"الدعم النفسي والاجتماعي للنساء والأطفال في ظل الأزمات: فجوة السياسات وخيارات التدخل في محافظة تعز" - ورقة سياسات عامة



المصدر: تم تصميم صورة الغلاف باستخدام الذكاء الاصطناعي لتعبر عن الدعم النفسي والاجتماعي و آثره على المرأة والطفل في ظل الازمات.

إعداد/ هاجر المقرمي & ليث جازم & رحاب عارف

أعدت هذه الورقة كمخرج تطبيقي للبرنامج التدريبي "مهارات إعداد أوراق السياسات العامة" في اطار مشروع "مختبر السياسات"، والذي نفذه مركز دراسات السلام والمُناخ (CPCS) بالشراكة مع مؤسسة فريدريش ايبرت الألمانية (FES) في محافظة تعز خلال الفترة 15 – 17 يونيو 2026، وهدف المشروع الى بناء قدرات وتمكين 24 مشارك/ة من الشباب والنساء في محافظة تعز على تحليل المشكلات العامة واعداد أوراق السياسات.

جميع الحقوق محفوظة لمركز دراسات السلام والمُناخ ومؤسسة فريدريش ايبرت الألمانية (FES) – الجمهورية اليمنية – أغسطس 2026م.

فهرس المحتويات

ملخص تنفيذي: 3

المقدمة: 3

سياق المشكلة: 4

خريطة الخدمات الحالية: 5

أسباب مركبة: 6

اثار متداخلة وعواقب وخيمة: 8

القوانين والسياسات: 10

التجارب والممارسات الدولية: 11

الحلول المقترحة: 12

توصيات إجرائية لتنفيذ الحل: 13

توصيات داعمة: 14

المصادر والمراجع: 16

الملاحق: 18

حول مركز دراسات السلام والمُناخ (CPCS): 19

مؤسسة فريدريش إيبرت (FES): 19

حول مشروع " مختبر السياسات": 19

ملخص تنفيذي:

تعاني محافظة تعز فجوة في إتاحة واستدامة وجودة خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي للنساء والأطفال المتأثرين بالأزمة، بسبب ضعف دمج الخدمات في القطاعات العامة. تبحث الورقة في قدرة المحافظة على توفير خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي للنساء والأطفال في بيئة تتسم باستمرار النزاع والنزوح والفقر وتدهور الخدمات العامة. وتخلص إلى أن التحدي الأساسي لا يتمثل في غياب المبادرات أو الجهات العاملة فحسب، بل في غياب منظومة محلية مترابطة تحول التدخلات المتفرقة إلى خدمة عامة مستمرة، آمنة، قابلة للوصول، وخاضعة للجودة والمساءلة.

تتسع الاحتياجات النفسية والاجتماعية في اليمن بينما تظل القدرة المؤسسية على الاستجابة محدودة. وفي تعز تتركز الخدمات بدرجة أكبر في مركز المدينة، مع ضعف وصول سكان المديريات الريفية ومواقع النزوح، ولا سيما النساء والأطفال الذين يواجهون عوائق اقتصادية واجتماعية ومخاطر مرتبطة بالتنقل والوصمة. وتكشف الورقة عن اعتماد الخدمات على مشاريع ذات تمويل إنساني قصيرة الأجل؛ وهو نمط يضعف الاستمرارية، ويؤدي إلى فقدان وتوقف الخدمات عند انتهاء التمويل، ويترك الحالات دون متابعة أو إحالة منتظمة.

تتفاقم المشكلة نتيجة نقص المرافق والموارد. ونقص في الكوادر المؤهلة، وتفاوت في جودة الممارسة، وغياب مسار موحد للإحالة والمتابعة بين الصحة والتعليم والحماية الاجتماعية. ويزيد من حدة الفجوة تراجع المرفق الحكومي الوحيد، ومحدودية توافر الأدوية والخدمات المتخصصة، واستمرار الوصمة الاجتماعية وضعف الوعي بحقوق المستفيدين وسبل طلب المساعدة.

توجد مرتكزات تشريعية يمكن البناء عليها، من بينها الالتزامات الدولية وقانونا الصحة العامة وحقوق الطفل، ومخرجات مؤتمر الحوار الوطني، والاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية 2022–2026 التي تدعو إلى الدمج في الرعاية الصحية الأولية وبناء القدرات وإنشاء قواعد بيانات. غير أن هذه المرجعيات لم تتحول في تعز إلى خطة تشغيلية ممولة تحدد المسؤوليات ومعايير الخدمة وآليات الإحالة والإشراف والشكوى وحماية المعلومات.

لذلك فإن الفجوة ليست في انعدام السياسة، بل في ضعف ترجمة السياسة إلى ترتيبات تنفيذية محلية قابلة للقياس والمساءلة.

تقد الورقة التجربة الأردنية ونموذج اليونيسف للدعم المجتمعي كتجارب يمكن الاستفادة منها، وتقترح الورقة تفعيل نموذج محلي مرحلي للصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في محافظة تعز، يقوده مكتب الصحة بالتنسيق مع التربية والشؤون الاجتماعية والجهات المهنية والمنظمات، ويستند إلى الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية 2022–2026. يبدأ النموذج بخريطة خدمات وخط أساس، ثم يطبق حزمة متدرجة في مرافق تمثل المدينة والريف والنزوح، ويربطها ببروتوكول إحالة موحد وسري، وإشراف مهني، ومؤشرات مجمعة، وتمويل متعدد السنوات. ويُتخذ قرار التوسع بعد تقييم مستقل لمدى الوصول والجودة والاستمرارية وسلامة المستفيدين، لا بمجرد عدد الأنشطة المنفذة.

المقدمة:

تُعد محافظة تعز من أكثر المحافظات اليمنية تأثراً بتداعيات الحرب والحصار والنزوح المستمر. وقد ألقت هذه الأوضاع بظلال قاتمة على البنية التحتية للصحة النفسية في المحافظة؛ حيث تعرض مستشفى الأمراض النفسية والعصبية الحكومي (المرفق المجاني الوحيد) لأضرار بالغة نتيجة وقوعه على خطوط التماس في بداية النزاع عام 2016م، وتدنت موازنته التشغيلية الحكومية المعتمدة لقرابة 60 ألف ريال يمني فقط يومياً (ما يعادل 39 دولار تقريباً) لتغطية الوجبات والرعاية لـ 120 نزيلاً دائماً، في وقت تقتصر الاستجابة الميدانية للمنظمات على أنشطة هامشية مؤقتة وقصيرة المدى.[1]

تهدف هذه الورقة الى تحليل السياسات العامة والإطار المؤسسي القائم لخدمات الدعم النفسي والاجتماعي الموجهة للنساء والأطفال في محافظة تعز في ظل النزاع المستمر، مع تقديم بدائل سياساتية عملية وقابلة للتطبيق لتعزيز الوصول إلى الخدمات، ورفع جودتها، وضمان استدامتها.

[1] استبيان البيانات الأولية، (2026)، إفادات إدارة مستشفى الأمراض النفسية والعصبية بتعز، المبحوث في الدراسة الميدانية لمركز دراسات السلام والمناخ.

تبرز أهمية الورقة في تسليط الضوء على قضية جوهرية غالباً ما يتم تهميشها لصالح الاحتياجات المادية، رغم أن التداعيات النفسية للصراعات تمثل تهديداً مباشراً لاستقرار الفئات الأكثر هشاشة وتضرراً في المجتمع (النساء والأطفال). كما توفر الورقة إطاراً توجيهياً ومنهجياً لصناع القرار والسلطة المحلية والمكاتب المعنية (الصحة، الشؤون الاجتماعية، التربية والتعليم) لتطوير سياسات محلية تضمن دمج خدمات الدعم النفسي والاجتماعي ضمن منظومة الخدمات الأساسية.

اعتمدت الورقة على إطار منهجي علمي دقيق يمزج بين الأساليب الكمية والنوعية لضمان موثوقية النتائج وموضوعيتها، من خلال اتباع المنهج الوصفي التحليلي لاستعراض الأدبيات النظرية، وتحليل واقع ومؤشرات الصحة النفسية، وتفكيك أبعاد مشكلة فجوة السياسات في محافظة تعز، وتم الاعتماد في جمع البيانات والمصادر إلى المراجعة الأدبية، من خلال تحليل التقارير الدولية والوطنية، والاستراتيجيات الرسمية للصحة النفسية والقوانين النافذة، وأدبيات المنظمات الأممية، كما شملت البيانات الأولية تفريغ وتحليل مخرجات استبيانات ميدانية استهدفت منظمات المجتمع المدني، ومقدمي خدمات الدعم النفسي والاجتماعي، والأخصائيين الميدانيين في محافظة تعز.

سياق المشكلة:

تتمثل المشكلة في غياب منظومة محلية متكاملة ومستدامة تضمن إتاحة خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي للنساء والأطفال المتأثرين بالنزاع والنزوح والفقر والضغوط الاجتماعية. لا تقتصر الفجوة على نقص عدد الخدمات، بل تشمل ضعف دمجها في الرعاية الصحية الأولية والتعليم والحماية الاجتماعية، وتفاوت الوصول إليها بين مركز المحافظة والمناطق الريفية ومواقع النزوح، ونقص الكوادر والإشراف المهني، وضعف آليات الإحالة والمتابعة، والاعتماد الكبير على تدخلات قصيرة الأجل مرتبطة بدورات التمويل الإنساني.

