

الصحة النفسية في الجمهورية اليمنية
بين الماضي والحاضر وآفاق المستقبل



بسم الله الرحمن الرحيم

الصحة النفسية في الجمهورية اليمنية بين الماضي والحاضر وأفاق المستقبل

إعداد

رئيس الفريق

د. بلقيس جباري

أستاذ الصحة النفسية المساعد

قسم علم النفس/كلية الآداب

جامعة صنعاء

د. محمد الطشي
أستاذ الطب النفسي
قسم الباطنة الخاصة/كلية الطب
جامعة صنعاء

د. علي الطارق
أستاذ الصحة النفسية المشارك
قسم علم النفس/كلية الآداب
جامعة صنعاء

يوليو 2008

قائمة المحتويات

6	مقدمة:
6	أهمية البحث والحاجة إليه:
12	مشكلة البحث:
14	أهداف البحث:
15	الإطار النظري:
15	مفهوم الصحة النفسية:
15	أهداف الصحة النفسية:
17	معايير الصحة النفسية (السواء واللاسواء):
19	- مظاهر الصحة النفسية:
21	- العوامل المؤدية إلى انتشار الأمراض النفسية:
21	الإعاقات المختلفة:
22	حوادث السير:
22	انتشار الأمراض:
22	تدني مستوى الرعاية الصحية:
23	عدد السكان:
23	ارتفاع معدل الفقر:
24	تعاطي القات:
26	- المؤسسات والمراكز العاملة في رعاية الصحة النفسية:
26	أولاً: مستشفيات الطب النفسي العامة:
27	ثانياً: العيادات النفسية:
27	(أ) العيادات النفسية العامة:
28	(ب) عيادات الإرشاد النفسي والتوجيه:
30	ثالثاً: مراكز الرعاية والتأهيل:
30	(أ) مراكز الرعاية العامة:
30	(ب) مراكز الرعاية للمسنين:
31	رابعاً: مركز التأهيل المهني:
31	(أ) مراكز رعاية الأطفال:

- 32..... (ب) مراكز إقامة الأطفال
- 32..... خامساً: الاتحادات والمؤتمرات المحلية والإقليمية
- 34..... - تاريخ الصحة النفسية في الجمهورية اليمنية**
- 34..... مقدمة:
- 34..... الطب النفسي في اليمن عبر العصور الإسلامية حتى قيام ثورة سبتمبر 1962 والاستقلال 1967:.....
- 36..... الصحة النفسية والطب النفسي في الفترة 1948- حتى قيام ثورتى سبتمبر 1962 والاستقلال 1967:.....
- 38..... الصحة النفسية بعد ثورة 1962م في الشمال والاستقلال 1967م في الجنوب وحتى عام 1980.....
- 38..... نشاط وزارات الصحة والوزارات الأخرى في مجال الصحة النفسية (1967) (1967).....
- 38..... الجمهورية العربية اليمنية بين (1962-1980).....
- 41..... جمهورية اليمن الديمقراطية الشعبية (1967-1980):.....
- 42..... - الصحة النفسية في الجمهورية العربية اليمنية بين عام 1980-1990:.....
- 44..... - الصحة النفسية في جمهورية اليمن الديمقراطية بين (1980-1990):.....
- 46..... الصحة النفسية في اليمن الموحد بين عام 1990م وحتى 2004:**
- 46..... أولاً: أمانة العاصمة:.....
- 51..... خدمات الصحة النفسية في محافظة عدن 1990 حتى 2004م.....
- 51..... خدمات الصحة النفسية في محافظة تعز بين 1990 حتى 2004م:.....
- 52..... خدمات الصحة النفسية في محافظة الحديدة بين 1990 وحتى 2004:.....
- 53..... خدمات الصحة النفسية في محافظة إب:.....
- 54..... خدمات الصحة النفسية في محافظة ذمار:.....
- 54..... خدمات الصحة النفسية في محافظة حضرموت:.....
- 55..... خدمات الصحة النفسية في محافظة شبوة:.....
- 55..... خدمات الصحة النفسية في بقية المحافظات:.....
- 55..... المستشفيات العامة، ومراكز الطب النفسي، والعيادات الخاصة حتى عام 2004م:.....
- 55..... مراكز العلاج بالقرآن:.....
- 56..... التخطيط المناطقي Locality Planning:.....**
- 59..... - مكونات خدمات الصحة النفسية في بريطانيا وبعض الدول الغربية (المرجع):.....
- 60..... - خدمات الصحة النفسية ضمن خدمات الرعاية الأولية:.....
- 66..... - الوقاية من الأمراض النفسية:.....
- 67..... منهجية البحث وإجراءاته:**
- 67..... مجتمع البحث:.....
- 67..... عينة البحث:.....
- 67..... - أدوات البحث:.....
- 67..... الأداة الأولى: (اتجاه المواطنين تجاه مهنة العلاج النفسي):.....
- 68..... الأداة الثانية: (مقياس الاتجاهات نحو مهنة الإرشاد والعلاج النفسي).....
- 70..... الأداة الثالثة: (استمارة المنشآت):.....

71.....الأداة الرابعة: (استمارة العيادات):
71.....الأداة الخامسة: (استمارة الجامعات):

72.....تحليل النتائج ومناقشتها

73.....مشروع قانون رقم () لسنة 2004م.....

77.....- مشروع قانون الصحة النفسية لسنة 2007:.....

158.....توصيات ومقترحات:

158.....أولاً: التوصيات:

158.....- مجال الكوادر البشرية والعاملين:

160.....- مجال المنشآت:

162.....- في مجال التثقيف والتوعية المجتمعية وتعديل الاتجاهات:

163.....- في مجال رعاية المرضى:

164.....- في مجال التنظيم:

165.....- العيادات الخاصة والمستشفيات الخاصة:

166.....ثانياً: المقترحات:

166.....مقترحات وتصورات للوقاية من الأمراض النفسية:

167.....حلول ومقترحات لتطوير العمل الأكاديمي:

168.....قائمة المراجع:

مقدمة:

يقوم فريق من الباحثين المختصين في مجال الصحة النفسية والطب النفسي بدراسة واقع الصحة النفسية في اليمن وآفاقها بتكليف من الصندوق الاجتماعي للتنمية. هذا البحث الرائد يعتبر باكورة دراسة ضرورية وملحة لاستطلاع طبيعة وخصائص الوضع النفسي للفرد اليمني في علاقاته ببيئة الكلية المحلية. وما كان لهذا البحث أن يرى النور من دون تكليف وتمويل مباشر من الصندوق الاجتماعي للتنمية.

ويعتبر الصندوق الاجتماعي للتنمية أحد مؤسسات الدولة الحيوية والفاعلة والذي يغطي أنشطة متنوعة ومجالاً واسعاً من قضايا التنمية الاقتصادية والاجتماعية في مختلف بقاع الجمهورية، ونخص هنا دوره وتوجهه المحمود نحو وضع استراتيجيه عامة للصحة النفسية وهو الجانب الذي تم إغفاله لسنوات من قبل القطاعات المختلفة أو تم المرور عليه باستحياء. كما نتوجه بالشكر والعرفان لجميع المؤسسات الرسمية والخاصة، ممثلة بالوزارات والمصالح الحكومية والمستشفيات والعيادات العامة والخاصة، والمصحات ومراكز الإرشاد والمنظمات الدولية وفي مقدمتها مكتب منظمة الصحة العالمية الذين مدوا يد المساعدة لفريق البحث بالمعلومة والبيانات الضرورية لإنجاز هذا البحث. ولم يكن لهذا البحث أن ينجز بهذه الصورة من الشمول الجغرافي والإحصائي من دون جهود أولئك الشابات والشباب من الباحثين الميدانيين الذين تحملوا مشقة السفر ونزلوا إلى كافة المحافظات قيد الدراسة دون كلل أو ملل.

وهؤلاء الباحثون هم:

1. أشجان غفوري
2. رحمه محمد الرمانه
3. طاهر قايد الحزمي
4. عزه يحي الوتاري
5. محمد عباس الملحاني
6. محمد عبدالله الجميل
7. هاشم علي الحكيمي
8. هاني سعد نواس

وقد كانت الأخت ضابط المشروع بالصندوق د. نهلة شجاع الدين خير معين لنا وخير سند في جميع مراحل إنجاز هذا البحث ولا ننسى أن نشيد بإمامها الكبير بمجال الصحة النفسية وكأنما هي أحد المتخصصين في هذا المجال وهو ما سهل لنا مهمتنا وعلنا كفريق واحد متناغم. كما لا يفوتنا أن نشكر ضباط المشاريع في المحافظات موضوع الدراسة لما قدموه من العون لفريق البحث المساعد. ونشكر جميع أولئك الذين أسهموا بطريقة غير مباشرة ، مهما كانت مساهمتهم ، في نجاح هذه الدراسة وخروجها إلى النور.

أهمية البحث والحاجة إليه:

تظهر تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن نحو مليون شخص في العالم يعانون من مشكلات سلوكية ونفسية وعصبية وعقلية في كل لحظة وفي وقت كل من أوقات حياتهم، وأن ما يقارب 870 ألف شخص يختارون الانتحار كل عام تحت وطأة تلك المشكلات، وربما هناك أعداد أكبر بمرات من هذا العدد الذي يقضون نحبهم بسبب الحوادث الناجمة عن المشكلات النفسية. وليس هناك من بلد في هذا العالم محصن من المشكلات الصحية النفسية وعواقبها التي تسبب الإعاقة وأشد أنواع المعاناة للملايين من البشر.

ومع ذلك فإن العدد أكبر من ذلك بكثير ومن الصعب تصوره. فواحد من أصل أربعة من اللذين يحتاجون للرعاية النفسية الفعلية يراجعون مراكز الخدمات الصحية بأشكالها وأنواعها المختلفة سواء أكانت

مراكز إرشاد نفسي أم علاج نفسي أم علاج طبي نفسي أم عصبي، وتظل غالبية الاضطرابات بدون تشخيص فعلي يعاني أصحابها بصمت، أو يعاني المجتمع منهم أسرهم وأولادهم، ويدفعون الثمن من خلال تفريخ مستمر للاضطرابات النفسية (رضوان، 2007، ص11).

المجتمع اليمني ليس استثناء من هذه الصورة، وإنما على العكس وبسبب قوة التحولات المجتمعية التي شهدتها اليمن على امتداد نصف القرن الماضي تغدو المشكلات الصحية النفسية التي يقاسي منها المجتمع أكثر انتشاراً وعمقا وحدة. وبالرغم من عدم وجود أرقام ومعطيات إحصائية عن عدد المصابين بالأمراض النفسية والعصبية، فلا شك أن عدد هولاء يعد بمئات الآلاف في اليمن، إذا أخذنا بنظر الاعتبار الظروف الاقتصادية والاجتماعية والصحية السائدة، ونمط الحياة العامة وبخاصة إنتشار تعاطي القات في أوساط الغالبية من سكان اليمن وبين الشرائح الاجتماعية ومستوياتها العمرية المختلفة.

ولا ريب أن أكثر من أربعة عقود من التغيير الاقتصادي والاجتماعي السريع في اليمن منذ قيام الثورتين اليمنيتين في مطلع الستينات قد فرضت وجود واقع جديد بمعطيات جديدة وشروط جديدة للحياة ينبغي على الأفراد أن يتكيفوا معها. ومن المعروف أن المجتمع اليمني قبل قيام الثورة ، سواء في شمال اليمن أو جنوبه كان يعيش حالة من العزلة شبه التامة مع العصر. حيث كانت معظم عناصر الحياة العصرية معدومة تماما، لدرجة أن صحيفة "New York Times" علقت يوم إعلان الجمهورية العربية اليمنية في عام 1962 ، قائلة أن قيام هذه الجمهورية في زاوية مجهولة من جنوب شبه الجزيرة العربية هو سعي لنفض تراب القرن الثاني عشر والالتحاق بالقرن العشرين، في إشارة إلى عمق العزلة الشديدة التي كان يعيشها اليمنيون قبل قيام هذه الجمهورية. ولم تكن المقاربة والتشبيه تخلو من الحقيقة. فقد قامت الثورة ومعظم أجزاء اليمن ليس لديها كهرباء ولا مدارس حديثة ولا جامعات، ولا طرقات معبدة ولا مستشفيات (عدى مدينة عدن)، وليس هناك شيء يوجد في اليمن يرمز إلى إيقاع الحياة في القرن العشرين. وكان المجتمع اليمني حالة فريدة من الفاقة والجهل والمرض، مجتمع غارق في ظلمات الماضي بكل ما تعنيه الكلمة من معنى.

وخلال أربعة عقود من قيام الثورة حدثت تحولات سريعة وعميقة ومثيرة في كافة مجالات الحياة فتحت معها أبواب العصر بكل إيقاعاته السريعة أمام أعضاء المجتمع اليمني أفراداً وأسرأً وجماعات. وللتغيير قطعاً أوجهه وآثاره الإيجابية وأوجهه وآثاره السلبية، وخاصة عندما يقع التغيير بحجم ما حدث في المجتمع اليمني، من حيث السرعة والعمق، خلال مدة وجيزة لا تتعدى عقود لتنتقل مجتمع كان يعيش في القرون الوسطى إلى مجتمع يسعى للحاق بركب القرن العشرين.

فعلى الرغم من المنافع الجمة التي حدثت مع هذه التحولات العميقة، إلا أن إيقاعاتها السريعة وعناصرها المثيرة على مجتمع تقليدي - ظل لدهور مغلول بقيم الماضي ونظمه وتقاليده وأعرافه، ومقيد بأنماط إنتاج وعلاقات إنتاج قديمة ومتخلفة- قد صاحبها آثار نفسية وصحية واجتماعية مريرة ومؤلمة، جزء منها مردها إلى عدم قدرة المجتمع على التكيف مع هذه الإيقاعات السريعة والتحولت الكبيرة، وجزء آخر إلى ندرة الموارد المتاحة لتأمين الشروط الضرورية لمواجهة تحديات التغيير السريع ومتطلبات العصر الجديد.

والمعروف أن سكان اليمن حتى قيام الثورة لم يكن يتجاوز عددهم أكثر من خمسة إلى ستة ملايين نسمة يعيش الغلبة الغالبة منهم في ظروف صحية ومعيشية واجتماعية قاسية وشاقة. وكان الاستقرار السكاني ناشئاً عن مستوى مرتفع من المواليد والوفيات، أو كما يطلق عليها في الأدبيات الديموغرافية بالمرحلة الأولى من التحول الديموغرافي، دلالة على عزلة المجتمع اليمني وعيشه في ظل شروط إنتاج وعلاقات إنتاجية متخلفة وموغلّة في القدم. وخلال الفترة 1962-2007 أرتفع عدد سكان اليمن نحو خمسة أضعاف ليبلغ اليوم نحو 22 مليون نسمة وهو نمو سكاني غير معهود. ولا ريب أن لهذا النمو السكاني السريع والفريد في معدلاته آثار اقتصادية واجتماعية ونفسية عميقة على الفرد والمجتمع. احد أبرز ملامح هذا النمو ارتفاع عدد أفراد الأسرة، وما يصاحبه من ارتفاع معدل الإعالة الكلية ومعدل الإعالة الاقتصادية. وطبقاً للمصادر الإحصائية الرسمية بلغ معدل الإعالة الكلية استناداً إلى التعداد السكاني لعام 2004م نحو 194%، أما معدل الإعالة الاقتصادية الكلية في عام 2006 طبقاً لآخر المصادر الإحصائية الرسمية بلغت نحو 584% (كتاب الإحصاء السنوي لعام 2007، ص 63) بما يعني إن كل فرد يعمل يعيل ستة أشخاص إضافة إلى إعالتهم لنفسه، وتلك لا شك من أعلى معدلات الإعالة في العالم. هذه المعدلات المرتفعة للغاية تكشف عن حجم وقوة الضغوط الاقتصادية والاجتماعية التي تزرع تحت أعباءها الأسرة اليمنية وما يتولد عن ذلك من توترات نفسية وصحية واجتماعية قاسية.

ومن الطبيعي إن تترك عملية التحضر السريع التي رافقت عملية التغيير الاقتصادي والاجتماعي هي الأخرى آثاراً نفسية واجتماعية وصحية على الفرد والأسرة والمجتمع. فهجرة تلك الأعداد الكبيرة من سكان الريف - ذات الطابع الإنتاجي والقيمي والسلوكي الريفي المختلف عن طابع الحضر - إلى المدن الحضرية بما تحمله من عناصر وقيم جديدة مختلفة عن تلك السائدة في الريف يضع أولئك المهاجرين أمام قوى وتحديات تكيفه كبيرة لم يكونوا مؤهلين ولا مستعدين لها. فقد ارتفع على سبيل المثال سكان الحضر من 10% عام 1975 (The World bank, p.36) إلى نحو 29% عام 2006 (الجهاز المركزي للإحصاء، 2006). ولجعل الصورة تبدو أكثر تعبيراً وإيضاحاً على سرعة معدل التحضر في اليمن وما يترتب عنها من نتائج يكفي أن نشير إلى إن عدد سكان العاصمة صنعاء قد تضاعف بحول 7.4 مرة خلال ثلاثة عقود فقط من 135 ألف نسمة عام 1975 إلى أكثر من مليون وتسعمائة وخمسون ألف نسمة بحلول عام 2006م. هذا بالإضافة إلى ما تفرضه الهجرة الداخلية إلى المدن من ضغوط شديدة على الخدمات العامة المتاحة والمحدودة في نفس الوقت، بما في ذلك الخدمات الصحية، حيث يجاهد الآلاف من الأفراد للوصول إلى تلك الخدمات القليلة والمحدودة ويتنافسون للحصول عليها. وكل هذا بدوره ينعكس سلباً على أفراد المجتمع. هذا فضلاً على أن عملية التحضر الواقعة في اليمن بطابعها المنقوص لم تتمكن من صهر الجماعات المهاجرة من الريف في بيئة اقتصادية واجتماعية وثقافية حضرية متكاملة.

حقاً لقد حصل تطور ملحوظ في حجم ونوعية الخدمات الصحية في اليمن خلال العقود القليلة الماضية. فعلى سبيل المثال أرتفع عدد الأطباء من طبيب لكل 23000 نسمة عام 1976م (The World bank, p59) إلى طبيب لكل 3450 نسمة (الجهاز المركزي للإحصاء 2006م). وفي عام 1980 كان معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 141 لكل ألف طفل (The World bank, p58) وانخفضت إلى 92.3 لكل ألف طفل

بحلول عام 2004 (الجهاز المركزي للإحصاء، 2006). وبالرغم من هذا التحسن الملحوظ فإن مؤشرات الصحة في اليمن تظل من بين الأسوأ على مستوى العالم فعلى سبيل المثال لا الحصر، بلغ مؤشر سوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة نسبة 53% وبين وفيات الأمهات 365 لكل 100000 عام 2003 وهي من بين أعلى المعدلات في العالم. وقس على ذلك الكثير من مؤشرات الصحة العامة. وفي ظل مستوى مرتفع من الوفيات سواء داخل الأسرة أو الجماعات، يملئ الحياة الأسرية والاجتماعية بعوامل من الضغوط الشديدة التي بتأزرها مع عوامل أخرى تقود إلى الكثير من الاضطرابات الصحية والنفسية.

ولا شك أن لمستوى التعليم، ومؤشر التنمية البشرية بشكل عام أثره الواضح على أداء الأفراد في تعاملهم ومواجهتهم لضغوط البيئة المحيطة والتكيف مع وقائع التغيير المستمرة. وقد بينت الدراسات الاجتماعية والنفسية أن الأفراد المتعلمين هم أقدر على التكيف ومواجهة الضغوط بشكل أفضل من غير المتعلمين. ولما كانت الأمية ما زالت تسيطر على قطاع واسع من السكان في اليمن، فإن من الطبيعي أن يكون الكثير منهم ضحايا أسهل لضغوط الحياة الاقتصادية والاجتماعية وظروف التغيير السريعة الحادثة في اليمن. وتشير المصادر الإحصائية أن معدل الأمية في اليمن ما زال مرتفعاً للغاية، حيث أن نسبة الأمية تصل إلى 45.3%، وتقفز هذه النسبة إلى أكثر من 61% بين الإناث.

كما أن الضغوط الاقتصادية الشديدة التي يواجهها المجتمع اليمني أسراً وأفراداً أصبحت أشد وقعا من أي وقت مضى على حياة مئات الآلاف من الأسر. فطبقاً للمصادر الإحصائية الرسمية يبلغ معدل السكان الفقراء اليوم نحو 35% (مسح ميزانية الأسرة لعام 2005)، ومعدل البطالة الكلية طبقاً لتعداد 2004 بلغ 16.3%، ولاشك أن الرقم اليوم هو أعلى بكثير. ولما كان العاطلون عن العمل في اليمن يفتقرون إلى برامج إعانة للعاطلين عن العمل، وفي ظل مستوى الدخل المتدنية السائدة في اليمن والتي لا يزيد فيها متوسط نصيب الفرد الواحد من الناتج المحلي الإجمالي اليوم أكثر من 870 دولار في العام مقابل 2390 دولار للفرد في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (The World bank, p—) فإن الضغوط الاقتصادية تشكل أحد المصادر الرئيسية للضغوط النفسية والاجتماعية للفرد والأسرة اليمنية. وجنباً إلى تلك الضغوط الاقتصادية العنيفة يسهم تناول وزراعة القات أسهاماً شديداً في تصعيدها وتراكمها. حيث تؤكد الدراسات الخاصة بالقات أن تناول القات يستأثر بأكثر من 10% من دخل الأسرة اليمنية وهي نسبة تفوق النسبة المخصصة للسلع الضرورية والدوائية، كما أنه يسهم في أكثر حالات الطلاق النفسي في المجتمع ومظاهر التفكك الأسري التي سوف نتطرق لها بمزيد من التفصيل لاحقاً.

وتأزر ضغوط البيئة تلك الضغوط الاقتصادية والاجتماعية التي سبق الإشارة إليها لتشكل معاً مخزوناً متراكماً ومتعاضداً من الضغوط قليل من الأفراد والأسر يستطيعون الفكك من قبضتها المدمرة. فاليمن على سبيل المثال من بين أكثر دول العالم التي تقاسي من ندرة المياه بحيث لا يتعدى نصيب الفرد الواحد من الماء في العام 150 متر مكعب في المتوسط، مقارنة بـ 1250 متر مكعب في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا و 7500 متر مكعب للمتوسط العالمي. وتشير التقارير المحلية والدولية أن ندرة المياه في النصف الغربي من البلاد (المرتفعات الجبلية، وتهامة، وشواطئ الخليج العربي) والتي يتركز فيها 90% من السكان، قد وصلت إلى أعلى درجات الحرج بحيث يصل نصيب الفرد الواحد من المياه حوالي 90 متر مكعب في

العام (The World bank, P24). وكثيراً ما يلحظ خروج الأسر بكامل أفرادها صغار وكبار رجالاً ونساء في بعض المناطق للبحث عن المياه، تاركين فيها أعمالهم، ومدارسهم خلفهم. ولا شك أن هذه الندرة الكبيرة للمياه تشكل أقصى مصادر الضغوط على أفراد المجتمع وتهدد أمنهم واستقرارهم مما يؤثر بدوره على صحتهم النفسية. لأنه يمكن التخلي عن الكثير من متطلبات الحياة العصرية، لكنه من المستحيل العيش من دون شربة ماء.

وبالرجوع إلى تلك الوقائع والمعطيات والظواهر التي تم الإشارة إليها أعلاه فإن تبني دراسة ميدانية للتعرف على واقع الصحة النفسية للمجتمع اليمني تصبح ضرورة ملحة. إذ إن الضغوط الاقتصادية والاجتماعية والبيئية الناشئة عن تلك المعطيات والوقائع السالفة الذكر تخلف معطيات ووقائع صحية ونفسية جدية بالفحص والدراسة والتحليل. هذه الدراسة العملية التي يقوم بها مجموعة من الباحثين المختصين بتمويل وإشراف من الصندوق الاجتماعي للتنمية لا شك سوف تسهم إسهاماً كبيراً في تقصي واقع الصحة النفسية للمجتمع اليمني وتقديم إستشرافات ومقترحات ومعالجات في المستقبل. ومثل هذا العمل يمثل مقدمة وخطوة ضرورية لوضع إستراتيجية للصحة النفسية في الجمهورية اليمنية، وهو الهدف النهائي لهذا المشروع.

يأتي هذا المشروع في سياق إقليمي وعالمي من الاهتمام بالصحة النفسية للفرد والأسرة والمجتمع، بهدف خلق مجتمع خلاق خال من الضغوط، وصحيح نفسياً بقدر ضرورة الصحة البدنية.

فالاهتمام بالصحة النفسية اليوم يأتي في مقدمة اهتمامات الدول المتقدمة للأفراد والسبب في ذلك هو الزيادة المطردة في نسبة الأمراض النفسية في عصرنا الحديث. حيث تتوالي الجهود العالمية بحيث تجعل الاهتمام بالصحة والرعاية النفسية يسير جنباً إلى جنب مع الاهتمام العام بالصحة الجسدية. إن اليمن ، مع شديد الأسف ، مازالت بالمقاييس العالمية في هذا الحقل بعيدة تماماً عن متطلبات تأمين خدمات الصحة النفسية المقبولة. حيث تشير إحصاءات 2006 إلى أنه يوجد فقط (44) طبيب صحة نفسية من بين إجمالي الأطباء الأخصائيين للذين يبلغ عددهم (8534) في كافة أنحاء الجمهورية وهو ما يعني طبيب نفسي واحد لكل (500000) شخص تقريباً. وهو نفس الرقم في عام (1980) إي قبل 28 عاماً تقريباً. (الخطة الخمسية الثانية لوزارة الصحة) ومن إجمالي عدد المستشفيات الذي يبلغ (363) تتوزع مابين مستشفيات عامه وخاصة وريفية على كافة محافظات الجمهورية وهذا الرقم لا يتضمن المراكز الصحية ووحدات الرعاية الأولية. يبلغ عدد المستشفيات في المحافظات الخمس موضوع الدراسة (صنعاء، عدن، تعز، الحديدة، المكلا) 164 مستشفى (الجهاز المركزي للإحصاء، 2006) إلا أنه لا يوجد سوى حوالي (11) منها التي تحتوي على عيادات وأقسام رعاية نفسية - في حدود علم فريق البحث - وهذا مؤشر واضح على عدم الاهتمام بجانب الصحة النفسية لأفراد المجتمع.

وعليه فإن الاهتمام بموضوع الصحة النفسية هو اهتمام بالتنمية الشاملة باعتبار الإنسان هو الأساس والرهان الحقيقي للنهوض والتطور وإحداث التحولات الاقتصادية والاجتماعية. لذلك لا بد أن يحصل كل فرد

من أفراد المجتمع على الحد الأدنى من الاحتياجات والخدمات الضرورية لصحته النفسية خاصة في هذا العصر، عصر القلق والضغوط، وعصر العولمة المتحيزة، حيث يتراجع فيها دور الدولة الاقتصادي والاجتماعي، وتتسحب من مجالات كانت في السابق وظيفة حكر على الدولة، من أهمها تأمين الرعاية الصحية المجانية والتعليم المجاني لجميع المواطنين. ويبدو من الواضح الآن أن هذا الدور قد بدء بالتقلص وأصبحت المستشفيات الخاصة التي لا يقدر على الوصول إلى خدماتها إلا الميسورين، وضعت شرائح واسعة من السكان مكشوفين دون رعاية صحية أو مقدر على الوصول إلى وسائل الرعاية الصحية المنتشرة في عموم أرجاء البلاد.

إن دستور الجمهورية اليمنية يشدد على ضرورة وجود هذه الخدمات لبناء مجتمع قوى ومعافى. فالمادتين (30) و (32) من دستور الجمهورية اليمنية تنص على أن " تحمي الدولة الأمومة والطفولة وترعى النشء والشباب" وأن " التعليم والصحة والخدمات الاجتماعية أركان أساسية لبناء المجتمع وتقدمه يسهم الجميع مع الدولة في توفيرها". إذن طبقاً لهذا المنطوق الدستوري فإن كل فرد في المجتمع يحتاج إلى رعاية صحية ونفسية، على الدولة أن تضمنها وتوفرها له. وعند مراجعتنا لحزمة التشريعات والقوانين اليمنية حول الصحة النفسية تبين لفريق البحث وجود قصور واضح فيما يتعلق بقضايا الصحة النفسية. حيث لم نجد قوانين نافذة خرجت إلى النور بل وجدنا بعض القوانين التي لا زالت حبيسة الأدرج وتنتظر دورها في المجالات التشريعية والتنفيذية وسوف يتم الحديث عنها لاحقاً في موضع الإطار النظري لهذه الدراسة .

أن فريق البحث وهو يسعى إلى دراسة واقع الصحة النفسية في اليمن بغرض وضع إستراتيجية وطنية كان لزاماً عليه أن يستعرض التشريعات المحلية التي تنظم هذا الحق ومدى استيعابها لمسائل تنظيم خدمات الصحة النفسية والطب نفسية بما يتواءم مع احتياجات المجتمع لهذه الخدمات، وعلى نفس السياق يسعى فريق البحث لاستعراض مستوى الخدمات النفسية والطب نفسية وكفاءتها مقارنة بتلك السائدة في دول عربية أخرى.

وبالرغم من الأهمية القصوى لوجود مثل هذه السياسات والاستراتيجيات إلا أنه ليس هناك أي سياسة وطنية ولا تشريعات قانونية تتعلق بالصحة النفسية مما يجعل من الصحة النفسية مشكلة جديرة بالاهتمام والدراسة وتحتاج في سبيل التصدي لها تصميم الاستراتيجيات والخطط والسياسات وهي ما يرمي إليه هذا

المشروع. وعليه فقد وضع الباحثون تساؤلين رئيسيين تشكل الإجابة عليهما مهمة لاستقصاء الوضع الصحي النفسي للفرد اليمني والسبل الكفيلة بتهيئة بيئة اجتماعية كلية ملائمة لحياة نفسية سوية، وهذين التساؤلين هما:

- 1 هل تتم خدمات الصحة النفسية في اليمن على نحو فاعل في تحقيق أهدافها المرغوبة؟
- 2 هل تتضمن القوانين والتشريعات الوطنية أسس ومبادئ تقديم الخدمات النفسية والنفس طبية، وكذا حقوق الأفراد في الحصول عليها؟

وعليه فانه يمكن لنا أن نلخص أهمية هذا البحث في النقاط التالية:

- 1 ندرة الأبحاث والدراسات والبرامج التي تهدف إلى تعزيز الصحة النفسية في اليمن على وجه الخصوص وبالنتيجة خلو المكتبة الطبية والنفسية والاجتماعية من هذه الأبحاث التي مكاتبنا في أمس الحاجة إليها.
- 2 أهمية دراسة واقع الصحة النفسية في اليمن والذي بدوره يساعدنا على التنبؤ بواقع الصحة النفسية مستقبلاً ومواجهة كل الإشكاليات التي ترتبط بها.
- 3 يكتسب هذا البحث أهميته من كونه يمثل لبنة هامة لوضع الإستراتيجية العامة للصحة النفسية مع بداية الألفية الثالثة في اليمن، لتواكب مختلف التغيرات والتطورات المتعلقة بالصحة.
- 4 شمول الدراسة لعينة كبيرة تمثل الخمس المحافظات الرئيسية والأكثر سكاناً والإشارة إلى المحافظات الجديرة بالاهتمام.
- 5 هذا البحث يلقي الضوء على اتجاهات الأفراد نحو الصحة النفسية مما يساعد في توجيه الأنظار إلى الكيفية التي يتم من خلالها رفع مستوى الوعي الفردي والجمعي لأهمية الصحة النفسية والرعاية النفسية.
- 6 تبحث هذه الدراسة في كيفية مواجهة المخاطر الكبيرة التي يتعرض لها الإنسان اليمني، تلك المخاطر المتمثلة بزيادة الاضطرابات النفسية مع ندرة المراكز المتخصصة في هذا المجال وندرة الكفاءة العالية والمتخصصة منها.

مشكلة البحث:

قد يكون من الصعب الوصول إلى تحديد صادق وكامل لمدى انتشار الاضطراب في الصحة النفسية في أي بلد من بلاد العالم في الوقت الحاضر، والأسباب في ذلك كثيرة. فالأشخاص الذين يصابون

باضطرابات من هذا النوع في حياتهم النفسية قد يصلون إلى المؤسسات التي تهتم بعلاج الانحرافات، وقد لا يصلون. ثم إن بينهم من يهمل نفسه فترة من الزمن قد تطول وقد تقصر، وبينهم من لا تدرك أسرهم أهمية ذلك على المريض وانعكاسات مرضه عليهم. وبينهم من لا تتاح له فرص الرجوع إلى أية مؤسسة. كذلك قد يكون الإضطراب من درجة لا تكفي لدفع صاحبه إلى مراجعة المؤسسة المهتمة بالصحة النفسية، وقد تكون الأسباب خلاف ذلك. لهذا كله تبقى سجلات المؤسسات غير كافية من أجل الوصول إلى تحديد كامل للمشكلة، كما تبقى سجلات العيادات الخاصة بعيدة عن متناول الباحث في أكثر المناسبات.

أما في البلاد العربية عامة واليمن على وجه الخصوص فالأمر ما يزال أكثر صعوبة مما هو في الكثير من البلدان الأخرى التي قطعت شوطاً متقدماً في رعاية الصحة النفسية، وذلك على الرغم من الاهتمام الكبير بالموضوع في الوقت الحاضر وتكرار الحديث عن الخدمات النفسية والرعاية النفسية للمواطنين، ويعود الأمر في ذلك إلى عدد من العوامل من بينها قلة عدد المتخصصين في ميادين العناية بالصحة النفسية، وقلة العيادات، وبينها صعوبات متنوعة تأتي من الأسر والأشخاص كعدم الرغبة في الإعلان عن اضطرابات نفسية موجودة فعلاً لأسباب اجتماعية وثقافية، أو لظروف مادية تحول بين رغبة الشخص في الحصول على الخدمة الصحية، أو لأسباب جغرافية تقع في العيادات الصحية على محدوديتها وندرتها الشديدة على مسافة بعيدة أو وعرة عن محتاجيها.

ولم يعد هناك اليوم من شك أن الاضطرابات والمشكلات النفسية، والضغوط والأنماط الحياتية تلعب دوراً في نشوء الأمراض الجسمية المزمنة كالسرطانات بجميع أنواعها وأمراض القلب والدورة الدموية والسكري وفي ضعف المناعة وانتقال الأمراض المعدية. ولو وجد هؤلاء التشخيص الصحيح والعلاج المناسب لثم توفير مليارات الدولارات التي تذهب هدرًا في معالجات خطأ. والمعوقات التي تقف في وجه هذا كثيرة منها عدم الاعتراف بجديّة الاضطرابات النفسية والنظرة السلبية السائدة في مجتمعاتنا لها وقلة الوعي والمعرفة بالخدمات وأنواعها ومقدميها، وعدم إدراك وقصور في مخططي السياسة الصحية لأهمية إشراك جميع مؤسسات المجتمع في الوقاية والعلاج لهذه المشكلات (رضوان، 2007، ص 11، 12).

كذلك تتسحب آثار انتشار هذه الأمراض النفسية على المجال الاقتصادي في ضعف أداء العاملين اللذين يعانون من المشكلات النفسية وكثرة تغيبهم حيث تشير بعض التقارير أن (40%) من المرضى يترددون على الأطباء لأسباب نفسية، كما أن (40-60%) من العاملين يتغيّبون عن عملهم لأسباب نفسية وعقلية مما يزيد من الوقت الضائع، ويؤثر على اقتصاديات الإنتاج (عكاشة 1998، ص 22).

والوعي الفردي والمجتمعي بالأمراض النفسية والنظر إليها بنفس النظرة إلى الأمراض العضوية القابلة للتشخيص والعلاج مسألة في غاية الأهمية من أجل التصدي لانتشار الأمراض النفسية وعواقبها اللاحقة على الفرد والمجتمع. فالاعتراف والقبول الفردي والاجتماعي بالمرض شرط أولى لعلاجها.

عليه لقد بات معلوماً بأن وجود سياسة وطنية وتشريعات قانونية في الصحة النفسية يمثل المرتكز الأساسي للرعاية الصحية النفسية في أي بلد، فالسياسة الوطنية للصحة النفسية عبارة عن بيان موجز يهدف إلى وضع الخطوط العامة والاتجاهات المحددة لنمو وتطور الصحة النفسية في المجتمع. ووضع إستراتيجية يحتاج لدراسة تمهيدية للتعرف على المستوى الذي وصلت إليه الجمهورية اليمنية بمختلف قطاعاتها في خدمة الصحة النفسية لمحتاجيها. وهذا هو جوهر هذه الدراسة وما هدفت إليه.

أهداف البحث:

أولاً: تقييم الوضع الحالي للصحة النفسية على المستويات التالية:-

- مستوى القوانين والتشريعات التي تناولت في مضامينها مفهوم الصحة النفسية وأهدافها وسبل تميمتها ومراجعة هذه القوانين والتشريعات وفقاً لمتطلبات المرحلة الراهنة.
- مستوى السياسات والاستراتيجيات من حيث معرفة وضع الصحة النفسية والبرامج والدراسات ذات العلاقة.

ثانياً: تحليل الوعي الفردي للصحة وللمرض النفسي وتوضيح أبعاد العادات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.

ثالثاً: تحليل الوعي الاجتماعي تجاه الصحة النفسية.

رابعاً: التعرف على واقع الصحة النفسية في أوساط الذكور والإناث، أطفال وبالغين، وأكثر الأمراض انتشاراً والأسباب المباشرة وغير المباشرة لهذه الأمراض.

خامساً: حصر المراكز المقدمة للعلاج النفسي ومعرفة نوع الخدمات المقدمة فيها.

سادساً: معرفة عدد المتخصصين في مجال الطب النفسي، وفي مجال علم النفس وملائمة تخصصهم مع وظائفهم الحالية.

سابعاً: معرفة المنهج المدرس في كلية الطب ومدى ملائمة مع تقديم الخدمة في مجال الصحة الأولية.

ثامناً: معرفة التخصصات النفسية في كل من كلية الطب وكلية الآداب.

تاسعاً: معرفة الإشكاليات والفرص المتاحة والمخاطر للعمل في مجال الصحة النفسية.
عاشراً: معرفة كل الشركاء وذو العلاقة من الجانب الحكومي والمؤسسات الداعمة والقطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني.

الإطار النظري

مفهوم الصحة النفسية:

يمكن أن تعرف الصحة النفسية على أنها "التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة مع القدرة على مواجهة الصعوبات العادية المحيطة بالإنسان، ومع الإحساس الإيجابي بالنشاط والقوة والحيوية" (القوصي، 1970، ص8).

والتوافق التام هنا "يقصد به مواجهة الصعوبات العادية التي تمر بالإنسان مع الإحساس الإيجابي بالنشاط والقوة والحيوية، كما أن القصد أيضاً هو أن تعمل أجزاء الجسم متعاونة لصالح الجسم كله".

ويعرف كفاي الصحة النفسية بأنها "حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته، ويقبله المجتمع، وبحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا الكافية" (كفاي، 1997، ص81).

أهداف الصحة النفسية:

1. هدف نمائي Developmental goal : يقصد بالهدف النمائي للصحة النفسية توظيف ما لدينا من معارف نفسية في تحسين ظروف الحياة اليومية للأفراد وفي مساعدتهم على تنمية قدراتهم وميولهم ومواهبهم والاستفادة منها في العمل والإنتاج والإبداع فيما يعود عليهم بالنفع وعلى المجتمع بالخير. ويشير حامد زهران أن المقصود بالمنهج الإنمائي هو زيادة السعادة والكفاية لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق وصولهم إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية. ويتحقق ذلك عن طريق دراسة إمكانيات وقدرات الأفراد والجماعات وتوجيهها التوجيه السليم _ النفسي والتربوي والمهني _ من خلال رعاية مظاهر النمو جسماً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو السوي تحقيقاً للنضج والتوافق والصحة النفسية (غريب، 1999، ص:60).

والخدمات النمائية تقدم للأصحاء والمرضى والمنحرفين وغير المنحرفين. والهدف النمائي يعتبر الأساس للعمل في مجال الصحة النفسية وخاصة في مجال الإرشاد النفسي. وهو ما يقتضي اخذ محتوى وعناصر هذا الهدف في الاعتبار في إستراتيجية الصحة النفسية في اليمن.

2. هدف وقائي Preventive goal : يقصد بالهدف الوقائي للصحة النفسية توظيف ما لدينا من معارف نفسية في اكتشاف الأشخاص اللذين يعيشون في ضغوط وأزمات وأحباطات وصراعات إلا أن صحتهم النفسية لم تعتل بعد، والمساعدة بتقديم المساعدة والإرشاد لهم ومتابعتهم حتى تنتهي هذه الظروف وتزول عنهم المخاطر. فالمنهج الوقائي بهذا المعنى يشير إلى ما يمكن إتباعه لكي يتجنب الفرد الإصابة بالاضطراب أو الخلل في الصحة النفسية. إن هدف الجهود الوقائية هذه هو التقليل من انتشار الانحرافات والاضطرابات النفسية والمساعدة إلى علاج المشكلات وتقليل أمدتها والتخفيف من نتائجها السيئة.

إن الجهود الوقائية للصحة النفسية بالمعاني السابقة تقوم على أساس تشخيص الضغوط والأزمات والمشكلات واكتشافها في وقت مبكر ومساعدة الناس في التغلب عليها قبل أن تتعقد ويزداد خطرها أو تسبب إعاقة أو اضطراب. والأساس الثاني الذي تقوم عليه هذه الجهود هو توضيح الطرق والوسائل التي توفر للفرد الظروف المناسبة التي تجعله ينعم بالصحة النفسية (غريب، 1999ص: 61).

وعلينا أن ننبه إلى ان الوقاية نوعان: (1) وقاية عامة وأساسية أوليه وهي الأهم، فالاهتمام بالنظافة العامة للوقاية من الأمراض المستوطنة كالمالاريا والبلهارسيا والدرن والتهاب الكبد، التي هي الأخرى تؤدي إلى وهن الجسم واختلال العقل. وكذلك الوقاية الأولية بإحداث شبكة طرق أمنة تقلل من حوادث السير التي تحصد المئات من أبناء المجتمع وتعيق الآلاف سنوياً بإعاقات جسدية ونفسية عديدة. كذلك مكافحة الغلاء والفقر وقضايا الثأر التي لاتخفى انعكاساتها على الفرد والأسرة والمجتمع. (2) وقاية خاصة ويقصد بها الوقاية من مرض بعينه كعدم السباحة في مياه الوديان والجدول للوقاية من مرض البلهارسيا مثلاً.

3. هدف علاجي Therapeutic goal : يقصد بالهدف العلاجي للصحة النفسية: توظيف ما لدينا من معارف نفسية في تشخيص وعلاج ورعاية المضطربين نفسياً وعقلياً بهدف التقليل من الآثار السيئة لهذه الاضطرابات وإيقاف التدهور فيها إلى أقل حد ممكن وتنمية ما لدى الأفراد من قدرات واستعدادات مما يقلل من احتمال عودتهم مرة أخرى إلى المرض ويقلل من انتشار هذه الاضطرابات (غريب، 1999ص: 62). وهذه الاضطرابات قد تؤدي إلى عجز وظيفي وإعاقة نفسية كبيرين تؤدي هي الأخرى إلى إنحرافات كالتسول والتشرد وعدم القدرة على إعالة بقية افراد الأسرة وهلم جرا.

والمجتمع الذي يسير في أشكال الرعاية المختلفة للصحة النفسية يهدف إلى أربعة أغراض رئيسية الأول: خدمة الفرد من أجل سعادته وسلامته والعمل على أبعاد شروط الألم والأذى عنه، والثاني: خدمة الفرد من أجل إنتاجه ومشاركته في حياة الجماعة. والثالث: خدمة المجتمع في تماسكه وقوته، وفي إبعاد عناصر الخطر عنه أو حمايته منها، ويستوي في ذلك الخطر المنتظر في المستقبل القريب والخطر في المستقبل البعيد، أما الرابع: إفادة المجتمع من الخبرات المتجمعة لديه من أشكال الرعاية القائمة وذلك من أجل التخطيط للمستقبل وقيام مؤسساته الرئيسية بعملية التربية الضخمة الواسعة وبناء أجيال المستقبل ومن أجل هذه الأغراض مجتمع يقيم المجتمع عدداً كبيراً من المراكز والمؤسسات المعنية برعاية الصحة النفسية،

وتقيم المجتمعات، من آن لأخر، مؤتمرات وندوات واتحادات دولية. وحين نجد التقصير في هذا الميدان بادياً في مجتمع ما ، فإننا غالباً ما نستطيع أن نستخرج من ذلك وجود تقصير في تطور ذلك المجتمع.

معايير الصحة النفسية (السواء واللاسواء):

1- المعيار الذاتي

ينخذ الفرد من ذاته اطاراً مرجعياً يرجع إليه في الحكم على ما إذا كان سلوكه سوي أم غير سوي، أو هل هو سليم نفسياً أم معتل. إن الصحة حسب هذا المعيار تتجلى في الشعور الذاتي بالراحة والسعادة، أو فقط هي في اعتقاد الفرد بأنه عاقل وصحيح (غريب،1999،ص138). ويؤخذ على هذا المعيار أنه يحتاج أن يكون الفرد على درجة عالية من الاستبصار بوضعه ومشكلاته وهذا غير وارد في كثير من الأحوال خاصة الحالات الذهانية التي يحدث فيها (اختلال العقل). كذلك تعتمد صحة هذا الحكم على مدى منطقية الفرد في أحكامه والذي غالباً ما يفتقده الكثير من الأفراد عندما تتعلق الأمور بأنفسهم.

2- المعيار الاجتماعي

ويعد المجتمع هنا معياراً للحكم على السلوك السوي واللاسوي، بناءً على القيم الاجتماعية والثقافية والدينية الموجودة في المجتمع، ويعتمد أيضاً هذا المفهوم على مجارات أو مسابرة الأفراد الآخرين، أو الميل على مسابرتهم، إلا أن هذا المعيار لا يصلح لكل المجتمعات، ويختلف من زمان إلى آخر، فزواج الأخوة عند الفراعنة كان أمراً مشروعاً في حين كان في المجتمعات المتزامنة معه أمراً مرفوضاً (عبد الغفار، ب. ت، ص 458) واعتبرت جمعية الطب النفسي الأمريكية اللواط انحرافاً في تصنيفات للانحرافات النفسية DSM2 11 الذي صدر سنة 1968، ثم حذفته من المراجعة التالية DSM3 التي صدرت سنة 1980 و DSM4 الذي صدر عام 2003.

3- المعيار الإحصائي:

ويعني أن أي صفة عند الأفراد سواء في الجانب الجسمي (كالطول والنحافة) أو الجانب العقلي (كالذكاء والذاكرة) تتوزع عند هؤلاء الأفراد على شكل منحنى جرسى أو توزيعاً اعتدالياً، حيث تتركز معظم التشابهات بين الأفراد في منتصف هذا التوزيع وتقف بالاتجاهين المتعاكسين على يمين التوزيع وعلى يساره وتقدر نسبة هؤلاء الأفراد في منتصف التوزيع ب (68%) وتكون نسبة يمين الوسط ويسار الوسط ب (13.5%) والحالات المتطرفة جدا يمينا ويسارا (2.5%). وعلى هذا الأساس يمكن أن نقول

أن هؤلاء الذين يحصلون على درجات متوسطة يمثلون غالبية الأفراد أو العاديين بالمعنى الإحصائي. وفي هذه الحالة تعني غير العادية: الانحراف عن المعيار أو عن متوسط، وعلى ذلك كلما اقترب سلوك الفرد من المتوسط، كلما امكن اعتباره عادياً (غريب، 1999، ص132).

ومع كل ذلك فإن التطرف في بعض الصفات أو السمات أمر مطلوب كالصحة والجمال والذكاء والشجاعة. وكذلك الحال في التضحية في سبيل الآخرين والوطن، وهذه الصفات لا تعد شذوذاً وهذا ما يؤخذ على هذا المعيار.

4- المعيار المثالي

تعد السوية هي المثالية أو الكمال أو ما يقرب منه، واللاسوية هي الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال (زهران، 1978، ص 11) وهذا المعيار من الصعب تحقيقه، ويرى العاملون في مجال الصحة النفسية، أنه لا يوجد شخص واحد يمكن أن ينطبق عليه هذا المحك ليوصف بالصحيح نفسياً.

5- المعيار التكيفي:

ينظر إلى السلوك وفق هذا المحك بوصفه عمليه، تغيير ونمو على مر الزمن ويتعلم الفرد خلالها بطريقة متزايدة وسائل فعالة للتعامل مع الضغوط. فليس بالضرورة ان يكون تائير الضغوط ضاراً، فإن أغلب الناس يستطيعون التعامل أو على الأقل التعايش مع العناصر المؤذية في حياتهم وهؤلاء يعتبرون عاديون، بينما البعض الآخر الذين يواجهون نفس الخبرات، يتعرضون لانهيارات في قدرتهم على التعامل والتكيف مع الظروف المتغيرة، وهؤلاء يمكن وصفهم بغير العاديين.

6- المعيار المعرفي:

وتعني الصحة النفسية وفق هذا المعيار خلو القدرات العقلية المختلفة كالاستدلال والادراك والانتباه والحكم والتذكر من الاعاقة الشديدة بحيث تكون القدرات العقلية سليمة في عناصرها (د/فيدوف، 1997، ص 658).

7- المعيار الباثولوجي:

إن مفهوم السواء بناءً على هذا المحك يعني الخلو من المرض، ويحدد السلوك غير السوي نتيجة لوجود أعراض سريرية معينة كالمخاوف المرضية أو الحالات الهستيرية عند العصائبيين أو الهلوسات والهذات

كما عند الذهانين أو سلوك مضاد للمجتمع كما عند السيكيوباتيين، فالشخصية التي تتصف بالصحة النفسية السليمة على وفق هذا المنظور شخصية بلا أعراض مرضية (طه، 1980، ص 22).

8- المعيار الديني:

حيث يقسم أفعال الناس وفقاً لمنظور ديني. فالمنظور الإسلامي مثلاً يقسمها إلى أفعال سيئة يرفضها الشرع كالتعدي على حدود الله بفعل المحرمات كالقتل والزنا والسرقه وشرب الخمر وشهادة الزور والربا وغيرها، أو فيه إهمال للواجبات المفروضة مع القدرة عليها . وأخرى يتقبلها الشرع وتدل على صحة نفسية سليمة مثل عمل الواجب أو المباح ابتغاء مرضات الله، أو هو اجتناب عمل المحرمات أو المكروهات خوفاً من سخط الله (مرسي، 1988، ص166).

