



EM/RC58/5

ش م/ل إ 5/58

آب/أغسطس 2011

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية

لشرق المتوسط

الدورة الثامنة والخمسون

البند 4 (ج) من جدول الأعمال

## ورقة تقنية

### حول

## الاستراتيجية المعنية بالصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان في إقليم شرق المتوسط 2012 - 2016

تمثل الصحة النفسية والمشكلات المرافقة لها إحدى قضايا الصحة العمومية التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بجودة الحياة، وبالإنتاجية ورأس المال الاجتماعي. وللاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية تأثير على جميع فئات المجتمع من كل الأعمار، وهي مسؤولة عن 14% و12% من العبء المرضي، عالمياً، وإقليمياً على التوالي. وكان القرار ج ص ع 10.55 قد دعا الدول الأعضاء إلى تقديم الدعم لبرنامج المنظمة للعمل العالمي من أجل الصحة النفسية. ويدعو هذا البرنامج إلى تعزيز الالتزام السياسي، وإعداد سياسات وبنية أساسية تشريعية. كما طلبت اللجنة الإقليمية، في عام 2010، إعداد استراتيجية شاملة للصحة النفسية تسترشد بها الدول الأعضاء في استجابتها لتعزيز الصحة النفسية، والعمل على تضافر الجهود من أجل وقاية الأفراد من الإصابة بالاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية، ومعالجتهم وتأهيلهم. وتشكل الاستراتيجية الإقليمية والإجراءات المقترحة الأساس لإعداد الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية في هذا المجال.

واللجنة الإقليمية مدعوة للتكرّم بالنظر في مشروع القرار المرفق.

## المحتوى

الصفحة

أ	الموجز .....
1	1. المقدمة .....
2	2. الوضع العالمي والإقليمي .....
2	1.2 تحليل الوضع الراهن .....
6	2.2 تجاؤب نظم الصحة النفسية في الإقليم .....
7	3. التحديات والفرص .....
8	4. الاستراتيجية الإقليمية للصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان 2012 - 2016 .....
8	1.4 الرؤية والأساس المنطقي .....
9	2.4 عناصر الاستراتيجية .....
15	5. الخاتمة والاستنتاجات .....
16	6. توصيات إلى الدول الأعضاء .....
17	7. المراجع .....

## الموجز

تمثل الصحة النفسية وما يتصل بها من مشاكل إحدى قضايا الصحة العمومية التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بجودة الحياة، وبالإنتاجية ورأس المال الاجتماعي. فالاضطرابات النفسية، والعصبية والإدمانية تمثل ظاهرة عالمية تؤثر على جميع فئات المجتمع من كل الأعمار، وهي مسؤولة عن 14% و12% من العبء المرضي عالمياً، وإقليمياً على التوالي. وكان قرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع 10.55 قد دعا الدول الأعضاء إلى تقديم الدعم إلى برنامج المنظمة للعمل العالمي من أجل الصحة النفسية، الأمر الذي قاد إلى إطلاق برنامج العمل العالمي للصحة النفسية في عام 2008، وهو البرنامج الذي يدعو إلى تعزيز الالتزام السياسي وإعداد السياسات والبنية الأساسية التشريعية. وكانت المناقشات التي جرت في اللجنة الإقليمية والتي قادت إلى القرار ش م/ل 57/ق-3، الذي اعتُمد في 2010، صريحة وواضحة في طلب إعداد استراتيجية شاملة للصحة النفسية، تسترشد بها الدول الأعضاء في استجابتها لتعزيز الصحة النفسية، والعمل على تضافر الجهود من أجل توقي الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية، ومعالجة المصابين بهذه الاضطرابات وتأهيلهم.

وتقدّم هذه الورقة استعراضاً للبيانات الوبائية التي تُبرز حجم عبء الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية، يتلوه تحليل لكيفية استجابة نُظُم الصحة النفسية في الدول الأعضاء. ويتم، في ضوء استعراض العبء واستجابة النظم، التعرف على التحديات والفرص، وتفصيل عناصر الاستراتيجية الإقليمية بُغية التعاطي مع التحديات وزيادة الفرص المتاحة إلى أقصى حد. وتشكّل الاستراتيجية الإقليمية والإجراءات المقترحة القاعدة الراسخة لإعداد الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية في هذا المجال. وتشمل هذه العناصر تعزيز الجوانب القيادية والشُوروية في نُظُم الصحة النفسية، والارتقاء بعملية إدماج الصحة النفسية ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية، وتعزيز خدمات الصحة النفسية التخصصية، وإيلاء أولوية الخدمات للأشخاص الأكثر عرضة، والوقاية من الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية.

## 1. المقدمة

من المعروف أن الاضطرابات النفسية، والعصبية، والإدمانية ظاهرة عالمية تمتد تأثيرها إلى جميع فئات المجتمع وإلى كل الأعمار. فهذه الاضطرابات مسؤولة عن 14% و12% من سنوات الحياة المفقودة المصححة باحتساب مدد العجز، على المستويين العالمي والإقليمي، على التوالي (1). وتدل تقديرات منظمة الصحة العالمية، على أن ما يربو على 450 مليون شخص في مختلف أنحاء العالم يعانون من اضطرابات نفسية، وعصبية، وإدمانية، كما يعاني نحو 154 مليوناً من الاكتئاب، و25 مليوناً من الفصام. هذا إلى جانب تأثر نحو 91 مليون شخص بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي المسكرات، ونحو 15 مليوناً من تلك المرتبطة بتعاطي مواد الإدمان. ويعاني ما يصل إلى 50 مليون شخص من الصرع ونحو 24 مليوناً من داء الزهايمر وغيره من أمراض الخرف. وهناك على الدوام، وفي جميع الأوقات، أسرة من بين كل أربع أسر، يعاني فرد منها من اضطراب نفسي (2).

وعلاوة على ذلك، فإن للصحة النفسية علاقة وثيقة وتعايشية مع صحة البدن والمحددات الاجتماعية للصحة (3). وتتضافر البيئات على أن الصحة النفسية الإيجابية تتربط ترابطاً وثيقاً مع الصحة البدنية الجيدة، والعلاقات الجادة الطويلة الأمد، والشعور بالانتماء، والتعليم الجيد، وكون الشخص يعمل في بيئة عمل صحية (4). وبالمقابل، فإن الحرمان الاجتماعي يزيد من مخاطر الإصابة بالاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية في كل المجتمعات، بصرف النظر عن مدى ثراء القطر. وعلى ذلك، فإن الصحة النفسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمرامي الإنمائية للألفية التي تهدف إلى استئصال شأفة الفقر المدقع والجوع، وتحقيق التعليم الشامل، وتعزيز العدالة بين الجنسين، وتحسين صحة الأمهات، وتحسين بُقياً الأطفال ونمائهم (5).

وكان المجلس التنفيذي للمنظمة قد دعا الدُول الأعضاء عام 2002، في قراره م ت 109/ق-8، إلى تبني التوصيات التي وردت في التقرير الخاص بالصحة في العالم لسنة 2001، الذي يعكس رؤية المنظمة حول تحسين نظم الصحة النفسية للتخفيف من عبء الاضطرابات النفسية. كما حثت جمعية الصحة العالمية الدول الأعضاء، في قرارها ج ص ع 10.55، على إعادة التأكيد على أحكام قرار المجلس التنفيذي الآنف الذكر، ودعت كذلك إلى دعم إجراءات حماية الأطفال من الصراعات المسلحة، وأثناء وقوعها، وتقديم الدعم إلى برنامج المنظمة للعمل العالمي من أجل الصحة النفسية.

وفي أعقاب ذلك، أطلقت المديرية العامة للمنظمة، عام 2008، برنامج العمل العالمي للصحة النفسية كبرنامج ذي أولوية يرمي إلى توفير الرعاية الفعالة والإنسانية لجميع الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية أو عصبية أو إدمانية. ويرمي هذا البرنامج إلى رَأب الفجوة ما بين الاحتياجات العاجلة وبين ما هو متاح، من أجل تقليص عبء الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية، في جميع أنحاء العالم (6).

