

اليوم العالمي للصحة النفسية

10 تشرين الأول (أكتوبر) 2009

الصحة النفسية في الرعاية الأولية: تعزيز العلاج والصحة النفسية

اليوم العالمي للصحة النفسية علامة خدمة مسجلة للاتحاد العالمي للصحة النفسية

فهرس المحتويات

المقدمة

القسم الأول

الرعاية الأولية والصحة النفسية

صفحة الوقائع - وصل الجسم بالنفس: دليل مورد للرعاية الصحية المدمجة في تكساس والولايات المتحدة
صفحة الوقائع - سبعة أسباب وجبهة لدمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية

القسم الثاني

الرعاية الأولية وخدمات الصحة النفسية في الممارسة
كشف الاضطرابات النفسية في الرعاية الأولية
دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية - الرعاية الأولية للصحة النفسية في الممارسة
مشروع دمج الصحة السلوكية - درجات دمج الرعاية الصحية السلوكية
المبادرة الكندية للصحة النفسية التعاونية - نظام الرعاية الصحية النفسية التعاونية
مؤسسة هوغ للصحة النفسية - الرعاية الصحية المدمجة

صفحة الوقائع - عشرة مبادئ للدمج

صفحة الوقائع - الصحة النفسية: تقوية تعزيز الصحة النفسية

القسم الثالث

المناقص والحواجز التي يطرحها دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية
خضوع طبيب الرعاية الأولية للتدريب النفسي العقلي في المستشفى العام في أميركا الجنوبية
المناقص والحواجز التي يطرحها الدمج في الشرق الأوسط
خدمات الصحة النفسية عند الأطفال: التحديات والفرص في الشرق الأوسط
المناقص والحواجز التي يطرحها الدمج في منطقة غربي المحيط الهادئ

القسم الرابع

نداء إلى العمل: دور المناداة في دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية
غابريال إيفيجارو، المنظمة العالمية لأطباء الأسرة

تعليق: دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية - تحويل المهام إلى تعديل الخدمات لتلبية ذوي الاضطرابات النفسية.
البروفسور فيكرام باتيل

القسم الخامس

عينة من إعلان اليوم العالمي للصحة النفسية
بيان إعلامي لتوقيع الإعلان
بيان إعلامي عام
عينة من مقال، رسالة إلى المحرر
مسيرة الصحة النفسية

لا تزال الاضطرابات النفسية مسألة صحية عالمية خطيرة ومكلفة، تصيب الأشخاص من كل الفئات العمرية ومن مختلف المستويات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية. ويحتل الإحباط الكبير المرتبة الرابعة من حيث سنوات العمر المعادلة بالإعاقة وقریباً سوف يصبح السبب الأساسي الثاني للإعاقة في العالم. ويقدر عدد الأشخاص الذين يشكون من اضطراب نفسي في العالم بـ 450 مليوناً، غير أن أقل من نصف هؤلاء يحصل على الرعاية التي يحتاج إليها. كذلك فإن عدداً كبيراً من البلدان ذات الدخل المنخفض لديها طبيب نفسي واحد أو اثنان للشعب كله. حتى أن بلداناً متقدمة كثيرة قد أخرجت خدمات الصحة النفسية من أنظمة الرعاية الصحية الأولية، وأعطت بذلك الصحة النفسية والأمراض النفسية قدراً أقل من الاهتمام والأموال والخيارات والخدمات، وحرمت الأفراد من الحصول على حاجاتهم الكاملة من الرعاية الصحية.

وتشير مؤسسة هوغ للصحة النفسية Hogg Foundation for Mental Health في الولايات المتحدة إلى أن "الحالات النفسية والطبية مترابطة مترابطاً وثيقاً، وبالتالي فإن تحسين الرعاية للأفراد الذين يعانون اضطرابات نفسية يتطلب انتباهاً خاصاً إلى النقاط التي تلتقي عندها الصحة النفسية بالرعاية الطبية العامة".

وقد شكلت مسألنا الرعاية المدمجة والرعاية التعاونية محور مناقشة بين واضعي السياسات ومنظمات خدمات الرعاية الصحية على مدى سنوات. وقد أجريت أبحاث واسعة بهذا الشأن، كما نُفذت برامج تجريبية فيه. ولقد دافعت التقارير كلها، منذ تقرير الصحة النفسية الصادر في العام 2001 عن منظمة سورجون جنرال Surgeon General الأميركية، والذي شكل نقطة تحول، وحتى التقرير الذي صدر مؤخراً عن منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لأطباء الأسرة (ونكا Wonca)، عن المقاربة الشاملة للرعاية الصحية النفسية والبدنية معاً. وما قد حان الوقت لإعادة النظر في الحواجز التي لا تزال تعيق دمج الرعاية الصحية وتقديم الخدمات الفعالة ومناقشة هذه الحواجز ومواجهتها، وإعطاء تحديد أدق لنظام من شأنه أن ينطبق على الأنظمة الصحية في أي بلد كان وللمناداة بهذا النظام. أما الهدف من المدافعة الفعالة فيجب أن يكون وضع نظام ملائم للرعاية الصحية وفي متناول الجميع من شأنه أن يجمع بين كافة المكونات لتعزيز مقاربة مدمجة تعاونية لصحة كل الناس. وقد أثبتت الأبحاث والممارسات على مدى السنوات الخمسين السابقة أن "لا صحة من دون الصحة النفسية". ويعتقد الاتحاد العالمي للصحة النفسية أن الوقت قد حان لتضع الحكومات وأنظمة الخدمات الصحية بين أولى أولوياتها ابتكار مقاربة مدمجة للرعاية الصحية من شأنها أن تعزز الصحة وذلك عن طريق شمل كافة أوجه المرض والصحة في نظام علاجي واحد.

وتهدف حملة التوعية العالمية في اليوم العالمي للصحة النفسية 2009 إلى توضيح الضرورة الملحة لإعطاء الرعاية الصحية النفسية اهتماماً أكبر. فنحن نريدكم أن تفكروا في نظام رعايتي يدعم أي مرض قد يصيبكم، ويعمل فيه كل الأطباء والاختصاصيين لإعطائكم أفضل ما يمكن من الرعاية الخاصة بكل مريض. فكيف يمكن أن نركز اهتمامنا على المريض ما لم نعمل معاً على معالجة كافة أوجه الصحة؟ ولا شك في أن منات الأحداث والنشاطات التي سنتطلق في كل أنحاء العالم في العاشر من تشرين الأول (أكتوبر) والتي سنتناول مسائل المدافعة والتوعية ونشر المعرفة، والتي ستقوم بها منظمات تهتم بالصحة النفسية في إطار اليوم العالمي للصحة النفسية، يمكنها أن تجتذب الاهتمام الأكبر إلى هذه المسائل وسوف توظف طاقات وجهوداً جديدة في تحسين العلاج والخدمات للأشخاص الذين يعانون مشاكل صحية نفسية وينحلمون نتائجها على صحتهم البدنية.

ونحن نكن كل التقدير لدعمكم الدائم لليوم العالمي للصحة النفسية ولكل العمل الذي تقومون به في سبيل المناداة بصحة نفسية فضلى في مجتمعاتكم.

نشكركم باسم مجلس إدارة الاتحاد العالمي للصحة النفسية،

البروفسور جون كوبلاند،

الدكتور ل. بات فرانسوازي،

رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية.

رئيس مجلس إدارة اليوم العالمي للصحة النفسية

القسم الأول

الرعاية الأولية والصحة النفسية

عرّفت منظمة الصحة العالمية في العام 1948 "الصحة" بأنها "حالة من الرفاهة التامة البدنية والنفسية والاجتماعية، وليست فقط غياب المرض أو العجز".

لماذا يُعتبر موضوع "الصحة النفسية في الرعاية الأولية" من الأهمية بحيث يُنتقى موضوع اليوم العالمي للصحة النفسية للعام 2009؟ وكيف يمكن المناداة بدمج الرعاية الصحية النفسية أن تعزّز إمكانية تحسين التشخيص والعلاج والوقاية في الأمراض والمشاكل الصحية النفسية؟ وكيف يمكن هذا الدمج أن يخدم تعزيز الرفاهة النفسية والعاطفية عند الناس في كافة أنحاء العالم على مدى الأعوام العشرين المقبلة؟

قالت الدكتورة مارغاريت تشان، المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية، في رسالتها لإطلاق اليوم العالمي للصحة للعام 2008 الذي قامت به منظمة الصحة العالمية والذي حمل عنوان "الرعاية الصحية الأولية: اليوم أكثر من أي وقت مضى"، إن تركيز منظمة الصحة العالمية على الرعاية الصحية الأولية نابع من قناعتها الشخصية ومن الطلب المتزايد من قبل الدول الأعضاء. وأشارت الدكتورة تشان إلى أن "هذا الطلب يبيّن الرغبة المتزايدة عند صانعي السياسات في المعرفة المتعلقة بكيفية جعل الأنظمة الصحية أكثر إنصافاً وشمولية وعدلاً. كذلك فإنه يعكس بصورة أبرز نقلة باتجاه الحاجة إلى تصوّر أكثر شمولية لأداء الأنظمة الصحية بوجه عام". (منظمة الصحة العالمية، تقرير الصحة العالمية 2008، مقدمة ونظرة عامة، ص 2).

إن مفهوم جعل الأنظمة الصحية أكثر "إنصافاً وشمولية وعدلاً" هو بحدّ ذاته سبب أساسي لشمل حاجات الأشخاص الذين يعانون مشاكل واضطرابات صحية نفسية في مناقشة مسألة تحسين الرعاية الصحية الأولية المدمجة. فإن علاج الصحة النفسية وتعزيزها والوقاية من اضطراباتها لم تلق الاهتمام الكافي من قبل الحكومات والطب والجمهور العام على مدى عدة عقود.

وعلى مدى عدة عقود أيضاً، عولجت أمراض النفس وكأنها مسألة اجتماعية، بعيداً عن أي مسألة صحية بدنية. أما الآن فيوافق الجميع على أنّ اضطرابات الصحة النفسية لا تحدث بمعزل عن الجسد، ففي الواقع غالباً ما تأتي متصلة أو متوازنة مع مسائل طبية أخرى، مثل مرض القلب والسكري والسرطان والاضطرابات العصبية أو تأتي رد فعل على أوضاع حياتية متعدّدة. فالمسائل الطبية والظروف الحياتية عند فردٍ من الأفراد لا تصيب منطقة واحدة من الجسم بل الجسم كله، حيث تؤثر كلّ منها على الأخرى. ومن البديهي أنّ معالجة صحّة شخص ما بصورة شاملة ومدمجة سوف تحقق نتائج فضلى وتزيد احتمال الشفاء والإنتاجية.

فالرعاية الأولية هي العلاقة الطويلة الأمد بين الشخص وطيبه. فيؤمّن الطبيب العام الرعاية لغالبية احتياجاته الصحية ويستعين بخدمات رعاية صحية إضافية في الحالات التي تتعدّى اختصاصه. وقد أعطى معهد الطب في الولايات المتحدة التعريف التالي للرعاية الأولية: "الرعاية الأولية هي تأمين خدمات الرعاية الصحية المدمجة والسهلة المتال من قبل الأطباء القادرين على تلبية أكبر قدر ممكن من الحاجات الطبية الشخصية، وبناء علاقة مشاركة مستدامة مع المرضى، وممارسة الطب في سياق العائلة والمجتمع". أما التعريف التالي فيعود إلى ستينيات القرن العشرين: يمكن اعتبار الرعاية الأولية أيضاً مستوى من الرعاية في نظام الرعاية الصحية الأوسع، ينبغي تمييزه عن الرعاية الثانوية (وهي الرعاية التي يؤمّنها اختصاصيون محلّيون ومستشفيات محلية) والرعاية الثالثة (وهي الرعاية التي يؤمّنها الاختصاصيون في المراكز الصحية الأكاديمية أو الإقليمية). وفي البلدان غير الصناعية ذات الموارد الصحية المحدودة، قد يتولّى تأمين الرعاية الأولية عاملون صحيون في القرى، أو ممرضون مساعدون، أو مروجون، أو مرشدون صحيون في المجتمعات، أو أطباء حفاة، الخ.

([www.msm.edu/Centers_and_Institutes/National_Center_for_Primary_Care_\(NCPC\)/What_is_Primary_Care.htm](http://www.msm.edu/Centers_and_Institutes/National_Center_for_Primary_Care_(NCPC)/What_is_Primary_Care.htm))

لقد طال اعتبار الرعاية الصحية النفسية ميداناً مختلفاً، أو اختصاصاً إلى جانب نظام الرعاية الصحية العامة. فهو علاج اضطرابات النفس. كذلك اعتُبرت الاضطرابات العصبية التي تبدأ في الدماغ مسألة منفصلة لا تحتاج إلى أي رعاية بدنية. إلا أنّ السنوات الأخيرة شهدت اعترافاً أكبر بالصلة البالغة الأهمية بين الصحة النفسية الجيدة والصحة الإجمالية الجيدة. فالاضطرابات النفسية قد تؤثر في الصحة البدنية كما أنّ عدداً من الأمراض البدنية قد يؤدي إلى مشاكل نفسية إضافية. كذلك، فقد أثبت أنّ الأشخاص الذين يشكون من أمراض نفسية حادة ومزمنة معرضون أكثر

بمرتّين للإصابة بمشاكل صحية بدنية متعدّدة. ولكن على الرغم من هذا الاعتراف بالعلاقة الحتمية بين الجسم والنفس وبنسبة التزامن بين الاضطرابات النفسية والجسدية، لا تزال أنظمة الرعاية الصحية تنال اهتماماً غير كافٍ في الميدان الطبي، في ما يتعلّق – بحسب قول الدكتورة تشان – "بتحديد وسائل أساسية تمكن الأنظمة الصحية من تقليص الهوة بين الطموح والتنفيذ" (تقرير الصحة العالمية 2008، ص. 3).

ويهدف تحسبن التشخيص والعلاج والنتائج، على مؤمّني الرعاية الصحية أن يجدوا طرقاً جديدة لبناء الشراكات التي تتيح ممارسة أكثر فعالية وتعاوناً من شأنها التركيز على الرعاية الخاصة بكلّ مريض، وبكلّ جسده. لذا فمن الضروريّ شمل الصحة النفسية والاضطرابات النفسية في المخططات والسياسات الهادفة إلى تعزيز مفهوم "الرعاية الصحية الأولية: اليوم أكثر من أيّ وقت مضى"، إذا كانت الحركة الإصلاحية المنشودة تهدف إلى تحقيق صحة فضلى لكلّ سكان العالم وإلى إنشاء نظام شامل ومدمج فعلاً لتقديم خدمات الرعاية الصحية وإلى الحفاظ عليه.

ويُراد من موضوع حملة التوعية العالمية في اليوم العالمي للصحة النفسية 2009 "الصحة النفسية في الرعاية الأولية: تعزيز العلاج والصحة النفسية" تلبية الحاجة المستمرة إلى "جعل الصحة النفسية أولوية عالمية". كما يشدّد هذا الموضوع على الواقع الذي طال إهماله والذي يقضي بأنّ الصحة النفسية جزءٌ لا يتجزأ من الصحة والرفاهية الإجماليّتين لكلّ فرد. ويهدف الموضوع أيضاً إلى لفت انتباه العالم أجمع إلى الكمية الكبرى من المعلومات والمعرفة التي تركز على شمل الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية. وإنه لاتجاه ملحوظ نحو نقل التشخيص والعلاج والرعاية في الصحة النفسية من نظام الخدمات الصحية النفسية المنفصلة وغير المنصفة إلى نظام الرعاية الصحية الرئيسيّ.

وبالتالي فإنّ إشراك "المستفيدين النهائيين" من خدمات الصحة النفسية، وعائلاتهم التي تحمل قدراً كبيراً من مسؤولية مساعدة الأشخاص الذين يعانون أمراضاً نفسية، والمنادين الذين يسعون إلى التأثير في سياسات الصحة النفسية، بغاية الأهمية في هذه المرحلة من التغيير والإصلاح والموارد المحدودة. أما الأهداف الأساسية من حملة اليوم العالمي للصحة النفسية 2009 فهي إعلام مجتمع الصحة النفسية وتزويده بحيث يمكنه المناذاة بدمج الصحة النفسية والأمراض النفسية في التخطيط للخدمات الصحية الملائمة. ومن المخاوف الرئيسيّة بالنسبة إلى هذه المناذاة والتي ينبغي مواجهتها ألا يُعطى التشخيص الملائم والعلاج الفعال والشفاء الفعليّ عند الأشخاص الذين يعانون أمراضاً نفسية حقّه من الأولوية ضمن نظام الرعاية الصحية الأولية والعامّة. ومن واجب حركة المناذاة بالصحة النفسية العالمية الحرص على ألا يأتي ذلك نتيجة غير مقصودة لإصلاح الرعاية الصحية.

ويسلط اليوم العالمي للصحة النفسية 2009 الضوء على الفرص والتحديات التي يطرحها دمج خدمات الصحة النفسية في نظام تأمين الرعاية الصحية الأولية أمام الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية أو ضعفاً في الصحة النفسية، وأمام عائلاتهم والمسؤولين عن رعايتهم... وعلى اختصاصيّّي الرعاية الصحية. وكالعادة، سوف تركز الحملة اهتمامها على الدور الأساسيّ الذي ينبغي أن يؤدّيه كلّ من المنادين بالصحة النفسية، والمرضى أو المستفيدين من الخدمات، والعائلات أو المنظمات التي تقدم الرعاية، في صقل حركة إصلاح الصحة العامة والصحة النفسية. فهذه القوة المنادية والجاهزة للعمل ضرورية إذا أردنا أن ينتج عن حركة الدمج هذه تسهيل الحصول على خدمات جيدة وملائمة ومنخفضة الكلفة للأشخاص الذين يشكون من أمراض نفسية ومشاكل صحية عاطفية في كافة أنحاء العالم. وعلى المنادين والعائلات والاختصاصيين وصانعي السياسات في قطاع الصحة النفسية العالميّ أن يتذكروا أنّ هذه الحركة الحالية لتحسين طريقة تقديم الخدمات الصحية النفسية ليست المحاولة الأولى للإصلاح. وقد علمتنا دروس الماضي أنّ تحقيق المساواة في تقديم خدمات الصحة النفسية في مختلف بلدان العالم ليست بالمهمّة السهلة. فالدمج الفعّال للصحة النفسية في الرعاية الأولية، على درجة من الأولوية تتلاءم مع ثقل مهمة رعاية الأمراض النفسية، هو التزامٌ كبير جداً في زمن الصعوبات الاقتصادية والاجتماعية. وبالطبع لقد حان الوقت ليصغي العالم ويبدأ العمل على تحسين خدمات الصحة النفسية وتجهيز حصول الأشخاص الذين يعانون مشاكل واضطرابات صحية نفسية، مثل الفصام والقلق والاضطراب الثنائي القطب والإحباط، على الخدمات اللازمة.

النقاط الأساسية

- إنّ الشعوب التي تعاني أمراضاً طبية أكثر تعرّضاً للمشاكل الصحية السلوكية، تماماً كما أنّ الأفراد الذين يشكون من مشاكل صحية سلوكية هم أكثر تعرّضاً للأمراض الطبية المتزامنة معها. وبالتالي فإنّ عدم معالجة الأمراض المتزامنة الطبية أو النفسية-العقلية تقلل فرص الشفاء والتماثل عند الأشخاص.
- إنّ المسح الشامل تقصّياً للأمراض الصحية السلوكية في الرعاية الأولية أو للمشاكل الطبية في مراكز الصحة السلوكية أساسي لكشف المشاكل الصحية، ولكنه لا يكفي لتحسين النتائج لدى الأفراد الذين يعانون أمراضاً متزامنة.
- يحتاج عددٌ كبير من مؤمّني الرعاية الأولية إلى التدريب على تحديد الاضطرابات الصحية السلوكية ومعالجتها، إلا أنّ هذا التدريب يكون أكثر فعالية إذا أُعطي من خلال التواصل والتعاون المستمرين مع مؤمّني الرعاية الصحية السلوكية.
- على الرغم من وجود عدة نماذج للرعاية المدمجة، إلا أنّ النماذج الأكثر فعالية تطال نظام العلاج بطرق شاملة ومتعدّدة الأوجه.
- إنّ نسبة العائد للتكاليف في تأمين الرعاية المدمجة للإحباط، وربّما لاضطرابات صحية نفسية شائعة أخرى، هي نفسها في معالجة حالات صحية مزمنة أخرى.
- تتطلب الجهود الناجحة في سبيل الدمج قيادةً نشيطة وملتزمة.
- لقد تمّ إعداد كمية متزايدة من الموارد مثل الكتيبات العيادية والتطبيقية ومعدّات المسح والتقييم وبرامج تسجيل المرضى وبرامج للتدريب، وسوف تحسّن إلى حدّ كبير قدرة نظام الرعاية الصحية أو الصحية السلوكية على تحقيق النتائج المشهودة في الأبحاث.
- وثمة حاجة للمحفزات المالية التي تدعم نماذج الرعاية المدمجة والمبنية على البراهين، بدلاً من إحالة المرضى إلى اختصاصيين أو تقديم متابعة محدودة لهم أو عدم متابعتهم على الإطلاق.
- إنّ أنظمة قياس النتائج أو الأداء التي تركز على الصحة الإجمالية للمرضى أو المستهلكين سوف تشجّع على التعاون ضمن أنظمة الرعاية الأولية والرعاية الصحية السلوكية.
- يمكن التكنولوجيا أن تكون أداة هامة في تسهيل الدمج، وشمل المرضى وتحديدهم ومسحهم، وتعقب تقدّم حالة المرضى، وتشجيع الالتزام بالبروتوكولات العيادية، وتسهيل التواصل بين مؤمّني الرعاية، وتقييم أثر البرامج المدمجة.

الدروس المكتسبة

لماذا ينبغي دمج الصحة السلوكية في الرعاية الأولية؟

- يلجأ معظم الأشخاص إلى مراكز الرعاية الأولية لطلب المساعدة في المشاكل الصحية السلوكية.
- غالباً ما تبقى مشاكل الصحة السلوكية غير مكتشفة وغير معالجة في الرعاية الأولية.
- إنّ الأشخاص الذين يشكون من اضطرابات طبية شائعة مثل مرض السكريّ يظهرون معدّلات أعلى للمشاكل الصحية السلوكية.
- عندما لا تُعالج الاضطرابات النفسية العقلية عند الأشخاص الذين يشكون من أمراض طبية، فإنّهم يظهرون نتائج أسوأ على الصعيدين النفسي-العقلي والطبيّ.
- من المرجّح ألا ينال الأشخاص الملونون البشرة، والأطفال، والمراهقون، والبالغون الكبار في السن، وغير المؤمنين، وذوو الدخل المنخفض، الذي يلجأون إلى القطاع العام، الرعاية الملائمة للاضطرابات النفسية والعقلية.
- إنّ معالجة المشاكل الصحية السلوكية في الرعاية الأولية تقدّم فرصة هامة للتدخل المبكر والوقاية من اضطرابات قد تسبّب إعاقة إضافية، ولبلوغ الأشخاص الذين لا يمكنهم الحصول على الرعاية الصحية السلوكية المتخصصة أو لا يريدونه.

لماذا ينبغي دمج الرعاية الصحية البدنية في مراكز الصحة السلوكية؟

- غالبًا ما يشكو الأشخاص الذين يتلقون علاجًا في مراكز الصحة السلوكية من مشاكل صحية بدنية شائعة أيضًا، مثل أمراض القلب والأوعية، والسكري، وارتفاع ضغط الدم.
- مع أنّ معظم الأشخاص المستفيدين من خدمات مراكز الصحة السلوكية يعانون مشاكل طبية، إلا أنّ أكثر من نصف هذه الحالات تبقى غير مكتشفة.
- إنّ الأفراد الذين يعانون أمراضًا نفسية حادة لا يستطيعون بلوغ الرعاية الطبية الأولية مثل عامة الناس.
- إنّ الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية حادة يموتون من الأمراض البدنية قبل باقي الناس بمعدل 25 سنة.
- تعترف مراكز الصحة النفسية في المجتمعات بأهمية الرعاية الطبية لمرضاهم، ولكنّ قدرتهم على تأمين هذه الرعاية غالبًا ما تكون محدودة.

