



المركز الوطني
لتعزيز الصحة النفسية

التدريب على المساعدة النفسية الأولية

دراسة ردود أفراد المجتمع قبل وبعد التدريب
على استبيان من سبعة عشر فقرة

إعداد

د. عبد الحميد بن عبد الله الحبيب

د. نسيم أختري قريشي

أ. هيفاء بنت سعد العشوي

نقله إلى العربية

د. أنور بن فايز الحمادي

2020

5 / 1 5



ح) المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية ، ١٤٤٢ هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

قريشي ، نسيم اختر
التدريب على المساعدة النفسية الأولية
: دراسة ردود أفراد المجتمع قبل وبعد التدريب على استبيان من
سبعة عشر فقرة . / نسيم اختر قريشي ؛ هيفاء سعد العشوي ؛
عبد الحميد عبدالله الحبيب ؛ انور فايز الحمادي .- الرياض ، ١٤٤٢ هـ
..ص ؛ ..سم

ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٩١٦٠٧-٠-٠

١- الصحة النفسية أ.العشوي ، هيفاء سعد (مؤلف مشارك)
ب.الحبيب ، عبد الحميد عبدالله (مؤلف مشارك) ج.الحمادي ، انور
فايز (مترجم) د.العنوان

١٤٤٢/٦٨٢١

ديوي ١٥٧,٢

رقم الإيداع: ١٤٤٢/٦٨٢١

ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٩١٦٠٧-٠-٠

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

المجلة الدولية للأمراض العصبية والنفسية

14(1): 16-31, 2020; Article no. INDJ.56846

ISSN: 2321-7235, NLM ID: 101632319

التدريب على المساعدة النفسية الأولية: دراسة ردود أفراد المجتمع قبل
وبعد التدريب على استبيان من 17 فقرة

عبد الحميد عبد الله الحبيب⁽¹⁾، هيفاء سعد العشيوي⁽¹⁾، نسيم أختر قريشي⁽¹⁾

نقله إلى العربية: د. أنور الحمادي

(1) المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية، وزارة الصحة، الرياض، المملكة العربية السعودية

مساهمات المؤلفين

تم إنجاز هذا العمل بالتعاون مع جميع المؤلفين. قام المؤلفون المذكورون أعلاه بتصميم الدراسة وإنجاز التحليل الإحصائي. قام عبد الحميد عبد الله الحبيب بكتابة البروتوكول، وكتب نسيم أختر قريشي المسودة الأولية للمخطوط وأدار تحليل الدراسة. قام كل المؤلفين بالبحث في الأدب الطبي، كما قاموا جميعاً بمراجعة المخطوط النهائي للدراسة والموافقة عليه.

معلومات المقال

DOI: 10.9734/INDJ/2020/v14i130119

المحررون:

(1) الدكتور باسكال ستريانو، ج. معهد غازليني، جامعة جنوا إيطاليا.

المراجعون:

(1) آية الله فاروق حسين، جامعة القاهرة، مصر

(2) مارسيلو سيموس جامعة ساو فرانسيسكو البرازيل

(3) إقليدس ماورسيو ترينداد فيلهو، UNCISAL البرازيل

التاريخ الكامل لمراجعة الأقران : <http://www.sdiarticle4.com/review-history/56846>

استلمت في 02 آذار 2020

قبلت في 07 أيار 2020

نشرت في 15 أيار 2020

ملخص

الخلفية: تعد المساعدة النفسية الأولية عنصراً هاماً في برامج تعليم الصحة العقلية، وتستهدف أفراد المجتمع البسطاء وعامة الناس، والعاملين في مجال الصحة العقلية، وخبراء الصحة العقلية، مع مراجع محددة عن كيفية قيام هؤلاء المساعدين المدربين بمد يد العون للأشخاص الذين يمرون بأزمات، أو في حالات الصحة العقلية في المجتمع.

الهدف: تهدف هذه الدراسة لتوصيف تقييم الاختبار للمشاركين قبل تدريبهم في برنامج المساعدة النفسية الأولية وبعد التدريب.

الإعدادات: المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

الطريقة: قامت مجموعة من المتخصصين المدربين في مجال المساعدة النفسية الأولية، بتنظيم دورات تدريبية بلغ عددها 35 لمجموعات من المتدربين من أفراد المجتمع، والذين تم اختيارهم بشكل ذاتي غير عشوائي وبلغ عددهم 862، وقد تم تقييمهم قبل التدريب وبعده باستخدام استبيان مكون من 17 فقرة لقياس أثر هذه الدورة التدريبية في المساعدة النفسية الأولية على معارف المتدربين بالصحة العقلية وسلوكياتهم ومواقفهم وممارستهم.

النتائج: كانت نتيجة تقييم إجابات المشاركين في الاستبيان لما قبل التدريب وما بعده متفاوتة، إذ أظهر 65% منهم تغيراً إيجابياً هاماً إلى خفيف في إجاباتهم، أما الباقون فلم يتأثروا إيجابياً بعد هذه الدورة، ومن المحتمل أن يكون ذلك مرتبطاً بعدة عوامل مختلفة متعلقة ببساطة مجتمع المتدربين، ومدى تعقيد الاستبيان، وقصر الوقت، والتفاوت بين المدربين.

الخلاصة: على الرغم من أن كافة المشاركين قد تلقوا تدريباً جيداً في الدورة المقدمة إلا أن 65% منهم فقط تطورت استجاباتهم بصورة إيجابية بحسب نتيجة اختبار التقييم لما قبل الدورة وما بعدها. إن النتائج التمهيديّة لهذه الدراسة غير قابلة للتعميم على كل المجتمع، ويجب أن تفسر بحذر، كما يدعو هذا البحث لإجراء المزيد من الدراسات خاصة التجارب المنضبطة المعشاة مستقبلاً.

الكلمات المفتاحية: المساعدة النفسية الأولية، دورة تدريبية، أفراد المجتمع، تصميم الاختبار القبلي والبعدي.

1. مقدمة

تم تطوير مفهوم المساعدة النفسية الأولية (MHFA) من قبل مدرس في الصحة العقلية ومستهلك للخدمة النفسية، وباحث من استراليا عام 2000، حيث أعيدت صياغة نفس المبادئ المستعملة تحت عنوان المساعدة الأولية للصحة الجسدية (PHFA). ومنذ ذلك الحين اعتُمد برنامج المساعدة النفسية الأولية في مختلف أنحاء العالم، لتدريب العاملين المهتمين في مجال المساعدة النفسية الأولية لمد يد العون لأولئك الذين يمرون بأزمات، أو في حالات الصحة العقلية عامة. تمثل الصحة العقلية طيفاً بين الصحة العقلية الجيدة ومشاكل الصحة العقلية [1]. ويعد هذا البرنامج موجهاً للعاملين في مجال الصحة العقلية، ولأفراد المجتمع، وللعمامة بشكل أوسع والذين سيقومون بعد التدريب بتقديم يد المساعدة والإرشاد للأفراد الذين يعانون من اضطرابات عقلية [1]. إن التدريب على المساعدة النفسية الأولية أظهر تحسناً في معارف العاملين في مجال الصحة العقلية، وانحساراً في الوصمة، وتراجع المواقف التمييزية أو غير المستحبة تجاه المصابين بالاضطرابات العقلية، كما ازداد تمييز الأعراض، والوصول المبكر لوسائل الرعاية الصحية، والتداخل المبكر، والدعم المجتمعي، ومنع الانتحار والذي تم تحقيقه من خلال عوامل متعددة منها الاجتماعي والديمقراطي وبما فيها طرق الانتحار [9-3]، كل هذا يمكن أن يُجمع تحت مظلة محو أمية الصحة العقلية (MHL). وقد كان جورم وزملاؤه قد عرفوا مصطلح محو أمية الصحة العقلية بأنه المعرفة والمعتقدات حول الاضطرابات العقلية والتي تساعد في تمييزها، تدبيرها أو منعها [10].

لذلك فإن محو أمية الصحة العقلية ترتبط بقدرة الشخص على تمييز الاضطراب العقلي، ومعرفة المعلومات الكافية حول عوامل الخطورة، والأسباب، والعلاجات الذاتية، والبحث عن المساعدة المختصة المتوفرة للأشخاص المصابين بالاضطرابات العقلية [11].

إن دليل المساعدة النفسية الأولية الذي تم تطويره من قبل كتشنر وزملاؤه، يوضح خمس نقاط جوهرية لمساعدة الأشخاص الذين لديهم مشاكل عقلية: تقييم خطر الانتحار أو الإيذاء، الاستماع للمريض دون الحكم عليه، إعادة الطمأنينة وإعطاء المعلومات، وتشجيع الشخص للحصول على مساعدة صحية عقلية مناسبة، وتشجيع استراتيجيات المساعدة الذاتية [1].

لقد قيّمت العديد من الدراسات أثر التدريب على المساعدة النفسية الأولية في مختلف الأماكن وعلى مختلف المشاركين بما فيهم العمامة وأفراد المجتمع، والعمال، والصيادلة، والمعلمين في المدارس وسكان المدن، ووثقت نتائج ثابتة تشمل بناء الثقة عند المتدربين في دعم الأشخاص عند الأزمات [3-12, 14-7]. أما فيما يتعلق ببيانات تحليل اثنتين من التجارب المعشاة المنضبطة حول

المساعدة النفسية الأولية المتعلقة بطلاب المدارس الثانوية، وعامة الناس في أماكن العمل المختلفة [15,16]، فقد وثق جورم وزملاؤه أن برنامج التدريب زاد من توثيق المشاركين للأعراض (الفرضية المقنعة) ولكن لم تؤثر بشكل ملحوظ على درجات الأعراض [17]. ويُنسب هذا إلى التجارب المنضبطة المعشاة RCTs التي تزيد من رغبتهم في الكشف، وبالتالي تأمين اختبار سببي قوي عن الفرضية المقنعة. استنتج جورم وزملاؤه [17] أنه من غير المحتمل أن تكون التغييرات في الرغبة بالكشف مغطوية لتراجع الانتشار عند الجمهور.

