

توسيع نطاق العمل في مجال الصحة النفسية: وضع إطار للعمل

الملخص التنفيذي

1. يوجد في أي فترة زمنية شخص واحد من بين كل عشرة أشخاص لديه اضطراب ما بالصحة النفسية، وأُسرة واحدة تقريباً من بين كل أربع أسر لدى أحد أفرادها اضطراب ما بالصحة النفسية. وتكون معدلات الاضطرابات النفسية أعلى في الأماكن التي تشهد حالات طوارئ معقدة. وبرغم التكلفة الشخصية والاقتصادية وتوافر التدخلات العالية المردود، فمعدلات علاج الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والإدمانية معدلات منخفضة، في ظل وجود فجوات في العلاج تزيد على 35-50% من الأفراد المصابين باضطرابات نفسية خطيرة في البلدان المتقدمة و76-85% من الأفراد المصابين باضطرابات نفسية خطيرة في البلدان الأقل نمواً. وترجع تلك الفجوات في المقام الأول إلى شح الموارد البشرية والمالية، وأوجه عدم المساواة في توزيعها وعدم الكفاءة في استخدامها، فضلاً عن الوصم المرتبط بالاضطرابات النفسية.
2. اعتمدت جمعية الصحة العالمية السادسة والستون خطة عمل شاملة خاصة بالصحة النفسية في الفترة 2013-2020، بهدف مجابهة التحدي المتمثل في راب الفجوة العلاجية. وتضع الخطة رؤية وخارطة طريق بشأن الصحة النفسية لبلدان العالم لتحقيقها بحلول عام 2020، كما أنها تنص على إجراءات محددة للدول الأعضاء وللشركاء الدوليين والوطنيين وتقترن بمجموعة من الغايات والمؤشرات المتفق عليها.
3. وسعيًا إلى تفعيل تلك الرؤية وخارطة الطريق الواردتين بالخطة، يُقترح وضع إطار عمل إقليمي لتوسيع نطاق العمل المعني بالصحة النفسية، وهو إطار يحدد تدخلات استراتيجية عالية التأثير والمردود وميسورة التكلفة وذات جدوى في شتى مجالات الحوكمة، والرعاية الصحية، وتعزيز الصحة والوقاية، والترصد، والرصد والبحوث. كما يقدم الإطار أيضاً مجموعة من المؤشرات لرصد التطور المحرز في تنفيذ تلك التدخلات. وتتوافق هذه المجالات مع الأغراض الأربعة لخطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية 2013-2020 وتسترشد بمبادئها الأساسية.
4. تفيد التقارير الواردة من معظم بلدان الإقليم أن لديها سياسة تتعلق بالصحة النفسية (77%)؛ وأن لديها تشريعاً يتعلق بالصحة النفسية (73%)، وثالث بلدان الإقليم فقط هي التي تمثل تمام الامتثال لصكوك حقوق الإنسان الدولية، ولا يوجد بلد من البلدان ينفذ سياسته القائمة بالكامل، في حين تنفذ نحو 45% من البلدان تشريعاتها ذات الصلة تنفيذاً جزئياً. ويبلغ متوسط القوى العاملة في مجال الصحة النفسية في الإقليم 14.6 فرداً لكل 100,000 نسمة. وهو ما يقل عن نصف المعدل العالمي المقابل البالغ 33.8 لكل 100,000 نسمة. وعلاوة على ذلك، فإن أكثر من 85% من القوى العاملة في مجال الصحة النفسية، في نحو ثلث البلدان، يعملون في مستشفيات الصحة النفسية. وفيما يتعلق بتوافر خدمات الصحة النفسية، فالمتوسط البالغ 6.1 أسرة لكل 100,000 نسمة هو السائد في جميع أنحاء الإقليم؛ وتوجد نسبة 64.3% من أسرة العلاج النفسي في مستشفيات الصحة النفسية، بينما توجد نسبة 35.7% في مرافق مجتمعية، منها 18.3% في المستشفيات العامة،

و17.4% في أماكن الإقامة المجتمعية. وسعيًا إلى سدّ الفجوة العلاجية وتحقيق الهدف العام لخطة العمل الخاصة بالصحة النفسية، وهو: "تعزيز السلامة النفسية، والوقاية من الاضطرابات النفسية، وتوفير الرعاية للمصابين بها وتحسين فرص تعافيتهم وتعزيز حقوقهم الإنسانية وخفض معدلات الوفاة والمرضاة والعجز بينهم"، فإن الحاجة هنا تتمثل في التركيز على التدخلات الاستراتيجية الأساسية للتوسّع في الرعاية الشاملة للصحة النفسية على النحو الوارد في إطار العمل الإقليمي. واللجنة الإقليمية مدعوة لاعتماد إطار العمل الإقليمي للتوسّع في العمل بشأن الصحة النفسية في بلدان إقليم منظمّة الصحة العالمية لشرق المتوسط.

مقدّمة

5. الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية أحد المُسببات الرئيسية لعبء الأمراض حول العالم (1). وأفاد التقرير الخاص بالصحة في العالم 2001 أن شخصًا واحدًا من بين كل عشرة أشخاص، في أي وقت من الأوقات، لديه أحد الاضطرابات النفسية، ولدى واحدة من كل أربع أسر فرد لديه اضطرابات نفسية، وأن 20% من الأطفال والمراهقين في جميع أنحاء العالم لديهم مرض نفسي مُسبّب للإعاقة، وأن ما يقرب من 50% من الاضطرابات النفسية لدى البالغين تبدأ قبل بلوغهم سن الرابعة عشرة (2). وقد قدّر استعراض منهجي أجري مؤخرًا أن معدّل انتشار الاضطرابات النفسية الشائعة طيلة العمر يبلغ 29.2% (25.9-32.6%) أما معدّل الانتشار خلال اثني عشر شهرًا، فيبلغ 17.6% (16.3-18.9%). ولاحظ الاستعراض أيضاً وجود تأثير منتظم لنوع الجنس؛ حيث تزيد معدّلات القلق (4.3:8.7%) ومعدّلات الاضطرابات المزاجية (7.3:4.0%) لدى النساء (3). وتزيد معدّلات الاضطرابات النفسية في حالات الطوارئ المعقّدة؛ فقد أوضح التحليل التلوي الذي أجري ضمن أكثر المسوحات الوبائية مصداقية على الفئات السكانية المتضرّرة من النزاعات أن متوسط الانتشار يبلغ 15.4% بالنسبة لاضطرابات التوتر التالي للصدّات، بينما يبلغ 17.3% بالنسبة لحالات الاكتئاب. وهذه المعدّلات أعلى بكثير من المتوسط البالغ 7.6% (لأي اضطراب مرتبط بالقلق، بما في ذلك اضطرابات التوتر التالي للصدّات)، ومن المتوسط البالغ 5.3% (لأي اضطراب مزاجي، بما في ذلك اضطراب الاكتئاب الشديد) التي أبلغت بها سبعة عشر بلداً شاركت في المسح العالمي للصحة النفسية (4).

