

EM/RC68/ INF.DOC.3

ش م/ل إ 68/وثيقة إعلامية 3
أيلول/سبتمبر 2021

اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط

الدورة الثامنة والستون

البند 2 (د) من جدول الأعمال المؤقت

تقرير مرحلي عن توسيع نطاق العمل في مجال رعاية الصحة النفسية: وضع إطار للعمل

مقدمة

1. اعتمدت اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، في دورتها الثانية والستين في عام 2015، بموجب القرار ش م/ل إ 62/ق-5، الإطار الإقليمي لتوسيع نطاق العمل في مجال رعاية الصحة النفسية في إقليم شرق المتوسط، وطلبت من المدير الإقليمي رفع تقرير إلى اللجنة الإقليمية كل سنتين، بدءاً من عام 2017، عن حالة تنفيذ الإطار الإقليمي.
2. ويهدف الإطار الإقليمي إلى تفعيل خطة العمل العالمية الشاملة الخاصة بالصحة النفسية (2013-2020) الصادرة عن المنظمة، ويُمثّل خريطة طريق إقليمية تعطي الأولوية لمجموعة من التدخلات الاستراتيجية في أربع مجالات هي: الحوكمة في مجال الصحة النفسية، والرعاية الصحية، وتعزيز الصحة والوقاية، والترصد والرصد والبحوث.
3. ويقدم هذا التقرير ملخصاً للتقدم الذي أحرزته البلدان في تنفيذ التدخلات الاستراتيجية الواردة في إطار العمل الإقليمي، في ضوء المؤشرات المتفق عليها، ويناقش سبل المضي قدماً في مواصلة توسيع نطاق العمل في هذا المجال بالإقليم. ويستند التقرير في المقام الأول إلى النتائج الأولية للمسح العالمي الذي أُجري من أجل أطلس منظمة الصحة العالمية بشأن الصحة النفسية خلال عامي 2020 و2021.

الوضع الراهن والتقدم المحرز

الحوكمة

4. في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط 18 بلدًا (86%) لديها خطط/ سياسات للصحة النفسية؛ منها 17 خطة/ سياسة قائمة بذاتها، وخطة/ سياسة واحدة مدمجة في الخطط/ السياسات الخاصة بالصحة العامة أو الإعاقة. وتبلغ النسبة المئوية للبلدان التي لديها خطط/ سياسات 80% أو أكثر في جميع المجموعات الثلاث لبلدان الإقليم¹ (تبلغ النسبة المئوية في المجموعة الأولى 83%، وتبلغ في المجموعة الثانية

¹ في هذه الورقة، تُقسّم بلدان الإقليم إلى ثلاث مجموعات عامة حسب الحصائل الصحية للسكان. وأداء النظم الصحية، ومستوى الإنفاق على الصحة. وتتألف المجموعة الأولى من البلدان التي شهدت التنمية الاجتماعية الاقتصادية بها تقدمًا كبيرًا على مدار العقود الماضية، مدعومة بارتفاع الدخل؛ وأما المجموعة الثانية فتتألف في المقام الأول من البلدان ذات الدخل المتوسط التي أعدت بنية تحتية شاملة لتقديم خدمات الصحة العامة ولكنها تواجه شحاً في الموارد؛ وتتألف المجموعة الثالثة من البلدان التي تواجه عوائق كبيرة في تحسين حصائل صحة السكان بسبب نقص الموارد المتاحة لقطاع الصحة، وعدم الاستقرار السياسي، والنزاعات، وغيرها من التحديات التنموية المعقدة. وتضم المجموعة الأولى البحرين والكويت وعمان وقطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة. وتضم المجموعة الثانية مصر وجمهورية إيران الإسلامية

90%، وتبلغ في المجموعة الثالثة 80%). ومن بين بلدان الإقليم الثمانية عشر التي أبلغت عن سنة نشر خططها/ سياساتها الخاصة بالصحة النفسية، نشرت 16 بلدًا (89%) خططها/ سياساتها في عام 2015 أو بعده. وأما المؤشرات أو الغايات المحددة التي يمكن في ضوءها رصد تنفيذ الخطط/ السياسات، فهي متاحة لخطط/ سياسات 17 بلدًا (94% من البلدان التي أبلغت أن لديها خططًا/ سياسات).

