

التعامل مع القلق والاكتئاب نهج لنظام متكامل

تقرير منتدى القلق والاكتئاب التابع لمؤتمر "ويش" 2018

سالي سورايا

توماس كانيغ

بول فورمر



الإحالة المرجعية المقترحة لهذا التقرير: القلق والاكتئاب:

الدوحة، قطر: مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية، 2018

SBN: 978-192865-00-0

التعامل مع القلق والاكتئاب نهج لنظام متكامل

تقرير منتدى القلق والاكتئاب التابع لمؤتمر "ويش" 2018

المحتويات

| | |
|----|--|
| 03 | تمهيد |
| 06 | ملخص تنفيذي |
| 07 | القسم الأول: فهم السياق العالمي |
| 12 | القسم الثاني: قاعدة الأدلة وأفضل الممارسات |
| 35 | القسم الثالث: الخاتمة واستشراف المستقبل: التطوير والتطبيق والتحسين |
| 40 | شكر وتقدير |
| 42 | المراجع |

تمهيد

دأب المجتمع العالمي للرعاية الصحية على تركيز جهوده منذ أمد طويل على الصحة البدنية بشكل أساسي، ولم يلق بالاً للأمراض النفسية والعقلية من حيث التوعية بها، ودراسة الانطباعات العامة عنها، وتحديد الأولويات الصحية.

مئات الملايين من الناس يعانون من القلق والاكتئاب. ويفرض القلق والاكتئاب العبء الأكبر على المجتمع العالمي في مجال الصحة النفسية، وهما أكبر العوامل التي تسهم في زيادة سنوات العمر المفقودة - على نحو يجعل منهما وباءً عالميًا. ولذا فإن المحاولات الرامية للوقاية من هذه الحالات وعلاجها تستلزم تبني نهج مستديم، لكننا في الوقت الحالي غير مستعدين لمعالجة هذه القضية الصحية والاجتماعية الرئيسية على المستوى المحلي والوطني والدولي.

يهدف هذا التقرير إلى دعم صنّاع السياسات في معالجة قضية القلق والاكتئاب من خلال تسليط الضوء على الحلول الناجعة المثبتة بالأدلة للتعامل مع هذه الحالات، وتقديم خارطة طريق لتنفيذ أنسب هذه الحلول. وسوف يشمل هذا المسعى مبادرات الجيل التالي لتلبية احتياجات الصحة النفسية في القرن الحادي والعشرين التي تتراوح من ابتكار مقاربات وأماكن عمل وخطط مجتمعية تتسم بفعالية التكلفة إلى التطبيق الأوسع نطاقاً للحلول الرقمية. كما يقدم التقرير أيضًا قائمة ويش المرجعية لخطة العمل الوطنية لعلاج القلق والاكتئاب، وذلك بهدف تقييم الوضع الراهن في كل بلد من حيث سياسات التعامل مع القلق والاكتئاب.

ويقدم التقرير الأدلة المنطقية على أن ترتيب الأولويات وتبني نهج مركّز في التعامل مع القلق والاكتئاب من شأنه أن يخفف من مخاطر هاتين الحالتين المرضيتين ويسهم في تعزيز الصحة والرفاه في أي بلد من البلدان.



Paul Farmer

بول فارمر، حائز على وسام CBE
الرئيس التنفيذي لمؤسسة 'مايند'



Dr. V. K. Pillay

البروفيسور اللورد دازي
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمؤتمر 'ويش'، مؤسسة قطر
مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية، إميريال
كوليدج لندن

ملخص تنفيذي

يمثل القلق والاكتئاب أكثر اضطرابات الصحة النفسية شيوعًا على مستوى العالم، حيث كشفت التقديرات في عام 2017 إصابة 322 مليون شخص بالاكتئاب في حين يعاني 264 مليون شخص من اضطراب القلق.⁽¹⁾

ويأتي هذا نتيجة تفاعلات معقدة بين عوامل حيوية ونفسية واجتماعية تظهر غالبًا في الفترات الحرجة من عمر الإنسان كمرحلة الطفولة والمراهقة والشباب. وينجم عن ذلك آثار بعيدة المدى على مدار عمر الإنسان، وتشكل عبئًا ثقيلًا على الأسر والمجتمعات وقطاعات الرعاية الصحية والتعليم والتوظيف. وعلاوة على نسبة انتشارهما المرتفعة وطبيعتهما المزمنة وأثرهما السلبي على الحياة اليومية، يمكن أن يتسبب القلق والاكتئاب في إقدام الكثير من الأشخاص على الانتحار.⁽²⁾

ومما يزيد من تفاقم الآثار المدمرة والمعقدة للقلق والاكتئاب إلصاق وصمة عار بالمصابين بهما وممارسة التمييز ضدهم. فمن الممكن أن يؤثر هذا الأمر على نواح عدة في حياة البشر، منها على سبيل المثال طلب المساعدة في الوقت المناسب، وجودة الحياة، والقدرة على المشاركة الفاعلة والإسهام في المجتمع.^(3، 4)

ويواجه العالم جملةً من التحديات في التعامل مع هذه المشكلات. على سبيل المثال، هل تتوفر القدرة الكافية لدى أنظمة الرعاية الصحية لدعم المرضى ومساعدتهم؟ وكيف يكون للمجتمع والقطاعات الأخرى كاللعليم والتوظيف دور في الوقاية من القلق والاكتئاب؟

الشكل 1: التحديات المرتبطة بالقلق والاكتئاب

هناك ما يصل إلى 4,4% من الأشخاص يعانون من اضطراب الاكتئاب، في حين تصل نسبة المصابين باضطراب القلق إلى 3,6%.

معدل الانتشار الكبير



يعد الاكتئاب أكبر العوامل التي تسهم في زيادة سنوات العمر المفقودة بسبب العجز على مستوى العالم، في حين أن القلق يحتل المرتبة السادسة.

العبء الثقيل



يحصل شخص واحد من بين 27 على الرعاية المناسبة لحالات القلق أو الاكتئاب في بعض البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.

فجوة علاجية واسعة



تُقدر تكاليف الرعاية الصحية النفسية بنحو تريليون دولار أمريكي سنويًا على مستوى العالم.

ارتفاع التكلفة الاقتصادية



يتراوح معدل الإنفاق على الصحة النفسية من إجمالي ميزانية الصحة من 1% إلى 6% على مستوى العالم.

انخفاض التمويل والاستثمار



تبلغ نسبة العاملين في مجال الصحة النفسية 1% فقط من إجمالي القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية على مستوى العالم.

انخفاض العمالة



المصادر: منظمة الصحة العالمية (2014)⁽⁵⁾؛ منظمة الصحة العالمية (2015)⁽⁶⁾؛ تشيشولم، د، وآخرون (2016)⁽⁷⁾ ثورنكرافت، جي وآخرون (2017)⁽⁸⁾؛ منظمة الصحة العالمية (2017)⁽⁹⁾ أونسو، جي وآخرون (2018)⁽¹⁰⁾.

شهد العالم تقدماً متنامياً في فهم طبيعة القلق والاكتئاب والنظر إلى الصحة النفسية كأولوية ضمن أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة لعام 2015.⁽¹¹⁾ وُذلت جهود جبارة وتعاليت الدعوات للعمل⁽¹²⁻¹⁵⁾ على صعيد المنظمات المحلية والوطنية والدولية، تأكيداً على ضرورة التصدي لمسألة الوقاية والعلاج. وفضلاً عن ذلك، فإن الاستثمار في الأنظمة الصحية وسد الفجوة العلاجية سوف يؤدي إلى تحسين الصحة على المدى البعيد، علاوة على تحسين النتائج الاقتصادية والاجتماعية. ومن المتوقع لهذا الاستثمار أن يحقق عائدات بنحو 2,3 إلى 3 لكل 1 بحلول عام 2030⁽¹⁶⁾، ما يعني تحقيق ربح بواقع 2,30 إلى 3 دولارات عن كل دولار واحد يتم استثماره في الوقاية والعلاج، وذلك استناداً إلى تكاليف الرعاية الصحية المخفّضة طويلة الأجل بالإضافة إلى الإنتاجية الاقتصادية لأفراد ينعمون بصحة أفضل ويسهمون بفاعلية في مجتمعاتهم.

ويعرض هذا التقرير للبرامج والمبادرات والسياسات التي تشهد تطوراً على مستوى العالم وترمي للوقاية من القلق والاكتئاب من خلال:

- استخدام نموذج منظمة الصحة العالمية لتلبية احتياجات الناس طوال فترة الحياة.
- إطلاق حملات وبرامج محلية وعالمية للتصدي لوصمة اختلال العقل وممارسات التمييز.
- تنفيذ برامج توعية بالصحة النفسية في أماكن العمل.

كما يستعرض التقرير الحجج المنطقية الداعمة لتبني نهج شامل للنظام بأكمله يسعى للارتقاء بسبل إتاحة خدمات الرعاية الصحية وفرص الحصول عليها وجودتها في نطاق من السياقات الثقافية المتنوعة في البلدان منخفضة ومتوسطة ومرتفعة الدخل. ويقدم نظرة عامة على قاعدة الأدلة، وأفضل الممارسات، والابتكارات مع التركيز بشكل خاص على دمج الرعاية الصحية النفسية عبر:

- الرعاية المتدرجة
- الرعاية التعاونية
- تقاسم المهام

ويجري عرض هذه النماذج من خلال دراسات حالات من شتى أنحاء العالم تبرز الدور الأساسي للعمالة المتخصصة وغير المتخصصة في تنسيق الرعاية الصحية وتقديمها في بيئات الرعاية الأولية والمجتمعية. كما تبين طرق العلاج والرعاية المطلوبة لمرضى القلق والاكتئاب ممن يعانون أمراضاً عضوية طويلة الأمد، وكذا في مجال صحة الأمهات، وفي أوساط العمل الإنساني.

ويلقي التقرير الضوء على الدور المستقبلي المحتمل للتكنولوجيا الرقمية الناشئة بوصفها محفزاً لإحداث التغيير في منظومة الرعاية الصحية النفسية. فبإمكان هذه التكنولوجيا ابتكار الأدوات اللازمة لزيادة فرص الوصول إلى الخدمات، وتعزيز القدرة العمالية وانتشارها، ودعم أنظمة المعلومات الخاصة بالصحة النفسية، والأهم من ذلك تمكين الناس للأخذ بزمام الأمور فيما يتعلق باحتياجاتهم من الرعاية الصحية النفسية.

ويختتم التقرير باقتراح إطار عمل يدعو صناع السياسات وجهات التمويل للاعتراف بالقلق والاكتئاب كأحدى أولويات الصحة العامة وإدراجها ضمن برامج التغطية الصحية الشاملة.

وبعبارة موجزة، فإن إطار العمل يدعو الدول إلى النظر في اتباع نهج بسيط يتألف من خطوات ثلاث:

1. تحليل الموقف - لتحديد مدى الجاهزية والقدرة على التصدي للقلق والاكتئاب على الصعيد الوطني (على سبيل المثال من خلال تطبيق قائمة ويش المرجعية لخطة العمل الوطنية لعلاج القلق والاكتئاب).

2. تحديد الأولويات - أي موازنة الأهداف الوطنية فيما يخص معالجة القلق والاكتئاب مع برامج التغطية الصحية الشاملة، واستهداف الشرائح السكانية الأكثر عرضة للإصابة كالشباب وكبار السن.

3. التطبيق - أي استخدام تدخلات معتمدة مثبتة بالأدلة وتتسم بالفعالية من حيث التكلفة، وبناء شبكة تعاونية مع مجموعات المرضى وفرق الرعاية الصحية والمؤسسات المعنية والمجتمعات المحلية، والتفكير في سبل تعظيم الاستفادة من التكنولوجيا والحلول الرقمية.

القسم الأول: فهم السياق العالمي

تعريف القلق والاكتئاب

القلق: حالة تتسم بالشعور بالتوتر والخوف لدرجة يصعب السيطرة عليها وتؤثر في أنشطة الحياة اليومية. وهناك أنواع مختلفة من القلق، تتراوح من القلق العام والاجتماعي إلى حالات الرهاب.

الاكتئاب: حالة مزاجية سيئة أو حزن يدوم لفترة طويلة وقد يؤدي إلى فقدان النشاط أو الاهتمام.

رد الفعل الأكثر شيوعًا هو "كيف تكتئبين؟ لديك كل ما تريدين. ويُفترض أنك البطلة الأولى، ولديك منزل فخم وسيارة فاخرة وأفلام ناجحة... ما الذي تريدينه غير ذلك؟" لا يتعلق الأمر بما تملكه أو لا تملكه. دائمًا ما يتحدث الناس عن اللياقة البدنية، ولكن الصحة النفسية لا تقل أهمية عن ذلك. أرى الناس يعانون، وتشعر عائلاتهم بنوع من الخجل حيال ذلك، وهو أمر لا يساعدهم على الإطلاق. فالمهم بحاجة للدعم والتفهم.

نجمة بوليوود الهندية ديبিকা بادوكون¹⁷

يمكن التعرف على حالات القلق والاكتئاب وتشخيصها سريريًا باستخدام الدلائل والأدوات المتعارف عليها دوليًا في تصنيف الأمراض وتشخيصها؛ إذ يستخدم كل من التصنيف الدولي للأمراض والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في شتى أنحاء العالم. ويقدم **الجدول (1)** لمحة عامة عن أعراض القلق والاكتئاب التي تختلف بدرجة كبيرة من شخص لآخر باختلاف النوع والثقافة والخبرة الحياتية.

وثمة آثار سلبية طويلة المدى ترتبط بالقلق والاكتئاب من شأنها التأثير على مختلف نواحي الحياة لدى الشخص بداية من التعليم وصولاً إلى العمل، وتأسيس العلاقات، والتعرض للتمييز ووصمة اختلال العقل. وعلاوة على ذلك، تزداد مخاطر الوفاة المرتبطة بهذا النوع من المشاكل الصحية النفسية؛ فالإكتئاب وحده يمكن أن يسبب تراجعًا في معدل العمر المتوقع بقدر ما يسببه التدخين⁽¹⁸⁾، كما يرتبط

عدد كبير من حالات الانتحار بالقلق والاكتئاب.^(19,20)

الجدول 1: نظرة عامة على القلق والاكتئاب

| من الصفات الدالة على الاكتئاب ما يلي: | من الصفات الدالة على القلق ما يلي: |
|---|---|
| استمرار واحد على الأقل من هذه الأعراض لأغلب الوقت لمدة أسبوعين أو أكثر: | الأعراض المرتبطة الأخرى: |
| <ul style="list-style-type: none">• حزن مستمر أو حالة مزاجية سيئة أو كلاهما معًا• فقدان الاهتمام أو السعادة• الإرهاق وانخفاض النشاط | <ul style="list-style-type: none">• اضطراب النوم• ضعف التركيز أو الحيرة والتردد• انخفاض الثقة بالنفس• فقدان الشهية أو ازديادها• التفكير في الانتحار أو الإقدام عليه• الاحتياج أو تباطؤ الحركة• الشعور بالذنب أو لوم النفس |

يشير القلق إلى مجموعة من المشكلات تتصف بالشعور بالتوتر والخوف أغلب الوقت لمدة تتراوح من أربعة إلى ستة أشهر. ويشمل القلق الاضطرابات التالية:

- اضطراب القلق العام
- اضطراب الهلع
- حالات الرهاب
- اضطراب القلق الاجتماعي
- اضطراب الوسواس القهري
- الاضطرابات النفسية اللاحقة للصدمة

عوامل الخطر والأسباب

لا شك أن ثمة جوانب عديدة في حياة الإنسان والبيئة المحيطة به يمكن أن تسهم في تعرضه للإصابة بالقلق أو الاكتئاب. وكثيرًا ما تعود جذور هاتين المشكلتين إلى عوامل تتعلق بالنمو فضلًا عن العوامل الاجتماعية والبيئية التي من شأنها التأثير على الشخص طوال حياته (انظر الشكل 2). وثمة ارتباط وثيق بشكل خاص بين هاتين المشكلتين وإهمال الطفل وسوء معاملته.⁽²¹⁾ وتظهر غالبية اضطرابات القلق في فترة الطفولة، بينما تظهر الاضطرابات المزاجية لاحقًا في مرحلة المراهقة. ويعاني ما يقرب من نصف المصابين بالقلق والاكتئاب من أعراضهما قبل بلوغ سن الثلاثين،⁽²²⁾ وهذه فترة انتقالية حرجة في حياة الناس حيث يشعرون في تحديد المسار المهني وتكوين الأسر.⁽²³⁾ كما يمثل النوع الاجتماعي أحد عوامل الخطورة، إذ يشكل عدد النساء اللاتي يعانين من القلق والاكتئاب على مستوى العالم ضعف عدد الرجال تقريبًا.⁽²⁵⁾

العبء العالمي

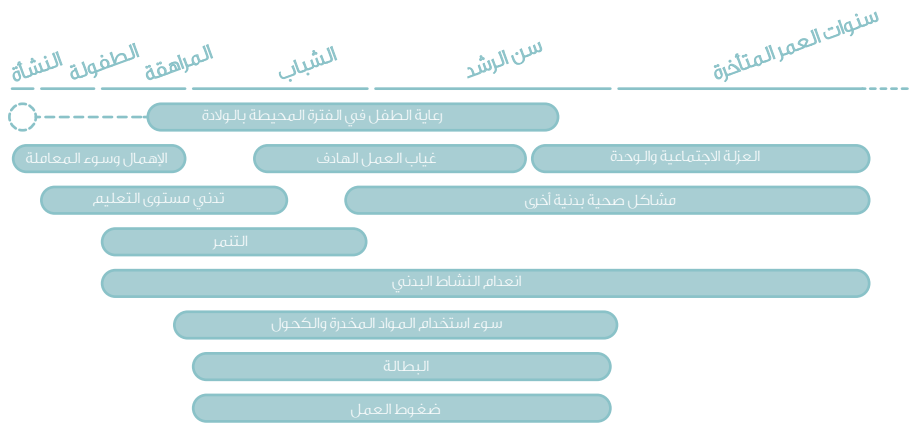
يعد القلق والاكتئاب أكثر مشاكل الصحة النفسية شيوعًا، علاوة على أنهما من أبرز المشكلات الصحية على الصعيد العالمي. وفي عام 2017 بلغ عدد المصابين بالاكتئاب 322 مليون شخص، في حين بلغ عدد المصابين بالقلق 264 مليون (انظر الشكل 3). ونتيجة لنسبة انتشارهما المرتفعة وطبيعتهما المزمنة وأثرهما السلبي على الحياة اليومية، يعد الاكتئاب أبرز العوامل التي تسهم في زيادة سنوات العمر المفقودة بسبب العجز، كما أن القلق هو سادس أبرز العوامل المسببة للوفاة على مستوى العالم.⁽²⁶⁾ علاوة على ذلك، تبلغ التكلفة السنوية المقدرة التي يتكبدها الاقتصاد العالمي ما يقرب من تريليون دولار أمريكي موزعة بين تكاليف الرعاية أو خسائر إنتاجية العمل أو كليهما معًا.⁽²⁷⁾

الشكل 2: عوامل الخطورة عبر مراحل الحياة

عوامل الخطورة العامة عبر مراحل الحياة



عوامل الخطورة المرتبطة بالقلق أو الاكتئاب أو كليهما في مراحل الحياة المختلفة*



* هذه القائمة ليست شاملة لجميع عوامل الخطر ولكنها تقدم أمثلة رئيسية طوال دورة الحياة.

