



# واجبنا في الرعاية دعوة عالمية للعمل من أجل حماية الصحة النفسيّة للعاملين في مجال الصحة والرعاية

حنان عبد الرحيم  
ميريديث فيندت-نيولين  
سناء الحراحشه  
جيم كامبل



03 تمهيد

04 الملخص التنفيذي

06 المقدمة

08 القسم الأول: العبء الذي خلفته جائحة كوفيد-19 على الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية

19 القسم الثاني: التدخلات الرامية لحماية الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية ودعمها

28 القسم الثالث: الإجراءات على مستوى السياسة العامة

32 الخاتمة

33 شكر وتقدير

35 ملحق: مراجعة نظامية لمنهجية استعراض الأدبيات

39 المراجع

جاءت جائحة كوفيد-19 لتؤكد بشكل لم يسبق له مثيل في تاريخنا الحديث على الدور الحيوي الذي يضطلع به العاملون في مجال الصحة والرعاية في توفير خدمات الرعاية لسكان العالم. ومع ذلك، فقد أصبح جلياً وعلى نحو متزايد خلال السنوات الثلاث الماضية أننا - كصنّاع سياسات وأرباب عمل ومجتمع في نهاية المطاف - أخفقنا بدرجة كبيرة في تأدية واجبنا نحو رعاية هذه الفئة الأساسية من العاملين، وخاصة فيما يتعلق بصحتهم النفسية ورفاههم.

وحتى قبل تفشي الجائحة، كنا على دراية بأن ظروف العمل العصبية والمعضلات الأخلاقية والبيئات الغارقة في الضغوط تزيد من احتمالية ظهور أمراض الصحة النفسية بين صفوف هذه الفئة. إلا أن التأثير غير المسبوق الذي أحدثته جائحة كوفيد-19 على الخدمات الصحية أسفر عن تفاقم هذه المشكلات وكشف الستار عن مواطن قصور صارخة في الآلية التي تنتهجها معظم الأنظمة الصحية في تقييم الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية وإدارتها وحمايتها.

يبحث هذا التقرير في تأثير الجائحة على الصحة النفسية للقوى العاملة في مجال الصحة والرعاية. ويسلط الضوء على التدخلات الفعّالة لدعم الصحة النفسية، ويقدم 10 إجراءات سياسية لدعم هذه الفئة وضمان الأمن الصحي العالمي في الوقت الحاضر وفي المستقبل. وتعبّر هذه الإجراءات عن القرارات التاريخية التي صدرت مؤخراً عن الدول الأعضاء في جمعية الصحة العالمية ومؤتمر العمل الدولي وتؤكد مجدداً على التزامات الحكومات وأرباب العمل نحو حماية القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية وضمان توفير العمل اللائق لهم داخل بيئة تمكينية آمنة توفر الدعم لهم وتحفظ صحتهم النفسية وسلامتهم.

كشف المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، الدكتور تيدروس أدهانوم غيبريسوس في خطابه الذي ألقاه أمام جمعية الصحة العالمية في شهر مايو 2021، عن تحدّ ماثل أمام العالم قائلاً: "ليس هذا بالوقت المناسب للتدرج في إجراء التحسينات أو الإصلاحات التي لا تتصدى إلا للأمور الهامشية، بل هذه لحظة الأفكار الجريئة والالتزام الصارم والقيادة الجسورة، لحظة القيام بأمر لم يسبقنا إليها أحد".<sup>1</sup>

لقد حان وقت التحلي بالتزام صارم لحماية صحة وسلامة القوى العاملة الصحية.



*Sultanat Al-Fayez*

سلطانة أفضل

الرئيس التنفيذي لمؤتمر القمة العالمي  
للابتكار في الرعاية الصحية (ويش)



*Hanan Abd Al-Rahim*

حنان عبد الرحيم

عميد كلية العلوم الصحية، جامعة قطر



*Jim Campbell*

جيم كامبل

مدير إدارة القوى العاملة الصحية بمنظمة  
الصحة العالمية

## ملخص تنفيذي

حفاظًا على صحة وإنتاجية القوى العاملة في مجالات الصحة والرعاية ليس مجرد واجبًا أخلاقيًا، بل هو ضرورة يقتضيها سعيًا إلى توفير خدمات رعاية صحية آمنة وعالية الجودة لجميع سكان العالم تتخذ من المريض محورًا لها. إلا أن جائحة كوفيد-19 كشفت لنا هشاشة أنظمتنا الصحية في عجزها عن تقديم الدعم الكافي للحفاظ على الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية، ما أسفر عن أزمة متنامية في صفوف القوى العاملة تهدد ضمن ما تهدد قدرتنا على تقديم خدمات الرعاية لفئات سكانية بأكملها.

يبحث هذا التقرير في كيفية تعامل واضعي السياسات الصحية مع هذه الأزمة ومسايرة الزمن لإعادة صياغة آلية تقديم الخدمات الصحية لصالح المجتمعات كافة. ينقسم التقرير إلى قسمين رئيسيين يرميان إلى دراسة:

- 1- العبء الذي خلّفته جائحة كوفيد-19 على الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية.
- 2- التدخلات اللازمة لدعم الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية.

