WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la Méditerranée orientale

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

اللجنة الإقليمية
لشرق المتوسط

EM/RC57/3
ش م/ل إ3/57

الدورة السابعة والخمسون

آب/أغسطس 2010

البند 4 (أ) من جدول الأعمال

الأصل: بالعربية

ورقة تقنية

الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين والاتجاهات الاستراتيجية 2010 – 2015

تمثِّل الاضطرابات النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين مشكلة من مشكلات الصحة العمومية. وتقدَّر معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدى الأمهات بـ 15 – 36٪ ولدى الأطفال والمراهقين بـ 10 – 36٪ في الإقليم، وهي أعلى بكثير مما هي عليه في البلدان المتقدمة. وتترافق الاضطرابات النفسية للأمهات بنتائج ضائرة على الصحة الإنجابية، فضلاً عن كونها واحدة من عوامل الاختطار التي يمكن تعديلها لتفادي إصابة الأطفال والبالغين بنتائج تلحق الضرر بتطورهم. وتقدم التوجُّهات الاستراتيجية والإجراءات المقترحة الأساسَ لإعداد استراتيجيات وطنية وخطط عمل لأساليب متكاملة وشاملة، تستهدف تخفيف عبء المرض النفسي لدى القطاعات المُختَطَرة في المجتمع.

واللجنة الإقليمية مدعوة للنظر في مشروع القرار المرفق.

المحتوى

الصفحة

الموجز ..... أ

1. المقدِّمة 1

2. استعراض الوضع 2

1.2 الوضع العالمي 2

2.2 الوضع الإقليمي 3

3. التحديات والاستجابة لها 5

4. التوجهات الاستـراتيجية للمدة 2010 - 2015 5

5. الاستنتاجات 11

6. توصيات موجهة للبلدان الأعضاء 12

المراجع 13

الموجز

تمثِّل الاضطرابات النفسية للأمهات وللأطفال وللمراهقين مشكلة من مشكلات الصحة العمومية، وتقدَّر معدلات انتشار للاضطرابات النفسية لدى الأمهات بـ 15 – 36٪، ولدى المراهقين البالغين بـ 10 – 30٪، وهي معدلات أعلى بكثير مما هي عليه في البلدان المتقدمة. وتترافق الاضطرابات النفسية الشائعة للأمهات بنتائج ضائرة على الصحة الإنجابية، إلى جانب كونها واحدة من عوامل الاختطار التي يمكن تعديلها لتفادي إصابة الأطفال والبالغين بنتائج تلحق الضرر بتطورهم. وتوجد تدخلات عالية المردوديّة، تهدف للوقاية من الاضطرابات النفسية ومعالجتها، وهي تدخلات يمكن أن تساعد الأطفال في تحقيق كامل الإمكانيات المنتظرة لنموهم، وتساعد الأمهات على تقديم رعاية رفيعة الحساسية، وتساعد المراهقين على التطور ليصبحوا بالغين منتجين. وقد طلب القرار الذي اعتمدته جمعية الصحة العالمية الخامسة والخمسون ج ص ع55 – 10 إلى الدول الأعضاء تعزيز الإجراءات التي تستهدف حماية الأطفال من الصراعات المسلحة وفي أثنائها، وهو طلبٌ عزَّزته التوصيات التي أصدرتها لجنة المحدِّدات الاجتماعية للصحة، والتي تدعو لتوفير مضمومات شاملة من المعلومات الخاصة بالأطفال والأمهات والقائمين الآخرين على الرعاية الصحية، أثناء الفترة الباكرة من تطور الأطفال. ولابُدَّ للبلدان الأعضاء من اتخاذ الإجراءات الضرورية والعاجلة للتصدي لهذه القضية. وتقدم التوجُّهات الاستراتيجية والإجراءات التي تقترح هذه الورقة إجراءها، الأساسَ لإعداد استراتيجيات وخطط عمل وطنية، لأسلوب شامل ومتكامل لتخفيف عبء الأمراض النفسية بين القطاعات الاجتماعية المعرضة للخطر. وتشمل المجالات ذات الأولوية للعمل، إدماج خدمات الصحة النفسية ضمن نظام الرعاية الصحية في جميع المستويات، واتخاذ إجراءات متعددة القطاعات للوقاية من الاضطرابات النفسية، ولتعزيز المعافاة، وتعزيز البحوث والتقييم والرصد.

1. المقدِّمة

تُعَدُّ الصحة النفسية جزءاً لا يتجزأ من مفهوم الصحة، كما عرفه دستور منظمة الصحة العالمية (*1*). وقد أوضح التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2001 رؤية منظمة الصحة العالمية حول تحسين نُظُم الصحة النفسية بإنقاص عبء الأمراض النفسية (*2*). وقد حظيت التوصيات التي جاءت في هذا التقرير بمصادقة المجلس التنفيذي وجمعية الصحة العالمية في قرارها (ج ص ع55 – 10) الذي طلب إلى الدول الأعضاء تقديم الدعم لبرنامج العمل العالمي لمنظمة الصحة العالمية المعني بالصحة النفسية، وتعزيز الإجراءات المتخذة لوقاية الأطفال من النزاعات المسلحة وفي أثنائها إن حدثت. وفي عام 2008، أطلق المدير العام برنامج العمل العالمي المعني بالصحة النفسية mhGAP، وقد تم تحديد ثمانية بلدان في إقليم شرق المتوسط ليتم فيها تكثيف الدعم لبرنامج العمل العالمي المعني بالصحة النفسية، وهذه البلدان هي الأردن وأفغانستان وباكستان وجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية اليمنية وجيبوتي والسودان ومصر. ويهدف هذا البرنامج إلى رأب الفجوة بين الموارد المتوافرة والموارد اللازمة لإنقاص العبء الناجم عن الاضطرابات النفسية والعصبية وعن تعاطي مواد الإدمان. ومن بين الظروف ذات الأولوية التي حددت ضمن إجراءات هذا البرنامج الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين (*3*).