أما على الصعيد الإقليمي، فقد أصدرت جميع الدول الأعضاء، عام 1997، بياناً مشتركاً، خلال الدورة الرابعة والأربعين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط، لدعم سياساتها وبرامجها الوطنية الخاصة بالصحة النفسية، والتنسيق مع سائر القطاعات الاجتماعية، والارتقاء بمستوى الوعي، وتشجيع المنظمات اللاحكومية والعمل معها على تعزيز المعافاة النفسية. وفي أعقاب ذلك، صدّرت قرارات حول موضوع تعاطي المسكرات ومواد الإدمان، ولو أن الحاجة لوجود استراتيجية إقليمية خاصة بالصحة النفسية قد تجلّت، على نحو صريح، خلال المناقشات التي دارت حول التوجّهات الاستراتيجية الإقليمية والإجراءات الخاصة برعاية الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين، ممّا أفضى إلى اعتماد القرار (ش م/ل 57/ق-3) سنة 2010.

وبالنظر إلى البيّنات التي سيتم التعرّض إليها بالتفصيل في البنود التالية، وإلى التوصيات الواردة في التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2001، وإطلاق برنامج العمل العالمي للصحة النفسية، والقرارات الإقليمية في هذا الشأن، فإن الحاجة ماثلة لوجود استراتيجية مترابطة للصحة النفسية يُسترشد بها في وضع خطة عمل منسّقة تتسم بالمرونة لتحسين الصحة النفسية للسكان في الإقليم. وسيستكمل ذلك بالتوجّهات الاستراتيجية الإقليمية والإجراءات الخاصة برعاية الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين، التي تم اعتمادها سنة 2010 (7). وتمثّل أعراض هذه الاستراتيجية في تعزيز الاستجابة المتكاملة للقطاع الصحي وغيره من القطاعات ذات الصلة، من خلال تنفيذ الخطط المُسنّدة بالبيّنات، والممكنة التحقيق، الرامية إلى تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانيّة، ومعالجة المصابين بتلك الاضطرابات وتأهيلهم، مع الاحترام الكامل لحقوق الإنسان، وضمان الحماية المجتمعية.

## 2. الوضع العالمي والإقليمي

### 1.2 تحليل الوضع الراهن

إنّ الدراسات المجتمعية المُجرّاة في شتى أنحاء العالم تقدّر انتشار الاضطرابات النفسية على مدى العمر بين البالغين بما يتراوح بين 12.2% و48.6%، ومعدلات انتشارها على مدى اثني عشر شهراً بما يتراوح بين 4.3% و26.4% (6، 8) (الجدول 1). ويبيّن التقرير الخاص بالصحة في العالم سنة 2001، أن ما بين 10% و20% من الأطفال والمراهقين، على مستوى العالم، يعانون من واحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية والسلوكية، وأن حوالي 50% من الاضطرابات النفسية لدى البالغين تبدأ قبل سن الرابعة عشرة (9). كما أن العبء العالمي للاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانيّة، مقيساً بالسنوات المَعيشة مصحوبةً بالعجز (سنوات العمر المصحّحة باحتساب مدد العجز) مسؤول عن 14% من العبء المرضي العالمي، وعن 31.7 من السنوات المَعيشة مصحوبةً بالعجز. وهناك خمسة أمراض رئيسية تُسهم في العبء العالمي من العجز الناجم عن الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانيّة، ألا وهي الاكتئاب الأحادي القطب (11.8%)، والاضطراب المرتبط بتعاطي المسكرات (3.3%)، والفصام (2.8%)، العنصر الاكتئابي للاضطراب الوجداني الثنائي القطب (2.4%)، والخرف (1.6%) (2).

وللاضطرابات النفسية إسهام أيضاً في إحداث الوفيات، فبحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية لعام 2005، يتبيّن أن الاضطرابات العصبية النفسية مسؤولة عن 1.2 مليون وفاة كل عام، وعن 1.4% من جميع سنوات الحياة المفقودة. كما أن نحو 800 000 شخص ينتحرون كل عام، 86% منهم من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. ويأتي الانتحار كواحد من الأسباب الثلاثة الرئيسية للوفاة بين أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و45 عاماً، كما أنه مسؤول عن ربع جميع الوفيات بين المراهقين الذكور، وما يصل إلى ثلاثة أرباع جميع الوفيات بين الشباب. وقد اعتبرت إحدى المراجعات المنهجية الاضطرابات النفسية عوامل اختطار حقيقية تحفّ بالانتحار في 91% من المُنتحرين بالفعل. وتتراوح نسبة الانتشار الموثّقة للاضطرابات النفسية بين البالغين، في مرافق الرعاية الأولية بين 10% و60%، كما أن ما يقدر بـ 15% من المرضى الذين يراجعون مرافق الرعاية الأولية لديهم أعراض ليس لها تفسير طبي، ولكنها مصحوبة بضغوط نفسية وسلوك ملتبس للون (3).

الجدول 1. معدل انتشار الاضطرابات النفسية على مدى 12 شهراً بناءً على تقرير المسح العالمي للصحة النفسية (7)

القطر	نسبة انتشار أيٍّ من الاضطرابات النفسية (CI 95%)
الصين (بيجين)	9.1 (12.1 – 6.0)
الصين (شانغهاي)	4.3 (5.9 – 2.7)
بلجيكا	12.0 (14.3 – 9.6)
كولومبيا	17.8 (19.5 – 16.1)
فرنسا	18.4 (21.5 – 15.3)
ألمانيا	9.1 (10.8 – 7.3)
إيطاليا	8.2 (9.7 – 6.7)
اليابان	8.8 (11.2 – 6.4)
لبنان	16.9 (20.2 – 13.6)
المكسيك	12.2 (13.8 – 10.5)
هولندا	14.9 (17.6 – 12.2)
نيجيريا	4.7 (5.8 – 3.6)
أسبانيا	9.2 (10.6 – 7.8)
أوكرانيا	20.5 (23.2 – 17.7)
الولايات المتحدة الأمريكية	26.4 (28 – 24.7)
العراق	16.6 (19.5 – 13.7)

وكما في أنحاء العالم الأخرى، فإن الاضطرابات النفسية، والعصبية، والإدمانية، شائعة أيضاً في إقليم شرق المتوسط. وتُظهر المسوحات المجتمعية الواسعة النطاق التي جرى تنفيذها في الإقليم، معدلات للضوائق النفسية تتراوح بين 15.6% و35.5%، مع ارتفاع المعدلات في البلدان التي تواجه أوضاع طوارئ معقدة. وتتراوح معدلات انتشار الاضطرابات النفسية على مدى 12 شهراً ما بين 11.0% و40.1% (10 – 20) (انظر الجدول 2). وتعدُّ اضطرابات الاكتئاب واضطرابات القلق أكثر الاضطرابات النفسية تواتراً، وتبلغ معدلاتها لدى النساء ضعفي معدلاتها لدى الرجال. وتكاد الاضطرابات المرتبطة بتعاطي المسكرات تكون محصورة في الرجال الذين يتراوح معدل الانتشار بينهم ما بين 22 و4726 لكل مئة ألف من السكان، مع وجود ستة بلدان لديها معدلات تزيد على 1000 لكل مئة ألف. وإن القلة من البلدان التي تتوفر عنها بيانات حول انتشار تعاطي مواد الإدمان يتجاوز عدد سكانها نصف سكان الإقليم؛ والمعروف أن ناصف median انتشار اضطرابات تعاطي المخدرات يبلغ 3500 لكل مئة ألف من السكان، وأن 172 من كل مئة ألف يتعاطون المخدرات حقناً (21). ويعاني ما يقدر بـ 4.7 مليون

شخص في الإقليم من الصرع، ويتراوح معدل انتشاره ما بين 0.4 و 2.1 لكل مئة ألف من السكان (22) في حين أن الاضطرابات النفسية، والعصبية، والإدمانية مسؤولة عن 12% من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز التي تفقد في الإقليم. ويُعزى معظم هذا العبء إلى العجز، كما أن الاضطرابات النفسية، والعصبية، والإدمانية مسؤولة عن 27% من السنوات المَعيشة مصحوبةً بالعجز في الإقليم (1). ويبلغ ناصف معدل الانتحار لبلدان الإقليم 4.9 لكل مئة ألف من السكان (المدى 0.56 – 17.17)، مقارنةً بـ 6.55 لكل مئة ألف من السكان بالنسبة لجميع بلدان العالم (23).