التحديات الحالية

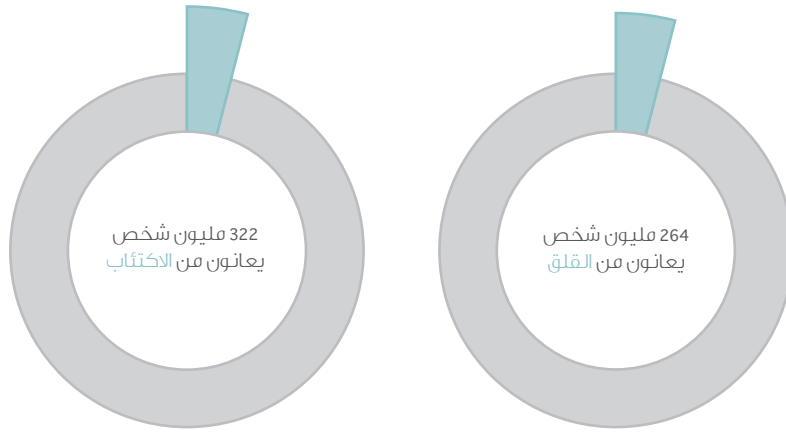
هناك نقص مزمن في التمويل اللازم لخدمات الصحة النفسية؛ فقد كشفت تقارير منظمة الصحة العالمية أن متوسط الإنفاق على مشكلات الصحة النفسية يتراوح ما بين 1 إلى 6 في المائة من ميزانيات الصحة على مستوى العالم،⁽²⁸⁾ وتنعكس هذه الفجوة التمويلية في انخفاض الطاقة العمالية على مستوى إجمالي العاملين في مجال الصحة؛ إذ تبلغ نسبة العاملين في الصحة النفسية واحد في المائة فقط من إجمالي القوة العاملة على مستوى العالم.⁽²⁹⁾

وقد أدت الفجوة الموجودة في التمويل والعمالة إلى فجوة علاجية أكبر في الأنظمة الصحية. فإذا كانت بعض الدول مرتفعة الدخل تقدم علاجًا مناسبًا لشخص واحد من كل خمسة من المصابين بالقلق والاكتئاب، فإن هذا المعدل ينخفض ليصل إلى شخص واحد من كل سبعة وعشرين في بعض الدول منخفضة ومتوسطة الدخل (انظر الشكل 3).^(30,31)

ومع ذلك، ففي ظل نقص الاستثمار طويل الأجل، من المستبعد بشكل كبير أن يكون لدى أي منظومة للرعاية الصحية القدرة اللازمة لسد الفجوة العلاجية، خاصة في الدول أو القطاعات السكانية التي يزداد فيها معدل انتشار الإصابة بالقلق والاكتئاب. وتشير التقديرات في الدول مرتفعة الدخل إلى ترك العديد من الأشخاص بلا علاج حتى في ظل ارتفاع مستوى الرعاية والتغطية الصحية.⁽³²⁾ ومن ثم لا مفر من تفعيل مبادرات الوقاية وتعزيز ممارسات الحفاظ على السلامة النفسية من

خلال الرعاية الذاتية والتدخلات النفسية الاجتماعية على مستوى العالم لدعم أنظمة الرعاية الصحية والتخفيف من العبء الكلي الناجم عن مشكلات الصحة النفسية الشائعة. كما أن الاستثمار في الخدمات التي تعالج مشكلات القلق والاكتئاب في وقت مبكر من شأنه تحسين النتائج الصحية والاقتصادية والاجتماعية على المدى البعيد، علاوة على توفير الأموال.

الشكل 3: القلق والاكتئاب - حقائق وأرقام وفق إحصاءات 2017، كان هناك...

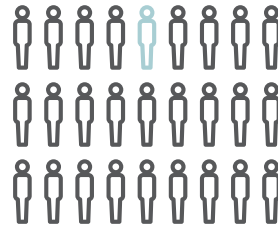


ومع ذلك توجد فجوة فجوة علاجية ...

ويرتفع هذا المعدل إلى 1 من كل 5 في بعض البلدان مرتفعة الدخل



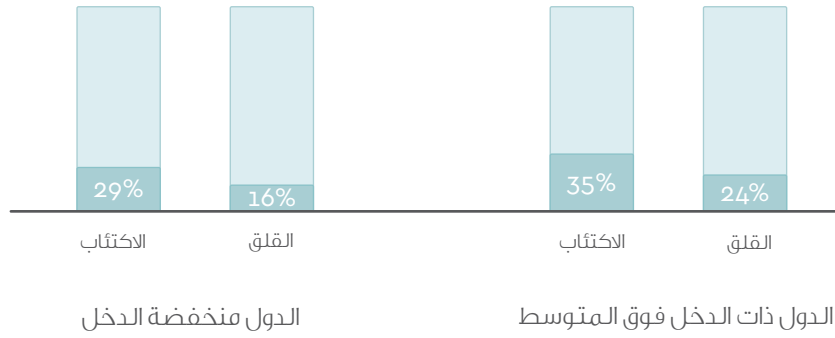
فقط 1 من كل 27 يحصل على المساعدة المناسبة في بعض البلدان



ولتوسيع نطاق العلاج، سوف يكلف ذلك 184 مليار دولار أمريكي على مستوى العالم لعلاج القلق والاكتئاب بحلول عام 2030 بنسبة عائدات تصل إلى ...

1 : 5.7

تقليل الفجوة العلاجية بنسبة إضافية...



المصادر: تشيشولم، د. وآخرون (2016) ³³، ثورنكرفت، جي وآخرون (2017) ³⁴؛ منظمة الصحة العالمية (2017) ³⁵؛ ألونسو، جي وآخرون (2018) ³⁶.

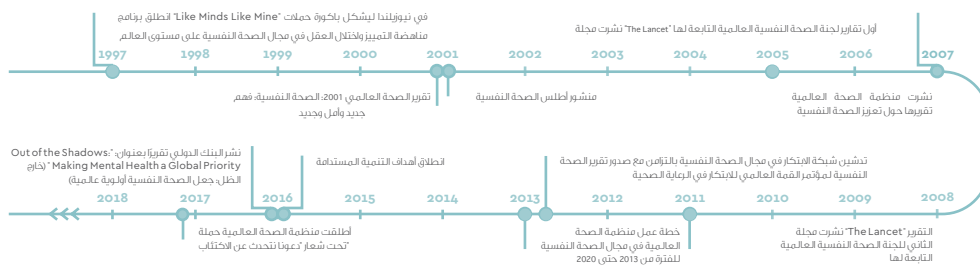
ويعد السعي لسد الفجوة العلاجية والعمل على تلبية الاحتياجات والطلبات في كل منظومة من منظومات الرعاية الصحية خطوة ضرورية من خطوات الاستجابة لحقوق الإنسان وحل المشكلات الاقتصادية. ³⁷ ويُقدر حجم الاستثمار في الأعمال التي من شأنها المساعدة في سد الفجوة العلاجية في الرعاية الصحية بنحو 184 مليار دولار أمريكي بحلول عام 2030. ومن المتوقع أن يحقق هذا الاستثمار عائداً اقتصادياً بنحو 2.3 إلى 3 لكل دولار (أي تحقيق ربح على المدى البعيد بواقع 2.3 إلى 3 دولارات لكل دولار يتم استثماره في الوقاية والعلاج) أو ما يصل إلى 5,7 لكل دولار إذا ما أخذنا في الاعتبار المكاسب الاجتماعية الأخرى الأوسع نطاقاً خلال الفترة من 2016 إلى 2030 (انظر الشكل 3).³⁸

التقدم المحرز حتى الآن ودعوة للعمل

ظلت مشكلات القلق والاكتئاب من حيث اتساع نطاقها والعبء المترتب عليها بعيدة عن الأنظار لأجيال عدة، إلى أن شهدت السنوات الأخيرة جهوداً كبيرة على صعيد المنظمات المحلية والوطنية والدولية لرفع الوعي وزيادة التمويل وتوفير المزيد من الخدمات. وقد واكب ذلك نشر العديد من التقارير والدعوات إلى العمل لاتخاذ إجراءات مناسبة بشأن مشكلات الصحة النفسية⁽³⁹⁻⁴²⁾ (انظر الشكل 4).

وبات تعزيز السلامة النفسية أولوية تنموية في الوقت الحالي بموجب أهداف التنمية المستدامة.⁽⁴³⁾ كما أصبحت الحاجة إلى تناول قضية الصحة النفسية في سياق الأمراض غير السارية والحالات الصحية طويلة الأمد محل اهتمام متزايد ووعي كبير.⁽⁴⁴⁾ وقد شرعت بلدان عدة حول العالم في وضع استراتيجيات لتحسين الخدمات والنتائج عبر القطاعات السكانية المختلفة بتبنيها الاستراتيجية البريطانية "لا صحة بدون الصحة النفسية".^(45, 46)

الشكل 4: الإطار الزمني لنشر التقارير والدعوات للعمل الرئيسية حول الصحة النفسية



تشير الأدلة بوضوح الآن إلى إمكانية علاج القلق والاكتئاب والوقاية منهما. ورغم اختلاف الثقافات وأنظمة الرعاية الصحية، فإن التدخلات العلاجية الناجعة يمكن نقلها وقبولها وتكييفها لتناسب بيئات وظروف مختلفة.

هناك أيضًا مجموعة متنوعة من نماذج الرعاية المتكاملة والحلول المحتملة، في الاستخدام المبتكر للموارد البشرية والتكنولوجيا الرقمية الناشئة. عليه، فإن السؤال المطروح الآن هو ليس ما يجب تقديمه من رعاية وحلول، بل كيف يمكن تقديم تلك الرعاية والحلول بأكثر الطرق استدامة لضمان حصول الأشخاص على المساعدة التي يحتاجونها، في الوقت المناسب وبالطريقة الصحيحة.

القسم الثاني: قاعدة الأدلة وأفضل الممارسات

الوقاية والدعم على مستوى السكان

هناك تقدم ملحوظ على المستوى العالمي حيث تتجه الدول إلى استخدام إطار العمل الخاص بأهداف التنمية المستدامة لوضع استراتيجيات من شأنها الوقاية من القلق والاكتئاب وحسن إدارة حالات الإصابة بهما في مجتمعاتها المحلية (انظر الشكل 5).⁽⁴⁷⁾

الشكل 5: الإجراءات التي تتخذها دول الاتحاد الأوروبي للوقاية من الاكتئاب وتعزيز القدرة على التكيف

| | |
|---|---|
|  | بلغاريا أدرجت أسئلة عن الاكتئاب والانتحار في استطلاعات الآراء الوطنية. |
|  | المجر خصصت سياسة وطنية للوقاية من الاكتئاب. |
|  | البرتغال أدرجت الوقاية من الاكتئاب في الخطط الوطنية للصحة النفسية. |
|  | السويد خصصت موارد لتعزيز الصحة النفسية والرفاه مع بذل جهود تستهدف المهاجرين. |
|  | الدنمارك أطلقت مبادرات وقائية تمحورت حول قضايا من قبيل الأطفال المهمشين والمستضعفين، والشباب والانتحار. |
|  | بلجيكا استثمرت في مبادرات رفع الوعي بالاكتئاب في أماكن العمل. |

المصدر: بوسلطة عمل الاتحاد الأوروبي في مجال الصحة النفسية والرفاه (2016)⁽⁴⁸⁾

يركز هذا القسم من التقرير على أجندة الوقاية والدعم في سياق ثلاثة مجالات رئيسية: وصمة اختلال العقل والتمييز، والمرحلة العمرية، ومكان العمل.

التعامل مع الوصمة والتمييز

إن مما يزيد من تفاقم الآثار المدمرة والمعقدة للقلق والاكتئاب إلصاق وصمة اختلال العقل بالمصابين بهما وممارسة التمييز ضدهم، فمن الممكن أن تؤثر تلك الوصمة سلبيًا على نواح عدة في حياة البشر، وتمنعهم من طلب المساعدة في الوقت المناسب.⁽⁴⁹⁾ كما أن التعرض للتمييز أمر شائع بين المصابين بالاكتئاب، ما يؤثر على جودة حياتهم وقدرتهم على المشاركة الفاعلة في المجتمع،⁽⁵⁰⁾ ويمس بحق من حقوقهم المتمثل في الحياة بلا تمييز والعيش في ظل ظروف مواتية على صعيد الحياة والعمل.

وقد حدد التحالف العالمي لمكافحة الوصم الأساليب والمبادئ الأساسية للتعامل مع الوصم والمواقف التمييزية (الجدول 2). ويرى التحالف أنه يلزم لإحداث تغيير في هذا الصدد تبني مجموعة من الاستراتيجيات المركزة على صعيد القواعد الشعبية مقترنة مع حملات التوعية والتسويق الاجتماعي. ولا بد أيضًا من دمج هذه الاستراتيجيات في الأنشطة المعتادة وتنفيذها بشكل مستمر. وهذا النهج من شأنه أن يثبت فعاليته وكفاءته واستدامته. (51-53)

الجدول 2: الأساليب والمبادئ الأساسية للتحالف العالمي لمكافحة الوصم

| المبادئ الأساسية |
|--|
| التجربة القيادية المعاشة والتمكين |
| الأمل والشفاء والكرامة |
| مناهج التوصيل القائمة على الدلائل الفعالة |
| التركيز المزوج على قاعدة أوسع من الجمهور والأشخاص من ذوي التجارب المعاشة |
| المساواة وحقوق الإنسان |
| الالتزام طويل الامد |
| الأساليب |
| القيادة القائمة على التجربة المعاشة |
| التواصل الاجتماعي |
| الترويج الاجتماعي |
| الاستجابة الثقافية وأهميتها |
| "الحراك الاجتماعي" |
| أهداف التقييم والنتائج |
| التركيز على المستويات الفردية والجماعية والمستويات الوطنية / المؤسسية |

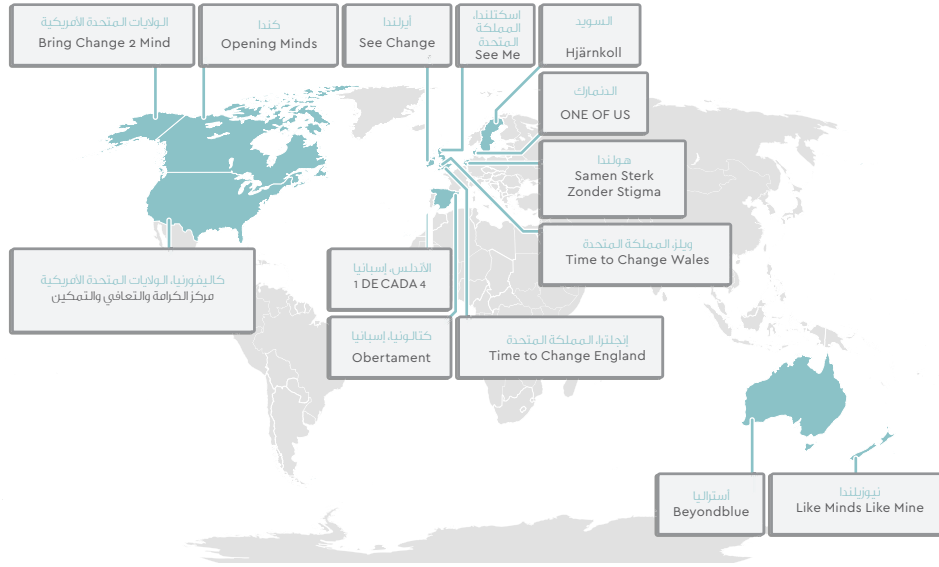
المصدر: التحالف العالمي لمكافحة الوصم (GASA) (2017) 54

وتعد القيادة والدعم من جانب الحكومة أمرًا لازمًا لمواجهة وصمة اختلال العقل وممارسات التمييز، ويساويهما في الأهمية إعطاء الناس الفرصة للتعبير عن آرائهم، ويتأتى ذلك باتباع نهج مزدوج يتألف من:

- برامج (من القمة للقاعدة) تركز على الاتجاهات والسياسات الوطنية.
 - مبادرات ذات نهج تصاعدي (من القاعدة للقمة) يدعمها مناصرون ويقودها المصابون بالقلق والاكئاب، وعائلاتهم وأصدقائهم، وجماعات المجتمع المحلي، ومقدمو الرعاية الصحية والمدارس ومقار العمل.⁽⁵⁵⁾
- إن تكامل المقاربات القائمة على الاتصال مع الأشخاص المصابين بالاكئاب والقلق يتحدى الصور النمطية ويستبدلها، فتحل محلها التجارب والخبرات الشخصية. كما أن البرامج التعليمية تزيد الوعي والمعرفة، ومن المرجح أن تشجع الطلب على خدمات الصحة النفسية إذ تتيح للناس طلب المساعدة والعلاج. وهذه هي التجربة التي مر بها برنامج VISHRAM في الهند.⁽⁵⁶⁾

وقد أثبتت العديد من البرامج والحملات الشاملة والناجحة في مكافحة الوصم قدرتها على تحسين السلوكيات وكذلك تحسين المواقف والتصرفات وإن كان ذلك بدرجة أقل. ومن بين هذه البرامج: برنامج "Beyondblue" في أستراليا، وكذلك "Time to Change" في المملكة المتحدة، وبرنامج "Opening Minds" في كندا، علاوة على "Like Minds Like Mine" في نيوزيلندا (انظر الشكل 6).

