



الصحة النفسية

تغيير الحياة نحو الأفضل، تعزيز المجتمعات: ابتكارات في الصحة النفسية

تقرير مجموعة عمل الصحة النفسية ٢٠١٣

تأليف: ماري دي سيلفا، كيارا ساميلي

تحرير: فيكرام باتيل، شيفار ساكسينا



مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية
World Innovation Summit for Health

DEC 10-11 DOHA 13

مبادرة قطر
Qatar Foundation من

الصحة النفسية

تغيير الحياة نحو الأفضل، تعزيز المجتمعات: ابتكارات في الصحة النفسية

تقرير مجموعة عمل الصحة النفسية ٢٠١٣

تأليف: ماري دي سيلفا، كيارا ساميلي

تحرير: فيكرام باتيل، شيفار ساكسينا

المحتويات

مقدمة	١
ملخص تنفيذي	٢
الفصل الأول: مشاكل الصحة النفسية أولوية صحية عالمية	٥
الفصل الثاني: تنفيذ السياسات من خلال الابتكار	١١
الفصل الثالث: تنفيذ إجراءات السياسات	٣٢
شكر وتقدير	٣٧
ملحق	٤٠
المراجع	٤١

البروفيسور اللورد دارزي PC, KBE, FRS
الرئيس التنفيذي لمؤتمر ويش، مؤسسة قطر
مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية التابع لجامعة امبريال كوليدج في لندن



البروفيسور فيكرام باتيل
مركز الصحة النفسية العالمية، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي؛
سنجا، الهند؛ مركز الصحة النفسية، مؤسسة الصحة العامة في الهند



الدكتور شيخار ساكسينا
مدير إدارة الصحة النفسية ومعايرة مواد الإدمان
منظمة الصحة العالمية



مقدمة بقلم اللورد دارزي والرئيسين المشاركين: البروفيسور فيكرام باتيل، والدكتور شبخار ساكسينا

تؤثر المشاكل النفسية على عافية مئات الملايين من الناس، وتتسبب في عجز كبير وتكبّد تكاليف اقتصادية واجتماعية عالية. ومع ذلك، ربّما تكون الصحة النفسية أحد أكثر الشؤون الصحية العالمية إهمالاً. نمة سبب رئيسي لهذا الإهمال هو قلة الوعي بالعبء الذي تلقّيه المشاكل النفسية على الأفراد والأسر والمجتمعات. وقد تفاقمت قلة الوعي هذه نتيجة اعتقاد خاطئ بأن ليس هناك الكثير ممّا يمكن القيام به، على الرغم من وجود عددٍ كبير من التدخلات الفعّالة في الجوانب الدوائية والنفسانية والاجتماعية.

تُعتبر الوصمة المرتبطة بالمشاكل النفسية، والتي تؤدّي في بعض الحالات إلى أسوأ انتهاكات حقوق الإنسان في عصرنا، عقبة رئيسة أخرى تعيق التقدّم في هذا الحقل. وببساطة، فإن الغالبية العظمى من الأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحّة نفسية لا يتلقّون العلاج والرعاية التي نعرف أنها يمكن أن تُغيّر حياتهم.

لكن، توجد أخبارٌ سارّة. في مايو ٢٠١٣، تبنّت جمعية الصحة العالمية، التي تضمّ ١٩٤ وزير صحة، خطة عملٍ شاملة للصحة النفسية، واعترفت بالصحة النفسية كأولوية والتزام. على الجانب العلمي، وبعد أكثر من عقد من جهود متواصلة لبناء المعرفة، ها نحن نشهد ازدهار ابتكاراتٍ تلبّي بنجاح الاحتياجات الصحية والاجتماعية للأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية. وهذا يشمل حتى الأماكن الأكثر فقراً بالموارد. ويقدم هذا التقرير توليفةً من أهم الابتكارات الواعدة في العلاج والرعاية، وعلى وجه التحديد، تلك التي يُرجى توسيع نطاق تطبيقها إلى جميع بلدان العالم.

وقد اخترنا في هذا التقرير التركيز على العلاج والرعاية وليس على الوقاية والتعزيز. فعلى الرغم من أن الوقاية من المشاكل النفسية وتعزيز الصحة النفسية لها القدر نفسه من الأهمية، لكنها بحّد ذاتها مواضيع تستحق تخصيصها بتقرير سياساتٍ كامل، ونأمل أن نعود إلى تناول هذه المواضيع في مؤتمرات مستقبلية. اتخذنا قرارنا بالتركيز على العلاج والرعاية على أساس أن مَنْ يعانون الآن من مشاكل نفسية يستحقون اهتماماً عاجلاً جدّاً.

لدينا معرفة بما يمكن عمله في العلاج والرعاية. مثلاً: توظيف اختصاصيين صحيين اجتماعيين مدربين والإشراف عليهم لتقديم برامج صحة نفسية وعلاج الاكتئاب للحدّ من العبء العالمي الناجم عن حالات الانتحار. الآن نحن بحاجة إلى إرادة سياسية وموارد مالية من المؤسسات العالمية والوطنية لتطبيق هذه المعرفة. الأهمّ من ذلك كلّ، نحن بحاجة إلى تمكين الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية من الاستمتاع بالحق العالمي في الحياة بكرامة، والاستقلال الذاتي والاندماج. وإننا نؤكد على الحق في تلقّي العلاج والرعاية القائمة على الأدلّة باعتبارها واحدةً من الأسس الضرورية لتحقيق هذه الأهداف.

كما يمكن أن تكون الحجج التي تدفعنا للعمل أخلاقية وإنسانية: فالحرمان من الرعاية الصحية الأساسية، والأسوأ، الانتهاك الواضح لحقوق الإنسان هي أسبابٌ مقنعة بما فيه الكفاية من تلقاء نفسها. ومع ذلك، نؤكد في هذا التقرير أيضاً على الحجج العلمية والاقتصادية. ويمكن كذلك أن تسهم الطرق المبتكرة لتقديم الرعاية القائمة على الأدلّة في خفض العجز والمعاناة، وتعزيز الصحة وزيادة الإنتاجية لدى الأشخاص الذي يعانون من مشاكل نفسية، والحدّ من الآثار الاقتصادية السلبية على الأفراد وأسره والنظام الصحي. تشير هذه الحجج بشكلٍ قاطع إلى ضرورة وضع حدّ لإهمال مئات الملايين من الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية في جميع أنحاء العالم. وقت العمل هو الآن.

ملخص تنفيذي

الرسائل الرئيسية

ماذا: وضع الصحة النفسية كأولوية صحيّة عالميّة، ووصف الابتكارات التي تعزّز الوصول إلى علاج فعّال ورعاية فعّالة للأمراض النفسيّة.

لماذا: لتقليل التكلفة البشرية والاقتصادية العالمية لمشاكل الصحة النفسية من خلال توفير علاج ورعاية نفسية عادلين ومدعّمين بالأدلة.

كيف: ستة إجراءات رئيسة على مستوى السياسات، موضّحة بعدد من الحلول المبتكرة ومبيّنة على مجموعة مبادئ جامعة مع خطوات محدّدة لتنفيذها على نطاق واسع.

الأسباب الموجبة للعمل الآن

يعاني عُشر سكان العالم تقريباً من مشاكل نفسية كالإكتئاب والإدمان والخرف والفصام، وتعتبر مشاكل الصحة النفسية من بين أكبر خمسة أسباب رئيسة للأمراض غير المعدية، وتؤدي إلى عجز كبير وتكبّد تكاليف اقتصادية واجتماعية عالية إلى حدّ مذهل، إذ قدّرت بنحو ٢,٥ تريليون دولار أمريكي لعام ٢٠١٠.

ومع ذلك، فإن الغالبية العظمى من الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية لا يتلقّون العلاج، وخاصة في البلدان منخفضة الدخل، إضافة إلى قلة في الاستثمارات في الصحة النفسية. وغالباً ما يتعرض الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية إلى تمييز وانتهاكات لحقوق الإنسان. وقد وُصف ضعف الاهتمام بمحتهم فشلاً للإنسانية. في الوقت نفسه هناك نُهج فعّالة كثيرة لعلاج ورعاية مشاكل الصحة النفسية، وهناك أسباب مقنعة للاستثمار في هذه النهج، هي:

- (١) تعزيز حقوق الإنسان والاندماج.
- (٢) الحدّ من تأثير المشاكل النفسية على حقوق الإنسان.
- (٣) منع الوفاة المبكرة.
- (٤) تقليل التكاليف الاقتصادية على المجتمع.
- (٥) الحدّ من الفقر والحرمان الاجتماعي.
- (٦) تطبيق العلاجات فعّالة التكلفة المعروفة.

إطار للعمل

تُعتبر الاحتياجات غير الملبّاة في رعاية المشاكل النفسية تحدياً عالمياً. وفي عام ٢٠١٣ وافقت منظمة الصحة العالمية على خطة عمل لتوفير خدمات صحيّة نفسية ورعاية اجتماعية شاملة ومتكاملة ومستجيبة في مرافق صحيّة مجتمعية^١. ويتوجّه هذا التقرير وتوصياته في المقام الأول إلى صانعي السياسات والمؤثرين في أنظمة الرعاية الصحيّة، ويركّز نطاقه على العلاج والرعاية. يصف التقرير ستة إجراءات على مستوى السياسات توجّهها أربعة مبادئ شاملة، ويوضّحها من خلال عددٍ من الابتكارات من مختلف أنحاء العالم. وهذه السياسات هي:

- (١) تمكين الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية وأسرهم.
- (٢) تشكيل قوّة عمل متنوعة للصحة النفسية.
- (٣) وضع نهج جماعي تعاوني ومتعدّد الاختصاصات للرعاية النفسية.
- (٤) استخدام التكنولوجيا لتحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحيّة النفسية.
- (٥) تحديد المشاكل النفسية مبكراً وعلاجها.
- (٦) تخفيض معدّل الوفايات المبكرة لدى الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية.

والمبادئ الشاملة هي:

- احترام حقوق الإنسان.
 - استخدام الممارسات القائمة على الأدلّة.
 - السعي الحثيث لتحقيق تغطية صحيّة نفسية شاملة.
 - اعتماد النهج الشامل لجميع مراحل العمر.
- لقد أنشأنا قاعدة بيانات على شبكة الإنترنت تحوي أكثر من ٦٠ ابتكاراً في الصحة النفسية، بما فيها تلك الموجودة في هذا التقرير، والتي اعتبرنا أنّها يمكن أن تُحدث فرقاً (www.mhinnovation.net/innovation).

المسارات الموصلة إلى النجاح

الصحة النفسية مسؤولية الجميع، ويجب أن تتعاون الأطراف المعنية المختلفة - انطلاقاً من الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية وأسرهم إلى مقدّمي الخدمات وصانعي السياسات والباحثين - لإحداث فرق. ويحدّد التقرير أربع توصياتٍ رئيسة لتنفيذ السياسات المقترحة على نطاق واسع.

١. تعزيز حقوق الإنسان والمنظور المناهض للتمييز في الرعاية الصحيّة النفسية.
٢. وضع سياسات وخطط عمل للصحة النفسية.
٣. تخصيص موارد مالية كافية لدعم تنفيذ السياسات والخطط.
٤. الاستثمار في التقييم والبحث وتعزيزهما لتحسين العلاج والرعاية.

خارطة طريق للعمل

استناداً إلى الابتكارات التي حدّدها التقرير، نوصي واضعي السياسات والأطراف المعنية الأخرى باعتماد خارطة الطريق التالية للعمل:

- ✓ تولّي زمام المبادرة والتزمّ بتحسين الرعاية الصحيّة النفسية.
- ✓ راجع السياسات والقوانين والخطط الحاليّة وتغييرها إذا لزم الأمر.
- ✓ ألهم الآخرين لقيادة التغيير، لا سيّما القادة السياسيين وقادة المجتمع، باستخدام قصص إيجابيّة عن الشفاء والأمل.
- ✓ استثمر بحكمة في الابتكارات الفعّالة من حيث التكلفة التي يمكن أن تحسّن الصّحة النفسية بشكلٍ كبير.
- ✓ اعمل على رصد وتقييم نتائج الخدمات، وضمان تركيزها على المستخدم وعلى الأسرة ومقدّمي الرعاية.
- ✓ ابدأ التغيير الآن مهما تكن الموارد التي تملكها، ولا تجعل قلّة الموارد عقبةً أمام التقدّم.

استخدام المصطلحات - نستخدم في هذا التقرير مصطلح «المشاكل النفسيّة» للدلالة على الآلام والاضطرابات النفسيّة والعجز النفسي والاجتماعي. ويشار إلى من لديهم مثل هذه المشاكل عادةً بـ «أشخاص يعانون من مشاكل نفسيّة»، ومن ناحية الخدمات الصحيّة يشار إليهم بـ «مستخدمي الخدمات».

الفصل الأول - مشاكل الصحة النفسية أولوية صحّية عالمية

الصحة النفسية جزءٌ أساسي لا غنى عنه من الصّحة، وهي بحسب تعريف منّظمة الصحة العالمية «حالة من العافية يستطيع فيها كلُّ فردٍ إدراكَ إمكانيّته الخاصّة، والتكيّف مع حالات التوتّر العادية، والعمل بشكلٍ مُنتج ومُفيد، والإسهام في مجتمعه»^٤. تعني المشاكل النفسيّة حالات صحّية تضرّ بالصّحة النفسية للشخص المصاب ممّا يؤدّي إلى عجزه أو وفاته، وهي نتيجة لتفاعل بين عوامل وراثيّة وبيولوجيّة ونفسانيّة وعوامل اجتماعيّة وبيئيّة سلبية تُسهم في تشكيل الصفات الشخصيّة للفرد.

تشمل مشاكل الصّحة النفسية مجموعةً واسعة من الحالات الصحّية مثل الاكتئاب، وإدمان المخدرات والكحول، والفصام، وتؤثّر على الناس في جميع مراحل حياتهم، من الطفولة وحتى الشيخوخة. وتختلف في شدّتها وتأثيرها. يحوي الملحق ألف وصف للأنواع الرئيسيّة للمشاكل النفسية، التي تساهم في حصّة كبيرة من العبء العالميّ للمرض، والمراحل العمريّة التي تنشأ وتتطوّر فيها.

يتأثّر نحو ١٠ في المائة من سكان العالم بإحدى هذه المشاكل على الأقل، وهو ما يعني أن ما يصل إلى ٧٠٠ مليون شخص في جميع أنحاء العالم كانوا يعانون من مشاكل نفسية في عام ٢٠١٠^٥. وعدد أكبر من ذلك يلمسون تأثير المشاكل النفسية مثل مقدّمي الرعاية الصحّية الأوليّة وأفراد الأسرة.

١ من كل ١٠ أشخاص تقريباً في بلدك يعانون من مشكلة نفسية خفيفة إلى معتدلة. وكثير من هؤلاء الأشخاص لا يتلقّون علاجاً ورعايةً جيدين.

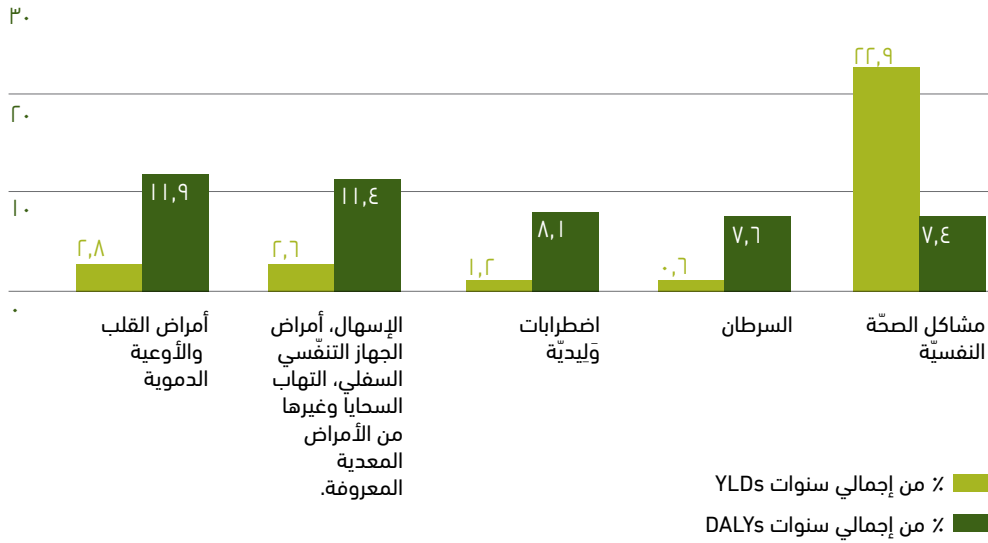
عموماً، تُشكّل المشاكل النفسية ٧,٤ في المائة من العبء العالمي الإجمالي للمشاكل الصحّية (بمقياس سنوات العمر الضائعة المصحّحة باحتساب مدد العجز، أو DALYs) وهي السبب الرئيسي الخامس للأمراض غير المعدية^٦. وهي تُهيمن أيضاً على نصيب أكبر من سنوات العمر المَقْصِيّة مع العجز أو YLDs (تقريباً ربع المجموع الإجمالي)، أي أن عبئها من منظور سنوات العمر المَقْصِيّة مع العجز أكبر من أمراض القلب والأوعية الدموية أو السرطان (الشكل ١).