كيف يمكننا تحسين علاج الصحة السلوكية في مراكز الرعاية الأولية؟

- يؤدّي المسح الهادف إلى تقصّي الاضطرابات النفسية والعقلية إلى نتائج فضلى عند المرضى، وذلك فقط عندما يُتبع الكشف بالرعاية الملائمة.
- إنّ معرفة الطبيب من دون الدعم الإضافي تُحدث تغييرات ضئيلة أو قصيرة الأمد في عيادات مؤمني الرعاية وفي النتائج عند المريض.
- إنّ زيادة إحالة المرضى إلى اختصاصيين في الصحة السلوكية مع الدعم الإضافي قد تؤدّي إلى متابعة وإلى نتائج فضلى، ولكنها تتطلب المزيد من الأبحاث.
- إنّ تعيين اختصاصي في الصحة السلوكية في مركز للرعاية الأولية لا يحسّن النتائج عند المريض إلا عند دمج الرعاية وتقديمها في مقاربات مبنية على البراهين.
- تظهر الأبحاث أنّ الرعاية التعاونية هي مقاربة فعالة وتحسّن النتائج عند عدد كبير من مرضى الرعاية الأولية الذين يعانون اضطرابات نفسية عقلية.
- يُتوقع أن ينجح نموذج الصحة السلوكية في الرعاية الأولية ولكنه لم يخضع للتقييم عند كلّ الحالات.

كيف يمكننا تحسين الرعاية الصحية البدنية في مراكز الصحة السلوكية؟

- إنّ إجراء المسح لتقصّي الحالات الصحية البدنية قد يكون ضروريًا ولكنه لا يكفي إلا إذا تبعته رعاية صحية جيّدة.
- تبدو برامج تعزيز الصحة واعدة من حيث تخفيض معدلات الأمراض البدنية المزمنة عند الأشخاص الذين يعانون أمراضًا نفسية حادة.
- ليس معروفًا ما إذا كان تدريب الأطباء النفسيين العقلين في الرعاية الأولية يؤدّي إلى تحسين نتائج الصحة البدنية عند المرضى.
- إنّ وجود مؤمني الرعاية الأولية في مراكز الرعاية الصحية السلوكية قد يحسّن نتائج الصحة البدنية عند المرضى.
- إنّ زيادة إحالة المرضى إلى اختصاصيين مع الدعم الإضافي قد يؤدّي إلى تحسين المتابعة والنتائج ولكن ينبغي إجراء المزيد من الأبحاث لتأكيد ذلك.

ما هي الحواجز التي تعيق دمج الرعاية؟

- تشمل الحواجز العيادية الفروقات بين ثقافتَي الرعاية الأولية والصحة السلوكية، ونقص التدريب عند مؤمني الرعاية، ونقص الاهتمام عندهم، والوصمة الملتصقة بالمرضى.
- تشمل الحواجز التنظيمية صعوبات التواصل والاستشارة فيما بين مؤمني الصحة البدنية والسلوكية، والمسافة التي تفصل بين مختلف أنواع مؤمني الرعاية، وتوجيه الرعاية الأولية نحو معالجة المشاكل الحادة.

- تشمل الحواجز السياسية العوائق القانونية أمام تشارك المعلومات ضمن شبكات مؤمني الرعاية وأنظمتهم التي تحدّد من الخدمات التي يمكن أن تقدّمها المنظمات.
- أمّا الحواجز المالية فمعدّدة وتشمل مسائل متعلّقة بمواءمة الحوافز في تمويل الرعاية الصحية.

نحن نوصي بشدّة بأن تطلعوا على النسخة الكاملة لهذه الوثيقة وكلّ المعلومات الرائعة التي تحتوي عليها والتي يمكنكم الحصول عليها على الموقع التالي:
http://www.hogg.utexas.edu/PDF/IHC_Resource_Guide.pdf

سبعة أسباب وجيهة لدمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية

دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية: نظرة مستقبلية شاملة. منظمة الصحة العالمية / المنظمة العالمية لأطباء الأسرة (وونكا)، 2008، ص. 21-46.

- 1 – تشكل الاضطرابات النفسية عبئاً ثقیلاً. فهي منتشرة بصورة واسعة في كل المجتمعات، وتسبب عبئاً شخصياً ثقیلاً على الأشخاص المصابين وعائلاتهم كما تنتج عنها صعوبات اقتصادية واجتماعية هامة تؤثر في المجتمع بأكمله.
- 2 – إن المشاكل الصحية والنفسية متداخلة ومتشابكة. فعدد كبير من الأشخاص يعاني مشاكل صحية بدنية ونفسية معاً. لذا فإن خدمات الرعاية الصحية المدمجة تضمن أن يتلقى هؤلاء الأشخاص علاجاً شاملاً يلبي حاجات الصحة النفسية عند الأشخاص الذين يشكون من اضطرابات بدنية، وحاجات الصحة البدنية عند الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية.
- 3 – إن الثغرة في علاج الاضطرابات النفسية واسعة. ففي كل البلدان فارق واسع جداً بين انتشار الاضطرابات النفسية من جهة، وعدد الأشخاص من بينهم الذين يلقون العلاج والرعاية من جهة أخرى. غير أن الرعاية الأولية للصحة النفسية من شأنها أن تقلص هذا الفارق.
- 4 – الرعاية الأولية للصحة النفسية تسهل الوصول إليها. عندما تشمل الصحة النفسية في الرعاية الأولية يسهل على الأشخاص الحصول على خدمات الصحة النفسية في أماكن أقرب إلى منازلهم، ما يساعدهم في المحافظة على تماسك عائلاتهم وعلى نشاطاتهم اليومية. كذلك تسهل الرعاية الأولية للصحة النفسية توسع المجتمع وتعزيز الصحة النفسية، بالإضافة إلى متابعة المرضى على المدى البعيد.
- 5 – تعزز الرعاية الأولية للصحة النفسية احترام حقوق الإنسان. من شأن خدمات الصحة النفسية التي تُقدّم في الرعاية الأولية أن تحدّ من الوصمة والتمييز، كما أنها تقضي على خطر انتهاك حقوق الإنسان الذي قد يحدث في مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية.
- 6 – إن كلفة الرعاية الأولية للصحة النفسية غير باهظة ومردودية الخدمة على الثمن عالية. فخدمات الرعاية الأولية في الصحة النفسية أقلّ كلفة من مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية بالنسبة إلى المرضى والمجتمعات والحكومات على حدّ سواء. بالإضافة، يتجنب المرضى وعائلاتهم التكاليف غير المباشرة المرتبطة بطلب رعاية متخصصة في أماكن بعيدة. كذلك فإنّ علاج الاضطرابات النفسية الشائعة يشكل مردودية عالية للخدمة على الثمن، كما أن استثمارات الحكومات في هذا المجال قد تأتي بأرباح كبرى.
- 7 – تؤدي الرعاية الأولية للصحة النفسية إلى نتائج صحية جيّدة. فغالبية الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية والذين يتلقون العلاج في مراكز الرعاية الأولية يُظهرون نتائج جيّدة، لا سيّما عندما يرتبطون بشبكة خدمات على المستوى الثانوي في المجتمع.

للاطلاع على القسم بأكمله يرجى زيارة الموقع:

<http://www.globalfamilydoctor.com/index.asp?PageID=9063&ContType=IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare>

القسم الثاني

الرعاية الأولية وخدمات الصحة النفسية في الممارسة

مع أنّ البعض قد يظنّ أنّ فكرة دمج الصحة النفسية مع الرعاية الأولية فكرة جديدة، إلا أنّ هذا المفهوم ليس بجديد بل إنه في الواقع قيد الدرس ويُستعمل في كافة أنحاء العالم. ولكنّ تنظيم الرعاية الصحية، بما فيها الرعاية الصحية النفسية، يختلف بين بلد وآخر كما أنّ كلّ بلد ينظر إليها من منظار مختلف أيضاً. فمن المهمّ إيجاد مقاربة لدمج الصحة النفسية والرعاية الأولية بحيث تكون كلتاها شاملتين وفعاليتين ضمن هيكلية كلّ بلد من البلدان ووفق أهمية موارده. في هذا القسم بعض الأمثلة على البرامج والسياسات المطبّقة في العالم حالياً والساعية إلى دمج الصحة النفسية والرعاية الأولية. لقد تناولنا هنا بصورة مختصرة، فيرجى الاطلاع على الصيغة الكاملة للحصول على معلومات إضافية ومفصّلة.

كشف الاضطرابات النفسية في الرعاية الأولية

فيمال كومار شارما، طبيب، حائز على شهادة دكتوراه في الفلسفة، زميل في الكلية الملكية للطب النفسي¹
جون ر.م. كوبلاند، طبيب، حائز على شهادة دكتوراه في العلوم، زميل في الكلية الملكية للطب النفسي²

إنّ المشاكل الصحية النفسية من أبرز أسباب الإعاقة في العالم. وعلى الرغم من التطوّرات التي شهدتها العلاجات الحديثة للأمراض النفسية (علاجات نفسية واجتماعية وحتى طبية)، إلا أنّ نسبة كبيرة من الأشخاص الذين يشكون من اضطرابات نفسية في العالم لا يتلقون المساعدة الملائمة، وبالتالي فإنهم يتعدّون في السرّ. وقد يُعزى هذا الأمر في البلدان المتقدّمة إلى وصمة العار المرتبطة بالمرض النفسي، الأمر الذي يؤديّ إلى الهروب من طلب المساعدة في أيّ نوع من المشاكل الصحية النفسية. وربّما السبب الآخر أنّ خدمات الصحة في الرعاية الأولية لا تؤمّن التدريب الملائم والمهارات الجيدة لكشف المشاكل الصحية النفسية عند الأشخاص ومعالجتها. وقد سلّطت الدراسات المرتكزة على الأبحاث الضوء على قلة الوقت والتدريب المخصّصين لمؤمني الرعاية العامة والرعاية الأولية في شأن تقييم الصحة النفسية لمرضاها.

أما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسّط، فعالباً ما يعزى فقر الرعاية الصحية النفسية إلى قلة الموارد. فتدريب الطبيب يتطلّب ست سنوات، أما تدريب الطبيب النفسي العقليّ فيتطلّب ثلاث سنوات إضافية. وبالتالي فإنّ في هذه البلدان عدداً قليلاً من الأطباء وعدداً أقلّ من الأطباء النفسيين العقليين، بسبب ارتفاع كلفة الدراسة الطبية. كذلك فإنّ نسبة كبيرة منهم تهجر إلى البلدان ذات الدخل المرتفع. حتّى أنّ بعض البلدان الأفريقية ليس فيه طبيب نفسي عقليّ، وبعضها أيضاً فيه واحد أو اثنان فقط. ولكن ليس في الأفق أيّ إجابة على هذه المشكلة، لذلك يبقى آلاف المرضى النفسيين بدون علاج، وغير قادرين على العمل، يعيشون إمّا في الفقر أو في مستشفيات الأمراض النفسية. ويساعد الكشف المبكر والدقيق لمشاكل الصحة النفسية المتنوعة بعلاج ملائم وخطة صحيحة باتجاه الشفاء والعودة للعمل، في تخفيف العبء الإجماليّ الذي تشكله الاضطرابات النفسية على الصحة وأنظمة الرعاية الاجتماعية. وقد أظهر العمل في ميدان الاضطرابات الذهانية بوضوح أنّ التدخل المبكر لا يساعد في الشفاء السريع والتام فحسب، بل يحسّن اندماج الشخص من جديد في مجتمعه أيضاً. لذلك، علينا أن نركّز على إنشاء أنظمة في كلّ أنحاء العالم للمساعدة في تحديد الأشخاص الذين يعانون مشاكل صحية نفسية في أول فرصة ممكنة وتأمين التدخل الملائم لهم. ومن الطرق التي يمكن اتباعها في مقاربة هذه المشكلة، الاستفادة من التكنولوجيا الحديثة مثل استعمال الكمبيوتر لزيادة الموارد البشرية المتوافرة في مجال الرفاهة الصحية والاجتماعية، وخصوصاً في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسّط.

وقد توصلنا مع عاملين في الرعاية الأولية إلى إعداد نظام يعمل على الكمبيوتر، تحت اسم أداة التقييم الإجمالي للصحة النفسية على الكمبيوتر (GMHAT/PC) Global Mental Health Assessment Tool، وقد تُرجم إلى عدد من اللغات (الاسبانية والهولندية والألمانية والهندية والصينية والعربية، أما الفرنسية والبرتغالية فهما قيد الإعداد). أما النظام فهو طريقة مبتكرة لمواجهة هذه المشكلة. فهذه الطريقة تهدف إلى تعزيز الاعتراف بالمرض النفسي في الرعاية الأولية وإطلاق العلاجات الملائمة، أولاً عن طريق تمكين العاملين في الرعاية الأولية، وثانياً عبر إعداد أداة أكثر شمولية لتقييم الصحة النفسية بواسطة تشخيص نفسي عقليّ مميّز على الكمبيوتر يتطابق مع معايير

¹ طبيب نفسي عقليّ مستشار ومدير طبيّ ممارس في شيشاير وويرال في اتحاد الخدمات الصحية الوطنية في انكلترا، ومحاضر فخريّ في جامعة ليفربول.
² بروفيسور فخريّ، مشرف على الأبحاث في جامعة ليفربول.

التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10، ويتلاءم مع سبل الرعاية ونوعية الحياة والحاجات وتقييم الخطر باتجاه الرعاية الثانوية. وقد تمّ إعداد هذه الطرق على يد أطباء واختصاصيين نفسيين عقليين يعملون في الرعاية الأولية، وقد أثبتت فعاليتها حتى الآن في المملكة المتحدة والهند وأبو ظبي. إن استعمال الكمبيوتر قد يكون محرماً على عموم الناس، ولكننا نعدّ البرنامج لكي يعمل على شاشة اللمس PDA، ما يسهّل استعماله في أيّ مكان ويتيح إيصال النتائج عبر الهاتف الجوّال. وترتكز هذه الطرق التي استغرق تكييفها وتطويرها سبع سنوات، على عدّة أعوام من استعمال أدوات تشخيص وبحث على الكمبيوتر. وفي ما يلي وصف مختصر لأداة التقييم الإجمالي للصحة النفسية على الكمبيوتر.

أداة التقييم الإجمالي للصحة النفسية على الكمبيوتر

هي أداة تقييم عيادية تعمل على الكمبيوتر، معدّة لتقييم مشاكل الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية والعامّة وتحديد هذه المشاكل. ويبدأ برنامج التقييم بمعلومات أساسية تعطي تفاصيل عن كيفية استعمال الأداة وتقدير الأعراض. ويليه عرض لسلسلة من الأسئلة تؤدي إلى تقييم شامل وسريع للوضع النفسي بالارتكاز تدريجاً على الأعراض أو المشاكل التالية: المخاوف؛ والقلق ونوبات الهلع؛ والتركيز؛ والمزاج المحبط، بما فيه خطر الانتحار؛ والنوم؛ والشهية؛ واضطرابات الأكل؛ والوسواس؛ والسلوك الوسواسي القهري؛ والرهاب؛ والهوس أو الهوس الخفيف؛ والاضطراب الفكري؛ والأعراض الذهانية (التوهّمات والهوسات)؛ والتوهان؛ واضطراب الذاكرة؛ وإدمان الكحول؛ وإدمان المخدرات؛ ومشاكل الشخصية؛ ومسببات الإجهاد. ويظهر على الشاشة سؤال تلو الآخر في كلّ من هذه الأقسام على التوالي. وتأتي الأسئلة بالتسلسل العيادي وفق هيكلية بشكل شجرة. ولكلّ من الاضطرابات العيادية الكبرى أسئلة أساسية لإجراء المسح. وعندما لا يظهر المريض أيّ أعراض مرتكزة على النقاط الأساسية في قسم من الأقسام، عندئذٍ تنتقل المقابلة إلى القسم التالي. وفي نهاية المقابلة تظهر على الشاشة أسئلة عن تفاصيل الشخص وتشخيصه العيادي في حال توافره. ثمّ تُظهر الشاشة تقريراً ملخصاً عن الأعراض ومعدّلاتها وتعرض تشخيص أداة التقييم. وينبثق التشخيص الأساسي للكمبيوتر عن نموذج تراتبي معدّ حول التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10. ويأخذ برنامج التشخيص في الاعتبار حدّة الأعراض (من المتوسط إلى الحاد)، كما أنه يعطي تشخيصاً بديلاً ويظهر الأوضاع المتعدّدة الأمراض مرتكزاً على وجود أعراض لأمراض أخرى. بالإضافة، يشمل البرنامج تقييماً لخطر إيذاء الشخص لذاته، كما يحتوي على إرشادات للتعامل مع هذه الاضطرابات. أما للحصول على الخدمات حيث لا تتوافر رعاية نفسية عقلية ثانوية ملائمة، فإننا نجري تجارب الفعالية على نموذج الرعاية الثانوية واسمه أداة التقييم الإجمالي للصحة النفسية/التشخيص التام، الذي استعمل فيه برنامج التشخيص المميّز الجديد للتصنيف الآلي ALL-AGECAT.

فعلى الأشخاص المهتمين بتجربة برنامج أداة التقييم الإجمالي للصحة النفسية على الكمبيوتر أو ترجمته أو إدخاله في خدمتهم العيادية أن يتصلوا بنا. ولا يخضع هذا البرنامج لأيّ كلفة.

للمزيد من المعلومات: فيمال كومار شارما طبيب، حائز على شهادة دكتوراه في الفلسفة، زميل في الكلية الملكية للطب النفسي على العنوان الإلكتروني التالي: v.k.sharma@liv.ac.uk.

دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية – الرعاية الأولية للصحة النفسية في الممارسة

(منظمة الصحة العالمية / المنظمة العالمية لأطباء الأسرة، دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية – نظرة مستقبلية شاملة، 2008، ص.49)

تبيّن الأمثلة التالية من الممارسة الفضلى أنّ دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية ممكنة في سلسلة من الظروف وفي الظروف الاقتصادية والسياسية الصعبة. وتختلف الحالات الاجتماعية الاقتصادية وموارد الرعاية الصحية اختلافاً واسعاً بين كلِّ من البلدان الممثلة. وبالتالي تختلف النماذج الخاصة بكلِّ منها لدمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية إلى حدِّ كبير أيضاً. ولكن مع اختلاف التفاصيل، تحقّق النجاح من خلال القيادة والالتزام والتطبيق المحلي للمبادئ العشرة المذكورة في القسم التالي. فقد أعطت السياسات والخطط الواضحة، إلى جانب الموارد الملائمة والإدارة الدقيقة، والتدريب والدعم المستمرّ للعاملين في الرعاية الأولية، وتوافر الأدوية المعدلة للمزاج، والروابط الوثيقة مع المستويات العليا من الرعاية وموارد المجتمعات المعنية النتائج الفضلى.

للاطلاع على قائمة البلدان الكاملة والحصول على معلومات إضافية، نقترح عليكم رؤية الوثيقة الكاملة على الموقع:

http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare.pdf?nav_id=339.

الأرجنتين

في إقليم نوكوين Neuquén، يقود أطباء الرعاية الأولية عملية التشخيص والعلاج وإعادة تأهيل المرضى الذين يعانون اضطرابات نفسية حادة. كذلك يتوافر الأطباء النفسيون العقلانيون واختصاصيون آخرون في الصحة النفسية من أجل مراجعة الحالات الصعبة وإعطاء النصائح بشأنها. ويؤمّن الأوسترال، وهو مركز محليّ لإعادة التأهيل، الرعاية العيادية التكميلية بالتعاون الوثيق مع مراكز الرعاية الأولية. ويستخدم هذا المركز أيضاً مقرراً لتدريب المتمرّتين من أطباء صحة عامة وأطباء رعاية أولية. ويرتكز نموذج الرعاية الصحية النفسية على أربعة عناصر أساسية.

1 – أطباء الرعاية الأولية. يؤمّن فريق للخدمة الصحية التشخيص والعلاج وخدمات إعادة التأهيل للاضطرابات النفسية الحادة، تحت إشراف طبيب رعاية أولية تدرب لهذه المهمة. بالإضافة، غالباً ما يستهدف أطباء الرعاية الأولية مسيّبات الإجهاد والخلافات العائلية، التي يتعاملون معها عن طريق العلاج النفسي المختصر والموجّه نحو المشكلة.

2 – المرضى الخارجيون. يتلقّى المرضى المصابون باضطرابات صحية نفسية علاجاً خارجياً في مجتمعاتهم، بحيث يتمتعون بدعم العائلة والأصدقاء وبيئتهم المألوفة وخدمات مجتمعاتهم الخاص.

3 – الرعاية الشاملة. يتلقّى المرضى رعاية شاملة تعالج مشاكلهم النفسية والبدنية على حدّ سواء.

4 – دعم الاختصاصيين. يتوافر الأطباء النفسيون العقلانيون لمراجعة الحالات الصعبة وإعطاء النصائح بشأنها، كما يدرّبون أطباء الرعاية الأولية والمرضى. ولأنّ الرجوع إلى الأطباء النفسيين العقلانيين محصور بحالات معينة، ونتيجة لتجنّب اللجوء إلى رعاية المؤسسات، فإنّ التكلفة أقلّ والوصول إلى الخدمات المبتغاة أصبح أفضل.

غالباً ما يتصل الناس الذين يشكون من اضطرابات نفسية أولاً بنقطتيّ سانيتاريوس وكورانديروس في إقليم نوكوين. وفي بعض الحالات، يذهب المرضى من كورانديروس إلى الرعاية الأولية الرسمية. ولكن في المناطق الريفية، تُستخدم الرعاية الأولية والرعاية غير الرسمية في غالب الأحيان، ويُعتبر دور العائلة في دعم المرضى أساسياً. ويورّع علماء النفس على مراكز الصحة في أنحاء المنطقة ويعاينون حيث تدعو الحاجة. وهم لا يتبعون لأيّ عيادة بالتحديد، بل يخدمون عدداً من مراكز الرعاية الصحية. ويستهدف علماء النفس الشكاوى النفسية بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية الحادة. وإذا دعت الحاجة، يُرسل المرضى الذين يعانون اضطرابات نفسية إلى مستشفى الإقليم. وفي بعض الأحيان تؤدي قلة الأسرة المتوافرة للأمراض النفسية العقلية والتابعة للقطاع العام في الإقليم (10) إلى تعقيد علاج الأشخاص ذوي الأمراض الحادة. لذلك، يُرسل الأشخاص الذين يعانون أمراضاً حادة أو العنيفون أو الانتحاريون، والذين يتطلبون رعاية طويلة الأمد، إلى مستشفى الأمراض النفسية والعقلية في بوانس أيرس.

الهند

إنّ خدمات الصحة النفسية مُدمجة مع الرعاية الأولية العامة، بصورة خاصة في مراكز الرعاية الأولية والمراكز الصحية المحلية ومستشفيات تالوك (التي تؤمن الرعاية للمرضى الخارجيين). ويُشخّص المرضى ذوو الاضطرابات النفسية ويُحالون إلى هذه المنشآت من قبل:

- عاملي أنغانوادي؛
- فريق عمل مركز الرعاية الأولية – ممرضون مبتدئون في الصحة العامة ومساعدون مفضّون في الصحة الاجتماعية؛
- مستشفيات الأمراض النفسية والعيادات الخاصة؛

- منظمات غير حكومية ومراكز لإعادة التأهيل؛
- عاملون اجتماعيون ومتطوعون محليون؛
- أعضاء بانشايات؛
- أعضاء فريق البرنامج الصحي النفسي في المقاطعة؛
- معلّم المدارس.