الشكل 6: حملات مكافحة الوصم حول العالم



المصدر: التحالف العالمي لمكافحة الوصم، (2017)⁵⁷

ثمة حاجة لبذل المزيد من الجهد على الصعيد العالمي عبر سن تشريعات تضمن: حصول الناس على الحقوق بشكل عادل، وتعزيز الاندماج الاجتماعي، وتحسين جودة الحياة للأشخاص الذين يعانون من مشكلات الصحة النفسية.^(58,59)

اليافعون

يُقدر معدل الانتشار العالمي لمشكلات الصحة النفسية الشائعة بين المنتمين للفئة العمرية من 5 إلى 17 عامًا بنسبة 6,2% لحالات الاكتئاب بينما تبلغ النسبة 3,2% لحالات القلق.⁽⁶⁰⁾ وهناك فجوة هائلة، لا تقتصر على مدى توافر خدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، بل تمتد إلى درجة قبول العديد من التدخلات الحالية فضلاً عن توافر البيانات.^(62,61) ويمثل القصور في تقديم الخدمات لهذه الفئة أو انعدامها فرصة ضائعة وهدفًا رئيسيًا بالنسبة للعديد من دول العالم.⁽⁶³⁾

وتعد المدارس وغيرها من الأماكن التي يقصدها اليافعون مراكز مثالية لتطبيق البرامج المختلفة، بداية من تعزيز المعرفة الأساسية، ووصولاً إلى تأسيس مراكز علاجية للأمراض النفسية الشائعة والأقل حدة.⁽⁶⁴⁻⁶⁶⁾

وفيما يتعلق بدور المدرسة في الرعاية الصحية النفسية، فسوف يعتمد على عوامل سياقية منها على سبيل المثال توافر الخبرة اللازمة في مجال الصحة النفسية، والثقافة والموارد المالية، وإذا كان من

الشائع أن برامج الوقاية هذه تعتمد أساليب العلاج بالجلسات الحوارية منخفضة الكثافة^(68,67)، فإن النهج الشامل للمدرسة بأكملها الذي دعا إليه تقرير سابق لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية⁽⁶⁹⁾ يلقى رواجًا على مستوى العالم. ومن بين الأمثلة على ذلك برنامج "Mentally Healthy Schools" (مدارس تتسم بالصحة النفسية) في إنجلترا الذي يوفر المواد والنصائح اللازمة لمساعدة المعلمين في فهم أبعاد الصحة النفسية وتعزيز الرفاه والسلامة النفسية في المدارس علاوة على تطوير القدرات الوجدانية والاجتماعية لدى الشباب.⁽⁷⁰⁾

أما في المناطق التي تقل فيها الموارد، يؤدي العاملون في مجال الصحة من غير المختصين دورًا رئيسيًا في تطبيق البرامج. على سبيل المثال في الهند يعتمد برنامج "تعزيز الصحة المدرسية والتمكين" (SHAPE) على "مبادرة المدارس المعززة للصحة"، ويبيّن أثر إتاحة الخدمات الاستشارية والنتائج الأخرى المرتبطة بالصحة العامة على المدرسة ككل.⁽⁷¹⁾ كما أظهرت تجربة موجهة باستخدام عينة عشوائية أجريت على برنامج مماثل شماليّ الهند تحسّنًا في أعراض الاكتئاب علاوة على مزايا أخرى حازتها المدرسة.^(72,73)

وفي مالوي وتنزانيا نجح برنامج الدليل الأفريقي للتوعية بالصحة النفسية في ربط كافة الأطراف المعنية في المجتمع مثل المحطات الإذاعية والمدارس والعيادات، وذلك لزيادة فرص الوصول إلى الرعاية الصحية والوعي بمشاكل الصحة النفسية والحد من ظاهرة الوصم. وقد أظهر البرنامج زيادة في الوعي وفي سلوكيات طلب المساعدة بين فئات الشباب.⁽⁷⁴⁾ وساعد التعاون مع المحطات الإذاعية في الوصول إلى أعداد أكبر من الناس وتشجيع المراهقين على طلب المساعدة.⁽⁷⁵⁾ كما أن العمل مع هذه الخدمات أتاح فرصة التدريب والدعم لفرق الصحة المجتمعية، ما زاد من ثقتهم وقدرتهم في التعرف على المراهقين المصابين بالاكتئاب وتقديم المساعدة المناسبة لهم.⁽⁷⁶⁾

وكثيرًا ما تستلزم برامج الوقاية واسعة النطاق اتخاذ إجراءات في إطار السياسات الحكومية. ففي أستراليا أنشئت المؤسسة الوطنية للصحة النفسية للشباب ومراكز "headspace" لتوفير نقطة وصول تتيح لأفراد المجتمع الحصول على خدمات الصحة النفسية.⁽⁷⁷⁾ وقد حققت هذه المراكز انخفاضًا في معدلات الشعور بالضيق لدى مرثادها، واستفاد ما يقرب من ثلث عملائها من الخدمة الرقمية "ehespace" التي تقدمها هذه المراكز خاصة أثناء فترات الانتظار للحصول على الخدمات الصحية.⁽⁷⁸⁾

كبار السن

تقترب ظاهرة شيخوخة بعض المجتمعات بوتيرة سريعة مع بروز مخاوف بشأن زيادة معدلات القلق والاكتئاب بين كبار السن⁽⁷⁹⁻⁸¹⁾. ومن بين عوامل الخطورة التي تمثل تحديًا لهذه الفئة العمرية: العيش في دور الرعاية⁽⁸²⁾ حيث تبلغ نسبة النزلاء الذين يحتمل إصابتهم بالاكتئاب نحو ٤٠ في المائة⁽⁸³⁾، وظهور حالات مرضية متعددة مثل الخرف الذي تصاحبه أعراض اكتئاب تظهر على 20 إلى 25 في المائة من المصابين به⁽⁸⁴⁾ أما الأشخاص الذين يعانون من مرضين أو أكثر من الأمراض المزمنة، مثل السكري أو

قصور القلب، فتزداد لديهم خطورة الإصابة بالاكتئاب بمعدل سبعة أضعاف.^(86، 85) ولوقاية من القلق والاكتئاب لدى كبار السن، وكذلك الحد من المعاناة وتحسين النتائج الصحية وتقليل تكاليف الرعاية، فمن الضروري توفير الدعم المناسب.⁽⁸⁷⁻⁸⁹⁾

من الممكن أن تثبت التدخلات الوقائية فعاليتها خاصة لدى الأشخاص الذين يعانون من أعراض اكتئاب منخفضة المستوى.⁽⁹⁰⁾ ويمكنها أن تسهم في تحسين مستويات السلامة النفسية، وتقليل العزلة الاجتماعية والوحدة، علاوة على الحد من خطورة الإصابة بالاكتئاب.^(91، 92) وتشمل التدخلات الفعالة:

- زيادة المشاركة الاجتماعية
- زيادة مستويات النشاط البدني
- مواصلة التعلم والعمل التطوعي⁽⁹³⁻⁹⁵⁾
- التدريب على استخدام الإنترنت لزيادة الدعم الاجتماعي^(96، 97)
- تحسين الظروف المعيشية - تزويد المنازل بتجهيزات أفضل للعزل والتدفئة المركزية للإسهام في الوقاية من القلق والاكتئاب.⁽⁹⁸⁾
- إطلاق برامج مبتكرة عبر الأجيال المختلفة لربط الشباب وكبار السن مما يحقق نتائج صحية واجتماعية إيجابية، علاوة على تنمية حس تقدير الذات الذي يعزز الشعور بالسعادة والصدقة.⁽⁹⁹⁾

وفي الهند تم ابتكار نموذج "DIL" (وهو اختصار لعبارة "depression in later life" أي "الاكتئاب في مراحل العمر المتأخرة" وفي الوقت نفسه هذه الكلمة تعني "قلب" بالهندية). ويتضمن النموذج عاملين في مجال الصحة من غير المتخصصين يقدمون علاجًا قائمًا على حل المشكلات وتدخلات سلوكية للتعامل مع حالات الأرق، إلى جانب التدريب والتثقيف على إدارة الذات. ولدى هذا النموذج القدرة على الوقاية من الاكتئاب بين كبار السن المعرضين للإصابة به في المناطق التي تقل بها الموارد بشكل كبير.^(100، 101)

أماكن العمل

تحظى الصحة النفسية في أماكن العمل باهتمام عالمي متزايد. وفي عام 2017 شكلت هذه المسألة محور تركيز اليوم العالمي للصحة النفسية، وكذلك موضوع تقرير صدر عن الاتحاد العالمي للصحة النفسية،⁽¹⁰²⁾ ويتأسس هذا الاهتمام على اعتراف البنك الدولي بالصحة النفسية ضمن أولويات التنمية العالمية، والإقرار بما لها من أثر كبير على التنمية الاقتصادية.⁽¹⁰³⁾ ومن جانبه قدّم الاتحاد الأوروبي نموذجًا يُحتذى حين عمد إلى تطبيق إجراءات منسقة على مستوى السياسات العامة لتعزيز الصحة النفسية في أماكن العمل. على سبيل المثال، اتخذ 80 في المائة من الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي إجراءات لدعم هذه الخطوة عبر عقد شراكات فعالة عبر القطاعات وتفعيل التعاون بين قطاعي الصحة والعمل.⁽¹⁰⁴⁾ وفي تقرير بريطاني صدر مؤخرًا تم إبراز الخطوات الأساسية اللازمة لازدهار بيئة العمل (انظر المربع 1).

المربع 1: الازدهار في العمل: تقييم للصحة النفسية وأرباب العمل

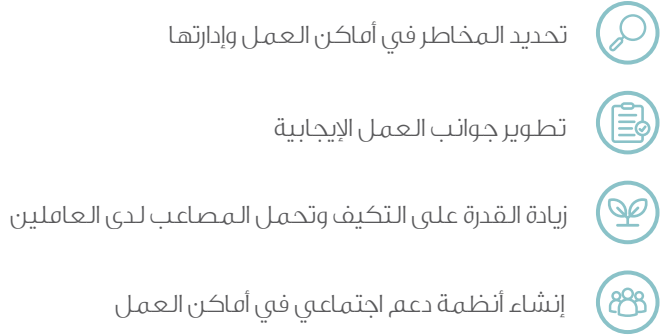
في عام 2017، أصدرت حكومة المملكة المتحدة تكيّفًا بإعداد التقرير المستقل الذي حمل عنوان "Thriving at Work" أو (الازدهار في العمل) حول كيفية إسهام الحكومات والشركات، بغض النظر عن حجمها أو طبيعة نشاطها، في دعم الصحة النفسية وتعزيز أفضل الممارسات في أماكن العمل. ويذكر التقرير ستة مبادئ ومعايير أساسية:

- وضع خطة لتعزيز الصحة النفسية في أماكن العمل وتطبيقها وتعميمها
- رفع الوعي بالصحة النفسية في أوساط العاملين
- تشجيع الحوار المفتوح حول الصحة النفسية والدعم المتاح حين يحتاج العاملون لذلك
- تهيئة ظروف العمل المناسبة للعاملين، وضمان التوازن الصحي بين الحياة الشخصية والعملية، وتوفير فرص التطوير
- تعزيز الممارسات الفعالة لإدارة العاملين من خلال المشرفين والمديرين المباشرين
- متابعة مؤشرات الصحة النفسية ورفاه العاملين بشكل منتظم وقد شدد التقرير على أهمية أن تكون الصحة النفسية ورفاه العاملين في أماكن العمل ضمن أولويات صنّاع السياسات. كما أبرز الأدوار المهمة التي يمكن أن تضطلع بها القيادة الفعالة والعمل الجماعي والشراكات جنبًا إلى جنب مع تعديل السياسات العامة لدعم الاستثمار. وقدمت شركة ديلويت الحجة المنطقية المؤيدة للاستثمار ضمن دراسة أعدتها دعمًا للتقرير، وكشفت فيها عما يلي:
- تكلفة اعتلال الصحة النفسية التي يتكبدها أرباب الأعمال في المملكة المتحدة ويمكن إثباتها تتراوح بين 33 و 42 مليار جنيه إسترليني.
- عائد الاستثمار للأعمال التجارية يتراوح بين 1,5 و 9 جنيهات إسترلينية لكل جنيه إسترليني يستثمر في دعم الصحة النفسية في أماكن العمل.

المصدر: ستيفنسون وفارمر (2017)¹⁰⁵، ديلويت المملكة المتحدة (2017)¹⁰⁶

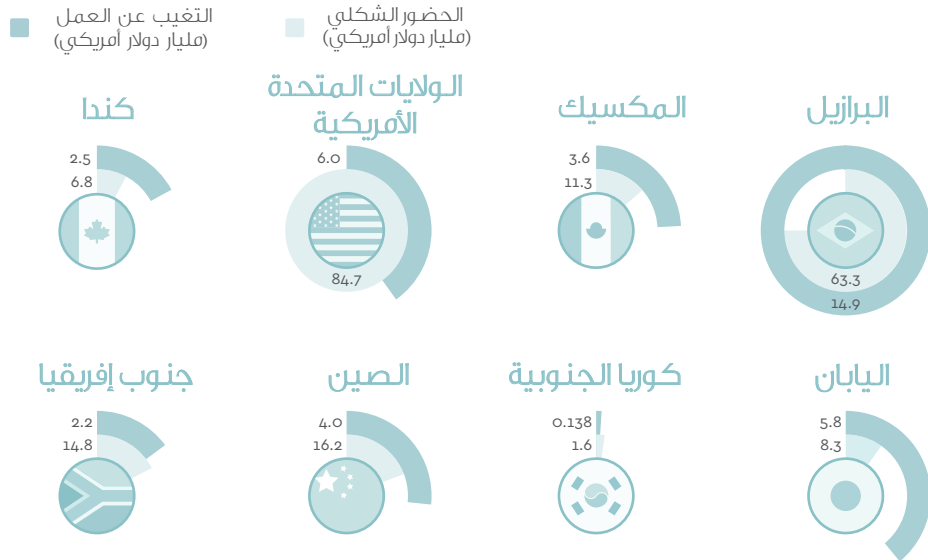
ويدعو المنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة العمل الدولية إلى تبني نهج الوقاية في التعامل مع المخاطر النفسية والاجتماعية والضغط المرتبطة بالعمل من خلال استخدام نموذج رعاية تعاوني (انظر الشكل 7).

الشكل 8: نموذج الرعاية التعاوني



المصدر: منقول بتصرف من منظمة العمل الدولية، المخاطر النفسية والاجتماعية والضغط المرتبطة بالعمل⁽¹⁰⁷⁾

ينبغي أن تأتي مساعي تعزيز الصحة النفسية في أماكن العمل ضمن إطار استراتيجية متكاملة للصحة والرفاه يمكن تنفيذها عبر إجراءات وتدابير تتخذ على مستوى المنظمات والأفراد. على سبيل المثال من خلال رفع الوعي، وإدارة الوقت والضغط، وتعديل أعباء العمل، واتباع أسلوب ساعات العمل المرنة، وتقديم العلاج السلوكي المعرفي، والاسترخاء، واليقظة، وبرامج التمارين الرياضية⁽¹⁰⁸⁻¹¹⁰⁾ لا شك أن التدخلات على مستوى المنظمات تكون لها آثار إيجابية⁽¹¹¹⁾ ويعد التحرك لمواجهة الضغوط وحالات الإجهاد المرتبطة بالعمل أحد أهم قضايا الصحة العامة لضمان وجود مجموعات سكانية تتسم بالنشاط والفاعلية من الناحية الاقتصادية (انظر الشكل 8).¹¹²



المصدر: إيفانز لكو وناب (2016)¹¹³

ومن النتائج الإيجابية لمثل هذه الإجراءات: تحسين مستويات الأداء، وتخفيض حالات التغيب عن العمل، وتقليل معدل تغيير العاملين، وتشجيع العمل الجماعي وروح الفريق، وضمان تقليل أيام الإجازات المرضية¹¹⁴، وتحسين العائدات الاقتصادية (انظر الشكل 9).