تأتي هذه المشكلة في سياق وطني شديد الهشاشة. فقد قدّر مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية أن أكثر من 22 مليون شخص في اليمن سيحتاجون إلى المساعدة الإنسانية وخدمات الحماية خلال عام 2026، من بينهم 10.95 مليون امرأة وفتاة، و5.2 مليون نازح داخلياً. كما أفاد المصدر نفسه بأن 59.3% فقط من المرافق الصحية كانت تعمل بصورة كاملة، الأمر الذي يحد من قدرة النظام الصحي على تقديم خدمات أساسية متخصصة أو إحالة الحالات المعقدة.[2]

> لا تقتصر الفجوة على نقص عدد الخدمات، بل تشمل ضعف دمجها في الرعاية الصحية الأولية والتعليم والحماية الاجتماعية، وتفاوت الوصول إليها بين مركز المحافظة والمناطق الريفية ومواقع النزوح...

وفي مجال الصحة النفسية تحديداً، تشير خطة الاحتياجات والاستجابة الإنسانية لليمن لعام 2025 إلى أن نحو 7 ملايين شخص يعانون من الصدمة النفسية والضغط النفسي ويحتاجون إلى دعم نفسي، في حين لا يحصل سوى 120 ألف شخص على وصول منتظم إلى هذه الخدمات.[3] وتورد منظمة الصحة العالمية أن دراسة لتقدير الاحتياجات، أجريت عام 2019 في محافظات تمثل 42% من السكان، سجلت معدلات مرتفعة للإبلاغ عن اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق.[4]

وتظهر الفجوة أيضاً في قدرة النظام الصحي على الاستجابة. فاستراتيجية الصحة النفسية الوطنية في اليمن تشير إلى أن خدمات الصحة النفسية كانت متاحة في 21% فقط من المرافق الصحية العامة التي شملها التقييم، وأن الأدوية النفسية لم تكن متاحة إلا لتغطية 19% من الاحتياج المقدر، كما أفادت بأن

[2] "Yemen Humanitarian Needs and Response Plan 2026, OCHA"https://reliefweb.int/report/yemen/yemen-humanitarian-needs-and-response-plan-2026-march-2026-enar

[3] "Yemen Humanitarian Needs and Response Plan 2025, OCHA"

[4] "Millions of people in Yemen face the trauma and socioeconomic pressures of 9 years of conflict with limited services, WHO EMRO" https://www.emro.who.int/yemen/news/millions-of-people-in-yemen-face-the-trauma-and-socioeconomic-pressures-of-9-years-of-conflict-with-limited-services.html

79% من الاحتياجات التدريبية تتعلق بالصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي.[5]

توزيع غير عادل للخدمات:

لا توزع خدمات الدعم النفسي والاجتماعي بصورة متوازنة وعادلة في محافظة تعز، إذ تتركز الخدمات في مديريات المدينة الثلاث – وحتى في مديريات المدينة الثلاث تتوزع بشكل غير عادل - بينما تعاني المديريات الريفية والمناطق المتأثرة بالنزوح (خارج المدينة) من محدودية شديدة في إمكانية الوصول إليها. وتزداد هذه الفجوة بالنسبة للنساء والأطفال نتيجة القيود الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وصعوبة التنقل، بما يؤدي إلى تفاوت واضح في فرص الحصول على الخدمات، ويكرس عدم المساواة في الاستفادة من برامج الحماية والرعاية النفسية.

تداخل الأزمة النفسية مع الأزمات القطاعية الأخرى:

إن تدهور الصحة النفسية للنساء والأطفال في تعز لا ينفصل عن عمق الأزمات المعيشية الأخرى التي يعيشها المواطن يومياً في ظل الحرب والحصار المطبق؛ فحرمان الأسر من الخدمات الأساسية يمثل ضغطاً نفسياً حاداً ومستمراً، ففي قطاع المياه، يضطر الأطفال والنساء لقضاء ساعات طويلة وبذل جهود مضنية لجلب المياه غير الآمنة من خزانات السبيل مما يتسبب في نزاعات يومية بين المستفيدين، وتعرضهم لمخاطر الحميات والأوبئة كحمى الضنك والفقر المائي والغذائي الحاد. وفي قطاع الكهرباء، تسبب الانقطاع الكلي للتيار الحكومي منذ عام 2015م في حرمان ربع مليون مشترك من الخدمة وظهور شركات تجارية (أسواق سوداء لبيع الكهرباء) تفرض أسعاراً باهظة (تصل لـ 1000 ريال يمني للكيلوواط الواحد)[6] وتجاوز اليوم سعر الكيلوواط حاجز 1500 ريال يمني مع انقطاعات متكررة ترهق كاهل المعيلين نفسياً ومالياً. كما تسبب تدهور قطاع النظافة وتراكم القمامة في الأرياف والأحياء في نشوء فوضى بيئية وتفشي الأوبئة،[7] بالتوازي مع تقلبات خانقة لأسعار السلع الأساسية وتدني الأجور وفقدان القدرة الشرائية لأكثر من 70% من الموظفين الحكوميين، مما يحول البيئة اليومية للأسر إلى مصدر دائم للصدمات والضغوطات النفسية المزمنة.[8]

خريطة الخدمات الحالية:

تكشف البيانات المحلية التي جمعتها ورقة سياسات حول خدمات الصحة النفسية في محافظة تعز عام 2024 عن فجوة مزدوجة في محافظة تعز: محدودية العرض المؤسسي وتفاوت الوصول الجغرافي. فقد أظهر الحصر وجود عدد محدود من المنشآت العامة والخاصة ومقدمي الخدمة، مع تركّز أغلب الخدمات في مدينة تعز وضعف توفرها في المديريات الريفية. وفي عينة الاستبيان، أفاد 30.7% بعدم توفر خدمات الصحة النفسية في مناطقهم، بينما أفاد 14.7% بعدم معرفتهم بوجودها. كما قيّم 50.7% من المستجيبين جودة الخدمات بأنها غير مرضية، وذكر 50.7% أن نقص الكفاءة والجودة هو أبرز تحدٍّ أمام الحصول على الخدمة.[9]

يكشف واقع المرفق الحكومي المجاني التخصصي الوحيد بالمحافظة عن عجز بنيوي مريع؛ حيث يتلقى المستشفى تمويلاً حكومياً شحيحاً للغاية لا يغطي سوى 25% فقط من احتياجاته الفعلية (بنسبة عجز قدرها 75% في الأدوية والخدمات). كما تراجعت موازنته التشغيلية لتصل 60 ألف ريال يمني فقط يومياً (أي ما يعادل 37,5$ بسعر صرف قدرة 1600 ريال للدولار في وقت اعداد هذه الورقة)، وهو مبلغ زهيد لا يكفي لتوفير الوجبات الغذائية والرعاية لـ 120 نزيلاً دائماً بالمستشفى[10]، ويتفاقم هذا العجز المالي مع النقص الحاد في الكوادر الفنية؛ وكشف تقرير ميداني موثق عن وجود ممرضتين اثنتين فقط لرعاية 143

[5] "National Mental Health Strategy in Yemen 2022–2026, Ministry of Public Health and Population and WHO", https://www.emro.who.int/images/stories/yemen/National_Mental_Health_Strateg__in_Yemen2022_2023_Eng.pdf

[6] محمد، راشد، ونعمان، هاشم بدر. (2022). أولويات عودة الكهرباء إلى مدينة تعز. ورقة سياسات عامة، منظمة طور مجتمعك (IYSO) بالتعاون مع مشروع الديمقراطية في الشرق الأوسط (POMED)، تعز، اليمن.

[7] الشميري، ريان، والقاضي، عبدالصمد. (2022). إيرادات صندوق النظافة في مدينة تعز: إمكانات مهدرة وفرص واعدة. ورقة سياسات عامة، منظمة طور مجتمعك (IYSO)، تعز، اليمن.

[8] غالب، صلاح، والعوجري، مكين. (2022). أزمة المياه في مدينة تعز: حصار أم إهمال؟ ورقة سياسات عامة، منظمة طور مجتمعك (IYSO)، تعز، اليمن.

[9] الشميري، ريان، والقاضي، عبدالصمد. (2022). مرجع سابق.

[10] عباس، ريان. (2024). خدمات الصحة النفسية في محافظة تعز (مأساة مهملة، وتدخلات شحيحة). ورقة سياسات عامة، منظمة سياق للشباب والتنمية، تعز، اليمن.