قياس أثر المشاكل النفسيّة

سنوات العمر الضائعة المصحّحة باحتساب مُدَد العجز (DALYs) لحالة صحّية هي مجموع سنوات العمر المفقودة بسبب الوفاة المبكّرة (YLLs) للسكّان جرّاء هذه الحالة، وسنوات العمر المَقْصِيّة مع العجز (YLDs) للأشخاص الذين يعيشون معها أو مع عواقبها.

الشكل ١ | المشاكل الصحيّة الخمسة الكبرى المساهمة في العبء الصحيّ لعام ٢٠١٠ (بمقاييس سنوات العمر الضائعة المصحّحة باحتساب مُدَد العجز DALYs وسنوات العمر المَقْصِيّة مع العجز YLDs).

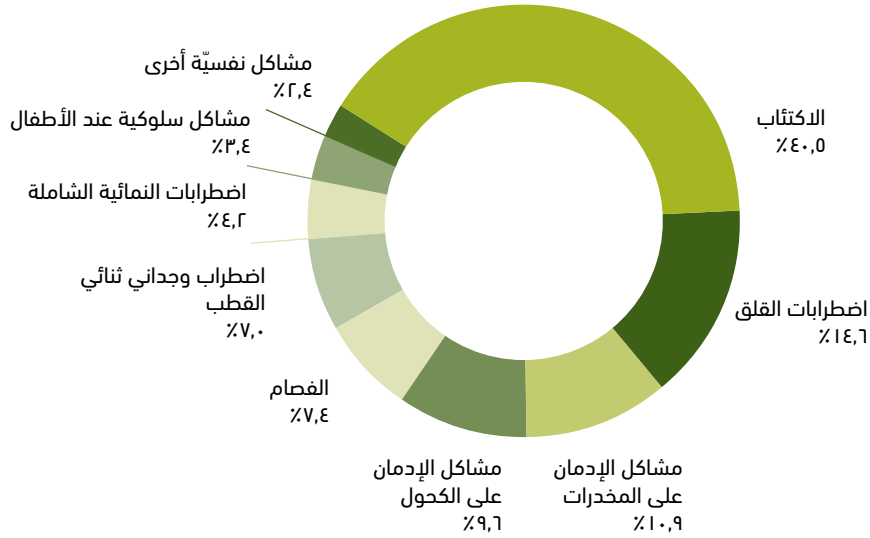
المصدر: دراسة العبء العالميّ للأمراض ٢٠١٠^١



تُساهم اضطرابات الاكتئاب والقلق في أكثر من نصف إجمالي سنوات العمر الضائعة التي تُعزى إلى المشاكل النفسية، تليها مشاكل إدمان المخدرات والكحول (الشكل ٢).

الشكل ٢ | سنوات العمر الضائعة، كنسب مئوية، حسب المشاكل النفسيّة لعام ٢٠١٠.

المصدر: وايتفورد وآخرون ٢٠١٣ دراسة العبء العالميّ للأمراض^١.

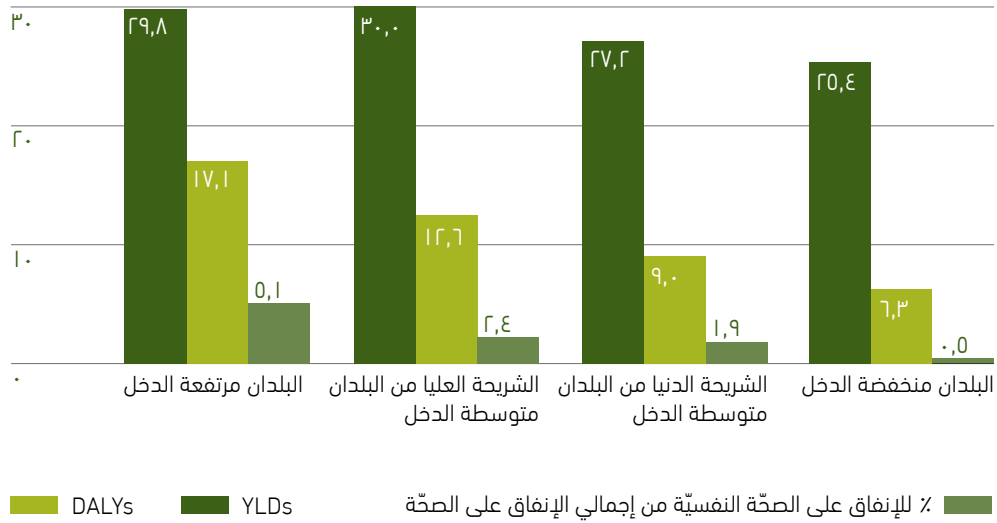


أهمية الاستثمار في مجال الصحة النفسية

حاليًا، تخصص معظم البلدان منخفضة الدخل ومتوسطته أقل من ٢ في المائة من موازنتها الصحية لعلاج المشاكل النفسية والوقاية منها. هذه المخصصات لا ترقى حقًا إلى مستوى مساهمة المشاكل النفسية في عبء المرض، والأثر الذي تتركه على المجتمعات (الشكل ٣).^٧

الشكل (٣) | النسبة المئوية للإنفاق على الصحة النفسية من إجمالي الإنفاق على الصحة مقارنة بعبء المرض (بمقياسي DALYs و YLDs) لجميع المشاكل النفسية والحالات العصبية، حسب مستوى الدخل للبلدان.

المصدر: بيانات العبء العالمي للأمراض ٢٠١٠ (بمقياسي DALYs و YLDs)^٨ وأطلس منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠١١ (النسبة المئوية للإنفاق على الصحة النفسية)^٩. مستويات الدخل محددة وفق تصنيفات البنك الدولي^{١٠}.



هناك عددٌ من الأسباب المقنعة للاستثمار في مجال الرعاية الصحية النفسية (الشكل ٤).

الشكل ٤ | مسوغات الاستثمار في الصحة النفسية

٣ منع الوفاة المبكرة	٢ الحد من تأثير المشاكل النفسية على حقوق الإنسان	١ تعزيز حقوق الإنسان والاندماج
يموت الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية شديدة قبل أترابهم الذين لا يعانون من هذه المشاكل بما يصل إلى ٢٠ عاماً، حتى في البلدان مرتفعة الدخل. تعود أسباب زيادة الوفيات إلى الانتحار، وأنماط الحياة غير الصحية مثل ارتفاع معدلات التدخين، وتدهور الصحة البدنية، وتدني الرعاية الصحية البدنية للأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية ^{١٤,١٣} .	لا توجد صحة بدون صحة نفسية. تؤدي المشاكل النفسية إلى أعراض مؤلمة للغاية على الشخص المصاب وتشكل عبئاً على أفراد الأسرة. وهي، فضلاً عن ذلك، ترتبط بشكل وثيق مع مشاكل الصحة البدنية ^{١١} . هناك مستوى عالٍ من التعايش بين الأمراض غير المعدية والمشاكل النفسية؛ مما يتطلب التوفيق بينهما في جهود العلاج والوقاية.	الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية هم أكثر عرضة من غيرهم لتجربة الإقصاء الاجتماعي والإيذاء العنيف وانتهاكات حقوق الإنسان ^{١١} . الحصول على العلاج والرعاية القائمة على الأدلة له تأثير إيجابي مباشر، ويعزز بشكل كبير حقوق الإنسان وفرص الشفاء والشمول.

٤ تقليل التكاليف الاقتصادية على المجتمع	0 الحدّ من الفقر والحرمان الاجتماعي	٦ تطبيق العلاجات فعّالة التكلفة المعروفة
<p>قدّرت التكاليف الاقتصادية العالمية للمشاكل النفسية بنحو ٢,٥ تريليون دولار أمريكي في عام ٢٠١٠، ومن المتوقع أن ترتفع بشكل حاد إلى ٦,٠ تريليون دولار بحلول عام ٢٠٣٠.</p> <p>يرتبط نحو ثلثي هذه التكاليف بفقدان الإنتاجية والدخل - عواقب عدم علاج المشاكل النفسية^{١٤}.</p>	<p>يرتبط الفقر والحرمان الاجتماعي مع المشاكل النفسية ارتباطاً وثيقاً^{١٥}.</p> <p>يمكن لتدخلات الصحة النفسية أن تساعد على تحسين الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية^{١٦}.</p>	<p>تعتبر علاجات المشاكل النفسية فعّالة التكلفة تماماً كعلاجات صحّية أخرى مثل العلاج المضادّ للفيروسات القهقرية لفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز.</p> <p>إن العائد على الاستثمارات في الصحة النفسية ليست بالقليل. فمقابل كل ١ دولار أمريكي أنفقت على برامج مثل التدخّل المبكر في اضطراب الذهان، الوقاية من الانتحار واضطراب السلوك هناك فائدة أو توفير التكاليف بمقدار ١٠ دولارات^{١٧}.</p>

إنّ عدم تفهم الجمهور للمشاكل النفسية، وارتفاع مستويات التمييز، وعدم كفاية الاهتمام السياسي، أدّى إلى قلّة الاستثمار في الرعاية الصحيّة النفسية على الصعيد العالمي. ولا يزال هناك كثيرٌ من البلدان التي تذهب فيها معظم الموارد المحدودة المخصّصة لخدمات الصحة النفسية إلى مؤسّسات طبّ نفسي كبيرة. تُفجّل هذه المؤسّسات الأشخاص المصابين عن مجتمعاتهم المحليّة، وتمنع الشفاء الذي يضيف قيمة للحياة (meaningful recovery) وترتبط بانتهاكات حقوق الإنسان.

في الواقع، هناك أدلّة موثّقة من جميع مناطق العالم أن الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية يفاسون بعضاً من أشدّ انتهاكات حقوق الإنسان خطورة. من هذه الانتهاكات تقييدهم بالسلاسل إلى أسرتهم، أو حبسهم في غرف معزولة في مستشفيات الأمراض النفسية، وحبسهم في السجون، وتقييدهم بالسلاسل، ووضعهم في خلايا صغيرة في المجتمع، وتعرّضهم للإيذاء بسبب ممارسات علاجية تقليدية^{١٨}. تعني هذه الانتهاكات فشل الإنسانية^{١٩} وتمثل حالة طوارئ عالمية تتطلّب إجراءات فورية ومستدامة.

قصة فرانسيس

بقي فرانسيس سنّة ونصف السنة تقريباً مربوطاً إلى جذع شجرة في غانا بسبب مشاكله الصحيّة النفسية، أحد أسباب ذلك هو أن أسرته لا تستطيع دفع ١٧ دولاراً أمريكياً ثمن دواء من شأنه أن يساعد في استقرار حالته وتمكينه من البقاء دون قيود.



وقال فرانسيس «شعرت بحزنٍ شديد، وعانيت الإهمال وسوء المعاملة، وكانت ساقي موثّقة إلى جذع شجرة مثل حيوان، لم أشعر أنه منزلي. شعرت بألمٍ لا يطاق من ثقل الجذع، خاصةً كلّما أردت أن أغيّر وضعيّتي...»



وبعد مساعدة من صديقه صموئيل، ممرض نفسي مجتمعي، والجهود التي تبذلها منظمة BasicNeeds غير الحكومية، أصبح فرانسيس على ما يرام وعاد إلى التدريس مرة أخرى.

وقال فرانسيس: «لولاك، ربما كنت ميّتاً اليوم».

صورة: عدسة نياني كوارمين لصالح منظمة © BasicNeeds. أعيد نشرها بعد الحصول على إذن.

السياق العالمي للعمل

اعترف قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم ٩٥/٦٥ بالتكلفة الضخمة للمشاكل النفسية، وضرورة معالجتها. وفي عام ٢٠١٣، وافقت منظمة الصحة العالمية، بإجماع الدول الأعضاء الـ ١٩٤، على خطة عمل لمعالجة المشاكل النفسية، الأهداف الرئيسية التي يتعيّن تحقيقها بحلول عام ٢٠٢٠ هي:

- تعزيز فاعليّة القيادة وتصريف الشؤون في مجال الصحة النفسية.
- توفير خدمات صحيّة نفسية ورعاية اجتماعية شاملة ومتكاملة ومستجيبة في مرافق صحيّة مجتمعية.
- تنفيذ استراتيجيات لتعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية.
- تعزيز نظم المعلومات وطرق جمع البيانات وإجراء البحوث الخاصّة بالصحة النفسية.

تقدم خطة عمل منظمة الصحة العالمية الشاملة الخاصة بالصحة النفسية، واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فرصة تاريخية للحكومات للعمل على تحسين الصحة النفسية لمجتمعاتها^{١٨}. وينبغي أن يكون الهدف هو إدماج الصحة النفسية في الرعاية الصحيّة الأوليّة، مع إنشاء روابط قويّة مع الرعاية الصحيّة النفسية المتخصصة، وخدمات الرعاية المجتمعية غير الرسمية، والرعاية الذاتية^{١٩}. كما أنّ هناك تدخلات محددة مستندة إلى الأدلّة وفعّالة من حيث التكلفة وبأسعار معقولة وقابلة للتطبيق في الرعاية الصحيّة الأوليّة والثانويّة، فالإكتئاب، مثلاً، يمكن علاجه بمضادات الاكتئاب بالإضافة إلى معالجة نفسية مختصرة بتكلفة أقل من ١ دولار أمريكيّ للشخص الواحد^{٢٠}. وقد التزمت بلدانٌ عديدة، بما فيها بلدان منخفضة الدخل ومتوسطته، بتوسيع نطاق الابتكار في الصحة النفسية، وقد تمّ توثيق بعض النجاحات^{٢١}. ولكن هناك عملاً أكبر بكثير ينبغي القيام به.

إطار للعمل

على الرغم من توافر العلاج للمشاكل النفسية، لا يحصل معظم الأشخاص المحتاجين على رعاية فعّالة وذات جودة. إن أفضل وسيلة لردم هذه الهوة هو تقديم خدمات صحيّة نفسية، ورعاية اجتماعية شاملة ومتكاملة ومستجيبة في مرافق صحيّة مجتمعية، أي تحقيق الهدف الثاني لخطة العمل الشاملة الخاصّة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠^{٢٢}.

يتوجّه هذا التقرير وتوصياته في المقام الأول إلى صانعي السياسات والأطراف المعنيّة الأخرى المؤثرة في أنظمة الرعاية الصحيّة، ويركّز نطاقه على العلاج والرعاية لضمان استثمار موارد كافية لتمكين الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية حالياً من التعافي. والوقاية من المشاكل النفسية وتعزيز الصحة النفسية هي أيضاً أهداف مهمّة ونأمل أن نتناولها في تقريرٍ مستقبلٍ.

يقدّم تقريرنا توجيهاتٍ عمليةً بشأن كيفية تحقيق الهدف المذكور أعلاه من خلال ستة إجراءات على مستوى السياسات. يؤدّي تنفيذ جميع هذه السياسات إلى بناء نظام رعاية نفسية شامل ومتجاوب، ويساهم في الحدّ من تأثير المشاكل النفسية على حقوق الإنسان. يجب أن يعتمد اختيار السياسات على الثغرات الحاليّة في مجال الرعاية الصحيّة النفسية في سياقٍ معيّن وعلى أولويات صانعي السياسات والأطراف المعنيّة الأخرى. نوضح في الفصل الثاني من التقرير كيف يمكن تنفيذ جميع السياسات مع أمثلة محدّدة من ابتكارات فعّالة ومناسبة للتكيّف مع سياقاتٍ أخرى.

وتحكّم المبادئ الأربعة الشاملة المذكورة سابقاً تنفيذ هذه السياسات. تشرح الابتكارات، التي نسّط الضوء عليها، كيف يمكن تنفيذ كل سياسة من السياسات مع الالتزام بالمبادئ الشاملة.

