



برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية **mhGAP**

النهوض برعاية الاضطرابات النفسية  
والعصبية والاضطرابات الناجمة عن  
معاقررة مواد الإدمان



برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية **mhGAP**

النهوض برعاية الاضطرابات النفسية  
والعصبية والاضطرابات الناجمة عن  
معاقررة مواد الإدمان

## WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders

1. Mental disorders – prevention and control. 2. Nervous system diseases. 3. Psychotic disorders. 4. Substance-related disorders. 5. Health programs and plans. I. World Health Organization.

(NLM classification: WM 140)

ISBN 978 92 4 659620 1

منظمة الصحة العالمية © 2009

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من: منشورات منظمة الصحة العالمية على العنوان التالي:

WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

(tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int).

أما طلبات الحصول على إذن لاستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية –سواء لأغراض البيع أو لأغراض غير تجارية– فينبغي

توجيهها إلى: منشورات منظمة الصحة العالمية على العنوان المذكور آنفاً

(fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

ليس في التسميات المستخدمة في هذا المنشور، ولا في طريقة عرض مادته، ما يتضمن التعبير عن أي رأي كان من جانب منظمة الصحة العالمية بشأن المركز القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة، أو سلطات أي منها، أو بشأن تعيين تخومها أو حدودها. أما الخطوط المنقوطة الواردة في الخرائط فتمثل خطوط الحدود التقريبية التي قد لا يوجد بشأنها اتفاق كامل حتى الآن.

ولا ينطوي ذكر شركات محددة أو منتجات مصنّعين محددة على أنها موضع إقرار أو توصية من جانب منظمة الصحة العالمية تفضيلاً لها على ما لم يذكر من شركات أو منتجات ذات طبيعة مماثلة. وفيما عدا السهو والخطأ، فإن أسماء المنتجات المشمولة بحقوق ملكية قد ميزت بكتابتها بخط ثخين مائل أسفله خط. وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية جميع الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المنشور. بيد أن المادة المنشورة توزّع دون ضمان من أي نوع، مصرح به أو مضمّر. وتقع على عاتق القارئ مسؤولية تفسير واستخدام المادة المقدمة. ولن تكون منظمة الصحة العالمية مسؤولة بحال من الأحوال عن الأضرار الناجمة عن استخدام هذه المادة.

التصميم من وضع: inis-ie - Inis Communication

وحرّرت المنشور تارا ساتياناند (Tara Satyanand)

ويتضمن الغلاف شعار يوم منظمة الصحة العالمية لعام 2001 الذي كان من تصميم مارك بيزيه (Marc Bizet).

طبع في

# جدول المحتويات

1	تقديم
3	تصدير
4	موجز تنفيذي
6	التحدي المطروح والحاجة القائمة
10	برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية
10	الأهداف المتوخاة:
10	الاستراتيجيات:
15	إطار للعمل القطري
15	الالتزام السياسي
15	تقييم الاحتياجات والموارد
16	إعداد البنية الأساسية للسياسات والتشريعات
17	تنفيذ حزمة التدخلات
18	تعزيز الموارد البشرية
18	حشد الموارد المالية
21	الرصد والتقييم
22	بناء الشراكات
23	قدحتملا هملاً تلاكو
23	تيموكحلا تارازولا
23	تحنملا فارطلاً
24	تيملاعلما تحصلا تمظنم عم تنواعتملا زكارملاو تيموكحلا ريغ تامظنملا
25	ي ندملا عمتجملا
27	حان وقت العمل
	الملحق الأول:
	عبء الصحة العامة المرتبط بالحالات المرضية ذات الأولوية المدرجة في
28	برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية
	الملحق الثاني:
	العبء الذي يعزى إلى الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة
	عن معاقرة مواد الإدمان، والموارد البشرية المتاحة في بلدان الدخل
32	المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط
36	قراءات يوصى بها



تشكل الصحة النفسية أمراً جوهرياً بالنسبة إلى الصحة بوجه عام. ويتضح ذلك في تعريف الصحة في دستور منظمة الصحة العالمية ونصه أن « الصحة هي حالة من اكتمال المعافاة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز». وقد وجهت الأبحاث التي أجريت في السنوات الأخيرة انتباهنا إلى أن الصحة النفسية تؤثر تأثيراً لازماً على الصحة البدنية وإلى أن الصحة البدنية تؤثر على الصحة النفسية. فلا تنفصل إحداها عن الأخرى من حيث تحقيق صحة أكثر اكتمالاً.

والصحة النفسية أهمية عظمى للصحة الشخصية والعلاقات الأسرية والإسهام في المجتمع بنجاح. وهي ترتبط بتنمية المجتمعات والبلدان. ويتفاعل اعتلال الصحة النفسية مع الفقر تفاعلاً يسلك حلقة مفرغة: فاعتلال الصحة النفسية يعوق الناس عن التعلم والمشاركة الاقتصادية المنتجة، كما أن الفقر يزيد بدوره من احتمال نشوء الاضطرابات النفسية ويحد من قدرة الناس على الحصول على الخدمات الصحية.

وإن الأعداد المطلقة للمتأثرين، والعجز المرتبط بذلك الناجم عن الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، وكون العلاج الفعال متاحاً هي جميعاً أمور تؤكد على أهمية التصدي لهذه الاضطرابات في إطار الرعاية الأولية. والهدف الذي نبتغيه هو ضمان إدماج الصحة النفسية في نظم الرعاية الصحية في جميع أنحاء المعمورة.

وينبغي بذل قدر أكبر بكثير من الجهود بغية تغيير السياسات العامة والممارسات ونظم تقديم الخدمات لضمان أن تتلقى الاحتياجات والشواغل بالمتعلقة بالصحة النفسية مستوى الأولوية اللازم لخفض الأعباء المرتبطة بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. ولا عذر بعد اليوم لتهميش تمويل عملية تقديم خدمات الصحة النفسية. ويتعين علينا ضمان أن يتلقى مجال الصحة النفسية نصيبه العادل من موارد الصحة العامة.

ويقدم برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية الحجج الداعية إلى دعم الالتزام السياسي من جانب الحكومات والمنظمات الدولية والأطراف المعنية الأخرى. ويحدد هذا البرنامج الاستراتيجيات الرامية إلى النهوض بالتغطية بالتدخلات الرئيسية للحالات المرضية ذات الأولوية وذلك في الأماكن التي تعاني من شح الموارد.

وإنني أدعو شركاء منظمة الصحة العالمية إلى التآزر مع المنظمة ليتكامل هذا البرنامج بالنجاح.

الدكتور علاء علوان

المدير العام المساعد لشؤون الأمراض  
السارية والصحة النفسية



إن الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان شائعة بدرجة مرتفعة وشديدة الوطأة على نطاق العالم. وتؤدي انتهاكات حقوق الإنسان الموجهة ضد المصابين بهذه الاضطرابات إلى تفاقم هذه المشكلة. كما أن الموارد التي تخصص لمواجهة هذا العبء الهائل غير كافية وتتسم بعدم الإنصاف في توزيعها وعدم الكفاءة في استخدامها، مما ينتج عنه حرمان معظم هؤلاء الأشخاص من أي رعاية على الإطلاق.

وقد أدركت منظمة الصحة العالمية الحاجة إلى اتخاذ إجراءات لخفض هذا العبء ولدعم قدرة الدول الأعضاء على الاستجابة لهذا التحدي المتنامي. فقامت جمعية الصحة العالمية الخامسة والخمسون في عام 2002 بإقرار برنامج العمل العالمي للصحة النفسية الذي وضعته المنظمة. وقد أدى هذا البرنامج إلى اتخاذ مبادرات في مجال الدعوة مع تقديم توجيهات معيارية إلى الدول الأعضاء في مجال تحسين نظمها الصحية بغية تقديم الرعاية إلى الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية وعصبية واضطرابات ناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. ولذا تدرج الآن مسألة الصحة النفسية ضمن جدول الأعمال العالمي المتعلق بالصحة العامة!

بيد أن المهمة لم تنته بعد، فمازالت الفجوة بين ما هو مطلوب بالبحاح وما هو متاح لخفض العبء الموجود واسعة جداً. والمرحلة القادمة، أي برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية، المعروف في هذه الوثيقة، توضح الالتزام المستمر من جانب منظمة الصحة العالمية من أجل رأب هذه الفجوة. فهذا البرنامج هو برنامج عمل المنظمة الذي وضع خصيصاً للبلدان ذات الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط من أجل النهوض بالخدمات المتعلقة بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. ويتمثل جوهر البرنامج في إقامة شراكات لتعزيز وتسريع الجهود وزيادة الاستثمارات من أجل تقديم الخدمات إلى المحرومين منها.

ويسرني أن أقدم برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية إلى المجتمع الصحي العالمي، وإنني أتطلع قدماً إلى الاطلاع على ما سيستوحى من البرنامج من توجيهات وعمل.

الدكتور بينيديتو ساراسينو  
مدير إدارة الصحة النفسية ومكافحة الإدمان

# موجز تنفيذي

إن الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان شائعة في جميع مناطق العالم وتشكل أسباباً رئيسية للمراضة والوفيات المبكرة. ويمكن أن يعزى إلى هذه الاضطرابات ما نسبته 14 في المائة من عبء المرض على نطاق العالم، مقيساً بسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز DALY. ويؤدي الوصم وانتهاكات حقوق الإنسان الموجهة ضد الأشخاص المصابين بهذه الاضطرابات إلى تعقيد هذه المشكلة. كما أن الموارد التي أتاحت للتصدي للعبء الهائل لهذه الاضطرابات غير كافية وتتسم بعدم الإنصاف في توزيعها وبعدم الكفاءة في استخدامها، مما يؤدي إلى فجوة في العلاج تزيد على 75 في المائة في كثير من بلدان الدخل المنخفض والشريحة الدنيا من الدخل المتوسط.

ومن أجل رآب هذه الفجوة ودعم قدرة الدول الأعضاء على الاستجابة للتحدي المتنامي في هذا الصدد، تعرض منظمة الصحة العالمية هنا برنامج العمل لرآب الفجوة في الصحة النفسية. ويقدم هذا البرنامج إلى القائمين بالتخطيط في المجال الصحي وإلى واضعي السياسات والمانحين مجموعة من الأنشطة والبرامج الواضحة والمترابطة من أجل النهوض برعاية الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان.

وتتمثل أهداف البرنامج في تعزيز التزام جميع الأطراف المعنية بزيادة تخصيص الموارد المالية والبشرية من أجل توفير الرعاية للاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، ولتحقيق مستوى أعلى من التغطية بالتدخلات الرئيسية ولا سيما في بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط التي لديها نسب كبيرة من العبء العالمي الناجم عن هذه الاضطرابات.

وبالنظر إلى أن معظم العبء العالمي يقع على كاهل بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط وإلى أن هذه البلدان ليس لديها سوى موارد بشرية ومالية محدودة، يكون بوسع استراتيجية تركز على هذه البلدان أن تحقق أقصى قدر من التأثير. ويتضمن البرنامج معايير لتحديد البلدان التي تتحمل أكثر من غيرها العبء الناجم عن الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان والتي لديها فجوة كبيرة في الموارد.

ويرتكز هذا البرنامج على أفضل الأدلة العلمية والوبائية المتاحة للاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، وهي الحالات المرضية التي حددت على أنها تشكل أولويات. وهو يحاول تقديم حزمة متكاملة من التدخلات، ويضع في الحسبان الحواجز القائمة والمحتملة أمام عملية النهوض بالرعاية في هذا الصدد. وحددت الحالات المرضية ذات الأولوية على أساس ما مثلته من عبء مرتفع (من حيث معدلات الوفيات والمراضة والعجز)؛ وما تسببت فيه من تكاليف اقتصادية كبيرة؛ أو ما ارتبطت به من انتهاكات لحقوق الإنسان. وهذه الحالات المرضية ذات الأولوية هي الاكتئاب، والفصام، والاضطرابات الذهانية الأخرى، والانتحار، والصرع، والخرف، والاضطرابات الناجمة عن معاقرة الكحول، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي العقاقير المخدرة غير المشروعة،

المرضية في ميزانيات الصحة الوطنية، وإعادة تخصيص أموال بنقلها من أنشطة أخرى، كما يمكن تعبئتها من التمويل الخارجي، مثل التمويل المقدم عن طريق المعونة الإنمائية، والوكالات الثنائية والمتعددة الأطراف، ومؤسسات النفع العام.

ويشمل أيضاً إطار برنامج العمل خططاً لرصد وتقييم التخطيط للبرامج وتنفيذها. وإن اختيار المدخلات والعمليات والنتائج ومؤشرات التأثير، إلى جانب تحديد الأدوات والوسائل، تشكل جميعاً جزءاً لا يتجزأ من هذه العملية.

ويتمثل جوهر برنامج العمل في إقامة شراكات منتجة، وتعزيز الالتزامات القائمة مع الشركاء الموجودين، واجتذاب وتنشيط شركاء جدد، والتعجيل بالجهود المبذولة، وزيارة الاستثمارات من أجل خفض عبء الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. وعملية النهوض هي عملية اجتماعية وسياسية ومؤسسية تنطوي على مشاركة مجموعة واسعة من المساهمين، والجماعات المعنية، والمنظمات. وتوسيع النطاق بنجاح يشكل مسؤولية مشتركة تقع على عاتق الحكومات، والمهنيين العاملين في مجال الصحة، والمجتمع المدني، والمجتمعات المحلية، والأسر - بدعم من المجتمع الدولي. ويلزم وجود التزام عاجل من جانب جميع الشركاء بغية الاستجابة لهذه الحاجة من حاجات الصحة العامة. أما وقت العمل والتصرف فهو الآن.

والاضطرابات النفسية لدى الأطفال. وتتألف حزمة البرنامج من عمليات تدخل (تدخلات) من أجل الوقاية والعلاج فيما يتعلق بكل حالة من هذه الحالات المرضية ذات الأولوية، على أساس الأدلة المتوافرة حول فعالية وإمكانية النهوض بهذه التدخلات. ويتضمن البرنامج جدولاً نموذجياً لحزمة تدخلات يلزم تكييفها تبعاً للبلدان، أو المناطق داخل البلدان، بالاستناد إلى السياق المحلي.

ويجب النظر في العقبات التي تعرقل تنفيذ هذه التدخلات تنفيذاً واسع الانتشار، كما يجب النظر في الخيارات المتاحة للتعامل معها. وينص البرنامج على إطار للنهوض بالتدخلات فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، مع أخذ شتى المعوقات التي قد توجد في البلد المعني في الحسبان.

أما النجاح في تنفيذ البرنامج فيتوقف أولاً وقبل كل شيء على الالتزام السياسي على أعلى مستوى. وإحدى طرق تحقيق ذلك هي إنشاء فريق أساسي من الأطراف المعنية الرئيسية يكون لدى أعضائه خبرة تقنية متعددة التخصصات بغية توجيه هذه العملية. وإذا أُجري تقييم للاحتياجات والموارد باستخدام تحليل الوضع الراهن، فإنه يمكن أن يساعد على فهم الاحتياجات المتصلة بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان وما يتصل بها من رعاية صحية، ومن ثم توجيه عملية وضع الأولويات على نحو فعال وتحديد مراحل التدخلات وتعزيز تنفيذها. كما أن وضع بنية أساسية سياساتية وتشريعية سيكون أمراً هاماً لتناول هذه الاضطرابات وتعزيز وحماية حقوق الإنسان للمصابين بها.

وسيكون من اللازم أن تتخذ قرارات بشأن أفضل تنفيذ للتدخلات المختارة على مستوى المنشأة الصحية والمجتمع المحلي والأسرة بغية ضمان الجودة العالية والتغطية العادلة. وسيلزم وجود موارد بشرية ملائمة لتنفيذ حزمة التدخلات. وتكمن المهمة الرئيسية في تحديد الأشخاص الذين يكونون مسؤولين عن تنفيذ التدخلات على كل مستوى من مستويات تقديم الخدمات.

ولا تخصص معظم بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط موارد مالية وافية من أجل توفير الرعاية في حالة الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. والموارد المطلوبة لتقديم الخدمات في حالة هذه الاضطرابات يمكن تعبئتها من مصادر شتى - والمثال على ذلك عن طريق بذل محاولات لزيادة النسبة المخصصة لهذه الحالات

# التحدي المطروح والحاجة القائمة

إن الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان شائعة في جميع مناطق العالم وتشكل أسباباً رئيسية للمراضة والوفيات المبكرة. فعلى نطاق العالم، قدر في الدراسات الوبائية المرتكزة على المجتمع المحلي أن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية مدى الحياة لدى البالغين هي 12,2 إلى 48,6 في المائة وأن معدلات الانتشار لمدة 12 شهراً هي 8,4 إلى 29,1 في المائة. ويمكن أن يعزى إلى الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان ما نسبته 14 في المائة من عبء المرض على نطاق العالم، مقيساً بسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز DALY. كما تعزى إلى هذه الاضطرابات نسبة 30 في المائة تقريباً من العبء الكلي للأمراض غير السارية. وتتحمل بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط زهاء ثلاثة أرباع العبء العالمي للاضطرابات العصبية النفسية. ويؤدي الوصم وانتهاكات حقوق الإنسان الموجهة ضد الأشخاص المصابين بهذه الاضطرابات إلى تعقيد هذه المشكلة، مما يزيد من هشاشة وضعهم، ويسرع ويقوي انحدارهم إلى دائرة الفقر، ويعرقل الرعاية وإعادة التأهيل. وتشكل استعادة الصحة النفسية ليس فقط أمراً لا بد منه لسلامة الفرد ولكنها أيضاً ضرورية للنمو الاقتصادي وتخفيف وطأة الفقر في المجتمعات والبلدان (الإطار 1). وتتفاعل الصحة النفسية والأمن الصحي معاً تفاعلاً وثيقاً. وتؤدي النزاعات إلى طرح كثير من التحديات فيما يتعلق بالصحة النفسية (الإطار 2).