وترتفع معدلات الاضطرابات النفسية ارتفاعاً كبيراً في البلدان التي تواجه أوضاع طوارئ معقدة. فعلى سبيل المثال، يعاني ما يقدرُ بـ 37.4% من أطفال المدارس العراقيين من اضطرابات نفسية، في حين أن ما يقدرُ بـ 54.4% من الفتيان الفلسطينيين و 46.5% من الفتيات الفلسطينيات، لديهم اضطرابات وجدانية وسلوكية، كما أن ما يقدرُ بـ 22.2% من أطفال المدارس الأفغان يعانون من اضطرابات نفسية (24 – 28).

وتصل الفجوات العلاجية، المستندة بصورة رئيسية على البيانات الواردة من الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا، إلى 32% بالنسبة للفصام، و 50% – 60% بالنسبة لاضطرابات الاكتئاب والقلق، و 78% بالنسبة لتعاطي المسكرات والاعتماد عليها (29). وقد أظهرت دراسة لبنانية أن الفجوة العلاجية تصل إلى 70% بالنسبة للاكتئاب العميق (18)؛ بينما تبين في العراق أن الفجوة العلاجية بالنسبة للاضطرابات النفسية بصفة عامة، تصل إلى 94% (13). وقد وجد مشروع أداة منظمة الصحة العالمية لتقييم نظم الصحة النفسية (WHO – AIMS) أن معدل انتشار معالجة الاضطرابات النفسية يقل عن 1% في الإقليم (30)، وهو نصف معدل عينة المقارنة العالمية (31)، وعندما يقارن بناصف معدلات الانتشار العالمية (7) فإنه يشير إلى فجوة تزيد على 90%.

ومن جهة ثانية، أظهرت التجارب العشوائية المُشَهَّدة التي أجريت في البلدان المنخفضة الدخل أن المعالجة تخفّض، بمقدار النصف، من فرص نُكس حالات الفصام بعد مرور سنة واحدة، مع عدم حدوث نُكس في 77% من الحالات (23)؛ وأن أكثر من نصف الأشخاص المصابين بالصرع، لا يتعرضون لنوبات بعد مرور عام واحد على المعالجة. وأن تقديم الأدوية، وبعض التدخلات البسيطة التي يقوم بها الطبيب، هما من الإجراءات الفعّالة في صدّد تعاطي المسكرات، وأنها يمكن أن تقلل من تعاطيها بمعدل 30%، مع نجاح ما يصل إلى 60% من متعاطي مواد الإدمان في الحد من تعاطيها (9,23).

ويمكن للخدمات المجتمعية التي تقدم أدوية ومعالجات نفسية فعالة لحالات الفصام، والاضطراب الوجداني الثنائي القطب، والاكتئاب، واضطراب الهلع، أن تحقق نفس التأثيرات الفعّالة التي تحققها المعالجات الحديثة، وبنصف التكاليف (32,33). وعلى الرغم من هذه البيّنة، فإن ناصف الإنفاق الصحي على الصحة النفسية في الإقليم لا يتجاوز 2% (تتراوح بين 0% و 4% في الدول الأعضاء بالإقليم) (30)، بالمقارنة مع نسبة الـ 5% – 10% التي ينبغي بلوغها كي تتوافق مع نُظُم الرعاية الصحية الشاملة الحالية. ويبلغ ناصف ما ينفق على الصحة النفسية 0.15 دولاراً أمريكياً للفرد، وهو نصف النّاصف العالمي، وكلاهما يقل كثيراً عن الـ 3 – 4 دولارات الأمريكية المطلوبة لتوفير حزمة مختارة من تدخلات الصحة النفسية العالية المردود في البلدان المنخفضة الدخل، وعن الـ 7 – 9 دولارات الأمريكية المطلوبة لتقديمها في البلدان المتوسطة الدخل (34). فضلاً عن ذلك، فإنه لا يتم استخدام الموارد المتاحة بالفعالية المطلوبة، في ظل احتباس أكثر من 50% من الموارد المالية والبشرية في مرافق المؤسسات العلاجية مقارنةً بثلاث هذه الموارد على المستوى العالمي (30).

## الجدول 2. المسوحات المجتمعية لانتشار الاضطرابات النفسية في بلدان إقليم شرق المتوسط

البلد	العينة	الأداة	ذكور	إناث	الكل
<b>التقييم باستبيان التحري</b>					
أفغانستان (2003) (11)	عينة متعددة المجموعات لأفراد عائلات من عمر 15 عاما فأكثر في مقاطعة نانغارهار	قائمة هوبكنز التفقدية للأعراض، واستبيان هارفارد للرضوح النفسية	16.1%	الاكتئاب 58.4% القلق 78.2%	38.5%
			21.9%	اضطراب الكرب التالي للرضح 31.9%	51.8%
			7.5%		20.1%
جمهورية إيران الإسلامية (قبل 2004) (12)	عينة ممثلة للسكان مكونة من 31 014 شخصا من عمر 15 عاما فما فوق منتقاة بأسلوب عينات المجموعات العشوائية	إخراجة الاستبيان الصحي العام المكونة من 28 بنداً (أ ص ع - 28)	15.8%	29%	21%
العراق (2007-6) (13)	عينة ممثلة للسكان من عمر 18 عاما فما فوق: 9256 عائلة استكملت استبيان تبليغ الأعراض	استبيان تبليغ الأعراض (أ ت أ)	30.4%	40.4%	35.5%
الإمارات العربية المتحدة (1997-6) (10)	1394 مشاركا من عمر 18 عاما فما فوق من عينة تضم 1696 في العين	استبيان تبليغ الأعراض (أ ت أ)			15.6% (11.8 - 19.5)
<b>التقييم بالمقابلات التشخيصية</b>					
مصر (2003) (19)	عينة ممثلة للسكان تضم 14 640 شخصا أعمارهم 18 - 64 عاما في 5 مناطق	مقابلة تشخيصية نفسية عصبية قصيرة (MINI-plus)	10.6%	21.1%	16.9% (16.3 - 17.5)
العراق (2007-6) (13)	عينة ممثلة للسكان من عمر +18 عاما: 9256 عائلة استكملت استبيان تبليغ الأعراض، 4332 شخصا أجروا المقابلة التشخيصية الشاملة المركبة CIDI	استبيان تبليغ الأعراض أعقبته مقابلة تشخيصية شاملة مركبة (م ت ش م)	4.03% 30 - يوما 8.8% 12 شهرا 13.7% طوال العمر	10.3% 30 - يوما 13.4% 12 شهرا 19.5% طوال العمر	7.1% 30 - يوما 11.1% 12 شهرا 16.6% طوال العمر
لبنان (2003-2) (18)	عينة ممثلة للسكان مكونة من 2856 شخصا من +18 عاما	مقابلة تشخيصية شاملة مركبة (م ت ش م)	-	-	16.9% 12 شهرا
المغرب (2005-4) (20)	عينة منهجية ممثلة للسكان منتقاة عشوائيا تضم 5498 شخصا أعمارهم 15 عاما وأكثر	مقابلة تشخيصية نفسية عصبية شاملة قصيرة (MINI)	34.3%	48.5%	40.1% (الالاكتئاب 26.5% والقلق 37%)
باكستان (1995 و 1998) (16,15)	سكان قرية ريفية أعمارهم 18 عاما وأكثر جميع سكان منطقة حضرية أعمارهم 18 عاما وأكثر وعددهم 774	فحص برادفورد الجسدي أعقبه تقييم نفسي باستخدام معايير البحوث التشخيصية في التصنيف الدولي للأمراض ICD-10	25%	66%	-
			10%	25%	
الإمارات العربية المتحدة (1990-89) (14)	300 مشاركا من عينة عشوائية من 247 عائلة في 7 أحياء في دبي	فحص الحالة الراهنة	-	-	22.6%
الإمارات العربية المتحدة (1996-7) (17,10)	1394 مشاركا أعمارهم 18 عاما وأكثر من عينة تضم 1696 عائلة في العين	مقابلة تشخيصية شاملة مركبة	5.1%	11.4%	8.2% (6.7 - 9.7) طوال العمر



## 2.2 تجاوب نُظُم الصحة النفسية في الإقليم

قام، حتى اليوم، 17 بلداً من بلدان إقليم شرق المتوسط باستكمال أداة منظمة الصحة العالمية لتقييم نُظُم الصحة النفسية<sup>1</sup>، كما شارك 14 بلداً في مشروع أطلس ATLAS المتعلق بالموارد الخاصة بتوقّي تعاطي مواد الإدمان ومعالجة متعاطيها (35,21). ويرتكز القسم الوارد أدناه على البيانات التي جُمِعَتْ خلال هذه الممارسات، وهي تقدم أساساً راسخاً للبيانات المنهجية حول نُظُم الصحة النفسية في الإقليم، والتي يمكن إعداد الخطط الاستراتيجية بناءً عليها.

