الاستراتيجية الوطنية للصحّة النفسية في لبنان

2030-2023

مسودة للمراجعة

من قبل الاطراف المعنية

ايار 2023

مسودة

المحتويات

--	تمهيد
--	الشكر
--	قائمة الأشكال
--	ملخص تنفيذي
تحليل الوضع	
4	I. الوضع العام في لبنان: بلد يعاني من أزمات متعدّدة
4	أ. السياق
5	ب. تأثير الأزمات التي يشهدها لبنان على النظام الصحي
5	II. عبء الاضطرابات النفسية في لبنان
7	أ. أثر الصراعات الماضية
8	ب. أثر الأزمة السورية
8	ت. تأثير جائحة كوفيد -19
9	ث. أثر انفجار مرفأ بيروت
9	ج. تأثير المسائل المتعلّقة بالحماية
10	III. المعرفة والمواقف والسلوكيات المتعلّقة بالصحة النفسية
10	IV. أهم الإنجازات التي تحققت في إطار الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية (2015-2020)
16	V. الثغرات والتحديات والفرص
16	1. على مستوى القيادة والإدارة
18	2. على مستوى إعادة تنظيم خدمات الصحة النفسية
19	3. على مستوى رفع مستوى الوقاية والتعزيز
21	4. على مستوى أنظمة المعلومات والبحوث الخاصة بالصحة النفسية
الاستراتجية الوطنية 2023-2030	
21	الرؤية
21	الرسالة

مسودة

القيم	22
المبادئ الأساسية لتصميم الاستراتيجية وتنفيذها	22
مجالات العمل والأهداف	22
الأهداف الإستراتيجية حسب مجال العمل	23
مجال العمل الأول: القيادة والإدارة	23
مجال العمل الثاني: خدمات الصحة النفسية المجتمعية	24
مجال العمل الثالث: التعزيز الصحة النفسية و الوقاية	26
مجال العمل الرابع: المعلومات والأدلّة والأبحاث	27
المرفقات	--
تعريف بعض المصطلحات	--
المراجع	29

مسودة

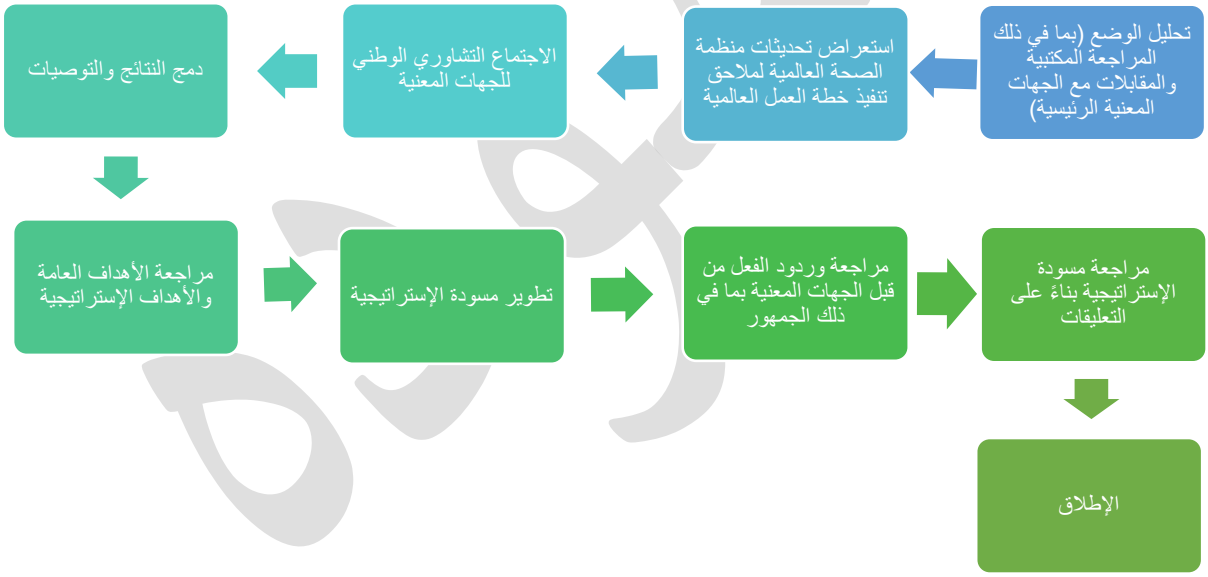
تمهيد
(ستتم اضافته)

الشكر
(ستتم اضافته)

عملية تطوير الإستراتيجية

تم إطلاق الاستراتيجية الوطنية الأولى للصحة النفسية في لبنان في عام 2015 ، بعد عملية تشاركية مع جميع الجهات المعنية. كانت الاستراتيجية متماشية مع خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية للصحة النفسية. مع تمديد فترة تنفيذ خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية حتى عام 2030 ، تم تمديد الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية حتى نهاية العام نفسه. ومع ذلك ، ضمان التكيف مع الاحتياجات المستجدة أمر ضروري. على هذا النحو ، تم إطلاق عملية مراجعة للاستراتيجية لضمان إدراج التحديثات اللازمة.

موجز عملية المراجعة ملخص في الشكل 1 أدناه.



المبادئ الرئيسية التي تم اتباعها خلال عملية تطوير الإستراتيجية تضمنت:

- مشاركة الجهات المعنية في عملية التطوير إلى أقصى حد ممكن
- الحفاظ على الشفافية
- البناء على الأدلة والمبادئ التوجيهية والأطر الدولية
- تحديد السياق والتكيف مع الاحتياجات الوطنية

تحليل الوضع

I. الوضع العام في لبنان: بلد يعاني من أزمات متعدّدة

أ. السياق

يعاني لبنان من أزمات متراكمة إثقلت كاهل النظام الصحي الذي كان هشًا في الأصل وألقت بعبئها على صحة الأفراد النفسية.(1-3) .

ووفقًا للبنك الدولي، تُصنف الأزمة الاقتصادية في لبنان من بين الانهيارات الاقتصادية الثلاثة الأكبر على مستوى العالم منذ منتصف القرن التاسع عشر(1). وقد انخفض إجمالي الناتج المحلي للبنان بنسبة 36.35٪ أي ما يقدّر بقيمة 52 مليار دولار في 2019 إلى 18.08 مليار دولار في 2021، وهو أعلى انكماش في قائمة من 193 دولة (5 ,4). ووفقًا للجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا (UN-ESCWA)، يعاني حوالي 4 ملايين شخص من الفقر المتعدد الأبعاد. كما وقد ارتفع معدّل الفقر المتعدد الأبعاد من 42٪ في العام 2019 إلى 82٪ من إجمالي السكان في العام 2021 أي بمعدّل الضعف تقريبًا (6). كذلك، تضاعف معدّل البطالة، حيث وصل إلى 29.6٪ في العام 2022 بعد أن سجّل 11.4% في العام 2019(8 ,7). وفي هذا الإطار، أفادت نحو 62٪ من الأسر اللبنانية عن صعوبة تأمين احتياجاتها الأساسية نتيجةً لخسارة فرص العمل أو انخفاضها، كما أظهر أحدث تقييم للاحتياجات في قطاعات متعدّدة (2022) (9).

من جهة أخرى، تدهورت الظروف المعيشية. حيث إن كافة المحافظات اللبنانية تعاني من انقطاع للتيار الكهربائي يتجاوز 22 ساعةً في اليوم في بعض الأحيان (11 ,10 ,6 ,2)، مع تزايد التفاوت في النفاذ إلى الكهرباء لصالح من يمكنه شراء مولّدات الديزل الخاصة. وقد أدّى ذلك إلى تأزم وضع الخدمات الأساسية، بما في ذلك المستشفيات التي أُجبر معظمها على العمل بنسبة 50٪ فقط من قدرتها (12 ,11). ويدفع الانهيار الاقتصادي وارتفاع معدّلات البطالة والزيادة الحادة في أسعار المواد الغذائية بلبنان إلى أزمة حادة في مجال الأمن الغذائي ممّا قد يحوّله إلى "نقطة مجاعة مركزية" وفقًا لبرنامج الأغذية العالمي (WFP) ومنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة (FAO) (13). وقد كشف تقييم الهشاشة والأمن الغذائي الذي أجراه برنامج الأغذية العالمي والبنك الدولي في العام 2021 أنّ 47٪ من الأسر اللبنانية وأسر اللاجئين تواجه صعوبات في تأمين الغذاء والحاجات الأساسية الأخرى (14)، علمًا أنّ اللاجئين معرّضون بشكل خاص لخطر انعدام الأمن الغذائي (13). ووفقًا للبنك الدولي، سجّل مؤشر أسعار الاستهلاك (CPI) في العام 2021 رقمًا قياسيًا هو الأعلى على الإطلاق أي 612.4 ما يمثّل نحو 5 أضعاف الرقم المسجّل في العام 2019 (15).

من جهة أخرى، يواجه لبنان أيضًا أزمةً صحيةً غير مسبوقة بسبب انتشار جائحة فيروس كوفيد-19 في العام 2020 وتفشي الكوليرا في العام 2022. ويقترن ذلك بركود سياسي واضطرابات مدنية وأزمة لاجئين طال أمدها وأزمة إنسانية نتجت عن الانفجار المدمّر الذي هزّ العاصمة في الرابع من آب/أغسطس 2020 (17 ,16 ,2 ,1). فقد أدّى الانفجار الهائل، الذي يُعدّ

من أقوى الانفجارات غير النووية التي شهدها العالم، إلى مقتل أكثر من 200 شخص، وإصابة الآلاف وتشريد حوالي 300 ألف شخص، كما وتسبّب في أضرار تقدّر بنحو 15 مليار دولار أمريكي.(18-21)

ب. تأثير الأزمات التي يشهدها لبنان على النظام الصحي

تأثّر النظام الصحي بشدّة جراء الأزمات المتعدّدة المركّبة التي يشهدها لبنان. وقد كان لانخفاض قيمة العملة آثار سلبية على قطاع الصحة. فإجمالي الإنفاق الفردي على الصحة (975000 ليرة لبنانية) الذي كان يعادل 650 دولارًا أمريكيًا أصبح يعادل الآن أقلّ من 50 دولارًا أمريكيًا. وتعاني المستشفيات لتأمين الجراحات المنقذة للحياة والرعاية الطبية العاجلة بسبب عجز الحكومة عن دفع الأموال المستحقة للمستشفيات الخاصة والعامة ممّا يعني عدم القدرة على دفع رواتب الموظفين وشراء المعدّات اللازمة (2, 22). وقد أصبحت مؤسسات الرعاية الصحية غارقةً في مشاكل تأمين الوقود والضروريات، فعمدت إلى الحدّ من ساعات العمل، أو إغلاق بعض الأقسام، واتباع آليّات تكيّف أخرى. بالإضافة إلى ذلك، ظهر نقص في الأدوية الأساسية والحيوية جرّاء القيود المفروضة على السحوبات بالعملة الأجنبية، ممّا حدّ بشدة من استيراد الأدوية الحيوية والمستلزمات الطبية (2, 12, 22, 23). وقد ارتفعت تكلفة الخدمات الصحية والأدوية بشكل كبير في ظلّ التضخّم الحاد وانخفاض قيمة العملة الوطنية. إن النظام الصحي يفقد كتلةً كبيرةً من الموارد البشرية اللازمة لتوفير الخدمات، و سيكون لذلك أثر طويل الأمد فيما يتخبّط البلد في مجموعة من الأزمات المتراكمة (1). ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، فقد هاجر ما يقارب 40٪ من الأطباء و30٪ من الممرّضات من ذوي الخبرة إمّا بشكل دائم أو مؤقت (12). ولن تؤدّي هجرة الموارد البشرية هذه إلى الحدّ من نفاذ الأفراد إلى الخدمات التي يقدمها هؤلاء الأخصائيون فحسب، بل إنّها ستؤدي أيضًا إلى تفاقم الانهيار الاقتصادي وإعاقة تعافيه (1, 6, 24).

II. عبء الاضطرابات النفسية في لبنان

إنّ الاضطرابات النفسية هي من بين الأسباب الرئيسية لعبء المرض في لبنان، حيث تُقدّر سنوات العمر المصححة باحتساب سنوات العجز (DALYs) بنحو 2,161 من أصل 100,000 فرد من السكان. وقد اظهرت أحدث دراسة لانتشار المرض في لبنان أجريت في العام 2006، أنّ شخصًا واحدًا من كلّ 4 أشخاص تقريبًا في لبنان يمرّ باضطراب نفسي واحد على الأقلّ خلال حياته، وتبيّن أنّ القلق والاكتئاب هما الاضطرابان الأكثر انتشارًا (25). ويُقدّر معدّل الوفيات الناجمة عن الانتحار في لبنان بنحو 2.8 بين كل100000 شخص (مبلّغ عنها في العام 2019) (26). وفي المتوسط، يموت شخص واحد بسبب الانتحار كلّ 2.1 يوم، ويحاول شخص واحد الانتحار كلّ 6 ساعات في لبنان (28 ,27). ومع ذلك، فإنّ هذه الأرقام لا تعكس العدد الحقيقي لحالات الانتحار بسبب النقص في الإبلاغ الناجم عن ضعف أنظمة الرصد والوصمة المرتبطة بالانتحار (28).

ويتزايد عبء المرض أيضًا بفعل العوامل السياقية المتعددة والأزمات المعقّدة التي تواجهها البلاد والتي تؤثّر بشكل كبير على الصحة النفسية حيث أنها تساهم في زيادة عوامل الخطر وتقليص عوامل الحماية. وفي هذا السياق، يرتفع خطر إصابة كافة

المجموعات التي تعيش في لبنان بالضيق النفسي واعتلال الصحة النفسية. وترفع هذه الهشاشة المتزايدة من عوامل الخطر التي كانت موجودةً أصلًا قبل الأزمة على مستوى الأسرة والمجتمع وعلى المستوى البنيوي على غرار العوامل الواردة في الجدول 1.