وتمثِّل الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانيِّة 14.4٪ من العبء العالمي للأمراض. أما في النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 – 44 عاماً، وهي الفئة العمرية الأكبر شأناً من وجهة نظر الصحة الإنجابية 27.6٪، وفي الأطفال والمراهقين من الفئة العمرية 0 – 14 عاماً، فإن الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانيَّة مسؤولةٌ عن 27.6٪ و5.8٪ على التَّوَالي من سنوات العمر المصحَّحة باحتساب مدد العجز DALYs علماً بأن اضطرابات نفسيةً لدى الأطفال والمراهقين، من قبيل الاضطرابات في عيوب الانتباه وفرط الفعالية، والاضطرابات السلوكية، واضطرابات التعلُّم واضطرابات المزاج، واضطرابات النماء الواسعة الانتشار، لم تؤخذ في الحسبان عند حساب سنوات العمر المصحَّحة باحتساب مدد العجز. يذكر التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2001، أن 20٪ من الأطفال والمراهقين في العالم يعانون من مرض نفسي يسبب لهم إعاقة (*2*)، ويحتاج 4 – 6٪ من هؤلاء، إلى رعاية سريرية؛ ويمثّل ذلك 5٪ – 20٪ من السكان المحتاجين للخدمات، في حين تتراوح الفجوة المقدرة في الخدمات بين 20٪ و80٪ (*6*). ويقدر معدل انتشار الاضطرابات النفسية لدى النساء في الفترة المحيطة بالولادة (وهي مدة الحمل وسنة بعد الولادة) بـ 10٪ – 50٪. أما المعدَّل التقديري لانتشار الاضطرابات النفسية لدى الأمهات في الإقليم، وهو 15٪ – 36٪ ولدى الأطفال والبالغين وهو 10٪ – 36٪، فإنه يُماثل أو يزيد زيادة يُعتد بها إحصائياً عمَّا هو عليه في التقديرات العالمية. ويترافق ذلك كله بازدياد في احتمال كون حصائل الصحة الإنجابية وصحة الأطفال أشدَّ سوءاً، بما في ذلك النماء والتطور الجسدي والعاطفي والنفسي والذهني لدى الأطفال (*7*). إلا أن التدخلات الفعالة للوقاية من الاضطرابات النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين متوافرة، ويمكن أن تقدم تقديماً مندمجاً في المجتمعات المحلية والمدارس وفي مواقع إيتاء الرعاية الصحية (*7*، *8*). وفي ضوء البيِّنات المتوافرة عن التدخلات العالية الـمَرْدوديّة، فقد أوصت لجنة المحدِّدات الاجتماعية للصحة في منظمة الصحة العالمية باستكمال العمل في برامج المحافظة على أرواح الأطفال وتعليمهم، وتوسيع نطاق التدخلات في بَوَاكير الحياة لتشمل النمو والتطور الاجتماعي/العاطفي، واللغوي/المعرفي (*9*).

ويمكن للإجراءات التي تتخذ لتحسين الصحة النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين من المواطنين، إلى جانب ما لها من قيم ذاتية متأصلة، أن تؤثر على عدد من المرامي الإنمائية للألفية، ومنها تقليص معدلات وفيات الأمهات والأطفال والرضع من خلال تحسين معالجة الاكتئاب قُرْبَ الولادة وبعد الولادة، مما يكفُل إنقاص معدلات الانتحار، وتحسن رعاية الرضع والأطفال، والاستفادة على نحو أفضل من التدخلات الوقائية والتعزيزية للصحة؛ أضِفْ إلى ذلك تقليص معدلات العدوى بفيروس العَوَز المناعي البشري لدى المجموعة العمرية 17 – 24 عاماً من خلال إنقاص الممارسات الجنسية المحفوفة بالمخاطر وتقليل تعاطي المخدرات والإدمان، إلى جانب الالتزام على نحو أفضل بنظم المعالجة المضادة للفيروسات القَهْقَرية، وتخفيف وطأة الفقر الذي يترافق بِعِنادٍ مع تدهور الصحة النفسية (*10*).

وتهدف هذه الورقة لرفع مستوى الوعي حول قضية الصحة النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين، وتدعو إلى تبنّي توجُّهات وإجراءات استراتيجية على الصعيد الإقليمي تصبُّ في عملية التطوير الشامل والمتكامل للرعاية الصحية النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين في البلدان الأعضاء.

2. استعراض الوضع الراهن

1.2 الوضع العالمي

تقدِّر الدراسات التي أجريت في البلدان المتقدمة أن معدل انتشار الاضطرابات النفسية لدى النساء خلال الفترة المحيطة بالولادة يصل إلى 10٪ – 15٪. وأكثر الحالات التي تشخَّص خلال هذه الفترة هي الاكتئاب ثم اضطرابات القلق. وبالإضافة على ذلك، يقدر أن 10٪ من الأمهات يقْدِمْنَ على الانتحار خلال سنة بعد ولادتهن، تُلُثا هؤلاء يعانين من اضطرابات نفسية. كما تترافق الاضطرابات النفسية في الفترة المحيطة بالولادة بازدياد احتمال حدوث عُسْر الجماع، وعُسْر الطمث، والمضاعفات التوليدية، والمخاض قبل الأوان، وازدياد معدلات وفيات الرضع (*7*).

وعلى الصعيد العالمي، يقدر أن 200 مليون طفل دون الخامسة من العمر يتخلفون عن بلوغ النماء المعرفي الذي كان يمكن أن يحققوه لولا تَرَافُقُ نقص الرعاية المقدمة من القائمين على إيتاء الرعاية الأولية لهم مع فقدان التغذية الكافية والرعاية الصحية (*11*). كما أصبح من المعروف أن الاكتئاب في الفترة المحيطة بالولادة من أهم عوامل الاختطار على نماء الأطفال الجسدي والعاطفي والنفسي والذهني، والتي يمكن تعديلها، وقد يمتدّ نطاق تأثيرها حتى فترة البالغية (*12*).

ومن بين الاضطرابات الشائعة لدى الأطفال والمراهقين، تبرزُ المعدلات الواسعة الانتشار للتخلف الذهني والعقلي وهي تقدر بـ 3 – 4 لكل ألف نسمة، في حين تُقَدَّر الاضطرابات في الانتباه، وفرط الفعالية بـ 3٪ – 11٪، واضطرابات السلوك بـ 2٪ – 10٪، والصرع بـ 5 – 8 لكل ألف نسمة، والاكتئاب بـ 1٪ – 11٪، واضطرابات تعاطي مواد الإدمان بـ 5٪ – 10٪ (*13*، *14*).

