الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والإدمان

في لبنان 2016-2021

تخفيض العرض، وقاية، علاج، إعادة تأهيل، إعادة دمج إجتماعي وحدّ من المخاطر

DRAFT

تمت ترجمة هذه الوثيقة من النسخة الانكليزية

توّلت وزارة الصحة العامة إعداد هذه الوثيقة بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم العالي، وزارة الداخلية والبلديات، وزارة الشؤون الاجتماعية، ووزارة العدل، وبدعم من مجموعة بومبيدو ومجلس اوروبا

المحتويات

قائمة المختصرات 3
لمحة عن الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والإدمان في لبنان..... 5
تحليل الوضع..... 6
1-استعراض عام 6
-2استخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان 7
3- المجموعات المعرّضة..... 10
-4لمحة عامة عن نظام الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان 15
5. الفرص والتحدّيات 24
الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والإدمان في لبنان 2016-2021..... 25
أ- الرؤية..... 25
ب- الرسالة..... 25
ج- القيم والمبادئ التوجيهية..... 25
د - أهداف ومجالات عمل " الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والإدمان في لبنان 2016-2021 "..... 27
المجال الأول: القيادة والإدارة..... 30
المجال الثاني: الوقاية 32
المجال الثالث: استجابة قطاعي الصحة والرعاية الاجتماعية..... 33
المجال الرابع: تخفيض العرض 36
المجال الخامس: الرقابة والترصّد..... 36
المجال السادس: التعاون الدولي..... 37
المجال السابع: المجموعات المعرّضة..... 38
مؤشرات النجاح في إنجاز الأهداف الإستراتيجية 41
تعريف بعض المصطلحات..... 45
المراجع..... 49

DRAFT

قائمة المختصرات

DALYs	Disability-Adjusted Life Years	معدل السنة الحياتية للعجز
DGUH	Dahr El Bachek Government University Hospital	مستشفى ضهر الباشق الجامعي الحكومي
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH	الوكالة الألمانية للتعاون الدولي
GSHS	Global School Health Survey	المسح الصحي العالمي للمدارس
IDRAAC	Institute for Development Research Advocacy and Applied Care	معهد إدراك للتنمية والأبحاث والمناصرة والعناية التطبيقية
IDUs	Injecting Drug Users	مستخدمو المواد بالحقن
IGSPS	Institute of Health Management and Social Protection	معهد الإدارة الصحية والحماية الاجتماعية
LGBT	Lesbian Gay Bisexual and Transsexual	المثليون والمثليات والمتحوّلون جنسياً وكافة الأقليات الجنسية
MEHE	Ministry of Education and Higher Education	وزارة التربية والتعليم العالي
MOIM	Ministry of Interior and Municipalities	وزارة الداخلية والبلديات
MOJ	Ministry of Justice	وزارة العدل
MOPH	Ministry of Public Health	وزارة الصحة العامة
MOSA	Ministry of Social Affairs	وزارة الشؤون الاجتماعية
NAP	National AIDS Program	البرنامج الوطني لمكافحة السيدا
NMHP	National Mental Health Programme	البرنامج الوطني للصحة النفسية
NGO	Non-Governmental Organization	منظمة غير حكومية
NSP	Needles and Syringes Programme	برنامج توفير الحقن والأدوات الآمنة
OST	Opioid Substitution Therapy	العلاج ببدائل الافيونيات
TCP	Tobacco Control Programme	برنامج الحدّ من التدخين
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS	برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الايدز
UNICEF	United Nations Children's Fund	اليونيسف
UNFPA	United Nations Population Fund	صندوق الأمم المتحدة للسكان
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization	منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة – اليونسكو
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees	المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين
UNODC	United Nations Office for Drugs and Crime	مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة

DRAFT

UNRWA	United Nations Relief and Works Agency for Palestine	وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى
WHO	World Health Organization	منظمة الصحة العالمية
WHO-AIMS	World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems	أدوات تقييم أنظمة الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية
WHO-EMRO	World Health Organization - Eastern Mediterranean Region Office	منظمة الصحة العالمية – المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

DRAFT

لمحة عن الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والإدمان في لبنان

هذه الإستراتيجية هي نتاج رئيسي من "استراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان – وقاية، تعزيز وعلاج – لبنان 2015–2020". ولقد تمّ إعدادها بناءً على الهدف الإستراتيجي 1.1.3 "تطوير إستراتيجية وطنية حول استخدام المواد المسبّبة للإدمان" (MOPH, 2015). الاستجابة لاستخدام المواد المسببة للادمان ضمن اطار العمل على تعزيز الصحة النفسية أمر بالغ الأهمية لأن اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان غالبا ما تتزامن، تتفاعل وتؤثر على بعضها البعض في عديد من المستويات. أثبتت الدراسات أن نسبة انتشار تزامن هذين الاضطرابين عالية بحيث يقدر أن حوالي نصف الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية يعانون أيضا من اضطرابات المواد المسببة للادمان (Miller and Fine, 1993; Goldsmith, 199). لذلك من الضروري اعتماد نهج شامل يتناول كلا الاضطرابين بهدف الوقاية منها وتخفيف العبء الصحي والاجتماعي والاقتصادي الناتج عنهما. وبالتالي تطوير وتنفيذ استراتيجية للاستجابة للمواد المسببة للادمان أمر أساسي لتحقيق الرؤية والرسالة اللتين توجّهان إستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان.

أعدّت هذه الوثيقة وزارة الصحة العامة (MOPH) بتعاون وثيق مع وزارة التربية والتعليم العالي (MEHE)، وزارة الداخلية والبلديات (MOIM)، وزارة الشؤون الاجتماعية (MOSA)، ووزارة العدل (MOJ).

للحصول على مزيد من المعلومات بشأن وثيقة "تحليل الوضع وإستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان – وقاية، تعزيز وعلاج – لبنان 2015–2020"، الرجاء مراجعة الموقع الالكتروني التالي:

http://www.moph.gov.lb/AboutUs/strategicplans/Pages/MentalHealthStrategy.aspx

تُستخدم المصطلحات التالية في هذه الاستراتيجية لتحديد المواد المشمولة في هذه الاستراتيجية اضافة الى مجالات العمل:

المواد أو المواد المسبّبة للإدمان: إنه تعبير يشير إلى الكحول والمخدرات (بما في ذلك الأدوية التي تُصرف بموجب وصفة طبية) والتبغ.

الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان: إنه تعبير يشمل كافة مستويات التدخل: الوقاية من استخدام المواد المسبّبة للإدمان؛ العلاج، إعادة التأهيل، إعادة الدمج الاجتماعي، والحدّ من المخاطر فضلاً عن تخفيض عرض هذه المواد.

لقد تم أيضا تفسير بعض المصطلحات الأخرى المستخدمة في هذه الوثيقة والمشار اليها باللون الأخضر في قسم "تعريف بعض المصطلحات" في نهاية الاستراتيجية.

تحليل الوضع

1- استعراض عام

استخدام المواد المسبّبة للإدمان يشكّل مشكلة عالمية لها تأثيرات جمّة على الأنظمة الصحية والاقتصادية والاجتماعية للأمم. يعاني ما يناهز الـ 27 مليون شخص حول العالم من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، نصفهم تقريباً (12 مليون) هم من مستخدمي المواد بالحقن (UNODC, 2015a). إن مليار شخص يستهلكون منتجات التبغ و240 مليون شخص (4.9% من سكان العالم البالغين) يعانون من اضطرابات استخدام الكحول (Gowing et al, 2015; WHO, 2015a). إن إمكانية الحصول على العلاج متاحة لشخص واحد فقط من أصل ستة أشخاص يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان حول العالم (UNODC, 2015a). وفقاً لدراسة عبء المرض العالمي التي أُجريت في العام 2010، إن عبء المرض العالمي المنسوب لاستخدام الكحول والمخدرات غير المشروعة يساوي 5.4% من إجمالي عبء المرض (WHO, 2015a). المجموعة الواسعة من الاضطرابات الناتجة عن استخدام المواد تؤدي الى عواقب صحية واجتماعية واقتصادية سلبية يعاني منها مستخدمو هذه المواد فضلاً عن أسرهم والمجتمع بشكل عام. وقد تشمل العواقب الصحية ما يلي: الوفاة المبكرة والوفاة التي يمكن تفاديها مثل الوفاة الناتجة عن جرعة زائدة، الأمراض المزمنة كتشمّع الكبد، زيادة التعرّض للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، فيروسا التهاب الكبد الوبائي ب وج وغيرها من العدوى المنقولة بالدم. أما العواقب الاجتماعية والاقتصادية فتشمل البطالة، فقدان سُبل الرزق، عدم قدرة الوالدين على النهوض بالرعاية الأبوية، بالإضافة إلى الارتفاع في التكاليف الوطنية وفي مستويات الجريمة، والعنف، وانعدام الأمان وحوادث السير (Rahimi-Movaghar et al., 2012; UNAIDS, 2012; UNODC, 2012). ينجم عن الاستخدام الضار للكحول 3.3 مليون حالة وفاة سنوياً (WHO, 2015a).

في منطقة شرقي البحر الأبيض المتوسط، سُجل في السنوات الأخيرة ارتفاع في معدلات استخدام المخدرات في بلدان عديدة (UNODC, 2011). يُشار إلى أن انتشار اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان في المنطقة يفوق المعدل العالمي حيث يُقدر بـ 3,500 حالة من أصل مئة ألف نسمة وتُقدر نسبة مستخدمي المواد بالحقن بـ 172 حالة من أصل مئة ألف نسمة. هذا يوازي فقدان 4 سنوات عمر معدّلة بحسب الإعاقة (DALYs) و9 حالات وفاة من أصل ألف شخص، مقارنة بالمستوى العالمي الذي يوازي فقدان 2 DALYs و4 حالات وفاة من أصل ألف شخص (WHO-EMRO, 2011). أما بالنسبة إلى انتشار اضطرابات استخدام الكحول في منطقة شرقي البحر الأبيض المتوسط فهو يتراوح بين 22 و4,726 حالة من أصل مئة ألف نسمة وتُسجل ستة بلدان معدلات أعلى من 1,000 حالة من أصل مئة ألف نسمة (WHO-EMRO, 2011). كما أن معدلات استهلاك التبغ في منطقة شرقي البحر الأبيض المتوسط مرتفعة جداً، حيث أن 36% من المراهقين (ما بين 13 و15 عاماً) و32% من البالغين (15 عاماً وما فوق) يستهلكون التبغ (WHO-EMRO, 2015).

إن تنامي مشكلة استخدام المواد المسبّبة للإدمان العالمية ناجم عن تفاعل مجموعة من العوامل (UNODC, 2012)، على مستويات مختلفة من النموذج البيئي. هذا مبيّن في البيان 1.

DRAFT

البيان 1. محدّدات استخدام المواد المسبّبة للإدمان على مختلف مستويات النموذج البيئي

2- استخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان

لا تتوفر إحصاءات أو تقديرات رسمية لإجمالي مستخدمي المواد المسببة للادمان في لبنان. تُقدّر نسبة انتشار مدى الحياة لاضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان بـ 2.2% (Karam et al, 2008). إن تقرير أدوات تقييم أنظمة الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية (WHO-AIMS) الذي نُشر في العام 2015 يشير إلى أن الاضطرابات النفسية والسلوكية المتعلّقة باستخدام المواد المسببة للادمان شكّلت إحدى الفئات التشخيصيّة الأساسية التي استدعت الإدخال إلى مستشفيات الأمراض النفسية في العام 2014 (24% من حالات الاستشفاء) (WHO and MOPH, 2015).

معظم الدراسات المحلية المتعلقة باستخدام المواد المسبّبة للإدمان منذ العام 2003 تلحظ زيادة في استخدام المواد لا سيّما في فئة الشباب (ما بين 15 و24 عاماً). بناءً على التقييم السريع للوضع (2003) الذي أُجري على شرائح متنوّعة من سكان لبنان، تبيّن أن استخدام المواد المسبّبة للإدمان يبدأ في سن مُبكرة هي 9 سنوات وأنّ متوسّط عمر أوّل تجربة سُكر هو 15 إلى 17 عاماً (UNODC, 2003, Karam et al, 2010). وأكثر المواد التي يجرّبها الأشخاص هي الكحول والنيكوتين وفي مرتبة ثانية القنب (الحشيش/الماريجوانا)، وهذه المادة الأخيرة هي المخدر 7.

غير المشروع الأكثر استخداماً بين طلاب المدارس الثانوية وطلاب الجامعات (Karam et al, 2010). إن نصف الأشخاص تقريباً ممّن يستخدمون المواد المسبّبة للإدمان وأولئك الذين يتلقون العلاج أو الذين يسعون لطلب العلاج غالبا ما يستخدمون المخدرات بالحقن. وقد تمّ لحظ معدلات عالية من التشارك في الإبر (Karam et al, 2010; Skoun 2010). بحسب التقديرات، يتراوح عدد مستخدمي المواد بالحقن في لبنان بين 2,000 و4,000 شخص (UNAIDS, 2012). على سبيل المثال، 956 من أصل 1,373 مريضاً توزعوا على ثمانية مراكز لبنانية لإعادة تأهيل وإزالة سموم بين شهري كانون الثاني 2012 وكانون الأول 2013 هم من مستخدمي المواد بالحقن، 265 منهم يتعايشون مع فيروس التهاب الكبد الوبائي ج (27.7%) وإثنان يتعايشان مع فيروس التهاب الكبد الوبائي ب (0.67%) (Abbas, 2013). معظم مستخدمي المواد بالحقن هم من الشباب غير المتزوجين الذين يتمتعون بمستوى علمي متدنٍ وقد سبق لهم أن سجنوا (Mahfoud et al., 2010; Skoun, 2010). بيد أنه لا تتوفر أية بيانات تميّز بين النوع الاجتماعي. أما بالنسبة إلى الفجوة العلاجية، فقد سبق فقط لِـ 2.1% من طلاب الجامعات و2.8% من طلاب المدارس الثانوية أن سعوا يوماً للحصول على المساعدة المتخصّصة لمشاكل استخدام المواد المسبّبة للإدمان (باستثناء الكحول) وإن السبب الأكثر شيوعاً للامتناع عن السعي لطلب العلاج هو عدم تحسّس الحاجة لذلك (Karam et al, 2010).

أ. انتشار استخدام المواد المسبّبة للإدمان

انتشار استخدام الكحول

تشير الدراسة الاستقصائية الوبائية المتعلّقة بالكحول في لبنان إلى أن اضطرابات استخدام الكحول منتشرة بمعدلات عالية بين اللبنانيين عامة (Yazbek et al., 2014). في العام 2011، أظهرت البيانات أن 11.2% من اللبنانيين البالغين قد عانوا من اضطرابات استخدام الكحول خلال الأشهر الاثني عشر الأخيرة مع تسجيل خطر أكبر بين الرجال. بالفعل، أفاد 85% من الرجال اللبنانيين أن الفرصة أُتيحت لهم لاستهلاك الكحول مقارنة بنسبة 55% لدى النساء (Wells et al, 2011). كما أن استخدام الكحول منتشر بين الشباب بمعدلات هائلة. نحو 28.5% من طلاب المدارس تناولوا على الأقل مشروباً كحولياً واحداً في الأيام الثلاثين الماضية (GSHS 2011) مقارنة بـ 19.5% في العام 2005 (GSHS 2005). نحو 87% من الطلاب الذين سبق لهم أن تناولوا مشروباً كحولياً، قد فعلوا ذلك قبل سن الرابعة عشرة. وتصل نسبة الطلاب الذين أصيبوا بالآثار الضارة لاستخدام الكحول مثل الصداع الناتج عن الإفراط في شرب الكحول، الشعور بالإعياء، الوقوع في المشاكل أو التغيّب عن المدرسة على الأقل مرة واحدة في حياتهم حوالي 17% (GSHS 2005). أما بالنسبة الى طلاب الجامعات من أصل 540 طالباً ملتحقين بست جامعات خاصة وحكومية في مناطق لبنانية مختلفة، صرّح نصفهم تقريباً (49.3%) بتناولهم الكحول (4.9% منهم يشربون الكحول بشكل يومي) (Kabrita et al., 2014).

انتشار استهلاك التبغ

يُسجل لبنان معدلات التدخين الأعلى مقارنة بغيره من البلدان في منطقة شرقي البحر الأبيض المتوسط بما في ذلك الانتشار الأوسع لتدخين النرجيلة (36.9%) (Khalife et al, 2015; Jamal, Lee, and Millett, 2015). ما يناهز 39% من الذكور و32% من الاناث في لبنان يستهلكون التبغ (من أي نوع كان)، 33% و23% منهم بالترتيب يدخّنون السجائر (Khalife et al, 2015). إن معدلات الاناث اللواتي سبق لهن أن دخّن في حياتهن تبلغ 38.2% مقارنة بـ 55.1% لدى الذكور. من بين أولئك المدخّنين، 22.1% فقط تمكّنوا من الإقلاع عن التدخين و77.9% هم مدخّنون حاليون (Storr et al., 2010). في فئة المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و15 عاماً، 42% من الفتيان و31% من الفتيات يستهلكون التبغ، منهم 18% و6% بالترتيب يدخّنون السجائر MEHE, MOPH, CDC (& WHO, 2011).