جدول 1. أمثلة عن المسببات وعوامل الحماية التي تؤثر على الصحة النفسية

عوامل شخصية

- العوامل الجينية
- المهارات الاجتماعية والعاطفية
- تقدير الذات والشعور بالتحكّم
- الصحة الجسدية الجيّدة
- النشاط الجسدي

عوامل متعلّقة بالأسرة والمجتمع المحلي

- التغذية الجيّدة في الفترة المحيطة بالولادة
- الرعاية الأسرية الجيّدة
- الأمن والسلامة الجسديان
- الشبكات الاجتماعية الإيجابية والرأسمال الاجتماعي والدعم الاجتماعي
- المساحات الخضراء

عوامل بنيوية

- الأمن الاقتصادي
- بنى تحتية ذات جودة
- النفاذ المتساوي إلى الخدمات
- بيئية طبيعية ذات جودة
- العدالة الاجتماعية والاندماج
- الدخل والحماية الاجتماعية
- المساواة الاجتماعية والجندرية

عوامل حماية تعزز الصحة النفسية

- العوامل الجينية
- تدني المستوى التعليمي
- استخدام الكحول والمواد المسبّبة للإدمان
- السمنة وعوامل أخرى متعلّقة التمثيل الغذائي
- أمراض مزمنة
- نقص في الفيتامين د
- عدم الرضا عن الجسد
- مشاكل متعلّقة بالنوم
- مضاعفات عند الولادة

عوامل خطر تضعف الصحة النفسية

- الاستغلال والعنف الجنسي
- الاستغلال والإهمال على المستوى العاطفي والجسدي
- استخدام الأمّ للمواد المسببة للإدمان خلال الحمل
- التنمّر
- التعرّض للعنف من قبل الشريك
- كون الشخص من قدامى المحاربين
- وفاة شخص مقرّب بشكل فجائي
- ضغط العمل
- خسارة العمل والبطالة
- نمط الحياة الحضرية
- الانتماء إلى أقلية إثنية

- الأزمة البيئية والتلوّث والتدهور البيئي
- بنى تحتية رديئة
- نفاذ محدود إلى الخدمات
- الظلم والتمييز والاقصاء الاجتماعي
- النزاعات والتهجير القصري
- الطوارئ الصحية

بالإضافة إلى ذلك، فإنّ 9.8٪ فقط من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نفسي لمدى الحياة في لبنان يسعون للحصول على المساعدة المتخصصة بسبب تدني اقتناع الأغلبية بالحاجة إلى العلاج (وفقًا للبيانات التي تمّ جمعها بين عامي 2002 و2003 كجزء من الدراسة الوطنية لانتشار المرض) (29). ومن بين من يسعى للحصول على العلاج، تمّ الإبلاغ عن تأخّر كبير يتراوح من 6 أعوام إلى 28 عامًا بين ظهور الاضطراب وبدء العلاج (25). ويُعتبر تأخّر كهذا شاقًا على الأفراد وأسرهم ومرهقًا للنظام الصحي، حيث أنّ التقييم والتدخل المبكرين يمكن أن يغيّرا بشكل إيجابي التطوّر الطبيعي للاضطرابات النفسية لكي لا تصبح اضطرابات مزمنة تسبّب العجز(30).

ويطال عبء الاضطرابات النفسية أمراضًا أخرى حيث أنّه يفاقم من نتائج الأمراض غير الإنتقالية المتزامنة مثل السرطان وأمراض القلب والسكري (32 ,31) .وهذا مهمّ بشكل خاص في لبنان حيث تمثّل الوفيات بفعل الأمراض غير المعدية 91٪ من مجموع الوفيات (33).

كذلك، فإنّ للاضطرابات النفسية تأثير كبير على الاقتصاد الوطني. فبالإضافة إلى تكاليف العلاج المباشرة، تؤدي الاضطرابات النفسية إلى تكاليف اقتصادية غير مباشرة مرتبطة بفقدان الأفراد ومقدمي الرعاية لعملهم، وتضييع فرص العمل، وانخفاض الأداء، والتغيّب عن العمل، والتقاعد المبكر، والإعاقة وطلب الرعاية، والوفاة المبكرة (35 ,34). ولا تؤثّر خسارة العمل والفرص الضائعة على الأفراد والأسر من الناحية الاقتصادية فحسب، بل لها أيضًا أثار مجتمعية لأنها تؤدّي إلى ارتفاع البطالة وفقدان العمالة الماهرة وتدهور الإنتاجية وانخفاض الإيرادات الضريبية (36). وعلى الرغم من عدم وجود توثيق جيّد لهذه التكاليف في لبنان، تُظهر التقديرات العالمية أنّ الاقتصاد العالمي يخسر تريليون دولار أمريكي سنويًا بسبب القلق والاكتئاب وحدهما.

أ- أثر الصراعات الماضية

للبنان تاريخ طويل من الحروب والصراعات والاضطرابات السياسية قد تكون ساهمت في ارتفاع عبء الاضطرابات النفسية في صفوف اللبنانيين (37-39). فعلى سبيل المثال، أظهرت مراجعة منهجية لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) لدى المراهقين خلال النزاعات التي شهدها لبنان أنّ معدّلات الانتشار كانت ترتفع ببطء مع مرور الوقت، حيث تراوحت بين 8.5٪ و14.7٪ خلال الحرب الأهلية، وارتفعت لتصل إلى 21.6٪ في حرب "عناقيد الغضب"، وبلغت نسبةً تتراوح بين 15.4٪ و 35.0٪ خلال حرب تموّز في العام 2006 (40). وقد أُجريت الدراسات في مدّة تتراوح بين 3 أسابيع من بدء الصراع إلى 4 سنوات عقب الصراع. وقد كانت عوامل أخرى مثل العنف الأسري والمشاكل المالية من العوامل التي تنبئ أيضًا بظهور اضطرابات ما بعد الحرب.

تفرض الصراعات والحروب معاناة وخسائر فادحةً في الأرواح تترافق مع ضائقات عقلية ونفسية (41). لذلك، ومع ارتفاع عدد الدول المتضرّرة من النزاعات في أيامنا هذه ، أجرت منظمة الصحة العالمية مراجعةً منهجيةً شاملةً قامت من خلالها بتحديث تقديراتها لعام 2005 حول انتشار الأضطرابات النفسية بين السكّان المتأثرين بالنزاعات. وقد خلصت هذه المراجعة

إلى أنّ نسبة انتشار الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة والاضطراب ثنائي القطب وانفصام الشخصية بمختلف درجات الخطورة تصل إلى 22٪ في صفوف السكّان المتأثرين بالنزاعات. وقدّرت أنّه في أي وقت من الأوقات، يعاني حوالي 9٪ من هؤلاء السكّان من اضطرابات نفسيّة بدرجات معتدلة إلى شديدة (42).

ب. أثر الأزمة السورية

إنّ اللاجئين معرّضون بشكل خاص للإصابة بالاضطرابات النفسية لأنّهم أكثر عرضةً للصدمات كما وأنّ خطر إصابتهم باضطراب ما بعد الصدمة هو أعلى بعشرة أضعاف من عامة السكان في بلد اللجوء (41). وهذه هي الحال في لبنان الذي يستقبل أكبر عدد من اللاجئين السوريين في العالم بلغ 1.3 مليون فرد في العام 2021 (43). وقد أكدّت العديد من الدراسات التي استهدفت اللاجئين السوريين في لبنان انتشار الاضطرابات النفسية بين هذه الفئة من السكّان، لا سيّما اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب، حيث تمّ تشخيص أكثر من 35٪ على أنّهم يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة (44, 45) وأكثر من 20٪ على أنّهم يعانون من الاكتئاب الشديد (46).

وبينما تركّز معظم الدراسات التي تستهدف اللاجئين السوريين في لبنان على اضطراب ما بعد الصدمة، وفقًا لتقديرات منظمة الصحة العالمية المحدثّة، فإنّ الاضطرابات النفسية الأخرى منتشرة أيضًا في صفوف الفئات السكّانية المتضرّرة من النزاعات بما في ذلك اللاجئين السوريين.

ت. تأثير جائحة كوفيد -19

لعب ظهور جائحة كوفيد -19 وعمليات الإغلاق والقيود التي تبعتها دورًا رئيسيًا في ارتفاع انتشار اضطرابات الصحة النفسية في العالم خلال هذه الفترة. ففي عام واحد فقط من الجائحة، ارتفع عدد الأشخاص الذين لديهم باضطراب القلق والاكتئاب الشديد بنسبة 26٪ و28٪ على التوالي (47, 48). ويُعزى ذلك إلى تغيّر نمط الحياة، والعزلة، والخوف من الإصابة بالفيروس، وقد تفاقمت اضطرابات الصحة النفسية بسبب تعطّل الخدمات الصحية والفجوة العلاجية الشديدة..

وفي لبنان، أظهر مسح مقطعي أجري عبر الإنترنت لتقييم أثر عمليّات الإغلاق بسبب جائحة كوفيد -19 على الصحة النفسية شمل 157 لبنانيًا لا يعانون من أي اضطراب نفسي سابق أنّ 60٪ من الأشخاص الذين شملتهم العيّنة يعانون من أعراض اكتئابية وحوالي 75٪ يعانون من أعراض القلق تتراوح من القلق الخفيف إلي الشديد (49). والجدير بالذكر أنّ هذه المعدّلات أعلى بكثير من تلك التي لوحظت في ثمانية بلدان خلال الجائحة ممّا يشير إلى أنّه قد تكون هناك عوامل تتعلّق بالسياق اللبناني تزيد من عبء اضطرابات الصحة النفسية المرتبطة بجائحة كوفيد-19 (49, 50).

من جهة أخرى، عانى الطاقم الصحي العامل في الخطوط الأمامية خلال الجائحة من مستويات ضغط عالية جدًا. فقد كشفت دراسة استقصائية شملت 1751 شخصًا من الطاقم الصحي أنّ 86.3٪ يعانون من مستوى إرهاق معتدل إلى شديد بفعل

أمور شخصيّة و79.2٪ يعانون من مستوى إرهاق معتدل إلى شديد بفعل العمل فيما 83.3٪ يعانون من مستوى إرهاق معتدل إلى شديد متعلّق بالمستفيدين (51).

تحمل العاملون في مجال الرعاية الصحية على الجبهة الأمامية خلال الجائحة أعلى مستويات الضغط النفسي. حيث كشف استطلاع يتضمن 1751 عاملاً في مجال الرعاية الصحية عن تسجيل مستوى متوسط إلى مرتفع من الإحباط الشخصي, المتعلق بالعمل والمتعلق بالعملاء بنسبة 86.3٪ و 79.2٪ و 83.3٪ من الاستجابات على التوالي. (51)

وقد أظهرت دراسات أخرى تناولت التعب والضيق المتعلّق بالعمل في صفوف الطاقم الصحي في لبنان أنّ 66٪ يعانون من التعب العاطفي و64.8٪ من التعب النفسي و65٪ من التعب الجسدي بمستويات معتدلة إلى عالية (52). كذلك، يعاني 60٪ من العاملين في الخطوط الأمامية من خطر الإصابة بضائقة حادة (53). وتبيّن أنّ الإرهاق والتعب الذي تم اكتشافهما في هذه الدراسات مرتبطان بشكل كبير بساعات العمل الطويلة، وبخوف متصوّر من وجود مخاطر عالية، وبتزايد العمل خلال الدوام الليلي وبالنوم غير الكافي، وبأحداث الحياة المجهدة، وبتدني الأجور، وفي بعض الحالات باضطرابات نفسية موجودة مسبقًا.

ث. أثر انفجار مرفأ بيروت

لقد أظهر مسح للاحتياجات والتصوّرات أجراه البنك الدولي في آب / أغسطس 2020، مباشرةً عقب انفجار مرفأ بيروت، أنّ حوالي 3400 من سكّان بيروت يعتبرون أنّ خدمات الصحة النفسية هي من بين الاحتياجات الأكثر إلحاحًا (54). وفي مسح سكّاني مقطعي آخر تمّ عبر الإنترنت بعد شهرين من الانفجار، تبيّن أنّ حوالي 80٪ من بين 2078 فردًا تعرّضوا للانفجار يعانون من الاكتئاب و37٪ استوفوا معايير اضطراب ما بعد الصدمة (55). علاوةً على ذلك، في دراسة تقييم مدى انتشار الاضطرابات النفسية المرتبطة بالانفجار، تبيّن أنّ 64٪ من أصل 801 طفل (تتراوح أعمارهم بين 17-8 عامًا) استوفوا معايير اضطراب القلق، و52٪ من اضطراب ما بعد الصدمة، و33٪ من الاكتئاب (56).

ج. تأثير المسائل المتعلّقة بالحماية

لطالما كان للنزاعات والحروب والأزمات أثر خاص على النمو النفسي والاجتماعي للأطفال والمراهقين كما وعلى رفاههم. وقد أشارت المسوح الوطنية إلى أنّ 32.7٪ من الأطفال والمراهقين في لبنان يعانون من اضطرابات نفسية (57) و11.5٪ يعانون من أفكار انتحارية (58). فوسط الأزمات المتعدّدة التي تواجهها البلاد، ترتفع أيضًا عوامل الخطر التي تؤثّر على الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، ولا سيّما المخاوف المرتبطة بمسائل الحماية. فعلى سبيل المثال، قد أدى الانهيار الاقتصادي إلى تفاقم العنف ضدّ الأطفال والنساء، والعنف القائم على النوع الاجتماعي، واستغلال الأطفال وإساءة معاملتهم (60 ,59). كذلك، تشهد عمالة الأطفال وزواج الأطفال، ولا سيما في عائلات اللاجئين السوريين، ارتفاعاً ملحوظًا كوسيلة للحدّ من الأعباء الماليّة (61).

بالإضافة إلى ذلك، ومع تدهور الوضع الاقتصادي وتعمّق التفاوتات وارتفاع الهشاشة، تجد المجموعات المعرّضة نفسها أكثر عرضةً لخطر العنف والإكراه والحرمان والاستغلال والاتجار وسوء المعاملة في الوقت الذي تكافح فيه لتلبية احتياجاتها. ويبدو أنّ الاستغلال الجنسي ارتفع بضعفين خلال النصف الأول من العام 2021 مقارنةً بالعام 2020. كما وأنّ الأسر التي تعولها النساء والأطفال وكذلك الأشخاص ذوو الإعاقة واللاجئون وكبار السنّ معرّضون باستمرار وبشكل كبير لخطر التمييز وسوء المعاملة من قبل أصحاب العمل وأصحاب الملك (62).

