدعومة والدعم الاقتصادي للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية، قد تكون هذه الخدمات والدعم، أو لا تكون، مدرجة في اختصاص وزارة الصحة. وبالمثل، قد يقع تقديم خدمات الصحة النفسية داخل المدارس على عاتق وزارة الصحة أو التعليم. وعادة ما تدير وزارة الرعاية الاجتماعية العديد من خدمات الصحة النفسية والخدمات النفسية الاجتماعية المجتمعية الأخرى - مثل تلك المخصصة لضحايا العنف القائم على النوع والمشردين والأطفال تحت الرعاية. وعلاوة على ذلك، هناك بلدان عديدة تتولى فيها وزارات أخرى المسؤولية عن مؤسسات كبيرة وطويلة الأجل هي مصحات فعلية للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية، واضطرابات استخدام مواد الإدمان، والإعاقات الإدراكية والذهنية والنفسية.

ويعتبر تحديد القطاع الذي يتحمل المسؤولية عن الخدمة أمرًا مهمًا . ولكن ما يهم أكثر من ذلك هو ضمان وجود مجموعة كاملة من الخدمات المجتمعية الميسورة التكلفة والجيدة، ووجود آليات تعاون وتنسيق قوية متعددة القطاعات لتحقيق ذلك، والتخلص التدريجي الاستراتيجي من الرعاية المؤسسية طويلة الأجل في جميع القطاعات.

ومن المهم أيضًا إشراك أصحاب المصلحة ذوي الصلة. وفي العديد من البلدان، تعد المنظمات غير الحكومية المحلية الجهات الرئيسية التي تقدم خدمات الصحة النفسية المجتمعية والخدمات الاجتماعية. ويمكن أن تقدم هذه الخدمات بتكليف من الحكومة أو تُقدَّم بشكل مستقل. وغالبًا ما تجد الخدمات المستقلة التي تقودها المنظمات غير الحكومية أنه من الأسهل التكيف مع الاحتياجات المتغيرة والابتكار مقارنة مع الخدمات الحكومية. ولكنها، مثل الخدمات الحكومية، لا تزال تتطلب إشرافًا تنظيميًا.

٧-١-٣ إلغاء تلقي رعاية الصحة النفسية في المؤسسات

في معظم البلدان، يعتمد استحداث شبكات خدمات فعالة للصحة النفسية على النجاح في إلغاء تقديم رعاية الصحة النفسية في المؤسسات والتحوُّل من الرعاية بالاحتجاز في مستشفيات الأمراض النفسية أو المصحات نحو الرعاية في المجتمع - لجميع الأعمار. وينطبق إلغاء تقديم الرعاية في المؤسسات أيضًا على المؤسسات التقليدية مثل مخيمات الصلاة (٤٤٠). وينطبق أيضًا على أي مؤسسة رعاية احتجازية أخرى تعتبر مصحة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية وتتولى إدارتها مؤسسة خيرية أو حكومة .

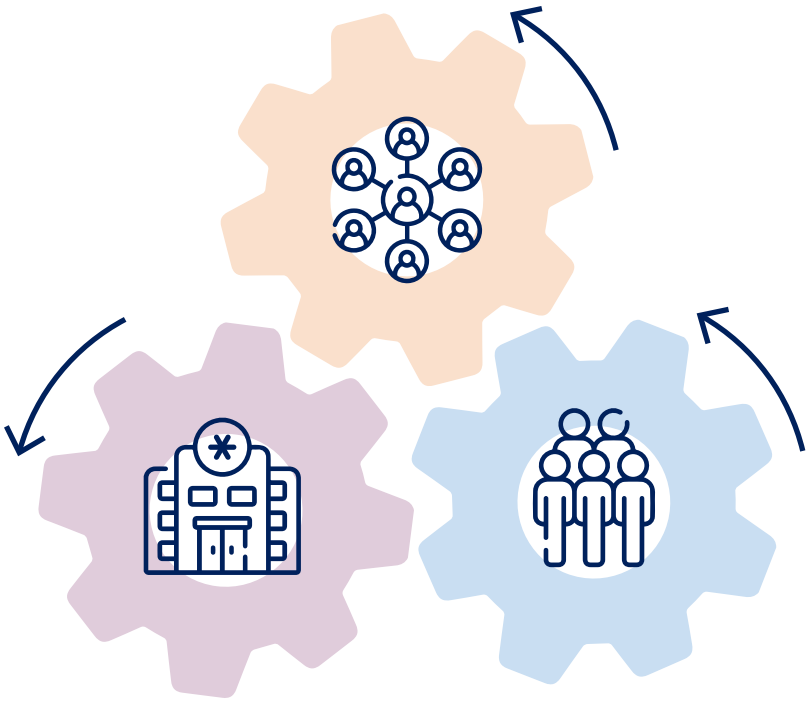
وإلغاء تقديم الرعاية في المؤسسات عملية معقدة وصعبة من الناحيتين التقنية والتنظيمية وكثيرًا ما تكون تدريجية ونادرًا ما تسير في خط مستقيم. وهي ليست مجرد عملية تحتاج إلى إدارة جيدة فحسب، إنها تتطلب تغيير حياة جميع المعنيين وطريقة تفكيرهم. وتحتاج عملية إلغاء تقديم الرعاية في المؤسسات إلى رؤية مشتركة لإضفاء الطابع الإنساني على رعاية الصحة النفسية، على أساس فهم ما للمجتمع والحرية والاستقلالية من أهمية لجميع الناس .

إلغاء الرعاية المؤسسية لا يعني إخراج الناس من المؤسسات.

ومن المهم تقليل عدد الحالات تدريجيًا إلى أن تُغلق مؤسسات الأمراض النفسية التي تطول فيها الإقامة أو يُغيَّر الغرض المنشود منها. فإلغاء تقديم الرعاية في المؤسسات لا يعني إخراج الأشخاص من المؤسسات لأنه يجب أن يصاحبه استثمار مالي وهيكلي واستراتيجي كافٍ في الخدمات المجتمعية. وهذا أمر ضروري لتلبية الاحتياجات الصحية والاجتماعية للمقيمين في المؤسسات السابقة، وأسرهم أو مقدمي الرعاية لهم، وكذلك لمنع قبول حالات جديدة أو إعادة القبول (انظر الشكل ٧-٣) . ومع تطور الخدمات المجتمعية، من المهم إغلاق الأسرة المؤسسية لمنع قبول جيل آخر من المقيمين لفترات طويلة. وفي الواقع، يجب إغلاق مؤسسات الأمراض النفسية التي تطول فيها الإقامة بمجرد وجود بدائل مجتمعية كافية.

الشكل ٧-٣

يتضمن إلغاء تقديم الرعاية في المؤسسات زيادة إخراج الأشخاص من مؤسسات الأمراض النفسية المتزامنة مع إنقاص قبول الحالات وتوسيع نطاق الرعاية في المجتمع المحلي



زيادة عدد الحالات المسموح لها بمغادرة مؤسسة الرعاية

السماح لمقيمي المستشفيات النفسية بالمغادرة تدريجيًا إذ إن من الضروري التأكد من توافر الحلول المجتمعية التي تفي باحتياجاتهم الصحية والاجتماعية

التوسع في الخدمات

إنشاء شبكة لخدمات الصحة النفسية المجتمعية والرعاية الاجتماعية المنسقة والمترابطة لدعم أي شخص يعاني من اعتلال في صحته النفسية

خفض الحالات التي تدخل مؤسسة الرعاية

خفض الحالات الجديدة التي تدخل المستشفيات النفسية بطريقة منهجية؛ وتحسين نوعية الرعاية وصون حقوق الناس في الرعاية الداخلية أو الرعاية في المنزل

المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2001 (*1*).

الدروس المستفادة من التجربة

إن إلغاء تقديم الرعاية للصحة النفسية في المؤسسات وبناء الخدمات المجتمعية عملية متزامنة تعيد توجيه الموارد تدريجيًا بتحويلها من المؤسسة إلى المجتمع. وتظهر التجربة أن عملية إلغاء الرعاية النفسية الاحتجازية يمكن أن تسير جيدًا أو لا (٤٤٧، ٤٤٨). وثمة دروس مستفادة من كلتا النتيجتين، وكلاهما معًا يبيّنان أن هناك ١٠ مكونات للنجاح في المستقبل.

١. **الدعم على أعلى وأوسع المستويات**. إن الدعم أساسي، ليس فقط من القادة السياسيين والمسؤولين الحكوميين، ولكن أيضًا من قادة المجتمع وأفراده والأوساط الأكاديمية.

٢. **التخطيط والتنفيذ بعناية**. يتطلب نقل المقيمين لفترات طويلة من الرعاية المؤسسية إلى الرعاية المجتمعية تخطيطًا وإعدادًا شاملين، بالإضافة إلى التنفيذ التدريجي، بما في ذلك تقصير فترات الإقامة ومنع قبول حالات جديدة. وينبغي أن يبدأ إحداث التحول في المؤسسات بتغيير الحياة داخلها، وذلك مثلا بتغيير الأنشطة والروتين والديناميات الداخلية بين الموظفين والمقيمين، وبالتصدي للإكراه وسوء المعاملة.

٣. **إشراك السكان وتمكينهم**. يجب أن يكون السكان قادرين على المشاركة بصورة فعالة في عملية التغيير. وهذا يعني المشاركة الكاملة في المناقشات بشأن خيارات مغادرة المؤسسة وإعادة إدخال مهارات الحياة اليومية. كما يعني أيضًا الحصول على الدعم لصون حقوق المرء كمواطن، على سبيل المثال لإدارة موارده الخاصة، واتخاذ قرارات مستنيرة بشأن مكان العيش، واختيار الملابس التي يرتديها، والحصول على أجر مقابل أي عمل في المؤسسة.

٤. **الخدمات المجتمعية**. لتجنب الإهمال والتشرد، يجب أن تتاح، عند مغادرة المؤسسة، الخدمات والدعم المجتمعي المناسبين، بما يتماشى مع الاحتياجات الفردية لأي مقيم. وفي العادة، سيتمكن بعض المقيمين (أو مجموعات من المقيمين من مناطق جغرافية محددة) من مغادرة المؤسسة قبل الآخرين، اعتمادًا على احتياجاتهم ومدى تطور الخدمات المجتمعية في المنطقة التي سيعيش فيها الفرد.

٥. **موارد مالية إضافية مؤقتة**. حتى يمكن إلغاء تقديم الرعاية في المؤسسات، يجب أن يكون لدى المستشفيات النفسية وخدمات الصحة النفسية المجتمعية تمويل مواز خلال الفترة الانتقالية حتى تتمكن المؤسسات من مواصلة العمل ريثما تُستحدَث الخدمات المجتمعية.

٦. **قوة صحية عاملة ملتزمة**. يلزم استشارة العاملين الصحيين ومنظماتهم المهنية على نطاق واسع، وإشراكهم في تخطيط العملية وتنفيذها، حتى يكونوا ملتزمين بالتغيير بدلا من مقاومتهم له. وعادة، عندما يتم تقليص المؤسسات التي تطول فيها الإقامة، يحتاج موظفو المستشفى إلى التدريب لتقديم الرعاية في المجتمع.

٧. **الحد من الوصم** . يجب أن تشكل التدخلات المناهضة للوصم التي يشارك فيها القادة والعاملون الصحيون والجمهور جزءًا من أي برنامج لإلغاء الرعاية المؤسسية، وذلك من أجل تقليل فرصة إساءة المعاملة عند المغادرة للعيش في المجتمع.

٨. **موافقة المقيمين ومشاركة الأسر**. إن الحصول على موافقة المقيمين الذين سيغادرون، وحيثما أمكن، إشراك الأسر والأقرباء طوال العملية أمران على قدر عالٍ من الأهمية .

٩. **الاهتمام بالصحة النفسية والصحة البدنية**. إن متابعة الصحة النفسية للمقيمين الذين غادروا مؤسسات الرعاية ليست وحدها المهمة ولكن أيضًا متابعة صحتهم الجسدية لمنع الناس من الموت المبكر في المجتمع.

١٠. **الرصد والتقييم**. يجب وضع قواعد ومعايير للرعاية المجتمعية والعلاج وإعادة التأهيل. ويجب إجراء عمليات تفتيش وتقييم منتظمة لضمان تقديم الرعاية والدعم الجيدين لكل فرد يغادر المؤسسة.

والتوقيت هو مفتاح النجاح في إلغاء الرعاية المؤسسية (انظر القسم ٥-٢-١ تعزيز الإرادة السياسية والمشاركة: فرص سانحة). وليس مهمًا عند تنفيذ الإلغاء أن تكون نماذج الرعاية المجتمعية أقل أو أكثر تكلفة من المؤسسات، خاصة بعد مراعاة احتياجات الناس ونوعية الرعاية. وفي الواقع، قد يكون الإلغاء أكثر فعالية من حيث التكلفة عندما يحقق نتائج تعافٍ أفضل (٤٤٩).

وعلى أي حال، لا ينبغي أن يكون سبب إخراج الأشخاص من المؤسسات هو فعاليته من حيث التكلفة فحسب، بل لأن الأفراد المعنيين يمكن أن يعيشوا حياة أفضل وأكثر فائدة. وتظهر التجربة أن عملية إلغاء الرعاية المؤسسة إذا ما سارت على ما يرام يمكن أن تحسن نوعية حياة الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات في صحتهم النفسية وتحميهم من مجموعة واسعة من انتهاكات حقوق الإنسان.

وبالنسبة للجزء الأكبر، أدى خفض الأسرة بالتوازي مع الاستثمار الكبير في الخدمات المجتمعية إلى تحقيق نجاح في تحويل الناس إلى الرعاية الشاملة المجتمعية وإعادة إدماجهم في المجتمعات، مما منع الإيداع في المؤسسات لفترة طويلة، والتشرد ، والسجن (اقرأ تجربة ريجينا في الفصل ٢) (٤٤٧، ٤٥٠). ويمكن تنفيذ الإصلاح على نطاق ضيق، أو داخل فرادى المدن أو المقاطعات، أو على نطاق واسع، في البلد بأكمله (انظر الإطار ٧-٢ إلغاء تلقي رعاية الصحة النفسية في المؤسسات في البرازيل). وفي حالات مختلفة، ساعدت الدراسات الاستقصائية للإيواء المجتمعي التي أُجريت مع المقيمين لفترة طويلة على التخطيط لإعادة إسكانهم ورعايتهم المستمرة (٤٥١).

دراسة حالة

الإطار ٧-٢

إلغاء تلقي رعاية الصحة النفسية في المؤسسات في البرازيل

في أوائل التسعينيات، ذهب ٧٥٪ من التمويل الفيدرالي المخصص للصحة النفسية في البرازيل إلى مستشفيات الاحتجاز التي تعمل في ظروف سيئة، وتقع فيها انتهاكات خطيرة لحقوق الإنسان. و في العقود الثلاثة التي تلت ذلك، حدث تحول تدريجي في الموارد نحو الرعاية في المجتمع، إذ غادر الأشخاص تدريجيًا مؤسسات الرعاية . و اليوم، يُستثمر أكثر من ٧٩٪ من التمويل الفيدرالي في نظام رعاية مجتمعي يهدف إلى توفير نهج يراعي حقوق الإنسان و تحقيق التعافي.

و يدمج النظام الجديد الرعاية الأولية والمستشفيات العامة والرعاية في حالات الأزمات ضمن شبكات الرعاية النفسية الاجتماعية التي تنسقها مراكز مجتمعية ل لصحة النفسية. و تعمل هذه على مدار ٢٤ ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. ويتضمن النظام مرافق سكنية بالإضافة إلى بدل إعادة تأهيل للأشخاص العائدين إلى ديارهم بعد إقامة طويلة في المستشفى. كما يقدم الدعم التقني والمالي إلى المبادرات المحلية الرامية إلى إعادة التأهيل الاجتماعي وإيجاد مصادر دخل والمناصرة.

ومن عام ١٩٩٨ إلى عام ٢٠٢٠، ارتفع عدد مراكز الصحة النفسية المجتمعية من ١٤٨ إلى ٦٥٧ ٢، موزعةً في جميع أنحاء البلاد. وهي تعد الركيزة الأساسية لرعاية الصحة النفسية في البرازيل، ويستخدمها أكثر من نصف السكان الذين تم تشخيص هم على أنهم مصابون باعتلال في الصحة النفسية. وتظهر الدراسات أن مراكز الصحة النفسية المجتمعية فعالة في دعم "استقلالية الأفراد وتعافيهم، حيث أعرب الأشخاص من ذوي التجربة الحية وأسرهم عن رضاهم الكبير عنها.

المصادر: Lociks de Araújo، 2016 (*452*)؛ Ministério da Saúde، 2020 (*453*).

وفي حالات قليلة خُفضّت فيها أسرَّة المستشفيات دون الاستثمار في البدائل المجتمعية، تدنت جودة وكمية الرعاية بشدة، مما أدى إلى نتائج سلبية للغاية للأشخاص المعنيين. فعلى سبيل المثال، في عام ٢٠١٧، توفي في غوتنغ في جنوب أفريقيا ما لا يقل عن ١٤٤ شخصًا، بما في ذلك من الجوع والإهمال، بعد خروجهم من المستشفيات إلى رعاية مجتمعية تعاني من نقص التمويل ونقص المهارات، ويُعزى ذلك جزئيًا إلى التسرع في برنامج إلغاء الرعاية المؤسسية وسوء تخطيطه (٤٤٨).

وتشدد الدروس المستفادة من غوتنغ الحاجة إلى تدخلات شاملة لمكافحة الوصم والتمييز. وتؤكد الحاجة إلى مشاورات واسعة بين أصحاب المصلحة والموافقة الكاملة من مستخدمي الخدمة والأسر. وهي تشدد على أهمية اتباع نهج مخطط وعلى مراحل يتضمن قواعد ومعايير للرعاية المجتمعية تُعد بعناية وتتولى السلطات الصحية رصدها بانتظام.

وتبيّن من الحالات التي أُلغيت فيها الرعاية المؤسسية بطريقة مسؤولة أن الإلغاء يمكن أيضًا أن يكون مستدامًا بقدر كبير و يمكن أن يدوم لعقود. وفي عام ١٩٧٨، بدأت إيطاليا في تنفيذ القانون رقم ١٨٠، وهو قانون أوقف قبول جميع ال حالات الجديدة في مستشفيات الأمراض النفسية العامة. وبعد ٤٠ سنة من إلغاء مستشفيات الأمراض النفسية، يمكن مقارنة نظام الصحة النفسية الإيطالي ببلدان مجموعة السبع الأخرى، وجميعها اقتصادات ذات دخل مرتفع (٤٥٤). ومع ذلك، يوجد في إيطاليا عدد أقل بكثير من موظفي الصحة النفسية لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة. وفي عام ٢٠١٩، لم يكن لدى إيطاليا أسرة في مستشفيات الأمراض النفسية، بينما في بلدان مجموعة السبع الأخرى تراوح عدد أسرة المستشفيات النفسية بين ١١ لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في كندا و ١٧٠ لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في اليابان (٥). و يوجد في إيطاليا أيضًا عدد أقل من الأسرة للرعاية الحادة في المستشفيات العامة، ولكن هناك عدد أكبر من الأسرة في المرافق السكنية المجتمعية مقارنة ببلدان مجموعة السبع الأخرى. وفي إيطاليا، انخفض عدد حالات القبول الإجباري من أكثر من ٢٠ ٠٠٠ في عام ١٩٧٨ إلى أقل من ٩ ٠٠٠ في عام ٢٠١٥ (انظر الإطار ٧-٣ تريستا، إيطاليا: ٤٠ عامًا من رعاية الصحة النفسية المجتمعية).

دراسة حالة

الإطار ٧-٣

تريستا، إيطاليا: ٤٠ عامًا من رعاية الصحة النفسية المجتمعية

في تريستا بإيطاليا، أثبتت رعاية الصحة النفسية المجتمعية فعاليتها على مدى أكثر من ٤٠ عامًا. وبدأ التحول في تريستا في السبعينات، مع نقل الأشخاص الذين يعيشون في مصحة المدينة إلى المجتمع. وحوِّلت الأموال التي كانت تستخدم في السابق لإدارة المصحة تدريجيًا إلى نفقات استحداث شبكة شاملة من الخدمات المجتمعية. وتظل أبواب مراكز الصحة النفسية المجتمعية مفتوحة على مدار ٢٤ ساعة في اليوم وبها عيادات يمكن زيارتها مباشرة و تتيح العلاج المنزلي والرعاية النهارية والدعم النفسي الاجتماعي والأدوية والرعاية الليلية للأزمات، إضافة إلى خدمات أخرى. وتُقدَّم أيضًا خدمات لإعادة التأهيل وخدمات إسكانية تتيح مختلف مستويات المساكن المدعومة ولها صلات بالشبكات المحلية للتعاونيات الاجتماعية التي تتيح فرص عمل وتدير أنشطة ثقافية وتعليمية.

ويقدَّم الدعم إلى الناس في منازلهم وأحيا ئ هم بقدر الإمكان، حتى يتمكنوا من الاستمرار في العيش في مجتمعاتهم.

والجدير بالذكر أن الأشخاص في تريستا يشاركون مشاركة نشطة في رعاية أنفسهم. فهم يساعدون في وضع خطط رعاية شخصية تتجاوز التدخلات السريرية لتشمل مجموعة واسعة من احتياجات الرعاية الاجتماعية، ابتداءً من دعم الإسكان والنظافة الشخصية إلى الشؤون المالية والعمل.

وأدى نموذج تريستا الخاصة بإلغاء الرعاية المؤسسية إلى تحسين رضا المستخدمين والأداء الاجتماعي والنتائج الصحية للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. وانخفضت معدلات الانتحار في المدينة. وكذلك القبول غير الطوعي. وانخفض الوصم المتعلق بالصحة النفسية حيث أعيد إدماج الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية في المجتمع. كما أن نموذج الرعاية الجديد أقل تكلفة أيضًا، إذ يُقدَّم بنسبة ٣٧٪ من تكلفة نظام المصحات القديم في تريستا.

المصادر: (*454*) Barbui et al، 2018)؛ (*455*) Mezzina، 2018؛ (*456*) Mezzina، 2014؛ (*457*) Dipartimento di Salute Mentale، 2019.

ولا يزال إلغاء الرعاية المؤسسية جاريا في عدد من البلدان. وفي الأرجنتين، يجري إصلاح الصحة النفسية في مقاطعات عديدة وفي مقاطعة بوينس آيرس، بين كانون الثاني/يناير ٢٠٢٠ وحزيران/يونيو ٢٠٢١، انخفض عدد الأشخاص في المؤسسات من ١ ٨١٠ إلى ١ ٣٩١. وتحقق ذلك من خلال وقف القبول لفترة طويلة ومنح ٣٨١ شخصًا إعانة تحويل لدعم مغادرة المؤسسة، وتقديم الدعم السكني لـ ٣٠٦ من المقيمين المغادرين للمؤسسة. ويُقدَّم الدعم إلى المقيمين المغادرين للمؤسسة من خلال خدمات الصحة النفسية المجتمعية (٤٥٨)

٧-١-٤ توسيع نطاق الرعاية للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شائعة

يعني الانتشار المرتفع والفجوة الشاسعة في الرعاية لاعتلالات الصحة النفسية الشائعة مثل الاكتئاب والقلق أن البلدان بحاجة إلى تنويع خيارات الرعاية وتوسيع نطاقها فيما يخص هذه الاعتلالات إذا ما أرادت إحراز تقدم نحو التغطية الصحية الشاملة أو الوصول إليها. وستكون هناك حاجة إلى إتاحة تمويل جديد وبذل جهود

لإضافة الرعاية النفسية القائمة على البينات إلى خدمات الصحة والصحة النفسية الحالية وكذلك إلى أماكن الرعاية الاجتماعية ونظام العدالة الجنائية والمدارس والجامعات والبيئات الإلكترونية.

وتفصل الأقسام من ٧-٢ إلى ٧-٤ بعض الاستراتيجيات المطلوبة لتحقيق ذلك في خدمات مختلفة. فعلى سبيل المثال، على الرغم من أن أي خدمة للصحة النفسية المجتمعية من المحتمل أن تلبي اعتلالات الصحة النفسية الشائعة والشديدة، فإن هذا لن يكون كافيًا. ويلزم توسيع نطاق تقديم الرعاية النفسية في أماكن الرعاية الصحية الأولية وعن طريق مقدمي الخدمات المجتمعية. وتشمل الاستراتيجيات الرئيسية الأخرى الرامية إلى توسيع نطاق الرعاية القائمة على البينات فيما يخص اعتلالات الصحة النفسية الشائعة تمكين المساعدة الذاتية والاستفادة بشكل أفضل من التقنيات الرقمية (انظر الفصل ٥، تحت المجهر: تسخير التقنيات الرقمية لفائدة الصحة النفسية).

تقديم المشورة غير المتخصصة

أثبتت برامج تقديم المشورة النفسي التي توظف وتدرب وتنشر مقدمي مشورة غير متخصصين لتقديم تدخلات نفسية جماعية أو فردية قائمة على البينات أنها فعالة للغاية للأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب والقلق (٣١٤). ولا ينبغي الخلط بين هذا الشكل من تقديم المشورة وإعطاء المعلومات أو إسداء النصح (كما هو الحال عندما يقدم شخص ما المشورة لأم جديدة بشأن كيفية رعاية طفلها). ويمكن تنفيذ برامج الإرشاد النفسي على نطاق واسع (انظر الإطار ٧-٤ العاملين غير المتخصصين في مجال الرعاية الصحية النفسية يعالجون الاكتئاب في أوغندا وزامبيا).

وفيما يخص الاكتئاب والقلق يمكن أن يشمل مقدمي المشورة غير المتخصصين مجموعة واسعة من الأشخاص تشمل العاملين المجتمعيين والمتطوعين والأقران الذين لديهم على الأقل عشر سنوات من التعليم، والأشخاص الحاصلين على شهادة جامعية لكن لم يتلقوا تدريبًا متخصصًا في الصحة النفسية (على سبيل المثال العاملون في مجال التمريض أو خريجو علم النفس).

دراسة حالة

الإطار ٧-٤

العاملين غير المتخصصين في مجال الرعاية الصحية النفسية يعالجون الاكتئاب في أوغندا وزامبيا

في أوغندا وزامبيا، تدرب المؤسسة الاجتماعية الموسومة "الأذهان القوية" أو StrongMinds العمال والمتطوعين غير المتخصصين على شكل من أشكال العلاج التفاعلي المكيف ثقافيًا والمعتمد محليًا، وتنشرهم لعلاج الاكتئاب لدى النساء والمراهقين.

ويساعد المعالجون غير المتخصصين المشاركين في المجموعة على تحديد أسباب الاكتئاب لديهم (الشعور بالأسى لفترة طويلة أو الصراعات أو الوحدة أو العزلة الاجتماعية والتغيرات في حياة المرء) وتصميم استراتيجيات للتغلب عليها. تجتمع المجموعات، المكونة عادةً من ١٢ مشاركًا، في مجتمعاتها المحلية في ثماني جلسات أو أكثر. ونظرًا لأن الاكتئاب يمكن أن يتكرر، فإن المهارات المكتسبة من خلال العلاج لها تأثير وقائي فوري وطويل المدى.

وتحدد المنظمة العملاء من خلال عملية تعبئة تشمل التثقيف النفسي والتوعية بالشراكة مع قادة المجتمع المحلي والمدارس والمنظمات غير الحكومية الشريكة والنظراء الحكوميين. كما تدير المنظمة حملات تثقيف عامة عبر الإذاعة ووسائل التواصل الاجتماعي.

وعلى مدى السنوات الثماني الماضية، عالج البرنامج أكثر من ١٠٠ ٠٠٠ شخص. ووفقًا لتقييم أداة فحص الاكتئاب PHQ-9، يتعافى أكثر من ٨٠٪ من الأفراد الذين عولجوا، وتُحفظ النتائج لمدة ستة أشهر بعد العلاج. وأبلغ الأشخاص الذين أكملوا العلاج عن زيادة بنسبة ١٦٪ في الحضور إلى العمل، وزيادة بنسبة ٢٨٪ في التواصل الاجتماعي، وزيادة بنسبة ١٣٪ في الأسر التي تتناول وجبات منتظمة، وزيادة بنسبة ٣٠٪ في حضور أطفالهم إلى المدرسة.

وتتوسع الآن منظمة StrongMinds من خلال الشراكة مع الحكومات والمنظمات غير الحكومية، لدمج تدخلها في مجال الصحة النفسية في برامج سبل العيش والأمن الغذائي والصحة والتعليم الحالية.

المصادر: StrongMinds، 2021 (*459*)؛ Bolton et al، 2003 (*460*).

وفي كل الأحوال، فإن التدريب والإشراف الداعم المستمر مهمان لبناء ثقة مقدمي الخدمات غير المتخصصين ورصد الكفاءات (انظر القسم ٥-٤-٣ تزويد مقدمي الخدمات المجتمعية بالكفاءات اللازمة لرعاية الصحة النفسية).

ويمكن أن تضيف المشورة النفسية غير المتخصصة أيضًا قيمة كبيرة للرعاية النفسية المتخصصة. فعلى سبيل المثال، في مرفق رعاية الصحة النفسية من الدرجة الثالثة في إسلام أباد، باكستان، تمت إضافة تدخل نفسي قصير يسمى Problem Management Plus (PM+) إلى الرعاية الروتينية، والتي تكون على الأغلب دوائية. ويُنفّذ PM+ والتدخلات المماثلة عادةً خارج أماكن الرعاية المتخصصة. وفي إسلام أباد، أُتيح التدخل في إطار الرعاية المتخصصة، ولكن أتاحه مرشدون غير متخصصين، أكملوا درجة البكالوريوس في علم النفس دون الحصول على أي تدريب سريري. وتبيّن أن إضافة التدخل النفسي حسّن النتائج بقدر كبير فيما يخص الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب والقلق (٤٦١). وإذا طبّقت مرافق الرعاية المتخصصة المزيد من مثل هذه المشورة غير المتخصصة القائمة على البينات ضمن ما تقدمه من رعاية روتينية، فستكون في وضع يمكنها من توجيه ودعم نشر هذا الإرشاد في الرعاية الأولية والأوساط المجتمعية.

وفي الواقع، يمكن تنفيذ برامج المشورة غير المتخصصة داخل مرافق الرعاية الأولية وغيرها من الأطر المجتمعية، بما في ذلك من خلال خدمات قائمة بذاتها تديرها منظمات غير حكومية. وبالفعل يجري الآن تنفيذها باطراد.

وتظهر الدراسات أن هذه البرامج يمكن أن تعزز قدرة خدمات الصحة النفسية في الخطوط الأمامية وتحسن الرعاية بقدر كبير. وعلى سبيل المثال، في أحد البرامج في محافظة شمال غرب جنوب أفريقيا حددت ممرضات الرعاية الأولية الأشخاص المصابين بالاكتئاب بين المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة ضمن برنامج رعاية تعاونية. وأحالوا أولئك الذين يعانون من أعراض اكتئاب خفيفة إلى متوسطة إلى مقدمي مشورة غير متخصصين لتقديم الإرشاد المنظم استنادًا إلى علاج السلوك المعرفي. ووجدت الدراسة انخفاضًا إكلينيكيًا كبيرًا في الأعراض على مدى ١٢ شهرًا من المتابعة. وأفاد الناس بأنهم يشعرون بأنهم قادرون على التعامل مع القضايا الاجتماعية ومهيأون لذلك أفضل من ذي قبل (٤٦٢).

يمكن للمشورة غير المتخصصة أن تعزز أن يعزز قدرة خدمات الصحة النفسية في الخطوط الأمامية ويحسن الرعاية بقدر كبير.

وفي ريف ولاية ماهاراشترا بالهند، يستخدم نهج Atmiyata متطوعين مجتمعيين مدربين لتحديد ودعم وتقديم المشورة لأفراد المجتمع الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية الشائعة. ويقدم هؤلاء المتطوعون تقنيات حل المشكلات والتنشيط السلوكي. كما أنهم ييسرون الوصول إلى رعاية الصحة النفسية والفوائد الاجتماعية (المالية)، ويحسنون وعي المجتمع بقضايا الصحة النفسية ويعززون الرفاه. ويقدم نهج Atmiyata خدمة تكمل القطاع الصحي الرسمي. ويبشر هذا النهج بتحقيق تحسن في تقبُّل الرعاية وكذلك الحد من الإعاقة وتحسن جودة الحياة والمشاركة الاجتماعية للأشخاص المصابين بالاكتئاب والقلق (٤٦٣، ٤٦٤).

ويمكن استخدام برامج المشورة النفسية غير المتخصصة للوصول إلى فئات معينة من الأشخاص الذين قد يكونون معرضين بشكل خاص للاكتئاب أو القلق، بما في ذلك الآباء والأمهات الجدد أو اللاجئين أو الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (انظر الإطار ٧-٥ مقاعد الصداقة للصحة النفسية). ومن الابتكارات الواعدة الأخيرة استخدام نهج يقوم على تدخل واحد من أجل المشكلات الشائعة التي تنجم عنها مجموعة من اعتلالات الصحة النفسية (العلاج عبر التشخيصات) (٤٦٥، ٤٦٦). وقد خضع هذا النهج إلى الاختبار وأثبت نجاحه مع الناجين من العنف في بلدان عديدة مثل كولومبيا، وإثيوبيا، والعراق، وتايلند، وأوكرانيا، وزامبيا.

دراسة حالة

الإطار ٧-٥

مقاعد الصداقة للصحة النفسية

في زمبابوي، ظل مشروع "مقاعد الصداقة" يعمل على دمج الصحة النفسية في برامج صحية أخرى على مدى أكثر من ٢٠ عامًا. ويستخدم المشروع علاجات تقوم على حل المشكلات يقدمها المتطوعون المجتمعيون، المعروفون باسم «الجدات»، لمعالجة «kufungisisa» (وهي تعني التفكير كثيرًا وهو مفهوم محلي يعني في لغة الشونا مجموعة من اعتلالات الصحة النفسية غير الذهانية).

وتتلقى "الجدات" تدريبًا على تقديم المشورة للأشخاص في جلسات منظمة مدتها ٤٥ دقيقة تعقد على مقاعد خشبية داخل عيادات الرعاية الأولية، حيث يحصل الناس على خدمات لمختلف الاعتلالات الطبية، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل والأمراض غير السارية. ويحيل مقدمو الرعاية الطبية الأشخاص إلى المقاعد ، وبعد الجلسة الأولى، تدعيهم الجدات مرة أخرى إلى حضور خمس جلسات أخرى في الحد الأقصى. وقد يتلقون أيضًا زيارات منزلية أو ينضمون إلى العلاج الجماعي أو يُحالون إلى اختصاصي، بحسب احتياجاتهم.

وتبيّن أن نهج مقاعد الصداقة قد خفض تخفيضًا كبيرًا أعراض الاكتئاب والقلق مقارنة مع الرعاية الطبيعية المعتادة. وثمة اعتقاد أيضًا بأنه يؤدي إلى تحسن في الاعتلالات الصحية المتزامنة، بما في ذلك الالتزام بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية فيما يخص فيروس نقص المناعة البشرية.

ومنذ عام ٢٠٠٦، تلقت أكثر من ٦٠٠ جدة تدريبًا عبر نهج "مقاعد الصداقة". وقدمن العلاج المجاني لعشرات الآلاف من الأشخاص في ما يزيد عن ٧٠ مجتمعًا محليًا في زمبابوي؛ وهو مطبّق حاليًا في مجموعة من البلدان الأخرى.

تم تكييف النموذج أيضًا ليكون أكثر صلة بالمراهقين، إذ لم يشارك في المشروع الأصلي سوى القليل منهم، إما لأنهم لم يستعينوا بعيادات الرعاية الصحية الأولية التي وُجدت فيها مقاعد الصداقة أو لأنهم شعروا بالحرج من رؤيتهم يطلبون المساعدة من جدة. ولذا، صُمم النهج لمن تتراوح أعمارهم بين ١٦ و١٩ عامًا ويستخدم الأصدقاء من طلاب علم النفس وعلم الاجتماع لتقديم العلاج لحل المشكلات عوضًا عن الجدات. ويظل تدريب مقدمي المشورة هو نفسه، ولكن مع تركيز إضافي على مواضيع مثل استخدام العقاقير والجنس والعلاقات. وأفاد الأصدقاء بأنهم تمكنوا من إنشاء تحالفات مع عملائهم ويقولون إنهم يرون أن عملهم مفيد وملح، ولكن هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات للتحقيق في تجارب العملاء.

المصادر: Chibanda et al، 2016 (*467*)؛ Wallén et al، 2021 (*468*).

المساعدة الذاتية

كما هو مذكور في الفصل ٥ أسس التغيير، يمكن أن تكون المساعدة الذاتية بتوجيه (أي عندما يساعد العامل الشخص على استخدام المواد) أو من دون توجيه (عندما لا يتلقى الشخص أي دعم أو تشجيع). ويمكن أن يكون لكل من المتخصصين وغير المتخصصين دور في تقديم التوجيه في التدخلات المتعلقة بالمساعدة الذاتية الخاصة بالاكتئاب والقلق. فعلى سبيل المثال، يمكنهم تيسير المناقشات وتوضيح التقنيات ودعم الناس للعمل من خلال مواد المساعدة الذاتية، ويمكنهم القيام بذلك وجهًا لوجه أو عن بعد.

وتساعد التدخلات المتعلقة بالمساعدة الذاتية على تزويد الأشخاص بالأدوات والوسائل التي يحتاجونها لمناقشة وإدارة أي مشكلات تتعلق بالصحة النفسية عند ظهورها (اقرأ تجربة نور في الفصل ٥). ويمكن أن تقدم هذه التدخلات بسرعة إلى أعداد كبيرة من الناس، مما يجعلها مفيدة بشكل خاص في جهود التوسع (انظر الإطار ٧-٦ تحسين الوصول إلى العلاجات النفسية)، بما في ذلك في البلدان المتأثرة بالأزمة (انظر الإطار ٧-٧ خطوة بخطوة: المساعدة الذاتية الموجهة للاكتئاب في لبنان).

دراسة حالة

الإطار ٧-٦

تحسين الوصول إلى العلاجات النفسية

إن "تحسين الوصول إلى العلاجات النفسية (IAPT)" هو برنامج وطني للعلاجات النفسية القائمة على البينات خاص بعلاج القلق والاكتئاب في المملكة المتحدة. وأُطلق البرنامج في عام ٢٠٠٨ لفائدة البالغين، وقد توسع منذ ذلك الحين ليشمل عنصرًا فرعيًا للأطفال والشباب، بما في ذلك في المدارس. وتتلقى البرنامج زهاء ١,٢٥ مليون إحالة كل عام، وهو إلى حد بعيد أكبر برنامج ممول من القطاع العام لتقديم العلاج النفسي المنظم القائم على البينات في العالم. واستخدم البرنامج بوصفه نموذجًا لاستحداث خدمات مماثلة في أستراليا، وكندا، واليابان، والنرويج.

ويتبنى برنامج IAPT نهج العناية المتدرجة الذي يقدم علاجات مكثفة تدريجيًا، وفقًا للحاجة. ويُقدم للناس في البداية مساعدة ذاتية موجهة وغير مكثفة استنادًا إلى مبادئ العلاج المعرفي السلوكي. وتتسم المساعدة الذاتية بطابع نفسي تعليمي وتُقدَّم عبر الهاتف، عبر العلاج المعرفي السلوكي المحوسب، في مجموعات كبيرة أو بشكل فردي. ويقدِّمها مساعدون غير متخصصين يخضعون للإشراف يطلق عليهم ممارسو الرفاه النفسي الذين يقدمون تدخلات موحدة قائمة على البينات. ويسترشد الممارسون بتدابير التقييم والكفاءة العلاجية ذات الصلة.

ويُحال الأشخاص الذين لا يتحسنون بعد المساعدة الذاتية الموجهة لتلقي علاجات نفسية عالية الكثافة من المعالجين المؤهلين.

وتبيّن من مراجعة أُجريت لـ٦٠ دراسة أن ثمة تحسنًا كبيرًا في الاكتئاب والقلق بين الأشخاص الذين يحضرون خدمات برنامج IAPT.

المصدر: Wakefield et al، 2021 (*469*).

وحتى كتب ومواد المساعدة الذاتية غير الموجهة يمكن أن تكون مفيدة في زيادة الدعم النفسي لاعتلالات الصحة النفسية الشائعة. وتظهر الأبحاث أن استخدام كتب المساعدة الذاتية يمكن أن يساعد في تقليل أعراض الاكتئاب لدى البالغين، بما في ذلك على المدى الطويل (٤٧٠). ومع ذلك، تميل التدخلات غير الموجهة إلى أن تكون أقل فعالية من التدخلات الموجهة (٤٧١). كما ثبت أن العلاج الحاسوبي الذي يقدم العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب والقلق من خلال الإنترنت فعال ومقبول وعملي لمن لديهم إمكانية الوصول إلى النظم الرقمية. ويتيح العلاج الحاسوبي الموجه المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي نفس الفوائد التي يتيحها العلاج المعرفي السلوكي التقليدي وجهًا لوجه(٤٧٢).

دراسة حالة

الإطار ٧-٧

خطوة بخطوة: المساعدة الذاتية الموجهة الخاصة بعلاج الاكتئاب في لبنان

"خطوة بخطوة" هو تدخل جديد للمساعدة الذاتية الرقمية لمنظمة الصحة العالمية. ويتيح التدخلُ التعليمَ النفسي من خلال سرد القصص واستخدام تمارين تفاعلية لتعليم الناس استخدام التقنيات العلاجية لتقليل اكتئابهم. ويركز على التنشيط السلوكي جنبًا إلى جنب مع إدارة الشعور بالإجهاد (التنفس البطيء)، وزيادة الدعم الاجتماعي والوقاية من الانتكاس.

وعندما واجه لبنان سلسلة من الأزمات في عام ٢٠٢٠، جرّبت وزارة الصحة العامة وشركاؤها نسخة مكيّفة ثقافيًا من "خطوة بخطوة" مع المواطنين اللبنانيين والنازحين السوريين. واستُخدمت المساعدة الذاتية الموجهة. وقدم مقدمي المشورة غير المتخصصين الخاضعون للإشراف ما لا يزيد عن ١٥ دقيقة من التوجيه عن بُعد (عبر الهاتف أو من خلال الرسائل عبر الإنترنت) كل أسبوع للأشخاص الذين يعانون من أعراض الاكتئاب. وقال الأشخاص الذين أكملوا البرنامج إنه موفق ومقبول ومفيد (اقرأ تجربة نور في الفصل ٥).

وتشير تجربتان عشوائيتان كبيرتان إلى أن التدخل كان فعالًا في تقليل أعراض الاكتئاب وتحسين الأداء والرفاه في جميع أنحاء البلاد. وتتولى الحكومة الآن تقديم التدخل بوصفه خدمة روتينية.