انتشار استخدام المواد المسببة للادمان الأخرى

في لبنان، يقدّر انتشار مدى الحياة لاضطرابات استخدام المواد غير المشروعة (سوء استخدام) بـ 0.5% (Karam et al, 2008). إن العمر المُشار إليه للبدء باستخدام أية مادة غير مشروعة يتراوح بين 15 و17 عاماً وإن معدّل سنوات الاستخدام قبل الحصول على العلاج للمرّة الأولى هو 4 سنوات (Skoun, 2010). فضلاً عن ذلك، تشير البيانات الوطنية إلى تزايدٍ في إساءة استخدام المواد المشروعة بما فيها مزيلات القلق والمهدئات بين اللبنانيين عامة وبين المراهقين خاصة، لا سيّما في الفئة العمرية 15–25 عاماً (IGSPS, 2012). إن مستوى انتشار استخدام البنزوديازيبين (مزيل للقلق) بين عامّة السكان في الشهر المنصرم بلغ 9.6%، حيث أن 50.2 % من المستخدمين يعانون من اعتماد على البنزوديازيبين (Naja et al, 2000). بيّن المسح الصحي العالمي للمدارس (GSHS) لعام 2011 أن 5% من الطلاب بين عمر 13 الى 15 في لبنان استخدموا المواد غير المشروعة و/أو الأدوية مرة على الأقل في حياتهم مقارنة بـ 3.5% في العام 2005 (GSHS 2005, GSHS 2011). ويسود الاعتقاد أيضاً أن استخدام الافيون الطبي من دون وصفة مرتفع أيضاً وفي تصاعد إلى حدّ أن مراكز العلاج/إعادة التأهيل باتت غير كافية لتلبية الحاجات (National Aids Program (NAP), 2008).

ب. خصائص سوق المواد المسببة للادمان

سوق المواد غير المشروعة

تتوفر في لبنان حالياً مواد غير مشروعة عديدة مثل الكوكايين، والقنب، والهيروين والمنشطات من نوع الامفيتامين بالإضافة إلى المخدرات الاصطناعية كالفينيثلين (الكبتاجون) والاكستاسي المتوفرة بشكل متزايد ومصدرها اوروبا الشرقية (Kerbage and Haddad, 2014). كما أن الكوكايين الذي يُشحن من امريكا الجنوبية بواسطة الطائرات التجارية يزداد توافرا (Kerbage and Haddad, 2014; United States Department of State, 2014). وفقاً لتقرير الإستراتيجية الدولية لمكافحة المخدرات الصادر في شهر آذار 2014، لا يشكل لبنان مصدراً رئيسياً للمواد غير المشروعة إنما هو معبر لهذه المواد بما فيها الكوكايين والهيروين والفينيثيلين (United States Department of State,

2014). بالنسبة إلى الإنتاج اللبناني، إن القنب هو المخدر الرئيسي الذي يتمّ إنتاجه في منطقة البقاع كما يتمّ إنتاج كميات متزايدة من الهيروين بصورة غير شرعية في البقاع.

سوق الأدوية الموصوفة

يعتبر الحصول على الافيون المستخدم لغايات طبية سهل حيث أفاد نحو ثلثي الطلاب الجامعيين (63.4%) أنه يمكنهم الحصول على الافيون من دون وصفة بشكل سهل/سهل جداً (Ghandour, El Sayed and Martins, 2011).

سوق التبغ والكحول

يمكن شراء منتجات التبغ والكحول من دون عناء من معظم المحال التجارية. كما ويمكن طلب النرجيلة إلى المنزل أو التمتّع بها في بعض المقاهي حيث التدخين مسموح.

3- المجموعات المعرّضة

بعض الأشخاص بحاجة إلى مقاربة مصمّمة خصيصاً لهم على صعيد الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان، لأن الظروف أو البيئة التي يعيشون فيها أو الوصمة التي تطالهم قد تعرّضهم أكثر لاضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان أو قد تحدّ من إمكانية وصولهم إلى الخدمات الضرورية. لذا سنحدّد في هذا القسم مجموعتين مستقلتين من الأشخاص:

- تضمّ المجموعة الأولى الأشخاص الذين يستخدمون المواد المسبّبة للإدمان والذين هم الأكثر تحسّساً أو عرضة للوصمة أو التهميش؛ أولئك الذين يقلّ احتمال سعيهم للحصول على خدمات الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان؛ وأولئك الذين هم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض الجسدية والنفسية المتزامنة. تشمل هذه الفئة مستخدمي المواد بالحقن المتعايشين مع الأمراض الانتقالية، النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان والأشخاص من أوساط المثليين والمثليات والمتحولين جنسياً وكافة الأقليات الجنسية (LGBT) الذين يستخدمون المخدرات.
- تضمّ المجموعة الثانية الأشخاص الذين يعيشون في بيئة أو ظروف تحدّ أكثر من إمكانية وصولهم إلى خدمات الاستجابة استخدام المواد المسبّبة للإدمان. تشمل هذه الفئة الأطفال الذين يعيشون في ظروف غير مؤاتية، الشباب والمراهقين، اللاجئين الفلسطينيين، النازحين والأشخاص في السجون.

في القسم التالي نقدّم وصفاً موجزاً لأوضاع تلك المجموعات المعرّضة المذكورة أعلاه.

DRAFT

المجموعة الأولى

1. مستخدمو المواد بالحقن المتعايشون مع الأمراض الانتقالية

إن منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا هي واحدة من منطقتين فقط في العالم تتنامى فيهما معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، وحيث يشكل مستخدمو المواد بالحقن مجموعة من المجموعات الأكثر تأثراً (Harm Reduction International, 2012). في لبنان، وعلى الرغم من أن الدراسات حول انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب بين مستخدمي المواد بالحقن لم تجد أية حالة إيجابية إلا أن مستخدمي المواد بالحقن يشكلون المجموعة الرئيسية المعرّضة للإصابة بهذا الفيروس (UNAIDS, 2012; Mahfoud, et al., 2010)، لا سيّما وأن 5.7% من مجموع الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/السيدا هم من مستخدمي المواد بالحقن (NAP, 2008). بالنسبة إلى فيروس التهاب الكبد الوبائي ج، تبيّنت إصابة ما يزيد عن 60% من مستخدمي المواد بالحقن بهذا الفيروس وفقاً لسجلات المنظمات غير الحكومية ومراكز إزالة السموم ومراكز إعادة التأهيل في لبنان (Badran, 2015). وعلى الرغم من أن مجموع مستخدمي المواد بالحقن غير معروف إلا أن عددهم يُقدّر بين 2,000 و4,000 شخص (UNAIDS, 2012). إن الممارسات الخطيرة المنتشرة بين مستخدمي المواد بالحقن بما في ذلك التشارك في الحقن والجنس غير المحمي تبدو شائعة في لبنان (Mahfoud et al., 2010; UNAIDS, 2012). فضلاً عن ذلك، على الرغم من إمكانية شراء الحقن من دون وصفة وبسعر معقول من الصيدليات المحلية إلا أن مستخدمي المواد بالحقن غالباً ما يتجنّبون شراءها خوفاً من التمييز الذي قد يلحق بهم من جانب الصيادلة أو لأن هذا الأخير قادر على أن يبلغ السلطات عنهم (Badran, 2015).

2. النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان

غالباً ما تكون النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان مهمّشة ضمن الأوساط العامة لاستخدام المخدرات (UNODC, 2014). على المستوى الدولي، إن الأبحاث، والخدمات، والمبادئ التوجيهية، والبرامج التدريبية وعمليات الترصّد المرتبطة بمستخدمي المواد بالحقن بغالبيتها لا تميّز بين الجنسين أو تتمحور حول الذكور، بالتالي نادراً ما يتمّ تحسّس أو ادراك حاجات النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان (UNODC, 2014). توضح الدراسات الحديثة أن النساء اللواتي يستخدمن المخدرات بالحقن في المنطقة يواجهن وصمة أكبر من تلك التي تطال الرجال ممّا قد يفسّر لجوءهن بشكل أقل إلى خدمات الحدّ من المخاطر (Abu-Raddad et al., 2010). كما تفيد الدراسات الحديثة أن هذه الفئة من السكان تعيش بشكل عام أوضاعاً اجتماعية واقتصادية متردّية أسوأ من أوضاع الرجال وأن استخدام المخدرات ضمن هذه الفئة يقترن بالفقر والاضطرابات النفسية والعنف (Farahani et al, 2012; El-Sawy et al., 2010). كما تشير الأبحاث إلى أن النساء والفتيات يملْن أكثر لاستخدام الأدوية التي تُصرف بموجب وصفة لأغراض غير طبية (Simoni-Wastila et al., 2004; 11.

DRAFT

.(ESPAD, 2007

في لبنان، بناءً على المعلومات الصادرة في العام 2013 عن وزارة الداخلية والبلديات (MOIM)، إن 2.9% من الأشخاص الموقوفين بتهمة بيع واستخدام المخدرات هم من النساء و4.5% من النساء الموقوفات بتهمة تقديم الخدمات الجنسية أبلغن عن استخدامهن المخدرات (Badran, 2015).هناك حاجة لتدخلات تستهدف النساء لأنهن يواجهن تحدّيات ومخاطر محدّدة كالتحرّش، العنف الجنسي، المشاكل الإنجابية، الحمل غير المرغوب به وعمليات الإجهاض الغير الآمن، نبذ الأسرة لهن، ضغوطات مالية، مسائل قانونية، إلخ (Badran, 2015).

3. الأشخاص من أوساط المثليين والمثليات والمتحولين جنسياً وكافة الأقليات الجنسية LGBT الذين يستخدمون المواد المسبّبة للإدمان

شهدت في السنوات الأخيرة أوساط المثليين والمثليات والمتحولين جنسياً وكافة الأقليات الجنسية في لبنان تحسّناً في أوضاعها، لا سيّما وأن المجتمع المدني يسعى جاهداً لتقليص الانتهاكات لحقوق الإنسان الأساسية ضمن هذه الأوساط. لكن الإنجازات في هذا المجال لا تزال خجولة (Azzi, 2014). لقد أقرّ مؤخراً بعض القضاة عدداً من التشريعات الهامة التي انعكست إيجاباً على تعامل النظام القضائي مع أوساط المثليين والمثليات والمتحولين جنسياً وكافة الأقليات الجنسية (Azzi, 2014)، إلا أن الوصمة الاجتماعية المقترنة بالمثلية الجنسية وسوء المعاملة لهذه الأوساط لا يزالان قائمين في لبنان، لا سيّما وأن التفسير الشائع للمادة 543 من قانون العقوبات اللبناني يربط هذا النوع من الميل الجنسي بالجريمة. وكآلية تكيّف، يلجأ بعض أعضاء هذه الأوساط إلى أشكال متنوعة من التجنّب الاجتماعي أو الانسحاب في حين أن بعضهم الآخر يصف استخدام المواد المسبّبة للإدمان (خاصة الكحول) كوسيلة أخرى للتكيّف مع أوضاعهم (Wagner et al., 2013). بالفعل، قد أشارت دراسة تقييمية للوصمة والرفاه النفسي والتواصل الاجتماعي أُجريت في بيروت على مجموعة من الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال آخرين إلى أن عدداً من أولئك الرجال قد وصف استخدام المواد المسبّبة للإدمان (خاصة الكحول) كوسيلة للتكيّف مع الوصمة (Wagner et al., 2013). بالتالي قد يواجه مستخدمو المخدرات في أوساط المثليين والمثليات والمتحولين جنسياً وكافة الأقليات الجنسية مستويات أعلى من الوصمة ضمن محيطهم وداخل مراكز علاج استخدام المواد ممّا قد يساهم في تقليص الوصول إلى العلاج.

المجموعة الثانية

4. الأطفال (ما دون الخامسة عشرة) الذين يعيشون في ظروف غير مؤاتية

تضمّ هذه المجموعة الأطفال الذين يعيشون في ظروف غير مؤاتية تعيق نموّهم بشكل كامل وتهدّد صحتهم النفسية ورفاههم وفي بعض الأحيان تجعلهم أكثر عرضة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان. ومن الأمثلة عن مثل هذه الظروف

نذكر العنف الأسري، تاريخ عائلي من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان أو الاضطرابات النفسية، مشاكل مع القانون، العيش في الطرقات أو في الملاجئ المؤقتة. إن الصلة واضحة بين اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان من جهة والتعايش أو المرور في محن خلال مرحلة الطفولة، العنف الأسري والتاريخ العائلي من استخدام المواد المسبّبة للإدمان من جهة أخرى (ICF international, 2009; Itani et al., 2014; Yazbeck et al., 2014). إن الدراسة الاستقصائية الوطنية حول صدمات الطفولة التي أُنجزت في العام 2014 كشفت أن 27.9% من البالغين المشاركين في الاستقصاء قد تعرّضوا في طفولتهم لبعض الظروف غير المؤاتية أو العصيبة، وأفادت أن "استخدام المواد المسبّبة للإدمان من جانب الوالدين" هو أكثرها شيوعاً (Itani et al., 2014). هناك حاجة لتدخلات نوعية محدّدة تستهدف الأطفال الذين يعيشون في ظروف غير مؤاتية لوقايتهم بشكل أساسي من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان.

5. الشباب والمراهقون (ما بين 10 و24 عاماً)

يشكل الشباب والمراهقون مجموعة معرّضة للخطر الشديد في لبنان كما في كافة بلدان العالم فهم قد بلغوا مرحلة من حياتهم تتكوّن خلالها الأنماط السلوكية ومن المحتمل جداً أن يخضعوا لتأثير نماذج قدوة أو أقران يستخدمون المواد المسبّبة للإدمان (WHO, 2015b). كما ورد في القسم II.أ ان معدل انتشار استخدام المواد المسببة للادمان بين الشباب والمراهقين ازداد بين العام 2005 و2011 خاصة بين الفئة العمرية 13-15 عاماً. وتبين أن استخدام الكحول والمخدرات يبدأ عادة قبل عمر الرابعة عشر (GSHS, 2005; GSHS, 2011). أظهرت الدراسات أيضا أن ضغط الأقران وضعف توجيه الوالدين يؤثران سلباً في قرار الشباب بشأن استخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان (Karam, Maalouf, & Ghandour, 2004).

6. اللاجئون الفلسطينيون

يشكل اللاجئون الفلسطينيون في لبنان 10% تقريباً من سكان لبنان (449,957 لاجئاً فلسطينياً مُسجّلاً)، من بينهم 56% عاطلون عن العمل (UNRWA, 2014; GIZ &UNRWA, 2014). يعيش 62% من اللاجئين الفلسطينيين في مخيمات للاجئين غالباً ما تشهد تدهوراً للوضع السياسي فيها يتطوّر إلى نزاع مسلّح بين مختلف الفصائل الفلسطينية المسلّحة لا سيّما في مخيّم عين الحلوة في منطقة صيدا الجنوبية. في ظل هذا الاضطراب السياسي والاقتصادي، يُسجل داخل المخيمات انتشار واسع للإتجار بالمخدرات فضلاً عن استخدام المخدرات بشكل خاص بين الشبان والرجال (GIZ & UNRWA, 2014).

7. النازحون

نتيجة للأزمات المسلّحة المستمرة في الشرق الأوسط، تزايد عدد النازحين الفارين من سوريا والعراق وغيرها من

البلدان إلى لبنان. يشكل السوريون المجموعة الأكبر من النازحين إلى لبنان حيث بلغ عدد السوريين المسجّلين في لبنان 1,048,275 نازحاً وفقاً للإحصاءات الأخيرة المحدّثة الصادرة عن المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في 31 آذار 2016 (UNHCR, 2016). منذ السادس من أيار 2015 علّقت المفوضية بشكل مؤقت تسجيل نازحين جدد بناءً على تعليمات الحكومة اللبنانية. بالتالي إن الأفراد الذين ينتظرون تسجيل أسمائهم غير مشمولين في هذا العدد.

إن البيانات عن استخدام المواد المسبّبة للإدمان بين النازحين محدودة إلا أن اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان يمكنها أن تنشأ في أية مرحلة من مراحل النزوح من البلد الأم إلى الملجأ المؤقت أو عند إعادة التمركز (UNHCR and WHO 2008). لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان بين النازحين أسباب عديدة بما فيها: التطبيب الذاتي للألم وعوارض الاضطرابات النفسية، الضغوطات النفسية الناتجة عن التكيّف مع بيئة جديدة، تدهور أو اختلال سُبل العيش وفقدان مصادر الدعم الاجتماعي والشبكات الاجتماعية (UNHCR and WHO 2008). إن تحليل وضع الشباب المتأثرين بالأزمة السورية في لبنان الذي أُجري في العام 2014 أظهر أن النزوح أحدث وقعاً شديداً في الحياة الاجتماعية للشباب النازحين حيث أن التواصل مع الأصدقاء والمشاركة في الأنشطة الترفيهية تضاءلا، كما أن الغذاء والنظافة الشخصية تأثرا سلباً بالاضافة الى زيادة طفيفة في استخدام المواد المسبّبة للإدمان (UNFPA, UNESCO, UNICEF, UNHCR, and Save The Children International, 2014). ولقد تبيّن أن التدخين – السجائر والنرجيلة على السواء – شائع بين الشبان النازحين ويتزايد بشكل ملحوظ مع التقدّم في السن، إذ أن نسبة الذكور ما بين 19–24 عاماً الذين يدخّنون السجائر تبلغ 51% واولئك الذين يدخّنون النرجيلة 28%. إن نتائج مشاورات المجموعات المركزة تشير إلى أن الأزمة السورية قد زادت على الأرجح من نسبة استهلاك التبغ. يُقدّر عدد الشباب النازحين الذين يشربون الكحول بـ 13% والذين يستخدمون المخدرات بـ 4% (UNFPA, UNESCO, UNICEF, UNHCR, and Save The Children International, 2014).