ومن الملاحظ أن برنامج تدريب المساعدة النفسية الأولية للشباب (YMHFA) والموجه للكادر العامل بمجال الصحة العقلية، وغيره من القوى العاملة، وثقّ ازدياداً ملحوظاً في محو أمية الصحة العقلية، كما وطد الثقة، وسبب تراجعاً بسيطاً في الوصمة بين العاملين، لكنه لم يؤد لتغير ذي شأن بين المشاركين بأعمال الصحة العقلية في التقييم المُجرى قبل وبعد التدريب. ولذلك فإن العاملين المختصين بالصحة العقلية والقوى المساعدة العاملة بحاجة لدورات متقدمة في [18] (YMHFA) وفي مسح لاحق لـ (YMHFA) كان المساعدون الأولون ميالون لاستخدام المهارات التي اكتسبوها خلال دورات (YMHFA) والتي تضمنت خفضاً للتصعيد عند الذين يمرون في أزمات، وإحالة الطلبة لمختصي الصحة العقلية. إضافة لذلك فقد كان الطلبة أكثر انفتاحاً في مناقشة صحتهم العقلية مع المساعدين الأوليين [19]. وفي دراسة نوعية لقصص المشاركين الذين تم تدريبهم على المساعدة النفسية الأولية وجد جورم وشركاه (2005) أن عامتهم قد قدموا الدعم للناس الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية، وأظهروا مزيداً من التعاطف والثقة، كما تعززت أهليتهم لإدارة الأزمات [20]. ولبرنامج المساعدة النفسية الأولية مدى أبعد في الحقول غير الطبية، فقد قام غابريال وزملاؤه (2019) بتوثيق المنافع المختلفة للتدريب على المساعدة النفسية الأولية عند عمال البناء في المملكة المتحدة [21]. وفي المحصلة النهائية فقد أثر برنامج المساعدة النفسية الأولية بشكل عظيم على المتدربين من خلال محو أميتهم في مجال الصحة العقلية، وذلك لمساعدة الأفراد الذين يمرون بأزمات عقلية، وهو البرنامج الذي اعتمد حول العالم وأعطى نتائج هامة أفادت عامة الناس والمتخصصين [22-25].

1.1 هدف الدراسة

تهدف هذه الدراسة لوصف التقييم ما قبل التدريب وما بعده للمتدربين الذين حضروا الدورة التدريبية للمساعدة النفسية الأولية والتي نُظمت من قبل المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية في الرياض بالمملكة العربية السعودية.

2. الطرق

2.1 الإعدادات

تم الإشراف على دورات المساعدة النفسية الأولية من قبل المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية في الرياض.

2.2 التحضيرات الأولية

لقد دعا المشرف العام للمركز السيدة بيتي كتشنر لزيارة المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية في الرياض لمدة يومين عام 2013. حيث قدمت دورة مكثفة لعشرين فرداً من المتخصصين في الصحة العقلية حول برنامج المساعدة النفسية الأولية.

وقد ناقشت السيدة بيتي في عدد من المحاضرات وجلسات العصف الذهني وورشات العمل، العناوين الأساسية مثل أنماط اضطرابات القلق، الاكتئاب، الذهان الحاد، إساءة استعمال الكحول وغيره من المواد، إلى جانب عوامل الخطورة وأساسيات ومفاهيم الصحة العقلية، والتعريفات وتطور المناهج، وفوائد ودلالات دورات المساعدة النفسية الأولية. كما أقام مدربان استراليان عام 2017 دورة تدريب المدربين TOT في مجال المساعدة النفسية الأولية. حيث جرى وقتها تدريب مكثف لأربعين فرداً من المتخصصين في مجال الصحة العقلية من مختلف مناطق المملكة العربية السعودية، وذلك خلال دورة تدريب مكثفة مدتها خمسة أيام (بمعدل تسع ساعات يومياً). وقام المختصون السعوديون الذين تم تدريبهم (وهم ستة من أصل أربعين فرداً) بإجراء دورات مطابقة في تدريب المدربين للعاملين المساعدين في مجال الصحة العقلية، وذلك باستخدام الدليل الأسترالي الخاص بالمساعدة النفسية الأولية. لم تشمل الدراسة الحالية أحداً من أولئك المتخصصين المدربين.

2.3 التصميم

تصميم دراسة الاختبار القبلي والبعدي.

2.4 المشاركون

قام فريق من المتخصصين بمجال الصحة العقلية والمساعدة النفسية الأولية بتدريب 862 فرداً من المجتمع خلال عامي 2018-2019. وقد تفاوت عدد المشاركين في كل دورة، حيث تراوح بين 25 و35 متدرجاً خلال فترة تمتد من ثلاثة إلى خمسة أيام. كان العدد الكلي لدورات المساعدة النفسية الأولية خمس وثلاثون دورة تدريبية، وكان جميع المتدربين يحملون الجنسية السعودية، وقد تمت دعوتهم من ثلاث عشرة منطقة في المملكة العربية السعودية، وأجريت بعض هذه الدورات محلياً خارج الرياض، وكان الجدول الزمني لهذه

المحاضرات قد أُعلن عنه على الموقع الرسمي للمركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية، وعلى الانستغرام وتويتر لمدة ثلاثة أشهر أو أربعة قبل البدء بكل دورة.

2.5 الاستبيان

قام فريق من خبراء الصحة العقلية بترجمة استبيان استرالي الأصل إلى العربية، وهو استبيان موثوق وقد استخدم في العديد من الأبحاث حول العالم [10,22-27]. وقد قام فريق من ثلاثة أعضاء ثنائي اللغة (العربية والإنجليزية) ممن حضروا دورة تدريب المدربين TOT التابعة لبرنامج المساعدة النفسية الأولية باختيار سبع عشرة فقرة والتي تتضمن العناوين الجوهرية المتعلقة ببرنامج المساعدة النفسية الأولية. ثم قام مستشار محايد في الصحة العقلية بمراجعة فقرات الاستبيان والموافقة عليها مع لجنة مكونة من ثلاثة خبراء آخرين. وقد وافق خبراء الصحة العقلية بالإجماع 100% على النسخة العربية من الاستبيان الذي تم تكييفه ليتلاءم مع الحالة. وإضافة لما سبق فقد نُظمت ورقة شبه مهيكلية متعلقة بالمعلومات الديمغرافية والاجتماعية لجمع بيانات المتدربين مثل العمر، الجنس، التعليم والاختصاص.

2.6 محتوى الدورة

ركزت دورة المساعدة النفسية الأولية بشكل أولي على مساعدة الناس الذين يمرون بأزمات في الصحة العقلية، أو الذين يعانون من مشاكل عقلية (غير متعلقة بالأزمات). الحالات المتأزمة والتي تناولها المحاضرون بعمق، كانت الأفكار والسلوكيات الانتحارية، تفاعل الكرب الحاد، هجمات الهلع الحادة مع أو بدون اكتئاب وحالات الذهان الحادة. إضافة لذلك فإن مشاكل الصحة العقلية التي نوقشت في دورات المساعدة النفسية الأولية تضمنت تعريف الصحة العقلية ومفاهيمها، أنماط الاكتئاب، واضطرابات الذهان والقلق، واضطرابات الكحول وغيره من المواد. كما ركز المحاضرون بشكل موجز على عوامل الخطورة وأسباب الاضطرابات العقلية. وناقش المدربون تشارك الأمراض الجسدية والنفسية في مشاكل الصحة العقلية. وقد أكدّ المدربون بأن المتدربين من عامة الناس في المجتمع يجب أن يتعلموا تمييز الأعراض الجوهرية لهذه الاضطرابات، وعوامل الخطورة المحتملة، والأسباب، وأين وكيف ومتى يتم تقديم المساعدة الفعالة للناس ذوي المشاكل العقلية أو الذين يمرون بأزمات في المجتمع، وإرشادهم إن دعت الحاجة إلى مركز أولي في الصحة العقلية أو مشا في الصحة العقلية. وفي الختام فقد تبع الكورس المخصص المصمم، التدريب على دورة المساعدة النفسية الأولية، كما أعطي كافة المشاركين

بالدورة نسخة ورقية أو الكترونية من دليل المساعدة النفسية الأولية لمزيد من المطالعة حول الموضوع وتطوير معارفهم في هذا المجال [1,10,23-27].

2.7 الآلية

قُدمت الدورة المكونة من 9 ساعات باللغة العربية على 3 جلسات، 3 ساعات يومياً، وكانت مدة الدورة تتراوح بين ثلاثة إلى خمسة أيام في الأسبوع. وقد ناقش محاضرو الصحة العقلية بتفاعل وبصورة تفصيلية الحالات الحرجة ومشاكل الصحة العقلية. واستعملت خطة عملية مكونة من خمس خطوات [1,10] لتغطية تدريب المساعدة النفسية الأولية (انظر الشكل 1). وهذه الخطة على وجه الخصوص طبقت على كل مشكلة من مشاكل الصحة العقلية والأزمات التي دُرست للمتدربين والمتعلقة بدورة المساعدة النفسية الأولية. تجدر الملاحظة أنه قد تم دعوة العديد من محاضري (TOT) دورة تدريب المدربين، من مختلف المناطق لتدريس كافة الدورات، وكان المتدربون عموماً من أفراد المجتمع وبعضهم من العاملين المساعدين في المجال الصحي، مثل الأخصائيين النفسيين وعمال الخدمة الاجتماعية وممرضى الحالات النفسية.