ويُحال مرضى جدد من قبل الطبيب أو العامل الطبي في مركز الرعاية الصحية الأولية أو مركز الصحة المحلي. وإذا كان العاملون الطبيّون قد خضعوا للتدريب الذي يدخل في برنامج الصحة النفسية في المقاطعة، فإنه يعطي تشخيصاً ويوصي بالخطوة التالية، أي الدواء أو الإحالة. أما إذا لم يخضعوا للتدريب أو إذا تخطت المشكلة خبرتهم، فعندئذٍ يوزعون إلى المريض بالعودة في اليوم الذي يكون فيه فريق الصحة النفسية في المقاطعة موجوداً. ويتبع مرضى الاضطرابات النفسية المسار ذاته الذي يتبعه المرضى الآخرون الذين يقصدون المركز لأسباب أخرى، وينتظرون دورهم كالمعتاد. وفي يوم عمل عاديّ، يزور مركز الرعاية الأولية أو مركز الصحة المحلي حوالي 300 أو 400 شخصاً، وتُشخّص الاضطرابات النفسية عند حوالي 10% منهم. أما في الأيام الخاصة بعيادة الصحة النفسية، فيستقبل فريق عمل الصحة النفسية في المقاطعة المرضى في منطقة محدّدة من مركز الرعاية الأولية أو مركز الصحة المحلي، وهم منفصلون عن النشاطات الأساسية للمركز، لا سيما لتجنّب الزحمة. وينتظر المرضى المحالون دورهم، بحسب لحظة وصولهم، في خط انتظار مرضى المتابعة ذاته. ويُحضر المرضى العائدون دفاترهم الخاصة معهم، التي تحتوي على السجلات والمعلومات الطبية المتعلقة بحالتهم. ويستقبل الطبيب النفسيّ العقلّي المريض مع (غالباً) أحد أفراد عائلتهم أو مع مؤمّن الرعاية في غرفة معيّنة، أو إذا لم تتوافر هذه الغرفة، في إحدى زوايا ردهة واسعة في خصوصية تامة. ويضمّن الطبيب دفتر المريض أيّ تشخيص أو دواء جديد عند الحاجة، ويسلمه إلى الممرّض، الذي يعطيه الدواء الموصوف. يحضر فريق العمل الأدوية عادةً إلى المنشأة، ويُترك للاستعمال بين عيادات الصحة النفسية لديهم. ويصف العاملون الطبيّون المتدربون وحدهم الأدوية المعدّلة للمزاج، ويتابعون المرضى بنشاط بين عيادات الصحة النفسية. أما العاملون الصحيّون غير المتدربون فتقتصر وصفاتهم على الأدوية التي سبق أن اختارها الطبيب النفسيّ للعقليّ للفريق.

ويتلقّى كلّ المرضى الجدد دروساً نفسية عند زيارتهم الأولى، بما فيها معلومات حول الاضطراب النفسيّ الذي يشكون منه، وأصله، وسبل الوقاية منه، وعلاجه، وكيفية التعامل معه وإدارته. وهذا ما يُعطيهم دوراً في المسيرة العلاجية ويحثهم على متابعة العلاج. ويجتمع العامل الاجتماعيّ مع هؤلاء عند الحاجة إلى خدمات الإرشاد والمتابعة. كذلك يُعطي العامل الاجتماعيّ حصص دروس علاجية جماعية دورية وينسّق قبول البعض في مراكز إعادة التأهيل ويجري الاتصالات الضرورية من أجل الخدمات الحكومية الأخرى. ويقوم العامل الاجتماعي في بعض الحالات بزيارة إلى المنازل لتقييم وضع العائلة وتقديم المساعدة مع ضمان العلاج المستمرّ. وعند الحاجة، يجري العالم النفسيّ العياديّ أو الطبيب النفسيّ العقلّيّ مقابلة استشارية فردية مع المريض. وفي ما يلي الخدمات التي تقدّمها عيادات الصحة النفسية:

- التشخيص وخطة العلاج للمرضى المشخّص مرضهم مؤخراً؛
- المراجعة والمتابعة للمرضى القدامى؛
- الإرشاد من قبل عالم النفس العياديّ أو الطبيب النفسيّ العقلّيّ؛
- الدروس النفسية؛
- الإحالة بحسب الحالات.

ويحضر المرضى في غالبيتهم بسبب الإحباط، أو الاضطراب الثنائي القطب، أو الفصام، أو داء الصرع (راجع التقييم/النتائج).

جنوب أفريقيا

يختلف نموذج دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية بعض الاختلاف بين عيادةٍ وأخرى في إهلزاني. ويعتمد الاختلاف على عدة عوامل مثل حجم العيادة وموقعها، والتدريب والمؤهلات لدى ممرضيه، ورغبة العاملين الصحيين في المشاركة في نموذج الدمج. إلا أن نموذجين اثنين يغلبان (راجع أدناه).

النموذج 1. يتميز النموذج الأول بوجود ممرض اختصاصيٍّ ماهر، يعاين كلَّ المرضى الذين يشكون من مشاكل صحية نفسية. أما الوظائف الأولية التي يؤديها الممرض فهي إجراء التقييم الاعتياديِّ للأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية، وإعطاء الأدوية المعدلة للمزاج أو توصية العامل الطبي بتغيير الأدوية، وتأمين الإرشاد الأساسي، وتحديد المشاكل الاجتماعية التي ينبغي العمل على تحسينها. ويُحال المرضى إلى الخدمات التكميلية إذا توافرت، مع أنّ الخدمات الاجتماعية المحلية ضئيلة في كثير من الحالات. ويحدّد الممرض وقتاً معيناً من كلِّ أسبوع للاستشارات النفسية ويعرف المرضى أنّ عليهم زيارة العيادة في هذا الوقت. ولا ينتظر هؤلاء المرضى دورهم مع المرضى الذين يقصدون العيادة لأسباب أخرى. ويتدرّب عاملو الصحة العامة على كشف الاضطرابات النفسية، ولكنهم يحيلون المرضى إمّا إلى الممرض النفسيّ العقليّ المحدّد أو إلى منسّق الصحة النفسية في المقاطعة (راجع أدناه).

النموذج 2. في النموذج الثاني يتمّ التعامل مع الاضطرابات النفسية مثلها مثل أيّ مشكلة صحية أخرى. و ينتظر الأشخاص ذور الاضطرابات النفسية دورهم مع الآخرين، ويعاينهم ممارس الرعاية الأولية المتوافر عندما يصل دورهم. ويتدرّب الممرضون على تقييم ومعالجة المشاكل الصحية النفسية والبدنية على حدّ سواء، ويخضع المرضى الذين يعانون الحالتين معاً لعلاج شامل. ويُحال المرضى إلى الرعاية الثانوية أو إلى الخدمات المحلية عند الحاجة. وفي النموذجين تقع على عاتق الممرضين مسؤولية كشف مشاكل الصحة النفسية، وإدارة الاضطرابات النفسية المزمنة، بما في ذلك إعطاء الأدوية المعدلة للمزاج أو التوصية بتغيير الأدوية، والإرشاد، والإحالة، والتدخل في حالات الأزمة. ويقدم منسّق للصحة النفسية في المقاطعة (متدرّب كممرض نفسيّ عقليّ) وعامل طبيّ الدعم عند الحاجة. وتشمل مهمّات منسّق المقاطعة ما يلي:

- الإشراف على فريق عمل الصحة العامة ودعمه، مع معالجة الأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية؛
- تقييم المرضى المحالين من الرعاية الأولية؛
- تأمين استقرار المرضى حيث يتطلّب وضعهم ذلك؛
- التوصية للعامل الطبيّ ببدء علاج بالدواء أو بتغيير دواء ما؛
- المساعدة في إعادة التأهيل النفسية الاجتماعية؛
- الإرشاد؛
- القيام بالزيارات المنزلية؛
- التأكد من توافر الأدوية في العيادات؛
- تسجيل إحصاءات الصحة النفسية؛
- كتابة التقارير في أقاليم المقاطعة.

أما الأولويات الأساسية للرعاية الصحية النفسية الأولية في المقاطعة فهي معالجة الفصام والاضطرابات المتصلة به، والاضطراب الثنائي القطب، والإحباط الكبير. أما الصرع فيعالج تحت عنوان الأمراض العامة المزمنة. كذلك يتوافر بعض الإرشاد الأساسيّ إلا أنه محدود بسبب ضيق الوقت. وفي غالبية الأحيان، يستحيل تأمين الإرشاد عند الإحالة إليه نظراً لنقص المرشدين وعلماء النفس الذين يتمتعون بالمهارة في المنطقة.

المملكة المتحدة

في اتحاد الرعاية الأولية في والذام فورست، ضُمَّت عيادتان الواحدة إلى الأخرى لتأمين خدمة رعاية أولية مدمجة للجماعات المحتاجة مثل الباحثين عن مستشفى للأمراض النفسية والعقلية واللاجئين والمشردين. وتؤمن العيادتان خدمات مماثلة، إلا أننا نقدم في هذا المثل العيادة الواقعة في والذامستوا لتوضيح البرنامج. وتضم عيادة والذامستوا 10 أطباء عامين (بينهم طبيبان متدرّبان) وأربعة ممرضين.

ويؤمن المركز بصورة عامة العلاج والرعاية للأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية الحميدة إلى المتوسطة، بالإضافة إلى ذوي الحاجات النفسية والاجتماعية الأكثر تعقيداً. وبصورة خاصة يسعى المركز إلى بلوغ الأشخاص الذين ليسوا على اتصال عادةً بمراكز الخدمات الصحية والأشخاص من الأقليات الإثنية. ويقدم هذا المركز مقاربة من أربع خطوات لتأمين خدمات شاملة في الرعاية الأولية (راجع أدناه).

في الخطوة الأولى، تعطي العيادات العامة معلومات خطية وشفوية للمرضى حول الاضطرابات النفسية وكيفية الحصول على خدمات الرعاية الصحية النفسية الأكثر تخصصاً، وعلى السكن، والوظيفة، والخدمات الاجتماعية. كذلك يوجّه المرضى إلى المكتبات المحلية التي تحتوي على مجموعات من المواد الخطية والمسجلة على شرائط فيديو، المتعلقة بالمسائل الصحية النفسية. ويؤمن أحد الأشخاص، غالباً ما يكون من المستفيدين من خدمة الصحة النفسية، ويتمتع بالمسؤولية الكافية لتعزيز المساعدة الذاتية والاندماج الاجتماعي بين المرضى، المزيد من المساعدة والإرشاد والدعم. أما في الخطوة الثانية، فتجري عيادات الرعاية الأولية التقييم النفسي الصحي والنفس الاجتماعي لمرضاها، مستعملة أحياناً أدوات مسح وتقييم معيارية. وبحسب درجة تعقيد المشكلة، إما يُعالج المرضى في العيادة أو يُحالون إلى خدمات المستوى الثانوي والخدمات المحلية ضمن مركز الرعاية الأولية. ويؤمن مرشد ضمن العيادة العامة العلاجات النفسية التي تشمل العلاج الإدراكي السلوكي، ولكن بحسب مدى الحاجة إلى الإرشاد الطويل الأمد، يُحال المرضى أحياناً إلى خدمات أكثر تخصصاً في خارج العيادة.

أما في الخطوة الثالثة فيُحال المرضى إلى المنظمات أو المؤسسات التي يمكنها مساعدتهم في مشاكلهم الاقتصادية والاجتماعية. وهذا الدعم أساسي جداً لتأمين العمل والسكن ومعالجة المسائل العائلية وبالتالي للحؤول دون المزيد من العزلة والتراجع المحتمل لصحتهم النفسية. وتعني الخطوة الرابعة الأشخاص الذين سبق أن أصيبوا بمرض حاد، ولكنهم الآن في وضع مستقر. فعلى هؤلاء المرضى أن يخضعوا لرعاية بدنية ونفسية شاملة ضمن مركز الرعاية الأولية، بينما يخفف العبء عن خدمات الرعاية الثانوية. ولكن حتى الآن لم تُطبّق هذه الخطوة جيداً في هذه العيادة.

وبالإضافة إلى العلاج والدعم اللذين ينالهما الأشخاص ذوو الاضطرابات النفسية، تحاول العيادة أيضاً تعزيز الصحة النفسية من خلال مقاربتها الرعاية الصحية بصورة عامة. فعلى سبيل المثال، تتواصل العيادة بدقة مع المهجرين والأشخاص غير الناطقين باللغة الإنكليزية و180 لدمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية: تُقدم خدمات تفسير عبر الهاتف لكل من يحتاج إليها. كذلك، يبذل الأطباء أقصى الجهود ليتجنبوا إطلاق الأحكام ويساعدوا كل الأشخاص المحتاجين، بمن فيهم المشردين. ويأخذون في الاعتبار الخلفية الثقافية لكل مريض ويتواصلون معه بطريقة ملائمة ومقبولة. وبالتالي فإن المركز ليس متخصصاً في معالجة الأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية فحسب، بل أيضاً يعزز الصحة النفسية لكل مرضاه.

مشروع دمج الصحة السلوكية درجات دمج الرعاية الصحية السلوكية

لا يُراد من دمج الرعاية السلوكية اقتراحًا يطبق إما بأكمله أو لا شيء منه. بل إنه يمارَس وفق خط متسلسل، يركز على مستوى التعاون بين اختصاصيي الرعاية الصحية واختصاصيي الرعاية الصحية السلوكية. وقد اقترح الوصف الممتاز التالي لمستويات التعاون من قبل ويليام ج. دوهرتي، دكتور في الفلسفة، وسوزان ه. ماك دانيل، دكتورة في الفلسفة، وماكاران أ. بيرد، دكتور في الطب، ولخص في صحيفة "مستقبل الرعاية الصحية السلوكية" Behavioral Health Care Tomorrow، عدد تشرين الأول/أكتوبر، 1996، ص. 25-28:

المستوى الأول: التعاون الأدنى

يعمل اختصاصيو الصحة النفسية واختصاصيو الرعاية الصحية الآخرون في منشآت منفصلة، ووفق أنظمة مختلفة، ونادرًا ما يتواصلون في شأن حالة ما.

المستوى الثاني: التعاون الأساسي عن بعد

يتبع مؤتمو الرعاية أنظمة مختلفة في مواقع منفصلة، ولكنهم يتواصلون دوريًا حول المرضى المشتركين، غالبًا عبر الهاتف أو بالرسائل. وتدور كل اتصالاتهم حول مسائل محددة متعلقة بالمرضى. وينظر كل من اختصاصيي الصحة النفسية واختصاصيي الصحة الآخرين إلى بعضهم البعض على أنهم موارد، ولكنهم يعملون كل في عالمه، ولا يتشاركون إلا القليل من المسؤوليات، والقليل من الفهم لثقافات بعضهم البعض، والقليل من القوة.

المستوى الثالث: التعاون الأساسي في الموقع

يعمل اختصاصيو الصحة النفسية واختصاصيو الرعاية الصحية الآخرون وفق أنظمة مختلفة ولكن في المنشأة نفسها. ويتواصلون دوريًا حول المرضى المشتركين، غالبًا عبر الهاتف أو بالرسائل، ولكنهم يجتمعون أيضًا من حين لآخر وجهًا لوجه نظرًا لقرب المسافة بينهم. ويفتر كل منهم دور الآخر، وقد يتمتعون بالشعور بالانتماء إلى فريق أكبر، وإن لم يكن محددًا تحديدًا واضحًا، إلا أنهم لا يتكلمون اللغة نفسها ولا يتقن واحدهم الفهم العميق نفسه لعالم الآخر. وكما في المستويين الأول والثاني، يتمتع الأطباء المتخصصون بقدر أعلى من القوة والتأثير على معالجة الحالات واتخاذ القرارات من الاختصاصيين الآخرين، الذين قد يزعجهم هذا الواقع.

المستوى الرابع: التعاون الوثيق في نظام مدمج جزئيًا

يتشارك اختصاصيو الصحة النفسية واختصاصيو الرعاية الصحية الآخرون الموقع نفسه وبعض الأنظمة، مثل جداول الأعمال والتخطيط. ويتواجهون دوريًا لمناقشة حالات معينة، ويستشير واحدهم الآخر، ويضعون مخططات علاج تعاونية للحالات الصعبة، ويتمتع كل منهم بفهم وتقدير أساسيين لدور الآخر وثقافته. ويتشاركون الولاء لنموذج من الأنظمة الحيوية النفسية الاجتماعية. غير أن العمل الحسي يبقى مختلفًا أحيانًا، وتُعقد اجتماعات تشكيل الفرق عند الحاجة فقط، وقد يوجد بعض التمييز العملي مثل الدفع مقابل خدمات الصحة النفسية دون الخدمات الطبية. وقد يكون ثمة ضغوطات عالقة ولكن غير مستحيلة في شأن القوة والتأثير اللذين يتمتع بهما الأطباء بالنسبة إلى الفريق التعاوني.

المستوى الخامس: التعاون الوثيق ضمن نظام مدمج كليًا

يتشارك اختصاصيو الصحة النفسية واختصاصيو الرعاية الصحية الآخرون الموقع نفسه، والرؤيا نفسها، والأنظمة نفسها في شبكة متماسكة من الخدمات الحيوية النفسية الاجتماعية. ويتوقع مؤتمو الرعاية والمرضى الأمر نفسه من فريق يقدم الوقاية والعلاج. وكل الاختصاصيين ملتزمون بنموذج من الأنظمة الحيوية النفسية الاجتماعية وقد طور كل منهم فهمًا عميقًا لدور الآخر وثقافته. كذلك تُعقد اجتماعات دورية تعاونية للفرق بهدف مناقشة مسائل المرضى ومسائل التعاون بين الفرقاء على حدّ سواء. وتبذل الجهود المقصودة للمحافظة على توازن القوى والتأثير بين كافة الاختصاصيين وفق أدوارهم ومجالات خبرتهم.

للمزيد من المعلومات: www.ibhp.org/index.php?section=pages&cid=85

المبادرة الكندية للصحة النفسية التعاونية نظام الرعاية الصحية النفسية التعاونية

تصف الرعاية الصحية النفسية التعاونية مجموعة من نماذج العمل، يعمل فيها المستفيدون وعائلاتهم ومؤتمرو رعائتهم، مع مؤمني الرعاية الصحية من مختلف مراكز الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية النفسية، كلٌ بحسب ما يتمتع به من تجربة وتدريب ومعرفة وخبرة، بدأً بيد لتعزيز الصحة النفسية وتأمين الخدمات الأكثر تنسيقاً وفعاليةً للأشخاص ذوي الحاجات الصحية النفسية. وقد وُضع نظام نظريّ مرتكز على الأبحاث السابقة وعلى تحليل مبادرات الرعاية الصحية النفسية التعاونية الموجودة لتحقيق ما يلي:

- إدخال عناصر أساسية للرعاية الصحية النفسية التعاونية
- توجيه النقاش في المبادرة الكندية للصحة النفسية التعاونية
- البحث عن الوثائق
- تحديد الحاجة إلى الأبحاث المستقبلية

المبادئ الأساسية

السياسات والقوانين وأنظمة التمويل والأموال

ينبغي أن تكون السياسات والقوانين وأنظمة التمويل متوافقة مع مبادئ الرعاية الصحية النفسية التعاونية، وأن تتوفر الأموال الكافية لتسهيل تطبيق المبادرات التعاونية. ومنذ العام 2000، ازداد الدعم لمفهوم الرعاية الصحية النفسية التعاونية، على حدّ ما تعكسه السياسات والقوانين والمخصصات المالية. غير أنّ ثمة حواجز مرتبطة بالسياسات تقف عائقاً أمام الرعاية الصحية النفسية التعاونية. ويمكن تقسيم هذه الحواجز إلى فئتين كبيرتين. أما الفئة الأولى فتشمل الجهود البذولة حالياً في إصلاح أنظمة الرعاية الصحية الأولية والنفسية. وتظهر التحديات عندما يغيب عنصر التنسيق بين استراتيجيات الإصلاح. وأما الفئة الثانية فتضمّ القوانين والسياسات من حيث ارتباطها بالموارد الصحية البشرية، وبصورة خاصة المسائل المرتبطة بالأجور، ومجال الممارسة، وبرامج المسؤولية.

البحث والمجتمع

ينبغي أن تنبثق مبادرات الرعاية الصحية النفسية التعاونية أيضاً عن أبحاث مرتكزة على البراهين، من خلال تحديد وتطبيق الممارسات الفضلى، وأن تُبنى على أساس حاجات المجتمعات الفردية ومواردها.

العناصر الأساسية

يمكن تحديد الرعاية الصحية النفسية التعاونية بأربعة عناصر أساسية: بلوغها، وبنيتها التعاونية، وغنى التعاون فيها، وتمحورها حول المستفيدين.

بلوغها

تحقق الرعاية الصحية النفسية التعاونية أهدافها بزيادة قدرة الأشخاص على **بلوغ** الخدمات الصحية النفسية. ويشمل ذلك تعزيز الصحة النفسية، والوقاية من المرض، وكشف المرض وعلاجه في مراكز الرعاية الصحية الأولية أو "الإتيان بالخدمات إلى أماكن قريبة من المنزل". وتُمارس الرعاية الصحية النفسية التعاونية في مجموعة من الأماكن تشمل مراكز الصحة المحلية، ومكاتب مؤمني الرعاية الصحية، ومنازل الأفراد، والمدارس، والمنشآت التصحيحية، أو في مواقع محلية مثل الملاجئ. وتختلف هذه الأماكن بحسب حاجات كل فرد ومراجعته، وبحسب معرفة مؤمني الرعاية وتدريبهم ومهاراتهم. وقد يشمل التعاون التقييم المشترك أو تقديم الرعاية بحضور عدة مؤمني رعاية مع المستفيد وعائلته والمسؤولين عن رعايته عندما يكون ذلك ملائماً، أو قد تُمارس بالتواصل عبر الهاتف أو بواسطة الرسائل الخطية. ويتعبير آخر، لا يتطلب التعاون الفعال أن يكون مؤتمنو الرعاية موجودين في المكان نفسه.

ويمكن تأمين الخدمات الصحية النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية بعدة وسائل، منها:

- تأمين الرعاية الصحية النفسية المباشرة في مراكز الرعاية الصحية الأولية أو
- تأمين الدعم الصحي النفسي غير المباشر لمؤمني الرعاية الصحية الأولية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

في الأولى، يؤمن اختصاصي في الصحة النفسية الرعاية الصحية النفسية؛ 1 وفي الثانية، يؤمن الرعاية الصحية النفسية أحد مؤمني الرعاية الصحية الأولية، ويدعمه أو يوجه اختصاصي في الصحة النفسية. ومن الاستراتيجيات التي اقترحتها مختلف مبادرات الرعاية الصحية النفسية التعاونية لتأمين خدمات الصحة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية ما يلي:

- يقدم اختصاصي في الصحة النفسية الرعاية الصحية النفسية المباشرة في مركز الرعاية الصحية الأولية:
- زيارات وفق المواعيد في مراكز الرعاية الصحية الأولية
- خدمات الرعاية الصحية الأولية والنفسية في موقع واحد
- يقدم اختصاصي في الصحة النفسية الرعاية الصحية النفسية غير المباشرة في مركز الرعاية الصحية الأولية عبر دعم مؤمن الرعاية الصحية الأولية رسمياً أو بصورة غير رسمية.

البنى التعاونية

تعترف مبادرات الرعاية الصحية النفسية التعاونية الناجحة بالحاجة إلى **أنظمة** و**بنى** لدعم التعاون.

أولاً، سوف يتولى مؤمنو الرعاية إنشاء بنية تنظيمية أو المشاركة في **بنية** تنظيمية من شأنه تحديد الطرق التي اتفق الأشخاص على العمل بموجبها. ويمكن هذه البنية أن تكون:

- رسمية (أي تشمل اتفاقات للخدمة، ومراكز تنسيق، وشبكات تعاونية)
- غير رسمية (أي تشمل اتفاقات شفوية بين مؤمني الرعاية).