6. أما على الصعيد العالمي، فيبلغ معدّل الاضطرابات النفسية والإدمانية 22.9% من عبء الأمراض غير المميّنة (الذي يُقاس بالسنوات التي يعيشها الشخص مع الإعاقة) و7.4% من عبء الأمراض العالمي (الذي يُقاس بسنوات العمر المُصحّحة باحتساب مدد العجز)، وهو مقياس يشمل السنوات المقضية مع الإعاقة فضلاً عن الوفاة المبكرة (الجدول 1) (5).

7. وعلاوة على ارتباطها بالإعاقة، فإن الاضطرابات النفسية ترتبط أيضاً بزيادة معدّل الوفيات، إما بسبب أنّها عامل خطر قائم بذاته ينجم عنه نتائج صحية أخرى، كالانتحار، أو بسبب ارتباطها بسائر عوامل الخطر التي تؤدّي إلى الإصابة بالأمراض البدنية، ولاسيّما أمراض القلب والأوعية، ومنها السكتة والسرطان. وفضلاً عن ذلك، تقلّ على الأرجح فرص حصول الأشخاص الذين لديهم اضطرابات نفسية على علاج ملائم وجيّد التوقيت للأمراض البدنية بسبب تغليب التشخيص النفسي على التشخيص البدني، حتى في البلدان التي بها نُظّم رعاية صحية راسخة (6،7).

8. لا تتمثل الاضطرابات النفسية هاجساً في دوائر الصحة العامة فحسب، بل تُشكّل هاجساً في دوائر التنمية الاقتصادية والرفاه الاجتماعي أيضاً. وقد أظهرت دراسة أجريت لصالح المنتدى الاقتصادي العالمي تقديرات تفيد

بأن الأثر التراكمي للاضطرابات النفسية على الصعيد العالمي من حيث فقدان الناتج الاقتصادي يمكن أن يصل إلى 16 تريليون دولار أمريكي بحلول عام 2030. وفي البلدان المرتفعة الدخل، تعادل النفقات المتكبدة وفقدان الإنتاجية نتيجة للاضطرابات النفسية نحو 4% من الناتج المحلي الإجمالي؛ ومن المتوقع أن تزيد تكلفة الاضطرابات النفسية إلى أكثر من الضعف بحلول عام 2030 في جميع البلدان (8). ويمكن تقديم مجموعة متكاملة من التدخّلات عالية المردود في مجال رعاية الصحة النفسية والوقاية في المرافق المجتمعية مقابل مبلغ يتراوح من دولار إلى دولارين أميركيين سنوياً للفرد في البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، ومن ثلاثة إلى خمسة دولارات أميركية في بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط (9). ومتوسط نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة النفسية في البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحتين الدنيا والعليا من الدخل المتوسط على الصعيد العالمي منخفضٌ جداً (أقل من دولارين أميركيين)، وكثير من النفقات الواردة بالتقارير مخصصة لرعاية المرضى الداخليين، ولاسيّما في مستشفيات الصحة النفسية (10).

الجدول 1- الأسباب الرئيسية لعبء الأمراض العالمي لعام 2010

الأسباب	نسبة إجمالي عبء الأمراض الذي يُقاس بسنوات العمر المُصحّحة باحتساب مدد العجز (%)	السنوات المقضية مع الإعاقة (%)	عدد سنوات العمر المفقودة بسبب الوفاة المبكرة (%)
الاضطرابات القلبية الوعائية واضطرابات الدورة الدموية	11.9	2.8	15.9
الإسهال وعدوى الجهاز التنفسي السفلي والالتهاب السحائي والأمراض المعدية الأخرى	11.4	2.6	15.4
اضطرابات حديثي الولادة	8.1	1.2	11.2
السرطان	7.6	0.6	10.7
الاضطرابات النفسية والإدمانية	7.4	22.9	0.5
الاضطرابات العضلية الهيكلية	6.8	21.3	0.2
فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل	5.3	1.4	7.0
الأمراض غير السارية الأخرى	5.1	11.1	2.4
اضطرابات السكري والدم والغدد الصماء والأمراض البولية التناسلية	4.9	7.3	3.8
الإصابات غير المتعمدة	4.8	3.4	5.5

المصدر: المرجع (5)

9. برغم التكاليف الشخصية والاقتصادية وتوافر التدخُّلات عالية المردود، فمعدّلات علاج الأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية والإدمانية منخفضة، حيث توجد فجوات في العلاج تتراوح من 35 إلى 50% من الأفراد ممن لديهم اضطرابات خطيرة في البلدان المتقدمة ومن 76 إلى 85% من الأفراد ممن لديهم اضطرابات خطيرة في البلدان الأقل نمواً (11). وحتى في البلدان المتقدمة، فإن العلاج عادةً ما يُقدّم بعد بدء ظهور الاضطرابات بسنوات عديدة. والأسباب الرئيسية وراء ذلك هي شُحّ الموارد البشرية والمالية، وعدم الإنصاف في توزيعها، وانعدام الكفاءة في استخدامها (12)، فضلاً عن الوصم المقترن بالاضطرابات النفسية والإدمانية.

تحليل الوضع الراهن

حجم المشكلة في الإقليم

10. البيانات الوبائية المتوافرة عن مدى انتشار الاضطرابات النفسية في الإقليم بيانات محدودة. وحيثما توافرت البيانات، اتسع نطاق الأدوات المستعملة والاختلافات المنهجية في مختلف المسوحات (12). وقد أثبتت الدراسة التي أجريت عن عبء الأمراض العالمي أن معدّل انتشار الاضطرابات النفسية، وتحديدًا الاضطرابات المرتبطة بمرض الاكتئاب والقلق، كان هو الأعلى في بلدان الإقليم، وتعود كل هذه الاضطرابات تقريباً إلى حالات الطوارئ المعقدة السائدة في معظم البلدان (13).

11. وتشير الاستقصاءات المجتمعية لفرز السكان إلى أن معدّلات التعرُّض لضائقة نفسية يبلغ 15.6% (الإمارات العربية المتحدة) وترتفع النسبة لتصل إلى 51.8% (فلسطين). أما استقصاءات الفرز التي أجريت على الأطفال والمراهقين في عُمان وقطاع غزة (فلسطين) والموصل (العراق)، فتشير إلى أن معدّلات الاضطرابات النفسية في فلسطين والعراق أعلى بكثير منها في عُمان، لكن نظراً إلى اختلاف أساليب التقييم، لا يمكن مقارنتها مقارنةً مباشرةً. إلا أنه من المثير للاهتمام أن هذه الدراسات تشير إلى أن أقل الفروق في المعدّلات بين الذكور والإناث (14).