III. المعرفة والمواقف والسلوكيات المتعلّقة بالصحة النفسية

تُعتبر الوصمة والمعرفة المحدودة بالصحة النفسية من العوامل الرئيسية المساهمة في الفجوة العلاجية للصحة النفسية التي تتجاوز 90٪ في لبنان. فمحدودية الفهم والوعي حول الصحة النفسية، إلى جانب انتشار المعتقدات التقليدية والدينية، تغذّي الوصمة المحيطة بالصحة النفسية، وتمنع طلب المساعدة والوصول إلى خدمات الصحة النفسية (63). وقد أظهرت دراسة لتقييم المعرفة والمواقف والسلوكيات تجاه الاضطرابات النفسية أنّ 67.8٪ من اللبنانيين يوسمون الاضطرابات النفسية بوصمة ، و61.9٪ لديهم معرفة بالاضطرابات النفسية، و66.6٪ لديهم سلوكيات أكثر إيجابيةً، حيث ارتبطت المواقف الأكثر إيجابيةً بمستوى أعلى من المعرفة (64). وأظهرت دراسات أخرى أنّ الوصمة منتشرة حتى بين الشباب المتعلّمين (65) ومقدّمي الرعاية الصحية (63) والجماعات الدينية الفرعية (66). وبالإضافة إلى الوصمة الذاتية والوصمة المجتمعية، فإنّ الوصمة بين مقدّمي الخدمة والوصمة البنيوية هي أيضًا من التحديات المتقاطعة التي تؤثّر سلبًا على تطوير الخدمات وتقديمها عبر جميع مستويات الرعاية (67). وبالإضافة إلى الوصمة، وفي دراسة تمثيلية على المستوى الوطني، تبيّن أنّ 73٪ من السكّان لديهم تصوّر متدنّ عن الحاجة إلى العلاج (29). وتؤثّر كلّ هذه العوامل على تقديم خدمات الصحة النفسية والسلوكيّات المتعلّقة بطلب المساعدة.

IV. أهم الإنجازات التي تحققت في إطار الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية (2015-2020)

تم إطلاق البرنامج الوطني للصحة النفسية (NMHP) في العام 2014 ضمن وزارة الصحة العامة باعتبارها الجهة المسؤولة عن الصحة النفسية وعن قيادة إصلاح نظام الصحة النفسية في البلاد. في العام 2015، أطلق البرنامج الوطني للصحة النفسية الاستراتيجية الوطنية الأولى للصحة النفسية في لبنان، الممتدة من 2015 إلى 2020 (68). تنص رؤية الإستراتيجية على أن ينعم كل سكّان لبنان بفرصة التمتع بأفضل صحة نفسية ورفاهية ممكنة " وذلك سوف يحقق من خلال العمل على خمسة مجالات عمل: 1) القيادة والإدارة، 2) توفير الخدمات ، 3) التعزيز والوقاية ، 4) المعلومات والأبحاث والأدلة ، 5) المجموعات المعرّضة. وتتماشى الاستراتيجية مع الأطر والأدوات القائمة على الأدلّة العلمية ، بما في ذلك خطة العمل الشاملة في مجال الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية 2013-2020 وقد تمّ تكييف الاستراتيجية مع السياق المحلي من خلال نهج يهدف إلى بناء النظام. وتسعى الاستراتيجية إلى تعزيز المساواة والشمولية وحقوق الإنسان.

وقد قام البرنامج الوطني للصحة النفسية والشركاء بتنفيذ الأنشطة ذات الأولوية في إطار هذه الاستراتيجية. في ما يلي عرض لأهم الإنجازات حسب مجال العمل الوارد في الاستراتيجية.

المجال الأول: القيادة والإدارة

تهدف الجهود في هذا المجال إلى تعزيز القيادة والإدارة الفعالتين في مجال الصحة النفسية وتوفير أساس للسياسات والأنظمة والإشراف على تطوير نظام وطني للصحة النفسية.

على مستوى الإدارة ، اتُخذت عدة خطوات باتجاه إنشاء كيان إداري مستدام للصحة النفسية داخل وزارة الصحة العامة. وقد تم إدماج سياسة الصحة النفسية في الاستراتيجيات والسياسات الوطنية الأخرى مثل تلك المتعلّقة بحماية الطفل، وحماية الراشدون المتقدمون في السن ، والوقاية من التطرّف العنيف، وما إلى ذلك. وللمرّة الأولى وُضعت استراتيجية وطنية مشتركة بين الوزارات تركّز على الاستجابة لاستخدام المواد المسببة لإلدمان بين الوزارات. ومن جهة أخرى، استجابةً لحالات الطوارئ المتعددة التي طرأت (مثل جائحة كوفيد-19 وانفجار مرفأ بيروت)، تمّ تطوير وتنفيذ خطط عمل وطنية مشتركة بين القطاعات للاستجابة لحالات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي. بعد ذلك، بدأ العمل على وضع خطة تأهّب وطنية للطوارئ في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي.

على مستوى التشريعات، تمّ تطوير مشروع قانون جديد حول الصحة النفسية يركّز على حماية الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وتوسيع نطاق خدمات الصحة النفسية المجتمعية، وإدارة نظام الصحة النفسية، وهو ينتظر حاليًا تقديمه إلى الهيئة العامة في البرلمان ليصار إلى التصويت عليه. وقد بُذلت جهود للمناصرة من أجل مراجعة التشريعات الموجودة المتعلّقة بالصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان (مثل القانون المتعلّق بالمخدرات، والمادة 232 من قانون العقوبات، وما إلى ذلك) لضمان توافقها مع مبادئ حقوق الإنسان والصحة العامة. كما وتمّ اتخاذ إجراءات لدعم إقرار القانون الجديد الذي ينظّم مهنة الأخصائيين النفسانيين وإنفاذه، ودعم إصدار قانون إنشاء نقابة النفسانيين وانتخاب أوّل مجلس تنفيذي لها.

على مستوى التمويل، يُعدّ توسيع نطاق خدمات الصحة النفسية المجتمعية ركيزةً أساسيةً في قانون الصحة النفسية الجديد المقترح. وسيوفّر هذا الإطار التشريعي الذي سيسمح بمراجعة الأموال المخصصة من الميزانية لتوفير خدمات الصحة النفسية. ذلك وقد تمّ تطوير رزمًا للرعاية وتجربتها في مراكز الرعاية الصحية الأولية، لتحديد مسارات الرعاية الخاصة لمختلف الاضطرابات النفسية. ومن شأن هذه الرزم تحديد الخدمات التي سيتم تغطيتها وهي خطوة نحو ضمان أن تصبح رعاية الصحة النفسية جزءًا من مشروع التغطية الصحية الشاملة. ويجري حاليًا انهاء عملية تقدير الكلفة وتحليل العوائد نسبةً إلى التكاليف لخدمات الصحة النفسية المجتمعية التي سيتمّ توسيع نطاقها. وسوف يُستخدم ذلك في المناصرة من أجل الوصول إلى تغطية مالية فعالة . أمّا بالنسبة إلى تغطية شركات التأمين الخاصة، فقد تمّ صياغة رزم منافع أساسية سوف يتمّ اقتراحها على شركات التأمين.

المجال 2: إعادة توجيه خدمات الصحة النفسية والنهوض بها

إنّ الهدف في هذا المجال هو تطوير خدمات رعاية صحية واجتماعية شاملة ومتكاملة ومستجيبة في أطر مجتمعية. وتماشياً مع توصيات منظمة الصحة العالمية، يجري تطوير تدخلات فعّالة وآمنة وذات جودة وقائمة على الأدلّة وتوسيع نطاقها في كلّ مستوى من مستويات الرعاية.

على مستوى المساعدة الذاتية، تمّ تكييف وتجريب برنامج المساعدة الذاتية الإلكترونية الموجهة الذي يستهدف الصحة النفسية (اسمه "خطوة خطوة"). وقد خضع هذا البرنامج لتجربة عشوائية مضبوطة و أثبتت فعاليّة هذا التدخل في علاج اضطرابات الاكتئاب والقلق (70 ,69). ويتم حاليًا إجراء دراسة تنفيذيه لإرشاد عمليّة توسيع نطاق هذه الخدمة على المستوى الوطني.

على مستويي الرعاية الأولية والثانوية، تمّ تنفيذ العديد من الإجراءات الهادفة إلى دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية: فقد تمّ تدريب أطباء الصحة العامة وممرّضين والاخصائيين الاجتماعيين في مجموعة من مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لشبكة وزارة الصحة العامة وقد خضعوا للإشراف على دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية باستخدام دليل تدخلات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية التابع لمنظمة الصحة العالمية (mhGAP). وقد تمّ تطوير أدوات دعم متعددة (معينات الوظيفية لمقدمي الرعاية، ومواد إعلامية وتعليمية حول الاضطرابات النفسية المختلفة، وما إلى ذلك). كما وقد تمّ دمج المعايير المتعلّقة بالصحة النفسية في المعايير الوطنية المستخدمة لاعتماد مراكز الرعاية الصحية الأولية. وقد تم إنشاء فرق متعددة التخصصات تتضمّن أخصائيين في مجال الصحة النفسية يقدمون رعايةً صحيةً نفسيةً متخصصةً وتمّ ربط هذه الفرق بمراكز الرعاية الصحية الأولية. بناءً على هذه التجربة، تم تطوير نموذج جديد للرعاية ورزم وطنية لرعاية الصحة النفسية. وتم الانتهاء من الإصدارات التجريبية للرزم الخاصة باضطرابات الاكتئاب والقلق كما وانتهى بناء القدرات على هذه الإصدارات التجريبية في العام 2022 لمجموعة من مراكز الرعاية الصحية الأولية المشاركة في التجربة من جميع أنحاء لبنان. وسيستمرّ المشروع التجريبي حتى كانون الأوّل 2023 وسيكون أساسيًا في ارشاد عملية توسيع نطاق رزم الرعاية.

على المستوى الثالث من الرعاية، نفّذت إجراءات متعددّة تهدف إلى زيادة عدد الأسرّة في العلاج الداخلي وتوزيعها جغرافيًا، من مراجعة تعرفة وزارة الصحة العامة للتعاقد مع المستشفيات الحكومية لقبول الحالات التي تعاني من اضطرابات نفسية والتعاقد مع المنشأت إلى افتتاح أول جناح للعلاج الداخلي في مستشفى حكومي، ويتم حاليًا العمل على افتتاح جناح ثان. بالإضافة إلى ذلك، تم تقديم الدعم للعديد من المستشفيات الخاصة من كافة أنحاء لبنان والتي أبدت استعدادها للتعاقد مع وزارة الصحة العامة لفتح أجنحة للعلاج الداخلي للصحة النفسية وكان هذا الدعم في شكل إرشادات فنية وبناء للقدرات.

من جهة أخرى، اتُخذت خطوات لتحسين الجودة وحماية حقوق الإنسان في مؤسسات العلاج الداخلي للصحة النفسية، وكذلك لمعالجة انتهاكات حقوق الإنسان، لا سيّما على مستوى مرافق الصحة النفسية للإقامة الطويلة. على سبيل المثال،

تم تقييم العديد من المنشآت باستخدام دليل منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان من قبل فريق مدرّب من المقيّمين الوطنيين. في هذا الإطار، تم إغلاق مؤسستين للإقامة الطويلة للاضطرابات النفسية. هذا وقد أصدر وزير الصحة قرارات عدة (مثلًا القرار رقم 1/270 والقرار رقم 1/650) بشأن جودة الرعاية ومراعاة حقوق الإنسان في مجال رعاية الصحة النفسية، تنص، من بين أمور أخرى، على تقييم كافة مرافق الصحة النفسية للإقامة الطويلة بناءً على *مجموعة أدوات جودة الرعاية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية*. كما وقد تمّ دمج معايير ومبادئ *جودة الرعاية* في معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات.

على مستوى الاستجابة لطوارئ الصحة النفسية، طُوّرت آلية للاستجابة للطوارئ وقد تم تجريبها بنجاح حيث تشير النتائج إلى جدوى وفعالية هذه الآلية. وتشمل الآلية قيام فرق متنقلة للصحة النفسية بتقديم الرعاية للأشخاص الذين يمرّون بطوارئ نفسية (بما في ذلك محاولات الانتحار) والذين يحتاجون إلى دعم فوري في الوقت المناسب وبطريقة فعّالة في مكان تواجدهم، بالإضافة إلى مرافقة سيارات الإسعاف التابعة للصليب الأحمر اللبناني في حال كان من الضروري إدخال هؤلاء الاشخاص إلى المستشفى. والجدير بالذكر أنّ هذه الآلية مرتبطة بالخط الوطني الساخن 1564 الذي يقدّم الدعم النفسي الفوري ويعمد إلى تقييم لمخاطر الانتحار والتخفيض من شدّة الأزمات عبر الهاتف فيقوم بتعبئة الفرق المتنقلة عند الحاجة. كما وقد تمّ تطوير مواد تدريبية وطنية لطواقم عمل قسم الطوارئ وبدأ بناء القدرات لعضو أو عضوين على الأقلّ من هذه الطواقم في كافة المستشفيات في لبنان.

