



WORLD HEALTH ORGANIZATION

Kesehatan Mental dalam Kedaruratan



Albania / refugees from Kosovo. Photo courtesy of UNHCR/B. Press

Aspek Mental dan Sosial Kesehatan
Masyarakat yang Terpapar Stresor yang Ekstrem

Department of Mental Health and Substance Dependence
World Health Organization Geneva
2003

Kesehatan Mental dalam Kedaruratan

Latar Belakang

Organisasi Kesehatan Sedunia (*World Health Organization/WHO*) merupakan badan Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) yang bertanggung jawab tentang tindakan untuk mencapai derajat kesehatan tertinggi bagi semua orang. Dalam WHO, Departemen Kesehatan Mental dan Ketergantungan Zat (*the Department of Mental Health and Substance Dependence*) menyediakan kepemimpinan dan bimbingan untuk menjembatani kesenjangan antara apa yang dibutuhkan dan apa yang tersedia untuk mengurangi beban gangguan mental dan untuk mempromosikan kesehatan mental.

Dokumen ini merangkum posisi Departemen Kesehatan Mental dan Ketergantungan Zat saat ini dalam membantu masyarakat yang terpapar akan stressor yang ekstrem, seperti pengungsi, pengungsi internal (*Internally Displaced Persons/IDPs*), survivor bencana dan populasi yang terkena terorisme, perang atau genosida. WHO menyadari bahwa jumlah orang yang terpapar stressor yang ekstrem sangat banyak dan bahwa paparan terhadap stressor yang ekstrem merupakan factor risiko masalah kesehatan mental dan sosial. Prinsip dan strategi yang dibahas di sini terutama untuk diterapkan pada negara-negara dengan sumber daya yang miskin, tempat bermukimnya sebagian besar populasi yang terekspos pada kehidupan bencana dan peperangan. Kesehatan mental dan kesejahteraan pekerja kemanusiaan juga perlu diperhatikan, tetapi kebutuhan mereka tidak dibahas dalam dokumen ini.

Dalam dokumen ini, istilah intervensi sosial digunakan untuk intervensi yang terutama ditujukan untuk mempunyai efek sosial, dan istilah intervensi psikologik digunakan untuk intervensi yang terutama ditujukan untuk mempunyai efek psikologik. Disadari bahwa intervensi sosial mempunyai efek psikologik sekunder dan bahwa intervensi psikologik mempunyai efek sosial sekunder sebagaimana yang tersirat dalam istilah psikososial. WHO dalam konstitusinya mendefinisikan kesehatan sebagai kondisi kesejahteraan fisik, mental dan sosial dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kecacatan. Dengan menggunakan definisi kesehatan ini sebagai titik tolak, dokumen ini meliputi posisi saat ini dari Departemen Kesehatan Mental dan Ketergantungan Zat tentang aspek mental dan sosial dari kesehatan masyarakat yang terekspos terhadap stresor yang ekstrem.

Tujuan kami, terkait dengan aspek mental dan sosial dari kesehatan masyarakat yang terekspos terhadap stresor ekstrem adalah:

1. menjadi sumber dalam hal nasihat teknis untuk kegiatan lapangan oleh organisasi pemerintah, non-pemerintah dan antar pemerintah dalam koordinasi dengan Departemen Kedaruratan dan Aksi Kemanusiaan WHO.
2. menyediakan kepemimpinan dan bimbingan untuk memajukan kualitas intervensi di lapangan.
3. memfasilitasi pengadaan bukti sebagai dasar aktivitas lapangan dan kebijakan pada tingkat komunitas dan sistem kesehatan.

Prinsip Umum

Dengan adanya informasi dari berbagai dokumen yang dibuat oleh para ahli mengenai pedoman, prinsip dan proyek, Departemen Kesehatan Mental dan Ketergantungan Zat meminta perhatian diarahkan kepada prinsip umum berikut:

1. *Persiapan sebelum kedaruratan.*
Rencana persiapan nasional harus dibuat sebelum terjadinya kedaruratan dan harus termasuk: (a) pembangunan sistem koordinasi dengan penunjukan orang yang bertanggung jawab dari setiap badan, (b) desain rencana detail untuk persiapan respon sosial dan kesehatan mental yang adekuat, dan (c) pelatihan personil yang relevan dalam intervensi sosial dan psikologik yang diperlukan.



