



الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية

في لبنان (٢٠٢٤-٢٠٣٠)

إصلاح نظام الصحة النفسية



الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية في لبنان (٢٠٢٤-٢٠٣٠) إصلاح نظام الصحة النفسية

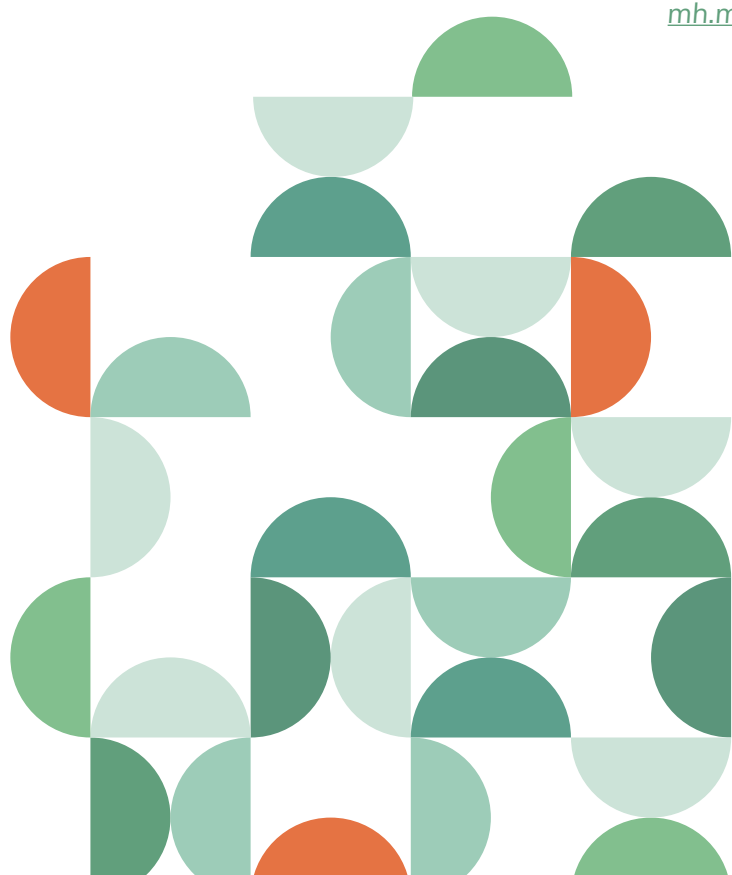
إنّ هذه الوثيقة متوفرة باللّغة الإنجليزية.

كما وأنّ الوثيقتين الإنجليزية والعربية متوفّرتان على [موقع البرنامج الوطني للصحة النفسية](#)

الاقتباس المقترح:

وزارة الصحة العامة. ٢٠٢٤. الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية في لبنان (٢٠٢٤-٢٠٣٠) - إصلاح نظام الصحة النفسية. بيروت: لبنان.

لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بـ mh.moph@nmhp-lb.com



قائمة المحتويات

iii.....	التمهيد
iv	شكر وتقدير
vii.....	قائمة الأشكال
vii.....	قائمة المختصرات
١	ملخص تنفيذي
٢	عملية تطوير الاستراتيجية
٤	تحليل الوضع
٤	١. الوضع العام في لبنان: بلد يعاني من أزمات متعددة
٥	٢. عبء اضطرابات الصحة النفسية في لبنان
١١	٣. المعارف والمواقف والسلوكيات المتعلقة بالصحة النفسية
١٢	٤. أهم الإنجازات التي تحققت في إطار الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية (٢٠٢٠-٢٠١٥)
١٧	٥. تقييم منتصف المدة للاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية (٢٠٢٠-٢٠١٥)
١٧	٦. الفرص والثغرات والتحديات
٢٣	الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية (٢٠٢٤-٢٠٣٠)
٢٤	١. الرؤية
٢٤	٢. الرسالة
٢٤	٣. القيم
٢٥	٤. نظرية التغيير
٢٥	٥. المبادئ الرئيسية لتصميم الاستراتيجية وتنفيذها
٢٦	٦. مجالات العمل والأهداف
٢٧	٧. الأهداف الاستراتيجية حسب مجال العمل
٣٢	٨. الاعتبارات المتعلقة بالتنفيذ والملاحظات التوضيحية للميزانية
٣٣	الملحق ١: الوقاية من الانتحار في استراتيجية الصحة النفسية (٢٠٢٤-٢٠٣٠)
٣٧	الملحق ٢: المصطلحات الرئيسية في الصحة النفسية
٣٨	الملحق ٣: نظرية التغيير
٣٩	المراجع

التمهيد

بخالص السرور وبحس عميق بالمسؤولية يسرّني أن أقدم اليوم الاستراتيجية الوطنية المحدثة للصحة النفسية في لبنان (٢٠٢٤-٢٠٣٠) التي وضعها البرنامج الوطني للصحة النفسية في وزارة الصحة العامة بالتعاون الوثيق مع منظمة الصحة العالمية.

ففي حين يواجه بلدنا تحديات فريدة من نوعها، تبقى الصحة النفسية أولويةً لمن يعيش على الأراضي اللبنانية، تتطلب منا كامل الاهتمام والالتزام. لا شك في أنّ الأحداث المدمّرة التي شهدتها السنوات القليلة الماضية، بما في ذلك جائحة كوفيد-١٩، الأزمة الاقتصادية، انفجار مرفأ بيروت، وغيرها من الاضطرابات، قد ألقت بثقلها على صّحة السّكان النفسية وعلى رفاههم، كما وأثقلت كاهل النظام الصحي وزادت من تدهور المؤشرات الصحية. إنّ الصحة النفسية هي في صلب حياتنا اليومية وهي من أسس الاستراتيجية الوطنية للصحة في لبنان.

تعكس هذه الاستراتيجية الوطنية المحدثة للصحة النفسية جهداً والتزاماً جماعيين من قبل كافة الجهات الفاعلة العاملة على تعزيز نظام الصحة النفسية لكافة الأفراد الذين يعيشون في لبنان. وقد تمّ تطوير الاستراتيجية من خلال مشاورات مكثّفة عُقدت مع مختلف الوزارات ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية المحلية والدولية كما ومع خبراء في الصحة النفسية ومنظمات من المجتمع المدني وأفراد ذوي الخبرات الحياتية. وهنا أتقدم منهم كافة بالشكر والتقدير للملاحظات النيرة والخبرات القيّمة التي وفّروها، والتي ساعدت في رسم ملامح الاستراتيجية بما يتماشى مع أولوياتنا الوطنية وبما يسمح بمعالجة الثغرات والتحديات التي لا تزال تواجه نظام الصحة النفسية في لبنان. أودّ أيضاً أن أعرب عن خالص امتناني لفريق البرنامج الوطني للصحة النفسية وللمدير البرنامج الدكتور ربيع الشماعي، على كلّ ما قاموا به من عمل شاق بهدف تحسين نظام الصحة النفسية في لبنان، ولمكتب لبنان لمنظمة الصحة العالمية على دعمه التقني والاستراتيجي المستمر، كما وللوكالة الفرنسية للتنمية للدعم المالي الذي قدّمته لتطوير هذه الاستراتيجية.

ونحن، على مدى السّنوات السبع المقبلة، نوّدد التزامنا الكامل بتحسين هياكل القيادة والحوكمة الفعّالة، وبتعزيز النفاذ العادل إلى الرعاية النفسية المجتمعية ذات الجودة العالية كما وبزيادة تدخلات الصحة النفسية القائمة على الأدلة على مستوى التعزيز والوقاية. سنسعى أيضاً إلى إعطاء الأولوية للبحث وللجمع المنهجي للمعلومات بهدف مراقبة ورصد مؤشرات الصحة النفسية الرئيسية ممّا من شأنه إرشاد عمليّة وضع السياسات والتخطيط القائم على الأدلة.

وفيما نتابع هذه المسيرة نحو تعزيز نظام الصحة النفسية في لبنان، لا بدّ من أن نعتزّ بأنّ الصحة النفسية ليست من مسؤولية وزارة الصحة فحسب، بل هي مسعى تعاوني يتطلّب مشاركة ناشطة من قبل كافة أصحاب المصلحة المعنيين. وأنا أوّمن بأننا من خلال تفانينا والتزامنا الجماعيين سوف نضمن أن تصبح الصحة النفسية حقيقة واقعةً لكافة الأفراد على الأراضي اللبنانية.

د. فراس أبيض

وزير الصحة العامة

شكر وتقدير^١

نتوجّه بالشكر إلى كافة المنظمات والأفراد الذين ساهموا وعملوا على تسهيل عملية تطوير ومراجعة وثيقة الاستراتيجية هذه، وبشكل خاص كل من كان له دور رئيسي في صياغتها وتحريرها ومراجعتها ووضعها في صيغتها النهائية. ونخسّ بالذكر مكتب لبنان لمنظمة الصحة العالمية في لبنان على دعمه الفني والوكالة الفرنسية للتنمية على دعمها المالي الذي قدّمته لوضع هذه الاستراتيجية.

الإشراف والتوجيه على المستويين التقني والاستراتيجي:

ربيع الشماحي (البرنامج الوطني للصحة النفسية)

تنسيق عملية تطوير الاستراتيجية:

البرنامج الوطني للصحة النفسية:

نور كيك

منظمة الصحة العالمية:

إدوين الزغبى

الفريق الفني الأساسي:

البرنامج الوطني للصحة النفسية:

آية حرب

بيرين بوسبيك

نور كيك

منظمة الصحة العالمية:

إدوين الزغبى

ليندا مطر (الاستشارية التي قدّمت الدعم في وضع تحليل الوضع)

أصحاب المصلحة الرئيسيون والمراجعون^٢ والمشاركون في الاجتماع التشاوري الوطني:

مكتب الوزير - وزارة الصحة العامة:

نادين هلال

البرنامج الوطني للصحة النفسية:

بدروس كازازيان

جينان أبي راميا

سامية عواضة

ليال الحنا

ميلاد حدشيتي

نايلة جعجع

الدوائر والبرامج الأخرى في وزارة الصحة العامة:

جهاد مكوك (مصلحة المستشفيات)

جوزيف حلو (مديرية العناية الطبية)

رندة حمادة (دائرة الرعاية الصحية الأولية)

زينب عباس (دائرة المخدرات)

عائكة بري (مديرية الوقاية الصحية)

^١ إن كافة الأسماء الواردة في قسم الشكر والتقدير مذكورة وفقاً للترتيب الأبجدي مع حفظ الألقاب.

^٢ لقد أرسلت مسودة الاستراتيجية إلى أصحاب المصلحة والخبراء الوطنيين للمراجعة. والأشخاص الذين تتقدّم منهم بالشكر والتقدير هم الذين قاموا بمراجعة المسودة وتقديم ملاحظاتهم عليها.

عبير الناطور (دائرة الرعاية الصحية الأولية)
ماري تيريز مطر (دائرة المخدرات)
مصطفى النقيب (البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز)
هيلدا حرب (دائرة الاحصاءات)

الوزارات والمؤسسات الحكومية الأخرى:

دينيس حنين (وزارة الشؤون الاجتماعية)
عفاف خليل (وزارة الشؤون الاجتماعية)
فؤاد هيله (الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)
هيلدا خوري (وزارة التربية والتعليم العالي)

النقابات والجمعيات العلمية:

جوزيف خوري (الجمعية اللبنانية للطب النفسي، نقابة الأطباء اللبنانيين)
ليلى عاقوري ديران (نقابة النفسانيين)
نسرين المصري (نقابة الاختصاصين في العمل الاجتماعي)

المؤسسات الأكاديمية و / أو مؤسسات الرعاية الصحية:

الجامعة الأمريكية في بيروت: ليليان غندور، مونيكا شعيا
جامعة القديس جاورجيوس ومركز القديس جاورجيوس الطبي: جورج كرم
جامعة القديس يوسف بيروت: ميشال كوسرمللي، أسمر، سامي ريشا، وليد عمار
الجامعة اللبنانية الأمريكية: جمانة حداد، مريم الخوري، بيا طعمه، رودي أبي حبيب، تالا النويصر، وسام خير
جامعة كولومبيا: لينا فيرديلي
مركز كاراغوسيان للرعاية الصحية الأولية: سيروب أوهانيان
مستشفى رفيق الحريري الجامعي: لمل صعيبي

وكالات الأمم المتحدة:

صندوق الأمم المتحدة للسكان: ماغي غانم
المفوضية العليا لشؤون اللاجئين: أنكور راكيش، كارمن كريم، كارول السيد، كارول صقر، ديانا عون، فرح مالياني، ماري عقيقي أبي صافي، منى كيوان، باتيل كيفوركين، ريم مديهي، ستيغاني لبا، تمارا أبو حمزة
المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية: كين كارسويل
مكتب منظمة الصحة العالمية في لبنان: أليسار راضي، كريستينا بيثكي، غادة أبو مراد، رشا حمرا
منظمة الأمم المتحدة للطفولة، اليونيسيف: روى مكتبي، رولا أبي سعد
وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، الأونروا: سهى خليل إسماعيل وزين أيوب

المنظمات المحلية غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني:

أبعاد: علي العطار، غيدا عناني، جيزيل أبي شاهين أبي شاكر، كريم دكروب
Embrace: ليا زينون، كاندن عون، ميا عطوي، مريم زرزور، زينة عقيقي
جمعية العون الطبي للفلسطينيين: جاك لحود
جمعية عامل: كارولين طراف
جمعية عليّة النور/ سيناكل دو ال لوميار: ثريا فريم
حماية: روز حبشي
رابطة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا المعنية بالحد من الأضرار: إيلي أعرج
سكون: تاتيانا سليمان، ميشال وزان
الشبكة المسكونية لمناصرة الأشخاص المعوقين: فادي الحلبي، ميرنا أبي عاد أبي ناصيف
الصليب الأحمر اللبناني: بيرنا بيروت
كفى: ميرا ميري
مؤسسات الإمام الصدر - ISF: غادة الزين، منى طيبة، سارة مرتضى
مؤسسة إدمان للتنمية: ناديا بدران

المؤسسة الوطنية للرعاية الاجتماعية والتأهيل المهني (المعروفة بمؤسسة بيت أطفال الصمود): خولة خلف، كيم أرمان، مروي غالب قطيش، منى الخالدي
المركز اللبناني لحقوق الإنسان: إليسا الحاج
المركز اللبناني لحقوق الإنسان: جانين ديدي، ستيفاني حداد، ريماء نصار، جولي خوري، نسرين مفرج
مركز بيروت المجتمعي: فادي نصر
مركز Restart: غريس جبّور
معهد التنمية والبحوث والمناصرة والرعاية التطبيقية، إدراك: إيلي كرم
منظمة العدالة للصحة النفسية: ثرّيا زريق، ساشا الحاج عساف
ميدير - Medair: جوي-آن سمعان
هيوميديكا: جورجيا أجاميان

المنظمات غير الحكومية الدولية ووكالات التنمية الحكومية الأجنبية:

الجنة الدولية للصليب الأحمر - ICRC: جوانا ثيسن
كاريتاس لبنان: سامي شلهوب
لجنة الإنقاذ الدولية: ضياء أبو مصلح
منظمة أطباء العالم: برناديت فارسي، صوفيا معماري
منظمة أطباء بلا حدود، بلجيكا: ماريا فاصوف
منظمة أطباء بلا حدود، بيروت: هايك زاندر
منظمة الإغاثة الدولية - International Relief: نادين كفوري، نوبل جوان، زينة شدياق
الهيئة الطبية الدولية - IMC: جيهان بو سليمان، فادي دكاش
الوكالة الألمانية للتعاون الدولي: ألينا ميهلاو، فيليب نون
الوكالة الفرنسية للتنمية: ربي الخطيب
International Plan: راغدة حامية
Premiere Urgence Internationale: غامزي إيريم أوموروغلو
World Vision: مايك كيراكوسيان

المراجعون الآخرون:

البروفيسور شخبار ساكسينا (طبيب نفسي واستشاري دولي)

المراجعون من الجمهور:

نخص بالشكر الأشخاص الثمانية والثمانين من الجمهور الذين وضعوا ملاحظاتهم على مسودة الاستراتيجية عند نشرها علناً للمراجعة.

الأشخاص الذين قدموا الدعم في مجال تيسير^٣ الاجتماع التشاوري الوطني:

البرنامج الوطني للصحة النفسية:

جيانا طبارة، جينان أبي رامية، رنا عيتاني، سالي خوري، سامية عواضة، سمر حيدر، ليال الحنا، ميلاد حدشيتي، نايلة جعجع، نور كيك

منظمة الصحة العالمية:

إدوينا الزغبى
ياسمين ربحاوي

^٣ تيسير العمل الجماعي، تدوين الملاحظات، الدعم الإداري، إلخ.

قائمة الأشكال

- الشكل ١. عملية تطوير الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية ٢٠٢٤-٢٠٣٠ ٢
- الشكل ٢. أمثلة على المخاطر وعوامل الحماية التي تؤثر على الصحة النفسية ٦
- الشكل ٣. شبكة منظمة الصحة العالمية النموذجية لخدمات الصحة النفسية المجتمعية ١٩

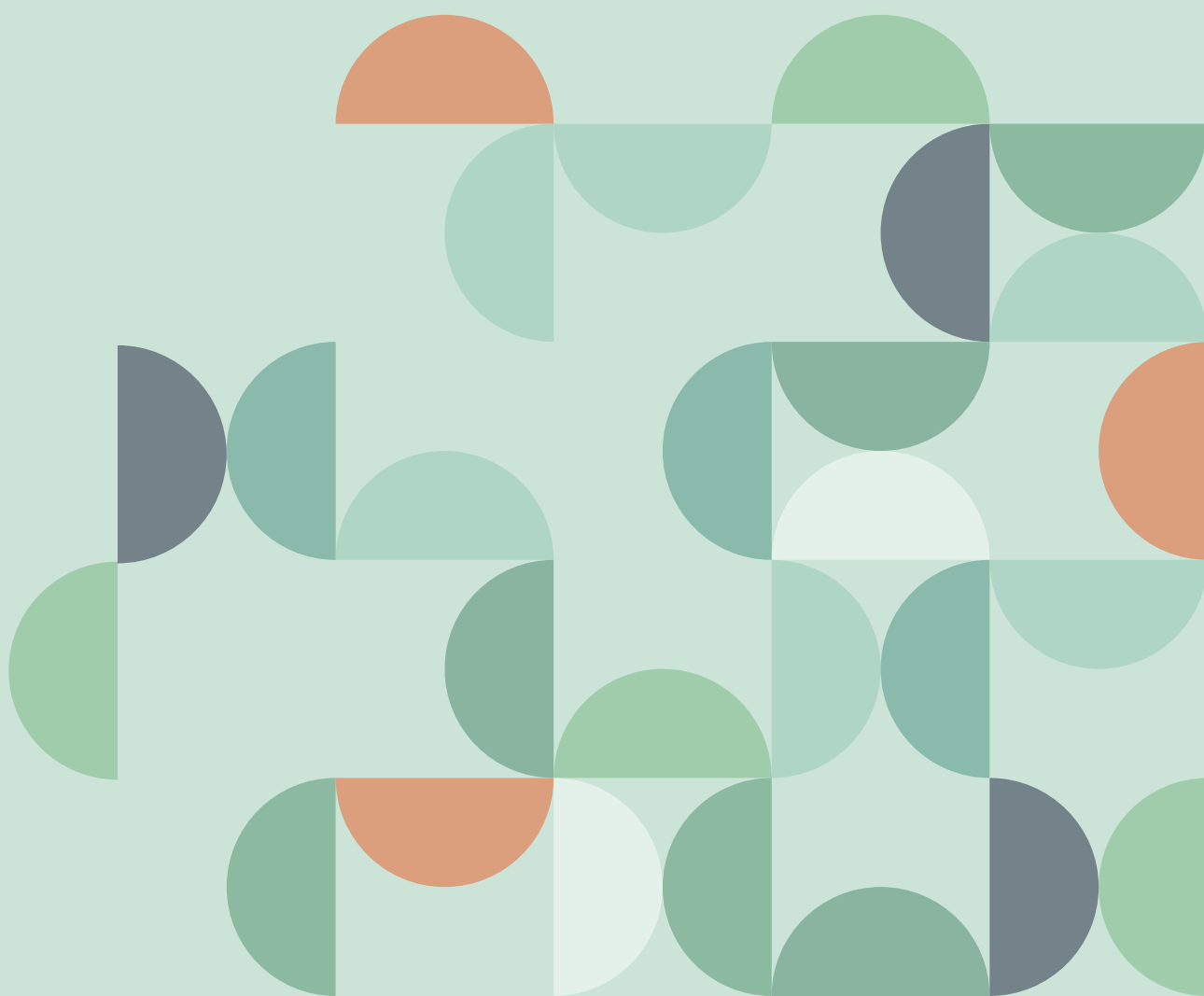
قائمة المختصرات

CPI	مؤشر أسعار المستهلك
EMDR	إبطال الحساسية وإعادة المعالجة عبر حركة العينين
GDP	الناتج المحلي الإجمالي
LCRP	خطة لبنان للاستجابة للأزمات
mhGAP	برنامج عمل منظمة الصحة العالمية بشأن رآب الفجوة في مجال الصحة النفسية
PM+	البرنامج القائم على إدارة المشاكل
RCT	تجربة عشوائية محكمة
WHO	منظمة الصحة العالمية

الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية

في لبنان (٢٠٢٤-٢٠٣٠)

إصلاح نظام الصحة النفسية



ملخص تنفيذي

يمكننا القيام بالكثير ولكلّ منا دوره في تعزيز وصون الصحة النفسية لكافة الفئات السكانية وفي مساعدة الأفراد الذين يمرون بأوقات عصيبة. تُعتبر هذه الاستراتيجية خارطة طريق تمتدّ على سبع سنوات، هدفها توجيه وزارة الصحة العامة وكافة أصحاب المصلحة المعنيين وحشد الجهود من أجل تحسين الصحة النفسية في لبنان. وفي لبنان بشكل خاص، يتطلب تحسين الصحة النفسية أيضًا معالجة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تؤثر جميعها سلبيًا على الصحة النفسية وتعيق عملية التعافي.

تم وضع الاستراتيجية بناءً على مقارنة شاملة تسعى إلى معالجة مسائل أساسية. فقد أجرينا أولًا تقييمًا لمشهد الصحة النفسية في البلد بما فيه عبء الأمراض والاحتياجات، وتقييمًا للنظام المتوفّر حاليًا للاستجابة لهذه الاحتياجات. كما وتمّ استعراض الجهود المبذولة حتى الآن بهدف تحديد مجالات العمل التي يجب المحافظة عليها وتلك التي تحتاج إلى تحسين. إضافة إلى ذلك، أُجريت مشاورات مع خبراء وأصحاب مصلحة محليين، ومن ضمنهم أشخاص ذوي خبرات وتجارب حياتية، بهدف إرشاد عملية تحديد أولويات الاستراتيجية. كما وقد استرشدت الاستراتيجية بالمبادئ التوجيهية الدولية، بما في ذلك إرشادات منظمة الصحة العالمية وتوصيات أخرى قائمة على الأدلة. وقد أولينا اهتمامًا خاصًا لاختيار الأساليب التي تتناسب مع السياق المحلي وتكون قابلة للتكيف معه. أخيرًا، تمّ نشر الاستراتيجية وطرحها على الجمهور لجمع الملاحظات والتحسين.

تتناول الاستراتيجية كافة أسس نظام الصحة النفسية بهدف تحسين صّة الأفراد النفسية بشكل عام والوقاية من الاضطرابات النفسية، مع التركيز على المواضيع الرئيسية الواردة أدناه:

١. زيادة الوعي حول الصحة النفسية والحدّ من المفاهيم الخاطئة واعتماد وتنفيذ التدخلات المثبتة فعاليتها في الوقاية من مشاكل الصحة النفسية. يشمل ذلك التأكيد على أهميّة معالجة العوامل السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على الصحة النفسية.
٢. تمكين الأفراد وتزويدهم بالموارد، المعرفة، المهارات، وأنظمة الدعم المناسبة التي من شأنها حماية صحتهم النفسية وتأمين نفاذهم إلى الخدمات المتاحة عند الحاجة.
٣. ضمان نفاذ الأفراد الذين يمرون باضطرابات صحة نفسية إلى رعاية عالية الجودة فور حاجتهم إليها، بغضّ النظر عن مكان إقامتهم.
٤. دعم مقدمي الرعاية الصحية وكافة العاملين في هذا المجال في أداء وظائفهم، من خلال بناء القدرات القائم على الأدلة بالإضافة إلى مساعدتهم على صون صحتهم النفسية.
٥. الحدّ والوقاية من الممارسات الضارة التي تنتهك حقوق الإنسان ومبادئ الجودة في خدمات الصحة النفسية.
٦. تعزيز توافر البيانات وتنفيذ البحوث المفيدة التي من شأنها إرشاد ودعم الجهود الرامية إلى تعزيز الصحة النفسية في كافة أنحاء البلاد.
٧. وضع الأطر القانونية والسياسات وآليات التمويل المناسبة لتعزيز نظام الصحة النفسية.
٨. دمج آراء ووجهات نظر وتفضيلات الأشخاص ذوي الخبرات والتجارب الحياتية في تصميم وتطوير الخدمات والسياسات والممارسات ذات الصلة.

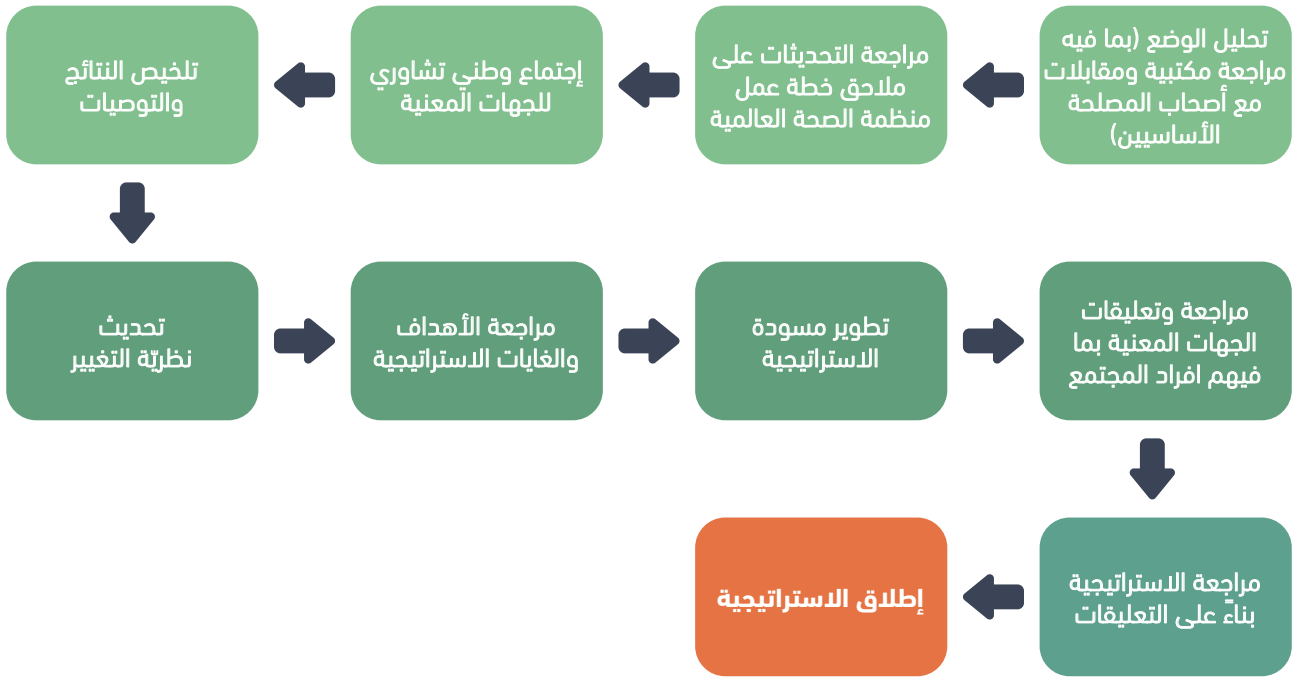
لقد تمّ التخطيط لإجراءات خاصة لكل من هذه المواضيع، من أجل تنفيذها لإجراء التحسينات اللازمة في البلد.