ثانياً، يعدل مؤمنو الرعاية أو يضعون أنظمة من شأنها أن تحدد كيف يتفوقون على أداء بعض المهمات الأساسية في الرعاية الصحية النفسية التعاونية، مثل:

- استراتيجيات الإحالة (أي الاستثمارات، وشبكات الإحالة)
- تكنولوجيا المعلومات (أي سجلات إلكترونية للمرضى، وتبادل المعلومات عبر الإنترنت، وعقد الاجتماعات عن بعد أو عبر الشاشة، واستعمال البريد الإلكتروني ولائحة الاتصالات)
- التقييم (أي إعداد أدوات تقييم والاتفاق على الاستعمال المشترك لبعض أدوات التقييم، والمنهجيات، وبرامج الكمبيوتر)

غنى التعاون

من المواصفات الجوهرية للرعاية الصحية النفسية التعاونية الفعالة، **غنى التعاون** بين شركاء الرعاية الصحية، بمن فيهم مؤمنو الرعاية الصحية الأولية والنفسية، والمستفيدون، والمسؤولون عن الرعاية. أما مميزات غنى التعاون فمناها:

- تشارك المعلومات بين شركاء الرعاية الصحية عبر مبادرات تعليمية مختلفة، مثل:
 - المقررات والمحاضرات والدروس الخصوصية والحلقات الدراسية والدورات ومناقشة الحالات والتدريب الداخلي وورش العمل والندوات
 - المواد التعليمية مثل أوراق البحث والدراسات والكتب والكتيبات.
- ضم شركاء رعاية صحية من مجموعة أوسع من الاختصاصات (مرضى وعاملين اجتماعيين واختصاصيين تغذية واختصاصيين في طب العائلة وعلماء نفس وأطباء نفسيين عقلانيين وصيدلة ومعالجين للمهن وعاملين في دعم الأتراب)
- التواصل بين شركاء الرعاية الصحية جميعهم.

التحور حول المستفيدين

تشكل حاجات المستفيدين جوهر الرعاية الصحية النفسية التعاونية. ويقضي **التمحور حول المستفيدين** بإشراك هؤلاء في كافة أوجه رعايتهم، من الخيارات العلاجية إلى تقييم البرنامج، وتصميم المبادرات بحيث تلبي حاجات جماعات معينة، وبصورة خاصة الأشخاص الذين لا يبالغون في الخدمة الكافية أو الذين يحتاجون إلى قدر كبير من الرعاية الصحية

- النفسية والأولية معاً. وتشدّد مبادرات الرعاية الصحية النفسية التعاونية أكثر فأكثر على دور المستفيدين عبر تخصيص الوقت والموارد للمستفيد و/أو للمسؤول عن رعايته:
- التعليم (مثلاً المواد التعليمية، والدورات، ومراكز المعلومات)
 - دعم الأتراب
 - المشاركة في تطوير مبادرات الرعاية الصحية النفسية التعاونية (مثلاً تشكيل جماعات المناقشة واللجان)
 - وفي تطوير تقييم البرنامج وتطبيقه (مثلاً تصميم أداة التقييم، ودور المستجوب والمستجوب في المقابلة)
 - المشاركة في أقلمة تعزيز الصحة النفسية والتدخلات العلاجية للأفراد.

الخاتمة

تتأثر الرعاية الصحية النفسية التعاونية بصورة خاصة بهذه النقاط الأساسية: السياسات والقوانين والأبحاث وحاجات المجتمع وموارده. أما العناصر الأربعة التي تحدّد الرعاية الصحية النفسية التعاونية فهي: بلوغها، وبنيتها التعاونية، وغنى التعاون فيها، وتمحورها حول المستفيدين. وفي الأوراق اللاحقة التي تتناول الوضع الحاليّ للرعاية الصحية النفسية التعاونية، سوف تدور المناقشة في إطار هذه النقاط الأساسية والعناصر الأربعة. كذلك سوف تأتي سلسلة أدوات التطبيق وميثاق الرعاية الصحية النفسية التعاونية ضمن هذا الإطار.

للمزيد من المعلومات:

المبادرة الكندية للصحة النفسية التعاونية

شيريل دي سوزا

معهد أطباء الأسرة في كندا (راعي المشروع)

2630 جادة سكايمارك، ميسيساوغا، أونتاريو

كندا ل4و5أ4

هاتف: 629-0900 (905)

البريد الإلكتروني: info@ccmhi.ca

<http://www.ccmhi.ca/>

مؤسسة هونغ للصحة النفسية الرعاية الصحية المدمجة

ما هي الرعاية التعاونية؟

الرعاية التعاونية نموذج للرعاية الصحية المدمجة، يعمل فيها مؤمنو الرعاية الصحية البدنية والنفسية بالشراكة لمعالجة الاضطرابات النفسية الحميدة إلى المتوسطة ولتخفيف الاضطرابات النفسية العقلية الحادة في مركز الرعاية الأولية.

كيف يمكن تكييف نموذج الرعاية التعاونية بحيث يلائم الحاجات الفريدة لمنظمة ما؟

يتمتع نموذج الرعاية التعاونية بالكثير من المرونة، حتى في تنفيذ العناصر الضرورية. ويمكن المنظمات أن تنشئ وتنفذ نظام رعاية تعاونية يعكس مواردها التنظيمية وحاجات مرضاها.

جماعات التشخيص

ركزَ معظم الأبحاث حول نماذج الرعاية التعاونية على معالجة الإحباط. إلا أن الأبحاث المتقدمة أظهرت أن مقارنة الرعاية التعاونية مفيدة في تشخيص أمراض أخرى، كما يوافق خبراء الرعاية التعاونية على أنها قد تفيد في معالجة عدة أنواع من الاضطرابات النفسية العقلية الحميدة إلى المتوسطة أو استقرار الاضطرابات النفسية العقلية الحادة في مركز الرعاية الأولية.

تحديد المرضى

يمكن تحديد الأشخاص ذوي الحاجات الصحية النفسية بعدة طرق. فبعض مؤمني الرعاية يفضل استعمال أداة للمسح المعياري لإجراء المسح على كل مرضى الرعاية الأولية لتقصي المشاكل الصحية النفسية. أما البعض الآخر فيعتمد على وسائل غير رسمية لتحديد المرضى الذين يشبه بأن لديهم حاجات صحية نفسية. ولكل من المقاربتين تكاليفها ومنافعها. فيروتوكولات المسح تكشف بصورة فضلى المشاكل الصحية النفسية ولكنها قد تكون مكلفة وتستغرق وقتاً طويلاً. أما الكشف غير الرسمي فيشكل عبئاً أقل على فريق عمل الرعاية الأولية إلا أنه قد يخفض معدل كشف المشاكل الصحية النفسية. وتتوقف المقاربة الفضلى على موارد المنظمة.

أدوات التقييم

تعتبر أي أداة تغطي الأمراض النفسية العقلية التي تُعالج في مركز الرعاية الأولية ملائمة، شرط أن تتمتع بخصائص القياسات النفسية المناسبة (أي أن تكون صالحة ويعتمد عليها بالنسبة إلى الفئة المستهدفة من الأشخاص). ويخضع المرضى لأداة التقييم دورياً فيستطيع مدير الرعاية العيادية مراقبة تفاعلهم مع العلاج.

وتختلف أداة التقييم عن أداة المسح. فالنتيجة الإيجابية التي تُظهرها أداة المسح تنبّه الطبيب إلى أن المريض ربّما يعاني بعض الصعوبات. عندئذٍ تُستعمل أداة التقييم لتأكيد هذا الواقع وتحديد طبيعة المشكلة التي يعانيها المريض. ويكمل الطبيب نتائج أداة التقييم بأسئلة إضافية لتأكيد التشخيص.

التدخلات

إن أكثر التدخلات شيوعاً في علاج المشاكل الصحية النفسية في مراكز الرعاية الأولية هي الأدوية المعدلة للمزاج. فيصف طبيب الرعاية الأولية أو أي عضو مؤهل من فريق العمل (مثلاً ممرض ممارس) دواءً مضاداً للإحباط أو أي دواء آخر مناسب، ويقوم مدير الرعاية بمراقبة تفاعل المريض مع الدواء والتزامه به.

وعندما يكون التدخل بالعلاج الدوائي قد تتطلب المنظمة من مؤمني الرعاية لديها أن يستعملوا جدولاً للحسابات الدوائية لتوجيه اختيار الدواء وتحديد الجرعات. وتتوافر نماذج كثيرة لجدول الحسابات الدوائية لمن يهّمه اعتمادها من المنظمات.

وقد تتضمن نماذج الرعاية التعاونية أيضاً تدخلًا مختصرًا عبر علاج نفسي مبني على البراهين. وقد استُعملت عدة علاجات نفسية مختصرة مبنية على البراهين في مركز الرعاية الأولية، ومنها العلاج الإدراكي السلوكي، والعلاج

بالتفاعل الإنساني، والعلاج بحلّ المشاكل. ومن الخيارات العلاجية للأطفال أيضاً إدارة السلوك والعلاجات المبنية على البراهين المتعلقة بها. ويمكن أن يقود هذه العلاجات مدراء الرعاية العيادية ممن يتمتعون بالكفاءة اللازمة أو اختصاصي في الصحة النفسية موجود في الموقع نفسه.

ويُعتبر العلاج النفسي وإدارة السلوك مقاربتين بغاية الأهمية لمعالجة الأطفال. وبحسب التشخيص، قد لا يكون العلاج الدوائي الخيار العلاجيّ الأول للأطفال، نظراً للمخاوف المرتبطة بسلامة استعمال الأدوية المعدلة للمزاج عند الأطفال وفعالية هذه الأدوية.

مدير الرعاية العيادية

يمكن تدريب مختلف الاختصاصيين أو الاختصاصيين الثانويين ليصبحوا مدراء ناجحين للرعاية. فقد استخدم عدد كبير من الأبحاث والدراسات حول الرعاية التعاونية اختصاصيين مجازين لهذا الدور، بمن فيهم الممرضين، والممرضين الممارسين، والعاملين الاجتماعيين أو العلماء النفسيين الحاملين شهادات الماجستير، والعلماء النفسيين الحاملين شهادات الدكتوراه. ويمكن هؤلاء الاختصاصيين أن يؤمنوا العلاج النفسي المختصر أيضاً إذا توافرت هذه الخدمة في العيادة.

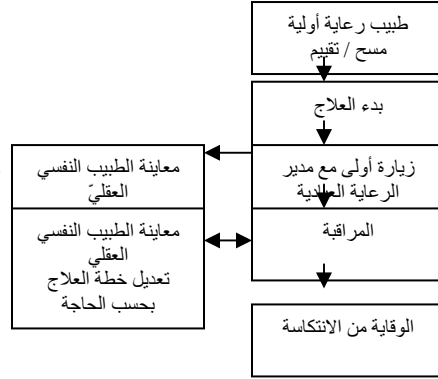
أما الاختصاصيون الثانويون فيمكن تدريبهم ليؤدوا دور مدير الرعاية العيادية متى اقتضت مسؤوليتهم على مراقبة التزام المرضى بالعلاج وتفاعلهم معه، وتزويد المرضى بالمعرفة حول مرضهم. والاختصاصيون الثانويون هم من حملة الإجازات ويتمتعون ببعض الخبرة العيادية، مثل الممرض الممارس المجاز.

مراقبة العلاج

عندما يكون الاتصال وجهاً لوجه غير عمليّ أو غير ممكن، يمكن مدراء الرعاية العيادية العمل مع المرضى عبر وسائل أخرى، مثل الاتصال عبر الهاتف أو عبر الشاشة. كذلك يمكن إجراء المعاينة مع الطبيب النفسي العقليّ بهذه الوسائل.

تسجيل المرضى

يمكن تسجيل المرضى لرصد ذوي الحاجات الصحية النفسية بعدة طرق. فيمكن إدراجهم ضمن قاعدة البيانات العيادية الموجودة طالما أنها تشمل المعلومات الضرورية وأن مدراء الرعاية قادرين على سحب المعلومات التي يريدونها.



فر

س

ليس إبداعاً كبيراً في البرهان. ويسبب إدمان الكحول والبرهان من --- منظمة للمنظمات التي يقع فيها مقرّ كلّ من مدير الرعاية وطبيب الرعاية الأولية والطبيب النفسي العقلي في أماكن منفصلة. وبالتالي تنتج السجلات على الشبكة لأيّ عضو من الفريق أن يدخل الشبكة من أيّ حاسوب موصول على الإنترنت لإدخال المعلومات أو للاطلاع على تقدّم المريض وهكذا يسهل التواصل.

مؤمنو الصحة النفسية المتخصصون

من الضروري أن يشرف طبيب نفسي عقليّ أسبوعياً على مدير الرعاية العيادية عندما يتطلب التدخل أدوية معدلة للمزاج. وفي بعض نماذج الرعاية التعاونية، يتوافر الأطباء النفسيون العقليون ليلتوا استشارة طبيب الرعاية الأولية المباشرة حول المرضى ذوي الحالات الصعبة.

ويمكن تصميم نموذج الرعاية التعاونية أيضاً بحيث يعمل مؤمنو الصحة النفسية في مركز الرعاية الأولية مع مرضى الرعاية التعاونية مباشرةً. وقد يتولى أطباء نفسيون عقليون إدارة الأدوية. أما الإرشاد أو العلاج النفسي المختصر المبني على البراهين فقد يؤمنهما علماء النفس والعاملون الاجتماعيون وأعضاء آخرون يتمتعون بالكفاءة. وعندما يتضمّن التدخّل لدى المريض علاجاً نفسياً مختصراً مبنياً على البراهين، عندئذٍ قد يكون من المفيد أن يشرف على حالته طبيب ذو خبرة (مثلاً عالم نفسيّ حائز على دكتوراه).

للمزيد من المعلومات:

مؤسسة هوغ للصحة النفسية

جامعة تكساس في أوستين

ص.ب. 7998

أوستين، تكساس 78713-7998 الولايات المتحدة

هاتف: 512-471-5041

Hogg-Info@austin.utexas.edu

<http://www.hogg.utexas.edu>

عشرة مبادئ للدمج

(دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية - نظرة مستقبلية شاملة (2008) منظمة الصحة العالمية / المنظمة العالمية لأطباء الأسرة ص.49-55)

بعد التحليل والتفسير الذي أجرته منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لأطباء الأسرة على هذه الممارسات الفضلى، حدّدتا 10 مبادئ مشتركة يمكن تطبيقها على كلّ محاولات دمج الصحة النفسية. وهذه المبادئ العشرة "غير قابلة للتفاوض" بالنسبة إلى الرعاية الصحية النفسية الأولية المدمجة، مهما اختلفت السياقات السياسية والاقتصادية ومستويات الأنظمة الصحية.

1. ينبغي أن تتضمن السياسات والمخططات الرعاية الأولية للصحة النفسية.

من أساسيات النجاح، الالتزام الحكوميّ بالرعاية الصحية النفسية المدمجة تجسده سياسة وتشريعات رسمية. ويمكن تسهيل الدمج ليس بواسطة سياسة الصحة النفسية فحسب، بل أيضاً بواسطة سياسة الصحة العامة التي تشدّد على خدمات الصحة النفسية على مستوى الرعاية الأولية. وربما تكون الإرشادات الوطنية أساسية أيضاً في تشجيع التحسين وصلقه. وفي المقابل، يساعد تحديد الحاجات على الصعيد المحليّ في إطلاق عمليّة من شأنها أن تثمر وتزدهر مع التسهيلات الحكومية المرافقة لها.

2. المناداة ضرورية لتوجيه المواقف والتصرّفات.

إنّ المناداة من الأوجه الهامة لدمج الصحة النفسية. فيمكن استعمال المعلومات بطرق مدروسة واستراتيجية بهدف التأثير في الآخرين ودفعهم إلى التغيير. أما الوقت والمجهود فهما ضروريان لتوعية القيادات السياسية الوطنية والمحلية، والسلطات الصحية، والإدارات، والعاملين في الرعاية الأولية على أهمية دمج الصحة النفسية. ومن الحجج الهامة على هذا الصعيد، إحصائيات انتشار الاضطرابات النفسية، والعبء الذي تفرضه إذا لم تعالج، وانتهاك حقوق الإنسان الذي غالباً ما يحدث في مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية، ووجود علاجات فعالة في الرعاية الأولية.

3. من الضروري إخضاع العاملين في الرعاية الأولية للتدريب الملائم.

من المتطلبات المسبقة لدمج الصحة النفسية، إخضاع العاملين في الرعاية الأولية للتدريب حول مسائل الصحة النفسية، وذلك إما قبل بدئهم بالخدمة و/أو في خلاله. ولكن على العاملين الصحيين أيضاً أن يمارسوا مهاراتهم ويخضعوا لإشراف اختصاصيين من وقتٍ لآخر. أما نماذج الرعاية التعاونية أو المشتركة، التي تجري فيها معاينات وتدخّلات مشتركة من قبل عمليي الرعاية الأولية واختصاصيي الصحة النفسية فهي طريقة واعدة جداً لتأمين التدريب والدعم المستمرين.

4. ينبغي أن تكون مهمات الرعاية الأولية محدودة وقابلة للتنفيذ.

نموذجياً، يعطي عاملو الرعاية الأولية أفضل ما عندهم عندما تكون مهمات الصحة النفسية الواقعة على عاتقهم محدودة وقابلة للتنفيذ. أما القرارات المتعلقة بأوجه معيّنة من المسؤولية فينبغي أن تُتخذ بعد التشاور مع مختلف المسؤولين في المجتمع، وتقييم الموارد البشرية والمالية المتوافرة، والأخذ في الاعتبار بنقاط القوة ونقاط الضعف المتعلقة بالنظام الصحي الحالي الذي يبرع في معالجة الصحة النفسية. ويمكن توسيع مهام عمليي الرعاية الأولية كلما اكتسب هؤلاء المهارات والثقة بالنفس.

5. ينبغي أن يتوافر اختصاصيو الصحة النفسية ومنشآتها لدعم الرعاية الأولية.

إنّ دمج خدمات الصحة النفسية في الرعاية الأولية أساسي ولكن ينبغي أن يترافق مع خدمات أخرى مكتملة، لا سيّما مكونات الرعاية الثانوية التي يمكن عمليي الرعاية الأولية الرجوع إليها لإحالة المرضى أو لطلب الدعم والإشراف. ويمكن أن يؤمّن هذا الدعم مراكز الصحة النفسية في المجتمع، أو مستشفيات المستوى الثانوي، أو الممارسون ذوو المهارات والعاملون بصورة خاصة ضمن نظام الرعاية الأولية. وقد يختلف الاختصاصيون من ممرضى الطب النفسيّ العقليّ إلى الأطباء النفسيين العقليين.

6. ينبغي أن يتمكن المرضى من الحصول على الأدوية المعدلة للمزاج الأساسية في الرعاية الأولية. من الضروري أن يتمكن المرضى من الحصول على الأدوية المعدلة للمزاج الأساسية ليكون دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية ناجحاً. ويتطلب ذلك أن توزع البلدان الأدوية المعدلة للمزاج مباشرة على منشآت الرعاية الأولية بدلاً من أن تحصل عليها بواسطة المستشفيات النفسية العقلية. كذلك على البلدان أن تراجع قوانينها وأنظمتها وتجدها لتتيح لعاملي الرعاية الأولية وصف الأدوية المعدلة للمزاج وتسليمها للمرضى، لا سيما في الأماكن التي يقل فيها اختصاصيو الصحة النفسية والأطباء النفسيون.

7. الدمج ليس حدثاً بل مسيرة.

حتى في وجود سياسة محددة، فإن الدمج يتطلب الوقت ويتضمن نموذجاً لسلسلة من التطورات. فالاجتماعات مع مختلف الفرقاء المعنيين أساسية، وفي بعض الحالات ينبغي تخطي الكثير من التردد والمقاومة. وبعد أن تنال فكرة الدمج الموافقة العامة، يبقى عملٌ كثير. فالعاملون الصحيون يحتاجون إلى التدريب وقد تدعو الحاجة إلى استخدام موظفين إضافيين. وقبل أن يُصار إلى أي من هذا، لا بدّ نموذجياً من الموافقة على الميزانية وتخصيصها.

8. من الضروري وجود منسق لخدمة الصحة النفسية.

قد يؤدي دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية إلى فتح أبواب وفرص جديدة، وتغيير اتجاهه أو حتى عكسه، وحدوث مشاكل غير متوقعة قد تهدد نجاح البرنامج أو حتى حياته. لذلك فإن دور منسقي الصحة النفسية أساسية في إدارة دفة البرامج بين هذه التحديات وفي الدفع قدماً بمسيرة الدمج.

9. ينبغي التعاون مع القطاعات الحكومية غير الصحية الأخرى، والمنظمات غير الحكومية، والعاملين الصحيين في القرية أو المجتمع المعني، والمتطوعين.

يمكن القطاعات الحكومية غير العاملة في مجال الصحة أن تعمل بنجاح مع قطاع الرعاية الأولية لمساعدة المرضى المصابين باضطرابات نفسية في الحصول على المبادرات التربوية والاجتماعية والوظيفية المطلوبة لشفائهم وانماجهم التام في مجتمعهم. وغالباً ما تؤدي المنظمات غير الحكومية والعاملون الصحيون في القرية أو المجتمع المعني والمتطوعون دوراً هاماً في دعم الرعاية الأولية للصحة النفسية. ويمكن اختيار عاملين صحيين من القرية أو المجتمع المعني ليحددوا ذوي الاضطرابات النفسية ويحيلوهم إلى منشآت الرعاية الأولية. أما المنظمات غير الحكومية الواقعة في المجتمع المعني فيمكنها مساعدة المرضى ليصبحوا أكثر إفادة وأقلّ احتياجاً إلى الاستشفاء.

10. ثمة حاجة إلى الموارد المالية والبشرية.

مع أنّ مردودية الرعاية الأولية للصحة النفسية على الكلفة جيّدة، غير أنّ إنشاء خدمة ما والمحافظة على استمراريتها يتطلبان موارد مالية. فينبغي تغطية تكاليف التدريب كما قد تدعو الحاجة إلى المزيد من العاملين الصحيين في الرعاية الأولية أو في المجتمع المعني. كذلك ينبغي استخدام اختصاصيين في الصحة النفسية ليؤمنوا الدعم والإشراف.

للمزيد من المعلومات:

منظمة الصحة العالمية / المنظمة العالمية لأطباء الأسرة (وونكا)

دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية – نظرة مستقبلية شاملة

http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare.pdf?nav_id=339

الصحة النفسية: تقوية تعزيز الصحة النفسية

لا صحة من دون الصحة النفسية

- إنَّ البعد الأساسي للصحة النفسية واضح في التعريف الذي أوردته منظمة الصحة العالمية للصحة في دستورها: "الصحة هي حالة من الرفاهة التامة البدنية والنفسية والاجتماعية، وليست فقط غياب المرض أو العجز". والصحة النفسية جزء لا يتجزأ من هذا التعريف.
- ويمكن تطبيق أهداف وأعراف الصحة العامة وتعزيز الصحة تطبيقاً مفيداً في ميدان الصحة النفسية كما طبقت في الوقاية من أمراض القلب والأوعية والأمراض الخمجية على سبيل المثال.

الصحة النفسية هي أكثر من غياب الاضطرابات النفسية

- يمكن تفسير مفهوم الصحة النفسية بأنه حالة من الرفاهة، يعي فيها الفرد قدراته الشخصية ويمكنه التعامل مع ضغوطات الحياة الاعتيادية ويستطيع ممارسة عمل منتج ومثمر ويقدر على المساهمة في بناء مجتمعه.
- انطلاقاً من هذا المعنى الإيجابي، تشكل الصحة النفسية أساس الرفاهة والفعالية للفرد وللمجتمع. ويتجانس هذا المفهوم للصحة النفسية مع كلِّ التفسيرات المتنوعة التي تعطي لها من ثقافةٍ إلى أخرى.
- يتضمّن تعزيز الصحة النفسية مجموعة من مختلف الاستراتيجيات تهدف كلها إلى التأثير إيجابياً في الصحة النفسية. ويتطلب تعزيز الصحة النفسية، مثل تعزيز الصحة بصورة عامة، نشاطاتٍ تؤمّن بيئةً وظروفاً حياتية من شأنها أن تدعم الصحة النفسية وتتيح للأشخاص اعتماد نمط حياة صحيّ مستمرّ. ويتضمّن ذلك سلسلة من النشاطات التي تزيد فرص تحسين الصحة النفسية لعددٍ أكبر من الأشخاص.

تخضع الصحة النفسية لعوامل اجتماعية اقتصادية وبيئية.

