المضمومة الإرشادية
للخدمات والسياسات الصحية النفسية

الخطط والسياسات الصحية النفسية من أجل الأطفال والمراهقين

الأطفال هم مستقبلنا، وتستطيع الحكومات أن تعزز الصحة النفسية للأطفال ولعائلاتهم ولمجتمعاتهم من خلال الخطط والسياسات الحكيمة.

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
القاهرة
2006

المضمومة الإرشادية
للخدمات والسياسات الصحية النفسية

الخطط والسياسات الصحية النفسية من أجل الأطفال والمراهقين

صدرت الطبعة الإنكليزية عن المقر
الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية
جنيف - سويسرا

2006

صدرت الطبعة العربية عن المكتب
الإقليمي لشرق المتوسط
القاهرة - مصر

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية – المكتب الإقليمي لشرق المتوسط؛ مترجم

الخطط والسياسات الصحية النفسية من أجل الأطفال والمراهقين/منظمة الصحة العالمية – المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

ص. – (المضمونة الإرشادية للخدمات والسياسات الصحية النفسية)

صدرت الطبعة الإنكليزية في جنيف 2005 (ISBN: 92-4-154657-3)

1. الصحة النفسية.
2. صناع السياسات.
3. خدمات الصحة النفسية من أجل المراهقين – التشريعات.
4. خدمات الصحة النفسية من أجل الأطفال – التشريعات.
5. العدالة الاجتماعية.
6. الدلائل الإرشادية للتخطيط الصحي.

أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط ج. السلسلة

(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WM 34) (ISBN: 978-92-9021-525-7)

© منظمة الصحة العالمية 2006

جميع الحقوق محفوظة.

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبِّر عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكّل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معيَّنة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو مُوصَى بها من قِبَل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يَرِد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميّز أسماء المنتجات المسجّلة الملكية بوضع خط تحتها.

يمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من وحدة التسويق التوزيع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص.ب. (7608)، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: 2535 670 202+؛ فاكس رقم 2492 670 202+؛ عنوان البريد الإلكتروني: DSA@emro.who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري إلى المستشار الإقليمي للإعلام الصحي والطبي، على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: 5400 276 202+؛ عنوان البريد الإلكتروني HBI@emro.who.int)..

تمت الترجمة والطباعة في المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر بدمشق في إطار التعاون العلمي المشترك بين المركز والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط – القاهرة

شـــكر

أُنتجت المضمومة الإرشادية للخدمات والسياسات الصحية النفسية بتوجيه من الدكتور مايكل فانك منسق تطوير السياسات والخدمات الصحة النفسية، وبإشراف الدكتور بينيديتو سارسينو مدير قسم الصحة النفسية والاعتماد على العقاقير في منظمة الصحة العالمية.

وتعبِّر منظمة الصحة العالمية عن امتنانها للدكتور آلان ج فليشر من مرصد جامعة كيت تاون في جمهورية جنوب أفريقيا وللدكتور ستيوارت لوستينغ من كلية الطب بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية اللذين حضَّرا هذا الدليل.

مجموعة التنسيق التقنـــي والتحريري

Dr Michelle Funk, World Health Organization, Headquarters (WHO/HQ), Dr Myron Belfer (WHO/HQ), Ms Natalie Drew (WHO/HQ), Dr Margaret Grigg (WHO/HQ), Dr Benedetto Saraceno (WHO/HQ), Professor Peter Birleson, Director Eastern Health, Child & Adolescent Mental Health Services, Victoria, Melbourne, Australia, Dr Itzhak Levav, Mental Health Services, Ministry of Health, Jerusalem, Israel and Ms Basia Arnold, Mental Health Directorate, Ministry of Health, New Zealand.

الدعم التقنـــي

Dr Thomas Barrett (WHO/HQ), Dr Jose Bertolote (WHO/HQ), Dr JoAnne Epping Jordan (WHO/HQ), Dr Thérèse Agossou, Acting Regional Adviser, Mental Health, WHO Regional Office for Africa (AFRO), Dr José Miguel Caldas de Almeida, Programme Coordinator, Mental Health, WHO Regional Office for the Americas (AMRO), Dr Claudio Miranda, Regional Adviser on Mental Health (AMRO), Dr S. Murthy, Acting Regional Adviser, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO), Dr Matt Muijen, Acting Regional Adviser, Mental Health, WHO Regional Office for Europe (EURO), Dr Vijay Chandra, Regional Adviser, Mental Health and Substance Abuse, WHO Regional Office for South-East Asia (SEARO), Dr Xiangdong Wang, Regional Adviser, Mental Health and Drug Dependence, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines (WPRO), Dr Hugo Cohen, Adviser on health promotion and protection, WHO, Mexico.

الدعم الإداري وأمانة السر

Ms Adeline Loo (WHO/HQ), Mrs Anne Yamada (WHO/HQ), Mrs Razia Yaseen (WHO/HQ)

Layout and graphic design: 2S) graphicdesign

Editor: Ms Praveen Bhalla

وتشكر منظمة الصحة العالمية أيضاً السادة التالية أسماؤهم لاستشاراتهم ومداخلاتهم التقنية في هذا الدليل

Dr Leah Andrews	Senior Lecturer, Division of Psychiatry, University of Auckland, New Zealand
Dr Julio Arboleda-Florez	Professor and Head, Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston, Canada
Dr Bernard S. Arons	Senior Science Advisor to the Director, National Institute of Mental Health, Bethesda, USA
Dr Joseph Bediako Asare	Chief Psychiatrist, Accra Psychiatric Hospital, Accra, Ghana
Professor Mehdi Bina	Professor of Child Psychiatry, University of Tehran, Tehran, Islamic Republic of Iran
Professor Peter Birleson	Director, Eastern Health, Child & Adolescent Mental Health Services, Wundeela Centre, Victoria, Melbourne, Australia
Dr Claudina Cayetano	Ministry of Health, Belmopan, Belize
Ms Keren Corbett	Project Leader, Mental Health Development Centre, National Institute for Mental Health, Redditch, Worcestershire, United Kingdom
Dr Myrielle M. Cruz	Psychiatrist, National Mental Health Program, Department of Health, Santa Cruz, Manila, Philippines
Dr Paolo Delvecchio	Consumer Advocate, United States Department of Health and Human Services. Washington. DC. USA
Professor Theo A.H. Doreleijers	Chair, European Association of Forensic Child and Adolescent Psychiatry, Psychology and Other Involved Professions, and VU University Medical Center, Paedological Institute, Duivendrecht, The Netherlands
Dr Liknapichitkul Dusit	Director, Institute of Child and Adolescent Mental Health, Department of Mental Health Pubic Health Minister, Thailand
Dr John Fayyad	Child & Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry and Psychology, St. George Hospital, Beirut, Lebanon
Dr Howard Goldman	Program Director, National Association of State Mental Health, Research Institute, Virginia, USA
Dr Katherine Grimes	Assistant Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Harvard Medical School, USA
Dr Pierre Klauser	Specialist in Paediatrics, Swiss Medical Association, Geneva, Switzerland
Dr Krista Kutash	Associate Professor and Deputy Director, Research and Training Center for Children's Mental Health, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida, Tampa, USA
Dr Stan Kutcher	Associate Dean, Clinical Research Centre, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada
Dr Pirkko Lahti	Executive Director, Finnish Association for Mental Health, Helsinki, Finland
Dr Crick Lund	Consultant, Cape Town, South Africa
Dr Ma Hong	Deputy Director, National Center for Mental Health, China-CDC, Haidian District, Beijing, China
Dr Douma Djibo Maïga	Psychiatrist, Coordinator of Mental Health Programme, Ministry of Public Health, Niamey, Niger

Dr Joest W. Martinius	Professor, Institute of Child and Adolescent Psychiatry, University of Munich, Germany
Dr Joseph Mbatia	Head, Mental Health Unit, Ministry of Health, Dar es Salaam, United Republic of Tanzania
Dr Sally Merry	Head, Centre of Child and Adolescent Mental Health, University of Auckland, New Zealand
Dr Harry I. Minas	Associate Professor, Centre for International Mental Health, School of Population Health, University of Melbourne, Victoria, Australia
Dr Alberto Minoletti	Director, Mental Health Unit, Ministry of Health, Santiago, Chile
Dr Jide Morakinyo	Former Senior Lecturer at Ladoke Akintola, University College of Health Sciences, Osogbo, Nigeria
Mr Paul Morgan	Deputy Director, SANE, Victoria, Australia
Dr Olabisi Odejide	Director, College of Medicine, Post Graduate Institute for Medical Research and Training University of Ibadan, Nigeria
Dr Mehdi Paes	Professor and Head, Arrazi University Psychiatric Hospital, Sale, Morocco
Dr Vikram Patel	Senior Lecturer, London School of Hygiene & Tropical Medicine, and Chairperson, The Sangath Society, Goa, India
Professor Anthony Pillay	Principal Psychologist, Midlands Hospital Complex, Pietermaritzburg, KwaZulu-Natal, South Africa
Dr Yogan Pillay	Chief Director, Strategic Planning, Department of Health, Pretoria, South Africa
Professor Ashoka Prasad	Special Expert, Ministry of Health, Mahe, Seychelles
Dr Dainius Puras	Head and Associate Professor, Centre of Child Psychiatry and Social Paediatrics, Department of Psychiatry, Vilnius University, Vilnius, Lithuania
Professor Linda Richter	Child, Youth and Family Development, Human Sciences Research Council, University of Natal, Durban, South Africa
Professor Brian Robertson	Emeritus Professor, Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, Republic of South Africa
Dr Luis Augusto Rohde	Vice-Chair, Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande du Sul, Professor of Child Psychiatry, Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil
Dr Kari Schleimer	Department of Child and Adolescent Psychiatry (CAP), Malmö University Hospital, Malmö, Sweden
Mr Don A.R. Smith	Department of Psychological Medicine, Wellington School of Medicine and Health Sciences, Wellington, New Zealand
Dr Ka Sunbaunat	Director, Mental Health, Department of Health, Ministry of Health, Phnom Penh, Cambodia
Dr Alain Tortosa	President of AAPEL, Association d'Aide aux Personnes avec un "Etat Limite", Lille, France
Dr Samuel Tyano	Secretary for Finances, World Psychiatry Association (WPA), c/o Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel

Dr Willians Valentini	Psychiatrist, São Paulo, Campinas, Brazil
Mrs Pascale Van den Heede	Executive Director, Mental Health Europe, Brussels, Belgium
Dr Robert Vermeiren	University Department of Child & Adolescent Psychiatry, Middelheim Hospital, Antwerp, Belgium
Mrs Deborah Wan	Chief Executive Officer, New Life Psychiatric Rehabilitation Association, Hong Kong, China
Dr Mohammad Taghi Yasamy	Ministry of Health & Medical Education, Tehran, Islamic Republic of Iran

وتشكر منظمة الصحة العالمية كذلك الدعم المالي السخي المقدم من حكومات أوستراليا وفنلندة واليابان وإيطاليا وهولندة ونيوزيلندة والنرويج، وشركة ومؤسسة إيلي ليلي، والمجموعة الاجتماعية الأوربية لشركة جونسون وجونسون.

الأطفال هم مستقبلنا وتستطيع
الحكومات أن تعزز الصحة النفسية
للأطفال ولعائلاتهم ولمجتمعاتهم من
خلال الخطط والسياسات الحكيمة

المحتويات

المقدمة XII

الملخص التنفيذي 2

الغايات والجمهور المستهدف 9

1. محتوى الصحة النفسية للأطفال والمراهقين 2

1.1 المدخل 11

2.1 الوصمة والتمييز 13

3.1 تطور الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين 14

4.1 عوامل الاختطار والعوامل الواقية 16

5.1 أهمية المراحل النمائية 18

6.1 التكاليف الاقتصادية لمعالجة (أو عدم معالجة) الأطفال والمراهقين المصابين بالاضطرابات النفسية 19

2. تطوير سياسات الصحة النفسية بالأطفال والمراهقين 21

1.2 الخطوة 1: جمع المعلومات والمعطيات لتطوير السياسات 22

2.2 الخطوة 2: جمع البيِّنات للاستراتيجيات الفعالة 27

3.2 الخطوة 3: المشاورة والمفاوضة 28

4.2 الخطوة 4: التبادل مع الدول الأُخرى 31

5.2 الخطوة 5: وضع الرؤية، والقيم، والمبادئ، والأغراض السياسية 31

6.2 الخطوة 6: تحديد جوانب العمل 33

7.2 الخطوة 7: استعراف الأدوار والمسؤوليات الرئيسية لمختلف القطاعات والمعنيين بالصحة النفسية 54

8.2 أمثلة حول السياسات 54

3. تطوير الخطة الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين 59

1.3 الخطوة 1: تحديد الاستراتيجيات والجداول الزمنية 59

2.3 الخطوة 2: وضع المشعرات والأهداف 67

3.3 الخطوة 3: تحديد النشاطات الرئيسية 68

4.3 تعيين التكاليف والموارد المتاحة والميزانية 72

4. تنفيذ السياسات والخطط الخاصة والبرامج الصحية النفسية الخاصة

بالأطفال والمراهقين **75**

1.4 الخطوة: 1 نشر السياسات 75

2.4 الخطوة 2: توليد الدعم السياسي والمالي 76

3.4 الخطوة 3: تطوير الهيكلية الداعمة 77

4.4 الخطوة 4: تطبيق المشروع الارتيادي في جوانب الإيضاح 78

5.4 الخطوة 5: تمكين مقدمي الخدمات وتعظيم التنسيق 78

العوائق والحلول **81**

مسرد المصطلحات **83**

المصادر والمراجع **85**

المقـــدمـــة

هذا الدليل جزء من المضمومة الإرشادية للخدمات والسياسات الصحية النفسية لمنظمة الصحة العالمية التـــي توفر المعلومات العملية لمساعدة الدول في تعزيز الصحة النفسية عند شعوبها.

ما الغاية من هذه المضمومة الإرشادية

تسعى هذه المضمومة الإرشادية إلى مساعدة صناع السياسات والمخططين على:

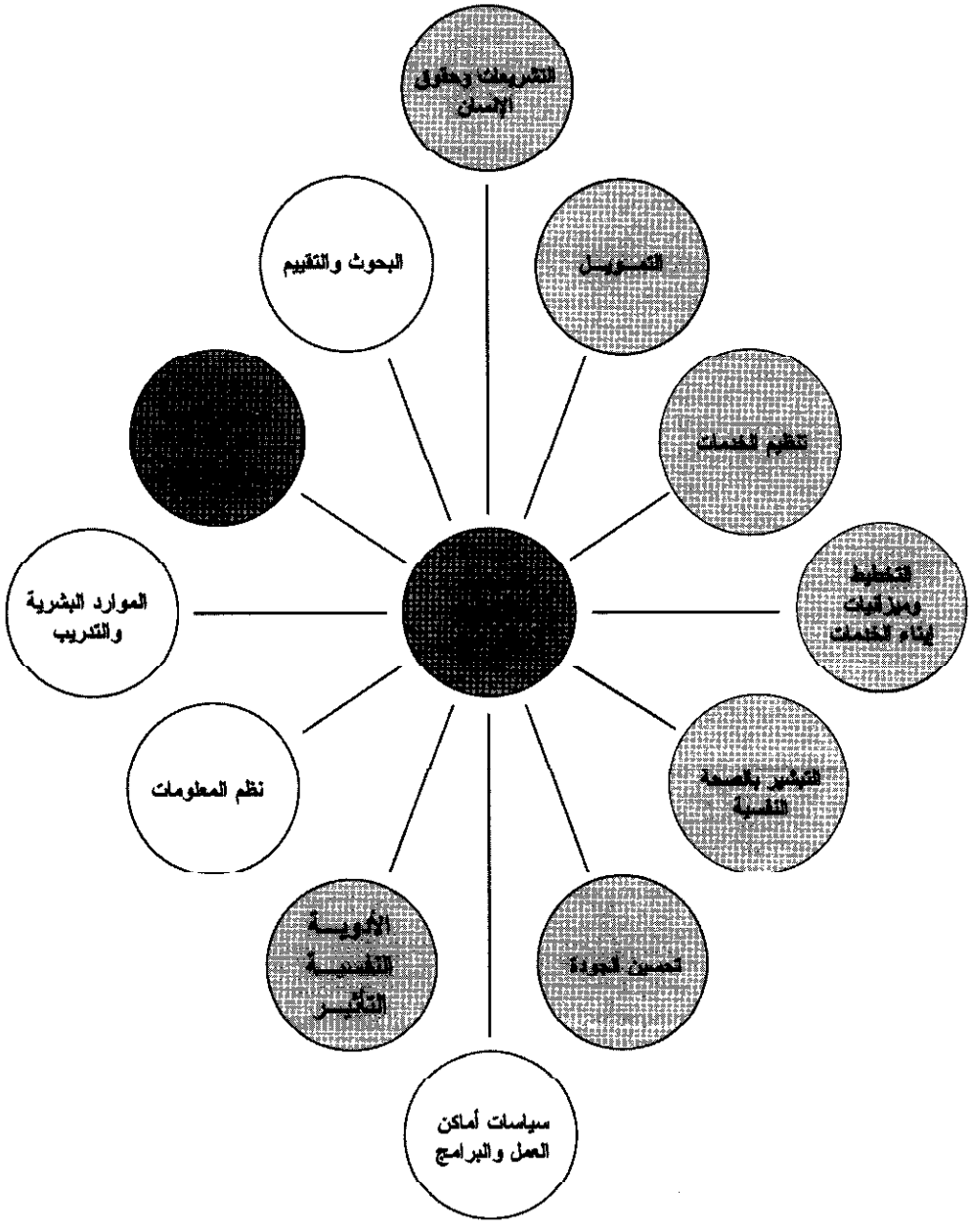
- تطوير السياسات والاستراتيجيات الشاملة لتعزيز الصحة النفسية للسكان.
- استعمال الموارد الموجودة لإنجاز أعظم الفوائد الممكنة.
- توفير الخدمات الفعاله لمن يحتاج لها.
- المساعدة على إعادة دمج المصابين بالاضطرابات النفسية في جميع وجوه الحياة الاجتماعية، أي تعزيز نوعية حياتهم الإجمالية.

ما هذه المضمومة الإرشادية وما بداخلها؟

تتألف المضمومة من سلسلة من الدلائل المترابطة السهلة الاستعمال المصممة لكي تتوجه إلى الأولويات والحاجات الكثيرة التنوع ولتطوير السياسات وتخطيط الخدمات. يمثل موضوع كل دليل أحد المناظر الجوهرية للصحة النفسية.

تتضمن هذه المضمومة الإرشادية الدلائل التالية:

- محتوى الصحة النفسية.
- السياسات والخطط والبرامج الصحية النفسية.
- تمويل الصحة النفسية.
- التشريعات الصحية النفسية وحقوق الإنسان.
- التبشير بالصحة النفسية.
- التخطيط ووضع الميزانية لإيتاء الخدمات الصحية النفسية.
- الخطط والسياسات الصحية النفسية من أجل الأطفال والمراهقين.
- تحسين جودة الصحة النفسية.
- تنظيم خدمات الصحة النفسية.


التشريعات وحقوق الإنسان
البحوث والتقييم
التمويل
تنظيم الخدمات
التخطيط وميزانيات إنماء الخدمات
التبشير بالصحة النفسية
تحسين الجودة
سياسات أماكن العمل والبرامج
الأدوية النفسية التأثير
نظم المعلومات
الموارد البشرية والتدريب

- تحسين إتاحة الأدوية النفسية التأثير واستعمالها

والدلائل التالية غير متاحة ولكنها ستتوفر في المضمومة الإرشادية النهائية:

- نظم المعلومات الصحية النفسية
- الموارد البشرية والتدريب في الصحة النفسية
- بحوث سياسات الصحة النفسية وتقييمها وخدماتها
- البرامج والسياسات الصحية النفسية في مكان العمل

هذه المضمومة الإرشادية... لمن؟

ستكون هذه المضمومة موضع اهتمام لكل من:

- صناع القرار والمخططين الصحيين.
- الأقسام الحكومية على المستوى الاتحادي أو مستوى الولاية أو الإقليم أو المحافظة أو المجتمع المحلي.
- المهنيين الصحيين النفسيين.
- المجموعات التـــي تمثل المصابين بالاضطرابات النفسية.
- الجمعيات التـــي تمثل العائلات ومقدمي الرعاية للمصابين بالاضطرابات النفسية.
- التنظيمات التـــي تقوم بالتبشير بالصحة النفسية والتـــي تعنـــى بالمصابين بالاضطرابات النفسية وما يتعلق بهم وبعائلاتهم.
- المنظمات غير الحكومية المهتمة أو المكتنفة بتوفير خدمات الصحة النفسية.

كيف تستعمل هذه الدلائل؟

- يُمكن أن تستعمل **بطريقة إفرادية أو كمضمومة**. حيث اتبع أسلوب الإحالة من دليل إلى دليل لتسهيل الاستعمال، وربما ترغب بعض الدول بالمضي قدماً في كل دليل على نحو شامل أو ربما تستعمل الدليل النوعي عندما تريد التأكيد على أحد جوانب الصحة النفسية، فمثلاً تجد الدول التـــي ترغب بالتوجه إلى التشريعات الصحية النفسية بأن دليل التشريعات الصحية النفسية وحقوق الإنسان مفيد لهذه الغاية.
- ويُمكن أن يستفاد منه **كحقيبة تدريبية** لصناع السياسات الصحية النفسية وللمخططين وغيرهم من المكتنفين بالتنظيم والإيتاء والتمويل لخدمات الصحة النفسية. ويُمكن أن تستعمل الدلائل كمواد تثقيفية في المساقات الجامعية. وربما تختار التنظيمات المهنية هذه المضمومة كطريقة مساعدة لتدريب العاملين في الصحة النفسية.
- ويُمكن أن تستعمل كإطار عمل **للاستشارة التقنية** للمنظمات الوطنية والدولية الواسعة

النطاق ولتوفير الدعم للدول الراغبة بإصلاح سياساتها أو خدماتها الصحية النفسية.

- ويُمكن أن تستعمل كوسيلة من **أجلِ التبشير** بالصحة النفسية بين المستهلكين والعائلات والمنظمات التـــي تبشر بالصحة النفسية. تحتوي هذه الدلائل معلومات مفيدة للتثقيف العمومي ولرفع مستوى الوعي بين السياسيين وأصحاب الرأي، وغيرهم من المهنيين الصحيين والجمهور بصفة عامة حول الاضطرابات النفسية والخدمات الصحية النفسية.

شاكلة Format الدلائل

يؤطر كل دليل غاياته ويستهدف قراءه المعنيين بوضوح، ولقد قُدمت الدلائل خطوة خطوة ولذا فإنها تساعد الدول على استعمال الإرشادات المتوفرة وتنفيذها. وليس المقصود بالإرشادات مجرد الوصف أو التفسير بطريقة جامدة بل تشجيع الدول على تكييف المادة بحسب حاجاتها وظروفها الخاصة. ولقد سردت الأمثلة العملية في جميع الدلائل.

وثمة إحالات مرجعية وتشابكات كثيرة بين الدلائل، لذا فإن قراء أحد الدلائل قد يحتاجون لاستشارة أُخرى (كما هو مشار في النص) وربما يرغبون بتوجيه إضافي.

ينبغي قراءة هذه الدلائل في ضوء سياسة منظمة الصحة العالمية التـــي توفر الرعاية الصحية النفسية الأفضل من خلال الخدمات الصحية العامة والأوضاع المجتمعية، ويجب أن تكون الصحة النفسية قضية مشتركة بين القطاعات وتكتنف التعليم والعمل والإسكان والخدمات الاجتماعية والهيئات القضائية. ويجب القيام بالمداولات الجدية مع التنظيمات العائلية ومنظمات المستهلكين لتطوير سياسة الخدمات وإيتائها.

الخطط والسياسات الصحية النفسية من أجل الأطفال والمراهقين

الملخص التنفيذي

1. محتوى الصحة النفسية للأطفال والمراهقين

تُعرَّف الصحة النفسية للأطفال والمراهقين بقدرة الأطفال والمراهقين على تحقيق الوظيفة والعافية النفسية الاجتماعية المثالية والمحافظة عليهما. وترتبط مباشرة بدرجة التطور العمري الملائم النفسي والحيوي والاجتماعي الذي يتحقق باستعمال الموارد المتاحة. وتتضمن الصحة النفسية للأطفال والمراهقين معانـــي التعرف على الذات وتقدير الذات والاستقرار العائلي وسلامة العلاقات مع الأقران والقدرة على الإنتاج والتعلم والقدرة على استعمال التحديات النمائية والموارد الثقافية لتعظيم النمو والتطور. وكذلك فإن الصحة النفسية الجيدة للأطفال والمراهقين حاسمة في مجال مشاركتهم الاقتصادية والاجتماعية.

يؤكد هذا الدليل على الحاجة لتعزيز النماء عند جميع الأطفال والمراهقين سواء أكان لديهم مشاكل صحية نفسية أم لا. ويُمكن أن يكون ذلك من خلال التأثير على العوامل التـــي تؤثر على الصحة النفسية والتخفيف من عوامل الاختطار وبناء العوامل الواقية أو عوامل المرونة عند السكان مثل تعزيز الأهلية الاجتماعية عند المراهقين، إذ يعانـــي حوالي 20% من الأطفال والمراهقين من المشاكل الصحية النفسية أو الاضطرابات النفسية الصريحة، وكثيراً ما يكون عبء المرض عند الأطفال والمراهقين أسوأ بسبب تأثيرات الوصمة والتمييز. وفي كثير من الحالات تفهم أسباب هذه الاضطرابات بطريقة سيئة وتؤثر على الأفراد الذين غالباً ما يعتقد بأنهم كسالى أو بأنهم يقومون باتخاذ القرارات السيئة.

ثمة ثلاثة أسباب رئيسية لتطوير التدخلات عند الأطفال والمراهقين بالإضافة إلى التخفيف من المعاناة التـــي تصاحب الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين، وهي: (أ) لما كانت الاضطرابات النفسية الخاصة تتجلّى في عدة مراحل أثناء تطور الأطفال والمراهقين فإن ذلك يقتضي أن تركز برامج التحري screening والتدخلات لهذه الاضطرابات على المرحلة التـــي يمكن فيها أن تبدو للعيان. (ب) ثمة درجة عالية من الاستمرارية بين الاضطرابات عند الأطفال والمراهقين وبين نظائرها في مرحلة البلوغ والتـــي تقتضي بأن التدخل المبكر ربما يقي أو يخفف من الإعاقة المديدة. (ج) إنّ التدخلات الصحية النفسية بين الأطفال والمراهقين، تنقص عبء الاضطرابات النفسية عند الأفراد والعائلات، وتنقص من التكاليف الاقتصادية على الأنظمة الصحية والمجتمعات.

يمكن أن تتأثر الصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين بعوامل مختلفة. إذ تزيد عوامل الاختطار من إمكانية المشاكل الصحية النفسية، بينما تخفف العوامل الواقية من أثر التعرض للخطر. ينبغي

تصميم السياسات والخطط والتدخلات النوعية بطريقة تخفف من عوامل الاختطار وتعزز العوامل الواقية.

2. تطوير السياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين

ثمة خطر كامن في تجزئة أنظمة الرعاية من دون مرشد لتطوير الخطط والسياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين وستصبح غير فعالة وغالية وغير متاحة. ويجب كذلك اكتناف أنظمة الرعاية المختلفة والمتعددة (مثل الصحة والتربية والتعليم والرفاهية) لضمان أن تكون الخدمات عند الشباب فعّالة. يجب أن نراعي كثيراً مرحلة نماء الطفل التـــي يمكن أن تؤثر على درجة الحساسية تجاه الاضطراب، وعلى طريقة تعبيره، ويجب أن نراعي الطريقة التـــي نستعمل فيها أفضل المعالجات. ولذا فإننا نحتاج للمنظور النمائي لفهم جميع الاضطرابات النفسية ولتصميم السياسة الصحية النفسية الملائمة.

يستعرف هذا القسم الخطوات المطلوبة لتطوير السياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين. إذ يجب أن تكون هذه السياسات جزءاً من السياسة الصحية الشاملة، أو السياسة الصحية عند الأطفال والمراهقين أو السياسة الصحية النفسية. ولا توجد فئات محصورة متبادلة، وبالواقع يزداد العمل الفعال عندما نتوجه إلى الصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين عبر جميع أبعاد هذه السياسات.

الخطوة 1: جمع المعلومات والمعطيات لتطوير السياسات: يتطلبُ تطويرُ السياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين فهمَ معدل انتشار المشاكل الصحية النفسية بين الأطفال والمراهقين. سترتبط الاحتياجات بطريقة معقدة مع المرحلة النمائية للأطفال والمراهقين، ولابد كذلك من فهم الموارد البشرية والمالية المتاحة ومنظمات الخدمات الحالية ووجهات نظر العاملين الصحيين ومواقفهم من القضايا الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين.

الخطوة 2: جمع البراهين حول الاستراتيجيات الفعالة: يُمكن أن توفر المشاريع الارتيادية المعلومات حول التدخلات الناجحة وتساعد في إظهار سبب فشل البرامج المتعددة. ينبغي أن نراعي عند تقييم الدراسات في الأدبيات الدولية والمشاريع الارتيادية التمييز بين النجاعة (قدرة التدخل على تحقيق الأثر المرغوب في الجمهرة التجريبية) والفعالية (قدرة التدخل على تحقيق الأثر المرغوب في جمهرة واسعة غير تجريبية)، إن الموجودات المستمدة من دراسة تستعمل جمهرة سكانية محددة جيداً ضمن شروط فائقة التحكّم ربما لا تكون قابلة للإعادة بالضرورة في الحياة الواقعية، ولذا فالحذر مطلوب في التطبيق المباشر للموجودات من التجارب السريرية ضمن الحياة الواقعية من دون مراعاة ملائمة لقضايا التنفيذ، وعلى الرغم من ذلك فثمة عدد من الدراسات الفعالة التـــي تستخدم منهجية كافية بحيث تكون موجوداتها قوية بما يكفي لكي يجري تطويرها وينبغي لصناع السياسات أن يستشيروا الزملاء والمنظمات غير الحكومية من بقية المناطق والأقاليم

والمقاطعات والدول لجمع البينات والبراهين للسياسة الفعالة.

الخطوة 3: المشاورات والمفاوضات: لما كان بناء الإجماع واتفاق الآراء والمفاوضات هاماً في كل مرحلة من دورة التخطيط السياسية، فسوف يستخدم صناع السياسات الفعالة الخطوة التمهيدية لجمع المعلومات كفرصة للبدء ببناء الإجماع. ثمة ثلاثة أسباب لمشاورة المعنيين بالصحة النفسية الرئيسيين وهي: (أ) إن البيئة الاجتماعية للأطفال والمراهقين مثل اهتماماتهم واحتياجاتهم يجب أن تستجيب لشتـــى الأوضاع. (ب) يُمكن أن تزيد عملية المشاورة من المشاركة الحاسمة للمعنيين بالصحة النفسية. (ج) إن الاكتناف في عملية التطوير السياسي قد يزيد من بصيرة المعنيين بالصحة النفسية ضمن المساهمات الممكنة لقطاعاتهم في الصحة النفسية للأطفال والمراهقين.

