تعزيز الصحة النفسية

المفاهيم ـ البيانات المستجدة ـ الممارسة

التقرير المختصر

تقرير منظمة الصحة العالمية
قسم الصحة النفسية وتعاطي العقاقير والمواد
بالتعاون مع
جامعة ملبورن ومؤسسة فيكتوريا لتعزيز الصحة

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
القاهرة

تعزيز الصحة النفسية

المفاهيم ▪ البيانات المستجدة ▪ الممارسة

التقرير المختصر

تقرير منظمة الصحة العالمية
قسم الصحة النفسية وتعاطي العقاقير والمواد
بالتعاون مع
جامعة ملبورن ومؤسسة فيكتوريا لتعزيز الصحة

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
القاهرة
٢٠٠٥

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية - المكتب الأقليمي لشرق المتوسط؛ مترجم
تعزيز الصحة النفسية: المفاهيم، البيانات المستجدة، الممارسة: التقرير المختصر/منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص.
صدرت الطبعة الإنجليزية فى جنيف ٢٠٠٤ (ISBN :92-4-159159-5)
١.الصحة النفسية ٢.تعزيز الصحة ٣.إضطرابات نفسية - وقاية ومكافحة ٤.السياسة الصحية
٥.البلدان النامية أ.العنوان ب.المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط
(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WM 31.5) ISBN: 978-92-9021-414-4

© **منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥**
جميع الحقوق محفوظة، وترحب منظمة الصحة العالمية بطلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشوراتها جزئيا أو كليا . وتوجه الطلبات والاستفسارات فى هذا الصدد إلى السيد مدير الإدارة العامة، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة لشرق المتوسط، شارع عبد الرازق السنهورى، مدينة نصر، القاهرة ١١٣٧١، جمهورية مصر العربية، الذى يسره أن يقدم لكم أحدث المعلومات عن أي تغيرات تطرأ على النصوص، وعن الخطط الخاصة بالطبعات الجديدة، وعن الترجمات والطبعات المتكررة المتوافرة.
وإن التسميات المستخدمة، وطريقة عرض المواد فى هذه المنشورة لا تعنى ضمنا التعبير عن أي رأي لأمانة منظمة الصحة العالمية، فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها.
كما أن ذكر شركات بعينها، أو منتجات جهة صانعة معينة، لا يقصد به أنها معتمدة أو موصي بها من قبل منظمة الصحة العالمية تفضيلاً لها سواها ما لم يرد ذكره، وفيما عدا السهو والخطأ تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بحروف كبيرة.
لا تضمن منظمة الصحة العالمية التأكيد على صحة المعلومات التي وردت فى هذا التقرير ولا على استيفائها أو استكمالها ولا على تحمل مسؤولية أي ضرر ينتج عن استخدامها.

طباعة شركة توشكى، القاهرة

تقديم

إن من أهداف منظمة الصحة العالمية ووظائفها أو التزاماتها الجوهرية في تعزيز الصحة النفسية ما يلي:
"... الصحة ليست مجرد الخلو من المرض أو العجز."
"...يجب أن يحرز جميع الناس أعلى مستوى من الصحة."
"... يجب تقوية نشاطات الصحة النفسية ولاسيما التي تؤثر على العلاقات الإنسانية وتوافقها."
ولسوء الحظ، غالبا ما ينشغل المخططون والمهنيون الصحيون بالمشاكل الملحّة لمن أصيب بالمرض تاركين توخي الحذر عمن كان معافى. ويجد هؤلاء المخططون والمهنيون صعوبة في تأمين التغيير الاجتماعي السريع أو تأمين الشروط البيئية في دول العالم التي تدعم الصحة النفسية أو بالأحرى التي تهددها. وترتكز هذه الأوضاع جزئيا إلى نقص المفاهيم الواضحة والبيّانات الملائمة عن فعالية التدخلات المعززة للصحة. وثمة الكثير مما يمكن عمله حول الطريقة التي يتدرب فيها المخططون والمهنيون الصحيون، وكيف ينظرون إلى دور هذه التدخلات في المجتمع وكيف يجرب المجتمع نفسه في تنفيذها. وفي حال الصحة النفسية ثمة ما يعمل للتغلب على نفورنا من المناقشة الصريحة لقضايا الصحة النفسية.
إن التقرير المختصر عن الصحة النفسية: المفاهيم. البيّانات المستجدة. الممارسة، هو محاولة أخرى لمنظمة الصحة العالمية لتجاوز هذه المعوقات. ويصف محتوى الصحة النفسية وتعزيزها، بالإضافة إلى التفاوت في مختلف الثقافات. ويحاول أن يصل إلى درجة من الإجماع عن الخصائص المشتركة لتعزيز الصحة النفسية من خلال المضمون الواسع للصحة العمومية وتعزيز الصحة، ويحتمل أن يكون البرهان الموجود عن بعض هذه التدخلات الصحية وغير الصحية عن المنافع الصحية النفسية مفيد لمخططي السياسة الصحية ولمهنيي الصحة العمومية. ومهما يكن فإن التأكيد يركز على الحاجة الطارئة للمزيد من جيل البراهين المنهجية في السنوات القادمة، ولذا يمكن تطوير الأساس العلمي الأقوى للتخطيط الإضافي.
إن الوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية متميزان عن بعضهما، ولكن غالبا ما متشابكة. والكثير من التدخلات التي جرت مناقشتها في هذا التقرير تعنى بالوقاية أيضا ، ومهما يكن فإن نطاق التعزيز والجمهور المستهدف أيضا هامان جدا في تعزيز الصحة النفسية. ولهذا السبب، قامت منظمة الصحة العالمية بإعداد هذا التقرير عن التعزيز بأسلوب منفصل، وقبل التقريرالآخر عن البيانات حول الوقاية من الاضطرابات النفسية.
ونتمنى بإخلاص أن يقدم هذا التقرير المزيد من الثمرات الإبداعية في مجال تعزيزالصحة النفسية ضمن المجال الواسع لتعزيز الصحة أو يكون مفيدا لجميع الدول التي تخدمها منظمة الصحة العالمية.

الدكتورة كاثرين لو غاليز-كاموس
المديرة العامة المساعدة
الصحة النفسية والأمراض غير السارية
منظمة الصحة العالمية، جنيف

جدول المحتويات

تمهيد ٧
إعداد التقرير المختصر ٨
الرسائل الرئيسية ١٣
المقدمة ١٦
الصحة النفسية ...ماهي؟ ١٦
تعزيز الصحة النفسية هو جزء متكامل مع الصحة العمومية ١٧
الصحة النفسية أكثر من غياب الإعتلالات النفسية ١٨
لا توجد صحة من دون الصحة النفسية: السلوك والصحة النفسية ١٩
الجزء الأول: المفاهيم ٢١
الصحة وتعزيز الصحة ٢١
الصحة النفسية الإيجابية ٢٥
قيمة الصحة النفسية الداخلية المنشأ ٢٧
الثقافة والصحة النفسية ٢٨
الرأسمال الاجتماعي والصحة النفسية ٢٩
الصحة النفسية وحقوق الإنسان ٣٠
خطة العمل التصورية ٣٠
الجزء الثاني: البيانات المستجدة ٣٣
الأهداف والأفعال التي تعزز الصحة ٣٣
البيّانات واستعمالاتا في تعزيز الصحة النفسية ٣٤
المحددات الاجتماعية للصحة النفسية ٣٦
ارتباطات الصحة النفسية بالصحة الجسدية ٣٨
تطوير مؤشرات الصحة النفسية ٤٠
البراهين والبيانات حول التدخلات الفعالة ٤٢
فعالية تعزيز الصحة النفسية في الدول الفقيرة ٥١
توليد البيّنات حول الفعالية والجدوى الاقتصادية ٥٦
الجزء الثالث: السياسة والممارسة ٦١
الصحة النفسية شأن الجميع ٦١
تعزيز الصحة النفسية: مكون هام في سياسة الصحة النفسية ٦١
مخطط العمل العام لتعزيز الصحة النفسية ٦٣
التنمية المجتمعية كاستراتيجية لتعزيز الصحة: دروس من الدول الفقيرة ٦٥
تطوير التدخلات الطويلة المضمونة الاستمرار ٦٧
مقاربة مختلف القطاعات لتعزيز الصحة النفسية ٦٨

التعاون الدولي ودور منظمة الصحة العالمية ٧٠
التوصيات الرئيسية ٧٣
المراجع والمصادر ٧٥

تمهيد

إن كتاب تعزيز الصحة النفسية: المفاهيم. البيانات المستجدة. الممارسة، يهدف إلى إعطاء البعد الحياتي لتعزيز الصحة، ولقد وضع تعزيز الصحة النفسية ضمن أوسع مجالات تعزيز الصحة، ويتخذ موقع محاذٍ للوقاية من الاضطرابات النفسية، ولمعالجة المصابين بالعلل النفسية والمعوقين وتأهيلهم. إن تعزيز الصحة النفسية مثل تعزيز الصحة يكتنف أفعالاً لدعم الناس لتبني نمط الحياة الصحية والمحافظة عليها مما يبدع الظروف المعيشية والبيئية الداعمة للصحة. ولقد وصف هذا التقرير المختصر والتقرير الكامل الذي ارتكز إليه هذا الدليل تلك المفاهيم ذات الصلة بتعزيز الصحة النفسية، وإبراز البراهين والبينات عن فعالية التدخلات، والسياسة الصحية العمومية ومقتضيات الممارسة. يتمم هذا المشروع العملَ الكبير الآخر لمشروع منظمة الصحة العالمية الذي يركز على البراهين الوقائية في مجال الاضطرابات النفسية.

يتضمن هذا التقرير المختصر مراجعة انتقائية للبراهين المتاحة من عدة دول وثقافات. ويوثق أفعالاً مثل الدعوة من أجل الصحة النفسية، والسياسات ومشاريع التطوير، والتشريعات والإصلاح التنظيمي، والبحوث، والتقييم، وكل ما يمكن أن ينجز ويرصد في الدول في مراحل التنمية الاقتصادية كلها. ويراعي استراتيجيات التطوير المستمر للأساليب والبراهين لتحديد الجدوى الاقتصادية والأفعال الممكنة. إن التعاون والتحالف الدولي سيؤديان دور حاسم في تعميم البراهين وتطبيقها. مثل تشجيع الفعل الاجتماعي المطلوب، ورصد تأثير الصحة النفسية للعديد من السياسات والممارسات.

كتاب تقرير تعزيز الصحة النفسية: المفاهيم. البيانات المستجدة. الممارسة، يهم العاملين في القطاعات الصحية وغير الصحية الحكومية، والعاملين في التربية ورجال الأعمال الذين تؤثر قراراتهم على الصحة النفسية بطريقة لايدركونها. ويتعاطف أيضا مع المهنيين العاملين في الصحة النفسية الذين يحتاجون إلى التصديق والمساعدة في تعزيز الصحة النفسية بينما يستمرون في تقديم الخدمات للمصابين بالعلل النفسية. وهو وثيق الصلة بالعاملين في مجال تطوير السياسات والبرامج في الدول الغنية والمتوسطة والفقيرة، بالإضافة إلى المهتمين بالدلائل الإرشادية الدولية. يستعمل التقرير في خطة العمل الصحية العمومية للتوجه نحو معضلة الأولويات المتنافسة التي غالبا ما تقض مضجع المخططين والممارسين في الدول الفقيرة بالإضافة إلى الدول الموسرة.

تقرير تعزيز الصحة النفسية: المفاهيم. البيانات المستجدة. الممارسة، هو نتيجة التعاون بين المساهمين العلميين من القطاعات الصحية وغير الصحية. وكانت غاية المشروع تسهيل الفهم الأفضل للبراهين والمقاربات لجمع البينات والبراهين المحلية، وتنشيط المجتمع العلمي، وتنمية التعاون والتحالف الدوليين.

ولقد أنتج المحررون هذا التقرير المختصر من الفصول والمواد الأخرى التي أعدت بالأصل لكتاب (تعزيز الصحة النفسية، إبراز البيانات المستجدة، الممارسة) وذلك لإعطاء القراء الإحساس بالقضايا التي جرت مناقشتها في التقرير الأصلي بتفاصيل أغزر وأوسع. ونأمل بأن يتشجع القراء للمضي في القراءة والتفكير في هذه القضايا بتفاصيل أدق حالما يصبح التقرير الشامل متاح .

هيلين هيرمان ، شيخار ساكسينا ، روب مودي

المحررون

إعداد التقرير المختصر

أعد هذا التقرير من قبل محرري كتاب (تعزيز الصحة النفسية، البيانات المستجدة، الممارسة "هيلين هيرمان، شيخار ساكسينا، روب مووديي" وهو قيد الطباعة) والذي ينتظر أن يطلق قريبا من قبل منظمة الصحة العالمية. ولقد اختار منه المحررون الموضوعات انتقائي ، وطوروا في المواد من الفصول التي زودهم بها المؤلفون المساهمون في التقرير لإعطاء نظرة عامة لبعض المفاهيم الهامة والبراهين والممارسة في تعزيز الصحة النفسية. ولذا فقد أعطيت إشارة فقط للمناقشات الهامة الأكثر تفصيلاً في التقرير الوشيك الطباعة.

تعكس أقسام هذا التقرير عناوين العمل في كتاب (تعزيز الصحة النفسية، البيانات المستجدة، الممارسة "هيلين هيرمان، شيخار ساكسينا، روب مووديي") كما هو مدون أدناه. ومساهمة مؤلفي هذه الفصول لم يشر لها بصفة نوعية في هذا التقرير المختصر، إلا إذا كانت المواد مقدمة في جزء آخر للمساعدة في الاستمرارية. وعندما نستشهد بهم في هذا التقرير المختصر فهي مناسبة لتقديم الشكر لأصحاب العلاقة من مؤلفي هذه الفصول.

تفاصيل التقرير الكامل

إن كتاب تعزيز الصحة النفسية، البيانات المستجدة، الممارسة هو تقرير لمنظمة الصحة العالمية، قسم الصحة النفسية وتعاطي المواد بالتعاون مع المؤسسة الفيكتورية لتعزيز الصحة (VicHealth) وجامعة ملبورن، والمحررون هم "هيلين هيرمان، شيخار ساكسينا، روب مووديي" وهو قيد الطباعة في منظمة الصحة العالمية بجنيف.

الفصول

١ - المدخل
٢ - الصحة وتعزيز الصحة النفسية
٣ - الصحة النفسية الإيجابية
٤ - القيمة المميزة للصحة النفسية
٥ - مفاهيم الصحة النفسية عبر العالم
٦ - الرأسمال الاجتماعي والصحة النفسية
٧ - الصحة النفسية وحقوق الإنسان
٨ - خطة العمل التصورية
٩ - البرهان واستعمالاته في تعزيز الصحة النفسية
١٠ - المحددات الاجتماعية للصحة النفسية
١١ - الصحة والاعتلالات النفسية والجسدية
١٢ - مؤشرات الصحة النفسية
١٣ - البرهان على التدخلات الفعالة في تعزيز الصحة النفسية
١٤ - البرهان على تعزيز الصحة النفسية في الدول النامية

١٥ - تعميم البرهان على المحددات والفعالية والجدوى الاقتصادية
١٦ - تعزيز الصحة النفسية: أهمية السياسات والمكونات
١٧ - استراتيجيات تعزيز الصحة النفسية بين السكان
١٨ - تطوير المجتمع كاستراتيجية في تعزيز الصحة النفسية: دروس من الدول الفقيرة
١٩ - تطوير التدخلات المؤازرة: النظرية والبرهان
٢٠ - الأسلوب المتعدد القطاعات لتعزيز الصحة النفسية
٢١ - التعاون الدولي ودور منظمة الصحة العالمية وسائر وكالات الأمم المتحدة
٢٢ - الخاتمة: طريق التقدم نحو الأمام

شكر:

إن المحررين الذين جمعوا هذا التقرير المختصر بطريقة مباشرة من المواد الموجودة في فصول وأقسام كتاب تعزيز الصحة النفسية، المفاهيم، البيّنات المستجدة، الممارسة، وبالتعاون مع السيدة لين والكر، من المؤسسة الفيكتورية لتعزيز الصحة. يتقدمون بوافر الشكر إلى المستشارين الذين ساهموا آخذا العمل، وكذلك يشكر المحررون من ساعدهم على التحرير والدعم الإداري ومراجعة قائمة المصادر، وكذلك يشكر محررو هذا العمل السيدة كريستين هايز لمساعدتها في التحرير، والدكتورة آماندا فافيلا لمساعدتها في جمع وتصنيف المواد، والسيدة جين كاميرون، والسيدة مارغريت نيلسون والسيدة روز ماري ويسترماير لمساعداتهم الإدارية، والسيدة توشيتا بوزنيت التي صممت المخططات في التقرير المختصر. وكذلك تشكر منظمة الصحة العالمية حكومة فنلندا لمساعدتها المالية في تحضير هذا التقرير. ويشكر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط الدكتور ناصر بوكلي حسن الذي قام بترجمة التقرير المختصر بالاعتماد على المعجم الطبي الموحد في طبعته الإلكترونية التي أصدرها هذا المكتب EMRO عام ٢٠٠٤م.

Editors

Professor Helen Herrman
St Vincent's Mental Health Service Melbourne and
The University of Melbourne Dept of Psychiatry,
Melbourne, Australia

Dr Shekhar Saxena
Coordinator, Mental Health: Evidence and Research
Dept of Mental Health & Substance Abuse
World Health Organization
Geneva, Switzerland

Professor Rob Moodie
Chief Executive Officer
Victorian Health Promotion Foundation
Victoria, Australia

Advisors

Dr Beverley Long
World Federation for Mental Health
Atlanta, USA

Professor Norman Sartorius
University of Geneva
Geneva Switzerland

Dr Dusica Lecic-Tosevski
President, World Psychiatric Association Section on
Prevention of Mental Disorders
School of Medicine, University of Belgrade
Institute of Mental Health, Yugoslavia

Contributors to the full Report

Dr James Anthony
Chairperson, Department of Epidemiology
State University of Michigan
Michigan, USA

Dr Rajanikant Arole
Director, Comprehensive Rural Health Project
Jamkhed, Maharashtra, India

Dr Jodie Doyle
Coordinator
Cochrane Health Promotion and Public Health Field
Australia

Ms Natalie Drew
Department of Mental Health and Substance
Abuse, World Health Organization
Geneva, Switzerland

Ms Monica Eriksson
Project Leader, Nordic School of Public Health
Sweden

Ms Beth Fuller
Senior Program Development Officer
Australian International Health Institute
The University of Melbourne
Victoria, Australia

Dr Michelle Funk
Coordinator
Mental Health Policy and Service Development
Department of Mental Health and Substance Abuse
World Health Organization
Geneva, Switzerland

Ms Elizabeth Gale
Chief Executive, Mentality
London, United Kingdom

Dr Laura Ghali
Community Health Sciences
University of Calgary, Canada

Ms Margaret Grigg
Technical Officer
Departement of Mental Health and Substance Abuse
World Health Organization
Geneva, Switzerland

Professor Oye Gureje
Department of Psychiatry, University of Ibadan
Ibadan, Nigeria

Professor Penny Hawe
Makin Chair in Health and Society
Department of Community Health Services
University of Calgary, Canada

Professor Clemens Hosman
Mental Health Promotion and Mental Disorders
Prevention Unit,
Universities of Nijmegen and Maastricht
The Netherlands

Dr Eva Jane-Llopis
Head of Science-Based Knowledge and Policy
Prevention Research Center on
Programme Development and Effect Management
Department of Clinical Psychology and Personality
University of Nijmegan, The Netherlands

Professor Natacha Joubert
Head, Mental Health Promotion Unit
Health Canada

Dr Corey Keyes
Department of Sociology and Department of
Behavioral
Sciences and Health Education
Emory University
Georgia, USA

Professor Viviane Kovess-Mafesty
Directrice, Fondation MGEN pour Ia Sante Publique
Paris, France

Dr Eero Lahtinen
Senior Medical Officer
Ministry of Social Affairs and Health in Finland
Helsinki, Finland

Professor Ville Lehtinen
National Research and Development
Centre for Welfare and Health — STAKES
Mental Health Promotion Unit
Helsinki, Finland

Professor Bengt Lindstrom
Nordic School of Public Health
Goteborg, Sweden

Ms Merja Lyytijainen
Project Coordinator
Finnish Association for Mental Health
Finland

Dr David McQueen
Associate Director for Global Health Promotion
Centres for Disease Control and Prevention
Atlanta, USA

Dr Alberto Minoletti
Director, Mental Health Unit
Ministry of Health
Santiago, Chile
Professor Brian Mishara
Director, Centre for Research and Intervention on
Suicide and Euthanasia (CRISE)
University of Quebec
Montreal, Canada

Professor Maurice Mittelmark
President, International Union for Health Promotion
and Education,
Research Centre for Health Promotion
University of Bergen
Bergen, Norway

Mr Michael Murray
Chief Executive, The Clifford Beers Foundation
University of Central England
Birmingham, United Kingdom

Dr Desmond O'Byne
Health Education and Health Promotion Unit
World Health Organization
Geneva, Switzerland

Dr John Orley
Former Programme Manager in the Departement of Mental Health
World Health Organization
Geneva, Switzerland

Professor Agustin Ozamiz
Professor of Sociology
University Deusto, Bilbao Spain

Dr Vikram Patel
Senior Lecturer
London School of Hygiene &Tropical Medicine
Director, Sangath Centre
Goa, India

Dr Soumitra Pathare
Ruby Hall Clinic
Pune, India

Dr Mark Petticrew
MRC Social and Public Health Sciences Unit
Glasgow, United Kingdom

Dr Pekka Puska
Director-General
National Public Health Institute (KTL)
Helsinki, Finland
Former Director
Communicable Disease Prevention and Health Promotion, World Health Organization
Geneva, Switzerland

Associate Professor John Raeburn
University of Auckland
Aukiand. New Zealand

Professor Beverley Raphael
Director, Centre for Mental Health
North Sydney, NSW, Australia

Dr Therese Riley
Department of Community Health Sciences
School of Public Health, La Trobe University
Victoria, Australia

Associate Professor Louise Rawlings
School of Policy and Practice
University of Sydney
New South Wales, Ausrtalia

Dr Benedetto Saraceno
Director, Department of Mental Health and Substance Abuse
World Health Organization, Geneva Switzerland

Dr Margit Schmolke
International Centre for Mental Health
Mt Sinai School of Medicine
New York, USA

Dr Shona Sturgeon
Dept of Social Development
School of Cape Town, Republic of South Africa
Professor Leslie Swartz
Director, Child Youth and Family Development
Human Sciences Research Council
Cape Town, Republic of South Africa

Dr Kwok-Cho Tang
Senior Professional Officer, World Health Organisation
Geneva, Switzerland

Ms Alison Taylor
Chief Executive Officer, Mental Health Foundation
Auckland, New Zealand

Ms Hilary Thomson
MRC Social and Public Health Sciences Unit
University of Glasgow
Glasgow, United Kingdom

Ms Lynn Underwood
Fetzer Institute
Kalamazoo, Michigan, USA

Ms Irene Verins
Senior Project Officer
Victorian Health Promotion Foundation
Victoria, Australia

Ms Lyn Walker
Director, Mental Health and Wellbeing Unit
Victorian Health Promotion Foundation
Victoria, Australia

Professor Mitchell Weiss
Professor and Head
Department of Public Health and Epidemiology
Swiss Tropical Institute
Basel, Switzerland

Professor Harvey Whiteford
Krutzmann Professor of Psychiatry
University of Queensland
The Park Centre of Mental Health
Queensland, Australia

Professor Stephen Zubrick
Head, Division of Population Sciences
Institute for Child Health Research
West Perth, WA, Australia

الرسائل الرئيسية

لاتوجد صحة بمعزل عن الصحة النفسية

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة كما يلي:
...الصحة حالة من الكمال البدني والنفسي والاجتماعي والعافية، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز.
فالصحة النفسية بوضوح هي جزء متكامل في هذا التعريف. يمكن أن تطبق الأهداف والتقاليد الصحية العمومية وتعزيز الصحة على نحو مفيد في الصحة النفسية بالطريقة التي تطبق على صحة القلب والأمراض العدوائية ومكافحة التبغ.

الصحة النفسية أكثر من مجرد الخلو من الاعتلال النفسي: إنها حيوية الأفراد والعائلات والمجتمعات

وُصِفت الصحة النفسية من قبل منظمة الصحة العالمية كما يلي:
...حالة من العافية التي يحقق فيها الفرد قدراته الخاصة، ويمكن أن يتغلب من خلالها على الإجهادات العادية في الحياة، ويمكن أن يعمل بإنتاجية مثمرة، ويستطيع المساهمة في مجتمعه.
إن هذا الإحساس الإيجابي الصحي النفسي هو القاعدة أو الأساس للعافية والوظيفة الفعالة من أجل الفرد والمجتمع، يتوافق هذا المفهوم الجوهري للصحة النفسية مع مجال متفاوت من التفسيرات في مختلف الثقافات.

تتحدد الصحة النفسية بالعوامل البيئية والاجتماعية

تتحدد الصحة النفسية والاعتلالات النفسية بعوامل عديدة ومتداخلة اجتماعي وبيولوجي ونفساني كصحة أوكاعتلال بصفة عامة، إن البرهان الأوضح لهذه الصلة باختطار الاعتلالات النفسية في العالم المتقدم والعالم النامي هو مؤشرات الفقر التي تتضمن المستويات المنخفضة للتربية والتعليم، وفي بعض الدراسات مع الإسكان السيء والدخل المنخفض. ربما تُفسر سرعة التأثر الكبيرة بالاعتلالات النفسية عند المحرومين في كل مجتمع بمثل هذه العوامل مثل المعاناة من فقدان الأمن واليأس، وسرعة التغير الاجتماعي، ومخاطر العنف واعتلال الصحة الجسدية.

ترتبط الصحة النفسية بالسلوك

ربما تتداخل العوامل السلوكية الصحية والاجتماعية وتتآثر لكي تشدد من تأثيراتا على السلوك والعافية. إن تعاطي المواد والعقاقير والعنف وانتهاك النساء والأطفال من ناحية، والمشاكل الصحية مثل مرض القلب والاكتئاب والقلق من ناحية أخرى، هي أكثر تفشي والأصعب مكافحة في ظروف البطالة المرتفعة والمدخول المنخفض والتعليم المحدود والشروط المجهدة في العمل والتمييز بين الجنسين ونمط الحياة غير

الصحي والاعتداء على حقوق الإنسان.

يمكن أن تعزز الصحة النفسية بالتدخلات الصحية العمومية الفعالة

إن التحسينات في الصحة القلبية في دول عديدة بعد الاهتمام بسياسات التغذية والتبغ والبيئة كانت أكثر من التحسينات التي قدمتها الأدوية النوعية أو التقنيات العلاجية. ولقد انعكست التأثيرات المؤذية في تغيير الشروط البيئية على صحة القلب على رقع متفاوتة بالأفعال على مستويات عديدة.
ولقد أظهرت البحوث على نحو مشابه بإمكانية تأثر الصحة النفسية بالسياسات والممارسات غير الصحية على صعيد الإسكان أو التربية أوالتعليم أوالرعاية الصحية على سبيل المثال. مما يشدد الحاجة إلى تقييم فعالية الممارسات والتدخلات السياسية على الأصعدة الصحية وغير الصحية المتنوعة. وعلى الرغم من الفجوات في البراهين وعدم تأكيدها، لكننا نعرف جيد الصلات بين التجربة الاجتماعية والصحة النفسية التي تصنع حالة يمكن أن تخضع لتطبيق الممارسات والتدخلات السياسية المحلية الملائمة لتعزيز الصحة النفسية ولتقييمها.

يعتمد العمل الجماعي على التشارك في القيم بقدر نوعية البرهان العلمي

تصون ممارسات الوقت المشرف وطرق الحياة في بعض المجتمعات الصحة النفسية حتى من خلال الصحة النفسية التي ربما لاتستعرف كنتيجة أو لا تستعرف بالاسم، ويحتاج الناس في بعض المجتمعات الأخرى للاقتناع بأن بذل الجهد لتحسين الصحة النفسية واقعي ومفيد.

المناخ الذي يحترم ويحمي الحقوق الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية والمدنية،يعد أساسي في تعزيز الصحة النفسية

من دون الأمن والحرية التي توفرها هذه الحقوق يصعب جد المحافظة على مستوى عال من الصحة النفسية.

الارتباطات بين القطاعات المختلفة هي المفتاح لتعزيز الصحة النفسية

يمكن أن تتحسن الصحة النفسية من خلال العمل الجماعي في المجتمع. ويتطلب تحسين الصحة النفسية توفير السياسات والبرامج من قبل الحكومة وقطاعات العمل التي تتضمن التربية والتعليم والعمل والعدل والنقل والبيئة والإسكان والرفاهية، بالإضافة إلى النشاطات النوعية في المجالات الصحية المتعلقة بالوقاية ومعالجة الاعتلال الصحي.

الصحة النفسية هي شأن الجميع

إن الذين يمكنهم أن يفعلوا شيئ لتعزيز الصحة النفسية، أو الذين لديهم ما يكسبونه منها، هم الأفراد والعائلات والمجتمعات والمؤسسات التجارية، والمهنيين الصحيين. وثمة أهمية خاصة لصناع القرار في الحكومات على المستويات المحلية والوطنية الذين تؤثر أعمالهم على الصحة النفسية بطرق قد لا يدركونا. يمكن أن تضمن المنظمات الدولية بأن الدول في جميع مراحل التطور الاقتصادي قد أدركت أهمية الصحة النفسية في تطوير المجتمع. ويمكن لهذه المنظمات أيض أن تشجع الدول على تقييم الإمكانات والبراهين من أجل التدخل لتحسين الصحة النفسية ولتطوير مجتمعاتا.

المقدمة

الصحة العمومية هي العلم والفن في تعزيز الصحة والوقاية من المرض وإطالة الحياة من خلال جهود المجتمع بحسب تعريف منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٩٨م
ولقد كان القرن العشرين المنصرم قد شهد مكاسب صحية عظمى للسكان في أرجاء العالم أكثر من أي وقت مضى في التاريخ، ولقد تحققت هذه المكاسب جزئيا كنتيجة للتحسينات في الدخل والتربية والتعليم، مع التحسينات المرافقة في التغذية وحفظ الصحة والنظافة والإسكان وإمدادات الماء والإصحاح، ولقد نتجت أيضا عن المعرفة الجديدة عن الأسباب والوقاية من المرض ومعالجته ونتجت عن إدخال السياسات التي صنعت التدخلات المبرمجة الأكثر إتاحة. ولقد تحقق التقدم الصحي الأكبر من خلال دمج التغيير الهيكلي وأعمال الأفراد.
ستحتاج السياسات الصحية في القرن الواحد والعشرين لأن تجيب عن السؤال الرئيسي "ما الذي يجعل الشخص معافى سليم ".