وتتوافر تدخلات ذات مردود عال للوقاية والمعالجة والتأهيل، ويمكن أن تقدم عبر ما هو متاح من مرافق القطاعات الاجتماعية والصحية (*8*، *15*، *16*، *17*). على أن ثَمَّةَ نقصاً في الموارد المتاحة لخدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين والأمهات في جميع أرجاء العالم. فعلى الصعيد العالمي، لا يقوم سوى 3٪ من مرافق رعاية المرضى الخارجيين المعنية بالصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين بتقديم خدمات الرعاية المتخصصة بالأطفال

والمراهقين، ويبلغ ناصف median معدل انتشار المعالجة للأطفال والمراهقين في مرافق الرعاية الصحية النفسية 0.16٪ (*18*). ويتراوح عدد الأطباء النفسيين المتخصصين بالأطفال من 1 إلى 4 لكل مليون نسمة في البلدان التي تقع خارج أمريكا الشمالية وأوروبا. وقد أبلغ 25٪ فقط من أطباء الأطفال عن أنهم لم يتلقوا أي تدريب على الصحة النفسية، رغم أنهم قد عينوا ليكونوا من المقدمين للرعاية النفسية في الخط الأول في ما يزيد على 50٪ من البلدان التي اشتركت في مشروع أطلس الصحة النفسية، كما أن أقل من 10٪ من رعاية الصحة النفسية تقدَّم في مواقع الرعاية الصحية الأولية، ويندر أن توجد ميزانية محدَّدة للصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين (6).

2.2 الوضع الإقليمي

تُعَد الاضطرابات النفسية العصبية مسؤولة عن 12.4٪ من مجمل عبء المرض في إقليم شرق المتوسط (*4*). وتدل الموجودات الوبائية التي جمعت من البلدان في الإقليم على أن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية في الفترة المحيطة بالولادة تزيد على ضعفَيْ ما هي عليه في البلدان المتقدمة (15.8٪ – 36٪) (*19*). كما تدل الدراسات المجتمعية المرتكز التي أجريت في بلدان الإقليم على أن المعدلات التقديرية لانتشار الاضطرابات النفسية لدى البالغين تتراوح بين 8.2٪ في الإمارات العربية المتحدة و16.6٪ في العراق وباكستان، و16.9٪ في مصر ولبنان، و21٪ في جمهورية إيران الإسلامية. وقد كانت معدلات الاضطرابات النفسية الشائعة في جميع هذه الدراسات أعلى بقدر يُعتد به إحصائياً لدى النساء (*19*). كما أوضحت سلسلة من الدراسات التي أجريت في الإقليم أن الاكتئاب في الفترة المحيطة بالولادة لدى الأمهات يترافق بازدياد احتمال حدوث نقص التغذية، ونقص وزن الوليد عند ولادته، والتقزُّم، وارتفاع معدل وقوع هجمات الإسهال في السنة الأولى من عمر الطفل، وفشل تحديث الوضع التمنيعي للرضَّع. أضِفْ إلى ذلك كله، إن الاكتئاب التالي للولادة يستمر لمدة سنة بعد الولادة لدى 56٪ من النساء مقارنة بـ 30٪ في البلدان المتقدِّمة. وللاكتئاب التالي للولادة علاقة بالجرعة والاستجابة بحصائل ضعف النمو لدى الرضَّع، وبانخفاض معدل الاستفادة من تدخلات حفظ صحة الأطفال ووقايتهم من الأمراض، وهي تدخلات تستهدف الأمهات. وتشير البيِّنات المستمدة من بلدان متقدمة في الأقاليم الأخرى إلى ترابط سلبي بين مشكلات الصحة النفسية في الفترة المحيطة بالولادة لدى الأمهات، وبين أحراز حصائل النماء النفسي لدى الأطفال في شهرهم السادس من العمر، والأداء السيئ في امتحانات القبول في المدارس لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 11 و13 عاماً (*20*).

ولا تتوافر دراسات وبائية على الصعيد الوطني حول الاضطرابات النفسية لدى الأمهات والمراهقين في الإقليم، اللهم إلا عدد من الدراسات الضيقة النطاق، المجتمعية المرتكز، التي أجريت خلال السنوات الخمسة والعشرين المنصرمة. فقد أظهرت دراسة متعددة البلدان تشتمل على السودان، أن المعدل التقديري لانتشار الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين من الفئة العمرية 5 – 15 عاماً يصل إلى 12٪. كما أن المعدل التقديري لانتشار الاضطرابات النفسية 10٪، والمعدلات التقديرية للتخلف العقلي 2٪. وقُدِّر المعدل الموزون لانتشار الاضطرابات النفسية لدى أطفال المدارس في الإمارات العربية المتحدة بـ 10.4٪، في حين قدَّرت إحدى الدراسات التي أجريت في الإمارات العربية المتحدة، أن معدل انتشارها في المجموعة العمرية 6 – 18 عاماً يبلغ 16.4٪. وقد كانت الاضطرابات السلوكية أكثر شيوعاً لدى الفتيان، وكانت الاضطرابات الانفعالية أكثر شيوعاً لدى الفتيات. كما قدَّرت الدراسات التي أُجريت في المملكة العربية السعودية أن معدل انتشار الاضطرابات الانفعالية 5.5٪، في حين