ونظرًا إلى أنّ **الموارد البشرية** هي حجر أساس في توفير الخدمات، فقد تمّ تنفيذ تدخّلات لبناء القدرات تستهدف أخصائيين الصحة النفسية والصحة العامة ومساعديهم، وكذلك والاخصائيين الاجتماعيين والعاملين في الخطوط الأمامية من قطاعات أخرى. هذا وتراوحت تدخلات بناء القدرات من تعزيز القدرات في مجال رصد اضطرابات الصحة النفسية والإحالة الآمنة من قبل غير المتخصصين إلى بناء القدرات المحلية على المقاربات العلاجية القائمة على الأدلّة (مثل العلاج النفسي العلائقي (IPT) وإبطال الحساسية وإعادة المعالجة عبر حركة العينين (EMDR) . ولبنان هو البلد الأول الذي يتمتّع بأخصائيين محليين في الصحة النفسية مدرّبين على العلاج النفسي العلائقي بالإضافة إلى مدرّبين ومشرفين محليين مدرَّبين. بالإضافة إلى ذلك، تمّ وضع دليل وطني حول الصحة النفسية للأمهات، وبدأت عمليّة بناء قدرات العاملين في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية. ومن المجالات التي تمّ بناء القدرات فيها، الاهتمام بالأشخاص الذين يمرّون بحالة طوارئ بناءً على مبادئ الإسعافات الأولية النفسية، وتوفير الرعاية بما يتماشى مع حقوق الإنسان ومبادئ الجودة. ولبناء القدرات المحلية في تطوير الخدمات، تمّ إطلاق أول دبلوم في لبنان والمنطقة حول تطوير وتنظيم خدمات الصحة النفسية، حيث تمّ تخريج الدفعة الأولى في العام 2022. ويخضع الدبلوم حاليًا إلى التقييم ومن المقرّر إطلاق إصدار ثانٍ في العام 2023.

من حيث توافر الأدوية النفسية وإمكانية النفاذ إليها عند الحاجة، تمّ مراجعة اللائحة الوطنية للأدوية النفسية والعصبية للمستفيدين في الرعاية الخارجية وفي قسم الطوارئ من خلال عملية تشاورية أخذت في عين الاعتبار ضرورة الحفاظ على

استمرارية الرعاية بين مستويات الرعاية المختلفة وأهمّيتها للصحة العامة ووجود إثباتات على فعاليّتها وسلامتها ومردودها العالي . كذلك وُضع دليل إرشادي يتضّمن توجيهات تهدف إلى ترشيد وصف الأدوية النفسية من قبل أطباء نفسيين وأطباء الجهاز العصبي. كما وعُقدت ورش عمل توجيهية للأطباء النفسيين وأطباء الجهاز العصبي . وفي هذا الإطار تمّ دمج بناء القدرات على الدليل في الورش التدريبية ذات الصلة لأخصائي الصحة النفسية ولأطباء الصحة العامة. وأصدر مدير عام وزارة الصحة العامة تعميم رقم 60 الصادر في 2018/06/20 والذي يحثّ جميع مقدمي الخدمة على الالتزام بالدليل الإرشادي ولائحة الأدوية الوطنية. علاوة على ذلك، تم إطلاق آلية جديدة لتوفير وصرف الأدوية النفسية المتخصصة من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية لتسهيل الوصول إليها.

المجال 3: التعزيز والوقاية

تركّزت الجهود في هذا المجال على تطوير وتنفيذ استراتيجيات تعزيزية ووقائية للصحة النفسية واستخدام المواد المسببة لإلدمان القائمة على الأدلة. وقد أجريت تدّخلات مختلفة، مثل حملات توعية وطنية سنوية حول الصحة النفسية والانتحار، لرفع الوعي حول الصحة النفسية والاعتلال النفسي ومعالجة المفاهيم الخاطئة وتعزيز الصحة النفسية.

وقد تم تطوير دليل عملي للإعلاميين حول تغطية المسائل المتعلّقة بالصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان، كما وشارك إعلاميون مختلفون في سلسلة من ورش العمل التدريبية حول كيفية حماية وتعزيز صحتهم النفسية وكيفية تغطية المسائل المتعلّقة بالصحة النفسية، بما في ذلك الانتحار، بناءً على الإرشادات الواردة في الدليل الوطني.

وفي ما يتعلق بالوقاية من الانتحار، ساهمت التدخلات المتعدّدة التي نُفّذت تماشيًا مع الاستراتيجية (من زيادة توافر وتعزيز النفاذ إلى خدمات الصحة النفسية إلى تعزيز التغطية الإعلامية المسؤولة لحالات الانتحار) في زيادة العمل بشأن الوقاية من الانتحار. وقد أُطلق الخط الوطني الساخن للدعم النفسي والوقاية من الانتحار، 1564، في العام 2017. ويتلقى خط الحياة هذا معدّل أكثر من 1000 مكالمة شهريًا وأثبت فعاليته في الحدّ من الضيق النفسي فيصفوف المتصلين الذين يعانون من ضائقة نفسية وغيرهم ممن يعاني من سلوكيات إضافية مرتبطة بالانتحار (71).

المجال 4: المعلومات والأدلة والأبحاث

تركّزت الجهود في هذا المجال على بناء النظم والآليات اللازمة للحصول على معلومات موثوقة وفي الوقت المناسب عن محددات الصحة النفسية، وعن استخدام الخدمات وأداء النظام، وعن تنفيذ المشاريع البحثية لتوجيه وضع السياسات والخدمات للصحة النفسية.

بما يتعلّق بأنظمة المعلومات، يتمّ حاليًا تطوير مؤشرات للصحة النفسية على كافة مستويات الرعاية وتقييم الإمكانيات المتاحة لدمجها في أنظمة المعلومات الصحية الوطنية الحالية (كنظام المعلومات لمراكز الرعاية الصحية الأولية أو للمستشفيات). وقد تمّ تطوير مجموعة أساسية من المؤشرات حول استخدام خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي لصالح الجهات الفاعلة في المجال الإنساني والتي تقدّم برامج صحة نفسية ودعم نفسي اجتماعي بحيث تسمح بتحديد الثغرات وبالتخطيط للخدمات. وقد تمّ تطوير منصة على الإنترنت توفّر خريطة مسح لخدمات الصحة النفسية

والدعم النفسي الاجتماعي في العام 2017 (4Ws- من يفعل ماذا وأين ومتى؟) والتي خضعت للتحديث في العام 2022. كذلك، تمّ تطوير وتجربة سجل وطني للصحة النفسية للأطباء النفسيين، وذلك بهدف تحديد الاتجاهات السائدة من حيث الاضطرابات والعلاجات النفسية وسلوكيات طلب المساعدة في صفوف المستفيدين الذين يزورون طبيبًا نفسيًا للمرّة الأولى. كذلك أُطلق تحليل للوضع حول عمليّة رصد ومراقبة الانتحار يهدف إلى إرشاد تطوير خطة عمل تهدف إلى تعزيز هذه العملية.

على مستوى الأبحاث، أصدرت وزارة الصحة العامة منشورات تتعلّق بتنظيم الأبحاث في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي واستخدام المواد المسببة للإدمان لضمان توافق هذه الأبحاث مع المبادئ الأخلاقية ولحماية المجموعات المعرّضة. وقد أُطلقت مشاريع بحثية عدّة منها ما اكتمل ومنها ما لا يزال قيد التنفيذ وهدفها إرشاد عمليّة تطوير الخدمات وتوسيع نطاقها. كذلك أُجريت تجارب مضبوطة عشوائية (RCT) حول مختلف تدخلات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي منها ما اكتمل ومنها وما لا يزال قيد التنفيذ. كذلك يتمّ الانتهاء حاليًا من دراسات بحثية تطبيقية حول توسيع نطاق تدخلات معيّنة من داخل النظام الوطني. وتهدف دراسات بحثية أخرى إلى توفير المعلومات لتوجيه عمليّة تعزيز إدارة إصلاح نظام الصحة النفسية.

المجال الخامس: المجموعات المعرّضة

ركّزت الجهود في هذا المجال على تحسين النفاذ إلى خدمات الصحة النفسية المنصفة والقائمة على الأدلّة (الوقائية والعلاجية) لكافة الأشخاص الساكنين في لبنان من المجموعات المعرّضة. وفي ما يلي بعض الأمثلة:

- ✓ تمّ تطوير خطط عمل سنوية لفريق عمل الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي الذي يشكّل آلية التنسيق الوطنية للاستجابة للأزمة السورية على صعيد الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي ، وهو برئاسة وزارة الصحة العامة وتشترك في رئاسته منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة الدولي للطفولة (اليونيسف). وفي هذا الإطار عمل الفريق على وظائف تنسيقية رئيسية، وعلى بناء القدرات وتطوير الأدوات والمبادئ التوجيهية.
- ✓ وقد تمّ دمج الصحة النفسية في إجراءات العمل الوطنية الموحدة للاستجابة للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الإجتماعي التي كانت وزارة الشؤون الاجتماعية تطوّرها كما وفي الملاحظات الإرشادية حول إدارة حالات العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي . وقد خضع العاملون في الخطوط الأمامية إلى تدريب لبناء القدرات في مجال العنف الجنسي والقائم على نوع الإجتماعي يركّز على تحديد الاضطرابات النفسية لدى الناجين والإحالة الآمنة.
- ✓ اتُخذت خطوات متعدّدة في اتجاه تطوير الإستراتيجية الوطنية للصحة النفسية في السجون (تقييم الحالة، نظرية التغيير، وصياغة أولية للإستراتيجية، إلخ). وبدأ التنسيق بين الوزارات للتحرّك نحو وضع استراتيجية مشتركة بين الوزارات. في موازاة ذلك، تُقدَّم استشارات الصحة النفسية في أكبر سجن مركزي في لبنان.
- ✓ كذلك أجريت دراسات بحثية لتقييم الاحتياجات وإمكانية الوصول إلى خدمات الصحة النفسية للعمّال المهاجرين. وتم تنفيذ العديد من حملات المناصرة، بما في ذلك وضع خطة مناصرة من قبل لجنة في إطار فريق عمل الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي لزيادة إمكانية الوصول العادل إلى الخدمات النفسية للعمّال المنزليين الأجانب.

تقييم منتصف المدة للاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية

أُجري تقييم خارجي مستقلّ لمنتصف المدة لتنفيذ الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية في نهاية العام 2018. وأفاد التقييم أنّ معظم أهداف الاستراتيجية المحدّدة لمنتصف المدّة قد تحققت. وتمّت صياغة توصيات رئيسية (72) منها: توسيع عمليّة دمج رعاية الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية، وتعزيز التطوير الذي تمّ إطلاقه في مجال الرعاية التعاونية بين مراكز الرعاية الصحية الأولية والخدمات المتخصصة، وتركيز أنشطة الوقاية على المجالات التي تتمتّع بأدلة أكثر صلابةً (مثل الانتحار، ودعم تنشأة الأطفال، وبعض التدخلات في المدارس) ودعم تنفيذ البرامج الفعّالة في هذه المجالات، ووضع استراتيجية محدّدة تركّز على توفير الرعاية المتكاملة والاندماج الاجتماعي للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة.

٧. الثغرات والتحديات والفرص

1. على مستوى القيادة والإدارة

إنّ وجود قسم للصحة نفسية في وزارة الصحة العامة يتمتّع بميزانية مخصّصة له والذي تناط به مسؤولية التخطيط الاستراتيجي هو أمر أساسي لضمان تطوير وتنفيذ سياسة وطنية وأطر قانونية فعّالة (47). وقد أظهرت المقابلات التي تمّت مع الجهات المعنية الرئيسية أنّ وجود البرنامج الوطني للصحة النفسية وقيادته وجهوده في إشراك الأطراف المعنية وخلق نموذج إدارة تعاوني هو من العوامل الرئيسية التي ساهمت في تطوّر نظام الصحة النفسية في لبنان في السنوات الماضية. كما وإنّ إقرار قانون الصحة النفسية الجديد في البرلمان سيسمح بإضفاء الطابع المؤسسي التشريعي على هذا البرنامج (73) .
كذلك في ما يخص الإدارة ، يُعدّ إنشاء أول جمعيّة للمستفيدين من خدمات الصحة النفسية فرصةً لزيادة مشاركة المستفيدين الفعّالة في تطوير وإدارة نظام الصحة النفسية.

من حيث التنسيق، يُعتبر فريق عمل الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي آليةً فعالةً لتنسيق الاستجابة الإنسانية في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي للعديد من الأزمات التي واجهتها البلاد (مثل أزمة اللاجئين، وانفجار مرفأ بيروت، وما إلى ذلك) كما وأنّه يخلق فرص لتعميم الصحة النفسية في مختلف القطاعات ولتضافر الجهود بين الجهات الشريكة. ومن نقاط القوة الأخرى التي يتحلّى بها فريق العمل، هي دور وزارة الصحة العامة في رئاسته والذي يخلق جسرًا بين المنظمات العاملة في الصحة النفسية والدعم النفسي-الاجتماعي ووزارة الصحة العامة ويعزّز توافق أنشطتها مع الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية. ومع ذلك، فإنّ الموارد البشرية مطلوبة لدعم تنسيق فريق العمل، وفقًا لمقابلات تمّت مع الجهات المعنية ووفقًا للنتائج الأولية لدراسة العوامل الميّسرة وتلك المعيقة لعمل فريق العمل (دراسة GOAL). كما ويطرح الهيكل العام لنظام العمل الإنساني ومكانة الصحة النفسية فيه تحديًا آخر لأنه يحدّ من إمكانية تنسيق العمل بين مختلف القطاعات التي ترتبط بالصحة النفسية، كما ويحدّ من توافر ميزانية فعّالة وكافية للصحة النفسية.