الصحة النفسية... ما هي؟

منذ تأسيس منظمة الصحة العالمية قامت بتضمين العافية النفسية في تعريف الصحة وتعريف منظمة الصحة العالمية الشهير للصحة هو:
...حالة من الكمال الجسدي والنفسي والعافية الاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز.
ثمة ثلاث أفكار رئيسية لتحسين الصحة بحسب هذا التعريف وهي: ١- الصحة النفسية هي جزء مكمل للصحة ٢- الصحة النفسية أكثر من مجرد الخلو من المرض ٣- تتعلق الصحة النفسية إلى أبعد مدى مع السلوك والصحة الجسدية.
تحديد الصحة النفسية هام ولو أنه ليس ضروريا دائما لتحقيق التحسين فيها. إن الاختلافات في القيم بين الدول والثقافات وفي المراتب الاجتماعية وبين الجنسين يمكن أن يبدو أوسع من أن يسمح بالإجماع على تعريف منظمة الصحة العالمية إذ إن العمر أو الثروة مثلاً لهما تعبيرات مختلفة في العالم، ولكن لهما معاني عالمية حسية مشتركة جوهرية، لذا فالصحة النفسية يمكن تصورها من دون تقييد تأويلا وتفسيرا في مختلف الثقافات، ولقد اقترحت منظمة الصحة العالمية مؤخرا بأن الصحة النفسية هي:
...حالة من العافية التي يحقق فيها الفرد قدراته، ويمكن أن يتغلب على الإجهادات العادية في الحياة، ويمكن أن يعمل بإنتاجية مثمرة، ويكون قادرا على المساهمة في مجتمعه.
وهذا الإحساس الإيجابي فإن الصحة النفسية هي القاعدة والأساس لعافية الفرد والمجتمع ووظائفهما الفعالة، وهي أكثر من مجرد الخلو من الاعتلال النفسي. ومن أجل الحالات والقدرات المدونة في التعريف فإن لها القيم نفسها. ولايمكن للصحة النفسية أو الصحة الجسدية أن توجدان بمعزل عن بعضهما (العقل السليم في الجسم السليم والعكس صحيح)، يمكن أن تعتمد الوظائف الاجتماعية والجسدية والنفسية على بعضها، وأكثر من ذلك فإن الصحة والاعتلال قد يتصاحبان بوجودهما على نحو متبادل أو منحصر بأحدهما فيما لو عرفت الصحة بطريقة تحصرها بغياب المرض. إن الاعتراف بالصحة بأنها حالة من

التوازن الذي يتضمن النفس والآخرين والبيئة، وكل ما يساعد المجتمعات والأفراد لفهم كيف يطلبون تحسين صحتهم.

تعزيز الصحة النفسية هو جزء متكامل مع الصحة العمومية

تتحدد كل من الصحة النفسية والاعتلالات النفسية بعدة عوامل متداخلة نفسانية وبيولوجية واجتماعية كصحة أو كاعتلال بصفة عامة. يتعلق البرهان الأوضح باختطار الاعتلالات النفسية، التي يتصاحب فيها العالم المتقدم والعالم النامي بمشعرات الفقر التي تتضمن المستويات المنخفضة من التربية والتعليم. يبدو أن التصاحب بين الفقر والاضطرابات النفسية عالمي، ويحدث في كل المجتمعات بغض النظر عن مستوياتها التنموية، وربما تفسر العوامل التالية مثل فقدان الأمن واليأس وسرعة التبدل الاجتماعي واختطارات العنف والاعتلال في الصحة الجسدية، سرعة التأثر الأكبر عند الفقراء بالاعتلال النفسي في أي دولة. إن موجودات التجربة الطبيعية الحديثة بإنقاص الفقر وافتتاح المنازل الريفية الصغيرة في محميات الهنود الأمريكيين ذهبت إلى أبعد مدى في توضيح حقيقة التسبب الاجتماعي في سلوك الأطفال المزعج، ولقد انخفضت على سبيل المثال معدلات مثل هذا السلوك بعد إدخال المنازل الريفية الصغيرة. وأظهر المتغير المتوسط تحسن الإشراف الوالدي على الأطفال. إن للمستويات الاقتصادية أهمية في مقتضيات الوظيفة العائلية والصحة النفسية الطفولية. ربما تتداخل المشاكل الصحية السلوكية والاجتماعية والنفسية وتتآثر بما يقوي بعضها بعض في التأثيرات على السلوك والعافية.

إن تعاطي العقاقير والمواد والعنف وانتهاك النساء والأطفال من ناحية، والمشاكل الصحية مثل مرض القلب والاكتئاب والقلق من ناحية أخرى، هي الأكثر تفشي والأصعب مكافحة في ظروف البطالة المرتفعة والمدخول المنخفض والتعليم المحدود والشروط المجهدة في العمل والتمييز بين الجنسين ونمط الحياة غير الصحي والاعتداء على حقوق الإنسان.

تتأثر الصحة النفسية لكل فرد بالعوامل النفسية والتجارب والتداخلات الاجتماعية والبنية المجتمعية والموارد والقيم الثقافية، وتؤثر عليها تجارب الحياة اليومية في المدرسة والعائلة والطريق والعمل، وتؤثر الصحة النفسية عند كل فرد بدورها على ماسبق من العوامل، ومن ثم تؤثر على صحة المجتمع والصحة السكانية. ولقد أظهرت الدراسات الإثنوغرافية في العالم النامي كيف تشكل الأوضاع الاجتماعية والبيئية التجربة المحلية والصحة النفسية للمجتمعات كما في دراسة الأحياء الفقيرة في مومبائي. ولقد اكتنفت بعض البحوث الأحدث لقواعد ضبط السلوك الوراثية عبر العلوم العصبية والاجتماعية أفكار مسهبة بأن للمجتمعات تأثيرات على حياة الإنسان بما يفوق حاصل جمع تأثير أعضاء المجتمع فرادى.

وما يزال ينظر للصحة النفسية والاعتلال النفسي عموم بأنما تقعان خارج الصحة العمومية التقليدية بمفاهيمها الأساسية للصحة والاعتلال كعوامل متعددة بالأصل ولكونما وصلة بين الصحة والاعتلال، وعواقب ذلك ونتائجه مضاعفة، إذ إن فرص تحسين الصحة النفسية في المجتمع لا تستغل تماما ، ومن جهة ثانية غالبا ما تميل الجهود المنظمة في الدول للتخفيف من العبء الاقتصادي والاجتماعي للاعتلالات النفسية لصالح معالجة الأفراد المعتلين.

إن الاعتلالات النفسية شائعة وعالمية الانتشار، إذ مثلت الاضطرابات النفسية والسلوكية١١٪ من العبء الإجمالي للمرض في عام١٩٩٠م المعبر عنه بسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز DALY، مما ينبئ بزيادة تصل إلى١٥٪ بحلول عام٢٠٢٠. تسبب مشاكل الصحة النفسية أيض تكاليف أخرى متفاوتة في المجتمع. ولقد كان الاكتئاب المساهم الرابع الأكبر في عبء المرض في عام١٩٩٠ويتوقع أن يصبح السبب الثاني الأكبر بعد مرض القلب الإقفاري بحلول عام٢٠٢٠م، وماتزال الاعتلالات النفسية والصحة النفسية موضوعات مهملة في معظم المجتمعات والحكومات. ولقد أظهرت البيانات الحديثة التي جمعتها منظمة الصحة العالمية فجوة واسعة بين الموارد الموجودة والتي تتيحها الدول من أجل الصحة النفسية والعبء الناجم عن مشاكل الصحة النفسية. وأما عبء الاعتلالات النفسية فقد زاد بعكس المكاسب الصحية الإجمالية لسكان العالم في العقود الحديثة.

يرتكز هذا الإهمال جزئيً على الأقل إلى التشويش والادعاءات المزيفة عن افتراق مفهوم الصحة النفسية ومفهوم الاعتلالات النفسية. وحتى الآن، فإن وصمة العار المنتشرة حول الاعتلالات النفسية تشجع استعمال التعبير اللطيف لمصطلح "الصحة النفسية" لوصف الخدمات العلاجية والداعمة للمصابين بالاضطرابات النفسية ولوصف المتعلقات الأخرى بالاعتلالات النفسية. ويسهم هذا الاستخدام في تشويش مفهوم الصحة النفسية وكذلك مفهوم الاعتلالات النفسية.

كانت معالجة الاعتلالات النفسية في معظم أجزاء العالم معزولة عن بقية الرعاية الصحية والطبية، إلا في الوقت الحالي على الأقل. ولقد شاهد الممارسون في المصحات النفسية المعزولة العديد من المرضى الذين يتعذر شفاؤهم، إن تعذر الشفاء أو تعذر البرء المفترض في الجنون والسوداوية يجعل الممارسين يعتقدون بأن الأسباب بيولوجية بأكملها. ولقد وجدت أفكار تقول بأن الوقاية من الاعتلالات النفسية هي إما "الكل أو العدم" وكذلك بأن تعزيز الصحة النفسية بعيد نوء ما عن استئصال المشاكل الحقيقية في العالم وبأنه يمكن لتعزيز الصحة النفسية أن تغير اتجاه الموارد العلاجية والتأهيلية للمصابين بالاعتلالات النفسية.

إن الغايتين التوأم في تحقيق الصحة النفسية وتخفيض التكاليف الشخصية والاجتماعية للاعتلالات النفسية يمكن أن تنجزان من خلال المقاربة الصحية العمومية، و يمكن للنشاطات من خلال خطة عمل الصحة العمومية أن تحسن الصحة بما في ذلك تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاعتلالات النفسية والإعاقات ومعالجة المصابين وتأهيلهم. وثمة اختلافات بينها في الأعمال والنتائج المتشابكة. ولكنها تتطلب تكاملاً واعتماد متبادلاً فيما بينها.

الصحة النفسية أكثر من مجرد غياب للاعتلالات النفسية

كما لاحظنا سابق ، فإن الصحة النفسية تعني اللياقة أكثر من الخلو من المرض. ولقد علق جورج فيلانت في الولايات المتحدة الأمريكية عام ٢٠٠٣م بأن الصحة النفسية لا يمكن تجاهلها لفرط أهميتها، وتحتاج للتعريف والانبعاث، وكما أشار جورج فيلانت، إنا مهمة معقدة. "الشخص ذو الصحة النفسية المتوسطة" ليس مثل "الشخص الصحيح أو السليم"، ويتضمن التوسيط دائم الخلط مابين المقدار الصحيح والسائد من الباثالوجيا النفسية. من الشخص الصحيح؟ يعتمد ذلك أحيانً على الجغرافية والثقافة واللحظة

التاريخية. وسنناقش حالة أو صفة أو ميزة تحتاج للتوضيح أيضً . فهل الرياضي المعوق مؤقتً بسبب كسر في الركبة هو شخص صحيح؟ أم هل الشخص الذي لاتظهر عليه الأعراض والمصاب بقصة للاضطراب العاطفي الثنائي القطب هو شخص صحيح سليم أم غير صحيح؟ ثمة خطر مزدوج أيضً من تلوث القيم. إذ إن التعريف الثقافي للصحة النفسية يمكن أن يكون محدود وضيق ، ولو كانت الصحة النفسية جيدة، ما هو الجيد فيها، الذات أم المجتمع؟ من أجل أن يكون الشخص لائقً أم من أجل الإبداع؟ من أجل السعادة أم البقاء، ومع هذا فإن مايبشر به جورج فيلانت ويدافع عنه بأن الحس المشترك ينبغي أن يسود وبأن العناصر المتعددة لها أهمية عامة في الصحة النفسية، وكذلك على الرغم من الاختلافات الثقافية في الأنظمة الغذائية فإن أهمية الفيتامينات والمجموعات الغذائية الأربعة الرئيسية هي عامة.

لا توجد صحة من دون الصحة النفسية: السلوك والصحة النفسية

تتصاحب الحالة الصحية النفسية مع السلوك في مراحل الحياة المختلفة. وتشير البراهين بأن العوامل الاجتماعية التي تتصاحب مع الاعتلالات النفسية تتصاحب أيضً مع تعاطي الكحول والعقاقير ومع الجريمة والتسرب من المدرسة. إن غياب المحددات الصحية ووجود العوامل الضارة يبدو أن له دور رئيسي في احتمالات الخطر السلوكية الأخرى مثل السلوك الجنسي غير الآمن، ورضوح الطرق، والخمول البدني. وفوق ذلك ثمة تأثرات معقدة بين هذه المحددات وبين السلوك وبين الصحة النفسية، وعلى سبيل المثال ربما يتصاحب نقص الاستخدام الهادف مع الاكتئاب وتعاطي العقاقير والكحول. التي قد تسبب بدورها رضوح الطرقات والعقابيل ومنها الإعاقة الفيزيائية وفقدان الوظيفة أو العمل. ولقد وصف كلينمان في عام١٩٩٩التعقد في المشاكل النفسية والاجتماعية الصحية في المجتمعات المحطمة في مدن الأكواخ والأحياء الفقيرة وبين الجمهرات السريعة التأثر وجمهرات المهاجرين الهامشية حيث يندمج ويتعقد العنف، والعنف المنزلي، والانتحار وتعاطي العقاقير والمواد، والاكتئاب، والاضطراب التالي للرضح. ولقد دعا إلى برنامج العمل من أجل البحوث والسياسات والبرامج المبتكرة "التي يمكن أن تجنبنا ببساطة العبء الهائل للاعتلالات النفسية على صحة المجتمعات الناجمة عن مختف أنواع العنف الاجتماعي في عصرنا". ومن البديهي أن نحتاج إلى تطوير البرامج وتقييمها والتي تكافح من ناحية وتنقص مثل هذه العناقيد ومن ناحية أخرى تساعد الناس والعائلات على مقاومة مثل هذه الظروف والتغلب عليها.

تتصاحب الصحة البدنية والصحة النفسية بطريقة حميمة من خلال الآليات المتنوعة، ولقد أظهرت الدراسات مثلاً الارتباطات بين الاكتئاب والأمراض القلبية والوعائية وبرهنت عليها. ولقد ترسخت الآن أهمية الصحة النفسية في الحفاظ على الصحة البدنية الجيدة وتوطيدها، وفي الشفاء من الاعتلالات البدنية، وكذلك فإن الحالات الصحية النفسية هامة جد في تغيير الحالة الصحية للمجتمع.

توحي الأنماط المختلفة من البينات بأن الصحة النفسية ومحدداتها يمكن أن تتحسن عندما تتشارك التغييرات المخطط لها مع غير المخطط لها في البيئة الاجتماعية والفيزيائية. وسيناقش هذا في الصفحات التالية. وتوحي بالتعقل من أجل التبريرات الكافية من أجل السياسات وبرامج التدخلات المترافقة مع تقييم العمليات والنتائج في الدول الغنية والفقيرة. وتوحي أيضً بالحاجة إلى رصد التأثيرات على الصحة النفسية

من جراء التبدلات البيئية والاقتصادية والاجتماعية. ستستمر هذه الأعمال بدورها في توسيع البراهين لتشجيع المزيد من التدخلات الحكيمة المصممة لتحسين الصحة النفسية أو المحافظة عليها، لتكون ملائمة وفريدة لكل دولة وفي كل وقت محلي وسكاني .
يزود هذا المطبوع بمختصر تحريري لهذه المفاهيم، ولقد فصلت بدرجة وافية البراهين والسياسات والممارسات ذات الصلة بتعزيز الصحة النفسية في التقرير الكامل.

الجزء الأول: المفاهيم

يراعي هذا الفصل عدد من المفاهيم التي تصاحب الصحة النفسية وتعزيزها واستعمالاتها في مختلف الدول والثقافات والجمهرات الفرعية، والغاية منه هو وصف مكان الصحة النفسية في تعزيز الصحة وتعزيزها في أوسع نطاقات الصحة النفسية. بحيث يركز الجزءان ٢ - ٣ على براهين فعالية تعزيز الصحة النفسية وعلى مقتضيات الممارسة والسياسة.

الصحة وتعزيز الصحة

الصحة العمومية "الحديثة"

تعزيز الصحة هو حقل منبعث من العمل، وغالبا ما يعزى للصحة العمومية الحديثة. وغالبا ما تنبعث على نحو غير مباشر بالتفحص الأولي غير المباشر فكرة عن "الصحة"، ولو أن مصطلح الصحة نفسه غير دقيق.

يمكن أن تنطبق "الصحة" على غياب الحالات ووجودها. وغالبا مايستعمل معنى غياب المرض أو الإعاقة، وكذلك غالبا ما تنطبق على حالة اللياقة والقدرة، أو ذخيرة الموارد الشخصية التي يمكن أن تطلب عند الحاجة. ربما يحمل الناس من مختلف الخلفيات والثقافات مفاهيمَ مختلفة عن الصحة. عندما يصف عوام الناس ماالمقصود بكون الشخص صحيح أو سليم ، فإن إجاباتهم غالبا ماتعكس ظروف حياتهم الخاصة. وفي بعض الظروف، يساوي الناس بين الصحة والخلو من المرض، وفي ظروف أخرى يساوون بين الصحة والاستقلال بمعنى عدم الاعتماد على الآخرين، أو بين الصحة والحيوية، والمسنون على سبيل المثال يميلون إلى تعريف الصحة كقوة داخلية وكقدرة على مقاومة مايتحدى حياتهم. وأما الشباب فيميلون إلى التأكيد على أهمية اللياقة، والطاقة والإمكانية. ويميل الأشخاص ذوي الظروف الحياتية المريحة إلى الاعتقاد بأن الصحة هي التمتع بالحياة، وأما الأشخاص الذين لاتكون أمورهم المعيشية جيدة نوعا ما فيصلون ما بين الصحة وتدبير أمور المعيشة الأساسية.

ومع هذا فقد أجريت محاولات عنيدة لإنشاء نظرية موحدة عن الصحة، تغطي النظريات الموحدة عن الصحة كما اقترحت منظمة الصحة العالمية منطقة عريضة تتضمن العوامل الفردية والبيئية. توجب مقتضيات واضحة للتعزيز الصحي بأن يركز على كل من الفرد والبيئة. وهو مطلوب لكي يكتنف مصفوفة أو منظومة أوسع بكثير من التدخلات والأفعال مما يقوم به النموذج التقليدي للطب الذي يركز على تدريب الاختصاصيين لاستعادة وظيفة الأفراد.

وقد عُرف تعزيز الصحة كفعل وكدعوة من أجل الصحة يتوجه إلى المجال الكامل من المحددات الصحية المعدلة والقوية. يتعلق تعزيز الصحة والوقاية بنشاطات متشابكة، لأن ما ذكر أولاً يركز على محددات الصحة بينما تركز الوقاية على أسباب المرض. يستعمل تعزيز الصحة أحيانا بمفهوم المظلة التي تغطي كذلك النشاطات الوقائية الأكثر نوعية.

محددات الصحة

إن محددات الصحة هي تلك العوامل التي تعزز أو تحدد الحالة الصحية للفرد أو للمجتمع. وربما يكون ذلك مسألة خيار للفرد، كأن يكون مدخن للتبغ أو غير مدخن. أو يمكن أن تتعلق بالخصائص البيئية أو الاقتصادية أو الاجتماعية بعيد عن سيطرة الأفراد. تتضمن الأمثلة الرتبة الاجتماعية للشخص، والجنس، والعرق أو القومية، والحصول على التعليم، ونوعية السكن، ووجود العلاقات الداعمة، وفي مستوى المجتمع المشاركة الاجتماعية أو المدنية، وفرص العمل، ونوعية الهواء، وتصميم الأبنية.

مستويات التدخل

ثمة بينة قوية بأنه من الممكن التدخل بمستويات عديدة محلية ووطنية لتحسين الصحة. والعوامل التي يحوز الأفراد سيطرة قليلة أو معدومة تتطلب أخذ الحيطة الجماعية في المجتمع مثلما أكدته شرعة أوتاوا عن تعزيز الصحة. ولقد استعرفت استراتيجيات العمل الخمس من قبل هذه الشرعة وتظل حتى اليوم أساس لبرنامج العمل لتعزيز الصحة في أجزاء عديدة من العالم.

شرعة أوتاوا لتعزيز الصحة (منظمة الصحة العالمية ١٩٨٦)

استراتيجيات العمل

- ✔بناء السياسة الصحية العمومية
- ✔خلق البيئات الداعمة
- ✔تقوية عمل المجتمع
- ✔تنمية المهارات الشخصية
- ✔إعادة توجيه الخدمات الصحية

اللا مساواة والجور في الصحة

تتعلق اللا مساواة في الصحة بمجال واسع من العوامل الاجتماعية، التي تتضمن ماذكر سابقا ، تنجم اللامساواة أيضا عن درجة من الاختلاف الفردي الوراثي، وما يتعلق بالسلوك، والخيارات بحسب التعليم والتربية، والعمل، واللعب. وفي الدرجة التي تكون فيها اللا مساواة نتيجة للظلم الاجتماعي، لا توجد هناك لامساواة على نحو مجرد ولكن يوجد ظلم أيضا .
يمكن على جميع الأصعدة المحلية والوطنية أن توجد أمثلة عن السياسات والتدخلات التي تساعد الناس المحرومين اجتماعيا واقتصاديا ليحوزوا صحة أفضل. وبالاستناد إلى منظمة الصحة العالمية فإن سياسات تعزيز الصحة ليست مطلوبة في قطاع الرعاية الصحية فحسب بل تطلب أيضا في القطاعات الاجتماعية والبيئية والاقتصادية كي تؤثر إيجابيا على محددات الصحة ولتحسين المساواة الصحية.

البعد السياسي لتعزيز الصحة

تشكلت المناقشات حول ماالذي ينبغي فعله وعن الفروق الدقيقة للوضع الخاص والمكان الخاص في الوقت المخصوص، وما الذي يشترط للتأكيد على الاختطارات الصحية في حملة إعلامية مثلاً، استشاري صارم،

أم سياسة الالتزام المجبر؟ لايمكن أن يزود البرهان العلمي بإجابة مُرضية تماه ، وتدخل الاعتبارات السياسية بصفة طبيعية في عملية اتخاذ القرار. وتكتنف سياسات تعزيز الصحة التبشير والدفاع عن التدخلات الفردية والجماعية من أجل التغيير الاجتماعي.

ممارسة تعزيز الصحة

يعرض عمل تعزيز الصحة - على الرغم من الأوضاع المتنوعة- ملامح مشتركة تستند إلى حلقات تعاونية ومتكررة من تخطيط البرامج والتنفيذ والتقييم. وتؤكد النماذج المؤثرة على نوايا بناء قدرة الناس لتدبير صحتهم الخاصة آم وعلى العمل التعاوني. وتتضمن جميع نماذج ممارسات تعزيز الصحة من الناحية العملية ما يلي:

١ - دراسة حكيمة لحاجات المجتمع، وموارده وأولوياته وتاريخه، والهيكل التعاوني للمجتمع "العمل مع" أكثر من "العمل لكي"

٢ - الاتفاق على خطة العمل، وجمع الموارد، وتنفيذ العمل ورصده ومراقبته وتغيير الإجراءات. والمرونة مطلوبة في التخطيط والعمل للتجاوب مع متطلبات الظروف الجديدة أو المتغيرة، وكذلك الترصد المستمر للانعكاسات على الممارسة.

٣ - التأكيد على بذل أفضل الممارسات وتقييمها، وتوخي الحذر في المحافظة على الجودة وتحسينها كبذرة متفتحة.

طبيعة البرهان في تعزيز الصحة

مبدأ الحذر والتعقل

تبنت جمعية الصحة العالمية في عام ١٩٩٨ قرار استخدام المقاربة أو الأساليب التي ترتكز إلى البرهان لتعزيز الصحة. إن تعميم البرهان حول فعالية تعزيز الصحة يعد تحدٍ ، ولما كان تعزيز الصحة عملاً اجتماعي . لذا فإن التجارب المختبرية ذات الشواهد غالبا ماتكون طرق غير ملائمة لتعميم البرهان عن فعاليتها. وبدلاً من ذلك فإن إجماع الرأي حول الفعالية يرتكز إلى المثلث المنهجي الذي يؤدي إلى تفسيرات متقاربة عن البرهان بأنواع مختلفة ومن أماكن مختلفة، ويجري تعميمه من باحثين مختلفين. يتميز مبدأ الحذر والتعقل بأن جميع البراهين يعتريها الضعف، وبأننا قد لانعرف التصرف مع الحقائق بدرجة كافية، ولكن يمكننا أن نؤكد في حالات عديدة وبدرجة كافية جودة البرهان الموجود لوضع توصيات العمل.

ينبغي اشتقاق المزيد من البراهين عن فعالية تعزيز الصحة من البحوث المجتمعية المرتكز. حيث لا يمكن أن تكون معتمدة تماه على التدابير الكمية التقليدية. التي تتضمن الطرائق الكيفية التي تقدم فهم أفضل عما الذي يعمل وما الذي لايعمل. ولوأن مثل هذا البحث "العالمي الحقيقي" هو افتراض معقد. ومع ذلك فمن الممكن تنمية مجموعة من المعارف الموثوقة.

حدثت النجاحات الرئيسية لتعزيز الصحة في العقود الحديثة في ميادين مختلفة من العمل، التي تتضمن الصحة القلبية ومكافحة التبغ. يعتبر تنفيذ برامج تعزيز الصحة القلبية وتقييمها في فنلندة مثالاً جيد لها

(أنظر الإطار التالي) ولقد دُعمت هذه الجهود بالاتفاقيات والتعاون الدولي في العديد من الحالات (مثل اتفاقية خطة عمل منظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ)

دراسة حالة عن تعزيز الصحة: تعزيز الصحة القلبية في شرق فلندا

جرى توضيح قدرة تعزيز الصحة كوسيلة للوقاية من المرض القلبي الوعائي في المشروع الذي استغرق ربع قرن في محافظة كاريليا الشمالية في شرق فنلندة، إذ كان التدخين بين السكان الرجال ينقص بشدة والعادات الغذائية تتبدل بقوة. ولقد أدى تغيير النظام الغذائي إلى انخفاض مستويات الكوليستيرول في المصل بمعدل١٧٪ من وسطي الجمهرة مابين١٩٧٢وعام١٩٩٧م. وجرت السيطرة أكثر على ارتفاع ضغط الدم، وارتفع وقت الراحة المخصص للنشاطات البدنية. ولقد حصلت تغيرات مشاةة بين النساء من حيث العادات والأنظمة الغذائية ومستويات الكوليستيرول وضغط الدم، ولو أن التدخين قد زاد نوء ما بمستوى قليل. وبحلول عام ١٩٩٥ ، انخفض معدل الوفيات السنوي من مرض القلب الإكليلي في الأعمار المتوسطة (أقل من ٦٥ عام) عند الرجال بحوالي٧٣٪ عن السنوات السابقة للبرنامج (١٩٦٧ – ١٩٧١م) وفي السنوات الأحدث، كان هبوط الوفيات بسبب الأمراض القلبية الوعائية بين النساء والرجال في كاريليا الشمالية حوالي ٨٪ تقريبا في السنة. و بدأ منذ الثمانينيات تطور التغيرات المشجعة في فنلندا كلها، وبحلول عام١٩٩٥م كان معدل الوفيات السنوي بسبب الأمراض القلبية الوعائية قد انخفض حوالي٦٥٪ في فنلندا كلها، وفي الوقت نفسه، انخفض أيضا معدل الوفيات بسبب سرطان الرئة بأكثر من٧٠٪ في كاريليا الشمالية ومايقارب٦٠٪ في فنلندة كلها.

مهدت تجارب كاريليا الشمالية وبرامج الأمراض القلبية الوعائية الأخرى الطريق لمتابعة التوصيات الناجحة في تعزيز الصحة القلبية وهي:

- ينبغي لبرامج وقاية المجتمع أن تتوخى الحذر من أجل الترسيخ الجيد للمبادئ ولتخطيط البرامج العامة ولتنفيذها وتقييمها.
- ينبغي لبرامج وقاية المجتمع أن تعنى بخطة العمل الطبية والوبائية الملائمة لانتقاء الأهداف المتوسطة والنظريات السلوكية المجتمعية التي تعنى بتصميم برنامج التدخلات.
- يجب التأكيد على الفهم الجيد للمجتمع، والتعاون الوثيق مع المؤسسات المجتمعية المختلفة، والمشاركة الكاملة للناس.
- ينبغي لبرنامج التدخلات المجتمعية أن يولف بين التخطيط الإعلامي الجيد ورسائل التواصل مع النشاطات المجتمعية الواسعة المجال والتي تكتنف الرعاية الصحية الأولية، والمنظمات التطوعية، ومصانع الأغذية وأماكن بيعها،والمدارس ومواقع العمل ووسائل الإعلام المحلية وغير ذلك.
- ينبغي أن تنشد برامج التدخلات المجتمعية التعاون وتطلب الدعم من أصحاب القرار الرسميين في المجتمع ومن قادة الرأي غير الرسميين.
- تحتاج برامج التدخلات المجتمعية الناجحة إلى التآلف وإلى دمج نظريات خطط العمل القوية مع تكريس العمل الجاد والدائم والمخلص.
- ينبغي التأكيد الشديد وتمكين برنامج التدخل المجتمعي لمحاولة تغيير البيئات الفيزيائية والاجتماعية في المجتمع لتكون أكثر انصهار مع الصحة ونمط الحياة الصحي.

- يمكن أن تفيد برامج التدخل المجتمعي الكبيرة في المجتمع المستهدف، وكذلك يمكن أن تؤثر أكثر في إظهار البرنامج الوطني. ولذا يجب إجراء التقييم الصحيح لها ولنتاجات هذه البرامج.
- ومن أجل هذه المقتضيات، ينبغي للمشروع أن يعمل على نحو وثيق مع صناع السياسة الصحية الوطنية من خلال البرنامج.

قوة البرهان أو البينة والدليل

ثمة قضيتان مركزيتان بحسب براهين تعزيز الصحة وبيناتها وهما: قوة البرهان، ومقتضياته في تطوير البحوث والممارسات والسياسات. تتأثر قوة البرهان بتصميم التدخلات وتتعلق بالقضايا المنهجية مثل المصدوقية وفعالية الجهود التي تنقص التحيز. إن القوة التي تفيد البراهين النمطية تعود إلى ثلاثة عناصر من التساؤلات العلمية وهي: قابلية التزييف، والقدرة التنبؤية، والقدرة على تكرارها، وتنجم عن أربعة أنماط من البراهين وهي:

- النمط أ: نعرف ما الذي يعمل، نعرف كيف يعمل، وإمكانية التكرار عامة.
- النمط ب: نعرف ما الذي يعمل، نعرف كيف يعمل، ولكن إمكانية التكرار محدودة.
- النمط ج: نعرف ما الذي يعمل، إمكانية التكرار عامة، ولكن لانعرف كيف يعمل.
- النمط د: نعرف ما الذي يعمل، لا نعرف كيف يعمل، وإمكانية التكرار محدودة أيض .

تعمل بحوث تعزيز الصحة في بيئة متعددة العوامل ومتداخلة ثقافي واجتماعي واقتصادي وسياسي . والتعقيدات المكتنفة التي قلّما تنحل بدرجة كافية تنتج النمط أ من البرهان، ولذا فإن خدمات تعزيز الصحة في النمط ب من البراهين والنمط آ، لها مقتضيات هامة في الممارسة، وإذ من غير المحتمل للتدخلات الفعالة المعززة للصحة أن تُكفل مقدم ، لذا يحتاج البحث التقييمي للتآلف مع ممارسة تعزيز الصحة.

الصحة النفسية الإيجابية

تعتمد براهين تعزيز الصحة النفسية على تسجيل الصحة النفسية وتعريفها وتدبيرها. ولقد ساهمت الأبحاث على مدى الثلاثين سنة الماضية، في فهم المقصود من مصطلح الصحة النفسية، ومع ذلك فإن هذا الفهم محصور في الحقيقة لأن الكثير من البراهين المقبولة بعمق قد سجلت باللغة الإنكليزية وحصلت عليها الدول المتقدمة. ولقد جرى تصور مفاهيم الصحة النفسية بطرق متعددة كعاطفة إيجابية تؤثر على مشاعر السعادة والصفات الشخصية بما فيها من موارد نفسانية من تقديرالذات أو التمكن والتفوق، وكمرونة تمكن من مقاومة المحن والتغلب على الضراء. تسهم الأوجه والنماذج المختلفة للصحة النفسية في فهمنا لما يُقصد بالصحة النفسية الإيجابية. ولقد وُصِف عدد من الوجوه في الإطار التالي.