12. وكما ذُكر أعلاه، يتفاوت انتشار الاضطرابات النفسية تفاوتاً واسع النطاق، حسباً أفادت المقابلات التشخيصية التي أجريت في الإقليم، وذلك بسبب اختلاف المنهجيات والأدوات المستخدمة فيها. وتُظهر تفاصيل التشخيص على أن الوضع في الإقليم يماثل الوضع العالمي، حيث يكون الاكتئاب والقلق أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً. ومع ذلك، فإضافةً إلى ما ذُكر، ثمة معدّلات عالية من التوتر التالي للصدمات في أفغانستان، وأنواع محددة من الرهاب في مصر وعُمان، والاضطراب الناشئ عن الوسواس القهري في جمهورية إيران الإسلامية. وتفيد جميع مسوحات البالغين بانتظام أن معدّلات الاضطرابات النفسية أعلى بكثير لدى الإناث منها لدى الذكور؛ حيث بلغ متوسط نسبة الإناث إلى الذكور 2.3 بين مسوحات البالغين (14).

13. ويبلغ المعدّل السنوي الموحد حسب السن لانتشار الانتحار في الإقليم 4.6% لكل 100,000 نسمة (5.7 للإناث و2.5 للذكور)، مقارنةً بالمعدّل السنوي الموحد حسب السن لانتشار الانتحار في العالم البالغ 4.11% لكل 100,000 نسمة (15 للذكور و8 للإناث). ولا يتجاوز معدّل الانتحار في الإقليم 7.3% من معدّل حوادث الانتحار في العالم، بينما يشكّل عدد سكان الإقليم 8% من مجموع سكان العالم (15).

14. وتُنْفِق بلدان الإقليم عادةً حوالي 2% من ميزانية الصحة لديها على الصحة النفسية، مقارنةً بمعدّل يتراوح من 5 إلى 10%، وهو المعدّل المطلوب لمواكبة الإنفاق على الصحة النفسية في المملكة المتحدة وكندا وبلدان الاتحاد

الأوروبي. أما متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة النفسية فيبلغ 0.15 دولار أمريكي، وهو ما يقل بكثير عن المتوسط الذي يتراوح بين دولار ودولارين أمريكيين والذي يسمح بتنفيذ مجموعة مختارة من التدخلات الصحية النفسية عالية المردود في البلدان المنخفضة الدخل، ويزيد هذا المتوسط ليتراوح من 3 إلى 5 دولارات أمريكية في البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. وعلاوة على ذلك، تستهلك الرعاية المركزية والمؤسسية قدرًا غير متناسب من الإنفاق على الصحة النفسية (9، 16).

نتائج استبيان أطلس الصحة النفسية لعام 2014

15. إن زيادة انتشار الاضطرابات النفسية والإعاقة التي تسببها والارتفاع المتزايد في تكلفتها، جنباً إلى جنب مع الفجوة الهائلة في العلاج رغم توافر وسائل العلاج عالية المردود، تشكل قضية ملحة تدعو إلى إعادة تقييم مخصصات الرعاية الصحية النفسية. وقد تحمّلت منظمّة الصحة العالمية عبء مواجهة هذا التحدي من خلال خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية للفترة 2013-2020، التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في عام 2013. وتتضمّن الخطة رؤية وهدف جديدين للصحة النفسية من المقرر صياغتهما في شكل أربعة أغراض وست غايات قابلة للقياس يتعيّن تحقيقها بحلول عام 2020 (17).

16. وفي سبيل رصد التقدم المحرز في تحقيق تلك الغايات ورصد الجوانب البالغة الأهمية الأخرى في مجال تطوير نُظُم الصحة النفسية، تم إعداد مجموعة من المؤشرات الأساسية للصحة النفسية. وقد ردت جميع البلدان في الإقليم على استبيان أطلس الصحة النفسية لعام 2014 الذي يستند إلى هذه المؤشرات، وسيكون بمثابة الأساس لرصد التقدم المحرز نحو تحقيق الغايات الواردة في خطة العمل العالمية.

17. وأبلغت معظم البلدان بأن لديها سياسة معنية بالصحة النفسية (77%)، وتبيّن أن نسبة بلدان المجموعتين 1 و3 التي لديها سياسات معنية بالصحة النفسية أعلى مقارنةً ببلدان المجموعة 2 (83% لكل من المجموعة 1 والمجموعة 3 مقارنةً بنسبة 70% لبلدان المجموعة 2). ومع ذلك، وفيما يتعلق بالامتثال للمعايير الدولية، ثمة تقارب في المعدّلات في مجموعات البلدان الثلاث (57% للأولى، و58% للثانية و53% للثالثة).¹ وتفيد معظم البلدان بأن لديها تشريعات خاصة بالصحة النفسية (73%)، ولكن لا يحمّق سوى ثلث هذه البلدان التزاماً تاماً بالصكوك الدولية لحقوق الإنسان، غير أن قوانين الصحة النفسية في بلدان المجموعة 3 لديها فرصاً أكبر لتحقيق الالتزام بالمعايير الدولية لحقوق الإنسان (87% بالمقارنة بنسبة 40% لبلدان المجموعة 1). ولا يُنفذ أي بلد من البلدان سياسته الحالية تنفيذاً تاماً، في حين تنفّذ نحو 45% من البلدان تشريعاتها ذات الصلة تنفيذاً جزئياً.

18. فيما يتعلق بتمكين المستفيدين من الخدمات ومشاركتهم، يُعاني الإقليم من أدنى مستويات المشاركة من جانب روابط المستفيدين من الخدمات وأسرههم. أما بلدان المجموعة 2، فتتمتع بنسبة تعاون أكبر من جانب الأطراف المعنية، مع التنفيذ الجزئي لبعض المجالات بمتوسط يبلغ 40% على الأقل من هذه المجالات (المعلومات والسياسات والتعاون المبكر والمشاركة والموارد)، وهو ما يمثّل ضعف ما تنفّذه بلدان المجموعة 1 والمجموعة 3.

¹ تنقسم البلدان في الإقليم إلى ثلاثة مجموعات استناداً إلى النتائج الصحية للسكان، وأداء النظام الصحي، والنفقات الصحية. المجموعة 1: البحرين والمملكة العربية السعودية والكويت وعمان وقطر والإمارات العربية المتحدة. المجموعة 2: مصر وجمهورية إيران الإسلامية والعراق والأردن ولبنان وليبيا والمغرب وفلسطين والجمهورية العربية السورية وتونس؛ المجموعة 3: أفغانستان وجيبوتي وباكستان والصومال والسودان واليمن.