عملية تطوير الاستراتيجية

تم إطلاق الاستراتيجية الوطنية الأولى للصحة النفسية في لبنان في العام ٢٠١٥، بعد عملية تشاركية جمعت كافة أصحاب المصلحة، تماشيًا مع خطة العمل العالمية الخاصة بالصحة النفسية المنبثقة عن منظمة الصحة العالمية. ومع تمديد فترة تنفيذ خطة العمل العالمية إلى العام ٢٠٣٠، تمّ تمديد الفترة الزمنية لتنفيذ الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية إلى العام نفسه. ومع ذلك، لطالما ركزت الخطة ومنذ إطلاقها على ضمان التكيف مع الاحتياجات الناشئة. لذلك، تم الشروع في عملية مراجعة للاستراتيجية لضمان إدخال التحديثات اللازمة.

وفي ما يلي توضيح عن تسلسل عملية التنقيح في الشكل ١.

الشكل ١. عملية تطوير الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية ٢٠٢٤-٢٠٣٠



إنّ المبادئ الأساسية التي تمّ الالتزام بها خلال عملية التطوير واردة أدناه. كما وتمّ تفصيل الخطوات المتخذة لضمان الالتزام بهذه المبادئ في الجدول ١.

- تعزيز مشاركة كافة الجهات المعنية
- الحفاظ على الشفافية
- الاستناد إلى الأدلة والإرشادات والأطر الدولية

الجدول ١. الخطوات المتخذة لضمان الالتزام بالمبادئ الأساسية لعملية وضع الاستراتيجية

المبدأ	الخطوات
تعزيز مشاركة كافة أصحاب المصلحة والجهات المعنية	<ul style="list-style-type: none"> • دعوة أصحاب المصلحة الرئيسيين للمشاركة في مقابلات كجزء من تحليل الوضع. • دعوة كافة أصحاب المصلحة للمشاركة في الاجتماع التشاوري الوطني. • مشاركة مسودة الاستراتيجية مع جميع الجهات المعنية، بما في ذلك أفراد المجتمع، للمراجعة وإبداء الملاحظات.
الحفاظ على الشفافية	<ul style="list-style-type: none"> • عرض عملية وضع الاستراتيجية بأكملها على أصحاب المصلحة. • توثيق طريقة التعامل مع الملاحظات الواردة من أصحاب المصلحة وتفسير الأساس المنطقي وراء ذلك.
الاستناد إلى الأدلة والإرشادات والأطر الدولية	<ul style="list-style-type: none"> • مراجعة خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية المنبثقة عن منظمة الصحة العالمية ٢٠١٣-٢٠٣٠. • مراجعة التوصيات الواردة في التقرير العالمي عن الصحة النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية.

بدأت عملية تطوير الاستراتيجية بمراجعة مكتبية موسّعة للتقارير والدراسات والمقالات الصادرة عن المنظمات الدولية. كان الهدف من هذه المراجعة تقديم لمحة عامة عن الأزمات الحالية في لبنان وتأثيراتها على نظام الرعاية الصحية، لا سيّما نظام الصحة النفسية. بعد ذلك، أُجريت مقابلات مع أصحاب المصلحة الرئيسيين وُجمعت النتائج ووضعت في تحليل شامل للوضع يفصل مشهد الصحة النفسية في البلاد. كذلك، تمّ مسح وجمع إنجازات الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية ٢٠١٥-٢٠٢٠، وتمّ تحديد الثغرات والتحديات والفرص المتبقية. للتحقق من صحة هذه النتائج وتحديد أولويات الاستراتيجية المحدّثة، عُقد اجتماع تشاوري وطني تركّز فيه المناقشات على مختلف مجالات العمل. وشارك ٥٨ شخصاً في هذه العملية التشاورية، يمثلون ٣٠ جهةً من أصحاب المصلحة من مختلف القطاعات بما في ذلك الوزارات والوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية المحلية والدولية والمؤسسات الأكاديمية والجمعيات المهنية والجمعية الوطنية لمستخدمي الرعاية الصحية النفسية، وما إلى ذلك. سمحت هذه المشاورات بتوضيح الثغرات بشكل أفضل وبالتأكد من الأولويات. كما وأنّ تحديث نظرية التغيير سمح أيضاً بوضع الأولويات بشكل مفصّل.

وبعد ذلك، طُرحت مسودة الاستراتيجية على أصحاب المصلحة للمراجعة.

من الجدير بالذكر أن ٦٨٪ من المستجيبين أشاروا إلى أن لديهم تجربة حياتية في الصحة النفسية.



شارك ١٢٥ شخصاً بتقديم ملاحظات قيّمة.



كان من بين المستجيبين ممثلون عن النقابات والجمعيات المهنية، والوزارات، وممثلون عن جمعية مستخدمي الرعاية الصحية النفسية، وباحثون وأكاديميون وعاملون في مجال تعزيز الصحة النفسية أو الوقاية من الاضطرابات النفسية كما وفي مجال تقديم الخدمات من منظمات غير حكومية دولية ومحلية، ومن وكالات الأمم المتحدة ومنظمات المجتمع المدني وغيره.

لقد ضمنت هذه العملية أن تكون الأهداف الاستراتيجية والغايات للاستراتيجية المحدّثة مستندة إلى معلومات مستنيرة وشاملة ومصمّمة خصيصاً لتلبية الاحتياجات المحددة الخاصة بالصحة النفسية في لبنان.

تحليل الوضع

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

أ. السياق

يواجه لبنان أزمات متراكمة ألقت بعبئها على صّحة الأفراد النفسية وأثقلت كاهل النظام الصحي الذي كان يعاني أصلاً من الهشاشة (1-3).

يصنّف البنك الدولي الأزمة الاقتصادية في لبنان من بين **الانهيارات الاقتصادية الثلاثة الأسوأ** عالمياً منذ منتصف القرن التاسع عشر (1).



انخفض الناتج المحلي اللبناني الإجمالي (GDP) بنسبة ٣٦,٣٥٪ من ٥٢ مليار دولار أمريكي في العام ٢٠١٩ إلى ١٨,٠٨ مليار دولار أمريكي في العام ٢٠٢١، ممّا يعدّ **الانكماش الأعلى** من بين ١٩٣ دولة (4, 5).



وفقاً للجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا (الإسكوا)، يعيش حوالي ٤ ملايين شخص في **فقر متعدّد الأبعاد**، وقد تضاعف هذا العدد من ٤٢٪ في العام ٢٠١٩ إلى ٨٢٪ من إجمالي السّكان في العام ٢٠٢١ (6). كما وتضاعف معدل **البطالة** تقريباً إلى ٢٩,٦٪ في العام ٢٠٢٢ من ١١,٤٪ في العام ٢٠١٩ (7, 8). من جهة أخرى، تبين أنّ ٩١٪ تقريباً من الأسر اللبنانية وأسر اللاجئين الفلسطينيين التي جرت مقابلتها في إطار تقييم الاحتياجات في قطاعات متعددة في العام ٢٠٢٢ (9) لديها **احتياجات لا تتمّ تلبيةها**؛ ٢٠٪ من هذه الأسر تعاني من احتياجات شديدة إلى شديدة جدّاً (١٦٪ من الأسر اللبنانية و٢٧٪ من أسر اللاجئين الفلسطينيين في لبنان و٩٪ من أسر المهاجرين لديها احتياجات شديدة لا تتمّ تلبيةها). وقد أظهر تقييم الاحتياجات لقطاعات متعددة في العام ٢٠٢٣ أنّ ٩٢٪ من الأسر اللبنانية التي جرت مقابلتها غير قادرة على تلبية كافة احتياجاتها الأساسية، وعلى رأسها الرعاية الصحية وفقاً لـ ٦٤٪ من الأشخاص الذين جرت مقابلتهم (10).

من جهة أخرى، تشهد **الأوضاع المعيشية تدهوراً مستمراً** حيث تعاني كافة المحافظات اللبنانية من انقطاع التيار الكهربائي يتجاوز أحياناً ٢٢ ساعة في اليوم (2, 6, 11, 12)، مع تفاوتات كبيرة في الوصول الى الطاقة الكهربائية لصالح من بمقدوره دفع كلفة الاشتراك في مولدات الديزل الخاصة. وقد وضع هذا العديد من الخدمات الأساسية في أزمة كبيرة بما في ذلك المستشفيات التي أجبر معظمها على العمل بنسبة ٥٠٪ فقط من قدرتها (12, 13). وقد دفع الانهيار الاقتصادي وارتفاع البطالة والارتفاع الحاد في أسعار المواد الغذائية في لبنان إلى **أزمة أمن غذائي حادة** (14). كشف تقييم الهشاشة والأمن الغذائي الذي أجراه برنامج الأغذية العالمي والبنك الدولي في العام ٢٠٢١ أنّ ٤٧٪ من الأسر اللبنانية ومن أسر النازحين تواجه صعوبات في تأمين الغذاء والاحتياجات الأساسية الأخرى (15)، علماً أنّ النازحين معرّضون بشكل خاص لخطر انعدام الأمن الغذائي (14). ووفقاً للبنك الدولي، سجّل مؤشر أسعار الاستهلاك (CPI) في العام ٢٠٢١ رقماً قياسياً هو الأعلى على الإطلاق أي ٦١٢,٤ ما يمثّل نحو ٥ أضعاف الرقم المسجّل في العام ٢٠١٩ (16). وتُعدّ الأزمة الاقتصادية، بأثرها المأساوي على سبل عيش كافة الأفراد في لبنان وما نتج عنها من تدهور في الخدمات الأساسية ومحدودية الموارد الوطنية، العامل الرئيسي الذي يقف وراء التوترات الاجتماعية بين النازحين والمجتمعات اللبنانية. يشير تقرير العام ٢٠٢٣ عن خطة لبنان للاستجابة للأزمات (LCRP) إلى أنّ المصدر الرئيسي لهذه التوترات هو التنافس على الوظائف المتدنية المهارات وعلى السلع والخدمات الأساسية. بالإضافة إلى ذلك، شهدت السنوات الأخيرة تصاعداً في **التوترات داخل المجتمعات المحلية اللبنانية**، حيث كان الدافع الرئيسي لهذه التوترات هو غياب الاستقرار والاختلافات السياسية. وقد أدّى استمرار التدهور الاقتصادي وازدياد عدم الاستقرار السياسي والقلق الدائم حول عدم القدرة على النفاذ إلى الضروريات إلى جانب محدودية قدرة المؤسسات الأمنية إلى **تدهور الأمن والأمان الاجتماعيين** وارتفاع معدلات الجريمة ممّا نتج عنه اشتداد الضيق في كافة المجتمعات المحلية في لبنان.

هذا وقد صارع لبنان **أزمة صحية** غير مسبوقة جراء تفشي جائحة كوفيد-19 التي بدأت في العام ٢٠٢٠ وتفشي الكوليرا في العام ٢٠٢٢. وقد رافق ذلك ركود سياسي واضطرابات شعبية وأزمة نزوح طويلة الأمد إضافة إلى **الأزمة الإنسانية** التي نجمت عن الانفجار المدمر الذي ضرب العاصمة بيروت في ٤ آب ٢٠٢٠ (1, 2, 18, 19). فقد أدّى هذا الانفجار الهائل الذي حُثف من بين أقوى الانفجارات غير النووية التي تم تسجيلها على الإطلاق، إلى مقتل أكثر من ٢٠٠ شخص، إصابة الآلاف، تشريد حوالي ٣٠٠,٠٠٠ شخص، إضافة إلى التسبب بأضرار تقدّر بنحو ١٥ مليار دولار أمريكي (20-23).

ب. أثر الأزمات على النظام الصحي

لقد تأثر النظام الصحي اللبناني، الذي يتميز بهيمنة القطاع الخاص وصلابة قطاع المنظمات غير الحكومية، تأثيرًا شديدًا بالأزمات المتعددة المركبة. وقد كان **لانخفاض قيمة العملة** آثار ضارة بشكل هائل على قطاع الصحة. فإجمالي الإنفاق الفردي على الصحة (٩٧٥٠٠٠ ليرة لبنانية) الذي كان يعادل ٦٥٠ دولارًا أمريكيًا أصبح يعادل الآن أقل من ٥٠ دولارًا أمريكيًا. هذا وقد أصبحت مؤسسات الرعاية الصحية غارقة في مشاكل تأمين الوقود والضروريات، فعمدت إلى الحد من ساعات العمل، أو إغلاق بعض الأقسام، والتّابع آليات تكيف أخرى. بالإضافة إلى ذلك، أدّت القيود المفروضة على السحوبات بالعملة الأجنبية إلى نقص في الأدوية الأساسية والحيوية مما حدّ بشدة من استيراد الأدوية الحيوية والمستلزمات الطبية (2, 13, 24, 25).

كما وأعاق بعض **العقبات البنيوية** على غرار انقطاع الكهرباء والاتصال بالإنترنت نفاذ الجمهور إلى الخدمات الصحية عن بُعد (17, 26). كذلك، ازدادت تكلفة الخدمات الصحية وأسعار الأدوية إلى حدّ كبير بفعل التضخم الشديد وتدهور قيمة العملة، حيث سجّلت أسعار الأدوية ارتفاعًا بنسبة ١١٢٣٪ بين العامين ٢٠١٨ و ٢٠٢٢ (27). وقد كشفت دراسة أجريت حول القدرة على تحمل تكاليف الأدوية النفسية في لبنان عن زيادة كبيرة مقدارها ٧,٤٧ ضعفًا في نسبة متوسط الدخل الشهري المخصّص لشراء هذه الأدوية من العام ٢٠١٩ إلى العام ٢٠٢٣ (28).

إضافة إلى ذلك، يفقد النظام الصحي كتلة كبيرة من **الموارد البشرية** الضرورية لتقديم الخدمات، ممّا سيكون له أثر طويل الأمد في ظلّ الأزمات التي لا تعدّ ولا تحصى التي تواجهها البلاد (1).

ما يقارب ٤٠٪ من الأطباء المتخصصين و ٣٠٪ من الممرضين المجازين غادروا البلاد إمّا بشكل دائم أو مؤقت (13).



هذه الهجرة للموارد البشرية لن تؤثر على نفاذ الأفراد إلى الخدمات التي يقدمها هؤلاء الأخصائيون فحسب، بل إنّها ستؤدي أيضًا إلى تفاقم الانهيار الاقتصادي وإعاقة تعافيه (1, 6, 29).

١١. عبء اضطرابات الصحة النفسية في لبنان

قدّرت دراسة وطنية لانتشار الاضطرابات النفسية في لبنان أجريت عام ٢٠٠٦ أنّ نحو شخص واحد من كل أربعة أشخاص يمرّ باضطراب نفسي واحد على الأقلّ خلال حياته، وتبيّن أنّ القلق والاكتئاب هما الاضطرابان الأكثر انتشارًا (30). واليوم، بعد الكوارث التراكمية التي شهدتها لبنان في السنوات الأخيرة، ارتفعت هذه الأرقام بشكل كبير. فقد كشفت بيانات حديثة نُشرت في عام ٢٠٢٥ أنّ ٦٢,٨٪ من عينة من ١٠٠٠ فرد لبناني، تم فحصهم عبر الهاتف، ثبتت إصابتهم إمّا بالاكتئاب أو القلق أو اضطراب ما بعد الصدمة. ومن بين هؤلاء، تم تحديد ٤٧,٨٪ على أنهم على الأغلب مصابون بالاكتئاب، و ٤٥,٣٪ على أنهم على الأغلب مصابون بالقلق، و ٤٣,٥٪ على أنهم على الأغلب مصابون باضطراب ما بعد الصدمة، و ٢٨,١٪ على أنهم مصابون بالاضطرابات الثلاثة مجتمعة.^٤

^٤ Karam, E. G., El-Jamal, M., Osman, R., Toukan, S., Mouawad, G. I., & Al Barathie, J. (2025). The aftermath of multiple trauma on a nation: unraveling Lebanon's unique mental health struggle. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1444245. وقد تم نشر هذا المرجع بعد إطلاق الاستراتيجية وتم ضمه لتوفير سياق إضافي ومعلومات محدثة. ولكنه غير مدرج في قائمة المراجع الرئيسية لأنه لم يكن متاحًا في وقت كتابة الاستراتيجية.

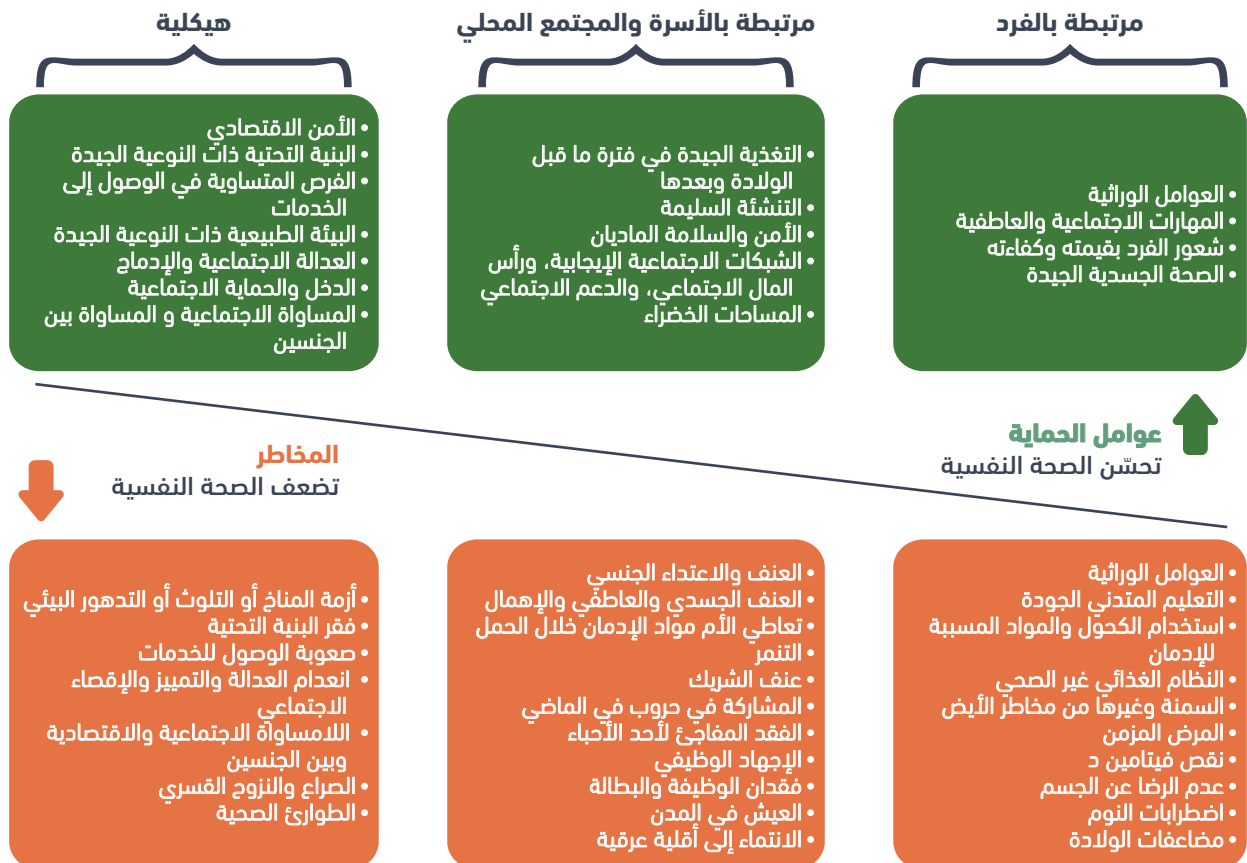
يقدّر معدل الوفيات الناتجة عن الانتحار في لبنان بـ ٢,٨ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة (مبلغ عنه في العام ٢٠١٩) (31). وفي المتوسط، تسجّل حالة وفاة واحدة ناتجة عن الانتحار كلّ ٢,١ يوم كما تسجّل محاولة انتحار واحدة كلّ ٦ ساعات في لبنان (32). ومع ذلك، فإنّ هذه الأرقام لا تعكس العدد الحقيقي لحالات الانتحار بسبب النقص في الإبلاغ الناجم عن نظم المراقبة غير الفعالة والوصمة المرتبطة بالانتحار (33). من المهم الإشارة إلى أن البيانات من الدول التي مرت بأزمات اقتصادية تشير إلى ارتفاع معدل الانتحار في مثل هذه الظروف.

ولا شك في أنّ بعض الفئات السكانية أكثر عرضة لاضطرابات الصحة النفسية. ف كبار السنّ في لبنان، الذين يشكّلون ١٠٪ من إجمالي السكّان، أكثر عرضة للإصابة بهذه الاضطرابات ومواجهة الوصمة (34). كشفت دراسة تجريبية أنّ ٩٪ من كبار السنّ في لبنان يعانون من الخرف (35). كما وأشارت التقديرات الواردة من مسح وطني آخر إلى أنّ ١٠,٦٪ من كبار السنّ يعانون من اضطراب نفسي واحد على الأقلّ (36).

السجناء والموقوفون هم أيضاً من المجموعات الأخرى الأكثر عرضة للاضطرابات النفسية ولتداعيات هذه الاضطرابات غير المعالجة. في حين أنّ الأبحاث حول هذا الموضوع محدودة في لبنان، كشفت إحدى الدراسات أنّ معدل انتشار اضطرابات ثنائية القطب يبلغ ٢٪ بين السجناء اللبنانيين فيما يبلغ معدل انتشار اضطرابات الذهان ٠,٧٪. علاوة على ذلك، لا يحصل سوى عدد صغير من هؤلاء النزلاء على وصفات طبية تسمح لهم بالاستحصال على الأدوية النفسية (37).

يتزايد عبء المرض أيضاً بفعل العوامل السياقية المتعددة والأزمات المتراكمة التي تواجهها البلاد والتي تؤثر بشكل كبير على الصحة النفسية حيث أنها تساهم في زيادة عوامل الخطر وتقلص عوامل الحماية. وفي هذا السياق، يرتفع خطر إصابة كافة المجموعات التي تعيش في لبنان بالضيق النفسي واضطرابات الصحة النفسية. ترفع هذه الهشاشة المتزايدة من عوامل الخطر التي كانت موجودة أصلاً قبل الأزمة على مستوى الأسرة والمجتمعات المحليّة وعلى المستوى البيئي على غرار العوامل الواردة في الشكل ٢.

الشكل ٢. أمثلة على المخاطر وعوامل الحماية التي تؤثر على الصحة النفسية. أعيد طبعه من التقرير العالمي عن الصحة النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية: إحدّاث تحوّل في الصحة النفسية للجميع. Geneva: World Health Organization ٢٠٢٢ (38).



بالإضافة إلى ذلك، فإن ٩,٨٪ فقط من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نفسي لمدى الحياة في لبنان يلتمسون العناية المتخصصة وذلك بسبب انخفاض الإدراك بالحاجة إلى العلاج لدى الغالبية (وفقًا للبيانات التي تمّ جمعها بين العامين ٢٠٠٢ و٢٠٠٣ كجزء من دراسة الانتشار الوطنية) (39). علاوةً على ذلك، لا يزال الوعي العام بالحقوق في الرعاية الصحية، بما في ذلك النفاذ إلى الرعاية الصحية النفسية الجيدة والمعرفة بالخدمات المتاحة، محدودًا (18, 39, 40). فمن بين الأفراد الذين يلتمسون العلاج، يُسجل تأخير كبير يتراوح بين ٦ إلى ٢٨ عامًا بين ظهور أعراض الاضطرابات وبدء العلاج (30). يُعتبر هذا التأخير خطيرًا على الأفراد وأسرهم كما وأنه يُرهق النظام الصحي حيث أنّ التقييم والتدخل المبكرين يحولان دون تفاقم الاضطرابات النفسية وتحويلها إلى اضطرابات مزمنة ومعيقة (41). بالإضافة إلى ذلك، فإنّ هذا التأخير في التماس العلاج يزداد بفعل الأزمة الاقتصادية وفقدان سبل العيش حيث أنّ الأفراد يؤجلون التماس العناية غير الطارئة ويعطون الأولوية للاحتياجات الأخرى الأكثر إلحاحًا (40).

يمتدّ عبء الاضطرابات النفسية أيضًا إلى أمراض أخرى لأنه يزيد من معدلات الإصابة بالأمراض غير السارية المصاحبة مثل السرطان وأمراض القلب والسكري (42-44). هذا ينطبق بشكل خاص على لبنان حيث تمثّل الأمراض غير السارية ٩١٪ من كافة الوفيات (45). وقد أظهرت العديد من الدراسات المحلية وجود علاقة مباشرة بين الضائقة النفسية المتفاقمة والاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والأفكار الانتحارية، ووجود أمراض مزمنة (46-49). كذلك، فإنّ الأفراد الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية، والذين يعانون أصلًا من خطر التمييز، والوصمة، وتراجع نوعية الحياة، هم أكثر عرضةً بمرتين إلى أربع مّرات للإصابة باضطرابات نفسية أو تطوّر هذه الاضطرابات وذلك على مستوى العالم (50, 51). وفي لبنان، كشفت دراسة أجريت على ٩٤ مريضًا مصابًا بفيروس نقص المناعة البشرية أنّ أكثر من ٧٠٪ منهم يعانون من اضطراب نفسي واحد على الأقل (52)، وكان الاضطراب النفسي الأكثر شيوعًا هو الاكتئاب، مما يتوافق مع البيانات العالمية.

بالإضافة إلى ما سبق، فإنّ للاضطرابات النفسية تأثير كبير على الاقتصاد الوطني. بالإضافة إلى تكاليف العلاج المباشرة وتكاليف الرعاية طويلة الأمد، تؤدّي الاضطرابات النفسية إلى تكاليف اقتصادية غير مباشرة مرتبطة بفقدان الأفراد ومقدمي الرعاية لعملهم، ضياع فرص العمل، انخفاض الأداء، التغيب عن العمل، التقاعد المبكر، الإعاقات وطلب الرعاية، والوفيات المبكرة (53, 54). وقد وجدت دراسة عن موقف أصحاب العمل في لبنان من توظيف الأفراد المصابين باضطرابات صحة نفسية مزمنة مستقرة أنّه يُنظر إلى هؤلاء الموظفين على أنّهم يعانون من تدني الكفاءة وتقدير الذات، وهم أكثر عرضةً للتسريح (55). ولا تؤثر خسارة العمل وضياع الفرص الاقتصادية على الأفراد والأسر فحسب، بل لها أيضًا تكاليف مجتمعية حيث أنها ترفع من معدلات البطالة وتؤدي إلى فقدان العمالة الماهرة والإنتاجية كما وإلى انخفاض الإيرادات الضريبية (56). وتشير الأدبيات الدولية إلى أنّ تدهور الصحة النفسية يرتبط ارتباطًا وثيقًا بانخفاض الإنتاجية التي تظهر من خلال معدلات التغيب والحضور غير المنتظم مما يؤدي إلى خسائر اقتصادية كبيرة في كافة البلدان (57, 58). هذا وتشير التقديرات العالمية إلى أنّ الاقتصاد العالمي يخسر تريليون دولار أمريكي سنويًا بسبب القلق والاكتئاب وحدهما (59).

أ. أثر الأزمات الاقتصادية والسياسية على الصحة النفسية للسكان

يعاني لبنان منذ عقود من تحديات سياسية واضطرابات مستمرة حدّت من قدرة الحكومة على توفير احتياجات السكان الأساسية بشكل مناسب (60, 61). يفاقم هذا السياق الظروف المعيشية اليومية الصعبة في لبنان، فلا تعود المعاناة معاناةً فردية بل تصبح معاناةً تطال المجتمع بأسره والنظام بشكل عام. بالإضافة إلى ذلك، أدّت الأزمة الاقتصادية الحادة التي ترافقت مع ارتفاع مستويات الجريمة والعنف وانعدام الأمان، إلى تفاقم التحديات التي يواجهها الأفراد وازدياد حدة عدم المساواة الاجتماعية. نتيجةً لذلك، انتشر في المجتمعات المحلية اللبنانية شعور عميق بالمعاناة الجماعية وانعدام الاحترام والأمن، وكلّها أمور ألقت بثقل كبير على صحة السكان النفسية (62-64).