بعض المشاهد حول مفهوم الصحة النفسية الإيجابية

السياق أو المحيط الثقافي

توسع جاهودا في عام ١٩٥٨في إعلان منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٤٧ م بأن "الصحة ليست مجرد الخلو من المرض، ولكنها حالة من الكمال البدني والنفسي والعافية الاجتماعية" وذلك بفصل الصحة النفسية إلى ثلاثة مجالات وهي: أولاً: تكتنف الصحة النفسية الإدراك الذاتي الذي يسمح للأفراد باستغلال قدراتهم، ثاني : تتضمن الصحة النفسية الإحساس بالسيطرة من قبل الفرد على بيئاته، وأخير : بأن الصحة النفسية الإيجابية تعني الاستقلالية للناس كأفراد لهم قدرة على استعراف المشاكل ومجابتها وحلها. ولقد جادل آخرون مثل هـ ـ ب مورفي في عام ١٩٧٨بأن هذه الأفكار كانت محملة بالقيم الثقافية التي يعتقد الأمريكيون الشماليون بأهميتها. يتأثر تعريف الصحة النفسية بوضوح بالثقافة التي تعرفها. ثمة معاني مختلفة للصحة النفسية تعتمد على الأوضاع والثقافات والتأثيرات السياسية والاجتماعية الاقتصادية.

أنماط الشخصية

عرف ليفتون ومورفي في عام ١٩٨٧م أنماط الشخصية المختلفة واستراتيجيات المقاومة. ولقد افترضنا بأن الشخص الجيد يمتلك استراتيجيات مقاومة مختلفة، وبعضها قد يكون نسبي ، وعندما يقع التحدي، فربما يقع الأفراد في اختطار الاعتلال النفسي.

البعد العاطفي

يمكن أن يجري تصور الصحة النفسية كإحساس شخصي بالعافية. ولقد ابتكر برادبورن في عام ١٩٦٥سلم لقياس الوجيهات الإيجابية والسلبية للعافية النفسانية. وفيما بعد أوحت البحوث عن تعريف العافية الشخصية ومحدداتها بأن لها تأثيرات على المحيط أكثر مما يفعله المحيط على الصحة النفسية.

مقاربة المكون الصحي salutogenic approach

اقترح أنتونوفيسكي بأن مقاربة المكون الصحي تركز على المقاومة أكثر من الانيار، وبأنا تركز على العوامل الصحية أكثر من عوامل الاختطار، ولقد نظر إلى الضوائق كأنا تحوز القدرة على النتائج الإيجابية أو المحايدة أو السلبية. يعتبر الإحساس بالترابط المنطقي حيوي للصحة النفسية الإيجابية كما تكتنف القدرة على الاستجابة المرنة نحو الضوائق. يبدو التفاؤل بأنه الإدراك المهيمن للصحة النفسية، ولقد تبين أن التفاؤل أفضل في آليات المقاومة، مثل قبول الحقيقة أوالواقع والتعويل على النمو الشخصي.

المرونة
يختلف الأفراد بشدة في القدرة على مقاومة المحن والضراء وتجنب الانبيار عند مجاآة الضوائق، ولاتعد جميع الاستجابات نحو الضوائق مَرضية وربما تستخدم كآليات مقاومة. ولقد تصور روّتر بأن المرونة نتاج للبيئة أو العرف وبأنا عملية متداخلة. يمكن أن تعدل العوامل الواقية من استجابات الشخص للمخاطر البيئية، ولذا فالنتيجة ليست دائم مضرة وربما تصبح العوامل الواقية قابلة للكشف عند مواجهة الضوائق أي المحن والشدائد.

المقاربة النفسية التحليلية
تقترح المقاربة النفسية التحليلية معايير للصحة النفسية الإيجابية كقدرة الشخص على استعمال طاقته الداخلية لفهم الميادين العاطفية والفكرية والجنسية وإدراكها.

نوعية مقاربة الحياة وجودآا
لقد عرفت نوعية الحياة من قبل منظمة الصحة العالمية بأنا "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في السياق أو المحيط الثقافي والنظم القيمية التي يعيش فيها، وبعلاقته مع أهدافه وتوقعاته ومعاييره وشؤونه. يعكس هذا التعريف نظرة واسعة للعافية التي تشمل رضا الشخص عن حالاته الصحية والروحية والنفسانية والبيئية والاجتماعية. يصف مفهوم نوعية الحياة وجودآا الصحة بما فيها الصحة النفسية بالمصطلحات التي تلتقط الوجوه الإيجابية وكذلك الوجوه السلبية في المقاومة والمرونة والرضا والاستقلالية عن الآخرين.

قيم الصحة النفسية الداخلية المنشأ

تسهم الصحة النفسية في وجوه الحياة الإنسانية كلها بقيمها الداخلية المنشأ المادية وغير المادية، من أجل الفرد والمجتمع والثقافة. تمتلك الصحة النفسية علاقة متبادلة مع عافية المجتمع وإنتاجيته ومع أعضاء هذا المجتمع، ويمكن أن تكون قيم الصحة النفسية معتبرة بطرق مرتبطة متعددة:

- الصحة النفسية أساسية من أجل عافية الأفراد ووظائفهم.
- الصحة النفسية الجيدة مورد هام للأفراد والعائلات والمجتمعات والأوطان.
- تسهم الصحة النفسية كجزء لايتجزأ من الصحة العامة في وظائف المجتمع ولها تأثيرعلى الإنتاجية الإجمالية.
- الصحة النفسية آم كل فرد كما تتولد في حياتنا اليومية في المنازل والمدارس وأماكن العمل، والنشاطات في وقت الفراغ.
- تسهم الصحة النفسية الإيجابية في الرأسمال الاقتصادي والبشري والاجتماعي في كل المجتمعات.
- يمكن للقيم الروحية أن تقدم مساهمات هامة في تعزيز الصحة، وكذلك تؤثر الصحة النفسية على الحياة الروحية.

يمكن النظر إلى الصحة النفسية كمورد فردي يسهم في نوعية حياة الفرد ويمكن أن تزيد أو أن تقلل من أعمال المجتمع. أحد وجوه الصحة النفسية الجيدة هو القدرة على الرضا المتبادل والعلاقات الدائمة. ثمة براهين كبيرة بأن التماسك الاجتماعي أمر حاسم من أجل الاغتناء الاقتصادي للمجتمعات ويبدو أن هذه العلاقة متبادلة.

الثقافة والصحة النفسية

كما سبق فإن النوعيات التي يتضمنها مفهوم الصحة النفسية ربما تكون عامة، والتعبير عنها يختلف فردي وثقافي ، وحسب العلاقة بين مختلف السياقات والمضامين. ومن الضروري تفهم المفاهيم المجتمعية الخاصة بالصحة النفسية قبل الانشغال بتعزيز الصحة. إن الطبيعة الواسعة للصحة النفسية تعني كذلك أنا ليست حكر على مهنيي الصحة النفسية.

تؤثر كل ثقافة على طريقة فهم الناس للصحة النفسية ونظرآم لها. إن فهم حساسية العوامل القيمية لمختلف الثقافات سيزيد من وثاقة التدخلات ونجاحها القوي. إذ إن آ - كسوزا وهي إحدى الأمهات في منطقة الفصل العنصري بجنوب أفريقية والتي فسرت عدم مساعدآا لابنها الذي يصرخ باكي ، وذلك لضمان نموه القوي الكافي ليعيش في البلد ويشارك في الكفاح المسلح يمثل ذلك الفهم ويثبته. وكذلك الجنود الصغار في أنغولا الذين عانوا من التمزق في تجارآم النمائية والتعليمية والتربوية، وما سجلوه عن مشاعرهم مختلف وقد أصيبوا بمشاكل تتعلق بالأساليب الموصى آا لمساعدآم في التكيف مع المجتمع في زمن السلم. إن الوصمة هي الهم الرئيسي للمصابين بالإيدز والعدوى بفيروس العوز المناعي البشري المكتسب. ولقد قدمت تلك الجهود لاستعراف مفهوم هذه المجموعة عن الصحة النفسية مساهمة كبرى في تطوير البرامج التدخلية الوثيقة.

ربما لا تكون المقاربة الثقافية النوعية لفهم الصحة النفسية وتعزيزها نافعة، مالم تتولى التجانس من خلال الاختلافات الثقافية والفردية المتجاهلة. تتشابك اليوم معظم الثقافات وتتغاير. تحتاج معتقدات المجموعات وأفعالها للفهم في السياقات والمضامين الاجتماعية والاقتصادية والسياسية. وأما الثقافة فهي إحدى العوامل العديدة التي ينبغي مراعاآا.

الرأسمال الاجتماعي للصحة النفسية

تنفق ملايين الدولارات للتخفيف من الاعتلال الصحي من خلال التدخلات الفردية، بينما نجهل تجاربنا اليومية ونعمل الاستفادة منها مثل طريقة تنظيم مجتمعنا، والمدى الذي نشجع فيه التداخل مع المواطنين قاطبة، إن الدرجة التي نثق آا ونتشارك فيها مع بعضنا في الرعاية المجتمعية هي المحدد الأهم تقريبا لصحتنا.

إن الاعتقادات التي انبعثت في العقود الحالية حول التعاون الجماعي وتعزيز الصحة ومفهوم الرأسمال الاجتماعي قد أصبحت سائدة. ووضعت في موضع التنفيذ لإعادة صياغة الخطوط المتفردة سابقا من

أجل البحث عن المحددات الاجتماعية للصحة عموم وللصحة النفسية خصوص . إن توسيع الوسائل والتدريب فيما بعد والذي يعزز الإنتاجية الفردية (الرأسمال الفيزيائي والرأسمال البشري) وإحالة الرأسمال الاجتماعي إلى معالم التنظيم الاجتماعي وملامحه مثل شبكة العمل والأمثولات الاجتماعية والثقة الاجتماعية كل ذلك يسهل التعاون والتنسيق من أجل المنفعة المتبادلة. وكذلك تؤثر البيئات الاجتماعية والاقتصادية على الرأسمال الاجتماعي.

إن الرأسمال الاجتماعي ليس مورد أو إدراك فردي . وتبقيه تحديات التعرف والتدبير من دون نقصان على المستوى الفردي. تتضمن المحددات القوية استبعاد الأقليات وغير الأعضاء واستثنائهم، والاستدعاء المفرط لأعضاء التنظيمات الاجتماعية. ومع ذلك يزداد الإجماع على أن الرأسمال الاجتماعي يسهل العمل التعاوني ويمكن أن يعزز النمو الاقتصادي والاجتماعي ويتطور بالأشكال الأخرى المكملة للرأسمال.

ولقد بينت البحوث على مدى العقدين الماضيين الارتباطات بين الرأسمال الاجتماعي والتنمية الاقتصادية وفعالية نظم الخدمات الإنسانية وتنمية المجتمع. ولقد استقصى العلماء الاجتماعيون الطريقة التي ربما يقي فيها الرأسمال الاجتماعي الأكبر الأفراد من العزلة الاجتماعية، ويخلق السلامة الاجتماعية، ويخفض مستويات الجريمة، وحسن التدريس والتعليم والتربية والمدارس، ويعزز المجتمع، ويقوي الحياة المجتمعية، ويحسن نتائج العمل. ولقد بدأ الباحثون بتحليل العلاقات بين الرأسمال الاجتماعي والصحة النفسية. إن العلاقة بين الرأسمال الاجتماعي، والصحة والصحة النفسية وتقوية تعزيز الصحة النفسية التي تعزز الرأسمال الاجتماعي كانت موضوعات مشتركة للبحث والمناقشة.

عادة ما تعتبر مقاييس صحة السكان أوعوامل الاختطار كتجمعات للخصائص الفردية للسكان، وعادة ما تكون هذه الاعتبارات إحدى المشاركات الثنائية بين واحد أو أكثر من العوامل البيئية والصحية الفردية. ترتبط إمكانية الرأسمال الاجتماعي بقدرتها على فهم البيئة بطريقة أخرى، وبقدرتها على التداخل بين العوامل الاجتماعية والبيئية ومجموعات الأفراد المترابطة. إن هذا المنظر لشبكة عمل التداخل والتآثر الفردي مع البيئات يفسر بقوة مصفوفة النتائج الجماعية أو منظومتها بعد شرحها بوساطة النتائج الصحية الفردية المتجمعة.

ويبقى الكثير من أجل دراسة الآليات المستبطنة للصلة الصحية المجتمعية والارتباطات الداخلية بين الرأسمال الاجتماعي والصحة النفسية. ولم يتضح ما إذا كانت الارتباطات بين هذين المتغيرين عديدة الاتجاهات، أو ما إذا كانت سببية أو مترابطة. ومع ذلك يُعتقد بأن شبكات العمل الاجتماعية تعزز التماسك الاجتماعي، والرعاية غير الرسمية، والوقاية في النوائب والأزمات، والتثقيف الصحي الأفضل، والحصول الأفضل على الخدمات الصحية. وتقوي كذلك تغير الأمثولات المجتمعية التي تؤثر على الصحة العمومية (مثل التدخين والنظافة والممارسات الجنسية)

الارتباطات بين التماسك الاجتماعي والانتحار والسلوك المعادي للمجتمع

جرى تعقب التفاوت في السلوك الانتحاري والمعادي للمجتمع في تقوية التماسك الاجتماعي أو تغييبه. إن ضعف الضبط الاجتماعي وتمزق المجتمع المحلي وتفكك منظماته قد افترض منذ وقت طويل بأنا عوامل تنتج معدلات من الانتحار والجريمة.

الصحة النفسية وحقوق الإنسان

يعد المناخ الذي يحفظ الحقوق الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية والمدنية الأساسية جوهرياً في تعزيز الصحة النفسية، ومن دون تحقيق الأمن والحرية بوساطة هذه الحقوق يصعب جد المحافظة على المستوى العالي من الصحة النفسية.

تقدم خطة العمل في مجال حقوق الإنسان وسيلة نافعة لاستعراف المحددات المستبطنة للصحة النفسية والتوجه نحوها. تتجلى الأداة التي صنعت آلية حقوق الإنسان في الأمم المتحدة بمجموعة من القيم والمبادئ المقبولة عالمياً التي يمكن أن تسترشد بها الدول في تصميم السياسات والقوانين والبرامج الصحية النفسية وتنفيذها ومراقبتها ورصدها وتقييمها. وكمعايير وأمثولات تشريعية مصدقة من الحكومات، والتي تعمم المسؤولية عن الصحة النفسية وبالتالي تقدم معيار مفيد مقابل أي إنجاز حكومي لتعزيز الصحة النفسية يمكن تقييمه أوتقديره.

تُمكّن حقوق الإنسان الأفراد والمجتمعات بمنحهم المؤهلات التي تزيد من التزام الحكومات بالتشريعات والقوانين. ويمكن لهذه الحقوق أن تساعد في عدالة التوزيع وتمارس النفوذ من خلال المجتمع، وبالتالي التخفيف من مسالك الفقر والضعف. إن مبدأ المساواة والتخلص من التمييز العنصري الذي يكمل العناصر الدولية لخطة العمل من أجل حقوق الإنسان، يتطلب توخي الحذر الشديد نحو المجموعات السريعة التأثر، وفوق ذلك، حق الناس كلهم في المشاركة بعمليات اتخاذ القرار التي تنعكس على بيان الحقوق وسائر أدوات الأمم المتحدة الأخرى، ويمكن أن تتضمن بأن المجموعات المهمشة تستطيع التأثير على الأمور والاستراتيجيات المتعلقة بالصحة التي تؤثر عليهم، وبأن اهتماماتهم قد جرى اعتبارها والتوجه نحوها.

تعزيز الصحة النفسية ليس ميداناً لوزارة الصحة فقط. إذ يتطلب اكتناف مجالات واسعة من القطاعات والفعاليات والمعنيين. تشمل حقوق الإنسان الأبعاد الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والثقافية والمدنية، ولذا فهي توفر مشروع لخطة عمل متعددة القطاعات تراعي الصحة النفسية عبر مجال عريض من المحددات الصحية النفسية.

خطة العمل التصورية

طورت المؤسسة الفيكتورية لتعزيز الصحة في أستراليا خطة العمل التصورية لقيادة جهود تعزيز الصحة (انظر الشكل١). تركز بؤرة هذه الخطة على ثلاثة أشياء هي: محددات الصحة النفسية وهي (التضمين الاجتماعي، والتخلص من التمييز العنصري والعنف، والمشاركة الاقتصادية)، وتركز كذلك على استعراف المجموعات السكانية والمناطق والأوضاع ذات الأولوية في العمل، وتصف الفوائد المتوقعة.

بينما تتجلى الاعتلالات النفسية عند جميع السكان، فإنها أشيع بين الناس المحرومين نسبياً اقتصادياً واجتماعياً . تأمل خطة العمل المتكاملة للمؤسسة الفيكتورية لتعزيز الصحة بإنقاص اللا مساواة في الصحة، ومن وجهة نظر هذه المؤسسة فإن نجاح هذه الجهود يحتاج إلى:

- التركيز على المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة النفسية.

- اكتناف المجال الكامل من مناهج تعزيز الصحة التي تعمل ضمن المستويات السكانية الكبيرة والصغيرة.
- العمل المشترك لجميع القطاعات والأوضاع.

إن نجاح العلاقة بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحة النفسية الناجحة في تعزيز الصحة النفسية والعافية يمكن أن يتحقق فقط ويترسخ بوساطة الاكتناف والدعم من المجتمع بأسره، وعبر تنمية الشراكة بين طائفة من الوكالات في القطاعات الحكومية والخاصة والعمومية.

ولذا يجب تعزيز العمل عبر القطاعات المختلفة، وتآزر القطاعات محلي ، وتطوير لغة عمل مشتركة تركز على الصحة التي تتعارض مع الاعتلال. ونظر لندرة الموارد والجهود العالمية المطلوبة للتخفيف من عبء الصحة النفسية وتدبيرها، فيجب أن ندرك أهمية تجنب منافسة الموارد في القطاع الصحي العلاجي.

تأخذ السياسة الحكومية والبحوث والممارسات مكان في النظم أو المؤسسات التي تكتنف قليلاً بعضها بعض . وبسبب التطوير الفعال لنشاط تعزيز الصحة النفسية على المستوى السكاني فإن تكامل الآليات عبر هذه الصوامع يجب أن يتطور.يجب التخطيط المتكامل البعيد المدى، وكذلك التنفيذ والاستثمار. ونحتاج للتقييم وسيكون التقدم بطيئ . إن المكاسب البعيدة لاتجذب الحكومات دائم في المدى القريب، ولذا يجب تطوير الطرق الفعالة في إدارة المناقشات السياسية.

الشكل١: خطة عمل المؤسسة الفيكتورية لتعزيز الصحة

المحددات الرئيسية للصحة النفسية وموضوعات العمل		
التضمين الاجتماعي	**التخلص من العنف والتمييز العنصري**	**المشاركة الاقتصادية**
■ العلاقات الداعمة ■ اكتناف نشاطات المجموعة ■ المشاركة المدنية	■ تقييم الفروق والاختلافات ■ السلامة البدنية ■ حددات الذاتية ومراقبة حياة الفرد	■ العمل ■ التعليم ■ الإسكان ■ المال

⬇

المجموعات السكانية و مناطق العمل	
المجموعات السكانية	**عمل تعزيز الصحة**
■ الأطفال ■ الصغار ■ النساء والرجال ■ المسنون ■ المجتمعات الفطرية الواطنة ■ المجتمعات المختلفة ثقافي ■ الناس القاطنين في مجتمعات ريفية	■ البحث والرصد والتقييم ■ تنمية المهارات الفردية ■ التنمية التنظيمية والمؤسسية ■ تقوية المجتمع ■ التواصل والتسويق ■ التبشير والترويج للتشريعات والإصلاح السياسي

قطاعات العمل وأوضاعه
الإسكان النقل
التعاون المجتمعي
التعليم العمومي
المدارس والجامعات أماكن العمل
الرياضة والفنون والترفيه الحكومي المحلي
الصحة العدل
النتائج المتوسطة
الفردية
التنظيمية والمجتمعية
المجتمعية
زيادة الإحساس حول:
الممتلكات
تقدير الذات
المحددات الذاتية والمراقبة
قابلية الوصول والاستجابة المؤسساتية
الأمن و الدعم وتضمين البيئات
التكامل و الدعم والسياسة العمومية والبرامج
البرنامج التشريعي القوي
تخصيص الموارد
الصحة النفسية المعززة
الفوائد بعيدة المدى
قلق أقل، اكتئاب أقل، تعاطي عقاقير أقل، تحسن الصحة البدنية
تحسن الإنتاجية في العمل والمنزل والعائلة، عنف أقل، جريمة أقل
تراجع

الجزء الثاني: البيانات المستجدة

يؤدي تعزيز الصحة الفعال إلى تغيير في محددات الصحة (نيوتبام الصفحة ٣ عام ٢٠٠٠)

الأهداف والأفعال التي تعزز الصحة

ربما يمكن تصور العوامل البيئية والاجتماعية والشخصية التي تحدد الصحة النفسية والاعتلال النفسي كعنقود من ثلاثة فروع وهي:

- تنمية المجتمعات لتصبح صحية والمحافظة عليها

  ويزود هذا إذن بالبيئة الآمنة السليمة، والإسكان الجيد، والتجارب التعليمية الإيجابية، والاستخدام والتوظيف وشروط العمل الجيدة، والبنية التحتية السياسية الداعمة، ويقلص النزاعات ويخفف العنف، ويسمح بالتحديد الذاتي وأن يسيطر الفرد على حياته، ويؤمن الحاجات الرئيسية في الغذاء والدفء والمأوى.
- كل فرد قادر على التعامل مع المجتمع من خلال المهارات مثل المشاركة وتحمل الشدائد والمسؤولية المتبادلة

  ويتصاحب ذلك مع التجارب الإيجابية للزواج المبكر والعلاقات والارتباطات والتواصل، ومشاعر القبول.
- كل فرد قادر على التعامل مع الأفكار والمشاعر وتدبير الحياة والمرونة العاطفية والانفعالية

  ويتصاحب ذلك مع الصحة البدنية وتقدير الذات والقدرة على تدبير النزاعات والقدرة على التعلم.

إن تشجيع هذه العوامل فردي واجتماعي ونوعيات البيئة وتجنب النقيض، هي أغراض تعزيز الصحة النفسية أو أهدافها. وفي كل دولة أو مجتمع ثمة رأي محلي - حول المشكلة الرئيسية والمكاسب الممكنة والبراهين حول محددات الصحة النفسية - سيصوغ نشاطات تعزيز الصحة النفسية.. وكما نوهنا قبل قليل فإن تعزيز الصحة النفسية والوقاية، هما مرتبطان بالضرورة ومتشابكان في النشاطات. ولقد كان الاهتمام في السابق بمحددات الصحة والبؤر الأحدث عهد المسببة للمرض. تسهم براهين الوقاية من الاضطرابات النفسية في أسس براهين تعزيز الصحة النفسية، ومع ذلك فإن براهين فعالية تعزيز الصحة النفسية تتوسع من خلال تقييم التجارب بطرق مختلفة وأوضاع ودول مختلفة. وبذلك تزداد الثقة بالتدخلات المتطورة، ولو أن مبدأ التعقل والحذر يتميز بأنه لايمكننا معرفة ما يكفي للعمل المؤكد النتيجة.

تعد نشاطات تعزيز الصحة النفسية نشاطاتٍ اجتماعية سياسية على أقل التقديرات وهي: تخفيض البطالة، وتحسين المدارس والمساكن، والعمل على التخفيف من الوصمة والتمييز العنصري بمختلف أنماطهما، والمبادرات السياسية النوعية مثل وضع أحزمة الأمان لتجنب رضوض الرأس. إن الوكلاء الرئيسيين هم السياسيون والمربون وأعضاء المنظمات غير الحكومية. إن عمل مهنيي الصحة النفسية هو الحصول على براهين هامة عن هذه المتغيرات الرئيسية. ربما يكون الممارسون الصحيون أكثر اكتناف في السياسة الصحية وفي الوقاية من الاعتلالات، والابتكارات، وتطبيق البرامج في الرعاية الصحية الأولية والأوضاع

الأخرى.
إن الأسلوب المتكامل في تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاعتلالات يصنف التدخلات إلى فئات بحسب مستويات الاعتلالات واختطارها (أو نطاقات لتحسين الصحة) عند مختلف المجموعات السكانية، ويوضح أنماط العمل الجماعي المطلوبة؛ فأما الوقاية الشاملة فهي الموجهة لجميع السكان مثل الرعاية الوالدية الجيدة. وأما الوقاية الانتقائية فهي التي تستهدف المجموعات السكانية الصغيرة التي يكون اختطارها فوق المستوى المتوسط بدرجة هامة، مثل الدعم العائلي للشباب، أو الفقراء، أو الأمهات الحوامل للمرة الأولى. وأما الوقاية المستطبة فهي التي تستهدف الأفراد المرتفعي الاختطار المصابين بأعراض قليلة أو يمكن تقصيها مثل التقصي أو المعالجة المبكرة لأعراض الاكتئاب أو الخرف. تتأثر المقاربة التي تجمع البراهين بما يلي: ١- إن البرهان عن المسلك السيئ المباشر هو الأقوى عموما في معظم التأثيرات الفورية على الصحة والمرض. ٢- ثمة أسباب عديدة لمعظم الحالات الصحية وتكون متداخلة طول الوقت. ٣- ستؤثر العوامل الهامة مثل البيئة المنزلية أو انتهاك الطفل أو إهماله على مستويات الصحة النفسية أو البدنية وكذلك ستؤثر على اختطارات الأنماط المختلفة من الاعتلالات في مستقبل الحياة. وستتداخل أحداث الحياة وظروفها على نحو مستحسن أو غير مستحسن لكي تسهم في الصحة أو المرونة أو لكي تسهم في تطور الاعتلال.
نحن نحتاج تعزيز الصحة النفسية من أجل السلام والعدالة الاجتماعية وتحسين التعليم والتوظيف والعمل. ولقد جرت الاستفاضة بالدعوة إلى العمل المتعدد القطاعات. والمطلوب هو المقترحات النوعية المبرهنة مع النتائج القابلة للقياس. ثمة مشاريع لتعزيز الصحة الفردية المطلوبة لإظهار التغيرات البعيدة المدى في الاعتلال الصحي والإنتاجية والمساواة في الحياة، ولكنها غالبا ماتكون غير واقعية وغير ضرورية. والمطلوب بدلاً من ذلك هو ترشيد البراهين المتعلقة بالصحة النفسية وترتيبها مع محددات الحاسمة (الأبحاث السببية)، ويجب تصميم البرامج وتقييمها لإظهار التبدل والتغيير في المتغيرات المتواسطة نفسها أو بالمحددات نفسها. يمكن للبرامج والسياسات أن تطمح أو بكلمة أخرى أن تحدث التغيير في مشعرات المشاركة الاقتصادية، ومستويات التمييز أو التفرقة العنصرية والترابط الاجتماعي. إن استعراف فوائد الصحة النفسية وتوثيقها في هذه التغييرات، وتطوير مشعرات هذه المحددات هي المجالات أو المناطق المكملة للعمل المطلوب والدعم الإضافي. إن تعزيز الصحة النفسية المرتكز إلى البرهان قد جرى إخراجه ولكنه يحتاج للدعم بالبحوث السببية وتقييم البرامج والسياسات.
يراعي هذا الجزء من التقريرالمختصر طبيعة براهين تعزيز الصحة النفسية واستعمالها وتقييمها وجمعها لمختلف الأوضاع والمجموعات السكانية وبالوسائل المختلفة. ويختم هذا الجزء بمراعاة طريقة التقدم في تعميم المزيد من البراهين.

البيانات واستعمالاتها في تعزيز الصحة النفسية

الأبحاث المتعلقة بالسياسات والممارسات

لقد ترسخ تقدم هام في تعزيز الصحة النفسية المبرهن والذي حصل في السنوات الأخيرة. وأُجمِع على

مجموعات من عوامل الاختطار والعوامل الواقية المعروفة في مجال الصحة النفسية وثمة بيانات تؤكد بأن التدخلات يمكن أن تنقص من عوامل الاختطار المستعرفة وتعزز العوامل الواقية المعروفة. سجل الاتحاد الدولي لتعزيز الصحة النفسية والتثقيف (IUHPE) أن دول الاتحاد الأوربي قد صادقت على عمل برامج تعزيز الصحة وأقرت بوجود عدد من البرامج المُبرهنة التي تمارس تعزيز الصحة النفسية. وأظهرت البيانات المتراكمة معقولية في التنفيذ الفعال لبرامج تعزيز الصحة النفسية ضمن مختلف المجموعات السكانية والأوضاع المختلفة.

والتحدي الكبير هو تقوية المرتكز البرهاني للممارسات والسياسات العالمية. بينما يبدوالباحثون أوفر حظ بالاهتمام بنوعية البراهين والبيانات وأساليبها المنهجية ومساهمتها المعرفية، فإن مختلف المعنيين في المنطقة ربما يأتون بوجهات نظر أخرى ليقدموا أنماط من البراهين والبيانات المطلوبة.

وكما وصف نيوتنبيام فمن المحتمل لصناع السياسات أن يهتموا بالحاجة إلى التبرير لتخصيص الموارد وإلى إظهار القيمة الإضافية وأن يهتموا بالممارسين المطلوبين للثقة بالنجاح المحتمل للتدخلات المنفذة، ويحتاج الناس المستفيدون لرؤية كل من البرنامج وعملية التنفيذ وهم المعنيون والمشاركون بحاجاتم. والمهمة الكبيرة الأخرى هي تعزيز تطبيق البراهين الموجودة ضمن ممارسة جيدة على الأرض، ولاسيما في الأوضاع الفقيرة وعند المحرومين وفي الدول المنخفضة الدخل. تستعرف هذه المستلزمات البرامج التي تكون فعالة أو مؤازرة في شتى المضامين والسياقات الثقافية والأوضاع المختلفة. والتحدي مضاعف أي نقل البحث المبرهن إلى الممارسة الفعالة ونقل الممارسة الفعالة إلى البحث، ولذا فإن عدم التوثيق الشائع للبراهين والبيانات ربما يجعلها طريقةً ما ضمن الأدبيات المنشورة.

التغير نحو الصحة النفسية الإيجابية

لقد أعاد تعزيز الصحة النفسية التصور الإيجابي لمصطلح الصحة النفسية أكثر من التصور السلبي. يتطلب هذا التغير أوالتبدل في التركيز على المشعرات الإيجابية للعافية القيام بالتصفية المنهجية للمشعرات الإيجابية الراسخة لنتاجات الصحة النفسية. ويتطلب هذا التغيير أيض التركيز على طرائق البحث التي ستوثق عملية التمكين للصحة النفسية الإيجابية وكذلك لاستعراف الشروط الضرورية للتدخلات الناجحة.

استعراف تدخلات البرنامج الفعال

لقد أُهملت الدراسة المنهجية لتنفيذ البرامج نسبي ، والتحدي المعروف هواستعمال طرائق التقييم والمقاربة التي تتطابق مع مبادئ ممارسة تعزيز الصحة النفسية، التي تتصالب مع المعوقات المنهجية والتي تقيم المبادرات بمدة إجراءاتا ونتاجاتا. ويلاحظ بأن هناك سلطة أو كهنوت في البراهين والبيانات، ولاسيما تلك التي غالبا ما تركز على نتائج تقييم التجارب المعشاة ذات الشواهد الباهظة التكاليف بوجه خاص، والتي تحدد وتقيد الهيكل المعروف للبرهان بالبحوث ذات الصلة بالدول الغنية بالدرجة الأولى. تحتاج سلسلة المقاربات المتصلة إلى الإحكام بوساطة التجارب المعشاة ذات الشواهد من أجل طرائق نوعية أكثر توجه نحو الإجراءات مثل استعمال دراسات الحالة، والدراسات المرتبطة بالتحليلات القصصية،

والمقابلات، والمسوح، والدراسات الإثنوغرافية.
إن بحوث التنفيذ حاسمة في فهم الشروط والأساليب التي تكون فيها البرامج فعالة، وسيسهم جمع البيانات عن هذه الأفكار في دفع المعرفة نحو الممارسة الأفضل في الأوضاع الحقيقية.