قدَّرت دراسات أُجريت في مصر أن معدل انتشار الاضطرابات الانفعالية يبلغ 4.5 – 10.25٪. وأن معدلات انتشار الاضطرابات الانفعالية لدى الفتيات أعلى، وأن معدلات انتشار الاكتئاب ذات ترابُط إيجابي مع العمر (*19*). وقد أوضحت دراسة أُجريت مؤخراً في عُمان أن معدلات انتشار أعراض الاكتئاب بين المراهقين من طلبة المدارس الثانوية ممَّن تتراوح أعمارهم بين 14 و20 عاماً هي 17٪، وأن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية طوال الحياة لديهم تصل إلى 13.9٪. وقد أبلغ 1.96٪ من الطلاب عن أفكار راودتهم خلال 12 شهراً سابقة بالانتحار، في حين أبلغ 1.36٪ عن التخطيط الفعلي لذلك. وتَراوَحَ معدل استخدام أي خدمة من الخدمات الصحية لمعالجة المشكلات الصحية النفسية بين 6٪ و12٪ (*21*). وتقدِّر الدراسات التي أجريت على اضطرابات عيوب الانتباه وفرط الفعالية، أن معدل انتشارها يتراوح بين 0.46٪ و14.8٪، في حين استنتجت مراجعة حديثة لهذا الموضوع أن المعدلات مشابهة لما هي عليه في البلدان الأخرى (*19*، *22*). ويصيب الصرع ما يقدَّر بـ 4.7 مليون نسمة، ويقدَّر معدل انتشاره بـ 9.4 لكل ألف نسمة (*23*). أضِفْ إلى ذلك أن العمر عند تعاطي مواد الإدمان لأول مرة في الكثير من البلدان آخذ في التناقص، ويبدأ كثير من الأفراد بذلك وهم دون سن التاسعة عشرة. وتشير النتائج المستمدة من بلدان الإقليم التي ساهمت في المسح العالمي لصحة الطلاب المدرسيِّ المرتَكَز أن 15.5٪ من الطلاب قد فكروا في الانتحار، وأن 5.2٪ منهم قد تعاطى المخدرات خلال 12 شهراً مضت، وأن 11.8٪. قد تعاطوا الكحوليات خلال الأيام الثلاث الماضية (*24*). وقد وجدت دراسة أجريت في مصر أن 8.8٪ من طلاب المدارس المتوسطي العمر والكبار يتعاطون المخدرات، وأن العمر الوسطي لتعاطيهم كان 14.25 عاماً (*19*).

وقد أظهرت الدراسات التي أجريت في بلدان تعاني من الطوارئ المعقدة، معدَّلات مرتفعة بمقدار يُعتدُّ به إحصائياً للاضطرابات النفسية العصبية بين الأطفال والمراهقين. فقد أوضحت الدراسات التي أجريت في العراق أن معدل الانتشار النقطي للاضطرابات النفسية لدى الأطفال والبالغين 37.4٪، ومن بين أكثر الاضطرابات التي تصيب الأطفال والمراهقين شيوعاً اضطرابات الكرب التالي للرضح post traumatic، وسلس البول، وقلق الانفصال، ورُهابات منوَّعة، بالإضافة إلى رفض المدرسة، واضطراب السلوك والتعلُّم. وتتراوح معدلات الانتشار التقديرية لاضطراب الكرب التالي للرضح من 14٪ إلى 30٪ بين أطفال المدارس والمراهقين (*25*). كما أظهرت الدراسات التي أجريت في فلسطين أن الحالات التي يبلَّغ عنها من الاضطرابات السلوكية والانفعالية يصل معدل وقوعها إلى 54.4٪ لدى الفتيان، و46.5٪ لدى الفتيات (*43*). وأن المعدلات التقديرية لاضطراب الكرب التالي للرضح تتراوح بين 17.3٪ و40٪ بين الأطفال والمراهقين (*26*). وتقدِّر دراسة أجريت مؤخراً في أفغانستان على أطفال المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين 11 و16 عاماً، أن معدل انتشار المراضة النفسية المحتملة يصل إلى 22.2٪، وأن أكثر تلك الاضطرابات شيوعاً هي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية واضطراب الكرب التالي للرضح (*27*).

أما الموارد المتاحة للصحة النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين، فتعاني من النقص في جميع أرجاء الإقليم، إذ أبلغت ثمانية بلدان فقط عن أن لديها سياسة واضحة المعالم حول الصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين، في حين أبلغت ثلاثة بلدان عن أن لديها برامج مخصصة لذلك (*6*)، وأن 5٪ من المرافق المخصصة للمرضى الخارجيين للصحة النفسية تقدِّم بالفعل الرعاية للأطفال والمراهقين، وأن ناصِفَ median الانتشار للأطفال والمراهقين ضمن هذه المرافق يصل إلى 0.07٪ (*28*).

3. التحدِّيات ومجابهتها

في عام 1997، أصدرت الدول الأعضاء في الإقليم بياناً مشتركاً من الدورة الرابعة والأربعين للَّجنة الإقليمية، تعلن فيه التزامها بدعم برامج وسياسات الصحة النفسية، والتنسيق مع القطاعات الاجتماعية الأخرى، والارتقاء بمستوى الوعي، وتشجيع المنظمات غير الحكومية، والعمل معها على تحسين المعافاة النفسية. وفي خلال المدة المنقضية أعد قسم كبير من البلدان سياسات الصحة النفسية فيها، مع زيادة عدد البلدان التي بدأت بإعداد أو بإعادة النظر في قوانين الصحة النفسية؛ إلا أن الآليات والبنى التنظيمية والموارد اللازمة لتنفيذ السياسات والتشريعات غير متوافرة؛ ويعود سبب ذلك إلى أن قضايا الصحة النفسية بشكل عام، والصحة النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين بشكل خاص، لا تحظى حتى الآن بما تستحقه من الاهتمام والالتزام السياسي، وهذا بدوره سيساهم في غيابٍ مستمر، لإدراج المكون الخاص بالصحة النفسية ضمن السياسات الصحية والاجتماعية الوطنية.

ويتواصل التمييز والوصم على مستوى الأفراد والمجتمع والمؤسسات، ليصبح من التحدِّيات الرئيسية التي تواجه مسيرة الصحة النفسية بشكل عام، والصحة النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين بشكل خاص، ضمن القطاعَيْن الصحي والاجتماعي. فلابد من مجابهة متعددة القطاعات، وتعاونية، ومضمونة الاستمرار لهذه التحدِّيات، وإحداث التغييرات في المعارف، وفي المواقف، تجاه ممارسات الوصم والتمييز لدى الأفراد، ولدى الأسَر التي تعاني من الاضطرابات النفسية. وقُلْ مثل ذلك في كَوْن التدخلات الوقائية والتعزيزية، في معظم أجزائها، تتم خارج نطاق القطاع الصحي التقليدي، مما يجعل من الضروري بناء الشراكات مع جميع النُظُم والقطاعات. ثم إن ندرة البيِّنات حول مدى الاضطرابات النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين، وحول التدخلات الفعَّالة للوقاية من هذه الاضطرابات ومعالجتها، تمثِّل تحدِّياً آخر. ولابدّ من حصر الموارد المتاحة للصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين في البلدان.