علاوةً على ذلك، قد يكون للوضع السياسي والاقتصادي أثر على ارتفاع حالات الانتحار. ففي العام ٢٠٢٣ سجّلت قوى الأمن الداخلي ١٦٨ حالة انتحار، وهو ما يشكّل زيادةً بنسبة ٢١,٧٪ عن العام ٢٠٢٢ و٤٦٪ عن العام ٢٠٢١. وقد يُعزى هذا الارتفاع إمّا إلى زيادة الإبلاغ عن حالات الانتحار أو إلى ارتفاع معدل انتشار حالات الانتحار، ولكن من الصعب استخلاص النتائج نظرًا لعدم وجود نظام رصد شامل للانتحار (65). كما وتشير خطة لبنان للاستجابة للأزمات لعام ٢٠٢٢ إلى تقارير عن ارتفاع معدل

انتشار الأفكار الانتحارية وحالات إيذاء النفس في كافة المناطق اللبنانية والتي قد تكون مرتبطة بالأزمة الاقتصادية الحادة التي تعاني منها البلاد (17). كذلك، ازداد التبليغ الذاتي عن حالات الضيق النفسي، بما في ذلك مشاعر الاكتئاب والخوف والإرهاق النفسي والغضب واليأس، في صفوف النازحين السوريين والفلسطينيين كما وفي صفوف المجتمعات المضيفة (40). بالإضافة إلى ذلك، أظهر تقرير لتقييم الاحتياجات في قطاعات متعددة لعام ٢٠٢٢ أنّ ٤٥٪ و ٥٠٪ و ٢١٪ من الأسر اللبنانية ومن أسر اللاجئين الفلسطينيين والمهاجرين أفادت بأنّ فردًا بالغًا واحدًا على الأقل يعاني من أثر نفسي أو جسدي جراء الأزمة الاقتصادية. ومن بين هؤلاء ٨٧٪ و ٨١٪ و ٩٢٪ على التوالي، لم يلتمسوا أي رعاية صحية (66). وبينما انخفضت نسبة الأسر اللبنانية التي أبلغت عن وجود أفراد فيها لديهم احتياجات صحية لا تتم تلبيتها إلى ٢٦٪ (من نسبة ٢٨٪ من الأسر التي أبلغت عن حاجتها إلى الرعاية الصحية) في العام ٢٠٢٣، لا تزال هذه النسب مقلقة (10).

وقد برزت ظاهرة خطيرة أخرى أبلغ عنها مقدمو خدمات الصحة النفسية وهي ارتفاع استخدام المواد المسببة للإدمان في صفوف الشباب والبالغين المقيمين في لبنان، بما في ذلك اللبنانيين وغير اللبنانيين (40). ومع ذلك، لا تزال الإحصاءات الوطنية المتعلقة بهذه المسألة نادرة. تتماشى هذه النتائج مع الدراسات الدولية التي تشير إلى أنّ فترات الركود الاقتصادي ترتبط ارتباطًا مباشرًا بانخفاض عافية السكان النفسية وارتفاع انتشار الاضطرابات النفسية الشائعة، ومشاكل استخدام المواد المسببة للإدمان، وزيادة خطر الإقدام على الانتحار (62).

من جهة أخرى، تواجه الفئة العمرية الأكبر سنًا في لبنان ظروفًا صعبةً منذ بدء الأزمات المتعددة الأوجه وغير المسبوقة في العام ٢٠١٩. فقد أدى غياب شبكات الحماية الاجتماعية الأساسية وخطط التقاعد، إلى جانب الأزمة المالية التي قلّصت من قيمة ما ادخره الأفراد من جنى عمرهم ومحدودية الدعم المالي الأسري، إلى تفاقم الفقر في صفوف هذه المجموعة الديموغرافية وارتفاع أوجه هشاشتها (67, 68). وبالإضافة إلى ذلك، كان لموجة هجرة أفراد الأسرة آثار عميقة على صّحة وعافية كبار السنّ الجسدية والنفسية (68). وقد كشفت دراسة بحثت في آثار الأزمات المتعددة على الظروف المعيشية وعلى الصّحة الجسدية والنفسية لـ ٥٨٠ شخصًا من كبار السنّ تتراوح أعمارهم بين ٥٠ و ٩٤ عامًا، عن ارتفاع مشاعر الوحدة والعزلة الاجتماعية ومستويات الاكتئاب والقلق والخوف من الموت بين هؤلاء. والجدير بالذكر أنّ ٥٧٪ من المشاركين أفادوا بأنهم يعانون من الحزن واليأس بينما أفاد ١٠٪ بأنهم فكروا في إيذاء ذاتهم (69).

ب. أثر تاريخ الصراع

تفرض الصراعات والحروب معاناةً وخسائر فادحةً على الأرواح البشرية ترافقها غالبًا حالات ضيق نفسي (70). للبنان تاريخ طويل من الحروب والصراعات واللاغتيالات والاضطرابات السياسية التي ربما قد تكون ساهمت في عبء المرض النفسي على الشعب اللبناني (71-73). على سبيل المثال، أظهرت مراجعة منهجية توثّق اضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهقين خلال مختلف النزاعات التي شهدتها لبنان أنّ معدلات الانتشار زادت ببطء مع مرور الوقت، حيث تراوحت بين ٨,٥٪ و ١٤,٧٪ خلال الحرب الأهلية ثمّ ارتفعت إلى ٢١,٦٪ خلال حرب عناقيد الغضب في عيّنات من أحجام مختلفة لتصل إلى ما بين ١٥,٤٪ و ٣٥٪ خلال حرب تمّوز ٢٠٠٦ (74). كذلك، تمّ الإبلاغ عن تناقل الصدمات عبر الأجيال في المجتمعات اللبنانية كما وفي مجتمعات النازحين، حيث يرتبط تعرّض الأمهات للأحداث المرتبطة بالحرب ارتباطًا مباشرًا بخطر الإصابة باضطراب نفسي مثل الاكتئاب (75) واضطراب ما بعد الصدمة (76). وقد كشفت دراسة أخرى عن وجود علاقة بين معاناة مقدمي الرعاية من أعراض الاكتئاب والقلق وبين ظهور نتائج نفسية اجتماعية أسوأ لدى أطفالهم وزيادة في معدّل الإصابة بالأمراض لديهم (77).

مع وجود العديد من الدول المتأثرة بالنزاعات اليوم، أجرت منظمة الصحة العالمية مراجعة منهجية شاملة حدّثت فيها تقديراتها بشأن انتشار الاضطرابات النفسية بين السكان المتأثرين بالنزاع. وخلصت هذه المراجعة إلى انتشار قدره ٢٢٪ للاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة واضطراب ثنائي القطب والفصام، بدرجات متفاوتة بين السكان المتأثرين بالنزاعات، ومُدرّ أنه في أي وقت من الأوقات يعاني حوالي ٩٪ من هؤلاء السكان من اضطرابات نفسية متوسطة إلى شديدة (78).

ج. أثر الأزمة الإنسانية السورية

إنّ النازحين معرّضون بشكل خاص للاضطرابات النفسية لأنّهم أكثر عرضة لمواجهة الصدمات كما وأنّ خطر إصابتهم باضطراب ما بعد الصدمة هو أعلى بعشرة أضعاف من عامة السكّان في بلد اللجوء (70). هذا الوضع ينطبق على لبنان الذي يستقبل أكبر نسبة من النازحين السوريين في العالم حيث بلغ عددهم ١,٣ مليون نسمة للفرد الواحد في العام ٢٠٢١ (79). وقد أجريت دراسات عدّة استهدفت مجموعات من النازحين السوريين في لبنان. تبين، في عيّنة غير عشوائية من ٤٥٢ شخصًا، أنّ معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة هو ٢٧,٢٪ (80, 81)، فيما تبين في عيّنة أخرى شملت ٣٢٥٥ نازحًا يعيشون في تجمّعات غير نظامية في كافة أنحاء البلاد أنّ معدل انتشار الاكتئاب المعتدل إلى الشديد هو ٢٢٪ (82). وبينما تركّز معظم الدراسات التي تستهدف النازحين السوريين في لبنان على اضطراب ما بعد الصدمة، وفقًا لتقديرات منظمة الصحة العالمية المحدّثة، فإنّ الاضطرابات النفسية الأخرى منتشرة أيضًا في صفوف المجموعات السكانية المتأثرة بالنزاعات بما في ذلك النازحين السوريين. ولا تنتج اضطرابات الصحة النفسية عن تجارب صادمة مرتبطة بالحرب فقط، بل أنها تنجم أيضًا عن النزوح وظروف الحياة الصعبة والعنف والتمييز والخوف المستمر من عمليات الإخلاء والاعتقالات التي يواجهها النازحون السوريون (40) واللجوء الفلسطينيون (83, 84) في لبنان. هذا وقد تمّ الإبلاغ عن زيادة الإجراءات التقييدية التي تستهدف النازحين السوريين، فضلًا عن عمليات الإخلاء الجماعي والتوترات الاجتماعية (17). علاوةً على ذلك، تشير الدراسات إلى أنّ الظروف المعيشية الاجتماعية والبيئية هي المؤشر الرئيسي الذي ينبئ بظهور أعراض الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة واضطرابات السلوك في صفوف الأطفال النازحين السوريين الذين يعيشون في تجمّعات غير نظامية في لبنان (77). هذه الظروف الصعبة تجعل النازحين أكثر عرضة للضائقات النفسية عند التعرّض لأي ضغوطات أخرى، كما كان الحال خلال جائحة كوفيد-١٩ (19).

د. أثر جائحة كوفيد-١٩

لعبت جائحة كوفيد-١٩ وعمليات الإغلاق والقيود التي تبعها دورًا رئيسيًا في ارتفاع انتشار اضطرابات الصحة النفسية وتفاقم الاضطرابات الموجودة مسبقًا في العالم خلال هذه الفترة. ففي عام واحد فقط من الجائحة، ارتفع عدد الأشخاص المصابين باضطراب القلق والاكتئاب الشديد بنسبة ٢٦٪ و ٢٨٪ على التوالي (38, 85). ويُعزى هذا الارتفاع إلى التغيّرات التي طرأت على نمط الحياة، والعزلة، والخوف من الإصابة بالفيروس، وقد تفاقم الوضع بسبب تعطل الخدمات الصحية والانتعاش الشديد للفجوة العلاجية للاضطرابات النفسية.

وفي لبنان، أظهر مسح مقطعي أجري عبر الإنترنت لتقييم أثر عمليات الإغلاق بسبب جائحة كوفيد-١٩ على الصحة النفسية وشمل ١٥٧ لبنانيًا لا يعانون من أي تشخيص سابق لاضطراب نفسي أنّ ٦٠٪ من العيّنة ظهرت عليهم أعراض الاكتئاب، في حين أظهر حوالي ٧٥٪ أعراض قلق تتراوح بين خفيفة إلى شديدة الحدة (86). والجدير بالذكر أنّ هذه المعدّلات أعلى بكثير من تلك التي لوحظت في بلدان خلال الجائحة ممّا يشير إلى أنّه قد تكون هناك عوامل تتعلّق بالسياق اللبناني تزيد من عبء اضطرابات الصحة النفسية المرتبطة بجائحة كوفيد-١٩ (86, 87). كما وكشفت دراستان مقطعتان آخرتان شملتا ٣٨٦ و ٤٣٩٧ فردًا على التوالي من عموم السكّان اللبنانيين عن وجود ارتباط كبير بين الضغط النفسي والاكتئاب والقلق وسمات الوسواس القهري والأرق خلال جائحة كوفيد-١٩ (88, 89).

أيضًا، قد عانى العاملون في الخطوط الأمامية في مجال الرعاية الصحية خلال الجائحة من أعلى مستويات الضيق. كشفت دراسة استقصائية شملت ١٧٥١ شخصًا من الطاقم الصحي أنّ ٨٦,٣٪ يعانون من مستوى إرهاق معتدل إلى شديد بفعل أمور شخصيّة، ٧٩,٢٪ يعانون من مستوى إرهاق معتدل إلى شديد بسبب العمل، فيما ٨٣,٣٪ يعانون من مستوى إرهاق معتدل إلى شديد لأسباب تتعلّق بالعمل مع المستفيدين (90). وقد أظهرت دراسات أخرى تناولت التعب والضيق المتعلّقان بالعمل في صفوف الطاقم الصحي في لبنان أنّ ٦٦٪ يعانون من التعب العاطفي و ٦٤,٨٪ من التعب النفسي و ١٦٥٪ من التعب الجسدي بمستويات تتراوح بين معتدلة إلى عالية (91). كذلك، يعاني ٦٠٪ من العاملين في الخطوط الأمامية من خطر الإصابة بضائقة نفسية حادة (92). وتبيّن أنّ الإرهاق والتعب اللذين تم اكتشافهما في هذه الدراسات مرتبطان بشكل كبير بساعات العمل الطويلة، وارتفاع مستوى الشعور بالتهديد، وبتزايد الدوامات الليلية وقلة النوم، وبأحداث الحياة المجهدة وتدني الأجور، وفي بعض الحالات بوجود اضطرابات نفسية مسبقًا.

هـ. أثر انفجار مرفأ بيروت

لقد أظهر مسح للاحتياجات والتصوّرات أجراه البنك الدولي في آب ٢٠٢٠، مباشرة عقب انفجار مرفأ بيروت، أنّ حوالي ٣٤٠٠ من سكّان بيروت يعتبرون أنّ خدمات الصحة النفسية هي من بين الاحتياجات الأكثر إلحاحاً (93). وفي مسح سكّاني مقطعي آخر عبر الإنترنت أجري بعد شهرين من الانفجار، تبين أنّ حوالي ٨٠٪ من بين ٢٠٧٨ فرداً تعرّضوا للانفجار يعانون من الاكتئاب و٣٧٪ استوفوا معايير اضطراب ما بعد الصدمة (94). علاوةً على ذلك، في دراسة لتقييم مدى انتشار الاضطرابات النفسية المرتبطة بالانفجار، تبين أنّ ٦٤٪ من أصل ٨٠١ طفلاً (تتراوح أعمارهم بين ٨-١٧ عاماً) يعانون من القلق، و٥٢٪ من اضطراب ما بعد الصدمة، و٣٣٪ من الاكتئاب (95).

و. أثر ارتفاع المخاوف المتعلّقة بالحماية

لطالما كان للنزاعات والحروب والأزمات أثر خاص على النمو النفسي الاجتماعي للأطفال والمراهقين كما وعلى رفاههم. وقد أشارت دراسات استقصائية وطنية إلى أنّ ٣٢,٧٪ من الأطفال والمراهقين في لبنان يعانون من اضطرابات نفسية (96) و ١١,٥٪ يعانون من أفكار انتحارية (97). ففي خضمّ الأزمات المتعدّدة التي تواجهها البلاد، ترتفع أيضاً عوامل الخطر التي تؤثر على الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. فهم يواجهون ضغوطاً يومية متزايدة، إضافةً إلى تراجع الصحة النفسية لدى مقدّمي الرعاية لهم، مما يؤثر في سلوكهم وعلاقاتهم. علاوةً على ذلك، هناك ارتفاع مباشر في المخاوف المتعلّقة بالحماية، مما يفاقم التحديات التي يواجهها الأطفال. على سبيل المثال، أدّى الانهيار الاقتصادي إلى تفاقم العنف ضدّ الأطفال والنساء، والعنف القائم على النوع الاجتماعي، واستغلال الأطفال وإساءة معاملتهم (98, 99). هذا وقد حرمت الأزمة الاقتصادية الكثير من الأطفال من الفرص التعليمية (17) حيث أنّ التسرّب من المدارس أخذ في الارتفاع بفعل التكاليف المتزايدة المرتبطة بالتعليم. أظهر مسح أجرته اليونيسف في العام ٢٠٢٣ أنّ ٢٦٪ من الأسر التي جرت مقابلتها لديها طفل واحد على الأقل غير مسجّل في أي نوع من أنواع التعليم (100)، وهذا يُعدّ ارتفاعاً من العام ٢٠٢٠ حيث كانت النسبة ١٨٪ (64). وفي صفوف أسر النازحين السوريين، ترتفع النسبة هذه إلى ٥٢٪. علاوةً على ذلك، أدّت الأزمة الاقتصادية إلى انخفاض قيمة رواتب المعلّمين ممّا أدّى إلى إضرابات في صفوف المعلمين للمطالبة برفع الأجور، وتعطيل العام الدراسي، وانخفاض جودة التعليم وأداء المعلّمين (17). في المقابل، إنّ ظاهرة عمالة زواج الأطفال وخاصةً في صفوف أسر النازحين السوريين تشهد ازدياداً مطرداً كوسيلة للتخفيف من الأعباء المالية (64)، حيث تُرسل ١٦٪ من الأسر اللبنانية وأسرة من كلّ ٣ أسر من النازحين السوريين أطفالها للعمل للرفع من دخل الأسرة (100). هذه الظروف لا تزيد من خطر تعرّض الأطفال للاستغلال وسوء المعاملة فحسب، بل تضعهم في خطر اللجوء إلى استراتيجيات تكيف ضارة على غرار استخدام المواد المسبّبة للإدمان والانخراط في أنشطة غير قانونية (64). هناك مجموعة سكّانية أخرى تعاني من مخاوف خاصة بالحماية وهم الأشخاص ذوو الإعاقة في لبنان الذين لا يزالون يواجهون عقبات اجتماعية وقانونية مثل الوصمة والإقصاء والوعي المحدود بحقوقهم وصعوبة النفاذ إلى احتياجاتهم الأساسية. فبينما تأثّر السكّان كافةً بالأزمة المالية بشكل كبير فإنّ هذه الفئة التي يقدر أنّها تشكّل ١٠ إلى ١٥٪ من السكّان اللبنانيين، تصارع تحديات أكبر بصمت، وتكافح باستمرار لتأمين معيشتها وللحصول على الخدمات الأساسية (101, 102). تُظهر نتائج المسح الوطني لإدماج الإعاقة الذي أجري في العام ٢٠٢٣ أنّه على الرغم من احتياجاتهم الأكبر إلى الرعاية الصحية، فإنّ ٩٠٪ من المستجيبين لم يتمكّنوا من النفاذ إلى الخدمات الصحية والأدوية بسبب عوائق مالية وغير مالية، ٤٥٪ من الأسر لديها نفاذ محدود إلى الغذاء (101)، و ٢٠٪ من الأسر تلجأ إلى استراتيجيات تكيف من مستوى طوارئ (103). علاوةً على ذلك، إنّ الإعاقات الجسدية والحسية والذهنية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بارتفاع معدّل انتشار الضيق الشديد، والاكتئاب، والقلق، وأعراض أخرى لاضطرابات نفسية لدى ذوي الإعاقة من مختلف الفئات العمرية (44, 104-107). ومع ذلك، وعلى الرغم من حاجة الأشخاص ذوي الإعاقة الواضحة إلى خدمات الصحة النفسية، فإنّهم نادراً ما يتمكّنون من الحصول عليها (103). وبالتالي، يجد هؤلاء الأشخاص أنفسهم عالقين في دوامة مستمرة حيث تعيق مشاكلهم الصحية من مشاركتهم في التعليم والعمل واندماجهم في المجتمع (108). تشكل هذه الدوامة، التي تفاقمت بفعل التحديات الاقتصادية في لبنان بالإضافة إلى عدم كفاية أنظمة الحماية الاجتماعية، عبئاً إضافياً على رفاههم النفسي وتزيد من حدّة التمييز والتهميش والإقصاء الذي يواجهونه.

تشكل النساء والأطفال فئة سكانية أخرى المعرّضة بشكل أكبر للعنف (بما في ذلك العنف المنزلي) والإكراه والحرمان والاستغلال والاتجار وسوء المعاملة مع تفاقم أوجه عدم المساواة والضعف (17, 109). وقد سُجلت زيادة مقلقة في حالات العنف الجنسي والعنف القائم على الجندر بما في ذلك الإكراه على البغاء والاعتداء الجنسي والابتزاز (40). ويظهر أنّ الاستغلال الجنسي ارتفع بضعفين خلال النصف الأول من العام ٢٠٢١ مقارنةً بالعام ٢٠٢٠. كما وتواجه الأسر التي ترأسها الإناث والأطفال وكذلك الأشخاص ذوو الإعاقة والنازحون وكبار السنّ خطر التمييز وسوء المعاملة من قبل أصحاب العمل وأصحاب الملك باستمرار (110). كلّ هذه الظروف تعرّض الناجين من العنف الجنسي والعنف القائم على الجندر إلى خطر الإصابة بالضيق النفسي واضطرابات الصحة النفسية (17) بشكل أكبر.

III. المعارف والمواقف والسلوكيات المتعلقة بالصحة النفسية

تُعتبر الوصمة ومحدودية المعرفة بالصحة النفسية من العوامل الرئيسية المساهمة في اتساع الفجوة العلاجية في الصحة النفسية التي تتجاوز ٩٠٪ في لبنان (111). فمحدودية الفهم والوعي حول الصحة النفسية، إلى جانب انتشار المعتقدات التقليدية وبعض المعتقدات الدينية، تغدّي الوصمة المحيطة بالصحة النفسية، وتحول دون التماس المساعدة والوصول إلى خدمات الصحة النفسية (112). أظهرت دراسة لتقييم المعارف والمواقف والسلوكيات تجاه الاضطرابات النفسية أنّ ٦٧,٨٪ من اللبنانيين يظهرون وصمة العار تجاه الاضطرابات النفسية، و٦١,٩٪ لديهم معرفة بالاضطرابات النفسية، و٦٦,٦٪ لديهم سلوكيات أكثر إيجابية، حيث ارتبطت المواقف الأكثر إيجابية بمستوى أعلى من المعرفة (113). وفي دراسة أجريت في منطقة ريفية في لبنان، ارتبطت مواقف الوصم تجاه الاضطرابات النفسية بين السكّان المحليين والنازحين بمشاعر العار والخوف حيث اعتبر اللجوء إلى المعالجين الدينيين مقبولاً أكثر من الناحية الثقافية من اللجوء إلى الأخصائيين النفسيين (114). أظهرت دراسات أخرى أنّ الوصمة منتشرة كثيراً حتى بين الشباب المتعلّمين (115)، والمجموعات الدينية الفرعية (116) ومقدمي الرعاية الصحية (115). وبالإضافة إلى الوصمة الذاتية والوصمة المجتمعية، تُعتبر الوصمة بين مقدّمي الخدمة والوصمة الموجودة في نظام الرعاية الصحية من التحديات المتقاطعة التي تؤثر سلّماً على تطوير الخدمات وتوفيرها عبر جميع مستويات الرعاية (117). بالإضافة إلى تأثير الوصمة، أظهرت دراسة تمثيلية على المستوى الوطني أنّ ٧٣٪ من السكّان يشعرون بحاجة متدنية إلى العلاج (39). كلّ هذه العوامل تؤثر على تقديم خدمات الصحة النفسية وسلوكيات طلب المساعدة.

ومع ذلك، أشارت الأمم المتحدة إلى أنّ جائحة كوفيد-١٩ ساهمت عالمياً في الحدّ من الوصمة المرتبطة بالصحة النفسية وجعلت المجتمع أكثر تقبّلاً لطلب المساعدة في علاج الاضطرابات النفسية (118). في لبنان، أظهرت بيانات حديثة أنّ ٦٥٪ من السكان يعطون الأولوية لصحتهم النفسية⁵. فضلاً عن ذلك، تُظهر البيانات المستمدة من مراكز الرعاية الصحية الأولية زيادةً في عدد الاستشارات خلال السنوات الأخيرة، حيث بلغت ٣٢٪ بين ٢٠٢٠ و٢٠٢١ (119) و٤٤٪ بين ٢٠٢١ و٢٠٢٢ (120). وقد يكون هذا الاتجاه مدفوعاً بالطلب المتزايد على الخدمات المدعومة بسبب عدم القدرة على تحمّل تكاليف الرعاية في القطاع الخاص، فضلاً عن الحاجة المتزايدة إلى خدمات الصحة النفسية في خدمات الرعاية الصحية الأولية، وقد يعكس ذلك زيادةً في الوعي والمعرفة وفي تقبّل احتياجات الصحة النفسية، كما وقد يشير إلى الجهود المتزايدة المبذولة للاستجابة لهذه الاحتياجات المتفاقمة (119, 121).

Karam, E. G., El-Jamal, M., Osman, R., Toukan, S., Mouawad, G. I., & Al Barathie, J. (2025). The aftermath of multiple trauma on a nation: unraveling Lebanon's unique mental health struggle. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1444245.
وقد تم نشر هذا المرجع بعد إطلاق الاستراتيجية وتم ضمه لتوفير سياق إضافي ومعلومات محدثة. ولكنه غير مدرج في قائمة المراجع الرئيسية لأنه لم يكن متاحاً في وقت كتابة الاستراتيجية.

١٧. أهم الإنجازات التي تحققت في إطار الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية (٢٠١٥-٢٠٢٠)

تم إطلاق البرنامج الوطني للصحة النفسية في العام ٢٠١٤ ضمن وزارة الصحة العامة باعتبارها الجهة المسؤولة عن الصحة النفسية وعن قيادة إصلاح نظام الصحة النفسية في البلاد. وفي العام ٢٠١٥، أطلق البرنامج الوطني للصحة النفسية الاستراتيجية الوطنية الأولى للصحة النفسية في لبنان والممتدة من ٢٠١٥ إلى ٢٠٢٠ (122). تنص رؤية الإستراتيجية على أن ينعم « كافة السّكان في لبنان بفرصة التمتع بأفضل مستوى ممكن من الصحة والرفاه النفسيين » وذلك من خلال العمل على خمسة مجالات: (١) القيادة والحوكمة، (٢) توفير الخدمات، (٣) التعزيز والوقاية، (٤) المعلومات والأبحاث والأدلة، (٥) المجموعات الأكثر عرضة. تتماشى الاستراتيجية مع الأطر والأدوات القائمة على الأدلة العلمية، بما في ذلك خطة العمل الشاملة في مجال الصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٢٠ الصادرة عن منظمة الصحة العالمية والتقرير العالمي عن الصحة النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية، وقد تمّ تكييف الاستراتيجية مع السياق المحلي بالإضافة إلى اعتماد نهج يهدف إلى بناء النظم.

قام البرنامج الوطني للصحة النفسية وشركاؤه بتنفيذ الأنشطة ذات الأولوية في إطار هذه الاستراتيجية. وفيما يلي عرض لأهم الإنجازات حسب مجالات العمل الواردة في الاستراتيجية.

المجال ١: القيادة والحوكمة

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

على مستوى الحوكمة، اتُخذت عدة خطوات تهدف إلى إنشاء كيان إداري مستدام للصحة النفسية داخل وزارة الصحة العامة. تمّ إدماج سياسة الصحة النفسية في الاستراتيجيات والسياسات الوطنية الأخرى مثل تلك المتعلقة بحماية الطفل، وحماية كبار السن والوقاية من التطرف العنيف، وما إلى ذلك. وللمرة الأولى وُضعت استراتيجية وطنية مشتركة بين الوزارات تركز على الاستجابة لاستخدام المواد المسببة للإدمان. ومن جهة أخرى، استجابةً لحالات الطوارئ المتعددة التي طرأت (مثل جائحة كوفيد-١٩ وانفجار مرفأ بيروت)، تمّ تطوير وتنفيذ خطط عمل وطنية مشتركة بين القطاعات للاستجابة لطوارئ الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي. في وقت لاحق، وبناءً على الدروس المستفادة من الاستجابات الأخيرة، بدأ العمل على وضع خطة تأهب وطنية لطوارئ الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي لإرشاد جهود التأهب لمواجهة أي نوع من أنواع الطوارئ التي قد تنشأ.

على مستوى التشريع، تمّ وضع مشروع قانون جديد للصحة النفسية^٦ يقضي بحماية الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية، وتوسيع نطاق خدمات الصحة النفسية المجتمعية، وحوكمة نظام الصحة النفسية، وهو ينتظر حاليًا طرحه على البرلمان لإصدار إلى التصويت عليه. وقد بُذلت جهود للدعوة إلى تنقيح التشريعات القائمة المتصلة بالصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان ودعم هذه العملية لضمان توافق هذه التشريعات مع مبادئ حقوق الإنسان والصحة العامة، ومنها التشريعات المتعلقة باستخدام المواد المسببة للإدمان والمادة ٢٣٢ من قانون العقوبات^٧. كما وتمّ اتخاذ إجراءات لدعم إقرار القانون الجديد الذي ينظم مهنة الأخصائيين النفسيين وإنفاذه، ولدعم إصدار قانون إنشاء نقابة النفسيين وانتخاب أول مجلس تنفيذي لها.

