

# عقول صحية شابة تغيير صحة الطفل النفسية

تقرير منتدى الصحة النفسية ورفاه الأطفال  
التابع لمؤتمر "ويش" ٢٠١٥



ريتشارد لايارد  
آن هايغل

---

# عقول صحية شابة

## تغيير صحة الطفل النفسية

---

تقرير منتدى الصحة النفسية ورفاه الأطفال  
التابع لمؤتمر "ويش" ٢٠١٥

## المحتويات

---

- ٠٣ تمهيد
- ٠٤ ملخص تنفيذي
- ٠٨ لماذا يُعد رفاه الطفل مسألة مهمة؟
- ١٢ من أهلٌ لذلك؟
- ٢٤ الإفادة من أجهزة الهاتف النقالة
- ٢٦ الخاتمة
- ٢٧ شكر وتقدير
- ٢٨ المراجع

## تمهيد

إن أطفالنا هم ثروة المستقبل، وأي تجاهل لصحتهم النفسية إنما ينطوي على أخطار كبرى؛ إذ يظهر ما لا يقل عن نصف المشاكل النفسية قبل سن الثامنة عشرة. ولكن حتى في البلدان الغنية، لا يحظى سوى ٢٥ في المائة من إجمالي الشباب المحتاجين إلى المساعدة بعلاج متخصص، فيما تقل هذه النسبة كثيرًا في البلدان الفقيرة. صحيحٌ أن هناك علاجات نفسية جيدة، لكنها ببساطة غير متوفرة كما ينبغي، وهو أمر غير مقبول بتاتًا من الناحيتين الإنسانية والعملية.

تُكبّد المشاكل النفسية المجتمع مبالغ طائلة جرّاء الفشل في التعليم، وجرائم المراهقين، والحمل في سن المراهقة، والاعتماد في نهاية المطاف على الإعانات. كما تُضعف الصحة النفسية السيئة وظائف الجسم، ما يؤدي إلى صرف أموال طائلة على الرعاية الصحية الجسدية ومعالجة الأمراض، ومنها المشاكل النفسية الجسدية، وآفات القلب والأوعية الدموية، وحتى السرطان.

وفي هذا الإطار، يُعد التدخل المبكر أمرًا بالغ الأهمية؛ إذ لا بد من معالجة المشاكل النفسية في بداية ظهورها. أما مسؤولية اكتشافها فيقع على عاتق الأبوبين والأطباء والمعلمين. ولذلك ينبغي على المجتمع بأسره أن يصبح أكثر انفتاحًا وإلمامًا بمسلمات الحياة، ويجب أن يغدو رفاه الأطفال أحد الأهداف الرئيسة لمدارسنا، سواءً في البيئة التعليمية التي تعتمد عليها أو طرائق التعليم التي تتبعها. وفي ذات الوقت، لا بدّ أن تقوم أيضًا بتدريس مهارات الحياة، وبنفس الاحترافية التي تُدرّس فيها الرياضيات أو الأدب.

ثمة طول لهذه المشاكل. وما هذا التقرير، الذي تم إعداده بدعم متميز من جانب أعضاء المنتدى، سوى محاولة لرصد التغييرات الكبرى التي يتعين إجراؤها في شتى أنحاء المعمورة بهدف إحداث ثورة في حياة أطفالنا والإسهام في بناء عالم تعمّه السعادة بقدر أكبر.



Richard Layard

البروفيسور اللورد لايارد  
مدير برنامج الرفاه  
مركز الأداء الاقتصادي، كلية لندن للاقتصاد



A. V. Dinar

البروفيسور اللورد دارزي أوف دينام  
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمؤتمر القمة العالمي  
للابتكار في الرعاية الصحية "وبش"، مؤسسة قطر  
مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية، إمبريال  
كوليدج لندن

## ملخص تنفيذي

للأطفال أهمية قصوى، بوصفهم أعضاء في مجتمعاتهم و باعتبارهم رجال الغد. إذ يمثل الشباب دون سن الثامنة عشرة، وهي الشريحة التي يركز عليها هذا التقرير، ٣١ في المائة من سكان العالم،<sup>١</sup> أي نحو ثلث مجموع البشر. وللتسهيل، سنطلق على أفراد هذه الشريحة اسم "الأطفال".

إن أكثر ما يهم بالنسبة للأطفالنا هو رفاهم الذاتي، أي كيف يشعرون إزاء حياتهم. إذن، لابدّ من أن ينعكس هذا في تغيير عقلية صانعي السياسات في جميع أرجاء العالم. فقد بات الناس يشعرون، وعلى نحو متزايد، أن نجاح المجتمع لا يمكن الحكم عليه على أساس الثروة المادية التي يملكها فحسب، وإنما بمدى رضا أفرادهم عن حياتهم.<sup>٢</sup> وقد أصبح قياس رضا البالغين عن حياتهم إحصائية روتينية لدى أغلب البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية،<sup>٣</sup> في حين يبحث عدد كبير من هذه البلدان في نماذج جديدة لتحليل السياسات على أساس هذا الهدف.

يختلف الأطفال كثيرًا في مستوى رفاهم الذاتي (أو "رفاهم" من باب الإيجاز). فهناك طيف واسع من الرفاه. ولذلك يركز هذا التقرير في معظم أجزائه على ذوي الاضطرابات النفسية القابضين في أسفل دركات هذا الطيف، ولكنه ينظر أيضًا إلى الطيف بشكل عام لأن التحول العام صعودًا في الرفاه يُعتبر وسيلة ممتازة للحد من الأعداد ضمن المستويات الدنيا.

تتأثر صحة الطفل النفسية بمختلف جوانب حياته (صحته البدنية، ونوعية تغذيته، وهل أسرته غنية أم فقيرة، والتمييز، والحروب، والنزاعات)، وبباقية متكاملة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية، وبمجموع شخصية أرى يأتي في مقدمتها الأسرة وما توفره من استقرار وحوافز وقيم اجتماعية، يليها الدعم النفسي من جانب المجتمع الأوسع نطاقًا، بما في ذلك نظام الرعاية الصحية إضافة إلى مجموعة واسعة من المنظمات الاجتماعية المحلية، وأخيرًا المدرسة التي تترك بصماتها على شخصية كل طفل. وبما أنه ليس بوسعنا في هذا التقرير مناقشة جميع العوامل التي تؤثر على الطفل، سوف نركز على دور العوامل الشخصية وعلى سبل تحسينها.

وينصب تركيزنا الأساسي على كيفية الحد من الأمراض النفسية من خلال تناول العوامل الشخصية التي سببت أو ساهمت في استمرارها. ويعني ذلك ضمان معالجة الاضطرابات النفسية عند ظهورها، وأيضًا بذل قصارى جهدنا للحيلولة دون وقوعها أصلًا. إذ إن الوقاية منها تتطلب اتباع نهج واسع نظرًا لعدم وجود طريقة موثوق بها للتنبؤ من من الأطفال سيتعرض لمشاكل نفسية. لذا، يتعين علينا عند البحث في موضوع الوقاية أن نفكر في كيفية تحسين رفاهم جميع الأطفال، وهي مهمة تقع على عاتق أفراد المجتمع قاطبة.

وفي هذا السياق، يتعين علينا أن نضع رفاهم الطفل على رأس سلم أولوياتنا، حيث يقدم هذا التقرير التوصيات الرئيسية لذلك، وهي مقترحات تؤثر على المجتمعات المحلية، وأنظمة الرعاية الصحية، والمدارس. لكننا سنبدأ بثلاث نقاط رئيسية:

**١. حجم هذه القضية:** الصحة النفسية مشكلةٌ جسيمة، إذ إن نحو ١٠ في المائة من أطفال العالم يعانون اليوم من مشاكل صحية نفسية يمكن تشخيصها.<sup>٤</sup> ويعاني قرابة نصفهم من اضطرابات القلق (أو من الاكتئاب وإن كان بدرجة أقل شيوعًا)، فيما يعاني النصف الآخر من اضطراب في السلوك أو من نقص الانتباه واضطراب فرط الحركة. كما أن نحو ١ في المائة من مجموع الأطفال مصابون باضطرابات عصبية نمائية كالنحود. وتشير الأدلة المتوفرة مع مرور الزمن إلى أن هذه المشاكل قد ازدادت خلال الأعوام الخمسين الماضية،<sup>٥</sup> فهؤلاء الأطفال مضطربون وليسوا سعداء لأن نوعية التجارب التي يمرون بها سيئة للغاية. كما أن أغلبهم سيصاب بالتعاسة عندما يكبر. ولعلّ أفضل مؤشر لمعرفة ما إذا كان الطفل سيغدو بالغًا سعيدًا أم لا ليس تحصيله العلمي وإنما صحته النفسية في مرحلة الطفولة.<sup>٦</sup> وفي هذا المقام، تتحمل جميعنا تكلفة المرض العقلي للطفل. فمعدلات الجريمة في تزايد، بينما التحصيل العلمي والإنتاجية يواجهان العراقيل والاضمحلال. وعليه، فإن تحسين صحة

الطفل النفسية مسألة مهمة في جميع أنحاء العالم، والرسائل التي يوجهها هذا التقرير لا تقتصر أهميتها على البلدان ذات الدخل المرتفع، بل تشمل أيضًا البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض على حدّ سواء.

**٢. العلاج والوقاية:** في أغنى البلدان، لا يتلقى سوى ربع الأطفال المصابين باضطرابات نفسية رعاية تخصصية<sup>٧</sup>، في حين تتدنى هذه النسبة كثيرًا في البلدان الأشد فقرًا. ولا يحظى الأطفال المصابون بمشاكل نفسية في جميع بلدان العالم بدرجة العلاج نفسها التي يتلقونها لدى إصابتهم بأمراض جسدية. وهذا أمر مثير صادم، خاصة وأن هناك اليوم علاجات فعالة متاحة للطفل المضطرب، علاوة على ما يمكن إجراؤه من تغييرات كبيرة في المدارس والمجتمعات المحلية للوقاية أساسًا من هذه الأمراض. فقد حدثت ثورة حقيقية في مجال علاج هذه المشاكل في السنوات الثلاثين الماضية. ولدينا الآن أشكال مدروسة لمعالجة قلق الطفل واكتنابه ومشاكله السلوكية نهائيًا<sup>٨</sup>، حيث يتجاوز معدل الشفاء نسبة ٥٠ في المائة. كما أصبح بإمكاننا أيضًا علاج اكتئاب الأم الذي يهدم حياة أطفال كثيرين. وفي مجال الوقاية، يمكننا توظيف الهياكل المجتمعية وأنظمة الرعاية الصحية لتعزيز الأبوّة الجيدة، فضلًا عن توكي الانفتاح والصدق حيال الأمراض النفسية. ويتوجب على مدارسنا أن تولي أهمية واحدة للتعليم الأكاديمي ورفاه الأطفال. ونظرًا لأن جميع الأطفال عرضة للمشاكل النفسية، فإننا بحاجة إلى نهج شامل لتأمين الصحة النفسية والرفاه لكافة شرائح المجتمع.

**٣. الجانب الاقتصادي:** يتعين علينا من أجل إنسانيتنا جمعاء أن نوظف كل الوسائل المتاحة في خدمة هذا الهدف لأن الوضع الاقتصادي يتأثر بالوضع النفسي. ففي معظم البلدان، تُخفض الأمراض النفسية الناتج المحلي الإجمالي بنسبة تزيد عن ٥ في المائة<sup>٩</sup>، إضافة إلى أن التكلفة الصافية للتغييرات التي نقرّحها صغيرة في معظمها. وتنطوي عملية إعادة توجيه المدارس على تدريب المعلمين بطريقة مختلفة وليس على تدريب المزيد منهم، وتنتج التكلفة الأساسية عن تحسين الرعاية الصحية وتقديم الدعم لأولياء الأمور. صحيحٌ أن تطبيق ممارسات التدخل المكثف والمبكر على الأسر المعرضة للخطر أمرٌ مكلفٌ، ولكن ثبت أنه يوفر أموالًا تعادل تكاليفه<sup>١٠</sup>. وينطبق هذا الأمر أيضًا على تحسين مرافق العلاج. وينبغي احترام الصحة النفسية والجسدية بالتساوي، وأن يتلقى الطفل الدرجة نفسها من المساعدة سواء أكانت مشكلته نفسية أم بدنية. رغم ما ينطوي عليه ذلك من نفقات إجمالية كبيرة. ومن ثم، يجب تنفيذ ذلك في البلدان الفقيرة من خلال أشخاص حصلوا على تدريب مهني أدنى من نظرائهم في البلدان الغنية. وبعدها أقل أيضًا، ولكن التوفير سيكون كبيرًا وغالبًا ما يتجاوز التكلفة. وفي جميع الأحوال، لا بد لنا من القيام بهذا الأمر؛ إذ لا نملك رفاهية تجاهله.