- تخضع الصحة النفسية والاضطرابات الصحية النفسية لعوامل اجتماعية ونفسية وحيوية متعدّدة ومتشابكة، تماماً مثل الصحة والمرض بصورة عامة.
- أبرز هذه العوامل مرتبط بمؤشرات الفقر، بما فيه تدني المستويات العلمية، وأشار بعض الدراسات إلى ارتباطها بتدني حالة السكن وانخفاض الدخل. فالعوائق الاجتماعية الاقتصادية المتصاعدة والمستمرّة للأفراد والمجتمعات هي من المخاطر المعترف بها على الصحة النفسية.
- أكثر العوامل تأثيراً في الأشخاص والتي تساهم في تعرّضهم لاضطرابات الصحة النفسية قد تكون عدم الشعور بالأمان وفقدان الأمل، والتغيّر الاجتماعي السريع، ومخاطر العنف والأمراض البدنية.
- إنَّ الجوّ الذي يحترم الحقوق الأساسية السياسية والاجتماعية الاقتصادية والثقافية أساسي لتعزيز الصحة النفسية. وفي غياب الأمان والحرية اللتين تؤمّنهما هذه الحقوق، من الصعب المحافظة على مستوى عالٍ من الصحة النفسية.

الصحة النفسية مرتبطة بالسلوك

- قد تتفاعل المشاكل النفسية والاجتماعية والسلوكية فتتفاقم مفاعيلها على السلوك والرفاهة.
- من الصعب التعامل مع إدمان المواد السامة والعنف وسوء معاملة المرأة والأطفال من جهة ومع المشاكل الصحية كفيروس نقص المناعة البشري والأيذز والإجباط والقلق من جهةٍ أخرى، ويصبح التعامل معها

أصعب في ظلّ البطالة المرتفعة والدخل المنخفض والتعليم المتدني وظروف العمل المجهدة والتفرقة الجنسية والتهميش الاجتماعي ونمط الحياة غير الصحي وانتهاك حقوق الإنسان.

إظهار قيمة تعزيز الصحة النفسية وإيضاحه

○ ينبغي ألا تتعلق سياسات الصحة النفسية الوطنية باضطرابات الصحة النفسية فقط، بل عليها أيضاً أن تعترف بالمسائل الأوسع التي تعزز الصحة النفسية وتعمل على معالجتها. وتشمل هذه المسائل العوامل الاجتماعية الاقتصادية والبيئية المذكورة أعلاه، بالإضافة إلى السلوك. ويقضي ذلك بوضع تعزيز الصحة النفسية بين أساسيات السياسات والبرامج في القطاعات الحكومية والعملية بما فيها قطاع التربية والعمل والعدل والنقل والبيئة والإسكان والرفاه، بالإضافة إلى قطاع الصحة. وممن لهم أهمية خاصة في هذا المجال صانعو القرارات في الحكومات على المستويين المحلي والوطني، الذين قد تؤثر نشاطاتهم في الصحة النفسية أكثر مما يدركون.

ثمة تدخلات فعالة بالنسبة إلى كلفتها لتعزيز الصحة النفسية حتى عند الشعوب الفقيرة

تشمل التدخلات ذات الكلفة المنخفضة والفعالية المرتفعة المبنية على البراهين ما يلي:

- التدخل في سنّ مبكرة (مثلاً القيام بزيارات منزلية للنساء الحوامل، والتدخل النفسي الاجتماعي قبل سنّ الدراسة، والتدخل على المستويين الغذائي والنفسي الاجتماعي معاً عند الشعوب الأقل حظاً).
- الدعم للأطفال (مثل برامج بناء المهارات، وبرامج التنمية للأطفال والشباب).
- تمكين المرأة على الصعيد الاجتماعي الاقتصادي (مثل تحسين حصولها على العلم وعلى القروض الصغيرة).
- الدعم الاجتماعي للكبار في السنّ (مثل مبادرات المصادقة، وإنشاء مراكز اجتماعية ومراكز نهائية للكبار في السن).
- برامج تستهدف الجماعات الأكثر تعرّضاً، بمن فيهم الأقليات والسكان المحليين والمهاجرين والأشخاص الذين تعرّضوا للحروب والكوارث (مثل التدخلات النفسية الاجتماعية بعد الكوارث).
- نشاطات لتعزيز الصحة النفسية في المدارس (مثلاً برامج تدعم التغييرات البيئية في المدارس، والمدارس الصديقة للأطفال).
- التدخلات الصحية النفسية في العمل (مثلاً برامج الوقاية من الإجهاد).
- سياسات الإسكان (مثل تحسين السكن).
- برامج الوقاية من العنف (مثل مبادرات سياسية داخل المجتمع المعني).
- برامج للتنمية المجتمعية (مثل مبادرات "المجتمعات التي تهتم"، والتنمية الريفية المدمجة).

منظمة الصحة العالمية تعمل مع الحكومات لتعزيز الصحة النفسية

- تحتاج الحكومات بهدف تطبيق هذه التدخلات الفعالة إلى اعتماد إطار عمل للصحة النفسية كالذي يُستعمل لتعزيز مجالات التنمية الصحية والاجتماعية الاقتصادية الأخرى، وبالتالي إلى إشراك كل القطاعات المعنية في دعم وتقييم النشاطات الهادفة إلى تعزيز الصحة النفسية.
- تدعم منظمة الصحة العالمية الحكومات عن طريق تأمين المواد التقنية والنصائح لتطبيق السياسات والمخططات والبرامج الهادفة إلى تعزيز الصحة النفسية؟

للمزيد من المعلومات: مركز الإعلام في منظمة الصحة العالمية، هاتف: +41 22 791 2222، بريد إلكتروني: mediainquiries@who.int

القسم الثالث

المنافع والحواجز التي يطرحها دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية

كما أظهرنا في القسمين السابقين، تبدو الأسباب وراء دمج الصحة النفسية في خدمات الرعاية الأولية بديهية ودقيقة لكل أنواع الرعاية الصحية المتمحورة حول المريض. فالصحة النفسية والصحة الجسدية متشابكتان، إلا أنّ خدمات الصحة النفسية إما ناقصة أو حتى غائبة كلياً في بعض البلدان والمجتمعات. فالدمج يخفض كلفة الرعاية الصحية ويسهل الحصول على العلاج، كما أنّ معالجة كلّ المسائل الصحية معاً من شأنها أن تساهم في استمرارية الرعاية وبالتالي أن تعطي نتائج أكثر إيجابية ونجاحاً.

وفيما يبدو أنّ لدمج الصحة النفسية والرعاية الصحية الأولية عدة نماذج وأمثلة، إلا أننا نعلم أنّ لهذا المفهوم أيضاً حواجز تعيق نجاحه. فالأنظمة الصحية وأعداد الأطباء والمسائل المالية والثقافات والمسائل اللغوية تختلف بين بلدٍ وآخر وبين مجتمعٍ وآخر، كذلك الحواجز الأخرى التي تصعب اعتماد هذا النموذج للرعاية.

تورد مؤسسة هوغ للصحة النفسية في الولايات المتحدة، في كتابها *وصل الجسم بالإنفس: دليل مورد للرعاية الصحية المدمجة* (http://www.hogg.utexas.edu/PDF/IHC_Resource_Guide.pdf) الذي نشرته مؤخراً K بعض الحواجز التي تقف عائقاً أمام الدمج:

- تشمل الحواجز العيادية الفروقات بين ثقافتَي الرعاية الأولية والصحة السلوكية، ونقص التدريب عند مؤمني الرعاية، وقلة الاهتمام عندهم، والوصمة الملتصقة بالمرضى.
- تشمل الحواجز التنظيمية صعوبات التواصل والاستشارة فيما بين مؤمني الرعاية البدنية والسلوكية، والمسافة التي تفصل بين مختلف أنواع مؤمني الرعاية، وتوجيه الرعاية الأولية نحو معالجة المشاكل الحادة.
- تشمل الحواجز السياسية العوائق القانونية أمام تشارك المعلومات فيما بين مؤمني الرعاية وأنظمتهم التي تحدّ من الخدمات التي يمكن أن تقدّمها المنظمات.
- أمّا الحواجز المالية فمعقدة وتشمل مسائل متعلّقة بمواءمة الحوافز في تمويل الرعاية الصحية، بالإضافة إلى عدم القدرة على إصدار الفواتير بالخدمات المدمجة الأساسية.

ويهدف تخطي الحواجز وتشجيع المنافع، علينا أن نعمل معاً على إزالة العوائق. فمن الضروري أن نعرف ما هي الحواجز التي تعيق دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية في مجتمعك وأن تبدأ بتغييرها. وعلى المستفيدين والممارسين ومنظمات الرعاية الصحية وغيرهم أن يجتمعوا ليشكلوا فريقاً، فبالتواصل والتسوية والإرادة القوية يمكنهم معاً أن يتخطوا عوائق كثيرة.

ولتوسيع قاعدة معلوماتنا، طلبنا إلى بعض اختصاصيي الصحة النفسية أن يخبرونا ما هي المنافع والحواجز التي يرونها أمام الدمج في مناطقهم. وقد تلقينا مساهمات من منطقة الشرق الأوسط، ومنطقة غربي المحيط الهادئ وجنوبي شرقي آسيا، ومنطقتي أميركا الوسطى والجنوبية. ونأمل بأن تمدّمك هذه المساهمات بالمعلومات التي تعني منطقتكم في هذا العالم.

خضوع طبيب الرعاية الأولية للتدريب النفسي العقلي في المستشفى العام في أميركا الجنوبية رودولفو فاهرر، دكتوراه في الطب وفي الفلسفة

لقد وسّع الطب النفسي العقلي، بوصفه اختصاصاً طبياً، مجال عمله على كافة مجالات الممارسات الطبية، أفي المؤسسات أم في العيادات الخاصة أو في المجتمعات المحلية. وبالتالي فإنه يغطي الرعاية الصحية والتعليم والأبحاث المتعلقة بالأوجه الحيوية-الاجتماعية-النفسية والدينامية-النفسية والمرضية-النفسية والعلاجية-النفسية للمرضى ضمن إطار الممارسة الطبية العامة. كذلك تغطي علاقة الطبيب أو الاختصاصيين الآخرين في الرعاية الصحية مع المريض وعائلته و"المستشفى العام" و"مستشفى الأمراض النفسية العقلية" والمجتمع.

وتحدد منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها حالة من الرفاهة التامة البدنية والنفسية والاجتماعية. ولتحقيق هذا الهدف من الضروري أن يركز تأمين الرعاية الصحية على رؤيا شاملة للفرد ولمجتمعه. ولهذا السبب ينبغي أن تتضمن الرعاية الأولية الصحة النفسية بين مكوناتها.

أما الرعاية الصحية الأولية فنفهم منها الرعاية الصحية الأساسية المبنية على المناهج والتقنيات العملية، بالإضافة إلى الأسس العلمية المقبولة اجتماعياً، التي في متناول كل الأفراد والعائلات في المجتمع المعني من خلال مشاركتهم التامة في كل من مراحل تطورها وبكلفة يستطيع البلد والمجتمع تحملها، بروح من المسؤولية الذاتية والعزم الشخصي. وهي تمثل مستوى الاتصال الأول بين الأفراد وعائلاتهم ومجتمعهم من جهة ونظام الرعاية الصحية الأولية من جهة أخرى. وترتكز على تأمين الرعاية الصحية في أقرب مكان ممكن إلى حيث يسكن الأشخاص ويعملون، فنشكل العنصر الأول في مسيرة مستمرة ودائمة التقدّم من الاهتمام الصحيّ.

ولتحقيق الفعالية القصوى، سوف يكون على الرعاية الصحية الأولية أن تستخدم الوسائل التي يقبلها المجتمع ويفهمها، والتي يستطيع الفريق الصحي تطبيقها. وبهذا الهدف، على أعضاء هذا الفريق أن يتلقوا التدريب النفسي الاجتماعي والتقني وفق الحاجات الصحية الموجودة في مجتمعهم.

ويكتسب تأمين الرعاية الصحية النفسية على يد طبيب رعاية أولية قدرًا أكبر وأكبر من الأهمية لأنه، بفضل موقعه، يُعتبر عامل التغيير في مشاريع تعزيز الصحة في المجتمع. ويتمتع طبيب الرعاية الأولية بإمكانية اتصال أطول ومستمرّ مع المريض.

ومن الطبيعي أن هذا الأمر يعكس الحاجة إلى تدريب الطبيب العام على فهم المشاكل الصحية النفسية ومعالجتها في مجالات الوقاية الأولية والثانوية والثالثة.

وقد جرت في كلّ البلدان وبرعاية الجمعية العالمية للأطباء النفسيين العقلين WPA محاولة لتوحيد التدريب النفسي العقلي غير الجامعي وتحسين نوعيته. إلا أن تعليم الطب النفسي العقلي يختلف كثيراً بين مختلف مناطق العالم، وحتى بين مختلف الكليات الطبية في البلدان المتقدمة. ولكن الجميع يعترف اليوم بأنّ عدداً كبيراً من المرضى، لا سيّما الذين يقصدون العيادات العامة ومراكز الصحة العامة، يعانون انزعاجاً نفسياً إلى حدّ ما.

أما فرص التدريب فتتفاوت ولكن التدريب النفسي العقلي المحدّد يجري بصورة خاصة في مراكز ثلاثة أساسية: ضمن التدرّب المهنيّ الفنيّ في مجال الطب النفسي العقلي، وضمن التدرّب المهنيّ التابع لدراسة الطب النفسي العقلي، وضمن برامج الدراسة الطبية المستمرة CME.

وليستطيع طبيب الرعاية الأولية وضع استراتيجية علاجية ناجحة، من الضروري أن يخضع للتدريب على العلاج النفسي الدوائي والنفسي الحواري للمشاكل النفسية الاجتماعية والنفسية العقلية التي يشكو منها المرضى.

وفي تجربتنا الخاصة، لا يمكن تحقيق تدريب طبيب الرعاية الأولية لتحسين معرفته في الطب النفسي العقلي عن طريق تضمين التدريب الطبيّ في المراحل الجامعية وبعدها محاضرات في المجال فحسب.

ففي قسم الصحة النفسية الخاص بنا في مستشفى الجامعة في بواني أيرس، نعمل منذ سنوات عن كثب مع أطباء الرعاية الأولية في برامج التدريب النفسي العقلي. وتعتمد هذه البرامج مناهج خاصة لدمج النظريات مع الممارسة العيادية.

فقد اتجهنا نحو مناهج من التدريب الناشط ويبدو أنّ هذا هو الاتجاه الصحيح. "فالفضل أفضل من المشاهدة". والتجربة ضرورية دائماً (وكلما ازداد عدد التجارب كان أفضل). كذلك فإنّ الإشراف عن كثب والتعليق الدقيق والمستمرّ أساسيان.

أما البرامج العامة المدمجة "للعمل معاً" فلا يمكن أن تكون فعالة إلا إذا تمتع الطبيب النفسي العقلي المعنيّ بها بالحماسة الكافية ليكون قائداً عارفاً بالمشاكل وقادراً على اتخاذ موقف طبيّ واضح وعلى نشر حماسه حيال أمر يعتبره بالتأكيد هاماً ومحفزاً.

كذلك وضعنا عدة برامج تدريب خاصة وفق منهجية "العمل معاً"، في البرامج العيادية أو الأبحاث مع مختلف أقسام مستشفى التعليم: الرعاية الأولية والجراحة والطب الداخلي وطب الأطفال. ولا يمكن تطبيق هذه المنهجية التعليمية إلا إذا كان الطبيب النفسي العقلي يعمل في المستشفى العام بصورة مدمجة.

وتقع مسؤولية هذا التدريب وإعادة التدريب على عاتق الطبيب النفسي العقلي. فعليه أن يكون خاضعاً للتدريب الجيد في الطب النفسي العقليّ العياديّ والعلاج النفسي الحواريّ والعلم النفسي الدوائيّ والديناميات الاجتماعية، ولديه الخبرة في المناهج العلمية والمهارات التعليمية. كما ينبغي أن يكون قادراً على الاندماج شخصياً في فرق عمل متعدّدة الاختصاصات وأن يتمتّع بمستوى عالٍ من "الفطرة".

في خلال العام 2007، أجرينا استطلاع رأي على الأطباء النفسيين العقلّيين يهدف إلى تقييم آراء هؤلاء الأطباء حول أطباء الرعاية الأولية الذين يتولّون رعاية المرضى النفسيين العقلّيين.

وأظهر هذا الاستطلاع أيضاً معلومات عن آرائهم حول العمل مع أطباء الرعاية الأولية في رعاية المرضى النفسيين العقلّيين.

وقد أجري هذا الاستطلاع على أربعة وأربعين طبيباً نفسياً عقلياً من المستشفى العام، يبلغ معدّل عمرهم 37، كما أنّ 53% منهم ذكور.

وأظهرت نتائج الاستطلاع أنّ أكثر من نصف الأطباء النفسيين العقلّيين يعملون في عيادات خاصة، بعضهم يعاين مع أطباء الرعاية الأولية (10/30% من ساعات عملهم). إلا أنّ عدد الأطباء النفسيين العقلّيين الذين يعاينون مع أطباء الرعاية الأولية قليل (51-70% من ساعات عملهم).

ووافق معظم الأطباء النفسيين العقلّيين المستجوبين على أنّ أطباء الرعاية الأولية عليهم أن يتولوا مباشرة رعاية المرضى النفسيين العقلّيين. ووافقوا أيضاً على أنّ الأطباء النفسيين العقلّيين عليهم أن يكونوا على استعداد للمعاينة في مكاتب أطباء الرعاية الأولية.

وقال كلّ الأطباء النفسيين العقلّيين المستجوبين تقريباً إنّ الطريقة الفضلى لمعالجة المرضى النفسيين هي بالعمل الجماعيّ بين طبيب الرعاية الأولية والطبيب النفسي العقليّ. ووافق جميعهم على أنّ تدريب طبيب الرعاية الأولية ينبغي أن يتضمّن تدريباً نفسياً عقلياً.

وقد أكّد هذه النتائج ما عملنا عليه على مدى سنوات في قسم الصحة النفسية في مستشفى الجامعة من تدريب الطبيب النفسي العقليّ ليصبح مدرّب طبيب الرعاية الأولية وفق منهجية "العمل معاً".

وتقضي هذه المنهجية بأن تُنمّ عمليّتا التعليم والتعلّم ضمن إطار الممارسة الطبية اليومية.

للمزيد من المعلومات:
رودولفو فاهرر، دكتوراه في الطب وفي الفلسفة
بروفيسور فخري، كلية الطب، جامعة بوانس أيرس
رئيس قسم الطب النفسي العقلي، مؤسسة فليني لمكافحة الأمراض العصبية عند الأطفال FLENI، معهد دراسة
العلوم العصبية
مونتانييزس 2325 س 1426 أ.ق.ك. C1426AQK بوانس أيرس، الأرجنتين
البريد الإلكتروني: fahrer@ciudad.com.ar

المنافع والحواجز التي يطرحها الدمج في الشرق الأوسط

البروفسور عمر الرفاعي

المنافع

- 1 – إثبات النسبة المرتفعة من المرض النفسي العقلي التي كانت غير ملحوظة عند مرضى الرعاية الأولية (وفي غالبيتها القلق واضطرابات المزاج) وبالتالي:
 - التحقيقات غير الضرورية التي قد تكون خطيرة ومرتفعة الكلفة
 - الأدوية غير الضرورية
 - الإحالة غير الملائمة إلى المنشآت المتخصصة
 - الزيارات المتكررة غير الضرورية إلى المنشآت الطبية
 - استمرار المعاناة وأثرها السلبي على أداء الشخص في مختلف المجالات
- 2 – كيف تُعالج مشكلة الأمراض النفسية غير الملحوظة بين مرضى الرعاية الأولية؟
 - إخضاع الأطباء العامين لبرامج تدريب ملائمة، باتباع نماذج تدريبية مفصلة خصيصاً لكل مجموعة من الأطباء العامين، بناءً على التقييم الدقيق لنقاط ضعفهم وقوتهم.
 - استخدام عيادات الرعاية الأولية النفسية العقلية لتدريب الأطباء العامين والممرضين المعيّنين وفريق العمل المساعد "على أرض الواقع".

3 – إنشاء عيادات نفسية عقلية في مراكز الرعاية الصحية الأولية بهدف:

- تعليم الأطباء العامين وتدريبهم على كشف الأمراض النفسية العقلية عند مرضاهم وعلى الإدارة السليمة.
 - الإدارة ضمن مركز الرعاية الصحية الأولية: الطبيب العام وحده أو بالتعاون مع الطبيب النفسي العقلي في المركز.
 - الإحالة إلى طبيب نفسي عقلي متخصص أي إلى عيادة نفسية عقلية خارجية.
 - الإحالة إلى قسم الطوارئ إذا دعت الحاجة، مثلاً في حالات خطر القتل أو الانتحار إلخ.
 - تقديم الخدمات الطبية النفسية العقلية للمرضى الذين يحيلهم الطبيب العام.
 - وضع برامج تدريبية للممرضين وفريق العمل المساعد.

الأهداف المنشودة

- تخفيض نسبة الأمراض النفسية العقلية غير الملحوظة إلى حدّ كبير وبالتالي زيادة الخدمات الصحية العالية المرادوية بنسبة كبيرة. وفي تجربتنا في الإمارات العربية المتحدة، استخدمنا غرف المعاينة نفسها، وفريق عمل التمريض والمساعدة نفسه، ونظام التوثيق نفسه، أي أننا لم نتكبد أيّ كلفة إضافية من جِراء عمل العيادة النفسية العقلية ضمن مركز الرعاية الصحية الأولية.
- تطبيق مفهوم "الشمولية" أي معالجة الصحة البدنية والنفسية في الوقت نفسه.
- معالجة المرضى النفسيين العقليين في بيئة من الاسترخاء بعيداً عن الوصمة، وعن مستشفيات الأمراض النفسية العقلية والوصمة المرتبطة بها، التي تُترك لذوي الأمراض الحادة.

الحواجز

- موقف واضعي الاستراتيجيات وصانعي القرارات في الخدمات الصحية، الذين يشدّدون دوماً على خدمات الاستشفاء أكثر من الرعاية الأولية. ولا يزال الموقف حيال الطب النفسي العقلي بصورة عامة غير إيجابي.
- إنّ المعرفة النفسية العقلية المتعلقة بالوقائع والمهارات العيادية غير ملائمة عند عدد كبير من الأطباء العامين. ويرتبط هذا الأمر في حالات كثيرة بالتدريب الأساسي الذي تلقوه في كلية الطب. وما يزيد الحال سوءاً نقص برامج الدراسة الطبية المستمرة CME أو عدم ملاءمتها.
- الموقف السلبي أو المزدوج الذي يتخذه عدد كبير من الأطباء العامين حيال الطب النفسي العقليّ.
- تمثّل عدد كبير من الأمراض النفسية العقلية بأعراض بدنية يشكّل تحدياً أمام كشف الأمراض النفسية العقلية، أولية كانت أم مرافقة لمرض آخر.

- لا تزال مسألة المعايير التي تحدّد الحالة النفسية العقلية بين مرضى الرعاية الأولية تثير جدلاً وتتطلب الكثير من العمل. أما النقطة الهامة فهي كيفية تحديد الاضطرابات العابرة المحدودة التي تنتج عن الأمراض البدنية أو كثرة العمل أو كثرة الضغط مثل الإجهاد. فهذه مشكلة شائعة بين مرضى الرعاية الصحية الأولية. فهل تنال هذه المسألة حقها من التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICDS-10؟ ويتبع ذلك أنّ على الأطباء العاميين والأطباء النفسيين العقلين العاملين في الرعاية الصحية الأولية أن يتجنبوا التعامل الطبيّ مع المشاكل الاجتماعيّة.

للمزيد من المعلومات:

البروفسور عمر الرفاعي

رئيس قسم الطب النفسي والعقلي والعلوم السلوكية BEH Science

كلية الطب والعلوم الصحية

جامعة الإمارات العربية المتحدة

البريد الإلكتروني: ranganathan@uaeu.ac.ae

خدمات الصحة النفسية عند الأطفال: التحديات والفرص في الشرق الأوسط

البروفيسور فالساما إيابن

في العقد الأول من الألفية الجديدة هذه، يواجه اختصاصيو الصحة حاجة متزايدة لخدمات الصحة النفسية للأطفال وإلى نماذج متغيرة من تأمين الخدمة. وذلك يمنحنا فرصة فريدة لتأمين الخدمات حيث لم تكن متوافرة من قبل، أو لتحسين الخدمات الموجودة أصلاً.