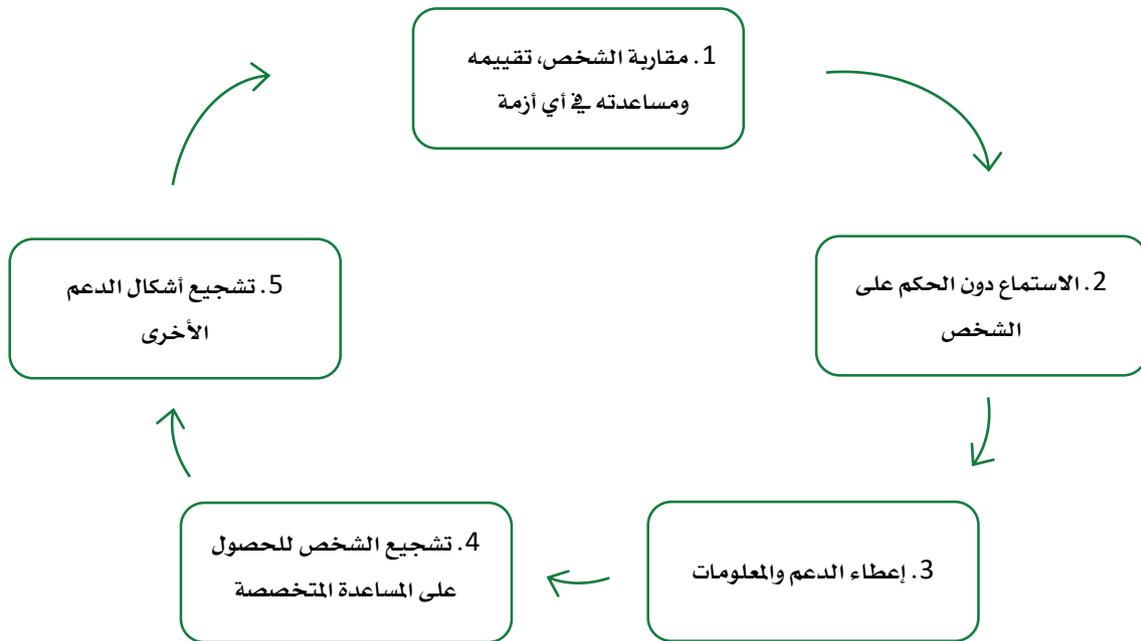
2.8 تقييم الآلية

كان عدد المشاركين الذين شملتهم هذه الدراسة 862 مشاركاً. وقد أعطي كل متدرب استبيان ذاتي ليقوم بتعبئته خلال 20 دقيقة في بداية المحاضرة الأولى من الدورة (وهو اختبار التقييم القبلي)، ومن ثم يقوم المتدرب بملء استبيان آخر في نهاية المحاضرة الأخيرة من يوم الدورة الأخير الثالث أو الخامس (وهو اختبار التقييم البعدي). لم يتم إنجاز اختبار تقييم متابعة للمشاركين. كان اختبار التقييم القبلي قد بدأ بالسؤال عن الصفات الاجتماعية الديموغرافية المتعلقة بالمشاركين والذين طلب منهم لاحقاً الإجابة على الفقرات السبع عشرة باستخدام مقياس ليكرت ذو الثلاث نقاط (أوافق - لا أوافق - لا أعلم). وقد طُلب من كل مشارك أن يضع رقمه التعريفي ذاته على ورقتي استبيان الاختبار القبلي والبعدي وكان هذا ضرورياً لجمع الورقتين معاً لتُنفس المتدرب. ورقة استبيان الاختبار البعدي كانت قد أعطيت للمشارك مع استثناء ذكر الاسم والوضع الاجتماعي الديموغرافي وطُلب منه ملؤها بالكامل. وقد أوضح المحاضرون للمشاركين أي إشكال أو التباس سألوا عنه في الاستبيان خلال تعبئته وذلك في اختبار التقييم القبلي في بداية المحاضرة الأولى. قام المدربون المساعدون بتوزيع وجمع الأوراق من المتدربين بعد التأكد من تعبئة الاستبيان بالكامل قبل مغادرة المتدربين لقاعة المحاضرة، وتم اتخاذ ذات

الخطوات في اختبار التقييم البعدي. وفي حال كون الاستبيان غير مكتمل عند أحد المتدربين كان يطلب من المتدرب المعني بالأمر إنهائه قبل مغادرة القاعة.

2.9 إدارة البيانات

تم إدخال هذه البيانات حاسوبياً باستخدام نسخة إحصائية من العلوم الاجتماعية رقم SPSS) 21.0 والتي نُظمت بدايةً ثم أُجري لها التحليل. إلى جانب الحسابات المتعلقة بالنسب المئوية، والتواتر والتوزيع (الاحصائيات الوصفية)، فإن إجابات المشتركين المبوبة في الاختبارين القبلي والبعدي كانت قد حُلَّت باستخدام اختبار مربع كاي (Chi Squared) وأخذ قيم p الملحوظة بعين الاعتبار في المستوى أقل من 0.05



الشكل 1. الخطوات الأساسية الخمسة لخطة عمل المساعدة النفسية الأولية

3. النتائج

3.1 المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية

كان أغلب المشاركين من الذكور (عددهم 552 ونسبتهم 64%) وكان أغلب المشاركين في منتصف العمر (حيث تتراوح أعمارهم بين 30-45 عاماً ويبلغ عددهم 578، أي حوالي 67%). وكان جميع المشاركين في الدراسة من أفراد المجتمع المتعلمين وعلى درجات مختلفة من التعليم الذي يتراوح بين الثانوي إلى البكالوريوس إلى درجة الماجستير في مختلف التخصصات، بما فيها العاملين المساعدين في مجالات الصحة العقلية (عددهم 862 فرداً، أي 100% من المشاركين).

3.2 إجابات المشاركين على فقرات الاستبيان السبع عشرة (من S1 إلى S17)

S1 الأشخاص الذين يعتمدون إيذاء أنفسهم ضعيفو الشخصية.
 S2 الأشخاص الذين يهددون بالانتحار لا يقومون بذلك غالباً.
 الإجابات الصحيحة لكلا العبارتين السابقتين هي لا أوافق. كانت إجابات المشاركين للعبارتين S1, S2 في اختباري التقييم القبلي والبعدي كالآتي: الإجابة الصحيحة (لا أوافق)، (S1) تراجعت بشكل ملحوظ (>0.05)، والخطأ (أوافق)، (S1) ازدادت (<0.05) بشكل ملحوظ، وانخفضت الإجابات بلا أعلم بشكل غير ملحوظ (<0.05).
 تراجعت الإجابات الصحيحة (لا أوافق)، (S2) بشكل ملحوظ (>0.05)، وازدادت الإجابات الخاطئة (أوافق)، (S2) بشكل ملحوظ (>0.05)، بينما تراجعت الإجابة بلا أعلم بشكل غير ملحوظ (<0.05)، أي أن النتيجة النهائية كانت سلبية تجاه الفقرتين (S1&S2). إن الاكتشاف المؤكد وإرشاد المرضى الذين لديهم ميل متعدد الأسباب لإيذاء الذات مرتبط باضطراب الشخصية الحدية والمضادة للمجتمع، والمرضاة المشتركة لديهم من حيث (الاكتئاب) وغيره من اضطرابات الشخصية مع السمات غير المنظمة، هذا الاكتشاف والإرشاد سيدعم قدراتهم التأقلمية والتي تؤدي لمنع إيذاء الذات، إن كان ميولاً انتحارية أو غير انتحارية [28-30]. وعلى نحو مماثل فإن الأشخاص الذين يهددون بالانتحار (S2) فإنهم يقومون بذلك فعلاً، كما أنهم يرسلون إشارات تحذيرية، وهم بحاجة لمساعدة آنية، وتدخلاً بما في ذلك القبول في جناح للأمراض النفسية بسبب الخطورة العالية للانتحار [9,31-33]. إن خطة المنع تتضمن المراقبة اللصيقة على مدى 24 ساعة، والتهديئة المناسبة وما يتبع من مقابلات شاملة تترافق مع المساعدة في حالات الكرب المرافقة للحوادث السلبية، من خلال العلاج النفسي والتدخل بالعلاج الدوائي والذي يؤدي لمخرجات جيدة وتحسين جودة الحياة للمريض.

إن كافة المرضى الذين يعانون من أمراض عقلية بحاجة لتقييم طبي ورعاية، حيث تشيع الأمراض الجسدية بينهم، لكن الوصول للرعاية التي نجدها في مختلف الدراسات ضعيف ويرتبط عادة مع معدل مرضي مرتفع، ومعدل وفيات مرتفع، وجودة حياة منخفضة، وتدنٍ في مستوى عافيتهم، وانخفاض في النتائج غالباً [34]. إن هذا بمثابة إضرار بالمرضى العقلين المصابين بأمراض بدنية وتعد على حقوقهم [35]. كما أن ما يقرب من 50% من المصابين بالاضطرابات العقلية لا يستطيعون الوصول لخدمات الرعاية النفسية، حيث تكون فترات الانتظار الطويلة أحد العوائق القوية للاستفادة من خدمات الصحة العقلية

[36]. وفي كلتا الحالتين فإن المصابين بأمراض عقلية وجسدية يميلون لاتخاذ مسار مزمن مما يزيد العبء على نظام الرعاية الصحية. ومن المثبت أن خدمات الرعاية الصحية والعقلية لذوي الأمراض العقلية بحاجة لإعادة تقييم وهيكله حول العالم. بالنسبة للفقرة الثالثة S3 فإن إجابات المشاركين الصحيحة (أوافق) والخاطئة (لا أوافق) تحسنت لكن بشكل غير ملحوظ ($0.05 <$) بينما تناقصت الإجابة بلا أعلم بشكل غير ملحوظ ($0.05 <$) والنتيجة النهائية هي تحسن إيجابي بسيط على إجابات هذه الفقرة. تُعرف الصحة العقلية من مناهير مختلفة؛ كغياب مشاكل الصحة العقلية، والحالة النفسية الجيدة، أما وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية فهي "حالة من العافية للفرد المدرك لقدراته أو قدراتها، والقادر على التكيف مع الضغط النفسي الطبيعي للحياة، والعمل المنتج والمثمر والإسهام في المجتمعات". وللصحة العقلية العديد من الأبعاد وليس فقط الخلو من الأمراض والاضطرابات العقلية، بل تظهر أيضاً كطيف من امتلاك صحة عقلية جيدة إلى الإصابة بمرض عقلي [1.37]. بالنسبة للإجابة الصحيحة للفقرة S4 لا أوافق، (S4 والإجابة الخاطئة (أوافق) فقد تحسنت أجوبة المشاركين بشكل غير ملحوظ ($0.05 <$) كما تراجعَت الإجابة بلا أعلم ($0.05 <$) مما يعكس تحسناً غير ملحوظ على معرفة المشاركين.

يتنوع المرض العقلي وأعراضه بشكل كبير ولكنه شائع بالتأكيد في جميع أنحاء العالم. ويمكن للاضطرابات العقلية أن تصيب أي شخص، لكن الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة عادة هم من لديهم عوامل خطورة تشمل العامل الوراثي والضغط النفسية الشديدة مثل البطالة، والكوارث والأزمات، والحروب وغيرها [9.38]. انخفضت الإجابة الصحيحة للمشاركين ($0.05 >$) بشكل ملحوظ (لا أوافق، S5 وازدادت ($0.05 >$) الإجابة الخاطئة (أوافق)، أما الإجابة بلا أعلم فقد انخفضت ($0.05 <$) مما يعني أثراً سلبياً ملحوظاً على المعرفة بالموضوع في اختبار التقييم البعدي للدورة التدريبية.