أمّا من حيث تطوير السياسات والمناصرة، فإنّ وجود استراتيجية وطنية للصحة النفسية أمر ضروري لضمان وضوح الرؤية وتوجيه العمل إلى الأمكنة التي تشتد فيها الحاجة بأكثر الطرق فعاليةً. هذا وقد وصفت الجهات المعنية تطوير الإستراتيجية الوطنية الأولى للصحة النفسية في العام 2015 بأنه من التطوّرات السياسية الأساسية التي أثرت على شكل نظام الصحة النفسية وقادت العمل باتجاه الإصلاح. وستكون الاستراتيجية الوطنية المحدثة فرصةً لمواصلة وتعزيز توحيد الجهود لتحقيق الأهداف المحدّدة في مجال تعزيز نظام الصحة النفسية. كما وأنّ وضع استراتيجية فرعية تركّز على الصحة النفسية للأطفال والمراهقين والشباب كما هو متوقّع، بالإضافة إلى خطة عمل معنيّة بالأشخاص الذين لديهم الخرف من شأنه ضمان اتخاذ إجراءات تسمح بحماية الصحة النفسية لهذه المجموعات المعرّضة وتعزيزها و تضمن أن تكون هذه الإجراءات سريعة الاستجابة وفعّالة بأكبر قدر ممكن. علاوةً على ذلك، لا بدّ من الاستمرار في ترقّب الفرص التي من شأنها أن تسمح بتعميم الصحة النفسية في القطاعات الأخرى، كما هو حاصل حاليًا. بالإضافة إلى ذلك، فإنّ الخبرات المتراكمة في مجال الاستجابة للطوارئ على غرار أزمة النزوح السوري الإنسانية، وجائحة كوفيد-19 وانفجار مرفأ بيروت، تسمح بالبناء على الدروس المستفادة وتعزيز التأهب للطوارئ على صعيد الصحة النفسية والدعم النفسي-الاجتماعي .

وفي ما يخصّ الإصلاح التشريعي فإنّ إقرار مشروع قانون الصحة النفسية الشامل سيكون خطوةً أساسية باتجاه استكمال العمل على معالجة الثغرات التشريعية في مجال تنظيم الاستشفاء القسري، والإدارة ، وتوسيع نطاق خدمات الصحة النفسية المجتمعية. ومع ذلك، فإنّ إصلاح القوانين المتعلّقة بالصحة النفسية يعتمد بشكل كبير على الوضع السياسي في البلد ، على غرار أي إجراء تشريعي آخر. من ناحية أخرى، فإنّ تنفيذ إصلاحات تشريعية في مجالات أخرى مثل التوظيف والحماية الاجتماعية والحدّ من الفقر والنظم القضائية والتعليم وما إلى ذلك أمر أساسي لضمان توفير محدّدات الصحة النفسية بشكل فعّال. وسيتطلّب ذلك وجود مشاركة والتزام من قطاعات أخرى ومن الحكومة بمعناها الأوسع.

أّما في ما يتعلق بتمويل خدمات الصحة النفسية، تبرز تفاوتات في التغطية التي توفّرها آليات التمويل العام [وزارة الصحة العامة، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، مؤسسة الجيش والأمن العام أو تعاونية موظفي الدولة] حيث معظم حالات الاستشفاء التي تغطيها هذه الصناديق هي في المستشفيات المخصصة للاضطرابات النفسية وليس في المستشفيات العامة (74). كذلك، وفقًا لبيانات من وزارة الصحة العامة ومؤسسة الجيش والأمن العام، فإنّ أكثر من 70٪ من إنفاقهما على الصحة النفسية يصبّ في الرعاية الداخلية للمرضى.(76 ,75). أمّا بالنسبة إلى برامج التأمين الخاصة، فهي لا تغطي صراحةً علاج الصحة النفسية (74 ,35). وبالتالي، يقع عبء تمويل خدمات الصحة النفسية على حساب النفقة الشخصية من المواطنين. ومع ذلك، أصبحت خدمات الصحة النفسية في الرعاية الخارجية متوفرةً بشكل متزايد على مستوى الرعاية الصحية الأولية كجزء من الجهود المبذولة لزيادة دمج الصحة النفسية في مستوى الرعاية هذا. ويتمّ دعم معظم هذه الخدمات من قبل منظمات دولية وهي تُقدّم مجانًا أو برسوم رمزية. وفي الواقع، في مجال التمويل، تُعتبر الجهات المانحة الخارجية، إضافةً إلى وزارة الصحة العامة، المصدر الرئيسي للدعم المالي المخصص لخدمات الصحة النفسية في لبنان. وفي حين أنّ هذا قد ساعد نسبيًا في سدّ فجوة كبيرة، فإنّ الاعتماد على تمويل المانحين المستند إلى المشاريع يعيق بناء البرامج التي من شأنها أن تساعد

في تعزيز نظام الصحة النفسية، ممّا يؤثر على الاستدامة. ويتطلّب هذا الواقع جهودًا في مناصرة تهدف إلى تطوير رزم المزايا ودمج اضطرابات الصحة النفسية ذات الأولوية في خطط التأمين. ويعدّ تقدير كلفة المجموعة الشاملة من خدمات الصحة النفسية المجتمعية المطلوبة في البلد والذي يتمّ وضع اللمسات الأخيرة عليه حاليًا من قبل البرنامج الوطني للصحة النفسية ومنظمة الصحة العالمية، بما في ذلك الرزم الأساسية لرعاية الصحة النفسية، فرصةً لتوجيه جهود المناصرة من أجل الاستثمار الفعّال في الصحة النفسية وتخصيص الميزانية الكافية لها.

2. على مستوى إعادة تنظيم خدمات الصحة النفسية

سيكون ضمان دمج الصحة النفسية ضمن الرزم الأساسية لمشروع التغطية الصحية الشاملة للخدمات الأساسية و في خطط الحماية المالية أمرًا بالغ الأهمية لسدّ فجوة رعاية الصحة النفسية على النحو الذي أكدت عليه منظمة الصحة العالمية (47). وتشكّل رزم الرعاية الوطنية التي تمّ تطويرها لاضطرابات الصحة النفسية ذات الأولوية، والتي يتمّ تجريبها حاليًا، فرصةً للتحرّك في هذا الاتجاه.

ومن المهم أن يتم البناء على العمل الذي أُنجز حتى الآن على هذا المستوى لتسريع التقدّم في تطوير خدمات الصحة النفسية المجتمعية، مع زيادة الحاجة إلى توافر هذه الخدمات، لا سيّما في سياق الأزمات المتعدّدة التي تلقي بالمزيد من الضغوط على كاهل الأفراد. ويشمل ذلك توسيع نطاق خدمات الرعاية الصحية النفسية الأولية والثانوية وكذلك زيادة عدد أسرّة الرعاية النفسية الداخلية في المستشفيات العامة والتغطية الجغرافية لها. ويبقى التحدي الرئيسي الذي يقف في وجه هذا الإجراء المهمّ هو نقص الموارد المالية وعدم توافر الموارد البشرية المتخصصة و المدرّبة في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية حيث أنّ الأزمة الاقتصادية أدت إلى فقدان النظام الصحي لكتلة كبيرة من القوى العاملة بما في ذلك الأطباء النفسيين وغيرهم من المتخصّصين في الصحة النفسية بسبب الهجرة المتزايدة و"هجرة الأدمغة". ويؤثّر ذلك بشدّة على توفير خدمات رعاية الصحة النفسية وتوافرها في لبنان، بما في ذلك توسيع نطاق هذه الخدمات. فعلى سبيل المثال، من أحد التحديات التي تعيق إنشاء أقسام للصحة النفسية في المستشفيات العامة هي عدم توفر الموارد البشرية بل أكثر من ذلك, الموارد البشريّة المدرّبة على الصحة النفسية والراغبة في العمل في القطاع العام، فضلاً عن عدم توفر أشخاص مختصين في الصحة العامة الذين يمكن تدريبهم في مجال الصحة النفسية، على غرار الممرضين والممرضات، و ذلك بسبب الوضع الاقتصادي الذي يؤثر على الاحتفاظ بالموارد البشرية المؤهلة. ومع ذلك، فقد بدأت المناقشات بين الجهات المعنية الرئيسية لوضع خارطة طريق تهدف إلى مواجهة هذا التحدي، بما في ذلك زيادة توافر المتخصصين في مجال الصحة النفسية والاحتفاظ بهم، وبناء قدرات أخصائيين الرعاية الصحية الآخرين في مجال الصحة النفسية عند الاقتضاء.

وستكون زيادة خدمات الصحة النفسية المجتمعية من الاستراتيجيات المهمّة للتقليص من الاعتماد على المؤسسات في رعاية الصحة النفسية. وتشمل الاستراتيجيات الأخرى دعم مؤسسات الصحة النفسية للإقامة الطويلة في التحوّل إلى مرافق الرعاية المجتمعية وتقليص عدد الأسرّة في العلاج الداخلي في المؤسسات. وهذه العمليّة، على النحو المتفق عليه بين الجهات المعنية، عملية طويلة وثقيلة وتتطلّب تغييرات متعلّقة بالنظام وإشراك قطاعات أخرى غير قطاع الصحة بما في ذلك إنشاء مساكن

مدعومة، وتوفير فرص عمل، وما إلى ذلك. وهذا يمثل تحديًا كبيرًا في ظل الأوضاع التي تمرّ بها البلاد. ومع ذلك، فإنّ إغلاق العديد من مرافق الصحة النفسية للإقامة الطويلة بسبب انتهاكات حقوق الإنسان وجائحة كوفيد-19 قد خلق زخمًا لتسريع عمليّة تقليص الاعتماد على المؤسسات.

وهناك عقبة أخرى تحدّ من الوصول إلى خدمات الصحة النفسية وهي التحديات المرتبطة بإمكانية النفاذ المادي، إمّا بسبب عدم توفّر الخدمات في مناطق معيّنة، أو بسبب ارتفاع تكاليف النقل بفعل الأزمة الاقتصادية. وهناك العديد من الفرص لمعالجة هذه الثغرات، بما في ذلك دراسة إمكانية استخدام خدمات الرعاية الصحية عن بُعد بالإضافة إلى توسيع نطاق برنامج "خطوة خطوة"، وهي خدمة وطنيّة للمساعدة الذاتية الإلكترونية الموجهة التي تستهدف الصحة النفسية والتي أثبتت فعاليّتها في علاج اضطرابات الاكتئاب والقلق.

ويشكّل إنشاء نقابة النفسانيين في لبنان مؤخرًا ووجود الجمعية الوطنية للأطباء النفسيين ضمن نقابة الأطباء فرصًا مهمّةً للتعاون الهادف إلى تعزيز هذه المهن، ومعالجة الثغرة الموجودة في توافر الأشخاص المؤهلين، والتي تزداد مع هجرة الأدمغة الحالية. ومن المهم أيضًا البناء على التقدّم المحرز على مستوى بناء القدرات المحلية في مناهج العلاج القائم على الأدلّة ودراسة كيفية إتاحة هذه التدريبات قبل الخدمة وخلالها. وتزداد أهميّة بناء قدرات العاملين في الخطوط الأمامية الغير متخصصين لضمان قدرتهم على رصد احتياجات الصحة النفسية في الوقت المناسب والربط بالخدمات المناسبة. ولا بدّ أيضًا من العمل مع الوكالات العاملة في الخطوط الأمامية على غرار قوات الأمن التي قد تكون موجودةً على الأرض لزيادة قدرتها على تقديم الدعم الفعّال عندما تكلَّف قانونًا بالاستجابة لمحاولات الانتحار أو حالات الطوارئ.

وحالات الطوارئ هي من بين التحديات الأخرى التي لا يمكن التنبؤ بها والتي قد تواجه النظام الصحي، بما في ذلك نظام الصحة النفسية. على سبيل المثال أثّر تفشي فيروس كوفيد-19 وفيروس الكوليرا بشكل غير مباشر على توفير رعاية الصحة النفسية. فمن التحديات التي عرقلت افتتاح أجنحة للعلاج الداخلي لاضطرابات الصحة النفسية، على سبيل المثال، كان إعطاء إدارة المستشفيات الأولوية لمواجهة تفشي الأمراض المعدية مثل كوفيد-19 والكوليرا. ولا بدّ من التخفيف من خطر نشوء هذه المتغيرات السياقية الناشئة من خلال وضع خطط تأهّب للطوارئ. وتؤدي حالات الطوارئ هذه أيضًا إلى زيادة الضغوط على الموارد البشرية في مجال الصحّة. وتُعدّ حماية الصحة النفسية للموارد البشرية في مجال الصحة ضرورةً ملحّةً كجزء من أي جهد للحفاظ على قدرة صمود النظام الصحي الوطني وتعزيزه.

3. على مستوى رفع مستوى الوقاية والتعزيز

تبدأ الوقاية من اعتلال الصحة النفسية وتعزيز الصحة النفسية بمعالجة المحددات الاجتماعية والبنيوية للصحة النفسية. وسيتطلّب العمل على هذا المستوى التزامًا وانخراطًا على مستوى الحكومة بكاملها حيث أنّ معظم المحدّدات تكمن خارج قطاع الصحة. ومع ذلك، لابدا من مساهمة قطاع الصحة المستمرّة من خلال المناصرة ودمج جهود التعزيز والوقاية في الخدمات الصحية حيثما أمكن ذلك.

وتظل زيادة الوعي حول الصحة النفسية ومعالجة المفاهيم الخاطئة والوصمة أمرًا أساسيًا لتعزيز الصحة النفسية وتعزيز طلب المساعدة وتقليص العوائق المرتبطة بالوصمة التي تحول دون تقديم الرعاية. وزادت الرسائل الإعلامية حول الصحة النفسية في السنوات الماضية من خلال الحملات الوطنية السنوية التي نُفذّت بالتعاون مع الشركاء. وكما ازداد استخدام وسائل التواصل الاجتماعي للتواصل حول الصحة النفسية وذلك بفعل وجود منظمات وشخصيات مؤثرة تتطرّق للموضوع وبفضل حملات التوعية التي طالت المجتمعات المحلية. وأشارت الجهات المعنية إلى زيادة الوعي بين السكان حول الصحة النفسية كما ولاحظوا ارتفاعا في فهم أثر المحددات الاجتماعية والبنيوية على الصحة النفسية. وقد يوفّر هذا فرصةً لتغيير المعارف والمواقف والسلوكيات تجاه الصحة النفسية.