## الإطار 1: الصحة النفسية والتنمية البشرية

للصحة النفسية أهمية كبرى للسلامة العامة للأفراد والمجتمعات والبلدان. وقد أدركت منظمة الصحة العالمية منذ نشأتها أهمية الصحة النفسية وهو ما يتضح في تعريف الصحة كما ورد في دستور المنظمة ونصه أن الصحة ليست مجرد انعدام المرض أو العجز بل هي بالأحرى «حالة من اكتمال المعافاة بدنياً وعقلياً واجتماعياً». وتتصل الصحة النفسية بتنمية المجتمعات والبلدان. أما الفقر وما يرتبط به من مسببات التوتر النفسي والاجتماعي (مثل العنف، والبطالة، والاستبعاد الاجتماعي، وانعدام الأمن) فيرتبط ارتباطاً وثيقاً بالاضطرابات النفسية. كما أن الفقر النسبي، وانخفاض مستوى التعليم، وعدم الإنصاف في المجتمعات هي أمور ترتبط بزيادة خطر حدوث مشاكل الصحة النفسية.

ويمكن أيضاً استخدام التنمية المجتمعية والاقتصادية لاستعادة الصحة النفسية وتحسينها. فبرامج التنمية المجتمعية التي تهدف إلى تخفيف وطأة الفقر، وتحقيق الاستقلال الاقتصادي للمرأة والتمكين لها، والحد من سوء التغذية، والحد من الأمية وزيادة التعليم، وتمكين المحرومين، إنما تساهم في منع حدوث الاضطرابات النفسية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان كما تساهم في النهوض بالصحة النفسية.

## الإطار 2: الصحة النفسية والأمن الصحي

يتعرض الأمن الصحي لتهديدات على مستوى كل من الفرد والمجتمع المحلي والمستويين الوطني والدولي بفعل أوضاع التمدين السريع، والكوارث الطبيعية، والعنف، والصراعات. فالتمدن السريع ينشئ أوضاعاً يزيد فيها معاقرة الكحول والمواد المؤثرة على النفس. وكثيراً ما يؤدي العنف والصراعات إلى معاقرة الكحول أو العقاقير المخدرة، وفي المقابل فإن الاضطرابات المتصلة بمعاقرة الكحول والعقاقير المخدرة ترتبط بالعنف والسلوك الإجرامي. وفي ظل كثير من حالات الطوارئ -سواء نجمت عن كوارث طبيعية أو بسبب العنف أو الحرب- يزداد انتشار الكرب النفسي والاضطرابات النفسية كما تنخفض قدرة نظم الرعاية الرسمية وغير الرسمية انخفاضاً ملحوظاً، مما يسفر عن المعاناة الهائلة والعجز إلى جانب تأخير جهود التعافي والتعمير.

وترتبط الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان ارتباطاً معقداً بكثير من الحالات الأخرى في مجال الصحة. فهذه الاضطرابات كثيراً ما تتلازم مع أو تعمل كعوامل تعرض لخطر الإصابة بأمراض غير سارية (مثل الأمراض القلبية الوعائية والسرطان)، وأمراض سارية (مثل الإيدز والعدوى بفيروسه والسل)، واضطرابات الصحة الجنسية والإنجابية للأمهات (مثل زيادة الإصابة بأمراض النساء، والعنف الجنسي، والاكتئاب الأمومي، وتأثر النمو في مرحلة الطفولة)، والإصابات (مثل العنف وحوادث المرور على الطرق). كذلك فإن الاضطرابات المتعلقة بالاكتئاب ومعاقرة مواد الإدمان تؤثر تأثيراً معاكساً على الالتزام بالعلاج في حالة أمراض أخرى.

وعلى الرغم من شيوع الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان والعبء الناجم عنها، فإن نسبة كبيرة من الذين يعانون من هذه المشاكل لا يتلقون العلاج والرعاية بشأنها. فقد ظهر من دراسة استقصائية كبيرة شملت عدداً من البلدان ودعمتها منظمة الصحة العالمية أن نسبة 35 إلى 50 في المائة من أصحاب الحالات الخطيرة في البلدان المتقدمة و 76 إلى 85 في المائة في البلدان الأقل تقدماً لم يتلقوا أي علاج في فترة الـ 12 شهراً السابقة. كما تبين من استعراض الأدبيات العالمية المنشورة في هذا الشأن أن فجوات العلاج قد بلغت 32 في المائة في حالة الفصام، و56 في المائة في حالة

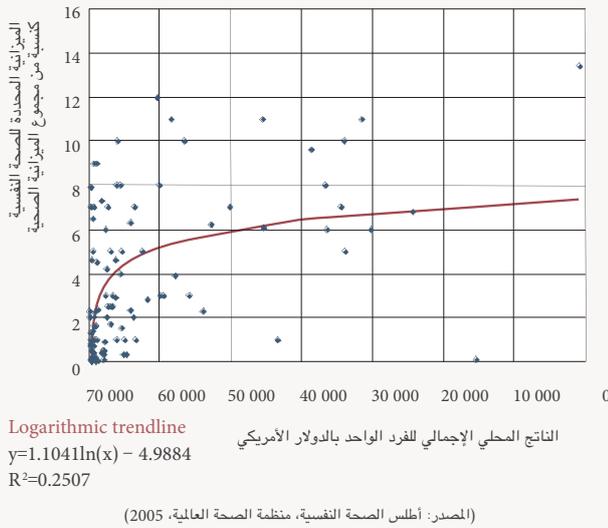
الاكتئاب، وما يصل إلى 78 في المائة في حالة الاضطرابات الناجمة عن معاقرة الكحول. وأظهر كثير من الدراسات المرتكزة على السكان أن أكثر من 95 في المائة من الأشخاص المصابين بصرع في كثير من المناطق الفقيرة الموارد لا يتلقون علاجاً وافياً. وتوضح الأمثلة القطرية أيضاً مدى خطورة الوضع: ففي الصين، لم يتلق أي علاج خلال فترة الـ 12 شهراً السابقة سوى 11 في المائة فقط من أصحاب حالات الاضطراب النفسي الشديدة؛ كما لم يتلق علاجاً وافياً في نيجيريا سوى 10 في المائة من الأشخاص المعالجين.

وقد أدركت منظمة الصحة العالمية الحاجة إلى اتخاذ إجراءات لخفض عبء الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان وذلك على نطاق العالم، ولدعم قدرة الدول الأعضاء على الاستجابة لهذا التحدي المتنامي. ففي عام 2001، فإن عامة الجمهور والمؤسسات والمنظمات الوطنية والدولية وأوساط الصحة العامة والجهات المعنية الأخرى قد ذكروا جميعاً بقضية الصحة النفسية. وعن طريق منبر يوم الصحة العالمي، وجمعية الصحة العالمية والتقارير الخاص بالصحة في العالم (الصحة النفسية: فهم جديد، أمل جديد)، تعهدت منظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء فيها بالتزامها الكامل وغير المقيّد بهذا المجال من مجالات الصحة العامة.

وقد انبثق برنامج العمل العالمي للصحة النفسية من هذه الأحداث لينص على استراتيجية مترابطة لرأب الفجوة بين ما هو مطلوب بإلحاح وما هو متاح لخفض العبء الناجم عن الاضطرابات النفسية على نطاق العالم. وقد أقرت جمعية الصحة العالمية الخامسة والخمسون هذا البرنامج في عام 2002 بقرارها (ج) ص ع (WHA 55.10) الذي حث الدول الأعضاء على زيادة الاستثمار في الصحة النفسية داخل البلدان وكذلك في إطار التعاون الثنائي والمتعدد الأطراف.

وكانت الاستراتيجيات الأساسية الأربع التي حددها برنامج العمل هي المعلومات، وتطوير السياسات العامة والخدمات، والدعوة، والبحوث. وأدت الجهود الشاملة والمطرودة التي بذلتها منظمة الصحة العالمية وشركاؤها إلى إيجاد زيادة كبيرة في المعلومات المتاحة حول انتشار الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، وحول العبء الناجم عنها، والموارد، والأدلة المؤيدة للتدخلات المتصلة بهذه الاضطرابات. فالوعي بأهمية مسألة الاضطرابات النفسية بالنسبة إلى الصحة العامة قد ازداد بقدر كبير ووُضِعَ مسألة

الشكل 2: العلاقة بين الميزانية المخصصة للصحة النفسية كنسبة من مجموع الميزانية الصحية وحصّة الفرد من الناتج المحلي في 101 من البلدان

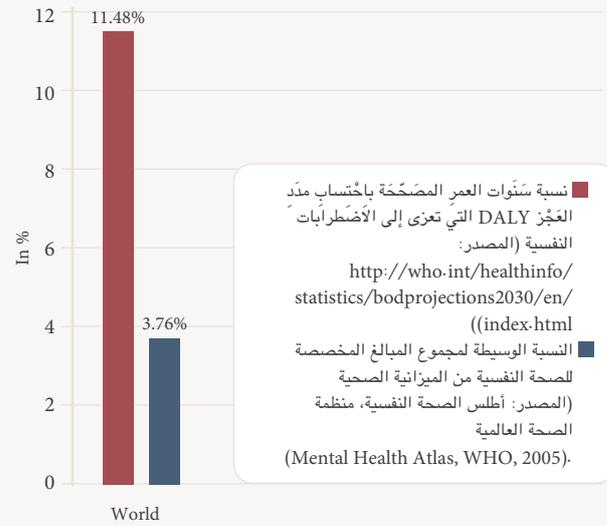


الرغم من أن معظم البلدان تخصص للصحة النفسية نسبة منخفضة من ميزانياتها الصحية، فإن هذه النسبة أصغر حتى من ذلك في البلدان ذات الناتج المحلي الإجمالي المنخفض (الشكل 2).

وتتسم ندرة الموارد البشرية بأنها أكبر من بقية الموارد؛ ويعرض الشكل 3 توزيع الموارد البشرية فيما يتعلق بالصحة النفسية ضمن فئات مختلفة من الدخل.

ويوجد أيضاً عدم كفاءة في استخدام الموارد النادرة والموزعة توزيعاً غير منصف. فعلى سبيل المثال، فإن كثيراً من البلدان ذات الدخل المتوسط التي لديها استثمارات ضخمة في مستشفيات كبيرة للصحة النفسية تحجم عن الاستعاضة عنها بأقسام داخلية في المستشفيات العامة تركز على المجتمع المحلي، وذلك على الرغم من الأدلة التي تشير إلى أن المستشفيات النفسية لا تتيج رعاية ملائمة وأن الأقسام المرتكزة على المجتمع المحلي أكثر فعالية في هذا الصدد.

الشكل 1: عبء الاضطرابات النفسية وميزانية الصحة النفسية

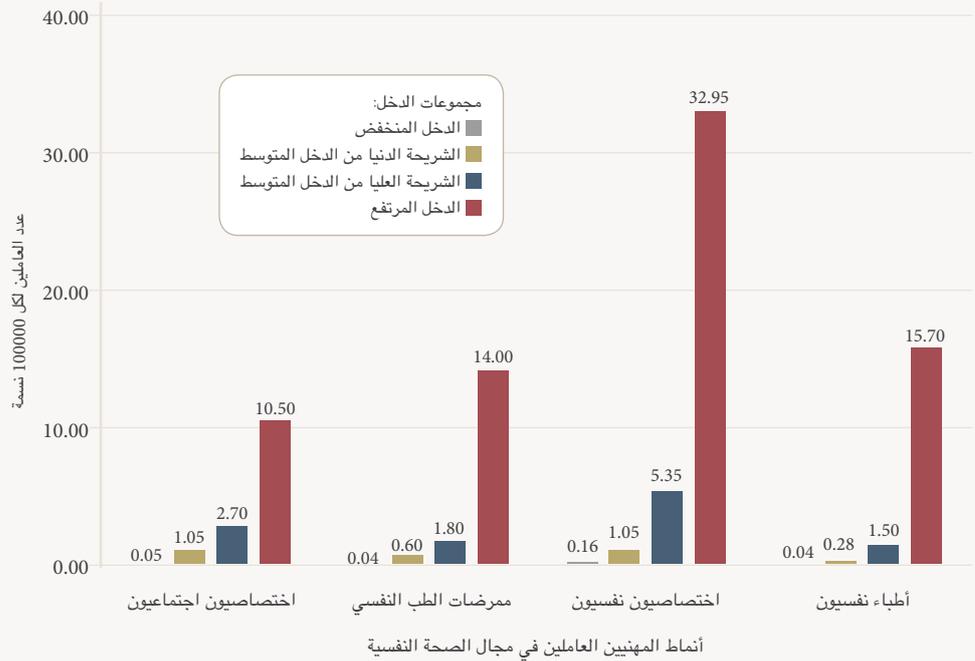


الصحة النفسية على جدول أعمال السياسات. وقامت بلدان كثيرة بتطوير أو تنقيح سياساتها وبرامجها وتشريعاتها المتصلة بهذه الاضطرابات.

بيد أن الموارد التي أتاحت للتصدي للعبء الهائل الناجم عن هذه الاضطرابات قد ظلت غير كافية. فما زال زهاء ثلث البلدان لا توجد لديه ميزانية محددة للصحة النفسية. أما البلدان التي لديها ميزانية موزعة خصيصاً للصحة النفسية، فإن 21 في المائة منها ينفق أقل من 1 في المائة من مجموع ميزانيته الصحية على الصحة النفسية. ويقارن الشكل 1 بين عبء الاضطرابات النفسية والميزانية المخصصة للصحة النفسية؛ وهو يبين أن البلدان تخصص للصحة النفسية نسباً مئوية صغيرة على نحو غير متناسب مع الأعباء المترتبة عليها.

ومما يزيد من تعقيد مسألة ندرة الموارد عدم الإنصاف في توزيعها. فالبيانات المستقاه من مشروع أطلس منظمة الصحة العالمية تبين ندرة الموارد المخصصة لرعاية الصحة النفسية في البلدان ذات الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط. وعلى

الشكل 3: الموارد البشرية المخصصة للرعاية الصحية النفسية في كل مجموعة من البلدان مصنفة حسب الدخل، لكل 100000 نسمة



(المصدر: أطلس الصحة النفسية، منظمة الصحة العالمية، 2005)

وثمة حافز آخر لتتقن استراتيجيات الصحة النفسية يتمثل فيما تم القيام به مؤخراً من نشر سلسلة من المواد، هي سلسلة «لانسييت»: Lancet»، بشأن الصحة النفسية الشاملة، تتناول قضايا الصحة النفسية في بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط. وقد توجت هذه السلسلة بتوجيه نداء إلى الأوساط الصحية العالمية لاتخاذ إجراءات للنهوض بالخدمات المتعلقة بالرعاية الصحية النفسية في هذه البلدان. وخلصت هذه السلسلة إلى توافر الأدلة والحلول المطلوبة للتعامل مع العبء العالمي للصحة النفسية. وما يلزم هو توافر الإرادة السياسية، واتخاذ إجراءات متضافرة من جانب مجموعة واسعة من الأطراف المعنية في مجال الصحة على الصعيد العالمي، وإيجاد الموارد لتنفيذ هذه الإجراءات. والوضع مماثل فيما يتعلق بالاضطرابات العصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان.

وهكذا ينبغي التعجيل بتحقيق تقدم في تنظيم الخدمات المقدمة للمصابين باضطرابات نفسية وعصبية واضطرابات ناجمة عن معاقرة مواد الإدمان؛ وستكون مسألة تخصيص مزيد من الموارد لهذه المجالات ذات أهمية حاسمة لهذه العملية.

وقد تلقت منظمة الصحة العالمية عدداً متزايداً من الطلبات من البلدان لتلقي المساعدة ولاتخاذ إجراءات محددة خاصة بالبلد المعني. كما أن الحاجة إلى توشي المنظور الاقتصادي –والارتباط به– في تخطيط الخدمات وتقديمها وتقييمها، وإلى النهوض برعاية الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، إنما تشكل سبباً آخرًا لتعديل بؤرة التركيز في استراتيجيات الصحة النفسية. وعلاوة على ذلك، فإنه يمكن لبرنامج عمل شامل أن يكون مصدر إلهام للجهات المعنية وأن يعجل بتحقيق التقدم عن طريق الجمع بين شركاء لديهم هدف مشترك.

# برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية

تهدف منظمة الصحة العالمية إلى تزويد القائمين على التخطيط في مجال الصحة، وواضعي السياسات والمانحين بمجموعة من الأنشطة والبرامج الواضحة والمترابطة من أجل النهوض بالرعاية الخاصة بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، وذلك عن طريق برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية.

## الأهداف المتوخاة:

- تعزيز التزام الحكومات والمنظمات الدولية والجهات المعنية الأخرى بزيادة مخصصات الموارد المالية والبشرية من أجل توفير الرعاية للاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان.
- تحقيق تغطية أعلى بكثير من حيث التدخلات الرئيسية في بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط التي تعاني من عبء ثقيل من الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان.

## الاستراتيجيات:

يرتكز هذا البرنامج على أفضل الأدلة العلمية والوبائية المتاحة للحالات المرضية ذات الأولوية. وهو يحاول تقديم حزمة متكاملة من التدخلات، ويضع في الحسبان الحواجز القائمة والمحتملة أمام عملية النهوض بالرعاية.