5. وارتفع عدد بلدان الإقليم التي لديها سياسات و/ أو خطط للصحة النفسية متوافقة مع صكوك حقوق الإنسان الدولية من 10 بلدان (45%) في عام 2013 إلى 13 بلدًا (59%) في عام 2020. وكانت هذه الزيادة أكبر مما شوهد على الصعيد العالمي، فبعد أن كانت النسبة المئوية أقل من المعدل العالمي بمقدار 4% في عام 2017، قفزت إلى ما يزيد على المعدل العالمي بمقدار 9% في عام 2020. وارتفعت النسبة المئوية لبلدان الإقليم التي لديها سياسات و/ أو خطط للصحة النفسية متوافقة مع صكوك حقوق الإنسان الدولية في مجموعات البلدان الثلاث جميعها، وظلت في أعلى مستوياتها على الدوام في المجموعة الثانية.

6. وهناك 7 من بلدان الإقليم (32%) لديها سياسات و/ أو خطط للصحة النفسية مُطبَّقة ومتوافقة مع صكوك حقوق الإنسان الدولية. وهناك نسبة أكبر من بلدان الإقليم (32%) لديها خطط و/ أو سياسات متوافقة ومُطبَّقة مقارنةً بما شوهد على الصعيد العالمي (20%). وغالبًا ما تضطلع بلدان الإقليم ذات الموارد الأكثر بتطبيق سياساتها/ خططها مقارنة بالبلدان ذات الموارد الأقل (50% من بلدان المجموعة الأولى، و30% من بلدان المجموعة الثانية، و17% من بلدان المجموعة الثالثة).

7. وارتفع عدد بلدان الإقليم التي لديها تشريعات تتعلق بالصحة النفسية متوافقة مع صكوك حقوق الإنسان الدولية من 8 بلدان (36%) في عام 2017 إلى 12 بلدًا (55%) في عام 2020. كما أن النسبة المئوية لهذه الزيادة أكبر مما شوهد على الصعيد العالمي؛ فبعد أن كانت النسبة المئوية للبلدان التي لديها تشريعات متوافقة مع تلك الصكوك في الإقليم أقل من المعدل العالمي بمقدار 4% في عام 2017، قفزت إلى ما يزيد عليه بنسبة 20% في عام 2020. وفي بلدان المجموعة الأولى في الإقليم، ارتفعت النسبة المئوية للبلدان التي لديها تشريعات متوافقة مع صكوك حقوق الإنسان الدولية بمقدار 33% بين عامي 2017 و2020، إذ صعدت من 50% إلى 83%؛ بينما شهدت بلدان المجموعة الثانية زيادةً أكثر تواضعًا بارتفاع هذه النسبة المئوية فيها من 30% إلى 50%.

8. وهناك 6 من بلدان الإقليم (27%) لديها تشريعات تتعلق بالصحة النفسية، وهذه التشريعات مُطبَّقة ومتوافقة مع صكوك حقوق الإنسان الدولية، وهذه النسبة مماثلة للنسبة السائدة على الصعيد العالمي (26%). وقد أبلغ 33% من بلدان المجموعة الأولى و40% من بلدان المجموعة الثانية في الإقليم عن امتثالها لصكوك حقوق الإنسان الدولية وتنفيذها لتشريعات الصحة النفسية، في حين لم يُبلغ عن تنفيذ هذه التشريعات في أيٍّ من بلدان المجموعة الثالثة.

الرعاية الصحية

9. اتُّخذت خطوات واعدة لإعادة توجيه النُظْم الصحية وتعزيزها في بعض بلدان الإقليم، إلا أن نموذج الرعاية السائد لا يزال قائمًا على الرعاية المؤسسية، في ظل ندرة نسبية في الخدمات المجتمعية، وتفاوت في إدماج مكونات الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية، وتغطية محدودة بالخدمات.