يبلغ مايكل من العمر 45 عامًا، وهو ضابط صف ومسعف مدرب في الشرطة بجنوب إفريقيا. تم تشخيص إصابته باكتئاب حاد مزمن في سن الثالثة والعشرين، ومنذ ذلك الحين وهو يخوض معركة شرسة مع هذا "الشیطان" الذي يكشف عن وجهه من حين لآخر. وحتى يحافظ على عمله ويؤدي وظيفته كضابط صف بشكل يومي، يتلقى مايكل حزمة من التدخلات العلاجية المنتظمة والمتخصصة في مجال الصحة النفسية تتضمن أدوية طبية وعلاجًا نفسيًا وعلاجًا صيانيًا بالخدمات الكهربائية.

ويحظى مايكل بترتيبات معقولة للتعامل مع حالته في العمل؛ إذ يُتاح له الوصول في أي وقت لأخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي، ويُمنح إجازات لزيارات المتابعة العلاجية. كما يمكنه التنقل بين المهام التشغيلية وغيرها، على سبيل المثال يمكنه أداء مهام مكتبية بدلاً من العمل الميداني حين يشعر بأعراض الاكتئاب. كما أن مديره وزملاءه على دراية بحالته، ولديهم القدرة على تحديد العلامات المبكرة لحدوث انتكاسة، وتقديم الدعم له حين تظهر أعراض الاكتئاب.

ومن خلال الوعي بطبيعة الاكتئاب ومعرفته بشكل جيد، يستوعب مايكل حالته مما يساعده في التعامل مع الأعراض بشكل أكثر فعالية. كما يعي أن الاكتئاب ليس ضعفًا ولكنه حالة مرضية فعلية، ويدرك كذلك أن دعم الأقران والتحدث عن الاكتئاب يساعده في الخروج من تلك "اللحظات الحالكة". وعلى الرغم من إصابة مايكل بالاكتئاب وصراعه مع نوباته المتكررة، فإن هذا لم يمنعه من أن يكون ضابطًا له تقديره في وحدته مشهورًا له بالأداء المتميز. وقد استطاع مايكل في محل عمله أن يغير من التصورات السلبية عن الاكتئاب في بيئة العمل من خلال التحدث عن تجاربه الشخصية.

الشكل 9: تكلفة الاكتئاب في أماكن العمل على مستوى العالم
في المملكة المتحدة، بلغت تكلفة برنامج شامل متعدد المكونات لتعزيز الصحة النفسية...



£82.10

للشخص الواحد في السنة

وحقق عائداً على الاستثمار بلغ...

1 : 2.37

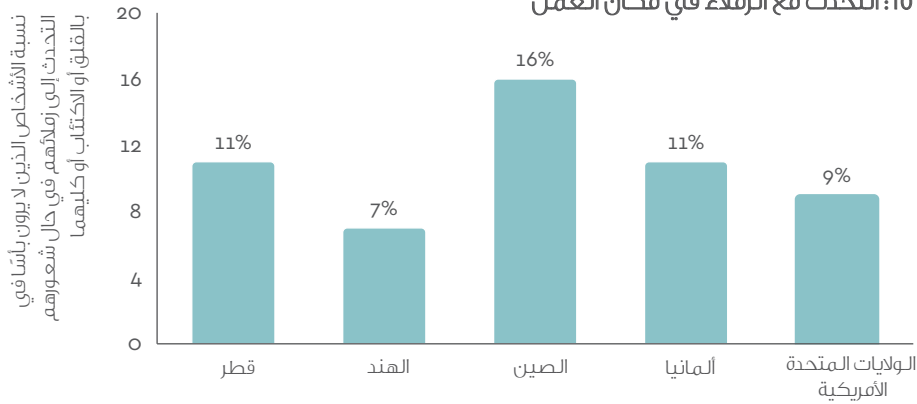
العلاج السلوكي المعرفي الموجه الذي حصل عليه أشخاص يعانون من ارتفاع معدل الإجهاد حقق

عائداً على الاستثمار بنسبة 1:2

المصدر: الصحة العامة بإنجلترا (2017)¹¹⁵

إن إجراءات تقييم المخاطر النفسية والاجتماعية والتدريب على الإسعافات الأولية في مجال الصحة النفسية من شأنهما تزويد المديرين المباشرين بالمهارات والثقة اللازمة للتعرف على حالات إصابة العاملين بمشكلة صحية نفسية وكيفية تقديم الدعم والوقت المناسب لذلك.^(116, 117) كما أن العمل على إزالة اختلال العقل المرتبطة بالصحة النفسية يمثل خطوة حيوية لمن يُحتمل تعرضهم لخطر الإصابة باعتلالات نفسية لكنهم يجزمون عن طلب المساعدة خوفاً من هذه الوصمة والأثر المحتمل الذي قد يترتب على وظيفتهم.⁽¹¹⁸⁻¹²⁰⁾ على سبيل المثال، أظهر استطلاع رأي أجرته مؤخراً شركة YouGov أن نسبة صغيرة فقط (تتراوح من 7 إلى 16 في المائة) ممن شملهم الاستطلاع سوف يقدمون على التحدث مع زملائهم، حال شعورهم بالقلق أو الاكتئاب.

الشكل 10: التحدث مع الزملاء في مكان العمل



لصالح مؤتمر ويش YouGov المصدر: استطلاع رأي أجرته شركة

نماذج الرعاية المتكاملة

تعد الوقاية من القلق والاكتئاب عنصرًا أساسيًا لتقليل العبء الواقع على الناس وعلى أنظمة الرعاية الصحية. ومع ذلك لا بد من توافر خدمات فعالة تقوم على الرعاية الأولية يحصل عليها من يحتاجها في إطار الأنظمة الصحية.

يستعرض هذا القسم من التقرير ثلاثة نماذج للمساعدة في تطوير منظومة صحة نفسية تدعم تقديم خدمات فعالة للعلاج النفسي والعلاج باستخدام العقاقير. وهذه النماذج لا يستبعد أحدها الآخر أو يتنافى معه، بل يضم كل نموذج منها عناصر من النموذجين الآخرين. ويعتمد النموذج الأنسب على المنظومة التي يعمل في إطارها.

الشكل 11: طرق علاج القلق والاكتئاب المثبتة بالأدلة



المصادر: بيرليم ، م. وآخرون. (2013) ¹²¹ المعهد الوطني للصحة والتميز في الرعاية (2014) ¹²² شيبيرس، بي. وآخرون. (2016) ¹²³ تشيبراتي، إي. وآخرون. (2018) ¹²⁴ تشانغ، إي. وآخرون. (2018) ¹²⁵

نماذج الرعاية المتدرجة

نموذج الرعاية المتدرجة هو أسلوب لتقديم الرعاية صُمم بغرض زيادة فعالية النظام الصحي وكفاءته⁽¹²⁶⁾. ويتحقق ذلك عبر تقديم الرعاية في الوقت المناسب فلا تكون سابقة لأوانها أو متأخرة. وبالمستوى المناسب فلا تكون مكثفة أكثر أو أقل مما تقتضي الحاجة. وتتمثل النتيجة المتوخاة من ذلك في أن يكون مستوى الرعاية على قدر الحاجة، ويزداد على حسب مستوى الاعتلال في الصحة. ويقدم هذا النموذج للمصابين بأعراض شديدة مجموعة خيارات علاجية أكثر شمولاً وكثافة. ويبين الشكل (12) أمثلة لاستخدام نموذج الرعاية المتدرجة ضمن خطة لتحفيز التحول في الرعاية الصحية كما هو موضح في حالات الدراسة 2 و 3.

وفي ضوء التباين الملحوظ بين العرض والطلب على خدمات الصحة النفسية، وبخاصة في البلدان محدودة الموارد المالية والبشرية، يمكن أن تقدم الرعاية المتدرجة تدخلات علاجية ناجحة تكون منخفضة التكلفة والموارد.^(127، 128) على سبيل المثال، يمكن للرعاية المتدرجة:

- تقليل العبء الواقع على الموارد الحالية
- توسيع نطاق وصول الخدمات ومدى توافرها
- تحقيق أقصى زيادة ممكنة في عدد المستخدمين

الشكل 12: نموذج الرعاية المتدرجة



المصدر: منقول بتصرف من المعهد الوطني للصحة والتميز في الرعاية (2014) (129)

تعد الرعاية الذاتية عنصرًا مهمًا في نموذج الرعاية المتدرجة، ويمكنها أن تساعد الأشخاص ممن يحجمون عن طلب المساعدة خوفًا من اختلال العقل، أو لا يقدرّون على تحمل تكاليف الخيارات العلاجية الأخرى، أو يواجهون قيودًا تتعلق بالنطاق الجغرافي أو وسائل النقل.

كما أن للتكنولوجيا الرقمية قدرة كبيرة على تحسين فعالية نموذج الرعاية المتدرجة؛ إذ يمكنها أن توفر منصة لدعم المرضى في بيئات الرعاية السريرية، وأن تكون بمثابة أداة لتقديم المساعدة الذاتية عبر الويب.⁽¹³⁰⁾ وتساهم التكنولوجيا الرقمية أيضًا في تيسير جمع بيانات نتائج المرضى لتوجيه عملية اتخاذ القرار بشأن مدى الحاجة إلى مزيد من خدمات الرعاية الصحية.

دراسة الحالة رقم 2: تطبيق الرعاية المتدرجة في الهند وتشيلي

الهند

كان للتجربة التي أجرتها شبكة الابتكار في الصحة النفسية ضمن "مشروع تعزيز الصحة النفسية" (MANAS) في مدينة جوا الهندية دور بارز في إجراء مراجعة كبيرة لبرنامج الصحة النفسية الإقليمي في الهند. وقد شملت التجربة عاملين في مجال الصحة من غير المتخصصين لإدارة الحالات الطبية والعلاج النفسي والاجتماعي، علاوة على تقديم الدعم المتخصص والعلاج الدوائي على يد أطباء يعملون في مراكز الرعاية الأولية.

وقد أسفر هذا النموذج عن تحسن في معدلات التعافي، خاصة في مرافق الرعاية الصحية العامة، علاوة على خفض التكاليف الكلية مقارنة بخدمة الرعاية المحسنة المعتادة.⁽¹³¹⁾

وفي مقابل كل دولارين تم إنفاقهما لكل شخص في الموارد البشرية، تحقق انخفاض بواقع 120 دولاراً أمريكياً في المرافق الحكومية وكذلك 86 دولاراً في المرافق الخاصة فيما يخص إجمالي التكلفة لكل حالة تم شفاؤها.

تشيلي

جاء برنامج الرعاية المتدرجة لعلاج الاكتئاب لدى النساء من ذوات الدخل المنخفض في مجال الرعاية الأولية ليخدم أول مثال لنموذج ناجح من الرعاية المتدرجة ذات التكلفة المعقولة في بلد من البلدان متوسطة الدخل. وقد أدار البرنامج أحد العاملين في مجال الرعاية الصحية من غير الأطباء، وأثبت البرنامج فعالية أكبر بكثير من خدمات الرعاية المعتادة مع زيادة زهيدة في التكلفة.

وقد أسفر تطبيق هذا النموذج عن انطلاق البرنامج الوطني للكشف عن الاكتئاب وتشخيصه وعلاجه، الذي جرى تعميمه في جميع أنحاء تشيلي سنة 2003.^(132, 133)



دراسة الحالة رقم 3: هيئة الخدمات الصحية الوطنية بإنجلترا

أسهم برنامج "تحسين الوصول إلى العلاج النفسي" الذي انطلق عام 2008⁽¹³⁴⁾ في زيادة فرص المصابين بالقلق والاكتئاب في الحصول على العلاج النفسي في جميع أنحاء إنجلترا. وقد تم تصميم هذا البرنامج لدعم الإرشادات السريرية الصادرة عن المعهد الوطني للصحة والتميز في الرعاية بوصفه جهة اعتماد أنواع العلاج النفسي المختلفة.

وقد رأى الخبراء الاقتصاديون والباحثون السريريون أن زيادة فرص الوصول إلى العلاج النفسي سوف تغطي تكاليفها بشكل كبير. وذهبوا إلى أن العلاج سوف يقلل التكاليف العامة الأخرى المرتبطة بالقلق والاكتئاب مثل النفقات الطبية وتكاليف المزايا الاجتماعية، ويزيد من الإيرادات الضريبية ومعدل الإنتاجية مع تماثل المرضى للشفاء وعودتهم إلى العمل.⁽¹³⁵⁾

وفيما يلي السمات الرئيسية لبرنامج "تحسين الوصول إلى العلاج النفسي":

- علاج نفسي مثبت بالأدلة يتم تقديمه على يد متخصصين مدربين تدريباً كاملاً في ظل إشراف ودعم لتحسين الرعاية بشكل مستمر وتقديم خدمات رعاية صحية عالية الجودة.
- نموذج رعاية متدرجة
- إمكانية الإحالة الذاتية واختيار العلاج حسب نوعه وطريقة تقديمه في مراكز الرعاية الأولية وعلى صعيد المجتمع
- متابعة النتائج بشكل منتظم على نحو مشترك بين المريض والممارس في مجال الرعاية الصحية الذي يقدم خدمة الرعاية.

كما يشهد برنامج "تحسين الوصول إلى العلاج النفسي" نموًا مستمرًا: (136,137)

التدريب والعمالة



يهدف البرنامج إلى تدريب ما يزيد على ١٠٥٠٠ معالج جديد بحلول عام 2021 وتوزيعهم على مراكز الخدمات الجديدة لعلاج القلق والاكتئاب.

معدل الوصول



يبلغ معدل الوصول الحالي 960 ألف مريض في السنة بما يمثل 16% من معدل انتشار الاكتئاب والقلق. وتلتزم هيئة الخدمات الصحية الوطنية بالتوسع في برنامج "تحسين الوصول إلى العلاج النفسي" ليغطي 1.5 مليون حالة سنويًا (أي قرابة 25% من معدل الانتشار) بحلول 2021.

النتائج السريرية



يتعافى شخص من كل اثنين بعد إتمام العلاج، في حين يُظهر شخصان تقريبًا من كل ثلاثة (66%) تحسنًا ملحوظًا.

أنظمة المتابعة



يجري تقييم ما يزيد على 96% من الأشخاص في بداية العلاج وبعد إتمامه.

التوسع



تم دمج خدمات برنامج "تحسين الوصول إلى العلاج النفسي" مع مسارات الرعاية الصحية البدنية لعلاج البالغين ممن يعانون حالات مرضية طويلة الأمد أو أعراضًا غير مفسرة طبيًا، وكذلك علاج الأطفال والمراهقين.

وقد تمثلت عوامل النجاح الأساسية للبرنامج فيما يلي:

- تحديد مستهدفات أداء، والالتزام بتحقيق النتائج
- توافر قيادة طبية قوية
- برامج تنفيذ تدار بشكل مركزي
- استثمار وحضور وثيق على المستوى السياسي

دراسة الحالة رقم 4: القلق والاكتئاب – الفحص وطرق العلاج في قطر



في إطار الرؤية الساعية لتوفير الرعاية الصحية النفسية في أقرب مكان ممكن لمنازل المرضى، انسجاقًا مع استراتيجية قطر الوطنية للصحة النفسية والمبادئ التي قامت عليها مؤسسة الرعاية الصحية الأولية عام 2013، تم التأكيد على ما يلي:

- وضع ضوابط وإرشادات سريرية للتعامل مع حالات القلق والاكتئاب
- ضمان توافر علاج دوائي نفسي التأثير في المراكز الصحية
- تدريب طواقم العمل: تلقى 400 طبيب تدريبًا تأسيسيًا في مجال الصحة النفسية، كما تلقى 61 طبيبًا متخصصًا في طب الأسرة تدريبًا متقدمًا، علاوة على تدريب أولي للتوعية بالصحة النفسية حصل عليه 1880 طبيبًا.
- تطبيق برامج الفحص
- إدخال السجلات الطبية الإلكترونية في كافة المرافق
- زيادة الوعي وتقديم الدعم النفسي اللازم في المجتمع عبر منظمات محلية مثل جمعية "ويك" ومعناها في اللغة العربية الفصحى "معك".

ومن اللافت للنظر أن الغالبية العظمى من الأشخاص الذين خضعوا للفحص جرى التعامل معهم في مراكز الرعاية الأولية، باستثناء نسبة واحد في المائة فقط تم تحويلهم إلى مراكز الرعاية الثانوية. وهذا يوضح أن العمالة المدربة والمدعومة في مجال الرعاية الأولية يمكنها التعامل مع أغلب الحالات، كما يشير إلى أن معدلات الإحالة إلى مراكز الرعاية الثانوية ستكون محدودة، ولكنها تظل مهمة أيضًا.