مريضاً في المستشفى، مما يضطر الإدارة لتقييد المرضى بالسلاسل لتفادي هروبهم أو إيذائهم لأنفسهم.[11]

ممارسات مهنية فوضوية:

أدى غياب نظام وطني للترخيص والإشراف على مقدمي الخدمات النفسية والاجتماعية إلى فوضى عارمة وتكليف غير المتخصصين بالبرامج؛ حيث تمنح منظمات المجتمع المدني الدولية والمحلية وظائف وأنشطة الدعم النفسي والاجتماعي الحساسة لأشخاص غير مؤهلين علمياً (خريجي ثانوية عامة أو تخصصات غير ذات صلة) تحت بند المحسوبية والوساطات والمشاريع الطارئة، مع حرمان وإقصاء خريجي أقسام علم النفس التخصصية والخدمة الاجتماعية من المؤهلين علمياً.[12]

أسباب مركبة:

تتعدد وتتداخل أسباب المشكلة، لتشكل فجوة تعيق من إتاحة واستدامة وجودة خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي للنساء والأطفال المتأثرين بالأزمة، وذلك للأسباب الاتية:

١. استمرار النزاع وتعدد مصادر الهشاشة

أدى استمرار النزاع والنزوح وتدهور سبل العيش وتراجع الخدمات الأساسية إلى تراكم مصادر الضغط النفسي والاجتماعي. وفي عام 2026، قدّر مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية أن 18.3 مليون شخص في اليمن يواجهون انعداماً حاداً في الأمن الغذائي، وأن 5.2 مليون شخص ما زالوا نازحين داخلياً، مع تأثر النساء والفتيات والفئات النازحة بصورة غير متناسبة بمخاطر الحماية.[13]

٢. ضعف دمج الصحة النفسية في النظام الصحي

تظهر الأدلة الوطنية أن خدمات الصحة النفسية لم تُدمج بصورة كافية في الرعاية الصحية الأولية. وتشير دراسة أوردتها الأدبيات المتعلقة باليمن إلى أن 10% فقط من مرافق الرعاية الصحية الأولية كانت تضم عاملين مدربين على تحديد اضطرابات الصحة النفسية أو علاجها، كما أن 30.6% من السكان كانوا يعيشون على مسافة تزيد على 30 دقيقة من أقرب مرفق رعاية أولية عامل وقت إجراء التقييم.[14]

وتقدم الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية أساساً سياساتياً للدمج؛ إذ تتضمن هدف دمج خدمات الصحة النفسية في الرعاية الأولية، وإنشاء عيادات نفسية في المستشفيات العامة، وتدريب العاملين الصحيين. غير أن وجود هذه الأهداف في الاستراتيجية لا يثبت وحده تنفيذها في تعز.

٣. نقص الكوادر والمرافق المتخصصة وتفاوت توزيعها

توضح الاستراتيجية الوطنية أن البيانات المتاحة عن القوى العاملة والمرافق النفسية في اليمن محدودة ومتعارضة؛ فقد أشارت البيانات التي استندت إليها إلى 26 طبيباً نفسياً استشارياً و37 ممارساً في الطب النفسي و88 معالجاً نفسياً ضمن نطاق التقييم، مع تفاوت كبير في توزيع الخدمات.[15] كما تشير دراسة حقوقية محكمة إلى وجود (4) مستشفيات نفسية فقط على المستوى الوطني، ومستشفى واحد في تعز، وإلى نقص شديد في المختصين والموارد.[16]

تواجه محافظة تعز شحاً في الأخصائيين والكوادر النفسية المؤهلة؛ ولا يوجد احصاءات دقيقة حول عدد الاطباء النفسيين، وعدد الاخصائيين النفسيين، وعدد الاخصائيين الاجتماعيين، والعاملين في مجال الصحة النفسية في محافظة تعز. حيث لا يضم سجل نقابة الأخصائيين النفسيين بتعز سوى 43 أخصائياً وأخصائية فقط لخدمة مئات الالاف من السكان. كما لا يتوفر في المحافظة بأكملها سوى 6 أطباء نفسيين فقط يمتلكون

[11] استبيان البيانات الأولية، (2026)، إفادات إدارة مستشفى الأمراض النفسية والعصبية بتعز، المبحوث في الدراسة الميدانية لمركز دراسات السلام والمناخ.

[12] استبيان البيانات الأولية، (2026) إفادات الأخصائي النفسي بكر محمد ناجي خالد المخلافي، المبحوث في الدراسة الميدانية لمركز دراسات السلام والمناخ.

[13] "Yemen Humanitarian Needs and Response Plan 2026, OCHA"

[14] "The Right to Mental Health in Yemen, International Journal of Mental Health Systems" https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8233030/

[15] "National Mental Health Strategy in Yemen 2022–2026, Ministry of Public Health and Population and WHO",

[16] "The Right to Mental Health in Yemen, International Journal of Mental Health Systems"

عيادات خاصة مرخصة (5 عيادات في مديرية القاهرة، وعيادة واحدة في مديرية المظفر)، مما يعني توفر طبيب نفسي واحد لكل 400,000 نسمة، وأخصائي دعم نفسي واحد لكل 300,000 نسمة، وممرض نفسي واحد لكل 200,000 نسمة، وأخصائي تأهيل نفسي واحد لكل 1.9 مليون نسمة، وهي نسب كارثية مقارنة بالمعايير العالمية.[17]

ويشير المتوفر من البيانات الى انه يوجد في تعز (3) منشآت تتبع جهات عامة (حكومية)، ايضاً يوجد مركز لعلاج الإدمان في مستشفى الأمراض النفسية والعصبية ولكنه خارج عن الجاهزية ولا يستقبل أحد، وتم ترميمه سابقًا وفتح لفترة بسيطة جداً وبعدها لم يستقبل أحد. هناك العديد من مراكز (عيادات) العلاج المعرفي السلوكي العاملة في تعز والتي يتواجد فيها كادر من الأخصائيين النفسيين، وهي تتبع او انشئت من قبل منظمات المجتمع المدني وتقدم خدمات صحة نفسية متنوعة.[18]

٤. محدودية التمويل واستمرار نمط التدخل قصير الأجل

تشير خطة الاحتياجات والاستجابة الإنسانية لعام 2026 إلى أن الخطة تطلب 2.16 مليار دولار للاستجابة على مستوى اليمن، في ظل تراجع التمويل وتعاظم الاحتياجات، مع الحاجة إلى تمويل مستمر ومرن للحيلولة دون مزيد من التدهور.[19] كما تُظهر بيانات التتبع المالي لعام 2026 وجود تمويل لمشروعات تجمع بين الصحة الإنجابية والعنف القائم على النوع الاجتماعي وخدمات الصحة النفسية في مجتمعات محرومة، إضافة إلى مشروع للدعم النفسي والاجتماعي والتعليم في أربع مديريات بمحافظة تعز.[20]

كما تُشير خطة الاستجابة الإنسانية لليمن (HRP 2026) إلى تخصيص أقل من 1% فقط من إجمالي الميزانية لقطاع الصحة النفسية والدعم النفسي. وتعتمد نسبة مهمة من الخدمات المتاحة على تمويل إنساني مؤقت (جلسات دعم نفسي فردي وأنشطة توعوية سريعة تدار بواسطة منظمات مجتمع مدني وتتوقف فجأة فور انتهاء المشروع مما يسبب انتكاس الحالات)، ما يعرض استمراريتها للتقلب عند انتهاء المشروع أو انخفاض التمويل. بينما تحظى برامج التعافي النفسي الطويل الأمد وتأهيل الكوادر الوطنية بتمويل شبه معدوم.[21]

٥. الوصمة الاجتماعية وضعف طلب المساعدة

تؤكد منظمة الصحة العالمية أن احتياجات الصحة النفسية في اليمن من أكثر الاحتياجات تعرضاً للوصمة وأقلها أولوية، وأن العنف والنزوح والبطالة والجوع والفقر تفاقم الضغط النفسي.[22] كما تشير مصادر بحثية إلى لجوء بعض الأسر إلى المعالجين التقليديين أو الدينيين، وتأخر طلب الرعاية المتخصصة إلى أن تصبح الحالة شديدة.

حيث تواجه خدمات الصحة النفسية تحدياً ثقافياً بالغ الصعوبة يتمثل في وصمة العار المرتبطة بالمرض النفسي؛ كشفت ورقة سياسات حول خدمات الصحة النفسية في محافظة تعز ان 77.3% من المستطلعين في تعز يؤكدون وجود وصمة عار، ويربط 62.7% منهم العيادة النفسية بالجنون، بينما يعتقد 52% أن الأمراض النفسية هي عبارة عن مس شيطاني وسحر، ويرى 44% أن العلاج يقتصر على الرقية وقراءة القرآن دون الحاجة للاستعانة بالخدمات الطبية.[23] تتسبب هذه المعتقدات في عزوف العائلات عن طلب الدعم الطبي المبكر للمرأة والطفل، واللجوء بدلاً من ذلك للدجالين والمشعوذين، مما يؤدي لتدهور الحالات وصولاً للانتحار.[24]

٦. ضعف البيانات والتنسيق والإحالة

تقر الاستراتيجية الوطنية بوجود نقص في قواعد البيانات الخاصة بالانتشار والموارد والخدمات، وتعرض اختلافاً بين بعض

---

[17] عباس، ريان. (2024). مرجع سابق.

[18] عباس، ريان. (2024). مرجع سابق.

[19] "Yemen, Global Humanitarian Overview 2025, OCHA" https://humanitarianaction.info/document/global-humanitarian-overview-2025/article/yemen-2

[20] Financial Tracking Service: Yemen 2026 protection and psychosocial support flows, OCHA". https://fts.unocha.org/plans/1520/flows?f%5B0%5D=destinationClusterIdName%3A8881%3AProtection

21 استبيان البيانات الأولية، (2026) إفادات الأخصائي النفسي بكر محمد ناجي خالد المخلافي، المبحوث في الدراسة الميدانية لمركز دراسات السلام والمناخ.

22 "Millions of people in Yemen face the trauma and socioeconomic pressures of 9 years of conflict with limited services, WHO EMRO"

23 عباس، ريان. (2024). مرجع سابق.

24 استبيان البيانات الأولية، (2026) إفادات الأخصائية لطيفة الحذيفي، المبحوث رقم 4 في الدراسة الميدانية لمركز دراسات السلام والمناخ.