8. الأشخاص في السجون

خلال العام 2015، شكّل الأشخاص الذين أدخلوا الى السجون اللبنانية بتهم متعلقة بالمخدرات (3600 شخص) حوالي ثلث الداخلين الى السجن في تلك السنة. بالنسبة لمستخدمي المخدرات الداخلين السجن، لا تتوفر حاليّا تشريعات خاصة تتعلق بتدبير أو معالجة أوضاع هؤلاء. في النظام الحالي، باستثناء بعض المنظمات غير الحكومية التي تطبق برامج داخل السجون، لا تتوفر إلا مساعدة ضئيلة للنزلاء الذين يعانون من اضطراب استخدام المواد المسبّبة للإدمان أو للنزلاء المعرضّين لمثل هذا الاستخدام.

4- لمحة عامة عن نظام الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان

أ. الخدمات المتوفرة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان

إن مقدّمي الخدمات الرئيسيين في مجال استخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان هم المنظمات غير الحكومية المحلية التي تقدّم مجموعة من الخدمات من خلال نُهج متنوعة تغطي مختلف مستويات الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان. لكن وعلى الرغم من أن عدداً متزايداً من المنظمات غير الحكومية يعمل في مجال الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان، إلا أن تدخلاتها لا تزال محدودة وعدد المنظمات التي تعمل على إسداء خدمات الحدّ من المخاطر لا يزال ضئيلاً نسبياً (Razaghi and Binazadeh, 2015). فضلاً عن ذلك لا يتوفر أي نظام إحالة وطني يربط كافة هذه الخدمات ببعضها. لا يوجد نظام مراقبة لهذه الخدمات في ظل غياب نظم ترخيص واعتماد للمنظمات التي تقدم هذه الخدمات.

الوقاية. يتمّ تنفيذ برامج وقائية متعددة كتعليم المهارات الحياتية، ,مهارات الرعاية الأبوية، التثقيف بواسطة الأقران، وحملات التوعية العامة.

العلاج. تضمّ مراكز العلاج في لبنان المنظمات غير الحكومية، العيادات والمستشفيات الخاصة التي غالباً ما تعالج المرضى الذين يعانون من اعتماد على المواد المسبّبة للإدمان في أجنحة الأمراض النفسية التابعة لها. تقدّم المنظمات غير الحكومية خدمات إزالة السموم، العلاج الطويل الأمد داخل المؤسسات الإيوائية والعلاج الخارجي. إلا أن العلاج الداخلي القصير الأمد وأنشطة التدخل في الشارع لا تزال محدودة ومركزية (Skoun, 2010). كما وأن الوصمة والتمييز الذين يتعرضان لهما مستخدمي المواد المسببة للادمان يحدان وصول هؤلاء الاشخاص الى خدمات العلاج.

- **إزالة السموم:** عدد الأسرّة المخصّصة لإزالة السموم ضمن المستشفيات الحكومية والخاصة ضئيل.

يقدّم مستشفى حكومي واحد (مستشفى ضهر الباشق الجامعي الحكوميDGUH) خدمة إزالة السموم للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان وله قدرة استيعابية بـ 15 سريراً.

تتوفر خمسة مراكز إيوائية أخرى مخصّصة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان (الكحول والمخدرات) بسعة 90 سريراً (WHO and MOPH, 2015). إلا أنه يُشار أن كلفة خدمات إزالة السموم في هذه المراكز مرتفعة إلى حدّ ما (NAP, 2008). ففي غياب تغطية الضمان الاجتماعي أو المساعدات الحكومية، يعتبر معظم المرضى أن كلفة العلاج الداخلي مرتفعة.

- **العلاج ببدائل الافيونيات (OST):** في كانون الثاني 2012 وبناءً على توجيهات منظمة الصحة العالمية، جرى في لبنان تكييف وإطلاق برنامج للحدّ من المخاطر قائم على الأدّلة العلمية ألا وهو العلاج ببدائل الافيونيات الذي يستخدم البوبرينورفين (Buprenorphine) على أن يكون خاضعاً للمراقبة الدقيقة والصارمة لطبيب نفسي ومتوفراً لكافة سكان لبنان. في شهر تموز 2015، بلغ عدد الأشخاص الذين يستخدمون

البوبرينورفين 1,375 شخصاً. لكن يبقى الوصول إلى العلاج ببدائل الافيونيات محدوداً فهو يقتصر على دواء واحد (البوبرينورفين)، مركزي، عالي الكلفة، إذ يتوجب على مستخدمي المواد المسبّبة للإدمان تسديد ثمن استشارة طبيب نفسي فضلاً عن ثمن الدواء. هذا العامل مصحوباً بتجريم مستخدمي المواد وفقاً للقانون يطرح عبئاً إضافياً على المنظمات غير الحكومية المحلية التي تعمل على توعية المواطنين حول فعاليّة العلاج ببدائل الافيونيات (Razaghi, and Binazadeh, 2015). فضلاً عن ذلك، هناك حاجة لمبادئ توجيهية معدّلة، للمزيد من الاختصاصيين المدرّبين، تنوّع في الأدوية البديلة، بالإضافة إلى أطباء ومراكز لصرف الدواء لا مركزية .

- **برامج الإقلاع عن التدخين:** تتوفر حفنة من عيادات الإقلاع عن التدخين في بعض المستشفيات إلا أنها بالنسبة إلى الغالبية العظمى من السكان بعيدة المنال وغير ميسورة الكلفة. لقد وضع البرنامج الوطني للحدّ من التدخين الإستراتيجية الأولى للإقلاع عن التدخين في العام 2015 التي تنصّ على إسداء المشورة القصيرة بشأن الإقلاع عن التدخين في مراكز الرعاية الصحية الأولية. إلا أنه وفي غياب أي تمويل للبرنامج الوطني للحدّ من التدخين، يقوم الموظفون ببعض الأنشطة بشكل محدود وطوعي. العلاج الطبي المتوفر يتراوح من العلاج البديل للنيكوتين المتاح بدون وصفة إلى العلاج المتخصّص.

الحدّ من المخاطر.

- **خدمات الحدّ من المخاطر الأخرى:** تشمل خدمات الحدّ من المخاطر التدخل في الشارع، الخدمات التثقيفية الرامية لتقليص السلوك الخطر، حملات التوعية بشأن القيادة تحت تأثير المواد، مراكز الاستقبال النهاري، توزيع الواقي الذكري وبرامج توفير الحقن والأدوات الآمنة (NSP). لكن تبقى هذه الخدمات محدودة. كما أنه لا تتوفر الخدمات التي تراعي النوع الاجتماعي مع أنه من المعروف أن لجوء النساء إلى خدمات الحدّ من المخاطر في منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا يبقى ضعيفاً جداً (Rahimi-Movaghar et al., 2012).

إعادة التأهيل: تقدّم المنظمات غير الحكومية (المتعاقدة بمعظمها مع وزارة الشؤون الاجتماعية) هذه الخدمة ضمن المراكز الإيوائية أو المجتمعات العلاجية أو في العيادات الخارجية ولكن قدرتها الاستيعابية لعدد المستفيدين تبقى محدودة. قلّة فقط هي المنظمات غير الحكومية التي تقدّم خدمات إعادة التأهيل للقاصرين.

إعادة الدمج الاجتماعي: إن عدداً محدوداً جداً من المنظمات غير الحكومية يقدّم خدمات إعادة الدمج الاجتماعي التي تشمل بشكل أساسي التدريب المهني. لكن الخدمات الأخرى لا سيّما فرص العمل غير متوفرة، وذلك يعيق إعادة الدمج الاجتماعي بالكامل للمرضى بعد إعادة تأهيلهم.

مجموعات المساعدة الذاتية والمساعدة المتبادلة. إن مجموعات المساعدة الذاتية والمساعدة المتبادلة قليلة جداً في لبنان. من المجموعات القائمة المتعارف عليها نذكر مجموعتين تابعتين لحركات المساعدة الذاتية الدولية وهما مدمني الكحول المجهولين ومدمني المخدرات المجهولين.

ب. الجهات الفاعلة في نظام الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان

كما هو مذكور أعلاه (في الجزء ا. استعراض عام)، تترتّب عن اشكالية استخدام المواد المسبّبة للإدمان مجموعة واسعة من الأخطار والأضرار وهي ناتجة عن تفاعل مجموعة من العوامل على مستويات مختلفة من النموذج البيئي. لهذا السبب، يتولّى أفرقاء عديدون ينتمون إلى مختلف القطاعات عملية الاستجابة الوطنية لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان.

في الجدول 1 وصفٌ للأدوار التي تؤديها الجهات الفاعلة الرئيسية في المراحل المختلفة للاستجابة للمواد المسببة للادمان.

الجدول 1. الجهات الفاعلة في الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان

المنظمة	الوقاية	العلاج	إعادة التأهيل	إعادة الدمج الاجتماعي	الحدّ من المخاطر	تخفيض العرض	الأبحاث	المناصرة
MOPH (دائرة المخدرات/D/NAP/TCP فريق العمل NMHP/GUH/المعنيّ بالعلاج ببدائل الأفيونيات)	X	X			X		X	X
MOSA	X	X	X					X
MEHE	X							
MOJ (لجنة مكافحة الإدمان على المخدرات)		X	X					
MOIM	X					X		
المنظمات غير الحكومية	X	X	X	X	X		X	X
البيئة الأكاديمية							X	X
المستشفيات الخاصة		X						

DRAFT

وزارة الصحة العامة

تُعنى وزارة الصحة العامة بالاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة من خلال عدد من الدوائر والبرامج:

1- **دائرة المخدرات**. تشمل أنشطة دائرة المخدرات، على سبيل المثال لا الحصر، تحديث قائمة المواد الخاضعة للرقابة، إعداد التقارير السنوية التي تورد عدد المرضى الذين يتلقون العلاج لاضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان في مختلف المستشفيات فضلاً عن عدد الأشخاص الموقوفين في لبنان بجرائم متّصلة بالمواد اضافة الى الإدارة العامة لبرنامج العلاج ببدائل الأفيونيات،. هذا البرنامج يوفّر البوبرينورفين لمستخدمي الهيروين على أن يكون العلاج خاضعاً لرقابة طبيب نفسي مشدّدة ولمتابعة وثيقة لفريق متعدّد الاختصاصات معنيّ بالصحة النفسية. يتوفّر العلاج ببدائل الأفيونيات (البوبرينورفين) في مستشفيين حكوميين رئيسيين هما مستشفى رفيق الحريري الحكومي ومستشفى ضهر الباشق الجامعي الحكومي.

2- **فريق العمل المعنيّ بالعلاج ببدائل الأفيونيات**. جرى تشكيل فريق العمل المعنيّ بالعلاج ببدائل الأفيونيات للعمل على تشريع العلاج ببدائل الأفيونيات في لبنان ولقد وفّر الدعم التقني في سبيل تطوير المبادئ التوجيهية الوطنية الموحّدة والأنماط التنفيذية لبرنامج العلاج ببدائل الأفيونيات. يضمّ هذا الفريق منسّقين من وزارة الصحة العامة والمنظمات غير الحكومية المحلية والأطباء النفسيين.

3- **البرنامج الوطني للصحة النفسية:** في أيار 2015، أطلق البرنامج الوطني للصحة النفسية "استراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان – وقاية، تعزيز وعلاج – لبنان 2015–2020". منذ ذلك الحين، تولّى هذا البرنامج تنسيق العمل على استراتيجية الاستجابة للمواد المسببة للادمان بما يتماشى مع الهدف الاستراتيجي 1.1.3 "تطوير استراتيجية وطنية حول استخدام المواد المسبّبة للإدمان" (MOPH, 2015). فضلاً عن ذلك، من الأهداف الاستراتيجية الرئيسية للبرنامج دمج خدمات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان بالرعاية الصحية الأوّلية.

4- **البرنامج الوطني للحدّ من التدخين:** في العام 2009، استأنف البرنامج الوطني للحدّ من التدخين (NTCP) عمله في وزارة الصحة العامة. وقد هدف بشكل رئيسي لمناصرة وتطوير قانون جديد للحدّ من التدخين. وفي العام 2011، أقرّ مجلس النوّاب اللبناني القانون رقم 174 الذي دخل حيّز التنفيذ في أيلول 2012. لقد نصّ هذا القانون على حظر التدخين بنسبة 100% في كافة الأماكن العامة المغلقة، على وضع التحذيرات الصحية على مساحة 40% من أغلفة منتجات التبغ وعلى حظر كافة أنشطة الرعاية والترويج للتبغ.

بالإضافة إلى هذه الدوائر والبرامج، تقدّم وزارة الصحة العامة مجموعة من الخدمات بما في ذلك:

5- **تغطية العلاج الداخلي لمستخدمي المواد المسبّبة للإدمان:** توفر وزارة الصحة العامة علاج إزالة السموم في مستشفى ضهر الباشق الجامعي الحكومي وتغطي إجمالي الفاتورة الاستشفائية. كما تغطي الوزارة كلفة علاج إزالة السموم الذي تقدّمه المستشفيات الخاصة المتعاقدة مع الوزارة أو المنظمات غير الحكومية ضمن المؤسسات الإيوائية على أساس كل حالة على حدة.

6- **تغطية العلاج الخارجي لمستخدمي المواد المسبّبة للإدمان:** يُفترض أيضاً أن توفر وزارة الصحة العامة الرعاية الخارجية المجانية لمستخدمي المخدرات من خلال إنشاء أو التعاقد مع مراكز الرعاية الصحية المُجتمعية أو عيادات الرعاية الخارجية كما هو منصوص عليه في المادة 201 من قانون 1998. بيْد أنه لم يتم إنشاء أو التعاقد مع هذه المراكز/العيادات حتى الآن.

7- **الأدوية:** تحظر وزارة الصحة العامة الإعلان والترويج للأدوية. وعلى الرغم من إصدار العديد من المراسيم للحدّ من بيع مزيلات القلق والمهدّئات، إلا أنه لا يزال الحصول على بعض الأدوية القابلة لإساءة الاستخدام أمراً سهلاً. في العام 2015، جرى تبنّي "الوصفة الطبية الموحّدة" (وهي نموذج رسمي يتوجّب على كافة الأطباء استخدامه لوصف الأدوية) بهدف تحسين الرقابة على حركة الأدوية الموصوفة والمُباعة. ومن حسنات هذا القانون تعزيز الرقابة على الأدوية وبالتالي الحدّ من الإفراط في وصف المواد الطبية المخدّرة ومن إساءة استخدامها.

8- **الوقاية:** لقد شاركت وزارة الصحة العامة بفعالية في العديد من حملات التوعية والوقاية من المخدرات التي أطلقتها منظمات غير حكومية مختلفة برعاية الوزارة.

وزارة التربية والتعليم العالي

تعمل وزارة التربية والتعليم العالي (MEHE) من خلال الاساتذة المكلفين بمهام تربوية وصحية وبيئية في الارشاد والتوجيه على تنفيذ برنامج الصحة المدرسية والذي يهدف تعزيز صحة التلاميذ من خلال تنمية المهارات الحياتية لديهم واكسابهم السلوك الصحي السليم بما يحميهم من السلوكيات الخطرة. يتضمّن البرنامج ثلاثة محاور: 1) الخدمات الصحية، 2) البيئة المدرسية، 3) التوعية والتثقيف الصحي. تتألف وحدة التربية الصحية البيئية من المنسّقة العامة للوحدة، بالإضافة إلى منسّق في كل محافظة ومشرفين صحيين يقومون بزيارات دورية للمدارس والثانويات لمتابعة تنفيذ الأنشطة المتعلقة ببرنامج الصحة المدرسية مع المرشد الصحي الموجود في كل مدرسة رسمية.

وزارة الداخلية والبلديات

إن قوى الأمن الداخلي هي قوى الشرطة الرئيسية في لبنان وهي تعمل تحت سلطة وزارة الداخلية والبلديات. إن مكتب مكافحة المخدرات التابع لقوى الأمن الداخلي مسؤول عن مكافحة الإتجار بالمخدرات وإساءة استخدامها. تتولّى الشرطة بالدرجة الأولى توقيف المشتبه بهم واحتجازهم فضلاً عن إجراء التحقيقات الجنائية. وبموجب المادة 211 من قانون المخدرات رقم 673، تاريخ 16 آذار 1998، تشمل المهام الرئيسية لمكتب مكافحة المخدرات اكتشاف الخيوط ذات الصلة وتتبّعها، توقيف مرتكبي الجرائم المتّصلة بالمخدرات، تفتيش كافة الأماكن التي يُشتبه بوجود مخدرات فيها، إجراء التحقيقات بهدف جمع المعلومات التي تفيد في تسهيل محاكمة الجرائم المتّصلة بالمخدرات، اكتشاف الإتجار بالمخدرات ومنعه فضلاً عن مصادرة المنتوج الزراعي غير المشروع وإتلافه.

وزارة الشؤون الاجتماعية

لوزارة الشؤون الاجتماعية (MOSA) برنامج وقاية من استخدام المواد المسبّبة للإدمان وتتعاون مع بعض المنظمات غير الحكومية/المنظمات المموّلة من القطاع الخاص. تغطي الوزارة رسوم الاستقبال والتقييم الأوّلي وإعادة التأهيل وإعادة الدمج الاجتماعي لمستخدمي المخدرات.

وزارة العدل

أُنشئت لجنة مكافحة الإدمان على المخدرات في وزارة العدل استناداً إلى قانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم 673 الصادر في العام 1998. يجيز هذا القانون إحالة مستخدمي المواد غير المشروعة الموقوفين لأوّل مرّة إلى لجنة مكافحة الإدمان على المخدرات المخوّلة أن تخيّرهم بين إعادة التأهيل أو السجن (المواد 184، 189 و198). تقوم اللجنة بتقييم مستخدمي المواد غير المشروعة وتحيلهم إلى مقدّمي الرعاية الأنسب فتتوقف عندئذ الملاحقة القضائية بحق الأشخاص المُحالين. تتلقى اللجنة تقارير متابعة عن أوضاعهم بصورة مستمرة.