Return of refugees from West Timor. Photo courtesy of UNHCR/M. Kobayashi

2. *Asesmen.*
Intervensi harus didahului dengan perencanaan yang teliti dan asesmen terhadap konteks setempat (keadaan, budaya, sejarah dan sifat permasalahan, persepsi setempat terhadap distress dan penyakit, cara menghadapi/*coping*, sumber daya masyarakat dsb.). Departemen Kesehatan Mental dan Ketergantungan Zat mendorong diadakannya dalam keadaan darurat asesmen kuantitatif tentang disabilitas atau fungsi sehari-hari. Jika asesmen mengungkapkan kebutuhan yang luas yang tidak mungkin dipenuhi, laporan asesmen harus menyebutkan secara spesifik mendesaknya kebutuhan, sumber daya setempat dan potensi sumber daya eksternal.
3. *Kolaborasi.*
Intervensi harus melibatkan konsultasi dan kolaborasi dengan organisasi pemerintah dan non-pemerintah (LSM/NGO) lainnya yang bekerja di bidang ini. Keterlibatan yang berkelanjutan dari pemerintah (sebaiknya), atau LSM lokal, sangat penting untuk menjamin kesinambungan. Banyak organisasi yang bekerja sendiri-sendiri tanpa koordinasi akan menyebabkan terbuangnya sumber daya yang berharga. Jika mungkin, staf, termasuk staf manajemen, sebaiknya diambil dari komunitas setempat.

4. *Integrasi ke dalam pelayanan kesehatan primer.*
Dipimpin oleh sektor kesehatan, intervensi kesehatan mental harus dilaksanakan di dalam pelayanan kesehatan umum primer (Yankes Primer) dan harus memaksimalkan perawatan oleh keluarga dan penggunaan aktif sumber daya di masyarakat. Pelatihan klinis di pekerjaan (*on-the-job training*) dan supervisi dan dukungan yang menyeluruh terhadap pekerja Yankes primer oleh spesialis kesehatan mental merupakan komponen penting bagi kesuksesan integrasi pelayanan kesehatan mental dalam Yankes Primer.
5. *Akses ke pelayanan bagi semua.*
Tidak dianjurkan untuk membuat pelayanan kesehatan mental bagi populasi khusus yang terpisah dan bersifat vertikal. Sejauh dimungkinkan, akses terhadap pelayanan harus diperuntukkan bagi seluruh komunitas dan lebih baik tidak terbatas pada sub-populasi yang teridentifikasi berdasarkan keterpaparan akan stresor tertentu. Bagaimana pun juga, penting untuk mengadakan program kampanye jangkauan (*outreach awareness programmes*) untuk menjamin pengobatan kelompok rentan atau minoritas di Yankes Primer.
6. *Pelatihan dan supervisi.*
Kegiatan pelatihan dan supervisi harus dilakukan oleh spesialis kesehatan mental – atau di bawah bimbingan mereka – untuk waktu yang cukup agar menjamin efek yang berkelanjutan dari pelatihan dan pelayanan yang bertanggung jawab. Tidak dianjurkan melakukan pelatihan pendek ketrampilan untuk satu atau dua minggu tanpa supervisi lanjutan.
7. *Perspektif jangka panjang.*
Setelah terpaparnya populasi terhadap stresor yang hebat, lebih baik memfokus pada pembangunan pelayanan kesehatan mental primer dan intervensi sosial yang berbasis komunitas untuk jangka menengah dan panjang, daripada memfokus pada peredaan distres psikologik segera dan jangka pendek selama fase akut dari suatu kedaruratan. Sayangnya, gerakan dan pendanaan untuk program kesehatan mental paling banyak selama atau segera setelah kedaruratan akut, tetapi program semacam ini akan jauh lebih efektif jika diimplementasikan dalam waktu yang panjang selama beberapa tahun berikutnya. Penting untuk meningkatkan pemahaman donor akan masalah ini.
8. *Indikator monitoring.*
Aktivitas harus dimonitor dan dievaluasi dengan indikator yang telah ditetapkan, jika mungkin, sebelum aktivitas dimulai, bukan ditambahkan belakangan.