ويتوافر لدى اثني عشر بلداً (71%) في الإقليم سياسة أو خطة حديثة للصحة النفسية، غير أن خطط الصحة النفسية عند الطوارئ أو الكوارث الطبيعية لا تتوافر إلا لدى أربعة بلدان فقط. وعلى الجانب الآخر، فإن إحدى عشرة إدارة للصحة النفسية (65%) تنشر تقريراً حول بيانات الصحة النفسية، إلا أن أربعة فقط (24%) هي التي تقوم بالفعل بتدوين ملاحظات حول تلك البيانات. ولذلك، فعلى الرغم من أنه يتم جمع المعلومات في بعض البلدان، إلا أنه نادراً ما يجري تحليل هذه المعلومات أو استخدامها كأداة يتم العمل بموجبها. ومن ناحية أخرى، فإن خمسة من البلدان (29%) لديها تشريعات حديثة نسبياً في هذا المجال، بينما يوجد لدى أربعة بلدان (24%) تشريعات مضي عليها أكثر من عشرين عاماً، وثمانية بلدان (47%) ليس لديها أي تشريعات خاصة بالصحة النفسية، الأمر الذي يظل معه المرضى معرضين لمخاطر انتهاك حقوق الإنسان.

وقد زادت أعداد الأسرّة في المستشفيات النفسية في 13 بلداً (76%) في الإقليم خلال الأعوام الخمسة الماضية، وهي تتركز في المراكز الحضرية أو حولها. أما مرافق الرعاية الخارجية فهي ضئيلة (0.16 لكل مئة ألف، مقارنةً بالناصف العالمي الذي يبلغ 0.32 لكل مئة ألف)، كما أن 1% فقط من مرافق الرعاية الخارجية في الإقليم هي التي توفر رعاية المتابعة المجتمعية، مقارنة مع 18% في العينة العالمية، كما أن إدماج الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية محدود جداً في معظم بلدان الإقليم. والبروتوكولات التي ترشد العاملين في مجال التقييم والمعالجة، والإحالة الراجعة للمرضى، متوافرة في أكثر من 80% من عيادات الرعاية الصحية الأولية، في ثلاثة بلدان فقط (18%). وفي ما يختص بالتدريب أثناء العمل، قُدِّم تدريب منشط للمعلومات في مجال الصحة النفسية، خلال العام الماضي، لعددٍ يبلغ ناصفه 2% من أطباء الرعاية الصحية الأولية، و1% من العاملين بالتمريض. وقد أبلغت ثلاثة بلدان فقط (18%) أن أكثر من 80% من مراكز الرعاية الصحية الأولية يتم فيها إحالة مريض واحد على الأقل شهرياً.

وهناك 3.3 من مهنيي الصحة النفسية لكل مئة ألف من السكان في بلدان الإقليم، مقارنة بالمعدل العالمي الذي يبلغ 6.0 مهنيين، كما أنه لا يتم تخصيص سوى 3% و4% فقط للصحة النفسية من إجمالي ساعات التدريب في المرحلة الجامعية الأولى للأطباء والممرضين، على التّوالي. وعلى الرغم من أن الأدوية النفسية ذات التأثير مدرجة ضمن قوائم الأدوية الأساسية في جميع بلدان الإقليم تقريباً، إلا أن ما يصل إلى 66% من المرافق المجتمعية لا تتوافر لديها

<sup>1</sup> يضم تقرير أداة منظمة الصحة العالمية لتقييم نُظُم الصحة النفسية لبلدان الإقليم الأربعة عشر التي استكملت أداة المنظمة لتقييم نُظُم الصحة النفسية ما بين عامي 2005 و2009. ومنذ ذلك الحين استكملت ثلاثة بلدان أخرى في الإقليم هذه الأداة. وتؤخذ في الاعتبار في هذه الاستراتيجية، حيثما أمكن ذلك، البيانات الواردة من جميع البلدان السبعة عشر، التي يمثل سكانها 93% من سكان الإقليم (الأردن، وأفغانستان، وباكستان، والبحرين، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، وعمان، وفلسطين، ومصر، ولبنان، والمغرب، والمملكة العربية السعودية). وتستند المقارنة العالمية لأداة المنظمة لتقييم نُظُم الصحة النفسية على أساس 42 بلداً، (31)

أدوية نفسانية التأثير، وأن خمسة منها فقط (29%) هي التي تمتد أكثر من 80% من مرافق الرعاية الصحية الأولية لديها بهذه الأدوية. أضف إلى ذلك، أن ما يقل عن 20% من العاملين في مجال الصحة النفسية، في معظم البلدان، قد تلقوا تدريباً حول الاستخدام الرشيد للأدوية النفسية التأثير، والتدخلات النفسية الاجتماعية، خلال السنة الماضية.

ويتوافر لدى أربعة عشر بلداً (82%) أنشطة مدرسية لتعزيز الصحة النفسية وتوقي الإصابة بالاضطرابات النفسية، على الرغم من أن بلدين اثنين فقط هما اللذان لديهما نسبة تغطية تزيد على 50%. ولا تتجاوز نسبة المدارس التي لديها هذه الأنشطة 20% في ثمانية بلدان. ثم إن غياب الروابط مع السكن ومع العمل يقوّض احتمال تنفيذ عمليات مُجدية لتأهيل المرضى للاندماج في المجتمع. وهناك ضعف في البنية الأساسية لرابطات مستخدمي الخدمات ورابطات العائلات في الإقليم، حيث إن عشرة بلدان لا توجد بها رابطات لمستخدمي الخدمات، كما لا توجد رابطات العائلات في عشرة بلدان أيضاً. وحتى إن وجدت، فهي صغيرة، تتراوح العضوية الوطنية التي تم الإبلاغ عنها ما بين 3 و8 بالنسبة لرابطات المستخدمين/المستهلكين، وما بين 4 و500 بالنسبة لرابطات العائلات. أما على المستوى العالمي، فإن 6% فقط من المنشورات النفسية تأتي من البلدان المنخفضة الدخل التي يمثل سكانها 85% من سكان العالم. والإقليم ليس ممثلاً بالقدر الكافي في ما يختص بالمنشورات البحثية. فمن بين إحدى عشر ألف تجربة من تجارب التدخلات الخاصة بتقييم معالجة أو توقي الانفصام أو الاكتئاب أو الاضطرابات النمائية، أو الاضطرابات المرتبطة بتعاطي المسكرات، جاء 1.8% منها فقط من شمال أفريقيا والشرق الأوسط. كما بلغ ناصف ما نُشر عن الصحة النفسية من بين البحوث المنشورة خلال السنوات الخمس الماضية 5% فقط (30).