إن أفراد مختلف الفئات العمرية خاصة البالغين والكهول ممن يعانون من اكتئاب بسيط إلى متوسط يتجاوبون جيداً مع العلاجات النفسية المختلفة بما فيه العلاج النفسي التفاعلي، والعلاج السلوكي المعرفي والعلاج النفسي عن طريق الهاتف [1.39-41]. وعلى أي حال فإن الاكتئاب الحاد أو الذهاني والاكتئاب ثنائي القطب يحتاج تداخلات دوائية إضافية بما فيها استخدام مضادات الذهان والليثيوم ومضادات الاكتئاب [42]. فيما يتعلق بالفقرة S6 كانت الإجابات الصحيحة للمشاركين (لا أوافق) قد تعززت بشكل ملحوظ

($0.05 >$)، أما الإجابة الخاطئة (أوفاق) فقد ازدادت والإجابة بلا أعلم نقصت ($0.05 <$)

بشكل غير ملحوظ.

الجدول 1. إجابات المشاركين على فقرات الاستبيان

لكل من العبارات أدناه يرجى تحديد فيما إذا كنت موافق (A) غير موافق (D) او لا تعلم (DNK) اختر إجابة واحدة فقط							
العبارات	الإجابة الصحيحة	قبل الاختبار	%	بعد الاختبار	%	قيم P	تأثير التدريب على تغير الإجابات
1. الأشخاص الذين يتعمدون إيذاء أنفسهم هم ذوو شخصية ضعيفة.	لا اتفق	A444	51.5	A 592	68.7	P = 0.0001	إجمالاً سلبى بشكل ملحوظ
		D 359	41.6	D257	29.8	P = 0.0028	
		DNK59	6.9	DNK13	1.5	P = 0.4585	
2. الأشخاص الذين يهددون بالانتحار لا يقومون بذلك غالباً.	لا اتفق	A 425	49.3	A 588	68.2	P = 0.0001	إجمالاً سلبى بشكل ملحوظ
		D 371	43.0	D 262	30.4	P = 0.0013	
		DNK116	7.7	DNK12	1.4	P = 0.4207	
3. أغلب الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية لا يتلقون أي رعاية صحية.	اتفق	A 634	73.5	A 662	76.8	P = 0.1693	تحسن إيجابي متوسط تأثير غير ملحوظ
		D 154	17.9	D169	19.6	P = 0.6965	
		DNK74	8.6	DNK31	3.6	P = 0.3659	
4. الصحة العقلية الجيدة تعني خلو الشخص من أي اضطرابات أو أمراض عقلية.	لا اتفق	A 540	62.6	A 570	66.1	P = 0.2237	إجمالاً سلبى غير ملحوظ
		D 273	31.7	D 277	32.2	P = 0.9000	
		DNK49	5.7	DNK15	1.7	P = 0.5277	
5. الأمراض والأعراض العقلية نادرة وتؤثر على الأشخاص السنين في المجتمع.	لا اتفق	A 61	7.1	A 244	28.3	P = 0.0005	إجمالاً سلبى بشكل ملحوظ
		D761	88.3	D602	69.8	P = 0.0001	
		DNK40	4.6	DNK16	1.9	P = 0.6373	
6. الاكتئاب لا يستجيب للعلاج النفسي.	لا اتفق	A 37	4.3	A 41	4.8	P = 0.9164	إجمالاً إيجابي بشكل ملحوظ
		D774	89.8	D810	93.9	P = 0.0028	
		DNK51	5.9	DNK11	1.3	P = 0.5321	
7. المصاب بالذهان الحاد يحتاج لتعامل صارم لمنع عدوانيته.	لا اتفق	A 284	32.9	A 289	33.5	P = 0.8789	إجمالاً إيجابي بشكل ملحوظ
		D344	39.9	D542	62.9	P < 0.0001	
		DNK234	27.2	DNK31	3.6	P = 0.0041	
8. عندما يرفض شخص مصاب باضطراب عقلي المساعدة فيجب أن يجبر عليها.	لا اتفق	A 232	26.9	A 239	27.7	P = 0.8457	إجمالاً إيجابي بشكل ملحوظ
		D483	56.0	D600	69.6	P = 0.0001	
		DNK147	17.1	DNK23	2.7	P = 0.0741	
9. مضادات الاكتئاب ومضادات القلق تتحكم بالأعراض فقط.	لا اتفق	A 288	33.4	A 394	45.7	P = 0.0012	إجمالاً إيجابي بشكل ملحوظ
		D322	37.4	D 416	48.3	P = 0.0031	
		DNK252	29.2	DNK52	6.0	P = 0.0005	
10. التدخلات غير الدوائية غير ملائمة للعديد من الحالات العقلية	لا اتفق	A 301	34.9	A 227	26.3	P = 0.0349	إجمالاً إيجابي بشكل ملحوظ
		D440	51.1	D594	68.9	P < 0.0001	
		DNK121	14.0	DNK41	4.8	P = 0.1139	
11. عند التعامل مع أشخاص يعانون من الهوس من الأفضل عدم منحهم العديد من الخيارات لأن هذا سيسبب لهم مزيداً من الإرباك	اتفق	A 520	60.3	A 564	65.4	P = 0.0825	إجمالاً إيجابي بشكل ملحوظ
		D 105	12.2	D251	29.1	P = 0.0007	
		DNK237	27.5	DNK47	5.5	P = 0.0013	

إجمالاً إيجابي بشكل ملحوظ	P = 0.4739	67.4	A 581	65.4	A 564	لا أتفق	12 . هجمات الهلع، القلق الحاد والشديد يؤديان في كثير من الأحيان إلى اضطرابات عضوية مما يتطلب تدخلاً طبياً عاجلاً.
	P = 0.0098	28.3	D244	16.7	D144		
	P = 0.0394	4.3	DNK37	17.9	DNK154		
إيجابي بشكل خفيف غير ملحوظ	P = 0.3149	27.7	A 236	23.5	A 203	لا أتفق	13 . في أغلب الأحيان يحدث الانتحار فجأة دون مقدمات.
	P = 0.1660	69.5	D602	65.7	D566		
	P = 0.2277	2.8	DNK24	10.8	DNK93		
إجمالاً إيجابي بشكل ملحوظ	P = 0.0044	90.1	A 777	85.3	A735	اتفق	14 . مرضى اضطراب القلق المعم يستفيدون من التمارين.
	P = 0.7575	5.6	D 48	4.1	D35		
	P = 0.2550	4.3	DNK37	10.6	DNK92		
إجمالاً سلبي بشكل ملحوظ	P = 0.0001	85.1	A 733	76.8	A 662	لا أتفق	15 . الأفراد المصابون باضطرابات عقلية يجب أن يُراقبوا عن كثب كي لا يتسببوا بالأذى لأنفسهم
	P = 0.4551	11.8	D 102	15.2	D131		
	P = 0.3878	3.1	DNK27	8.0	DNK69		
إجمالاً سلبي بشكل ملحوظ	P = 0.0067	72.4	A 624	65.1	A561	لا أتفق	16 . غالب الناس الذين يعانون من اضطراب عقلي غير قادرين على اتخاذ قرار مناسب لحالتهم
	P = 0.9245	23.7	D204	23.3	D201		
	P = 0.1906	3.9	DNK34	11.6	DNK100		
إيجابي بشكل خفيف غير ملحوظ	P = 0.3149	27.7	A 239	23.5	A 203	اتفق	17 . خبراء الصحة العقلية يمكن أن يتعاملوا مع ادعاءات المريض وأهلامه دون الرد عليها أو التفاعل معها
	P = 0.1660	69.5	D599	65.7	D566		
	P = 0.2277	2.8	DNK24	10.8	DNK93		

التغييرات الملحوظة أو غير الملحوظة في التقييم قبل الاختبار وبعده ستوجهك نحو التأثير الإيجابي أو السلبي الإجمالي للتدريب على المشاركين.

يحتاج العاملون في مجال المساعدة النفسية الأولية أن يتعاملوا مع المريض المصاب بالاستثارة الذهانية دون الحكم عليه، ودون تمييز ودون إجبار، كما أن الموافقة أو عدم الموافقة على سلوكهم الإشكالي غير مقبول عرفاً [1.43-46]. كانت الإجابة الصحيحة للمشاركين (لا أوافق، S7) قد ازدادت بشكل ملحوظ في تقييم الاختبار البعدي للتدريب (>0.05) وتراجعت الإجابات بلا أعلم بشكل ملحوظ (>0.05) لكن الإجابات الخاطئة (أوافق، S7) ازدادت بشكل غير ملحوظ (<0.05) مما يعكس تأثيراً إيجابياً إجمالياً للتدريب على المشاركين.

إن ممارسة التمييز أو وصم أي شخص يعاني من اضطراب عقلي متضمناً إساءة استعمال المواد هو ضد حقوق الإنسان، والتدخلات بما فيها القبول في مستشفى يجب أن تكون طوعية حيث تقترن بالمخرجات والنتائج الجيدة [43,44,46]. وفي سياق متصل فإن المراهقين الذين يعانون من أمراض عقلية بما فيها الذهان، إساءة استعمال المواد، والتدخين إذا ما تم تحديدهم فإن ذلك سيؤدي للعديد من النتائج السلبية غالباً [45,47,48]. في سياق المرضى العدوانيين، فإن النهج الذي يركز على الشخص هو أفضل نموذج يوجه لفهم وتحديد عوامل الخطر المتعددة الكامنة وراء الانفعالات المؤلمة. إن التواصل مع المرضى العدوانيين يجب أن يتم بمهارة ودون مواجهة مع بناء علاقة ومفاوضات هادفة لمنع تأذي كل من المريض ومقدم الرعاية الطبية. من الطرائق

الأخرى للتعامل مع المريض المتهيج خفض التصعيد، التقييد الجسدي، والعلاج الدوائي مع المراقبة المستمرة والرعاية اللاحقة [42,49].

ينبغي على متخصصي الصحة العقلية أن يقوموا بالتشجيع أكثر من الإجبار للشخص الذي يعاني من أمراض عقلية تتضمن الاكتئاب، اضطرابات القلق، الذهان الحاد كي يطلب المساعدة من مختصي الرعاية الصحية العقلية ومؤسساتها [43:1-46]. كانت إجابات المشاركين الصحيحة (لا أوافق)، (S8) قد تحسنت بشكل ملحوظ في اختبار التقييم البعدي (>0.05). وفي نفس الوقت كانت الإجابات الخاطئة (أوافق) في اختبار التقييم البعدي قد ازدادت بشكل غير ملحوظ (<0.05) وانخفضت الإجابات بلا أعلم بصورة غير ملحوظة (<0.05) في المحصلة النهائية كان هناك تأثير إيجابي على معرفة المشاركين في التقييم البعدي.