الخطوة 4: التبادل مع الدول الأُخرى: يُمكن أن تقوم المشاورات الدولية بمساهمات هامة في تطوير السياسات، ولاسيما عندما يكون لدى المستشارين الخبرة المكتسبة من دول مختلفة مشابهة من حيث التطور الاقتصادي والتنظيمات والنظم الصحية والترتيبات الحكومية. قد تكون المنظمات المهنية الوطنية والدولية وسيلة لتوفير الدعم وتعزيز شبكة العمل. يمكن لرئاسة منظمة الصحة العالمية والمكاتب الإقليمية أن تسهل التبادل مع مختلف الدول.

الخطوة 5: وضع الرؤية، والقيم، والمبادئ، والأغراض السياسية: يطور صناع السياسات في هذه الخطوة جوهر السياسات التـــي عرفوها عبر نتاجات الخطوات الأربعة الأولى. وتكون الرؤية ذات توقعات عالية غالباً ولكنها واقعية في مجال الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، ويجب أن تستعرف ما المرغوب في الدولة أو الإقليم، وربما يترافق ذلك عادة مع عدد من القيم والمبادئ ذات العلاقة، التـــي قد تنشأ من أغراض السياسات وتستند إليها يعتقد العديد من صناع السياسات في الدول بأنه لابد من التوجه إلى تعزيز النماء الصحي ومعالجة الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين.

الخطوة 6: تحديد جوانب العمل: يحتاج صنّاع السياسات عند تطوير السياسات الصحية النفسية من أجل الأطفال والمراهقين إلى تنسيق الأعمال في عدة جوانب لتعظيم الأثر على أي سياسة صحية نفسية وهذه الجوانب هي:

- التمويل
- تنظيم الخدمات
- التعزيز والوقاية والمعالجة والتأهيل
- التعاون القطاعي
- التبشير بالصحة النفسية
- التشريعات وحقوق الإنسان

- الموارد البشرية والتدريب
- تحسين الجودة
- أنظمة المعلومات
- البحوث والتقييم للسياسات والخدمات.

الخطوة 7: استعراف الأدوار والمسؤوليات الرئيسية للقطاعات المختلفة: لابد لجميع المعنيين بالصحة النفسية والقطاعات من الفهم الواضح لمسؤولياتهم. يمكن مراعاة جميع أولئك الذين يمكن اكتنافهم في عملية المشاورة.

3. تطوير الخطة الصحية النفسية للأطفال والمراهقين

بعد استكمال السياسات الصحية النفسية، فإن الخطوة التالية هي تطوير الخطة التـــي يمكن من خلالها وضع السياسات الصحية النفسية في العمل. يبنـــى تطوير الخطة على العملية التـــي سبق ترسيخها في تطوير السياسات التـــي جرى تأطيرها قبل ذلك في القسم 2 من هذا الدليل. وتبقى المعلومات حول احتياجات السكان، وجمع البراهين وبناء إجماع الرأي هاماً لصياغة الخطط. تتألف الخطة من سلسلة من الاستراتيجيات التـــي تتجلى بخطوط عمل تمتلك إمكانية كبيرة لتحقيق الأغراض السياسية عند الجمهرة النوعية.

الخطوة 1: تحديد الاستراتيجيات والجداول الزمنية: عند تطوير الأولويات ووضعها ضمن مجموعة من الاستراتيجيات، من المفيد غالباً البدء بالقيام بتحليل SWOT وهي الأحرف الأولى للكلمات الإنكليزية التالية: (STRENGTHS, WEAKNESSES, OPORTUNITIES, THREATS) أي القوة والضعف والفرص والتهديدات لاستعراف الأوضاع الحالية، ويمكن القيام بالأفعال التالية لتطوير نسق من الأولويات لمجموعة من الاستراتيجيات وهي: (أ) ينبغي استنباط قائمة شاملة لأي مقترحات ممكنة مفيدة لكل جانب من جوانب العمل. (ب) العصف الذهنـــي للمعنيين بالصحة النفسية الرئيسيين لتطوير نسق من الاستراتيجيات لتنفيذ كل مقترح. (ج) ينبغي تعديل الاستراتيجيات بالاستناد إلى مدخلات المعنيين بالصحة النفسية لاستراتيجيتين أو ثلاثة استراتيجيات لكل جانب من جوانب العمل. (د) الاحتياجات الزمنية لترسيخ كل استراتيجية. (هـــ) تفاصيل تنفيذ كل استراتيجية. تتضمن التفاصيل وضع المشعرات والأهداف وتعيين النشاطات الرئيسية وتحديد التكاليف والموارد المتاحة والميزانية.

الخطوة 2: وضع المشعرات والأهداف: ينبغي أن ترافق كل استراتيجية مع هدف أو أكثر بحيث يمثل النتيجة المرغوبة للاستراتيجية. إذ توفر المشعرات معلومات حول المدى الذي يستجيب الهدف له.

الخطوة 3: تحديد النشاطات الرئيسية: ينبغي أن تكون الخطوة التالية تعيين النشاطات

الواقعية الضرورية لتحقيق كل استراتيجية، وينبغي أن يعقب كل نشاط مجموعة من الأسئلة مثل: من المسؤول؟ ما الوقت الذي يستغرقه هذا النشاط؟ ما هي النتاجات؟ ما العراقيل الممكنة أو التأخيرات التـــي يُمكن أن تحبط تحقيق كل نشاط؟

الخطوة 4: تحديد التكاليف والموارد المتاحة والميزانيات: الميزانية هي نتاج لتقييم التكاليف بمقابل الموارد المتاحة.

4. تنفيذ السياسات والخطط الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين

الخطوة 1: نشر السياسات: يجب نشر السياسات التـــي جرت صياغتها من قبل الموظفين في المناطق الصحية والوكالات الأُخرى الشريكة ومن خلال هذه الوكالات إلى الأفراد. سيتعاظم نجاح نشر السياسات والخطط والبرامج الصحية النفسية إذا وصل الأطفال والمراهقين وعائلاتهم إلى المواضع المختلفة مثل المدارس والشوارع والمناطق الريفية وأماكن العمل.

الخطوة 2: توليد الدعم السياسي والمالي: ليس لأي سياسة أو خطة أو قضية مهما كانت مقنعة ومبحوثة جيداً أي فرصة في النجاح ما لم تتلق الدعم السياسي ومستوى من التمويل المناسب والمتكافئ مع أغراضها. ولما كان الصغار غالباً ما يعتمدون على الآخرين في الدفاع عن مصالحهم، فإن المبشرين بالصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين يحتاجون لضمان قدرة الخطة على الحياة مالياً وسياسياً، وغالباً من دون التبشير بالصحة النفسية المستمر لمستهلكي الخدمات أنفسهم. وسيحتاج المدافعون عن السياسات الصحية النفسية من خلال وزارة الصحة إلى تعيين مكان ارتباطهم مع الأطراف الأُخرى للحكومة وفي المجتمع والدولة عموماً.

الخطوة 3: تطوير الهيكلية الداعمة: يتطلب تنفيذ الخطط والسياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين المساهمات من الأفراد ذوي الخبرات الواسعة، يحتاج الأفراد المدربون أو ذوي التجربة التـــي طبقوها عند الكبار بصورة رئيسية إلى استكمال تدريبهم الموجود أو تجربتهم للقيام بتطبيق هذه الخبرة على الأطفال والمراهقين.

الخطوة 4: تنفيذ المشاريع الارتيادية وجوانب الإيضاح: إن المشاريع الارتيادية في جوانب الإيضاح التـــي تنفذ فيها السياسات والخطط سريعة نسبياً، ويمكن استخدامها لعدة وظائف مفيدة إذ يمكن تقييمها بأسلوب فعال وكامل، ويُمكن أن توفر الدعم التجريبـــي للمبادرة من خلال إظهار الملاءمة والفعالية المديدة، ويمكن التبشير بها من خلال مكانة المشاركين بجوانب الإيضاح، ويُمكن أن تعلم الزملاء في القطاعات الصحية وغيرها طريقة تطوير السياسات والخطط والبرامج.

الخطوة 5: تمكين مقدمي الخدمات وتعظيم التنسيق: ستتعزز فرص التنفيذ الناجح لتدخل ما إذا جرى تمكين مقدمي الخدمات ودعمهم بدرجة كافية. إن الخطوة الأولى في هذه العملية هي

استعراف الأفراد والمنظمات والفرق في القطاعات الصحية وغيرها الذين يُمكن أن يكونوا مسؤولين عن تنفيذ البرنامج. يجب أن تسهم جميع القطاعات في العافية الصحية النفسية والبدنية للأطفال والمراهقين في الوقت الحالي وفي المستقبل. ينتج التعاون (الذي يتضمن المشاركة في التكاليف) حول المبادرات الصحية النفسية حالات من الفوز والنصر للجميع، وعلى نحو أهم للأطفال والمراهقين المكتنفين. وبالإضافة إلى التعاون القطاعي، يجب أن يتآثر بقية المعنيين بالصحة النفسية (مثل الموظفين في التربية والتعليم والعدل) على أسس الاستمرارية للمحافظة على الدعم ولضمان الإيتاء السلس للخدمات الصحية النفسية.

الغايات والجمهور المستهدف

الغايـــات

1. تمكين الدول من التطوير الملائم للسياسات والخطط والبرامج الصحية النفسية للأطفال والمراهقين المرتكزة على البينات.
2. إخبار المسؤولين عن تطوير السياسات والخطط والبرامج الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين وتنفيذها وتقييمها وإطلاعهم على التحديات الفريدة التـــي تواجه العمل لمصلحة هذه الفئات العمرية.
3. المشاركة في الحلول العملية للمشاكل الشائعة التـــي يعانـــي منها الكثير من الناس.
4. استعراف الموارد التـــي تقدم وسائل أو معلومات إضافية.

لا تركز الدلائل الأُخرى في هذه السلسلة على فئات عمرية خاصة، ولكنها ذات صلة بالأطفال والمراهقين. ويسلط هذا الدليل إذاً الضوء على الجوانب المتعلقة بالأطفال والمراهقين التـــي لم تتلق الانتباه الكافي في بقية الدلائل، ولذا يركز هذا الدليل على الأطفال والمراهقين بصفة خاصة.

الجمهور المستهدف

1. صناع السياسات والمهنيون الصحيون العموميون في وزارات الصحة أو الإدارات الصحية في الدول أو الأقسام الإدارية الواسعة في الدول (أقاليم، ولايات، محافظات).
2. منظمات التبشير بالصحة النفسية والمنظمات السياسية الوطنية مثل مجموعات العائلات ومجموعات مقدمي الرعاية والمكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية والمنظمات المهنية.
3. المهنيون الذين يعملون في إطار الصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين.

1. محتوى الصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين

1.1 المدخـــل

تتوجه هذه المضمومة الإرشادية إلى الصحة النفسية في الفترة المحيطة بالولادة (من الحمل إلى الولادة) والطفولة (من الولادة إلى العام التاسع) والمراهقة (من العام 10-19). وتتبنـــى التعريف الواسع للصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين وهو:

قدرة الأطفال والمراهقين على تحقيق الوظيفة والعافية النفسية الاجتماعية المثالية والمحافظة عليهما. وترتبط بصورة مباشرة بدرجة التطور العمري الملائم النفسي والحيوي والاجتماعي الذي يتحقق باستعمال الموارد المتاحة.

وتتضمن الصحة النفسية للأطفال والمراهقين معنـــى التعرف على الذات، وتقدير الذات والاستقرار العائلي وسلامة العلاقات مع الأقران، والقدرة على الإنتاج والتعلم، والقدرة على استعمال التحديات النمائية والموارد الثقافية لتعظيم النمو والتطور. إن الصحة النفسية الجيدة عند الأطفال هي متطلب أساسي للنماء النفسي المثالي، والعلاقات الاجتماعية المنتجة، والتعلّم الفعال، والقدرة على العناية بالذات، والصحة الجسدية الجيدة، والمشاركة الاقتصادية الفعالة مثل البالغين.

إن التأكيد الهام في هذا الدليل هو على الحاجة لتعزيز الصحة النفسية لجميع الأطفال والمراهقين سواء أكانوا يعانون من المشاكل الصحية النفسية أم لا. ويمكن القيام بذلك من خلال التأثير على العوامل الواقية من جهة وعلى التأثير على عوامل الاختطار من جهة أُخرى. (راجع القسم 1-4).

تعانـــي نسبة من الأطفال والمراهقين من الاضطرابات النفسية الصريحة، وتتضمن الأمثلة اضطرابات المزاج مثل الاكتئاب واضطرابات القلق مثل اضطراب الكرب التالي للرضح واضطرابات أُخرى مثل اضطراب فرط الحركة مع نقص الانتباه والسلوك العدوانـــي المعادي للمجتمع، وتتراوح معدلات انتشار الإجمالية لمثل هذه الاضطرابات حوالي 20% بحسب دراسات موثقة مرتكزة على المجتمع في مختلف السياقات الثقافية والوطنية. ويلخص الجدول 1 معدلات انتشار اضطرابات الأطفال والمراهقين النفسة المختارة من عدة دول.

تتراوح معدلات انتشار الاضطرابات النفسية الموجودة ما بين 12-29% عند الأطفال الذين يحضرون إلى مرافق الرعاية الأولية في مختلف الدول، وإن حوالي 10-22% من هذه الحالات فقط قد جرى التعرف عليها من قبل العاملين في الرعاية الأولية. ويقتضي ذلك بأن الأغلبية الواسعة لم تتلق الخدمات الملائمة، وينبغي أن نضع في أذهاننا بأنه بالإضافة إلى أنّ هؤلاء المصابين بالاضطرابات النفسية قابلين للتشخيص فإن الكثيرين يعانون من المشاكل التـــي تكون تحت العتبة أي إنّها لا تحقق المعايير التشخيصية. ولا يعنـــي ذلك بأنهم لا يعانون أو بأنهم قد لا

يستفيدون من التدخلات.

الجدول 1: معدل انتشار الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين، في دول مختارة

الدولة	الدراسة	العمر بالسنوات	معدل الانتشار %
كندا (أونتاريو)	Offord et al., 1987	6 - 4	18.1
إثيوبيا	Tadesse et al., 1999	15 - 1	17.7
ألمانيا	Weyerer et al., 1988	15 - 12	20.7
الهند	Indian Council of Medical Research	16 - 1	12.8
اليابان	Morita et al., 1993	15 - 12	15.0
إسبانيا	Gomez-Beneyto et al., 1994	15 ،11 ،8	21.7
سويسرة	Steinhausen et al., 1998	15 - 1	22.5
الولايات المتحدة الأمريكية	US Department of Health and Human Services, 1999	17 - 9	21.0

يكون بعض الأطفال والمراهقين في ظروف صعبة، مثلاً من خلال الانتهاك الجنسي والعاطفي والبدنـــي، أوقد يعانون من العنف الحروب أو يشهدونها، أو الإعاقات العقلية، والعبودية والرق، والتشرد والهجرة من الريف إلى المدينة، ويعيشون في الفقر ويتورطون في الممارسات الجنسية، ويتعاطون المواد مثل الكحول والحشيش، وينعدون بفيروس الإيدز أو يتأثرون به. يُمكن أن تتعلق بعض هذه الظروف بالمشاكل الصحية النفسية بعدد من الطرق. إذ يمكن أن تُعدَّ على سبيل المثال كعوامل الاختطار للمشاكل الصحية النفسية كما يحصل عندما يتعرض الأطفال للانتهاك الجنسي وعندما يعانون من اضطراب الكرب التالي للرضح كنتيجة لهذا الانتهاك. وبطريقة تبادلية يمكن أن تُعدَّ المشاكل الصحية النفسية كعوامل اختطار للظروف الصعبة كما يحصل عندما يستعمل المراهقون الكحول أو العقاقير للتعامل مع المشاعر الاكتئابية. ومهما تكن طبيعة العلاقة بين المشاكل الصحية النفسية والظروف الصعبة فثمة استراتيجيات تدخلية نوعية ضرورية للتوجه إلى احتياجات الأطفال والمراهقين في الظروف الصعبة.

لابد من النظر إلى الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين كجانب متميز للرعاية الصحية. إذ ينظر إلى الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين في كثير من الدول كزمرة صغيرة ضمن الخدمات الصحية النفسية العامة أو كتوسيع صغير لمثل هذه الخدمات. وبالنتيجة يكرس معظم التمويل للخدمات الصحية النفسية لخدمات البالغين التـــي يصعب عليها القيام بالتطوير الملائم للخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين، أما إذا نظر إلى الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين كخدمات مكرسة لهم فإن ذلك يسهل تطوير السياسات والترتيبات التمويلية الخاصة بهم.

2.1 الوصمة والتمييز

لما كان جميع المصابين بالاضطرابات النفسية يعانون من التمييز فإن الأطفال والمراهقين أقل قدرة على الدفاع عن أنفسهم، وكذلك بفكر الأطفال وطريقة تطورية متشعبة أكثر من البالغين بكلمات مثل سيء وجيد أو سليم أو مريض. ولذا يحتمل أن يخلطوا أكثر بين الملاحظات السلبية مع بقية الارتجاعات Feed back الأكثر إيجابية، ولذا فقد يكون من الأسهل لهم أن يقبلوا النعوت السلبية السيئة التطبيق. والتـــي تتضمن الوصمة والتمييز، والانحياز، وتكوين الأحكام والآراء المسبقة، والذعر، والحرج، والغضب، والرفض أو التجنب، وانتهاك الحريات والحقوق الإنسانية الأساسية، وإنكار حقوقهم في فرص التعليم والتدريب، وإنكار الحقوق الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية والمدنية، ولوم الآباء على المشاكل الصحية النفسية عند أبنائهم.

وغالباً ما قد يكون السلوك المتصاحب مع الاضطرابات النفسية غير ملائم ويعدُّ إرادياً، مثلاً، يحتاج الطفل المكتئب إلى تغيير موقفه ببساطة، والمراهق الذي يحارب الاعتماد الكحولي ربما يقال له من قبل الآخرين ببساطة (قل لا فحسب) إن عزو جميع الاضطرابات النفسية إلى التعمد والخيار الشخصي للأفراد لا يعنـــي أو يقتضي التناغم الأخلاقي. ولا يقتضي بأن الشخص كسول أو يقوم بالقرارات السيئة، وقدْ يَحرِمُ ذلك المصابين بالاضطرابات النفسية من كثير من المساعدات المطلوبة. وبالواقع، يُمكن أن يكون للوصمة تأثيرات تتجاوز الشخصية إذ يُمكن أن تخفف من الموارد المتاحة لمعالجة الأطفال والمراهقين.

ربما تعزى الاضطرابات النفسية في دول كثيرة إلى أسباب روحية أو سيطرة الشيطان التـــي تنجم عن الإهمال المزعوم للمهمات الروحية أو لأعمال الشيطان. إذ يمتلك الصرع على سبيل المثال مجالاً واسعاً من الأسباب المزعومة على المستوى العالمي بل قد يعد مرضاً معدياً، ربما يقصى الأطفال المصابين بالصرع من المدارس بسبب خوف الآخرين من التقاط العدوى منهم. وربما تخجل العائلات من أطفالها المصابين باضطراب نفسي أو تخاف من انتهاكهم البدنـــي، وربما تحبسهم أو تعزلهم عن المجتمع.، يُمكن أن يكون لهذه التدابير الوخيمة تأثيرات وخيمة على النماء العاطفي والبدنـــي للأطفال والمراهقين.

ويتوقع بصورة طبيعية لهؤلاء الأطفال والمراهقين المصابين بالاضطرابات النفسية الذين لا يتلقون المعالجة الملائمة الانتاجية الهزيلة في العمل بالمستقبل. ويسبب ذلك تكاليف مباشرة على العائلات وضياع الإنتاجية المجتمعية. ومن المعروف الآن أيضاً أن الأفراد المصابين بالاضطرابات النفسية غير المعالَجين يمثلون نسبة واسعة غير متكافئة في أنظمة القضاء الخاصّة بالأحداث والأنظمة القضائية عند الكبار وعلى سبيل المثال وجدت دراسة بين الشباب في مراكز الاحتجاز في ماساشوسيت في الولايات المتحدة الأمريكية؛ أن حوالي 70% من الذكور وحوالي 81% من

الإناث قد سجلّوا مظهراً واحداً على الأقل بحسب وسيلة التحري السريري مما يلي: استعمال الكحول والعقاقير، والغضب والهيوجية، والقلق والاكتئاب، والشكاوى الجسدية، والأفكار الانتحارية. وهذه العقابيل مأساوية ولاسيما أن الكثير من الاعتلالات النفسية قابلة للوقاية أو المعالجة، يمكن للأطفال المصابين بالاضطرابات النفسية أن يعيشوا بصورة طبيعية أو طبيعية تقريباً إذا قدمت لهم المعالجة الملائمة.

3.1 تطور الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين

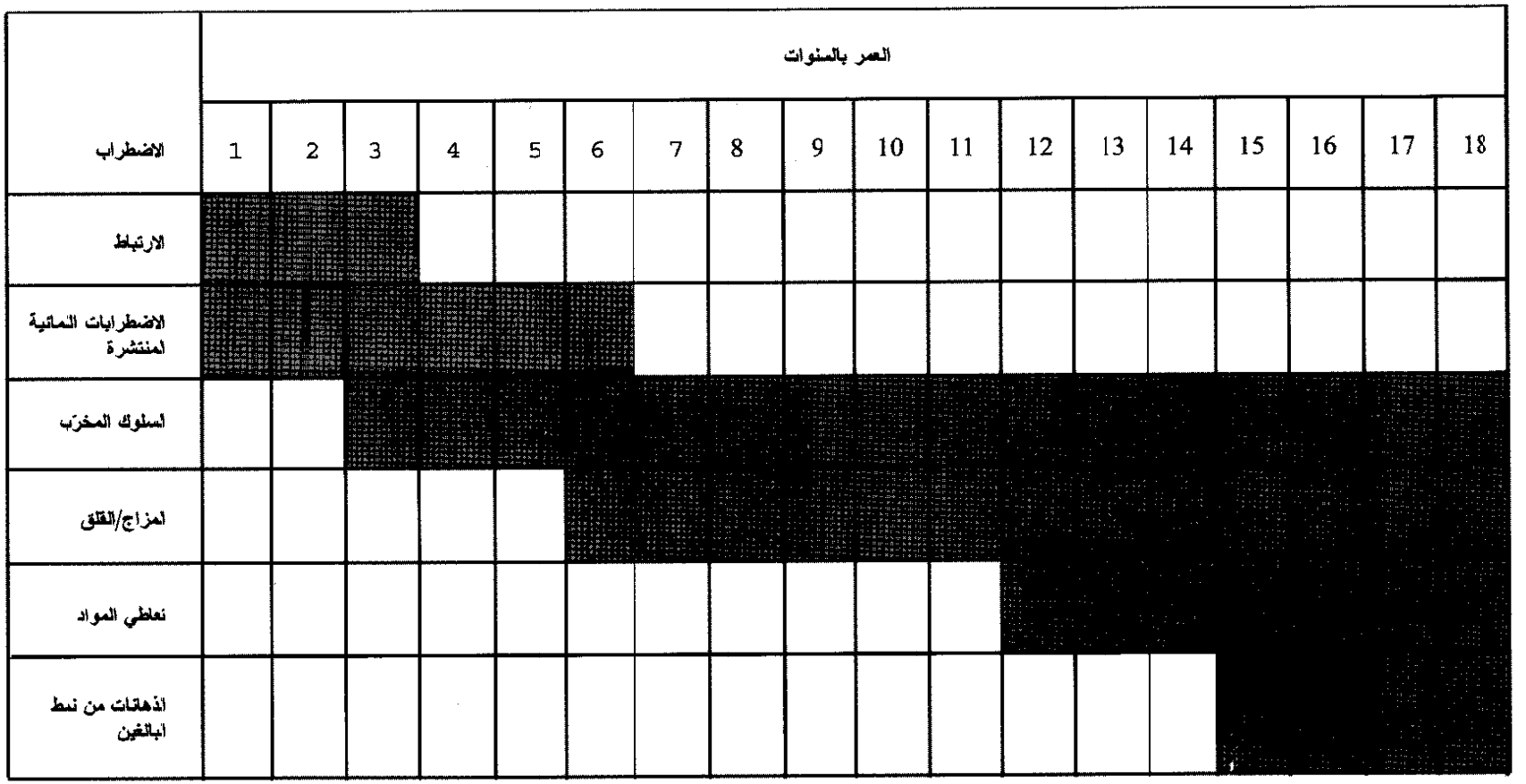
يمكن تخطيط إيتاء الخدمات بناءً على الاضطرابات النفسية النوعية، التي عادة ما تتجلى في فترات زمنية خاصة بمساق النماء عند الأطفال والمراهقين. (الشكل 1) يمكن إقحام برامج التحري لتقصي المصابين بالاضطرابات النفسية في الخدمات الصحية الموجودة.

سنصف الأمثلة حول التوقيت الزمني لبعض الاضطرابات المختارة فيما بعد: ولكن لا بد من التأكيد بأن لكل من هذه الاضطرابات تدخلات فعالة ومتاحة، يُمكن أن يصاب الرضع وصغار الأطفال في السنوات الأولى من الحياة باضطرابات الارتباط، التي تتصف بصعوبة ملحوظة بالتعلق بالأبوين وبالاستجابات غير الملائمة لغيابهما وعدم الاكتراث بعودتهما. ويُمكن أن ينجم ذلك بسبب انتهاك الطفل أو الإهمال من قبل الأبوين أو عدم حضور الأبوين بدرجة كافية أو الأبوين اللذين يعانيان من اضطراب نفسي أو في فترة ما بعد الوضع والولادة أو فيما بعد، ولذا لا يمكنهما تقديم الانتباه أو الرعاية الملائمة لطفلهما أو العجز العاطفي والنمائي لأسباب مختلفة مما قد يثبط القدرة على الرعاية. وأما الذاتوية أو التوحد "*autism*" فمن الصعب تقييمها ومعالجتها، وأما الاضطراب النمائي المنتشر فيمكن تشخيصه بصورة ملائمة في السنين الثلاثة الأولى من قبل أفراد مدربين.

وأما في الفئة العمرية بين 4-6 سنين فإن الاضطرابات الأشيع هي اضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة واضطراب التصرف. وتوضع أعراض الاضطرابات السلوكية موضوعة ضمن فئات مختلفة بحسب السريريين المختلفي الثقافات، وفي بعض الدول تكون هذه الاضطرابات شائعة تماماً مع معدل انتشار يقارب 10% بين الصبيان وحوالي 5% بين البنات في خلال الطفولة.

إن الاضطرابات النمائية النوعية واضطرابات فرط الحركة هي عوامل اختطار رئيسية في اضطرابات التصرف، ولها تأثير عميق على النماء الاجتماعي. وكثيراً ما تستمر حتى فترة المراهقة والكهولة إن لم تعالج، وتؤدي للتسرب خارج المدرسة، والسلوك المعادي للمجتمع، والتاريخ السيء في العمل، والفقر في فترة الكهولة، وتضعف الأبّوة والوالدية، وتؤدي إلى الديمومة الذاتية طيلة الحياة، إن العاملين الصحيين غير المدرَّبين في عيادات البالغين ربما لا يشتبهون بهذا الاضطراب في مستهل الطفولة وربما لا يحوِّلون العائلات والأطفال من أجل مساعدتهم.

الشكل 1: المجالات العمرية النموذجية لظهور الاضطرابات المختارة.



لاحظ أن نهايات الفئات العمرية وبداياتها ذات تفاوتات واسعة وبأنها تتأثر كثيراً بالتعرض لعوامل الاختطار والظروف الصعبة.

قلّما يقرر الأطفال والمراهقين بأنفسهم متـــى يطلبون الخدمات الصحية للمشاكل الانفعالية والبدنية. وفي حين يمكن التعرف على كثير الحالات البدنية بسهولة من قبل الآباء والمدرسين أو بقية مقدمي الرعاية، فإن *الاضطرابات الانفعالية* غالباً ما لا تكتشف بسهولة. والأمثلة عن الاضطرابات الانفعالية هي الاضطرابات الذهانية المزاج واضطراب (مثل اضطراب الاكتئاب الرئيسي واضطراب الوسواس القهري) الذي يتطور بصفة نموذجية في خلال المرحلة العمرية المدرسية، ويُستعرف بسهولة من قبل فريق مدرب على معالجة الاضطرابات النفسية عند الأطفال. ومهما يكن يصعب على الأفراد غير المدربين تقصي هذه الاضطرابات لأنها شخصية وداخلية. ويبلّغ الأطفال والمراهقين بدرجة أفضل عن الحالات الشخصية والداخلية (مثل القلق والاكتئاب) من مقدمي الرعاية لهم. ويتطلب مثل هذا الإبلاغ حتـــى الآن سؤالهم عن مثل هذه الحالات. ويتوقع بحلول عام 2020 أن يصبح الاكتئاب السبب الأهم الثانـــي في الإعاقة على مستوى العالم.

وبعد مرحلة الطفولة أي بين 12 و18، *ينبعث تعاطي المواد* النفسية التأثير بسبب الاضطرابات السلوكية. إذ يتلهف الأ طفال في كثير من الثقافات ولاسيما الحساسين إلى حد بعيد للتوافق والتطابق مع المعايير المثالية أو الأمثولات الاجتماعية التـــي يحددها أقرانهم. ولذا كثيراً ما يتعرضون لتجربة العقاقير وتعاطيها والتـــي قد يدمنونها بطريقة غير مقصودة. ويمكن التحصين من الإدمان في عمر مبكر وإذا لم يعالج فقد يؤدي إلى النزاع والصراع واليأس مدى الحياة.

وأخيراً تميل *الاضطرابات الذهانية* (المشاهدة عند البالغين) للظهور في آخر فترة المراهقة. ويصيب *الفصام* وحده ما يقارب 1% من سكان العالم، ومع أنّه أقل انتشاراً من الاضطرابات السابقة الذكر لكن مساقه يُمكن أن يكون وخيماً ولا يشفى ما لم يعالج. وعلى الرغم من ذلك فإن التحري screening المبكر والمعالجة الفعالة يُمكن أن تحسن بوضوح من مساق الاعتلال.

4.1 عوامل الاختطار والعوامل الواقية

ثمة الكثير من العوامل التـــي يُمكن أن تؤثر على الصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين. ويُمكن أن نقسم هذه العوامل إلى عوامل الاختطار والعوامل الواقية، وتنطبق عوامل الاختطار على العوامل التـــي تزيد من إمكانية الصعوبات الصحية النفسية، بينما تنطبق العوامل الواقية على العوامل التـــي تخفف من تأثير التعرض الخطر. وكما في عبارة "الاجتماعية النفسية الحيوية" فإن تعريف الصحة النفسية المستعمل سابقاً يوحي بأن عوامل الاختطار والعوامل الواقية هذه يُمكن أن توجد في الميادين البيولوجية والاجتماعية والنفسية. ويوفر الجدول 2 أمثلة عن عوامل الاختطار والعوامل الواقية لكل هذه الميادين.