المنظمات غير الحكومية ووكالات الأمم المتحدة

تنشط المنظمات غير الحكومية في لبنان في مناصرة ومعالجة المسائل المتعلّقة باضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان كالوقاية وإعادة التأهيل والحد من المخاطر. وهي تستخدم مقاربات مختلفة فتوفر بالتالي لمستخدمي المواد مجموعة واسعة من الخدمات لاختيار الأنسب، إلا أن التنسيق ضروري لتعزيز استمرارية الرعاية للمستفيدين من هذه المنظمات.

إن وكالات الأمم المتحدة مثل منظمة الصحة العالمية (WHO)، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC)، صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) واليونيسف (UNICEF) تشارك بشكل فعّال في الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان بالتعاون مع الوكالات الحكومية والشركاء الدوليين ومؤسسات المجتمع المدني من

خلال مشاريع تهدف لتعزيز ودعم الممارسات الجيّدة للاستجابة لاستخدام المواد المسببة للادمان، فضلاً عن تنسيق المقاربات بين كافة الشركاء.

البيئة الأكاديمية

تشارك جامعات عديدة في الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان من خلال الأبحاث والمناصرة. وتجتهد بعض المبادرات أو المجموعات المتعلقة بالسياسات أو الابحاث في الجامعات المحلية في سبيل إيجاد الأدلة العلمية المحلية لاستثمارها في تطوير السياسات وتنفيذها. لقد تمّ إنجاز سياسات وطنية عديدة متعلّقة باستخدام المواد بفضل مساهمات المؤسسات الأكاديمية، على سبيل المثال قانون الحدّ من التدخين (قانون رقم 174) والحظر على بيع الكحول.

المستشفيات الخاصة

إن المستشفيات الخاصة التي تضمّ أجنحة داخلية للأمراض العقلية والنفسية تستقبل عادة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان من أجل إزالة السموم. أما العيادات الخارجية في هذه المستشفيات فتستقبل المرضى أيضاً من أجل العلاج والمتابعة.

ج. التشريع

أ- المخدرات

يتمحور قانون المخدرات والمؤثرات العقلية والسلائف رقم 673 الصادر في العام 1998، بالإضافة إلى تعديلاته، حول تخفيض العرض، والأحكام الجزائية، والهيئات الحاكمة والتعاون الدولي من أجل مكافحة المخدرات. يصنّف هذا القانون استخدام المواد غير المشروعة على أنها جريمة تتراوح عقوبتها بالسجن من 3 أشهر إلى 3 سنوات فضلاً عن دفع غرامة مالية تتراوح بين مليون وعشرة ملايين ليرة لبنانية وفقاً لنوع المادة المستخدمة (المواد 127 إلى 130). أما تجّار المخدرات أو الأشخاص الذين يسهّلون الإتجار بالمخدرات فعقابهم صارم جداً وفقاً لهذا القانون.

إن قانون 1998 يخيّر مستخدمي المواد بين السجن أو تلقي العلاج عند توقيفهم (المادة 183). إلا أن مستخدمي المواد الذين يسهّلون الإتجار بالمخدرات أو التجّار الذين يستخدمون المخدرات فلا يمكنهم الاستفادة من هذا القانون. إن المواد 182 إلى 198 تنصّ على إجراءات واضحة تتعلق بإعادة تأهيل مستخدمي المخدرات. استناداً إلى هذا القانون، تبدأ هذه الإجراءات بامتثال مستخدمي المواد غير المشروعة أمام لجنة مكافحة الإدمان على المخدرات التي يُفترض أن تحيلهم إلى العيادات الصحية المتعاقدة مع وزارة الصحة العامة لتنسيق علاجهم بالكامل. ووفقاً للمادة 189، إن الأشخاص الذين يحصلون على شهادة شفاء يعفوْن تماماً من أية ملاحقة قانونية.

إثر تعاضد المجتمع المدني بكامله في وجه التلكؤ القضائي في تطبيق هذا القانون، أصدرت محكمة الاستئناف بتاريخ 3 تشرين الأول 2013 قراراً دعت بموجبه القضاة إلى وقف كافة الإجراءات القانونية بحق مستخدمي المواد غير

المشروعة الراغبين في تلقي العلاج وإحالتهم فوراً إلى لجنة مكافحة الإدمان على المخدرات، فلم يعدْ عندئذ بإمكان القضاة التنصّل من تطبيق هذا القرار (Kerbage and Haddad, 2014). إلا أنه ووفقاً للمرصد المدني لاستقلالية القضاء وشفافيّته، تمّت حتى العام 2014 إحالة ما يقارب الـ 110 أشخاص فقط ممّن يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان إلى لجنة مكافحة الإدمان على المخدرات من أصل 2,709 موقوفين بتهمة استخدام المواد (Nammour, 2015).

أما بالنسبة إلى حماية حقوق مستخدمي المواد فقد أصدرت وزارة الصحة العامة في آذار 2016 مذكّرة (رقم 46) تطلب فيها من إدارات المستشفيات والأطباء الامتناع عن إبلاغ قوى الأمن الداخلي عن حالات الجرعة الزائدة. كما تشدّد المذكّرة على ضرورة احترام حقوق الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان في تلقي الرعاية الصحية اللازمة تزامناً مع احترام خصوصيّتهم عملاً بميثاق أخلاقيات مهنة الطب.

ب- الكحول

باستثناء بعض النصوص والسطور الواردة في قوانين الموازنة المتتالية وفي بعض القرارات والمراسيم التي حدّدت وعدّلت الرسوم على رخص بيع الكحول، وحده قانون العقوبات اللبناني (لعام 1943) يتطرّق بشكل مختصر إلى استهلاك الكحول وبيعها. لقد جرى تعديل هذا القانون مرّة واحدة فقط في العام 1993 لغرض وحيد ألا وهو تغيير قيمة الغرامات. لكن هذه الأخيرة لا تزال منخفضة فهي تتراوح بين 4$ و13.3$ للأشخاص الذين يُعثر عليهم في الأماكن العامة في حالة سُكر أو للأشخاص الذين يقدّمون الكحول للقاصرين إلى أن يصبحوا ثملين. الرسوم على رخص بيع الكحول منخفضة أيضاً تتراوح بين 18$ مترتّبة على نقاط البيع للصنف الواحد سنوياً و600$ مترتّبة على كبار الموزعين للصنف الواحد سنوياً.

أهمّ منجزات السياسات المتعلّقة بالكحول في لبنان منذ العام 2010 تشمل الآتي: قانون السير الجديد وأحكامه المتعلقة بالقيادة تحت تأثير الكحول (الحدّ الأقصى المسموح به لتركيز الكحول في الدم والمخالفة الإلزامية المترتّبة عن تجاوز المعدلات القانونية)؛ والحظر على استيراد وتصنيع وتسويق مشروبات الطاقة الممزوجة بالكحول (وفقاً للقرار المشترك بين وزارتي الصحة العامة والتجارة الصادر في 3 شباط 2014). لكن لا تزال هناك عقبات هامة بما في ذلك ضعف الموارد المالية والبشرية اللازمة من أجل تطبيق وترصّد صحيحين فضلاً عن ضغوطات مصنّعي الكحول.

ج- التبغ

بالنسبة إلى قوانين الحدّ من التدخين، لقد حقّق لبنان إنجازاً رئيسياً هاماً عندما أقرّ مجلس النواب اللبناني في العام 2011 قانون الحدّ من التدخين الجديد (قانون رقم 174). وقد جرى من بعدها إصدار مراسيم تنفيذية عديدة بهدف تنظيم الدعاية والترويج لمنتجات التبغ. لكن القانون لا يزال يواجه التحديات بسبب التدخلات غير القانونية لمصنّعي

التبغ، والإعلان غير المباشر عن التبغ فضلاً عن موارد الدولة المحدودة نظراً للأزمة الاجتماعية والسياسية الراهنة. على الرغم من ذلك، بلغ الالتزام بحظر التدخين في الأماكن العامة المغلقة في العام 2013 معدلات عالية نسبياً ألا وهي 69% (NTCP 2013).

د. التمويل

كما هو مذكور أعلاه، تُعنى وزارات عديدة بالاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان ولكل منها مخصّصاتها المالية لهذا الشأن. إن الرعاية المتعلقة باستخدام المواد المسبّبة للإدمان تغطيها بشكل أساسي وزارة الصحة العامة، ووزارة الشؤون الاجتماعية والمنظمات غير الحكومية المحلية. إن اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان غير مشمولة في غالبية برامج التأمين الصحي والاجتماعي.

هـ. الأبحاث

تتمحور الأبحاث المتعلقة باستخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان بالدرجة الاولى حول أنواع المواد المستخدمة وانتشارها. من الأمثلة على الدراسات الاستقصائية الوطنية التي تساعد على تقييم أنماط الاستخدام وانتشاره ومستوى التثقيف، نذكر المسح الصحي العالمي للمدارس (GSHS)، المسح العالمي للتبغ بين الشباب (Global Youth Tobacco Survey)، المسح الوبائي الوطني للكحول في لبنان(LESA) والمشروع الاستقصائي لمدارس بلدان البحر الأبيض المتوسط عن الكحول وغيرها من المخدرات (MedSPAD). قليلة هي الأبحاث التي تطرّقت إلى خدمات استخدام المواد المسبّبة للإدمان (بما في ذلك السياسات والخطط والبرامج)، ولم يتناول أي بحث تنظيم الخدمات وفعاليتها. أما الأبحاث عن التبغ فقد ركزت على سدّ الثغرة الموجودة في الأبحاث الدولية في ما يتعلق بتدخين النرجيلة الذي ترتفع معدلاته بشكل هائل في المنطقة. إلا أن هذه الأبحاث إنما ركزت بغالبيتها على التأثيرات الضارة لتدخين النرجيلة ولم تتطرق إلى إجراءات الإقلاع عنه.

و. وسائل الإعلام

يمكن أن تلعب وسائل الإعلام دوراً جوهرياً في تقليص الوصمة وتعزيز الاكتشاف والوقاية والعلاج لاضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، عبر توفير منبر لإيصال الرسائل الصحية القائمة على الأدلّة العلمية. ولكن حتى اليوم، لا تعتمد وسائل الإعلام في لبنان أية استراتيجية محدّدة لمقاربة استخدام المواد المسبّبة للإدمان إلا أن بعض هيئات القطاع الخاص قد أطلقت في السنوات القليلة الأخيرة عدداً محدوداً من الحملات تناولت فيها مواضيع معيّنة مثل الوصمة واستخدام المواد المسبّبة للإدمان. ولقد تطرقت البرامج التلفزيونية أيضاً إلى بعض المسائل المتعلقة بجوانب محدّدة من استخدام المواد بدرجات متفاوتة من المراعاة والدقة، فتنوّعت النتائج وتضاربت. إلا أن البرنامج الوطني للحدّ من التدخين قد تمكّن فعلاً من تحقيق التغييرات والمناشدة بتنظيم الصورة التي تعكسها وسائل الإعلام اللبنانية لمنتجات التبغ. في الواقع، وكما هو منصوص عليه في القسم 3.II، لقد هدفت التشريعات الحديثة إلى تنظيم الدعاية

والترويج لمنتجات التبغ، بما في ذلك منع الوسائل الإعلامية من الإعلان عن أي من منتجات التبغ بصورة مباشرة أو غير مباشرة.

5. الفرص والتحدّيات

تطرح الوقائع الجديدة في استخدام المواد المسبّبة للإدمان تحدّيات أمام كافة البلدان على المستوى العالمي، وهي تشمل الاتجاه المتصاعد نحو تعدّد المواد المستخدمة في آن واحد (بما فيها الأدوية الخاضعة للرقابة الموصوفة)، بروز العديد من المواد ذو التأثير النفسي الجديدة وانتشارها، الحاجة لضمان وتحسين الوصول إلى الأدوية الخاضعة للرقابة الموصوفة (كمسكّنات الألم) والتغيّرات الديناميكية الحاصلة في السوق العالمية للمواد غير المشروعة (بما في ذلك الاستعانة بتكنولوجيا الاتصالات الحديثة في تسهيل الوصول إلى المخدرات).

على المستوى المحلي، يجب مواجهة تحدّيات متعدّدة، بما في ذلك تدنّي مستوى الوعي بين المواطنين بشأن القوانين والخدمات المتاحة، دور وسائل الإعلام وتأثيرها، انعدام الأبحاث عن الخدمات، ذلك فضلاً عن المحدودية في توافر الخدمات المُجتمعية المتخصّصة القائمة على الأدلّة العلمية ذات الجودة العالية بتكلفة ميسورة ضمن قطاعي الصحة والشؤون الاجتماعية. كما أن إمكانية الوصول إلى الخدمات محدودة أيضاً بسبب مركزية هذه الخدمات وانعدام التغطية لكافة الرقع الجغرافية في لبنان. بالإضافة إلى ذلك، إن الرقابة على جودة الخدمات غائبة حالياً: فإجراءات منح التراخيص من أجل تنظيم افتتاح مراكز جديدة غير متوفرة؛ ما من معايير معتمدة للعلاج؛ وما من نظام اعتماد للمنظمات التي تقدّم خدمات استجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان. فضلاً عن ذلك، إن قانون المخدرات لعام 1998 لا يزال غير مطبق على أفضل وجه كما أنه ينصّ على بعض التعريفات والبنود التي لا تتوافق مع المواثيق الدولية لحقوق الإنسان. وما زال مستخدمو المواد يواجهون التجريم ومستويات مرتفعة من الوصمة ممّا يقلّص أكثر من إمكانية وصولهم إلى العلاج.

على الرغم من ذلك، إن الفرص المتاحة عديدة ويمكن الاستناد إليها في مواجهة التحدّيات المذكورة أعلاه. أولاً، إن رغبة مختلف الوزارات في التعاون معاً بهدف توطيد الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان تشكل فرصة استثنائية للتمكّن عملياً من بناء نظام مستدام قادر على تلبية حاجات السكان. ثانياً، إن المجتمع المدني الناشط يشكل أيضاً فرصة استثنائية لإنجاز إصلاح فعّال لنظام الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان. هذا الإصلاح للنظام في لبنان يتماشى مع التزام المجتمع الدولي مواجهة ومكافحة مشكلة المخدرات العالمية بفاعلية، وقد أعادت الجمعية العامة للأمم المتحدة التأكيد على هذا الالتزام في جلستها الاستثنائية في نيسان 2016.

الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والإدمان في لبنان 2016-2021

من الأهداف الإستراتيجية المحورية "لإستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان – وقاية، تعزيز وعلاج – لبنان 2015–2020" تطوير إستراتيجية وطنية لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان. هذا الهدف حاسم من من أجل ترسيخ قيادة وإدارة نظام الصحة النفسية والاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان وبالتالي لتحقيق الرؤية التي توجّه هذه الإستراتيجية الشاملة:

أ- الرؤية

سينعم كل سكان لبنان بفرصة التمتّع بأفضل صحة نفسية ورفاه ممكنين.
تهدف إستراتيجية مكافحة المخدرات والادمان لتحقيق هذه الرؤية من خلال الرسالة المذكورة أدناه.

ب- الرسالة

تهدف هذه الإستراتيجية إلى تطوير نظام مستدام للاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان يضمن توفير وإمكانية الوصول الشامل إلى سلسلة واسعة من الخدمات العالية الجودة والتي تراعي النوع الاجتماعي والعمر في مجال الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والحد من المخاطر وإعادة الدمج الاجتماعي، بالاضافة الى توطيد تدخلات الحد من العرض، من خلال نهج متكامل، عالي المردود مبني على الأدلة العلمية ومتعدد التخصّصات، مع التشديد على إشراك المجتمع، استمرارية الرعاية، حقوق الإنسان والثقافة المحلية.

ج- القيم والمبادئ التوجيهية

تعتمد الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والادمان نهجاً يستند إلى حقوق الإنسان ومجموعة من القيم والمبادئ التوجيهية المنبثقة من الحقوق الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية، والمدنية والسياسية. تشكل القيم والمبادئ الآتية أركان هذه الإستراتيجية:

DRAFT

الاستقلالية

- سوف تضمن كافة الخدمات احترام وتعزيز الاستقلالية والاكتفاء الذاتي لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان ومقدّمي الرعاية لهم، من خلال الانفتاح والصراحة في توفير المعلومات، والاحترام في التفاعل بين الأفراد، والتمكين والشراكة في التخطيط للخدمات وإيصالها.

الكرامة

- سوف يتمكن كافة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان وأسرهم فضلاً عن كافة موفري الخدمات من الحصول بشكل متساوٍ على الفرص والخدمات وممارسات الرعاية المتوافقة مع مختلف احتياجاتهم بحسب وضعهم الصحي. ولكن سوف يؤخذ بعين الإعتبار أيضاً النوع الاجتماعي، السن، الدين، الميل الجنسي، الوضع الاقتصادي والاجتماعي، الوضع القانوني، الموقع الجغرافي، اللغة، الثقافة وغيرها من السمات الشخصية.

المشاركة

- تشكل المشاركة الطابع الخاص لنظام استجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان عالي الجودة وآلية أساسية لضمان المساءلة.
- إنّ كل الجهات المعنية، بما في ذلك الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان وأسرهم، سوف يشاركون كمواطنين كاملي الحقوق في إعداد، وتشريع، وتطوير، وإيصال وتقييم الخدمات في مجال الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان .
- ستستند المشاركة على مبدأ الإجماع، من خلال مقاربة مختلف وجهات النظر لبلوغ إجماع على ما هو لخير المجتمع بكامله.