الإجراءات على مستوى السياسات

١) تمكين الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية وأسرهم.	٢) تشكيل قوّة عمل متنوّعة للصحة النفسية.	٣) وضع نهج جماعيّ تعاوني ومتعدّد الاختصاصات للرعاية النفسية.	٤) استخدام التكنولوجيا لتحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحيّة النفسية.	٥) تحديد المشاكل النفسية وعلاجها مبكراً.	٦) تخفيض معدّل الوفيات المبكرة لدى الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية.
١) احترام حقوق الإنسان.	يجب أن تتوافق جميع الابتكارات مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ومواثيق حقوق الإنسان الإقليمية ذات الصلة.				
٢) استخدام الممارسات القائمة على الأدلّة.	يجب بناء الابتكارات في الصحة النفسية على ممارسات مدعّمة بأدلّة علمية مع مراعاة الاعتبارات الثقافية.				
٣) السعي الحثيث لتحقيق تغطية صحيّة نفسية شاملة.	بغضّ النظر عن العمر أو الجنس أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي أو العرق أو الإثنيّة، يجب أن يتمكّن الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية من الوصول إلى الخدمات الصحيّة والاجتماعية الأساسية التي تمكّنهم من الشفاء وتحقيق أعلى مستوى ممكن من الصحة مع تجنّب خطر وقوعهم في الفقر.				
٤) اعتماد النهج الشامل لجميع مراحل العمر.	يجب أن تلبّي الابتكارات في الصحة النفسية الاحتياجات خلال جميع مراحل العمر، من الطفولة وحتى الشيخوخة، ويجب أن تنقذ التدخلات في أبكر مرحلة عمرية ممكنة لتقليل الآثار طويلة المدى لهذه المشاكل النفسية.				

الفصل الثاني | تنفيذ السياسات من خلال الابتكار

يمكن تحقيق الإجراءات الستة على مستوى السياسات باللجوء إلى الابتكارات الفعّالة المدرجة في هذا التقرير. وقد حدّدت الابتكارات من خلال مراجعة منهجية للأدلة على الابتكارات المتزايدة في العالم^{٢٣} والابتكارات الفعّالة في البلدان ذات الدخل المتوسط أو المنخفض^{٢٤}. وجرى تحديد ابتكارات إضافية من خلال مقابلات أجريت مع ٤٧ خبيراً و٢٢ عضواً في منتدى الصحة النفسية الاستشاري لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحيّة ومع ممثلي ١٦ منظمة غير حكومية (مذكورة في صفحة الشكر والتقدير).

قاعدة بيانات شبكة ابتكارات الصحة النفسية

لقد أنشأنا قاعدة بيانات متاحة للجميع على شبكة الإنترنت تضم أكثر من ٦٠ ابتكاراً خاصاً بالصحة النفسية كجزء من شبكة ابتكارات الصحة النفسية بتمويل من «التحديات الكبرى» بكندا www.mhinnovation.net/innovation. وتوفر قاعدة البيانات وصفاً لكل ابتكار مع تأثيره، إضافة إلى صور ومقاطع فيديو وروابط لصفحات معلومات إضافية، بما في ذلك مواقع إنترنت وأبحاث وتقارير منشورة. وستستمر قاعدة البيانات بالتوسّع بعد قمة "ويش" بنية العمل كي تكون مصدراً مفتوحاً لصانعي السياسات والباحثين والممارسين للوصول إلى المعارف المتعلقة بابتكارات الصحة النفسية وتطبيقها.

ولأغراض هذا التقرير، سلّطنا الضوء على عددٍ قليل من الابتكارات البارزة تماشياً مع المبادئ الشاملة وعلى أساس واحد أو أكثر من المعايير التالية:

- أن تتّسق مع أسمى معايير حقوق الإنسان.
- أن تمثل مجموعة من المشاكل النفسية.
- أن تشمل خبرات من بلدان الدخل المرتفع والمتوسط والمنخفض.
- أن تظهر أدلة على التأثير وفعالية التكلفة.
- أن يتم تقديمها على نطاق واسع و/أو تكون قابلة للتعميم في ظروف أخرى.

ويمكن استخدام كثيرٍ من هذه الابتكارات للتعامل مع عددٍ متنوعٍ من إجراءات السياسات. ولتسهيل عرض الموضوع، ندرج الابتكارات وفقاً لأبرز إجراءاتها التي تتعامل معها.

للحصول على مزيدٍ من المعلومات عن أيٍّ من الابتكارات التي عرضها التقرير، يرجى زيارة موقع: www.mhinnovation.net/innovation

(١) تمكين الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية وأسرههم	
١. منع التمييز وانتهاكات حقوق الإنسان.	مبادرة كسر القيود (Chain-Free Initiative)، الصومال.
٢. تمكين الأشخاص المعنيين من تقديم الدعم لبعضهم بعضاً.	كلابهاوس إنترناشونال، ٣٣ بلدًا عبر العالم.
(٢) تشكيل قوة عمل متنوعة للصحة النفسية	
١. بناء قدرات العاملين الصحيين غير المتخصصين لتقديم الرعاية الصحية النفسية.	مشروع كينتامبو (Kintampo Project)، غانا.
٢. بناء القدرات التخصصية للصحة النفسية.	تحسين الوصول إلى العلاج النفسي، إنجلترا.
(٣) وضع نهج جماعي تعاوني ومتعدّد الاختصاصات للرعاية النفسية	
١. تشكيل فرق تعاونية للرعاية النفسية.	برنامج لفحص وتشخيص والعلاج الشامل للاكتئاب، تشيلي.
٢. تكامل الرعاية النفسية والتمكين الاقتصادي.	الاحتياجات الأساسية، ١٢ بلدًا في أفريقيا وآسيا.
(٤) استخدام التكنولوجيا لتحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية النفسية	
١. استخدام التكنولوجيا للوصول إلى المجتمعات الريفية والنائية.	سكارف (SCARF) للطب النفسي عن بعد بالهاتف المحمول، الهند.
٢. استخدام العلاج النفسي الذاتي بمساعدة الحاسوب.	ذس وي أب (THISWAYUP)، أستراليا.
(٥) تحديد المشاكل النفسية وعلاجها مبكراً	
١. علاج المشاكل النفسية عند الأبوين.	مشروع الصحة النفسية في الفترة المحيطة بالولادة، جنوب أفريقيا.
٢. التدخل المبكر لعلاج المشاكل النفسية عند الأطفال والمراهقين.	حزمة الرعاية الاجتماعية والنفسية للأطفال في مناطق النزاعات المسلحة، بروندي، السودان، سريلانكا، إندونيسيا ونيبال.
(٦) تخفيض معدل الوفيات المبكرة عند ذوي المشاكل النفسية	
١. توفير الرعاية المتكاملة للأشخاص ذوي المشاكل الصحية الجسدية والنفسية.	تيم كير (TEAMcare)، الولايات المتحدة وكندا.
٢. تحسين الوصول إلى علاج ورعاية الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب والمشاكل النفسية الأخرى لمنع الانتحار.	التحالف الأوروبي ضد الاكتئاب (European Alliance Against Depression)، ١٠ بلدان في أوروبا وتشيلي.

تنفيذ السياسات | تمكين الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية وأسرهم

تشير التقديرات إلى أن ١٨,٨٠٠ شخص يعانون من مشاكل صحّة نفسية في إندونيسيا مقيّدون بالسلاسل، وهي ممارسة يطلق عليها اسم باسونغ^٦.

«ينبغي التركيز على تمكين الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية ليصبحوا مدافعين عن أنفسهم وصوت من لا صوت لهم»^٧.

تشارلين سنكيل، حركة عمل المستهلك في غوتينغ، جنوب أفريقيا

1 | منع التمييز وانتهاكات حقوق الإنسان

ينبغي محاربة التمييز وانتهاكات حقوق الإنسان بحق من يعانون من مشاكل نفسية عبر برامج مبتكرة تمنع إساءة المعاملة وتعزّز دمجهم في المجتمع. ويمكن بلوغ ذلك من خلال الدعوة والتواصل المنسّقين مستفيدين من وسائل الإعلام الجماهيرية وكبار شخصيات المجتمع والعائلات^٨. ومن أمثلة العمل الرائد لبلوغ هذا الهدف مبادرة كسر القيود في الصومال.



مبادرة كسر القيود في الصومال

في الصومال، كما في كثير من بلدان الدخل المنخفض، تشمل الرعاية النفسية في معظمها رعاية المؤسسات مع وجود عدد قليل من مرافق الطب النفسي، حيث الظروف كئيبة والأدوية تكاد تنعدم وخدمات الصحة النفسية غير متوافرة ضمن الرعاية الأولية. ويُقدّر عدد الذين يُقيّدون بالسلاسل ممن يعانون من مشاكل نفسية في الصومال بحدود ١٧٠,٠٠٠ شخص^٩. وتهدف مبادرة كسر القيود إلى تحسين جودة حياة هؤلاء من خلال محاربة التمييز وتسهيل معاملتهم بطريقة إنسانية في المستشفيات والمنازل وضمن المجتمع.

الابتكار

١. تتكون مبادرة كسر القيود من ثلاث خطوات:
 - إصلاح المستشفيات الحالية لتكوّن مرافق تتسم بالإنسانية تضم الحد الأدنى من القيود عن طريق إزالة السلاسل منها.
 - توفير التدريب والتثقيف لأسر الأشخاص المصابين بمشاكل نفسية.
 - القضاء على «السلاسل غير المرئية» للوصمة الاجتماعية والقيود على حقوق الإنسان ضدّ الذين يعانون من مشاكل نفسية.
٢. إضافة إلى ذلك، بدأ العمل على إعطاء العاملين الصحيّين برامج لبناء القدرات للتمكّن من تقديم الرعاية النفسية ضمن المجتمع بدلاً من المؤسسات.

الأثر

- بين عامي ٢٠٠٧ و٢٠١٠، تمّ تحرير في مستشفى حبيب للصحة النفسية في مقديشو أكثر من ١,٧٠٠ شخص من السلاسل، ٨٠ في المائة منهم في المستشفيات و٢٠ في المائة يعيشون ضمن المجتمع. ولا يوجد حالياً أيّ مقيد بالسلاسل في هذا المرفق^{٢٨}.
- درّب برنامج بناء القدرات ٥٥ عاملاً في مجال الصحة، ممّا مكّن من فتح ستّ منشآت مجتمعية جديدة لتقدّم رعاية بديلة عن الرعاية المؤسسية. وقد عالجت هذه العيادات ١٥,٠٠٠ مريض حتى الآن.
- توسّعت مبادرة كسر القيود لتصل إلى مناطق البلد كافة، وتمّ وضع استراتيجية وطنية للصحة النفسية وجرى وضع دمج الصحة النفسية ضمن الرعاية الأولية على الأجنحة.



«لم أعرف ماذا أفعل عندما طلب الطبيب مني فكّ السلاسل وبدأت الزوجة تعترض... [لكن] لدى إصرار الطبيب على فكّها، كان عليّ أن أقرر، فبدأت فكّها... ووسط دهشتي وارتباك كل الحاضرين، وقف المريض وقبّلني على وجهي».

الدكتور عدن حاجي إبراهيم، وزير الصحة والخدمات الإنسانية في الحكومة الاتحادية الانتقالية

www.mhinnovation.net/innovation/somalia-unchaining

الصورة © مستشفى حبيب، مقديشو. أعيد نشرها بإذن.
الدكتور عدن حاجي إبراهيم، وزير الصحة الصومالي في الحكومة الاتحادية الانتقالية، يفك سلاسل مريض في مستشفى حبيب بمقديشو.

٢ | تمكين الأشخاص المصابين بمشاكل نفسية من مساعدة بعضهم بعضاً

يجب تمكين المصابين بمشاكل نفسية وأولياء أمورهم من المطالبة بالخدمات الأفضل بما يلبي احتياجاتهم، وينبغي إشراكهم في تقديم هذه الحلول. في حين أن هناك نماذج كثيرة في شتى أرجاء العالم لمبادرات التمكين التي تشكل أساس قيم كل العائلات والناجين والمنظمات غير الحكومية التي يقود شؤونها المستفيدون من الرعاية النفسية. يمكنكم الإطلاع على المزيد حول الدور المحدد لمنظمات الصحة النفسية ضمن تقرير «قيادة التغيير»^{٢٩}، الذي وضعه مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية.

يمكن لمناخ آمن بنيني فيه مجتمعات الدعم والتمكين أن يقدم نفعاً عظيماً لذوي المشاكل النفسية. ومن المنظمات التي تملك طرقاتاً مبتكرة لتوفير مثل هذا المناخ منظمة كلابهاوس إنترناشونال، وهي شبكة عالمية من المراكز المجتمعية تنشط في ٣٣ بلداً.



Clubhouse International
Creating Community, Changing the World of Mental Health

النوادي الدولية ClubHouse International

تقوم هذه المنظمة على الاعتقاد بأن العمل والفرص الاجتماعية والترفيهية عوامل مساعدة على الشفاء تقوم بدور مهم في السير على الطريق شفاء الفرد.

الابتكار

١. كل نادٍ من هذه النوادي عبارة عن مجموعة مجتمعية أنشئت في موقع محدد بهدف توفير الأمل والفرص للمصابين بمشاكل نفسية كي يحققوا قدراتهم بشكل كامل، ويديره أفراد طاهم تأثير المشاكل النفسية.
٢. المكونات الأساسية للنادي الناجح هي: يوم عمل منظم، برامج خدمة، نشاطات مسائية، وللعطلة الأسبوعية والعطلات، دعم مجتمعي، خدمات خارج النادي، تعليم مدعوم، دعم سكني، صنع القرار والحوكمة.
٣. يوجد حالياً ٣٣٠ نادياً تعمل في ٣٣ بلداً موزعاً على ست قارات وتتلقى ٩٠ في المائة من تمويلها من مصادر تمويل حكومية.

الأثر

- يرتاد هذه النوادي قرابة ١٠٠,٠٠٠ شخص يعاني من مشاكل نفسية كل عام، منهم ٦٠,٠٠٠ شخص هم أعضاء نشطون ويستفيدون من النادي بشكل منتظم.
- يزيد احتمال إبلاغ أعضاء هذه النوادي عن كونهم يتعافون ويتمتعون بحياة أفضل بالمقارنة مع غير الأعضاء^١. كذلك شهد إدخالهم المستشفيات تدنياً كبيراً^٢، وأيام عملهم ومتوسط دخلهم أصبح أعلى بكثير^٣.
- كمعدل وسطي، يملك كل نادٍ موازنة سنوية تقارب ٥٥٠,٠٠٠ دولار أميركي، ويقدم خدماته إلى ٦٥ عضواً يومياً. إلا أن النوادي الموجودة في بيئات متدنية الموارد تعمل بموازانات أصغر بكثير. إن تكلفة هذه النوادي أقل بكثير من النماذج الأخرى للرعاية المجتمعية كمراكز التشغيل المدعوم ومراكز الصحة النفسية المجتمعية والعلاج المجتمعي الحازم^٤.



Photo: © Clubhouse International.

«إن المشاكل النفسية معركة يمكن الانتصار فيها بالدعم والتفهم والتمكين، وكل هذا توفره نوادي كلابهاوس المعتمدة لأعضائها بشكل يومي».

إليشا، عضو في النادي من مدينة سولت ليك في الولايات المتحدة

www.mhinnovation.net/innovation/clubhouse-program

المزيد حول هذا الموضوع...

فيما يلي مزيد من الابتكارات التي تتعامل مع التمييز وانتهاكات حقوق الإنسان أو التي تعزز التمكين من خلال دعم الأقران.

- ساعد برنامج «إندونيسيا خالية من الباسونغ»، الذي نُفذ في سياق إصلاحات نظام الصحة النفسية الإندونيسي الأوسع ما يزيد على ٣,٠٠٠ إنسان يعانون من مشاكل نفسية على التحرر من تقييدهم بالسلاسل وعلى حصولهم على العلاج.

- في جنوب أفريقيا، ساعدت حركة «عمل المستهلك» في غوتينغ بجنوب أفريقيا أشخاصًا يعانون من مشاكل نفسية في تبادل وجهات النظر والتجارب بهدف مساعدة بعضهم بعضًا والدعوة إلى التغيير.
- وفي إنجلترا، يقوم برنامج «أسرة ميريدن» بالتدريب والإشراف على مجموعات أطباء العيادات والمستفيدين من الخدمة وأولياء الأمور في تدخلات أسرية مدعّمة بالأدلة لضمان تلبية خدمات الصحة النفسية لاحتياجات الأسر.

تنفيذ السياسات ٢ | تشكيل قوة عمل متنوعة في الصحة النفسية

يعيش قرابة نصف سكان العالم في بلاد يوجد فيها طبيب نفسي واحد أو أقل لكل ٢٠٠,٠٠٠ شخص^١.

يعتبر تشكيل قوة عمل ماهرة ومتنوعة في الصحة النفسية لبنةً أساسيةً لأي إدارة تخدم الصحة النفسية. وغياب مثل هذه القوة العاملة هو أحد الأسباب الرئيسة لعدم حصول معظم المصابين بمشاكل نفسية على العلاج أو تلقيهم رعاية متدنية الجودة. وحتى في بلدان الدخل المرتفع يكون عدد العاملين في الصحة النفسية غير كافٍ غالباً. والوضع في بلدان الدخل المتوسط والمنخفض أسوأ إلى حدّ كبير بوجود نقص يُقدّر بحدود ١,١٨ مليون عامل^{٢٥}. وسيتهور الوضع أكثر ما لم تُوظّف استثمارات كبيرة لتنفيذ استراتيجيات فعّالة لزيادة الموارد البشرية العاملة في الرعاية النفسية. وهناك استراتيجيتان لإيجاد قوة عمل تتحلّى بنوعين من المهارات في الوقت نفسه: بناء قدرات العاملين الصحيين غير المتخصصين، وبناء قدرات متخصصة. وكما يوضح الإجراء ١ في السياسات، يمكن أيضًا للأقران العاملين في الدعم أن يقوموا بدور مهمّ في تقديم الخدمات.