- مظاهر الصحة النفسية:

يعرض العاملون في مجال علم النفس عدداً من المظاهر التي يعتبرونها مؤشرات الصحة النفسية السليمة ومن هؤلاء (ماسلو ومتلان) اللذان وضعاً قائمه بهذه المؤشرات وتم تعديل هذه القائمة من قبل (كوفيل واخرون) وتتضمن هذه القائمة المؤشرات الآتية :

- 1) شعور الفرد بالأمن .
 - 2) درجة معقولة من تقويم الفرد لذاته (الاستبصار)
 - 3) أهداف حياتية تتسم بالواقعية .
 - 4) اتصال فعال بالواقع .
 - 5) تكامل وثبات في الشخصية .
 - 6) القدرة على التعلم من الخبرة التي يمر بها الفرد .
 - 7) تلقائية مناسبة لمواجهة المواقف .
 - 8) انفعالية معقولة في المواقف .
 - 9) القدرة على إشباع حاجات الجماعة والمساهمة فيها مع درجة من الاستقلالية عن الجماعة.
 - 10) رغبات جسدية غير مبالغ فيها والقدرة على إشباع هذه الرغبات بصورة مقبولة.
- (كوفيل واخرون ، 1986 ، ص5)

وهناك مؤشرات يعرضها (عماد الدين إسماعيل) كمظاهر للصحة النفسية ومن أهمها :

- 1 -القدرة على التحكم في الذات وإدراك عواقب الأمور .
- 2 -التعاون.
- 3 -القدرة على الحب والثقة المتبادلة مع الآخرين .
- 4 -التكامل مع المجتمع الإنساني .
- 5 -مستوى طموح مناسب.

- 6 - الإيمان بالديمقراطية كفكرة إنسانية على المستوى النظري والتطبيقي .
 7 - تحمل المسؤولية والنظر إلى النفس بأنها مسؤولة عما تقوم به من أعمال.
 (اسماعيل، 1959، ص 142-149)

كما أجريت دراسات عديدة لمحاولة عزل أثر الثقافات المختلفة في تحديد بعض المظاهر والصفات التي تدل على الصحة النفسية. فقد قامت دراسات في بيئات اجتماعية مختلفة كان من بين أغراضها معرفة مظاهر الصحة النفسية التي تلتقي حولها تلك البيئات. ومن الدراسات الشهيرة التي أجريت لهذا الغرض دراسة تيندال Tindal حيث قام بمقارنة عدد من الدراسات النموذجية وتوصل إلى سبعة مظاهر أعتبرها المشتغلون في حقل الصحة النفسية ممثلة للصحة النفسية، وهذه المظاهر هي:

1. المحافظة على شخصية مستقلة: ويشمل هذا الجانب " التوازن بين القوى النفسية، والنظرة الموحدة للحياة ومواجهة أشكال الضغوط والشدة " .
2. التوافق مع المتطلبات الاجتماعية: ونعني به " التناسق بين سلوك الفرد والمعايير السائدة في المجتمع الذي يعيش فيه هذا الفرد " .
3. التكيف مع شروط الواقع: أي " قدرة الفرد على فهم الواقع كما هو وعلى قبول صعوباته ومعرفة حدوده، وعدم الهروب من الواقع إلى الأحلام والخيال". كما يتضمن هذا الجانب قدرة الفرد على تحمل صعوبات الحياة في مساعاه نحو أهدافه التي يصعب أن تتحقق إلا في المدى البعيد.
4. المحافظة على الثبات: أي "عدم التردد المتكرر" والثبات المناسب فيما يتصل بالاتجاهات التي يتخذها الفرد في شؤون الحياة المختلفة، وهذا الثبات هو ما يسمح للمتعاملين مع الفرد بالتنبؤ بسلوكه.
5. النمو مع العمر: ويتضمن هذا الجانب "النمو العام للفرد من حيث ما يكتسبه من حياته في السنوات التي يقاس بها عمره". فزيادة سنه في عمر الفرد لا تعني زيادة في سنوات عمره فحسب، وإنما تعني كذلك مقداراً أو نوعاً من النمو يشمل: معارفه وخبراته، وانفعالاته، وعلاقاته الاجتماعية وقدراته.
6. المحافظة على قدر مناسب من الحساسية الانفعالية: ويعني هذا الجانب "مستوى الاتزان في الحياة الانفعالية عند الإنسان كما يظهر في استجابته لمواقف الحياة". ويعني هذا الجانب " ألا تكون انفعالات الفرد جامحة، مسيطرة عليه، ولا تكون هذه الانفعالات جامدة متباعدة". فالانفعال السليم يتناسب مع ما يستدعيه الظرف الباعث على الانفعال ويظل ضمن حدود تحكم الفرد.
7. المشاركة المناسبة في الحياة الاجتماعية: يشير هذا الجانب من جوانب الصحة النفسية إلى "المكانة الاجتماعية للفرد والعمل الذي يجب أن يؤديه من أجل تقدم مجتمعه" فيما أن كل فرد يعتبر عضو في الجماعة، وأن لكل عضو عمل يستطيع أن يؤديه فيه خدمة للجماعة والمجتمع، فإن الصحة النفسية تظهر في تعاون الفرد مع غيره من أجل مجتمعه وضمن شروط طاقاته وقدراته، كما تظهر في جهده نحو تحسين إنتاجه ووضعه (الرفاعي، 1987، ص 14-17).

-العوامل المؤدية إلى انتشار الأمراض النفسية:

هناك الكثير من العوامل التي تؤدي إلى انتشار الأمراض النفسية إلا أننا في هذا البحث سنذكر فقط بعض الجوانب الرئيسية المتعلقة بمجتمع له خصوصيته كالمجتمع اليمني ومنها:

الإعاقات المختلفة:

يتفق الأخصائيون على مختلف تخصصاتهم الصحية على وجود علاقة إرتباطية وثيقة بين الإعاقات الجسدية والأمراض النفسية والعصبية. وتقدر الإحصائيات الرسمية أن إجمالي المصابين بالإعاقة بجميع أنواعها (379.924) وهو ما يشكل نسبة 2% تقريباً من إجمالي عدد السكان. ويظهر الجدول التالي عدد ونوع الإعاقات المنتشرة بين سكان اليمن.

جدول (1) يبين التوزيع العددي والنسبي للسكان المقيمين المصابين بصعوبات (إعاقات) بحسب نوع الصعوبة (الإعاقة)

نوع الإعاقة	العدد الإجمالي	النسبة
صعوبة الإبصار	72.331	19.04
صعوبة سماع الأصوات	40.579	10.68
صعوبة النطق	17.579	4.65
صعوبة سماع الأصوات والنطق معاً	15.293	4.03
صعوبة السير	80.256	21.12
صعوبة حركة الجسم	25.693	6.76
صعوبة الإمساك بالأشياء	17.562	4.62
صعوبات ذهنية	54.974	14.47
صعوبات مزدوجة أكثر من صعوبة	53.678	14.13
غير مبين نوع الصعوبة	1.882	0.50
الإجمالي	379921	100

ونستطيع أن نفترض أن الأرقام المبينة بالجدول لا تمثل الواقع تمثيلاً دقيقاً لأن هناك إعداداً غير قليلة من المعاقين لا تطلب الرعاية ولا يتم تسجيلها. بالنظر إلى الجدول أعلاه نجد أنه لم يرد في هذا التصنيف تبويباً للإعاقات النفسية إلا ما يتعلق منها بالصعوبات الذهنية وهو لا يعني عدم وجود إعاقات نفسية وإنما يعني إغفال الإحصاءات لهذا الجانب، كذلك فإن غالبية الإعاقات المبينة أعلاه قد تصاحبها مشكلات واضطرابات نفسية وهو ما يجعل مرافق رعاية المعاقين في جميع دول العالم تضم الإرشاد والعلاج النفسي كجانب مصاحب للجانب التأهيلي للمعاقين.

ويشير نفس المصدر من الإحصاءات أن الجوانب الخلقية منذ الولادة تمثل أكبر نسبة حيث شكلت نسبة (26.33%) من مجموع الإعاقات، وهي قد لا تعني بالضرورة الجوانب الوراثية وإنما أيضاً المشكلات

المرتبطة بعمليات التوليد والولادة، يليها الأمراض والعلل حيث شكلت نسبة (22.21%) والتي أيضاً قد نفترض أن الجهل وتدني مستوى الرعاية الصحية قد يلعب دوراً في ازدياد نسبتها في المجتمع. حيث لا يتم علاج هذه المشكلات بالطريقة الصحيحة منذ نشوءها. يليها في المرتبة التالية حوادث السير حيث كانت (11.13) وهي كثيرة في اليمن.

حوادث السير:

تشير الإحصاءات إلى أن حوادث السير في اليمن من أكثر الأسباب المؤدية للوفاة والعلل الصحية حيث تبلغ نحو 42.3 ألف إصابة (كتاب الإحصاء السنوي لعام 2006م) وترجع إرتفاع هذه النسبة من وجهة نظر الباحثين إلى عدم وجود قوانين مرور وجزاءات مناسبة فيما يتعلق بالسرعة وارتكاب المخالفات كما أن رخص القيادة لاتعطى وفق تعليم نظري وعملي لقيادة السيارات والحافلات كما هو الحال في معظم دول العالم، هذا إن وجدت رخصة قياده من الأساس.

انتشار الأمراض:

لا تزال اليمن واحدة من أكثر دول العالم مقاساة لانتشار الأمراض السارية بين سكانها فالأمراض كالمalaria، وأمراض داء الكبد الوبائي وإلتهابات الأمعاء وغيرها من الأمراض السارية. فطبقاً للإحصاءات الرسمية تم تسجيل نحو 163 ألف إصابة ملاريا عام 2006، و182 ألف حالة إصابة بالتهابات الامعاء. كل هذه العوامل مجتمعة تمثل قوة متضافرة من الضغوط النفسية على الفرد والأسرة والمجتمع التي تتضح يوماً بعد يوم بمجرد الملاحظة البسيطة. ناهيك عن مضاعفاتها على الدماغ وعلى حالة المريض النفسية والعصبية.

تدني مستوى الرعاية الصحية:

أظهرت الإحصاءات (إحصاء 2006) أنه يوجد سرير لكل (14413) وطبيب واحد لكل (3495). ويكشف هذا الرقم بالمقارنة مع المتوسط العالمي أن اليمن ما زالت على مسافة بعيدة من توفير الحد الأدنى من مستوى الرعاية الصحية الأولية. وما يثير الانتباه أن الموارد المخصصة في موازنة للدولة للصحة العامة هي من بين أقل بنود الموازنة، حيث لم يتعدى نسبتها عام 2006 في الموازنة عن 4.3% ، و1.3% من الناتج المحلي الإجمالي (احتسبت من كتاب الإحصاء السنوي لعام 2007م) ، وهي لا شك مفارقة عجيبة ينبغي إصلاحها في ظل تدني المستوى الصحي لإعداد غفيرة من السكان. ومن البديهي أن شيوع الاضطرابات الصحية يقود إلى الكثير من الاضطرابات النفسية.

عدد السكان:

يبلغ إجمالي عدد سكان البلاد اليوم (21900532) مقارنة بنحو 11 مليون نسمة في مطلع عام 1990م بواقع متوسط معدل نمو سنوي للسكان خلال هذه الفترة مقداره 4.4% في المتوسط. وعلى الرغم من الانخفاض النسبي لمعدلات النمو السكاني في اليمن بفعل الجهود المتواصلة والدؤوبه للإستراتيجية الوطنية للسكان التي تقودها الحكومة اليمنية منذ نهاية الثمانينات من القرن الماضي، فإن معدلات النمو السكاني في اليمن ما زالت من بين أعلى المعدلات في العالم ، حيث يتضاعف معها سكان الجمهورية اليمنية كل (19) عاماً تقريباً (البرنامج الوطني لمكافحة الفقر 2003-2005). هذا النمو السكاني العالي لا شك يمثل ضغطاً متنامياً على الموارد المتاحة، ويستنزف مقدراتها على تأمين الحد الأدنى المطلوب من الرعاية الصحية. والخطر الواقع من السباق بين نمو الموارد ونمو السكان لصالح نمو السكان من شأنه أن يقود المجتمع اليمني إلى الوقوع في "المصيدة الديموغرافية". والوقوع في المصيدة الديموغرافية يعني أن عدد أكبر من الناس يتنازعون على موارد محدودة ، وما يصاحب ذلك من توترات وانفعالات تقود إلى مشاكل اجتماعية ونفسية كبيرة.

ارتفاع معدل الفقر:

واليوم على سبيل المثال، يبلغ عدد سكان اليمن الذي يعيشون تحت خط الفقر العام نحو (34.8%) و 13.5% من السكان يعانون من فقر الغذاء وفقاً لأخر المصادر الإحصائية، أي أن ثلث السكان يقعون تحت خط الفقر. وإذا ترجمنا هذه النسب إلى أرقام مطلقة فإنه في الوقت الحاضر يوجد أكثر من سبعة ملايين نسمة - أي أكثر من ثلث سكان اليمن- يقعون تحت خط الفقر. ثم أن ظاهرة البطالة بأشكالها المختلفة، السافرة منها المقنعة واسعة الانتشار، وخاصة في أوساط الشباب والمتعلم منهم على وجه الخصوص. حيث تشير الإحصاءات إلى أن معدل البطالة السافرة قد ارتفعت في اليمن من 9% في منتصف التسعينات إلى أكثر من 17% في الوقت الحاضر، وتصل هذه النسبة بين الشباب المتعلم إلى أكثر من 50%، ونحو 39% بين الإناث. وللبطالة انعكاسات اجتماعية ونفسية قاسية على الفرد العاطل عن العمل. فالفرد العاطل عن العمل، غالباً ما يتجسد عنده الإحساس بفقدان قيمته الاجتماعية فضلاً عن مقاساته لظروف اقتصادية صعبة كمحصلة لتعطله. وتعاطم نظرة المجتمع التي تتسم بالإدانة والإشفاق من مرارته وإحساسه بفقدان إنسانيته ومكانته، فيتولد عنده شعور متعاطم بالنقص والكراهية والبغضاء لنفسه ولمحيطه، وقد يتطور عنده الإحساس مع امتداد فترة البطالة لتتحول إلى أمراض نفسية وعصابية شديدة.

تعاطي القات:

يتناول اليمنيون شجرة القات على نطاق واسع، وتناوله ينتشر في أوساط جميع الشرائح الاجتماعية وفئات الأعمار من العاشرة وما فوق، وبين النساء والرجال. فالقات لا يستثنى أحداً. وللقات مضاره وآثاره السلبية الاقتصادية والاجتماعية والصحية. من بين مضار القات من الجانب الصحي على سبيل المثال، أن استخدامه يؤدي إلى سوء التغذية المنتشر على نطاق واسع، كما أن هناك آثار صحية أخرى منها ارتفاع ضغط الدم ونقص وزن الأطفال المواليد (عندما تمضغ الأمهات الحوامل القات) والسرطان (من استهلاك بقايا المبيدات الحشرية) وأمراض الجهاز الهضمي، وأمراض الأسنان.

وتؤكد نتائج مسح استهلاك القات الذي أعد من قبل البنك الدولي في إبريل/ مايو 2006 أن 80% من جميع الذكور المستخدمين للقات و 70% من الإناث قد أبلغوا عن اضطرابات صحية يرون أنها مرتبطة باستهلاك القات كما ذكر 29% من الذكور و 23% من الإناث المستهلكين أنهم يعانون من الأرق مع تأثيرات سلبية في اليوم التالي على أداء العمل والعلاقات الاجتماعية والصحية والنفسية (البنك الدولي، مايو 2007، ص15). ثبت كذلك أن قسم كبير من السكان يعاني من البواسير والتي ترتبط بصورة وثيقة باستهلاك القات وقد وجد في المسح أن نحو 18% من الذكور و 15% المستهلكين للقات متأثرين بالإمساك. و 14% ذكور و 15% إناث يعانون من اضطرابات معوية. و 13% من الذكور و 15% من الإناث يعانون من اضطرابات في الفم تشكل أعراضاً أو أمراضاً سرطانية.

كما أن جلسات تعاطي القات تفصل الرجال عن النساء وتدفع في حالات غير قليلة إلى حالات ما يمكن أن نسميه بالطلاق النفسي حيث يبقى الرجال معظم الوقت بعيدين عن زوجاتهم والزوجات عن أزواجهن. ويلمح الكثير من اليمنيين أن استهلاك القات أحد الأسباب الرئيسية للتفكك الأسري طالماً أن الغياب المستمر لشريك واحد أو كلا الشريكين في المنزل أثناء وخلال ساعات ما بعد الظهر والمساء ويعتقد 53% من الذكور و 60% من الإناث اللذين يمضغون القات أن مضغ القات هو مصدر خلاف ضمن الأسرة (البنك الدولي، مايو 2007). ويقع الأطفال ضحية لتربية الشارع بعيداً عن حنان وإشراف والديهم ويشير مسح استهلاك القات الذي أعد من قبل البنك الدولي في إبريل/ مايو 2006 أن 72% من الذكور يمضغون القات و 33% من الإناث وتتفاوت هذه النسبة تفاوتاً ملحوظاً بحسب المحافظات من 90% في الحديدة ومحافظة صنعاء (للذكور) 53% - 35% للإناث. إلى أقل من 50% في حضرموت من الذكور و 2% من الإناث.

وللقات تأثير اقتصادي مدمر على ميزانية الأسرة المعيشية، فالإنفاق الكبير واليومي على القات يتولد عنه ضغوطاً شديدة على الأسرة، وخاصة في بلد فقير كاليمن حيث ينتشر الفقر على نطاق واسع بحيث يشمل أكثر من ثلث السكان. وتتفق الأسرة اليمنية 15% من دخلها على القات وهو رقم يتجاوز كثيراً إنفاقها على الضروريات من الغذاء والأدوية. وهو بذلك يسهم مباشرة في رفع معدلات الفقر، ويؤثر سلباً على الأمن الاقتصادي للأسرة، والغذائي على وجه التحديد، وما يترتب عن ذلك من ضغوط شديدة على أفرادها من جراء افتقارهم للمتطلبات الاقتصادية الضرورية للعيش أصحاء مستقرين. (البنك الدولي، مايو 2007،

ص20). ونفيد عينة المسح أن 18% من جميع مستهلكي القات أن أسرههم قد اضطرت للاستدانة من أجل تمويل مشتريات القات المنتظمة.

أما على مستوى الصحة النفسية فقد أشارت الدراسات النفسية إلى وجود تأثيرات سلبية للقات، حيث تشير دراسة عسكر (1993) إلى اصطباغ شخصيات (46%) من عينة الدراسة بالاضطرابات النفسية والتي تتمثل بالقلق والاكتئاب، وان تعاطيه يقود إلى تغيير في الحالة الذهنية وانخفاض تقدير الذات مع الشعور بالعجز تجاه أعباء الحياة (عسكر، 1993، ص52). وتشير دراسة نعمان (1996) إلى أن هناك فروقا بين متعاطي القات وأقرانهم في أنواع العصاب ماعدا الاكتئاب لصالح متعاطي القات، وكلما زادت فترة التعاطي ازدادت الأعراض العصابية (نعمان، 1996، ص11-12).

ومن النتائج السلبية لتعاطي القات الأرق الشديد إذ يمضي المتعاطي جزء من الليل في حالة أرق وسهاد مترافق مع شرود ذهني طويل، وتخيم عليه حالة من الكآبة والحزن والانقباض النفسي، مما يسبب حالة من التوتر أحيانا، يدفع البعض على شرب الخمر لمعالجة حالة الكآبة ظناً منه أن ذلك سيجديه نفعاً في حين يكون قد زاد المشكلة تعقيداً (عرموش، 1993، ص195) كما أن تعاطي القات قد يولد لدى بعض المتعاطين تصرفات شاذة مثل حب العزلة وانخفاض تقدير الذات وانفصام الشخصية لفترة زمنية محددة (باجبير، 1996، ص25).

- مؤسسات رعاية الصحة النفسية

خطت بعض المجتمعات خطوات واسعة في مضمار رعاية الصحة النفسية للأفراد ومواجهة مشكلاتها، وظلت عدة مجتمعات أخرى محدودة فيما اتخذته من إجراءات متأخرة في ذلك تأخراً مؤذياً، فإذا فحصنا الخطوات التي قطعتها بعض المجتمعات المتقدمة وجدناها تأخذ عدة أوجه بينها شيء من الاختلاف وشيء من التعاون. فهناك مؤسسات تعني بما هو شديد وخطر من الاضطرابات لدى الأطفال، وهناك مراكز تهتم بالاضطرابات البسيطة والعصابية للراشدين، ومراكز أو مستشفيات تعني باضطراباتهم الشديدة والذهانية. وهناك مراكز تهتم بالوقاية وحسن التوجيه، ومراكز تعني بفترات النقاها التي تلي فترات المعالجة.

ثم هناك مراكز تختص بالأسرة تقدم لها ما لزم من إرشاد، ومراكز تعني بالشيخوخة، وهناك مؤسسات تهتم بجنوح الأحداث، ومؤسسات تعني بإجرام الكبار أو إدمانهم. وتتعاون هذه المؤسسات المختلفة أحياناً فيما بينها، ويصنف فيها أحياناً وجود شيء من التداخل في المسؤولية والاختصاص. ولكنها تعمل في جملتها من أجل الصحة النفسية في أغراضها المختلفة.

ويهمنا من هذا الفصل أن نتحدث عن مختلف هذه المؤسسات والمراكز مع الإشارة إلى الجانب الخاص الذي يعمل فيه كل منها، ونحن نعتمد في هذا الحديث على الإجراءات المتخذة في الأقطار المتقدمة، ولكن هذا الحديث يجب أن يقدم بإيضاح عام وسريع عن الأغراض العامة لهذه المراكز وتطورها.

- المؤسسات والمراكز العاملة في رعاية الصحة النفسية

توفر أكثر المجتمعات المتقدمة لأعضائها خدمات صحية نفسية مختلفة الأشكال تشمل هذه الخدمات أشكالاً من العناية والتوجيه والإرشاد النفسي والعلاج، ثم التأهيل بعد الاضطراب أو الإصابة، وتقوم بهذه المهمات المختلفة مؤسسات ومراكز متعددة: بعضها عام تموله الدولة أو إدارات الحكم المحلي أو الجمعيات الخاصة وبعضها خاص يعمل لحساب أصحابه، أو لحساب منظمة خاصة أو مصنع أو متجر أو غير ذلك .

توجد بعض هذه المؤسسات والمراكز قريبة من مساكن أعضاء المجتمع أو أماكن عملهم أحياناً، وتوجد أحياناً أخرى، بعيدة عن ذلك، تكون بعض هذه المؤسسات واسعة الاختصاص ومتنوعة الخدمات، وتكون مؤسسات أخرى ضيقة الاختصاص ومحدودة فيما تقدمه من خدمات. وقد يحدث في بعض المجتمعات أن تكون هذه المؤسسات والمراكز، جزءاً من مناهج ضخم لرعاية الصحة النفسية يشتمل الصحة الجسدية كما يشمل أشكالاً من العناية بالمدرسة والمسكن والأسرة ومراكز العمل والخدمات الاجتماعية العامة، ونأخذ فيما يلي أهم هذه المؤسسات والمراكز ونذكرها في فئات اعتماداً على المهمات الرئيسية التي تقوم بها والخدمات التي توفرها .

أولاً: مستشفيات الطب النفسي العامة:

تشمل هذه الفئة من المؤسسات العاملة في رعاية الصحة النفسية تلك المراكز التي تتوفر فيها شروط الإقامة، ويكون مدى عملها وتخصصها واسعاً، وتكون الوسائل المتوفرة فيها كثيرة ومتنوعة. ويغلب في الحديث عنها أحياناً استعمال اسم المستشفيات العقلية وذلك بسبب أ- الاستعمال الذي كان سائداً في الماضي، وبسبب نوع ومستوى الأمراض النفسية التي يغلب أن تهتم بها وهي الاضطرابات الشديدة التي تصاب فيها الوظائف العقلية بأشكال القصور أو الاضطرابات المختلفة. ويغلب أن تقع مسؤولية تمويلها وتجهيز هذه المستشفيات، ومدها بالفنيين، وأدارتها، على عاتق الدولة أو الإدارة المحلية أو الجمعيات، تتواجد هذه المستشفيات في أربعة أشكال في البلدان المتقدمة، والأول منها أكثرها انتشاراً في البلدان وغيرها. وهناك نماذج محدود لمثل هذه المستشفيات في اليمن كمستشفى الأمل للطب النفسي بصنعاء، ومستشفى الأمراض النفسية والعصبية بعدن ومستشفى السلام للطب النفسي بالحديدة.

ويحجز المريض في هذا المستشفى ويبعد بذلك عن مشكلات الحياة الاجتماعية العامة، يأتي المريض إلى المستشفى برضاه وبطلب منه أحياناً، ويأتي رغم إرادته أحياناً أخرى. تتدخل الأسرة في إدخاله أحياناً ويتدخل

المجتمع، عن طريق سلطاته المختلفة. تتوافر في المستشفى عادة وسائل التشخيص المختلفة ووسائل العلاج الطبية والنفسية، كما تدخل في ذلك وسائل العلاج النفسية والاجتماعية والعملية المختلفة.

ب- أقسام طب نفسي ضمن المستشفيات الطبية العامة:

ما كشفت عنه الدراسات الحديثة المختلفة من صلات وثيقة بين الجانب النفسي والجسدي من الأمراض، والعناية المتزايدة في الدوائر الصحية بالعوامل النفسية وراء بعض الأمراض الجسدية بشكل خاص، كان من بين أهم الأسباب التي دعت إلى إقامة أجنحة خاصة بالأمراض النفسية داخل إطار المستشفيات العامة العاملة في ميادين الأمراض الجسدية. تتوافر في هذا الجناح الخاص وسائل الإقامة، ووسائل الفحص الشاملة، كما يتوافر فيه الكثير من وسائل العلاج النفسي المختلفة: ما اتصل منها بالأدوية المتنوعة، والصدمات، وما اتصل بالوسائل النفسية تساعد مثل هذه الأجنحة على التعاون بين الوسائل النفسية والوسائل الطبية العامة في مواجهة الأمراض وبخاصة ما كان منها من نوع الأمراض الجسدية النفسية، وتساعد كذلك على توفير الكثير من الوسائل النفسية اللازمة في عمليات الدعم التي يقتضيها الطب الجسدي. يضاف إلى ذلك أن مثل هذه الأجنحة تخدم في تخفيف الضغط الذي تعانيه مستشفيات الأمراض العقلية. ونموذج لهذا النوع من الخدمة قسم الطب النفسي في مستشفى الثورة النموذجي العام صنعاء.

ثانياً: العيادات النفسية:

تظهر العيادات النفسية في أشكال مختلفة، ولكنها تتفق جميعها في توفير الخدمة النفسية لمن يحتاجها مع بقائه ضمن الجماعة. بعض هذه العيادات واسع في عدد من يضمه من المتخصصين، وبعضها ضيق. بعضها عام من حيث من يعتني بهم، وبعضها خاص بالأطفال، أو المسنين، أو العمال، أو غير ذلك. بعضها تابع لمؤسسة حكومية أو اقتصادية أو اجتماعية أو غيرها، وبعضها مركز لممارسة خاصة شأنه شأن العيادة الخاصة بالطبيب. بعضها يعمل في التشخيص والعلاج، وبعضها يتجه في مهمته الأساسية إلى الوقاية ويجمع بعضها الآخر بين جوانب الوقاية والتشخيص والعلاج. ونذكر فيما يلي أهم أنواع هذه العيادات.

(أ) العيادات النفسية العامة

يغلب في هذا النوع من العيادات أن تكون تابعة للدولة، أو للإدارة المحلية أو لمؤسسة اجتماعية أو خيرية أو اقتصادية أو مدرسية، وعلى الرغم من اتساع أشكال نشاط هذه العيادة، فإنها غالباً ما تكون مستقلة عن المستشفى.

تضم هذه العيادة عدداً من المتخصصين الذين يتعاونون في مواجهة الحالات التي تحال على العيادة، بين هؤلاء طبيب نفسي (Psychiatrist) أو أكثر، ومعالج نفسي (كلينيكي) (Clinical psychologist) أو أكثر، وتخصص نفسي في الخدمة الاجتماعية (Psychiatrist Social Worker)، وممرضة أو أكثر ممن تخصص في ميادين التمريض النفسي، وواحد أو أكثر من العاملين في حقول أخرى مثل الطب العصبي (Neurology) وطب الأطفال (Paediatrics) وعلم النفس (Psychology) وعلاج أمراض الكلام (Speech Treading) واللعب العلاجي (Play Therapy) والقراءة العلاجية (Remedial Reading).

تقدم هذه العيادة العلاجية للأشخاص الذين يحالون عليها مع بقائهم ضمن الجماعة. يستعمل التشخيص مختلف الوسائل النفسية والمقاييس، ويكون في جملة ما يعتمد عليه دراسة تاريخ الحالة وتقرير المتخصصين النفسيين المختلفة والعاملين في الخدمة الاجتماعية، أما العلاج فالأغلب فيه هو النفسي.

ولكن ذلك لا يمنع من اعتماد العلاج بالأدوية أو الصدمات الكهربائية حين تستدعي الضرورة ذلك. وكثيراً ما يعتمد العلاج باللعب في بعض حالات الأطفال، أو العلاج بالتمثيل، أو العلاج بالعمل في بعض حالات الراشدين.

يغلب على هذه العيادة أن تتلقى الحالات التي تكون شدة الاضطراب فيها قد بلغت حداً ظاهراً فهي تعنى مثلاً بالعصابيين (Psychoneurotic) وبالأشخاص الذين يكون الاضطراب لديهم قد قارب مستوى الذهان، ويعرفون عادة بحالات ما قبل الذهان (Prepsychotics)، كما تعنى بالكثير من حالات الأجرام والإدمان.

وكثيراً ما تقوم هذه العيادات بوظيفة الباب الخارجي من حيث الدخول إلى المستشفى فتحمي من الحجز الأشخاص الذي لا يجوز حجزهم أو لا يحتاجون إليه، وتسهل لآخرين دخول المستشفى بعد التأكد من لزوم ذلك.

(ب) عيادات الإرشاد النفسي والتوجيه:

يغلب في هذه العيادات أن تكون مرتبطة بمؤسسة صناعية أو تجارية كبيرة، أو بمؤسسات تعليمية كالجامعات أو المدرسية، أو مؤسسات خدمات اجتماعية أو خيرية. ولكن هذا الأمر لا يمنع من وجود عدد من العيادات النفسية وعيادات الإرشاد النفسي التي تعمل مستقلة وعلى أساس خاص. وقد ازداد هذا العدد مع وعي الناس وكثرة الاضطرابات النفسية التي غدت ترافق تعقد حياة الإنسان الحالية. يكون الجهاز الفني في العيادة النفسية أو عيادة الإرشاد النفسي أقل عادة مما هو في العيادة العامة.

ويعتمد عادة على متخصص نفسي يعمل في العلاج لأشكال معينة من الاضطرابات، أو في الإرشاد، مع ممرضة مدربة، على هذا النوع من العمل، يضاف إليهما عدد من المساعدين أو العاملين في الخدمة الاجتماعية، وذلك تبعاً لوجود الضرورة ونوع المؤسسة التي ترتبط بها العيادة.

تستعمل الوسائل النفسية المختلفة في هذا الأنواع من العيادات في عمليات القياس، والتشخيص، والمعالجة. ولا تلجأ هذه العيادات عادة إلى استعمال الوسائل الطبية التي هي من نوع الصدمات الكهربائية أو المركبات الصيدلانية.

ولذلك فكثيراً ما تتوسع هذه العيادات في أنواع العلاج المعتمدة على البيئة الاجتماعية، والبيئة الطبيعية، واللعب، والعمل، والتمثيل، والقراءة، دون أن يمنحها ذلك من الاعتماد على التحليل، أو المعالجة الجماعية، أو المعالجة الفردية المعتمدة على الشخص الذي يعاني الصعوبة.

تتشارك العيادات النفسية في الكثير من مهماتها مع عيادات الإرشاد النفسي، وكثيراً ما تقوم الأخيرة بمهام التوجيه حين تكون تابعة لمؤسسات تحتاج إليه.

وتؤدي غالباً كل منها وظيفة تشخيصية علاجية ووظيفة وقائية، تستعمل الوسائل النفسية في التشخيص والعلاج حين يحال على العيادة شخص يعاني صعوبة نفسية من درجة معتدلة الشدة. تعتمد العيادة هنا على دراسة تاريخ الحالة وعلى تطبيق المقاييس النفسية المختلفة التي تساعد في التشخيص الدقيق للحالة، وتسعى وراء معرفة العوامل وذلك لمواجهة الاضطرابات بعدد من الوسائل العلاجية النفسية.

تواجه هذه العيادات حالات العصاب أو ما دونها، ولكنها تعتمد إلى إحالة ما هو أشد من ذلك من الحالات على العيادات الطبية النفسية العامة أو على المستشفى.

نصادف العيادة النفسية، أو عيادة الإرشاد، مرتبطة بالمصنع الكبير أو بالمؤسسة التجارية الواسعة، وتؤدي العيادة هنا مهمة متنوعة حيث تشمل القياس بغية اختيار العامل لما يصلح له، واختيار العامل الصالح للتدريب، كما تشمل مواجهة مشكلات سوء التكيف التي يمكن أن يعانيها العامل. ونصادف هذه العيادة مرتبطة بالمؤسسات العسكرية لتقوم، في حقل الحياة العسكرية، بمثل هذه المهمات وبغيرها من المهمات الوقائية.

كذلك نرى هذه العيادة مرتبطة بمؤسسات الرعاية الاجتماعية المختلفة الأشكال، أو بالقضاء، لتعمل في ميدان خدمة المسنين، أو خدمة الأسرة، أو خدمة الأحداث الجانحين أو خدمة المجرمين أو المدمنين من الكبار، أو خدمة القاصرين عقلياً، ثم أن هذه العيادة توجد بكثرة تابعة للمدرسة أو لمجموعة من المدارس، ويكون عملها الضخم في التوجيه والإرشاد قاعدة أساسية في قيام التربية بمهامها ضمن حدود المدرسة. وكثيراً ما نرى شخصاً أو أشخاصاً يعملون في التوجيه، وآخرين يعملون في الإرشاد والتشخيص والعلاج،

حين تكون المدرسة كبيرة، أو يكون عدد التلاميذ في مجموعة المدارس كبيراً، أو حين تكون المدرسة قد قطعت شوطاً بعيداً في ميدان التقدم والاعتماد على منجزات علم النفس في تأدية رسالتها.

ثالثاً: مراكز الرعاية والتأهيل:

تضم هذه الفئة من المؤسسات العاملة في رعاية الصحة النفسية عدداً غير قليل من المراكز التي تقدم خدمات خاصة للأفراد الذين يعانون من سوء التكيف أو الأفراد الذين خرجوا إلى الحياة بعد فترة من العلاج النفسي الناجح، أو الذين لا يستطيعون الإفادة من المستشفيات والعيادات. ويتزايد تدريجياً عدد هذه المراكز في المجتمعات المختلفة لما برهنت عليه من جدارة في الخدمات التي تقدمها، وتكون هذه المراكز عادة تابعة لمؤسسات حكومية، أو للإدارات المحلية، أو لمؤسسات الرعاية الاجتماعية أو المؤسسات الخيرية.

تختلف هذه المراكز عن المستشفيات والعيادات النفسية من حيث أهدافها، وتكوينها، والوسائل المتوافرة فيها. وتختلف كذلك فيما بينها من حيث الأغراض المباشرة التي تسعى وراءها، ولكنها تتفق في عملها الوقائي والعلاجي، وفي وجود أسرة من المتخصصين النفسيين تتعاون في العمل ضمن كل مركز، وفي أهدافها البعيدة في خدمة الصحة النفسية للمواطنين. ونشير فيما يلي إلى أكثر المراكز أهمية في هذا المضمار.

أ) مراكز الرعاية العامة:

توفر هذه المراكز فرص اللقاء بين الأشخاص الذين سبق لهم أن عانوا الاضطرابات النفسية الشديدة ونجح العلاج في مواجهة مشكلاتهم، أكانوا من الشباب أم من الكهول أو المتقدمين في العمر.

تضم هذه المراكز عادة وسائل ترفيهية مختلفة، كما تضم الفرص المتوافرة عادة في النوادي الاجتماعية، وكثيراً ما تكون مركزاً لمزيد من الرعاية النفسية المعتمدة على طريقة العلاج الجماعي، تكون هذه المراكز عادة تابعة لمؤسسات خيرية أو مؤسسات رعاية اجتماعية. وهذا النوع من المراكز - في حدود علم فريق البحث - غير متوفر في اليمن.

ب) مراكز الرعاية للمسنين:

ينحصر عمل هذه المراكز في رعاية مشكلات التكيف التي يعانيها المسنون فهي توفر مكان لقاء بينهم، ووسائل ترفيهية تناسبهم، وفرص نشاط متعددة، ثم إنها توفر لهم فرص تعلم مهارات جديدة تناسب مع

مستوى القوة التي لا تزال لديهم، وممارسة هوايات تشغل جزءاً كافياً من وقتهم دون أن تستنفذ من طاقتهم بما لا يزيد عن اللازم، ويحدث أحياناً أن يكون بين هذه المراكز ما يوفر الإقامة للمسنين، ويجمع المركز بذلك بين فرص مستشفيات النهار العامة وفرص الإقامة الكاملة، وكثيراً ما يكلف عدد من المسنين بإدارة أشكال من النشاط داخل المركز، وكثيراً ما يكون التكليف بالانتخاب.

رابعاً: مركز التأهيل المهني:

تكون هذه المراكز على شكل مراكز تدريب وعمل، وتعمل من أجل الإنتاج دون أن يكون الربح هو المقصود، تعني هذه المراكز بإعادة تأهيل المسنين، كما تعني بإعادة تأهيل من سبق له أن عانى اضطراباً شديداً وخرج من العلاج مرتاحاً إلى بعيد، وفي الحالة الثانية تكون هذه المراكز الجسر الذي يمر به الشخص لفترة من الزمن قبل أن يتحمل مسؤوليات العمل العادية في مجالات العمل العامة.

وتعمل هذه المراكز كذلك في تأهيل المعوقين عقلياً أو جسدياً أكانت الإعاقة قصوراً عقلياً شديداً، أم كانت إصابة جسدية أم إصابة في حاسة أو أكثر، ويكثر انتشار هذه المراكز في المجتمعات التي تعنى باستغلال الطاقة البشرية إلى أفضل حد، وبرعاية جميع المواطنين مهما كانت حدود قدراتهم وشروطهم، وكثيراً ما يحدث أن تتصل المصانع بهذه المراكز لاختيار عمال من المدربين فيها.

ويحدث في بعض المراكز أن تعني بالأحداث الجانحين والمعوقين. ويأخذ المركز عندئذ شكلاً خاصاً بحيث يكون مركز تدريب وتأهيل، من جهة، ويكون من جهة ثانية، مدرسة النشاط والفعاليات والبرامج التعليمية. وكثيراً ما يحدث أن يكون هذا المركز تابعاً لمدرسة أو لمجموعة مدارس.

أ) مراكز رعاية الأطفال:

تهتم هذه المراكز بالأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة لا تكفي في مواجهتها شروط العيادة ولا يجب فيها الحجز في المستشفى. تجمع هذه المراكز عادة بين عمل المدرسة وعمل العيادة خلال ساعات النهار. فهي مكان دراسة تسيير وفق مناهج خاصة، وهي كذلك مكان علاج نفسي، ومكان نشاط وفرص للتكيف الاجتماعي، يعمل في هذه المراكز معلمون متخصصون إلى جانب المتخصصين النفسيين. ويعامل الطفل تعليمياً واجتماعياً ضمن الحدود التي يرسمها التشخيص فيما يتصل بقدراته (وقد تكون ضعيفة)، وما يتصل باضطراباته الانفعالية (وقد تكون شديدة) تعمل هذه المراكز نهاراً ويعود الطفل بعد ذلك

إلى بيته أو إلى المكان المخصص له بدل البيت (وذلك في حال عدم وجود البيت أو عدم ملاءمته) ل يبقى متصلاً بالحياة العامة خارج الحياة في المركز.

ب) مراكز إقامة الأطفال

تشبه هذه المؤسسات المراكز السابقة من حيث عنايتها بالأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة لا تنفع معها خدمات العيادة النفسية ولا يلزم فيها الحجز في المستشفى، ولكنها تختلف عنها من ناحية توفير شروط الإقامة الكاملة فالمركز هذا أشبه بالمدرسة ، من جهة، ذات نظام خاص ومناهج خاصة. وهو، من جهة أخرى ، مكان رعاية وعلاج تتوافر فيه وسائل العلاج النفسية المختلفة، وفرص النشاط والتكيف الاجتماعي المناسب.

ثم أنه، من جهة ثالثة، محل إقامة يعيش به الأطفال حياتهم الكاملة ويبتعدون بذلك عن شروط حياة خارجية غير مناسبة. ويغلب في الأطفال الذين يتلقاهم هذا المركز أن يكونوا ممن فقدوا أمن البيت بسبب تفككه، أو من عدم وجوده في الأصل، أو من الإهمال فيه، أو بسبب مستواه الأخلاقي والاجتماعي غير المناسب.

وثمة شكل خاص من هذه المراكز وهو مركز الملاحظة للأحداث الجانحين. فهنا يحجز الحدث الجانح مؤقتاً ليراقب سلوكه ، ويفحص فحصاً نفسياً شاملاً ويدرس تاريخ حياته بغية استقصاء العوامل وراء الجنوح. وكثيراً ما يعني الحجز المؤقت في هذا المركز عن المزيد من الإجراءات في مواجهة الجنوح. ويعتبر دار الرعاية الاجتماعية للجانحين بصنعاء نموذجاً لمثل هذه المراكز.

وكثيراً ما نجد هذه المراكز تابعة لسلطة قضائية بسبب المهمة التي تؤديها وهي الحجز المؤقت، وكثيراً ما تكون السلطة القضائية نفسها سلطة خاصة تعنى بالأحداث والجانحين وحدهم، وفي المراكز عادة مهمات للمتخصصين النفسيين، وفيه كذلك مهمات أخرى للعاملين في الخدمة الاجتماعية.

خامساً: الاتحادات والمؤتمرات المحلية والإقليمية

تعمل المؤسسات والمراكز التي سبق ذكرها في خدمة الصحة النفسية موفرة ما أمكن من الرعاية للذين يتعرضون للإصابة أو الذين يكونون قريبين من ذلك.

ولكن هذه المؤسسات والمراكز لا تقف عادة عند هذا الحد من الخدمة. أنها تتخطاه لتؤدي وظيفة في ثلاثة جوانب أخرى تتصل بالصحة النفسية مباشرة. أول هذه الجوانب هو أن تجعل هذه المؤسسات والمراكز من نفسها مصادر للمعارف العامة عن الصحة النفسية، ومراكز إذاعة وتوعية في البيئات المحلية بشأن شروط الصحة النفسية وفرص الإصابات، وهي من هذه الجهة شديدة الاتصال بالأهل وجمعيات الآباء أو جمعيات

الأهل والمعلمين. والثاني: أن تكون مراكز تدريب توفر الفرص اللازمة لحسن إعداد العاملين في ميادين الصحة النفسية وتيسير سبل تجنيدهم، وبذلك تؤدي خدمة تشبه خدمة المستشفيات العامة المقدمة لطلاب الطب. والثالث: أن تكون مراكز للبحث العلمي توفر له التربة الصالحة، وتقدم النماذج المختلفة، وتيسر سبل البحث وذلك من أجل الوصول إلى معرفة أفضل حول مشكلات الصحة النفسية ووسائل مواجهتها.

إلا أن هذه المؤسسات والمراكز ليست وحدها التي تعمل في هذه الاتجاهات أو من أجل هذه الأهداف الثلاثة. فهناك هيئات مختلفة تعمل معها في ميادين الصحة النفسية من أجل التوعية، وفي أعداد المتخصصين ومساعدتهم ، وتوفير فرص البحث العلمي وتمويله في الكثير من الأحيان. بعض هذه الهيئات محلي ومحدود بإطار البلد أو الولاية أو الدولة، وبعضها يتخطى حدود الدولة الواحدة ليكون ميدان تعاون بين عدد من الدول. بعضها خاص يعنى بجانب من جوانب الصحة النفسية، وبعضها عام يهتم بجوانبها المختلفة.

تأخذ هذه الهيئات شكل جمعية في إطار المدينة أو المحافظة، وتأخذ أحياناً شكل اتحاد في إطار الدولة، أو شكل اتحاد عالمي. وفي حالات خاصة تأخذ هذه الهيئات شكل مركز للبحث العلمي، فقد نشأت في عدد من بلدان العالم جمعيات متعددة من أجل رعاية الصحة النفسية منذ أوائل القرن الماضي اتسعت هذه الجمعيات بتأثير من حركات إصلاح اجتماعي، أو حركات خاصة من نوع حركة بيرز (Beers).

ثم شهدت عدة دول قيام اتحادات للصحة النفسية فيما تهدف إلى المساعدة في التخفيف من الاضطرابات النفسية، والى مساعدة المصابين بها وتقديم شتى الخدمات لهم وإلى العمل على أنماء شروط الصحة النفسية المناسبة في ميادين البيت والمدرسة والعمل والمجتمع. وإنا لنجد هذه الاتحادات في الكثير من بلدان العالم في شرقه وفي غربه.

كذلك شهد العالم سنة 1948 قيام الاتحاد العالمي للصحة النفسية (World Federation For Mental Health) حيث جعل مركزه لندن، وجعلت أغراضه خدمة الصحة النفسية في العالم بشتى الوسائل، ومساعدة البحث العلمي في العالم في حدود هذا الميدان. ويعمل هذا الاتحاد بالتعاون مع اليونسكو من جهة ومع منظمة الصحة العالمية من جهة ثانية، ومع عدد من المؤسسات الدولية الأخرى من جهة ثالثة، في ميادين دراسة الصحة النفسية ومواجهة الشروط التي تتدخل في إيقاع الأذى بها. وإنا لنشهد من آن لآخر اجتماعاً لهذا الاتحاد تبحث فيه، على نطاق عالمي، مشكلات الصحة النفسية المختلفة، ووسائل تدريب الفنيين وتجنيدهم، ومساعدة البلدان المختلفة على السير بسرعة في مختلف اتجاهات رعاية الصحة النفسية. وفي اليمن تعتبر منظمة الصحة العالمية من أكثر الجهات اهتماماً بالصحة النفسية ، حيث تقدم التمويل والخبرة للمشاريع المتعلقة بالبحث والتدريب في هذا المجال.

يضاف إلى ذلك أن بعض الدول قد اتجهت إلى إنشاء معاهد خاصة تكون مراكز للبحث العلمي في ميادين الصحة النفسية. تعمل هذه المراكز في البحث العلمي، وفي تدريب المتخصصين في مستويات متنوعة، وفي دراسة شؤون التشريع اللازم الذي يمس المصابين والعاملين في ميادين الاختصاص المختلفة بالصحة النفسية. وكثيراً ما تشارك هذه المراكز في إقامة الندوات العلمية التي تهدف إلى تبادل الخبرات العلمية وإلى المزيد من التوعية النفسية العامة. وكثيراً ما تعمل وهي على صلة وثيقة بالاتحادات الوطنية العاملة في ميادين رعاية الصحة النفسية.

- تاريخ الصحة النفسية في الجمهورية اليمنية

مقدمة:

عُرف اليمن بحضارته ودوله القديمة التي سادت قرون عديدة وامتدت أحياناً لتشمل النصف الجنوبي للجزيرة العربية، بل تخطتها أحياناً باتجاه الشمال والشرق ووصلت أحياناً أخرى إلى خلف البحار في شرق أفريقيا. وتكتشف فيها الموميات والمقابر الأثرية. وتصدى اليمن لاعتداءات معاكسه وتحالفات مختلفة من قبل الروم والفرس والحبشة، ويؤسس لنظام شوروي ديمقراطي بحسب ما ورد في القرآن الكريم، وبنا اليمانيون القلاع والمواني والسدود.

لاشك أن هذا البلد كان عظيماً بكل المقاييس، ولا تقل عظمته عن عظمة الأمم القديمة (المصرية والإغريقية والفارسية والصينية والهندية).

و للأسف أننا لا نعرف ولو بصورة أولية عن أساليب الإنسان اليمني القديم في مواجهة الضغوط الحياتية التي كان يجابهها وطرق التعامل وأساليب علاج المرضى العقليين والنفسيين بمختلف أنواعهم. ذلك أن تفاصيل تلك الحقبة الزمنية الهامة لازالت مدخرة في تلك المقابر أو مطمورة برمال الصحراء ولم يكشف النقاب عنها.

وربما أن اليمانيين في الألفيتين السابقتين لظهور الإسلام قد تأثروا بانتشار الديانتين اليهودية والمسيحية في بعض مناطق اليمن. ولكننا لا نعرف ما مدى تأثير الديانتين الجديدتين وفهما لأمور الصحة النفسية في ذلك الوقت. كذلك لا نعرف تأثير الأحباش بغزواتهم وهجراتهم على الثقافة اليمنية، وخاصة المناطق الساحلية. كل ذلك مطلوب البحث فيه من علماء التاريخ والاجتماع وغيرهم.

الطب النفسي في اليمن عبر العصور الإسلامية حتى قيام ثورة سبتمبر 1962 والاستقلال 1967:

تجدد الإشارة إلى أن ازدهار العلوم الدينية والفلسفية والعلوم المختلفة في العهود الإسلامية (الأموي والعباسي والتي تلتها) واستفادة المسلمون من علوم الأمم السابقة لهم (الإغريق والهنود والفرس وغيرهم)

والتي طوروها واشتهر العشرات من علماء المسلمين على مستوى العالم كله في كل المجالات العلمية، ومنها مجال الطب، والطب النفسي خصوصاً، ومنهم ابن سينا، والرازي، وابن النفيس. وفي اليمن الكثير ممن اشتهروا على مستوى العالم في ذلك الوقت كالمملك المظفر (ملك اليمن في القرن السابع الهجري والثالث عشر الميلادي) صاحب كتاب "المعتمد في الأدوية المفردة" وافتتحت المستشفيات حين ذاك في بغداد، ودمشق، والقاهرة، والقيروان، وبلاد المغرب، والأندلس. كل ذلك وأوروبا رائدة العلوم الحديثة، كانت في عميق البداوة والقسوة والظلام.