تطبيق البراهين والبيانات في الدول الفقيرة

تحتاج مناقشة البيانات للتوسيع إلى أبعد مما يخص شأن الجودة في تصميم البحث أي إلى تركيز مباشر أكثر على جودة التدخلات وممارستها الأعمق وعلى المقتضيات السياسية. ومن الشائع أن مناقشة البراهين تأخذ حيز في أدبيات اللغة الانكليزية من خلال السياق الأوربي الأمريكي أي إن البراهين والبينات أقل إتاحة في المناطق التي تحتاجها أكثر وهي الدول النامية والمناطق المتأثرة بالنزاعات.
يجب تطوير نظم المعلومات والبيانات المستخدمة ودي لكي نجعل البراهين متاحة للممارسين وصناع السياسات. ولاسيما عند وجود الحاجة الطارئة لاستعراف البرامج الفعالة التي يمكن نقلها والتي يمكن أن تؤازر أوضاء مثل المدارس والمجتمعات. وآخذا الوجه ربما تكون مفيدة لاستكشاف تطبيقات البرامج التي ترتكز إلى تنمية المجتمع وإلى البرامج المعززة مثل برنامج أمهات المجتمع وبرنامج دعم القرينات من أرملة إلى أرملة. ولقد أظهرت هذه البرامج فعالية كبيرة من بين برامج أخرى، وأنا منخفضة التكاليف، وأنا برامج قابلة للتكرار والتنفيذ الناجح، وأنا يمكن أن تؤازر من قبل أعضاء المجتمع غير المهني في أوضاع المجتمعات المحرومة. ويبدو أن تنفيذ البرامج التي ترتكز إلى المدارس من أجل الصغار كانت مجالاً رئيسي للتنمية في الدول الفقيرة.
وبغياب الموارد الكبيرة فإن التحدي في العديد من الدول هو توثيق الأشكال الإبداعية للممارسة وجذب انتباه الآخرين إليها. إن التوثيق وحتى الصحف والمطويات (البروشورات) ربما يكون ناقص . لايعني نقص البراهين الموثقة غياب الممارسة جيدة، ومهما يكن فإن نشر الأبحاث لاختبار إمكانية عمل البراهين أو البيانات الموجودة في مختلف الأوضاع الثقافية يعد أمر ضروري .
إن التعاون الدولي ضروري لمساعدة الدول الفقيرة بوسائل الدعم التقني والدلائل الإرشادية المطبوعة للتنفيذ الفعال للبرامج القابلة للحياة الطويلة والقليلة التكاليف. وإن الاختبار الجوهري لأسس البراهين أو البيانات هو الأسلوب الممكن استعماله بفعالية لإخبار الممارسين والسياسيين في العالم بأنا ستخفف من اللا مساواة وستقرآم من تحسين الصحة النفسية التي تمس الحاجة لها بين الأفراد والعائلات والمجتمعات.

المحددات الاجتماعية للصحة النفسية

لقد مُحصت المحددات الاجتماعية الاقتصادية للصحة النفسية، وبالمختصر فإن الناس الأكثر عزلة والناس الأكثر حرماء هم الأسوأ صحة من غيرهم. إن المجتمعات الأقوى تماسك هي الأفضل صحة والأقل في معدل الوفيات. ولقد أظهرت العديد من الدراسات المشاركات الصحية القوية للمجتمع المترابط. ولقد رُوجعت البراهين عن العوامل البيئية والاجتماعية والشخصية المصاحبة للصحة النفسية والاعتلالات

النفسية من قبل العديد من المؤلفين. تزامن القرن العشرين مع التقدم في التعليم وفي العلوم الدماغية والعصبية، وثمة نمو في الأفكار حول المحددات الاجتماعية للصحة النفسية والاضطرابات النفسية. وفي بداية القرن الواحد والعشرين رجعنا إلى وضعية الحماسة الواسعة الانتشار حول المواهب الطبيعية الوراثية وصياغتها الاجتماعية في التعبير عنها. والآن فإن الموضوع السائد ليس تحسين النسل كممارسة على المستوى السكاني عن طريق النماذج المرفوضة الآن للتطهير الإثني العرقي أو الديني والتعقيم الانتقائي، وبدلاً من ذلك فإن الموضع المتفشي هو بأن التعبير الجيني أو الوراثي يمكن أن يصاغ أو يتشكل بالعوامل الجينية الخارجية المنشأ وربما تصاغ بالتجارب الاجتماعية.

وسيكون من المهم لعموم الناس وللقادة المجتمعيين أن يتشبثوا بهذه الأفكار عند انبعاثها وتطويرها في القرن الواحد والعشرين. ومن جهة تعتمد الخيارات حول الاستجابة المجتمعية على قدراتنا التنبؤية عن حدوث الضرر أو الفائدة وتعتمد من جهة أخرى على تحليل المخاطر والفوائد مع احترام الموارد المجندة. وبهذا السياق فإن مضبوطية تنبؤاتنا ستتبدى للعيان بالبرهان وبموضوعية أفضل أو أسوأ، ولكن يعتمد تقييم المخاطر والفوائد واختيار التدخلات على التعبير عن الإجماعات المتشكلة حول القيم.

إن التحدي الحالي لقادة المجتمع هو ابتكار الهياكل الاجتماعية أو تنقيح الإجراءات التي نستعملها في تقييم البراهين المتاحة ولتحريك الموارد لتعزيز الصحة النفسية. تزداد الاكتشافات الجديدة والبراهين الدقيقة المحددة فيما يخص محددات الصحة النفسية وهي ذات قيمة محدودة مالم نجد هياكل اجتماعية وإجراءات لوضع الاكتشافات والبراهين الجديدة قيد العمل.

وفي نهاية القرن العشرين كان ثمة زيادة في النقد اللاذع لعوامل الاختطار الوبائية والتي نعني بها البحوث الانتقائية الضيقة التي تركز على الخصائص في المستوى الفردي والسلوكيات التي تشير إلى زيادة اختطار الاضطرابات النفسية أو الظروف الطبية العامة. وفي الوقت نفسه تنامى تشاؤم حاد حول المقدار الضئيل من المكاسب الناجمة عن البرامج الوقائية التي كانت تركز على تغيير السلوك على المستوى الفردي. وبالفعل فالتشاؤم حاد حول المقدار الضئيل من المكاسب الناجمة عن البرامج الوقائية التي كانت تركز على تغيير السلوك على المستوى الفردي. وبالفعل فإن هذا النمط من النقد لم يكن جديد ، ولقد ردت المقالات النقدية التالية مثل مقالات كلوز باهن باهنسون عبر بحوث أوفر باستعمال التصميمات التي تتجنب الخلافات القديمة حول الأهمية الضئيلة أو العظيمة الشأن للعوامل البيولوجية أو الاجتماعية أو العوامل الأخرى بل دمجت تلك المستويات المختلفة في نسيج أو مطرس واسع يعبر عن العملية كلها. وللتأكيد على أنه قد ينظر إلى الاضطرابات النفسية كالانتحار مثلاً بمستوى وحيد على الأقل كظاهرة اجتماعية، والنقد كان أكثر في القرن الماضي.

ويبقى الكثير لما تعلمه بحوث الصحة العمومية بمناهجها المعرفية، وكذلك كنماذج تجريبية للبحث المختبري على الرئيسيات أو المقدمات PRIMATES أي أعلى رتب الثدييات مثل القرود (انظر الإطار التالي).

التعلم من التجارب المختبرية على الحيوانات من الرئيسات Primates

طور البروفيسور هاري هارلوز خط فتاة وآسر من البحوث على الحيوانات من الرئيسات في تجاربه المبكرة على فصل صغار الحيوانات من الرئيسات عن أمهاتهم. ولقد ساعد هذا البحث بشحذ همتنا نحو البحث الإنساني وفي توضيح كيف يمكن لفصل الطفل عن أمه أن يكون محدد اجتماعي لضعف الصحة النفسية في الظروف البشرية. وبالمختصر، ثمة بينات وبراهين عن التداخل والتآثر بين البيئة والوراثة والترابط مع السلوك العدواني الصريح لنسل ذكور الحيوانات من الرئيسات السريعة التأثر، ومع استهلاك الشراب الكحولي الأكثر عند هؤلاء الأفراد.

ولقد بينت البحوث بأن نسل ذكور الحيوانات من الرئيسات قد أظهروا نوبات من السلوك العدواني والسلوك الكحولي عندما أعيدوا إلى الظروف التي تكتنف التحرر أو الفصل المبكر عن البيئة الأمومية وعندما يشبون لاحقاً وببطء مع أقرانهم المفصولين عن أمهاتهم، وعلى نحو مثير، كان هؤلاء أيضاً أكثر عدوانية في سلوكهم وأكثر استهلاكاً للكحول من بين الذكور المصابين بطفرات وراثية تكتنف ناقل السيروتونين. ومع ذلك عندما كان الذكور يوضعون مع أمهاتهم ليشبوا في البيئة الأمومية،لم تكن هناك فروق لا في العدوانية ولا في شرب الكحول بالتصاحب مع ناقل السيروتونين. ولذا فإن النشاط الوبيل غير الملائم للصحة الناجم عن طفرة ناقل السيروتونين كانت تظهر فقط ضمن ظروف التنشئة مع الأقران ولم تكن تظهر في ظروف التنشئة الأمومية.

ولم يكن إعادة هذا النمط من التجارب على الحيوانات من الرئيسات ممكناً أو سهلاً عند الإنسان. ومع هذا فإن "تجارب الطبيعة" ربما توفر أحياناً الشروط التي يمكن أن يفترق فيها الأطفال عن أمهاتهم على نحو مبكر أو مبتسر، مع الإسكان في مجموعة لاحقة (مثلما يلاحظ في المناطق التي يموت فيها العديد من الآباء المصابين بالإيدز أو العدوى بالفيروس مما يؤدي إلى أعداد كبيرة من الأيتام). وكذلك ففي العديد من المناطق الحضرية حول العالم، فإن الشباب يتركون بيئاتهم المنزلية، ليصبحوا أطفال شوارع ويدخلون ضمن مجوعة القرناء أو في المضامين والسياقات التي تستدعي بالضرورة وراثة المرتبة الاجتماعية. تشير هذه الموجودات الحديثة من مختبرات الحيوانات من الرئيسات إلى المحددات الاجتماعية للصحة النفسية الإيجابية التي ربما تتمزق في هذه الظروف أو الشروط، وربما تجعل من أوضاع الأيتام ومجموعات أقرانهم بوجه خاص مجالاً مثمراً في البحوث والتدخلات.

الارتباطات بين الصحة النفسية والصحة البدنية

الصحة النفسية الإيجابية هي نسق من الميادين الرئيسية التي تشمل العافية والحالات الإيجابية للعقل والنفس. وربما تؤثر على بدء الاعتلالات النفسية والبدنية ومساقاتها ونتاجاتها، وعلى سبيل المثال فلقد بينت البحوث الارتباطات بين الاكتئاب والقلق والأمراض القلبية الوعائية والدماغية الوعائية. وتوثق جيداً دور الاضطرابات النفسية في زيادة سرعة التأثر نحو المراضة البدنية ونتاجاتها الأسوأ. ومن المعروف أن المعتقدات النفسية مثل التفاؤل والتمكن والتفوق والإحساس بالمعاني تقي الصحة النفسية والصحة البدنية كذلك. بل إن المعتقدات المتفائلة غير الواقعية حول المستقبل ربما تكون واقية صحياً للرجال

المصابين بعدوى فيروس العوز المناعي الإنساني المكتسب. وعلى نحو مشابه فإن للصحة البدنية مساهمة مؤثرة على كل من الاعتلالات النفسية والبدنية وعلى نتاجاتهما. تشمل هذه العلاقات المترابطة المفاهيم الشاملة للصحة.

كشفت النتائج الحديثة لمسح مدينة نيو يورك المجتمعي الصحي (مسح بالهاتف لعشرة آلاف من سكان نيويورك الذين يمثلون ٣٣ مجتمع) بأن الصحة العامة أضعف بثلاثة مرات بين الناس الذين سجلوا ضوائق عاطفية هامة. وتضعهم المعدلات العالية من التجارب اللاحقة للعديد من الظروف المزمنة في احتمالات خطر الموت المبكر، والتي تتضمن ارتفاع الكوليستيرول وارتفاع ضغط الدم والبدانة والربو والسكري. وغالبا ما كانوا ينهمكون في السلوكات المؤدية لزيادة المشاكل الصحية التي تتضمن عادات القُعدة والخمول والشراب والتدخين والطعام السيئ.

جرى البرهان على العلاقة بين الصحة النفسية والصحة البدنية في دراسات صحة المسنين. وعلى سبيل المثال فإن الموجودات عن ممارسة الحياة اليومية بين المسنين التايلانديين توحي بأهمية الصحة النفسية والصحة البدنية لديهم بسبب عاداتهم الغذائية الجيدة، ورياضتهم المنتظمة وطلبهم للمعرفة الصحية. تكتنف النشاطات الدينية لديهم العلاقات الجيدة مع الآخرين والتدبير الجيد التخطيط للدخل وإنفاقه مما يسبب الرضا الحياتي.[١]

يستند المفهوم الشامل للصحة إلى العديد من المعتقدات الفطرية أو الواطنة عن طبيعة الصحة والعافية، ولقد وضحه تعريف الصحة المقبول من الثقافة الأوسترالية القديمة الفطرية أي الواطنة. ولقد عَرّفت مجموعة العمل الوطني لاستراتيجيات الصحة للسكان الأصليين الصحة كما يلي:

الصحة ليست مجرد عافية صحية بدنية للفرد، ولكنها عافية اجتماعية وعاطفية وثقافية للمجتمع كله. إنا نظرة للحياة كلها وتشمل أيضا مفهوم الحياة فالموت فالحياة.

يشمل هذا التعريف الصحة النفسية التي عُرفت كعافية عاطفية واجتماعية وروحية وبيئية (مثل البلد أو المكان)، وجسدية واجتماعية (تتضمن المجتمع والثقافة) وتشمل العوامل العاطفية. وتتداخل مع بعضها بطرق معقدة.

يفترض حدوث مثل هذه التداخلات والتآثرات بآليات نفسانية واجتماعية نفسية. ولقد ترسخ حديثا التأثير النوعي للاضطرابات النفسية في المساهمة بالمسارات الضائرة للمرض القلبي والموت.

إذن ثمة براهين قوية تؤكد قيمة المقاربة الشاملة للصحة بتعبيرات الصحة النفسية والصحة البدنية والاعتلالات الصحية والنفسية. والنتيجة الطبيعية لمثل هذا الترابط هي أن تعزيز الصحة النفسية الإيجابية ربما يرى كمصطلح أو تعبير هام عن الصحة بصفة شاملة ولكل من الاضطرابات النفسية والبدنية.

---

(١) تعليق للمترجم: مادور المفاهيم التعبدية والشعائر الدينية التي تتعلق بأركان الإسلام وأركان الإيمان عند المسلمين في تعزيز الصحة النفسية لديهم، وما مقدارالحاجة إلى باحثين محايدين لإجراء دراسة معشاة ذات شواهد في هذا المجال؟

الصحة النفسية والاعتلالات النفسية، ومفاهيم الشفاء

إن الواقع بأن الصحة النفسية أكثر من مجرد غياب الاعتلال يمكن أن يكون مفيد للمصابين بالاعتلالات النفسية ولمن يعتنون بهم. يمكن للموارد الصحية الواقية والصحة الإيجابية أن تترافقا في وجودهما مع بعض الأعراض النفسية المرضية الوخيمة، كالمصاب بالفصام على سبيل المثال. إن ذلك يوحي بقيمة تطوير المقاربات السريرية الشاملة مع التركيز على الصحة الإيجابية للشخص وقدرته وقوته، والجهود الشخصية في الشفاء والوقاية والتشخيص والمعالجة والتأهيل، يقوي نموذج الشفاء طالبي الخدمة وأولئك المكتنفين معهم وكذلك بتأكيدها على التقوية الإيجابية للمستقبل وتوجيهه. إن التقدير والبناء القوي يساعد الشخص المصاب بالاعتلالات النفسية أو غيرها على الحياة الجيدة ويجنبه انتقاصها الإضافي بسبب هذا الاعتلال.

تطوير مؤشرات الصحة النفسية

أخبرت الممارسة الواسعة عن تطور المؤشرات السكانية واستعمالها في تعزيز الصحة النفسية وفي الصحة النفسية وهذه المؤشرات هي: الدراسات الوبائية للصحة النفسية، والدراسات المقطعية الوطنية عن نوعية الحياة؛ والموجودات بحسب العلاقة بين المحددات الاجتماعية واللا مساواة، والنتائج الصحية والنتائج الصحية الاجتماعية، ودراسات القياسات النفسية والملاحظات الناجمة عن الرصد والترصد والمراقبة الصحية.

باقتراح مؤشرات الصحة النفسية تحتاج وجهات النظر المختلفة الشكل لممارسي تعزيز الصحة وممارسي الصحة النفسية للتقدير والتثمين، على الرغم من ذلك فهي ليست متناقضة. لذا من خلال التركيز على كل من الجمهرات أو الأفراد، فإن كلاهما يعرفنا بأن الصحة النفسية الإيجابية هي مجموعة أو نسق ضمن بيئة أوسع من الجوانب الثقافية والاقتصادية والاجتماعية السياسية التي تؤثر بدورها على توزع المواد والموارد الاجتماعية من خلال تنويعة من الآليات المؤسساتية والفردية. وأخير فإن الجينات أو الموروثات والبيولوجية الفردية تتكيفان وتتأثران مع هذه البيئات وتتداخلان معها. وبالنتيجة فإن مؤشرات الصحة النفسية الإيجابية ستعكس بالضرورة مستويات التأثير المختلفة.

إن انبعاث خطة العمل أو النماذج التصورية للصحة النفسية الإيجابية، تعرفنا في مرحلة مبكرة عن الحاجة إلى مجال نوعي من المؤشرات في مستويات مختلفة من التأثير المتطور على الصحة النفسية. تستلزم هذه التأثيرات اهتمام متعدد القطاعات (مثل الصحة والتربية والرفاهية والعدل). وتتضمن كذلك التدابير العالية المستوى ثقافي واجتماعي وفي مستوى الإجراءات البنيوية الاقتصادية والسياسية، وتتضمن التدابير البعيدة التنظيم الاجتماعي أي سلوك المجتمعات والمدارس والجوار المحلي وأماكن العمل. وتتضمن التدابير القريبة الشروط والظروف الاجتماعية: المادية والديموغرافية وسلوك العائلات والأقران. وتتضمن التدابير المباشرة الخصائص الفردية: الديموغرافية والمادية والاجتماعية والبيولوجية والنفسانية. ومهما يكن من الواضح أن ثمة جهود يجب أن تبذل في هذا المجال لتطوير خطة العمل للقبض على زمام الأمور البارزة أو الشاملة.

يمكن قياس المحددات الجسيمة الواسعة المستوى للصحة النفسية بوساطة مؤشر التنمية البشرية (HDI)

على سبيل المثال، والذي روجع في عام ٢٠٠٠ من قبل الأمم المتحدة. إن مؤشر التنمية البشرية أو الإنسانية قد طور كقياس للإنجاز والاهتمام ببؤر النتاجات الإنسانية بالإضافة إلى الإنجاز الاقتصادي للدول. وأما مؤشر التنمية المتعلق بالجندر (GDI) ومؤشر تقوية الجندر (GEI) فهما مثالان آخران عن المؤشرات الوطنية الجسيمة المستوى. وهما معنيان بخصائص بعض الوجوه في التنمية الإنسانية، وتقدم القياسات للصحة النفسية بالسياق الملائم.

ثمة قياسات عديدة تحاول أيضً قياس معدل المستوى الإجمالي لضوائق الصحة النفسية عند الأفراد السلوك النوعي الموثق، مثل الانتحار، وإن مقياس كيسلر -١٠ (K10) هو استبيان ذاتي التسجيل تقيس نتائجه الضوائق النفسانية. وأما مقياس SF-36 فهو مشعر يقدره المستَجوب لضوائق الصحة النفسية.

هل معدلات الانتحار، والرضوح الذاتية المنشأ، والافتكارات الانتحارية، مفيدة كمؤشرات لضوائق الصحة النفسية؟

أُخذ الانتحار بوصفه كجيب SINE وليس كمؤشر للضائقة النفسانية من قبل كل من العوام والمهنيين على حد سواء. وعادة ماتستعمل معدلات الانتحار أو يوصى باستعمالها كمؤشر للوفيات النوعية السبب المرتبطة بالحالة النفسية والاعتلال النفساني. ومهما يكن فثمة ملامح عديدة تجعلها صعبة كمؤشر. إن تعريف الانتحار وتغيره وندرته كحادثة بالتعبير السكاني، وطبيعة التبليغ عنه، وتعقيدات مسالكه السببية، كل ذلك يجعل من معدلات الانتحار مشعر سيئ لضوائق الصحة النفسية السكانية.

إن معدلات الوفيات بسبب الانتحار تحجب الانتشار الأكبر والمراضة الأقوى في قابلية تعديل المراضة بسبب الرضوح الذاتية المنشأ. إن مصطلح الرضوح الذاتية المنشأ أكثر موضوعية من مصطلح الضرر المتعمد ذاتيً . ولما كان الانتشار الأعظم هو للرضوح الذاتية المنشأ وارتباطاتها مع العديد من محددات الضوائق النفسانية، مثل تعاطي المواد والعقاقير، والاكتئاب والعنف بالإضافة إلى تصاحباتها مع الانتحار التالي، فإن رصد المعدلات السكانية للرضوح المتعمدة ربما يوفر توكيلاً مفيد عن ضوائق الصحة النفسية.

تقدم الأسئلة عن الافتكارات الانتحارية معاني أخرى للضوائق النفسانية المجسوسة مباشرة، ومهما يكن يحتاج القياس المتوافق مع الافتكارات الانتحارية للتطبيق في الدراسات السكانية طوال الوقت لتقدير الاستجابة لمثل هذا القياس ولتقدير قيمته.

إن دراسات الانتحار التي تختبر الظروف والسياقات والمضامين قد استعرفت محليً أيضً وكذلك الأوضاع النوعية للحوافز والبواعث على السلوك الانتحاري، وهذه النظرة ربما تستعرف دراسة السلوك الانتحاري الأوضاع النوعية لمشاكل الصحة النفسية التي تكمل زمر المشاكل الصحية النفسية التي تفي بمعايير الاضطرابات النفسية والتي تكون أكثر تواتر والمطلوبة لشرح السلوك الانتحاري. ولما كان الانتحار أكثر مشاكل الصحة النفسية وضوح فإن مساقات الانتحار هي مواد للاهتمام النوعي لمهنيي الصحة النفسية وهي مفيدة ولاسيما كدليل لتخطيط الصحة النفسية المجتمعية لمختلف الثقافات.

تتضمن المعلومات التي جمعت عن الأفراد المحددات الديموغرافية، والتعرض لحوادث الحياة الشديدة، ومستوى الدعم الاجتماعي، ونوعية الحياة. إن المحددات الديموغرافية مثل العمر والجنس والمستوى التعليمي والدخل والتوظيف والاستخدام، تعد أساسية لتمييز السكان بخصائصهم وتزود بسياق موصوف للتدخلات من أجل تعزيز الصحة النفسية. تصاحب الضوائق الحياتية وحوادثها الشديدة مع الصحة النفسية السيئة أو الضعيفة ولقد درست بكثرة في العلوم الاجتماعية. وغالبا مايجري تصور الدعم الاجتماعي كمتغيرات بيئية، ومع ذلك فقد أظهرت البحوث بأنا تتأثر بالعوامل الوراثية التي ترتبط بالشخصية والتي غالبا ماتكون ثابتة طوال الوقت، وبدرجة مهمة فإن الدعم الاجتماعي لايكون مستتر ضمن البيئة بل يكون مصاغ بصورة متبادلة من خلال أعمال الأفراد ومشاركاتا مع الصحة وبتخصيص أكثر مع الصحة النفسية الإيجابية وقد جرى توثيقها بالدراسات الطولانية. يعكس الدعم الاجتماعي ثلاثة ميادين هي: الامتداد الذي يحتك الأفراد بوساطته مع الآخرين، والتقدير المعرفي من قبل الفرد لهذا الدعم، والاستجابة للآخرين كشرط للدعم. ولقد انبعثت العديد من الطرائق للقياس عبر التاريخ الطويل من الاهتمام بالدعم الاجتماعي ضمن العلوم الاجتماعية، وهي على سبيل المثال استبيان الدعم الاجتماعي المؤلف من ٢٧ بند ، والدراسة المسحية للنتائج الطبية للدعم الاجتماعي (MOS-SSS). لاتقيس قياسات نوعية الحياة الصحة النفسية فحسب بل عادة ما تحتوي بنود وميادين تسبر مباشرة وجوه الصحة النفسية.

البراهين والبيانات على التدخلات الفعالة

ثمة براهين على الفعالية لمجال عريض من سياسات تعزيز الصحة النفسية وبرامجها النموذجية. ولقد أظهرت نتاجاتا بأن تعزيز الصحة النفسية هو الخيار الحقيقي من خلال المقاربة الصحية العمومية عبر الحياة كلها وعبر أوضاع مثل الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة أو المدارس أو العمل أو المجتمعات المحلية. يمكن للتدخلات المصممة جيد في العديد من مجالات الحياة أن تسهم في الصحة النفسية والعافية الأفضل للسكان، وعلى مدى العقدين الماضيين برهنت العديد من الدراسات عن تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية على أن مثل هذه البرامج يمكن أن تكون فعالة وتؤدي إلى تحسن الصحة النفسية والتنمية الاقتصادية والاجتماعية والصحية. ولقد أكدت مراجعة الموضوعات النوعية للأدبيات بأن البرامج يمكن أن تكون فعالة لتحسين السلوك مثل انتهاك الطفل، واضطرابات التصرف والعنف والعدوانية وتعاطي العقاقير وفي مختلف الأوضاع التي تتضمن المدارس وأماكن العمل، وعلى نحو مشابه فإن التحليلات البعدية المفترضة لتقدير فعالية البرنامج في مجال الاستعمالات الضائرة للعقاقير عند الأطفال والمراهقين والصحة النفسية للأطفال والتدخلات من أجل الرضع والأطفال ما فوق الأعوام الستة والوقاية من الانتهاك الجنسي للأطفال والوقاية من الاكتئاب.

إن المراجعة التالية لأفضل الأمثلة في تعزيز الصحة النفسية تستند بالأساس على البراهين من التجارب ذات الشواهد التي تتضمن الدراسات شبه التجريبية والدراسات التي تستعمل تصميم السلاسل الزمنية. وعند اللزوم يمكن أخذ البراهين أيض من الدراسات الكيفية ومن المشاهدات. وتحتسب هذه الدراسات ولاسيما من أجل البرهان على التدخلات في الدول الفقيرة حيث تكون الموارد قليلة من أجل الدراسات

ذات الشواهد المرتفعة التكلفة. توضح السياسات والبرامج أو تصور مجالاً متنوء من الاستراتيجيات لتعزيز الصحة النفسية السكانية عبر مختلف مستويات النظم وعبر مختلف مراحل الحياة. والوصف المختصر لانتقاء هذه السياسات والبرامج موجود هنا، ولمزيد من التفاصيل عن مجال عريض من الأمثلة راجع التقرير الكامل. وللمراجعة الشاملة للبرامج المرتكزة إلى البرهان للوقاية من الاعتلالات النفسية ولإنقاص اختطار الاعتلال الصحي النفسي، فقد قمنا بالإحالة إلى المصادر بعينها.

التدخلات الجسيمة وأثرها على الصحة النفسية: ابتكار البيئات الداعمة وتنفيذ السياسة العمومية

تحسين التغذية

ثمة بينة قوية بأن تحسين التغذية والتنمية الاقتصادية الاجتماعية للأطفال المحرومين يمكن أن تؤدي إلى التنمية المعرفية الصحية وتحسين النتائج التعليمية، ولاسيما من أجل أولئك الذين يعيشون في المجتمعات الفقيرة. إن نماذج التداخلات الأكثر فعالية ممكنة عند توليفها مع التدخلات التغذوية (مثل المكملات القوتية) والمشورة في الرعاية النفسية (مثل الحماسة، والإنصات) ولقد اقترحت هذه التدخلات أيض لجدواها الاقتصادية.وكذلك يؤدي اليود دور رئيسي في الوقاية من التخلف العقلي وتأخر النمو البدني وضعف القدرات التعليمية، ولقد ضمنت برامج المكملات اليودية بأن يحصل الأطفال على المستويات الملائمة من اليود. ولقد أدت الجهود العالمية كالجهود المدعومة من اليونيسف إلى وصول معدل استعمال الملح الميودن إلى حوالي٧٠٪ من منازل العالم مما يعني وقاية٩١ مليون وليد من عوز اليود وإلى الوقاية غير المباشرة من المشاكل الصحية النفسية والبدنية.

تحسين السكن

إن السكن السيء قد استعمل كمؤشر عن الفقر ولقد استهدف في تحسين الصحة العمومية وإنقاص عدم المساواة في الصحة، وتوحي إحدى المراجعات الحديثة للأثر التحسيني للسكن السيء بتأثيرات واعدة على النتائج الصحية النفسية والبدنية. والتي تتضمن التحسينات في التقارير الذاتية عن الصحة النفسية والجسدية، وفي الإجهاد الصحي النفسي، بالإضافة إلى التأثيرات الاجتماعية الإيجابية الأوسع على عوامل مثل إدراك السلامة والجريمة والمشاركة المجتمعية والاجتماعية.

زيادة فرص التعليم

إن انخفاض نسبة من يستطيع القراءة والكتابة والمستويات المنخفضة من التعلم تعد مشاكل اجتماعية رئيسية في العديد من الدول، ولاسيما في جنوب آسيا والدول الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء، وتميل هذا المشكلة للشيوع أكثر عند النساء. يحد نقص التعليم بشدة من قدرة الأفراد على الوصول إلى المؤهلات الاقتصادية. بينما تحصل مكاسب رائعة من تحسين مستويات التعليم في معظم الدول من خلال البرامج التعليمية التي تستهدف الأطفال، وثمة جهود أقل تتوجه نحو الأميين الكبار. ويتوقع أن تكون غاية هذه البرامج في تحسين مستوى القراءة والكتابة ولاسيما بين البالغين المستهدفين، وربما يكون لها منافع ملموسة في إنقاص الإجهاد النفساني وتعزيزالصحة النفسية، لاحظت البحوث الجغرافية الإثنية في

الهند مثلاً أن برامج القراءة والكتابة كانت لها نتائج يعتد بها إحصائياً تمتد إلى ما بعد اكتساب المهارات النوعية. وبوساطة جلب النساء معاً إلى الأشكال الاجتماعية الجديدة التي زودتهم بالمعلومات حول الأفكار من مختلف بقاع العالم، ولقد كانت الصفوف تحفز بقوة التغيير الاجتماعي. ولقد اكتسبت النساء والفتيات الفقيرات الإحساس بالفخر والتباهي والتقدير الذاتي والتصميم بوساطة المشاركة في المعسكرات والمخيمات كمدرسات متطوعات. كان الأثر الصحي النفسي متوسط من خلال عدد من المسالك التي تتضمن اكتساب المهارات العددية الحسابية التي تنقص من اختطار تعرضهن للغش وزيادة الثقة بالتعبير عن حقوقهن الخاصة وإنقاص الحواجز في اغتنام الفرص. ولقد تصاحبت هذه النتائج كلها بالوقاية من الاعتلال الصحي النفسي ونقص اختطار الاضطرابات النفسية.