١ | بناء قدرات العاملين الصحيين غير المتخصصين لتقديم الرعاية الصحية النفسية

يمكن تدريب العاملين في الرعاية الصحية المجتمعية والأولوية مع الإشراف عليهم كي يؤدّوا أدواراً متنوعة تشمل تحديد الحالات وتحويلها، وتقديم العلاج النفسي والاجتماعي، ودعم الالتزام بتناول الأدوية. وقد أجريت تجارب عديدة توضح فاعليّة طرق العمل هذه في مواجهة مجموعة من المشاكل النفسية ضمن بيئات متدنية الموارد^{٢٤}. ومشروع كينتامبو في غانا مثال ناجح على ابتكار «تقاسم المهام» هذا.



مشروع كينتامبو في غانا

يهدف هذا المشروع إلى تدريب ودعم قوة عمل مجتمعية للصحة النفسية تقدّم رعاية ميدانية قريبة من السكن في كل أنحاء البلد.

الابتكار

١. يتمّ تدريب نوعين جديدين من العاملين في الصحة النفسية لتقديم علاج لمشاكل هذا المجال؛ حيث يتحرّى موظفو الصحة النفسية المجتمعية مشاكله ويقدمون الدعم المستمرّ للمستفيدين من هذه الخدمات وأسرههم، ويرفعون درجة الوعي المجتمعي للحدّ من الوصمة.

ويتولّى موظفو العلاج النفسي السريري، بإشراف مجموعة من الأطباء النفسيين في غانا، تشخيص المشاكل النفسية ويصفون الدواء.

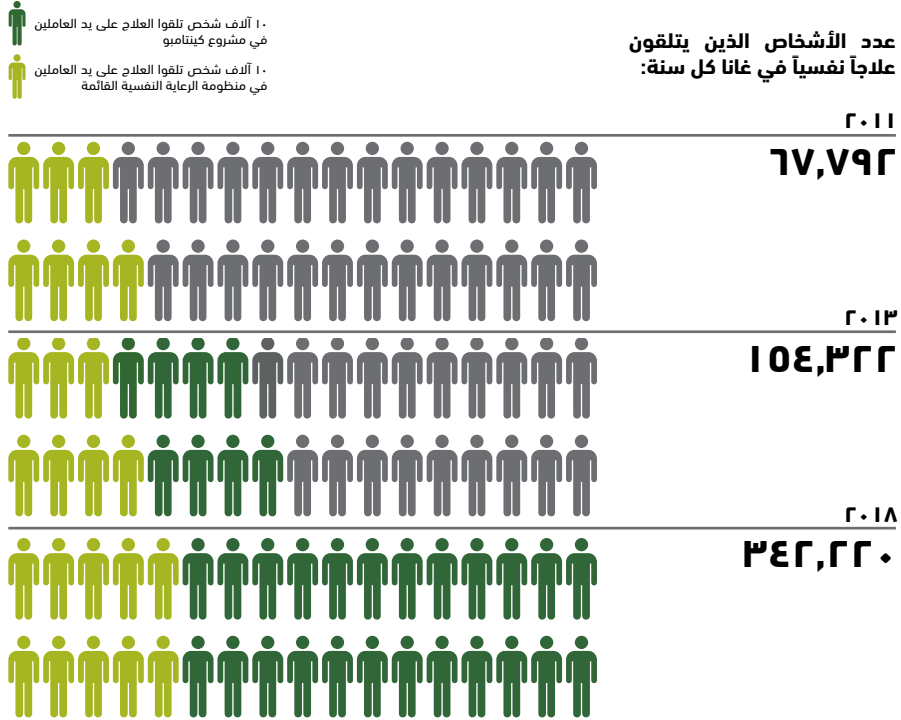
٢. يقدّم مركز وطني للتدريب مساعدة في اختيار الوظائف، وتعليماً عن بُعد، وبناء علاقات عبر مواقع التواصل الاجتماعي للطلاب والخريجين.

الأثر

أظهر مسحٌ استقصائي على الصعيد الوطني ما يلي^٣:

- ازدادت القوة العاملة المدربة المختصة بالصحة النفسية المجتمعية بنسبة ٩٦ في المائة (من ٣٠٨ إلى ٦٠٤)، كما ازدادت القوة العاملة في المعالجة الطبية النفسية بنسبة ٨٩ في المائة (من ١٨ إلى ٣٤).
- يوجد الآن ٢٩٦ ممارساً يعملون في مختلف أقاليم غانا العشرة بحيث يصلون إلى أقصى المناطق النائية.
- ارتفع عدد الأشخاص الذين عولجوا من مشاكل نفسية في غانا بنسبة ١٢٨ في المائة (من ٦٧,٧٩٢ عام ٢٠١١ إلى ١٥٤,٣٢٢ عام ٢٠١٣) (الشكل ٥).
- يفكر اتحاد التعليم الصحي الاستوائي في توسيع نطاق مشروع كينتامبو إلى بلدان أفريقية أخرى.

الشكل ٥ | الزيادة في عدد الأشخاص الذين يتلقون علاجاً نفسياً في غانا من عام ٢٠١١ إلى ٢٠١٨. المصدر: مشروع كينتامبو.



«مشروع كينتامبو هو الحلّ المناسب للقصور الشديد الذي تواجهه غانا في توفير الموارد البشرية المختصة بالصحة النفسية ولضعف الوصول الجغرافي إلى الرعاية الصحية النفسية». برسيلا تاوياه، أستاذ طب سريري في منطقة فولتا
www.mhinnovation.net/innovation/kintampo-project

١٢ | بناء القدرات التخصصية للصحة النفسية

يلعب اختصاصيو الصحة النفسية أدواراً حاسمة في بناء قدرات العاملين غير المختصين والإشراف عليهم للتأكد من جودة برامج الصحة النفسية، وفي توفير الرعاية لذوي المشاكل النفسية الحادة. ويمكن للتوسع في برامج تدريب المختصين بعلم النفس والأطباء النفسيين أن تزيد فرص الحصول على الرعاية في المجتمعات المحليّة بدرجة كبيرة، كما ظهر من خلال برنامج تحسين الوصول إلى العلاج النفسي في إنجلترا.



تحسين الحصول على العلاج النفسي في إنجلترا

الهدف من ذلك هو التوسع في الحصول على العلاج النفسي المبني على الأدلة للمصابين باضطرابات الاكتئاب والقلق، ضمن هيئة الصحة الوطنية في إنجلترا.

الابتكار

١. تم إطلاق برنامج تدريب شامل للمعالجين الجدد، يوفر التدريب على علاجات نفسية تنطوي على أدلة قوية على الفعالية مصدرها التجارب السريرية.
٢. في حالة الأفراد الذين يظهرون أعراضاً خفيفة إلى متوسطة، يجري تدخل بسيط في البداية كالمساعدة الذاتية تحت الإشراف. وفي حالة إخفاقهم في الاستفادة من هذا التدخل أو إذا كانوا يعانون من اضطراب حاد، يجري الانتقال إلى المعالجة المكثفة وجهاً لوجه.
٣. يجمع نظام الرصد والتقييم الشامل، جلسة بعد جلسة، بيانات الأداء التي يقدمها المستفيد حول الحصول على الخدمة وتوفير العلاج والنتائج الروتينية للخدمة.

الأثر

- استخدم هذه الخدمة أكثر من ١,٧ مليون شخص، أي قرابة ٦٠ في المائة من عدد السكان^{٣٧}.
- أظهر ثلثا الذين أتموا دورة العلاج النفسي تحسناً، وشفي ٤١ في المائة منهم تماماً؛ وغادر قرابة ٤٥,٠٠٠ ممن عولجوا بالبرنامج فئة أصحاب الإجازات المرضية وملتقي الإعانات^{٣٨}.
- تقول التقديرات: إن تكلفة الخدمة تسترد من خلال المبالغ التي توفرها الحكومة في إعانات العجز، والضرائب الضائعة، والإنفاق على رعاية الصحة البدنية^{٣٩}.
- تقوم الحكومة البريطانية بتوسيع هذا البرنامج؛ ليشمل الأطفال والمراهقين والبالغين الذين يعانون أيضاً من مشاكل صحية بدنية طويلة الأمد أو أعراضاً ليس لها تفسير طبي.
- بلغت النرويج والسويد وكندا وأستراليا مراحل مختلفة من تبني جوانب من نموذج تحسين الحصول على العلاج.

«أسمع زملائي الأطباء الممارسين العاملين يقولون: إن [برنامج تحسين الحصول على العلاج النفسي] هو التغيير الوحيد الأكثر إيجابية في ممارستهم الطبية خلال الـ ٢٠ سنة الماضية وأنا أؤيدهم في هذا... لقد سدوا ثغرة كبيرة في الاحتياجات، وهم قوة تعمل من أجل الخير».

طبيب عام ممارس في المملكة المتحدة

موقع الإنترنت: <http://www.iapt.nhs.uk>

المزيد حول هذا الموضوع...

فيما يلي مزيدٌ من الأمثلة على الابتكارات التي تبني قوة عمل في الصحة النفسية متعددة الاختصاصات:

- أظهر برنامج **تجربة الرعاية المنزلية** -الذي نُقِّد في الهند تحت المراقبة وبعينات عشوائية- أن تدخلات العاملين الصحيين المجتمعيين غير المختصين قد خففت العبء وحسّنت الصحة النفسية لمقدّمي الرعاية من المصابين بالخرف.
- تمّ توسيع نموذج تقاسم المهام ضمن برنامج المنظمات غير الحكومية أشاغرام Ashagram NGO الذي يستعين بعاملين مدربين في الصحة المجتمعية؛ ليوفر إعادة تأهيل مجتمعي للمصابين بمشاكل نفسية في ولاية ماديا براديش.
- يدرّب برنامج بناء القدرات الوطنية في أثيوبيا كل الموظفين المختصين بالصحة النفسية بمن فيهم أطباء وممرضات العلاج النفسي والمختصين بعلم النفس السريري، كما يدرّب العاملين الصحيين، ومن ضمنهم العاملون في صحة المجتمع وموظفو الرعاية النفسية.

تنفيذ السياسة ٣ | وضع نهج جماعي تعاوني متعدد الاختصاصات للرعاية النفسيّة

تدرك الوفاة الرجال المصابين بمشاكل نفسية في البلدان ذات الدخل المرتفع قبل ٢٠ سنة، والنساء قبل ١٥ سنة من وفاة غير المصابين بها^{٤١}. ومن المرجح أن تكون هذه الثغرة أوسع بكثير في البلدان ذات الدخل المنخفض^{٤٢}.

الرعاية التعاونية نهجٌ يدمج الصحة النفسية ضمن رعاية الصحة العامة؛ لتقديم رعاية محورها الشخص، وتقديم كافة احتياجات المرضى كلٌّ على حدة^{٤٣}. وعادة ما تتضمن الرعاية التعاونية شراكةً تجمع متخصصين في الصحة النفسية ومقدمي رعاية أولية وعاملين صحيين غير متخصصين في الأماكن التي تقدم الرعاية الصحيّة المعتادة، مثل عيادات الرعاية الأولية.

١ | تشكيل فرق تعاونية للرعاية النفسية

الرعاية التعاونية نموذجٌ فعال لدمج الصحة النفسية ضمن الرعاية الأولية والحصول على فوائد كبيرة في معدلات الشفاء^{٤٤}، وقد استُخدم هذا النهج في تشيلي من أجل التوسع في علاج الاكتئاب.

برنامج لفحص وتشخيص وتقديم العلاج الشامل للاكتئاب في تشيلي

أنشئ هذا البرنامج بغرض سدّ الفجوة في علاج الاكتئاب بدمج اكتشاف ومعالجة المشكلة ضمن الرعاية الأولية.



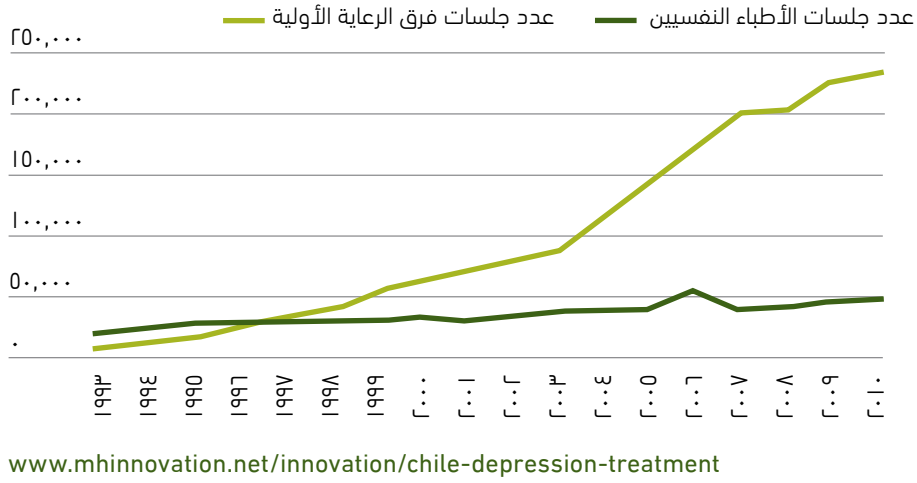
الابتكار

١. يتولى كشف وجود الاكتئاب أيّ مختص بالصحة في عيادة الرعاية الأولية خلال الاستشارات الاعتيادية.
٢. إحالة الحالات الاحتمالية إلى طبيب رعاية أولية لإجراء مزيدٍ من التقييم والتشخيص، والحالات الشديدة إلى اختصاصي الصحة النفسية.
٣. إدخال الحالات المؤكدة ضمن برنامج إدارة الاكتئاب، مع فحصها كل أسبوعين وتقديم أدوية مضادة للاكتئاب، مع معالجة نفسية فردية أو ضمن مجموعات. تستمر المراقبة ستة أشهر على الأقل. فإذا لم تتحسن الأعراض يحول المريض إلى طبيب اختصاصي.

الأثر

- أظهرت التجارب تحت السيطرة وبعشوائية العينات نتائج إيجابية لدى مستخدمي الخدمة مع معدل شفاء مقداره ٧٠ في المائة مقارنة مع ٣٠ في المائة لدى الذين يتلقون العلاج المعتاد^{٤٥}، إضافة إلى كون البرنامج فعالاً من حيث التكلفة^{٤٦}.
- ازداد عدد المختصين بعلم النفس الذين يعملون بدوام كامل في الرعاية الأولية بنسبة ٣٤٤ في المائة بين عامي ٢٠٠٣ و ٢٠٠٨^{٤٧}. وقد أدى هذا إلى زيادة تجاوزت خمسة أضعاف في عدد زيارات الرعاية الأولية من أجل حالة نفسية، في حين ظل عدد الزيارات إلى الأطباء النفسيين ثابتاً نسبياً (الشكل ٦).

الشكل ٦ | العدد السنوي لجلسات فرق الرعاية الأولية وجلسات الأطباء النفسيين من عام ١٩٩٣ إلى عام ٢٠١٠ في القطاع العام.
مصدر البيانات: وزارة الصحة في تشيلي.



٢ | تكامل الرعاية النفسية مع التمكين الاقتصادي

لوصول إلى الشفاء الدائم، من الضروري التعامل مع المحددات الاجتماعية وعواقب المشاكل النفسية. وقد أظهرت المراجعة المنهجية لتجارب عشوائية محكمة أنه يمكن للرعاية النفسية الفعّالة أن تساعد على تحسين النتائج الاجتماعية والاقتصادية وكسر الحلقة المفرغة للفقر والمشاكل النفسية^{٤٥}. إن أشدّ الابتكارات فعالية هي تلك التي تجمع العلاج والرعاية مع احتياجات الفرد الاجتماعية والتمكين الاقتصادي، حسبما أوضح «نموذج الصحة النفسية والتطوير الصادر عن الاحتياجات الأساسية لدى المنظمات غير الحكومية».

برنامج الصحة النفسية والتنمية، ١٢ بلداً في أفريقيا وآسيا

إن الهدف من نموذج الصحة النفسية والتنمية هو تمكين الفقراء الذين يعانون من مشاكل نفسية بالعلاج الموجه نحو



المجتمع وبدعم المساعدة الذاتية.