فعلى مستوى تقديم الخدمات، لم يحرز إدراج مكوِّن الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية على الصعيد الوطني إلا تقدُّماً بطيئاً في الإقليم، فلم يتم التعاطي مع مشكلات الصحة النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين ضمن الخدمات الصحية العامة. وكان التحدِّي الرئيسي الذي يواجه إدراج هذا المكوِّن من مكوِّنات الصحة النفسية في هذه الخدمات يشتمل على الانطلاق من القدرات المتوافرة في النظام، وعلى الموارد البشرية فيه، لإيتاء خدمات الصحة النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين. وثَـمَّة تحدٍ كبير آخر هو الحاجة إلى تحسين توافر الأطباء الإخصائيين بالصحة النفسية، ولا يعني هذا زيادة أعدادهم فحسب، بل يتطلَّب تحولاً في الجودة، وفي المواقف والممارسات، لدى العاملين في هذه التخصصات؛ من مجرد تقديم الرعاية المرتكزة على العيادات إلى تقديم التدريب، والإحالة، والدعم الإشرافي اللازم في الرعاية الصحية الأولية، وفي التغذية، وفي التدبير الشامل لأمراض الطفولة، وفي خدمات الأمهات وصحة الأطفال.

4. التوجُّهات الاستراتيجية للمدة 2010 – 2015

إن إعداد نموذج ثابت يمكن تطبيقه بكامله في كل بلدٍ من بلدان الإقليم سيكون صعباً، نظراً للاختلاف الواسع النطاق في المرتسمات الاقتصادية والديموغرافية في البلدان، ولكن في ضوء الطبيعة المشتركة لمعظم التحدِّيات التي تم تحديدها، أصبح من الممكن الوصول إلى إجماع حول التوجُّهات الاستراتيجية على الصعيد الإقليمي، تمهيداً لتقديم

التوجُّهات اللازمة لتغطية الطيف الكامل للأطراف المعنيَّة، من أصحاب القرار السياسي، وأطباء الصحة العمومية، ومن منظمات وطنية وإقليمية ودولية تساهم في إعداد وتقديم الخدمات وفي الحملات الإعلامية، وفي التثقيف لعامة الناس، مثل منظمات المجتمع المدني، وروابط المستهلكين وروابط الأسر، ووكالات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية، والروابط المهنية المعنيَّة بالصحة النفسية على الصعيد الوطني والإقليمي والدولي والأطباء فيها. وقد تم إعداد وثيقة مفصلة تبحث بمزيد من الدقة في الاتجاهات الاستراتيجية والإجراءات التي أُعدَّت لتقديم الدعم للبلدان الأعضاء في جهودها لإعداد خطط عمل خاصة بكل بلد على حدة.

الأغراض

- تعزيز التخطيط والتنفيذ في السياسات والاستراتيجيات والبرامج الوطنية للصحة النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين.
- تسهيل تطوير خدمات الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين التي تقدَّم من خلال الخدمات الصحية والاجتماعية الموجودة.
- تعزيز العمل المنسَّق المتعدد القطاعات لتحقيق صحة نفسية إيجابية وللوقاية من الاضطرابات النفسية والإدمانيَّة.
- تسهيل تقوية النُظُم الصحية وتعزيز الرصد والتقييم والبحوث.

وفي سبيل تحقيق هذه الأغراض، تُقتَرَح التوجُّهات الاستراتيجية التالية المتآزرة والمترابطة في ما بينها:

التوجُّه الاستراتيجي 1: تعزيز إبراز صورة القضايا الخاصة بالصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين وتقوية الالتزام السياسي بها

الإجراءات الاستراتيجية

- إنشاء هيئة وطنية متعددة النُظُم ومتعددة القطاعات ضمن وزارة الصحة تضطلع بمهمة التنسيق والتخطيط والتنفيذ والتقييم للإجراءات المتخذة في مجالات الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين. وينبغي أن تتلقَّى هذه الهيئة الدعم من مخصصات وموارد محدَّدة، وأن يكون لها القدرة على حشد الموارد لصالحها.
- إنشاء لجان فرعية تقنية في مجالات الوقاية، والتعزيز، وتقديم الخدمات، وبناء القدرات، وتوليد البيِّنات، والرصد، والتقييم. وينبغي أن تُسند إلى هذه اللجان الفرعية مسؤولية إعداد وتنفيذ ورصد وتقييم بعض مكونات خطط العمل تحت مظلة الهيئة الوطنية.
- مراجعة السياسات والاستراتيجيات والخطط والتشريعات الراهنة ضمن القطاع الصحي والقطاع الاجتماعي، لضمان وجود مواد أو بنود خاصة بالصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين في جميع الصكوك التشريعية الوطنية ودونَ الوطنية.

نماذج من المؤشرات

- عدد البلدان التي أنشأت هيئة أو هيئات تنسيقية وطنية أو دونَ وطنية متعددة القطاعات ومتعددة النظم في وزارة الصحة (القيمة القاعدية: 0، الهدف: 10).

- عدد البلدان التي لديها استراتيجية وخطة عمل وطنية حول الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين (القيمة القاعدية: 0، الهدف: 10).

التوجُّه الاستراتيجي 2: تعزيز الإجراءات التي تُتَّخذ لتقوية محو الأمّية الصحية، تمهيداً لتقليص الوصمة والتمييز اللذين يرافقان الصحة النفسية بشكل عام، والصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين بشكل خاص.