## الحالات المرضية ذات الأولوية:

يمكن اعتبار مرض ما من الأمراض ذات الأولوية إذا كان يمثل عبئاً كبيراً (من حيث معدل الوفيات أو المراضة أو العجز)، أو كانت تكاليفه الاقتصادية مرتفعة، أو كان مرتبطاً بانتهاكات واسعة لحقوق الإنسان. ويتألف مجال الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان من عدد كبير من الحالات في هذا الصدد. والحالات المرضية ذات الأولوية التي حددها برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية هي الاكتئاب، والفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، والانتحار، والصرع، والخرف، والاضطرابات الناجمة عن معاقرة الكحول، والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان غير المشروعة، والاضطرابات النفسية لدى الأطفال. وهذه الاضطرابات شائعة في جميع البلدان التي جرى فيها دراسة مدى انتشارها، وهي تتدخل تدخلاً كبيراً في قدرات الأطفال على التعلم وفي قدرات البالغين على أداء مهامهم داخل أسرهم وفي مكان العمل وفي المجتمع بصورة أوسع. وبسبب ارتفاع معدل انتشارها واستمرارها ولأنها تتسبب في اعتلالات، فإنها تشكل نسبة كبيرة من العبء الكلي الناجم عن المرض. أما العجز فمسؤول عن معظم العبء الناجم عن هذه الاضطرابات؛ إلا أن الوفيات المبكرة – ولا سيما الناجمة عن الانتحار – لها عبء كبير أيضاً. وأما العبء الاقتصادي الذي تفرضه هذه الاضطرابات فيشمل فقدان العمل المدر للدخل، وبالتالي خسارة دخل الأسرة؛ والمعاناة من عبء متطلبات مقدمي الرعاية، وبالتالي تفاقم الخسائر المحتملة للأجور؛ وعبء تكاليف الأدوية؛ والحاجة إلى خدمات طبية واجتماعية أخرى. وهذه التكاليف مرهقة للغاية ولاسيما للفقراء. ويلخص الملحق الأول (لهذا الكتيب) العبء الناشئ عن هذه الاضطرابات وعلاقة ذلك بالأمراض والقطاعات أخرى. وعلاوة على ذلك، فإن الاضطرابات

النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان تثير الوصمة في كثير من البلدان والمجتمعات. وتسفر الوصمة عن تفاوت كبير في توفير الرعاية، وعن التمييز، وانتهاك حقوق الإنسان وبخاصة لدى المصابين بهذه الاضطرابات.

### حزمة التدخلات

يتوافر الآن قدر كبير من المعلومات عن الفعالية لقاء التكلفة لمختلف التدخلات الرامية إلى خفض عبء الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. ورغم أن من المفيد تحديد التدخلات التي تكون فعالة من حيث التكلفة لمجموعة معينة من الاضطرابات، إلا أن ذلك ليس هو نهاية المطاف. إذ يلزم النظر في معايير أخرى عند اتخاذ قرارات تحديد التدخلات التي ينبغي القيام بها، مثل شدة الاضطرابات المختلفة (من حيث المعاناة والعجز)، وإمكانية تخفيف وطأة الفقر لدى المصابين بهذه الاضطرابات، وحماية حقوق الإنسان للمصابين بأنواع حادة من الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان.

وتتكون الحزمة من تدخلات يقصد بها الوقاية والمعالجة لكل مجموعة حالات من الحالات المرضية ذات الأولوية، على أساس الأدلة المتاحة حول فعالية النهوض بهذه التدخلات وإمكانية القيام

بذلك عملياً. وفي هذا السياق، يعرف التدخل بأنه عامل أو عمل (بيولوجي أو نفسي أو اجتماعي) يرمي إلى خفض معدل المراضة أو الوفيات. ويمكن أن يستهدف بالتدخلات الأفراد أو السكان، وقد حددت التدخلات على أساس نجاعتها وفعاليتها، وكذلك فعاليتها من حيث التكلفة، ومدى إنصافها، وعلى أساس اعتبارات أخلاقية تشمل حقوق الإنسان، والإمكانية العملية للقيام بها أو لتنفيذها، ومدى تقبلها.

ولا يمكن تقديم التدخلات على أنها أنشطة مستقلة بذاتها بل ينبغي بدلاً من ذلك تقديمها في إطار مجموعة متنوعة من الحزم وعن طريق مستويات مختلفة من النظام الصحي. فتقديم التدخلات على شكل حزم له مزايا كثيرة وهو أكثر الخيارات فعالية لقاء التكلفة بخصوص التدريب والتنفيذ والإشراف. وتترافق كثير من التدخلات معاً بصورة طبيعية لأنه يمكن تنفيذها من جانب الشخص نفسه في الوقت نفسه—مثال ذلك مضادات الأذهان، والتدخلات الأسرية والمجتمعية فيما يتعلق بمعالجة الفصام.

ويعرض الجدول 1 نموذجاً يورد التدخلات المتعلقة بكل حالة من الحالات المرضية ذات الأولوية التي يمكن تكيفها تبعاً للوضع القائم في البلدان المختلفة.

الجدول 1: التدخلات المسندة بالبيانات والرامية إلى معالجة الحالات المرضية ذات الأولوية

الحالة المرضية	التدخلات المسندة بالبيانات	أمثلة للتدخلات التي ينبغي إدراجها في حزمة التدخلات
الاكتئاب	<ul style="list-style-type: none"> <li>العلاج باستخدام أدوية مضادة للاكتئاب</li> <li>تدخلات نفسية-اجتماعية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>العلاج باستخدام أنواع أقدم أو أحدث من الأدوية المضادة للاكتئاب على أيدي مهنيين مدربين من العاملين في الرعاية الصحية الأولية.</li> <li>تدخلات نفسية-اجتماعية مثل علاج السلوك الإدراكي أو حل المشاكل.</li> <li>الإحالة والدعم الإشرافي من جانب الاختصاصيين.</li> </ul>
الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى	<ul style="list-style-type: none"> <li>العلاج باستخدام مضادات الأذهان</li> <li>تدخلات نفسية-اجتماعية من جانب الأسرة أو المجتمع المحلي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>العلاج باستخدام أنواع قديمة من مضادات الأذهان على أيدي مهنيين مدربين من العاملين في الرعاية الصحية الأولية داخل إطار المجتمع المحلي.</li> <li>إعادة التأهيل المرتكزة على المجتمع المحلي.</li> <li>الإحالة والدعم الإشرافي من جانب الاختصاصيين.</li> </ul>
الانتحار	<ul style="list-style-type: none"> <li>تقييد إمكانية الوصول إلى الأساليب المعتادة لارتكاب الانتحار</li> <li>الوقاية من الاكتئاب ومعالجته، ومنع ومعالجة الإدمان على الكحول والعقاقير المخدرة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>اتخاذ تدابير متعددة القطاعات تتصل بالصحة العامة، مثل تقييد إتاحة المبيدات الحشرية البالغة السمية، وتخزين الإمدادات من هذا النوع في منشآت محفوفة بالأمان.</li> <li>انظر أمثلة التدخلات المتعلقة بالاكتئاب، والاضطرابات الناجمة عن معاقرة كل من الكحول والعقاقير المخدرة غير المشروعة.</li> </ul>

الحالة المرضية	التدخلات المسندة بالبيانات	أمثلة للتدخلات التي ينبغي إدراجها في حزمة التدخلات
الصرع	<ul style="list-style-type: none"> <li>التشخيص والمعالجة باستخدام مضادات الصرع</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>العلاج بأدوية الخط الأول المضادة للصرع على أيدي مهنيين مدربين من العاملين في الرعاية الصحية الأولية.</li> <li>الإحالة والدعم الإشرافي من جانب الاختصاصيين.</li> </ul>
الخرف	<ul style="list-style-type: none"> <li>تدخلات موجّهة لمقدمي الرعاية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>التثقيف الأساسي بشأن الخرف وتوفير تدريب متخصص لمعالجة المشاكل السلوكية على أيدي مهنيين مدربين من العاملين في الرعاية الصحية الأولية.</li> </ul>
الاضطرابات الناجمة عن معاقرة الكحول	<ul style="list-style-type: none"> <li>اتخاذ تدابير شاملة على مستوى السياسات تهدف إلى الحد من معاقرة الكحول</li> <li>تدخلات في حالات الشرب المحفوف بالمخاطر وعلاج الاضطرابات الناجمة عن معاقرة الكحول بواسطة تدخلات دوائية وتدخلات نفسية-اجتماعية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تدخلات على مستوى السياسات والتشريعات، بما في ذلك تنظيم إتاحة الكحول، ووضع سياسات مناسبة لمنع قيادة الممخورين للسيارات، والحد من الطلب على الكحول من خلال فرض الضرائب ورفع الأسعار.</li> <li>عمليات فحص وتدخل سريع من جانب مهنيين مدربين من العاملين في الرعاية الصحية الأولية.</li> <li>التشخيص والعلاج المبكر للاضطرابات الناجمة عن معاقرة الكحول في إطار الرعاية الصحية الأولية.</li> <li>الإحالة والدعم الإشرافي من جانب الاختصاصيين.</li> </ul>
الاضطرابات الناجمة عن معاقرة العقاقير المخدرة غير المشروعة	<ul style="list-style-type: none"> <li>تدخلات دوائية وتدخلات نفسية-اجتماعية، بما في ذلك تلك الموجهة ضد العلاج المساعد على الإقلاع عن العقاقير في حالة المدمنين على المواد الأفيونية المفعول</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>علاج بالأدوية مدعوم بمساعدة نفسية-اجتماعية يقدم للمدمنين على المواد الأفيونية المفعول باستخدام المواد الناهضة مثل الميثادون أو البيوبرينوفورفين.</li> <li>التشخيص المبكر للاضطرابات الناجمة عن معاقرة العقاقير المخدرة وتقديم التدخلات الوقائية والعلاجية لها على أيدي مهنيين مدربين من العاملين في الرعاية الصحية الأولية.</li> <li>الإحالة والدعم الإشرافي من جانب الاختصاصيين.</li> </ul>
الاضطرابات النفسية لدى الأطفال	<ul style="list-style-type: none"> <li>الوقاية من اضطرابات النمو</li> <li>تدخلات دوائية وتدخلات نفسية-اجتماعية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>اتخاذ تدابير داخل قطاع الصحة مثل تقديم الرعاية المتسمة بالمهارة عد الولادة، وتقديم خدمات فعالة تركز على المجتمع المحلي لرعاية صحة الأمهات والأطفال، وإجراء التحريات قبل الولادة لمعرفة وجود متلازمة داون المغولية، ومنع الأمهات من معاقرة الكحول.</li> <li>اتخاذ تدابير متعددة القطاعات تتصل بالصحة العامة، مثل تقوية الأغذية باليود وحامض الفوليك، وإجراء تدخلات ترمي إلى الحد من الإساءة إلى الأطفال.</li> <li>التشخيص والرعاية الأولية في أطر الرعاية الصحية الأولية.</li> <li>الإحالة والدعم الإشرافي من جانب الاختصاصيين.</li> </ul>

المالية والبشرية)؛ والاختيارات الثقافية والمعتقدات وأوجه التماس الصحة في مجتمعات محلية محددة. ولا بد من أن تتباين الأولويات والأساليب حسب السياقات. وهكذا فإن حزم التدخلات وتنفيذ هذه الحزم يمكن أن يختلفا فيما بين البلدان، بل وحتى بين المناطق المختلفة داخل البلد الواحد. وعلى سبيل المثال، ففي كثير من

وسيتعين تكيف هذا النموذج تبعاً للبلدان أو الأقاليم على أساس مدى انتشار وعبء كل حالة من الحالات المرضية ذات الأولوية؛ والأدلة المتعلقة بفعالية التدخلات وإمكانية القيام بها عملياً وتكلفتها ومدى تقبلها في سياقات محددة؛ ومتطلبات النظام الصحي من أجل التنفيذ (بما في ذلك الآثار المترتبة عليها من حيث الموارد

ذات الأولوية. كما أن معيار سنوات العمر ذلك لكل 100000 نسمة يمكن أيضاً استخدامه لقياس عبء المرض. وهذا المعيار مفيد لضمان شمول البلدان التي لديها أعداد صغيرة من السكان ولكن لديها معدلات مرتفعة من أعباء الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. ويمكن أن يتمثل أحد المعايير الأخرى في نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي، الذي يدل على الفقر النسبي للبلدان.

ويقدم الملحق الثاني قائمة ببلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط بهدف تقديم دعم مكثف إليها انطلاقاً من هذه المعايير. وقد اختيرت هذه البلدان من ثلاث قوائم من البلدان لكل إقليم من الأقاليم الستة لمنظمة الصحة العالمية. فالقائمة الأولى تضمنت البلدان مرتبة حسب ما لديها من مجموع عدد المفقود من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز DALY. وقد اختيرت من هذه القائمة البلدان الأربعة الأكثر فقراً لسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز في كل إقليم من الأقاليم الستة للمنظمة. وأما القائمة الثانية فتضمنت البلدان مرتبة حسب معدل ما تحمله من الأعباء الناجمة عن الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، ففيها أي بلد البلدان الأربعة الأكثر تحملاً لتلك الأعباء من كل إقليم من الأقاليم الستة للمنظمة، ولم يكن قد اختير من قبل ضمن القائمة الأولى. وأما القائمة الثالثة فتتضمن البلدان مرتبة حسب نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي. وفيها كل البلدان الأربعة الأشد فقراً في كل إقليم من الأقاليم الستة للمنظمة، ولم يدرج من قبل في أي من القائمتين السابقتين. ومعظم البلدان التي أشير إليها في هذه القائمة عرفت بأن ليس لديها سوى قدر ضئيل من الموارد المتاحة للصحة ولديها فجوة كبيرة من حيث الموارد، كما يتضح من ندرة مقدمي الخدمات الصحية والمهنيين العاملين في الصحة النفسية في هذه البلدان.

ويمكن أن يتمثل أحد المعايير الأخرى في مدى استعداد البلد للنهوض بالرعاية المعنية. فعلى الرغم من عدم وجود مؤشرات «متينة» لقياس مدى استعداد البلد في هذا الصدد، فإنه توجد مؤشرات «رخوة» يمكن أن تشمل أي طلب دعم وارد من البلد من أجل النهوض بالأنشطة في مجال الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان؛ أو أي تعاون سابق أو جارٍ بين منظمة الصحة العالمية والبلد المعني؛ أو أي اهتمام من جانب المانحين به.

البلدان المنخفضة الدخل، يعيش أكثر من ثلاثة أرباع السكان في المناطق الريفية. ولا يصل إلى هذه المناطق سوى خدمات قليلة. وهكذا فإن العجز في الموارد البشرية يتطلب حلولاً عملية. ويمكن للعاملين المجتمعيين - بعد تلقي تدريب محدد وما يلزم من مساندة، مثل إجراء مشاورات هاتفية مع الممارسين العاملين - أن يقدموا بعض التدخلات ذات الأولوية.

### تحديد البلدان التي تحتاج إلى دعم مكثف

إن معظم العبء الناجم عن الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان يحدث في بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط. وهذه البلدان ليس لديها فقط أكبر حاجة إلى التصدي لهذه العبء ولكن لديها أيضاً أقل الموارد المتاحة للقيام بذلك. والمبدأ المفاهيمي لبرنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية هو أنه لما كان عدد صغير من بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط هو الذي ينوء أكثر من غيره بالعبء العالمي، ولديه بصورة مقارنة قدر قليل من الموارد البشرية والمالية، يكون بوسع استراتيجية تركز على الرعاية الصحية النفسية في هذه البلدان أن تحقق أقصى قدر من التأثير. وهكذا، فإن برنامج العمل يهدف إلى إتاحة معايير لتحديد بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط التي توجد لديها أكبر أعباء ناجمة عن الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان وأكبر فجوة من حيث الموارد، وتزويدها بدعم مكثف في هذا الصدد. بيد أنه تجدر ملاحظة أن برنامج العمل الإطاري المذكور ينص على أن تكون الإجراءات القطرية قابلة للتكيف وأنه يمكن استخدامها في أي بلد توجد فيه إمكانية تقديم الدعم التقني. ولذلك، لا تعني هذه العملية إنكار تقديم الدعم إلى هذه البلدان.

ويمكن استخدام معايير كثيرة في اختيار البلدان المستهدفة بالدعم المكثف. ويمكن أن يكون أحد هذه المعايير هو العبء الناجم عن الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. فالأسلوب المستخدم في مشروع العبء العالمي للمرض قد تمثل في استخدام معيار سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز DALY كمقياس موجز لصحة السكان عبر فئات المرض والخطر. وعلى سبيل المثال، فإن مجموع هذه السنوات يمكن استخدامه كمقياس لعبء المرض بغية تحديد بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط التي لديها أعلى الأعباء الناجمة عن الحالات المرضية

## النهوض بالخدمات

يعرّف النهوض بالخدمات بأنه جهد مدروس يرمي إلى زيادة تأثير تدخلات الخدمات الصحية التي اختبرت نجاح في مشاريع ريادية لكي تفيد عدداً أكبر من الناس، وإلى تعزيز التطوير المستدام للسياسات والبرامج. إلا أن المشاريع الريادية أو التجريبية تظل قيمتها محدودة إلى أن يجري تطويرها لإحداث تأثير أوسع للسياسات والبرامج. وحتى الآن، مازال التوجيه العملي لكيفية المضي قدماً بعملية النهوض بالخدمات غير كاف. ويهدف برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية إلى تحديد الأساليب العامة والتوصيات الخاصة بعملية النهوض بالخدمات.

وينطوي النهوض بالخدمات على المهام التالية:

- تحديد مجموعة من التدخلات والاستراتيجيات لتقديم الخدمات الصحية، والتخطيط لسلسلة من الخطوات واعتماد هذه الإجراءات وإرساء وتيرة تنفيذ التدخلات والتوسع في الخدمات؛
- مراعاة العقبات التي تعرقل تنفيذ النهوض بالتدخلات المنتقاة، والخيارات المتاحة للتعامل مع هذه العقبات؛
- تقييم التكاليف الكلية للنهوض بالتدخلات وضمان استمرارها ضمن سياق مجموعة من السيناريوهات القابلة للتعميم.

