الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

تحليل الوضع واستراتيجية

الصحة النفسيّة
وإستخدام المواد المسبّبة للإدمان
وقاية، تعزيز وعلاج

لبنان 2015-2020

تحليل الوضع واستراتيجية

الصحة النفسيّة

وإستخدام المواد المسبّبة للإدمان

وقاية، تعزيز وعلاج

لبنان 2015-2020

الإصدار ا.ا: تم إجراء تعديلات بسيطة على النسخة الأصلية (تصحيحات إملائية، وتعديلات على الشكل) و إضافة قائمة تعريف بعض المصطلحات.

الوثيقتان العربية والانكليزية متوفرتان على موقع: www.moph.gov.lb

الإقتباس المقترح: وزارة الصحة العامة 2015. تحليل الوضع واستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان– وقاية، تعزيز وعلاج –لبنان 2015-2020. الإصدار ا.ا. بيروت: لبنان.

© وزارة الصحة العامة 2015.

تم اصدار النسخة ا.ا في تشرين الأول 2017.

ممول من الاتحاد الأوروبي
Funded by the European Union

تنفيذ
Implemented by

UNHCR
The UN Refugee Agency

World Health Organization
Lebanon Office

تم انتاج هذا الكتيب بدعم من الاتحاد الأوروبي وتمت طباعته من قبل منظمة الصحة العالمية بالشراكة مع مفوضية الأمم المتحدة العليا لشؤون اللاجئين وذلك في إطار مشروع بإدارة وزارة الصحة العامة. إن وزارة الصحة العامة هي الجهة الوحيدة المسؤولة عن محتوى هذا الكتيب ولا يمكن اعتباره بأي حال من الأحوال على أنه يعكس وجهة نظر الاتحاد الأوروبي.

This document has been produced with the support of the European Union and printed by the World Health Organization in partnership with the United Nations High Commissioner for Refugees in the context of a project led by the Ministry of Public Health. The content of this document is the sole responsibility of the Ministry of Public Health and can in no way be taken to reflect the views of the European Union.

المحتويات

تمهيد بقلم معالي وزير الصحة العامة 3
الشكر 4
الملخّص التنفيذي 8
المقدّمة 9

تحليل الوضع في لبنان

I. استعراض عام 11
II. في نطاق لبنان 13
أ. الاضطرابات النفسية في لبنان 13
ب. اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان 13
ج. المجموعات المعرّضة في لبنان 14
د. لمحة عامة عن نظام الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة
للإدمان في لبنان 19
هـ . الفرص والتحديات الرئيسية 24

إستراتيجية لوقاية، تعزيز وعلاج الصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان في لبنان 2015-2020

أ. الرؤية 27
ب. الرسالة 27
ج. القيم والمبادئ التوجيهية 27
د. الأهداف ومجالات العمل 29
المجال الأول: القيادة والإدارة 30
المجال الثاني: إعادة توجيه والنهوض بخدمات الصحة النفسية 34
المجال الثالث: التعزيز والوقاية 39
المجال الرابع: معلومات، أدلة وأبحاث 41
المجال الخامس: المجموعات المعرّضة 44
المؤشرات الأساسية لنجاح إنجاز الأهداف 47
تعريف بعض المصطلحات 53
المراجع 58

تمهيد بقلم معالي وزير الصحة العامة

يطلق البرنامج الوطني للصحة النفسية في وزارة الصحة العامة إستراتيجية تُعنى بوقاية، تعزيز وعلاج الصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان في لبنان.

يسرّني أن أضع بين أيديكم هذه الوثيقة التي تشكل جزءاً لا يتجزأ من الإستراتيجية الوطنية للصحة والتي سوف توجّه في السنوات الستة المقبلة جهود الوزارة الرامية لتلبية إحتياجات مجتمعاتنا في مجالي الصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان.

إنّني أقدّر الوقت والجهود التي بذلت في إنجاز هذا العمل. لقد كرّس العديد من الأشخاص وقتاً وموارد لتقديم توصيات قيّمة لهذه الإستراتيجية التي تمّ إعدادها برعاية البرنامج الوطني للصحة النفسية بالتعاون مع شركائه. ولقد لعبت المنظمات غير الحكومية المحلية والدولية، منظمات الأمم المتحدة، الوزارات، خبراء الصحة النفسية، وجهات عديدة أخرى دوراً هاماً في إعداد هذا العمل ومراجعته. أودّ أن أخصَّ بالشكر والتقدير مدير البرنامج الدكتور ربيع الشمّاعي لإلتزامه وكفاءته المهنية ومدير عام الوزارة الدكتور وليد عمار لقيادته المشروع. فكانت ثمرة هذه المحاولة والجهود التشاركية إستراتيجية وطنية مبنية على الدلائل العلمية والحاجات المحلية ومدعومة من كافة الجهات الفاعلة المعنيّة.

خلال السنوات الخمسة القادمة، سوف نضمّ جهودنا لتعزيز قيادة وإدارة فعّالتين للصحة النفسية وتأمين خدمات الصحة النفسية والرعاية الإجتماعية الشاملة والمتكاملة والمجدية في أطر مجتمعية. سوف نسعى أيضاً الى تطوير وتنفيذ أنشطة وقائية وتعزيزية محوريّة في مجالي الصحة النفسية واضطرابات إستخدام المواد المسببة للإدمان والى اكتساب المعرفة القائمة على القرائن العلمية. ستساهم هذه المعرفة في دعم وتطوير سياسات وخدمات الصحة النفسية من خلال نظام معلومات صحية فاعل وبحوث وطنية منسّقة. أخيراً، سوف نسعى جاهدين لتلبية الإحتياجات الخاصة بالمجموعات المعرّضة في مجال الصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان.

يكمن التحدي الأكبر في تحويل هذه الإستراتيجية إلى واقع، إذ أنّ ذلك تحديداً سوف يغيّر حياة العديد من الأشخاص ويحسّن الصحة النفسية في لبنان.

وائل أبو فاعور
وزير الصحة العامة

الشكر

نتقدّم بشكر خاص إلى جميع الأشخاص والهيئات التي شاركت بصياغة هذه الإستراتيجية ومراجعتها.

لما تحققت هذه الإستراتيجية لولا المساهمة والجهود والوقت الذي بُذل من قبل الفريق التقني لمنظمة الصحة العالمية في المقر الرئيسي، والمكتب الإقليمي ومكتب لبنان، إضافةً إلى الوزارات، ومنظمات الأمم المتحدة، المنظمات غير الحكومية المحلية والدولية، وعدد من الخبراء المحليين والعالميين.

نخص بالشكر كل من ساهم بشكل مباشر في إعداد مسودّة هذه الإستراتيجية، وتصحيحها، ومراجعتها ووضع صيغتها النهائية.

نقدم الشكر والتقدير الخاص إلى [1]:

فريق صياغة ومراجعة العمل

فريق البرنامج الوطني للصحة النفسية:
غادة أبو مراد، ساندرا حجل حنا، ساره أبو زكي، نور الكيك و وسام خير.

منظمة الصحة العالمية:
إدوينا الزغبي.

المراجعون المحليون والعالميون [2]

منظمة الصحة العالمية:
فريق مكتب لبنان: أليسار راضي، غابرييل ريدنر.

فريق المكتب الإقليمي: خالد سعيد.

فريق المقر الرئيسي: دانيال شيزلوم، سليمة شمبسي، شيخار ساكسينا، مارك هامفري فان أوميرين، و ميشيل كارن فنك.

اليونيسيف
أنطوني ماك دونالد، إميلي مينيك، زروال عزالدين، لوشيانو كارلستيني، هانرييت كارينا ماك كايب و يوكو أوساوا.

1 تم سرد كافة الأسماء في قسم الشكر حسب الترتيب الأبجدي دون الألقاب المهنية.
2 تم ارسال مسودة الاستراتيجية الى خبراء محليين و دوليين لمراجعتها. الأشخاص المدرجة أسماؤهم في القائمة أدناه قاموا بمراجعة المسودة وارسال ملاحظاتهم.

الهيئة الطبية الدولية

إبراهيم أبو خليل، إينكا فايسبيكير، جيهان بو سليمان، زينب حجازي، فرانسوا دو لا روش، و كولين لي.

غيرهم من المراجعين

بيا طعمه، جورج حداد، جوسلين دي يونغ، رودي أبي حبيب، ريما عفيفي، سامي ريشا، عباس مكي، فادي الجردلي، فؤاد فؤاد، فيليبو مارانكوني، لميا مغنية، لوري أبي حبيب، ليلى عاقوري ديراني، ليلى فرهود، ليليان غندور، مونيك شعيا، هلا كرباج، هنا ناصيف، ووديع نجا.

الزملاء المراجعون[3]

الوزارات

وزارة الصحة العامة: زينة عمار
وزارة التربية والتعليم العالي: صونيا نجم
وزارة الداخلية والبلديات: وسام ذبيان
وزارة العدل: حمزة شرف الدين، ريما خليل، غالب الأيوبي
وزارة الشؤون الإجتماعية: إليسار دويهي، خديجة إبراهيم، شربل ناصيف، ندى فواز

غيرها من منظمات الأمم المتحدة

المقر الرئيسي للمفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين: بيتر فينتفوغل، المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين: أليس فيمر، منى كيوان، مايكل وودمن، أونروا: آن كولكوهوم، بربارا بوخت، تغريد عواد، ناجح صادق، نيبال صياد، نيسيا الديناوي، صندوق الأمم المتحدة للسكان: ندى نجا ووليد إكرام.

الخبراء العالميون

آمبر غيبسون، آمبر اليزابث غراي، أنيتا ماريني، أودري أدلين جيبو، جورجيوس كناريس، حنان رياض صبري، إلينا سلافوفا، رافايل بيرو، زينة حسن، وسميرة خيرالله.

الخبراء المحليون

آثار حلبي، إيلي كرم، ايلين عيسى، ايلين سماحة نويهد، إيمان نويهد، برنارد سوس، بريجيت خوري، بياتريس خاطر، تيما الجميل، جاي فغالي، جورج حداد، جورج كرم، جستين دي مايو، جولي الخوري، خضر عواد، دانيا حاج علي، دانييل أيوب، دينا مزي، راشيل صباغ، ربيع حسونة، ربيع ماهر، رشا تدموري، رمزي حداد، ريتا سليم، ريما ول، زياد الخطيب، زينة الجردي، ساره صنوح، سلام جل قطيط، سمر طفيلي، سينتيا الخوري، شادي إبراهيم، صوفيا معماري، غيدا أناني، كريستيان نجيم شيحا، كلود بطرس، ماري دوناي، ماري عبد الأحد، مايكل خوري، محمد بسام، محمد صفا، مروى جوهر، مريم حسن، منى خاليدي، مورين محفوظ، ميشال صوفيا، ناديا بدران، نور جبور، نويل معوض، هنادي عسيلي، وسام الخوري، وسام سمحت.

3 يعنى هنا بالزملاء المراجعون الأشخاص الذين شاركوا في الاجتماع التشاوري و/او الاجتماع التوافقي حول الاستراتيجية

الجمعيات والمنظمات والنقابات والجامعات المشاركة في الاجتماع التشاوري والاجتماع التوافقي

اتحاد المقعدين اللبنانيين
أطباء بلا حدود
انترناشنل ألرت (International Alert)
بلسم للعناية التلطيفية
الجامعة الأمريكية في بيروت
جامعة البلمند
جامعة الجنان
جامعة الروح القدس في الكسليك
جامعة القديس يوسف
الجامعة اللبنانية
الجامعة اللبنانية الأمريكية
جمعية دار العجزة الإسلامية
جمعية " نعم للحياة" (Oui pour la vie)
الجمعية الألمانية للتعاون الدولي (GIZ)
الجمعيّة الطبيّة اللّبنانيّة للصحّة الجنسيّة (LEBMASH)
الجمعية العالمية للإعاقة (HI)
جمعية العناية الصحية (SIDC)
الجمعية اللبنانية لرعاية المعوقين
الجمعية اللبنانية لطب العائلة
الجمعية اللبنانية لعلم النفس
الجمعية اللبنانية للطب النفسي
جمعية عدل ورحمة (AJEM)
جمعية هلب آج (HelpAge) العالمية لمساعدة المسنين
حماية
لجنة الإنقاذ الدولية (IRC)
اللجنة الدولية للصليب الأحمر
اللجنة الوطنية للرعاية التلطيفية
لنعمل من أجل المفقودين (Act for the disappeared)
مركز الخيام
مركز تبيين
مركز ريستارت (Restart) لإعادة تأهيل ضحايا العنف والتعذيب
مركز كاريتاس لبنان للمهاجرين (CLMC)
مركز مرسى للصحة الجنسية
مستشفى الصليب للأمراض العقلية والنفسية

معهد إدراك للتنمية والأبحاث والمناصرة والعناية التطبيقية (IDRAAC)
المفكرة القانونية
منظمة أطباء العالم
منظمة العمل ضد الجوع (Action Contre la Faim)
مؤسسات الإمام الصدر
مؤسسة أبعاد – مركز الموارد للمساواة بين الجنسين
مؤسسة التعزيز الإجتماعي للثقافة (FPSC)
مؤسسة سند للرعاية التلطيفية
نقابة الصيادلة
نقابة المعالجين والمحللين النفسانيين
نقابة الممرضات والممرضين

ربيع الشمّاعي
رئيس البرنامج الوطني للصحة النفسية
وزارة الصحة العامة في لبنان

الملخّص التنفيذي

تبقى الوصمة تحدياً رئيسياً في وجه الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان وهي تطال كافة جوانب الرعاية وتؤدي إلى التمييز، مما يؤثر سلباً في عملية تطوير وتوفير واستخدام الخدمات. وقد نتج عن النقص المزمن للتمويل وتوجّه التمويل نحو الرعاية العلاجية المرتكزة على الإستشفاء، شُحٌّ في الموارد البشرية المتخصصة والخدمات التي تتركز بشكل أساسي في القطاع الخاص. وعلى الرغم من استعادة القطاع العام لدوره القيادي والتنظيمي بشكل تدريجي، إلا أنه يعاني حالياً من الارهاق نظراً للإزدياد الديموغرافي الناجم عن الأزمة السورية. إن الإجماع بين مختلف الجهات المعنية فضلاً عن الارادة السياسية هما القوتان المحفّزتان على ارساء استراتيجية وطنية للصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان تهدف الى رأب الفجوة العلاجية، تحسين الوصول الى رعاية ذات جودة، تعزيز وحماية حقوق الانسان وتحسين الصحة النفسية من خلال وقاية وتعزيز وعلاج فعّالين.

إن رؤية وزارة الصحة العامة ترمي الى أن ينعم كافة سكان لبنان بفرصة التمتع بأفضل صحة نفسية ورفاه ممكنين. تتطرق الاستراتيجية الى اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان من خلال نهج عالي المردود، قائم على الدلائل العلمية ومتعدد القطاعات يشدّد على اشراك المجتمع، واستمرارية الرعاية، وحقوق الانسان والصلة الثقافية. إن أهداف الاستراتيجية ومجالات عملها تتوافق مع خطة العمل العالمية للنهوض بالصحة النفسية (2013-2020) المنبثقة عن منظمة الصحّة العالمية. وتشمل الاستراتيجية خمسة مجالات: ترسيخ قيادة وإدارة فعّالتين في الصحة النفسية (المجال 1)؛ تأمين خدمات صحة نفسية ورعاية اجتماعية شاملة، متكاملة وسريعة الاستجابة في أطر مجتمعيّة لكافة السكان (المجال 2)، لاسيما حاجات مجموعات معيّنة معرضة لاحتمال اعلى للإصابة بضغوطات او اضطرابات نفسية بسبب ظروفها (المجال 5). ويغطي مجال آخر إنفاذ أنشطة وقائية وتعزيزية محورية في مجال الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان (المجال 3). أما المجال الرابع فيتناول اكتساب معرفة قائمة على الدلائل العلمية بهدف استثمارها في سياسة للصحة النفسية وتطوير الخدمات، من خلال نظام معلومات صحية فاعل وبحوث وطنية منسّقة (المجال 4). وقد تمّ تحديد أهداف استراتيجية لكل من مجالات العمل، بالاضافة إلى أهداف سنوية كضمانة لتحقيق هذه الأهداف الاستراتيجية بنجاح.

المقدّمة

إن استراتيجية وقاية، تعزيز وعلاج الصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان في لبنان تُسلّط الضوءَ على رؤية لبنان وأهدافه للسنوات الستة القادمة. تدعم هذه الإستراتجية الممارسةَ المهنيةَ القائمة على الأدلّة وتوفير الخدمات المثلى، بالإضافة إلى تغيير مواقف الرأي العام بالنسبة الى الصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان.

أطلقت وزارة الصحة العامة في أيار 2014 البرنامج الوطني للصحة النفسية بدعم من منظمة الصحة العالمية، واليونيسيف والهيئة الطبية الدولية بهدف إصلاح الرعاية الصحية النفسية في لبنان وتوفير خدمات مجتمعية تتخطى العلاج الطبي، وذلك بما يتوافق مع حقوق الإنسان وأحدث الأدلة العلمية من أجل أفضل التدخلات.

تناول عمل البرنامج أصعدة مختلفة: دمج الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية، إشراك الجامعات والمنظمات العلمية، مسح نظام الصحة النفسية في لبنان، إعداد المستندات والوثائق الأساسية للصحة النفسية، وغيرها. بالإضافة إلى ذلك، أنشأت وزارة الصحة العامة فريق عمل الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي، الذي ترأسُه حالياً. تتشارك منظمة الصحة العالمية واليونيسيف رئاسة فريق العمل هذا الذي يضمّ حوالي 40 منظمة تعمل على الإستجابة للأزمة السورية في لبنان بهدف توحيد وتعميم الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي في جميع القطاعات وتحسين الحصول على الرعاية.

بعد سنة من إطلاقه، يقوم البرنامج الوطني للصحة النفسية بإطلاق إستراتيجية تُعنى بوقاية، تعزيز وعلاج الصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان في لبنان 2015-2020 التوافق مع سياسة وزارة الصحة العامة الرامية لتوسيع نطاق الخدمات القائمة منذ سنوات عديدة والتي تكمن في تغطية رعاية المرضى في مستشفيات الأمراض النفسية وتأمين الأدوية للمرضى الذين لا تغطية صحية لهم.