الإجراءات الاستراتيجية

- تصميم وتنفيذ حملات إعلامية، وحملات توعية للجمهور، حول الصحة، تستهدف عامة المواطنين، إلى جانب قطاعات معينة من المجتمع، من خلال إسهام وسائل الإعلام ومنظمات المجتمع المدني، والأُسَر، وروابط المستفيدين من الخدمات، ومجموعات المناصرة الدولية، والروابط الوطنية والدولية لمهنيي الطب النفسي، وينبغي أن يكون الهدف تعزيز المعارف، وتغيير المواقف حول الصحة النفسية بشكل عام، وحول الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين بشكل خاص، وتخفيف الوصمة والتمييز السائدَيْن في المجتمع، مما يساعد في تحسين إتاحة الخدمات المتوافرة والتعرف على التغيير الحادث في سُبُل تقديم الرعاية من قِبَل المجتمع.

- تقديم الدعم للحملات الإعلامية، بإصدار التشريعات والإجراءات التنظيمية لحماية حقوق الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسية، ولاسيما الأمهات والأطفال والمراهقين.

نموذج من المؤشرات

- عدد البلدان التي تنظِّم حملات إعلامية لزيادة مستوى الوعي، وتوفير فرصٍ تدريبية متعلقة بالصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين (القيمة القاعدية: 0، والهدف 8).

التوجُّه الاستراتيجي 3: تقدير عبء الأمراض النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين، وحصر الموارد والكفاءات المتوافرة في خدمات الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين.

الإجراءات الاستراتيجية

- تقييم مدى المشكلات، والتعرُّف على معظم الاضطرابات النفسية الشائعة التي يعاني منها الأطفال والمراهقون والأمهات، وسُبُل الانتفاع من الرعاية.

- حصر الموارد والقدرات الموجودة حالياً في مجال الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين، بما في ذلك حصر الموارد المالية والبشرية، والبنية التحتية، والإمداد، والمعلومات، والقدرات وتوزيعها، وإتاحة المصادر والموارد المتوافرة.

نموذج المؤشر

- استكمال التقييم للموارد المتوافرة باستخدام الأداة التي أَعَدَّتها منظمة الصحة العالمية (القيمة الأساسية: 0، الهدف: 8 بلدان).

التوجُّه الاستراتيجي 4: تطوير الموارد البشرية في مجال الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين

الإجراءات الاستراتيجية

- تحديد مضمومةٍ للرعاية الصحية النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين، يمكن تقديمها من خلال الخدمات الموجودة حالياً في المستويات المختلفة للنظام الصحي. وتشتمل الاضطرابات النفسية ذات الأولوية، والتي حُدِّدت كجزء من حزمة البرنامج العالمي للصحة النفسية MhGAP على ما يلي: العجز عن القراءة، والتخلف العقلي، واضطرابات عيوب الانتباه وفرط الفعالية، واضطرابات السلوك، والاكتئاب، والاضطرابات القلقية، وتعاطي مواد الإدمان، وقد تشمل إلى جانب ذلك الاضطرابات الشائعة في الفترة المحيطة بالولادة، ولاسيما الاكتئاب التالي للولادة.

- إعداد دلائل إرشادية ومُتَشَابتات parameters للممارسة، خاصة بالمهنيين الصحيين المسؤولين عن تقديم الرعاية الصحية النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين، على جميع مستويات النظام الصحي، استناداً إلى الأوضاع ذات الأولوية التي تم تحديدها بقصد التدخل.

- القيام بتدريبات قصيرة الأمد، ومكثَّفة، للمجموعات التي تعمل حالياً في المهن الطبية، ليصبحوا مدربين متمرسين في جميع المستويات، بغرض إعداد كتلة حرجة من المدربين، لتدريب العاملين في حقل الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين.

- القيام بالتدريب أثناء الخدمة، للمهنيين الصحيين المسؤولين عن تقديم الرعاية الصحية النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين، في جميع مستويات النظام الصحي.

- تقوية التدريب السابق للمؤهلات، وذلك بإدراج المكوِّن الخاص بالصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين في المناهج الدراسية للمهنيين الصحيين.

- إعداد دورات تالية للتخرج في الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين، لإعداد متخصصين في مواقع إيتاء الرعاية الثالثية.

- تقوية المكوِّن الخاص بالصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين، في التعليم الطبي المستمر للمهنيين الصحيين.

نماذج من المؤشرات

- عدد البلدان التي أَعَدَّت مضمومات الرعاية، مع دلائل إرشادية، للمستويات المختلفة من الرعاية الصحية (القيمة القاعدية: 0، والهدف 5).

- عدد وحدات أو مراكز الرعاية الصحية الأولية للأمهات وللأطفال، التي تقدم خدمات الرعاية الصحية للأمهات والأطفال والمراهقين أو نسبتها المئوية (القيمة القاعدية: 0، الهدف: 5)، مع اختلاف التناسب باختلاف البلدان.

- عدد البلدان التي فيها برامج أُعدت للتخصُّص في الطب النفسي لدى الأطفال والمراهقين (القيمة القاعدية: 0، الهدف: 5).

- عدد المهنيِّين العاملين في الرعاية الصحية الأولية، الذين يتم تدريبهم كل عام على تقديم الرعاية الصحية النفسية للأمهات والأطفال (الهدف1.25٪ – 5٪ من العاملين في الرعاية الصحية الأولية في خمسة بلدان).

التوجُّه الاستراتيجي 5: إدراج المكوِّنات الخاصة بالصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين ضمن نظام الرعاية الصحية في جميع مستوياته.

الإجراءات الاستراتيجية

- إعداد دورات لتقييم ومعالجة الاضطرابات النفسية ذات الأولوية، لدى الأمهات والأطفال والمراهقين في جميع مستويات نظام الرعاية الصحية.

- ضمان تسجيل الأدوية النفسانية التأثير، وتوافُرها المضمون الاستمرار، من أجل معالجة الاضطرابات النفسية ذات الأولوية لدى الأطفال والمراهقين في جميع مستويات الرعاية، بما يتماشى مع الدلائل الإرشادية التي تم إعدادها من قبل.

- إعداد دلائل إرشادية للإحالة، وإعداد قنوات اتّصال بين المستويات الأولية والثانوية والتخصصية.

- إعداد الحد الأدنى من مجموعة المعطيات الخاصة بالهجمات، والحالات، والمَرافق، ومستويات النظام، والمؤشرات الخاصة بالصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين، والتي ينبغي الإبلاغ عنها كجزء من نظام المعلومات في البلد.