فيما يتعلق بمضادات الاكتئاب ومضادات القلق وغيرها من العلاجات النفسية فإنها لا تؤدي فقط للتخفيف من أعراض اضطرابات القلق لكنها أيضاً تحقق هجوعاً لهذه الحالات [1، 51، 50]. كانت كل من الإجابات الصحيحة (لا أوافق)، (S9) والإجابات الخاطئة قد ازدادت بشكل ملحوظ (>0.05) وتناقصت الإجابات بلا أعلم بشكل ملحوظ (>0.05) مما يعكس تأثيراً خفيفاً بالمجمل على معرفة المتدربين.

ومن المؤكد أن التداخلات غير الدوائية والتي تتضمن العلاج النفسي، ووسائل إعادة التأهيل والدعم العائلي والمجتمعي قد أسهما في تحسين حالة الذهان والاضطرابات العقلية الخفيفة [39-41، 52-55]. كانت الإجابات الصحيحة للمشاركين (لا أوافق)، (S10) قد ازدادت بشكل ملحوظ (>0.05) والإجابات الخاطئة (أوافق) قد نقصت بشكل ملحوظ (>0.05) وانخفضت الإجابات بلا أعلم بصورة غير ملحوظة في اختبار التقييم البعدي مما يعكس أثراً إيجابياً على معرفة المشاركين.

المرضى المصابون بأي ذهان بما فيها الهوس قد لا يختارون أنسب خيار من العلاجات المتوفرة حتى أنهم قد يرفضون العلاج أو الدخول إلى المستشفى، وذلك مرتبط بضعف القدرة على المحاكمة، وتدني البصيرة والخلل المعرفي [42,56]. وعلى أي حال فيجب تقييم القدرة على اتخاذ القرار بعناية، احتراماً لحق المريض بشأن الدخول إلى المستشفى ورفض العلاج [57]. كانت أجوبة المشاركين الصحيحة (أوافق)، (S11) قد ازدادت بشكل غير ملحوظ (<0.05)، أما الأجوبة الخاطئة (لا أوافق) فقد ازدادت بشكل ملحوظ في اختبار التقييم البعدي (>0.05) أما الإجابات بلا أعلم فقد انخفضت بشكل ملحوظ (>0.05).

من الواضح أن هجمات الهلع وحالات القلق الشديد والحاد لا تسبب خللاً عضوياً غالباً، لكن مرضى الهلع الحاد ونمطه التنفسي وغيره من اضطرابات القلق الشديدة تظهر غالباً مع ألم صدري، وخوف، وضيق تنفس، وخفقان قلب، وتعرُّق، وأعراض هضمية، ورجفان، والشعور بدنو الأجل، ويكون التصوير الوعائي طبيعياً، كما قد تترافق مع أعراض طبية تتضمن الربو، السكري، أمراض الشرايين التاجية، متلازمة الألم العضلي الليفي المزمن، الصرع، الشلل الدماغي، متلازمة القولون المتهيج، مما يتطلب تداخلات طبية ونفسية متكاملة [58,59]. كانت إجابات المشاركين الصحيحة (لا أوافق، S12) قد تحسنت بشكل ملحوظ (>0.05) وتناقصت الإجابات الخاطئة (أوافق) بشكل غير ملحوظ (<0.05)، أما الإجابة بلا أعلم فقد انخفضت بشكل ملحوظ (>0.05). من المثبت أن المرضى الذين ينهون حياتهم فجأة دائماً ما يقدمون إنذارات أو مؤشرات مناسبة والتي تتضمن وضع خطة، شراء مسدسات، التعبير عن أفكار انتحارية، مع محاولات انتحار سابقة وأمراضاً عقلية [9]. فيما يتعلق بالفقرة S13 كانت إجابات المشاركين الصحيحة (لا أوافق، S13) والخاطئة (أوافق، S13) قد ازدادت بشكل غير ملحوظ (<0.05)، كذلك انخفضت الإجابات بلا أعلم (<0.05). ومن المثبت أن الاستبيانات ذات الأسئلة المباشرة عن السلوك الانتحاري والخطط التي تتضمن إشارات تحذيرية [9] تميل لمساعدة المرضى على وجه الخصوص في تحديد المرضى ذوي الخطورة المرتفعة، مما يسمح بالتدخل في الوقت المناسب في حالات كهذه [31,33] مما يؤدي لنتائج أفضل وتحسين جودة الحياة للمريض. وعلى الرغم من خشية بعض المرضى من أن الحديث عن الانتحار قد يؤدي "لوضع أفكار" في أذهان المرضى، فقد أظهر الباحثون ان مناقشة الانتحار لا يزيد من خطورة السلوك الانتحاري [60-61]. والأهم من ذلك، أن المرضى المعرضين لخطر الانتحار بحاجة لتقييم أكثر شمولاً لتحديد الشدة التي تعكس النية الانتحارية، والخطط لتعمد إيذاء الذات والفكر الانتحاري، والتواصل (التعبير) وغيرها من السلوكيات الانتحارية [33,62]. تشير الأدلة المتراكمة إلى أن السلوكيات التي تتعمد إيذاء الذات تنجز وظائف متنوعة مثل تخفيض المشاعر السلبية (تنظيم الوجدان)، وتدني الاستثارة والتعافي بعد الإصابة [63,64]. في بعض الدراسات كان المرضى النفسيون الذين يتعاملون مع مرضى يؤذون أنفسهم بشكل متكرر، يميلون لتطوير مواقف سلبية مثل النفور والابتعاد والعزل [65] وهذه المواقف من قبل المهنيين الصحيين بحاجة لتغيير جذري. بالإضافة لذلك قد يعبر الأحياء عن مواقف إيجابية أو سلبية تجاه هؤلاء الذين يتعمدون إيذاء أنفسهم [66]. في المحصلة يستحضر السلوك المتعمد لإيذاء الذات تصورات متنوعة إيجابية وسلبية لدى

مزودي الخدمة الطبية، والتي يجب أن تكون مادة للنقاش خلال التدخلات العلاجية في برامج المساعدة النفسية الأولية وجلسات التدريب.

من المؤكد أن التمارين تساعد ليس في اضطرابات القلق فحسب، بل في مختلف الاضطرابات العقلية مثل الاكتئاب، اضطرابات ما بعد الولادة، اضطرابات الطعام، اضطرابات استعمال المواد، الفصام، اضطرابات فرط الحركة نقص الانتباه [67,68] كما أن نمط الحياة الكسول يؤدي لاضطرابات القلق والاكتئاب والأمراض الطبية [69]. في هذا السياق S14 كانت أجوبة المتدربين الصحيحة (أوافق) قد ازدادت بشكل ملحوظ (>0.05)، وازدادت الأجوبة الخاطئة (لا أوافق) بشكل غير ملحوظ (<0.05)، ولم يطرأ تغيير ملحوظ على الإجابات بلا أعلم التي انخفضت أيضاً (<0.05).

وقد وثقت العديد من الدراسات أن جميع المرضى الذين يعانون من اضطرابات عقلية لا يحتاجون لمراقبة لصيقة لأنهم في الغالب لا يؤذون أنفسهم أو الآخرين ولا يحتاجون لدخول المستشفى [1]. 3% - 20% من المرضى العقلين وخاصة الذين يعانون من الاكتئاب الحاد، الذهان الحاد، استعمال المواد، اضطراب الشخصية الحدية، الخرف، النوايا الانتحارية أو نوايا القتل، الهلاوس السمعية، سلوك الفرار والهروب يمكن أن يتطلبوا الدخول في المستشفى والمتابعة الخاصة [70،1،72]. فيما يتعلق بالفقرة S15 كانت الإجابات الصحيحة للمشاركين (لا أوافق) S15 والإجابات بلا أعلم قد انخفضت بشكل غير ملحوظ (<0.05) والإجابة الخاطئة (أوافق) S15 ازدادت بشكل ملحوظ (>0.05) مما يعني أنها تركت أثراً سلبياً على معرفة المتدربين وممارساتهم.

ومن الثابت أن أغلب المرضى الذين يعانون من اضطرابات عقلية يقومون باتخاذ القرار المناسب، أو القرار المشترك حول ظروفهم، خاصة اضطرابات القلق والاكتئاب والوسواس القهري مع استثناء أي نوع من أنواع الذهان، حيث يبحثون عن العلاج والدخول إلى مستشفى والمتابعة المنتظمة [1,73]. فيما يتعلق بالفقرة S16 ازدادت الإجابة الصحيحة للمشاركين (لا أوافق) S16 بشكل غير ملحوظ (<0.05) وازدادت الإجابة الخاطئة (أوافق) بشكل ملحوظ (>0.05) وانخفضت الإجابات بلا أعلم بشكل غير ملحوظ (<0.05) في اختبار التقييم البعدي، مما يعني نتيجة سلبية للتدريب على معرفة المتدربين.

يجب على خبراء الصحة العقلية أن يتعاملوا بشكل غير تفاعلي مع أوهام الاضطهاد للمرضى، والاتهامات الموجهة إلى الأشخاص الآخرين [1,43-46]. وقد ازدادت إجابات المشاركين الصحيحة (أوافق) S17 والخاطئة (لا أوافق) بشكل غير ملحوظ (<0.05)، وانخفضت الإجابة بلا أعلم بشكل غير ملحوظ (<0.05)، في اختبار التقييم البعدي. أثبت البحث أن أغلب الأوهام المرتبطة

بالتحيز المنطقي أو العجز متعلقة بمواضيع اجتماعية، والتي تتسبب بمحنة كبيرة للأشخاص المتوهمين وغالباً ما يقود الجدل المنطقي معهم إلى سلوك عدائي [74,75]. في المحصلة النهائية فالحد الأدنى لأنماط الإجابات الثلاثة للمشاركين من المجتمع (أوافق - لا أوافق - لا أعلم للفقرات من S1 إلى S17) قبل وبعد الدورة التدريبية كان متغيراً، وربما يُعزى ذلك إلى بعض الصعوبة في الاستبيان، ومعلومات المشاركين القليلة، ومنظورهم وموقفهم وتعاملهم مع مشاكل الصحة العقلية وحالات الأزمات.

4. المناقشة

إن دراسة اختبار التقييم القبلي والبعدي للدورة التدريبية للمساعدة النفسية الأولية توضح بعمق أجوبة أفراد المجتمع لفقرات الاستبيان السبع عشرة. ووفقاً للبيانات الديموغرافية الاجتماعية فإن نسبة المشاركين من الذكور كانت أكبر من الإناث، وأغلبهم كانوا بالغين يحملون شهادة بكالوريوس أو ماجستير في مختلف المجالات، وبعضها تعود لاختصاصات طبية مساعدة. وتدعم هذه البيانات جزئياً نتيجة دراسات أخرى [79-81]. إن النتائج المهمة لهذه الاكتشافات تتضمن تخفيف العوائق المجتمعية على المرأة لتشارك في أبحاث الصحة العقلية، ورغم أن مستواهن التعليمي يزداد بسرعة مع تسارع توسع فرص العمل، فالتعليم الجامعي التخصصي بعد التخرج يحتاج لمزيد من الارتقاء في المملكة العربية السعودية.