قواعد البيانات في عدد المرافق والعاملين، وهو ما يحد من التخطيط القائم على الأدلة. كما أن تعدد الجهات المنفذة من دون قاعدة خدمات وبروتوكول إحالة موحد قد يؤدي إلى تكرار بعض الأنشطة أو ترك فجوات في مناطق أخرى. ومن ثم فإن المشكلة ليست فقط نقص الخدمة، بل أيضاً ضعف القدرة على معرفة مكان الخدمة ونوعها وجودتها واستمراريتها.

٧. ضعف الإطار القانوني والتنفيذي

يوضح الإطار القانوني أن تشريعات الصحة النفسية الحالية لم تُعتمد، وأن الاستراتيجية السابقة 2011–2015 لم تتحول إلى جهد مؤسسي مستدام بسبب الاضطرابات ونقص الموارد. كما خلصت دراسة قانونية إلى أن القوانين القائمة لم تكن تتضمن معالجة شاملة للصحة النفسية أو إطاراً واضحاً لتنظيم الخدمات.[25] ويجب التمييز هنا بين ثلاثة أمور: وجود نص قانوني، ووجود سياسة أو استراتيجية، ووجود تمويل وآلية تنفيذ ومساءلة. ولا ينبغي اعتبار مخرجات مؤتمر الحوار الوطني أو مسودة دستور 2015 قوانين نافذة.

اثار متداخلة وعواقب وخيمة:

يترتب على غياب خدمات الدعم النفسي والاجتماعي اثار متداخلة ومعقدة على مستوى الفرد والاسرة والمجتمع وتتداخل لتؤثر على عدة قطاعات:

الآثار التنموية طويلة المدى لغياب الدعم النفسي والاجتماعي:

ان آثار الأزمات الممتدة لا تقتصر على ارتفاع معدلات الاضطرابات النفسية، وإنما تمتد لتؤثر في رأس المال البشري والتنمية الاجتماعية على المدى الطويل. فاستمرار المشكلات النفسية دون تدخل مبكر يؤدي إلى انخفاض التحصيل الدراسي للأطفال، وضعف المشاركة الاقتصادية للنساء، وتراجع الإنتاجية، وارتفاع معدلات العنف الأسري والتفكك المجتمعي، الأمر الذي يجعل خدمات الدعم النفسي والاجتماعي استثمارًا تنمويًا وليس مجرد استجابة إنسانية مؤقتة. وفي محافظة تعز، يهدد استمرار هذه الفجوة بإضعاف قدرة المجتمع على التعافي وإعادة البناء بعد سنوات النزاع.

الآثار الاجتماعية والنفسية السلوكية الممتدة:

أظهرت نتائج ورقة سياسات حول خدمات الصحة النفسية في محافظة تعز أن تدهور الصحة النفسية أدى لظهور مشاكل حادة في العلاقات الشخصية بنسبة (88%)، والمشاكل الأسرية بنسبة (85.3%)، وارتفاع الجريمة والعنف بنسبة (76%). كما تصدرت النساء بنسبة (65.3%) والأطفال والمراهقون بنسبة (60%) كفئات أشد هشاشة وتضرراً من الصدمات والنزوح. وتؤكد بيانات الوحدة التنفيذية لإدارة مخيمات النازحين لعام 2023م أن الاضطرابات النفسية تنتشر في 83 مخيماً للنزوح في تعز بنسبة (17.1%) من إجمالي المصابين بالأمراض المزمنة.[26]

الآثار على النساء والأطفال والأسر

تمثل النساء والأطفال الفئة الأكثر تأثرًا بفجوة خدمات الدعم النفسي والاجتماعي في محافظة تعز، نتيجة تداخل عوامل النزاع والنزوح والفقر والعنف القائم على النوع الاجتماعي مع محدودية الخدمات المتخصصة المراعية لاحتياجاتهم. كما ان غياب التدخلات النفسية والاجتماعية الملائمة لهذه الفئات لا ينعكس فقط على صحتهم النفسية، بل يمتد أثره إلى حماية الطفل، واستقرار الأسرة، واستمرار التعليم، والقدرة على التعافي المجتمعي. ومن ثم، فإن معالجة فجوة السياسات في هذا المجال تمثل مدخلًا أساسيًا لتعزيز الصمود المجتمعي وتحقيق التعافي المستدام.

> آثار الأزمات الممتدة لا تقتصر على ارتفاع معدلات الاضطرابات النفسية، وإنما تمتد لتؤثر في رأس المال البشري والتنمية الاجتماعية على المدى الطويل.

يؤدي ضعف الوصول إلى خدمات مناسبة إلى ترك النساء والأطفال والأسر أمام آثار النزاع والنزوح والفقر من دون دعم مبكر أو إحالة متخصصة عند الحاجة. وتؤكد خطة اليونيسف لعام 2025 أن 7.4 مليون طفل في اليمن يحتاجون إلى خدمات

[25] "The Right to Mental Health in Yemen, International Journal of Mental Health Systems"

26 عباس، ريان. (2024). مرجع سابق.

حماية، وأن 6.2 مليون طفل يحتاجون إلى دعم تعليمي، كما تدرج الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي ضمن استجابة حماية الطفل.[27] توضح هذه الأرقام أن الدعم النفسي لا يمكن فصله عن الحماية والتعليم وإدارة الحالات.

تتعرض النساء والفتيات لمخاطر إضافية مرتبطة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي، وفقدان الدخل، والتهجير، ومحدودية الحركة والوصول إلى الخدمات. وقد أفاد صندوق الأمم المتحدة للسكان بأن نحو 7.1 مليون امرأة وفتاة في اليمن يحتجن إلى خدمات الوقاية من العنف القائم على النوع الاجتماعي والاستجابة له، وأن ثلاثة أرباع المستفيدين من خدمات الدعم النفسي والاجتماعي التي دعمها الصندوق في عام 2023 كانوا من الناجيات من هذا العنف.[28]

الآثار على الحماية والتعليم والتماسك الأسري

عندما لا تتوفر خدمات وقائية وإحالة مبكرة، قد تتفاقم الضغوط داخل الأسرة وتزداد مخاطر التسرب من التعليم وعمالة الأطفال والزواج المبكر والعنف القائم على النوع الاجتماعي. وقد أشار تقرير اليونيسف لعام 2025 إلى أن 1 من كل 4 أطفال خارج المدرسة، وأن معدل التسرب المرتبط بعمالة الأطفال بلغ 44%.[29] تدعم هذه الأرقام الحاجة إلى تدخل متعدد القطاعات يربط الصحة النفسية بالتعليم والحماية والدعم الاجتماعي.

الآثار على الصحة العامة واستمرارية الرعاية

تؤدي محدودية خدمات الصحة النفسية إلى تأخر التعرف على الحالات، وتزيد الاعتماد على مرافق تخصصية محدودة، وتضعف الاستمرارية العلاجية عند انتهاء المشاريع أو انقطاع الأدوية. وتذكر الاستراتيجية الوطنية أن خدمات الصحة النفسية كانت متاحة في 21% من المرافق العامة التي شملها التقييم، وأن توافر الأدوية النفسية قُدر بـ 19% من الاحتياج في نطاق الدراسة.[30] تؤكد هذه المؤشرات أهمية بناء حزمة خدمات على مستويات متعددة، لا الاكتفاء بتوسيع الجلسات الفردية المؤقتة.

الآثار على النساء الناجيات من العنف وعلى الإحالة الآمنة

تحتاج الناجيات من العنف إلى خدمات تراعي السرية والسلامة وعدم إعادة التعرض للأذى، وتربط الدعم النفسي بالخدمات الصحية والقانونية والاجتماعية عند موافقتهن. وغياب آلية إحالة موحدة ومحمية قد يؤدي إلى كشف معلومات حساسة أو تكرار سرد التجربة أو فقدان المتابعة. لذلك ينبغي أن تتضمن السياسة المحلية بروتوكولات إحالة تراعي الموافقة المستنيرة، ومصلحة الطفل، وسلامة الناجية، وإدارة الحالات عالية الخطورة.

الآثار على كفاءة الإنفاق واستدامة الاستجابة

يؤدي الاعتماد على خدمات منفصلة قصيرة الأجل إلى تكرار التدريب والأنشطة، وفقدان الكوادر والخبرة عند انتهاء المشروع، وترك المستفيدين من دون متابعة. وفي المقابل، يتيح دمج حزمة أساسية من خدمات الدعم النفسي والاجتماعي في الرعاية الصحية الأولية والمدارس والحماية استخدام البنية القائمة وتوسيع الوصول، بشرط وجود إشراف سريري، وإحالة للحالات المعقدة، وتمويل تشغيلي، ومؤشرات جودة.

أثر الاستثمار في الدعم النفسي والاجتماعي:

ان الاستثمار في خدمات الدعم النفسي والاجتماعي لا يقتصر أثره على تحسين الصحة النفسية للأفراد، بل يسهم في تعزيز التماسك المجتمعي، والحد من العنف، وتحسين نتائج التعليم، ورفع الإنتاجية الاقتصادية، وزيادة قدرة المجتمعات على التعافي بعد الأزمات. كما أن دمج خدمات الدعم النفسي والاجتماعي ضمن الرعاية الصحية الأولية، والتعليم، وبرامج الحماية الاجتماعية، يعد من أكثر التدخلات كفاءة واستدامة في البيئات

[27] "Yemen Humanitarian Action for Children 2025, UNICEF" https://www.unicef.org/media/165851/file/2025-HAC-Yemen.pdf

[28] "Tackling the hidden mental health burden in Yemen, UNFPA"

[29] "Yemen Humanitarian Action for Children 2025, UNICEF"

[30] "National Mental Health Strategy in Yemen 2022–2026, Ministry of Public Health and Population and WHO",

المتأثرة بالنزاعات، خاصة عندما يركز على النساء والأطفال باعتبارهم الفئة الأكثر عرضة للمخاطر.