أما في ما يتعلق بالخدمات الخاصة بتعاطي المسكرات و مواد الإدمان<sup>2</sup>، فإن 79% (11 من أصل 14) من البلدان لديها سياسة أو قانون حول تعاطي المخدرات أو مواد الإدمان. وتقدم خدمات إزالة الانسمام لحالات تعاطي المسكرات، في مرافق رعاية المرضى الداخليين، والمرضى الخارجيين لما يبلغ ناصفه >10% و 10-50% من السكان، على التّوالي. ويتوافر نوع من التأهيل الإقليمي للاضطرابات المرتبطة بتعاطي المسكرات في بلدين من بلدان الإقليم. وتغطي خدمات إزالة الانسمام لحالات تعاطي مواد الإدمان للمرضى الداخليين نحو 50% من السكان، بينما يقل معدل التغطية بهذه الخدمات بالنسبة للمرضى الخارجيين (إزالة الانسمام >10%؛ المعالجة القائمة على الامتناع >10%) ولا يتوافر العلاج الصائ بالبدائل للمرضى الخارجيين إلا في بلد واحد فقط. أما البرامج المجتمعية لاستبدال إبر المحاقن المستعملة فهي موجودة في 36% (5 من أصل 14) من البلدان (21).

### 3. التحديات والفرص

لا تستأثر الصحة النفسية بالاهتمام الكافي على الصعيد السياسي أو صعيد الصحة العمومية. فالوصمة المرتبطة بالصحة النفسية تتغلغل في جميع جوانب الرعاية الخاصة بالصحة النفسية وتُفضي إلى حدوث تمييز مفرط، مما يؤثر على عملية تطوير الخدمات وإتائها والاستفادة منها. وتعاني الصحة النفسية من نقص مزمن في التمويل، وبالتالي، فإن هناك ندرة في العاملين وفي الخدمات التخصصية للصحة النفسية. وعلاوة على ذلك، فإن الموارد، على الرغم من هزتها، تتمركز في المستشفيات النفسية الكبيرة التي تقع بالقرب من المدن الكبرى، وتكون منقطعة عن بقية مرافق

<sup>2</sup> تستند البيانات الخاصة بمعايرة المسكرات و مواد الإدمان على الـ 14 بلداً التي توجد عنها بيانات خاصة بذلك في مشروع أطلس المنظمة حول الموارد الخاصة بمعالجة الاضطرابات المرتبطة بتعاطي مواد الإدمان، والوقاية منها.

الرعاية الطبية وعن المجتمع، الأمر الذي يسهم في عزل هذه الخدمة وتكريس ووصمها، ووصم العاملين فيها، والمستخدمين لها. وتمثل مهارات الأعداد المحدودة من العاملين في هذا المجال عائقاً آخر لإدماج الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية العامة، بالنظر إلى محدودية مهارات الصحة النفسية لدى العاملين في المجال الصحي العام، شأنها في ذلك شأن مهارات الصحة العمومية لدى القائمين على خدمات الصحة النفسية. وتعرض الحقوق الإنسانية للأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية للإغفال في العديد من البلدان في هذا الإقليم، وهم يُتركون فريسة للمعاملة غير الإنسانية وللتمييز. ولم تقتصر الرعاية المؤسسية على تجريد مستخدمي الخدمة من الإحساس بالذات وسرقة منهم فقط، بل إنها تعرقل مهارات وتطلعات العاملين في الصحة النفسية، الذين يقاوم بعضهم عملية التغيير.

ومهما يكن من أمر، فإن هنالك إدراكاً متنامياً لأهمية الصحة النفسية الإيجابية بالنسبة للمجتمع، ولإنتاجية، وللأمن وللترباط الاجتماعي. وهنالك برامج ناجحة لتعزيز الصحة وللتوعية العامة، قائمة بالفعل في العديد من البلدان. ويمكن اغتنام الفرص من أجل إقامة الشراكات وتعزيز الصحة النفسية وتقوية العناصر الوقائية في هذه البرامج.

وتتواتر البيانات التي تؤكد مدى الاستفادة من الموارد المحدودة بشكل أكثر مردودية (فعالية لقاء التكليف). وقد شرعت البلدان في تبني أنماط أكثر كفاءة من الرعاية الصحية النفسية من خلال إعادة توجيه خدمات الصحة النفسية نحو نهج مجتمعي التوجه يشمل الرعاية الصحية الأولية، مما يتيح الفرصة حتى لو لم يكن هناك تمويل إضافي، للوصول إلى مزيد من الناس باستخدام أكثر مردودية للموارد المحدودة. وفي كثير من البلدان أمثلة على تدخلات ناجحة لتطوير الخدمات المجتمعية، وإدماج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية، وتلبية احتياجات الفئات ذات الأولوية، كما أن بعض البلدان قد نجحت في الارتقاء بهذه الخدمات بما مكّنها من تغطية معظم سكانها بها.

وتتمثل العقبات الرئيسية لإجراء البحوث في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل على السواء، في التمويل غير الكافي، والنقص في العمالة المدربة، والصعوبات التي تكتنف التدريب بسبب ضعف البنية المؤسسية التحتية، وضيق الوقت المخصص للبحوث بسبب الالتزامات الخدمية والتعليمية، وغياب "ثقافة" بحثية قوية، وضعف شبكات النظراء والتعاون بينهم (36). وعلى الرغم من وجود ندرة، بصفة عامة، في البيانات وفي المعلومات الخاصة بالصحة النفسية في الإقليم، فإنه مما يثلج الصدر أن نرى جميع البلدان تقريباً وقد شاركت في مشروع أداة منظمة الصحة العالمية لتقييم نظم الصحة النفسية، مما يدل على إرساء دعائم التخطيط الاستراتيجي والخط القاعدي الذي سيجري بموجبه قياس التقدم المُحرز في هذا الاتجاه.

#### 4. الاستراتيجية الإقليمية للصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان 2012-2016

##### 1.4 الرؤية والأساس المنطقي

تتمثل رؤية هذه الاستراتيجية في توجيه الجهود التي تبذلها الدول الأعضاء لإيتاء خدمات الصحة النفسية التي تحسّن الصحة والمعاودة النفسية لجميع السكان في الإقليم. وعلى الرغم من كون هذه الاستراتيجية استراتيجية إقليمية من حيث المدى والنطاق، فإنها تعترف بأن أولويات الصحة النفسية والاضطرابات النفسية، والعصبية، والإدمانية في كل من بلدان الإقليم تختلف باختلاف انتشار الاضطرابات المختلفة، وباختلاف البيانات الخاصة بالتدخلات الفعالة

المناسبة لكل بلد، والموارد المتاحة، وقدرات القوى العاملة في مجال الصحة النفسية والرعاية الأولية، والظروف التي يمر بها القطر المعني. غير أنه، وفي ضوء تشابه معظم التحديات الآنفة الذكر، فمن الممكن بلوغ توافق في الآراء حول الخيارات الاستراتيجية على المستوى الإقليمي لتحديد التوجه المطلوب لكامل الأطراف المعنيين.

ومن غير المتوقع أن يتم أتباع كل نشاط مقترح بموجب الخيارات الاستراتيجية العامة، بنفس الطريقة في كل بلد من البلدان، إذ إن علي البلدان اتخاذ خيارات واقعية بما يحقق الانسجام بين استراتيجياتها وخططها وبين تلبية أولوياتها المحددة وفقاً لمواردها الخاصة. ومع ذلك، فإنه على جميع البلدان إنشاء إدارة أو وحدة الصحة النفسية الخاصة بها، داخل وزارة الصحة أو تعزيزها، والتوسع في إدماج الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية، وتنفيذ طيف من الأنشطة الرامية إلى الحد من الوصمة، وجمع البيانات حول رعاية الصحة النفسية وقدرات القوى العاملة في هذا المجال، وذلك للاسترشاد بها في عملية التخطيط بعيد الأمد، وتنسيق جميع التدخلات التي تنفذها القطاعات الأخرى التي لها تأثير على الصحة النفسية. أما البلدان المنخفضة الدخل التي تخصص اعتمادات أقل تناسباً في ميزانياتها الصحية للصحة النفسية، فإن قدراتها تكون محدودة نسبياً على تنفيذ خططها ذات الصلة بالصحة النفسية. وسيكون عليها تسخير مواردها على أفضل وجه من خلال: تعزيز الصفات القيادية، والشورى، وجمع المعلومات؛ والاستفادة من الروابط التعاونية في مجالات الوقاية وتعزيز الصحة؛ وإرساء دعائم إدماج الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية العامة. وأما البلدان ذات الدخل المرتفع، فإن لديها الموارد اللازمة لتنفيذ معظم الأنشطة المقترحة لتكامل الخدمات المجتمعية من أجل جميع السكان، مع توافر التمويل الكافي لتلبية احتياجات الأشخاص المستضعفين، مدعومة بنظم معلومات شاملة، وبحوث عالية الجودة.