هذه الوثيقة نتاج سلسلة طويلة من العمل المضني، والجهد، والوقت، والأبحاث والخبرات. لإرساء قواعد متينة، باشر البرنامج الوطني للصحة النفسية العمل على مسودّة استراتيجية وطنية أعدّتها معاً منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة العامة في عام 2011. تمّ تعديل هذه المسودّة بحسب الإطار الإقليمي للصحة النفسية، ثم تمّ تداولها مع ما يقارب 20 خبيراً محلياً وعالمياً للمراجعة. جُمِعت التعليقات والملاحظات ودُمجت في مسودّة ثالثة. عُقِد بعدها لقاء وطني لمناقشة الأهداف الإستراتيجية الخاصة بالمجموعات المعرّضة التي تمّ تحديدها، كالناجين من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الإجتماعي، الأقليات الجنسية، العاملات الأجنبيات في المنازل، الناجين من التعذيب وأسر المفقودين، وصدرت عن هذا اللقاء المسودّة الرابعة.

في نيسان 2015، عقد لقاء توافق وطني حول الإستراتيجية اعتُمدت خلاله الصيغة النهائية التي تتضمّن كل الأولويات الوطنية التي حدّدتها الجهات الفاعلة الأساسية، لتطلق في أيار 2015.

يسرّنا إطلاق هذه الوثيقة البالغة الأهمية، التي تجمع مساهمات ومداخلات جميع الجهات الفاعلة في الصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان في لبنان والتي سوف تدير دفّة إصلاح الصحة النفسية في البلاد للسنوات الستة القادمة.

أثني وأشيد بدور الدكتور ربيع الشمّاعي في تنسيق كافة هذه الجهود وأشكر كل من ساهم في إعداد هذه الوثيقة. نثق بأنّ هذا التعاون الذي أثمر هذه الإستراتيجية سوف يستمر لضمان تنفيذها مع الإلتزام والحماسة اللذين عهدناهما.

وليد عمار
مدير عام وزارة الصحة العامة

ملاحظة:
المصطلحات المشار اليها بخط عريض في وثيقة الاستراتجية قد تم تعريفها في قسم «تعريف بعض المصطلحات» في نهاية الوثيقة.

ا. استعراض عام

تشكل اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان واحدة من مسائل الصحة العامة ذات الأولوية وتُقاس أهميتها من حيث معدل الانتشار، والاعاقة، وعبء المرض ونسبة الوفيات. تشير منظمة الصحة العالمية منذ أكثر من عشر سنوات الى أن ما لا يقل عن 10% من السكان يعانون في أي وقت من الأوقات من الاضطرابات النفسية *(1)*. وفقاً لدراسة عبء المرض العالمي (Global Burden of Disease) لعام 2010 *(2)*، توازي اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان 183.9 مليون **سنة عمر معدلة حسب الاعاقة** (Disability Adjusted Life Years) في مختلف أنحاء العالم وتشكل ما يقارب 7.4% من إجمالي عبء المرض. إن مرحلة الانتقال الوبائي العالمي خلال العقود الماضية والتحول من الامراض الإنتقالية الى الأمراض غير الإنتقالية انعكسا ارتفاعاً إضافياً في عدد الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان التي تمثل حالياً 4 من الأسباب الرئيسية العشرة المُفضية الى الاعاقة في العالم *(1)*. يبيّن الجدول 1 تقسيم الأمراض ضمن فئة الاضطرابات النفسية كنسبة من **سنوات العمر المعدلة** حسب الاعاقة على الصعيد العالمي.

الجدول 1. النسبة من سنوات العمر المعدلة حسب الاعاقة على الصعيد العالمي ضمن فئة الاضطرابات النفسية (2010) *(2)*

الاضطراب	النسبة من سنوات العمر المعدلة حسب الاعاقة على الصعيد العالمي ضمن فئة الاضطرابات النفسية (2010)
اضطراب اكتئابي شديد	34.12
اضطرابات القلق	14.49
اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان	10.80
اضطرابات استخدام الكحول	9.53
الفصام	8.10
اضطراب ثنائي القطب	6.95
اضطرابات نفسية اخرى	16.03

من حيث معدل الوفيات، لاضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان صلة وثيقة بالانتحار، إذ يقدّر معدل الانتحار السنوي بما يناهز المليون حالة انتحار *(3)* حيث يُسجَل ما يفوق 75% من هذه الحالات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. هذا يوازي حالة وفاة واحدة ناجمة عن الانتحار كل 40 ثانية. بالتالي، يحتلّ الانتحار المرتبة الثانية كسبب رئيسي للوفاة في فئة الاشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و29 عاماً (عند الجنسين) *(3)*.

إنّ اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان مرتبطة بالوصول إلى خدمات رعاية صحية ما دون المستوى الأمثل، وبمعدلات علاج متدنية، وبالتزام ضعيف بالعلاج، وبتضاعف السلوك المتهور فضلاً عن الوصمة والتمييز *(1)*. ويتعاظم هذا الامر في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل حيث نجد 80% من عبء المرض العالمي الناجم عن اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان في هذه المناطق *(4)*. وتقدّر الفجوة العلاجية المتصلة باضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان بـ 76.3-85.4% في البلدان الأقل نمواً *(5)*، مما يعني أن ما يعادل أربعة من أصل خمسة أشخاص في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل الذين يحتاجون الى خدمات الصحة النفسية لا يحصلون عليها.

بالنسبة الى منطقة شرقي البحر الأبيض المتوسط، تعتبر اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان شائعة إذ أن معدلات الكرب النفسي تتراوح بين 15.6% و35.5%، وترتفع هذه المعدلات في البلدان التي تمرّ بحالات طوارئ معقدة *(6)*. إن الاضطرابات الأكثر شيوعاً في المنطقة هي الاكتئاب والقلق. إن فقدان ما يوازي 12% من سنوات العمر المعدلة حسب الاعاقة في المنطقة يمكن أن ننسبه الى اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان. وتُقَدّر الفجوة العلاجية الإجمالية المتصلة باضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان بما يزيد عن 90%، وذلك بالاستناد الى مشروع أدوات تقييم أنظمة الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية (WHO-AIMS)[1].

ثمة عوامل خطورة متنوعة ترفع من خطر الاصابة باضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان، لاسيما الفقر، والنزاعات، والنزوح، والعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، ومستويات التعليم المتدنية والحالات الصحية الجسدية المزمنة *(7, 4, 1)*. بدورها، إن اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان تزيد الظروف الاجتماعية والاقتصادية تفاقماً، مما يولّد حلقة مفرغة من الفقر والمرض، تؤجّجها الوصمة والتمييز. ونظراً لتأثيرها الشديد على الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للأفراد والمجتمعات، خصّصت الجمعية العامة للامم المتحدة جلسة استثنائية في العام 2012 من أجل اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان *(8)*، محدّدة إياها كأولوية إنمائية عالمية.

1 WHO-Assessment Instrument for Mental health Systems (WHO-AIMS) هي أداة تقييمية لأنظمة الصحة النفسية. إنها أداة لجمع المعلومات الاساسية حول نظام الصحة النفسية تهدف الى توطيد هذا النظام وتحسينه. بحكم تعريفه يضم هذا الأخير كافة المنظمات والموارد التي تركز على تحسين الصحة النفسية. يشمل التقرير في منطقة شرقي البحر الأبيض المتوسط ١٤ بلداً في المنطقة قد أتمّ WHO-AIMS بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠٠٩.

II. في نطاق لبنان

أ. الاضطرابات النفسية في لبنان

تشكل الصحة النفسية مشكلة متصاعدة من مشاكل الصحة العامة. تشير أحدث الأدلة العائدة الى العام 2008 أن ما يناهز 4.6% من سكان لبنان قد عانوا من اضطراب نفسي شديد (بما في ذلك الاكتئاب والقلق) في السنة التي سبقت الدراسة *(9)*. إن ما يقارب 25.8% من السكان إختبروا على الاقل سمة واحدة من إضطراب نفسي[2] في حين أن 10.5% قد عانوا من اضطراب نفسي واحد في مرحلة ما من حياتهم. وقد شكل الاكتئاب الاضطراب الأكثر شيوعاً (مع نسبة انتشار مدى الحياة توازي 9.9%) *(9)*. سُجلت اضطرابات القلق لدى 16.7% من السكان واضطرابات المزاج لدى 12.6%. أما بالنسبة الى الانتحار فإن نسبة السكان الذين راودتهم الأفكار الانتحارية قد بلغت 4.3% في حين أن 2% أقدموا فعلاً على محاولة الانتحار *(10)*.

قليلون جداً هم الاشخاص الذين يعانون من أي نوع من الاضطرابات النفسية الذين سبق لهم أن تلقوا أي علاج متخصص. أما الذين سعوا للحصول على العلاج المتخصص فقد لوحظ تأخير هام يتراوح بين 6 أعوام و28 عاماً بين ظهور الاضطراب وبدء العلاج المتخصص *(9)*، مما يزيد العبء على الرعاية الصحية. وهناك نسبة كبيرة أخرى من السكان تقصد "المرشدين الروحيين" وقارئي الطالع من أجل الحصول على العلاج *(9)*. إن الانتشار المرتفع للاضطرابات النفسية والعمر المبكر لظهور المرض وفترات التأخر الطويلة قبل الحصول على العلاج كلها عوامل قد فاقمت عبء الاضطرابات النفسية، ذلك بالاضافة الى الطبيعة الحساسة والمحظورة للمسألة التي تعيق التبليغ المناسب عن الاضطرابات *(9)*.

فضلاً عن ذلك، إن الأفراد المعايشين أحداثاً متّصلة بالحروب هم أكثر عرضة لخطر الاصابة باضطراب نفسي (هم 3.1 مرات أكثر عرضة للاصابة باضطرابات المزاج ومرتان أكثر باضطرابات القلق) *(10)*. في الواقع، لقد تعرض نحو 70% من سكان لبنان لحالة حرب واحدة أو أكثر، 60% منهم أطفال ما بين 0-10 سنوات *(11)*، وحتى 38% من سكان لبنان كانوا نازحي/لاجئي حرب. إن تأثيرات التعرّض للحروب تراكمية وهذا شديد الوضوح في لبنان حيث الاضطرابات السياسية والصراعات المسلحة لا تنتهي *(12)*.

ب. اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان

معظم الدراسات التي أجريت في لبنان والمتصلة باستخدام المخدرات منذ العام 2003 تُجمع على تزايد استخدام المخدرات، بشكل خاص في فئة الشباب (15-24 عاماً). بناءً على تقييم سريع للوضع أجري في فئات متنوعة من سكان لبنان (في عام 2003)، تبيّن أن

2 بحسب تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders– ٤th edition) (DSM–IV) وهو من التصنيفات المعيارية للاضطرابات النفسية يستخدمه إختصاصيّو الصحة النفسية. وهو يضم ثلاثة مكونات رئيسية: (١) التصنيف التشخيصي، (٢) مجموعات المعايير التشخيصية و(٣) النص الوصفي.

استخدام المواد المسبّبة للإدمان يبدأ في سن مبكرة هي 9 سنوات ومتوسط عمر أول حالة سُكر هو 15 الى 17 عاماً *(13, 14)*. وأكثر المواد التي يميل الشباب لتجربتها هي الكحول والنيكوتين وفي مرتبة ثانية القنب (الحشيش/الماريجوانا)، وهذه المادة الأخيرة هي المخدر غير المشروع الأكثر استخداماً بين تلامذة المدارس الثانوية وطلاب الجامعات *(14)*. إن نصف عدد حالات الدخول الى المستشفى للعلاج يعود لاستخدام الهيروين. فضلاً عن أن نصف الاشخاص تقريباً ممن يستخدمون المواد المسبّبة للإدمان ويسعون للحصول على العلاج أو يخضعون للرعاية المؤسّساتية اعتادوا أيضاً حقن المخدرات وقد تمّ لحظ معدلات عالية من التشارك في الحقن . أما بالنسبة الى الفجوة العلاجية فيشار الى أن 2.1% من طلاب الجامعات و2.8% من تلامذة المدارس الثانوية فقط ذكروا أنهم سعوا للحصول على المساعدة المتخصصة من أجل مشاكل استخدام المواد المسبّبة للإدمان (باستثناء الكحول) وإن السبب الأكثر شيوعاً للامتناع عن السعي للحصول على العلاج هو عدم تحسّس الحاجة لذلك *(14)*.

ج. المجموعات المعرّضة[3] في لبنان

بعض المجموعات معرّضة بشكل خاص وتحتاج للمزيد من الانتباه والاهتمام في مجال اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان نظراً لكونها أكثر تحسّساً للوصمة أو التهميش وتسعى أقل من غيرها للحصول على الخدمات في مجال الصحة النفسية/استخدام المواد المسبّبة للإدمان. في لبنان، تضمّ المجموعات المعرضة الأشخاص في وضع معيق، الأطفال والمراهقين، الراشدين المتقدمين في السن، متلقي الرعاية التلطيفية، الأشخاص في السجون، الناجين من التعذيب وأُسَرهم، أُسَر المفقودين في الصراعات المسلحة والحروب، الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/السيدا، الناجين من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، أوساط المثليين والمثليات والمتحولين جنسياً والأقليّات الجنسية كافّة، العاملات الأجنبيات في المنازل، اللاجئين الفلسطينيين، والنازحين. يقدم الجدول 2 ديموغرافيا المجموعات المعرّضة الرئيسية المقيمة في لبنان.

3 نعني ب "المجموعات المعرّضة – Vulnerable Groups" المجموعات المعرّضة لاحتمال أعلى للإصابة **بالضغوطات النفسية** أو الإضطرابات النفسية بسبب ظروفها. وذلك لا يعني بأن الأشخاص من هذه المجموعات يعانون بالضرورة من اضطرابات نفسية ولكننا أردنا الإضاءة على ضرورة التخطيط لدمجهم في الاستراتيجية وفي بعض الأحيان للإستجابة الى حاجاتهم الخاصة.

الجدول 2. المقيمون في لبنان

المقيمون في لبنان	عددهم	المصدر
المقيمون في لبنان باستثناء النازحين السوريين والفلسطينيين الذين يعيشون في المخيمات	4,232,381	حساب يستند الى الدراسة الوطنية للأحوال المعيشية للأسر لعام 2007 ويأخذ بعين الاعتبار حالات الوفاة والولادة المبلّغة لوزارة الصحة العامة *(15)*
• الراشدون المتقدمون في السن > 65 عاماً (9.6%)	406,309	حساب يستخدم الاحصاء الجديد للمقيمين لعام 2014 والنسبة المنصوص عنها في الدراسة الوطنية للأحوال المعيشية للأسر لعام 2007 *(15)*
• الأطفال < 15 عاماً (24.6%)	1,041,166	كما سبق
• المراهقون والشباب (15-24 عاماً) (19.5%)	825,315	كما سبق
• الأشخاص في وضع مسبب للإعاقة (2%)	84,648	حساب يستخدم الاحصاء الجديد للمقيمين لعام 2014 والنسبة المنصوص عنها في الدراسة الوطنية للأحوال المعيشية للأسر لعام 2004 *(16)*
الفلسطينيون الذين يعيشون في المخيمات	238,500 (من أصل 449,957 مسجلين في لبنان)	وكالة الامم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين *(17)*
النازحون السوريون	1,172,753	المفوضية السامية للامم المتحدة لشؤون اللاجئين الفلسطينيين *(18)*
العاملات الأجنبيات في المنازل	> 250,000	منظمة العمل الدولية *(19)*
الأشخاص المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/السيدا	1,780 (تراكمي)	البرنامج الوطني لمكافحة السيدا *(20)*
الأشخاص في السجون	~ 6,000 (لدى التعداد في لحظة محددة في الزمن) 11,958 (خلال 2014)[4]	وزارة العدل، شهر تموز 2015 (المسجونون بما في ذلك الموقوفون والمحكومون) *(21)*
أُسَر المفقودين في الصراعات المسلحة والحروب	~ 3,500 اسم مسجل لدى اللجنة الدولية للصليب الاحمر > 17,000 مبلّغ عن اختفائهم للشرطة[5]	تقرير اللجنة الدولية للصليب الاحمر *(22)*

4 في العام ٢٠١٤، بلغ العدد التراكمي للأشخاص في السجون ١١,٩٥٨، الا أن نصفهم تقريباً (~ ٦,٠٠٠) متواجد في السجن في أي وقت كان.
5 هذا الرقم مبلّغ الى الشرطة ولكن في غياب أية تحقيقات، لذا فهو يعتبر مضخماً.

1. الاشخاص في وضع معيق[6]

تتضمن هذه المجموعة الأشخاص في وضع مسبب للإعاقة النفسية والجسدية، في الفئات العمرية كافة، وتمثل 2% من المقيمين في لبنان. إن التعايش مع إعاقة يؤدي الى تضاؤل فرص الحصول على عمل أو التعلم *(23)*.

2. الأطفال والمراهقون

تشير بيانات المسح الصحي العالمي للمدارس (Global School Health Survey) الى أن نحو 15.2% من التلامذة تراودهم أفكار إنتحارية خطيرة، 11.6% وضعوا خطة تتعلق بكيفية إقدامهم على محاولة الانتحار و13.8% أقدموا فعلاً على محاولة الانتحار مرة أو أكثر خلال السنة التي سبقت بدء المسح *(24, 25)*. وتدل البيانات الحديثة في بيروت (2012) على أنه تمّ تشخيص اضطراب نفسي لدى حوالي 26.1% من المراهقين في عمر 11 الى 17 عاماً *(26)*؛ ومن بين اولئك الذين شُخّصت إصابتهم بحالات نفسية، سُجّل أن 6% منهم فحسب يسعون للحصول على المساعدة.