الجدول 2: عوامل الاختطار والعوامل الواقية المختارة للصحة النفسية للأطفال والمراهقين

الميدان	عوامل الاختطار	العوامل الواقية
البيولوجي	التشوهات الخلقية التعرض للانسمامات (مثل التبغ والكحول) في خلال الحمل الميل الوراثي للاضطرابات النفسية رضوح الرأس نقص الأكسجة عند الولادة ومضاعفات الولادة الأخرى العدوى بفيروس العوز المناعي البشرى المكتسب سوء التغذية الاعتلالات الأخرى	التطور البدنسي الملائم للعمر الصحة البدنية الجيدة الوظيفة الذكائية الجيدة
النفسي	اضطرابات التعلم الصفات الشخصية في سوء التلاؤم التأثيرات الانفعالية للإهمال والانتهاك الجنسي. المزاج الصعب	القدرة على التعلم من التجارب التقدير الجيد للذات المستوى العالي من القدرة على حل المشاكل المهارات الاجتماعية
الاجتماعي		
أ) العائلة	التناقض في تقديم الرعاية النزاعات العائلية التهذيب العائلي الضعيف التدبير العائلي السيء موت أحد أفراد العائلة	الارتباط العائلي فرص الاكتناف الإيجابـــي في العائلة مكافأة الاكتناف العائلي
ب) المدرسة	الفشل الأكاديمي فشل المدرسة في توفير البيئة الملائمة لدعم الحضور، والتعلم غير الكافي وعدم توفير التربية الملائمة	فرص الاكتناف في الحياة المدرسية التعزيز الإيجابـــي للإنجاز الأكاديمي تحديد هوّية المدرسة أو الحاجة للتعلم المدرسي
ج) المجتمع	سوء التنظيم المجتمعي التمييز والتهميش التعرض للعنف نقص الحس بالانتماء للمكان التحول (من الريف إلى الحضر مثلاً).	الترابط المجتمعي فرص الاستعمال البناء لوسائل الراحة التجارب الثقافية الإيجابية النماذج والقدوة الإيجابية المكافأة على الاكتناف في المجتمع الارتباط بالتنظيمات الاجتماعية التـــي تتضمن المنظمات الدينية.

إن البينات والبراهين حول السوابق المبكرة للاضطرابات النفسية عند البالغين في الطفولة أصبحت نهائية الآن. وينطبق ذلك على الاضطرابات الوجدانية (مثل اضطراب الاكتئاب الرئيسي والاضطراب الثنائي القطب. (الذي كان يدعى سابقاً الاكتئاب الهوسي)، والاضطرابات الذُهانية

(مثل الفُصام). واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، والذاتوية أي التوحد. ويوجد الاضطرابان الأخيران في الطفولة أو المراهقة عموماً، ولذا فقد لا يتعرف عليهما المهنيون الصحيون عندما يتجليان في الكهولة، وإذا زاد المهنيون الصحيون عند البالغين من التعرض والتدريب في مجال الصحة النفسية للأطفال والمراهقين؛ فيمكنهم القيام بالتشخيص والفهم لتأثير هذين الاضطرابين على الوظيفة النفسية بدرجة أكبر.

يُمكن أن تخفف التدخلات المبكرة عند الأطفال والمراهقين وعائلاتهم وآبائهم، أو تمنع من تظاهرات الاضطراب، وتقوي اندماج الأطفال والمراهقين الذين يتطلبون كذلك خدمات منفصلة وتخصصية من جهة أُخرى.

تتفاوت عوامل الاختطار والعوامل الواقية البارزة بحسب المرحلة العمرية للأطفال والمراهقين. ويحتمل أن يكون تأثير الأقران على الصحة النفسية على سبيل المثال هاماً ولاسيما في خلال السنين الباكرة. إن الاستراتيجيات التدخلية التـــي تفشل في التعرف التأثيرات المختلفة لعوامل الاختطار والعوامل الواقية بحسب الطور النمائي للأطفال والمراهقين سيكون لها تأثير أقل أو تكون غير فعّالة.

5.1 أهمية المراحل النمائية

لا بد عند تصميم السياسات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين من ضمان المراحل النمائية النوعية وأخذ التطور المعرفي للأطفال والمراهقين بالحسبان. وعلى سبيل المثال فإن وضع خطة للوقاية من اضطرابات التصرف بين المراهقين أو معالجتها ينبغي أن تكرس الانتباه الخاص لتأثير الأقران، وبالمقابل فإن البيئة العائلية هي التـــي ينبغي أن تعطى الأولوية في خطة مشابهة للاطفال ما قبل سن البلوغ، ويجب أن نراعي النماء المعرفي ونضعه بالحسبان. وكذلك يمكن أن تفترض الخطة عند المراهقين القدرة على مراعاة الفروق الدقيقة في معدلات الإماتة، ونسب الاختطار والمنفعة والأسباب والنتائج، ومن ناحية أخرى فإن الخطة عند الأطفال ما قبل البلوغ يجب ألا تجري مثل هذه الافتراضات.

ولا بد كذلك من التعرف على الفروق الثقافية لمراعاة المراحل النمائية، ولا يوجد شك بأنّ المراحل النمائية العديدة التـــي يمكن تطبيقها عالمياً، مثل التطور اللغوي المبكر والتبادلية الاجتماعية، وبقية هذه الأسئلة ذات النوعية الثقافية. إن مفهوم المراهقة نفسه لا يمكن تعريفه عالمياً. وتشير أعمار 12-13 في كثير من الثقافات مثل ثقافة Hmong على نهاية الطفولة وبداية الكهولة بصورة متواقتة. ولا توجد مرحلة متوسطة للمراهقة. وينظر إلى الأطفال الذين يذهبون إلى المدرسة في بنغلاديش والذين ليس لديهم مسؤوليات اجتماعية أو اقتصادية كأطفال فوق عمر البلوغ. ومهما يكن فإن الصبـــي أو البنت اللذين يعملان لن ينظر إليهما كطفلين لوقت

طويل وإن بدأ الأطفال بالعمل في سن السادسة. يُمكن أن يكون لهذه الفروق تأثيرات عميقة على تنفيذ الخطط الصحية النفسية. وعلى سبيل المثال فإنّ التدخلات المصممة للمجتمعات التـــي تنظر إلى المراهقة كفترة من الاعتماد المستمر على الأبوين ستحتاج إلى مراعاة أهمية الدور الذي يُمكن أن يقوم به الآباء والأمهات في طلب الخدمات والاستشارات وتقييمها والموافقة عليها.

6.1 التكاليف الاقتصادية لمعالجة (أو عدم المعالجة) الأطفال والمراهقين المصابين بالاضطرابات النفسية

جاء في دليل محتوى الصحة النفسية من المضمومة الإرشادية للخدمات والسياسات الصحية النفسية لمنظمة الصحة العالمية ما يلي:

عادة ما تتحمل العائلات ومن يقدمون الرعاية معظم هذه التكاليف الاقتصادية، باستثناء قلة من اقتصادات السوق الجيدة الرسوخ ذات النظم الصحية الشاملة الجيدة التمويل من قبل الرعاية الصحية النفسية والإنعاش الاجتماعي. عندما تتحمل العائلات العبء الاقتصادي فإن الحكومات والمجتمعات تدفع أخيراً الثمن من حيث انخفاض الدخل الوطنـــي وزيادة الإنفاق على برامج الإنعاش، وكما شاهدنا قبل قليل فإن التكاليف غير المباشرة مثل تلك التـــي تتصاحب مع فقد الإنتاجية تتجاوز التكاليف العلاجية المباشرة. ولذا فإن المنطق الاقتصادي للمجتمعات والدول هو قوي وبسيط: إن معالجة الاضطرابات النفسية باهظ الثمن ولكن تركها من دون علاج يكلف ثمناً باهظاً أكثر.

تتحمل العائلات والمجتمعات تكاليف باهظة من أجلِ الأطفال والمراهقين المصابين بالاضطرابات النفسية ، بسبب تأثر كل من الأطفال والمراهقين وعائلاتهم وآبائهم. ربما يفقد الطفل المدرسة بالواقع أو لا يكون قادراً على العمل في الأعمال المنزلية أو إحضار المال من موارد أُخرى بسبب التعرض لهذه الحالات. وربما يتعرض الأهل لديون متزامنة وإلى فقد الإنتاجية المستقبلية. وربما يتحمل أفراد العائلة كذلك التكاليف غير المباشرة كما يحصل غالباً في وجوب بقائهم في المنزل لرعاية الأطفال والمراهقين المصابين بالاضطرابات النفسية ولضمان عافيتهم.

ولقد بيَّن كناب وزملاؤه أن الطفل المكتئب و/أو المصاب باضطراب التصرف يُمكن أن يكلف مبالغ طائلة في الطفولة والكهولة. وفوق ذلك فإن الطفل المصاب بالاكتئاب المرافق لاضطراب التصرف يستعمل خدمات البالغين أكثر، ويكلف أكثر من المصاب بالاكتئاب فقط وأكثر من أي فرد في الجمهرة العامة كذلك. إن الموجودات المتعلقة بتكاليف السلوك المعادي للمجتمع التـــي يتحملها الأفراد من الطفولة إلى الكهولة أكبر بعشرة مرات عند أولئك المصابين

بالسلوك المعادي للمجتمع في الطفولة بالمقارنة مع غير المصابين بذلك.

تشير البينات العلمية الحديثة إلى أن التدخلات الصحية النفسية مجدية اقتصادياً. ولقد جرى البرهان على الجدوى الاقتصادية لتدخلات العمل الاجتماعي المرتكز على العائلة للأطفال والمراهقين الذين سمّموا أنفسهم عن عمد، وبرامج إحالة الأطفال المصابين باضطرابات التصرف. ومع أن هذه الدراسات قد نفذت في المملكة المتحدة أو الولايات المتحدة الأمريكية ولكن يمكن الاعتقاد بأن هذه الاستنتاجات المشابهة يمكن تطبيقها في بقية الدول. وأما الذي لم يتبين بعد فهو أن هذه التدخلات في الطفولة أو المراهقة ستؤدي إلى وفورات في التكاليف في الكهولة. ومهما يكن فمن المعقول الافتراض بأنّ هذه التكاليف ستنقص إذا أصبح الضعف بدرجة أقل.

النقاط الرئيسية

- ينبغي أن تعزز السياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين الصحة النفسية عند جميع الأطفال وأن توفر المعالجة والرعاية للأطفال والمراهقين المصابين بالمشاكل الصحية النفسية.
- يحتاج الأطفال والمراهقون المصابون بالاضطرابات النفسية إلى مراعاة اجتماعية أعمق.
- إن الأطفال والمراهقين المصابين بالمشاكل الصحية النفسية هم سريعو التأثر ولاسيما من الوصمة والتمييز.
- تتفاوت الاضطرابات النفسية عند الأطفال بحسب المرحلة النمائية.
- يمكن تقسيم العوامل التـــي تؤثر على الصحة النفسية للأطفال والمراهقين إلى عوامل اختطار وعوامل واقية.
- يمكن أن تستهدف التدخلات العوامل الواقية وعوامل الاختطار.
- يجب أن تتحسس التدخلات الصحية النفسية المراحل النمائية للأطفال والمراهقين، ويجب أن تراعي الاختلافات الاجتماعية والثقافية.
- ثمة زيادة في البينات بأن التدخلات الوقائية والعلاجية مجدية اقتصادياً.

2. تطوير السياسات الصحية النفسية الخاصّة بالأطفال والمراهقين

أظهر مسح حديث أنه لا توجد دولة حددت بوضوح السياسة الصحية النفسية المتعلقة على نحو فريد بالأطفال والمراهقين. ومع ذلك فإن 34 دولة (7% من دول العالم) تمتلك سياسات صحية نفسية محددة، وكان لذلك تأثيرات مفيدة على الأطفال والمراهقين. إن النقص النسبي في السياسات غير ملائم، إذ إن السياسة الواضحة من أجل الصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين يمكن أن تحسّن إتاحة الخدمات وتعزز الصحة النفسية لدى جميع الأطفال والمراهقين ضمن الدولة.

يجب اكتناف أنظمة الرعاية العديدة والمختلفة (مثل التربية والتعليم، والرفاه الاجتماعي، والصحة) لضمان أن تكون خدمات الأطفال والمراهقين فعالة. يجب أن نراعي بشدّة التأثيرات النمائية الحساسة عند الأطفال للاضطرابات نفسها وما هي أفضل المعالجات، ولذا فإن المنظور النمائي مطلوب لفهم جميع الاضطرابات النفسية ومن أجل تطوير السياسات الصحية النفسية الملائمة عند الأطفال والمراهقين.

ولابد أن تتوج عملية تطوير السياسات بإنتاج وثيقة مكتوبة للسياسات. وهذا هام لسببين. الأول، توفر هذه الوثيقة نقطة مرجعية يمكن للمخططين ولبقية المعنيين بالصحة النفسية الرجوع إليها للمساعدة في اتخاذ القرار أو حل النزاع. ثانياً، تستخدم الوثيقة كوظيفة رمزية كنتيجة بادية للعيان لعملية تطوير السياسات، ولترسيخ أسس التحسينات في المستقبل.

إن القضية الرئيسية التي تحتاج للحل هي ما إذا كانت السياسات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين جزءاً من السياسة الصحية العامة، أم جزءاً من السياسات الصحية الأوسع عند الأطفال والمراهقين، أم إنها ستطور كسياسة قائمة بذاتها. إذ ستركز السياسات الصحية النفسية المستقلة عند الأطفال والمراهقين الانتباه على القضايا الرئيسية وتضمن احتياجات هذه المجموعة ولا تضيع ضمن التطوير الأوسع للسياسات. وعلى الرغم من أن الأسلوب الأوسع ربما يسمح للمزيد من الأسلوب الشامل للاحتياجات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين ويسمح بتنويعة أعظم من المعنيين بالصحة النفسية للمشاركة بهذه العملية.

يوفر هذا القسم سلسلة من الخطوات التي يمكن القيام بها لتطوير السياسات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين. تتضمن هذه الخطوات جمع المعلومات والمعطيات من أجلِ تطوير السياسات وجمع البراهين والبينات من أجلِ الاستراتيجيات الفعالة، والقيام بالمشاورات والمفاوضات والتبادل مع الدول الأخرى، وتحديد الرؤية والقيم والمبادئ والأغراض الخاصة

بالسياسات، وتعيين جوانب العمل واستعراف الأدوار والمسؤوليات الرئيسية للقطاعات والمعنيين بالصحة النفسية المختلفين.

1.2 الخطوة 1: جمع المعلومات والمعطيات لتطوير السياسات

يبدأ تطوير السياسات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين بالسؤال التالي: ما هي احتياجات السكان؟ ويتطلب ذلك فهم معدل انتشار الاضطرابات النفسية والمزيد عن المشاكل الصحية النفسية عموماً بين الأطفال والمراهقين، ولذا لابد من فهم الموارد المتاحة في الوقت الحالي.

يصبح من السهل تحديد نطاق السياسات بعد جمع هذه المعلومات، إذ يمكن مثلاً تضمين الصرع والتخلف العقلي في بعض الدول في السياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين بينما يمكن إقحامهما في دول أُخرى في بقية السياسات الصحية.

ولابد أن تصاغ السياسات من خلال فهم احتياجات السكان. وثمة عدة طرق مطلوبة لنتمكن من استعراف المعلومات التـــي تتضمن معدلات الانتشار والوقوع للاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين ولمعرفة المشاكل المستعرفة في المجتمعات وفهم الطريقة التـــي يطلب فيها الناس المساعدة من أجل المشاكل الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين (راجع *كذلك دليل السياسات والخطط والبرامج الصحية النفسية ودليل التخطيط ووضع الميزانية لإيتاء الخدمات الصحية النفسية*).

وقد يكون حصر الانتباه في بعض الدول ضمن زميرات عديدة من إجمالي السكان أكثر مرونة، مثل الأطفال والمراهقين المصابين بالاضطرابات النفسية الوخيمة أو أطفال الشوارع المختطرين جداً من حيث تطور الاضطرابات النفسية بينهم.

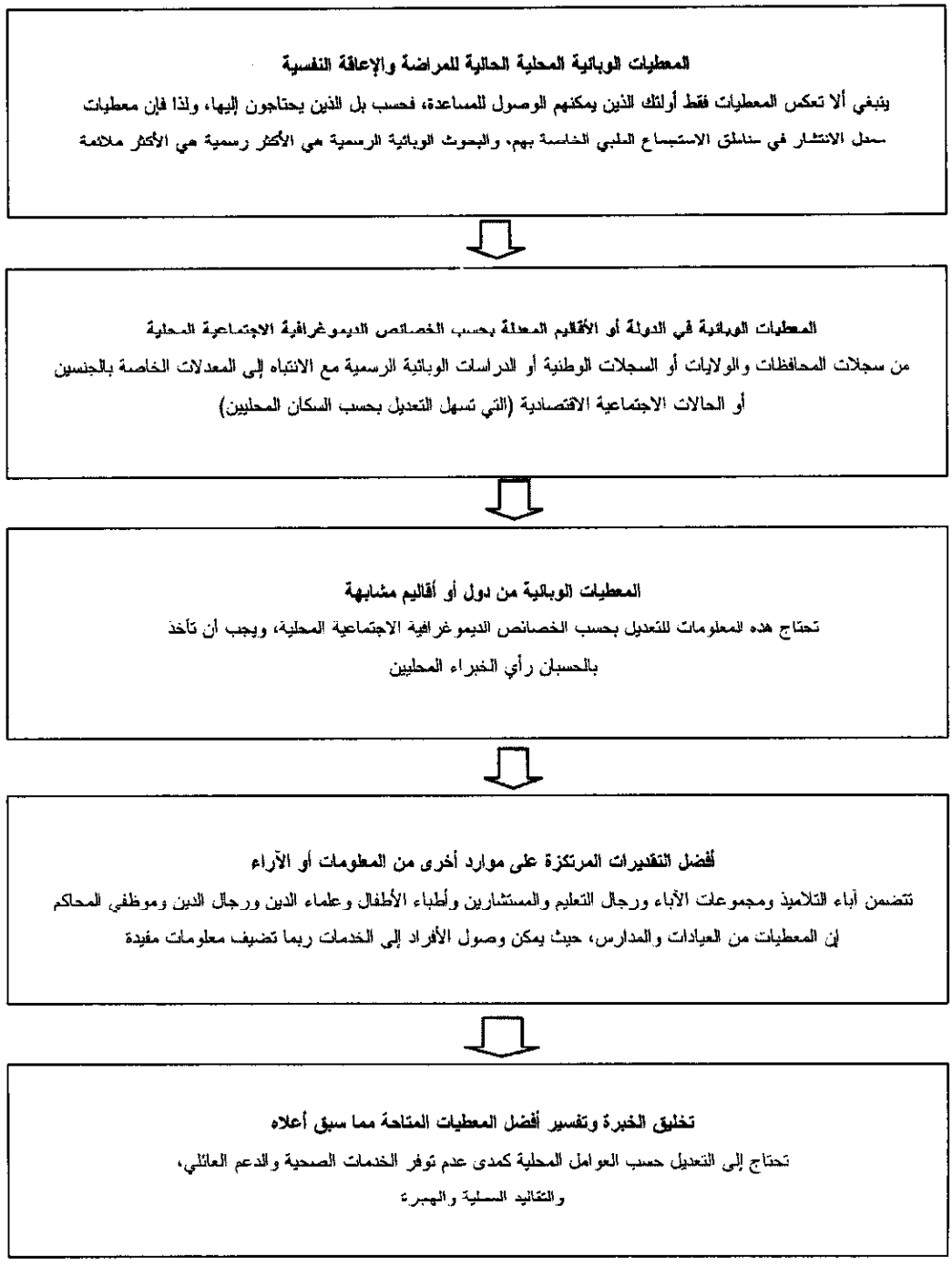
تتفاوت طريقة جمع المعلومات المذكورة سابقاً بحسب الوقت والموارد المتاحة. إن المعطيات الوبائية الخاصة بالأطفال والمراهقين أندر من معطيات البالغين. ومهما يكن فإن الاضطراب الذي يكون منتشراً أكثر لا يشير بالضرورة إلى درجة احتياجات أعلى. وبالفعل فإن الاضطراب النادر الذي يعرض نوعية حياة الشخص للتأثر بدرجة وخيمة والذي يحتاج لدرجات عالية من طلب الرعاية والذي يمكن الوقاية منه بسهولة ربما يتلقى أولوية أكبر من بقية الاضطرابات التـــي لا تمتلك هذه المواصفات والخصائص.

إن الطريقة الأشيع لتعيين تقديرات معدل الانتشار هي تخليق الخبرة من أفضل المعطيات المتاحة. وستكون مثل هذه التقديرات كافية وحيدة عموماً لأغراض التخطيط. إن المعطيات الوبائية ذات النوعية العلمية الجيدة في إحدى جوانب الخدمات المتطورة قلما ستكون متاحة. ولن يكون القيام بمثل هذه الدراسات استراتيجية مجدية اقتصادياً عموماً، ولاسيّما عندما تكون الموارد ضئيلة.

بالإضافة إلى الدراسات الوبائية، يُمكن أن تكتنف التقديرات كذلك التقييم السريع للسكان.

ويُمكن أن يكتنف ذلك المقابلات مع الآباء ورجال التعليم ورجال الدين، وعلماء الدين، وموظفي العدل والشرطة، والأطفال والمراهقين أنفسهم عندما يكون ذلك ملائماً. إذ ربما يكون للأطفال والمراهقين المستهدفين آراء تختلفه عن آراء البالغين بحسب الحاجة للخدمات التـــي يتلقونها ومقبوليتها.

وفي الشكل 2 موارد معطيات معدل الانتشار



الشكل 2: موارد المعطيات الوبائية مرتبة بحسب انخفاض الرغبة بها

بالإضافة إلى تعيين معدل انتشار المشاكل والاضطرابات النوعية، فإنه من المفيد استعراف عوامل الاختطار والعوامل الواقية الرئيسية التـــي لها تأثير ضائر على السكان المعنيين، والتـــي تستعرف من المشاركين المجتمعيين الرئيسيين أو من الخبراء. وعلى سبيل المثال عند ازدياد الحاجة إلى الإنتاج الزراعي في العديد من المجتمعات الريفية فإن ذلك يترافق مع نقص الحضور إلى المدرسة من قبل الأطفال. وربما تكون البرامج مطلوبةً لتحسين التعليم المدرسي وتعزيز التنمية الاجتماعية. وعلى نحو تبادلي، فإن ازدياد العزلة الاجتماعية والطلب على الإنجاز الأكاديمي العالي في بعض المجتمعات المتقدمة ربما يتصاحب مع معدلات أعلى من الاكتئاب، والانتحار، والنزاعات العائلية، مما يستلزم البرامج القادرة على دعم المزيد من المرامي الأكاديمية الواقعية وتحسين التواصل العائلي.

يجب دعم المعلومات عن احتياجات السكان بالمعطيات الجيدة وبفهم الأوضاع الحاليّة للخدمات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين في الدولة. ويتضمن ذلك المعلومات عن الموارد البشرية المتاحة.

وعلى سبيل المثال ما دور مقدمي الرعاية الأولية، وما التدريب الذي تلقوه وما الكفاءات التـــي يملكونها؟ من الذي يدعم الأمهات بعد الولادة؟ ما دور المعالجين التقليديين؟ ما العدد المتاح من العاملين الصحيين النفسين في الدولة، وهل تلقوا التدريب على الصحة النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين؟ لابدَّ من استعراف العاملين الذين قد يعززوا الصحة النفسية بين الأطفال والمراهقين (مثل العاملين الشباب الذين يعملون مع أطفال الشوارع)، الذين قد لا يكونوا قابلين للاستعراف فوراً كعاملين في الصحة النفسية.

ولابد كذلك من فهم مواقف العاملين في النظام الحالي والتغييرات الممكنة. إذ يعتمد إنجاز الخدمات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين على معرفة العاملين وتحفيزهم.

إن استعراف تمويل الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين ضروري كذلك. ويتضمن ذلك استعراف موارد التمويل (مثل الضرائب أو برامج المانحين) والإنفاق على الخدمات. وفي كثير من الدول لن تكون ميزانية الصحة النفسية للأطفال والمراهقين قابلة للاستعراف. يوفر دليل *تمويل الصحية النفسية* المزيد من الإرشاد حول القضايا المالية.

ينبغي استكمال وصف الهيكلية والتأكيد على التنظيم الحالي **للخدمات الصحية** النفسية عند الأطفال والمراهقين، ولابد عند تقييم الوضع الحالي من فهم المجال الكامل للأوضاع التـــي يتربـــى فيها الأطفال والمراهقين حياتياً واجتماعياً. تتضمن مثل هذه الأوضاع البرامج ما بعد المدارس، والعيادات، والمراكز المجتمعية والبرامج النهارية والمنازل ووحدات المرضى الداخليين ومراكز الأيتام، وأماكن العبادة، والسجون، والمدارس، والشوارع وأماكن الإقامة.

إن احتياجات الأطفال والمراهقين متشابكة ومتداخلة جداً مع المرحلة النمائية للأطفال والمراهقين ومع السياق الاجتماعي والمادي، ولابدَّ من إتاحة المعطيات حول القضايا المختلفة الخاصة بالفئات العمرية، ومثال ذلك فشل النمو الذي ينجم عند الطفل بسبب الاكتئاب عند الأم الذي يؤثر على قدرتها على العناية به وفي مثل هذه الحالات ربما يكون من الضروري أن نراعي ما إذا كان برنامج الزيارات المترلية أو غيره من البرامج الداعمة للأم والطفل يمكن أن يُستعرف لتعزيز التآثر الملائم بين الأم والطفل، بالإضافة إلى تيسير وصول الأم للمعالجة النفسية المطلوبة، وعلى نحو مشابه فإن المراهقين الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الرئيسي بحاجة للوصول إلى مرافق التشخيص الملائم من دون عقبات وبالحد الأدنـــى من الوصمة، ويجب أن تكون الخدمات صديقة للمراهقين بعد التشخيص وللحصول على المعالجة المطلوبة

يوفر الإطار 1 مثالاً حول طريقة جمع المعلومات والمعطيات التـــي تسهم في تطوير السياسات.

الإطار 1. جمع المعلومات والمعطيات لتطوير السياسات عند الصغار لخطر الانتحار في نيوزيلنده

فضلاً عن تطوير أفضل دلائل الممارسة لتدبير الصغار المعرضين لخطر الانتحار، قام الباحثون في مدرس ويلينغتون للطب بمقابلة جميع الصغار الذين قاموا بالشروع في الانتحار في عام 1994 إلى 1999 وتواصلوا مع الخدمات العائلية وخدمات الصغار والشباب. وتضمن ذلك جميع الصغار الذين ماتوا في فترة التواصل مع الخدمات بالإضافة إلى 22 من الصغار عبر مصالبة المعطيات مع الأسماء في سجل الانتحار في الخدمات المعلوماتية الوطنية في نيوزيلندة مع أنظمة المعطيات للعائلات والصغار.

كانت النتائج من هذه المراجعة مابين الأعوام 1994 – 1998 هي أن 129 صغيراً من الفئة العمرية ما بين 12-16 عاماً قد ماتوا عن طريق الانتحار في خلال 1994 – 1998 ومنهم:

- 43% أي 55 صغيراً كانوا يتواصلون مع الخدمات العائلية وخدمات الصغار في بعض مراحل حياتهم.
- 33% أي 43 صغيراً كانوا يتواصلون حالياً أو سبق لهم التواصل مع "الخدمات العائلية وخدمات الصغار" في خلال الشهور الاثنـــى عشرة الماضية من حياتهم.
- إضافة إلى 12 من الصغار الذين كان يتواصلون مع "الخدمات العائلية وخدمات الصغار" من أكثر من 12 شهراً تسبق انتحارهم.
- كان معدل الموت انتحاراً بين من يتواصل مع الخدمات العائلية وخدمات الصغار هو 1 لكل ألف حالة سنوياً بالمقارنة مع وفاة واحدة لكل 15 ألفاً سنوياً بين الذين لم يسبق لهم الوصول إلى "الخدمات العائلية وخدمات الصغار"
- وكان عدد محاولات انتحار الإناث اللواتـــي تواصلن مع "الخدمات العائلية وخدمات الصغار" أكبر من الإناث اللواتـــي حاولن الانتحار بحوالي 23 ضعفاً بالمقارنة مع الفئة العمرية نفسها للسكان عموماً اللواتـــي لم يصلن إلى "الخدمات العائلية وخدمات الصغار"، وأكبر من عدد الذكور بحوالي 5.4 مرة.
- توحي المراجعة بوجود ثلاث مجموعات بين الصغار الذين يتواصلون مع "الخدمات العائلية وخدمات الصغار" والذين ماتوا انتحاراً.

– الإناث الصغيرات اللواتـــي تلقين الدعم العائلي المنخفض، وذات المعدلات العالية من الاضطهاد أو الانتهاك وذات المعدلات العالية من محاولات الانتحار والاكتئاف المستمر في "الخدمات العائلية وخدمات الصغار".

– الذكور الصغار الذين لهم سوابق في الجنوح، ولاسيما المكتنفين قسراً في جنح السيارات.

– الإناث الصغيرات والذكور الصغار الذين لهم سوابق في تعاطي المواد والكحول وتاريخ في محاولات الانتحار السابقة.

توحي هذه المراجعة بأن التدخلات التـــي تستهدف الصغار الذين يتواصلون مع العائلية وخدمات الصغار كان لهم قدرة في الوصول إليها أكبر بحوالي 50% من جميع الصغيرات وبحوالي 25% من جميع الصغار الذين لم يتجاوزوا 17 سنةَ من أعمارهم والذين ماتوا انتحاراً.

2.2 الخطوة 2: جمع البيّنات للاستراتيجيات الفعالة

بعد جمع المعلومات حول احتياجات السكان، تتحول العملية الآن إلى جمع البينات حول ماهية الاستراتيجيات الفعالة للتوجه هذه الاحتياجات من خلال الدولة أو المنطقة أو في مكان آخر. تعكس البينات الأوثق الاحتياجات النوعية للسكان المستهدفين، ويمكن أن تكون البينات ذات صلة أكبر بهم.

تغطي التدخلات الصحة النفسية طيفاً من النشاطات التـــي تتراوح من تعزيز الصحة النفسيّة (لبناء الوعي والمرونة) والوقاية الانتقائية والشاملة (لتخفيف الاختطار والعوامل المحسّسة ولبناء العوامل الواقية وتشير كذلك إلى الوقاية والتدخلات الاستراتيجية المبكرة (للمصابين بالعلامات المبكرة للاضطراب) وتوسع برامج الرعاية والتأهيل (للمصابين بالضعف الثانوي كنتيجة للاضطراب)، ثمة زيادة في البينات المتاحة – ولكنها متفاوتة في النجاعة والفعالية – لمثل هذه التدخلات على الجمهرات الخاصة.

تتعلق المشاريع الارتيادية بصفة خاصة بهذه المرحلة من دورة تخطيط السياسات. ولا توفر المعلومات حول التدخلات الناجحة فحسب، ولكنها قد تساعد في كشف أسباب فشل البرامج. يصف الإطار 2 مشروعاً ارتيادياً لاستعراف المشاكل الصحية النفسية في المدارس وتدبيرها.