المصدر: Cuijpers et al، in press (*472*).

٧-٢ دمج الصحة النفسية في الخدمات الصحية

يعد دمج الصحة النفسية في خدمات الصحة العامة عنصرًا حاسمًا في إصلاح الصحة النفسية (٤٧٣). وتساعد الرعاية المتكاملة على زيادة الوصول وتقليل الوصم. وهذا يعني أنه غالبًا ما يمكن علاج مشكلات الصحة البدنية والنفسية في وقت واحد. كما أنه يجعل خدمات الصحة النفسية أكثر سهولة، لأن خدمات الصحة العامة عادة ما تكون أقرب إلى المكان الذي يعيش فيه الناس. لذلك، فإن الدمج ينهض بالتغطية الصحية الشاملة.

وكان إدماج الصحة النفسية في الرعاية الصحية العامة هدفًا سياسيًا متفقًا عليه منذ السبعينيات (٤٧٤). ويمكن تنفيذه بطرق مختلفة، على مستويات مختلفة ومن خلال خدمات مختلفة (٤٧٥، ٤٧٦).

وفي الأقسام التالية، نستكشف كيف يمكن استخدام استراتيجيات دمج رعاية الصحة النفسية في مواضع متعددة، بما في ذلك الرعاية الأولية والبرامج الصحية المحددة والمستشفيات العامة.

٧-٢-١ الصحة النفسية في الرعاية الأولية

على المستويات الأولية للرعاية، تُدرَج الإجراءات المناسبة للصحة النفسية في خلاصة التغطية الصحية الشاملة لمنظمة الصحة العالمية (انظر القسم ٥-١-٣ البينات اللازمة لتوجيه السياسات والممارسات) وتنفَّذ من خلال برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية التابع لمنظمة الصحة العالمية (٣٠٦).

ومن الناحية العملية، يمكن إتاحة هذه التدخلات ضمن الرعاية الأولية من خلال توسيع القوة العاملة في مجال الصحة النفسية بإحدى طريقتين رئيسيتين:

- بناء القدرات التي يحتاجها موظفو الرعاية الصحية العامة في أماكن الرعاية الأولية لتحديد اعتلالات الصحة النفسية وتقييمها وإدارتها، بما في ذلك لدى الأطفال والمراهقين والبالغين وكبار السن (انظر الجمع بين مسؤوليات الصحة البدنية والنفسية في الرعاية الأولية)، أو
- عن طريق تطوير مقدمي الرعاية الصحية النفسية وإدماجهم في أماكن الرعاية الأولية (انظر إضافة الموظفين إلى الرعاية الأولية).

وفي كلتا الحالتين، يمكن أن يختلف التعاون بين مقدمي الرعاية الصحية النفسية والعامة من حيث الكثافة - من العمل بشكل مستقل والاقتصار على إحالة الأشخاص من خدمة إلى أخرى إلى العمل ضمن نفس الفريق لتقديم الرعاية في موقع واحد، باستخدام علاج واحد أو خطة رعاية واحدة (٤٧٧).

الرعاية المتكاملة عملية ومتاحة بأسعار معقولة وفعالة من حيث التكلفة.

وبالنسبة لمعظم الاعتلالات الشائعة، ثبت أن الرعاية المتكاملة التي يقدمها موظفو الرعاية الأولية المدربون في مجال الصحة النفسية تحقق نتائج صحية أفضل مقارنة بالرعاية الصحية الأولية المعتادة (اقرأ تجربة أميرة) (٢٩٦). كما أنها عملية ومتاحة بأسعار معقولة وفعالة من حيث التكلفة، بما في ذلك في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل (٤٧٨).

لكن الاندماج لا يخلو من صعوبة. ومن الحواجز الأكثر تكرارا ما يلي (٤٧٩، ٢٥٨):

- سلوكيات العاملين الصحيين والجمهور التي تغذي الوصم تجاه الصحة النفسية؛
- عدم كفاية تدريب العاملين الصحيين والإشراف عليهم؛
- ارتفاع أعباء العمل بين موظفي الرعاية الأولية؛
- تدني الوعي بالصحة النفسية في المجتمع المحلي؛
- انخفاض اهتمام العاملين الصحيين وتحمسهم للتغيير؛
- نقص الأدوية النفسية الأساسية أو إتاحتها غير المتسقة؛
- تفكك الإدارة والقيادة في مجال الرعاية الصحية النفسية والبدنية؛
- التمويل المحدود وغير المنصف.

ويمكن أن تكون أعباء العمل الثقيلة عقبات يصعب التغلب عليها بشكل خاص. وغالبًا ما يتحمل العاملون في مجال الرعاية الأولية عبئًا ثقيلًا حتى قبل دمج رعاية الصحة النفسية - والتي يمكن أن تستغرق وقتًا طويلًا - في جداولهم الزمنية.

قصة

انضم إلينا ونحن نشعل نهضة في الصحة النفسية

تجربة أميرة

كانت تجربتي مع اكتئاب ما بعد الولادة شديدة ومؤلمة. ومثلي مثل أي أم، انتظرتُ بفارغ الصبر طفلي الأول. لكن بدلًا من أن أكون سعيدةً بحمله على صدري، وجدت نفسي أغرق في الحزن والعزلة والنفور. وفي ذلك الوقت، لم يكن مصطلح «الصحة النفسية» يستخدم كثيرًا في الأردن.

لقد عانيت لفترة طويلة. وأصبح اكتئابي مزمنًا بسبب جهلي وجهل من حولي. وأرهقني الألم النفسي وحاولت مرارًا الانتحار.

واعتقدت أن حل معاناتي قد يكمن في العلاج النفسي. لكنني كنت قلقة من أن يلحقني العار. وقررت زيارة عيادة خاصة للصحة النفسية وارتديت النقاب، حتى لا يراني أحد يعرفني. وهنا وجدت نوعًا آخر من المعاناة: ارتفاع الأسعار والمضايقات. ولم أستطع تحمل تكلفة الرعاية التي أحتاجها وعانيت من الانتكاسات والتراجع. وفي النهاية قررت الذهاب إلى عيادة حكومية للصحة النفسية، ولكن حتى هنا كانت هناك انتهاكات لحقوق الإنسان. كنا جميعًا نعاني، ولكن لم يجرؤ أحد على الكلام. وكان التعافي بطيئا.

ثم نزلت رحمة الله، والتزم بلدي بتحسين الصحة النفسية، ودُمجت رعاية الصحة النفسية في عيادة محلية. وكنت من أوائل الأشخاص الذين حصلوا عليها. وقدم لي فريق متعدد التخصصات العلاج النفسي وإعادة التأهيل المجتمعي لدعمي لأصبح عضوًا نشطًا في المجتمع.

وكان اختصاصيو العيادة يؤمنون بقدراتنا، ودعتنا منظمة الصحة العالمية إلى ورشة عمل بشأن حقوق الإنسان. وفوجئت بوجود مجموعة من الأشخاص يعانون من إعاقات نفسية مثلي ويتعرضون للترويع والوصم في المجتمع وتشرفت بمعرفتهم. وقررنا إنشاء جمعية أطلقنا عليها اسم "خطوتنا" لدعم حقوق الأشخاص الذين يعانون من مشكلات الصحة النفسية لدمجهم في المجتمع. وبدأت قضيتنا ترى النور. وشاركنا بنشاط في إنتاج أول استراتيجية وطنية للصحة النفسية في الأردن منذ ١١ عامًا.

وأمضيت أكثر من ١٥ عامًا في الدعوة وزيادة الوعي بالقضايا التي تؤثر في الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. ويسرني جدًا أن أمثلهم لأول مرة في مجلس أمناء المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، بعد العمل على تعديل قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تمشيًا مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الذي صدّق عليه الأردن في عام ٢٠٠٨.

ولقد حققنا الكثير، ولكن لا يزال هناك الكثير الذي يتعين القيام به لاكتساب الحقوق الكاملة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. لا تتردد. انضم إلينا ونحن نوقد شعلة على درب الصحة النفسية.

أميرة علي الجمال، الأردن

الجمع بين مسؤوليات الصحة البدنية والنفسية في الرعاية الأولية

تتضمن الطريقة الأولى والأكثر شيوعًا لدمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية تدريب طاقم الرعاية الطبية الأولية على رعاية الصحة النفسية، حتى يتمكنوا من الجمع بين الرعاية الصحية البدنية المعتادة ورعاية اعتلالات الصحة النفسية (انظر الإطار ٧-٨ الرعاية الصحية النفسية الأولية المتكاملة في جمهورية إيران الإسلامية).

ويحتاج موظفو الرعاية الأولية إلى تطوير الكفاءات اللازمة للرعاية الصحية النفسية من خلال التدريب قبل الخدمة أو التدريب في أثناء الخدمة أو كليهما (انظر القسم ٥-٤-٢ تعزيز كفاءات مقدمي الرعاية الصحية العامة). وحتى بمجرد تدريبهم، يجب دعم هؤلاء غير المتخصصين من خلال خدمات متخصصة، سواء في المستشفيات العامة أو من خلال خدمات الصحة النفسية المجتمعية، من أجل تقديم الاستشارة وتحسين الجودة، وإذا لزم الأمر، الإحالة. وفي البلدان التي يكون فيها عدد المتخصصين قليلًا ومشتتًا على نطاق واسع، يمكن أن تكون التقنيات الرقمية مهمة بشكل خاص للإشراف والتوجيه الداعمين.

دراسة حالة

الإطار ٧-٨

الرعاية الصحية النفسية الأولية المتكاملة في جمهورية إيران الإسلامية

على مدى عقود، أدمجت جمهورية إيران الإسلامية تدريجيًا رعاية الصحة النفسية في نظامها للرعاية الصحية الأولية. وابتداءً من عام ١٩٨٩، أُسندت إلى العاملين الصحيين المجتمعيين (المعروفين محليًا باسم «behvarzes») مسؤوليات الصحة النفسية، بما في ذلك البحث النشط عن الحالات والإحالة. وتلقى الممارسون العامون تدريبًا ودعمًا لتقديم رعاية الصحة النفسية ضمن مسؤولياتهم الصحية العامة، ولإحالة الأشخاص الذين يعانون من مشاكل معقدة إلى الأطباء النفسيين وغيرهم من المتخصصين في الصحة النفسية في المراكز الصحية في المناطق أو المحافظات.

وقد نجح هذا النموذج بشكل جيد في المناطق الريفية، ولكنه كان أقل نجاحا في المناطق الحضرية، ولا سيما في ضواحي المدن الكبيرة، التي تنقصها كثيرًا الهياكل الأساسية الصحية والموارد البشرية. وفي عام ٢٠١٤، اعتُمد إطار جديد للإدماج يركز تحديدًا على مواجهة التحديات في المناطق الحضرية الهامشية. وأنشأ النموذج الجديد نوعين جديدين من مقدمي خدمات الصحة النفسية للعمل جنبًا إلى جنب مع الممارسين العامين.

- يعمل "Moragheb-e salamat' كعاملين صحيين مجتمعيين متعددي الأغراض. وهم النظير الحضري للعاملين الصحيين المعروفين باسم behvarzes ولديهم مسؤوليات مماثلة في مجال الصحة النفسية.
- يقدم علماء النفس الحاصلون على درجة الماجستير في علم النفس السريري خدمات الصحة النفسية في مراكز الصحة الحضرية. وهم مسؤولون عن تثقيف الجمهور في مجال الوقاية الأولية، وإتاحة التعليم النفسي للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية وأسرهم، وتقديم تدخلات نفسية قصيرة ومتابعة هاتفية للمحتاجين، وإحالة الأشخاص إلى الخدمات الاجتماعية عند الاقتضاء.

وتبين عمليات التقييم التي أُجريت للنموذج الجديد أنه زاد من توافر توافر رعاية الصحة النفسية وإمكانية الحصول عليها في المناطق الحضرية الهامشية.

المصادر: Islamic Republic of Iran، Ministry of Health and Medical Education، Director of Mental Health and Substance Use، Ahmed Hajebi، personal communication، April 2022؛ Smith، 2020 (*480*).

وتشكّل الرعاية المتكاملة المقدمة من غير المتخصصين الأساس لنشر برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية mhGAP لمنظمة الصحة العالمية، والذي يجري تنفيذه لتعزيز المهارات وتوسيع نطاق رعاية الصحة النفسية للاعتلالات ذات الأولوية بين الشباب والبالغين وكبار السن في البيئات غير المتخصصة في جميع أنحاء العالم (انظر القسم ٥-٤-٢ تعزيز كفاءات مقدمي الرعاية الصحية العامة) (٣٠٥). وتبين الدراسات أن المبادرة تحسن المعارف والسلوكيات والثقة بين مقدمي الرعاية الأولية بعد التدريب، وتؤدي إلى تحسين الأعراض والمشاركة في رعاية الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحتهم النفسية (٣٠٨). كما ثبت أنها تساعد في تقليل فجوة العلاج وزيادة التغطية الفعالة لاعتلالات الصحة النفسية ذات الأولوية (انظر الإطار ٧-٩ برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية في نيبال: سد فجوة العلاج).

وفي حين أن برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية غالبًا ما يستخدم لتوسيع نطاق رعاية الصحة النفسية لعامة السكان، يمكن استخدامه أيضًا لفئات محددة، مثل اللاجئين (انظر الإطار ٧-١٠ برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية في تركيا: توسيع نطاق الخدمات للاجئين) أو الشباب. ففي جمهورية إيران الإسلامية، على سبيل المثال، يُستخدم دليل تدخل برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية لتعزيز مهارات وثقة أطباء الأسرة في الصحة النفسية للأطفال والمراهقين حتى يتمكنوا من علاج الحالات ذات الأولوية بأنفسهم، عوضًا عن إحالتهم إلى مراكز متخصصة.

كما توجد نسخة إنسانية من دليل التدخل تستخدمها على نطاق واسع المنظمات غير الحكومية الدولية التي تستجيب لحالات الطوارئ الإنسانية (٤٨١). وعلى سبيل المثال، استُخدِمت لتوسيع نطاق رعاية الصحة النفسية في السياق الهش والمتأثر بالصراع في في ليبيا (٤٨٢). وهنا، عملت وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية ولجنة الإنقاذ الدولية والفيلق الطبي الدولي وشركاء آخرون معًا لتكييف مواد دليل التدخل مع السياق المحلي بإشراك أصحاب المصلحة في وقت مبكر لزيادة الوعي بالبرنامج ودعمه. وتلقى العاملون الصحيون غير المتخصصين من ٢٠ مرفقا للرعاية الأولية تدريبا على دليل التدخل، كما تلقى الاختصاصيون النفسيون والأطباء النفسيون المحليون تدريبًا على الإشراف على برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية وإدارته لجعل البرنامج أكثر استدامة. وبمجرد الانتهاء من التدريب، أُوفدت وحدات متنقلة وبدأت بالتناوب لسد الفجوات في بلديات عديدة كانت فيها الخدمات محدودة أو غير موجودة.

دراسة حالة

الإطار ٧-٩

برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية في نيبال: سد فجوة العلاج

في نيبال، نُفِّذ برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية ضمن خطةٍ لرعاية الصحة النفسية الشاملة في منطقة شيتوان. وتلقى غير المتخصصين في مرافق الرعاية الأولية التدريب والإشراف لاكتشاف اعتلالات الصحة النفسية ذات الأولوية وتشخيصها وبدء علاجها باستخدام دليل التدخل الخاص بالبرنامج. وشملت الاستراتيجيات الأخرى في مجموعة التدابير الخاصة بمنطقة شيتوان زيادة الوعي، والبحث النشط عن الحالات في المجتمع المحلي، وتقديم المشورة غير المتخصصة استنادًا إلى البينات في المجتمع المحلي، وتعزيز الإحالة وإتاحة ما يلزم من الأدوية وآليات الرصد في إطار الخدمات، إضافة إلى استراتيجيات أخرى.

وعززت الخطة بشكل فعال قدرات رعاية الصحة النفسية وزيادة التغطية العلاجية. وبعد تنفيذ الخطة في المنطقة، زادت النسبة المئوية للأشخاص الذين يتلقون العلاج من ٣٪ إلى ٥٣٪ للذهان، و٠٪ إلى ١٢٪ للاكتئاب، و ١٪ إلى ١٢٪ للصرع، و ٠٪ إلى ٨٪ لاضطراب استخدام الكحول.

وحققت التدخلات في خطة شيتوان نتائج. وبعد عام من بدء العلاج، أظهر الأشخاص المصابون بالاكتئاب واضطراب تعاطي الكحول والذهان تحسنًا في الأعراض والأداء اليومي. وحدث تحسُّن بين الأشخاص المصابين بالاكتئاب نتيجة للقيمة المضافة للعلاج النفسي الذي ساهم به مقدمو المشورة المجتمعيون. وفي كل الاعتلالات، شجع الجمع بين التدخلات في الطلب والعرض الناسَ على تلقي العلاج والرعاية.

والأهم من ذلك، أن الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية في شيتوان، ومقدمي الرعاية لهم، يرون أن خدمات الصحة النفسية القائمة على الرعاية الأولية المقدمة يسهل الوصول إليها ومقبولة وفعالة.

المصادر: *265* (Jordans et al، 2019)؛ Luitel et al، 2020 (*483*).

دراسة حالة

الإطار ٧-١٠

برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية في تركيا: توسيع نطاق الخدمات للاجئين

في عام ٢٠٢١، كانت تركيا موطنًا لما يقدر بزهاء ٣,٧ مليون لاجئ سوري يعيشون تحت حماية مؤقتة، مما يخولهم الحصول على رعاية صحية أساسية مجانية. ومن المعروف أن اللاجئين أكثر عرضة للإصابة باعتلالات الصحة النفسية. ومع ذلك، غالبًا ما يكون احتمال حصولهم على الرعاية أقل.

وفي عام ٢٠١٦، بدأت تركيا في استخدام برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية لتدريب مقدمي الرعاية الأولية السوريين والأتراك على تقديم الرعاية الصحية النفسية الأساسية من خلال مراكز صحة اللاجئين وخدمات الصحة النفسية المجتمعية.

وبحلول عام ٢٠٢١، تلقى التدريب زهاء ٢ ٦٠٠ طبيب في ٢٩ محافظة (من أصل ٨١) حيث تعيش أعداد كبيرة من اللاجئين. وهذا يعني أن زهاء ٨٪ من الممارسين العامين الأتراك الذين يعملون في أماكن الرعاية الأولية (٢ ١٠٠ شخص) وأكثر من ٥٠٪ من الأطباء السوريين (٥٦١ شخصًا) قد تلقوا تدريبًا الآن باستخدام البرنامج.

وتشير التقييمات إلى أن أكثر من ٩٥٪ من المتدربين وجدوا التدريب مفيدًا ومثمرًا. وأدى التدريب إلى زيادة ذات دلالة إحصائية في المعرفة لدى الأطباء الأتراك والسوريين، وتبيّن أيضًا أن الأطباء المشاركين أكثر اهتمامًا باحتياجات الأشخاص المتعلقة بالصحة النفسية، مما أدى إلى تحديد المزيد من الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية وعلاجهم. ولوحظ أن معظم الأطباء يمتثلون معايير الرعاية المحددة في التدريب. وقال ٩٦٪ من الأشخاص الذين تلقوا خدمات من الأطباء المدربين حديثًا إنهم راضون عن جودة رعاية الصحة النفسية المقدمة.

المصدر: Kahiloğulları et al، 2020 (*484*).

وزاد البرنامج من قدرة القوة العاملة وثقتها، وعزز سبل الإحالة بين مقدمي الخدمات المجتمعية ومرافق النظام الصحي. كما ساعد على زيادة الوعي بأهمية الصحة النفسية وزاد من وصول اللاجئين والمهاجرين إلى الخدمات. وحصل أكثر من ١٠٠٠ شخص يعانون من اعتلالات الصحة النفسية على الخدمات التي يحتاجونها من خلال هذه المبادرة في عام ٢٠٢٠ وحده.

إضافة موظفين إلى الرعاية الأولية

الطريقة الثانية لدمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية هي ضم مقدمي رعاية الصحة النفسية إلى أماكن الرعاية الأولية. واعتمادًا على السياق والموارد المتاحة، قد يكون هؤلاء الموظفون الإضافيون من الاختصاصيين النفسيين أو الأطباء النفسيين للأطفال أو البالغين، أو الممرضات المدربين على الصحة النفسية للأطفال أو البالغين، أو الاختصاصيين الاجتماعيين، أو مديري الرعاية، أو العاملين في المجتمع، أو غيرهم من مقدمي الرعاية المجتمعية المدربين على رعاية الصحة النفسية.

وقد يعمل هؤلاء الموظفون بدوام كامل في عيادة واحدة (على سبيل المثال، عند إضافة مدير رعاية أو مقدم مشورة غير متخصص) أو قد يقسمون وقتهم عبر عيادات متعددة (على سبيل المثال، عندما يعمل طبيب نفسي أو ممرضة نفسية كل أسبوعين في عيادة من عيادات الصحة النفسية في مرفق رعاية أولية مختلف).

دراسة حالة

الإطار ٧-١١

سري لانكا: إضافة العاملين المجتمعيين في مجال الصحة النفسية إلى الرعاية الصحية الأولية

في سري لانكا، أدت الحاجة إلى الصحة النفسية والاهتمام بها بعد تسونامي المحيط الهندي عام ٢٠٠٤ إلى إنشاء فئة جديدة من العاملين في المجتمع، يُطلق عليهم موظفو الدعم المجتمعي. ويرتبط هؤلاء الموظفون ارتباطًا وثيقًا بنظام الرعاية الصحية الأولية، ويخضعون للمساءلة الفنية أمام موظفي الصحة النفسية في مستشفيات المناطق، وقد دعموا الآلاف من الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات في صحتهم النفسية في المجتمع. كما كانوا مسؤولين عن نسبة كبيرة من الإحالات إلى وحدات الطب النفسي في المستشفيات، تصل إلى ثلاثة أرباع جميع الإحالات في بعض المناطق.

وعلى الرغم من عدم استمرار البرنامج، أظهر تقييم أُجرى في عام ٢٠١٠ أن ١٢٨ من موظفي الدعم المجتمعي في ثلاث مناطق كانوا يتولون أمر أكثر من ١ ٥٠٠ شخص يعانون من اعتلالات صحية نفسية في المجتمع.

المصدر: (Kakuma et al، 2011 *298*).

وبالإضافة إلى ضم موظفين إلى عيادات الرعاية الأولية، أضافت البلدان عاملين مجتمعيين إلى نظام الرعاية الصحية لمعالجة الصحة النفسية بشكل أفضل. وفي الواقع، يمكن لمرافق الرعاية الأولية أن توسع تغطيتها للصحة النفسية من خلال شبكات من العمال غير المتخصصين الخاضعين للإشراف في المجتمع المحلي (انظر الإطار ٧-١١ سري لانكا: إضافة العاملين المجتمعيين في مجال الصحة النفسية إلى الرعاية الصحية الأولية).

الرعاية التعاونية

إن الرعاية التعاونية هي واحد من الأمثلة المحددة المدروسة جيدًا للنهج الثاني للإدامج (٤٨٥) . وهو نموذج للإدماج متعدد المكونات تسنده مجموعة كبيرة من البينات - بما فيها المستمدة من البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل – تؤيد تأييدًا كبيرًا استخدامه في إدارة الاكتئاب واعتلالات الصحة النفسية الشائعة الأخرى (١٧).

وفي نماذج الرعاية التعاونية، يتشارك أعضاء فريق الصحة المهام، حيث يؤدي مدير الرعاية دورًا مركزيًا وينسق الرعاية.

فعلى سبيل، تشمل الرعاية التعاونية للاكتئاب فيما يتعلق بالأشخاص المصابين بالاكتئاب في العادة المهام التالية:

- تحديد المصابين بالاكتئاب وفقًا لمقاييس اكتئاب معتمدة (وهي مهمة كثيرا ما يقوم بها مدير الرعاية)؛
- الربط بالموارد ذات الصلة في المجتمع المحلي لتلبية أي احتياجات أو محددات اجتماعية (كثيرا ما يتولى ذلك أيضًا مدير الرعاية)؛
- تلقي تدخلات نفسية قائمة على البينات (وهي مهمة يتولاها في العادة، في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، مدير الرعاية أو، حيثما كان ذلك متاحًا، مقدم مشورة غير متخصص)؛
- وصف الأدوية إذا أُوصي بذلك (مهمة يتولاها مقدم رعاية طبية عام)؛
- مراقبة حالة الاكتئاب خلال فترة رعايتهم. ويُنفَّذ ذلك باتخاذ نفس الإجراء في بداية كل زيارة، وتسجيل النتائج في سجل بسيط يُستعرض بانتظام للإبلاغ عن الحاجة لتغييرات في الرعاية. ومن المحتمل أن تشمل التغييرات زيادة كثافة الرعاية والإحالة المتخصصة.

وفي إطار الرعاية التي يقدمها الفريق، يقدم اختصاصي رعاية الصحة النفسية المشورة إلى مدير الرعاية ومقدم الرعاية الطبية العام ويشرف عليهما بانتظام. وفي جميع الحالات، تُصّمم خطط الرعاية وفقًا لاحتياجات الشخص وتفضيلاته.

وطُبِّقت الرعاية التعاونية في برامج متنوعة في جميع أنحاء العالم. ويشمل هذا بعض البرامج التي تستهدف دمج رعاية الاكتئاب في رعاية اعتلالات صحة بدنية محددة مثل مرض السكري (٤٨٦).

وطُبِّقت الرعاية التعاونية في معظمها في البلدان المرتفعة الدخل، ولكن الخبرة في مجال الرعاية التعاونية في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل آخذة في الازدياد، بما في ذلك في مجال الذهان (٤٤٢، ٤٨٧).

وفي البيئات ذات الموارد العالية وذات المنخفضة على حد سواء، تضمن الرعاية التعاونية معالجة الجوانب الاجتماعية والنفسية والطبية الرئيسية للرعاية على نحو شامل. وقد ثبت أنها أكثر فعالية وجدوى من حيث التكلفة من الإدماج الروتيني للصحة النفسية في الرعاية الصحية العامة (٤٨٨). ولكن الرعاية التعاونية تتطلب موارد إضافية (أبرزها وقت مدير الرعاية)، تشكل عائقًا أمام التوسع.

٧-٢-٢ الصحة النفسية في برامج صحية محددة

ثبت أن إدماج الصحة النفسية في برامج الصحة الخاصة بأمراض بدنية أو مجموعات سكانية محددة أمر ممكن وفعال من حيث التكلفة، مما أدى إلى تحسين الصحة النفسية والبدنية على حد سواء (٤٨٦، ٤٨٩، ٤٩٠). إن تلقي الرعاية في نفس المكان من نفس الممارس أو فريق العلاج وفي نفس الوقت، يساعد مساعدة كبيرة في تقليل التحديات اللوجستية التي تواجه تلقي الرعاية من خلال نظامين أو أكثر ويتيح رعاية أكثر شمولًا تركز على الشخص. الأهم من ذلك، أنه يمكن أن يساعد أيضًا في أن تصل الخدمات إلى الأشخاص الضعفاء الأكثر عرضة لخطر الإصابة باعتلالات الصحة النفسية.

الصحة النفسية في الخدمات الخاصة بالأمراض

الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المصاحبة والذين يُقدَّم إليهم الدعم من خلال نماذج الرعاية المدمجة هم على الأرجح من سيحصلون على نتائج صحية أفضل وسينعمون بنوعية حياة أفضل ورعاية ذاتية وبالالتزام بالتدخلات الطبية والنفسية (٤٧٦).

وتؤكد الأهداف العالمية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على وجه الخصوص الحاجة إلى تحسين إدماج الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية في الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، بما في ذلك الخدمات التي تقودها المجتمعات المحلية (٤٩١). وتوجد فرص وفيرة للإدماج - تشمل الخدمات التي تستهدف الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية واختباره وتلك التي تبدأ العلاج وتديره وخدمات تثبيط الفيروس ورعاية المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (١٦٦). وبالمثل، توصي إرشادات وكالة التنمية لرعاية مرضى السل بدمج خدمات الصحة النفسية في البرامج المعنية بالسل، ابتداءً من التدريب إلى العلاج (١٦٧).

وهناك الكثير من البينات التي تبين أن الإدماج، على سبيل المثال من خلال تقاسم المهام مع العاملين الصحيين غير المتخصصين، يمكن أن يحسن الصحة النفسية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، حتى في المجتمعات النائية جدًا والشديدة الحرمان (٤٩٢). كما يمكن أن يحسن الصحةَ البدنية في المجتمعات المحلية المصابة بفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الحد من خطر العدوى والوصم، وزيادة الالتزام بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية.

إن بإمكان دمج الصحة النفسية في برامج فيروس نقص المناعة البشرية أن يجنِّب وقوع زهاء مليون إصابة جديدة بحلول عام ٢٠٣٠.

وبالمثل، يمكن أن يكون دمج رعاية الصحة النفسية في برامج السل مفيدًا. ففي باكستان، على سبيل المثال، تبيَّن أن المشورة النفسية للأشخاص الذين يتلقون العلاج بعيادات السل مع ظهور علامات الاكتئاب والقلق عليهم يقلِّل الأعراض ويحسِّن استكمال علاج السل (٤٩٣).

تشير الأبحاث إلى أن دمج الصحة النفسية في برامج فيروس نقص المناعة البشرية لديه القدرة على تقليل معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بنسبة ١٠-١٧٪، وتجنُّب ربما ما يقرب من مليون إصابة جديدة بحلول عام ٢٠٣٠ (٤٩٤). وبالنسبة للسل، يتوقع البحث انخفاضًا أكبر (١٣-٢٠٪) في معدلات الإصابة، مع إمكانية تجنب ما يصل إلى ١٤ مليون إصابة بحلول عام ٢٠٣٠.

وبالإضافة إلى فيروس نقص المناعة البشرية والسل، هناك العديد من الفرص لدمج الصحة النفسية في الرعاية الخاصة بالأمراض، بما في ذلك برامج الأمراض غير السارية أو أمراض المناطق المدارية المهملة (١٧٤، ١٦٨).

وفي جنوب أفريقيا، وُضع نموذج مدمج للإدارة المتكاملة للأمراض المزمنة لزيادة كفاءة النظم وفعاليتها من حيث التكلفة، ومعالجة الأمراض المصاحبة (٤٩٥). وتدعم النموذج أداة "الرعاية الأولية للبالغين"، وهي أداة لدعم القرارات المتعلقة بالرعاية السريرية يمكن لمقدمي الرعاية الأولية استخدامها لتقديم رعاية سريرية شاملة وعالية الجودة للبالغين عند التماس المشورة. ويعد النموذج نموذجًا مبتكرًا من حيث إنه يمكّن مقدمي الرعاية من علاج جميع الحالات المزمنة - الجسدية والنفسية - معًا. ولذلك، على سبيل المثال، عوضًا عن إدارة عيادات منفصلة لمرض السكري وارتفاع ضغط الدم وفيروس نقص المناعة البشرية والصحة النفسية، تستخدم أداة "الرعاية الأولية" الاستشارات الروتينية لتقديم الرعاية الخاصة بالأمراض المزمنة في جميع هذه الحالات في وقت واحد. وبالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الأمراض المصاحبة، فإن هذا النهج يجعل الرعاية أسهل من الناحية اللوجستية، كما أنه يمكِّن من اتباع نهج أكثر شمولًا وتركيزًا على الشخص عند تقديم الرعاية لهم.

الصحة النفسية في الخدمات الخاصة بفئات محددة من السكان

مثلما يمكن إدماج الصحة النفسية في برامج الأمراض البدنية، يمكن أيضا إدماجها في الخدمات الصحية الخاصة بفئات محددة، بما في ذلك النساء والآباء ومقدمو الرعاية والأطفال والمراهقون وكبار السن.

ويمكن أن توفر برامج صحة المرأة طريقة متفرِّدة ليس فقط لإتاحة رعاية الصحة الإنجابية، ولكن أيضًا رعاية الصحة النفسية للنساء المتضررات من العنف الجنسي، وهو عامل قوي يعرض لخطر الإصابة بالاعتلالات الصحة النفسية. وكثيرا ما تتاح هذه البرامج للسكان المتضررين من الصراع المسلح والتشريد القسري.

وبالمثل، تتيح البرامج الخاصة بفترة ما قبل الولادة وبعدها منصة جيدة لتثقيف الآباء والأمهات ومقدمي الرعاية الآخرين بشأن الصحة النفسية، وفحصهم للكشف عن اعتلالات الصحة النفسية، وتقديم العلاجات الأساسية وتشجيع الدعم من الأقران (٤٩٦).

ويكتسي إدماج الصحة النفسية في البرامج الخاصة بفترة ما قبل الولادة وبعدها أهمية خاصة لأن اعتلال الصحة النفسية للأمهات أمر شائع ويؤثر على الأمهات والرضع على حد سواء (انظر القسم ٦-٣-٢ حماية وتعزيز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين) (٤٩٧).

ويمكن علاج اعتلالات الصحة النفسية للأم (والأب)، بوسائل منها من خلال تدريب عاملين غير متخصصين ضمن خدمات صحة الأم والرضيع (٤٩٨). ففي أوغندا، على سبيل المثال، تقوم القابلات المدربات والمشرفات بفحص النساء الحوامل في أماكن رعاية الأمهات للكشف عن الاكتئاب في الفترة المحيطة بالولادة، وعلاج اللاتي تكون نتيجة فحصهن إيجابية، وذلك عن طريق العلاج عبر مجموعات حل المشكلات الذي يُقدّم خلال الزيارات المقررة قبل الولادة. وتظهر الدراسات تحسنًا كبيرًا في النتائج السريرية والوظيفية للنساء المعالَجات بعد ستة أشهر. (٤٩٩).

٧-٢-٣ الصحة النفسية في المستشفيات العامة

على الرغم من إتاحة الكثير من خدمات الصحة النفسية من خلال الرعاية الصحية الأولية، من الضروري إتاحة خدمات الصحة النفسية المخصصة على مستوى الرعاية الثانوية. فمن دون هذه، من غير المرجح أن تكون الاستثمارات في الرعاية الصحية الأولية مستدامة (٢٥٨). ويعد تقديم الصحة النفسية في الرعاية الثانوية حجر الزاوية في إصلاح الصحة النفسية.

يعد تقديم الصحة النفسية في الرعاية الثانوية حجر الزاوية في إصلاح الصحة النفسية.

ويمكن تقديم خدمات المستوى الثانوي - التي يمكن أن توظف متخصصين وغير متخصصين - من خلال المستشفيات العامة (على نحو ما ورد في هذا القسم) أو من خلال مجموعة من خدمات الصحة النفسية المجتمعية الرسمية (على نحو ما ورد في القسم ٧-٣ خدمات الصحة النفسية المجتمعية).

وللمستشفيات العامة دور متعدد الأوجه في نظام الصحة النفسية، قد يشمل:

- **رعاية المرضى الخارجيين** لتقييم وإدارة الأشخاص من جميع الأعمار (بما في ذلك الأطفال وكبار السن) الذين يأتون بأعراض معقدة ومستعصية وشديدة لا يمكن التعامل معها بسهولة في الرعاية الصحية الأولية.
- **رعاية المرضى الداخليين على المدى القصير** للأشخاص الذين يعانون من نوبات حادة أو أزمات الصحة النفسية التي قد يتطلب علاجها الإدخال إلى المستشفى. وقد يكون ذلك من خلال وحدات المرضى الداخليين الحادة أو، عندما تكون الموارد شحيحة جدًا، من خلال أسرة الطب النفسي في الأجنحة العامة.
- **تقديم الدعم لغير المتخصصين** في الرعاية الأولية من خلال التدريب والإشراف الداعم والتوجيه.
- **دعم الرعاية طويلة الأجل** للأشخاص الذين يعانون من حالات صحية نفسية مزمنة والذين يعيشون في المجتمع في ظروف لا تستطيع فيها خدمات الصحة النفسية المجتمعية مساعدتهم بشكل كافٍ.
- **الاتصال بالرعاية النفسية** للأشخاص الذين يتم نقلهم إلى المستشفى بسبب مشكلات في الصحة البدنية.
- **الأفرقة المتنقلة** لتقديم خدمات التوعية أو الخدمات خلال الأزمات في المجتمع المحلي.

وعادة ما تجد خدمات الصحة النفسية العامة في المستشفيات قبولًا جيدًا في المجتمع. وقد يصعب على المجتمعات المحلية النائية الوصول إلى تلك الخدمات القائمة في المراكز الحضرية في المناطق الكبيرة، ومع ذلك فإن الوصول إليها أسهل من مؤسسات الطب النفسي وهي مفضلة على الأخيرة.

إن الوصول إلى خدمات الصحة النفسية في المستشفيات العامة أسهل من مؤسسات الطب النفسي.

وتبين التجربة أن من الممكن توفير رعاية جيدة للصحة النفسية في المستشفيات العامة وأن ذلك يمكن أن يكمل خدمات الصحة النفسية المجتمعية الأخرى (انظر الإطار ٧-١٢ جمهورية الدومينيكان: وضع المستشفيات الإقليمية في صدارة الاهتمام). ففي البرازيل، على سبيل المثال، تكمل الخدمات التي تقدم في المستشفيات مراكز الصحة النفسية المجتمعية المحلية عن طريق حجز عدد محدود من الأسرة خصيصا للإحالات، وذلك يحدث عادة خلال الأزمات أو بسبب الاعتلال المتزامن الذي يتطلب رعاية نفسية وطبية. ويمكن للموظفين فقط من مركز الصحة النفسية المجتمعي طلب سرير، مما يمنع الاستخدام غير المناسب والدخول إلى المستشفى غير الضروري (٥٠٠).

وفي البرازيل وخارجها، أظهرت البلدان أنه يمكن تقديم الخدمات في المستشفيات بطريقة لا إكراه فيها تحترم استقلالية الشخص وتفضيلاته العلاجية وتدعمها إلى أن يتعافى (٥٠٠).

دراسة حالة

الإطار ٧-١٢

الجمهورية الدومينيكية: وضع المستشفيات الإقليمية في صدارة الاهتمام

تعمل الجمهورية الدومينيكية على إصلاح رعاية الصحة النفسية منذ عام ٢٠١٤. وقد ركزت منذ فترة طويلة في خطتها للصحة النفسية، المدعومة بالسياسة والتشريعات، والتي تشرف عليها وزارة الصحة العامة، على إغلاق مستشفى الطب النفسي الوحيد في البلاد وإقامة شبكة من الخدمات المجتمعية في نفس الوقت. وتشمل هذه الخطة على دمج الخدمات السريرية والدعم في المرافق الصحية العامة، إلى جانب المراكز النهارية ودعم الخدمات المعيشية لدعم إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي.

وتؤدي وحدات الصحة النفسية داخل المستشفيات العامة دورًا مهمًا في المساعدة على تطبيق خطط البلاد لإصلاح الصحة النفسية. وصُممت هذه الوحدات الخاصة بالتدخل خلال الأزمات للاستجابة لإغلاق مستشفى الطب النفسي، في البداية لمنطقة العاصمة ثم توسعت لاحقًا إلى بقية البلاد. واليوم، تلبي هذه الوحدات احتياجات جميع الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات في صحتهم النفسية لا يمكن الاعتناء بها بسهولة في الرعاية الصحية الأولية.

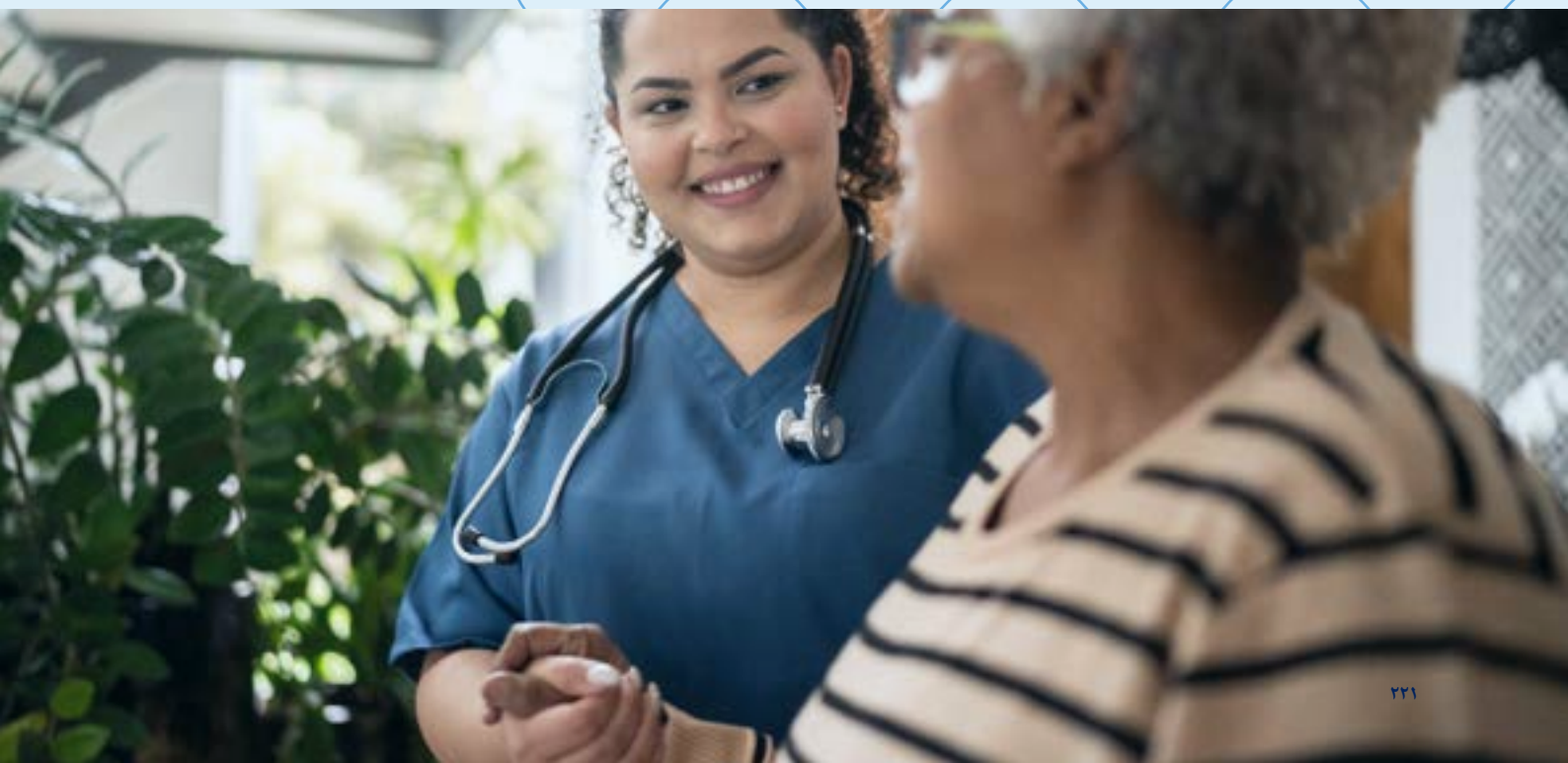
وتتيح الوحدات الموجودة في المستشفيات ما يلي:

- خدمات الأزمات، بما في ذلك الأسرة للإقامة القصيرة الأجل عند الحاجة؛
- الرعاية النفسية للمرضى الخارجيين للأشخاص الذين غادروا المستشفى، ولكنهم لم يحالوا بعد إلى خدمات العيادات الخارجية؛
- ربط الطب النفسي وعلم النفس الصحي بخدمات المستشفى الأخرى.