وإن كنا لا نعرف منشآت في اليمن كذلك التي قامت في بغداد ومصر ودمشق والأندلس، إلا أن هناك الكثير من الكتب التي لازالت تستخدم في الطب الشعبي في اليمن إلى يومنا هذا. ومن خلال قراءة بعض تلك الكتب الطبية التي كانت غالباً تتناول كل الأعراض والأمراض السائدة في تلك العهود منها الجراحية والوبائية والمعدية واختلال العقل. وهناك كتاب واحد شامل لكل ذلك مثل كتاب "تسهيل المنافع في الطب والحكمة" لابن الأزرق، ومن الملاحظ أن هذه الكتب في غالبيتها قد ركزت في العلاج على الغذاء، والعلاجات النباتية والأعشاب والزهور والعلاج بالحمامات والمساج (التدليك) بالدهون، وكانت في كثير من الأحيان تصاحب تلك المعالجات قراءات أو كتابه آيات قرآنية تتلى على المريض والدعاء له بالشفاء أو يشربها للتدبير بنفعها. ونجد في هذه الكتب تأثيراً كبيراً بالطب اليوناني القديم، مثل تقسيم الأنماط على أساس الأخلط الأربعة التي افترضها أبقراط وغيره في تلك الأزمنة القديمة.

و يقول ابن الأزرق عن حكيم قوله لكسرى ملك فارس "واعلم أيها الملك أن خلق الدنيا وما فيها من أربعة أشياء هي الريح والنار والتراب والماء وبين هذه الأشياء الحر والبرد والرطب واليابس. والجسد على أربعة آخر مرة صفراء، ومرة سوداء، ودم، وبلغم. ثم بدأ في ذكر الأخلط الأربعة وصفاتها. وكان أغلب علماء المسلمين بمختلف أصولهم يستشهدون بآيات القرآن وأحاديث الرسول محمد صلى الله عليه وسلم ولا نجد إلا في مذيلة الكتاب عرضاً لتمام تستخدم في حالات العين المؤكدة. يؤكد المؤلف على تضمينها آيات قرآنية وأدعية معينة. ولم يحتوي الكتاب إلا على طلسم واحد في نهايته، ويفرد باباً لتدبير الأهواء. يقول فيه: (فهذا القدر كاف في تدبير الأصلح من العوارض النفسية الرديئة كالغضب، والغضب، والهجم، والفرح، والسرور، والحسد. فإن هذه كلها تغير الأبدان وتخرجها من الحالة الطبيعية) (الأزرق، ص92).

وأفرد باباً فيما يجلب النوم، وباباً في تدبير السكون وتدبير النوم، وفصل في الصرع والشقيقة والنسيان، وفصل في الأدوية المقوية للدماغ، والأدوية المفسدة للدماغ (ص 92-97). والطفرة (خذل العصب السابع للوجه) وفصول وأبواب في أدوية البائة (ص 133-305). وفصول في تدبير الشباب والكهول والشيوخ (ص 145-147). والبول على الفراش (ص 145) وذكر المانخوليا ويقول فيها ضرب من الجنون. وهو نوعان صفراوي وسوداوي أما الصفراوي فعلامة صاحبه كثرة الكلام، والإقدام على الناس بالسرور وربما ضرب إنسان. وأما السوداوي فعلامة صاحبه الخوف والوجل، وكثرة الصمت، والخلو بالنفس في الأماكن المهجورة والمقابر، ونحو ذلك، مع التفكير والوسواس وهذا وصف دقيق للأمراض الوجدانية ثنائية القطبية التي تسمى اليوم بذهان الاكتئاب والهوس (Manic Depressive Psychosis) (ص 175). وباباً للصرع

(ص176). وفصل في الكابوس (177) وغيره. وفي حاشية الكتاب كتاباً للطب النبوي للإمام المحدث أبي عبدالله محمد الذهبي، الذي يقول في بدايته (إن واجب المسلم بعد امتثاله للطاعات واجتباب المنهيات، ما يعود نفعه على الإنسان من حفظ صحتهم ومداواة أمراضهم، إذ العافية أمر مطلوب في الأدعية الشرعية).

كان ذلك من الآثار العظيمة التي خلفها الأطباء المسلمون وبقيت إلى عصرنا هذا. لكنه بعد الخلافة العباسية تقسمت البلاد الإسلامية إلى دويلات تقوى هنا وتضعف هناك، وغلبت صراعاتها ومصالحها، واستغلت الدين والمذاهب واجهة وقناعاً لسيطرتها، وحاربت العلماء، فأنتشر الجهل وانتشرت الخرافات والشعوذات، وكثر التلمس بالأولياء، وزيارة قبورهم تبركاً بهم. وآمن الناس بالخرافات وكذبوا العلماء وذوي الحكمة.

وعندما وصلت الأمور ذروتها في عهد السيطرة العثمانية والسيطرة البريطانية في شمال وجنوب اليمن، ولم يحظى بالخدمة الطبية الأصيلة إن وجدت، إلا أبناء السادة والأغنياء في المدن. أما الريف فلم يكن نصيب أبناؤه إلا الشعوذة والكي بالنار. واستمر الحال في العهد الأممي إلى حد أن الإمام أحمد (الإمام قبل الأخير في اليمن) أدعى اعتماده ومخاطبته للجن كأسلوب غبي إعلامي يخيف به الناس أمام الثوار المستنيرين بأفكار إسلامية وتحربية حديثة.

وكان الحال نفسه في المناطق الجنوبية الخاضعة للاستعمار البريطاني. وعليه يمكن الاستنتاج بأنه خلال العصور الإسلامية المختلفة وحتى قيام الثورة اليمنية سبتمبر 1962 في صنعاء، و14 أكتوبر 1963 في عدن، كانت قد اختلطت المفاهيم العقلانية واللاعقلانية، والمفاهيم الروحية والمادية المتوارثة من الحضارات القديمة، مع المفاهيم الإسلامية التي خاطبت العقل والقلب الجسد والروح، مع المفاهيم البدائية التي سادت لدى الناس من تجارهم وأساطيرهم. وانحصرت الأنشطة العلمية على المدن الرئيسية فقط (صنعاء وذمار و زبيد و صعدة وتعز وعدن وسيئون و تريم غيرها) بنسب متفاوتة. ولا ننسى دور التيارات الصوفية وتأثيرها على ثقافة الناس ومعتقداتهم في عموم اليمن وتياراتها المذهبية وعلى رأسهم أحمد بن علوان في تعز.

الصحة النفسية والطب النفسي في الفترة 1948 - حتى قيام ثورتي سبتمبر 1962 والاستقلال 1967:

تزامن انتهاء الحرب العالمية الثانية مع القضاء على نظام الإمام يحيى حميد الدين في الجزء الشمالي من الوطن، وفشل ثورة 1948 وتولى ابنه الإمام أحمد زمام الحكم الذي بدأ صراعاً شديداً مع القوى المستنيرة في البلد. وفرضت صحة الإمام الشخصية وحاشيته وربما استجابة لضغوط سياسية، كان وصول أطباء أجانب من فرنسا وإيطاليا وتشيكوسلوفاكيا، لا يتجاوز عددهم أصابع اليد الواحدة، وكان عملهم منحصر على مستشفيات صنعاء وتعز وربما الحديدية وينحصر أداؤهم في تقديم العلاج والمجراحة للأمراض السائدة والمستوطنة، وبالعلاجات القليلة آنذاك. وحسب علمنا فالمرضى النفسيين لم يحضوا بأي عناية حديثة تذكر. وكان المرضى يهيمون في الشوارع والجبال ممزقي الملابس يتعرضون لسخرية الكبار والصغار واشتمزازهم. وكان البعض يقعون مقيدون في بيوتهم أو مهملين في السجون أو المستشفى دون أي رعاية أو علاج.

والحسنة الوحيدة في العهد الإمامي هي وجود مركز للأيتام يتعلم الدارسون فيها العلوم الدينية والدينية البسيطة الأساسية. ومن المفارقات أن جزءاً كبيراً من هؤلاء الطلبة دخلوا الكليات الحربية والشرطة وشاركوا في الثورة ضد الإمام.

لم يختلف الوضع كثيراً في مستعمرة عدن والمحميات البريطانية، ويذكر أبائنا أن تطوراً ما قد حدث فقط بعد زيارة الملكة أليزابيث لعدن عام 1954م، حيث بدأت الشوارع المسفلتة وبنيت بعض المستشفيات في مدينة عدن فقط وتوجت بمستشفى الملكة اليزابيث (بخور مكسر) (مستشفى الجمهورية لاحقاً) وكان يعمل بهذا المستشفى عدد بسيط من الأطباء الانجليز والهنود، وعدد لا يتجاوز أصابع اليد الواحدة من أبناء عدن. علماً بأنه حتى خروج بريطانيا عام 1967 لم تكن هناك جامعة.

وانحصر التعليم على التعليم الأساسي والثانوي فقط ولم يكن وضع المرضى النفسيين يختلف عن أخوانهم في شمال الوطن، يقول د. الطشي: "فقد شهدت بأم عيني معالجة طفل مريض بالصرع بالضرع من قبل المشعوذ بعد أن عرض الطفل على مدير مستشفى الملكة الانجليزية الذي لم يقدم له شيئاً. ولا أدري هل عجز الطبيب عن وصف علاج الفينوباربيتون لذلك الطفل عام 1960، رغم أن هذا العلاج قد عرف منذ ثلاثينات القرن العشرين. كما لاحظت مريضاً إنجليزياً أودع غرفة لا شيء فيها، في زاوية من قسم الصدر بالمستشفى دون علاج".

(في نهاية الخمسينات وبداية الستينات بدأت أعداد قليلة من اليمنيين من خريجي الجامعات العربية والأجنبية بالعودة إلى اليمن - غالباً إلى عدن- لتوفر فرص العمل والمناخ الليبرالي، وعملوا في قطاعات التعليم والحقوق والطب والهندسة. ويشكل خريجي الفلسفة علم النفس نسبة ضئيلة تم إلحاقهم بمجال التربية والتعليم كمدرسي وإداريين تربويين (رسول، ص26).

وبالرغم من افتتاح السلطات البريطانية أول مصحة للأمراض النفسية في عدن عام 1965 إلا أن أحداً لم يوظف من خريجي علم النفس، وعملت المنشأة بطبيب نفسي أجنبي واحد، وكادر ترميض نفسي واحد حتى الاستقلال عام 1967 (وزارة الصحة العامة والسكان، 2004، ص26).

وفي ديسمبر 1966 افتتحت المصحة بنقل جميع المرضى في سجن المنصورة إلى المصحة التي تتكون من جناح للرجال سعة (60-70) مريض، وتنقسم إلى:
شعبة الزنازين (عشرة زنازات سعة 25 مريض).
شعبة الغرف الكبيرة مزودة بالحمامات والبطانيات ودون أسرة.
وجناح نساء ينقسم إلى:
شعبة الزنازين لعشرة مرضى.
شعبة الغرف الكبيرة (وزارة الصحة العامة والسكان، 2004، ص60)

ونلاحظ ان هذه المصحة افتتحت قبل الاستقلال بسنة فقط وتحتوي على زنازين كما ورد ربما للتخفيف عن السجون في مرحلة حرب التحرير وتخدم الغرض التي أنشأت من أجله.

كانت المصحة تتبع ماليا وإدارياً مستشفى الجمهورية (لا يوجد إدارة مستقلة) وكان إجمال الطاقم التمريضي:
أخصائي طب نفسي أجنبي واحد.
فني صيدلة بمؤهل متوسط واحد.
ممرضي 17.

حرس طباطين وعمال نظافة حوالي 20. (وزارة الصحة العامة والسكان، 2004، ص60)

الصحة النفسية بعد ثورة 1962م في الشمال والاستقلال 1967م في الجنوب وحتى عام 1980.

مع قيام ثورة 26 سبتمبر 1962 في شمال اليمن وثورة 14 أكتوبر في جنوبه ظهرت ملامح تنبؤ عن عهد جديد يسعى الناس فيه نحو التغيير والتحديث والتطور. ورغم صعوبات التأسيس والحروب الأهلية والصراعات الداخلية إلا أن اليمنيون تنبهوا لأهمية التعليم في إحداث التغيير، فانتشرت مئات المدارس الحديثة في عموم القرى والمدن.

وسعت الدولتان (آنذاك) لإرسال العشرات بل المئات من خريجي الثانوية للدراسات الجامعية والدراسات التخصصية إلى عدد من الدول العربية والدول الاشتراكية المختلفة. ونتيجة لظروف تدني مستوى التعليم في الدولتين، كانت نسبة الأمية بين السكان حوالي 90%، وعدد المدارس بكافة مستوياتها لا تتجاوز أصابع اليد. والجدير ذكره أن الدراسات الجامعية لأبناء اليمن شمالاً وجنوباً في الخارج بدأت قبل قيام الحكومات الوطنية. (3، ص26)

ومع تنامي خريجي الثانوية العامة، وعودة المبعوثين للدراسة في الخارج، توافرت شروط تأسيس الكلية العلمية المتخصصة، والإعلان عن افتتاح جامعة صنعاء عام 1970، وجامعة عدن عام 1977م (وزارة الصحة العامة والسكان، 2004، ص23).

نشاط وزارات الصحة والوزارات الأخرى في مجال الصحة النفسية (1967)

الجمهورية العربية اليمنية بين (1962-1980)

أشرنا إلى ظروف التأسيس التي مرت بها اليمن، والصعوبات التي كانت تواجه الحكومتين. إلا أنه مع تنامي الوعي لدى المواطنين وأهل الخير وخاصة في المدن التي نعمت بالاستقرار والحركة التجارية مثل الحديدة وتعز، بدأ التفكير في إقامة دور رعاية تأوي المرضى، فكان بناء مصحة السلام عام 1976م في الحديدة وعملت فقط كدار إيواء للمرضى العقلين الذين أصبحت إعالتهم من قبل أهاليهم تشكل كارثة مادية، ومحور لمشاكل اجتماعية عديدة (وزارة الصحة العامة والسكان، 2004، ص91)

لم يكن يوجد أطباء أو ممرضين متخصصين في هذا المجال على الإطلاق. ونظراً لتزايد عدد المرضى فقد قامت وزارة الصحة في صنعاء بالتعاقد بصورة فردية مع طبيب نفسي بلغاري ليعمل في عيادة تخصصية لأول مرة في المستشفى الجمهوري بين عام 1978-1981م. كما عمل دكتور إيطالي في المستشفى العسكري على تطبيق الحالات الحادة من الأمراض العقلية ضمن عيادة الأعصاب. ومع تزايد الحالات وخروج الكثير للعلاج في الخارج فقد بدأ التفكير جدياً بالمشكلة.

ونتيجة الاهتمام المتزايد من المواطنين ووزارة الصحة حدث الآتي:-

في مايو 1980م استقدمت وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية الأستاذ الدكتور/ طه بعشر لدراسة الوضع الذي أشار في تقريره إلى وجود 366 طبيباً، منهم (140) أخصائياً و(18) طبيب أسنان. ووجد أن 92% من الخريجين من أطباء الأسنان والصيدلة ينتشرون في أربع محافظات فقط صنعاء، تعز، الحديدة، إب ، كما وجد 27 مستشفى و75 وحدة صحية و 27 مركز صحي مركزة في المدن، وتلثي المستشفيات في المدن الأربع السابقة. (Baasher,1980,p4)

ووصف وضع الصحة النفسية كالتالي: " أن المرضى النفسانيين يمكن مشاهدتهم في الشوارع المزدهمة هائمون أو شحاتون". وتساءل أين يوضع المرضى العقلين منهم، ولم يوجد لهم أقسام رقود ضمن المستشفيات والمراكز المذكورة؟ ولإجابة على ذلك وجد أن المرضى وضعوا في:

(1) مصحة العناية والإصلاح بتعز والتي خصصت للمرضى العقلين وهي عبارة عن مبنين متجاورين في السجن المسمى آنذاك الشبكة بتعز، ووجد المركز في حالة صحية يرثى لها، وفيه مرضى بحاجة حقيقية للرعاية الاجتماعية ويعانون من فقدان برنامج علاجي منظم. وكان عدد المرضى حوالي عشرون مريضاً، كلهم من الرجال مقيدون يجولون في الغرف أو نائمون على الأرض (Baasher,1980,p6).

(2) المصحة النفسية في السجن المركزي بصنعاء (1962-1980) ويفيد التقرير نفسه أن مدير السجن (عقيد يحيى الكسار، رحمة الله) قد أوضح أن نقل المرضى من المستشفى الجمهوري إلى السجن قام على دوافع إنسانية بحثه وأكد ذلك وكيل وزارة الداخلية (العقيد محمد) بقوله: "أن القسم القديم في المستشفى الجمهوري لم يكن مستشفى ولا حتى قسماً للعلاج ولكن أضاف جنون إلى الجنون، كما أنه ليس من اللائق ترك المرضى يهيمون في الطرقات ويعيقون حركة المرور".

(Baasher,1980,p7)

وقدر عدد المرضى بحوالي 115 مريضاً أغلبهم من مرضى الفصام، والتخلف العقلي، ومرضى الهوس والاكتئاب. وكانت المصحة قريبة من البوابة الرئيسية (غير مقرها الحالي) وتحتوي على غرفتين لاستقبال المرضى، و6 غرف تتسع كل منها 4 أسرة، وغرفتين كبيرتين (عنبرين) يمكن أن تستخدم كأقسام . (Baasher,1980,p7)

ثم يصف كيف أن القسم مغلق ومقفول بسياج حديدي. وكان الطبيب البلغاري يزور مرضى السجن المركزي مرة في الأسبوع، إضافة إلى عمله في العيادة النفسية في المستشفى الجمهوري (Baasher, 1980, p8). أما مرضى الأعصاب فكان يرعاهم (د.أحمد الحكيم) أخصائي أعصاب في عيادة الأعصاب مع وحدة رقود بثمان أسرة لمرضى الأعصاب ضمن قسم الباطنية، ولم يكن هناك مرضى رقود في أي مستشفى حتى هذا التاريخ يونيو 1980م. وكما أشار إلى عدم وجود المنشآت أشار أيضاً إلى العجز في طاقم العمل والأجهزة والعلاجات، وأنه لا توجد حتى اللحظة إمكانيات إدارية وتنظيمه تنظم نشاطات الصحة النفسية بين مختلف الوزارات ومنظمات المجتمع المدني وهذا بحاجة إلى معالجة (Baasher, 1980, p11).

كذلك أشار إلى غياب كلية طب، وأن أغلب الخريجين درسوا في الخارج، وأن متابعة دراستهم العليا تتطلب السفر إلى الخارج أيضاً. ووضع مقترحات لتطوير برامج الصحة النفسية كان من أهدافها:

أ. الوقاية والعلاج للاضطرابات النفسية والعصبية.

ب. توفير خدمات صحية فعالة من خلال الاستفادة من الخبرات والمعارف.

ج. تشجيع وتقوية المصادر الوطنية للتدخل المناسب من خلال رفع الوعي بقضايا الصحة النفسية في المجتمع. ووضع لها السياسات والاستراتيجيات الآتية:

- أن نشاط الصحة النفسية يجب أن يستوعب ضمن برنامج وطني واسع بالاستغلال الأمثل للمصادر المتوفرة.
- أن خدمات الصحة النفسية يجب أن تتكامل مع نظام الصحة العام.
- استشارة وتقديم كل الدعم لتطوير الطاقة البشرية وبرامج التدريب.
- الاستخدام الأنسب للمعارف الطب نفسيه الحديثة والتكنولوجيا المتوفرة.

وضعت الدراسة أهداف عملية (Targets) كالتالي:

1- الأهداف الملحة:

أ. تقوية ودعم الإمكانيات المتوفرة في المستشفى الجمهوري بإعادة تنظيم القيادة وتوفير الطاقم المدرب وتوفير جهاز خدمات لها وتوفير العلاج وتأسيس وحدة طب نفس لرقود المرضى المزمين سعة 20 سرير.

ب. تدبير المرضى في السجن المركزي من خلال الآتي:

- وضع الأقسام وتصنيف الحالات والخلفية الاجتماعية، والتعرف على أسر المرضى.
- أن القسم المزمع أنشاؤه يجب أن يُكيف لضمان تقديم الرعاية الاجتماعية والتأهيل الأفضل.
- أن تنظيم الدخول يجب أن يكون تدريجياً مع تطور طاقم التمريض الكافي وتوفير العلاج، وهو ما يعتبر أمراً حرجاً، لأنه أن لم يتوفر ذلك فسيبقى المبنى مأوى فقط ويؤمل أن لا يكون هذا المبنى نموذجاً يحتذى به حتى لا يقبل المرضى فيما بعد بصورة روتينية.
- بدء الخدمات الطب نفسية في تعز، رأى الآتي:

- إن على الأخصائي النفسي في صنعاء الزيارة المنتظمة لتعز لبدأ تأسيس الخدمة وحتى يتوفر من يقوم بالمسئولية كاملة (لاحظوا الانتقال من صنعاء إلى تعز)

- توفر طاقم من طبيب عام وممرضين لتقديم الخدمة الصحية المجتمعية تحت إشراف الأخصائي الزائر.
- توفير العلاجات والأجهزة المطلوبة.
- وضع برنامج لمرضى دار العناية يشبه ما ورد حول مرضى السجون كما ورد.

2- تطوير الرعاية الصحية النفسية في المحافظات الأخرى:

أ- هدف أولاً وقبل كل شيء إلى إيجاد فريق صحة نفسية يفضل عمله تحت قيادة أخصائي طب نفسي (psychological Medicine) وتوفير عدد من المنح الدراسية للتدريب والتخصص المناسبين في هذا المجال.

ب- وجود كيان تنظيمي مركزي (Central Organization Body) لتنظيم نشاط الصحة النفسية، تكون سكرتارية في وزارة الصحة، وأعضاؤه من ممثلي وزراء الشؤون الاجتماعية، والداخلية، والتعليم، والأعلام، والمنظمات (Baasher, 1980, p14).

جمهورية اليمن الديمقراطية الشعبية (1967-1980):

أما في جمهورية اليمن الديمقراطية فإنه إلى قبل 1969 لا يوجد طبيب ثابت وكانت المصحة تغطي حوالي 90 مريضاً و30 مريضة، وتردد على العيادة في عملها يومين في الأسبوع حوالي 20-25 مريض ومريضة وكان معظم المرضى من المحافظات الريفية في جنوب اليمن قبل الوحدة، بالإضافة إلى بعض المرضى من المحافظات القريبة من عدن بالجمهورية العربية اليمنية سابقاً. (وزارة الصحة العامة والسكان، 2004، ص60)

حصلت المصحة على الاستقلال الإداري عام 1971م وتتبع وزارة الصحة مباشرة برئاسة الأستاذ الدكتور/ عبد القادر الكاف عام 1974م وكان هذا الاستقلال الجزئي كان خطوة متقدمة في تحسين أوضاع المصحة.

وتم أخلاء قسم الجذام وأمراض المعدية الذي كان في وسط المصحة، وفتح قسم النفاهة ليصبح موقعاً متميزاً من حيث الفرش والمهام ينتقل إليه المرضى المتحسنين القادرين على القيام بمهام عملية حرفية، وأنشأت أول وحدة نظام معلومات تجمع جميع الملفات والسجلات. وما زال متميز حتى اليوم بمعلومات متكاملة عن جميع المرضى منذ الستينيات (وزارة الصحة العامة والسكان، 2004، ص61).

تم تحديد العلاقة مع أقسام الشرطة والمحاكم والسجون بما يكفل عدم التعامل مع المصحة كسجن للمرضى، وإنما كمرفق صحي علاجي يمنح الطبيب كامل الصلاحيات وسلطة القرار في دخول المريض أو خروجه. واستحدث مكتب اتصال أمني في المصحة (وزارة الصحة العامة والسكان، 2004، ص60).

ساهمت أقسام علم النفس التي أنشأت في الكليات المتخصصة في تدريب الكوادر لتلبية احتياجات التنمية في التربية والتعليم، والصحة، والحقوق.

وتم استقطاب التخصصات المتكاملة من خريجي علم النفس، علم الاجتماع والأطباء وتشجيعهم على التخصص وبدأت مؤشرات الفريق الإكلينيكي المعالج تتشكل. كما بدأ برنامج إعادة التأهيل والعمل للرجال (في مجال الزراعة والنظافة والخدمة والصناعات الورقية وصناعة الخزف)، وللنساء (في الخياطة وصناعة الكوفي والتركيب والنظافة) وبلغ عدد مرضى العيادة التابعة للسجن المركزي (36-74 مريضاً) شهرياً وإجمالي 619 مريضاً في العام.

- الصحة النفسية في الجمهورية العربية اليمنية بين عام 1980-1990:

لقد كانت دراسة الدكتور طه بعشر خبير منظمة الصحة العالمية بمثابة القاعدة النظرية التي انطلقت على ضوءها نشاطات الصحة النفسية وتحققت بعدها أشياء كثيرة منها:

(1) وصول خبير منظمة الصحة العالمية أ.د/ محمد حسن توفيق الذي عمل مشرفاً على خدمات الصحة النفسية في صنعاء وتعز والحديدة وظل متنقلاً بين هذه المدن لحوالي ثمان سنوات.

(2) وصول الدكتور/ أحمد مكي مع بداية عام 1981م ومغادرة الدكتور البلغاري، فأغلقت العيادة النفسية في المستشفى الجمهوري وافتتحت عيادة بديلة في مستشفى الثورة نظراً لاهتمام الوزارة بمستشفى الثورة حيث كان المستشفى النموذجي الأول.

(3) توفير عدد من أجهزة الصدمات الكهربائية ووزعت على مستشفى الثورة، والسجن المركزي بصنعاء، وتعز وربما الحديدة.

(4) تولى الدكتور/ أحمد مكي إدارة الصحة النفسية في صنعاء والدكتور عبد الله الكثيري في عدن.

(5) ابتعث عدد من الأطباء للدراسة في الخارج وعند عودتهم في 1983-1985م تولوا:-

أ. قياد المصحة النفسية في تعز سعة 40 سرير أستعير مبناهما من المصحة الخاصة بمرضى الجذام) وافتتحت عيادة في مستشفى الثورة بتعز إضافة إلى رعاية دار الرعاية بسجن الشبكة تعز وبعد عدة سنوات افتتح قسم سعة 60 سرير بمستشفى الثورة.

ب. تم افتتاح قسم ضمن مستشفى الثورة بصنعاء سعة 20 سرير (13رجال، و7 نساء) في يناير 1985م وقدم خدمات جليلة شبه مجانية عدى تكلفة العلاج الذي غالباً ما كان يدفعه الأهالي (بدلاً عن القسم الذي أقترحه د. طه بعشر في الجمهوري)

ج. تواصلت رعاية مرضى السجون بمعدل زيارة في الأسبوع. إلا أن مستوى الخدمة ظل متدنياً نظراً للكلم الكبير من المرضى إذ زاد عددهم نظراً لتوفر العلاج في البداية والعلاج الكهربائي ECT . ولأنها أفتتحت قبل افتتاح القسم بمستشفى الثورة ثم لقللة العلاج المتوفر والكوادر الصحية أو انعدامه أحياناً، ولانقطاع عمال النظافة أحياناً حيث كانت أجورهم على بعض أهل الخير، وكانت المجاري تطفح أحياناً إلى الساحة ولا تجد إدارة المصحة سيارة تشغطها لتعطل السيارة الوحيدة للسجن. ناهيك عن أن المرضى يرقدون على أسرة أسمنتية، وفرش ممزقة وفي غرف كبيرة، وعندما تتوفر الفرش والبطنيات سواء من إدارة السجن أو من أهل الخير في شهر رمضان مثلاً، فإن المرضى يهلكونها

خلال شهرين إلى أربعة أشهر نظراً لسوء حالتهم وعدم استبصارهم، وظلت الأوضاع هكذا مترنحة صعوداً وهبوطاً في مصحة السجن حتى بعد قيام الوحدة عام 1990م.

وتشير مسودة برنامج مشروع الصحة النفسية للخطة الخمسية الثالثة بالجمهورية اليمنية إلى الآتي: أنه في ديسمبر 1981م أوفد من قبل منظمة الصحة العالمية مستشار الأمراض النفسية والعقلية د/ محمد الحسن توفيق وقام بإنشاء عيادات وأقسام للصحة النفسية ضمن المستشفيات العامة في كل من تعز، صنعاء والحديدة مع الاهتمام بتدريب الكوادر المحلية وتوفير الأجهزة والمعدات والعقاقير اللازمة والعناية بمرضى السجن. وحصيلة ذلك قيام عيادات متخصصة في المحافظات الرئيسية الثلاث وإنشاء وحدات للرقود بسعة إجمالية 85 سرير منها 18 سرير في صنعاء، و 60 سرير في تعز، و 70 سرير في الحديدة (المجموع 148 سريراً) (توفيق، وآخرون، ص3،2).

وإذا أخذنا في الاعتبار التعداد السكاني لعام 1986 (تسعة مليون) يتضح الآتي:
3-5 في الألف من المواطنين يحتاجون إلى خدمات الطب النفسي على الأقل مرة في العام.
نسبة الأسرة إلى عدد السكان (سرير فقط لكل 100.000مئة ألف نسمة.
عدد الأطباء العاملين إلى عدد السكان (كطبيب واحد لكل 500.000 نسمة.
هناك 35-40% من المترددين على العيادات في التخصصات الطبية الأخرى يعانون من اضطرابات نفسية مختلفة.

من واقع العمل اتضح أن حالات الذهان بمختلف أنواعه لا يقل عن الرقم العالمي (7 في الألف).

- لوحظ وجود كل أنواع العصاب مع اختلاف النسب.
- زيادة نسبة إصابات الصرع والتخلف العقلي. برقم قد لا يقل عن (3-4 من الألف).
- وقد تصدق مسودة المشروع ووجهاتنا هذه المعوقات:
- عدم وجود أماكن مناسبة للعيادات النفسية صالحة لاستقبال الأمراض.
- عدم وجود إدارة متخصصة لمشروع الصحة النفسية بالوزارة.
- عجز التمويل للمشروع إلا من تمويل مالي بسط بعد عام 1984م.
- قلة الكوادر المحلية من أطباء وكوادر مساعدة.
- وجود أعداد هائلة من المرضى المكسبين في السجن ودار الرعاية الاجتماعية بتعز والحديدة.
- عدم توفر العقاقير اللازمة المتخصصة بالوزارة والمصحات.

بلغ عدد الأطباء والعمال حتى 1986:

1. ثلاثة أطباء وأخصائيين في الطب النفسي.
2. ستة أطباء عموم + طبيبان مبعوثان في الخارج.
3. باحثان نفسيان + باحثان اجتماعيان.
4. واحد وثلاثون ممرض مدرب.

أعطى اهتمام خاص بتدريب الكوادر المحلية من أطباء العموم وكوادر التمريض في معاهد التمريض. وأشاد بجهود المؤسسات الخيرية بتعز والحديدة.

وضعت المسودة إستراتيجية للخطة كالتالي (مختصرة)

- 1) الاستغلال للإمكانات المتاحة وتوسيع الخدمات على مستوى الريف والمدينة.
- 2) الاهتمام بتدريب الكادر بكل قطاعاته مع التركيز على الطبيب العمومي وعامل الرعاية الصحية الأولية.
- 3) الاستفادة من خبرات الجهات ذات العلاقة (الوزارات: الصحة، الداخلية، الشؤون الاجتماعية، التربية، والمجالس البلدية).
- 4) إنشاء مجلس وطني يستوعب ضمن المهنيين المهتمين من القطاعات الشعبية والوزارات ذات العلاقة.
- 5) لمعالجة مشكلة المرضى في السجون ودار الرعاية في الحديدة يتم إنشاء مركز علاجي تأهيلي لاستيعاب الحالات المزمنة.
- 6) إعطاء التدريب في حقل الطب النفسي وضعه المناسب من خلال إدخال مقررات الطب النفسي في المعاهد الصحية وكلية الطب والدراسات العليا مستقبلاً وتوفير المراجع والمادة العلمية، وتنشيط البحث العلمي في المجال، وإيجاد وسائل الاحتكاك العلمي في المؤتمرات والندوات واستغلال المعلومات الإحصائية في التخطيط والتعليم.
- 7) استنباط جهاز للمتابعة والرصد.
- 8) إعطاء الصحة النفسية مكانتها في التنقيف الصحي والبحث.
- 9) وضع قانون الصحة النفسية مع الوزارة المعنية وكلية الحقوق.

وبادرت كلية الآداب جامعة صنعاء عام 1983 بافتتاح تخصص علم النفس وتخرجت أول دفعة من حملة البكالوريوس عام 1987 .

وعلى مستوى الماجستير والدكتوراه، فقد بادرت جامعة صنعاء بافتتاح برنامج الماجستير والدكتوراه في الأعوام 1983 و 1998 (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص27).
وافتحت كلية الطب في جامعة صنعاء عام 81- 1982 وتخرجت أول دفعة عام 1989، وبدأ تدريس مادة الطب النفسي 1987- 1988 من قبل طبيب سوداني خبير سابق بوزارة الصحة، وعدد من الأطباء اليمنيين بنظام الساعات (أ.د. عبدالله شويل، اتصال شفوي).

- الصحة النفسية في جمهورية اليمن الديموقراطية بين (1980-1990):

في نهاية السبعينات وبداية الثمانينات انضمت الخدمات الصحية لنفسية إلى برامج الأنماء الصحية الأولية. فنشط برنامج الصحة العقلية التابع لمنظمة الصحة العالمية في مجال توسيع الخدمات النفسية ونشرها

إلى جميع المحافظات بإقامة دورات تدريب التأهيل الأطباء العاملين في لحج وحضرموت وشبوة وأبين تحت إشراف مركزي من الصحة ثم من مستشفى الأمراض النفسية والعصبية التعليمي بعد افتتاحه عام 1984م. هذا إلى جانب المشاركة في برامج الصحة المدرسية وفتح عيادة نفسه في المجمعات الصحية.

وفي مطلع الثمانينات بدأ تشكيل نواة للقسم الجنائي في سجن المنصورة وتم تنظم زيارات منتظمة من أطباء المستشفى إلى عيادة سجن المنصورة وإشراف للجنة الطبية بالمستشفى على القرار النهائي المتعلق بهم من الناحية العلاجية والقضائية.

وكان منتصف الثمانينات هو البداية في تبلور الاتجاهات نحو ضرورة تقنين اختبارات نفسه على الواقع الثقافي والتعليمي اليمني متوافقاً مع افتتاح المستشفى الجديد بتمويل من الكويت لارتباطه ببرامج التدريب والتعليم المستمر، والدور المرتقب من جامعة عدن.

وكانت أعوام 86-90 هي أعوام إلغاء لزنازين في المصحة القديمة وانتقال جميع المرضى إلى المستشفى الجديد وأوضحت كل الدراسات أن البرامج تضمنت برنامج الرعاية الصحية الأولية مع برامج إعادة التأهيل والعلاج بالعمل للمرضى.

- قامت إدارات الصحة - بمحاولات لتقديم الخدمة مباشرة إلى المحافظات (ذمار - البيضاء - حجة) وجنوباً (شبوة وحضرموت). يقول الدكتور مبارك بامير: "ظهر مفهوم الصحة النفسية في حضرموت عام 1981م عندما قام كادر طبي نفسي من مصحة السلام بعدن بزيارة المنطقة الأولى مرة لمدة أسبوعين زار خلالها مرضى مستشفيات المحافظات، وقام بتدريب الأطباء المحليين" (بامير، 1998، ص1).

في نهاية الثمانينات تم تحقيق علاوة الخطورة كما تم التحول التدريجي للمرفق من مرفق خدمات فقط إلى مرفق خدماتي إنتاجي طبقاً لإستراتيجية الصحة النفسية في المستشفى في النصف الثاني من الثمانينات (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص59-60).

7- قامت إدارة الصحة النفسية بالوزارات بتمويل من منظمة الصحة العالمية بعمل دورات تدريبية عديدة لعدد من أطباء العموم في عموم الجمهورية - ولعدد من الممرضين. هذه المحاولات لم يتم لها الاستمرارية نظراً لبعده المسافات وقلة المكافآت إلا أنها زادت من مستوى وعي الأطباء في المحافظات البعيدة بالأمراض النفسية وربما ولدت الرغبة لدى البعض للعمل في هذا المجال، إلا أنه من خلال الإحصائية التي قدمها د. مبارك بامير لم يظهر النشاط الفعلي للعيادة في مستشفى المكلا إلا بعد 1990م (بامير، 1998، ص1) .

الصحة النفسية في اليمن الموحد بين عام 1990م وحتى 2004:

بعد التحام الدولتين في دولة واحدة في مايو 1990م ظلت أوضاع الصحة النفسية تسير بنفس الوتيرة، وكانت قد ساءت جداً خلال شتاء 1993م في صنعاء نتيجة الصراعات في قمة الدولة آنذاك. ونتيجة للأوضاع الاقتصادية التي سادت خلال تلك الفترة ساءت الخدمات الصحية عامة والنفسية خاصة وبالذات أوضاع المرضى في السجون ثم قامت لتزدهر من جديد. سنتناول فيما يلي أوضاع الصحة النفسية حسب المحافظات:

أولاً: أمانة العاصمة:

أ- إدارة الصحة النفسية بوزارة الصحة:

بعد الوحدة مباشرة تولى إدارة الصحة النفسية عدد من زملاء المهنة واقتصر دورهم على الآتي:
تنسيق دورات تدريبية لأطباء عموم ضمن أطباء الرعاية الأولية بمعدل دورتين سنوياً ولعدد (7 - 10) طبيباً، وكل دورة تستمر مدة ثلاثة أيام. ودورات للمرضين واحدة إلى اثنتان سنوياً ولعدد (7 - 15) ممرض.

وكانت هناك محاولات لفتح عيادات نفسية في مناطق محيطية بصنعاء (مثلاً في متنة ببني مطر) ويزورها طبيب كل أسبوع. لكن هذه التجربة لم تستمر نظراً لبعدها المسافة، وانقطاع التمويل. ونهاية عام 1993م صدرت توجيهات عليا لإخلاء سبيل المرضى في السجون أو التقليل منهم، ودراسة إمكانية الاستفادة من الأقسام القديمة في المستشفى الجمهوري لإيواء مرضى السجن المركزي. ورسالة أخرى لنفس الغرض لدراسة إقامة مصحة نفسية في مكتب مشروع الطريق بمحافظة المحويت. وقام وزير الصحة (د.نجيب غانم) آنذاك بتكليف لجنة يرأسها الدكتور / محمد الطشي لمتابعة ذلك، وخارجاً عن إطار إدارة الصحة النفسية. لم تحبذ اللجنة كعب المحويت لبعدها المسافة وقلة الكادر، إلا أن اللجنة قامت بجهود جبارة في متابعة موضوع المستشفى الجمهوري خلال تسعة أشهر وبدون مقابل حتى تم الاتفاق مع إدارة المشاريع بالوزارة على ترميم الأقسام. وهي تحتوي على (160) غرفة وساحات يمكن إقامة حدائق فيها لتأهيل وتدريب المرضى.

وقد كلف المشروع آنذاك حوالي خمسة وستون مليون ريال، وبعد استكمال الترميمات لم يسلم المشروع نظراً لعدم متابعة اللجنة وعزوف أعضائها عن الاستمرار وعدم صرف مستحقات أو نظير أتعاب للجنة. ولازالت هذه الأقسام شاغرة ويمكن الاستفادة منها يأمل الباحثون من الجهات المعنية إعادة النظر حول إعادة تقييمها والبدء في تجهيزها وتشغيلها فهي مناسبة جداً.

ب. في مجال التنظيم والتدريب والتأهيل:

قامت إدارة الصحة النفسية بالتنسيق لتفعيل الورش العلمية للصحة النفسية كان أهمها:

- مؤتمر الطاولة المستديرة في وزارة الصحة في عهد وزير الصحة د/ عبدالناصر المنبيارى والذي مهد هذا المؤتمر إلى خروج الوكالة الدولية للصليب الأحمر لزيارة السجون عام 2005م والاستعداد الحكومي لتحمل الأعباء الناجمة عن ذلك.

- الندوة الثانية حول واقع ومستقبل الصحة النفسية 12-13 أكتوبر 2004م بإشراف خبير أجنبي عن طريق الصليب الأحمر حيث تم جمع المهتمين من مدراء الأقسام والمستشفيات النفسية في مختلف المحافظات وبعض الجمعيات ذات العلاقة والذين قدموا مشاركاتهم الايجابية وجمعت كل الأوراق (عدى مشاركة إب وحضرموت) في ملزمة واحدة أفادتنا كثيراً في دراستنا هذه ووزعت هذه الملزمة للحاضرين والمهتمين في المؤتمر، ونحتفظ بنسخة منها كمرجع مهما في عملنا هذا.

- واصلت وزارة الصحة ابتعاث عدد محدود من الأطباء لنيل درجة الماجستير والدكتوراه في الخارج.

ب- في المجال الأكاديمي:

تم افتتاح جامعة تعز عام 1991م ثم جامعة الحديدة عام 1996م وجامعة عدن عام 2000م، وأصبحت الجامعات ترفد سوق العمل بحملة البكالوريوس بما يقارب 200 خريج غالبيتهم من الإناث. وقدرت إحدى الدراسات أن عدد الخريجين حوالي 2500 خريج ينتشر منهم حوالي 50% في مرافق حكومية مختلفة ويعمل منهم 53 خريج في مجال الصحة.

وكان في عام 1991م تعيين الأستاذين عبدالإله الأرياني، ومحمد الطشي أستاذين لمادة الطب النفسي، وعلم النفس في الكلية، ثم توالى التحاق أساتذة آخرون.

ج- الجمعيات ذات العلاقة بالصحة النفسية:

أشرنا إلى أنه نشطت جمعيتان قبل عام 1990م، الأولى في صنعاء وهي (الجمعية الطبية اليمنية لاختصاصي الأمراض النفسية والعقلية 1998م) والثانية في عدن (الجمعية النفسية اليمنية (1990))، وبعد الوحدة اليمنية في العام 1990م قامت خمس جمعيات جديدة اثنتان في تعز، واثنتان في عدن، وواحدة في صنعاء (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص30-40). بعضها تخدم كل الجمهورية، والبعض أنحصر نشاطها على منطقة نشأتها.

كما أنشأت الجمعية الشعبية الخيرية في الحديدة. استطاعت هذه الجمعيات وخاصة الأولى منها والثانية من تحقيق الكثير من الانجازات للتعريف بقضايا ومشكلات الصحة النفسية ليس فقط على الصعيد الوطني بل استطاعت أن تتعداه و بجدارة إلى المستوى الإقليمي وحتى العالمي. ويضيف نفس المصدر: (وشأن هذه المنظمات شأن غيرها من المنظمات غير الحكومية التي تفتقر إلى الكثير من مقومات البناء المؤسسي سواء بمواردها البشرية أو المادية (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص30).

وما زالت تعاني هذه المنظمات من:

- 1) عيب الوصمة الاجتماعية سواء الشعبية أو الرسمية، وأكدت الدراسة على أن هذه التجربة (71.4%) ظهرت بعد الوحدة وانحصر نشاطها في المدن الكبرى (صنعاء، عدن، تعز). وتشكل 7 جمعيات من أصل ثلاثة ألاف جمعية معلن عنها في اليمن.
- 2) محدودية حجم العضوية في الجمعيات مع وجود جندر (ذكور وأناث) متفاوت من منظمة إلى أخرى.

- (3) عدم امتلاك الجمعيات المقار الرئيسية المتكاملة.
- (4) نما بين الجمعيات العمل في الاتجاه الخيري الاجتماعي والتوعية وتفاوتت في ذلك.
- (5) ضعف ملحوظ في الموارد والإمكانيات.
- (6) عدم الاستفادة بشكل جيد من الجمعيات الإقليمية والدولية (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص30-40).

د. في مجال المنشآت العلاجية:

1. قسم الأمراض النفسية بمستشفى الثورة:

قدم قسم الأمراض النفسية والعصبية خدمات المعالجة الدوائية والتشخيصية والمعالجة النفسية والاجتماعية لعدد كبير من المستهدفين من كل مناطق اليمن (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص42-43). في عام 1996م تم فصل وحدة الأمراض العصبية وضمت إلى قسم الباطنية. وفي عام 2003م تم إنشاء مبنى جديد لقسم الأمراض النفسية يزيد بالسعة قليلاً عن القسم السابق (25-30 سريراً) مقابل (20 سريراً) للقسم السابق) وتم فصل قسم الرجال عن قسم النساء. يحتوي القسم على إمكانيات علاجية وأجهزة علاج كهربائي ECT و SOMLEC

يستفيد القسم من الإمكانيات التشخيصية الكبيرة المتوفرة في المستشفى وأقسام الأشعة ابتداء من الأشعة العادية حتى جهاز الرنين المغناطيسي. ويقوم القسم بتدريس وتدريب طلاب كلية الطب جامعة صنعاء وأطباء الامتياز في كلية التمريض بالجامعة. بالإضافة إلى مدرسة التمريض بالمستشفى ومعاهد التمريض الأخرى. يستقبل القسم المرضى من كل محافظات الجمهورية وتمثل الأمانة أعلى نسبة رقود في هذا القسم حيث تصل إلى 60%، أما محافظة صنعاء فتتمثل 7.4%، وعمران 7.4%، وتمثل ذمار نسبة 5.2%، والبيضاء 4.4%، ونسبة 14% لبقية المحافظات. أما العيادة فتستقبل المرضى بحسب النسب التالية (الأمانة 30% محافظة صنعاء 8%، تعز 10%، إب 11%، ذمار 6%، عمران 7%، البيضاء 5%، وبقية المحافظات 23%).

2. المصحة النفسية بالسجن المركزي صنعاء بين (1990-2004):

شكل خروج الصليب الأحمر من السجن عام 2003م أزمة جديدة لوزارة الصحة والداخلية لمجابهة المشكلة، إلا أن الجمعية الخيرية للإصلاح قد أخذت على عاتقها تطوير مستشفى الأمراض النفسية بصنعاء (مستشفى الأمل حالياً) والذي كان جاهزاً لاستيعاب بعض المرضى والتخفيف من المشكلة.

وفي صيف يناير 1993م وبداية 1994م مر اليمن بامتحان صعب يهدد وحدتها فساءت الخدمات الصحية على وجه العموم. وخلال حرب الانفصال تكررت زيارة أفراد من الصليب الأحمر إلى المصحة. وفي تقرير عن مصحة السجن المركزي قدم في الندوة الثانية (واقع ومستقبل الصحة النفسية في اليمن)، ذكر الآتي:

(لكن الأوضاع داخل المصحة ساءت لعدم وجود إدارة وأطباء متفرغين للعمل في المصحة، كما أن دعم المنظمة انخفض مما حدى باللجنة الدولية للصليب الأحمر، بالتعاون مع وزارة الصحة ووزارة الداخلية وجمعية الهلال الأحمر اليمني بتبني مشروع تحسين المصحات في سجون صنعاء وتعز وإب عام 1995م (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص52).

يضيف التقرير بما تم الاتفاق عليه وهو كالآتي:-

- تعيين طبيب أخصائي في الطب النفسي متفرغ للعمل في المصحة وإدارتها.
- تعيين رئيس للتمريض متفرغ أيضاً.
- قامت بتوفير بعض الأثاث وتحسين الحديقة وشبكة المياه والمجاري.
- الإشراف عليها من قبل د/ جان روبيان الذي كان يحضر بين فترة وأخرى لمتابعة سير العمل.
- تدريب متطوعين من الهلال الأحمر اليمني للعمل في الصحة يقومون بأعمال التمريض والإشراف على النظافة ومساعدة المرضى.
- دعم بعض الأخصائيين النفسيين (4) أخصائيين.
- كان يفترض أن تقوم وزارة الصحة بتوفير الكادر الطبي والدواء ولم يتم.
- كان يفترض أن تقوم وزارة الداخلية بتوفير المكان والغذاء والملابس والفراش والبطانيات ولم يتم ذلك (ونعتقد أن هناك مبالغة في النقطتين الأخيرتين).
- نص الاتفاق على أن يكون المشروع إسعافي لمدة سنتين على أن تتولى الحكومة المشروع بعد ذلك وتقوم بمواصلة تشغيله، لكن المشروع استمر تحت إشراف اللجنة الدولية حتى عام 2003م ولكن بدعم كان يتناقص سنوياً خلال تلك الفترة فمرت المصحة بحالة انتعاش ملحوظ في كل ما تقدم.
- تم فرز الحالات وعمل ملف خاص لكل مريض.
- إدخال برامج العلاج بالعمل تحت إشراف الأخصائيين النفسيين.
- توفير بعض أدوات التسلية وتنظيم العلاج بالأدوية والعلاج النفسي الفردي والجماعي.
- كان جميع المرضى من الرجال من مناطق مختلفة من الجمهورية، أما النساء فهن قليلات جداً فيعالجن في قسم النساء) (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص52).

تم جمع المرضى من الرجال من مناطق مختلفة في الجمهورية في قسم والنساء في قسم النساء وهن قليلات. ويوجد في السجن 6 عنابر سعة كل عنبر 22 مريض، وغرفة للحجز، وغرفة للتمريض.

3) مستشفى الأمل للطب النفسي (مستشفى الأمراض النفسية) سابقاً:

بدأ العمل في المستشفى في شهر يوليو 1991م تحت اسم دار الرعاية النفسية واستقبل عند الافتتاح 24 حالة من الحالات المتواجدة في مصحة النساء بالسجن المركزي بصنعاء (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص81).

تم إقامة المستشفى باتفاق ثلاثة أطراف:

- المجلس المحلي بأمانة العاصمة والذي التزم بتسليم مباني وأرضية دار العجزة لصالح المستشفى.

- وزارة الصحة والتي التزمت بتوفير جميع القوى العاملة في المستشفى وتوفير جميع العلاجات الضرورية وتوفير الغذاء وتأثيث وتجهيز المستشفى بجميع المستلزمات الطبية. على أن تتولى التقييم والرقابة على المستشفى.
- جمعية الإصلاح الاجتماعية الخيرية والتي تولت المهام الإدارية والمالية التنفيذية للمستشفى، كما قامت ببناء دورين جديدين للمستشفى بتمويل خيري (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص 81).

ثم افتتاح قسم الرجال* في أكتوبر 2002م وبذلك أصبح أول مستشفى خيري غير ربحي يحتوي على مائتين سرير وهو أكبر مستشفى حديث في الجمهورية (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص 81)

يقدم المستشفى خدماته لجميع أطراف الجمهورية ويستقبل الحالات النفسية الحادة والمزمنة للإقامة القصيرة والطويلة كما أن يرفع بعض حالات الإقامة الدائمة. يحتوي المستشفى على مساحات فيها تدرج من الدرجة الثالثة متمثلة في القسم العام إلى الدرجة الثانية ثم الأولى في القسم الخاص.