الإطار 2. مشروع ارتيادي لتوفير التدخلات الصحية النفسية في مدارس كمبوديا

قام فريق من مركز الصحة النفسية عند الأطفال في كمبوديا (C C M H) بمسح في أربع مدارس في مقاطعة كاندال لتقييم انتشار المشاكل الانفعالية والسلوكية بين التلاميذ. واستعمل استبيانٌ قويٌ وصعبٌ في التقييم: وتضمن الصعوبات في العلاقات، والمشاكل الانفعالية، وكان من بين من خضع للمسح 20% من المدرّسين، وحوالي 13% من الآباء الذين أبلغوا بأن أطفالهم مصابين ببعض المشاكل. ولقد قابل فريق (C C M H) جميع الحالات الإيجابية بين الأطفال، وقدموا استشارتهم في المدارس وحوّل عددٌ منهم إلى (C C M H) إن تطلبت حالتهم مساعدة. ولقد اكتنف المدرسون بأسلوب فعّال في (الاستشارات المرتكزة إلى المدرسة) مما قوّى العلاقات بين التلاميذ والمدرّسين. ونفّذ فريق (C C M H) حلقة عمل من برنامج الصحة النفسية المدرسية للمدرّسين. واستمر في دعم البرنامج في أربع مدارس.

(مركز صحة الأطفال النفسية، كارتياس، كمبوديا، 2004)

بالإضافة إلى المشاريع الارتيادية التـــي تستعمل الدراسات ذات الشواهد والتقييم المستقل، غالباً ما يصف الأشخاص المكتنفون بقية البرامج المثيرة. وأما البرامج فقد تكون غير مصممة أو غير مقيّمة رسمياً. وغالباً ما ستوفر معلومات عملية مفيدة مثل مستويات البرنامج أو الخدمات المقبولة، والحضور إلى البرنامج أو الخدمات، ورضا الزبائن أو المستهلكين، والصعوبات المطروحة أمام تنفيذ البرامج أو الخدمات، والنجاحات الموجودة.

عندما نقيم الدراسات في الأدبيات الدولية والمشاريع الارتيادية، يجب التفريق بين النجاعة والفعالية (إذ إن النجاعة هي قدرة التدخل على تحقيق الأثر المرغوب ضمن شروط عالية التحكّم وأما الفعالية فهي قدرة التدخل على تحقيق الأثر المرغوب من خلال سياق واسع ومن خلال وضع غير متحكّم به). إن الموجودات من الدراسات التـــي تستعمل جمهرة معروفة جيداً ضمن شروط تحكميّة عالية ربما لا تكون قابلة لإعادة التطبيق بالضرورة في "الحياة الواقعية"، فالحذر مطلوب إذاً في تطبيق موجودات التجارب السريرية على "الحياة الواقعية"، من دون مراعاة القضايا التنفيذية. وعلى الرغم من ذلك فثمة دراسات فعّالة قد تكون كافية في بعض الحالات التـــي تستعمل فيها منهجية ملائمة، ويكون لها موجودات قوية بما يكفي لتطويرها وتبنيها على نطاق واسع. ينبغي أن يقوم صناع السياسات باستشارة الزملاء والمنظمات غير الحكومية (NGOs) من بقية المقاطعات والأقاليم والدول لتقرير ما إذا كانت نماذج البرنامج يمكن تبنيها، والتـــي تلبـــي المعايير المعقولة للفعالية التـــي تستحق إقحامها في السياسات.

3.2 الخطوة 3: المشاورة والمفاوضة

إن المفاوضات وبناء إجماع الرأي أمران حاسمان في كل مرحلة من دورة تخطيط السياسات. إذ. سيستعمل صناع السياسات الفعالة خطوة جمع المعلومات التمهيدية كفرصة للبدء ببناء إجماع الرأي. وربما يكون الأطفال والمراهقين أنفسهم متحفزين جداً لتوفير المعلومات حول احتياجاتهم ويُمكن أن يكونوا مساهمين هامين في صياغة السياسات الصحية النفسية. ولدى الآباء وأفراد العائلات معارف حسيسية حول أثر الاضطرابات النفسية على وظيفة الأطفال والمراهقين والعائلة. وتؤثر حقائق السياسات التمويلية والخطط دائماً على جوانب الإجماع التـــي ستصبح حقائق نهائية.

الإطار 3. مشروع بحثي للعمل التشاركي المرتكز على المدرسة

كان برنامج الصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين المرتكز على المجتمع مشروعاً بحثياً للعمل التشاركي، ولقد اكتنف بأسلوب فعال قادة القرى والعائلات في كل مرحلة من البرنامج، عبر وضع خريطة للإحالة. ولقد شارك الأطفال والعائلات من 15 قرية في مقاطعة كاندال في كمبوديا، وشارك كذلك طلابٌ متطوعون مسحيون، والمدرسون من أربعة مدارس في مقاطعة كاندال في المشروع الارتيادي، وقام 15 من الطلاب المتطوعين الذين يدرسون علم النفس بتقييم "الحاجات الصحية النفسية" في المجتمع، ولقد أُحدثت مجموعة أساسية لتنفيذ البرنامج، ولقد استعمل الاستبيان البحثي حول الأطفال (R Q C) لتقييم معدل انتشار المشاكل النفسية والعصبية النمائية عند الأطفال والمراهقين في الفئة العمرية ما بين 2 – 18 سنة. سلطت نتائج البحث الضوء على الاحتياجات التعليمية النفسية الاجتماعية وعلى المبادرات المرتكزة على المجتمع لتعزيز النماء والصحة الشاملة عند الأطفال.

مركز الصحة النفسية عند الأطفال، كارتياس، كمبوديا، 2004م.

ولابد إذاً من المحافظة بقوة على اكتناف جميع المعنيين بالصحة النفسية الرئيسيين من خلال دورة اتخاذ القرار، ويوفر الإطار 4 قائمة بمثل هؤلاء المعنيين.

الإطار 4. أمثلة عن المعنيين بالصحة النفسية الذين يمكن استشارتهم عند تطوير السياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين

المؤسسات الأكاديمية المكتنفة في تدريب كل من:
الأطفال والمراهقين.
الأطباء النفسيين والمختصين بعلم النفس.
أطباء الأطفال.
معلمي المدارس
العاملين الاجتماعيين.

مجموعات المستهلكين ولاسيما: المهتمين بالأطفال والمراهقين.

الوكالات الحكومية:
رئاسة الحكومة.
الوزارات المعنية بالخدمات:
التعليم
العمل
البيئة
المالية
الصحة
الإسكان
الشؤون الخارجية
العدل
الداخلية
الشرطة
الرفاه الاجتماعي
التجارة والصناعة

المهنيون الصحيون
والمهنيون الصحيون النفسيون الذين يعملون في الرعاية المجتمعية أو الخدمات الصحية النفسية للبالغين
الاتحادات العمالية للعاملين الصحيين النفسيين

المنظمات التي تمثل المجموعات المحرومة:
الأشخاص الواطنين "السكان الأصليين"
منظمات المساعدة القانونية
اللاجئون
الأقليات القبلية
المنظمات غير الحكومية

المؤسسات التعليمية:
الكليات
الرعاية التعليمية
المرافق/رياض الأطفال
المدارس
الجامعات

التنظيمات الدينية

تنظيمات العائلات ومقدمي الرعاية

مقدمو الخدمات في:
الصحة النفسية للأطفال والمراهقين
مستشفيات الأطفال

مؤسسات الولاية أو الحكومة
وكالات مكافحة تعاطي العقاقير
محاكم الأحداث
مراكز حجز الأحداث
الحكومات المحلية
البرلمان
الشرطة
موظفو الإطلاق المؤقت "لنزلاء المصح النفسي"

الوكالات الدولية:
الأمم المتحدة
اليونيسيف "صندوق الأمم المتحدة لرعاية الطفولة"
الاتحاد الدولي للصحة النفسية
منظمة الصحة العالمية.
برلمان الشباب
الأقليات القبلية والعشائرية

النقابات المهنية:
أطباء الأطفال
الأطباء النفسيون
المختصون بعلم النفس
العاملون الاجتماعيون
المدرسون
الآباء وبقية أفراد العائلات.

لابدّ من المحافظة على الاكتناف التام لجميع المعنيين الرئيسين بالصحة النفسية من خلال حلقة صناعة السياسات ويوفر الإطار 4 قائمة شاملة بأصحاب الشأن الذين يجب استمرار اكتنافهم لتطوير السياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين، ومع ذلك فلن يحضر جميع المعنيين ولن يكون لهم المستوى نفسه من الأهمية في الدولة.

كثيراً ما تسعى المفاوضات والمشاورات إلى إظهار الدعم الكافي من الكتلة الحرجة للمعنيين بالصحة النفسية من أجلِ إيجاد توليد الدعم السياسي الكافي بين متخذي القرار. ومهما يكن لابدَّ من فهم أهمية الأسباب الأُخرى لمشاورة طيف واسع من المعنيين بالصحة النفسية.

أولاً: تتجاوب البيئة الاجتماعية لمثل هذه الاهتمامات والاحتياجات عند الأطفال والمراهقين مع مجال من الأوضاع، كالعائلة والمدرسة والمجتمع على سبيل المثال. وثمة مسالك عديدة لسبر التعديلات النفسية الاجتماعية والصحية النفسية الجيدة. ولذا تحتاج الصحة النفسية الشاملة للأطفال والمراهقين إلى التوجه نحو تنويعة من الأوضاع، ويُمكن أن يسهم كل منها في عناصر السياسات. وعموماً فإن من يرتبط بوضع خاص بالأساس يعد أفضل العناصر السياسية المساهمة بالأمور التـــي تتعلق بذلك الوضع. إن نجاح سياسة تعزيز الصحة النفسية المرتكزة على المدارس على سبيل المثال يصبح ممكناً أكثر إذا اكتنف رجال التعليم في صياغتها.

ثانياً: يمكن لعملية المشاورة أن تزيد مساهمة المعنيين الرئيسيين بالصحة النفسية. إذا اكتنف الأشخاص المعنيون تماماً في تطوير السياسات، ويمكن اكتساب الاهتمام الواسع لإنجاح السياسات، إذ قد يفعل هؤلاء المعنيون أي شيء ممكن لجعل السياسات تقوم بعملها. يحصل الوضع المعاكس عندما تفترض السياسات الالتزام الضروري لهؤلاء لتنفيذها الناجح، وفي هذه الحالة قد يترعج هؤلاء المعنيون لعدم استشارتهم وربما ينظرون إلى تنفيذ السياسات كعبء لا يرغبون به. وربما يلاحظون كذلك الضعف في السياسة التـــي ستخفف من تحفيزها لكي تكون ناجحة.

ثالثاً: في حين قد يشاهد المعنيون بالصحة النفسية منافع العافية النفسية للأطفال والمراهقين، فقد يعتقدون مخطئين بأنَّ الصحة النفسية تقع خارج مملكتهم. ربما يريد اكتنافهم في عملية تطوير السياسات من بصيرتهم في المساهمة الممكنة لقطاعاتهم في الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. ربما تنجم هذه الزيادة في البصيرة عن الوعي واستغلال الفرص لتعزيز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين التـــي قد تظهر في مشاريع أو نشاطات أُخرى. ولذا فإن فوائد الاكتناف في عملية الصياغة السياسية قد تتضخم بطرق لا يمكن التنبؤ بها.

إن المشاورة هي عملية مستمرة، وستختلف الحاجة إلى المعنيين بالصحة النفسية بحسب مرحلة تطور السياسات والخطط.

4.2 الخطوة 4: التبادل مع الدول الأُخرى

يُمكن أن يكون التبادل مع بقية الدول مفيداً. ولابد من الاطلاع على التقدم العلمي الدولي والتجارب في التدخلات والسياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين. ويحتمل أن يحدث ذلك أكثر عند وجود تواصل بين مطوري السياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين وبين نظرائهم في بقية الدول.

يُمكن أن تقوم المشاورات الدولية بمساهمة هامة عندما تعكس الجوانب المتشابهة مثل التطور الاقتصادي وتنظيم النظام الصحي والترتيبات الحكومية. ويمكن كذلك للدول الأكثر تطوراً أن تشجع كثيراً المشاركة في الموارد مع الدول الأقل تطوراً، من خلال تقديم الاستشارات ورعاية الزيارات وتبادل البرامج من أجلِ التدريب أو المهمات التدريبية ذات التمويل المشترك أو المشاريع التنموية المشتركة.

يُمكن أن تكون المنظمات الدولية والوطنية وسيلة لتوفير الدعم وتعزيز شبكة العمل (مثل الجمعية الدولية للطب النفسي للأطفال والمراهقين والمهن المرتبطة بها، والجمعية العالمية للصحة النفسية للأطفال، والاتحاد العالمي للصحة النفسية). ويُمكن أن تسهل رئاسة منظمة الصحة العالمية ومكاتبها الإقليمية التبادل بين الدول.

5.2 الخطوة 5: وضع الرؤية، والقيم، والمبادئ، والأغراض السياسية

يطور صناع السياسات في هذه الخطوة جوهر السياسات التي عرفوها عبر نتاجات الخطوات الأربعة الأولى. ولابد من التوجه إلى زوج من المرامي التي **تستجيب للمشاكل** (مثل توفير التدخلات النفسية الاجتماعية للأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطرابات النفسية) والتي تعزز **النماء الصحي** (مثل تعزيز العائلات ذات الوظيفة الجيدة، وبرامج مهارات الحياة المرتكزة إلى المدارس).

تمثل ***الرؤية*** التوقعات لمستقبل الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. يُمكن أن تتضمن الرؤية أنماطاً من الخدمات المطلوبة والطريقة التي ستمول بها. وينبغي أن تصف ما هو المرغوب أو ما الذي سيجري النضال من أجله. ومهما يكن يُمكن أن تكون واقعية بمعنى ما يمكن تحقيقه في السياق الاجتماعي والاقتصادي والوقائع في الدولة. ينبغي استخدام الرؤية لتحفيز جميع المعنيين بالصحة النفسية وتوحيدهم وبمناشدة مثالياتهم العليا ومحفزات الإيثار والغيرية.

تنطبق ***القيم*** على الجودة والفائدة والاستحقاق الجوهري. وتحتاج القيم للتوافق مع الرؤية والانسياب معها. تتوطّد الكثير من القيم العميقة عبر صناع السياسات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين، والمخططين، ومقدمي الخدمات والمبشرين بالصحة النفسية. التي تتضمن قيم *التخفيف من المعاناة* وتقوية *اكتناف العائلات*. وبالطبع حتى بين أولئك الذين يصفون هذه القيم، يُمكن أن تكون القيم مختلفة عن تضميناتهم ومعانيهم. يعتقد بأن اكتناف العائلات أمر

حاسم في الخدمات الطبية النفسية عند الأطفال التـــي تكون فيها استراتيجية التدخل الأساسية دوائية، وعلى نحو أساسي لضمان الالتزام بالمعالجة. وعلى نقيض ذلك في وحدة المداواة العائلية، حيث قد تمضي كتلة الجهود المهنية نحو تعديل بنية العائلة مع عدم التركيز غالباً على "منسب المريض" الذي تؤهبه مشاكله للإحالة إلى الوكالة. وثمة قيم أُخرى أكثر خصوصية بالظروف الثقافية والاقتصادية، والتـــي تقوم بدور من خلال الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين. يجب أن تكون المشاركة المجتمعية قيمة أساسية لمجموعة الدفاع عن المستهلكين. ومهما يكن، فقد تكون المشاركة المجتمعية قيمة لا تراعى عند تطوير السياسات عند منظمات الحفاظ على الصحة التـــي تهدف الربح. إن المقتضيات الرئيسية لهذه الملاحظات هي أن القيم تحتاج للإسهاب والتفاوض بين جميع المعنيين بالصحة النفسية مع وجهة نظر تهدف لتحقيق الإجماع في الرأي. وينبغي أن يعقب تطوير السياسات الإحالة المتوافقة إلى هذه القيم للتعزيز القوي للنـــزاهة السياسية والتماسك والاستمرارية والشمولية.

الإطار 5. أمثلة عن القيم والمبادئ في السياسات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين

القيم	المبادئ
حماية المجموعات الحساسة والسريعة التأثر في المجتمع ودعمها.	يجب تطوير الخدمات الصحية النفسية الخاصّة بالأطفال والمراهقين.
مراعاة الصحة النفسية كجزء غير منفصل عن الصحة البدينة	يجب أن تتكامل الخدمات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين مع الخدمات الصحية العامة.
كفالة العدالة وتأمين المساواة	يجب أن تكون الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين متاحة للجميع، بغض النظر عن ظروفهم الاقتصادية والاجتماعية وموضعهم الجغرافي.
وضع المسؤوليات حول الوقاية من الضرر الاجتماعي والانفعالي والنفسي	يجب أن يتوجه النظام الصحي إلى تخفيف عوامل الاختطار في الصحة النفسية السيئة، وإلى تعزيز العوامل الواقية.
تعزيز النماء الصحي	يجب أن تسعى التدخلات إلى تعزيز النماء الصحي لجميع الأطفال والمراهقين.
احترام استقلالية الأطفال والمراهقين	يجب اكتناف الأطفال والمراهقين في اتخاذ القرار الذي يهتم بتطوير الخدمات والبرامج وتنفيذها.

*هذه الأمثلة ليست توصيات خاصة للعمل

انظر الإطارين 12 – 13 من أجل الرؤى التـــي قد تنبعث منها القيم والمبادئ، والأغراض التـــي قد تنشأ عنها.

يمكن النظر إلى ***المبادئ*** كأفعال واسعة لتطبيق القيم. إذ تنبعث دلائل الأفعال أو السلوكات من القيم. ومثال ذلك، المبدأ الذي يقتضي اكتناف المدارس في تطوير السياسات وتوفير الخدمات التـــي تنساب من تثمين قيم مشاركة المجتمع. إن توفير الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين في أوضاع الرعاية الصحية الأولية ينبع من القيم المقبولة.

الأغراض أكثر وصفية من المبادئ، وتنطبق على الأسلوب الذي تنفذ به السياسات لكي تتحقق، وبكلمات أُخرى، فإنها سبب لتكوين المبادئ ومن ثم القيم والرؤية. ويجب أن تكون قابلة للقياس لضمان المساءلة. ولا توجد نقطة للحصول على الرؤية العالية ونسق القيم والمبادئ الملهمة عند وجود الفشل في تطبيقها عند التوجه لتحديات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. ولقد حددت منظمة الصحة العالمية ثلاثة أغراض للسياسات الصحية هي: (1) تحسين الصحة عند الناس، (2) الاستجابة لتوقعات الناس، (3) توفير الحماية المالية لمواجهة تكاليف الاعتلال الصحي عبر آليات توزيع التكاليف وتقاسمها وعبر الضمان والتأمين. ويمكن تطبيق ذلك على الصحة النفسية للأطفال والمراهقين.

وبهذا الوصف عن الرؤية والقيم والمبادئ والأغراض نكون قد ألمعنا إلى أن عملية تطوير السياسات تجري ضمن هذه الخطوات بأسلوب خطي. وليس بالضرورة أن تجري هذه الخطوات بالتسلسل في الممارسة العملية.

6.2 الخطوة 6: تحديد جوانب العمل

تتحول الأغراض إلى جوانب للعمل بعد تحديدها. ينبغي أن تتضمن السياسات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين الأعمال المتناسقة في جوانب عديدة لتجنب التطوير المنعزل ذي الأثر المحدود. ينبغي أن تقوي الأفعال في الجوانب المختلفة بعضها بعضاً. لا بد من حدوث هاتين الحالتين، أولاً: ثمة حاجة بجب إدراكها بوضوح حول ملاءمة هذه الأفعال للسياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين، وكثيراً ما قد تكون الحالة كذلك إذا جرى اتباع الخطوات من 1 إلى 5. ثانياً: ثمة حاجة أكيدة للتعاون بين القطاعات، ولذا فإن فرص التآزر يمكن إدراكها ولابدَّ من تجنب الازدواجية. وبوضوح ثمّة فرصة كبيرة إذا كانت عملية مشاورة المعنيين بالصحة النفسية شاملة وكاملة وإذا تمت المحافظة على المشاركة.

يمكن استعراف بعض العناصر المشتركة من تجربة تنفيذ السياسات في أجزاء مختلفة من العالم على مدى بضعة سنين سابقة. ولقد جرى تدوين هذه العناصر المشتركة في الإطار 6.

الإطار 6. جوانب العمل في الصحة النفسية للأطفال والمراهقين

التمويل

التعاون بين القطاعات

التشريعات وحقوق الإنسان

التبشير بالصحة النفسية

أنظمة المعلومات

البحوث وتقييم السياسات والخدمات

تحسين الجودة

تنظيم الخدمات

التعزيز والوقاية والمعالجة والتأهيل

تحسين إتاحة الأدوية النفسية التأثير واستعمالها

التدريب وتطوير الموارد البشرية

لما كان ثمة اتفاق عام بأن وزارات الصحة تحتاج للقيام ببعض العمل في معظم هذه الجوانب لكي تستجيب للأغراض الإجمالية للسياسات الصحية، فإن التشديد سيتفاوت على كل جانب أو على الأولويات من خلال كل جانب من دولة أو منطقة إلى أُخرى. إن الاحتياجات والمطالب الصحية النفسية للسكان بالإضافة إلى التنظيم المجتمعي والثقافة والسياسات العمومية، ستحدد انتقاء التشديد أو الأولويات من بين هذه الجوانب.

التمويـــل

إن التمويل الكافي المضمون الاستمرار هو أحد أهم العوامل في تنفيذ السياسات. وهو وسيلة قوية تسمح لوزارة الصحة بتحويل السياسات إلى واقع (*راجع دليل تمويل الصحية النفسية*).

نحتاج لاستعراف الميزانيات المنفصلة للأطفال والمراهقين، وعند عدم حصول ذلك، ثمة خطر بأن الخدمات الصحية النفسية للبالغين (التـــي تكون قليلة التمويل عموماً) ستسحب المال بعيداً عن ميزانية الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين. وبطريقة مشابهة ثمة احتياجات لأن تكون الإجراءات التـــي يجري بوساطتها الإنفاق ممكنة الرصد والإبلاغ بانتظام. ولذا يمكن القيام بالمقارنات بين الميزانيات والإنفاق من أجلِ الأطفال والمراهقين مع الأشخاص المسنين. مما يسهم بتعظيم الشفافية في قرارات التخصيص، والدعم بالمزيد من توزيع الموارد الكافية واستعراف الجوانب ذات الأولوية لحاجات التخطيط المستمر.

لابد من التمويل المضمون الاستمرار لسببين هما: (أ) تحتاج بعض التدخلات عند الأطفال والمراهقين إلى الإتاحة لفترة ممتدة من الزمن، (ب) ربما تصبح فوائد إحدى التدخلات واضحة بعد عدة سنوات فحسب. ولكي نضمن امتداد الميزانيات من دورة انتخابية إلى أُخرى، يجب

بذل الجهود التثقيفية وجهود التبشير بالصحة النفسية لضمان ألا يرتكز التمويل على اهتمامات قصيرة المدى. وتوفر المنظمات غير الحكومية في بعض الدول أغلبية خدمات الأطفال والمراهقين. ولابد من تشجيعها على تطوير الخدمات مع الاستمرار المضمون لمدة طويلة.

يحتاج تمويل الخدمات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين إلى توفير ما يحفز *الجهود التعاونية بين الوكالات المتنافسة المسكنة*. إن احتياجات الأطفال والمراهقين بدلاً من أن تكون احتياجات البرنامج يجب أن تكون أولوية لتوفير التمويل. ولا شكَّ بأنه من أجلِ الأطفال والمراهقين المصابين باضطرابات معقدة فإن التمويل التعاونـــي مرغوب به لأنهم يخالطون عدة وكالات.

إن أشيع الحوافز التمويلية للتعاون بين القطاعات هو التمويل المشترك. إذ يمكن مثلاً أن يتضمن أحد برامج تعزيز الصحة النفسية عند أطفال الشوارع (خدمات المشورة حول العقاقير) والتعليم (دعم المدارس)، والعدل (الإحالة إلى السجن للأحداث الجانحين)، وهذا يوفِّر حوافز للوكالات المختلفة للعمل معاً للتجاوب مع أغراض البرنامج. إن الفوائد الإضافية للتعاون القطاعي واضحة وهي أكثر من الوعي بالدور الكافي للآخرين الذين يقومون به لتعزيز الصحة النفسية بين جمهورهم.

الاحتياجات التمويلية لدعم تطوير استمرارية الخدمات التـــي تنطبق على المزج المثالي لطيف واسع من الخدمات النفسية الاجتماعية والبيولوجية الطبية. يجب أن تؤخذ اختيارات مستعملي الخدمات بالحسبان عند اتخاذ القرارات حول الخدمات التـــي ستقدم. يعتمد مدى الخدمات المتاحة على المستويات المختلفة (الرعاية الأولية، أو المجتمع، أو المستشفيات العامة، أو المؤسسات النفسية) على اتخاذ القرارات التمويلية على المستوى الوطنـــي وعلى مستوى المناطق. (راجع *دليل تنظيم الخدمات الصحية النفسية*).

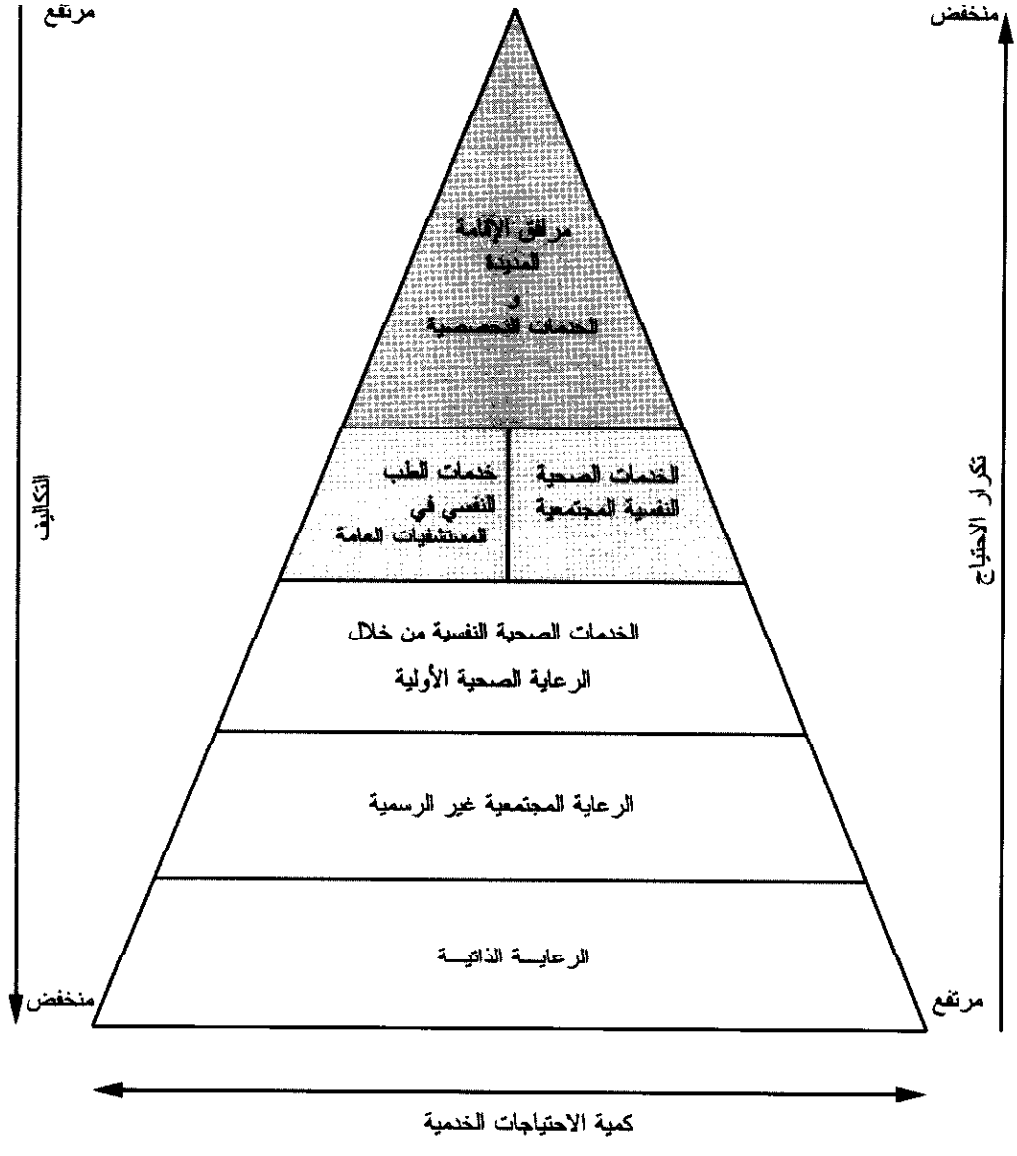
ينبغي أن يتضمن تمويل الخدمات ***بعض المرونة*** لحساب تكاليف "الناشزين" وهي الحالات الباهظة والشاذة والتـــي يُمكن أن تحرف وسطي تكاليف الرعاية. وتتضمن أمثلة مثل هؤلاء "الناشزين" الأطفال والمراهقين المصابين بالفُصام الوخيم، أو اضطراب الوسواس القهري الوخيم. إن الاستجابة للمعالجة ومدة الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين قد لا يمكن توقعها في الرعاية المديدة المحتومة. إن استباق التعرض التمويلي المحدود للاستعمال غير المتناسب من قبل عدد من المستهلكين يُمكن أن يجنبنا الأزمات التمويلية.

تنظيم الخدمات

إن تنظيم الخدمات الصحية النفسية الملائمة للأطفال والمراهقين هو أحد التحديات، وحتـــى في معظم الدول المتطورة. ومهما يكن لا يعتمد المدى الذي نستجيب به لهذا التحدي على الموارد المتاحة من خلال الدولة فقط، ولكنه يعتمد كذلك على الإرادة والابتكار لتعزيز القوة المحلية وتجميع الموارد، والتأكيد على الالتزام بالتيار السائد للأطفال والمراهقين المصابين

بالاضطرابات النفسية في الأوضاع المجتمعية.

يظهر الشكل 3 توصيات منظمة الصحة العالمية حول المزيج المثالي للخدمات. ويوفر الجدول 3 أمثلة عن الخدمات النوعية المتعلقة بهذا المزيج المثالي. إذ يجب أن تكون معظم الرعاية الصحية النفسية من نوع تدبير الرعاية الذاتية. والخدمات الصحية النفسية المجتمعية غير الرسمية. ويجب أن تكون متبوعة بالخدمات التـــي توفرها الرعاية الأولية، والخدمات الصحية النفسية المجتمعية والخدمات في المستشفيات العامة. وثمة دور ضئيل للمستشفيات النفسية من خلال هذا المزيج المثالي للخدمات. وفي حين تتفاوت الحاجة المطلقة لمثل هذه الخدمات بين الدول، فإن نسبة الخدمات المطلوبة متشابهة تقريباً.



الشكل 3: توصيات منظمة الصحة العالمية حول المزيج المثالي للخدمات

المصدر: عن منظمة الصحة العالمية، 2003 مع التعديل.