وترتبط وحدات الصحة النفسية في المستشفى ارتباطًا وثيقًا بمرافق الرعاية الأولية والثالثة، وبذا تُتاح الركيزة الأساسية لنظام إحالة قوي يمتد فيغطي جميع مستويات الرعاية الثلاثة.

ومنذ عام ٢٠٠٨، زاد عدد وحدات الصحة النفسية في مستشفيات المناطق من ٩ إلى ١٥، وبالمثل زاد عدد أسرة الإقامة القصيرة المتاحة من ٧٦ إلى ١١٣. وبشكل عام، تشكل هذه الوحدات أكثر من نصف (٥٣٪) جميع أسرة الصحة النفسية للقطاع العام المتاحة في البلاد، مقارنة بـ ٣٣٪ في عام ٢٠٠٨.

المصادر: January 2022، personal communication، PAHO؛ 2019، Ministerio de Salud (*501*)؛ 2021، WHO (*454*).



٧-٣ خدمات الصحة النفسية المجتمعية

تعد خدمات الصحة النفسية المجتمعية مثل خدمات المستشفيات العامة جزءًا من نظام الرعاية الثانوية، ومقارنة بمؤسسات الطب النفسي، تحقق نتائج أفضل في مجال الصحة النفسية (٤٢٦).

وتشمل خدمات الصحة النفسية المجتمعية مزيجًا من الخدمات التي تتيح الرعاية السريرية والدعم وإعادة التأهيل النفسي والاجتماعي والخدمات السكنية، على النحو الموضح في الأقسام التالية.

ولها دور كبير في توفير خدمات التوعية المتعلقة بتقديم الرعاية والدعم في بيوت الناس أو في الأماكن العامة، ونشر المعلومات عن الصحة النفسية والمشاركة في الوقاية من الأمراض النفسية وتعزيزها.

٧-٣-١ مراكز الصحة النفسية المجتمعية وأفرقتها

غالبًا ما تُقدَّم الرعاية السريرية والدعم للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، بما في ذلك خدمات الأزمات والتوعية، من خلال مراكز الصحة النفسية المجتمعية أو أفرقتها، ولكن يمكن أيضًا تقديمها من خلال مراكز الاستقبال. وفي جميع الحالات، يمكن لمراكز وأفرقة الصحة النفسية المجتمعية أن تكون حلقة الوصل مع خدمات دعم الأقران (انظر القسم ٧-٣-٢ خدمات دعم الأقران).

مراكز الصحة النفسية المجتمعية

تمثل مراكز الصحة النفسية المجتمعية في كثير من البلدان حجر الزاوية في الرعاية المجتمعية. وتعمل في هذه المراكز عادة أفرقة متعددة التخصصات من الضروري أن تكون على اتصال جيد بمرافق الرعاية الأولية والمستشفيات المحلية ومع منظمات خارج القطاع الصحي (انظر الإطار ٧-١٣ بيرو: الرعاية الصحية النفسية المجتمعية الشاملة).

دراسة حالة

الإطار ٧-١٣

الرعاية الصحية النفسية المجتمعية الشاملة

في عام ٢٠١٣، قدرت وزارة الصحة في بيرو أن اعتلالات الصحة النفسية كانت منتشرة كثيرًا، ولكن قلة من الناس كان بإمكانهم الوصول إلى الرعاية التي يحتاجونها. لذلك بدأت سلسلة من الإصلاحات للتمكن من تقديم رعاية الصحة النفسية للجميع. وبعد سن تشريع تدريجي لإضافة تغطية الرعاية الصحية النفسية إلى نظام التأمين الصحي الوطني وضمان حقوق الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، اعتمدت السلطات الصحية نهجا متعدد الجوانب لإنشاء رعاية مجتمعية شاملة في جميع أنحاء البلد (انظر الشكل).

ويكمن جوهر النهج المطبق في بيرو في شبكة من مراكز الصحة النفسية المجتمعية نمت تسعة أضعاف من عام ٢٠١٥ إلى ٢٠٢١، وامتدت فغطت كل منطقة. ويعمل في هذه المراكز فريق متعدد التخصصات يخدم السكان البالغ عددهم زهاء ١٠٠ ٠٠٠ نسمة، ويقدم العلاج وإعادة التأهيل في مجال الصحة النفسية للبالغين والمراهقين والأطفال. وينظم كل مركز من المراكز أنشطة مجتمعية بما فيها مبادرات تعزيز ووقاية الصحة النفسية. كما أنها تدعم مقدمي الرعاية الصحية الأولية بالتدريب والمساعدة التقنية.

وتكمِّل مراكز الصحة النفسية المجتمعية ٣٠ وحدة متخصصة في المستشفيات العامة و ٥٥ دار حماية (hogares protegidos) تتيح السكن والرعاية على مدار اليوم والأسبوع للأشخاص الذين يحتاجون إلى الدعم بقدر عالٍ نسبيًا أو تنقصهم نظم دعم الأسري القوية، وللنساء ضحايا العنف المنزلي. وتقدم الوحدات المتخصصة في المستشفيات العامة العلاج في المستشفيات لفترات قصيرة فقط.

وتضمن مراكز الصحة النفسية المجتمعية ودور الحماية والوحدات المتخصصة في المستشفيات العامة أن الأشخاص الذين كان سينتهي بهم المطاف في مستشفيات الأمراض النفسية يمكن رعايتهم في مجتمعاتهم. وعلى هذا النحو، تؤدي هذه المرافق دورًا هامًا في تقديم الرعاية الصحية النفسية الميسورة والمقبولة.

وتعتزم وزارة الصحة مواصلة توسيع الشبكة لضمان تقديم الرعاية الصحية النفسية المجتمعية الشاملة للجميع.

الشكل

توسيع نطاق رعاية الصحة النفسية في بيرو، ٢٠١٤-٢٠٢٠

القوى العاملة		٢٠١٤	٢٠٢٠
مجموع القوى العاملة لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة			
• مجموع القوى العاملة الأطباء	↖	٢٨	١٢.٤
• النفسيون اختصاصيو علم	↖	٤	٠.٨
• النفس العاملون في مجال	↖	٥.١	١٩
• تمريض الصحة النفسية	↙	٣.٠	٦.١

الخدمات المجتمعية		٢٠١٥	٢٠٢١
• مراكز الصحة النفسية المجتمعية	↖	٢٠٨	٢٣
• المنازل المحمية	↖	٥٥	٦

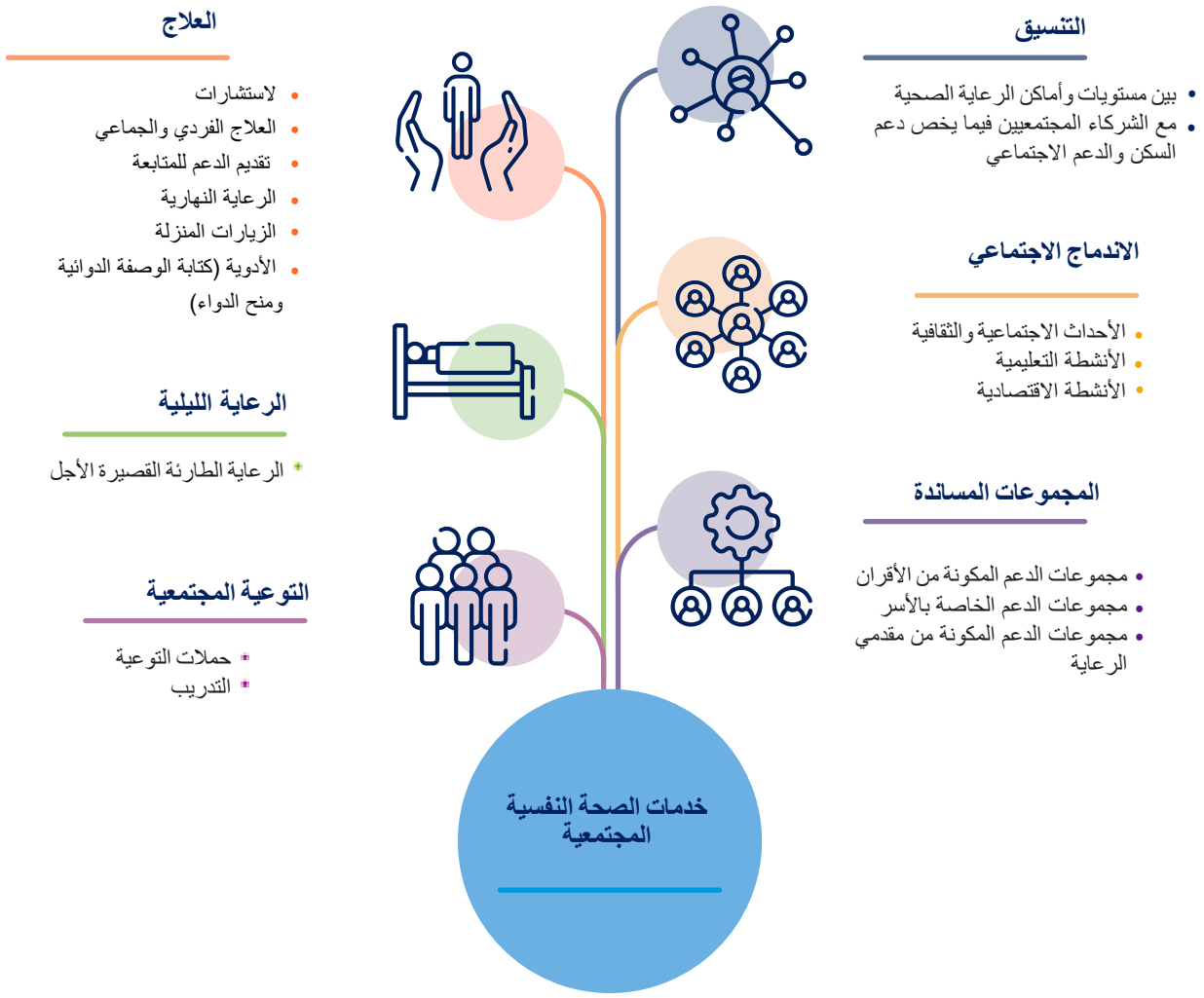
نفقات الصحة النفسية		٢٠١٤	٢٠٢٠
• نسبة نفقات الصحة النفسية من مجموع النفقات الحكومية على الصحة	↖	٢.٣%	٠.٣%

المصدر: Ministerio de Salud، 2021 (*502*). مصدر الشكل: أطلس الصحة النفسية، منظمة الصحة العالمية، بيانات خام غير منشورة، 2014 و2020.

وتلبي مراكز الصحة النفسية المجتمعية مجموعة من اعتلالات الصحة النفسية لدى البالغين والأطفال والمراهقين على حد سواء. وهي تختلف في شكلها باختلاف البلدان، ولكن غالبًا ما يكون لها دور متعدد الأوجه فيما يخص تقديم الدعم للناس (انظر الشكل ٧-٤). وفي مراكز الصحة النفسية المجتمعية، يتلقى الأشخاص عادةً خدمات للنوبات الحادة أو الانتكاسات في الأداء، ويمكن قبولهم لفترات قصيرة. يمكن أيضًا قبول الأفراد في إطار الرعاية المؤقتة. أو يمكنهم الذهاب إلى المركز أثناء النهار لإجراء فحوصات منتظمة وتلقي الرعاية الطبية أو النفسية أثناء النهار، أو المشاركة في المجموعات العلاجية وبرامج التعافي. وفي كثير من الأحيان، توجد في مراكز الصحة النفسية المجتمعية أيضا أماكن وأنشطة لدعم المشاركة في الحياة المجتمعية (٥٠٣). ففي البرازيل، على سبيل المثال، يشمل كل مركز مجالات مشتركة للتواصل الاجتماعي والتفاعل وتناول الطعام إلى جانب غرف تقديم المشورة الفردية وغرفة الأنشطة الجماعية. وستقيم بعض المراكز أيضًا أنشطة وفعاليات في المجتمع باستخدام الأماكن العامة مثل الحدائق والمراكز الترفيهية المجتمعية والمتاحف.

الشكل ٧-٤.

أمثلة على الخدمات التي يمكن أن تقدمها مراكز الصحة النفسية المجتمعية



أفرقة الصحة النفسية المجتمعية

تستخدم بعض البلدان أفرقة الصحة النفسية المجتمعية لتقديم الرعاية والدعم السريري المجتمعي. قد تعمل هذه الأفرقة عبر مرافق مختلفة، مثل المستشفيات العامة أو عيادات الرعاية الأولية أو المراكز الصحية المجتمعية. وقد تكون هناك أفرقة مختلفة لفئات عمرية مختلفة. ويمكنهم تقديم الخدمات السريرية في أماكن غير صحية مثل السجون. ويمكنهم توفير الرعاية المنزلية إذا لزم الأمر.

ويعمل أعضاء فريق الصحة النفسية المجتمعية معًا لدعم الاحتياجات المتعددة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. وهم يعملون على سد الفجوة بين الرعاية التي يقدمها الممارسون العامون ضمن الرعاية الصحية الأولية، والرعاية في المستشفى. ويمكنهم دعم الناس لتجنب دخول المستشفى خلال فترات الأزمة.

ويمكن أن تقدِّم أفرقة الصحة النفسية أيضًا التدخلات المبكرة المتخصصة للأشخاص الذين يعانون من حالة ذهان سريرية عالية الخطورة، وغالبًا ما تستعين الرعاية المنزلية بالمعلومات التي تقدمها العائلة والأصدقاء (انظر الإطار ٧-١٤ الخدمات الخاصة بالأشخاص المصابين بالذهان في النوبة الأولى). وأصبح التدخل المبكر المتخصص في الذهان ممارسة شائعة في البلدان ذات الدخل المرتفع. ويفيد الخبراء بأن هذه التدخلات الوقائية يمكن تكييفها مع البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل من خلال دمج المبادئ والمكونات العلاجية للتدخل المبكر في خدمات الصحة النفسية في هذه البلدان (٥٠٤، ٥٠٥).

واعتمادًا على توافر الموارد، قد تكون الأفرقة كبيرة ومتعددة القطاعات بالكامل، وتتألف من طبيب نفسي واختصاصي في علم النفس وممرضة نفسية واختصاصي اجتماعي ومعالج مهني، أو قد تكون أصغر بكثير وتتكون من واحد أو اثنين من المهنيين في الصحة النفسية الذين يركزون على خدمات محددة.

ويمكن لأفرقة الصحة النفسية المجتمعية، بوصفها خدمة متخصصة ومخصصة، أن تؤدي وظائف مهمة مختلفة ضمن شبكة الخدمات المجتمعية. وقد تشمل الأدوار التي تتولاها الأفرقة ما يلي:

- تدريب مقدمي الرعاية الصحية الأولية غير المتخصصين والإشراف عليهم ودعمهم؛
- تقديم التدخلات السريرية للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات معقدة للغاية تجعل من الصعب رعايتهم في الرعاية الأولية، ولكن في الوقت ذاته لا تتطلب اعتلالاتهم بالضرورة دخول المستشفى؛
- تنفيذ أنشطة للوقاية والتعزيز في منطقتهم.

وفي بعض البلدان، حيث تدير الرعاية الصحية الأولية ممرضات لا يسمح لهن بوصف أدوية الأمراض النفسية، قد تتولى أفرقة الصحة النفسية المجتمعية وظيفة مهمة تتمثل في التقييم الأولي وتقديم الوصفات الدوائية، الأمر الذي يمنع زيارة المستشفيات (انظر الإطار ٧-١٥ أفرقة الصحة النفسية المجتمعية في جورجيا).

دراسة حالة

الإطار ٧-١٤

الخدمات الخاصة بالأشخاص المصابين بالذهان في النوبة الأولى

على مدى العقود الثلاثة الماضية، ظهرت برامج الوقاية والتدخل المبكرة القائمة على البينات للمراهقين والشباب الذين يعانون من أول نوبة من الذهان. وبدءًا من أستراليا، أُطلقت مجموعة من خدمات الذهان المبكر في البلدان ذات الدخل المرتفع في جميع أنحاء العالم. وعادة ما تكون هذه الخدمات متاحة طيلة ساعات اليوم، وأيام الأسبوع، وتتلقى إحالات من أي مصدر ونقطة اتصال هاتفية واحدة.

وتتضمن المرحلة الأولى من الرعاية تقييمًا وجهًا لوجه للشباب. وعادة ما يكون الاجتماع في منزل الشاب ويتضمن معلومات من العائلة والأصدقاء وغير ذلك من أشكال الدعم لمحاولة فهم ما يحدث ونوع الدعم الذي يحتاجه الشاب.

ثم يتيح فريق متعدد التخصصات إدارة مكثفة للحالات في المنزل. وتعني العناية بمنزل الشخص أن الأصدقاء والعائلة يمكنهم مساعدة الشاب حسب الحاجة، إضافة إلى ما يقدمه المهنيون في الصحة النفسية من دعم منتظم.

وتختلف التدخلات النفسية الاجتماعية وفقًا لاحتياجات الشخص. فعلى سبيل المثال، كلما أُحرز تقدم صوب التعافي، صار بإمكان الشاب الاستفادة من الإرشاد في تعلم طرق عملية لمنع المزيد من النوبات، مثل إدارة الشعور بالإجهاد والتعرف على علامات الإنذار المبكر. ويتضمن العلاج أيضًا العمل مع الشخص لتحديد ما هو مهم بالنسبة له في شفائه. وقد يعني هذا العودة إلى المدرسة أو الحصول على وظيفة أو العثور على سكن أو الحصول على مساعدة مالية أو تكوين صداقات جديدة. ويُستخدم الإرشاد الفردي والأنشطة الجماعية والعلاجات القائمة على الأنشطة للمساعدة في تحقيق هذه الأهداف.

وعلى الرغم من أن التركيز ينصب على الخدمات المجتمعية، فإن قضاء بعض الوقت في المستشفى أثناء نوبة الذهان قبل الاستمرار في العلاج المنزلي يكون أحيانًا جزءًا من الرعاية. وتقدم الرعاية الليلية في بيئة ملائمة للشباب وفي معظم الحالات تكون قصيرة الأجل فقط.

المصدر: Orygen Youth Health، 2021 (*506*).

وعادة ما تكون أفرقة الصحة النفسية المجتمعية متنقلة حتى تتمكن من الوصول إلى مرافق متنوعة داخل المنطقة. وهذا بشكل عام يحوِّل بعض العبء المالي بعيدًا عن المستخدم وبالتالي يشجع الناس على الانخراط في الرعاية المستمرة.

وهذا مهم بشكل خاص في المناطق الريفية التي، على سبيل المثال، قد يكون الوصول فيها إلى العيادة المحلية سهلًا نسبيًا بينما يكون الوصول إلى أقرب مستشفى صعبًا أو مكلفًا للغاية بحيث لا يمكن التفكير فيه.

وقد لا تُتاح الخدمات التي تقدمها أفرقة الصحة النفسية المجتمعية بالضرورة على مدار اليوم والأسبوع، مما قد يكون أمرًا مزعجًا لبعض الناس؛ على الرغم من أنه يمكن إتاحتها بناء على مواعيد منتظمة في أيام محددة.

ويمكن أن يؤدي وجود أفرقة للصحة النفسية المجتمعية إلى انخفاض كبير في عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية في المستشفى، وغالبًا ما يكون استخدام الموارد بهذا الشكل فعالًا من حيث التكلفة ويخفض الضغط على المستشفيات.

دراسة حالة

الإطار ٧-١٥

أفرقة الصحة النفسية المجتمعية في جورجيا

في جورجيا، تقدم أفرقة الصحة النفسية المجتمعية خدمات المستوى الثانوي المتخصصة المصممة لرعاية البالغين الذين يعانون من اعتلالات شديدة في صحتهم النفسية، بالقرب من المكان الذي يعيشون فيه.

ويقبل كل فريق الإحالات من مراكز الصحة النفسية للمرضى الخارجيين، بعد تشخيص حالة الشخص بأنه مصاب باعتلال في صحته النفسية، وبعد أن يتبيّن أنه استوفى معايير معينة (أي تكرار الدخول إلى المستشفى في الماضي). ثم يقدم الفريق مجموعة من خدمات العلاج وإعادة التأهيل.

وفي جميع أنحاء البلاد، هناك ٣٢ فريقًا عاملًا في الصحة النفسية المجتمعية، يقدمون خدماتهم إلى ٢٨ موقعًا. وتعمل الأفرقة من العيادات المتنقلة وتقدم رعاية الصحة النفسية للبالغين (الذين تبلغ أعمارهم ١٨ عامًا أو أكثر) بناءً على الموافقة المدروسة. ويذهب الناس إلى العيادات المتنقلة لاستشارة طبيب نفسي، ومراجعة وصفات أدوية الأمراض النفسية وتلقيها عند الاقتضاء، وتلقي التعليم النفسي الأساسي والحصول على الدعم النفسي الاجتماعي من أجل حل القضايا الاجتماعية.

وتتسم أفرقة الصحة النفسية المجتمعية في جورجيا بطابع متعددة التخصصات وتتألف من ثلاثة اختصاصيين على الأقل. ويتولى أحد أعضاء الفريق قيادة الفريق والإشراف العام على إجراءات العمل. ومن الضروري أن يضم الفريق طبيبًا نفسيًا إضافة إلى أعضاء آخرين منهم اختصاصيون اجتماعيون، أو اختصاصيون نفسيون، أو ممرضون أو أطباء مبتدئون.

ومن عام ٢٠١٥ إلى عام ٢٠٢٢، ارتفع عدد أفرقة الصحة النفسية المجتمعية في جورجيا من ٣ في تبليسي إلى ٣٢ في مناطق مختلفة. وبشكل عام، تضم شبكة أفرقة الصحة النفسية المجتمعية ٣٣ طبيبًا نفسيًا و٦٦ من ممارسي الصحة النفسية المتعاونين الذين يعملون على تقديم رعاية الصحة النفسية المجتمعية لسكان جورجيا الذين يزيد عددهم عن ٣,٧ مليون شخص.

وحدث هذا النمو لأن وزارة الصحة وضعت رعاية الصحة النفسية المجتمعية في صدارة أولوياتها، وزادت الاعتماد المخصص من الميزانية لأفرقة الصحة النفسية المجتمعية بمقدار ١٢ ضعفًا.

المصادر: E Chkonia ،G Geleishvili and N Makhashvili ،Georgia ،personal communications، 2021–2022.

وغالبًا ما يتولى أحد أعضاء الفريق دور منسق الرعاية أو مدير الحالة، والعمل مع الأفراد لوضع خطط الرعاية معًا.

ويمكن للأفرقة أن تزيد من تقبل الناس لخدمات الصحة النفسية ورضاهم عنها. وهي تزيد من استمرارية ومرونة الرعاية. وعلى الأرجح أن يكون دخول الأشخاص الذين ترعاهم الأفرقة إلى المستشفى أو استخدامهم الخدمات الاجتماعية أقل بكثير مقارنة بالأشخاص الذين يحصلون على رعاية الصحة النفسية العادية (٥٠٧). وعادة ما تعمل أفرقة الصحة النفسية المجتمعية ضمن منطقة جغرافية محددة وتكون مجهزة لتقديم مجموعة واسعة من التدخلات.

وفي بعض البلدان المرتفعة الدخل، أنشئت أفرقة متخصصة لتقدم خدمة إضافية الغرض منها تحقيق أهداف محددة أو الوصول إلى فئات محددة. فعلى سبيل المثال، يستخدم العديد من البلدان الأوروبية أفرقة للعلاج المجتمعي الجازم لتوفير علاج متخصص متنقل يتواصل مع الأطفال والمراهقين الذين يصعب الوصول إليهم والذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية (٥٠٨). وتشير الأبحاث إلى أن هذه الأساليب النشطة يمكن أن تقلل من دخول المستشفيات وتحسِّن الأعراض والأداء العام لكل من البالغين والشباب الذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية (٥٠٩).

الخدمات المتعلقة بالأزمات

تُصمَّم الخدمات المتعلقة بأزمات الصحة النفسية لدعم الأشخاص الذين تظهر لديهم احتياجات بسبب اعتلال حاد في الصحة النفسية الحادة، إما بسبب تدهور صحتهم النفسية فجأة أو بسبب الحاجة الجديدة للمساعدة العاجلة. وتقدمها في معظم الأحوال إلى أحد مراكز وأفرقة الصحة النفسية المجتمعية وقد تشمل رعاية الطوارئ أثناء النهار أو الإقامة طوال الليل في مرفق (بما في ذلك الإقامة المؤقتة). كما يمكن تقديمها من خلال وحدات متخصصة في المستشفيات العامة. ففي الجمهورية الدومينيكية، على سبيل المثال، تقدم خدمات الأزمات، ما فيها الإقامة القصيرة الأجل عند الاقتضاء، في كل من المستشفيتين الإقليميتين (انظر الإطار ٧-١٢ الجمهورية الدومينيكية: وضع المستشفيات الإقليمية في صدارة الاهتمام) ومستشفيات الإحالة.

وفي بعض البلدان، تتيح البيوت الخاصة بالأزمات وبيوت الإيواء الآمنة في البيئات المجتمعية خيارًا إضافيًا للأشخاص الذين لا يرغبون في الذهاب إلى المستشفى. وعادة ما تتيح بيوت الأزمات العلاج المكثف والإقامة الليلية مع إتاحة عدد صغير من الأَسِرة. وبيوت الإيواء الآمنة لا تحتوي بالضرورة على أسرة، ولكنها مفتوحة في أثناء الليل للناس الذين يذهبون إليها للحصول على الدعم خلال الأزمات. وبعض بيوت الأزمات وبيوت الإيواء الآمنة مفتوحة لأي شخص تظهر لديه احتياجات بسبب اعتلال حاد في الصحة النفسية، والبعض الآخر مصمم لفئات محددة، مثل النساء المشردات أو المراهقات المعرضات لخطر الانتحار الوشيك.

وفي بعض البلدان، يمكن للأشخاص أيضًا الحصول على مشورة الخبراء والدعم أثناء تأزم الصحة النفسية دون الحاجة إلى مغادرة المنزل. وفي بعض الأحيان يتأتى هذا بفضل وجود أفرقة العلاج المنزلي التي تقدم خدمة التقييم السريع والدعم والعناية المركزة في منزل الشخص. وهذا النوع من العلاج يقلل من اضطراب حياة الشخص وينظر في الطرق التي يمكن من خلالها أن تقدم الأسرة والشبكات الاجتماعية المساعدة في عملية التعافي، خاصة للأطفال والمراهقين.

وفي معظم البلدان، تُستكمل خدمات الأزمات التي يقدمها المتخصصون بخطوط مساعدة تعمل على مدار الساعة ويعمل فيها عادة متطوعون مدربون ومشرفون يمكنهم إحالة الأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة إضافية إلى المهنيين (انظر الإطار ٧-١٦ ماليزيا: خطوط المساعدة الخاصة بالصحة النفسية).

دراسة حالة

الإطار ٧-١٦

ماليزيا: خطوط المساعدة الخاصة بالصحة النفسية

في ماليزيا، تدير الحكومة والمنظمات غير الحكومية خطوط مساعدة متعددة لتقديم الدعم النفسي في حالة تأزم الصحة النفسية.

خط الصداقة الساخن. خط الصداقة الساخن. تقدم رابطة الصداقة دعمًا عاطفيًا مجانيًا من خلال متطوعين مدربين على مدار ٢٤ ساعة في اليوم، ٧ أيام في الأسبوع، لأي شخص يشعر بالوحدة أو الضيق أو اليأس أو لديه أفكار انتحارية.

مشورة شريان الحياة. تقدم رباطة شريان الحياة في ماليزيا المشورة النفسية مجانًا من خلال متطوعين مدربين وجهًا لوجه أو عبر الهاتف أو عبر البريد الإلكتروني. ويتلقى جميع مقدمي المشورة الإشراف والدعم، ويؤدي المتطوعون الذين لديهم خبرة تزيد عن ثلاث سنوات دورا كبيرا في تدريب مقدمي المشورة الجدد.

الخطوط الساخنة للناجين. تقدم منظمة مساعدة المرأة وجمعية "العمل من أجل جميع النساء" خدمات الأزمات مجانية وسرية، بما في ذلك تقديم المشورة عبر الهاتف أو عبر الإنترنت، للناجيات من العنف. وخلال جائحة كوفيد-١٩ قدمت منظمة مساعدة المرأة أكثر من ١٠٠ ٧ استشارة عبر الهاتف والرسائل القصيرة والبريد الإلكتروني.

الخط الساخن لتقديم الدعم النفسي الاجتماعي. أنشأت وزارة الصحة، بالشراكة مع منظمة Mercy Malaysia، الخط الساخن الخاص بتقديم الدعم النفسي الاجتماعي لدعم الأشخاص ومساعدتهم على التكيف مع آثار كوفيد-١٩. وتعمل فيه مجموعة من مقدمي المشورة بالوزارة والمتطوعون غير المتخصصين المدربون. ومن كانون الثاني/يناير إلى حزيران/يونيو ٢٠٢١، تلقى الخط الساخن أكثر من ٣٠٠ ١٢٢ مكالمة طلب الدعم. وزهاء ٩٠٪ منها كانت مرتبطة بمشاكل اجتماعية مثل البطالة وفقدان الدخل ومشكلات أسرية.

المصادر: AIA Malaysia، 2021 (*510*)؛ Kaos، 2021 (*511*).

دعم الانتقال من رعاية الصحة النفسية للمراهقين إلى رعاية الصحة النفسية للبالغين

عادة ما تقدَّم الرعاية العادية للصحة النفسية من خلال نظامين منفصلين، خدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين (CAMHS) وخدمات الصحة النفسية للبالغين. وفي معظم البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، تكون خدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين أقل توافرا بكثير من خدمات البالغين (٥١٢).

وفي معظم البلدان، يتراوح الحد الأعلى لاستحقاق خدمات الأطفال والمراهقين بين ١٦ و ١٨ سنة، وبعد ذلك قد يضطر الشاب ذو الاحتياجات المستمرة إلى الانتقال إلى خدمات البالغين. وثمة قصور كبير في تقديم الخدمات عموما إذ إن عملية الانتقال هذه بعيدة كل البعد عن السلاسة. فعندما يكون هناك خلل في مسارات الإحالة بين النظامين، يمكن للأشخاص التسرب أو السقوط ما بين مجموعتي الخدمات. فقد لا يستوفي بعض الشباب، على الرغم من مرضهم، عتبات استحقاق الرعاية ضمن خدمات البالغين. وعلاوة على ذلك، غالبًا ما يعاني الشباب من اختلاف كبير في الرعاية عند الانتقال من خدمات الأطفال والمراهقين إلى خدمات البالغين.

غالبًا ما يكون الانتقال من خدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين إلى خدمات الصحة النفسية للبالغين بعيدًا كل البعد عن السلاسة.

واستجابة لذلك، كانت هناك حركة متنامية لإنشاء مراكز مجتمعية متكاملة تقدم خدمات مستمرة للمراهقين والشباب (عادة ١٢-٢٥ سنة). وبالإضافة إلى خدمات الصحة النفسية، غالبًا ما تقدم هذه المراكز خدمات صحية واجتماعية أخرى في بيئة مجتمعية واحدة (انظر الإطار ٧-١٧ مساحة للصحة النفسية: ما من باب مغلق أمام الشباب في أستراليا والدنمارك). يشار إليها أحيانًا باسم «الخدمات الشاملة».

دراسة حالة

الإطار ٧-١٧

مساحة للصحة النفسية: ما من باب مغلق أمام الشباب في أستراليا والدانمرك

بدأت مبادرة "مساحة للصحة النفسية" في عام ٢٠٠٦ في أستراليا، لمعالجة الفجوة في خدمات الصحة النفسية للشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ و٢٥ عامًا. ويوجد الآن أكثر من ١٠٠ مركز تابع لمبادرة "مساحة للصحة النفسية" في أستراليا و٢٨ في الدانمرك.

ويساعد الشباب المحليون في تصميم كل مركز والخدمات التي يقدمها. ويُقام كل مركز بشكل مقصود بالقرب من مراكز النقل العام لسهولة الوصول إليه. ويقدم اختصاصيو الصحة النفسية في المراكز الرعاية النفسية القائمة على البينات، ويمكن للشباب أيضا الحصول على خدمات الصحة البدنية والجنسية، ودعم العمل والدراسة.

وإحدى السمات الرئيسية للمبادرة هي سياسة «عدم إغلاق الباب». وهذا يعني أنه يمكن للشباب إحالة أنفسهم أو إحالتهم من أي خدمة. وتقوم جميع المراكز بشكل روتيني بإبلاغ البيانات إلى قاعدة بيانات وطنية تستخدم لرصد وتقييم نشاط الخدمات ونتائجها والاسترشاد بها في التحسين المستمر.

المصادر: Headspace، 2021 (*513*)؛ Rickwood et al، 2019 (*514*).

٧-٣-٢ خدمات دعم الأقران

تتعلق خدمات دعم الأقران في رعاية الصحة النفسية بالأشخاص الذين يستخدمون تجاربهم الخاصة لمساعدة بعضهم البعض - من خلال مشاركة المعرفة أو تقديم الدعم العاطفي أو تهيئة فرص للتفاعل الاجتماعي أو تقديم مساعدة عملية أو الانخراط في المناصرة وزيادة الوعي. وتبيّن من استعراض منهجية أُجري لـ٣٠ تجربة عشوائية أن هذه الخدمات قد تكون فعالة للتعافي السريري والشخصي من الأمراض النفسية (Pro Persona Mental Health Care، Dorien Smit، بيانات غير منشورة، آذار/مارس ٢٠٢٢). والتأثيرات متواضعة، وإن كانت متسقة، مما يشير إلى الفعالية المحتملة لهذه الخدمات في مجموعة واسعة من اعتلالات الصحة النفسية وأنواع التدخل.

ولا تخضع خدمات دعم الأقران لنظام معيَّن وتأتي بأشكال وأحجام مختلفة ويمكن تقديمها على مستويات مختلفة من الرعاية الصحية. وقد يكون ذلك عبر مجموعات مساعدة ذاتية من الأقران الذين يجتمعون وجهًا لوجه لتبادل الدعم النفسي الاجتماعي (اقرأ تجربة ديكسون) أو يخططون لأنشطة المناصرة المحلية (انظر الإطار ٧-١٨ كينيا: مجموعات دعم الأقران) (٥٠٩). وقد تكون مجموعات علاج عبر الإنترنت يقودها نظير مدرب. أو قد تكون خدمة توجيه أو مصادقة تربط الأشخاص على أساس فردي (٣١٢). وفي جميع الحالات، الهدف هو دعم الأشخاص في المسار الذي يسلكونه لبلوغ التعافي بطريقة تحمي السرية وتنأى عن الأحكام والافتراضات.

وبالمثل، توجد مجموعة متنوعة من مقدمي الدعم من الأقران. فقد يكونون موظفين تعيِّنهم خدمات الصحة النفسية، أو مناصرين معينين من خلال شبكة يقودها الأقران، أو متطوعين لديهم تجربة حية. وفي جميع الحالات،

قصة

علاجي هو الشعور بالامتنان والعطاء

تجربة ديكسون

لدي ثلاثة أشقاء. كانت أمي وأبي من قبيلتين مختلفتين، وكانا لطيفَيْن، لكنهما متحفظين للغاية. ولم يكن هناك تآلف. وكان الذهاب إلى المدرسة صعبًا بالنسبة لي. كانت مليئة بالصخب والضجيج، وتعرضت للتنمر. وحتى أتجنب الانتباه لي الذي لم أستطع التعامل معه، كنت أتوارى عن النظر. وفي سن الرشد، بدأت أشعر بما يمكن أن أطلق عليه "اضطراب عاطفي". ووجدت صعوبة في الخروج إلى العالم ولم أكن أعرف ما الذي يحدث لي. وشعرت أنني فقدت روحي.

ومضت سنوات لم أكن أشعر فيها أني بخير. أسبوعًا واحدًا أشعر أني في الحضيض، ثم أنهض لبعض الوقت، ثم أشعر بالقلق لبضعة أيام، ثم تأتي أيام لا أنام فيها. وكانت مشاعري مضطربة. وكنت أتألم في داخلي. ولي أصدقاء قلائل من الكلية انتحروا. فحاولت أنا نفسي فعل ذلك مرة. وظللت عالقة في ذلك الوضع.

ثم تغير قدري. وبدأت دواءً جديدًا وبدأت أتردد على اخصائي نفسي بالجامعة للحصول على التوجيه والمشورة. وسرعان ما شعرت بتحسن كبير. والآن أنا بخير على الرغم من أنني ما زلت أشعر بالتوتر مع الناس. فتنمية تقدير الذات يلزمها وقت طويل.

واليوم أشعر بسعادة داخلي. وأحضر مجموعة يُطلق عليها "GROW"، وهي مجموعة أقران للمساعدة الذاتية التي أجد فيها الدعم والأصدقاء. وأهتم بالروحانيات. وفي الواقع، لقد ساعدتني الحفرة التي كنت فيها على فهم أن هناك أشياء أهم بكثير من الجري المحموم في الحياة.

ولقد وجدت أن الشعور بالامتنان والعطاء علاج لشعوري بالبؤس والضآلة. وبدأت أحب نفسي.

ديكسون إيمانويل، جمهورية تنزانيا المتحدة

هم خبراء بما اكتسبوه من تجربة ويمكنهم الاعتماد على المعرفة التي اكتسبوها مباشرة في التواصل مع الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية والتعامل معهم. ويمكن لمقدمي الدعم من الأقران العمل بصفتهم مستمعين متعاطفين ومعلمين ومدربين ومناصرين وشركاء وموجهين.

وفي كثير من الحالات، قد يتشارك الأقران خصائص لا تتعلق مباشرة بالصحة النفسية، مثل العمر أو العرق، والتي يمكن أن تساعد الناس على الشعور براحة وثقة أكبر عند طلب المساعدة. فعلى سبيل المثال، في برنامج ميشيغان للتوعية بالاكتئاب بين الأقران في الولايات المتحدة، الذي يهدف إلى دعم الكشف المبكر عن الاكتئاب وعلاجه في المدارس، عمل الطلاب بصفتهم أقران مناصرين (٥١٥). وصمموا ونفذوا حملات توعية بالاكتئاب للمساعدة في تهيئة بيئة مدرسية داعمة وربط أقرانهم بالموارد والمعلومات والأماكن المناسبة لرعاية الصحة النفسية. وبعد عام واحد من البرنامج، أفاد الطلاب بأنهم يشعرون براحة وثقة أكبر في التحدث إلى أقرانهم بشأن مشكلات الصحة النفسية، وقالوا إنهم على الأرجح سيطلبون المساعدة إذا ظهرت عليهم أعراض الاكتئاب.

دراسة حالة

الإطار ٧-١٨

كينيا: مجموعات دعم الأقران التابعة لمنظمة "اللاجئين للطب النفسي والناجين منه" في كينيا

تعد "منظمة اللاجئين للطب النفسي والناجين منه" في كينيا منظمة وطنية يقودها الأقران تعمل على تعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات النفسية الاجتماعية. وتدير المنظمة ، ضمن أنشطتها، مجموعات دعم الأقران المجتمعية التي يجتمع فيها الأشخاص ذوي التجربة الحية لسرد قصصهم، وتقديم الدعم النفسي الاجتماعي لبعضهم البعض ومناقشة قضايا محددة مثل استراتيجيات الاستجابة للأزمات أو سبل العيش المحلية.

ومنذ إطلاق أول مجموعة دعم الأقران في نيروبي في عام ٢٠١٢، أنشأت المنظمة شبكة من ١٣ مجموعة عبر ست محليات في كينيا. ويدير كل مجموعة أحد الأقران الذي تعينه المجموعة، وتجتمع المجموعة بانتظام، حيث يحضر ٢٠-٣٥ شخصًا كل اجتماع. وكل مجموعة لديها أيضًا روابط ثنائية الاتجاه مع المرافق الصحية المحلية من خلال اختصاصي صحي أو اجتماعي مجتمعي يشارك في المجموعة ومن خلال نظام إحالة قوي يمكن لمهنيي الصحة النفسية من خلاله إحالة الأفراد إلى مجموعات دعم الأقران.

وبحسب تقديرات المنظمة، فإن مجموعات دعم الأقران لديها قد أتاحت لأكثر من ٢٠٠ شخص الحصول على خدمات الصحة النفسية داخل مجتمعهم. وتفيد المنظمة كذلك بأن مجموعات دعم الأقران قد قللت من الوصم والتمييز، ومكنت الأعضاء من الدفاع عن أنفسهم، وعززت الرفاه العام والعيش المستقل.

المصادر: *438* (WHO، 2021)؛ USP Kenya، 2021 (*516*).

٧-٣-٣ إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي

مثلما تعتبر الرعاية السريرية عنصرًا أساسيًا في خدمات الصحة النفسية المجتمعية، فإن إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي تنطوي أيضا على مجموعة من الأنشطة التي تركز على تحسين أداء الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات في صحتهم نفسية والحد من إعاقتهم (٥١٧). وتدعم إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي المجتمعي الناس لتحقيق أدائهم الأمثل وإدماجهم في المجتمع. وتشمل تحسين كفاءات الناس وإجراء تغييرات بيئية حتى يتمكن الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية من عيش حياة منتجة ومرضية في المجتمع.

ومن الضروري تقديم الدعم القائم على حقوق الإنسان الذي يتمركز حول الشخص ويركز على التعافي (انظر القسم ٧-١-١ وضع الناس في صدارة الاهتمام). كما أن ضمان توافر أنشطة إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي في المجتمع ليس أمرا مهما لنجاح عملية إلغاء الرعاية المؤسسية فحسب، بل أيضًا لتلبية احتياجات الناس إلى الإدماج الاجتماعي والعيش المستقل، وفقًا لإرادتهم وأفضلياتهم.

وتضطلع مراكز وأفرقة الصحة النفسية المجتمعية بدور كبير في دعم إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي من خلال مزيج من الأنشطة الروتينية وأنشطة التوعية وسبل العيش. قد تشمل هذه أشياء مثل المناقشات ضمن مجموعات الأقران، والتدريب على الحياة المستقلة والمهارات الاجتماعية، ودعم الإسكان، والتعليم والمساعدة المهنية، والأنشطة التي تعزز شبكات الدعم الاجتماعي، والأنشطة الترفيهية. كما أن تقديم الدعم للحصول على الخدمات الصحية والاجتماعية مثل استحقاقات السكن أو الرعاية الاجتماعية هو جزء من إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي.