هـ_ إنشاء المجلس الوطني الأعلى للصحة النفسية:

وفي زيارة رئيس الجمهورية لمستشفى الأمل للافتتاح اجتمع ذوي الشأن بالمستشفى مع الرئيس وصدر قرار بتشكيل المجلس الوطني الأعلى للصحة النفسية برئاسة الأستاذ عبد العزيز عبد الغني وعدد من الوزراء والمختصين. كان ذلك في عهد وزير الصحة السابق د/ محمد النعمي يعاب على هذا المجلس أنه لم يتضمن طبيب نفسي واحد ولا أخصائي نفسي واحد، وكان يؤمل فيه الكثير، إلا أن من ثمار هذا المجلس ما يأتي: الإفراج عن 19 مريضاً ليس لهم قضايا إلى مستشفى الأمل ليكونوا باكورة افتتاح أقسام الرجال الجديدة بالمستشفى، وتلاهم الإفراج عن مجموعة صغيرة ربما 10. تبنى الصندوق الاجتماعي الأعلى الإشراف على ترميمات مصحة السجن المركزي وعمل بعض التعديلات على الغرف أهمها:

تقسيم الغرف سعة 22 سرير إلى غرفتين سعة 8-12 سرير.

2 إقامة حديقة جديدة.

إزالة الأسرة الإسمنتية وإبدالها بأسرة حديدية.

إضافة حمامات جديدة وتبليطها ببلاط جديد

عمل جامع ومدرسة جديدين وأصبح للمصحة مطبخ جماعي يقدم الطعام على طاولات وكراسي أسمنتية ملبسة بالموزايك بدلاً من تناول الطعام على الأرض

تولت وزارة الصحة دفع معاشات الموظفين، وإن تم نقلها عما كانت عليه في عهد الجبهة الصليب الأحمر (محمد سلام/ مدير السجن، اتصال شفوي).

والثمرة الأهم هو حصر دور المصحة على المرضى النفسانيين من ذوي الجرائم ومنع دخول غيرهم تحت أي مبرر (أي منع دخول المرضى من قبل أسرهم).

تقليص عدد المرضى إلى 60-70 مريض سرير.

توظيف 4 منظمين على حساب الداخلية.

ومع هذا التغيير الكبير في المنشأة إلا أن عدد الأطباء والأخصائيين النفسيين والمرضى لم يتغير (محمد سلام/ مدير السجن، اتصال شفوي).

خدمات الصحة النفسية في محافظة عدن 1990 حتى 2004م

في النصف الأول من التسعينات أعطت وزارة الصحة للمستشفى أهمية خاصة باعتباره المستشفى التخصصي الحكومي الوحيد في الجمهورية اليمنية. وبدأت أوضاع المستشفى تتحسن تدريجياً خاصة فيما يتعلق ببعض التجهيزات وأعمال الصيانة، إلا أن ذلك توقف فجأة لظروف استحدثت وهي حرب 94 (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص 61).

توقف الارتباط والدعم من برنامج الصحة العقلية لمنظمة الصحة العالمية وتوقف الأنشطة في إطار الرعاية الصحية الأولية.

ازداد عدد المرضى عبر لعيادة الخارجة وازدادت المشاكل مع الأجهزة الأمنية لعدم التفهم في إحضار المرضى بدون بيانات واضحة حولهم.

وجدت علاقة علمية بين المستشفى وكافة الأخصائيين في عموم محافظات الجمهورية من خلال الاشتراك معا في الندوات ولقاءات العلمية.

في النصف الثاني من التسعينيات عادت الأدوار تنشط من جديد فحصل المستشفى على الاستقلال المالي الكامل لفترة سنتين ليعود من جديدة إلى المركزية الجزئية.

ازداد عدد أطباء العموم ولم يزداد عدد الأخصائيين كما زاد عدد الفنيين في المختبر والأشعة والصيدلة.

تم إدخال أجهزة جديدة للمستشفى مثل جهاز تخطيط الدماغ وأجهزة كمبيوتر وأجهزة أشعة وأجهزة مخبرية مع معدات الترفيه والأنشطة الاجتماعية العلاج الطبيعي.

تم الحصول على دعم مناسب للتمويل ودعم مالي لترميم المستشفى بشكل كامل (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص 62).

خدمات الصحة النفسية في محافظة تعز بين 1990 حتى 2004م:

تم تأسيس قسم الأمراض النفسية في مستشفى الثورة بتعز في ديسمبر 1981م من قبل د/ محمد عبد الودود وخبير منظمة الصحة العالمية د/ محمد حسن توفيق بالإمكانات الآتية:

- تقوم بالتغذية شركة تغذية محلية على حساب المجلس المحلي.
- الموارد البشرية: أطباء نفسيين وأخصائيين (5)، أطباء عموم (2)، ممرضين رسميين (10). كما تم التعاقد مع ممرضات (5) مخبريين (2)، صيدليين (2)، وأداريين (2).

وكانت من ضمن المصاعب والمعوقات عدم وجود ميزانية تشغيلية ثابتة: ومرتبات العاملين، الكهرباء والتلفون. هذا بالإضافة إلى وجود دار العناية بجوار المستشفى (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص 68).

يقوم قسم الأمراض النفسية إضافة إلى خدماته العلاجية والنفسية بتدريب طلاب علم النفس من كلية التربية وكلية الآداب. كذلك التعليم المستمر لفئة معينة من الأطباء من خلال المؤتمرات المحلية والدولية.

خدمات الصحة النفسية في محافظة الحديدة بين 1990 وحتى 2004:

ذكرنا سابقاً كيف قامت فكرة إنشاء دار لإيواء المرضى العصبيين. (إذ اعتبرت فكرة الإيواء رائدة ومقدمة في ذلك الزمن، ولعدم تتابع الخطى (21عام) فإن المركز أصبح بدائياً، فكان تطوير الهدف من إيواء إلى علاج إلا من بداية التسعينات وبصورة بسيطة جداً. ولقد كان لهذا الدار جهتين رسميتين للإشراف عليه وتسيير دفة العمل فيه. وهذا أدى إلى تضارب واتكالية، مما زاد العبء على الدار وذلك للأسباب الآتية:
لعدم تكليف جهة واحدة للإشراف.

زيادة عدد النزلاء وارتفاع الأسعار.

ولأسباب أخرى خارج محيط الدار أدت إلى انحدار منحني الخدمات المقدمة فيه بشكل خطير. وكان من المهم التدخل لتنشيط الدار وتحسين دوره والبدء من تحت الصفر (حسب ما ورد في التقرير) فالمباني التي تم بنائها عام 1976م أصبحت آيلة للسقوط. وسمعة الدار التي وصفت بأنها أسوء من السجن. وعدم قدرة الأطباء على تقديم أي شيء للمرضى في هذا الوضع.

بحمد الله في ظل هذه الأوضاع وجدت مجموعة الصفات الإنسانية مع الرغبة في التغيير في بعض قيادات الجمعية الشعبية الخيرية كخدمة بالحديدة برئاسة الحاج يوسف عبد الودود سعيد، ودعم ومباركة المركز الرئيسي في صنعاء التي تقدمت في يناير 1997م لانتشال الدار وتطويرها عبر برنامج زمني وبخطط مدروسة تم الآتي:

- تشكيل مجلس إدارة من رجال الأعمال وشخصيات اجتماعية برئاسة الحاج/ عبد الرحيم ردمان .. فتم تحسين الوجبات الغذائية نوعاً ما.

تم هدم احد العنابر الآيلة للسقوط وبناء عنبرين جديدين من 23غرفة بكامل الخدمات مع غرفة تمرريض سعة 57 نزيل وتمويل صندوق الأشغال العامة وترميم عنبرين قديمين بتحويل من المكتب الهولندي وآخر من الصندوق الاجتماعي للتنمية وتأثيث جميع العنابر الأثاث الطبي. وأخر هذه التوسعة بناء عنبر جديد مكون من 36غرفة مع جميع الملحقات ممول من فخامة رئيس الجمهورية لتصبح السعة الإجمالية 190 سرير (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص92). كما تم توفير الموارد البشرية من أطباء تمرريض أخصائيين نفسانيين واجتماعيين ومنظفين وإداريين وموظفين ليصبح إجمالي الكادر في عام 2004م (79 شخص) منهم (2) أطباء أخصائيين، (2) أطباء عموم، (4) صيادلة، (15) ممرض، (8) باحثون نفسيون، (6) إداريون، (22) عامل نظافة، (8) حراس، (8) أعمال أخرى.

وهذا بالتالي أدى إلى زيادة عدد المترددين على المستشفى بشكل ملحوظ حيث أنتقل عدد الرقود من 279 مريضاً ومريضه عام 1998 إلى 3360 مريضاً ومريضه بحلول عام 2004 (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص96،97).

ولو حظ أيضاً أن المستشفى يقوم بتقديم خدماته لجميع أبناء المحافظات. وبهذا فقد تم تحويل الدار إلى مستشفى، وتم توفير الأجهزة لتخطيط القلب والدماغ وجهاز موجات فوق صوتية، وتوفر للمستشفى

صيدلية ومختبر وجهاز مالي وإداري تستخدم فيه أجهزة الحاسوب يشرف عليه ويفحص من قبل مكتب محاسبة قانوني (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص 96).

ورغم هذه الجهود الكبيرة فقد بلغت مصروفات المستشفى عام 2003م ما يوازي ثمانية وعشرين مليون ونصف ريال تقريباً (28.589.537).

* قام المستشفى بعقد دورات للباحثين والباحثات النفسيين لمدة شهرين.

* قدم المستشفى دورة تدريبية في مجال البحث النفسي لمدة أسبوع.

* قدم المستشفى دورة تدريبية في الصحة النفسية لأطباء العموم في المحافظة والمديريات لمدة شهر.

* قدم المستشفى دورة في مجال الإرشاد النفسي لمدة أسبوع.

كل ذلك كان بالتعاون مع جامعة الحديدة وإدارة الصحة .

هذا بالإضافة إلى قيامه بعلاج الحالات المزمنة بمختلف أنواع العلاج من العلاج العقاقيري والكهربي والنفسي والسلوكي (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص 91-94).

خدمات الصحة النفسية في محافظة إب:

بدأ الاهتمام مع تدخل الصليب الأحمر في سجون صنعاء وتعز. وتأسست إدارة الصحة في 15/2/1995م تزامناً مع تخرج الدكتور علي الهبوب الذي تولى إدارة المصحة. ويتضافر الجهود بين الصليب الأحمر والهلال الأحمر اليمني ووزارة الداخلية والصحة وعلى نفس الأسس السابقة، في مصحة سجن صنعاء، تم بناء مبنى إدارة المصحة الذي يتكون من خمسة عنابر ومكتب لمدير المصحة، وساحتين للمرضى بثلاث حمامات، وحمام خاص للطواقم الصحي، وغرفة لحفظ ملابس المرضى والأدوات، ومطبخ لعمل بعض الوجبات الإضافية والشاي ومن عام (1997-2003) يوجد طبيب نفسي واحد، وباحث نفسي وأحد، وممرض واحد من عام ومتطوعين للنظافة من الهلال الأحمر. وعدد المرضى حوالي 30 مريض بقضايا جنائية وعدد 25 مريضاً يصلون عبر أسرهم. وحوالي 5 نساء، وأغلب المرضى من محافظة إب (7، ص 1-3).

وفيد تقرير وزارة الصحة 2008 إلى أن مبنى المصحة قام ببنائه فاعل خير وتم تشغيله منذ العام 1996، ويتكون المبنى من 5 غرف للمرضى، وغرفة للمعينة، وغرفة للإدارة، ومطبخ، و3 حمامات، وتتسع المصحة ل (50) سريراً، ويعمل فيها (2) أخصائين نفسيين، و (8) ممرضين، و (1) صيدلي، وكذلك منتوعون من جمعية الهلال الأحمر اليمني. ولا يتوفر في المصحة الأجهزة الضرورية مثل جهاز صدمات كهربائية وجهاز تخطيط الدماغ وجهاز تخطيط قلب. ويوجد بالمصحة حالياً خمسون من نزلاء خمسون من نزلاء السجن وثلاثون من خارج السجن.

كانت المصحة حتى عام 2004 تحت إشراف ودعم من الصليب الأحمر الدولي واليوم يقوم مكتب الصحة والسكان بمحافظة إب بتزويد المصحة بنفقات تشغيل تبلغ 100000 ريال شهرياً، ويتم تزويدها بالأدوية النفسية من المكتب كما يقوم البرنامج الوطني للصحة النفسية في وزارة الصحة العامة والسكان بتزويد الكادر العامل في المصحة بحوافز ومكافآت كل 6 شهور بمبلغ 3 ملايين ريال للمحافظة على بقائهم للعمل في

المصحة. ويتم التنسيق في عمل المصحة بين 3 جهات هي: (1) وزارة الصحة بتوفير الكادر والموازنة والأدوية، (2) وزارة الداخلية بتوفير التغذية، (3) الهلال الأحمر بتوفير كادر متطوع (وزارة الصحة العامة والسكان، تقرير 2008).

خدمات الصحة النفسية في محافظة نمار:

لا يوجد أطباء نفسيون مقيمون بالمحافظة. ويقوم أخصائي أعصاب وأخصائي جراحة أعصاب بالتعاطي مع بعض المرضى النفسانيين. وقد اشتهر خلال هذه الحقبة في مدينة معبر أحد المعالجين بالقرآن يدعى محمد الإمام.

أما السجن فتتوفر به في الوقت الراهن وحدة صحية تم بناؤها وتأثيثها من قبل الصندوق الاجتماعي للتنمية منذ سنة تقريباً، وقام مكتب الصحة والسكان بدمار بتوفير الكادر (طبيب وطبيبة وكادر تمريض). وتقدم الوزارة نفقات تشغيل شهرية بمبلغ 15000 ريال، كما يتم توفير الأدوية من مكتب الصحة بحسب الاحتياج.

يضم المبنى نفسه جزءاً تم الاتفاق مع إدارة السجن بتشغيله مصحة نفسية وقد تم مؤخراً تدريب كادر تمريضي في مجال الصحة النفسية بصنعاء ولمدة شهرين. وتواجه مكتب الصحة والسكان مشكلة توفير أخصائي نفسي نظراً لندرة الكوادر الطبية المتخصصة في هذا المجال، ويجري حالياً التنسيق مع كلية الطب بجامعة نمار على إعارة الأخصائي النفسي للعمل جزئياً في المصحة (وزارة الصحة العامة والسكان، تقرير 2008).

خدمات الصحة النفسية في محافظة حضرموت:

اشرنا إلى أن الرعاية الطبية النفسية في حضرموت بدأت في عام 1981م عندما زار فريق طبي من مصحة السلام في عدن لمدة أسبوعين. هذه الزيارات توقفت فيما بعد ومن خلال جدول أعداد المترددين على عيادة مستشفى المكلا تبين أن بداية الخدمة الحقيقية المنتظمة في حضرموت كانت في عام 1992م، وبلغ عدد المترددين على العيادة عام 1997م حوالي 2897 حالة منهم 61% من الرجال و29% من النساء وحوالي 84% من البالغين و 16% تحت سن 16 سنة.

والياً يوجد عيادة في مستشفى أبن سينا وعيادة في مستشفى باسراحيل بأخصائي واحد في كل منها وفيهما ازدياد في عدد المترددين، وفي عام 2004م اكتمل بناء قسم بمستشفى أبن سينا التعليمي، وتكفل صندوق التنمية الاجتماعية بالمكلا بالمعدات والآلات ولكنه لم يشتغل بعد. مدينة الشحر يوجد بها طبيب أخصائي واحد يعمل أساساً في المكلا:

خدمات الصحة النفسية في محافظة شبوة:

يوجد في محافظة شبوة أخصائي طب نفسي واحد حسب علم الباحثون.

خدمات الصحة النفسية في بقية المحافظات:

البيضاء، أبين، الضالع، حجة، صعدة، عمران، المحويت، مأرب، عتمة، الجوف: إضافة إلى مدن ومديريات مهمة داخل هذه المحافظات بل والمحافظات الواسعة التي لا توجد فيها خدمات طب نفسي. وليس هناك مجال لذكرها مع آلاف القرى، لكننا نورد أهمها لشحد الذاكرة فقط. مثل جبلة، رداع، زبيد وبيت الفقيه، لودر، ومناخه. وهي مناطق ذات كثافة سكانية مهمة. ونعتقد أن هناك مرضى في سجون هذه المناطق المختلفة.

المستشفيات العامة، ومراكز الطب النفسي، والعيادات الخاصة حتى عام 2004م:

توالى افتتاح العيادات الخاصة بالطب النفسي ابتداء من عام 1981م في الجزء الشمالي من الوطن وابتداء من 1991 في المناطق الجنوبية. ويقدر عدد العيادات الخاصة في عموم الجمهورية بأربعين عيادة خاصة في الوقت الحاضر. كما يوجد عدد 6 مستويات نفسية لا شك أنها تسهم في تقديم الخدمات العلاجية الضرورية للجمهور وتخفف الكثير عن المستشفيات الحكومية. بالرغم العدد الكبير من المراكز والمستشفيات العامة مختلفة الأحجام التي انتشرت في عموم الجمهورية، إلا أنها لا تهتم بالصحة النفسية ولا توجد فيها أقسام نفسية ولا عيادات وهذا ما تتوقعه من الدراسات الميدانية. ويعود ذلك إلى شحة الكوادر وعزوف هذه المستشفيات عن هذا المجال بسبب الوصمة والخوف من أن المريض النفسي قد يسبب بعض التلف للمنشأة وأجهزتها.

مراكز العلاج بالقرآن:

وهذه الفترة انتشرت هذه المراكز هي الأخرى في المدن، إلا أن البعض خلط المعالجة بالقرآن بأساليب مختلفة اخترعوها أو كسبوها من الطب القديم كالعلاج بالعسل وبعض الأعشاب والنباتات. وقام البعض باستخدام الكهرباء والضرب وبصعب تقييم أداءها فهي بحاجة إلى دراسات مستقبلية متتالية وخاصة في المناطق الريفية، وربما كانت البطالة والغلاء من العوامل المساعدة. ولا ندري ما هي الإجراءات الرقابية التي تقوم بها وزارة الصحة على هذه المراكز ناهيك عن المشعوذين ومنتحلي المهنة.

يتبين لنا مما سبق أن تطوراً ضخماً قد حدث في كل مناحي الحياة في الجمهورية اليمنية، وفي مجال الصحة والخدمات الصحية نظراً لتوسع الخدمات وفتح المجال للقطاع الخاص وشمل ذلك الصحة النفسية وإن بصورة أقل.

لكننا نجد أن التطورات التي جرت وخاصة في الصحة النفسية لم تتجاوز المحافظات الست من إجمالي اثنان وعشرون محافظة. كما أن الخدمات المتوفرة في محافظة واحدة تقدم الخدمة لجميع المحافظات دون استثناء، وفي الغالب 4-6 محافظات مجاورة لا توجد فيها خدمات، أما أمانة العاصمة فهي تقدم الخدمة لعشر محافظات محيطة وأحد عشر محافظة بعيدة، وبشكل المرضى القادمون من خارج الأمانة 70% وهذا يدل على مركزية شديدة سعت الدول والمنظمات إلى إنهائها من السبعينات والثمانينات من القرن الماضي.

كل ذلك يدعو إلى ضرورة التخطيط المنطقي في توزيع خدمة الصحة النفسية على مختلف أرجاء البلاد. ونورد في هذا البحث بعض الأمثلة للتخطيط المنطقي، ولمهام ومكونات خدمة الصحة النفسية في نماذج من الدول المتقدمة (Gelder, et, al, 2006, p619-644):

التخطيط المنطقي Locality Planning:

يتم التخطيط في أغلب الدول على أساس جغرافي تسمى قطاعات Sectors أو مناطق Catchment's Area ويختلف حجم القطاعات في أوروبا مثلاً: ففي السويد يبلغ بين 15.000-50.000 مواطن. وفي ألمانيا 250.000. وفي اليمن يمكن توزيع الخدمة مثلاً حسب الدوائر الانتخابية.

لا توجد طريقة مقبولة غالباً، فهناك اختلاف من دولة لأخرى. وقابلة للمراجعة تبعاً للتطورات الوظيفية والأفكار السياسية وغيرها السائدة في ذلك البلد. ومع هذا يمكن استخراج بعض المعايير Parameters التي يمكن أن تؤثر في التخطيط لخدمات الصحة الوطنية.

(1) المصادر المالية: خدمات الصحة النفسية يمكن تمويلها من الدفع المباشر من المرضى والتأمين الصحي والضرائب، المتبرعين ورجال الخير، أو اتخاذ بعضها أو جميعها.

(2) السيطرة المركزية: مقابل السلطة الذاتية المحلية على خدمات الصحة النفسية للأمة أن تكون ذات طابع وكيفية موحدة ومستجيبة للمتطلبات والاحتياجات المحلية لكل الوطن.

يكون من الصعب أحياناً الموازنة بين الاعتماد ومسئولي الرعاية الأولية المحلية لشراء الخدمات للسكان المحليين، وفي ذات الوقت تحديد ما عليهم شراؤه. ولمجابهة ذلك تتم مراقبة ذلك بواسطة السلطات الصحية الإستراتيجية والتي تعكس في نظام وطني للمستشفيات ذات قياس أو باستخدام قياس النجوم (Star Rating). كما أن المعهد الوطني لقياس الجودة الإكلينيكية يقدم إرشادات للعلاجات التخصصية التي تقدم.

3) تكيف الخدمات للشروط المحلية: كدرجة التحضر وانتشارها والتركيبية العمرية ومستوى الحرمان Deprivation وتوفر التسهيلات والطاقتين.

4) تكامل الرعاية الطبية: الطب النفسية والاجتماعية والتطوعية، تحتاجها الأمراض النفسية عامة والعقلية خاصة كمرضى الفصام مثلاً من الخدمات والوكالات:
-العلاج من الطبيب النفسي.

-الرعاية اليومية من مقدمي الخدمات الاجتماعية.

-الإقامة والسكن من المنظمات التطوعية وأهل الخير.

والرعاية الفصامية تتطلب التعاون والتضافر من الجميع.

5) المواءمة Agreeing Boundaries بين الرعاية الأولية والثانوية:

نظراً لأن واحد من كل أربعة استشارات طبية يقوم بها الطبيب العام تهتم الصحة النفسية، فإن طلب الرعاية المتخصصة عظيم جداً. وعليه فمن الضروري توزيع المسؤوليات.

ولقد واجهت خدمات الصحة الوطنية هذه المهام:

1. بتشجيع الاستثمار في الرعاية الأولية-وتكامل الرعاية الأولية لغرض زيادة الكفاءة لمعالجة الحالات البسيطة.

2. تشجيع قناة واحدة للوصول Access من خلال بروتوكولات الإحالة المتفق عليها Agreed Referral Protocols.

3. ومن خلال تجارب دمج الخدمات النفسية كلياً بمؤتمني رعاية الصحة الأولية.

6) الخدمة المتخصصة مقابل الخدمات (Generic) من الضروري الاختيار بين خريج الصحة النفسية المجتمعية العامة والفرق المتخصصة.

التوجهات الحديثة تميل نحو الفرق المتخصصة على أمل Mandate أن كل المستفيدين من الخدمة سيحصلون على فريق استباقي Assertive outreach Team وفريق أزمة Crisis Team وخدمات تدخل مبكر.

7) الحدود بين التخصصات الفرعية Boundaries Between Psychiatric Subspecialties، من الصعوبة التحديد بدقة نقطة الانتقال بين التخصصات الفرعية كالانتقال من خدمات الطفولة إلى المراهقين إلى البالغين. ولذا فإن قطع هذه النقطة عمرياً يكون واضحاً ولكنه ليس بالضرورة جيداً للمستفيدين، فالشخص المريض الكبير في السن لا يخدم بالصورة المناسبة إذا فقد التواصل مع أخصائي الطب النفسي المعروف الذي عمل كعامل رعاية أولية (Key Worker).

8) تدخل الراعي والمستفيدين من الخدمة Involvement: تتحسن جودة الخدمات بتدخل واشتراك المستفيدين وراعي الخدمة وتزداد ثقة الناس بها، وهذا يتطلب جهود.

9) ضبط الجودة وتحسين الأداء: يحتاج تخطيط الخدمات التأكد من أن الأداء قابل للمراقبة والتحسين المستمرين ويمكن تحقيق ذلك بالضبط الداخلي أو الخارجي.

1. الضبط الداخلي: وهو عملية مستمرة لتحسين الجودة وضبط الخطأ من خلال التدريب المؤكد والوصول إلى المعرفة والمعلومات الإكلينيكية والبحث والتطوير وتقييم الجودة الإكلينيكية.

2. الضبط الخارجي: من خلال عدة ميكانيكيات، كالكشف من قبل لجنة الرعاية الصحية، قياس إنجازات الأهداف الوطنية إنزال استبيان أو استفسار.

وهناك تسع قواعد لتخطيط الخدمة (ثلاثيات إيه سي إي)

1) الذاتية أو الاستقلالية Autonomy: ويقصد بها قدرة المريض على الاختيار.

2) الاستمرارية Continuity لفترة زمنية وبين الأقسام المختلفة للخدمة.

3) الفعالية Effectivity: ثبوت أن الفوائد المستهدفة قد تحققت.

4) الوصول للخدمة Accessibility حين وحيثما تطلب.

5) الشمولية Comprehensiveness لكل احتياجات المنتفعين.

6) المساواة Equity في توزيع المصادر.

7) القابلية Accountability للحد من المستفيدين والراعيين للخدمة (القابلية للحسبة).

8) التعاون Coordination بين مقدمي خدمة الصحة النفسية بينهم وبين الآخرين.

9) الكفاءة Efficiency: تخلص أعلى ما يمكن من الاحتياج من المصادر المتوفرة.

- مكونات خدمات الصحة النفسية في بريطانيا وبعض الدول الغربية (المرجع):

تتضمن خدمات الصحة النفسية عدة مكونات وأهمها:

- 1) فريق الرعاية الصحية النفسية الأولية.
- 2) رعاية المرضى الخارجيين (فرص العيادات الخارجية).
- 3) المعالجات النفسية المتخصصة.
- 4) فريق المعالجة المنزلية وحل الأزمة.
- 5) خدمات التواصل جزء من خدمة الأزمات تقوم بتنظيم وعلاج الحالات الحادة في أقسام ووحدات العناية الحادة وأقسام الطوارئ A+ E liaison Services
- 6) خدمات التواصل مع المستشفيات العامة للمرضى المصابين بأمراض باطنية أو جراحية ويعانون من مشاكل نفسية General Hospital Liaison Services
- 7) فرق المعالجة المجتمعية الحازمة أو المؤكد للحالات العقلية الشديدة التي يصعب التزامها Assertive Community Treatment Teams
- 8) خدمات التواصل المبكر تقدم الخدمة للنوبات الذهانية العقلية الأولى والمتابعة لمدة ثلاث سنوات Early Intervention Services.
- 9) خدمات التوظيف: لمساعدة الناس (المرضى) للحصول على وظائف مدفوعة ودعم التدريب والتثقيف.
- 10) المستشفى النهاري Day Hospital
- 11) مجموعات المساعدة الذاتية والمستفيدين من الخدمة Self Help And Service Group Users
- 12) خدمة مرضى الرقود.
- 13) خدمات شرعية: لتقديم الخدمة الأمنية وتسهيل العلاقات بين المرضى والأمن والحاكم.
- 14) خدمات الإقامة الأخرى (كالإقامة المؤقتة القصيرة خارج المستشفى).

- 15) خدمات مجموعات خاصة لاضطرابات الغذاء ووحدات للأم والطفل واللاجئين والمشردين).
- 16) خدمات اجتماعية (للمساعدة للحصول على المنافع، الحمامة، ودعم المجتمع، العاملين، ووجبات المنازل).

ونلاحظ في اليمن من خلال معاشتنا للمجال وجود خمس-سبع خدمات من أصل 16 خدمة في الدول العربية، وهي الخدمة (2، 3، 5، 6، 13) ولا زالت محصورة على عواصم المحافظات الخمس من أصل اثنان وعشرون محافظة، وتقدم بعض الخدمات (15-16) بصورة أولية وبسيطة جداً.

- خدمات الصحة النفسية ضمن خدمات الرعاية الأولية:

- تصنيف الأمراض: يستخدم اليوم نظامين لتصنيف الأمراض، التصنيف العالمي للأمراض العاشر ICD 10 والتصنيف الأمريكي الرابع المراجع DSM- IV. R وكلاهما اعتماداً على الأعراض المرضية. وعيوبهما الإطالة فلا يمكن استخدامهما في خدمات الرعاية الأولية كما أنها لا تفيد في اختيار العلاج. وعليه فقد طورت منظمة الصحة العالمية تصنيف مبسط للاستخدام في الرعاية الأولية يربط بين التشخيص وخطة التدابير العلاجية.
- التشخيص: الكثير من المرضى النفسيين يشكون من أعراض جسدية مما يجعل الكشف المبكر صعباً، فهناك فرضية واضحة يسهل كشفها وفرضية خفية الكشف عنها يعتمد على قدرات أطباء الرعاية الأولية، ومقدرتهم على الحصول على ثقة المرضى وعلى مهاراتهم في تقييم كل الأعراض الجسمية ذات الأسباب العضوية أو الأسباب المرضية النفسية.
- الأمراض التي يمكن معالجتها في مراكز الرعاية الأولية: يمكن معالجة الكثير من الأمراض النفسية بنجاح من قبل أطباء عموم في مراكز الرعاية الأولية كاضطرابات التكيف والاضطرابات التحويلية واضطرابات الجسمنة وبعض حالات التعود على العقاقير والمرضى الذين يظهرون بأعراض فيزيولوجية Somatizers والمستفيدين تحت الضغط العالي وأكثرهم من النساء والشباب.

• الأمراض التي تحال من الرعاية الأولية إلى خدمات الصحة النفسية التخصصية: الاضطرابات الوجدانية الشديدة (كالاكتئاب الشديد أو اضطراب ثنائي القطبية والفصام والخرف) وعندما يكون التشخيص غير واضحاً، حاداً شديداً أو مزمنياً، خطر الانتحار واضحاً أو أن العلاج لا يمكن تقديمه من طبيب الرعاية الأولية، أو أن المعالجات السابقة لم تكن ناجحة.

• المعالجات التي يقدمها فريق الرعاية الأولية:

- للحالات الحادة: يمكن معالجة الحالات الحادة بالتشاور مع الأخصائي النفسي مستخدماً العلاجات النفسية، يمكن تقديم بعض المعالجات السلوكية
- للحالات المزمنة: فريق الرعاية الصحية النفسية يقيم ويوافق على خطة العلاج.

• عمل الفريق الطبي النفسي في مراكز الرعاية الأولية:

(1) تقديم المشورة والتدريب للأطباء العموم وطاقم العمل (إقامة محاضرات، مناقشة حالات)، (لا ينظرون الحالات).

(2) التقييم والإحالة: عندما يكون طبيب الرعاية الأولية غير متأكداً من العلاج.

(3) التقييم والعلاج: فالطبيب النفسي يقيم ويعالج الحالات المستعصية على مستوى الرعاية الأولية، والأخصائي النفسي يقوم بالتقييم والاستشارة والمعالجة النفسية أو السلوكية، وليس بالضرورة أن يزور المريض خدمات الصحة النفسية.

(4) المشاركة بالرعاية: خاصة في وضع الخطة العلاجية للحالات الشديدة وغيرها، وتعيين العامل المفتاحي The Key Worker، وهذه تعتمد على كمية المصادر لأطباء العموم، والقابلية للوصول إلى عيادة خارجية لمستشفى قريب، ولذا فهي أكثر في المناطق الحضرية عن المناطق الريفية.

(5) الموافقة على الأولويات: لتجنب الصراع حول الأولويات وإجراءات الإحالة يجب أن تكون موافق عليها قبل بدأ التعاون بين فريق الخدمة النفسية وفريق الرعاية الأولية.

• الخدمات التخصصية للاضطرابات النفسية الحادة:

- بخصوص المرضى المحالين إلى الرعاية المتخصصة، في بعض البلدان يذهب المريض النفسي مباشرة إلى الأخصائي ومن ثم فالخدمة لا تختلف عن تلك المقدمة على مستوى الرعاية الأولية.
- طبيب الرعاية الأولية في المملكة المتحدة يعمل (كحارس الباب) للطبيب النفسي (أي أنه يقوم بعملية فلترة للمرضى).
- في اليمن يحضر المريض بنفسه إلى الطبيب النفسي في حالة الأمراض العصابية أو اضطرابات الجسمنة التي ليس فيها اختلالاً للعقل والتي يمكن حل بعضها إن لم تكن جميعاً على مستوى الرعاية الأولية. أما الحالات العقلية فيحضرها الأهل أو الأقارب والأصدقاء، كما أن حالات معينة تحال من قبل أطباء العموم وغيرهم إلى أخصائي الطب النفسي ولكن بنسب قليلة جداً.

- مقدمي الرعاية التخصصية: في المملكة المتحدة كما هو الحال في بلدان أخرى فإن تنظيم خدمات متخصصة يلقي صعوبات نظراً لتوزيع المسؤوليات بين مقدمي الخدمة المختلفين الذين لهم ميزانيات مختلفة وأولويات مختلفة، فمقدمي الخدمة الحكومية المركزية يمولون الخدمات المؤسسية في حين أن السلطات المحلية توظف العاملين الاجتماعيين Social Workers وتقدم النشاطات النهارية والمأوى.

فقد يرى مقدمي الخدمات الاجتماعية أن الأولوية للأطفال، ويرى الأطباء النفسيين الأولوية للاضطرابات النفسية الحادة، والمنظمات التطوعية ترى الأولوية للمسنين. وما لم تقيم تحالفاً وتعاوناً لصيقاً بين مختلف الأطراف فإن الخدمات ستكون عاجزة وغير منظمة. فتقديم رعاية تخصصية حادة يتطلب فريق مجتمعي متكامل:

- عيادات خارجية.
- خدمات المريض النهاري.

○ خدمات مرضى الرقود.

ونظراً لحيرة مقدمي الخدمة والقائمين على الخدمات النفسية بين أن تكون الخدمات النفسية ضمن خدمات الرعاية الأولية Generic كفريق من أصل أم متخصصة فنقدم هنا مقارنة بينهما.

جدول (2) للتفريق بين وجود الخدمة النفسية بصورة متخصصة

أو دمجها ضمن الرعاية الأولية

مع الرعاية العامة For Generic	ضد التخصص Against Specialist
<ul style="list-style-type: none"> - نموذج بسيط، يسهل إقامته. - جرب واختبر تقليدياً. - شامل. - أقل تكلفة. - أسهل لاستمرارية الرعاية. 	<ul style="list-style-type: none"> - نموذج معقد يصعب إقامته. - جديد ولم يجرب كثيراً. - مشاكل في النقل بين الفرق. - أكثر تكلفة. - استمرارية الرعاية أصعب.
ضد الرعاية العامة Against Generic	مع التخصص FOR Specialist
<ul style="list-style-type: none"> - قاعدة ثبات ضعيفة. - أقل كفاءة للقيام بأعمال متعددة. - أقل كفاءة واطمئنان على طاقم العمل. - صعوبة في تقديم معالجات معقدة. - مجموعة المستفيدين غير متجانسة. - صعوبة تقييم النتائج. 	<ul style="list-style-type: none"> - ثبات أفضل لفرق التخصص. - أكثر كفاءة مع مهام أقل. - أكثر كفاءة واطمئنان على طاقم العمل. - يسهل تقديم خدمات ومعالجات معقدة. - مجموعة المستفيدين أكثر تنوعاً. - أقل صعوبة عند تقييم النتائج.

يلاحظ مما تقدم حيرة المخططين للخدمات الطبية النفسية بين دمج خدمات الصحة النفسية كاملة مع خدمات الرعاية الأولية أو إبقاءها متخصصة ولاحظنا من الجدول مميزات وعيوب كل نمط، وعليه فلكل نمط حسناته وعيوبه وعليه فإننا ننصح السير والإبقاء على النظامين وهو التوسع في الخدمات ضمن الرعاية الأولية أولاً والإبقاء على الخدمات المتخصصة بل التوسع فيها حسب حاجة المناطق.

• نسبة الاضطرابات النفسية في المجتمع: من الضروري معرفة:

-تكرارية الاضطراب النفسي بين السكان (المجتمع).

-معرفة الحاجة للعلاج.

-إقرار سياسة واضحة لتوزيع أو تقسيم الرعاية (الأدوار) بين خدمات الرعاية الأولية

(المستشفيات العامة) والخدمات الطبية التخصصية (الطب النفسي). كذلك بين: الخدمات

الطبية، الخدمات الاجتماعية. وبين المرضى باختلاف أنواعهم.

من الصعوبة تقدير تكرارية الاضطرابات النفسية والعقلية في مجتمع ما، وعليه فالتقديرات التقريبية كافية

على سبيل المثال:

جدول (3) نسبة تواجد الأمراض النفسية والعقلية التقريبي خلال عام:

نوع الاضطراب	بريطانيا	الولايات المتحدة
اضطرابات عصابية غير خاصة	1204-7.7	-
اضطرابات القلق	4.7	13.5
سوء استخدام العقاقير	6.9	8.8
الاضطرابات الوجدانية	2.1	4.3
الوسواس والسلوك القهري	1.2	1.7
الفصام	0.4	1.0
اضطرابات الجسمنة (الهستيريا)	-	0.1
كل الاضطرابات	32.4-23.0	29.4

لاحظنا تقارباً واختلافاً يعود إلى الطرق الإحصائية والتشخيصية المستخدمة. وبالإجمال فهي تقترب من أو

تتجاوز 30% من مجموع السكان وهذه النسب لا تختلف كثيراً في بلدان أخرى من أنحاء العالم.

- نسب الاضطرابات النفسية بين الواصلين إلى "برامج الرعاية الصحية الأولية":

جدول (4) الاضطرابات النفسية بين البالغين في مستويات الخدمة المختلفة

لكل مائة ألف مواطن 100.000

31.5-26	في المجتمع عامة
23.0	مترددون الرعاية الأولية
10.2	مكتشف في خدمات الرعاية الأولية
0.24	مترددون على الخدمات النفسية
	داخلي (رقود)
0.6	في الأقسام والمستشفيات

بالطبع ليس كل المرضى يبحثون عن الخدمة بأنفسهم وإنما بمساعدة الأهل، الأصدقاء ورجال الدين، ويتضح من الجدول أن في بلد متقدم لبريطانيا أن 9 من كل 10 مرضى يزورون الطبيب العام (طبيب الرعاية الأولية).

وهناك عوامل تقرر البحث عن الخدمة وهي:

- شدة واستمرارية الحالة.

- الموقف من الاضطرابات النفسية.

- المعرفة بإمكانية المساعدة.

- النظرة إلى موقف الطبيب.

- موقف الأهل والأصدقاء.

وقد وجدت نتائج مقارنة بين الأطفال والمراهقين.

- الوقاية من الأمراض النفسية:

أصبح من الممكن الوقاية من جزء كبير من الأمراض النفسية العصبية والمشاكل النفسية والاجتماعية، ففي الدول النامية يمكن الوقاية من التعرض للأمراض، وكثير من طرق الوقاية بسيطة وغير مكلفة، والكثير من العمل مطلوب من القائمين على خدمات الصحة العامة وتدخل الجهات الأخرى فعلى سبيل المثال لا الحصر:

- 1) فبإضافة اليود إلى الملح للأم الحامل يمكن الوقاية من التخلف العقلي.
- 2) باكتشاف ضعف السمع والبصر المبكرين وتصحيحهما يمكن تخفيف صعوبة التعلم لدى الكثير من الأطفال الموصوفين (بالتخلف العقلي).
- 3) بعلاج ضغط الدم يمكن تخفيف اضطرابات الأوعية الدموية.

منهجية البحث وإجراءاته:

يتضمن هذا الجزء من البحث عرضاً مبسطاً لمجتمع البحث واختيار العينة والإجراءات التي اتبعها الباحثون لبناء الأدوات كذلك إجراءات التطبيق وصدق الفقرات وثباتها والوسائل الإحصائية المستخدمة.

مجتمع البحث:

كان مجتمع البحث الذي سحبت منه العينة شريحة من أفراد المجتمع اليمني تمثل جميع الطبقات التعليمية وغيرها (أمي، يقرأ ويكتب، أساسي، ثانوي، جامعي، ماجستير، دكتوراه) في المحافظات الخمس المقصودة لإجراء التطبيق الميداني للبحث الحالي وهي (أمانة العاصمة، عدن، تعز، الحديدة، حضرموت) وفي جامعاتها ومنشأتها الطبية ومراكز الإرشاد والعلاج وبعض المستشفيات والعيادات النفسية.

عينة البحث:

لقد تم تحديد عينة البحث (بالأسلوب القصدي) حيث يمكن اللجوء إلى مثل هذا الأسلوب القصدي إذا كان الغرض من البحث الحصول على تقديرات معينة لشيء ما ((اتجاهات المواطنين نحو مهنة الإرشاد والعلاج النفسي في اليمن))، أو ((تحليل الوعي للخدمات الطبية النفسية في الجمهورية اليمنية)).

علماً أن الأسلوب القصدي لا يختلف ولا يتعارض مع أسلوب السحب العشوائي (رؤوف 2001، ص 171) وعليه فقد بلغ عدد أفراد العينة (238) فرداً في الأداة الأولى، و(870) فرداً في الأداة الثانية، و (19) منشأة في الأداة الثالثة، و (19) عيادة في الأداة الرابعة، وخمس جامعات في الأداة الخامسة (سيتم الحديث عنها لاحقاً عند الحديث عن أدوات البحث).

ولغرض تحقيق أهداف البحث (لـعشرة أهداف) كان لزاماً تصميم أدوات متعددة ومتنوعة وهي كالاتي:

- أدوات البحث:

الأداة الأولى: (اتجاه المواطنين تجاه مهنة العلاج النفسي):

وهذه الأداة هي عبارة عن أداة استطلاعية لمعرفة اتجاهات بعض المواطنين تجاه مهنة الإرشاد والعلاج النفسي وكما هو موضح تعليماتها أدناه:

عزيزي المواطن .. عزيزتي المواطنة:

يروم الباحثون في هذا البحث التعرف على اتجاهاتكم نحو العلاج النفسي بهدف إنجاز الاستراتيجية الوطنية في الصحة النفسية بالجمهورية اليمنية والمطلوب منكم الإجابة بكل صراحة على الأسئلة الآتي:

1- هل تعتقد أن العلاج النفسي فعال؟ نعم () لا ()

2-ماذا تقوم إذا شعرت أنت أو أحد أفراد أسرتك بأعراض نفسية تستوجب زيارة الطبيب:

أ. زيارة طبيب نفسي (معالج نفسي).

ب. زيارة استشاري نفسي.

ج. زيارة طبيب عام.

د. الذهاب إلى رجل دين.

هـ. زيارة الأماكن المقدسة.

3-إذا راجعت طبيب نفسي هل تخبر الآخرين عن ذلك؟ نعم () لا () معلومات عن
المستفيد ذكر () أنثى ()

(أنظر الملحق 2)

وبما أن المتغيرات التي درست في هذا الجزء من البحث هي من نوع المتغيرات المنقطعة، فإن أفضل وسيلة إحصائية مناسبة لهذا النوع من المتغيرات والتي يمكن أن تسهم في التحليل المناسب لبيانات البحث هو مربع كاي (فيبركسون 1989، ص 246-249).

استعان الباحثون بالاستبيان الاستطلاعي الذي يحتوي على ثلاثة أسئلة (كما هو مبين آنفاً) لمعرفة اتجاهات المواطنين تجاه مهنة الإرشاد والعلاج النفسي. وتم توزيعه على عينة قوامها (238) فرداً ومن كلا الجنسين.

الأداة الثانية: (مقياس الاتجاهات نحو مهنة الإرشاد والعلاج النفسي)

وهي أداة تقيس اتجاهات المواطنين نحو مهنة الإرشاد والعلاج النفسي، ولأجل الحصول على فقرات هذه الأداة نأتي بعرض هذه الأداة.

1) الإطلاع على التراث السيكولوجي وأخذ كل ما هو متعلق بالاتجاهات من خلال الأطر النظرية والدراسات السابقة لموضوع الاتجاهات وصياغتها على شكل فقرات تتناسب مع أحداثيات هذا البحث.

2) الاستدلال والتعرف على المقاييس المتشابهة لقياس الاتجاهات نحو مهنة الإرشاد والعلاج النفسي.

3) تم القيام بدراسة استطلاعية على عينة مكونة من (200) فرداً من أفراد المجتمع بسؤال استطلاعي وجه لهم حول مهنة الإرشاد والعلاج النفسي، (هل تؤمن بالعلاج النفسي؟ إذا كانت الإجابة بنعم فلماذا؟ وإذا كانت الإجابة بلا فلماذا؟) (أنظر ملحق 1) وبعد الحصول على الاستجابات المطلوبة تم التعامل معها وفق الطرق العلمية والإحصائية المتبعة.

4) أصبح عدد فقرات المقياس (80 فقرة) وذلك بصورته المبدئية وبدائله الثلاثة (موافق، موافق إلى حد ما، غير موافق).

5) ولغرض التعرف على الصدق الظاهري المتضمن وضوح الفقرات ومدى صلاحيتها في قياس الاتجاهات في ضوء أهداف البحث، قام الباحثون بعرضها على مجموعة من المحكمين من اختصاصي علم النفس والطب النفسي الذي بلغ عددهم خمسة بالإضافة إلى أعضاء الفريق الثلاثة ومساعدتهم الثمانية.

وفي ضوء آراء ومقترحات المحكمين حول كل فقرة وعلى هذا الأساس تم استبقاء (55) فقرة، واستبعاد (25) فقرة لكونها غير دالة. (أنظر الملحق 3)

اتباع الباحثون طريقة التحليل المنطقي والإحصائي لفقرات الأداة لغرض معرفة خصائصها وحذف أو تعديل أو إبدال أو إعادة ترتيب أي من الفقرات كي يتسنى الوصول إلى أداة صادقة وثابتة ومناسبة، ونعني بذلك قدرة الفقرات في التمييز بين الأفراد الذين يحصلون على درجات عالية في الاتجاه والذين يحصلون على درجات واطئة في الأداة نفسها (جابر، 1976، ص 272).

وكان معدل الوقت المستغرق (30-40) دقيقة ويرجع طول الفترة إلى أن بعض أفراد العينة أميون ومن المستويات التعليمية الدنيا، والذين يندر أن يتعاملوا مع هذه المواقف والنصف الآخر وعلى الرغم أنهم جامعيون إلا أن الكثير منهم يتعرضون لمثل هذه الاستبيانات للمرة الأولى. وبعد أن أصبحت الأداة جاهزة للتطبيق وفقراتها واضحة ومفهومة وزعت على أفراد العينة البالغ عددهم (870) فرداً، ولأجل الكشف عن الفقرات المميزة أتبع الباحثون أسلوبين هما علاقة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس وكذلك أسلوب المجموعتين المتطرفتين

تصحيح المقياس:

تضمن المقياس في صورته النهائية (55) فقرة منها (39) فقرة إيجابية وهي الفقرات (1-8، 10-15، 20-44) ومع تبقي منها فقرات سلبية ونظراً لأن الباحثين استخدموا أسلوب التدرج الثلاثي إذ خصصت ثلاث بدائل على كل فقرة وهي (موافق، موافق إلى حد ما، غير موافق) وعليه فقد حددت أوزان من (1-3)

لكل فقرة من فقرات المقياس ولكون فقرات المقياس إيجابية وسلبية فقد أخذت الفقرات الإيجابية الأوزان من (1-3) حيث (3) درجات للبدل (موافق) و (2) لـ (موافق إلى حد ما) ولـ (1) (غير موافق) وتعكس الدرجات في حالة الفقرات السلبية.

وعليه فإن المدى النظري لدرجات الاتجاه المتطرف سلباً أو إيجاباً يتراوح ما بين (55 درجة-165 درجة) ودرجة الحياد (110).

الثبات:

يُعد الثبات من الشروط التي تتوافر في المقاييس والاختبارات المستخدمة لقياس ما وضع من أجلها ويقصد بالثبات الحصول على النتائج نفسها (تقريباً) التي حققها المقياس إذا ما أعيد تطبيقه بعد فترة زمنية على العينة نفسها وباستخدام التعليمات نفسها.

طبق المقياس على عينة (40) طالباً وطالبة من كليات مختلفة وأعيد تطبيق الاختبار بعد فترة أسبوعين على أفراد العينة.

إذ يشير آدمز (Adams) إلا أن الفترة الزمنية بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني يجب أن لا يتجاوز الأسبوعين أو الثلاثة أسابيع (Adams 1964, p. 85) وبعد استخدام معامل ارتباط بيرسون بين التطبيق الأول وبيانات التطبيق الثاني لإستخراج الثبات كان معامل الثبات هو (0.87) وهو معامل ثابت عال .

الأداة الثالثة: (استمارة المنشآت):

هي عبارة عن تقويم واستقصاء وإحصاء سلة من المعلومات حول وضع الخدمات الطبية النفسية في الجمهورية اليمنية (27 صفحة). تتضمن هذه الاستمارة متغيرات مثل نوع المنشأة (حكومي أو خاص) ، الكيان القانوني (حكومي، خيرى، تجاري)، مستوى توفر العلاج والخدمة المقدمة للمريض، نوعية المرضى المترددين للرقود في الأقسام، خدمات التدريب والتأهيل والفئات المستفيدة من هذه الخدمات، وكيفية التنسيق مع جهات التدريب، المصادر المالية والعينية، جهات الدعم للمنشأة. وكذلك يشمل الخدمات المجتمعية المجانية، التنقيف الصحي، مستوى أداء الأطباء ورعايتهم للمرضى في الأقسام، الأجهزة والمعدات، الكوادر العاملة بالمنشأة ودرجاتهم العلمية والمهنية، نوعية المرضى المترددين في العام (أنظر الملحق 4).

وقد استفاد فريق البحث عند إعداد هذه الاستمارة من أداة سابقة كان قد أعدها للصندوق الاجتماعي للتنمية كل من أ.د. عبدالله الشويل، و د. سيف الميري.

طبقت استمارة المنشآت على عينه مكونه من (19) منشأة ما بين مستشفى، وقسم في مستشفى، ومصحة نفسية. وهي تمثل، في حدود علم فريق البحث، كل مجتمع البحث في الخمس محافظات قيد الدراسة.