وتتطلب هذه المهام فهماً واضحاً لنوع وعمق المعوقات التي تؤثر على النظام الصحي للبلد. ويمكن لهذه المعوقات أن تعمل على مستويات مختلفة، مثل المجتمع المحلي، والأسرة، وتنفيذ عملية تقديم الخدمات الصحية، وسياسات القطاع الصحي والإدارة الاستراتيجية، والسياسات العامة المشتركة بين القطاعات، والبيئة، والسياق المعني. وفي إحدى الأوراق التي نشرت مؤخراً في سلسلة لمجلة لانسيت: Lancet، جرى استعراض الحواجز التي تعترض تنمية خدمات الصحة النفسية عن طريق استقصاء كيفية لأراء الخبراء والقادة العاملين في مجال الصحة النفسية (الإطار 3).

بيد أن الحواجز التي تناقش في الإطار 3 لا تشير إلا إلى المعوقات التي تعرقل النهوض بتقديم خدمات الصحة النفسية، في حين أن مسألة الاستيعاب تنسم بأهمية مساوية فيما يتعلق بتقديم الخدمات بكفاءة. وتشير الأدلة المتاحة إلى أن الحواجز القائمة على الطلب يمكن أن تمنع المرضى من الحصول على العلاج المتاح، ولا سيما إذا كانوا من الفقراء أو الضعفاء. والحواجز التي تعرقل الاستفادة من خدمات الصحة النفسية تشمل ارتفاع تكاليف الحصول على هذه الخدمات، والافتقار إلى المعلومات، والعوامل المرتبطة بجنس معين والعوامل الاجتماعية والثقافية.

## الإطار 3: الحواجز التي تعترض تنمية خدمات الصحة النفسية

الصحة النفسية دمجاً فعالاً في خدمات الرعاية الأولية. فنظم الرعاية الصحية الأولية مرهقة بالأعباء؛ ولديها مهام متعددة ومعدلات مرتفعة من المرضى، ولا تحظى بالإشراف الكافي، ونظم الإحالة فيها قليلاً ما تعمل، وإمدادات الأدوية الأساسية لديها غير مستمرة. كما يسهم القصور في الموارد البشرية في تشكيل هذا العائق نظراً لقلّة عدد وأنواع العاملين الصحيين الذي تم تدريبهم والإشراف عليهم في الرعاية الصحية النفسية.

وأخيراً، فإن أحد العوائق الكبرى في معظم البلدان يتمثل في الافتقار إلى القيادة الفعالة في الصحة العامة التي تعنى بالصحة النفسية.

المصدر:

Saraceno B et al. Barriers to the improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet, 2007; 370:1164–1174.

كان أكبر عائق يعترض تنمية خدمات الصحة النفسية هو غياب الصحة النفسية عن أولويات جدول أعمال الصحة العامة. وكان لذلك آثار خطيرة على تمويل الرعاية الصحية النفسية نظراً لأن الحكومات لم تخصص للصحة النفسية سوى موارد ضئيلة في ميزانيات الصحة لديها، ولم تهتم الجهات المانحة بهذا الجانب.

وثمة عائق آخر وهو سوء تنظيم الخدمات. فمصادر الصحة النفسية تتركز في المدن الكبيرة أو بالقرب منها وفي المؤسسات الكبيرة. وهذه المؤسسات كثيراً ما تستنزف نسبة كبيرة من موارد الصحة النفسية النادرة؛ وتعزل الأشخاص عن نظامي الدعم الأسري والدعم المجتمعي الهامين؛ وتكلف أكثر من الرعاية في المجتمع؛ وترتبط بأوضاع معيشية غير كريمة و بانتهاكات لحقوق الإنسان والوصمة. إلا أن تقليص دور المستشفيات النفسية وإتاحة الرعاية في المجتمع المحلي سيثيران التحديات.

أما العائق الثالث الذي يعترض تنمية خدمات الصحة النفسية، والذي يتصل بتنظيم الخدمات، فهو التعقيد الذي يتسم به دمج الرعاية

# إطار للعمل القطري

mhGAP يهدف برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية إلى إيجاد إطار للنهوض بالتدخلات المتعلقة بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. ويأخذ هذا الإطار في الحسبان شتى المعوقات التي قد تكون قائمة في البلدان المختلفة. بيد أن برنامج العمل لا يقصد به سوى أن يكون دليلاً للعمل وينبغي أن يكون به من المرونة والقابلية للتكيف ما يكفي لأن يجري تنفيذه وفقاً للوضع القائم في البلدان المختلفة.

لقد صمم الأسلوب الموصوف في برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية ليكون قائماً على التشاور والمشاركة، ويأخذ في الحسبان الاحتياجات والموارد، وينطلق في البناء على ما تحقق في البرامج والخدمات القائمة. وهو يهدف، على نحو أكثر تحديداً، إلى التوجيه بشأن الخطوات الرئيسية في إعداد إطار العمل.

## الالتزام السياسي

إن النجاح في تنفيذ البرنامج يتوقف، أولاً وقبل كل شيء، على توافر الالتزام السياسي على الأعلى مستوى، وعلى الحصول على الموارد البشرية والمالية الضرورية. وتتمثل إحدى طرق تحقيق هذه المتطلبات في إنشاء فريق أساسي من الجهات المعنية الرئيسية يكون لديهم خبرة تقنية متعددة التخصصات بغية توجيه هذه العملية. والآليات القائمة لجمع الجهات المعنية معا ينبغي تقييمها قبل اتخاذ القرار حول إنشاء فريق جديد. أما الجهات المعنية الرئيسية التي يلزم إشراكها فتشمل واضعي السياسات، ومديري البرامج ذات الصلة (مثل الأدوية الأساسية والموارد البشرية)، وخبراء الاتصال، وخبراء من العاملين في تنمية المجتمع المحلي والنظم الصحية. وسيحتاج البرنامج إلى إسهامات من جانب المهنيين الطبيين في مجالات الرعاية الطبية النفسية والعصبية والرعاية الأولية، ومن جانب العلماء الاجتماعيين، وعلماء الاقتصاد، والشركاء الرئيسيين من أطراف متعددة وثنائية، والمنظمات غير الحكومية. كما أن مستعملي الخدمات هم أيضاً من الأطراف المعنية الهامة وإسهاماتهم لا بد منها في هذا الشأن.

## تقييم الاحتياجات والموارد

ينبغي إجراء تحليل للوضع يتيح فهماً دقيقاً للاحتياجات المتصلة بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان وبنظام الرعاية الصحية المعني، كما ينبغي أن يساعد هذا التحليل في التوجيه الفعال لتحديد الأولويات ومراحل التدخلات وتعزيز تنفيذها. وبالرغم من أن البيانات المتاحة قد تكون محدودة (مثال: قد لا تصلح البيانات لأن تكون ممثلة على الصعيد الوطني، أو قد تتفاوت جودتها)، إلا أنه ينبغي جمع المعلومات باستخدام المصادر الموجودة بقدر الإمكان.

وينطوي تحليل الوضع على عدة مهام، هي:

- إجراء وصف لحالة عبء الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان الواقع على البلد أو المنطقة أو على المجموعة المختارة من السكان؛

## الإطار 4: تقييم منظمة الصحة العالمية لنظم الصحة النفسية

استحدثت منظمة الصحة العالمية أداةً، هي أداة تقييم نظم الصحة النفسية (WHO-AIMS)، ترمي إلى جمع المعلومات الأساسية عن نظام الصحة النفسية لبلد أو منطقة ما. وقد أعدت هذه الأداة لتراعي الاحتياجات الخاصة في بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط. وهي تشمل كثيراً من المدخلات ومؤشرات العملية وسلم قياس يضمن الترتيب ويسر جمع البيانات نظراً لعدم توفر بيانات عن مؤشرات النتائج في كثير من البلدان. وتجري أداة تقييم نظم الصحة النفسية تقيماً شاملاً وتتضمن الصلات مع القطاعات الأخرى. وعلى سبيل المثال، فإن هذه الأداة تقيم الخدمات وأوجه الدعم المقدمة في مجال الرعاية الأولية للمصابين باضطرابات نفسية، وتشمل بنوداً وثيقة الصلة ببلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط مثل المساعدين الصحيين في مجال الرعاية الصحية الأولية والمعالجين التقليديين. ويمكن أيضاً تكييف هذه الأداة بسهولة لجمع بيانات الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان.

المصدر:

<http://www.who.int/mental-health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html>

- إشراك جميع الجهات المعنية؛ العمل مع القطاعات المعنية الأخرى واستعراض السياسات ذات الصلة؛
- استحداث وسائل لتنفيذ السياسات المعنية.

ولا بد أيضاً من تشريعات للصحة النفسية للتصدي للاضطرابات النفسية والعصبية والناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. فقانون الصحة النفسية يدون ويدمج المبادئ والقيم والأهداف الأساسية لسياسات وبرامج الصحة النفسية. وهو ينص على إطار قانوني لمنع انتهاكات حقوق الإنسان وتعزيز هذه الحقوق وتناول القضايا الحساسة التي تؤثر على حياة المصابين باضطرابات نفسية. وقد وضعت منظمة الصحة العالمية الكتاب المرجعي لمنظمة الصحة العالمية في الصحة النفسية، وحقوق الإنسان والتشريع الذي يورد وصفاً للمعايير الدولية لحقوق الإنسان للمصابين باضطرابات نفسية، والقضايا الرئيسية التي يلزم بحثها وإدراجها في القانون الوطني للصحة النفسية، واعتماد قانون الصحة النفسية وتنفيذه.

- تحديد الاحتياجات من الموارد البشرية والمالية والمادية، على أن تؤخذ في الحسبان الخطط القائمة لدى القطاع الصحي واستراتيجيات التنمية (الإطار 4)؛
- بحث مدى تغطية وجودة التدخلات الأساسية، وبحث أي أسباب تفسر التغطية المنخفضة أو غير الفعالة؛
- إجراء وصف لأي سياسات راهنة قد تكون وثيقة الصلة بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، وحالة تنفيذ هذه السياسات، وأي إنفاق حالي على هذه الاضطرابات، والشركاء الرئيسيين المشاركين؛
- تجميع المعلومات معاً لتسليط الأضواء على الفجوات الهامة التي يجب التصدي لها للنهوض برعاية الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. والقيام بتحليل نقاط القوة والضعف والفرص والأخطار، بغية تحديد هذه النقاط، يشكل أسلوباً مفيداً للاضطلاع بهذه المهمة.

## إعداد البنية الأساسية للسياسات والتشريعات

إن إعداد البيئة الداعمة للسياسات هو أمر يساعد في النهوض بالتدخلات المتعلقة بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان لأن السياسات تحدد رؤية الصحة المستقبلية للسكان، وتحدد الإطار الذي يتعين إيجاده لمعالجة ومنع الاضطرابات ذات الأولوية. ويتعين أن تركز السياسات على مبادئ احترام حقوق الإنسان والوفاء بهذه الحقوق وتعزيزها وحمايتها. وبالإدراك الواضح لمفهوم السياسات، يمكن لهذه السياسات أن تكفل تنسيق الخدمات والأنشطة الأساسية لضمان تقديم المعالجة والرعاية إلى من يحتاجون إليها، والحيلولة دون التفتت وعدم الكفاءة في النظام الصحي. وإن الحزمة التوجيهية حول سياسات وخدمات الصحة النفسية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية تتألف من مجموعة من الوحدات العملية والمتراصة الرامية إلى تناول قضايا إصلاح نظام الصحة النفسية. ويمكن استخدام الحزمة التوجيهية هذه كإطار لمساعدة البلدان على وضع سياسات وخطط ثم وضع هذه الأخيرة موضع التطبيق العملي.

الإجراءات المطلوب اتخاذها:

- صياغة أو تنقيح السياسات العامة بغية تحديد رؤيتها وقيمتها ومبادئها وأهدافها ومجالات العمل الرئيسية فيها؛
- دمج المعرفة المتعلقة بتحسين المعالجة والرعاية والوقاية من الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان؛

## تنفيذ حزمة التدخلات

إن القرارات المتعلقة بكيفية تنفيذ التدخلات المنتقاة على أفضل نحو على مستوى المنشأة الصحية والمجتمع المحلي والأسرة تنسم بأهمية كبرى لضمان أن تحقق هذه التدخلات أقصى تأثير وأعلى جودة وأن تحقق التغطية العادلة. ويعتمد تنفيذ حزمة التدخلات على قدرة الخدمات الصحية، ومدى توافر الموارد المالية والبشرية والمادية، وسياق المجتمع المحلي. ومن بين الاعتبارات الرئيسية لتقديم هذه الخدمات ما يلي:

- تحديد المسؤولية عن تنفيذ التدخلات على المستويات المختلفة للنظام الصحي؛
- دمج هذه التدخلات في الخدمات القائمة؛
- وضع استراتيجيات تنفيذ على مستوى المجتمع المحلي والرعاية الأولية وخدمات الإحالة التي تحقق تغطية مرتفعة للتدخلات المختارة؛
- تعزيز النظم الصحية؛
- تحسين الصلات بين المجتمع المحلي والنظام الصحي؛
- وضع استراتيجيات للوصول إلى السكان ذوي الاحتياجات الخاصة؛
- وضع استراتيجيات للتعامل مع الأوضاع الخاصة، مثل حالات الطوارئ.

mhGAP ويدعو برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية إلى دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية. وإن إدارة ومعالجة الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان في إطار الرعاية الأولية ينبغي أن تمكن أكبر عدد من الناس من الحصول على الخدمات بصورة أسرع وأسهل؛ فكثير من الناس يلتصون المساعدة على هذا المستوى. ذلك أن دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية لا يحقق رعاية أفضل فحسب بل إنه يحد أيضاً من هدر الموارد الناجم عن إجراء تحريات لا ضرورة لها وعن حالات العلاج غير المحدد.

وستحتاج النظم الصحية إلى دعم إضافي من أجل تنفيذ التدخلات. إذ ينبغي تحديد العقاقير المخدرة والأجهزة واللوازم التي يتعين أن تكون متاحة على كل مستوى من مستويات تقديم الخدمات، كما يتعين استحداث آليات لضمان توريدها باستمرار. وسيُتبع تعزيز مسارات الإحالة الملائمة وآليات ارتجاع المعلومات بين جميع مستويات تقديم الخدمات.

وقد برهن مشروع للصرع في مناطق ريفية من الصين على تقديم الخدمات عن طريق النظم القائمة ودمج نموذج معالجة الصرع في نظم الصحة المحلية. وأكدت النتائج المتحققة أن مرضى الصرع يمكن علاجهم بالفينوباربيتال عن طريق نظم الرعاية الصحية الأولية المحلية على أيدي أطباء عيادات البلديات والأطباء الريفيين بعد تزويدهم بالتدريب الأساسي. ويتوقع أن تكون الأساليب المستخدمة في هذا المشروع ملائمة للأخذ بها في المناطق الريفية بالصين، وربما في البلدان النامية الأخرى. وفي الواقع، فبعد نجاح الدراسة الأولية، وسّع نطاق المشروع بدعم من الحكومة المركزية ليشمل 34 مركزاً إدارياً في الصين عدد سكانها 19 مليون نسمة. وجرى تدريب 1500 طبيب محلي وعولج أكثر من 10000 شخص مصاب بالصرع.

و تنفيذ حزمة من التدخلات سيتطلب تعزيز واستنهاض المجتمع المحلي ورعاية مشاركته، كما سيتطلب القيام بأنشطة تهدف إلى رفع مستوى الوعي وتحسين كل من إدراك الوعي بالتدخلات والانتفاع بالخدمات المقدمة.

كما أن تخطيط عملية تنفيذ حزمة التدخلات ينبغي أيضاً أن يشمل السكان الذين يتطلبون تلبية احتياجات خاصة بهم (مثل الجماعات الثقافية والعرقية المختلفة أو الجماعات المستضعفة الأخرى مثل السكان الأصليين). ويجب أن يكون الأسلوب المستخدم في تقديم الخدمات حساساً لكلا الجنسين. فالاختلافات بين الجنسين يمكن أن تؤدي إلى عدم إنصاف بين الرجل والمرأة من حيث الوضع الصحي. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الاختلافات بين الجنسين تسفر عن الاختلاف في إمكانية الحصول على المعلومات الصحية والإفادة منها (فقد لا تتمكن المرأة مثلاً من الحصول على الخدمات الصحية لكون الأعراف السائدة في مجتمعها تحول بينها وبين السفر بمفردها إلى العيادة).

وينبغي التخطيط لعملية التنفيذ لكي تشمل الأوضاع الخاصة مثل حالات الطوارئ. وبالنظر إلى القدرة المحدودة جداً لنظام الصحة النفسية في بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط، فإن تقديم هذه المساعدة إلى السكان المتأثرين بالكوارث يكون مهمة صعبة. فالأشخاص المصابون باضطرابات نفسية موجودة من قبل يكون وضعهم هشاً بشكل خاص في ظل حالات الطوارئ. بيد أن حالات الطوارئ يمكن أن تكون عاملاً حفازاً لإجراء إصلاحات للصحة النفسية، بالنظر إلى أن آثار حالات الطوارئ على الصحة النفسية والمعاودة النفسية-الاجتماعية للناس تستحوذ على اهتمام وسائل الإعلام والمهنيين وعامة الجمهور. وقد أصبح

ويمكن تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية عن طريق إشراك كفاءات بشرية متعددة على شتى مستويات النظام الصحي. ففي الحالات التي يوجد فيها نقص في الأطباء والمرضى يمكن قيام العاملين في مجال الصحة المجتمعية بتنفيذ بعض التدخلات ذات الأولوية- بعد تلقي تدريب نوعي محدد وفي ظل الإشراف الضروري. وفيما يتعلق بكثير من الحالات ذات الأولوية، ينبغي تنفيذ التدخلات باتباع نموذج رعاية متدرج يتمثل في وجود أدوار محددة بوضوح لكل مستوى من الرعاية ابتداءً من الرعاية الأولية وانتهاءً بالرعاية المتخصصة تخصصاً رفيعاً. وهذا يتطلب تدريباً مناسباً لكل مستوى من العاملين الصحيين.