19. وفيما يتعلق بالاستثمار في مجال الصحة النفسية، فإن الحكومة هي الجهة الرئيسية التي تقدّم الأموال اللازمة لعلاج الاضطرابات النفسية الحادة ورعاية المصابين بها في 77% من البلدان. وقد قدّمت أربعة بلدان بيانات عن مجموع نفقاتها الحكومية على الصحة النفسية، كان من بينها بلد واحد على الأقل من كل مجموعة من مجموعات النظام الصحي. والبلد المنتمي للمجموعة الأولى لديه معدّل إنفاق على الصحة النفسية لكل فرد يبلغ 24.7 دولارات أمريكية، بينما يبلغ متوسط الإنفاق على الصحة النفسية في البلدين المنتمين للمجموعة الثالثة 35.1 دولار أمريكي، أما في البلد المنتمي للمجموعة الثالثة فيقل عن 01.0 دولار أمريكي. والتقدير الأولي لمتوسط الإنفاق الحكومي على الصحة النفسية في الإقليم هو 23.6 دولارات أمريكية للفرد، وهو ما يُعدّ رقماً منخفضاً جداً مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغ 57.72 دولاراً أمريكياً.

20. ويبلغ متوسط القوى العاملة في مجال الصحة النفسية في الإقليم 14.6 فرداً لكل 100,000 نسمة. وهو ما يقل عن نصف المعدّل العالمي المقابل البالغ 33.8 فرداً لكل 100,000 نسمة. وعلاوة على ذلك، فإن أكثر من 85% من القوى العاملة التمريضية في مجال الصحة النفسية، في نحو ثلث البلدان، يعملون في مستشفيات الصحة النفسية. وكانت هناك زيادة كبيرة في القوى العاملة التمريضية في الصحة النفسية بين عامي 2011 و2014 في بلدان المجموعة 1 وبلدان المجموعة 2. كما حدّث انخفاض في عدد الأطباء النفسيين لكل 100,00 نسمة في بلدان المجموعة 2، مع زيادته في بلدان المجموعة 1، وهو الأمر الذي يشير إلى أن العوامل الاجتماعية السياسية والاقتصادية ربما تؤثر على توافر موارد الصحة النفسية وإمكانية نقلها. أما بلدان المجموعة 3، فيها أعلى نسبة من الأطباء والمرضى والقابلات الذين تلقوا تدريباً في مجال الصحة النفسية لمدة يومين على الأقل خلال العامين الماضيين. ويمتلك الإقليم معدّلاً أعلى قليلاً من المتوسط العالمي لتدريب الأطباء النفسيين على مستوى الرعاية الأولية (2.1%)، ومعدّلاً أقل قليلاً من متوسط تدريب الممرضات والقابلات (1.7%).

21. وفيما يتعلق بتوافر خدمات الصحة النفسية، فالمتوسط السائد في شتّى أنحاء الإقليم لنسبة أسرّة العلاج النفسي يبلغ 6.1 أسرّة لكل 100,000، يوجد 64.3% منها في مستشفيات الصحة النفسية، بينما يوجد 35.7% في المرافق المجتمعية، وتحديداً 18.3% في المستشفيات العامة و17.4% في أماكن الإقامة المجتمعية. وثمة معامل انحدار واضح في هذه النسبة من بلدان المجموعة 1 إلى بلدان المجموعة 2 إلى بلدان المجموعة 3. وهذا التوزيع لم يتغير تقريباً عن التوزيع السائد في عام 2011. أما متوسط عدد أسرّة مستشفيات الصحة النفسية لكل 100,000 نسمة في الإقليم فقريب من المتوسط العالمي البالغ 6.5% لكل 100,000 نسمة.

22. وفي مجال تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، لدى 41% من البلدان على الصعيد العالمي برامج لتعزيز الصحة النفسية والوقاية، وهي نفس نسبة تلك البرامج في الإقليم. وداخل الإقليم، يوجد لدى 60% من بلدان المجموعة 2 أكثر من برنامج وطني عامل واحد للوقاية في مجال الصحة النفسية أو تعزيزها، وهو ضعف المعدّل في بلدان المجموعة 1 والمجموعة 3. وتقع البلدان الثلاثة التي وضعت استراتيجية وطنية للوقاية من الانتحار ضمن المجموعة 2.

23. وفي مجال نُظُم المعلومات، على الرغم إصدار تسعة عشر بلداً تقارير حول بيانات الصحة النفسية، فنصف البلدان تقريباً لم تنشر تقارير نوعية عن معلومات تتعلق بالصحة النفسية في السنتين الأخيرتين. أما بلدان المجموعة 2، فلديها أفضل سجل لنشر معلومات الصحة النفسية. وقد نشرت جميع بلدان المجموعة 2 سوى بلد واحد (أي ما يعادل 90% منها) تقريراً نوعياً يركّز على الصحة النفسية في السنتين الماضيتين، في حين لم ينشر سوى نصف بلدان المجموعة 1 تقريراً نوعياً عن الصحة النفسية، ولم ينشر أي بلد من بلدان المجموعة 3 أي

تقرير، في الفترة الزمنية نفسها. وعلى الرغم من رجحان كفة الإقليم بالمقارنة بالإقليم الأخرى، فُنظّم المعلومات الحالية قد لا تكون متنسقة مع المؤشرات المستهدفة الواردة في خطة العمل الخاصة بالصحة النفسية.

إطار توسيع نطاق العمل في مجال الصحة النفسية في إقليم شرق المتوسط

24. اعتمدت جمعية الصحة العالمية السادسة والستون خطة عمل شاملة خاصة بالصحة النفسية للفترة 2013-2020. وتحدد الخطة رؤية وخارطة طريق للصحة النفسية في بلدان العالم يتعين تحقيقها بحلول عام 2020، وتُنص على إجراءات محدّدة للدول الأعضاء وللشركاء الدوليين والوطنيين، وتقترن بمجموعة من الغايات والمؤشرات المتفق عليها. وسعيًا إلى تفعيل تلك الرؤية وخارطة الطريق الواردتين بالخطة، يُقترح وضع إطار عمل إقليمي لتوسيع نطاق العمل المعني بالصحة النفسية، وهو إطار يحدّد تدخّلات استراتيجية عالية التأثير والمردود وميسورة التكلفة وذات جدوى في شتى مجالات الحوكمة، والرعاية الصحية، وتعزيز الصحة والوقاية، والترصد، والرصد والبحوث. ويتضمّن أيضاً مجموعة من المؤشرات اللازمة لرصد التقدّم المحرّز في تنفيذ تلك التدخّلات. وتتوافق هذه المجالات مع الأغراض الأربعة الواردة في خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية 2013-2020 وتسترشد بمبادئها الأساسية. ولكن، نظراً إلى أن عدداً مرتفعاً بشكل غير متناسب من بلدان الإقليم يعاني من حالات طوارئ معقدة، فالإطار الإقليمي يقترح أيضاً تدخّلات استراتيجية في المجالات الثلاثة الأولى الواردة فيه، وهو ما من شأنه أن يساعد البلدان على التأهّب للآثار الضارة لحالات الطوارئ المعقدة على الصحة النفسية وتقليلها إلى أدنى حدّ ممكن.