بناءً على ما سبق، تكشف النتائج عن وجود فجوة بين حجم الاحتياجات المتزايدة لخدمات الدعم النفسي والاجتماعي الناتجة عن استمرار النزاع والأزمة الإنسانية، وبين القدرة المؤسسية على توفير خدمات كافية وذات جودة. وتتمثل أبرز مظاهر هذه الفجوة في محدودية المرافق والخدمات المتخصصة، ونقص الكوادر المؤهلة، وضعف إمكانية الوصول إلى الخدمات، خاصة في المناطق الريفية والنائية، الأمر الذي يحد من استفادة النساء والأطفال، باعتبارهم الفئات الأكثر احتياجًا.

كما أن الاعتماد الكبير على التمويل الخارجي والتدخلات الإنسانية قصيرة الأجل أدى إلى غياب الاستدامة، وأضعف قدرة المؤسسات المحلية على بناء منظومة قادرة على الاستجابة المستمرة للاحتياجات المتزايدة.

تتحمل النساء والأطفال النصيب الأكبر من آثار هذه الفجوات، إذ تسهم الضغوط النفسية والاجتماعية المتراكمة في زيادة مخاطر التعرض للعنف القائم على النوع الاجتماعي، والتسرب من التعليم، وعمالة الأطفال، والزواج المبكر، إلى جانب تفاقم مظاهر الهشاشة الاجتماعية والاقتصادية. ويؤثر ذلك سلبًا في تنمية رأس المال البشري، ويحد من فرص التعافي والاستقرار المجتمعي على المدى البعيد.

كشفت النتائج عن وجود فجوة واضحة بين الاحتياجات المتزايدة للنساء والأطفال في محافظة تعز للحصول على خدمات الدعم النفسي والاجتماعي، وبين مستوى الخدمات المتاحة. وتتجلى هذه الفجوة في محدودية التغطية الجغرافية، ونقص الكوادر المتخصصة، وضعف قدرة المؤسسات المحلية على توفير خدمات متكاملة، خاصة في المناطق الريفية ومناطق النزوح.

القوانين والسياسات:

يكشف تحليل الأطر التشريعية والسياساتية الوطنية القائمة في الجمهورية اليمنية عن وجود فجوة قانونية ومؤسسية عميقة ساهمت بشكل مباشر في تدهور وتهميش خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي الموجهة للنساء والأطفال، وذلك على النحو التالي:

1. **قانون الصحة العامة رقم (4) لسنة 2009م:** يخلو القانون تماماً من أي تنظيم أو هيكلة واضحة لخدمات الصحة النفسية أو سبل تقديمها وتنظيم تراخيص ممارسيها؛ حيث اقتصرت المادة (3) منه على الإشارة الهامشية لمكافحة الأمراض النفسية ضمن أهداف السياسة الصحية العامة، بينما خلت المادة (44/ب) الخاصة بالمنشآت الصحية من أي إلزام تشريعي للدولة بتوفير وتسهيل رعاية نفسية متكاملة للمواطنين أثناء الأزمات والحروب، مما تسبب في غياب الاستقرار المؤسسي لهذا القطاع الحيوي.[31]
2. **قانون حقوق الطفل رقم (45) لسنة 2002م ومشاريع القوانين المتعثرة (2004، 2007م):** نص قانون الطفل على حق الطفل ذي الإعاقة في الرعاية النفسية والاجتماعية وحظر إيذائه نفسياً، ولكنه يفتقر لآليات تنفيذية وخطط استباقية تلزم الدولة بتقديم الدعم النفسي والاجتماعي للأطفال المتأثرين بالنزاعات المسلحة والجرائم والصدمات. ويمثل تعثر مشاريع قوانين الصحة النفسية لعامي 2004م و2007م في البرلمان اليمني دليلاً دامغاً على تهميش هذا القطاع؛ حيث لم ينظر المسؤولون وصناع القرار للصحة النفسية كأولوية سياسية أو شعبية، مما ترك القطاع بلا إطار تشريعي يحمي حقوق المرضى النفسيين أو ينظم عمل الأخصائيين الميدانيين.[32]
3. **مؤتمر الحوار الوطني الشامل (2013-2014م) ومسودة دستور 2015م:** مثل مؤتمر الحوار الوطني أرقى نقطة اعتراف بالصحة النفسية كقضية وطنية؛ حيث ألزم القرار رقم (7) الدولة بإصدار تشريعات تحمي حقوق المرضى النفسيين، ووجه القرار رقم (35) بدمج الصحة النفسية بالرعاية الأولية، وأكد القرار رقم (36) على برامج الصحة النفسية المدرسية للأطفال والمراهقين. كما تبنت مسودة دستور 2015م مادة دستورية صريحة تكفل السلامة الجسدية والعقلية والنفسية للمواطنين وتمنع تشغيل الأطفال بما يضر بسلامتهم العقلية والنفسية. إلا أن اندلاع الحرب المفتوحة عام 2015م تسبب في تعليق تنفيذ هذه

[31] عباس، ريان. (2024). مرجع سابق.

[32] عباس، ريان. (2024). مرجع سابق.

المقررات الدستورية التاريخية وتجميدها بالكامل، مما أدخل قطاع خدمات الصحة النفسية في فراغ تنظيمي وإداري خطير.[33]

4. **الالتزامات الدولية**: تلتزم اليمن، بموجب اتفاقيات حقوق الإنسان التي انضمت إليها، بحماية الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والنفسية، وبمبدأ عدم التمييز، وبحماية الأطفال والنساء والأشخاص ذوي الإعاقة والنازحين. وتوضح مبادئ الحق في الصحة أن الخدمات يجب أن تكون متاحة وميسورة ومقبولة وذات جودة، وأن تشمل الرعاية الأولية والمتخصصة والأدوية الأساسية والمعلومات والمشاركة في القرارات الصحية.[34] كما أن اليمن طرف في اتفاقية حقوق الطفل، التي تدعم حق الطفل في البقاء والنماء والحماية والرعاية، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة. لكن وجود الالتزام الدولي لا يثبت أن النساء والأطفال في تعز يحصلون فعلياً على خدمة قابلة للوصول أو على إحالة آمنة.
5. **الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية في اليمن (2022-2026م)**: على الرغم من أن وزارة الصحة العامة والسكان بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية قد أعدت هذه الاستراتيجية بهدف تفعيل البرنامج الوطني وتسهيل الدمج وبناء قاعدة بيانات، إلا أنها ظلت حبراً على ورق في محافظة تعز ولم تنعكس في أي خطط تنفيذية أو موازنات محلية معتمدة. وتفتقر الاستراتيجية لآليات رقابة ومساءلة تحدد سبل توزيع الموارد المالية والبشرية، كما أنها تجاهلت بشكل كبير خصوصية الاحتياجات النفسية للفئات الأكثر هشاشة كالنساء والأطفال في سياق الحروب والنزوح المستمر.[35]

تضمنت الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية عناصر يمكن البناء عليها، من ابرزها:

- دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية.
- تفعيل برنامج وطني للصحة النفسية وفروعه في المحافظات والمديريات.
- إضافة تدخلات الصحة النفسية إلى حزمة الخدمات الدنيا.
- تشكيل فريق فني أو مجموعة عمل للصحة النفسية.
- بناء قاعدة بيانات موحدة ونظام معلومات صحي.
- تأهيل الكوادر وتطوير الإرشاد والتوعية المجتمعية.
- تفعيل الرقابة والمساءلة وتنظيم الممارسة المهنية.

وعلى الرغم من ذلك لم يتم ترجمة هذه العناصر إلى خطة تشغيلية وتوفير التمويل لتنفيذها واعداد مؤشرات وتحديد اختصاصات والإشراف على تنفيذها على مستوى المحافظة.

يُظهر تحليل الإطار التشريعي أن التشريعات والسياسات الوطنية - رغم تناولها جوانب تتعلق بالصحة النفسية وحماية المرأة والطفل – الا انها لا تتضمن أحكامًا واضحة تُلزم بتخصيص الموارد المالية والبشرية اللازمة لتقديم خدمات الدعم النفسي والاجتماعي في سياقات الأزمات، كما تفتقر إلى آليات تنفيذ ومتابعة تضمن استدامة هذه الخدمات وتكاملها ضمن القطاعات الأساسية. بالرغم من ان قانون الصحة العامة يوفر إطاراً عاماً للصحة، لكنه لا يقدم نظاماً تفصيلياً ومتكاملاً لتنظيم خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي، ولا يوضح بصورة كافية معايير الترخيص والإشراف السريري وحماية حقوق المرضى والإحالة في سياقات الأزمات.