الابتكار

يشمل نموذج «الاحتياجات الأساسية» خمس وحدات مترابطة:

١. بناء القدرات: تحديد وحشد وتوعية وتدريب الأطراف المعنية بالصحة النفسية والتنمية.
٢. الصحة النفسية المجتمعية: تمكين خدمات صحة نفسية مجتمعية فعّالة وذات تكلفة ميسورة.
٣. سبل العيش: تيسير فرص اكتساب الأفراد المصابين للقدرة أو استعادة القدرة على العمل والكسب والمساهمة في احتياجات أسرهم ومجتمعهم.
٤. البحوث: استخراج الأدلة من ممارسة الصحة النفسية والتنمية.
٥. التعاون: إدارة الشراكات والعلاقات مع الأطراف المعنية بالمشاركة في تطبيق «نموذج الاحتياجات الأساسية للصحة النفسية والتنمية» على أرض الواقع، و/أو المسؤولين عن القرارات المتعلقة بالسياسات والممارسات.

الأثر

- وصل برنامج «الاحتياجات الأساسية» إلى ما يزيد على 080,000 شخص يعانون من مشاكل نفسية، وإلى أولياء أمورهم وأفراد أسرهم. وقد مُنَّ 94 في المائة من ذوي المشاكل النفسية في المجتمعات المستفيدة من الحصول على العلاج، حيث نُقل عن 70 في المائة منهم انخفاض الأعراض عندهم، وقدموا المساعدة إلى 79 في المائة أصبحوا قادرين على العمل (مقارنة مع 60 في المائة عند خط الأساس)^{٤٦}.
- أظهر تقييم غير عشوائي لبرنامج كينيا زيادةً بلغت 33 في المائة في عدد المصابين بمشاكل نفسية حادة ممن استطاعوا الانخراط في عمل منتج أو مولّد للدخل، وضاعفوا دخلهم الشهري المنزلي قرابة ثلاث مرات^{٤٧}.
- لبرنامج «الاحتياجات الأساسية» نظام مبتكر لإعطاء الامتيازات بهدف الوصول إلى نشر واسع النطاق عبر نموذج أعمال مستدام.

موقع الإنترنت:
www.basicneeds.org



Photo: © Basic Needs.

المزيد حول هذا الموضوع...

- فيما يلي مزيدٌ من الأمثلة على ابتكارات تلقي الضوء على وضع منهج تعاوني متعدد الاختصاصات للرعاية النفسية:
- يستخدم «نموذج الرعاية التعاونية» في الولايات المتحدة نهج عمل الفريق المؤلف من مزود الرعاية الأولية، ومدير الرعاية (ممرضة أو عاملة اجتماعية أو مختص بعلم النفس)، واستشاري علاج نفسي لتقديم الرعاية للمشاكل النفسية. ويجري استخدام نظام تتبّع إدارة الرعاية على الإنترنت للدفع لأطباء العيادات وفق نظام العلاج المستهدف.
 - وفي إنجلترا، يستخدم برنامج «3 أبعاد لرعاية السكري» فريقاً يضم طبيباً نفسياً وعاملاً اجتماعياً من إحدى المنظمات غير الحكومية المشاركة بقوة في فريق رعاية السكري لتكامل الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية لمرضى السكري ذوي المشاكل النفسية و/أو المشاكل الاجتماعية كالسكن والديون.
 - أظهرت تجربة ماناس MANAS لعلاج الاكتئاب والقلق في الهند تحسناً في نتائج مستخدمي الخدمات، وتقليصاً في التكلفة الإجمالية للمرض لدى نموذج الرعاية التعاونية بقيادة عاملين صحيين غير متخصصين تحت إشراف اختصاصيين، وذلك بالمقارنة مع المعالجة المعتادة لدى الرعاية الصحية الأولية.

تنفيذ السياسات ٤ | استخدام التكنولوجيا لتحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية النفسية

أقل من ٥ في المائة ممن يعانون من مشاكل نفسية في بعض الفئات السكانية يتلقون العلاج والرعاية^{٤٨}

تساعد التقانات المناسبة ذوي المشاكل النفسية على التواصل مع اختصاصيي الصحة النفسية والتدخلات المبنية على الأدلة.

١ | استخدام التكنولوجيا للوصول إلى المجتمعات الريفية والنائية

قد تكون المجتمعات النائية في كل البلدان محرومةً حرماناً شديداً بسبب محدودية وصولها إلى الاختصاصيين. وباستطاعة تقنية العلاج الطبي عن بُعد وبالهاتف النقال وبتقنيات الإنترنت المساعدة على سدّ هذه الثغرة؛ فهي تمكّن اختصاصيي الصحة النفسية المقيمين في المناطق الحضرية من الإشراف على العاملين غير المختصين وتقديم الإرشادات لمستخدمي الخدمة. أحد هذه الابتكارات هو الطب النفسي عن بُعد الذي تطبّقه سكارف SCARF في الهند.



سكارف للطب النفسي عن بُعد بالهاتف المحمول في تاميل نادو بالهند

الهدف منها استخدام وحدة الطب النفسي عن بعد بالهاتف المحمول لتقديم الخدمات للمجتمعات الريفية النائية.

الابتكار

١. تزور حافلة، تحوي عيادة طب نفسي عن بُعد مع صيدلية، مواقع محددة مسبقاً؛ حيث تتيح واسطة الاتصال عبر الجيل الثالث (3G) للهاتف المحمول عقد مؤتمرات الفيديو.
٢. تتولى المنظمات غير الحكومية المحلية وأفراد من المجتمع المحلي تحديد الأشخاص وإحالتهم إلى العيادات عن بُعد، إضافة إلى خدمات إعادة التأهيل المنزلية بأفرادها من العاملين في مجال الصحة المجتمعية.
٣. تعرض أفلام لتوعية الجمهور وزيادة الانتفاع بالخدمة وتخفيف الشعور بالوصمة.

الأثر

- تمّ علاج قرابة ١٥٠٠ شخص، أي أكثر من نصف من تقول التقديرات: إنهم بحاجة للعلاج بين السكان المستهدفين^{٤٩}.
- بلغت تكاليف التأسيس الرأسمالية ٢٥,٠٠٠ دولار أميركي، والتكلفة الإجمالية لعلاج مريض واحد ١٢ دولاراً شهرياً.



الصورة: © مؤسسة أبحاث الفصام Schizophrenia Research Foundation. أعيد نشرها بإذن.

«لطب النفسي عن بُعد -الذي يجري إدخاله إلى مناطق الريف الهندي- إمكاناتٌ كبرى للتأثير بقوة على الرعاية الصحية النفسية، وكذلك لأن يصبح نموذجاً للبلدان الأخرى النامية والمتقدمة التي تتعامل مع قضية محدودية الوصول إلى سكان الأرياف».

ميغا باتيل في الأخبار العالمية، ١٨ مارس،

٢٠١١

موقع الإنترنت:

[/www.scarfindia.org/tele-medicine](http://www.scarfindia.org/tele-medicine)

٢ | استخدام العلاج النفسي الموجه ذاتياً بمساعدة الحاسوب

تتمثل إحدى طرق زيادة الوصول إلى العلاج النفسي في توفير العلاج الآلي عبر الإنترنت من خلال جهاز كمبيوتر أو حاسب لوحي (tablet) أو هاتف. تكاليف هذه التدخلات منخفضة، ويمكن الوصول إليها في الأماكن المخدّمة جيداً بالإنترنت. وقد أثبتت فعالية كبيرة في التجارب العشوائية المحكمة^{٥٠}. ويعزز الانتشار السريع لتقنية الهاتف المحمول والوصول للإنترنت جاذبية هذه الطريقة التي تُعتمد في البلدان منخفضة الدخل.



دس واي أب This Way Up في أستراليا

يعمل برنامج «دس واي أب» على تحسين فرص حصول ذوي المشاكل النفسية الخفيفة على العلاج النفسي.

الابتكار

- (١) يجري تقديم هذا البرنامج باعتباره جزءاً من نموذج رعاية متدرجة، وفيه اختصاصيون يحملون مسؤولية سريرية لمستعملي الخدمة.
- (٢) يوصي أطباء العيادات بدورة الدروس الستة للمصابين باضطرابات الاكتئاب أو القلق. ويوصف للحالات الخفيفة والمتوسطة علاج سلوكي معرفي آلي عبر الإنترنت مع وجوب أداء «واجب منزلي» خارج الإنترنت.
- (٣) يرسل النظام إلى الطبيب المعالج رسالة إلكترونية عن أشخاص تسوء الأعراض عندهم، تسمح لهذا الطبيب بإرسال علاجات فردية لكل واحدة من الحالات الحادّة، وللذين لا يتعافون بعد العلاج السلوكي المعرفي الآلي من خلال الإنترنت.

الأثر

- جرى تطبيق برنامج «دس واي أب» في أستراليا ونيوزيلندا والولايات المتحدة وكندا، وبين الجاليات المغتربة في آسيا.
- منذ إطلاق البرنامج عام ٢٠٠٠، التحق ٣,١٠٠ طبيب بعيادات لاستخدامه؛ حيث تمّ تسجيل ٧,٢٠٠ مستعمل للخدمة أغلبهم في أستراليا ونيوزيلندا. استكمل ٦٠-٥٥ في المائة من مستعملي الخدمة كافة الدروس. يتعافى ٥٠ في المائة من المستعملين وسطيّاً، ويتحسن ٣٠ في المائة، ولا يظهر ١٠ في المائة أيّ تغيير في الأعراض، وتسوء حالة ١٠ في المائة. وقد هبط عدد أيام التعطل عن العمل إلى النصف^{٥١}.
- في أستراليا، يدفع الناس ٥١ دولاراً لاستخدام البرنامج، وتكلف الحكومة ٢٢٠ دولاراً عن كل مستعمل للخدمة. والعلاج السلوكي المعرفي الآلي عبر الإنترنت أكثر فعالية في التكلفة بعشرة أضعاف العلاج وجهاً لوجه^{٥٢}.
- مدارس «دس واي أب» عبارة عن نظام تعليمي على الإنترنت، يقدم للطلاب دورات عن الصحة والسعادة؛ للتخلص من الإجهاد والقلق والاكتئاب.
- وتتوافر للجميع في أي مكان من العالم دورات مجانية للمساعدة الذاتية: www.THISWAYUP.org.au/self-help



الصورة: © دس واي أب . أعيد نشرها بإذن.

موقع الإنترنت: www.mhinnovation.net/innovation/this-way-up

المزيد حول هذا الموضوع...

فيما يلي مزيدٌ من الابتكارات التي تستخدم التكنولوجيا بهدف الوصول إلى الرعاية النفسية:

- في الولايات المتحدة الأمريكية، يوفر برنامج تكامل الصحة النفسية العلاج النفسي عن بعد في أكثر من ١٥٠ عيادة صحة مجتمعية. وفي عام ٢٠١١ تم تقديم أكثر من ١٠,٠٠٠ استشارة إلى ٣٥,٠٠٠ شخص.
- مود جيم MoodGYM موقع مجاني على الإنترنت للعلاج النفسي أثبت فعاليته في تعزيز العافية النفسية ومعالجة الاكتئاب والقلق الخفيف والمتوسط.
- الجدار الأبيض الكبير Big White Wall موقع مجتمعي على الإنترنت، يدعم أعضائه في إدارة الرعاية الذاتية بالتعاون والإرشاد من الأطباء ومقدمي الرعاية والأقران.

تنفيذ السياسات 0 | تحديد المشاكل النفسية وعلاجها مبكراً

0٠ في المائة من المشاكل النفسية تبدأ من مرحلة الطفولة والشباب^{٥٣}

إن أفضل استثمار يمكن أن ننفذه لتخفيف العبء العالمي للمشاكل النفسية هو التدخل المبكر، إما لمنع حدوثها في المقام الأول، أو لمنعها من التفاقم.

1 | علاج المشاكل النفسية عند الأبوين

تساعد الأدلة الناشئة على توضيح الصلة المعقدة بين الدماغ والمؤثرات البيئية عند الأطفال والشباب^{٥٤}؛ إذ يمكن للاكتئاب عند الأمهات مثلاً أن يؤدي إلى تدهور الصحة الجسدية، وزيادة خطر حدوث الاكتئاب، واعتلال نقص الانتباه، وفرط النشاط ADHD عند الأطفال^{٥٥، ٥٦، ٥٧}. ويتيح التدخل المبكر لدى الأم أثناء الحمل والسنة الأولى من عمر الطفل أفضل فرصة لمساعدة الأم على التعافي ومنع حدوث المشاكل النفسية عند طفلها^{٥٨}. ومشروع الصحة النفسية للفترة المحيطة بالولادة في جنوب أفريقيا مثال على نهج الابتكار في معالجة الاكتئاب عند الأم باستخدام عاملين صحيين مدربين غير اختصاصيين.



Perinatal Mental Health Project
Caring for mothers. Caring for the future.

مشروع الصحة النفسية للفترة المحيطة بالولادة في جنوب أفريقيا

يسعى هذا المشروع إلى دمج رعاية صحة الأم النفسية ضمن الرعاية الصحية الروتينية قبل وبعد الولادة لتحسين النتائج لدى الأمهات والأطفال.

الابتكار

1. يتم تدريب عاملين صحيين غير متخصصين ضمن وحدات رعاية الأمومة على تقديم إرشادات في الصحة النفسية.
2. يستخدم نموذج متدرج في عيادات الأمومة والطفولة:
 - تُفحص النساء تحريماً عن شدة نفسية لدى زيارتهن الروتينية الأولى لعيادة الحوامل.
 - تُحال المصابات بالشدة النفسية لتلقي الاستشارة من مستشار متواجد في المكان. كما يمكن إحالتهن إلى خدمات تكميلية كالحصول على إرشادات خاصة بالإيدز أو إلى اختصاصيين اجتماعيين أو منظمات غير حكومية ذات صلة.
 - تتم إحالة الحالات التي لا تستجيب إلى الأطباء النفسيين المشرفين.

الأثر

- أجرى هذا المشروع فحوصاً لنحو ٢٢,٠٠٠ امرأة حامل تحريماً لوجود أعراض شدة نفسية، وقدم إرشادات لأكثر من ٣٧٠٠ امرأة^{٥٩}.

- إثر تلقي الإرشادات، يفيد ٨٦ في المائة بانخفاض أعراض الاكتئاب لديهم و٨٤ في المائة بتراجع القلق و٨٥ في المائة بتحسن في دعم الشركاء أو الأسرة ضمن بيئتهن الاجتماعية. وقد ظهر تعزيز البرنامج للخبرات المتعلقة بالولادة والترابط الناجح مع الطفل وتعزيز تقديم الرعاية للأمهات^{٥٩}.
- بلغ إجمالي كلفة البرنامج لتوفير الرعاية لأم واحدة ١٩,٥٠٠ دولار سنوياً.



الصورة: © تيري كوغان. أعيد نشرها بإذن.

«على الرغم من أن عملاءنا يواجهون العديد من المصاعب الشديدة في الوقت نفسه، فمن اللافت أن كثيراً من هؤلاء النسوة يتمكن، بقليل من الدعم العاطفي والعملي المنظم، من الاعتماد على قدرتهن على التكيف والتعامل مع ظروفهن والعناية بأطفالهن.»
الدكتورة سيمون هونيكمان مديرة المشروع

موقع الإنترنت: <http://www.pmhp.za.org>

٢ | التدخل المبكر لعلاج المشاكل النفسية عند الأطفال والمراهقين

من الاستراتيجيات الرئيسة لبدء العمل مبكراً تقديم الرعاية للأطفال والمراهقين المعرضين للخطر والتدخل المبكر عند ظهور المشاكل. وقد أظهرت تجارب عشوائية عديدة وضمن بيئات ذات موارد قليلة الفعالية مثل هذه التدخلات^{٦٠}. مثال: برنامج هيلث نت تي بي أو HealthNetTPO بنهجه المتدرج في تعزيز الصحة والوقاية والتدخل المبكر.

HealthNetTPO

حزمة الرعاية النفسية للأطفال في مناطق النزاعات المسلحة، بروندي والسودان وسريلانكا وإندونيسيا ونيبال.

يقدم برنامج «هيلث نت تي بي أو» حزمة رعاية نفسية متعددة المستويات تجمع بين تعزيز الصحة النفسية والوقاية والعلاج لتلبية احتياجات الأطفال والمراهقين المعرضين للخطر.

الابتكار

١. أنشطة تعزيز الصحة، بما في ذلك مجموعات دعم الأقران والتوعية المجتمعية والتثقيف النفسي، بهدف زيادة الوعي باحتياجات الصحة النفسية لدى الأطفال وزيادة القدرة على التكيف مع المجتمع.
٢. أنشطة وقاية تستهدف مجموعات فرعية من الأطفال الذين يعانون من شدة نفسية ممن حددهم برنامج فحص مختصر موجه للبيئة المحيطة يستخدم في المدارس. تتعامل مجموعة تدخل منظمة مع أعراض الشدة النفسية وتقوي عوامل الوقاية لحماية الأطفال من الإصابة بمشاكل نفسية.
٣. يُقدّم العلاج للأطفال الذين يعانون من هذه المشاكل على شكل إرشادات فردية ودعم من الأبوين والإحالة إلى طبيب نفسي عند الضرورة.