ولقد أشارت البينات أيضاً إلى نجاح المبادرات باستعمال المعونات المالية لجسر الهوة بين الجنسين في التعليم (البنك الدولي ٢٠٠٠)، فمثلاً في التقييم الأولي لإحدى المدارس التي تأسست والتي تدفع الرواتب في بنغلادش في عام١٩٨٢، كان تسجيل البنات في المدرسة الثانوية حوالي٢٧٪ - ٤٤٪ على مدى خمس سنين، أي أكثر من ضعفي المتوسط الوطني. ولقد بينت دراسات التقييم في الباكستان تحسن فرص الوصول الفيزيائي إلى المدرسة، وذلك عبر الإعانات ودعم تكاليف التصميم الثقافي الملائم الذي يمكن أن يزيد بحدة من تسجيل البنات في التعليم. إن التعليم الأفضل يزيد من المعرفة النسائية والكفاءات الثقافية والعاطفية وتوقعات العمل، وكذلك فقد ينقص من اللا مساواة الاجتماعية وينقص من اختطار العديد من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب.

تقوية النسيج الاجتماعي

ركزت العديد من التدخلات المجتمعية على الإجراءات التي تنمي وتقوي وتبني الإحساس بالملكية والمسؤولية الاجتماعية من خلال العضوية المجتمعية. ونضرب مثلاً على ذلك (برامج CTC) التي أُدخلت بنجاح في عدة مئات من المجتمعات في الولايات المتحدة الأمريكية، وتكررت بعد أن جرى اعتمادها في هولندا وانكلترا واسكوتلندا وويلز وأستراليا. إن نظام تشغيل برنامج الوقاية CTC هو الاستراتيجية المجربة حقلياً لتنشيط المجتمعات لتطبيق نظم الوقاية من العنف والعدوانية. تساعد هذه الاستراتيجية في استعمال البيانات المحلية عن العوامل الواقية وعوامل الاختطار لاستعراف المخاطر وتطوير الأعمال. وتتضمن التدخلات التي تعمل تلقائياً ومستويات ذات أصداء متعددة. إذ إن المجتمع (مثلاً تحريك وسائل الإعلام، وتغيير السياسة) والمدرسة (تغيير بنيان الممارسات الإدارية المدرسية أو الممارسات التعليمية)، والعائلة (مثلاً استراتيجيات تدريب الآباء) والأفراد (مثلاً استراتيجيات القدرة الاجتماعية). تدعم استراتيجية CTC المجتمعات لممارسة الاختيار والتنفيذ للبرامج الموجودة المُبرهَنة والتي تنسجم مع مرتسم الاختطار في مجتمعاتها. وحتى الآن فقد جرى تقييم نظام CTC في الولايات المتحدة الأمريكية، بوساطة تصميم قبلي وبعدي وبالمقارنة مع قاعدة البيانات التي تضم حوالي ٤٠ مجتمع في كل من الحقول المُختبرة. ولقد أشارت هذه التقييمات إلى التحسن في النتائج السلوكية عند الشباب والمهارات الوالدية والعلاقات العائلية والمجتمعية، وإلىالانخفاض في المشاكل المدرسية، وحمل السلاح والسرقة وجرائم العقاقير والعنف والاعتداء.

تخفيض إدمان العقاقير أو إساءة استعمالها

ثمة بينة قوية تشير إلى الأثر السلبي للكحول والتبغ واستعمال العقاقير في أثناء الحمل، تتضمن هذه التأثيرات زيادة احتمال الولادة المبتسرة والخداج وانخفاض وزن الوليد وتقييد النمو العاطفي والانفعالي والمعرفي والعصبي عند الأطفال على المدى البعيد (مثل انخفاض الذكاء والمزاج، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، ومشاكل التصرف، وسوء الإنجازات المدرسية وضعفها) والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة، ومن المعروف أن الولادة المبتسرة أي الخداج وانخفاض وزن الولادة هما بحد ذاتهما من عوامل الاختطار في النتاجات الصحية النفسية الضائرة والاضطرابات النفسية. وعموه فإن تعاطي العقاقير من الأمهات يتصاحب مع النسل أو الذرية التي تعتمد على العقاقير في أثناء المراهقة والشباب. ولذا يمكن للبرامج التثقيفية التي تنبه النساء الحوامل للامتناع عن تعاطي العقاقير والمواد أن يكون لها فوائد صحية نفسية بعيدة المدى.

التدخل بعد الكوارث

يوصى بالتدخلات الاجتماعية والنفسانية في خلال مرحلة إعادة الاندماج بعد الكارثة، إذ تحسن من الصحة النفسية عند السكان المصابين أو المتأثرين وللوقاية من الأمراض النفسية. تتضمن هذه التدخلات توفير المتطوعين من المجتمع والتزويد بالدعم العاطفي غير التدخلي والتثقيف النفسي وتشجيع طرق المقاومة الإيجابية الموجودة مسبقة .

الوقاية من العنف

تتضمن الجهود المجتمعية المرتكز للوقاية من العنف الحملات التثقيفية العمومية و تحسين البنية التحتية في الحضر والسياسة المجتمعية. ولاتقي هذه الجهود من العنف فقط بل لها تأثيرات على الصحة والعافية النفسية للسكان المتأثرين بالعنف.

التدخلات الدقيقة والمتوسطة لتعزيز الصحة النفسية

المراحل المبكرة من الحياة

في خلال المراحل المبكرة من الحياة ثمة نماء في الوظائف النفسية والاجتماعية والفيزيائية أكثر من أي مرحلة أخرى في الحياة كلها، إذ إن ما يحدث منذ الولادة وحتى الثالثة من العمر يؤثر على الترعرع في بقية الطفولة والمراهقة، تعزز البداية الصحية للحياة في التعزيز الوظيفي المدرسي للطفل فيما بعد، مع الأقران والعلاقات الحميمة والعلاقات الاجتماعية الواسعة. إن الأبعاد الكبيرة للبداية الصحية للحياة هي العافية والصحة النفسية والبدنية، وتتضمن التحرر من الفقر والعنف والنزاعات المسلحة والإيذ في العائلة والمرض العضوي والعجز والرضوح والانتهاك والتعسف والإهمال والتعرض للعقاقير قبل الولادة وسوء التغذية ونقص فرص التواصل الصحيح مع الأم. وتؤثر بداية الحياة بدورها على احتمالية المشاكل السلوكية فيما بعد والتي تتضمن التحدي والمعارضة، والعدوانية ومشاكل التصرف أي السلوك الانسحابي والخجل، وفرط الحركة ونقص الانتباه، والمشاكل المدرسية مثل الاضطرابات الكلامية واللغوية والمهارات

الاجتماعية.
تحاول السياسات استهداف العافية العائلية، تخفف مثل هذه السياسات الضيق الاقتصادي، ويمكن أن تؤدي السياسات المصادقة للعائلة في أماكن العمل أو إتاحة رعاية الأطفال إلى تحسينات إجمالية في الصحة البدنية عند الأطفال ورجال المستقبل.

تعزيز الصحة النفسية: دراسة حالة عن الزيارات المنزلية
بينت التدخلات عبر الزيارات المنزلية في خلال الحمل نتائج اقتصادية واجتماعية وصحية هامة وكبيرة على الصحة العمومية، تتضمن تحسن النتاجات الصحية النفسية لكل من الأمهات والولدان على المدى البعيد والمثال المؤثر هو برنامج الزيارة المنزلية ماقبل الولادة وفي مرحلة الرضاعة. كان برنامج البحث لمدة ٢٥سنة من محاولات التحسين المبكر للصحة وتنمية الأمهات الفقيرات والأطفال ومسارات حياتم المستقبلية بوساطة الزيارات المنزلية في الفترة قبل الولادة وفي فترة الرضاعة من قبل الممرضات.
جرى اختبار البرنامج على عدد قليل من التجارب المعشاة ذات الشواهد الواسعة، وعلى جمهرات مختلفة تعيش بطرق مختلفة المضمون والسياق. ولقد نجح البرنامج في تحسين الرعاية الوالدية للطفل الذي انعكس برضوح أقل وحوادث ابتلاع أقل والتي قد تتصاحب مع انتهاك الطفل وإهماله، وأما مساق الحياة الأمومية فقد انعكس بحمول تالية أقل ومشاركة قوية في العمل، وأنقص من استخدام المساعدة العمومية. و أحدث البرنامج في التجربة الأولى أيض تأثيرات بعيدة المدى على عدد التوقيفات والإدانات واستعمال المواد والعقاقير والنشاطات الجنسية غير الشرعية أو الفوضوية عند الأطفال في عمر١٥سنة الذين كانت أمهاتم تزار من قبل الممرضات واللواتي كن فقيرات وغير متزوجات عندما سجلن في الدراسة في خلال الحمل. وكانت العائلات أفضل مالي ، وانخفضت التكاليف الحكومية لمثل هذه العائلات أكثر من كلفة البرنامج.
ولقد أعيدت هذه التدخلات في مجتمعين آخرين في الولايات المتحدة الأمريكية وبنجاح مماثل، ولو جرت بعض التعديلات التي توجهت نحو عوامل الاختطار والعوامل الواقية المعنية. وحديث جرى تبني هذا البرنامج من قبل بعض الدول الأوربية.
ولنشر مثل هذه التدخلات (الزيارات المنزلية) وتبنيها وتطويرها وتنفيذها ينبغي أن نضع بالحسبان بأن بعض هذه البرامج لم تكن فعالة بوساطة الممرضات وعمال المجتمع. مما يؤكد الحاجة إلى استعراف المكونات النشيطة في البرنامج الفعال. ويمكن أن تنقل هذه المعرفة عبر دلائل إرشادية للتطويرالمستقبلي لبرامج الزيارات المنزلية.

التعليم ماقبل المدرسة والتدخلات النفسية

ثمة العديد من البرامج المجتمعية لعائلات ذات أطفال صغار، مثل برامج القراءة العائلية في المكتبة، وعيادات التقصي الصحي، والاستجمام المنظم، والبرامج التلفزيونية التي تعلم المهارات الأساسية في القراءة والقيم الانفعالية الاجتماعية.
وفي الولايات المتحدة الأمريكية أظهر مشروع بيري لماقبل المدرسة تأثيرات بعيدة المدى عبر تدخل

لمدة نصف يوم قبل المدرسة بالتوليف مع الزيارات المنزلية الأسبوعية. كان الأطفال في هذا التدخل من الأمريكيين الأفريقيين وقدموا من مجتمعات فقيرة، ولقد تحسن نموهم المعرفي، وتحسن اكتمال أدائهم المدرسي، وأظهروا مشاكل أقل في التصرف والتوقيف من قبل الشرطة. ولقد ظهرت الفائدة الهامة إحصائيً في الأعمار مابين١٩-٢٧عام إذ انخفضت التوقيفات من قبل الشرطة لهم بمعدل٤٠٪ وانخفض التوقيف المتكرر إلى حوالي ١٤٪.

إن المهارات اللغوية والكلامية للأطفال المولودين من عائلات فقيرة أو عائلة تنتمي للأقليات غالبً ما كانت تنمو ببطء أكثر من الأطفال الآخرين. وثمة بينة قوية بأن التدخلات المبكرة التي تبدأ في الثانية من العمر والتي تعزز مهارات القراءة الأساسية وتشغل الأطفال بالمحادثة مع آبائهم بوساطة كتب الصور؛ قد حسنت من مهارات القراءة وسهلت الانتقال إلى المدرسة.

والسؤال المطروح يتعلق بما إذا كانت التدخلات المنزلية المرتكز أو المقاربات الوالدية فعالة في استعمال الموارد. إن التقييمات القليلة عن الجدوى الاقتصادية المفترضة في هذه الجوانب تبدو واعدة. وفوق ذلك فإن التدخلات لها أثر منبه على الصحة النفسية للآباء وأطفالهم الرضع وربما تطيل من تأثيراتا طوال حياة الطفولة وبين الأجيال.

إنقاص العنف وتعزيز العافية الانفعالية في الأوضاع المدرسية

لقد التزمت العديد من دول العالم بالنظم العالمية الشاملة للتعليم الأساسي. ولو لم تكن الحالة كذلك في الدول النامية، ويزداد حضور الشباب إلى المدارس، وبالإضافة إلى الدور المركزي للمدارس في التنمية والتنشئة الأكاديمية فإن لها دور هام في تنمية الانفعالات الاجتماعية عند الطلاب والتلاميذ. وعلى الرغم من التفاوت في مقدار الوقت الذي ينفقه الأطفال في المدرسة فثمة تأسيس أولي للاندماج في المجتمع في العديد من المجتمعات. ولذا وبسبب ملاءمة التدخلات التي تصل إلى الأوضاع التي ينفق فيها الشباب الكثير من أوقاتم، فقد أصبحت المدارس إحدى أهم الأوضاع في التدخلات المطبقة على الأطفال والشباب.

يحتاج الأطفال إلىالكفاءة الاجتماعية والانفعالية من أجل التأدية الوظيفية الفعالة. ويحتاجون أيض إلى الثقة باستعمال تلك المهارات بأسلوب بناء وإلى انتهاز الفرص لممارسة مهاراتم مما يساعدهم في تنمية إحساسهم بالهوية والشخصية. وغالبً مايدعى هذا الإجراء بالتعليم الانفعالي والاجتماعي. يقدم الموقع الالكتروني للتعاون الأكاديمي من أجل التعليم الانفعالي والاجتماعي مورد غني من البرامج المبرهنة لتعزيز التعليم الانفعالي والاجتماعي، بالإضافة إلى المواد التي يمكن أن تحمل الدعم لتنفيذ مثل هذه البرامج عبر المجتمعات والدول والمناطق.

فعالية البرامج الصحية النفسية التي ترتكز إلى المدارس

ثمة بينة تجريبية بسيطة بأن البرامج الشاملة لفئات التلاميذ يمكن أن تؤثر على النتاجات الإيجابية للصحة النفسية. ويمكن أن تُستعرف أنماط مختلفة من التدخلات كإنجاز لتحسين القدرة واحترام الذات. وكذلك تخفيض المشاكل الانفعالية والسلوكية. تستهدف بعض التدخلات المدارس بمقاربة متكاملة، وتستهدف تدخلات أخرى جزء واحد فقط من النظم المدرسية (مثل الأطفال بدرجة معينة)، أو مجموعات خاصة

من التلاميذ الذين استعرفوا باحتمال تعرضهم لخطر المشاكل السلوكية والانفعالية.
وعموه فإن البرامج المدرسية المرتكز قد ركزت على عوامل الاختطار الوراثية ومشاكل الصحة النفسية، مثل الفشل الدراسي والعدوانية والإرعاب، وأظهرت زيادة في الأهلية الفردية والمرونة وكذلك انخفضت أعراض الاكتئاب.
وكطلاب أصبحوا أكبر سن وبمواجهة تحديات جديدة، وكضغوط من القرناء للانخراط في السلوك الجانح وتعاطي العقاقير، فإن المهارات الانفعالية والاجتماعية تصبح هامة ولاسيما في المحافظة على الصحة والنماء الإيجابي، إن بناء المهارات المدرسية المرتكز التي تسخر لطلاب المدارس الإعدادية والثانوية غالبا ما تستخدم برامج تعزيز الصحة النفسية وبرامج الوقاية من تعاطي العقاقير، ولاسيما عندما تسخر حل المشكلات في التوجه نحو هذه القضايا. إن برامج التنمية الشبابية الإيجابية (PYD) هي مثال على البرامج المدرسية المرتكز التي تركز على هذا النمط من بناء المهارة. يعزز المنهج المدرسي الأهلية الاجتماعية العامة ويرفض المهارات المتعلقة بتعاطي العقاقير والكحول، ويحسن بدرجة هامة مهارات التلاميذ والطلاب وتقارير الأساتذة والمدرسين عن التوافق الاجتماعي.

تغيير البيئة المدرسية

يمكن للبيئة المدرسية النفسية الإيجابية أن تؤثر بطريقة إيجابية على العافية والصحة النفسية عند الشباب. تتضمن مكونات البيئة النفسية الاجتماعية الإيجابية في المدرسة إيجاد الثواب والمكافأة والجو الداعم والتعاون الودي والتعليم الفعال، وتحريم العقاب البدني والعنف.

البرامج العديدة المكونات

إن البرامج التي تركز بطريقة متزامنة على المستويات المختلفة، مثل تغيير البيئة المدرسية بالإضافة إلى تحسين المهارات الفردية تكون أكثر فعالية من تلك البرامج التي تتدخل على مستوى واحد بطيء. تتضمن الأمثلة عن البرامج الفعالة العديدة المكونات برنامج الربط بين اهتمامات العائلات والمدرسين (LIFT)، الذي أظهر انخفاض في عدوانية التلاميذ ولاسيما أولئك الأكثر اختطار ، ويعقبه تنموي مشروع سياتل للتنمية الاجتماعية الذي يتوجه إلى عوامل الاختطار والعوامل الواقية العديدة عند الأفراد والمدارس والعائلات على مدى ستة سنين من التدخلات مما يؤدي إلى تقوية الارتباطات في المدارس بدرجة هامة، وتحسين الإنجازات المسجلة ذاتي ، وتخفيض السلوك السيء في المدرسة.

السكان الكهول

إنقاص الإجهاد والبطالة

يمكن أن يسبب تخفيض النفقات وفقدان الوظائف مشاكل نفسية صحية، وفي عينة من الأمهات الفقيرات في الولايات المتحدة الأمريكية واللواتي لايعملن ويتلقين المساعدات، لوحظت النتاجات المعرفية والسلوكية السلبية عند الأطفال، وانخفاض الصحة النفسية الأمومية، وانخفاض الدعم الاجتماعي، والافتقار الأكثر لاستراتيجيات المقاومة. وجرت التوصية بأنه ينبغي تطوير العمل وتنفيذه بغية إبعاد النساء الفقيرات عن الأعمال القليلة الأجر وتشغيلهن بالأعمال التي تسمح لهن بالاكتفاء الاقتصادي الذاتي على المدى البعيد.

تتضمن الأولويات تأمين الدخل الذي يفي بمتطلبات الحياة والتعليم التالي للمرحلة الثانوية والتدريب المهني.
وعلى نحو مشابه فإن المشورة أو التدريب على البحث عن العمل للمجموعات الفقيرة العاطلة عن العمل يمكن أن يكون استراتيجية فعالة في تعزيز التغلب على البطالة وإنقاص نتاجاتا السلبية على الصحة النفسية وعلى سبيل المثال فقد أظهر برنامج JOBS تأثيرات إيجابية على معدلات إعادة الاستخدام، وعلى نوعية الأجرة للأعمال التي جرى الحصول عليها، وعلى فعالية البحث الذاتي عن العمل وعلى التمكن أو التفوق. ولقد نجح هذا البرنامج في الانتشار دولي في جمهورية الصين الشعبية، وفنلندا، والولايات المتحدة الأمريكية، وينفذ حديثا في أيرلندا.

برامج الوقاية من الكرب أو الإجهاد في أماكن العمل

ثمة بينة بأن خصائص العمل يمكن أن تسبب أو تسهم في المشاكل الصحية النفسية (مثل الغيظ والحنق، واضطراب القلق والاكتئاب والأرق) والاضطرابات المعدية المعوية والاعتلالات القلبية الوعائية، والأمراض العضلية الهيكلية، والعبء الاقتصادي والاجتماعي على الخدمات الصحية والاجتماعية. ربما توجه التدخلات من أجل إنقاص الكرب والإجهاد إلى كل من سعة مقاومة المستخدمين والموظفين وإلى بيئة العمل. يمكن للتدريب على مقاومة الكرب والإجهاد وتقنيات مكافحة الإجهاد وطرائق الاسترخاء والمهارات الاجتماعية والتدريب على اللياقة، أن يزيد من قدرة المقاومة وسعتها. ولقد أظهرت الدراسات البعدية العديدة بأن مثل هذه الطرائق فعالة في الوقاية من النتاجات الضائرة على الصحة النفسية في بيئة العمل. تتضمن التدخلات التي تنقص الضوائق في بيئة العمل، التدخلات على المهمات والتقنيات (مثل إغناء العمل، التحسينات التلاؤمية الإرغونومية، تخفيض الضجيج) وكذلك التدخلات التي تستهدف تحسين الدور الواضح وتدبير النزاعات والعلاقات الاجتماعية وكذلك التدخلات التي ربما تسبب - ولكن لا تكفل - التأثيرات الإيجابية.

تحسين صحة المسنين النفسية

كان عدد المسنين في عام ٢٠٠٠ أكثر من ٦٠٠ مليون من الذين تجاوزوا الستين سنة من أعمارهم، ويتوقع أن يزداد هذا العدد بحوالي٧٠٪ في العشرين سنة القادمة. تترافق الزيادة السريعة في تشيخ السكان بالمشاكل الصحية النفسية والبدنية ذات الصلة بالشيخوخة، التي تتضمن زيادة اختطار الخرف والأمراض المزمنة الشيخوخية، وانخفاض العافية النفسية عموما وانخفاض نوعية الحياة. ولقد حققت الأنماط المختلفة من التدخلات الشاملة أو العامة النجاح في تحسين الصحة النفسية عند السكان المسنين. تتضمن التدخلات الناجحة الدعم الاجتماعي، وتدخلات التمكين المجتمعي وتقويته، وتدخلات تعزيز نمط الحياة الصحية. تتضمن مثل هذه البرامج التدخلات التمرينية الرياضية والتزويد بالمعينات السمعية وبرنامج مصادقة المسنين.

انظر الإطار التالي :

دراسة حالة: تعزيز الصحة النفسية عند المسنين

المصادقة

في خلال العقدين الماضيين، أظهرت الدراسات المختلفة بينات وبراهين عن أهمية الصداقة لعافية المسن، ولاسيما النساء المسنات. وللصداقة عدة وظائف مثل إيجاد الرفقة والمتعة، والدعم في حالات المشاكل والضوائق والكرب. ولقد استخدمت المصادقة بمعانيها الراسخة وبعمق كاستراتيجية لزيادة الدعم الاجتماعي ولإنقاص الوحدة والاكتئاب بين المسنين. يتألف أحد برامج المصادقة للنساء المسنات من ١٢ مجموعة في الفصل وترتكز على نظرية الدعم الاجتماعي والصداقة ومساعدة الذات وقد أظهر هذا البرنامج انخفاض هام في الوحدة والانعزال.

التزويد بالمساعدات السمعية

قدر نسق من التدخلات في عيادات الرعاية الأولية ما إذا كانت المعينات السمعية قد تحسن نوعية الحياة عند المسنين المصابين بفقدان السمع. وأظهر التقييم التحسن عند من تلقى المعينات السمعية في الجوانب الاجتماعية والوظيفية الانفعالية والتواصل والمعرفة والاكتئاب بالمقارنة مع الذين لم يتلقوا هذه المعينات.

التحرك باتجاه جميع الدول والأوضاع

يحتاج صناع السياسات ومقدمو الخدمات والسلطات المحلية والممارسون للاستفادة من مزايا التدخلات التي طورت أو نفذت أو اختبرت في مكان آخر، ومهما يكن فإن استرداد الفائدة العلمية ذات العلاقة من العدد المتنامي السريع من المنشورات عن التدخلات المبرهنة هو تبديد للوقت ولاسيما في الدول الفقيرة، إذ إن الحصول على المجلات والكتب العلمية مشكلة جدية. ولقد طورت عدة منظمات - أو تطور الآن- قواعد بيانات يمكن للدول الوصول لها وذلك عن الوقاية المرتكزة إلى البرهان وكذلك برامج تعزيز الصحة التي تستهدف مايخص قضايا الصحة النفسية، والأمثلة عن مثل قواعد البيانات هذه موجودة في مراكز الوقاية من الأمراض ومكافحتها في الولايات المتحدة الأمريكية (CDC)، وفي مكتبة كوشران، وفي CASEL، وفي إدارة خدمات الصحة النفسية وتعاطي المواد والعقاقير (SAMHSA) وفي قواعد بيانات العمل التنفيذية لتعزيز الصحة المطورة من قبل مركز بحوث الوقاية في جامعة نيجيميجن IMHPA بالتعاون مع الاتحاد الأوربي ومنظمة الصحة العالمية.

إن انبعاث البينات والبراهين محدود، ومهما يكن فغالبا مايرتكز بعضها على نتائج دراسة واحدة فقط أونتائج زوج من الدراسات المصممة جيد والتي أنجزت بمعظمها في الدول الغنية. ولقد انبعث مؤخر جيل جديد من الدراسات التي تهدف إلى مقارنة نتاجات برنامج أو سياسة عبر الدول والثقافات.. إذ إن معلوماتنا ما تزال هزيلة عن صمودية الموجودات ومتانتها الإحصائية في مختلف المواقع وعن حساسيتها المختلفة حسب الظروف الثقافية والاقتصادية. وهي مشكلة جدية في سياق العديد من الجهود الحديثة لبذر أفضل الممارسات أو البرامج النموذجية ونشرها عبر المجتمعات والدول والأقاليم. وينبغي توخي

الحذر في افتراض أن عمل برنامج في أحد الأمكنة يجعله يعمل ثانية عند تنفيذه في مجتمعات مختلفة ضمن شروط أو ظروف مختلفة. إن المبادرات لبذر الممارسات الواعدة أو الفعالة والحث على تبنيها وتنفيذها في مكان آخر ينبغي أن تتآلف مع بذل الجهود لإنجاز دراسات جديدة للنتاجات ولتطوير السياسة البحثية الداعمة.

إن تطوير تعزيز الصحة، النفسية المرتكز، إلى البرهان ككل أو من أجل البرامج الفردية أيضاً هو قضية متدرجة أو متزايدة. وليس من الواقعية التوقع بأن كل دولة أو محافظة أو ولاية أو مقاطعة تمتلك الرغبة السياسية والوسائل لإنجاز دراسات عن نتاجات ذات شواهد لكل تدخل تريد تنفيذه. يدفع نقص الموارد - ولاسيما في الدول الفقيرة - السلطات والممارسين إلى اتخاذ القرار بحسب الفرص لتعزيز الصحة النفسية مع الحد الأدنى من البراهين أو البينات العلمية. وهذا يؤكد الحاجة ليس لدراسة نتاجات البرامج فحسب بل إلى دراسة آليات عملها أيضاً وأسسها وتأثيرات معدلاتها. يمكن لمثل هذه المعرفة ونقلها إلى الدلائل الإرشادية أن تدعم صناع السياسات ومصممي البرامج والممارسين في تكييف البرامج والسياسات للاحتياجات والموارد والثقافة المحلية (إعادة الابتكار)، وزيادة الاحتمال بأن هذه السياسات ستكون فعالة. ويمكن التأكيد على الحاجة إلى استعمال الطيف الكامل من الطرائق البحثية التي تتضمن الدراسات الكيفية القليلة التكلفة للبناء المتدرج والمتزايد للبراهين ذات المصدوقية في الدولة أو المجتمعات المعنية.

فعالية تعزيز الصحة النفسية في الدول الفقيرة

ترتبط الصحة النفسية بطريقة معقدة مع التنمية البشرية، لأن المحددات الاجتماعية والاقتصادية للتنمية البشرية تتصاحب بقوة مع الصحة النفسية ولأن الصحة النفسية الضعيفة ستسيء طول العمر للصحة العامة والإبداعية. إن هذه العوامل التي تؤثر على التنمية البشرية هي تلك التي تؤثر على الصحة النفسية ومن المحتمل بأن العلاقة الديناميكية موجودة بين التنمية البشرية والصحة النفسية.

إن التحدي الكبير لتعزيز الصحة النفسية هو في المواقع التي تكون فيها البنية التحتية سيئة التنمية والموارد البشرية والمادية نادرة وممارسة حقوق الإنسان ليست طبيعية. ويكمن هذا التحدي بأن العديد من التغييرات الاجتماعية لتحسين الصحة النفسية يجب أن تكون أعمق في الوصول من بعض الاعتبارات الآنية من خلال حدود لممارسة تعزيز الصحة النفسية.

تركز البرامج المناقشة هنا على بعض مناطق العمل والفعل، وهي الترويج أو التبشير بالصحة النفسية، وتمكين المجتمع ودعمه.

حملات الدعوة للصحة النفسية

يستهدف التبشير بالصحة النفسية الطلب العمومي على الصحة النفسية ولإقناع المعنيين وحثهم للتثمين العالي للصحة النفسية. يرتبط التبشير بالصحة النفسية بالتأثيرات الصحية النفسية لتعاطي الكحول على سبيل المثال.

أظهرت دراسة العبء العالمي للمرض أن تعاطي الكحول هي سبب التمزق الاجتماعي والعائلي والمراضة

والوفيات ولاسيما بين الرجال في الدول النامية. وثمة إدراك متزايد حول وبائية اضطرابات تعاطي الكحول، ولاسيما في أمريكة اللاتينية وشرق أوربا وجنوب آسيا. وفي الهند فإن درجات المشاكل الاجتماعية ذات الصلة بتعاطي الكحول دفعت بالمشكلة لتصبح قضية سياسية، وفي السنوات الأخيرة كان معركة الانتخابات والفوز بها مرتبط بهذه القضية.

وبدأت إحدى المقاربات التي ترتكز إلى المجتمع لمحاربة الكحولية وتعزيز الصحة النفسية عند العائلات في الريف الهندي بالمشاركة البحثية لتقدير عبء تعاطي الكحول وتأثيره على المجتمع. ولقد بين البحث عبئ مذهلاً للمشكلة واستعرف عدد من الاستراتيجيات الرئيسية لتعزيز الصحة والوقاية. والتي تتضمن التربية والتعليم والتثقيف وبناء الوعي والعمل على مواجهة الرجال السكارى، والدعوة للصحة النفسية عند السياسيين للحد من بيع الكحول وتوزيعه في المحلات أو باليد أو الإيمان المغلظة للامتناع. وكانت البرامج قد نفذت من خلال الحركة المجتمعية التي قادها الشباب من الذكور والإناث والمجموعات القروية للتحرر من المسكرات. ولقد أدى البرنامج إلى انخفاض واضح في عدد منافذ بيع الكحول في المنطقة وإلى انخفاض بمعدل ٦٠٪ باستهلاك الكحول. وبالنتيجة فثمة أموال جديدة من أجل الطعام والملابس والرفاهية وكذلك انخفض العنف المنزلي.

وفي تجربة مجتمعية المرتكز توافقية غير معشاة أجريت في ولاية يوّنان في الصين لاستقصاء فعالية التدخل المجتمعي المتعدد العوامل للوقاية من تعاطي العقاقير بين الشباب، حيث اكتنف البرنامج - مثل ذلك البرنامج الهندي - قطاعات عديدة وقادة عديدين في المجتمع وجرى التأكيد على المشاركة المجتمعية والعمل المجتمعي، وعلى التعليم المدرسي، وتحسين الأمية، وفرص العمل. ولقد أدى البرنامج إلى انخفاض هام في الحوادث الجديدة لتعاطي العقاقير، وظهر التحسن الواضح في المعرفة والمواقف نحو الإيدز وتعاطي العقاقير.

التمكين الاجتماعي

التمكين الاجتماعي هو العملية التي تمكن مجموعات المجتمع التقليدي المحروم من تقوية الطرق التي تحسن صحتها ومن التغلب على الحواجز والمعوقات بحيث تمارس ماتستحق من جميع الحقوق. مع النظر إلى ما يؤدي للصحة الأفضل والمساواة في الحياة بدرجة كاملة. والمثال على برامج التمكين التي كان لها تأثيرات صحية نفسية هو: مشاريع السلف الصغيرة للتخفيف من الدين.