إن نتائج المسح الصحي العالمي للمدارس لعام 2011 تبيّن أن 5% من التلامذة الذين تتراوح أعمارهم بين 13-15 عاماً سبق لهم أن استخدموا المخدرات مقارنة بـ 3.5% في العام 2005 *(24, 25)*. والمقلق في الأمر أن ما يقارب نصف اولئك الذين سبق لهم أن استخدموا المخدرات فعلوا ذلك قبل سن العشر سنوات. أما بالنسبة الى استخدام الكحول فإن نحو 28.5% من التلامذة قد تناولوا على الأقل مشروباً كحولياً واحداً في الأيام الثلاثين الماضية *(25)* مقارنة بـ 19.5% في العام 2005 *(24)*. نحو 87% من التلامذة الذين سبق لهم أن تناولوا المشروبات الكحولية، قد تناولوا مشروبهم الأول قبل سن الرابعة عشرة. وتصل نسبة التلامذة الذين أصيبوا بالآثار الضارة لاستخدام الكحول، مثل الصداع الناتج عن الإفراط في شرب الكحول ، الشعور بالاعياء، الوقوع في المشاكل أو التغيّب عن المدرسة على الأقل مرة واحدة في حياتهم، إلى حوالي 17% *(25)*.

3. الراشدون المتقدمون في السن

شكل الراشدون المتقدمون في السن (65 عاماً وأكثر) 9.6% من سكان لبنان في العام 2007 *(15)* ومن المتوقع أن يبلغ عددهم 10.2% في العام 2025 *(27)*. ضمن هذه الفئة، يعاني 9.3% من الأشخاص من اضطراب المزاج وتراود 3% منهم الأفكار الانتحارية *(28)*. في المناطق المحرومة المحيطة ببيروت، يُسجّل الاكتئاب لدى واحد من بين أربعة أشخاص مستجيبين عمرهم فوق الستين *(29)*. في بيروت وجبل لبنان، بلغت نسبة الأشخاص الذين يعانون من الخرف 10.5% ضمن عيّنة من المشاركين تمّ اختيارهم بشكل عشوائي *(30)*. كما لوحظ انتشار الخرف بنسبة 60% بين نزلاء إحدى دور المسنين حيث يعاني 49.2% من اولئك المرضى من أشكال حادة من الخرف *(31)*.

6 لقد تم إختيار هذه التسمية لأن التعاريف المتداولة في اللغة العربية لا تعبر عن المفهوم الذي نود ايصاله، و هو أن الإعاقة ناتجة عن عدم إستجابة موارد المحيط لحاجات الشخص، و بذلك نعني أن الإعاقة ليست مرتبطة بالشخص و لكن مرتبطة بعدم ملاءمة موارد المحيط.

4. متلقو الرعاية التلطيفية

في دراسة نوعية تناولت اللبنانيين المصابين بالأورام الذين يتلقون الرعاية التلطيفية، تبيّن أن الشكاوى الرئيسية لاولئك المرضى هي الضيق الناتج عن الشعور بالاعتماد على الغير وفقدان السيطرة على حياتهم بالاضافة الى الخوف من الألم والقلق على أفراد الأسرة *(32)*.

5. الأشخاص في السجون

نظراً للظروف البائسة السائدة في معظم السجون اللبنانية، فإن الصحة الجسدية والنفسية للنزلاء في خطر. في سجن رومية، ثلث النزلاء تقريباً مسجونون بسبب جرائم متصلة بالمخدرات *(33)*، ونحو 65.1% من النزلاء عانوا من الإدمان خلال حياتهم *(14)*. وغالبيتهم لم يشعروا يوماً بالحاجة للحصول على العلاج في حين أن الثلث فقط منهم سبق لهم أن سعوا للحصول على العلاج من أجل اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان (بشكل رئيسي الهيروين). بالاستناد الى الإحصاءات الصحية الوطنية لعام 2012، إن المرض المزمن الأكثر شيوعاً بين النزلاء هو الاكتئاب *(34)*.

6. الناجون من التعذيب وأُسَرهم

إن نتائج التعذيب تتخطى الألم الجسدي لتشمل أعراضاً مثل الأفكار أو الذكريات التطفلية، القلق الحاد، الأرق، الكوابيس، الاكتئاب وفقدان الذاكرة وفي حالات كثيرة اضطراب ما بعد الصدمة (Post-Traumatic Stress Disorder) *(35)*. بيّنت الأبحاث التي تناولت 135 ناجياً من التعذيب والاحتجاز التعسفي أن الحاجات الرئيسية ناجمة عن مشاكل ذات طابع نفسي وهذا العبء قد منع إعادة اندماج الناجين في المجتمع *(36)*.

7. أُسَر المفقودين في الصراعات المسلحة والحروب

يشكل الضيق العاطفي العبء الرئيسي الذي يواجه أُسر المفقودين بالاضافة الى الصعوبة في التعامل مع الغموض الذي يحيط بمصير اولئك الأشخاص. كثيرون فُقدوا منذ ما يزيد عن الاربعين عاماً بسبب الحرب والصراعات المسلحة وتعاني أُسر اولئك الأشخاص بغالبيتها من الصداع، ومشاكل في النوم، والتوتر العصبي، والقلق المفرط، والارهاق العام والتعاسة *(22)*.

8. الأشخاص المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/السيدا

تنتشر الاضطرابات النفسية – في الغالب الضيق النفسي والاكتئاب والانتحار – بين الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/السيدا بشكل أكبر بكثير مما هي عليه بين عامة الناس، وتتركز الحالات بشكل كبير ضمن الفئات المعرّضة والمهمّشة والموصومة مثل مستخدمي المواد المسبّبة للإدمان والاشخاص في السجون *(37)*؛ ذلك فضلاً عن فقدان أسرهم والدعم الاجتماعي وأصدقائهم. ويزداد وضع الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/السيدا سوءاً بسبب الوصمة التي يواجهونها والوصول المحدود الى العلاج *(37)*. في لبنان، يتلقى حالياً نحو 900 شخص

متعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/السيدا العلاج المجاني بالمضاد للفيروسات الارتدادية (بناء على معايير الأهلية) من خلال البرنامج الوطني لمكافحة السيدا *(20)*. وهم أكثر عرضة للاضطرابات النفسية المتصلة **بالعلاج المضاد للفيروسات الارتدادية** مما يضعف التزامهم بتناول الأدوية. إنها حلقة مفرغة من المرض حيث أن المرض النفسي بدوره يُضعف من إمكانية تلقي العلاج المضاد للفيروسات الارتدادية *(37)*.

9. الناجون من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي

العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي هو عنف موجّه ضد شخص على أساس النوع الاجتماعي ويشمل مثلاً الاغتصاب والاعتداء الجنسي والعنف المنزلي، وغيرها *(38)*. الناجون معرضون بشكل أكبر لخطر الاصابة بالاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة والقلق *(39)*. إن العنف الجنسي والأشكال الأخرى من العنف القائم على النوع الاجتماعي ملحوظ أكثر وأكثر في ظروف الطوارئ المعقدة. إن الأبحاث التي أجريت منذ العام 2000 تبيّن أن 35% من النساء اللواتي يقصدن مراكز الرعاية الصحية في لبنان قد تعرضن للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي *(40)*.

10. أوساط المثليين والمثليات والمتحولين جنسياً وكافّة الأقليّات الجنسية

إن التصنيف الدولي للأمراض (International Classification of Disease) (في طبعته العاشرة)، من بين أنظمة تصنيف عديدة، أزال عن المثلية الجنسية صفة الاضطراب النفسي *(41)*. في العام 2013، أعلنت جمعية الطب النفسي اللبنانية (Lebanese Psychiatric Society) وجمعية علم النفس اللبنانية (Lebanese Psychological Association) أن المثلية الجنسية ليست اضطراباً نفسياً ولا تحتاج للعلاج *(42)*. الا أن الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالمثلية الجنسية وسوء المعاملة التي تجابه بها أوساط المثليين والمثليات والمتحولين جنسياً وكافّة الأقليّات الجنسية لا تزال قائمة، لاسيما وأن التفسير الشائع للقانون اللبناني يربط هذا النوع من التوجه الجنسي بالجريمة. وكآلية تكيّف، يلجأ بعض أعضاء هذه الأوساط الى أشكال متنوعة من التجنب الاجتماعي أو الانسحاب في حين أن بعضهم الآخر يصف استخدام المواد المسبّبة للإدمان (خاصة الكحول) كطريقة أخرى للتكيّف *(43)*.

11. العاملات الأجنبيات في المنازل

كثيرات من العاملات الأجنبيات في المنازل في لبنان كُنّ ضحايا ظروف عمل قاسية، وساعات عمل طويلة، ورواتب ضئيلة أو منعدمة، وتعرّضن في العديد من الحالات للاساءة اللفظية بل الجسدية، مما ترك تأثيرات سلبية على صحّتهن الجسدية والنفسية. وقد انعكس ذلك ارتفاعاً في عدد حالات الدخول لعاملات المنازل الأجنبيات الى مستشفيات الأمراض النفسية في السنوات الأخيرة *(44)*. فضلاً عن أن بيانات عام 2008 تظهر أن ما يقارب عاملة منزل أجنبية واحدة تُقدم على الانتحار كل أسبوع في لبنان *(45)*.

12. اللاجئون الفلسطينيون

تواجه كافة مخيمات اللاجئين الفلسطينيين الرسمية الاثنتي عشرة في لبنان مشاكل جدية تعود بمعظمها الى الحالة المستمرة من النزاع والاضطراب والظروف المعيشية البائسة التي تتسم بالاكتظاظ والبنية التحتية الاساسية غير الملائمة *(46)*. من مجموع الأشخاص الحاصلين على الرعاية الطبية في مخيم برج البراجنة، يصيب الاكتئاب ما يقارب ثلث عددهم ويعاني 22% منهم من القلق و14% من الذهان *(47)*.

13. النازحون

بلغ عدد النازحين السوريين المسجلين في لبنان حتى تموز 2015 حوالي 1,200,000 نازح *(18)*. ويُقدَر أن يكون عدد النازحين السوريين الأكثر تأثراً نحو 300,000، 60% منهم نساء وأطفال. بالاضافة الى تعرض هذا المجتمع سابقاً لأحداث أليمة مرتبطة بالحرب والصراعات *(48)*، تواجه غالبيته حالياً مشقات متنوعة تتصل بالنزوح، والافقار، وخسارة المنزل/أشخاص عزيزين والنقص في الوصول الى الخدمات الأساسية. فضلاً عن ذلك، يُلحظ تزايد العنف المنزلي *(48)*. منذ كانون الثاني 2014، تمّ تشكيل فريق عمل يُعنى بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، ترأسه وزارة الصحة العامة وتتشارك في رئاسته منظمة الصحة العالمية واليونيسف، بهدف تنسيق تدخلات مختلف الجهات الفاعلة التي تقدّم الرعاية للنازحين السوريين.

د. لمحة عامة عن نظام الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان

سيقدم القسم التالي عرضاً سريعاً لنظام الصحة العامة في لبنان وسيناقش خدمات الصحة النفسية: (أ) **الرعاية الصحية الأولية**؛ و (ب) خدمات الإستشفاء؛ الخدمات في مجال استخدام المواد المسبّبة للإدمان؛ والموارد البشرية. وسيعطي هذا القسم أيضاً فكرة عن الأبحاث الوطنية بشأن الصحة النفسية، القوانين والتشريعات، التمويل ودور وسائل الاعلام.

1. استعراض للنظام الصحي في لبنان

يتّسم النظام الصحي في لبنان بشدة التجزئة، فهو يشمل قطاعاً خاصاً مهيمناً، قطاع منظمات غير حكومية نشيطاً جداً، وقطاعاً عاماً يعمل منذ العقدين الماضيين على استعادة دوره القيادي والتنظيمي بشكل تدريجي. بالتالي إن الخصائص الرئيسية للنظام الصحي اللبناني تشمل القطاع الخاص والقطاع العام ومزيج من القطاعين الخاص والعام. لقد تمّ تطوير شبكة خدمات واسعة النطاق كجزء من استراتيجية **الرعاية الصحية الأولية** التي تمّت مراجعتها عام 2004. أقامت هذه الاستراتيجية الروابط بين القطاعين العام والخاص من خلال المنظمات غير الحكومية والهيئات المحلية القائمة. من أصل ٩٢٠ مركزاً (مراكز رعاية صحية أولية ومستوصفات) تديرها إما وزارة الصحة العامة، أو وزارة الشؤون

الاجتماعية، أو البلديات، أو المنظمات غير الحكومية، يلتحق نحو ٢٠٠ مركز رعاية صحية أولية[7] بشبكة الرعاية الصحية الأولية لوزارة الصحة العامة وتقدم هذه المراكز رزماً متنوعة من الخدمات الصحية.

بمجموع 172 مستشفى خاصاً *(49)* توفر نحو 10,200 سرير *(50)*، هناك وفرة زائدة من الأسرّة في القطاع الخاص مقارنة بقطاع استشفائي عام يستعيد عافيته يضم 28 مستشفىً عاماً *(51)* توفر حوالي 1,700 سرير *(50)*. يتّصف النظام الصحي أيضاً بوفرة من الأطباء ونقص في الممرضين/الممرضات وطاقم المساعدين الطبيين حيث تُقدّر الأعداد كالآتي؛ الأطباء: 100,000/320 شخص *(52)*؛ الممرضون/الممرضات 100,000/307 شخص *(53)*. معظم الموظفين المذكورين لا يحصلون على التدريب الملائم على تدخلات الصحة النفسية والتدخلات النفسية الاجتماعية. ولقد تمّ إرساء نظام اعتماد الجودة لمراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات.

مع الأزمة السورية المستجدّة، ارتفع مجموع السكان المقيمين بنسبة تزيد على 30% مما جعل من لبنان البلد المستضيف للعدد الأكبر من النازحين السوريين نسبة الى عدد سكانه *(54)*. لقد تركت هذه التغيرات الديموغرافية تأثيرات بالغة على الاقتصاد، والبنية التحتية، والوظائف، والصحة البيئية والخدمات الأساسية في لبنان. ولقد قدّر البنك الدولي أن عدد اللبنانيين الذين دُفعوا الى حالة الفقر قد بلغ ما يقارب 170,000 لبناني خلال فترة 2012-2014 (بالاضافة الى 1.2 مليون شخص يعيشون حالياً ما دون خط الفقر الأعلى) *(54)*. إن هذه المحتّمات الصحّية تركت تأثيرات جسيمة على النظام الصحي، الذي أرهقه تزايد استخدام الخدمات الصحية بنسبة 50% على مستوى الرعاية الصحية الأولية وبنسبة 35% على مستوى الإستشفاء ، فضلاً عن زيادة الطلب على خدمات الأمراض غير الانتقالية (لاسيما أمراض القلب والصحة النفسية) *(55)*.

2. خدمات الصحة النفسية

على غرار نظام الصحة العامة، إن خدمات الصحة النفسية تُؤمّن بالدرجة الاولى من قبل القطاع الخاص وهي تميل بمعظمها للرعاية المتخصصة إن كان على صعيد العيادات الخارجية أو الاستشفاء. وتقود وزارة الصحة العامة التحول الاستراتيجي نحو دمج الصحة النفسية ضمن **الرعاية الصحية الأولية**.

أ- الرعاية الصحية الأولية:

إن خدمات الصحة النفسية غير مدموجة بشكلٍ كامل في معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستوصفات. تتراوح الخدمات من توفير **الأدوية النفسية** إلى تقديم إستشارة متخصصة في البعض القليل من المراكز. في العام ٢٠١٤، وكجزء من خطة وزارة الصحة العامة الرامية لدمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية، تلقّى موظفو خمسين مركز رعاية صحية أولية ضمن شبكة وزارة الصحة العامة (أطباء

7 إن المراكز المندرجة ضمن الشبكة خاضعة لوزارة الصحة العامة بموجب اتفاق تعاقدي من أجل توفير خدمات صحية، لاسيما: صحة الطفل والتلقيح، الصحة الانجابية، صحة الفم، علاج الامراض الشائعة، الكشف المبكر للأمراض غير الانتقالية، الأدوية، التوعية الصحية والصحة البيئية. كما تستفيد من بناء القدرات والدعم بموجب البرامج الصحية القائمة. ويستفيد ٢٥٠ مركزاً إضافياً (من خارج شبكة وزارة الصحة العامة) من أدوية الأمراض المزمنة التي تدعمها وزارة الصحة العامة.

عامون، ممرضون وممرضات وعاملون اجتماعيون) التدريب على تقييم، إدارة وإحالة حالات الصحة النفسية باستخدام دليل تدخلات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية[8] (mental health Gap Action Programme – Intervention Guide).

إن توفير خدمات الصحة النفسية في الرعاية الخارجية يتمّ بشكل رئيسي من خلال العيادات الخاصة التي تضم أطباء الصحة النفسية واختصاصيين في علم النفس العيادي. وفي حالات قليلة، يعمل عدّة اختصاصيي صحة نفسية ضمن فريق متعدد الاختصاصات بهدف توفير الخدمات، بشكل رئيسي للأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم.

ب– الإستشفاء:

تتوفر في لبنان حالياً ثمانية أجنحة أمراض نفسية (في المستشفيات العامة) تقدّم خدمات الصحة النفسية وهذا يعادل ما يقارب 1.5 سريراً للصحة النفسية في المستشفيات العامة لكل 100,000 شخص *(56)*.

بالاضافة الى ذلك، هناك خمسة مستشفيات أمراض نفسية ناشطة في لبنان توفر نحو 28.52 سريراً لكل 100,000 شخص *(56)*.

3. الخدمات الموجّهة للاشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان

إن منظمات غير حكومية عديدة في لبنان قد نشطت في معالجة المسائل المتصلة باضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان من خلال مجموعة متنوعة من التدخلات مثل الوقاية **وإعادة التأهيل** والامتناع والحد من الضرر. في مجال الوقاية من استخدام المواد المسبّبة للإدمان، يتمّ إنفاذ مقاربات عديدة **كتعليم المهارات الحياتية**، **التثقيف بواسطة الأقران**، العروض الجوالة وحملات التوعية العامة. الأسرّة المخصصة **لإزالة السموم** في المستشفيات العامة والخاصة قليلة. أما بالنسبة الى **إعادة التأهيل** فإن المنظمات غير الحكومية توفر هذه الخدمة في المؤسسات الايوائية أو في العيادات الخارجية ولها قدرة استيعابية محدودة لعدد المستفيدين. وتبقى الخدمات في مجال الحد من الضرر محدودة، تتراوح من **العلاج ببدائل الافيون**، وحملات التوعية بشأن القيادة تحت مؤثر، **ومراكز إستقبال نهاري (Drop–in centre)**، **وبرامج تبادل الابر والحقن**، والعمل الميداني، الى خدمات التثقيف الهادفة لتقليص السلوك المتهور.