Strategi intervensi untuk petugas kesehatan di lapangan

Dengan informasi dari literatur dan pengalaman para ahli dan dengan tujuan untuk memberi masukan kepada permintaan yang datang dari lapangan, Departemen Kesehatan Mental dan Ketergantungan Zat memberi anjuran untuk strategi intervensi bagi masyarakat yang terekspos akan stresor ekstrem. Ada beragam pilihan intervensi sejalan dengan fase kedaruratan. Fase kedaruratan akut di sini didefinisikan sebagai periode saat angka kematian kasar (*crude mortality rate*) sangat meningkat karena deprivasi kebutuhan dasar (makanan, tempat berlindung, keamanan, air dan sanitasi, akses ke puskesmas, manajemen penyakit menular) akibat kedaruratan. Periode ini diikuti oleh fase rekonsolidasi saat kebutuhan dasar kembali pada tingkat yang kurang lebih sama dengan sebelum kedaruratan atau, dalam kasus pengungsian, pada tingkat yang sama dengan populasi sekitarnya. Dalam kedaruratan kompleks, (a) daerah yang berbeda dapat berada dalam fase yang berbeda atau (b) suatu daerah dapat berganti-ganti antara dua fase dalam waktu tertentu.



Rwandan returnees. Photo courtesy of UNHCR/A. Hollman

1. Fase kedaruratan akut

Selama fase kedaruratan akut, dianjurkan untuk melakukan intervensi sosial yang tidak mengganggu kebutuhan akut, seperti pengadaan makanan, tempat berlindung, pakaian, pelayanan puskesmas, dan jika mungkin, penanggulangan penyakit menular.

1.1 *Intervensi sosial dini yang berharga, termasuk:*

- Menjamin dan menyebarkan arus informasi yang kredibel tentang (a) kedaruratan; (b) upaya menjamin keselamatan fisik masyarakat, (c) informasi upaya bantuan, termasuk apa yang dilakukan oleh masing-masing organisasi kemanusiaan dan di mana lokasinya; dan (d) keberadaan kerabat untuk mendorong penyatuan keluarga (dan, jika mungkin, menyediakan akses komunikasi dengan kerabat di tempat jauh). Informasi harus disebarluaskan menurut prinsip komunikasi risiko: yaitu informasi harus sederhana (dapat dimengerti oleh penduduk lokal di atas 12 tahun) dan empatik (menunjukkan pemahaman akan situasi survivor bencana).