ومن الضروري أيضاً تحديد المهارات الإضافية التي قد تحتاج إليها كل فئة من فئات المهنيين الصحيين. وقد يلزم تعزيز المهارات كما قد يلزم اكتساب مهارات جديدة. وعلى سبيل المثال، فقد يحتاج العاملون في الرعاية الصحية الأولية إلى التدريب على التدخلات النفسية فيما يتعلق بمرض الفصام. والخطوة التالية هي البت في كيفية إيجاد هذه المهارات الإضافية.

ومن بين الإجراءات الرئيسية لتحقيق ذلك ما يلي:

- توفير تدريب ملائم قبل الخدمة وأثناء الخدمة لمختلف هيئات العاملين من المهنيين الصحيين بتدريسهم مناهج تركز على الاحتياجات وتلائم الهدف المقصود؛
- تحسين إمكانية الوصول إلى مصادر المعلومات والمعرفة؛
- تطوير الإشراف الداعم؛
- استحداث أدوات مبسطة للتشخيص والعلاج.

أما على المدى القصير إلى المتوسط، فينبغي على معظم البلدان الاستثمار في التدريب أثناء الخدمة. وفي الوقت نفسه، ينبغي بذل الجهود في وقت مبكر لتقوية المناهج الدراسية الأساسية (التدريب السابق للخدمة).

ويتعين وضع استراتيجيات لتطوير الاختصاصيين، ومعالجة وعلاج الحالات المعقدة، وتوفير الإشراف والدعم المستمرين لغير الاختصاصيين، وتوفير التدريس والتدريب للمهنيين الآخرين العاملين في مجال الصحة.

المهنيون المعنيون يدركون إزداد معدلات الإصابة بالاضطرابات النفسية بعد وقوع حالات طوارئ، كما أن الجمهور، ومن بينهم السياسيون، أصبحوا يهتمون بالآثار التي تلحق بالصحة النفسية بعد وقوع حالات الطوارئ. وثمة ميل إلى أن يتيح ذلك فرصاً غير مسبوقة لتطوير نظم الصحة النفسية خلال الأشهر والسنوات التي تعقب وقوع حالة طوارئ، كما يمكن أن تحدث بسرعة بالغة في ظل هذه الأجواء تحسينات في تقديم الخدمات.

## تعزيز الموارد البشرية

إن الموارد البشرية ذات التدريب الوافي والملائم ضرورية للنهوض بجميع التدخلات الصحية، ولا سيما بالنسبة إلى حالات الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، وذلك بالنظر إلى أن رعاية هذه الحالات يعتمد اعتماداً شديداً على العاملين الصحيين أكثر من اعتماده على التكنولوجيا أو الأجهزة. ومعظم بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط لديها قدر ضئيل من الموارد البشرية المدربة والمتاحة، وكثيراً ما تواجه صعوبات في توزيع هذه الموارد داخل البلدان أو المناطق نفسها (فتوجد مثلاً قلة قليلة من العاملين في المناطق الريفية أو كثرة كاثرة منهم في المؤسسات الكبيرة). وقد تضخمت المشكلة بفعل هجرة المهنيين المدربين إلى بلدان أخرى. وعلاوة على ذلك، فربما تكون كفاءات العاملين الصحيين لم تعد مسايرة للتطور أو ربما لا تلبى احتياجات السكان. وقد لا يجري الاستفادة من العاملين بصورة ملائمة وقد يكون كثير منهم غير منتجين أو ذوي معنويات هابطة. ويوجد افتقار إلى البنية الأساسية والتسهيلات الضرورية للتدريب المستمر للعاملين الصحيين في كثير من بلدان الدخل المنخفض. وتشكل تنمية ورفع مستوى الموارد البشرية العمود الفقري لبناء القدرة التنظيمية كما تشكل أحد التحديات الرئيسية في مجال توسيع النطاق المراد هنا. والهدف المتوخى من الموارد البشرية بسيط ولكن معقد - وهو وضع العاملين المناسبين ذوي المهارات المناسبة في المكان المناسب للقيام بالأشياء المناسبة.

وينبغي أن تحدد لكل حزمة تدخلات فئة محددة من العاملين الصحيين لكي تتولى المسؤولية عن تنفيذ هذه التدخلات على كل مستوى من مستويات تقديم الخدمات. وعلى سبيل المثال، يمكن للمهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية أن يعالجوا معظم حالات الصرع بأدوية الخط الأول المضادة للصرع، بينما يلزم إحالة الحالات المعقدة إلى اختصاصي في هذا المجال.

## الإطار 5: تكلفة النهوض بالرعاية الصحية النفسية في بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط

مجموع السكان البالغين × معدل الانتشار السنوي لدى البالغين × التغطية بالخدمات × معدل استخدام الحزمة × تكلفة الوحدة من الخدمات. وحسبت أيضاً التكاليف الأخرى المرتبطة بإدارة البرنامج، والتدريب والإشراف، والبنية الأساسية للممتلكات. وعلى سبيل المثال، فعلى المستوى الحالي للتغطية بالخدمات قدرت النفقات السنوية لحزمة الرعاية الصحية بمبلغ 0,12 دولار أمريكي للشخص الواحد في إثيوبيا و1,25 دولار أمريكي للشخص الواحد في تايلاند. بيد أنه للوصول إلى التغطية المستهدفة خلال عشر سنوات، سيتعين زيادة إجمالي الإنفاق في إثيوبيا 13 مرة (إلى 1,58 دولار أمريكي للشخص الواحد) و3 مرات في تايلاند (إلى 4 دولارات أمريكية للشخص الواحد).

وتشير النتائج إلى أن التكلفة الزائدة التي يتطلبها النهوض بخدمات الصحة النفسية على مدى عشر سنوات بغية تقديم تغطية واسعة بحزمة التدخلات الأساسية هي أمر يمكن تلبيته عملياً من الناحية المطلقة وإن كان ينطوي على تحديات في هذا الصدد.

المصدر:

Chisholm D, Lund C, Saxena S. The cost of scaling up mental health care in low- and middle-income countries. British Journal of Psychiatry, 2007; 191: 528-535

أجري في دراسة حديثة تقييم للاحتياجات من الموارد والتكاليف المرتبطة بالنهوض بحزمة من التدخلات الأساسية في مجال الرعاية الصحية النفسية على مدى عشر سنوات. وقد تألفت الحزمة الأساسية المتعلقة بهذا المشروع من معالجات بالأدوية ومعالجات نفسية لثلاثة اضطرابات نفسية - هي الفصام والاضطرابات الثنائية القطب والاكئاب- وتدخلات موجزة تتعلق بعامل خطورة واحد - وهو معاقرة الكحول.

وقد صممت عملية النهوض بالتدخلات الفعالة من حيث التكلفة ضمن إطار خدمات شامل يتلقى فيه معظم مستعملي خدمات الرعاية الصحية النفسية العلاج عند مستوى الرعاية الأولية، وأحيلت الحالات المعقدة إلى مستوى الخدمات الأكثر تخصصاً. وقد حددت التغطية المستهدفة بنسبة 80 في المائة بخصوص السرعة والاضطرابات الثنائية القطب، و25 في المائة و33 في المائة بخصوص معاقرة الكحول والاكئاب على التوالي. أما الاحتياجات من الموارد البشرية اللازمة لتقديم حزمة التدخلات فقد قدرت على أساس دراسات تقييم سابقة.

وقد حسبت التكلفة السنوية للنهوض بالحزمة الأساسية التي تستهدف المحتاجين إليها بحاصل ضرب خمسة عوامل، هي:

### حشد الموارد المالية

لاتخصص معظم بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط موارد مالية كافية لرعاية الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. ولذلك، فإن حشد الموارد المالية الضرورية من أجل توسيع النطاق المعني تشكل مهمة هامة. وحساب التكاليف بدقة هو خطوة أولى ضرورية في هذا الصدد، بغية وضع ميزانيات واقعية وتقدير الفجوات في الموارد، قبل أن يصبح بالإمكان حشد الموارد. وستكون أنواع مختلفة من تقديرات التكاليف مطلوبة لأغراض مختلفة. وقد استحدثت منظمة الصحة العالمية أداة لحساب التكاليف بغية تقدير التكاليف المالية للوصول إلى مستوى محدد من التغطية ينطوي على مجموعة من التدخلات المتكاملة. وقد حسبت في دراسة أجريت مؤخراً الاحتياجات من الموارد والتكاليف المرتبطة بالنهوض بحزمة أساسية من تدخلات الرعاية الصحية النفسية في مجموعة مختارة من بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط (الإطار 5).

وعلى الرغم من أن الاستثمارات المقدرة ليست كبيرة من حيث الحجم المطلق، فإنها تمثل تحولاً كبيراً عن مخصصات الميزانية الممنوحة حالياً للصحة النفسية. وإذا ظل مجموع ميزانية الصحة كما هو دون تغيير لفترة عشر سنوات، فإن تنفيذ الحزمة المحددة للرعاية الصحية النفسية بالتغطية المستهدفة سيمثل نصف مجموع الإنفاق على الصحة في إثيوبيا، و 8,5 في المائة من هذا المجموع في تايلاند. وهكذا، ينبغي زيادة ميزانيات الصحة، ولا سيما في بلدان الدخل المنخفض. وأحد الآثار الهامة الناجمة عن عملية وضع النماذج هو ضرورة تغيير عملية تقديم خدمات الصحة النفسية. ويتعين بوجه خاص الاستغناء عن نماذج الرعاية المرتكزة على المؤسسات وإحلال الرعاية المرتكزة على المجتمع المحلي بدلا منها، كما يلزم الأخذ بمزيد من التدخلات المسندة بالبيانات.

وثمة مثال آخر هو دراسة وضعت تقديرات لعبء الصرع الذي يمكن تجنبه ولتكاليف العلاج على مستوى السكان باستخدام أدوية الخط الأول المضادة للصرع في البلدان النامية على امتداد تسعة أقاليم فرعية من أقاليم منظمة الصحة العالمية. وأظهرت

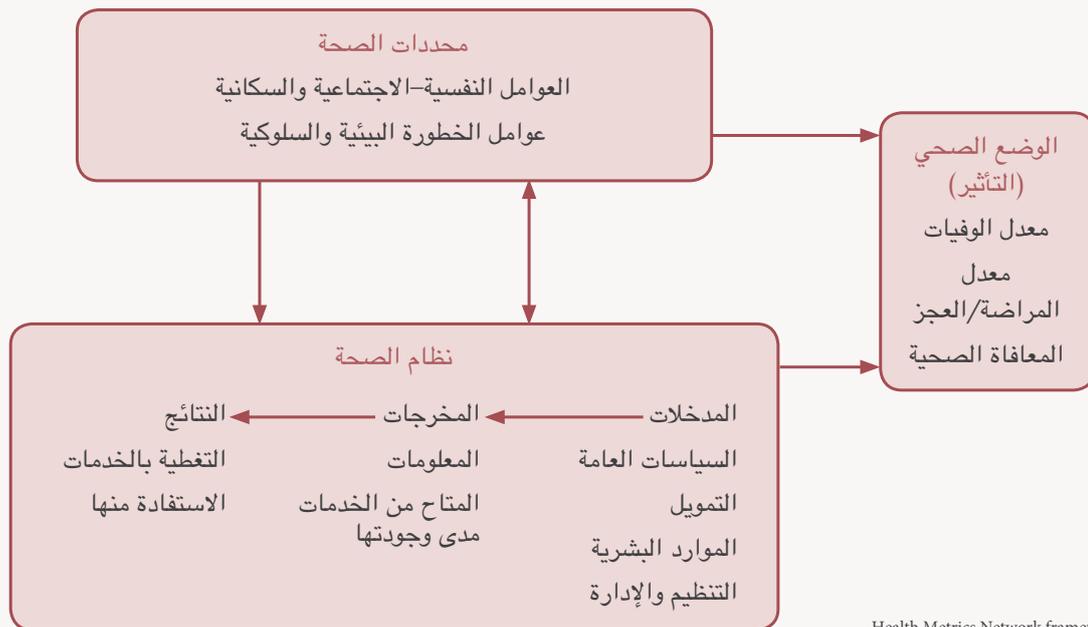
ويمكن حشد الموارد المطلوبة لتقديم الخدمات المتعلقة بهذه الاضطرابات من مصادر شتى، كما يلي:

- يمكن زيادة النسبة المخصصة من الميزانية لهذه الحالات في إطار ميزانيات الصحة الوطنية. وقد برهن أطلس الصحة النفسية على أن زهاء ثلث عدد البلدان ليس لديه ميزانية محددة للصحة النفسية. بل حتى البلدان التي ترصد للصحة النفسية مخصصات في الميزانية، لا تخصص إلا نسبة صغيرة من الأموال لهذا المجال - فنسبة 21 في المائة منها تنفق على الصحة النفسية أقل من 1 في المائة من مجموع ميزانياتها الصحية. وسيكون من المهم القيام بحملات إعلامية لتشجيع البلدان على زيادة هذه النسبة.
- يمكن إعادة تخصيص الأموال بنقلها من أنشطة أخرى إلى حزمة التدخلات. فإذا لم يمكن في الأجل القصير زيادة النسبة المئوية المخصصة للصحة النفسية من ميزانية الصحة، ربما يمكن إعادة تخصيص الموارد بنقلها من المستشفيات النفسية إلى الخدمات المرتكزة على المجتمع المحلي حيث أن الأدلة أثبتت أنها أكثر كفاءةً وفعالية لقاء التكلفة بالمقارنة مع المستشفيات.

الدراسة أن النهوض بالتغطية العلاجية باستخدام أدوية الخط الأول المضادة للصرع ليشمل 50 في المائة من حالات الصرع الأولية سيؤدي إلى تجنب ما بين 13 و 40 في المائة من العبء القائم حالياً، وهو ما تبلغ تكلفته السنوية للشخص الواحد 0,20 - 1,33 دولار دولي. وإذا كان مستوى التغطية هو 80 في المائة، فإن هذا العلاج سيؤدي إلى تجنب 21 - 62 في المائة من العبء. وفي جميع الأقاليم الفرعية التسعة، كانت تكلفة ضمان سنة صحية إضافية من الحياة هي أقل من الدخل المتوسط للشخص الواحد.

وفيما يتعلق بمدى استدامة هذا الأسلوب، فإن التكاليف الهامشية لتعزيز الخدمات المتعلقة بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان ينبغي تخفيضها إلى أدنى حد عن طريق الاعتماد على الاستراتيجيات والخطط القائمة. وسيلزم الحصول على تمويل من الحكومات لتقديم الخدمات المتعلقة بهذه الاضطرابات، وهذا سيتطلب قيام الجهات المعنية بعرض حججها عرضاً يتسم بالصرامة. وإذا أمكن دمج الاستراتيجيات المتعلقة بهذه الاضطرابات في خطط التنمية الحكومية المتعلقة بالقطاعات الأخرى، فسيتمكن ضمان استثمارات وموارد مضمونة الاستمرار من أجل هذا المجال.

الشكل 4: إطار لقياس المعلومات الصحية



المصدر: Health Metrics Network framework, 2007

• يمكن استخدام التمويل الخارجي. فنظراً لأن ميزانيات الصحة في كثير من بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط منخفضة جداً، فإن النهوض بالرعاية الصحية النفسية سيتطلب بصورة نمطية تمويلاً من مصادر خارجية أو من المانحين. ويمكن للبلدان الوصول إلى المبالغ الإضافية عن طريق مبادرات التمويل الخاص مثل تلك التي تقدم عن طريق المعونات الإنمائية، والوكالات الثنائية والمتعددة الأطراف، ومؤسسات النفع العام. إن تحديد الموارد الخارجية ضمن إطار زمني يحافظ على الزخم ويقلل التأخير هو إحدى المهام الرئيسية في عملية النهوض بالخدمات.

وينبغي وضع استراتيجية لحشد الموارد بالاستناد إلى تقييم الاحتياجات والموارد وخطة العمل. ويمكن لمنظمة الصحة العالمية أن تقدم إلى جهات الاتصال الوطنية في البلدان والمعنية بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان الدعم في إعداد مقترحات، وتعيين أنشطة محددة، وتمويل عملية النهوض بالخدمات المقدمة لهذه الاضطرابات.

## الرصد والتقييم

إن عبارة «ما يقاس يفعل» تلخص أهمية الرصد والتقييم بالنسبة إلى تخطيط برنامج العمل وتنفيذه. ونطاق الرصد والتقييم يعكس نطاق خطة التنفيذ. وينبغي أن تتضمن هذه العملية اختيار مؤشرات وتحديد أدوات وأساليب للقياس. وسيتمتع على كل بلد أن يقرر ما هي المؤشرات التي تستخدم في القياس ولأي هدف؛ ومتى وأين يجري القياس؛ وكيفية القياس؛ وما هي مصادر البيانات التي تستخدم. وستعين أيضاً على البلدان أن تخطط لعملية تحليل البيانات واستخدامها. أما مؤشرات القياس فيمكن أن تكون مدخلات وأنشطة البرامج، ومخرجات البرامج، والنتائج المتحققة، ومدى التأثير و/أو الوضع الصحي (الشكل 4).