- تقوية مرافق الرعاية الصحية النفسية في المستويات الثانوية والتخصصية، لتقديم الدعم للإحالة، وللإشراف، والتدريب على الخدمات في المجالات الفرعية.

نماذج المؤشرات

- عدد البلدان التي تتوافر فيها أدوات لتقييم ومعالجة الاضطرابات الصحية النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين على جميع مستويات الرعاية (القيمة القاعدية: 0، الهدف: 5).
- عدد البلدان التي تلقى فيها العاملون الصحيون تدريباً على استخدام الأدوات التي تم إعدادها (القيمة القاعدية: 0، الهدف: 5).
- عدد البلدان التي تتوافر فيها الأدوية الأساسية النفسانية التأثير لمعالجة الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين في جميع مستويات الرعاية (القيمة القاعدية: 0، الهدف: 5).

التوجُّه الاستراتيجي 6: تطوير خدمات تعزيز الصحة النفسية لدى الأمهات والأطفال والمراهقين والوقاية من الاضطرابات النفسية

الإجراءات الاستراتيجية

- إجراء تحرِّيات لحالات العجز عن التعلُّم الناجمة عن أسباب تعود إلى الفترة السابقة والتالية للولادة (خدمات التحرِّي السابق للولادة عن متلازمة داون، وخدمات التحرِّي التالي للولادة عن الاضطرابات الاستقلابية التي تسبِّب حالات العجز عن التعلُّم)، وذلك كجزء من خدمات الرعاية الصحية للأطفال وللأمهات.
- إنشاء البرامج التدخُّلية المعنية بالرعاية الباكرة للأطفال وبنمائهم، مثل التعليم الباكر للأطفال وإدراجهم في الأنشطة الاجتماعية، والتعليم قبل المدرسة، وبرامج التدريب على اكتساب مهارات الوالديّة، وذلك من خلال إسهام المنظمات المجتمعية والعاملين الصحيِّين في المجتمع، والقطاعات التعليمية والصحية، مع اقتباس المضمومات أو الحزم المتوافرة سابقاً، مثل مضمومة الرعاية من أجل تطوير الأطفال التي أعدَّتها منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسف.
- تعزيز الكشف والتدبير الباكر للاكتئاب في الفترة المحيطة بالحمل، من خلال تدريب المنظمات المجتمعية والعاملين الصحيِّين المجتمعيِّين، وتقديم الدعم لهم، مع اقتباس المضمومات أو الحزم الموجودة حالياً مثل برنامج "التفكير صحياً".
- إدراج مكوِّنات الصحة النفسية ومهارات التعلُّم طوال الحياة في المناهج الدراسية، لتعزيز الصحة النفسية الإيجابية، والوقاية من الاضطرابات العصبية والنفسية والإدمانيَّة.
- إنشاء روابط بين التعليم وبين الخدمات الصحية للتمكُّن من الكشف والتدبير المبكر للاضطرابات العصبية والنفسية والإدمانيَّة.
- تقوية وتعزيز روابط المستهلكين في مجالات الصحة النفسية، والروابط الأسَرية لمكافحة الوصمة، ولتعزيز الدعم الاجتماعي للمستضعفين ضمن المجتمعات.

نماذج من المؤشِّرات

- عدد البلدان التي أنشأت خدمات وطنية للتحرِّي السابق للولادة عن متلازمة داون، وخدمات التحرِّي التالي للولادة عن الاضطرابات الاستقلابية التي تسبِّب حالات العجز عن التعلُّم، باعتبار ذلك التحري جزءاً من خدمات الرعاية الصحية النفسية للأمهات وللأطفال (القيمة القاعدية: 0، الهدف: 5).
- عدد البلدان التي أنشأت برامج لتعليم المهارات الحياتية على المستوى الوطني ودونَ الوطني، باعتبار تلك البرامج جزءاً من المنهج المدرسي (القيمة القاعدية: 0، الهدف: 5).

التوجُّه الاستراتيجي 7: دعم البحوث الميدانية، ورصد وتقييم تنفيذ برامج الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين

الإجراءات الاستراتيجية

- التعرُّف على الأولويات الإقليمية والوطنية في البحوث في مجال الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين.
- بناء القدرات على إجراء ونشر بحوث حول قضايا ذات شأن من وجهة نظر الصحة العمومية، في مجال الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين.
- إنشاء روابط بين مؤسسات البحوث والمؤسسات الأكاديمية، ولاسيَّما المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية، وبين مؤسسات اتِّخاذ القرار في الصحة العمومية، وذلك لضمان ترجمة البحوث إلى إجراءات عملية.
- دعم إنشاء الشبكات بين المؤسسات والمنظمات التي تعمل في البحوث حول الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين.
- إعداد إطار لتقييم ورصد تنفيذ برامج الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين.

نماذج من المؤشِّرات

- عدد البلدان التي لديها قاعدة معطيات حول البحوث المتعلقة بالصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين (القيمة القاعدية: 0، الهدف: 8).
- عدد البلدان التي لديها أولويات وطنية معروفة للبحث في برامج الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين (القيمة القاعدية: 0، الهدف: 8).

5. الخاتمة

تُعَدُّ مشكلات الصحة النفسية لدى الأمهات والأطفال والبالغين من الأسباب الرئيسية لعبء الأمراض في العالم وفي الإقليم. ولا تقتصر التكاليف المباشرة وغير المباشرة للاضطرابات النفسية المفروضة على الأفراد والأسر المعنية بها، بل تمتد بعد ذلك لتؤثِّر على المجتمع بكامله. فهذه التكاليف يتم تقاسمها بشكل غير متناسب بين القطاعات المُخْتَطَرة وبين المجتمع، بما فيه من أطفال ومراهقين وأمهات. وتتوافر تدخلات عالية المردوديَّة للوقاية من