التمكين

- سيتمّ تمكين كل أصحاب الشأن، من خلال ضمان حقهم ب:
- الحصول على الخدمات العالية الجودة، السهلة الوصول، المقبولة والمتيسّرة،
- الإستقلالية وتقرير المصير،
- أن يُعترَف بهم أمام القانون دون أي تمييز ومن خلال إلغاء الوصمة وضمان خدمات أكثر شمولية متّسمة بالاحترام تُشرك المستخدم والمُعيل/ مقدم الرعاية.
- بشكلٍ خاص، سيمارس كافة المستفيدين من الخدمات في هذا مجال قدراً مناسباً من التحكم بأحداث حياتهم، عبر التمتع بالقدرة على اتخاذ القرارات، والحصول على الموارد والمعلومات المناسبة وإمكانية إنتقاء ما يناسبهم من مجموعة الخيارات المتاحة.

المساءلة والنزاهة

- سوف يُحافَظ، في كل الأوقات وعلى جميع المستويات، على درجة عالية من المساءلة في تطوير وإدارة النظام الوطني للاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان، تطال بما في ذلك كافة الجهات الحكومية والمؤسساتية المعنية، وذلك من خلال الحفاظ على الشفافية واحترام سيادة القانون.

الجودة

- سيتمحور نظام الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان، بكامله حول الجودة. إن الرقابة والتقييم ستشكلان نهجاً نظامياً في هذا الإطار.
- سيتمّ تأمين خدمات عالية الجودة تتوافق مع معايير وطنية واضحة والمعايير الدولية لكل الجهات المعنية وعلى كافة المستويات، من خلال:
- الممارسات المبنيّة على الأدلة العلمية،
- اعتماد نهج تنظيمي سريع الاستجابة،
- وتطوير كفاءات مقدمي الخدمات،
- الحفاظ على إمكانية الحصول وشمولية الخدمات واستمرارية الرعاية.

د - أهداف ومجالات عمل " الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والإدمان في لبنان 2016-2021 "

إن أهداف ومجالات عمل " الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والإدمان في لبنان 2016–2021" تشكل إطار عمل سيوجّه الجهود الوطنية المبذولة في مجال الوقاية من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، والعلاج وإعادة التأهيل وإعادة الدمج الاجتماعي والحد من المخاطر للأشخاص الذين يعانون من تلك الاضطرابات، فضلاً عن تخفيض العرض. تتماشى هذه الأهداف ومجالات العمل مع إطار العمل الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية الداعي لتعزيز استجابة قطاع الصحة العامة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان.

تتطابق مجالات العمل مع نطاقات أداء أساسية تُخصّص بموجبها الموارد لتحقيق الأهداف المحدّدة. تتناول هذه الأهداف المسائل الحاسمة التي تم تحديدها لتعزيز الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان. تمّت صياغة أهداف إستراتيجية لكلّ من مجالات العمل، وهي بمثابة تدابير أساسية لتحقيق الأهداف المحدّدة وإنجاحها. سيستند تطبيق هذه الإستراتيجية إلى تشارك المسؤوليات بين الوزارات والجهات المعنية من خلال أداء أدوار منسّقة ومتكاملة.

DRAFT

الجدول 2: أهداف ومجالات عمل الإستراتيجية المشتركة بين الوزارت لمكافحة المخدرات والادمان في لبنان 2016-2021

الهدف		المجال
المجال الأول	القيادة والإدارة	ترسيخ قيادة وإدارة فعّالتين في عملية الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان
المجال الثاني	الوقاية	تطوير وتنفيذ إستراتيجيات وقائية مبنية على الأدلة العلمية تتعلق بالاستخدام المضر للمواد المسبّبة للإدمان
المجال الثالث	استجابة قطاعي الصحة والرعاية الاجتماعية	ضمان توافر خدمات متنوعة، متخصّصة، مبنيّة على الأدلة العلمية، عالية الجودة، ضمن قطاعي الصحة والرعاية الاجتماعية بهدف الاستجابة بشكل فعّال لاضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان من خلال الاكتشاف والعلاج وإعادة التأهيل، وبهدف تأمين استمرارية الرعاية من خلال إدارة ملائمة للحالات والتنسيق بين الوكالات
المجال الرابع	تخفيض العرض	تخفيض توافر المواد غير المشروعة عبر تعزيز قدرات الهيئات الحكومية الفاعلة
المجال الخامس	الرقابة والترصد	جمع المعلومات المبنيّة على الأدلة العلمية بشكل منتظم بهدف استثمارها في التخطيط وتطوير الخدمات
المجال السادس	التعاون الدولي	تحسين مشاركة كافة القطاعات المعنية في التباحث والتداول الوطني، الاقليمي والدولي بشأن السياسات المعنيّة بالاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان
المجال السابع	المجموعات المعرّضة	تحسين وصول كافة المجموعات المعرّضة في لبنان بشكل متكافئ للخدمات المبنيّة على الأدلة العلمية في مجال الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان

DRAFT

إن تحقيق الأهداف المذكورة أعلاه في كل مجال عمل يساعد في الوصول إلى النتائج والآثار الطويلة الأمد المحددة في البيان 2.

الشكل 2. النتائج والاثار الطويلة الأمد للإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات في لبنان 2016-2021

المجال الأول: القيادة والإدارة

الهدف: ترسيخ قيادة وإدارة فعّالتين في عملية الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان

1.1 الإدارة

سوف تتركّز التدخلات على:

–ضمان التنسيق بين كافة القطاعات المعنية لوضع،تطوير وتنفيذ سياسات الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان. يتطلب ذلك إنشاء لجنة توجيه فنية مشتركة بين الوزارات تسهّل تنفيذ الأهداف الإستراتيجية من جانب الوزارات المعنيّة. ستعمل هذه اللجنة المشتركة بشكل مباشر مع كافة الجهات المعنيّة بما في ذلك الجمعيات المهنية، والمؤسّسات العلمية، والمنظمات الغير حكومية المحلية والعالمية ، ووكالات الأمم المتحدة، ووسائل الإعلام، وجمعيات المستخدمين، والشركاء ضمن القطاع الخاص بهدف تطبيق هذه الإستراتيجية. اضافة الى ذلك، ستناصر هذه اللجنة لتفعيل المجلس الوطني لشؤون المخدرات لترسيخ الادارة الوطنية للاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان.

الأهداف الإستراتيجية:

1.1.1 إنشاء لجنة توجيه فنية مشتركة بين الوزارات تسهّل تطبيق الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والادمان ومتابعتها.

1.1.2المناصرة من أجل اعادة تفعيل المجلس الوطني لشؤون المخدرات

1.1.3 انشاء فريق عمل وطني يجمع كافة الفرقاء العاملين في مجال الاستجابة لاستخدام للمواد المسببة للادمان بهدف تعزيز التنسيق الفعال والتعاون.

1.2 التمويل

سوف تتركّز التدخلات على:

- تأمين الموارد المالية الكافية والمستدامة للاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان.

ستتولى اللجنة المشتركة بين الوزارات مراجعة الميزانية الحالية المخصّصة للاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان بشكل دقيق، وتعيد تخصيص الموارد وتسعى لإيجاد الموارد المالية لتأمين الميزانية اللازمة لتنفيذ التدخلات المذكورة في هذه الإستراتيجية. كما ستقوم بالمناصرة بهدف إدراج الخدمات المقدّمة للأشخاص المصابين باضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان في حزم التأمين.

الأهداف الإستراتيجية:

1.2.1 مراجعة مخصّصات الموازنة لمختلف الوزارات المتعلقة بالاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان بهدف التوسّع في التدخلات المبنيّة على الأدلة العلمية.

1.2.2 إدراج اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان التي تمّ تحديدها ضمن الحزم الصحية والاجتماعية الأساسية وحزم حماية الأطفال الخاصة بالوزارات وبغيرها من الهيئات الضامنة.

DRAFT

1.3 التشريع وحقوق الإنسان

سوف تتركّز التدخلات على:

– تطوير، مراجعة، سنّ وتعزيز تطبيق القوانين المتعلقة باستخدام المواد المسبّبة للإدمان المتوفرة أو الغير متوفرة بما يتماشى مع حقوق الإنسان والمواثيق الدولية.

ستعمل وزارة الصحة العامة على تسهيل هذه العملية بالتنسيق مع الوزارات الأخرى وبإشراك الجهات الفاعلة الأخرى بهدف تحسين أوضاع الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان وضمان وصولهم إلى الرعاية الصحية، وحمايتهم في وجه انتهاكات حقوق الإنسان، بالإضافة إلى تعزيز استقلاليتهم وحريتهم. ستتطرق مراجعة التشريعات أيضاً إلى المقومات التنظيمية لخفض عرض المواد المسببة للادمان، ضمان جودة الرعاية، تطوير الخدمات ومراعاة العمر والنوع الاجتماعي. وفي إطار إستراتيجية المناصرة التي سيتمّ تطويرها بناءً على الهدف 1.4.4 "لإستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان– لبنان 2015–2020" ("تطوير إستراتيجية مناصرة تراعي الأطفال والنوع الإجتماعي وتتناول الوصمة والتمييز في مجال اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان")، سيتمّ إدراج تدخلات من شأنها:

- محاربة الوصمة،
- حماية حقوق الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان
- تمكين هؤلاء الأشخاص مع أسرهم في سبيل اتخاذ القرارات المستنيرة بشأن صحتهم،
- ممارسة الضغوطات من أجل تحسين الوصول إلى الرعاية ولتحقيق تغطية مالية أفضل.

الأهداف الإستراتيجية:

1.3.1 مراجعة القوانين المتعلّقة باستخدام المواد المسبّبة للإدمان بما يتماشى مع المواثيق والمعاهدات والاتفاقيات الدولية بناءً على الهدف 1.3.1 "لإستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان– لبنان 2015–2020" بما في ذلك الأنظمة المتعلقة بتوافر المواد واستخدامها[1].

1.3.2 مراجعة القوانين بحيث يتمّ الغاء تجريم استخدام المواد غير المشروعة بما يتماشى مع المعاهدات الدولية ومبادئ الصحة العامة.

1.3.3 تعزيز تطبيق ومراقبة القوانين المتعلّقة باستخدام المواد المسبّبة للإدمان2 من خلال وضع وتنفيد خطة عمل تشترك فيها كافة الوزارات والجهات المعنية وتهدف لتنظيم عرض هذه المواد وتحسين الوصول إلى الخدمات.

1.3.4 تطوير "إستراتيجية مناصرة تراعي الأطفال والنوع الإجتماعي وتتناول الوصمة والتمييز في مجال اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان" بناءً على الهدف 1.4.4 لإستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان– لبنان 2015–2020.

[1]. مثل السنّ الأدنى لتناول الكحول، قوانين القيادة في حالة سُكر وتنظيم نقاط البيع، إلخ.

[2]. بما فيها قانون المخدرات لعام 1998، لاسّيما المواد المتعلقة بإحالة الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات إلى إعادة التأهيل؛ قانون الحدّ من التدخين (قانون 174)، تنظيم بيع وترويج والكحول؛ متابعة العلاج ببدائل الافيونيات بعد التوقيف، الأدوية التي تُصرف بموجب وصفة، إلخ.

المجال الثاني: الوقاية

الهدف: تطوير وتنفيذ إستراتيجيات وقائية مبنية على الأدلة العلمية تتعلق بالاستخدام المضر للمواد المسبّبة للإدمان

من ناحية، تتوفر البرامج الوقائية الفعّالة المبنيّة على الأدلة العلمية التي يمكن تكييفها وفقاً للإطار اللبناني. ستجرّب بعض البرامج وتدرس من أجل تقييم فعاليّتها وجدواها بالنسبة إلى لبنان كخطوة أولى وذلك قبل نشرها على نطاق أوسع. ومن ناحية أخرى، إن الوصمة تجاه الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان والصورة المضلّلة التي تعكسها وسائل الإعلام لأولئك الأشخاص تعيقا الوصول إلى الخدمات وقد تؤديان إلى التمييز وانتهاك حقوق الإنسان. في هذا المجال الثاني، ستتضمن الإجراءات إيصال رسائل التوعية والوقاية المبنيّة على الأدلة العلمية والتي تراعي العمر النوع الاجتماعي وذلك بهدف زيادة مستوى الوعي لدى الفرد والمجتمع من خلال الإعلام والتثقيف بشأن اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان وعلاجها الفعّال.

سوف تتركّز التدخلات على:

–تحديد, تكييف وتنفيذ استراتيجيات وتدخلات مبنيّة على الأدلّة العلمية بهدف الوقاية من الاستخدام المضر للمواد المسببة للادمان.

الأهداف الإستراتيجية:

2.1.1 إدراج مجال عمل حول الوقاية من الاستخدام المضر للمواد المسببة للادمان ضمن خطة العمل الوطنية المشتركة بين الوزارات والقائمة على الادلة العلمية لتعزيز ووقاية الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي التي سيتم تطويرها بحسب الهدف 3.1.1 لإستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان– لبنان 2015–2020" (انشاء آلية بين مختلف الوزارات تعمل على تطوير وتنفيذ خطة عمل وطنية قائمة على الادلة العلمية لتعزيز ووقاية الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي).

2.1.2 تطوير استراتيجية قائمة على الادلة العلمية للبرنامج الوطني للوقاية من الادمان في وزارة الشؤون الاجتماعية من ضمن خطة العمل المشتركة بين الوزارات التي ستطور بحسب الهدف الاستراتيجي 2.1.1

2.1.3 تعميم بصورة دورية قائمة محدّثة بالتدخلات الوقائية المُجتمعية المبنيّة على الأدلّة العلمية بين كافة الجهات المعنية.

2.1.4 وضع وتعميم معايير الجودة التي تضمن استدامة فعاليّة برامج الوقاية

2.1.5 نشر مبادئ توجيهية بشأن إيصال الرسائل والتقارير المسؤولة التي تعكس استخدام الكحول والتبغ وغيرها من

المواد في وسائل الإعلام والمنتجات السمعية البصرية.

2.1.6 إجراء البحوث التنفيذية وبحوث تقييم النتائج لدراسة فعاليّة برامج تعليم المهارات الحياتية في المدارس وبرامج الدعم النفسي الاجتماعي.

2.1.7 تجريب برامج التثقيف بواسطة الأقران في المدارس لدراسة فعاليّتها.

2.1.8 وضع برنامج وطني للوقاية من الجرعة الزائدة مبني على الأدلة العلمية

2.1.9 تسهيل إنشاء شبكات وقاية مجتمعية تعمل على تطبيق تدخلات وقائية مبنية على الادلة العلمية وتتلائم مع حاجات المجتمع المحلي

المجال الثالث: استجابة قطاعي الصحة والرعاية الاجتماعية

الهدف: ضمان توافر خدمات متنوعة، متخصّصة، مبنيّة على الأدلّة العلمية، عالية الجودة، ضمن قطاعي الصحة والرعاية الاجتماعية بهدف الاستجابة بشكل فعّال لاضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان من خلال الاكتشاف والعلاج وإعادة تأهيل، وبهدف تأمين استمرارية الرعاية من خلال إدارة ملائمة للحالات والتنسيق بين الوكالات.

3.1 تنظيم الخدمات

سوف تتركّز التدخلات على:

– تنويع النُهج والخدمات المبنيّة على الأدلّة العلمية المتوفرة في إطار اكتشاف وعلاج، إعادة تأهيل، وإعادة الدمج في المجتمع والحد من المخاطر للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان.

إن خدمات علاج اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان وإعادة التأهيل متوفرة حالياً في لبنان إلا أنها تغطي رقعة جغرافية محدّدة جداً ولها طاقة استيعابية محدودة. لذلك هناك حاجة لتوسيع هذه الخدمات ونشرها في كافة المناطق اللبنانية لاسيّما من خلال دمجها في مراكز الرعاية الصحية الأوّلية ومراكز الخدمات الانمائية.

سيتمّ تنظيم هذه الخدمات وفقاً لهرم مزيج خدمات علاج ورعاية اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية والذي يوصي بإدراج هذه الخدمات ضمن قطاعي الصحة العامة والرعاية الاجتماعية (UNODC & WHO, 2014). سيتمكّن هذا النموذج العالي المردود من تحسين إمكانية وصول مستخدمي المواد المسببة للادمان إلى الرعاية الصحية وتحمّل تكاليفها، فضلاً عن تعزيز توافرها، مقبوليتها وجودتها، من خلال تأمين الخدمات داخل المجتمع بأقل قيود ممكنة. ستشمل هذه الخدمات اكتشاف الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، إدارة حالتهم وإحالتهم في مراكز الرعاية الصحية الأوّلية ومراكز الخدمات الانمائية التابعة لشبكة وزارة الصحة العامة.

يستلزم هذا الأمر التنسيق بين كافة مقدّمي الرعاية الصحية، لاسيّما وزارة الصحة العامة (MOPH)، وزارة الشؤون الاجتماعية (MOSA)، وزارة الداخلية والبلديات (MOIM)، المنظمات غير الحكومية المحلية والدولية ووكالات الأمم المتحدة التي تؤمّن و/أو تدعم تأمين خدمات الرعاية الصحية الأوّلية. كما يستوجب تنسيقاً فعّالاً بين الرعاية الصحية الأوّلية ومستويي الرعاية الثانوي والثالثي من أجل ضمان استمرارية الرعاية.