كما مثّلت مخرجات مؤتمر الحوار الوطني ومسودة دستور 2015 تطوراً مهماً في الاعتراف السياسي بالصحة النفسية وحقوق الأطفال والنساء، لكنها لم تصبح بديلاً عن قانون نافذ أو لائحة تنفيذية أو موازنة معتمدة. لذلك تكمن الفجوة في غياب آلية تنقل هذه المبادئ إلى معايير خدمة وترخيص وتمويل ومساءلة على المستويين الوطني والمحلي.

ويتضمن قانون حقوق الطفل مبادئ حماية ورعاية مهمة، لكنه لا يترجمها إلى خدمات نفسية واجتماعية للأطفال المتأثرين بالنزاع، ولا يحدد بوضوح مسؤوليات المدرسة والمرفق الصحي وخدمات الحماية في الكشف المبكر والإحالة والمتابعة.

التجارب والممارسات الدولية:

[33] عباس، ريان. (2024). مرجع سابق.

[34] "Yemen's obligations to respect, protect, and fulfil the right to mental health, Sana'a Center" https://sanaacenter.org/publications/policy-research/6789

[35] وزارة الصحة العامة والسكان، ومنظمة الصحة العالمية. (2022). الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية في اليمن (2022-2026م) وزارة الصحة العامة والسكان، الجمهورية اليمنية: https://www.emro.who.int/images/stories/yemen/National_Mental_Health_Strateg__in_Yemen2022_2023_Ara.pdf

فيما يلي نستعرض ابرز التجارب ذات الصلة:

التجربة الأردنية: دمج خدمات الدعم النفسي والاجتماعي ضمن الرعاية الصحية الأولية:

طورت وزارة الصحة الأردنية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية واليونيسف نموذجاً رياديا يقوم على دمج خدمات الدعم النفسي والاجتماعي الموجهة للأطفال والمراهقين والنساء والنازحين مباشرة ضمن مراكز الرعاية الصحية الأولية القائمة، بدلاً من إنشاء مستشفيات نفسية مستقلة ومكلفة. وارتكزت التجربة على تدريب وتأهيل الأطباء العامين والممرضين باستخدام دليل منظمة الصحة العالمية لتدبير الثغرات في الصحة النفسية مع تأسيس نظام ربط وإحالة فعال ومحمي وسري للغاية يربط بين مرافق الصحة الأولية ومراكز الحماية الاجتماعية والتعليم والمستشفيات التخصصية الكبرى، وهو ما أدى لرفع معدلات الوصول للخدمات وتخفيض التكاليف التشغيلية بنسبة تجاوزت 65%.[36]

يمكن الاستفادة من التجربة:

- دمج خدمات الدعم النفسي والاجتماعي في المراكز الصحية الحكومية القائمة بدلا من إنشاء مؤسسات جديدة.
- تدريب الكوادر الصحية في مراكز الرعاية الأولية على الإسعافات النفسية الأولية.
- تطوير آليات وطنية للإحالة بين القطاع الصحي وقطاع الحماية.
- تخصيص خدمات تستهدف النساء والأطفال المتأثرين بالأزمات.

التجربة الثانية: نموذج اليونيسف للدعم النفسي والاجتماعي المجتمعي في الأوضاع الإنسانية:

يعتمد هذا النموذج العالمي لليونيسف على هرم تدخلات متعدد المستويات ينطلق من تعزيز قدرات البيئة المحلية المحيطة بالطفل والمرأة لضمان الاستدامة وتخفيض النفقات. وينقسم النموذج التشغيلي إلى ثلاثة مستويات:

1. الدعم الوقائي العام عبر المساحات الصديقة بالمدارس والأحياء؛
2. الدعم المركّز والموجه للأطفال وأمهاتهم ومقدمي الرعاية الذين يظهرون علامات صدمة خفيفة؛
3. تفعيل آليات الإحالة للمختصين النفسيين فقط في الحالات الشديدة والمعقدة.

يسهم هذا النموذج في إشراك الأسرة والمجتمع والقيادات المحلية في تقديم خدمات الرعاية النفسية الأولية والحد من الوصمة الاجتماعية والتنمر.[37]

يمكن الاستفادة من التجربة:

- إنشاء برامج مجتمعية منخفضة التكلفة داخل المدارس والمراكز الصحية.
- إشراك المرشدين الاجتماعيين والعاملين الصحيين والمتطوعين المجتمعيين.
- توفير برامج دعم نفسي للأمهات ومقدمي الرعاية للأطفال.
- اعتماد نموذج الإحالة التدريجي للحالات التي تحتاج إلى تدخل متخصص.

تؤكد التجارب السابقة أن دمج خدمات الدعم النفسي والاجتماعي ضمن منظومات الرعاية الصحية الأولية، والتعليم، والحماية الاجتماعية يمثل أحد أكثر النماذج كفاءة واستدامة وفعالية من حيث التكلفة. ويتيح هذا النهج فرصة عملية لإعادة هيكلة الاستجابة في محافظة تعز، من خلال الانتقال من التدخلات الإنسانية المؤقتة إلى منظومة مؤسسية متكاملة، ترتكز على تعزيز قدرات المؤسسات المحلية، وتحسين التنسيق بين القطاعات، وضمان استدامة الخدمات وإمكانية وصولها إلى الفئات الأكثر احتياجًا.

الحلول المقترحة:

استنادًا إلى تحليل الواقع والفجوات القائمة، تقترح الورقة الحل التالي لتحسين خدمات الدعم النفسي والاجتماعي المقدمة للنساء والأطفال في محافظة تعز:

[36] وزارة الصحة الأردنية، ومنظمة الصحة العالمية. (2012). مرجع سابق.

[37] اليونيسف (2018) الدليل التشغيلي للدعم النفسي والاجتماعي المجتمعي للأطفال والأسر في السياقات الإنسانية. اليونيسف: https://www.unicef.org/mena/media/26296/file/240429_UNICEF_MENARO_MHPSS_Regional_Report_Layout.pdf

الحل المقترح: النموذج المرحلي المتكامل للصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي:

يتمثل الحل في اعداد وتطوير واعتماد نموذج محلي مرحلي - لا يهدف إلى إنشاء جهاز/كيان موازٍ - بل إلى تفعيل البنية القائمة وربطها ببروتوكول موحد. ويتكون النموذج من خمسة عناصر:

١. **قيادة وتنسيق محلي واضح:**

إصدار قرار من الجهة المختصة بتشكيل "**لجنة تنسيق الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في تعز**"، برئاسة مكتب الصحة أو الجهة التي يحددها القرار، وعضوية مكاتب (الصحة، التربية والتعليم، الشؤون الاجتماعية، ونقابة الأخصائيين النفسيين بتعز؛ والجهات المختصة بالحماية، والجامعة/الهيئة المهنية، وممثلين/ات عن المنظمات والنساء والنازحين). تكون اللجنة مسؤولة عن الخطة والتنسيق، لا عن تقديم العلاج مباشرة.

٢. **تنفيذ حزمة خدمات متدرجة المستويات:**

- **المستوى الأول**: توعية، إسعافات نفسية أولية، أنشطة دعم جماعي آمنة، دعم الوالدين ومقدمي الرعاية، والكشف الأولي.
- **المستوى الثاني**: تدخلات مركزة قصيرة للحالات الخفيفة والمتوسطة يقدمها عاملون مدربون تحت إشراف مهني.
- **المستوى الثالث**: إحالة الحالات المعقدة أو عالية الخطورة إلى أخصائيين أو مرافق تخصصية، مع متابعة ما بعد الإحالة.
- **المستوى الرابع**: خدمات متخصصة للحالات الشديدة، والعنف القائم على النوع الاجتماعي، وخطر الانتحار، والأطفال المنفصلين أو غير المصحوبين، وفق بروتوكولات حماية وإدارة حالات.

هذا التدرج ينسجم مع نموذج اليونيسف متعدد المستويات ومع توجه الاستراتيجية الوطنية نحو الدمج، لكنه يحتاج إلى تكييف محلي وتحديد واضح لما يجوز لكل فئة مهنية أن تقدمه.

٣. **شبكة إحالة وسلامة بيانات:**

إعداد بروتوكول إحالة واحد يتضمن تعريف الحالة، ومؤشرات الخطر، ونقطة الإحالة، والموافقة، والسرية، ومسؤولية المتابعة، وإجراءات الحالات العاجلة.

> يتمثل الحل في اعداد وتطوير واعتماد نموذج محلي مرحلي - لا يهدف إلى إنشاء جهاز/كيان موازٍ - بل إلى تفعيل البنية القائمة وربطها ببروتوكول موحد.

ولا ينبغي إنشاء قاعدة بيانات مركزية تحتوي على أسماء وتفاصيل حساسة إلا بعد وضع سياسة حماية بيانات وصلاحيات وصول؛ والأفضل البدء بمؤشرات خدمة مجمعة وغير معرفة بالاسم.

٤. **تنفيذ تجريبي قبل التوسع:**

بدلاً من إعلان التغطية الفورية لجميع المديريات، تبدأ المرحلة التجريبية في عدد محدود من المراكز والمدارس والمناطق التي تمثل موقع واحد في المدينة والريف وموقع نزوح، وفق خريطة احتياج وخدمات. وبعد (6) أشهر، تقارن النتائج بخط أساس قبل التدخل، ثم يقرر التوسع أو التعديل.

٥. **تمويل متعدد السنوات وبناء القدرات المحلية**

تُقدّر تكلفة الحزمة التجريبية أولاً، ثم تُدرج في خطة مكتب الصحة وطلبات المانحين. ويجب أن يموّل المانحون التدريب والإشراف ونظم المعلومات والكوادر الأساسية، لا الأنشطة التوعوية القصيرة وحدها. كما ينبغي اعتماد انتقال تدريجي من تنفيذ المنظمات إلى قيادة المرافق المحلية مع بقاء الدعم الفني والرقابة.