وقد تم إعداد وثيقة مفصلة تقدم مزيداً من الإيضاحات حول الخيارات والإجراءات الاستراتيجية المبينة في ما يلي، وتنفيذ ورصد الإطار الخاص بدعم الدول الأعضاء.

## 2.4 عناصر الاستراتيجية

1. تعزيز الجوانب القيادية والالتزام السياسي بالصحة النفسية؛
2. الارتقاء بعملية إدماج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية؛
3. تعزيز مستوى الرعاية الثانوية والرعاية الثالثية (التخصصية) لخدمات الصحة النفسية؛
4. تحديد الأشخاص المستضعفين وإيلاء الأولوية لهم؛
5. تعزيز التعاون بين القطاعات لتحسين إمام العاملين في الصحة العمومية بمهارات رعاية الصحة النفسية، وتعزيز الصحة النفسية الإيجابية، والوقاية من الاضطرابات النفسية، والعصبية، والإدمانية؛
6. تحسين إنتاج الأبحاث وتفعيلها.

## المكون الاستراتيجي 1: تعزيز الخصائص القيادية والالتزام السياسي بالصحة النفسية

إن وجود التزام قوي ومستنير ومستمر تقوده الحكومة يُعدّ أمراً حاسماً في التعاطي مع قضية تطوير وصون الرعاية الصحية النفسية في إطار النظام الصحي القائم. فالخصائص القيادية مطلوبة لإجراء المراجعة الدورية للسياسات، والخطط والتشريعات وتحديثها، وضمان احترام حقوق الإنسان.

### الأغراض

1. إنشاء أو تعزيز إدارة أو وحدة للصحة النفسية داخل وزارة الصحة في كل قطر تقوم بصياغة، وتمويل، وتنفيذ، ورصد الرعاية الصحية النفسية وتعزيزها والوقاية من اضطراباتها.
2. التحقق من وجود خطط وطنية للصحة النفسية تنسجم وتتوافق مع الاستراتيجية الإقليمية، ومن أن هذه الخطط يجري تنفيذها ومراجعتها ومن أنها تفي بالمعايير الدولية.
3. التحقق من أن التشريعات الخاصة بالصحة النفسية هي تشريعات ومواكبة للعصر ومراعية للمعايير الدولية لحقوق الإنسان.

### بعض الأنشطة المقترحة

#### أنشطة على المستوى الإقليمي

1. تشكيل فريق استشاري إقليمي معني بالصحة النفسية لاستعراض تنفيذ استراتيجية الصحة النفسية وخطتها، وتقديم المشورة في هذا المجال.
2. ابتكار وسائل للمساعدة في مراجعة وصياغة السياسات والخطط والتدخلات الخاصة ببناء القدرات، والتشريعات.

#### أنشطة على المستوى الوطني

1. إنشاء إدارة أو وحدة للصحة النفسية في وزارة الصحة، أو تقويتها إن كانت موجودة.
2. مراجعة السياسات، والاستراتيجيات، والخطط، والتشريعات القائمة الخاصة بالصحة النفسية والقطاع الاجتماعي، والتأكد من حداثةا ومن كونها تتماشى مع المعايير الوطنية والدولية.
3. العمل على حشد الموارد وضمان توافر كم مناسب وكافٍ من الموارد من أجل الصحة النفسية.

## المكون الاستراتيجي 2: الارتقاء بدرجة إدماج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية

يبدأ معظم المصابين بالاضطرابات النفسية أو العصبية أو الإدمانية في التماس الرعاية في غالب الأحيان من مرافق الرعاية الصحية الأولية. لذا فإن معدل انتشار الاضطرابات النفسية بين المراجعين لمرافق الرعاية الصحية الأولى مرتفع، ويُعد التعامل مع الاضطرابات النفسية أو العصبية أو الإدمانية على قدم المساواة مع الاضطرابات الأخرى

ضمن مرافق الرعاية الصحية الأولية أقلَّ إحداثاً للوصمة مما يحدث عند تقديم الرعاية في المستشفيات النفسية، كما أنه يسهّل تقديم معالجة شمولية للمشكلات التي تتعلق بالجسم والنفس معاً. ويمكن من استخدام أكفأ للموارد المتاحة بواسطة تحويل المهام النوعية من العاملين الصحيين الأكفاء إلى العاملين الصحيين الذين تلقوا تدريباً أقل. ومن هنا وَجَبَ أن تعمل نُظُم الصحة النفسية مع مرافق الرعاية الصحية الأولية بُعْية زيادة القدرات في الرعاية الصحية الأولية حتى تستطيع تقديم حزمة متكاملة من الرعاية من خلال التدريب والدعم والإشراف.

#### الأغراض

1. إنشاء خدمات صحة نفسية شاملة ومجتمعية التوجُّه وتعزيز هذه الخدمات والارتقاء بها من خلال إدماجها ضمن الرعاية الصحية الأولية.

2. تعزيز قدرات العاملين في الرعاية الصحية الأولية على جميع المستويات بما يمكنهم من تقديم رعاية صحية نفسية متكاملة للاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية ذات الأولوية.

#### أنشطة منتقاة مقترحة:

#### أنشطة على الصعيد الإقليمي

1. التعاون مع البلدان تقنياً لتسهيل التعرف على الاضطرابات ذات الأولوية وإعداد حزمة من التدخلات تتوافق مع الدليل الإرشادي لمنظمة الصحة العالمية للتدخلات في الصحة النفسية.

2. تشكيل مجموعة عمل إقليمية من الخبراء من بلدان الإقليم ومن خارجه للتعاون في تصميم وتقديم حزم تدريبية.

#### أنشطة على الصعيد الوطني

1. تنفيذ أنشطة منهجية لوضع الأولويات مع الاهتمام بالمعايير التي يتخذها أصحاب القرار وإعداد حزمة من التدخلات الأساسية لإدراجها ضمن الرعاية الصحية الأولية.

2. إعداد دلائل إرشادية حول تقييم ومعالجة وإحالة الاضطرابات ذات الأولوية، بما فيها الصرع، لضمان توافر بروتوكولات التدخل لإرشاد العاملين في الرعاية الصحية الأولية حول التقييم والمعالجة والإحالة، والإحالة الراجعة في جميع مرافق وعيادات الرعاية الصحية الأولية التي تقدم الرعاية الصحية النفسية.

3. التأكد من تقديم الدعم القوي والإشراف الصارم، لضمان استمرارية الصحة النفسية ورعاية المصابين بالصرع في الرعاية الصحية الأولية.

4. ضمان الإمداد بالأدوية النفسية الأساسية الموثوقة لكل مرافق الرعاية الصحية الأولية التي تقدم الرعاية الصحية النفسية.

5. إدراج مؤشرات الصحة النفسية في نظام معلومات الإدارة الصحية.

### المكون الاستراتيجي 3: تقوية خدمات الرعاية الصحية النفسية الثانوية والثالثية

#### الأغراض

1. إنشاء مرافق مجتمعية من قبيل وحدات للمرضى الداخليين في المستشفيات العامة، وعيادات مجتمعية للمرضى الخارجيين، ومرافق للرعاية النهارية، مع توفير عمليات إحالة واضحة وتقديم الدعم في الرعاية الصحية الأولية.
2. تعزيز القدرات لدى العاملين في الصحة النفسية لإيتاء رعاية صحية نفسية متكاملة مجتمعية التوجه، وذلك من خلال تدريب يتماشى مع أدوارهم في نظام الصحة النفسية.