الأهداف الإستراتيجية:

DRAFT

3.1.1 القيام سنوياً بمسح الخدمات والموارد المتوفرة على صعيد الوقاية، العلاج وإعادة التأهيل وإعادة الدمج الاجتماعي والحد من المخاطر للأشخاص المصابين باضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، بما في ذلك مسح التدخلات النفسية الاجتماعية.

3.1.2 إدراج التدخلات الموجزة للاستخدام المضر للمواد المسبّبة للإدمان، فضلاً عن الاكتشاف، إدارة الحالات والإحالة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، ضمن مراكز الرعاية الصحية الأوّلية ومراكز الخدمات الانمائية التابعة لشبكة وزارة الصحة العامة.

3.1.3 زيادة توفير خدمات ازالة السموم عبر افتتاح وحدة إزالة سموم واحدة على الأقل في مستشفى حكومي قادرة على تقديم الرعاية المناسبة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسببة للادمان بما فيهم الاشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو غيرها من الامراض المتزامنة.

3.1.4 زيادة توفير العلاج ببدائل الافيونيات عبر تقديم هذا العلاج في منطقة واحدة في كل من محافظات الشمال والجنوب والبقاع.

3.1.5 تجربة العلاج بالميثادون في مركز واحد على الأقل.

3,1.6 زيادة توفير خدمات اعادة التأهيل في المناطق النائية عبر افتتاح مركز واحد على الأقل باحدى هذه المناطق بالتعاون مع الجهات الفاعلة المحلية.

3.1.7 تقييم توافر وسهولة الوصول الى خدمات برامج توفير الحقن والادوات الآمنة وتطوير خطة عمل للاستجابة الى توصيات هذا التقييم

3.1.8 تسهيل إنشاء مجموعات المساعدة الذاتية والمساعدة المتبادلة.

3.1.9 تجريب برنامج توظيف محمي بالتعاون مع البلديات

3.1.10 انشاء مركز "استقبال وتوجيه" واحد على الأقل تابع لوزارة الشؤون الاجتماعية للأشخاص الذين يستخدمون المواد المسببة للادمان وذويهم لاستقبال الأشخاص وتوجيههم الى الخدمات المناسبة

3.1.11 توفير الدعم التقني للجنة مكافحة الإدمان على المخدرات لمعالجة التحديات التي تواجهها في عملية احالة الموقوفين بتهم متعلقة باستخدام المواد المسببة للادمان الى العلاج

3.1.12 ربط خدمات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، بما في ذلك الجهات الفاعلة التي تقدّم الخدمات للأشخاص الذين يعانون من أمراض متزامنة، بنظام الإحالة الشامل الذي سيتمّ إنشاؤه بناءً على الهدف 2.1.5 "لإستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان– لبنان 2015–2020" ("إنشاء نظام إحالة يكون صلة الوصل بين كافة مستويات الرعاية، لاسيّما كافة المنظمات التي تتعامل مع المجموعات المعرّضة التي تمّ تحديدها في هذه الإستراتيجية").

3.2 الموارد البشرية

سوف تتركّز التدخلات على:

– تأمين الموارد البشرية المناسبة من أجل الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان على كافة المستويات.

DRAFT

يتطلب التعاون بين القطاعات في مجال الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان مشاركةَ المهنيين من داخل وخارج القطاع الصحي والتنسيق في ما بينهم. سيتمّ تنظيم دورات تدريبية تُصمّم وفقاً لاحتياجات المهنيين من القطاع الصحي وخارجه.

الأهداف الإستراتيجية:

3.2.1 تنفيذ خطة بناء قدرات مُصمّمة للعاملين في القطاعين الصحي والاجتماعي الذين يتولون عمليات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل وإعادة الدمج الاجتماعي والحد من المخاطر في مجال استخدام المواد المسبّبة للإدمان بالتوافق مع النهج المتعدد التخصّصات وبما يتماشى مع النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي ونموذج التعافي، على مختلف مستويات الرعاية وبالتعاون مع الجهات الفاعلة.

3.2.2 إدراج في خطة بناء القدرات المُصمّمة للعاملين من خارج القطاع الصحي (كالاعلاميين، والشرطة، والمهن القانونية، والقادة الدينيين، والمعلمين، وقادة المجتمع، إلخ) – التي سيتمّ إعدادها بناءً على الهدف 2.2.3 "لإستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان– لبنان 2015–2020" – تدخلات تهدف إلى الحد من الوصمة، تحسين المواقف تجاه الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان وزيادة المعرفة بشأن اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان والخدمات المتاحة.

3.2.3 مراجعة الشهادات/الديبلومات/الدورات المتعلقة بعلم الإدمان المتوفرة في لبنان لضمان تماشيها مع المبادئ التوجيهية الدولية والإستراتيجية الوطنية.

3.3 تحسين الجودة

سوف تتركّز التدخلات على:

– التحسين المستمر لجودة الخدمات المقدّمة بما يتوافق مع تدخلّات مبنيّة على الأدلّة العلمية، عالية المردودية ومناسبة ثقافياً.

وحدها الخدمات العالية الجودة ستساهم في تحقيق الرؤية الموضَحة في هذه الإستراتيجية، مما يستلزم توفير التدخلات المبنيّة على الأدلّة العلمية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان على كافة مستويات الخدمات. ذلك يقتضي استثمار الموارد المتيسّرة بطريقة عالية المردودية وأيضا، أن يتمكّن المستفيدون من مساءلة مقدّمي الخدمات. سيتمّ وضع معايير اعتماد الخدمات في مجال استخدام المواد المسبّبة للإدمان وسيتمّ أيضاً تبنّي مبادئ توجيهية وطنية تتعلق بالعلاج، إعادة التأهيل وإعادة الدمج الاجتماعي للأشخاص المصابين باضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، استناداً إلى الأدلّة العلمية وبالتعاون مع الاختصاصيين المعنيين. إن مراقبة وتقييم خدمات العلاج وإعادة التأهيل وإعادة الدمج الاجتماعي سيتمّ إدراجهما ضمن معايير الاعتماد بمثابتهما إجراءات روتينية وذلك بهدف التمكّن من تحسين جودة هذه الخدمات وتكييفها مع الأوضاع الدائمة التغير.

الأهداف الإستراتيجية:

3.3.1 تطوير مبادئ توجيهية وطنية لخدمات العلاج وإعادة التأهيل وإعادة الدمج الاجتماعي للاشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان.

DRAFT

3.3.2 وضع معايير اعتماد للبرامج التي توفر العلاج واعادة التأهيل في مجال استخدام المواد المسبّبة للإدمان مع الأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الخاصة للمجموعات المعرّضة.

3.3.3 إصدار ميثاق الأخلاق وقواعد السلوك المهني لمقدّمي الخدمات في مجال استخدام المواد المسبّبة للإدمان بناءً على الهدف 2.4.2 "لإستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان– لبنان 2015–2020".

3.3.4 مراجعة الإجراء الحالي لتعديل الجداول الاربعة للمواد الخاضعة للرقابة بهدف تبسيط الاجراءات.

3.3.5 تقييم النظام الحالي المعني بمراقبة صرف الأدوية المحظورة بهدف تحديد مجالات التوطيد.

المجال الرابع: تخفيض العرض

الهدف: تخفيض توافر المواد غير المشروعة عبر تعزيز قدرات الهيئات الحكومية الفاعلة في هذا المجال

سوف تتركّز التدخلات على:

– تعزيز قدرات الهيئات الحكومية الفاعلة في مجال تخفيض العرض لكي تتمكّن من توطيد الإستراتيجيات والأنشطة.

على الرغم من أن التحرّك الدولي يتّجه نحو الاستجابة الصحية والوقاية من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، إلا أنه لا بدّ من توطيد نظام تخفيض عرض المواد غير المشروعة في لبنان لاستكمال الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان في البلد. تتوفر إستراتيجيات مختلفة في وزارات متعددة وإن إعادة النظر في هذه الإستراتيجيات من شأنها أن توجّه الجهود المبذولة نحو تعزيز فعاليتها وتأثيرها بما يتوافق مع الأدلّة العلمية.

الأهداف الإستراتيجية:

4.1.1 توطيد أنشطة وإستراتيجيات تخفيض عرض المواد غير المشروعة داخل كافة الوزارات المعنيّة من خلال وضع خطة عمل مشتركة بين الوزارات مبنيّة على الأدلّة العلمية.

4.1.2 دعم مكتب مكافحة المخدرات في وضع خطة عمل ترمي إلى توطيد تخفيض عرض المواد غير المشروعة.

المجال الخامس: الرقابة والترصّد

الهدف: جمع المعلومات المبنيّة على الأدلّة العلمية بشكل منتظم بهدف استثمارها في التخطيط وتطوير الخدمات في مجال استخدام المواد المسبّبة للإدمان

سوف تتركّز التدخلات على:

– جمع المعلومات واستثمارها في التخطيط للخدمات وتقديمها.

تشكل أنظمة الترصّد والرقابة مقوّمات رئيسية لفعاليّة سياسات استخدام المواد المسبّبة للإدمان فهي مصدر للمعلومات الضرورية عن انتشار استخدام المواد وأنماطه، والشرائح السكانية التي هي بأمسّ الحاجة للتدخلات، كما تساعد في عملية تحليل فعاليّة التدخلات. سيتمّ إنشاء مرصد وطني يتولّى انتاج البينات لتوجيه الخدمات بشكل أفضل، فضلاً عن تطوير وتعزيز خدمات استخدام المواد المسبّبة للإدمان المُصمّمة خصّيصاً للبنان.. وستُجرى الدراسات الوبائية الوطنية

وغيرها من الأنشطة البحثية بهدف تقييم نطاق ومدى انتشار استخدام المواد المسبّبة للإدمان والاضطرابات الناتجة عنه.كما وستساعد البحوث على فهم العوامل الاجتماعية المحفّزة على استخدام المواد واستثمار النتائج في تطوير سياسات وبرامج مبنيّة على الأدلّة العلمية ومتناسبة مع الإطار اللبناني. بالإضافة إلى ذلك، إن توفير خدمات استخدام المواد المسبّبة للإدمان سيكون خاضعاً للرقابة كما سيتمّ تحديث نظام المعلومات الصحية (HIS) بحيث يتضمن المؤشرات الرئيسية لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان.

الأهداف الإستراتيجية:

5.1.1 إدراج مجموعة أساسيّة من مؤشرات استخدام خدمات العلاج واعادة التأهيل للاشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان (مع الأخذ بعين الاعتبار المجموعات المعرّضة) ضمن نظام المعلومات الصحية الوطني، على كافة المستويات: العلاج الخارجي (المستوصفات، مراكز الرعاية الصحية الأوّلية، مراكز الخدمات الإنمائية، عيادات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان ومراكز الاستقبال النهاري) والعلاج الداخلي (وحدات إزالة السموم ومراكز إعادة التأهيل).

5.1.2 نشر وتعميم التقارير حول استخدام الخدمات استنادا إلى مؤشرات استخدام المواد المسبّبة للإدمان المُدرجة في نظام المعلومات الصحية الوطني (بناءً على الهدف 5.1.1) سنويا.

5.1.3 إنشاء مرصد وطني للمخدرات داخل وزارة الصحة العامة يكون مبنيّاً على الأدلّة العلمية ومتماشياً مع المبادئ التوجيهية الدولية، يقوم بجمع المعلومات وتحليلها وإنتاج الأدلة العلمية.

5.1.4 إنشاء آلية ترصّد تتولى بشكل منتظم مراقبة المرافق التي تُعنى بالاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان لضمان حماية حقوق الإنسان والطفل والمرأة وذلك بمراعاة معايير الجودة ومبادئ حقوق الإنسان المتوافقة مع المعاهدات والاتفاقيات الدولية التي وقعتها/صدّقت عليها الحكومة اللبنانية.

5.1.5 انشاء وحدة تابعة لوزارة الصحة لفحص المواد ذو التأثير النفسي بهدف تحديد المواد الجديدة، دراسة تأثيرها الصحي، واعلام خطة الاستجابة للمواد المسببة للادمان.

المجال السادس: التعاون الدولي

الهدف: تحسين مشاركة كافة القطاعات المعنية في التباحث والتداول الوطني، الاقليمي والدولي بشأن السياسات الدولية المعنيّة بالاستاستخدام المواد المسبّبة للإدمان

سوف تتركّز التدخلات على:

– تعزيز تبادل الخبرات والادلة العلمية الحديثة على المستويين الوطني الاقليمي والدولي.

ان التبادل الدوري للمعلومات، الممارسات الجيدة والخبرات المكتسبة مهم لضمان فعالية تنفيذ نهج متوازن ومتكامل للاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان. لذلك من الأساسي تطوير منبر وطني لهكذا نوع من التبادل بالاضافة الى

المشاركة الفعالة لممثلين عن مختلف الجهات الفاعلة المعنية بمختلف مستويات الاستجابة في المؤتمرات الوطنية، الاقليمية والدولية.

الأهداف الإستراتيجية:

6.1.1 تشكيل وفود وطنية تضمّ ممثلين عن الجهات الفاعلة في تخفيض العرض وتخفيض الطلب على السواء – من ممثلين عن الوزارات، المهنيين من قطاع الصحة العامة ومنظمات المجتمع المدني– للمشاركة في كافة الفعاليات والمنتديات الدولية المتعلّقة باستخدام المواد المسبّبة للإدمان بما في ذلك لجنة المخدرات التابعة للأمم المتحدة.

6.1.2 التعاون مع كافة القطاعات المعنية من أجل تنظيم مؤتمر حول استخدام المواد المسبّبة للإدمان كل ثلاثة أعوام يتمّ فيها تبادل الخبرات المكتسبة والممارسات الجديدة.

المجال السابع: المجموعات المعرّضة

الهدف: **تحسين وصول كافة المجموعات المعرّضة في لبنان بشكل متكافئ للخدمات المبنيّة على الأدلة العلمية في مجال الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان**

سوف تتركّز التدخلات على:

– ضمان حصول كافة المجموعات المعرّضة التي تعيش في لبنان على خدمات متكافئة وشاملة في مجال استخدام المواد المسبّبة للإدمان.

سيتمّ تعزيز التنسيق مع مختلف الجهات الفاعلة من أجل تطوير تدخلات تلائم حاجات مختلف المجموعات المعرضة.

المجموعة		الأهداف الإستراتيجية
1	**7.1 مستخدمو المواد بالحقن المتعايشون مع الأمراض الانتقالية**	7.1.1 ضمّ اختصاصيّي الأمراض **الانتقالية** والعاملين الصحيين الذين يقدّمون الرعاية لمستخدمي المواد بالحقن إلى فئة الأشخاص الذين يتلقون التدريب على اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان الأكثر شيوعاً وعلى تأثيرات الوصمة على الأشخاص المتعايشين مع الأمراض **الانتقالية** (الاكتشاف، التقييم وإدارة الحالات) بناءً على الهدف 5.8.1 "لإستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان– لبنان 2015–2020" "تدريب الاختصاصيين العاملين مع الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/السيدا على الاضطرابات النفسية واضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان الأكثر شيوعاً لدى هذه الفئة وعلى آثار الوصمة على صحّتهم النفسية (الاكتشاف، التقييم وإدارة الحالات)"

	7.2 النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان	7.2.1 إجراء تقييم لتحديد حاجات النساء (بما في ذلك النساء الحوامل) اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان وتعميم التوصيات على كافة الجهات الفاعلة
	7.3 الأشخاص من أوساط المثليين والمثليات والمتحولين جنسياً وكافة الأقليات الجنسيةLGBT الذين يستخدمون المخدرات	7.3.1 تدريب الاختصاصيين العاملين في مراكز إعادة التأهيل على نهج مصمّم خصيصاً لأوساط المثليين والمثليات والمتحولين جنسياً وكافة الأقليات الجنسية
2	**7.4** الأطفال الذين يعيشون في ظروف غير مؤاتية	7.4.1 تجربة تدخّل مبني على الأدلّة العلمية يستهدف الأطفال الذين يعيشون في ظروف غير مؤاتية بهدف وقايتهم من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان
	7.5 الشباب والمراهقون	7.5.1 إدراج فصل عن استخدام الانترنت ووسائل التواصل الاجتماعي ضمن الإستراتيجية الإعلامية والتواصلية – التي سيتمّ تطويرها بناءً على الهدف 1.4.1 "لإستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان– لبنان 2015–2020" – وذلك بهدف الاستمرار في بث المعلومات الدقيقة والموثوقة للشباب والمراهقين حول الاستخدام المضر للمواد المسبّبة للإدمان
	7.6 اللاجئون الفلسطينيون	7.6.1 وضع خطة عمل مبنيّة على الأدلّة العلمية في مجال التوعية والوقاية من الاستخدام المضر للمواد المسبّبة للإدمان تُصمّم للاجئين الفلسطينيين بالتعاون مع وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين UNRWA، وتسهيل تنفيذها 7.6.2 تسهيل تنفيذ خطط اعادة الدمج الاجتماعي المبينية على الأدلة بالتعاون مع وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين UNRWA، والشركاء المعنيين.
	7.7 النازحون	7.7.1 بالتعاون مع المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين UNHCR، و فريق عمل الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (Mental Health and Psychosocial Support Task Force) وضع خطة عمل تتوخى تلبية الحاجات المحددة عبر تقييم سريع للوضع بهدف تأمين الوصول المتكافىء الى الخدمات للسكان النازحين والمجتمع المضيف في

DRAFT

		لبنان
	7.8 الأشخاص في السجون	7.8.1 سيتمّ تطوير إستراتيجية للصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان خاصة بالسجون ومراكز الاحتجاز بناءً على الهدف 5.5.1 "لإستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان– لبنان 2015–2020"

DRAFT

مؤشرات النجاح في إنجاز الأهداف الإستراتيجية

2016

3.3.3 إصدار ميثاق الأخلاق وقواعد السلوك المهني لمقدّمي الخدمات في مجال استخدام المواد المسبّبة للإدمان.