4. الموارد البشرية

الأرقام أدناه هي بمثابة تقديرات للعدد الحالي للموارد البشرية المتخصصة الرئيسية العاملة في منشآت الصحة النفسية أو العيادات الخاصة *(56)*:

- 71 طبيب صحة نفسية؛ 1.26 لكل 100,000 شخص
- 193 اختصاصياً في علم النفس العيادي ؛ 3.42 لكل 100,000 شخص

8 إن دليل تدخلات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية هو دليل تدخلات موجّه لاتخاذ القرارات العيادية المتصلة باضطرابات الصحة النفسية ذات الأولوية لاسيما الاكتئاب، الذهان، الصرع، الاضطرابات النمائية والسلوكية لدى الأطفال والمراهقين، الخرف، اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان ، ايذاء الذات/الانتحار، الضغط النفسي وغيرها من الشكاوى الهامة العاطفية أو غير المفسرة طبياً. لقد طورته منظمة الصحة العالمية وأطلق في العام ٢٠١٠ للبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ولقد تمّ تكييف المواد التدريبية لبرنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية وفقاً للبيئة المحلية.

تركّز مدارس **العلاج النفسي** الرئيسية بشكل أساسي على التدخلات الطويلة الأمد في ظل غياب أية آلية إعتماد وطنية. ويبقى **التحليل النفسي** المدرسة الرئيسية للتدريب على **العلاج النفسي** إلا أن مدارس أخرى قد رأت النور مؤخراً مثل العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive and Behavioural Therapy)، علاج نفسي نظمي (Systemic Therapy) والتدخلات النفسية الجسدية (Psychosomatic interventions).

5. الأبحاث بشأن الصحة النفسية

لقد استهدفت الأبحاث بشأن الصحة النفسية في لبنان خلال العقد الماضي بشكل رئيسي انتشار الأمراض، الآثار الجانبية للأدوية/العلاج، أدوات التشخيص، مختلف الأمراض والحالات النفسية المرتبطة بها بالاضافة الى الأخلاقيات، المفاهيم/الوصمة والعوامل المحددة للأمراض، وقد شملت الراشدين والأطفال والمراهقين. أما بالنسبة الى استخدام المواد المسببة للإدمان فقد تركزت الأبحاث بالدرجة الاولى على استخدام الكحول. قليلة هي الدراسات التي تطرقت الى خدمات الصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان (بما في ذلك السياسات والخطط والبرامج).

6. التشريعات

إن أحدث مرسوم إشتراعي يتعلق بالصحة النفسية (رقم 72) *(57)*، الذي تمّ سنّه في العام 1983، يركّز على تنظيم رعاية المرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية وعلاجهم وتأهيلهم فضلاً عن حماية حقوقهم وحقوق أُسَرهم. وهو ينظّم مسائل الوصاية على الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية ويسهّل وصول المجموعات الأكثر عرضة لمثل هذه الاضطرابات الى الرعاية الاستشفائية. وينص هذا القانون على إنشاء جهاز اداري يُعنى بالصحة النفسية تديره وزارة الصحة العامة ويعمل على مراقبة وإنفاذ سياسات الصحة النفسية في لبنان والاشراف على خدمات الصحة النفسية والإجراءات العلاجية داخل المنشآت الصحية.

تتمّ حالياً مراجعة هذا المرسوم الإشتراعي لمعالجة بعض المسائل الرئيسية مثل الوصول الى الرعاية الصحية النفسية المجتمعية المجانية، ومعايير ونظم الادخال القسري الى المستشفيات وأصول عمل الجهاز الاداري المعني بالصحة النفسية بالاضافة الى نظام اعتماد الجودة للمنشآت الصحية وآليّة ترخيص لاختصاصيّي الصحة النفسية. كما تضيف هذه المراجعة بعض الأحكام المتعلقة بتسهيل إنشاء جمعيات المرضى والجمعيات الأُسرية ومجموعات الدعم. فضلاً عن ذلك، تُحدد المساءلة والعقوبات الجنائية لخرق القانون. لقد اقترحت جمعية علم النفس اللبنانية قانوناً لتنظيم مهنة اختصاصيي علم النفس العيادي واقترحت نقابة المعالجين النفسيين قانوناً آخر لتنظيم مهنة المعالجين النفسيين.

إن قانون استخدام المواد المسببة للإدمان (رقم 673) *(58)* الذي تمّ سنّه في العام 1998 وتعديلاته تتعلّق بالمخدرات والمؤثرات العقلية والسلائف. وهو يركز على خفض العرض، والأحكام الجزائية، والهيئات الادارية والتعاون الدولي من أجل مكافحة المخدرات. ويصنف هذا القانون استخدام المواد المسببة للإدمان على أنها جريمة تتروح عقوبتها من 3 أشهر الى 3 سنوات بالاضافة الى غرامة (المادة 127). ولقد أصبح النظام القضائي مؤخراً

قادراً على إحالة شخص موقوف بتهمة استخدام المواد المسببة للإدمان الى لجنة وزارية تُخيّر الشخص بين إعادة التأهيل أو السجن، لاسيما إذا كان هذا التوقيف الأول عن الجريمة المعنية.

على الرغم من إصدار مراسيم عديدة للحدّ من بيع **مزيلات القلق والمهدئات**، الا أنه يبقى من السهل الوصول إلى بعض الادوية التي يمكن الإدمان عليها. في العام 2010، سمح قرار وزاري بتوفير **البوبرينورفين** (Buprenorphine) للأفراد الذين يستخدمون الهيروين تحت إشراف صارم من طبيب الصحة النفسية ومتابعة وثيقة من قبل فريق صحة نفسية متعدد الاختصاصات.

على الرغم من أن المرسوم الإشتراعي المتعلق بالصحة النفسية (رقم 72) *(57)* ينص على حماية حقوق المرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية بشكل عام، الا أن حقوق المريض مفصّلة في قانون مستقل (رقم 574) *(59)* تمّ سنّه في العام 2004. ينصّ هذا الأخير على حق المريض (أو الممثل عنه) في الحصول على المعلومات الطبية والإطّلاع بشكل مباشر على الملف الطبي، وفي الموافقة على الاجراء العلاجي، وفي احترام حياته الشخصية وخصوصيته.

7. التمويل

على الرغم من الأنظمة التمويلية المختلفة في لبنان (الجدول 3)، يبقى نصف السكان تقريباً، باستثناء النازحين السوريين والفلسطينيين المقيمين في المخيمات (الذين تغطيهم مفوضية الأمم المتحدة العليا لشؤون اللاجئين والأونروا على التوالي) من دون تغطية صحية. بالنسبة الى تلك الفئة من السكان، تغطي وزارة الصحة العامة الاقامة في المستشفى والادوية الباهظة الثمن من خلال برنامج الامراض الكارثية ولقد التزمت الوزارة مؤخراً من خلال مشروع التغطية الصحية الشاملة (Universal Health Coverage) بمجموعة من الخدمات المسبقة الدفع الواجب إسداؤها للبنانيين الأكثر عرضة للأذى. معظم الأنظمة التمويلية تنصّ على مشاركة جزئية للتكاليف. فضلاً عن ذلك، إن عبء **الانفاق مباشرة من المواطنين** (Out-of-pocket expenditure) يبقى المصدر الأكبر للانفاق الصحي في لبنان على الرغم من أن وزارة الصحة العامة قد نجحت في تخفيضه من 60% في العام 1998 الى 38% في العام 2012. بالاضافة الى أن الانفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي قد انخفض من 12.4% الى 7.2% *(60, 34)*.

الجدول 3. توزيع العاملين بحسب الإستفادة من التأمين الصحي

الإستفادة من التأمين	نوع التأمين	النسبة المئوية
	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	26.7
	تأمين خاص	11.5
	الجيش وقوى الأمن	8.3
	تعاونية موظفي الدولة	5.0
	نوع آخر (البلديات، الخ)	0.7
المجموع: المستفيدين		**52.2**
المجموع: غير المستفيدين		**47.8**

من مجموع الانفاق الصحي لوزارة الصحة العامة، 5% فقط مخصّص للصحة النفسية ومن هذه النسبة يُنفق النصف تقريباً (54%) على الإستشفاء *(56)*.

أما بالنسبة الى تغطية الصحة النفسية فإن معظم شركات التأمين الخاصة لا تغطي أية رعاية في هذا المجال. إن الأنظمة التمويلية الأخرى كافة تغطي استشارات طبيب الصحة النفسية وأدوية الصحة النفسية والإستشفاء مع تفاوت على عدّة صعد من حيث شمولية ومدى مستوى التغطية عبر مختلف الأنظمة.

أما بالنسبة الى الرعاية المرتبطة باستخدام المواد المسبّبة للإدمان فتتولاها بشكل رئيسي وزارتا الصحة العامة والشؤون الاجتماعية.

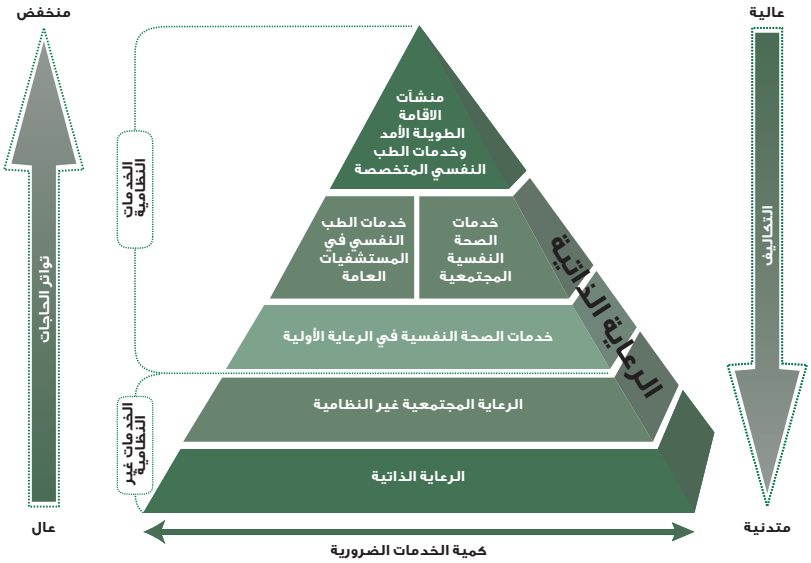
8. وسائل الاعلام

يمكن لوسائل الاعلام أداء دور جوهري في تقليص الوصمة وتعزيز اكتشاف اضطرابات الصحة النفسية وسوء استخدام المواد المسبّبة للإدمان، وعلاجها والوقاية منها عبر توفير منصة لإيصال الرسائل المتعلّقة بالصحة والقائمة على الدلائل العلمية. ولكن حتى اليوم، لا تعتمد وسائل الاعلام في لبنان أية استراتيجية محددة لمقاربة مسائل الصحة النفسية على الرغم من أن بعض الصحافيين قد أعربوا عن درجة عالية من الاهتمام في أن يصبحوا مصدراً هاماً للمعلومات العامة وفي العمل على تقليص الوصمة. وقد أطلقت بعض هيئات القطاع الخاص في السنوات القليلة الأخيرة عدداً محدوداً من الحملات تناولت مسائل معينة مثل الوصمة والانتحار وسوء استخدام المواد المسبّبة للإدمان. ولقد تطرقت البرامج التلفزيونية أيضاً الى بعض المسائل المتعلقة بجوانب محددة من الصحة النفسية وسوء استخدام المواد المسبّبة للإدمان بدرجات متفاوتة من المراعاة والدقة، مع نتائج متنوعة ومتضاربة.

هـ. الفرص والتحديات الرئيسية

تبقى الوصمة تحدياً رئيسياً في وجه الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان وهي تطال جوانب الرعاية كافة وتولّد التمييز، مما يؤثر سلباً في عملية تطوير وتوفير واستخدام الخدمات. وإن المستويات المتدنية من الوعي لدى المواطنين بشأن اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان والعلاجات ذات الصلة تؤدي الى عدم تحسّس الحاجة للحصول على الرعاية المتخصصة المناسبة فضلاً عن المفاهيم الخاطئة بشأن العلاج. وتزيد وسائل الاعلام الأمر سوءاً بنشرها المعلومات المتفرقة التي لا تستند دوماً الى الدلائل العلمية. وقد نتج عن النقص المزمن للتمويل وتوجّه التمويل نحو الرعاية العلاجية المرتكزة على الإستشفاء، شحٌّ في الموارد البشرية المتخصصة والخدمات التي تتركز بشكل أساسي في القطاع الخاص مما يؤدّي الى وصول محدود الى الرعاية. بالاستناد الى هرم تنظيم الخدمات لمنظمة الصحة العالمية (الشكل ا)، نلاحظ أن مستوى الخدمات في لبنان معكوس، أي أن قمة الهرم – الاستشفاء والرعاية المتخصصة – تحظى بالحصة الأكبر من التمويل في حين أن قاعدة الهرم – الرعاية الأولية والرعاية غير النظامية – تبقى مهملة. بالاضافة الى أن توفر الخدمات للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان يبقى محدوداً وفي الغالب مركزياً، في غياب أي نظام إحالة قائم لضمان استمرارية الرعاية.

الشكل 1. هرم تنظيم الخدمات[9] لمنظمة الصحة العالمية من أجل أفضل مزيج لخدمات الصحة النفسية *(61)*



9 تماشياً مع هرم تنظيم خدمات الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية، تبدأ خدمات الصحة النفسية بالرعاية الذاتية والرعاية غير النظامية اللتين يوفرهما الشخص لنفسه أو الشبكة التي ينتمي إليها والنظراء، وهي تتقاطع عبر مختلف مستويات الرعاية. يجب توفير خدمات رعاية الصحة النفسية النظامية من خلال خدمات الرعاية الصحية الأولية الواسعة الإنتشار ويجب تسهيل وصول المواطنين اليها بتكلفة معقولة. ويجب أن تبقى الرعاية الطبيّة النفسية المتخصصة في قمة الهرم.

على الرغم من أن القوانين الحالية المعنية بالصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان تحوي مكونات عديدة تنص على حماية المريض وتزويده بالرعاية الملائمة وأحكاماً تفيد بأن تتولى هيئات عديدة الاشراف على إسداء الرعاية، الا أن مستوى إنفاذ هذه المكونات يبقى ضعيفاً جداً وهيئات الاشراف لا تعمل على أكمل وجه، ذلك فضلاً عن المستويات المتدنية من وعي إختصاصيّي الصحة وعامة الشعب لهذه القوانين مما يعيق عملية الإنفاذ الجيد أكثر فأكثر (لاسيما على مستوى الجهات الفاعلة المنفذة مباشرة لهذه القوانين مثل القضاة والمحامين وضباط الشرطة). بعض مكونات هذه القوانين بحاجة للمراجعة، خاصة تلك المتعلقة بتجريم الاشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان، إذ يجب أن تركّز التدخلات على الحدّ من الضرر **وإعادة التأهيل** وإعادة الدمج في المجتمع بدلاً من فرض العقوبات.

إن قلّة الابحاث لاسيما الأبحاث (التنفيذية) المتعلقة بالخدمات وتنظيمها وفعاليتها لا تزال تشكل تحدياً رئيسياً أمام توفير المعلومات للتخطيط الاستراتيجي والتدخلات والتغيّرات في السياسات. إن إعادة توجيه التشريعات والسياسات والتمويل والخدمات نحو الرعاية المجتمعية الجيدة المستديمة، والراعية لحقوق الانسان والعالية المردود تستند الى الأبحاث الجيدة والمراقبة والاشراف والتقييم. إن التقييم الأخير لنظام خدمات الصحة النفسية (أدوات تقييم أنظمة الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية) يشكل حجر أساس للاجراءات ذات الأولوية في مجال رعاية الصحة النفسية. إن إنشاء نظام معلومات صحية قائم على المؤشرات سيكون أيضاً بمثابة أساس لمراقبة الصحة النفسية والاشراف عليها وسيسهل عملية التقييم.

إن ارتفاع عدد السكان المقيمين في لبنان من جرّاء الأزمة السورية أدّى الى إرهاق النظام الصحي. وعلى الرغم من أنه شكّل تحدياً هائلاً وقد أبرز الفجوة في الخدمات الصحية لاسيما في نطاق الصحة النفسية، الا أنه أتاح أيضاً الفرصة لتضافر الجهود. في الواقع، لقد دفع النقص في التمويل الجهات الفاعلة في المجال الانساني الى تنسيق منهجيّات العمل والاستناد الى النظام الصحي القائم وإعادة توجيه التدخلات نحو الرعاية الصحية الأولية.

> "إن حالات الطوارئ وعلى الرغم من الشدة والتحديات التي توجدها تشكّل مداخل لإحداث التغييرات في الرعاية الصحية النفسية."
>
> **منظمة الصحة العالمية، 2013** *(62)*

لقد شكل هذا الوضع حافزاً للتعاون بين الوزارات ووكالات الامم المتحدة والمنظمات غير الحكومية الدولية والمحلية ولتحريك الموارد باتّجاه الجوانب التنموية. ولقد سهّل هذا الامر أيضاً وجود تاريخ للتعاون الاستراتيجي بين وزارة الصحة العامة ومعظم الجهات الفاعلة في مجال الصحة النفسية فضلاً عن التزام وزارة الصحة العامة برأب الفجوة في مجال خدمات الصحة النفسية وإنشاء البرنامج الوطني للصحة النفسية داخل الوزارة.

إن الاجماع بين مختلف الجهات المعنية فضلاً عن الارادة السياسية هما القوتان المحفزتان على ارساء استراتيجية وطنية للصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان تهدف الى رأب الفجوة العلاجية، وتحسين الوصول الى رعاية ذات جودة ، تعزيز وحماية حقوق الانسان وتحسين الصحة النفسية من خلال وقاية وتعزيز وعلاج فعّالين.