تجري خدمة الأطفال والمراهقين على نحو أفضل عموماً عبر مرافق المرضى الداخليين المنفصلة عن الرعاية الصحية النفسية للأطفال والمراهقين إذ إنهم يعانون من الخوف والذعر إن عولجوا بمحاذاة البالغين. وكذلك فكثيراً ما توجد وسائل وأدوات ومرافق ضرورية خاصة بالرعاية الصحية النفسية للأطفال والمراهقين، مثل الألعاب العلاجية، ودلائل تقييم التقدم وشاكلات جمع المعطيات والمشاهدات. وثمة خيار آخر هو وضع الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين بمحاذاة المرافق الصحية العامة للأطفال والمراهقين. وثمة بعض السيناريوهات حيث تكون مزايا توليف خدمات الأطفال والمراهقين. وفي حالة خدمات الأمهات اللواتـــي يعانين من الاضطرابات النفسية التالية للوضع، على سبيل المثال، ربما يكون من الملائم محاولة وضع الصحة النفسية للرضع في المكان نفسه.

لابد من التنسيق على مختلف المستويات العلاجية المتاحة من أجلِ المستويات المختلفة لوخامة الاعتلالات. مثلاً، يجب أن تكون وحدة تأهيل العقاقير التـــي تعالج المراهقين من مشاكل مثل تنشق الغراء (glue snifing) أو تدخين الأفيون؛ على تماس مع استشاري الإدمان المحلي الذي قد يعالج الشخص بعد تخرجه من الوحدة. وعلى نحو مشابه العامل الصحي الذي يستقصي ويبادر بمعالجة الطفل المصاب بالصرع ينبغي أن يخالط المعالج الشعبـــي الذي يستشار كذلك.

انبعث مفهوم ***استمرارية الخدمات*** لضمان الترابط الجيد بين الخدمات. إذ تقتضي الاستمرارية ترابط الخدمات: (أ) من الخدمات الأكثر تقييداً (مثل رعاية المرضى الداخليين) إلى الخدمات المرتكزة على المجتمع الأقل تقييداً (العيادات العلاجية للمرضى الخارجيين)، (ب) وبين البرامج التـــي تقدمها الوكالات المختلفة التـــي توفر احتياجات الأطفال أو المراهقين في الأوضاع المختلفة. ومن المحتمل في غياب استمرارية الرعاية أن يكون استعمال الخدمات غير ناجع. تتيح استمرارية مرافق الرعاية وتسمح للأطفال والمراهقين بالمعالجة في سياق عائلاتهم ومجتمعاتهم، (*راجع دليل تنظيم الخدمات الصحية النفسية للمزيد من التفاصيل*).

ولابد من اكتناف الآباء والعائلات والمجتمعات بقوة في تخطيط الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين. إذ ربما يكون الآباء مثلاً قادرين على اقتراح التغييرات التـــي سوف تحسن الخدمات الموجودة أو الثغرات المشار إليها في استمرارية الخدمات الموجودة التـــي يمكن التوجه إليها عبر الخدمات الجديدة وتوفير الدعم الأساسي. يشرح الإطار / التخطيط العلاجي على مستوى الأنظمة وكذلك النتاجات الإيجابية التـــي يمكن تحقيقها عندما يكتنف الآباء والعائلات في الخطة العلاجية للصغار.

الإطار 7. التخطيط العلاجي على مستوى الأنظمة واكتناف أفراد العائلة

المثال الأول (جريمز 2001)

إنَّ برنامج الخدمات الصحية النفسية في ماساشوسيت من أجل الشباب (MaMHSPY) يدعم نموذج "المشاركة الحكومية" للتوجه إلى الاحتياجات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين. تنسق ست وكالات للتركيز على مجموعة الأطفال المختطرين أو المصابين بالاعتلال. استعملت "الموجودات المختلطة" التـــي تعنـــي بأن كل وكالة تسهم بنسبة من التمويل من أجل البرنامج. شارك ممثلون عن العائلات وصناع القرار في الوكالات في لجنة توجيه MHSPY. وجرى التوجه إلى المعنيين بالصحة والصحة النفسية في هذا النموذج الحكومي. وجرى وضع معايير الاستحقاقات للشباب والعائلات عبر إجماع الرأي باستخدام الأحراز المتاحة السهلة من أجل الضعفاء (مثل: أحراز التقييم الوظيفي للأطفال والمراهقين، CAFAS) تراوح المجال العمري ما بين 3 – 18 عاماً، وأعطيت الأولوية لمن كان على اختطار أكبر (الأحراز أكثر من 40 درجة) أي لمن كان خارج المنزل.

تضمّنت الفوائد قائمة طويلة من الخدمات الحالية المتاحة التـــي ينظر إليها "كرعاية اعتيادية" بالإضافة إلى قائمة من البرامج المتطورة الأخرى كاستجابة للحاجات الملحوظة. وكان لكل عائلة مدير للرعاية يعمل على تنفيذ الرعاية المخطط لها من الفريق الذي يضم المهنيين وغير المهنيين ولقد أبدَع الفريق "مهمة" للطفل. وجرى تنفيذ تقييم قوي يرتكز على استعراف الاحتياجات، وتخطيط التدخلات. ولقد قام مدير الرعاية بإيتاء بعض الرعاية، وربطها بالرعاية الأولية ورصد الرعاية كلها. وكان ذا علاقة حميمة مع العائلة، ولكنه لم يكن مُعالِجاً، وكان قياس النتائج "الأيام خارج المنزل" فقد فشل بعمق بسبب هذا التدخل. ولقد تحسنت التدابير المدرسية والعائلية والمجتمعية. وانحرف استعمال الخدمات نحو التكاليف الأقل والخدمات الأقل تقييداً. وأصبح الرضا عن البرنامج واستبقاء هذا الرضا عالياً.

المثال الثاني

الطفل أنتونـــي عمره 15 سنة وهو أمريكي أفريقي (ومكانه الأصلي في برنامج الصحة النفسية في وارباروند ميلووكي). وقد شخّصَ كمصاب باضطراب فرط الحركة مع نقص الانتباه والاكتئاب الرئيسي بسبب تعدد الأضرار الجرمية للممتلكات، تتضمن مقدرة عائلة انتونـــي رغبة أبويه في إبقائه في المنـــزل، وعدد الخالات والأخوال الذين كانوا مهتمين بكونهم موارد له في أوقات الكرب والإجهاد العائلي، وحوافز عائلته على التغيير. تتضمن المقدرة الشخصية لأنتونـــي الطبيعة المنبسطة، والتأثر بأقربائه، والرغبة بإيجاد عمل، والرغبة بحب أبويه.

يتضمن فريقه الصحي النفسي (الذي يدعى فريق العائلة والطفل) أمه، وزوج أمه، وخالته، ومعالج منـــزلي، وعامل مخصَّص لمن هم تحت الاختبار والمراقبة، وناصح متطوع والعامل الصحي النفسي الخاص به (الذي يدعى منسق الرعاية الخاص به). تضمن الخدمات الرسمية التـــي يتلقاها من خلال برنامج الصحة النفسية المعالجة في المنـــزل، والمعالجة النهارية، والنصح، والتدريب على العمل. وفرت خالة أنتونـــي الخدمات غير الرسمية، كان أنتونـــي يريد البقاء معها في خلال فترات نوباته.

كان أنتونـــي في برنامج الصحية النفسية لمدة عامين، ولم ينتهك القانون مرة أُخرى وكان تلميذ شرف في المدرسة المجاورة لمدة قصيرة. وكان يطلب العمل كذلك كموظف بدوام جزئي.

التعزيز والوقاية والمعالجة والتأهيل

يجب أن يراعي صناع السياسات الخيارات الفعالة للوقاية من المرض، وتعزيز الصحة، والمعالجة والتأهيل. يُمكن أن يكون لتعزيز الصحة والوقاية من المرض بين الأطفال والمراهقين بصورة خاصة مقتضيات بعيدة المدى. مثلاً، إن معظم الاضطرابات النفسية التـــي يعانـــي منها البالغون لها منشأ في الطفولة أو المراهقة. ويُمكن أن نخفف من مدى الضعف الوظيفي المديد لها عبر التعرف المبكر والتدخل الحازم واليقظ في مثل هذه الحالات. يُمكن أن تركز التدخلات التـــي تعزز الصحة على العوامل التـــي تحدد الاعتلال الصحي النفسي أو تحافظ عليها، مثل الفقر والوصمة.

ابتكرت برامج مهارات الحياة والمدارس الصديقة للطفولة؛ لتعزيز الصحة النفسية الإيجابية والقويمة ولمساعدتها. ويقود مفهوم الشفاء التدخلات في نيوزيلندة. يؤكد هذا المفهوم الحاجة إلى دعم "القدرة على الحياة الجيدة بوجود أحد الاعتلالات النفسية أو بغيابه".

ينبغي أن تكون الفئات الحساسة الشديدة التأثر أو المستضعفة من الأولويات مثل الأيتام والأطفال المصابين باعتلالات طبية مزمنة، والمصابين بإعاقات التعلم، واللاجئين، والمعوقين نفسياً، والمضطهدين أو المنتهكين عاطفياً أو جنسياً أو بدنياً. أو الأطفال المُهْمَلين والأطفال أو المراهقين المكتنفين في نزاعات قانونية، يجب القيام بالمحاولات لتقديم التدخلات في الأوضاع التـــي ينشغل فيها الصغار التـــي تتضمن المدارس وأماكن العمل، والنوادي في الأماكن السكنية، ووكالات الشباب، والخدمات الصحية، ووسائل الإعلان والعائلات.

الإطار 8. مشروع تعزيز الصحة النفسية المدرسية في إيران

أنشئ مشروع الصحة النفسية في إيران عام 1988، وركز بصورة رئيسية على دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية. وبلغ عدد جيل الشباب مؤخراً حوالي 16.5 مليون من تلاميذ المدارس، وثمة عملية تحضُّر سريع تصاحبت مع عقابيل نفسية اجتماعية انعكست على مسوح مختلفة التـــي كانت تتوجه من خلال تعزيز الصحة النفسية في المدارس. وبدأ مشروع ارتيادي لأطفال المدارس وآبائهم في داما فاند وهي مدينة تقع في شمال طهران. ولقد حسن التدخل بدرجة هامة مواقف التلاميذ وآبائهم حيال الصحة النفسية وزاد من تقدير الذات عند التلاميذ، وخفف من الخوف من الامتحانات، وأنهى العقاب البدنـــي وخفف التدخين والاعتداءات الجنسية. ولقد جرى توسيع البرنامج ليشمل الدولة كلها.

يجب أن توصف الأدوية عند الأطفال والمراهقين عند الاستطباب السريري وكجزء من التدبير الشامل عموماً، وليس الغرض من هذا الدليل توفير الإرشاد للتدخل السريري. يجب أن يستند الحكم على استعمال الأدوية عند الأطفال والمراهقين إلى البينات العلمية عند وجود الاستطباب السريري المتاح في السياق الخاص بهم. ثمة الكثير مما يتعلق باستعمال الأدوية من المنشورات والدلائل المتاحة التـــي وضعتها المنظمات المهنية والمجموعات الاستشارية (الأكاديمية الأمريكية

للطب النفسي عند الأطفال). يجب أن تعكس السياسات المناقشات المستمرة حول البيّنات عن فعالية الأدوية المختلفة، وينبغي بذل الجهود لضمان أن يفهم الأطفال والمراهقون وعائلاتهم التوصيات الخاصة بكل دواء وأن يوافقوا عليها.

ولابد من ضمان الإمداد المنتظم بالأدوية على مستوى المرافق العلاجية. ولابد كذلك من توفير ميزانيات ملائمة لضمان الإمدادات المنتظمة. ربما يسهم استعمال الأدوية الجنسية الرخيصة في احتواء التكاليف (راجع دليل استعمال الأدوية النفسية التأثير وإتاحتها).

التعاون بين القطاعات

ثمّة بينات بأن عافية الأطفال والمراهقين تتأثر بمشاركتهم في القطاعات العديدة في المجتمع، لذا يجب أن تقوي السياسات الصحية النفسية التعاون بين القطاعات العديدة مثل التعليم والرفاه الاجتماعي، والدين، والإسكان، والخدمات الإصلاحية، والشرطة، وبقية الخدمات الاجتماعية. يمكن أن يؤلف جميع المعنيين بالصحة النفسية الذين استشيروا في البداية موارد للتعاون بين القطاعات (الإطار 4)، ولابد من نضع في أذهاننا الأسباب الرئيسية للتعاون بين القطاعات:

- يزيد التعاون بين القطاعات من سعة الإدراك ومن الشمولية في كل قضية ينظر فيها.
- يشجع التعاون بين القطاعات على استمرارية الرعاية.
- يتوجه التعاون بين القطاعات إلى المشاكل الناجمة عن عوامل الاختطار المشتركة التي تتجلى في العديد من القطاعات المختلفة.
- يمكّن التعاون بين القطاعات من طيف من الأساليب المختلفة لشق الطريق أمام القضايا التي نتوجه لها.
- يمكن التوجه إلى القضايا المشابهة أو المماثلة في الأوضاع المختلفة.
- يزيد التعاون بين القطاعات من النجاعة والجدوى الاقتصادية من خلال التخفيف من الازدواجية ومن خلال تعزيز التآزر بين القطاعات.

ويوفر الإطار 9 عدداً من المقترحات لتسهيل التعاون بين القطاعات.

الإطار 9. مقترحات لتسهيل التعاون المثالي بين القطاعات

من ينبغي أن يتعاون ولماذا؟

- ينبغي أن يتضمن التخطيط البدئي الاستعراف الحساس لمن ينبغي اكتنافه.
- ينبغي أن يصل جميع المشاركين إلى فهم مشترك أي لماذا نحتاج للعمل معاً، وما الخطوة الحاسمة لتحقيق الالتزام المطلوب لمثل هذا العمل.

الدعم البنيوي:

- ينبغي أن يكون التعاون بين القطاعات من النوع المؤسساتـــي وألا يعتمد على ترتيبات الأغراض الخاصة وإسداء المعروف.
- يمكن إقامة الوضع المؤسساتـــي بحسب الأشكال التالية: ابتكار الحوافز ونظام المكافآت المرتبط مع العمل التعاونـــي بين القطاعات/فرص العمل التـــي تتجاوز العوائق التقليدية، تطوير الفريق الذي يركز على تحضير القطاعات المعنية بالمشاركة في المشروع التعاوني.

التوجه إلى المرامي والمنظورات المختلفة:

- تحتاج القطاعات المختلفة لإدراك مراميها ومهماتها المشتركة والطريقة التـــي يُمكن أن تسهم فيها في كل جانب تخصصي لتحقيق هذه المرامي والمهمات.
- نحتاج لتوفير فرص جذب القطاعات الأُخرى مع بعضها. وغالباً ما يجري اكتشاف الفوائد من العمل التعاونـــي بين القطاعات.
- يساعد التعاون القطاعي المؤسساتـــي (الذي شرح سابقاً) في ابتكار البنية التـــي تقوي القطاعات المختلفة للعمل مع الآخرين ومن خلال العمل معاً، وفي تحقيق مراميهم ومساهماتهم المشتركة.
- يساعد التركيز العضوي المشترك على جذب القطاعات المختلفة معاً وبالحد الأدنـــى من الجلبة التـــي لا مبرر لها. وبهذه النظرة فإن الاقتراب من الأوضاع (مثل التركيز على تطوير تعزيز الصحة في المدارس) هو إحدى الطرق التـــي توفر التركيز العضوي المشترك على التعاون بين القطاعات.
- نحتاج إلى استعراف المزايا والفوائد من العمل معاً وينبغي التوجه نحو المخاوف والمقاومة.
- يحتاج القطاع الصحي لإدراك الطبيعة العديدة الأبعاد لعمله. والاعتراف بالحاجة لاكتناف القطاعات الأُخرى في محاولة للتوجه نحو المشاكل والاحتياجات.

الموارد

- يجب التوجه إلى الخوف من فقدان الموارد. ويجب بذل الجهود لإظهار كيف يكون العمل التعاونـــي مجدياً اقتصادياً لجميع المعنيين.
- يجب تخصيص الموارد (المال، الوظائف، الوقت) للعمل التعاونـــي بين القطاعات.
- لا بد من القيام بتوضيح من المسؤول ولماذا.

ديناميكيات القوة

- ينبغي السعي وراء توضيح المسؤوليات للتعامل مع القضايا العديدة القابلة للمساءلة.
- إعادة تقديم القضايا التـــي يجب التوجه لها وتلخيصها لضمان تحقيق التواصل الكافي من خلال النظام.
- تحتاج ديناميكيات المجموعة للإدارة لضمان المشاركة المثالية.

- يجب بذل الجهود لضمان المساواة بين القطاعات المكتنفة المختلفة.

الإجراءات السياسية

- يجب تسليط الضوء على فوائد التعاون بين القطاعات لجميع الإدارات والوزارات.
- ثمة حاجة لصياغة الموافقة المشتركة بين وزارة الصحة والوزارات الأخرى.
- يعتمد التعاون بين القطاعات الناجح على تنظيم أوسع في الدولة أو الحكومة أي سيؤثر الأسلوب الذي ترتبط به الإدارات والوزارات وتتواصل مع بعضها على الطريقة التـــي سيجري بوساطتها توسيع التعاون بين القطاعات.

المصدر: لازاروس ومولاّ وريدي 1996.

التبشير بالصحة النفسية

إن الغرض من التبشير بالصحة النفسية هو تغيير البنية الرئيسية والعوائق في المواقف لتحقيق النتاجات الصحية النفسية الإيجابية عند السكان. تتضمن الطرائق: الضغط السياسي، وزيادة الوعي، والتثقيف والتدريب. وتتضمن مرامي بذل الجهود من أجلِ التبشير بالصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين ما يلي:

- تغيير القوانين والتعليمات الحكومية لضمان احترام حقوق الإنسان عند الأطفال والمراهقين.
- ضمان المساواة في جميع خدمات الأطفال والمراهقين المصابين بالاضطرابات النفسية.
- تحسين تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية بين الأطفال والمراهقين.
- إبقاء الأطفال والمراهقين بعيداً عن المؤسسات النفسية قدر الإمكان (والتـــي تتعلق بصفة خاصة برعاية الأطفال الصغار في أثناء صحوة وباء الإيدز والعدوى بفيروسه).
- وضع الصحة النفسية للأطفال والمراهقين في جدول أعمال الحكومات.
- التخفيف من "الوصمة والتمييز" للأطفال والمراهقين المصابين بالاضطرابات النفسية في المجتمعات.
- تضمين مراعاة الصحة النفسية عند تطوير الخطط والسياسات في القطاعات الأُخرى (مثلاً: تحتاج برامج الرفاه الاجتماعي لمراعاة رعاية الأطفال الملائمة والإسكان لتعزيز البيئة الصحية لتربية الأطفال).

يقوم التبشير بالصحة النفسية للأطفال والمراهقين من قبل الآباء والمهنيين والإدارات الحكومية الصحية بتجديد الوعي عند الهيئات التشريعية في الدول المتطورة حول احتياجات الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين. يُمكن أن تتشكل مجموعات التبشير بالصحة النفسية المكونة من الآباء كنتيجة للبحوث الدولية والانتباه السريري للاضطرابات النوعية كما شوهد في مبادرات براعم "الذاتوية أي التوحد autism"، ومن المفيد أن يكون دعم مثل هذه المجموعات كتحالفات في تطوير السياسات للأسباب التالية: (أ) يميل آباء الأطفال والمراهقين المصابين

بالاضطرابات النفسية إلى التعامل مع معارف كبيرة حول هذه الاضطرابات التـــي يمكن تسخيرها لتحقيق المرامي المشتركة. (ب) يُمكن أن تكون مجموعات التبشير بالصحة النفسية من الآباء مفيدة في اكتساب دعم المنظمات غير الحكومية لتطوير البرامج. (ج) يُمكن أن تقوم هذه المجموعات بالضغط الفعال من أجل الصحة النفسية للأطفال والمراهقين بصورة خاصة، (د) يُمكن أن تقوم هذه المجموعات كذلك بتوفير الدعم لمقدمي الرعاية الذين قد لا يستطيعون من جهتهم التغلب على العبء الذي يعقب التحويل من الحكومة.

يُمكن أن يقوم المراهقون بدور هام بالتبشير بالصحة النفسية من أجلِ اهتماماهم وشؤوهم الخاصة والاحتياجات التـــي يعترفون بها مع احترام أصواهم عند تطوير الخطط والسياسات.

إن تأسيس وزارة أو مفوضية للأطفال والمراهقين المصابين بالاضطرابات النفسية أو من أجلِ الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، يُمكن أن يشمل النشاط المتكامل والمضمون الاستمرار عبر الإدارات الحكومية المختلفة، وللدفاع عن احتياجات الأطفال والمراهقين من خلال تقوية أصواهم عند الحكومة.

التشريعات وحقوق الإنسان

تعدُّ السياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين فعالة جداً عندما تتألف من إطار عمل يربط تطوير الأطفال والمراهقين مع فهم حقوقهم. إن الارتباط بهذا التطوير هو دور التشريعات، التـــي ينبغي أن تصنف وتدعم المبادئ والقيم والأغراض الأساسية لحقوق الطفل التـــي تتعلق بالصحة النفسية.

إن دعم حقوق الطفل واسع. إذ التزم الموقعون على اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل في عام 1989، بضمان أن يحصل جميع الأطفال على الحق في التنمية والتطوير النفسي والبدنـــي وأن يحموا من الانتهاك والاستغلال. تنص اتفاقية حقوق الطفل كذلك على وجوب استشارة الأطفال والاستماع لهم في الأمور التـــي تعنيهم وتخصهم، ودعمت على نحو واضح وضمنـــي الحاجة للتوجه نحو الاحتياجات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين. ويمكن تضمين مناظر كثيرة من اتفاقية حقوق الطفل في السياسات أو التشريعات. تحدد الفقرة A19 مثلاً جميع التدابير الملائمة لحماية الطفل من جميع أشكال الانتهاك والتعسف النفسي والجسدي التـــي يجب القيام بها. وبأن الطفل المعوق نفسياً أو جسدياً يجب أن يتمتع بالحياة الكريمة الكاملة التـــي تسهلها المشاركة في المجتمع. وتتوجه بقية الفقرات إلى القضايا التـــي تتعلق بالخدمات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين مثل: (أ) توفير السرية، (ب) توفير الرقابة الصارمة على لجنة الإدخال غير الإرادي، (ج) ضمان الوصول لأفراد العائلة، (د) منع المعالجات القسرية غير الضرورية مثل المعالجة بالتخليج الكهربـــي غير الملائمة، والتهدئة أو التقييد (هـــ) حماية المصابين بالاضطرابات

النفسية من المعالجة المتعسفة والمؤذية جسدياً.

أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 1991 القرار 119/46، الذي يشمل مبادئ حماية الحقوق الإنسانية للمصابين بالاضطرابات النفسية. وتحسين الرعاية الصحية النفسية التـــي تمثل جهداً دولياً جاداً لتأمين سلامة حقوق جميع المصابين بالاضطرابات النفسية. وأما المبادئ الخمسة والعشرون فتقع في فئتين عامتين وهما: الحقوق والإجراءات المدنية وإتاحة الرعايه والمساواة فيها وتتضمن هذه المبادئ الجوانب التالية: (أ) بناء الحريات الأساسية والحقوق الأساسية للمصابين بالاضطرابات النفسية، (ب) معايير تعريف الاضطرابات النفسية، (ج) حماية السرية. (د) معايير الرعاية والمعالجة. التـــى تتضمن الإدخال الإجباري إلى المستشفى والموافقة المستنيرة على المعالجة. (هـــ) حقوق المصابين بالاضطرابات النفسية في المرافق الصحية النفسية. (و) حماية القاصرين، (ز) توفير الموارد للمرافق الصحية النفسية، (ح) توفير آليات المراجعة، (ط) توفير الحماية لحقوق الجانحين المصابين بالاضطرابات النفسية، (ك) سلامة الإجراءات لحماية حقوق المصابين بالاضطرابات النفسية.

يجب حماية الأطفال بجميع وسائل حقوق الإنسان. وعلى سبيل المثال توفر المادة 7 من الميثاق الدولي حول الحقوق المدنية والسياسية لجميع الأفراد بمن فيهم المصابين بالاضطرابات النفسية الحماية من التعذيب والقسوة والمعالجات غير الإنسانية أو المذلة أو العقاب بالإضافة إلى الحق بعدم الدخول في تجربة طبية أو علمية من دون موافقة مستنيرة. وثمة وسيلة أُخرى هي الميثاق الدولي حول الحقوق الثقافية والاقتصادية والاجتماعية التـــي تنص الفقرة (10-3) فيه على ما يلي:

> *يجب اتخاذ التدابير الخاصة للحماية والمساعدة لمصلحة جميع الأطفال والأشخاص الصغار من دون أي تمييز لأسباب عرقية أو لأسباب أُخرى. ويجب أن يحمى الأطفال والأشخاص الصغار من الاستغلال الاقتصادي والاجتماعي. إن تشغيلهم في عمل ضار لتصرفاتهم وصحتهم أو خطر على حياتهم أو من المحتمل أن يعيق نماءهم السوي يجب أن يعاقب بالقانون. يجب أن تضع الحكومات كذلك الحدود العمرية التـــي يكون فيها العمل المأجور للأطفال محرماً ويعاقب عليه بالقانون.*

إن القضية الهامة ولاسيّما المتعلقة بحقوق الأطفال والمراهقين هي الاستعمال الملائم الإدخال القسري إلى المستشفى والمعالجة غير الإرادية، إذ قد يؤجل هذا القرار من الأب أو الوصي أو أحد أفراد العائلة. ويمكن في بعض الحالات للطبيب النفسي أو النظام القانونـــي أن يقوما بهذا القرار. تحتاج حقوق الأطفال والمراهقين للموازنة مع احتياجات المجتمع لتوفير المعالجة للذين هم بمقتضى

الاضطراب النفسي قد يعرضون أنفسهم أو غيرهم لاحتمالات الخطر، أو الذين يعجزون عن التعرف على الاحتياجات العلاجية.

الموارد البشرية والتدريب

لا بد من التدريب وتطوير الموارد البشرية في مجالات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. ويحتمل وجود قلة من العاملين الأكفاء في الدولة وأما التخطيط الحريص فهو مطلوب لضمان إتاحة الموارد البشرية لتحقيق الأغراض السياسية. ولابد من تقييم الاحتياجات لتطوير الموارد البشرية عند التطوير المبكر للسياسات ويجب ابتكار الاستراتيجيات لزيادة عدد الأشخاص المدرّبين.

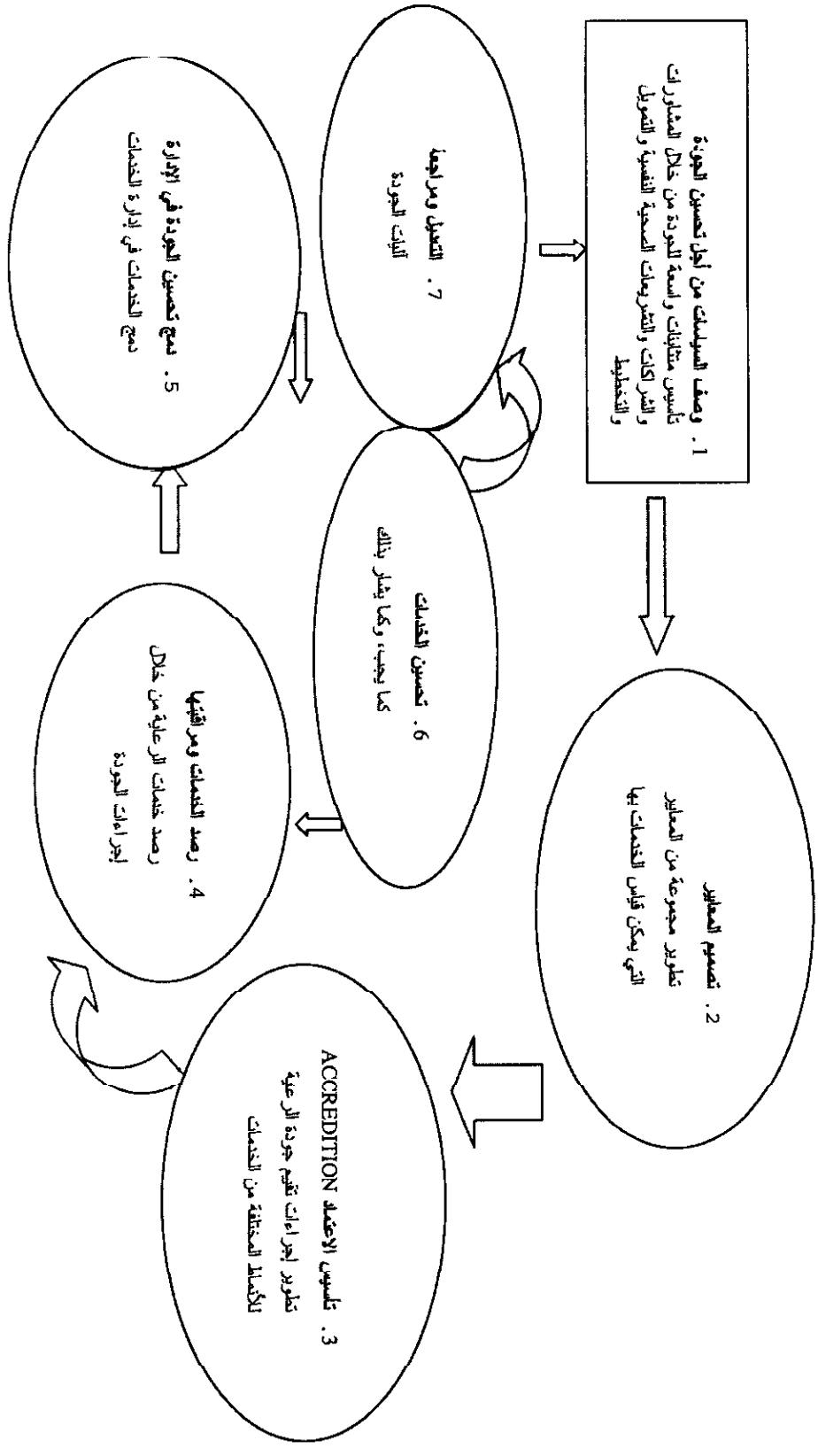
سيوفر العاملون الصحيون العامون كالممرضات والأطباء على سبيل المثال الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين. إن تخصيص الوظائف لفئات الفريق على اختلاف مستويات الخدمات يحتاج أن يضع بحسبانه القصور في التخصصات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين.