نماذج الرعاية التعاونية

إن ما يقرب من 30 في المائة من الأشخاص المصابين بحالة أو أكثر من الحالات الصحية المزمنة، مثل مرض السكري وأمراض القلب التاجية والسرطان، يعانون كذلك إحدى مشكلات الصحة النفسية.⁽¹³⁸⁾ وهنا يكون للقلق والاكتئاب انعكاسات مهمة على هؤلاء الأشخاص، من بينها تدني النتائج الطبية وانخفاض جودة الحياة.⁽¹³⁹⁻¹⁴¹⁾ كما يرتبط ذلك عادةً بزيادة في تكاليف الرعاية بنحو 45 إلى 75 في المائة لمجموعة كبيرة من الحالات الصحية المزمنة. على سبيل المثال، في إنجلترا هناك ارتباط بين تدهور الصحة النفسية والرفاه وبين معدل إنفاق سنوي يتراوح من 8 إلى 13 مليار جنيه إسترليني (بنسبة 12 إلى 18 في المائة) من إجمالي نفقات الرعاية الصحية على الحالات المرضية المزمنة.⁽¹⁴²⁾

نموذج الرعاية التعاونية عبارة عن إطار عمل مثبت بالأدلة واستراتيجية عملية فعالة من حيث التكلفة لتقديم رعاية صحية بدنية ونفسية متكاملة في مراكز الرعاية الأولية. ويعتمد النموذج على خطة مهيكلية متعددة المكونات لإدارة الرعاية مقترنة بألية متابعة منهجية يتولى تنسيقها مدير الحالات بالمشاركة مع المريض.

ويعمل النموذج على تعزيز الأنظمة التعاونية بين مراكز الرعاية الأولية والأخصائيين بما يتيح تلبية جميع احتياجات المرضى، علاوة على تثقيف المرضى ودعم الإدارة الذاتية لحالاتهم، ويتسع نطاق هذا النموذج ليشمل استغلال الموارد المتاحة بشكل أكثر كفاءة وتقليل تكاليف الرعاية، وهذا من شأنه أن يقدم حلاً لأنظمة الرعاية المشتتة ويعمل على تحسين مستويات رعاية المرضى من خلال تطبيق استراتيجية إعادة التصميم على مستوى النظام ككل (انظر الشكل 13).⁽¹⁴³⁾

الشكل 13: إعادة التصميم على مستوى الأنظمة



إن التطبيق الناجح لنموذج تعاوني في مجال الرعاية الأولية المعتادة يستلزم: إزالة أي عقبات على مستوى السياسات العامة، وضخ استثمارات مالية، وتكييف آليات السداد وخطط استرداد النفقات مع السياقات المختلفة.⁽¹⁴⁴⁾

في الولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال، جاء إقرار قانون تكافؤ الإنفاق على حالات الصحة النفسية والإدمان وقانون الرعاية الميسورة على مستوى البلاد واضحاً أولوية كبرى لخدمات الصحة النفسية المتكاملة في مراكز الرعاية الأولية مع تغطية تأمينية متكافئة لعلاج الحالات الجسمية والسلوكية. كما يزيد من إمكانية الوصول لخدمات الرعاية ويعزز جودتها لفائدة الملايين من الأمريكيين الذين لا يشملهم التأمين الصحي أو لديهم تأمين غير كافٍ.⁽¹⁴⁵⁻¹⁴⁷⁾ ومن المتوقع أن يؤدي تطبيق نموذج الرعاية التعاونية للمصابين بالاكتئاب، وهم يمثلون نسبة 20 في المائة من المستفيدين من برنامج "ميديكيد" (Medicaid)، إلى توفير ما يقرب من 2 في المائة (10 مليار دولار) من إجمالي الإنفاق السنوي لهذا البرنامج.⁽¹⁴⁸⁾



دراسة الحالة رقم 5: تحسين الحالة المزاجية وإتاحة الوصول إلى العلاج التعاوني (IMPACT) – الولايات المتحدة الأمريكية

انصب تركيز برنامج "تحسين الحالة المزاجية وإتاحة الوصول إلى العلاج التعاوني (IMPACT)" على كبار السن البالغين من العمر ستين عامًا فأكثر ويعانون من الاكتئاب، وذلك في 18 عيادة رعاية أولية في خمس ولايات في الفترة من عام 1998 إلى 2002. وقد تم التوسع لاحقًا في هذا النموذج مع تأسيس مركز خاص يُعنى بتطبيقه عام 2004، ليتحول بعد ذلك في عام 2008 إلى مركز "تعزيز الحلول الصحية النفسية المتكاملة (AIMS)" التابع لجامعة واشنطن.

وقد تأسس مركز (AIMS) بهدف توسيع نطاق وصول خدمات الرعاية التعاونية إلى المجتمعات المحلية الأخرى. وقد تعاون المركز حتى الآن مع أكثر من 6000 طبيب في 1000 عيادة حول العالم لتطبيق نموذج الرعاية التعاونية.

وقد أسهم نموذج (IMPACT) في تحسين ممارسات الرعاية الأولية من خلال الاستعانة بما يلي:

- إلحاق مدير رعاية واستشاري نفسي بالفريق المسؤول عن تقديم الرعاية.
- اتباع إجراءات سريرية منهجية عبر نموذج الرعاية المتدرجة لتتبع النتائج وتعديل العلاج عند الحاجة.

وبفضل تطبيق برامج⁽¹⁴⁹⁾ (IMPACT)

- تحسنت تجارب المرضى مع الرعاية الصحية
- تحسنت النتائج السريرية للمجموعات السكانية
- انخفض نصيب الفرد من التكاليف لكل حالة مرضية

النتائج السريرية

مقارنة ببرامج الرعاية المعتادة، نجد أن الأفراد الذين حصلوا على الرعاية التعاونية:

- زادت احتمالات شعورهم بتحسن كبير في أعراض الاكتئاب لأكثر من الضعف على مدار 12 شهرًا.
- تراجع شعورهم بالألم البدني، وتحسنت لديهم الوظائف الجسمية والأداء الاجتماعي، وكذلك تحسنت جودة حياتهم بشكل عام.

التقييم الاقتصادي

- استثمار مبدئي بقيمة 522 دولارًا أمريكيًا خلال السنة الأولى حقق صافي توفير في التكلفة بقيمة 3363 دولارًا على مدار السنوات الأربع الأولى.⁽¹⁵⁰⁾
- تحقيق فائدة صافية تراكمية بقيمة 1129 دولارًا أمريكيًا خلال سنتين من العلاج.⁽¹⁵¹⁾
- تحقيق عائد على الاستثمار بقيمة 6,50 دولار أمريكي مقابل كل دولار يتم إنفاقه بمعدل توفير سنوي بلغ في المتوسط 841 دولارًا أمريكيًا.⁽¹⁵²⁾

تقاسم المهام

هناك حاجة لزيادة قدرة الأئمة الصحية وتعزيز الوصول إلى الخدمات على مستوى العالم. ويمثل تقاسم المهام أحد النماذج التي تستهدف تزويد الأفراد بالمهارات اللازمة لإجراء تدخلات صحية معينة. ويتضمن ذلك على سبيل المثال توفير خدمات الصحة النفسية بما يلبي الحاجة المتزايدة إلى الرعاية الصحية النفسية، وتقليل أعباء العمل الملقة على عاتق الأخصائيين.⁽¹⁵³⁾ ويمكن تحقيق هذا الأمر في أكثر الأحوال عبر تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية من غير الأخصائيين (مثل كوادر التمريض أو الأطباء أو القابلات) وكذلك العاملين من غير المتخصصين لتقديم الدعم النفسي والاجتماعي والعلاج النفسي منخفض الكثافة (مثل العلاج بأسلوب حل المشكلات).⁽¹⁵⁴⁾ وقد تم التوسع في هذا النموذج لتقاسم المهام مع المعالجين التقليديين والروحانيين.⁽¹⁵⁵⁾

ويدعم نموذج تقاسم المهام مجموعة من الإرشادات الإدارية المتكاملة، من ذلك على سبيل المثال دليل التدخلات الخاص ببرنامج "العمل لسد الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP)"، الذي تم تصميمه للمساعدة في تطبيق خدمات الصحة النفسية في بيئات الرعاية الصحية غير المتخصصة.⁽¹⁵⁶⁾

ومن برامج تقاسم المهام الأخرى:

• برنامج النشاط الصحي" في الهند حيث يحقق العاملون في الرعاية الصحية من غير المتخصصين نتائج أفضل مقارنة بنموذج الرعاية المحسنة المعتادة المستخدمة في علاج حالات الاكتئاب المتوسطة والحادة، وقد أثبت هذا البرنامج فعاليته من حيث التكلفة.⁽¹⁵⁷⁾

• برنامج تجريبي في زيمبابوي يعتمد على مبادئ برنامج "مقاعد الصداقة" ويهدف إلى التعامل مع أعراض الاكتئاب التي تظهر على المصابين بفيروس نقص المناعة المكتسب (الإيدز). وقد انعكس نجاح العلاج في هذا البرنامج على تحسن معدلات الالتزام بتناول أدوية الإيدز.⁽¹⁵⁸⁾



دراسة الحالة رقم 6: مقعد الصداقة - العمل على تقليص الفجوة العلاجية في مجال الصحة النفسية

يمثل برنامج "Chigaro Chekupanamazano" أو "مقعد نجلس عليه لتبادل الأفكار" (مقعد الصداقة) في زيمبابوي أحد أساليب العلاج المثبتة بالأدلة التي تعتمد نهج حل المشكلات. ويستهدف البرنامج الأشخاص المصابين باضطراب "kufungisisa" (أي التفكير المفرط بلغة الشونا، أو القلق والاكتئاب)، ويقوم على تنفيذه عاملون مدربون في مجال الرعاية الصحية من غير المتخصصين يعملون تحت إشراف وتوجيه.

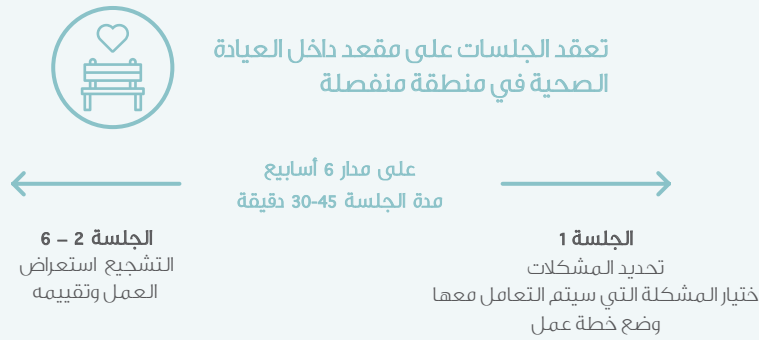
وهذا البرنامج الذي أثبتت فعاليته في الحد من أعراض القلق والاكتئاب، يُتوقع له أن يصبح أضخم برنامج للصحة النفسية يعالج الاكتئاب في الدول الإفريقية منخفضة الدخل، نظراً لإمكانية التوسع فيه عملياً إلى جانب انخفاض تكلفته والقبول الذي يحظى به على الصعيد الثقافي.^(159, 160) وتهدف خطة التوسع إلى الوصول لنحو 50 ألف مريض من خلال 60 عيادة رعاية أولية.⁽¹⁶¹⁾ وعلاوة على ذلك، يشهد البرنامج مزيداً من التوسع في الوقت الراهن لإطلاق:

• مقعد الصداقة للشباب (YouFB) وهو خاص بالمراهقين والشباب الصغار

• المقعد القروي للوصول إلى قطاعات سكانية مختلفة في البيئات الريفية

ويعتمد البرنامج على نهج تقاسم المهام حيث يتم تدريب "الجندات" المحليات بمعرفة طواقم طبية على مدار ثلاثة أسابيع عبر دورة تدريبية تتيح لهن استغلال مهاراتهم الطبيعية لتحسين الصحة النفسية في مجتمعاتهن المحلية. وتبلغ تكلفة تدريب عامل واحد من العاملين في الرعاية الصحية من غير المتخصصين نحو 15 دولاراً أمريكياً.

هيكل التدخلات العلاجية



تتاح الزيارات المنزلية أو الإحالات أو كلاهما عند الحاجة

وقد تم تطبيق أسلوب "مقعد الصداقة" في العديد من البلدان الأخرى حول العالم، على سبيل المثال، استخدم برنامج نيويورك للصحة النفسية (ThriveNYC) أسلوباً مماثلاً لمقعد الصداقة في المجتمعات التي يصعب الوصول إليها بالاستعانة باستشاريين لتقديم الدعم وإجراءات الإحالة للأفراد. وقد تواصل البرنامج حتى يومنا هذا مع ما يزيد على 11 ألف شخص.⁽¹⁶²⁾

رعاية الأمومة

تشيع الإصابة بالقلق والاكتئاب في الفترة التي تسبق الولادة، وقد تنجم عنها آثار بعيدة المدى على الأم والطفل. ويصل معدل انتشار هذه الإصابة خلال فترة الحمل في البلدان مرتفعة الدخل إلى 11 في المائة، وترتفع النسبة إلى 13 في المائة بعد الولادة. أما في البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل، فتزيد النسبة لتصل إلى 15,6 في المائة خلال فترة الحمل، وتبلغ 19,8 في المائة في الفترة التي تلي الولادة. وفي العام الماضي، بلغت نسبة الإصابة بالقلق بين النساء في أمريكا وبعض البلدان الإفريقية نحو 13 في المائة.⁽¹⁶³⁾ وبالإضافة إلى ذلك، ترتفع تكاليف الرعاية الصحية المستمرة لدعم الأمهات وأطفالهن على مدار الحياة.⁽¹⁶⁴⁾

يعتمد "مشروع الصحة النفسية في الفترة المحيطة بالولادة" في جنوب إفريقيا على نموذج رعاية متدرجة لتقديم خدمات الرعاية قبل الولادة بعيادات الرعاية الأولية. ويشترك في إجراء الفحوصات قبلات واستشاريون موجودون في مراكز الرعاية. وتتولى القابلات تحويل النساء اللاتي يعانين من مشكلة نفسية إلى الاستشاريين أو الأطباء النفسيين أو كليهما إذا اقتضت الحاجة.⁽¹⁶⁵⁾ ويُقصد بتقاسم المهام أن ما يزيد على 90 في المائة من الأمهات قد تم فحصهن، علاوة على علاج الكثيرات علاجًا ناجحًا في فترة حاسمة من حياتهن.

أما برنامج "التفكير بشكل صحي"، فيعتمد على العاملين الصحيين في المجتمع المحلي، المعروفين باسم "Lady Health Workers" (العاملات في مجال الصحة)، ممن يشكلن جزءًا من منظومة الرعاية الروتينية في مناطق باكستان الريفية. وتقدم هؤلاء العاملات العلاج السلوكي المعرفي ضمن خدمة الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة، مما يحسن من معدلات التعافي لدى النساء المصابات بالاكتئاب، وكذلك النتائج الصحية لأطفالهن.⁽¹⁶⁶⁾ وقد تم تبني هذا البرنامج ضمن إرشادات منظمة الصحة العالمية⁽¹⁶⁷⁾، واتسع نطاقه ليشمل بلدان أخرى منها فيتنام ونيجييا وبنجلاديش.

بيئات الطوارئ

يعدّ تقديم خدمات الصحة النفسية سمة لازمة في مواجهة الطوارئ الإنسانية، حيث تزيد معدلات اعتلال الصحة النفسية وتنشأ فجوات ضخمة في تقديم الخدمات نظرًا لضعف الأنظمة ونُدرة الموارد. وتتيح حالات الطوارئ فرصة استثنائية لإصلاح هيكلية الرعاية الصحية النفسية بهدف بناء أنظمة رعاية صحية نفسية أفضل تتسم بالاستدامة في المجتمعات المتضررة.

وقد أظهر تقرير منظمة الصحة العالمية الذي حمل عنوان "إعادة بناء أفضل" كيفية الاستجابة للآزمات الإنسانية في البلدان المتضررة من جراء حالات الطوارئ المختلفة، مثل أفغانستان، وبوروندي، والعراق، وسريلانكا.⁽¹⁶⁸⁾

تعد التدخلات السريعة المقتضبة في مجال الرعاية الصحية النفسية أكثر أنواع التدخلات شيوعًا في حالات الطوارئ، وتشمل: الخدمات الاستشارية، والتثقيف النفسي، والدعم الاجتماعي المجتمعي، والأنشطة الاجتماعية المهيكلية، وزيادة الوعي. وكثيرًا ما يتولى تقديم هذه التدخلات، التي أظهرت تحسنًا في سلوك الناس أو أدت إلى الحد من شدة الأعراض أو الأمرين معًا، مجموعة من العاملين المحليين غير الأخصائيين ممن لديهم المهارات اللغوية والكفايات الثقافية ذات الصلة. ومن أمثلة هذه التدخلات ما تقدمه منظمة "أطباء بلا حدود" في أمريكا اللاتينية والشرق الأوسط والصين.⁽¹⁶⁷⁾ ومن البرامج الأخرى في هذا الإطار برنامج "المعالجة المطورة للمشكلات" (دراسة الحالة رقم 7).