إن المديونية ذات الفوائد لما يسمى بأسماك القرش مع الاضطراب الاقتصادي الناجم عنها في العديد من الدول النامية، تعد مصدر للكرب العظيم والذعر. وتظهر هذه القابلية للتأثر بسبب الفشل في القطاع المصرفي الرسمي في توسيع الديون القصيرة الأجل إلى الفئات الاجتماعية الأفقر في المجتمع، والتي غالبا ما تكون ناقصة في التعليم أو في "استحقاق الدين" وهما أساسيان للدخول أو الوصول إلى الاقتراض الربوي، تكون مثل هذه الشكوك والاضطرابات مركبة عند المزارعين الصغار الذين يعتمدون على الأمطار الموسمية في الزراعة، ومواجهة المنافسة المتصاعدة من الشركات الدولية الكبيرة. إن الدمج بين قصور الرياح الموسمية التي تحمل المطر وبين المنافسة قد استعرف كسبب رئيسي للاقتراض والدين في الهند، والكرب

المصاحب له قد أدى لمئات من حوادث الانتحار في السنين الماضية.
إن قابلية التأثر الاقتصادي للمزارعين في الدول النامية توحي بقدرة تعزيز الصحة النفسية على تنقيح العملية التي تقدر فيها المصارف المحلية استحقاق الدين عند الأشخاص الذين ينتمون إلى القطاعات الأفقر في المجتمع. إن المصارف المجتمعية الجذور والتسهيلات في الاقتراض (كما جرى في SEWA في الهند ومصرف غرامين في بنغلاديش) جرى تضمينها في الأوضاع التي تسهل الاقتراض وفي المناطق التي لم تكن توجد فيها، ومن أجل إقراض الأشخاص الأفقر الذين لم يحصلوا في السابق على مثل هذه التسهيلات والخدمات.
ثمة بعض البينات والبراهين المتاحة عن قابلية مثل هذه المصارف غير الربوية في تعزيز الصحة النفسية. إن نشاطات لجنة تقدم الريف في بنغلاديش قد وسعت الرعاية الصحية والتعليم وبرامج التنمية الريفية. والبرامج اللاحقة التي نُفذت على مستوى القرى الإفرادية من خلال منظمات القرى التي تضم الأعضاء الأفقر من كل مجتمع. إن النشاطات الأساسية قد رفعت من الوعي والإدراك والادخار الإلزامي. وحالما أسست منظمات القرى أمكن للأعضاء الحصول على القروض من أجل تطوير الدخل. ولقد قامت لجنة تقدم الريف في بنغلاديش بتقييم عدد من هذه البرامج في الأوضاع المختلفة، ولقد جاءت البيانات المستعملة للتقييم من المسوحات الإثنوغرافية والفصلية ومسوحات الخط القاعدي بالإضافة إلى الترصد الديموغرافي. ولقد أظهرت هذه البيانات أن أعضاء لجنة تقدم الريف قد تحسنت حالات أطفالهم التغذوية وارتفع معدل البقيا عندهم وحققوا إنجازات دراسية أعلى، وانخفضت معدلات العنف المنزلي وتحسنت العافية والصحةالنفسية.
قد جرى التركيز على تمكين النساء والتوقي من العنف في المجتمع، من قبل برامج وسياسات أخرى لها تأثير على الصحة، أنظر الإطار التالي.

تمكين المرأة وأثره على الصحة النفسية

لما كان مصطلح "الجنس SEX" هو الذي يميز النساء عن الرجال على خلفية الخصائص البيولوجية، فإن مصطلح الجندر GENDER يعزى إلى تمييز الملامح وتفسيرها اجتماعي ، والجندر عنصر حاسم في عدم المساواة الصحية في الدول النامية. يؤثر الجندر على تحكم الرجل والمرأة وله من جانب آخر محددات صحية لكل من الرجل والمرأة، والتي تتضمن وضعيتهما الاقتصادية، والحالة الاجتماعية، والموارد المتاحة، والمعالجة في المجتمع. لذا يمكن للجندر أن يرى كمحدد اجتماعي قوي للصحة والذي يتأثر مع المحددات الأخرى ويتداخل معها مثل العمر والبنية العائلية والدخل والتعليم والتربية والدعم الاجتماعي. عرف دور الجندر في الصحة العمومية في الدول النامية وساد اتجاهه، ولذا فالجندر مكون جوهري في البرامج الصحية الرئيسية التي تستهدف صحة الأطفال والمراهقين، وفي الصحة الإنجابية، وفي الرعاية الصحية الأولية.
ولقد تبين دور الجندر في شرح المراضة المفرطة للاضطرابات النفسية الشائعة عند النساء عبر عدد من الدراسات في الدول النامية. ولقد أظهرت هذه الدراسات بأن ارتفاع اختطار الاكتئاب هو على

الأقل تقدير ناجم جزئيا عن المواقف السلبية نحو النساء، ونقص المعلومات عن أعمالهن، وقلة فرصهن التعليمية والتوظيفية وبسبب احتمالات تعرضهن للعنف المنزلي أكثر.
على الرغم من أن الصلة بين العنف المنزلي ومشاكل الصحة النفسية قد ترسخت عبر العديد من الدراسات، فثمة غياب في التقييمات المنهجية لتأثير الصحة النفسية على برامج إنقاص العنف المنفذة في عدة دول نامية. تعمل مثل هذه البرامج في مستويات مختلفة والتي تتضمن تحسيس العاملين الصحيين لكي يكونوا واثقين ومريحين عندما يسألون عن الانتهاك أو التعسف، وتتضمن كذلك إدخال التثقيف حول العنف في البرامج الصحية الموجودة وتتضمن استراتيجيات التواصل (مثل المسلسلات التلفزيونية المنزلية)، والتمكين بإجراء الإحالات الشرعية القانونية لضمان حقوق النساء المضطهدات، وتحميل التكاليف للمنتهكين المسيئين بوضع نسق من العقوبات القانونية، وتلبية حاجات الضحايا، والتوصل إلى المجرمين الذكور. إن المقاربات التي تركز على تقوية العلاقات الحميمة هي أشيع السياقات والمضامين في العنف وتتضمن التدريب الوالدي، والرصد، والمشورة الزوجية، ولقد قامت بعض هذه البرامج كبرنامج (Stepping Stones) عبر تقييمات كيفيّة في أوضاع آسيوية وأفريقية بمساعدة الذكور على التواصل وإعطائهم الاحترام الجديد للنساء. ولقد أظهرت العديد من البرامج فعاليتها في إنقاص النتاجات الأولية للعنف وقدمت الارتباط بين العنف المنزلي والاضطرابات النفسية الشائعة عند النساء، ومن المحتمل أن مثل هذه البرامج سيكون لها الأثر المقوي على الصحة النفسية أيض .

الدعم الاجتماعي

تهدف استراتيجيات الدعم الاجتماعي إلى تقوية المنظمات المجتمعية لتشجيع نمط الحياة الصحية وتعزيز الصحة النفسية. ولقد أثبت التحالفات بين القطاعات بأنا فعالة. ومثال ذلك هو تعزيز الصحة النفسية الأمومية. ولقد أظهرت الصحة النفسية الأمومية الضعيفة بأنا تشمل الأم ونماء أطفالها الرضع. والتدخلات التي تحسن صحة الأم ستحسن العلاقة بين الأم وطفلها والنتاجات عند الأطفال، ومثال ذلك تجربة من زامبيا أظهرت بأن الأمهات اللواتي تلقين التدخلات الداعمة والمشورة يعملون أكثر على حل المشاكل الصحية لأطفالهن والتي هي مؤشر على تمكين الأمهات. وأما برامج من امرأة إلى امرأة في البيرو فقد أظهرت أيض زيادة في تقدير الذات الأمومية. إن تعزيز النماء الطفولي في غمرة المصيبة قد حاز الانتباه في مراجعة حديثة لمنظمة الصحة العالمية. وكانت التدخلات التغذوية والتثقيفية والتعليمية قد أظهرت التحسن في النماء النفسي عند الجمهرات المحرومة. وأما التدخلات التي دمجت المكونات النفسية والتغذوية (مثل تنبيه الآباء وحثهم) فكان لها التأثير الأعظم. ولقد نفذت البرامج الشاملة التي تضمنت كل من هذين المكونين في بعض دول العالم الأشد فقر . وعلى الرغم من الموجودات المشجعة من المهم الاعتراف بأن الأطفال المحرومين من الغذاء أو المحرومين اقتصاديا اجتماعي لم يلحقوا البتة مع الأطفال الذين تقوتوا أو تغذوا جيد أو الموسرين. ثمة حاجة لتطوير النماذج ولاختبارالتدخلات المتآلفة التي يمكن أن تصل إلى أكبر نسبة من الأطفال، ولتقييم التأثير لمثل هذه التدخلات التي تركز على الأطفال على الصحة النفسية والصحة البدنية عند البالغين.
إن تعليم مهارات الحياة هو نموذج لتعزيز الصحة ينشد تعليم المراهقين أسس التعامل بفعالية مع الطلبات

والتحديات الحياتية اليومية. تتضمن مهارات الحياة ما يلي: اتخاذ القرار، وحل المشاكل، والتفكير الحاسم والإبداعي، والتواصل الفعال، والمهارات بين الأشخاص، ووعي الذات والتغلب على الانفعال ومقاومة الكرب والإجهاد. وتُميَّز مهارات الحياة عن غيرها من المهارات الهامة التي يكتسبها الشباب كلما كبروا ونضجوا، مثل مهارات العد والقراءة والمهارات العملية في كسب الرزق. وثمة بينات وبراهين وكلها من الدول المتقدمة حتى الآن، بأن تعليم مهارات الحياة فعال في الوقاية من تعاطي العقاقير، والحمل بين المراهقات، والإرعاب، وتحسن الإنجاز الدراسي والحضور إلى المدرسة، وتعزيز العافية النفسية والسلوك الصحي. ويبشر الآن ٦ذا النموذج، واختبر حقلي ونفذ في عدد من الدول النامية.

التشيخ والصحة النفسية : من يقدم الرعاية

بحلول عام١٩٩٠كان حوالي٥٨٪ من سكان العالم أي أغلبية الشعوب ممن تجاوزوا الستين سنة من أعمارهم ومعظمهم في الدول النامية. وبحلول عام٢٠٢٠ستبلغ هذه النسبة ٦٧٪ وعلى مدى هذه الثلاثين سنة، فإن القطاع الأكبر سن من الشعوب ستزداد في العدد بحوالي٢٠٠٪ في الدول النامية بالمقارنة مع ٦٨٪ في العالم المتقدم. وسيترافق هذا التحول الديموغرافي ليس بالنمو الاقتصادي والصناعي فحسب، بل سيترافق مع التغيرات العميقة في التنظيم الاجتماعي والحياة العائلية. إن الظروف الصحية النفسية عند الأفراد المسنين وكذلك الشباب سبب هام في المراضة والموت المبكر. تواجه الشيخوخة أعباء ثلاثية في الدول النامية وهي: ١- ارتفاع مدّ الأمراض غير السارية والاضطرابات التنكسية المرافقة للتشيخ ٢-هبوط مستويات نظم الدعم العائلي ٣-نقص نظم الرفاهية الاجتماعية الملائمة.
ولقد وثق أحد الكتب الحديثة مجالاً عريض من البرامج الهادفة لتحسين نوعية حياة المسنين في الدول النامية. تتضمن الأنماط الأشيع من البرامج بعض أشكال تحسين الدخل. مما يتيح درجة من الاستقلالية في المجتمعات التي لاتكون فيها الرواتب التقاعدية والمشاريع الحكومية متيسرة أو سهلة المنال للمسنين. في الهند ابتكرت (HelpAGE India) برامج ٦دف إلى تطويع الأطفال والشباب لرعاية المسنين السقيمي الجسد. ولقد افتتح مركز رفاهية المسنين CEWA مراكز نارية ينفق فيها المسن وقته وينقص من عزلته الاجتماعية. وتُنظمت في كوريا الجنوبية أحداث اجتماعية للتعارف المنهجي والرسمي بين المسنين رجالاً ونساء. وجرى تنفيذ إنقاص التعوقات الفيزيائية أو الجسدية مثل الإعاقة البصرية والتأهيل في عدة دول. و تضمن مشروع الجار الطيب في مالطا استعراف الجيران من أجل زيارة المسن المنعزل أو الوحيد بغرض تزويده بالدعم الاجتماعي والمساعدة العملية. تستهدف جميع هذه الأمثلة ثلاثة عوامل اختطار في الصحة النفسية الضعيفة عند المسنين وهي: الصعوبات المالية والوحدة الاجتماعية وتردي صحة البدن، وجميعها من المحتمل أن يكون لها تأثير هام على الصحة النفسية.

يجب أن يضع المهتمون بالصحة النفسية في الدول الفقيرة بحسبانم التوسع بالمفهوم المطلق لتعزيز الصحة النفسية الذي ربما يقتضي ضمنيا نسق من المواقف والافتراضات التي لاتعتبر شاملة. تتضافر برامج تعزيز الصحة النفسية مع الافتراضات الأساسية حول من الشخص الذي يمكن أو ينبغي له أن يعيش في حيا٦م، ويمكن أن تتهم هذه الافتراضات بمعادلة استراتيجيات الاستعمار الثقافي أو الطبي البيولوجي. ومن المهم

الاستجابة القبلية لهذه الانتقادات الممكنة لكونا ترتد على النشاطات، وكذلك يجب تجنب الشكل المتطرف للنظرية النسبية بحيث لانتمكن من اكتشاف مانعرفه عن المضامين الأخرى الجيدة للصحة النفسية.

توليد البيّانات حول الفعالية والجدوى الاقتصادية

الحاجة لتقييم السياسات

تكون البراهين الشائعة المتاحة عن النتاجات الصحية للسياسات الحكومية مرقعة في أفضل الحالات. وثمة براهين جيدة عن بعض التدخلات على المدى القصير، ولاسيما من أجل التدخلات على المستوى الفردي، ولكن ليس من أجل الآخرين. وهذا موضح أكثر في المراجعة الحديثة الشاملة التي تحدف إلى تخليق البينات والبراهين عن التدخلات السياسية التي تتوجه أيض على نحو مباشر إلى متطلبات الصحة النفسية أو التي تسعى نحو العوامل التي تتصاحب بقوة مع الصحة النفسية الضعيفة، وتتضمن الفئة الأخيرة انعدام فرص العمل والسكن والدخل المنخفض. وتدخلاتا كانت مبرهنة الفعالية وتتضمن الدعم الاجتماعي الذي يرتكز على المنزل للنساء الحوامل والنساء اللواتي يرتفع اختطار الاكتئاب لديهن، والدعم الاجتماعي والتدريب على حل المشاكل أو التدريب المعرفي السلوكي للأشخاص العاطلين عن العمل. ولقد بدت بعض التدخلات بأنا مؤذية وهي التي تتضمن الاستجواب النفسي بعد الرضح. وبدت بعض التدخلات فعالة في التوجه نحو محددات الصحة النفسية الضعيفة أكثر من الصحة النفسية الضعيفة بالذات وذلك بتقديم التدخلات الداعمة في مجال التعليم والعمل والرفاهية وغيرها من التدخلات الداعمة. ولقد بدت الرعاية النهارية ماقبل المدرسة مفيدة، وازدادت فرص العمل ذي الأجور الجيدة عند البالغين ولذا فقد انخفض اختطار الصحة النفسية الضعيفة. واستهدفت عدة تدخلات فعالة معالجة تعاطي العقاقير والكحول حيثما استعرفتها كذلك.

ثمة العديد من التدخلات السياسية المعقولة التي ربما يتوقع أن تؤثر على نحو مباشر أو غير مباشر على الصحة النفسية ولكن لم تكن براهينها القوية موجودة. ويحتمل أن الأهم من هذه التدخلات المعقولة هو زيادة الدخل أو مكملات الدخل. تتصاحب الصحة النفسية الضعيفة طرد مع الفقر والحرمان، ويمكن التوقع بأن زيادة الدخل في المجتمع قد تحسن الصحة النفسية والصحة البدنية. وما تزال البراهين الجيدة عن التأثيرات الصحية الإيجابية لزيادة الدخل ودعمه غائبة عنا حتى الآن. وأما مراجعة الدراسات عن دعم الدخل أو زيادته وتكميله التي لم تقيم التأثيرات على الصحة فلقد اشتكى مؤلفوها من الفرص الضائعة. ويمكن أن تطبق هذه الجملة نفسها على تقييم العديد من التدخلات الاجتماعية الأخرى.

ينبغي ألا يكون هذا الغياب في البراهين خطأ من أجل البرهان على الغياب. يمكن أن تطبق التدخلات المعقولة عند غياب نتاجات التقييم والتي تستند على سبيل المثال إلى البحوث السببية بالمشاهدات. لذا فإن هذا المثال يوضح مرة ثانية ويؤكد على الحاجة إلى تشجيع البحوث التقييمية عن الصحة النفسية والنتاجات السياسية الأخرى، ويبقى مثل هذا البحث التقييمي عن نتاجات الصحة النفسية السلوكية والتنظيمية والنفسانية، أو في التدخلات السياسية غير شائع نسبي في معظم الدول. وكذلك ما تزال

تنقصنا البيانات الاقتصادية الأساسية عن التكاليف النسبية لهذه التدخلات ومنافعها.

صعوبات البحوث التقييمية

اقترحت خمسة أسباب لغياب التقييمات حول تأثيرات السياسات على الصحة النفسية. أولاً: إن مجال الفرص أمام صناع السياسات ضيق مما لايفسح الوقت لتقييمات النتاجات المعقدة التي تتطلب وقتا طويلاً. ثانيا : تتبدل البيئة السياسية بسرعة وتصبح البيانات سريعة بالمطلق. ثالثا : غالبا ما تكون التقييمات التجريبية غير ملائمة للإجابة عن الأسئلة السياسية. رابعا : غالبا ماتكون التأثيرات صغيرة ومتوزعة كثير ، مما يستدعي العينات الكبيرة والوحدات الكبيرة للاعتيان العشوائي المطلوب. وخامسا وأخيرا : إن الموجودات في مثل هذه التقييمات محدودة.

لما كان للعديد من هذه العقبات أن تُقهر (وأحيانا أن تُقهر)، فمن المعقول الاستمرار في التقييمات إذ مازال لها دور ثمين في الدراسات الطولانية بالمشاهدات التي يمكن أن تخبر عن السياسات الصحية النفسية بإيجاد بيانات الرصد الصحي النفسي. ولذا فإن طلب المزيد من الصمودية أي المتانة الإحصائية في تقييمات النتاجات لايمكن أن يعيق المساهمة التي يمكن صنعها بالبيانات من المشاهدات عن محددات الصحة النفسية أو مشعراتها.

يطلب صناع السياسات أفضل البراهين والبينات عن تأثيرات التدخلات المعاكسة للتيار كسياسات. لذا فثمة مشاكل خاصة عند جمع مثل هذه البينات، والعديد من المحددات الاجتماعية الرئيسية عن الصحة النفسية والصحة البدنية ليست طيعة للدراسات المعشاة لأسباب سياسية أو لأسباب خاصة. تتضمن الأمثلة الطرقات الحديثة، والمساكن الحديثة، والتجديد المرتكز على المنطقة. و يفترض أن تؤثر كلها على الصحة النفسية. ولقد أوصى الباحثون في "حقول عدم المساواة الصحية" مؤخرا بوجوب الاستعمال الأغزر للتجارب الطبيعية (مثل تحسين فرص العمل، والتزويد بالمساكن، أو غير ذلك من المبادرات السياسية)، وذلك كفرص لتقدير التأثيرات الصحية للسياسات في القطاعات غيرالصحية. وثمة قدرة واضحة للصحة النفسية الإيجابية بأن تتعزز من خلال السياسات غير الصحية، وستسهم التقديرات الناجمة عن فيض تأثيرات هذه السياسات إسهاما بالغا في أسس البراهين الصحية النفسية.

مثال: الإسكان والصحة النفسية

ثمة بعض البراهين البحثية التقييمية التي توحي بأن تحسن الإسكان يحسن الصحة النفسية. وكما في العمل والتوظيف، فثمة بينات وبراهين جيدة مسبقة متشاركة، وتتورط في هذه الحالة البيئة السكنية السيئة مع التردي الصحي، ولكن ثمة تقييمات قليلة نسبيا عن التأثير الصحي الحقيقي للسياسات الإسكانية، فعلى سبيل المثال استعرفت مراجعة منهجية حديثة للأدبيات ١٨ دراسة فقط من التي رصدت المكاسب الصحية التالية للتدخلات الإسكانية الكبرى. ولقد كانت الدراسات نفسها متعددة الأشكال في عينة الجمهرة والمكان ونمط التحسن الإسكاني (كأن يتراوح المجال من تركيب التدفئة المركزية مرورا بإكمال التجديدات إلى التحسينات المصاحبة عند الجيران) ولقد تفاوت قياس النتاجات كثيرا . ولذا فلقد برزت أو انبعثت براهين تتوافق مع التأثيرات الإيجابية على الصحة النفسية. ولقد أظهرت دراسة استباقية

كبيرة ذات شواهد بأن درجة التحسن في الصحة النفسية كانت مرتبطة مباشرة مع توسيع التحسينات الإسكانية، وهو مايسمى علاقة الجرعة بالاستجابة. ويوحي هذا التوافق في طراز تحسن الصحة النفسية بأنه في بعض الدول الموسرة على أقل تقدير يولد التحسن في الإسكان مكاسب للصحة النفسية.
يرتبط عدد من العوامل المتعلقة بالإسكان مع متغايرات الصحة النفسية، وأكثرها ملاحظة حيازة المسكن، وتصميمه، والمسكن المتحرك، وخصائص الجوار. يتصاحب تغيير المسكن والرحيل منه مع فقدان المجتمع واجتثاث الشبكة الاجتماعية، والطموح الاجتماعي غير المُرضي، وكلها يمكن أن يقوض الصحة النفسية أو الصحة البدنية.

تقديرات أثر الصحة النفسية ووقعها

لما كانت السياسات تسعى بوضوح إلى تحسين الإسكان العمومي فربما يكون لذلك تأثيرات إيجابية على الصحة النفسية. وثمة كمون هام أيضً للتأثيرات السلبية، مما يوحي مرة ثانية بالحاجة إلى الرصد والتقييم للمكاسب الصحية الحقيقية - أو فقدانا - الناجمة عن التغييرات الكبرى في الإسكان أو السياسات الاجتماعية الأخرى. إن توسيع نشاطات الرصد والتقييم سيكون حاسم في نجاح تقديرات أثر الصحة النفسية ووقعها، والتي تستهدف (كما حصل في تقديرات الأثر الصحي الوراثي) التوصية بالتغييرات في السياسات العمومية أو البرامج أو المشروعات، لكي نوسع أي مكاسب صحية بادية ونديئ أي آثار سلبية ونأخذ بالأولويات في مناطق الاستثمار لتعزيز الصحة النفسية. يعتمد نجاح تقديرات الأثر الصحي النفسي ومغازيها على عدة أشياء منها: إتاحة البرهان التقييمي الجيد في الحجم والطبيعة والقدرة التنبؤية عن الآثار الصحية النفسية. تتعاظم أهمية الأصناف المختلفة للبينات والبراهين أيضً ، ولاسيما تقييمات التدخلات الصحية العمومية التي غالبً ماتكون نادرة. ويمكن لبيانات الدراسات الكيفية على سبيل المثال أن تستعرف وجود الآليات الطبيعية أو الممكنة لآثار التدخلات السلبية أو الإيجابية التي لايمكن التنبؤ بها. يمكن للبيانات الطولانية عن مساق الحياة أن تختبر التأثيرات الصحية البعيدة المدى للتعرض الاجتماعي السيء أو الظروف الاقتصادية السيئة ويمكن أن تستعرف وجوه البيئة الاجتماعية أو الجمهرات التي كانت التدخلات تستهدفها بالفعل على الوجه الملائم الأفضل. وأما البيانات الوبائية المقطعية العرضانية فيمكن أن تستعمل لمعرفة الأولويات المفترضة للتدخلات بالاعتماد على إمكانية المشاركات المشاهدة، مثل وجود بيانات عن البطالة والصحة النفسية الضعيفة.

الجدوى الاقتصادية

إن البيانات الأولية أو الأساسية عن تكاليف التدخلات وفوائدها النسبية متفرقة أو ضئيلة. وقد تكون التقييمات الاقتصادية ذات أهمية كبرى لصناع السياسات عندما يحددون ما إذا سينفذون هذه التدخلات أم لا. تهدف التقييمات الاقتصادية للإجابة عن الأسئلة حول الاستعمال الأمثل للموارد. يحقق تطبيق النظرية الاقتصادية وممارستها نسقً مفيد من المناهج لتقدير استحقاقات النشاطات التعزيزية. ولم تطبق حتى الآن التقييمات المنهجية الاقتصادية على تعزيز الصحة بكثافة. و تشير الدراسات في هذا النطاق إلى

التحديات المرافقة للطرائق المتعارف عليها في التقييم الاقتصادي في حالات تعزيز الصحة، وهي طبيعة المنافع المتوقعة البعيدة المدى، ونقص القياسات الملائمة والحساسة للنتاجات. وكما في التقييم السريري، فإن التصميم المفضل في التقييمات الاقتصادية هو الدراسة المعشاة ذات الشواهد، وربما يتعارض استعمال الدراسات المعشاة ذات الشواهد مع حقيقة أن النشاطات التعزيزية غالبا ما تشمل المجتمع كله أكثر مما تشمل المجموعات ذات العلاقة الوثيقة آخذا التعزيز. وربما يكون الاعتيان العشوائي للأشخاص موضوع الدراسة غير أخلاقي أو غير عملي من الجوانب البحثية، ولهذه الأسباب يمكن استعمال الطرائق الأخرى للتقييم، مثل الدراسات العنقودية المعشاة (مقارنة الجمهرة كلها، مثل مجموعات الأطفال في المناطق المختلفة)، أو دراسات النماذج، أو الدراسات بالمشاهدات، ولو افتقرت مثل هذه الدراسات إلى الإمكانية التوضيحية للمجموعة الشاهدة التي تكون أكثر ملاءمة للتحقيق أو التمثيل الأوثق للعالم الحقيقي، وتكون قابلة أيضا لدراسة التكاليف البعيدة المدى وآثار التدخلات ضد هذا التيار على مدى سنين عدة.

تتطلب النتائج القوية لاستراتيجية تعزيز الصحة النفسية تدابير شاملة وملائمة. ويوفر الجدول١نسقا من الميادين القوية للنتاجات التي يمكن أن تكيف لتضمينها في الدراسات الاقتصادية. ربما تكون المنافع المستهدفة فردية أو مجتمعية أو سكانية. ويجب أن نراعي في كل مستوى عدد من نتائج هذه التدخلات، التي تتضمن النتاجات المتوسطة (مثل تغيير السلوك) والنتاجات النهائية بمصطلحات الصحة (تحسن نوعية الحياة) أو بمصطلحات لاتتعلق بالصحة (زيادة الإنتاجية الاجتماعية). ربما تحتسب التغييرات في الصحة لصالح نتاج واحد فقط، ولذا يجب مراعاة الفوائد التي لاتتعلق بالصحة الناجمة عن تعزيز الصحة. إن تطوير مقاييس مستوى النتاج الاجتماعي هو نطاق بحثي مطلوب.

وكما يظهر الجدول ١، فقد تحمل الموارد والنفقات على عدد من المستويات التي تتضمن الحكومات الوطنية أو الإقليمية، ومزودي الخدمات أو المجتمعات، والأفراد. وسيتضمن ذلك التكاليف المصاحبة لتنمية برامج تعزيز الصحة لتطويرها وتنفيذها وصيانتها وتكاليف التدريب، وبصفة خاصة كذلك التكاليف الإعلامية. ويطرح تدبير هذه التكاليف تحديا جديرا حتى الآن والديون لعدة وكالات مكتنفة، وكذلك الطبيعة المشتركة لمكونات هذه التكاليف مع البرامج الأخرى، ولكن شوهد حديثا بعض التقدم الواضح في عدد من المجالات ذات الصلة، مثل تكاليف تطوير البرامج وصيانتها، والتخفيف من التدخين، والاستعمال المفرط للكحول، والجنس غير الآمن، وعوامل اختطار المرض القلبي الوعائي، والتي جمعت مؤخرا من أقاليم مختلفة عبر منظمة الصحة العالمية

الجدول ١ ميادين التكاليف والنتاجات من أجل التحليل الاقتصادي لتعزيز الصحة النفسية

	المستوى الأول: الأفراد (مثل العمال، وأطفال المدارس)	**المستوى الثاني: المجموعات** (مثل الجوار والمجتمعات)	**المستوى الثالث: السكان** (مثل الأقاليم والدول)
مدخلات الموارد	الوقت الذي تنشد الصحة فيه الرعاية الصحية والاجتماعية التغيرات في نمط الحياة (الرياضة مثلاً)	تنفيذ البرامج دعم الجوار	تطوير السياسة والتنفيذ
مؤشرات التقدم	تغيير المواقف والسلوك	تغيير المواقف والسلوك	تغيير المواقف والسلوك
النتاجات الصحية	نمط الحياة والوظائف الوفيات (الانتحار مثلاً)	العبء العائلي العنف	القياسات المختصرة (مثل سنوات العمر المصححة باحتساب عدد العجز)
الفوائد الاقتصادية والاجتماعية	تقدير الذات المشاركة في قوة العمل	الرأسمال الاجتماعي /التماسك انخفاض البطالة	التضمين الاجتماعي المكاسب الإنتاجية انخفاض تكاليف الرعاية الصحية

الجزء الثالث: السياسة والممارسة

يراعي هذا القسم طريق التقدم نحو تطوير الإطار السياسي للقطاعات المعنية الحكومية والاجتماعية والفكرية والتجارية، وتطوير التغييرات المناسبة في المجتمعات المحلية.

الصحة النفسية شأن الجميع

إن النتائج الناجمة عن نشاطات تعزيز الصحة النفسية واسعة النطاق جد ، وعلى مستوى التصورات يمكن للصحة النفسية أن تكون وينبغي أن تكون بارزة جد ، ومن المفيد على المستوى العملي الأشمل أن نميز بين التدخلات التي ترمي بالأساس إلى تحسين الصحة النفسية للأفراد والمجتمعات وبين التدخلات الأخرى التي تنوي بالدرجة الأولى إنجاز شيء آخر ولكن تتعزز الصحة النفسية بوساطتها من حيث الفائدة، والمثال من الماضي عن السياسات والبرامج التي تشجع المدارس للوقاية من الإرعاب والتي تحسن المهارات الوالدية، و يمكن أن تعتبر السياسات والموارد التي تؤمن للفتيات في الدول النامية الدوام المدرسي والبرامج التي تحسن الإسكان العمومي أمثلة أحدث عهد . يساعد هذا التمييز بتضييق نطاق ما يدعى تدخلات تعزيز الصحة النفسية وتحصيص المسؤولية النسبية. يصبح رصد الأثر على الصحة النفسية من السياسات العمومية ذات الصلة بالإسكان والتعليم ملائم ومعقولاً. قد تتطلب برامج الصحة النفسية أو الاهتمامات المحلية أو في الدولة الدعوة إلى الصحة النفسية ومراقبة ما يحدث والمساعدة في استعمال الموجودات. ستحتاج المجموعات الأخرى إلى الفعل والعمل وكذلك إلى ضمان صياغة السياسات والبرامج بحسب الموجودات.

ربما تكون نشاطات تعزيز الصحة النفسية مفيدة بالاتجاه السائد لتعزيز الصحة ولو أن الدعوة إلى الصحة النفسية يحتاج لتوضيح المعالم الخاصة به أكثر. ويجب أن نضع في الحسبان العروة الوثقى بين الصحة النفسية والصحة البدنية، ولقد صممت عدة تدخلات لتحسين الصحة النفسية ولكنها تعزز الصحة البدنية أيض والعكس بالعكس. تتأثر الصحة النفسية والصحة البدنية بسياسات القطاعات غير الصحية ومجال من التدخلات المجتمعية.