أما القسم الأخير، فيستعرض استنتاجات وتوصياتنا.

### القسم الأول: العبء الذي خلّفته جائحة كوفيد-19 على الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية

أفحم العاملون في مجال الصحة والرعاية في أعباء عمل متزايدة طوال فترة الجائحة، تحمّلوا خلالها مشقة إعادة توزيعهم على أماكن ومهام غير مألوفة، وتعرضوا للإرهاق الشديد والعزلة، وصاروا هدفًا لحالات متزايدة من العنف والمضايقات، والتصقت بهم وصمة اجتماعية يصاحبها كرب أخلاقي. ولكم شعروا بتخلي مؤسساتهم عنهم وعدم تقديرها لهم. فكلّ هذه القضايا مجتمعة أجهدت صحتهم النفسية أكثر فأكثر.

تتراوح تقديرات انتشار أعراض أمراض الصحة النفسية بين هذه الفئة خلال فترة الجائحة بين 23-46% للقلق و37-20% للاكتئاب وفقًا لمراجعة أجريت على المراجعات بين شهري نوفمبر 2021 وإبريل 2022. وأفاد العاملون في مجال الصحة والرعاية أنّ أعراض الاحتراق الوظيفي والكرب الأخلاقي التي تؤثر على الصحة النفسية والسلامة ولطالما ابتلي بها العاملون في قطاع الصحة، ساءت نتيجة للجائحة. وتتراوح نسبة الاحتراق الوظيفي في أثناء الجائحة بين 41-52% وفقًا لتقديرات مجمعة، بينما أوردت الدراسات الفردية مستويات أعلى من ذلك بكثير. وتعرّض الأطباء وأطقم التمريض للمستويات الأعلى من الاحتراق الوظيفي مقارنة بغيرهم من العاملين. ويرجع الاحتراق الوظيفي وفقًا لهذه الدراسات إلى زيادة وتيرة الاتصال بمرضى كوفيد-19 ونقص معدات الحماية الشخصية وضغوط العمل.

وأثّرت ردود فعل القطاع على مستوى العالم (بما في ذلك الإضرابات بصورها) على معدلات توفير الخدمات الصحية الأساسية. وأفصح العاملون في مجال الصحة والرعاية عن مخاوف ليست ناجمة عن الجائحة وحدها، وإنما أيضًا عن مشكلات أخرى طال أمدها ذات صلة إتمامًا بغياب بدلات المخاطر والتأمين والمقابل الماديّ مقابل ساعات العمل الإضافية، أو تأخر الرواتب ونقص في المعدات والموظفين وظروف العمل المزرية.

ومع تفشي الجائحة، عمد كثير من العاملين في مجال الصحة والرعاية إلى ترك وظائفهم أو الكشف عن رغبتهم في تركها، الأمر الذي يندرج بضرورة اتخاذ إجراءات عاجلة لحماية القوى العاملة في مجال الصحة ومدها بالدعم والعمل على استبقائها.

### القسم الثاني: التدخلات اللازمة لدعم الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية

حتى تتسم التدخلات بالفعالية، لا بد وأن تكون الغاية من ورائها هو تأسيس بيئات تمكينية للممارسات الطبية تكون قادرة على تعزيز الصحة النفسية للعاملين. ويستلزم ذلك إجراء تدخّلات تستهدف الفرد وتمدّه بالدعم النفسي الاجتماعي، يصاحب ذلك تطبيق آلية وقاية من المخاطر والأخطار تستهدف المنظومة كآفة، لأنه بدونها سيلجأ العاملون إلى التخلي عن استراتيجيات التكيف الفردية أو عن الانخراط في تدريبات المرونة النفسية داخل بيئات العمل التي تلحق بهم الضرر بشكل متواصل.

### القسم الثالث: الاستنتاجات وإجراءات السياسة

يأتي هذا التقرير استجابة لعدد من القرارات البارزة التي صدرت مؤخرًا عن جمعية الصحة العالمية ومؤتمر العمل الدولي والتي تؤكد على التزامات الحكومات وأرباب العمل تجاه حماية العاملين، وضمان حقوقهم، وتكليفهم بمهام عمل لائقة داخل بيئة تمكينية وآمنة تعزز من صحتهم النفسية وسلامتهم.

ومن نافلة القول أن حماية العاملين تمثل في حدّ ذاتها استثمارًا يرمي إلى استمرارية تقديم خدمات الصحة العامة الأساسية وهو ما يكفل لنا إحراز تقدم في توفير التغطية الصحية الشاملة وتحقيق الأمن الصحي العالمي. وفي ظل الإجماع الواضح في الصعيدين السياسي والتقنيّ على عدم الوقوف مكتوفي الأيدي أمام مشكلات الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية وسلامتهم، يطرح هذا التقرير 10 إجراءات معنية بالسياسات وتتقاطع مع ثلاثة مجالات رئيسية، ألا وهي: تنفيذ السياسات والخطط المدعومة بالأدلة والمشاركة بين القطاعات، والاستثمار في رعاية الصحة النفسية ودعمها، وتعزيز الموارد البشرية العاملة في مجال الصحة والرعاية، بما في ذلك العاملين في مجال الصحة النفسية.