على مستوى التمويل، يُعدّ توسيع نطاق خدمات الصحة النفسية المجتمعية ركيزةً أساسيةً لمشروع القانون المقترح حول الصحة النفسية. هذا سيوفّر الإطار التشريعي لمراجعة الأموال المخصصة من الميزانية لتوفير خدمات الصحة النفسية. وقد تمّ تطوير خُزم رعاية يتمّ حاليًا تجربتها على مستوى الرعاية الصحية الأولية، وهي تحدّد مسارات الرعاية لمختلف الاضطرابات

^٦ يركز مشروع القانون على حماية الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية وتعزيز حوكمة الصحة النفسية العامة وتوسيع نطاق خدمات الصحة النفسية المجتمعية.

^٧ يسعى التعديل المقترح إلى توضيح أنّ المحكومين الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة لن يتمّ سجنهم إلى أن «يشفوا»، بل إلى أن «يتعافوا». وهذا مبني على الاعتراف بأنّ بعض اضطرابات الصحة النفسية مثل الذهان غير قابلة للشفاء ولكن يمكن إدارتها. لذلك فالحكم بالسجن «إلى أن يتحقق الشفاء» يشير إلى عقوبة سجن لمدى الحياة. بدلا من ذلك، يؤكّد التعديل على أهمية ضمان تلقي الأفراد العلاج اللازم خلال قضاء مدة عقوبتهم.

النفسية. ومن شأن هذه الرزم تحديد الخدمات التي يتعيّن تغطيتها وهي خطوة نحو ضمان أن تصبح الرعاية النفسية جزءًا من التغطية الصحية الشاملة. وقد أُجريت عمليّة لتقدير التكاليف وعمليّة أخرى لتحليل الفوائد نسبةً إلى التكاليف لخدمات الصحة النفسية المجتمعية التي سيتمّ توسيع نطاقها وذلك لإرشاد جهود المناصرة الساعية إلى تحقيق تغطية مالية فعّالة (مراجعة الإطار ١). أما من حيث التغطية من قبل شركات التأمين الخاصة، تمّت صياغة رزم منافع أساسية سوف تُقترح على شركات التأمين.

الإطار ١. تمرين تقدير التكاليف

تم إجراء تمرين لتقدير التكلفة (costing exercise) وتحليل التكلفة والعائدات (cost-benefit analysis) في لبنان لهدفين رئيسيين: ١- لتقدير تكلفة خدمات الصحة النفسية لدعم التخطيط وإعداد الميزانيات؛ و٢- لتطوير مقارنة بين تكاليف وفوائد التدخلات والخدمات المتعلقة بالصحة النفسية لاستخدامها في السياسات والمناصرة.

يبيّن تقرير حالة الاستثمار الناتج عن هذا التمرين المبررات الاقتصادية للاستثمار في الصحة النفسية، موضحًا التأثير الإيجابي للتوسع في الاستثمار في العلاج والوقاية للصحة النفسية على المدى الطويل. يشمل التقرير ستة اضطرابات: اضطرابات القلق واضطراب ما بعد الصدمة، الاكتئاب، الذهان، اضطراب ثنائي القطب، الصرع، واستخدام/الاعتماد على الكحول.

تم استخدام أداة (OHT) OneHealth Tool لمنظمة الصحة العالمية لهذا التمرين مع إدخال بعض التعديلات.

تظهر النتائج أن الاستثمار في الصحة النفسية في لبنان سيحقق فوائد تشمل: **تحسين الصحة والعوائد الاقتصادية** (من خلال استعادة الإنتاجية).

إن التوسع في جميع التدخلات سيؤدي إلى: **١٤٣,٢٥٢ عامًا صحيًا مكتسبًا (HLY)**، **٣٧٤,٥٢٧ حالة (اضطراب) يتم تجنبها (averted cases)**، بالإضافة إلى **١,٧٥١ وفاة يتم تفاديها (avoided deaths)**، على مدى ٢٠ عامًا.

تم تقدير المكاسب الإنتاجية بحوالي **١,١ مليار دولار أمريكي** خلال ٢٠ عامًا.

ودلّت النتائج أن أكبر المكاسب والآثار هي في التدخلات المستهدفة **للاكتئاب** (١٧,٨٠٨ عامًا صحيًا مكتسبًا على مدى ١٠ سنوات) و**لاضطرابات القلق** (٥,٨٠٣ عامًا صحيًا مكتسبًا على مدى ١٠ سنوات)، بسبب العدد الكبير من الأشخاص المتأثرين بهذه الاضطرابات.

إنّ معدّل الفائدة إلى التكلفة (benefit to cost ratio) يُقارن بين التكاليف الإجمالية والفوائد الناتجة عن الاستثمار في التدخلات لكل اضطراب. عند أخذ المكاسب الإنتاجية والقيمة الاجتماعية بعين الاعتبار، تمتلك جميع الرزم معًا **معدّلًا إيجابيًا للفائدة إلى التكلفة بمقدار ٤,٢ على مدى ٢٠ عامًا**.

المجال ٢: إعادة توجيه خدمات الصحة النفسية وتوسيع نطاقها

لقد كان الهدف في هذا المجال تطوير خدمات رعاية الصحة النفسية والخدمات النفسية-الاجتماعية بحيث تكون شاملة ومتكاملة ومستجيبة للاحتياجات على مستوى المجتمعات المحلية.^٨ وتماشياً مع توصيات منظمة الصحة العالمية، يجري تطوير تدخّلات فعّالة وآمنة وذات جودة وقائمة على الأدلّة في كلّ مستوى من مستويات الرعاية كما ويُصار إلى توسيع نطاقها.

على مستوى المساعدة الذاتية، تمّ تطوير وتكييف وتجريب برنامج إلكتروني للمساعدة النفسية الذاتية الموجهة، اسمه «خطوة خطوة»، بناءً على برنامج PM+ الصادر عن منظمة الصحة العالمية. وقد أُجريت تجربة عشوائية محكمة (RCT) لاحقًا، وأُثبتت فعالية هذا التدخل في علاج اضطرابات الاكتئاب والقلق (123, 124)، وأُجريت دراسة حول تنفيذ البرنامج وهي تنتظر النشر. ستُستخدم النتائج لإرشاد عمليّة توسيع نطاق هذه الخدمة على الصعيد الوطني.

هذا وقد فاز البرنامج الوطني للصحة النفسية، عن برنامج «خطوة خطوة»، بجائزة فريق العمل المشترك بين الوكالات التابع للأمم المتحدة العام ٢٠٢٣ التي تُمنح للبرامج المتميّزة في مجال الأمراض غير السارية والصحة النفسية، بما في ذلك البرامج التي تبني على التكنولوجيا والابتكار.



^٨ يشير التقرير العالمي عن الصحة النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية ٢٠٢٢ إلى أنّ المقاربة المتكاملة للرعاية تضمن أن يتمّ النظر في اضطرابات الصحة النفسية والجسدية وإدارتها ورصدها بشكل متزامن. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

على مستوى الرعاية الأولية والثانوية، تمّ تنفيذ العديد من الإجراءات الهادفة إلى دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية. فقد تمّ تدريب أطباء صحة عامة وممرّضين واختصاصيين في العمل الاجتماعي وغيرهم من العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وذلك في مجموعة من المراكز التابعة لشبكة وزارة الصحة العامة، على دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية باستخدام دليل برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية التابع لمنظمة الصحة العالمية (mhGAP). خضع هؤلاء العاملين للإشراف بعد التدريب، كما وتمّ تطوير أدوات دعم متعدّدة لبرنامج الدمج (معينات وظيفية لمقدمي الرعاية، ومواد إعلامية وتعليمية حول الاضطرابات النفسية المختلفة، وما إلى ذلك). بالإضافة إلى ذلك، تمّ دمج المعايير المتعلّقة بالصحة النفسية في المعايير الوطنية المستخدمة لاعتماد مراكز الرعاية الصحية الأولية. وقد تم إنشاء فرق عمل متعدّدة التخصصات تتضمّن أخصائيين في مجال الصحة النفسية يقدمون رعايةً صحيةً نفسيةً متخصصةً وتمّ ربط هذه الفرق بمراكز الرعاية الصحية الأولية. بناءً على هذه التجربة، تم تطوير نموذج جديد للرعاية ورزم وطنية لرعاية الصحة النفسية (مراجعة الإطار ٢)، تم الانتهاء من تطوير الإصدارات التجريبية للحزم الخاصة باضطرابات الاكتئاب والقلق، حيث أن التدريب وبناء القدرات على هذه الإصدارات التجريبية مستمر منذ العام ٢٠٢٢ في ١١ مركزًا من مراكز الرعاية الصحية الأولية في جميع أنحاء لبنان. قدّمت منظمات عديدة مساهمات مختلفة في هذا العمل، من توفير الخدمات إلى تجريب دمج حزم الرعاية، إلى إجراء أنشطة توعية لتوجيه وتحسين معرفة الجمهور بخدمات الصحة النفسية المتاحة على مستوى الرعاية الصحية الأولية، وما إلى ذلك. وستكون المرحلة التجريبية حاسمةً في إرشاد عملية توسيع نطاق حزم الرعاية. علاوةً على ذلك، يتمّ حاليًا العمل على تطوير حزم رعاية الذهان واستخدام المواد المسببة للإدمان (125).

الإطار ٢. رزم رعاية الصحة النفسية قيد التجربة

يعتمد نموذج الرعاية قيد التجربة الهادف إلى تطوير خدمات مجتمعية مترابطة للرعاية الأولية (غير المتخصصة) وخدمات الرعاية الثانوية (المتخصصة) على نهج الرعاية المجتمعية المتدرجة المبني على تحويل المهام، حيث يتولّى أطباء الصحة العامة تنظيم الرعاية على مستوى الرعاية الصحية الأولية مع وجود مسارات محدّدة للإحالة إلى الأخصائيين. وقد وُضعت هذه الحزم بما يتماشى مع برنامج عمل منظمة الصحة العالمية لرأب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP)، وتمّ تكييفها لتناسب النظام المحلي.

ويقترح النموذج الربط بين مراكز الرعاية الصحية الأولية الواقعة في منطقة جغرافية واحدة ومركز للرعاية الصحية الأولية يتمتّع بطاقم متخصص في الصحة النفسية. على مستوى الرعاية الصحية الأولية، تتمّ عمليات الكشف والفحص والتقييم والتشخيص والإدارة والمتابعة مع تحديد واضح للأدوار لكلّ من الطبيب العام والاختصاصي في العمل الاجتماعي والممرّض أو القابلة أو طبيب الأطفال أو طبيب التوليد للكشف والفحص. أمّا على المستوى الثانوي، فتتمّ إدارة الحالات المعقّدة أو الشديدة التي يحيلها الطبيب العام. ويُعطى في هذا الإطار دور مهم للاختصاصيين في العمل الاجتماعي في تقييم وإدارة الضغوطات النفسية-الاجتماعية وتنسيق الرعاية. وتحدّد رزم الرعاية بالتفصيل الإجراءات التي يتعيّن على كلّ شخص في المركز القيام بها، بما في ذلك متى وإلى أي اختصاصي سوف تتمّ إحالة المستفيد، وقد وُضعت آلية للدعم وللتوجيه في الحالات الصعبة كما ولبناء القدرات في الميدان لغير المتخصصين.

على مستوى الاستشفاء، تمّ تنفيذ إجراءات متعددة لزيادة عدد أسرّة المرضى الذين يحتاجون للاستشفاء النفسي وتوسيع نطاق تغطيتها الجغرافية. وشملت هذه الجهود مراجعة تعرفه وزارة الصحة العامة للتعاقد مع المستشفيات العامة من أجل إدخال ورعاية مرضى الصحة النفسية والتعاقد مع المستشفيات. علاوةً على ذلك، تمّ افتتاح أول جناح للصحة النفسية في مستشفى حكومي، ويجري حاليًا تجهيز جناح ثان. كذلك، تمّ توفير الدعم لمستشفيات خاصة في كافة أنحاء لبنان عبّرت عن استعدادها للتعاقد مع وزارة الصحة العامة لفتح أجنحة داخلية لرعاية الصحة النفسية وذلك عبر تقديم إرشادات فنية والقيام ببناء القدرات.

من جهة أخرى، أُتخذت خطوات لتحسين الجودة وحماية حقوق الإنسان في مرافق الصحة النفسية، وكذلك لمعالجة انتهاكات حقوق الإنسان، لا سيّما في مراكز الإقامة الطويلة. على سبيل المثال، جرى تقييم العديد من المرافق باستخدام دليل منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان (QualityRights) على يد فريق تقييم وطني خضع للتدريب والإشراف من قبل البرنامج الوطني للصحة النفسية. ونتيجةً لذلك تمّ إقفال مرفقين من مؤسسات الصحة النفسية للإقامة طويلة الأمد. هذا وقد أصدر وزير الصحة قرارات عدة (مثلاً القرار رقم ١/٢٧٠ والقرار رقم ١/٦٥٠) بشأن جودة الرعاية وحقوق الإنسان في مجال رعاية الصحة النفسية. وتنصّ هذه القرارات، من بين أمور أخرى، على تقييم كافة مؤسسات الإقامة طويلة الأمد للصحة النفسية بناءً على دليل منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان. كما وقد تمّ دمج معايير ومبادئ الدليل لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان في معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات.

على مستوى الاستجابة لحالات طوارئ الصحة النفسية، صُممت آلية وطنية للاستجابة لحالات الطوارئ في مجال الصحة النفسية وجرى تجربتها بنجاح في محافظة بيروت في العام ٢٠٢١. وقد بيّنت النتائج التجريبية جدوى وفعالية هذه الآلية ووفّرت إرشادات قيّمة لإجراء التعديلات اللازمة وتوسيع النموذج ليشمل المحافظات الأخرى كما هو مخطط له. وتم توسيع نطاق هذه الآلية لتشمل طرابلس. وتشمل الآلية فرقاً متنقلة للصحة النفسية تعمل على تقديم الرعاية للأشخاص الذين يمرون بحالة طوارئ نفسية (بما في ذلك محاولات الانتحار) والذين يحتاجون إلى دعم فوري في الوقت المناسب وبطريقة فعّالة في مكان تواجدهم، بالإضافة إلى مرافقة سيارات الإسعاف التابعة للصليب الأحمر اللبناني أو الدفاع المدني في حال كان من الضروري إدخال هؤلاء الأشخاص إلى المستشفى. والجدير بالذكر أنّ هذه الآلية مرتبطة بالخط الوطني الساخن ١٥٦٤ الذي أُطلق في العام ٢٠١٧ والذي يقدّم الدعم النفسي الفوري وتقييم خطر الانتحار وتخفيف التوتر عبر الهاتف والذي يعتمد على إرسال الفرق المتنقلة عند الحاجة. كما وقد جرى تطوير مواد تدريبية وطنية لطواقم عمل أقسام الطوارئ على إدارة حالات الطوارئ النفسية وبدأ بناء القدرات لعضو أو عضوين على الأقل من هذه الطواقم في كافة المستشفيات في لبنان.

ونظراً إلى أنّ **الموارد البشرية** هي ركيزة أساسية في توفير الخدمات، تمّ تنفيذ تدخّلات هادفة إلى بناء قدرات طواقم الصحة النفسية والصحة العامة ومساعدتهم، وكذلك الاختصاصيين في العمل الاجتماعي والعاملين في الخطوط الأمامية من قطاعات أخرى. هذا وتراوحت هذه التدخلات من تعزيز القدرات على رصد اضطرابات الصحة النفسية والإحالة الآمنة من قبل غير المتخصصين وإدارة حالات الطوارئ المتعلقة بالصحة النفسية إلى بناء القدرات المحلية على المقاربات العلاجية القائمة على الأدلة على غرار العلاج النفسي العلائقي (IPT) وعلاج إبطال الحساسية وإعادة المعالجة عبر حركة العينين (EMDR). ولبنان هو البلد الأول في المنطقة الذي يتمتّع بأخصائيين محليين في الصحة النفسية مدربين على العلاج النفسي العلائقي بالإضافة إلى مدربين ومشرفين محليين خاضعين لهذا للتدريب. إضافة إلى ذلك، تمّ وضع دليل وطني حول الصحة النفسية للأهالي، وبدأت عمليّة بناء قدرات العاملين في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية عليه. ومن المجالات التي خضعت لبناء القدرات، الاهتمام بالأشخاص الذين يمرون بحالة طوارئ وذلك بناءً على مبادئ الإسعافات النفسية الأولية وتوفير الرعاية بما يتماشى مع حقوق الإنسان ومبادئ الجودة. ولبناء القدرات المحلية في تطوير الخدمات، تمّ إطلاق أول دبلوم في لبنان والمنطقة حول تطوير وتنظيم خدمات الصحة النفسية، حيث تمّ تخريج الدفعة الأولى في العام ٢٠٢٢. وقد خضعت النسخة الأولى من الدبلوم للتقييم وبناءً عليه تمّت مراجعة الدبلوم ومن المقرّر إطلاق النسخة الثانية في العام ٢٠٢٤.

أمّا من حيث توافر الأدوية النفسية وإمكانية النفاذ إليها عند الحاجة، فقد جرت مراجعة اللائحة الوطنية للأدوية النفسية والعصبية للمستفيدين في الرعاية الخارجية وفي قسم الطوارئ من خلال عملية تشاورية^٩. كذلك، وُضع دليل يتضمّن توجيهات تهدف إلى ترشيد وصف الأدوية النفسية وعُقدت ورش عمل توجيهية على أساسه للأطباء النفسيين وأطباء الجهاز العصبي. في هذا الإطار، تمّ دمج الدليل في تدريبات بناء القدرات المخصصة للعاملين في الصحة النفسية ولأطباء الصحة العامة. وأصدر مدير عام وزارة الصحة العامة التعميم رقم ٦٠ الصادر في ٢٠١٧/٦/٢٠ والذي يحثّ فيه جميع مقدمي الخدمة على الالتزام بالدليل الإرشادي وباللائحة الوطنية للأدوية^{١٠}. علاوةً على ذلك، بُذلت جهود حثيثة لزيادة توافر الأدوية النفسية وإمكانية الحصول عليها في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

المجال ٣: التعزيز والوقاية

تركّزت الجهود في هذا المجال على تطوير وتنفيذ استراتيجيات تعزيزية ووقائية قائمة على الأدلة للصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان. وقد أجرت جهات عدّة تدخّلات مختلفة على غرار حملات توعية وطنية سنوية حول الصحة النفسية والانتحار، لرفع الوعي حول الصحة النفسية والاعتلال النفسي ومعالجة المفاهيم الخاطئة وتعزيز الصحة النفسية.

أيضاً، تمّ تطوير دليل عملي للإعلاميين حول تغطية المسائل المتعلقة بالصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان^{١١}، وشارك إعلاميون مختلفون في سلسلة من ورش العمل التدريبية حول حماية وتعزيز صحتهم النفسية وتغطية المسائل المتعلقة بالصحة النفسية، بما في ذلك الانتحار، بناءً على الإرشادات الواردة في الدليل الوطني.

^٩ لقد أخذت العملية في الحسبان أهميّة الأدوية للصحة العامة، ووجود إثباتات على فعاليتها وسلامتها ومردودها من حيث التكلفة، تماشيًا مع مبدأ استمرارية الرعاية.

^{١٠} التعميم رقم 60 الصادر في 2018/06/20 ترشيد وصف الأدوية النفسية والعصبية ذات الأولوية.

^{١١} دليل عملي للإعلاميين حول تغطية المسائل المتعلقة بالصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان.

وفي ما يتعلّق بالوقاية من الانتحار، ساهمت التدخلات المتعدّدة التي تُنفّذت تماشيًا مع الاستراتيجية في تعزيز العمل بشأن الوقاية من الانتحار بما فيه زيادة توافر وتعزيز النفاذ إلى خدمات الصّحة النفسية والعمل على تحسين التغطية الإعلامية المسؤولة لحالات الانتحار. وقد تم إطلاق الخط الوطني الساخن للدعم النفسي والوقاية من الانتحار، خط الحياة ١٥٦٤، في العام ٢٠١٧ وهو يقدّم خدمة هاتفية لا يُطلب فيها من المتصل إعطاء هويته ويقوم فيها عاملون مدربون بتوفير الدعم النفسي وإجراء تقييم لخطر الانتحار وتخفيف حدة الأزمة الانتحارية وتوجيه المتصلين إلى خدمات الصّحة النفسية المجتمعية. ويتلقّى خط الحياة هذا أكثر من ١٠٠٠ مكالمة شهريًا وقد أثبت فعاليته في التخفيض من شدة الضيق النفسي في صفوف المتصلين الذين يعانون من حالات الضيق النفسي وغيرهم ممن يعاني من سلوكيات مرتبطة بالانتحار (126). وسيخضع خط الحياة لتقييم خارجي بدعم من منظمة الصحة العالمية وذلك لتقييم فعالية النموذج التشغيلي وجمع الدروس للاسترشاد بها في أي إجراء يلزم اتخاذه.

المجال ٤: المعلومات والأدلة والأبحاث

تركّزت الجهود في هذا المجال على بناء الأنظمة والآليات التي تتيح الحصول على معلومات موثوقة وفي الوقت المناسب عن محددات الصّحة النفسية، وعن استخدام الخدمات وأداء النظام. يركّز هذا المجال أيضاً على تنفيذ مشاريع بحثية هدفها توجيه وضع السياسات والخدمات الخاصة بالصّحة النفسية.

في ما يخص أنظمة المعلومات، يُعمل حالياً على تطوير مؤشرات للصّحة النفسية على كافة مستويات الرعاية وعلى تقييم الإمكانيات المتاحة لدمج هذه المؤشرات في أنظمة المعلومات الصحية الوطنية الحالية (كنظام المعلومات لمراكز الرعاية الصحية الأولية أو للمستشفيات). وقد تمّ تطوير مجموعة أساسية من المؤشرات لصالح الجهات الفاعلة في المجال الإنساني التي تقدّم برامج صّحة نفسية ودعم نفسي اجتماعي لتتمكّن من تحديد الثغرات والتخطيط للخدمات. كما وقد تمّ إطلاق منصة على الإنترنت توّفر خريطة مسح لخدمات الصّحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في العام ٢٠١٧ (4Ws- من يفعل؟ ماذا؟ وأين؟ ومتى؟)، وقد خضعت للتحديث في العام ٢٠٢٢. كذلك، جرى تطوير وتجربة سجل وطني للصّحة النفسية للأطباء النفسيين يهدف إلى تحديد الاتجاهات السائدة لجهة الاضطرابات والعلاجات النفسية وسلوكيات طلب المساعدة في صفوف المستفيدين الذين يزورون الطبيب/ة النفسي/ة للمرة الأولى. كذلك أُطلق تحليل وضع رصد ومراقبة الانتحار يهدف إلى إرشاد وضع خطة تعزّز العمل في هذا المجال.

أمّا على مستوى الأبحاث، فقد أصدرت وزارة الصّحة العامة تعاميم تتعلّق بتنظيم الأبحاث في مجال الصّحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي واستخدام المواد المسببة للإدمان لضمان توافق هذه الأبحاث مع المبادئ الأخلاقية ولضمان حماية المجموعات المعرّضة.^{١٢} وقد أُطلقت مشاريع بحثية عدّة منها ما اكتمل ومنها ما لا يزال قيد التنفيذ هدفها إرشاد عمليّة تطوير الخدمات وتوسيع نطاقها. كذلك، تُجرى تجارب عشوائية محكمة (RCT) حول مختلف التدخلات في مجال الصّحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي. ويتمّ الانتهاء حالياً من دراسات بحثية تطبيقية حول توسيع نطاق تدخلات معيّنة من داخل النظام الوطني. وتهدف دراسات بحثية أخرى إلى توفير المعلومات لتعزيز الحوكمة في إصلاح نظام الصّحة النفسية وتشمل مواضيع مثل آليات الحوكمة والتمويل ومشاركة مستخدمي الرعاية.

المجال ٥: الفئات المعرّضة

ركّزت الجهود في هذا المجال على تحسين النفاذ إلى خدمات الصّحة النفسية الوقائية والعلاجية المنصفة والقائمة على الأدلة لكافة الأشخاص في لبنان من المجموعات الأكثر عرضة التي تمّ تحديدها. وفي ما يلي بعض الأمثلة:

- تمّ وضع خطط عمل سنوية لفريق عمل الصّحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، الذي يشكّل آلية التنسيق الوطنية للاستجابة للأزمة السورية على صعيد الصّحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، وهو برئاسة وزارة الصّحة العامة وتشترك في رئاسته منظمة الصحة العالمية واليونيسف. وفي هذا الإطار قام الفريق بوظائف تنسيقية رئيسية، وعمل على بناء القدرات وتطوير الأدوات والمبادئ التوجيهية.

^{١٢} تعميم رقم ٤٨ بتاريخ 12 حزيران 2017 تعميم رقم 22 بتاريخ 3/9/2018 حول تنظيم الدراسات في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي.

- تمّ دمج الصحة النفسية في إجراءات العمل الوطنية الموحدة للاستجابة للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي التي كانت وزارة الشؤون الاجتماعية تطوّرها كما وُدمجت الصحة النفسية في الإرشادات حول إدارة حالات العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي^{١٣}. وقد خضع العاملون في الخطوط الأمامية إلى تدريب لبناء القدرات في مجال العنف الجنسي والقائم على الاجتماعي يركّز على تحديد الاضطرابات النفسية لدى الناجين والإحالة الآمنة.
- أُخذت خطوات متعدّدة في اتجاه وضع الإستراتيجية الوطنية للصحة النفسية في السجون (تقييم الحالة، نظرية التغيير، وصياغة أولية للإستراتيجية، إلخ) وبدأ التنسيق بين الوزارات لتحرك نحو العمل على استراتيجية مشتركة بين الوزارات. وبالتوازي مع ذلك، يجري تقديم استشارات في مجال الصحة النفسية في أكبر سجن مركزي في لبنان بدعم من منظمة الصحة العالمية.
- أجريت دراسات بحثية لتقييم الاحتياجات وإمكانية النفاذ إلى خدمات الصحة النفسية للعامل المهاجرين. وتم تنفيذ العديد من حملات المناصرة، بما في ذلك وضع خطة مناصرة من قبل لجنة أنشئت في إطار فريق عمل الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي لزيادة إمكانية النفاذ العادل إلى الخدمات النفسية للعامل المنزليين الأجانب.

٧. تقييم منتصف المدة للاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية (٢٠١٥-٢٠٢٠)^{١٤}

أُجري تقييم منتصف المدة خارجي مستقلّ لتنفيذ الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية في نهاية العام ٢٠١٨ خلّص إلى أنّ معظم أهداف الاستراتيجية المحدّدة لمنتصف المدة قد تحقّقت فنمّت صياغة توصيات رئيسية (127) منها: توسيع عمليّة دمج رعاية الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية، وتعزيز الرعاية التعاونية بين مراكز الرعاية الصحية الأولية والخدمات المتخصصة، وتركيز أنشطة الوقاية على المجالات الأكثر إثباتاً (مثل الانتحار، ودعم تنشئة الأطفال، وبعض التدخلات في المدارس) ودعم تنفيذ البرامج الفعّالة في هذه المجالات، ووضع استراتيجية محدّدة تركّز على توفير الرعاية المتكاملة والاندماج الاجتماعي للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة.

٧.١ الفرص والثغرات والتحديات

كشف تقييم منتصف المدة لاستراتيجية الصحة النفسية ٢٠١٥-٢٠٢٠ عن العديد من الإنجازات الجديرة بالذكر التي تحقّقت خلال تنفيذ الاستراتيجية. وتُعدّ هذه الإنجازات أساساً متيناً يمكن بناء المزيد من النجاحات عليه والاستفادة من الفرص لتحسين نظام رعاية الصحة النفسية بشكل شامل. ومع ذلك، وعلى الرغم من هذه المكاسب، لا تزال ثغرات كبيرة وتحديات مستمرة تعيق تقدّم النظام، بما في ذلك التحديات المعقدة التي يطرحها السياق اللبناني. وقد تمّ تصميم استراتيجية ٢٠٢٤-٢٠٣٠ بنهج الاستفادة من الإنجازات والجهود الجارية، ومعالجة الثغرات حيثما أمكن، مع تركيز العمل على المجالات التي تشتدّ فيها الحاجة.