ثمّة ميزة هائلة في كل هذه المساعي تتمثل في التكنولوجيا الحديثة، لاسيما الهواتف الذكية وقدرتها على الاتصال بالإنترنت؛ حيث يمكن لبرامج الإنترنت أن تسهم كثيرًا في تدريب الكوادر، وتقديم العلاج النفسي للمراهقين، وإدخال مناهج المهارات الحياتية في المدارس. وأهم توصية نقدمها هي أن تنشئ جمعية خيرية كبرى أو أكثر صندوقًا عامرًا بالمخصصات المالية لتصميم هذه البرامج كي تغدو متاحة مجانًا في جميع أنحاء العالم.

## محاو العمل

نظرًا لِقصر هذا التقرير، لا يمكننا تغطية مجال الصحة النفسية بالكامل. ولذلك، سنركز على عشر نقاط محددة يمكن القيام بها في أي بلد من البلدان من أجل جَنَى فوائد عظيمة:

١. **العمل المجتمعي:** يجب أن يكون لكل مجتمع محلي استراتيجية محلية لرفاه الأطفال تتضمن تقييم احتياجات الأطفال وأسرهم، والدور الذي يمكن أن تضطلع به مؤسسات الرعاية الصحية، والمدارس والجماعات المحلية، والمنظمات غير الحكومية، والشباب، والمؤسسات الدينية.

٢. **المساواة في الاحترام:** يجب توفير الرعاية الصحية المستندة إلى الأدلة للأطفال وأولياء أمورهم بشكل متساو دون تمييز، سواء أكان الاضطراب نفسيًا أم بدنيًا.

٣. **الشمولية:** يجب تدريب جميع الأخصائيين الصحيين على تشخيص الاضطرابات النفسية عند الأطفال وكذا الاكتئاب الذي قد يصيب الأمهات في الفترة المحيطة بالولادة. كما يجب تدرّيبهم على تزويد أولياء الأمور بالثقافة العامة في مجال الصحة النفسية، وأيضًا على معالجة مثل هذه المشكلات إن لم تتوفر خدمات أكثر مهنية.

٤. **الأخصائيون:** ينبغي لكل بلد أن يدرّب مزيدًا من الأخصائيين على طرق العلاج المستندة إلى الأدلة، لاسيما العلاج النفسي، ولتحسين الجودة، يجب إنشاء مركز واحد على الأقل للتميز في كل منطقة.

٥. **مدارس الرفاه:** ينبغي أن يصبح رفاه التلاميذ هدفًا واضحًا لكل المدارس. ويجب وضع دليل مدرسي للرفاه (يتضمن قيم الاحترام المتبادل ومكافحة التنمر) يلتزم به جميع المعلمين والتلاميذ وأولياء أمورهم، على أن يشدد على أهمية الثناء عوضًا عن الانتقاد السلبي.

٦. **القياس:** يتعين على المدارس أن تقيس مستويات رفاه التلاميذ بانتظام.

٧. **منهاج المهارات الحياتية:** يجب أن تستخدم المدارس أساليب مستندة إلى الأدلة لتدريس المهارات الحياتية مدة لا تقل عن ساعة واحدة أسبوعيًا طوال فترة الدراسة، على أن تخصص فترات أطول في السنوات الدراسية الأولى، مع التركيز على الواجبات (افعل كذا) لا المحظورات (لا تفعل كذا).

٨. **تدريب المعلمين:** يجب تدريب جميع المعلمين على طرق رصد وتعزيز رفاه الأطفال وصحتهم النفسية، وخلق بيئة تعليمية متحضرة.

٩. **استخدام الهواتف النقالة:** ينبغي إعداد برنامج دولي رائد لوضع مقاربات قائمة على الهواتف الذكية متاح مجانًا بهدف تنفيذ جميع توصياتنا، على أن يُطلب من إحدى المؤسسات الخيرية الدولية الكبرى دعم هذا البرنامج.

١٠. **أهداف التنمية المستدامة:** ينبغي أن تتضمن هذه الأهداف إشارة صريحة إلى الصحة البدنية والنفسية.

## وإيجاز

ثمّة مشكلة واسعة النطاق: يعاني ١٠ في المائة من الأطفال اضطرابات نفسية، ولا يتلقى سوى أقل من ربعهم مساعدة متخصصة لمعالجة مشاكلهم.

ندرك ما يجب عمله: بالنسبة للأطفال ممن يعانون اضطرابات نفسية، ثمّة طرق علاج نفسية فعالة تستند إلى الأدلة يتعين على نظام الرعاية الصحية توفيرها لهؤلاء الأطفال. وينبغي أن تعزز كل مدرسة رفاه طلابها باستخدام مقاربات مستندة إلى الأدلة.

ليس ضروريًا أن تكون التكلفة الصافية مرتفعة: يفرض المرض النفسي تكاليف باهظة على الاقتصاد. ولذلك، يأتي على رأس الأولويات تطوير مئات من البرامج عالية الجودة عبر الإنترنت وتقديمها مجانًا إلى الأطفال والمهتمين برعايتهم في كافة أنحاء العالم.

## لماذا يُعدّ رفاه الأطفال مسألة مهمة؟

يتمثل أحد الأهداف الجوهرية لأي مجتمع في تمتع أطفاله وشبابه بحياتهم واكتسابهم للمهارات اللازمة كي يصبحوا أفرادًا سعداء وفاعلين. ولهذا، لابد من تنمية الانسراح الوجداني ومهارات التأقلم لديهم ومرونتهم وقدرتهم على تكوين علاقات اجتماعية بناءة. وتتشكل القدرات الاجتماعية والوجدانية من خلال الاستجابة الذاتية للتجارب الشخصية، ويمثل أولياء الأمور والمعلمون والعاملون الصحيون والمجتمع بشكل عام القوى الدافعة الرئيسية التي تكوّن تجارب الأطفال. وتشكل هذه العلاقات محور هذا التقرير الذي يطرح أسئلة عن سبل دعمها وتحسينها في سبيل تعظيم النتائج المفيدة للأطفال، وكيف يمكن تحقيق ذلك بالنظر إلى التحديات المختلفة القائمة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط والمرتفع.

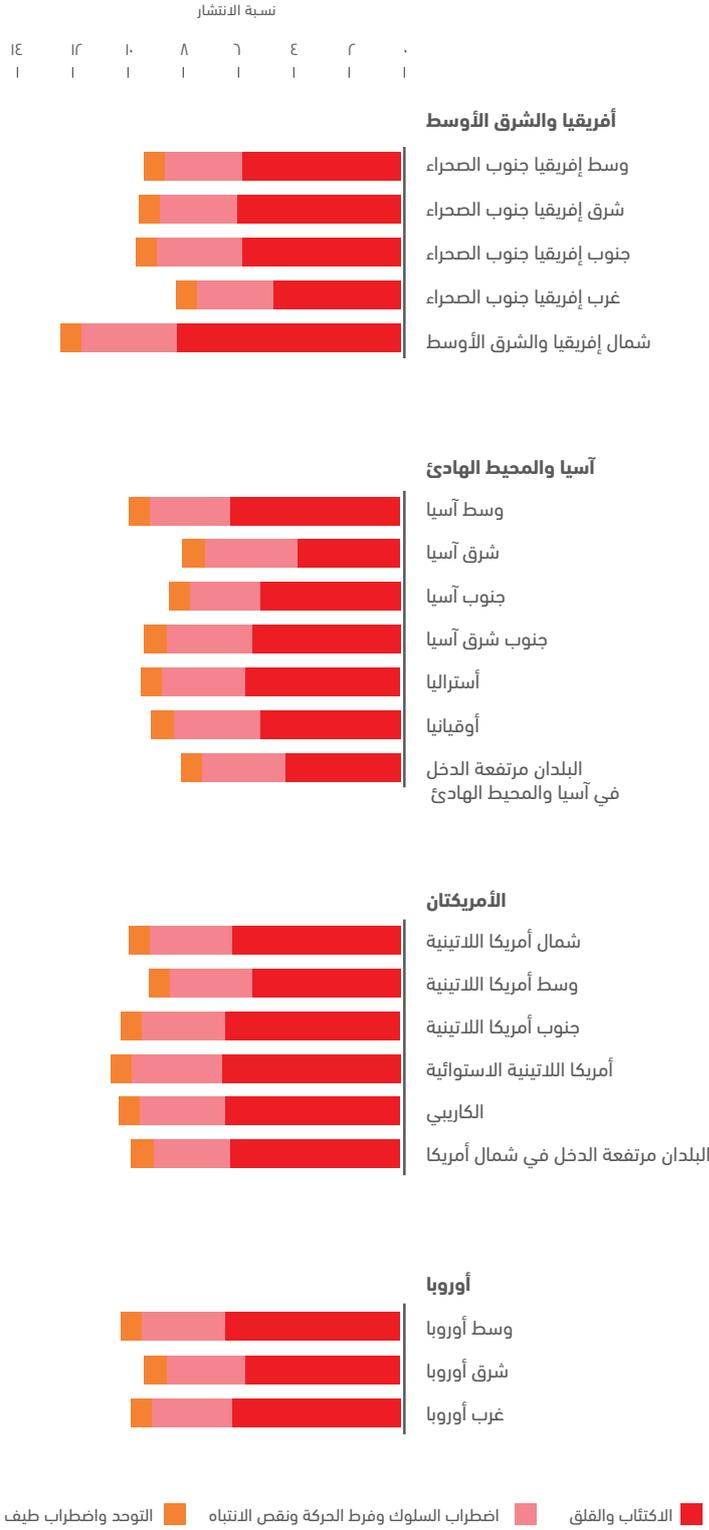
إن نحو ٣١ في المائة من سكان العالم دون سن الثامنة عشرة<sup>١١</sup> ويعاني قرابة ١٠ في المائة من هؤلاء؛ أي نحو ٢٢٠ مليون طفل وشباب، اضطرابات نفسية يمكن تشخيصها (وأبرزها القلق، والاكتئاب، واضطراب السلوك)<sup>١٢،١٣</sup>، وكما يبين (الإطار ١)، تطال هذه المشكلة جميع البلدان دون استثناء. وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن ٢٣ في المائة من أمراض الأطفال ناجمة عن اعتلال نفسي وليس جسماني<sup>١٤</sup>.

هذا الأمر خطير بحد ذاته، كما أن أكثر من نصف الأطفال الذين يعانون مرضًا نفسيًا في طفولتهم سيعانون أمراضًا نفسية مجددًا عندما يصبحون بالغين<sup>١٥</sup>، ومن المرجح أن يعيشوا حياة بائسة وتعيسة يطبعها العوز، علاوة على ذلك، تؤثر الصحة النفسية على الصحة البدنية؛ فالإكتئاب يقلل من متوسط العمر المتوقع تمامًا كالتهنئين<sup>١٦</sup>. كما أن أثره المسبب للعجز أكبر من أثر التهاب المفاصل والسكري والذبحة الصدرية والربو<sup>١٨</sup>، وتكسب الصحة النفسية أهمية بالغة أيضًا في عيش حياة راضية، حيث أظهرت "دراسة الأتراب البريطانية" نتيجة لافتة للنظر في هذا المجال؛ إذ إن أفضل مؤشر لمعرفة ما إذا كان الطفل سيغدو بالغًا سعيدًا وراضيًا أم لا ليس تحصيله العلمي، بل صحته النفسية<sup>١٩</sup>.

وتمثل المعاناة التي يسببها المرض النفسي الدافع الرئيسي لتقديم الرعاية، ولكن يأتي على رأس ذلك التكلفة الاقتصادية وما يرتبط بها من هدر كبير. وفي ما يلي بعض الحقائق البارزة:

- تُخفّض الأمراض النفسية لدى البالغين من الناتج المحلي الإجمالي بنسبة 0 في المائة على الأقل جراء تراجع الإنتاجية أو عدم القدرة على العمل، وكذلك زيادة النفقات على الرعاية الصحية ومكافحة الجريمة<sup>٢٠</sup>.
- لدى متابعة نمو أطفال عانوا مشاكل نفسية حتى أصبحوا بالغين، يمكننا تقدير التكلفة التي يفرضها هذا الوضع على الاقتصاد والمجتمع ككل. ففي بريطانيا مثلًا، يغدو أتعس عُشر من الأطفال أفقر بنسبة ٧ في المائة عندما يكبرون<sup>٢١</sup>. ويعود ذلك في جزء منه إلى التداخل الكبير لمشاكلهم النفسية مع تعليمهم وصحتهم البدنية.