تمثل هذه الاستراتيجيات نقطة انطلاق للحكومات وشركائها لإثراء الحوار الدائر عن السياسات والإجراءات اللازم اتخاذها بشأن التعامل مع الصحة النفسية. ويأتي ذلك في وقت صار الاستثمار في القوى العاملة التي لا غنى عنها في مجال الصحة والرعاية ضرورة حتمية للوقاية من الجائحات والتأهب والاستجابة لها.

## مفهوم "المرونة النفسية" لدى العاملين في مجال الصحة والرعاية

غالبًا ما ينحصر النقاش عن المرونة النفسية على الأفراد الذين يتكيفون مع حالات الضغط النفسي والتنمر والإفراط في العمل. ويراد به بالنسبة للعاملين في مجال الصحة والرعاية التكيف مع الأعباء الهائلة التي رزحوا تحتها خلال تفشي جائحة كوفيد-19.<sup>11</sup> ومع ذلك، يشهد مصطلح "المرونة النفسية" إفراطًا في الاستخدام دون أن يُفهم المراد منه على نحو جيد، إذ بدلاً من العمل على كشف الظروف التي تؤدي إلى نشأة الضغوط وعدم المساواة والتصدي لها، تتحول بؤرة الاهتمام نحو المرونة النفسية لدى الفرد، الأمر الذي قد يخلي النظام من مسؤوليته حيال التصدي لهذه المشكلات. لذا، وفي ثانياً هذا التقرير، عمد المؤلفون إلى عدم تحميل عبء المرونة النفسية على العاملين في مجال الصحة والرعاية، فهي قبل ذلك إحدى الأهداف التي تروم الأنظمة الصحية إلى تحقيقها.<sup>12</sup> وسيجد القارئ مزيداً من التفاصيل عن المرونة النفسية في تقرير مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش) الذي يحمل عنوان: "تأسيس المرونة النفسية في النظم الصحية: خارطة طريق لتجاوز الجائحات المستقبلية".<sup>13</sup>

## آفاق المستقبل

ليس بوسع العالم تحمّل خسارة المزيد من العاملين في مجال الصحة والرعاية في وقت يتحمل فيه من اختاروا البقاء عبء هذا العجز في عدد العاملين والافتقار إلى السلامة وضعف الروح المعنوية العجز عن توفير خدمات رعاية ذات جودة مقبولة. ويتناول هذا التقرير عبء الصحة النفسية على العاملين في مجال الصحة والرعاية بعد أكثر من عامين من تفشي جائحة كوفيد-19، ويدعو إلى صون صحتهم النفسية عبر تدخلات منهجية واسعة النطاق وإجراءات طويلة الأجل وإحداث تغييرات على الساحة وصب الاستثمارات في هذا المسار. وكما جاء على لسان الجراح العام في الولايات المتحدة: "لقد ساندنا العاملون في مجال الصحة خلال أصعب لحظات الجائحة. لقد حان الوقت لأن نساندهم".<sup>14</sup>

## أهمية الصحة النفسية لقوى عاملة صحية فعّالة

لا غنى عن وجود قوى عاملة مزدهرة لضمان تقديم خدمات رعاية آمنة ذات جودة عالية تجعل المريض في بؤرة اهتمامها في سبيل تحقيق تغطية صحية شاملة وفاءً بأهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة بحلول عام 2030. وتشير الأدلة إلى أن العاملين في مجال الصحة والرعاية الذين يمدّهم العمل بالسعادة والشعور بالإنجاز وبوجود مغزى لدورهم هم القادرون على التواصل مع المرضى عند مستوى أكثر عمقاً. ومع ذلك، فإن سوء الصحة النفسية قد ينقّر المتخصصين عن أداء مهام الرعاية المنوطين بها، الأمر الذي تزداد معه الفجوة بين حجم الطلب وبين المعروف من العاملين، فيجد الناس أنفسهم عاجزين عن الحصول على الخدمات الصحية. ومن شأن دعم حقوق العاملين في مجال الصحة والرعاية وحماية صحتهم النفسية وسلامتهم أن ينعكس إيجاباً بردهم الجميل عبر اضطلاعهم بمهامهم ومسؤولياتهم كما يجب تجاه المرضى الخاضعين لرعايتهم.

## أزمة متفاقمة في القوى العاملة

لطالما اعتبر العاملين في الصحة والرعاية من الفئات الأكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية. ويرجع سبب ذلك في بعض الحالات إلى التعرض المتكرر إلى مواقف قد تخلّف صدمات نفسية لديهم، وإلى أعباء العمل الزائدة، ناهيك عن غيرها من أوضاع العمل الصعبة.<sup>4</sup> وعانى هؤلاء العاملين مؤخراً من ضغوط أكبر على صحتهم النفسية مما فاقم الضغوط التي طالما تحملوها قبل تفشي الجائحة.<sup>5</sup> وسوف نتناول هذه النقطة في القسم الأول.

"أشعر وكأنني قطعة ملابس معلقة لتجف. ليس أمامي سوى خياران، إما المخاطرة بصحتي أو التخلي عن مرضاي..."