الاضطرابات النفسية الشائعة ومعالجتها؛ ويمكن لهذه التدخلات أن تساعد الأطفال على تحقيق المدى الكامل لنموهم، وأن تساعد الأمهات على تقديم رعاية حساسة، وأن تساعد المراهقين على التقدُّم نحو المرحلة المنتجة للبالغين. وقد طلبت جمعية الصحة العالمية في قرارها ذي الرقم ج ص ع10.55 إلى الدول الأعضاء دعم برنامج العمل العالمي المعني بالصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية، وتعزيز الإجراءات التي تستهدف حماية الأطفال. ولا يخفى أن حاجة البلدان الأعضاء في إقليم شرق المتوسط ماسَّةٌ لاتِّخاذ إجراءات عاجلة للتعاطي مع هذه القضية، بسبب أن نسبةً كبيرة من السكان فيها دون التاسعة عشرة من العمر، وبسبب أن معدلات الاضطرابات النفسية التي تحدث أثناء الحمل وبعد الولادة تتضاعف عما هي عليه في البلدان المتقدمة. وتشتمل المجالات ذات الأولوية على إدراج خدمات الصحة النفسية ضمن نظام الرعاية الصحية على جميع المستويات، وعلى اتِّخاذ إجراءات متعدِّدة القطاعات للوقاية من الاضطرابات النفسية، وعلى تحسين الصحة والمعافاة، وعلى تعزيز البحوث والتقييم والرصد.

وتوفر التوجُّهات والإجراءات الاستراتيجية المقترحة الأساس لإعداد الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية لأساليب متكاملة وشاملة من أجل إنقاص عبء الأمراض النفسية في القطاعات المعرَّضة المُخْتَطَرة في المجتمع. وسوف يقدِّم المكتب الإقليمي دعمه التقني اللازم لتسهيل إعداد خطط العمل الوطنية الخاصة بالصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين، ولتنفيذ تلك الخطط. وسيقوم المكتب الإقليمي بوجه خاص بحملات إعلامية من أجل ضمان التزام سياسي رفيع المستوى، مع تخصيص الموارد لتلك المجالات المهملة، وتقديم الدعم لتعزيز نشر المعلومات حول الصحة النفسية، لمجابهة الوصمة والتمييز، وبناء القدرات من أجل تقديم الخدمات، والبحوث، والرصد، والتقييم، وتعزيز التعاون والشراكات، على الصعيد الإقليمي لحشد الموارد.

6. التوصيات إلى البلدان الأعضاء

1. مراجعة وتحديث السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية، لضمان كَوْن الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين مجالات ذات أولوية لها موارد مخصصة.
2. إعداد استراتيجيات وخطط نوعية للصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين تتماشى مع التوجُّهات الاستراتيجية الإقليمية.
3. إنشاء هيئة وطنية متعدِّدة التخصُّصات في وزارة الصحة، لتنسيق وتخطيط، ورصد تنفيذ بنود ومواد الاستراتيجية وخطة العمل للصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين، مع تخصيص موارد خاصة بذلك.
4. إدماج إيتاء خدمات الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين في النظام الحالي للرعاية الصحية.
5. إعداد مواد تدريبية ودلائل إرشادية وطنية للصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين، لتحقيق التكامل في إيتاء الرعاية على جميع مستويات نظام الرعاية الصحية.
6. بناء القدرات في الموارد البشرية للصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين في القطاع الصحي، وفي القطاعات الاجتماعية ذات الصلة.
7. إنشاء شبكات متعدِّدة النُظُم للتعزيز، والوقاية، ولتوليد البيِّنات، في مجال الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين.

المراجع

1. Constitution of the World Health Organization. In: *Basic documents*. 45th ed. Suppl. Geneva, World Health Organization, 2006.
2. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001.
3. *Mental health gap action programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva, World Health Organization, 2008.
4. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3:2011–2030.
5. Prince M et al. No health without mental health. *Lancet*, 2007, 370:859–877.
6. *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns: implications for the future*. Geneva, World Health Organization, 2005.
7. *Maternal mental health and child health and development in low and middle-income countries*. Geneva, World Health Organization, 2008.
8. Engle PL et al. International Child Development Steering Group. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 2007, 369:229–242.
9. *Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.
10. Miranda JJ, Patel V. Achieving the Millennium Development Goals: does mental health play a role? *PLoS Medicine*, 2005, 2:291.
11. Walker SP et al. International Child Development Steering Group. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet*, 2007, 369:145–157.
12. Grantham-McGregor S et al. International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 2007, 369:60–70.
13. *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance use disorders*. Geneva, World Health Organization, 2006.
14. Chisholm D et al. Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184:393–403.
15. *Family and community practices that promote child survival, growth and development: a review of the evidence*. Geneva, World Health Organization, 2005.
16. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report*. Geneva, World Health Organization, 2004.

17. Herman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence and practice*. Geneva, World Health Organization, 2005.

18. *Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis*. Geneva, World Health Organization, 2009.

19. Okasha A, Maj M, eds. *Images in psychiatry. An Arab perspective*. Geneva, World Psychiatric Association, 2001.

20. Rahman A, Prince M. Mental health in the tropics. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 2009, 103:95–110.

21. AlRiyami A et al. *Prevalence of mental disorders among adolescent secondary school Omani Students and their utilization of health services. Results of the World Mental Health Composite International Diagnostic Interview Survey 2005. Report for the Ministry of Health Sultanate of Oman*. Muscat, Oman, Ministry of Health, 2009.

22. Farah LG et al. ADHD in the Arab world: a review of epidemiologic studies. *Journal of Attention Disorders*, 2009, 13:211–222.

23. *Epilepsy in the WHO Eastern Mediterranean Region: bridging the gap*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2010.

24. Global school-based student health survey: country fact sheets for the Eastern Mediterranean Region (http://www.who.int/chp/gshs/ en/print.html, accessed 1 January, 2010).

25. Razokhi AH et al. Mental health of Iraqi children. *Lancet*, 2006, 368:838–839.

26. Emanuelle E et al. Trauma-related psychological disorders among Palestinian children and adults in Gaza and West Bank 2005-08. *International Journal of Mental Health Systems,* 2009, 3:21.

27. Panter-Brick C et al. Violence, suffering, and mental health in Afghanistan: a school-based survey. *Lancet*, 2009, 374:807–816.

28. *WHO AIMS report on mental health systems in the Eastern Mediterranean Region*, Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2010 (in press).