(أ) الحوكمة

25. تتمثل مسؤوليات الحوكمة الرئيسية في وضع سياسات الصحة النفسية وخططها وتشريعها وقواعدها المالية ومراقبة تنفيذها. وتشكّل هذه الأسس الإطار الداعم الذي ستقدّم خدمات الصحة النفسية في ظلّه. ومن المهم للغاية أن يكتمل ويدعم كل منها الآخر. فعلى سبيل المثال، ينبغي أن تقتنّ قوانين الصحة النفسية المبادئ والقيم والأهداف والأغراض الأساسية لسياسات الصحة النفسية وخططها، ويلزم أن تحصّص اعتمادات ميزانيتها لتحقيق غايات الخطة الوطنية للصحة النفسية.

أهم التدخّلات الاستراتيجية

- وضع/تحديث السياسة الوطنية المتعددة القطاعات/خطة العمل الاستراتيجية للصحة النفسية؛
- استعراض التشريعات ذات الصلة بالصحة النفسية بما يتماشى مع الصكوك/العهود الدولية لحقوق الإنسان وإنشاء آلية للاضطلاع على نحو مستقل برصد تنفيذ التشريعات المحدّثة؛
- إدماج الحالات النفسية ذات الأولوية في حزمة الرعاية الصحية الأساسية التي تقدّمها الحكومة وأنظمة استرداد التكاليف التأمينية الاجتماعية/الخاصة؛
- إدماج الدعم الصحي النفسي والنفسي الاجتماعي في الخطط الوطنية للتأهّب والتعافي.

(ب) الرعاية الصحية

26. اقترحت منظمة الصحة العالمية مخططاً هرمياً لتنظيم الخدمة للتوصُّل إلى أفضل مزيج من خدمات الصحة النفسية (17). وكلما ارتفع المستوى في ذلك المخطط الهرمي، تطلبت احتياجات الفرد المتعلقة بالصحة النفسية مساعدة مهنية أكثر كثافةً وما يقترن بها من ارتفاع تكاليف الرعاية. ويشمل هذا النهج المتوازن توسيع نطاق الخدمات المجتمعية في مجال الصحة النفسية، بما في ذلك دمج الصحة النفسية في برامج الرعاية الأولية وغيرها من برامج الرعاية الصحية ذات الأولوية، مثل برنامج زيادة مأمونية الحمل، والبرنامج الموسَّع للتمنيع، وبرامج الرعاية المتكاملة للطفل من جهة، وتقليص نطاق مؤسسات الصحة النفسية الأخرى من الجهة الأخرى (18-27).

أهم التدخُّلات الاستراتيجية

- إعادة توجيه خدمات الصحة النفسية من خلال:
 - إتاحة تدخُّلات قائمة على المساعدة الذاتية والتدخُّلات المجتمعية لذوي الحالات النفسية وأسرههم.
 - تقليص نطاق مستشفيات الصحة النفسية القائمة المخصصة للإقامة الطويلة، وكفالة حماية حقوق الأشخاص ذوي الحالات النفسية؛
 - تقديم خدمات الصحة النفسية في المستشفيات العامة للمرضى الخارجيين ووحدات الرعاية القصيرة الأجل للمرضى الداخليين؛
 - إدماج تدخُّلات قائمة على البيئات عالية المردود وذات جدوى وميسورة التكلفة في الخدمات التي تُقدَّم إلى أصحاب الحالات النفسية ضمن برامج الرعاية الصحية الأولية وغيرها من البرامج الصحية ذات الأولوية.
- تنفيذ أفضل الممارسات في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ.

(ج) تعزيز الصحة النفسية والوقاية

27. يمكن أن تؤدِّي التدخُّلات الخاصة بتعزيز الصحة النفسية والوقاية إلى تحسين الصحة النفسية للسكان عن طريق تخفيف عوامل الخطر، وتعزيز عوامل الوقاية من أجل ضمان صحة بدنية ونفسية جيدة، والمساهمة في إحداث آثار إيجابية دائمة على طائفة من النتائج الاجتماعية والاقتصادية. وتشير البيِّنات والبراهين إلى أن التدخُّلات التالية تتمتع بأكبر فرصة نجاح في إقليم شرق المتوسط (15، 28-36).

التدخُّلات الاستراتيجية الرئيسية

- إدراج التعرُّف على الاكتئاب الذي يصيب الأمهات، ومعالجته، والتدريب على مهارات التربية ضمن برامج صحة الأمهات والأطفال؛
- إدراج التدريب على اكتساب المهارات الحياتية في المناهج المدرسية باستخدام نهج المدرسة بروتها؛
- الحدّ من إمكانية الوصول لوسائل الانتحار؛
- تدريب جهات الاستجابة في حالات الطوارئ على تقديم الإسعافات الأولية النفسية؛
- استخدام الأساليب المُسندة بالبيِّنات لتحسين المعرفة بمبادئ الصحة النفسية والحدّ من الوصم.

(د) الترضُّد والرَّضد والبحوث

28. البيّنات والبراهين هي شريان الحياة بالنسبة للتخطيط والتنمية، بما في ذلك البيّنات المتعلقة بالاحتياجات والخدمات المحلية، والبيّنات البحثية المتعلقة بالابتكارات الجديدة على حدّ سواء. وتتطلب خطة العمل الخاصة بالصحة النفسية جمع مؤشرات ذات صلة عالية الجودة تتعلق بالصحة النفسية والخدمات المرتبطة بها، والإبلاغ بها. ويمكن إدماج بعض هذه المؤشرات في عملية جمع البيانات المعتادة على الصعيد الوطني، وقد يحتاج الأمر إلى استكمال بعضها الآخر بالمسوحات الدورية. كما أن لبحوث الصحة النفسية أهمية بالغة في توفير التوجيه لعملية وضع السياسات الوطنية، والتخطيط الاستراتيجي للبرامج، وإعادة تنظيم خدمات الصحة النفسية. ويمكن أن يؤدي ترتيب أولويات بحوث الصحة النفسية، ولاسيّما البحوث التنفيذية، إلى توفير نتائج هائلة فيما يتعلق بالحدّ من حالات الإعاقة والوقاية من الوفاة المبكّرة (37).

أهم التدخّلات الاستراتيجية في مجالَي الترضُّد ونُظُم المعلومات

- إدماج المؤشرات الأساسية في نُظُم المعلومات الصحية الوطنية (انظر المرفق 1)؛
- تعزيز القدرات الوطنية على إجراء بحوث تنفيذية محددة الأولويات وعلى استخدامها.

المقارنة الأساسية مع الغايات المحدّدة في خطة العمل الخاصة بالصحة النفسية

29. يعرض هذا القسم خط الأساس الحالي والتوقّعات المتعلقة بتحقيق الغايات المحدّدة في خطة العمل الخاصة بالصحة النفسية.