يشرح الجدول 3 الأدوار المختلفة لبرامج التدريب الوظيفية المختلفة التي تحتاج للإصلاح بسبب الوظائف التي ستنجزها. ولا يكفي على سبيل المثال للأطباء النفسيين للأطفال والمراهقين أن يتدربوا فقط من أجلِ الإيتاء المباشر للخدمات إذا كان قسم واسع من توصيفهم الوظيفي سيتضمن البحوث وتطوير الخدمات. وعلى نحو مشابه ستتطلب الكثير من البرامج العلاجية الأسلوب المتعدد التخصصات الذي يحتاج للمراعاة عند تطوير البرامج التدريبية (راجع *دليل الموارد البشرية والتدريب من أجلِ الصحة النفسية*). ثمة زيادة في الاعتراف بالحاجة لتوفير الكتيبات الإرشادية لمساعدة في توفير التدريب من أجل التدخلات النوعية، ويجب بذل أقصى الجهود بهذه النظرة وبأسلوب تعاوني بين الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA)، والجمعية الدولية للطب النفسي عند الأطفال والمراهقين، والتحالفات المهنية ومنظمة الصحة العالمية، والمعلومات حول هذا البرنامج متاحة على موقع الجمعية العالمية للطب النفسي WPA وهو: .http://WWW. globalchildmentalhealth.com

الجدول 3: الخدمات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين (مقتبس من داويز وزملاؤه 1997)

المستوى	المقر	الأشخاص	الخدمات
الرعاية المجتمعية غير الرسمية	■ العائلات ■ المدارس ■ السجون ■ منازل الأطفال ■ المنظمات غير الحكومية	■ لا يوجد عمال صحيون ■ المتطوعون	■ يكون التركيز في هذا المستوى من الخدمات على تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية من خلال: ■ الدعم النفسي الاجتماعي
الرعاية الصحية الأولية	■ العيادات ■ مستشفيات المنظمة ■ خدمات الأمومة ■ خدمات العائلة	■ العاملون الصحيون ■ الأطباء ■ الممرضات	■ تثقيف الشباب والآباء حول القضايا الصحية النفسية والقضايا الصحية. ■ تقصي المشاكل الصحية النفسية (التي تتضمن المحاولات الانتحارية). ■ استعراف الأشخاص الصغار المختطرين من حيث المشاكل الصحية النفسية. ■ خدمات المشورة القصيرة المدة للأشخاص الصغار وعائلاتهم. ■ التدبير الأساسي للاضطرابات السلوكية. والتدبير المحافظ للأشخاص الصغار المصابين بالحالات المزمنة
الصحة النفسية المجتمعية	■ فرق الرعاية الصحية المجتمعية ■ عيادات إرشاد الأطفال ■ وحدات الأطفال المنتهكين ■ خدمات الدعم التربوي التعليمي	■ المتخصصون بالصحة النفسية العامة مثل العاملون الاجتماعيون والممرضات والمحتصون بعلم النفس والأطباء النفسيون. ■ الفرق المتعددة التخصصات ذات التدريب الإضافي في مجال الصحة النفسية للأطفل والمراهقين.	■ استقصاء المشاكل الوخيمة المحالة من خدمت الرعاية الصحية النفسية ومعالجتها. ■ تقديم الاستشارات وتدريب فريق الرعاية الصحية النفسية والإشراف عليهم. ■ الارتباط مع بقية القطاعات المحلية وعلى مستوى

			المناطق ومع المنظمات غير الحكومية عبر المبدرات التعزيزية والوقاية القطاعية.
المستشفيات العامة أو مستشفيات الأطفال	■ المجمعات الصحية الأكاديمية ■ مستشفيات المنطقة	■ المتخصصون بالصحة النفسية العامة وهم: العاملون الاجتماعيون والممرضات والمختصون بعلم النفس والأطباء النفسيون. ■ المتخصصون بالصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين. ■ الفرق التعددة التخصصات ذات التدريب الإضافي في مجال الصحة النفسية للأطفال والمراهقين	■ استقصاء المشاكل الوخيمة المحالة من الخدمات الصحية المجتمعية ومعالجتها. ■ تقديم الاستشارات وتدريب فريق الخدمات الصحية المجتمعية والإشراف عليهم. ■ الارتباط مع بقية القطاعات المحلية وعلى مستوى المناطق ومع المنظمات غير الحكومية عبر المبدرات التعزيزية والوقاية القطاعية.
مرافق الإقامة المديدة والخدمات التخصصية	■ مؤسسات الرعاية المزمنة ■ وحدات العائلة والأطفال ■ وحدات اضطرابات الأكل ■ وحدات المراهقين ■ وحدات الإدمان ■ القطاع الخصوصي	■ المتخصصون بالصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين.	■ التشخيص التخصصي الرفيع والخدمات العلاجية. ■ دعم الاستشارات والتدريب في جميع مستويات الخدمات. ■ خدمات التأهيل للزبيرات أو المجموعات الصغيرة مثل الأطفال المصابين بالذاتوية أي التوحد والأشخاص الصغار المصابين بالاضطرابات النفسية.



الشكل 4: خطوات تحسين الجودة (راجع دليل تحسين جودة الخدمات الصحية النفسية للمزيد من التفاصيل).

تحسين الجودة

الجودة في الرعاية الصحية النفسية هي قياس ما إذا كانت الخدمات الصحية النفسية تزيد من احتمالية النتائج الصحية النفسية المرغوبة وما إذا كانت تتوافق مع الممارسة المرتكزة على البرهان الحالي. إن تحسين الجودة (QI) هو عملية مستمرة ومتكررة.

اختصرت الخطوات التي تصاحب ضمان الجودة في الشكل 1 (راجع دليل *تحسين جودة الخدمات الصحية النفسية للمزيد من التفاصيل*). تتعلق هذه الخطوات كلها بالخدمات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين. ينبغي أن يتضمن تحسين الجودة المشاركة الكاملة (كلما كان ذلك ممكناً) للأطفال والمراهقين الذين يتلقون الخدمات بالإضافة إلى عائلاتهم في تصميم التنفيذ والتخطيط له وفي تقييم الرضا عن الخدمات وينبغي أن يتضمن النتاجات الفردية والعائلية.

ثمة أسلوبان لتصميم وثيقة المعايير لخدمات الأطفال والخدمات الصحية النفسية للمراهقين وهما: يمكن تصنيف وثيقة منفصلة للأطفال والمراهقين ويمكن التوجه لقضايا الأطفال والمراهقين الخاصة في وثيقة تخص جميع الفئات العمرية. ومهما كان الأسلوب المتبع يجب أن تلقى القضايا في الأمثلة التالية الانتباه والحرص:

- الاعتراف بأنّ المرحلة النمائية عند الأطفال والمراهقين تتأثر بالاستجابة المثالية للمعالجة.
- إن حقوق مستهلكي خدمات الأطفال والمراهقين مضمونة وتتضمن مناظر عديدة مثل توفير الخدمات الملائمة عمرياً والحماية من التعسف والإهمال والحماية من خلال نظام العدل والشرطة والمرافق المنفصلة للأطفال والمراهقين (بالمقارنة مع البالغين) وحقوق التعليم.
- ضمان السرية في التواصل وفي تحديد الهويّة.
- اكتناف الآباء والعائلات قدر الإمكان.

أنظمة المعلومات

إنّ أنظمة المعلومات ذات قيمة كبيرة في صياغة السياسات ورصدها وتنفيذها. وينبغي تخصيص التمويل لها بقدر الإمكان لتأسيس قاعدة المعطيات وتشغيلها. يُمكن أن تتفاوت هذه المعطيات بدرجة كبيرة بمعاني التعقيد والشمولية. وربما يتألف أحد أنظمة المعلومات من قائمة لأسماء المستهلكين مع بعض المعلومات الأساسية مثل التشخيص، وقد يتألف نظام آخر من المعطيات التقنية الدقيقة لكثير من المدخلات والإجراءات ومشعرات النتاجات حول الصحة النفسية للأطفال والمراهقين المدونة في الجدول 4. ومهما يكن تحتاج جميع أنظمة المعلومات لضمان عدم استهلاك الوقت كثيراً، وألا تكون مكلفة أو معقدة كثيراً من وجهة النظر التقنية بحسب الموارد المتاحة. وينبغي أن تكون متاحة بسهولة لجميع مقدمي الخدمات في شتى الأوضاع لضمان استمرارية الرعاية عبر هذه الأوضاع. يجب أن تكون المعطيات ذات صله كامله بوجهة نظر السياسات، ويجب أن يتحقق كل ذلك مع التأكيد على حقوق الأطفال والمراهقين وعائلاتهم بالسرية. يجب أن تعنى السرية بالترميز لحماية الأطفال والمراهقين وعائلاتهم.

الجدول 4: مطرس matrix الصحة النفسية، مع المرجع الخاص بالخدمات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين*

← البعد الزمنـــي

البعد الجغرافي ↓

	المدخلات*	الإجراء*	المخرجات*
1) **مستوى الدولة أو المنطقة**	معدل الأسرّة/السكان معدل فرقَ المستشفيات/الفرق المجتمعية الإنفاق على الصحة النفسية للأطفال والمراهقين السياسات الحكومية التشريعات الصحية النفسية نسبة الفريق العامل/ المرضى نسبة الفريق العامل /السكان الدلائل والبروتوكولات العلاجية	معدل إشغال الأسرّة معدل الإدخال وسطي مدة الإقامة معدل إعادة الإدخال نسبة استعمال خدمات المستشفيات /الخدمات المجتمعية معدل التخلف عن الرعاية المعايير الدنيا للرعاية طرز استعمال الخدمات إجراءات التفتيش مسالك الرعاية والاستمرارية استهداف المجموعات الخاصة	معدلات الطلاق معدلات التشرد معدل الإدخال إلى السجون معدلات التسرب من المدارس معدلات الانتحار
2) **المستوى المحلي (مستوى منطقة الخدمات الطبية أو الاستجماع الطبـــي**	إتاحة الأدوية معدل فرق المستشفيات/ الفرق المجتمعية الخدمات المجتمعية وخدمات المستشفيات الميزانية الخدمية المحلية للصحة النفسية	معدل الإدخال وسطي مدة الإقامة معدل إشغال الأسرّة نسبة استعمال خدَمات المستشفيات / الخدمات المجتمعية معدل التخلف عن الرعاية	النتاجات المتكدسة على المستوى المحلي المراضة البدنية معدلات الانتحار

	للأطفال والمراهقين. عدد أفراد الفريق العامل والعلاقة في العمل المختلط بين الخدمات (التعاون بين القطاعات).	معدل إعادة الإدخال الجودة الموضوعية للمعالجات	
مستوى المريض	تقييم احتياجات الأفراد محتوى المعالجات القيام بالطلب من قبل المرضى والعائلات. المعلومات حول المرضى ومقدمي الرعاية مهارات الفريق العامل ومعارفه	استمرارية الرعاية استمرارية السريرين مدى اكتناف الآباء والمدارس تكرار المواعيد طراز إجراءات الرعاية للمرضى الأفراد.	الإعاقة الأثر على مقدمي الرعاية الاحتياجات نسبة أيام غياب الأطفال والمراهقين عن المدارس نسبة الوقت الذي ينفقه الآباء في العمل جودة الحياة الرضا عن الخدمات انخفاض الأعراض.

* تنطبق المدخلات على الوارد المستثمرة في النظام.

** تنطبق العمليات على الطريقة التـــي تؤثى بوساطتها البنود الخدماتية والتـــي تتضمن بنود الخدمات نفسها.

*** تنطبق النتاجات على التغييرات في الوظيفة والمراضة والوفاة بين من ينلقى الخدمات المقدَّمة – تحتاج المشعرات الرئيسية للموافقة من قبل جميع المعنيين، ولذا يمكن أن تكون واضحة سواء أكانت النتائج المتوقعة أم غير المتوقعة قد تحققت.

الإطار 10. الأولويات البحثية لبحوث الصحة النفسية الخاصّة بالأطفال والمراهقين

البحوث الوبائية:

- معدلات الانتشار والعبء الرئيسي للاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين على كل من المجتمعات عموماً والجمهرات المختطرة.
- الدراسات الطولانية لاختبار المساق الرئيسي للاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال والمراهقين والعلاقة مع المحددات النفسية الاجتماعية والجينية الوراثية والاقتصادية وبقية المحددات البيئية.
- العلاقات بين الباثالوجية النفسية والسلوك المختطر مثل السلوك الجنسي المختطر والعنف الشخصي.

البحوث العلاجية والوقائية وبحوث تعزيز النتاجات:

- النجاعة والفعالية في التدخلات النفسية الاجتماعية والتدخلات الدوائية الفارماكولوجية التـــي تتضمن التدخلات التـــي تبين أنها فعالة وناجعة عند السكان البالغين.
- العوامل المؤثرة على الامتثال للمعالجة التـــي تتضمن العوامل العائلية.
- تنفيذ البحوث التـــي جرى اختبار تدخلاتها الفعالة ونشرها.
- فعالية النماذج المختلفة من الخدمات الصحية النفسية المرتكزة على المدارس ونجاعتها.

بحوث الخدمات والسياسات

- نتاجات التدخلات والجدوى الاقتصادية لها على المستويات المختلفة من التقييد مثل البرامج النهارية وبرامج الإقامة والخدمات الجوّالة.
- المتطلبات التدريبية لمقدمي الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين التـــي تتضمن النماذج المختلفة لاستكمال التدريب الموجود الشامل لتجهيز الممارسين بحيث يقوموا بتضمين الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين في ذخيرة خدماتهم.
- الطرق التـــي يمكن للمعالجين التقليديين بوساطتها المساهمة بتحسين الصحة النفسية للأطفال والمراهقين.
- المحاسن والمساوئ في النماذج المختلفة للتعاون بين القطاعات.
- الطرق المثالية لدمج الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين في الخدمات الصحية النفسية العامة وخدمات صحة الأطفال.
- أثر القرارات السياسية على الإتاحة والمساواة والنتاجات.

البحوث الاقتصادية

- الأثر الاقتصادي للتدخلات الصحية النفسية على الأطفال والمراهقين على المدى القريب والمدى البعيد بمعنـــى تكاليف الخدمات الصحية وتكاليف الميادين الأُخرى.
- تحليل منافع التكلفة للتدخلات المختلفة، وعلى سبيل المثال الدمج مع خدمات البالغين مقابل عدم الدمج، والخدمات المرتكزة على المدارس مقابل الخدمات المرتكزة على العيادات.

المقارنات بين الثقافات

- تأثير السياق الثقافي على الباثالوجية النفسية.
- تأثير العوامل الثقافية على معولية الأدوات البحثية ومصدوقيتها.
- تطوير الطرائق الملائمة لدراسة الصحة النفسية عبر مختلف الثقافات وضمنها.

(عن منظمة الصحة العالمية عام 2001)

البحوث وتقييم السياسات والخدمات

استعرف التقرير الصحي العالمي لعام 2001 خمسة جوانب ذات أولوية في البحوث الصحية النفسية. وتتضمن الجوانب ذات العلاقة بالصحة النفسية للأطفال والمراهقين ما يلي: البحوث الوبائية، وبحوث المعالجة والوقاية وتعزيز النتاجات، وبحوث الخدمات والسياسات والبحوث الاقتصادية والبحوث في الدول النامية والبحوث ذات المقارنات الثقافية. ويدون الإطار 10 بعض المشاريع الخاصة لهذه الجوانب المختلفة. ولابد من التعرف على المساهمات الممكنة للبحوث الكيفية في كثير من هذه الجوانب.

ثمة عدد من العوائق التـــي يُمكن أن تدرسها بحوث الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين. يوفر الإطار 11 مقترحات مختارة للخطوات التـــي يمكن اتخاذها لتحسين جودة البحوث الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين وتحسين كميتها.

الإطار 11. الخطوات المختارة التـــي يمكن القيام بها لتحسين جودة البحوث الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين وتحسين كميتها

- تطوير الموقع الالكترونـــي للبحوث الصحية النفسية للأطفال والمراهقين الذي يتضمن قائمة بالمراجع الخاصة بالبحوث الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين في الدول النامية.
- تطوير شبكة المؤسسات المكتنفة في البحوث الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين التـــي يمكن استخدامها كمراكز للمصادر حول البحوث والتدريب.
- تطوير قائمة جرد لممولي البحوث المحتملين.
- تحسين التدريب في البحوث الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين في المناهج المهنية لكل من:
  - الأطباء النفسيين والمختصين النفسيين عند الأطفال والمراهقين
  - العاملين في رعاية الأطفال
  - ممرضات الأطفال
  - أطباء الأطفال
  - الممارسين الصحيين العموميين

توفير مجال من الخيارات التدريبية البحثية لممارسي الصحة النفسية للأطفال والمراهقين في الدولة أو في أمكنة أُخرى، مثل:

- التعلم البعادي أو التعلم عن بعد
- زمالات الدكتوراه وما بعد الدكتوراه
- برامج الدرجات العلمية الكاملة
- التعليم الخاص
- الدورات القصيرة
- توفير الزيارات المتبادلة بين الباحثين في الصحة النفسية للأطفال والمراهقين ومراكز البحوث الممتازة في الدول المتقدمة والنامية (التـــي تتضمن بعض المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية).
- تكريس نسبة من تمويل البحوث من أجلِ بحوث الخدمات الصحية والوبائية عند الأطفال والمراهقين.

المصدر: باتل، 2002.

7.2: الخطوة 7: استعراف الأدوار والمسؤوليات الرئيسية لمختلف القطاعات والمعنيين بالصحة النفسية

لا بد أن يتكون لدى جميع القطاعات والمعنيين بالصحة النفسية الفهم الواضح لمسؤولياتهم. سيقوم جميع المعنيين بالصحة النفسية الذين استعرفوا في البداية بدور هام في تنفيذ خطة الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. وعلى سبيل المثال فإن وزارة الصحة ربما تكون مسؤولة رئيسية عن تطوير الخدمات العلاجية، وربما تكون وزارة التعليم مسؤولة رئيسية عن تطوير البرامج الصحية النفسية في المدارس، ويُمكن أن تساعد المؤسسات الأكاديمية في تطوير البرامج التدريبية، ويُمكن أن يساعد العاملون الصحيون العامون في تحديد المسؤوليات حول الصحة النفسية للأطفال والمراهقين في الرعاية الأولية، إذ يحتاج الجميع لتوفير مدخل للأعمال التـــي تتطلب مزية المهارات الفريدة والتجارب من كل قطاع.

8.2 أمثلة حول السياسات

يقدم الإطاران 12-13 ملخصاً عن الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين من دولتين افتراضيتين، إحداهما فقيرة إلى الموارد الخاصة بالصحة النفسية للأطفال والمراهقين وأما الثانية فهي متوسطة الموارد. وينبغي أن نلاحظ أن هذه الأمثلة متوفرة بناء على أغراض تعليمية وتوجيهية فقط وما ينبغي أن تعد كتوصيات. وستستمر هذه الأمثلة ضمن ثلاثة فصول تالية من هذا الدليل.

الإطار 12. مثال عن السياسات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين من دولة منخفضة الموارد (عدد السكان 10 ملايين)

تحليل الوضع

خلصت المقابلات مع العاملين الصحيين وقادة المجتمع إلى ما يلي:

- إنَّ التحدي الرئيسي الذي يواجه الصحة النفسية للأطفال والمراهقين هو اضطراب السلوك المخرب (ولاسيما اضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة واضطراب التصرف). وتأثيرات التعرض للتعسف والانتهاك والإعاقة العقلية والتقدم المدرسي السيء النتائج.
- كانت الخدمات المتاحة عيادتين جامعيتين والقطاع الخصوصي، وكانت تتاح لحوالي 10% من السكان فقط بسبب العوائق الاقتصادية وعوائق الانتقال والمواصلات.
- كان معدل الأطباء النفسيين، والمختصين بعلم النفس السريري والممرضات النفسيات لكل 100 ألف من السكان 0.6 و1.0 و20 على التوالي وكان 50% من الوقت الإجمالي لهؤلاء الموظفين ينفق في القطاع الخصوصي والعيادتين الجامعيتين.

السياسات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين

الرؤية

ستؤتـــى الخدمات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين بأسلوب شمولي ويندمج مع التعزيز المرتكز على المجتمع وخدمات الوقاية والمعالجة مع التأكيد على اضطراب السلوك المخرب والتخفيف من تأثيرات التعسف والتخلف العقلي.

القيم والمبادئ

- إن الأطفال والمراهقين هم من المجموعات السريعة التأثر ولذا يجب تطوير الخدمات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين.
- إن الصحة النفسية غير مرئية بالنسبة للصحة البدنية لذا يجب دمج الخدمات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين مع الخدمات الصحية العامة.
- يجب تحقيق المساواة لذا يجب أن تكون الخدمات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين متاحة لكل إنسان بغض النظر عن الحالات الاقتصادية الاجتماعية والتموضع الجغرافي.
- يجب أن تكون التدخلات النفسية الاجتماعية والنفسية الفارماكولوجية شاملة ولذا يجب إتاحتها للأطفال والمراهقين.

الأغـــراض

- التخفيف من معدل انتشار المشاكل الصحية النفسية الشائعة عند الأطفال والمراهقين (ولاسيما اضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة واضطراب التصرف. وتأثيرات التعرض للتعسف والانتهاك والإعاقة العقلية) والتخفيف من مستوى المعاناة التـــي تتصاحب مع الضعف والإعاقة.
- التخفيف من تعرض الأطفال والمراهقين للعنف، وتحسين التقدم المدرسي عند من يعانـــي من الاضطرابات النفسية كنتائج للعنف.
- ضمان الإتاحة المناسبة للخدمات الصحية النفسية لجميع الأطفال والمراهقين.

جوانب العمل

- التعاون بين القطاعات: الحاجة إلى تحسين التواصل بين النظام الصحي والتعليمي لتسهيل التعرف المبكر ولتسهيل التنفيذ الملائم للتدخلات المرتكزة على المدارس.
- التشريعات وحقوق الإنسان: الاتصال مع النظام القانونـــي لضمان بأن البراهين من قبل الأطفال والمراهقين حيال مرتكبـــي العنف المزعوم ضدهم هي متوفرة في غياب المرتكب المزعوم.
- البحوث والتقييم: تقييم أفضل نماذج الممارسات الموجودة لبرامج التدخلات المرتكزة على المدارس للتخفيف من اضطرابات السلوك المخرب وتعزيز الإنجاز المدرسي.
- تنظيم الخدمات: توفير التدريب والاستشارة الثانوية للعاملين في الرعاية الصحية الأولية.

* يتضـمن هذا المثال أسباباً تعليمية ولا يعد كتوصـية للعمل به.

الإطار 13. مثال عن السياسات الصحية النفسية الخاصّة بالأطفال والمراهقين من دولة متوسطة الموارد (عدد السكان 10 ملايين)

تحليل الوضع

خلصت المقابلات مع العاملين الصحيين وقادة المجتمع إلى ما يلي:

- إن التحدي الرئيسي الذي يواجه الصحة النفسية للأطفال والمراهقين هوالسلوك الصحي المختطر للمراهقين مثل السلوك الجنسي غير الآمن (الذي يسبب معدل انتشار مرتفع لفيروس العوز المناعي البشري المكتسب وبقية أنواع العدوى المنقولة جنسياً) وتعاطي الكحول والتبغ وبقية العقاقير والعنف الشخصي.
- وبالعكس ثمة معدلات منخفضة من السلوك المعزز للصحة (مثل الرياضة والطعام الصحي)
- كانت الخدمات الصحية النفسية في المدن متاحة نسبياً من خلال نظام الرعاية الصحية الأولية الكثيف والمدعوم من الخدمات والاستشارات في الخدمات المرتكزة على المستشفيات.
- ثمة القليل من الخدمات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين في المناطق الريفية.
- ثمة تآثر قليل بين النظام الصحي والنظام التعليمي.
- كان معدل الأطباء النفسيين، والمختصين بعلم النفس السريري والممرضات النفسيات لكل 100 ألف من السكان 30، 24 و320 على التوالي، وأغلبية هؤلاء المهنيين كانوا مستخدمين في القطاع العمومي.

السياسات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين

الرؤيـــة

تطوير الخدمات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين الشاملة والمناسبة من حيث الفئة العمرية والمرتكزة على المجتمع وستكون متاحة لجميع السكان التـــي تعمل على نحو وثيق مع بقية القطاعات للتخفيف من تأثير عوامل الاختطار في الاضطرابات النفسية وتعزز العوامل الواقية.

القيم والمبادئ

- لما كانت الوقاية خير من العلاج: لذا يجب التوقي من المشاكل قبل أن تحصل.
- تعزيز النماء الصحي: لذا يجب أن تسعى التدخلات لتعزيز النماء الصحي لجميع المراهقين.
- الملاءمة النمائية: لذا يجب أن تضع التدخلات بالحسبان المرحلة النمائية للمراهقين.

الأغـــراض

- توفير الخدمات الصحية النفسية المجتمعية الشاملة والملائمة من حيث الأعمار.
- تحسين النتاجات الأكاديمية بين المراهقين عبر التخفيف من معدل انتشار السلوك المرتفع الاختطار وزيادة معدل السلوك المعزز للصحة.
- تعزيز إتاحة التدخلات الوقائية والتعزيزية للأطفال والمراهقين الذين يعيشون في المناطق الريفية.

جوانب العمل

- نظام المعلومات: تطوير نظام المعلومات لرصد مدى السلوك الواقي والسلوك المختطر بين تلاميذ المدارس.
- تنظيم الخدمات: تطوير التدخلات التعزيزية الصحية النفسية المرتكزة على المدرسة.
- البحوث والتقييم: تقييم نتاجات التدخلات التـــي تسعى للتخفيف من مدى السلوك المختطر والتـــي تزيد السلوك التعزيزي.
- الموارد البشرية والتدريب: تطوير التدريب حول التدخلات التعزيزية الصحية المرتكزة على المدارس لمقدمي الخدمات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين ورجال التعليم.

* يتضمن هذا المثال أسباباً تعليمية ولا يعد كتوصية للعمل به.

النقـــاط الرئيســـية

- تبدأ السياسات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين مع جمع المعلومات والمعطيات من أجلِ تطوير السياسات.
- يجب استعراف البينات والبراهين حول الاستراتيجيات الفعالة.
- لا بد من بناء الإجماع في الرأي والمفاوضات من أجلِ كل خطوة من حلقة التخطيط للسياسات.
- تتضمن السياسات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين الرؤية والقيم والمبادئ والأغراض.
- من المحتمل أن يكون عدد من جوانب العمل المختلفة مطلوباً لتحقيق الأغراض من خلال السياسات.

3. تطوير الخطة الصحية النفسية الخاصّة بالأطفال والمراهقين

بعد استكمال السياسات الصحية النفسية فإن الخطوة التالية هي تطوير خطة تنفيذ الأغراض. تتألف الخطة من سلسلة من التفاصيل اللاحقة لصياغة خطة تنفيذ الأفعال الاستراتيجية التي تمكن من تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية والمعالجة والوقاية.

ينبغي التصديق على الخطة على نحو مثالي من جميع المستويات الضرورية قبل تطوير الخطة. ويزيد احتمال تحقيق التعاون الحماسي لجميع المعنيين بالصحة النفسية الرئيسيين إذا جرى التصديق على الخطة مسبقاً.

يبنى تطوير الخطة على العملية التي ترسخت مسبقاً في إطار تطوير السياسات في القسم 2 من هذا الدليل. وتبقى هذه المعلومات هامة فيما يخص احتياجات السكان وجمع البراهين والبينات وبناء الإجماع في الرأي وذلك لصياغة الخطط.

3.1 الخطوة 1: تعيين الاستراتيجيات والجداول الزمنية

تمثل الاستراتيجيات خطوط عمل نحصل من خلالها على إمكانات النجاح المرتفع لتنفيذ السياسات الصحية النفسية عند الجمهرة المعنية. وتنطبق الاستراتيجيات كذلك على الخطط الاستراتيجية.

إن تطوير الأولويات ووضعها في مجموعة من الاستراتيجيات غالباً ما يكون مفيداً للبدء بالقيام بتحليل SWOT وهي الأحرف الأولى للكلمات الإنكليزية التالية: (STRENGTHS, WEAKNESSES, OPORTUNITIES, THREATS) أي عبر استعراف القوة والضعف والفرص والتهديدات التي تصاحب البرامج والخدمات الصحية النفسية الحالية.

وثمة أمثلة عن كل نقطة من النقاط التي يُمكن أن تنبعث من تحليل SWOT في الجدول 5.

الجدول 5: أمثلة عن القوة والضعف والفرص والتهديدات في تحليل SWOT

القـــوة	الضعـــف
– الوعي بجميع قضايا الصحة النفسية للأطفال والمراهقين – عقد الصفقات مع منظمات العائلات والمستهلكين والمدارس ومجموعات التبشير بالصحة النفسية. – القوانين المواتية – الدرجة العالية من تحفيز الموارد البشرية – المستويات العالية من التعاون بين القطاعات – التجارب الارتيادية الناجحة	– نظام المعلومات غير الملائم – العاملون الصحيون النفسيون ذوو التدريب السيئ في الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. – الاستقبال غير المتميز لقضايا الصحة النفسية للأطفال والمراهقين (مثل الاكتئاب) بالمقارنة مع بقية القضايا الصحية (مثل وفيات الأطفال). – التنسيق السيء بين مختلف مستويات الرعاية. – التعاون الضعيف بين القطاعات. – الإجراءات السيئة لتحسين الجودة. – التخصيص القليل للموارد للصحة النفسية للأطفال والمراهقين.
الفـــرص	**التهديـــدات**
– إتاحة الدليل الحالي. – انتخاب السياسيين المهتمين بالعافية النفسية للأطفال والمراهقين. – المبادرات الدولية ذات العلاقة بالصحة النفسية للأطفال والمراهقين (مثل خطة العمل الصحية النفسية العالمية ومبادرة التحرر من التبغ لمنظمة الصحة العالمية). – الإنذار العمومي حول القضايا ذات الصلة مثل استعمال المواد عند المراهقين. – تسليط الضوء على الأحداث الحالية الحديثة حول الجوانب الخاصة بالاحتياجات (مثل انتحار المراهقين وانتهاك الأطفال). – المعاهدات الإلزامية لوضع الأولويات لصحة الأطفال والمراهقين (مثل معاهدة حقوق الطفل).	– الأزمات في الميزانية. – الممارسات الثقافية المتعددة. – القصور في الموارد البشرية. – التركيز العمومي على القضايا غير الصحية النفسية أو على الصحة النفسية عند البالغين. – الوصمة حول المشاكل الصحية النفسية بين الأطفال والمراهقين. – التجاهل العمومي للاحتياجات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين. – الأزمات السياسية مثل الحروب الأهلية.

إن ما يتلو تحليل SWOT هي الأفعال التالية التـــي يُمكن أن تقوم بتطوير الأولويات الاستراتيجية وتنفيذها.

أولاً: يجب وضع قائمة شاملة لأي مقترحات قد تكون مفيدة لكل جانب من جوانب العمل التـــي جرى تطويرها في مرحلة صياغة السياسات. وفي هذه المرحلة يجب أن تكون إحدى المقترحات شاملة قدر الإمكان. وتتضمن المقترحات التـــي قد تظهر في البداية بأنها غير ضرورية أو غير عملية. يجب أن تتضمن هذه القائمة القطاعات و المعنيين بالصحة النفسية الذين سيكونون مسؤولين عن كل استراتيجية.