دراسة الحالة رقم 7: برنامج المعالجة المطورة للمشكلات (PM+) ومشروع مكان القوة (STRENGTHS)

صممت منظمة الصحة العالمية برنامج "المعالجة المطورة للمشكلات" (PM+) الذي يعتمد العلاج السلوكي المعرفي وتقنيات حل المشكلات في المجتمعات التي تعاني نقصاً في المساعدات الإنسانية وفي البلدان منخفضة الدخل التي تكون فيها الموارد محدودة. ويقدم البرنامج الدعم للمصابين بالضائقات النفسية والقلق والاكتئاب، سواء نجمت هذه الاضطرابات عن تعرضهم لأزمات أم لا، ويتألف من وحدات قصيرة يمكن تقديمها بمعرفة العاملين الصحيين المدربين من غير المتخصصين. وقد تم اختبار هذا البرنامج وتطبيقه بنجاح في باكستان وكينيا وغيرهما من البلدان.

أما مشروع "مكان القوة" (STRENGTHS)⁽¹⁷¹⁾، فيهدف إلى تدريب لاجئين سوريين على تقديم تدخلات برنامج الصحة النفسية (PM+) لرفاقهم من اللاجئين السوريين الآخرين. ويتمثل الغرض من هذا المشروع في تكييف محتوى برنامج (PM+) وتعميمه في مختلف الأنظمة الصحية في أوروبا والشرق الأوسط.

التكنولوجيا الرقمية

تسهم التكنولوجيا الرقمية في تغيير أساليب تدخلاتنا العلاجية والطرق التي نسعى من خلالها إلى المساعدة في الوقاية من القلق والاكتئاب. وهذا التوسع الأخير في إمكانيات الوصول إلى التدخلات الرقمية ومدى قبولها معناه أن التكنولوجيا بمقدورها إحداث تغيير جذري في علاج المشكلات الصحية النفسية الشائعة. ومن ميزات ذلك النهج إتاحة أدوات التكنولوجيا بسهولة وجعلها في متناول الناس، علاوة على سهولة استخدامها من جانب العاملين الصحيين غير الأخصائيين.⁽¹⁷²⁾

كذلك تمتاز التكنولوجيا الرقمية بالعديد من المزايا الفائقة التي تجاوزت الحدود بفضل إمكانيات الوصول الشامل والقدرة على الربط بالجهود التواصلية الراهية إلى ازالة وصمة اختلال العقل والتطبيقات المتمركزة حول الصحة واللياقة والرفاه. كما أن الأشكال الجديدة للتدخلات والدعم لديها القدرة على تغيير أو تطوير أساليب الرعاية الصحية التقليدية وعلاقة المستخدمين بالنظام، على سبيل المثال، فإن التدخلات الإلكترونية الجماعية أو استخدام خدمات الذكاء الاصطناعي تمنح الناس فرصة السيطرة على صحتهم النفسية، والوصول إلى الخدمات وكذلك التحكم في بياناتهم الشخصية.⁽¹⁷³⁻¹⁷⁵⁾

وتتميز التكنولوجيا الرقمية بمواطن قوة خاصة في تطبيق الرعاية الذاتية والدعم للأشخاص الذين يعانون بصحتهم النفسية، ولكن ثمة تحدٍ كبير يرتبط بالأثر الناجم عن استخدامها، وخاصة على اليافعين. فلا بد أن ندرك جيداً أن التكنولوجيا الرقمية سلاح ذو حدين، إذ تمتلك القدرة على تقديم العون وكذلك إلحاق الضرر. على سبيل المثال، يؤثر التسلط والتنمر الإلكتروني على نسبة 23 في المائة من اليافعين، ويرتبط بزيادة خطورة الإصابة بالاكتئاب⁽¹⁷⁶⁾، بينما يفيد دعم الأقران الراغبين في مشاركة خبراتهم وتجاربهم.⁽¹⁷⁷⁾

هناك كثير من البرامج الرقمية والبحوث التي تدعم أنظمة الرعاية الصحية الحالية، مثل توفير أساليب العلاج الحواري عبر منصات رقمية.⁽¹⁷⁸⁾ على سبيل المثال، يعكف مشروع "البحوث الأوروبية المقارنة لفعالية علاج الاكتئاب عبر الإنترنت (E-COMPARED)" على إجراء بحوث حول جدوى طرق العلاج المختلطة المعتمدة على الإنترنت وفعاليتها من حيث التكلفة الاقتصادية – وهي عبارة عن مزيج من العلاج الشخصي الذي يستلزم حضوراً فعلياً مدعوماً بعلاجات أخرى عبر الإنترنت. وأظهرت البحوث أن طرق العلاج المختلطة تحظى بقبول كبير بين المرضى، مما يبين أن الدمج التدريجي للتكنولوجيا في أساليب الرعاية الروتينية قد يناسب احتياجاتهم واتجاهاتهم. كذلك تراعي هذه المقاربات فعالية التكلفة الاقتصادية بوصفها أحد المحفزات الأساسية. غير أن هناك حاجة لمزيد من الدراسة للوقوف على آلية تأهيل أنظمة الرعاية الصحية لتقديم العلاج عبر الإنترنت، إذ يشكل هذا الجانب إحدى العقبات الرئيسية التي تحول دون التطبيق الفعلي.⁽¹⁷⁹⁾

وتقدم الحلول الرقمية لمشاكل الصحة النفسية (انظر المربع 2) نظرة عامة حول كيفية الإفادة من التكنولوجيا الرقمية في دعم الصحة النفسية، ولكن لا يلزم من ذلك أن تكون هذه قائمة حصرية شاملة لجميع التطبيقات والاستخدامات المحتملة. ومع تنوع الاستخدامات ومراعاة التحديات، ينبغي للسياسات العامة المعنية بعلاج القلق والاكتئاب أن تتسم بالجرأة في الأسلوب المتبع لدمج التكنولوجيا الرقمية بوصفها عنصراً فاعلاً في دعم منظومة الرعاية الصحية وتقديم الخدمات. وينبغي تحديد هذا الأمر عبر لوائح تنظيمية وإرشادات واضحة ليتسنى تبنيتها في وقت مبكر والتعامل مع الشواغل الأخلاقية المتعلقة باستخدام البيانات والأضرار المحتملة.

تخصيص خطوط اتصال للمساعدة من أجل:

- الأشخاص الذين يمرون بأزمة ما، أو يبحثون عن معلومات، أو من يرغبون فقط في التحدث مع أحد الأشخاص طلبًا للمساعدة.

مثال ذلك تخصيص خط رسائل الأزمات النصية للشباب في الولايات المتحدة الأمريكية.⁽¹⁸⁰⁾

تقديم معلومات عن:

- الخدمات، والقلق والاكتئاب والموضوعات الأخرى المتعلقة بالصحة النفسية العامة. مثال ذلك برنامج "ReachOut" في أستراليا.⁽¹⁸¹⁾

تيسير التواصل مع:

- جهات تقديم الخدمات. على سبيل المثال، تتيح أداة "ReachOut Next Step" طرح مجموعة من الأسئلة على الشباب لمساعدتهم في تحديد الخدمات المناسبة في المنطقة التي يقيمون بها.⁽¹⁸²⁾
- أصحاب التجارب الفعلية. على سبيل المثال خدمات دعم الأقران (Elefriends) في المملكة المتحدة.⁽¹⁸³⁾

توفير التدريب والإشراف لكل من:

- بيئات الرعاية الصحية. على سبيل المثال، الإشراف الإلكتروني على الأطباء لمتابعة تطبيقهم توجيهات دليل تدخلات "برنامج العمل لسد الفجوة في الصحة النفسية" (mhGAP) في السودان.⁽¹⁸⁴⁾
- المدارس. مثال ذلك عقد دورة تثقيفية على الإنترنت لمعلمي المدارس في البرازيل.⁽¹⁸⁵⁾

الوقاية والتدخل باستخدام:

- أساليب العلاج الحواري عبر الإنترنت. مثال ذلك برنامج "This Way Up" في أستراليا.⁽¹⁸⁶⁾
- أدوات ومنصات الرعاية الذاتية. مثال ذلك "MoodGYM" في أستراليا، وكذلك "Good Thinking" في إنجلترا.⁽¹⁸⁷⁾
- روبوتات المحادثة. ومن ذلك على سبيل المثال "woebot" في الولايات المتحدة الأمريكية.⁽¹⁸⁸⁾

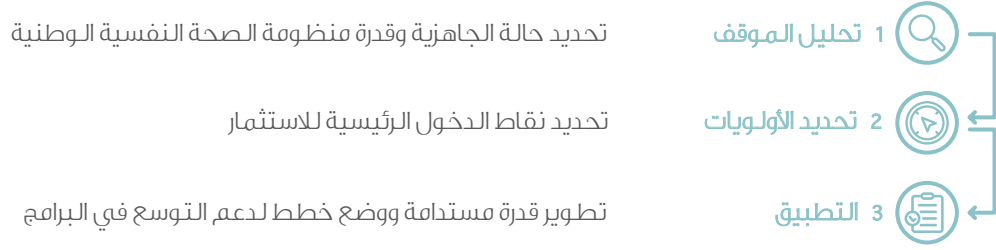
دعم تقديم الخدمات عبر:

- إجراء الفحوص. مثال ذلك أداة فحص الاكتئاب الخاصة ببرنامج "العمل لسد الفجوة في الصحة النفسية" التي يستخدمها العاملون الصحيون غير الأخصائيين في مراكز الرعاية الأولية في المناطق الريفية بكينيا.⁽¹⁸⁹⁾
- جمع البيانات. على سبيل المثال الجمع الروتيني لبيانات الحالة المزاجية والقلق ضمن "مشروع الصحة النفسية والفقر" في جنوب إفريقيا.⁽¹⁹⁰⁾
- دعم العلاج. مثل استراتيجيات المتابعة لضمان الالتزام بالعلاج أو الدواء.⁽¹⁹¹⁾
- خدمات الطب النفسي عن بعد. مثال ذلك تنفيذ برنامج للسجناء في كولومبيا.⁽¹⁹²⁾

القسم الثالث: الخاتمة واستشراف المستقبل: التطوير والتطبيق والتحسين

هناك ضرورة ملحة للنظر إلى القلق والاكتئاب بوصفهما من أولويات الصحة العامة، ومن ثم دمجهما في برامج التغطية الصحية الشاملة، ودعمهما بما يلزم من سياسات عامة وتمويل وخطط تنفيذية. ولتحقيق هذا الهدف، ينبغي للدول النظر في إمكانية تبني نهج بسيط يتألف من خطوات ثلاث (انظر الشكل 14):

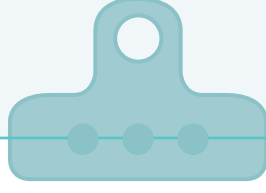
الشكل 14: النموذج الثلاثي الخطوات



الخطوة الأولى: تحليل الموقف

يعد تحليل الموقف خطوة حاسمة للوقوف على مدى الجاهزية وقدرة منظومة الصحة النفسية الوطنية والخدمات الحالية على توفير الرعاية الصحية لعلاج حالات القلق والاكتئاب. وتمثل هذه الخطوة تقييمًا مهمًا للمحتياجات من أجل إبراز أي فجوات في المنظومة وتحديد الموارد المتاحة. ويشمل هذا الاستراتيجيات والبرامج والتمويل والقوة العاملة والبنية الأساسية، بالإضافة إلى الروابط والتعاون مع القطاعات الأخرى. وهذه الخطوة أساسية لتحديد الأولويات وتوفير المعلومات الأساسية المهمة التي نسترشد بها في آلية التطبيق.

ويعد تحليل الموقف عملية تشاركية شاملة تحتاج إلى جهود كافة الأطراف المعنية بدعم المنظومة الصحية. ولأغراض تتعلق بهذا التقرير، وضعنا "قائمة مرجعية لخطة العمل الوطنية لعلاج القلق والاكتئاب" لمساعدة صناع القرارات والسياسات في تقييم الأساليب الحالية وتحديد الفجوات والأولويات. ومع ذلك توجد العديد من الأدوات التي يمكن استخدامها، منها على سبيل المثال "أداة تقييم أنظمة الصحة النفسية" التابعة لمنظمة الصحة العالمية (WHO-AIMS)، وهي أداة مرجعية لجمع المعلومات الأساسية حول منظومة الصحة النفسية في بلد من البلدان أو إقليم من الأقاليم لتحسين هذه المنظومة وتحديد خط أساس يبنني عليه الإشراف على جهود التغيير.



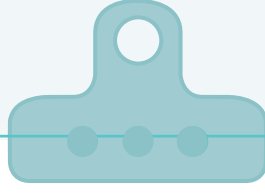
القائمة المرجعية لخطة العمل الوطنية لعلاج القلق والاكتئاب

سياق الاستراتيجية والقيادة وهيكل الحكومة



هل تمتلك الحكومة ما يلي:

- استراتيجية وطنية للصحة النفسية وخطة عمل ذات تركيز محدد على القلق والاكتئاب؟
- تكامل جوانب الصحة النفسية (القلق والاكتئاب) مع البرامج والاستراتيجيات الصحية الأخرى (مثل صحة الطفل، وصحة الأم، والحالات المرضية المزمنة، والإعاقات، والصحة المهنية، وغيرها)؟
- تقييم محدث لاحتياجات السكان المحليين يشمل بيانات معدل الانتشار وعوامل الخطورة للقلق والاكتئاب من أجل توجيه عملية تحديد الأولويات؟
- بنية أساسية جاهزة لدعم التطبيق (أي جهة مسؤولة عن قيادة السياسات، وفريق عمل للتطبيق، وخطة تنفيذية تشتمل على أهداف مرحلية ومؤشرات أداء)؟
- ميزانية مخصصة حصراً أو خطط تمويل أخرى أو كلاهما معاً لتطبيق الاستراتيجية وتقديم الخدمات؟
- مقومات الوقاية والتعزيز بوصفهما مكونين أساسيين في الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية والخطة التنفيذية ذات الصلة؟
- برامج وطنية للحد من الوصم والممارسات التمييزية؟
- برامج وشراكات قائمة بين القطاعات المختلفة (مثل قطاعي التعليم والعمل) لدعم تحقيق أهداف الوقاية والتعزيز؟



تخطيط الخدمات وتقديمها



هل تمتلك منظومة الرعاية الصحية ما يلي:

- خدمات فعالة يسهل الوصول إليها لعلاج القلق والاكتئاب تشمل العلاج الدوائي والعلاج النفسي وتتاح لكافة القطاعات السكنية (من أطفال ومراهقين وأصحاب الحالات المزمنة، وكبار السن، وغيرهم)؟
- رعاية متكاملة للقلق والاكتئاب في مراكز الرعاية الأولية والمجتمعية؟
- إرشادات الممارسة السريرية ومسارات الرعاية وأنظمة الإحالة لدعم نماذج تقديم الخدمات؟
- نظام معلومات سريرية متكامل وعمليات متابعة لقياس النتائج وإدارة الأداء وتحسين الجودة؟
- قدرات وخطط بحثية لدعم نظام تقديم الخدمات والقوى العاملة؟
- آليات لإشراك المصابين بالقلق والاكتئاب وعائلاتهم ومجتمعاتهم في التخطيط للخدمات وتقديمها؟

القوى العاملة



هل تمتلك منظومة الرعاية الصحية ما يلي:

- قوى عاملة متخصصة في الصحة النفسية (مثل الأخصائيين النفسيين والمعالجين النفسيين والأطباء النفسيين، وغيرهم)؟
- قوى عاملة في مجال الرعاية الصحية من غير المتخصصين (مثل طواقم الرعاية الأولية، والعاملين في مجال الصحة المجتمعية من غير المتخصصين) يتم دعمهم عبر الإشراف والتدريب في مجال الصحة النفسية؟
- خطط وهيكل مفعلة لتطوير قدرات العاملين في مجال الصحة النفسية وتحسينها (أي برامج التدريب والتثقيف، والإشراف والتقييم، والمتابعة والاستمرارية)؟

الخطوة الثانية: تحديد الأولويات

استنادًا إلى الحالة التي وصلت إليها أنظمة الصحة النفسية في كل بلد من البلدان من حيث درجة تطورها، ندعو صناع القرارات والسياسات إلى النظر في نقاط الدخول المناسبة للاستثمارات عند تحديد أولوياتهم في التعامل مع القلق والاكتئاب. ونظرًا لأن أنظمة الصحة النفسية تعمل بالموارد وتكون محددة السياق، فإن نقاط الدخول تلك تمثل فرصًا للتطوير والتطبيق والتحسين تتطور بمرور الوقت. وسوف تواكب التغييرات التي يشهدها النظام في إطار المضي قدمًا نحو التغطية الصحية الشاملة لعلاج القلق والاكتئاب.

وتراعي نقاط الدخول الثلاث الرئيسية عملية التحديد والاستثمار، علاوة على الإجراءات اللازمة للتطبيق لدعم كل نقطة من النقاط الثلاث:

1. تطبيق تدخلات فعالة مثبتة بالأدلة عبر نماذج رعاية متدرجة ومنكاملة لزيادة التغطية العلاجية وتحسين جودة الرعاية. وينبغي توجيه هذه التدخلات لمجموعات سكانية بعينها وأن تراعي الاعتبارات الثقافية، كما ينبغي أن تتسم بفعالية التكلفة الاقتصادية وإمكانية تنفيذها عمليًا.