أ- الرؤية

سينعم كل سكان لبنان بفرصة التمتع بأفضل صحة نفسية ورفاه ممكنين.

ب- الرسالة

تهدف هذه الاستراتيجية الى تطوير نظام مستدام للصحة النفسية يضمن توفير وإمكانية الوصول الشامل الى الخدمات العلاجية والوقائية العالية الجودة في مجال الصحة النفسية، من خلال نهج عالي المردود، مبني على الأدلة العلمية ومتعدد الاختصاصات، مع التشديد على إشراك المجتمع، إستمرارية الرعاية، حقوق الإنسان والثقافة المحلية.

ج- القيم والمبادئ التوجيهية

يتّبع البرنامج الوطني للصحة النفسية نهجاً يستند الى حقوق الإنسان في كل أنشطته، بما في ذلك الإستراتيجية الوطنية للصحة النفسية القائمة على مجموعة من القيم والمبادئ التوجيهية المنبثقة من الحقوق الإجتماعية، الثقافية، الإقتصادية، المدنية والسياسية. لذا، يسعى هذا البرنامج الى إحترام وتعزيز القيم والمبادئ التالية التي تشكّل أركان هذه الإستراتيجية:

الإستقلالية

سوف تضمن كافة الخدمات إحترام وتعزيز الإستقلالية والإكتفاء الذاتي لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية ومقدمي الرعاية لهم، من خلال الإنفتاح والصراحة في توفير المعلومات، والإحترام في التفاعل بين الأفراد، والتمكين والشراكة في التخطيط للخدمات وايصالها.

الكرامة

سوف يتمكن كافة الأشخاص الذين يعانون من الإضطرابات النفسية وأسرهم، فضلاً عن كافة موفّري الخدمات، من الحصول بشكل متساو على الفرص والخدمات وممارسات الرعاية المتوافقة مع مختلف إحتياجاتهم بحسب وضعهم الصحي. ولكن سوف يؤخذ بعين الإعتبار أيضاً النوع الاجتماعي، السن، الدين، الميل الجنسي، الوضع الإقتصادي والإجتماعي، الوضع القانوني، الموقع الجغرافي، اللغة، الثقافة أو غيرها من السمات الشخصية.

المشاركة

تشكل المشاركة الطابع الخاص لنظام الصحة النفسية العالي الجودة وآلية أساسية لضمان المساءلة. إنّ كل الجهات المعنية، بما في ذلك الأشخاص الذين يعانون من الإضطرابات النفسية وأسرهم، سوف يشاركون كمواطنين كاملي الحقوق في إعداد، وتشريع، وتطوير، وايصال وتقييم خدمات الصحة النفسية. ستستند المشاركة على مبدأ الاجماع، من خلال مقاربة مختلف وجهات النظر لبلوغ إجماع على ما هو لخير المجتمع بكامله.

التمكين

سيتم تمكين كل أصحاب الشأن، من خلال ضمان حقهم بالحصول على الخدمات المقبولة والمتيسّرة، بالإستقلالية وتقرير المصير، بأن يُعترَف بهم أمام القانون دون أي تمييز ومن خلال إلغاء وصمة الإضطرابات النفسية وضمان خدمات أكثر شمولية ومحترمة تُشرك المستخدم والمعيل/مقدم الرعاية. بشكل خاص، سيمارس كافة المستفيدين من خدمات الصحة النفسية قدراً مناسباً من التحكم بأحداث حياتهم، عبر التمتع بالقدرة على إتخاذ القرارات، والحصول على الموارد والمعلومات المناسبة وإمكانية إنتقاء ما يناسبهم من مجموعة الخيارات المتاحة.

المساءلة والنزاهة

سوف يُحافَظ، في كل الأوقات وعلى جميع المستويات، على درجة عالية من المساءلة في تطوير وإدارة النظام الوطني للصحة النفسية، لكل من تطاله قرارات وأعمال البرنامج، بما في ذلك الجهات المعنية الحكومية والمؤسساتية، من خلال الحفاظ على الشفافية واحترام سيادة القانون.

الجودة

سيُتمحور نظام الصحة النفسية بكامله حول الجودة. سوف يتم تأمين خدمات صحة نفسية عالية الجودة، متوافقة مع المعايير الوطنية والدولية الواضحة والصريحة، لكل الجهات المعنية وعلى كافة المستويات من خلال الممارسات المبنية على الأدلّة، وإعتماد نهج تنظيمي سريع الاستجابة، وتطوير كفاءات إختصاصيّي الصحة النفسية، والحفاظ على إمكانية الحصول وشمولية الخدمات واستمرارية الرعاية.

د- الأهداف ومجالات العمل

إن أهداف ومجالات عمل إستراتيجية وقاية، تعزيز وعلاج الصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان في لبنان 2015–2020 تتوافق مع خطة العمل العالمية في مجال الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية (٢٠١٣–٢٠٢٠) ومع إطار العمل المقترح للنهوض بخدمات الصحة النفسية في منطقة شرقي المتوسط.

تتطابق مجالات العمل مع نطاقات أداء أساسية تُخصَّص بموجبها الموارد لتحقيق الأهداف المحددة التي تتناول المسائل الهامة المستكشفة والرامية لتوطيد نظام الصحة النفسية في البلاد.

تمّ تحديد أهداف إستراتيجية لكلٍّ من مجالات العمل، هي بمثابة مقياس للأداء يتصّل بالعوامل الحاسمة لنجاح وتحقيق الأهداف المحددة.

المجال	الهدف
المجال الأول القيادة والإدارة	ترسيخ قيادة وإدارة فعّالتين في الصحة النفسية.
المجال الثاني إعادة توجيه خدمات الصحة النفسية والنهوض بها	تأمين خدمات صحة نفسية ورعاية إجتماعية شاملة، متكاملة وسريعة الاستجابة في أطر مجتمعية.
المجال الثالث التعزيز والوقاية	تطوير وتنفيذ إستراتيجيات تعزيزية ووقائية محورية تتعلق بالصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان.
المجال الرابع المعلومات، والأدلة والأبحاث	تكوين معرفة قائمة على الأدلة العلمية لاستثمارها في التخطيط للصحة النفسية وتطوير الخدمات من خلال نظام معلومات صحية فاعل وبحوث وطنية منسّقة.
المجال الخامس المجموعات المعرّضة	تحسين وصول كافة الأشخاص ضمن المجموعات المعرّضة للإضطرابات النفسية الى خدمات مُنصفة – وقائية وعلاجية – قائمة على الأدلة العلمية.

القيادة والإدارة

الهدف:
ترسيخ قيادة وإدارة فعّالتين في الصحة النفسية

المجال الأول: القيادة والإدارة

الهدف: ترسيخ قيادة وإدارة فعّالتين في الصحة النفسية

1.1 إدارة الصحة النفسية

سوف تتركّز التدخلات على:
– إنشاء دائرة مستدامة للصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان في وزارة الصحة العامة تؤمّن مقاربة منسقة ومتعددة القطاعات لوضع سياسة الصحة النفسية وتطويرها.

يتطلب ذلك إنشاء هيكلية إدارية مشتركة. تلتزم وزارة الصحة العامة بإنشاء دائرة وطنية للصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان لتسهيل ومراقبة تنفيذ إستراتيجية وقاية، تعزيز وعلاج الصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان في لبنان. ستتولى هذه الدائرة بالتعاون مع هيئات عامة أخرى ووزارات وقطاعات حكومية مختلفة – مثل الشؤون الإجتماعية، الإسكان، التربية والتوظيف/العمل، إضافةً إلى المنظمات المجتمعية، ووسائل الإعلام (الراديو، التلفزيون، الصحف) وشركاء ضمن المجتمع المدني والخاص – الإشراف على تطوير وإدارة السياسة والخطط والتشريع.

الأهداف الإستراتيجية:

1.1.1 إنشاء قسم أو دائرة للصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان في وزارة الصحة العامة، مزوّد بطاقم عمل ملائم وبموارد مالية مستدامة
1.1.2 تطوير خطة إستجابة لطوارئ الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي تراعي الأطفال والنوع الإجتماعي
1.1.3 تطوير إستراتيجية وطنية حول استخدام المواد المسببة للإدمان

1.2 التمويل

سوف تتركّز التدخلات على:
– تأمين الموارد المالية الكافية لتحقيق الأهداف الإستراتيجية للصحة النفسية/إضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان المنصوص عليها في هذه الوثيقة.

ستقوم وزارة الصحة العامة مع الحكومة وكافة الوزارات والجهات المعنية بمراجعة الميزانية الحالية بدقّة، وتعيد تخصيص الموارد وتسعى لإيجاد الموارد المالية لتأمين الميزانية اللازمة لإنفاذ أنشطة الصحة النفسية المذكورة في هذه الإستراتيجية.

وسوف يتمّ إعداد إستراتيجية واضحة لتمويل البرنامج. يمكن أيضاً تعبئة الموارد من خلال الهبات الدوليّة وتعديل الميزانية الحالية للصحة النفسية.

بالإضافة، إنّ خدمات الصحة النفسية كدمج برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية والربط ببرامج أخرى كبرنامج الأمراض غير الإنتقالية وبرامج صحة الأم لكشف وإدارة الإضطرابات النفسية الشائعة، سوف تشكّل جزءاً من حزمة التغطية الصحية الشاملة.

الأهداف الإستراتيجية:

1.2.1 مراجعة مخصّصات الموازنة لوزارة الصحة العامة للإنفاق على الصحة النفسية

1.2.2 دمج الاضطرابات النفسية ذات الأولوية حسب برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP priority conditions) ضمن الحزم الاساسية للحكومة: الصحية، الاجتماعية وحماية الطفل، وضمن مخططات التأمين الصحي الخاص.

1.3 التشريع وحقوق الإنسان

سوف تتركّز التدخلات على:

– سَنّ إطار عمل تشريعي للصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان بالتوافق مع حقوق الإنسان والمواثيق الدولية.

ستقوم وزارة الصحة العامة مع الحكومة وكافة الوزارات والجهات المعنية بمراجعة القوانين المتعلّقة بالصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان بالتشاور. سيشكل التشريع الجديد أداةً مجدية وفعّالة لتحسين أوضاع الأشخاص الذين يعانون من إضطرابات نفسية و/أو إستخدام المواد المسببة للإدمان ولضمان حمايتهم في وجه إنتهاكات حقوق الإنسان، بالإضافة إلى تعزيز الإستقلالية والحرية والحصول على الرعاية الصحية. سيتطرّق التشريع أيضاً الى المقومات التنظيمية لضمان جودة الرعاية وتطوير الخدمات، كوضع معايير لإجراءات تسجيل وترخيص مقدّمي الرعاية الصحية النفسية.

الأهداف الإستراتيجية:

1.3.1 إعادة النظر في كل القوانين والنظم القائمة المتعلّقة بالصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان

1.3.2 إعداد مقترحات القوانين اللازمة المتعلقة بالصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان

1.3.3 إقرار قانون الصحة النفسية لحماية الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية، الذي قامت وزارة الصحة العامة بمراجعته

1.4 وسائل الإعلام، التواصل والمناصرة

سوف تتركّز التدخلات على:

– تعزيز مستوى الوعي حول: البرنامج الوطني للصحة النفسية، المعرفة بشؤون الصحة النفسية والوصمة والتمييز.

– العمل مع كافة الجهات الفاعلة في الصحة النفسية بما في ذلك الأشخاص الذين يعانون من إضطرابات نفسية وأسرهم لمناصرة حقوقهم والمطالبة بتحسين الخدمات.

سيتولى البرنامج الوطني للصحة النفسية تطوير إستراتيجية تواصل في الصحة النفسية ستساعد على تحقيق تغطية إعلامية إيجابية، تغيير المواقف، رفع مستوى الوعي، توليد الدعم وتشجيع المساهمات المالية. سوف يقوم البرنامج الوطني للصحة النفسية أيضاً بنشر المعلومات عن الأنشطة التي ينظّمها. وسيتمّ أيضاً تطوير إستراتيجية مناصرة تهدف إلى محاربة الوصمة والتمييز، تمكين الأشخاص الذين يعانون من إضطرابات نفسية وأسرهم، ممارسة الضغط لتحقيق تغطية مالية أفضل لرعاية ومعالجة الإضطرابات النفسية وحماية حقوق الأشخاص المصابين بإضطرابات نفسية.

الأهداف الإستراتيجية:

1.4.1 تطوير إستراتيجية إعلامية وتواصلية

1.4.2 إنشاء آلية تعاون بين القطاعات تشمل كل الوزارات والجهات الفاعلة المعنية لتعميم الصحة النفسية في القطاعات الأخرى

1.4.3 تسهيل عملية إنشاء جمعيات مستقلّة لمستخدمي الخدمات ولعائلاتهم

1.4.4 تطوير إستراتيجية مناصرة تراعي الأطفال والنوع الإجتماعي وتتناول الوصمة والتمييز المتعلقة بإضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان

إعادة توجيه خدمات الصحة النفسية والنهوض بها

الهدف:
تأمين خدمات صحة نفسية ورعاية إجتماعية شاملة، متكاملة وسريعة الاستجابة في أطر مجتمعية

المجال الثاني: إعادة توجيه خدمات الصحة النفسية والنهوض بها

الهدف: تأمين خدمات صحة نفسية ورعاية إجتماعية شاملة، متكاملة وسريعة الاستجابة في أطر مجتمعية

2.1 تنظيم الخدمات

سوف تتركّز التدخلات على:

– إعادة توجيه الخدمات للنهوض بخدمات الصحة النفسية المجتمعية والمتكاملة لكل سكان لبنان، التي تركّز على وتتكيّف مع إحتياجات الناس من خلال **نهج يتمحور حول التعافي**.

سيتم تنظيم هذه الخدمات وفقاً لهرم أفضل مزيج خدمات الصحة النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO pyramid for optimal mix of services). سيعزّز هذا النموذج إمكانية وصول الأشخاص الى الخدمات وتحمّل تكاليفها، إضافةً إلى توفّرها وجودتها، من خلال تأمين الخدمات ضمن المجتمع بأقل قيود ممكنة. ستشمل هذه الخدمات ايجاد فرق مدرّبة ومتعدّدة الاختصاصات تشرف على **الرعاية الصحية الأولية**، وتشكّل مرجعاً للعناية المتخصصة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية. ويستلزم هذا الامر التنسيق بين كل مقدّمي الرعاية الصحية، لا سيّما وزارة الصحة العامة، وزارة الشؤون الإجتماعية، وزارة الداخلية والبلديات، المنظمات غير الحكومية المحلية والدولية التي تؤمّن و/أو تدعم تأمين خدمات **الرعاية الصحية الأولية**. كما يستوجب تنسيقاً فعّالاً بين الرعاية الصحية الأولية ومستويي الرعاية الثانوي والثالثي.

الأهداف الإستراتيجية:

2.1.1 دمج الصحة النفسية في مراكز **الرعاية الصحية الأولية ومراكز التنمية الإجتماعية**[10] التي تشكّل جزءاً من شبكة **وزارة الصحة العامة**

2.1.2 **تشكيل فرق مجتمعية متعددة التخصّصات** في **الصحة النفسية**

2.1.3 التعاقد مع المستشفيات العامة لتأمين أسرّة في **أجنحة الأمراض النفسية**

2.1.4 مراقبة مراكز الصحة النفسية بشكل منتظم لضمان حماية حقوق الإنسان، والطفل والمرأة بين الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية وفقاً **لمعايير الجودة ومعايير حقوق الانسان** المتوافقة مع المعاهدات والإتفاقيات الدولية التي وقّعتها/صدّقتها الحكومة اللبنانية بالإضافة إلى الدستور والقوانين المرعية الإجراء

2.1.5 إنشاء نظام إحالة يكون صلة الوصل بين كافة مستويات الرعاية، لا سيّما كافة المنظمات التي تتعامل مع المجموعات المعرّضة التي تم تحديدها في هذه الإستراتيجية[11]

2.1.6 تطوير معايير الأهلية للأشخاص الذين يقيمون في مستشفيات الأمراض النفسية بهدف اعادة دمجهم في المجتمع بحسب التوجيهات العالمية والتقييم الوطني

2.1.7 تكييف وتجربة برنامج الصحة النفسية الإلكتروني للمساعدة الذاتية في لبنان

2.2 الموارد البشرية

سوف تتركّز التدخلات على:

– تأمين الموارد البشرية المناسبة من أجل تقديم خدمات الصحة النفسية على كل المستويات وتنفيذ مكوّنات الإستراتيجية.

تلعب الموارد البشرية دوراً أساسياً في نجاح أي عملية إصلاحية للصحة النفسية، إذ أنّ توفير خدمات الصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان يعتمد بشدة على مهارات، ومعرفة وتحفيز من يقدّمها. يتطلب العمل بين القطاعات في مجال الصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان مشاركة المهنيين في وخارج قطاع الصحة والتنسيق بينهم. سيتمّ تنظيم دورات تدريبية تُصمَّم وفقاً لإحتياجات المهنيين في قطاع الصحة. أمّا المهنيون خارج قطاع الصحة فسيخضعون أيضاً للتدريب على الإجراءات التي يمكنهم القيام بها لتحسين الصحة النفسية لدى الأشخاص الذين يلتقونهم ويتعاملون معهم. سيتمّ إشراكهم في أدوار وأنشطة لتعزيز الرعاية الصحية النفسية وفقاً لنهج حقوق الإنسان.

10 مراكز التنمية الاجتماعية التابعة لشبكة وزارة الصحة العامة هي مراكز رعاية أولية تديرها وزارة الشؤون الاجتماعية.

11 نعني بالمجموعات المعرضة –Vulnerable groups- المجموعات المعرضة لاحتمال أعلى للإصابة بالضغوطات النفسية أو الإضطرابات النفسية بسبب ظروفها .وذلك لا يعني بأن الأشخاص من هذه المجموعات يعانون بالضرورة من اضطرابات نفسية ولكننا أردنا الإضاءة على ضرورة التخطيط لدمجهم في الاستراتيجية وفي بعض الأحيان الإستجابة الى حاجاتهم الخاصة.
للمزيد من التفاصيل، الرجاء الضطلاع الى القسم II-ج من هذه الوثيقة.