أحد ممارسي الرعاية الأولية، نيويورك، الولايات المتحدة (مايو 2020)

من المتوقع أن يشهد العالم عجزاً يبلغ 10.2 عاماً بحلول عام 2030<sup>7</sup>، وهو ما يشكل تهديداً خطيراً على إمكانية تحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي العالمي. وقدّر المجلس الدولي للممرضين والممرضات نسبة العجز العالمي في العاملين في التمريض فحسب بـ 5,9 مليون فرد قبل تفشي الجائحة، وحذر من ارتفاع العجز إلى 7 مليون في حالة استقالة 4 في المائة من العاملين نتيجة للجائحة.<sup>8</sup> علاوة على ذلك، يقدر ضحايا كوفيد-19 من بين العاملين في مجال الصحة والرعاية بـ 115500 فرد بين شهري يناير 2020 ومايو 2021.<sup>9</sup> ورغم ذلك، تتسم هذه التقديرات بالتحفظ في ظل القصور في حالات الإبلاغ ومحدودية التغطية في المناطق التي يصدر عنها حالات الإبلاغ.<sup>10</sup>

\* تستند هذه البيانات والتوقعات بشكل أساسي إلى الاتجاهات السائدة قبل تفشي جائحة كوفيد-19. وستتحمّل منطقتان تحديداً، وهما قارة إفريقيا ومنطقة شرق البحر الأبيض المتوسط والشرق الأوسط، نسبة عجز متزايدة في القوى العاملة في ظل النمو المتزايد في حجم الطلب على الخدمات الطبية.

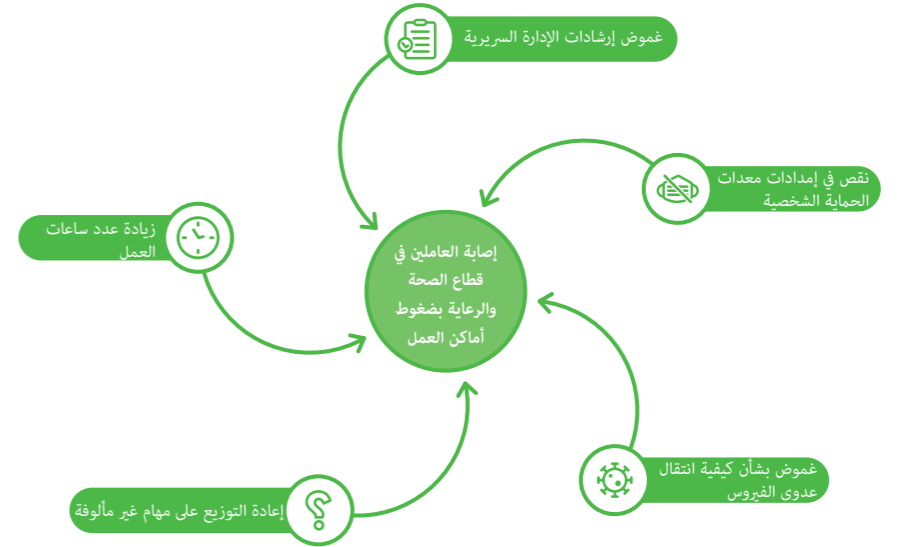
## القسم الأول: العبء الذي خلّفته جائحة كوفيد-19 على الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية

كان لجائحة كوفيد-19 تأثير سلبي هائل على الصحة النفسية زاد من حدّته التدابير الاجتماعيّة والإجراءات الخاصة بالصحة العامة التي طبقت خلالها، فامتد هذا التأثير ليشمل جميع أفراد المجتمع. وبالمقارنة مع الأرقام قبل تفشي الجائحة، تشير التقديرات إلى أن اضطرابات القلق زادت بنسبة 25.6% (76.2 مليون حالة إضافية) في العام الأول للجائحة، بينما زادت اضطرابات الاكتئاب الرئيسيّة بنسبة 27.6% (53.2 مليون حالة إضافية).<sup>16,15</sup>

### عوامل الضغط النفسيّ على العاملين في مجال الصحة والرعاية

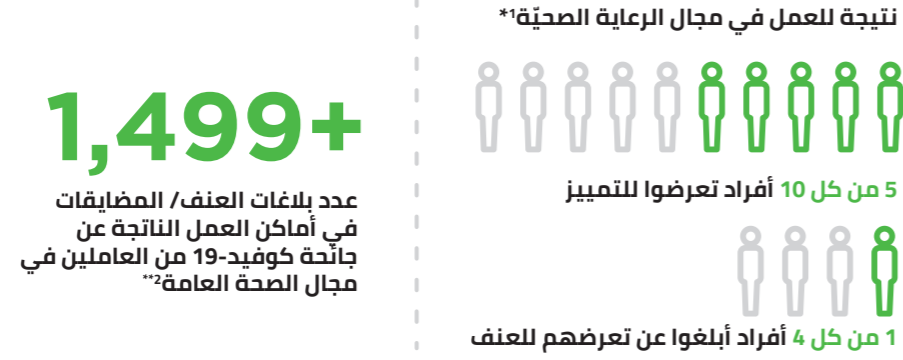
جلبت الجائحة عددًا من عوامل الضغط النفسيّ تستهدف العاملين في مجال الصحة والرعاية خاصة (انظر الشكل 1). لذا، لم يكن مستغربًا أن ينتهي استطلاع أجري على 44 دولة إلى أنّ العاملين في قطاع الصحة تعرضوا لمستويات أعلى من التوتر مقارنة بالمهنة الأخرى في الموجة الأولى من جائحة كوفيد-19.<sup>17</sup>