الشكل ١: انتشار الاضطرابات النفسية بين الأطفال دون سن ١٩



- وبالمثل، يغدو الأطفال الذين يعانون اضطراب السلوك أكثر عرضة بمعدل أربعة أضعاف لارتكاب الجرائم، وتعاطي المخدرات، وإنجاب الأطفال في سن المراهقة، والاعتماد على الرعاية الاجتماعية، ومحاولة الانتحار، كما هو موضح في (الشكل ٢). وتشير التقديرات إلى أن هؤلاء الأطفال في بريطانيا يكلفون دافعي الضرائب في مجال العدالة الجنائية مبلغًا يعادل أجور ثلاث سنوات في المتوسط.<sup>٢٣</sup>

الجدول ١: تُنذر المشاكل السلوكية في سن ٧-٩ سنوات بظهور مشاكل في سنوات لاحقة (نيوزيلندا)<sup>٢٤</sup>

النسبة المئوية في سن لاحقة	الأطفال المصنفة سلوكياتهم ضمن أسوأ ٥ بالمائة	الأطفال المصنفة سلوكياتهم ضمن أفضل ٥٠ بالمائة
ارتكاب جنح تتعلق بالعنف في سن (٢٠-٢١)	٣٥	٣
تعاطي المخدرات في سن (٢٠-٢١)	٢٠	٥
أمهات وآباء في مرحلة المراهقة	٢٠	٤
محاولات الانتحار حتى سن ٢٥	١٨	٤
الاعتماد على المعونات الاجتماعية في سن ٢٥	٣٣	٩

- يؤدي بذل جهود للحد من الأمراض النفسية لدى الأطفال إلى تحقيق وفر كبير لصالح المجتمع يعوض النفقات المدفوعة. فعلى سبيل المثال، يوفر البرنامج التدريبي "سنوات لا تصدق" المخصص لأولياء الأمور والمدرسين والأطفال (الموضح في الإطار ٤) مبالغ كافية في الرعاية الصحية تعوض عن تكاليف التدريب.<sup>٢٥</sup> وإذا أضفنا إلى ذلك الوفر الناتج عن نظام العدالة الجنائية، تصبح المبالغ المدخنة ثلاثة أضعاف التكلفة.

- عندما يكون الأبوان مريضين نفسيًا، يعاني الأطفال كذلك. فالإكتئاب مثلاً يستحوذ على خمس الأمهات إما في أثناء الحمل أو في العام الذي يليه،<sup>٢٦</sup> ما يشكل عبئًا كبيرًا عليهن وعلى أطفالهن معًا. فالأطفال يصبون أكثر عرضة للإصابة بمشاكل نفسية وبالتالي تزداد ضرورة حصولهم على دعم تعليمي خاص، وعلى الأرحم سيجنون أربابًا أدنى من أقرانهم الأصحاء عندما يكبرون. كما تغدو الأم بحاجة إلى مزيد من الرعاية أيضًا. وتشير التقديرات إلى أن متوسط التكلفة التي يتكبدها المجتمع جراء كل حالة إكتئاب في الفترة المحيطة بالولادة في بريطانيا تعادل متوسط الأجر السنوي.<sup>٢٧</sup> وعلى النقيض من ذلك، فإن تكلفة العلاج النفسي الناجح (بافتراض أن نسبة النجاح تصل إلى ٥٠ في المائة)<sup>٢٨</sup> تعادل ٥ في المائة فقط من ذلك،<sup>٢٩</sup> أي أن الوفر أكبر من التكلفة بعشرين مرة. ولذلك يتعين على العاملين في مجال الصحة المجتمعية فحص جميع الأمهات درجًا لخطر الإكتئاب. وكما يُظهر (الإطار ٣)، يمكن أيضًا تدريبهم على تقديم علاج فعال في البلدان التي لا يتوفر فيها عدد كبير من الأخصائيين المحترفين.

لهذه الحقائق البسيطة آثار جوهرية على السياسات. أولاً، يجب أن يصبح رفاه الأطفال في أعلى سلم أولويات السياسة المرسومة للمجتمعات المحلية، والأسر، وأنظمة الرعاية الصحية، والمدارس،<sup>٢٠</sup> فهو جزء من حقوق الإنسان الأساسية على النحو المبين في اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل. ويتعين علينا أن نتحدث عن قضايا الصحة النفسية على نحو أكثر انفتاحاً، وأن نتخلص من الوصمة التي تطبع هذه المسألة. ثانياً، إذا فعلنا كل هذا فبالأكيد سنتكبد تكاليف كبيرة، غير أننا سنوفر مبالغ هائلة في المستقبل. فمن هو أهْلُ لذلك؟

## من أهلٌ لذلك؟

ثمة مبدأ أساسي يقول بأفضلية التدخل مبكرًا، لاسيما إذا كان لدى الطفل أو والديه مشاكل نفسية. وإذا لم تحل هذه المشاكل نفسها بسرعة، ينبغي تقديم الدعم القائم على الأدلة إلى الأبوين و/أو الطفل. ولكن مبدأ التدخل المبكر ينطبق أيضًا على الوقاية؛ إذ إن دعم الأسر أمر بالغ الأهمية. ولا بد أن تعزز المجتمعات ممارسات تنشئة الأبناء الجيدة منذ الولادة. وفي معظم البلدان، يتم ذلك بسهولة عبر نظام الرعاية الصحية الذي يكون على اتصال بمعظم الأسر في أثناء فترة الولادة. كما يحظى هذا النظام بميزة الكشف عن إصابة الأمهات بالاكئاب. ومن الضروري أيضًا تدريس المهارات الحياتية في جميع مراحل الطفولة عندما تزداد أهمية المدرسة كجزء من حياة الطفل.

وتكتسب العلاقات المبكرة أهمية بالغة؛ لأن تكييفية الدماغ تكون أعلى عند الأطفال الصغار، إضافة إلى كونهم أكثر عرضة للمؤثرات السيئة وأكثر تقبلًا للمؤثرات المفيدة. وثمة فوارق ملحوظة بين عمل الدماغ لدى مجموعات الأفراد ممن تعرضوا لسوء المعاملة في مرحلة الطفولة وأولئك الذين لم يتعرضوا لذلك.<sup>٣١</sup> كما تُعد العلاقة مع الآخرين وتكوين روابط معهم عاملًا أساسيًا لحياة وجدانية صحية، حيث تتطور في وقت مبكر، وتستمر في النمو على نحو سيئ أو جيد طوال مرحلة الطفولة والمراهقة.<sup>٣٢</sup> والواقع أن فترة طفرة النمو في سنوات المراهقة تُعد من الفترات الرئيسية الأخرى للتحويل والتطوير. ولذلك ينبغي العمل على إنشاء مؤسسات تُعنى بالصحة النفسية للطفل بدءًا من الحمل وحتى بداية سن الرشد.

وتختلف المؤسسات المعنية بتقديم الدعم من بلد لآخر، لكن ثمة مبادئ عامة تنطبق على الجميع؛ إذ يجب أولاً وضع نهج متكامل على المستوى المحلي بحيث لا ينزلق أي طفل بحاجة إلى الرعاية من شبكة الأمان. ويشترك في عملية الرعاية الجماعات المحلية، والمنظمات غير الحكومية، والمؤسسات الدينية وغيرها.<sup>٣٣</sup> لكن ثمة نظامان فريدان يمتلكان مزية الوصول إلى كل أسرة، ألا وهما نظام الرعاية الصحية الذي يشارك حتى قبل أن يولد الطفل، والنظام المدرسي الذي ينبغي أن يلتحق به الأطفال كافة. ونستعرض في الأقسام التالية دور المجتمع الشامل ثم نبحث في دور الرعاية الصحية والمدارس.

## المجتمعات

ينمو الطفل ويتربّع داخل الأسرة التي تكون نواة المجتمع الذي يحتاج بدوره إلى إطار لتعزيز رفاه الأطفال والأسر. ويحتاج هذا الإطار إلى إدراج العناصر التالية على الأقل:

- فهم حجم المشكلة: ما الاحتياجات المحددة للصحة النفسية لدى الأطفال داخل المجتمع؟
- نصائح موجهة إلى الوالدين عن كيفية تنشئة أطفالهم.
- مساعدة أولياء الأمور الذين يعانون مشاكل نفسية، لاسيما اكتئاب الأمهات في الفترة المحيطة بالولادة.
- مساعدة الأبوين عندما يتصرف أطفالهم بشكل سيئ أو يواجهون معاناة نفسية.
- بسط يد العون للأطفال الواقعين تحت وطأة المعاناة النفسية.
- مدارس تعزز القيم النبيلة ويمكنها تحديد الأطفال الذين يعانون من أزمات نفسية صعبة.
- منظمات تسهل عملية انتقال الطفل إلى مرحلة البلوغ.

يمكن أداء هذه المهام<sup>٣٤</sup> عبر تقديم خدمات بأشكال عديدة، لكن المهم هو أن يكون النمط العام ملائمًا للقيام بهذه المهام. ويمكن تنسيق هذه الجهود عبر الحكومة المحلية، أو قادة المجتمع المحلي، أو المجموعات المجتمعية المختصة. كما يمكن مواءمة هذه الجهود لتلائم مختلف السياقات المحلية وفق ما أظهرته تجارب مشروع "المجتمعات المحلية التي تهتم" في الولايات المتحدة. وهذا المشروع عبارة عن

عملية وليس برنامجًا، حيث يوفر إطارًا يجمع بين الجهات الفاعلة الرئيسية في المجتمع المحلي لوضع خطة عمل تلبية احتياجاته. ومتى أصبحت الاحتياجات واضحة، توضع خطة لاستخدام البرامج المستندة إلى الأدلة لتعزيز الخدمات القائمة.<sup>٣٥</sup> وما يجري تطبيقه يختلف من منطقة لأخرى، لكن القيادة المحلية تظل أمرًا أساسيًا ومركزيًا لتحقيق النجاح.

**محور العمل ١: العمل المجتمعي: يجب أن يكون لكل مجتمع محلي استراتيجية محلية لرفاه الأطفال تتضمن تقييم احتياجات الأطفال وأسرهم، والدور الذي يمكن أن تضطلع به مؤسسات الرعاية الصحية، والمدارس والجماعات المحلية، والمنظمات غير الحكومية، والشباب، والمؤسسات الدينية.**

ويجب أن تضع هذه الاستراتيجية رؤيةً لاحتياجاتنا وتحدد إجراءات واضحة بغية تليبيتها. ويمكن أن تشمل على العناصر التالية:

- منتدى يجمع بين قادة الهيئات الرئيسية المعنية بالأسرة والطفل للتأكد من سعي الجميع نحو تحقيق الأهداف ذاتها.
- طرق تقييم الحاجة إلى الخدمات بانتظام.
- الاستثمار في خدمات حماية الطفل.
- خدمات شاملة نوعية للأسر إلى جانب خدمات متخصصة تستهدف الأطفال الذين يعانون من مشاكل محددة.
- تعليم نوعي عالي الجودة.
- فرص تُغني الشباب بالتجارب الإيجابية.
- الاستثمار في تنمية القوى العاملة.