30. الغاية العالمية 1-1: أن تكون 80% من البلدان قد انتهت من وضع أو تحديث سياساتها/ خططها بشأن الصحة النفسية على نحو يتماشى مع الصكوك الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان (بجول عام 2020). فعلى الرغم من أن 55% من بلدان الإقليم قد أدخّلت تحديثات على سياسات الصحة النفسية بها في السنوات الخمس الماضية، فهناك 32% (سبعة بلدان) تتوافق مع المعايير الدولية المحددة، ومن ثمّ، تستوفي مقتضيات الغاية الواردة في خطة العمل. ويستلزم تحقيق هذه الغاية إدخال تحديثات على السياسات بما يتماشى مع صكوك حقوق الإنسان فيما لا يقل عن أحد عشر بلداً أخرى بحلول عام 2020.

الغاية العالمية 1-2: أن تكون 50% من البلدان قد انتهت من وضع أو تحديث قوانينها بشأن الصحة النفسية على نحو يتماشى مع الصكوك الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان (بجول عام 2020). ففي حين كانت 73% من بلدان الإقليم لديها تشريعات تتعلق بالصحة النفسية (سواء تشريعات مستقلة بذاتها أم مدججة في تشريعات أخرى)، فإن 27% فقط (ستة بلدان) متوافقة مع جميع المكونات الخمس لمعايير حقوق الإنسان التي خضعت للقياس، من ثمّ تستوفي مقتضيات الغاية الواردة في خطة العمل. وكي تتحقق هذه الغاية، فيجب إدخال تحديثات على تشريعات الصحة النفسية وسنّ أخرى تتعلق بها في خمسة بلدان بحلول عام 2020.

الغاية العالمية 2: زيادة التغطية عبر الخدمات للاضطرابات النفسية الوخيمة بنسبة 20% (بجول عام 2020). وحتى يتم رصد وتقييم هذا المؤشّر، يجب إرساء خط أساس حالي للتغطية بخدمات الصحة النفسية، غير أن المعلومات المتوفرة حالياً في الإقليم لا تفي في إرساء خط الأساس المطلوب على نحو سليم. أولاً، العامل المشترك في حساب التغطية هو إجمالي عدد السكان المعرّضين للخطر، لا مجموع السكان ذوي الحاجة. ثانياً، الإبلاغ عن عدد

الأشخاص الذين لديهم اضطرابات نفسية وخيمة وقد خضعوا للعلاج لا يتوافر إلا في 13 بلداً على مستوى مستشفيات الصحة النفسية، و9 بلدان على مستوى المستشفيات العامة، و8 بلدان على مستوى عيادات الصحة النفسية الخارجية. إذا كانت هناك الرغبة في زيادة عدد الحالات التي خضعت للعلاج في عيادات الصحة النفسية الخارجية، ويبلغ معدّلها حالياً 1158 لكل 100,000 نسمة (استناداً إلى المعلومات الخاصة بثمانية بلدان)، بنسبة 20% بحلول عام 2020، فإن المعدّل المستهدف يكون 1390 لكل 100,000 نسمة.

الغاية العالمية 3-1: تنفيذ برنامجين وطنيين على الأقل لتعزيز والوقاية في مجال الصحة النفسية بمشاركة قطاعات متعددة في 80% من البلدان (بحلول عام 2020). واستناداً إلى الإجابات على استبيان أطلس الصحة النفسية لعام 2014، يستلزم تحقيق الغاية بحلول عام 2020 أن تواصل البلدان التسعة التي لديها برنامجان أو أكثر استحداث برامج أخرى تتوافر فيها الشروط، وعلى تسعة بلدان أخرى استحداث برنامجين وطنيين أو أكثر لتعزيز الصحة أو الوقاية.

الغاية العالمية 3-2: خفض معدّلات الانتحار في البلدان بنسبة 10% (بحلول عام 2020)؛ فالمعدّل السنوي الموحد حسب السن لانتشار الانتحار في الإقليم يبلغ 6.4 لكل مائة ألف نسمة (7.5 للإناث و5.2 للذكور). وخفض ذلك المعدّل بنسبة 10% إنما يعني غاية تتمثل في خفض حالات الانتحار إلى 5.8 حالة لكل 100,000 نسمة سنوياً. غير أن المعدّلات المبلّغ عنها حالياً قد تتسبب في تقدير الانتحار بأقل من معدّله الحقيقي بسبب احتمال تأثره بعوامل اجتماعية ودينية وثقافية. فثمة حاجة ملحة إلى العمل على إنشاء آلية إبلاغ عن الانتحار تتسم بالدقة في بلدان الإقليم.

الغاية العالمية 4: أن تواظب 80% من البلدان مرّة كل عامين على إعداد مجموعة أساسية واحدة على الأقل من مؤشرات الصحة النفسية وتقديم تقارير بشأنها من خلال نُظُمها الوطنية للمعلومات الصحية والاجتماعية (بحلول عام 2020)؛ على الرغم من أن البلدان التسعة عشر قد أصدرت تقارير عن بيانات الصحة النفسية (سواءً تقارير مخصصة أو تقارير عن الصحة النفسية ورذت ضمن الإحصاءات الصحية العامة)، فمن الواضح من الإجابات على استبيان أطلس الصحة النفسية لعام 2014، أن نطاق معلومات الصحة النفسية محدود في معظم البلدان، ويصعب تحديد خط أساس حالي لرصد وتقييم هذا المؤشر استناداً إلى البيانات المتاحة.

الاستنتاجات

31. التدخّلات الاستراتيجية الرئيسية المحددة التي استفادت من البيّنات، والتي تُعتبر "أفضل الصفقات" و"صفقات جيدة"، قد اجتمعت كلها في الإطار الإقليمي المقترح الذي يرمي إلى توسيع نطاق العمل في مجال الصحة النفسية بهدف تيسير تنفيذ خطة العمل الخاصة بالصحة النفسية للفترة 2013-2020 (المرفق 1). ويدعم هذا الإطار مجموعة من أدوات منُظّمة الصحة العالمية والمبادئ التوجيهية الصادرة عنها. وعلاوة على ذلك، تم اقتراح مجموعة من المؤشرات اللازمة لرصد التقدّم المحرّز صوّب تنفيذ تلك التدخّلات الاستراتيجية. وتتسق هذه المؤشرات مع المؤشرات الواردة في خطة العمل، وذلك من أجل تجنّب ازدواجية الجهود المبذولة في رصد التقدّم المحرّز صوّب تحقيق الغايات الواردة في خطة العمل. ويمكن جمع المعلومات اللازمة للإبلاغ عن مجموعة المؤشرات الواردة في الإطار الإقليمي إما على نحو مننظم عبر إدماج المؤشرات في نُظُم الإدارة الصحية وغيرها من نُظُم المعلومات في البلدان، أو جمعها عن طريق المسوحات الدورية.

32. وهناك علاقة تكامل بين جميع التدخّلات الاستراتيجية المحددة في المجالات الرئيسية الأربعة.