غالبا ما يكون للأعمال التي تعزز الصحة النفسية نتاجات هامة في الوقاية من الاضطرابات النفسية، وثمة براهين عن فعالية تعزيز الصحة النفسية في الوقاية من مجال كامل من الاختطارات والأمراض المتعلقة بالسلوك. ويمكن أن تساعد على سبيل المثال في الوقاية من التدخين والجنس غير الآمن. ومن ثم من متلازمة عوز المناعة البشري المكتسب أي الإيدز أو الحمل عند المراهقات. وهذه ليست اضطرابات نفسية. وبالواقع فإن إمكانية تعزيز الصحة النفسية في الوقاية من الاضطرابات النفسية منخفضة بالمقارنة مع إمكانية المساهمة في الوقاية من السلوك الضار صحي والمضاد للمجتمع.

تعزيز الصحة النفسية: مكون هام في سياسة الصحة النفسية

يحتاج تعزيز الصحة النفسية إلى الاندماج أو التكامل كجزء من السياسات لإعطائه الوضع والتوجيه الاستراتيجي المطلوب للتنفيذ الناجح لهذا التعزيز. إن السياسة الصحية النفسية هي نسق منظم من القيم

والمبادئ والأغراض التي تحسّن الصحة النفسية وتخفّض عبء الاضطرابات النفسية عند السكان. وعندما تصاغ السياسات الصحية النفسية جيد فإنا تستعرف وتسهل الموافقة والتأييد بين مختلف المعنيين وتحدد الأدوار الواضحة والمسؤوليات. وإن تطورت السياسة الصحية النفسية كجزء من سياسة اجتماعية أوسع (بدلاً من كونا سياسة قائمة وحدها أو أن تضمن من خلال السياسة الصحية العامة) فقد يكون التشديد على تعزيز الصحة أكثر جوهرية. وثمة المزيد من الفرص لجذب تنويعة من المعنيين الذين يمثلون القطاعات المختلفة في تطوير هذه السياسات وتنفيذها.

مكونات السياسة "الصحية"

تتألف السياسة من بناء الرؤية وبناء القيم والمبادئ المستبطنة للسياسة، ونسق من الأغراض أو المقاصد التي تساعد على العملياتية السياسية، ووصف الجوانب الرئيسية في العمل لإنجاز الأغراض أوالمقاصد السياسية.

بناء الرؤية

يتضمن بناء الرؤية عناصر رئيسية للسياسة وعرض لما يتوقع أن ينجز في بعض السنين بعد تنفيذها، وينبغي وضع توقعات عالية لما سيكون عليه وصف الصحة النفسية في عالم الواقع من خلال الموارد المتاحة.

القيم والمبادئ

تعزى القيم إلى الأحكام حول مراعاة ما نرغب به، وتعزى المبادئ إلى المعايير التي تقود الأعمال والأفعال التي ينبغي أن تنبثق من القيم.

الأغراض

الأغراض هي مرامي قابلة للقياس والتي تحول الرؤية السياسية إلى مهمات قابلة للإنجاز. ويجب أن تسعى إلى تحسين الصحة عند السكان وتستجيب لتوقعات الناس وكذلك أن تزود بالميزانيات التي تقي من تكاليف الاعتلال الصحي.

استراتيجيات العمل وجوانبه

تأخذ استراتيجيات الصحة النفسية ومناطق عملها أو فعلها بالأغراض السياسية نحو الأمام. وتراعي السياسة الصحية النفسية الفعالة حث التطور والتنمية في جوانب عديدة.

مبادئ العملية السياسة الصحية النفسية وجوانبها

- الميزانية
- التشريعات وحقوق الإنسان
- تنظيم الخدمات

- التدريب والموارد البشرية
- التعزيز ، والوقاية ، والمعالجة ، و التأهيل
- توفير الأدوية الأساسية وتوزيعها
- حملات الدعوة للصحة النفسية
- تحسين الجودة
- نظم المعلومات
- البحوث وتقييم السياسات والخدمات
- التعاون بين القطاعات

يعمل تعزيز الصحة النفسية في ثلاثة مستويات هي: ١- تمكين الأفراد وتقويتهم، ٢- وتمكين المجتمع وتقويته، ٣- والتخفيف من الحواجز البنيوية للصحة النفسية. يفيد هذا المخطط العملي في تصور أماكن الولوج من خلال السياسة الصحية النفسية. ويمكن التغلب على الحواجز البنيوية للصحة النفسية من خلال المبادرات التي تنقص التمييز وعدم المساواة والتي تعزز فرص التعليم المتاحة، والتوظيف الهادف، والإسكان والخدمات الصحية ودعم الفئات الحساسة السريعة التأثر.

مخطط العمل العام لتعزيز الصحة النفسية

إن الخطة العامة التي تراعي استراتيجيات تعزيز الصحة النفسية للمجتمع بأسره والسكان جميعهم هي المدعومة بصورة مثالية من التنمية الاجتماعية الحكومية وكذلك عبر السياسات الصحية والصحة النفسية. وللمخطط العام ثلاثة وجوه هي: مفهوم الصحة النفسية، واستراتيجيات قيادة تعزيز الصحة النفسية، ونموذج التخطيط والتقييم.

مفهوم الصحة النفسية

يكتنف تعزيز الصحة النفسية تبني أسلوب يرتكز إلى الرؤية الإيجابية للصحة النفسية أكثر من التأكيد على العيوب والنقائص والاعتلالات النفسية. يتصف تعزيز الصحة بالأسلوب الإيجابي الذي يسعى إلى جذب الناس وتمكينهم من تعزيز الصحة النفسية.

استراتيجيات تعزيز الصحة النفسية

وفرت شرعة أوتاوا لتعزيز الصحة أساس لاستراتيجيات تعزيز الصحة ويمكن أن تعتبر دليلاً لتعزيز الصحة النفسية. ولفتت الانتباه إلى العوامل الفردية والمجتمعية والبيئية التي تؤثر على الصحة، ولقد وفرت شرعة أوتاوا مخطط قوي لهذه المقاربة الإيجابية، بوساطة فلسفتها الصحية العمومية الحديثة وتأكيدها على السياسة الصحية ودعم البيئات وترصد القضايا الصحية للناس في أوضاعهم الحياتية اليومية.

والاستراتيجيات الرئيسية هي بناء السياسات الصحية العمومية، وخلق البيئات الإبداعية الداعمة، وتقوية الفعل المجتمعي، وتنمية المهارات الفردية، وإعادة توجيه الخدمات الصحية.

بناء السياسات الصحية العمومية

يجب أن تتم جميع السياسات - وليس السياسات الصحية فقط - وأن تراعي تعزيز الصحة. ولقد اعترفت شرعة أوتاوا بأن معظم البنى الاجتماعية والأفعال لها أثر ووقع على الصحة. ولتعزيز الصحة النفسية دور في الدعوة لتعزيز رؤية الصحة النفسية وقيمها عند الأفراد والمجتمعات.

خلق البيئات الداعمة

اعترفَ بالأهمية الصحية للاستراتيجيات الصحية البيئية منذ مدة طويلة، ولذا فقد جرى التركيز كثير على الجوانب الملموسة. ويجب أن نولي المزيد من الاهتمام بالبيئات الاجتماعية والكبيرة وبالآليات التي تمارس تأثيراتها على الصحة من خلالها. ثمة تداخل معقد في مضامين الأفراد وبيئاتهم ويتم بوساطة تجارب الأفراد ومهاراتهم من جهة وبين العوامل الاجتماعية والثقافية. وما يتحدى تعزيز الصحة النفسية هو الاعتراف بأثر هذه العوامل على البيئة وبتطوير التدخلات لتعديل هذه العوامل، وتطوير المشعرات لتقييم الأثر والنتاج.

تقوية الفعل المجتمعي

يعزز العمل المجتمعي من أجل الناس الذين يناضلون لتحقيق الهدف المشترك، الرأسمال الاجتماعي ويخلق الإحساس بالتمكين ويزيد من قدرة المجتمع ومرونته.

تنمية المهارات الشخصية

تعد المعلومات ونشرها أمر حاسم في تحسين فهم الناس للصحة النفسية. تستعمل الأفكار العامة في أدبيات الصحة كدلائل لأدبيات الصحة النفسية وتسهم في تعزيز الصحة النفسية.

إعادة توجيه الخدمات الصحية

سعت شرعة أوتاوا إلى إعادة توجيه الخدمات الصحية من النموذج الطبي البحت إلى المقاربة الكلية الأشمل. تسعى السياسة الصحية الصحيحة لتحقيق التوازن بين النموذجين. تطبق المقاربة أو الأسلوب المكمل حيث "الاستراتيجيات الرخوة أو اللينة " مع أساسياتها في الميادين الاجتماعية مع الاستراتيجيات التدخلية التي ترتكز على البراهين والبينات من التجارب المعشاة ذات الشواهد.

نموذج التخطيط والتقييم

يساعد نموذج التخطيط البسيط في تنفيذ الأسس والاستراتيجيات التي نوقشت. وتحتاج محددات الصحة النفسية للوصف والعملياتية في كل وضع مع الغاية أو الهدف من التدخلات التنموية. ومن المفيد أن نخطط التطبيقات الاستراتيجية على ثلاثة مستويات سكانية واسعة هي: مستوى المجتمع (مثل السياسة والخدمات الصحية)، ومستوى الجماعات (مثل المدارس وأماكن العمل)، ومستوى الأفراد (ويتضمن العائلات والمجموعات الصغيرة).

التنمية المجتمعية كاستراتيجية لتعزيز الصحة: دروس من الدول الفقيرة

التنمية الاجتماعية هي مقاربة تركز على الناس. وتستهدف التنمية الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والعافية الثقافية للمجتمعات، مع التركيز الخاص على الأعضاء المهمشين. وتشدد على التعرف والحل المشترك لمشاكل المجتمع بالاعتماد على المعرفة والأولويات المحلية. وثمة أمثلة من بعض أرياف الهند عن بعض أوجه العلاقة بين تنمية المجتمع وتعزيز الصحة النفسية، وحتى عندما تكون أغراض البرنامج بعيدة عن التركيز النوعي على الصحة النفسية.

إن الفقر، واللا مساواة، والتمييز بين الجنسين، والعنف المنزلي هي ما يسهم في الاعتلالات النفسية بدرجة كبيرة في قرى الريف الهندي، وكانت العوامل ذات الصلة التي تربط مابين الاعتلال الصحي النفسي والأمية موجودة أيض ، وتتضمن انخفاض تقديرالذات، والعجز المكتسب بالتعلم، وانخفاض الأمن، والمستويات الهائلة من حوادث الحياة الضائرة، والعزل الاجتماعي، والضوائق، والبطالة، والحرمان الاقتصادي والمالي، والحالات الاجتماعية المنخفضة، والتمييز الجنسي ضد الإناث.

إن برنامج الرعاية الصحية الأولية الواسع في قرى الريف الهندي الذي يستهدف بطريقة مباشرة الفقر والتمييز بين الجنسين واللا مساواة قد أدى بطريقة غير مباشرة إلى مكاسب هامة في العافية النفسية. إن مفتاح النجاحات في تنمية المجتمع في هذه القرى، ولذا فإن تحسين الصحة النفسية كان أسلوب يحرص على الحاجات والاهتمامات ومسؤوليات الرجال والنساء، والتي كانت تركز أو تنقص من قابلية التأثر وتزيد من مشاركة النساء. وكتدخل ناجح فقد حقق الناس ما مكنهم على العمل مع وأصبحوا منفتحين على مقاربة القضايا الأخرى التي تؤثر عليهم في القرية مثل الاحتياجات الصحية والتمييز الطائفي أو ضد المنبوذين.

يصف الشكل رقم ٢ الارتباطات بين تنمية المجتمع والصحة النفسية في هذا المشروع. وتوفر هذه الدروس المُتَعلمة قالب للبرامج المشاٰة في أمكنة أخرى، وتساعد على فهم العوامل المحلية ذات العلاقة بالمجتمع، وما يمكن المجتمع من حل مشاكله الخاصة به، و يظهرتحسن في الصحة النفسية اللاحق كيف تكون المقاربة المجتمعية استراتيجية رئيسية في تعزيز الصحة النفسية.

الشكل٢: العلاقة بين التنمية المجتمعية والصحة النفسية في قرى الريف الهندي

تطوير التدخلات المضمونة الاستمرار

تعزى القابلية لضمان الاستمرار في تعزيز الصحة إلى قدرة تدخلنا المستمرة في توليد الفوائد أو المكاسب الصحية التالية للموجودات البدئية أو "مشروع الإظهار والشرح". يقال عن البرامج أنها مضمونة الاستمرار إذا كان تقديم الموارد المحدودة والجهود المبذولة يحقق الفوائد المستمرة. ولقد ولّد البحث والنظرية عن قابلية البقاء الطويل في المجال العام لتعزيز الصحة عدد من الأمثلة النافعة، ولو أن التجارب المتراكمة في تعزيز الصحة النفسية بذاته ما تزال قليلة. ولقد صاغت عدة دراسات أفكارنا عن قابلية ضمان الاستمرار للبرامج ولقد قاد غودمان وستيكلر الطريقة والدراسة التي تستعرف أتراب البرامج الموجودة قبل ١٠ سنين واستقصى تقدمها. كان اهتمامهما منصب على العوامل التي يمكن أن تتنبأ بأي البرامج التي يمكن أن تحيا أو التي تموت. ولقد فاجأت النتائج الناس. إذ كان العامل الرئيسي هو وجود بطل أو نصير أعلى في المنظمة أو المؤسسة المضيفة، الذي يكون في بعض الحالات من يستطيع الدعوة من أجل البرنامج في الملتقى الرئيسي لاتخاذ القرار. ولقد أسهم هذا البحث في تركيز الانتباه المطلوب عن العوامل في المؤسسات التي تعزز قابلية ضمان الاستمرار. ولقد جذب العملُ الانتباه إلى حقيقة أن طريقة البرنامج تقع في المكان الأول المؤثر على احتمالية استمراره.

والملامح الرئيسية التي تعرف أو تتصاحب مع البرنامج المضمون الاستمرار البقاء هي:

- ثمة بينة وبرهان بأن البرنامج فعال.
- اكتناف الممولين والمستهلكين وصناع القرار في تطوير البرنامج.
- إمكانية المرتفعة لتوليد الموجودات الإضافية.
- المؤسسة المضيفة ناضجة (راسخة، وذات موارد).
- البرنامج والمؤسسة المضيفة لهما مهمات مشتركة.
- البرنامج ليس وحدة منفصلة بل تتكامل سياساته وإجراءاته ومسؤولياته مع المؤسسة.
- البرنامج له منافسين قلائل قد يستفيدون من البرنامج المعارض.
- أحد من في السلطة (غير مدير البرنامج) هو نصير البرنامج في المستويات العليا من المؤسسة.
- التاريخ الإبداعي المؤسسة المضيفة.
- قيم البرنامج ومهماته تتلاءم جيد مع المجتمع الأكبر.
- للبرنامج أنصار في المجتمع يشجبون عدم الاستمرار به.
- المؤسسات الأخرى التي تقاوم ابتكارات البرنامج.

ولقد ازدادت البحوث في القابلية المضمونة الاستمرار، ولكن أسلوب القياس أصبح أكثر تعقيد . ولقد تركز معظم العمل على وجود البرنامج أو غيابه. ولكن كما أشار غرين فإن الهدف الخاص لاستثمار البرنامج في تعزيز الصحة ليس استمرارية البرنامج بحد ذاته، بل دعم القدرات للتوجه نحو المشكلة الموجودة. يمكن لهذا الدعم للقدرات أن يأخذ أشكالاً عديدة وربما يبقى التوجه قوياً جد ولمدة طويلة بعد اضمحلال الاسم والشعار وحتى بغياب هيئة الموظفين للبرنامج الأصلي. وهذا مايربط البحث عن قابلية المضمونة الاستمرار مع البحث عن بناء القدرات في تعزيز الصحة.

إن الديناميكية الجديدة التي نحتاجها للتوجيه بما يتعلق بإضافة البرامج هي أقل مما يتعلق بالديناميكية التي نحتاجها لصياغة وظائف البرنامج وقدرات أنظمته ـ مثل أنظمة الرعاية الصحية الأولية والأنظمة المدرسية – لتصبح أكثر تعزيز للصحة. ولذا فإن الجبهة الجديدة في بحوث قابلية التدخلات والبرامج للبقاء الطويل أو التحمل هي أقل بما يتعلق بالأوجه التقنية وأكثر بما يتعلق بالبرامج كإجراءات التغيير من خلال المؤسسات أو المجتمعات. إن البرامج هي فرص لإعادة معايرة الأنظمة لتصبح في مستويات وظيفية أفضل وأقوى.

تتضمن الجبهة الجديدة أيضاً تحليلاً منهجياً للسياق والمضمون الذي تجهز البرامج من خلاله، وتحليلاً للعوامل (مثل المعنويات الموجودة مسبقاً والعلاقات بين الوكالات) التي ربما تنبأ من خلال السياق بمعرفة ما إذا كانت بعض البرامج تذوي وتضمحل مع الوقت في حين تزدهر برامج أخرى.

مقاربة مختلف القطاعات لتعزيز الصحة النفسية

إن الذين يقودون الصحة يكذبون خارج القطاع الصحي (ماروت١٩٩٩)

وضعت شرعة أوتاوا الصحة على جداول أعمال صناع السياسات في القطاعات والمستويات جميعها.

ولقد ذهب إعلان جاكرتا عن تعزيز الصحة إلى أكثر من ذلك، إذ أكد الحاجة إلى التعاون بين القطاعات:

ثمة حاجة لاجتياز الحواجز التقليدية ضمن القطاعات الحكومية، وبين المنظمات الحكومية وغير الحكومية، وبين القطاعات الخاصة والعمومية.... التعاون أساسي... وهذا يتطلب إبداع شراكات جديدة... (منظمة الصحة العالمية).

بل إن ذلك هو الأهم في تعزيز الصحة النفسية.

يحتاج أولئك الذين يعملون بطريقة تعاونية إلى :

- البناء على النشاطات الموجودة في القطاعات والأوضاع والتنظيمات .
- ابتكار الشراكات المختلفة من أجل الأغراض المختلفة في المستويات المتغايرة.
- ابتكار العمل التعاوني الأفقي من خلال الأقسام الحكومية والمنظمات وبين الخبراء في السياسات والممارسة والبحوث.

ترسخت الحاجة للممارسة التعاونية في تعزيز الصحة النفسية بثبات بوساطة المحددات الاقتصادية والاجتماعية السياسية للصحة. ولن يتحقق ما يؤثر على المحددات الصحية إلا بتعزيز الصلات الاجتماعية، وضمان التحرر من التمييز العنصري والعنف، وتغيير أماكن العمل والبيئة الفيزيائية، ليس بوساطة عمل القطاع الصحي وحده بل بالأسلوب القطاعي البيني. إن المقاربة العديدة المناهج هي التي تكتنف البحوث، والسياسات، والممارسة في العمل والتوظيف، والتربية والتعليم، والعدل، والرفاهية، والفنون، والرياضة، وبناء البيئة التي تسعى لتحسين الصحة النفسية من خلال زيادة المشاركة والربط الاجتماعي.

يمكن أن تتضمن أوضاع هذه الممارسات، أماكن العمل والرياضات والفنون المجتمعية. وتتضمن

المجموعات السكانية الطلاب والمستخَدمين والمستخِدمين، والمسنين، والمجتمعات الفقيرة، والشباب، والمهاجرين والأقليات. تستعمل تنويعة من الاستراتيجيات في هذه الأوضاع وهي: التنمية السياسية، والتغيير التنظيمي، والإجراءات الاستشارية القصصية والمسرحية، والتنمية والمواثيق المجتمعية، وتغيير البيئة الفيزيائية والاجتماعية. وستتفاوت طبيعة التعاون حسب الأوضاع والقطاعات وعبر المستويات المختلفة، وغالبا ما تتطلب النتاجات الحسنة المشاركة بالتخطيط والتملك ضمن القطاعات المكتنفة.

يستغرق التعاون والشراكة بعض الوقت ويتطلبان الالتزام لضمان الشراكة بالمرامي والنتاجات، وتتضمن التحديات الموجودات العمودية ضمن القطاعات والخلفيات والرؤى المهنية المختلفة والأولويات المتنافسة ونماذج الموجودات المغايرة التي غالبا ما تكون جائرة، والنماذج الصحية للمجموعات السكانية، وإجراءات اتخاذ القرار المعقدة. تتضمن المكونات الأهم في المقاربة القطاعية البينية التي تحقق أفضل النتاجات الصحية ما يلي:

- تطوير لغة موحدة تعمل القطاعات من خلالها.
- أسلوب الشراكة لتحصيص الموارد والمشاركة TA.
- دعم القدرات وتقويتها ضمن الأبعاد الفردية والتنظيمية والمجتمعية.

إن النماذج الصحية التي تنجم عن الأمثلة الفطرية الواطنة تبدو كنماذج للممارسة الجيدة للجميع. تمتلك مجتمعات ساموان على سبيل المثال نموذج "فونوفال fonofale" للصحة، الذي يرتكز إلى المنازل التقليدية أو "الفال fale"، تمثل السقوف القيم الثقافية والمعتقدات، وأما المؤسسة فهي العائلة الممتدة والنووية، وتمثل الأعمدة الأربعة: العافية البيولوجية البدنية، والروحية، والنفسية والانفعالية، وغيرها (التي تتضمن المتغيرات مثل الجندر والتوجه الجنسي، والعمر، والمرتبة الاجتماعية). لاتعترف المجتمعات الفطرية الأوسترالية مثل ساموان وماؤري بالتقسيم نفسي/ بدني. إن تداخل العناصر حاسم في ترسيخ العافية. وتؤكد هذه النظرة للصحة النفسية على ضرورة تشكيل الشراكة مع المجتمعات لتطوير التعزيز الحساس ثقافيا للصحة النفسية.

دراسة الحالات: الشراكة الموجهة إلى المحددات الاجتماعية للصحة النفسية

تظهر دراسة الحالات التالية تأثير الشراكة في عمل القطاع الصحي مع القطاعات الأخرى على التوجه نحو المحددات الاجتماعية للصحة.

المدارس الصحيحة نفسيا في أوتياروا AOTEAROA في نيوزيلاندا

نفذت خطة العمل للمدارس التي تعزز الصحة بعمق في العالم النامي والمتقدم وهي مثال رئيسي عن التعاون بين القطاعات الصحية والتعليمية. ولقد مولت وزارة الصحة في نيوزيلاندا تطوير دلائل المدارس الصحيحة نفسيا بوساطة مؤسسة الصحة النفسية لنيوزيلاندا. ولقد ربط هذا المشروع المنهج التعليمي والتدريسي، والتنظيم المدرسي وما يسمى بروح الشعب، والصلات المجتمعية، والشراكة، والخدمات. ولقد مثل هذا المشروع الارتباطات بين الأهداف الوطنية لقطاعين حكوميين والتي أسهمت في الصحة والعافية عند أطفال المدرسة.

MindMatters مواد العقل - المدرسة الوطنية لموارد تعزيز الصحة النفسية

مايند ماتيرز هي المدرسة الوطنية لموارد تعزيز الصحة النفسية التي تمول من قبل القسم الصحي في الكومنولث الأوسترالي. ولقد وفرت استراتيجية هيكلية لتعميم مدارس تعزيز الصحة التي تعزز العافية عند الشباب من خلال جميع أوجه البيئة المدرسية، ولقد سهل اعتراف القطاع الصحي بالأولويات في النظم التعليمية والتدريسية هذا التعاون. ولوحظ تبديل بعيد عن التدخلات من القطاع الصحي والتي أكدت العيوب الفردية وركزت على موجودات البحوث التعليمية بحسب تنفيذ البرنامج المدرسي الفعال.

الدمج الاجتماعي لرعاية المسنين وتعزيز صحتهم في مدينة دانانغ

دانانغ مدينة ساحلية في فيتنام، وقد تتطور برنامج الرعاية الصحية الاجتماعية الذي يرتكز إلى المجتمع من أجل المسنين ووقايتهم وتعزيز صحتهم. واكتنف التعاون في المراكز الرياضية ومراكز النشاطات، وكان الأجداد يشجعون في وضع أمثلة جيدة للشباب، ويشجع الشباب على رعاية أجدادهم. وكما يُعزز التثقيف الصحي والمشورة لتحسين النشاطات والرعاية الذاتية. وأسس المستشفى العام أجنحة صغيرة متخصصة لتقديم الطعام والمؤن لرعاية المسنين وكان الأطباء قادرين على التقدير الأفضل لمتطلبات المسنين.

ولقد وضحت دراسة الحالة إمكانية مثل هذه الأنماط المتغايرة في المستويات المختلفة في المجتمع على تحسين الصحة النفسية من خلال زيادة الإدراك والتصور الاجتماعي. وكانت ممارسات هيئة المستشفى والهيئة الطبية متبدلة. ولقد قدم برنامج التثقيف الصحي الذي يربط ما بين المسنين والشباب القيم لكل منهما. وأما صحة المسنين فكان تحسنها جوهري .

التعاون الدولي ودور منظمة الصحة العالمية

من الواضح أن تعزيز الصحة النفسية يعتمد على التعاون بين القطاعات وأن معظم التدخلات ربما تكون بالواقع من مسؤوليات القطاعات خارج الصحة النفسية التقليدية. وثمة حاجة واضحة أيضً إلى الدعوة إلى الصحة النفسية، لأن قضايا الصحة النفسية غالبً ماتكون كامنة بدلاً من بروزها، ولأنا غير بادية للعيان بدلاً من أن تكون واضحة صريحة. ولذا فإن الحاجة إلى التعاون الدولي تعد حاسمة.

اعترفت منظمة الصحة العالمية كقائدة للوكالات الدولية المسؤولة عن الصحة، بقيم الصحة النفسية وتعزيزها. ولقد انبثقت نشاطاتا من المفاهيم والتصورات الجوهرية للصحة بأنا "حالة من الكمال البدني والنفسي والعافية الاجتماعية وليست مجرد غياب للمرض أو العجز" ولقد نص دستور منظمة الصحة العالمية أيضً على بعض الوظائف الجوهرية والتي تتضمن.

- "تشجيع النشاطات في مجال الصحة النفسية ولاسيما التي تؤثر على الانسجام في العلاقات الإنسانية".
- "المساعدة في تطوير الرأي العمومي المطلع بين جميع الناس عن مواد الصحة ".

حثّت عدة قرارات ذات صلة بالصحة النفسية لجمعية الصحة العالمية، الدول الأعضاء على اتخاذ خطوات

الوقاية من الاعتلالات النفسية، وأوصت المدير العام بالخطوات التي توفر المعلومات وتوجه الاستراتيجيات الملائمة. وكان القرار الذي تم تبنيه في عام ٢٠٠٢ يحث منظمة الصحة العالمية على تسهيل التطوير الفعال للسياسات والبرامج التي تقوي الصحة النفسية وتقيها. ودعا إلى التحالف مع المجتمع المدني وإلى بدء الفعاليات والنشاطات لتعزيز الوعي العالمي ورفع مستوى الإدراك والدعوة إلى الصحة النفسية عبر الحملات.

ويمكن إيجاز دور منظمة الصحة العالمية في تعزيز الصحة النفسية كما يلي:

التعميم والمراجعة والجمع والتصنيف والمواكبة، للبينات والبراهين عن الاستراتيجيات من أجل تعزيز الصحة النفسية ولاسيما للدول الفقيرة والمتوسطة الدخل

على الرغم من وجود العديد من الدراسات المنشورة عن تعزيز الصحة النفسية التي تبذل الجهود لاستيعابها من وقت لآخر، فإن المراجعة الشاملة للأدبيات ذات الصلة بالبحوث المرتكزة إلى البرهان في هذا المجالات مازالت غير متاحة. إن كتاب تعزيز الصحة النفسية: المفاهيم. البيانات المستجدة. الممارسة والعمل المرافق له عن الوقاية من الاضطرابات النفسية يحاول سد هذه الثغرة. وتتاح البراهين والبينات عن فعالية تعزيز الصحة النفسية على الأقل حول المناطق ذات الاحتياجات الملحة، مثل الدول الفقيرة والمتوسطة ومناطق النزاعات حيث تتعرض الصحة النفسية للخطر بصفة خاصة. ويجب بذل المزيد من الجهود لتعميم البراهين عن هذه الأوضاع. ويجب توخي الحيطة أيضا عندما نجد أن الاستراتيجيات غير فعالة أو غير ملائمة بشتى أنواع البراهين وأسسها المختلفة، ولاشك بأن الإخبار عن هذه الاستراتيجيات مفيد في تجنب هدر الموارد الثمينة.

تطوير الاستراتيجيات والبرامج الملائمة

يمكن أن تساعد منظمة الصحة العالمية الدول على تطوير الاستراتيجيات والبرامج الملائمة للتنفيذ. ويجب مراعاة العوامل التالية:

- براهين أو بيانات الفعالية.
- مبدأ الحذر والحيطة.
- المقبولية والملاءمة الثقافية.
- المتطلبات الشخصية والمالية.
- المستوى التقني الرفيع والأحدث، ومتطلبات البنية التحتية.
- الحصيلة الإجمالية والفوائد.
- إمكانية التطبيق الواسعة المدى.

تسهيل الشراكة والتعاون

يتطلب تعزيز الصحة النفسية جهود جماعية من جميع المنظمات، والمسؤولية عن القطاعات التي ربما يكون لها تأثيرات مباشرة أو غير مباشرة على الصحة النفسية. و يتضمن ذلك على المستوى الدولي الجمعيات والنقابات المهنية، والمنظمات الدولية الأخرى، والحكومات الوطنية، والمنظمات غير الحكومية، والصناعة الصحية، والمانحين المستقبليين. ومنظمة الصحة العالمية بوضع جيد لصياغة استراتيجيات تربط ما بين

جميع هذه الهيئات ولتطوير برامج فعالة لتعزيز الصحة النفسية. تتعاون المنظمات الدولية ومنها منظمة الصحة العالمية بانتظام في هذه المجالات مع منظمة العمل الدولي (ILO) وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) والبنك الدولي ومفوضية الأمم المتحدة العليا لشؤون اللاجئين.

التوصيات الرئيسية

الصحة النفسية هي حالة العافية التي يحقق فيها الفرد قدراته، ويمكن أن يقاوم الضوائق الطبيعية في الحياة، ويمكن أن يعمل بإنتاجية وبطريقة مثمرة، ويكون قادر على المساهمة في مجتمعه. يسهم تعزيز الصحة النفسية في الصحة إجمالاً وينبغي أن يكون مكون أساسي في تعزيز الصحة.

استعرف نطاق تعزيز الصحة النفسية بطريقة تناظر النجاح في تعزيز الصحة البدنية. إن الصحة النفسية هي مسؤولية المجتمع وليست شأن خاص بالفرد فقط، وذلك مثلما حصل تماما في الكثير من الدول والمجتمعات في مجال الصحة القلبية ومكافحة التبغ والصحة السنية وغير ذلك. إن التكاليف الاجتماعية والاقتصادية مرتفعة للصحة النفسية الضعيفة، وتوحي البراهين بأنا ستستمر في الارتفاع من دون الجهود المجتمعية والحكومية.

ويمكن أن تنسحب التوصيات الرئيسية التالية على المواد الموجودة في هذا التقرير المختصر، وهي وثيقة الصلة بمخططي السياسات الصحية ومهنيي الصحة العمومية في الدول الفقيرة والمتوسط الدخل.