الشكل 1: عوامل الضغط النفسيّ في أماكن العمل التي تعرض لها العاملون في مجال الصحة والرعاية خلال تفشي الجائحة



أسفرت الضغوط وما شهدته الجائحة من تسييس عن تعرّض العاملين في مجال الصحة والرعاية إلى المزيد من المضايقات والتهديدات بالعنف (انظر الشكل 2)،<sup>18</sup> ويأتي ذلك رغم ارتفاع وتيرة العنف الذي يتعرض له العاملين في قطاع الصحة حتى قبل تفشي جائحة كوفيد-19.<sup>19</sup>

الشكل 2: المضايقات والعنف الذي تعرض له العاملون في مجال الصحة والرعاية في أثناء الجائحة



\* ملحوظة: بيانات مستقاة من 11 دولة في منطقة الأمريكتين، وهي: الأرجنتين، والبرازيل، وشيلي، وكولومبيا، ودولة بوليفيا متعددة القوميات، وغواتيمالا، والمكسيك، وبيرو، وبورتوريكو، وجمهورية فنزويلا البوليفارية وأوروغواي

\*\* مسح وطني على إدارات الصحة المحلية بالولايات المتحدة، خلال الفترة من مارس 2020 إلى يناير 2021

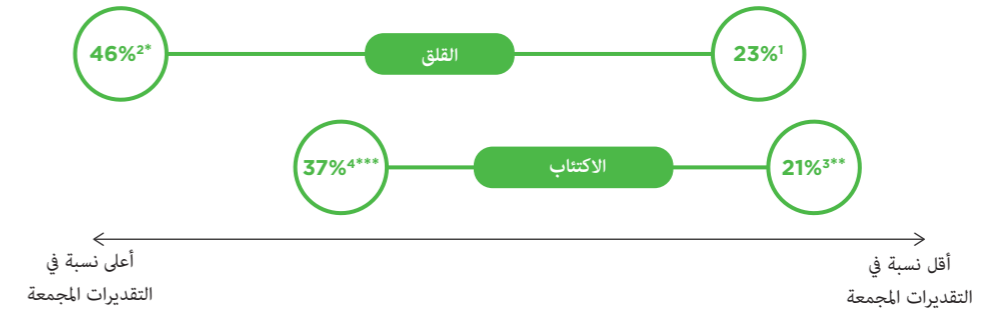
المصادر: 1: منظمة الصحة للبلدان الأمريكية (2022)،<sup>19</sup> 2: وورد (2022)<sup>20</sup>

أمّا العاملون في مجال الصحة والرعاية داخل مناطق النزاعات، فقد عانوا هم الآخرون خلال التفشي العالمي للجائحة من استمرار الهجمات - وتصعيدها في بعض الأحيان - على مرافق الرعاية الصحيّة، ما أسفر عن وقوع ضحايا وإصابات بين صفوف العاملين في قطاع الصحة، ناهيك عن سرقة سيارات الإسعاف نفسها. ويأتي ذلك في ظل تحمّل العاملين في مجال الصحة والرعاية في المناطق التي تحتاج إلى جهود إنسانية لضغوط ناجمة عن صعوبة توزيع ما توفر لديهم من موارد نادرة، كالأدوية والإمدادات وإتاحة الوصول إلى مقدمي الخدمات المتخصصين.<sup>21</sup> وتسببت جائحة كوفيد-19 في احتدام الضغط النفسيّ الذي يعاني منه العاملون في قطاع الصحة خوفًا من الإصابة بالعدوى/ أو نقلها إلى أحد أفراد الأسرة، فضلًا عن شعور مقدمي الخدمات الصحيّة والرعاية وأسرها بالوصمة الاجتماعيّة، وتراكم متطلبات العمل عليهم، والقيود المفروضة على تدابير السلامة البيولوجية (مثل العزل وارتداء معدات الحماية الشخصية)، وعدم توفر الوقت أو المقدرة على الانخراط في الشبكات الاجتماعيّة وممارسة الرعاية الذاتية.<sup>22</sup>