ولا توجد سوى قلة من المؤشرات العالمية، ويتعين في كل استراتيجية لتوسيع النطاق أن تشمل مؤشرات الخاصة بها. ومن بين أمثلة المؤشرات المتعلقة بالمدخلات ما يلي:

- عدد المواقع التي تقوم في البلد بتنفيذ استراتيجية توسيع النطاق؛
- المدى الذي طورت في حدوده أساليب وإجراءات الإدارة؛
- وجود سياسة أو برنامج أو خطة على المستوى الرسمي فيما يتعلق بالصحة النفسية؛

• وجود ميزانية محددة للصحة النفسية كنسبة من الميزانية الكلية للصحة؛

• ما يخصص من مجموع الإنفاق على الصحة النفسية من نسبة تنفق على الخدمات المرتكزة على المجتمع المحلي.

ومن الأمثلة على مخرجات البرامج ما يلي:

• نسبة منشآت الرعاية الصحية الأولية التي قامت بتدريب مهنيين عاملين في مجال الصحة على تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان؛

• ونسبة منشآت الرعاية الصحية الأولية التي لديها إمدادات مثل الأدوية الأساسية لعلاج هذه الاضطرابات.

ويتمثل أحد مؤشرات النتائج المتحققة فيما يلي:

• عدد الأشخاص الذين يعالجون كل عام من هذه الاضطرابات كنسبة من مجموع الانتشار السنوي التقديري لهذه الاضطرابات.

ومن أمثلة مؤشرات التأثير والوضع الصحي ما يلي:

- مدى انتشار وعيب هذه الاضطرابات (من حيث سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز)؛
- والوفيات الناجمة عن حالات الانتحار والإصابات التي يحدثها الشخص في نفسه.

وينبغي أن تكون القرارات المتعلقة بتحديد وتيرة قياس المؤشرات المختارة الخاصة بالمخرجات مرتكزة على مرحلة تنفيذ الأنشطة.

وبصورة عامة، فإن مؤشرات المخرجات تقاس على أساس مستمر وينبغي استعراضها لتعديل الخطط الخاصة بالأنشطة مرة كل عام أو عامين. وتقاس مؤشرات النتائج المتحققة والوضع الصحي

بصورة دورية، عادة ما تكون كل 3-5 سنوات. ويمكن استخدام عدة أساليب للحصول على البيانات المطلوبة لحساب المؤشرات ذات الأولوية. أما مصادر البيانات فتشمل التقارير المقدمة من

المنشآت الصحية، والزيارات الإشرافية، ومراجعة حسابات المنشآت الصحية، والبحوث الاستقصائية الخاصة بالمنشآت الصحية أو بمقدمي الخدمات، والبحوث الاستقصائية الخاصة

بالأسر المعيشية، والدراسات الرامية إلى تقصي قضايا محددة.

بالأسر المعيشية، والدراسات الرامية إلى تقصي قضايا محددة.

# بناء الشراكات

لا يكون أي برنامج جيداً إلا بقدر ما تكون الإجراءات الفعالة التي يستحدثها جيدةً هي الأخرى. ومن الأمور الجوهرية بالنسبة إلى برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية إقامة الشراكات المنتجة – أي تعزيز الشراكات القائمة مع الشركاء الحاليين، واجتذاب وتنشيط شركاء جدد، والتعجيل بالجهود المبذولة، وزيادة الاستثمارات بغية الحد من عبء الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. ولا يمكن لأي فرد أو منظمة بمفردها النجاح في مواجهة هذا التحدي، ولذلك فإن تنفيذ البرنامج يتطلب زيادة الإرادة السياسية، والاستثمارات العامة، والوعي لدى العاملين في مجال الصحة، ومشاركة الأسر والمجتمعات المحلية، والتعاون بين الحكومات والمنظمات الدولية والأطراف المعنية الأخرى.

ولمنظمة الصحة العالمية دور عليها أن تنهض به لأنها الوكالة التقنية الرائدة في مجال الصحة. كما أن هيكلها منظم حول موظفين موجودين في المقر وفي مكاتب إقليمية ومكاتب قطرية. وهذا الهيكل ملائم بصورة فريدة لتنفيذ البرامج القطرية. وتتوخى الخطة الاستراتيجية المتوسطة الأجل للمنظمة (<http://.who.int/gb/e/e—amtsp.html>) تحقيق أهداف موحدة واتباع استراتيجيات لبلوغ هذه الأهداف، كما تتوخى إسهامات تقدمها القدرات المتميزة والمتكاملة في مكاتب المنظمة. ولدى المنظمة مكانة جيدة تسمح لها بأن تنفذ بصورة منهجية الأنشطة الرئيسية التي حددت في إطار العمل على الصعيد القطري. وإن إدارة الصحة النفسية ومعاقرة مواد الإدمان في المنظمة، قد قامت، بالتشاور مع المكاتب الإقليمية، بقيادة الجهود عند وضع هذه الاستراتيجية. وأحد مفاتيح تنفيذ برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية يتمثل في بناء شراكات فيما بين برامج المنظمة وكذلك مع الأطراف المعنية الأخرى.

## الإطار 6: الدلائل الإرشادية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات المتعلقة بالصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي أثناء الطوارئ

قامت بوضع هذه الدلائل الإرشادية 27 وكالة ووافقت عليها اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات والتي تتألف من رؤساء وكالات تابعة للأمم المتحدة، ومنظمات حكومية دولية، ووكالات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، وائتلافات كبيرة من المنظمات غير الحكومية. وقد أدت عملية وضع الدلائل الإرشادية إلى زيادة التعاون بين الوكالات زيادة كبيرة. وترتكز هذه الدلائل الإرشادية على مبادئ حقوق الإنسان، والمشاركة، وتعتمد على الموارد المتاحة، والرعاية الشاملة، والدعم المتعدد المستويات، وتجنب الإضرار. وتقوم وكالات كثيرة في الوقت الحالي بتطبيق هذه الدلائل الإرشادية، كما تشجع منظمة الصحة العالمية المانحين على استخدامها كمرجع رئيسي عند اتخاذ قراراتها حول تخصيص الموارد. وقد صممت الدلائل الإرشادية لزيادة الفعالية في استخدام موارد رعاية الاضطرابات النفسية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. وتستخدم الدلائل الإرشادية إطاراً متعدد القطاعات، وهي تصف الخطوات الأولى لحماية الصحة النفسية وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي أثناء أي حالة من حالات الطوارئ.

الموقع على الإنترنت:

<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Guidelines%20IASC%20Mental%20Health%20Psychosocial.pdf>

## وكالات الأمم المتحدة

وثقافية والتي لديها أيضاً قضايا أو صعوبات متماثلة فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، لكي تضم صفوفها معاً ويتعلم كل منها من تجارب البلدان الأخرى. وأحد أمثلة هذه الشراكات الناجحة شبكة الصحة النفسية لجزر المحيط الهادئ (الإطار 7).

## الأطراف المانحة

تقوم الأطراف المانحة الثنائية والمتعددة الأطراف على السواء بتمويل قطاع الصحة على نحو متزايد. ينبغي القيام بحملات إعلامية قوية لوضع الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان الأولوية على جدول أعمال الأطراف المانحة عند تقديم المساعدات الصحية إلى بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط، ولتحقيق زيادة كبيرة في الموارد المخصصة لهذه الاضطرابات. إلا أن زيادة التمويل وحدها ليست كافية. إذ يتعين توزيع هذه الموارد توزيعاً عادلاً كما ينبغي استخدامها بكفاءة. فيجب أن تشارك هيئات الصحة العامة والجمعيات المهنية الأخرى في بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط بنشاط لتحقيق هذا التوزيع العادل.

يوجد لدى كثير من المنظمات الدولية جدول أعمال في مجال الصحة- والمثال على ذلك منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف). وحتاج النهوض بالخدمات إلى إقامة شراكات مع الوكالات المختلفة لكي تخصص الموارد المالية الشحيحة تخصيصاً عادلاً. وتقديم العون إلى الصحة النفسية في حالات الطوارئ ربما يحتاج، أكثر من أي مجال آخر، إلى دلائل إرشادية ذات حجية وإلى التعاون فيما بين الوكالات. ولذلك فقد بادرت منظمة الصحة العالمية في عام 2007 بإنشاء فريق عمل -وشاركت في رئاسته- قامت بوضع الدلائل الإرشادية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات حول الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي أثناء الطوارئ (الإطار 6).

## الوزارات الحكومية

الوزارات الحكومية هي أهم الشركاء فيما يتعلق بالعمل القطري. فكل حكومة ينبغي أن تتولى المسؤولية عن إعداد خطتها الاستراتيجية وتنفيذها. وبالنظر إلى أن منظمة الصحة العالمية هي منظمة متعددة الأطراف، فإنها تستطيع أن تجمع على صعيد واحد بين البلدان التي تربطها معاً روابط جغرافية واجتماعية

## الإطار 7: شبكة الصحة النفسية لجزر المحيط الهادئ - بناء الشراكات لتحسين الرعاية الصحية النفسية

ويتعين موافقة وزراء الصحة رسمياً على خطط العمل هذه. ويقوم ضباط الاتصال الرسميون في جميع البلدان بالتنسيق والتواصل مع أعضاء الشبكة ومع أمانة الشبكة والفريق داخل كل بلد.

وتمثلت إحدى الاستراتيجيات الهامة للشبكة في تشكيل شراكات استراتيجية مع المنظمات غير الحكومية والوكالات الأخرى التي تعمل في إقليم المحيط الهادئ بغية الحد من التفتت الحالي للأنشطة المتعلقة بالصحة النفسية؛ وتطوير استراتيجيات منسقة وفعالة للتصدي لفجوة العلاج؛ وتحسين الرعاية الصحية النفسية؛ وإنهاء الوصمة والتمييز وانتهاك حقوق المصابين باضطرابات نفسية.

الموقع على الإنترنت:

<http://www.who.int/mental-health/policy/country/pimhnet/en/index.html>

إن شبكة الصحة النفسية لجزر المحيط الهادئ، التي أنشئت أثناء اجتماع وزراء الصحة لجزر المحيط الهادئ في فانواتو في عام 2007، قد جمعت معاً 16 دولة من دول جزر المحيط الهادئ. وتستطيع بلدان الشبكة، بالعمل سوياً، أن تعتمد على ما لديها من خبرة ومعارف وموارد جماعية النهوض بالصحة النفسية وتطوير نظم الصحة النفسية بحيث تقدم علاجاً ورعاية يتسمان بالفعالية في هذه الدول.

وقامت هذه الشبكة، بعد التشاور مع البلدان، بتحديد عدة مجالات عمل ذات أولوية من بينها: الحملات الإعلامية، والموارد البشرية والتدريب، وسياسات الصحة النفسية، والتخطيط، والتشريع، وتطوير الخدمات، والوصول إلى الأدوية النفسية المفعول، والبحوث والمعلومات. وتجتمع بلدان الشبكة كل عام لوضع خطط عمل تحدد بصورة إجمالية مجالات العمل الرئيسية لتناول هذه الأولويات.

## المنظمات غير الحكومية والمراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية

يمكن للمنظمات غير الحكومية التي تعمل على الأصعدة المحلية والوطنية والدولية أن تسهم بكثير من الطرق في تنفيذ هذا البرنامج (الإطار 8). وعلى سبيل المثال، يمكن لهيئات العاملين الصحيين أن تسهم في هذا الصدد عن طريق ضمان اشتغال التعليم والتدريب الأساسي لجميع العاملين الصحيين على معالجة الاضطرابات النفسية والعصبية والناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. إن شبكة المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية هي أحد الشركاء الهامين الآخرين المشاركين في تنفيذ هذا البرنامج.

### الإطار 8: الحملة العالمية لمكافحة الصرع التي تتولاها بصورة مشتركة الائتلاف الدولي لمناهضة الصرع والمكتب الدولي للصرع ومنظمة الصحة العالمية

يعاني نحو 50 مليون شخص على نطاق العالم من الصرع ويتأثر عدد أكبر من ذلك بكثير من الآثار المترتبة عليه مثل الأقارب والأصدقاء وأرباب العمل والمدرسين. ويعيش 80 في المائة من الأشخاص المصابين بالصرع في بلدان نامية، منهم 80 في المائة لا يعالجون علاجاً مناسباً على الرغم من توافر التدخلات الفعالة وغير باهظة التكلفة.

وهناك حاجة ماسة لتضافر الجهود العالمية ضد هذا الاضطراب على الصعيد العالمي. وقد قامت المنظمات الدولية الرائدة الثلاث التي تعمل في مجال الصرع (وهي الائتلاف الدولي لمناهضة الصرع والمكتب الدولي للصرع ومنظمة الصحة العالمية) بتوحيد صفوفها في عام 1997 لإطلاق الحملة العالمية لمكافحة الصرع. وتهدف هذه الحملة إلى تحسين تقديم المعلومات حول الصرع والنتائج المترتبة عليه، وإلى مساعدة الحكومات والجهات المعنية بالصرع على خفض العبء الناجم عنه.

وحتى الآن، يرتبط أكثر من 90 بلداً بهذه الحملة. وضمن الجهود الإقليمية لإذكاء الوعي، نظمت مؤتمرات إقليمية، واعتمدت إعلانات إقليمية. ووضعت تقارير إقليمية للتعريف بالتحديات الراهنة وتقديم التوصيات الملائمة. وجرى تقييم الموارد القطرية في إطار مشروع أطلس، والمنشور بعنوان أطلس: رعاية الصرع في العالم، الذي لخص بيانات الموارد المتاحة لعلاج الصرع والمستمدة من 160 بلداً.

والمشاريع التوضيحية من الأنشطة الرامية إلى مساعدة البلدان في تطوير برامجها الوطنية فيما يتعلق بالصرع. والهدف النهائي من هذه المشاريع هو تطوير نماذج ناجحة شتى لمعالجة الصرع يمكن دمجها في نظام الرعاية الصحية للبلد المشارك.

ونجاح الحملة العالمية لمكافحة الصرع يعزى بقدر كبير إلى تعاون المنظمات غير الحكومية، مثل الائتلاف الدولي لمناهضة الصرع والمكتب الدولي للصرع، ومنظمة الصحة العالمية.

الموقع على الإنترنت:

<http://www.who.int/mental—health/management/globalepilepsycampaign/en/index.html>

## المجتمع المدني

إن المجتمع المدني، ويشمل المستفيدين من الخدمات والمقدمين للرعاية وأفراد الأسرة، هم شركاء رئيسيون في تحسين الخدمات. فأشراك المستفيدين والمرضى ومن يقدم الرعاية إليهم يشكل جانباً هاماً من الرعاية والعلاج يمتد ليشمل كامل نطاق الرعاية الصحية والاجتماعية. وينبغي قيام الجهات المعنية في القطاع الاجتماعي بالمساعدة في ذلك عن طريق تقديم الدعم الاجتماعي إلى الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، وذلك بالاعتماد على الموارد المحلية وإيجاد موارد خارجية حسب الحاجة. كما أن إشراك المستفيدين من الخدمات وأسرتهم في تخطيط وتقديم الخدمات المتعلقة بهذه الاضطرابات قد اكتسب زخماً كبيراً خلال العقد الماضي. وتؤدي أصوات المستفيدين من الخدمات دوراً مفيداً في الحملات الرامية إلى إحداث تغييرات في المواقف تجاه الأشخاص المصابين بهذه الأمراض وفي تحقيق هذه التغييرات فعلاً. وأحد الأمثلة على ذلك هو المنتدى العالمي للصحة النفسية المجتمعية (الإطار 9).

### الإطار 9: المنتدى العالمي للصحة النفسية المجتمعية

من المتفق عليه بصورة عامة أن التقدم المحرز نحو إنشاء خدمات مجتمعية في الصحة النفسية قد اتسم بالبطء نوعاً ما، على الرغم من الأدلة التي تشير إلى أن هذه الخدمات هي أكثر الخدمات فعالية في دعم الصحة النفسية واحترام حقوق الإنسان. وعقدت منظمة الصحة العالمية اجتماعاً للمنتدى العالمي للصحة النفسية المجتمعية لتقديم مزيد من الزخم إلى هذا المجال. والمهمة المرجوة من هذا المنتدى هي توفير شبكة راعية وداعمة لجميع المهتمين بالنهوض بخدمات الصحة النفسية المجتمعية للمصابين بالأمراض النفسية المختلفة. ويتيح هذا المنتدى الأساس لتبادل المعلومات، وتقديم الدعم المشترك، وتوفير الإحساس بالانتماء لدى المستفيدين من هذه الخدمات والأسر ومقدمي الخدمات وجميع المهتمين بتحويل الرعاية الصحية النفسية من مؤسسات للإقامة لفترات طويلة إلى رعاية مركزة على المجتمع المحلي. وينظم هذا المنتدى على أساس الشراكة؛ ويشتمل الشركاء الحاليون على منظمة الاحتياجات الأساسية (Basic Needs)، والبعثة المسيحية للعميان (Christian Blind Mission)، والرابطة العالمية للتأهيل النفسي والاجتماعي (World Association for Psychosocial Rehabilitation). وتقوم وزارة الصحة في المملكة المتحدة بمساعدة هذا المنتدى بنشاط، كما شاركت فيه بقوة مجموعات المستفيدين وأسرتهم.

وقد نظم في أيار/مايو 2007 في جنيف أول اجتماع للمنتدى العالمي للصحة النفسية المجتمعية. ومن المخطط له عقد حلقتي عمل إقليميتين كل عام، بالإضافة إلى الاجتماع العالمي. وستتيح حلقات العمل الإقليمية الفرص أمام المنظمات غير الحكومية الصغيرة للحصول على الدعم الضروري لمهامها المتصلة بالرعاية الصحية النفسية في المجتمع المحلي والتوصل إلى أفضل الممارسات لكي يقوم الآخرون بتنفيذها.