الأداة الرابعة: (استمارة العيادات):

وهي عبارة عن تقويم العيادات والمراكز التي تقدم الخدمات الطبية النفسية في الجمهورية اليمنية. وقد تم إعداد استبيان يحتوي على المعلومات المتعلقة بالعيادات من مؤهلات وأعداد الكوادر العاملة والكوادر المساعدة، وجود مختبرات، سعر تذكرة المعاينة، ونوعية المرضى المترددين على العيادات في العام 2007 (أنظر الملحق 5).

طبقت استمارة العيادات على عينة مكونه من 19 عيادة طب نفسي معظمها بأمانة العاصمة. وهي عينة كبيرة وممثلة مقارنة بعدد العيادات التي لم يجد فريق البحث إحصائية لها، إلا انه أستشف على كفايتها وتمثيلها لمجتمع البحث من عدد الكادر المتخصص في مجال الطب النفسي والذي كان (31) طبيب نفسي في الخمس محافظات قيد الدراسة.

الأداة الخامسة: (استمارة الجامعات):

وهي عبارة عن استبيان لتقييم البرامج التعليمية والتدريبية بالجامعات اليمنية. تضمن الاستبيان (98) عبارة (أنظر الملحق 6) شملت كل جوانب تدريس المواد المتعلقة بالصحة النفسية في كليتي الطب الآداب. كما تضمنت التدريب وتوفر الوسائل التعليمية ومعوقات العملية التعليمية، وكذلك عدد ومؤهلات أعضاء هيئة التدريس ومستوى أدائهم والمناهج المستخدمة.

طبقت استمارة الجامعات على الخمس جامعات حكومية الموجودة في المحافظات الخمس موضوع الدراسة.

تحليل النتائج ومناقشتها

الهدف الأول للدراسة:

تقييم الوضع الحالي للصحة النفسية من حيث: "مستوى القوانين والتشريعات، ومستوى السياسات والاستراتيجيات".

– التشريعات والقوانين الخاصة بالصحة النفسية في الجمهورية اليمنية:

بدأ الاهتمام بموضوع الصحة النفسية في مطلع الثمانينات من القرن الماضي عن طريق مجموعة من الأساتذة الأفاضل في الطب النفسي والمهتمين بهذا الجانب الذين حاولوا جاهدين وبقدر ما يستطيعون وضع مجموعة من التصورات حول تحسين وضع الصحة النفسية في اليمن.

ثم توالى الاهتمامات من قبل وزارة الصحة وبعض الجهات ذات العلاقة وأنشأت إدارات عامة وأقسام للصحة النفسية والخدمات الطبية النفسية، وتوالى كذلك وضع الخطط والتصورات والمسميات لهذه البرامج، فكان منها برنامج لمشروع الصحة النفسية في الخطط الخمسية الأولى والثانية والثالثة، ثم تحليل واقع الصحة النفسية، ثم اللجنة الوطنية للصحة النفسية، وصولاً بالمجلس الوطني الأعلى للصحة النفسية، وهكذا... هذا من جانب المحاولات النظرية لتحليل واقع الصحة النفسية في اليمن، ومن جانب آخر أقيمت المؤتمرات والندوات وورش العمل لتنظيم وتحليل واقع الصحة النفسية لوضع سياسة واضحة للصحة النفسية ووصولاً لوضع الإستراتيجية الوطنية للصحة النفسية التي نحن الآن بصددتها، واستكمالاً للأهداف الموضحة في الفصل الأول فقد قام أعضاء الفريق والمساعدون بمسح شامل لمجموعة من الوزارات ذات العلاقة⁽¹⁾ حول معرفة القوانين والتشريعات النافذة المتعلقة بموضوع الصحة النفسية، ونقول ومع الأسف الشديد لم نجد شيئاً سوى قانون العمل رقم (5) لسنة 1995م، وخاصة ما جاء في الباب التاسع المتضمن قانون السلامة الصحية المهنية، والمواد من (113-118) أما القانون الذي صدر في (2004) فإنه ومنذ ذلك الحين أيضاً مع الأسف الشديد لم يتم المصادقة عليه حتى الآن من قبل مجلس النواب، وعليه سوف نقوم أولاً بعرض هذا القانون (قانون الصحة العقلية والنفسية لسنة 2004م)، وهو المرجع الوحيد الذي نعتمد عليه في دراستنا لكيفية تنظيم وضع الإستراتيجية الوطنية للدولة لمفهوم الصحة النفسية، مستعرضين أهداف هذا القانون، ثم من لهم الحق في الحصول على الرعاية الصحية والخدمات الصحية والنفسية والشروط العامة والخاصة لهذا الاستحقاق، وكذلك ما تطرق إليه القانون من إعفاء هذه الشرائح من رسوم الخدمات الصحية والسكن.

(1) وزارة الشؤون القانونية، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، وزارة الداخلية، وزارة حقوق الإنسان، وزارة الأوقاف، وزارة الصحة العامة والسكان، مكتب الأمم المتحدة وغيرها.

وسوف نوضح في مواضع أخرى رأينا فيما يجب على الدولة أن تقدمه وفقاً لمعايير محددة في الإستراتيجية الوطنية للصحة النفسية وغيره من البرامج الوطنية الأخرى.

مشروع قانون رقم () لسنة 2004م

بشأن الصحة العقلية والنفسية

باسم الشعب

رئيس الجمهورية:

بعد الإطلاع على دستور الجمهورية اليمنية.

وبعد موافقة مجلس النواب

أصدرنا القانون الآتي نصه:

الفصل الأول التسمية والتعاريف

مادة (1)	يسمى هذا القانون قانون الصحة العقلية
مادة (2)	لأغراض تطبيق أحكام هذا القانون يكون للألفاظ والعبارات الواردة أدناه المعاني المبينة قرين كل منها ما لم يقتض سياق النص معنى آخر
الجمهورية	الجمهورية اليمنية
الوزير	وزير الصحة العامة والسكان
الوزارة	وزارة الصحة العامة والسكان
المريض العقلي	الشخص المصاب بإضطرابات في التفكير والوجدان والإدراك مما أدى الى تدهور في شخصيته
الطبيب النفسي	بكالوريوس الطب والجراحة + ثلاث سنوات دراسات عليا في الطب النفسي.
أخصائي نفس اكلينيكي	الحاصل على ليسانس علم نفس + سنتين دراسات عليا تخصص في علم النفس الإكلينيكي
الأخصائي الاجتماعي	الحاصل على ليسانس علم اجتماع مع ممارسة لمدة سنتين في مجال الصحة النفسية
الممرض النفسي	هو الحاصل على بكالوريوس تمريض مع سنة ممارسة في مجال الطب النفسي أو دبلوم تمريض مع سنتين ممارسة في مجال الطب النفسي
اللائحة	اللائحة التنفيذية لهذا القانون

الفصل الثاني

الأهداف

مادة (3) يهدف هذا القانون إلى تحقيق الآتي:

- 1 - وضع أسس وقواعد لحماية وعلاج الأشخاص المصابين بأمراض عقلية ونفسية.
- 2 - وضع أسس وقواعد لدخول وخروج المرضى المصابين بأمراض عقلية ونفسية الى مستشفيات ومراكز الصحة النفسية وإعادة إدماجهم بالمجتمع.

الفصل الثالث

تشكيل المجلس الأعلى لمراقبة الأمراض العقلية والنفسية واختصاصات

الفصل الأول

مادة (4) أ. يشكل المجلس الأعلى لمراقبة الأمراض العقلية والنفسية على النحو التالي:

- 1 - وكيل الوزارة لقطاع الطب العلاجي
رئيساً
- 2 - ممثل عن وزارة الداخلية يرشحه وزير الداخلية
عضواً
- 3 - ممثل عن وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل يرشحه
وزير الشؤون الاجتماعية والعمل.
عضواً
- 4 - ممثل عن وزارة حقوق الإنسان يرشحه وزير حقوق الإنسان
عضواً
- 5 - ممثل عن النيابة العامة يرشحه النائب العام
عضواً
- 6 - ممثل عن الجمعية اليمنية لاختصاص الأمراض النفسية
يرشحه رئيس الجمعية
عضواً
- 7 - ممثل عن جمعية علم النفس السريري

عضواً

يرشحه رئيس الجمعية

8- مدير الصحة النفسية بالوزارة يرشحه وزير الصحة عضواً ومقررراً
ب. يصدر بتسمية أعضاء المجلس قرار من وزير الصحة

مادة (5) يتولى المجلس الأعلى الاختصاصات التالية:

- 1- النظر في التقارير التي تحال إليه من مجالس المراقبة في أمانة العاصمة/ المحافظة والبت فيها.
- 2- التنسيق والتخطيط ورسم السياسة الخاصة بالصحة العقلية والنفسية بالجمهورية

مادة(6)

أ. ينعقد المجلس الأعلى بصفة دورية كل ستة أشهر ولا يكون انعقاد المجلس صحيحاً إلا إذا حضره أغلبية أعضائه وتصدر قراراته بأغلبية الأعضاء الحاضرين وإذا تساوت الأصوات يرجح الجانب الذي منه رئيس المجلس.
ب. ينعقد المجلس بصفة استثنائية بدعوة من رئيس المجلس أو بناءً على طلب ثلثي أعضاء المجلس إذا اقتضت الضرورة ذلك.

مادة (7)

أ. ينشأ في كل من أمانة العاصمة والمحافظات التي بها مستشفى أو أكثر لعلاج وإيواء المصابين بأمراض عقلية مجلس لمراقبة الأمراض العقلية وبشكل على النحو التالي:

1. مدير عام مكتب الصحة
2. ممثل عن النيابة العامة يرشحه رئيس النيابة / بالمحافظة عضواً
3. ممثل عن المجلس المحلي يرشحه أمين العاصمة/ المحافظ عضواً.
4. ممثل عن الجمعية اليمنية لاختصاص الأمراض النفسية يرشحه رئيس الجمعية

عضواً

5. اثنان من الأطباء يكون أحدهما طبيب نفسي يرشحهما مكتب الشؤون الصحية بالأمانة/ بالمحافظة عضواً
6. أخصائي نفسي في علم النفس السريري يرشحه عضواً

أ. يصدر بتسمية أعضاء المجلس قرار من المحافظ

مادة(8) يتولى مجلس المراقبة بالأمانة/ المحافظة الاختصاصات التالية

- 1- النظر في التقارير المرفوعة إليه من المستشفيات أو المصحات العقلية والبت فيها.
- 2- التحفظ على أحد المرضى العقلين أما باستمرار التحفظ عليه في المستشفى أو المصحة العقلية أو بخروجه منها.

مادة(9) لكل من مجلس المراقبة بالأمانة والمحافظات الاستعانة بمن يراه من الاختصاصيين للكشف على المريض الذي تم إيواؤه في إحدى المستشفيات إذا رأى ضرورة لذلك.

مادة (10) لمجلس المراقبة بأمانة العاصمة/ المحافظة في أي وقت أن يأمر برفع الإيواء عن الشخص الذي تم إيواؤه إذا رأى أنه استعاد قواه العقلية وأن حالته أصبحت لا تدعو إلى استمرار إيواؤه.

مادة(11)

أ. ينعقد مجلس المراقبة (بأمانة العاصمة/ المحافظة) مرة كل شهر ولا يكون انعقاد المجلس صحيحاً إلا إذا حضره أغلبية أعضائه وتصدر قراراته بأغلبية أصوات الأعضاء الحاضرين وإذا تساوت الأصوات يرجح الجانب الذي منه رئيس المجلس.

ب. إذا تغيب أحد أعضاء مجلس المراقبة عن اجتماعات المجلس لأكثر من خمسة اجتماعات يستبعد ويطلب من الجهة التي يمثلها ترشيح شخص آخر بدلاً عنه.

الفصل الرابع

الإيواء بسبب اضطرابات عقلية

مادة(12) لا يجوز إيواء أي مريض عقلي في مستشفى أو مصحة عقلية إلا بموافقة خطية منه (إذا كان مستتبصراً بمرضه) أو من أهله أو الوصي عليه إذا كان قاصراً ويكون له الحق في الخروج بناءً على الطلب من أهله أو من نفسه وإن رأى المختصون بالمستشفى أو المصحة بأن حالته لا تسمح بخروجه يتم التحفظ عليه طبقاً لأحكام هذا القانون.

مادة(13) يجوز لأهل المريض العقلي تقديم طلب لإدارة المستشفى لإدخاله للعلاج بشرط أن يكون الطلب مطابقاً للإجراءات والقواعد التي تحددها اللائحة وكذا وجود شهادة من طبيب نفسي ولا يعمل بهذه الشهادة إذا مر عليها أكثر من أسبوع.

مادة(14) يتم إيواء المريض العقلي وإخضاعه للعلاج من إدارة المستشفى لمدة أقصاها شهر من تاريخ إدخاله ما لم يقرر مجلس المراقبة تمديد فترة علاجه.

مادة(15) على إدارة المستشفى أو المصحة العقلية التي يتحفظ فيها على المريض العقلي إخطار مجلس المراقبة خلال ثلاثة أيام من تاريخ دخوله وعلى المجلس البت في حالته في موعد لا يتجاوز شهر من تاريخ دخوله أما باستمرار التحفظ أو بالإفراج عنه.

مادة(16) على مدير المستشفى أو المصحة العقلية التي يتم فيها إيواء المريض العقلي أن يخطر مجلس المراقبة كتابة بإيواء المريض خلال ثلاثة أيام من تاريخ دخوله على أن يقدم للمجلس خلال سبعة أيام تقرير عن حالة المريض مع اسمه ولقبه ومقر إقامته ومهنته بقرار من ثلاثة أطباء أحدهم من الأخصائيين في الطب النفسي والثاني اختصاصي في علم النفس الإكلينيكي (السريري) وعلى أن يكون من بينهم أحد الأطباء العاملين بالمستشفى المحجوز به المريض.

مادة(17) إذا لم يصدر مجلس المراقبة قراراً بالموافقة على استمرار الإيواء أو بامتداده في المواعيد المحددة في هذا القانون يتعين إسقاطه ما لم تكن حالة المريض تستدعي خلاف ذلك .

مادة(18) مع عدم الإخلال بأحكام هذا القانون إذا رأى الطبيب النفسي أن المريض من شأنه الإخلال بالأمن العام ويخشى منه على سلامة نفسه أو سلامة الآخرين وجب عليه احتجازه في مستشفى أو مصحة نفسية وله أن يستعين برجال الشرطة عند الضرورة.

مادة(19) في حالة هروب المريض من المستشفى أو المصحة فيجب إبلاغ الشرطة لإعادته وإذا كانت مدة الهروب أكثر من ثلاثة أشهر فيجب أن يعاد عرضه على مجلس المراقبة لتقرير ما يتبع بشأنه.

مادة(20) لمدير المستشفى أو مدير المصحة أن يأذن من وقت لآخر لأي من المصابين بأمراض عقلية للخروج مدة محددة لقضاؤها مع أهلهم وعائلاتهم وعلى مسئولية الأهل وبشرط أن لا يكون ذلك فيه ضرراً عليه.

مادة(22) إذا تحسنت حالة المريض المتحفظ عليه بدرجة تسمح بعودته للمجتمع وجب على مدير المستشفى اتخاذ إجراءات الخروج المحددة في اللائحة.

مادة(23) إذا تقرر إيواء المريض العقلي بالمستشفى أو المصحة العقلية يجب اتخاذ الإجراءات والتدابير اللازمة لحماية مصالحه وأمواله وممتلكاته.

الفصل الخامس

العقوبات

مادة (23): مع عدم الإخلال بأية عقوبة أشد تنص عليها القوانين النافذة يعاقب بالحبس لمدة لا تتجاوز ستة أشهر أو بغرامة لا تقل عن مائة ألف ريال.

أ. الطبيب الذي يخالف ما هو في الواقع بشهادته في شأن الحالة العقلية لدى شخص ما بقصد حجزه أو الإفراج عنه.

ب. كل من قام ببلاغ كاذب للجهة المختصة عن شخص بأنه مصاب بمرض عقلي.

ج. كل من ساعد أو سهل هروب شخص محجوز في مستشفى أو مصحة عقلية.

مادة (21): يعاقب بالحبس مدة لا تتجاوز ثلاثة أشهر أو بغرامة لا تقل عن خمسين ألف ريال كل من كان مكلفاً بحراسة مريض أو علاج شخص مصاب بمرض عقلي وأساء معاملته أو عامله بطريقة غير إنسانية.

مادة (25): مع مراعات ما ورد في المادتين (23، 24) من هذا القانون يعاقب بالحبس مدة لا تتجاوز شهرين أو بغرامة مالية لا تتجاوز خمسين ألف ريال كل من خالف أحكام هذا القانون.

الفصل السادس

أحكام عامة

مادة (26) لا تسري الأحكام والقواعد المنصوص عليها في هذا القانون على المتهمين في جرائم جنائية بعامة أو المشتبه في حالتهم العقلية المودعين بالأماكن المعدة لحجز أو علاج المصابين بأمراض عقلية بأمر السلطات القضائية إلا فيما يختص بعلاجهم ورعايتهم داخل المستشفيات المعدة لذلك، وتسري في شأن إيداعهم وحجزهم والإفراج عنهم القواعد المنصوص عليها في قانون الإجراءات الجزائية.

مادة (27) تصدر اللائحة التنفيذية لهذا القانون بقرار جمهورية بعد موافقة مجلس الوزراء بناء على عرض الوزير.

مادة (28) يعمل بهذا القانون من تاريخ صدوره وينشر في الجريدة الرسمية.

صدر برئاسة الجمهورية - بصنعاء
بتاريخ / 14هـ
الموافق / / 200م.
علي عبد الله صالح
رئيس الجمهورية

- مشروع قانون الصحة النفسية لسنة 2007:

أطلع القائمون على هذه الدراسة على مشروع قانون الصحة النفسية لسنة 2007 الذي أعدته وزارة الصحة برئاسة د. ماجد يحي الجنيد، وبأمر من الأخ/ وزير الصحة د. عبدالكريم راصع. ومن وجهة نظرنا فقد تلافي مشروع القانون الجديد للصحة النفسية، العموميات الواردة في نصوص القانون الذي كان يحفل بها ابتداء من التعريفات والمبادئ العامة، وطبيعة الحقوق والالتزامات تجاه الأفراد العاملين في مجال العلاج والطب النفسي. بدأ مشروع القانون الجديد، أكثر تحديدا وإماما وشمولا لمسائل الطب والعلاج النفسي ووضع أسسا وضوابط أتسمت بالدقة أكثر مما يتضمنه القانون الحالي ، ووسع مجال الحقوق وشدد مستوى العقوبات على كل من يتهاون تجاه مسائل الصحة النفسية. فعلى سبيل المثال ، جاء تعريف المرض النفسي في مشروع القانون الجديد أكثر شمولاً ودقة مما أورده القانون الحالي تحت مسمى "المريض العقلي" حيث تعامل مشروع القانون في المفهوم والتعريف "الموضوع" بينما في القانون الحالي كان التركيز على "الذات". كما حرص مشروع القانون الجديد على تحديد اختصاصات المعالجين النفسية ووضع ضوابط محددة ودقيقة لمن يحق لهم ممارسة العلاج والطب النفسي أكثر مما جاء في القانون الحالي. لأن المُشاهد اليوم أن كثيرا ممن لديهم معارف عامة في علم النفس أو الطب النفسي، ولا يملكون شهادات تخصصية ومهارات مصدق عليها علميا وقانونا تخولهم ممارسة العلاج والإرشاد النفسي، يمارسون اليوم هذه المهنة دون ضوابط قانونية.

أما بالنسبة للاستراتيجيات والسياسات فقد أطلع فريق البحث على الخطة الخاصة بتطوير خدمات رعاية الصحة النفسية الأولية الذي أعدها البرنامج الوطني للصحة النفسية / الإدارة العامة لصحة الأسرة/ قطاع الرعاية الصحية الأولية (الإدارة العامة للصحة العامة رقم 2007/2683) لغرض توفير مناخ لإعداد إستراتيجية وطنية دائمة للصحة النفسية. ويعتقد فريق البحث بأنها خطة جيدة وقابلة للتحقيق ويوصي بدعمها وفق الأولويات التي عرضت فيها من خلال هذه الدراسة الشاملة للخمس محافظات الرئيسية. كما أطلع الباحثون على خطط البرنامج الوطني للصحة النفسية لأعوام سابقة ووجد بأن الكثير منها لم يكتب لها أن تحقق كما وردت في الخطة.

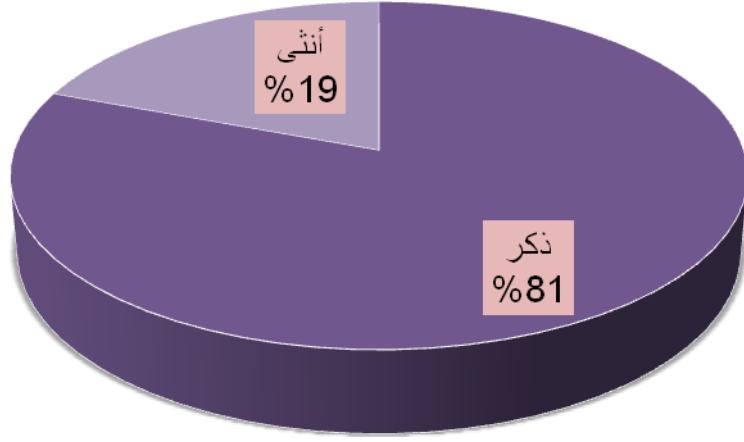
الهدف الثاني للدراسة:

"تحليل الوعي الفردي للصحة وللمرض النفسي وتوضيح أبعادة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية."
وللتحقق من هذا الهدف فقد تم وضع واستخدام مقياس يقيس الوعي ويوضح الجدول التالي نتائج هذا المقياس :

جدول رقم (5) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة
ذكر	192	80.67%
أنثى	46	19.33%
المجموع	238	100%

رسم بياني رقم (1) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب الجنس

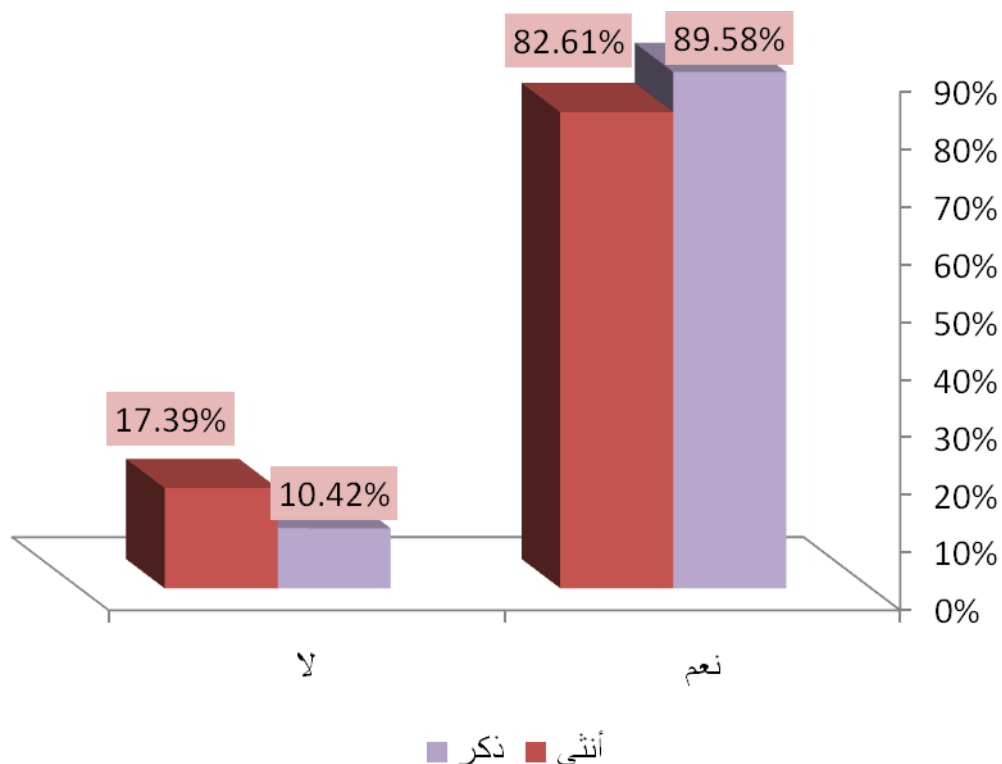


التساؤل الأول:
هل تعتقد أن العلاج النفسي فعال

جدول رقم (6) يوضح وجود فعالة للعلاج النفسي

المجموع		أنثى		ذكر		هل تعتقد أن العلاج فعال
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
88.24%	210	82.61%	38	89.58%	172	نعم
11.76%	28	17.39%	8	10.42%	20	لا
100%	238	19.33%	46	80.67%	192	المجموع
		1.739				قيمة مربع كاي
		(غير دال 0.187)				مستوى الدلالة

شكل بياني رقم (2) يوضح وجود فعالة للعلاج النفسي



ولغرض معرفة الفروق في إجابات العينة من حيث الجنس فقد تم استخدام اختبار مربع كاي-Chi square والذي يتناسب مع نوع هذه البيانات ويظهر الجدول السابق رقم (6) أن قيمة مربع كاي بلغت 1.739 بمستوى دلالة بلغت 0.187 وهي أكبر من مستوى الدلال المتبناة 0.05 وهو ما يعني أنه لا يوجد فروق دالة بين الذكور والإناث من حيث معرفتهم بفعالية العلاج.

التساؤل الثاني:

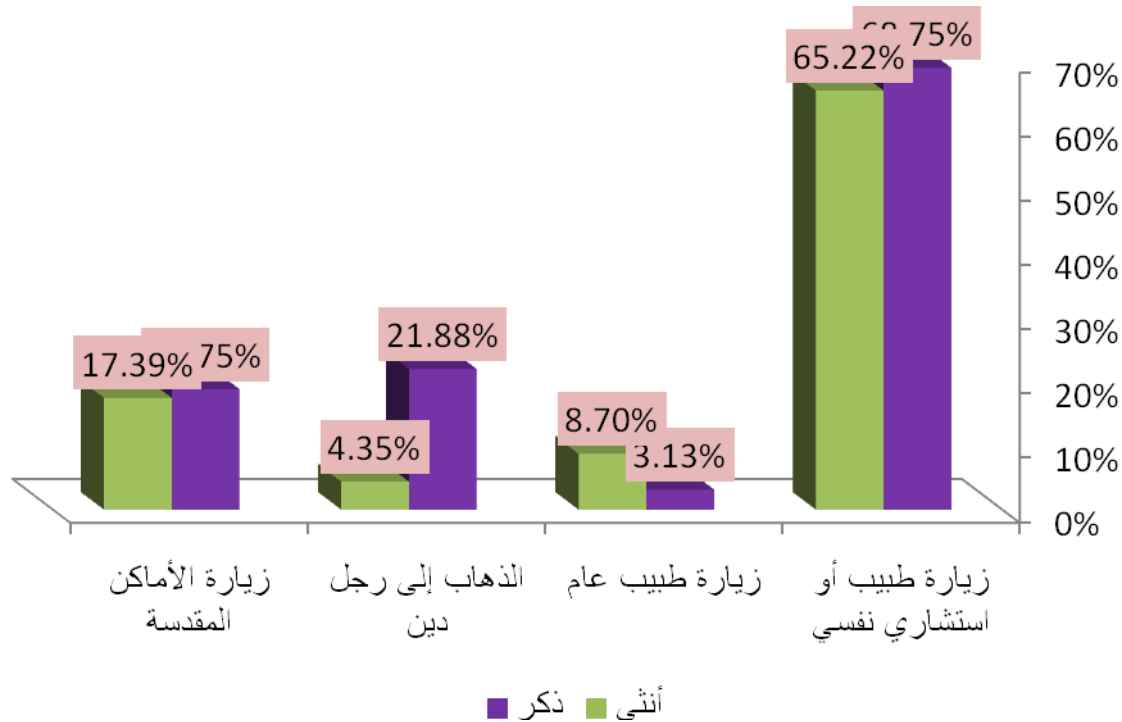
"بماذا تقوم إذا شعرت أنت أو أحد أفراد أسرتك بأعراض نفسية تستوجب زيارة الطبيب "

جدول رقم (7) يوضح سلوك الأفراد تجاه أعراض المرض النفسي

الدلالة	مستوى المعنوية	مربع كاي	المجموع		أنثى		ذكر		السلوك
			النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
غير دل	0.644	0.213	37.82%	162	65.22%	30	68.75%	132	زيارة طبيب أو استشاري نفسي
غير دل	0.091	2.861	4.20%	10	8.70%	4	3.13%	6	زيارة طبيب عام
دل	0.006	7.565	18.49%	44	4.35%	2	21.88%	42	الذهاب إلى رجل دين

زيارة الأماكن المقدسة	36	18.75%	8	17.39%	44	18.49%	0.045	0.831	غير دال
المجموع	192	80.67%	46	19.33%	238	100%	-	-	

شكل بياني رقم (3) يوضح سلوك الأفراد تجاه أعراض المرض النفسي



ولغرض معرفة الفروق في إجابات العينة من حيث الجنس فقد تم استخدام إختبار مربع كاي Chi-square والذي يتناسب مع نوع هذه البيانات ويظهر الجدول السابق رقم (7) أن قيمة مربع كاي غير دالة في كل فقرات التساؤل عدا اللجوء إلى رجل دين حيث بلغت مستوى الدلالة لهذا التساؤل قيمة 0.006 وهي أقل من مستوى الدلال المتبناة 0.05 وهو ما يعني أن يوجد فروق دالة بين الذكور والإناث من حيث زيارتهم لرجل دين في العلاج ولصالح الرجال أي أن الرجال أكثر استخداماً لهذا السلوك منهم عن الإناث. بينما بقية الفقرات تظهر قيمة مربع كاي أن مستوى دلالتها المحتسبة أكبر من مستوى الدلالة المتبناة 0.05 مما يعني أن الذكور والإناث يلجئون إلى هذه الأماكن على حد سواء.

التساؤل الثالث:

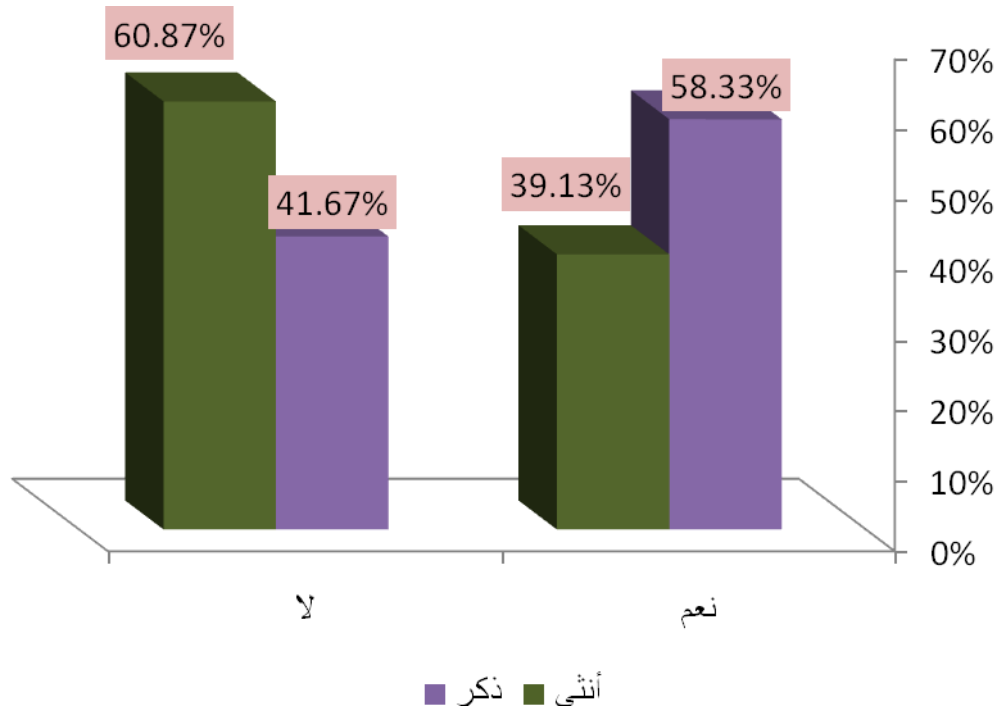
"إذا راجعت طبيب نفسي هل تخبر الآخرين عن ذلك"

جدول رقم (8) يوضح إخبار الآخرين عن زيارة الطبيب النفسي

هل تخبر الآخرين عن زيارة الطبيب النفسي	ذكر		أنثى		المجموع
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
نعم	112	58.33%	18	39.13%	130
لا	80	41.67%	28	60.87%	108

100%	238	19.33%	46	80.67%	192	المجموع قيمة مربع كاي مستوى الدلالة
		5.521				
		0.019				

شكل بياني رقم (4) يوضح إخبار الآخرين عن زيارة الطبيب النفسي



ولغرض معرفة الفروق في إجابات العينة من حيث الجنس فقد تم استخدام اختبار مربع كاي Chi-square والذي يتناسب مع نوع هذه البيانات ويظهر الجدول السابق رقم () أن قيمة مربع كاي دالة إحصائياً حيث بلغت قيمته 5.521 بمستوى دلالة 0.019 وهي أقل من مستوى الدلالة المتبناة

0.05 مما يعني وجود فروق في إخبار الآخرين عن زيارة الطبيب النفسي من حيث الجنس ولصالح الإناث حيث يغلب عليهن كتمان ذلك على العكس عند الرجال.

الهدف الثالث للدراسة:

وينص على "تحليل الوعي الاجتماعي تجاه الصحة النفسية" وبغرض التحقق من هذا الهدف فقد تم تصميم مقياس خاص هو اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي والتي يتكون من 55 فقرة يهدف إلى التحقق من اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي و تم تقسيم هذا الهدف إلى مجموعة من الأهداف الفرعية التي تحقق الهدف العام كم تم استخدام الوسائل الإحصائية التالية للتحقق من الأهداف: الوسائل الإحصائية :

- تم استخدام الوسائل الإحصائية التي ترتبط بالتحقق من أهداف البحث وهي:
 1. التكرارات والنسب المئوية Frequency and Percentage
 2. المقاييس الإحصائية الوصفية Mean و Std. Deviation لوصف البيانات الخاصة بمتغيرات البحث.
 3. الاختبار التائي لعينتين مستقلتين Independent Samples T-Test.
 4. الاختبار التائي لعينة واحدة One Samples T-Test.
 5. تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.
 6. اختبار شافيه Scheffe للمقارنات البعدية لمعرفة الفروق الناتجة عن تحليل التباين.

- تم إدخال البيانات الخاصة بالبحث بواسطة برنامج SPSS حيث بلغت عدد الاستمارات المدخلة 873 استمارة وتم التحليل على عدد 863 استمارة وتم استبعاد 10 استمارات نظرا لعدم استيفائها للبيانات.
- تم إعطاء درجات خاصة بالإجابات وكانت على النحو التالي: الدرجة (3) للبدل موافق ، والدرجة (2) للبدل أوافق إلى حد ما ، والدرجة (1) للبدل لا أوافق في حالة الفقرات الإيجابية (من الفقرة رقم 1 حتى الفقرة 15 و من الفقرة 20 حتى الفقرة 43).
- بينما تم إعطاء الدرجات الخاصة بالفقرات السلبية على نحو عكسي أي الدرجة (1) للبدل موافق ، والدرجة (2) للبدل موافق إلى حد ما ، والدرجة (3) للبدل لا أوافق.
- ثم جمعت الدرجات واستخرت الدرجة الكلية للمقياس بشكل عام.
- مستوى الدلالة المتبناة في الاختبارات الإحصائية هي (0.05).

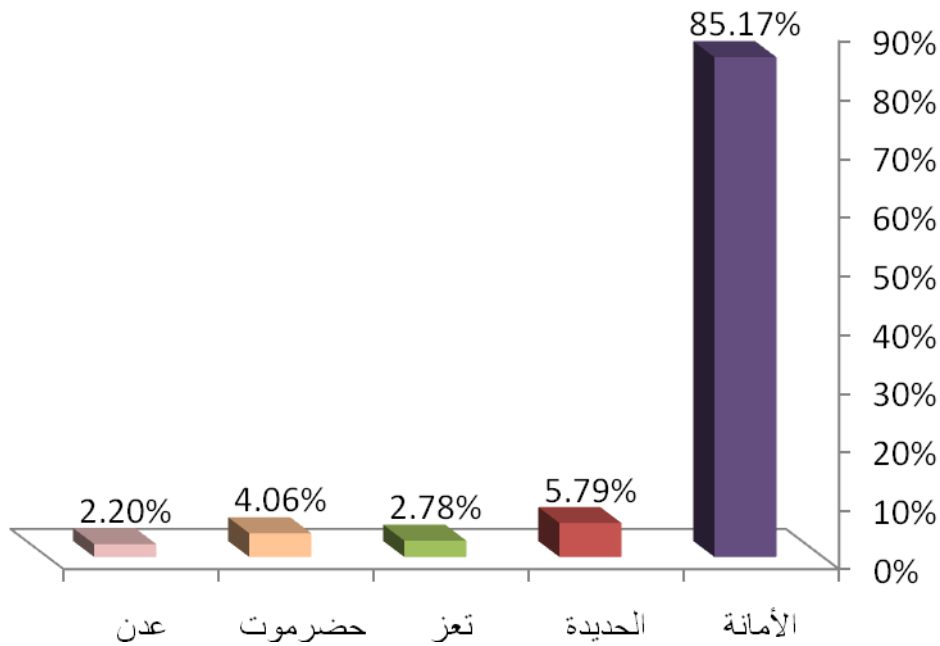
خصائص العينة:

- شملت العينة المختارة من المواطنين كل من أمانة العاصمة و محافظة عدن ومحافظة تعز ومحافظة الحديدة ومحافظة حضرموت وتوزعت العينة بحسب الخصائص الشخصية إلى :
1. من حيث المحافظة التي تم التطبيق فيها كما بالجدول والرسم البياني التاليين :

جدول رقم (9) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب المحافظة

المحافظة	العدد	النسبة
الأمانة	735	85.17%
الحديدة	50	5.79%
تعز	24	2.78%
حضر موت	35	4.06%
عدن	19	2.20%
المجموع	863	100%

رسم رقم (5) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب المحافظة

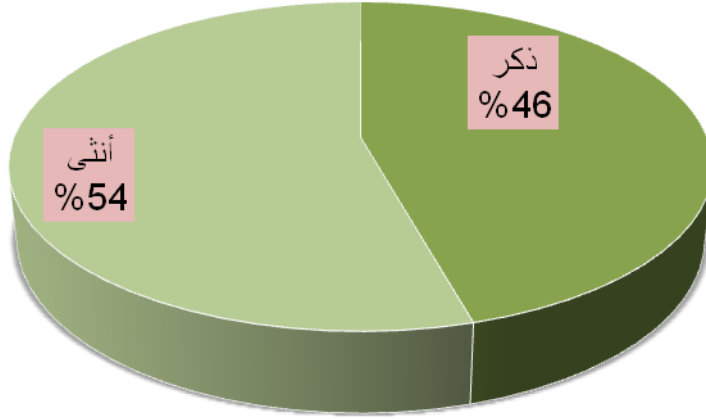


2. من حيث الجنس ويوضح الجدول والرسم البياني التاليين توزيع أفراد الدراسة المشمولين بحسب الجنس

جدول رقم (10) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب الجنس

النسبة	العدد	الجنس
45.65%	394	ذكر
54.35%	469	أنثى
100%	863	المجموع

رسم بياني رقم (6) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب الجنس

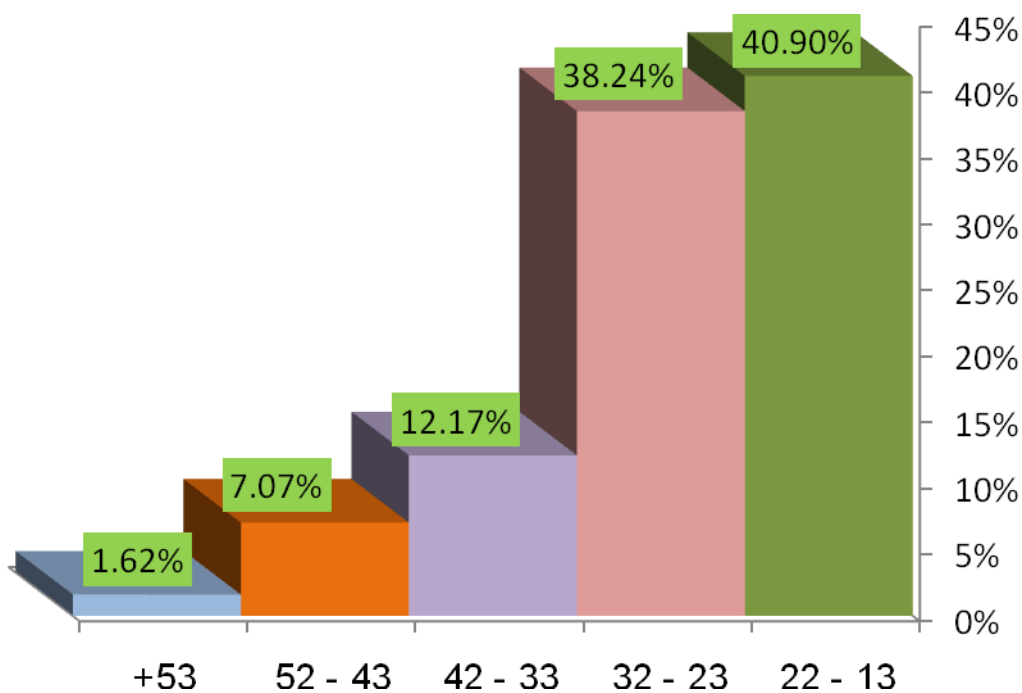


3. من حيث العمر ويوضح الجدول والرسم البياني التاليين توزيع أفراد الدراسة المشمولين بحسب العمر

جدول رقم (11) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب العمر

النسبة	العدد	العمر
40.90%	353	13 – 22
38.24%	330	23 – 32
12.17%	105	33 – 42
7.07%	61	43 – 52
1.62%	14	53+
100%	863	المجموع

رسم بياني رقم (7) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب العمر

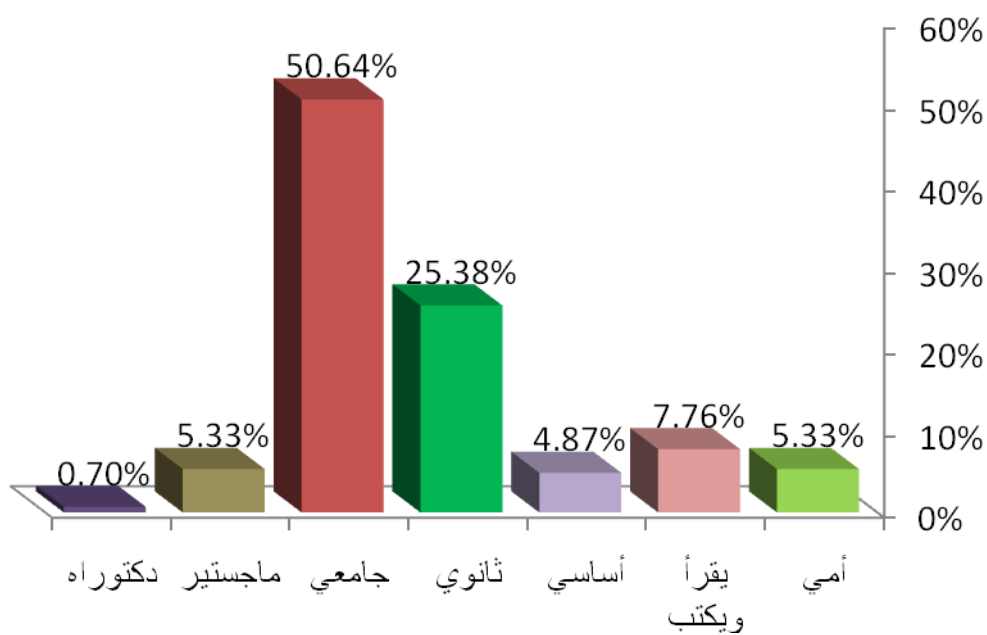


4. من حيث المستوى التعليمي ويوضح الجدول والرسم البياني التاليين توزيع أفراد الدراسة المشمولين بحسب المستوى التعليمي

جدول رقم (12) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب المستوى التعليمي

النسبة	العدد	المستوى التعليمي
5.33%	46	أمي
7.76%	67	يقرأ ويكتب
4.87%	42	أساسي
25.38%	219	ثانوي
50.64%	437	جامعي
5.33%	46	ماجستير
0.70%	6	دكتوراه
100%	863	المجموع

رسم بياني رقم (8) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب المستوى التعليمي

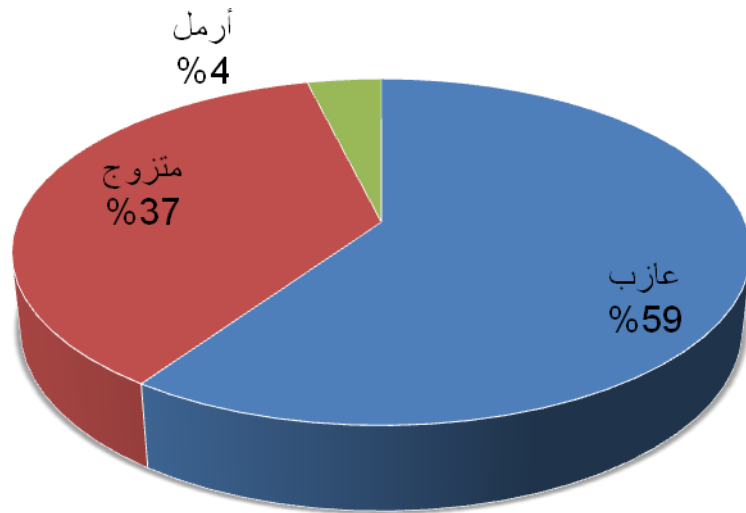


5. من حيث الحالة الاجتماعية ويوضح الجدول والرسم البياني التاليين توزيع أفراد الدراسة المشمولين بحسب الحالة الاجتماعية:

جدول رقم (13) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب الحالة الاجتماعية

النسبة	العدد	الحالة الاجتماعية
59.56%	514	عازب
36.62%	316	متزوج
3.82%	33	أرمل
100%	863	المجموع

رسم بياني رقم (9) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب الحالة الاجتماعية

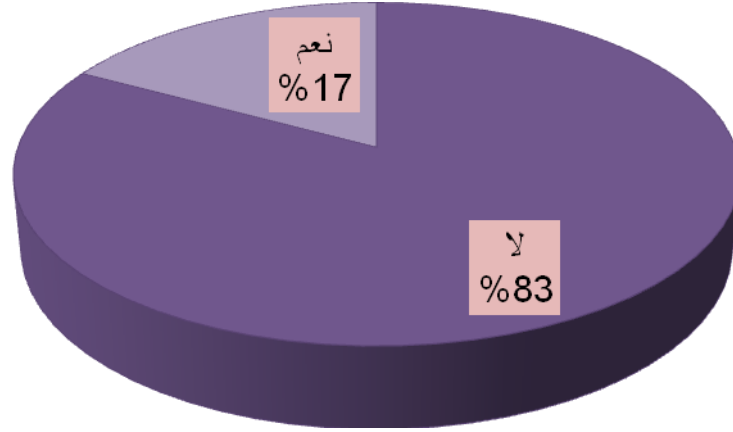


6. من حيث الخبرة عن العلاج النفسي ويوضح الجدول والرسم البياني التاليين توزيع أفراد الدراسة المشمولين بحسب الخبرة العلاجية:

جدول رقم (14) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب الخبرة العلاجية

الخبرة العلاجية	العدد	النسبة
لا	715	82.85%
نعم	148	17.15%
المجموع	863	100%

رسم بياني رقم (10) يوضح توزيع الأفراد المشمولين بالدراسة بحسب الخبرة العلاجية



الهدف الفرعي الأول:

وينص الهدف الأول على " التعرف على اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي " وللتحقق من هذا الهدف فقد تم استخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وتظهر نتائجه كما بالجدول التالي:

جدول رقم (15) يوضح نتائج الاختبار التائي لقياس اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي

المقياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	القيمة التائية	مستوى الدلالة	الدلالة
مجموع درجات مقياس تقبل الإرشاد والعلاج النفسي	132.08	14.841	110	*43.817	0.000	دالة

* ذو دلالة إحصائية

Normal

Histogram



ويبين الجدول السابق رقم (15) نتائج الاختبار التائية لعينة واحدة One Sample T-Test ويتضح من الجدول أن متوسط درجات العينة المشمولة بالدراسة البالغة (863) في الاتجاه نحو تقبل الإرشاد النفسي بلغ (132.08) بانحراف معياري (14.841) وبمقارنة هذا المتوسط الحسابي بالمتوسط الفرضي البالغ (110) وجد أن الفرق بلغ (22.08) ويعد هذا الفرق ذو دلالة إحصائية حيث بلغت القيمة التائية للاختبار (43.817) بينما بلغت مستوى الدلالة المحسوبة (0.0001) وهي أقل من مستوى الدلالة المتبناة (0.05) وبمقارنة المتوسطين يلاحظ أن متوسط الدرجات في المقياس أعلى من المتوسط النظري ويمكن تحديد مستوى التقبل كما بالجدول التالي:

جدول (16) يبين مستوى تقبل الأفراد للعلاج

مستوى التقبل	مدى المتوسط	العدد	النسبة
متدني	55-91	12	1.39%
متوسط	92-128	312	36.15%
عالي	129-165	539	62.46%
المجموع	-	863	100%

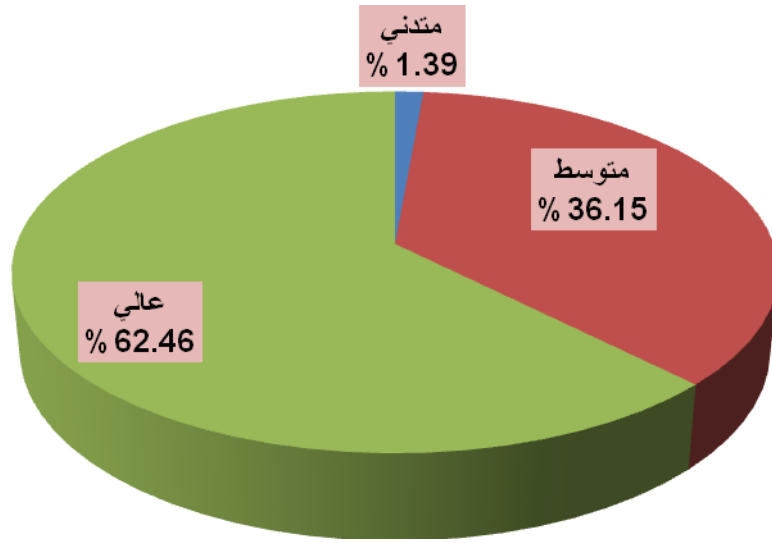
ويلاحظ أن متوسط درجات أفراد العينة يقع في الفئة الثالثة (129-165) مما يعني أن تقبل أفراد العينة المشمولة بالدراسة نحو الإرشاد والعلاج النفسي عالي أو إيجابي وكما يوضح الجدول رقم (16) أن نسبة 62.46% من العينة لها اتجاه عالي نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي وتمثل الغالبية بينما نسبة ضئيلة جدا 1.39% هي التي اتجاهاها ضعيف نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي ويمكن أن يستخلص الباحثون في ضوء هذه النتيجة بأن تقبل الإرشاد والعلاج النفسي للمشمولين ببحثهم الحالي هي إيجابية في مؤشراتنا العامة، وهذا ما يدعو إلى التفاؤل بخاصة وأن معظم أفراد مجتمع البحث الحالي هم من طلبة الجامعة فما فوق الذين يمثلون نخبة شريحة الشباب وصفوتها في المجتمع اليمني ولا شك أن إيجابية تقبل الإرشاد والعلاج النفسي لدى هذه الشريحة وارتفاع مستواها نسبياً يدعو إلى التفاؤل والاطمئنان على مستقبل هذه المهنة في بلادنا والاطمئنان على قدرة ممارسيها في مواجهة التحديات التي يحيط بهذه المهنة من كل حذب وصوب وهي ترتدي أفعلة جديدة تحمل عناوين مظلة ومسميات مختلفة من قبل العلاج بالأعشاب والعلاج بالتدوين، والعلاج بالسحر، والعلاج وهي مسميات تنطبق عليها مقولة (كلمة حق يراد بها باطل). ولعل ما يدعوا الباحثين للتفاؤل أيضاً أن درجات هذه الفئة كانت متقاربة ومتماثلة ولا توجد فروق إحصائية ذات دلالة معنوية فيما بينها، وهذا ما يعني أن وحدة الثقافة النفسية التي تشعب بها أفراد المجتمع البحث الحالي لها أثر كبير في تماثل التكوين النفسي في شخصياتهم واتجاهاتهم نحو هذه المهنة بالإضافة إلى كونهم يتعرضون إلى عوامل تعليمية وثقافية واجتماعية متماثلة وتشير هذه النتيجة أيضاً أن استمرار الطالب الجامعي في دراسته واختلاطه بالآخرين، وسعه دائرة حركته الاجتماعية ومساهمته في المجالات العلمية قد أسهم في تحسين مستوى اتجاهاتهم كما ونوعاً نحو تقبله للإرشاد والعلاج النفسي، مما يعطي مؤشراً إلى أن الحياة الجامعية تؤثر بصورة فعالة في تحسين اتجاهات طلبة الجامعة وما فوقها وكذلك خريجي الثانوية العامة نحو تقبلهم لمهنة الإرشاد والعلاج النفسي.