الأهداف الإستراتيجية:

2.2.1 تنفيذ خطة بناء القدرات المصمّمة للعاملين المتخصصين (أي مقدّمي الخدمات في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي) بالتوافق مع النهج المتعدد التخصصات، **والنموذج الحيوي النفسي الإجتماعي ونموذج التعافي**، على مختلف مستويات الرعاية وبالتعاون مع جميع الجهات الفاعلة المعنية

2.2.2 إعداد مشروع بناء قدرات مصمّم **للعاملين في مجال الصحة غير المتخصصين في مجال الصحة النفسية والعاملين في الرعاية/الحماية الإجتماعية** على مختلف مستويات الرعاية وبالتعاون مع جميع الجهات الفاعلة المعنية (نقابات، مجتمعات علمية، منظمات، إلخ)

2.2.3 إعداد مشروع بناء قدرات مصمّم للعاملين خارج قطاع الصحة (كالشرطة، المهن القانونية، القادة الدينيين، المعلمين، قادة المجتمع، إلخ) بالتعاون مع الوزارات والجهات الفاعلة المعنية

2.2.4 مراجعة مناهج الصحة النفسية الجامعية لاختصاصات الصحة والرعاية الإجتماعية وبرامج الدراسات الطبية العليا وتوجيهها نحو نهج متعدد الإختصاصات بالتوافق مع **النموذج الحيوي النفسي الإجتماعي ونموذج التعافي**، وبالتعاون مع المؤسسات الأكاديمية

2.3 تأمين الأدوية الأساسية وتوزيعها

سوف تتركّز التدخلات على:

– ضمان التوفير المستدام **لأدوية الصحة النفسية** المتّفق عليها في اللائحة الوطنية للأشخاص المصابين باضطرابات نفسية ودون أي تغطية صحية.

إنّ تأمين الأدوية المناسبة والفعّالة أساسي فهو يتيح للأشخاص المصابين باضطرابات نفسية فرصة عيش حياة نشطة ومثمرة ضمن مجتمعهم. سيتمّ استحصال الأدوية الفعّالة والمنخفضة الكلفة ذات الآثار الجانبية القليلة لتوزيعها على جميع المراكز الصحية على الأراضي اللبنانيّة بحيث يستفيد منها كل من يحتاجها عبر إستخدام شبكة وزارة الصحة العامة وعبر الحد من معدل سوء الإستخدام.

الأهداف الإستراتيجية:

2.3.1 مراجعة منتظمة **للائحة الأساسية للأدوية النفسية في الرعاية الصحية الأولية**

2.3.2 تأمين مستدام للأدوية النفسية الأساسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية عبر التقييم المنتظم للكميات التي تحتاجها المراكز

2.3.3 مراجعة لائحة **الأدوية النفسية الأساسية لوزارة الصحة العامة الموصى بها للوصف من قبل أخصائيين**

2.3.4 تطوير مبادئ توجيهية للوصفة الطبية المرشدة للأدوية النفسية

2.3.5 مراجعة لائحة وزارة الصحة العامة **للأدوية المحظورة**

2.4 تحسين الجودة

سوف تتركّز التدخلات على:

– التحسين المستمر لجودة الخدمات المتوفرة بالتوافق مع تدخلّات قائمة على الأدلّة العلمية، عالية المردودية ومناسبة ثقافياً.

يستلزم تحقيق رؤية الإستراتيجية إرساء جودة عالية في التطبيق وتأمين الخدمات، مما يعني أنّ التدخلات في الصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان سوف تقتصر على تلك المبنية على الأدلّة العلمية على جميع المستويات وأنّ الموارد المتوفرة مستخدمةٌ بطريقة عالية المردودية وأن يتمكن المستخدمون من مساءلة مقدّمي الخدمات. سيتمّ مراجعة وتحديث **معايير الإعتماد** لأجنحة الأمراض النفسية في مستشفيات الصحة العامة، لمراكز الرعاية الصحية الأولية، للخدمات المجتمعية ولمستشفيات الأمراض النفسية. سيتمّ أيضاً تطوير **بروتوكولات سريرية وخدماتية** للحالات ذات الأولوية (بحسب برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية).

الأهداف الإستراتيجية:

2.4.1 وضع **معايير إعتماد** للمؤسسات التي تعنى بالصحة النفسية والعلاج من الإدمان مع الأخذ بعين الإعتبار الإحتياجات الخاصة للأطفال والأطفال في وضع معيق[12] وغيرهم من المجموعات المعرّضة

2.4.2 إصدار **ميثاق الأخلاق ومعايير السلوك المهني** لمقدّمي الخدمات في الصحة النفسية والإدمان على المخدرات

2.4.3 إعتماد نظام رقابة وتقييم لضمان جودة الخدمات في الصحة النفسية والإدمان

12 لقد اخترنا هذه التسمية بسبب غياب اجماع على مصطلح في اللغة العربية لترجمة عبارة "Children with Disability" التي تترجم حرفيًا الى "أطفال مع إعاقة" ولقناعتنا بأن الإعاقة تنتج عن عدم قدرة المحيط على تلبية حاجات الطفل وبذلك نضع الإعاقة في التفاعل بين الطفل ومحيطه وليس في الطفل ذاته.

التعزيز والوقاية

الهدف:
تطوير وتنفيذ إستراتيجيات تعزيزية ووقائية محورية تتعلق بالصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان

المجال الثالث: التعزيز والوقاية

الهدف: تطوير وتنفيذ إستراتيجيات تعزيزية ووقائية محورية تتعلق بالصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان

يشكل تعزيز ووقاية إضطرابات الصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان أحد المكونات الأساسية لهذه الإستراتيجية. تتوفر برامج وقائية فعالة قائمة على الأدلّة العلمية يمكن تعديلها وتكييفها وفقاً للإطار اللبناني. بالإضافة، يمكن أن تشكّل النظرةُ السلبية للأشخاص الذين يعانون من إضطرابات الصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان عائقاً كبيراً للوصول الى الخدمات وقد يؤدي إلى التمييز وإنتهاك حقوق الإنسان. سوف تُتخذ الإجراءات لتغيير هذه النظرة ولزيادة الوعي حول إضطرابات الصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان ومعالجتها الفعالة.

الأهداف الإستراتيجية:

3.1.1 إنشاء آلية بين مختلف الوزارات (وزارة الشؤون الإجتماعية، وزارة التربية والتعليم العالي، وزارة الداخلية والبلديات، وزارة العدل ووزارة الصحة العامة) تعمل على

3.1.2 تطوير وتنفيذ خطة عمل وطنية قائمة على الأدلة العلمية لتعزيز ووقاية الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي

3.1.3 دمج تعزيز ووقاية الصحة النفسية القائمين على الأدلة في برامج الحماية الوطنية بالتعاون مع وزارة الشؤون الإجتماعية (الحماية الإجتماعية، حماية الطفل، العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الإجتماعي، والقاصرون في النظام القضائي)

3.1.4 دمج تعزيز ووقاية الصحة النفسية القائمين على الأدلة العلمية في برامج صحة الأم والطفل

3.1.5 دمج تعزيز ووقاية الصحة النفسية القائمين على الأدلة العلمية في المدارس وضع إطار عمل قائم على الأدلة العلمية للوقاية من حالات الإنتحار ورصدها

المعلومات، الأدلة والأبحاث

الهدف:
تكوين معرفة قائمة على الأدلة العلمية لاستثمارها في التخطيط للصحة النفسية وتطوير الخدمات من خلال نظام معلومات صحية فاعل وبحوث وطنية منسّقة

المجال الرابع: المعلومات، الأدلة والأبحاث

الهدف: تكوين معرفة قائمة على الأدلة العلمية لاستثمارها في التخطيط للصحة النفسية وتطوير الخدمات من خلال نظام معلومات صحية فاعل وبحوث وطنية منسّقة

4.1 نظام المعلومات الصحية

سوف تتركّز التدخلات على:

– إستخدام البيانات التي تمّ جمعها في نظام معلومات الصحة النفسية لاستثمارها في تخطيط وتقديم الخدمات.

سيتضمن نظام المعلومات الصحية (الذي هو في صدد تحويله إلى نظام إلكتروني) أهمّ مؤشرات الصحة النفسية واستخدام المواد المسبّبة للإدمان. سيتمّ تصميم أو تعديل إستمارات سجلات المرضى في المراكز حيث سوف تُجمَع البيانات. ستوحَّد إجراءات جمع البيانات، وسوف تُجمَع المعلومات عن الصحة النفسية وإستخدام المواد من جميع المراكز الصحية، لتتمّ معالجتها وتحليلها.

الأهداف الإستراتيجية:

4.1.1 دمج مجموعة أساسيّة من مؤشرات الصحة النفسية في نظام المعلومات الصحية الوطني، على كل المستويات: العلاج الخارجي (المستوصفات، مراكز الرعاية الصحية الأولية وعيادات الصحة النفسية) والعلاج الداخلي (مستشفيات وأجنحة الأمراض النفسية)

4.2 الأبحاث

سوف تتركّز التدخلات على:

– تحقيق إجماع حول أجندة أبحاث وطنية بشأن الصحة النفسية وتنسيق أنشطتها

على غرار أنظمة المعلومات الفعّالة، يتطلّب أيضاً نظام صحة نفسية عالي الجودة أبحاث مستمرة لتحسين المفاهيم حول إضطرابات الصحة النفسية بهدف تحقيق تدخلات فعالة تخفف من وطأة هذه الإضطرابات. سوف يتم وضع أجندة أبحاث وطنية بشأن الصحة النفسية للتأكيد على أنّ لبنان يتكفّل ببرامج أبحاث ذات أولوية ويتجاوب مع الأبحاث الجديدة. فضلاً عن ذلك، سوف تُستثمر الأبحاث المتواصلة في تطوير وتحسين خدمات ومبادرات تعزيز ووقاية الصحة النفسية.

الأهداف الإستراتيجية:

4.2.1 تشكيل لجنة وطنية للأبحاث المتعلقة بالصحة النفسية لتقديم الاستشارة والدعم لوزارة الصحة العامة فيما يتعلق بالأبحاث حول الصحة النفسية ونشر المعرفة بما يتناسب مع الإطار الوطني للصحة النفسية

4.2.2 إجراء تقييم لنظام الصحة النفسية بشكلٍ منتظم بواسطة أداة التقييم لأنظمة الصحة النفسية المعد من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO-AIMS)

4.3 تقييم السياسات والخدمات

سوف تتركّز التدخلات على:

– تقييم تقدُّم خطة العمل الحالية لإرشاد الخطط المستقبلية.

إن الرقابة والتقييم إجراءان أساسيان في تحديد ما إذا كانت الأهداف المرسومة في السياسة والخطة هي قيد التحقيق وهما يتيحان لأصحاب القرار إتخاذ القرارات وإجراء التعديلات في السياسات والخدمات، على المدى القصير والمدى البعيد. سيتمّ وضع إطار عمل واضح للرقابة والتقييم يتمّ من خلاله تسجيل التقدّم وإعادة توجيه الخطط المستقبلية.

الأهداف الإستراتيجية:

4.3.1 وضع إطار عمل لرقابة وتقييم هذه الإستراتيجية

المجموعات المعرّضة

الهدف:
تحسين وصول كافة الأشخاص ضمن المجموعات المعرّضة للإضطرابات النفسية الى خدمات مُنصفة – وقائية وعلاجية – قائمة على الأدلة العلمية.

المجال الخامس: المجموعات المعرّضة

الهدف: تحسين وصول كافة الأشخاص ضمن المجموعات المعرّضة للإضطرابات النفسية الى خدمات مُنصفة –وقائية وعلاجية– قائمة على الأدلة العلمية.

سوف تتركّز التدخلات على:

– ضمان حصول المجموعات المعرّضة[13] في لبنان على خدمات الصحة النفسية الشاملة والمتساوية.

تعزيز التنسيق مع مختلف الجهات الفاعلة القائمة لتطوير برامج منظّمة في مختلف الوزارات، تهدف إلى تعزيز **الرفاه النفسي الإجتماعي** لدى مختلف المجموعات المعرّضة.

الأهداف الإستراتيجية:

5.1 الاشخاص في وضع معيق نفسيا او جسديا من كل الفئات العمرية (من الأطفال إلى الراشدين والراشدين المتقدمين في السن)	**5.1.1**	دمج الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي في برامج جميع الجهات المعنيّة بالعمل مع الأشخاص الذين هم في وضع مسبب للإعاقة
5.2 الأطفال والمراهقون	**5.1.2**	وضع مبادئ توجيهية قائمة على الأدلة العلمية لخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي الموجّهة للأطفال والمراهقين
5.3 الراشدون المتقدمون في السن	**5.1.3**	تدريب أطباء الصحة العامة، أطباء العائلة والعاملين المعنيين في مجال الصحة على كشف، تقييم ومعالجة الاضطرابات النفسية لدى الراشدين المتقدمين في السن وذلك بالتوافق مع خطط بناء قدرات الموارد البشرية لهذه الإستراتيجية
5.4 متلقّو الرعاية التلطيفيّة	**5.4.1**	تطوير خطة قائمة على الأدلة العلمية لبناء قدرات مقدّمي خدمات الرعاية التلطيفية في الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي
5.5 الأشخاص في السجون	**5.5.1**	تطوير إستراتيجية للصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان في السجون ومراكز الإحتجاز بالتنسيق مع الوزارات والجهات المعنية
5.6 الناجون من التعذيب وأسرهم	**5.6.1**	تدريب مقدّمي الرعاية الصحية النفسية الذين يعملون مع الناجين من التعذيب على كيفية تقييم، توثيق ومعالجة الآثار النفسية للتعذيب على صحة الناجين، بشكل مناسب

13 نعني بالمجموعات المعرضة –Vulnerable groups- المجموعات المعرضة لاحتمال أعلى للإصابة بالضغوطات النفسية أو الإضطرابات النفسية بسبب ظروفها .وذلك لا يعني بأن الأشخاص من هذه المجموعات يعانون بالضرورة من اضطرابات نفسية ولكننا أردنا الإضاءة على ضرورة التخطيط لدعمهم في الاستراتيجية وفي بعض الأحيان الإستجابة الى حاجاتهم الخاصة.

للمزيد من التفاصيل، الرجاء الاضطلاع الى القسم ا–ج من هذه الوثيقة.

الأهداف الإستراتيجية:

5.7 أسر المفقودين في الصراعات المسلحة والحروب	**5.7.1**	تدريب اختصاصيي الصحة النفسية الذين يتعاملون مع أسر المفقودين على استخدام التقنيات العلاجية المدعومة بالأدلة العلمية
	5.7.2	إنشاء نصب تذكاري وطني للأشخاص المفقودين بالتنسيق مع كل الجهات الفاعلة المعنيّة
5.8 الأشخاص المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/السيدا	**5.8.1**	بالتعاون مع البرنامج الوطني لمكافحة السيدا في لبنان، تدريب الاختصاصيين العاملين مع الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/السيدا على الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً لدى هذه الفئة وعلى آثار الوصمة على صحّتهم النفسية (الكشف، التقييم وإدارة الحالات)
5.9 الناجون من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي	**5.9.1**	تطوير خطة مبنيّة على الأدلة العلمية لبناء قدرات العاملين مع الناجين من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وشركائهم في الصحّة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي
	5.9.2	دمج الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي في برامج كافة الجهات المعنية العاملة مع الناجين من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وشركائهم
5.10 المثليين والمثليات والمتحولين جنسيّا وكافّة الأقليات الجنسية	**5.10.1**	تكييف المعايير العالمية لرعاية الصحة النفسية للمثليين والمثليات والمتحولين جنسيّا وكافة الأقليات الجنسية لتتناسب مع المعايير الثقافية المحلية
	5.10.2	تطوير قدرات اختصاصيي الصحة النفسية في مجال الممارسات المهنية السليمة في التعامل مع المثليين والمثليات والمتحولين جنسيّا وكافّة الأقليات الجنسية بالتعاون مع الجهات المعنية
5.11 العاملات الأجنبيات في المنازل	**5.11.1**	تحليل الوضع لتقييم إمكانية وصول العاملات الأجنبيات في المنازل، إلى خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي
	5.11.2	إدراج تغطية خدمات الصحة النفسية ضمن برامج التأمين للعاملات الأجنبيات في المنازل
5.12 اللاجئون الفلسطينيون	**5.12.1**	وضع آلية قيادة وإدارة للهيئات المعنية بالصحة النفسية للاجئين الفلسطينيين بدعم من الأونروا (وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين) وبالتوافق مع هيكلية ونظام وزارة الصحة العامة
	5.12.2	إنشاء نظام إحالة مستدام بين الجهات الفاعلة الميدانية بدعم من الأونروا ووزارة الصحة العامة
5.13 النازحون	**5.13.1**	تطوير خطة عمل سنوية لفريق عمل الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي (Mental Health and Psychosocial Support Task Force)
	5.13.2	مراقبة الأنشطة التي تُجرى ضمن خطة عمل فريق عمل الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي بشكل منتظم

2015

1.1.3	إطلاق إستراتيجية وطنية لإستخدام المواد المسببة للإدمان
2.3.2	إجراء التقييم الفصلي لحاجة مراكز الرعاية الصحية الأولية لكميات الأدوية النفسية من خلال زيارات التفتيش وآلية التغذية المرتدة من المراكز
4.2.2	يجري تقييم لنظام الصحة النفسية بواسطة أداة التقييم لأنظمة الصحة النفسية – منظمة الصحة العالمية، يتكرّر كل 5 سنوات
4.3.1	تطوير وتنفيذ إطار عمل لمراقبة وتقييم الإستراتيجية
5.13.1	تطوير خطة عمل سنوية لفريق عمل الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي
5.13.2	تحديث سجل أنشطة فريق عمل الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي كل 6 أشهر