33. واللجنة الإقليمية مدعوة إلى اعتماد إطار العمل الإقليمي لتوسيع نطاق العمل في مجال الصحة النفسية.

34. المرفق 1 إطار العمل الإقليمي المقترح لتوسيع نطاق العمل في مجال الصحة النفسية في إقليم شرق المتوسط

المجال	التدخلات الاستراتيجية	المؤشرات المقترحة
الحكومة	وضع/تحديث السياسة الوطنية المتعددة القطاعات/خطة العمل الاستراتيجية للصحة النفسية	أن يكون لدى كل بلد سياسة/خطة وطنية تنفيذية متعددة القطاعات للصحة النفسية بما تتماشى مع الصكوك الدولية/الإقليمية لحقوق الإنسان ⁽¹⁾
	إدماج الدعم الصحي النفسي والنفسي الاجتماعي في الخطط الوطنية للتأهب وللتعافي	إدماج تقديم الدعم الصحي النفسي والنفسي الاجتماعي في الخطط الوطنية للتأهب
	استعراض التشريعات ذات الصلة بالصحة النفسية بما يتماشى مع الصكوك الدولية لحقوق الإنسان	أن يكون لدى كل بلد تشريعات محدثة في مجال الصحة النفسية بما يتماشى مع الصكوك الدولية/الإقليمية لحقوق الإنسان
	إدماج الحالات النفسية ذات الأولوية في حزمة الرعاية الصحية الأساسية التي تقدمها الحكومة وأنظمة استرداد التكاليف التأمينية الاجتماعية/الخاصة.	إدماج الحالات النفسية ذات الأولوية في حزم الرعاية الصحية الأساسية التي تقدمها أنظمة التأمين العامة والخاصة/ استرداد التكاليف التأمينية.
	إرساء خدمات الصحة النفسية في المستشفيات العامة والمرضى الخارجيين ووحدات الرعاية القصيرة الأجل للمرضى الداخليين	زيادة مخصصات الميزانية اللازمة لتحقيق غايات تقديم خدمة الصحة النفسية الوطنية المتفق عليها
الرعاية الصحية	إدماج تدخلات قائمة على البيانات عالية المردود وذات جدوى وميسورة التكلفة في الخدمات التي تُقدّم إلى أصحاب الحالات النفسية ضمن برامج الرعاية الصحية الأولية وغيرها من البرامج الصحية ذات الأولوية ^(ب)	نسبة المستشفيات العامة التي بها وحدات للصحة النفسية، بما فيها وحدات المرضى الداخليين والخارجيين
	إتاحة تدخلات قائمة على المساعدة الذاتية وتدخلات مجتمعية لذوي الحالات النفسية وأسره	نسبة الأشخاص ذوي الحالات النفسية الذين يستفيدون من الخدمات الصحية (مصنفة حسب العمر والجنس والتشخيص والمكان)
	التقليل من عدد مستشفيات الصحة النفسية التي يقيم فيها المرضى لفترات ممتدة	نسبة مرافق الرعاية الصحية الأولية التي تتوفر فيها بانتظام الأدوية الأساسية المؤثرة على العقل
	إدماج أفضل الممارسات في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ ^(ج)	نسبة مرافق الرعاية الصحية الأولية التي يعمل بها على الأقل موظف مُدرّب على تقديم التدخلات غير الدوائية
تعزيز الصحة والوقاية	تقديم تدخلات عالية المردود وذات جدوى وميسورة التكلفة من خلال المرافق المجتمعية والسكانية ^(د)	نسبة مرافق الرعاية الصحية النفسية التي تخضع للمراقبة سنويًا لضمان حماية حقوق الإنسان للأشخاص ذوي الحالات النفسية باستخدام معايير الجودة والحقوق
		نسبة العاملين في مجال الرعاية الصحية المدربين على التعرف على الحالات النفسية ذات الأولوية ومعالجتها في حالات الطوارئ
		نسبة المدارس التي تتبع نهج المدرسة ككل لصقل المهارات الحياتية
		نسبة موظفي الرعاية الصحية للأمهات والأطفال المدربين على

المجال	التدخلات الاستراتيجية	المؤشرات المقترحة
	تدريب جهات الاستجابة في حالات الطوارئ على تقديم الإسعافات الأولية النفسية	تقديم الرعاية في مرحلة الطفولة المبكرة وعلى مهارات النماء والتربية للأمهات والأسر.
		نسبة العاملين في مجال الرعاية الصحية للأمهات والرعاية الصحية أثناء الولادة المدربين على التعرف المبكر على حالات اكتئاب الأمهات ومعالجتها
		وجود خطة عمل تنفيذية وطنية للوقاية من الانتحار
		حملات وطنية منتظمة لتحسين معرفة مبادئ الصحة النفسية والحد من الوصم باستخدام قنوات متعددة
		إدراج التدريب على الإسعافات النفسية الأولية في جميع برامج التدريب التي تلتقاها جهات الاستجابة في حالات الطوارئ
التصدُّ والرصد والبحوث	إدماج المؤشرات الأساسية في نُظُم المعلومات الصحية الوطنية	توفير تقارير وبيانات منتظمة على المستوى الوطني بشأن مجموعة المؤشرات الأساسية للصحة النفسية
	تعزيز القدرة الوطنية على إجراء بحوث محددة الأولويات	تقدير تقارير سنوية عن البيانات الوطنية المتعلقة بعدد الوفيات بالانتحار

^أ تنفيذية: صفة تلحق بسياسة أو استراتيجية أو خطة عمل يجري استخدامها وتنفيذها في البلد، مع توافر الموارد والتمويل لتنفيذها في وحدة/إدارة لها ميزانية ومخصصات موارد بشرية وسلطة محددة تحديداً دقيقاً لرصد تنفيذ السياسة/الاستراتيجية في البلد.

^ب تشمل التدخلات القائمة على البيئات وعالية المردود وذات الجدوى وميسورة التكلفة ("أفضل الصفقات") لمعالجة الاضطرابات النفسية ما يلي: علاج الصرع (بعقاقير الخط الأول الأقدم المضادة للصرع)، والاكتئاب (بالعقاقير الجينية المضادة للاكتئاب والعلاج النفسي الاجتماعي)، والاضطراب الثنائي القطب (بالثيوم المثبت للمزاج)، والفصام (بعقاقير الذهان الأقدم والعلاج النفسي الاجتماعي). ومع ذلك، هناك عدد من التدخلات التي تستهدف معالجة الاضطرابات النفسية التي تبدأ في مرحلة الطفولة والمراهقة، والقلق والاضطرابات ذات الصلة بالتوتر والسلوكيات الانتحارية التي يُمكن أن تصنف على أنها "صفقات جيدة" وهي أيضاً جزء التدخلات الواردة في دليل برنامج عمل المنظمة الخاص بسد الفجوات في مجال الصحة النفسية http://www.who.int/mental_health/mhgap/en

^ج تشمل أفضل الممارسات والممارسات الجيدة للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ: تعزيز الاعتماد على الذات والدعم المجتمعي القائم على المساعدة الذاتية؛ ودعم الأنشطة المساعدة على النماء في مرحلة الطفولة المبكرة؛ وتدريب الموظفين والإشراف عليهم في معالجتهم لمشاكل الصحة النفسية ذات الصلة بحالات الطوارئ؛ وتقديم تدخلات نفسية مسندة بالبيئات من خلال العاملين غير المتخصصين؛ وضمان انتظام الإمدادات بأدوية الأمراض النفسية الضرورية؛ والتعامل مع قضايا سلامة ذوي الأمراض النفسية الوخيمة أو المزمنة في المجتمع والمؤسسات واحتياجاتهم الأساسية وحقوقهم؛ وتشجيع نشر المعلومات في المجتمع ككل.