أ. على مستوى القيادة والحوكمة

إنّ وجود قسم للصحة النفسية في وزارة الصحة العامة له ميزانية مخصّصة له ونشاط به مسؤوليّة التخطيط الاستراتيجي أمر أساسي لضمان تطوير وتنفيذ سياسة وطنية وبناء أطر قانونية فعّالة (38). وقد أظهرت المقابلات التي أجريت مع الجهات المعنية الرئيسية أنّ وجود البرنامج الوطني للصحة النفسية وقيادته وجهوده في إشراك الأطراف المعنيّة وبناء نموذج تعاوني للحوكمة هو من العوامل الرئيسية التي ساهمت في تطوّر نظام الصحة النفسية في لبنان في السنوات الماضية. كما وإنّ إقرار قانون الصحة النفسية الجديد في البرلمان سيسمح بإضفاء الطابع المؤسسي التشريعي على هذا البرنامج (128). كذلك في ما يخصّ الحوكمة، يُعدّ إنشاء أول جمعيّة لمستخدمي خدمات الصحة النفسية فرصة لزيادة مشاركة هذه الفئة في تطوير وإدارة نظام الصحة النفسية بشكل فعّال.

^{١٣} إجراءات العمل الوطنية الموحدة للاستجابة للعنف الجنسي والعنف القائم على الجندر.

^{١٤} تقييم منتصف المدة لاستراتيجية لبنان الوطنية للصحة النفسية للبرنامج الوطني للصحة النفسية التابع لوزارة الصحة العامة.

من حيث التنسيق، تعتبر مجموعة التنسيق الوطنية للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي آلية فعالة لتنسيق الاستجابة الإنسانية في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي للعديد من الأزمات التي واجهتها البلاد (مثل الأزمة السورية، وانفجار مرفأ بيروت، وما إلى ذلك) كما وأنه يُنشئ فرجاً لدمج الصحة النفسية في مختلف القطاعات ولحشد جهود الجهات الشريكة. ومن نقاط القوة الأخرى التي تتحلّى بها هذه المجموعة هي دور وزارة الصحة العامة في رئاسته وهو أمر يبنّي جسراً بين المنظمات العاملة في الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي ووزارة الصحة العامة ويعزّز توافق أنشطتها مع الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية. وعلى هذا النحو، لا بدّ من معالجة العوائق الحالية التي تحول دون فعالية عمل مجموعة التنسيق الوطنية هذه لتعزيز دورها.

أمّا من حيث وضع السياسات والمناصرة، فإنّ وجود استراتيجية وطنية للصحة النفسية أمر ضروري لضمان وضوح الرؤية وتوجيه العمل إلى المجالات التي تشتد فيها الحاجة بأكثر الطرق فعالية. هذا وقد وصف اصحاب المصلحة الإستراتيجية الوطنية الأولى للصحة النفسية في العام ٢٠١٥ بأنّها من التطوّرات السياسية الأساسية التي رسمت شكل نظام الصحة النفسية وقادت العمل باتجاه الإصلاح. وستكون الاستراتيجية الوطنية المحدثة فرصة لمواصلة وتعزيز توحيد الجهود لتحقيق الأهداف المحددة في مجال تعزيز نظام الصحة النفسية. كما وأنّ وضع استراتيجية فرعية تركز على الصحة النفسية للأطفال والمراهقين والشباب كما هو مُخطّط له، بالإضافة إلى خطة عمل معيّنة بالأشخاص المصابين بالخرف يضمن أن تكون الإجراءات المتخذة لحماية الصحة النفسية لهذه المجموعات الأكثر عرضة وتعزيزها سريعة الاستجابة وفعالة بأكبر قدر ممكن. علاوةً على ذلك، لا بدّ من الاستمرار في ترقيّة الفرص التي من شأنها أن تسمح بدمج الصحة النفسية في القطاعات الأخرى، كما كان الحال حتى الآن. كذلك، فإنّ الخبرات المتراكمة في مجال الاستجابة للطوارئ على غرار أزمة النزوح السوري الإنسانية، وجائحة كوفيد-١٩ وانفجار مرفأ بيروت، تسمح بالبناء على الدروس المستفادة وتعزيز التأهب للاستجابة للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ.

وفي ما يخصّ الإصلاح التشريعي، فإنّ إقرار قانون الصحة النفسية الجديد سيكون خطوة أساسية باتجاه استكمال العمل على معالجة الثغرات التشريعية في مجال تنظيم الاستشفاء القسري، والحوكمة، وتوسيع نطاق خدمات الصحة النفسية المجتمعية. ومع ذلك، فإنّ إصلاح القوانين المتعلقة بالصحة النفسية يعتمد بشكل كبير على الوضع السياسي في البلد، كأي إجراء تشريعي آخر. من ناحية أخرى، فإنّ تنفيذ إصلاحات تشريعية في مجالات أخرى، مثل التوظيف والحماية الاجتماعية والحدّ من الفقر والنظم القضائية والتعليم وما إلى ذلك، ضروري لضمان توفير محددات الصحة النفسية بشكل فعّال. وسيطلب ذلك وجود مشاركة والتزاماً من قبل قطاعات أخرى ومن قبل الحكومة بأكملها.

أمّا في ما يتعلّق بتمويل خدمات الصحة النفسية، تبرز تفاوتات في التغطية التي توفّرها آليات التمويل العام [وزارة الصحة العامة، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، ومؤسسة الجيش والأمن العام أو تعاونية موظفي الدولة] (131) حيث معظم حالات الاستشفاء التي تغطيها هذه الصناديق هي في مرافق الصحة النفسية وليس في المستشفيات العامة (129). كذلك، وفقاً لبيانات وزارة الصحة العامة ومؤسسة الجيش والأمن العام، فإنّ أكثر من ٧٠٪ من الإنفاق على الصحة النفسية هو على الرعاية في أقسام الصحة النفسية للمرضى (131، 130). أمّا بالنسبة إلى برامج التأمين الخاصة، فهي لا تغطي علاج الصحة النفسية (54، 129). وبالتالي، يقع عبء دفع تكاليف الرعاية النفسية على عاتق الأفراد الذين يصرفون من أموالهم الخاصة. والحقيقة أنّ خدمات الصحة النفسية الخارجية أصبحت متوفرة بشكل متزايد على مستوى الرعاية الصحية الأولية كجزء من الجهود المبذولة لزيادة دمج الصحة النفسية في مستوى الرعاية هذا، وتحظى معظم هذه الخدمات بدعم من منظمات دولية مُقدّمة مجّاناً أو برسوم رمزية. وفي الواقع، في مجال التمويل، تُعتبر الجهات المانحة الخارجية، إضافةً إلى وزارة الصحة العامة، المصدر الرئيسي للدعم المالي المخصّص لخدمات الصحة النفسية في لبنان (111). في حين أنّ هذا قد ساعد نسبياً في سدّ فجوة كبيرة، فإنّ الاعتماد على تمويل المانحين المبني على المشاريع يعيق بناء برامج من شأنها أن تساعد في تعزيز نظام الصحة النفسية، ممّا يؤثّر على استدامتها. يتطلب هذا الواقع جهوداً مناصرة تهدف إلى تطوير حزم منافع ودمج الاضطرابات النفسية ذات الأولوية في خطط التأمين. ويقوم البرنامج الوطني للصحة النفسية ومنظمة الصحة العالمية بوضع اللامسات الأخيرة على تقدير تكاليف خدمات الصحة النفسية المجتمعية المطلوبة في البلد بما في ذلك الحزم الأساسية لرعاية الصحة النفسية. ويُعدّ تقدير التكاليف هذا فرصة لتوجيه جهود المناصرة من أجل الاستثمار الفعّال في الصحة النفسية وتخصيص الميزانية الكافية لها.

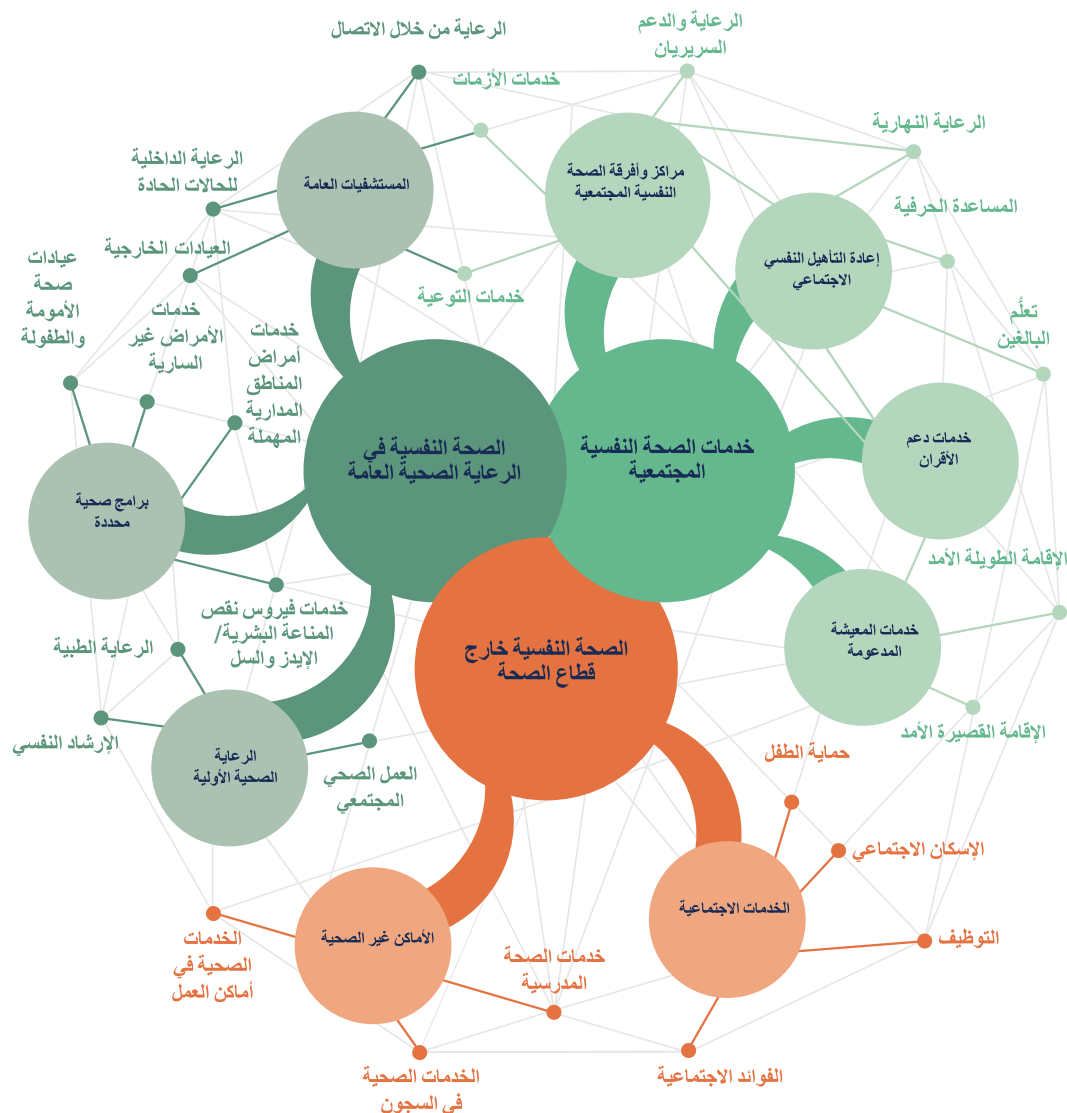
ب. على مستوى إعادة تنظيم خدمات الصحة النفسية

سيكون ضمان دمج الصحة النفسية في الحزم الأساسية في مشروع التغطية الصحية الشاملة للخدمات الأساسية وفي خطط الحماية المالية أمرًا بالغ الأهمية لسدّ فجوة رعاية الصحة النفسية كما أُكدت عليه منظمة الصحة العالمية (38). تشكّل حزم الرعاية الوطنية التي تمّ تطويرها للاضطرابات الصحة النفسية ذات الأولوية، والتي يتمّ تجربتها حاليًا، فرصةً للتحرّك في هذا الاتجاه.

من المهمّ أن يُبنى على العمل الذي أُنجِز حتى الآن لتسريع تطوير الخدمات النفسية المجتمعية، مع زيادة الحاجة إلى توافر هذه الخدمات لا سيّما في ظلّ الأزمات المتعدّدة التي تلقي بالمزيد من الضغوط على كاهل الأفراد. وفي الواقع، يشير أصحاب المصلحة إلى أنّ الطلب يزداد على خدمات الصّحة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية ولوائح الانتظار تطول. وينصبّ التركيز على تطوير شبكة من الخدمات المجتمعية المترابطة، تماشيًا مع الشبكة النموذجية لمنظمة الصّحة العالمية (الشكل ٣). تشمل كأولوية توسيع نطاق خدمات الرعاية الصحية الأولية (غير المتخصصة) والثانوية (المتخصصة)، وتحسين مسارات الإحالة فيما بينها، فضلًا عن زيادة عدد الأسرّة المخصصة في قسم الصحة النفسية في المستشفيات العامة وتوسيع التغطية الجغرافية لها. ويبقى التحدي الرئيسي الذي يقف في وجه هذا الإجراء المهمّ هو نقص الموارد المالية وعدم توافر الموارد البشرية المتخصصة والمدربة في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية.

الشكل ٣. شبكة منظمة الصحة العالمية النموذجية لخدمات الصحة النفسية المجتمعية. أُعيد طبعه من التقرير العالمي عن الصحة النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية: إحداث تحوّل في الصحة النفسية لصالح الجميع.

Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (38)



ففي ظل الأزمة الاقتصادية فقد النظام الصحي كتلة كبيرة من القوى العاملة بما في ذلك الأطباء النفسيين وغيرهم من المتخصصين في الصحة النفسية بسبب الهجرة المتزايدة و«هجرة الأدمغة». يؤثر ذلك بشدة على توفير خدمات الرعاية النفسية وجودتها وتوافرها في لبنان كما وعلى توسيع نطاقها. فعلى سبيل المثال، من التحديات التي تعيق إنشاء أجنحة للصحة النفسية في المستشفيات العامة هي عدم توفر الموارد البشرية المدربة أو المتخصصة في الصحة النفسية والراغبة في العمل في القطاع العام. في الواقع، كان النقص في عدد الأطباء النفسيين والممرضين النفسيين ملموساً حتى قبل الانهيار الاقتصادي الذي فاقمه، كما تأثرت أيضًا معدلات بقاء العاملين في القطاع الصحي العام الذين كان من الممكن تدريبهم في مجال الصحة النفسية بسبب هذا الانهيار الاقتصادي (134). ومع ذلك، فقد بدأت المناقشات بين الجهات المعنية الرئيسية لوضع خارطة طريق تهدف إلى مواجهة هذا التحدي، بما في ذلك زيادة توافر العاملين في مجال الصحة النفسية واستبقائهم، وبناء قدرات الطواقم الصحية الأخرى على الصحة النفسية عند الاقتضاء.

تكون زيادة خدمات الصحة النفسية المجتمعية من الاستراتيجيات المهمة للحد من الاعتماد على مؤسسات الإقامة الطويلة في رعاية الصحة النفسية. وتشمل الاستراتيجيات الأخرى دعم مؤسسات الصحة النفسية للإقامة الطويلة في التحول إلى الرعاية المجتمعية وتقليص عدد الأسرة في العلاج الداخلي لديها. وهذه العملية، على النحو المتفق عليه بين الجهات المعنية، هي عملية طويلة ومضنية تتطلب تغييرات متعلقة بالنظام وإشراك قطاعات أخرى غير قطاع الصحة وتشمل إنشاء مساكن مدعومة، وتوفير فرص عمل، وما إلى ذلك. وهذا يمثل تحديًا كبيرًا في ظل الأوضاع التي تمرّ بها البلاد. مع ذلك، فإن إغلاق عدد من مرافق الإقامة الطويلة بسبب انتهاكات حقوق الإنسان وجائحة كوفيد-19 ولد زخمًا للحد من الاعتماد على هذه المؤسسات.

وهناك عقبة أخرى تحد من الوصول إلى خدمات الصحة النفسية وهي التحديات المرتبطة بإمكانية النفاذ المادية، إمّا بسبب عدم توفر الخدمات في مناطق معينة، أو بسبب ارتفاع تكاليف النقل بفعل الأزمة الاقتصادية. وهناك العديد من الفرص لمعالجة هذه الثغرات، بما في ذلك دراسة إمكانية استخدام خدمات الرعاية الصحية عن بُعد بالإضافة إلى توسيع نطاق برنامج «خطوة خطوة»، وهو خدمة نفسية وطنية إلكترونية للمساعدة الذاتية الموجهة أثبتت فعاليتها في علاج اضطرابات الاكتئاب والقلق.

من الضروري أيضًا التصدي للتحديات التي تواجه استدامة الخدمات النفسية أو بناء خدمات أخرى كما توصي به الشبكة النموذجية لمنظمة الصحة العالمية، على غرار خدمات الأزمات، أو تقديم الخدمات في مؤسسات غير المؤسسات الصحية مثل السجون. فعلى سبيل المثال، لا بد من العمل على تأمين الدعم المالي للخط الوطني الساخن للدعم النفسي والوقاية من الانتحار وللآلية الوطنية للاستجابة لحالات الطوارئ في الصحة النفسية¹⁰. وفي ما يخص السجون، تم دمج المركز الطبي التابع لأكبر سجن في البلاد في الشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية في العام 2022 وهناك مشاريع جارية تعمل على تعزيز قدرته. ويواجه ضمان النفاذ غير المنقطع إلى الأدوية النفسية تحديات تتأثر بعوامل عدّة منها ارتفاع الاحتياجات على مستوى الرعاية الصحية الأولية، ومسائل عالمية تؤثر على سلسلة توريد الأدوية، وانخفاض الأموال الحكومية المخصصة للأدوية والاعتماد على الأموال الخارجية.

يشكل إنشاء نقابة نفسانيين في لبنان مؤخرًا ووجود الجمعية الوطنية للأطباء النفسيين ضمن نقابة الأطباء فرصة مهمة للتعاون الهادف إلى تعزيز هذه المهن ومعالجة الثغرة الموجودة في توافر العاملين المؤهلين والتي تتفاقم مع هجرة الأدمغة الحالية (132، 133). لذلك، من المهم البناء على التقدم المحرز على مستوى بناء القدرات المحلية على العلاجات القائمة على الأدلة ودراسة كيفية إتاحة هذه التدريبات قبل الخدمة وخلالها. كما ولا بد من بناء قدرات العاملين في الخطوط الأمامية غير المتخصصين لضمان قدرتهم على رصد احتياجات الصحة النفسية في الوقت المناسب وربط المستفيدين بالخدمات الملائمة. لا بد أيضًا من التعاون مع المؤسسات العاملة في الخطوط الأمامية على غرار قوى الأمن التي قد تكون موجودة على الأرض لزيادة قدرتها على تقديم الدعم الفعال عندما يكون ذلك من ضمن صلاحياتها القانونية في الاستجابة لمحاولات الانتحار أو حالات الطوارئ.

¹⁰ تشمل الآلية فرقًا متنقلة للصحة النفسية تعمل على تقديم الرعاية للأشخاص الذين يمرّون بطوارئ نفسية (بما في ذلك محاولات الانتحار) والذين يحتاجون إلى دعم فوري في الوقت المناسب وبطريقة فعالة في مكان تواجدهم، بالإضافة إلى مرافقة في سيارات الإسعاف التابعة للصليب الأحمر اللبناني أو الدفاع المدني في حال كان من الضروري إدخال هؤلاء الأشخاص إلى المستشفى. وترتبط هذه الآلية بالخط الوطني الساخن للدعم النفسي والوقاية من الانتحار 1564 الذي يقدم الدعم النفسي الفوري وتقييم خطر الانتحار وتخفيض التوتر عبر الهاتف ويعمد إلى إرسال الفرق المتنقلة عند الحاجة.

إنّ حالات الطوارئ هي من بين التحديات الأخرى التي لا يمكن التنبؤ بها والتي قد تواجه النظام الصحي، بما في ذلك نظام الصحة النفسية. فعلى سبيل المثال أثر تفشي فيروس كوفيد-١٩ وفيروس الكوليرا بشكل غير مباشر على توفير الرعاية النفسية. فمن التحديات التي عرقلت افتتاح أجنحة للعلاج النفسي الداخلي، على سبيل المثال، كان إعطاء إدارة المستشفيات الأولوية لمواجهة تفشي الأمراض المعدية مثل كوفيد-١٩ والكوليرا. لذلك لا بدّ من التخفيف من خطر هذه المتغيرات السياقية من خلال وضع خطط تأهب للطوارئ. وتؤدي حالات الطوارئ أيضًا إلى زيادة الضغوط على الطواقم الصحية لذلك تُعدّ حماية الصحة النفسية للعاملين في هذه الطواقم حاجة ملحة لا بدّ أن تُدرج في أي جهد يهدف إلى الحفاظ على قدرة صمود النظام الصحي الوطني وتعزيزه.

ج. على صعيد رفع مستوى الوقاية والتعزيز

تبدأ الوقاية من مشاكل الصحة النفسية وتعزيزها بمعالجة المحددات الاجتماعية والبنوية التي تؤثر على الصحة النفسية. ويتطلب العمل على هذا المستوى التزامًا وانضباطًا على مستوى الحكومة والمجتمع^{١٦} بأسره حيث أنّ معظم المحددات تكمن خارج قطاع الصحة. ومع ذلك، فإنّ مساهمة قطاع الصحة وقيادته بشكل مستمرّ ضرورية وذلك من خلال المناصرة ودمج جهود التعزيز والوقاية في الخدمات الصحية حيثما أمكن ذلك.

وتطلّب زيادة الوعي حول الصحة النفسية ومعالجة المفاهيم الخاطئة والحدّ من الوصمة أمرًا أساسيًا لتعزيز الصحة النفسية وطلب المساعدة وتقليل العوائق الناتجة عن الوصمة والتي تحول دون طلب الرعاية. وازدادت الرسائل الإعلامية حول الصحة النفسية في السّنوات الماضية بفضل الحملات الوطنية السّوية التي نُفّذت بالتعاون مع مختلف الشركاء. كما وازداد استخدام وسائل التواصل الاجتماعي للتواصل حول الصحة النفسية وذلك بفعل وجود منظمات وشخصيات مؤثرة تنطرق للموضوع وبفضل حملات التوعية التي طالت المجتمعات المحلية. وقد أشارت الجهات المعنية في تقديم خدمات الصحة النفسية إلى ارتفاع في عدد الاستشارات المتعلقة بالصحة النفسية، وأشاروا إلى زيادة الوعي بين السّكان حول الصحة النفسية وإلى إدراك متزايد لتأثير المحددات الاجتماعية والبنوية على الصحة النفسية. قد يوفر هذا فرصة لتغيير المعارف والمواقف والسلوكيات تجاه الصحة النفسية.

تُعتبر وسائل الإعلام منصةً مهمّةً يمكن الاستفادة منها لتحقيق التعزيز والوقاية. لذلك، من المهم إشراك الإعلاميين وبناء الشراكات معهم حيث أنهم يلعبون دورًا أساسيًا في تعزيز الصحة النفسية. وعليه، لا بدّ من إعطاء الأولوية لتوسيع نطاق العمل الذي بدأ في مجال بناء قدرات الإعلاميين على لعب هذا الدور، حيث أنّ الحافز الموجود عند العديد من الاختصاصيين واعترافهم بأهمية الصحة النفسية هو فرصة حقيقية لا بدّ من الاستفادة منها. ومع ذلك، نظرًا إلى أنّ الإعلام هو عالم معقّد تتضارب فيه الأولويات والمصالح، لا زال من الصعب تغيير الأنظمة التي يعمل من خلالها الإعلاميون وتحقيق تغييرات نظامية من شأنها أن تضمن تغطية الصحة النفسية في وسائل الإعلام بشكل فعّال.

تشكّل المدارس منصةً مهمّةً أخرى للعمل على التعزيز والوقاية، حيث أنّها من الأمكنة التي تجمع الفرص والمخاطر المتعلّقة بالصحة النفسية في الوقت نفسه. يُعدّ تنفيذ تدخلات رئيسية قائمة على الأدلّة، كالبرامج المدرسية للتعلّم الاجتماعي والعاطفي على المستوى الوطني، من أكثر الاستراتيجيات فاعليّة (38). بالإضافة إلى ذلك، فإنّ معالجة عوامل الخطر على الصحة النفسية داخل البيئة المدرسية، مثل التنمّر، من شأنها أن تضمن وجود بيئة تعليمية آمنة وداعمة داخل قطاع التعليم. ومع ذلك، لا بدّ من تصميم كافة التّدخلات بطريقة تراعي التحديات الحالية التي تواجه قطاع التعليم بفعل الأزمة الاقتصادية والتي قد تصعب من إمكانيّة تنفيذ وتوسيع نطاق التّدخلات في المدارس.

خارج المدرسة، تبدأ حماية وتعزيز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين في المنزل. هذا يعني أنّه من الضروري تنفيذ تدخّلات تهدف إلى تعزيز تنشئة الأطفال. ويتجاوز دعم الأهل التدريب على تنشئة الأطفال ليشمل تدخّلات تسعى إلى ضمان إعطاء إجازات أمومة وأبوة مدفوعة، وتعزيز وتعميم النفاذ إلى رعاية نهائية ذات جودة للأطفال، وتوفير الحماية الاجتماعية (بما

^{١٦} يتم تعريف النهج الحكومي الشامل للصحة "على أنّه: نهج يشارك فيه كافة أصحاب المصلحة المعنيين و"تعمل فيه مؤسسات الخدمة العامة بشكل متقاطع على وضع سياسات وبرامج متكاملة تهدف إلى تحقيق أهداف مترابطة مشتركة أو تكميلية." (مستخرج من "نهج الحكومة بأسرها والمجتمع بأسره: الدعوة إلى مزيد من البحوث بهدف تحسين صحة السكان والعدالة الصحية")

في ذلك برامج التأمين ودعم الدخل)، إلخ. تُعتبر معالجة هذه المحدّدات البنيوية مسألة بالغة الأهمية ولكن صعبة لأنها تتعدّى نطاق قطاع الصحة وحده. لذلك لا بدّ من المناصرة والقيام بتدخّلات قائمة على الأدلّة وقابلة للتنفيذ لبناء أنظمة داعمة لتنشئة الأطفال الجيدة.

من ناحية أخرى، يشكّل مكان العمل منصة مهمة أخرى لحماية وتعزيز الصحة النفسية وذلك بفعل وجود عوامل خطر متعددة فيه. وتتزايد هذه العوامل في ظلّ السياق الاقتصادي الحالي في البلاد الذي فرض ضغوطًا أكبر على أماكن العمل، ومن هذه العوامل الانخفاض الحاد في الأجور بسبب التضخّم وانخفاض قيمة العملة، وتأثير الضغوط المتزايدة على العلاقات الشخصية، إلخ (38). وهذا يجعل التدخّلات لحماية وتعزيز الصحة النفسية في مكان العمل أهمّ ولكن أصعب من حيث التنفيذ. ولا شك في أنّ الوعي المتزايد حول الصحة النفسية في مكان العمل على المستوى العالمي والمحليّ، كما يُبيّن بعض التقارير غير الرسمية، هو فرصة لبدء العمل في هذا الاتجاه.