والعراق والأردن ولبنان وليبيا والمغرب وفلسطين والجمهورية العربية السورية وتونس. وتضم المجموعة الثالثة أفغانستان وجيبوتي وباكستان والصومال والسودان واليمن.

10. ولتقييم إدماج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية، استُخدم مؤشر مركب يستند إلى وجود مبادئ توجيهية وتدريب وإشراف من أجل إدماج الصحة النفسية في الرعاية الأولية، بالإضافة إلى وجود بندين لتقييم التغطية العلاجية للتدخلات الدوائية والتدخلات النفسية الاجتماعية لحالات الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية. وينبغي أن تهدف البلدان إلى استيفاء 4 أو 5 معايير في هذا المؤشر.

11. وأفادت خمسة من بلدان الإقليم (23%) باستيفاء 4 أو 5 معايير، مقارنةً بمعدل 26% في بقية بلدان العالم. وأما بلدان الإقليم التي أدمجت الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية وفقاً لهذا المؤشر، فهي ثلاثة بلدان من المجموعة الأولى، وبلدان اثنتان من المجموعة الثانية، ولم يدمجها أي من بلدان المجموعة الثالثة. ومعظم البلدان في جميع المجموعات بها مبادئ توجيهية وتدريب وإشراف؛ وعلى نطاق هذه البلدان، توجد مبادئ توجيهية وتدريب في جميع أو معظم بلدان المجموعتين الأولى والثانية. وتشير التقارير إلى مشاركة اختصاصيي الصحة النفسية في تدريب أطباء الرعاية الأولية والإشراف عليهم فيما يتراوح من 60% إلى 70% من البلدان في المجموعات الثلاث جميعها.

12. كما أن البندين اللذين يقيمان التغطية العلاجية للتدخلات الدوائية والتدخلات النفسية الاجتماعية لحالات الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية يشترطان إتاحتها وتقديمها في أكثر من 75% من مراكز الرعاية الأولية، ولكن لم يستوف هذا الشرط سوى عدد قليل من بلدان الإقليم. وفي نحو 25% من بلدان المجموعتين الأولى والثانية علاجات دوائية متاحة في أكثر من 75% من مراكز الرعاية الأولية، وفي نحو 10% من بلدان هاتين المجموعتين تدخلات نفسية اجتماعية متاحة في أكثر من 75% من مراكز الرعاية الأولية. وليس في المجموعة الثالثة أي بلد به أي من هذين النوعين من التدخلات العلاجية في أكثر من 75% من مراكز الرعاية الأولية.

13. وسعيًا إلى سد هذه الفجوة العلاجية وتعزيز تقديم رعاية مجتمعية متكاملة، ما فتئت المنظمة تدعم تنفيذ برنامج عمل المنظمة بشأن سد الفجوات في مجال الصحة النفسية في العديد من بلدان الإقليم. وخلال الفترة المشمولة بهذا التقرير، بدأ تنفيذ هذا البرنامج في مصر وعمان وباكستان والإمارات العربية المتحدة، وجرى تعزيز تنفيذه في أفغانستان والأردن ولبنان وفلسطين وقطر. كذلك استمر التنفيذ في العراق وليبيا والصومال والجمهورية العربية السورية.

14. ويجري حاليًا العمل على نشر إرشادات بشأن إدماج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية، ومن المقرر أن تُطلق في عام 2022 دورة تدريبية على شبكة الإنترنت تستند إلى هذه الإرشادات بهدف تعزيز الدعم المقدم إلى البلدان في عملية توسيع نطاق رعاية الصحة النفسية من خلال إدماجها في الرعاية الصحية الأولية.

15. وقد زادت الحاجة إلى الدعم الصحي النفسي والدعم النفسي الاجتماعي في الإقليم بسبب آثار جائحة كوفيد-19، فتفاقم الوضع المأسوي بالفعل نتيجة الأزمات الإنسانية الحادة والمُطوّلة في بعض البلدان. كما أن المجتمعات المحلية التي تعيش في أوضاع طارئة لديها طائفة من احتياجات الدعم النفسي الاجتماعي، وتلبية هذه الاحتياجات الصحية النفسية أمر بالغ الأهمية في أوقات الأزمات والتعافي منها.