وتُعتبر وسائل الإعلام منصةً مهمةً يمكن للاستفادة منها لتحقيق التعزيز والوقاية. لذلك من الأهميّة بمكان إشراك الإعلاميين وبناء الشراكات معهم حيث أنهم من الجهات المعنية الأساسية التي تلعب دورًا مهمًا في تعزيز الصحة النفسية. وستعطى الأولوية لتوسيع نطاق العمل الذي تمّ الشروع فيه في مجال بناء قدرات الإعلاميين على لعب هذا الدور. ولا شكّ في أنّ تحفيز العديد من الأخصائيين واعترافهم بأهمية الصحة النفسية سيكون فرصةً حقيقيةً. ومع ذلك، نظرًا إلى أنّ عالم الإعلام هو مجال معقّد ونظرًا إلى تضارب الأولويات والمصالح فيه، فإنّ تغيير الأنظمة التي يعمل من خلالها الإعلاميون لتحقيق تغييرات نظامية من شأنها أن تضمن الإبلاغ عن الصحة النفسية في وسائل الإعلام وتصوير الموضوع بشكل فعّال لا يزال يمثل تحديًا لا بدّ من معالجته.

وتشكّل المدارس منصةً مهمةً أخرى للعمل على التعزيز والوقاية، حيث أنها من الأمكنة التي تجمع فرصًا ومخاطر متعلّقة بالصحة النفسية. ويُعدّ تنفيذ تدخلات رئيسية قائمة على الأدلّة على هذا المستوى، كالبرامج المدرسية للتعلّم الاجتماعي والعاطفي على المستوى الوطني، من أكثر الاستراتيجيات فاعليةً (47). بالإضافة إلى ذلك، فإنّ معالجة العوامل التي تشكّل خطرًا على الصحة النفسية داخل البيئة المدرسية، مثل التنمّر، من شأنها أن تضمن بيئة تعليمية واقية داخل قطاع التعليم. ومع ذلك، لا بدّ لأي تدخل أن يصمّم بطريقة تراعي التحديات الحالية التي تواجه قطاع التعليم والتي مردّها الأزمة الاقتصادية، والتي قد تصعّب من إمكانيّة تنفيذ وتوسيع نطاق التدخلات في المدارس.

وخارج المدرسة، تبدأ حماية وتعزيز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين في المنزل، ممّا يجعل من الضروري تنفيذ تدخّلات من شأنها أن تعزز تنشئة الأطفال. ويتجاوز دعم الأهل التدريب على تنشئة الأطفال و يشمل تدخلات ضرورية كالتي تسعى إلى ضمان إجازة أمومة وأبوّة مدفوعة، وتعزيز وتعميم النفاذ إلى رعاية نهارية ذات جودة، والحماية الاجتماعية (بما في ذلك برامج التأمين ودعم الدخل)، إلخ. و يعتبر معالجة هذه المحددات البنيوية أمرًا بالغ الأهمية ولكنه يشكل تحديًا لأنه هو أيضًا يتعدّى نطاق قطاع الصحة وحده. لذلك لا بدّ من المناصرة والقيام بتدخّلات قائمة على الأدلّة وقابلة للتنفيذ من أجل بناء أنظمة داعمه لتنشئة الأطفال الجيدة.

من ناحية أخرى، يشكّل مكان العمل منصةً مهمةً أخرى لحماية وتعزيز الصحة النفسية (47) وذلك بفعل وجود عوامل خطر متعددة في مكان العمل. وتتزايد هذه العوامل في ظلّ السياق الاقتصادي الحالي في البلاد الذي فرض ضغوطًا أكبر على أماكن العمل، ومن هذه العوامل الانخفاض الحاد في الأجور بسبب التضخّم وانخفاض قيمة العملة، وتأثير الضغوط المتزايدة على العلاقات الشخصية، إلخ. وهذا يجعل التدخلات لحماية وتعزيز الصحة النفسية في مكان العمل أكثر أهميةً، ولكن أيضًا أصعب من حيث التنفيذ. ولا شكّ في أنّ الوعي المتزايد حول الصحة النفسية في مكان العمل على المستوى العالمي والمحلّي كما تبيِّن التقارير الروائية، هو فرصة لبدء تنفيذ الإجراءات في هذا الاتجاه.

4. على مستوى أنظمة المعلومات والبحوث الخاصة بالصحة النفسية

يُعدّ دمج المؤشرات وأدوات المراقبة المتعلّقة بالصحة النفسية في النظام الوطني للمعلومات الصحية أمرًا بالغ الأهميّة لضمان جمع المعلومات المتعلّقة باضطرابات الصحة النفسية بالإضافة إلى المعلومات المتعلّقة بالاضطرابات الصحية الأخرى. وستظهر التحديات نفسها التي تعيق تطوير نظام وطني للمعلومات الصحية في عمليّة دمج الصحة النفسية في هذا النظام الشامل. ومن الأمثلة على هذه التحديات، غياب بطاقة موحدة للمرضى، ومحدودية التشغيل البيني بين الأنظمة المختلفة، وعدم توحيد المؤشرات المستخدمة من قبل مختلف الجهات المعنية، وما إلى ذلك. وسيكون من الصعب التعامل مع هذه التعقيدات حيث لا تزال الحاجة إلى المعلومات ضروريةً لتوجيه التخطيط ووضع السياسات الهادفة إلى تعزيز نظام الصحة النفسية. ولا شكّ في أنّ توافر البيانات مهم أيضًا لغايات المراقبة، خاصةً بالنسبة إلى الانتحار. ومن بين العوامل التي تحد من مراقبة الانتحار، عدم وجود نظام وطني لتجميع وتحليل البيانات المتعلّقة بالانتحار من مختلف السلطات والجهات المعنية، ووجود مشاكل في نظام الإبلاغ عن الوفيات بشكل عام، فضلا عن الوصمة التي غالبًا ما تؤثر على الإبلاغ عن الوفيات الناجمة عن الانتحار من قبل الأسر والمجتمعات.

علاوةً على ذلك، عندما يتعلّق الأمر بتوافر المعلومات لتوجيه عملية تطوير السياسات، لا تزال هناك حاجة إلى إنشاء آليات وأدوات تشاركية لتسهيل تنسيق الأبحاث المتعلقة بالصحة النفسية لضمان معالجة المجالات ذات الأولوية لإصلاح نظام الصحة النفسية وضمان التكامل. ويشكّل وجود باحثين محليين ومؤسسات أكاديمية وشراكات مع كيانات أكاديمية عالمية فرصةً حقيقيةً في حال تضافرت الجهود بشكل جيد .

الاستراتجية الوطنية للصحة النفسية 2023-2030

الرؤية

أن ينعم كافة السكان في لبنان بفرصة التمتع بأفضل مستوى من الصحة والرفاه النفسيين.

الرسالة

تطوير نظام مستدام للصحة النفسية يضمن توفير خدمات وقائية وعلاجية عالية الجودة وآمنة ومتكاملة والتي تتمحور حول الافراد كما ويضمن تأمين النفاذ الشامل إليها، مع التركيز على التعافي وحقوق الإنسان والمواءمة مع الأدلّة العلمية.

القيم

الكرامة والاحترام: لا بدّ من أي تدخل أن يقدّم مع مراعاة حق كلّ شخص في أن يعامل بكرامة واحترام و حفظ حق تقرير المصير. على الخدمات أن تتاح للجميع على قدم المساواة وتلبي الاحتياجات المتنوعة المتعلّقة بالوضع الصحي للفرد ، وجنسه، وعمره ، ودينه، وتوجهه الجنسي ، ووضعه الاجتماعي والاقتصادي، ووضعه القانوني، وموقعه الجغرافي، ولغته، وثقافته، والسمات الشخصية الأخرى.

المشاركة والاستقلالية: يجب السعي إلى تحقيق المشاركة الفعالة للجهات المعنية، بما في ذلك الأشخاص ذوي التجارب المعاشة، في إدارة نظام الصحة النفسية وفي تصميم وتخطيط وتنفيذ تدخلات, وسياسات لتعزيز النظام. كما ولا بدّ من التخطيط لخدمات الصحة النفسية وتوفيرها بالشراكة مع المستفيدين بحيث تسمح بتعزيز الاستقلالية والاكتفاء الذاتي عندهم. ويحق للأشخاص التحكّم في رحلة تعافيهم ولا بدّ من دعمهم لكي يتمكنوا من تحمّل المسؤولية عن رحلة التعافي الخاصة بهم فيقومون بتحديد أهدافهم الفريدة ونقاط قوتهم واحتياجاتهم ويعملون على أساسها.

الجودة: لا بدّ من إعطاء الأولوية للجودة في جميع التدخلات الهادفة إلى تعزيز النظام وعبر كافة مستويات نظام الصحة النفسية وذلك من خلال البناء على الممارسات الفضلى و القائمه على الأدلّه لضمان الفعالية، والسلامة، والتركيز على الأفراد، وحسن التوقيت، والإنصاف، والتكامل، والكفاءة.

المساءلة والنزاهة: ينبغي تعزيز المسؤولية أمام عامة الناس ، وأمام الأفراد الذين يعانون من اضطرابات وإعاقات نفسية - اجتماعية، وأمام كافة الجهات المعنية المؤسسية المتأثرة بقرارات وإجراءات النظام، وذلك تماشيًا مع الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان. فالحفاظ على الشفافية، وتوفير تدخلات محترمة وذات جودة، وصون حقوق المستفيدين وأسرهم هي ركائز أساسية للنهوض بهذه القيم.

المبادئ الأساسية لتصميم الاستراتيجية وتنفيذها

- تمتين النظام
- الممارسات القائمة على الأدلّة
- تغطية صحية شاملة واستمرارية الرعاية
- البناء على حقوق الإنسان
- التمحور حول الفرد
- الابتكار والتكنولوجيا
- التعاون ما بين القطاعات
- التكييف مع السياق والإطار الثقافي

مجالات العمل والأهداف

1. القيادة والإدارة	تعزيز وتأمين استدامة القيادة والإدارة الفعّالتين لقطاع الصحة النفسية
2. خدمات الصحة النفسية المجتمعية	تعزيز توافر وإمكانية النفاذ إلى خدمات الصحة النفسية الشاملة والمتكاملة والمقبولة والمستجيبة والميسورة التكلفة والتي تتمحور حول الفرد في الأطر المجتمعية وتقليص الاعتماد على الخدمات القائمة على المؤسسات.
3. تعزيز الصحة النفسية والوقاية	زيادة العوامل الوقائية والتعزيزية للصحة النفسية على كل من المستوى الفردي والاجتماعي والبنيوي
4. المعلومات والأدلّة والأبحاث	زيادة توافر المعرفة القائمة على الأدلة لإعداد السياسات وتنفيذها في مجال الصحة النفسية لدعم تعزيز نظام الصحة النفسيه في لبنان.

الأهداف الإستراتيجية حسب مجال العمل

مجال العمل الأول: القيادة والإدارة

الهدف: تعزيز وتأمين استدامة القيادة والإدارة الفعّالتين لقطاع الصحة النفسية.

الأهداف الاستراتيجية:

1.1 آليّات الحوكمة

1.1.1 وضع آليّات وأدوات إدارة فعّالة لنظام الصحة النفسية وفقًا لمشروع قانون الصحة النفسية.
1.1.2 إنشاء آليّات لتعزيز الإشراك والمشاركة الهادفة للأشخاص ذوي التجارب المعاشة في إدارة نظام الصحة النفسية.
1.1.3 دعم بناء قدرات الأشخاص ذوي التجارب المعاشة على المناصرة لتعزيز نظام الصحة النفسية.
1.1.4 تعزيز دور فريق العمل الوطني للصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي كهيئة تنسيق لجميع الجهات العاملة في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي في لبنان.

1.2تطوير السياسات والمناصرة

1.2.1 تعميم سياسات الصحة النفسية على قطاعات أخرى عند الاقتضاء (على سبيل المثال، الحماية الاجتماعية، والتعليم، والعمل، وما إلى ذلك) وتعزيز التعاون بين القطاعات.

1.2.2 تنفيذ أنشطة مناصرة فعّالة لدعم تنفيذ جميع اللأهداف الاستراتيجية الواردة في الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية ومعالجة أي قضايا ناشئة تتعلّق بالصحة النفسية والتي تتطلّب مناصرةً على المستوى الوطني.

1.2.3 تطوير وتنفيذ خطة تأهّب وطنية للطوارئ في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي وضمان دمجها في خطط تأهب أخرى لطوارئ الوطنية عند الاقتضاء.

1.2.4 تعزيز تنفيذ التدابير ذات الأولوية وحملات المناصرة في سبيل الوقاية والتقليص من أثر استخدام المواد المسبّبة للإدمان .

1.2.5 تطوير استراتيجية وطنية فرعية للصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين و ومقدمي الرعاية.

1.2.6 وضع خطة عمل وطنية لاستجابة قطاع الصحة لمرض الخرف.

1.2.7 دعم دور الجمعيات والنقابات المهنية ذات الصلة بالصحة النفسية (مثل الجمعية اللبنانية للطب النفسي ونقابة النفسانيين في لبنان) في تنظيم وتنسيق وتطوير المهن المتعلقة بالصحة النفسية..

1.2.8 المناصرة من أجل إدراج الإعاقة المتعلّقة باضطرابات الصحة النفسية ضمن تصنيف الإعاقة للسماح بتأمين الحماية الصحية والاجتماعية.

1.3التمويل

1.3.1 إجراء تحليل شامل للنفقات المخصصة للصحة النفسية من الميزانية العامة في لبنان والإسترشاد به لإصلاح تمويل الصحة النفسية.

1.3.2 إجراء تحليل للوضع حول أساليب إعادة توجيه الموارد المالية الحكومية نحو رعاية صحية نفسية مجتمعية.

1.3.3 إجراء تقدير لتكلفة توسيع نطاق كافة خدمات الصحة النفسية المجتمعية.

1.3.4 المناصرة لتأمين تمويل كافٍ ومستدام لخدمات الصحة النفسية المجتمعية من قبل أطراف خارجية وبرامج التغطية المالية المختلفة.

1.4التشريعات

1.4.1 المناصرة من أجل إقرار مشروع قانون الصحة النفسية الشامل[1] وآليات تنفيذه.

1.4.2 المناصرة لاعتماد قانون معدّل حول المخدّرات ينصّ على عدم تجريم حيازة المواد المسببة للإدمان غير المشروعة واستخدامها الشخصي، بما يتماشى مع المعاهدات الدولية ومبادئ الصحة العامة.