د. على مستوى أنظمة المعلومات والأبحاث الخاصة بالصحة النفسية

يُعدّ دمج مؤشرات وأدوات مراقبة الصحة النفسية في النظام الوطني للمعلومات الصحية أمرًا بالغ الأهمية لضمان جمع المعلومات المتعلقة بالاضطرابات النفسية مع تلك المتعلقة بالاضطرابات الصحية الأخرى. لذلك ستظهر التحديات نفسها التي تعيق تطوير نظام وطني للمعلومات الصحية عند دمج الصحة النفسية في هذا النظام الشامل. من الأمثلة على هذه التحديات، غياب بطاقة موحدة للمرضى، ومحدودية التشغيل البيئي بين الأنظمة المختلفة، وعدم توحيد المؤشرات المستخدمة من قبل مختلف الجهات المعنية، وما إلى ذلك. سيكون من الصعب التعامل مع هذه التعقيدات حيث لا تزال الحاجة إلى المعلومات ضرورية لتوجيه التخطيط ووضع السياسات الهادفة إلى تعزيز نظام الصحة النفسية. لا شك في أنّ توافر البيانات مهم أيضًا لغايات المراقبة، خاصة بالنسبة إلى الانتحار. ومن بين العوامل التي تعيق مراقبة الانتحار، عدم وجود نظام وطني لجمع البيانات المتعلقة بالانتحار من مختلف السلطات والجهات المعنية وتحليلها، ووجود مشاكل في نظام الإبلاغ عن الوفيات بشكل عام، فضلًا عن الوصمة التي غالبًا ما تؤثر على الإبلاغ عن الوفيات الناجمة عن الانتحار من قبل الأسر والمجتمعات المحلية.

علاوة على ذلك، عندما يتعلّق الأمر بتوافر المعلومات لتوجيه عملية تطوير السياسات، لا تزال هناك حاجة إلى إنشاء آليات وأدوات تشاركية تسهّل تنسيق الأبحاث المتعلقة بالصحة النفسية وذلك من أجل ضمان معالجة المجالات ذات الأولوية لإصلاح نظام الصحة النفسية وتحقيق التكامل. وبشكّل وجود باحثين محليين ومؤسسات أكاديمية وشراكات مع كيانات أكاديمية عالمية فرصة حقيقية في حال تضافرت الجهود بشكل جيّد.



الاستراتيجية الوطنية للصحّة النفسية

٢٠٣٠-٢٠٢٤



استراتيجية الصحة النفسية

٢٠٢٤-٢٠٣٠

١. الرؤية

أن ينعم كافة السّكان في لبنان بفرصة التمتع بأفضل مستوى ممكن من الصّحة والرفاه النفسيين.

٢. الرسالة

تطوير نظام مستدام للصحة النفسية يضمن توفير خدمات وقائية وعلاجية عالية الجودة، آمنة، ومتكاملة، تتمحور حول الأفراد، مع ضمان النفاذ الشامل إليها، والتركيز على التعافي، حقوق الإنسان، والمواءمة مع الأدلة العلمية.

٣. القيم

الكرامة والاحترام: يجب تنفيذ أي تدخل مع الأخذ بعين الاعتبار أن لكل فرد الحق في المعاملة بكرامة واحترام، والحق في تقرير مصيره. ويجب أن تكون الخدمات متاحة للجميع بشكل متساوٍ، وأن تلبي الاحتياجات المتنوعة المرتبطة بالحالة الصحية للفرد، والجنس، والعمر، والإعاقة، والدين، والميول الجنسية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، والوضع القانوني، والموقع الجغرافي، واللغة، والثقافة، وغيرها من السمات الشخصية.

المشاركة والاستقلالية: لا بدّ من السعي إلى إشراك كافة الجهات المعنية بشكل فعال، بما في ذلك الأشخاص ذوي التجارب الحياتية في مجال الصحة النفسية، في إدارة نظام الصّحة النفسية وفي تصميم وتخطيط وتنفيذ تدّلات هادفة إلى تعزيز هذا النظام. كما ومن الضروري التخطيط لخدمات النفسية وتوفيرها بالشراكة مع المستفيدين من هذه الخدمات. ويحقّ للأشخاص التحكّم في رحلة تعافيتهم. لذلك، لا بدّ من دعمهم لكي يتمكنوا من تحمّل مسؤولية رحلة التعافي هذه وتحديد الأهداف ونقاط القوّة والاحتياجات الخاصة بكلّ واحد منهم ليتصرّفوا على أساسها.

الجودة: لا بدّ من إعطاء الأولوية للجودة في كافة التدّلات الهادفة إلى تعزيز نظام الصّحة النفسية وعبر كافة مستوياته وذلك من خلال البناء على الممارسات الفضلى والقائمة على الأدلة لضمان الفعالية، السلامة، التركيز على الأفراد، حسن التوقيت، الإنصاف، التكامل، والكفاءة.

المساءلة والنزاهة: ينبغي تعزيز المساءلة أمام الرأي العام وأمام الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وأمام كافة الجهات المعنية المؤسسية المتأثرة بقرارات وإجراءات نظام الصحة النفسية، وذلك تماشيًا مع الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان. فالحفاظ على الشفافية، وتوفير تدخلات تضمن الاحترام والجودة وتحمّل حقوق المستفيدين من هذه الخدمات وأسرهم هي ركائز أساسية للنهوض بهذه القيم.

٧. المبادئ الرئيسية لتصميم الاستراتيجية وتنفيذها

الممارسات القائمة على الأدلة: على كافة التدخلات أو الخدمات التي سيجري التخطيط لها وتنفيذها في إطار الاستراتيجية أن تُبنى على الأدلة العلمية والممارسات الفضلى، مع مراعاة الاعتبارات الثقافية. ويُعد ذلك أمرًا أساسيًا لضمان توفير خدمات بمعايير عالية الجودة وأن تعطي الأولوية للسلامة وأن تُقدّم في الوقت المناسب وبطريقة فعالة وكفؤة وأن تحترم احتياجات الأفراد المختلفة.

البناء على حقوق الإنسان: يجب ألا تكون الاضطرابات النفسية سببًا لحرمان أي شخص من حقوقه كإنسان (38). تستند الاستراتيجية إلى الاعتراف بأن لكل فرد الحق في الصحة النفسية. يشمل هذا، وفقًا لمنظمة الصحة العالمية، «الحق في الحماية من المخاطر على الصحة النفسية، الحق في النفاذ إلى خدمات ذات جودة مقبولة، والحق في الحرية والاستقلال والاندماج في المجتمع». تتماشى الاستراتيجية مع المعاهدات والاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان، وهي موجهة نحو حماية وتعزيز حقوق الإنسان الشاملة (38) وتسعى إلى تعزيز الحماية من انتهاكات حقوق الإنسان والتمييز من خلال المناصرة لتأمين «الصحة النفسية للجميع» وضمان النفاذ العادل إلى تدخلات وخدمات الصحة النفسية لكافة الأفراد في لبنان.

الابتكار والتكنولوجيا: يعدّ الانفتاح على الحلول المبتكرة، بما في ذلك التكنولوجيات الرقمية ونظام المعلومات الصحية القابل للتشغيل البيني الذي يعزز تبادل البيانات والمعارف من أحد المبادئ التي يجب اتباعها في تنفيذ الاستراتيجية. كما وُرد في الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الصحة الرقمية ٢٠٢٠-٢٠٢٥، فإنّ التكنولوجيات الرقمية تتمتع بإمكانات مثبتة لتعزيز النتائج الصحية (134). وعند استخدامها بفعالية وبما يتماشى مع الأدلة، فإنّها قد تسهّل اتخاذ القرارات القائمة على البيانات، دعم العلاجات الرقمية، تعزيز الرعاية التي تتمحور حول الفرد، المساهمة في زيادة المعرفة القائمة على الأدلة، ودعم بناء قدرات العاملين في قطاع الصحة.

مقاربة مسار الحياة: تؤدّد هذه المقاربة وتعترف بالعلاقة الديناميكية بين العوامل المؤثرة التي يتعرّض لها أي شخص خلال مسار حياته والنتائج الصحية الإيجابية أو السلبية التي تنتج عن ذلك على الفرد وعلى المجتمع بأسره - بما في ذلك في مجال الصحة النفسية (135). لذلك، قد يكون كلّ شخص في مكان مختلف على خط الصحة النفسية خلال مسار حياته وفقًا للعوامل والأوضاع المختلفة والمتغيرة التي يتعرّض لها على المستويات الفردية والاجتماعية والهيكلية. وتماشياً مع هذه المقاربة، تهدف الاستراتيجية إلى تعزيز وحماية الصحة النفسية للأفراد في كافة أعمارهم (38).

الرعاية التي تركز على الفرد: تضع هذه المقاربة الفرد، لا مرضه، في صلب خدمات الرعاية الصحية، بحيث يتمّ التعامل مع الأفراد الذين يتلقّون الرعاية كشركاء في صحتهم وفي تصميم الخدمات التي يتلقونها. ومن خلال هذه المقاربة، يتمّ تمكين الأفراد وتعزيز علاقة الثقة معهم فيشاركون بنشاط في قرارات الرعاية الصحية الخاصة بهم. كما وتراعي هذه المقاربة احتياجاتهم الحياتية وأهدافهم ووجهات نظرهم وتفضيلاتهم وكذلك احتياجات أسرهم ومجتمعاتهم. هذا يؤدي إلى تحسين إدارة الفرد ذاتية لصحته ولظروفه الصحية، وإلى توفير استمرارية الرعاية الصحية، وفي نهاية المطاف، إلى نتائج صحية أفضل.

المشاركة الهادفة للأشخاص ذوي التجربة الحياتية في مجال الصحة النفسية: تعزّز هذه الاستراتيجية سياسة وممارسات الصحة العامة التي تعتبر أنّ التجربة الحياتية في مجال الصحة النفسية نوع مهمّ من الخبرة وشكل قيّم من الأدلة، إلى جانب الأنواع التقليدية الأخرى. لذلك فإنّ إشراك الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية وأسرهم أو مقدمي الرعاية لهم بشكل نشط في وضع السياسات والتدخلات وتنفيذها من خلال نهج تعاوني وشفاف أمر أساسي لضمان تعزيز الملكية والشراكة في مجال الصحة النفسية. ويمكن للتجربة الحياتية أن تساعد في التخطيط للخدمات وتقديمها كما وفي توجيه السياسات التي قد تؤثر على جوانب أخرى من الحياة اليومية للأشخاص فتكون هذه السياسات والتدخلات أكثر فعالية واستجابة لاحتياجاتهم.

التعاون بين مختلف القطاعات: لأصحاب المصلحة من كافة القطاعات - الصحية وغير الصحية، الحكومية وغير الحكومية - دور يلعبوه في تعزيز الصحة النفسية وحمايتها. ويعدّ دمج «الصحة النفسية في كافة السياسات» ضروريًا ليكون العمل على تعزيز وحماية الصحة النفسية عملًا فعالًا. لا بدّ من بناء الشراكات وتعزيزها بين أصحاب المصلحة المعنيين من القطاعين العام والخاص لتكون عملية بناء النظام شاملة وفعالة، ولتعزيز فعالية واستدامة الإجراءات الهادفة إلى تقوية الأنظمة المحلية.

تعزيز النظام: تهدف الاستراتيجية على المدى الطويل إلى بناء نظام صحة نفسية مرنة ومستدام. وبناءً عليه، يُعدّ بناء النظام المبدأ الرئيسي الشامل الذي تم اعتماده في تطوير وتنفيذ الاستراتيجية. ويشمل ذلك تطبيق مبدأ تقاسم المهام وتحويلها، مما يعزز من المسؤولية المشتركة، ويُحسّن من استخدام الموارد، ويُساهم في إنشاء بنية حوكمة أكثر فعالية.

٧١. مجالات العمل والأهداف

مجال العمل الأول: القيادة والحوكمة

تعزيز وتأمين استدامة القيادة والحوكمة الفعّالتين لقطاع الصحة النفسية.

مجال العمل الثاني: خدمات الصحة النفسية المجتمعية

تعزيز توافر وإمكانية النفاذ إلى خدمات الصحة النفسية المجتمعية الشاملة والمتكاملة والمستجيبة والتي تتمحور حول الأفراد والحدّ من الاعتماد على الرعاية في المؤسسات الطويلة الأمد.

مجال العمل الثالث: التعزيز والوقاية

زيادة العوامل التي تضمن حماية وتعزيز الصحة النفسية على كلّ من المستوى الفردي والاجتماعي والبنوي والحدّ من أثر العوامل التي تشكّل خطرًا على الصحة النفسية.

مجال العمل الرابع: المعلومات والأدلة والأبحاث

زيادة توافر المعرفة القائمة على الأدلة لإرشاد إعداد وتنفيذ سياسات الصحة النفسية لدعم تقوية النظام والقدرة على الرصد.



٧.١. الأهداف الاستراتيجية حسب مجال العمل

مجال العمل الأول:

القيادة والحوكمة

الهدف: تعزيز وتأمين استدامة القيادة والحوكمة الفعّالين لقطاع الصحة النفسية.

الأهداف الاستراتيجية:

١.١ آليات الحوكمة

١.١.١ إنشاء آليات وأدوات حوكمة فعّالة لنظام الصحة النفسية وفقاً لمشروع قانون يتعلّق بـ "رعاية وعلاج وحماية وتأهيل الشخص الذي يعاني من مرض عقلي أو نفسي أو نفس-عصبي"^{١٧}.

٢.١.١ إنشاء آليات لزيادة انخراط والمشاركة الهادفة للأشخاص ذوي التجربة والخبرات الحياتية في مجال الصحة النفسية في حوكمة نظام الصحة النفسية.

٣.١.١ دعم بناء قدرات الأشخاص ذوي التجربة الحياتية في مجال المناصرة لتعزيز نظام الصحة النفسية.

٤.١.١ تعزيز دور فريق العمل الوطني للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي كهيئة تنسيق لجميع الجهات العاملة في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في لبنان.

٢.١ وضع السياسات والمناصرة

١.٢.١ دمج سياسات الصحة النفسية في القطاعات الأخرى حيث يكون ذلك ملائماً (مثل قطاع الحماية الاجتماعية والتعليم والعمل وما إلى ذلك) وتعزيز التعاون بين القطاعات.

٢.٢.١ تنفيذ أنشطة مناصرة فعّالة لدعم تنفيذ جميع الأهداف الاستراتيجية الواردة في الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية ومعالجة أي قضايا ناشئة تتعلّق بالصحة النفسية والتي تتطلب مناصرة على المستوى الوطني.

٣.٢.١ وضع وتنفيذ خطة تأهّب وطنية للطوارئ النفسية والدعم النفسي الاجتماعي وضمان دمجها في خطط التأهّب الوطنية الأخرى حيث يكون ذلك ملائماً.

٤.٢.١ تعزيز تنفيذ الإجراءات ذات الأولوية وحملات المناصرة في سبيل الوقاية والحدّ من أثر استخدام المواد المسبّبة للإدمان بما يشمل المناصرة من أجل الرفع من التمويل المخصّص لدعم هذه الإجراءات.

٥.٢.١ وضع استراتيجية وطنية فرعية للصحة النفسية للأطفال والمراهقين والشباب.

٦.٢.١ وضع خطة عمل وطنية لاستجابة قطاع الصحة العامة لاضطراب الخرف.

٧.٢.١ دعم دور الجمعيات والنقابات المهنية والهيئات العلمية المعنية بالصحة النفسية (مثل الجمعية اللبنانية للطب النفسي ونقابة النفسانيين في لبنان) في تنظيم وتنسيق وتطوير المهن العاملة في مجال الصحة النفسية.

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

٩.٢.١ وضع مبادئ توجيهية وطنية لخدمات الصحة النفسية والتدخلات الوقائية والتعزيزية والعلاجية التي تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة.

^{١٧} تمّ وضع مشروع القانون الجديد للصحة النفسية وهو ينتظر حالياً إحالته إلى البرلمان للتصويت عليه. ويتناول مشروع القانون حماية الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وتوسيع نطاق خدمات الصحة النفسية المجتمعية، وحوكمة نظام الصحة النفسية.

٣،١ التمويل

١،٣،١ إجراء تحليل شامل للنفقات المخصصة للصحة النفسية من الميزانية العامة في لبنان والاسترشاد به لإصلاح تمويل الصحة النفسية.

٢،٣،١ إجراء تحليل للوضع حول أساليب إعادة توجيه الموارد المالية الحكومية نحو الرعاية الصحية النفسية المجتمعية.

٣،٣،١ المناصرة لتأمين تمويل كافٍ ومستدام لخدمات الصحة النفسية المجتمعية^{١٨} من قبل أطراف خارجية ولتوفير برامج تغطية لكافة الأفراد في لبنان بما في ذلك تلك التي تغطي غير اللبنانيين، تماشيًا مع عملية تقدير كلفة خدمات الصحة النفسية المجتمعية.

٤،١ التشريعات

١،٤،١ المناصرة من أجل اعتماد مشروع قانون الصحة النفسية وآليات تنفيذه.

٢،٤،١ المناصرة من أجل اعتماد قانون معدل للمخدرات ينص على عدم تجريم حيازة أو استخدام مواد مخدرة غير المشروعة، بما يتماشى مع المعاهدات الدولية ومبادئ الصحة العامة.

٣،٤،١ المناصرة من أجل تعديل المادة ٢٣٢ من قانون العقوبات اللبناني لضمان عدم سجن الأفراد الذين يرتكبون الجرائم بفعل إصابتهم باضطراب نفسي حاد إلى أجل غير محدد كما ينص القانون حاليًا.^{١٩}

٤،٤،١ اقتراح تعديلات على التشريعات الوطنية لإعادة تعريف المفاهيم القانونية الأساسية التي تتعلق بكرامة الإنسان وحقوقه (مثل الأهلية القانونية، حماية الأشخاص ذوي التجارب الحياتية في مجال الصحة النفسية، المسؤولية الجنائية، الكرامة الإنسانية، الاضطرابات النفسية، وما إلى ذلك)، بما يتماشى مع الاتفاقيات والمعاهدات الدولية.

مجال العمل الثاني:

خدمات الصحة النفسية المجتمعية

الهدف: تعزيز توافر وإمكانية النفاذ إلى خدمات الصحة النفسية المجتمعية الشاملة، المتكاملة والمستجيبة والتي تتمحور حول الأفراد والحد من الاعتماد على الرعاية في المؤسسات الطويلة الأمد.

الأهداف الاستراتيجية:

١،٢ إعادة توجيه الخدمات وتطويرها

١،١،٢ العمل على ضمان الاستدامة المالية وتوسيع نطاق الخدمة الإلكترونية للمساعدة الذاتية الموجهة «خطوة خطوة» للبالغين المصابين باضطرابات الاكتئاب والقلق.^{٢٠}

٢،١،٢ دراسة مدى ملائمة الخدمة الإلكترونية للمساعدة الذاتية الموجهة «خطوة خطوة» للشباب.

٣،١،٢ تطوير خدمات صحة نفسية أولية وثانوية مجتمعية متكاملة ومتربطة (متخصصة وغير متخصصة) بما يتماشى مع النموذج الوطني للرعاية^{٢١}، داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة للشبكة الوطنية لوزارة الصحة العامة.

٤،١،٢ تنفيذ مشروع تجريبي لربط المدارس بخدمات الصحة النفسية المجتمعية.

^{١٨} يشمل ذلك خدمات الرعاية الصحية النفسية الأولية (غير المتخصصة) والثانوية (المتخصصة)، وكذلك قسم الصحة النفسية للمرضى في المستشفيات العامة.

^{١٩} قانون العقوبات اللبناني.

^{٢٠} خطوة خطوة هو تدخل للمساعدة الذاتية للأفراد الذين يعانون من التوتر والمزاج المتدنّي. وهو برنامج سري ومجاني ومتاح من خلال تطبيق على الهاتف المحمول أو من خلال الموقع الإلكتروني. يديره البرنامج الوطني للصحة النفسية ويتم تنفيذه حاليًا كخدمة مجانية لمساعدة الأشخاص المقيمين في لبنان.

^{٢١} مراجعة الإطار 2 في القسم الرابع من «تحليل الوضع».

٥,١,٢ زيادة توافر وإمكانية النفاذ الجغرافي إلى خدمات قسم الصحة النفسية في المستشفيات الحكومية العامة بما يتماشى مع معايير دليل منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان والإرشادات الوطنية وذلك من خلال دعم هذه المستشفيات في فتح وتشغيل أقسام للصحة النفسية^{٢٢}.

٦,١,٢ تعزيز قدرة الاستجابة لحالات الطوارئ النفسية وربطها بالرعاية الصحية النفسية في المستشفيات العامة التي فتحت أقسام جديدة للصحة النفسية.

٧,١,٢ العمل على ضمان الاستدامة المالية للخط الوطني الساخن للدعم النفسي والوقاية من الانتحار ١٥٦٤.

٨,١,٢ العمل على توسيع نطاق الآلية الوطنية للاستجابة لطوارئ الصحة النفسية التي تم تجربتها، وعلى تأمين استدامتها المالية^{٢٣}، لدعم الأشخاص الذين يمرون بحالة طوارئ نفسية.

٩,١,٢ تقييم جميع المرافق التي تقدم رعاية للصحة النفسية لضمان الجودة وحماية حقوق الإنسان بما يتماشى مع معايير دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان والمعاهدات والاتفاقيات الدولية الموقعة أو المصادق عليها من قبل الحكومة اللبنانية بالإضافة إلى الدستور والقوانين الوطنية المعمول بها، ودعم هذه المرافق في تطوير خطط هادفة إلى تحسين عملها.

١٠,١,٢ دعم مرافق الصحة النفسية التي توفر الإقامة طويلة الأمد في تنفيذ خطط الحد من الاعتماد على المؤسسات في تقديم الرعاية^{٢٤}.

١١,١,٢ إجراء دراسة جدوى وقبول حول تأمين سكن بديل للحد من الاعتماد على المؤسسات للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة^{٢٥}.

١٢,١,٢ دمج خدمات الصحة النفسية في الخدمات الصحية في السجون حيثما أمكن ذلك.

٢,٢ توافر الموارد البشرية المؤهلة للصحة النفسية

١,٢,٢ وضع وتنفيذ خطة وطنية لمعالجة النقص في الأطباء النفسيين الذي ولّدته الهجرة.

٢,٢,٢ وضع وتنفيذ خطة وطنية لزيادة توافر الممرضين النفسيين وخاصة في أقسام الصحة النفسية في المستشفيات العامة

٣,٢,٢ زيادة قدرة الأخصائيين المحليين في مجال الصحة النفسية على استخدام المقاربات العلاجية القائمة على الأدلة (على غرار العلاج النفسي العلائقي العلاج السلوكي المعرفي، وما إلى ذلك) من خلال توفير التدريب خلال الخدمة ودمج التدريب في المناهج الجامعية ذات الصلة حيثما أمكن.

٤,٢,٢ تعزيز معارف ومهارات وكفاءات العاملين في مجال الصحة النفسية والصحة الجسدية والعاملين في مجال الرعاية الاجتماعية فيما يخص حقوق الإنسان والصحة النفسية.

٥,٢,٢ تعزيز قدرات العاملين في قطاع الرعاية الصحية والاجتماعية على الصحة النفسية للأهالي بما يتماشى مع الإرشادات الوطنية لمقدمي الرعاية الصحية حول الصحة النفسية للأهالي^{٢٦} من خلال توفير التدريب خلال الخدمة ودمج التدريب في المناهج الجامعية ذات الصلة حيثما أمكن.

٦,٢,٢ بناء قدرات العاملين في الخطوط الأمامية من غير المتخصصين في الصحة النفسية والذين يعملون في القطاعات ذات الصلة (مثل قطاع حماية الأطفال والعنف الجنسي والعنف القائم على الجندر) على تقديم تدخلات في مجال الصحة النفسية قائمة على الأدلة لرصد اضطرابات الصحة النفسية ودعم الأشخاص وإحالتهم بشكل مناسب.

^{٢٢} لا بد من ربط هذه الأقسام بخدمات الصحة النفسية على المستويين الأولي والثانوي مع مسارات إحالة واضحة تتماشى مع النموذج الوطني للرعاية.

^{٢٣} تشمل هذه الآلية فرقاً متنقلة تعمل على دعم الأشخاص الذين يمرون بحالة طوارئ نفسية في أماكن تواجدهم وتضمن مرافقتهم في سيارات الإسعاف التابعة للصليب الأحمر اللبناني أو الدفاع المدني في حال كان هناك حاجة إلى دخولهم المستشفى بناءً على تقييم حالتهم.

^{٢٤} ستكون هذه الخطط إطاراً إرشادياً لمرافق الإقامة الطويلة يهدف إلى الحد من الاعتماد على المؤسسات (على سبيل المثال من خلال تقليل عدد الحالات وعدد الأسرة، ودعم الأشخاص في إعادة الاندماج في المجتمع، وإعادة تخصيص المرافق لغايات أخرى وتحويل الموارد نحو تطوير خدمات نفسية مجتمعية، وما إلى ذلك).

^{٢٥} مجتمعات سكنية مشتركة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة والذين ليس لديهم دعم اجتماعي من المجتمع المحلي.

^{٢٦} إرشادات لمقدمي الرعاية الصحية حول الصحة النفسية للأهالي.

- ٧,٢,٢ بناء معارف وقدرات أعضاء قوى الأمن الداخلي العاملين في الخطوط الأمامية في مجال الصحة النفسية وفي كيفية تقديم الدعم للأشخاص الذين يمرون بحالة طوارئ نفسية أو الذين يحاولون الانتحار.
- ٨,٢,٢ بناء القدرات المحلية في مجال تطوير وتنظيم خدمات الصحة النفسية من خلال الحفاظ على الدبلوم الجامعي الذي أنشئ محلياً^{٢٧}.

٣,٢ توافر الأدوية النفسية وترشيدها وصفها

- ١,٣,٢ ضمان المراجعة المنتظمة للقائمة الوطنية للأدوية النفسية والعصبية^{٢٨}.
- ٢,٣,٢ ضمان استمرار توافر الأدوية النفسية وإمكانية النفاذ إليها بما يتماشى مع القائمة الوطنية للأدوية النفسية والعصبية.
- ٣,٣,٢ تعزيز معرفة الأطباء النفسيين الممارسين في لبنان «بالدليل الوطني لترشيده وصف الأدوية النفسية والعصبية ذات الأولوية للاختصاصيين في الصحة العامة»^{٢٩} من خلال توفير التدريب خلال الخدمة ودمج التدريب في المناهج الجامعية المرتبطة بالصحة النفسية.

مجال العمل الثالث:

التعزيز والوقاية

الهدف: زيادة العوامل التي تضمن حماية وتعزيز الصحة النفسية على كل من المستوى الفردي والاجتماعي والبنوي والحد من أثر العوامل التي تشكل خطراً على الصحة النفسية.

الأهداف الاستراتيجية:

١,٣ التأثير على محددات الصحة النفسية

- ١,١,٣ المناصرة من أجل معالجة المحددات الاجتماعية والبنوية للصحة النفسية^{٣٠}.

٢,٣ بناء القدرات الفردية في مجال الصحة النفسية

- ١,٢,٣ تنفيذ تدخلات وقائية قائمة على الأدلة^{٣١} لبناء المهارات الحياتية اللازمة وتعزيز التنشئة الجيدة للأطفال.
- ٢,٢,٣ تعزيز المعرفة وتغيير السلوكيات والمواقف المتعلقة بالصحة النفسية من خلال حملات توعية وطنية موجهة للسياق المحلي وغيرها من الأنشطة.
- ٣,٢,٣ رفع الوعي العام حول خدمات الصحة النفسية المتاحة وكيفية النفاذ إليها.

٣,٣ بناء بيئات عمل تحمي وتعزز الصحة النفسية

- ١,٣,٣ رفع عدد أماكن العمل^{٣٢} الموقّعة على الميثاق الوطني للصحة النفسية في مكان العمل^{٣٣}.

^{٢٧} يستهدف هذا الدبلوم، الذي أُطلق في العام 2022 للمرة الأولى، العاملين في مجال الصحة العامة والصحة النفسية (على غرار الأطباء والمعالجين النفسيين والاختصاصيين في العمل الاجتماعي والممرضين، إلخ.) وغيرهم من المهنيين (على غرار مدراء البرامج، مدراء المرافق الصحية، إلخ.).

^{٢٨} القائمة الوطنية للأدوية النفسية والعصبية.

^{٢٩} الدليل الوطني لترشيده وصف الأدوية النفسية والعصبية ذات الأولوية للاختصاصيين في الصحة العامة.

^{٣٠} مراجعة الشكل 2 في الخلفية للحصول على أمثلة.