16. وتستعين ثمانية من بلدان الإقليم (36%) بمكونات وظيفية تتعلق بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في برامجها الوطنية الخاصة بالتأهب للكوارث والحد من مخاطر الكوارث، وهو ما يزيد بنسبة 8% على الرقم العالمي المقابل له. كما أن النسبة المئوية للبلدان التي تستعين بمكونات وظيفية تتعلق بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في برامجها الوطنية متشابهة في كل مجموعة من مجموعات البلدان الثلاث في الإقليم.

17. وقد اضطلعت منظمة الصحة العالمية بدور فعّال، بالتنسيق مع سائر وكالات الأمم المتحدة والشركاء الدوليين والوطنيين، في توفير خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في البلدان التي تأثرت بالأزمات الإنسانية في الإقليم، ومنها مصر والعراق والأردن ولبنان وليبيا وباكستان وفلسطين والجمهورية العربية السورية واليمن. وقد اشتمل ذلك على تقديم إسهام مباشر، بالتعاون مع مقر منظمة الصحة العالمية الرئيسي ومنظمات دولية غير حكومية، في بناء القدرات المجتمعية والقدرة على الصمود من خلال تيسير التدريب على الإسعافات الأولية النفسية، والمهارات النفسية الاجتماعية الأساسية، وتقديم العاملين المجتمعيين لحزمة من التدخلات النفسية الاجتماعية أثناء الطوارئ، والتعرّف المبكر على مشكلات الصحة النفسية ذات الأولوية ومعالجتها من قِبَل موظفي الرعاية الصحية الأولية، باستخدام دليل التدخلات الإنسانية لبرنامج عمل رأب الفجوة في مجال الصحة النفسية، إلى جانب تجديد مرافق الصحة النفسية وإنشاء خدمات الصحة النفسية المجتمعية.

18. واشتمل ذلك أيضًا على تقديم الدعم اللازم لإنشاء خطوط هاتفية مُخصّصة لتقديم الدعم الصحي النفسي والدعم النفسي الاجتماعي، وخدمات الطب النفسي عن بُعد، ومنصات رقمية لتقديم خدمات الصحة النفسية في بلدان الإقليم، مع الاستفادة من الزخم والاهتمام اللذين يشهدهما مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي أثناء جائحة كوفيد-19. وأطلقت، في عام 2020، منصة إقليمية للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في بداية جائحة كوفيد-19، ومن المقرر إطلاق دورة تدريبية عبر الإنترنت، في عام 2022، للعاملين في الرعاية الصحية والاجتماعية، بناءً على حزمة من المهارات النفسية الاجتماعية الأساسية، أعدّها الفريق المرجعي المعني بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ التابع للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات.

تعزيز الصحة والوقاية

19. في مجال تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، يوجد في الإقليم 13 بلدًا (59%) لديها ثلاثة أو أكثر من البرامج الفعالة لتعزيز الصحة النفسية أو الوقاية من الاضطرابات النفسية. ويُعتبر هذا المعدّل أعلى مما شوهد على الصعيد العالمي (38%)، لأن نسبة أكبر من البلدان في الإقليم لديها برامج توعية وبرامج مدرسية مقارنةً ببقية العالم. كما أن احتمالية وجود برنامجين أو أكثر لدى بلدان المجموعتين الأولى والثانية في الإقليم تبلغ ضعف احتمالية ذلك في بلدان المجموعة الثالثة (80% مقابل 40% على التوالي).