ويعتقد الباحثون أن بيئة الجامعة كذلك وما تقوم به في تنمية العقول عن طريق الممارسات العلمية والخبرات تلعب دوراً كبيراً في تكوين الاتجاهات وتجعل الطلبة يفرقون ما بين المهن الإرشادية والعلاجية وعليه يعتقد الباحثون أيضاً أن الجامعة وما في حكمها من المؤسسات التعليمية قد أدت دورها في تغيير وتشكيل سلوك طلبتها وأدت إلى تكوين معارف وإدراكات طلبتها.

ولكننا من جانب - كما يعتقد الباحثون ينبغي ألا نسرف في التفاؤل حيث أن نتائج البحث الحالي لم تكشف عن إيجابية مطلقة وهذا يعني أننا ينبغي أن نكون طموحين وحريصين على توظيف واستثمار جميع وسائلنا وقدراتنا التعليمية والثقافية والاجتماعية والإعلامية والوطنية من أجل رفع الوعي الصحي والتنقيفي وبخاصة الصحة النفسية والإرشاد النفسي خاصة أن هناك قدرة من السلبية في اتجاهات المشمولين بالبحث نحو تقبل مهنة الإرشاد والعلاج النفسي حيث تؤكد نتائج البحث الحالي . فمفاسرة وخطورة الحملة ضد هذه المهنة من

قبل المروجين والمعرضين من ممتهني الشعوذة والسحر والخزعلات زادت مما تقتضي شحذ الهمم وتعبئة الطاقات باتجاه هذه المهنة مهنة الإرشاد والعلاج النفسي في الجمهورية اليمنية. من جانب آخر فان نسبة الذين تقع درجاتهم مادون الوسط هم حوالي 35% وهذا يعني أن هذه النسبة لا يستهان بها وإنما يجب أن تكون موضع عناية واهتمام جميع الجهات المعنية بتتمية وتعزيز الاتجاهات الإيجابية لهذه المجموعة نحو تقبل مهنة الإرشاد والعلاج النفسي وفي مقدمة هذه الجهات وسائل الإعلام، والجامعات، والمدارس وأعضاء الهيئات التدريبية في كل مجالات الحياة.

رسم بياني رقم (11) يوضح نسبة اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي



الهدف الفرعي الثاني:

وينص الهدف الثاني على " الكشف عن وجود فروق في اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي بحسب المتغيرات (الجنس - العمر - المستوى التعليمي - الحالة الاجتماعية - محل السكن - وجود خبرة عن العلاج النفسي) "

وللتحقق من هذا الهدف فقد تم ترجمته إلى مجموعة من التساؤلات على النحو التالي :

1. هل توجد فروق في اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي تعزى للجنس.
2. هل توجد فروق في اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي تعزى للعمر.
3. هل توجد فروق في اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي تعزى للمستوى التعليمي.
4. هل توجد فروق في اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي تعزى للحالة الاجتماعية.
5. هل توجد فروق في اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي تعزى لمحل السكن.
6. هل توجد فروق في اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي تعزى لوجود خبرة عن العلاج النفسي.

و للإجابة على كل تساؤل فقد تم استخدام أسلوب إحصائي يتناسب مع نوع المتغير على النحو التالي:
أولاً من حيث الجنس:

وللإجابة على التساؤل " هل توجد فروق في اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي تعزى للجنس" فقد تم استخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين Independent Sample T-Test كونه الاختبار الذي يتناسب مع هذا المتغير وكذا كون العينة تعد عينة كبيرة، وتظهر نتائج الاختبار كما بالجدول التالي:

جدول رقم (17) يوضح نتائج الاختبار التائي لقياس الفروق في اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد

والعلاج النفسي بحسب الجنس

المقياس	ذكور (ن=394)		إناث (ن=469)		القيمة التائية	مستوى الدلالة	الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
مجموع درجات مقياس تقبل الإرشاد والعلاج النفسي	131.48	15.497	132.59	14.264	1.100	0.272	غير دالة

يوضح الجدول أعلاه رقم () أن نتائج اختبار الفروق في اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي بحسب الجنس أنه لا توجد فروق بين الجنسين حيث بلغ متوسط درجات الذكور (131.48) بانحراف معياري (15.497) بينما بلغ المتوسط عند الإناث (132.59) بانحراف معياري (14.264) كما أن الفارق بين المتوسطين غير دال إحصائياً حيث بلغت القيمة التائية للاختبار (1.100) بمستوى معنوية (0.272) وهي أكبر من مستوى المعنوية المتبناة (0.05) ويمكن أن يعزى عدم وجود فروق إلى أن كلا الجنسين من العينة المشمولة بالبحث الحالي لديهم نفس الاتجاه وهو تقبل مهنة الإرشاد والعلاج النفسي بغض النظر عن نوع الجنس حيث وكما يبدو من خصائص العينة أن معظمهم من الجامعيين فما فوق وكذلك ممن أكملوا المرحلة الثانوية وهذا يدل على الأكاديمي يلعب دوراً هاماً في تنمية واتخاذ القرارات والحكم على هذه المهنة تستحق الاهتمام والتوجه لها عند الأزمات النفسية التي تواجه الفرد في حياته. إذاً فلا غرابة أن لا نجد فروق ذات دلالة إحصائية ما بين الذكور والإناث تجاه تقبل مهنة الإرشاد والعلاج النفسي.

ثانياً من حيث العمر:

وللإجابة على التساؤل " هل توجد فروق في اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي تعزى للعمر" فقد تم استخدام تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA كونه الاختبار الذي يتناسب مع هذا المتغير وكذا كون العينة تعد عينة كبيرة، وتظهر نتائج الاختبار كما بالجدول التالي:

جدول رقم (18) يوضح متوسطات درجات العينة في اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج

النفسي بحسب العمر

العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
22 – 13	353	130.66	13.403
32 – 23	330	133.01	14.623
42 – 33	105	135.43	14.312
52 – 43	61	132.72	17.672
+53	14	118.29	29.572
المجموع	863	132.08	14.841

جدول رقم (19) يوضح نتائج تحليل التباين لقياس الفروق في اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي بحسب العمر

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية	مستوى المعنوية
مجموع درجات مقياس تقبل	بين المجموعات	4867.684	4	1216.921	5.644	*0.000

الإرشاد والعلاج النفسي	داخل المجموعات	184996.309	858	215.613
	الكلي	189863.993	862	-

ذو دلالة إحصائية

ويوضح الجدول السابق رقم (19) نتائج تحليل التباين ويوضح الجدول أن اتجاهات المواطنين تجاه تقبل الإرشاد والعلاج النفسي تختلف بحسب العمر حيث بلغ متوسط مربعات لمصدر التباين بين المجموعات (1216.921) بينما بلغ متوسط المربعات لمصدر التباين داخل المجموعات (215.613) مما يعني أن التباين بين المجموعات أعلى منه داخل المجموعات، كما بلغت النسبة الفائية للاختبار (5.644) بمستوى معنوية (0.0001) وهي أقل من مستوى المعنوية المتبناة (0.05) أي أن التباين بين الفئات العمرية دالة إحصائياً ولمعرفة غلبة الاتجاه لصالح أي فئة عمرية فقد تم استخدام احد اختبارات المقارنة البعدية وهو شافيه Scheffe وتظهر نتائجه كما بالجدول التالي:

جدول رقم (20) يوضح نتائج اختبار شافيه للمقارنات البعدية في اتجاهات المواطنين

العمر	العدد	المجموعات الجزئية لألفا = 0.05
53+	14	118.29
13 – 22	353	130.66
43 – 52	61	132.72
23 – 32	330	133.01
33 – 42	105	135.43
مستوى المعنوية	-	0.635
		1.000

ويوضح نتائج المقارنة البعدية باستخدام اختبار شافيه أن الفئة العمرية من 53 سنة فأكثر هي أقل الفئات العمرية تقبل للإرشاد والعلاج النفسي حيث حصلت على أقل المتوسطات ويمكن أن يرجع ذلك إلى وسائل الإعلام كما أشارت إليها معظم الأدبيات والدارسات السابقة أن لوسائل الإعلام المختلفة دور في تكوين الاتجاهات إذا أنها تنقل للفرد الكثير من المعلومات (موسى، 1999، ص 274) وهذا ما قامت به وسائل الإعلام في البلاد العربية خلال الثلاثة عقود الماضية (ال 30 سنة من القرن الماضي) فعلى سبيل المثال دائماً ما يعرض (يعرف) الطبيب النفسي أو المعالج النفسي في شخصية كوميدية مضحكة بل هو نفسه بحاجة إلى علاج نفسي مما أدى إلى تشكيل انطباع أولي سلبي عن العلاج النفسي وعن من يعمل به. وعليه فلا نستغرب إذا كانت اتجاهات هذه الفئة العمرية سلبية نحو الإرشاد النفسي وكذا من يعمل به. بينما بقية الفئات العمرية متقاربة في تقبلها للإرشاد والعلاج النفسي تبدأ الفئة العمرية (33-42) في المرتبة الأولى تليه الفئة العمرية (23-32) ثم الفئة العمرية (43-52) وأخيراً الفئة العمرية (13-22) ويمكن تفسير هذا الترتيب على النحو الآتي :

الفئة العمرية (33-42) حيث احتلت المرتبة الأولى وذلك لكون هذه الفئة تضم جميع خريجي الجامعات والدراسات العليا وممن تشربوا العلم والمعرفة واكتسبوا خبرات واسعة بالحياة وكذلك اتضحت لهم الأمور المتعلقة بمهنة الإرشاد والعلاج النفسي، وقاموا بالمقارنات ما بين هذه المهنة والمهن الأخرى ممن يدعون معالجة الناس بطرق غريبة وعجيبة وخزعبلات الفرض منها كسب المال وإلهاء المراجعين وتوحيهم وجعلهم يعيشون في صراعات مستديمة، مما يحقق لهؤلاء المدعين الاستمرار في هذه المهنة.

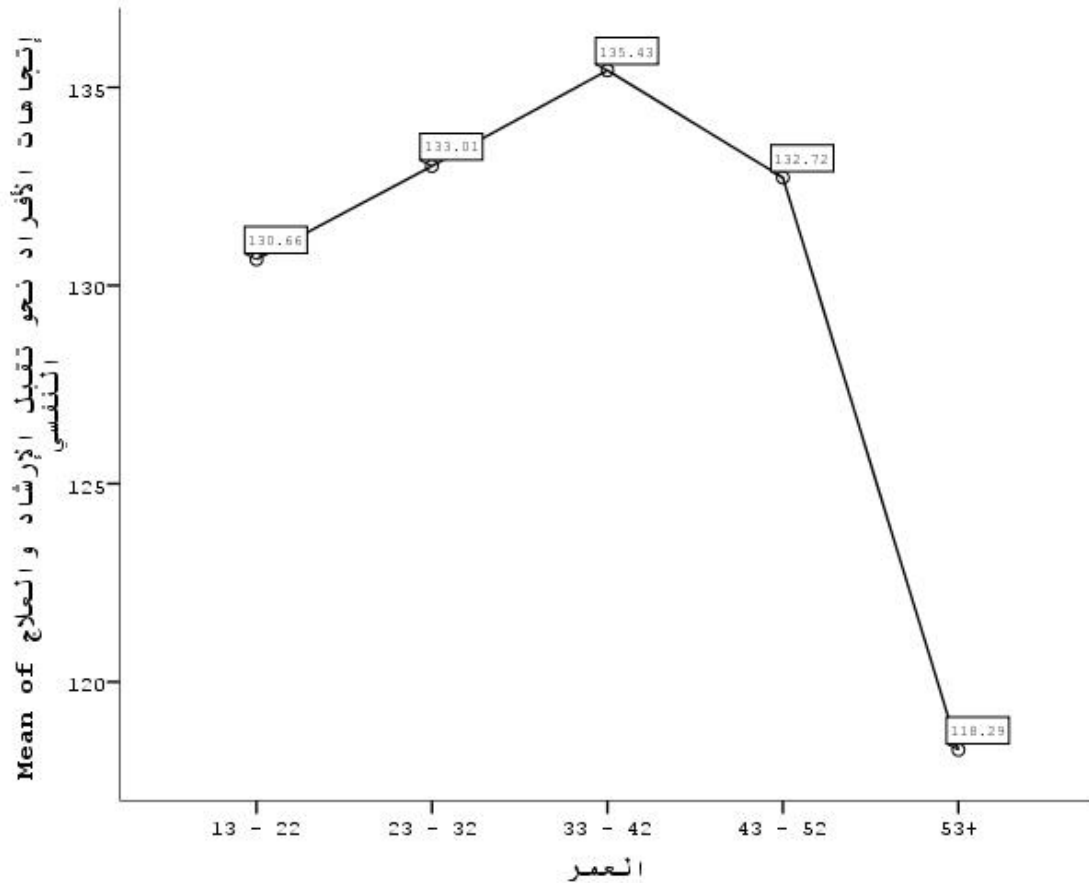
الفئة العمرية (23-32) أيضا هذه الفئة لا تبعد عن سابقتها في خصائصها ولكنها تختلف معها في أن هذه الفئة لا زالوا في بداية حياتهم العلمية الجامعية أو في المراحل الأخيرة من دراستهم لها، لذلك نعتقد أن دور الجامعات قد أثمر في هذه الفئة العمرية وهذا مما يجعلنا نطمئن ونتفاعل حيث تقبل مهنة الإرشاد والعلاج النفسي من قبل هذه الفئة العمرية الشابة.

أما الفئة العمرية (43-52) فهي الأخرى نعتقد أنها بدأت تتكشف لها الأمور يوما بعد آخر حول أهمية مهنة الإرشاد والعلاج النفسي وتقبلها لها، وخاصة ونعتقد أن هذه الفئة العمرية قد ربما يكون خبرة بعض المهن التي يزعم أصحابها قدرتهم على معالجة كثير من الاضطرابات النفسية أو تقول قد سمعوا وناقشوا كثير من الناس حول هذه المهن المختلفة ثم اجروا مقارنات مع مهنة الإرشاد والعلاج النفسي وغيرها ونجد أنها لا تختلف كثيرا عن الفئة العمرية السابقة (33-42).

الفئة العمرية (13-22) حصلت هذه الفئة العمرية على الترتيب الأخير حول تقبلها مهنة الإرشاد والعلاج النفسي ويمكن إرجاع ذلك لصغر عينة هذه الفئة من جهة، وعدم خبرتها وتدني مستواها التعليمي من جهة أخرى، حيث نجد أن معظم هذه الفئة لم تكمل الإعدادية بعد وفي أحسن الأحوال الثانوية العامة بالإضافة إلى أن معظم هذه الفئة لم تكون خبرة كافية عن التفريق والمقارنات بين مهنة الإرشاد والعلاج النفسي وكذلك المهن الأخرى.

والشكل البياني التالي يوضح ذلك

رسم بياني رقم () يوضح متوسط درجات مقياس اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي بحسب العمر



23.811	129.17	6	دكتوراه
14.841	132.08	863	المجموع

جدول رقم (22) يوضح نتائج تحليل التباين لقياس الفروق في اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي بحسب المستوى التعليمي

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية	مستوى المعنوية
مجموع درجات مقياس تقبل الإرشاد والعلاج النفسي	بين المجموعات	2170.695	6	361.782		
	داخل المجموعات	187693.298	856	219.268	1.650	0.131
	الكلية	189863.993	862	-		

ويوضح الجدول السابق رقم (22) نتائج تحليل التباين ويوضح الجدول أن اتجاهات المواطنين تجاه تقبل الإرشاد والعلاج النفسي لا تختلف بحسب المستوى التعليمي حيث بلغ متوسط مربعات لمصدر التباين بين المجموعات (361.782) بينما بلغ متوسط المربعات لمصدر التباين داخل المجموعات (219.268) مما يعني أن التباين بين المجموعات يقارب التباين داخل المجموعات، كما بلغت النسبة الفائية للاختبار (1.650) بمستوى معنوية (0.131) وهي أكبر من مستوى المعنوية المتبناة (0.05) أي أن التباين بين المستويات التعليمية غير دالة إحصائياً أي أن العينة وبغض النظر إلى مستويات تعليمها لها اتجاه متقارب من بعضه تجاه تقبل الإرشاد والعلاج النفسي.

ويمكن تفسير ذلك بحسب ما يعتقد الباحثون أن ما يتناقله الناس في المجالس والمقائل العامة والخاصة له دور تثقيفي حول تقبل مهنة الإرشاد والعلاج النفسي خاصة وأن معظم الأسر وخاصة الريفية يتحدثون ويرددون أسماء تمتهن معالجة الاضطرابات النفسية سواء كانت عيادات ومستشفيات أو مراكز لأشخاص يدعون معالجة الاضطرابات النفسية وبالتالي فإن اتجاهات المواطنين تجاه تقبل مهنة الإرشاد والعلاج النفسي لا تختلف بحسب المستوى التعليمي أي أن العينة وبغض النظر عن مستوياتها التعليمية لها اتجاه متقارب نحو الإرشاد والعلاج النفسي.

رابعاً من حيث الحالة الاجتماعية:

وللإجابة على التساؤل " هل توجد فروق في اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي تعزى للحالة الاجتماعية" فقد تم استخدام تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA كونه الاختبار الذي يتناسب مع هذا المتغير وكذا كون العينة تعد عينة كبيرة، وتظهر نتائج الاختبار كما بالجدول التالي:

جدول رقم (23) يوضح متوسطات درجات العينة في اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي بحسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
عازب	514	131.73	13.736
متزوج	316	132.88	15.878
أرمل	33	129.97	20.349
المجموع	863	132.08	14.841

جدول رقم (24) يوضح نتائج تحليل التباين لقياس الفروق في اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي بحسب الحالة الاجتماعية

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية	مستوى المعنوية
مجموع درجات مقياس تقبل	بين المجموعات	412.182	2	206.091	0.936	0.393

الإرشاد والعلاج النفسي	داخل المجموعات	189451.811	860	220.293
	الكلي	189863.993	862	-

ويوضح الجدول السابق رقم (24) نتائج تحليل التباين ويوضح الجدول أن اتجاهات المواطنين تجاه تقبل الإرشاد والعلاج النفسي لا تختلف بحسب الحالة الاجتماعية حيث بلغ متوسط مربعات لمصدر التباين بين المجموعات (206.091) بينما بلغ متوسط المربعات لمصدر التباين داخل المجموعات (220.293) مما يعني أن التباين بين المجموعات يقارب التباين داخل المجموعات، كما بلغت النسبة الفائية للاختبار (0.936) بمستوى معنوية (0.393) وهي أكبر من مستوى المعنوية المتبناة (0.05) أي أن التباين بين الحالات الاجتماعية غير دالة إحصائياً أي أن العينة وبغض النظر إلى حالتها الاجتماعية لها اتجاه متقارب تجاه تقبل الإرشاد والعلاج النفسي.

خامساً من حيث محل السكن:

وللإجابة على التساؤل " هل توجد فروق في اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي تعزى لمحل السكن" فقد تم استخدام تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA كونه الاختبار الذي يتناسب مع هذا المتغير وكذا كون العينة تعد عينة كبيرة، وتظهر نتائج الاختبار كما بالجدول التالي:

جدول رقم (25) يوضح متوسطات درجات العينة في اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي بحسب محل السكن

السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأمانة	735	131.46	14.722
الحديدة	50	132.32	15.043
تعز	24	132.63	16.378
حضر موت	35	141.03	11.885
عدن	19	138.53	16.375
المجموع	863	132.08	14.841

جدول رقم (26) يوضح نتائج تحليل التباين لقياس الفروق في اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي بحسب السكن

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية	مستوى المعنوية
مجموع درجات مقياس تقبل الإرشاد والعلاج النفسي	بين المجموعات	3887.380	4	971.845		
	داخل المجموعات	185976.613	858	216.756	4.484	*0.001
	الكلي	189863.993	862	-		

* ذو دلالة إحصائية

ويوضح الجدول السابق رقم (26) نتائج تحليل التباين ويوضح الجدول أن اتجاهات المواطنين تجاه تقبل الإرشاد والعلاج النفسي تختلف بحسب محل السكن حيث بلغ متوسط مربعات لمصدر التباين بين المجموعات (971.845) بينما بلغ متوسط المربعات لمصدر التباين داخل المجموعات (216.756) مما يعني أن التباين بين المجموعات أعلى منه داخل المجموعات، كما بلغت النسبة الفائية للاختبار (4.484) بمستوى معنوية (0.001) وهي أقل من مستوى المعنوية المتبناة (0.05) أي أن التباين بين محل السكن دالة إحصائياً ولمعرفة غلبة الاتجاه لصالح أي محل سكن فقد تم استخدام احد اختبارات المقارنة البعدية وهو شفاه Scheffe وتظهر نتائجه كما بالجدول التالي:

جدول رقم (27) يوضح نتائج اختبار شافيه للمقارنات البعدية في اتجاهات المواطنين

المجموعات الجزئية لألفا = 0.05	العدد	السكن
1		
131.46	735	الأمانة
132.32	50	الحديدة
132.63	24	تعز
138.53	19	عدن
141.03	35	حزموت
131.46	-	مستوى المعنوية

ويوضح نتائج المقارنة البعدية باستخدام اختبار شافيه أن مواطنين محافظة حزموت أكثر المواطنين تقبل للإرشاد والعلاج النفسي حيث حصلت على أعلى المتوسطات ويمكن أن يرجع ذلك إلى كل من محافظتي حزموت وعدن وما تتميزان به من حضور مبكر في مجال الخدمات الطبية والرعاية الصحية والتنقيفية والخدمات التعليمية على مدى ما يزيد على قرن من الزمان، قد أكسب مواطنيها (ساكنيها) وعياً صحياً وتنقيفياً جعلهم يتفاعلون ويتقبلون كل ما يطرح حول الأمور الصحية عامة والإرشاد والعلاج النفسي على وجه الخصوص هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن مستشفى الأمراض النفسية في عدن على سبيل المثال يعد الأقدم في الجمهورية اليمنية حيث تم إنشاؤه في عام 1960م أي قبل استقلال الشطر الجنوبي من الوطن، وهذا يتفق مع ما ذهب إليه الباحثون في مقدمة بحثهم حول تاريخ الخدمات الطبية النفسية في اليمن، حيث تميزت محافظة حزموت وعدن عن سواهما من محافظات الجمهورية بقدم منشأتهما وخدماتهما الطبية النفسية وعليه فلا غرابة أن تصدر محافظتي حزموت وعدن ترتيب بقية المحافظات حول تقبل مهنة الإرشاد والعلاج النفسي وهذا الترتيب يعود للإهتمام والرعاية التي أولتها الجهات المعنية بهذا المجال الحيوي وهو مجال الخدمات الصحية النفسية.

ثم تأتي بقية المحافظات الأخرى وهي على التوالي محافظة تعز، ومحافظة الحديدة، وأخيراً أمانة العاصمة، وهذا الترتيب منطقي يتفق مع ما تم طرحه في الإطار النظري وكذلك المقدمة التاريخية للخدمات الصحية في اليمن من أن هناك تقدماً واضحاً في هذه المجالات وخاصة الصحة النفسية في المحافظات الجنوبية ونخص بالذكر أكثر محافظتي حزموت وعدن وللأسباب المذكورة آنفاً، وأخيراً بما احتوته من منشآت وكوادر، وكل ذلك المذكور ومفصل في الملحقات بهذا البحث. وعموماً ، لا بد من الإشارة إلى ملاحظة عامة جوهرية حددت مستوى تلك الفروق بين المحافظات ، وهي إن معظم المحافظات الشمالية ، وخاصة المتموضعة في الشمال والشمال الغربي من البلاد هي أكثر تمسكاً بمنظومة القيم التقليدية والتي طرأ عليها من التغيير والتحديث.

رسم بياني رقم (13) يوضح متوسط درجات مقياس اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي بحسب محل السكن



سادسا من حيث وجود خبرة عن العلاج النفسي:
وللإجابة على التساؤل " هل توجد فروق في اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي تعزى لوجود خبرة عن العلاج النفسي" فقد تم استخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين Independent Sample T-Test كونه الاختبار الذي يتناسب مع هذا المتغير وكذا كون العينة تعد عينة كبيرة، وتظهر نتائج الاختبار كما بالجدول التالي:

جدول رقم (28) يوضح نتائج الاختبار التائي لقياس الفروق في اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي بحسب الخبرة العلاجية

المقياس	لا (ن=715)	نعم (ن=148)		القيمة التائية	مستوى الدلالة	الدلالة
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
مجموع درجات مقياس تقبل الإرشاد والعلاج النفسي	131.19	14.541	136.39	3.912	*0.0001	دالة

* ذو دلالة إحصائية

يوضح الجدول أعلاه رقم (28) أن نتائج اختبار الفروق في اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي بحسب وجود الخبرة العلاجية أنه توجد فروق بين من لديه خبرة علاجية عن العلاج النفسي ومن ليس عنده خبرة علاجية حيث بلغ متوسط درجات من ليس لديهم خبرة علاجية (131.19) بانحراف معياري (14.541) بينما بلغ المتوسط عند من لديهم خبرة علاجية (136.39) بانحراف معياري (15.558) كما أن الفارق بين المتوسطين دال إحصائياً حيث بلغت القيمة التائية للاختبار (3.912) بمستوى معنوية (0.0001) وهي أقل من مستوى المعنوية المتبناة (0.05) ويمكن أن يعزى وجود فروق إلى أن مجال مهنة الإرشاد والعلاج النفسي قد أتت ثمارها في اليمن وهي نتيجة تدعونا للتفاؤل والمزيد من بذل الجهد لنشر وتوعية المواطنين بأهمية هذه المهنة على عداها من المهن التي يزعم أصحابها أنها تؤدي البديل لهذه المهنة، ونخرج بقولنا نحمد الله على أن هناك أناس أُنفعونا وأنفعوا هذه المهنة من واقع التجربة العملية لهم حيث وقد خبروا (جربوا أو أُرشدوا) هذه المراكز وقابلوا المتخصصين فيها وحصلوا على متفاهم، بل نجزم بتحسّن حالتهم وذلك من واقع استجابة العينة المشمولة بهذا البحث حيث بلغ المتوسط 136.36 مقارنة بالمتوسط الحسابي للذين لم يخبروا الإرشاد والعلاج النفسي البالغ 131.19 حيث وجد فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.0001)

الهدف الفرعي الثالث:

وينص الهدف الثاني على " الكشف عن وجود أثر للمتغيرات (الجنس - العمر - المستوى التعليمي - الحالة الاجتماعية - محل السكن - وجود خبرة عن العلاج النفسي) في اتجاه المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي بحسب المتغيرات " ولمعرفة العوامل الشخصية المؤثر في تقبل المواطنين للإرشاد والعلاج النفسي فقد تم استخدام تحليل الانحدار التدريجي Multiple Stepwise Regressions وظهرت نتائج هذا التحليل كما يأتي:

جدول رقم (29) يوضح المتغيرات التي تم إدراجها ضمن معادلة الانحدار المتعدد التدريجي

النموذج	المتغيرات المدرجة	الطريقة
1	الخبرة العلاجية	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, 0Probability-of-F-to-remove >=0 .100).
2	المستوى التعليمي	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, 0Probability-of-F-to-remove >=0 .100).

ويوضح الجدول أن أهم المتغيرات التي لعبت دورا في التأثير على تقبل الإرشاد والعلاج النفسي للعينة المشمولة بالبحث هي الخبرة العلاجية الذي يأتي في المرتبة الأولى و المستوى التعليمي في المرتبة الثانية وهما المتغيرات الوحيدان اللذان لهما أثر في التقبل بتفاعلها معا (وجودهما معا) بينما بقية المتغيرات لا تلعب داخلها مع بعض أثر في تكوين اتجاه نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي حيث تم استبعادها نظرا لأن معامل ارتباطها ضعيف جدا أي أن الخبرة العلاجية لأفراد العينة ومستواها التعليمي هما من أكثر العوامل الإيجابية في رفع تقبل أفراد العينة المشمولة بالبحث للإرشاد والعلاج النفسي.

جدول رقم (30) يوضح قيمة معامل الارتباط ومعامل التحديد للنموذج الخطي للانحدار

النموذج	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
2	0.158	0.025	0.023	14.671

ويوضح الجدول السابق العلاقة بين المتغيرين المستقلين (الخبرة العلاجية و المستوى التعليمي) وعلاقتهم بالمتغير التابع (اتجاهات المواطنين نحو تقبل للإرشاد والعلاج النفسي) حيث بلغ معامل الارتباط المتعدد 0.158 وهو ما يعني أن العلاقة طردية ولكن ليست قوية أي أنه بوجود الخبرة العلاجية وزيادة المستوى التعليمي يكون ذلك اتجاه إيجابي نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي كما يمكن معرفة نسبة تفسير هذين المتغيرين المستقلين (الخبرة العلاجية و المستوى التعليمي) للمتغير التابع (اتجاهات المواطنين نحو تقبل للإرشاد والعلاج النفسي) وهو ما يقدره معامل التحديد البالغ (2.5%) أي أن تفسير الاتجاه الإيجابي أو العالي لتقبل الإرشاد والعلاج النفسي يعزى للخبرة العلاجية والمستوى التعليمي معا بنسبة 2.5% وبقية النسبة البالغ 97.5% ترجع لعوامل أخرى لم يتم بحثها في هذه الدراسة.

جدول رقم (31) يوضح نتائج تحليل التباين لمعادلة الانحدار التدريجي بين المتغيرين المستقلين (الخبرة العلاجية - المستوى التعليمي) والمتغير التابع (اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي)

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	النسبة	مستوى المعنوية
مجموع درجات مقياس تقبل الإرشاد والعلاج النفسي	الانحدار	4765.739	2	2382.870	11.071	*0.000
	البواقي	185098.254	860	215.231		
	الكلية	189863.993	862	-		

* ذو دلالة إحصائية

ويوضح الجدول السابق رقم (31) معنوية النموذج الذي تم استخدامه لتفسير العلاقة حيث بلغت النسبة الفائية لتحليل الانحدار (11.071) بمستوى معنوية (0.0001) وهي أقل من مستوى المعنوية المتبناة (0.05) مما يعني صلاحية النموذج للاستخدام والنموذج يظهر كما بالجدول التالي:
جدول رقم (32) يوضح نتائج معامل معادلة الانحدار

النموذج	المتغير	الرمز	قيمة المعامل b	الخطأ المعياري	الاختبار التائي	مستوى المعنوية	الدلالة
2	ثابت الانحدار	A	126.757	1.795	70.632	0.000	دال
	الخبرة العلاجية	X ₁	5.115	1.325	3.860	0.000	دال
	المستوى التعليمي	X ₂	1.042	0.401	2.595	0.001	دال

ويوضح الجدول السابق رقم (32) أن جميع المعاملات داخل معادلة الانحدار المتعدد دالة إحصائية مما يؤكد إمكانية إدراجها ضمن هذا النموذج ويمكن كتابة هذا النموذج على شكل معادلة كما يلي:

المتغير	الرمز	نوع المتغير
ثابت الانحدار	A	-
الخبرة العلاجية	X ₁	المتغير المستقل الأول
المستوى التعليمي	X ₂	المتغير المستقل الثاني
اتجاهات المواطنين نحو تقبل الإرشاد والعلاج النفسي	Y	المتغير التابع

ويمكن كتابة المعادلة على النحو التالي:

$$Y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2$$

$$Y = 126.757 + 5.115 x_1 + 1.042 x_2$$

ويتضح من المعادلة السابق أنه مع انعدام الخبرة العلاجية والمستوى التعليمية (التعويض بقيمة صفرية) يكون الاتجاه نحو تقبل المواطنين للإرشاد والعلاج النفسي يمثل درجة 126.757 وهي قيمة أكبر من المتوسط النظري (110) ولكن يمثل درجة متوسطة من التقبل من حيث مقارنته بفئات التقبل الثلاث الموضحة في الهدف الفرعي الأول.

الهدف الرابع للدراسة:

وينص هذا الهدف على " التعرف على واقع الصحة النفسية في أوساط الذكور والإناث، أطفال وبالغين وأكثر الأمراض انتشاراً والأسباب المباشرة وغير المباشرة لهذه الأمراض" وبغرض التحقق من هذا الهدف فقد تم إعداد استمارة خاصة بالعبادات الخاصة واستمارة أخرى خاصة بالمنشآت التي تقدم خدمات علاجية وإرشادية في مجال الطب النفسي وكلا منها تتضمن مجموعة من الأسئلة ويمكن معرفة مكوناتها من الملحق.

جدول رقم (33) يوضح أعداد المرضى المصابين بأحد مجموعة الأمراض النفسية والمترددین على عیادات الطب النفسي العامة والخاصة في المحافظات الخمس (الأمانة - عدن - تعز - حضرموت - الحديدة) للعام 2007م بحسب الجنس.

الإجمالي			إناث			ذكور			المرض
الترتيب	النسبة	العدد	الترتيب	النسبة	العدد	الترتيب	النسبة	العدد	
10	1.28%	1636	9	1.61%	638	11	1.13%	998	الخرف
11	1.19%	1524	11	0.44%	174	9	1.53%	1350	اضطرابات ناتجة عن استخدام مواد التعود
1	36.13%	46111	1	32.60%	12877	1	37.71%	33234	الفصام
3	19.15%	24437	3	20.35%	8038	3	18.61%	16399	الاضطرابات الوجدانية
2	21.72%	27724	2	23.44%	9261	2	20.95%	18463	الاضطرابات العصابية المتعلقة بالكرب
7	2.31%	2946	7	2.93%	1158	8	2.03%	1788	الاضطرابات السلوكية المصاحبة لاضطرابات أو عوامل جسمية
5	4.40%	5611	5	4.13%	1632	5	4.52%	3979	اضطرابات السلوك والشخصية عند الكبار
6	3.18%	4059	6	3.67%	1451	6	2.96%	2608	التخلف العقلي
9	1.43%	1822	10	1.56%	615	10	1.37%	1207	اضطرابات النماء النفسي
8	2.24%	2864	8	2.52%	995	7	2.12%	1869	الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الأطفال
4	6.97%	8896	4	6.75%	2667	4	7.07%	6229	الصرع
-	100%	127630	-	100%	39506	-	100%	88124	مجموع الحالات المرضية

جدول رقم (34) يوضح أعداد المرضى المصابين بأحد مجموعة الأمراض النفسية والمترددین على عیادات الطب النفسي العامة والخاصة في المحافظات الخمس (الأمانة - عدن - تعز - حضرموت - الحديدة) للعام 2007م بحسب المحافظة.

المحافظة												
المجموع		حضر موت		تعز		الحديدة		عدن		الأمانة		
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
1.28%	1,636	0.29%	40	3.81%	470	0.65%	80	0.77%	159	1.29%	887	الخرف
1.19%	1524	0.90%	123	0.78%	96	0.71%	87	0.88%	181	1.51%	1037	اضطرابات استخدام مواد التعود
36.13%	46,111	33.57%	4,599	29.39%	3,622	68.25%	8,385	34.15%	7,008	32.70%	22,497	الفصام
19.15%	24,437	23.33%	3,196	11.58%	1,427	14.15%	1,739	18.60%	3,818	20.72%	14,257	الاضطرابات الوجدانية
21.72%	27,724	16.19%	2,218	12.41%	1,529	4.70%	577	21.50%	4,412	27.60%	18,988	الاضطرابات العصابية
2.31%	2,946	2.93%	402	4.53%	558	0.24%	30	0.88%	180	2.58%	1,776	الاضطرابات السلوكية المصاحبة لاضطرابات أو عوامل جسمية
4.40%	5,611	5.61%	768	12.10%	1,491	3.56%	437	2.40%	492	3.52%	2,423	اضطرابات السلوك والشخصية
3.18%	4,059	6.05%	829	16.17%	1,993	0.12%	15	0.95%	194	1.49%	1,028	التخلف العقلي
1.43%	1,822	1.24%	170	1.94%	239	0.02%	3	1.70%	348	1.54%	1,062	اضطرابات النماء النفسي
2.24%	2,864	2.36%	323	3.63%	448	0.08%	10	2.65%	543	2.24%	1,540	الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الأطفال
6.97%	8,896	7.53%	1,032	3.67%	452	7.51%	923	15.53%	3,188	4.80%	3,301	الصرع
100%	127,630	100%	13,700	100%	12,325	100%	12,286	100%	20,523	100%	68,796	مجموع الحالات المرضية

يتضح من خلال الجدول السابق رقم (34) أن مجموع المترددين على عيادات الطب النفسي 127.630 وهذا الرقم لا يتضمن المترددون على الرعاية الأولية من المرضى النفسيين والذي لا يمكننا معرفة عددهم وهو ما يعني عدم معرفة أولئك المرضى بخدمات الصحة النفسية. كما نلاحظ من الجدول أن أغلب المترددين على عيادات الطب النفسي في الخمس محافظات من محافظات الجمهورية هو الذين يعانون من الفصام حيث يشكل نسبة 36.13% من إجمالي عدد الحالات المرضية ويأتي مرض الفصام في الترتيب الأول بين الذكور بنسبة 37.71% وكذا يأتي في المرتبة الأولى بين الإناث بنسبة 32.60%. أما الاضطرابات العصابية المتعلقة بالكرب فتأتي في المرتبة الثانية من حيث الانتشار حيث بلغت نسبتها من بين الأمراض 21.72% وتأتي بين الذكور في المرتبة الثانية بنسبة 20.95% وكذا تأتي عند الإناث في المرتبة الثانية بنسبة 23.44%. تحتل الاضطرابات الوجدانية المرتبة الثالثة في ترتيب الأمراض حيث بلغت نسبة انتشارها 19.15% وهي عند الذكور بنسبة 18.61% والإناث بنسبة 20.35% بما يعني تساوي الجنسين في إحتلال المرتبة الثالثة. ويحتل الصرع هنا المرتبة الرابعة من بين الأمراض بنسبة 6.67% ، ويكاد يتساوي عند الجنسين بنسبة 7.07% للذكور ونسبة 6.75% للإناث.

وفي المرتبة الخامسة تأتي اضطرابات السلوك والشخصية عند الكبار بنسبة 4.40% وتحتل المرتبة الخامسة كذلك عند الذكور بنسبة 4.52% وكذلك عند الإناث بنسبة 4.13%. أما بقية الأمراض فتشكل نسب بسيطة تتراوح بين (3.18% و 1.19%)..

الهدف الخامس للدراسة :

وينص هذا الهدف على " حصر المراكز المقدمة للعلاج النفسي ومعرفة نوع الخدمات المقدمة فيها" وبغرض التحقق من هذا الهدف فقد تم إعداد استمارة خاصة بالعيادات الخاصة واستمارة أخرى خاصة بالمنشآت التي تقدم خدمات علاجية وإرشادية في مجال الطب النفسي وكلا منها تتضمن مجموعة من الأسئلة ويمكن معرفة مكوناتها من الملحق.

جدول رقم (35) يوضح مراكز تقديم الخدمة في مجال الطب النفسي المحافظات الخمس (الأمانة - عدن - تعز - حضرموت - الحديدة) للعام 2007م بحسب المحافظة.

المحافظة												نوع المنشأة
المجموع		عدن		تعز		حضرموت		الحديدة		الأمانة		
%	ن	%	ن	%	ن	%	ن	%	ن	%	ن	
13.2%	5	0.0%	0	8.3%	1	33.3%	1	0.0%	0	17.6%	3	قسم ضمن مستشفى حكومي
5.3%	2	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	11.8%	2	قسم ضمن مستشفى خاص
7.9%	3	25.0%	1	8.3%	1	0.0%	0	50%	1	0.0%	0	مستشفى نفسي حكومي
10.5%	4	25.0%	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	17.6%	3	مستشفى طب نفسي خاص
5.3%	2	0.0%	0	16.7%	2	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	مصحة نفسية
5.3%	2	0.0%	0	8.3%	1	0.0%	0	0.0%	0	5.9%	1	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية
7.9%	3	0.0%	0	16.7%	2	0.0%	0	0.0%	0	5.9%	1	مركز إرشاد تربوي ونفسي حكومي
0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	مركز إرشاد نفسي وإجتماعي خاص
44.7%	17	50.0%	2	41.7%	5	66.7%	2	50.0%	1	41.2%	7	عيادة خاصة
100%	38	100%	4	100%	12	100%	3	100%	2	100%	17	المجموع

ولحصر المنشآت فهي كما يلي:

جدول (36) يبين أسماء ومقر المنشآت

م	المحافظة	اسم المنشأة
1	الأمانة	المستشفى الجمهوري
2	الأمانة	قسم الأمراض النفسية الثورة
3	الأمانة	مستشفى الشرطة
4	الأمانة	المستشفى اليمني الألماني
5	الأمانة	المستوصف الأول للأمراض النفسية والعصبية
6	الأمانة	مستشفى الرشاد للأمراض النفسية والعصبية
7	الأمانة	مستشفى الأمل للطب النفسي
8	الأمانة	المصحة النفسية في السجن المركز
9	الحديدة	مستشفى دار السلام
10	تعز	مستشفى الثورة
11	تعز	مستشفى الأمراض النفسية والعصبية
12	تعز	مصحة د عبدالقوي مكر د
13	تعز	مركز الطب النفسي
14	تعز	المصحة النفسية بالسجن المركزي
15	تعز	مركز الإرشاد النفسي والبحوث النفسية جامعة تعز
16	تعز	مركز ومدرسة الأمل للمعاقين ذهنيا
17	حضر موت	مستشفى ابن سينا
18	عدن	مستشفى الأمراض النفسية
19	عدن	مستوصف الضياء للأمراض النفسية والعصبية

أما العيادات فهي:

جدول (37) يبين أسماء ومقر العيادات في المحافظات

م	المحافظة	اسم العيادة
1	الأمانة	د. عبدالله عبدالوهاب الشرعي

العيادة الاستشارية للطب النفس - محمد حزام المقرمي	الأمانة	2
العيادة النفسية - م د عبدالقادر المتوكل	الأمانة	3
د. فكري النائب	الأمانة	4
مستوصف الخليدي	الأمانة	5
العيادة التخصصية للأمراض النفسية والعصبية - د. عبدالسلام عشيح	الأمانة	6
د. احمد مكي	الأمانة	7
د.عبدالمجيد العززي	الحديدة	8
عيادة الضياء للأمراض النفسية والعصبية	عدن	9
عيادة الأمراض النفسية والعصبية - مستشفى صابر	عدن	10
د. فرج عبدالله صالح	حضر موت	11
مركز الدكتور خالد الأبيض	حضر موت	12
د عبدالحق ناشر	تعز	13
عيادة د. طالب غشام المحمدي	تعز	14
مركز العلاج الطبيعي والعلاج النفسي	تعز	15
عيادة د محمد أحمد القباطي	تعز	16
عيادة د عبدالقادر المجاهد	تعز	17
عيادة د. محمد محمد الطشي	الأمانة	18
عيادة مركز الإرشاد النفسي والتربوي	الأمانة	19

والجداول التالية توضح تقييم المنشآت التي تقدم خدمات الطب النفسي:

جدول رقم (37) يبين سنة التأسيس للمنشآت المقدمة للخدمة النفسية

النسبة	العدد	
9.1	1	1966
9.1	1	1974
9.1	1	1982
18.2	2	1990
9.1	1	1995
9.1	1	1996

1997	1	9.1
2000	1	9.1
2003	1	9.1
2006	1	9.1
المجموع	11	100.0

- يبين هذا الجدول أن خلال 40 سنة ابتداء بعام 1966 وانتهاء بعام 2006 في اليمن وفي المحافظات الخمس الرئيسية أحدى عشرة منشأة.
- 3 منشآت حتى عام 1990 بمعدل منشأة لكل 8 سنوات هذه إما كانت اقسام ضمن السجون العامة أو دور إيواء وعلى شكل زنانات خارج السجون في عدن ثم الحديدة (أنظر تاريخ الصحة النفسية في اليمن سابقا) وكلها مشاريع حكومية.
 - في عام 1990 ظهرت منشأتين
 - ثم منشأة في كل عام في الأعوام 95، 96، 1997م
 - ثم تراجع إلى منشأة كل 3 أعوام بين عام 1997 - 2006م
 - 9 منشآت بعد الوحدة أغلبها خاصة وجزء منها خيري وبمساعادات حكومية.

جدول (37) يبين السعة الاستيعابية للأسرة (عدد الأسرة)

عدد المنشآت	المستجيب	9
	غير المستجيب	2
مجموع عدد الأسرة للمستجيبين		992

بلغ عدد الأسرة المتوفرة في 9 منشآت 992 ويقدر عدد الأسرة في جميع الجمهورية 1100 سرير أي أنه بمعدل 1 سرير فقط لك 200000 ألف مواطن في الجمهورية بينما في الدول المتقدمة سرير واحد لكل 2500 مواطن أي أن الفرق 80 ضعف. ويمكن أن نقدر حاجة اليمن للأسرة بمقدار 8800 سرير أي بحاجة إلى ثمانية أضعاف العدد المتوفر حاليا.

جدول رقم (38) يوضح المرافق التابعة لإدارة المنشأة

نوع المنشأة					العدد	مكتب المدير مع السكرتارية
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)		
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
1	0	1	0	0	0	
6	2	1	3	0	1	
2	0	0	0	2	2	

1	0	0	1	0	3	
1	0	0	0	1	4	
5	1	1	2	1	0	يوجد مكتب للمخزن والمشتريات
5	1	1	2	1	1	
1	0	0	0	1	4	
7	1	2	3	1	0	قاعة اجتماعات
4	1	0	1	2	1	
5	2	2	1	0	0	مكتب حسابات
6	0	0	3	3	1	
5	2	2	0	1	0	مكتب شؤون موظفين
6	0	0	4	2	1	
9	2	2	3	2	0	استراحة وبوفية
2	0	0	1	1	1	

يبين هذا الجدول أن

- منشأة واحدة من 11 منشأة تقدم خدمة الطب النفسي ليس لها مكتب ولا سكرتارية بنسبة 9.9% .

- 5 منشآت لا يوجد بها مكتب حسابات ولا يوجد مخازن مشتريات ولا مكتب شؤون موظفين بنسبة 45.5%

- 7 منشآت لا توجد بها قاعة اجتماعات بنسبة 64%.

- 9 منشآت لا توجد بها بوفية للاستراحة 82%.

إذا ما استثنينا المصحات أو المنشآت التابعة لوزارة الداخلية وعددها (2) فإن 20-65% تفنقر إلى مقومات عمل وظيفي مناسب يشجع على التوظيف في مثل هذه الخدمة .

جدول (39) يوضح عدد الغرف والمرفق المتوفرة لأقسام الاستقبال والتشخيص

نوع المنشأة					
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسى خاص (4)	مستشفى نفسى حكومي (3)	
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
2	0	2	0	0	عيادات للأطباء النفسيين
5	2	0	3	0	1
1	0	0	1	0	2
2	0	0	0	2	3
1	0	0	0	1	4
3	1	2	0	0	عيادات للاختصاصيين النفسيين

6	1	0	4	1	1	
1	0	0	0	1	3	
1	0	0	0	1	4	
2	1	0	0	1	0	مكتب تنسيق دخول المرضى
9	1	2	4	2	1	
1	1	0	0	0	0	مكتب أرشيف
9	1	2	4	2	1	
1	0	0	0	1	2	
7	2	2	3	0	0	مكتب إحصاء
3	0	0	1	2	1	
1	0	0	0	1	2	

يوضح الجدول أن من 11 منشأة تقدم خدمات الطب النفسي في المحافظات الخمس الرئيسية

- منشأتان لا يوجد بهما عيادة أو غرفة للطبيب ولا مكتب تنسيق بنسبة 18%.