^{٣١} لا بد من تحديد هذه التدخلات في الاستراتيجية الفرعية الوطنية المعنّية بالأطفال والمراهقين التي ستوضع في إطار هذه الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية.

^{٣٢} يتضمن ذلك أي مكان عمل في كافة القطاعات (الرعاية الصحية، التعليم، الصناعة، الخدمات، المساعدات الإنسانية، إلخ.).

^{٣٣} يحدد الميثاق، الذي أطلقته وزارة الصحة العامة ومنظمة الصحة العالمية، المبادئ والإجراءات الأساسية التي يمكن لأصحاب العمل اتخاذها لحماية وتعزيز ودعم الصحة النفسية في أماكن عملهم (الرابط: [الميثاق الوطني للصحة النفسية في مكان العمل](#)).

٢,٣,٣ بناء القدرات المتعلقة بالصحة النفسية في مكان العمل^{٣٤} في صفوف مدراء الموارد البشرية والمسؤولين المعنيين الآخرين.

٣,٣,٣ بناء المعارف والمهارات المتعلقة بالصحة النفسية ومهارات إدارة الضغط النفسي في صفوف الموظفين^{٣٥}.

٤,٣ بناء بيئات تعليمية داعمة^{٣٦}

١,٤,٣ مناصرة ودعم تنفيذ تدخلات قائمة على الأدلة لبناء بيئات تعليمية تؤمن الحماية^{٣٧}.

٥,٣ الانخراط والشراكة مع وسائل الإعلام.

١,٥,٣ مواصلة بناء قدرات العاملين في الإعلام^{٣٨} حول المبادئ التوجيهية الوطنية لتغطية وتصوير المواضيع المتعلقة بالصحة النفسية والمواد المسببة للإدمان في وسائل الإعلام من خلال توفير التدريب خلال الخدمة ومن خلال دمج التدريب في المناهج الجامعية ذات الصلة حيثما أمكن.

٢,٥,٣ البحث مع إدارات المؤسسات الإعلامية المحلية في إمكانية وضع سياسات تحريرية مراعية للصحة النفسية.

مجال العمل الرابع: المعلومات والأدلة والأبحاث

الهدف: زيادة توافر المعرفة القائمة على الأدلة لإرشاد إعداد وتنفيذ سياسات الصحة النفسية لدعم تقوية النظام والقدرة على الرصد.

الأهداف الاستراتيجية:

١,٤ أنظمة المعلومات

١,١,٤ دمج مجموعة أساسية من مؤشرات الصحة النفسية في النظام الوطني للمعلومات الصحية على جميع مستويات الرعاية الصحية (الرعاية الخارجية والداخلية).

٢,١,٤ تطوير نظام وطني لرصد ومراقبة حالات الانتحار.

٣,١,٤ ضمان توافر مسح محدث لخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي بشكل منتظم ورفع وعي أصحاب المصلحة حول هذا المسح.

٤,١,٤ وضع ونشر المزيد من التقارير المنتظمة عن عبء اضطرابات الصحة النفسية وعن وضع النظام بهدف توجيه جهود التخطيط والمناصرة وتعزيز الشفافية - وفقاً للبيانات المتاحة المبلغ عنها من كافة المصادر ذات الصلة.

٥,١,٤ دمج الصحة النفسية في تقييمات الاحتياجات ذات الصلة التي تقام على نطاق وطني كلما أمكن ذلك (بما في ذلك التقييمات متعددة القطاعات التي تجربها وكالات الأمم المتحدة^{٣٩}).

^{٣٤} تماشياً مع المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الصحة النفسية في العمل. على هذا التدريب أن يرفع من معارف المدراء ومواقفهم وسلوكياتهم في مجال الصحة النفسية وأن يمكنهم من معرفة متى وكيف يمكنهم أن يوفرُوا لأعضاء فريقهم الدعم المتعلق بالصحة النفسية الذي يحتاجون إليه. كما وقد يمكنهم من ضبط الضغوطات في ظروف العمل.

^{٣٥} تماشياً مع المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الصحة النفسية في العمل. على هذا التدريب أن يسعى إلى تحسين المعرفة حول الصحة النفسية، والحد من المواقف التي تؤدي إلى الوصمة في صفوف المتدربين وتمكين الموظفين من دعم أنفسهم أو زملائهم بشكل مناسب (على سبيل المثال من خلال رصد علامات الضيق النفسي واتخاذ الإجراءات المناسبة مثل طلب المساعدة أو تسهيلها).

^{٣٦} تشمل البيئات التعليمية الأماكن التي يتلقى فيها الرضع والأطفال والمراهقين الرعاية والدعم وذلك يشمل المنزل أو دور الحضانة أو المدرسة.

^{٣٧} وفقاً لتوصية التقرير العالمي عن الصحة النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية، تشمل هذه التدخلات تحسين الثقافة والسلامة المدرسية، وبرامج التعليم والإثراء في مرحلة ما قبل المدرسة، وبرامج مكافحة التنمر، وبرامج مكافحة العنصرية والتمييز على أساس الجنس، وإنشاء مجموعات دعم للأقران وبرامج إرشاد داخل المدرسة وتعزيز الداراة بالصحة النفسية في صفوف المعلمين. ويمكن تفصيل التدخلات التي يجب السعي مع أصحاب المصلحة المعنيين إلى تطبيقها في الاستراتيجية الفرعية الوطنية المعنية بالأطفال والمراهقين التي ستوضع في إطار هذه الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية.

^{٣٨} وسائل الإعلام التقليدية والجديدة.

^{٣٩} من الأمثلة على ذلك: تقييم هشاشة أوضاع النازحين السوريين في لبنان، وتقييم الاحتياجات في قطاعات متعددة، وما إلى ذلك.

٢,٤ تحديد أولويات البحث والتنظيم وترجمة المعارف

١,٢,٤ تطوير برنامج عمل وطني للأبحاث في مجال الصحة النفسية بهدف تعزيز الأبحاث التي تُوجّه وضع السياسات وتطوير الخدمات، وبهدف المناصرة من أجل تحسين تمويل الأبحاث الوطنية.

٢,٢,٤ المناصرة لاعتماد وتنفيذ برنامج العمل الوطني للأبحاث في مجال الصحة النفسية وترجمة نتائج الأبحاث إلى إجراءات وتدخلات سياسية.

٣,٢,٤ إنشاء شبكة وطنية للأبحاث في مجال الصحة النفسية لدعم التنسيق بين الباحثين المحليين.

٤,٢,٤ إنشاء مستودع محدّث للأبحاث في مجال الصحة النفسية التي تمّ إجراؤها أو قيد التنفيذ في لبنان.

٥,٢,٤ تعزيز تنفيذ تعميم وزارة الصحة رقم ٢٢ الصادر بتاريخ ٢٠١٨/٣/٩ والمتعلّق بتنظيم الأبحاث في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، بما في ذلك من خلال وضع مبادئ توجيهية وطنية لضمان حماية الفئات الأكثر عرضة المستهدفة في أبحاث الصحة النفسية وتوجيه أصحاب المصلحة في تطبيقها.

٧.٨. الاعتبارات المتعلقة بالتنفيذ والملاحظات التوضيحية للميزانية

سيتمّ تنفيذ استراتيجية الصحة النفسية في لبنان من خلال خطة عمل شاملة للتنفيذ، تفصّل الخطوات المتخذة لتنفيذ كلّ هدف من الأهداف الاستراتيجية، والمدخلات اللازمة، وأصحاب المصلحة الذين يجب إشراكهم والجداول الزمنية للعمل. وستظلّ الخطة ديناميكية ومرنة. ومن شأن هذه المرونة أن تسمح بإجراء تعديلات استجابةً للظروف المتغيّرة والأولويات الناشئة والدروس المستفادة من التقييمات الجارية، فضلًا عن الاستفادة من كافة الفرص، بما في ذلك فرص التمويل.

علاوةً على ذلك، سيُصار إلى تطوير إطار للرصد والتقييم خاضع لإشراف وحدة الرصد والتقييم والمساءلة والتعلّم التابعة للبرنامج الوطني للصحة النفسية. سيسمح هذا الإطار برصد التقدّم المحرز في تنفيذ مجالات الاستراتيجية وإلقاء الضوء على الإنجازات والحواجز والعوامل الميسّرة. وسيسمح الرصد المنتظم بقياس المؤشرات الرئيسية بشكل دوري طوال مدة الاستراتيجية، وبتقييم النتائج وتحديد المجالات التي يتعيّن تحسينها خلال التنفيذ.

وفي الوقت الحالي، لا يوجد تمويل حكومي محدّد مسبقًا مخصّص لتنفيذ الاستراتيجية، في ظلّ الأوضاع الحالية في لبنان وعدم وجود ميزانية مخصّصة للصحة النفسية. وبالتالي، فإنّ تنفيذ الأهداف التي تتطلب تخصيص الموارد يعتمد على التخطيط للفرص والبناء على سبل التمويل المتاحة حيثما برزت الحاجة. وهذا يؤكّد على ضرورة بذل جهود حثيثة في مجال المناصرة من أجل حشد الموارد. ولدعم حشد الموارد المالية اللازمة لتنفيذ الاستراتيجية، سيجري وضع تقدير للميزانية. وسيبقى للجهات الفاعلة الناشطة في مجال الصحة النفسية في لبنان دور مهم في ضمان توجيه الموارد المتاحة للصحة النفسية نحو المجالات ذات الأولوية كما يرد في الاستراتيجية.

هنا، لا بدّ من الإشارة إلى أنّ الجهود التعاونية كانت من العوامل التي أدّت إلى نجاح تنفيذ الاستراتيجية الوطنية الأولى للصحة النفسية. سيكون من الضروري تعزيز هذه الجهود لتنفيذ الاستراتيجية المحدّثة التي تشكّل خارطة طريق لكافة الجهات الفاعلة في مجال الصحة النفسية في البلاد. سيواصل البرنامج الوطني للصحة النفسية، بصفته المسؤول عن قيادة وتوجيه الاستراتيجية، العمل بشكل تعاوني مع كافة أصحاب المصلحة على تنفيذ الاستراتيجية وتعزيز التنسيق بين كافة الجهات لتعظيم التكامل بين الجهود وتجنّب الازدواجية. ولكافة أصحاب المصلحة دور يؤدونه في تحقيق هذا الهدف الأخير. ستكون جهود الجهات الفاعلة أساسيةً لتنسيق كافة الإجراءات وضمان مساهمتها الفعّالة في تحقيق الأهداف الواردة في الاستراتيجية الوطنية وخطةها التنفيذية.

الملحق ١:

الوقاية من الانتحار في استراتيجية الصحة النفسية (٢٠٢٤-٢٠٣٠)

يقدم هذا الملحق مساهمة للأهداف الاستراتيجية الواردة في الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية وملاءمتها مع الأسس الشاملة والتدخلات القائمة على الأدلة المحددة في إطار «عش الحياة» الصادر عن منظمة الصحة العالمية للوقاية من الانتحار (WHO Live Life Framework) ^{٤٠}.

الأهداف الاستراتيجية الواردة في الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية	الأسس الشاملة لإطار "عش الحياة" الصادر عن منظمة الصحة العالمية	مجال العمل ذات الصلة في الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية
تم تغطية وضع الانتحار في لبنان في تحليل الوضع الذي بُنيت عليه عملية تطوير الاستراتيجية (مراجعة "تحليل الوضع").	تحليل الوضع	لا ينطبق
إن تعزيز التعاون بين القطاعات هو مبدأ أساسي لتنفيذ الاستراتيجية (مراجعة قسم "المبادئ الرئيسية").	التعاون بين القطاعات المتعددة	لا ينطبق
<p>٣.١.١ المناصرة من أجل معالجة المحددات الاجتماعية والبنوية للصحة النفسية.</p> <p>١.٢.١ دمج سياسات الصحة النفسية في القطاعات الأخرى حيث يكون ذلك ملائماً (مثل قطاع الحماية الاجتماعية والتعليم والعمل وما إلى ذلك) وتعزيز التعاون بين القطاعات.</p> <p>٢.٢.١ تنفيذ أنشطة مناصرة فعّالة لدعم تنفيذ جميع الأهداف الاستراتيجية الواردة في الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية ومعالجة أي قضايا ناشئة تتعلق بالصحة النفسية وتتطلب المناصرة على المستوى الوطني.</p> <p>٣.١.١ دعم بناء قدرات الأشخاص ذوي التجربة والخبرات الحياتية في مجال المناصرة من أجل تعزيز نظام الصحة النفسية.</p> <p>٧.١.٢ العمل على ضمان الاستدامة المالية للخط الوطني الساخن للدعم النفسي والوقاية من الانتحار ١٥٦٤.</p> <p>٢.٢.٣ تعزيز المعرفة وتغيير السلوكيات والمواقف المتعلقة بالصحة النفسية من خلال حملات توعية وطنية موجهة للسياق المحلي وغيرها من الأنشطة.</p> <p>٣.٢.٣ رفع الوعي العام حول خدمات الصحة النفسية المتاحة وكيفية النفاذ إليها.</p>	التوعية والمناصرة	<p>المجال ١: القيادة والحوكمة</p> <p>و</p> <p>المجال ٣: التعزيز والوقاية</p>

٤٠. عش الحياة: دليل للتنفيذ من أجل الوقاية من الانتحار في البلدان.

<p>المجال ٢: الخدمات المجتمعية</p> <p>٩</p> <p>المجال ٣: التعزيز والوقاية</p>	<p>٣,١,٢ تطوير خدمات نفسية أولية وثنائية مجتمعية متكاملة ومترابطة (متخصصة وغير متخصصة) بما يتماشى مع النموذج الوطني للرعاية، داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة للشبكة الوطنية لوزارة الصحة العامة.</p> <p>٦,١,٢ تعزيز القدرة على الاستجابة للطوارئ في مجال الصحة النفسية وتطوير خدمات الربط في الرعاية النفسية داخل المستشفيات العامة التي تُنشأ فيها وحدات جديدة للاستشفاء النفسي.</p> <p>٨,١,٢ العمل على توسيع نطاق الآلية الوطنية للاستجابة لطوارئ الصحة النفسية التي تم تجربتها، وعلى تأمين استدامتها المالية^{٤١}، لدعم الأشخاص الذين يمرّون بحالة طوارئ نفسية.</p> <p>١,٢,٢ وضع وتنفيذ خطة وطنية لمعالجة النقص في الأطباء النفسيين الذي ولّدته الهجرة.</p> <p>٣,٢,٢ زيادة قدرة الأخصائيين المحليين في مجال الصحة النفسية على استخدام المقاربات العلاجية القائمة على الأدلة (على غرار العلاج النفسي العلائقي والعلاج السلوكي المعرفي، وما إلى ذلك) من خلال توفير التدريب خلال الخدمة ودمج التدريب في المناهج الجامعية ذات الصلة حيثما أمكن.</p> <p>٤,٢,٢ تعزيز معارف ومهارات وكفاءات العاملين في مجال الصحة النفسية والصحة الجسدية والعاملين في مجال الرعاية الاجتماعية فيما يخص حقوق الإنسان والصحة النفسية.</p> <p>٥,٢,٢ تعزيز قدرات العاملين في قطاع الرعاية الصحية والاجتماعية على الصحة النفسية للأهالي بما يتماشى مع الإرشادات الوطنية لمقدمي الرعاية الصحية حول الصحة النفسية للأهالي^{٤٢} من خلال توفير التدريب خلال الخدمة ودمج التدريب في المناهج الجامعية ذات الصلة حيثما أمكن.</p> <p>٦,٢,٢ بناء قدرات العاملين في الخطوط الأمامية من غير المتخصصين في الصحة النفسية والذين يعملون في القطاعات ذات الصلة (مثل قطاع حماية الأطفال والعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي) على تقديم تدخلات في مجال الصحة النفسية قائمة على الأدلة لرصد اضطرابات الصحة النفسية ودعم الأشخاص وإحالتهم بشكل مناسب.</p> <p>٧,٢,٢ بناء معارف وقدرات أعضاء قوى الأمن الداخلي العاملين في الخطوط الأمامية في مجال الصحة النفسية وفي كيفية تقديم الدعم للأشخاص الذين يمرّون بحالة طوارئ نفسية أو الذين يحاولون الانتحار.</p> <p>٣,٣,٣ بناء المعارف والمهارات المتعلقة بالصحة النفسية ومهارات إدارة الضغط النفسي في صفوف الموظفين^{٤٣}.</p> <p>١,٥,٣ مواصلة بناء قدرات العاملين في الإعلام حول المبادئ التوجيهية الوطنية لتغطية وتصوير المواضيع المتعلقة بالصحة النفسية والمواد المسببة للإدمان في وسائل الإعلام من خلال توفير التدريب خلال الخدمة ومن خلال دمج التدريب في المناهج الجامعية ذات الصلة حيثما أمكن.</p> <p>٢,٥,٣ البحث مع إدارات المؤسسات الإعلامية المحلية في إمكانية وضع سياسات تحريرية مراعية للصحة النفسية.</p>	<p>بناء القدرات</p>
---	---	----------------------------

^{٤١} تشمل هذه الآلية فرقاً متنقلة تعمل على دعم الأشخاص الذين يمرّون بحالة طوارئ نفسية في أماكن تواجدهم وتضمن مرافقتهم في سيارات الإسعاف التابعة للصليب الأحمر اللبناني أو الدفاع المدني في حال كان هناك حاجة إلى دخولهم المستشفى بناءً على تقييم حالتهم.

^{٤٢} إرشادات لمقدمي الرعاية الصحية حول الصحة النفسية للأهالي.

^{٤٣} تماشياً مع المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الصحة النفسية في العمل. على هذا التدريب أن يسعى إلى تحسين المعرفة حول الصحة النفسية، والحد من المواقف التي تؤدي إلى الوصمة في صفوف المتدربين وتمكين الموظفين من دعم أنفسهم أو زملائهم بشكل مناسب (على سبيل المثال من خلال رصد علامات الضيق النفسي واتخاذ الإجراءات المناسبة مثل طلب المساعدة أو تسهيلها).

التمويل	<p>١,٣,١ إجراء تحليل شامل للنفقات المخصصة للصحة النفسية من الميزانية العامة في لبنان والاسترشاد به لإصلاح تمويل الصحة النفسية.</p> <p>٢,٣,١ إجراء تحليل للوضع حول أساليب إعادة توجيه الموارد المالية الحكومية نحو الرعاية الصحية النفسية المجتمعية.</p> <p>٣,٣,١ المناصرة لتأمين تمويل كاف ومستدام لخدمات الصحة النفسية المجتمعية من قبل أطراف خارجية ولتوفير برامج تغطية لكافة الأفراد في لبنان بما في ذلك تلك التي تغطي غير اللبنانيين، تماشيًا مع عملية تقدير تكاليف خدمات الصحة النفسية المجتمعية.</p>	المجال ١: القيادة والحوكمة
المراقبة والرصد والتقييم	٢,١,٤ تطوير نظام وطني لرصد ومراقبة حالات الانتحار.	المجال ٤: المعلومات والأدلة والأبحاث

تدخلات رئيسية فعّالة وقائمة على الأدلة من إطار «عش الحياة» الصادر عن منظمة الصحة العالمية	الأهداف الاستراتيجية الواردة في الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية	مجالات العمل ذات الصلة
الحد من الوصول إلى وسائل الانتحار	لا هدف. لا ينطبق على السياق اللبناني الحالي.	
التفاعل مع وسائل الإعلام لضمان التغطية المسؤولة لحالات الانتحار	<p>١,٥,٣ مواصلة بناء قدرات العاملين في قطاع الإعلام حول المبادئ التوجيهية الوطنية لتغطية وتصوير المواضيع المتعلقة بالصحة النفسية والمواد المسببة للإدمان في وسائل الإعلام من خلال توفير التدريب خلال الخدمة ومن خلال دمج التدريب في المناهج الجامعية ذات الصلة حيثما أمكن.</p> <p>٢,٥,٣ البحث مع إدارات المؤسسات الإعلامية المحلية في إمكانية وضع سياسات تحريرية مراعية للصحة النفسية.</p>	المجال ٣: التعزيز والوقاية
تعزيز المهارات الحياتية الاجتماعية والعاطفية في صفوف المراهقين	١,٢,٣ تنفيذ تدخلات وقائية قائمة على الأدلة ^{٤٤} لبناء المهارات الحياتية اللازمة وتعزيز التنشئة الجيدة للأطفال.	المجال ٣: التعزيز والوقاية

٤٤ لا بد من تحديد هذه التدخلات في الاستراتيجية الفرعية الوطنية المعنية بالأطفال والمراهقين التي ستوضع في إطار هذه الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية.

<p>المجال ٢: الخدمات المجتمعية</p>	<p>١,١,٢ العمل على ضمان الاستدامة المالية وتوسيع نطاق الخدمة الإلكترونية للمساعدة الذاتية الموجهة «خطوة خطوة» للبالغين الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب والقلق.</p> <p>٣,١,٢ تطوير خدمات نفسية أولية وثانوية مجتمعية متكاملة ومترابطة (متخصصة وغير متخصصة) بما يتماشى مع النموذج الوطني للرعاية، داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة للشبكة الوطنية لوزارة الصحة العامة.</p> <p>٤,١,٢ تنفيذ مشروع تجريبي لربط المدارس بخدمات الصحة النفسية المجتمعية.</p> <p>٥,١,٢ زيادة توافر وإمكانية النفاذ الجغرافي إلى خدمات أقسام الصحة النفسية في المستشفيات الحكومية العامة بما يتماشى مع معايير دليل منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان والإرشادات الوطنية وذلك من خلال دعم هذه المستشفيات في فتح وتشغيل أقسام للصحة النفسية^{٤٥}.</p> <p>٦,١,٢ تعزيز قدرة الاستجابة لحالات الطوارئ النفسية وربطها بالرعاية الصحية النفسية في المستشفيات العامة التي فتحت أقساماً جديدة للاستشفاء النفسي.</p> <p>٧,١,٢ العمل على ضمان الاستدامة المالية للخط الوطني الساخن للدعم النفسي والوقاية من الانتحار ١٥٦٤.</p> <p>٨,١,٢ العمل على توسيع نطاق الآلية الوطنية للاستجابة لطوارئ الصحة النفسية التي تم تجربتها، وعلى تأمين استدامتها المالية^{٤٦}، لدعم الأشخاص الذين يمرّون بحالة طوارئ نفسية.</p> <p>١٢,١,٢ دمج خدمات الصحة النفسية في الخدمات الصحية في السجون حيثما أمكن ذلك.</p> <p>٥,٢,٢ تعزيز قدرات العاملين في قطاع الرعاية الصحية والاجتماعية على الصحة النفسية للأمهات بما يتماشى مع الإرشادات الوطنية لمقدمي الرعاية الصحية حول الصحة النفسية للأمهات^{٤٧} من خلال توفير التدريب خلال الخدمة ودمج التدريب في المناهج الجامعية ذات الصلة حيثما أمكن.</p> <p>٦,٢,٢ بناء قدرات العاملين في الخطوط الأمامية من غير المتخصصين في الصحة النفسية والذين يعملون في القطاعات ذات الصلة (مثل قطاع حماية الأطفال والعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي) على تقديم تدخلات في مجال الصحة النفسية قائمة على الأدلة لرصد اضطرابات الصحة النفسية ودعم الأشخاص وإحالتهم بشكل مناسب.</p> <p>٧,٢,٢ بناء معارف وقدرات أعضاء قوى الأمن الداخلي العاملين في الخطوط الأمامية في مجال الصحة النفسية وفي كيفية تقديم الدعم للأشخاص الذين يمرّون بحالة طوارئ نفسية أو الذين يحاولون الانتحار.</p>	<p>الرصد المبكر لأي شخص يُبدى سلوكيات انتحارية وإجراء تقييم له وإدارة ومتابعة الحالة</p>
--	---	---

^{٤٥} لا بد من ربط هذه الأقسام بخدمات الصحة النفسية على المستويين الأولي والثانوي مع مسارات إحالة واضحة تتماشى مع النموذج الوطني للرعاية.

^{٤٦} تشمل هذه الآلية فرقاً متنقلة تعمل على دعم الأشخاص الذين يمرّون بحالة طوارئ نفسية في أماكن تواجدهم وتضمن مرافقتهم في سيارات الإسعاف التابعة للصليب الأحمر اللبناني أو الدفاع المدني في حال كان هناك حاجة إلى دخولهم المستشفى بناءً على تقييم حالتهم.

^{٤٧} إرشادات الصحة النفسية للأم لمقدمي الرعاية الصحية.

الملحق ٢:

المصطلحات الرئيسية في الصحة النفسية

لقد تمّ استخدام التعريفات أدناه في الاستراتيجية وهي مستخرجة من التقرير العالمي عن الصحة النفسية:

الصحة النفسية: الصحة النفسية هي حالة من الرفاه النفسي تمكّن الناس من التعامل مع ضغوطات الحياة، والاستفادة من قدراتهم، والقدرة على التعلّم جيّداً والعمل جيّداً، والمساهمة في مجتمعاتهم. والصحة النفسية جزء لا يتجزأ من الصحة والرفاه وهي تعني أكثر من مجرد غياب الاضطرابات النفسية.

مشاكل الصحة النفسية: مصطلح واسع يشمل الاضطرابات النفسية والإعاقات النفسية الاجتماعية. كما ويغطي الحالات النفسية الأخرى المرتبطة بالضيق الشديد أو الضعف في الأداء أو خطر إيذاء النفس. ويتردّد استخدام مصطلح اعتلال الصحة النفسية في هذا التقرير مستهدفاً ومخاطباً أكبر مجموعة ممكنة من أصحاب المصلحة، إلا عند وصف بيانات ذات صلة بفئات محددة من الاضطراب النفسية.

الاضطراب النفسي: وفقاً للتصنيف الدولي للأمراض، المراجعة الحادية عشرة (ICD-11)، فإن الاضطراب النفسي هو متلازمة تتميز باضطراب سريري واضح في الإدراك أو تنظيم الانفعالات أو السلوك، ويعكس هذا الاضطراب خللاً في العمليات النفسية أو البيولوجية أو النمائية التي تقوم عليها الوظائف العقلية والسلوكية. وغالباً ما تكون هذه الاضطرابات مصحوبة بضيق أو ضعف في الأداء الشخصي، الأسري، الاجتماعي، التعليمي، المهني، أو في مجالات أخرى مهمة من مجالات الحياة.

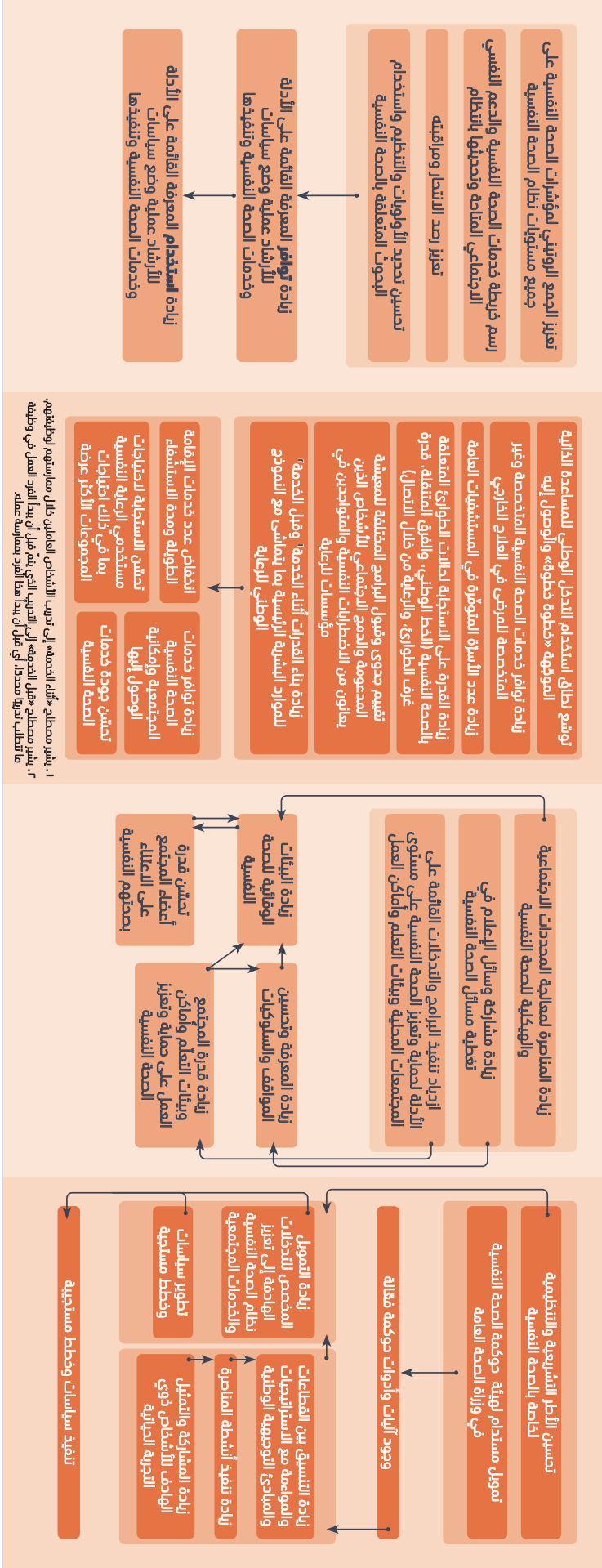
الإعاقة النفسية-الاجتماعية: وفقاً لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فإنّ الإعاقة النفسية- الاجتماعية هي الإعاقة التي تنشأ عندما يتفاعل شخص يعاني من اعتلال نفسي طويل الأمد مع عوائق مختلفة قد تمنعه من المشاركة بصورة كاملة وفعّالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين. ومن الأمثلة على هذه العوائق التمييز والوصم والإقصاء.