وبعبارات محددة فإن التدريب على المساعدة النفسية الأولية لأفراد المجتمع، يجب أن يصبح إلزامياً في المملكة العربية السعودية وربما في غيرها من دول الخليج. وبالتالي فإن العاملين المدربين على المساعدة النفسية الأولية، يمكنهم بشكل مناسب مساعدة الناس في حالات الأزمات، ومشاكل الصحة العقلية وإرشادهم لطلب تداخلات الصحة العقلية المبكرة مما يؤدي للحصول على مخرجات أفضل وتحسين جودة الحياة. وبما أن مشاكل الصحة العقلية تتزايد بسرعة عند المراهقين بنسبة 17% [82]، فإن على أفراد المجتمع أن يكونوا مدربين على برنامج المساعدة النفسية الأولية المهياً للملاءمة احتياجات صغار السن، لا في دول الخليج فحسب بل حول العالم أيضاً.

بالاعتماد على هذه الدراسة، فإن إجابات أفراد المجتمع تعززت بسويات بسيطة إلى ملحوظة بعد تدريب المساعدة النفسية الأولية، وأكدت نتائج دراسات أخرى: فمن الواضح أن مرضى الاضطرابات العقلية لا يتلقون الرعاية الطبية المناسبة [34-36]؛ تساعد التمارين في تحسين حالات القلق البسيطة والمتوسطة والاكتئاب [67-69,83]؛ وعلى العاملين بمجال الصحة العقلية أن يشجعوا ذوي الاضطراب العقلي لا إجباره على طلب المساعدة من مؤسسات الصحة العقلية [1.43-46]؛ كما أن الكثير من الاضطرابات العقلية كاضطرابات القلق، والاكتئاب

وغيرها أيضاً من الاضطرابات يمكن ان تتحسن بعلاجات غير دوائية بما فيها العلاج السلوكي المعرفي [39-41, 52-55] CBT؛ كما أنها تهجع بمضادات الاكتئاب والقلق [1,50,51]؛ كما أن القلق واضطرابات الهلع لا تسبب أمراضاً طبية لكنها تترافق عادة مع أعراض تحاكي الأمراض الجسدية [58,59]؛ إن الموافقة أو عدم الموافقة القويين على سلوكيات المرضى العنيفة بسبب أنماط الحياة غير المقبولة اجتماعياً، هي ضد العرف السائد وحقوق الإنسان، وكذلك وبكل تأكيد يدخل التحامل والوصمة أيضاً ضمن ذات الباب [1,43-47]؛ إن استكشاف السلوك الانتحاري دون الحكم عليه، بما فيها مشعرات ومؤشرات الانتحار لا يزيد من خطورة الانتحار بل يمنعه [28,31-33,60-62,83,84]؛ والنقاش الفوري واستخلاص المعلومات من الأفراد ذوي حالات الذهان الحاد بسبب الصدمة الحادة أو غيرها من الأسباب مثل إساءة استعمال المواد لا يساعدهم وإنما يزيد الحالة سوءاً، فهم بحاجة لطرق إيجابية وتشجيعية [1,74,75,85,86]. لا يمكن للمرضى الذين يعانون من الذهان الحاد اختيار الأفضل من خيارات العلاج المحددة وقد يرفضون العلاج بسبب نقص في المحاكمة وضعف البصيرة والخلل الإدراكي [56]. كما أن أوهام الأشخاص في الغالب ما تكون مرتبطة بانحراف منطقي وخلل في التواصل الاجتماعي وعليه فإن الجدل والنقاش المنطقي معهم غالباً ما يؤدي لسلوك عنيف [87,88]. في مقال مراجعة شرح رانجبار وزملاؤه فوائد التمارين وديناميكيته بما فيها آلياتها الحيوية الكيمائية وصفات المريض العقلي الذي يتجاوب مع التمارين كتداخل طبيعي بديل [89]. واعتماداً على العديد من الدراسات فإن الوصمة عند المرضى العقليين تعد من أكبر العوائق في وجه تلقيهم للرعاية الصحية العقلية الفعالة، ناهيك عن العواقب السلبية والتي تشمل ضعف الالتزام بالعلاج، والانعزال، وتدني نتائج العلاج [90-92]؛ كما تتداخل أيضاً مع الممارسة المهنية [93]. وعلى العكس من ذلك فإن انحسار الوصمة له الكثير من الآثار، والتي تتضمن رغبة أكبر في الكشف عن المرض العقلي، والالتزام الأفضل بالعلاج الدوائي وتعافٍ أفضل [94]. ولإيجاد طرائق ناجعة في إزالة الوصمة فإننا مدعوون لتطبيق بحث متين ومنهجي للكشف عن معارف ومواقف وممارسات الأفراد المضطربين عقلياً المتعلقة بالوصمة والتمييز التي يواجهونها في المجتمع [95,96].

وعلى الجانب الآخر فإن الدراسة الحالية وفقاً للنتائج البعدية لتدريب المساعدة النفسية الأولية كانت ذات أثر سلبي على إجابات المشاركين ولم تدعم نتائج الدراسات الأخرى. إن سلوكيات تعتمد أذية النفس غير مرتبطة بضعف الشخصية وإنما باضطراب الشخصية الحدية على الأشيع [28-30] وأولئك الذين يهددون بالانتحار غالباً ما يقومون به [9,31-33] وعلى أي حال فإن

السلوكيات التي تتعمد أذية الذات تخفض المزاج السلبي (تنظيم الوجدان)، كما تخفض الاستثارة، والضيق، والسلوكيات الانتحارية [63,64]. على مهنيي الصحة العقلية تهدئة المرضى العنيفين الذين يتعمدون إيذاء الذات بطرق غير المواجهة، واستخدام وسائل نزع التصعيد، والتقييد الجسدي، واستخدام مناسب للعلاج الدوائي مع المراقبة المستمرة والرعاية اللاحقة [49]. ومن الملاحظ أن معارف المشاركين المتعلقة بمبادئ وتعريف الصحة العقلية لم تتحسن [1,37] وبالمثل فيما يتعلق بكون الاضطرابات العقلية ليست نادرة وتصيب أولئك المعرضين وراثياً وممن يعانون من ضغوط حياة قاسية بما فيها الصراعات والحروب [9,38]. أغلب المرضى المصابين باضطرابات عقلية ليسوا بحاجة لمستشفى ولا متابعة خاصة، حيث أنهم لا يؤذون أنفسهم ولا الآخرين، ولديهم القدرة على اتخاذ القرار المناسب المتعلق بمشاكل صحتهم العقلية [1,70-73]. على المستوى العالمي استفاد المشاركون المدربون على المساعدة النفسية الأولية بالطرق التالية: ازدياد المعرفة بمفاهيم الصحة العقلية ومبادئها، والتمييز المبكر لأعراض الاضطرابات العقلية، ومعرفة عوامل الخطورة للأمراض العقلية، والتحويل المبكر لرعاية المختصين، والقيام بالتدخل المبكر المرتبط بالتحسن الجيد، وإزالة الوصمة والعزلة الاجتماعية، مع غير ذلك من المواقف الإيجابية، وتعزيز الثقة في إيصال الخدمة بما فيها استخدام الدعم العائلي والمجتمعي للمصابين بالمرض العقلي/ أو يمرون بأزمات أو لديهم أمراض بدنية [13,20,25,93,97].

طرحت الدراسة الحالية عدداً من التساؤلات المهمة أحدها هو: لماذا لم تتحسن إجابات جميع المشاركين بشكل ملحوظ على فقرات الاستبيان السبع عشرة في التقييم القبلي والبعدي؟ إن عدداً من المكونات يمكن أن تُسهم في نتائجنا، مثل ملاءمة الاستبيان، المستوى المنخفض من محو أمية الصحة العقلية عند أفراد المجتمع، اختلاف المدربين الذين أجروا التدريب، واختلاف طرائق تدريس المحاضرين. ولربما كان الاستبيان صعباً بعض الشيء لتتم الإجابة عليه بشكل صحيح من قبل أفراد المجتمع، وعلى النقيض من ذلك فإن مختصي الصحة العقلية سيقومون بالعمل ذاته بنجاح. وإذا كان الأمر كذلك فإن الاستبيان ينبغي أن يكون أقل تعقيداً خصوصاً ما يتعلق بالفقرات الست التي كان لها أثر سلبي على معارف المشاركين في مجال الصحة العقلية في اختبار التقييم القبلي والبعدي. وهذا ضروري لأن أفراد المجتمع ليسوا على نفس مستوى مختصي الصحة العقلية من حيث المعرفة بالصحة العقلية ومحو أميتها. إضافة لذلك فلربما كان الاستبيان معداً بشكل جيد ومتوافقاً إلا أن المتدربين لم يكونوا قد حضروا بالكامل جميع المحاضرات وعليه فقد فقدوا عدة فقرات من الاستبيان والتي تم شرحها بوضوح من قبل المحاضرين. وقد يجادل البعض بأنه ليس على المشاركين في الدراسة الإجابة على كل الفقرات

الواردة في استبيان الاختبار البعدي. وفي النهاية يمكن لخبرة التدريس وطرائق التدريس لمختلف المدربين أن تكون قد أثرت سلباً على فهم المتدربين لدورات المساعدة النفسية الأولية. ومن العوامل الأخرى التي لها أن تفيد في شرح إيجابيات وسلبيات هذه الدراسة، الاختيار الذاتي للعينة غير العشوائية وغير الممثلة لكافة أفراد المجتمع، وإن كان من المحتمل أن تكون مجموعة مقنعة غير متجانسة من المشاركين. كل التحديات سألقة الذكر تجاه دورة المساعدة النفسية الأولية الموجهة لعامة الناس البسطاء، والمجتمعات، قد نوقشت بشكل واف وتم الإضاءة عليها في مختلف الدراسات المرتبطة [27-3,11,14,18,20,25]. ومن التحفظات على هذه الدراسة، أن نتائجها لا يمكن أن تُعمم على كل مجتمعات المملكة العربية السعودية، وقوة هذه الدراسة تكمن في أن 65% من المشاركين أظهروا تغييرات إيجابية بسيطة إلى ملحوظة يمكن أن تعطي برهاناً على فعالية هذه الدورة. وبسبب بنية التعليم من غير المتوقع أن تحدث التغييرات الحقيقية بسرعة. وفي المحصلة لقد تلقى جميع المشاركين تدريباً جيداً في دورة المساعدة النفسية الأولية، وقد تعلم 65% من المشاركين العديد من الدروس من هذا النموذج، ونحن ننصح بوجود استمرار هذه الدورات التدريبية كما يحصل حالياً وأن تتكرر في المستقبل لإحداث مزيد من التعزيز والارتقاء بالمعلومات والمواقف والممارسات لأفراد المجتمع بما يتعلق بالمساعدة النفسية الأولية في المملكة العربية السعودية.