^د تشمل "أفضل الممارسات" (التدخلات القائمة على البيئات وعالية المردود وذات الجدوى وميسورة التكلفة) للوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية: التدخلات والقوانين والنُظُم المتعلقة بالنماء في مرحلة الطفولة المبكرة ومهارات التربية التي تستهدف الحد من فرص إيذاء الذات/الانتحار. ويوصي المكتب الإقليمي بتنفيذ الأنشطة التالية باعتبارها من "أفضل الخيارات": حملات الإعلام الجماهيري والتوعية التي تستهدف زيادة معرفة مبادئ الصحة النفسية والحد من الوصم؛ وتمييز الاكتئاب الذي يصيب الأمهات ومعالجته في وقت مبكر؛ وتمييز الأطفال الذين لديهم اضطرابات نفسية وعصبية وإدمانية واكتشاف حالاتهم ومعالجتها في

المدارس؛ ودمج استراتيجيات الصحة النفسية، كالحلد من التوتر، في سياسات الصحة والسلامة المهنية؛ ونُظّم تحسين الرعاية التوليدية والرعاية في الفترة المحيطة بالولادة، وتعزيز التمتع؛ وبرامج إضافة اليود إلى الملح؛ وإغناء الأغذية بحمض الفوليك؛ وبرامج تكميل الأغذية بالبروتين الانتقائي لتعزيز النمو الإدراكي الصحي.

المراجع

1. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197–223. PMID:23245608
2. The world health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001 (<http://www.who.int/whr/2001/en/>, accessed 28 May 2015).
3. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):476–93. PMID:24648481
4. Tol WA, Barbui C, Galappatti A, Silove D, Betancourt TS, Souza R, et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet*. 2011;378(9802):1581–91. PMID:22008428
5. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575–86. PMID:23993280
6. Bailey S, Thorpe L, Smith G. Whole-person care: from rhetoric to reality: achieving parity between mental and physical health. London: Royal College of Psychiatrists; 2013 (<http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/OP88xx.pdf>, accessed 10 July 2015).
7. Scott KM, Ben Wu KS, Saunders K, Benjet C, He Y, Lepine JP, et al. Early-onset mental disorders and their links to chronic physical conditions in adulthood. In: Alonso J, Chatterji S, He Y, editors. The burdens of mental disorders: global perspectives from the WHO world mental health surveys. New York: Cambridge University Press; 2013.
8. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011.
9. Investing in mental health: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf, accessed 10 July 2015).
10. Mental health atlas 2014. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2015 (in press).
11. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):841–50. PMID:17826169
12. Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, De Girolamo G, et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World

- Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):177–85. PMID:18188443
13. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Murray CJL, Vos T, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age and year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS Medicine*. 2013;10(11):e1001547.14.
 14. Regional Strategy on mental health and substance abuse. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012
(http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2012_EN_1067.pdf?ua=1, accessed 10 July 2015).
 15. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014
(http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/, accessed 10 July 2015).
 16. Mental health atlas 2011: resources for mental health in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012
(http://applications.emro.who.int/dsaf/emropub_2013_1578.pdf?ua=1, accessed 10 July 2015).
 17. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2014
(http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/, accessed 10 July 2015).
 18. Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370(9591):991–1005.
 19. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med*. 2013;43(4):849–63. PMID:22785067
 20. World Health Organization and the Gulbenkian Global Mental Health Platform. Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey. Geneva: World Health Organization; 2014
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112829/1/9789241506816_eng.pdf?ua=1, accessed 10 July 2015).
 21. Patel V, Thornicroft G. Packages of care for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: PLoS Medicine Series. *PLoS Med*. 2009;6(10):e1000160. PMID:19806180
 22. Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001448. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001448
 23. Rahman A, Surkan PJ, Cayetano CE, Rwagatare P, Dickson KE. Grand challenges: integrating maternal mental health into maternal and child health programmes. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001442. doi: 10.1371/journal.pmed.1001442. Epub 2013 May 7.
 24. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems. Geneva: World Health Organization; 2014
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112830/1/9789241506793_eng.pdf?ua=1, accessed 10 July 2015).

25. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee (IASC); 2007
(http://www.who.int/hac/network/interagency/news/mental_health_guidelines/en/, accessed 10 July 2015).
26. Van Ommeren M, Hanna F, Ventevogel P, Weissbecker I. Mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies: key considerations and actions. *East. Mediterr. Health J.* 2015;21(6) (in press).
27. Building back better: sustainable mental health care after emergencies. Geneva: World Health Organization; 2013
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85377/1/9789241564571_eng.pdf?ua=1, accessed 10 July 2015).
28. Walker SP, Chang SM, Powell CA, Grantham-McGregor SM. Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: prospective cohort study. *Lancet.* 2005;366(9499):1804–7. PMID:16298218
29. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. Mental health promotion and prevention: the economic case. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science; 2011.
30. Reichow B, Servili C, Yasamy MT, Barbu C, Saxena S. Non-specialist psychosocial interventions for children and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism spectrum disorders: a systematic review. *PLoS Med.* 2103;10(12): e1001572. doi:10.1371/journal.pmed.1001572
31. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child dev.* 2011;82(1):405–32. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x.
32. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int.* 2011;26(Suppl 1):i29–69. 10.1093/heapro/dar075 PMID:22079935
33. Van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis.* 2011;32(6):319–33. doi: 10.1027/0227-5910/a000109.
34. Jorm, AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am. Psychol.* 2012;67(3):231–43. doi: 10.1037/a0025957.
35. Jorm AF, Kitchener BA, O’Kearney R, Dear KB. Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. *BMC Psychiatry.* 2004;4:33 doi:10.1186/1471-244X-4-33
36. Clement S, Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S, Williams P, Yamaguchi S, et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;7: CD009453.DOI: 10.1002/14651858.CD009453.pub2
37. Regan M, Patel V, Rahman A, Gater R. Mental health research: developing priorities and promoting its utilization to inform policies and services. *East. Mediterr. Health J.* 2015;21(6) (in press).