وكثيرا ما تتم إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي المجتمعي بالشراكة مع الشركاء غير الحكوميين. ويمكن إتاحتها من خلال مراكز الرعاية النهارية أو «النوادي» التي تديرها منظمات المجتمع المدني (انظر الإطار ٧-١٩ دار النافورة: أندية التعافي). وقد تتضمن النوادي برامج محددة لتخصيص الدعم لمختلف الفئات العمرية. فعلى سبيل المثال، قد تركز برامج الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٥ سنة) على تشجيع الحرية والاستقلال وتقدم الدعم في تقديم طلبات الوظائف والحصول على مزيد من التعليم وإيجاد مكان للعيش فيه. ومن ناحية أخرى، قد تركز برامج كبار السن على الحد من العزلة الاجتماعية ودعم الصداقات والروابط الاجتماعية، بما في ذلك عن طريق التغلب على حواجز النقل وبناء الثقة في استخدام التكنولوجيا للبقاء على اتصال مع الآخرين.

ويمكن إتاحة إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي أيضًا من خلال نماذج أخرى لتقاسم المهام مع غير المتخصصين ومقدمي الخدمات المجتمعية في المجتمعات المحلية. وتبين التجربة أن إشراك المجتمعات المحلية في تقديم خدمات إعادة التأهيل المجتمعية يمكن أن يكمل الخدمات المتخصصة ويحسن الوصول إلى التدخلات والإنصاف فيها وقبولها (انظر الإطار ٧-٢٠ التعايش مع الذهان: ثلاثة مستويات لإعادة التأهيل المجتمعي) (٥١٨).

دراسة حالة

الإطار ٧-١٩

دار النافورة: أندية التعافي

لأكثر من ٦٥ عامًا، كان نادي التعافي يدعم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية من خلال النموذج الرائد المتمثل في نوادي لإعادة التأهيل النفسي الاجتماعي. وتُنظَّم النوادي بحيث تكون نظامًا لدعم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، وليست خدمةً رسمية أو برنامجًا علاجيًا.

وما أن بدأ كنادي اجتماعي في مدينة نيويورك في عام ١٩٤٨ سرعان ما تطور إلى شبكة عالمية تضم أكثر من ٣٠٠ نادي في أكثر من ٣٠ دولة، بما في ذلك الأرجنتين، والصين، والهند، وروسيا. وتأسس كل نادي إيمانًا بأن كل شخص يمكنه التعافي من آثار اعتلالات الصحة النفسية بالقدر الذي يمكِّنه من عيش حياة مرضية له في المجتمع. ولهذه الغاية، يتيح كل نادي مزيجًا من الخدمات الصحية والاجتماعية الأساسية التي لا تهدف فقط إلى تلبية الاحتياجات الأساسية، ولكنها تركز أيضًا على أهداف الأفراد وتطلعاتهم.

وتشكل الأندية مجتمعات محلية تشاركية موجهة نحو التعافي، حيث يعمل الأعضاء والموظفون معا للحفاظ على العمليات اليومية. وهم يديران معًا أنشطة تهدف إلى دعم الأعضاء للعودة إلى المدرسة أو العمل، والوصول إلى السكن المجتمعي، وتعزيز الرفاه، والحد من دخول المستشفى وتحسين العلاقات الاجتماعية. وفي جميع الحالات، يختار الأعضاء متى وكيف يشاركون.

وتمكّن الشراكات الوثيقة مع النظام الصحي النوادي من التأثير على جودة الرعاية الصحية المقدمة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية الشديدة وتشجيعها وضمان رعاية تتمركز حول الشخص وتشمل تلبية الاحتياجات الصحية والاجتماعية.

وتعد أندية التعافي فعالة في تعزيز التوظيف وتقليل دخول المستشفيات وتحسين نوعية الحياة ويمكن أن تساعد أيضًا في تحسين التحصيل العلمي وخلق إحساس أكبر بالمجتمع، فينعكس ذلك على تحسين القدرات الذاتية والثقة بالنفس للأعضاء. وبالنسبة للشباب، يمكن أن تساعد النوادي في سد الفجوة بين رعاية الصحة النفسية للأطفال والبالغين، ومواصلة الدعم في وقت لاحق من الحياة إذا لزم الأمر.

المصادر: McKay et al، 2018 (*519*)؛ Pardi et al، 2018 (*520*).

دراسة حالة

الإطار ٧-٢٠

التعايش مع الذهان: ثلاثة مستويات لإعادة التأهيل المجتمعي

في المناطق النائية الريفية في الهند، قُدِّم نهج متعدد المستويات لإعادة التأهيل المجتمعي ليكون نموذجًا عمليًا وفعالًا لرعاية الأشخاص الذين يعانون من الفصام المزمن والاضطراب العاطفي ثنائي القطب وغيرها من أمراض الذهان.

ويتألف هذا النهج، الذي طبق بالشراكة مع المنظمة غير الحكومية المحلية Ashagram Trust، من ثلاثة مستويات لتقديم الخدمات.

- العيادات الخارجية، حيث أجرى طبيب نفسي استعراضات سريرية، وقدم وصفات لأدوية نفسية، وقدم بالاشتراك مع اختصاصي نفسي التعليم النفسي والمشورة الأسرية.
- عاملو الصحة المجتمعية، الذين حصلوا على تدريب في إتاحة التعليم النفسي والتدخلات النفسية الاجتماعية الأساسية لتحسين الرعاية الشخصية، وربط الناس بالصحة العامة وفرص العمل وتحسين الإدماج الاجتماعي من خلال تعزيز المشاركة الاجتماعية والسياسية.
- الأسر والجماعات الصحية القروية (samitis)، التي تساعد على تعزيز الشبكات الاجتماعية وتعزيز المشاركة الاجتماعية والاقتصادية، بما في ذلك عن طريق إتاحة إمكانية الحصول على القروض الصغيرة.

وطُبق هذا النهج في أربع كتل (مناطق فرعية) في الهند، وفي كل حالة تبين أنه فعال في التغلب على الحواجز التي تحول دون الرعاية، مما يؤدي إلى التزام أفضل بالعلاج، وتقليل الإعاقة وتحسين الإدماج الاجتماعي. وفي باتي، حيث أُجري تقييم لنموذج الرعاية المتعدد المستويات بعد أربع سنوات من بدايته، وجد أن أكثر من ٨٠٪ من المشاركين شاركوا في أنشطة مجتمعية مثل حفلات الزفاف والمهرجانات المجتمعية. كما مارس معظمهم حقوقهم كمواطنين من خلال حضور اجتماعات المجالس القروية والتصويت في انتخابات القرى.

المصادر: Chatterjee et al, 2003 (*521*)؛ Chatterjee et al، 2009 (*522*).

٧-٣-٤ خدمات المعيشة المدعومة

حيثما أمكن ذلك، تشكل خدمات المعيشة المدعومة (أو الإسكان المدعوم) عنصرًا هامًا آخر من عناصر خدمات الصحة النفسية المجتمعية. وهي تخدم أقلية صغيرة من الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، وتحديدًا أولئك الذين لديهم احتياجات معقدة وطويلة الأجل.

وبالنسبة لهؤلاء الأشخاص، تساعد خدمات المعيشة المدعومة في تجنب الرعاية في المستشفى (٤٥٤). ما أنها تمثل دعمًا حاسمًا للعديد ممن كانوا مقيمين لمدة طويلة في مؤسسة للرعاية مباشرة بعد مغادرتهم لها وطيلة مدة تحويل رعايتهم من المؤسسة إلى خارجها (اقرأ تجربة أليخاندرا).

وفي البرازيل، تتضمن استراتيجية إلغاء الرعاية المؤسسية خدمتين تكميليتين لتلبية الاحتياجات السكنية للمقيمين السابقين الذين طالت إقامتهم:

- الخدمة العلاجية السكنية، التي تتألف من منازل تتسع لثمانية أشخاص في المناطق الحضرية؛
- برنامج دي فولتا بارا كاسا، الذي يقدم الدعم المالي للمساعدة والمتابعة وإعادة القدرة على التواصل الاجتماعي خارج المستشفى.

ويوجد في البرازيل اليوم أكثر من ٤٠٠٠ شخص كانوا قد أقاموا في مستشفيات لفترات طويلة، وهم يعيشون الآن مع أسرهم أو أو في أماكن الخدمات العلاجية السكنية ويتلقون مستحقات من برنامج دي فولتا بارا كاسا، وتتابعهم في الآن ذاته خدمات الصحة النفسية المجتمعية (٥٢٣).

والأهم من ذلك، تمامًا وبمثل ما تختلف مستويات التبعية بين الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، تختلف أيضًا مستويات الدعم المقدم من خلال خدمات المعيشة المدعومة.

وفي بعض الأحيان، كل ما يحتاجه الناس هو البنية التحتية المادية للعيش بشكل مستقل - إما بمفردهم أو مع الآخرين الذين لهم أوضاع مماثلة. ولكن في بعض الأحيان يحتاج الناس إلى مستويات إضافية من الدعم للمساعدة في تلبية الاحتياجات الصحية (بما في ذلك الصحة النفسية)، واستخدام العقاقير والكحول، وإدارة الفوائد والديون، وتطوير مهارات الحياة اليومية أو الوصول إلى التعليم والتدريب والتوظيف. وتستخدم بعض البلدان الميزانيات الشخصية الخاصة بالصحة لضمان أن الدعم الإضافي المقدم يفي بالأولويات الفردية. ولا تمثل الميزانيات الشخصية للصحة أموالا جديدة، بل هي طريقة مختلفة لإنفاق الأموال المخصصة للصحة لتلبية احتياجات الفرد. ويمكن استخدامها في مجموعة مختارة من الأشياء مثل العلاجات أو العناية الشخصية أو المعدات. وتبيَّن من تقييم أُجرى للميزانيات الشخصية الخاصة بالصحة في المملكة المتحدة أنها تحسن بشكل كبير نوعية حياة الناس ورفاههم وأنها فعالة من حيث التكلفة (٥٢٤).

وسيتوقف نطاق الخدمات السكنية اللازمة والممكنة في أي منطقة على الموارد والخدمات الأخرى المتاحة محليًا، وعلى عوامل اجتماعية وثقافية متنوعة، مثل مقدار الرعاية الأسرية التي تقدم عادة. وهذا يعني أن مخططات الإسكان المدعومة يجب أن تنظر في مزيج من المرافق التي قد تشمل، على سبيل المثال:

- السكن الاجتماعي، مع إيلاء الأولوية للوصول للأشخاص الذين يعيشون في ظروف صحية نفسية؛
- النزل التي تتيح الإقامة القصيرة مع الإشراف؛
- مراكز إعادة التأهيل التي تتيح إقامة قصيرة الأجل، مع علاج جماعي أو فردي؛
- دور الرعاية السكنية التي تقدم الدعم السريري والاجتماعي؛
- الدور الجماعية حيث يعيش الأشخاص ذوو الاحتياجات والقدرات المختلفة معًا ويقدمون دعم الأقران لبعضهم البعض. وعادة ما يُقدِّم الدعم إلى لسداد الإيجار في الدور الجماعية كما يوجد في العادة فريق متعدد التخصصات من الاختصاصيين الصحيين والاجتماعيين يقدِّم الدعم أيضًا إلى السكان (انظر الإطار ٧-٢١ العودة إلى المنزل مرة أخرى: دور جماعية للنساء في الهند).

وفي جميع الحالات، ولتفادي (إعادة) تهيئة بيئات مؤسسية (تعرف باسم المؤسسات الانتقالية)، ينبغي الحرص عند إنشاء أي مرافق سكنية مدعومة على أن تكون صغيرة الحجم، ومزودة بالموارد الكافية، وخاضعة لمراقبة جيدة (٤٨٨). وينبغي لها أن تعزز العيش المستقل وتحترم حقوق الناس، بما في ذلك حقهم في اختيار أين ومع من يعيشون (٥٢٥، ٥٢٦).

قصة

المجتمع الذي يحرص على الرفاه يعمل تمامًا بشكل أفضل

تجربة أليخاندرا

عشت حياة كانت سمتها عدم الاستقرار العاطفي والقرارات الخاطئة. وعندما وصلت سن ٣٩ أصبت باضطراب انفصامي عاطفي، لكنني تلقيت مؤخرًا علاجًا فعالًا (في سن ٤٤ عامًا). وخلال فترة وجودي بالمستشفى، توفي والدي وتُركت في المستشفى. ووافقت على الذهاب إلى منزل محمي (hogar protegido) للحصول على الدعم وبالتالي عودتي إلى المجتمع بطريقة منتجة.

ويعد المنزل المحمي جزءًا من مشروع الإدماج الاجتماعي للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية. وفي كل منزل، يوجد موظف مدرب يدعمنا في تطورنا الشخصي واحتياجاتنا العملية، ونشكل معًا أسرة، مما يمنحنا التشجيع والثقة. وبالنسبة لي، كان المنزل الأساس الذي حصلت فيه على الدعم والأمن العاطفي لإعادة بناء حياتي بشكل صحي. وإنه لأمر مشجع أن أحصل على دعم مثل هذا، ويمنحني الكثير من الأمل في تحقيق الذات والثقة في الحياة. والآن أنا أعمل بينما ما زلت أعيش في منزل محمي.

وأعتقد أن نشر المعلومات عن الصحة النفسية أمر مهم للغاية. فالمعلومات تمنحنا القدرة على إحداث التغيير المطلوب. وتساعد على زيادة الوعي في المجتمع للوقاية من اعتلالات الصحة النفسية أو التعرف عليها مبكرًا، وخلق التعاطف والاندماج الاجتماعي. والمعلومات تجعلنا أكثر حرية - طموح إنساني. وهي تساعد على ضمان الحقوق الفردية في المعلومات، والصحة، والعمل اللائق، والحياة.

ولقد كان من الصعب عليّ الحصول على عمل، لكن البدء من جديد يستغرق وقتًا. والاضطرابات النفسية ليست مشكلات منعزلة، أو تحدث نتيجة بعض الديناميكيات الأسرية المحددة، بل إنها مشكلات اجتماعية تمسنا جميعًا باعتبارنا مجتمعًا واحدًا. فإذا اتحدنا صرنا أقوى. إن الاستثمار في الصحة النفسية هو رهان على المستقبل لأن مجتمعًا يحرص على الرفاه بالتأكيد يعمل بشكل أفضل تمامًا.

إن الصحة النفسية بالنسبة لنا هي الكنز والهوية والسبب في تفردنا.

اليخاندرا ريفيرا، بيرو

دراسة حالة

الإطار ٧-٢١

العودة إلى المنزل مرة أخرى: دور جماعية للنساء في الهند

"العودة إلى المنزل مرة أخرى" هو تدخل للإسكان يُقدِّم خدمات داعمة للنساء المشردات في الهند اللائي يعانين من اعتلالات صحية نفسية طويلة الأمد.

وتدير هذا التدخل منظمة غير حكومية هي The Home Again Banyan, تتيح مساكن مشتركة في الأماكن الحضرية والريفية حيث تعيش أربع إلى خمس نساء معًا في بيئات شبيهة بالمنزل، تجمع بين العمل والترفيه والأنشطة الاجتماعية التي التي ييسرها فريق متعدد التخصصات من مقدمي الخدمات. ويضم كل منزل أيضًا اختصاصيًا مجتمعيًا مدربًا على تقديم الرعاية النفسية والاجتماعية والطبية الأساسية. وفي عام ٢٠١٩، تلقت ٢٤٥ امرأة الدعم من خلال ٥٠ منزلًا في ولايات تاميل نادو وكيرالا ومهاراشترا.

ولقد ثبت أن منظمة Home Again تحسن أداء المجتمع، وتقلل من التباعد الاجتماعي بين النساء اللواتي يعانين من اعتلالات الصحية النفسية وأفراد المجتمع الآخرين، وتزيد من المشاركة في القوى العاملة، وتعزز الشعور بالأمل واعتماد الناس على بعضهم البعض.

المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2021 (*527*).

وكانت مخططات الإسكان المدعومة الخاصة بالمشردين الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية تتبع في العادة نهجًا علاجيًا أوليًا يتعين من خلاله علاج الناس وإيقافهم عن التعاطي قبل إيوائهم، أو إثبات قدرتهم على العيش بشكل مستقل بعد مرورهم بخدمات سكنية مختلفة قبل الحصول على سكن دائم.

ولكن منذ أوائل التسعينات، وخاصة في البلدان ذات الدخل المرتفع، أفسحت هذه النماذج التقليدية المجال لنهج سريع لإعادة الإسكان يعرف باسم «الإسكان أولًا»، يتيح للأشخاص الذين عرفوا التشرد المزمن الذي صاحبته اعتلالات في الصحة النفسية الحصول الفوري على سكن مستقر وبأسعار معقولة دون شروط مسبقة، مع تقديم خدمات دعم مرنة مصممة لتلبية الاحتياجات الفردية (٥٢٨). وفي جميع الحالات، تم تصميم نهج السكن أولًا لإتاحة القدرة على الاختيار والسيطرة، وإعادة الحقوق والمسؤوليات إلى الأشخاص الذين استُبعدوا مرارًا وتكرارًا.

وهناك أدلة على أن نهج الإسكان أولًا يحسن الاستقرار السكني ويقلل من التشرد والدخول إلى المستشفى (٥٢٩). وهناك أيضا أدلة تشير إلى أنه يقلل من استخدام خدمات الاستجابة في مجالات الصحة في حالات الطوارئ والمأوى في حالات الطوارئ والعدالة الجنائية (٥٣٠).

٧-٤ خدمات الصحة النفسية خارج قطاع الصحة

كما سبق التأكيد عليه في هذا التقرير، فإن الرعاية الصحية وحدها لا تكفي في كثير من الأحيان لتلبية جميع احتياجات الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، ولا سيما أولئك الذين يعانون وطأة الفقر، أو يعيشون دون سكن، أو تعليم أو وسيلة لكسب دخل. وهذا يعني أن القطاعات الأخرى لها دور رئيسي في استكمال أي خدمات للصحة النفسية يقدمها قطاع الصحة. وكذلك الأمر بالنسبة لمجموعة واسعة من مقدمي الخدمات المجتمعية (على سبيل المثال، المتطوعون والجماعات النسائية والقابلات التقليديات) الذين قد يقدمون الدعم النفسي الاجتماعي (انظر القسم ٧-١-٢ تقديم مجموعة متنوعة من الخدمات وأشكال الدعم: ما وراء الخدمات الرسمية).

ويعني تحويل خدمات الصحة النفسية اتباع نهج متعدد القطاعات من خلال دمج الخدمات للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية في سياسات وبرامج جميع القطاعات ذات الصلة، بما في ذلك دعم سبل العيش والإسكان والتعليم والتدريب المهني والتوظيف والرعاية الاجتماعية والدعم القانوني. وهناك حاجة إلى نهج حكومي شامل.

ومن الناحية العملية، يمكن تقسيم خدمات الصحة النفسية الرسمية خارج قطاع الصحة إلى نوعين عريضين.

- تقدم خدمات الرعاية السريرية في أماكن غير صحية، بما في ذلك المدارس والسجون ودور إيواء النساء.
- تقدم الخدماتُ الاجتماعية الدعمَ للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية لضمان الإدماج وتلبية الاحتياجات الأساسية، بما في ذلك السكن الاجتماعي والتعليم والعمالة والاستحقاقات الاجتماعية.

٧-٤-١ رعاية الصحة النفسية في بيئات خارج قطاع الصحة

تركز أنشطة الصحة النفسية في البيئات بخلاف قطاع الصحة إلى حد كبير على أنشطة التعزيز والوقاية في الصحة النفسية (انظر الفصل ٦ التعزيز والوقاية من أجل إحداث التغيير المطلوب). ولكن في بعض الحالات، قد تشمل خدمات الصحة النفسية خدمات تتعلق بتحديد العلاج الأساسي لاعتلالات الصحة النفسية وتقديم العلاج لها.

الكشف المبكر والتدخل في المدارس

تتيح المدارس منصة قوية لتحديد اعتلالات الصحة النفسية وعلاجها في وقت مبكر وسط الأطفال والمراهقين لأنها المكان الذي يرتاده معظم الأطفال ولأن بإمكانها الوصول إلى العائلات، ولأنها تقدم مكانًا لاستخدام الخدمات مجانًا ولأنها تتغلب على الحواجز التي تقف عادة حائلًا أمام الوصول مثل الموقع المزعج، والنقل المكلف والوصم. وهناك زخم كبير يدفع تجاه إتاحة هذه المنصة في النظام التعليمي حيث يوجد دليل قوي على أن الاستثمار في الصحة النفسية يحسن النتائج التعليمية (٥٣١، ٥٣٢).

الصحة النفسية يجب أن تكون جزءًا من خدمات الصحة المدرسية.

إن الدور المحتمل للمدارس في حماية صحة الطلاب ورفاههم معترف به في مبادرة الصحة المدرسية العالمية لمنظمة الصحة العالمية وفي مبادرة منظمة الصحة العالمية واليونيسف "مساعدة المراهقين على الازدهار" (انظر القسم ٦-٣-٢ حماية وتعزيز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين).

وتنص المبادئ التوجيهية الأخيرة لمنظمة الصحة العالمية بشأن خدمات الصحة المدرسية على أن الصحة النفسية يجب أن تكون جزءًا من خدمات الصحة المدرسية (٥٣٣). وتوصي المبادئ التوجيهية بأن تكون خدمات الصحة المدرسية قادرة على التعرف المبكر من أجل الإحالة، ودعم مجموعة من اعتلالات الصحة النفسية وكذلك الإجهاد. وتوصي المبادئ التوجيهية أيضًا بأن تقدم خدمات المشورةَ في حالات الأزمات وفيما يتعلق باستخدام مواد الإدما، وأن تدعم الخدماتُ الصحية المدرسية السياسات المتعلقة بالتنمر والنهوض بالصحة.

دراسة حالة

الإطار ٧-٢٢

مبادرة REACH: شراكات مجتمعية لتحسين الصحة النفسية للشباب

منذ عام ٢٠٠٧، قدمت المبادرة الخاصة بالاستجابة والتدخل المبكر والتقييم في مجال الصحة النفسية المجتمعية (REACH) في سنغافورة الدعم في الخطوط الأمامية للطلاب الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية من خلال إنشاء شبكات رعاية إقليمية متعددة التخصصات ومشتركة بين القطاعات.

وتلقى المرشدون المدرسيون تدريبًا على تحديد المشكلات العاطفية والاجتماعية والسلوكية وإحالة الطلاب إلى فريق إدارة الحالات المتنقل من أطباء مبادرة REACH للتقييم والتدخل. وتضم أفرقة REACH مجموعة من الأطباء والاختصاصيين النفسيين والاختصاصيين الاجتماعيين الطبيين والمعالجين المهنيين وأطقم التمريض النفسي. وعلى الرغم من أن الأفرقة متنقلة، فإنها موجودة في مستشفى إقليمي لضمان استمرار الرعاية في حالة الحاجة إلى مزيد من الخدمات المتخصصة.

المصدر: Lim et al، 2017 (*534*).

وبين عامي ٢٠٠٧ و٢٠١٥، أحال مقدمو المشورة في المدارس أكثر من ٤٠٠٠ طالب إلى أفرقة REACH.

وتعمل مبادرة REACH باستمرار على تنمية الكفاءات السريرية بين الأفرقة القائمة في المستشفيات، من خلال الإشراف المنتظم والتدريب على التدخلات القائمة على الأدلة. وتعمل المبادرة أيضًا على زيادة المعرفة والقدرة السريرية داخل المجتمع، من خلال أنشطة تدريب وتوعية موجهة نحو قضايا الصحة النفسية وسط الشباب.

ويتلقى المهنيون المدرسيون ومنظمات الخدمات الاجتماعية وغيرها تدريبًا على اعتلالات محددة وتقنيات التدخل (بما في ذلك الاكتئاب والانتحار والألعاب الإلكترونية)، وكيفية دعم الشباب ممن يعاني المسؤولون عن رعايتهم من مشكلات تتعلق بالصحة النفسية.

ويمكن استخدام المشورة المدرسية بوصفها تدخلًا وقائيًا للأطفال الذين تظهر عليهم علامات الإصابة باعتلالات نفسية، أو لأغراض التقييم، أو بوصفه تدخلًا مبكرًا، أو دعمًا موازيًا إلى جانب خدمات الصحة النفسية المتخصصة. وتهدف جميع خدمات المشورة إلى إتاحة الفرصة للشباب لمناقشة الصعوبات التي يواجهونها في بيئة داعمة وإيجاد طرقهم الخاصة لمعالجة قضاياهم. وقد تشمل المشورة العمل الأسري أو الجماعي. ويمكن أيضًا لمقدمي المشورة في المدارس أن يربطوا الأطفال وأسرهم بالخدمات الاجتماعية والمتخصصة (انظر الإطار ٧- ٢٢ مبادرة REACH: شراكات مجتمعية لتحسين الصحة النفسية للشباب).

رعاية الصحة النفسية في نظام العدالة

السجناء أكثر عرضة للإصابة باعتلالات الصحة النفسية من عامة السكان. وقبل السجن، من المرجح أن يكونوا قد تعرضوا لظروف اجتماعية سلبية تشكل عوامل تعرض لخطر الإصابة باعتلالات الصحة النفسية وكذلك للجريمة. وبمجرد دخولهم السجن، قد يتعرض الناس للعزلة الاجتماعية أو الظروف المعيشية السيئة أو الاعتداء الجسدي أو الجنسي أو الاعتداء النفسي، مما يزيد من خطر الإصابة باعتلالات الصحة النفسية.

ويوجد حوالي ٧٠٪ من نزلاء السجون في العالم - أكثر من سبعة ملايين شخص - في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل، حيث يعيش معظم الناس في العالم. ويقدر الباحثون معدلات الذهان والاكتئاب غير العاطفيين بين هؤلاء السجناء بنسبة ٦,٢٪ و ١٦,٠٪ على التوالي، وهما معدلان أعلى بمقدار ١٦ مرة و ٦ مرات على التوالي عن المعدلات بين عامة السكان (٥٣٥). وبالمثل، من المرجح أن يعاني المراهقون في نظام قضاء الأحداث من اعتلالات الصحة النفسية أكثر بكثير من تلك الموجودة في عموم السكان، حيث يعاني ٧٠٪ على الأقل من اعتلال واحد في الصحة انفسية قابل للتشخيص (٥٣٦).

السجناء أقل عرضة للاعتراف باحتياجات صحتهم النفسية وتلقي الرعاية والدعم الذي يحتاجون إليه.

وعلى الرغم من أن اعتلالات الصحة النفسية الشديدة أكثر انتشارًا في السجون، فإنهم على الأرجح أقل من سواهم فيما يخص الاعتراف باحتياجاتهم من الصحة النفسية وتلقي الرعاية والدعم اللازمين. وفي بعض البلدان المنخفضة الدخل التي تعوزها خدمات الصحة النفسية بشكل خاص، يمكن أن ينتهي الأمر باستخدام السجون مكانًا يُحضَر إليه الأشخاص الذين يُعتبرون خارج نطاق السيطرة بسبب الهوس الحاد أو الذهان ويحتجزون دون محاكمة، غالبًا في ظروف معيشية مروعة (٥٣٧). وفي العديد من البلدان، يُحاكم الأشخاص الذين يمكن تحويلهم بسهولة إلى رعاية الصحة النفسية ويُسجَنون، حتى في الجرائم البسيطة جدًا.

وغالبًا ما يعاني الأشخاص الذين حوكموا على جريمة وتبيَّن أنهم غير مذنبين لأنهم يعانون من اعتلال في صحتهم النفسية من انتهاكات حقوق الإنسان. وفي بعض الولايات القضائية، يُحتجز هؤلاء الأشخاص في السجون دون رعاية ودعم كافيين، بينما قد يُنقلون في بلدان أخرى إلى مستشفى الطب النفسي الشرعي (أو قسم الطب الشرعي) حيث يُعاملون في كثير من الأحيان معاملة السجناء، مع تقييد حريتهم تقييدًا شديدًا. وغالبًا ما يكون إطلاق السراح صعبًا أو عشوائيًا وغالبًا ما يُحتفظ بالأشخاص لفترة أطول بكثير من أي عقوبة لربما كان يمكن أن يتلقونها بسبب الفعل الإجرامي الذي اتهموا به (٥٣٨).

وفي جميع البلدان، قد تكون محاولة السير في دروب نظام العدالة الجنائية مع المعاناة من اعتلال في الصحة النفسية أمرًا صعبًا ومأساويًا للغاية (اقرأ تجربة لورا).

إن تلبية احتياجات الصحة النفسية في نظام العدالة الجنائية يستفيد منها السجناء وموظفو السجون والمجتمع الأوسع. ويمكن تحقيق ذلك بطرق متعددة بحسب الاحتياجات والسياقات المحلية.

فعلى سبيل المثال، في بعض البلدان ذات الدخل المرتفع، استُحدثت خدمات الاتصال والتحويل، أو خدمات الفرز في الشوارع لتحديد الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات محتملة في الصحة النفسية عندما يتعاملون لأول مرة مع نظام العدالة الجنائية. وتستخدم هذه الخدمات لدعم الناس خلال المراحل المبكرة من النظام الجنائي، أو إحالتهم للحصول على الرعاية الصحية أو الاجتماعية المناسبة، أو تحويلهم بعيدًا عن نظام العدالة الجنائية نحو أماكن أكثر ملاءمة.

وتشمل الاستراتيجيات المقترحة الأخرى لتحسين رعاية الصحة النفسية في نظام العدالة الجنائية إدماج الصحة النفسية في خدمات الصحة العامة المتاحة لجميع السجناء. وقد يكون من الأمثلة على ذلك تنفيذ برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية بإشراف داعم من اختصاصي الصحة النفسية (٥٣٩). ومن شأن تدريب الموظفين في جميع مستويات نظام العدالة الجنائية على قضايا الصحة النفسية أن يساعد أيضًا على زيادة الوعي، ومواجهة سلوكيات الوصم، وتشجيع تعزيز الصحة النفسية لكل من الموظفين والسجناء.

٧-٤-٢ الخدمات الاجتماعية الرئيسية

يجب أن تكون الخدمات الاجتماعية جزءًا من الجهود الرامية إلى إحداث تحوُّل في الصحة النفسية.

وغالبًا ما يتم استبعاد الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شديدة مزمنة في صحتهم النفسية من الفرص الاجتماعية والاقتصادية مثل حماية الطفل، والسكن، والعمل، والتعليم، والمستحقات الحكومية. وهذا يضع أعباء إضافية على كاهل الأسر والمجتمعات المحلية ويعوق إعادة التأهيل والتعافي. ويمكن أن يؤدي استكمال التدخلات الصحية بالخدمات الاجتماعية الرئيسية إلى تمكين الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية من التعافي والعيش حياة مرضية وهادفة. ونظريًا، تقع مسؤولية تقديم هذه الخدمات الاجتماعية على عاتق قطاع الصحة. ولكن من الناحية العملية، فإن الخط الفاصل بين الصحة النفسية والخدمات الاجتماعية غير واضح. فخدمات المعيشة المدعومة، على سبيل المثال، يمكن أن تديرها سلطات أو منظمات غير حكومية في القطاع الصحي أو الاجتماعي.

قصة

التنقُّل بين دروب نظام العدالة الجنائية لمن يعانون من اعتلال في الصحة النفسية

تجربة لورا

في ربيع عام ٢٠١٥، كانت هناك ثماني أوامر بالقبض علي. وكانت جرائمي جنح، وتراكمت عدة أوامر قضائية بسبب عدم مثولي أمام المحكمة. وشعرت بالرعب من الذهاب إلى المحكمة بمفردي وخائفة بنفس القدر من عدم الحضور. وصرت لا أقوى على التعرف على أي وقت من اليوم فيه نحن. وفي النهاية دخلت المستشفى. وعند الخروج، عدت إلى مصحة وبدأت في الحصول على المساعدة.

واستعنت بمحامٍ. وذهبت إلى المحكمة. ودفعت غرامات. وكان من الممكن أن يدمرني هذا بسهولة لولا مساعدة ودعم الأصدقاء والعائلة. وفي جلسة المحكمة الأخيرة، اكتشفت أنني ربما أبقى ستة أشهر في السجن – بسبب سرقة شطيرة جبن مشوية من كافيتريا أحد المستشفيات حينما كنت مشردة. وكانت هذه أكثر تجربة مخيفة.

والخوف الذي عانيت منه أثناء التنقل في النظام حينما كنت مريضةً نفسية عطّل شفائي واندماجي في المجتمع مرة أخرى. ودخلت بسبب الليالي التي قضيتها مشردة، أحارب من أجل الحصول على الغذاء والأمن، في دوامة من اليأس دمرتني.

ورحلتي ليست بالغريبة بالنسبة لأشخاص مثلي يعانون من مشاكل صحية سلوكية. ففي كثير من الأحيان نجد أنفسنا في قبضة النظام القانوني الجنائي بسبب مخالفات يمكن اعتبارها بسيطة. وهذا يمكن أن يتسبب في ألم كبير لنا ولعائلاتنا وأصدقائنا، ويؤثر على المدى الطويل في قدرتنا على استئجار مساكن أو الحصول على عمل.

واليوم أجد صعوبة في فهم ما حدث وأسبابه. هل سرقة شطيرة الجبن كان بسبب الجوع أم المرض النفسي؟ بعض الناس يطلقون على جرائمي «جرائم المشردين». أتفق على أن جرائمي كانت بسبب ذلك، لكنني كنت مريضةً أيضًا: هناك خط رفيع بين التشرد والأمراض النفسية.

ولم أعد الآن تحت المراقبة وقد أكملت بنجاح ٨٠ ساعة من خدمة المجتمع. وأشعر أن هنالك حملًا قد رُفع عن كاهلي. وبدلًا من القلق بشأن القضايا القانونية، أعمل على تغيير سياسة الرعاية الصحية السلوكية بالتعاون مع آخرين. والبداية تبدو جيدة، وأنا متفائلة.

لورا فان توش، الولايات المتحدة الأمريكية

إن استكمال الرعاية الصحية بالخدمات الاجتماعية يمكّن الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية من التعافي.

وتدعم العديد من خدمات الصحة النفسية المجتمعية العامة والخاصة الأخرى التي نوقشت أعلاه، في القسم ٧-٣ خدمات الصحة النفسية المجتمعية، الوصول إلى الخدمات الاجتماعية الرئيسية. وغالبًا ما تعمل مراكز وأفرقة الصحة النفسية المجتمعية على وجه الخصوص مع الشركاء المجتمعيين لتوفير الدعم الاجتماعي وتيسير الحصول على المستحقات الاجتماعية. ومثلها مثل النوادي ومنظمات إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي الأخرى، قد تقدم أيضًا برامج توظيف وتعليم مدعومة.

وكما ذُكر في هذا التقرير، فإن معالجة المشكلات الاجتماعية هي جزء لا يتجزأ من عملية إحداث التحوُّل في الصحة النفسية. ومن حيث قبول الخدمة، يجب أحيانًا تقديم الرعاية الاجتماعية كخطوة أولى في رعاية الصحة النفسية. فعلى سبيل المثال، غالبا ما يحتاج الناجون المصابون باكتئاب بسبب عنف الشريك الحميم المستمر إلى سكن آمن وعون مالي وأوراق هوية وسبل عيش ودعم قانوني، وغير ذلك من أوجه الدعم (٥٤٠).

إن تلبية الاحتياجات الاجتماعية للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية أمر مهم بشكل خاص في حالات الطوارئ، حيث يكونون معرضين بشكل خاص لمخاطر مثل سوء المعاملة والإهمال ويتطلبون الحصول على الحماية والدعم الاجتماعي والرعاية السريرية على سبيل الأولوية.

وتشدد المبادئ التوجيهية الدولية بشأن الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي على ضرورة ربط الخدمات المقدمة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات في صحتهم النفسية في البيئات الإنسانية بالدعم المجتمعي (٥٤١، ٥٤٢). وتشمل هذه البرامج برامج للمأوى والغذاء والمياه والإصحاح والتعليم، فضلا عن تقديم دعم محدد للناجيات من العنف الجنسي والقائم على النوع الاجتماعي.

حماية الطفل

يعد التعرض للشدائد أثناء الطفولة عاملًا رئيسيًا يعرض لخطر الإصابة باعتلالات الصحة النفسية (انظر القسم ٢-٢-٢ المخاطر التي تضعف الصحة النفسية)، بالإضافة إلى مجموعة واسعة من القضايا الصحية والاجتماعية الأخرى. ويكتسي وجود نظام فعال لحماية الطفل أهمية حاسمة لمنع جميع أشكال العنف ضد الأطفال والتصدي لها، بما في ذلك الاستغلال والاعتداء والإهمال.

وتتطلب الحماية الفعالة للأطفال نهجا شاملا يتعدد فيه أصحاب المصلحة ويمكن أن يعالج الأسباب الجذرية للعنف وسوء المعاملة. وتدعو منظمة الصحة العالمية وشركاؤها إلى وضع استراتيجية من سبع شُعب (INSPIRE)، لا تشمل التدابير الوقائية لجميع الأطفال فحسب، بل تشمل أيضا خدمات الاستجابة والدعم لكل من الضحايا والجناة الأحداث (٣٣٧).

ويجب تقديم الخدمات الصحية الأساسية، مثل الرعاية الطبية الطارئة للإصابات المرتبطة بالعنف والرعاية السريرية لضحايا العنف الجنسي، وتطبيق التوجيه بشأن الرعاية السريرية لضحايا العنف الجنسي. وقد تؤدي المشورة النفسية المقدمة للضحايا والجناة إلى كسر دائرة العنف ومساعدتهم على التعامل بشكل أفضل مع أي عواقب على الصحة النفسية والتعافي منها. وتشمل مجموعة الخدمات والدعم التي يتعين النظر فيها ما يلي: ربط تحديد سوء معاملة الأطفال بالحصول على الرعاية الصحية النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، وإدارة الحالات والمشورة النفسية القائمة على العلاج السلوكي المعرفي ، وبرامج محددة للمجرمين الأحداث والرعاية البديلة بحسب الحاجة (٣٣٧).

وفي العديد من البلدان - ولا سيما أثناء حالات الطوارئ الإنسانية - يقوم أصحاب المصلحة المعنيون بحماية الطفل بدور استباقي في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي. ويعد التنسيق والتعاون الجيدين بين العاملين في مجال الصحة وحماية الطفل أمرا أساسيا لضمان اتساق الرعاية.

التعليم والتدريب

قد يعاني البالغون الذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية في الحصول على فرص تعلم الكبار والتدريب المهني إما بسبب متطلبات التعليم أو بسبب التمييز. وبالمثل، غالبًا ما يُستبعد الأطفال والمراهقون الذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية من التعليم العام، وقد يُلحقون بمدارس أو فصول دراسية منفصلة أو، في بعض الأحيان، لا يتلقون أي تعليم على الإطلاق. وتعني نُظم وهياكل التدريس غير المرنة في التعليم العام بشكل عام أنه حتى إذا سُمح للأطفال الذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية بالذهاب إلى المدرسة، فمن المرجح أن يفشلوا أو يعيدوا عامًا أو يتركوا الدراسة مبكرًا (٥٤٣، ٥٤٤).

ويعني التعليم الشامل إتاحة فرص تعلم مجدية لجميع المتعلمين، بما في ذلك أولئك الذين يعانون من اعتلالات الصحة نفسية، دون تمييز. ويعني على وجه التحديد: دعم جميع المتعلمين في نفس المدارس والفصول الدراسية، وإزالة أي حواجز تتعلق بالاتصالات والمعلومات والمواقف من المدارس، وضمان إتاحة موارد التعلم للجميع، وضمان حرص جميع المعلمين والإداريين على تعزيز الإدماج. وتشمل الاستراتيجيات الرئيسية للتعليم الشامل توظيف موظفين مدربين تدريبًا خاصًا أو اعتماد مناهج دراسية مرنة وطرق تدريس مختلفة وموارد تعليمية بديلة. ويمكن أن تكون خدمات دعم الأقران أو التوجيه مفيدة أيضًا في دعم التعليم الشامل كمصدر للدعم العاطفي والمشورة العملية.

وبالنسبة للمتعلمين البالغين، صُممت برامج التعليم المدعومة لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية على تحديد أهداف التعلم الخاصة بهم والدخول في برنامج تعليمي والتنقل فيه لتحقيق هذه الأهداف. وتأتي البرامج التعليمية المدعومة بأشكال وأحجام مختلفة ولكنها غالبًا ما تشمل موظفين مخصصين لدعم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، وأنشطة بناء المهارات الفردية والجماعية، والمساعدة العملية للتنقل في البيئة الأكاديمية والمجتمع المحلي، وفرص المشورة في مجال الصحة النفسية (٥٤٥). وفي المناطق الريفية، يمكن أن يعني تزويد الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية بالمهارات الزراعية الأساسية أنهم يصبحون أعضاء منتجين في مجتمعهم، كما أن مشاركتهم في العمل ومساهماتهم في الأسرة المعيشية تقلل من وصمة العار.

التوظيف

كما هو الحال في التعليم، غالبًا ما يتعرض الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية للتمييز في أماكن العمل. ومن المرجح أن يكونوا عاطلين عن العمل أو يتقاضون رواتب منخفضة أكثر من عامة السكان (٥٤٦)، ومع ذلك فإن الحصول على عمل مدفوع الأجر غالبًا ما يكون مهمًا للتعافي. إنه لا يمنح الناس مصدر رزق فحسب، بل يمكنه أيضًا تحسين نوعية حياتهم من خلال إضافة بنية يومية وإحساس بالهدف والإنجاز. وبالنسبة لأرباب العمل، هناك مزايا أيضًا، حيث ترتبط رعاية الصحة النفسية بتحسين النتائج المهنية (٢١٨).

إن دعم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية في التوظيف أكثر فعالية في مساعدتهم على الحصول على عمل مدفوع الأجر مقارنة بالتدريب المهني.

وهناك العديد من الطرق التي يمكن من خلالها دعم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية للوصول إلى سبل العيش. ومن المهم تشجيع الشركات على اعتماد سياسات وممارسات تشمل الجميع فيما يخص التوظيف والعمل، وهو مثله مثل التعليم الشامل يتطلب من أرباب العمل تقديم دعم مصمم خصيصًا لاحتياجات الفرد.