- Mengorganisasi pelacakan keluarga untuk anak yang sendirian, lansia dan kelompok rentan lain.
- Memberikan pengarahan kepada petugas lapangan dari sektor kesehatan, distribusi pangan, kesejahteraan sosial dan pendataan tentang hal-hal yang menyangkut berkabung, disorientasi dan kebutuhan untuk partisipasi aktif.
- Mengorganisasi penampungan dengan tujuan agar anggota keluarga dan masyarakat tetap berkumpul bersama.
- Berkonsultasi kepada masyarakat mengenai keputusan di mana akan ditempatkan sarana ibadah, sekolah dan suplai air di penampungan. Menyediakan ruang untuk kegiatan agama, rekreasi dan kebudayaan dalam desain kamp.
- Jika dimungkinkan, tidak dianjurkan untuk penguburan jenazah tanpa upacara demi pengendalian penyakit menular. Berlawanan dengan mitos, jenazah tidak atau sedikit berisiko untuk penyakit menular. Mereka yang berkabung perlu untuk mengadakan upacara pemakaman dan – apabila jenazah tidak terutilisasi atau membusuk – melihat jenazah untuk mengucapkan selamat jalan. Sertifikat kematian perlu diadakan untuk mencegah adanya akibat keuangan dan hukum yang tidak perlu di pihak kerabat.
- Mendorong kembali dilakukannya aktivitas budaya dan keagamaan yang normal (termasuk upacara berkabung dalam kerja sama dengan praktisi spiritual dan agama).
- Mendorong aktivitas yang memfasilitasi masuknya yatim-piatu, janda-duda atau orang sebatang kara ke dalam jejaring sosial.
- Mendorong pengorganisasian aktivitas rekreasi normal untuk anak-anak. Penyedia bantuan harus berhati-hati untuk tidak memberikan keperluan rekreasi (misalnya seragam sepak bola, mainan modern) yang dianggap mewah dalam konteks lokal sebelum kedaruratan.
- Mendorong dimulainya sekolah untuk anak-anak, meskipun tidak penuh.
- Melibatkan orang dewasa dan remaja dalam kegiatan yang konkret, bertujuan, dan diminati bersama (misalnya membangun tempat penampungan, mengorganisasi pelacakan keluarga, pembagian makanan, mengorganisasi vaksinasi, mengajar anak-anak).
- Menyebarkan secara luas informasi yang sederhana, menenteramkan, dan empatik tentang reaksi stres normal kepada masyarakat luas. Rilis pres, program radio, poster dan selebaran yang singkat dan tidak bersifat sensasional akan berguna untuk menenteramkan masyarakat. Fokus pendidikan masyarakat sebaiknya tentang reaksi normal, karena penyebaran sugesti tentang psikopatologi selama fase ini (dan kurang lebih empat minggu pertama setelah bencana) berpotensi merugikan meskipun tidak dimaksudkan demikian. Informasi itu harus menekankan diharapkan pemulihan alamiah.

1.2 Berikut ini anjuran tentang intervensi psikologik dalam fase akut:

- Membuat kontak dengan puskesmas atau pelayanan darurat di area setempat. Menangani keluhan psikiatrik yang mendesak (misalnya keberbahayaan terhadap diri sendiri atau orang lain, psikosis, depresi berat, mania, epilepsi) di puskesmas, tanpa melihat apakah puskesmas tersebut dijalankan oleh pemerintah atau LSM. Menjaga ketersediaan obat psikotropik esensial di puskesmas. Banyak orang dengan keluhan psikiatrik yang mendesak mempunyai gangguan psikiatrik yang sudah ada sebelumnya dan terputusnya medikasi harus dihindari. Sebagai tambahan, sebagian orang mungkin mencari pengobatan karena masalah kesehatan mental akibat terpapar stresor yang ekstrem. Kebanyakan masalah kesehatan mental akut selama fase kedaruratan akut paling baik ditangani tanpa medikasi dengan mengikuti prinsip 'pertolongan pertama psikologik' (yaitu, mendengarkan, menyatakan keprihatinan, menilai kebutuhan, menjaga terpenuhinya kebutuhan fisik dasar, tidak memaksa berbicara, menyediakan atau mengerahkan pendamping dari keluarga atau orang yang dekat, mendorong tetapi tidak memaksakan dukungan sosial, melindungi dari cedera lebih lanjut).



Afghan refugees. Photo courtesy of UNHCR/A. Banta

- Dengan mengasumsikan adanya pekerja masyarakat relawan/non-relawan, mengorganisasikan dukungan emosional yang tidak bersifat intrusif dan menjangkau masyarakat dengan menyediakan, jika perlu, 'pertolongan pertama psikologik'. Karena kemungkinan efek negatif, tidak dianjurkan untuk mengadakan debriefing psikologik sesi tunggal (*single session psychological debriefing*) yang memaksa orang untuk berbagi pengalaman pribadi melebihi yang akan dilakukan secara alami.
- Jika fase akut berkepanjangan, mulai pelatihan dan supervisi pekerja yankes primer dan pekerja kemasyarakatan (untuk deskripsi aktivitas ini, lihat seksi 2.2).