3.1.11 توفير الدعم التقني للجنة مكافحة الإدمان على المخدرات لكي تتغلب على التحديات التي تواجهها.

7.8.1 اطلاق إستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان الخاصة بالسجون ومراكز الاحتجاز.

5.1.3 إنشاء مرصد وطني للمخدرات داخل وزارة الصحة العامة يكون مبنيّاً على الأدلّة العلمية ومتماشياً مع المبادئ التوجيهية الدولية، يقوم بجمع الأدلّة العلمية وتحليلها وإنتاجها.

6.1.1 مشاركة الوفود الوطنية التي تضمّ ممثلين عن الجهات الفاعلة في تخفيض العرض وتخفيض الطلب على السواء فضلاً عن ممثلين عن المهنيين من قطاع الصحة العامة وعن منظمات المجتمع المدني للمشاركة في كافة الفعاليات والمنتديات الدولية المتعلقة باستخدام المواد المسبّبة للإدمان بما في ذلك لجنة المخدرات التابعة للأمم المتحدة.

2017

1,1,1 اللجنة التوجية الفنية المشتركة بين الوزارات منشأة وتجتمع كل ستة أشهر

1.1.3 اتمام انشاء فريق عمل وطني يجمع كافة الفرقاء العاملين في مجال الاستجابة لاستخدام للمواد المسببة للادمان بهدف تعزيز التنسيق الفعال والتعاون

1.3.4 انهاء تطوير استراتيجية المناصرة التي تراعي الأطفال والنوع الاجتماعي وتتناول الوصمة والتمييز في مجال اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان

2.1.5 انهاء نشر مبادئ توجيهية بشأن إيصال الرسائل والتقارير المسؤولة التي تعكس استخدام الكحول والتبغ وغيرها من المواد في وسائل الإعلام والمنتجات السمعية البصرية.

3.1.1 انهاء مسح الخدمات والموارد المتوفرة على صعيد العلاج وإعادة التأهيل وإعادة الدمج الاجتماعي والحد من المخاطر للأشخاص المصابين باضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، بما في ذلك التدخلات النفسية الاجتماعية وإجراء هذا المسح سنوياً.

3.1.12 اتمام ربط خدمات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، بما في ذلك الجهات الفاعلة التي تقدّم الخدمات للأشخاص الذين يعانون من أمراض متزامنة، بنظام الإحالة الشامل

3.3.2 اتمام وضع معايير اعتماد للبرامج التي توفر الرعاية في مجال استخدام المواد المسبّبة للإدمان مع الأخذ بعين الإعتبار الاحتياجات الخاصة للمجموعات المعرّضة.

DRAFT

3.3.5 إجراء تقييم للنظام القائم المعني بمراقبة صرف الأدوية الخاضعة للقيود و تحديد مجالات التوطيد.

5.1.2 نشر وتعميم التقارير المستندة إلى مؤشرات استخدام المواد المسبّبة للإدمان المُدرجة في نظام المعلومات الصحية الوطني (بناءً على الهدف 5.1.1) بشكل سنوي.

7.5.1 انهاء إدراج فصل عن استخدام الانترنت ووسائل التواصل الاجتماعي في الإستراتيجية الإعلامية والتواصلية التي تمّ تطويرها، وذلك بهدف الاستمرار في بث المعلومات الدقيقة والموثوقة للشباب والمراهقين حول اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان.

2018

2.1.1 اتمام ادراج مجال العمل حول الوقاية من الاستخدام المضرّ للمواد المسبّبة للإدمان ضمن خطة العمل الوطنية المشتركة بين الوزارات

2.1.3 تعميم بصورة دورية قائمة محدّثة بالتدخلات الوقائية المُجتمعية المبنيّة على الأدلّة العلمية على كافة الجهات المعنيّة

2.1.4 انهاء تطوير ونشر معايير الجودة التي تضمن استدامة فعاليّة برامج الوقاية

2.1.8 اطلاق برنامج وطني للوقاية من الجرعة الزائدة مبني على الأدلّة العلمية

3.1.7 انهاء تقييم توافر وسهولة الوصول إلى خدمات برامج توفير الحقن والأدوات الآمنة وتطوير خطة عمل للاستجابة لتوصيات هذا التقييم

3.3.4 انهاء مراجعة الإجراء الحالي لتعديل الجداول الأربعة للمواد الخاضعة للرقابة وتفعيل العمل على تنفيذ التوصيات

4.1.2 انهاء وضع خطة العمل التي ترمي إلى توطيد عمل مكتب مكافحة المخدرات في تخفيض عرض المواد غير المشروعة

7.3.1 اتمام تدريب الاختصاصيين العاملين في مراكز إعادة التأهيل على نهج مصمّم خصيصاً لأوساط المثليين والمثليات والمتحولين جنسياً وكافة الأقليات الجنسية.

2019

1.2.2اتمام إدراج خدمات استخدام المواد المسبّبة للإدمان ذات الأولوية ضمن حزم التأمين الخاصة بالوزارات وبهيئة ضامنة أخرى على الاقل

2.1.2 اطلاق استراتيجية مبنيّة على الأدلّة العلمية للبرنامج الوطني للوقاية من الإدمان في وزارة الشؤون الاجتماعية

3.1.5 انهاء تجربة العلاج بالميثادون في موقع واحد على الأقل.

3.2.1 اتمام تنفيذ خطة بناء القدرات المُصمّمة للعاملين في القطاعين الصحي والاجتماعي الذين يتولّون عمليات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل وإعادة الدمج الاجتماعي والحد من المخاطر في مجال استخدام المواد المسبّبة للإدمان.

3.2.2 تدريب العاملين من خارج القطاع الصحي (كوسائل الإعلام، والشرطة، والمهن القانونية، والقادة الدينيين، والمعلمين، وقادة المجتمع، إلخ) على تدخلات تهدف إلى تقليص الوصمة، تحسين المواقف تجاه الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان وزيادة المعرفة بشأن اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان والخدمات المتاحة.

3.2.3 اتمام مراجعة الشهادات/الدبلومات/المقرّرات المتعلقة بعلم الإدمان المتوفرة في لبنان، لضمان توافقها مع المبادئ التوجيهية الدولية والإستراتيجية الوطنية.

3.3.1 انهاء تطوير مبادئ توجيهية وطنية لخدمات العلاج وإعادة التأهيل وإعادة الدمج الاجتماعي للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان.

5.1.4 اتمام إنشاء آلية ترصّد تتولى مراقبة المرافق التي تُعنى باستخدام المواد المسبّبة للإدمان بشكل منتظم لضمان حماية حقوق الإنسان والطفل والمرأة من بين الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان

6.1.2 تنظيم ندوة كل 3 سنوات حول استخدام المواد المسبّبة للإدمان يتمّ فيها تبادل الأدلّة والممارسات الجديدة بالتعاون مع كافة القطاعات المعنية.

7.2.1 انهاء إجراء تقييم لاستكشاف حاجات النساء (بما في ذلك النساء الحوامل) المصابات باضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان ورفع التوصيات لكافة الجهات الفاعلة.

7.4.1اتمام تجربة تدخّل مبني على الأدلّة العلمية يستهدف الأطفال الذين يعيشون مشقات اجتماعية بهدف الحؤول دون نشوء اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان لديهم.

7.7.1 انهاء وضع خطة عمل تتوخى تلبية الحاجات المحدّدة بالتعاون مع المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين UNHCR وفريق عمل الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (Mental Health and Psychosocial Support Task Force)، بهدف تأمين الوصول المتكافئ إلى الخدمات للسكان النازحين في لبنان

2020

3.1.2 اتمام إدراج التدخلات الموجزة للاستخدام المضرّ للمواد المسبّبة للإدمان، فضلاً عن الاكتشاف، إدارة الحالات والإحالة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، ضمن مراكز الرعاية الصحية الأوّلية ومراكز الخدمات الإنمائية التابعة لشبكة وزارة الصحة العامة.

3.1.3 اتمام افتتاح وحدة إزالة سموم واحدة على الأقل في مستشفى حكومي حكومي قادرة على تقديم الرعاية المناسبة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان بما فيهم الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو غيرها من الأمراض المتزامنة.

3.1.6 اتمام افتتاح مركز واحد على الأقل في إحدى المناطق النائية بالتعاون مع الجهات الفاعلة المحلية

3.1.10 انهاء انشاء مركز "استقبال وتوجيه" واحد على الأقل تابع لوزارة الشؤون الاجتماعية للأشخاص الذين يستخدمون المواد المسبّبة للإدمان وذويهم لاستقبال الأشخاص وتوجيههم إلى الخدمات المناسبة

5.1.5 اتمام انشاء وحدة تابعة لوزارة الصحة لفحص المواد ذو التأثير النفسي بهدف تحديد المواد الجديدة، دراسة تأثيرها الصحي، واعلام خطة الاستجابة للمواد المسببة للادمان.

7.1.1 تدريب اختصاصيي الأمراض السارية والعاملين الصحيين الذين يقدّمون الرعاية لمستخدمي المواد بالحقن على اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان الأكثر شيوعاً وعلى تأثيرات الوصمة على الأشخاص المتعايشين مع الأمراض السارية المنقولة بالدم (الاكتشاف، التقييم وإدارة الحالات).

2021

1.1.2 تنفيذ خطة المناصرة لإعادة تفعيل المجلس الوطني لشؤون المخدرات

1.2.1 اتمام مراجعة مخصّصات الموازنة لمختلف الوزارات المتعلقة بالاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان بهدف التوسّع في التدخلات المبنيّة على الأدلّة العلمية.

1.3.1 اتمام مراجعة القوانين المتعلقة باستخدام المواد المسبّبة للإدمان بما يتماشى مع المعاهدات والاتفاقيات الدولية بما في ذلك الأنظمة المتعلقة بتوافر المواد واستخدامها.

1.3.2 انهاء اقرار مراسيم القوانين التي تهدف الى إلغاء تجريم استخدام المواد غير المشروعة بما يتماشى مع المعاهدات الدولية ومبادئ الصحة العامة.

1.3.3 تنفيذ خطة العمل التي تهدف الى تنظيم عرض المواد المواد المسبّبة للإدمان وتحسين الوصول إلى الخدمات.

2.1.6 انهاء إجراء البحوث التنفيذية وبحوث تقييم النتائج لدراسة فعاليّة برامج تعليم المهارات الحياتية في المدارس ومتابعة التوصيات.

2.1.7 انهاء تجربة برامج التثقيف بواسطة الأقران في المدارس لدراسة فعاليّتها ومتابعة التوصيات.

2.1.9 إنشاء شبكة وقاية مجتمعية واحدة على الأقل تعمل على تطبيق تدخلات وقائية مبنية على الادلة العلمية وتتلائم مع حاجات المجتمع المحلي

3.1.4 توفير العلاج ببدائل الافيونيات في منطقة واحدة في كل من محافظات الشمال والجنوب والبقاع.

3.1.8 تنفيذ خطة العمل المعنيّة بتسهيل إنشاء مجموعات المساعدة الذاتية والمساعدة المتبادلة.

3.1.9 انهاء تجريب برنامج توظيف محمي بالتعاون مع البلديات

DRAFT

4.1.1 تنفيذ خطة العمل المشتركة بين الوزارات المبنيّة على الأدلّة العلمية بهدف توطيد أنشطة وإستراتيجيات تخفيض عرض المواد غير المشروعة داخل كافة الوزارات المعنية.

5.1.1 اتمام إدراج مجموعة أساسيّة من مؤشرات استخدام خدمات العلاج واعادة التأهيل للاشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان (مع الأخذ بعين الاعتبار المجموعات المعرّضة) ضمن نظام المعلومات الصحية الوطني، على كافة المستويات: المريض الخارجي والمريض الداخلي.

7.6.1انهاء وضع خطة عمل مبنيّة على الأدلّة العلمية في مجال التوعية والوقاية من استخدام المواد المسبّبة للإدمان مصمّمة للاجئين الفلسطينيين بالتعاون مع وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين UNRWA، ومتابعة تنفيذها.

7.6.2 انهاء وضع خطة عمل مبنيّة على الأدلّة العلمية لإعادة الدمج الاجتماعي بالتعاون مع وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين UNRWA، وتسهيل تنفيذها حيثما أمكن

تعريف بعض المصطلحات

1. **مركز استقبال نهاري(Drop in Center)** : إنه مكان يمكن للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان التوجّه إليه أو الاتصال به بهدف الحصول على المساعدة أو النُصائح.
2. **برنامج توفير الحقن والأدوات الآمنة (Needle and Syringe Programme)**: خدمة تهدف للحدّ من خطر إصابة مستخدمي المخدرات بالحقن بالأمراض المنقولة بالدم من خلال ضمان حصولهم على أدوات الحقن النظيفة والمعقّمة.
3. **خدمات التدخل في الشارع (Outreach services)**: إنها خدمات جوّالة تقدَّم للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان الذين لا يتوفر لهم أو يتعذّر عليهم الوصول إلى المرافق التي تقدّم هذه الخدمات.
4. **إزالة السموم (Detoxification)**: المعالجة الطبية للأعراض الناجمة عن الانقطاع المفاجئ عن الاستخدام المنتظم للكحول وغيرها من المواد المسبّبة للإدمان.
5. **إعادة التأهيل (Rehabilitation)**: إنها إجراءات العلاج الطبي والنفسي الاجتماعي الرامية لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان على التعافي.
6. **إعادة الدمج الاجتماعي (Social reintegration)**: دعم يقدّم على مستوى السكن والتعليم والتدريب المهني والتوظيف للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان بهدف ادراك امكاناتهم الخاصة، العمل بشكل منتج والاسهام في مجتمعهم.
7. **التوظيف المحمي (protected employement)**: إنه تدخّل يعزّز إعادة الدمج الاجتماعي للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان بدعمهم في مرحلة إعادة التأهيل من أجل إيجاد العمل المناسب.

8. **الأفيونيات (opioids)**: فئة من الادوية توصف من قبل الأطباء لتخفيف الألم. قد تسبب هذه الأدوية ادمان في حال لم تؤخذ حسب تعليمات الوصفة الطبية.
9. **العلاج ببدائل الأفيونيات (Opioid Substitution Therapy)**: يشمل هذا العلاج استبدال الأفيونيات غير المشروعة بدواء موصوف مثل الميثادون أو البوبرينورفين يتناوله المريض تحت إشراف طبي ضمن مقاربة متعدّدة التخصّصات وبما يتماشى مع معايير الأهلية وصرف الدواء المحددة المبنيّة على الأدلّة العلمية.
10. **برامج تعليم المهارات الحياتية (Life skills education programmes)**: إنه تدخل وقائي يستهدف الأطفال والشباب من خلال بناء مهاراتهم في مجالات مثل حلّ المشاكل، تسوية النزاعات، تحديد الأهداف والتواصل لتمكينهم من التعامل بشكل أكثر فعالية مع متطلبات الحياة اليومية وتحدّياتها، ولتجنيبهم الضغط النفسي والاضطرابات النفسية والسلوك المتهوّر كاستخدام المواد.
11. **برامج التثقيف بواسطة الأقران (Peer to peer education programmes)**: إنه شكل من بناء المهارات حيث يتمّ تدريب الأشخاص على توفير أنشطة تعزيز ووقاية لأشخاص ينتمون إلى الفئة العمرية أو المجموعة الاجتماعية نفسها أو يمرّون بتجارب حياتية مماثلة.
12. **النموذج البيئي (Ecological model)**: إنه نموذج مستخدم لفهم التفاعل الديناميكي في ما بين الأشخاص وبيئتهم وهو يستند إلى الدليل العلمي الذي يفسّر أنه ما من عامل واحد قادر على تعليل لما بعض المجموعات أو الأشخاص هم أكثر عرضة لخطر استخدام المواد في حين أن البعض الآخر أقل عرضة. يصف هذا النموذج استخدام المواد على أنه ثمرة للتفاعل بين عدد من العوامل على أربعة مستويات – الفرد، العلاقات، الجماعة والمجتمع.
13. **سنوات العمر المعدّلة بحسب الإعاقة** (DALYs): هي طريقة لقياس الفجوة بين الوضع الصحي الحالي والوضع الصحي المثالي. تمثل DALYs اجمالي عدد السنوات المفقودة بسبب المرض أو الإعاقة أو الوفاة المبكرة في فئة محدّدة من السكان. تُحتسب DALYs بإضافة عدد سنوات الحياة المفقودة (YLLs) إلى عدد سنوات التعايش مع الإعاقة (YLDs) بالنسبة إلى مرض أو اضطراب معيّن.
14. **الجرعة الزائدة (overdose)**: إنها حالة تسمّم أو وفاة ناتجة عن دخول مخدّر أو مادة أخرى الى الجسم عن طريق الابتلاع أو غيره بكميات أكبر من تلك الموصى بها.
15. **(النهج) المُجتمعي (Community approach)**: مقاربة متعدّدة التخصّصات تعزّز إسداء الخدمات على مستوى المجتمع (أي على مقربة من أماكن عيش الأشخاص) بأقل ما يمكن من القيود ممّا يضمن اندماج الاشخاص المستمر في مجتمعهم.
16. **التدخلات النفسية الاجتماعية (psychosocial interventions)**: إنها تدخلات نفسية أو اجتماعية منهجية يمكن استثمارها في معالجة المشاكل المتّعلقة باستخدام المواد المسببة للادمان فضلاً عن غيرها من المشاكل. يمكن استخدامها في مراحل مختلفة بدءاً من الوقاية إلى العلاج فإعادة الدمج الاجتماعي.
17. **التدخلات الموجزة لاستخدام المواد المسببة للادمان: (substance use brief intevrentions)** إنها تدخلات مبنيّة على الأدلّة العلمية تتراوح مدتها بين 5 دقائق و30 دقيقة وتهدف لتحديد المشاكل الحالية أو المحتملة

للأشخاص الذين يستخدمون المواد المسبّبة للإدمان أو لتحفيز الأشخاص المعرّضين بغية تغيير سلوكهم من حيث استخدام المواد.