تفرض تلبية احتياجات ضحايا العنف من الأطفال تحديًا كبيرًا، حيث يؤثر المرور بتجارب صادمة بوضوح على نتائج صحة الطفل النفسية.<sup>٣٦</sup> ومن الضروري جدًا بناء القدرة على التكيف ومواجهة آثار العيش في مناطق النزاع من أجل حماية صحة الطفل النفسية في بعض بقاع العالم. ويسلط (الإطار ١) الضوء على إحدى المقاربات المجتمعية لمواجهة هذه المشاكل.<sup>٣٧</sup>

## الإطار ١: نظام الرعاية النفسية الاجتماعية للأطفال في مناطق النزاع<sup>٣٨</sup>

يجمع هذا النظام متعدد المستويات للرعاية النفسية الاجتماعية بين تعزيز الصحة النفسية والوقاية والعلاج، لتلبية احتياجات الأطفال والمراهقين المعرضين للخطر في مناطق النزاع المسلح. وتهدف منظومة الرعاية المجتمعية هذه، التي تتخذ لها مقرات في إندونيسيا وجنوب السودان وسريلانكا وبوروندي ونيبال، إلى تحقيق الغايات التالية:

- توعية المجتمعات المحلية بمشاكل الأطفال النفسية الاجتماعية (مثل ذلك إطلاق برنامج إذاعي محلي في جنوب السودان).
  - حشد الموارد المجتمعية من أجل العلاج (كإنشاء شبكات دعم الأطفال الأقران في بوروندي).
  - زيادة أنظمة الدعم الاجتماعي (تطوير ما يسمى "بمجموعات صمود الأطفال"، وهي مجموعات شبه منظمة تمارس أنشطة مرة واحدة أسبوعيًا لمدة خمسة أسابيع).
  - تحديد الأطفال المحتاجين لدعم نفسي واجتماعي مركز (باستخدام وسيلة مسح مخصصة لهذا الغرض).
  - الحد من المعاناة النفسية والاجتماعية (من خلال فصول دراسية بمعدل ١٥ جلسة أو مشاريع تدخل مجتمعية تنطوي على أنشطة سلوكية منظمة هدفها تنمية قدرة الأطفال على التعامل مع المشاكل المرتبطة بالتعرض للنزاعات المسلحة).
  - دعم أولياء أمور الأطفال الذين يعانون المشاكل (من خلال تثقيف نفسي أسري).
  - تقديم المشورة الفردية (أو أي علاج آخر) للأطفال الذين يعانون مشاكل نفسية حادة.
- تُقدّم جميع الخدمات بمعرفة فرق مدربة ومؤهلة تضم متطوعين من المجتمع المحلي، ومعلمين، ومرشدين اجتماعيين، وأخصائيين بالصحة النفسية. وقد أُنشئت هذه المنظومة بما يضمن حركة الأطفال بين مستوياتها ومكوناتها المختلفة، حسب الحاجة. ويُعد الإشراف جزءًا لا يتجزأ من إطار تقديم الخدمات، وقد جرى تقييم هذه المنظومة بنجاح.

## أنظمة الرعاية الصحية

في إطار تقديم الدعم للأسر، يُعتبر نظام الرعاية الصحية أقوى مؤسسة على الإطلاق في معظم البلدان. فهو يوفر العلاج الجوهري لكل أشكال الاضطرابات بمجرد حدوثها، ولكنه في الوقت ذاته يلعب دورًا محوريًا في الكشف عن الاضطرابات وتقديم المشورة والنصح للوالدين كي يتجنبوا حدوثها أصلًا.

ففي أي بلد عادي، غنيًا كان أم فقيرًا، يعاني قرابة ١٠ في المائة من الأطفال من اضطراب نفسي يمكن تشخيصه (انظر الشكل ١). وفي حين يعاني نحو نصف هؤلاء من اضطراب السلوك الذي يترافق أحيانًا مع نقص الانتباه واضطراب فرط الحركة، يعاني النصف الآخر من اضطرابات المزاج، لاسيما اضطرابات القلق كالرهاب الاجتماعي، ونوبات الهلع، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب ما بعد الصدمة الذي يشيع على وجه الخصوص في مناطق النزاعات (لا يشيع الاكتئاب إلا في سن المراهقة فقط). ويعاني نحو ١ في المائة من الأطفال من اضطرابات عصبية نمائية كالتوحد. وكما يبين الشكل ١، ليس هناك نموذج موحد يرصد الاختلافات بين البلدان أو القارات. وفي الوقت نفسه، تعاني ٢٠ في المائة من الأمهات من اكتئاب أثناء الحمل أو خلال السنة الأولى بعد الولادة.<sup>٣٩</sup>

وفي كل تلك الحالات، ثمة طرق علاجية تستند إلى الأدلة وينسب فاعلية جيدة. ويركز كثير منها على فكرة العلاج المعرفي السلوكي، أما بالنسبة لاضطرابات السلوك الخفيفة إلى المعتدلة، فقد حقق برنامج "سنوات لا تصدق" لتدريب الوالدين ضمن مجموعات لمدة تصل إلى ٢٤ أسبوعًا نتائج جيدة حتى بعد مرور ٧ سنوات على انتهاء التدريب<sup>٤٠</sup> (الإطار ٢). وقد أثبت التدريب نجاعته ضمن بيئات ثقافية مختلفة.<sup>٤١</sup> صحيح أن الالتزام المطلق بالأفكار الأساسية للبرنامج أمرٌ حاسم في النجاح، لكن يجب تعديل تفاصيل محتوياته وفق ثقافة وتجربة أولياء الأمر المشاركين في البرنامج. أما بالنسبة لاضطرابات السلوك الحادة، فإن أنجع علاج لها هو الجلسات الفردية، ولكنها باهظة التكلفة.<sup>٤٢</sup> وفي ما يتعلق بنقص الانتباه واضطراب فرط الحركة، تساعد الأدوية ٧٥ في المائة من المرضى، ولكن يجب عدم اللجوء إليها إلا في الحالات الخطيرة.<sup>٤٣</sup>

وبالنسبة لاضطرابات القلق، حقق العلاج المعرفي السلوكي معدلات نجاح بلغت ٥٠-٦٠ في المائة عند الأطفال فوق سن الثامنة.<sup>٤٤</sup> كما يمكن علاج الاكتئاب ونسبة جيدة بواسطة العلاج المعرفي السلوكي، أو العلاج الفردي، أو الأدوية ولكن في حالات منتقاة بعناية.<sup>٤٥</sup> والأمر عينه ينطبق على اكتئاب الأم في الفترة المحيطة بالولادة.<sup>٤٦</sup>

## الإطار ٢: برنامج "سنوات لا تصدق"<sup>٤٧</sup>

برنامج شهير لتدريب أولياء أمور الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك، حيث يجتمع الأولياء أسبوعيًا على فترة تمتد بين ١٦-٢٤ أسبوعًا، ويركز البرنامج على تعزيز السلوك الاجتماعي للطفل واعتماده على الذات وهدوئه.

والرسائل التي يطرحها البرنامج موجودة على شكل خطوات هيكلية (موضحة في دليل الإرشادات):

١. اللعب مع الطفل، وعدم إطلاق الأحكام عليه، وتسليمه القيادة.
٢. الثناء والإطراء.
٣. تطبيق القواعد والتعليمات الأبوية عبر الاتصال البصري.
٤. منح المكافآت وفرض عقوبات (خفيفة).

وتتضمن الطرق أيضًا مشاركة أفلام قصيرة لأولياء أمور مرّوا بظروف مشابهة، ما يؤدي إلى تحفيز النقاشات وتحقيق تعلّم تفاعلي وتحسين إدارة الذات في مواقف مماثلة. ويمكن تغيير التركيز من عنصر لآخر تبعًا لثقافة الأبوين وتجربتهما ومستواهما التعليمي والمعرفي وقيمهما.<sup>٤٨</sup>

وقد قُيّم البرنامج عبر اختبارات أجريت على مجموعات ضابطة عشوائية في الولايات المتحدة وكندا والمملكة المتحدة وويلز والنرويج وهولندا والبرتغال. وتُجرى اليوم أبحاث في نيوزيلندا والدنمارك وإسبانيا وهونغ كونغ والسويد. وفي المملكة المتحدة، تمت متابعة الأطفال حتى بعد ٧ سنوات من انتهاء البرنامج ليجد القائمون عليه أن احتمال تعرضهم للإصابة باضطراب المعارض المتحدي أدنى بنسبة ٨٠ في المائة منه لدى أقرانهم في المجموعة الضابطة.<sup>٤٩</sup>

ثمة حقيقة مروّعة هي أن غالبية الأطفال ممن يعانون من مشكلات نفسية لا يتلقون علاجًا على الإطلاق حتى في البلدان المتقدمة (٧٥ في المائة في هذه الدول وأكثر من ذلك بكثير في البلدان الفقيرة).<sup>٥٠</sup> ويسري الشيء ذاته على الأمهات اللواتي يعانين من الاكتئاب في الفترة المحيطة بالولادة.<sup>٥١</sup>

ويناقض هذا تمامًا مبدأ المساواة في احترام الصحة النفسية والبدنية والذي ينص على حصول الفرد على علاج لمرضه البدني والنفسي بالتساوي. صحيحٌ أن هذا المبدأ وجد طريقه بقوة إلى القوانين في المملكة المتحدة والولايات المتحدة، إلا أنه يتعرض لجوّ كبير فيهما كما في باقي أنحاء العالم، فلا يُحترم ولا يُعمل به، ولذلك، يجب أن تتغير هذه الحال.

## **محور العمل ٢: المساواة في الاحترام: توفير رعاية صحية متساوية ومدعومة بالأدلة للأطفال وأوليائهم، سواء كان اضطرابهم نفسيًا أم بدنيًا.**

تكمن المشكلة في أن هذا مجرد مبدأ لا أكثر. وكي نطبق هذا المبدأ على أرض الواقع، ينبغي تدريب أناس تدريبًا مناسبًا وبأعداد كافية لتقديم الرعاية المطلوبة، ووضع إطار لتحديد الأطفال وأولياء الأمور ومقدمي الرعاية المحتاجين للمساعدة، وإيجاد نظام يثقف أولياء الأمور ويدعمهم كي يربوا أطفالهم تربيةً نفسية سليمة.

ويُعتبر نظام الرعاية الصحية أفضل السبل لأداء هذه الأدوار كافة. فكلُّ الأسر تقريبًا تتواصل معه مع اقتراب موعد ولادة أطفالها، وهو الوقت ذاته الذي يشخص فيه أخصائيو الرعاية الأولية حالات اكتئاب الأم في الفترة المحيطة بالولادة، وهو الوقت عينه الذي يجب فيه توعية الأبوين بسبل تربية أطفالهم بحيث يكبرون وهم يتمتعون باستقرار عاطفي وسلوك حسن.<sup>٥٢</sup> وبالمثل، يُعتبر نظام الرعاية الصحية خير السبل لتحديد ما إذا كان لدى الطفل أعراضٌ لأي اضطرابات نفسية. وبالتالي، يجب تدريب موظفي الرعاية الصحية تدريبًا أساسيًا على تحديد اعتلال الصحة النفسية بين أفراد الأسر، ثم تقرير العلاج المناسب.

لكن من يقدم العلاج فعليًا؟ الموضوع شبيهٌ هنا باعتلال الصحة البدنية. ففي البلدان الغنية، ينبغي أن نصرّ على تقديم رعاية متكاملة ومهنية، إذ تبلغ معدلات الشفاء على أيدي ممارسين مدربين تدريبًا عاليًا ضعفيها أو ثلاثة أضعافها على أيدي ممارسين أقل تدريبًا.<sup>٥٣</sup> أما في البلدان الفقيرة فيجب أن نستفيد من الكفاءات المتاحة متى وجدناها. إذن، ينبغي تدريب جميع موظفي الصحة غير المختصين في المجتمع المحلي كي يتمكنوا من تقديم علاج نفسي، وقد يكون لزامًا في كثير من الحالات استخدام موظفين محليين غير عاملين في القطاع الصحي.<sup>٥٤</sup> وكما يبين (الإطار ٣)، يمكن أن يصبح اكتشافُ اكتئاب الأم وعلاجه وظيفة روتينية لموظفي الرعاية الصحية الأولية.

### الإطار ٣: معالجة اكتئاب الأم في الريف الباكستاني<sup>٥٥</sup>

تم تدريب موظفين صحيين محليين على تشخيص اكتئاب الأم وعلاجه باستخدام العلاج المعرفي السلوكي (برنامج التفكير الصحي). وشملت المبادرة ١٦ جلسة تدريبية منزلية، وتضمنت استخدام الإصغاء الفعال، والتعاون مع أفراد الأسرة، والاكتشاف الموجه، والقيام بوظائف منزلية (أي تجريب بعض الأمور بين الجلسات، وممارسة ما تم تعلمه).

وقد اختيرت ٤٠ منطقة ريفية لتطبيق مبدأ التدخل أو الرعاية الروتينية، وضمت كل مجموعة حوالي ٤٥٠ أمًا. ثم عُقدت جلسات متابعة بعد ستة أشهر وتبين أن ٢٣ في المائة فقط من أمهات المجموعة التجريبية مازلن يعانين من الاكتئاب مقارنة بـ ٥٣ في المائة في المجموعة الضابطة. وتقدّم دراسة أخرى دروسًا في التربية النفسية لكافة الأمهات.<sup>٥٦</sup>

ينبغي أن تقدم سائر الدول، إن أمكن، مساعدة أكبر للأسر الشابة الأكثر حرمانًا. ففي الولايات المتحدة، يوفر برنامج "الشراكة بين الممرضة والأسرة" زيارات شهرية للأمهات الفقيرات المراهقات مدة ثلاث سنوات، والنتيجة أن أطفال هذه الأسر صاروا أكثر تهذيبًا، وحققوا نتائج أفضل في المدرسة، وأخذوا يكسبون أكثر عندما كبروا.<sup>٥٧</sup> كما طبقت جمايكا برنامجًا مماثلًا (الإطار ٤).