20. ويبلغ المعدل الأولي للانتحار 5.2 لكل 100000 في الإقليم، وهو تقريبًا نصف المعدل العالمي للانتحار. وتتفاوت معدلات الانتحار بين مختلف بلدان الإقليم تفاوتًا كبيرًا، فتتراوح من 1.6 إلى 9.6، إلا أن هذه المعدلات جميعها أقل من المتوسط العالمي. وقد انخفض المعدل الإقليمي انخفاضًا طفيفًا بنسبة 1.9% بين عامي 2013 و2019. ومن المهم أن نلاحظ أن منهجية حساب معدلات الانتحار الأولية المُبلّغ عنها في المرصد الصحي العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية لعام 2019 مختلفة عن المنهجية التي كانت مُستخدمة سابقًا، وأنه قد أُعيد حساب معدلات السنوات السابقة. وهذا يفسر التناقض بين التقدّم المُبلّغ عنه في هذا التقرير والاستعراضات الإقليمية السابقة.

21. ويجري حاليًا نشر حزمة للصحة النفسية المدرسية في الإقليم، ومن المقرر أن تُطلق في عام 2021 دورة تدريبية على الإنترنت تستند إلى هذه الحزمة. وهذه الحزمة مُستخدمة بالفعل في مصر وجمهورية إيران

الإسلامية والأردن وباكستان والجمهورية العربية السورية والإمارات العربية المتحدة، في حين لا تزال فلسطين وقطر في مرحلة التخطيط لاستخدامها.

22. ويجري في الوقت الراهن تحديثُ تقديرٍ للموارد والقدرات المتعلقة بتشخيص اضطرابات طيف التوحد ومعالجتها، ومن المقرر نشره في أواخر عام 2021.

الترصد والرصد والبحوث

23. يجري حاليًا العمل على تنقية البيانات وتحليلها من أجل إعداد أطلس الصحة النفسية لعام 2020، الذي سيُنشر في الوقت المناسب. ويوضح هذه الأطلس الموارد والقدرات الخاصة بالصحة النفسية في بلدان الإقليم، ويساعد على إعداد تقارير عن الغايات والمؤشرات المُتفق عليها في الإطار الإقليمي.

24. وقد اتسع نطاق مرصد المنظمة العالمي للخرف ليشمل 11 بلدًا في الإقليم، ويجري جمع بيانات عن مؤشرات لرصد التقدم المُحرز في تنفيذ خطة العمل العالمية بشأن الاستجابة العامة للخرف (2017-2025)، وتوجيه عملية إعداد خطط عمل مستنيرة بالبيانات في البلدان.

25. وتُجرى في شتى بلدان الإقليم تجارب عشوائية مضبوطة بشأن تدريب الآباء والأمهات على مهارات التعامل مع الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية والنمائية، والتدخل الخاص بمهارات العواطف في مرحلة المراهقة المبكرة (EASE)، وتدخل المساعدة الذاتية الخاص بالتكنولوجيا المستخدمة لتقليل التوتر لدى المراهقين (STARS)، ومبادرة مساعدة المراهقين على الازدهار (HAT)، ومن المقرر تنفيذ مشروع مشترك مع اليونيسف بشأن الصحة النفسية للأطفال والمراهقين في عام 2022.

أثر جائحة كوفيد-19

26. نُشر، في عام 2020، تقرير عن تأثير جائحة كوفيد-19 على خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في الإقليم. وأفادت الغالبية العظمى (95%) من البلدان العشرين المجيبة بأن الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي جزء من خططها الوطنية للاستجابة لجائحة كوفيد-19، وأفاد أكثر من نصف هذه البلدان (55%) بإدراج خدمات الصحة النفسية وتعاطي المواد والخدمات العصبية في قائمة الخدمات الصحية الأساسية في خطط الاستجابة. ولكن أفاد 10% فقط من البلدان المجيبة بأن هذه الأنشطة مُمولة تمويلًا كاملاً.