- خمس منشآت لها غرفة أو عيادة واحدة بنسبة 45.5%

- ثلاث منشآت لا توجد غرفة للأخصائي النفسي بنسبة 36%

- ست منشآت لكل منها غرفة واحدة للأخصائي النفسي بنسبة 55%.

- سبع منشآت لا يوجد بها مكتب إحصاء بنسبة 64%.

كل هذا يعكس قلة الاهتمام بالكوادر البشرية والفنية وغياب التخطيط المسبق لذلك ، عدم وجود مكاتب إحصاء في 64% من المنشآت وهل الإحصاء بالمستوى المطلوب في المنشآت المتوفرة فيها.

جدول (40) يبين وفرة الخدمات التشخيصية

نوع المنشأة						
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)		
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد		
7	2	2	3	0	0	اشعة عادية
3	0	0	1	2	1	
1	0	0	0	1	2	
11	2	2	4	3	0	اشعة مقطعية وملونة
6	2	1	2	1	0	جهاز تخطيط دماغ
5	0	1	2	2	1	
8	2	2	2	2	0	جهاز تخطيط قلب
3	0	0	2	1	1	

8	2	2	3	1	0	معمل للتشخيص النفسي
3	0	0	1	2	1	
5	2	2	1	0	0	مختبر بول وبراز ودم عام
4	0	0	3	1	1	
2	0	0	0	2	2	
9	2	2	2	3	0	مختبر للفحوصات البوكيميائية (كبد وكلى)
2	0	0	2	0	1	
11	2	2	4	3	0	مختبر فحص الدواء في الدم

يبين هذا الجدول أن من 11 منشأة مقدمة للخدمة النفسية في الخمس المحافظات الرئيسية في الجمهورية اليمنية

- خمس منشآت لا يوجد مختبر لفحص (بول- براز- دم عام) بنسبة 45%.
- ست منشآت لا يوجد بها جهاز تخطيط دماغ بنسبة 55%.
- سبع منشآت لا يوجد بها أشعة سينية عادية بنسبة 64%.
- ثمان منشآت لا يوجد بها تخطيط قلب بنسبة 73%.
- تسع منشآت لا يوجد بها مختبرات وفحوصات بيوكيميائية للكبد والكلى بنسبة 82%.
- كل المنشآت لا يوجد بها أشعة مقطعية بنسبة 100%.
- كل المنشآت لا يوجد بها مختبر فحص الدواء في الدم بنسبة 100%.

لا حظنا قلة توفر الأجهزة التشخيصية من أقلها تكلفة و انتشارا (فحص البول والبراز والدم إذ لا يوجد نهائيا في خمس منشآت) مرورا بتخطيط القلب وتخطيط الدماغ بنسب تصاعدي حتى أن خدمة الأشعة المقطعية وخدمة الدواء في الدم منعدمة نهائياً - وهذا يعكس التكلفة العالية وعدم القدرة على توفيرها دائما لكل المنشآت.

وهذا سر دعوتنا لافتتاح أقسام ووحدات نفسية مصغرة من 15-50 سرير ضمن المستشفيات العامة والخاصة المكان أو المخطط إقامتها مستقبلا وعلى مستوى كل المحافظات ولا يلغي ضرورة فتح مستشفيات للحالات المزمنة في المحافظات الرئيسية نفسها.

جدول (41) يبين نوع التخصصات الدقيقة والأقسام النوعية المتوفرة

نوع المنشأة					
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)	
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
6	2	1	3	0	0
3	0	1	1	1	1
1	0	0	0	1	7
1	0	0	0	1	23

4	2	0	0	2	0	قسم نساء خاص
3	0	1	2	0	1	
2	0	1	1	0	2	
1	0	0	1	0	3	
1	0	0	0	1	4	
2	1	1	0	0	0	قسم رجال عام
3	0	1	1	1	1	
1	0	0	1	0	2	
3	1	0	2	0	5	
1	0	0	0	1	23	
1	0	0	0	1	27	
4	2	0	1	1	0	قسم رجال خاص
3	0	1	2	0	1	
1	0	0	1	0	2	
1	0	1	0	0	6	
1	0	0	0	1	9	
1	0	0	0	1	18	
8	1	2	2	3	0	قسم الإدمان
3	1	0	2	0	1	
10	2	2	4	2	0	قسم للأطفال والمراهقين
1	0	0	0	1	1	
10	1	2	4	3	0	قسم للشيخوخة
1	1	0	0	0	1	
9	2	2	3	2	0	قسم طوارئ
2	0	0	1	1	1	
6	0	2	3	1	0	قسم للحالات الحادة
4	2	0	1	1	1	
1	0	0	0	1	4	
8	2	2	3	1	0	قسم للحالات المزمنة
2	0	0	1	1	1	
1	0	0	0	1	12	

- يوضح الجدول السابق أن من 11 منشأة مقدمة لخدمة الطب النفسي في الخمس المحافظات الرئيسية في الجمهورية اليمنية :
- ست منشآت ليس بها أقسام عامة أو خاصة للنساء بنسبة (55%) وتدخل منها مصحات السجون نظرا لقلّة عدد السجينات (توجد حالات نادرة).
 - ست منشآت ليس بها أقسام خاصة للحالات الحادة (55%).

- ثمان منشآت ليس بها أقسام خاصة للإدمان بنسبة 83% وليس لها أقسام للحالات المزمنة.

- عشر منشآت لا توجد بها أقسام خاصة بالأطفال والمراهقين بنسبة 91% ولا أقسام للشيخوخة أيضا.

وهذا يعكس أن حجم المشكلة بين الأطفال والمراهقين والمسنين لازال أقل نسبيا ، وأغلب المرضى هم من الفئات العمرية بين 21-60 سنة. كما يعكس حالة الاهتمام وشحة الكوادر وربما يعكس هذا الجدول أيضا قلة حالات الرقود من النساء فقد بلغ ضمن قسم الطب النفسي في مستشفى الثورة العام بصنعاء 16-25% من مرضى الرقود () . قلة الأقسام الخاصة بالإدمان أيضا يعكس قلة حجم المشكلة (1% من المرضى الرقود في مستشفى الثورة أيضا) كما يعكس قلة الحالات المزمنة النسبي (20-25% من مرضى الرقود في مستشفى الأمل للطب النفسي بصنعاء ويعكس اختلاط المرضى ببعضهم دون تصنيف وهذا خطأ يحتاج لمعالجة سريعة.

جدول (42) يبين توفر أماكن للأنشطة التأهيل

نوع المنشأة					
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)	
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
6	2	1	2	1	لا يوجد
0	0	0	0	0	لكل قسم
0	0	0	0	0	لكل قسمين
0	0	0	0	0	لكل 3 أقسام
5	0	1	2	2	لكل المستشفى
6	2	2	1	1	لا يوجد
0	0	0	0	0	لكل قسم
0	0	0	0	0	لكل قسمين
0	0	0	0	0	لكل 3 أقسام
5	0	0	3	2	لكل المستشفى
7	2	1	2	2	لا يوجد
0	0	0	0	0	لكل قسم
1	0	0	1	0	لكل قسمين
0	0	0	0	0	لكل 3 أقسام
3	0	1	1	1	لكل المستشفى

يبين هذا الجدول أن من 11 منشأة تقدم خدمة الطب النفسي في الخمس المحافظات الرئيسية:

- أن ست منشآت ليس بها مكاتب أو صالات نشاط رياضي بنسبة 55%.

- أن سبع منشآت ليس بها ساحات ألعاب بنسبة 64%.

وهذا يعكس قلة أماكن التأهيل والترفيه وقلة الاهتمام بهذا الجانب ووجد هذا أكثر في المستوصفات الخاصة وهذا أحد عيوبها.

جدول (42) يبين نطاق الخدمة حسب المناطق وأسفله حسب الأعمار

نوع المنشأة						
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)		
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد		
11	2	2	4	3	لا	من المديرية التي يقع فيها فقط
0	0	0	0	0	نعم	
11	2	2	4	3	لا	من المحافظة التي يقع فيها فقط
0	0	0	0	0	نعم	
8	2	2	2	2	لا	من المحافظة التي يقع فيها والمحافظات المجاورة
3	0	0	2	1	نعم	
2	0	0	1	1	لا	من جميع محافظات الجمهورية
9	2	2	3	2	نعم	
9	2	2	2	3	لا	الأطفال من الذكور والإناث حتى عمر 11 سنة
2	0	0	2	0	نعم	
7	2	2	2	1	لا	المراهقين من الذكور والإناث ما بين 12-22 سنة
4	0	0	2	2	نعم	
5	1	1	2	1	لا	الراشدين من الذكور والإناث ما بين 23-45 سنة
6	1	1	2	2	نعم	
5	1	1	2	1	لا	الراشدين من الذكور والإناث ما بين 46-60 سنة
6	1	1	2	2	نعم	
7	2	1	2	2	لا	الشيوخ من الذكور والإناث فوق 60 سنة
4	0	1	2	1	نعم	
3	1	1	0	1	لا	جميع الفئات العمرية ذكور وإناث

8	1	1	4	2	نعم
---	---	---	---	---	-----

بالنسبة للمناطق:

يبين هذا الجدول :

- أن كل المنشآت المقدمة لخدمة الطب النفسي لا تقدم خدماتها لإبناء المديرية أو المحافظة التي تقع فيها بنسبة 100%.

- أن ثمان منشآت لا تقدم الخدمة فقط لإبناء المديرية أو المحافظات المجاورة بنسبة 73%.

- وأكدت تسع منشآت أنها تقدم الخدمة لجميع محافظات الجمهورية .

وهذا يعكس المركزية الشديدة للخدمات (خمس محافظات من 22 محافظة) ومعاناة المرضى وأهليهم للبحث والسفر للحصول على الخدمة تصل من 50-1000 كم وتتطلب معالجة سريعة لنقل الخدمات إلى المحافظات الأخرى للتخفيف على المحافظات الخمس ولتقديم الخدمة.

- أكدت 9 (82%) من المنشآت التي تقدم خدمة الطب النفسي أنها لا تقدم خدمات للأطفال تحت سن 11 سنة .

- أكدت 7 (64%) منشآت أنها لا تقدم خدمات للمراهقين .

- أكدت بنفس العدد 7 (64%) من المنشآت أنها لا تقدم خدمات للشيوخ أكبر من 60 سنة.

- أكدت 8 (73%) من المنشآت أنها تقدم الخدمة للذكور والإناث من جميع الأعمار.

رغم التناقض البسيط الذي تظهره آخر فقرة مع سابقتها إلا أن هذا يعكس أن الاحتياج لأقسام أو وحدات طب نفسي متخصصة للأطفال والشيوخ لا يزال خارج دائرة الاهتمام من مقدمي ومخططي الصحة النفسية.

جدول (43) يبين خلال كم تتم متابعة المرضى

نوع المنشأة					المجموع (11)	العدد
مستشفى نفسي حكومي (3)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مصحة نفسية (2)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	المجموع (11)		
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
3	2	1	2	8	مرة يوميا	خلال كم تتم متابعة المرضى وزيارتهم من قبل الأطباء
0	1	1	0	2	مرة كل 3 أيام	
0	1	0	0	1	مرة كل أسبوع	
0	0	0	0	0	مرة كل اسبوعين	
0	0	0	0	0	مرة كل 3 اسابيع	
3	4	2	2	11	المجموع	

يبين الجدول أن من 11 منشأة تقدم خدمات الطب النفسي هناك:

- 8 منشآت تتم متابعة المرضى يوميا (بنسبة 73%)

- 3 منشآت تتم متابعة المرضى كل 3 أيام (27%).

- منشأة واحدة تتم متابعة المرضى مرة كل أسبوع (9%).

تبدو هذه النتيجة مقبولة إلا أننا نشك فيها ونقصد متابعة المرضى يوميا ففي منشأة تقدم الخدمة لـ 75 نزيرا في السجن المركزي بصنعاء لا يمكن تحقيق المتابعة اليومية أو على الأقل بالصورة المرضية. أما متابعة لمرة واحدة في الأسبوع فهذا يعكس كثرة المرضى وازدحام وشحة الأطباء في كلا الحالتين.

جدول (44) يبين مستوى الأمان في الأقسام

نوع المنشأة					
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)	
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
0	0	0	0	0	المبنى يتكون مبنى القسم من 3 أدوار فاكثر
5	0	1	3	1	يتكون مبنى القسم من دورين فقط
6	2	1	1	2	يتكون مبنى القسم من دور أرضي واحد
7	1	1	3	2	لا
4	1	1	1	1	مفايتح الكهرباء مخفية نعم
8	1	2	4	1	لا
3	1	0	0	2	وجود أشياء حادة وخطرة نعم
0	0	0	0	0	لا
11	2	2	4	3	يوضع العلاج بعيدا عن متناول المرضى نعم
6	1	2	2	1	حارس لكل قسم
5	1	0	2	2	يوجد مجموعة حراس للمبنى كامل

جدول (45) يبين نوع ووفرة الخدمات الأساسية (مياه - كهرباء - صرف صحي)

المجموع (11)	نوع المنشأة				
	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)	
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
10	2	1	4	3	لا شبكة مياه خاصة
1	0	1	0	0	نعم
1	0	0	1	0	لا شبكة مياه عامة
10	2	2	3	3	نعم
5	1	1	2	1	لا شبكة كهرباء خاصة
6	1	1	2	2	نعم
1	0	1	0	0	لا شبكة كهرباء عامة
10	2	1	4	3	نعم
9	1	2	4	2	لا شبكة صرف صحي خاصة
2	1	0	0	1	نعم
2	1	0	0	1	لا شبكة صرف صحي عامة
9	1	2	4	2	نعم

يبين هذا الجدول أن من 11 منشأة تقدم خدمات الطب النفسي :

- 10 منشآت 91% لها شبكة مياه عامة وواحدة 9% لها شبكة مياه خاصة.

- 10 منشآت 91% تشترك في شبكة الكهرباء العامة و6 منشآت 55% لها مولدات خاصة.

- 9 منشآت 82% تشترك في شبكة الصرف الصحي واثنتين 18% لها صرف صحي خاص بها.

وهذا يعكس التحسن العام في شبكات المياه والكهرباء والصرف الصحي بما ينعكس على كل الخدمات الصحية بما فيها مقدمات خدمة الطب النفسي.

جدول (46) يبين الأنشطة التعليمية والتدريبية للمنشآت.

المجموع (11)	نوع المنشأة			
	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)

العدد	العدد	العدد	العدد	العدد		
5	1	2	2	0	لا	طلاب كلية الطب
6	1	0	2	3	نعم	
4	1	2	1	0	لا	طلاب كلية الآداب
7	1	0	3	3	نعم	
6	2	2	2	0	لا	طلاب المعاهد الصحية العليا
5	0	0	2	3	نعم	
6	2	2	1	1	لا	طلاب دبلوم التمريض النفسي
5	0	0	3	2	نعم	
7	2	2	1	2	لا	طلاب الدراسات العليا في الطب النفسي المستوى الأول
4	0	0	3	1	نعم	
8	2	2	2	2	لا	طلاب الدراسات العليا في الطب النفسي المستوى الثاني
3	0	0	2	1	نعم	
6	1	2	1	2	لا	طلاب دبلوم علم النفس السريري
5	1	0	3	1	نعم	
7	2	2	2	1	لا	دورات تدريب للأطباء الرعاية الأولية (من عموم الجمهورية)
4	0	0	2	2	نعم	
6	2	2	2	0	لا	دورات تدريب للمرضى من عموم الجمهورية
5	0	0	2	3	نعم	
7	2	2	3	0	لا	تدريب الأطباء داخل المستشفى
4	0	0	1	3	نعم	

يبين الجدول أن من 11 منشأة تقدم خدمات الطب النفسي :

- 7 منشآت 63% تسمح بالتدريب لطلبة كليات الآداب فيها.
 - 6 منشآت 55% تسمح بالتدريب لطلبة كليات الطب فيها.
 - 5 منشآت 45% تسمح بالتدريب لطلبة كليات ومعاهد التمريض العليا.
 - 5 منشآت 45% تسمح بالتدريب لطلبة دبلوم علم النفس السريري.
 - 5 منشآت 45% تسمح بالتدريب لطلبة دورات للأطباء والممرضين من عموم المحافظات.
 - 4 منشآت 36% تسمح بالتدريب لطلبة الدراسات العليا في الطب النفسي المستوى الأول والثاني.
- وأي أن 36% - 63% من المنشآت تقدم خدمة جليظة وعظيمة في المجالات التدريبية الطبية النفسية وعلم النفس الأكلينيكي ، كما يعكس الدور العظيم للأساتذة في هذه المؤسسات أو المشاركين من الجامعات للقيام بمهام إضافية ليست مشرعة لهم وعبئاً إضافياً على مقدمي الخدمات وغالباً بدون مقابل أو مقابل مادي زهيد.

جدول (47) يبين علاقة القائمين على التدريب في المنشآت المقدمة للخدمة

نوع المنشأة					
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)	
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
7	2	2	2	1	0 من الاستشاريين وأساتذة الجامعات غير العاملين بالمنشأة
1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	1	2
4	2	2	0	0	0 من الإستشاريين والاختصاصيين العاملين بالمستشفى
2	0	0	1	1	1
3	0	0	1	2	2
8	2	2	2	2	0 من الاستشاريين والأساتذة من جهات أخرى
1	0	0	0	1	1
8	2	2	1	3	لا هل تؤثر أوقات برامج التدريب والتعليم المختلفة سلبا على رعاية المرضى ومتابعتهم؟
1	0	0	1	0	نعم

يبين هذا الجدول أن من بين 9 منشآت تقدم الخدمة

- 7 منشآت 64% تقوم بالاستعانة بأساتذة الجامعات وكوادر

- 8 منشآت 73% من خارج المستشفى.

- 4 منشآت 36% من داخل المستشفى .

وهذا يعكس العبء الضخم على الاساتذة والاستشاريين الذين لا يتجاوز عددهم 11 استاذ في الطب النفسي و11 في على النفس الاكلينيكي والعام في عموم الجمهورية . أنظر جدول تالي.

جدول (48) يبين كيفية التنسيق مع جهات التدريب

نوع المنشأة					
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)	
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
6	1	1	1	3	لا تنسيق شخصي
3	1	1	1	0	نعم
6	2	2	1	1	لا تنسيق رسمي شفوي
3	0	0	1	2	نعم

6	2	1	2	1	لا	تنسيق رسمي باتفاق مكتوب
3	0	1	0	2	نعم	
8	1	2	2	3	لا	قائم على تبادل المصالح
1	1	0	0	0	نعم	

هذا الجدول يبين كيفية التنسيق بين الجهات المقدمة للخدمة والجهات الأكاديمية والمجلس الوطني للدراسات العليا وغيرها ويبين أن :

- جهة واحدة بنسبة 9% تقوم بالتنسيق بناء على تبادل المصلحة.
- 3 جهات 27% تقوم بالتنسيق بصورة شخصية أو شفوي رسمي.
- 3 جهات 27% تقوم بالتنسيق بشكل رسمي مكتوب.
- وهذا يعكس أن التنسيق والتعاون بين المؤسسات يقوم على العلاقات الشخصية والحس الوطني العفوي وغير قائم على تشريعات واضحة وملزمة.

جدول (49) مصادر التمويل للتدريب

نوع المنشأة						
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)		
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد		
7	1	2	1	3	لا	من قبل المنشأة فقط
2	1	0	1	0	نعم	
5	2	2	1	0	لا	من قبل الجهة المنظمة
4	0	0	1	3	نعم	
7	2	2	1	2	لا	من قبل شركات العلاج المختلفة
2	0	0	1	1	نعم	
9	2	2	2	3	لا	من قبل الطلاب أنفسهم
0	0	0	0	0	نعم	

- هذا الجدول يبين أن
- اثنين من مقدمي الخدمة 18% تدفع تكاليف التدريب من ميزانيتها .
 - اثنين من مقدمي الخدمة 18% تدفعها شركات العلاج المختلفة.
 - أربعة من مقدمة الخدمة 36% تدفعها الجهات المنظمة المختلفة.
- يعكس هذا شحة الموارد الذاتية واقتصارها على أربع منشآت فقط 36% يعكس تعاوننا قائما بين جهات مختلفة وظهور دور شركات الأدوية

جدول (50) يبين نوع الدعم الحكومي للمنشأة

نوع المنشأة					
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)	
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
6	0	2	3	1	لا تقديم أراضي مباني
5	2	0	1	2	نعم
7	1	2	3	1	لا صرف معاشات لبعض الموظفين
4	1	0	1	2	نعم صرف معاشات لجميع الموظفين
9	0	2	4	3	لا تمويل كل العلاجات
2	2	0	0	0	نعم
8	0	2	4	2	لا تمويل بعض العلاجات
3	2	0	0	1	نعم دفع فواتير المياه والكهرباء
9	2	2	4	1	لا
2	0	0	0	2	نعم
6	0	2	3	1	لا
5	2	0	1	2	نعم

7	0	2	4	1	لا	دعم التغذية
4	2	0	0	2	نعم	
6	0	2	3	1	لا	تمويل أجهزة ومعدات
5	2	0	1	2	نعم	
6	0	2	3	1	لا	توفير أثاث
5	2	0	1	2	نعم	
8	1	2	3	2	لا	دعم مادي
3	1	0	1	1	نعم	

- يبين هذا الجدول أن من 11 منشأة تقدم خدمة الطب النفسي في الجمهورية اليمنية فإن:
- منشأتين بنسبة 18% تحظى بصرف المعاشات لجميع الموظفين وتمويل بعض العلاج.
 - ثلاث منشآت 27% تحظى بتمويل كل العلاجات ودعم إضافي آخر.
 - 4 منشآت 36% تحظى بصرف معاشات لبعض الموظفين ودعم للتغذية.
 - 5 منشآت 45% حظيت بأراضي ومباني حكومية وتمويل معدات وأجهزة وأثاث.
 - 6 منشآت 54.5% تدفع الحكومة لها فواتير المياه والكهرباء

يعكس هذا الجدول أوجه الدعم الحكومي المختلفة لست منشآت 54% وأن ثلاث فقط 27% تحظى بدعم العلاج وهي المنشآت التابعة لوزارة الداخلية فقط.

جدول (51) يبين جهات الدعم غير الحكومية أو الأهلية (الخيرية وأهل الخير)

المجموع (11)	نوع المنشأة				العدد	
	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)		
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد		
10	2	2	3	3	لا	تقديم أراضي مباني
1	0	0	1	0	نعم	
9	2	2	3	2	لا	صرف معاشات لبعض الموظفين
2	0	0	1	1	نعم	
11	2	2	4	3	لا	صرف معاشات لجميع الموظفين
0	0	0	0	0	نعم	
11	2	2	4	3	لا	تمويل كل العلاجات
0	0	0	0	0	نعم	
10	2	2	4	2	لا	تمويل بعض العلاجات
1	0	0	0	1	نعم	
10	2	2	4	2	لا	دفع فواتير المياه

1	0	0	0	1	نعم	والكهرباء
10	2	2	4	2	لا	دعم التغذية
1	0	0	0	1	نعم	
10	2	2	4	2	لا	تمويل أجهزة ومعدات
1	0	0	0	1	نعم	
10	2	2	4	2	لا	توفير أثاث
1	0	0	0	1	نعم	
10	2	2	4	2	لا	دعم مادي
1	0	0	0	1	نعم	

يبين هذا الجدول أن :

- 10 منشآت بنسبة 91% لا تحضى بدعم أهلي.

- 2 منشأة 18% تحضى بكل أوجه الدعم التي يمكن التبرع بها كالأراضي والمباني ومعاشات جميع الموظفين أو تعطيهم تمويل العلاج كاملاً أو جزءاً منه والماء والكهرباء والمعدات والأثاث.

وهذا يعكس ضعف أوجه الدعم والمساندة من القطاع الخاص والمجتمع غير الرسمي وكذلك المؤسسات المانحة الإقليمية منها والدولية وربما يعود ذلك جزءاً منه إلى ضعف البنية المؤسسية القائمة لهذه المؤسسات وعدم مقدرتها على أقناع هذه الأطراف بالدعم والمشاركة، أو عدم مقدرتها على الوصول إليها.

جدول (52) يبين توفر العلاج في الأقسام

نوع المنشأة					
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)	
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
2	0	1	0	1	لا يوجد علاجات للإسعاف الأولي
9	2	1	4	2	نعم
0	0	0	0	0	لا توفر العلاجات النفسية للمرضى
11	2	2	4	3	نعم

يبين هذا الجدول عدم توفر علاجات إسعاف أولي في 18% من الخدمات ووفرتها في 9 (82%) من المنشآت.

في حين تتوفر العلاجات النفسية في كل المنشآت بنسبة 100% (إلا أنه لا يوضح نسبة وفرة العلاج)

جدول (53) يبين عدد الغرف الخاصة بالطاقم الطبي والتمريضي في الأقسام

نوع المنشأة				
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد

6	1	1	3	1	لا	توجد غرفة مستقلة لرئيس القسم
5	1	1	1	2	نعم	
4	1	1	1	1	لا	توجد غرفة مستقلة للطبيب في القسم
7	1	1	3	2	نعم	
6	1	2	1	2	لا	توجد غرفة مستقلة للأخصائي النفسي بالقسم
5	1	0	3	1	نعم	
2	1	1	0	0	لا	توجد غرفة مستقلة للتمريض بالقسم
9	1	1	4	3	نعم	
8	2	1	2	3	لا	توجد غرفة واحدة لكل ذلك
3	0	1	2	0	نعم	
5	1	1	2	1	لا	توجد غرفة مستقلة لمقابلة أهالي المريض
6	1	1	2	2	نعم	

هذا الجدول يبين أن أهم عناصر الطاقم الطبي من رئيس القسم حتى الممرض لا توجد لهم أماكن كافية وغرف مستقلة يعملون بها بصورة مريحة حسب ما هو أدناه:

- 6 منشآت 55% لا توجد غرفة مستقلة للأخصائي النفسي.

- 4 منشآت 36% لا توجد بها غرفة للطبيب.

- 5 منشآت 45% لا توجد بها غرفة خاصة للزوار.

- 2 منشأة 18% لا توجد بها غرفة مستقلة للمرضين.

- 3 منشآت 36% توجد بها غرفة واحدة لكل ذلك.

وهذا يعكس قلة الأماكن المتاحة واستغلال الأماكن للمرضى بما يدل على ارتفاع مستوى الازدحام وسوء التخطيط وأن العاملين أنفسهم ليسوا في بيئة عمل غير مساعدة على العطاء وغير مريحة ، كما ان المرضى لا يحصلون على القدر الكافي من السرية.

جدول (54) يوضح نطاق وطرق الإحالة

المجموع (11)	نوع المنشأة					
	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)		
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد		
11	2	2	4	3	لا	عند التحسن يتم اخراج المريض بمفرده
0	0	0	0	0	نعم	ويسلم له كرت الخروج
1	1	0	0	0	لا	يتم إخراج المريض ويسلم إلى أهله

10	1	2	4	3	نعم	ويعطى النصائح المناسبة بالعلاج وموعده بالعودة
11	2	2	4	3	لا	يتم إخراج المريض وإحالة لطبيب المنطقة لمتابعة حالته
0	0	0	0	0	نعم	في حالة وجود مرض جسدي مصاحب
3	0	1	2	0	لا	يرسل المريض إلى مستشفى آخر
8	2	1	2	3	نعم	في حالة وجود مرض جسدي أو مرض مصاحب يستدعي طبيب لزيارة المريض
6	1	1	3	1	لا	
5	1	1	1	2	نعم	

يوضح هذا الجدول :

- أن جميع المنشآت المقدمة للخدمة الطبية النفسية 100% لا تخرج المريض بصورة مفردة وتفضل إخراجهم إلى أهاليهم .
- أكدت جميع المنشآت 100% عدم إحالة المريض إلى الطبيب العام (الرعاية الأولية)
- 3 خدمات 27% أنه في حالة وجود مرض جسدي مصاحب لا ترسل المريض إلى مستشفى آخر متخصص للعلاج.
- 6 خدمات 55% تستدعي طبيب مختص لزيارة المريض داخل المستشفى.

النقطة الأولى والثانية تعكس شدة الحالات التي يتعامل العاملون معها من ناحية والتحسين النسبي وليس التام وأن الإجراءات الاحترازية عالية. وعكست النقطة الثالثة غياب الخدمة النفسية المجتمعية على مستوى خدمات الرعاية الأولية . النقطة الثالثة تعكس خلافاً في التعامل بين مختلف مقدمي الخدمة.

جدول (55) يبين مدة بقاء المريض داخل المنشأة

نوع المنشأة					المجموع (11)	العدد
مستشفى نفسي حكومي (3)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مصحة نفسية (2)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	العدد		
3	4	1	1	9	لا	أقل من 10 أيام
0	0	1	1	2	نعم	
1	1	1	1	4	لا	من 10 أيام إلى 30 يوم
2	3	1	1	7	نعم	
1	2	2	1	6	لا	من 31 يوم إلى 60 يوم
2	2	0	1	5	نعم	
2	3	2	1	8	لا	من 61 يوم إلى 90 يوم
1	1	0	1	3	نعم	
1	4	2	0	7	لا	أكثر من 90 يوماً
2	0	0	2	4	نعم	

هذا الجدول يبين أن من 11 منشأة مقدمة لخدمات الطب النفسي في الجمهورية اليمنية :

- منشأتان 18% تخرج المرضى خلال أقل من 10 أيام.
- 4 منشآت 36% يبقى المريض فيها لفترة 10-30 يوماً.
- 5 منشآت 45.5% يبقى المريض فيها لفترة 30-60 يوماً
- 3 منشآت 27% يبقى المريض لفترة 60-90 يوماً
- 4 منشآت 36% يبقى المريض فيها لفترة أكثر من 90 يوماً

المرضى الذين يبقون لأقل من 10 أيام غالباً يخرجون من المستشفيات الخاصة نظراً إما لارتفاع التكلفة أو نظراً لأنها تخلط بين الحالات الحادة والحالات الأقل خطورة أو لأن الأهل الدافعين للتكاليف يكونوا قد غيروا رأيهم في مقدمي الخدمة.
فترة 10-30 يوم هي انسب الفترات للحالات الحادة (أنظر إشغال السرير في مستشفى الثورة).
فترة 30-60 يوم محتملة لبعض الحالات الحادة.
الفترة 60-90 تعكس وجود نسبة لا بأس بها من الحالات المزمنة أو القابلة لأن تكون مزمنة.
فترة أكثر من 90 يوماً على الأرجح أن هذه الحالات مزمنة أو ليس لها مأوى أو أن الأهل لا يتحملون بقائهم معهم. كما يشير هذا الجدول إلى أن المستشفيات تتعامل مع الحالات الحادة والمزمنة على السواء.

جدول (56) يبين الخدمات العلاجية نحو الفئات السكانية الخاصة.

نوع المنشأة						
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)		
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد		
6	1	2	2	1	لا	تقديم خدمات علاجية مباشرة لطلاب الأيتام
5	1	0	2	2	نعم	
7	1	2	4	0	لا	تقديم خدمات علاجية مباشرة لمدارس الأحداث والجانحين
4	1	0	0	3	نعم	
7	1	2	4	0	لا	تقديم خدمات علاجية مباشرة لدور العجز والمعاقين
4	1	0	0	3	نعم	
5	0	2	3	0	لا	تقديم خدمات علاجية مباشرة لمرضى السجون المحلية
6	2	0	1	3	نعم	
2	0	1	1	0	لا	تقديم خدمات علاجية مباشرة لمرضى الإدمان التخلف
9	2	1	3	3	نعم	
3	1	1	1	0	لا	تقديم خدمات علاجية مباشرة لمرضى التأخر العقلي
8	1	1	3	3	نعم	
6	1	2	3	0	لا	تقديم خدمات علاجية مباشرة للمعاقين جسدياً
5	1	0	1	3	نعم	

4	1	1	2	0	لا	تقديم خدمات علاجية مباشرة للمعاقين عقليا
7	1	1	2	3	نعم	

هذا الجدول يبين أن من 11 منشأة:

- 9 منشآت 82% تقدم خدمات علاجية مباشرة لمرضى الإدمان.
 - 8 منشآت 72% تقدم خدمات علاجية مباشرة لمرضى التخلف العقلي.
 - 7 منشآت 64% تقدم خدمات علاجية مباشرة للمعاقين عقليا.
 - 6 منشآت 55% تقدم خدمات علاجية مباشرة لمرضى السجون.
 - 5 منشآت 45% تقدم خدمات علاجية مباشرة لمرضى للمعاقين جسديا.
 - 5 منشآت 45% تقدم خدمات علاجية مباشرة لمدارس الأيتام.
 - 4 منشآت 36% تقدم خدمات علاجية مباشرة لمدارس الأحداث و الجانحين.
 - 4 منشآت 36% تقدم خدمات علاجية مباشرة لدور العجزة والمعاقين.
- وهذا يشير إلى وجود تعاون عند مستوى معين بين مختلف مقدمي الخدمة.

جدول (57) خدمة المرضى المدانين جنائيا

نوع المنشأة						
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)		
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد		
8	1	1	3	3	لا	رفض تقديم الخدمة والنصح وإحالتهم إلى جهات ولجان طبية معتمدة
3	1	1	1	0	نعم	
5	0	2	2	1	لا	تقديم الخدمة والرعاية مع طلب حراسة خاصة
6	2	0	2	2	نعم	
6	0	2	2	2	لا	تقديم الخدمة حسب طلب الأهل وعلى مسؤوليتهم
5	2	0	2	1	نعم	

هذا الجدول يبين أن من 11 منشأة تقدم خدمة الطب النفسي :

- 3 خدمات 27% ترفض تقديم الخدمة العلاجية وتحيلهم إلى لجان طبية خاصة.
- 6 خدمات 55% يقدمون الخدمة مشروطة بطلب حراسة خاصة.
- 6 خدمات 55% تقدم الخدمة حسب طلب الأهل وعلى مسؤوليتهم

وهذا يبين الاتجاهات المختلفة لمقدمي الخدمة وعدم وجود تشريعات منظمة للعلاقة بين الجهات الأمنية وهذا النوع من الخدمة الصحية.

جدول (58) يبين خدمات التنقيف الصحي داخل المنشأة

المجموع (11)	نوع المنشأة				
	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)	
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
10	2	2	3	3	لا هل يوجد فريق مسئول عن التنقيف الصحي
1	0	0	1	0	نعم
8	2	2	1	3	لا هل يوجد ملصقات تنقيفية في المنشأة
3	0	0	3	0	نعم
8	2	2	1	3	لا عبارات تنقيفية وإرشادات في الوصفات
3	0	0	3	0	نعم
10	2	2	3	3	لا عمل ندوات لأهل المريض ولعامة الناس
1	0	0	1	0	نعم
7	2	1	2	2	لا صحف - إذاعة - تلفزيون
4	0	1	2	1	نعم
9	2	2	2	3	لا وجود خدمة التلفون الساخن
2	0	0	2	0	نعم
11	2	2	4	3	لا صحف ونشرات يومية
0	0	0	0	0	نعم
11	2	2	4	3	لا صحف ونشرات اسبوعية
0	0	0	0	0	نعم
10	2	2	3	3	لا صحف ونشرات شهرية
1	0	0	1	0	نعم
10	2	2	3	3	لا صحف ونشرات فصلية
1	0	0	1	0	نعم
10	2	2	3	3	لا صحف ونشرات سنوية
1	0	0	1	0	نعم

يبين هذا الجدول أن من 11 منشأة تقدم الخدمة الطبية النفسية :

- 10 منشآت 91% لا يوجد فيها مسئول عن التنقيف الصحي.
- 10 منشآت 91% لا تعمل ندوات لأهل المريض وعامة الناس.
- 10 منشآت 91% لا تقوم بنشر صحف ونشرات
- 10 منشآت 91% لا تقوم بنشر صحف ونشرات فصلية.

- 10 منشآت 91% لا تقوم بنشر صحف ونشرات سنوية.
 - 9 منشآت 81% لا تستخدم خدمة التلفون الساخن.
 - 8 منشآت 72% لا تقدم ملصقات وعبارات و إرشادات تثقيفية في الوصفات الطبية.
 - 7 منشآت 63% لا تستفيد من الصحف والإذاعة والتلفزيون
 - منشأة واحدة 9% تقوم بأغلب تلك الخدمات.
- يعكس هذا الجدول قلة الاهتمام بخدمات التثقيف الطبية النفسية للعامة والمرضى وتركز على 4 منشآت وأكثر تركزا في منشأة واحدة.

جدول (59) يبين مستوى أداء الأطباء ورعاية المرضى

نوع المنشأة						
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)		
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد		
1	0	1	0	0	لا	يتم عمل ملف طبي للمريض
10	2	1	4	3	نعم	
2	0	1	0	1	لا	يتم كتابة التاريخ المرضي وعمل المقابلة من قبل الاختصاصي النفسي في المستشفى
9	2	1	4	2	نعم	
1	0	0	1	0	لا	يتم كتابة التاريخ المرضي وعمل المقابلة من قبل الأطباء
10	2	2	3	3	نعم	
1	1	0	0	0	لا	يتم حفظ البيانات الأولية أليا
10	1	2	4	3	نعم	
3	1	1	1	0	لا	يتم حفظ جميع بيانات المريض أليا
8	1	1	3	3	نعم	

يبين هذا الجدول أن من بين 11 منشأة طب نفسي:

- منشأة 9% لا تعمل ملف طبي للمريض ولا تتم كتابة التاريخ المرضي من قبل الأطباء
- منشأتين 18% لا يتم كتابة التاريخ المرضي وعمل المقابلة من قبل الأخصائي.
- 3 منشآت 27% لا يتم حفظ البيانات أليا.

رغم أنه في 8-10 (72-92%) من المنشآت يتم عمل ملف ويسجل التاريخ المرضي إلا أن عجزا واضحا في 1-3 منشآت 9%-27% يعكس تدني هذه الخدمات ويعكس غياب الرقابة والتشريعات. ولا شك أن هذا الجدول يشير إلى أوجه قصور في المستوى التنظيمي والإداري واضحة وكبيرة. فغياب سجل وتاريخ للمرضى الذين دخلوا هذه المنشآت يحرم المريض والطبيب على حد سواء من تراكم معرفي هام

يخدم المنشأة الصحية النفسية ، ويراكم معارف المعالج ، ويساعد المريض في تشخيص حالته وحالات المرضى المماثلين له بما يؤمن له خدمة صحية أكثر دقة ومنفعة. وضرورة السجل للمرضى، لا يمكن بأي حال من الأحوال تخطيه في الدول المتقدمة وكثيرا من دول العالم لأهميته الشديدة.

جدول (60) يبين المصادر البشرية العاملة داخل المنشأة الطبية النفسية.

نوع المنشأة					
المجموع (11)	مصحة نفسية تابعة لوزارة الداخلية (2)	مصحة نفسية (2)	مستشفى طب نفسي خاص (4)	مستشفى نفسي حكومي (3)	
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
11	1	1	8	1	استشاري طب نفسي دكتوراه
13	3	2	2	6	أخصائي طب نفسي ماجستير
31	1	0	13	17	طبيب عام
2	0	0	1	1	استشاري نفسي إكلينيكي دكتوراه
9	0	0	2	7	أخصائي نفسي إكلينيكي ماجستير
40	3	0	9	28	نفسانيين تحت التدريب بكالوريوس
0	0	0	0	0	استشاري اجتماعي دكتوراه
0	0	0	0	0	أخصائي اجتماعي ماجستير
120	16	2	66	36	ممرضين وممرضات
12	1	0	4	7	مختبرين
1	0	0	1	0	فني أشعة
4	0	0	3	1	فني تخطيط دماغ
2	0	0	2	0	مرشد ديني
37	4	1	23	9	عمال وعاملات نظافة
18	3	0	13	2	عمال حراسة
30	1	2	21	6	طاقم إداري مساعد
13	2	1	6	4	طبائخين

هذا الجدول يبين المصادر البشرية العاملة في 11 منشأة طب نفسي في الخمس المحافظات الرئيسية التي خضعت للدراسة.

55 طبيبا من حملة الدكتوراه والماجستير والطب العام (11،13،31)

51 أخصائي علم نفس (دكتوراه 2 ، ماجستير 9، خريجين 40)

0 لا ويوجد خريج اجتماع بمختلف الدرجات

120 ممرض وممرضة.

12 مخبري

1 فني أشعة

4 مخططي دماغ

2 مرشد ديني

37 عمال نظافة

18 عمال حراسة

30 إداريين

13 طباطخين

إن دلالة هذا الجدول كبيرة ومعانيه واضحة. فهو يكشف بوضوح ، بالرغم من التحسن الملحوظ في أعداد المؤهلين، النقص الشديد في الكوادر البشرية المختصة والمؤهلة تأهليا مهنيا متوافقا مع المهام التي يؤديها في مرافق خدمات الصحة النفسية. وليس ذلك أمرا غريبا أو جديدا على أحد ، مما تعانيه اليمن من نقص ملحوظ في الكوادر المهنية المؤهلة تأهيلا عاليا ، ولكن بوجه أخص في مجال الارشاد والصحة النفسية.

أما الجداول التالية فتقيم خدمات العيادات الخاصة

جدول رقم (61) يوضح أسعار الزيارات والمتابعات في العيادات

للمتابعة		للزيارة الأولى		سعر المعاينة بالريال
%	العدد	%	العدد	
5.26%	1	5.26%	1	مجانا
21.05%	4	0.00%	0	500
68.42%	13	63.16%	12	1000
0.00%	0	15.79%	3	1500
0.00%	0	10.53%	2	2000
5.26%	1	5.26%	1	2500
100 %	19	100%	19	المجموع

إن أهم ما يكشفه هذا الجدول هو العلاقة بين تعداد وتكرار الزيارة المرضية والمتابعة وبين سعرها. إذ أن معظم الزيارات والمتابعة وقعت عند سعر 1000 ريال ، وهو سعر مقبول ومقدور عليه. وأنه كلما ارتفع السعر أنخفض عدد المرضى المترددين علي العيادة للزيارة أو المتابعة. غير أنه ما يبدو للوهلة الأولى مثيرا للانتباه هو أن التطبيب المجاني قد قابله أقل الزيارات المسجلة. وهذا ربما يشير إلى واقعة أن تقديم الخدمة المجانية قد يفسر على ان مقدمها لا يحظى بالثقة الكافية من المرضى.

جدول رقم (62) يوضح أسعار نطاق استقبال العيادة للمرضى

المجموع		نعم		لا		نطاق استقبال العيادة للمرضى
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
100 %	19	31.58%	6	68.42%	13	من المديرية التي تقع فيها
100 %	19	31.58%	6	68.42%	13	من المحافظة التي تقع فيها
100 %	19	47.37%	9	52.63%	10	من المحافظة التي تقع فيها والمحافظات الأخرى
100 %	19	78.95%	15	21.05%	4	من جميع محافظات الجمهورية

وهذا الجدول يوضح أن العيادات النفسية تستقبل المرضى من عموم المحافظات وبنسبة 78.95%.

جدول رقم (63) يوضح طريقة حفظ البيانات في العيادة

المجموع		نعم		لا		طريقة حفظ البيانات في العيادة
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
100 %	19	5.26%	1	94.74%	18	يتم حفظ جميع البيانات على الكمبيوتر
100 %	19	5.26%	1	94.74%	18	يتم حفظ البيانات الأولية فقط على الكمبيوتر
100 %	19	84.21%	16	15.79%	3	يتم حفظ البيانات في الدفاتر والسجلات
100 %	19	21.05%	4	78.95%	15	يتم حفظ البيانات في مذكرة مساعدة الطبيب

وهذا الجدول يبين أن 95% من العيادات لا تحفظ البيانات على الكمبيوتر حتى ولو بصورة أولية وأن 79% تحتفظ بالبيانات الأساسية في مذكرة مساعد الطبيب.

وأن 84% تحتفظ بالبيانات في سجلات خاصة بالمريض. أقل ما تقوله هذه النسب ويكشف عنه مضمون هذا الجدول أن التقنيات الرقمية ما زالت قليلة الاستخدام في هذا النوع من خدمات الصحة النفسية ، بما يبين أن هناك أما نقص في الأخصائيين في مجال الكمبيوتر أو أن هذه المؤسسات مازالت لا تدرك أهمية هذه النوع من التقنية في مثل هذه الخدمة.

الهدف السادس للدراسة:

وينص هذا الهدف على " معرفة عدد المتخصصين في مجال الطب النفسي وفي مجال علم النفس وملائمة تخصصهم مع وظائفهم الحالية" وللتحقق من هذا الهدف فقد تم جمع أعداد المتخصصين في مجال الطب النفسي وفي مجال علم النفس كما يبين الجدول التالي بحسب المحافظات:

جدول رقم (64) يوضح توزيع الكادر بحسب التخصص والمحافظات

المجموع	منشأة	عيادة	المحافظة	الكادر
21	11	10	الأمانة	استشاري طب نفسي دكتوراه
3	1	2	عدن	
0	0	0	الحديدة	
4	3	1	تعز	
3	1	2	حضر موت	
31	16	15	المجموع	
13	11	2	الأمانة	أخصائي طب نفسي ماجستير
3	3	0	عدن	
3	2	1	الحديدة	
7	5	2	تعز	

2	2	0	حضر موت	طبيب عام
28	23	5	المجموع	
23	21	2	الأمانة	
11	10	1	عدن	
6	5	1	الحديدة	
6	5	1	تعز	
1	0	1	حضر موت	
47	41	6	المجموع	
8	2	6	الأمانة	
1	1	0	عدن	
0	0	0	الحديدة	
1	0	1	تعز	
0	0	0	حضر موت	
10	3	7	المجموع	
0	0	0	الأمانة	اختصاصي نفسي إكلينيكي ماجستير
11	9	2	عدن	
0	0	0	الحديدة	
1	0	1	تعز	
0	0	0	حضر موت	
12	9	3	المجموع	
16	13	3	الأمانة	
12	12	0	عدن	
9	9	0	الحديدة	
10	8	2	تعز	
1	1	0	حضر موت	
48	43	5	المجموع	
81	58	23	الأمانة	المجموع الكلي
41	36	5	عدن	
18	16	2	الحديدة	
29	21	8	تعز	

7	4	3	حضر موت
176	135	41	المجموع

كان الفريق قد لاحظ في أكثر من موقع ندرة الخبرات والتخصصات والمهارات العلمية المختبرة والمؤهلة تأهلياً في مجال خدمات الصحة النفسية. ويؤكد هذا الجدول هذه الملاحظة وتلك الفرضيات التي وضعها فريق البحث بشأن خلو هذا المجال من الكادر المتخصص وندرته في منشآت الصحة النفسية العاملة في اليمن على ندرتها. حيث يفصح الجدول أن عدد العاملين في مجال الصحة النفسية والذين يحملون درجة الدكتوراة في جميع محافظات الجمهورية لا يتعدى 18% مقابل أكثر من 53% تخصص طب عام أو إستشاريين تحت التدريب بمؤهل بكالوريوس. وبقيّة النسب واضحة في الجدول بما يرسم صورة غير مشجعة لتوافر الكوادر الملائمة تلك العاملة في مجال الصحة النفسية في بلادنا.

لقد وجدنا أن حوالي (41) من الأطباء النفسيين والاختصاصيين النفسيين هم أساتذة الجامعات الذين يقوم على عاتقهم عبء إعداد وتدريب حوالي أعداد كبيره من الطلاب سنوياً في خمس من كليات الطب والآداب بالجامعات المختلفة، إضافة إلى قيامهم بتدريب وتأهيل الأطباء والممرضين وطلبة دبلوم علم النفس وطلبة البورد العربي التخصص الأول والتخصص الثاني، ناهيك عن أعباء عملهم السريري مع آلاف المرضى في المستشفيات والعيادات العامة والخاصة، كل ذلك يشكل أعباء خيالية وغير عادية، ولذلك فهناك ضرورة ملحة لفتح باب القبول في درجات أكاديمية جديدة.

الهدف السابع للدراسة:

وينص على " معرفة المنهج المدرس في كلية الطب ومدى ملائمته مع تقديم الخدمة في مجال الصحة الأولية" وللتحقق من هذا الهدف فقم تم وضع استمارة خاصة بالجامعات وكانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول رقم (65) يوضح تقييم المنهج التعليمي بكلية الطب في الخمس الجامعات

المجموع		نعم		لا		الفقرة
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
100%	5	80%	4	20%	1	هل يوجد كلية للطب في جامعتكم
100%	5	80%	4	20%	1	هل تقومون بتدريس مادة الطب البشري العام
100%	5	60%	3	40%	2	هل تقومون بتدريس مادة الطب الصيدلي
100%	5	80%	4	20%	1	هل تقومون بتدريس مادة طب الأطفال
100%	5	60%	3	40%	2	هل تقومون بتدريس مادة طب المختبرات
100%	5	40%	2	60%	3	هل تقومون بتدريس مادة طب الأسنان
100%	5	40%	2	60%	3	هل تقومون بتدريس مادة الطب النفسي لطلبة الصيدلة
100%	5	80%	4	20%	1	هل تقومون بتدريس مادة الطب النفسي لطلبة الطب البشري
100%	5	80%	4	20%	1	هل تقومون بتدريس مادة الطب النفسي لطلبة طب الأطفال

100%	5	40%	2	60%	3	هل تقومون بتدريس مادة الطب النفسي لطلبة المختبرات
100%	5	40%	2	60%	3	هل تقومون بتدريس مادة الطب النفسي لطلبة طب الأسنان
100%	5	80%	4	20%	1	هل تقومون بتدريس مادة العلوم السلوكية لطلبة الطب البشري
100%	5	40%	2	60%	3	هل تقومون بتدريس مادة العلوم السلوكية لطلبة الصيدلة
100%	5	60%	3	40%	2	هل تقومون بتدريس مادة العلوم السلوكية لطلبة طب الأطفال
100%	5	40%	2	60%	3	هل تقومون بتدريس مادة العلوم السلوكية لطلبة المختبرات
100%	5	40%	2	60%	3	هل تقومون بتدريس مادة العلوم السلوكية لطلبة طب الأسنان

ويوضح الجدول أن من بين خمس جامعات في الخمس المحافظات الرئيسية (صنعاء، عدن، تعز، حضرموت، الحديدة) :

4 جامعات بها كليات طب تدرس طب بشري عام وطب أطفال

3 جامعات بنسبة 60% بها طب صيدلة ومختبرات وجامعتان بنسبة 40% تدرس طب اسنان

4 جامعات تدرس مادة الطب النفسي والعلوم السلوكية لطلبة الطب البشري والأطفال .