### الإطار ٤: التحفيز النفسي الاجتماعي للأطفال غير مكتملي النمو في جامايكا<sup>٥٨</sup>

في زيارات أسبوعية امتدت لسنتين، قام عاملون صحيون في المجتمع المحلي بتدريب الأمهات على سبل تربية الأطفال، وشجعوا الأمهات والأطفال على التفاعل بطرق تُطوّر المهارات المعرفية والاجتماعية العاطفية. وقد طُبقت التجربة على مجموعة عشوائية من الأطفال، حيث ثبت بعد عشرين سنة أن هؤلاء يكسبون أكثر من أقرانهم في المجموعة الضابطة بنسبة ٢٥ في المائة. كما تبين أن الأطفال المسجلين في البرنامج حققوا نتائج أعلى في مجالات المعرفة والمهارات النفسية الاجتماعية والتحصيل الدراسي، وكان انخراطهم في الجرائم العنيفة أدنى.<sup>٥٩</sup>

يجب زيادة أعداد أخصائيي الصحة النفسية المتمرسين، لاسيما المعالجين النفسيين، زيادة كبيرة وفي جميع البلدان، إذ يبين برنامج "تحسين فرص الحصول على علاج نفسي" في إنجلترا أن بالإمكان تطوير خدمات الصحة النفسية للأطفال بسرعة لتقديم علاجات مدعومة بالأدلة مع نتائج قابلة للقياس.<sup>٦٠</sup> ولتعزيز التغيير، لابد من وجود مركز تميز في كل منطقة، في البلدان الغنية والفقيرة، ليعمل بمثابة منصة للتدريب والبحوث وتوضيح أفضل الممارسات. وتُعتبر جودة هذه المراكز مفتاح ضبط النظام بأكمله. ويتعين على موظفي المراكز أيضًا إجراء بحوث عن مشكلاتهم المحلية، وغني عن الذكر هنا أن البحوث في مجال الصحة النفسية، لاسيما الصحة النفسية للأطفال، تعاني نقصًا حادًا في التمويل، وهو أمر يجب أن يتغير كليًا. ومن الضروري أيضًا إجراء مزيد من البحوث عن الوقاية أولًا وطرق العلاج ثانيًا.

نستنتج مما سبق محورين رئيسيين هما:

**محور العمل ٣: الشمولية:** تدريب جميع الأخصائيين الصحيين على تشخيص مشاكل الطفل النفسية واكتئاب الأم في الفترة المحيطة بالولادة، وعلى توفير تعليم عام في مجال الصحة النفسية للأبوين، وأيضًا على معالجة مشاكلها إن لم تتوفر خدمات أكثر مهنية.

**محور العمل ٤: الأخصائيون:** تدريب مزيد من الأخصائيين على طرق علاج مدعومة بالأدلة، لاسيما العلاج النفسي، ولتحسين الجودة، يجب إنشاء مركز واحد على الأقل للتميز في كل منطقة.

## المدارس

يطمح كل أب وأم لرؤية طفلها سعيدًا في مدرسته وعندما يكبر، غير أن كثيرًا من المدارس في بلدان عديدة لا تعتبر ذلك أحد أهدافها الرئيسية، بل تسير بخطى متسارعة نحو التحول إلى مصانع للامتحانات لا أكثر. ولتحسين رفاه الطفل، لا مناص من عكس هذه الحركة تمامًا بحيث تلبى المدارس الاحتياجات العاطفية والروحية لتلاميذها، فضلًا عن تنميتهم فكريًا.

وليس هناك أي تناقض بين هذه الأهداف. وفي واقع الأمر، ثمة دليل واضح وضوح الشمس على أن سعادة الطفل مفيدة في تنميته الفكرية. فعلى سبيل المثال، وجد مسحٌ أُجري على ٢٠٠ برنامج مدرسي يهدف إلى تعزيز مهارات الطفل الاجتماعية والعاطفية أن الأطفال المسجلين في هذه البرامج اكتسبوا نحو ١٠ نقاط مئوية في مجال السلوك والرفاه العاطفي والتحصيل المدرسي.<sup>٦١</sup> وبالمقابل، يرتبط انخفاض مستوى الرفاه بسوء الأداء في المدرسة. فمثلًا، يزيد احتمال طرد الأطفال الذين يعانون من مشكلات عاطفية أو سلوكية من المدرسة أو تركهم لها دون أي مؤهلات تعليمية.<sup>٦٢</sup>

إذن، يتعين على المدرسة إدراج رفاه تلاميذها ضمن أهدافها الرئيسية، على أن يتضمن هذا تنمية حسّ الواجب الاجتماعي لديهم وتحسين شعورهم الداخلي: هل حققوا مرادهم؟ أم إنهم يشعرون بالقلق أو الاكتئاب؟ وينبغي أن تضع كل مدرسة سياسة خاصة برفاه الطفل تؤثر إيجابًا على نمط التجربة المدرسية بأسرها. وثمة أدلة قوية تشير إلى أن أي مدرسة تعتمد سياسة كهذه تُحقق نتائج أفضل على كافة الصعد،<sup>٦٣</sup> حيث تتضمن هذه السياسة ثلاثة عناصر على الأقل:

- دليل للسلوك (يتضمن تدابير خاصة لمكافحة التنمر).<sup>٦٤</sup>
- نظام لقياس الرفاه.
- تعليم واضح لمهارات الحياة.

**محور العمل ٥: مدارس الرفاه:** ينبغي أن يصبح رفاه التلاميذ هدفًا صريحًا لكل المدارس. ويجب وضع دليل مدرسي للرفاه (بما في ذلك الاحترام المتبادل ومكافحة التنمر) يلتزم به جميع المعلمين والتلاميذ وأولياتهم، على أن يشدد على أهمية الثناء عوضًا عن الانتقاد السلبي.

ينبغي تصميم دليل الرفاه بالتشاور مع المعلمين وأولياء الأمور والتلاميذ، ويجب أن يلتزموا جميعًا التزامًا صريحًا به (بصورة أدبية أو خطية أو كليهما). وكما يشير الإطار 0، يجب أن يتضمن الدليل القيم الأساسية (كالاحترام المتبادل) بحيث يجري العمل بها في كافة أشكال العلاقات، وأن يحوي الإجراءات الواجب تطبيقها في حال خرقه. ويبقى الهدف الرئيسي في علاقة المعلم بالتلميذ (على غرار علاقة ولي الأمر بالطفل) استخدام الثناء والإطراء والحوافز الإيجابية عوضًا عن العنف والفسوة،<sup>٦٥</sup> إذ يجب تشجيع الأطفال دومًا على الارتقاء إلى مستوى المعايير لتحسين أنفسهم.<sup>٦٦</sup>

## الإطار 0: دليل توضيحي للرفاه في المدارس

### أهدافنا

- تعزيز سعادة كل الأطفال، وتنشئتهم ليصبحوا بالغين سعداء يساهمون في سعادة الآخرين.
  - تطوير التنافس الأكاديمي بين الأطفال، وقبل كل شيء حبهم للتعلم، ويغدو ذلك يسير المنال إذا كان الطفل سعيدًا.
- وهكذا فالهدفان متكاملان لا متنافسان.

### لتحقيق أهدافنا، سوف نضمن ما يلي:

- يعامل جميع أعضاء المدرسة (من معلمين وأولياء أمور وتلاميذ) بعضهم البعض باحترام متبادل، ويستخدمون أسلوب التشجيع والثناء والإطراء بوصفه أفضل أشكال الحوافز عوضًا عن العنف أو الانتقاد.
- تنمّر طفل على آخر مرفوض ولدينا سبل واضحة لاكتشافه وكيفية التعامل معه.
- لدينا أنظمة واضحة لغرس القيم في أطفالنا، ومنها اعتماد قيمة واحدة كل شهر بوصفها "قيمة الشهر" كالأمانة، والصدق، والشجاعة.
- تتجسد أهدافنا كليًا في سائر أنشطة المدرسة، بما فيها الاجتماعات الدورية لأولياء الأمور.
- يسود لدى المعلمين شعورٌ بالراحة عند التحدث عن القيم مع ضرورة زرع قيم إيجابية وعادات حسنة خلال مسيرة الطفل في المدرسة.
- نستند بقوة إلى أدلة تبين ما هي أفضل البرامج لتطوير مهارات حياتية محددة، ونخصص ساعة واحدة أسبوعيًا على الأقل للتدريس المدعوم بالأدلة لمهارات الحياة طوال العام الدراسي.
- يتحدث معلمونا بصراحة وإيجابية عن مشاكل الصحة النفسية، وهم قادرون على تشخيصها وطلب المساعدة لمن يحتاجها من التلاميذ.

من الضروري قياس مدى رفاه التلاميذ. فقياس تنمية التلاميذ الفكرية وحدها دون قياس رفاههم يجعل التنمية الفكرية تحتل مركز الصدارة والأسبقية ويؤكد علو كعبها على الرفاه. ولذا، نقترح أن تستخدم المدرسة استبيانات معيارية لقياس رفاهية تلاميذها، ويُفضل إجراء ذلك كل عام، وطبقًا في بداية العام الدراسي ونهايته. فإذا كانت النتائج المستخلصة موحدة على نحو مناسب، يصبح التغيير في الرفاه عندئذٍ مقياسًا جيدًا لمعرفة القيمة المضافة للرفاه خلال الحياة الدراسية.

وتساعد هذه الاستبيانات المدرسة أيضًا في تحديد التلاميذ الذين يعانون من صعوبات معينة ليس بالإمكان تشخيصها بطرق أخرى. فبينما تسهل مراقبة سلوك الطفل، إلا أن مراقبة خفايا عوالمهم الداخلية أمرٌ مختلف تمامًا. ولما كنا نقيّم الصحة البدنية للتلميذ لدى التحاقه بالمدرسة، فمن الخطأ عدم تقييم صحته النفسية. ولو كان أحد الأطفال يعاني من الكآبة، فيجب أن يساعده أخصائي في الصحة النفسية. ويتضمن (الجدول ٢) نموذجًا عن الاستبيانات المحتملة.

### محور العمل ٦: القياس: يتعين على المدرسة أن تقيس رفاه الطفل بانتظام.

تحتاج المدارس إلى جوٍّ يعزز رفاه التلاميذ ويتعرف إلى الأطفال الواهنين، ويتعين عليها أن تخصص ساعة واحدة أسبوعيًا على الأقل لتعليم مهارات الحياة. فالأطفال والشباب بحاجة لفهم حقيقة مشاعرهم وكيفية التعامل معها، وفهم الآخرين والاهتمام بهم، وإدارة علاقاتهم الجنسية بطريقة مسؤولة، وتناول الطعام والشراب بعقلانية، وتجنب المخدرات، وفهم طبيعة الاضطرابات النفسية وكيفية التعامل معها، وإدراك مفهوم الأبوة والأمومة، وإدارة طريقة تعاطيهم مع وسائل الإعلام الحديثة، فضلًا عن اختيار أهداف إيجابية لمستقبلهم.