الحواجز

1 - قلة الاعتراف بإمكانية الإصابة بالأمراض النفسية عند الأطفال على مستوى الرعاية الأولية
تنتشر مشاكل الصحة النفسية عند صغار السن انتشاراً واسعاً ولكن على الرغم من إمكانية العلاج الفعال، يحظى حوالي ثلث الأطفال فقط، من الذين يشكون من مشاكل صحية نفسية، بالمساعدة المتخصصة. فقد أظهرت دراسة أجراها إيابن وآخرون (2004) على طلب المساعدة في حال المشاكل الصحية النفسية أن 37% من الأشخاص فقط يفضلون استشارة اختصاصي في الصحة النفسية.

وتشمل الحواجز أمام طلب المساعدة المتخصصة:

- الوصمة الاجتماعية المرتبطة بطلب الخدمات الصحية النفسية.
- رفض أفراد العائلة الاعتراف بأن أطفالهم يعانون مشكلة صحية نفسية.
- المفهوم الخاطئ لدى العائلة والأصدقاء حول العلاج الصحي النفسي.
- قلة الثقة بالفائدة التي تنتج عن هذا العلاج.
- يستشير كثيرون الأطباء التقليديين وممارسي الطب البديل قبل استشارة اختصاصي الصحة النفسية.

أما الحواجز الأخرى التي تعيق طلب الخدمة المتخصصة فتشمل:

- الصعوبات العملية واللوجستية قبل بلوغ الخدمة
- الكلفة
- توافر الخدمة
- إمكانية الحصول على خدمات الصحة النفسية

وبالنظر إلى هذا الواقع، ينبغي أن تتضمن أولى الأولويات وضع مناهج تقييم وتدخّل بحسب ثقافة المرضى وإنشاء خدمات متناسبة مع الأعمار ضمن مراكز الرعاية الأولية أو المراكز الصحية في المدارس.

2 - المناهج التي ينبغي اتباعها لتحسين الخدمات على مستوى الرعاية الأولية والمجتمعات

من الطرق الفعالة والمربحة بالنسبة إلى كلفتها في تلبية الحاجات الصحية النفسية عند الأطفال في البلاد، بصرف النظر عن حالتها الاقتصادية، تطبيق برامج المسح على الصحة النفسية في المدارس (إيابن 1999). وعلى هذا البرنامج أن يأخذ في الاعتبار ما يلي:

- أن يُطبّق باستخدام الموارد المتوافرة ويأخذ في الاعتبار الأولويات الصحية المحلية.
- أن يتبعه تأمين الرعاية والعلاج.
- أن يدمج الموارد المتوافرة في المدرسة وفي فريق العمل الصحي.
- تأمين التدريب لفريق عمل الرعاية الصحية الأولية والمعلمين وغيرهم من الاختصاصيين الذين يعملون مع الأطفال.
- زيادة قدرة العاملين الصحيين والعاملين في المدرسة وتعزيز ثققتهم بأنفسهم في ما يتعلق بكشف المشاكل الصحية النفسية.
- ينبغي أن يتطابق كشف الحاجات الصحية النفسية عند الأطفال مع نظام إحالة ملائم، وقنوات رعاية ملائمة، وتأمين خدمة الصحة النفسية.

3 - كيف يمكن زيادة إمكانية الحصول على خدمات الصحة النفسية للأطفال؟

على الرغم من أنّ عددًا كبيرًا من الأطفال ذوي المشاكل الصحية النفسية على اتصال مع خدمات الرعاية الصحية الأولية، إلا أنّ عددًا قليلاً من هؤلاء يلقى المساعدة الملائمة له. فقد أشارت دراسة على الأطفال الذين يقصدون منشآت الرعاية الأولية في الإمارات العربية المتحدة إلى أنّ حوالي 40% من الأطفال يعانون مشكلة صحية نفسية، غير أنّ 1% منها فقط يكشفه طبيب الرعاية الأولية (إيابن وآخرون 2004). أما الأسباب التي تحول دون الحصول على خدمات الصحة النفسية فتشمل:

- نقص الوعي عند الأهل
- نقص اعتراف فريق عمل الرعاية الأولية بالمشكلة
- قلة الموارد والفرص لإحالة الطفل إلى الخدمات الصحية النفسية المتخصصة

العوامل التي تحدد الأطفال الذين يحصلون على الخدمات الصحية هي:

- نوع الاضطراب وحدته
- درجة العلم والوعي عند الأهل
- عمر الطفل وجنسه
- العوامل المتعلقة بالخلفيات العائلية والاجتماعية

ومع النواقص والثغرات الموجودة في الخدمات وفي طرق استعمالها، ثمة حاجة ملحة إلى التشديد على تنمية الموارد على مستوى الشعوب والرعاية الأولية، مع التركيز على نشر المعرفة الصحية العامة، وتحسين تدريب فريق الرعاية الأولية، وزيادة إمكانية الحصول على خدمات صحية نفسية متخصصة.

الفرص

- نظرًا لأنّ حوالي 50% من الاضطرابات النفسية العقلية عند البالغين تبدأ في سنّ الطفولة أو في أولى سنوات المراهقة، فعلى خدمات الوقاية أن تركز على هذه الفترة الأولى من حياة الإنسان عن طريق مراقبة الأطفال الذين يُعتبرون "في خطر" بالإضافة إلى استراتيجيات ملائمة للتدخل المبكر.
- إنّ الحاجات الصحية النفسية عند الأطفال متنوّعة ومعقّدة ومتغيّرة بحسب مرحلة النموّ التي يمرّ بها الطفل، لذلك فإنّ الأمر يتطلّب مقاربات شاملة ومرنة من شأنها أن تلبي الحاجات الأساسية للطفل وتأخذ في الاعتبار درجة علمه واتصاله بالعائلة، بالإضافة إلى المناداة بسلامة الطفل وحمانيته، والاعتراف بحاجات الأطفال الأكثر حساسية وتلبية حاجاتهم.
- ويمكن حلّ المشكلة الحالية المتعلقة بصعوبة الحصول على الرعاية الصحية النفسية للأطفال والمراهقين من خلال التمويل الإضافي وتغيير نظرة صانعي السياسات.

وينبغي أن تأخذ مخططات الخدمة الصحية في الاعتبار الفروقات التنموية في تأمين الحصول على النظام الموجود مع الرعاية الصائبة والمدمجة للصحة النفسية وإدمان المواد السامة وحماية الأطفال والخدمات المهنية وخدمات إعادة التأهيل.

المراجع:

- إيابن، ف. وآخرون (1999). مسح الصحة النفسية في المدارس: نموذج للبلدان النامية. صحيفة طب الأطفال المداري *Journal of Tropical Paediatrics*، 45، 192-193.
- إيابن، ف.، والسابوزي، م.، وصبري، س. (2004). الاضطرابات النفسية العقلية عند أطفال الشعوب العربية. *الصحيفة الدولية للأمراض النفسية العقلية في الطب International Journal of Psychiatry in Medicine*، 34، 51-60.
- إيابن، ف.، وغوباش ر (2004)، المشاكل الصحية النفسية عند الأطفال وأنماط طلب المساعدة في الإمارات العربية المتحدة. *تقارير في علم النفس Psychological Reports*، 94: 667-663.

للمزيد من المعلومات:

البروفسور فالساما إيابن

رئيس قسم الطب النفسي العقلي عند الرضع والأطفال والمراهقين
جامعة نيو ساوث وايلز
سيدني، أستراليا
البريد الإلكتروني: v.eapen@unsw.edu.au

المنافع والحواجز التي يطرحها الدمج في منطقة غربي المحيط الهادئ

الدكتور م. بارامشفارا ديفا، زميل في الكلية الملكية للطب النفسي، وفي الكلية الملكية للأطباء النفسيين العقليين في أستراليا ونيوزيلاندا

مقدمة

يعني مفهوم الطب النفسي العقلي في الرعاية الأولية القدرة على استعمال المعرفة والمهارات لنشر الرعاية النفسية العقلية الأساسية عند معظم الشعوب التي تضم أكثر من 1.6 مليار شخص في منطقة غربي المحيط الهادئ. وهذا المفهوم حديث الظهور هناك. حتى أن تعليم الطب النفسي العقلي بصفته موضوعاً من ضمن المواضيع الدراسية في كليات الطب والتمريض لم يبدأ إلا بعد خمسينيات القرن العشرين. أما إقصاء مستشفيات الأمراض النفسية إلى خارج المدينة وبعيداً عن المناطق المأهولة، بالإضافة إلى جوها الشبيه بالسجن والممارسات المشددة فيها فلم تبتسر بالخير بالنسبة إلى مستقبل الصحة النفسية كجزء من الصحة العامة. وبالطبع كان أطباء الأمراض النفسية والعقلية في بعض البلدان الآسيوية في أواخر ستينيات القرن العشرين يُعرفون بـ "المنشقين" لأنهم منشقون عن الرعاية الطبية الأساسية، على الرغم من أن دستور منظمة الصحة العالمية الصادر في العام 1946 قد حدد الصحة بوضوح على أنها تشمل الصحة النفسية والاجتماعية. إلا أن الطب النفسي العقلي حيث كان متوافراً ركز على المرضى النفسيين في مستشفيات الأمراض النفسية، على شكل محاضرات. أما معالجة الانزعاج النفسي الشائع عند المرضى في عيادات الرعاية الأولية والعيادات أو المستشفيات غير النفسية العقلية فكان يقلل من شأنها، كما أن الشق بين النفسي والبدني كان واسعاً جداً في ذهن الأطباء والمرضى وفي ممارساتهم على حد سواء.

وعلى الرغم من هذا الواقع، كان إطلاق منظمة الصحة العالمية لصيغة متعلقة بالرعاية الأولية من التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 (التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 - الرعاية الصحية الأولية) في العام 1992 قراراً هاماً حيث إنه صادق على أهمية المشاكل النفسية غير الحادة التي كان يشكو منها على الأقل ربع المرضى في معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية. فالمشاكل النفسية غير الذهانية مثل مشاكل أو أمراض القلق والإحباط كانت تساوي هذه النسبة أو حتى تتعداها ضمن مراكز الاستشفاء حيث كانت الإحالة إلى طبيب نفسي عقلي غالباً ما تتم بشكل طوارئ نفسية عقلية. وفي العام 1997، أطلقت منظمة الصحة العالمية التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 - الرعاية الصحية الأولية، وتمت أخيراً المصادقة على هذا الفرع الذي طال إهماله من الصحة النفسية في الرعاية الأولية وأصبح متوافقاً نظام تدريب.

وقد مرّ عقد واحد منذ الاعتراف الرسمي بأنّ المشاكل النفسية العقلية في المراكز غير النفسية العقلية هامة، وفي العام 2001، شدّد التقرير العالمي للصحة مرة جديدة على تأمين الرعاية الصحية النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وعلى تعليم الطب النفسي العقلي في مراكز الرعاية الأولية. ومع أنّ هذا المفهوم لم يعد حديثاً في العام 2009، إلا أنّ تطبيقه في منطقة غربي المحيط الهادئ لا يزال غير كافٍ وفي المراحل البدائية بالنسبة إلى 1.6 مليار شخص.

واقع تأمين الرعاية الأولية في غربي المحيط الهادئ

من أبرز العوامل التي تساهم في بطء تقدّم الجهود المبذولة لتحسين الطب النفسي العقلي في الرعاية الأولية، وحتى في غياب هذا التقدم أحياناً، ممارسة الرعاية الصحية النفسية بحد ذاتها في المنطقة. فمنطقة غربي المحيط الهادئ متنوعة جداً وتضمّ بعض أغنى الأشخاص وأفقرهم في هذه البقعة الواسعة، كذلك تتنوّع أنظمة الرعاية الصحية كثيراً. فقليلة هي البلدان التي تحتوي على أنظمة شاملة للتأمين على الصحة، ويدفع ملايين الأشخاص رسوماً للأطباء الخاصين مقابل الخدمة عندما تكون الخدمات الحكومية نادرة أو صعبة المنال. وقد أدّى ذلك إلى أن يعمل عدد كبير من أطباء الرعاية الأولية مدة 14 ساعة يومياً على 6 أيام في الأسبوع. فيبقى القليل من الوقت لتدريب جديد. أما الإشراف المحدود على معايير الرعاية من قبل هيئات الإشراف فيعني أنّ التحسن في معدلات كشف المشاكل الصحية النفسية في الرعاية الأولية يبقى ضئيلاً.

وفي بلدان كثيرة، ولأسباب اقتصادية أو مرتبطة بتدني ميزانية تدريب الأطباء، تؤمّن خدمات الرعاية الأولية من قبل مرّضين غير طبيين أو مساعدين طبيين أو مرّضين ممارسين قد يكون تدريبهم في الرعاية الصحية النفسية أقلّ بعد. وتخلو بعض جزر المحيط الهادئ من الأطباء أو المرّضين الذين خضعوا لتدريب نفسي عقلي، فحتى إذا أدرك

مؤمّن الرعاية الأولية أنّ أحد المرضى يشكو من مشكلة صحية نفسية، فلا يمكنه استشارة أحد أو الرجوع إلى أحد لطلب المساعدة. وإذا توافر الممرّضون وكانت لديهم بعض الخبرة في الرعاية الصحية النفسية فإنّ خيارات العلاج أمامهم محدودة لأنّ الممرّضين لا يحقّ لهم وصف الأدوية المعدّلة للمزاج.

ومع أنّ معظم الأطباء والممرّضين يتعاملون مع الوجد النفسيّ البشريّ كلّ يوم من حياتهم المهنية، إلا أنّ عددًا قليلًا منهم يتلقّى حتى أساسيات التدريب على كيفية إرشاد الأشخاص الذين يعانون وجمًا عاطفيًا. أما البرامج الدراسية في كليات التمريض وكليات الطب فقلّما تركز على كيفية تعامل اختصاصيّ الرعاية الصحية مع الإجهاد والوجد النفسيّ في أيّ من فروع الطب. وغالبًا ما تهدف إحالة المرضى من قبل الأطباء إلى عاملين اجتماعيين، إذا توافروا، إلى إيجاد وسيلة للنقل أو لتقديم المال أو للحصول على موافقة الأقارب.

والواقع أنّ التركيز على الصحة النفسية في السنوات الجامعية في معظم البلدان النامية في غربي المحيط الهادئ ضئيل، وإذا وُجد فإنه يتمحور حول حالات الذهان لا على الأمراض المتعلقة بالقلق أو الإحباط أو الإجهاد والتي تفوق الأمراض الذهانية انتشارًا. وقليلة في المنطقة أيضًا هي كليات الطب أو التمريض التي تدرّس الطب النفسي في الرعاية الأولية لأطبائها أو ممرّضيهما المستقبليين. والنتيجة أنّ معظمهم يرى الذهان على أنه كلّ ما يحتويه الطب النفسي العقليّ، ولا يميّز إلا القليل من المهارات للتعرف على الوجد النفسيّ البشريّ عند مرضاهم. وإذا توافر الطبيب النفسيّ العقليّ في الجوار، فإنه لا يرى إلا عددًا قليلًا من مرضى القلق أو الإحباط إلى أن تصبح الأعراض حادة فيحال المريض رسميًا إليهم. وعددٌ قليل من الأطباء النفسيين العقليين في هذه المنطقة قد سمع بالتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICDX - الرعاية الصحية الأولية، وقلة ممّن سمع به قد علمه لمؤمّني الرعاية الأولية. فاستعمال صيغة مخفّفة لكتاب في الطب النفسيّ العقليّ ليس بوسيلة جيّدة لتدريب مؤمّني الرعاية الأولية على كشف المشاكل الصحية النفسية الشائعة في الرعاية الأولية.

واقع الرعاية النفسية العقلية في منطقة غربي المحيط الهادئ

إنّ مستشفيات الأمراض النفسية التي تعود إلى عشرينيات وثلاثينيات القرن العشرين في عهد الاستعمار في معظم منطقة غربي المحيط الهادئ قد بقيت المراكز الأساسية لرعاية المرضى النفسيين حتى بعد الاستقلال من الحكم الاستعماري في الخمسينيات ولم تحلّ محلّها وحدات الاستشفاء العام القصير المدة للأمراض النفسية والعقلية، التي أصبحت هي القاعدة في مناطق أخرى كثيرة من العالم. ونتج عن ذلك المكانة الفريدة والحتمية لمستشفيات الأمراض النفسية حتى في بلدان غربي المحيط الهادئ الغنية نسبيًا، الأمر الذي أعاق نموّ الطبّ النفسيّ العقليّ في الرعاية الأولية إذ إنّ الأطباء أنفسهم يرون الطب النفسي العقليّ "الحقيقيّ" على أنه الطبّ الذي تحتاج ممارسته إلى مستشفى للأمراض النفسية.

في عددٍ كبير من البلدان طبيب نفسي عقلي واحد لكلّ 250.000 شخص وغالبيتهم في المراكز المدنية الكبرى. وبالطبع بعض البلدان ليس في مراكزها الريفية أيّ طبيب نفسي عقليّ. ومع أنّ معظم البلدان الكبرى لديها برامجها التدريبية الخاصة في الطب النفسي العقليّ والتمريض النفسيّ العقليّ، إلا أنّ الأعداد التي تخضع لهذا التدريب ضئيلة مقارنة بحاجات هذه البلدان. أما عدد الأطباء المتخصصين بالأمراض النفسية العقلية عند الأطفال والمراهقين فقليل جدًّا مع أنّ الصغار في السن يشكلون نصف الشعب في عدد كبير من البلدان النامية. وغالبًا ما يكون أطباؤنا النفسيون العقليون مثقلين بالأعمال فهم لا يتولّون فقط رعاية الأمراض الحادة والمزمنة بل يقع على عاتقهم أيضًا حملٌ إداريٌّ وبيروقراطيٌّ ثقيل يحول دون قدرتهم على التقدّم في مهنتهم أو تدريب أشخاص آخرين في الطب النفسي العقليّ في الرعاية الأولية.

وبما أنّ الطب النفسي العقليّ ليس من أولى الأولويات في مخططات الرعاية الصحية في عدد كبير من البلدان النامية، فإنه يعاني نقصًا مزمنًا في استثمار الموارد البشرية والمادية فيه. وبالتالي فإنّ قلة الأدوية وعدم توافر الأدوية الجديدة بالإضافة إلى النقص المزمن في عدد العاملين المتدربين في الصحة النفسية هي كلها من الخصائص الشائعة في عدد كبير من البلدان ذات الدخل المنخفض في منطقة غربي المحيط الهادئ.

الفرص أمام دمج أفضل للصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية

على الرغم من الحالات الأربع التي يبدو فيها الدمج مستحيلاً في عدد كبير من البلدان النامية في منطقة غربي المحيط الهادئ، لا تزال فرصٌ كثيرةٌ في حالة ركود. ومن هذه الفرص أولاً الوجود القويّ لأعداد كبيرة من الممرّضين المسجّلين في الولاية والمدتريين أو الممرّضين الخاضعين لثلاث سنوات من التدريب في كافة بلدان المنطقة. وفيما الأطباء قليلو العدد وتمرّكزون عادةً في المستشفيات، يُوزَع الممرّضون في كافة الأحياء الريفية والمدنية في المنطقة. وقد تدرب كثير من منهم على القبالة وعلى العمل ليس فقط العلاجي بل الوقائي والمجتمعي أيضاً. كذلك يتمتع كثيرون منهم بمهارات في معالجة الأزمات العائلية. ولكن الأمر المؤسف أنّ تدريبهم في الصحة النفسية، إذا وجد، غير كافٍ وغير موجّه نحو معالجة المشاكل اليومية، مثل القلق والإحباط، التي يشكو منها مرضى الرعاية الأولية.

ثانياً ثمة مجموعة من العاملين الطبيين من المستوى الثاني مثل المرشدين الصحيين وممارسي الطب من غير الأطباء، الذين لديهم خبرة طبية تفوق 4 سنوات ويعملون في المناطق الريفية والنائية بصفتهم مؤتمني رعاية أولية، ولم يتدربوا في مجال الصحة النفسية الأساسية على مستوى الرعاية الأولية.

وثالثاً ثمة مجموعة من الدورات القصيرة المدة لتدريب المتطوعين، والقابلات التقليديات، والمساعدين الطبيين، والممرّضين المساعدين، الذين يعملون أصلاً في مستوى الرعاية الأولية ولكنهم لا يتمتعون بالمهارات الأساسية لتأمين الرعاية الصحية النفسية. وقد خضع كلّ عناصر الموارد البشرية هؤلاء للتدريب الطبيّ الأساسي وهم غالباً الأولون في تأمين الرعاية الصحية في البلدان النامية في المنطقة، ولكنهم لا يزالون غير قادرين على شمل الرعاية الصحية النفسية في عملهم اليوميّ. أما معارضو خدمات الصحة النفسية الذين غالباً ما يبنون فهمهم المحدود للصحة النفسية على الرعاية الصحية الأولية، فيتحدّجون بأنّ الممرّضين وعاملي الرعاية الصحية الآخرين المذكورين أعلاه هم أصلاً "متقلّون بالعمل وبكل بساطة لا يستطيعون تأمين هذه الخدمة الإضافية". فالتعريف الذي أعطته منظمة الصحة العالمية للصحة في العام 1946 قد نُسيّ لصالح البعض. والأمراض الجديدة، مثل الالتهاب الرئوي اللانمطي (السارس) والأيدز أو فيروس نقص المناعة البشرية، تحتلّ الأولوية في تدريب الممرّضين أما الصحة النفسية فنُهمل.

ولا تحتاج دورات التدريب في الرعاية الصحية الأولية – الصحة النفسية إلى ميزانية عالية ولا إلى مهارات أو معدّات معقّدة. فقد أعطيت دورات من 3-4 أيام في كمبوديا ومنغوليا وجمهورية الصين الشعبية وماليزيا والفلبين وبنابوا غينيا الجديدة وجزر السلمون وفانواتو وفيدجي وجزر كوك بأموال محدودة جداً وفعالية طويلة الأمد في السنوات العشر الماضية للأطباء العاميين والممرّضين والمتطوعين. إلا أنّ الأموال المتوافرة لهؤلاء قليلة جداً والفائدة محدودة على المستوى الأعلى لذلك يجري قسم هامّ من التدريب لمن يريد ولا يغطي هذا التدريب كافة العاملين الصحيين في كلّ البلاد.

وفي العام 2008، باشرت وزارة الصحة في منغوليا بمساعدة مكتب منظمة الصحة العالمية في منغوليا وعدد من المنظمات غير الحكومية دورة تدريب للمدريين لمدة أربعة أيام حول الطب النفسي العقلي في الرعاية الأولية. وقد تدرب المشاركون، ومعظمهم من الأطباء النفسيين العقليين، على عدد من المواضيع المتعلقة بالصحة النفسية العقلية في الرعاية الأولية والتي ينبغي تعليمها في مستوى الرعاية الأولية. ويقضي المخطط بتدريب الآخرين وتدريب مؤتمني الرعاية الأولية في كافة أنحاء منغوليا الواسعة بمساعدة منظمة الصحة العالمية وعدد من الوكالات الأخرى.

الخاتمة

1 – من الواضح أنّ دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية ممكن وضروريّ إذا أردنا أن نطابق الخدمات الصحية في المنطقة فعلاً مع التعريف الذي أعطته منظمة الصحة العالمية للصحة في دستورها في العام 1946، الفقرة الأولى، السطر 2. ومهما يكن، فإنّ تقدّم الدمج بطيء جداً وغير موجود طبعاً بسبب الجهل والأحكام المسبقة المنتشرة حتى في المؤسسات أحياناً.

2 – أضف أنّ عمليّة الدمج هذه التي تشكّل حاجة ملحةً جداً ليست منخفضة الكلفة وسهلة التنفيذ فحسب، بل يمكن البدء بها على الفور كما حصل في بعض البلدان وفق ما تتطلبه الظروف. إلا أنّ ما يشدّه إلى الوراء هو بصورة خاصة الرغبة الضئيلة عند المسؤولين الذين يبدو أنهم في كلّ مستوياتهم لا يدركون قط الحاجات الصحية النفسية عند شعوبهم في هذه المنطقة الواسعة التي تضمّ 1.6 مليار شخص و37 بلداً وأرضاً.

3 - ومع ضعف هذه الإرادة وضآلة التمويل للتدريب والموارد البشرية، يمكن هذا الفرع من الرعاية الصحية أن يتحسن على الفور ويؤمن العنصر المفقود في تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة والذي أراده كاتبو هذا التعريف عنصرًا أساسيًا فيه منذ 60 عامًا.