5. الخلاصة

إن الاستبيان ذا الفقرات السبع عشرة في اختبار التقييم القبلي والبعدي والذي كان مصمماً لدراسة أفراد المجتمع الذين تلقوا تدريباً لمدة تراوحت بين 3 إلى خمسة أيام حول المساعدة النفسية الأولية، قد خلص لتحقيق فائدة إيجابية كبيرة عند تقييم ردودهم. وبعبارة أخرى فلم يظهر جميع المشاركين وإنما 65% منهم فقط، تحسناً في محو الأمية حول الصحة العقلية فوراً بعد تدريب المساعدة النفسية الأولية. وفي المستقبل وإلى جانب تكرار هذه الدورة لأفراد المجتمع الذين سبق تدريبهم، فيجب إجراء دراسات منضبطة معشاة لتقييم فعالية هذه الدورة على محو أمية المتدربين في الصحة العقلية.

الموافقة والقبول الأخلاقي

لقد تلقت هذه الدراسة اعفاءً أخلاقياً، حيث يظهر عدم تسببها بأي خطر صحي على المشاركين فيها. وقد تم إعلام المشاركين عن فحوى وأهداف البحث مقدماً، باستخدام لغة سهلة، كما تم إيضاح كل تساؤل ولبس قُدّم من قبلهم من قبل مساعدي الباحثين المفوضين. وقد أُخبر المشاركون بأن إنهاء الاستبيان لن

يستغرق أكثر من 20 دقيقة، وبأن أحداً لن يتمكن من الوصول إلى البيانات التي قدموها إلا فريق البحث. علاوة على ذلك، أعطى جميع المشاركين موافقة شفوية طوعية للمشاركة في هذه الدراسة بشرط أن يقوم الباحثون بإخفاء هويتهم الشخصية وألا يُسمح لأي طرف ثالث بالوصول إلى بياناتهم. كما تم إخبار المشاركين أن البيانات المقدمة للنشر في المجالات العلمية ستكون أيضاً مجهولة المصدر.

تضارب المصالح

أعلن مؤلفو الدراسة بأنه لا وجود لتضارب مصالح.

المراجع

1. Kitchener BA, Jorm AF, Kelly CM. Mental health first aid manual. 3rd Ed. Melbourne: Mental Health First Aid Australia; 2013.
Available:www.mhfa.com.au
2. Adams SHGD. Mental health first aid for firearm owners: Addressing the elephant in the room. *Alternative Law Journal*. 2019;1-6.
3. Kitchener BA, Jorm A. Mental health first aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*. 2002;2:10.
4. Kitchener B, Jorm A. Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2004;4:23.
5. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training: Review of evaluation studies. *Australian New Zealand Journal Psychiatry*. 2006;40:6-8.
6. Jorm A, Kitchener B, O' Kearney R, Dear K. Mental health first aid training of the public in a rural area: A cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2004;4:33.
7. Jorm A, Kitchener B, Sawyer M, Scales H, Cvetkovski S. Mental health first aid training for high school teachers: A cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2010;10:51.
8. Jorm AF, Nicholas A, Pirkis J, Rossetto A, Fischer JA, Reavley NJ. Quality of assistance provided by members of the Australian public to a person at risk of suicide: Associations with training experiences and sociodemographic factors in a national survey. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):68.
9. Qureshi NA, Alduraim RA, Aldossari SM, Al-Habeeb AA. Epidemiological trends, risk factors and prevention strategies of suicide. A critical review of relevant literature. *Journal Advances Medicine and Medical Research*. 2020;11:51-70.
10. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. 'Mental health literacy': A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal Australia*. 1997;166:182-186.
11. Jorm A. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal Psychiatry*. 2000;177:396-401.
12. Minas H, Colucci E, Jorm AF. Evaluation of mental health first aid training with members of the Vietnamese community in Melbourne, Australia. *International Journal Mental Health Systems*. 2009;3(1):19.
13. O'Reilly CL, Bell Skelly PJ, Chen TF. Impact of mental health first aid training on pharmacy students' knowledge, attitudes and self-reported behaviour: A controlled trial. *Australian New Zealand Journal Psychiatry*. 2011;45:549-557.
14. Sartore GM, Kelly B, Stain HJ, Fuller J, Fragar L, Tonna A. Improving mental health capacity in rural communities: Mental health first aid delivery in drought-affected rural New South Wales. *Australian Journal Rural Health*. 2008;16(5):313-318.

15. Hart LM, Morgan AJ, Rossetto A, Kelly CM, Mackinnon A, Jorm AF. Helping adolescents to better support their peers with a mental health problem: A cluster randomized cross-over trial of teen mental health first aid. *Australian New Zealand Journal Psychiatry*. 2018;52:638-561.
16. Reavley NJ, Morgan AJ, Fischer J, Kitchener B, Bovopoulos N, Jorm AF. Effectiveness of eLearning and blended modes of delivery of mental health first aid training in the workplace: Randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2018;18:312.
17. Jorm AF, Mackinnon AJ, Hart LM, Reavley NJ, Morgan AJ. Effect of community members' willingness to disclose a mental disorder on their psychiatric symptom scores: Analysis of data from two randomized controlled trials of mental health first aid training. *Epidemiology Psychiatric Sciences*. 2020;29:e46,1-5.
18. Haggerty D, Carlson JS, McNall M, Lee KS, Williams S. Exploring youth mental health first aider training outcomes by workforce affiliation: A survey of project AWARE participants. *School Mental Health*. 2019;11:345-356.
19. Tyler JN. Exploring the use of youth mental health first aid skills in schools (Thesis). Georgia State University; 2020.
20. Jorm AF, Kitchener BA, Mugford SK. Experiences in applying skills learned in a mental health first aid training course: A qualitative study of participants' stories. *BMC Psychiatry*. 2005;5:43.
21. Janusonyte G, Lawani K, Hare B, Lawrence M. Evaluating the impact of Mental Health First Aid training for UK construction workers. In: *The International Council for Research and Innovation in Building and Construction (CIB) World Building Congress. Constructing Smart Cities*; 2019.
22. Lee OE, Tokmic F. Effectiveness of mental health first aid training for underserved Latinx and Asian American immigrant communities. *Mental Health & Prevention*. 2019;13:68-74.
23. El-Den S, Moles R, Choong HJ, O'Reilly C. Mental health first aid training and assessment among university students: A systematic review. *Journal American Pharmacists Association*; 2020. (Advanced Publication).
24. Crone DM, Sarkar M, Curran T, Baker CM, Hill D, Loughren EA, Dickson T, Parker A. Mental health first aid for the UK Armed Forces. *Health Promotion International*. 2020;35(1):132-9.
25. Jorm AF, Kitchener BA, Reavley NJ. Mental health first aid training: Lessons learned from the global spread of a Qureshi et al.; *INDJ*, 14(1): 16-31, 2020; Article no.INDJ.56846 28 community education program. *World Psychiatry*. 2019;18(2):142-143.
26. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal Public Health*. 1999;89: 1328-1333.

27. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Rodgers B, Pollitt P, Christensen H, Henderson S. Helpfulness of interventions for mental disorders: Beliefs of health professionals compared with the general public. *British Journal Psychiatry*. 1997;171:233-237.
28. Gysin-Maillart A, Soravia L, Schwab S. Attempted suicide short intervention program influences coping among patients with a history of attempted suicide. *Journal Affective Disorders*. 2020;264:393-399.
29. Krysinska K, Heller TS, De Leo D. Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. *Current Opinion Psychiatry*. 2006;19(1):95-01.
30. Ferrara M, Terrinoni A, Williams R. Non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescent inpatients: Assessing personality features and attitude toward death. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*. 2012;6(1):12.
31. VanWinkle K, Kaur S, Parsh B. Screening adolescents for suicide risk. *Nursing*. 2020;50(2):19-20.
32. The Joint Commission. Detecting and treating suicide ideation in all settings. *Sentinel Event Alert*. 2016;56.
33. Suicide Prevention and Resource Center. Suicide screening and assessment; 2014. Available: www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/RS_suicide%20screening_91814%20final.pdf
34. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: A public health and ethical priority. *World Psychiatry*. 2009;8(1):1.
35. Hardy S, Price B. Well-being, physical and mental health: Part 1. *Mental Health Practice*. 2020;23(1).
36. Eisenberg D, Golberstein E, Gollust SE. Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical Care*. 2007;594-601.
37. World Health Organization. Mental health: Strengthening mental health promotion (Fact Sheet No 220). Geneva: WHO; 2007.
38. World Health Organization; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Available: http://www.who.int/social_determinants/en
39. Cuijpers P, Van Straten A, Andersson G, Van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal Consulting Clinical Psychology*. 2008; 76(6):909.
40. Cuijpers P, Karyotaki E, Eckshtain D, NgMY, Corteselli KA, Noma H, Quero S, Weisz JR. Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*; 2020.
41. Castro A, Gili M, Ricci-Cabello I, Roca M, Gilbody S, Perez-Ara MÁ, et al. Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal Affective Disorders*. 2020;260:514-26.
42. Børklund LB, Horsdal HT, Mors O, Gasse C, Østergaard SD. Psychopharmacological treatment of psychotic mania and psychotic bipolar depression compared to non-