#### أنشطة منتقاة مقترحة

#### أنشطة على الصعيد الإقليمي

1. تقديم الدعم للبلدان لتعزيز قدرات النظام الصحي المتخصص بالصحة النفسية والعاملين به، بما يكفل تقديم خدمات الرعاية المجتمعية المرتكز ودعم الرعاية الصحية الأولية.

#### أنشطة على الصعيد الوطني

1. إضفاء اللامركزية على الخدمات الصحية النفسية وإعادة توجيهها من خلال إنشاء مرافق بديلة مجتمعية المرتكز.
2. إعادة صياغة أدوار المهنيين الاختصاصيين في الصحة النفسية مع توطيد الرقابة داخل الخدمة أو التقييم من أجل دعم التدريب وتطوير مستقبلهم المهني.

### المكون الاستراتيجي 4: التعرف على الأشخاص المختَـطرين (المعرضين للخطر) ووضع الأولويات

#### لهم

تستهدى هذه الاستراتيجية بمبدأ تقديم معالجة عادلة للمصابين باضطرابات نفسية وعصبية وإدمانية. إلا أن بعض المجموعات من هؤلاء الناس مهمشون ومختَطرون (معرضون للخطر)، من قبيل أولئك الذين يعيشون في بلدان أو مناطق تعاني من الكوارث أو الحروب أو الصراعات المدنية، والأرامل، والمعتمدين على مواد الإدمان، ومن إليهم.. وبذلك تكون احتياجاتهم في مجال الصحة النفسية أكبر، ويعانون من عواقب أكبر خطورة، أو يتطلبون رعاية متخصصة. بالإضافة إلى الواجب الأخلاقي المتمثل في ضرورة تقديم المزيد من الدعم لمن يحتاج أكثر من غيره إليه.

#### الأغراض

1. التعرف على الأشخاص المختَـطرين وضمان توافر الخدمات الصحية النفسية الملائمة لهم.
2. التعاون مع القطاعات الاجتماعية الأخرى من أجل تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية بين الأشخاص المختَـطرين.

### أنشطة منتقاة مقترحة

### أنشطة على الصعيد الإقليمي

1. نشر وتوزيع التوجهات الاستراتيجية الإقليمية والإجراءات المتعلقة بها في الرعاية الصحية النفسية للمراهقين والأطفال والأمهات.
2. إعداد ونشر التوجهات الاستراتيجية الإقليمية، والدلائل حول تعاطي الكحول ومواد الإدمان في إقليم شرق المتوسط.
3. تنسيق وإعداد الخطط الإقليمية للتأهب والاستعداد والاستجابة للمتطلبات الصحية النفسية ولتقديم الدعم النفسي في مواقع الطوارئ مع وجود قوى عاملة إقليمية ذات خبرة يمكنها النزول إلى الساحة وقت اللزوم بسرعة.
4. دعم البلدان الأعضاء في سعيها لإعداد السياسات والاستراتيجيات والأدوات والتدخلات، ومواءمتها مع سياقها المناسب لتوفير الدعم النفسي والدعم المتعلق بالصحة النفسية للبلدان المتأثرة بالكوارث والحروب والصراعات المدنية.

### أنشطة على الصعيد الوطني

1. إعداد وتنفيذ خطط لتقديم الخدمات الصحية النفسية للأمهات والأطفال وللبدء ببرامج الوقاية من الانتحار لدى المراهقين.
2. إعداد وتنفيذ خطط التأهب للطوارئ والكوارث والأزمات الإنسانية بالتعاون مع جمع المعنيين.
3. إنشاء خدمات توفّر التدخلات داخل المؤسسات الصحية وخارجها للاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول ومواد الإدمان.

### المكون الاستراتيجي 5: تعزيز التعاون بين القطاعات من أجل رفع مستوى الوعي بالصحة النفسية، وتعزيز الصحة النفسية الإيجابية، والوقاية من الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية

نظراً لجسامة الفجوة القائمة في المعالجة وندرة الموارد المتوافرة للصحة النفسية وللرعاية الصحية الأولية، فقد يكون التعاون مع البرامج الراهنة لحفظ الصحة وتعزيزها بحيث تشمل مكونات الصحة النفسية هو أكثر الطرق فعالية في بعض البلدان التي تستهدف تقليص عبء الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية، ولتعزيز الصحة النفسية الإيجابية.

### الأغراض

1. تقليص مدى الإغفال والوصمة في ما يتعلق بالاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية ومعالجتها من خلال بناء شراكات وتعاون بين القطاعات.



2. تضمين مكونات الصحة النفسية والصرع في البرامج الصحية والقطاعات الأخرى.

### أنشطة منتقاة مقترحة

### أنشطة على الصعيد الإقليمي

1. التعاون التقني مع البلدان في سعيها لإعداد استراتيجيات التثقيف الجماهيري وتعزيز الصحة النفسية.
2. تجميع البيانات والأدوات والمؤشرات حول تقييم الصحة النفسية الإيجابية والعمل على التوصل إلى الاتفاق حول مجموعة من المؤشرات التي يمكن استخدامها في الإقليم.
3. التعاون مع الوكالات الأخرى في منظومة الأمم المتحدة ومع أصحاب الشأن المعنيين لإدراج مكونات الصحة النفسية ضمن البرامج والقطاعات الصحية والاجتماعية.

### أنشطة على الصعيد الوطني

1. إعداد استراتيجيات متعددة القطاعات لتعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية.
2. إعداد وبث مواد المعلومات والتثقيف والتواصل الإعلامي.
3. إعداد وتبني مؤشرات الصحة النفسية الإيجابية التي يمكن استخدامها على الصعيد الوطني.
4. تعزيز التشكيل الفعّال للأسر ولرابطات المستفيدين وإشراكها في العمل.

### المكون الاستراتيجي 6: تعزيز إنتاج البحوث وتفعيلها

تُعَدُّ البحوث في الصحة النفسية والمعلومات حول الصحة النفسية من الأمور الأساسية لتوليد البيانات من أجل توجيه السياسات والتدخلات، ومن ثمَّ اجتذاب المزيد من الموارد وتحسين جودة الرعاية.

### الأغراض

1. تعزيز البحوث العملية الميدانية في الصحة النفسية والتي تلبّي احتياجات كل بلد وتتلاءم مع موارده.
2. القيام بتقييمات شاملة قابلة للمقارنة حول نظام الصحة النفسية في كل بلد ومدى قدراته، بُعْيَة رصد التقدُّم المحرَّز وإرشاد السياسات.
3. تجميع وتحليل وإعداد التقارير حول المؤشرات المتفق عليها للصحة النفسية والتي أُدرجت ضمن نظام المعلومات الصحية.

## أنشطة منتقاة مقترحة

### أنشطة على الصعيد الإقليمي

1. العمل مع البلدان للاتفاق على المجالات ذات الأولوية في بحوث الصحة النفسية استثناساً بما هو موجود بالفعل في هذا المجال على الصعيد الدولي.
2. دعم بناء القدرات للقيام ببحوث حول الصحة النفسية في بلدان الإقليم.
3. تسهيل الروابط التعاونية بين الباحثين في الإقليم والباحثين خارج الإقليم ممن لديهم سجل حافل بمقترحات ناجحة للبحوث والمطبوعات.

### أنشطة على الصعيد الوطني

1. إنشاء منتدى وطني للتعرف على أولويات البحوث في الصحة النفسية، ولكسب التأييد من أجل دعم هذه الأولويات، ولتأسيس وتمويل الهيئة الوطنية التي تعمل على تحديد الأولويات في البحوث النفسية ودعمها.
2. إنشاء روابط تعاونية دولية ضمن الإقليم وخارجه.
3. تجميع وتحليل البحوث الموجودة بالفعل حول الصحة النفسية (مثل الخدمات، والسّمات الوبائية والبيولوجية والوراثية، والسياسات، والبرامج، والاقتصاديات، والتدخلات النفسية والدوائية) وذلك من أجل إغناء قاعدة البيانات اللازمة للتخطيط للخدمات وللتعرف على الأولويات التالية في البحوث.