ثانياً: يجب إجراء العصف الذهنـــي مع جميع من يقوم بدور رئيسي لتطوير نسق من الاستراتيجيات لتنفيذ كل المقترحات التـــي دونت في السابق. ومن أجلِ خطة للصحة النفسية للأطفال والمراهقين يجب أن تتضمن فصول العصف الذهنـــي مقدمي الخدمات للأطفال والمراهقين، ورجال التعليم، ومستهلكي الخدمات (مثل أفراد العائلات) وممثلين عن مجموعات التبشير بالصحة النفسية ولاسيما التـــي تركز على الأشخاص الصغار عموماً أو الصغار ذوي الاحتياجات الصحية النفسية الخاصة. إن تحليل SWOT ذو صلة خصوصية بهذه المرحلة.

ثالثاً: تتطلب الاستراتيجيات المستعرفة في الخطوة 2 التشذيب مثل وضع استراتيجيتين أو ثلاثة لكل جانب من جوانب العمل، ويوصى باكتناف جميع القطاعات والمعنيين بالصحة النفسية الرئيسيين في هذه العملية.

ينبغي تأسيس جدول زمنـــي لكل استراتيجية. ولابد من ذلك لضمان التطوير والمحاسبة المناسبة لدلائل وضع الميزانية وتحقيق الإجماع حول التوقعات الواقعية وتطوير المعايير الملائمة للتقييم. ربما تُنفذ بعض الاستراتيجيات تنفيذاً مستمراً ومحدداً، بينما تشتغل بعض الاستراتيجيات لفترة محدودة من الزمن.

بعد اتخاذ القرار حول الاستراتيجيات التـــي يجب متابعتها وتحديد الزمن الذي يجب تخصيصه لكل استراتيجية، لابد من تطوير التفاصيل حول الطريقة التـــي ستنفذ فيها كل استراتيجية. وتتضمن هذه التفاصيل وضع المشعرات والأهداف، وتعيين النشاطات الرئيسية وتحديد التكاليف، والموارد المتاحة والميزانية. سيجري التوجه لهذه القضايا في الأقسام الثلاثة التالية. ومع أنها مقدمة بطراز خطي لكن لابد من التأكيد بأن هذه العملية دائرية و تكرارية. مثلاً: ستؤثر النشاطات على الأهداف والمشعرات، التـــي ستعتمد بدورها على إتاحة الموارد.

ويقدم الإطاران 14 و15 أمثلة عن هذه الاستراتيجيات، وهذان الإطاران استمرار للإطارين 12 و13 المتعلقين بدولتين إحداهما منخفضة الموارد والثانية متوسطة الموارد.

الإطار 14. مثال عن الاستراتيجيات والنشاطات في الخطة الصحية النفسية الخاصّة بالأطفال والمراهقين لدولة منخفضة الموارد* (استمرار للإطار 12)

جانب العمل

التعاون القطاعي

الاستراتيجيات

1. تأسيس اجتماعات منظمة بين المديرين الرئيسيين في النظامين الصحي والتعليمي.
2. ترتيب حلقات عمل لرجال التعليم والغاية منها تسهيل ما يلي: أ) التعرف المبكر على الصغار جداً الذين يعانون من اضطراب السلوك المخرب والإعاقات العقلية وبقية الاضطرابات النفسية. ب) تنفيذ التدخلات الملائمة المرتكزة على المدارس لمثلّ هؤلاء التلاميذ.
3. توفير الاستشارة المتاحة السهلة للمربيّن ومتابعة حلقات العمل.

الهـدف

يجب أن يكون لكل مدرسة معلم واحد على الأقل حضر مثل هذه الحلقة العملية.

المشعر

النسبة المئوية من المدارس التـــي تضم معلماً واحداً على الأقل حضر مثل تلك الحلقة العملية.

النشاطات

- القيام بالتواصل مع كل مدرسة وتأمين تعاونها وفقاً للاستراتيجية.
- استعراف الشخص الذي سيقوم بالتنظيم اللوجيستـــي (الذي يتضمن الارتباط مع المدارس والمواقع والطعام والنقل).
- تطوير محتوى حلقة العمل.
- تدريب المدربين.
- إعداد النسخ الكافية من المواد التدريسية (مثل الكتب).
- تجنيد الموظفين لتسهيل حلقات العمل.
- تنفيذ حلقات العمل.
- تسمية مستشار للمدرسة.
- رصد تنفيذ حلقات العمل.
- مراعاة خطة لتكرار حلقات العمل، أو حلقات العمل المتقدّمة.

جانب العمل

التشريعات وحقوق الإنسان.

الاستراتيجيات

1. ترتيب الحملات الإعلامية التـــي تتضمن رسالة رئيسية بوجوب توقيف العنف.
2. تأسيس مشروع ارتيادي يتوفر فيه البرهان من قبل الأطفال والمراهقين مقابل المرتكبين المزعومين للعنف ضدهم بغياب المرتكب المزعوم.

الهـــدف

تأسيس مثل هذا المشروع الارتيادي في محكمة واحدة في كل مستوى من المستويات الثلاثة للقضاء.

المشعر

عدد المستويات /المشاريع الارتيادية التـــي أسست.

النشاطات

- الحصول على المعلومات من دول أُخرى حول افتتاح مثل هذه المحاكم.
- القيام بالضغط على الإدارات القضائية لتأسيس المشاريع الارتيادية.
- الحصول على التمويل من أجل الوسائل الضرورية مثل أجهزة التسجيل الرقمي.
- استعراف المحاكم الخاصة التـــي يمكن تنفيذ المشاريع الارتيادية فيها.
- القيام بالمناقشات مع أعضاء الهيئة القضائية في هذه المحاكم لضمان الدعم لإدخال الشهود المكتومين والحصول على الموافقة حول تاريخ البدء بذلك.
- تعيين موقع كل محكمة يمكن أن توفر البينات.
- توفير التدريب لأعضاء الهيئة القضائية المطلوبين لتنفيذ المشروع.
- رصد تنفيذ المشروع.
- الحصول على الارتجاع feedback من المعنيين الرئيسيين بالصحة النفسية مثل وظيفة النظام وتشغيله.

جانب العمل

البحوث والتقييم.

الاستراتيجيات

1. توثيق المعدلات التـــي يحال فيها الأطفال الصغار كي يتلقوا التدخلات من أجل الاضطرابات النفسية قبل تطبيق حلقات العمل وبعدها.
2. القيام بدراسة للنتاجات حول نجاعة التدخلات في الرعاية الصحية الأولية للاضطرابات النفسية.

الهـــدف

إكمال الدارسة.

المشعر

استكمال مراحل المشروع.

- البروتوكول.
- العمل الميدانـــي.
- التحليل.
- كتابة التقرير.

النشاطات: (بافتراض أن التدخل قد جرى تطويره)

- تجميع فئة من العلماء ومديري الخدمات للإشراف على البحث.
- الحصول على التمويل.
- تسمية مدير للمشروع.
- تطوير البروتوكول.

- كتابة وصف مفصل للمطلوب من قبل العاملين الميدانيين.
- تسمية العاملين الميدانيين وتدريبهم.
- رصد التقدم في العمل الميدانـــي.
- إدخال المعطيات وتنسيقها.
- القيام بالتحليل الإحصائي.
- كتابة التقرير.

جانب العمل

تنظيم الخدمات.

الاستراتيجيات

1. تصميم برنامج للتدريب أثناء الخدمة وتنفيذ هذا البرنامج عند الممرضات اللواتـــي يعملن في مستوى الرعاية الأولية.
2. ضمان أنّ المهنيين المستعرفين هم متاحون لتلقي الإحالات من الممرضات وبقية المهنيين الذين يعملون في مستوى الرعاية الأولية وبان خطوط التواصل ناجعة.
3. إدخال النظام الذي يجري بوساطته قيام الأطباء النفسيين والمختصين بعلم النفس السريري الذين يعملون في العيادات الجامعية بإنفاق نصف يوم تطوعي أسبوعياً لتوفير خدمات الاستشارات المتبادلة مع فريق الرعاية الصحية الأولية.

الهدف

إنفاق 80% من الأطباء النفسيين والمختصين بعلم النفس السريري لنصف يوم في الأسبوع لتوفير خدمات الاستشارات المتبادلة مع فريق الرعاية الصحية الأولية.

المشعر

النسبة المئوية من الأطباء النفسيين والمختصين بعلم النفس السريري الذين ينفقون نصف يوم في الأسبوع لتوفير خدمات الاستشارات المتبادلة مع فريق الرعاية الصحية الأولية.

النشاطات

- الحصول على الدعم والموافقة الضرورية من السلطات الجامعية.
- القيام بحلقة دراسية للأطباء النفسيين والمختصين بعلم النفس السريري على مستوى العيادات الجامعية من أجل: أ) إخبارهم بالوضع الحالي من وجهة نظر الخدمات الصحية النفسية في الرعاية الصحية الأولية ب) تحفيزهم على التطوع لتوفير خدمات الاستشارة المتبادلة لمدة نصف يوم في الأسبوع، ج) سبر طبيعة هذه الخدمات وكيف ينبغي أن تكون.
- القيام بالترتيبات العملية واللوجستية الضرورية للخدمات الجديدة.
- إخبار فريق الرعاية الصحية الأولية بالخدمات الجديدة وتأمين دعمهم لها.
- تطوير النظام الذي يمكن القيام بالإحالات بوساطته.
- رصد تنفيذ الخدمات الجديدة.
- التواصل مع الأطباء النفسيين والمختصين بعلم النفس الذين لم يتطوعوا من أجلِ تحفيزهم على القيام بذلك.

*يتضمن هذا المثال أسباباً تعليمية ولا يعد كتوصية للعمل به.إن الهدف والمشعر والنشاطات متوفرة لكل جانب من جوانب العمل فقط.

الإطار 15. مثال عن الاستراتيجيات والنشاطات في خطة للصحة النفسية خاصّة بالأطفال والمراهقين لدولة متوسطة الموارد* (استمرار للإطار 13)

جانب العمل

أنظمة المعلومات.

الاستراتيجيات

1. تأسيس النظام الذي يمكن بوساطته وضع معدلات للإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (التـــي تتضمن عدوى فيروس الإيدز) بين المراهقين.
2. ضمان إتاحة معطيات الوفيات بين المراهقين والوصول إليها في ميادين مثل الانتحار والقتل.
3. القيام بالمسوح المنتظمة بعينات واسعة ممثلة لتلاميذ المدارس بغية توثيق معدلات انتشار أطياف السلوك المختطر أو المعزز للصحة.
4. تأسيس قاعدة المعطيات التـــي يمكن بوساطتها تسجيل النتاجات الأكاديمية مثل نتائج الامتحانات والتسرب من المدرسة.

الهـــدف

تأسيس قاعدة المعطيات في جميع المناطق التعليمية الأربع والعشرين.

المشعر

العدد (النسبة المئوية) من المناطق التعليمية التـــي تمتلك قاعدة المعطيات.

النشاطات

- تأمين تعاون المديرين في جميع المناطق التعليمية.
- استعراف شخص واحد في كل منطقة تعليمية يكون مسؤولاً عن تنفيذ قاعدة المعطيات.
- تأليف فريق عمل لتقرير ما المعطيات التـــي ستسجل.
- تطوير نظام جمع المعطيات من كل مدرسة.
- ابتكار الإجراء الذي تختصر بوساطته المعطيات من كل مدرسة إلى الشكل الخاص بمعطيات المناطق التعليمية.
- تأسيس نظام لمراقبة جودة المعطيات.

جانب العمل

تنظيم الخدمات.

الاستراتيجيات

1. تشكيل مجموعة عمل من القطاعات المختلفة لتقرير طبيعة برامج تعزيز الصحة النفسية المرتكزة على المدارس وشاكلتها format.
2. تطوير البرنامج الارتيادي وتنفيذه في مجموعة صغيرة من المدارس.
3. نشر البرنامج على جميع مدارس الدولة (بحسب نتائج المشروع الارتيادي).
4. إتاحة التمويل من القطاعات الصحية والتعليمية ومن الممولين الخارجيين.

الهـــدف

تأمين مليونـــي وحدة نقد.

المشعر

مقدار المال المجموع.

النشاطات

- جمع البراهين عن الجدوى الاقتصادية لبرامج تعزيز الصحة النفسية المرتكزة على المدارس.
- القيام بالضغط على القطاعات الصحية والتعليمية من أجلِ المزيد من التمويل الذي يمكن تخصيصه من الميزانيات الموجودة.
- محاولة إقناع السياسيين بالجدوى الاقتصادية والمزايا الأُخرى لتدخلات تعزيز الصحة النفسية المرتكزة على المدارس.
- وضع لائحة بالممولين الممكنين.
- تحضير الطلبات التمويلية في الممولين الممكنين.
- تأسيس آليات التمويل الملائمة لإيداع الأموال وإنفاقها.

جانب العمل

البحوث والتقييم.

الاستراتيجيات

1. ترتيب المجموعات البؤرية مع تلاميذ المدارس للتحقق من المناظر الخاصة بالثقافة حول السلوك المختطر والواقي بين المراهقين في الدولة.
2. تقييم المشروع الارتيادي الذي يتضمن المدخلات والإجراءات والنتاجات.
3. تقييم التدخل المحدد الذي يتضمن المناظر الثلاثة السابقة.
4. تقييم المدى الذي وصل إليه نشر البرنامج.

الهـــدف

تقييم كامل للبرنامج الذي نشر.

المشعر

مرحلة البحوث (راجع الإطار السابق للمزيد من التفاصيل).

النشاطات

- تجميع فئة من العلماء ومديري الخدمات للإشراف على البحث.
- الحصول على التمويل.
- تسمية مدير للمشروع.
- تطوير البروتوكول.
- كتابة وصف مفصل للمطلوب من قبل العاملين الميدانيين.
- تسمية العاملين الميدانيين وتدريبهم.
- رصد التقدم في العمل الميدانـــي.
- إدخال المعطيات وتنسيقها.

- القيام بالتحليل الإحصائي.
- كتابة التقرير.

جانب العمل

التدريب والموارد البشرية.

الاستراتيجيات

1. ترتيب حلقات عمل لرجال التعليم التـــي يجري فيها التبليغ عن أسباب السلوك المختطر والعناصر الرئيسية لتعزيز الصحة النفسية المرتكزة على المدارس.
2. توفير الدعم من خلال من خلال القطاع الصحي لرجال التعليم الذين ينفذون برامج تعزيز الصحة النفسية المرتكزة على المدارس.

الهـــدف

دعم 50 شخصاً من رجال التعليم المكتنفين في تنفيذ برامج تعزيز الصحة النفسية المرتكزة إلى المدارس.

المشعر

عدد من تلقى الدعم من القطاع الصحي من رجال التعليم المكتنفين في تنفيذ برامج تعزيز الصحة النفسية المرتكزة إلى المدارس.

النشاطات

- استعراف مجموعة من المهنيين الصحيين المتحفزين للعمل بالتعاون مع رجال التعليم.
- توفير المهنيين الصحيين مع التدريب الضروري لتنفيذ هذه الوظيفة.
- توفير رجال التعليم مع المعلومات الضرورية حول المهنيين الصحيين وما الذي يمكن أن يسهموا بأعمالهم.
- تنفيذ النظام الذي يقوم بوساطته رجال التعليم بالارتباط مع المهنيين الصحيين.
- رصد تنفيذ النظام الجديد.

* يتضمن هذا المثال أسباباً تعليمية ولا يعد كتوصية للعمل به. إن الهدف والمشعر والنشاطات متوفرة لكل جانب من جوانب العمل فقط.

2.3 الخطوة 2: وضع المشعرات والأهداف

ينبغي أن تترافق كل استراتيجية بهدف أو أكثر يمثل *النتاج المرغوب به في الاستراتيجية*. يشير المثال في الإطار 15 بما يخص التعاون بين القطاعات، إلى أن الاستراتيجية المقترحة كانت توفر الدعم من القطاع الصحي إلى رجال التعليم الذين ينفذون برامج تعزيز الصحة النفسية المرتكزة على المدارس. وإلى أن إحدى النشاطات التـــي يمكن تطويرها لتحقيق هذه الاستراتيجية هي توفير المهنيين الصحيين المدربين على دعم رجال التعليم. وربما كان الهدف من هذه الاستراتيجية هو توفير 50 شخصاً على الأقل من رجال التعليم الذين تلقوا الدعم من المهنيين الصحيين لتنفيذ

برامج تعزيز الصحة النفسية المرتكزة على المدارس.

لا يمكن تأسيس هذا الهدف بمعزل عن الاستراتيجيات في الجوانب الأُخرى للعمل الضروري لتحقيق هذا الهدف. قد تحتاج الأهداف في الاستراتيجيات المختلفة إلى الرصف والترتيب لضمان الاستجابة لهذه الأهداف.

توفر المشعرات المعلومات حول المدى الذي تحقق فيه الهدف. وفي سبيل إنجاز ذلك يحتاج المرء إلى معرفة المدى الذي وصل إليه الهدف قبل تنفيذ الاستراتيجية. و كان المشعر الملائم في المثال السابق لاكتناف رجال التعليم في حلقات العمل هو النسبة المئوية من المدارس التـــي فيها معلم واحد على الأقل من حضروا هذه الحلقات العملية. وينبغي أن يكون المشعر من الشاكلة التـــي يمكن أن تقارن على نحو مباشر مع الهدف، ومثال ذلك، فإن المشعر الملائم قد يكون عدد رجال التعليم الذين حضروا حلقة العمل.

تكون الأهداف والمشعرات مثالية إذا: (أ) كانت كمية وقابلة للقياس، (ب) سهلة وقابلة للقياس اقتصادياً، (ج) مرتبطة إلى أقصى درجة مع الاستراتيجية أي تعكس النتائج الفورية للاستراتيجية كما تعرض النتائج التـــي تعتمد على المخرجات المتوسطة الإضافية.

3.3 الخطوة 3: تحديد النشاطات الرئيسية

الخطوة التالية هي تحديد النشاطات الحالية الضرورية لتحقيق كل استراتيجية. ثمة سببان هامان للقيام بذلك. أولاً ضمان عدم إهمال الخطوات الهامة، وضمان أن يصل كل نشاط إلى الغرض بحرص وروية. ثانياً يسمح لنا بتسجيل النجاحات. إذا كانت الاستراتيجيات صعبة واستُهلك الوقت فمن الممكن حدوث الإحباط إذا لم تستعرف المعالم ونقاط العلاّم في طريق تحقيق الاستراتيجية. إن تكميل النشاط سيعزز وسيستخدم لتحفيز الناس على استكمال النشاطات الأُخرى الضرورية لإنجاز الاستراتيجية.

ولابد من توضيح القضايا الأربعة التالية لكل نشاط كما يلي:

من المسؤول عن هذا النشاط؟ لابد من استعراف العناصر الأفضل لتنفيذ النشاطات مع النجاعة العظمى، والفعالية، والتكلفة الأدنـــى.

كم الوقت الذي يستغرقه هذا النشاط؟ يجب أن يحدد المخططون الجداول الزمنية للتقدم، ولذا يجب ترتيب كل نشاط في جدول زمنـــي حقيقي عبر تصميم خطة على أسس شهرية أو فترات زمنية أُخرى ممكنة من أجلِ ما يلي: (أ) تعيين النشاط الذي يجب أن يتلو النشاط الآخر وما النشاطات النـــي يمكن القيام بها في وقت واحد. (ب) تقييم ما إذا كانت الخطة واقعية وعملية. (ج) ضمان أن تكون النشاطات موزعة طوال العام وعدم الانشغال كثيراً في فترات من السنة مقابل فترات تعقبها من عدم النشاط النسبـــي. (د) تسهيل المراجعة المنتظمة للتقدم نحو

استكمال كل نشاط.

يمتلك الأطفال والمراهقون مساراً نمائياً وتطورياً سريعاً، ويقتضي ذلك بأن بعض الجداول الزمنية للنشاطات ربما تكون أقصر نوعاً مما عند البالغين بمعنـــى تقييم الفعالية. ستظهر النتاجات السلبية أو الإيجابية بمرحلة مبكرة نسبياً. ومثال ذلك اكتساب العديد من المهارات الأكاديمية الذي يحصل في فترات زمنية قصيرة وخاصة بكل معنـــى الكلمة. ولذا فإن تأثيرات معالجة المشاكل الصحية النفسية التـــي تتآثر مع اكتساب المهارات الأكاديمية (مثل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه) ينبغي أن تظهر في مرحلة مبكرة.

ما المخرجات المتوقعة من كل نشاط؟ *تتعلق نتاجات كل نشاط مع أهداف الاستراتيجية، التـــي تعبر عن النتاج المرغوب به من كل نشاط.* إذا تحققت جميع نتاجات النشاط فإن ذلك يعنـــي بطريقة تلقائية تحقق الأهداف الاستراتيجية. وإن لم تكن الحالة كذلك فإن ذلك يقتضي وجود أخطاء في صياغة الخطة.

ما العوائق الكامنة التـــي يُمكن أن تؤخر تحقيق كل نشاط أو تحبطه؟ لابد من استباق العراقيل أو التأخيرات والتوجه لها. إن استعراف العراقيل أو التأخيرات الممكنة له منافع جانبية في توضيح الأسباب التـــي تخصص فيها فترات من الزمن لاستكمال أي نشاط.

يمكن اختصار جميع هذه القضايا في مطرس كما يشرحه الإطاران 16 و17 اللذان ينطبقان على الدول المنخفضة الموارد أو المتوسطة الموارد الموصوفتين في الإطارين السابقين.

الإطار 16: أمثلة مفصلة حول النشاطات للاستراتيجيات المختارة (تنطبق على السياسات في دولة منخفضة الموارد كما في الإطار 14)

جانب العمل:

التدريب والموارد البشرية

الاستراتيجية 2:

ترتيب حلقات عمل لرجال التعليم والغاية منها تسهيل: (أ) التعرف المبكر على الأشخاص الأصغر الذين يعانون من اضطراب السلوك المخرب والإعاقات العقلية وبقية الاضطرابات النفسية. (ب) تنفيذ التدخلات الملائمة المرتكزة على المدارس لمثل هؤلاء التلاميذ

الهـــدف

يجب أن يكون لكل مدرسة معلم واحد على الأقل حضر مثل هذه الحلقة العملية

المشعر

النسبة المئوية من المدارس التـــي تضم معلماً واحداً على الأقل حضر مثل تلك الحلقة العملية

النشاط	الشهر الذي يجري فيه تنفيذ النشاط												الشخص المسؤول	النتاجات	العوائق الممكنة
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
القيام بالتواصل مع كل مدرسة وتأمين تعاونها													موظف تعليمي "الاسم"	التواصل مع المدارس تأمين التعاون	الصعوبة في التواصل مع المدارس المدارس لا ترحب بالمشاركة
استعراف الشخص الذي سيقوم بالتنظيم اللوجيستـــي وتأمين التواصل)													مدير المشروع	استعراف المنسق التواصل المشار إليه	لا يوجد شخص مناسب متاح لا توجد موافقة من المرجعية
تطوير محتوى حلقة العمل الذي يتضمن المواد التعليمية.													موظف تعليمي "الاسم"	محتوى حلقات العمل والمواد المتاحة	الموظف التعليمي غير قادر على أداء المهمة في الوقت المحدد
إعداد النسخ الكافية من المواد التدريسية (مثل الكتب).													مدير المشروع	إتاحة النسخ الكافية	الموارد غير الكافية النسخة الرئيسية غير متاحة في الوقت المحدد
تجنيد الموظفين لتسهيل حلقات العمل													مدير المشروع	وجود العدد الصحيح من الميسرين المناسبين	العجز عن تجنيد العدد الكافي من الميسرين الجيدين
تدريب الميسرين													مدير المشروع موظف تعليمي "الاسم"	جميع الميسرين قادرون على تحقيق النتجات المرغوبة	لا يصل الميسرون للنيام بالتدريب عدم استكمال التدريب في الموعد المحدد
تنفيذ حلقات العمل													الميسرون المنسق	حلقات العمل التـــي أقيمت	المكان غير المناسب الحضور الضعيف لرجال التعليم
رصد تنفيذ حلقات العمل													مدير المشروع باحث مساعد	المعطيات حول حلقات العمل المقامة ولحضور	صعوبة لتواصل مع الميسرين

الإطار 17: أمثلة مفصلة حول النشاطات للاستراتيجيات المختارة (تنطبق على السياسات في دولة متوسطة الموارد كما في الإطار 15)

جانب العمل

الغرض

الاستراتيجية 4:

توفير الدعم من خلال القطاع الصحي لرجال التعليم الذين ينفذون برامج تعزيز الصحة النفسية المرتكزة على المدارس.

الهـدف

دعم رجال التعليم المكتنفين في تنفيذ برامج تعزيز الصحة النفسية المرتكزة إلى المدارس في خمسين مدرسة.

المشعر

النسبة المئوية من المدارس التـي تضم شخصاً واحداً على الأقل ممن تلقى الدعم من القطاع الصحي من رجال التعليم المكتنفين في تنفيذ برامج تعزيز الصحة النفسية المرتكزة إلى المدارس.

النشاط	الشهر الذي يجري فيه تنفيذ النشاط												الشخص المسؤول	النتاجات	العوائق الممكنة
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
استعراف مجموعة من المهنيين الصحيين المتحفزين للعمل بالتعاون مع رجال التعليم.													مدير القطاع الصحي "الاسم"	مجموعة المهنيين الصحيين المُستعرفين	المهنيون الصحيون غير متحفزين للمشاركة
توفير المهنيين الصحيين مع التدريب الضروري لتنفيذ هذه الوظيفة.													مدير القطاع الصحي "الاسم"	التدريب الإدري للمهنيين الصحيين	العجز عن إيجاد الوقت والمكان الذي يناسب معظم المهنيين الصحيين
توفير رجال التعليم مع المعلومات الضرورية حول المشروع لجديد.													مدير القطاع التعليمي "الاسم"	رجال التعليم الذين اطلعوا على نحو كاف للقيام بالاستعمل الجيد للخدمات الجديدة	مقاومة رجل التعليم لتلقي المساعدة من المهنيين الصحيين
تنفيذ النظام الذي يقوم بوساطته رجال التعليم بالارتباط مع المهنيين الصحيين.													مدير القطاع الصحي "الاسم" ومدير القطاع الصحي "الاسم"	مجموعة من الإجراءات المتطورة والارتيادية امختبرة	الصعوبات اللوجيستية التـي لا تمكن من تطوير النظام الكافي والفعال
رصد تنفيذ النظام الجديد.													باحث مساعد	المعطيات بحسب المدى لذي يشتغل به النظام الجديد	العجز عن تجنيد باحث مساعد مناسب

4.3 خطوة 4: تعيين التكاليف والموارد المتاحة والميزانية

لابد من تحديد التكاليف السنوية والتكاليف الإجمالية في الفترة التـــي ستنفذ فيها الاستراتيجية، وثمة ثلاثة مدخلات للموارد الأساسية الضرورية لتنفيذ الاستراتيجيات للصحة النفسية للأطفال والمراهقين (كما في بقية الجوانب الصحية).

الموارد البشرية: غالباً ما تكون أكثر المكونات تكلفة في نظام الرعاية الصحية. وتمثل النفقات الجارية طوال الخطة. والاستثمار الرأسمالي ضروري كذلك لتعليم الأشخاص وتدريبهم. وربما يكتنف ذلك دعم تدريب المهنيين الإضافي في مجال الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. لم يتلق الكثير من المختصين بعلم النفس السريري والممارسين العامين والممرضات التدريب الكافي في مجال الصحة النفسية للأطفال والمراهقين في أثناء تدريبهم المهني. ويمكن التوجه لهذا التدريب عبر مساقات قصيرة وعبر الزمالات أو الإشراف والتدريب المستمر. (راجع دليل *التدريب والموارد البشرية في الصحية النفسية*).

الرأسمال المادي: ينطبق على الأبنية والتجهيزات والمركبات التـــي تشترى من خلال الاستثمارات الرأسمالية. وعادة ما لا تكون هذه النفقات سنوية. ومهما يكن فإن الخطأ الشائع هو فشل الميزانية في المحافظة المستمرة على التوقي من الاهتلاك السريع والاستعاضة المبكرة.

المستهلكات: تنطبق بصورة أساسية على الأدوية. ويشير الجدول 6 إلى مدخل الموارد الممكنة الضرورية لتنفيذ الوقاية من الصرع المرتكزة على المدارس وبرنامج المعالجة. يمكن استعمال هذا المثال كذلك في شرح طريقة صياغة الموارد المتاحة على خط زمنـــي. ربما تكتنف السنة الأولى إعداد المواد التدريبية لكي تستعمل في السنة الثانية من قبل الموظفين الذين سوف يستقصون في خلال الجزء الثانـــي من السنة الثانية أو بعد ذلك. وإذا كانت المواد التدريبية متاحة قبل ذلك أو إذا حصل الموظفون على تجارب سابقة كافية في البداية لتجنب التدريب فإن الخط الزمنـــي قد يكون أقصر.

الجدول 6: الموارد المطلوبة لبرنامج تقصي الصرع ومعالجته المرتكز على المدارس

نمط الدولة	الموارد البشرية	الموارد الرأسمالية	المستهلكات
المنخفضة المدخول	الفريق المدرسي (للتحري screening)، فريق العاملين الصحيين في الفرق الصحية الجوالة (للمعالجة)، الممرضات والأطباء (للاستشارات).	المواد التدريبية للفريق مواضع التحري (قد تكون الأبنية الموجودة) المركبات (وسائل النقل)	المضادات الحيوية مضادات الصرع آلات تخطيط كهربية الدماغ
المتوسطة المدخول	العاملون الصحيون (للتحري) الممرضات في الفرق الصحية الجوالة (للمعالجة)، الأطباء (للاستشارات).	المواد التدريبية للفريق مواضع التحري (قد تكون الأبنية الموجودة) المركبات (وسائل النقل)	مضادات المكروبات مضادات الصرع التصويرالمقطعي المحوسب آلات تخطيط كهربية الدماغ
المرتفعة المدخول	الممرضات (للتحري والإحالة) الأطباء والمختصون بالأمراض العصبية (للمعالجة)	المواد التدريبية للممرضات الحيز المناسب للعيادات الصحية	مضادات المكروبات مضادات الصرع التصويرالمقطعي المحوسب آلات تخطيط كهربية الدماغ آلات التصوير بالرنين الغناطيسي

الأمثلة المتوفرة ليست توصيات خاصة للعمل بها.

يكتنف تعيين الموارد المتاحة تقييم مقدار المال المتاح من جميع الموارد. يمكن إتاحة المال من خلال القطاع الصحي النفسي من خلال التمويل الحكومي (من الضرائب العامة) والموارد الاجتماعية، والمانحين، والتأمين الخصوصي، ومن الدفع المباشر من الجيب، بالإضافة إلى الموارد التـــي يمكن إتاحتها من بقية القطاعات مثل التعليم والعدل.

إن الميزانية هي نتاج لتقييم التكاليف مقابل الموارد المتاحة. وفي معظم الحالات، ستحتاج التكاليف إلى التخفيف لجلبها حسب الموارد المتاحة. يُمكن أن يكتنف هذا التخفيف إنقاص الاستراتيجيات، وزيادة المدة الزمنية المخصصة لإنجاز كل استراتيجية. والتخفيف من العدد أو التخفيف من كثافة النشاطات للاستراتيجية واحدة أو أكثر. ولابد من الواقعية حول ما يُمكن إنجازه. ولا شك أن الأفضل أن نقدم الوعد بالقليل ونؤتـــي الكثير بدلاً من أن نفعل العكس.