ويعدّ عالمنا اليوم بمئات البرامج التي ترمي إلى التصدي لواحدة أو أكثر من هذه القضايا. وقد قُيِّم كثير من هذه البرامج تقييماً صارماً على فئة عمرية كاملة في المدارس، حيث أظهرت النتائج أن هذه البرامج تؤدي إلى نتائج تعليمية جيدة، في المدى القصير على أقل تقدير. وتوصل إلى هذه النتيجة دورلاك وآخرون<sup>٦٧</sup> (سبق وأشرنا إليهم)، إذ يسيرون إلى الأثر في الأشهر الستة الأولى بعد انتهاء البرنامج. لكن بمتابعة بعض الحالات<sup>٦٨</sup> لفترة زمنية أطول تبين أن الأثر غالبًا ما تخبو تدريجيًا مع مرور الوقت، بل وتختفي في كثير من الحالات. وهذا غير مفاجئ بالنظر إلى أن البرامج لا تزيد مدتها عن ٢٠ ساعة وسطيًا. وهنا ينبغي التنويه إلى أن كثيرًا من البرامج الشهيرة جدًّا فشلت مرة واحدة على الأقل في تحقيق أي أثر إيجابي.<sup>٦٩</sup>

يقودنا هذا إلى استنتاجين اثنين. أولًا، إذا أردنا أن يكتسب الأطفال مهارات حياتية جيدة فيجب أن نؤمن لهم أكثر من برنامج واحد أو برنامجين مدة كل منهما ٢٠ ساعة. إنهم بحاجة إلى مناهج متكامل من المهارات الحياتية يُدرّس على الأقل مرة أسبوعيًا طيلة العام الدراسي. فقد لاحظ أرسطو أن العادات الحسنة تُكتسب من خلال التكرار الممتع ضمن بيئات متنوعة. ثانيًا، ينبغي أن يستند هذا المنهج إلى الأدلة وأن يبتعد قدر الإمكان عن أسلوب الارتجال الذي يطبقه المعلم. فقد تبين عالميًا أن أفضل النتائج تأتي ثمره استخدام مواد تفصيلية مع وضع دليل مدرسي واضح عن كيفية استخدامها إضافة إلى تدريب المعلمين في هذا الإطار<sup>٧٠</sup> (ولا يختلف هذا كثيرًا عن شروط إجراء عملية جراحية ناجحة). ويحقق الأطفال أفضل النتائج دومًا بالتشجيع والإطراء الإيجابي عوضًا عن إصدار التنبيه تلو الآخر حول الأشياء التي لا ينبغي فعلها.

الجدول ٢: طريقة توضيحية لقياس رفاه الأطفال بسن ١٣ فما فوق (مقياس وارويك-إدنبرة للرفاه النفسي)<sup>٧١</sup>

في ما يلي بعض العبارات الخاصة بالمشاعر والأفكار. ضع إشارة في الحقل الذي يقدم أفضل تعبير عن شعورك خلال الأسبوعين الماضيين.

العبارة	أبدًا	نادرًا	أحيانًا	غالبًا	دائمًا
أشعر بالتفاؤل إزاء المستقبل	١	٢	٣	٤	٥
أشعر أنني مفيد	١	٢	٣	٤	٥
أشعر بالراحة	١	٢	٣	٤	٥
أشعر أنني مهتم بأشخاص آخرين	١	٢	٣	٤	٥
لدي طاقة فائضة	١	٢	٣	٤	٥
أتعامل مع المشاكل جيدًا	١	٢	٣	٤	٥
أفكر بوضوح	١	٢	٣	٤	٥
أشعر بالرضا عن نفسي	١	٢	٣	٤	٥
أشعر أنني قريب من الآخرين	١	٢	٣	٤	٥
أشعر بالثقة	١	٢	٣	٤	٥
أنا قادر على اتخاذ القرارات بنفسي	١	٢	٣	٤	٥
أشعر أنني محبوب	١	٢	٣	٤	٥
أنا مهتم بأشياء جديدة	١	٢	٣	٤	٥
أشعر بالسرور	١	٢	٣	٤	٥

هيئة الخدمات الصحية الوطنية في اسكتلندا، جامعة وارويك وجامعة إدنبرة، ٢٠٠٦، جميع الحقوق محفوظة.  
[www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/platform/wemwbs/](http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/platform/wemwbs/)

وتقوم هذه الطريقة التقدمية على الاستفادة من أنجع البرامج عالميًا وإدماجها في منهاج موحد. وبالنسبة للأطفال بعمر ١١-١٤ سنة، يوضح (الجدول ٣) هذا المنهاج الذي يُختبر حاليًا ضمن تجربة "العقول السليمة" في ٣٤ مدرسة إنجليزية. <sup>٧٢</sup> وسيُستخدم فيه أسلوب التدريب على التنبّه بوصفه ممارسة قياسية في كل الدروس بعد أن ثبت أنه طريقةٌ موثوقةٌ يستطيع الأطفال من خلالها تهدئة أنفسهم وتحسين رفاههم. <sup>٧٣</sup>

### الجدول ٣: منهاج أسبوعي عن مهارات الحياة للأطفال بعمر ١١-١٤ عامًا (العقول السليمة) <sup>٧٤</sup>

الموضوع	البرنامج المعتمد
المرونة	MoodGym <sup>٧١</sup> ؛ Penn Resilience Program
التعاطف	Relationship Smarts
العلاقات الجنسية	SexEd Sorted
المخدرات	Unplugged
الأطعمة والكحول	<sup>٧٥</sup> SHAHRP
الاضطرابات النفسية	<sup>٧٦</sup> Science of Mental Illness
التربية	<sup>٧٧</sup> Parents under Construction
التوعية الإعلامية	Media Navigator
أهداف الحياة	Schools to Life
التنبّه	<sup>٧٨</sup> Breathe

إن أفضل منهاج للتعليم الاجتماعي والعاطفي للأطفال المرحلة الابتدائية هو الذي يقدمه برنامج "تعزيز استراتيجيات التفكير البديل"، حيث يتضمن ١٣٠ درسًا يُقدم على مدار سنة كاملة. <sup>٨١</sup> أما البرنامج الآخر الجدير بالإعجاب والذي يرمي إلى تنمية الحس الأخلاقي والسلوك الاجتماعي فهو "لعبة السلوك الحسن" حيث يُوزع التلاميذ داخل الصف إلى فرق، ويسجّل ضد كل فريق نقاطًا بعدد المرات التي ينتهك فيها أي عضو من أعضائه قواعد السلوك المدرسية. فإذا قلّ عدد النقاط عن خمس، يحصل كافة أعضاء الفريق على جائزة

وقد تمت متابعة حالات الأطفال المشاركين في المجموعة العلاجية والمجموعة الضابطة حتى بلغوا ١٩-٢١ عامًا، وتبيّن أن نسبة تعاطي المخدرات والكحول والتبغ ونسبة الاضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع بين أعضاء المجموعة العلاجية أدنى بكثير. <sup>٨٢</sup>

أما برنامج "سنوات لا تصدّق" فقد اعتمد مقارنة لتدريب أطفال المرحلة الابتدائية أطلق عليها اسم "منهاج ديناصورات سنوات لا تصدّق للتعليم الاجتماعي والعاطفي"، وقد قُيِّم بنجاح كبرنامج لعلاج المجموعات الصغيرة من الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية ومن نقص الانتباه واضطراب فرط الحركة، وأيضًا كبرنامج للوقاية يُنصح باستخدامه مع أطفال المدارس الأكثر عرضة للمخاطر حيث إنه يتعامل مع الأسر الفقيرة.<sup>٨٣</sup>

وقد تمثلت إحدى نتائج هذه البرامج في أن أكبر المستفيدين منها هم وسطيًا الأطفال الذين سجلوا فيها وهم يعانون من أسوأ المشاكل. غير أن هذه الفكرة لا تصلح للتدخل المستهدف لأنها تنطوي على وصمة عار بدرجة غير مقبولة وتستثني كثير من الأطفال الآخرين الذين يجاهدون للتحسن. كما أن هذه البرامج ليست باهظة التكلفة، إذ بمجرد حصول المعلمين على التدريب مقابل رسوم إضافية بسيطة تصبح هذه البرامج جزءًا من منهاج المدرسي.

**محور العمل ٧: منهاج المهارات الحياتية: يجب أن تستخدم المدرسة أساليب مدعومة بالأدلة لتدريب المهارات الحياتية مدة لا تقل عن ساعة واحدة (أو أكثر في السنوات الأولى) أسبوعيًا طوال العام الدراسي مع التركيز على الواجبات (افعل كذا) لا المحظورات (لا تفعل كذا).**

وسواءً درّس المعلمون مهارات الحياة أم لا، ينبغي أن يتلقوا تدريبًا أساسيًا في كيفية تعزيز رفاه الطفل وتشخيص مشاكله النفسية. وكما يقترح الإطار ٨، ثمة استبيانات جاهزة وسهلة يمكن للمعلمين استخدامها لتحديد الصغار الذين يعانون من صعوبات نفسية متقدمة. أما بالنسبة للعلاقة بين المعلم والتلميذ، فيمكن تطبيق المبادئ نفسها المستخدمة في التدريب الوالدي: أهمية الثناء والهدوء. ويمكن للمعلمين تعلّم هذه الأمور ضمن برامج مصممة بعناية تمتد على فترة ٥-٨ أيام (الإطار ٦). ويؤدي ذلك إلى تحسين سلوك الطفل وخلق بيئة تعليمية أفضل.<sup>٨٤</sup>

**محور العمل ٨: تدريب المعلمين: تدريب جميع المعلمين على طرق رصد وتعزيز رفاه الطفل وصحته النفسية، وخلق بيئة تعليمية متحضرة**

## الإطار ٦: تدريب المعلمين على تحسين سلوك الأطفال في جامايكا<sup>٨٥</sup>

تلقى معلمو ١٢ روضة أطفال تدريبًا مدة ٨ أيام على نسخة معدلة من برنامج "سنوات لا تصدّق" لتدريب المعلمين تقوم على مبادئ الثناء والهدوء. وقد اختيرت المدارس المشاركة عشوائيًا من أصل ٢٤ مدرسة، فيما اعتُبرت المدارس الـ ١٢ المتبقية مجموعات ضابطة. وفي جميع المدارس الـ ٢٤، تمت في كل صف مراقبة أسوأ ثلاثة أطفال سلوكيًا. وبعد استكمال التجربة، تحسّن سلوك الأطفال داخل الصف وسلوك المعلمين وأولياء الأمور في المدارس التي تطبق البرنامج مقارنة مع المجموعات الضابطة، إلى جانب انخفاض معدلات التغيب عن المدرسة.

## الإفادة من أجهزة الهاتف النقالة

بغرض تنفيذ توصياتنا كلّها، تتمثل إحدى أكثر الطرق فاعلية في تسخير قوة تكنولوجيا الهواتف النقالة الزهيدة وواسعة الانتشار. وفي حين أن امتلاك أجهزة حاسوب شخصية أو هواتف أرضية ربما لا يزال محدودًا في كثير من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، يمتلك غالبية الشباب في شتى بقاع العالم هواتف نقالة<sup>٨٧</sup> وهم يعشقونها. ومع ازدياد قوة أداء هذه الهواتف ازديادًا كبيرًا من جيل لآخر، باتت تتحول اليوم إلى أجهزة حاسوب شخصية مصغرة.

وتزداد إمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات عاقًا بعد عام. ففي عام ٢٠١٣، شملت تغطية شبكات الهاتف النقال جميع سكان العالم تقريبًا، وبلغت نسبة المشتركين في شبكة الاتصال الهاتفي عريضة النطاق ٤٠ في المائة<sup>٨٨</sup>. كما ازداد عدد مستخدمي الهاتف النقال من أقل من مليار عام ٢٠٠٠ إلى أكثر من ٦ مليارات عام ٢٠١١، خمسة مليارات منهم تقريبًا في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل<sup>٨٩</sup>. وتشير تقديرات الأمم المتحدة إلى أن عدد مستخدمي الهواتف النقالة (٦ مليارات) أكبر من عدد المستفيدين من دورات المياه (٤,٥ مليار)<sup>٩٠</sup>. كما أن تطبيقات الهواتف النقالة تنتشر اليوم على نطاق واسع، إذ تم تحميل أكثر من ٣٠ مليار تطبيق عام ٢٠١١، والرقم في تصاعد مستمر.

ثمّة مخاطر معروفة مرتبطة بالإنترنت، بما فيها التنمر الإلكتروني والاطلاع السابق لأوانه على المواضيع الجنسية، إلخ. لكن الإنترنت توفر بالمقابل فرصة هائلة لمليارات البشر من الأطفال وأولياهم ومعلميهم في امتلاك أدوات بمقدورها تحسين صحتهم النفسية. وهنالك أمثلة رائعة عن أشكال التدخل لتعزيز الرفاه حيث يمكن الحصول عليها إلكترونيًا أو عبر تطبيقات الهواتف النقالة<sup>٩١</sup> (الإطارين ٧ و ٨). ولكن ليست كل البرامج مفيدة، كما لا يخدمها فعالًا إلا إن تضمن تواصلًا مع الآخرين. ومع ذلك، لدينا إيمان راسخ بأن الإنترنت إحدى السبل الجوهرية للمضي قدمًا، وبأن من الضروري تضامن الجهود لتطوير طرق جديدة لاستخدام هذه التكنولوجيا، وبفضل أن تجري تحت قيادة واحدة أو أكثر من المنظمات الخيرية الدولية. ويحدونا الأمل أن تصبح المنتجات المبتكرة متاحة للجميع مجانًا بوصفها ملكية فكرية للعالم أجمع. ويستدعي تطوير هذه المنتجات المجانية تقديم تبرعات هائلة. فلا يوجد قضية أبطل من رفاه أطفال العالم<sup>٩٢</sup>.