الأثر

- أثبت التدخل أثناء الدوام المدرسي فاعليته في عدّة تجارب سريرية في إندونيسيا^{٦١} ونيبال^{٦٢} وسريلانكا^{٦٣}.
- أظهرت سلسلة من دراسات التقييم غير العشوائية بعد انتشار البرنامج في البلدان الخمسة أنه حسن عملية كشف الحالة ووفر الرعاية الفعّالة لأكثر من ٩٦,٠٠٠ طفل في البلدان الخمسة^{٦٤}.
- يتابع البرنامج عمله في بوروندي، إلا أن نقص الموارد أوقفه في بلدان أخرى.



موقع الإنترنت: www.mhinnovation.net/innovation/psychosocial-for-children-in-armed-conflict

الصورة: © إنجي فولبريغت HealthnetTPO. أعيد نشرها بإذن.

المزيد حول هذا الموضوع...

فيما يلي بعض الابتكارات الأخرى التي تنطوي على التدخل المبكر:

- يستخدم برنامج التفكير الصحي Thinking Healthy Program العاملين في صحة المجتمع للتصدي لالاكتئاب والأمهات وتعزيز تنمية الطفل في باكستان. يجري الآن اختبار هذا النموذج باستخدام العاملين في دعم الأقران ضمن تجارب برنامج شير SHARE في الهند وباكستان.
- أحرز مشروع التوازن Equilibrium Project في ساو باولو بالبرازيل نجاحًا بتقدمه من مشروع أبحاث إلى منهج متكامل على أساس مجتمعي لرعاية أطفال الشوارع باستخدامه أسلوب الرعاية التدريجية التي تلبي احتياجات الأطفال.
- في أستراليا، توفر خدمات أوريجن للصحة للشباب Orygen Youth Health خدمة شاملة ومتكاملة تمامًا للمرضى الداخليين ولخارج العيادات مع تركيز خاص على المراحل المبكرة للمشكلات النفسية. وقد تمّ توسيعها كي تقدم تغطية على مستوى البلد لخدمة الرعاية الصحية الأولية الشاملة للشباب الذين يعانون من مشاكل نفسية من خلال هيد سبيس Headspace.

تنفيذ السياسات ٦ | تخفيض معدل الوفيات المبكرة بين الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية

ينهي قرابة مليون إنسان حياتهم بأيديهم كل عام^{٦٥}، أي ضعف عدد قتلى النزاعات أو العنف الجنائي^{٦٦}.

يرجع سبب هذه الفجوة في توقعات الحياة بصورة جزئية إلى الانتحار، لكنها تعود أيضاً إلى أن الذين يعانون من مشاكل نفسية يعيشون حياة أسوأ وأكثر حرماناً. لديهم مشاكل جسدية أكثر، ويتلقون علاجاً أسوأ لمشاكلهم الجسدية^{٦٤}. كذلك ينبغي الاعتراف بأن هذه قضية من قضايا حقوق الإنسان.

١ | توفير رعاية متكاملة للأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحية نفسية وجسدية

غالباً ما يكون المرضى الأكثر تعقيداً وتكلفة هم أصحاب المشاكل النفسية والجسدية معاً. مثل اقتران مرض السكري أو مرض الشريان التاجي في القلب مع مشاكل الاكتئاب أو الكحول^{٦٧}. وتزداد النتائج تعقيداً عند هؤلاء بأنماط الحياة غير الصحية التي يعيشونها وسوء الالتزام باستعمال الأدوية والحرمان الاجتماعي^{٦٨}. ويجري الآن تطبيق طرق مبتكرة لمعالجة هذه المجموعة من المرضى باستخدام الرعاية التعاونية، مثال ذلك برنامج تيم كير TEAMcare في أميركا الشمالية.

تيم كير TEAMcare في الولايات المتحدة وكندا

توفر تيم كير، «رعاية من الفريق»، رعاية أولية عبر فريق العمل لمرضى السكري وأمراض الشريان التاجي والاكتئاب في وقت واحد.



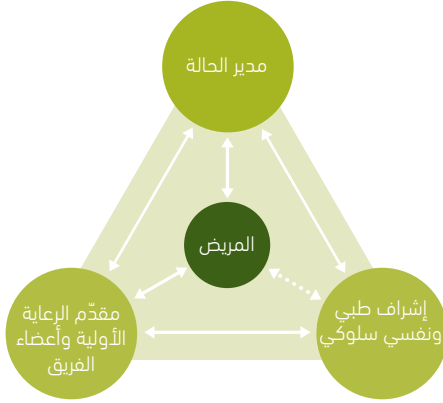
الابتكار

١. يدرّب تيم كير موظفي الرعاية الأولية على العمل ضمن فرق تعاونية تقدم الرعاية في العيادة وعبر الهاتف.
٢. يخصّص لكل مستعمل للخدمة «مدير رعاية من تيم كير» وعادة ما تكون ممرضة تحت الإشراف الطبي تعمل كقناة وصل بين فرق الاستشارات وفريق الرعاية الأولية ومتلقي الخدمة.
٣. يتبع البرنامج منهج تحديد العلاج الخاص بكل مستخدم، فيعدّل العلاج حسب الحاجة لضمان تحسّن الأعراض. كما يعلم متلقي الخدمة مهارات الرعاية الذاتية للسيطرة على الأمراض ويشجع ويزيد من السلوكيات التي تعزز جودة الحياة.

الأثر

- تلقى قرابة ١٤٠٠ شخص رعاية تيم كير مع تجربة تظهر تحسناً في ضبط المرض طبياً وفي أعراض الاكتئاب^{٦٩}.

- تقدّر تكلفة كل متلقٍ للخدمة بحدود ١٢٢٤ دولاراً، وقد نتج عن ذلك، ضمن نظام التأمين المقطوع (على الفرد)، توفير قرابة ٦٠٠ دولار لكل شخص خلال ٢٤ شهراً. وفي نظام دفع الرسوم عن الخدمة، بلغ التوفير قرابة ١١٠٠ دولار لكل مستفيد من الخدمة خلال ٢٤ شهراً^٧.
- يجري حالياً اختبار المزيد من تطبيقه في الهند مع التخطيط للتعاون مع دول أوروبية وأستراليا.



- «لقد كان العمل في هذه الوظيفة نقطة بارزة في حياتي العملية. لقد أحدثنا تأثيراً وتغييراً للأفضل بالتأكيد وهو ما نحاول أن نفعله باعتبارنا ممتهين للرعاية الصحيّة». مدير العناية في تيم كير

موقع الإنترنت:
www.teamcarehealth.org

٢ | تحسين الوصول إلى علاج ورعاية الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب والمشاكل النفسية الأخرى لمنع الانتحار

يمكن تفادي وقوع من نصف إلى ثلاثة أرباع حالات الانتحار في حال عولجت المشاكل النفسية^٨. وكل الابتكارات المعروضة في هذا التقرير هدفها تحسين فرص الحصول على الرعاية، وهي قادرة على المساهمة في منع الانتحار. وهناك إجراءات محددة إضافية يمكن اتخاذها، ومنها زيادة الوعي ومساعدة الأفراد الأكثر تعرضاً للأخطار وحظر الوسائل التي يمكن استخدامها في الانتحار. ويعتبر «التحالف الأوروبي ضد الاكتئاب» من المبادرات التي تسعى إلى الجمع بين كثير من هذه الاستراتيجيات مع غايتها الواضحة للوقاية من الانتحار.



التحالف الأوروبي ضد الاكتئاب European Alliance Against Depression

يتكون هذا التحالف من شبكة برامج مجتمعية هدفها تحسين الحصول على العلاج ومنع الانتحار، ويعمل حالياً في عشر بلدان أوروبية إضافة إلى تشيلي.

الابتكار

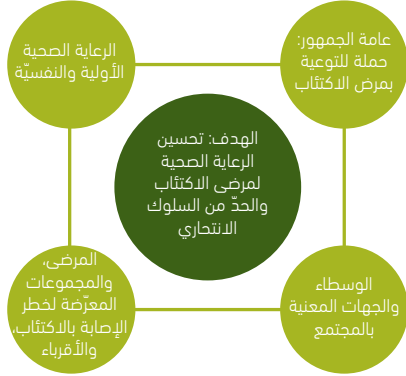
للتحالف الأوروبي ضد الاكتئاب أربعة مستويات للتدخل:

١. التعاون مع الرعاية الأولية والرعاية النفسية مع التركيز على تدريب الممارسين العامّين.
٢. حملات توعية عامّة.
٣. التعاون مع مقدّمي المساعدة المجتمعية ومع الأطراف المعنية.
٤. تقديم الدعم للأشخاص المعرضين لمخاطر شديدة ولأقاربهم.

الأثر

- ظهرت فاعلية النموذج في الحد من السلوك الانتحاري من خلال احد المشاريع التوضيحية^{٧٢}.
- أظهر تقييمٌ أجري في مقاطعة هنغارية باستخدام المسوح السكانية انخفاضاً سنوياً حاداً في معدلات الانتحار من ٣٠ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ شخص في عام ٢٠٠٤ قبل بدء عمل البرنامج إلى ١٢ عام ٢٠٠٧. وكان هذا التناقص أكبر بكثير مما لوحظ في البلد كله أو في منطقة البحث^{٧٣}.

موقع الإنترنت: <http://www.eaad.net>



المزيد حول هذا الموضوع...

فيما يلي مزيدٌ من الابتكارات التي تقلل عدد الوَقَيات المبكرة بين من يعانون من مشاكل نفسية:

- في جنوب أفريقيا، هناك مشروع الرعاية الصحيّة الأولية (+١٠١ Primary HealthCare) القائم على أساس نموذج تيم كير وهو يقدم خدمة رعاية أولية متكاملة للمتضررين من مشاكل نفسية مشتركة مع مشاكل صحيّة جسدية مزمنة منها الإيدز والسل وارتفاع ضغط الدم والسكري. ويجري الآن اختبار هذا النهج ضمن تجارب العيادات.
- برنامج الإسعافات الأولية الخاصة بالصحة النفسية Mental Health First Aid، الذي تأسس في أستراليا ويعمل الآن في ٢٠ بلدًا من بلدان العالم ويدرب الناس على تقديم المساعدة للأفراد الذين ربما أخذت المشاكل النفسية تتغلغل فيهم أو الذين يمرون بأزمات نفسية ويواجهون خطر الإقدام على الانتحار.
- يُعتبر حظر الوصول إلى وسائل الانتحار من الإجراءات ذات التكلفة شديدة الفاعلية على مستوى السياسات. وقد تدنّى معدّل الانتحار في سريلانكا إلى النصف إثر فرض ضوابط قانونية على استيراد وبيع مبيدات الحشرات السامة للبشر خصوصاً.

الفصل الثالث – تنفيذ إجراءات السياسات

يبدأ التغيير في الصحة النفسية مع ...

<p>يمكن للأفراد والجماعات أن يلعبوا دوراً قوياً في قيادة التغيير^{٧٤}. يمكن أن تتأثر المواقف العامة إيجاباً من خلال التواصل الاجتماعي مع الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية وسماع قصصهم. يفيد إشراك مستخدمي الخدمات وأسرتهم في تصميم وتقديم الخدمات المحلية، بما في ذلك مشاريع يقودها المستخدم، في معالجة الوصمة، وتمكين الأفراد وتعزيز نظام الصحة النفسية.</p>	<p>مستخدمي الخدمات وأسرتهم</p>
<p>غالباً ما يكون العاملون في الصحة النفسية أبطالاً للتغيير. وفي كثير من البلدان بدأت إصلاحات الصحة النفسية من قبل أطباء نفسيين. يلعب العاملون في الصحة النفسية دوراً حاسماً في دعم تنفيذ كافة إجراءات السياسات الموصى بها في هذا التقرير.</p>	<p>العاملين في الصحة النفسية</p>
<p>للحكومات دور أساسي في تنفيذ إجراءات السياسات وتوفير الإشراف العام على نظام الرعاية الصحية النفسية وتمويله. تدرك الحكومات في جميع أنحاء العالم التكلفة البشرية للمشاكل النفسية، ولا سيما عبئها الكبير، وانتهاكات حقوق الإنسان والخسائر في الأرواح نتيجة حالات الانتحار.</p>	<p>الحكومات</p>
<p>تعتبر التغطية الحساسة من قبل وسائل الإعلام (بما في ذلك وسائل الإعلام الاجتماعية) لقضايا الصحة النفسية عنصراً ثميناً في دعم وتشجيع العمل على هذه القضايا.</p>	<p>وسائل الإعلام</p>
<p>عندما تسلط المنظمات غير الحكومية الدولية ووكالات الأمم المتحدة والجهات المانحة ومنظمات حقوق الإنسان الضوء على الصحة النفسية وتستثمر موارد فيها، فإنها تدفع الحكومات والمجتمعات المحلية للعمل.</p>	<p>المنظمات الدولية</p>
<p>يجب أن يثبت أرباب العمل ريادة في اتباع أفضل الممارسات لتعزيز الصحة النفسية في أماكن العمل ودعم الموظفين الذين يعانون من مشاكل نفسية. إن اعتماد نهج إيجابي في الصحة النفسية في مكان العمل يعود بالنفع على الشركات.</p>	<p>الشركات وأرباب العمل</p>
<p>البحث مهمٌ للغاية في إثراء أجندة السياسات الصحية النفسية، وتوجيه اختيار التدخلات فعالة التكلفة وتقييم أثر البرامج واسعة النطاق.</p>	<p>الباحثين</p>

المسارات الموصلة إلى النجاح

«واجبنا، كدول في هذا العالم، النهوض بحقوق الإنسان، وتعزيز إجراءات التنفيذ الكامل لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية، المشوار طويل ويتطلب العمل الجاد والتفاني والدعم والمناصرة من جميع الأطراف المعنية بما فيها واضعو السياسات والقوانين وجميع الأطراف المعنية».

صاحبة السمو الملكي الأميرة منى الحسين، الأردن، ٢٠١٠^{٧٥}.

لقد رصدنا حالات من زيادة الالتزام والموارد والعمل على تغيير حياة الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية في جميع البلدان. ويبين الشكل ٧ كيف يمكن سلوك المسارات الأربعة للنجاح لتنفيذ إجراءات السياسات الست المقترحة في هذا التقرير.

الشكل ٧ | مسارات النجاح لتحقيق التغيير من خلال تنفيذ إجراءات السياسات



«قياس واحد يناسب الجميع» نهج غير مناسب للتطبيق في الصحة العالمية^{٧٦}. تختلف البيئات والثقافات اختلافاً كبيراً، وبالتالي حتى تكون الابتكارات فعّالة، يجب على واضعي سياسات وخطط الصحة النفسية تكييفها لملاءمة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المحلية. على سبيل المثال، استفادت بعض الدول الهشة والبلدان المتضررة من الحروب والكوارث من أزماتها الإنسانية كفرصة «لإعادة البناء على نحو أفضل»^{٧٨}. وفي أفغانستان، أظهرت البرامج الإنسانية كيف يمكن إدماج الرعاية الصحية النفسية بنجاح وتوسيع نطاقها في مناطق مختارة من البلد. فمنذ عام ٢٠٠١، تمّ تدريب أكثر من ١٠٠٠ عامل صحي في مجال الرعاية الصحية النفسية الأساسية وتمّ تشخيص نحو ١٠٠,٠٠٠ حالة ومعالجتها في ولاية نانغرهار. وفي الأردن، توضح إصلاحات نظام الصحة النفسية، التي بدأت استجابة لأزمة اللاجئين العراقيين وتمول إلى حدّ كبير من المساعدات الدولية لدعم اللاجئين، كيف يمكن لجهد منسق من وزارة الصحة، بدعم من الشركاء الدوليين، إحداث تغيير إيجابي ودائم للأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية.

ذلك التغيير ممكن، بغضّ النظر عن السياق والقيود. حددنا أربعة مسارات لتوسيع نطاق إجراءات السياسات الست بنجاح بهدف تعظيم فرص الحصول على رعاية نفسية فعّالة وذات جودة. ترتبط هذه المسارات بحقوق الإنسان، والقيادة السياسية، والموارد، والبحوث.

١) تعزيز حقوق الإنسان والمنظور المناهض للتمييز في الرعاية الصحية النفسية

يجب أن تكون جميع سياسات وخطط الصحة النفسية متفقة مع أطر حقوق الإنسان المعترف بها دولياً. ويمكن تحقيق ذلك من خلال تشريعات متدرجة تضمن الحق في الرعاية الصحية في أقل البيئات إلزاماً وقابلية للوصول، كما هو الحال في مشروع قانون الرعاية الصحية النفسية في الهند مؤخراً^{٧٧}. فضلاً عن ذلك، هناك حاجة إلى مبادرات لتغيير القلوب والعقول للحد من التمييز وانتشار الوصمة المرتبطة بالمشاكل النفسية. يمكن لمثل هذه المبادرات أن تأخذ شكل حملات عالمية ووطنية مثل التحالف العالمي ضد الوصمة وبرنامج «حان الوقت للتغيير» ومن خلال الشراكات بين منظمات المستخدمين والمهنيين، مثل مشروع «تمكين» EMPOWER.