ينبغي مراجعة الميزانية مرة على الأقل سنوياً والأفضل أكثر من مرة. بعد إدخال الاستراتيجية إلى موضع التنفيذ، يمكن القيام بالتنبؤ الأصدق عن النفقات المستقبلية على أسس التكاليف التـــي جرت قبل ذلك.

يراعى الجدول الزمنـــي والموارد معاً للتأكيد على الاعتماد المتبادل. ينبغي أن ترتبط كل استراتيجية بجدول زمني لكي نتمكن من تقديم الموارد المتاحة لها. قد تحتاج بعض الاستراتيجيات إلى المتابعة لأجل غير محدد، بينما يمكن تشغيل استراتيجيات أُخرى لفترة محدودة من الزمن. إن الخطأ الشائع هو محاولة إنجاز الكثير في السنة الأولى من تنفيذ الاستراتيجيات. ونقع في هذا الخطأ لأن المخططين قاموا بتقدير أقل لمقدار الزمن اللازم لحشد الفريق. وترسيخ الإجراءات، والبنية التحتية والآليات التمويلية و النقل والتمويل من مصادره إلى الحساب الذي يمكن الوصول إليه للقيام بنشاطات تنفيذ الاستراتيجية.

النقـــاط الرئيســـية

- إن الخطة الصحية النفسية الخاصّة بالأطفال والمراهقين هي مخطط مفصل قبل الصياغة لتنفيذ الأفعال الاستراتيجية التـــي تعزز الصحية النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية ومعالجتها وتأهيل المصابين بها.
- يجب تحديد الاستراتيجيات والجداول الزمنية لها لتأسيس دلائل وضع الميزانية، ولوضع التوقعات الواقعية وتطوير المعايير من أجل التقييم.
- ينبغي أن تتضمن كل استراتيجية هدفاً واحداً أو أكثر.
- يجب استعراف النشاطات والتكاليف والموارد المتاحة والميزانية التـــي جرى تأسيسها.

4. تنفيذ السياسات والخطط والبرامج الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين

يستعرف هذا القسم خطوات التنفيذ الناجح للسياسات والخطط والبرامج الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين. تتضمن هذه الخطوات نشر السياسات وتوليد الدعم السياسي والتمويل، وتطوير التنظيم الداعم، وتطبيق المشاريع الارتيادية في جوانب الإيضاح وتعظيم التنسيق.

ولابد كذلك من مراعاة تقييم السياسات والخطط والبرامج الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين. بينما تكون المناقشات الشاملة لقضايا التقييم خارج نطاق هذا الدليل، ويوفر الجدول 4 ملخصاً لبعض الجوانب التـــي يتضمنها التقييم باستعمال مطرس الصحية النفسية كإطار عمل مفاهيمي. بالإضافة إلى دلائل تحسين جودة الخدمات الصحة النفسية، ونظم المعلومات والبحوث والتقييم التـــي توفر المزيد من التفاصيل والإرشادات.

4.1 الخطوة 1: نشر السياسات

يجب نشر السياسات التـــي جرت صياغتها لجميع الهيئات الحكومية المكتنفة على المستويات الملائمة، وبين بقية المعنيين بالصحة النفسية والأفراد الرئيسيين. ويتطلب ذلك أن تكون عملية مستمرة طوال الوقت وتحتاج إلى الجهود المؤازرة إن بعض الأفكار مثل الطريقة التـــي يمكن فيها نشر السياسات مدونة في الإطار 18.

الإطار 18: أفكار حول نشر السياسات والخطط والبرامج الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين

- قم بالاجتماع مع الفرق الصحية ومجموعات التبشير بالصحة النفسية ومجموعات العائلات والمستهلكين وبقية المعنيين بالصحة النفسية لتحليل السياسات والخطة.
- قم باكتناف ما يمكنك من القطاعات في عملية نشر السياسات.
- نظم حدثاً عمومياً مع وسائل الإعلام، بحيث يقوم وزير الصحة وبقية القادة بسن القوانين الإدارية لدعم السياسات الحديثة والخطة والبرنامج.
- نظم حلقات دراسية وطنية لمناقشة السياسات والخطط.
- اطبع الملصقات الجدارية والمطويات والقصاصات الورقية ووزعها، وضمنها الأفكار الرئيسية للسياسات.
- اطبع الكتيبات عن السياسات والخطط والبرامج لكي توزعها على المعنيين بالصحة النفسية.
- جنّد المستهلكين والعائلات ومجموعات التبشير بالصحة النفسية وادعمهم لبذر المقترحات.

يتشكل المعنيون بالصحة النفسية للأطفال والمراهقين من الأطفال والمراهقين أنفسهم وعائلاتهم. يتعاظم نجاح نشر السياسات والخطط إذا جرى الوصول إلى الأطفال والمراهقين وعائلاتهم في المواضع المختلفة مثل المدارس والشوارع والمناطق الريفية وأماكن العمل.

يجب أن يضع النشر بالحسبان كذلك حقيقة أن عدداً كبيراً من الأطفال والمراهقين وعائلاتهم يمكنهم القراءة بصعوبة فقط أو لا يمكنهم القراءة على الإطلاق. وثمة أسباب متعددة لذلك، وهي أن الطفل قد يكون صغيراً جداً لكي يقرأ وقد يكون البالغ أمياً. تحتاج طرائق النشر كذلك إلى الملاءمة الثقافية. وتتضمن الأمثلة حول طرائق النشر المبتكرة الملائمة للأطفال والمراهقين وعائلاتهم، الرقص والألعاب السحرية والموسيقى وألعاب الدمى المتحركة والمسرح والروايات والفيديو.

2.4 الخطوة 2: توليد التمويل والدعم السياسي

ليس لأي سياسة أو خطة أو قضية مهما كانت مقنعة ومبحوثة جيداً أي فرصة في النجاح ما لم تتلق الدعم السياسي ومستوى من التمويل المناسب والمتكافئ مع أغراضها. ولما كان الأشخاص الصغار غالباً ما يعتمدون على الآخرين في الدفاع عن مصالحهم، فإن المبشرين بالصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين يحتاجون لضمان قدرة الخطة على الحياة مالياً وسياسياً، وغالباً من دون التبشير بالصحة النفسية المستمر لمستهلكي الخدمات أنفسهم. سيحتاج المبشرون بالصحة النفسية للأطفال والمراهقين إلى ضمان قابلية الخطة للحياة مالياً وسياسياً وغالباً من دون الدفاع المستمر من قبل مستهلكي الخدمات أنفسهم. إن التقدير المضبوط للتكاليف ينبغي أن يتوفر من اجل جميع الداعمين الممكنين لتجنب التمويل الأقل من المطلوب للبرامج، أو بروز توقعات للتوفير ربما لا تكون واقعية. ونوصي بتقديم السلف المربحة والاستثمارات البدئية، قبل أن تتحقق الوفورات وقبل أن تصبح على أرض الواقع.

سيحتاج المدافعون عن السياسات الصحية النفسية من خلال وزارة الصحة لتعيين مكان ارتباطهم مع الأطراف الأُخرى للحكومة وفي المجتمع والدولة عموماً، يمكن تنظيم الاجتماعات مع النظراء في الأقسام الحكومية المختلفة، وإن الغرض من مثل هذه الاجتماعات هو إظهار أهمية الصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين، وتجنيد الدعم الواسع من خلال الحكومة لتنفيذ السياسات. إن أي شخص مهتم بعافية الأشخاص الصغار يُمكن أن يشجع بتوسيع هذا الاهتمام بالقضايا الصحية النفسية. يدون الجدول 7 بعض التحالفات الممكنة مع الأمثلة حول طريقة تحسين الصحة النفسية للأطفال والمراهقين التـــي سوف يكون لها فوائد جانبية في مجال عملها.

وسيحتاج المبشرون بالصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين للضغط الواضح على الزملاء ضمن مجال الإدارات الحكومية ذات العلاقة.

الجدول 7 التحالفات الممكنة عند تطوير الخدمات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين.

التحالفات الممكنة	الفوائد من خلال مجال الاهتمام للتحالف لتحسين الصحة النفسية للأطفال والمراهقين
المنظمات المدنية مثل الكشافة	زيادة التسجيل
والمجموعات الموسيقية ومنظمات الوقاية من الإيدز	تحسين الإنجاز المشاكل السلوكية الأقل
أنظمة العدالة الرسمية	الأفعال الجرمية الأقل حالات المحاكم الأقل الأحكام الأخف والأقل
عيادات الرعاية الأولية	تحسين الصحة البدنية زيادة الالتزام بالمعالجة
جمعيات المستأجرين ومن في حكمهم	المزيد من مراعاة الجيران الجرائم الأقل
المنظمات الدينية	زيادة المشاركة والحضور
المدارس الرسمية	تحسين الإنجاز المدرسي تخفيض معدلات الرسوب و الغياب مشاكل سلوكية أقل

لابد من اكتناف الأشخاص القادرين على الدفاع عن السياسات على المستويات الحكومية الأعلى في السياسات.

إن استعراف الراعي أو الداعم والبقاء على تواصل معه على أعلى المستويات الحكومية هو أحد العوامل الحاسمة من الشروع بالسياسات واستمرارها. ويمكن أن يصبح قادة المجتمع من المدافعين الهامين عن السياسات، بما يضمن تنفيذ الاستراتيجات فعلاً.

3.4 الخطوة 3: تطوير الهيكلية الداعمة

يتطلب تنفيذ السياسات والخطط والبرامج الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين المساهمات من الشخصيات والمنظمات ذات الخبرة العميقة، ومثال ذلك الخبراء في الصحة البدنية والصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين، والصحة العمومية والاقتصاديات والإدارة والوبائيات والبحوث. إن الأفراد المدرَّبين أو أصحاب الخبرة التي يمكن تطبيقها بصفة رئيسة عند البالغين قد يحتاجون لاستكمال تدريبهم أو تجربتهم للقيام بتطبيقها على الأطفال والمراهقين.

ولابد من اكتناف جميع المستويات الجغرافية والإدارية في الدولة أو النظام الصحي في تنفيذ

العملية. ومثال ذلك، على المستوى الوطنـــي، قد يكون الفريق المتعدد التخصصات مسؤولاً عن تنفيذ السياسات في الدولة. في حين أن حجم مهارات الفريق سيتفاوت بحسب احتياجات الدولة، وتخصيص مسؤوليات الفريق الذي سيعزز تنفيذ السياسات. وعلى مستوى الخدمات الصحية فإن العامل الصحي النفسي المجتمعي قد يكون مسؤولاً عن تنفيذ السياسات على المستوى المحلي.

4.4 الخطوة 4: تطبيق المشروع الارتيادي في جوانب الإيضاح

يمكن تنفيذ السياسات والخطط في المشاريع الارتيادية في جوانب الإيضاح التـــي تكون سريعة نسبياً ويمكن استخدام الوظائف العديدة المفيدة: ويمكن تقييمها على نحو فعال وكامل، ويُمكن أن توفر دعماً تجريبياً للمبادرات من خلال إيضاح الجوانب العملية والنجاعة القصيرة المدة، ويُمكن أن تحث المدافعين من طبقة المشاركين في المشروع الارتيادي، ويُمكن أن تعلم الزملاء من القطاعات الصحية وغير الصحية طريقة تطوير السياسات والخطط وتنفيذها.

يجب توخي الحرص عند تأسيس المشاريع الارتيادية ذات التمويل القصير المدة. وثمة بعض الاختطارات عندما يبدأ المشروع بدون تمويل مستمر وكاف أو بدون القدرة على توسيع المشروع إلى مناطق أُخرى من الدولة. ربما يطور المستهلكون والعائلات والمجتمع توقعاتهم عن الخدمات التـــي لا يمكن تلبيتها على المدى البعيد بحسب الموارد المتاحة.

ولابد كذلك من رصد تنفيذ المشروع الارتيادي لضمان الفعالية، ولضمان ألا يصبح جامداً وألا ينحرف عن مساره، وليس بسبب ما يقال بأن القيام بأي شيء أفضل من عدم القيام بأي شيء. أو لأن الرصد مورد للدخل من مقدم الخدمات، وهذا موضع جدل آخر عند تقييم أي مشروع.

5.4 الخطوة 5: تمكين مقدمي الخدمات وتعظيم التنسيق

لابدَّ من استعراف الأفراد والفِرق والمنظمات في القطاعات الصحية وغير الصحية التـــي ستكون مسؤولة عن تنفيذ الخطة. إن المساءلة والرصد منظران حاسمان في تنفيذ الخطة على امتداد المتطلبات الخاصّة بمعطيات النشاطات والنتاجات التـــي أُنجزت. يحتاج مقدمو الخدمات إلى تأكيد هذه المعطيات بطريقة يمكن استخدامها للتخطيط الإضافي. وأما الحاجة الأساسية الثانية فهي من أجل تنفيذ الخطة القابلة للمساءلة. ليست المساءلة هامة فقط من أجل ضمان النزاهة في تنفيذ البرنامج، ولكنها هامة للتشديد على الأهمية والقيم المرتبطة بكل نشاط.

تعوِّل كثير من الدول على مقدمي الخدمات الصحية النفسية العموميين لإيتاء نسبة كبيرة من التدخلات الصحية النفسية. وفي حين يسهل على الأغلب تطوير السياسات الوطنية وتنفيذها بين مثل هؤلاء المقدمين للخدمات فإن مثل هذه الأنظمة يُمكن أن تكون جامدة وغير ناجعة ومن

نوعية منخفضة ولا تستجيب لاحتياجات السكان. إن الحوافز مثل عملية اتخاذ القرارات غير المركزية للمرافق الصحية أو الفرق للحصول على المزيد من التحكم؛ قد تُمكِّن مقدمي الخدمات العموميين وتقويهم. ومثال ذلك، ربما تريد إحدى المناطق أن تكون برامج تعزيز الصحة النفسية المرتكزة على المدارس من الأوليات بينما تريد منطقة أُخرى أن تكون الأولوية هي تطوير المعالجة المجتمعية للأطفال المصابين بالتخلف العقلي. سيجري تمكين مقدمي الخدمات الصحية النفسية وسوف يستجيبوا إذا حصلوا على بعض التحكم على تنفيذ البرنامج في مناطقهم.

إن الممارسين الصحيين النفسيين الخصوصيين هم مكون هام في النظام الصحي النفسي وغالباً ما يكون هؤلاء أكثر استجابة لظروف السوق. ولما كان من الأغلب أن ينفتحوا على الحوافز وهم أكثر مرونة في الاستجابة لحاجات السكان، فقد يكون من الصعب أن يتأثروا بالسياسات الصحية النفسية. تتضمن استراتيجيات تمكينِ مقدمي الخدمات الصحية النفسية الخصوصيين تأسيسَ ترتيبات التواصل وتنظيم عملية الجودة وتطويرها.

ثمة احتمال في الصحة النفسية للأطفال والمراهقين بوجود عدد كبير من مقدمي الخدمات الذين يكونون خارج نطاق النظام الصحي التقليدي. ستتعزز فرص التنفيذ الناجح للتدخل إذا أُكتنِف هؤلاء المقدمين للخدمات الصحية النفسية في تطوير الخطط والسياسات وفي تنفيذها. ولابد من فهم طريقة الحوافز التـــي يمكن تطويرها لتمكين هؤلاء العاملين. مثلاً، ربما نتمكن من تقوية المدرسين وتمكينهم من المشاركة عبر تضمين المرامي الصحية النفسية في ترتيبات التواصل مع المدارس.

تتضمن بقية مقدمي الخدمات العاملين الصحيين التقليديين، ومجموعات المساعدة المتبادلة والمنظمات غير الحكومية، والمنظمات التطوعية، ومستهلكي الخدمات الصحية النفسية، ومقدمي هذه الخدمات. سوف يستجيب جميع مقدمي الخدمات الصحية النفسية للحوافز المختلفة التـــي تمكنهم من تنفيذ السياسات. (راجع دليل *تمويل الصحة النفسية وراجع دليل السياسات والخطط والبرامج الصحية النفسية* للمزيد من التفاصيل).

يوفر الجدول 8 بعض الأمثلة حول التدخلات الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين التـــي تؤتـــى بصورة أساسية من خلال القطاعات غير الصحية. إذ يتحرك الأطفال والمراهقين بين عدة قطاعات في مساق يوم واحد مثل، التعليم والخدمات الاجتماعية والإسكان. تسهم جميع القطاعات في حاضر العافية البدنية و العافية الصحية النفسية وفي مستقبل الأشخاص الصغار. ينجم عن التعاون في مجال الحوافز الصحية النفسية نتائج جيدة للجميع، ولاسيما الأشخاص الصغار.

الجدول 8: أمثلة عن التدخلات الصحية النفسية بين القطاعات عند الأطفال والمراهقين

القضية	التدخل	القطاع
الإعاقة العقلية	الماء الميودن أو الماء الميودن	التجارة مصلحة المياه
التعزيز والوقاية	الارتباط بين الأم والطفل التدخلات المرتكزة على المدارس	الخدمات الاجتماعية التربية والتعليم
العقابيل البانالوجية النفسية بسبب: السكن غير الملائم الجريمة في المجتمع	■ تحسين الإسكان ■ زيادة دوريات الطرق	 الإسكان الخدمات الاجتماعية الشرطة
الانتحار	مراقبة الأسلحة نزع السمية من الغازات التثقيف النفسي الإبلاغ عبر وسائل الإعلام عن قبح الانتحار عبر نجوم الغناء	العدل التجارة التربية والتعليم التجارة الإعلام
التغيب عن المدرسة	رصد الزيارات المنـــزلية للتلاميذ المتغيبين	التعليم الخدمات الاجتماعية

يجب أن ينسق المعنيون بالصحة النفسية جهودهم مع وزارة الصحة المسؤولة عن الصحة العامة للأطفال والمراهقين، والسهر على تنفيذ برامج تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية المجدية اقتصادياً. يجب أن يعمل المعنيون بالصحة النفسية مع رجال التعليم الذين يُمكن أن يساعدوا في إزالة الوصمة عن الاضطرابات النفسية عبر استئصال مصدر اللوم عن الأفراد المصابين. وينبغي لهم أن يهبوا لنصرة أطباء الأطفال الذين - وحتـــى في الدول المتقدمة - غالباً ما يحتاجون للمساعدة في فهم السلوك غير السوي الذي لا يكون جزءاً من النماء والتطور الطبيعيين. ولذا ينبغي لهم مع ممولي النظام الصحي ترضيح أن التعليم البسيط والمواد الدوائية ليست مكلفة بالضرورة. وأخيراً ينبغي أن تدعم الجهود المكرسة لتقوية الصحة البدنية التـــي لها مقتضيات عميقة في العافية النفسية للأطفال والمراهقين.

العوائـــق والحلـــول

ثمة عدد من العوائق والحلول موجودة في دليل *السياسات والخطط والبرامج الصحية النفسية*. ويُمكن أن تنطبق كلها الصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين.

وإضافة لذلك فقد اخترنا مجموعة نوعية إضافية من العوائق والحلول التـــي تنطبق على الصحة النفسية للأطفال والمراهقين.

العوائـــق	الحلـــول
الموارد المتاحة غير الكافية للصحة النفسية عموماً وكذلك الموارد المخصصة للصحة النفسية للأطفال والمراهقين بصفة خاصة	*الإحالة إلى المعاهدات الدولية الإجبارية مثل اتفاقية حقوق الطفل* *دعم المدافعين ذوي العلاقة مثل مجموعات العائلات ومجموعات رجال التعليم* *المجادلة بأن التطبيق الخاص بالصحة النفسية للأطفال والمراهقين ذو فوائد كامنة عند الكهولة عندما تطبق في فترة الطفولة والمراهقة.*
الموارد التـــي كانت مخصصة سابقاً للصحة النفسية للأطفال والمراهقين وخصصت الآن للمشاريع المتعلقة بالإيدز	*التأكيد على التصاحب بين الإيدز والعدوى بالفيروس وبين الصحة النفسية للأطفال والمراهقين* *القيام بالتدخلات الصحية النفسية باستعمال الموارد التـــي كانت مخصصة لمشاريع الإيدز بالاعتماد على التصاحب المشار إليه*
البينات والبراهين القليلة على نجاعة التدخلات الصحية النفسية وفعاليتها بين الأطفال والمراهقين بالمقارنة مع البالغين.	*تسليط الضوء على البينات والبراهين الموجودة فعلاً.* *التحقق من التجارب المقدمة ومن الأشخاص البارزين حول النتائج المتوقعة.*
العدد القليل من المهنيين المؤهلين والخبراء في العمل بمجال الصحة النفسية للأطفال والمراهقين.	*القيام بالخطط لتدريب المزيد من العاملين في حقل الصحة النفسية للأطفال والمراهقين.* *توفير التدريب أثناء الخدمة لتجهيز أفضل "عموماً" للعاملين في الصحة النفسية للأطفال والمراهقين.* *تعديل وظائف العاملين في الصحة النفسية للأطفال والمراهقين لاستدراك القصور. ومثال ذلك عبر منحهم نسبة أكبر من وقتهم للتدريب والإشراف والاستشارة.*
الفهم المغلوط للاضطرابات النفسية ولاسيما بين الأشخاص الصغار.	*استعمال وسائل الإعلام لتحسين فهم الاضطرابات النفسية*

العجز عن القراءة بين بعض الأطفال والمراهقين وعائلاتهم	*استعمال استراتيجيات التواصل التحفيزي، مثل الرقص والألعاب السحرية والدمى المتحركة والمسح والروايات والفيديو.*

مسرد المصطلحات

الطفل

الشخص الذي عمره أقل من عشر سنين.

الخطة الصحية النفسية الخاصة بالأطفال والمراهقين

خطة مؤلفة من سلسلة من المشاريع المفصلة قبل صياغتها من أجلِ تنفيذ الأفعال الاستراتيجية التـــي تمكن من تعزيز الصحة النفسية والوقاية من المصابين بالاضطرابات النفسية ومعالجة الأطفال والمراهقين وتأهيلهم.

السياسات الصحية النفسية عند الأطفال والمراهقين.

هي نسق منظم من الرؤى والقيم والمبادئ والأغراض وجوانب العمل لتحسين الصحة النفسية لدى السكان الأطفال والمراهقين.

المراهـــق

الشخص الذي عمره ما بين 10-19 عاماً.

النجاعة

قدرة التدخل على إنجاز الأثر المرغوب عند جمهرة تجريبية.

الفعالية

قدرة التدخل على إنجاز الأثر المرغوب في جمهرة أوسع وغير تجريبية.

المنطقة الصحية

قسم إداري أو جغرافي في الدولة وتتولى المسؤولية عن الوظائف غير المركزية لوزارة الصحة.

التدخل الصحي النفسي

أحد النشاطات التـــي غايتها تعزيز الصحة النفسية، أو الوقاية من الاضطرابات النفسية، أو معالجة المصابين أو تأهيلهم.

مقدم الخدمات الصحية النفسية

الأشخاص أو المنظمات، أو الفريق الصحي أو الصحي النفسي المرتكز إلى المجتمع أو المؤسسة التـــي تؤتـــي التدخلات الصحية النفسية للسكان.

المعنيون بالصحة النفسية

المنظمات أو الأشخاص المهتمون بتحسين الصحة النفسية للسكان ويتضمن ذلك المستهلكين وأفراد العائلات والمهنيين وصناع السياسات والأطفال والمراهقين أنفسهم.

وزارة الصحة

الإدارة الحكومية المسؤولة عن صحة السكان والتـــي يرأسها وزير أو "أمين سر الحكومة".

المنظمات غير الحكومية

منظمة لا تؤلف قسماً من النظام الحكومي.

الغرض من السياسة

هو الشيء المطلوب تحقيقه من السياسة.

المبـــادئ

هى الحقائق الأساسية أو العقائد التـــى تضع القواعد التـــى تستند إليها التصرفات. ويمكن النظر إليها من خلال السياق الثقافي كأفعال واسعة تقتضيها القيم.

الجـــودة

الدرجة التـــي يزداد فيها احتمال أن ترضي نتاجات الخدمات الصحية النفسية المرغوبة الأفراد والجمهرات والتـــي تتوافق مع المعرفة المهنية الحالية.

الاستراتيجية

هي التنظيم المنهجي لنشاطات إنجاز الغرض أو المرمى.

القيـــم

هي المعتقدات الثقافية المتعلقة بالنموذج المرغوب للسلوك أو الحالة النهائية التـــي تقود المواقف والأحكام والمقارنات. وتمتلك القيم الاستحقاق أو الجودة أو الفائدة ؛ بحد ذاتها.

رؤية الصحة النفسية للأطفال والمراهقين

التوقعات حول مستقبل الصحة النفسية للأطفال والمراهقين

المصادر والمراجع

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(suppl):85S-120S.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2002). Practice parameters for the use of stimulant medication in the treatment of children, adolescents, and adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(suppl):26S-49S.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Resource Book of Mental Disorders (DSM-IV), 4th ed., Washington, DC.

Barkley RA (2002). International consensus statement on ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41:1389.

Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TRG (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37:1134-1141.

Bird H (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37:35-49.

Blanchet T (1996). *Lost innocence, stolen childhoods.* Dhaka, University Press Limited.

Byford S et al. (1999). Cost-effectiveness analysis of a home-based social work intervention for children and adolescents who have deliberately poisoned themselves. Results of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 174:56-62.

Center for Child Mental Health (2004). *Caritas Newsletter.* Caritas, Cambodia.

Cauffman E (2004). A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43:430-439.

Citizens Commission on AIDS for New York City and Northern New Jersey (1991). AIDS prevention and education: reframing the message. *AIDS Education and Prevention*, 3:147-163.

Dawes A et al. (1997). Child and adolescent mental health. In: Foster D, Freeman M, Pillay Y, eds. *Mental Health Policy Issues for South Africa.* Cape Town, Multimedia Publications.

Department of Health, Republic of South Africa (2001). *Policy Guidelines: Child and Adolescent Mental Health.* Pretoria, South Africa, Department of Health.

Durlak JA (1998). Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68:512-520.

Eisenberg L (2000). Getting down to cases – making mental health interventions effective. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:511-512.

Fleitlich-Bilyk B, Goodman R (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric

disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 727-734.

Fullilove MT (1996). Psychiatric implications of displacement: Contributions from the psychology of place. *American Journal of Psychiatry*, 153:1516-1523.

Giel R et al. (1981). Results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 128:513-522.

Gomez-Beneyto M et al. (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89:352-357.

Greenwood PW et al. (1996). Responding to juvenile crime: Lessons learned. *Future of Children*, 6:75-85.

Grimes K (2001). Massachusetts – Mental health services program for youth: A blended funding model for integrated care. In: Newman V et al., eds. *The 13th annual Research Conference Proceedings: A System of Care for Children's Mental Health: Expanding the Research Base*. Tampa, University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, Research and Training Center for Children's Mental Health:109-112.

Indian Council of Medical Research (2001). *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi, ICMR (unpublished data).

Jablensky A et al. (1987). Incidence worldwide of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 151:408-409.

Kamradt BJ (2000). Wraparound Milwaukee: Aiding youth with mental health needs. *Juvenile Justice Journal*, 7:19-26.

Keating D, Hertzman C, eds. (1999). *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics*. New York, The Guilford Press.

Knapp MRJ, Scott S, Davies J (1999). The cost of antisocial behaviour in younger children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4:457-473.

Knapp M et al. (2002). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 180:19-23.

Lazarus S, Moolla N, Reddy P (1996). Intersectoral collaboration within the context of educational support services in South Africa. In: Vergnani T et al., eds. *Health Promoting Schools in South Africa: Challenges for the 21st Century*. Conference proceedings. Cape Town, University of the Western Cape.

Lewis M ed. (1996). *Child and Adolescent Psychiatry – A Comprehensive Textbook, 2nd ed*. Baltimore, Williams and Wilkins.

Lund C (2002). *Mental health service norms in South Africa* (doctoral thesis). Cape Town, Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town.

Lustig SL (1994). The AIDS prevention magic show: avoiding the tragic with magic. *Public Health Reports*, 109:162-167.

Lyons-Ruth K, Wolfe R, Lyubchik A (2000). Depression and the parenting of young

children: Making the case for early preventive mental health services. *Harvard Review of Psychiatry*, 8:148-153.

Mann EB et al. (1992). Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. *American Journal of Psychiatry*, 149:1539-1542.

Morita H et al. (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34:317-332.

Nock MK et al. (2004). From science to practice: The flexible use of evidence-based treatments in clinical settings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43:777-780.

Offord DR et al. (1987). Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44:832-836.

Offord DR (1998). Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37:686-694.

Patel V (2002). Research environment in developing countries: Making it happen. Paper presented at the conference, Research for Change: Research on Mental Health and Substance Abuse in Developing Countries, Cape Town, 3–6 December 2002.

Remafedi GI (1988). Preventing the sexual transmission of AIDS during adolescence. *Journal of Adolescent Health Care*, 9:139-143.

Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F (1997). Neighborhoods and violent crime: A multi-level study of collective efficacy. *Science*, 277:918-924.

SANE Australia (1992). *Schizophrenia: Costs*. Melbourne, SANE Australia.

Scott S et al. (2001). Financial cost of social exclusion: Follow-up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323:191-195.

Scott RA, Lhattoo SD, Sander JWAS (2001). Policy and practice – The treatment of epilepsy in developing countries: Where do we go from here? *Bulletin of the World Health Organization*, 79:344-351.

Shatkin, JP, Belfer ML (2004). The global absence of a child and adolescent mental health policy. *Child and Adolescent Mental Health*, 9:104-108

Skinner D et al. (1991). An evaluation of an education programme on HIV infection using puppetry and street theatre. *AIDS Care*, 3:317-329.

Smith DAR (1999). *A review of the rate and nature of suicide among young people who accessed Child Youth and Family Services, 1994-1999*. Department of Child, Youth and Family Services, Wellington, New Zealand.

Steinhausen HC et al. (1998). Prevalence of child and adolescent disorders: The Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98:262-271.

Tadesse B et al. (1999). Childhood behavioural disorders in the Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(suppl): 92-97.

Thornicroft G, Tansella M (1999). *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve*

Services. Cambridge, Cambridge University Press.

Tobin JJ, Friedman J (1984). Intercultural and developmental stresses confronting Southeast Asian refugee adolescents. *Journal of Operational Psychiatry*, 15:39-45.

Tsuang MT et al., eds. (1995). *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. New York, John Wiley and Sons, Inc.

United States Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

Verhulst FC (1995). A review of community studies. In: Verhulst FC, Koot HM, eds. *The Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology*. Oxford, Oxford University Press.

Weyerer S et al. (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3- to 14-year-old children: Results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77:290-296.

World Health Organization (1992). *Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (ICD-10)*. Geneva, WHO.

World Health Organization (1993). *Life skills education in schools*. Geneva, WHO. (WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev 2).

World Health Organization (1998). *WHO's Global School Health Initiative*. Geneva, WHO. (WHO/HPR/HEP/98.4).

World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva, WHO.

World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: New Understanding, New Hope*. Geneva, WHO.

World Health Organization (2003). *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. Geneva, WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence.

Yasamy MT et al. (2001). Mental health in the Islamic Republic of Iran: Achievements and areas of need. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7(3):381-391.

ISBN:978-92-9021-525-7