الموقع على الإنترنت: <http://www.gfcmh.com/>



إن الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان شائعة وتسبب عبئاً كبيراً على الصحة العامة، وهي ترتبط بالفقر والتهميش والحرمان الاجتماعي. وتؤدي الوصمة وانتهاكات حقوق الإنسان للمصابين بهذه الاضطرابات إلى تفاقم المشكلة. وتتوافر التدخلات الفعالة الرامية إلى خفض هذا العبء، والتي يمكن تنفيذها حتى في الأماكن الشحيحة الموارد.

ويتعين النهوض بالتغطية بخدمات الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان في جميع البلدان، وبصورة خاصة في بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط، لكي تكون الرعاية المتاحة متناسبة مع مقدار الحاجة. ويهدف برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية إلى وضع الصحة النفسية على أولويات جدول الأعمال العالمي للصحة العامة. ويتوخى برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية النهوض بالرعاية المقدمة إلى مجموعة من الحالات المرضية ذات الأولوية باستخدام حزمة تدخلات مسندة بالبيانات وقابلة للتنفيذ عملياً. وهو يدعو إلى تقديم الدعم المطرد المتسم بالالتزام والقيام بجهود منسقة لمساعدة البلدان على تحسين تغطية وجودة الخدمات. ويقدم البرنامج رؤية وتوجيهات خاصة حول كيفية تلبية هذه الحاجة الماسة من حاجات الصحة العامة.

إن النهوض بالرعاية الصحية النفسية هو عملية اجتماعية وسياسية ومؤسسية تنطوي على مشاركة كثير من المساهمين والجهات المعنية والمنظمات. والحكومات، والمهنيون العاملون بقطاع الصحة في مجال الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، والمجتمع المدني، والمجتمع المحلي، والأسر - بدعم من المجتمع الدولي - هم جميعاً مسؤولون مسؤولية مشتركة عن النهوض بالرعاية الصحية النفسية هذه بصورة ناجحة. والتقدم في الطريق إلى الأمام في بناء شراكات وتحالفات مبتكرة. وينبغي الحصول على التزام جميع الشركاء بتلبية هذه الحاجة الملحة من حاجات الصحة العامة. ووقت القيام بالعمل المطلوب هو الآن!

## الملحق الأول:

# عبء الصحة العامة المرتبط بالحالات المرضية ذات الأولوية المدرجة في برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية mhGAP

فيما يتعلق بالحالات المرضية ذات الأولوية المدرجة في برنامج العمل المذكور، يلخص الجدول عبء الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، كما يلخص صلاتها بالأمراض والأقطاعات الأخرى.

الحالة المرضية ذات الأولوية	العبء الناجم عنها	صلاتها مع الأمراض الأخرى	صلاتها مع القطاعات الأخرى	
الاكتئاب	<p>هو أكبر عامل منفرد يسهم في العبء غير القاتل كما أنه مسؤول عن عدد مرتفع من مجموع عدد المفقود من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز DALY على نطاق العالم.</p> <p>هو رابع سبب رئيسي لعبء المرض (من حيث سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز) على نطاق العالم ومن المتوقع أن يزداد ليصبح السبب الثاني الرئيسي في عام 2030.</p> <p>معدل الانتشار التقديري مدى الحياة لأي من الاضطراب الاكتئابي الرئيسي أو الاكتئاب الجزئي هو 4,2 - 17 في المائة (الوسيط المرجح: 12,1 في المائة).</p>	<p>عامل خطورة يمكن أن يؤدي إلى الانتحار وكثير من الأمراض غير السارية مثل السكتة ومرض شرايين القلب التاجية والنوع الثاني من داء السكري.</p> <p>والاكتئاب المشترك هو عامل تنبؤ بحدوث نتائج ضارة -مثل زيادة معدل الوفيات بعد النوبات القلبية الحادة (احتشاء العضل القلبي).</p> <p>ترتبط الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري بزيادة حدوث الاكتئاب؛ ويتأثر الالتزام بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية تأثيراً سلبياً بسبب الاكتئاب المشترك. وقد أثبت أن الالتزام بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية يتحسن عند معالجة الاكتئاب المشترك.</p> <p>ويؤثر الاكتئاب المشترك أيضاً على الالتزام بالعلاج في حالات مرضية أخرى مثل داء السكري والسل.</p> <p>وللاكتئاب اللاحق للولادة آثار سلبية على العلاقة المبكرة بين الأم والرضيع وعلى النمو النفسي للطفل. والاكتئاب النفاسي هو عامل خطورة يمكن أن يسبب تأخر نمو الرضيع. ويمكن للأمهات اللاتي يعانين من اكتئاب أن يؤخرن التماس العلاج لأطفالهن مما يؤدي إلى من أمراض خطيرة.</p>	<p>عامل خطورة يمكن أن يسبب الانتحار.</p> <p>ويحدث عادة مع الفصام معاقرة مواد الإدمان.</p> <p>ويرتبط الفصام الأمومي ارتباطاً ثابتاً بالولادة المبكرة ويخفض وزن المولود عند الولادة.</p>	<p>صلاتها مع القطاعات الأخرى</p>
الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى	<p>احتمال خطر الفصام مدى الحياة هي 0,08-0,44 في المائة و 0,64-1,68 في المائة في حالة الذهان غير العاطفي. أما معدل الانتشار التقديري للذهان غير العاطفي مدى الحياة فيبلغ 0,3-1,6 في المائة.</p> <p>يعزى إلى الفصام 1,1 في المائة من مجموع عدد المفقود من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز DALY. كما يعزى إليه 2,8 في المائة من مجموع سنوات العمر بمعاشية العجز لأن هذا الاضطراب يحدث في وقت مبكر ويدوم فترة طويلة ويسبب عجزاً شديداً.</p>	<p>عامل خطورة يمكن أن يسبب الانتحار.</p> <p>ويحدث عادة مع الفصام معاقرة مواد الإدمان.</p> <p>ويرتبط الفصام الأمومي ارتباطاً ثابتاً بالولادة المبكرة ويخفض وزن المولود عند الولادة.</p>	<p>صلاتها مع القطاعات الأخرى</p>	

## الحالة المرضية ذات الأولوية

### العَبءُ الناجم عنها

### صلاتها مع الأمراض الأخرى

### صلاتها مع القطاعات الأخرى

الانتحار	الصرع	الخَرَف
<p>يشكل الانتحار ثالث سبب رئيسي للوفاة على نطاق العالم لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و34 عاماً، كما أنه السبب الرئيسي الثالث عشر للوفاة لدى جميع الأعمار مجتمعة. ويموت نحو 875000 نسمة سنوياً بسبب الانتحار.</p> <p>ويمثل الانتحار على نطاق العالم 1,4 في المائة من عبء المرض (محسوبا بسنوات العمر المصححة بإحتساب مدد العجز).</p>	<p>يصل انتشار الصرع النشط عالمياً إلى إصابة 5 - 8 أشخاص من كل 1000 شخص.</p> <p>ويؤثر الصرع على 50 مليون نسمة على نطاق العالم، يعيش 80 في المائة منهم في بلدان نامية.</p> <p>واحتمال خطر الوفاة المبكرة لدى المصابين بالصرع يبلغ ضعفين إلى ثلاثة أضعاف خطر الوفاة لدى عامة السكان.</p>	<p>يعاني نحو 24,3 مليون نسمة من الخَرَف على نطاق العالم، ويتوقع أن يتضاعف هذا الرقم كل 20 عاماً.</p> <p>ويعيش 60 في المائة من المصابين بالخَرَف في بلدان نامية.</p> <p>وقد أظهرت الدراسات في البلدان النامية أن انتشار الخَرَف يتراوح بين 0,84 في المائة و3,5 في المائة.</p> <p>وتقدم الرعاية الأسرية دعماً كبيراً للمصابين بالخَرَف الذين يمكن أن يواجهوا صعوبات كبيرة نفسية وعملية واقتصادية. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، تبلغ التكلفة السنوية للرعاية غير الرسمية 18 مليار دولار أمريكي في العام (في عام 1998).</p>
<p>ترتبط معدلات الانتحار المرتفعة مع الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والفصام كما ترتبط بالإدمان على الكحول والعقاقير المخدرة.</p> <p>ترتبط المحن التي تحدث للأطفال، بما فيها الإساءات البدنية والعاطفية والجنسية بارتفاع خطر الإقدام على الانتحار.</p> <p>الإقدام على الانتحار يقع نتيجةً لكثير من العوامل الاجتماعية والثقافية المعقدة، ويرجع حدوثه أثناء الأزمات الاجتماعية والاقتصادية والأسرية والفردية (مثل فقدان أحد الأحبة، أو فقدان الوظيفة، أو الإساءة من جانب الزوج أو العشير، أو العنف المنزلي).</p> <p>وترتبط سهولة الحصول على أدوات قاتلة مثل المبيدات الحشرية بارتفاع معدلات الانتحار.</p>	<p>توجد أسباب سابقة للولادة أو محيطية بفترة الولادة (المضاعفات المتعلقة بالولادة، والخداج، وانخفاض الوزن عند الولادة، واختناق المواليد) تشكل عوامل خطورة يمكن أن تسبب ظهور الصرع.</p> <p>توجد أسباب أخرى من بينها إصابات المخ الناجمة عن صدمة نفسية، والأمراض الدماغية الوعائية، وأورام المخ، وأمراض التلف التدريجي للأعصاب.</p>	<p>إن معالجة الأمراض الدفينة وعوامل الخطورة التي يمكن أن تسبب أمراض القلب والأوعية الدموية يمكن أن تساعد على تجنب الإصابة مستقبلاً بالأمراض المخية الوعائية التي يمكن أن تؤدي إلى الخَرَف الناجم عن تعدد الاحتشاءات.</p> <p>وتسهل معالجة الاضطرابات الأخرى، مثل قصور الغدة الدرقية أو نقص الفيتامين ب12، التي يمكن أن تؤدي إلى الخَرَف أو إلى تفاقمه، كما أن تكاليف العلاج أقل بكثير من تكاليف رعاية مرضى الخَرَف.</p>
<p>يرتبط الصرع عبقاً خفياً يرتبط بالوصم والتمييز ضد الأشخاص المصابين به ووقوع انتهاكات لحقوقهم الإنسانية وذلك داخل المجتمع المحلي وفي مكان العمل والمدرسة والمنزل.</p>	<p>يتسبب الخَرَف في صعوبات مهنية لمقدمي الرعاية وبشكل عبقاً على قطاع المساعدة الاجتماعية.</p>	

## الحالة المرضية ذات الأولوية

### العبء الناجم عنها

### صلاتها مع الأمراض الأخرى

### صلاتها مع القطاعات الأخرى

#### الاضطرابات الناجمة عن معاقرة الكحول

تعزى نسبة 4,4 في المائة من العبء العالمي للأمراض إلى معاقرة الكحول.

والاضطرابات العصبية والنفسية التي تعزى إلى معاقرة الكحول، بما في ذلك إدمان الكحول، يبلغ نصيبها 34 في المائة من عبء المرض والعجز الذي يعزى إلى الكحول.

وفي بعض بلدان الأمريكتين وأوروبا الشرقية، يبلغ معدل الانتشار التقديري للاضطرابات الناجمة عن معاقرة الكحول نحو 10 في المائة.

رغم أن معظم شاربي الكحول المعرضين لخطورة مرتفعة هم من الرجال، إلا أن النساء يتضررن تضرراً خطيراً من معاقرة الكحول (مثل تضررهن بالعنف المنزلي المرتبط بمعاقرة الكحول).

توجد علاقة سببية بين معاقرة الكحول وأكثر من 60 تصنيفاً من التصنيفات الدولية للأمراض، بما في ذلك تلف الكبد، وتلف البنكرياس، والانتحار، والإصابات غير المتعمدة، والاضطرابات الهرمونية.

الاضطرابات الناجمة عن معاقرة الكحول تؤثر على الخدمات الاجتماعية، والقطاع الضريبي، والخدمات المتعلقة بإنفاذ القانون والعدالة الجنائية، وخدمات الإطفاء، والنقل، وأنظمة المرور، وصناعة الكحول، والقطاع الزراعي، والسياحة، وقطاع الضيافة والترفيه.

#### الاضطرابات الناجمة عن معاقرة العقاقير المخدرة غير المشروعة

يقدر أن 200 مليون شخص حول العالم قد تناولوا عقاقير مخدرة غير مشروعة في 2005-2006.

وفي البلدان المتقدمة، يقدر أن التكلفة الاقتصادية لمعاقرة العقاقير المخدرة غير المشروعة تبلغ 0,2-2 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي.

ويقدر أن نصيب التعاطي غير المشروع للمواد الأفيونية المفعول يبلغ 0,7 في المائة من المجموع العالمي للمفقود من سنوات العمر المصححة بإحْتِسَابِ مَدِّ الْعُجْزِ في عام 2000.

والعدد التقديري لمتعاطي العقاقير المخدرة بالحقن حول العالم يبلغ نحو 13 مليون شخص.

والحشيش هو أكثر العقاقير المخدرة غير المشروعة استعمالاً؛ فنسبة 3,8 في المائة من سكان العالم الأكبر من 15 عاماً يتعاطون هذا العقار المخدر. ورغم أن نصيب استعمال الحشيش يبلغ نحو 80 في المائة من تعاطي العقاقير المخدرة غير المشروعة حول العالم، فإن معدلات الوفيات والمرض التي تعزى إلى استعماله ليست مفهومة جيداً، حتى في البلدان المتقدمة.

يواجه المدمنون على الهيروين احتمالاً أكبر لخطر الوفاة المبكر بسبب تناول جرعات مفرطة من العقاقير المخدرة، وبسبب العنف، والانتحار، وأسباب متصلة بالكحول.

وتعزى نسبة 5 إلى 10 في المائة من الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري إلى تعاطي العقاقير المخدرة بطريق الحقن بسبب التشارك في استعمال المحاقن الملوثة.

وترتبط اضطرابات العقاقير المخدرة غير المشروعة بحدوث زيادة في خطر الإصابة بأمراض معدية أخرى مثل التهاب الكبد B والتهاب الكبد C

تؤثر الاضطرابات الناجمة عن تعاطي العقاقير المخدرة غير المشروعة على الخدمات الاجتماعية، ونظم العدالة الجنائية، وقطاعات التعليم، وسلامة المرور على الطرق.

## الحالة المرضية ذات الأولوية

### العَبءُ الناجم عنها

### صلاتها مع الأمراض الأخرى

### صلاتها مع القطاعات الأخرى

#### الاضطرابات النفسية لدى الأطفال

تميل الاضطرابات النفسية لدى اليافعين إلى البقاء حتى مرحلة البلوغ. وعلى العكس من ذلك، فإن الاضطرابات النفسية لدى البالغين كثيراً ما تبدأ في مرحلة الطفولة أو الشباب. ويبدأ نحو 50 في المائة من الاضطرابات النفسية لدى البالغين قبل سن 14 عاماً.

لم يحدد عبء الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين تحديداً وأقياً من حيث عدد سنوات العمر المصححة بإحتساب مدّة العجز.

وقد أظهرت دراسة أجريت في السودان والفلبين وكولومبيا والهند أن ما بين 12 في المائة و29 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 سنوات و15 سنة كانت لديهم مشاكل تتعلق بالصحة النفسية. وفي دراسة أجريت على أطفال ومراهقين نيجيريين، أتضح أن 62,2 في المائة من الإحالات الجديدة إلى العيادة كان لديهم إجهاد نفسي اجتماعي كبير في السنة السابقة لعرضهم على العيادة. وأفادت التقارير أن معدل انتشار الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال في غربي إثيوبيا يبلغ 17,7 في المائة.

وأفادت التقارير أن انتشار العجز الذهني (التخلف العقلي) في البلدان النامية يتراوح بين 0,09 في المائة و18,3 في المائة.

إن الأطفال والمراهقين الأيتام بسبب وفاة والديهم من فيروس العوز المناعي البشري (الإيدز)، أو بسبب إصابتهم هم أنفسهم به، يتعرضون لخطر الإصابة بالأمراض العصبية النفسية.

ومن أوجه القلق الأخرى المرتبطة بسوء حالة الصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين: العنف وسوء حالة الصحة الإنجابية والجنسية.

والكحول ومعايرة العقاقير المخدرة هما عاملان رئيسيان من عوامل الخطر التي تسبب الإصابة بالاضطرابات النفسية لدى المراهقين. وأهم أسباب الإعاقة الذهنية التي يمكن تجنبها هي سوء التغذية بالبروتين والطاقة، ونقص اليود، ورضع الولادة، والاختناق عند الولادة.

من المعروف أن النزاع المسلح يؤثر على الصحة النفسية للأطفال والمراهقين.

كما أن التشرد والبعد عن المنزل والأسرة والمجتمع المحلي والبلد بسبب الحرب أو حالات الطوارئ الأخرى يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب أو الانتحار أو معايرة مواد الإدمان أو مشاكل أخرى لدى الأطفال. ويمكن لعمل الأطفال كجنود وعملهم في البغاء أن يعوق النمو النفسي للطفل.

وتسبب الاضطرابات النفسية لدى الأطفال عبئاً على كل من التعليم، والخدمات الاجتماعية، وكفالة الطفل والرعاية الداخلية الإيوائية، ونظام العدالة الجنائية.