2. Fase rekonsolidasi

2.1 Berikut ini saran tentang aktivitas intervensi sosial:

- Melanjutkan intervensi sosial yang relevan seperti digambarkan pada seksi 1.1.
- Mengorganisasi kegiatan psikoedukasi yang menjangkau ke masyarakat untuk memberi edukasi tentang ketersediaan pilihan pelayanan kesehatan mental. Dilakukan tidak lebih awal dari empat minggu setelah fase akut, beri penjelasan dengan hati-hati tentang perbedaan psikopatologi dan distress psikologik normal, dengan menghindari sugesti adanya psikopatologi yang luas dan menghindari istilah atau idiom yang membawa stigma.
- Mendorong dilakukannya cara *coping* yang positif yang sudah ada sebelumnya. Informasi itu harus menekankan harapan terjadinya pemulihan alamiah.
- Dengan berlalunya waktu, jika kemiskinan adalah masalah yang berlanjut, dorong upaya pemulihan ekonomi. Contoh inisiatif semacam ini adalah (a) skema kredit mikro atau (b) aktivitas yang mendatangkan penghasilan jika pasar lebih menjanjikan sumber penghasilan yang berkelanjutan.

2.2 Dalam hal intervensi psikologik selama fase rekonsolidasi, dianjurkan melakukan aktivitas berikut:

- Mendidik pekerja kemanusiaan lain dan pemuka masyarakat (misalnya kepala desa, guru dll.) dalam ketrampilan inti perawatan psikologik (seperti 'pertolongan pertama psikologik', dukungan emosional, menyediakan informasi, penenteraman yang simpatik, pengenalan masalah kesehatan mental utama) untuk meningkatkan pemahaman dan dukungan masyarakat dan untuk merujuk orang ke puskesmas jika diperlukan.
- Melatih dan menyupervisi pekerja Yankes primer dalam pengetahuan dan ketrampilan dasar kesehatan mental (misalnya pemberian medikasi psikotropik yang tepat, 'pertolongan pertama psikologi', konseling suportif, bekerja bersama keluarga, mencegah bunuh diri, penatalaksanaan keluhan somatik yang tak dapat dijelaskan, masalah penggunaan zat dan rujukan). Kurikulum inti yang dianjurkan adalah *Kesehatan Mental Pengungsi* dari WHO/UNHCR's (1996) [Tersedia dalam bahasa Indonesia. AM].
- Menjamin kesinambungan medikasi pasien psikiatrik yang mungkin tidak mempunyai akses terhadap medikasi selama fase kedaruratan akut.
- Melatih dan menyupervisi pekerja komunitas (misalnya pekerja bantuan, konselor) untuk membantu pekerja Yankes primer yang beban kerjanya berat. Pekerja komunitas dapat terdiri dari relawan, paraprofesional, atau profesional, tergantung keadaan. Pekerja komunitas perlu dilatih dan disupervisi dengan baik dalam berbagai ketrampilan inti: asesmen persepsi individual, keluarga dan kelompok tentang masalah yang dihadapi, 'pertolongan pertama psikologik', menyediakan dukungan emosional, konseling perkabungan (*grief counseling*),

manajemen stres, 'konseling pemecahan masalah', memobilisasi sumber daya keluarga dan masyarakat serta rujukan.

- Bekerja sama dengan penyembuh tradisional (*traditional healers*) jika mungkin. Dalam beberapa keadaan, dimungkinkan kerja sama antara praktisi tradisional dan kedokteran.
- Memfasilitasi terbentuknya kelompok dukungan tolong diri yang berbasis komunitas. Fokus dari kelompok tolong diri ini biasanya berbagi pengalaman dan masalah, curah pendapat untuk solusi atau cara yang lebih efektif untuk coping (termasuk cara-cara tradisional), menimbulkan dukungan emosional timbal balik dan kadang kala menimbulkan inisiatif di tingkat masyarakat.