## 5. الخاتمة والاستنتاجات

تكررت المحاولات خلال العقود الثلاثة المنصرمة لإدراج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية وتعميمها وقد ظهر ذلك في التقارير التي تعدها البلدان، وفي الاجتماعات البلدانية، وفي الكتيبات التدريبية. وقد تعززت هذه الجهود عام 1997 في الدورة الرابعة والأربعين للجنة الإقليمية وفي عام 2010 خلال مناقشة التوجهات الاستراتيجية الإقليمية لصحة الأمهات والأطفال والمراهقين والمصادقة عليها. ولكن تبين في تحليل الوضع الراهن، أن هذا الإدراج للصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية يعاني من التجزؤ والتبعثر، ويفتقر إلى التوزيع العادل، وإلى التمويل الكافي، كما أن الموارد لاتزال متمركزة في المستشفيات النفسية التي تقع في نطاق المدن الكبرى، وأخيراً فإن الوصمة واسعة الانتشار. ومن هنا كانت أهمية هذه الاستراتيجية لتفعيل الجهود من أجل تحسين الصحة النفسية لدى الناس في الإقليم عبر الطلب إلى الحكومات لتعزيز الجوانب القيادية والشوروية في نظم الصحة النفسية لديها. وخلال السنوات الخمس القادمة ستمثل الخيارات الأساسية الخمسة التي حددتها الاستراتيجية في الارتقاء بجهود إدراج الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية، وتعزيز خدمات الصحة النفسية، ووضع الأولويات للأشخاص الذين هم عرضة للمخاطر، والوقاية من الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية وتعزيز الصحة النفسية، وإنتاج المعلومات والبحوث حول الصحة النفسية والاستفادة منها. ويشير كل خيار استراتيجي إلى الإجراءات اللازمة لإنقاذ الوصمة. ومن الأمور الأساسية لتحقيق هذه الأغراض بناء القدرات من خلال التوظيف والتدريب والإعداد المتواصل

للعاملين والاختصاصيين في الصحة النفسية وفي الرعاية الصحية الأولية، من خلال الترابط مع الوكالات الأخرى التي تعمل في المجال الصحي وفي القطاع الاجتماعي. وسيواصل المكتب الإقليمي جهوده في تقديم الدعم التقني للبلدان الأعضاء لتعزيز ما لديها من قدرات ولتطوير وتعزيز إيتاء خدمات الصحة النفسية بأسلوب متكامل يستند على أفضل البيئات المتوفرة.

## 6. توصيات إلى الدول الأعضاء

- (1) اعتماد الاستراتيجية المعنية بالصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان في إقليم شرق المتوسط 2012 – 2016؛
- (2) مراجعة وتحديث السياسات والاستراتيجيات، وخطط العمل الوطنية، بما يتماشى مع الاستراتيجية الإقليمية، للتحقق من اعتبار الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان قضية صحة عمومية ذات أولوية؛ وتخصيص الموارد المناسبة لها؛
- (3) وضع آلية متعدّدة التخصصات، مع إشراك الوزارات المعنية، والقطاعات ذات الصلة، على أن تتولّى وزارة الصحة القيادة في ذلك، لتنسيق وتخطيط استراتيجيات/خطط العمل الخاصة بالصحة النفسية ومعايرة مواد الإدمان، ومراقبة تنفيذها، مع تخصيص الموارد المناسبة لها؛
- (4) إدراج خدمات الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان، ضمن النُظم الصحية القائمة، بما في ذلك الرعاية الصحية الأولية؛
- (5) تعزيز خدمات الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان، على المستوى الثانوي والثالثي (التخصصي) لتوفير التدريب، وخدمات الإحالة، والدعم الإشرافي لنظام الرعاية الصحية الأولية؛
- (6) تعزيز التعاون بين القطاعات لتحسين المعرفة في مجال الصحة النفسية، وللتقليل إلى الحد الأدنى، من الوصم والتمييز اللذين يواجههما الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية، والوقاية من هذه الاضطرابات، وتعزيز الصحة النفسية، مع التركيز بوجه خاص على الشرائح الأكثر عرضة، في المجتمع؛
- (7) تشجيع البحوث التطبيقية وبناء القدرات على إجراء البحوث في مجال الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان.

## 7. المراجع

1. *Disease and injury regional estimates cause-specific mortality: regional estimates for 2008. Disease and injury regional estimates for 2004.* Geneva, World Health Organization.  
[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_regional/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html)
2. WHO and World Organization of Family Doctors (Wonca). *Integrating mental health into primary care: a global perspective.* Geneva, World Health Organization 2008
3. Prince M et al. Global mental health 1: No health without mental health. *Lancet*, 2007, 370:859–877.
4. Lehtinen V et al. The intrinsic value of mental health. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice.* Geneva, World Health Organization, 2004.
5. Funk M et al. *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group.* Geneva, World Health Organization, 2010.
6. *Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders,* Geneva, World Health Organization, 2008.
7. *Maternal, child and adolescent mental health: challenges and strategic directions for the Eastern Mediterranean Region.* Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2010.
8. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 2004, 291:2581–2590.
9. *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva, World Health Organization, 2001
10. Abou-Saleh MT, Ghubash R, Daradkeh TK. Al Ain Community Psychiatric Survey. I. Prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36:20–28.
11. Scholte WF et al. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292:585–593.
12. Noorbala AA et al. Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry*, 2004, 184:70–73.
13. *Iraq Mental Health Survey 2006/7.* Geneva, World Health Organization, 2009.
14. Gubash R, Hamdi E, Bebbington P. The Dubai community psychiatric survey: I. Prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1992, 27:53–61.
15. Mumford DB et al. Stress and psychiatric disorder in rural Punjab. A community survey. *The British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:473–478.
16. Mumford DB et al. Stress and psychiatric disorder in urban Rawalpindi. Community survey. *The British Journal of Psychiatry*, 2000, 177:557–562.
17. Daradkeh TK, Ghubash R, Abou-Saleh MT. Al Ain community survey of psychiatric morbidity II. Sex differences in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 2002, 72:167–176.
18. Karam EG et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *Lancet*, 2006, 367:1000–1006.
19. Ghanem M et al. National survey of prevalence of mental disorders in Egypt: preliminary survey. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2009, 15:65–75.

20. Kadri N et al. Moroccan national study on prevalence of mental disorders: a community-based epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2010, 121:71–74.
21. *ATLAS on substance use (2010): resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. Geneva, World Health Organization, 2010.
22. *Epilepsy in the WHO Eastern Mediterranean Region: bridging the gap*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2010.
23. Patel V, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007, 370:991–1005.
24. Al-Jawadi AA, Abdul-Rahman S. Prevalence of childhood and early adolescence mental health disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2007, 7:274.
25. Razokhi AH et al. Mental health of Iraqi children. *Lancet*, 2006, 368:838–839.
26. Mousa Thabet AA, Vostaris P. Epidemiology of children's mental problems in Gaza Strip. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2001, 7:403–412.
27. Espié E. Trauma-related psychological disorders among Palestinian children and adults in Gaza and West Bank 2005–2008, *International journal of mental health systems*, 2009, 3:21.
28. Panter-Brick C, et al. Violence, suffering and mental health in Afghanistan: a school based survey. *Lancet*, 2009, 374:807–816.
29. Kohn R, et al. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:858–866.
30. *Mental health systems in the Eastern Mediterranean Region. Report based on the WHO assessment instrument for mental health systems*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2010 (EMRO Technical Publications Series No. 37).
31. *Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis*. Geneva, World Health Organization, 2009.
32. *Dollars, DALYs and decisions: economic aspects of the mental health system*. Geneva, World Health Organization, 2006.
33. Chandra V et al. Neurological disorders. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*, 2nd edition (DCP2). Oxford, Oxford University Press and the World Bank, 2006: 21–37.
34. Hyman S et al. Mental disorders. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*. 2nd edition (DCP2). Oxford, Oxford University Press and the World Bank, 2006: 1-20.
35. *World Health Organization: Assessment instrument for mental health systems, WHO-AIMS Version 2.2*. Geneva, World Health Organization, 2005.
36. *Challenges and priorities for global mental health research in low- and middle-income countries: symposium report*. London, Academy of Medical Sciences, 2008.