**محور العمل ٩: استخدام أجهزة الهاتف النقالة: إعداد برنامج دولي رائد لوضع منهجيات قائمة على الهواتف الذكية بهدف تنفيذ جميع توصياتنا، على أن يُطلب من إحدى المؤسسات الخيرية الدولية الكبرى دعم هذا البرنامج.**

## الإطار ٧: (سباركس) العلاج المعرفي السلوكي على شكل لعبة إلكترونية لمعالجة الاكتئاب<sup>٩٢</sup>

يختار الفتى في لعبة سباركس الإلكترونية شخصية أفتار، ويواجه سلسلة تحديات، ويتعلم استعادة التوازن في عالم خيالي تسيطر عليه "أفكار سوداوية سلبية تلقائية". ولهذا البرنامج المؤتمت ٧ مستويات، ولا يستدعي أي اتصال يذكر مع الأطباء السريريين. وقد اختبر على ٩٤ مرهقًا نيوزيلنديًا يعانون من الاكتئاب، مع عدد مماثل من مرافقين اختيروا عشوائيًا لتلقي إرشاد نفسي مباشر. وبلغت نسبة التحسن ٤٤ في المائة في مجموعة العلاج السلوكي المعرفي مقابل ٢٨ في المائة في المجموعة الضابطة.

## الإطار ٨: (كوول تينز) العلاج المعرفي السلوكي على شكل لعبة إلكترونية لمعالجة القلق<sup>٩٣</sup>

"كوول تينز" لعبة إلكترونية تتألف من ٨ مستويات، مدة كل منها نصف ساعة، يلعبها الشباب إلى جانب إجراء مكالمات هاتفية أسبوعية مدتها ١٥ دقيقة مع أحد أخصائيي العلاج. وبالمقارنة مع المجموعة الضابطة المنتقاة عشوائيًا، تخلص المشاركون من نوع واحد على الأقل من أنواع اضطرابات القلق.

## الخاتمة

نأمل أننا قد تمكنا من توضيح:

- الأهمية الكبرى لرفاه الطفل وصحته النفسية، والمستويات الخطيرة للمشكلات غير المعالجة.
- أننا نمتلك طرقاً مدعومة بالأدلة لتحسينها.
- أن تكلفة تحقيق ذلك معقولة بفضل توفير تكاليف أخرى كثيرة.

تتضمن المبادئ الجوهرية للنجاح التدخل المبكر لدعم الأسرة، والمساواة بين أشكال العلاج ضمن نظام الرعاية الصحية، وإدراج رفاه الأطفال ضمن الأهداف الرئيسية للمدارس. وقد باتت هذه القضايا تتحرك صعوداً لتتربع على رأس الأجندة السياسية، وإن ببطء شديد. ويمكن هنا إحداث علامة فارقة من خلال:

- إدراج الصحة النفسية بوضوح ضمن أهداف التنمية المستدامة لما بعد ٢٠١٥.
  - استحداث منصب "وزير الصحة النفسية" في حكومات العالم.
- إذا كنّا واثقين من أهمية أمرٍ ما، فلا بدّ من إدراجه في هيكلية صنع السياسات؛ إذ لا يمكننا الاستمرار بالادعاء بأن النجاح الأكاديمي فقط هو كلّ شيء بالنسبة لأطفالنا.

**محور العمل ١٠: أهداف التنمية المستدامة: ينبغي أن تشمل إشارة صريحة إلى الصحة البدنية والنفسية.**

## شكر وتقدير

تكرّم أعضاء المنتدى بتقديم دعم غير محدود:

حمد الإبراهيم، مؤسسة قطر  
هيلين بيكر-هينينغهام، جامعة بانغور وجامعة ويست إنديز

كريس بونيل، معهد التعليم، جامعة لندن

زاكاري براون، آسيا للاستثمارات

مارك جوردانز، وكالة هيلثنت تي بي أو، وكينغز كوليذج لندن

فيكرام باتل، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي

ليندا ريشتر، جامعة ويتوترزرناند وجامعة كوازولو-ناتال

ستيغن سكوت، معهد طب الأمراض النفسية – كينغز كوليذج لندن

تشييارا سيرفيلي، منظمة الصحة العالمية

غراهام ثونيكروفت، كينغز كوليذج لندن

كارولين وبستر-ستراتون، جامعة واشنطن – الولايات المتحدة

لقد استفدنا جدًا من نصائحكم، سواءً الخطيئة أم الشفوية عبر المؤتمرات الهاتفية. كما أجرت آن هايغل مقابلات فردية مع كافة أعضاء المنتدى (أغلبها عبر الهاتف). ونود هنا التعبير عن تقديرنا وامتناننا لقاء إسهاماتهم المهمة في إثراء مضمون النقاش أو الإسهاب في بعض التفاصيل.

كما نعبر عن امتناننا لـ دان تشيسهوم وساره-جين بلاكور وساره ستيوارت-براون على نصائحهم الثمينة، وأيضًا لـ ويل واربرتون وساره هندرسون على إرشاداتهما المفيدة في ترتيب التقرير.

ريتشارد لايارد (رئيس المنتدى)

آن هايغل (باحث زميل)

## فريق المنتدى:

مدير المنتدى: ويل ووربرتون

رئيس قسم تطوير المنتدى: ساره هندرسون

زميل في المنتدى: دومينيك كينغ

- United Nations Children's Fund (UNICEF). The state of the world's children 2014 in numbers. Available from [www.unicef.org/sowc2014/numbers/](http://www.unicef.org/sowc2014/numbers/) .1
- O'Donnell G et al. Wellbeing and policy. London: Legatum Institute; 2014. .2
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD guidelines on measuring subjective well-being. Paris: OECD Publishing; 2013. .3
- Global Burden of Disease Study 2010. Global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010. Seattle: Institute for Health, Metrics and Evaluation; 2012. .4
- Twenge JM et al. Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938–2007: a cross-temporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical Psychology Review*. 2010;30:145–154. .5
- Layard R and Dunn J. A good childhood: Searching for values in a competitive age. London: Penguin; 2009.
- Collishaw S et al. Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004;45(8):1350–1362.
- West, P and Sweeting H. Fifteen, female and stressed: Changing patterns of psychological distress over time. *Ibid*. 2003;44(3):399–411.
- Rutter M and Smith D. Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 1995.
- Layard R, Clark A, Cornaglia F, Powdthavee N and Vernoit J. What predicts a successful life? A life-course model of well-being. *The Economic Journal*. 2014;124:F720–738. .6
- Ford T, Hamilton H, Meltzer H and Goodman R. Child mental health is everybody's business: The prevalence of contact with public sector services by type of disorder among British school children in a three-year period. *Child and Adolescent Mental Health*. 2007;12(1):13–20, (page 16). .7
- Kim-Cohen J et al. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60:709–717. .8
- 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.
- OECD. Making mental health count: The social and economic costs of neglecting mental health care. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing; 2014. .9
- Layard R and Clark DM. Thrive: the power of evidence-based psychological therapies. London, Penguin; 2014.
- Society for Research in Child Development. The Better Beginnings, Better Futures Project: Findings from Grade 3 to Grade 9. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 2010;75(3):100–120, (Chapter V). .10

- McDaid D, Park A, Currie C and Zanotti C. Investing in the wellbeing of young people: Making the economic case. In McDaid D and Cooper C, editors. *The economics of wellbeing: Wellbeing: A complete reference guide*, volume V. Hoboken (NJ): Wiley Blackwell; 2014.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). The state of the world's children 2014 in numbers. Available from [www.unicef.org/sowc2014/numbers/](http://www.unicef.org/sowc2014/numbers/) .11
- World Health Organization (WHO). *Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions*. Geneva: World Health Organization; 2003. .12
- Kieling C et al. Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*. 2011;378:1515–1525.
- Global Burden of Disease Study; 2010. Op cit. .13
- Ibid. .14
- Kim-Cohen J et al. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60:709–717. .10
- 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.
- Williams, JMG. *Suicide and attempted suicide*. London: Penguin; 2001. .17
- Mykletun A et al. Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. *British Journal of Psychiatry*. 2009;195:118–125. See also Danese A, Pariante CM, Caspi A, Taylor A and Poulton R. Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *PNAS*. 2007;104 (4):1319–24. .18
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V and Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *The Lancet*. 2007;370:851–58 .18
- Layard R, Clark A, Cornaglia F, Powdthavee N and Vernoit J. What predicts a successful life? A life-course model of well-being. *The Economic Journal*. 2014;124:F720–738. .19
- OECD. Op cit. .20
- OECD. *Sick on the job? myths and realities about mental health and work*. Paris: OECD Publishing; 2012. Layard R and Clark DM, Op cit. Page 86.
- Layard R, Clark A, Cornaglia F, Powdthavee N and Vernoit J, Op cit. .21
- Global Burden of Disease Study 2010. Op cit. .22
- Scott S et al. Financial cost of social exclusion: Follow-up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*. 2001;323(7306):1–5. .23

See also Beecham J. Annual research review: Child and adolescent mental health interventions: a review of progress in economic studies across different disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014;55(6):714–732.

- Fergusson DM, Horwood LJ and Ridder EM. Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46(8):837–849, (Table 1). .٢٤
- Knapp M et al., eds. Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case. London: Department of Health; 2011, (Table 13). .٢٥
- Bonin E-M et al. Costs and longer-term savings of parenting programmes for the prevention of persistent conduct disorder: a modelling study. *BMC Public Health*. 2011;11(803).  
For an analysis of a school-based intervention in Canada (Better Beginnings, Better Futures) which paid for itself, see reference 10.  
For a general survey of the economic case for investing in the wellbeing of young people, see McDaid D et al., reference 10.
- Rahman A et al. Grand challenges: Integrating maternal mental health into maternal and child health programmes. *Public Library of Science (PLOS) Medicine*. 2013;10(5):e1001442. .٢٦
- Bauer A et al. The costs of perinatal mental health problems. London: London School of Economics (LSE) and Centre for Mental Health; 2014, (Tables 1 and 2). .٢٧
- Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmalling K, et al. Randomized trial of behavioural activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76:468–82. .٢٨
- Assuming an average cost of a course of CBT to be £650; so, if 50 percent is recovered, the cost is £1,300. This is roughly five percent of the average annual wage. .٢٩
- See in particular the WHO Mental Health Action Plan 2013–20 adopted by the World Health Assembly. .٣٠
- Lim L et al. Gray matter abnormalities in childhood maltreatment: A voxel-wise meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171(8):854–863. .٣١
- Groh AM et al. Stability of attachment security from infancy to late adolescence. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 2014;79(3):51–66. .٣٢
- Patel, V et al. Improving access to care for children with mental disorders. *Archives of Disease in Childhood*. 2013;98(5):323–327. .٣٣
- Harper Browne C. The strengthening families approach and protective factors framework: Branching out and reaching deeper. Washington (DC): Center for the Study of Social Policy; 2014.