1.4.3 المناصرة من أجل تعديل المادة 232 من قانون العقوبات اللبناني لضمان عدم سجن مرتكبي الجرائم الذين لديهم اضطراب نفسي حاد حتى الشفاء (أي لمدى الحياة).

1.4.4 اقتراح تعديلات على التشريعات الوطنية لإعادة تعريف المفاهيم القانونية الأساسية التي تتعلّق بكرامة الإنسان وحقوقه (مثل الأهلية القانونية، وحماية الأشخاص ذوي التجارب المعاشة، والمسؤولية الجنائية، والكرامة الإنسانية، والإضطرابات النفسية، وما إلى ذلك)، بما يتماشى مع الاتفاقيات والمعاهدات الدولية.

[1] يتناول مشروع القانون حماية الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وتعزيز إدارة الصحة النفسية العامة وتوسيع نطاق خدمات الصحة النفسية المجتمعية.

مجال العمل الثاني: خدمات الصحة النفسية المجتمعية

الهدف: تعزيز توافر وإمكانية النفاذ إلى خدمات الصحة النفسية الشاملة والمتكاملة والمقبولة والمستجيبة والميسورة التكلفة والتي تتمحور حول الفرد في الأطر المجتمعية وتقليص الاعتماد على الخدمات القائمة على المؤسسات.

الأهداف الاستراتيجية:

2.1 إعادة توجيه الخدمات وتطويرها

2.1.1 العمل على ضمان الاستدامة المالية وتوسيع نطاق خدمة المساعدة الذاتية الإلكترونية الموجهة "خطوة خطوة" التي تستهدف الصحة النفسية للبالغين الذين لديهم اضطرابات الاكتئاب والقلق.

2.1.2 دراسة ملاءمة خدمة المساعدة الذاتية الإلكترونية "خطوة خطوة" للشباب.

2.1.3 تطوير خدمات الصحة النفسية الأولية والثانوية المجتمعية المتكاملة والمترابطة (المتخصصة وغير المتخصصة) بما يتماشى مع النموذج الوطني للرعاية، ضمن مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة للشبكة الوطنية لوزارة الصحة العامة.

2.1.4 السير بعملية ربط المدارس بخدمات الصحة النفسية المجتمعية.

2.1.5 زيادة توافر وإمكانية النفاذ الجغرافي إلى خدمات الصحة النفسية لمستخدمي الخدمات الذين يخضعون للعلاج الداخلي في المستشفيات العامة بما يتماشى مع معايير *دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان* والإرشادات الوطنية وذلك من خلال دعم هذه المستشفيات في استحداث أقسام للعلاج الداخلي للصحة النفسية[2].

2.1.6 تعزيز القدرة على الاستجابة لحالات الطوارئ المتعلقة بالصحة النفسية وربطها بالرعاية الصحية النفسية في المستشفيات العامة التي أنشأت أقسام جديدة للعلاج الداخلي للصحة النفسية.

2.1.7 العمل من أجل ضمان الاستدامة المالية للخط الوطني الساخن للدعم النفسي والوقاية من الانتحار 1564.

2.1.8 العمل على توسيع نطاق آلية الاستجابة الوطنية التجريبية وتأمين استدامتها المالية[3] لدعم الأفراد الذين يمرون بحالة طوارئ نفسيّة.

2.1.9 تقييم جميع المرافق التي تقدم الرعاية النفسية الداخلية لضمان الجودة وحماية حقوق الإنسان بما يتماشى مع معايير *دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان* والمعاهدات والاتفاقيات الدولية الموقّعة أو المصادق عليها من قبل الحكومة اللبنانية بالإضافة إلى الدستور والقوانين الوطنية المعمول بها، ودعم هذه المرافق في تطوير خطط لتحسين عملها.

2.1.10 دعم مرافق الصحة النفسية التي توفّر الإقامة طويلة الأمد في تنفيذ خطط تقليص الاعتماد على المؤسسات في تقديم الرعاية والإحالة إلى الرعاية المجتمعية بدلاً من ذلك.

2.1.11 إجراء دراسة جدوى حول إنشاء شقق مجتمعية للأشخاص الذين لديهم اضطرابات نفسية حادة وتأمين استدامتها.

2.1.12 دمج خدمات الصحة النفسية في الخدمات الصحية في السجون حيثما أمكن ذلك.

---

[2] لا بدّ من ربط هذه الأقسام بخدمات الصحة النفسية على المستويين الأولي والثانوي من الرعاية النفسية مع مسارات إحالة واضحة تتماشى مع النموذج الوطني للرعاية.

[3] تتضمّن هذه الآليّة فرقًا متنقلةً تدعم الأفراد الذين يمرون بحالة طوارئ نفسية في الموقع الذي يتواجدون فيه وتضمن مرافقتهم في سيارة إسعاف الصليب الأحمر اللبناني في حال احتاجوا إلى دخول المستشفى بناءً على تقييم حالتهم.

2.2 توافر الموارد البشرية المؤهلة

2.2.1 زيادة قدرة الأخصائيين المحليين في مجال الصحة النفسية على إستخدام المقاربات العلاجية القائمة على الأدلّة (على غرار العلاج النفسي العلائقي وإبطال الحساسية وإعادة المعالجة عبر حركة العينين EMDR، وما إلى ذلك) من خلال توفير التدريب خلال الخدمة ودمج التدريب في المناهج الجامعية المناسبة .

2.2.2 وضع خطة وطنية لمعالجة النقص في الأطباء النفسيين بفعل الهجرة.

2.2.3 وضع خطة وطنية لزيادة توافر الممرضين النفسيين.

2.2.4 زيادة قدرة أخصائيي الرعاية الصحية والاجتماعية في مجال الصحة النفسية للأمهات بما يتماشى مع *الإرشادات الوطنية لمقدمي الرعاية الصحية بشأن الصحة النفسية للأمهات*[4] من خلال تقديم التدريب خلال الخدمة ودمج التدريب في المناهج الجامعية المناسبة.

2.2.5 بناء قدرات العاملين في الخطوط الأمامية الغير متخصصين في الصحة النفسية والذين يعملون في القطاعات ذات الصلة (مثل قطاع الحماية) على تقديم تدخلات في مجال الصحة النفسية القائمة على الأدلة لتحديد اضطرابات الصحة النفسية، ودعم الأشخاص وإحالتهم بشكل صحيح.

2.2.6 بناء معرفة وقدرات أجهزة قوى الأمن الداخلي العاملة في الخطوط الأمامية حول الصحة النفسية وكيفية تقديم الدعم للأشخاص الذين يمرّون بحالة طوارئ تتعلّق بالصحة النفسية أو الذين يحاولون الانتحار.

2.2.7 بناء القدرات في مجال تطوير وتنظيم خدمات الصحة النفسية من خلال الحفاظ على الدبلوم الجامعي المقرر للمجلات في الصحة النفسية

2.3 توافر الأدوية المؤثرة نفسيًا وترشيد وصفها

2.3.1 ضمان التوافر المستمر للأدوية النفسية وإمكانية الحصول عليها بما يتماشى مع القائمة الوطنية للأدوية.

2.3.2 تعزيز معرفة الأطباء النفسيين الممارسين في لبنان *بشأن "دليل ترشيد وصف الأدوية للحالات النفسية والعصبية ذات الأولوية من قبل المتخصصين العاملين في نظام الصحة العامة "*[5] من خلال توفير التدريب خلال الخدمة ودمج التدريب في ال مناهج الجامعية المرتبطة بالصحة النفسية .

مجال العمل الثالث: التعزيز الصحة النفسية و الوقاية

الهدف: زيادة العوامل الوقائية والتعزيزية للصحة النفسية على كل من المستوى الفردي والاجتماعي والبنيوي

الأهداف الاستراتيجية:

3.1 التأثير على محددات الصحة النفسية

3.1.1 المناصرة لمعالجة المحددات الاجتماعية والبنيوية للصحة النفسية.

3.2 بناء القدرات الفردية للصحة النفسية

3.2.1 تنفيذ التدخلات الوقائية القائمة على الأدلة[6] لبناء المهارات الحياتية اللازمة ودعم التربية الجيّدة للأطفال.

---

[4] إرشادات حول صحة الأمهات النفسية لمقدمي الرعاية الصحية (moph.gov.lb)

[5] Psychotropic medications guide- FINAL- EN- 19 Sept 2018 (1).pdf (moph.gov.lb)

[6] يجب تحديد هذه التدخلات في الاستراتيجية الوطنية الفرعية للصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين و ومقدمي الرعاية ، والتي سيتم تطويرها في إطار هذه الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية.

3.2.2 تعزيز تحوّل تغيير المعرفة و السلوكيّات والمواقف المتعلّقة بالصحة النفسية من خلال حملات توعية وطنية تنظّم بشكل سنوي.

3.2.3 زيادة ا التوعية العامة عن خدمات الصحة النفسية المتاحة وكيفية الوصول إليها.

3.3 دعم إنشاء بيئات عمل تحمي وتعزز الصحة النفسية

3.3.1 زيادة عدد أماكن العمل الموقّعة على الميثاق الوطني للصحة النفسية في مكان العمل.

3.3.2 بناء قدرات مدراء الموارد البشرية والمنسقين الآخرين المهمين في أماكن العمل في مجال الصحة النفسية في مقر العمل[7] .

3.3.3 بناء المعرفة و الثقافة عن الصحة النفسية ومهارات إدارة التوتر لدى الموظفين[8] .

3.4 دعم إنشاء بيئات تعلّم تمكينيّة

3.3.1 مناصرة ودعم تنفيذ التدخلات القائمة على الأدلة لخلق بيئات تعلم واقية[9]

3.5 الانخراط والشراكة مع وسائل الإعلام

3.5.1 مواصلة بناء قدرات العاملين في مجال الإعلام بشأن المبادئ التوجيهية الوطنية للإبلاغ عن الصحة النفسية وكيفية إبراز صورة الصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان في وسائل الإعلام من خلال التدريب خلال الخدمة ومن خلال دمج التدريب في المناهج الجامعية المناسبة متى أمكن ذلك.

3.5.2 دراسة تطوير سياسات تحريرية حسّاسة للصحة النفسية مع إدارات المؤسسات الإعلامية المحلية.

مجال العمل الرابع: المعلومات والأدلّة والأبحاث

الهدف: زيادة توافر المعرفة القائمة على الأدلة لإعداد السياسات وتنفيذها في مجال الصحة النفسية لدعم تعزيز نظام الصحة النفسيه في لبنان.

الأهداف الاستراتيجية:

4.1 نظم المعلومات

4.1.1 دمج مجموعة أساسية من مؤشرات الصحة النفسية في النظام الوطني للمعلومات الصحية على جميع مستويات الرعاية الصحية (العلاج خارج وداخل المراكز).

4.1.2 وضع نظام وطني لرصد الانتحار ومراقبته.

4.1.2 ضمان التوافر المنتظم لمسوحات محدّثة لخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي.

---

[7] تماشياً مع إرشادات منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية في مكان العمل، لا بدّ أن يهدف التدريب إلى تحسين معرفة المدراء ومواقفهم وسلوكياتهم في ما يخص الصحة النفسية وتمكينهم من معرفة متى وكيف يقدمون المساعدة لأعضاء فريقهم الذين قد يحتاجون إلى الدعم على صعيد الصحة النفسية. وقد يمكّنهم ذلك أيضًا من التخفيف من عوامل التوتر بفعل ظروف العمل.

[8] تماشياً مع إرشادات منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية في مكان العمل ، يجب أن يهدف التدريب إلى تعزيز المعارف بشأن الصحة النفسية، وتقليص مواقف المتدرّبين التي تنشر الوصم، وتمكين الموظفين من دعم أنفسهم أو زملائهم بشكل مناسب (على سبيل المثال من خلال ملاحظة علامات الضيق النفسي واتخاذ الإجراءات المناسبة مثل طلب المساعدة أو تسهيلها).

[9] وفقًا لتوصيات تقرير الصحة النفسية العالمي الصادر عن منظمة الصحة العالمية، يشمل ذلك تعزيز الثقافة والسلامة المدرسيتين، وبرامج تعليم وإثراء الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وبرامج مكافحة التنمّر، وبرامج مكافحة العنصرية والتمييز الجنسي، ومجموعات دعم الأقران، وبرامج التوجيه داخل المدارس والدراية في مجال الصحة النفسية للمعلّمين. ويمكن تفصيل التدخلات التي سيتمّ المناصرة من أجلها مع الجهات المعنية أو تنفيذها في الاستراتيجية الوطنية الفرعية للصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين و ومقدمي الرعاية ، والتي سيتمّ تطويرها في إطار هذه الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية.

4.2 تحديد الأولويات للأبحاث وضبطها و ترجمة معرفة

4.2.1. تطوير برنامج بحث وطني في مجال الصحة النفسية تسترشد به عملية وضع السياسات وتطوير الخدمات.

4.2.2. المناصرة لاعتماد وتنفيذ برنامج البحث الوطني في مجال الصحة النفسية وترجمة نتائج الأبحاث إلى إجراءات وتدخلات سياسية.

4.2.3. دمج الصحة النفسية في تقييمات الاحتياجات الوطنية ذات الصلة التي يتم إجراؤها كلّما أمكن ذلك.

4.2.4. تطوير شبكة أبحاث وطنية في مجال الصحة النفسية لدعم التنسيق بين الباحثين المحليين.

4.2.5. إنشاء مستودع محدّث للأبحاث المرتبطة بالصحة النفسية التي يتم إجراؤها أو تنفيذها في لبنان.

4.2.6. مواصلة وتعزيز تنفيذ التعميم رقم 22 الصادر عن وزارة الصحة العامة بتاريخ 2018/3/9 والمتعلّق بالبحوث حول الصحة النفسية لضمان حماية المجموعات المعرّضة بما يتماشى مع المبادئ الأخلاقية.

4.2.7. وضع مبادئ توجيهية وطنية حول إجراء أبحاث في مجال الصحة النفسية تتماشى مع أعلى المبادئ الأخلاقية وحقوق الإنسان ومع تعميم وزارة الصحة العامة رقم 22 والقيام بتوجيه الجهات المعنية بشأن هذه المبادئ.