## الملحق الثاني:

العبء الذي يعزى إلى الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، والموارد البشرية المتاحة في بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط

مقدمو الخدمات الصحية (لكل 1000)	المهنيون العاملون في الصحة النفسية (لكل 100000)	سنوات العمر المصححة باحتساب مدة العجز DALY بسبب الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن الإدمان (لكل 100000)	(آلاف) سنوات العمر المصححة باحتساب مدة العجز DALY بسبب الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن الإدمان	عدد السكان بالآلاف (2002)	نسب الفرد من الدخل القومي الإجمالي (بالدولار الأمريكي، 2006)	فئة الدخل المحددة من جانب البنك الدولي	بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط مرتبة حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية
الإقليم الأفريقي							
3.36	3	1377.5	431	31 266	3030	ش د م *	الجزائر
1.27	0.001>	1605.2	212	13 184	1980	ش د م	أنغولا
0.88	1.27	1440.6	94	6558	540	دخل منخفض	بنين
0.6	0.5	1388.1	175	12 624	460	دخل منخفض	بوركينافاسو
0.22	1.72	1787.2	118	6602	100	دخل منخفض	بوروندي
1.79	0.33	1432.5	225	15 729	1080	ش د م	الكاميرون
1.36	2	1547.3	7	454	2130	ش د م	الرأس الأخضر
0.52	0.17	1741.1	66	3 819	360	دخل منخفض	جمهورية أفريقيا الوسطى
0.32	0.03	1347.9	113	8 348	480	دخل منخفض	تشاد
0.89	0.55	1324.4	10	747	660	دخل منخفض	جزر القمر
1.16	0.39	1708.2	62	3 633	950	ش د م	الكونغو
0.73	0.5	1976.3	323	16 365	870	دخل منخفض	كوت ديفوار
0.64	0.48	1734.7	888	51 201	130	دخل منخفض	جمهورية الكونغو الديمقراطية
0.63	0.21	1622.2	65	3 991	200	دخل منخفض	أريتريا
0.25	0.48	1382.8	954	68 961	180	دخل منخفض	إثيوبيا
1.43	0.16	1346.7	19	1 388	310	دخل منخفض	غامبيا
1.07	2.15	1818.0	372	20 471	520	دخل منخفض	غانا
0.67	0.04	1410.0	118	8359	410	دخل منخفض	غينيا
0.82	0.001>	1353.4	20	1449	190	دخل منخفض	غينيا بيساو
1.28	2.41	1745.5	551	31 540	580	دخل منخفض	كينيا
0.67	1.54	1729.6	31	1 800	1030	ش د م	ليسوتو
0.33	0.06	1490.0	48	3 239	140	دخل منخفض	ليبيريا
0.61	0.43	1378.9	233	16 916	280	دخل منخفض	مدغشقر
0.61	2.5	1585.3	188	11 871	170	دخل منخفض	ملاوي
0.61	0.24	1417.5	179	12 623	440	دخل منخفض	مالي
0.74	0.28	1432.4	40	2 807	740	دخل منخفض	موريتانيا

\* ش د م = الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط. البلدان المكتوبة بالخط النخين البارز هي البلدان التي لبت معايير الدعم المكثف ( انظر الصفحة 13).

مقدمو الخدمات الصحية (لكل 1000)	المهنيون العاملون في الصحة أنفسهم (لكل 100000)	سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز بسبب DALY الاضطرابات النفسية والعصبية والناجمة عن الإدمان (لكل 100000)	(آلاف) سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز بسبب DALY الاضطرابات النفسية والعصبية والناجمة عن الإدمان	عدد السكان بالآلاف (2002)	نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي (بالدولار الأمريكي، 2006)	فئة الدخل المحددة من جانب البنك الدولي	بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط مرتبة حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية
0.35	0.11	1706.4	316	18 537	340	دخل منخفض	موزامبيق
3.35	12.2	1743.2	34	1 961	3230	ش د م	ناميبيا
0.25	0.16	1409.0	163	11 544	260	دخل منخفض	النيجر
1.98	4.13	1779.9	2 152	1 20 911	640	دخل منخفض	نيجيريا
0.48	1.13	1555.0	129	8 272	250	دخل منخفض	رواندا
2.36	3.301	1486.1	2	157	780	دخل منخفض	ساو تومي وبرينسيبي
0.38	0.295	1323.6	130	9 855	750	دخل منخفض	السنغال
0.39	0.12	1547.0	74	4 764	240	دخل منخفض	سيراليون
6.46	10.3	1749.6	19	1 069	2430	ش د م	سوازيلند
0.47	0.24	1400.7	67	4 801	350	دخل منخفض	توغو
0.81	7.6	1508.5	377	25 004	300	دخل منخفض	أوغندا
0.39	2.245	1421.1	516	36 276	350	دخل منخفض	جمهورية تنزانيا المتحدة
2.13	5.1	1604.7	172	10 698	630	دخل منخفض	زامبيا
0.88	5.8	1704.5	219	12 835	340	دخل منخفض	زيمبابوي
<b>الإقليم الأمريكي</b>							
4.42	5.9	2677.8	232	8 645	1100	ش د م	بوليفيا
1.9	2	3054.3	1 329	43 526	2740	ش د م	كولومبيا
13.35	33.7	2686.4	303	11 271	غير متاح	ش د م	كوبا
3.71	4.6	2463.0	212	8 616	2850	ش د م	الجمهورية الدومينيكية
3.13	31.74	3009.5	386	12 810	2840	ش د م	إكوادور
2.03	31.7	2817.5	181	6 415	2540	ش د م	السلفادور
4.94	1.35	2354.7	283	12 036	2640	ش د م	غواتيمالا
2.77	1.2	3646.5	28	764	1130	ش د م	غيانا
0.36	0	2436.4	200	8 218	480	دخل منخفض	هايتي
1.89	1.52	2454.3	166	6 781	1200	ش د م	هندوراس
2.5	10.7	2558.5	67	2 627	3480	ش د م	جامايكا
1.45	2.845	2644.1	141	5 335	1000	ش د م	نيكارغوا
2.89	1.88	2720.9	156	5 740	1400	ش د م	باراغواي
1.84	13.06	2711.4	726	26 767	2920	ش د م	بيرو
2.07	17.07	3027.6	13	432	3200	ش د م	سورينام

البلدان المكتوبة بالخط الثخين البارز هي البلدان التي لبت معايير الدعم المكثف ( انظر الصفحة 13).

مقدمو الخدمات الصحية (لكل 1000)	المهنيون العاملون في الصحة أنفسهم (لكل 100000)	سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز بسبب DALY الاضطرابات النفسية والعصبية والناجمة عن الإدمان (لكل 100000)	(آلاف) سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز DALY بسبب الاضطرابات النفسية والعصبية والناجمة عن الإدمان	عدد السكان بالآلاف (2002)	نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي (بالدولار الأمريكي، 2006)	فئة الدخل المحددة من جانب البنك الدولي	بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط مرتبة حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية
<b>إقليم جنوب شرق آسيا</b>							
0.57	0.113	2414.4	3 472	143 809	480	دخل منخفض	بنغلاديش
0.27	0.46	2393.6	52	2 190	1410	ش د م	بوتان
7.41	0	1977.9	446	22 541	غير متاح	دخل منخفض	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
1.87	0.31	2625.3	27 554	1 049 550	820	دخل منخفض	الهند
0.95	2.91	1918.4	4 165	217 131	1420	ش د م	إندونيسيا
3.62	1.56	1977.6	6	309	2680	ش د م	ملديف
1.34	1.11	2067.5	1 010	48 852	غير متاح	دخل منخفض	ميانمار
0.67	0.32	2324.1	572	24 609	290	دخل منخفض	نيبال
2.28	2.09	2474.9	468	18 910	1300	ش د م	سري لانكا
3.2	4.1	2400.7	1 493	62 193	2990	ش د م	تايلند
2.29	0	429.4	3	739	840	دخل منخفض	تيمور لستي
<b>الإقليم الأوروبي</b>							
5.52	7	2034.2	64	3 141	2960	ش د م	ألبانيا
8.41	4.48	2024.5	62	3 072	1930	ش د م	أرمينيا
11.83	9.4	2049.9	170	8 297	1850	ش د م	أذربيجان
16.71	36.84	3014.3	300	9 940	3380	ش د م	بيلاروس
5.76	12.33	2422.0	100	4 126	2980	ش د م	البوسنة والهرسك
7.85	30	2442.5	126	5 177	1560	ش د م	جورجيا
9.17	18.6	2430.7	123	5 067	490	دخل منخفض	قيرغيزستان
8.93	40.7	3388.6	145	4 270	1100	ش د م	جمهورية مولدوفا
7.22	5.5	2278.8	141	6 195	390	دخل منخفض	طاجيكستان
8.09	35	2238.4	46	2 046	3060	ش د م	جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة
13.22	3	2280.9	109	4 794	غير متاح	ش د م	تركمانستان
11.08	43.36	2813.2	1 376	48 902	1950	ش د م	أوكرانيا
13.38	10.65	2183.4	561	25 705	610	دخل منخفض	أوزبكستان

البلدان المكتوبة بالخط التخزين البارز هي البلدان التي لبت معايير الدعم المكثف ( انظر الصفحة 13).

مقدمو الخدمات الصحية (لكل 1000)	المهنيون العاملون في الصحة النفسية (لكل 100000)	سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز بسبب DALY الاضطرابات النفسية والعصبية والناجمة عن الإدمان (لكل 100000)	العجز DALY بسبب الاضطرابات النفسية والعصبية والناجمة عن الإدمان (آلاف سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز DALY بسبب الاضطرابات النفسية والعصبية والناجمة عن الإدمان)	عدد السكان بالآلاف (2002)	نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي (بالدولار الأمريكي، 2006)	فئة الدخل المحددة من جانب البنك الدولي	بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط مرتبة حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية
إقليم شرق المتوسط							
0.4	0.196	2670.9	612	22 930	غير متاح	دخل منخفض	أفغانستان
0.6	0.16	1590.9	11	693	1060	ش د م	جيبوتي
2.53	3.4	1694.1	1 194	70 507	1350	ش د م	مصر
1.83	5	2462.6	1 676	68 070	3000	ش د م	إيران (جمهورية - الإسلامية)
1.97	1.05	1640.0	402	24 510	غير متاح	ش د م	العراق
5.27	5.6	1876.0	100	5 329	2660	ش د م	الأردن
1.3	2.637	1630.7	490	30 072	1900	ش د م	المغرب
1.2	0.88	2291.5	3 435	149 911	770	دخل منخفض	باكستان
0.23	0.28	1565.5	148	9 480	غير متاح	دخل منخفض	الصومال
1.14	0.56	1518.1	499	32 878	810	دخل منخفض	السودان
3.34	1	1411.5	245	17 381	1570	ش د م	الجمهورية العربية السورية
4.21	2.4	1726.1	168	9 728	2970	ش د م	تونس
0.99	1.83	1563.2	302	19 315	760	دخل منخفض	اليمن
إقليم غرب المحيط الهادئ							
1	0.88	1962.4	271	13 810	480	دخل منخفض	كمبوديا
2.14	3.28	2259.2	29 421	1 302 307	2010	ش د م	الصين
2.29	0.5	1805.3	15	831	3300	ش د م	فيجي
2.65	1	1553.1	1	87	1230	ش د م	كيريباتي
1.61	0.03	2781.3	154	5 529	500	دخل منخفض	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
3.45	4	1870.9	1	52	3000	ش د م	جزر مارشال
4.5	4	1683.6	2	108	2380	ش د م	ميكرونيزيا (دول - المتحدة)
6	16.7	2178.8	56	2 559	880	دخل منخفض	منغوليا
0.58	1.33	1889.9	106	5 586	770	دخل منخفض	بابوا غينيا الجديدة
2.72	17.7	2035.2	1 599	78 580	1420	ش د م	الفلبين
2.74	0.5	1654.6	3	176	2270	ش د م	ساموا
0.98	0.9	1602.1	7	463	680	دخل منخفض	جزر سليمان
3.69	8	1666.2	2	103	2170	ش د م	تونغا
2.46	0	1620.7	3	207	1710	ش د م	فانواتو
1.28	0.68	1991.6	1 599	80 278	690	دخل منخفض	فييت نام

البلدان المكتوبة بالخط الثخين البارز هي البلدان التي لبت معايير الدعم المكثف ( انظر الصفحة 13).  
غير متاح = البيانات الدقيقة غير متاحة، ولكنها تقدر بمبلغ 905 دولارات أو أقل لبلدان الدخل المنخفض، ومن 906 دولارات إلى 3595 دولاراً لبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط.

## قراءات يوصى بها

14. World Health Organization. *Investing in mental health*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2003.
15. World Health Organization. *Atlas: Country resources for neurological disorders 2004*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2004.
16. World Health Organization. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2004.
17. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2005.
18. World Health Organization. *WHO Resource book on mental health, human rights and legislation*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2005.
19. World Health Organization. *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS 2.2)*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2005.
20. World Health Organization. *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark, 2005 (<http://www.euro.who.int/mentalhealth/publications/20061124-1>).
21. World Health Organization. *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2006.
22. World Health Organization. *Dollars, DALYs and Decisions*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2006.
23. World Health Organization. *Framework and standards for country health information systems*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2007.
24. World Health Organization. *Neurological disorders: public health challenges*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2007.
25. World Health Organization. *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package (13 modules)*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/mental-health/policy/essentialpackage1/en/index1.html>).
1. Chisholm D, Lund C, Saxena S. The cost of scaling up mental health care in low- and middle-income countries. *British Journal of Psychiatry*, 2007; 191: 528-535.
2. Chisholm D; WHO-CHOICE. Cost-effectiveness of first-line antiepileptic drug treatments in the developing world: a population-level analysis. *Epilepsia*, 2005;46:751-759.
3. Inter-Agency Standing Committee (IASC). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva, Switzerland, IASC, 2007 [in Arabic, English, French, and Spanish].
4. Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. Washington, DC, USA, The World Bank and Oxford University Press, 2006.
5. Kohn R et al. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004;82:858-866.
6. Lancet Global Mental Health Group. Series on global mental health. *Lancet*, published online Sept 4, 2007. (<http://www.thelancet.com/online/focus/mental-health>)
7. Lopez AD et al., eds. *Global burden of disease and risk factors*. Washington, DC, USA, The World Bank and Oxford University Press, 2006.
8. Mathers CD et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2004 (GPE Discussion Paper No. 54, rev. February 2004).
9. Wang PS et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 2007;370:841-850.
10. World Bank. *World Development Indicators database*. Washington DC, USA, The World Bank, September 2007 (<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>).
11. World Health Assembly Resolution WHA55.10. Mental health: responding to the call for action. In: *Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13-18 May, 2002*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2002.
12. World Health Organization. *The World Health Report 2001 - Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2001.
13. World Health Organization. *mental health Global Action Programme: mhGAP*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2002.

## المكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية

### المكتب الأوروبي

Regional Adviser, Mental Health  
World Health Organization  
Regional Office for Europe  
8, Scherfigsvij  
DK-2100 Copenhagen Ø  
Denmark

### المكتب الأفريقي

Regional Adviser for Mental Health  
World Health Organization  
Regional Office for Africa  
P.O. Box 06  
Brazzaville  
Republic of Congo

### مكتب شرق المتوسط

منظمة الصحة العالمية  
المستشار الإقليمي، شؤون الصحة النفسية ومعاقة مواد  
الإدمان  
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط  
شارع عبد الرزاق السنهوري  
ص.ب. (7608)، مدينة نصر  
القاهرة - 11371  
مصر

### المكتب الأمريكي

Unit Chief of Mental Health and Specialized Programs  
World Health Organization  
Regional Office for the Americas  
Pan American Health Organization  
525, 23rd Street, N.W.  
Washington, DC 20037  
USA

### مكتب غرب المحيط الهادئ

Regional Adviser in Mental Health and Control of  
Substance Abuse  
World Health Organization  
Regional Office for the Western Pacific  
P O Box 2932  
1000 Manila  
Philippines

### مكتب جنوب شرق آسيا

Regional Adviser, Mental Health and Substance Abuse  
World Health Organization  
Regional Office for South-East Asia  
World Health House  
Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road  
New Delhi 110002  
India

وللحصول على مزيد من المعلومات عن مبادرة برنامج العمل لرأب الفجوة في  
الصحة النفسية، يرجى الاتصال بالعنوان التالي:  
Department of Mental Health and Substance Abuse  
World Health Organization  
CH-1211 Geneva 27, Switzerland  
البريد الإلكتروني: mnh@who.int

إن الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان شائعة بدرجة مرتفعة وتشكل عبئاً شديداً الوطأة على نطاق العالم. فالفجوة بين ما هو مطلوب بإلحاح وما هو متاح لخفض العبء القائم ما زالت واسعة جداً.

وتدرك منظمة الصحة العالمية مدى الحاجة إلى اتخاذ إجراءات لخفض هذا العبء ولدعم قدرة الدول الأعضاء على التصدي لهذا التحدي المتفاقم. وبرنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية يمثل خطة عمل المنظمة للنهوض بخدمات رعاية الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان في البلدان، ولا سيما بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط. والحالات ذات الأولوية التي يتناولها برنامج العمل المذكور هي الاكتئاب، والفصام، والاضطرابات الذهانية الأخرى، والانتحار، والصرع، والخرف، والاضطرابات الناجمة عن معاقرة الكحول، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي العقاقير المخدرة غير المشروعة، والاضطرابات النفسية لدى الأطفال. وتتألف الحزمة التي يتضمنها هذا البرنامج من تدخلات تستهدف الوقاية من كل حالة من هذه الحالات ذات الأولوية ومعالجتها.

إن النجاح في النهوض بالخدمات يشكل مسؤولية مشتركة تقع على عاتق الحكومات، والعاملين الصحيين، والمجتمع المدني، والمجتمعات المحلية، والأسر - بدعم من المجتمع الدولي. والجوهر الأساسي لبرنامج العمل هو بناء شراكات من أجل العمل الجماعي.

وينبغي وجود التزام من جانب جميع الشركاء بالاستجابة لهذه الحاجة الملحة من حاجات الصحة العامة، ووقت العمل المطلوب هو الآن!

ISBN 978 92 4 159620 6



9 789241 596206