المراجع:

دستور منظمة الصحة العالمية 1946، فقرة 1، سطر 2

صيغة الرعاية الأولية، 1992

التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 - الرعاية الصحية الأولية، منظمة الصحة العالمية، الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية، 1997

للمزيد من المعلومات:

د. م. بارامشفارا ديفاء، زميل في الكلية الملكية للطب النفسي وفي الكلية الملكية للأطباء النفسيين العقلين في أستراليا ونيوزيلاند

طبيب نفسي عقلي مستشار، مستشفى سيلنغور المتخصص KPJ

40300 شاه أم، ماليزيا

مؤسس الاتحاد الآسيوي لجمعيات الصحة النفسية العقلية Asian federation of Psychiatric Associations،

AFPA

devaparameshvara@yahoo.com

القسم الرابع

نداء إلى العمل:

دور المناداة في دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية غابريال إيفيجارو، المنظمة العالمية لأطباء الأسرة

إنّ أمل الحياة في العالم إجمالاً إلى تحسّن. غير أنّ التقدّم على صعيد الرعاية الصحية النفسية لا يسير بالوتيرة نفسها حتى أنه غير منتظم. فلا يزال أشخاص كثيرون من الذين يعانون مشاكل صحية نفسية يواجهون الوصمة والتمييز. وهم لا يحصلون بسهولة على الخدمات الصحية العامة والنفسية حتى أنّ أمل الحياة عندهم أسوأ.

فلا صحة من دون الصحة النفسية ولا أحد لديه المناعة ضد الأمراض النفسية. لذا علينا العمل كلنا معاً لسدّ الهوة بين الواقع والطموح، وبين ما لدينا وما ليس لدينا، ولمعالجة الوصمة والتمييز اللذين لا يزالان يلاحقنا، أخصاصيين في الصحة النفسية كلّنا أم مستفيدين من خدماتها.

ويدعم مفهوم "الرعاية الصحية الأولية - اليوم أكثر من أيّ وقت مضى" (منظمة الصحة العالمية 2008) الحاجة إلى تأمين الموارد للرعاية الأولية بصورة عامة وتنميتها. فلا يمكننا أن نستمرّ في إهمال حاجات الرعاية الأولية والمستفيدين منها وتطلّعاتهم. وقد ساعدنا تقرير "دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية - نظرة مستقبلية شاملة" (منظمة الصحة العالمية/المنظمة العالمية لأطباء الأسرة، 2008) في التركيز بشدة على المشاكل والمعاناة التي يتحمّلها المستفيدون من الخدمات عندما لا تشكل الصحة النفسية جزءاً من الرعاية الأولية. كذلك فإنه يتوّج نجاح المستفيدين وأصواتهم عندما يتحقق دمج الصحة النفسية.

وعلى كلّ المسؤولين المعيّنين أن يعملوا معاً لتحقيق أهداف جميع المستفيدين من الخدمة وعائلاتهم وتلبية طموحاتهم. لذلك ندعو جميع البلدان والحكومات والأفراد وجماعات حقوق الإنسان والمنظمات غير الحكومية الأخرى والأكاديميات وجامعات طب الأسرة والتمريض وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية إلى الاتحاد والعمل معاً ليكونوا أبطال الصحة النفسية، وليعترفوا مع المستفيدين من خدمات الصحة النفسية في كل أنحاء العالم بأنّ الصحة النفسية ضرورية لتحقيق رعاية أولية شاملة محورها الإنسان بالطرق التالية:

بالمطالبة بأن تكون الصحة النفسية جزءاً أساسياً من الرعاية الأولية وطبّ الأسرة، وبأن تُضمّن في خدمات الرعاية الأولية.

بالتأكيد على أنّ الصحة النفسية مكوّنٌ أساسيٌّ لكل خدمات الرعاية الصحية الأولية عندما تتوافر هذه الخدمات.

بتمكين الأفراد والمستفيدين من خدمات الصحة النفسية بالاعتراف الملائم بالرعاية الشخصية والمناداة وتأمين الموارد لهما.

بالاعتراف بالرعاية في البيئة الأقلّ تقييداً وبدور الدعم العائلي والاجتماعي على أنه المبدأ الأول لكلّ التدخلات والعلاجات الصحية النفسية.

بالاعتراف بأنّ التدخلات والموارد النفسية والاجتماعية والبيئية هي مكوّنات أساسية للصحة النفسية للجميع، وبضرورة تسهيل الحصول عليها للجميع.

بالحرص على تسهيل التدريب الصحي النفسي وتوفيره لجميع العاملين في الرعاية الأولية.

بضمان توافر العلاج الدوائي الأساسي للمستفيدين من الخدمات الصحية النفسية الذين يحتاجون إليها فعلاً.

بالمطالبة بإنهاء الوصمة والتمييز في حق الصحة النفسية وبمراقبة الحقوق البشرية للجميع وحمايتها في كل وقت.

بتسهيل تأمين الخدمات المتخصصة ودعمها للأشخاص الذين لا يمكن تلبية حاجاتهم في الرعاية الأولية وحدها.

بضمان استمرارية الرعاية للأشخاص الذين يعانون صعوبات صحية نفسية عن طريق الرعاية الأولية.

يتيح لنا اليوم العالمي للصحة 2009 فرصة لنعيد التأكيد على الفوائد التي يمكن أن يؤمنها دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية. أما نداء العمل 2009 هذا فيعترف بأنّ الصحة النفسية للجميع لا يمكن تحقيقها فردياً، بل إنّ التواصل والعمل يبدأ بيد واعتماد مبادئ الاحترام والكرامة والإنسانية في كلّ القطاعات والجماعات هي التي تعطينا القوة وتحقق التقدّم.

فالرعاية الأولية هي وسيلة الاتصال الرسميّ الأوّل مع الخدمات الصحية في معظم الأنظمة الصحية. وعلى الأشخاص العاملين في الرعاية الأولية أن يعتبروا أنفسهم سفراء للمستفيدين من الخدمة ومنادين بحقوقهم وأن يعملوا انطلاقاً من هذا الأمر. أما الأشخاص الذين يؤمنون خدمات الرعاية الأولية فعليهم أن يُدرجوا الصحة النفسية بين العناصر الأساسية للخدمات التي يؤمنونها وأن يعترفوا بالمكوّنات الأساسية للرعاية الشخصية والمناداة ويؤمنوا تمويلها.

وعلينا أن نتذكّر أنّ الأمراض النفسية قد تطل أيّ شخص، فقد تكون أنت أو من تحبهم. لذلك فكلنا يستحقّ الرعاية الفضلى الممكنة.

ماذا ينبغي أن أفعل الآن؟

يتيح لك اليوم العالمي للصحة 2009 فرصة لا تفوت.

إلى المستفيدين من الخدمات وعائلاتهم والمسؤولين عن رعايتهم والمنادين بحقوقهم. تصرفوا وأرسلوا نسخة عن نداء العمل 2009 هذا إلى كلّ الذين يؤمنون الرعاية الصحية في منطقتكم من اختصاصيين صحيين وسياسيين وجمعيات خيرية ومنظمات غير حكومية أخرى. واسألوهم كيف ينوون أن ينقلوا هذا النداء. وطالبوا بأن تشاركوا في تصميم الطريقة التي تتم فيها رعاية صحتكم فهذا حقكم.

إلى اختصاصيي الرعاية الصحية الأولية وفرق العمل فيها. قيسوا أنفسكم على المبادئ التي يتضمّنّها نداء العمل 2009. وضعوا مخططات عملية للتصرّف بغية سدّ الثغرات الموجودة.

إلى الجامعات المتخصصة. أشركوا أعضاءكم وقيسوا أنفسكم على المبادئ التي يتضمّنّها نداء العمل 2009. وضعوا مخططات عملية للتصرّف بغية سدّ الثغرات الموجودة.

إلى الذين يؤمنون الخدمات الصحية. راجعوا مواصفات خدمتكم على الفور وتأكدوا من أنّ العقود تشتمل على مبادئ نداء العمل 2009.

إلى الحكومات والسياسيين والقادة الفكريين. طالبوا بأن يبرهن لكم الأشخاص الذين يؤمنون الخدمة أنهم يطبقون مبادئ نداء العمل 2009.

حان وقت التصرف، رجاءً انضموا إلينا.

المراجع:

منظمة الصحة العالمية / المنظمة العالمية لأطباء الأسرة: دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية: نظرة مستقبلية شاملة. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2008.
منظمة الصحة العالمية: تقرير الصحة العالمية 2008: الرعاية الصحية الأولية اليوم أكثر من أيّ وقتٍ مضى. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2008.

للمزيد من المعلومات:

د. غابريال إيفيجارو، مجاز في الطب والجراحة، وزميل في الكلية الملكية للأطباء العاميين، وفي كلية غربي أفريقيا للطب النفسي العقلي، وحائز على ماجستير في العلوم الطبية، وماجستير في الفنون
رئيس حزب العمل على الصحة النفسية في المنظمة العالمية لأطباء الأسرة، ورئيس التحرير في مجلة الصحة النفسية في طب الأسرة، ومدير طبي في جماعة والذام فورست للخدمات الصحية العائلية والاجتماعية.

مركز وود سنتريت الطبي

6 شارع لينفورد، لندن إي 17 3ل. أ.

المملكة المتحدة

بريد إلكتروني: gabriel.ivbijaro@nhs.net

www.globalfamilydoctor.com

دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية: تحويل المهام إلى تعديل الخدمات لتلبية ذوي الاضطرابات النفسية

البروفسور فيكرام باتيل

في العام 2008، احتفل العالم بالذكرى الثلاثين للإعلان الذي شكّل نقطة تحوّل والذي أعلن فيه ممثلون عن 134 بلدًا في العاصمة الكازاخستانية ألما أتا التزامهم بتحقيق "الصحة للجميع بحلول العام 2000" عن طريق تقوية الرعاية الأولية. وصحيح أنّ العالم لا يزال بعيدًا جدًّا عن تحقيق هذا الطموح، إلا أنّ الإعلان كان مفصلاً هامًا في الصحة العالمية، لأنه سلط الضوء على أهمية الرعاية الصحية القريبة من المساكن، والحاجة إلى دمج التدخلات الرعائية الصحية تعزيزًا ووقاية بموازاة الرعاية الطبية، وتحديد الصحة النفسية على أنها جزء لا يتجزأ من الصحة.

وقد نشرت منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لطب الأسرة (وونكا) تقريرًا حول النظرة المستقبلية الشاملة إلى دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية لحفظ هذه الذكرى. وفي السنة السابقة، كانت لانست Lancet قد نشرت سلسلة من المقالات لجذب انتباه العالم إلى الثغرة العلاجية الواسعة بالنسبة إلى الأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية في معظم أنحاء العالم، ولكن بصورة خاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

وقد حُدِّت الرعاية الصحية الأولية على أنها النقطة الأساسية لتأمين الرعاية الصحية في سبيل سدّ هذه الثغرة. ومن سياق هذه الأحداث المتعلقة بالصحة العالمية يستمدّ هذا اليوم العالمي للصحة النفسية موضوعه.

وسوف أتناول في هذا التعليق اعتبارات محدّدة فقط هي كيفية دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية نحو تحقيق تعديل التداخلات الصحية المبنية على البراهين بحيث تتناول الاضطرابات النفسية، وتلبية نداء العمل الذي وجهته سلسلة لانست Lancet حول الصحة النفسية العالمية، وتحقيق هدف حركة الصحة النفسية العالمية التي أطلقت في اليوم العالمي للصحة 2008 (www.globalmentalhealth.org). ويتوجّه نداء العمل هذا مباشرةً إلى جوهر المرسلّة التي أرادها إعلان ألما أتا عن الصحة للجميع، الذي بُني على مبادئ المساواة والعدل الاجتماعي، والمشاركة المجتمعية، وحسن استخدام الموارد والعمل من مختلف القطاعات.

وقد أعطى تقرير منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لأطباء الأسرة مراجعةً وملخصًا ممتازين للاستراتيجيات الضرورية لدمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية (الإطار رقم 1). ولكن ثمة تحديان دقيقان ينبغي أن نواجههما لتحقيق دمج واقعيّ ومستدام.

أما الأول فهو المشاكلة بين تقوية المبادرات الأفقية (أي تقوية الأنظمة الصحية) والبرامج العمودية (مثل البرامج المحددة للرعاية الصحية النفسية).

وأما الثاني فهو المشاكلة بين الرعاية المتمركزة في المجتمعات المحلية مع المشاركة الناشطة للعاملين في الرعاية الصحية من غير الاختصاصيين أو من الأقل تخصصًا وبين العاملين الصحيين المتخصصين ضمن المنشآت الصحية.

عشر استراتيجيات لدمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية
(المصدر: تقرير منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لأطباء الأسرة حول دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية)

- على السياسات والمخططات أن تشمل الرعاية الأولية للصحة النفسية.
- المناداة ضرورية لتحويل المواقف والتصرّفات.
- التدريب ضروري للعاملين في الرعاية الأولية.
- ينبغي أن تكون مهام الرعاية الأولية محدودة وقابلة للتطبيق.
- ينبغي أن يتوافر اختصاصيو الصحة النفسية ومنشأتها لدعم الرعاية الأولية.

- ينبغي أن يتمكن المرضى من الحصول على الأدوية المعدلة للمزاج الأساسية في الرعاية الأولية.
- الدمج هو مسيرة وليس حدثاً.
- من الضروري وجود منسق لخدمة الصحة النفسية.
- من الضروري التعاون مع القطاعات الحكومية غير الصحية الأخرى، والمنظمات غير الحكومية، والعاملين الصحيين في القرية أو المجتمع المحلي المعنيين، والمتطوعين.
- ثمة حاجة إلى الموارد المالية والبشرية.

صحيحٌ أننا نتكلم بصوت جماعيٍّ باسم الحاجة إلى دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية، ولكن أيعني هذا أننا ننادي ببرنامج عموديٍّ للرعاية الصحية النفسية يحتوي بين مكوناته على الرعاية الأولية أم ببرنامج شامل للرعاية الأولية تشكل فيه الرعاية الصحية النفسية مكوناً قوياً؟

نظراً لأنظمة الرعاية الأولية الضعيفة جداً في كثير من البلدان، لا سيما من حيث الموارد البشرية وعدم تغطيتها لمعظم التدخلات الأساسية في الرعاية الصحية، لا تبدو المقاربة السابقة قادرة على تحقيق النجاح. فطالما نظر العاملون في الرعاية الصحية الأولية إلى الرعاية الصحية النفسية عبر التاريخ على أنها غريبة كلياً عن عملهم اليومي والبرنامج العمودي للرعاية الصحية النفسية سوف يستمر بهذه النظرة.

أما من جهةٍ أخرى، فإنّ عدم وجود برنامج عموديٍّ يضع الرعاية الصحية النفسية في خطر الامحاء عن جدول الأعمال نظراً للمنافسة الشديدة على الموارد المحدودة من قبل التدخلات الصحية الأخرى. لذلك فإنّ الحلّ الوسط والاستراتيجية الأجدى هي دعم برنامج عموديٍّ لتخصيص الموارد (لا سيما الموارد المالية)، والتشديد على استعمال هذه الموارد من خلال أنظمة الرعاية الصحية الأولية الموجودة، وبالتالي تقوية النظام بدلاً من إنشاء نظام رعاية صحية نفسية مواز له. ويعطي تقرير منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لأطباء الأسرة أمثلة جيدة جداً لدراسات واقعية حول كيفية تطبيق هذا الدمج.

يتعلّق التحدي الثاني بمخاوف اختصاصيي الصحة النفسية حول تفويض الرعاية الصحية النفسية إلى غير الاختصاصيين مع التركيز على الرعاية الموجهة نحو المجتمعات المحلية.

في أنحاء كثيرة من العالم، ليس لهذه المخاوف أيّ أساس إذ إنّها لا تحتوي على اختصاصيين أو منشآت لتأمين خدمات الصحة النفسية في كل الأحوال. وحتى في الأماكن التي تحتوي عليهم فإنّ عددهم قليل وموزّع بطريقة غير متساوية بحيث يصعب الحصول على الخدمات من قبل الجماعات الفقيرة والمهمشة أكثر من سواهم، كما أنّ كلفتها ليست في متناول الجميع وغالباً ما ترتبط بالوصمة وفي بعض الحالات حتى بانتهاك شديد لحقوق الإنسان الأساسية. وبالتالي فإنّ الإجابة على هذه التحدي هي أنّ عدم الاختصاصيين هم الوحيدون الذين يمكنهم تأمين الرعاية الصحية النفسية الأولى وذلك لأسباب مثل القبول والجدوى وتدني الكلفة. ولكن هل من نماذج متوافرة تظهر كيف يمكن تحقيق هذا الأمر بطريقة فعالة وأمنة في الوقت نفسه؟

لقد أصبح تحويل المهام، المتعلق باستراتيجية إعادة توزيع مهام الرعاية الصحية فيما بين فرق العمل الصحيين طريقة رائجة لمعالجة النقص في الموارد البشرية المتعلقة باختصاصيي الصحة.

فقد تمّ نقل المهام حيث يتطلب الأمر من العاملين الصحيين ذوي الكفاءة العالية إلى العاملين الصحيين الأقل كفاءة وتدريباً في سبيل استفادة كبرى من الموارد البشرية المتوافرة في مجال الصحة. وتشهد البلدان النامية نمواً في قاعدة البراهين التي يُبنى عليها تحويل المهام في الرعاية الصحية النفسية، كما أنّ اكتشافات هذه القاعدة متشابهة. وتشكل مجموعة من الدراسات العالية الجودة، التي تقيّم آليات تأمين الخدمة، القاعدة المحورية للمبادرات العالمية الجديدة المذكورة آنفاً. إذ أنّ نحن نعرف الآن أنّ الأشخاص العاديين أو العاملين الصحيين في المجتمعات المحلية يمكن أن يتدربوا على تأمين التدخلات النفسية والنفسية الاجتماعية للأشخاص الذين يعانون اضطرابي الإحباط والقلق، والفصام والعتة في سلسلة متنوّعة من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

ويشكل دور اختصاصيي الصحة النفسية عنصرًا دقيقًا من عناصر هذا التحويل في المهام ونقطة انطلاق بارزة من الجهود السابقة لتحسين الرعاية الصحية النفسية الأولية، ويقضي هذا الدور بالذهاب أبعد من مرحلة التدريب إلى توفير الإشراف المستمر والتأمين الصحي العالي الجودة والدعم للعاملين الصحيين في المجتمع المحلي المعني.

لقد رُفِعَ على مدى عدة عقود شعار دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية، إلا أنّ النجاح الذي تحقق في هذا الاتجاه كان محدودًا، ويُعزى ذلك جزئيًا إلى التحديات المعالجة في هذا التعليق (بالطبع ثمة تحديات أخرى، وليس أقلها ضعف الإرادة السياسية لمعالجة الصحة النفسية).

لدينا الآن قاعدة براهين قوية لتعديل الخدمات في سبيل تلبية الاضطرابات النفسية من خلال الرعاية الأولية، بينما نساهم في الوقت نفسه في تقوية نظام الرعاية الأولية. ويؤدي غير الاختصاصيين، وبصورة خاصة العاملون الصحيون في المجتمعات المحلية وفي الرعاية الأولية، دورًا محوريًا في هذه الاستراتيجية، وعلى الاختصاصيين أن يضطلعوا بدور أكبر على صعيد الصحة العامة لجعل الصحة النفسية للجميع واقعيًا.

للقراءة:

- 1 - منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لأطباء الأسرة. دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية: نظرة مستقبلية شاملة. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2008.
- 2 - مجموعة لانست Lancet للصحة النفسية العالمية. تعديل الخدمات لتلبية الاضطرابات النفسية - نداء عمل. لانست 2007؛ 370: 1241-1252.
- 3 - بيغلهور، ر. إيبينغ جوردان ج.، باتل ف.، وآخرون. تحسين الوقاية من الأمراض المزمنة وعلاجها في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط: أولوية في الرعاية الصحية الأولية. لانست 2008؛ 372 (9642): 940-9.
- 4 - والي ج.، لاون ج. إي.، تينكر أ.، وآخرون. الرعاية الصحية الأولية: ليصبح ألما أنا واقعيًا. لانست 2008؛ 372 (9642): 1001-7.

للمزيد من المعلومات:

البروفيسور فيكرام باتل، دكتوراه في الفلسفة

مدرسة لندن للنظافة الصحية والطب المداري

مركز فياسانغاث، بورفوريم، غوا، الهند

403521

البريد الإلكتروني: vikram.patel@lshtm.ac.uk

www.globalmentalhealth.org

التواصل والإعلان

القسم السادس

أعدّ الاتحاد العالمي للصحة النفسية عيناتٍ من بيانات صحافية وإعلامية، وإعلاناً راسياً يرمي رسالة للصحة النفسية، ومستنداً جيداً حول مسيرة الصحة النفسية لاستعمالكم الشخصي ولمعلوماتكم.

نرجو منكم استعمال هذه المواد لتعزيز الإعلان ضمن أحداث اليوم العالمي للصحة النفسية عندكم. فالطريقة الفضلى لتخفيف الوصمة والتمييز هي بلوغ أكبر عدد ممكن من الجمهور بوسائل مناداة قوية. فالبيانات في الصحف المحلية والمسيرات في أنحاء البلدة والتواقيع العامة للإعلان من شأنها أن تعطي الحدث أهمية بالغة ومفعولاً طويلاً الأمد.

يحتوي القسم التالي على:

عينة من إعلان اليوم العالمي للصحة النفسية
بيان إعلامي لتوقيع الإعلان
بيان إعلامي عام
عينة من مقال، رسالة إلى المحرّر
مسيرة الصحة النفسية

اليوم العالمي للصحة النفسية 2009
عينة عن الإعلان

حيث أن أكثر من 450 مليون فرد حول العالم يعيشون مع مرض نفسي يمكن تشخيصه باكراً وإعطاؤه العلاج والدعم الملائمين؛
حيث أن أقل من نصف هؤلاء الذين يمكنهم الاستفادة من التشخيص والعلاج المبكرين للمرض النفسي ينالون شيئاً من العلاج أو الرعاية؛
حيث أن الأمراض النفسية مثل اضطراب القلق والإحباط الكبير والاضطراب الثنائي القطب والفصام، إذا لم تُشخص وتعالج كما يجب، فهي أسباب أساسية لسوء الأداء في العمل والتمزق العائلي وتساهم بصورة هامة في العبء الإجمالي للمرض؛
حيث أن الإحصائيات الصحية المروعة هذه والكلفة البشرية التي تمثلها قد حصلت حتى الآن على قدر قليل جداً من الاهتمام من قبل الجمهور العام ونظام الرعاية الصحية بصورة عامة وصانعي السياسات العامة المنتخبون والمعيّنون، الأمر الذي أدى إلى إعطاء هذه الاضطرابات رتبة غير مناسبة بين الأولويات؛
حيث أن الاتحاد العالمي للصحة النفسية قد حدّد موضوع اليوم العالمي للصحة النفسية 2009 بـ "الصحة النفسية في الرعاية الأولية: تعزيز العلاج والصحة النفسية"، وهو يحدّث على زيادة توافر الخدمات الصحية النفسية المناسبة والعادلة من خلال خدمات الرعاية الصحية الأولية ومنشأتها لذوي المشاكل والاضطرابات الصحية النفسية الحادة؛

لذلك، أنا، _____، (البلدة/البلد، الوكالة، المنظمة، الوزارة)، _____، (الصفة) _____، في _____
البلدة/البلد، الوزارة، المنظمة، الوكالة، (البلدة/البلد، المدينة/البلد) _____، أعلن بموجبه يوم 10 تشرين الأول (أكتوبر) 2009 اليوم العالمي للصحة النفسية في _____ (البلدة/المدينة/البلد) وأحث كل المنظمات والوكالات الصحية النفسية الحكومية وغير الحكومية على العمل معاً مع المسؤولين العاميين المنتخبين والمعيّنين لزيادة التوعية العامة في شأن المرض النفسي والأشخاص الذين يشكون منه، ولتعزيز قبول هؤلاء الأشخاص، وتحسين السياسات العامة لتشجيع خدمات التشخيص والعلاج والدعم لمن يحتاجها من خلال نظام الرعاية الصحية الأولية، ولتخفيض الوصمة والتمييز المستمرين واللذين غالباً ما يشكلون حواجز أمام طلب هؤلاء الأشخاص للخدمة والدعم المتوافر لهم.