مسودة

المراجع:

1. WorldBank. Lebanon Economic Monitor: Lebanon Sinking (To the Top 3)2021 Global Practice for Macroeconomics, Trade & Investment Middle East and North Africa Region. Available from: https://documents1.worldbank.org/curated/en/394741622469174252/pdf/Lebanon-Economic-Monitor-Lebanon-Sinking-to-the-Top-3.pdf.
2. HRW. WORLD REPORT 2021: EVENTS OF 20202021. Available from: https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2021/01/2021_hrw_world_report.pdf.
3. L'Orient-LeJour. This time, Lebanon will not be saved by outsiders. 2021.
4. Bank W. The World Bank In Lebanon. 2022.
5. Bank W. GDP (current US$) - Lebanon. World Bank.
6. UNESCWA. Multidimensional poverty in Lebanon (2019-2021) Painful reality and uncertain prospects2021. Available from: https://www.unescwa.org/sites/default/files/news/docs/21-00634-_multidimentional_poverty_in_lebanon_-policy_brief_-_en.pdf.
7. ILO, CAS. Lebanon Follow-up Labour Force Survey – January 20222022. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/documents/publication/wcms_844837.pdf.
8. ILO, CAS, UN. Labour Force and Household Living Conditions Survey (LFHLCS) 2018–2019 Lebanon2020. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/documents/publication/wcms_732567.pdf.
9. REACHInitiative. Multi-sector needs assessment (MSNA) Key Findings - Livelihoods, March 2022. 2022 4 Apr 2022.
10. HRW. Lebanon in the Dark Electricity: Blackouts Affect Rights. 2020.
11. France24. Lebanon left without electricity as main power stations run out of fuel. 2021.
12. WHOEMRO. Joint statement by Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, WHO Director General, and Dr Ahmed Al Mandhari, Regional Director for the Eastern Mediterranean, on Lebanon. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2021.
13. FAO, WFP. Hunger Hotspots FAO-WFP early warnings on acute food insecurity October 2022 to January 2023 Outlook2022. Available from: https://www.wfp.org/publications/hunger-hotspots-fao-wfp-early-warnings-acute-food-insecurity-october-2022-january-2023.
14. WorldBank. Lebanon m-VAM Vulnerability and Food Security Assessment, March - April 20212021 June. Available from: https://reliefweb.int/report/lebanon/lebanon-m-vam-vulnerability-and-food-security-assessment-march-april-2021.
15. WorldBank. Consumer price index - Lebanon.
16. ArabReformInitiative. Mental Health Reforms in Lebanon During the Multifaceted Crisis2021. Available from: https://www.arab-reform.net/publication/mental-health-reforms-in-lebanon-during-the-multifaceted-crisis/.
17. Fouad F, Barkil-Oteo A, Diab JL. Mental Health in Lebanon's Triple-Fold Crisis: The Case of Refugees and Vulnerable Groups in Times of COVID-19. Front Public Health. 2021;8(589264):https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.589264.
18. BBC. Beirut explosion: What we know so far. 2020.

19. Reuters. How powerful was the Beirut blast?2020 August 14. Available from: https://graphics.reuters.com/LEBANON-SECURITY/BLAST/nmopalewrva/index.html?fbclid=IwAR2c9YF3lISqbNxNXjqjGjXoflzp2gqbXyUfj3O1XGSZ9-jD0HAY838J5bM&fbclid=IwAR2dCSSirt9Mzeoz8zlhU8KFim9fiuxLgtgK2Pd0kLy65ZmeTZ4c1JlK0x8&utm_medium=Social&utm_source=Facebook&utm_.
20. WorldBank. Beirut Rapid Damage and Needs Assessment2020. Available from: https://documents1.worldbank.org/curated/en/650091598854062180/pdf/Beirut-Rapid-Damage-and-Needs-Assessment.pdf.
21. IRC. 2022 Emergency Watchlist: System Failure2021. Available from: https://www.rescue.org/sites/default/files/document/6423/cs2201watchlistreportfinal.pdf.
22. HRW. Lebanon: Hospital Crisis Endangering Health. 2019.
23. MSF. Overlapping crises in Lebanon increase needs and worsen access to care. 2021.
24. ForeignPolicy. Lebanon Is in Terminal Brain Drain. 2021.
25. Karam E, Mneimneh Z, Dimassi H, Fayyad J, Karam A, Nasser S, et al. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Lebanon: First Onset, Treatment, and Exposure to War. PLoS Med 2008;5(4):e61. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050061.
26. WorldBank. The World Bank Data: Suicide mortality rate (per 100,000 population)-Lebanon. 2019.
27. BeirutToday. Lebanon registers an increase in calls to its suicide prevention lifeline. 2021.
28. MoPH, WHO, Embrace, AFD. Preventing suicide in Lebanon 2020.
29. Karam EG, Karam GE, Farhat C, Itani L, Fayyad J, Karam A, et al. Determinants of treatment of mental disorders in Lebanon: barriers to treatment and changing patterns of service use. Epidemiology psychiatric sciences. 2019;28(6):655-61.
30. WHO. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. World Health Organization; 2011.
31. El-Jardali F, Yehia F. K2P Policy Brief: Securing Access to Quality Mental Health Services in Primary Health Care in Lebanon2014 Knowledge to Policy (K2P) Center, . Available from: https://www.aub.edu.lb/k2p/Documents/K2P%20Policy%20Brief%20Mental%20Heath.pdf.
32. Lin E, Von Korff M, Consortium WWS. Mental disorders among persons with diabetes-Results from the World Mental Health Surveys. Journal of Psychosomatic Research. 2008;65(6):571-80. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.06.007.
33. WHO. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles: Lebanon2018. Available from: https://www.who.int/nmh/countries/lbn_en.pdf.
34. Knapp M, Funk M, Curran C, Prince M, Grigg M, McDaid D. Economic barriers to better mental health practice and policy. Health policy planning. 2006;21(3):157-70.
35. Chehab N. The social and economical cost of mental health in Lebanon. Executive magazine; 2018.
36. WHO, ILO. Mental health at work: policy brief. 2022.
37. Karam E, Mneimneh Z, Karam A, Fayyad J, Nasser S, Chatterji S, et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. The Lancet. 2006 367(9515):1000-6. https://doi.org/10.16/S0140-6736(06)68427-4.

38. Farhood L, Dimassi H. Prevalence and predictors for post-traumatic stress disorder, depression and general health in a population from six villages in South Lebanon. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47(4):639-49. https://doi.org/10.1007/s00127-011-0368-6.
39. Chahine L, Chemali Z. Mental health care in Lebanon: policy, plans and programmes. EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal. 2009;15(6):1596-612. https://apps.who.int/iris/handle/10665/117802.
40. Shaar K. Post-traumatic stress disorder in adolescents in Lebanon as wars gained in ferocity: a systematic review. Journal of Public Health Research. 2013;2(2):e17. https://doi.org/0.4081/jphr.2013.e17.
41. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet. 2005;365(9467):1309–14.
42. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. 2019;394(10194):240-8. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
43. Bank W. Refugee population by country or territory of asylum - Lebanon.
44. Kazour F, Zahreddine N, Maragel M, Almustafa M, Soufia M, Haddad R, et al. Post-traumatic stress disorder in a sample of Syrian refugees in Lebanon. Compr Psychiatry. 2017(72):41-7. http://doi.org/10.1016/j.comppsych.2016.09.007.
45. Vallieres F, Ceannt R, Daccache F, Abou Daher R, Sleiman J, Gilmore B, et al. ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. Acta Psychiatr Scand. 2018;138(6):547-57. https://doi.org/10.1111/acps.12973.
46. Naal H, Nabulsi D, El Arnaout N, Abdouni L, Dimassi H, Harb R, et al. Prevalence of depression symptoms and associated sociodemographic and clinical correlates among Syrian refugees in Lebanon. BMC Public Health 2021;21(217):https://doi.org/10.1186/s12889-021-0266-1.
47. WHO. World mental health report: Transforming mental health for all. 2022.
48. WHO. Mental disorders 2022 [Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders.
49. Assi M, Maatouk I, Jaspal R. Depressive and anxious symptomatology in a Lebanese sample during the COVID-19 outbreak International Journal of Health Promotion and Education. 2021:https://doi.org/10.1080/14635240.2021.1950561
50. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui L, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: Asystematic review. Journal of Affective Disorders. 2020;277:55-64. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001.
51. Youssef D, Abboud E, Abou-Abbas L, Hassan H, Youssef JJJoPP, Practice. Prevalence and correlates of burnout among Lebanese health care workers during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey. 2022;15(1):1-16.
52. Sfeir E, Rabil J-M, Obeid S, Hallit S, Khalife M-CF. Work fatigue among Lebanese physicians and students during the COVID-19 pandemic: validation of the 3D-Work Fatigue Inventory (3D-WFI) and correlates. BMC Public Health. 2022;22(1):292.
53. Bizri M, Kassir G, Tamim H, Kobeissy F, Hayek SE. Psychological distress experienced by physicians and nurses at a tertiary care center in Lebanon during the COVID-19 outbreak. Journal of Health Psychology. 2021;27(6):1288-300.

54. WorldBank. BEIRUT RESIDENTS' PERSPECTIVES ON AUGUST 4 BLAST: Findings from a needs and perception survey2020. Available from: https://documents1.worldbank.org/curated/en/899121600677984471/pdf/Beirut-Residents-Perspectives-on-August-4-Blast-Findings-from-a-Needs-and-Perception-Survey.pdf.
55. El Khoury J, Ghandour L, Charara R, Adam L, Maalouf F, Khoury B. The Beirut explosion psychological impact study: An online cross-sectional population survey. . Traumatology. 2022:Advance online publication. https://doi.org/10.1037/trm0000353.
56. Maalouf F, Haidar R, Mansour F, Elbejjani M, El Khoury J, Khoury B, et al. Anxiety, depression and PTSD in children and adolescents following the Beirut port explosion. Journal of Affective Disorders. 2022;302:58-65. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.086.
57. Maalouf FT, Alrojolah L, Akoury-Dirani L, Barakat M, Brent D, Elbejjani M, et al. Psychopathology in Children and Adolescents in Lebanon Study (PALS): a national household survey. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2022;57(4):761–74.
58. Baroud E, Al Rojolah L, Ghandour L, Akoury Dirani L, Barakat M, El Bejjani M, et al. Risk and protective factors for depressive symptoms and suicidality among children and adolescents in Lebanon: Results from a national survey. Journal of Affective Disorders Reports. 2020;2(100036):https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100036.
59. UNICEF. Comorbidity of Crises in Lebanon. UNICEF; 2020.
60. UNDP. Lebanon Crisis Response Plan - (LCRP 2017-2021). 2021.
61. Abouzeid M, Halwani DA, Mokdad AH. A Generation at Risk: The Impacts of Lebanon's Escalating Humanitarian Crisis on Children. Frontiers in Public Health. 2021;9:704678.
62. GovernmentOfLebanon UnitedNations. Lebanon Crisis Response Plan 2022-2023. 2022.
63. Noubani A, Diaconu K, Loffreda G, Saleh S. Readiness to deliver person-focused care in a fragile situation: the case of Mental Health Services in Lebanon. International journal of mental health systems. 2021;15(1):1-13.
64. Abi Doumit C, Haddad C, Sacre H, Salameh P, Akel M, Obeid S, et al. Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. PloS one. 2019;14(9):e0222172.
65. Rayan A, Fawaz M. Cultural misconceptions and public stigma against mental illness among Lebanese university students. Perspectives in psychiatric care. 2018;54(2):258-65.
66. Aramouny C, Kerbage H, Richa N, Rouhana P, Richa S. Knowledge, Attitudes, and Beliefs of Catholic Clerics' Regarding Mental Health in Lebanon. Journal of religion and health 59. 2020;59:257-76.
67. Abi Hana R, Arnous M, Heim E, Aeschlimann A, Koschorke M, Hamad RS, et al. Mental health stigma at primary health care centres in Lebanon: qualitative study. International journal of mental health systems, 16(1), 1-14. 2022;16(1):1-14.
68. MoPH. Mental Health and Substance Use- Prevention, Promotion, and Treatment-Situation Analysis and Strategy for Lebanon 2015-20202015. Available from: https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Mental%20Health%20and%20Substance%20Use%20Strategy%20for%20Lebanon%202015-2020-V1_1-English.pdf.
69. Heim E, Abi Ramia J, Abi Hana R, Burchert S, Carswell K, Cornelisz I, et al. Step-by-step: feasibility randomised controlled trial of a mobile-based intervention for depression among populations affected by adversity in Lebanon. 2021;24:100380.

70. Cuijpers P, Heim E, Abi Ramia J, Burchert S, Carswell K, Cornelisz I, et al. Effects of a WHO-guided digital health intervention for depression in Syrian refugees in Lebanon: A randomized controlled trial. PLoS Medicine. 2022;19(6):e1004025.
71. Zeinoun PA, Yehia FE, Khederlarian LZ, Yordi SF, Atoui MM, El Chammay R, et al. Evaluation of Lebanon's National Helpline for emotional support and suicide prevention: reduction of emotional distress among callers. 2021;19(2):197.
72. CALDAS DE ALMEIDA J, SARACENO B. INTERNATIONAL CONSULTANCY ON "MID-TERM EVALUATION OF THE LEBANON NATIONAL MENTAL HEALTH STRATEGY FOR THE MOPH NATIONAL MENTAL HEALTH PROGRAMME". 2018.
73. Romanos A. MOPH Administrative Simplification. Beirut, Lebanon: MOPH Presentation 2010 [Available from: https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Publications/AdmSimplification.ppsx.
74. Kerbage H. Rethinking mental health legislation in Lebanon: updates and implications. Contemporary Levant. 2017;2(2):135-42.
75. El-Jardali F, Yehia F. Securing Access to Quality Mental Health Service in Primary Health Care in Lebanon. Beirut: Knowledge to Policy (K2P) Center; 2014.
76. Yehia F, Nahas Z, Saleh S. A roadmap to parity in mental health financing: the case of Lebanon. Journal of mental health policy and economics. 2014;17(3):131-41.

مسودة