توصيات إجرائية لتنفيذ الحل:

أ. **خلال أول 90 يوماً**

١. اعتماد قرار تشكيل لجنة التنسيق المحلية وتحديد رئيسها وأمانتها الفنية واختصاصاتها، مع نشر محضر اختصاصاتها وآلية اجتماعاتها.
٢. اعداد خريطة خدمات سريعة تشمل كل مرفق عام أو خاص أو تابع لمنظمة يقدم خدمة نفسية أو اجتماعية، ونوع الخدمة، والمديريات، وساعات العمل، والكوادر، ونظام الإحالة.

٣. تحديد خط أساس في المرافق التجريبية: عدد المستفيدين، زمن الانتظار، الأدوية، الكوادر، الإحالات، التغطية الجغرافية، ومؤشرات السلامة.
٤. اعتماد حزمة خدمات محلية مختصرة توضح ما يقدم في المركز الصحي والمدرسة ومركز الحماية والمرفق التخصصي.
٥. تدقيق قانوني رسمي للنصوص واللوائح ذات الصلة، مع تحديد ما يحتاج إلى قرار محلي وما يحتاج إلى وزارة أو تشريع وطني.
٦. تجميد استخدام النسب المحلية غير الموثقة في الورقة أو وسمها صراحة بأنها نتائج عينة استطلاعية محدودة.

ب. خلال 3–6 أشهر

٧. اعتماد بروتوكول الإحالة والحالات عالية الخطورة بما في ذلك خطر الانتحار والعنف وسوء المعاملة، مع رقم اتصال أو نقطة اتصال وليس مجرد إحالة ورقية.
٨. تدريب الفرق وفق أدوارها: تدريب عام للعاملين، وتدريب متوسط لمقدمي التدخلات المركزة، وإشراف متخصص للحالات المعقدة.
٩. تعيين مشرف سريري أو شبكة إشراف لكل مجموعة من المرافق؛ فالتدريب دون إشراف قد يؤدي إلى تفاوت في الجودة أو ممارسات غير آمنة.
١٠. إدراج مؤشرات الدعم النفسي والاجتماعي في نظام المعلومات الصحي بصورة مجمعة، مع فصل بيانات البحث عن بيانات الحالات.
١١. توقيع مذكرة تنسيق بين الصحة والتربية والشؤون الاجتماعية تحدد مسار الإحالة والمسؤولية عن المتابعة، مع مراعاة موافقة المستفيد ومصلحة الطفل.
١٢. إنشاء آلية شكاوى ومساءلة آمنة تسمح للنساء والأطفال ومقدمي الرعاية بالإبلاغ عن سوء المعاملة أو خرق السرية دون تعريضهم للانتقام.
١٣. إعداد خطة أدوية وإمدادات للحالات التي تحتاج علاجاً نفسياً، مع متابعة انقطاع الأدوية وتحديد بدائل إحالة عند النقص.

ت. خلال 6–12 شهراً

١٤. تشغيل المرحلة التجريبية في مرافق تمثل ثلاثة سياقات على الأقل: حضري، ريفي، وموقع نزوح.
١٥. تقييم مستقل أو شبه مستقل بعد ستة أشهر يقيس الوصول والجودة والاستمرارية والرضا وسلامة الإحالة، ولا يكتفي بعدد الجلسات.
١٦. إدراج التمويل في خطة سنوية متعددة السنوات مع فصل تكاليف الكوادر والتدريب والإشراف والأدوية ونظام المعلومات.
١٧. إنشاء سجل مهني أو قائمة مقدمي خدمة معتمدين بالتنسيق مع الجهات المهنية والجامعة، إلى حين استكمال التنظيم الوطني للترخيص.
١٨. إبرام اتفاقات أداء مع المنظمات تشترط نقل المعرفة والبيانات المجمعة وخطة استدامة، ولا تسمح بإنهاء الخدمة دون خطة انتقال أو إحالة.
١٩. إشراك النساء والنازحين والمراهقين في تقييم الخدمة من خلال جلسات تشاور آمنة ومجهّلة البيانات.

ث. خلال 1–3 سنوات

٢٠. توسيع النموذج إلى بقية المديريات بناءً على معايير واضحة: شدة الاحتياج، غياب الخدمة، سهولة الوصول، توافر الكادر، والتمويل.
٢١. مراجعة اللوائح أو اقتراح تشريع وطني للصحة النفسية يتضمن حقوق المرضى، الترخيص، الإشراف، مكافحة الإكراه وسوء المعاملة، حماية البيانات، والشكوى والانتصاف.
٢٢. إدماج مهارات الصحة النفسية والدعم الاجتماعي في تدريب المعلمين والعاملين الصحيين ضمن المناهج الرسمية، لا عبر مشاريع منفصلة فقط.
٢٣. إنشاء آلية مراجعة سنوية تنشر مؤشرات مجمعة عن التغطية والجودة والتمويل والشكاوى والإحالات.

توصيات داعمة:

لضمان تنفيذ الحل المقترح على الوجه الأمثل نوصي بتنفيذ ما يلي:

أولاً: للمجلس المحلي ومكتب الصحة العامة والسكان بمحافظة تعز:

- بدء تطبيق تجريبي في مرافق تمثل المدينة والريف وموقع نزوح، ثم التوسع بناءً على نتائج خط الأساس والتقييم المرحلي وتوافر الموارد.
- إعداد موازنة تكلفة للحزمة الأساسية والمرحلة التجريبية، وإدراج بند مستقل للصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في خطة مكتب الصحة، مع تحديد مساهمة المحافظة والوزارة والمانحين ومراجعة التنفيذ ربعياً.
- العمل على استقطاب وتأهيل الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، وتوفير بيئة عمل حافزة لهم.

ثانيًا: لوزارة الصحة العامة والسكان (على المستوى الوطني):

- تطوير وتحديث الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية لتشمل آليات واضحة لتنفيذ خدمات الدعم النفسي والاجتماعي المدمج في سياقات الأزمات
- تخصيص تمويلات مخصصة ضمن الموازنة العامة للدولة لدعم البنية التحتية البشرية والتقنية
- تفعيل برنامج الصحة النفسية القائم داخل وزارة الصحة وفروعه في المحافظات، وتحديد نقطة اتصال رسمية في مكتب الصحة بتعز، مع لجنة تنسيق محلية متعددة القطاعات.

ثالثًا: للمؤسسات التعليمية ومكاتب التربية:

- إدراج أنشطة الدعم النفسي والاجتماعي كجزء لا يتجزأ من الأنشطة اللاصفية في المدارس.
- تدريب المعلمين والمرشدين على الملاحظة والدعم الأولي والإحالة وحماية الطفل، مع منع تكليفهم بالتشخيص أو العلاج أو حفظ ملفات سرية غير محمية.

رابعًا: للمنظمات الدولية والمانحين:

- تحويل نمط الدعم من تقديم الخدمات المباشرة قصيرة الأجل إلى بناء قدرات المؤسسات المحلية والجهات الحكومية.
- دعم برامج الحماية المجتمعية التي تركز على الأسرة وتمكين النساء اقتصادياً ونفسياً.
- تصميم حملات موجهة للأمهات والآباء والمراهقين والعاملين الصحيين والقيادات المجتمعية، وقياس التغير في المعرفة والاتجاهات وطلب الخدمة قبل الحملة وبعدها.

خامسًا: لتوسيع قاعدة البيانات والأدلة:

- دعم إجراء دراسات ميدانية دورية لتقييم الاحتياجات النفسية والاجتماعية في محافظة تعز.
- تطوير نظام معلومات صحي يتضمن مؤشرات الصحة النفسية ضمن نظام المعلومات الصحية الوطني.
- إشراك الجامعات والمعاهد البحثية في إنتاج المعرفة المتعلقة بالدعم النفسي والاجتماعي في سياقات الأزمات.