الملحق ٣: خريطة نظرية التغيير لإصلاح نظام الصحة النفسية في لبنان

مجالات العمل

المعلومات والأدلة والأبحاث	خدمات الصحة النفسية المجتمعية	التعزيز والوقاية في مجال الصحة النفسية	القيادة والحكومة
----------------------------	-------------------------------	--	------------------

النتائج المتوسطة المدى



النتائج الطويلة المدى

زيادة حماية حقوق الإنسان للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الصحة النفسية	زيادة الحماية المالية من اعتلال الصحة النفسية	تحسين الأداء النفسي والاجتماعي (الاندماج الاجتماعي والتعافي) للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الصحة النفسية	نفسية حادة	انخفاض معدل الانتحار	انخفاض معدل انتشار اضطرابات الصحة النفسية الشائعة	تحسين الصحة النفسية لعامة السكان
---	---	---	------------	----------------------	---	----------------------------------

سقف المساعدة

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

1. WorldBank. Lebanon Economic Monitor: Lebanon Sinking (To the Top 3)2021 Global Practice for Macroeconomics, Trade & Investment Middle East and North Africa Region. Available from: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/394741622469174252/pdf/Lebanon-Economic-Monitor-Lebanon-Sinking-to-the-Top-3.pdf>.
2. HRW. WORLD REPORT 2021: EVENTS OF 20202021. Available from: https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2021/01/2021_hrw_world_report.pdf.
3. L'Orient-LeJour. This time, Lebanon will not be saved by outsiders. 2021.
4. Bank W. The World Bank In Lebanon. 2022.
5. Bank W. GDP (current US\$) - Lebanon. World Bank.
6. UNESCWA. Multidimensional poverty in Lebanon (2019-2021) Painful reality and uncertain prospects2021. Available from: https://www.unescwa.org/sites/default/files/news/docs/21-00634-_multidimensional_poverty_in_lebanon_policy_brief_-_en.pdf.
7. ILO, CAS. Lebanon Follow-up Labour Force Survey – January 20222022. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/documents/publication/wcms_844837.pdf.
8. ILO, CAS, UN. Labour Force and Household Living Conditions Survey (LFHLCS) 2018–2019 Lebanon2020. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/documents/publication/wcms_732567.pdf.
9. UNOCHA. MSNA Bulletin November 2022. 2022.
10. UNOCHA. Multi-Sectoral Needs Assessment - Lebanese Households in Lebanon (March, 2024). 2024.
11. HRW. Lebanon in the Dark Electricity: Blackouts Affect Rights. 2020.
12. France24. Lebanon left without electricity as main power stations run out of fuel. 2021.
13. WHOEMRO. Joint statement by Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, WHO Director General, and Dr Ahmed Al Mandhari, Regional Director for the Eastern Mediterranean, on Lebanon. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2021.
14. FAO, WFP. Hunger Hotspots FAO-WFP early warnings on acute food insecurity October 2022 to January 2023 Outlook2022. Available from: <https://www.wfp.org/publications/hunger-hotspots-fao-wfp-early-warnings-acute-food-insecurity-october-2022-january-2023>.
15. WorldBank. Lebanon m-VAM Vulnerability and Food Security Assessment, March - April 20212021 June. Available from: <https://reliefweb.int/report/lebanon/lebanon-m-vam-vulnerability-and-food-security-assessment-march-april-2021>.
16. WorldBank. Consumer price index - Lebanon.
17. GovernmentOfLebanon, UnitedNations. 2023 Lebanon Crisis Response Plan (LCRP). 2023.
18. ArabReformInitiative. Mental Health Reforms in Lebanon During the Multifaceted Crisis2021. Available from: <https://www.arab-reform.net/publication/mental-health-reforms-in-lebanon-during-the-multifaceted-crisis/>.
19. Fouad F, Barkil-Oteo A, Diab JL. Mental Health in Lebanon's Triple-Fold Crisis: The Case of Refugees and Vulnerable Groups in Times of COVID-19. Front Public Health. 2021;8(589264):<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.589264>.
20. BBC. Beirut explosion: What we know so far. 2020.
21. Reuters. How powerful was the Beirut blast?2020 August 14. Available from: https://graphics.reuters.com/LEBANON-SECURITY/BLAST/nmopalewrvva/index.html?fbclid=IwAR2c9YF3IISqbNXXjqGjXoflp2gqbXyUfj3O1XGSZ9-jD0HAY838J5bM&fbclid=IwAR2dCCSirt9Mzeoz8zlhU8KFim9fiuxLgtgK2Pd0kLy65ZmeTZ4c1JIK0x8&utm_medium=Social&utm_source=Facebook&utm_.
22. WorldBank. Beirut Rapid Damage and Needs Assessment2020. Available from: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/650091598854062180/pdf/Beirut-Rapid-Damage-and-Needs-Assessment.pdf>.
23. IRC. 2022 Emergency Watchlist: System Failure2021. Available from: <https://www.rescue.org/sites/default/files/document/6423/cs2201watchlistreportfinal.pdf>.
24. HRW. Lebanon: Hospital Crisis Endangering Health. 2019.
25. MSF. Overlapping crises in Lebanon increase needs and worsen access to care. 2021.
26. Abi Ramia J, Abi Hana R, Noun P, Cuijpers P, Carswell K, Heim E, et al. Feasibility and uptake of a digital mental health intervention for depression among Lebanese and Syrian displaced people in Lebanon: a qualitative study. Frontiers in Public Health. 2024;11:1293187.

27. Watt A. Economic unrest results in an average pharmaceutical price trend of 1,123% in Lebanon: PharmaceuticalTechnology; 2023 [Available from: <https://www.pharmaceutical-technology.com/pricing-and-market-access/pharmaceutical-prices-lebanon/>].
28. Jaber Chehayeb R, Kala S, Abou Ghannam H, Hasan G, Salloum J. The evolving Lebanese drug crisis: Trends in drug availability and affordability for common outpatient diseases from 2019 to 2023. PLOS Global Public Health. 2023;3(11):e0002538.
29. ForeignPolicy. Lebanon Is in Terminal Brain Drain. 2021.
30. Karam E, Mneimneh Z, Dimassi H, Fayyad J, Karam A, Nasser S, et al. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Lebanon: First Onset, Treatment, and Exposure to War. PLoS Med 2008;5(4):e61. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050061>.
31. WorldBank. The World Bank Data: Suicide mortality rate (per 100,000 population)-Lebanon. 2019.
32. Embrace. The Lifeline (1564) [Available from: www.embracelebanon.org].
33. MoPH, WHO, Embrace, AFD. Preventing suicide in Lebanon 2020.
34. Karam G. Mental Health in the Elderly: Depression, Anxiety and Dementia. Human Health. 2020;11:202-10.
35. Phung KT, Chaaya M, Prince M, Atweh S, El Asmar K, Karam G, et al. Dementia prevalence, care arrangement, and access to care in Lebanon: A pilot study. Alzheimer's Dementia. 2017;13(12):1317-26.
36. Karam G, Itani L, Fayyad J, Karam A, Mneimneh Z, Karam E. Prevalence, Correlates, and Treatment of Mental Disorders among Lebanese Older Adults: A National Study. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2016;24(4):278-86.
37. Catharsis-LCDT. Mental Health in Lebanese Prisons: Prevalence Study of Severe Mental Illness among inmates in Roumieh and Baabda Prisons. 2015.
38. WHO. World mental health report: Transforming mental health for all. 2022.
39. Karam EG, Karam GE, Farhat C, Itani L, Fayyad J, Karam A, et al. Determinants of treatment of mental disorders in Lebanon: barriers to treatment and changing patterns of service use. Epidemiology psychiatric sciences. 2019;28(6):655-61.
40. Inter-AgencyCoordination. IN FOCUS: MENTAL HEALTH & PSYCHOSOCIAL Well-being OF VULNERABLE POPULATIONS. 2022.
41. WHO. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. World Health Organization; 2011.
42. El-Jardali F, Yehia F. K2P Policy Brief: Securing Access to Quality Mental Health Services in Primary Health Care in Lebanon2014 Knowledge to Policy (K2P) Center, . Available from: <https://www.aub.edu.lb/k2p/Documents/K2P%20Policy%20Brief%20Mental%20Heath.pdf>.
43. Lin E, Von Korff M, Consortium WWS. Mental disorders among persons with diabetes- Results from the World Mental Health Surveys. Journal of Psychosomatic Research. 2008;65(6):571-80. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.06.007>.
44. Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, Ormel J, Alonso J, Angermeyer MC, et al. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. Journal of affective disorders. 2007;103(1-3):113-20.
45. WHO. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles: Lebanon2018. Available from: https://www.who.int/nmh/countries/lbn_en.pdf.
46. Macaron G, Fahed M, Matar D, Bou-Khalil R, Kazour F, Nehme-Chlela D, et al. Anxiety, depression and suicidal ideation in Lebanese patients undergoing hemodialysis. Community mental health journal. 2014;50(2):235-8.
47. Fattouh N, Hallit S, Salameh P, Choueiry G, Kazour F, Hallit R. Prevalence and factors affecting the level of depression, anxiety, and stress in hospitalized patients with a chronic disease. Perspectives in psychiatric care. 2019;55(4):592-9.
48. Semaan V, Nouredine S, Farhood L. Prevalence of depression and anxiety in end-stage renal disease: A survey of patients undergoing hemodialysis. Applied Nursing Research. 2018;43:80-5.
49. Akl R, El Darsa H, Anouti B, Mukherji D, Temraz S, Raslan R, et al. Anxiety, depression and quality of life in breast cancer patients in the levant. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP. 2017;18(10):2809.
50. Orza L, Bewley S, Logie CH, Crone ET, Moroz S, Strachan S, et al. How does living with HIV impact on women's mental health? Voices from a global survey. Journal of the International AIDS Society. 2015;18:20289.
51. Nanni MG, Caruso R, Mitchell AJ, Meggiolaro E, Grassi L. Depression in HIV infected patients: a review. Current psychiatry reports. 2015;17:1-11.
52. Abou Kassm S, Naja W, Haddad R, Baddoura R, Mdawar B, Riachy N, et al. Lebanese people living with HIV: psychiatric co-morbidities and psycho-social environment. Community Mental Health Journal. 2021;57(7):1400-8.
53. Knapp M, Funk M, Curran C, Prince M, Grigg M, McDaid D. Economic barriers to better mental health practice and policy. Health policy planning. 2006;21(3):157-70.

54. Chehab N. The social and economical cost of mental health in Lebanon. Executive magazine; 2018.
55. Khairallah C, Kassab A, Damien A, Richa S. Attitude of the employer in Lebanon toward candidates and employees with a stable chronic mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*. 2022;68(5):991-6.
56. WHO, ILO. Mental health at work: policy brief. 2022.
57. Evans-Lacko S, Knapp M. Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016;51(11):1525-37.
58. de Oliveira C, Saka M, Bone L, Jacobs R. The role of mental health on workplace productivity: a critical review of the literature. *Applied health economics health policy*. 2023;21(2):167-93.
59. TheAuthor(s). Mental health matters. Editorial. *The Lancet Global Health*. 2020;8(11).
60. Hazbun W. Assembling security in a 'weak state:' the contentious politics of plural governance in Lebanon since 2005. *Third World Quarterly*. 2016;37(6):1053-70.
61. WASTA: HOW PERSONAL CONNECTIONS ARE DENYING CITIZENS OPPORTUNITIES AND BASIC SERVICES. TransparencyInternational 2019.
62. Farran N. Mental health in Lebanon: Tomorrow's silent epidemic. *Mental health prevention*. 2021;24:200218.
63. Jaspal R, Assi M, Maatouk I. Potential impact of the COVID-19 pandemic on mental health outcomes in societies with economic and political instability: case of Lebanon. *Mental Health Review Journal*. 2020;25(3):215-9.
64. Abouzeid M, Halwani DA, Mokdad AH. A Generation at Risk: The Impacts of Lebanon's Escalating Humanitarian Crisis on Children. *Frontiers in Public Health*. 2021;9:704678.
65. Embrace. LEBANON'S 2023 SUICIDE RATES: WHAT DO THIS YEAR'S NUMBERS TELL US ABOUT MENTAL HEALTH IN THE COUNTRY. 2024. p. <https://www.embracelebanon.org//Media/publications/pdfs/dc722868-a519-4afb-89fc-31b2165c442d.pdf>.
66. REACHInitiative. Multi-sector needs assessment (MSNA) Lebanese Households Key Findings - April, 2022. 2022.
67. MoPH, WHO. Lebanon National Health Strategy-Vision 2030 Out of the crisis and towards better health for all 2023.
68. ILO. Older people in Lebanon face desperate circumstances due to lack of basic social protection guarantees. 2022.
69. MoSA, UNFPA, ESCWA, CSA. The National Strategy for Older Persons in Lebanon 2020-2030. 2021.
70. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365(9467):1309-14.
71. Karam E, Mneimneh Z, Karam A, Fayyad J, Nasser S, Chatterji S, et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *The Lancet*. 2006 367(9515):1000-6. [https://doi.org/10.16/S0140-6736\(06\)68427-4](https://doi.org/10.16/S0140-6736(06)68427-4).
72. Farhood L, Dimassi H. Prevalence and predictors for post-traumatic stress disorder, depression and general health in a population from six villages in South Lebanon. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(4):639-49. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0368-6>.
73. Chahine L, Chemali Z. Mental health care in Lebanon: policy, plans and programmes. *EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal*. 2009;15(6):1596-612. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/117802>.
74. Shaar K. Post-traumatic stress disorder in adolescents in Lebanon as wars gained in ferocity: a systematic review. *Journal of Public Health Research*. 2013;2(2):e17. <https://doi.org/0.4081/jphr.2013.e17>.
75. Bryce JW, Walker N, Ghorayeb F, Kanj M. Life experiences, response styles and mental health among mothers and children in Beirut, Lebanon. *Social Science Medicine*. 1989;28(7):685-95.
76. Sim A, Bowes L, Gardner F. Modeling the effects of war exposure and daily stressors on maternal mental health, parenting, and child psychosocial adjustment: a cross-sectional study with Syrian refugees in Lebanon. *Global Mental Health*. 2018;5:e40.
77. McEwen FS, Biazoli Jr CE, Popham CM, Moghames P, Saab D, Fayyad J, et al. Prevalence and predictors of mental health problems in refugee children living in informal settlements in Lebanon. *Nature mental health*. 2023;1(2):135-44.
78. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2019;394(10194):240-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1).
79. Bank W. Refugee population by country or territory of asylum - Lebanon.
80. Kazour F, Zahreddine N, Maragel M, Almustafa M, Soufia M, Haddad R, et al. Post-traumatic stress disorder in a sample of Syrian refugees in Lebanon. *Compr Psychiatry*. 2017(72):41-7. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.09.007>.
81. Vallieres F, Ceannt R, Daccache F, Abou Daher R, Sleiman J, Gilmore B, et al. ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(6):547-57. <https://doi.org/10.1111/acps.12973>.

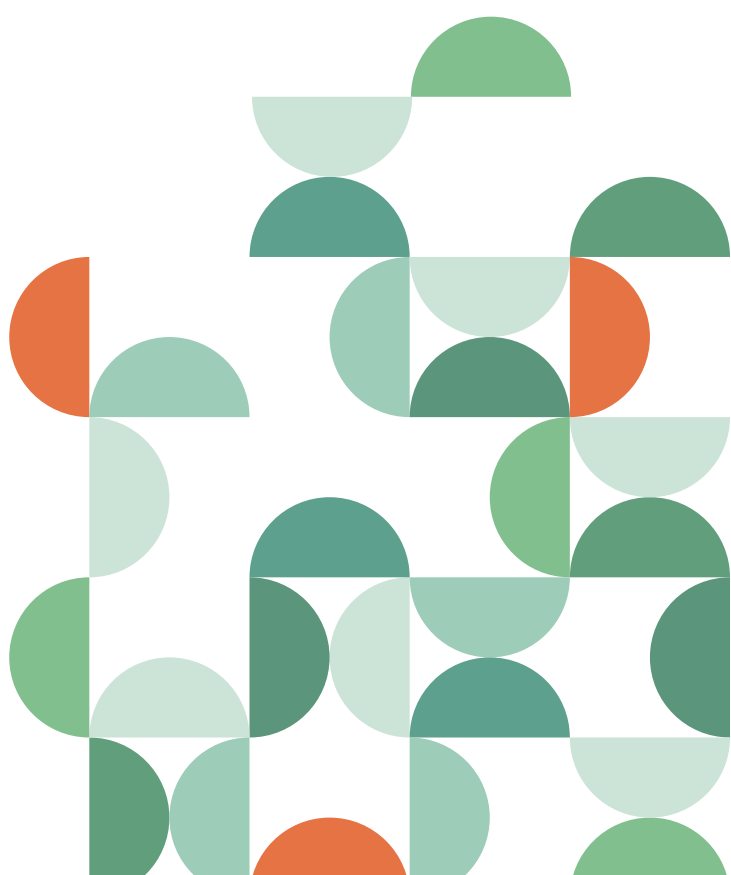
82. Naal H, Nabulsi D, El Arnaout N, Abdouni L, Dimassi H, Harb R, et al. Prevalence of depression symptoms and associated sociodemographic and clinical correlates among Syrian refugees in Lebanon. *BMC Public Health* 2021;21(217): <https://doi.org/10.1186/s12889-021-0266-1>.
83. UNRWA. UNRWA Protection Monitoring Report – Quarter 4, 2022. 2022.
84. UNRWA. Protection brief: Palestine refugees living in Lebanon. 2020.
85. WHO. Mental disorders 2022 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>].
86. Assi M, Maatouk I, Jaspal R. Depressive and anxious symptomatology in a Lebanese sample during the COVID-19 outbreak *International Journal of Health Promotion and Education*. 2021;<https://doi.org/10.1080/14635240.2021.1950561>
87. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui L, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: Asystematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2020;277:55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>.
88. El Othman R, Touma E, El Othman R, Haddad C, Hallit R, Obeid S, et al. COVID-19 pandemic and mental health in Lebanon: a cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2021;25(2):152-63.
89. Younes S, Safwan J, Rahal M, Hammoudi D, Akiki Z, Akel M. Effect of COVID-19 on mental health among the young population in Lebanon. *L'encephale*. 2022;48(4):371-82.
90. Youssef D, Abboud E, Abou-Abbas L, Hassan H, Youssef JJoPP, Practice. Prevalence and correlates of burnout among Lebanese health care workers during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey. 2022;15(1):1-16.
91. Sfeir E, Rabil J-M, Obeid S, Hallit S, Khalife M-CF. Work fatigue among Lebanese physicians and students during the COVID-19 pandemic: validation of the 3D-Work Fatigue Inventory (3D-WFI) and correlates. *BMC Public Health*. 2022;22(1):292.
92. Bizri M, Kassir G, Tamim H, Kobeissy F, Hayek SE. Psychological distress experienced by physicians and nurses at a tertiary care center in Lebanon during the COVID-19 outbreak. *Journal of Health Psychology*. 2021;27(6):1288-300.
93. WorldBank. BEIRUT RESIDENTS' PERSPECTIVES ON AUGUST 4 BLAST: Findings from a needs and perception survey2020. Available from: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/899121600677984471/pdf/Beirut-Residents-Perspectives-on-August-4-Blast-Findings-from-a-Needs-and-Perception-Survey.pdf>.
94. El Khoury J, Ghandour L, Charara R, Adam L, Maalouf F, Khoury B. The Beirut explosion psychological impact study: An online cross-sectional population survey. . *Traumatology*. 2022:Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/trm0000353>.
95. Maalouf F, Haidar R, Mansour F, Elbejjani M, El Khoury J, Khoury B, et al. Anxiety, depression and PTSD in children and adolescents following the Beirut port explosion. *Journal of Affective Disorders*. 2022;302:58-65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.086>.
96. Maalouf FT, Alrojolah L, Akoury-Dirani L, Barakat M, Brent D, Elbejjani M, et al. Psychopathology in Children and Adolescents in Lebanon Study (PALS): a national household survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2022;57(4):761–74.
97. Baroud E, Al Rojolah L, Ghandour L, Akoury Dirani L, Barakat M, El Bejjani M, et al. Risk and protective factors for depressive symptoms and suicidality among children and adolescents in Lebanon: Results from a national survey. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2020;2(100036):<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100036>.
98. UNICEF. Comorbidity of Crises in Lebanon. UNICEF; 2020.
99. UNDP. Lebanon Crisis Response Plan - (LCRP 2017-2021). 2021.
100. UNICEF. Trapped in a downward spiral: The unrelenting toll of Lebanon's crisis on children. 2023.
101. WFP. Disability Inclusion Survey Results, May 2023. 2023.
102. Humanity&Inclusion. Forgotten and Invisible: The impact of Lebanon's crises on persons with disabilities. 2023.
103. Inter-AgencyCoordination. In Focus: Women, Girls, Men and Boys with Disabilities in Lebanon. 2023.
104. Buckley N, Glasson EJ, Chen W, Epstein A, Leonard H, Skoss R, et al. Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2020;54(10):970-84.
105. Rajapuram N, Langness S, Marshall MR, Sammann A. Medical students in distress: The impact of gender, race, debt, and disability. *PLOS ONE*. 2020;15(12):e0243250.
106. Shin H-Y, Hwang H-J. Mental health of the people with hearing impairment in Korea: A population-based cross-sectional study. *Korean journal of family medicine*. 2017;38(2):57.
107. Munir KM. The co-occurrence of mental disorders in children and adolescents with intellectual disability/intellectual developmental disorder. *Current opinion in psychiatry*. 2016;29(2):95-102.

108. Jeromey BT, Margaret K. Is disability exclusion associated with psychological distress? Australian evidence from a national cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2018;8(5):e020829.
109. GBVIMS. Ongoing Impact of the compounded crisis (COVID-19, financial and economic crisis) on the GBV Mid-year Report– 2021. 2021.
110. GovernmentOfLebanon, UnitedNations. Lebanon Crisis Response Plan 2022-2023. 2022.
111. WHO. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Lebanon 2015. Beirut: MoPH & WHO; 2015.
112. Noubani A, Diaconu K, Loffreda G, Saleh S. Readiness to deliver person-focused care in a fragile situation: the case of Mental Health Services in Lebanon. *International journal of mental health systems*. 2021;15(1):1-13.
113. Abi Doumit C, Haddad C, Sacre H, Salameh P, Akel M, Obeid S, et al. Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PloS one*. 2019;14(9):e0222172.
114. Al Laham D, Ali E, Mousally K, Nahas N, Alameddine A, Venables E. Perceptions and health-seeking behaviour for mental illness among Syrian refugees and Lebanese community members in Wadi Khaled, North Lebanon: a qualitative study. *Community Mental Health Journal*. 2020;56(5):875-84.
115. Rayan A, Fawaz M. Cultural misconceptions and public stigma against mental illness among Lebanese university students. *Perspectives in psychiatric care*. 2018;54(2):258-65.
116. Aramouny C, Kerbage H, Richa N, Rouhana P, Richa S. Knowledge, Attitudes, and Beliefs of Catholic Clerics' Regarding Mental Health in Lebanon. *Journal of religion and health* 59. 2020;59:257-76.
117. Abi Hana R, Arnous M, Heim E, Aeschlimann A, Koschorke M, Hamad RS, et al. Mental health stigma at primary health care centres in Lebanon: qualitative study. *International journal of mental health systems*, 16(1), 1-14. 2022;16(1):1-14.
118. The Pandemic Accelerant: How COVID-19 Advanced Our Mental Health Priorities [press release]. UN 2021.
119. Inter-AgencyCoordination. LCRP End of Year Health Sector Dashboard 2021. 2022.
120. Inter-AgencyCoordination. LCRP 2022 End Year Health Sector Dashboard. 2023.
121. Inter-AgencyCoordination. 2023 ANNUAL SECTOR DASHBOARD - Health. 2024.
122. MoPH. Mental Health and Substance Use- Prevention, Promotion, and Treatment- Situation Analysis and Strategy for Lebanon 2015-20202015. Available from: https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Mental%20Health%20and%20Substance%20Use%20Strategy%20for%20Lebanon%202015-2020-V1_1-English.pdf.
123. Heim E, Abi Ramia J, Abi Hana R, Burchert S, Carswell K, Cornelisz I, et al. Step-by-step: feasibility randomised controlled trial of a mobile-based intervention for depression among populations affected by adversity in Lebanon. 2021;24:100380.
124. Cuijpers P, Heim E, Abi Ramia J, Burchert S, Carswell K, Cornelisz I, et al. Effects of a WHO-guided digital health intervention for depression in Syrian refugees in Lebanon: A randomized controlled trial. *PLoS Medicine*. 2022;19(6):e1004025.
125. WHO. mhGAP Intervention Guide - Version 2.0. 2019.
126. Zeinoun PA, Yehia FE, Khederlarian LZ, Yordi SF, Atoui MM, El Chammay R, et al. Evaluation of Lebanon's National Helpline for emotional support and suicide prevention: reduction of emotional distress among callers. 2021;19(2):197.
127. Caldas De Almeida J, Saraceno B. International consultancy on "Mid-term evaluation of the Lebanon National Mental Health Strategy for the MOPH National Mental Health Programme". 2018.
128. Romanos A. MOPH Administrative Simplification. Beirut, Lebanon: MOPH Presentation 2010 [Available from: <https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Publications/AdmSimplification.ppsx>].
129. Kerbage H. Rethinking mental health legislation in Lebanon: updates and implications. *Contemporary Levant*. 2017;2(2):135-42.
130. El-Jardali F, Yehia F. Securing Access to Quality Mental Health Service in Primary Health Care in Lebanon. Beirut: Knowledge to Policy (K2P) Center; 2014.
131. Yehia F, Nahas Z, Saleh S. A roadmap to parity in mental health financing: the case of Lebanon. *Journal of mental health policy and economics*. 2014;17(3):131-41.
132. Arafat SY, Shoib S, Kar SK, El Hayek S. Psychiatry in Lebanon. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(11):932.
133. Shallal A, Lahoud C, Zervos M, Matar M. Lebanon is losing its front line. *J Glob Health*. 2021;11:03052.
134. WHO. Global strategy on digital health 2020-2025. 2021.
135. PAHO. Healthy Life Course [Available from: <https://www.paho.org/en/topics/healthy-life-course#:~:text=The%20definition%20of%20the%20life%20course%20approach%3A&text=The%20life%20course%20perspective%20allows,or%20alleviated%20through%20the%20generations>].

الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية

في لبنان (٢٠٢٤-٢٠٣٠)

إصلاح نظام الصحة النفسية



البرنامج الوطني للصحة النفسية، وزارة الصحة العامة

mh.moph@nmhp-lb.com

<https://www.moph.gov.lb/en/Pages/6/553/nmhp>