1.1.2	إصدار خطة إستجابة لطوارئ الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي تراعي الأولاد والنوع الاجتماعي
1.2.1	تقديم تقرير حول مراجعة توزيع ميزانية وزارة الصحة العامة مع التوصيات المقترحة
1.4.1	إطلاق إستراتيجية إعلامية وتواصلية
1.4.2	إنشاء آلية تعاون بين القطاعات تشمل كل الوزارات والجهات الفاعلة المعنية لتعميم الصحة النفسية في القطاعات الأخرى
1.4.3	إصدار خطة عمل في وزارة الصحة العامة لتسهيل عملية جمعيات مستقلّة لمستخدمي الخدمات ولعائلاتهم بالتعاون مع وزارات أساسية أخرى
1.4.4	إطلاق إستراتيجية مناصرة تراعي الأولاد والنوع الاجتماعي وتتناول الوصمة والتمييز المتعلقة بالإضطرابات النّفسية
2.1.3	تعاقُد وزارة الصحة العامة مع على الأقل مستشفيين عامين يتضمنان أقسام للأمراض النفسية
2.1.5	إنشاء وتفعيل نظام إحالة يصل كل مستويات الرعاية، ومنها المنظمات التي تتعامل مع المجموعات المعرّضة التي تم تحديدها في هذه الإستراتيجية
2.3.3	إتمام مراجعة لائحة وزارة الصحة العامة بالأدوية النفسية التي يصفها الأطباء المختصين
2.3.5	إتمام مراجعة لائحة وزارة الصحة العامة بالأدوية المحظورة
2.4.2	إصدار ميثاق الأخلاق ومعايير السلوك المهني لمقدّمي الخدمات في الصحة النفسية والإدمان على المخدرات
3.1.1	إتمام انشاء آلية تنسيق بين مختلف الوزارات (وزارة الشؤون الإجتماعية، وزارة التعليم العالي، وزارة الداخلية والبلديات، وزارة العدل ووزارة الصحة العامة) لإبلاغ وزارة الصحة العامة بالإحتياجات اللازمة لإجراء أبحاث في إطار تنمية وتطوير الخدمات
3.1.1	إصدار خطة عمل قائمة على أدلة لتعزيز ووقاية الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي، تراعي الأولاد والنوع الاجتماعي
4.2.1	تشكيل لجنة وطنية معنية بالأبحاث المتعلقة بالصحة النفسية
4.2.1	إعتماد أجندة وطنية للأبحاث النفسية
5.1.1	دمج الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي في برامج جميع الجهات المعنية بالعمل مع الأشخاص الذين هم في وضع مسبب للاعاقة
5.5.1	إطلاق إستراتيجية للصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان في السجون ومراكز الإحتجاز بالتنسيق مع الوزارات والجهات المعنية

1.1.1	إفتتاح قسم أو دائرة للصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان في وزارة الصحة العامة
1.3.1	إتمام مراجعة كل القوانين والنظم الموجودة المتعلقة بالصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان، مع الأخذ بعين الإعتبار تداخل قطاعات الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي مع كافة القطاعات
1.3.3	إصدار قانون الصحة النفسية الذي قامت وزارة الصحة العامة بمراجعته وإنشاء وتفعيل إطار عمل لتنفيذه
2.1.4	إصدار تقرير أداة تقييم الجودة لمنظمة الصحة العالمية لمراقبة أماكن تقديم خدمات الصحة النفسية وضمان حماية حقوق الإنسان لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية، مرة كل سنتين
2.2.1	إتمام تنفيذ خطة بناء القدرات المصممة للعاملين المتخصصين
2.3.1	إتمام تحديث لائحة الادوية النفسية الأساسية في الرعاية الصحية الأولية وإعادة التحديث كل ثلاث سنوات على الأقل
2.4.1	إصدار معايير إعتماد لمراكز تقديم الخدمات مع الأخذ بعين الإعتبار إحتياجات الأطفال والاطفال الذين هم في وضع مسسب الاعاقة وغيرهم من المجموعات المعرّضة
3.1.2	دمج تعزيز ووقاية الصحة النفسية القائمَين على أدلة علمية في برامج الحماية الوطنية بالتعاون مع وزارة الشؤون الإجتماعية
3.1.4	دمج تعزيز ووقاية الصحة النفسية القائمين على أدلة علمية في المدارس
5.4.1	إصدار خطة قائمة على أدلة علمية لبناء القدرات في الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي للعاملين في الرعاية التلطيفية
5.11.1	إجراء تحليل الوضع لتقييم إمكانية وصول العاملات الأجنبيات في المنازل الى خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي

1.2.2	إتمام ادراج الاضطرابات النفسية ذات الأولوية حسب برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP priority conditions) ضمن الحزم الاساسية للحكومة: الصحية، الاجتماعية وحماية الطفل، وضمن مخططات التأمين الصحي الخاص.
1.3.2	إعداد مشاريع القوانين والمقترحات اللازمة المتعلقة بالصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان مع مراعاتها للأطفال والنوع الاجتماعي
2.2.2	إنهاء إعداد مقترح مشروع بناء القدرات المصمّم للعاملين في قطاع الصحة لغير المتخصصين بالصحة النفسية والعاملين في الحماية الإجتماعية على مختلف مستويات الرعاية
2.2.3	إنهاء إعداد مقترح مشروع بناء القدرات مصمم للعاملين خارج قطاع الصحة (كالشرطة، المهن القانونية، القادة الدينيين، المعلمين، قادة المجتمع، إلخ)
2.3.4	إصدار مبادئ توجيهية وطنية لوصف الأدوية النفسية
2.4.3	إعتماد نظام رقابة وتقييم لضمان جودة خدمات الصحة النفسية
3.1.3	دمج تعزيز ووقاية الصحة النفسية القائمين على أدلة علمية في برامج صحة الأم والطفل
5.9.1	تطوير خطة قائمة على أدلة علمية لبناء قدرات مقدمي الخدمات للناجين من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وشركائهم في الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي
5.11.2	إدراج تغطية خدمات الصحة النفسية في خطط التأمين للعاملات الأجنبيات في المنازل

2.1.7	تكييف وتجربة برنامج الصحة النفسية الإلكتروني للمساعدة الذاتية الموجهة في لبنان
3.1.5	تطبيق إطار عمل قائم على أدلة علمية للوقاية من حالات الإنتحار ورصدها
5.7.1	تدريب اختصاصيي الصحة النفسية الذين يعملون مع أهالي المفقودين على إستخدام تقنيات علاجية مدركة للأدلة
5.10.2	إصدار خطة لبناء قدرات اختصاصيي الصحة النفسية في مجال الممارسات الجيدة في العمل مع الأقليات الجنسية بالتعاون مع الجهات المعنية
5.12.1	دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية في جميع عيادات الأونروا
5.12.1	إطلاق الأونروا لإستراتيجية للصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي متوافقة مع الإستراتيجية الوطنية
5.12.1	تطبّق الأونروا آلية تنسيق متينة للصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي متوافقة مع الإستراتيجية الوطنية
5.12.2	إنهاء نظام احالة مستدام بين جميع العاملين مع اللاجئين الفلسطينيين تحت قيادة الأونروا وبدعم من وزارة الصحة

2.1.1	إنهاء التدريب والإشراف على كل مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لشبكة وزارة الصحة العامة على دليل تدخلات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية وغيره من الدورات التدريبية ذات الصلة
2.1.1	تأمين الادوية النفسية الى كل مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لشبكة وزارة الصحة العامة بشكل منتظم
2.1.1	إنهاء التدريب والإشراف على العاملين في كل مراكز التنمية الإجتماعية التابعة لوزارة الشؤون الإجتماعية والتي تشكل جزءاً من شبكة وزارة الصحة العامة على دليل تدخلات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية وغيره من الدورات التدريبية ذات الصلة
2.1.2	تشكيل فرق متعددة الاختصاصات لثلاثة من الأقضية النائية تقوم بالإشراف على مراكز الرعاية الصحية الأولية ومراكز التنمية الإجتماعية، وتشكل مرجعاً للعناية المتخصصة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية
2.1.6	إجراء تقييم أهلية الأشخاص الذين يعيشون في مستشفيات الأمراض النفسية بحسب التوجيهات العالمية بهدف اعادة دمجهم في المجتمع
2.1.6	إتمام وضع معايير الأهلية للدمج في المجتمع للأشخاص الذين يعيشون في مستشفيات الأمراض النفسية بحسب التوجيهات العالمية
2.2.4	إتمام مراجعة مناهج الصحة النفسية الجامعية لاختصاصات الصحة والرعاية الإجتماعية وبرامج الدراسات الطبية العليا وتوجيهها نحو نهج متعدد الإختصاصات بالتوافق مع النموذج الحيوي النفسي الإجتماعي ونموذج التعافي، وبالتعاون مع المؤسسات الأكاديمية
4.1.1	إتمام دمج مجموعة أساسيّة من مؤشرات الصحة النفسية في نظام المعلومات الصحية الوطني، على كل المستويات: المريض الخارجي (المستوصفات، مراكز الرعاية الصحية الأولية وعيادات الصحة النفسية) والمريض الداخلي (مستشفيات وأجنحة الأمراض النفسية)
5.2.1	تعميم المبادئ التوجيهية القائمة على الأدلة العلمية لخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي الموجّهة للأطفال والمراهقين على الأطراف المعنيّة
5.3.1	إنهاء تدريب أطباء الصحة العامة، أطباء العائلة والعاملين المعنيين في مجال الصحة على كشف، تقييم ومعالجة الاضطرابات النفسية لدى الراشدين المتقدمين في السن وذلك بالتوافق مع خطط بناء قدرات الموارد البشرية لهذه الإستراتيجية
5.6.1	إنهاء تدريب مقدّمي الرعاية الصحية النفسية الذين يعملون مع الناجين من التعذيب على كيفية تقييم، توثيق ومعالجة الآثار النفسية للتعذيب على صحة الناجين، بشكل مناسب
5.7.2	إنشاء نصب تذكاري وطني للأشخاص المفقودين
5.8.1	بالتعاون مع البرنامج الوطني لمكافحة السيدا في لبنان، إنهاء تدريب الاختصاصيين العاملين مع الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/ السيدا على الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا لدى هذه الفئة وعلى آثار الوصمة على صحّتهم النفسية (الكشف، التقييم وإدارة الحالات)
5.9.2	إنهاء دمج الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي في برامج كافة الجهات المعنية العاملة مع الناجين من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وشركائهم
5.10.1	تعميم المعايير المكيّفة لرعاية الصحة النفسية للمثليين والمثليات والمتحولين جنسيًا وكافة الأقليات الجنسية على الأطراف المعنيّة

تعريف بعض المصطلحات

١. **الأدوية النفسية و العصبية:** الأدوية النفسية يمكن استخدامها كجزء من علاج الاضطرابات النفسية. تشمل الأدوية النفسية و العصبية عدة فئات مثل مضادات الذهان، مضادات الاكتئاب، مثبتات المزاج، والأدوية المضادة للصرع.

٢. **الأفيون (opioid):** فئة من الأدوية توصف من قبل الأطباء لتخفيف الألم. قد تسبب هذه الأدوية ادمان في حال لم تؤخذ حسب تعليمات الوصفة الطبية.

٣. **إزالة السموم (Detoxification):** المعالجة الطبية للأعراض الناجمة عن الانقطاع المفاجئ عن الاستخدام الاعتيادي للكحول وغيرها من المواد المسببة للإدمان .

٤. **جنح/قسم الأمراض النفسية (للمرضى الداخليين) (Inpatient psychiatric ward):** يشير إلى الوحدة أو المنشأة التي توفر أو تدعم الرعاية في داخلها لإدارة وعلاج الاضطرابات النفسية.

٥. **اعادة التأهيل (Rehabilitation):** إنها إجراءات العلاج الطبي والنفسي الاجتماعي الراميّة لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان على التعافي.

٦. **الانفاق مباشرة من المواطنين (Out-of-pocket expenditure):** حصة الإنفاق المالي على الصحة التي يدفعها المريض أو أسرته من جيبهم.

٧. **برامج التثقيف بواسطة الأقران (Peer to Peer Education Programmes):** إنه شكل من بناء المهارات حيث يتم تدريب الأشخاص على توفير أنشطة تعزيز ووقاية لأشخاص ينتمون إلى الفئة العمرية أو المجموعة الاجتماعية نفسها أو يمرون بتجارب حياتية مماثلة.

٨. **برامج/تدخلات الدعم النفسي الاجتماعي (Psychosocial Support Programmes):** إنها تدخلات/برامج تعتمد على مقياس من الرعاية والدعم الذي يؤثر على كل من الفرد والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الناس. وهي تتراوح بين الرعاية والدعم المقدم من قبل مقدمي الرعاية وأفراد الأسرة والأصدقاء وأفراد المجتمع على أساس يومي ولكن أيضا تمتد إلى الرعاية والدعم التي تقدمها الخدمات النفسية والاجتماعية المتخصصة.

٩. **برامج تعليم المهارات الحياتية (Life skills education programmes):** إنه تدخل وقائي يستهدف الأطفال والشباب من خلال بناء مهاراتهم في مجالات مثل حل المشاكل، تسوية النزاعات، تحديد الاهداف والتواصل لتمكينهم من التعامل بشكل أكثر فعالية مع متطلبات الحياة اليومية وتحدياتها، ولوقايتهم من الضغط النفسي والاضطرابات النفسية والسلوك المتهور كاستخدام المواد.

١٠. **بروتوكولات سريرية و خدماتية (Clinical and service protocols):** توفر هذه البروتوكولات معيارا متفق عليه محليا يمكن للأطباء والمنظمات أن يعملوا به ويمكن أن يتم التدقيق عبره. تسمح البروتوكولات لمقدمي الرعاية الصحية بتقديم العلاج التشخيصي المناسب وخدمات الرعاية للمرضى، وتقارير التباين للمشترين والتدريب العالي الجودة للموظفين السريريين.

١١. **البوبرينورفين (Buprenorphine)**: البوبرينورفين هو من الأفيونيات الاصطناعية التي يجري استخدامها على نحو متزايد في العلاج ببدائل الأفيونيات لعلاج الادمان على المواد الأفيونية.

١٢. **الحد من المخاطر (Harm reduction)**: إنه تطبيق لمجموعة من مبادئ الصحة العامة يرمي للوقاية من أو تقليص الآثار السلبية المتصلة باستخدام المواد المسببة للإدمان .

١٣. **لائحة الأدوية المحظورة**: إنها قائمة بالأدوية القادرة على التسبب بإدمان والخاضعة لإرشادات محددة لوصفهم وصرفهم. تتولى وزارة الصحة العامة في لبنان بشكل دوري عملية تطوير هذه القائمة وتعديلها.

١٤. **اللائحة الاساسية للأدوية النفسية في الرعاية الصحية الأولية**: توجد لائحة أساسية منقحة للأدوية في لبنان. تتضمن على الأقل دواء واحدا من الفئات التالية:

١. مضادات الذهان
٢. مضادات الاكتئاب
٣. مثبتات المزاج
٤. الأدوية المضادة للصرع

١٥. **لائحة وزارة الصحة العامة للأدوية النفسية و العصبية الموصى بها للوصف من قبل أخصائيين**: لائحة الأدوية النفسية والعصبية الموصى بها من قبل البرنامج الوطني للصحة النفسية في وزارة الصحة للوصف من قبل أخصائيين في اطار الاستجابة الإنسانية في الأزمات، خاصة على مستوى الرعاية الصحية المتخصصة وفي غرف الطوارئ في المستشفيات الخاصة والعامة.

١٦. **مركز استقبال نهاري (Drop-in centre)**: إنه مكان يمكن للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد المسببة الإدمان التوجه إليه أو الاتصال به بهدف الحصول على المساعدة أو النصائح.

١٧. **مراكز التنمية الاجتماعية**: مراكز التنمية الاجتماعية، بموجب المرسوم رقم ٥٧٣٤ تاريخ ٢٩/١٩٩٤-٩ (تنظيم وزارة الشؤون الاجتماعية، وتحديد موظفيها وشروط تعيين بعض وظائفها)، هي مشاريع اجتماعية تنبثق عن وزارة الشؤون الاجتماعية، ترتبط مباشرة بإدارة الخدمات الإنمائية. ويتم تنسيق الأنشطة في مراكز التنمية الاجتماعية مع مختلف الإدارات في الوزارة. وتعتبر مراكز التنمية الاجتماعية جوهر تحديد وتصميم وتنفيذ المشاريع التي تهدف إلى بدء وتعزيز التنمية الاجتماعية في لبنان على مختلف المستويات.

١٨. **مزيلات القلق والمهدئات**: إنها فئة من الأدوية التي تخفف القلق والعصبية والتي يمكن أن يصفها الطبيب لفترات قصيرة من الوقت. بعض هذه الأدوية قد تسبب بإدمان الشخص عليها إن لم يتناولها وفقا لوصفة الطبيب.

١٩. **معايير الاعتماد**: إنها مجموعة من الإرشادات والمبادئ التوجيهية المحددة مسبقًا من جانب وكالة اعتماد مهنية يتوجب على المنظمات التقيد بها لإثبات مصداقيتها وإصرارها على الالتزام المستمر بأعلى مستويات الجودة

٢٠. **معايير الجودة وحقوق الإنسان**: هي معايير لتقييم وتحسين جودة واحترام حقوق الإنسان في مرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية بهدف تزويد البلدان بمعلومات عن الجودة ومعايير حقوق الإنسان في المرافق التي يجب احترامها وحمايتها والوفاء بها.

٢١. **ميثاق الأخلاق وقواعد السلوك المهني**: إنه دليل لمبادئ ومعايير السلوك المستندة إلى القيم والتي تحدد أصول السلوك المهني النبيل التي يتوقع أن يتقيد بها كل من يمارس مهنة.

٢٢. **نموذج التعافي (Recovery model)**: يؤكد هذا النموذج على ضرورة تمكين الاشخاص على ادراك وتحمل مسؤوليتهم، شفائهم الذاتي و رفاههم، وعلى تحديد أهدافهم وتمنياتهم وتطلعاتهم.