Georgia / Abkhazia Republican Hospital. Photo courtesy of UNHCR/A. Hollman

Intervensi di atas dianjurkan untuk diterapkan bersamaan dengan prioritas pembangunan sistem kesehatan mental yang berjalan:

- Bekerja ke arah pembangunan atau penguatan rencana strategik yang mungkin dilakukan bagi program kesehatan mental nasional. Tujuan jangka panjang adalah mengurangi institusi psikiatri yang ada ('asilum'), memperkuat pelayanan psikiatrik di puskesmas dan rumah sakit umum, dan memperkuat perawatan komunitas dan keluarga bagi orang dengan gangguan mental yang kronik dan parah.
- Bekerja ke arah legislasi dan kebijakan kesehatan mental nasional yang relevan dan patut. Tujuan jangka panjang adalah terbentuknya sistem kesehatan masyarakat yang fungsional dengan kesehatan mental sebagai elemen inti.

Sumber materi WHO

Daftar sumber materi WHO berikut ini mencakup: (i) dokumen kesehatan mental yang kemungkinan relevan untuk semua populasi yang terpapar atau pun tidak terhadap stresor ekstrem dan (ii) dokumen kesehatan mental spesifik yang relevan untuk populasi yang terekspos pada stresor ekstrem.

WHO (1990). The introduction of a mental health component into primary care. WHO: Geneva.
http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000040
Catatan: Dokumen klasik ini mengenai integrasi kesehatan mental ke dalam Yankes primer.

WHO (1994). Quality assurance in mental health care. Checklists, glossaries, volume 1. WHO: Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_MND_94.17.pdf

WHO (1996). Mental health of refugees. Geneva: World Health Organization in collaboration with the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.
<http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf>
Catatan: Dokumen ini ditulis untuk pekerja Yankes primer dan komunitas untuk mengobati sejumlah gangguan dan masalah kesehatan mental dalam kamp pengungsi.
[Tersedia dalam Bahasa Indonesia. AM]
[Available in Indonesian. AM]

WHO (1997). Quality assurance in mental health care. Checklists, glossaries, volume 2. WHO: Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MSA_MNH_MND_97.2.pdf
Catatan: Kedua dokumen ini mencakup jaminan mutu, monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan mental di berbagai situasi.

WHO (1997). Promoting independence of people with disabilities due to mental disorders: A guide for rehabilitation in primary health care. WHO: Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MND-RHB_97.1.pdf
Catatan: Ini adalah manual dengan panduan untuk pengobatan disabilitas mental oleh pekerja Yankes primer.

WHO (1998). Mental disorders in primary care. WHO: Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNH_IEAC_98.1.pdf
Catatan: Dokumen ini berisi program pendidikan untuk membantu penyedia Yankes primer dalam diagnosis dan pengobatan gangguan mental.
[Tersedia dalam Bahasa Indonesia. AM]
[Available in Indonesian. AM]

WHO (1998). Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version. WHO: Geneva.
<http://www.who.int/msa/mnh/ems/icd10/icd10pc/icd10phc.htm>

WHO (1999). Declaration of cooperation: Mental Health of refugees, displaced and other populations affected by conflict and post-conflict situations. WHO: Geneva.
<http://www.who.int/disasters/cap2002/tech.htm>
Catatan: Deklarasi ini merangkum prinsip panduan untuk proyek bagi populasi yang terekspos stresor ekstrem.

WHO (1999, revised 2001). Rapid assessment of mental health needs of refugees, displaced and other populations affected by conflict and post-conflict situations: A community-oriented assessment. WHO: Geneva.
<http://www.who.int/disasters/cap2002/tech.htm>
Catatan: Dokumen ini menggambarkan asesmen kualitatif konteks keadaan pengungsi. Fokusnya pada persiapan, lingkup asesmen dan pelaporan.
[Tersedia dalam Bahasa Indonesia. AM]
[Available in Indonesian. AM]

WHO (2000). Preventing suicide: A resource for primary health care workers. WHO: Geneva.
http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000059
Catatan: Buklet ini merangkum pengetahuan dasar pencegahan bunuh diri untuk pekerja Yankes primer.