2. تصميم برامج وقاية وتعزيز شاملة على مدار الحياة. وينبغي أن يتضمن ذلك تدخلات متعددة تعمل جنبًا إلى جنب (متعددة الطبقات)، بالإضافة إلى العمل عبر مختلف المجموعات الاجتماعية (متعددة القطاعات).

3. تطبيق برامج مثبتة بالأدلة للحد من الوصم والممارسات التمييزية. وينبغي أن يكون ذلك وفق نهج تنازلي (من جانب الحكومات) وأخر تصاعدي (من جانب المجتمعات) باستخدام مقاربة متعددة الجوانب تتضمن التدخلات القائمة على التواصل والتثقيف.

ولكي يتسنى تحديد الأولويات وتعيين نقاط الدخول للاستثمار، لا بد من تحليل الموقف للوقوف على الأنسب للسياق المحلي والاحتياجات والموارد المتاحة. كذلك لا بد من مواءمة هذه العملية مع الأهداف العالمية لتقليل معدلات الانتحار، على سبيل المثال، سوف يراعي هذا النهج حقوق الإنسان، وإصلاح المنظومة الصحية، وقضايا التمويل والشؤون الاقتصادية. كما ينبغي لهذه العملية إشراك الشركاء المحليين والأطراف المعنية، وتكثيف الموارد المحلية والدولية والاستفادة منها مثل التوجيهات الإرشادية وأطر العمل والأدوات والسياسات، علاوة على ضمان وجود مساعدة فنية وتعاون مع منظمة الصحة العالمية والخبراء العالميين.

الخطوة الثالثة: التطبيق

تأتي خطوة التطبيق لتمثل آلية التنفيذ، فلا بد من تحويل الاستثمارات إلى خطط وقدرات تنفيذية مستدامة لتوسيع نطاق البرامج في المجالات المحددة التي تضم الرعاية والوقاية والتعزيز ومكافحة الوصم والتمييز، وفيما يلي أربع توصيات تنفيذية رئيسية تشمل عدة قطاعات:

1. استخدام الأدلة الاقتصادية لتوجيه عملية صنع القرار. وهنا لا بد من مراعاة المزايا والجدوى وكفاية آليات التمويل الصحي المختلفة مثل التمويل المحلي، والتمويل الخارجي وخيارات التمويل السوقية. كذلك ينبغي إدراج التقييمات الاقتصادية المتقنة والاستثمار في حلول تتسم بفعالية التكلفة.

2. تعزيز التعاون الفعال عبر كافة الأطراف والقطاعات المعنية. لا بد من بناء شراكات أو إبرام اتفاقيات تعاون محلية وإقليمية وعالمية مع الشبكات والاتحادات المعنية لتبادل خبرات التخطيط الجماعي. يضاف إلى ذلك تطوير الحلول والبنية الأساسية وتنفيذها، والتعاون مع مختلف الأطراف المعنية لضمان الدعم المستمر وتنسيق العمل فيما بينها. وتتضمن هذه الأطراف الحكومات والمنظمات الأهلية، وغيرها من المنظمات العاملة في المجال.

3. ترجمة المعرفة والتدريب المثبتين بالأدلة إلى خبرات وخطط تنفيذية. لا بد من دمج القلق والاكنتاب في الحزم التدريبية الموجهة لأخصائيي الرعاية الصحية، لا سيما الممارسين الذين يتعاملون مع الحالات المرضية المزمنة والمهنيين في قطاعي التعليم والعمل. كذلك ينبغي تعزيز نظام الرعاية الأولية حيث يتولى أخصائيو الصحة النفسية تقديم الدعم والإشراف للعاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية. يضاف إلى ذلك ضرورة ضمان جودة التدريب والإشراف من خلال التقييم المنتظم.

4. التوسع في استخدام التكنولوجيا الرقمية. لا بد من ضمان دمج التكنولوجيا الرقمية بشكل تام في المنظومة الصحية وتوجيهها بالخبرات الطبية السريرية والبحوث الجيدة. كذلك ينبغي استخدام التكنولوجيا الرقمية لتكون بمثابة قناة تواصل ومشاركة تربط الناس بجهات تقديم الخدمات، لأن محل هذه الجهات وتقطع التواصل مع الأخصائيين الصحيين. وينبغي أيضاً استخدام التكنولوجيا الرقمية بشكل منتظم لمتابعة الأنشطة والنتائج، على أن يتم ذلك بالقدر الكافي من التعمق لاستهداف المجموعات الصحية، وضمان المساواة في الحصول على الخدمات، والالتزام بالضوابط الإرشادية والبروتوكولات. وإذا تحقق التعاون القوي بين منظومة الرعاية والصحة من جانب وقطاع التكنولوجيا الرقمية من جانب آخر، فهذا من شأنه أن يوفر مساراً لإيجاد حلول ناجعة لمشكلات القلق والاكنتاب.

شكر وتقدير

ترأس المجلس الاستشاري للمنتدى من أجل وضع هذا التقرير السيد بول فارمر، الحائز على وسام CBE والرئيس التنفيذي لمؤسسة "مايند".

أعد هذا التقرير كل من سالي سورايا، مدير تطوير الخدمات بمؤسسة "Implemental"، وتوماس كانينج، قسم دعم الأعمال بمؤسسة "Implemental"، وبول فارمر، الرئيس التنفيذي لمؤسسة "مايند". وقدم الدعم التحريبي البروفيسور أندري تايلي، المدير المشارك في مؤسسة "Implemental"، وجون مانلي، المدير المشارك بذات المؤسسة.

تم إجراء مراجعة تحريرية إضافية من قبل الدكتور هوتان اشرفيان، زميل المنتدى وديي تومسون، مدير المحتوى، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش".

ونود أن نعرب عن خالص شكرنا لأعضاء المجلس الاستشاري الذين أسهموا برؤاهم الفريدة في إعداد هذا التقرير:

- البروفيسور فيكرام باتل، أستاذ برشنج سكوير في الصحة العالمية، قسم الصحة العالمية والطب الاجتماعي، كلية هارفارد للطب
- البروفيسور السير جراهام ثورنيكروفت، أستاذ الطب النفسي المجتمعي، كلية كينجز كوليدج لندن
- البروفيسورة لندا جاسكا، أستاذ الرعاية الأولية المتقاعد، جامعة مانشستر
- البروفيسور بيتر وودروف، أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي، مؤسسة حمد الطبية
- تشارلين سونكل، مدير برامج المناصرة والتطوير، اتحاد الصحة النفسية بجنوب إفريقيا
- الدكتورة ماريا إيلينا مدينا-مورا، المدير العام، معهد رامون دي لا فونتي مونيذ الوطني للطب النفسي
- الدكتور فاندانا جوبيكومور، مؤسس منظمة بانيان
- شبخار ساكسينا، مدير قسم الصحة النفسية وإدمان المخدرات، منظمة الصحة العالمية
- فيكتوريا هورنبي، المدير التنفيذي، شبكة الابتكار في مجال الصحة النفسية
- اللورد ستيفنسون من كودينام

- ويتوجه الرئيس والمؤلفون بخالص الشكر لكن من أسهم في هذا التقرير، ومن بينهم:
- الدكتورة سناء الحراحشة، شريك أول في البحوث والسياسات، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش"
 - الدكتور دان تشيشولم، مدير برامج الصحة النفسية، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في أوروبا
 - البروفيسور ألان يونج، أستاذ الاضطرابات المزاجية، كينجز كوليدج لندن
 - الدكتورة ميلاني عباس، باحث في الصحة النفسية العالمية، كينجز كوليدج لندن
 - الدكتورة آن هاجل، كبير الباحثين لدى رابطة صحة الشباب
 - البروفيسور جيوف جالوب، أستاذ متقاعد، جامعة سيدني
 - سو باكر، المدير العالمي، منظمة Time to Change
 - مايكل، ضابط شرطة، جنوب أفريقيا
 - إيشا لندن، المدير التنفيذي، الحملة العالمية للصحة النفسية
 - تريسي باور، المدير العام، مؤسسة Implemental
 - جوناثان رولف، مدير الاستراتيجية والعمليات، مؤسسة Implemental
- أجرى المقابلات التي استرشد بها هذا التقرير سالي سورايا، وجوناثان رولف، وتوماس كانينج. ويتحمل المؤلفون مسؤولية أي خطأ أو سهو ورد في هذا التقرير.

01. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. WHO; 2017. Available at: www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en [Accessed 6 August 2018].
02. Nock M et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLOS Medicine*, 2009; 6.
03. Clement S et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 2015; 45: 11-27.
04. Lasalvia A et al. Cross-national variations in reported discrimination among people treated for major depression worldwide: The ASPEN/INDIGO international study. *The British Journal of Psychiatry*, 2015; 207: 507-514.
05. World Health Organization (WHO). Mental Health Atlas 2014. *Bulletin of the World Health Organization*. WHO, 2014.
06. World Health Organization (WHO). Global mental health: How are we doing? WHO, 2015.
07. Chisholm D et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2016; 3: 415-424.
08. Thornicroft G et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*, 2017; 210: 119-124.
09. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. WHO, 2017. Available at: www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en [Accessed 6 August 2018].
10. Alonso J et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety*, 2018; 35(3): 195-208.
11. Patel V et al. Sustainable development and global mental health: A Lancet Commission. *The Lancet*, 2016; 387: 1143-1145.
12. Patel V et al. A renewed agenda for global mental health. *The Lancet*, 2011; 378(9801): 1441-1442.
13. Chisholm D et al. Scale up services for mental disorders: A call for action. *The Lancet*, 2007; 370(9594): 1241-1252.
14. World Bank Group. Out of the shadows: Making mental health a global development priority. 2016.
15. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. WHO, 2013. Available at: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en [Accessed 6 August 2018].
16. Chisholm D et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2016; 3(5): 415-424.

17. Awaasthi K and Padukone D. I had to take medication for depression. *Hindustan Times*, 22 March 2015. Available at: www.hindustantimes.com/entertainment/deepika-padukone-i-had-to-take-medication-for-depression/story-Q5uuAHRLWKAS7Lx08gi19M.html [Accessed 6 August 2018].
18. Chesney E et al. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, 2014; 13: 153-160.
19. Nock M et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLOS Medicine*, 2009; 6(8): e1000123.
20. Arsenault-Lapierre G et al. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*; 2004; 4, 1-11.
21. Li M, D'Arcy C and Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 2016; 46: 717-730.
22. Kessler RC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*; 2005; 62, 593-602.
23. Kessler RC 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): 168-76.
24. Whiteford HA et al. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the global burden of disease study 2010. *PLOS One*, 2015; 10: 1-14.
25. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. WHO, 2017. Available at: www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en [Accessed 6 August 2018].
26. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. WHO; 2017. Available at: www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en [Accessed 6 August 2018].
27. Chisholm D et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2016; 3: 415-424.
28. World Health Organization (WHO). Global mental health: How are we doing? WHO, 2015.
29. World Health Organization (WHO). Global mental health: How are we doing? WHO, 2015.
30. Alonso J et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety*, 2018; 35(3): 195-208.
31. Thornicroft G et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*, 2017; 210: 119-124.

32. Andrews G et al. Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 2004; 184: 526-533.
33. Chisholm D et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2016; 3: 415-424
34. Thornicroft G et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*, 2017; 210: 119-124.
35. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. WHO; 2017. Available at: www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en [Accessed 6 August 2018].
36. Alonso J et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety*, 2018; 35(3): 195-208..
37. Chisholm D et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2016; 3: 415-424.
38. Chisholm D et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2016; 3: 415-424.
39. Patel V et al. A renewed agenda for global mental health. *The Lancet*, 2011; 378: 1441-1442.
40. Chisholm D et al. Scale up services for mental disorders: A call for action. *The Lancet*, 2007; 370: 1241-1252.
41. World Bank Group. Out of the shadows: Making mental health a global development priority. 2016.
42. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. WHO, 2013. Available at: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en [Accessed 6 August 2018].
43. Patel V et al. Sustainable development and global mental health: A Lancet Commission. *The Lancet*, 2016; 387: 1143-1145.
44. Pryor L et al. Mental health and global strategies to reduce NCDs and premature mortality. *Lancet Public Health*, 2017; 2: e350-e351.
45. HM Government. No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages; 2011. Available at: www.gov.uk/government/publications/no-health-without-mental-health-a-cross-government-outcomes-strategy [Accessed 6 August 2018].
46. Prince M et al. No health without mental health. *The Lancet*, 2007; 370: 859-877. Available at: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61238-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61238-0/abstract) [Accessed 6 August 2018].
47. Lund C et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 2018; 5: 357-369.

48. EU compass for action on Mental Health and Wellbeing. Annual report of activities of member states and stakeholders, 2016. Third EU Health Programme (2014–2020). Available at: ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2016_compassreport_en.pdf [Accessed 9 August 2018].
49. Clement S et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 2015; 45: 11–27.
50. Lasalvia A et al. Cross-national variations in reported discrimination among people treated for major depression worldwide: The ASPEN/INDIGO international study. *The British Journal of Psychiatry*, 2015; 207: 507–514.
51. Royal Society of Arts (RSA). Opening Minds. RSA; 2013. Available at: www.rsaopeningminds.org.uk [Accessed 6 August 2018].
52. Thornicroft G et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 2016; 387: 1123–1132.
53. Arboleda-Flórez J. and Stuart H. From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illnesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2012; 57: 457–463.
54. Global Anti-Stigma Alliance (GASA) 2017. Available at: www.time-to-change.org.uk/about-us/what-we-do/time-change-global-2018-2020/global-anti-stigma-alliance [Accessed 9 August 2018].
55. Hanisch SE et al. The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 2016; 16: 1.
56. Shidhaye R et al. The effect of VISHRAM, a grass-roots community-based mental health programme, on the treatment gap for depression in rural communities in India: A population-based study. *The Lancet Psychiatry*, 2017; 4: 128–135.
57. Global Anti-Stigma Alliance (GASA), 2017. Available at: www.time-to-change.org.uk/about-us/what-we-do/time-change-global-2018-2020/global-anti-stigma-alliance [Accessed 9 August 2018].
58. Thornicroft G et al. Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 2007; 19: 113–122.
59. Knaak S et al. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 2017; 30: 111–116.
60. Erskine HE et al. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2017; 26: 395–402.
61. Kieling C et al. Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*, 2011; 378: 1515–1525.
62. Erskine HE et al. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2017; 26: 395–402.
63. Khan L. Missed opportunities: A review of recent evidence into children and young people's mental health. Centre for Mental Health, 2016. Available at: www.crisiscareconcordat.org.uk/wp-content/uploads/2016/07/Missed_Opportunities.pdf [Accessed 9 August 2018].

64. Wei Y and Kutcher S. International school mental health: Global approaches, global challenges, and global opportunities. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2012; 21: 11-27.
65. Fazel M et al. Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 2014; 1: 388-398.
66. Fazel M et al. Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 2014; 1: 377-387.
67. Hetrick SE et al. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016; 8: 10-13.
68. Stockings EA et al. Preventing depression and anxiety in young people: A review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 2016; 46: 11-26.
69. Layard R and Hagell A. Healthy young minds: Transforming the mental health of children – Report of the WISH Mental Health and Wellbeing in Children Forum 2015. Doha: Qatar, World Innovation Summit for Health (WISH), 2015. Available at: www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/01/WISH_Wellbeing_Forum_o8.01.15_WEB-1.pdf [Accessed 9 August 2018].
70. MentallyHealthy Schools. Available at: www.mentallyhealthyschools.org.uk [Accessed 9 August 2018].
71. World Health Organization (WHO). Health promoting schools: A framework for action. WHO, Western Pacific Region, Health Promotion, Manila 4, 2008.
72. Shinde S et al. The development and pilot testing of a multicomponent health promotion intervention (SEHER) for secondary schools in Bihar, India. *Global Health Action*, 2017: 10.
73. Strengthening evidence base on effective school based interventions for promoting adolescent health programme (SEHER). Available at: www.sangath.in/seher [Accessed 9 August 2018].
74. Kutcher S et al. The African guide: One year impact and outcomes from the implementation of a school mental health literacy curriculum resource in Tanzania. *Journal of Education and Training Studies*, 2017; 5: 64.
75. Farm Radio International. Interactive radio program report: An integrated approach to addressing the issue of youth depression in Malawi and Tanzania. Grand Challenges Canada, 2016. Available at: publications.farmradio.org/wp-content/uploads/2017/06/117-MH-final-radio-outcome-evaluation-report.pdf [Accessed 9 August 2018].
76. Kutcher S et al. Evaluating community health care providers knowledge and self-confidence in the Identification, diagnosis and treatment of adolescent depression in Tanzania. *Archives of Depression & Anxiety*, 2016; 2: 26-30.
77. Rickwood DJ et al. Headspace – Australia's innovation in youth mental health: Who are the clients and why are they presenting? *The Medical Journal of Australia*, 2014; 200: 108-111.