المجموع		نعم		لا		الفقرة
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
100%	5	60%	3	40%	2	يتدرب الطلاب في قاعات وصفوف الحرم الجامعي
100%	5	80%	4	20%	1	يتدرب الطلاب في قاعات وصفوف المستشفى الجامعي
100%	5	80%	4	20%	1	يتدرب الطلاب في قاعات وصفوف المستشفى الحكومي
100%	5	40%	2	60%	3	هل هناك تنسيق بين وزارة الصحة وكلية الطب في مجال الطب النفسي
100%	5	40%	2	60%	3	هل يشارك أساتذة القسم العلمي بالكلية في تدريب وتأهيل طلبة الدراسات العليا (البورد العربي)
100%	5	20%	1	80%	4	هل تقومون بتدريب طلبة الدراسات العليا - طب نفسي -ماجستير/دكتوراه
100%	5	20%	1	80%	4	هل يتلقى طلبة الدراسات العليا - طب نفسي -تدريب نظري
100%	5	20%	1	80%	4	هل يتلقى طلبة الدراسات العليا - طب نفسي -تدريب عملي
100%	5	20%	1	80%	4	هل يتلقى طلبة الدراسات العليا - طب نفسي -دورات تدريبية
100%	5	20%	1	80%	4	هل يتلقى طلبة الدراسات العليا - طب نفسي -منح وبعثات خارجية
100%	5	80%	4	20%	1	اعتقد أن عدم توفر الوسائل التعليمية من معوقات التدريب
100%	5	80%	4	20%	1	اعتقد أن عدم توفر الأماكن والقاعات من معوقات التدريب
100%	5	40%	2	60%	3	أعتقد أن عدم توفر المكتبات والكتب من معوقات التدريب

100%	5	80%	4	20%	1	أعتقد أن عدم توفر وسائل التقنية الحديثة من معوقات التدريب
100%	5	60%	3	40%	2	أعتقد أن عدم توفر الخبرات العلمية من معوقات التدريب
100%	5	40%	2	60%	3	الإستمرار بالدراسة المحلية الداخلية وبالإمكانات المتاحة فيه تحسين التعليم العالي
100%	5	40%	2	60%	3	الإبتعاث إلى إحدى الدول العربية فيه تحسين للتعليم العالي
100%	5	40%	2	60%	3	الإبتعاث إلى الدول الشرقية فيه تحسين للتعليم العالي
100%	5	80%	4	20%	1	الإبتعاث إلى الدول الغربية فيه تحسين للتعليم العالي

- ويبين الجدول أن من بين الخمس الجامعات يتم التدريب للطلبة في الطب والعلوم الصيدلانية يتدرج جميع طلبة كليات الطب الأربع في الحرم الجامعي أو المستشفى الجامعي .
- أكدت ثلاث جامعات 60% تحتوي على كلية طب 50% عدم وجود تنسيق مع وزارة الصحة
 - كما أن 40% تشارك في تأهيل وتدريب طلبة الدراسات العليا والبورد العربي (جامعة صنعاء وجامعة عدن).
 - كلية واحدة في جامعة واحدة تقوم بتدريب طلبة الدراسات العليا ماجستير ودكتوراه ولعلها الوحيدة التي تقدم لهم التدريب النظري والعملي والدورات التدريبية والمنح إلى الخارج
 - يبدو جميع الكليات الأربع تعتقد أن عدم توفر الوسائل التعليمية والأماكن والتقنيات الحديثة من معوقات التعليم.
 - أكدت 4 كليات 100% بأن الإبتعاث إلى الدول الغربية من تحسين التعليم العالي كما أجمعت 3 كليات من أربع 60% بأن الإستمرار في الدراسات العليا محلياً أو في أحد الدول العربية أو إحدى الدول الشرقية ليس فيه تحسين للتعليم العالي.

لقد لمس فريق العمل حقيقة (غياب التنسيق بين الجهات المعنية المختلفة، إذ لا يوجد أي صلة رسمية ملزمة بين أقسام الطب النفسي في الجامعات والوزارات المعنية بالتعليم والصحة) كما ورد في ورقة عمل قسم الطب النفسي بكلية الطب جامعة صنعاء (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص 22).

ورأى أن الحل يتفق مع الحل الذي رآته نفس الورقة وهو تفعيل عمل المجلس الوطني الأعلى للصحة النفسية ليشمل عدداً من أساتذة الطب النفسي وعلم النفس ليكونوا نواة للجنة أكاديمية للصحة النفسية يكون من أعضائها إدارة الصحة النفسية بوزارة الصحة، البرنامج الوطني للصحة النفسية، تنمية الطاقة البشرية ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي (أ.د. عبد الله شويل، 3- ص 22).

جدول رقم (66) يوضح تقييم المنهج التعليمي بكلية الآداب في الخمس الجامعات

المجموع		نعم		لا		الفقرة
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
100%	5	80%	4	20%	1	هل يوجد في جامعتكم كلية آداب
100%	5	80%	4	20%	1	هل تقومون بتدريس علم النفس المرضي بالكلية
100%	5	80%	4	20%	1	هل تقومون بتدريس علم النفس الإكلينيكي في الكلية
100%	5	80%	4	20%	1	هل تقومون علم الصحة النفسية للأطفال في الكلية
100%	5	80%	4	20%	1	هل تقومون بتدريس العلاج النفسي في الكلية
100%	5	80%	4	20%	1	هل تقومون بتدريس العلاج الإرشاد النفسي في الكلية
100%	5	40%	2	60%	3	من معوقات العملية التعليمية ضعف كفاءة الأساتذة والمعيدین
100%	5	60%	3	40%	2	من معوقات العملية التعليمية نقص المرتبات والحوافز
100%	5	80%	4	20%	1	من معوقات العملية التعليمية شحة توفر الوسائل التعليمية
100%	5	80%	4	20%	1	من معوقات العملية التعليمية عجز النظم والتشريعات في تسيير أمور التعليم
100%	5	80%	4	20%	1	من معوقات العملية التعليمية عجز الإدارة التعليمية في تحقيق الأهداف
100%	5	20%	1	80%	4	هل تقومون بتدريس وتدريب المعيدین في علم النفس الإكلينيكي
100%	5	0%	0	100%	5	هل يحصل المعيدین وحملة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي على تدريب نظري
100%	5	0%	0	100%	5	هل يحصل المعيدین وحملة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي على تدريب عملي
100%	5	0%	0	100%	5	هل يحصل المعيدین وحملة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي على دورات محلية أو خارجية
100%	5	20%	1	80%	4	هل يحصل المعيدین وحملة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي على بعثات للدراسات العليا
100%	5	40%	2	60%	3	هل هناك تنسيق بين وزارة الصحة وكلية الآداب في مجال علم النفس الإكلينيكي
100%	5	60%	3	40%	2	هل يشارك أساتذة القسم في تدريب وتأهيل طلبة الدراسات العليا(دبلوم علم النفس الإكلينيكي)

أن 4 جامعات حكومية في المحافظات الخمس (صنعاء، عدن، تعز، حضرموت، الحديدة) واحدة لا توجد بها كلية آداب

- أكدت 4 كليات 100% أنها تقوم بتدريس علم النفس المرضي، علم النفس الإكلينيكي، علم الصحة النفسية للأطفال والعلاج النفسي والإرشاد النفسي وهي علوم ذات علاقة بالطب النفسي .
- أكدت 4 كليات 100% على أن معوقات العملية التعليمية شحة توفر الوسائل التعليمية وعجز النظم والتشريعات وعجز الإدارة التعليمية في تحقيق الأهداف.
- 3 كليات 75% رأيت نقص المرتبات والحوافز يعيق العملية التعليمية وإثنتان 50% أكدت على ضعف كفاءة الأساتذة والمعيدین يعيق العملية التعليمية.
- أكدت كل الكليات بنسبة 100% أن المعيدین وحملة الماجستير لا يحصلون على التدريب النظري أو العملي ولا يحصلون على دورات محلية أو خارجية.

- وأكدت 3 بنسبة 75% أن المعيدین وحملة الماجستير لا يحصلون على منح خارجية وأثنین 50% لا يوجد تنسيق مع وزارة الصحة.
- ثلاث كليات 75% لا تشارك في تدريب طلبة الدراسات العليا.

جدول رقم (67) يوضح عدد الساعات لتدريس المواد الطبية النفسية بكليتي الطب والآداب في الخمس الجامعات

المجموع	>20		10-20		<10			
	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
100%	5	0%	0	0%	0	100%	5	كم عدد الساعات النظرية لمادة الطب النفسي
100%	5	40%	2	0%	0	60%	3	كم عدد الساعات النظرية لمادة العلوم السلوكية
100%	5	0%	0	0%	0	100%	5	كم عدد الساعات النظرية على النفس الإكلينيكي
100%	5	0%	0	0%	0	100%	5	كم عدد الساعات العملية الطب النفسي
100%	5	0%	0	40%	2	60%	3	كم عدد الساعات العملية لمادة العلوم السلوكية
100%	5	0%	0	0%	0	100%	5	كم عدد الساعات العملية على النفس الإكلينيكي

جدول رقم (68) يوضح عدد أعضاء هيئة التدريس الذين يدرسون مواد طبية نفسية بكليتي الطب والآداب في الخمس الجامعات

معيد	ماجستير	دكتوراه	عدد أعضاء هيئة التدريس
2	2	7	لمادة الطب النفسي في كلية الطب
2	5	8	لمادة العلوم السلوكية في كلية الطب
0	0	3	لمادة علم النفس الإكلينيكي في كلية الطب
0	0	1	لمادة الطب النفسي في كلية الآداب
2	2	5	لمادة العلوم السلوكية في كلية الآداب
0	0	2	لمادة علم النفس الإكلينيكي في كلية الآداب
6	9	26	المجموع

أما في يتعلق بالكادر فكما هو موضع في جدول رقم (86) أن هنالك عجز واضح في عدد المتخصصين وقتهم مقارنة ببعض الجامعات العربية.

ف نجد أن (26) من حملة الدكتوراه فقط يقومون بتدريس المواد، الطب النفسي، والعلوم السلوكية، وعلم النفس الإكلينيكي في جميع كليات الطب، وكذلك مادة الطب النفسي والعلوم السلوكية وعلم النفس الإكلينيكي في

جميع كليات الآداب بالجامعات المشمولة بالبحث وكذلك يعاونهم (9) ماجستير و (6) معيدين فقط في جميع كليات الطب الخمس بالجامعات المشمولة بالبحث.

هذا من ناحية الكادر أما من ناحية المواد فإن ثلاث مواد فقط غير كافية على الإطلاق تدرس في كليات الطب وكليات الآداب في خمس جامعات - يمنية حكومية- بالإضافة إلى أن هذه المواد لا تتجاوز (26) ساعة فقط، وهذا غير كافٍ لتخريج أطباء واختصاصيين نفسيين يوكل إليهم مزاوله مهنة الإرشاد والعلاج النفسي.

أما عدد الطلبة الذين يدرسون هذه المواد في جميع كليات الطب والآداب بالجامعات المشمولة بالبحث فلا يزيد عددهم عن (981) وفي المستويات من الثالث وحتى الرابع بالآداب ومن الرابع وحتى السادس بالطب، وهذا العدد لا يلبي طموح مجتمعنا ولا يلبي احتياجات البلد من مزاولي هذه المهنة مقارنة بالنمو السكان المتسارع والذي تطلب زيادة مماثلة لمزاولي مهنة الإرشاد والعلاج النفسي.

دول رقم (69) يوضح تقييم الأداء العام في الجامعات الخمس

التقدير	الانحراف المعياري	المتوسط	الفقرة
جيد جدا	0.707	4.00	ما هو تقديرك للأداء العام للأساتذة والمعيدين
جيد جدا	0.837	3.80	ما مدى استيعاب الطلبة لمادة العلوم السلوكية
جيد جدا	0.707	4.00	ما مدى استيعاب الطلبة لمادة الطب النفسي
جيد جدا	0.837	3.80	ما مدى استيعاب الطلبة لمادة علم النفس الإكلينيكي
جيد	1.095	2.80	ما مدى استخدام الأساتذة والمعيدين لوسائل التعليم الحديثة المختلفة
جيد	1.483	3.20	ما مدى توفر الوسائل التعليمية الأساسية

جيد جدا	1.673	3.60	ما مدى توفر قاعات وصفوف الدراسة
جيد جدا	1.304	3.80	ما مدى تناسب حجم قاعات الدراسة مع أعداد الطلبة
جيد	1.225	3.00	ما مستوى أداء المدرسين في تدريب الطلبة
جيد	1.225	3.00	ما مستوى استيعاب الطلبة من التدريب
جيد	1.095	2.80	ما مستوى نجاح التدريب
جيد	0.548	2.60	كيف تقيمون نتائج تدريس طلبة الدراسات العليا (الورد العربي)
جيد	0.447	2.80	كيف تقيمون نتائج تدريس طلبة الدراسات العليا (دبلوم علم النفس الإكلينيكي)
جيد	1.10	3.23	بشكل عام

بصورة عامه تراوح الوضع التقويمي للأداء العام في الجامعات الخمس المشمولة بالبحث ما بين الجيد والجيد جداً.

إلا أن الملاحظ في السؤال المتعلق باستخدام الأساتذة للوسائل التعليمية فقد جاءت الاستجابة من جميع القائمين على هذه الكليات بأنها (متوسطة) في معظمها والقليل منها كانت الإجابة (جيدة) كذلك السؤال المتعلق بمدى توفر الوسائل التعليمية فقد كانت معظمها أو أغلبها بالجيدة.

أما فيما يتعلق بالاستجابات حول مستوى أداء الأساتذة، واستيعاب الطلبة، مستوى نجاح التدريب، نتائج طلبة الدراسات العليا (الورد) علم النفس الإكلينيكي، فقد كانت جميعها ومع الأسف أقل من جيد مما يدعونا للمراجعة الشاملة حول ما أثير في هذه الأسئلة علماً بأنها غاية في الأهمية كيف لا وهي متعلقة بأداة الأستاذ الجامعي واستخدامه للوسائل التعليمية واستيعاب الطلبة... إلخ).

— تقييم مناهج علم الطب النفسي والعلوم السلوكية في الجامعات اليمنية:

1- كليات الآداب (أقسام علم النفس):

يتفق الفريق مع الدراسة التي قدمها قسم العلوم السلوكية كلية الطب جامعة عدن (3- ص 28) في الآتي:

1. كل مناهج وبرامج تدريس علم النفس نسخ منقولة من بعض الجامعات العربية العريقة التي بحكم تقاليدها ولوائحها الداخلية تجد صعوبة في مواكبة التغيرات الحديثة.

2. المناهج يغلب عليها الجانب النظري وندرة الجانب التطبيقي العملي والمخبري، ويفتقر الخريجين إلى المهارات في الاختبارات النفسية والمساعدة النفسية الأولية.
3. تفتقد المناهج إلى التكاملية لتخصص علم النفس كمنهج يجمع العلوم الإنسانية والعلوم الطبيعية والتقنية.
4. تفتقر إلى الأهداف التربوية العامة والخاصة (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص 28).

2 – كليات الطب:

لقد وجدنا امتهان لمادة الطب النفسي وأي امتهان، وتكمن في الآتي:

1. رئاسة أقسام الطب النفسي في كلية الطب ليست للأطباء النفسيين وذلك في جامعة عدن وجامعة حضرموت وإنما لخريجي علم النفس وليسو أطباء ربما لعزوف الدارسين وربما لشحة الكوادر خلال الحقبة التشطيرية، وهذا أقرب إلى الصحة وهو مؤشر لتدني الاهتمام بالطب النفسي، وقلّة إلمام المخططين بالتخطيط المناسب للتخصصات في تلك الفترة.
2. مادة الطب النفسي في كلية الطب صنعاء ليست مادة رسوب ونجاح وحصّة الطب النفسي 15 درجة فقط من مادة الباطنية التي تبلغ ستمائة درجة (600 درجة) أي بواقع 2.5%، علماً بأن حصتها في كل جامعات العالم مثل باقي المواد 100%.
3. اختلاف المناهج الدراسية باختلاف مشارب الأساتذة ما بين مختصر مبتسر وآخر واسع منتشر وكلها أجنبية، ولا يراعى التركيز على الأمراض الشائعة في المجتمع اليمني.
4. ندرة عمل البحوث في مجال الطب النفسي لعدم الاهتمام بذلك في إدارة الكليات، ولانشغال الأساتذة بالتدريس لمختلف المستويات الجامعية والعليا والعمل مع المرضى والأهم قلّة الحوافز وشحة الميزانيات الخاصة بالبحوث وغياب عمل الفريق الواحد.
5. لم يبتعث أي عضو هيئة تدريس للدراسات العليا في الخارج خلال 18 سنة من افتتاح القسم عدى ثلاثة من المعيدين خرجوا للدراسة في السودان الشقيق عن طريق وزارة الصحة وبسعيهم الشخصي حظوا بموافقة مجلس القسم ومجلس الجامعة كأمر واقع.

الهدف الثامن:

" معرفة التخصصات النفسية في كل من كلية الطب وكلية الآداب".

أولاً: كلية الطب:

تمنح كلية الطب بكالوريوس طب عام بعد سبع سنوات دراسية تتضمنها سنة تطبيقية في المستشفيات ولا يوجد بها أي تخصص في مجال الطب النفسي، إلا أن أساتذة الطب النفسي بكلية الطب هم الكادر المتخصص الذي يقوم بتدريب وتأهيل طلاب البورد في مجال الطب النفسي الذي تتبناه وزارة الصحة.

ثانياً: كلية الآداب:

تمنح كلية الآداب بكالوريوس علم نفس بعد أربع سنوات دراسية (48) مادة.

أما على مستوى الماجستير والدكتوراه فقد اقتصر التأهيل على عدد محدود معظمهم من هيئة التدريس، دون وجود خطط دراسة محددة الأهداف، وتعتمد على الخطة العامة لبرامج الدراسات العليا للجامعة ومتطلبات المجتمع.

يقوم التأهيل على أساس الإعداد النظري ومشروع بحث ويحدد موضوع الأطروحة مجال علم النفس الفرعي وتعرض الجامعة شهادة تخصصية (مثلاً في الصحة النفسية أو علم النفس الأكلينيكي) دون خبرة وممارسة مهنية ويغلب الجانب الأكاديمي البحثي على الممارسة العملية والفنية (وزارة الصحة والسكان، 2004، ص29).

الهدف التاسع للدراسة:

"معرفة الإشكاليات ومخاطر العمل في مجال الصحة النفسية والفرص المتاحة" أن أهم ما أستكشفته الدراسة في بحثها وتقصيها وتحليلها لواقع الصحة النفسية في اليمن أن المشكلة في اليمن كبيرة ومعقدة في أبعادها الاقتصادية والثقافية والاجتماعية، فضلاً عن أبعادها الصحية بالدرجة الأولى. غير أنه مع اتساع نطاق المشاكل النفسية بين المواطنين للأسباب التي بينتها الدراسة في مواضع سابقة، فإن الكوادر البشرية المتخصصة لمواجهة ذلك النطاق من المرضى والإمكانات والمخصصات المالية والتقنية، والأطر القانونية والتشريعية من الضاعلة ما يجعل من الارتقاء بالصحة النفسية لأفراد المجتمع اليمني ضرباً من الخيال، ما لم يعاد النظر إلى القضية برمتها وفق إستراتيجية وطنية واضحة وجدية للصحة النفسية في البلاد.

أن أول ما يلاحظه المرء في تقييم أحوال العاملين في مجال الإرشاد والصحة النفسية هي إنخفاض معنوياتهم من جراء العمل في هذا الحقل لمجموعة من الأسباب المتلازمة. من بينها طبيعة المرضى والتعامل مع هذا النوع من المرضى الذي يوجد في حالات كثيرة نوع من المخاطرة على الطبيب أو المعالج النفسي، وتحديدًا مع المرضى الذهانيين أو الدرجات الحرجة والحادة من المرض أو بسبب أعداده الكبيرة. هذه العدد الكبير من المرضى يمثل ضغطاً على المتخصصين العاملين في مجال العلاج والإرشاد النفسي، بالإضافة إلى قيامهم بأعمال ووظائف أخرى كالتدريس والتدريب على حساب وقتهم المتاح لهذه المهمة الحساسة. يقابل ذلك مكافآت وأجور متدنية، وظروف عمل غير مواتية، وموقف رسمي وشعبي غير مساند وغير مشجع.

ليس كل الجوانب في هذه القضية مظلما، فترايد الوعي والإقبال والتقبل من قبل المواطنين بالإرشاد والعلاج النفسي، وهو الأمر الذي بينته هذه الدراسة، وهو على عكس ما يعتقد الكثيرون، يمثل فرصة قيمة إذا ما أحسن استغلالها من خلال بناء المستوصفات والمراكز الإرشادية والمصحات والمستشفيات، ومُدت بالكوادر البشرية الملائمة ورافقها حملات توعية هادفة. فكل هذه الرزمة من التدخلات والسياسات قادرة على أحداث تغيير كبير في وضع الصحة النفسية لسكان البلاد.

الهدف العاشر عشر:

"معرفة كل الشركاء وذو العلاقة من الجانب الحكومي والمؤسسات الداعمة والقطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني"

الجهات الحكومية:

وزارة الصحة، وزارة الداخلية، وزارة المالية، وزارة التعليم العالي، وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، وزارة الثقافة والإعلام، وزارة التربية والتعليم، وزارة حقوق الإنسان.
المؤسسات الداعمة:

منظمة الصحة العالمية، أوكسفام، GTZ ، صندوق الأمم المتحدة للنشاطات السكانية، صندوق الأمم المتحدة الإنمائي، الاتحاد الأوروبي، المنظمة السويدية لرعاية الأطفال، المشروع الهولندي، اللجنة الدولية للصليب الأحمر.

منظمات المجتمع المدني:

الجمعية اليمنية للصحة النفسية، جمعية الهلال الأحمر اليمني، مؤسسة الصالح الخيرية، المؤسسة العربية لحقوق الإنسان، جمعية الهلال الأحمر اليمني.

توصيات ومقترحات:

أولاً: التوصيات:

- مجال الكوادر البشرية والعاملين:

- 1) الاهتمام بالكوادر البشرية من خلال توفير المعاشات الكافية والحوافز وتحقيق بدل مخاطر عمل عالي، نظراً لمستوى الخطورة العالي في التعامل مع هذه النوعية من الأمراض، وذلك للعدوانية الزائدة، ومستوى العدوى المرتفع وإهمال المرضى لنظافتهم الشخصية ونظافة محيطهم، كل هذا يتطلب جهوداً ، وكل هذا يتطلب تقديراً.
- 2) دعم الخطة الوطنية لتنمية الكادر الصحي الممولة من الصندوق الاجتماعي للتنمية والعمل على تطويرها مع ضرورة تقييم المردودات وانعكاساتها على نظم إحالة المرضى ورعايتهم وتحقيق الأهداف.
- 3) إبتعاث أطباء نفسيين للخارج للدراسة في مجال بائيات الأمراض النفسية لغرض توظيف خبراء في عمل الدراسات الوبائية للأمراض النفسية، بحيث يقوم هؤلاء الأطباء بتدريب الأطباء المحليين مستقلاً.
- 4) يوصي بالاستمرار في إقامة دورات للأطباء لمدة أسبوعين لأطباء من المناطق الريفية من جميع المجالات لمواكبة توسع الخدمات وازدياد عدد المترددين على المستشفيات العامة والخاصة والعيادات.
- 5) الاستمرار في عمل دورات لمدة أسبوعين للعاملين الصحيين في الوحدات الصحية لغرض التأسيس لربط الصحة النفسية بالرعاية الصحية الأولية.
- 6) إقامة دورات تدريب لأطباء عموم من أقسام الطوارئ، و الاستقبال المختلفة في عموم الجمهورية لغرض تمكين الأطباء العاملين بهذه الأقسام من الكشف المبكر للحالات النفسية والتفريق بينها وبين الأمراض الجسمية ومعالجة ما أمكن وإحالة ما تعسر منها إلى الأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي المختص.

7) الاستمرار في تدريب وتأهيل الباحثين النفسيين للحصول على دبلوم علم النفس الاكلينيكي دورة سنة والذي تقيمه وزارة الصحة.

8) الاستمرار في تدريب وتأهيل طلاب الدراسات العليا للبورء العربي في مجال الطب النفسي الجزئين الأول والثاني وتوفير المنح المالية الكافية المشجعة التي تكفيهم وتضمن استمراريتهم، وسرعة توفير تذاكر سفر لأداء الامتحانات في البلدان التي تعقد فيها هذه الامتحانات وفي الوقت المناسب.

9) تخصيص منح لابتعاث طلاب للتخصص في مجال الإرشاد والعلاج والطب النفسي.

10) الاتفاق على إصدار دليل أو مرشد لأطباء العموم، ودليل للخريج النفسي يشمل مجالات الطب النفسي المختلفة مع التركيز على أكثر الأمراض شيوعاً في الجمهورية.

11) تتولى مراكز الإرشاد النفسي بالجامعات مهمة فتح دبلومات في الإرشاد النفسي لتأهيل أعداد من خريجي أقسام علم النفس للعمل كأخصائيين في المدارس والعيادات والمنشآت التي تقدم خدمات الصحة النفسية.

12) إقامة دورات متخصصة تستوعب جميع العاملين كأخصائيين نفسيين في المدارس وفي دور الأيتام وفي جمعيات رعاية الفئات الخاصة وإلزام الأخصائيين من خريجي علم النفس وعلم الاجتماع الالتحاق بها.

نظراً لعزوف الكثير من الأطباء وخريجي علم النفس عن العمل في مجال الطب النفسي ونظراً للوصمة المجتمعية المحتملة فإن نجاح ما تقدم مشروط بالآتي:

توحيد الجهود تحت مظلة المجلس الوطني الأعلى المطور المقترح، ووجود كيان تنظيمي وإداري أعلى مما هو عليه الآن في وزارة الصحة، وان يكون هذا الكيان على مستوى قطاع الصحة النفسية بالوزارة بدرجة وكيل وزارة، وأن يحظى بميزانية لا تقل عن نظيره في الهيكل التنظيمي للوزارة وهو مشروع التحصين الموسع، أو توفير الأموال الكافية لإدارة الطب العلاجي والإدارة الهندسية للقيام بأعمالها في تطوير منشآت جديدة كما سيرد حول المنشآت.

- مجال المنشآت:

13) افتتاح عيادات في المستشفيات القائمة حالياً التي لا تتوفر فيها خدمات طبية نفسية، وتوسيع ذلك إلى بقية المحافظات حسب الكثافة السكانية وحسب نسبة المرضى المحولين إلى المحافظات الرئيسية، وكل هذا مرتبط بتوفير المصادر البشرية وتدريب الكوادر.

14) فتح أقسام صغيرة ضمن المستشفيات القائمة وحسب حجمها بنسبة عشرة أسرة لكل مائة سرير (لا تزيد عن 50 سرير لكل قسم) يشترط فيه احتوائه على أقسام رجال ونساء وأطفال وشيوخ حسب النسب التالية: (5 رجال، 3 نساء، 1 أطفال، 1 إدمان، 1 شيوخ، إذا اتسع لأكثر من 30 سرير).

15) إلزام المستشفيات الخاصة بفتح عيادات نفسية تخصصية وأقسام حسب أحجامها وبنسبة 10 أسرة لكل مائة سرير للأمراض الأخرى.

16) توسيع الخدمات أفقياً نحو المحافظات الأخرى لأنه ثبت من خلال الدراسة أن أكثر من 70% من المترددين والراقدين على الخدمات النفسية هم من المحافظات الأخرى غير المحافظات الرئيسية الخمس.

17) ننصح بنقل الخدمة الطبية النفسية إلى المحافظات الأخرى حسب الأولوية التالية:

1. فتح قسم الطب النفسي في المكلا مستشفى ابن سينا، حيث وهو جاهز من حيث المكان والتجهيزات وسبق تدريب بعض الممرضين لذلك..

2. إنشاء قسم طب نفسي (50 سرير) ضمن مستشفى عام في محافظة إب في أقرب فرصة، نظراً لوجود 30 سرير ضمن مصحة السجن المركزي هناك ونظراً للكثافة السكانية وللتخفيف عن المراكز المقدمة للخدمة في عدن وتعز، ونظراً لتوفر طبييين أخصائيين هناك.

3. يتبع ذلك افتتاح عيادات وأقسام حسب الكثافة السكانية وحسب حجم الضغط الذي تسببه على المحافظات الرئيسية في المحافظات التالية: ذمار، عمران، حجة، البيضاء، ثم صعدة، الضالع، مأرب، شبوة، ثم المحافظات: المحويت، ريمة، الجوف... إلخ.

مع ضرورة الترتيب لفتح عيادات ضمن الرعاية الأولية في الوقت الحاضر في المحافظات والمديريات ذات الكثافة السكانية ومراكزها ومدن هامه فيها مثل: رداع، لودر، زبيد، عبس.... إلخ، وكل ذلك مرهون بوضع الخطط للتدريب والمديريات

- 18) إعادة النظر في الأقسام القديمة في المستشفى الجمهوري بصنعاء وإعادة ترميمها وتأهيلها وتجهيزها وهي عبارة عن خمسة أقسام تضم أكثر من 160 غرفة، كل قسم تتبعه حديقة. هذه الأقسام لم توظف في الغرض الذي رسمت من أجله وهي مازالت شاغرة ويمكن إعادة تأهيلها أو حتى البعض منها (4 أقسام مثلاً) وتأهيلها وتجهيزها نظراً لأنه قد تم ترميمها عام 1995 وما زالت حتى واقفة عن العمل.
- 19) رغم نصحننا بإعطاء أولوية لفتح عيادات وأقسام ضمن المستشفيات العامة والخاصة للاستفادة من الخدمات القائمة فيها، فإن علينا ألا نغفل قيام مستشفيات نفسية متكاملة جديدة، وخاصة في الخمس المحافظات الرئيسية نظراً لأن المرضى ذوي الإقامة الطويلة أو المزمنين يبلغون 25% من مرضى الرقود عامة، وهي نسبة عالية وبحاجة لخدمات مسهلة وأقل تكلفة إذا ما تم فصلهم.. أو في حالة توسيع الخدمات المجتمعية كما أشرنا آنفاً يتم تحويل المستشفيات القائمة للمرضى المزمنين ووجودهم ضمن الحالات الحادة فيه خطورة ويشكلون عبئاً على الطاقم الطبي.
- 20) الاهتمام بإعطاء أماكن ومساحات كافية لتأهيل وتدريب المرضى وأماكن ترفيههم لكل المنشآت وخاصة الأقسام والمستشفيات الخاصة ومصحات السجون.
- 21) وضع المواصفات الإنشائية المناسبة للعيادات والأقسام والمستشفيات المخطط لها.
- 22) دعم المستشفيات القائمة بتوفير المعدات والأجهزة المخبرية والتشخيصية والعلاجية، وإعطاء الأولوية للمنشآت والمستشفيات الأقل تأهيلاً والأكثر احتياجاً.
- 23) ضرورة التخطيط المسبق عند إنشاء أي منشأة جديدة بحيث تراعي توفر أماكن للمرافق الإدارية، ومرافق تشخيصية وأقسام للحالات الحادة، وأقسام للحالات المزمنة، وأقسام للنساء، وأقسام للرجال وأقسام للأطفال، والشيوخ، وذوي الحاجات الخاصة كالإدمان.
- 24) الاستمرار في تشجيع عمل العيادات الخاصة والمستشفيات النفسية الخاصة، نظراً لما تقدمه من خدمة كبيرة، وما تخففه عن الحكومة من أعباء في المنشآت والمعدات وتقليل نسب مرضى الرقود وإعالتهم، مع ضرورة المراقبة ومراعاة المعايير الصحية والإنسانية والتكاليف، ونوصي بإعفائها من الضرائب أو على الأقل خفض معدلاتها.

- في مجال التثقيف والتوعية المجتمعية وتعديل الاتجاهات:

1. قيام وسائل الإعلام المختلفة بتوعية صحية نفسية شاملة مع التركيز على أهمية العلاج النفسي والتشخيص المبكر ودوره في نجاح العملية العلاجية.
2. عقد مؤتمر متخصص تتبناه أحد الجامعات اليمنية - بصفتها أعلى هيئة أكاديمية في مجال الصحة النفسية - يتناول موضوع أهمية ودور الإرشاد والعلاج النفسي يُدعى إليه جميع المتخصصين في إرجاء الجمهورية وبعض المتخصصين من الدول العربية بغرض إثراء الأدبيات وتبادل الخبرات مجال الصحة النفسية.
3. نوصي كل القائمين على الصحة النفسية بضرورة الاهتمام بقضايا الصحة النفسية، وتوعية المواطنين وأهالي المرضى خاصة بكيفية التعامل مع مرضاهم وتربية الأطفال واليافعين على الأساليب الإنسانية والأخلاقية تجاه المرضى وتووير المرضى وأهلهم بحقوقهم المعنوية والمادية المتعلقة بالرعاية والخدمات.
4. تخصيص صفحات في الجرائد والمجلات الحكومية والخاصة لتتناول قضايا الصحة النفسية .
5. إقامة الندوات والمحاضرات العامة في مختلف الوزارات والمؤسسات والجمعيات عن أهمية الإرشاد والعلاج النفسي.
6. تضمين المناهج (في جميع المراحل الدراسية) بوحدات مناسبة لتنمية وعي الطلاب بمفهوم الصحة النفسية وجوانبها المختلفة ومعايير السواء والمرض.
7. قيام المؤسسات التربوية والتعليمية بدورها في عقد المؤتمرات والندوات والمحاضرات حول الصحة النفسية ودورها في تنمية الفرد والمجتمع، ومحاولة دحض الصورة السلبية التي يقدمها التلفاز عن مهنة وأخلاقيات الأطباء والمعالجين النفسيين.
8. استخدام كل وسائل التوعية في مجال الصحة النفسية بما ذلك ملصقات ، والنشرات والدعاية الإعلامية المكتوبة والمسموعة والمرئية تتضمن أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد والأسرة والمجتمع.
9. الالتزام بمعايير وأسس ومبادئ وأخلاقيات مهنية العلاج والإرشاد النفسي ووضع وجزاءات لكل من يحدد عنها.

10. رقابة الدولة والتشديد على العمل في إطار التخصص وعدم السماح بفتح عيادات دون تراخيص تعطى فقط للمؤهلين تأهيل عالي في مجال العلاج النفسي حتى لا يساء لهذه المهنة ويتداول أفراد المجتمع عدم جدواها.

- في مجال رعاية المرضى:

- 1) ينصح بإقامة أقسام صغيرة لتخفيف الازدحام، وتخفيف الإجراءات الاضطرارية، وللاستفادة من وجود خدمات رعاية أخرى وخدمات تشخيصية، وتقليل التكلفة وإمكانية السيطرة على المرضى بصورة أفضل.
- 2) ضرورة وجود آليات واضحة للمراقبة على المنشآت، من حيث النظافة والجاهزية بالمصادر البشرية واتساع الأماكن وتوفير العلاج، ومستوى الخدمة الطبية والنفسية والترفيهية، وعمل مقاييس جودة باستخدام نظام أو نسب لنجوم Excellence or Star Rates.
- 3) ضرورة تطوير وتنمية الكوادر البشرية القائمة بالعمل والتخطيط لها بحيث تواكب التطوير والتوسع المزمع في العيادات والأقسام وأن يكون ذلك ضمن خطط ثلاثية أو خمسية وضمن الخطط والتوجيهات العامة للحكومة وتعطى أولوية في الوقت الراهن.
- 4) وضع المواصفات لنمط الرعاية وكيفيةها وكذلك المواصفات لمتطلبات واحتياجات المرضى النفسيين وتوثيق المعلومات والمتابعات.
- 5) تحريك مشروع قانون الصحة النفسية المعد من قبل وزارة الصحة عام 2007.
- 6) توفير الغرف الكافية للعاملين على خدمة الأقسام والمرضى النفسيين وذلك حتى يتمكنوا من أداء أعمالهم في أجواء مناسبة مع الحفاظ على سرية المرضى.
- 7) ضرورة نزول تعليمات وتوجيهات حول طرق وأساليب الإحالة بين العيادات والمستشفيات العامة والتشريعات الخاصة بهذا الأمر.
- 8) نظراً للتصاعد الملحوظ في الاضطرابات النفسية بين الشباب واليافعين، ونظراً لاتساع رقعة الاستخدام الخاطئ للعقاقير المختلفة وخاصة المنشطات والمسكنات، فنوصي بتصعيد الاهتمام وفتح عيادات متخصصة للإدمان في المحافظات الرئيسية مبدئياً، وتوفير المصادر المالية والبشرية ووضع ذلك ضمن الخطط المستقبلية.

9) فتح عيادات إرشاد نفسي متخصصة وبدء الترتيب لفتح مراكز رعاية طب-نفسية عامه، ومراكز رعاية المسنين، ورعاية الأطفال والمراهقين.

10) إيجاد تشريعات تنظم العلاقة بين المحاكم والنيابات وأقسام الشرطة ومقدمي الخدمة الطبية النفسية المجتمعية.

- في مجال التنظيم:

1) وجود كيان تنظيمي وإداري كفؤ، يحظى بدعم كل مؤسسات الدولة من القمة حتى القاعدة يكون مقره وزارة الصحة، وهيكلية مباشرة للوزير بدرجة وكيل وزارة لشئون الصحة النفسية، تقوم هذه الإدارة:

- بالتخطيط والتدريب وعمل المسوحات للصحة النفسية، يكون من مهامه الإعداد لإنشاء العيادات أو الأقسام أو المستشفيات المقرر إقامتها.
- كما يكون من مهامها الإشراف على جميع أنشطة الصحة النفسية في جميع أنحاء الجمهورية، وتقوم بالتنسيق مع جميع الوزارات والمنظمات والجمعيات العامة وتصدر بشأنها القرارات والقوانين المناسبة. يكون رئيس أو نائبه عضو في المجلس الأعلى للصحة النفسية.

2) ضرورة تشاور الوزارات فيما بينها عند اتخاذ أي إجراءات أو إنزال تشريعات متعلقة بالصحة النفسية أو على الأقل القيام بإشعار بعضها البعض بذلك.

3) ضرورة وجود تشريعات موحدة فيما يتعلق بتكاليف مقدمي الخدمات النفسية العقلية المجتمعية (عيادات، أقسام) مستشفيات وغيرها عامة وخاصة وتحديد التكلفة لكل أنواع الخدمات المقدمة بما يضمن تحقيق الفائدة للمستفيدين وللحكومة وبأقل تكلفة.

4) العمل على توحيد نظام صرف أشكال الدعم الحكومي أو إيجاد تشريعات لتحديد ما يمكن تقديمه للمنشآت الحكومية، المستشفيات الخيرية، وكذلك المنشآت الخاصة، (أراضي، مباني، معاشات، تجهيزات طبيعة ومعدات، وعلاج... إلخ).

- (5) التفكير الجاد في دمج خدمات الصحة النفسية بخدمات الرعاية الأولية وابتعاث بعض الأطباء النفسانيين والأخصائيين النفسيين ممن سيوكل إليهم إدارة الصحة النفسية إلى دول ختت خطوات مشهود لها بالنجاح في تخطيط الصحة النفسية.
- (6) دعم الخطة الهادفة إلى تطوير خدمات رعاية الصحة النفسية الأولية الذي أعدها البرنامج الوطني للصحة النفسية ونوصي بمراعاة الأولويات حسبما ظهرت من خلال هذه الدراسة الشاملة للخمس محافظات الرئيسية وهي نفسها الخدمات المقدمة على مستوى البلد كاملاً.
- (7) اعتماد التصنيف العالمي للأمراض على مستوى العيادات والمستشفيات التخصصية، والتصنيف المبسط على مستوى الرعاية الأولية.
- (8) العمل على تحويل جزء من موارد الزكاة من كل القطاعات الحكومية والخاصة لصالح علاج ورعاية الأمراض النفسية عامة والعقلية خاصة، حيث وهي تمثل فئة كبيرة من السكان.
- (9) العمل في أوساط الجهات الخيرية والتجار وشركات الأدوية وخاصة المستوردة للعلاجات النفسية للبدل من أجل تطور هذه الخدمات مع تحديد المسئول عن ذلك والتشريعات المناسبة لضمان استمراريتها.

- العيادات الخاصة والمستشفيات الخاصة:

-الاستمرار في تشجيع عمل العيادات الخاصة والمستشفيات النفسية الخاصة، نظراً لما تقدمه من خدمة كبيرة، وما تخففه عن الحكومة من أعباء في المنشآت والمعدات وتقليل نسب مرضى الرقود وإعالتهم، مع ضرورة المراقبة ومراعاة المعايير الصحية والإنسانية والتكاليف، ونوصي بتخفيف الضرائب عنها.

نلتمس من الأخ رئيس الجمهورية

-إعادة النظر في القرار الرئاسي بتكوين المجلس الأعلى للصحة النفسية، بحيث يشمل ضمن أعضاءه مدير إدارة الصحة النفسية بوزارة الصحة وثلاثة أطباء نفسيين يمثلون قسم الطب النفسي بالجامعة، وطبيب نفسي عن المنشآت العامة للصحة النفسية وطبيب نفسي عن المنشآت الخاصة ومعالجين وأخصائيين نفسيين، ويمثلون في نفس الوقت بعض المحافظات الرئيسية والجامعات إن لم يكن

جميعها، ويكونوا في ذات الوقت أعضاء هيئة تدريس في الجامعة. ويعاد النظر في الأعضاء المعينين سابقاً الذين تعينوا كسفراء ومن ذوي الكفاءة والفعالية والاهتمام. ويكون أن يكون لهذا المجلس مقراً وجلسات دورية منتظم.

ثانياً: المقترحات:

- 1) إجراء دراسة مماثلة على شرائح أخرى في المجتمع اليمني كموظفين الدولة والآباء والأمهات... ومقارنة نتائجها مع نتائج البحث الحالي.
- 2) إجراء أبحاث مماثلة للتعرف على مستويات الصحة النفسية لدى طلبة الجامعات اليمنية ومقارنتها مع نتائج البحث الحالي.
- 3) القيام بدراسة مسحية شاملة لمعرفة الاضطرابات النفسية بين عامة الناس.
- 4) إجراء دراسة للتعرف على اتجاهات المرضى نحو الآخرين.
- 5) إجراء دراسة للتعرف على اتجاهات الناس نحو المريض النفسي.
- 6) إجراء دراسة تفصيلية لتقييم أداء المنشآت والعيادات والمراكز التي تؤدي خدمة العلاج النفسي في كافة محافظات الجمهورية.

مقترحات وتصورات للوقاية من الأمراض النفسية:

1. تحقيق السلامة العامة والسلام الاجتماعي وتوفير الأمان والاطمئنان لكل أبناء الوطن وتحقيق العدل وسرعة البت في القضايا ومكافحة الفساد المالي والإداري لما لتركها من انعكاسات سلبية على مستوى سعادة الناس وعلاقاتهم البيئية.
2. الاستمرار في برامج وزارة الصحة للقضاء على الأمراض المعدية لدى الأطفال كالحصبة وشلل الأطفال وغيرها، ولدى الكبار مثل التهاب الكبد الفيروسي والتهاب السحايا وحمى الضنك وغيرها للوقاية من مضاعفاتها الجسمية والنفسية على المرضى وأسرهم على السواء.
3. الكشف الدوري على الصيدليات والمستشفيات العامة والخاصة والعيادات وإنزال التعليمات الدورية لهذه الجهات وخاصة فيما يتعلق بصرف العلاجات المحدثة للتعود والإدمان وإصدار القوانين المحددة لأسلوب الصرف.

4. اتخاذ إجراءات صارمة ضد مروجي العقاقير السامة والكحول ومشتقاته وتشديد الرقابة على اللوكندات والفنادق وما في حكمها.

5. الاستمرار في إجراءات النظافة العامة الدائمة و المنتظمة والتضاء على الأوبئة والأمراض المستوطنة والموسمية كالمalaria والبلهارسيا والتيفويد بردم المستنقعات والمجاري المتفجرة والكشف الدوري على المطاعم والفنادق واللوكندات والعاملين بها للجانبين البيئي والأخلاقي.

6. القيام ببنوات إرشادية في مجال الصحة النفسية والبيئة النفسية والاجتماعية، وخاصة فيما يتعلق بالعلاقات الأسرية وانتشار مواد التعود، والاضطرابات النفسية المختلفة، والتأكيد على دور المسجد ورجال الدين والصحافة والإعلام ووسائله المختلفة.

7. إقامة الحدائق العامة والأماكن الترفيهية والإشراف عليها في الجانبين البيئي والأخلاقي للتخفيف من أعباء الحياة اليومية المختلفة ولدورها في إضفاء روح المحبة والسلام.

8. الاهتمام بالطرقات وعلامات السير وخاصة في الطرق الحديثة السريعة والطرق تحت الإنشاء، وضبط المخالفين للتقليل من حوادث السير ومضاعفاتها الجسمية والنفسية على الفرد والأسرة والمجتمع، والتشديد على صرف رخص السواقة.

9. التوسع في إقامة مدارس خاصة للمعوقين بشتى صورهم والأيتام والجانحين.

10. الاهتمام بالصحة النفسية لمنتسبي الشرطة والجيش في المدارس العسكرية والإعداد المعنوي والأخلاقي ليكونوا قدوة لأبناء مجتمعهم وكذلك في المراحل العسكرية اللاحقة نظراً للضغوط الكبيرة التي يتعرضون لها والتخفيف منها.

11. وأخيراً وليس آخراً تحسين الأداء الوظيفي وتطويره في المستشفيات التعليمية العامة والخاصة التي تقدم الخدمات الصحية المختلفة ومراقبة أدائها وتصحيح مسارها لما لهذا من دور في تخفيف المضاعفات الجسمية والنفسية ومردوداتها على الفرد والأسرة.

حلول ومقترحات لتطوير العمل الأكاديمي

كلية الآداب قسم علم النفس:

-إعداد برامج التأهيل على أساس النظرة التكاملية لعلم النفس مع العلوم الطبيعية والطبية والتقنية النظرية والتطبيقية.

-تكتيف البرامج التطبيقية والمعملية والخبرات في القياس النفسي وخاصة ما يتعلق بالمقاييس النفسية والاكليينكية، نظراً لكثافة الحاجة إليها في الممارسة.

-إبتعاث عدد من المنتسبين إلى الخارج في مجال علم النفس الاكلينيكي والقياس النفسي وبمعدل منتسب واحد لهيئة التدريس في الخارج سنوياً.

-إعادة النظر في المناهج وتطويرها بما يتلاءم مع التطورات الحديثة والمضامين.

كلية الطب:

- فتح باب القبول لأوائل الخريجين للعمل في قسم الطب النفسي بمعدل شخص لكل عام ، وتأهيلهم التأهيل الجيد من خلال برامج الابتعاث للخارج، مع تنظيم دورات تدريبية منتظمة في مجال العلاج والطب النفسي.
- توحيد المنهج بين الجامعات والكليات والأقسام التي تتناول قضايا الصحة النفسية مع التركيز على أكثر الأمراض شيوعاً في الجمهورية اليمنية.

قائمة المراجع:

1. الأزرق، إبراهيم بن عبد الرحمن: تسهيل النافع في الطب والحكمة، المكتبة الشعبية، بيروت لبنان.
2. إسماعيل، محمد عماد الدين (1959): الاتجاهات الوالدية في تنشئة الطفل، دار المعرفة، القاهرة.
3. باجبير، محمد عوض (1996): القات والطب، سلسلة كتاب الجيب، مركز عبادي للدراسات والنشر، صنعاء.
4. بامير، مبارك (1998): الرعاية الطب النفسية في محافظة حضرموت والمستقبل المرتعب.
5. البنك الدولي (مايو 2007): اليمن من اجل تخفيض الطلب على القات، الإدارة القطرية، إدارة التنمية المستدامة منطقة الشرق الأوسط.
6. توفيق، محمد حسن، وآخرون: مسودة برنامج لمشروع الصحة النفسية للخطة الخمسية الثالثة بالجمهورية العربية اليمنية سابقاً.
7. جابر ، جابر عبد الحميد (1976): التقويم التربوي والقياس النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ط1.
8. الجهاز المركزي للإحصاء (2006): التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت، وزارة التخطيط والتعاون الدولي، الجمهورية اليمنية.
9. دافيدوف، لندا (1997): مدخل علم النفس، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة.
10. رسول، المصفي يوسف بن علي: المعتمد في الأدوية المفردة، دار المدينة، بيروت.
11. رضوان، سامر جميل (2007): الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
12. الرفاعي، نعيم (1987): الصحة النفسية: دراسات في سيكولوجية التكيف، جامعة دمشق، دمشق.
13. رؤوف، إبراهيم عبد الخالق (2001): التصاميم التجريبية في الدراسات النفسية والتربوية، دار عمار للنشر والتوزيع، ط1.
14. زهران، حامد عبد السلام (1978): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
15. عرموش، هاني (1993): المخدرات – أمراطورية الشيطان، دار النقاش بيروت.
16. عسكر، عبدالله وآخرون (1993): تعاطي القات في المجتمع اليمني، دراسات نفسية، مج3، ع4 أكتوبر 1993، رابطة الأخصائيين النفسيين، القاهرة.
17. عكاشة، أحمد (1969): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
18. غريب، عبد الفتاح غريب (1999): علم الصحة النفسية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
19. كفاقي، علاء الدين (1997): الصحة النفسية، دار هجر للطباعة والنشر، القاهرة.
20. فيركسون، جورج، أي (1989): التحليل الإحصائي في التربية وعلم النفس، ترجمة هناء محسن.

21. كوفيل، والتر، وكوستيللو، تيموني، ونابيان، روك (1986): الأمراض النفسية، دار القلم، الكويت.
22. مرسي، كمال إبراهيم (1988): المدخل إلى علم الصحة النفسية، دار القلم، الكويت.
23. نعمان، محمد علي (1996): الاضطرابات العصابية لدى متعاطي القات وغير المتعاطين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة صنعاء، صنعاء.
24. الهوب، علي محمد (2004): واقع مستقبل الصحة النفسية في اليمن، ورقة عمل مقدمه في ورشة.
25. وزارة الصحة العامة والسكان (2004): الندوة الثانية حول "واقع ومستقبل الصحة النفسية في اليمن، 12-13 أكتوبر، بالتعاون مع اللجنة العالمية للصليب الأحمر.
26. وزارة الصحة العامة والسكان (2008): تقرير موجز عن الخدمات الطبية في سجون محافظات: ذمار وإب والبيضاء.
27. Adams, Georgia, Sach (1964) Measurement and Evaluation on Education psychology and guidance New York-Holt.
28. Baasher, Taha (1980). Development of Mental Health Care in Yemen Arab Republic, Report on Arisit 30 May-6 June 1980, WHO.
29. Gelder, Michael & Others (2006): Oxford Text Book of Psychiatry, 5th edition, Oxford University press.
30. The World Bank (2007): Republic of Yemen Country Social Analysis.