WHO (2000). Women's mental health: An evidence based review. WHO: Geneva.
http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000067
Catatan: Laporan ini menyajikan bukti riset mutakhir mengenai hubungan gender dan kesehatan mental, dengan fokus pada depresi, kemiskinan, posisi sosial dan kekerasan terhadap wanita.

WHO (2001). World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope. WHO: Geneva.
Catatan: Ini adalah telaah yang otoritatif dan komprehensif tentang epidemiologi, beban, faktor risiko, prevensi dan pengobatan gangguan mental di seluruh dunia. Laporan ini menyediakan kerangka kerja untuk mengorganisasi program kesehatan mental suatu negara.
<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/pdf/whr2001.en.pdf>
(versi bahasa Inggris) atau
<http://www.who.int/whr2001/2001/main/fr/pdf/whr2001.fr.pdf>
(versi bahasa Perancis)

WHO (2001). The effectiveness of mental health services in primary care: The view from the developing world. WHO: Geneva.
http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000050
Catatan: Ini adalah telaah dan evaluasi tentang efektifitas program kesehatan mental di Yankes primer di negara berkembang.

WHO (2002). Working with countries: Mental health policy and service development projects. WHO: Geneva.
http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000404

Catatan: Dokumen ini menggambarkan berbagai aktivitas bantuan teknis dalam pembuatan kebijakan dan pengembangan pelayanan kesehatan mental di tingkat negara.

WHO (2002). Nations for Mental Health: Final report. WHO: Geneva.
http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000400

Catatan: Dokumen ini merangkum strategi terkini WHO: untuk meningkatkan pengetahuan akan efek masalah kesehatan mental dan ketergantungan zat, untuk mempromosikan kesehatan mental dan mencegah gangguan, untuk menghasilkan modal bagi promosi kesehatan mental dan penyediaan pelayanan dan untuk meningkatkan pengembangan pelayanan.

WHO (2002). Atlas: Country profiles of mental health resources. WHO: Geneva.
<http://mh-atlas.ic.gc.ca>

Catatan: Data dasar online dan terbaru ini menyediakan informasi tentang sumber daya kesehatan mental di sebagian besar negara di dunia, termasuk negara yang banyak penduduknya terpapar stresor ekstrem.

Informasi lebih lanjut dan umpan balik

Untuk informasi lebih lanjut dan umpan balik, silakan menghubungi Dr Mark Van Ommeren (vanommerenm@who.int, fax: +41-22 791 4160), nara sumber di WHO untuk kesehatan mental dalam kedaruratan, dalam tim Kesehatan Mental: Bukti dan Riset (Koordinator: Dr Shekhar Saxena).

Penasihat regional WHO

Aktivitas kesehatan mental kedaruratan WHO diimplementasikan dalam kerja sama dengan Penasihat Kesehatan Mental Regional WHO, yaitu:

Dr Vijay Chandra
WHO Regional Office for South-East Asia New Delhi,
India
chandrav@whosea.org

Dr Xiangdong Wang (a.i.)
WHO Regional Office for the Western Pacific Manila,
Philippines
wangx@wpro.who.int

Dr Custodia Mandlhate
WHO Regional Office for Africa Brazzaville, Republic
of Congo
mandlhatec@whoafr.org

Dr Claudio Miranda
WHO Regional Office for the Americas / Pan
American Health Organization Washington, USA
mirandac@paho.org

Dr Ahmad Mohit
WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean
Cairo, Egypt
mohita@who.sci.eg

Dr Wolfgang Rutz
WHO Regional Office for Europe Copenhagen,
Denmark
wru@who.dk

Diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh:

[Translated into Indonesian by:]

Dr. Albert Maramis
WHO Indonesia, Jakarta
Indonesia
almarams@indo.net.id