78. Hilferty F et al. Is headspace making a difference to young people's lives? Final report of the independent evaluation of the headspace program. Social Policy Research Centre, University of NSW, 2015. Available at: headspace.org.au/assets/Uploads/Evaluation-of-headspace-program.pdf [Accessed 9 August 2018].
79. Anand A. Understanding depression among older adults in six low-middle income countries using WHO-SAGE survey. *Journal of Behavioral Health*, 2015; 1.
80. Akosile CO et al. Depression, functional disability and quality of life among Nigerian older adults: Prevalences and relationships. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2018; 74: 39-43.
81. Wolitzky-Taylor KB et al. Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 2010; 27: 190-211.
82. Lee M. promoting mental health and well-being in later life: A first report from the inquiry into mental health and well-being in later life. Mental Health Foundation, 2006. Available at: www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/promoting_mh_wb_later_life.pdf [Accessed 9 August 2018].
83. Mental Health Taskforce. The five year forward view for mental health: A report from the Mental Health Taskforce to the NHS in England, 2016. Available at: www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf [Accessed 9 August 2018].
84. Amore M et al. Subtypes of depression in dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2007; 44: 23-33.
85. Chapman DP and Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Preventing Chronic Disease*, 2008; 5: A22.
86. Steptoe A et al. Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 2015; 385: 640-648.
87. Smit F et al. Costs of nine common mental disorders: Implications for curative and preventive psychiatry. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2006; 9: 193-200.
88. Beekman ATF et al. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: A longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002; 105: 20-27.
89. De Beurs E et al. Consequences of anxiety in older persons: Its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 1999; 29: 583-593.
90. Cuijpers P et al. Prevention of depressive disorders in older adults: An overview. *Psychology Journal*, 2015; 4: 3-10.
91. Cattan M et al. Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 2005; 25: 41-67.
92. Netuveli G et al. Mental health and resilience at older ages: Bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008; 62: 987-991.
93. Tilford S et al. Effectiveness of mental health promotion interventions: A review. Health Education Authority, University of York, 1997.

94. Wheeler JA et al. The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: A meta-analysis. *The International Journal of Aging and Human Development*, 1998; 47: 69-79.
95. Windle G et al. Public health interventions to promote mental well-being in people aged 65 and over: Systematic review of effectiveness and cost-effectiveness. University of Wales Bangor, 2008.
96. Wheeler JA et al. The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: A meta-analysis. *The International Journal of Aging and Human Development*, 1998; 47: 69-79.
97. White H et al. A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing internet training and access to older adults. *Aging and Mental Health*, 2002; 6: 213-221.
98. Green G and Gilbertson J. Warm front better health: Health impact evaluation of the warm front scheme. Warm Front Study Group, 2008. Available at: www4.shu.ac.uk/research/cresr/sites/shu.ac.uk/files/warm-front-health-impact-eval.pdf [Accessed 9 August 2018].
99. Teater B. Intergenerational programs to promote active aging: The experiences and perspectives of older adults. *Act. Adapt. Aging*, 2016; 40: 1-19.
100. Reynolds CF et al. Preventing late-life depression: Lessons in intervention development from Goa, India. *Innovation in Aging*, 2018; 00(00): 1-8.
101. Dias A et al. Intervention development for the indicated prevention of depression in later life: The "DIL" protocol in Goa, India. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 2017; 6: 131-139.
102. World Federation for Mental Health. Mental Health in the Work Place, 2017. Available at: www.globalmentalhealth.org/sites/default/files/2017%20WMHD%20Mental%20Health%20in%20the%20Workplace.pdf [Accessed 9 August 2018].
103. World Bank Group. Out of the shadows: Making mental health a global development priority. 2016.
104. Caldas De Almeida JM et al. EU-compass for action on mental health and wellbeing: Annual report 2017 – summary and analysis of key developments in member states and stakeholders. Third EU Health Programme, 2017. Available at: ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_msactivities_sum_en.pdf [Accessed 9 August 2018].
105. Stevenson D and Farmer P. Thriving at work: The Stevenson/Farmer review of mental health and employers. 2017. Available at: assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/658145/thriving-at-work-stevenson-farmer-review.pdf [Accessed 9 August 2018].
106. Deloitte UK. Mental health and employers: The case for investment. Deloitte, 2017. Available at: www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/public-sector/deloitte-uk-mental-health-employers-monitor-deloitte-oct-2017.pdf [Accessed 7 August 2018].
107. International Labour Organization (ILO). Psychosocial risk and work-related stress. Available at: www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_108557/lang--en/index.htm [Accessed 13 August 2018].

- 108.** Sorensen G et al. Integrating worksite health protection and health promotion: A conceptual model for intervention and research. *Preventative Medicine*, 2016; 91: 188–196.
- 109.** Corbière M et al. A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work*, 2009; 33: 81–116.
- 110.** Naghieh A et al. Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015; Issue 4. Available at: researchonline.lshtm.ac.uk/2548657/1/Organisational%20interventions%20for%20improving_GREEN%20VoR.pdf [Accessed 9 August 2018].
- 111.** Montano D et al. Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: A systematic review. *BMC Public Health*, 2014; 14: 1–9.
- 112.** Business in the Community. Mental health toolkit for employers. The Prince's Responsible Business Network and Public Health England. 2016. Available at: wellbeing.bitc.org.uk/sites/default/files/mental_health_toolkit_for_employers_-_small.pdf [Accessed 9 August 2018].
- 113.** Evans-Lacko S and Knapp M. Global patterns of workplace productivity for people with depression: Absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2016; 51: 1525–1537. Available at: eprints.lse.ac.uk/67509/7/Global%20patterns_2016.pdf [Accessed 9 August 2018].
- 114.** Cancelliere C et al. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*, 2011; 11: 1–11.
- 115.** Public Health England. Commissioning cost-effective services for promotion of mental health and wellbeing and prevention of mental ill-health. London School of Economics Personal Social Services Research Unit, 2017. Available at: www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/commissioning-cost-effective-services-for-promotion-of-mental-health-and-wellbeing-and-prevention-of-mental-ill-health.pdf [Accessed 9 August 2018].
- 116.** Mental Health First Aid Australia. Available at: mhfa.com.au [Accessed 9 August 2018].
- 117.** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Mental wellbeing at work. 2009.
- 118.** Corbière M et al. A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work*, 2009; 33: 81–116.
- 119.** Martin A et al. Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2009; 35: 7–18.
- 120.** Tan L et al. Preventing the development of depression at work: A systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace. *BMC Medicine*, 2014; 12.
- 121.** Berlim MT, Van Den Eynde F and Daskalakis ZJ. Efficacy and acceptability of high frequency repetitive transcranial magnetic stimulation (RTMS) versus electroconvulsive therapy (ECT) for major depression: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Depression and Anxiety*, 2013; 30: 614–623.

- 122.** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Common mental health problems: identification and pathways to care. NICE, 2014. Available at: www.nice.org.uk/guidance/cg123 [Accessed 9 August 2018].
- 123.** Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M and Huibers MJH. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 2016; 15: 245-258.
- 124.** Cipriani A et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 2018; 391: 1357-1366.
- 125.** Zhang A, Park S, Sullivan JE and Jing S. The effectiveness of problem-solving therapy for primary care patients' depressive and/or anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 2018; 31: 139-150.
- 126.** Bower P and Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 2005; 186: 11-17.
- 127.** Ho FYY et al. The efficacy and cost-effectiveness of stepped care prevention and treatment for depressive and/or anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 2016; 6: 29281.
- 128.** Murray LK and Jordans MJD. Rethinking the service delivery system of psychological interventions in low and middle income countries. *BMC Psychiatry*, 2016; 16: 234.
- 129.** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Common mental health problems: identification and pathways to care. NICE, 2014. Available at: www.nice.org.uk/guidance/cg123 [Accessed 9 August 2018].
- 130.** Luxton DD et al. mHealth for mental health: Integrating smartphone technology in behavioral healthcare. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2011; 42: 505-512.
- 131.** Buttorff C et al. Economic evaluation of a task-shifting intervention for common mental disorders in India. *Bulletin of the World Health Organization*, 2012; 90: 813-821.
- 132.** Althaus W and Hegerl U. Diagnosis and treatment of depression in primary care. *Die Medizinische Welt*, 2005; 56: 326-331.
- 133.** Araya R 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: 1379-1387.
- 134.** NHS England. Adult Improving Access to Psychological Therapies programme. NHS England, 2018. Available at: www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt [Accessed 3 September 2018].
- 135.** The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders. London School of Economics, 2006. Available at: eprints.lse.ac.uk/818/1/DEPRESSION_REPORT_LAYARD.pdf [Accessed 9 August 2018].

- 136.** Mental Health Taskforce. The five year forward view for mental health: A report from the Mental Health Taskforce to the NHS in England. NHS England, 2016. Available at: www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf [Accessed 9 August 2018].
- 137.** Clark DM. Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 2018; 14.
- 138.** Naylor C et al. Long-term conditions and mental health: The cost of co-morbidities. The King's Fund and Centre for Mental Health, 2012. Available at: www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/long-term-conditions-mental-health-cost-comorbidities-naylor-feb12.pdf [Accessed 9 August 2018].
- 139.** Evans DL et al. Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*, 2005; 58: 175-189.
- 140.** Roy-Byrne PP et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 2008; 30: 208-225.
- 141.** Jünger J et al. Depression increasingly predicts mortality in the course of congestive heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 2005; 7: 261-267.
- 142.** Naylor C et al. Long-term conditions and mental health: The cost of co-morbidities. The King's Fund and Centre for Mental Health, 2012. Available at: www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/long-term-conditions-mental-health-cost-comorbidities-naylor-feb12.pdf [Accessed 9 August 2018].
- 143.** Archer J et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012; 10: CD006525.
- 144.** Goodrich D and Kilbourne A. Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Current Psychiatry Reports*, 2013; 15: 1-17.
- 145.** Goodrich D and Kilbourne A. Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Current Psychiatry Reports*, 2013; 15: 1-17.
- 146.** Barry CL and Huskamp HA. Moving beyond parity – Mental health and addiction care under the ACA. *The New England Journal of Medicine*, 2011; 365: 973-975.
- 147.** Shim RS et al. Health care reform and integrated care: A golden opportunity for preventive psychiatry. *Psychiatric Services*, 2012; 63: 1231-1233.
- 148.** Unützer J et al. The collaborative care model: An approach for integrating physical and mental health care in medicaid health homes. Health Home Information Resource Center, 2013. Available at: www.chcs.org/media/HH_IRC_Collaborative_Care_Model__052113_2.pdf [Accessed 9 August 2018].
- 149.** Berwick DM, Nolan TW and Whittington J. The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 2008; 27: 759-769.
- 150.** Unützer J et al. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *American Journal of Managed Care*, 2008; 14: 95-100.
- 151.** Katon W et al. Cost-effectiveness and net benefit of enhanced treatment of depression for older adults with diabetes and depression. *Diabetes Care*, 2006; 29: 265-270.

- 152.** Unützer J et al. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *American Journal of Managed Care*, 2008; 14: 95-100.
- 153.** Mutamba BB et al. Roles and effectiveness of lay community health workers in the prevention of mental, neurological and substance use disorders in low and middle income countries: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 2013; 13: 1.
- 154.** Schneider H et al. The global pendulum swing towards community health workers in low- and middle-income countries: A scoping review of trends, geographical distribution and programmatic orientations, 2005 to 2014. *Human Resources for Health*, 2016; 14: 1-12.
- 155.** Keynejad RC et al. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) intervention guide: A systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evidence-Based Mental Health*, 2018; 21(1): 30-34.
- 156.** World Health Organization (WHO). mhGAP intervention guide – version 2.0. 2016. Available at: www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en [Accessed 9 August 2018].
- 157.** Patel V et al. The Healthy Activity Program (HAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 2017; 389: 176-185.
- 158.** Abas M et al. Feasibility and acceptability of a task-shifted intervention to enhance adherence to HIV medication and improve depression in people living with HIV in Zimbabwe, a low income country in Sub-Saharan Africa. *AIDS and Behavior*, 2018; 22: 86-101.
- 159.** Chibanda D 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: 2618-2626.
- 160.** Abas M et al. 'Opening up the mind': Problem-solving therapy delivered by female lay health workers to improve access to evidence-based care for depression and other common mental disorders through the Friendship Bench Project in Zimbabwe. *International Journal of Mental Health Systems*, 2016; 10: 39.
- 161.** Chibanda D et al. Using a theory driven approach to develop and evaluate a complex mental health intervention: The Friendship Bench Project in Zimbabwe. *International Journal of Mental Health Systems*, 2016; 10: 16.
- 162.** McGray C et al. Friendship Benches in New York City! A south-north knowledge and experience transfer. Thrive NYC, 2018. Available at: docs.wixstatic.com/ugd/de7546_c955d05b8d2c42f7afd3878dfdd64a90.pdf [Accessed 9 August 2018].
- 163.** Howard LM et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 2014; 384(9956): 1775-1788.
- 164.** Bauer A et al. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 2016; 192: 83-90.
- 165.** Honikman S et al. Stepped care for maternal mental health: A case study of the perinatal mental health project in South Africa. *PLOS Medicine*, 2012; 9(5): e1001222.

- 166.** Rahman A et al. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 2008; 372: 902-909.
- 167.** World Health Organization (WHO). Thinking healthy: A manual for psychosocial management of perinatal depression. WHO, 2015. Available at: www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en [Accessed 9 August 2018].
- 168.** World Health Organization (WHO). Building back better: Sustainable mental health care after emergencies. WHO, 2013. Available at: www.who.int/mental_health/emergencies/building_back_better/en [Accessed 9 August 2018].
- 169.** Coldiron ME et al. Brief mental health interventions in conflict and emergency settings: An overview of four Médecins Sans Frontières – France programs. *Conflict and Health*, 2013; 7: 1.
- 170.** World Health Organization (WHO). Problem Management Plus (PM+) – Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. WHO, 2016.
- 171.** The STRENGTHS Project. Scaling up psychological interventions with Syrian refugees. STRENGTHS. Available at: strengths-project.eu/en/strengths-home [Accessed 9 August 2018].
- 172.** Naslund, J.A et al. Digital technology for treating and preventing mental disorders in low-income and middle-income countries: A narrative review of the literature. *The Lancet Psychiatry*, 2017; 4: 486-500.
- 173.** Muñoz RF et al. Massive open online interventions: A novel model for delivering behavioral- health services worldwide. *Clinical Psychological Science*, 2016; 4: 194-205.
- 174.** The Lancet (editorial). Artificial intelligence in health care: Within touching distance. *The Lancet*, 2017; 390: 2739.
- 175.** Meskó B et al. Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare. *The Journal of mHealth*, 2017; 3: 38.
- 176.** Hamm MP et al. Prevalence and effect of cyberbullying on children and young people: A scoping review of social media studies. *JAMA Pediatrics*, 2015; 169: 770-777.
- 177.** Naslund JA et al. The future of mental health care: Peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2016; 25: 113-122.
- 178.** Fairburn CG and Patel V. The impact of digital technology on psychological treatments and their dissemination. *Behaviour Research and Therapy*, 2017; 88: 19-25.
- 179.** Topooco N et al. Attitudes towards digital treatment for depression: A European stakeholder survey. *Internet Interventions*, 2017; 8: 1-9.
- 180.** Crisis Text Line. Available at: www.crisistextline.org [Accessed 9 August 2018].
- 181.** ReachOut. Available at: au.reachout.com [Accessed 9 August 2018].
- 182.** ReachOut Next Step. Available at: au.reachout.com/#nextstep [Accessed 9 August 2018].
- 183.** Elefriends. Available at: www.elfriends.org.uk [Accessed 9 August 2018].

184. Aboaja A et al. Mental health e-supervision for primary care doctors in Sudan using the WHO mhGAP Intervention Guide. *BJPsych International*, 2015; 12: 16–19.
185. Pereira CA et al. A randomised controlled trial of a web-based educational program in child mental health for schoolteachers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2015; 24: 931–940.
186. ReachOut. Available at: au.reachout.com [Accessed 9 August 2018].
187. Good Thinking. Available at: www.good-thinking.uk [Accessed 9 August 2018].
188. Fitzpatrick KK et al. Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 2017; 4: e19.
189. Musyimi CW et al. Mobile based mhGAP-IG depression screening in Kenya. *Community Mental Health Journal*, 2018; 54: 84–91.
190. Ahuja S et al. Key influences in the design and implementation of mental health information systems in Ghana and South Africa. *Global Mental Health*; 2016; 3: e11.
191. Mohr DC et al. A randomized controlled trial evaluating a manualized telecoaching protocol for improving adherence to a web-based intervention for the treatment of depression. *PLOS One*, 2013; 8(8): e70086.
192. Barrera-Valencia C et al. Cost-effectiveness of synchronous vs. asynchronous telepsychiatry in prison inmates with depression. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2017; 46: 65–73.

"شركاء" و"يش"



يتقدم مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش" بالشكر والعرفان لوزارة الصحة العامة في دولة قطر على ما تقدمه من دعم لأنشطته



THE AGA KHAN UNIVERSITY



المستشفى الأهلي
AL-AHLI HOSPITAL



Ballarat Health Services
Putting your health first®

THE
BEHAVIOURAL
INSIGHTS TEAM



Burnet Institute
Medical Research. Practical Action.



CENTER FOR
Disease Dynamics,
Economics & Policy
WASHINGTON DC • NEW DELHI



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec



The Royal Institute of
International Affairs



جامعة
حمد بن خليفة
HAMAD BIN KHALIFA
UNIVERSITY

عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation



مؤسسة حمد الطبية
Hamad Medical Corporation
صحة - تعليم - بحث
HEALTH - EDUCATION - RESEARCH



醫院管理局
HOSPITAL
AUTHORITY

Imperial College
London

Institute of
Global Health Innovation



Moorfields Eye Hospital NHS
NHS Foundation Trust

NHS
National Institute for
Health Research



THE UNIVERSITY
of EDINBURGH





www.wish.org.qa