المصادر والمراجع:

فيما يلي نستعرض مصادر البيانات المستخدمة في اعداد الورقة:

- عباس، ريان، (2024)، خدمات الصحة النفسية في محافظة تعز (مأساة مهملة، وتدخلات شحيحة). ورقة سياسات عامة، منظمة سياق للشباب والتنمية، تعز، اليمن.
- الشميري، ريان، والقاضي، عبدالصمد. (2022). إيرادات صندوق النظافة في مدينة تعز: إمكانات مهدرة وفرص واعدة. ورقة سياسات عامة، منظمة طور مجتمعك (IYSO)، تعز، اليمن.
- استبيان البيانات الأولية، (2026)، إفادات إدارة مستشفى الأمراض النفسية والعصبية بتعز، المبحوث في الدراسة الميدانية لمركز دراسات السلام والمناخ.
- استبيان البيانات الأولية، (2026) إفادات الأخصائية لطيفة الحذيفي، المبحوث رقم 4 في الدراسة الميدانية لمركز دراسات السلام والمناخ.
- استبيان البيانات الأولية، (2026) إفادات الأخصائي النفسي بكر محمد ناجي خالد المخلافي، المبحوث في الدراسة الميدانية لمركز دراسات السلام والمناخ.
- استبيان البيانات الأولية، (2026) إفادات الأخصائي النفسي بكر محمد ناجي خالد المخلافي، المبحوث في الدراسة الميدانية لمركز دراسات السلام والمناخ.
- مركز صنعاء للدراسات الاستراتيجية، وعيادة حقوق الإنسان بكلية الحقوق بجامعة كولومبيا، ومدرسة ميلمان للصحة العامة بجامعة كولومبيا (2017). أثر الحرب على الصحة النفسية في اليمن: أزمة مهملة. مركز صنعاء للدراسات الاستراتيجية: https://sanaacenter.org/ar/publications-ar/policy-research-ar/5177
- استبيان البيانات الأولية، (2026)، إفادات الأخصائي النفسي بكر المخلافي، اسيل الشرعبي المبحوثين في الدراسة الميدانية لمركز دراسات السلام والمناخ.
- وزارة الصحة الأردنية، ومنظمة الصحة العالمية، (2012)، إدماج خدمات الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية في الأردن: التقييم والتوسع. منظمة الصحة العالمية: https://www.emro.who.int/images/stories/jordan/documents/integration_of_mental_health_jordan.pdf
- اليونيسف، (2018). الدليل التشغيلي للدعم النفسي والاجتماعي المجتمعي للأطفال والأسر في السياقات الإنسانية، اليونيسف: https://www.unicef.org/mena/media/26296/file/240429_UNICEF_MENARO_MHPSS_Regional_Report_Layout.pdf
- قانون الصحة العامة رقم (4) لسنة 2009م.
- قانون حقوق الطفل رقم (45) لسنة 2002م.
- الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية في اليمن (2011-2015).
- التقرير الإقليمي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حول دمج خدمات الدعم النفسي والاجتماعي في الرعاية الصحية الأولية (2024).
- الدليل التشغيلي لليونيسف للدعم النفسي والاجتماعي المجتمعي في الأوضاع الإنسانية للأطفال والأسر (2018).

- الإطار التشغيلي العالمي متعدد القطاعات للصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي للأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية الصادر عن اليونيسف (2024).
- يمن فيوتشرتقرير بعنوان نيويورك الامم المتحدة تقول ان اكثر من خمس سكان اليمن بحاجه الى الدعم والرعاية النفسية يوليو 2023م https://yemenfuture.net/news/15831
- الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية في اليمن (2022-2026).
- تقرير اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية حول دمج خدمات الدعم النفسي والاجتماعي في الرعاية الصحية الأولية في الأردن (2023).
- اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC)، المبادئ التوجيهية للصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في حالات الطوارئ.
- منظمة الصحة العالمية، الدليل التشغيلي للفجوة في الصحة النفسية: التدخل الإنساني (mhGAP-HIG). https://www.emro.who.int/ar/2023-arabic/millions-of-people-in-yemen-face-the-trauma-and-socioe
- موقع وزارة الصحة العامة والسكان قرارات الوزارةhttps://moh.gov.ye/ar/front/resolutions
- صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)، تقارير الدعم النفسي والاجتماعي في اليمن (2019-2024).
- تقارير مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA)، خطة الاستجابة الإنسانية في اليمن (2025).
- مركز صنعاء للدراسات الاستراتيجية، تقارير الصحة النفسية في اليمن.
- البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية، تقارير دمج خدمات الصحة النفسية في الرعاية الأولية.
- "The Right to Mental Health in Yemen, International Journal of Mental Health Systems" https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8233030/
- "Yemen, Global Humanitarian Overview 2025, OCHA" https://humanitarianaction.info/document/global-humanitarian-overview-2025/article/yemen-2
- Financial Tracking Service: Yemen 2026 protection and psychosocial support flows, OCHA". https://fts.unocha.org/plans/1520/flows?f%5B0%5D=destinationClusterIdName%3A8881%3AProtection
- "Yemen Humanitarian Action for Children 2025, UNICEF" https://www.unicef.org/media/165851/file/2025-HAC-Yemen.pdf
- "Tackling the hidden mental health burden in Yemen, UNFPA" https://arabstates.unfpa.org/en/news/tackling-hidden-mental-health-burden-yemen
- "National Mental Health Strategy in Yemen 2022–2026, Ministry of Public Health and Population and WHO", https://www.emro.who.int/images/stories/yemen/National_Mental_Health_Strateg__in_Yemen2022_2023_Eng.pdf
- "Yemen Humanitarian Needs and Response Plan 2026, OCHA" https://reliefweb.int/report/yemen/yemen-humanitarian-needs-and-response-plan-2026-march-2026-enar
- "Millions of people in Yemen face the trauma and socioeconomic pressures of 9 years of conflict with limited services, WHO EMRO" https://www.emro.who.int/yemen/news/millions-of-people-in-yemen-face-the-trauma-and-socioeconomic-pressures-of-9-years-of-conflict-with-limited-services.html
- "National Mental Health Strategy in Yemen 2022–2026, Ministry of Public Health and Population and WHO", https://www.emro.who.int/images/stories/yemen/National_Mental_Health_Strateg__in_Yemen2022_2023_Eng.pdf

الملاحق:

ملحق رقم (1) - مصفوفة تنفيذ التوصيات:

التوصية	الجهة القائدة	الشركاء	المدة	مؤشر التحقق
تشكيل لجنة التنسيق	مكتب الصحة/الجهة المختصة	التربية، الشؤون الاجتماعية، المنظمات، ممثلو المجتمع	90يوماً	قرار منشور ومحاضر اجتماعات
خريطة الخدمات وخط الأساس	اللجنة الفنية	المرافق والجامعات	90يوماً	قاعدة خدمات وتقرير خط أساس
بروتوكول الإحالة	مكتب الصحة	الحماية، التربية، المرافق التخصصية	3 – 6 أشهر	بروتوكول معتمد ومطبق
تدريب الفرق والإشراف	برنامج الصحة النفسية	الجامعة والهيئات المهنية والمنظمات	3 – 6 أشهر	عدد المدربين ونسبة اجتياز الكفاءة
المرحلة التجريبية	مكتب الصحة	المرافق والمدارس ومراكز الحماية	6 - 12شهراً	مرافق عاملة وتقرير نتائج
نظام المعلومات	وزارة الصحة/مكتب الصحة	الشركاء التقنيون	6 - 12شهراً	مؤشرات مجمعة وتقارير ربع سنوية
تمويل متعدد السنوات	المجلس المحلي والوزارة	المانحون	6 - 12شهراً	بند مالي وخطة تمويل
التقييم والتوسع	اللجنة مع جهة مستقلة	الجامعات والمانحون	بعد 6 أشهر ثم سنوياً	قرار توسع مبني على النتائج

حول مركز دراسات السلام والمُناخ (CPCS):

مركز دراسات السلام والمُناخ – Center for Peace and Climate Studies - CPCS هو منظمة مجتمع مدني يمنية غير ربحية يسعى إلى بناء السلام البيئي والمجتمعي والتنمية المستدامة في اليمن، من خلال تعزيز المرونة وتقليل الهشاشة والحد من مخاطر الكوارث والنزاعات المجتمعية الناتجة عن آثار تغير المُناخ. **للمزيد حول CPCS، يرجى زيارة موقعنا الالكتروني من خلال النقر هنا.**

مؤسسة فريدريش إيبرت (FES):

هي مؤسسة ألمانية غير ربحية ملتزمة بقيم الديمقراطية والعدالة الاجتماعية. وتُعرف المؤسسة على نطاق واسع بدورها المحوري في تعزيز الحوار، حيث تعمل في اليمن منذ عام 1995، وافتتحت مكتبها في صنعاء عام 1999. وتتركز جهودها منذ ذلك الحين على تعزيز الديمقراطية واستقرار النظام السياسي في اليمن، بالإضافة إلى وضع سياسات اقتصادية واجتماعية عادلة تراعي البُعد الجندري. وفي السنوات الأخيرة، أصبح بناء السلام وحل النزاعات سلمياً من المواضيع المهمة الأخرى في عملها. وفي عام 2023، انتقل مكتب المؤسسة إلى عدن. يشمل شركاؤها المؤسسات الحكومية، ومعاهد البحوث الأكاديمية، والنقابات العمالية، ومنظمات المجتمع المدني. لمعرفة الزيد يرجى النقر هنا.

حول مشروع " مختبر السياسات":

يسعى المشروع الى بناء قدرات وتمكين 24 مشارك/ة من المعارف النظرية والمهارات العملية اللازمة لإعداد أوراق السياسات العامة، وتمكين المشاركين/ات من تحديد وتحليل أبرز القضايا العامة في محافظة تعز، مع التركيز على القطاعات الحيوية مثل الخدمات الأساسية (الصحة، التعليم، المياه، النظافة، الكهرباء)، التنمية الاقتصادية والسياسية والبيئية، وتمكين الشباب والنساء. من خلال تنفيذ برنامج تدريبي مكثف حول مهارات اعداد أوراق السياسات العامة. إضافة الى توجيه المشاركين/ات لإنتاج 6 - 12 ورقة سياسات عالية الجودة، تتناول قضايا محددة في تعز، تقدم حلول وتوصيات عملية قابلة للتطبيق، ودعم المشاركين/ات في نشر أوراق السياسات المنتجة وتقديمها للجهات المعنية وصناع القرار، بهدف التأثير في السياسات المحلية وتعزيز المشاركة المجتمعية في عملية صنع القرار. **لمعرفة المزيد من المعلومات حول المشروع، يرجى النقر هنا.**