### أعراض القلق والاكتئاب لدى العاملين في مجال الصحة والرعاية

أجرينا مراجعة منهجية للمراجعات المنشورة بين شهري نوفمبر 2021 وأبريل 2022 (يمكن الاطلاع على ملخص للمنهجية المتبعة في إجراء هذه المراجعة في الملحق) لتقييم آثار جائحة كوفيد-19 من حيث القلق والاكتئاب لدى العاملين في مجال الصحة والرعاية. ووقع بين أيدينا 21 مراجعة منهجية تضمنت بيانات عن تأثير كوفيد-19 على مختلف حالات الصحة النفسيّة؛ وتضمنت 16 مراجعة منها تقديرات مجمعة للأعراض (أي إحصاءات تقديرية تم حسابها عبر تجميع البيانات من دراسات منفصلة). إلا أنّ المراجعات التي وقعت في أيدينا لم تقارن بين مستويات الأعراض لدى فئة سكانية بعينها قبل تفشي الجائحة وبين ما بعدها على الفئة السكانية نفسها. ووجدنا أيضًا أنّ الغالبية العظمى من الدراسات التي خضعت للمراجعة كانت من الدراسات المقطعية، وهو ما يعني أنّ هذه الدراسات لم تقدم لنا سوى لقطة واحدة من التقديرات خلال فترة إجرائها. وكانت أعراض الاكتئاب والقلق هي أكثر الحالات التي ركزت عليها هذه الدراسات (انظر الشكل 3)، إلا أنّ القليل منها تناول اضطراب ما بعد الصدمة والاحترق الوظيفي والأرق.

الشكل 3: تقديرات مجمعة لمدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى العاملين في مجال الصحة والرعاية



1. مجال الثقة يصل إلى 95: تتراوح النسبة الحقيقية بين 21% إلى 26% | 2. مجال الثقة يصل إلى 95: تتراوح النسبة الحقيقية بين 25% إلى 67%  
3. مجال الثقة يصل إلى 95: تتراوح النسبة الحقيقية بين 16% إلى 25% | 4. مجال الثقة يصل إلى 95: تتراوح النسبة الحقيقية بين 34% إلى 39%

المصادر: زانج وآخرون (2022)<sup>23</sup>، زانج وميلر (2022)<sup>24</sup>، جونز وآخرون (2022)<sup>25</sup>

\* رصدت قيمة انتشار مماثلة في مراجعة أجريت في إسبانيا، ولكن مع دراستين فقط عن العاملين في مجال الصحة والرعاية، كانت القيمة التقديرية أقل دقة 0.46 (0.80-0.14).

\*\* اقتصر هذه الدراسة على الأطباء فقط.

\*\*\* اقتصر هذه الدراسة العاملين في الخطوط الأمامية فقط.

وجاءت النتائج متفاوتة عند مراجعة الفوارق بين مستويات أعراض الاكتئاب والقلق لدى العاملين في قطاع الصحة ممن يتعاملون مباشرة مع مرضى كوفيد-19 وبين مستوياتها لدى غيرهم من العاملين في القطاع.

أجري تحليل تلوي على معدلات الانتشار العالمية لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وبلغت نسبة التقديرات المجمعة لمعدلات انتشاره بين العاملين في مجال الصحة والرعاية 17%، إلا أنها كانت أعلى بشكل ملحوظ بين كل من العاملين في وحدات كوفيد-19 وأطقم التمريض مقارنة بغيرهم من العاملين في قطاع الصحة (انظر الشكل 4). ونعيد التأكيد هنا على أن أدوات التقييم في الدراسة كانت متغيرات معدلة في قيم الانتشار.

### الإطار 1: قصة بطل: درس مستفاد أم نهاية حزينة؟

شهدت الجائحة ارتقاء العاملين في مجال الصحة والرعاية إلى مرتبة الأبطال، صاحبه استخدام لغة وصور "عسكرية" للإشارة إليهم وتشبيهم بالجنود الذين يخوضون غمار حرب مع الفيروس.<sup>27</sup> ورغم أن سردية الأبطال نابعة من تقديرنا لهم، فإنها قد تلحق ضرراً بالصحة النفسية لهؤلاء العاملين وسلامتهم على الأمد الطويل. إذ أن إضفاء سمات البطولة على العاملين في مجال الصحة والرعاية قد يسفر عن وضع قيود على النقاش الدائر عن نطاق مسؤولياتهم والحدود الأخلاقية لمهام الرعاية المتوقعة منهم. كما أن اتخاذ المستوى البطولي معياراً للأداء يفرض ضغوطاً أخرى على العاملين في مجال الصحة والرعاية تدفعهم إلى العمل لتجسيد هذه الصورة، وما يستتبعه ذلك بطبيعة الحال من آثار نفسية سلبية محتملة. لقد تبين للعاملين أنفسهم أن معاملة الأبطال لا تجدي نفعاً وتصرف انتباه المؤسسات عن مسؤولياتها التي تقتضي منها اتخاذ إجراءات ملموسة، مثل زيادة معدلات التوظيف.<sup>28,29</sup>

**"لا نريد أن نكون أبطالاً، بل نريد حماية تتماشى مع معايير الصحة والسلامة المهنية."**  
ممارس عام، أستراليا<sup>30</sup>

### الاحترق الوظيفي والكرب الأخلاقي

وردت حالات الاحتراق الوظيفي والضغط النفسي بجانب مشكلات نفسية أخرى يعاني منها العاملون في مجال الصحة والرعاية في 1196 مقالة إخبارية في 129 دولة بين شهر يناير 2020 وشهر أبريل 2022.<sup>31</sup> وجاء في مقدمة هذه المشكلات النفسية كلاً من: الضغط النفسي (في 62 دولة) والإرهاق (57 دولة) والاحتراق الوظيفي (في 46 دولة) والقلق (في 42 دولة)، والصدمات (في 33 دولة) - وهي تشمل اضطراب ما بعد الصدمة والاضطرابات الصدمية الثانوية - والاكتئاب (25 دولة).