18. **مجموعات المساعدة الذاتية والمساعدة المتبادلة (Self-help and mutual aid groups)**: إنها مجموعة من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان الذين يجتمعون بانتظام بهدف مساندة بعضهم البعض في عملية التعافي.
19. **نهج متعدّد التخصّصات (Multidisciplinary approach)**: انه نهج يضمّ اختصاصات مهنية عديدة تهدف لضمان منظور شمولي في تحديد مشكلة ما ومعالجتها بشكل فعّال.
20. **النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (Biopsychosocial model)** : يلحظ هذا النموذج التفاعل بين عدد من العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية في نشأة اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان وينصّ على تصميم تدخلات من شأنها معالجة هذه الجوانب الثلاثة.
21. **مزيلات القلق والمهدّئات (Anxiolytics and tranquilizers)**: إنها فئة من الأدوية التي تخفّف القلق والعصبيّة والتي يمكن أن يصفها الطبيب لفترات قصيرة من الوقت. بعض هذه الأدوية قادر على التسبّب بإدمان الشخص عليها إن لم يتناولها وفقاً لوصفة الطبيب.
22. **نموذج التعافي (Recovery model)**: يؤكد هذا النموذج على ضرورة تمكين الاشخاص على تحمّل بمسؤوليتهم في عملية تعافيهم وتحقيق رفاهيّتهم، وعلى تحديد أهدافهم ورغباتهم وتطلّعاتهم.
23. **قائمة الأدوية المحظورة:** إنها قائمة بالأدوية القادرة على التسبّب بإدمان والخاضعة لإرشادات محددة عند الوصف والصرف. تتولّى وزارة الصحة العامة في لبنان بشكل دوري عملية تطوير هذه القائمة وتعديلها.
24. **معايير الاعتماد (Accreditation standards)**: إنها مجموعة من الإرشادات والمبادئ التوجيهية المحدّدة مُسبقاً من جانب وكالة اعتماد مهنية يتوجب على المنظمات التقيّد بها لإثبات مصداقيتها وإصرارها على الالتزام المستمر بأعلى مستويات الجودة.
25. **ميثاق الأخلاق وقواعد السلوك المهني (Code of ethics)**: إنه دليل لمبادئ ومعايير السلوك المستندة إلى القيم والتي تحدّد أصول السلوك المهني النبيل التي يُتوقع أن يتقيّد بها كلُّ من يمارس مهنة.
26. **مرصد للمخدرات (Drug observatory)**: منظمة تهدف إلى توفير البيانات الواقعية، الموثوقة والقابلة للمقارنة عن المخدرات والإدمان على المخدرات، فضلاً عن عواقبها بهدف استثمار هذه البيانات في تطوير السياسات وتنفيذها.
27. **برامج الدعم النفسي الاجتماعي (Psychosocial support programs)**: تعتمد هذه البرامج مستويات من الرعاية والدعم التي تؤثر على السواء في الفرد والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها. وهي تتراوح من الرعاية والدعم اللذين يوفرهما مقدّمو الرعاية، أفراد الأسرة، الأصدقاء وأعضاء المجتمع بشكل يومي إلى الرعاية والدعم المتوفرين من خلال الخدمات النفسية والاجتماعية المتخصّصة.
28. **المواد ذو التأثير النفسي (psychoactive substances)**: إنها مواد تؤثر في وظائف الدماغ كالادراك أوالسلوك أوالمزاج عند تناولها أو دخولها جسم الإنسان. "ذو التأثير النفسي" لا تعني بالضرورة أنها تسبّب اعتماداً. غالباً ما يغيب هذان التعبيران في التداول العام كما في قولنا "استخدام المواد".

29. **نظام الاستجابة لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان (substance use response system)**: تنظيم الناس والمؤسسات والموارد اللازمة لتلبية حاجات السكان بما يتعلّق بالوقاية من استخدام المواد المسبّبة للإدمان، العلاج، إعادة التأهيل، إعادة الدمج الاجتماعي والحدّ من المخاطر التي تستهدف جميعها الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، فضلاً عن تخفيض عرض المواد.
30. **المواد غير المشروعة (illicit substances)**: استخدام غير طبي لمجموعة من المواد المخدّرة التي تحظرها القوانين الدولية.
31. **الحدّ من المخاطر (Harm reduction)**: إنه تطبيق لمجموعة من مبادئ الصحة العامة يرمي للوقاية من أو تقليص الآثار السلبية المتّصلة باستخدام المواد المسببة للادمان.
32. **شبكات وقاية مجتمعية (community based networks)**: مجموعة من أفراد المجتمع المحلّي (الأهل، أعضاء البلديات، رجال الشرطة، الناشطين الاجتماعيين، الشباب،...) الذين يعملون سويّا مشكلين شبكة للعمل على الوقاية من استخدام المواد المسببة للادمان في محيطهم.

DRAFT

المراجع

Abbas, Z. (2013). Evaluation of Opioid Substitution Therapy in Lebanese Population. Presentation, Lebanon.

Abu-Raddad, L. J., Hilmi, N., Mumtaz, G., Benkirane, M., Akala, F. A., Riedner, G., & Wilson, D. (2010). Epidemiology of HIV infection in the Middle East and North Africa. *AIDS*, *24*:5-23.

Azzi, G. (2014, August 25). Lebanon's LGBT community is still suffering abuses. Now. Retrieved from https://now.mmedia.me/lb/en/reportsfeatures/561407-more-needs-to-be-done-to-protect-the-rights-of-lebanons-lgbt-community

Badran, N. (2015). c0. Accessed September 30, 2015 from http://www.mei.edu/content/map/drug-use-and-harm-reduction-mena-region-and-lebanon

Dabaghi, L. and Ahmad M. (2008). The National AIDS Control Programme: Rapid Situation Assessment on Drug Use and HIV/AIDS in the Prison Setting. Unpublished.

El-Sawy, H., Abdel Hay, M., & Badawy, A. (2010). Gender differences in risks and pattern of drug abuse in Egypt. *Egypt J Psychiat Neurosurg*, *47*:413-418.

ESPAD (2007). The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 countries. Accessed on September 30, 2015 from:www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_ReportFULL _091006.pdf

Ghandour L. A., El Sayed, D.S., Martins, S.S. (2011). Prevalence and patterns of commonly abused psychoactive prescription drugs in a sample of university students from Lebanon: an opportunity for cross-cultural comparisons. *Drug Alcohol Depend*;121:101–117.

GIZ and UNRWA. (2014). Mental Health and Psychological wellbeing among Palestinian refugees in Lebanon. Accessed September 30, 2015 from https://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=9056.

Global School Health Survey. Lebanon, 2011 global school-based student health survey-country factsheets. World Health Organization. 2011 Accessed April 2, 2016 from

DRAFT

http://www.who.int/chp/gshs/2011_GSHS_FS_Lebanon.pdf?ua=1

Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Lebanon, 2011. Global youth tobacco survey country report. Ministry of Education and Higher Education, Ministry of Public Health, Centers for Disease Control and Prevention and World Health Organization. 2011.

Gowing, L. R., Ali, R. L., Allsop, S., Marsden, J., Turf, E. E., West, R., & Witton, J. (2015). Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. Addiction, 110(6), 904-919.

Harm Reduction International. (2012). The Global State of Harm Reduction 2012, towards an integrated response. Retrieved April, 2015, from www.ihra.net/files/**2012**/07/24/GlobalState**2012**_Web.pdf

ICF International. (2009). Protecting children in families affected by substance use disorders. Accessed March 10, 2016 from https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/substanceuse.pdf

IDRAAC and UNODC. (2003). Substance use and misuse in Lebanon. The Lebanon Rapid Situation Assessment and Responses Study. Accessed September 15, 2015 from http://idraac.org/sub.aspx?ID=162&MID=42&PID=30&SECID=30#1

Institute of Health Management and Social Protection (IGSPS). (2012). National health statistics report in Lebanon. Accessed 30 September, 2015 from http://www.igsps.usj.edu.lb/docs/recherche/recueil12en.pdf

Itani, L.,Haddad CY., Fayyad J., Karam A., and Karam E. (2014). Childhood Adversities and Traumata in Lebanon: A National Study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 10: 116–125.

Jawad M, Lee JT, & Millett C. (2015). Waterpipe Tobacco Smoking Prevalence and Correlates in 25 Eastern Mediterranean and Eastern European Countries: Cross-Sectional Analysis of the Global Youth Tobacco Survey. Accessed March 15, 2016 from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25957438

Kabrita, C. S., Hajjar-Muça, T. A., & Duffy, J. F. (2014). Predictors of poor sleep quality among Lebanese university students: association between evening typology, lifestyle behaviors, and sleep habits. *Nature and science of sleep*, 6:11-18.

Karam EG, Ghandour LA, Maalouf WE, Yamout K, Salamoun MM. (2010) A rapid
50.

situation assessment study of alcohol and drug use in Lebanon. Lebanese Medical Journal.;58(2):77.

Karam, EG., Maalouf, WE., & Ghandour LA.(2004). Alcohol use among university students in Lebanon: prevalence, trends and covariates. The IDRAC University Substance Use Monitoring Study (1991 and 1999). *Drug Alcohol Depend*. 76(3):273-86.

Karam EG, Mneimneh ZN, Fayyad JA, Dimassi H, Karam AN, Nasser SC, Chatterji S, Kessler RC (2008) Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Lebanon: First Onset, Treatment, and Exposure to War. PLOS Medicine, 5(4), e61.

Kerbage H and Haddad R. (2014). Lebanon drug situation and policy, accessed September 30, 2015 from https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Images/country%20profiles%20flags/profiles/CP%20Lebanon%20English%20V2.pdf

Khalife, J., Snan, F., Ramadan, A., El Nahas, G., (2015). Public perceptions and support following national tobacco control law implementation. Poster Presentation at the 16th World Conference on Tobacco Or Health.

Mahfoud Z, Afifi R, Ramia S, El Khoury D, Kassak K, El Barbir F, Ghanem M, El-Nakib M, DeJong J. (2010). HIV/AIDS among female sex workers, injecting drug users and men who have sex with men in Lebanon: results of the first biobehavioral surveys. *AIDS.* 24(2):45-54.

Miller NS, Fine J. Current epidemiology of comorbidity of psychiatric and addictive disorders. Psychiatr Clin North Am 1993; 16:1-10.

Goldsmith RJ. Overview of psychiatric comorbidity. Practical and theoretic consideration. Psychiatr Clin North Am 1999;22:331-149

Ministry of Public Health. (2015). Mental Health and Substance Use- Prevention, Promotion, and Treatment- Situation Analysis and Strategy for Lebanon 2015-2020. Beirut: Lebanon.

Naja, W. J., Pelissolo, A., Haddad, R. S., Baddoura, R. and Baddoura, C. (2000), A general population survey on patterns of benzodiazepine use and dependence in Lebanon.

DRAFT

Acta Psychiatrica Scandinavica, 102: 429–431. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102006429.x

Nammour, K. (2015). Postponed Treatment: The Ongoing Prosecution of Drug Addicts in Lebanon.Accessed October 10, 2015 from http://english.legal-agenda.com/article.php?id=688&lang=en

National AIDS Control Programme (NAP). (2008). A Case Study on the AJEM Center for Drug User Rehabilitation, A Facility for Drug Addicted Inmates at Roumieh Prison in Beirut, Lebanon. Retrieved February 5, 2015 from www.moph.gov.lb/Prevention/AIDS/Documents/Ajem.pdf

Rahimi-Movaghar, A., Amin-Esmaeili, M., Aaraj, E. and Remez, J. (2012). Assessement of Situation and Response of Drug Use and Its Harms in the Middle East and North Africa. Accessed April 5, 2015, from http://menahra.org/images/pdf/Menahra.pdf

Razaghi, E. and Binazadeh, M. (2015). The Current State of Harm Reduction Policy in the Middle East. Accessed 13 April, 2015 from http://www.mei.edu/content/map/current-state-harm-reduction-policy-middle-east

Simoni-Wastila, L. (2004). Gender and Other Factors Associated with the Non-medical use of Abusable prescription drugs. *Substance Use and Misuse*, 39(1): 1-23.

Skoun.(2010). Situational Needs Assessment: Filling the Gap: Meeting the Needs for Treatment of Substance Users and Treatment Centres. Accessed April 30, 2015 from http://www.skoun.org/publications/Skoun-2010-Situational-Needs-Assessment-Final-Report.pdf

Storr CL, Cheng H, Alonso J, Angermeyer M, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, PhD, Gureje O, Karam E, Kostyuchenko S, Lee S, Lepine JP, Medina Mora ME, Myer L, Neumark Y, Posada-Villa J, Watanabe M, Wells EJ, Kessler RC, Anthony JC (2010). Smoking estimates from around the world: Data from the first 17 participating countries in the World Mental Health Survey Consortium. Tobaco Control; 19(1),65-74.

Tobacco Control Program. (2009). Tobacco control in Lebanon. Accessed July 5, 2015 from http://www.tobaccocontrol.gov.lb/Advocacy/Documents/10%20Tobacco%20Control%20in%20lebanon.pdf

UNAIDS. (2012). Country Progress Report-Lebanon. Retrieved February 5, 2015, from http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_LB_Narrative_Report%5B1%5D.pdf.

UNFPA, UNESCO, UNICEF, UNHCR, and Save The Children International (2014). Situation Analysis of Youth in Lebanon affected by the Syrian Crisis. Accessed on September 20, 2015 from http://www.unfpa.org.lb/Documents/Situation-Analysis-of-the-Youth-in-Lebanon-Affecte.aspx

UNHCR (2016). Registered Syrian Refugees. Accessed May 15, 2016 from http://data.unhcr.org/syrianrefugees/country.php?id=122

UNHCR and WHO (2008). Rapid assessment of alcohol and other substance use in conflict-affected and displaces populations: a field guide. Accessed on September 15, 2015 from http://www.who.int/mental_health/emergencies/unhcr_alc_rapid_assessment.pdf

United Nations Office for Drugs and Crime and World Health Organization International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders. Vienna. UNODC & WHO; 2014 (https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/ECN72016_CRP4_V1601463.pdf, accessed 29 May 2016)

United States Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs. (2014). International Narcotics Control Strategy Report Volume I Drug and Chemical Control. Accessed September 30, 2015 from http://www.state.gov/documents/organization/222881.pdf

UNODC. (2003) Substance use and misuse in Lebanon: The Lebanon rapid situation assessment and responses study. Accessed July 15, 2015 from http://www.unodc.org/pdf/egypt/rsa_report_lebanon_2003.pdf

UNODC, (2011). World Drug Report 2011. Accessed October 15, 2015 from https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf

UNODC. (2012). World Drug Report 2012. Accessed October 15, 2015 from https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf

DRAFT

UNODC. (2014). Women who inject drugs and HIV: Addressing specific needs. Accessed October 15, 2015 from https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf

UNODC.(2015a). World Drug Report 2015. Accessed March 10, 2016 from https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

UNRWA. (2014). Lebanon. Accessed March 10, 2016 from http://www.unrwa.org/where-we-work/lebanon

Wagner GJ, Aunon FM, Kaplan RL, Karam R, Khouri D,Tohme J & Mokhbat J.(2013). Sexual stigma, psychological well-being and social engagement among men who have sex with men in Beirut, Lebanon. Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care 15(5): 570-582

Wells JE, Haro JM, Karam E, Lee S, Lepine JP, Medina-Mora ME, Nakane H, Posada J, Anthony JC, Cheng H, Degenhardt L, Angermeyer M, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Glantz M, Gureje O. (2011). Cross-national comparisons of sex differences in opportunities to use alcohol or drugs, and the transitions to use. Substance Use & Misuse, 46(9),1169-78.

WHO. (2014). Global Status report on alcohol and health. Accessed May 3, 2016 from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

WHO and MOPH. (2015). WHO-AIMS Report on Mental Health System in (Lebanon). Lebanon.

WHO. (2015a). Management of substance abuse - Alcohol. Accessed January 22, 2015 from http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/

WHO. (2015b). Management of Substance Use. Accessed January 22nd, 2015 from http://www.who.int/substance_abuse/activities/global_initiative/en/

WHO-EMRO. (2011). Strategy for mental health and substance abuse in the Eastern Mediterranean Region 2012–2016. Accessed October 15, 2015 from http://applications.emro.who.int/docs/RC_technical_papers_2011_5_14223.pdf

WHO-EMRO. (2015). Save lives: Recommit to implementing WHO's Framework Convention on Tobacco Control. Accessed March 10, 2016 from http://www.emro.who.int/tobacco/tfi-news/10-years-fctc.html

DRAFT

Yazbek, J. C., Haddad, R., Bou Khalil, R., Hlais, S., Rizk, G. A., Rohayem, J., & Richa, S. (2014). Prevalence and Correlates of Alcohol Abuse and Dependence in Lebanon: Results from the Lebanese Epidemiologic Survey on Alcohol (LESA). *Journal of addictive diseases*, *33*(3), 221-233.

DRAFT