وهناك العديد من النماذج لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية على الحصول على وظائف مرموقة والحفاظ عليها. وأحد النماذج المجربة والمختبرة هو التوظيف المدعوم، حيث يتم دعم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية للتعلم أثناء العمل، عادةً من خلال الخدمات الاجتماعية أو برامج إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي (انظر القسم ٧-٣ خدمات الصحة النفسية المجتمعية). ومثل نهج "الإسكان أولًا"، الذي يعطي الأولوية للحصول على السكن ثم ضمان أن يكونوا جاهزين له، فإن التوظيف المدعوم يعطي الأولوية للحصول على العمل ثم تقديم التدريب والدعم بمجرد أن يكون الشخص في مكانه. وقد تبين أن دعم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية أكثر فعالية في مساعدتهم على الحصول على عمل مدفوع الأجر مقارنة بالتدريب المهني (٥٤٧).

وأحد نماذج الدعم الأخرى هو التوظيف الانتقالي، حيث يُمنح الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية خبرة مهنية من خلال فرص توظيف لفترة محدودة. يمكن أن تكون هذه الفرص بداية مهمة للتوظيف الطويل الأجل بعد ذلك. كما يمكن تديرها الخدمات الاجتماعية أو تكون جزءًا من تدخلات للتعافي أوسع نطاقًا تشترك فيها عدة قطاعات ضمن خدمات الصحة النفسية المجتمعية (انظر القسم ٧-٣-٣ إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي).

وتؤكد التدخلات الأخرى المشتركة بين القطاعات والرامية إلى تحسين فرص حصول الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات في صحتهم النفسية على فرص العمل التي تُتاح من خلال تنظيم المشاريع. ويمكن أن تشمل التدخلات إنشاء مشاريع اجتماعية وبرامج لكسب الرزق (انظر الإطار ٧-٢٣ رعاية أصحاب المشاريع الذين يعانون من اعتلالات في الصحة النفسية).

وبالإضافة إلى دعم الحصول على العمل، من المهم أيضًا ضمان أن تكون ظروف العمل آمنة وداعمة للصحة النفسية لجميع العمال، بما في ذلك أولئك الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية (انظر القسم ٦-٣-٣ تعزيز الصحة النفسية وحمايتها في العمل).

دراسة حالة

الإطار ٧-٢٣

رعاية أصحاب المشاريع الذين يعانون من اعتلالات في الصحة النفسية

تحقيق الانتعاش المجتمعي من خلال ريادة الأعمال (CREATE)، كينيا

يجمع مشروع CREATE بين العمل التجاري الاجتماعي و إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي ودعم الأقران لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية على العمل المدفوع الأجر. وأنشأ المشروع، الذي نُفِّذ على مدار ١٨ شهرًا في المدن الصغيرة في كينيا، متجرًا للطباعة كامل الخدمات يسمى Point Tech Solutions ووظف سبعة أشخاص يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة النفسية للمساعدة في إدارته. وأفاد الموظفون بأنهم خرجوا من التجربة ب فوائد عديدة ، بما في ذلك تحسين الرفاه ومعرفة الذات ، وزيادة الإنتاجية والاستقلال المالي، وتحسين فرص العمل والمهارات الاجتماعية، وزيادة الترابط مع أسرهم والمجتمع عمومًا . وأفاد أفراد الأسرة أيضًا أنهم شعروا بأن العبء الملقى على عاتقهم بوصفهم مقدمي الرعاية قد قل .

الاحتياجات الأساسية BasicNeeds، غانا

BasicNeeds هي منظمة غير حكومية دولية مخصصة للصحة النفسية والتنمية، ولها أعمال في مجموعة من البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل. وهي تجمع بين النُهُج السريرية والاجتماعية والاقتصادية لدعم الاحتياجات المتعددة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. فعلى سبيل المثال، تساعد منظمة BasicNeeds ، أثناء تقديم العلاج، الأفراد وأسرهم ومقدمي الرعاية على إنشاء مجموعات لل مساعدة الذاتية لتمكين الدعم المتبادل والأنشطة المشتركة. وفي غانا، تركز مجموعات المساعدة الذاتية التابعة لمنظمة BasicNeeds على التوظيف والتمكين الاقتصادي. وهي تدير صناديق متجددة على أساس التبرعات، التي تستخدمها لتمكِّن ا لأشخاص الذين يعانون من اعتلالات شديدة في الصحة ال نفسية على الحصول على القروض . وتُمنح القروض الأولى من دون فوائد. ولا تسدد جميع القروض، وبعضها يستخدم لمجرد تغطية تكاليف الرعاية في حالات الطوارئ، ولكن العديد منها يستخدم لدعم أنشطة كسب العيش .

المصادر: Grand Challenges Canada، 2016 (*548*)؛ Cohen et al، 2012 (*549*).

المستحقات الاجتماعية

يمكن أن يكون الحصول على المستحقات الاجتماعية - بما فيها تلك الخاصة بالأمومة وإصابة العمل والإعاقات والبطالة والمعاشات التقاعدية - شريان حياة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية في أوقات الشدة، ويمكن أن يكون أمرًا بالغ الأهمية للتعافي (٥٥٠). ومع ذلك، غالبًا ما يتم استبعاد هؤلاء الأشخاص من المستحقات الاجتماعية بسبب تعقيد عمليات التقديم وعمليات تقييم الأهلية أو لأنهم يعملون في الاقتصاد غير الرسمي (٥٥١).

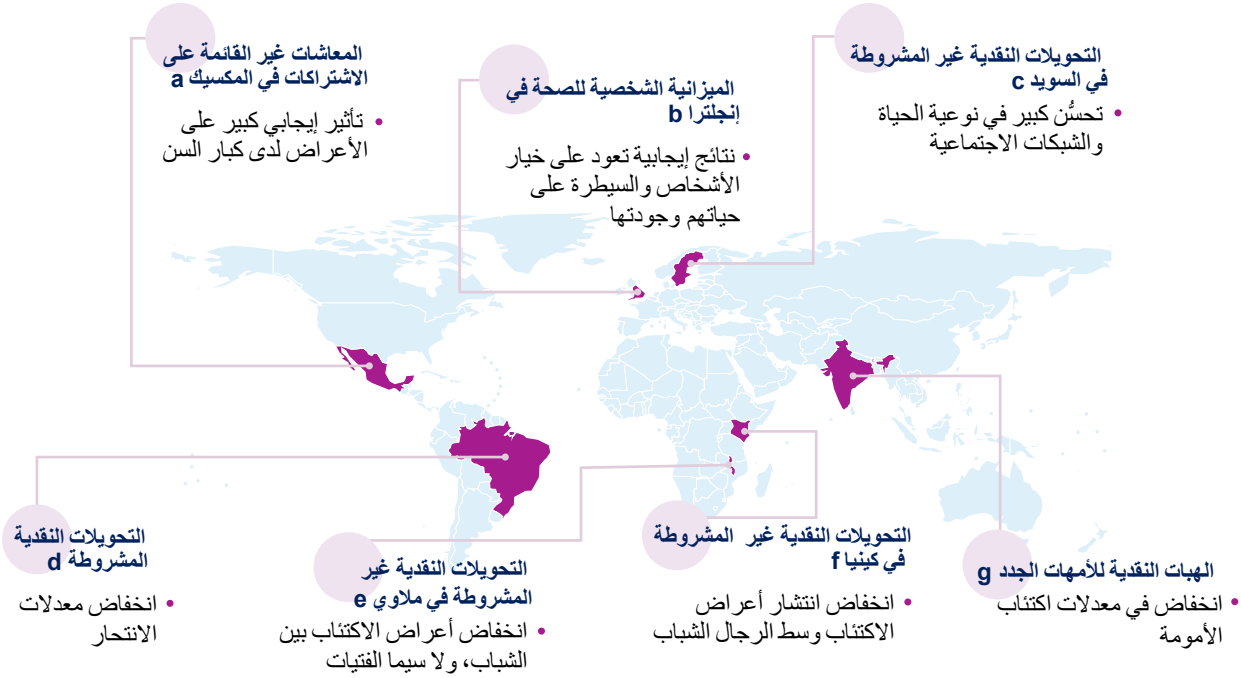
وهناك العديد من الطرق لتحسين الحصول على المستحقات الحكومية بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية. ويمكن تعديل نظم المستحقات بحيث تصبح أيسر منالا، وذلك مثلا من خلال تقديم طائفة أوسع من قنوات الاتصال ونقاط الدخول، وبتقديم دعم موجه أثناء التطبيق، وبتبسيط عمليات إعادة التقييم (٥٥٢). ومن شأن تدريب المعنيين بإجراء تقييم اعتلالات الصحة النفسية والمشكلات الاجتماعية المرتبطة بها أن يساعد أيضًا على تحسين عمليات التقييم.

ويوصي بعضُ الخبراء بإدخال عنصر غير مشروط على المستحقات الاجتماعية، تسنده أدلة تثبت أن مثل هذه المدفوعات يمكن أن تقلل من الأعراض النفسية وتحسن نوعية حياة المطالبين (٥٥٣).

وعلى الرغم من أن برامج التحويلات النقدية (المشروطة وغير المشروطة) ليست مصممة صراحة لتحسين الصحة النفسية، فهناك أدلة متزايدة على أن هذه البرامج يمكن أن تفيد بشكل كبير الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، ولا سيما في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل (انظر الشكل ٧-٥) (٥٥٤، ٥٥٥). ومن خلال زيادة دخل الأسرة والأمن الاقتصادي، قد تقلل التحويلات النقدية أيضا من الصراع الأسري المرتبط بالضغوط المالية وبالتالي تقلل من العنف المنزلي ومخاطر الصحة النفسية لجميع أفراد الأسرة (٥٥٦).

الشكل ٧-٥

أمثلة من بعض البلدان في العالم تبيّن كيف يمكن للفوائد الاجتماعية أن تعزز الصحة النفسية وتحميها



المصادر: [a] Fernald et al, 2008 (*557*); [b] Webber et al, 2014 (*558*); [c] Ljungqvist et al, 2015 (*559*); [d] Oliveira Alves et al, 2019 (*560*); [e] Angeles et al, 2019 (*561*)p [f] Kilburn et al, 2016 (*562*); [g] Powell-Jackson et al, 2016 (*563*).

٨

الخلاصة

للصحة النفسية أهمية بالغة لكل فرد في كل مكان. إنها جزء جوهري وحيوي من صحتنا العامة ورفاهنا يؤثر على حياتنا بطرق عديدة (انظر الفصل ٢ مبادئ الصحة النفسية العامة والعوامل المؤثرة فيها). وتمكننا صحتنا النفسية من العمل والازدهار أفرادًا مستقلين وأفرادًا في أسرنا و مشاركين في المجتمع. وهي أيضًا تساعدنا على التعامل مع الإجهاد والتكيف مع التغيير، إذ إنها تسمح لنا ببناء علاقات سليمة والتواصل مع الآخرين. وهي تعيننا على لتعلم الجيد والعمل المنتج. إن الصحة النفسية والحصول على رعاية الصحة النفسية من حقوق الإنسان الأساسية.

ولعقود من الزمان، كانت الصحة النفسية واحدة من أكثر مجالات الصحة العامة التي تعاني من الإهمال على مستوى العالم. ولأنها لا تحظى بالتقييم الكافي ولا تُفهم فهمًا صحيحًا، فهي لا تحظى إلا بقدر ضئيل من الاهتمام والموارد التي تحتاجها وتستحقها. والمحصلة هي أن بلوغ الصحة النفسية الجيدة والحفاظ عليها يصبحان بالنسبة لكثير من الناس تحديًا.

وفي جميع أنحاء العالم، يعاني الناس بسبب سوء الصحة النفسية. كما أن النظم الصحية والاجتماعية غير مجهزة لتقديم المساعدة (انظر الفصل ٣ الصحة النفسية في العالم اليوم). وما فتئت الأزمات المستمرة في جميع أنحاء العالم تشكل باطراد مبررًا ل إعطاء الأولوية للصحة النفسية. ولكن حتى قبل جائحة كوفيد-١٩ ، الذي أثر في صحة الكثيرين النفسية، قُدر أن زهاء مليار شخص يعانون من اضطراب نفسي. وفقط جزء صغير من هؤلاء الأشخاص المحتاجين لديهم إمكانية الحصول على رعاية فعالة وبأسعار معقولة وجودة. وينتشر الوصم والتمييز وانتهاكات حقوق الإنسان ضد الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية في المجتمعات ونظم الرعاية في كل مكان. وفي جميع البلدان، فإن أشد الناس فقرًا وحرمانًا في المجتمع هم الأكثر عرضة لاعتلال الصحة النفسية، وهم أيضا الأقل حظًا فيما يخص تلقي الخدمات الكافية.

٨-١ العمل الشامل

يدعو هذا التقرير إلى إحداث تحول في جميع أنحاء العالم من أجل تحقيق صحة نفسية أفضل للجميع. كان هناك اعتراف بالحاجة إلى التغيير منذ أمد بعيد. وفوائد التغيير واضحة: تقليل المعاناة وتحسين الصحة العامة، وتعزيز حماية حقوق الإنسان، وتحسين النتائج الاجتماعية والاقتصادية (انظر الفصل ٤ فوائد التغيير). إن الاستثمار لإحداث تحوُّل في الصحة النفسية يعني الاستثمار في حياة ومستقبل أفضل للجميع.

ويتطلع التقرير إلى رؤية عالم تجد فيه الصحة النفسية التقييم والتعزيز والحماية، عالم لا محل فيه لاعتلالات الصحة النفسية وحيث يمكن للجميع دون استثناء ممارسة حقوق الإنسان المكفولة لهم بالكامل والحصول على ما يحتاجونه ويستحقونه من رعاية صحية واجتماعية عالية الجودة في الوقت المناسب وبما يتناسب معهم ثقافيًا. وهو عالم تتاح فيه لكل فرد فرصة تحقيق أعلى مستوى ممكن من الصحة والمشاركة الكاملة في المجتمع دون وصم وتمييز.

وتلزم خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية (٢٠١٣-٢٠٣٠) جميع البلدان بمحاولة ترجمة هذه الرؤية إلى واقع . وكما هو واضح من اسمها ، فإن ها ت دم أيضًا مخططًا للعمل، و توصيات إلى البلدان ومنظمة الصحة العالمية والشركاء بشأن أربعة أهداف رئيسية:

١. القيادة والحوكمة الأقوى والأكثر فعالية؛
٢. الرعاية المجتمعية الشاملة والمتكاملة والمستجيبة ؛
٣. استراتيجيات التعزيز والوقاية ؛
٤. تعزيز نظم المعلومات والبيّنات والبحوث .

ومن المهم أن تتضمن الخطة طائفة واسعة من خيارات التنفيذ لتحقيق كل هدف، مع التسليم بأن الجدوى منها ستختلف من بلد إلى بلد وفقًا لظروف كل بلد الداخلية .

وفي عام ٢٠١٩، أعادت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية تأكيد التزامها بالأهداف الأربعة الأصلية للخطة ومددت الجدول الزمني لتحقيقها إلى عام ٢٠٣٠ (من عام ٢٠٢٠). وفي عام ٢٠٢١، أيدت الدول الأعضاء مجموعة محدثة من الأهداف وخيارات التنفيذ لتجسِّد الدروس المستفادة من البحث والممارسة على مدار العقد الماضي.

وقد نجحت بعض البلدان في أن تُدرَج في استراتيجياتها الوطنية للصحة النفسية الالتزامات المتفق عليها الواردة في خطة العمل وغيرها من الصكوك العالمية أو الإقليمية. ولكن في معظم الحالات لا تزال توجد فجوات واحتياجات كبيرة في التنفيذ.

وبالنسبة لكل بلد، من الضروري تحديد الإجراءات التي يتعين منحها الأولوية . ولا يُتوقّع من أي بلد من البلدان الوفاء بكل خيار من خيارات التنفيذ في خطة العمل العالمية. ولا تملك العديد من البلدان الموارد اللازمة لتنفيذ كل إجراء مبيّن في هذا التقرير. ولكن أمام كل بلد من البلدان فرص وافرة لإحراز تقدم ملموس نحو تحقيق صحة نفسية أفضل لسكانه. و سواء كان الأمر ينطوي على استحداث سياسات وقوانين للصحة النفسية متوافقة مع الحقوق، أو إدماج الصحة النفسية في حزم مزايا الرعاية الصحية وخطط التأمين، أو دمج الصحة النفسية بشكل فعال في ممارسات الرعاية الصحية الأولية والتأهب والاستجابة لحالات الطوارئ، أو تنفيذ تدابير منع الانتحار، فإن العديد من الأمثلة في هذا التقرير تظهر أن التغييرات الاستراتيجية يمكن أن تحدث فرقًا كبيرًا.

ولا يُتوقّع من أي بلد من البلدان الوفاء بكل خيار من خيارات التنفيذ في خطة العمل العالمية. ولكن أمام كل بلد فرص كبيرة لإحراز تقدم ملموس في تحسين الصحة النفسية لسكانه.

وسيتوقف اختيار ما يجب التركيز عليه أولًا على السياقات القطرية، والاحتياجات المحلية في مجال الصحة النفسية، والأولويات الأخرى، والحالة والهيكل القائمين لكل نظام من نظم الصحة النفسية.

٨-٢ مسارات التحوُّل

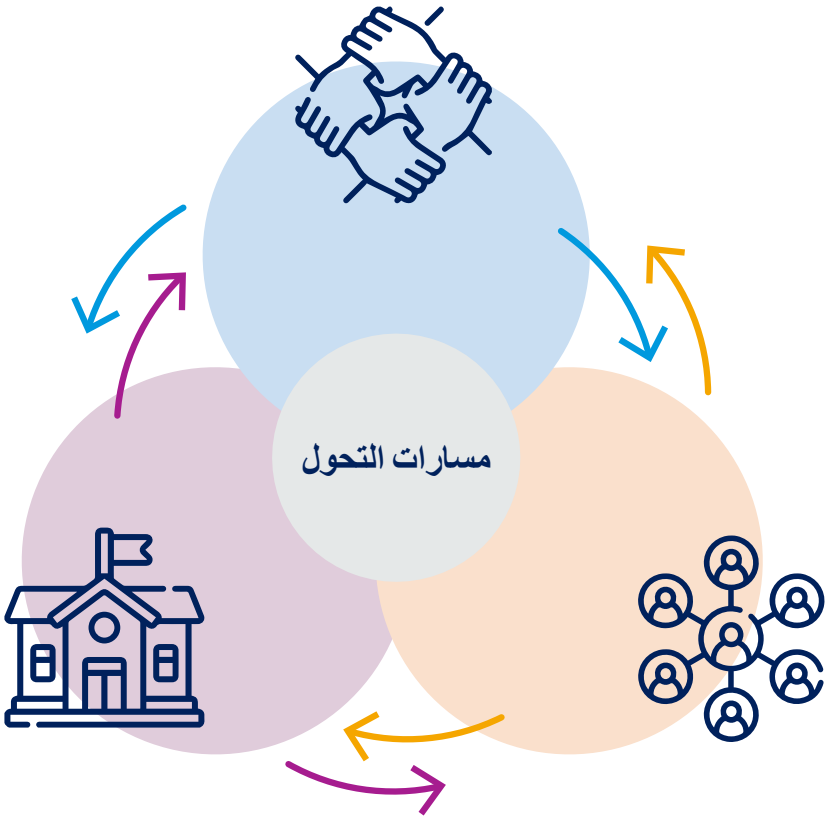
تشير البيّنات والتجارب والخبرات المبيَنة في هذا التقرير إلى وجود ثلاثة مسارات رئيسية تفضي إلى ا لتحول. و تركز هذه على تغيير المواقف تجاه الصحة النفسية، ومعالجة المخاطر التي تهددها وتعزيز نظم رعاي تها .

أولا، يجب أن **نعمق القيمة والالتزام** اللذين نعطيهما للصحة النفسية بصفتهما جزءًا لا يتجزأ من صحتنا ورفاهنا، وحقًا أساسيًا من حقوق الإنسان ومساهمًا حاسمًا في الصحة العامة والرفاه الاجتماعي والتنمية المستدامة. وثانيًا، يجب علينا **إعادة تشكيل البيئات التي تؤثر في الصحة النفسية** بطرق تقلل المخاطر وتعزز العوامل الوقائية حتى يتمتع الجميع بنفس فرص ال ازدهار والوصول إلى أعلى مستوى يمكن تحقيقه من الصحة النفسية والرفاه. وثالثًا، يجب علينا **تعزيز رعاية الصحة النفسية** بحيث يمكن الوفاء بجميع احتياجات الصحة النفسية من خلال شبكة مجتمعية من الخدمات وأشكال الدعم المتاحة والميسورة التكلفة والجيدة النوعية (انظر الشكل ٨-١) .

وكل مسار من هذه المسارات مهم وصحيح في حد ذاته ويمكن أن يساهم في تحقيق أهداف وأولويات محددة للصحة النفسية. ولكنها أيضًا مترابطة ارتباطًا وثيقًا وتعزز بعضها البعض.

الشكل ٨,١

ثلاثة مسارات للتحوُّل تفضي إلى تحسين الصحة النفسية للجميع



تعزيز رعاية الصحة النفسية

- إقامة شبكات خدمية مجتمعية
- الابتعاد عن الرعاية الاحتجازية في مستشفيات الأمراض النفسية
- تنويع خيارات الرعاية وتوسيع نطاقها
- جعل الصحة النفسية ميسورة التكلفة ومتاحة
- تعزيز الرعاية المستندة إلى حقوق الإنسان والمتمركزة حول الشخص
- إشراك الأشخاص ذوي التجارب الحياتية وتمكينهم

إعادة تشكيل البيئات

- إعادة تشكيل الخصائص المادية والاجتماعية والاقتصادية لمختلف البيئات من أجل الصحة النفسية، بما في ذلك:
  - المنازل
  - المدارس
  - أماكن العمل
  - خدمات الرعاية الصحية
  - المجتمعات المحلية
  - البيئات الطبيعية

ترسيخ القيم والالتزام

- فهم القيم الجوهرية وتقديرها
- تعزيز الاندماج الاجتماعي للأشخاص المصابين باعتلالات الصحة النفسية
- منح الصحة النفسية نفس الأولوية الممنوحة للصحة البدنية
- تكثيف مشاركة القطاعات
- زيادة الاستثمار في الصحة النفسية

٨-٢-١ ترسيخ القيم والالتزام

إن إحداث تحوُّل في الصحة النفسية يتعلق بتعميق القيمة التي نعطيها للصحة النفسية بصفتنا أفرادًا ومجتمعات وحكومات، والمواءمة بين تلك القيمة والالتزام والمشاركة والاستثمار من جانب جميع أصحاب المصلحة في جميع القطاعات.

إن تعميق القيمة والالتزام بالصحة النفسية يعني، على سبيل المثال، ما يلي:

- **فهم وتقدير القيمة الجوهرية** للصحة النفسية وبذل الوقت والجهد في رعاية الصحة النفسية للفرد وكذلك دعم الصحة النفسية للآخرين.
- **إدراج الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية** في جميع جوانب المجتمع واتخاذ القرار للتغلب على الوصم والتمييز، والحد من التفاوتات وتعزيز العدالة الاجتماعية.
- **إعطاء الصحة النفسية نفس القيمة والأولوية للصحة البدنية**، بما في ذلك من خلال تدابير الحماية الاجتماعية والمالية المعززة، والحصول العادل على خدمات جيدة، والمساواة في الحصول على التعليم وفرص العمل للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، وزيادة الدعم البحثي.
- **تكثيف التعامل مع الصحة النفسية عبر القطاعات**، وفهم قيمتها بصفتها حقًا أساسيًا من حقوق الإنسان ومساهمًا حاسمًا في الصحة العامة والرفاه الاجتماعي والتنمية الاقتصادية، ودعم نهج شامل للحكومة والمجتمع بأسره لتحسين الصحة النفسية.
- **تكثيف الاستثمارات في مجال الصحة النفسية**، ليس فقط من خلال إتاحة الأموال والموارد البشرية المناسبة عبر قطاعات الصحة وغيرها لتلبية احتياجات الصحة النفسية، ولكن أيضًا من خلال القيادة الملتزمة، واتباع سياسات وممارسات قائمة على الأدلة، وإنشاء نظم معلومات ورصد قوية.

٨-٢-٢ إعادة تشكيل البيئات من أجل صحة نفسية أفضل

يتعلق تحويل الصحة النفسية بإعادة تشكيل الخصائص الجسدية والاجتماعية والاقتصادية لبيئاتنا لحماية الصحة النفسية بشكل أفضل والوقاية من اعتلالات الصحة النفسية. وهذا يشمل إعادة تشكيل محيطنا المباشر وظروف الحياة اليومية الأوسع، فضلًا عن التهديدات الهيكلية مثل عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية والصراع وحالات الطوارئ الصحية العامة وأزمة المناخ. وبالنسبة للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، فإن إعادة تشكيل البيئات تعني أيضًا ضمان فرص متساوية للعيش والتعلم والعمل واللعب.

ومن صميم ذلك إعادة تشكيل البيئات من أجل صحة نفسية أفضل ، وهي تعني فهم المحددات الاجتماعية والهيكلية للصحة النفسية والتدخل بطرق تقلل المخاطر وتبني القدرة على الصمود وتزيل الحواجز التي تمنع الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية من المشاركة الكاملة في المجتمع. ويشمل ذلك إدماج جهود تعزيز الصحة النفسية والوقاية من اعتلالاتها في الخدمات الصحية والاجتماعية. ويشمل أيضًا سياسات وإجراءات استراتيجية على المستوى الكلي (مثل تعزيز القواعد والأنظمة أو استحداث آليات دعم كافية) لمعالجة الحرمان، وصون حقوق الإنسان، وضمان الوصول العادل والمتكافئ إلى البنى التحتية والخدمات والفرص للجميع.

إن إعادة تشكيل البيئات هو تمامًا مشروع متعدد القطاعات. ولا يمكن للقطاع الصحي وحده أن ينفذ معظم الاستراتيجيات والتدخلات المطلوبة. ومع ذلك، فإن لقطاع الصحة دورًا رئيسيًا في تمكين العمل من خلال الدعوة إلى التعاون والتنسيق بين القطاعات المتعددة في مجال الصحة النفسية والشروع فيهما وتيسيرهما عند الاقتضاء.

إن البيئات الرئيسية التي يمكن فيها اتخاذ إجراءات للحد من المخاطر وبناء القدرة على الصمود هي:

- **المنازل**: يمكن أن تشمل الإجراءات ذات الأولوية المتخذة فيها ما يلي: القضاء على عنف العشير، ومنع إساءة معاملة الأطفال وكبار السن وإهمالهم، وتمكين الرعاية الحانية من أجل النمو في مرحلة الطفولة المبكرة، وكذلك حماية الأسر من ضنك العيش من خلال برامج التخفيف من حدة الفقر ودعم سبل كسب العيش للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية،
- **المجتمعات المحلية**: يمكن أن تشمل الاستراتيجيات ذات الصلة بها ما يلي: مبادرات محددة لتحسين التفاعلات الاجتماعية، ووقف التمييز، وتعزيز السلامة، والتصدي للأعراف والممارسات الاجتماعية السلبية.
- **المدارس**: يمكن أن تشمل التدخلات ذات الأولوية المتصلة بها ما يلي: برامج التعلم الاجتماعي والعاطفي وكذلك المبادرات لمكافحة التنمر والتمييز والعنف.
- **أماكن العمل**: حيث يلزم اتخاذ إجراءات لتأمين ظروف عمل مأمونة وداعمة ولائقة للجميع، ودعم الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات في الصحة النفسية حتى يمكن أن يحصلوا على عمل لائق أو العودة إلى العمل بعد الغياب.
- **خدمات الرعاية الصحية**: من المهم فيها أن تتخذ إجراءات لتغيير المواقف وتعزيز الحقوق لتقديم الرعاية الداعمة، والقضاء على الإكراه وإساءة معاملة الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية .
- **البيئات الطبيعية**: تتعلق بالحاجة إلى استراتيجيات لمعالجة أزمة المناخ، وزيادة الوصول إلى المساحات الخضراء، ومنع التعرض للملوثات السامة.

٨-٢-٣ تعزيز رعاية الصحة النفسية

إن إحداث تحوُّل في رعاية الصحة النفسية يعني تغيير مكان تقديم رعاية الصحة النفسية وكيفية تقديمها والأشخاص الذين يقدمونها . وهو يرتبط بإعادة هيكلة خدمات الصحة النفسية لتحويل مكان الرعاية لاعتلالات الصحة النفسية الشديدة من مستشفيات الأمراض النفسية إلى المجتمعات، مع زيادة توسيع نطاق إتاحة الرعاية للحالات الشائعة. كما يرتبط أيضًا بالتحول من الخدمات المجزأة، والتي تلبي حاليًا نسبة صغيرة فقط من احتياجات الناس، إلى الخدمات المنسقة التي تلبي احتياجات الجميع.

إن إحداث تغيير في رعاية الصحة النفسية يعني، من بين أمور أخرى، ما يلي:

- **بناء شبكات مجتمعية** من الخدمات المترابطة التي تغطي الطيف الكامل للرعاية البيولوجية النفسية والاجتماعية ودعم جميع اعتلالات الصحة النفسية. وتشمل الشبكات الشاملة ما يلي: خدمات الصحة النفسية المدمجة في الرعاية الصحية العامة ، وخدمات الصحة النفسية المجتمعية، والخدمات خارج القطاع الصحي.
- **الابتعاد عن الرعاية الاحتجازية في مستشفيات الطب النفسي** حيث تصبح الخدمات المجتمعية متاحة من خلال تحسين جودة رعاية المرضى الداخليين والرعاية السكنية في نفس الوقت، وتقصير فترات الإقامة في مستشفيات الطب النفسي ال طويلة الإقامة ومنع دخول حالات جديدة إليها وزيادة مغادرة المقيمين التي طالت إقامتهم، وإغلاق مؤسسات الطب النفسي الطويلة الإقامة بمجرد وجود بدائل مجتمعية كافية. وهذا يتطلب عملية تشاركية مخططة بعناية تعد السكان للحياة في المجتمع وتتابعهم بعد الخروج.
- **تنويع وتوسيع** خيارات رعاية اعتلالات الصحة النفسية الشائعة مثل الاكتئاب والقلق. وهذا يشمل اعتماد نهج تقاسم المهام الذي يوسع الرعاية القائمة على الأدلة التي يقدمها العاملون في مجال الصحة العامة ومقدمو الخدمات المجتمعية. ويشمل أيضًا استخدام التقنيات الرقمية لدعم المساعدة الذاتية الموجهة وغير الموجهة وتقديم الرعاية عن بُعد.
- **إتاحة رعاية الصحة النفسية ل لجميع وبأسعار معقولة** من خلال إدراج تدخلات الصحة النفسية صراحة في الحزم الأساسية للتغطية الصحية الشاملة للخدمات الأساسية وخطط الحماية المالية. ويجب على كل فرد في المجتمع، بصرف النظر عن عمره أو المكان الذي يعيش فيه، الحصول على رعاية الصحة النفسية التي يحتاجها من دون أن يعاني من ضائقة مالية أو الإقصاء الاجتماعي أو أشكال العلاج القسرية.
- **تقديم الرعاية القائمة على حقوق الإنسان** والتي تركز على احتياجات الشخص من خلال الابتعاد عن نماذج الرعاية التي تركز حصريًا على الأمراض السريرية والنتائج المَرضية، والاتجاه إلى تلك التي تحترم وتتبنى أيضًا حقوق الشخص واحتياجاته ووجهات نظره وأولوياته.
- **إشراك الأشخاص ذوي التجربة الحية** من خلال تمكين الأفراد في رعاية الصحة النفسية الخاصة بهم، وإشراك الأشخاص ذوي الخبرة الحية في تخطيط الخدمات المحلية وتقديمها وتقييمها بطرق معقولة، وضمان مشاركتهم بنشاط في اتخاذ السياسات والبحث.

وكل مسار للتحول هو طريق من الطرق المفضية إلى تحقيق صحة نفسية أفضل للجميع. وتقودنا هذه المسارات معًا إلى الاقتراب من العالم الذي تتوخاه خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية للفترة ٢٠١٣-٢٠٣٠، حيث يجري تقييم الصحة النفسية وتعزيزها وحمايتها، وحيث تتاح للجميع نفس فرص الازدهار وممارسة حقوق الإنسان الخاصة به، وحيث يمكن لكل شخص الحصول على الرعاية الصحية النفسية التي يحتاجها (انظر الشكل ٨-٢).

الشكل ٨-٢

التحولات الرئيسية اللازمة لإحداث تحوُّل في الصحة النفسية لفائدة الجميع

قبل

٠١ نقص القيمة والاهتمام الممنوحين للصحة النفسية

٠٢ انتشار الوصم والتمييز

٠٣ نقص التمويل والموارد اللازمة للخدمات

٠٤ قلة الاعتراف بمحددات الصحة النفسية

٠٥ قلة برامج التعزيز والوقاية وتجزئتها

٠٦ انتشار اتباع النهج الطبي الحيوي في الرعاية

٠٧ تقديم رعاية تهمل وجهات نظر الناس وأولوياتهم وحقوق الإنسان

٠٨ يقتصر تقديم رعاية الصحة النفسية فقط على قصاع الصحة

٠٩ تجزئة الخدمات وعدم المساواة في الحصول عليها وفي تغطيتها

١٠ تتركز الرعاية في المستشفيات النفسية

١١ لا تتاح رعاية الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية

١٢ لا يلقى مقدمو الرعاية المجتمعية والدعم غير الرسمي في الصحة النفسية الاهتمام اللازم

بعد

٠١ تلقى الصحة النفسية التقدير من الجميع

٠٢ المشاركة في المجتمع على قدم المساواة من دون تمييز

٠٣ تُخصص للخدمات ما يلزمها من ميزانية وموارد في كل القطاعات

٠٤ التعاون الفعلي والنشط بين القطاعات بشأن محددات الصحة النفسية

٠٥ برامج استراتيجية فعالة للتعزيز والوقاية

٠٦ اتباع نهج حيوي نفسي اجتماعي متوازن وقائم على البينات في الرعاية

٠٧ وجود رعاية تتمركز حول الشخص وتستند إلى حقوق الإنسان وتستهدف بلوغ التعافي

٠٨ إدراج رعاية الصحة النفسية في الخدمات في كل القطاعات

٠٩ تقديم خدمات بالتنسيق مع التغطية الصحية الشاملة

١٠ شبكة من خدمات الصحة النفسية المجتمعية

١١ إدماج رعاية الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية

١٢ حفز وتقوية مقدمي الخدمات المجتمعية والدعم غير الرسمي من أجل دعم الناس

٨-٣ تضافر الجهود من أجل إحداث التغيير المطلوب

لا ينبغي لأحد أن يقطع مسارات التحول وحده. إن الأمر يتطلب جهودًا مشتركة منا جميعًا، في جميع القطاعات، لإحداث تحوُّل في الصحة النفسية ورعاية الصحة النفسية. ول كل شخص دور يؤديه .

فا لأفراد يمكنهم إحداث فرق كبير من خلال فهم وتقدير الصحة النفسية بشكل أفضل - سواء كانت صحتهم أو صحة الآخرين - واتخاذ إجراءات لتعزيزها وحمايتها في الحياة اليومية. وهذا يشمل مختلف عناصر الرعاية الذاتية وكذلك الجهود الفردية لدعم حقوق الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية في المجتمع وصونها واحترامها.

والحكومات لها دور رئيسي في تعبئة العمل وتشكيله ودعمه. وهذا يشمل إعطاء الأولوية للصحة النفسية في خطط الصحة والتنمية واستحداث قوانين وسياسات لتعزيز الحقوق وتحسين الوصول إلى رعاية الصحة النفسية. ويمكن للحكومات، بل ينبغي لها، أن تضمن تطوير خدمات الصحة النفسية الجيدة وتزويدها بالموارد وتكييفها لتلبية احتياجات الصحة النفسية المحلية. وينبغي لها أن تنشئ آليات للمشاركة المتعددة القطاعات، وأن تتخذ إجراءات لإشراك الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية في الرعاية وتمكينهم ، وأن تدعم وتيسر البحث والتدريب. وينبغي لها أن تنظم خدمات لتوسيع التغطية، وتطور برامج التعزيز والوقاية التي تستهدف المحددات الاجتماعية والهيكلية للصحة النفسية.

ويتحمل مقدمو الرعاية ، ابتداءً من أفراد الأسرة ومقدم ي الخدمات المجتمعية إلى العاملين الصحيين العامين والمهنيين في مجال الصحة النفسية مسؤولية كبيرة عن تقديم الرعاية التي تحترم وتصون الكرامة وتدعم الاستقلال الذاتي. ويمكن للمهنيين في مجال الصحة النفسية، وينبغي لهم، قيادة التحول في الممارسة، والدعوة إلى نهج متكامل للرعاية وتيسير طرق جديدة للعمل على تحقيقها، من قبيل تقاسم المهام على سبيل المثال. ويجب أن يكون العاملون الآخرون في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية مشاركين نشطين وشركاء في عملية التحوُّل في رعاية الصحة النفسية. فعلى سبيل المثال، يمكنهم تحسين معرفتهم وفهمهم وكذا معرفة وفهم الآخرين للصحة النفسية، أو تسهيل الوصول إلى الخدمات اللازمة.

وتكمِّل المنظمات غير الحكومية والأوساط الأكاديمية وأرباب العمل وغيرهم من أصحاب المصلحة في المجتمع المدني جهود الحكومات ومقدمي الرعاية على جميع المستويات. وتضطلع منظمات المجتمع المدني بجميع أحجامها، بما في ذلك المنظمات المحلية للأشخاص ذوي الإعاقة، بأدوار رئيسية. ويمكنها، على سبيل المثال، توحيد قواها وإسماع أصوات الأشخاص ذوي الخبرة الحية وبناء الوعي العام وفهم الصحة النفسية. ويجب على جميع أصحاب المصلحة الدفاع عن حقوق الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية ودعم إدماجهم في المجتمع. ويجب أن تستمر الأوساط الأكاديمية في تعزيز علوم الصحة النفسية. ويمكن للأكاديميين جانبًا إلى جنب مع أصحاب المصلحة الآخرين أن يبيِّنوا معايير رعاية الصحة النفسية العالية الجودة الميسورة التكلفة، ومناصرتها في الخدمات الصحية والاجتماعية. ورهنًا بالظروف المحلية، يمكن للمنظمات غير الحكومية أن تؤدي دورًا حاسمًا في تدريب مقدمي الخدمات وتقديم خدمات الصحة النفسية المجتمعية، بما في ذلك في السياقات الإنسانية.

إن الخيارات والالتزامات التي نتبناها اليوم هي التي ستشكل الفرص في المستقبل . ويعني الالتزام بإحداث تحوُّل في الصحة النفسية أن خيارنا هو إنهاء المعاناة وتحسين الرفاه ورفع مستوى حياة الجميع. ويمكننا جميعًا المساعدة في إحداث التغيير المطلوب.

المصادر:

1 التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2001، صحة النفسية: مفهوم جديد وآمال جديدة. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2001 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390، تم الاطلاع في 25 آذار/مارس 2022).

2 لجنة الخبراء المعنية بالصحة النفسية: تقرير عن الدورة الثانية، جنيف، 11-16 أيلول/سبتمبر 1950. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 1951 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/37982، تم الاطلاع في 25 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/37982, تم الاطلاع في 25 آذار/مارس 2022).

3 خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة 2013-2030. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301, تم الاطلاع في 25 آذار/مارس 2022).

4 The state of the world's children 2021. On my mind: promoting, protecting and caring for children's mental health. Geneva: UNICEF; 2021 (https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021, accessed 25 March 2022).

5 أطلس الصحة النفسية 2020. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946 ، تم الاطلاع في 25 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946, تم الاطلاع في 25 آذار/مارس 2022).

6 Goldin I, Muggah R. COVID-19 is increasing multiple kinds of inequality. Here's what we can do about it. In: WEF [website]. Geneva: World Economic Forum; 2020 (https://www.weforum.org/agenda/2020/10/covid-19-is-increasing-multiple-kinds-of-inequality-here-s-what-we-can-do-about-it, accessed 25 March 2022).

7 Kola L, Kohrt BA, Hanlon C, Naslund JA, Sikander S, Balaji M, et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. Lancet Psychiatry. 2021;8(6):535–550. doi:10.1016/S2215-0366(21)00025-0.

8 Prior K, Mills K, Ross J, Teesson M. Substance use disorders comorbid with mood and anxiety disorders in the Australian general population. Drug Alcohol Rev. 2017;36(3):317–324. doi:10.1111/dar.12419.

9 مكافحة الصرع: إحدى ضرورات الصحة العامة. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/325293 ، تم الاطلاع في 25 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/325293, تم الاطلاع في 25 آذار/مارس 2022).

10 Hailemichael Y, Hailemariam D, Tirfessa K, Docrat S, Alem A, Medhin G, et al. Catastrophic out-of-pocket payments for households of people with severe mental disorder: a comparative study in rural Ethiopia. Int J Ment Health Syst. 2019; 13(39). doi: 10.1186/s13033-019-0294-7.

11 Investing in mental health: evidence for action. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2013 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/87232، تم الاطلاع في 26 مارس/آذار 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/87232, تم الاطلاع في 26 مارس/آذار 2022).

12 Global Health Data Exchange: Mental disorders; prevalence; 2019. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluations; 2021 (http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/0da144dfff4afefddfaf45d5564118c6, accessed 26 march 2022).

13 Ryan G, Qureshi O, Salaria N, Eaton J. Mental health and the 2030 Sustainable Development Agenda. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2018 (https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/UNGA%20brief%20final.pdf, accessed 25 March 2022).

14 National Institute of Mental Health strategic plan. Washington DC: National Institutes of Health; 2008 (https://www.hsdl.org/?view&did=755067, accessed 15 March 2022).

15 Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet. 2018;392(10157):1553–1598. doi:10.1016/S0140-31612-X(18)6736-2018.

16 Tudor, K. Mental health promotion: paradigms and practice. East Sussex: Routledge; 1996.

17 Herrman H, Patel V, Kieling C, Berk M, Buchweitz C, Cuijpers P, et al. Time for united action on depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission. Lancet. 2022;399(10328):957–1022. doi: 10.1016/S0140-3-02141(21)6736.

18 الرعاية الحانية من أجل النمو في مرحلة الطفولة المبكرة: إطار لمساعدة الأطفال على البقاء على قيد الحياة والازدهار لإحداث تحوُّل في الصحة والإمكانات البشرية. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/272603 ، تم الاطلاع في 26 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/272603, تم الاطلاع في 26 مارس/آذار 2022).

19 Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. J Clin Psychiatry. 2010;71(12):1617–1628. doi: 10.4088/JCP.08m04967blu.

20 Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. Occup Environ Med. 2017;74(4):301–310. doi:10.1136/oemed-2016-104015.

21 Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2017;5(2):e147–e156. doi:10.1016/S2214-109X(17)30006-2.