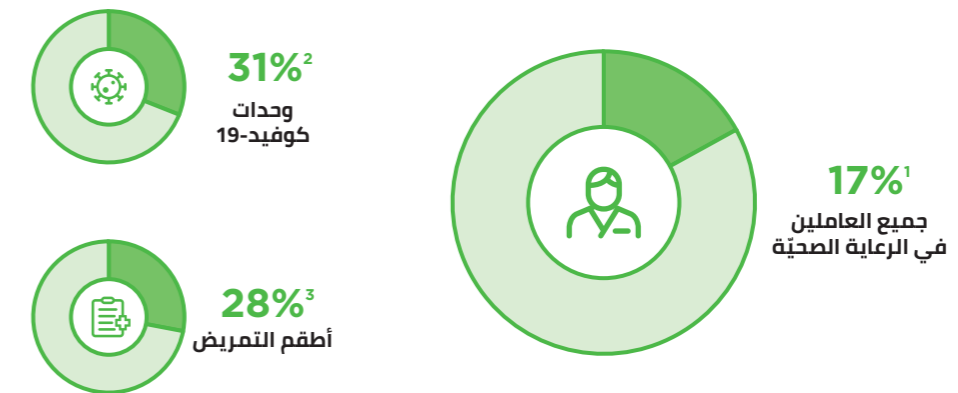
#### الجرح الأخلاقي والكرب الأخلاقي

يُعرف الجرح الأخلاقي في مجال الطب بأنه "حالة تتجسد لدى الأطباء ... خلال تقديمهم خدمات الرعاية ويتعين عليهم فيها اتخاذ قرارات لا تتسق مع التزامهم الراسخ والمتجذر بشفاء المرضى".<sup>32</sup> فيقصد بالجرح الأخلاقي الضرر المعقد الذي يلحقه مثل هذا الموقف على الفرد، فهو تلك المشكلة التي تنشأ عن الظروف التي يجد فيها المرء نفسه، وهو ما يعني أن بالإمكان التصدي لها إذا تم التخلص من المحفز الظرفي.<sup>33</sup>

سبقت دراسة الكرب الأخلاقي والجروح الأخلاقي في السياقات الطبية قبل انتشار جائحة كوفيد-19، إلا أن الجائحة أعادت المصطلحين إلى صدارة المشهد بعدما تبين للعاملين في قطاع الصحة عجزهم عن توفير أفضل خدمات الرعاية الصحية بشكل دائم، أو عندما وجدوا أنفسهم شاهدين على لحظات احتضار المرضى دون أن يكون بوسعهم تقديم المساعدة لهم.<sup>34</sup> في عام 2021، توصل استطلاع أجرته الجمعية الطبية البريطانية إلى وجود علاقة بين جائحة كوفيد-19 وبين ارتفاع في مستويات عبء

### اضطراب ما بعد الصدمة

الشكل 4: تقديرات مجمعة لمعدلات انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين العاملين في مجال الصحة والرعاية



1. مجال الثقة يصل إلى 95: تتراوح النسبة الحقيقية بين 12% إلى 25% | 2. مجال الثقة يصل إلى 95: تتراوح النسبة الحقيقية بين 17% إلى 50%  
3. مجال الثقة يصل إلى 95: تتراوح النسبة الحقيقية بين 16% إلى 45%

المصدر: يونيتري وآخرون (2022)<sup>26</sup>

الشكل 5: معدلات انتشار الاحتراق الوظيفي بين العاملين في مجال الصحة والرعاية في أثناء جائحة كوفيد-19



66%<sup>3</sup>  
جميع العاملين في الرعاية الصحية

1. مجال الثقة يصل إلى 95%: تتراوح النسبة الحقيقية بين 26% إلى 57% | 2. مجال الثقة يصل إلى 95%: تتراوح النسبة الحقيقية بين 40% إلى 63% | 3. مجال الثقة يصل إلى 95%: تتراوح النسبة الحقيقية بين 51% إلى 81%

41% - 52%<sup>2</sup>  
الأطباء وأطعم التمريض

المصادر: دراجيوتي وآخرون. (2019).<sup>41</sup> وقهرماني وآخرون (2021)<sup>42</sup>

## طبيعة تطور مشكلات الصحة النفسية طوال فترة انتشار الجائحة

”أمل أن تتاح معدات الحماية الشخصية بصفة يومية حتى لا أضطر للشعور بهذا القدر من القلق والخوف من إصابتي أو إصابة زملائي بالعدوى.“

ممرضة، الصين (2020)<sup>43</sup>

في المرحلة الأولى من ظهور الجائحة، بلغ الخوف من الإصابة بالعدوى مداه، في ظل المخاوف الناجمة عن معدات الحماية الشخصية. ففي الأشهر الستة الأولى من تفشي الجائحة، عانى العديد من العاملين قطاع الصحة من الضغط النفسي (33 في المائة) ومشكلات في النوم (37 في المائة) وأفاد كثيرون بالشعور بالخوف (70 في المائة).<sup>44</sup> وفي شهر أبريل 2020، توصل استطلاع أجرته الرابطة الطبية البريطانية إلى أن 12 في المائة فقط من الأطباء أفادوا بأنهم يشعرون ”بالحماية الكاملة“ من الإصابة بفيروس كورونا خلال العمل، بينما أفاد 31 في المائة بأنهم يشعرون ”بعدم الحماية مطلقاً“. وجرى رصد نتائج مماثلة في الولايات المتحدة، حيث أفاد 46 في المائة من العاملين في ممارسات الرعاية الأولية بعجزهم عن إجراء اختبارات كوفيد-19، في حين أفاد 51 بالمائة منهم بوجود نقص في معدات الحماية الشخصية في شهر مارس 2020.<sup>45</sup>