١. يمكن أن يتحقق تعزيز الصحة النفسية بالتدخلات الاجتماعية والصحية العمومية الفعالة. وماتزال البراهين العلمية في هذه المجالات محدودة نسبيا ، ولكن تتيح البراهين في المستويات المتفاوتة إظهار فعالية البرامج والتدخلات من أجل تعزيز الصحة النفسية عند السكان، وتتضمن ما يلي:

- التدخلات في باكورة الطفولة (مثل الزيارات المنزلية للأمهات الحوامل، والتدخلات النفسية قبل المدرسة، والجمع بين التدخلات التغذوية والنفسية عند السكان المحرومين).
- التمكين الاقتصادي والاجتماعي للنساء (مثل تحسين الفرص التعليمية، ومشاريع القروض الصغيرة).
- الدعم الاجتماعي للسكان المسنين (مثل مبادرات الصداقة، والمراكز المجتمعية والمراكز النهارية للمسنين).
- البرامج التي تستهدف المجموعات السريعة التأثر مثل الأقليات، والناس الواطنين الفطريين، والمهاجرين، والأشخاص المتأثرين بالنزاعات والكوارث (مثل التدخلات النفسية والاجتماعية في خلال مرحلة إعادة الاندماج بعد الكارثة).
- نشاطات تعزيز الصحة النفسية في المدارس (مثل برامج دعم التغيير الإيكولوجي في المدارس والمدارس المصادقة للطفولة).
- تدخلات الصحة النفسية في أماكن العمل (مثل برامج الوقاية من الكرب والإجهاد).
- السياسات الإسكانية (مثل تحسين السكن) .
- برامج الوقاية من العنف (مثل مبادرات المراقبة المجتمعية) .
- برامج التنمية المجتمعية (مثل المجتمعات التي ترعى التنمية الريفية المتكاملة) .

٢. التعاون بين القطاعات هو مفتاح البرامج الفعالة في تعزيز الصحة النفسية. و تعتبر بعض البرامج التعاونية نتاجات الصحة النفسية من مقاصدها الرئيسية. ولذا فربما تكون ثانوية بالنسبة للنتاجات الاجتماعية والاقتصادية في أغلب البرامج، ولكنها تستحق ثمنها.
٣. تعد قابلية البرامج على البقاء الطويل حاسمة بالنسبة لفعاليتها، وهما يسهل البقاء الطويل لبرامج تعزيز الصحة النفسية؛ اكتناف جميع المعنيين وتملك هذه البرامج من قبل المجتمع، والإتاحة المستمرة للموارد.
٤. ثمة المزيد من الحاجة إلى البحوث والتقييمات المنهجية للبرامج لزيادة البراهين عنها بالإضافة إلى تحديد قابلية تطبيق هذه البراهين والبينات في أوضاع الثقافات والموارد المختلفة.
٥. التحرك الدولي مطلوب لتعميم المزيد من البراهين ونشرها، من أجل مساعدة الدول الفقيرة والمتوسطة الدخل في تنفيذ البرامج الفعالة (وليس تنفيذ البرامج غير الفعالة)، ومن أجل تشجيع التعاون الدولي.

المراجع:

Albee GW, Gullotta TP (1997). Primary prevention works. Thousand Oaks, Sage Publications.

Allen N, Lewinsohn P, Seeley J(1998). Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. Development and psychopathology, 10(3):513-529.

Allen T (2000). Housing renewal — doesn't it make you sick? Housing, 1 5(3):443—461.

Anae M et al. (2002). Towards promoting youth mental health in Aotearoa New Zealand: holistic houses of health. International Journal of Mental Health promotion, 4(3):5—14.

Anderson P (1999). Tobacco, alcohol and illicit drugs. In:The evidence of health promotion effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Paris, international Union for Health Promotion and Education.

Anthony J (in press). Existing evidence: determinants of mental health. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva, World Health Organization.

Armstrong M, Goldsteen K (1990). Friendship support patterns of older American women. Journal of Aging Studies, 4(4):391-404.

Bang A, Bang R (1991). Community participation in research and action against alcoholism. World Health Forum, 12:104—109.

Bang A, Bang R (1995). Action against alcoholism. Health Action, 11:2.

Baum F (1998). The new public health: an Australian perspective. Melbourne, Oxford University Press.

Baum F (1999). Social capital: is it good for your health? Issues for a public health agenda. Journal of Epidemiology and Community Health, 53: 195—196.

Bellew R, King E (1993). Educating women: lessons from experience. In: King E, Hill A, eds. Barriers, benefits and policies. Baltimore, John Hopkins University Press.

Benzeval M, Judge K, Whitehead M, eds (1995). Tackling inequalities in health: an agenda for action. London, Kings Fund.

Black D, Mitteimark M (1999). Equity in health: a fundamental human right. In: The International Union for health Promotion and Education (IUHPE).The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Part Two. Brussels-Luxembourg, ECSE-EC-EAEC:1 56-164.

Brach N et al .(1994) . Community ownership And program continuatin following a health Demonstration project. Health Education Research 9:243-255.

Bradburn NM, Caplovitz D (1965). Reports on happines. Chicago, Aldine, Publishing Company.

Brodbead J et al. (in press) . social support and Life events as risk factors for deprssion among Women in an urban setting in zimbabwe. Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology.

Brooks-Gunn J et al. (2001). Effects of combined public assistance and employment on mother and thire young children. Women and health, 32(3):1 79 210.

Brown CH et al. (2000). Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science. Addictive Behaviours, 25:955—964.

Brown GW, Harris TO, eds (1989). Life events and illness. New York, Guilford Press.

Brown H, Strugeon S (in press). Healthy start of life and reducing early risks. In: Hosman: C, Jane-Llopis E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs. Oxford, Oxford University Press.

Bunker SJ et al. (2003). "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. National Heart Foundation of Australia position statement update. Medical Journal of Australia, 178:272—276.

Byford S, Sefton T (2002). First aid: lessons from health economics for economic evaluation in social welfare. [Discussion paper.] London, London School of Economics, Health and Social Care.

Caplan M et al. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol use. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60(1): 56—63.

Carson AJ et al. (2002). Depression after stroke. Lancet, 356:122—126.

Catalano R, Dooley D (1980). Economic change in primary prevention. In: Price R et al. (eds). Prevention in mental health — research, policy and practice. London, Sage.

Cederblad M et al. (1995). Coping with life span crises in a group at risk of mental and behavioural disorders: from the Lundby study. Acta Psychiatrica Scandanavia, 91 :322—330.

Chowdhury A, Bhuiya A (2001). Do poverty alleviation programs reduce inequities in health? The Bangladesh experience. In: Leon D, Walt G, eds. Poverty, inequality and health. Oxford, Oxford University Press:312—332.

Cohen A (2002). Our lives were covered in darkness. The work of the National Literary Mission in Northern India. In: Cohen A, Kleinman A, Saraceno B, eds. World mental health casebook: social and mental health programs in low-income countries.

New York, London, Dordrecht:Kluwer Academic/ Plenum Publishers:1 53-190.

Cohen D (1984). Utility model of preventive behaviour. Journal of Epidemiology and Community Health, 38: 61—65.

Cooper B (1990). Epidemiology and prevention in the mental health field. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25:9—15.

Cooper B (1993). Single spies and battalions: the clinical epidemiology of mental disorders. Psychological Medicine, 23:891 —907.

Costello EJ et al. (2003). Relationships between poverty and psychopathology; a natural experiment. JAMA, 290:2023-2029.

CRD (2000). Evidence from systematic reviews of research relevant to implementing the 'wider public health' agenda. Centre for Reviews and Dissemination (http://www.york.ac.uk/inst/crd/ wph.htm accessed August 2000).

Davis MK, Gidycz CA (2000). Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis. Journal of Clinical Child Psychology, 29:257—265.

Desjarlais R et al. (1995). World mental health: problems and priorities in low income countries. New York, Oxford University Press.

Domitrovich C et al (in press). Schools as a context for the prevention of mental health disorders and promotion of mental health. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs. Oxford, Oxford University Press.

Durkheim E (1897). In: Simpson G, Spaulding JA, Simpson G, eds (1951). Suicide: a study in sociology. New York, Free Press.

Durlak JA (1995). School-based prevention programs for children and adolescents. Thousand Oaks, Sage Publications.

Durlak JA, Wells AM (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. American Journal of Community Psychology, 25:115-152.

Durlak JA, Wells AM (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. American Journal of Community Psychology, 26: 775—802.

Eaton WW, Harrison G (1996). Prevention priorities. Current Opinion in Psychiatry, 9:141—1 43.

Eaton WW, Harrison G (1998). Epidemiology and social aspects of the human environment. Current Opinion in Psychiatry; 11:165—168.

Eisenberg L (1998). Public health importance. In: Jenkins R, Ustun TB, eds. Preventing mental illness: mental health promotion in primary care. Chichester, John Wiley: 141—154.

Elgen I, Sommerfelt K, Markestad T (2002). Population based, controlled study of behavioural problems and psychiatric disorders in low birth weight children at 11 years of age. Archive of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition, 87(2):F1 28—Fl 32.

Elias MJ (1995). Primary prevention as health and social competence promotion. Journal of Primary Prevention, 16: 5—24.

Felner RD et al. (1993). Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: longitudinal follow-ups and extensions of the School Transitional Environment Project (STEP). Prevention in Human Services, 10: 103—1 36.

Gillies P (1999). The effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. Health Promotion International, 13:1-21.

Gilvarry E (2000). Substance abuse in young people. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 41:55—80.

Godfrey C (2001). Economic evaluation of health promotion. In: Rootman I et al., eds. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Geneva, World Health Organization (WHO Regional Publications, European Series, No. 92).

Goldberg D (1998). Prevention of mental illness. In: Jenkins R, Ustun TB, eds. Preventing mental illness: mental health promotion in primary care. Chichester, John Wiley:141—154.

Goodman RM, Steckler AB (1987). A model of institutional isation of health promotion programs. Family and Community Health, 11:63—78.

Gostin L (2001). Beyond moral claims. A human rights approach to mental health. Special section: keeping human rights on the bioethics agenda. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 10: 264—274.

Green LW (1987). Is institutionalisation the proper goal of grant making? Family and Community Health, 11:79.

Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. Prevention and Treatment, 4:np.

Greenberg MT , Kusche CA (1998). Preventive inter-Ventions for school – age deaf children: The PATHS Curriculum . journal of Deaf Studies and Deaf Education, 3(1):49—63.

Hale J (2000). What contribution can health economics make to health promotion? Health Promotion International, 15:341 —348.

Hawe P et al. (1997). Multiplying health gains: the critical role of capacity-building in health promotion. Health Policy, 39:29—42.

Hawkins D et al. (1992). The Seattle social development project: effects of the first four years on protective factors and problem behaviours. In: McCord J, Tremblay RE, eds. Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence. New York, Guilford Press:139 161.

Hawkins D, Arthur M, Olson J (1997). Community interventions to reduce risks and enhance protection against antisocial behaviour. In: Stoff DW, Breiling J, Masers JD, eds. Handbook of antisocial behaviour. NIMH/John Wiley & Sons:365-374.

Hawkins D, Catalano R, Arthur M (2002). Promoting science-based prevention in communities. Addictive Behaviours, 27:95 1 976.

Hawkins D, von Cleve E, Catalano R (1991). Reducing early childhood aggression: results of a primary prevention program. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30(2): 208 217.

HEA (1997). Mental health promotion:a quality framework. London, Health Education Authority.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). Ending violence against women. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program (Population Reports Series L,No. 11).

Henderson 5, Whiteford H (2003). Social capital and mental health. Lancet, 362:505-506.

Herrman H (2001). The need for mental health promotion. The Australian and NewZea!and Journal of Psychiatry, 35:709—715.

Hoefnagels C (in press). The case of child abuse prevention. In: Hosman C, Jané-Liopis E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C (2001). Evidence of effectiveness in mental health promotion. In: Proceedings of the European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion. Ministry of Social Affairs and Health (Report 3).

Hosman C,Jané-Llopis E (1999). Political challenges 2: mental health. In: The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Brussels, ECSC-EC-EAEC:29—41.

Hosman C, Jané-Llopis E (in press). Evidence of effective interventions of mental health promotion. In: Herrman H, Saxena 5, Moodie R, eds. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva, World Health Organization.

Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena 5, eds (in press). Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs. Oxford, Oxford University Press.

House iS, Landis KR, Umberson D (1988). Social relationships and health. Science, 2 14:540—545.

IUHPE (2000). The evidence of health promotion effectiveness: shaping health in a new Europe. 2nd edn. A report for the European Commission. Paris, International Union for Health Promotion and Education.

Jahoda M (1958). Current concepts of positive mental health. New York, Basic Books.

Jané-Llopis E et al. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention. Meta-analysis. British Journal of Psychiatry, 183.

Jané-Llopis E, Hosman C, Copeland J (in press). Aging mentally healthy and the prevention of dementia. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs. Oxford, Oxford University Press.

Jenkins R, Lehtinen V, Lahtinen E (2001). Emerging perspectives on mental health. International Journal of Mental Health Promotion, 3(1):25—43.

Johns B et al. (2003). Programme costs in the economic evaluation of health interventions. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 1: 1 (http: //www.resou rce-allocation.com)

Johnson Z et al. (1993). Community mothers programme: randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. British Medical Journal, 306:1449—1452.

Johnson Z et al. (2000). Community mothers programme: seven year follow-up of a randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting.

Journal of Public Health Medicine, 22(3): 337—342.

Kawachi I, Berkman L (2001). Social ties and mental health. Journal of Urban Health, 78:458—467.

Kawachi I, Kennedy B (1997). Socioeconomic determinants of health: health and social cohesion. Why care about income inequality? British Medical Journal, 314:1037—1040.

Kawachi I, Kennedy B, Glass R (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. American Journal of Public Health, 89(8):1187—1193.

Kellam SG et al. (1994), Depressive symptoms over first grade and their response to a developmental epidemiologically based preventive trial aimed at improving achievement. Development and Psychopathology, 6:463 481.

Kendler KS (1997). Social support: a genetic-epidemiologic analysis. American Journal of Psychiatry, 154(10):1398—1404.

Kickbusch I(2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. American Journal of Public Health, 93:383—388.

Kleinman A (1999). Social violence: research questions on local experiences and global responses. Archives of General Psychiatry, 56:978—979.

Korkeila JJ (2000). Measuring aspects of mental health. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).

Kreitman N (1990). Research issues in the epidemiological and public health aspects of parasuicide and suicide. In: Goldberg D, Tantam D, eds. The public health impact of mental disorders. Toronto, Hogrefe and Huber.

Kuh D et al. (2003). Life course epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health, 57(10): 778—783

Kuper H, Marmot M, Hemingway H (2002). A systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Seminars in Vascular Medicine, 2:267—314.

Labonté R, Robertson A (1996). Delivering the goods, showing our stuff: the case for the constructivist paradigm for health promotion research and practice. Health Education Quarterly, 23(4):431—447.

Lahtinen E et al., eds (1999). Framework for promoting mental health in Europe. Hamina, (STAKES) National Research and Development Centre for Welfare and Health, Ministry of Social Affairs and Health, Finland.

Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V (2000). Public health approach on mental health in Europe. National Research and Development Centre for Welfare and Health. (STAKES) Ministry of Social Affairs and Health.

Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E (1997). Promotion of mental health on the European agenda. Helsinki, (STAKES), National Research and Development Centre for Welfare and Health.

Leighton A, Murphy J (1987). Primary prevention of psychiatric disorders. Acta Psychiatrica Scandanavica, Suppl. 337:76.

Levkoff S, MacArthur I, Bucknall J (1995). Elderly mental health in the developing world. Social Science Medicine, 41(7):983—1003.

Lochner K, Kawachi I, Kennedy B (1999). Social capital: a guide to its measurement. Health and Place, 5:259—270.

Lomas J (1998). Social capital and health — implications for public health and epidemiology. Social Science and Medicine, 47(9):1 181—1188.

MacMillan HL et al. (1994a). Primary prevention of child physical abuse and neglect: a critical review: I. Journal of child psychology and psychiatry and Allied Disciplines, 35:835—856.

MacMillan HL et al. (1994b). Primary prevention of child sexual abuse: A critical review: II.Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 35:857—876.

Marmot M (1999). The solid facts: the social determinants of health. Health Promotion Journal of Australia, 9(2):1 33—139.

Marmot MG (1998). Improvement of social environment to improve health. Lancet, 351:57—60.

Mckenzie K, Whitley R, Weich S (2002). Social capital and mental health. British Journal of Psychiatry, 181:280—283.

McKenzie K, Kwame (2000). Social capital and mental health. Paper presented at the Interrelations of Social Capital with Health and Mental Health Workshop; The World Bank, Washingtoh, Jul 17.

McQueen DV, Anderson LM (2001). What counts as evidence: issues and debates. In: Rootman et al., eds. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92:63—81.

Mendes P (2003). A chapter missing? — aspects of the inner life of ex-under aged soldiers. Unpublished paper/communication.

Mentality (2003). Making it effective: a guide to evidence based mental health promotion. Radical mentalities — briefing paper 1. London, mentality (www.mentality.org.uk).

MHF (2001). Guidelines for mentally healthy schools. New Zealand, Mental Health Foundation of New Zealand.

Michie S, Williams S (2003). Reducing work-related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. Occupational and Environmental Medicine, 60(1):3-9.

Mrazek P, Haggerty R, eds (1994). Reducing risks of mental disorder: frontiers for preventive intervention research. Washington, National Academy Press.

Mulrow C et al. (1990). Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals. Journal of the American Geriatric Society, 38(1): 45—50.

Mumford DB et aL(1 997). Stress and psychiatric disorder in rural Punjab: a community survey. British Journal of Psychiatry, 170:473—478.

Murphy HBM (1978). The meaning of symptom-check-list scores in mental health surveys: a testing of multiple hypotheses. Social Science and Medicine, 12:67—75.

Murphy LR (1996). Stress management in work settings: a critical review of the health effects. American Journal of Health Promotion, 11:112—135.

Murray CJL, Lopez AD (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020. Geneva, World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health.

Naidoo J, Wills J (2000). Health promotion: foundations for practice. Edinburgh, Harcourt Publishers.

National Aboriginal Health Strategy Working Party (1989). A nationalAborigina! health strategy. Canberra, Department of Aboriginal Affairs, Commonwealth Government of Australia.

National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) and European Commission (2000). Minimum data set of European mental health indicators. Helsinki. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).

New York City Department of Health and Mental Hygiene (2003). There is no health without mental health. NYC Vital Signs, 2(3). (www.nyc.gov/health/survey.)

Nutbeam D (2000). Health promotion effectiveness — the questions to be answered. In: A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe, 2nd ed. Brussels-Luxembourg, European Commission:1 —11

O` Campon P, Rojas – Smith L (1998). Welfare refrom And women `s health: review of the literature and Implications for state policy. Journal of Public Health Policy, 1 9(4):420 446.

OECD (2001). The well-being of nations. The role of human and social capital. Education and skills. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, Centre for Educational Research and Innovation.

Olds D (1997). The Prenatal/Early Infancy Project: fifteen years later. In: Albee GW, GullottaTP, eds. Primary Prevention Works. Thousand Oaks, USA: Sage Publications:41—67.

Olds DL (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. Prevention Science, 3(3):1153—11 72.

Olds DL et al. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antiosocial behaviour: a 15-year follow-up of a randomized trial. Journal of the American Medical Association, 280(8):1 238—1244.

Orley J, Weisen RB (1998). Mental health promotion. The international Journal of Mental Health Promotion, 1:1-4.

Othaganont P, Sinthuvorakan C, Jensupakarn P (2002). Daily living practice of the life-satisfied Thai elderly. Journal of Transcultural Nursing, 13: 24—29.

Parkar SR, Fernandes J, Weiss MG (2003). Contextualizing mental health: gendered experiences in a Mumbai slum. Anthropology and Medicine, 10:291.

PatelV(1998).The politics of alcoholism in India. British Medical Journal, 316:1394—1 395.

Patel V (2001). Poverty, inequality and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. Poverty, inequality and health. Oxford, Oxford University Press:247-262.

Patel V, Kleinman A (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. Bulletin of the World Health Organization, 81:609—615.

Patel V, Prince M (2001). Ageing and mental health in developing countries: who cares? Qualitative studies from Goa, India. Psychological Medicine 31: 29—38.

Patel V, Rodrigues M, De Souza N (2002). Gender, poverty and post-natal depression: a cohort study from Goa, India. American Journal of Psychiatry, 159:43—47.

Patton G et al. (2003). Changing schools, changing health? Design and implementation of the Gatehouse Project. Journal of Adolescent Health, 33(4):231 —239.

Price R, Kompier M (in press). Work stress and unemployment: risks, mechanisms, and prevention. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena 5, eds. Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs. Oxford, Oxford University Press.

Price RH et al. (1988). Fourteen ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington, American Psychological Association.

Price RH, Van Ryn M, Vinokur AD (1992). Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. Journal of Health and Social Behaviour, 33:158-167.

Puska P (2002). Successful prevention of noncommunicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine, 4(1):5—7.

Putnam R (1995). Bowling alone: America's declining social ca pital.Journal of Democracy, 6(1):65—78. Putnam R (2001). Social capital. Measurement and consequences. ISUMA — Canadian Journal of Policy Research, Spring:4—51.

Pyne HH, Claeson M, Correia M (2002). Gender dimensions of alcohol consumption and a/coho!-related problems in Latin America and the Caribbean. Discussion Paper No.433. Washington, The World Bank.

Raeburn J, Rootman 1(1998). People-centred health promotion. Chichester, John Wiley & Sons.

Reid JB et al. (1999). Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. American Journal of Community Psychology, 27:483—517.

Rose G (1992). The strategy of preventive medicine. Oxford, Oxford University Press.

Rutter M (1985). Resilience in the face of adversity. British Journal of Psychiatry, 147:598—561.

Rutter M (2003). Poverty and child mental health: natural experiments and social causation. Editorial. JAMA, 290:2063—2064.

Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN (1986). Social support as an individual difference variable: its stability, origins, and relational aspects. Journal of Personality and Social Psychology, 50:845—855.

Sartorius N (1990). Preface. In: Goldberg D,Tantam D, eds. The public health impact of mental disorders. Toronto, Hogrefe and Huber.

sartorius N (1998). Universal strategies for the prevention of mental illness and the promotion of mentel health .In: Jenkins R, Ustun TB, eds. preventing mental illness: mentel health promotion in primary care. Chichester, John Wiley:61-67

Sartorius N (2003). Social capital and mental health. Current Opinion in Psychiatry, 16 (Suppl. 2): S101—S105.

Scheier MF, Carver CS (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. Cognitive Therapy and Research, 1 6(2):201 —228.

Schmolke M (2003). Discovering positive health in the schizophrenic patient. A salutogenetic-oriented study. Verhaltenstherapie, 13:102—109.

Schweinhart L, Weikart D (1997). The High/Scope Preschool curriculum comparison study through age 23. Early Childhood Research Quarterly, 12(2): 117—143.

Seedhouse D (1986). Health: a universal concern. Nursing Times, 82:36-38.

Semmer NK (2003). Job stress interventions and organization of work. In: Quick JC, Tetrick LE, eds. Handbook of occupational health psychology.

Washington American Psychological Association: 325-354.

Shaw C, Mckay H (1942). Juvenile delinquency and urban areas. Chicago, University of Chicago Press.

Shediac-Rizzkallah MC, Bone LR (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. Health Education Research, 13:87—108.

Shiell A, Hawe P (1996). Health promotion community development and the tyranny of individualism. Health Economics, 5:241—247.

Silverman PR (1988). Widow-to-widow: a mutual help program for the widowed. In: Price et al., eds. 14 ounces of prevention: a casebook for practitioners.

Washington, American Psychological Association: 175—186.

Stephens T, Dulberg C, Joubert N (1999). Mental health of the Canadian population: a comprehensive analysis. Chronic Diseases in Canada, 20(3): 118—1 26.

Stevens N, van Tilburg T (2000). Stimulating friendship in later life: a strategy for reducing loneliness among older women. Educational Gerontology, 26(1):1 5—35.

Sturm R (1999). What type of information is needed to inform mental health policy? Journal of Mental Health Policy and Economics, 2:141-144.

Sundar M (1999). Suicide in farmers in India [letter]. British Journal of Psychiatry, 175:585—586.

Suomi S (2002). Evidence of gene-environment interactions in the primate laboratory. Presentation at the Johns Hopkins University Symposium The Intersection of Genomics and Enviromics, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland.

Susser M, Susser E (1996). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. American Journal of Public Health, 86(5):674—677.

Syme SL (2003). Psychosocial interventions to improve successful aging. Annals of Internal Medicine, 139:400—402.

Tang KC, Ehsani J, McQueen D (2003). Evidence-based health promotion: recollections, reflections and reconsiderations. Journal of Epidemiology and Community Health, 57:841—843.

Thomson H, Petticrew M, Douglas M (2003). Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence. Journal of Epidemiology and Community Health, 57:11—16.

Thomson H, Petticrew M, Morrison D (2001). Housing interventions and health — a systematic review. British Medicaliournal, 323:187—190.

Tobler NS (1992). Drug prevention programs can

Work: research findings. Lournal of Addictive Diseases, 11:1-28

Tobler NS et al. (1999). Effectiveness of school-based drug prevention programs for marijuana use. School Psychology International, 20:1 05—1 37.

Tobler NS, Stratton HH (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. Journal of Primary Prevention, 18:71—128.

Tomlinson M (2001). A critical look at cultural diversity and infant care. Synergy, Australian Transcultural Mental Health Network, Winter:3—5.

Tones K, Tilford S (2001). Health promotion: effectiveness, efficiency and equity. Cheltenham, Nelson Thornes Ltd.

Tout K (1989). Ageing in developing countries. Oxford, Oxford University Press.

Tuthill D et al. (1999). Maternal cigarette smoking and pregnancy outcome. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 1 3(3):245—253.

Underwood-Gordon LG (1999). A working model of health: spirituality and religiousness as resources: applications to persons with disability. Journal of Religion, Disability and Health, 3(3):51 —71.

UNICEF (2002). UNICEF Annual Report 2002. New York, UNICEF.

Vaillant G (2003). Mental Health. American Journal of Psychiatry, 160:1373-1384

Valdez-Menchaca M, Whitehurst G (1992). Health
Accelerating language development through picture book reading: a systematic extension to Mexican day care. Developmental Psychology, 28(6):1 106—1114.

Van der Klink et al. (2001). The benefits of interven-Tions for work – related stress. American journal of Public Health, 91(2):270-276

VicHealth (1999). Mental health promotion plan foundation document 1999—2002. Carlton South, Victoria, Victorian Health Promotion Foundation.

Villar J et al. (1992). A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. New England Journal of Medicine, 327(1 8):1 266-1271.

Walker L, Moodie R, Herrman H (2004). Promoting mental health and wellbeing. In: Moodie R, Hulme. A (eds). Hands on health promotion. Melbourne, IP Communications.

Weare K (2000). Promoting mental, emotional and social health: a whole school approach. London, Routledge.

WethingtonE, Brown G, Kessler R (1995). Interview measurement of stressful life events. In: Cohen S, Kessler R, Underwood GL, eds. Measuring stress. New York, Oxford University Press:59-79.

WHO (1948). Constitution of the World Health Organization. Geneva, World Health Organization.

WHO (1978). Declaration of Alma-Ata:International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR,Sep 6—12. Geneva, World Health Organization

WHO (1986). Ottawa charter of health promotion. Geneva, World Health Organization.

WHO (1990). The introduction of a mental health component into primary health care. Geneva, World Health Organization.

WHO (1996). Promoting health through schools. The WHO global school health initiative. Geneva, World Health Organization.

WHO (1997). Life skills education in schools. Geneva, Programme on Mental Health, World Health Organization.

WHO (1997a). Partnerships for health in 21st century: 2+2=5. Conference working paper on partnerships. Geneva, World Health Organization:HPR/HEP/4ICHP/PT/97.1.

WHO (1998). Health promotion glossary. Geneva, World Health Organization.

WHO (1998a). Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen, World Health Organization, EURO.

WHO (1999). A critical link: interventions for physical growth and child development. Geneva, World Health Organization.

WHO (2000). The world health report 2000— health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization.

WHO (2000a). Women's mental health: an evidence based review. Geneva, World Health Organization: WHO/MSD/MHP/OO.1.

WHO (2001). Basic documents. 43rd Edition. Geneva, World Health Organization:1.

WHO (2001 a). Strengthening mental health promotion. Geneva, World Health Organization (Fact sheet, No. 220).

WHO (2001 b). Mental health: new understanding, new hope. The World Health Report. Geneva, World Health Organization.

WHO (2001 c). Atlas: mental health resources in the world. Geneva, World Health Organization.

WHO (2002). Prevention and promotion in mental health. Mental health: evidence and research. Geneva, Department of Mental Health and Substance Dependence.

WHO (2002a). World report on violence and health: summary. Geneva, World Health Organization.

WHO (2002b). 25 questions and answers on health and human rights. Geneva, World Health Organization (Health and human rights publication series, No. 1).

WHO (2003). Investing in mental health. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003a). WHO framework convention on tobacco control. World Health Assembly (www.who.int/tobacco/fctc/text/fi nal).

WHO (2003b). Mental health in emergencies. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003c). Creating an environment for emotional and social wellbeing. Geneva, World Health Organization.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine, 41: 1403—1409.

Wilkinson R, Marmot M (1998). The solid facts: social determinants of health. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.

Windsor R et al. (1993). The dissemination of smoking cessation methods for pregnant women: achieving the Year 2000 objectives. American Journal of Public Health, 83(2):1 73—1 78.

Woolcock M (1998). Social capital and economic development: towards a theoretical synthesis and policy framework. Theory and Society, 27(2): 15 1—208.

World Bank (2000). World development report: attacking poverty. Oxford, Oxford University Press.

World Bank (2004). Social capital website (www.worldbank.org/poverty/scapital).

Wu Z et al. (2002). Community base trial to prevent drug use amongst youth in Yunnan, China. American Journal of Public Health, 92:1952—1957.

Wyn J et al. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34:594—601.

Yoshikawa H (1994). Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. Psychological Bulletin, 115:28—54.

تعزيز الصحة النفسية

تعتبر فكرة تعزيز الصحة النفسية غير مألوفة للكثير من الناس. فالعاملون في مجال الصحة العمومية وتعزيز الصحة قد لا يكونون على دراية بإمكانية تعزيز الصحة النفسية، نظر لعدم وضوح مفاهيم الصحة النفسية والأمراض النفسية. ومن ثَم فإن إدماج الصحة النفسية في أنشطة تعزيز الصحة من شأنه توجيه الطاقات الموجهة لتعزيز الصحة والصحة العمومية للتركيز بفاعلية أكبر على هذا المجال، فضلاً عن تمكين المجموعات المهنية من فهم النهج والأساس المنطقي بشكل أفضل.

ولن يتأتى تحسين الصحة النفسية إلا من خلال العمل الجماعي للمجتمع. فتحسين الصحة النفسية يتطلب سياسات وبرامج موسعة، وأنشطة نوعية في مجال الصحة ترتبط بالوقاية من اعتلال الصحة وعلاجه.

فبالارتكاز على مقولة ((لا تتحقق الصحة بدون صحة نفسية))، فإن مقالات الصحة العمومية تشير إلى الصحة النفسية والمرض النفسي منن منطلق المفهوم الإيجابي.

فكما تم توطيد نج الصحة العمومية وصحة السكان في المجالات الأخرى مثل صحة القلب ومكافحة التبغ، فقد أصبح جلي أن ((الصحة النفسية ٦م الجميع)).

ومن ثَم يستعرض هذا التقرير الموجز ما يلي:

- مناقشة لمفاهيم الصحة النفسية وتعزيزها ووصف العلاقة بين الصحة النفسية والمرض النفسي.
- الأساس المنطقي للمكانة التي تحتلها الصحة النفسية في الصحة العمومية، والوقاية من المرض النفسي، والمعالجة وإعادة تأهيل المعايشين للمرض النفسي والإعاقات الناجمة عنه.
- الاحتمالات العديدة المرتقبة التي تطرح نفسها عند دراسة الصحة النفسية بوصفها إحدى قضايا الصحة العمومية، ونوع البينات الموجودة في هذا المجال، ونجاعة استراتيجيات تعزيز الصحة النفسية.
- أمثلة للتدخلات المحتملة ومسؤولية القطاعات المختلفة.
- الأنشطة التي يمكن ممارستها على الفور في ظل تنوع مواقع الموارد.

ISBN: 978-92-9021-414-4