- psychotic mania and non-psychotic bipolar depression. *Bipolar Disorders*. 2017;19(6):505-512.
43. Pilarinos A, Barker B, Nosova E, Milloy MJ, Hayashi K, Wood E, et al. Coercion into addiction treatment and subsequent substance use patterns among people who use illicit drugs in Vancouver, Canada. *Addiction*. 2020;115(1):97-106.
 44. Szmukler G. Involuntary detention and treatment: Are we edging toward a “Paradigm Shift”? *Schizophrenia Bulletin*. 2020;46(2):231–235.
 45. Lauckner C, Warnock CA, Schipani-McLaughlin AM, Lambert DN, Muilenburg JL. The relationship between perceived parental leniency, access to alcohol at home, and alcohol consumption and consequences among rural adolescents. *Journal Rural Mental Health*. 2020;44(1):26.
 46. Burda C. Substance use disorders: Semantics and stigma. *The Nurse Practitioner*. 2020;45(1):14-17.
 47. Smith PH, Chhipa M, Bystrik J, Roy J, Goodwin RD, McKee SA. Cigarette smoking among those with mental disorders in the US population: 2012–2013 update. *Tobacco Control*. 2020;29(1):29-35.
 - Qureshi et al.; *INDJ*, 14(1): 16-31, 2020; Article no.INDJ.5684629
 48. Streck JM, Weinberger AH, Pacek LR, Gbedemah M, Goodwin RD. Cigarette smoking quit rates among persons with serious psychological distress in the United States from 2008 to 2016: Are mental health disparities in cigarette use increasing? *Nicotine Tobacco Research*. 2020;22(1):130-134.
 49. Harwood RH. How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings? *Journal Royal College Physicians (Edinburgh)*. 2017;47(2):94-101.
 50. Strachan LP, Hyett MP, McEvoy PM. Imagery rescripting for anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: Recent advances and future directions. *Current Psychiatry Reports*. 2020;22(4):1-8.
 51. Tayem YI, Jahrami HA, Ali MK, Hattab SW. Ambulatory pharmacotherapy of five psychiatric disorders in Bahrain: A descriptive study. *Psychiatric Quarterly*. 2020;1-0.
 52. Camacho-Gomez M, Castellvi P. Effectiveness of family intervention for preventing relapse in first-episode psychosis until 24 months of follow-up: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophrenia Bulletin*. 2020;46(1):98-109.
 53. Roca M, Vilaregut A, Palma C, Barón FJ, Campreciós M, Mercadal L. Basic family relations, parental bonding and dyadic adjustment in families with a member with psychosis. *Community Mental Health Journal*. 2020;1-7.
 54. Maxwell A, Tsoutsoulis K, Menon Tarur Padinjareveettil A, Zivkovic F, Rogers JM. Longitudinal analysis of statistical and clinically significant psychosocial change following mental health rehabilitation. *Disability Rehabilitation*. 2019;41(24):2927-39.
 55. Aly R, Naeem F, Javed A. Psychosocial interventions in rehabilitation: An intercultural perspective. In: *Intercultural Psychotherapy*. Springer, Cham. 2020; 361-376.

56. Freudenreich O. Forensic aspects of schizophrenia care. In: Psychotic Disorders. Humana, Cham. 2020;435-450.
57. Maylea C, Ryan CJ. Decision-making capacity and the Victorian mental health tribunal. International Journal Mental Health Capacity Law. 2018;2017(23):87-108.
58. Meuret AE, Tunnell N, Roque A. Anxiety disorders and medical comorbidity: Treatment implications. In: Anxiety Disorders. Springer, Singapore. 2020;237-261.
59. Okuro RT, Freire RC, Zin WA, Quagliato LA, Nardi AE. Panic disorder respiratory subtype: Psychopathology and challenge tests—an update. Brazilian Journal Psychiatry; 2020.
60. Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? Psychological Medicine. 2014;44(16):3361-3363.
61. Manton A. Suicide prevention...ask the question! Journal Emergency Nursing. 2016;42(6):467-468.
62. SAMSA/HRSA Center for Integrated Health Resources. Screening tools: Suicide risk screening tools. Available: www.integration.samhsa.gov/clinicalpractice/screening-tools#suicide
63. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. Clinical Psychology Review. 2007;27(2):226-239.
64. John-Evans H, Davies B, Sellen J, Mercer J. Functions of non-suicidal self-injury in prisoners with mental health diagnoses. Mental Health Practice. 2020;23(1). DOI: 10.7748/mhp.2018.e1282
65. Patterson P, Whittington R, Bogg J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: The Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). Journal Psychiatric Mental Health Nursing. 2007;14(5):438-445.
66. Klonsky ED, Weinberg A. Assessment of nonsuicidal self-injury. In: MK Nock (Ed.), Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment and treatment. American Psychological Association. 2009;183-199.
67. Stanton R, Reaburn P. Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. Journal Science Medicine Sport. 2014;17(2):177-182.
68. Ashdown-Franks G, Firth J, Carney R, Carvalho AF, Hallgren M, Koyanagi A, et al. Exercise as medicine for mental and substance use disorders: A meta-review of the benefits for neuropsychiatric and cognitive outcomes. Sports Medicine. 2020;50(1):151-170. Qureshi et al.; INDJ, 14(1): 16-31, 2020; Article no.INDJ.5684630
69. Huang Y, Li L, Gan Y, Wang C, Jiang H, Cao S, Lu Z. Sedentary behaviors and risk of depression: A meta-analysis of prospective studies. Translational Psychiatry. 2020;10(1):1-0.
70. Park LB. Special observation in the care of psychiatric inpatients: A literature review. Issues Mental Health Nursing. 2001;22(8): 769-86.

71. Whitehead E, Mason T. Assessment of risk and special observations in mental health practice: A comparison of forensic and non-forensic settings. *International Journal Mental Health Nursing*. 2006;15(4):235-241.
72. Sinvani L, Strunk A, Patel V, Shah S, Mulvany C, Kozikowski A, et al. Constant observation practices for hospitalized persons with dementia: A survey study. *American Journal Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2019;34(4):223-230.
73. Rodenburg-Vandenbussche S, Carlier I, van Vliet I, van Hemert A, Stiggelbout A, Zitman F. Patients' and clinicians' perspectives on shared decision-making regarding treatment decisions for depression, anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder in specialized psychiatric care. *Journal Evaluation Clinical Practice*. 2020;26(2): 645-658.
74. Ward T, Garety PA. Fast and slow thinking in distressing delusions: A review of the literature and implications for targeted therapy. *Schizophrenia Research*. 2019; 203:80-87.
75. Lancellotta E, Bortolotti L. Are clinical delusions adaptive? *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*. 2019;10(5): e1502.
76. Altman DG, Machin D, Bryant TN, Gardner MJ, (Eds). *Statistics with Confidence*, 2 ndEd. BMJ Books. 2000;49).
77. Campbell I. Chi-squared and Fisher-Irwin tests of two-by-two tables with small sample recommendations. *Statistics in Medicine*. 2007;26:3661-3675.
78. Richardson JTE. The analysis of 2 x 2 contingency tables - Yet again. *Statistics in Medicine*. 2011;30:890.
79. Alhabeeb AA, Alasmari SS, Alduraim RA, Qureshi NA. Mental health awareness phone polling surveys: Focus on community knowledge, attitude and practice, Saudi Arabia. *International Neuropsychiatric Disease Journal*. 2019; 13(1):1-14.
80. Mahmoud MA. Knowledge, awareness regarding mental health and barriers to seeking psychiatric consultation in Saudi Arabia. *Asian Journal Pharmaceutical Research Health Care*. 2019;10(4):109-16.
81. Alosaimi FD, AlAteeq DA, Bin Hussain SI, Alhenaki RS, Bin Salamah AA, AlModihesh NA. Public awareness, beliefs and attitudes toward bipolar disorder in Saudi Arabia. *Neuropsychiatric Disease Treatment*. 2019;15:2809-2818.
82. Adolescent Mental Health-World Health Organization; 2019. Available:<https://www.who.info>.
83. Ross AM, Kelly CM, Jorm AF. Re-development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: A Delphi study. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1).
84. Nicholas A, Rossetto A, Jorm A, Pirkis J, Reavley N. Importance of messages for a suicide prevention media campaign. *Crisis*. 2018;1–13.
85. Fazel M, Stratford HJ, Rowsell E, Chan C, Griffiths H, Robjant K. Five applications of narrative exposure therapy for children and adolescents presenting with post-traumatic stress disorders. *Frontiers Psychiatry*. 2020;11:19.
86. Freedman SA. Psychological interventions to prevent PTSD. *Psychiatric Annals*. 2019;49(7):314-319.

87. Giancola PR, Josephs RA, Parrott DJ, et al. Alcohol myopia revisited: Clarifying aggression and other acts of disinhibition through a distorted lens. *Perspectives Psychological Sciences*. 2010;5:265-278.
88. Crane CA, Schlauch RC, Miller KE. Caffeinated alcoholic beverages and intimate partner violence victimization. *Journal Caffeine Adenosine Research*. 2019;9(2):60-63.
89. Ranjbar E, Memari AH, Hafizi S, Shayestehfar M, Mirfazeli FS, Eshghi MA. Depression and exercise: A clinical review and management guideline. *Asian J Sports Med*. 2015;6(2):e24055.
90. Stier A, Hinshaw SP. Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. *Australian Psychology*. 2007;42:106-117.
91. The World Health Organization. Mental health gap action programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: WHO; 2008. Available: [www.who.int/publications/en/Qureshi et al.; INDJ, 14\(1\): 16-31, 2020; Article no.INDJ.5684631](http://www.who.int/publications/en/Qureshi%20et%20al.;%20INDJ,%2014(1):%2016-31,%202020;Article%20no.INDJ.5684631)
92. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet*. 2007;370:810-811.
93. Phokeo V, Sproule B, Raman-Wilms L. Community pharmacists' attitudes toward and professional interactions with users of psychiatric medication. *Psychiatric Services*. 2004;55:1434-1436.
94. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the Evidence from Four Countries. *World Psychiatry*. 2017;16:90-99.
95. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, Koschorke M, Shidhaye R, O'Reilly C, Henderson C. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*. 2016;387(10023):1123-1132.
96. Reavley NJ, Jorm AF. Experiences of discrimination and positive treatment in people with mental health problems: Findings from an Australian national survey. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49:906-913.
97. Rickles N, Dube G, McCarter A, Olshan J. Relationship between attitudes toward mental illness and provision of pharmacy services. *Journal American Pharmacists Association*. 2010;50:704-713.

© 2020 Qureshi et al.; This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Peer-review history: The peer review history for this paper can be accessed here: <http://www.sdiarticle4.com/review-history/56846>

هاتف: 8 8 0 0 8 6 5 (0 1 1)
مركز الاتصال: 9 2 0 0 3 3 3 6 0
البريد الإلكتروني: info@ncmh.org.sa
الموقع الإلكتروني: www.ncmh.org.sa
فاكس: 8 8 0 0 8 6 4 (0 1 1)
صندوق البريد: 9 5 4 5 9 الرياض 1 1 5 2 5

رقم الإيداع: ١٤٤٢/٦٨٢١
ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٩١٦٠٧-٠٠٠٠