«يجب أن تكون حقوق الإنسان جسراً بالنسبة لنا لتحويل حياتنا من الإهمال إلى الرعاية، ومن التمييز إلى الكرامة، ومن اللإإنسانية إلى الإنسانية. يجب أن تكون الصحة النفسية العالمية بمثابة حافز لهذا التحول». جاغاناث لاميشان، رئيس مؤسسة الصحة النفسية، نيبال

٢) وضع سياسات وخطط عمل للصحة النفسية

القيادة السياسية أمرٌ بالغ الأهمية. ويُعدّ اعتماد سياسات وخطط صحة نفسية مدعومة بتوافق آراء قطاعات متعددة وإرادة سياسية خطوة أولى أساسية نحو توفير خدمات صحة نفسية شاملة ومتكاملة ومستجيبة. يجب على الحكومة قيادة عملية وضع السياسات والخطط، لكن مع إشراك جميع الأطراف المعنية: المنظمات غير الحكومية، ومستخدمي الخدمات وأسرههم ومجموعات الدعوة، والعاملين في الصحة النفسية، وغيرهم من مقدمي الخدمات والباحثين. إنهم جميعاً محفزات للتغيير، ويمكن ضمان وجود صوت موحد للإصلاح من خلال التعبئة الاجتماعية وعبر إيجاد طرق لتغيير المواقف الراسخة. لقد اعتمد العديد من البلدان مثل هذا النهج لوضع سياسات وخطط صحة نفسية. ومن الأمثلة البارزة الأخيرة استراتيجية قطر الوطنية للصحة النفسية والبرنامج الوطني للصحة النفسية في الهند.

من المهم تحديث خطط الصحة النفسية كل خمس سنوات أو نحو ذلك، للتأكد من أنها تستجيب للظروف المتغيرة وتتوافق مع الممارسات المبنية على الأدلة والممارسات الإنسانية.

«من الواضح أن التشريعات والقوانين ذات الصلة بالأشخاص ذوي الإعاقة موجودة، ولكن تطبيقها لا يزال عقبة يتعين على الأطراف المعنية المناصرة لحقوق المعاقين التغلب عليها». كاني جوكونيو، الرئيس التنفيذي، شبكة المستخدمين السابقين لخدمات الطب النفسي والمتعاقين في كينيا، منظمة «USPKenya» لمناصرة حقوق ذوي الإعاقة النفسية

٣) تخصيص موارد مالية كافية لدعم تنفيذ السياسات والخطط

يجب أن تكون سياسات وخطط الصحة النفسية مدعومة بتمويل يكفي لتنفيذها. ينبغي أن تلتزم القيادة السياسية التزاماً طويل الأجل بتوفير الموارد اللازمة، والعمل مع الجهات المانحة الدولية، مثل البنك الدولي، للضغط من أجل تأمين هذه الموارد إن لم تكن متوافرة داخل البلد. وينبغي لقرارات تمويل خدمات الصحة النفسية أن تأخذ بعين الاعتبار مستويات الحاجة والتكاليف البشرية والاجتماعية المرتبطة بها. يجب أن تحدد الخطط أهدافاً كميّة، من أجل تركيز الجهود ورصد التقدم المحرز، وتعزيز المشاركة والمساءلة السياسية. وينبغي أن تهدف الاستثمارات في المقام الأول إلى تنفيذ مجموعة شاملة من إجراءات السياسات. على سبيل المثال، نفذت البرازيل سلسلة من إصلاحات واسعة النطاق بما في ذلك تغييرات في السياسات وبرنامج بناء قدرات بهدف نقل رعاية الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية من مؤسسات الطب النفسي إلى مرافق صحّيّة مجتمعية^{٧٨}. وفي جامايكا، دمجت سلسلة من إصلاحات الصحة النفسية في جميع مستويات النظام الصحي الجامايكي، بما في ذلك المستشفيات العامة والرعاية الأولية والرعاية المجتمعية. والنتيجة هي رعاية نفسية متاحة وميسرة لجميع السكان^{٧٩}.

«إن تحديد أهداف كميّة وطنية لنتائج الصحة النفسية أمرٌ ضروريٌّ. نحن بحاجة إلى تحديد أهداف محددة لتقليل معدلات الانتحار، والأمراض النفسية، وكذلك للحدّ من العزل والتقييد. ونحن بحاجة أيضاً إلى

تحديد أهداف محددة لزيادة فرص الحصول على الخدمات وتعزيز مشاركة الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية في القوى العاملة. يجب أن يدعم التمويل النتائج وأن يكون مرتبطاً بها - فليس جيداً أن نكتفي بتوظيف الأموال في حل مشكلة ما دون وجود أهداف محددة».

جاك هيث، الرئيس التنفيذي لشركة SANE أستراليا

٤) الاستثمار في التقييم والبحث وتعزيزهما لتحسين العلاج والرعاية

تُعتبر البحوث وتقييم البرامج عناصر حاسمة لتحسين جودة خدمات الصحة النفسية، وينبغي أن تسترشد البحوث بالأولويات التي تحددها التحديات الكبرى في مجال الصحة النفسية العالمية^٨. وتهدف في المقام الأول إلى تطوير وتقييم التدخلات الرامية إلى تحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية النفسية. إن برنامج تحسين الرعاية الصحية النفسية (PRIME) الممول من UKAid مثال جيد على تعاون الباحثين وصانعي السياسات؛ لتقييم توسيع نطاق خدمات الصحة النفسية في البلدان ذات الموارد المحدودة^٩. منذ عام ٢٠١٢ منح أكثر من ٧٠ مليون دولار أمريكي لتمويل الابتكارات في الصحة النفسية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. العديد من هذه الابتكارات موجود في قاعد بيانات شبكة الابتكارات في الصحة النفسية على الإنترنت (www.mhinnovation.net/innovation). سيتمّ تجميع المعرفة المتولدة وإبلاغها لصانعي السياسات عبر شبكة الابتكارات في الصحة النفسية. يعتبر الحفاظ على هذا النوع من التمويل ضرورياً لضمان التقدم في المستقبل.

يعتبر الرصد والتقييم الروتيني لبرامج الصحة النفسية ضرورياً؛ لضمان تحقيق هذه البرامج لأهدافها المتمثلة في توفير رعاية فعّالة وعالية الجودة، تلبي احتياجات الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية. وأخيراً، يمكن للبلدان ذات الموارد الكافية الاستثمار أيضاً في تطوير علاجات جديدة وأكثر فعالية بالاستفادة من التطورات المثيرة في العلوم العصبية والعلاج النفسي.

«يجب أن ينخرط الباحثون في فهم عمل الممارسين والتفاعل معهم. إن أيّ شيء يمكننا القيام به لتفعيل التعاون والشراكة بين حقلي البحث والممارسة سيدفع عملية التغيير قدماً إلى الأمام».

سام نيكل، مدير مركز الصحة والتنمية البشرية (الولايات المتحدة الأمريكية)، وشريك في جمعية التدريب والبحوث في الصحة النفسية، السلفادور

خارطة طريق للعمل

إن هذا التقرير مجرد بداية. ندعو مجتمعات الأعمال، والتكنولوجيا، والمجتمع المدني والباحثين والمانحين الدوليين والحكومات إلى العمل معاً للاستثمار في مجال الصحة النفسية. معاً يمكننا تغيير الحياة وتعزيز المجتمعات المحلية.

استناداً إلى الابتكارات التي حددها التقرير، نوصي واضعي السياسات والأطراف المعنية الأخرى باعتماد خارطة الطريق التالية للعمل:

- تولّي زمام المبادرة والتزم بتحسين الرعاية الصحيّة النفسية.
- راجع السياسات والقوانين والخطط الحالية وغيّرها إذا لزم الأمر.
- ألهم الآخرين بقيادة التغيير، لا سيّما القادة السياسيين وقادة المجتمع، باستخدام قصص إيجابية عن الشفاء والأمل.
- استثمر بحكمة في الابتكارات فعّالة التكلفة التي يمكن أن تحسن الصحة النفسية بشكل كبير.
- اعمل على رصد وتقييم نتائج الخدمات، وضمان تركيزها على المستخدم وعلى الأسرة ومقدمي الرعاية.
- ابدأ التغيير الآن مهما تكن الموارد التي تملكها، ولا تجعل قلّة الموارد عقبة أمام التقدم.

شكر وتقدير

يشكر المؤلفون جميع أعضاء المنتدى والخبراء والمنظمات الأخرى الذين ساهموا في تجميع الابتكارات، وإجراء التحليل ووضع توصيات للعمل. ويتحمل المؤلفون وحدهم المسؤولية عن أي خطأ أو سهو.

تأليف:

ماري دي سيلفا من مركز الصحة النفسية العالمية، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي،
كيارا ساميلي، من شركة إنفورمد ثينكنج نيابة عن مايند.

تحرير:

فيكرام باتيل من مركز الصحة النفسية العالمية، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي؛ سنجاث، الهند؛
ومركز الصحة النفسية، مؤسسة الصحة العامة في الهند.
شيخار ساكسينا من منظمة الصحة العالمية.

شركاء البحث:

مايند (بول فارمر، صوفي كورليت وفيكى ناش).
مؤسسة McPin (فانيسا بينفولد وبوليننا زمينسكا).

أعضاء منتدى الصحة النفسية

كيبيل ماغني بونديفيك | مركز أوسلو للسلام وحقوق الإنسان، النرويج.
كيشاف ديسارجو | وزير الصحة في حكومة الهند.
ميلفين فريمان | رئيس قسم الأمراض غير السارية، وزارة الصحة الوطنية، حكومة جنوب أفريقيا.
هيلين هيرمان | جامعة ملبورن، أستراليا.
نيجل جونز | الرئيس المشارك للرعاية الصحية، لينكولنز، المملكة المتحدة.
سينثيا جويس | مبادرة MQ: تحويل الصحة النفسية، المملكة المتحدة.
آرثر كلينمان | جامعة هارفارد، الولايات المتحدة.
اللورد ريتشارد لايارد | مجلس اللوردات ومركز الأداء الاقتصادي في كلية لندن للاقتصاد، المملكة المتحدة.
كريك لوند | جامعة كيب تاون، جنوب أفريقيا.
ماريا إلينا ميدينا مورا | معهد الطب النفسي، المكسيك.
إنج بيترسن | جامعة كوازولو ناتال، جنوب أفريقيا.
مايكل فيليبس | جامعة شنغهاي، رئيس التحالف الهندي الصيني للصحة النفسية، الصين.
جراسيلا روجاس | جامعة شيلي، شيلي.
صالح علي المري | مساعد الأمين العام للشؤون الصحية، المجلس الأعلى للصحة، قطر.
ساراسينو بينيديتو | مؤسسة كولبنكيان، البرتغال.
بيتر سنجر | الرئيس التنفيذي لجراند تشالينجز كندا.
ريتشارد سميث | مبادرة الأمراض المزمنة في إمبريال كوليدج لندن ويونايتد هيلث،
والمملكة المتحدة.

رانجاسوامي تارا | مؤسسة بحوث الفصام، الهند.
جراهام ثورنيكروفت | معهد الطب النفسي، كينجز كوليدج لندن، المملكة المتحدة.
يورغن أونوستر | جامعة واشنطن، الولايات المتحدة الأمريكية.
جون وليامز | ويلكام ترست، المملكة المتحدة.
تيدلا وولد جورج | مستشارة بوزارة الصحة، أثيوبيا.

خبراء جرت استشارتهم أثناء إعداد هذا التقرير

أنيتا ماريني | منظمة الصحة العالمية، الأردن.
عاطف رحمن | جامعة ليفربول، المملكة المتحدة.
بوني فنسنت | البرنامج الوطني للصحة النفسية، قطر.
شارلين سونكل | جمعية الصحة النفسية في غوتنغ الوسطى، جنوب أفريقيا.
شارلوت هانلون | جامعة أديس أبابا، أثيوبيا.
كريس أندرهيل | بيسك نيدر، المملكة المتحدة.
سنثيا لوكيكس دي أروجو | منظمة للصحة النفسية، الكحول وغيرها من المخدرات، وزارة الصحة، البرازيل.
دان تايلور | مايند فريدم، غانا.
دانييلا فوهر | كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، المملكة المتحدة.
ديفيد كلارك | جامعة أوكسفورد، المملكة المتحدة.
ديفيد غونيل | جامعة بريستول، المملكة المتحدة.
ديفورا كيستل | منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، الولايات المتحدة.
إدي إدموندسون | جامعة واشنطن، الولايات المتحدة.
إدي نكورونونغي | هارت ساوندس، أوغندا.
إميلي بارون | جامعة كيب تاون، جنوب أفريقيا.
إرمينيا كولوتشي | جامعة ملبورن، أستراليا.
إت أدجاسي | المدرسة الريفية للتدريب الصحي، كينتابو، غانا.
فريدريك هيكلينغ | جامعة جزر الهند الغربية، جامايكا.
غابرييلا كامارا | مجموعة فوس برو للصحة النفسية، المكسيك.
غافين أندروز | جامعة نيو ساوث ويلز، أستراليا.
حازم هاشم | مؤسسة حمد الطبية، قطر.
هيرفيتا دياتري | جامعة إندونيسيا.
همايون رضوان | منظمة الصحة العالمية، الصومال.
جاك هيث | SANE، أستراليا.
جاغاناث لاميشان | مؤسسة الصحة النفسية، نيبال.
جانين كويتسشال | مستشفى جامعة لايبزيغ، ألمانيا.
جويل كوركوران | كلوب هاوس إنترناشيونال، الولايات المتحدة الأمريكية.
جون باول | جامعة أوكسفورد، المملكة المتحدة.
كاني جوكونيو | شبكة المستخدمين السابقين لخدمات الطب النفسي والمتعافين، كينيا.

كيرى بوهاجيار | إنسباير فاونديشن، أستراليا.
خالدة إسماعيل | معهد الطب النفسي في لندن، المملكة المتحدة.
مارك جوردان | هيلث نت TPO، هولندا.
مارك روبرتس | كينتابو ترست، المملكة المتحدة.
مارك فان أوميرن | منظمة الصحة العالمية، جنيف.
ناتاشا إبراهيم | بيسك نيدز، المملكة المتحدة.
نيرمالا سرينيفاسان | العمل للأمراض النفسية، الهند.
بول مورغان | SANE أستراليا.
بولا كونيلي | برنامج ميريديان فاميلي، إنجلترا.
بيتر فينتيفوغال | هيلث نت TPO، هولندا.
بيتر روسو | جامعة نيو ساوث ويلز، أستراليا.
راغو لينغهام | كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، المملكة المتحدة.
ريببكا يلدك | جامعة واشنطن، الولايات المتحدة.
ريكاردو أرايا | جامعة بريستول، المملكة المتحدة.
سام نيكل | جمعية التدريب والبحوث في الصحة النفسية، السلفادور.
سارة جونز | أمبريال كوليدج لندن، المملكة المتحدة.
شوبا رجا | بيسك نيدز، الهند.
سيموني هونيكن | جامعة كيب تاون، جنوب أفريقيا.
سوديتو تشاترجي | سنجاث، الهند.
سهيلة غلوم | مؤسسة حمد الطبية، قطر .
جون سوجيت | مؤسسة بحوث الفصام، الهند.
سيلفيا كريستي | بيچ وايت وول ليميتد، المملكة المتحدة.
تي سيفيندران | منظمة الصحة العالمية، سريلانكا.
تانيا سيللي | برنامج «حان الوقت للتغيير»، المملكة المتحدة.
تيري شاركي | البرنامج الوطني للصحة النفسية، قطر .
توني جورم | جامعة ملبورن، أستراليا.
أولريش هيغيلر | مستشفى جامعة لايبزيغ، ألمانيا.
واين كاتون | جامعة واشنطن، الولايات المتحدة.

نشكر هارفي وايت فورد، لويزا ديجنهارت، أماندا باكستر، إيلز فيراري، فيونا تشارلسون وهولي أرسكين من مجموعة بحث علم الأوبئة النفسية وععب المرض، مركز كوينزلاند لأبحاث الصحة النفسية، كلية الصحة السكانية، جامعة كوينزلاند، أستراليا، على تعاونهم معنا في توفير البيانات الخاصة بهم في وقت قصير جداً.

ونشكر يوتارو سيتويا ودانيال تشيشولم من منظمة الصحة العالمية على ما قدماه من مساعدة لا تقدر بثمن في إعداد الشكل ٤.

ونقدم شكرنا الخاص إلى ويل واربروتون ونعومي سبير، على ما قدماه من مساعدة واسعة في إعداد هذا التقرير وإلى شميلة عثمانى، غريس ريان، مارغريت ريغان ولوسي لي على مساعدتهم في تجميع قاعدة بيانات شبكة الابتكارات في الصحة النفسية. كما نشكر المنظمات والأشخاص الذين تكرموا بالمساهمة بمواد للابتكارات والأمثلة والقصص التي سلطنا عليها الضوء في التقرير.