٢٣. **النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (Biopsychosocial model)**: يلحظ هذا النموذج التفاعل بين عدد من العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية في نشأة اضطرابات الصحة" النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان وينص على تصميم تدخلات من شأنها معالجة هذه الجوانب الثلاثة.

٢٤. **نهج متعدد التخصصات**: انه نهج يضم اختصاصات مهنية عديدة تهدف لضمان منظور شمولي في تحديد مشكلة ما ومعالجتها بشكل فعال.

٢٥. **النهج الموجه نحو التعافي (Recovery-oriented approach)**: يشير إلى تطبيق مجموعات من القدرات و الممارسات التي تدعم الاشخاص و تساعدهم على ادراك وتحمل مسؤوليتهم، شفائهم الذاتي و رفاههم، وتحديد أهدافهم وتمنياتهم وتطلعاتهم.

٢٦. **سنوات العمر المعدلة بحسب الإعاقة (DALYs)**: هي طريقة لقياس الفجوة بين الوضع الصحي الحالي والوضع الصحي المثالي. تمثل DALYs اجمالي عدد السنوات المفقودة بسبب المرض أو الإعاقة أو الوفاة المبكرة في فئة محددة من السكان. تحتسب DALYs بإضافة عدد سنوات الحياة المفقودة (Years of Life Lost, YLLs) إلى عدد سنوات التعايش مع الإعاقة (Years Lived with Disability, YLDs) بالنسبة إلى مرض أو اضطراب معين.

٢٧. **العاملين في مجال الصحة الغير المتخصصين في الصحة النفسية والعاملين في الرعاية/الحماية الإجتماعية**: يمكن لمقدمي الرعاية الصحية غير المتخصصين أن يشملوا أخصائيين في مجال الرعاية الصحية الأولية مثل الأخصائيين الاجتماعيين والممرضات والمعالجين المهنيين المشاركين في رعاية الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية.

٢٨. **العلاج المضاد للفيروسات الارتدادية (Anti-retroviral treatment)**: العلاج المضاد للفيروسات القهقرية هو علاج للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) باستخدام الأدوية المضادة لفيروس نقص المناعة البشرية. ويتكون العلاج الاساسي من مجموعة مكونة من ثلاثة أدوية على الأقل (يطلق عليها غالبا "العلاج المضاد للفيروسات القهقرية النشط" أو " HAART ") الذي يحد من تكرار فيروس نقص المناعة البشرية. وتستخدم ثلاثة أدوية من أجل الحد من احتمال الفيروس أن يطور مقاومة ضد الدواء.المضادات للفيروسات القهقرية لديها القدرة على الحد من معدلات الوفيات والمرض بين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، وتحسين نوعية حياتهم.

٢٩. **العلاج النفسي (Psychotherapy)**: العلاج النفسي هو علاج تعاوني يقوم على العلاقة بين الفرد وعالم النفس. علماء النفس في المنظمات غير الحكومية والهيئات الحكومية التي تقدم أو تدعم خدمات العلاج النفسي يطبقون الإجراءات القائمة على الأدلة العلمية (CBT, IPT، والعلاج النفسي الديناميكي، والعلاج المركز على مخطط، الخ) لتحديد وتغيير الأفكار غير الملائمة وأنماط السلوك، ومساعدة الناس على تطويرعادات صحية وأكثر فعالية ، والتغلب على اضطرابات الصحة النفسية وما إلى ذلك. وتشمل الحالات التي يسعى فيها الناس للعلاج النفسي: القلق، الاكتئاب، إيذاء النفس / الانتحار، الاضطرابات السلوكية، اضطرابات النمو، الذهان وتعاطي المخدرات وما إلى ذلك.

٣٠. **العلاج ببدائل الأفيونيات (Opioid Therapy Substitution)**: يشمل هذا العلاج استبدال الأفيونيات غير المشروعة بدواء موصوف مثل الميثادون أو البوبرينورفين يتناوله المريض تحت" إشراف طبي ضمن مقاربة متعددة التخصصات وبما يتماشى مع معايير الأهلية وصرف الدواء" المحددة المبنية على الأدلة العلمية.

٣١. **فرق مجتمعية متعددة التخصصات للصحة النفسية (Community-based multidisciplinary mental health teams)**: يقدم فريق الصحة النفسية المجتمعية خدمات رعاية ثانوية متعددة التخصصات للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في الصحة النفسية. يتم تقديم الخدمات من قبل العاملين في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية الذين يقدمون العلاج والرعاية والمعلومات والمشورة والدعم لمستخدمي الخدمة ومقدمي الرعاية لهم.

٣٢. **الرفاه النفسي الاجتماعي (Psychosocial wellbeing)**: يشير إلى حالة من التوازن بين الذات والآخرين والبيئة، بما في ذلك الأداء الفعال للأفراد والمجتمعات المحلية. عموما، تشمل الصحة النفسية والرفاه النفسي والاجتماعي مجالات مختلفة، بما في ذلك المشاعر، السلوك، الفكر، الذاكرة، الجوانب الجسدية، القدرة على التعلم والقدرة على أداء الوظائف اليومية على نحو ملائم.

٣٣. **الرعاية الصحية الأولية**: هي الرعاية الصحية الأساسية التي تقوم على أساليب وتكنولوجيات عملية وسليمة من الناحية العلمية ومقبولة اجتماعيا متاحة للأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم الكاملة وبتكلفة يستطيع المجتمع المحلي والبلد تحمل تكاليفها في كل مرحلة من مراحل تطورها.

٣٤. **التحليل النفسي (Psychoanalysis)**: التحليل النفسي هو تخصص في علم النفس الذي يتميز عن غيره من التخصصات بنُهج العلاج المكثف. ويهدف إلى تغييرات هيكلية وتعديلات على شخصية الشخص. يعمد التحليل النفسي إلى زيادة الوعي بأنماط العاطفة والسلوك اللاواعيةو السيئة التكيف والمتكررة، مما يسمح للجوانب اللاواعية من الذات بأن تصبح متكاملة وتعزز الأداء الأمثل والشفاء والتعبير الإبداعي.

٣٥. **الضغوطات النفسية**: تعرّف الضغوطات النفسية بأنها حالة من المعاناة العاطفية التي تتميز بأعراض الاكتئاب (على سبيل المثال، فقدان الاهتمام؛ الحزن؛ اليأس) والقلق (على سبيل المثال، عدم الارتياح؛ الشعور بالتوتر). ويمكن أن تتداخل مع الرفاهية والقدرة على أداء الوظائف اليومية على نحو ملائم.

المراجع

(1) World Health Organization. The World Health Report - Mental Health: New Understanding. 2001. New Hope WHO. Geneva. (http://www.who.int/whr/2001/en/, accessed 3 June 2015).

(2) World Health Organization. Global Burden of Disease 2010 Study. 2012. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbd/en/ , accessed 5 May 2015).

(3) World Health Organization. Suicide data. 2012. (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/, accessed 2 May 2-15).

(4) World Health Organization. WHO report on mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization. 2010. (http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf, accessed 15 April 2015).

(5) The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the world health organization world mental health surveys. JAMA. 2004;291(21):2581-2590. doi: 10.1001/jama.291.21.2581

(6) World Health Organization. Strategy for mental health and substance abuse in the Eastern Mediterranean Region 2012–2016. 2011. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (http://applications.emro.who.int/docs/RC_technical_papers_2011_5_14223.pdf, accessed 2 May 2015).

(7) Patel V, Lund C, Heatherill S, Plagerson S, Corrigal J, et al. Social determinants of mental disorders. In: Blas E, Kurup AS, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization. 2009;115–134.

(8) Bass JK, Bornemann TH, Burkey M, Chehil S, Chen L, Copeland JRM, et al. A United Nations General Assembly Special Session for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: The Time Has Come. PLoS Med. 2012;9(1): e1001159. doi:10.1371/journal.pmed.1001159.

(9) Karam EG, Mneimneh ZN, Dimassi H, Fayyad JA, Karam AN, Nasser SC, Chatterji S, Kessler RC. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Lebanon: First Onset, Treatment, and Exposure to War. PLoS Med. 2008;5(4). doi: 10.1371/journal.pmed.0050061.

(10) Karam EG, Mneimneh Z, Karam A, et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. Lancet. 2006;367:1000-6.

(11) Benedek DM, Ursano RJ. Applicability in highly industrialized, resource rich Communities: the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Intervention. 2008;6(3/4):243–247.

(12) Farhood L, Dimassi H, Strauss NL. Understanding Post-Conflict Mental Health: Assessment of PTSD, Depression, General Health and Life Events in Civilian Population One Year after the 2006 War in South Lebanon. J Trauma Stress Disor Treat. 2013;2:2.

(13) United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Substance use and misuse in Lebanon: The Lebanon rapid situation assessment and responses study. 2003. (http://www.unodc.org/pdf/egypt/rsa_report_lebanon_2003.pdf, accessed 15 July 2015).

(14) Karam EG, Ghandour LA, Maalouf WE, Yamout K, Salamoun MM. A rapid situation assessment (RSA) study of alcohol and drug use in Lebanon. Lebanese Medical Journal. 2010;58(2):77.

(15) Central Administration of Statistics. The national survey of households living conditions. 2007. (http://www.cas.gov.lb/index.php/all-publications-en#households-living-conditions-survey-2007, accessed 2 May 2015).

(16) Central Administration of Statistics. The national survey of households living conditions. 2004 http://www.cas.gov.lb/index.php/all-publications-en#households-living-conditions-survey-2004, accessed 2 May 2015).
(17) UNRWA. Lebanon. 2014. (http://www.unrwa.org/where-we-work/lebanon, accessed 5 June 2015).
(18) UNHCR. Registered Syrian Refugees. 2015. (http://data.unhcr.org/syrianrefugees/country.php?id=122, accessed 6 July 2015).
(19) ILO. Lebanon. 2015. (http://www.ilo.org/beirut/countries/lebanon/lang--en/index.htm, accessed 6 July 2015).
(20) National AIDS Program. 2015. Beirut: Lebanon.
(21) Ministry of Justice. Prisons demography. 2014. (http://pa.justice.gov.lb/index.php?view=PDFViewer.default_cat&cid=2&m=3, accessed 6 July 2015).
(22) International Committee of the Red Cross. The families of people missing in connection with the armed conflicts that have occurred in Lebanon since 1975: An assessment of their needs. 2013. (https://www.icrc.org/eng/resources/documents/report/06-20-lebanon-missing.htm, accessed June 13, 2015).
(23) Epp A. The disability movement in Lebanon: a study of disability in civil society. The Canadian Undergraduate Journal of Development Studies. 2011;3(1):60-67.
(24) Global School Health Survey. Lebanon, 2005 global school-based student health survey-country report. World Health Organization. 2005. (https://www.aub.edu.lb/fhs/heru/Documents/heru/resources/pdf/Global_school.pdf, accessed March 12, 2015).
(25) Global School Health Survey. Lebanon, 2011 global school-based student health survey-fact sheet. World Health Organization. 2011. (http://www.who.int/chp/gshs/lebanon/en/, accessed March 12, 2015).
(26) Maalouf F, Ghandour L, Halabi F, Zeinoun P, Shehab AAS, Tavitian L. Psychiatric disorders among adolescents from Lebanon: Prevalence, correlates and an urgent need for action. Under review.
(27) Sibai AM, Sen K, Baydoun M, Saxena P. Population ageing in Lebanon: current status, future prospects and implications for policy. Bulletin of the World Health Organization. 2004;82(3):219-225.
(28) Karam G. Geriatric depression: A brief review. J Med Liban 2012;60(4):200-206.
(29) Chaaya M, Sibai AM, Fayad R, El-Roueiheb Z. Religiosity and depression in older people: Evidence from underprivileged refugee and non-refugee communities in Lebanon. Aging & Mental Health. 2007;11(1):37-44. doi: 10.1080/13607860600735812.
(30) Phung KTT, Chaaya M, Atweh S, El Asmar K, Karam G, Khoury RM, Ghandour L, Ghusn H, Prince M, Waldemar G. Prevalence of dementia in Lebanon: Preliminary data from Beirut, Shouf, and Aley. Alzheimer's and Dementia. 2014;10(4):595. doi:10.1016/j.jalz.2014.05.997.
(31) Chahine LM, Bijlsma A, Hospers APN, Chemali Z. Dementia and depression among nursing home residents in Lebanon: a pilot study. Int. J. Geriatr Psychiatry. 2007;22:283–285.
(32) Doumit MAA, Abu-Saad Huijer H, Kelley JH. The lived experience of Lebanese oncology patients receiving palliative care. European Journal of Oncology Nursing. 2007;11(4):309-319. doi: 10.1016/j.ejon.2007.02.008.
(33) Association Justice Et Miséricorde (AJEM). A case study on the rehabilitation. 2008. (http://www.moph.gov.lb/Prevention/AIDS/Documents/Ajem.pdf, accessed May 12, 2015).
(34) The Institute of Health Management and Social Protection (IGSPS). National health statistics report in Lebanon. IGSPS. 2012. (http://www.igsps.usj.edu.lb/docs/recherche/recueil12en.pdf, accessed 8 September 2014).

(35) International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT). Effects of torture. IRCT. 2015. (http://www.irct.org/what-is-torture/effects-of-torture.aspx, accessed 3 May 2015).
(36) Daunay M. Arbitrary detention and torture: the bitter reality of Lebanon. Lebanese Center for Human Rights. 2011. (http://www.humanrights-lb.com/upload/Torture%20and%20Arbitrary%20Detention%20ENGL.pdf, accessed 2 June 2015).
(37) World Health Organization. HIV/AIDS and mental health- Report by the Secretariat. Executive Board EB124/6, 124th Session. 2008.(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-en.pdf, accessed 2 June 2015).
(38) World Health Organization. Sexual and other forms of gender-based violence in crises. 2015. (http://www.who.int/hac/techguidance/pht/SGBV/en/, accessed 10 June 2015).
(39) Gevers A, Dartnall E. The role of mental health in primary prevention of sexual and gender-based violence. Glob Health Action. 2014;7:24741. doi: 10.3402/gha.v7.24741
(40) UNFPA. Review of gender-based violence research in Lebanon. 2012. (http://www.unfpa.org.lb/Documents/4-Review-of-GBV-Research-in-Lebanon.aspx, accessed 2 May 2015).
(41) Cochran SD, Drescher J, Kismödi K, Giami K, García-Moreno C, Atalla E, Marais A, Vieirah EM, Reedi GM. Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). Bull World Health Organ 2014;92:672–679. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.135541
(42) Lebanese Medical Association for Sexual Health (LebMASH). Lebanese Psychiatric Society: Homosexuality is not a disease. 2013. (https://lebmash.wordpress.com/2013/07/12/lps-en/, accessed 5 May 2015).
(43) Wagner GJ, Aunon FM, Kaplan RL, Karam R, Khouri D, Tohme J, Mokhbat J. Sexual stigma, psychological well-being and social engagement among men who have sex with men in Beirut, Lebanon. Culture, Health & Sexuality. 2013;15(5):570-582.
(44) Zahreddine N, Hady RT, Chammai R, Kazour F, Hachem D, Richa S. Psychiatric morbidity, phenomenology and management in hospitalized female foreign domestic workers in Lebanon. Community Mental Health Journal. 2014;50(5):619-628. doi: 10.1007/s10597-013-9682-7.
(45) Human Rights Watch. Lebanon: Migrant Domestic Workers Dying Every Week. 2008. (https://www.hrw.org/news/2008/08/26/lebanon-migrant-domestic-workers-dying-every-week, accessed May 4, 2015).
(46) Vickers D, Masri S. Mental Health Needs Assessment in Palestinian Refugee Camps. Response International. 2005. (http://www.responseinternational.org.uk/archives_articals/MHNA_Report.pdf, accessed 5 May 2015).
(47) Doctors Without Borders/Médecins Sans Frontières. Lebanon: Mental health care in Burj el- Barajneh. 2011. (http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/field-news/lebanon-mental-health-care-burj-el-barajneh, accessed 2 May 2015).
(48) Caritas. Syrian refugees suffering depression and stress. 2013. (http://www.caritas.org/2013/06/syrian-refugees-suffering-depression-and-stress/, accessed 3 June 2015).
(49) Syndicate of hospitals. 2015. Beirut: Lebanon.
(50) Hamandi M. Lebanese hospital database: syndicate of hospitals new achievement – part 2; health and human newspaper number 25. 2013. (http://www.syndicateofhospitals.org.lb/Content/uploads/SyndicateMagazinePdfs/9124_28-29%20Ar.pdf, accessed 2 May 2015).
(51) Ministry of Public Health. Hospitals and health care centers. 2014. (http://www.moph.gov.lb/MedicalCare/Pages/HealthCareCenter.aspx, accessed 3 May 2015).
(52) World Bank. Physicians (per 1,000 people), Lebanon. World Bank open data. 2011. (http://data.worldbank.org/, accessed 2 June 2015)

(53) Syndicate of nurses. 2015. Beirut: Lebanon.
(54) World Bank. Lebanon Economic Monitor. 2014. (http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Feature%20Story/mena/Lebanon/lebanon-lEM-fall-2014.pdf, accessed 3 June 2015).
(55) World Health Organization. Country Cooperation Strategy at a glance- Lebanon. 2014. (http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_lbn_en.pdf, accessed 6 June 2015).
(56) World Health Organization. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Lebanon. 2015. Unpublished. 2015.
(57) Republic of Lebanon. Decree-law 72 on care, treatment and protection of mental health; official gazette number 38. 1983. Beirut: Lebanon.
(58) Republic of Lebanon. Law 673 related to narcotic drugs, psychotropic medications and their precursors; official gazette number 14. 1998. Beirut: Lebanon.
(59) Republic of Lebanon. Law 574 on patients' rights and informed consent; official gazette number 9. 2004. Beirut: Lebanon.
(60) World Bank. Health expenditure, total (% of GDP), Lebanon. World Bank open data. 2013. (http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS/countries, accessed 2 June 2015).
(61) World Health Organization. Improving Health Systems and Services for Mental Health. 2009. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf, accessed 3 March 2015).
(62) Building Back Better- Sustainable Mental Health Care after Emergencies. 2013. WHO: Geneva.

تصميم: www.limelightprod.com | Limelight Productions