22 Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S, et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. Lancet. 2011;378(9803):1664–1675. doi:10.1016/S0140-6736(11)61458-X.

23 إرشادات بشأن خدمات الصحة النفسية المجتمعية: تعزيز النُهُج التي تركز على الشخص وتستند إلى الحقوق. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648، تم الاطلاع في 26 مارس/آذار 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648, تم الاطلاع في 26 مارس/آذار 2022).

24 Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. Epidemiol Psichiatr Soc. 2005;14(1):1–3. doi:10.1017/s1121189x00001858.

25 Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Human Rights Council; 2020 (http://undocs.org/A/HRC/44/48, accessed 26 March 2022). A/HRC/44/48, accessed 26 March 2022).

26 Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008;372(9650):1661–1669. doi:10.1016/S0140-6736(08)61690-6.

27 المخاطر التي تهدد الصحة النفسية: عرض عام لمواطن الضعف وعوامل الخطر. ورقة معلومات أساسية أعدتها أمانة منظمة الصحة العالمية بغية إعداد خطة عمل شاملة خاصة بالصحة النفسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2012 (https://www.who.int/publications/m/item/risks-to-mental-health، تم الاطلاع في 26 أيار/مايو 2022). https://www.who.int/publications/m/item/risks-to-mental-health، تم الاطلاع في 26 أيار/مايو 2022).

28 Ingram RE, Luxton DD. Vulnerability-stress models. In: Hankin BL, Abela JRZ (editors). Development of psychopathology: a vulnerability-stress perspective. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005. doi:10.4135/9781452231655.n2.

29 تحسين صحة الدماغ على مدى الحياة: ورقة موقف صادرة عن منظمة الصحة العالمية. جنيف: منظمة الصحة العالمية.

30 Heilmann A, Mehay A, Watt RG, Kelly Y, Durrant JE, van Turnhout J, et al. Physical punishment and child outcomes: a narrative review of prospective studies. Lancet. 2021;398(10297):355–364. doi:10.1016/S0140-6736(21)00582-1.

31 Global Burden of Disease 2019: Mental disorders – Level 2 cause. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluations; 2021 (http://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/mental-disorders-level-2-cause, accessed 26 March 2022). healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/mental-disorders-level-2-cause, accessed 26 March 2022).

32 Frankl VE. Man's search for meaning: an introduction to logotherapy. Boston: Beacon Press; 1962.

33 Cuijpers P, Smit F, Furukawa TA. Most at-risk individuals will not develop a mental disorder: the limited predictive strength of risk factors. World Psychiatry. 2021;20(2):224–225. doi:10.1002/wps.20852.

34 المخاطر التي تهدد الصحة النفسية: عرض عام لمواطن الضعف وعوامل الخطر. ورقة معلومات أساسية أعدتها أمانة منظمة الصحة العالمية بغية إعداد خطة عمل شاملة خاصة بالصحة النفسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2012 (https://www.who.int/publications/m/item/risks-to-mental-health، تم الاطلاع في 26 أيار/مايو 2022). https://www.who.int/publications/m/item/risks-to-mental-health، تم الاطلاع في 26 أيار/مايو 2022).

35 Arango C, Dragioti E, Solmi M, Cortese S, Domschke K, Murray RM, et al. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. World Psychiatry. 2021;20(3):417–436. doi:10.1002/wps.20894. (https://www.who.int/publications/m/item/risks-to-mental-health، تم الاطلاع في 26 أيار/مايو 2022).

36 منظمة الصحة العالمية ومؤسسة كالوسيت قولبيكيان. المحددات الاجتماعية للصحة النفسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf. تم الاطلاع في 26 مارس/ آذار 2022).

37 Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet. 2012;380(9845):899–907. doi:10.1016/S0140-6736(12)60692-8.

38 Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. Pediatrics. 2016;137(3):e20154079. doi:10.1542/peds.2015-4079.

39 Nelson CA, Scott RD, Bhutta ZA, Harris NB, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. BMJ. 2020;371:m3048. doi:10.1136/bmj.m3048.

40 Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Pub Health 2017;2(8):e356–366. doi:10.1016/S2468-2667(17)30118-4.

41 Dohrenwend BP. The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research. J Health Soc Behav. 2000;41(1): doi:10.2307/2676357.

42 Just societies: health equity and dignified lives. Report of the Commission of the Pan American Health Organization on Equity and Health Inequalities. Washington DC: Pan American Health Organization; 2019 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/51571, accessed 26 March 2022).

43 Chen S, Oliva P, Zhang P. Air pollution and mental health: evidence from China. Working paper 24686 Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2018 (http://www.nber.org/papers/w24686, Accessed 26 March 2022).

44 Newbury JB, Stewart R, Fisher HL, Beevers S, Dajnak D, Broadbent M, et al. Association between air pollution exposure and mental health service use among individuals with first presentations of psychotic and mood disorders: retrospective cohort study. Br J Psychiatry. 2021;1–8. doi:10.1192/bjp.2021.119.

45 Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. Eur J Psychotraumatol. 2017;8(sup5):1353383. doi:10.1080/20008198.2017.1353383.

46 Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrison J. Build back fairer: the COVID-19 Marmot review. London: The Health Foundation; 2020 (https://www.health.org.uk/publications/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review, accessed 26 March 2022).

47 Priebe S, Matanov A, Schor R, Straßmayr C. Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. BMC Public Health 2012;12(1):248. doi: 10.1186/1471-2458-12-248.

48 Plöderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities: A systematic review. Int Rev Psychiatry. 2015;27(5):1–19. doi:10.3109/09540261.2015.1083949.

49 Elliott I. Poverty and mental health. London: Mental Health Foundation; 2016 (https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Poverty%20and%20Mental%20Health.pdf, accessed 26 March 2022).

50 De Silva M, Roland J. Mental health for sustainable development. London: All-Party Parliamentary Groups on Global Health and Mental Health; 2014 (https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/APPG_Mental-Health_Web.pdf, accessed 26 March 2022).

51 Dybdahl R, Lien L. Mental health is an integral part of the sustainable development goals. Prev Med Commun Health. 2017;1(1):1–3. doi:10.15761/PMCH.1000104.

52 Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. Lancet Psychiatry. 2018;5(4):357–369. doi:10.1016/S2215-0366(18)30060-9.

53 Marwaha S, Durrani A, Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. Acta Psychiatr Scand 2013;128:179–193. doi: 10.1111/acps.12087.

54 Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. A review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004;39:337–349. doi: 10.1007/s00127-0762-004.

55 Green and blue spaces and mental health: new evidence and perspectives for action. Copenhagen: World Health Organization /Regional Office for Europe; 2021 (https://www.euro.who.int/en-publications/abstracts/green-and-blue-spaces-and-mental-health-newevidence-and-perspectives-for-action-2021, accessed 26 March 2022).

56 Seedat S, Margaret Scott K, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Arch Gen Psychiatry. 2009;66(7):785–795. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36.

57 Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnel D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. BMJ 2013;347:f5239. doi:10.1136/bmj.f5239.

58 Case A, Deaton A. Deaths of despair and the future of capitalism. Princeton: Princeton University Press; 2020.

59 Van Bortel T, Basnayake A, Wurie F, Jambai M, Koroma AS, Muana AT, et al. Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual and community and international levels. Bull World Health Organ 2016;94:210–214. doi:10.2471/BLT.15.158543.

60 WHO toolkit for the care and support of people affected by complications associated with Zika virus. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/255718, accessed 24 March 2022).

61 Neurology and COVID-19: scientific brief, 29 September 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/345574, accessed 26 March 2022).

62 Mahler DG, Yonzan N, Lakner C, Aguilar RAC, Wu H. Updated estimates of the impact of COVID-19 on global poverty: turning the corner on the pandemic in 2021? World Bank Blogs. June 24 2021 (https://blogs.worldbank.org/opendata/updated-estimates-impactcovid-19-global-poverty-turning-corner-pandemic-2021, accessed 3 March 2022).

63 Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health. New York: United Nations; 2020 (https://unsdg.un.org/resources/policybrief-covid-19-and-need-action-mental-health, accessed 3 March 2022).

64 Public mental health and wellbeing and COVID-19. In: Local Government Association [website]. London: Local Government Association; 2022 (https://www.local.gov.uk/public-mental-health-andwellbeing-and-covid-19, accessed 3 March 2022).

65 Piquero AR, Jennings WG, Jemison E, Kaukinen C, Knaul FM. Domestic violence during the COVID-19 pandemic – evidence from a systematic review and meta-analysis. J Crim Justice. 2021;74:101806. doi:10.1016/j.jcrimjus.2021.101806.

66 Managing the COVID-19 infodemic: promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation. Joint statement by WHO, UN, UNICEF, UNDP, UNESCO, UNAIDS, ITU, UN Global Pulse, and IFRC. 23 September 2020 (https://www.who.int/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promotinghealthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformationand-disinformation, accessed 3 March 2022).

67 Mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Scotland on vulnerable groups. Glasgow: Mental Health Foundation; 2020 (https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/MHF-Impact-Covid-19-Pandemic-Scot.pdf, accessed 3 March 2022).

68 COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet. 2021;S0140-6736(21)00143-7. doi:10.1016/S0140-6736(21)00143-7.

69 Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact: scientific brief, 2 March 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/352189, accessed 3 March 2022).

70 Action required to address the impacts of the COVID-19 pandemic on mental health and service delivery systems in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization /Regional office for Europe; 2021 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342932/59267-eng.pdf-42603-2845-WHO-EURO-2021, accessed 3 March 2022).

71 Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November–December 2021: interim report, 7 February 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/351527,

.(accessed 4 March 2022
The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance 72
use services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health
,335838/Organization; 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665
.(accessed 4 March 2022
Mental health preparedness and response for the .20/EB148 73
COVID-19 pandemic. Report by the Director-General. In: 148th session
of the WHO Executive Board. Geneva: World Health Organization; 2021
,https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_20-en.pdf)
.(accessed 4 March 2022
.Mental health and psychosocial support. Resources for COVID-19 74
In: IASC [website]. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2022
https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-andpsychosocial-support-)
.(resources-covid-19, accessed 17 March 2022
Mental health & COVID-19. In: WHO [website]. Geneva: World Health 75
Organization; 2022 (https://www.who.int/teams/mental-health-andsubstance-use/mental-
.(health-and-covid-19, accessed 17 March 2022
Decision EB148(3). Promoting mental health preparedness and 76
response for public health emergencies. In: 148th session of the WHO
Executive Board: resolutions and decisions. Geneva: World Health
/Organization; 2021 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148
.B148_CONF5-en.pdf), acessed 26 May 2022
.[Global humanitarian overview 2022. In: OCHA Services [website 77
New York: UN Office for Coordination of Humanitarian Affairs; 2021
.(https://gho.unocha.org, accessed 26 March 2022)
Jones L, Asare JB, El Masri M, Mohanraj A, Sherief H, van Ommeren 78
.M. Severe mental disorders in complex emergencies. Lancet
8-61253(09)6736-doi:10.1016/S0140 .661–654:(9690)374;2009
Weissbecker I, Ventevogel P, Hanna F, Pathare S. Mental health 79
and psychosocial support in humanitarian settings: considerations
for protecting and promoting human rights. In: Rubin NS, Flores
RL (editors). The Cambridge handbook of psychology and
.human rights. Cambridge: Cambridge University Press; 2020
.9781108348607.026/doi:10.1017
Mental health and psychosocial well-being among children in severe 80
//:food shortage situations. Geneva: World Health Organization. 2006 (https
(accessed 26 March 2022 ,332423/apps.who.int/iris/handle/10665
Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford 81
H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental health
.in conflict settings: a systematic review and analysis. Lancet
.1-30934(19)6736-doi:10.1016/S0140 .248–240:(10194)394;2019
.Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters 82
-Annu Rev Public Health. 2014;35:169–183. doi:10.1146/annurevpublhealth
.182435-032013
.[Refugee data finder. In: UNHCR: The UN Refugee Agency [website 83
//:Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2022 (https
.(www.unhcr.org/refugee-statistics/, accessed 26 March 2022
,Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G 84
et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: a
.systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2020;17(9):e1003337
.doi:10.1371/journal.pmed.1003337
Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee 85
.crisis: an overview of mental health challenges. World Psychiatry
.doi:10.1002/wps.20438 .139–130:(2)16;2017
Hamber B, Gallagher E, Ventevogel P. Narrowing the gap between 86
:psychosocial practice, peacebuilding and wider social change
an introduction to the special section in this issue. Intervention
.Amstelveen). 2014;12(1):7–15. doi:10.1097/WTF.0000000000000029)
.Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R, et al 87
.Managing the health effects of climate change. Lancet Commissions
.1-60935(09)6736-doi:10.1016/S0140 .1733–1693:(9676)373;2009
,Watts N, Amann M, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Bouley T, Boykoff M 88
et al. The Lancet countdown on health and climate change: from 25
.years of inaction to a global transformation for public health. Lancet
.9-32464(17)6736-doi:10.1016/s0140 .630–581:(10120)391;2017
,Augustinavicius JL, Lowe SR, Massazza A, Hayes K, Denckla C 89
.White RG, et al. Briefing paper: global climate change and trauma
Chicago: International Society for Traumatic Stress Studies; 2021
-https://istss.org/public-resources/istss-briefing-papers/briefing-paperglobal)
.(climate-change-and-trauma, accessed 26 March 2022
Hayes K, Blashki G, Wiseman J, Burke S, Reifels L. Climate change 90
and mental health: risks, impacts and priority actions. Int J Ment Health
.6-0210-018-Syst. 2018;12:28. doi:10.1186/s13033
,Pourmotabbed A, Moradi S, Babaei A, Ghavami A, Mohammadi H 91
Jalili C, et al. Food insecurity and mental health: a systematic review
/and meta-analysis. Public health Nutrition. 2020;23(10):doi:10.1017
.S136898001900435X
Mental health and climate change: policy brief. Geneva: World 92
Health Organization; 2022 (https://apps.who.int/iris/bitstream/hand
.(9789240045125-eng.pdf, accessed 11 May 2022/354104/le/10665
Thompson R, Hornigold R, Page L, Waite T. Associations between 93
high ambient temperatures and heat waves with mental health
.outcomes: a systematic review. Public health. 2018;161:171–191
doi:10.1016/j.puhe.2018.06.008
Martin-Latry K, Goumy MP, Latry P, Gabinski C, Bégaud B, Faure I, et 94
al. Psychotropic drugs use and risk of heat-related hospitalisation. Eur
.Psychiatry. 2007;22:335–338. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.03.007
Hayes K, Berry P, Ebi KL. Factors influencing the mental health 95
consequences of climate change in Canada. Int J Environ Res Public
.Health. 2019;16(9):1583. doi:10.3390/ijerph16091583
.[GBD Results Tool. In: Global Health Data Exchange [website 96
.Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (http://ghdx
/healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink
.(cb9c37d9454c80df77adaed394d7fc0f, accessed 3 February 2022
:COVID-19 and the need for action on mental health. New York 97
/United Nations; 2020 (https://www.un.org/sites/un2.un.org/files
un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf, accessed 25
.(March 2022
.[GBD Results Tool. In: Global Health Data Exchange [website 98
.Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (https://ghdx
healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/2537
.(ec0fb3bbbf9114a868394976128b, accessed 25 March 2022
.[GBD Results Tool. In: Global Health Data Exchange [website 99
.Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (http://ghdx
healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/5066
.(348dc958b095cb6ceb4bfd9c3e07, accessed 25 March 2022
:Global status report on alcohol and health 2018. Geneva 100
/World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris
.(accessed 25 March 2022 ,274603/handle/10665
World drug report 2021. New York: United Nations Office on Drugs 101
/and Crime; 2021 (https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis
.(wdr2021.html, accessed 25 March 2022
.Global status report on the public health response to dementia 102
/Geneva: World Health Organization; 2021 (https://apps.who.int/iris
.(accessed 28 March 2022 ,344701/handle/10665
WHO methods and data sources for global burden of disease 103
//:estimates 2000–2019. Geneva: World Health Organization; 2020 (https
-cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/globalhealth
,estimates/ghe2019_daly-methods.pdf?sfvrsn=31b25009_7
.(accessed 25 March 2022
,Barra M, Broqvist M, Gustavsson E, Henriksson M, Juth N 104
Sandman L, et al. Severity as a priority setting criterion: setting a
.challenging research agenda. Health Care Anal. 2020;28(1):25–44
.00371-z-019-doi:10.1007/s10728
.Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG 105
A systematic review and meta-regression of the prevalence and
.incidence of perinatal depression. J Affect Disord. 2017;219:86–92
.doi:10.1016/j.jad.2017.05.003
Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and 106
/mental health. Lancet Psychiatry. 2017;4(2):159–170. doi:10.1016
.9-30261(16)0366-S2215
,Khalifeh H, Moran P, Borshmann R, Dean K, Hart C, Hogg J 107
et al. Domestic and sexual violence against patients with severe
/mental illness. Psychol Med. 2015;45(4):875–886. doi:10.1017
.S0033291714001962
Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K. Lifetime 108
prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in
.the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry

.doi:10.1001/archpsyc.62.6.593 .602–593:(6)62;2005
.[GBD Results Tool. In: Global Health Data Exchange [website 109
.Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (https://ghdx
/healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink
.(d1089abd9ea6072c2e5203256b0c7960, accessed 30 March 2022
.[GBD Results Tool. In: Global Health Data Exchange [website 110
.Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (http://ghdx
healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/451c
.(9ab283c67271ec9a20c28b772f57, accessed 25 March 2022
,Kohrt BA, Rasmussen A, Kaiser BN, Haroz EE, Maharjan SM **111**
Mutamba BB, et al. Cultural concepts of distress and psychiatric
disorders: literature review and research recommendations for global
.mental health epidemiology. Int J Epidemiol. 2014;43(2):365–406
.doi:10.1093/ije/dyt227
.[GBD Results Tool. In: Global Health Data Exchange [website **112**
-Seattle (http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api
2019-permalink/4131c27249674bcd9caad1cebf68eeff, accessed 25
.(March 2022
.[GBD Results Tool. In: Global Health Data Exchange [website **113**
-Seattle (https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbdapi
2019-permalink/859960795493214831bfa831846a9a7f, accessed 28
.(March 2022
Management of physical health conditions in adults with severe **114**
;mental disorders: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization
accessed 25 ,275718/https://apps.who.int/iris/handle/10665) 2018
.(March 2022
Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide **115**
.mortality in mental disorders: a meta-review. World Psychiatry
.doi:10.1002/wps.20128 .160–153:(2)13;2014
Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. Effects of **116**
antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for
physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar
.disorder. World Psychiatry. 2015;14(2):119–136. doi:10.1002/wps.20204
Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care **117**
–against people with mental illness. Int Rev Psychiatry. 2009;19(2):113
.09540260701278937/doi:10.1080 .122
Smith DJ, Langan J, McLean G, Guthrie B, Mercer SW. Schizophrenia **118**
is associated with excess multiple physical-health comorbidities
:but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care
/cross-sectional study. BMJ Open. 2013;3(4):e002808. doi:10.1136
.002808-bmjopen-2013
,Smith DJ, Martin D, McLean G, Langan J, Guthrie B **119**
Mercer SW. Multimorbidity in bipolar disorder and undertreatment of
.cardiovascular disease: a cross sectional study. BMC Med. 2013;11:263
.263-11-7015-1741/doi:10.1186
.Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al **120**
Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel
intervention framework and priorities for clinical practice, policy and
/research agendas. World Psychiatry. 2017;16(1):30–40. doi:10.1002
.wps.20384
.Charlson FJ, Baxter AJ, Dua T, Degenhardt L, Whiteford HA, Vos T **121**
Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders
.in the Global Burden of Disease Study 2010. Epidemiol Psychiatr Sci
.doi:10.1017/S2045796014000687 .140–121:(2)24;2015
Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the **122**
.scandal of premature mortality. Br J Psychiatry. 2011;199(6):441–442
.doi:10.1192/bjp.bp.111.092718
Global Health Estimates 2019: Deaths by cause, age, sex, by country **123**
and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization; 2020
-https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/globalhealth)
4787--estimates/ghe2019_deaths-2000-country1d20517f-89e3
.(26acbda9b8f8.xlsx?sfvrsn=51458b03_7, accessed 25 March 2022-b639
Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health **124**
,131056/Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/handle/10665
.(accessed 28 March 2022
:Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. Geneva **125**
/World Health Organization; 2021 (https://apps.who.int/iris
.(accessed 25 March 2022 ,341728/handle/10665
Global Health Estimates 2019: Deaths by cause, age, sex, by country **126**
and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization; 2020
-https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-globalhealth)
estimates/ghe-leading-causes-of-death, accessed 25 March
.(2022
Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden **127**
/of mental illness. Lancet Psychiatry. 2016;3(2):171–178. doi:10.1016
.2-00505(15)0366-S2215
Global Health Estimates 2019: disease burden by cause, age, sex, by **128**
;Geneva, World Health Organization .2019-country and by region, 2000
/https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents) 2020
global-health-estimates/ghe2019_daly_global_2000_2019106cc197-
64d11150302b.xlsx?sfvrsn=ab2e645c_9, accessed 25-9b12-7fec-4494
.(March 2022
Global Health Estimates 2019: disease burden by cause, age, sex, by **129**
;country and by region, 2000–2019. Geneva, World Health Organization
/https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents) 2020
-global-health-estimates/ghe2019_yld_global_2000_2019c417f68b
841d-4a7a-9e5c-f087f9f86e48.xlsx?sfvrsn=dac29788_7, accessed 25
(March 2022
GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk **130**
factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic
.analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet
.2-30752(20)6736-doi:10.1016/S0140 .1249–396:1223;2020
,Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR **131**
Fathima S, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases.Geneva: World
.Economic Forum; 2011 (http://www3.weforum
org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf,
.(accessed 25 March 2022
Prevention and management of mental health conditions in the **132**
Philippines: the case for investment. Manila: World Health Organization
/Regional Office for the Western Pacific; 2021 (https://www.ph.undp.org
content/philippines/en/home/library/prevention-and-management-ofmental-health-
.(conditions-in-the-phi.html, accessed 25 March 2022
,Christensen MK, Lim CCW, Saha S, Plana-Ripoll O **133**
Cannon D, Presley F, et al. The cost of mental disorders: a systematic
.review. Epidemiol Psychiatr Sci. 2020;29:e161. doi:10.1017/S204579602000075X
Ryan G, Iemmi V, Hanna F, Loryman H, Eaton J. Mental health for **134**
.sustainable development: a topic guide for development professionals
London and Brighton: Mental Health Innovation Network and Institute
/for Development Studies; 2020 (https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs
.(accessed 25 March 2022 ,14908/handle/20.500.12413
Saxena S, Kline S. Countdown global mental health 2030: data to **135**
.drive action and accountability. Lancet Psychiatry. 2021;8(11):941–942
.6-00391(21)0366-doi:10.1016/S2215
Countdown global mental health 2030: data to drive action and accountability. London: **136**
United for Mental Health; 2021 (https://unitedgmh.org/countdown-global-mental-health,
.(accessed 25 March 2022
.Woelbert E, White R, Lundell-Smith K, Grant J, Kemmer D **137**
Inequities of mental health research funding. Montreal: International
/Alliance of Mental Health Research Funders; 2020. doi:10.6084
.m9.figshare.13055897.v2
,Abimbola S, Asthana S, Montenegro C, Guinto RR, Jumbam DT **138**
:Louskieter L, et al. Addressing power asymmetries in global health
.imperatives in the wake of the COVID-19 pandemic. PLoS Med
.e1003604. doi:10.1371/journal.pmed.1003604:(4)18;2021
.Eaton J, Carroll A, Scherer N, Daniel L, Njenga M, Sunkel C, et al 139
:Accountability for the rights of people with psychosocial disabilities
an assessment of country reports for the Convention on the Rights of
.Persons with Disabilities. Health Hum Rights. 2021;23(1):175–189
Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources 140
.for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet
.2-61239(07)6736-doi:10.1016/S0140 .889-878:(9590)370;2007
.Alegría M, Chatterji P, Wells K, Cao Z, Chen CN, Takeuchi D, et al 141
Disparity in depression treatment among racial and ethnic minority
–populations in the United States. Psychiatric Services. 2008; 59:1264
.doi:10.1176/appi.ps.59.11.1264 .1272
Liese BH, Gribble RSF, Wickremsinhe MN. International funding for 142
–mental health: a review of the last decade. Int Health. 2019;11(5):361
.doi:10.1093/inthealth/ihz040 .369
:Global Health Estimates 2016: DALYs by age, sex and cause. In 143
Global Health Estimates 2019: disease burden by cause, age, sex, by

;country and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization
-https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-andglobal) 2020
,health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-ofdalys
.(accessed 25 March 2022
,Todesco B, Ostuzzi G, Barbui C. Mapping the selection 144
availability, price and affordability of essential medicines for mental
health conditions at a global level. Epidemiol Psychiatr Sci. Apr
:e22. doi:10.1017/S2045796022000087. PMID: 35438063; PMCID:31;19
.PMC9069582
:Measuring digital development: facts and figures 2020. Geneva 145
/International Telecommunications Union; 2020 (https://www.itu.int/en
.(ITU-D/Statistics/Pages/facts/default.aspx, accessed 25 March 2022
,Greer B, Robotham D, Simblett S, Curtis H, Griffiths H 146
:Wykes T. Digital exclusion among mental health service users
.qualitative investigation. J Med Internet Res. 2019;21(1):e11696
.11696/doi:10.2196
Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et 147
al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder
in 84 countries from 2000–2019: a systematic review and Bayesian
/meta-regression analysis. PLoS Med. 2022;19(2):e1003901. doi:10.1371
.journal.pmed.1003901
Gorringe J, Hughes D, Kidy F, Kesner C, Sale J, Sabouni A. Return 148
on the individual: time to invest in mental health. London: United
/for Global Mental Health; 2020 (https://unitedgmh.org/sites/default
The%20Return%20on%20the%20Individual_Full%20/04-files/2022
.(Report_2.pdf, accessed 26 May 2022
Patel V, Chisholm D, Kirkwood BR, Mabey D. Prioritizing health 149
problems in women in developing countries: comparing the financial
burden of reproductive tract infections, anaemia and depressive
.disorders in a community survey in India. Trop Med Int Health
.x.3156.2006.01756-doi:10.1111/j.1365 .139–130:(1)12;2006
Wellcome Global Monitor 2020: Mental health. London: Wellcome 150
-Trust; 2021 (https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitormental
.(health/2020, accessed 25 March 2022
Rhodes A. Child mental health problems: can parents spot the 151
.signs? Melbourne: The Royal Children's Hospital; 2017 (https://www
-RCH-National-Child/10/rchpoll.org.au/wp-content/uploads/2017
.(Health-Poll-Report_Poll-8_Final.pdf, accessed 25 March 2022
Shi W, Shen Z, Wang S, Hall BJ. Barriers to professional health helpseeking 152
.among Chinese adults: a systematic review. Front. Psychiatry
.doi:10.3389/fpsyt.2020.00442 .11:442;2020
?Ventevogel P, Jordans M, Reis R, de Jong J. Madness or sadness 153
Local concepts of mental illness in four conflict-affected African
.3-7-1505-1752/communities. Confl health. 2013;7(1):1–16. doi:10.1186
Funk M, Drew N, Freeman M, Faydi E. Mental health and 154
development: targeting people with mental health conditions as a
//:vulnerable group. Geneva: World Health Organization; 2010 (https
www.who.int/publications/i/item/9789241563949, accessed 25 March
.(2022
Thornicroft G. Shunned: discrimination against People with Mental 155
.Illness. Oxford: Oxford University Press; 2006
Corrigan P, Watson AC. Understanding the impact of stigma on 156
.people with mental illness. World Psychiatry. 2002;1(1):16–20
.Gureje O, Lasebikan VO, Ephraim-Oluwanuga O, Olley BO, Kola L 157
Community study of knowledge of and attitude to mental illness in
.Nigeria. Br J Psychiatry 2005;186:436–441. doi:10.1192/bjp.186.5.436
Polyakov M, Sale J, Kline S, Saxena S. No health without mental 158
health: the urgent need for health integration in universal health
//:coverage. London: United for Global Mental Health; 2020 (https
Universal%20Health%20/12-unitedgmh.org/sites/default/files/2020
.Coverage%20-%20No%20Health%20Without%20Mental%20Health
.(pdf, accessed 25 March 2022
:mhGAP Evidence Resource Centre. In: WHO [website]. Geneva 159
/World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/teams
-mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-healthgap
.(action-programme/evidence-centre, accessed 25 March 2022
Caddick H, Horne B, Mackenzie J, Tilley H. Investing in mental 160
health in low-income countries. ODI Insights report. Overseas
/Development Institute: London; 2016 (https://odi.org/en
,publications/investing-in-mental-health-in-low-income-countries
.(accessed 25 March 2022
;mhGAP operations manual. Geneva: World Health Organization 161
accessed 28 ,275386/https://apps.who.int/iris/handle/10665) 2018
.(March 2022
.Stein DJ, Benjet C, Gureje O, Lund C, Scott KM, Poznyak V, et al 162
.Integrating mental health with other non-communicable diseases. BMJ
.l295. doi:10.1136/bmj.l295:364;2019
,Scott KM, Von Korff M, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R 163
de Girolamo G, et al. Association of childhood adversities and earlyonset
.mental disorders with adult-onset chronic physical conditions
/Arch Gen Psychiatry. 2011;68(8):838–844. doi:10.1001
.archgenpsychiatry.2011.77
Berkowitz AL, Raibagkar P, Pritt BS, Mateen FJ. Neurological 164
.manifestations of the neglected tropical diseases. J Neurol Sci
.32–20:(2–1)349;2015
.Thakur KT, Boubour A, Saylor D, Das M, Bearden DR, Birbeck GL 165
–Global HIV neurology: A comprehensive review. Aids. 2019; 33(2):163
.doi:10.1097/QAD.0000000000001796 .184
Integration of mental health and HIV interventions: key 166
considerations. Geneva: UNAIDS and World Health Organization; 2022
-https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/integrationmental)
.(health-hiv-interventions_en.pdf, accessed 11 May 2022
:Fujiwara PI. The links between tuberculosis and mental health 167
.evidence and best practice incorporating guidance to USAID
/Washington DC: USAID; 2022 (https://www.usaid.gov/global-health
health-areas/tuberculosis/resources/publications/link-tuberculosismental-health, accessed
.(25 March 2022
:Mental health of people with neglected tropical diseases **168**
Towards a person-centred approach. Geneva: World Health
,335885/Organization; 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665
.(accessed 25 March 2022
.Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B **169**
Depression, chronic diseases, and decrements in health: results
.from the World Health Surveys. Lancet. 2007;370(9590):851–858
.9-61415(07)6736-doi:10.1016/S0140
Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between **170**
.HIV infection and risk for depressive disorders. Am J Psychiatry
.doi:10.1176/appi.ajp.158.5.725 .730–725:(5)158;2001
,Pelton M, Ciarletta M, Wisnousky H, Lazzara N, Manglani M **171**
Ba DM, et al. Rates and risk factors for suicidal ideation, suicide
attempts and suicide deaths in persons with HIV: a systematic review
/and meta-analysis. Gen Psychiatry 2021;34:e100247. doi:10.1136
.100247-gpsych-2020
Ambaw F, Mayston R, Hanlon C, Medhin G, Alem A. Untreated **172**
depression and tuberculosis treatment outcomes, quality of life
.and disability, Ethiopia. Bull World Health Organ. 2018;96:243–255
.doi:10.2471/BLT.17.192658
Sartorius N. Comorbitiy of mental and physical diseases: a main **173**
.challenge for medicine of the 21st century. Shanghai Arch Psychiatry
.0829.2013.02.002-doi:10.3969/j.issn.1002 .69–68:(2)25;2013
Integrating the prevention, treatment and care of mental health **174**
conditions and other noncommunicable diseases within health
systems. WHO European high-level conference on noncommunicable
diseases. Copenhagen: World Health Organization Regional Office
_for Europe; 2019 (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf
Mental-Health-Conditions-ENG.pdf, accessed 25/397786/file/0004
.(March 2022
Integrating the response to mental disorders and other chronic **175**
;diseases in health care systems. Geneva: World Health Organization
accessed 25 ,112830/https://apps.who.int/iris/handle/10665) 2014
.(March 2022
.Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al **176**
Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane
.14651858/Database Syst Rev. 2012;10:CD006525. doi:10.1002
.CD006525.pub2
Li LW, Xue J, Conwell Y, Yang Q, Chen S. Implementing collaborative **177**

care for older people with comorbid hypertension and depression in
/doi:10.1017 .1465-rural China. Int Psychogeriatr. 2020;32(12):1457
.S1041610219001509

178 Knapp M, Funk M, Curran C, Prince M, Grigg M, McDaid D. Economic
.barriers to better mental health practice and policy. Health Policy Plan
.doi:10.1093/heapol/czl003 .170–157:(3)21;2006

179 UHC Compendium. In: WHO/Universal Health Coverage
//:website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (https]
,www.who.int/universal-health-coverage/compendium/database
.(accessed 25 March 2022

180 Aguilera I, Infante A, Ormeño H, Urriola C. Improving health
system efficiency: Chile: Implementation of the Universal Access
with Explicit Guarantees (AUGE) reform. Geneva: World Health
,187657/Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/handle/10665
.(accessed 25 March 2022

181 Bitran R. Explicit health guarantees for Chileans: the AUGE
//:benefits package. Washington DC: The World Bank; 2013. (https
/documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports
documentdetail/308611468014981092/explicit-health-guarantees-forchileans-the-auge-
.(benefits-package, accessed 25 March 2022

182 Araya R, Zitko P, Markkula N. The impact of universal health care
programmes on improving 'realized access' to care for depression in
Chile. Adm Policy Ment Health. 2018;45:790–799. doi:10.1007/s10488-
. 0864-z-018

183 Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, et al. Global
pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major
depressive disorder: A cross-sectional survey. Lancet. 2013;381(9860):55–62. doi:10.1016/
.8-61379(12)6736-S0140

184 مواد مبادرة QualityRight لأغراض التدريب والتوجيه وإحداث التحوّل. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2019 (https://www.
who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools
تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022). -https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights
.(guidance-and-training-tools, accessed 25 March 2022

185 Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for
effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. Lancet.
.6-00298(15)6736-2016;387(10023):1123–1132. doi:10.1016/S0140

186 Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, et al.
Three strategies for changing attributions about severe mental illness. Schizophr Bull.
.2001;27(2):187–195. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865

187 Clay J, Eaton J, Gronholm PC, Semrau M, Votruba N. Core components of mental health
stigma reduction interventions in low- and middle-income countries: a systematic review.
.Epidemiolo Psychiatr Sci. 2020;29:e164. doi:10.1017/S2045796020000797

188 Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms; Board on
Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences; Division of Behavioral and Social Sciences
and Education; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Ending
discrimination against people with mental and substance use disorders: the evidence for
.23442/stigma change. Washington DC: National Academies Press; 2016. doi:10.17226

189 Strengthening mental health [website]. London: The Indigo Network; 2021 (https:// .(indigo-group.org/, accessed 24 October 2021

190 Thornicroft G, Bakolis I, Evans-Lacko S, Gronholm PC, Henderson C, Kohrt BA, et al.
Key lessons learned from the INDIGO global network on mental health related stigma and
.discrimination. World Psychiatry. 2019;18(2):229–230. doi:10.1002/wps.20628

191 Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder
abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. Eur J Public Health.
.2019;29(1):58–67. doi:10.1093/eurpub/cky093

192 Desmond C, Watt K, Saha A, Huang J, Lu C. Prevalence and number of children living
in institutional care: Global, regional and country estimates. Lancet Child Adolesc Health.
.5-30022(20)4642-2020;4(5):370–377. doi:10.1016/ S2352

193 منظمة الصحة العالمية ومؤسسة كالوسيت قولبيكيان. تعزيز الحقوق والمعيشة المجتمعية للأطفال ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية. جنيف:
منظمة الصحة العالمية، 2015 (184033/https://apps.who.int/iris/handle/10665 تم الاطلاع في 25 مارس/آذار
2022). منظمة الصحة العالمية ومؤسسة كالوسيت قولبيكيان. تعزيز الحقوق والمعيشة المجتمعية للأطفال ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية.
جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2015 (184033/https://apps.who.int/iris/handle/10665 تم الاطلاع في 25 مارس/
آذار 2022).

194 Living in chains: shackling of people with psychosocial disabilities worldwide. New York:
living-chains/shackling-/06/10/Human Rights Watch; 2020 (https://www.hrw.org/report/2020
people-psychosocial-disabilities-worldwide, accessed 23 November 2021).
living-chains/shackling-people-psychosocial-disabilities-/06/10/hrw.org/report/2020
.(worldwide, accessed 23 November 2021

195 Peterson I, Marais D, Abdulmalik J, Ahuja S, Alem A, Chisholm D, et al. Strengthening
mental health system governance in six low- and middle-income countries in Africa and
South Asia: Challenges, needs and potential strategies. Health Policy Plan. 2017;32(5):699–
.709. doi:10.1093/heapol/czx014

196 التدريب الإلكتروني بشأن الصحة النفسية والتعافي والإدماج المجتمعي في إطار مبادرة منظمة الصحة العالمية QualityRight [الموقع
الشبكي]. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2022 (-https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance
use/policy-law-rights/qr-e-training، تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022). https://www.who.int/teams/
mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qr-e-training، تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022).

197 مبادرة منظمة الصحة العالمية QualityRight [الموقع الشبكي]. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2019 (https://qualityrights.
org، تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022). https://qualityrights.org، تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022).

198 Funk M, Drew Bold N, Ansong J, Chisholm D, Murko M, Nato J, et al. Strategies to achieve
a rights-based approach through WHO QualityRights. In: Stein MA, Mahomed F, Patel V,
Sunkel C (editors). Mental health, legal capacity and human rights. Cambridge: Cambridge
.9781108979016/University Press; 2021. doi:10.1017

199 Freeman MC, Kolappa K, Caldas de Almeida JM, Kleinman A, Makhashvili N, Phakathi
S, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General
Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.
.7-00218(15)0366-Lancet Psychiatry. 2015;2(9):844–850. doi:10.1016/S2215

200 Puras D, Gooding P. Mental health and human rights in the 21st century. World
.Psychiatry. 2019;18(1):42–43. doi:10.1002/wps.20599

201 Minkowitz T. CRPD advocacy by the World Network of Users and Survivors of Psychiatry:
The emergence of an user/survivor perspective in human rights. SSRN. 2012. doi:10.2139/
.ssrn.2326668

202 Sunkel C. The UN convention: a service user perspective. World Psychiatry.
.2019;18(1):51–52. doi:10.1002/wps.20606

203 Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, Caldas-de-Almeida JM, Eaton J, Gureje O, et al.
Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: Umbrella
.review of randomised evidence
.Br J Psychiatry. 2020;1–11. doi:10.1192/bjp.2020.144

204 استراتيجيات لإنهاء العزلة والتقييد: تدريب متخصص في إطار مبادرة منظمة الصحة العالمية QualityRight: دليل الدورة. جنيف: منظمة
الصحة العالمية، 2019 (329605/https://apps.who.int/iris/handle/10665، تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022).
329605/https://apps.who.int/iris/handle/10665، تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022).

205 دعم عملية اتخاذ القرار والتخطيط المسبق: تدريب متخصص في إطار مبادرة منظمة الصحة العالمية QualityRight: دليل الدورة. جنيف:
منظمة الصحة العالمية، 2019 (329609/https://apps.who.int/iris/handle/10665، تم الاطلاع في 25 مارس/آذار
2022). 329609/https://apps.who.int/iris/handle/10665، تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022).

206 Vásquez Encalada A, Bialik K, Stober K. Supported decision making in South America:
Analysis of three countries' experiences. Int J Environ Res Public Health. 2021;18:5204.
.doi:10.3390/ijerph18105204

207 تمكين المستخدمين في مجال الصحة النفسية: بيان صادر عن المكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية. التمكين ليس خطوة
واحدة، بل سلسلة من الخطوات. كوبنهاغن: المكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية، 2010 (https://apps.who.
107275/int/iris/handle/10665، تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022). https://apps.who.int/iris/
107275/handle/10665، تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022)

208 إسماع الصوت والقوة والتمكين - كتيب عن المشاركة الاجتماعية من أجل التغطية الصحية الشاملة. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2021
(342704/https://apps.who.int/iris/handle/10665، تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022). https://apps.who.
342704/int/iris/handle/10665، تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022).

209 Semrau M, Lempp H, Keynejad R, Evans-Lacko S, Mugisha J, Raja S, et al. Service user
and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-
-income countries: systematic review. BMC Health Serv Res. 2016;16:79. doi:10.1186/s12913
.8-1323-016

210 Kohrt BA, Jordans MJD, Turner EL, Rai S, Gurung D, Dhakal M, et al. Collaboration with
people with lived experience of mental illness to reduce stigma and improve primary care
services: a pilot cluster randomized clinical trial. JAMA Netw Open. 2021;4(11):e2131475.
.doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.31475

211 منظمات المجتمع المدني لتعزيز حقوق الإنسان في مجال الصحة النفسية والمجالات ذات الصلة: لوحدة التدريبية التوجيهية لمبادرة منظمة الصحة
العالمية QualityRight. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2019 (329589/https://apps.who.int/iris/handle/10665 تم
الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022).

212 Joint position statement. Equality and equity in COVID-19 response. Global Mental Health Peer Network & Human Rights in Mental Health FGIP; 2020 (https://www.gmhpn.org/gmhpn___fgip_joint_position_statement_-_covid19.pdf,/120276896/2/0/2/org/uploads/1gmhpn___/120276896/2/0/2/accessed 25 March 2022). (fgip_joint_position_statement_-_covid19.pdf, accessed 25 March 2022.

213 حياة صحية ومزدهرة للجميع: تقرير عن حالة المساواة الصحية الأوروبية. كوبنهاغن: المكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية، 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/326879 تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/326879تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022).

214 Pathare S, Burgess RA, Collins PY. World Mental Health Day: Prioritise social justice, not only access to care. Lancet. 2021; 398(10314):1859–1860. doi:10.1016/S0140-6736(21)02232-7.

215 Marmot M, Allen J. Health priorities and the social determinants of health. East Mediterr Health J. 2015;21(9):671–672 (https://applications.emro.who.int/emhj/v21/09/EMHJ_2015_21_9_671_672.pdf?ua=1&ua=1, accessed 25 March 2022). EMHJ_2015_21_9_671_672.pdf?ua=1&ua=1, accessed 25 March 2022).

216 Lund C, Docrat S, Abdulmalik J, Alem A, Fekadu A, Gureje O et al. Household economic costs associated with mental, neurological and substance use disorders: a cross-sectional survey in six low- and middle-income countries. BJPsych Open. 2019;5(3):E34. doi:10.1192 bjo. 2019.20.

217 Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. Lancet Psychiatry. 2016;3(5):415–424. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4.