الملحق (أ) | مشاكل الصحة النفسية

المرحلة العمرية	الوصف	مشكلة الصحة النفسية
مرحلة الرضاعة فصاعداً	مجموعة من الحالات تتميز بضعف في القدرات الفكرية أو الحركية أو الحسية أو الاجتماعية أو التواصلية (مثل التوحد، والإعاقة الفكرية، والشلل الدماغي).	اضطرابات النمو
الطفولة فصاعداً	مجموعة من الحالات تتميز بفرط القلق والتوتر والخوف، وأعراض جسدية مثل الخفقان والصداع واضطرابات النوم.	اضطرابات القلق
الطفولة فصاعداً	مجموعة من الحالات تتميز بضعف الانتباه والسلوك المضطرب (مثل اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط واضطراب السلوك).	الاضطرابات السلوكية للأطفال
المراهقة فصاعداً	مجموعة من الحالات تتميز باستهلاك المشروبات الكحولية إلى مستوى يتسبب في ضرر صحة الشخص ويؤثر على علاقاته الاجتماعية والشخصية.	إدمان الكحول
المراهقة فصاعداً	حالة تتميز بتدني الحالة المزاجية، وفقدان الاهتمام والمتعة، والتعب وانخفاض الطاقة، واضطرابات النوم والشهية.	الاكتئاب
المراهقة فصاعداً	مجموعة من الحالات تتميز باستهلاك منتظم لمواد، مثل الأفيون أو المهدئات أو الكوكايين، تسبب ضرراً في صحة الشخص وتؤثر على علاقاته الاجتماعية والشخصية.	إدمان المخدرات
المراهقة فصاعداً	حالات يقوم فيها الشخص متعمداً بتسميم نفسه، أو يلحق ببدنه متعمداً إصابة قد تؤدي إلى الوفاة.	الأذى الذاتي والانتحار
المراهقة فصاعداً	حالة تتميز بتشوهات في التفكير والإدراك (مثل الهلوسات والضلالات والانحرافات السلوكية والاضطرابات العاطفية).	الفصام
الكبار	حالة نفسية تتميز بنوبات مزاج مكتئب ونشاط منخفض بالتناوب مع نوبات مزاج مبهج وفرط نشاط، وغالباً ما يحدث تعافٍ كامل بين النوبات.	اضطراب ثنائي القطب
الشيخوخة	حالة يتميز المصاب فيها بتدهور تدريجي في الوظائف العقلية، مثل الذاكرة والتوجه، مما يؤدي إلى مشاكل سلوكية وفقدان القدرة على رعاية نفسه، ويموت في نهاية المطاف.	الزرف

تذكر هذه القائمة مشاكل الصحة النفسية ذات الأولوية كما حدّدها دليل للتدخلات بشأن الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان في المواقع الصحية غير المتخصصة: برنامج عمل منظمة الصحة العالمية المعني بفجوة الصحة النفسية، ٢٠١٠، جنيف، سويسرا.

1. Bloom, D., E. T. Cafiero, E. Jane-Llopis, et al., *The global economic burden of non-communicable diseases.*, W.E. Forum, Editor. 2011: Geneva.
2. Kleinman, A., *A failure of humanity.* The Lancet, 2009. **374**: p. 603-4.
3. World Health Organization, *WHO Comprehensive mental health action plan 2013-2020. Sixty-Sixth World Health Assembly. Resolution WHA66/8.*, World Health Organization, Editor. 2013.
4. World Health Organization, *Basic documents. 43rd Edition.*, World Health Organization, Editor. 2001: Geneva.
5. World Health Organization, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice.*, World Health Organization, Editor. 2005: Geneva.
6. Whiteford, H., A. L. Degenhardt, J. Rehm, et al., *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010.* . Lancet, 2013.
7. World Health Organization, *Investing in mental health: evidence for action.* , World Health Organization, Editor. 2013: Geneva.
8. *Global Burden of Disease Data 2010.*
Available from: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/search-gbd-data>.
9. World Health Organization, *Mental Health Atlas.* 2011, World Health Organization,: Geneva.
10. Available from: <http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups>.
11. Lund, C., M. De Silva, J. S. Plagerson, et al., *Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries.* The Lancet, 2011. **378**(9801): p. 1502-1514.
12. Ng, C., *Mental Health: Towards economic and social inclusion. A report to the Commonwealth Secretariat,* C. Secretariat, Editor. 2013.
13. Wahlbeck, K., J. Westman, M. Nordentoft, et al., *Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders.* Br J Psychiatry, 2011. **199**: p. 453-8.
14. Thornicroft, G., *Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality.* Br J Psychiatry, , 2011. **199**(6): p. 441-2.
15. Lund, C., S. Standsfield, and M. De Silva, *Social Determinants of Mental Disorders, in Global Mental Health: Principles and Practice,* V. Patel, et al., Editors. 2013, Oxford University Press.
16. World Health Organization, *Risks to Mental Health: An overview of Vulnerabilities and Risk Factors. Background paper by the WHO Secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan.* , World Health Organization, Editor. 2012: Geneva.
17. *Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case.*, M. Knapp, R.J., , D. McDaid, and M. Parsonage, Editors. 2011, Department of Health: London.
18. *UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.*; Available from: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>.
19. World Health Organization, *Mental Health and Development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group,* World Health Organization, Editor. 2010: Geneva.
20. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (WONCA), *Integrating mental health into primary care: a global perspective.* 2008: Geneva.
21. Chisholm, D. and S. Saxena, *Cost effectiveness of strategies to combat neuropsychiatric conditions in sub-Saharan Africa and South East Asia: mathematical modelling study.* . British Medical Journal, 2012. **344**: p. e609.
22. Eaton, J., L. McCay, M. Semrau, et al., *Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries.* The Lancet. **378**(9802): p. 1592 - 1603.

23. De Silva, M., L. Lee, D. Fuhr, et al., *Estimating the coverage of mental health programmes: a systematic review*. International Journal of Epidemiology, In Press.
24. Patel, V. and G. Thornicroft, *Packages of Care for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Low- and Middle-Income Countries: PLoS Medicine Series*. Plos Medicine, 2009. **6**(10).
25. Patel, V., R. Araya, S. Chatterjee, et al., *Treating and preventing mental disorders in low and middle income countries - is there evidence to scale up?* The Lancet, 2007. **370**(9591): p. 991-1005.
26. Utami, D. and M.o.H. Director of Mental Health, Indonesia, *Indonesia Bebas Pasung (Free From Restraints) program*, in *Movement for Global Mental Health: 3rd Summit*. 2013: Bangkok, Thailand.
27. Sunkel, C., *Empowerment and partnership in mental health*. The Lancet, 2011. **379**(9812): p. 201-202.
28. World Health Organization, *Building back better: sustainable mental health care after emergencies*. 2013, World Health Organization,: Geneva.
29. *Where hyenas are used to treat mental illness. , in BBC News Magazine. . 2013.*
30. Szymczynska, P. and V. Pinfold, *Driving Change - experiences of non-governmental organizations in the provision of mental health services across the world*. 2013, McPin Foundation: London.
31. Mowbray, C., T., A. T. Woodward, M. C. Holter, et al., *Characteristics of users of consumer-run drop-in centers versus clubhouses*. Journal of Behavioral Health Services Research, 2009. **36**(3): p. 361-71.
32. Masso, J., D. Avi-Itzhak T, and D. R. Obler., *The clubhouse model: An outcome study on attendance, work attainment and status, and hospitalization recidivism*. Work, 2001. **17**(1): p. 23-30.
33. Macias, C., C. F. Rodican, W. A. Hargreaves, et al., *Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models*. Psychiatric Services, 2006. **57**(10): p. 1406-15.
34. McKay, C., B. Yates, and M. Johnsen, *Costs of Clubhouses: An International Perspective*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2007. **34**(1): p. 62-72.
35. Kakuma, R., H. Minas, N. van Ginneken, et al., *Human resources for mental health care: current situation and strategies for action*. Lancet, 2011. **378**(9803): p. 1654-63.
36. Roberts, M., J. B. Asare, C. Mogan, et al., *The mental health system in Ghana: WHO AIMS report*. 2013, The Kintampo Project & Ministry of Health, Republic of Ghana.
37. DoH, *IAPT three-year report: The first million patients*, D.o. Health, Editor. 2012.
38. Gyani, A., R. Shafran, R. Layard, et al., *Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT*. Behaviour Research and Therapy, 2013. **51**: p. 597- 606.
39. Layard, R., D. Clark, M. Knapp, et al., *Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy*. National Institute Economic Review, 2007. **202**(1): p. 90-98.
40. Teferra, S., T. Shibre, A. Fekadu, et al., *Five-year mortality in a cohort of people with schizophrenia in Ethiopia*. BMC Psychiatry, 2011. **11**: p. 165.
41. Patel, V., G. S. Belkin, A. Chockalingam, et al., *Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms*. PLoS Med, 2013. **10**(5): p. e1001448.
42. Araya, R., G. Rojas, R. Fritsch, et al., *Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial*. Lancet, 2003. **61**(9363): p. 995-1000.
43. Araya, R., T. Flynn, G. Rojas, et al., *Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile*. American Journal of Psychiatry, 2006. **163**(8): p. 1379-1387.
44. Pemjean, A., *Mental health in primary healthcare in Chile. . Int Psychiatry*, 2010. **7**: p. 7-8.
45. Lund, C., A. Breen, A.J. Flisher, et al., *Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review*. Social Science & Medicine, 2010. **71**(3): p. 517-528.

46. BasicNeeds, *BasicNeeds Annual Impact Report 2012.*, BasicNeeds, Editor. 2013.
47. Lund, C., M. Waruguru, K. Kingori, et al., *Outcomes of the mental health and development model in rural Kenya: A 2-year prospective cohort intervention study.* International Health., 2013. 5: p. 43-50.
48. Wang, P.S., S. Aguilar-Gaxiola, J. Alonso, et al., *Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys.* The Lancet, 2007. 370(9590): p. 841-850.
49. Thara, R. and J. Sujit, *Mobile telepsychiatry in India.* . World Psychiatry., 2013. 12(1): p. 84.
50. Andrews, G., P. Cuijpers, M. Craske, G, et al., *Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis.* . PLoS One, 2010. 5(10): p. e13196.
51. Andrews, G., *Evidence of Effectiveness, in CRUFAD Working Document, No. 2.* 2013.
52. Andrews G, M. Davis, and N. Titov., *Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia.* . Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2011. 45(4): p. 337-340.
53. Jones, P.B., *Adult mental health disorders and their age at onset.* Br J Psychiatry, 2013. 54(A Suppl): p. s5-s10.
54. Whittle, S., M. Yap, L. Sheeber, et al., *Hippocampal volume and sensitivity to maternal aggressive behavior: a prospective study of adolescent depressive symptoms.* Dev Psychopathol., 2011. 23(1): p. 115-29.
55. Pearson, R., M, J. Evans, D. Kounali, et al., *Maternal Depression During Pregnancy and the Postnatal Period: Risks and Possible Mechanisms for Offspring Depression at Age 18 Years.* JAMA Psychiatry, 2013.
56. Pearson R.M., C. Fernyhough, R. Bentall, et al., *Association between maternal depressogenic cognitive style during pregnancy and offspring cognitive style 18 years later* Am J Psychiatry., 2013. 170(4): p. 434-41.
57. Ronald, A, C. E. Pennel, and A. J. Whitehouse., *Prenatal maternal stress associated with ADHD and autistic traits in early childhood.* Front Psychol, 2011. 1: p. 1-8.
58. Rahman A, P. J. Surkan, C.E Cayetano, et al., *Grand Challenges: Integrating Maternal Mental Health into Maternal and Child Health Programmes.* PLoS Med 2013. 10(5): p. e1001442.
59. Perinatal Mental Health Project, *The Perinatal Mental Health mid-year report: January-June 2013.* 2013: Cape Town.
60. Kieling C, H. Baker-Henningham, M. Belfer, et al., *Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action.* The Lancet, 2011. 378(9801): p. 1515 - 1525.
61. Tol, W.A., I.H. Komproe, D. Susanty, et al., *School-based mental health intervention for political violence-affected children in Indonesia: A cluster randomized trial.* JAMA, 2008. 300: p. 655-662.
62. Jordans, M.J., I. H.Komproe, W. A. Tol et al., *Evaluation of a classroom-based psychosocial intervention in conflict-affected Nepal: A cluster randomized controlled trial.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2010. 51: p. 818-826.
63. Tol, W. A, I.H Komproe, M. J.D Jordans, et al., *Outcomes and moderators of a preventive school-based mental health intervention for children affected by war in Sri Lanka: A cluster randomized trial.* World Psychiatry, 2012. 11: p. 114-122.
64. Jordans MJD, T.W., D. Susanty, P. Ntamatumba , Luitel NP, et al., *Implementation of a Mental Health Care Package for Children in Areas of Armed Conflict: A Case Study from Burundi, Indonesia, Nepal, Sri Lanka, and Sudan.* PLoS Med, 2013. 10(1).
65. World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/prevention/en/. 2013 23rd Oct 2013].
66. Geneva Declaration Secretariat, *Global Burden of Armed Violence 2011: Lethal Encounters.* 2011, Cambridge: Cambridge University Press.

67. Katon, W., J. *Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness.* Dialogues Clin Neurosci, 2011. **13**: p. 7-23.
68. Barnett, K., S. Mercer, W. M. Norbury, et al., *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study.* The Lancet, 2012. **38**: p. 37-43.
69. Katon, W., J. E. Lin, H.B. M. Von Korff, et al., *Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses.* New England Journal of Medicine 2010. **363**(27): p. 2611-2620.
70. Katon, W., J. Russo, E. Lin, et al., *Cost-effectiveness of a multicondition collaborative care intervention.* Archives of General Psychiatry 2012. **69**(5): p. 506-514.
71. Cavanagh, J., T., A. Carson, M. Sharpe, et al., *Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review.* Psychol Med, 2003. **33**(3): p. 395-405.
72. Hegerl, U., D. Althaus, A. Schmidtke, et al., *The Alliance against Depression: two year evaluation of a community based intervention to reduce suicidality.* Psychol Med, 2006. **36**: p. 1225-1234.
73. Szekely, A., B.K. Thege, R. Mergl, et al., *How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD).* PloS one, 2013. **8**(9): p. e75081.
74. Wallcraft, J., M. Amering, J. Freidin, et al., *Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers.* World psychiatry, 2011. **10**: p. 229-236.
75. Funk, M., N. Drew, M. Freeman, et al., *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group,* World Health Organization, Editor. 2010.
76. Farmer, P., M. Basilio, A. Kleinman, et al., *Reimagining Global Health: An Introduction.* 2013: University of California Press.
77. Sachan, D., *Mental health bill set to revolutionise care in India.* The Lancet, 2013. **9889**(382): p. 296.
78. Andreoli, S., B., N. Almeida-Filho, D. Martin, et al., *Is psychiatric reform a move for reducing the mental health budget? The case of Brazil.* Rev Bras Psiquiatr 2007(1): p. 43-46.
79. Hickling, F., W., *Community psychiatry and deinstitutionalization in Jamaica.* Hosp Community Psychiatry, 1994. **45**(11): p. 1122-6.
80. Collins, P., Y. V. Patel, S. Joestl, S., et al., *Grand challenges in global mental health.* Nature, 2011. **475**(27-30).
81. Lund C, Tomlinson M, J. De Silva M, et al., *PRIME: A Programme to Reduce the Treatment Gap for Mental Disorders in Five Low- and Middle-Income Countries.* PLoS Med, 2012. **9**(12).

ملاحظات

ملاحظات

الشركاء الأكاديميون لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية

BILL & MELINDA
GATES foundation

BROOKINGS

Carnegie
Mellon
University
Qatar



HealthAffairs

HEC
PARIS
جامعة الدراسات العليا للإدارة
IN QATAR

Imperial College
London
Institute of
Global Health Innovation

iaso
International Association for the Study of Obesity

JOHN D. STOECKLE CENTER
FOR PRIMARY CARE INNOVATION
Your Primary Care is Our Primary Concern

JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG SCHOOL
of PUBLIC HEALTH

THE LANCET



MASSACHUSETTS
GENERAL HOSPITAL

SUPPORTED BY
MAYOR OF LONDON



MIT Media Lab

NHS
National Institute for
Health Research

The New York
Academy of Medicine
At the heart of urban health since 1847

NORTHWESTERN
UNIVERSITY
IN QATAR



السيطرة
Sidra
مركز السيطرة على المرض والعدوى
Sidra Medical and Research Center
Member of Qatar Foundation



ATM | TEXAS A&M
UNIVERSITY at QATAR



UCL
UCL QATAR
كلية لندن الجامعية قطر



vcuqatar