- Bessenecker C and Walker L. Reaching communities for child health: Advancing health outcomes through multi-sectoral approaches. Washington (DC): CORE; 2004. Rahman A et al. Op cit. **.٣٤**
- For a community-wide approach in the US and Colombia using the Communities that Care approach, see Hawkins JD et al. Early effects of Communities that Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use. *Journal of Adolescent Health*. 2008;43(1). And Pérez-Gómez A et al. Adaptation and implementation of a science-based prevention system in Colombia: Challenges and achievements. For Qatar's approach to mental health, see Qatar national mental health strategy: Changing minds, changing lives 2013–2018. Qatar: Supreme Council of Health; 2013. **.٣٥**
- Attanayake V, McKay R, Joffres M, Singh S, Burkle F and Mills E. Prevalence of mental disorders among children exposed to war: A systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict and Survival*. 2009;25:3–17. **.٣٦**
- Tol WA et al. Annual research review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict – a systematic review of findings in low- and middle-income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;54(4):445–460. **.٣٧**
- Jordans MJ, Tol WA, Komproe IH, Susanty D, Vallipuram A, Ntamatumba P et al. Development of a multi-layered psychosocial care system for children in areas of political violence. *International Journal of Mental Health Systems*. 2010;4(15). **.٣٨**
- Jordans MJD, Komproe IH, Tol WA, Susanty D, Vallipuram A, Ntamatumba P, Lasuba AC and de Jong JTVM. Practice-driven evaluation of a multi-layered psychosocial care package for children in areas of armed conflict. *Community Mental Health Journal*. 2011;47:267–277.
- Jordans MJD, Tol WA, Susanty D, Ntamatumba P, Luitel NP, Komproe IH and de Jong JTVM. Implementation of a mental health care package for children in areas of armed conflict: A case study from Burundi, Indonesia, Nepal, Sri Lanka, and Sudan. *PLOS Medicine*. 2013;10(1):e1001371.
- Tol WA, Komproe IH, Susanty D, Jordans MJD and De Jong JTVM. School-based mental health intervention for political violence-affected children in Indonesia: A cluster randomized trial. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. 2008;300:655–662.
- Tol WA, Komproe IH, Jordans MJD, Ndayisaba A, Ntamatumba P, Sipsma H, Smallegange ES, Macy RD and de Jong JTVM. School-based mental health intervention for children in war-affected Burundi: a cluster randomized trial. *BioMed Central (BMC) Medicine*. 2014. Rahman A et al. Op cit. **.٣٩**
- Scott S et al. Early prevention of antisocial personality: Long-term follow-up of two randomized controlled trials comparing indicated and selective approaches. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171(6). **.٤٠**

- Webster-Stratton C. Affirming diversity: Multi-cultural collaboration to deliver the Incredible Years parent programs. *International Journal of Child Health and Human Development*. 2009;2(1):17–32. **.٤١**
- Roth A and Fonagy P, eds. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. Second edition. New York: Guilford Press; 2005. **.٤٢**
- Ibid. **.٤٣**
- Barrett P, Dadds M and Rapee R. Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64(2):333–42. **.٤٤**
- Roth A and Fonagy P, eds. Op cit. **.٤٥**
- Stuart S and Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2014;28(1):61–70. **.٤٦**
- 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(9642):902–909.
- Webster-Stratton C [at press]. The Incredible Years parent programs: The methods and principles that support fidelity of program delivery. In Ponzetti J, ed. Evidence-based parenting education: A global perspective. Routledge, Taylor and Francis Group; 2016. **.٤٧**
- Webster-Stratton C. Op cit. 2009. **.٤٨**
- Scott S et al. Op cit. **.٤٩**
- On North America and Europe, see Ford T, Hamilton H, Meltzer H and Goodman R. Child mental health is everybody's business: The prevalence of contact with public sector services by type of disorder among British school children in a three-year period. *Child and Adolescent Mental Health*; 2007;12(1):13–20 (page 16). **.٥٠**
- Patel V and Thornicroft G. Packages of care for mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries. *PLoS Medicine*. 2009;6(10):e1000160.
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organisation*. 2004;82(11):858–866.
- Demyttenaere K et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys. *JAMA*. 2004;291(21):2581–2590. **.٥١**
- Wang PS et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*. 2007;370(9590):841–850.
- Cowan CP and Cowan PA. When partners become parents: The big life change for couples. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2000. **.٥٢**

- Scott S et al. Impact of therapists' skill on effectiveness of parenting groups for child antisocial behavior. Institute of Psychiatry, Kings College London. **.0٣**
- Patel V et al. Op cit. **.0٤**
- Chowdhary N, Sikhander S, Atif N, Sing N, Fuhr D, Rahman A and Patel V. The content and delivery of psychological interventions for perinatal depression by non-specialist health workers in low and middle income countries: A systematic review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2013;28:113–133.
- Rahman, A et al. Op cit. 2008. **.00**
- Zafar S et al. Integrating maternal psychosocial well-being into a child-development intervention: The five-pillars approach. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2014;1308:107–117. **.01**
- Olds D et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*. 1998;280(14):1238–1244. **.0٧**
- Gertler P et al. Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science*. 2014;344(6187):998–1001. **.0٨**
- Walker S, Chang M, Vera-Hernandez M, Grantham-McGregor S. Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behaviour. *Pediatrics*. 2011;127(5):849–857. **.0٩**
- Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*. 2011,23:318–327. **.1٠**
- Layard R and Clark DM. Op cit. (Chapter 12).
- Durlak JA et al. The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*. 2011;82(1):405–432. **.11**
- Gutman LM and Vorhaus J. The impact of pupil behaviour and wellbeing on educational outcomes London: Department for Education, 2012. **.1٢**
- Weber M and Ruch W. The role of a good character in 12-year-old school children: Do character strengths matter in the classroom? *Child Indicators Research*. 2012;5(2):317–335.
- Weare K and Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*. 2011;26(S1):i29–i69. **.1٣**
- Takizawa R et al. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: Evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *American Journal of Psychiatry*. 2014,171(7):777–784. **.1٤**
- Webster-Stratton C et al. The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1989;57(4):550–553. **.10**

- Farrer F. A quiet revolution. London: Rider; 2000. .11
- These findings related to rich countries. For a systematic review of school-based interventions in low- and middle-income countries, see Barry MM et al. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low- and middle-income countries. *BMC Public Health*. 2013;13(835). For Durlak et al, see reference 61. .17
- Challen AR et al. The UK Resilience Programme: A school-based universal non-randomized pragmatic controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2013 November 18; advance online publication. .18
- These include beyondblue – Sawyer MG et al. School-based prevention of depression: A randomised controlled study of the beyondblue schools research initiative. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010;51(2):199–209. .19
- Triple P – Little M et al. The impact of three evidence-based programmes delivered in public systems in Birmingham, UK. *International Journal of Conflict and Violence*. 2012;6(2):260–272. Eisner M et al. Effects of a universal parenting program for highly adherent parents: A propensity score matching approach. *Prevention Science*. 2012;13(3):252–266.
- Resourceful Adolescent Programme – Stallard P et al. Classroom-based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: Pragmatic cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2012;345(7878):e6058.
- The Incredible Years on sub-clinical groups of children, as opposed to those with diagnoses – Scott S et al. Op cit.
- Humphrey N et al. Social and emotional aspects of learning (SEAL) programme in secondary schools: National evaluation. London: Department for Education; 2010.
- Humphrey N et al. Ibid. .V.
- Maheswaran H et al. Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Group and individual level analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012;10(156). .VI
- For the review of possible programmes and their effects, see Hale D et al. A model for the delivery of evidence-based PSHE (Personal Wellbeing) in secondary schools. CEP Discussion Paper No. 1071. London: LSE Centre for Economic Performance; 2011. See also, Fazel M et al. Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(5):388–398 and 377–387. .VI
- Kuyken W et al. Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: Non-randomised controlled feasibility study. *British Journal of Psychiatry*. 2013. .VII
- Bailey L. Healthy Minds – The Curriculum Journey, How To Thrive; 2014. .VE  
See [www.howtothrive.org/healthy-minds/](http://www.howtothrive.org/healthy-minds/) for further details.

- Brunwasser SM et al. A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009;77(6):1042–1054. .٧٥
- Calear AL et al..The YouthMood Project: A cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009;77(6):1021–1032. .٧٦
- McKay MT et al. Reducing the harm from adolescent alcohol consumption: Results from an adapted version of School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP) in Northern Ireland. *Journal of Substance Use*. 2011;17:98–121. .٧٧
- McBride N et al. Harm minimization in school drug education: Final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*. 2004;99(3):278–291.
- Watson AC et al. Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophrenia Bulletin*. 2004;30(3):563–572. .٧٨
- Backscheider A and Hawkins J. Teaching children parenting skills: An interim evaluation of the primary prevention program 4–6 and 7–12 curricula at one year. Houston: Houston advocates for mental health in children; 2000. .٧٩
- Kuyken W et al. Op cit. .٨٠
- Kelly B et al. Applying emotional intelligence: Exploring the Promoting Alternative Thinking Strategies curriculum. *Educational Psychology in Practice*. 2004;20(3):221–240. Curtis C. .٨١
- Norgate R. An evaluation of the Promoting Alternative Thinking Strategies curriculum at Key Stage 1. *Educational Psychology in Practice*. 2004;23(1):33–44.
- Kellam SG et al. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008;95S:S5–S28. .٨٢
- Ialongo NS et al. Proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior. *American Journal of Community Psychology*. 1999;27(5):599–641.
- Webster-Stratton C, Reid MJ and Stoolmiller M, Preventing conduct problems and improving school readiness: Evaluation of the Incredible Years teacher and child training programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(5):471–488. .٨٣
- Webster-Stratton C, Reid MJ, and Hammond M, Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2004;33(1):105–124.

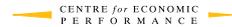
- Webster-Stratton C et al. The Incredible Years teacher classroom management training: The methods and principles that support fidelity of training delivery. *School Psychology Review*. 2011;40(4):509–529. **.٨٤**
- Reinke WM et al. The Incredible Years teacher classroom management program: Using coaching to support generalization to real-world classroom settings. *Psychology in the Schools*. 2012;49(5):416–428.
- Webster-Stratton C et al. Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*. 2001;30(3):283–302.
- Davenport J and Tansey A. Outcomes of an Incredible Years classroom management programme with teachers from multiple schools. Dublin: Trinity College National Educational Psychological Service; 2009.
- Baker-Henningham H et al. Reducing child conduct problems and promoting social skills in a middle-income country: cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2012;201:101–108. **.٨٥**
- In 2013, it was estimated that there were 96 mobile-cellular telephone subscriptions per 100 inhabitants/households in the world. International Telecommunications Union (ITU). Measuring the information society. Geneva: ITU; 2013. Available at: [www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/publications/mis2013/MIS2013\\_without\\_Annex\\_4.pdf](http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/publications/mis2013/MIS2013_without_Annex_4.pdf) **.٨٦**
- Groupe Speciale Mobile (GSM) Association and NTT DOCOMO's Mobile Society Research Institute. Children's use of mobile phones: An international comparison 2012. Japan: GSM Association and NTT DOCOMO; 2013. Available at: [www.gsma.com/publicpolicy/wp-content/uploads/2012/03/GSMA\\_ChildrensMobilePhones2012WEB.pdf](http://www.gsma.com/publicpolicy/wp-content/uploads/2012/03/GSMA_ChildrensMobilePhones2012WEB.pdf)
- ITU. Op cit. **.٨٧**
- World Bank. Information and communications for development 2012: Maximizing mobile. Washington USA: World Bank; 2012. Available at: <http://bit.ly/1pAfMiW> **.٨٨**
- UN News Center. [online press release]. Deputy UN Chief calls for urgent action to tackle global sanitation crisis. 2013 March 21. Available at: [www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=44452#.VF9erzQgt8E](http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=44452#.VF9erzQgt8E) **.٨٩**
- For a review of e-therapies for people under 18, see National Collaborating Center for Mental Health. E-therapies systematic review for children and young people with mental health problems. London: MindEd E-portal Consortium; 2014. Available at: <http://bit.ly/1AGgaUb>; and Ye X et al. Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. 2014;14(313). **.٩٠**
- Also see Mayo-Wilson E and Montgomery P. Media-delivered cognitive behavioural therapy and behavioural therapy (self-help) for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;9:9:CD005330.

Jones SP et al. How Google's 'Ten things we know to be true' could guide the development of mental health mobile apps. *Health Affairs*. 2014;33(9):1603–1611. .91

Merry SN et al. The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: Randomised controlled non-inferiority trial. *British Medical Journal*. 2012;344:e2598. .92

Wuthrich V et al. A randomized controlled trial of the Cool Teens CD-ROM computerized program for adolescent anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2012;51(3):261–270. .93

# شركاء "ويش"



McKinsey&Company



Maternal Health Task Force



NORTHWESTERN UNIVERSITY IN QATAR



NHS National Institute for Health Research



PHILIPS



جامعة قطر QATAR UNIVERSITY



قطر للبترول Qatar Petroleum



الصندوق القطري لرعاية البحث العلمي Qatar National Research Fund عضو في مؤسسة قطر Member of Qatar Foundation



تحدي 22 Challenge 22 اللجنة القطرية للترويج للابتكار Support Committee for Delivery & Legacy



Member of Qatar Foundation



UCL QATAR



ATM | TEXAS A&M UNIVERSITY at QATAR



دولة قطر State Of Qatar المجلس الأعلى للصحة Supreme Council Of Health



كلية طب وايل كورنيل في قطر Weill Cornell Medical College in Qatar



vcuqatar | virginia commonwealth university in qatar جامعة فيرجينيا كومونولث في قطر



جامعة كالغاري في قطر UNIVERSITY OF CALGARY IN QATAR

wise

world innovation summit for education مؤتمر القمة العالمي للابتكار في التعليم

مؤسسة قطر an initiative of Qatar Foundation

## ملاحظات

[www.wish.org.qa](http://www.wish.org.qa)