218 Lund C, Orkin K, Witte M, Davies T, Haushofer J, Bass J, et al. The economic effects of mental health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Working paper. 2018 (https://www.semanticscholar.org/paper/Economic-impacts-of-mental-health-interventions-in-Lund-Orkin/023b6dd83154b0793efaec987aba6e7d493f7854, accessed 26 May 2022). impacts-of-mental-health-interventions-in-Lund-Orkin/023b6dd83154b0793efaec987aba6e7d493f7854, accessed 26 May 2022).

219 Kangasniemi A, Maxwell L, Sereneo M. The ROI in workplace mental health programs: good for people, good for business: a blueprint for workplace mental health programs. New York: Deloitte; 2019 (https://www2.deloitte.com/us/en/insights/topics/talent/workplace-mental-health-programs-worker-productivity.html, accessed 25 March 2022). deloitte.com/us/en/insights/topics/talent/workplace-mental-health-programs-worker-productivity.html, accessed 25 March 2022).

220 Santini ZI, Becher H, Jørgensen MB, Davidsen M, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Economics of mental well-being: a prospective study estimating associated health care costs and sickness benefit transfers in Denmark. Eur J Health Econ. 2021;22:1053–1065. doi:10.1007/s10198-01305-021-0. C, et al. Economics of mental well-being: a prospective study estimating associated health care costs and sickness benefit transfers in Denmark. Eur J Health Econ. 2021;22:1053–1065. doi:10.1007/s10198-01305-021-0.

221 مبررات الاستثمار في الصحة النفسية: مذكرة توجيهية جنيف: منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/340246,تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022).

222 قائمة منظمة الصحة العالمية للتدخّلات في مجال الصحة النفسية القائمة على فعالية التكلفة جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/343074 تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/340246,تم الاطلاع في 25 مارس/آذار 2022).

<?>قائمة منظمة الصحة العالمية للتدخّلات في مجال الصحة النفسية القائمة على فعالية التكلفة جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/343074 ، تم الاطلاع في 25 آذار/مارس 2022).

223 Chisholm D, Saxena S. Cost effectiveness of strategies to combat neuropsychiatric conditions in sub-Saharan Africa and South East Asia: mathematical modelling study. BMJ. 2012;344:e609. doi:10.1136/bmj.e609.

224 Chisholm D, Burman-Roy S, Fekadu A, Kathree T, Kizza D, Luitel NP, et al. Estimating the cost of implementing district mental healthcare plans in five low- and middle-income countries: the PRIME study. Br J Psychiatry. 2016;208(Suppl 56):s71–s78. doi:10.1192/bjp.bp.114.153866.

225 Care for mental health conditions in Jamaica: The case for investment. Evaluating the return on investment of scaling up treatment for depression, anxiety, and psychosis. Washington DC: Panamerican Health Organization; 2019.

226 الوقاية من اعتلالات الصحة النفسية وإدارتها في الفلبين. مبررات الاستثمار. مانيلا: المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ التابع لمنظمة الصحة العالمية، 2021.

227 Besada D, Docrat S, Lund C. Mental health investment case for South Africa. Final report of the Mental Health investment case task team. Pretoria: Department of Health; 2021.

228 الوقاية من اعتلالات الصحة النفسية وإدارتها في أوزبكستان: مبررات الاستثمار. كوبنهاغن: المكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية، 2021.

229 أمر يهم الجميع. تعزيز النظم الصحية لتحسين النتائج الصحية: إطار عمل منظمة الصحة العالمية. جنيف: منظمة الصحة العالمية ؛ 2007 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918، تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918، تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

230 International standards on the right to physical and mental health. In: UN Human Rights [website]. New York: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2021 (https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/internationalstandards.aspx, accessed 28 March 2022). (accessed 28 March 2022.

231 قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 1/70. في الدورة السبعين للجمعية العامة للأمم المتحدة، نيويورك، 25 أيلول/سبتمبر 2015. تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030. New York: الجمعية العامة للأمم المتحدة؛ 2015 (https://sdgs.un.org/2030agenda. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://sdgs.un.org/2030agenda. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

232 قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2/73. في الدورة الثالثة والسبعين للجمعية العامة للأمم المتحدة، نيويورك، 10 تشرين الأول/أكتوبر 2018. الإعلان السياسي المنبثق عن اجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى الثالث المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. نيويورك: الجمعية العامة للأمم المتحدة؛ 2018 (https://digitallibrary.un.org/record/1648984، تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://digitallibrary.un.org/record/1648984. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

233 قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2/74. في الدورة الرابعة والسبعين للجمعية العامة للأمم المتحدة، نيويورك، 10 تشرين الأول/أكتوبر 2019. الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى المعني بالتغطية الصحية الشاملة. نيويورك: الجمعية العامة للأمم المتحدة؛ 2019 (https://undocs.org/en/A/RES/74/2، تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://undocs.org/en/A/RES/74/2. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

234 مبادرة منظمة الصحة العالمية الخاصة للصحة النفسية في: منظمة الصحة العالمية / المبادرات [الموقع الشبكي]. جنيف: منظمة الصحة العالمية ؛ 2021 (https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health تم الاطلاع عليه في 28 آذار/مارس 2022). https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health تم الاطلاع عليه في 28 آذار/مارس 2022).

235 Patel V, Saxena S. Achieving universal health coverage for mental disorders. BMJ. 2019;366:l4516. doi:10.1136/bmj.l4516.

236 Campion J, Knapp M. The economic case for improved coverage of public mental health interventions. Lancet Psychiatry 2018;5(2):103–105. doi:10.1016/S2215-0366(17)30433-9.

237 Caldas de Almeida JM, Minas H, Cayetano C. Generating political commitment for mental health system development. In: Patel V, Minas H, Cohen A, Prince M (editors). Global mental health: principles and practice. Oxford: Oxford University Press; 2013. doi:10.1093/med/9780199920181.003.0020.

238 The World Mental Health Survey Initiative [website]. Boston: Harvard University; 2021 (https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh, accessed 28 March 2022). (harvard.edu/wmh, accessed 28 March 2022.

239 Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004;291(21):2581–2590. doi:10.1001/jama.291.21.2581.

240 Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, Graaf RDE, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry. 2007;6(3):168–176.

241 Dua T, Barbui C, Clark N, Fleischmann A, Poznyak V, van Ommeren M, et al. Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: summary of WHO recommendations. 2011;8(11):e1001122. doi:10.1371/journal.pmed.1001122.

242 England MJ, Butler AS, Gonzalez ML (editors). Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a framework for establishing evidence-based standards. Washington DC: National Academies Press; 2015.

243 قوائم منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية. في: منظمة الصحة العالمية [الموقع الشبكي]. جنيف: منظمة الصحة العالمية ؛ 2021 (https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists، تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

244 دليل تدخلات برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية ولا سيما الاضطرابات النفسية والعصبية واضطرابات تعاطي مواد الإدمان في المواقع الصحية غير المتخصصة: برنامج عمل سد الفجوة في الصحة النفسية. الإصدار 2.0 جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239، تم الاطلاع في 25 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239. تم الاطلاع في 25 آذار/مارس 2022).

245 ICD-11: التصنيف الدولي للأمراض - المراجعة الحادية عشرة [الموقع الشبكي]. جنيف: منظمة الصحة العالمية ؛ 2020 (https://icd.who.int. أطلع في 28 آذار/مارس 2022). https://icd.who.int. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

246 الأوصاف السريرية والمتطلبات التشخيصية الخاصة بالاضطرابات النفسية والسلوكية والنمو العصبي وفقًا للتصنيف الدولي للأمراض – المراجعة الحادية عشرة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ تحت الطبع.

247 Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Psychiatry. 2019;18(1):3–19. doi:10.1002/wps.20611.

248 نظم معلومات الصحة النفسية جنيف: منظمة الصحة العالمية ؛ 2005 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43210، تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/43210. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

249 Mayston R, Ebhohimen K, Jacob K. Measuring what matters – information systems for management of chronic disease in primary healthcare settings in low and middle-income countries: challenges and opportunities. Epidemiol Psychiatric Sci. 2020;20(e127):1–5. doi:10.1017/S204579602000030X.

250 Upadhaya N, Jordans MJD, Abdulmalik J, Ahuja S, Alem A, Hanlon C, et al. Information systems for mental health in six low and middle income countries: cross country situation analysis. Int J Ment Health Syst. 2016;10:60. doi:10.1186/s13033-2-0094-016.

251 Collins PY, Patel V, Joestl SJ, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. Nature. 2011;475(7354):27–30. doi:10.1038/475027a.

252 Saraceno B. Mental health systems research is urgently needed. Int J Ment Health Syst. 2010;4:2. doi:10.1186/1752-4458-2-1.

253 Staley K, Kabir T, Szmukler G. Service users as collaborators in mental health research: less stick, more carrot. Psychol Med. 2013;43(6):1121–1125. doi:10.1017/S0033291712001663.

254 Votruba N, Grant J, Thornicroft G. The EVITA framework for evidence-based mental health policy agenda setting in low-and middle-income countries. Health Policy Plan. 2020;35(4):424–439. doi:10.1093/heapol/czz179.

255 Fox AM, Goldberg AB, Gore RJ, Bärnighausen T. Conceptual and methodological challenges to measuring political commitment to respond to HIV. J Int AIDS Soc. 2011;14(Suppl 2):S5. doi:10.1186/1758-2652-14-S2-S5.

256 Iemmi V. Motivation and methods of external organisations investing in mental health in low-income and middle-income countries: a qualitative study. Lancet Psychiatry. 2021;S2215-0366(20)30511-3. doi:10.1016/S2215-0366(20)30511-3.

257 الدعوة إلى الصحة النفسية، ومحاربة الإعاقة ومناصرة حقوق الإنسان: الوحدة التدريبية التوجيهية لمبادرة منظمة الصحة QualityRights. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/329587، تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/329587. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

258 Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet. 2007;370(9593):1164–1174. doi:10.1016/S0140-6736(07)61263-X.

259 اليوم العالمي للصحة النفسية. في: منظمة الصحة العالمية [الموقع الشبكي]. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://www.who.int/campaigns/world-mental-health-day، تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://www.who.int/campaigns/world-mental-health-day. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

260 Caldas de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. Psychiatr Serv. 2010;61(3):218–221. doi:10.1176/ps.2010.61.3.218.

261 إعادة البناء بشكل أفضل: رعاية الصحة النفسية المستدامة بعد الطوارئ. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2013 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/85377، تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/85377. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

262 توسيع خدمات الصحة النفسية في سري لانكا. كولومبو: وزارة الصحة السيرلانكية والمكتب القطري لمنظمة الصحة العالمية في سري لانكا؛ 2021.

263 تعزيز التأهب والاستجابة في مجال الصحة النفسية في سياق طوارئ الصحة العامة. في: الدورة الثامنة والأربعين بعد المائة للمجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية، جنيف، 18-26 كانون الثاني/يناير 2021. القرارات والمقررات والملاحق. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (المقرر الإجرائي EB148(3))؛ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148-REC1/B148_REC1-en.pdf#page=32. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148-REC1/B148_REC1-en.pdf#page=32. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

Shidhaye R, Murhar V, Gangale S, Aldridge L, Shastri R, Parikh R, et al. The effect of **264** VISHRAM, a grass-roots community-based mental health programme, on the treatment gap for depression in rural communities in India: a population-based study. Lancet Psychiatry. 2-30424(16)0366-2017;4(2):128–135. doi:10.1016/S2215.

Jordans MJD, Luitel NP, Lund C, Kohrt BA. Evaluation of proactive community case **265** detection to increase help seeking for mental health care: a pragmatic randomized controlled trial. Psychiatr Serv. 2020;71(8):810–815. doi:10.1176/appi.ps.201900377.

Naslund JA, Aschbrenner KA, Araya R, Marsch LA, Unützer J, Patel V, et al. Digital **266** technology for treating and preventing mental disorders in low-income and middle-income countries: a narrative review of the literature. Lancet Psychiatry. 2017;4(6):486–500. 2-30096(17)0366-doi:10.1016/S2215.

Martinez-Martin N, Dasgupta I, Carter A, Chandler JA, Kellmeyer P, Kreitmair K, et al. **267** Ethics of digital mental health during COVID-19: crisis and opportunities. JMIR Ment Health. 23776/2020;7(12):e23776. doi:10.2196.

268 المبادئ التوجيهية المتعلقة بالنشاط البدني والسلوك الخامل والنوم وسط الأطفال دون سن الخامسة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664. تم الاطلاع في 8 نيسان/أبريل 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664. تم الاطلاع في 8 نيسان/أبريل 2022).

269 معايير الأكل الصحي، والنشاط البدني، والسلوك الخامل، والنوم المطبقة في التعليم في الطفولة المبكرة وأماكن الرعاية: مجموعة الأدوات. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/345926. تم الاطلاع في 8 نيسان/أبريل 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/345926. تم الاطلاع في 8 نيسان/أبريل 2022).

Mihara S, Higuchi S. Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of **270** Internet gaming disorder: a systematic review of the literature. Psychiatry Clin Neurosci. 2017;71(7):425–444. doi:10.1111/pcn.12532.

Araya R, Rossi Menezes P, Garcia Claro H, Brandt LR, Daley KL, Quayle J, et al. Effect of **271** a digital intervention on depressive symptoms in patients with comorbid hypertension or diabetes in Brazil and Peru: two randomized clinical trials. JAMA. 2021;325(18):1852–1862. doi:10.1001/jama.2021.4348.

272 الرفاه الصحي: موارد من أجل عامة الناس. في: منظمة الصحة العالمية [الموقع الشبكي]. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://www.who.int/news-room/feature-stories/mental-well-being-resources-for-the-public. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

273 المصادر: In: Global Mental Health Peer Network [website]. Johannesburg: Global Mental Health Peer Network; 2021 (https://www.gmhpn.org/resources.html, accessed 28 March 2022).

Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China **274** -during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. 2020;7(4):e17–e18. doi:10.1016/S2215 8-30077(20)0366.

EMPOWER [website]. Boston: EMPOWER; 2021 (https://empower.care, accessed 28 **275** March 2022).

Virtual Campus for Public Health [website]. Washington DC: Panamerican Health **276** Organization; 2021 (https://www.campusvirtualsp.org, accessed 28 March 2022). (www.campusvirtualsp.org, accessed 28 March 2022).

PAHO's virtual campus offers courses on COVID-19. PAHO/BIREME/WHO Bulletin 43. **277** Washington DC; Pan American Health Organization; 2020 (https://boletin.bireme.org/pahos-virtual-campus-offers-courses-on-covid-19, accessed 28 March/30/04/en/2020 pahos-virtual-campus-offers-courses-on-/30/04/2022). (covid-19, accessed 28 March 2022).

Khoja S, Scott R, Husyin N, Durrani H, Arif M, Faqiri F, et al. Impact of simple conventional **278** and telehealth solutions on improving mental health in Afghanistan. J Telemed Telecare. 1357633X16674631/2016;22(8):495–498. doi:10.1177.

Berryhill MB, Culmer N, Williams N, Halli-Tierney A, Betancourt A, Roberts H, et al. **279** Videoconferencing psychotherapy and depression: a systematic review. Telemed J E Health. 2019;25:435–446. doi:10.1089/tmj.2018.0058.

FDA Circular No. 2020–007. Guidelines in the implementation of the use of electronic **280** means of prescription for drugs for the benefit of individuals vulnerable to COVID-19. Manila: Food and Drug Administration Philippines; 2020 (https://www.fda.gov.ph/fda-circular-no-007-guidelines-in-the-implementation-of-the-use-of-electronic-means-of-prescription--2020 for-drugs-for-the-benefit-of-individuals-vulnerable-to-covid-19, accessed 28 March 007-guidelines-in-the-implementation--2022). of-the-use-of-electronic-means-of-prescription-for-drugs-for-the-benefit-of-individuals- (-vulnerable-to-covid-19, accessed 28 March 2022.

281 مقارنة لفعالية مختلف أشكال العلاجات النفسية للاضطراب الناتج عن الاكتئاب. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2015 (https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/depression/comparative-effectiveness-of-different-formats-of-psychological-treatments-for-depressive-disorder. الاطلاع في 27 آذار/مارس 2022). https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/depression/comparative-effectiveness-of-different-formats-of-psychological-treatments-for-depressive-disorder, accessed 27 May 2022).

Sasaki N, Imamura K, Thi Thu Tran T, Thanh Nguyen H, Kuribayashi K, Sakuraya A, et al. **282** Effects of smartphone-based stress management on improving work engagement among nurses in Vietnam: secondary analysis of a three-arm randomized controlled trial. J Med 20445/Internet Res. 2021;23(2):e20445. doi:10.2196.

Schaub MP, Tiburcio M, Martínez-Vélez N, Ambekar A, Bhad R, Wenger A, et al. The **283** effectiveness of a web-based self-help program to reduce alcohol use among adults with drinking patterns considered harmful, hazardous, or suggestive of dependence in four low- and middle-income countries: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 21686/2021;23(8):e21686. doi:10.2196.

McBride KA, Harrison S, Mahata S, Pfeffer K, Cardamone F, Ngigi T, et al. Building mental **284** health and psychosocial support capacity during a pandemic: the process of adapting Problem Management Plus for remote training and implementation during COVID-19 in New York city, Europe and East Africa. Intervention. 2021;19(1):37–47. doi:10.4103/INTV. INTV_30_20.

Rosenberg T. Depressed? Here's a bench. Talk to me. New York Times. 22 July 2019 **285** opinion/depressed-heres-a-bench-talk-to-me.html,/22/07/(https://www.nytimes.com/2019 opinion/depressed-heres-/22/07/accessed 28 March 2022). (a-bench-talk-to-me.html, accessed 28 March 2022.

Financing global mental health. London: Lion's Head Global Partners; 2018 (http:// **286** Financing-for-Global-Mental-Health-2018.pdf,/09-unitedgmh.org/sites/default/files/2020 Financing-for-/09-accessed 28 March 2022). (Global-Mental-Health-2018.pdf, accessed 28 March 2022.

March 2019 Epidemiological studies of mental health NIMH HDHN Elaboration: Mental **287** Health Technical Team. Lima: OGTI MINSA; 2019.

Improving networks of community mental health services in the Asia-Pacific economies: **288** Lima, Peru; 16–19 July 2019. Singapore: Asia-Pacific Economic Cooperation; 2020 (https://Improving-Networks-of-/11/www.apec.org/docs/default-source/Publications/2020 Community-Mental-Health-Services-in-the-Asia-Pacific-Economies/220_HWG_Improving-Networks-of-Community-Mental-Health-Services-in-the-Asia-Pacific-Economies.pdf, /11/accessed 28 March 2022). Improving-Networks-of-Community-Mental-Health-Services-in-the-Asia-Pacific-Economies/220_HWG_Improving-Networks-of-Community-Mental-Health-Services-in-the-(Asia-Pacific-Economies.pdf, accessed 28 March 2022.

289 كيشوم دولار، سنوات العمر المعدلة باحتساب مدد العجز والقرارات: الجوانب الاقتصادية لنظام الصحة النفسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2006 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43574. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/43574, accessed 28 March 2022).

290 الصندوق الاستئماني المتعدد الشركاء على نطاق الأمم المتحدة لحفز الجهود القطرية لمكافحة الأمراض غير السارية والصحة النفسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341905. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/341905, accessed 28 March 2022).

Charlson FJ, Dieleman J, Singh L, Whiteford HA. Donor financing for global mental **291** health, 1995–2015: an assessment of trends, channels, and alignment with the disease burden. PLoS One. 2017;12:e016938. doi:10.1371/journal.pone.0169384.

Iemmi V. Philanthropy for global mental health 2000–2015. Glob Ment Health (Camb). **292** 2020;7:e9. doi:10.1017/gmh.2020.2.

Pursukoon Zindagi "Peaceful Life" COVID-19 Mental Health Response. In: MHN/ **293** Innovations [website]. Geneva: Mental Health Innovation Network; 2021 (https://www.mhinnovation.net/innovations/pursukoon-zindagi-peaceful-life-covid-19-mental-health-response, accessed 28 March 2022). (zindagi-peaceful-life-covid-19-mental-health-response, accessed 28 March 2022.

IRD. Pursukoon Zindagi – 'Peaceful Life'. Durham: Innovations in Healthcare; 2021 **294** (https://www.innovationsinhealthcare.org/IRD%20Innovator%20Profile.pdf, accessed 28 March 2022). (accessed 28 March 2022.

Kohrt B, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans MJD, Mutamba BB, et al. The role of **295** communities in mental health care in low- and middle-income countries: a meta-review of components and competencies. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(6):1279. doi:10.3390/ijerph15061279.

Van Ginneken N, Yee Chin W, Chian Lim Y, Ussif A, Singh R, Shahmalak U, et al. Primary- **296** level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev. 2021;8(8):CD009149. CD009149.pub3.14651858/doi:10.1002.

Petersen I, Lund C, Bhana A, Flisher AJ. The Mental Health and Poverty Research **297** Programme Consortium. A task shifting approach to primary mental health care for adults in South Africa: human resource requirements and costs for rural settings. Health Policy Plan. 2012;27(1):42–51. doi:10.1093/heapol/czr012.

298 Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. The Lancet. 2011;378(9803):1654–1663. doi:10.1016/S0140-6736(11)61093-3.

299 Gureje O, Hollins S, Botbol M, Javed A, Jorge M, Okech V, et al. Report of the WPA task force on brain drain. World Psychiatry. 2009;8(2):115–118. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00225.x.

300 الأطلس: التثقيف والتدريب في مجال الطب النفسي في العالم. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2005 (https://apps.who.int/iris/10665/43345). تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

301 Wondimagegn D, Pain C, Baheretibeb Y, Hodges B, Wakma M, Rose M, et al. Toronto Addis Ababa academic collaboration: a relational, partnership model for building educational capacity between a high- and low-income university. Acad Med. 2018;93(12):1795–1801. doi:10.1097/ACM.0000000000002352.

302 Psychiatry. In: University of Toronto [website]. Toronto: University of Toronto; 2021 (https://taaac.ca/psychiatry, accessed 28 March 2022).

303 Gwaikolo WS, Kohrt BA, Cooper JL. Health system preparedness for integration of mental health services in rural Liberia. BMC health services research. 2017;17(1):508. doi:10.1186/s12913-017-2447-1.

304 Fernando N, Suveendran T, de Silva C. Decentralizing provision of mental health care in Sri Lanka. WHO South-East Asia J Pub Health. 2017;6(1):18–21. doi:10.4103/2224-3151.206159.

305 Spagnolo J, Lal S. Implementation and use of the Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG): a review of the grey literature. J Glob Health. 2021;11:04022. doi:10.7189/jogh.11.04022.

306 تحسين التدريب قبل الخدمة في مجال الصحة النفسية بالاستعانة بدليل تدخلات برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية: التجارب والدروس المستفادة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/333970). تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/333970. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

307 كتيبات التدريبية لدليل تدخلات برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية المستخدم في الاضطرابات النفسية، والعصبية، واضطرابات تعاطي مواد الإدمان في الأماكن الصحية غير المتخصصة، الصيغة 2.0 جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/259161). تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

308 Keynejad R, Spagnolo J, Thornicroft G. WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. Evid Based Ment Health. 2021;24(3):124–130. doi:10.1136/ebmental-2021-300254.

309 Caulfield A, Catansever D, Lambert G, Van Bortel T. WHO guidance on mental health training: a systematic review of the progress for non-specialist health workers. BMJ Open. 2019;9:e024059. doi:10.1136/bmjopen-2018-024059.

310 مجموعة الأدوات المجتمعية الخاصة ببرنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية. برنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/328742). تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

311 الإسعافات الأولية النفسية: دليل الميُسر لتوجيه العاملين في الميدان. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102380/1_9789241548618_eng.pdf?sequence=1. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102380/1_9789241548618_eng.pdf?sequence=1,تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

312 الدعم الفردي الذي يقدمه الأقران ذوو التجربة الحيّة لبعضهم البعض أو الذي يُقدّم لأجلهم: الوحدة التدريبية التوجيهية لمبادرة منظمة الصحة العالمية QualityRight: شرائح تدريبية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/329643). تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/329643. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

313 Keet R, de Vetten-Mc Mahon M, Shields-Zeeman L, Ruud T, van Weeghel J, Bahler M, et al. Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. BMC Psychiatry. 2019;19(1):174. doi:10.1186/s12888-019-2162-z.

314 Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological treatments for the world: lessons from low- and middle-income countries. Annu Rev Clin Psychol. 2017;13:149–181. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217.

315 Kohrt BA, Schafer A, Willhoite A, van't Hof E, Pedersen GA, Watts S, et al. Ensuring Quality in Psychological Support (WHO EQUIP): developing a competent global workforce. World Psychiatry. 2020;19(1):115–116. doi:10.1002/wps.20704.

316 Kohrt BA, Jordans MJD, Rai S, Shrestha P, Luitel NP, Ramaiya M, et al. Therapist competence in global mental health: development of the ENhancing Assessment of Common Therapeutic factors (ENACT) rating scale. Behav Res Ther. 2015;69:11–21. doi:10.1016/j.brat.2015.03.009.

317 تنظيم خدمات الصحة النفسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2003 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/333104. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/333104. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

318 The optimal mix of services for mental health. Geneva: World Health Organization; 2003 (https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/files/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet%5B15D.pdf, accessed 6 May 2022). https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/files/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet%5B15D.pdf,%sites/default/files/files/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet%5B15D.pdf, accessed 6 May 2022).

319 Living with the times: a mental health and psychosocial support toolkit for older adults during the COVID-19 pandemic. In: IASC [website]. Geneva: Inter-Agency Standing Committee: 2021 (https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/living-times-mental-health-and-psychosocial-support-toolkit-older-adults-during-covid-19-pandemic, accessed 19 March 2022). https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/living-times-mental-health-and-psychosocial-support-toolkit-older-adults-during-covid-19-pandemic, accessed 19 March 2022).

320 Cuijpers P, Donker T, van Straten A, Li J, Andersson G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. Psychol Med. 2010;40(12):1943–1957. doi:10.1017/S0033291710000772.

321 التخطيط للتعافي الذي يركز على الشخص من أجل الصحة والرفاه النفسي: أداة المساعدة الذاتية: مبادرة منظمة الصحة العالمية QualityRights. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/329598. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/329598. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

322 Cronin P, Stein-Parbury J, Sommer J, Gill KH. What about value for money? A cost benefit analysis of the South Eastern Sydney Recovery and Wellbeing College. J Ment Health. 2021;1:1–8. doi:10.1080/09638237.2021.1922625.

323 Crowther A, Taylor A, Toney R, Meddings S, Whale T, Jennings H, et al. The impact of recovery colleges on mental health staff, services and society. Epidemiol Psychiatr Sci. 2019;28(5):481–488. doi:10.1017/S204579601800063X.

324 Le LK-D, Esturas AC, Mihalopoulos C, Chiotelis O, Bucholc J, Chatterton ML, et al. Cost–effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: a systematic review of economic evaluations. PLoS Med. 2021;18(5):e1003606. doi:10.1371/journal.pmed.1003606.

325 Friedli L. Mental health, resilience and inequalities. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2009 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/107925, accessed 28 March 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/107925, accessed 28 March 2022).

326 Act Belong Commit [website]. Perth: Curtin University; 2021 (https://www.actbelongcommit.org.au, accessed 28 March 2022). https://www.actbelongcommit.org.au, accessed 28 March 2022).

327 Anwar-McHenry J, Donovan R. Case study: Act-Belong-Commit. In: Barry MM, Clarke AM, Petersen I, Jenkins R (editors). Implementing mental health promotion. Second edition. Cham: Springer; 2019. doi:10.1007/978-3-23455-030-3.

328 Ho FKW, Louie LHT, Wong WH, Chan KL, Tiwari A, Chow CB, et al. A sports-based youth development program, teen mental health, and physical fitness: an RCT. Pediatrics. 2017;140(4):e20171543. doi:10.1542/peds.2017-1543.

329 Firth J, Solmi M, Wootton RE, Vancampfort D, Schuch FB, Hoare E, et al. A meta-review of "lifestyle psychiatry": the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. World Psychiatry. 2020;19(3):360–380. doi:10.1002/wps.20773.

330 Gage SH, Hickman M, Zammit S. Association between cannabis and psychosis: epidemiologic evidence. Biol Psychiatry. 2016;79(7):549–556. doi:10.1016/j.biopsych.2015.08.001.

331 المفوضية المستقلة الرفيعة المستوى المعنية بالأمراض غير السارية والتابعة لمنظمة الصحة العالمية، التقرير الختامي، حان الوقت ترجمة الأقوال إلى أفعال، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/330023. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/330023. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

332 Murray RM, David AS, Ajnakina O. Prevention of psychosis: moving on from the at-risk mental state to universal primary prevention. Psychol Med. 2021;51(1):223–227. doi:10.1017/S003329172000313X.

333 Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1993.

334 Forsman AK, Nordmyr J, Wahlbeck K. Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. Health Promot Int. 2011;26(Suppl 1):i85–i107. doi:10.1093/heapro/dar074.

335 Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Blima Schraiber L, Deyessa N, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Soc Sci Med. 2011;73(1):79–86. doi:10.1016/j.socscimed.2011.05.006.

336 Respect women: preventing violence against women. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/312261, accessed 28 March 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/312261, accessed 28 March 2022).

337 INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. Geneva: World Health Organization and partners; 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/207717, accessed 28 March 2022).

338 Hawkins JD, Catalano RF, Kuklinski MR. Communities that care. In: Bruinsma G, Weisburd D (editors). Encyclopedia of criminology and criminal justice. New York: Springer; 2014. doi:10.1007/978-1-5690-4614-2_581.

339 Oesterle S, Kuklinski MR, Hawkins JD, Skinner ML, Guttmannova K, Rhew IC. Long-term effects of the Communities That Care trial on substance use, antisocial behavior and violence through age 21 years. Am J Public Health. 2018;108(5):659–665. doi:10.2105/AJPH.2018.304320.

340 Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Geneva: accessed 28 ,43027/World Health Organization; 2004 (https://apps.who.int/iris/handle/10665 .(accessed 28 March 2022 ,43027/March 2022).

341 McGuire J, Kaiser C, Bach-Mortensen AM. A systematic review and meta-analysis of the impact of cash transfers on subjective well-being and mental health in low- and middle- .01252-z-021-income countries. Nat Hum Behav. 2022. doi:10.1038/s41562

342 Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB, et al. The mental health benefits of employment: results of a systematic meta-review. Australas Psychiatry. .1039856215618523/2016;24(4):331–336. doi:10.1177

343 Puig-Barrachina V, Giró P, Artazcoz L, Bartoll X, Cortés-Franch I, Fernández A, et al. The impact of Active Labour Market Policies on health outcomes: a scoping review. Eur J Public .doi:10.1093/eurpub/ckz026 .42-Health. 2020;30(1):36

344 Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(2):CD008657. .CD008657.14651858/doi:10.1002

345 McDaid D, Forsman A, Matosevic T, Park A-L, Wahlbeck K. Independence and mental wellbeing (including social and emotional wellbeing) for older people. Review 1: what are the most effective ways to improve or protect the mental wellbeing and/or independence of older people? London: National Institute for Health and Care Excellence; 2015 (https://www.nice.org.uk/guidance/ng32/evidence/evidence-review-1-review-of-effects-2242568562, accessed 28 March 2022).
.(review-1-review-of-effects-2242568562, accessed 28 March 2022

346 حزمة الخدمات الدنيا للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي [الموقع الشبكي]. جنيف: منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، المفوضية السامية لشؤون اللاجئين وصندوق الأمم المتحدة للسكان. 2022. (https://mhpssmsp.org/en. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022.).

347 Cuijpers P, Pineda BS, Quero S, Karyotaki E, Struijs SY, Figueroa CA, et al. Psychological interventions to prevent the onset of depressive disorders: a meta-analysis of randomized .controlled trials. Clinical Psychology Review, 2020:83, 101955. doi:10.1016/j.cpr.2020.101955

348 Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Rubio-Valera M, Fernández A, Navas-Campaña D, Rodríguez-Morejón A, et al. Effectiveness of psychological and/or educational interventions in the prevention of anxiety: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. JAMA .Psychiatry. 2017;74(10):1021–1029. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2509

349 Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. JAMA Psychiatry. 2018;75(6):555–565. doi:10.1001/ .jamapsychiatry.2018.0623

350 Aceituno D, Vera N, Prina AM, McCrone P. Cost–effectiveness of early intervention in psychosis: systematic review. Br J Psychiatry. 2019;215(1):388–394. doi:10.1192/ .bjp.2018.298

351 Sediqzadah S, Portnoy A, Kim JJ, Keshavan M, Pandya A. Cost–effectiveness of early intervention in psychosis: a modeling study. Psychiatr Serv. 2022;appips202100161. .doi:10.1176/appi.ps.202100161

352 Acarturk C, Uygun E, Ilkkursun Z, Carswell K, Tedeschi F, Batu M, et al. Effectiveness of a WHO self-help psychological intervention for preventing mental disorders among Syrian refugees in Turkey: a randomized controlled trial. World Psychiatry. 2022;21(1):88–95. .doi:10.1002/wps.20939

353 Purgato M, Carswell K, Tedeschi F, Acarturk C, Anttila M, Au T, et al. Effectiveness of self-help plus in preventing mental disorders in refugees and asylum seekers in Western Europe: a multinational randomized controlled trial. Psychother Psychosom. 2021;1–12. .000517504/doi:10.1159

354 الصحة في السياسات. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/hand eng.pdf_9789241506908/112636/le/10665. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). /https://apps.who.int eng.pdf_9789241506908/112636/iris/bitstream/handle/10665, تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

355 التقديرات الصحية في العالم الخاصة بمنظمة الصحة العالمية: معدلات الانتحار، 2000-2019. جنيف: منظمة الصحة العالمية. 2019 (https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

356 Decriminalising suicide: saving lives, reducing stigma. London: United for Global Mental Health; 2021 (https://unitedgmh.org/suicide-decriminalisation, accessed 28 March .2022.

357 مبادرة عش الحياة LIVE LIFE : دليل تنفيذي لمنع الانتحار في البلدان. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). /https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

358 Gunnell D, Lewis G. Studying suicide from the life-course perspective: implications for prevention. Br J Psychiatry. 2005;187:206–208. doi:10.1192/bjp.187.3.206.

359 Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2014;9(2):e89944. .doi:10.1371/journal.pone.0089944

360 Mew EJ, Padmanathan P, Konradsen F, Eddleston M, Chang S-S, Phillips MR, et al. The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006–15: systematic review. J Affect .Disord. 2017;219:93–104. doi:10.1016/j.jad.2017.05.002

361 Lee YY, Chisholm D, Eddleston M, Gunnell D, Fleischmann A, Konradsen F, et al. The cost– effectiveness of banning highly hazardous pesticides to prevent suicides due to pesticide self-ingestion across 14 countries: an economic modelling study. Lancet Glob Health. .9-109X(20)30493-2021;9(3):E291–E300. doi:10.1016/S2214

362 Gunnell D, Knipe D, Chang S-S, Pearson M, Konradsen F, Lee WJ, et al. Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. Lancet Glob Health. 2017;5(10):e1026– .1-109X(17)30299-e1037. doi:10.1016/S2214

363 Sethi A, Lin C-Y, Madhavan I, Davis M, Alexander P, Eddleston M, et al. Impact of regional bans of highly hazardous pesticides on agricultural yields: the case of Kerala. Agric Food .00348-z-021-Security. 2022;11:9. doi:10.1186/s40066

364 الإحصاءات الصحية العالمية لعام 2017: رصد الصحة من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/255336. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who. 255336/int/iris/handle/10665. تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

365 Knipe DW, Gunnell D, Eddleston M. Preventing deaths from pesticide self-poisoning – learning from Sri Lanka's success. Lancet Glob Health. 2017;5(7):e651–e652. doi:10.1016/ .5-109X(17)30208-S2214

366 Jeyaratnam J, de Alwis Seneviratne RS, Copplestone JF. Survey of pesticide poisoning in .Sri Lanka. Bull World Health Organ. 1982;60(4):615–619

367 Pearson M, Zwi AB, Buckley NA, Manuweera G, Fernando R, Dawson AH, et al. Policymaking 'under the radar': a case study of pesticide regulation to prevent intentional .poisoning in Sri Lanka. Health Policy Plan. 2015;30(1):56–67. doi:10.1093/heapol/czt096

368 Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. .BMJ. 2020;368:m575. doi:10.1136/bmjm575

369 Niederkrotenthaler T, Reidenberg DJ, Till B, Gould MS. Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. Am J Prev Med. 2014;47(3 Suppl 2):S235–S243. doi:10.1016/j.amepre.2014.06.010.

370 تحسين النمو في الطفولة المبكرة: المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331306, تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/331306, تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

371 المبادئ التوجيهية الخاصة بتدخلات تعزيز الصحة النفسية والوقاية من اعتلالاتها للمراهقين: مساعدة المراهقين على الازدهار. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/336864, تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

372 مجموعة الأدوات الخاصة بمساعدة المراهقين على الازدهار: استراتيجيات تعزيز صحة المراهقين النفسية وحمايتها والحد من إيذاء النفس والسلوكيات الضارة الأخرى. جنيف: منظمة الصحة العالمية واليونسيف؛ 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341327, تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/341327, تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

373 Bock J, Wainstock T, Braun K, Segal M. Stress in utero: prenatal programming of brain plasticity and cognition. Biol Psychiatry. 2015;78(5):315–326. doi:10.1016/j.biopsych.2015.02.036.

374 Turner R, Honikman S. Maternal mental health and the first 1 000 days. South African Medical J. 2016;106(12):1164–1167. doi:10.7196/SAMJ.2017.v106i12.12129.

375 Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. Lancet Psychiatry. 2018l;5(7):591–604. doi:10.1016/S2215-0366(18)30057-9.

376 Siegenthaler E, Munder T, Egger M. Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012;51(1):8–17. doi:10.1016/j.jaac.2011.10.018.

377 Henderson C, Dixon S, Bauer A, Knapp M, Morrell CJ, Slade P, et al. Cost–effectiveness of PoNDER health visitor training for mothers at lower risk of depression: findings on prevention of postnatal depression from a cluster- randomised controlled trial. Psychol Med. 2019;49:1324–34. doi:10.1017/S0033291718001940.

378 التنشئة السليمة من أجل صحة مدى الحياة: الموارد اللازمة للتنشئة إبان كوفيد19-. في: منظمة الصحة العالمية [الموقع الشبكي]. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2022 (https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/parenting-for-lifelong-health/covid-19-parenting-resources, تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/parenting-for-lifelong-health/covid-19-parenting-resources, تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

379 Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. Lancet. 2017;389(10064):91–102. doi:10.1016/S0140-6736(16)31390-3.

380 Hutchings J, Williams, M. Case study: Incredible Years – disseminating the Incredible years basic parenting programme in Wales. In: Barry MM, Clarke AM, Peterson I, Jenkins R (editors). Implementing mental health promotion. Cham: Springer; 2019. doi:10.1007/978-3-030-23455-3.

381 Salomone E, Pacione L, Shire S, Brown FL, Reichow B, Servili C. Development of the WHO Caregiver Skills Training program for developmental disorders or delays. Front Psychiatry. 2019;10:769. doi:10.3389/fpsyt.2019.00769.

382 وحدة تدريبية للتعلم الإلكتروني تساعد الأسر التي يعاني أطفالها من تأخر في النمو أو الإعاقة على اكتساب المهارات ذات الصلة، منظمة الصحة العالمية، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2022 (https://openwho.org/courses/caregiver-skills-training). تم الاطلاع في 9 نيسان/أبريل 2022). https://openwho.org/courses/caregiver-skills-training. تم الاطلاع في 9 نيسان/أبريل 2022).

383 تقرير الاجتماع الأول الافتراضي للفريق الاستشاري الخارجي لتطوير المعايير العالمية لمدارس تعزيز الصحة والدليل التنفيذي الخاص بها. جنيف: منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعمل والثقافة؛ 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/339614, تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/339614, تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

384 الصحة النفسية في المدارس: دليل. القاهرة: مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط، 2021 (https://applications.emro.who.int/docs/9789290225652-eng.pdf, تم الاطلاع في 28 آذار/مارس 2022).

385 Barry MM, Clarke AM, Dowling K. Promoting social and emotional well-being in schools. Health Education. 2017;117(5):434–451. doi:10.1108/HE-11-2016-0057.

386 Greenberg MT, Domitrovich CE, Weissberg RP, Durlak JA. Social and emotional learning as a public health approach to education. Future of Children. 2017;27(1):13–32. doi:10.1353/foc.2017.0001.

387 دليل المعلمين إلى سلسلة Magnificient Mei and Friends . جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341349, تم الاطلاع في 10 نيسان/أبريل 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/341349, تم الاطلاع في 10 نيسان/أبريل 2022).

388 Kutcher S, Gilberds H, Morgan C, Greene R, Hamwaka K, Perkins K. Improving Malawian teachers' mental health knowledge and attitudes: an integrated school mental health literacy approach. Glob Ment Health. 2015;2:e1. doi:10.1017/gmh.2014.8.

389 Ravindran AV, Herrera A, da Silva TL, Henderson J, Castrillo ME, Kutcher S. Evaluating the benefits of a youth mental health curriculum for students in Nicaragua: a parallel-group, controlled pilot investigation. Glob Ment Health. 2018;5:e4. doi:10.1017/gmh.2017.27.

390 Kutcher S, Wei Y, Gilberds H, Ubuguyu O, Njau T, Brown A, et al. A school mental health literacy curriculum resource training approach: effects on Tanzanian teachers' mental health knowledge, stigma and help-seeking efficacy. Int J Ment Health Syst. 2016;10:50. doi:10.1186/s13033-016-0082-6.

391 Biswas T, Scott JG, Munir K, Thomas HJ, Mamun Huda M, Mehedi Hasan M, et al. Global variation in the prevalence of bullying victimisation amongst adolescents: role of peer and parental supports. E Clinical Medicine. 2020;20:100276. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100276.

392 Smokowski PR, Kopasz KH. Bullying in school: an overview of types, effects, family characteristics, and intervention strategies. Child and Sch. 2005;27:101–109. doi:10.1093/cs/27.2.101.

393 Stephens MM, Cook-Fasano HT, Sibbaluca K. Childhood bullying: implications for physicians. Am Fam Physician. 2018;97(3):187–192.

394 Campion J. Public mental health: evidence, practice and commissioning. London: Royal Society for Public Health; 2022 (https://www.rsph.org.uk/our-work/policy/wellbeing/public-mental-health-evidence-practice-and-commissioning.html, accessed 28 March 2022).
(practice-and-commissioning.html, accessed 28 March 2022).

395 Gaffney H, Ttofi MM, Farrington DP. Evaluating the effectiveness of school-bullying prevention programs: an updated meta-analytical review. Aggress Violent Behav. 2019;45:111–133. doi:10.1016/j.avb.2018.07.001.