بالإضافة، أنا أحث كل المواطنين على الانضمام وتقديم الدعم للمنظمات المحلية والإقليمية والوطنية غير الحكومية، التي تعمل على جعل الصحة النفسية من أولويات المجتمعات المحلية في كافة أنحاء أمتنا.

معاً سوف تُحدث فرقاً ونبنى مواطنين ومجتمعاتٍ صحيةٍ على الصعيد النفسي!

التوقيع _____
الوزارة/المكتب/الوكالة _____
الصفة _____
التاريخ _____

الختم

عينة من البيان الإعلامي لتوقيع إعلان اليوم العالمي للصحة النفسية

10 تشرين الأول (أكتوبر) 2009

للتنشر الفوري

يعلن _____ رئيس بلدية (أو أي مسؤول رسمي آخر) _____ (بلدة أو مدينة أو بلد) _____
العاشر من تشرين الأول (أكتوبر) اليوم العالمي للصحة النفسية في _____ المقر _____.

عين _____ (صفة المسؤول/ مركزه/ مكتبه)، السيد _____ (اسمه) _____
المحترم، يوم العاشر من تشرين الأول (أكتوبر) اليوم العالمي للصحة النفسية 2009 في _____ (المقر) _____
من خلال توقيع إعلان صادر عن (الهيئة التشريعية، المكتب، القسم).

نُظِم حفل توقيع الإعلان من قبل _____ (المنظمة أو الوكالة المنظمة) _____، وقد حضره _____ (أعضاء
المنظمة والمسؤولون الرسميون والقادة الاجتماعيون المحليون والمواطنون الخاصون إلخ).

وقد حثّ الإعلان كافة المنظمات غير الحكومية والوكالات الحكومية على العمل بالتعاون مع صانعي القرارات
العامة والمسؤولين الرسميين المنتخبين والمعينين لتعزيز الخدمات الصحية النفسية الملائمة في مراكز الرعاية
الصحية الأولية، وتسريع وتسهيل حصول ذوي المشاكل والاضطرابات الصحية النفسية الخطيرة مثل الفصام والقلق
والاضطراب الثنائي القطب والإحباط على الخدمات. كذلك شددت على ضرورة زيادة فهم الاضطرابات النفسية لدى
كافة أفراد المجتمع المحلي والمساعدة في تخفيف الوصمة والتمييز المستمرين حول الأمراض النفسية والأشخاص
الذين يعيشون مع هذه الاضطرابات الصحية الخطيرة.

أما موضوع اليوم العالمي للصحة 2009 فهو "الصحة النفسية في الرعاية الأولية: تعزيز العلاج والصحة النفسية"
ويتناول النمط البارز والقاضي بنقل التشخيص والعلاج والرعاية في الصحة النفسية من النظام التقليدي للخدمات
الصحية النفسية المنفصلة وغير المنصفة إلى نظام الرعاية الصحية الرئيسي.

أطلق الاتحاد العالمي للصحة النفسية اليوم العالمي للصحة في العام 1992. وهي حملة التوعية السنوية العالمية
الوحيدة التي تركز اهتمامها على أوجه محدّدة من الصحة النفسية والاضطرابات النفسية، وتقام اليوم في أكثر من
100 بلد في العاشر من تشرين الأول (أكتوبر) في إطار أحداث وبرامج محلية وإقليمية ووطنية لليوم العالمي للصحة
النفسية.

بيان إعلامي عام لليوم العالمي للصحة النفسية 2009

للتنشر الفوري

(تاريخ)

الحملة السنوية السابعة عشرة للتوعية العالمية في اليوم العالمي للصحة النفسية للإضاءة على الحاجة إلى اهتمام
أكبر بالصحة النفسية في الرعاية الأولية

سوف تركز حملة التوعية العالمية في اليوم العالمي للصحة النفسية 2009 على "الصحة النفسية في الرعاية الأولية:
تعزيز العلاج والصحة النفسية". ويتناول موضوع هذه الحملة النمط الذي تعتمده معالجة الأمراض النفسية حول
العالم والذي تزداد أهميته أكثر فأكثر. وتهدف الحملة إلى جذب الاهتمام العالمي نحو الكمّ المتزايد من المعلومات
والمعرفة التي تركز على دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية، وإلى توفير هذه المعلومات
للمرضى/المستفيدين، وأفراد عائلتهم/المسؤولين عن رعايتهم، والجمعيات التربوية للصحة النفسية والمنادية بها حول
العالم. إنه نمط هام لنقل التشخيص والعلاج والرعاية في الصحة النفسية من النظام التقليدي للخدمات الصحية النفسية
المنفصلة وغير المنصفة إلى نظام الرعاية الصحية الرئيسي.

أطلق الاتحاد العالمي للصحة النفسية اليوم العالمي للصحة النفسية في العام 1992. وهي حملة التوعية السنوية العالمية الوحيدة التي تركز اهتمامها على أوجه محدّدة من الصحة النفسية والاضطرابات النفسية، وتقام اليوم في أكثر من 100 بلد في العاشر من تشرين الأول (أكتوبر) في إطار أحداث وبرامج محلية وإقليمية ووطنية لليوم العالمي للصحة النفسية.

وشكل بيان **'دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية: نظرة مستقبلية شاملة'**، الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لأطباء الأسرة في أيلول (سبتمبر) 2008، خطوة كبرى نحو تشجيع العمل العالمي على دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية. وقد عرضت المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية الدكتورة مارغريت تشان ورئيس المنظمة العالمية لأطباء الأسرة البروفسور **كريس فان ويل** في مقدمة المنشور لواقع هذا المجهود:

"تبدأ الرعاية الأولية مع الناس. ودمج خدمات الصحة النفسية في الرعاية الأولية هو السبيل الوحيد لنضمن أنّ الناس يحصلون على الرعاية الصحية النفسية التي يحتاجون إليها. فالناس يستطيعون الحصول على خدمات الصحة النفسية في أماكن أقرب إلى منازلهم، الأمر الذي يحافظ على تماسك العائلات وعلى استمرارها بممارسة نشاطاتها اليومية. بالإضافة، يتجنب الناس التكاليف غير المباشرة المرتبطة بطلب الرعاية المتخصصة في أماكن بعيدة. ويساهم تأمين الرعاية الصحية النفسية في الرعاية الأولية في تخفيف الوصمة والتمييز، والقضاء على خطر انتهاك حقوق الإنسان الذي يُرتكب في مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية. وسوف يظهر هذا التقرير أنّ دمج خدمات الصحة النفسية في الرعاية الأولية يؤدي إلى نتائج جيدة على الصحة بتكاليف معقولة. ولكن ينبغي تقوية أنظمة الرعاية الأولية العامة قبل أن نتوقع منطقيًا نجاح دمج الصحة النفسية".

(دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية: نظرة مستقبلية شاملة؛ © منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لأطباء الأسرة (وونكا، 2008، ص vii).

سوف يضيء اليوم العالمي للصحة النفسية 2009 على الفرص والتحديات التي يطرحها دمج خدمات الصحة النفسية في نظام تأمين الرعاية الصحية الأولية أمام الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية وضعفًا صحيًا نفسيًا، وأمام عائلاتهم والمسؤولين عن رعايتهم... واختصاصيي الرعاية الصحية.

وكالعادة، سوف يركز اليوم العالمي للصحة النفسية 2009 على الدور الأساسي الذي ينبغي أن تضطلع به المناداة بالصحة النفسية، والمرضى/المستفيدين من الخدمة، والعائلة/المنظمة المسؤولة عن الرعاية، في صقل هذه الحركة الإصلاحية الهامة للصحة العامة والصحة النفسية. فهذه القوة المنادية والجاهزة للعمل ضرورية إذا أردنا أن ينتج عن حركة الدمج هذه تسهيل الحصول على خدمات جيدة وملئمة ومنخفضة الكلفة للأشخاص الذين يشكون من أمراض نفسية ومشاكل صحية عاطفية في كافة أنحاء العالم.

بيان إعلامي عام لليوم العالمي للصحة النفسية – يمكن أقليمته للاستعمال المحلي بإضافة المزيد من المعلومات حول أحداث اليوم العالمي للصحة النفسية، أو أقوالاً منقولة عن القادة أو الخبراء في الصحة النفسية في المنطقة، إلخ.

عينة من مقال خاص، أو رأي افتتاحي، أو رسالة إلى المحرر

تضيء حملة اليوم العالمي للصحة النفسية على الحاجة إلى المزيد من الاهتمام بخدمات الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية

سوف تركز حملة التوعية العالمية في اليوم العالمي للصحة النفسية 2009 على "الصحة النفسية في الرعاية الأولية: تعزيز العلاج والصحة النفسية". وسوف يعالج موضوع هذه السنة الحاجة المستمرة إلى "جعل مسائل الصحة النفسية أولوية عالمية"، كما سيهدد على الواقع الذي طال إهماله وهو أن الصحة النفسية جزء لا يتجزأ من الصحة الإجمالية والرفاهية لكل فرد، فالأمراض النفسية لا تختار ضحاياها، بل تحدث في كل الثقافات وفي كل مراحل الحياة. وللأمراض النفسية أثر سلبي كبير على الصحة البدنية عند الأشخاص الذين يشكون منها. ويهدف الموضوع أيضاً إلى لفت انتباه العالم أجمع إلى الكمية الكبرى من المعلومات والمعرفة التي تركز على شمل الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية، وإلى توفير هذه المعلومات للمرضى/المستفيدين الجدد، وأفراد عائلتهم/المسؤولين عن رعايتهم، والجمعيات التربوية للصحة النفسية والمنادية بها حول العالم. إنه نمط هام لنقل التشخيص والعلاج والرعاية في الصحة النفسية من النظام التقليدي للخدمات الصحية النفسية المنفصلة وغير المنصفة إلى نظام الرعاية الصحية الرئيسي.

أما إشراك "المستهلكين النهائيين" لخدمات الصحة النفسية، وعائلاتهم التي غالباً ما يقع على عاتقها قدر كبير من مسؤولية مساعدة الأشخاص ذوي الأمراض النفسية في التكيف في المجتمع، والمنادين بحقوقهم الذين يحاولون التأثير في سياسات الصحة النفسية، فهو أساسي في هذه المرحلة من التغيير والإصلاح وقلة الموارد. فإعلام المعنيين بالصحة النفسية وتجهيزهم للتأكد من أن الصحة النفسية والأمراض النفسية تُعتبر جزءاً لا يتجزأ من الصحة الإجمالية الجيدة والخدمات الملائمة لمن يحتاجها، هي الأهداف الأساسية لحملة اليوم العالمي للصحة النفسية 2009. ومن المخاوف الأولية المتعلقة بالمناداة، والتي ينبغي معالجتها، الخطر القاضي بالأيناى التشخيص والعلاج والشفاء عند الأشخاص ذوي الأمراض النفسية مرتبة عادلة من الأولوية داخل نظام الرعاية الصحية الأولية والعامّة. ومن مسؤولية حركة المناداة بالصحة النفسية العالمية أن تضمن ألا يأتي هذا نتيجة غير مقصودة لإصلاح الرعاية الصحية.

وشكل بيان "دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية: نظرة مستقبلية شاملة"، الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لأطباء الأسرة في أيلول (سبتمبر) 2008، خطوة كبرى نحو تشجيع العمل العالمي على دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية. وقد عرضت المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية الدكتورة مارغريت تشان ورئيس المنظمة العالمية لأطباء الأسرة البروفسور كريس فان ويل في مقدمة المنشور لواقع هذا المجهود:

"تبدأ الرعاية الأولية مع الناس. ودمج خدمات الصحة النفسية في الرعاية الأولية هو السبيل الوحيد لنضمن أن الناس يحصلون على الرعاية الصحية النفسية التي يحتاجون إليها. فالناس يستطيعون الحصول على خدمات الصحة النفسية في أماكن أقرب إلى منازلهم، الأمر الذي يحافظ على تماسك العائلات وعلى استمرارها بممارسة نشاطاتها اليومية. بالإضافة، يتجنب الناس التكاليف غير المباشرة المرتبطة بطلب الرعاية المتخصصة في أماكن بعيدة. ويساهم تأمين الرعاية الصحية النفسية في الرعاية الأولية في تخفيف الوصمة والتمييز، والقضاء على خطر انتهاك حقوق الإنسان الذي يُرتكب في مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية. وسوف يظهر هذا التقرير أن دمج خدمات الصحة النفسية في الرعاية الأولية يؤدي إلى نتائج جيدة على الصحة بتكاليف معقولة. ولكن ينبغي تقوية أنظمة الرعاية الأولية العامة قبل أن نتوقع منطقياً نجاح دمج الصحة النفسية".

(دمج الصحة النفسية في الرعاية الأولية: نظرة مستقبلية شاملة؛ © منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لأطباء الأسرة (وونكا)، 2008، ص 7).

ويسلط اليوم العالمي للصحة النفسية 2009 الضوء على الفرص والتحديات التي يطرحها دمج خدمات الصحة النفسية في نظام تأمين الرعاية الصحية الأولية أمام الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية أو ضعفاً في الصحة النفسية، وعلى عائلاتهم والمسؤولين عن رعايتهم... وعلى اختصاصيي الرعاية الصحية. وكالعادة، سوف تركز الحملة اهتمامها على الدور الأساسي الذي ينبغي أن يؤديه كل من المنادين بالصحة النفسية، والمرضى أو المستفيدين من

الخدمات، والعائلات أو المنظمات التي تقدم الرعاية، في صقل حركة إصلاح الصحة العامة والصحة النفسية. فهذه القوة المنادية والجاهزة للعمل ضرورية إذا أردنا أن ينتج عن حركة الدمج هذه تسهيل الحصول على خدمات جيدة وملائمة ومنخفضة الكلفة للأشخاص الذين يشكون من أمراض نفسية ومشاكل صحية عاطفية في كافة أنحاء العالم. وعلى المنادين والعائلات والاختصاصيين وصانعي السياسات في قطاع الصحة النفسية العالمي أن يندكروا أن هذه الحركة الحالية لتحسين طريقة تقديم الخدمات الصحية النفسية ليست المحاولة الأولى للإصلاح. وقد علمتنا دروس الماضي أن تحقيق المساواة في تقديم خدمات الصحة النفسية في مختلف بلدان العالم ليست بالمهمة السهلة. فالدمج الفعّال للصحة النفسية في الرعاية الأولية، على درجة من الأولوية تتلاءم مع ثقل مهمة رعاية الأمراض النفسية، هو التزام كبير جداً في زمن الصعوبات الاقتصادية والاجتماعية. وبالطبع لقد حان الوقت ليصغي العالم ويبدأ العمل على تحسين خدمات الصحة النفسية وتجهيز حصول الأشخاص الذين يعانون مشاكل واضطرابات صحية نفسية مثل الفصام والقلق والاضراب الثنائي القطب والإحباط على الخدمات اللازمة. هذه ستكون الرسالة الجوهرية لليوم العالمي للصحة 2009!

أطلق الاتحاد العالمي للصحة النفسية اليوم العالمي للصحة النفسية في العام 1992، وهو يتولى إقامته وتنسيقه سنوياً في العاشر من شهر تشرين الأول (أكتوبر). وهي حملة التوعية السنوية العالمية الوحيدة التي تركز اهتمامها على أوجه محدّدة من الصحة النفسية والاضطرابات النفسية، وتقام اليوم في أكثر من مئة بلد من خلال التوعية العامة والأحداث التربوية وتوقيع الإعلانات وحملات المناذاة وغير ذلك من الأحداث العامة التي تنظمها الوكالات الحكومية والمنظمات الصحية النفسية غير الحكومية.

يمكن استعمال هذا المستند مقالاً إخبارياً أو يمكن تقديمه على أنه مقال خاص أو رأي افتتاحي أو رسالة إلى المحرر في الصحف المحلية أو الإقليمية. كذلك يمكن إدراجه على الموقع الإلكتروني لمنظمتكم للمساعدة في ترويج نشاطات حملة اليوم العالمي للصحة النفسية عندكم. ويمكن تعديل المقال بحيث يتضمّن مراجع لمنظمتكم وللجهود التي تبذلها في إطار حملة اليوم العالمي للصحة النفسية.

مسيرة من أجل الصحة النفسية

أيّ طريقة أفضل لإظهار دعمكم ووحدتكم ورغبتكم في التغيير من التضامن مع زملائكم المنادين وتنظيم مسيرة أو حشد؟

الأرجح أنه ليس من طريقةٍ فضلى.

لذلك، وفي روح اليوم العالمي للصحة النفسية وبفضل القوة والتضامن في حركة الصحة النفسية، يقترح الاتحاد العالمي للصحة النفسية أن نحاول جميعاً تقديم المزيد لليوم العالمي للصحة النفسية هذه السنة. فنحن نشجّع شركاءنا، لا على تنظيم أحداث في ذكرى اليوم العالمي للصحة النفسية فحسب، بل على تنظيم سهرة صامتة ومسيرات و/أو تجمّعات دعماً لإصلاح الصحة النفسية.

فهذا قد يكون أداة قوية جداً لإيصال وجهات النظر إلى ذوي النفوذ ولتعزيز معرفة الجمهور العام. فالسير في الشوارع وتنظيم التظاهرات أو السهرات على أضواء الشموع هي من أكثر الوسائل فعالية في إظهار الدعم لقضية ما واجتذاب المزيد من الناس نحو هذه القضية وجذب اهتمام المجتمع والإعلام وأصحاب النفوذ إليها. وقد سأل رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية، جون كوبلاند، في رسالتنا الإخبارية في كانون الأول (ديسمبر) 2008 "لماذا تسمى الحكومات إلى هذه الدرجة عن رؤية المرض النفسي؟ فإذا كان المرض غير مرئيّ فعلى المهتمّين بأمره أن يصبحوا مرئيّين".

فالذي يستطيعون أن يتجمّعوا لينظّموا مسيرة أو سهرة صامتة بصورة قانونية ومسالمة، نحن نشجّعكم على ذلك. فأنتم بذلك لا تجذبون الاهتمام الضروريّ جداً إلى موضوع المرض النفسي فحسب، بل تظهرون للذين يواجهون الوصمة والتمييز أنّ ما من سبب للشعور بالخجل أو بالخوف فسوف تلبسون هذا المرض غير المرئيّ وجهاً مرئيّاً، وتعطون المسألة طابعاً إنسانياً، وتظهرون للمجتمع والحكومة أنّ قضيتكم جديرة.

وقد يبدو ذلك كله عملاً شاقاً، ولكن لا ضرورة لذلك. فاجتمعوا معاً، من 10 إلى 50 شخصاً من أصدقاء وأفراد عائلة وزملاء، واختاروا مكاناً لتجمّعوا فيه أو نقطتي انطلاقكم ووصولكم، وأعدّوا لافتات ذكية ولكن مسالمة، وها أنتم جاهزون للمسيرة من أجل الصحة النفسية!

كيف تنظّمون مسيرة أو سهرة صامتة

لقد جمعنا بعض المعلومات العامة لكي تستعملوها فيما تنظّمون مسيرتكم من أجل الصحة النفسية. وتجدر الإشارة إلى أنّ المتطلبات تختلف من بلدٍ إلى آخر، ومن مجتمعٍ إلى آخر، فيرجى أن تطلعوا على القوانين والمتطلبات المتعلقة بهذا الشأن في منطقتكم بالتحديد وتجنّبوا المسائل القانونية التي قد تعرقل مسيرتكم أو تلغيها. أما نوعا التظاهر اللذان نضىء عليهما فهما:

سهرة صامتة أو حشد. إنها تجمّعات يبقى في خلالها الناس في مكان واحد، ويكونون عادةً صامتين متأمّلين، ويراد بهذه الطريقة وسيلة مسالمة لتكريم شخص أو مجموعة من الأشخاص أو موضوع بالغ الأهمية، أو تسليط الضوء عليه.

مسيرة. المسيرة هي تجمّع لأشخاص ينتقلون من نقطة محددة إلى نقطة وصول متفق عليها. والمسيرات جيّدة إذا كان عدد الأشخاص كبيراً أو إذا أردتم تغطية منطقة واسعة.

1 - اختاروا يوماً محدداً (10/10 تاريخٌ جيّد جداً!) وأمّنوا موقعاً. وتأكدوا مما تحتاجون إليه من رخصة أو إذن ما لتنظيم مسيرتكم أو سهرة صامتة في مكان عام، فمن الضروريّ أن تعرفوا حقوقكم المتعلقة بأيّ نوع من التجمّعات العامة. ثمّ اختاروا طريقاً مأهولاً بالسكان أو نقطة تجمّع عامة.

2 – قرّروا قضيتكم وحددوا الرسالة التي تودّون إيصالها إلى المتفرّجين، ولكن بسيطة ومسالمة وقوية. وصمّموا الأعلام واللافتات والكتيبات، وحرصوا على أن تتمحور حول رسالتكم وتكون قوية ومسالمة معًا وتخلو من الأخطاء اللغوية والإملائية وأن يكون حجمها كبيرًا بما يكفي ليراها الناس.

3 – خصصوا وقتًا على برنامجكم ليتوجّه بعض المتكلّمين إلى الحشد. فيمكنكم تحديد هذا الوقت في مستهلّ الحدث أو في ختامه أو كليهما. ولتكن الخطابات مما قلّ ودلّ، فلا تنسوا أن هذه تظاهرة وليست ندوة.

4 – أسمعوا صوتكم! واتصلوا بمناديتكم وأصدقائكم وشركائكم وغيرهم، وحاولوا أن تجمعوا أكبر عدد ممكن من المجموعات لتظهروا القوة والتضامن داخل الجماعة. لأنّ تشكيل جماعة موحّدة من مختلف المجموعات (اختصاصيّي الصحة النفسية والمجموعات الطبية والعائلات والمرضى والأطباء والممرضين إلخ) ضروريّ لتشكيل حركة اجتماعية ذات قاعدة واسعة وجذب أكبر قدر من الاهتمام.

5 – أوكّلوا المهام وحددوا الأدوار لكلّ المشاركين. فإذا كنتم تعملون مع مجموعات مختلفة، اجمعوا كافة القادة معًا للاستفادة من قدرات الجميع وشبكات تواصلهم ورسائلهم وتوحيدها.

6 – اتصلوا بوسائل الإعلام وكتبوا المقالات الصحافية لإعلان مخططاتكم. ولتشمّل كتاباتكم معلومات عن "من وماذا ومتى وأين" يجري الحدث للتأكد من أنّ كلّ الوقائع المتعلقة بتظاهرتكم متوافرة.

7 – احرصوا على أخذ الصور وتدوين الملاحظات عن كامل الحدث وأرسلوا معلوماتكم إلى العنوان wmhday@wfmh.com ما إن تفرغوا من العمل، لكي نظهر للعالم أننا متحدون وأننا لن نسكت بعد الآن!

وقد يكون هذا الجهود للمناداة بالصحة النفسية الأكبر من نوعه في العالم! نأمل بأن تنضمّوا إلينا وتفعلوا ما بوسعكم لتظهروا دعمكم. خمسة أشخاص كئنا أم خمسمئة، نستطيع جميعًا أن نحدث فرقًا بمجرد أن نفعل شيئًا!

الشعارات الفعالة

- تُظهر أهمية مسألة ما
- تظهر جدارة مسألة ما
- تعطي المسألة "وجهًا مرئيًا"
- تتوجه إلى كلّ الجماهير بحسب فنّتها
- تعكس فهمًا لما يحدث على التغيير
- ترتبط بالثقافة المعنية وتحترمها
- يسهل حفظها

أمثلة:

احتفلوا باليوم العالمي للصحة النفسية – افتحوا أذهانكم!

كلّ ما يدور حولنا يعنينا

سيروا من أجل إصلاح الصحة النفسية!

كلّ الأمراض تستحقّ الرعاية والعلاج!

"يعاني حوالى 450 مليون شخص مرضًا نفسيًا. انظر من حولك... فالعدد ضخم".

لا صحة من دون الصحة النفسية!

التمييز النفسي: افتحوا أعينكم على واقعنا