27. وكانت الخدمات المجتمعية أكثر عرضةً للتوقف مقارنةً بمرافق المرضى الداخليين، إذ أبلغ ما يقرب من 90% من البلدان المجيبة عن حدوث توقف كلي أو جزئي للخدمات المجتمعية/خدمات التوعية الخاصة بالصحة النفسية والاضطرابات العصبية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد، وأبلغ عن الإغلاق الكامل لخدمات الرعاية النهارية للأطفال والرعاية المنزلية في أكثر من 40% من البلدان. وتعطلت خدمات الصحة النفسية في المدارس أو في أماكن العمل تعطلًا كليًا أو جزئيًا في أكثر من 70% من البلدان المُبلّغة، وأفاد أقل من 20% من بلدان الإقليم بأن خدمات الصحة النفسية المُقدّمة إلى الأطفال والمراهقين أو كبار السن تعمل بكامل طاقتها. ولكن أفاد ما يقرب من ثلثي البلدان بعدم توقف إمدادات الأدوية الخاصة بالصحة النفسية والاضطرابات العصبية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد.

28. وكانت غالبية البلدان (85%) قد استجابت لهذه التحديات عن طريق إنشاء خطوط هاتفية لتقديم الدعم الصحي النفسي والاجتماعي، واللجوء إلى التطبيب عن بُعد/ العلاج عن بُعد والتدخلات النفسية الرقمية للاستعاضة عن الاستشارة بالحضور الشخصي، وإخراج المرضى أو إعادة توجيههم إلى مرافق بديلة.

التحديات وسبل المضي قُدماً

29. رغم أن جائحة كوفيد-19 تسببت في إبطاء تنفيذ مجموعة من الأنشطة الاستراتيجية، فإنها أدت أيضاً إلى زيادة الاهتمام بمسألة الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي. وتوجد حاجة إلى الاستفادة من الزخم الذي أحدثته الجائحة من خلال توسيع نطاق الجهود المتضافرة الرامية إلى التغلب على الوصم الذي لا يزال مستمراً فيما يتعلق بالصحة النفسية، والذي يؤدي إلى التمييز، ونقص الموارد، وحدوث فجوة علاجية. وعلاوة على ذلك، قد آن الأوان لإدماج الصحة النفسية في الخطط الوطنية للتنمية والأمن، وحزم المنافع الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة، وخطط التأهب للطوارئ والاستجابة لها والتعافي منها، لضمان توفر خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي للسكان المحتاجين.

30. وهناك حاجة، على وجه الخصوص، إلى ما يلي:

- تعزيز الموارد المُخصَّصة لكي تكون الموارد البشرية والمالية المتاحة متناسبة مع الاحتياجات، ولضمان الاستفادة منها بكفاءة، مع التركيز على التحول من نماذج الرعاية المؤسسية إلى نماذج مجتمعية متكاملة لتقديم الخدمات الخاصة باضطرابات الصحة النفسية؛
- وتعزيز وحماية حقوق الأشخاص ذوي الاضطرابات الصحية النفسية وأسرههم؛
- وإضفاء الطابع المؤسسي على آليات وعمليات إدماج تدخلات الصحة النفسية في حزم منافع التغطية الصحية الشاملة في مجالات تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والتدبير العلاجي لها والتعافي منها/ إعادة التأهيل بعدها وفي جميع منصات تقديم الخدمات؛
- والتصديّ للمُحدِّدات العامة للصحة النفسية من خلال التنسيق مع البرامج المعنية داخل قطاع الصحة وفي غيره من القطاعات؛
- وجمع بيانات بانتظام عن المؤشرات المتعلقة باضطرابات الصحة النفسية في إطار نُظُم المعلومات الصحية الوطنية ونُظُم تسجيل الأحوال المدنية.

31. وستواصل المنظمة العمل مع الدول الأعضاء لتقديم التوجيهات والدعم التقني من أجل توسيع نطاق تنفيذ تدخُّلات استراتيجية في المجالات الأربعة ذات الأولوية الواردة في الإطار الإقليمي لتوسيع نطاق العمل في مجال رعاية الصحة النفسية في إقليم شرق المتوسط. وعلاوة على ذلك، سيخضع الإطار للمراجعة في ضوء التحديثات الأخيرة لخطة العمل العالمية الشاملة بشأن الصحة النفسية التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية الرابعة والسبعون في المقرر الإجرائي ج ص ع74(14) في أيار/ مايو 2021.