396 Williford A, Boulton A, Noland B, Little TD, Karna A, Salmivalli C. Effects of the KiVa anti-bullying program on adolescents' depression, anxiety, and perception of peers. J Abnorm Child Psychol. 2012;40(2):289–300. doi:10.1007/s10802-011-9551-1.

397 Kelleher I, Keeley H, Corcoran P, Ramsay H, Wasserman C, Carli V, et al. Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: cause, effect, and directionality. Am J Psychiatry. 2013;170(7):734–741. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12091169.

398 Hermosilla S, Metzler J, Savage K, Musa M, Ager A. Child friendly spaces impact across five humanitarian settings: a meta-analysis. BMC Public Health. 2019;19(1):576. doi 10.1186/s12889-019-6939-2.

399 Kickbusch I, Piselli D, Agrawal A, Balicer R, Banner O, Adelhardt M, et al. The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world. Lancet. 2021;398(10312):1727–1776. doi:10.1016/S0140-6736(21)01824-9.

400 My hero is you. Storybook for children on COVID-19. Inter-Agency Standing Committee; 2020 (https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/my-hero-you-storybook-children-covid-19, accessed 28 March 2022).
mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/my-hero-you-storybook-children-covid-19, accessed 28 March 2022).

401 My hero is you 2021. How kids can hope with COVID-19. Inter-Agency Standing Committee; 2021 (https://interagencystandingcommittee.org/my-hero-is-you-2021, accessed 29 March 2022).
(accessed 29 March 2022).

402 Alonzo R, Hussain J, Stranges S, Anderson KK. Interplay between social media use, sleep quality and mental health in youth: a systematic review. Sleep Med Rev. 2021;56:101414. doi:10.1016/j.smrv.2020.101414.

403 Keles B, McCrae N, Grealish A. A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. Int J Adolesc Youth. 2019:79–93. doi:10.1080/02673843.2019.1590851.

404 Khanh-Dao Le L, Cuevas Esturas A, Mihalopoulos C, Chiotelis O, Bucholc J, Chatterton ML, et al. Cost–effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: a systematic review of economic evaluations. PLoS Med. 2021;18(5):e1003606. doi:10.1371/journal.pmed.1003606.

405 Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2015;314(22):2373–2383. doi:10.1001/jama.2015.15845.

406 Petrie K, Milligan-Saville J, Gayed A, Deady M, Phelps A, Dell L, et al. Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018;53(9):897–909. doi:10.1007/s00127-018-1539-5.

407 Dutheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, et al. Suicide among physicians and health-care workers: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2019;14(12):e0226361. doi:10.1371/journal.pone.0226361.

408 Women and men in the informal economy: a statistical picture (third edition). Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_626831/lang--en/index.htm, accessed 28 March 2022).
(publications/books/WCMS_626831/lang--en/index.htm, accessed 28 March 2022).

409 Putting science to work: understanding what works for workplace mental health. London: Wellcome Trust; 2021 (https://wellcome.org/reports/understanding-what-works-workplace-mental-health, accessed 28 March 2022).
(understanding-what-works-workplace-mental-health, accessed 28 March 2022).

410 Article 27: Work and employment. In: Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations (https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-27-work-and-employment.html, accessed 28 March 2022).
convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-27-work-and-employment.html, accessed 28 March 2022).

411 Biggs D, Hovey N, Tyson PJ, MacDonald S. Employer and employment agency attitudes towards employing individuals with mental health needs. J Mental Health. 2010;19(6):505–509. doi:10.3109/09638237.2010.507683/516.

412 Guidelines for the implementation of mental health workplace policies and programs for the private sector. Manila: Department of Labor and Employment; 2020 (https://www.dole.gov.ph/news/do-208-20-guidelines-for-the-implementation-of-mental-health-workplace--policies-and-programs-for-the-private-sector, accessed 28 March 2022).
20-guidelines-for-the-implementation-of-mental-health-workplace--policies-and-programs-for-the-private-sector, accessed 28 March 2022).

413 Psychosocial factors at work: recognition and control. Occupational Safety and Health Series No 56. جنيف: International Labour Organization; 1986 (https://digitallibrary.un.org/record/194660?ln=en, accessed 28 March 2022).
(record/194660?ln=en, accessed 28 March 2022).

414 Nielsen MB, Einarsen S. Outcomes of exposure to workplace bullying: a meta-analytic review. Work Stress. 2012:26(4):309–332. doi:10.1080/02678373.2012.734709.

415 Workplace stress: a collective challenge. Geneva: International Labour Organization; 2016 (https://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_466547/lang--en/index.htm, accessed 28 March 2022).

416 SOLVE: integrating health promotion into workplace OSH policies. Trainers' guide. Geneva: International Labour Organization; 2012 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_178397.pdf, accessed 28 March 2022).

417 Probst TM, Gold D, Caborn J. A preliminary evaluation of SOLVE: addressing psychosocial problems at work. J Occup Health Psychol. 2008;13(1):32–42. doi:10.1037/1076-8998.13.1.32.

418 Kröll C, Doebler P, Nüesch S. Meta-analytic evidence of the effectiveness of stress management at work. Eur J Work Organ Psychol. 2017;26:677–693. doi:10.1080/1359432X.2017.1347157.

419 Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2017;177:195–205. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674.

420 Zafar N, Rotenberg M, Rudnick A. A systematic review of work accommodations for people with mental disorders. Work. 2019;64(3):461–475. doi:10.3233/WOR-193008.

421 Gayed A, Milligan-Saville JS, Nicholas J, Bryan BT, LaMontagne AD, Milner A, et al. Effectiveness of training workplace managers to understand and support the mental health needs of employees: a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med. 2017;75(6):462–470. doi:10.1136/oemed-2017-104789.

422 Stratton E, Lampit A, Choi I, Calvo RA, Harvey SB, Glozier N. Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12(12):e0189904. doi:10.1371/journal.pone.0189904.

423 شبكة خدمات الصحة النفسية الشاملة: تعزيز النهج التي تركز على احتياجات الشخص وتستند إلى الحقوق. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341646. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/341646. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

424 Funk M, Drew N, Saraceno B, Caldas de Almeida JM, Agossou T, Wang X, et al. A framework for mental health policy, legislation and service development: addressing needs and improving services. Harvard Health Policy Review. 2005;6:57–69.

425 Kearns M, Muldoon OT, Msetfi RM, Surgenor PWG. The impact of community-based mental health service provision on stigma and attitudes towards professional help-seeking. J Mental Health. 2019;28(3):289–295. doi:10.1080/09638237.2018.1521928.

426 Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. Br J Psychiatry. 2000;176:217–223. doi:10.1192/bjp.176.3.217.

427 إطار عمل بشأن الخدمات المتكاملة التي تركز على احتياجات الشخص. جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين، جنيف، 15 نيسان/أبريل 2016. البند 16-1 من جدول الأعمال المؤقت. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

428 Lewis-Fernández R, Kirmayer LJ. Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: understanding symptom experience and expression in context. Transcult Psychiatry. 2019;56(4):786–803. doi:10.1177/1363461519861795.

429 الفوائد المحتملة للخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على احتياجات الشخص. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/ipchs/ipchsbenefits.pdf. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/ipchs/ipchsbenefits.pdf. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

430 ممارسات التعافي المتعلقة بالصحة النفسية والرفاه النفسي: تدريب متخصص على مبادرة منظمة الصحة العالمية QualityRight: دليل الدورة التدريبية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/329602. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/329602. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

431 Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehab J. 1993;16(4):11–23. doi:10.1037/h0095655.

432 Recovery and the right to health: التعافي والحق في الصحة: التدريب الأساسي على مبادرة منظمة الصحة العالمية QualityRight: الصحة النفسية والخدمات الاجتماعية: شرائح تدريبية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/329652. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/329652. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

433 Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, et al. Illness management and recovery: a review of the research. Psychiatr Serv. 2002;53(10):1272–1284. doi:10.1176/appi.ps.53.10.1272

434 Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A, Lloyd-Evans B, Harrison-Steward B, Yesufu-Udechuku A, et al. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2019;214(5):260–268. doi:10.1192/bjp.2019.54.

435 استراتيجيات لإنهاء العزلة والتقييد: تدريب متخصص في إطار مبادرة منظمة الصحة العالمية QualityRight: دليل الدورة. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605. تم الاطلاع في 29 مارس/آذار 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605. تم الاطلاع في 29 مارس/آذار 2022).

436 Caldas de Almeida JM, Mateus P, Tomé G. Joint action on mental health and well-being: towards community-based and socially inclusive mental health care. Lisbon: The Joint Action for Mental Health and Wellbeing; 2015 (https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/mental_health/docs/2017_towardsmhcare_en.pdf, accessed 29 March 2022). ec.europa.eu/health/sites/default/files/mental_health/docs/2017_towardsmhcare_en.pdf, accessed 29 March 2022).

437 Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. Psychol Med. 2013;43(4):849–863. doi:10.1017/S0033291712001420.

438 خدمات دعم الأقران المتعلقة بالصحة النفسية: تعزيز النهج التي تركز على احتياجات الشخص وتستند إلى الحقوق. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240025783. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://www.who.int/publications/i/item/9789240025783, تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

439 Nortje G, Oladeji B, Gureje O, Seedat S. Effectiveness of traditional healers in treating mental disorders: a systematic review. Lancet Psychiatry. 2016;3(2):154–170. doi:10.1016/S2215-0366(15)00515-5.

440 Like a death sentence: abuses against persons with mental disabilities in Ghana. New York: Human Rights Watch; 2012 (https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/ghana1012webwcover.pdf, accessed 29 March 2022). (https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/ghana1012webwcover.pdf, accessed 29 March 2022).

441 Van der Watt ASJ, van de Water T, Nortje G, Oladeji BD, Seedat S, Gureje O, et al. The perceived effectiveness of traditional and faith healing in the treatment of mental illness: a systematic review of qualitative studies. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018;53(6):555–569. doi:10.1007/s00127-018-1519-9.

442 Gureje O, Appiah-Poku J, Bello T, Kola L, Araya R, Chisholm D, et al. Effect of collaborative care between traditional and faith healers and primary health-care workers on psychosis outcomes in Nigeria and Ghana (COSIMPO): a cluster randomised controlled trial. Lancet. 2020;396(10251):612–622. doi:10.1016/S0140-6736(20)30634-6.

443 التخطيط والميزنة من أجل تقديم خدمات الصحة النفسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2003 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/333115. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/333115. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

444 منظمة الصحة العالمية. أداة تقييم نظم الصحة النفسية الخاصة بمنظمة الصحة العالمية. 2005.

445 Hanlon C, Fekadu A, Jordans M, Kigozi F, Petersen I, Shidhaye R, et al. District mental healthcare plans for five low-and middle-income countries: commonalities, variations and evidence gaps. Br J Psychiatry. 2016;208(S56):S47–S54. doi:10.1192/bjp.bp.114.153767.

446 معًا على الطريق نحو التغطية الصحية الشاملة: دعوة إلى العمل. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/258962. تم الاطلاع في 29 نيسان/أبريل 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/258962. تم الاطلاع في 29 نيسان/أبريل 2022).

447 منظمة الصحة العالمية ومؤسسة كالوسيت قولبيكيان. الإبداع في إلغاء تلقي رعاية الصحة النفسية في المؤسسات: دراسة استقصائية متخصصة أجرتها منظمة الصحة العالمية. جنيف. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2014 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/112829. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/112829. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

448 Freeman MC. Global lessons for deinstitutionalisation from the ill-fated transfer of mental health-care users in Gauteng, South Africa. Lancet Psychiatry. 2018;5(9):765–768. doi:10.1016/S2215-0366(18)30211-6.

449 Knapp M, Beecham J, McDaid D, Matosevic T, Smith M. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. Health Soc Care Community. 2011;19(2):113–125. doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00969.x.

450 Winkler P, Barrett B, McCrone P, Csémy L, Janoušková M, Höschl C. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. Br J Psychiatry. 2016;208(5):421–428. doi:10.1192/bjp.bp.114.161943.

451 Clifford P, Charman A, Webb Y, Craig TJ, Cowan D. Planning for community care: the Community Placement Questionnaire. Br J Clin Psychol. 1991;30(3):193–211. doi:10.1111/j.2044-8260.1991.tb00938.x.

452 Lociks de Araújo, C. Mental health system reform in Brazil. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 (https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Brazil_Policy%20Brief_Final.pdf, accessed 29 March 2022).

453 Ministério da Saúde divulga resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental na pandemia. In: Governo do Brasil/Notícias [website]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 (https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/investimento-em-saude-mental-cresceu-quase-200, accessed 29 March 2022).

454 Barbui C, Papola D, Saraceno B. Forty years without mental hospitals in Italy. Int J Ment Health Sys. 2018;12(43). doi:10.1186/s13033-018-0223-1.

455 Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need. Epidemiol Psychiatr Sci. 2018;27(4):336–345. doi:10.1017/S2045796018000070.

456 Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: an “open door-no restraint” system of care for recovery and citizenship. J Nerv Ment Dis. 2014;202(6):440–445. doi:10.1097/NMD.0000000000000142.

457 I servizi di salute mentale territoriali dell’ASUI di Trieste, anno 2018. Trieste: Dipartimento di Salute Mentale; 2019.

458 Monitoreo de los procesos de atención y adecuación y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la Provincia de Buenos Aires. Informe año 2021. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2021.

459 Our Results: stopping the depression epidemic in Africa. In: StrongMinds [website]. Lusaka: StrongMinds; 2022 (https://strongminds.org/our-impact/, accessed 29 March 2022).

460 Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdeli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. JAMA. 2003;289(23):3117–3124. doi:10.1001/jama.289.23.3117.

461 Hamdani SU, Huma Z-E, Masood A, Zhou K, Ahmed Z, Nazier H, et al. Effect of adding a psychological intervention to routine care of common mental disorders in a specialized mental healthcare facility in Pakistan: a randomized controlled trial. Int J Ment Health Syst. 2021;15(1):11. doi:10.1186/s13033-020-00434-y.

462 Petersen I, Bhana A, Fairal L, Selohilwe O, Kathree T, Baron EC, et al. Evaluation of a collaborative care model for integrated primary care of common mental disorders comorbid with chronic conditions in South Africa. BMC Psychiatry. 2019;19(1):107. doi:10.1186/s12888-019-2081-z.

463 Joag K, Shields-Zeeman L, Kapadia-Kundu N, Kawade R, Balaji M, Pathare S. Feasibility and acceptability of a novel community-based mental health intervention delivered by community volunteers in Maharashtra, India: the Atmiyata programme. 2020;20(1):48. doi:10.1186/s12888-020-2466-z.

464 خدمات التوعية المجتمعية في مجال الصحة النفسية: تعزيز النهج التي تركز على احتياجات الشخص وتستند إلى الحقوق. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341644. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/341644. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

465 Bogdanov S, Augustinavicius J, Bass JK, Metz K, Skavenski S, Singh NS et al. A randomized-controlled trial of community-based transdiagnostic psychotherapy for veterans and internally displaced persons in Ukraine. Glob Ment Health (Camb). 2021;8:e32. doi:10.1017/gmh.2021.27.

466 Bolton P, Lee C, Haroz EE, Murray L, Dorsey S, Robinson C, et al. A transdiagnostic community-based mental health treatment for comorbid disorders: development and outcomes of a randomized controlled trial among Burmese refugees in Thailand. PLoS Med. 2014;11(11):e1001757. doi:10.1371/journal.pmed.1001757.

467 Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, Simms V, Munjoma R, Rusakaniko S, et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: a randomized clinical trial. JAMA. 2016;316(24):2618–2626. doi:10.1001/jama.2016.19102.

468 Wallén A, Eberhard S, Landgren K. The experiences of counsellors offering problem-solving therapy for common mental health issues at the youth friendship bench in Zimbabwe. Issues Ment Health Nurs. 2021:1–18. doi:10.1080/01612840.2021.1879977.

469 Wakefield S, Kellett S, Simmonds-Buckley M, Stockton D, Bradbury A, Delgadillo J. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: a systematic review and meta-analysis of 10 years of practice-based evidence. Br J Clin Psychol. 2021;60(1):1–37. doi:10.1111/bjc.12259.

470 Gualano MR, Bert F, Martorana M, Voglino G, Andriolo V, Thomas R, et al. The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: systematic review of randomized clinical trials. Clin Psychol Rev. 2017;58:49–58. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.006.

471 Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Cipriani A, Furukawa T. Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: a network meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2019;76:700–707. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0268.

472 Cuijpers P, Heim E, Abi Ramia J, Burchert S, Carswell K, Cornelisz I, et al. Effects of a WHO guided digital health intervention for depression in Syrian refugees in Lebanon: a randomized controlled trial. PLoS Med. In press.

473 إدماج الصحة النفسية في الرعاية الأولية: منظور عالمي. جنيف: منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية للأطباء العموميين؛ 2008 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43935. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/43935. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

474 رعاية الصحة الأولية: تقرير المؤتمر الدولي بشأن رعاية الصحة الأولية، ألما-آتا، اتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفيتية، 6-12 أيلول/سبتمبر 1978. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 1978 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

475 Coates D, Coppleson D, Schmied V. Integrated physical and mental healthcare: an overview of models and their evaluation findings. Int J Evid Based Healthc. 2020;18(1):38–57. doi:10.1097/XEB.0000000000000215.

476 Cubillos L, Bartels SM, Torrey WC, Naslund J, Uribe-Restrepo JM, Gaviola C, et al. The effectiveness and cost effectiveness of integrating mental health services in primary care in low- and middle-income countries: systematic review. B J Psych Bull. 2021;45(1):40–52. doi:10.1192/bjb.2020.35.

477 Heath B, Wise Romero P, Reynolds K. A standard framework for levels of integrated healthcare. Washington D.C: SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions; 2013 (https://www.pcpcc.org/resource/standard-framework-levels-integrated-healthcare, accessed 29 March 2022).
(integrated-healthcare, accessed 29 March 2022.

478 Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, third edition. Lancet. 2016;387(10028):1672–1685. doi:10.1016/S0140-6736(15)00390-6.

479 Wakida EK, Talib ZM, Akena D Okello ES, Kinengyere K, Mindra A, et al. Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. Syst Rev. 2018;7:211. doi:10.1186/s13643-018-0882-7.

480 Smith AK. The integration of mental health care in rural Iran. Iranian Studies. 2020; 53(1–2):93–111. doi:10.1080/00210862.2019.1670625.

481 دليل التدخل الإنساني الخاص ببرنامج العمل الخاص بسد الفجوة في الصحة النفسية: التدبير السريري للاعتلالات النفسية والعصبية وتعاطي مواد الإدمان في حالات الطوارئ الإنسانية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2015 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/162960، تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/162960، تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

482 قصص التغيير في أربعة بلدان: بناء القدرات اللازمة لإدماج الصحة النفسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/349939، تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/349939، تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

483 Luitel NP, Breuer E, Adhikari A, Kohrt BA, Lund C, Komproe IH, et al. Process evaluation of a district mental healthcare plan in Nepal: a mixed-methods case study. BJPsych Open. 2020;6(4):e77. doi:10.1192/bjo.2020.60.

484 Kahiloğulları AK, Alataş E, Ertuğrul F, Malaj A. Responding to mental health needs of Syrian refugees in Turkey: mhGAP training impact assessment. Int J Ment Health Syst. 2020;14(1):84. doi:10.1186/s13033-020-00416-0.

485 Unützer J, Carlo AD, Collins PY. Leveraging collaborative care to improve access to mental health care on a global scale. World Psychiatry. 2020;19(1):36–37. doi:10.1002/wps.20696.

486 Ali MK, Chwastiak L, Poongothai S, Emmert-Fees KMF, Patel SA, Mohan Anjana R, et al. Effect of a collaborative care model on depressive symptoms and glycated hemoglobin, blood pressure, and serum cholesterol among patients with depression and diabetes in India: the INDEPENDENT randomized clinical trial. JAMA. 2020. 18;324(7):651–662. doi:10.1001/jama.2020.11747.

487 Rimal P, Choudhury N, Agrawal P, Basnet M, Bohara B, Citrin D, et al. Collaborative care model for depression in rural Nepal: a mixed methods implementation research study. BMJ Open. 2021;11:e048481. doi:10.1136/bmjopen-2020-048481.

488 Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. Am J Psychiatry. 2006;163(8):1379–1387. doi:10.1176/ajp.2006.163.8.1379.

489 Chuah FLH, Haldane VE, Cervero-Liceras F, Ong SE, Sigfrid LA, Murphy G, et al. Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: a systematic review. Health Policy Plan. 2017;32(Suppl4):iv27–iv47. doi:10.1093/heapol/czw169.

490 Simas TAM, Flynn MP, Kroll-Desrosiers AR, Carvalho SM, Levin LL, Beibel K, et al. A systematic review of integrated care interventions addressing perinatal depression care in ambulatory obstetric care settings. Clin Obstet Gynecol. 2018;61(3):573–590. doi:10.1097/GRF.0000000000000360.

491 End Inequalities, End AIDS. Global AIDS Strategy 2021–2026. Geneva: UN AIDS; 2021 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2026-global-AIDS-strategy,-2021-/accessed 29 March 2022).
(2026-global-AIDS-strategy, accessed 29 March 2022.

492 Nakimul-Mpungu E, Musisi S, Wamala K, Okello J, Ndyanabangi S, Birungi J, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of group support psychotherapy delivered by trained lay health workers for depression treatment among people with HIV in Uganda: a cluster-randomised trial. Lancet Glob Health. 2020;8(3):E387–E398. doi:10.1016/S2214-109X(19)30548-0.

493 Pasha A, Siddiqui H, Ali S, Brooks MB, Maqbool NR, Khan AJ. Impact of integrating mental health services within existing tuberculosis treatment facilities. J Med Access. 2021;5. doi:10.1177/23992026211011314.

494 Bending the curve: the impact of integrating mental health services on HIV and TB outcomes. London: United for Global Mental Health; 2021 (https://unitedgmh.org/bending-curve-hiv, accessed 29 March 2022).
(March 2022.

495 Mahomed OH, Asmall S, Freeman M. An integrated chronic disease management model: a diagonal approach to health system strengthening in South Africa. J Health Care Poor Underserved. 2014;25(4):1723–1729. doi:10.1353/hpu.2014.0176.

496 Carbone NB, Njala J, Jackson DJ, Eliya MT, Chilangwa C, Tseka J, et al. "I would love if there was a young woman to encourage us, to ease our anxiety which we would have if we were alone": adapting the Mothers2Mothers Mentor Mother Model for adolescent mothers living with HIV in Malawi. PLoS One. 2019;14(6):e02176. doi:10.1371/journal.pone.0217693.

497 Burger M, Hoosain M, Einspieler C, Unger M, Niehaus D. Maternal perinatal mental health and infant and toddler neurodevelopment – evidence from low and middle-172-income countries. A systematic review. J Affect Disord. 2020;268:158–doi:10.1016/j.jad.2020.03.023.

498 Morrell CJ, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. BMJ. 2009;338:a3045. doi:10.1136/bmj.a3045.

499 Nakku JEM, Nalwadda O, Garman E, Honikman S, Hanlon C, Kigozi F, et al. Group problem solving therapy for perinatal depression in primary health care settings in rural Uganda: an intervention cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):584. doi:10.1186/s12884-021-6-04043.

500 خدمات الصحة النفسية في المستشفيات: تعزيز النهج التي تركز على احتياجات الشخص وتستند إلى حقوق الإنسان. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341647، تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/341647، تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

501 Plan Nacional de Salud Mental: República Dominicana 2019–2022. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2019 (https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1660, accessed 29 March 2022).
(29 March 2022.

502 Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) In: Peru Ministerio de Salud [website]. Lima: Peru Ministry of Health; 2017 (http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf, accessed 29 March 2022).

503 مراكز الصحة النفسية المجتمعية: تعزيز النهج التي تركز على احتياجات الشخص وتستند إلى حقوق الإنسان. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341642، تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/341642، تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

504 Singh SP, Javed A. Early intervention in psychosis in low- and middle-income countries: a WPA initiative. World Psychiatry. 2020;19(1):122 –122. doi:10.1002/wps.20708.

505 A global framework for youth mental health: investing in future mental capital for individuals, communities and economies. Geneva: World Economic Forum; 2020 (https://www.orygen.org.au/About/Orygen-Global/Files/Orygen-WEF-global-framework-for-youth-mental-healt.aspx, accessed 29 March 2022).
Global/Files/Orygen-WEF-global-framework-for-youth-mental-healt.aspx, accessed 29 March 2022).

506 EPPIC (Early Psychosis Prevention & Intervention Centre). In: Orygen Youth Health [website]. Melbourne: Orygen Youth Health; 2021 (https://oyh.org.au/our-services/clinical-program/continuing-care-teams/eppic-early-psychosis-prevention-intervention, accessed 29 March 2022).
(eppic-early-psychosis-prevention-intervention, accessed 29 March 2022.

507 Malone D, Marriott SVL, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. Cochrane Database Syst Rev. 2007;3:CD000270. doi:10.1002/14651858.CD000270.pub2.

508 Thorning H, Dixon L. Forty-five years later: the challenge of optimizing assertive community treatment. Curr Opin Psychiatry. 2020;33(4):397–406. doi:10.1097/YCO.0000000000000615.

509 الوحدة التدريبية التوجيهية لمبادرة QualityRight منظمة الصحة العالمية: شرائح تدريبية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/329644 ، تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).
Peer support groups by and for people with lived experience:

510 Mental health helplines and resources [website]. Kuala Lumpar: AIA Malaysia; 2021 (https://www.aia.com.my/en/what-matters/seetheotherside/mental-health-helpline-resources.html, accessed 29 March 2022).
(seetheotherside/mental-health-helpline-resources.html, accessed 29 March 2022.

511 Kaos J. COVID-19: Health Ministry's support hotline receives over 100,000 calls seeking help. The Star. 25 June 2021 (https://www.thestar.com.my/news/nation/2021/06/25/covid-19-health-ministrys-support-hotline-receives-over-100000-calls-seeking-counselling, accessed 29 March 2022).
covid-19-/25/06/accessed 29 March 2022).
health-ministrys-support-hotline-receives-over-100000-calls-seeking-counselling, accessed 29 March 2022).

512 Zhou W, Ouyang F, Nergui OE, Bangura JB, Acheampong K, Massey IY, et al. Child and adolescent mental health policy in low- and middle-income countries: challenges and lessons for policy development and implementation. Front Psychiatry. 2020;11:150. doi:10.3389/fpsyt.2020.00150.

513 Headspace [website]. Melbourne and Cophenhagen: Headspace; 2022 (https://headspace.org.au/ and https://headspace.dk/en, accessed 29 March 2022).
(headspace.org.au/ and https://headspace.dk/en, accessed 29 March 2022.

514 Rickwood D, Paraskakis M, Quin D, Hobbs N, Ryall V, Trethowan J, et al. Australia's innovation in youth mental health care: the headspace centre model. Early Interv Psychiatry. 2019;13(1):159–166. doi:10.1111/eip.12740.

515 Parikh SV, Taubman DS, Antoun C, Cranford J, Foster CE, Grambeau M, et al. The Michigan peer-to-peer depression awareness program: school-based prevention to address depression among teens. Psychiatr Serv. 2018;69(4):487–491. doi:10.1176/appi.ps.201700101.

516 Peer support groups. In: USP Kenya [website]. Nairobi: Users and Survivors of Psychiatry Kenya; 2022 (https://www.uspkenya.org/peer-support-groups/, accessed 29 March 2022).

517 إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي: بيان توافقي. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 1996 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/60630 ، تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/handle/10665/60630، تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

518 Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Geneva: World Health Organization, UNESCO, International Labour Organization & International Disability Development, 2010 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/44405/Consortium, accessed 29 March 2022).
(https://apps.who.int/iris/handle/10665/44405, accessed 29 March 2022.

519 McKay C, Nugent KL, Johnsen M, Eaton WW, Lidz CW. A systematic review of evidence for the clubhouse model of psychosocial rehabilitation. Adm Policy Ment Health. 2018;45:28–47. doi:10.1007/s10488-016-0760-3.

520 Pardi J, Willis M. How young adults in London experience the clubhouse model of mental health recovery: a thematic analysis. J Psychosoc Rehabil Ment Health. 2018;5:169–182. doi:10.1007/s40737-018-0124-2.

521 Chatterjee S, Patel V, Chatterjee A, Weiss HA. Evaluation of a community-based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. Br J Psychiatry. 2003;182(1):57–62. doi:10.1192/bjp.182.1.57.

522 Chatterjee S, Pillai A, Jain S, Cohen A, Patel V. Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India. Br J Psychiatry. 2009;195(5):433–439. doi:10.1192/bjp.bp.108.057596.

523 Guerrero AVP, Bessoni EA, Cardoso AJC, Vaz BC, Braga-Campos FC, Badaró MIM. De Volta para Casa programme (Back Home programme) in its beneficiaries' daily lives. Saúde Soc .12902019190435-São Paulo. 2019;28(3):11–20. doi:10.1590/S0104

524 Personal health budgets for mental health. In: National Health Service [website]. London; National Health Service; 2022 (https://www.england.nhs.uk/personal-health-budgets/personal-health-budgets-for-mental-health/, accessed 29 March 2022). www.england.nhs.uk/personal-health-budgets/personal-health-budgets-for-mental-health/, .(accessed 29 March 2022

525 Sivakumar T, Thirthalli J, Gangadhar BN. Rehabilitation of long-stay patients in state mental hospitals: role for social welfare sector. Indian J Psychiatry. 2020;62(2):202–206. .doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_332_19

526 Fakhoury W, Priebe S. Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. Psychiatry. 2007;6(8):313–316. doi:10.1016/j. .mppsy.2007.05.008

527 دعم الخدمات المعيشية من أجل الصحة النفسية: تعزيز النهج التي تركز على احتياجات الشخص وتستند إلى حقوق الإنسان. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021. (https://www.who.int/publications/i/item/9789240025820. تم الاطلاع في 29 آذار/ مارس 2022).

528 Delivering support in Housing First. In: Housing First Europe Hub [website]. Brussels: Housing First Europe Hub; 2022 (https://housingfirsteurope.eu/guide/delivering-support-housing-first/, accessed 29 March 2022). .(support-housing-first/, accessed 29 March 2022

529 Baxter AJ, Tweed EJ, Vittal Katikireddi S, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. J Epidemiol Community Health. .210981-2019;73(5):379–387. doi:10.1136/jech-2018

530 Woodhall-Melnik JR, Dunn JR. A systematic review of outcomes associated with 0/participation in Housing First programs. Housing Studies. 2016;31(3):287–304. doi:10.1080 .2673037.2015.1080816

531 Becker KD, Brandt NE, Stephan SH, Chorpita BF. A review of educational outcomes in the children's mental health treatment literature. Adv School Ment Health Promotion. .1754730X.2013.851980/2014;7(1):5–23. doi:10.1080

532 Kase C, Hoover S, Boyd G, West KD, Dubenitz J, Trivedi PA, et al. Educational outcomes associated with school behavioral health interventions: a review of the literature. J Sch .Health. 2017;87(7):554–562. doi:10.1111/josh.12524

533 المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن خدمات الصحة المدرسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية واليونيسكو؛ 2021 (https://apps.who.int/iris/ .(341910/apps.who.int/iris/handle/10665 ، تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022). https://apps.who.int/iris/341910/handle/10665. تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

534 Lim CG, Loh H, Renjan V, Tan J. Child community mental health services in Asia Pacific .and Singapore's REACH model. Brain Sci. 2017;7(10):126. doi:10.3390/brainsci7100126

535 Baranyi G, Scholl C, Fazel S, Patel V, Priebe S, Mundt AP. Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. Lancet Glob Health. .4-109X(18)30539-2019;7(4):e461–e471. doi:10.1016/S2214

536 Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment .32/A/HRC/32 of the highest attainable standard of physical and mental health. In: Thirty-second session of the Human Rights Council; Agenda item 3. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. New .32/A/HRC/32 ,accessed 29 (https://undocs.org/A/HRC/32 ,York: United Nations General Assembly; 2016 .(accessed 29 March 2022 ,32/March 2022).

537 Our hearts have gone dark: the mental health impact of South Sudan's conflict. London: /05/Amnesty International; 2016 (https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/2021 AFR6532032016ENGLISH.pdf, accessed 29 March 2022). .(AFR6532032016ENGLISH.pdf, accessed 29 March 2022/05/content/uploads/2021

538 Sampson S, Edworthy R, Völlm B, Bulten E. Long-term forensic mental health services: an exploratory comparison of 18 European countries. Int J Forensic Ment Health. 2016;15(4):1– .14999013.2016.1221484/19. doi:10.1080

539 Gureje O, Abdulmalik J. Severe mental disorders among prisoners in low-income and middle-income countries: reaching the difficult to reach. Lancet Glob Health. 2019;7(4):e392– .9-109X(19)30057-e393. doi:10.1016/S2214

540 Essential services package for women and girls subject to violence module 4: social services. New York: United Nations Population Fund; 2015 (https://www.unfpa.org/ resources/essential-services-package-women-and-girls-subject-violence-module-4, accessed 29 March 2022). .(women-and-girls-subject-violence-module-4, accessed 29 March 2022

541 IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2007 (https://interagencystandingcommittee. org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007, accessed 29 March 2022). psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial- .(support-emergency-settings-2007, accessed 29 March 2022

542 The Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response, fourth edition. Geneva: Sphere Association; 2018 (www.spherestandards.org/ handbook, accessed 29 March 2022). .(March 2022

543 النمو والإعاقة في مرحلة الطفولة المبكرة: ورقة للمناقشة. جنيف: منظمة الصحة العالمية واليونيسيف؛ 2012 (https://apps.who. 75355/int/iris/handle/10665 ، تم الاطلاع في 29 آذار/مارس 2022).

544 Hale DR, Bevilacqua L, Viner RM. Adolescent health and adult education and employment: a systematic review. Pediatrics . 2105-doi:10.1542/peds.2014 .140–128:(1)136;2015

545 Ringeisen H, Langer Ellison M, Ryder-Burge A, Biebel K, Alikhan S, Jones E. Supported education for individuals with psychiatric disabilities: state of the practice and policy implications. Psychiatr . Rehabil J. 2017;40(2):197–206. doi:10.1037/prj0000233

546 Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against .people with schizophrenia: a cross-sectional survey. Lancet . 6-61817(08)6736-doi:10.1016/S0140 .415–408:(9661)373;2009

547 Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people .with severe mental illness to obtain work: systematic review. BMJ . doi:10.1136/bmj.322.7280.204 .208–204:(7280)322;2001

548 Community Recovery Achieved Through Entrepreneurism (CREATE). In: Grand Challenges Canada/Innovations [website]. Toronto: /Grand Challenges Canada; 2016 (https://www.grandchallenges.ca /10-01-grantee-stars/0641, accessed 29 March 2022).

549 Cohen A, Raja S, Underhill C, Yaro BP, Dokurugu AY, de Silva M, et al. .Sitting with others: mental health self-help groups in northern Ghana . 1-6-4458-1752/Int J Ment Health Syst. 2012;6(1):1. doi:10.1186

550 Galloway A, Boland B, Williams G. Mental health problems, .benefits and tackling discrimination. BJPsych Bull. 2018;42(5):200–205 . doi:10.1192/bjb.2018.43

551 Pybus K, Pickett KE, Prady SL, Lloyd C, Wilkinson R. Discrediting experiences: outcomes of eligibility assessments for claimants with psychiatric compared with non-psychiatric conditions transferring .to personal independence payments in England. BJPsych Open . E19):1–5. doi:10.1192/bjo.2019.3)5;2019

552 The benefits assault course: making the UK benefits system :more accessible for people with mental health problems. London .Money and Mental Health Policy Institute; 2019 (https://www moneyandmentalhealth.org/publications/benefits/, accessed 29 March 2022).

553 Senior SL, Caan W, Gamsu M. Welfare and well-being: towards .mental health-promoting welfare systems. Br J Psychiatry . doi:10.1192/bjp.2019.242 .5–4:(1)216;2020

554 Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income .and middle-income countries. Lancet. 2011;378(9801):1502–1514 . 60754-X(11)6736-doi:10.1016/S0140

555 McGuire J, Kaiser C, Bach-Mortensen AM. A systematic review and meta-analysis of the impact of cash transfers on subjective well-being and mental health in low- and middle-income countries. Nat Hum . 01252-z-021-Behav. 2022;6(3):359–370. doi:10.1038/s41562

556 Zimmerman A, Garman E, Avendano-Pabom M, Araya R, Lacko S, McDaid D, et al. The impact of cash transfers on mental health in children and young people in low-income and middle-income .countries: a systematic review and meta-analysis. BMJ Glob Health . 004661-e004661. doi:10.1136/bmjgh-2020:(4)6;2021

557 Fernald LCH, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional :cash transfer programmes for child health, growth, and development .an analysis of Mexico's Oportunidades. Lancet. 2008;371:828–837 . 7-60382(08)6736-doi:10.1016/S0140

558 Webber M, Treacy S, Carr S, Clark M, Parker G. The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic 09638237.201/review. J Ment Health. 2014;23(3):146–155. doi:10.3109 . 4.910642

559 Ljungqvist I, Topor A, Forssell H, Svensson I, Davidson L. Money and mental illness: a study of the relationship between poverty and serious .psychological problems. Community Ment Health J. 2015;52:842–850 . 9-9950-015-doi:10.1007/s10597

560 Oliveira Alves FJ, Borges Machado D, Barreto ML. Effect of the

Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. Soc Psychiatry Psychiatr . 6-1627-018-Epidemiol. 2019;54(5):599–606. doi:10.1007/s00127

561 Angeles G, de Hoop J, Handa S, Kilburn K, Milazzo A, Peterman A. Government of Malawi's unconditional cash transfer improves youth mental health. Social Science & Medicine. 2019;225:108–119. doi:10.1016/j.socscimed.2019.01.037 .

562 Kilburn K, Thirumurthy H, Halpern CT, Pettifor A, Handa S. Effects of a large-scale unconditional cash transfer program on mental health outcomes of young people in Kenya. Adolesc Health. 2016;58(2):223– 229. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.09.023 .

563 Powell-Jackson T, Pereira SK, Dutt V, Tougher S, Haldar K, Kumar P. Cash transfers, maternal depression and emotional wellbeing: Quasi-experimental evidence from India's Janani Suraksha Yojana programme. Soc Sci Med. 2016;162:210–218. doi:10.1016/j socscimed.2016.06.034 .

حفظ حقوق المصورين

صورة الغلاف: iStock.com / فارضان **الصفحة** IX: iStock.com / كيوبيكو **الصفحة** ١: Unsplash / بينيت توبياس الصفحة ٤: iStock.com / روبا غوش **الصفحة** ٩: FG Trade / iStock.com **الصفحة** ١٧: منظمة الصحة العالمية / باتياسيفي الصفحة ٢٧: منظمة الصحة العالمية / شيبيل فولوديمير **الصفحة** ٢٨: المكتب القطري منظمة الصحة العالمية في سوريا **الصفحة** ٣٥: zms / iStock.com **الصفحة** ٣٩: littlewolf1989 / Adobe Stock **الصفحة** ٤٢: lalalululala / Adobe Stock. **الصفحة** ٤٦: FatCamera / iStock.com **الصفحة** ٦٤: أطباء بلا حدود / جيوليو ريموندي **الصفحة** ٦٩: icsnaps / Adobe Stock. **الصفحة** ٧٤: منظمة الصحة العالمية / نور / سيباستيان ليتشيه الصفحة ٧٨: منظمة الصحة العالمية / تاتيانا ألميدي **الصفحة** ٩٠: منظمة الصحة العالمية / كارين ريدي **الصفحة** ٩٥: منظمة الصحة العالمية / Blink Media - داجانا فالينشيا **الصفحة** ١٠٣: iStock. com / FG Trade **الصفحة** ١٠٦: Halfpoint / iStock.com **الصفحة** ١١٢: منظمة الصحة العالمية / يوشي شيميزو **الصفحة** ١٢٩: iStock.com / جياكومو موريني الصفحة ١٤٥: المكتب القطري منظمة الصحة العالمية في سوريا **الصفحة** ١٤٧: Adobe Stock / Art_Photo. **الصفحة** ١٦٢: منظمة الصحة العالمية / كارين ريدي **الصفحة** ١٦٧: iStock.com / إيدوين تان **الصفحة** ١٧٤: FatCamera / iStock.com **الصفحة** ١٧٨: المكتب القطري لمنظمة الصحة العالمية في أوكرانيا **الصفحة** ١٨٤: iStock. com / Hispanolistic **الصفحة** ١٨٧: Adobe Stock / دوندانيم **الصفحة** ٢٠٣: Hindustan Times / Getty Image / مساهم **الصفحة** ٢٠٥: Rawpixel.com / Adobe Stock **الصفحة** ٢٠٦: StrongMinds **الصفحة** ٢١٣: منظمة الصحة العالمية / جوناثان بيروجيا. **الصفحة** ٢٢١: FG Trade / iStock.com **الصفحة** ٢٢٢: منظمة الصحة العالمية / نور / سيباستيان ليتشيه **الصفحة** ٢٢٥: منظمة الصحة العالمية / كونور أشلي **الصفحة** ٢٢٨: منظمة الصحة العالمية / أغاتا غرزيبوسكا / RATS Agency. **الصفحة** ٢٣٢: منظمة الصحة العالمية / أليسون برونير. **الصفحة** ٢٣٥: منظمة الصحة العالمية / نور / أركو داتو **الصفحة** ٢٤٧: / iStock.com damircudic. **الصفحة** ٢٥٣: FG Trade / iStock.com

ICONS

Icons made by Freepik from www.flaticon.com

للصحة النفسية أهمية بالغة لكل فرد في كل مكان. وفي جميع أنحاء العالم، تكثر احتياجات الصحة النفسية ولكن الاستجابات غير كافية وغير ملائمة. وقد صُمّم هذا التقرير العالمي عن الصحة النفسية: إحداث تحوّل في الصحة النفسية لصالح الجميع لحفز الجهود الرامية إلى تحسين الصحة النفسية، ولتوجيهها لفائدة الجميع. وبالاستناد إلى أحدث البيّنات المتاحة، وبعض الأمثلة على الممارسات الجيدة من جميع أنحاء العالم، وبعض تجارب الناس الحياتية، يجيب التقرير عن الأسئلة: لما هناك حاجة ماسة للتغيير وما هي الأماكن التي هي بحاجة إليه وما هي أفضل طريقة لبلوغه. ويدعو جميع أصحاب المصلحة إلى العمل سويًا من أجل ترسيخ قيمة الصحة النفسية والالتزام بها، وإعادة تشكيل البيئات التي تؤثر في الصحة النفسية، وتعزيز النظم التي تهتم بها.

إدارة الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان
منظمة الصحة العالمية
Avenue Appia 20
Geneva 27, Switzerland 1211
https://www.who.int/health-topics/mental-health

9789240073357