”أن تكون موظفًا في قطاع الصحة يعني أنك مصدر رئيسي للعدوى لمن تحب ولمن حولك. لقد أمضيت عامًا كاملًا لا أتلقى فيه زيارات من أسرتي ووالدي وأخواتي.“

ممرضة، كوستاريكا (أكتوبر 2021)<sup>46</sup>

الكرب الأخلاقي التي كانت عالية في الأصل، وإلى أن أكثر من نصف المجيبين يعتقدون أن النقص في عدد الموظفين هو أحد أهم خمسة أسباب وراء شعورهم بالكرب الأخلاقي. ورغم أن الجرح الأخلاقي لا يندرج تحت الاضطرابات النفسية، فإنه يقوض من سلامة الفرض ويفضي إلى الاحتراق الوظيفي والانتحار<sup>35</sup> واضطراب ما بعد الصدمة والانتحار.<sup>35</sup>

## الاحتراق الوظيفي

يشير الاحتراق الوظيفي إلى ظاهرة تقع في أماكن العمل ويعاني فيها الفرد من الإجهاد العاطفي، والاعترا ب النفسي عن العمل (تبدد الشخصية)، وانخفاض الكفاءة المهنية. والاحتراق الوظيفي ليس بحالة طبية، ولكنه مدرج في المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض كعامل يؤثر على صحة الفرد أو يدفعه إلى طلب الرعاية الصحية.<sup>36</sup> وينجم عن هذه الحالة أيضًا ارتفاعًا في معدلات الوقوع في الأخطاء الطبية وتدهورًا في معدلات سلامة المرضى.<sup>37</sup>

لطالما شكّلت الأعباء الإدارية والعجز المزمن في التمويل ونقص الموارد خطرًا على سلامة العاملين في قطاع الصحة والقدرة على استبقائهم، وجاءت الجائحة لتفاقم من أزمة الاحتراق الوظيفي.<sup>38,39</sup> ففي الولايات المتحدة، دعت الأكاديمية الوطنية للطب ناقوس خطر ظاهرة الاحتراق الوظيفي حتى قبل تفشي جائحة كوفيد-19، فحذرت من وصولها إلى ”مستويات الأزمة“ بين العاملين في قطاع الصحة الأمريكي، إذ قامت نسبة تتراوح بين 35 إلى 54% من أطعم التمريض والأطباء بالإبلاغ عن ظهور أعراض الاحتراق الوظيفي لديهم.<sup>40</sup> واتسقت نتائج التحليل التلوي لمعدل انتشار الاحتراق الوظيفي خلال تفشي الجائحة مع هذه التقديرات يضاف إليها زيادة أخرى في معدلات الانتشار بين الأطباء وأطعم التمريض، كما هو موضح في الشكل (5).



## عوامل الخطر المفضية للاضطرابات النفسِيَّة والعوامل الوقائية منها في أثناء تفشي الجائحات

ثُمَّ عوامل ناتجة عن كل من الفرد والمؤسسة والمجتمع بمفهومه الواسع. ويؤثر التفاعل بين هذه العوامل على الصحة النفسِيَّة للعاملين في مجال الصحة والرعاية (انظر الجدول 1). وتوصلت عدة دراسات إلى أنَّ النساء والشباب وأولياء أمور الأطفال المعالين هم أكثر الفئات عرضة للكرب النفسِيَّة.<sup>52-57</sup> وهذه نتائج جديدة بالملاحظة لا سيما إذا ما أخذنا في الاعتبار أنَّ النساء يشكلن ما يربو على 70 في المائة من العاملين في قطاع الصحة في جميع أنحاء العالم، ويضطلعن بمهام يتصلن فيها بشكل مباشر مع المرضى، مثل الممرضات والقابلات والعاملات في مجال صحة المجتمع.<sup>58</sup> ويواجه شباب العاملين في قطاع الصحة نسبة مخاطر أعلى في التعرض لحالات نفسِيَّة سلبية، الأمر الذي لا يبشر بمستقبل واعد للعاملين في قطاع الصحة عمومًا.

أبدى العاملون إحباطهم من تأثير التدابير الاحترازية على قدرتهم على أداء وظائفهم. ومع ذلك، فمن شأن الدعم العملي الذي يقدمه ربَّ العمل، كتوفير ما يكفيهم من إمدادات من معدات الحماية الشخصية المناسبة، الإسهام بدور محوري في حماية صحتهم النفسِيَّة. ومن العوامل الأخرى التي فاقمت هذه الآثار السلبية على العاملين في مجال الصحة والرعاية كلاً من: بيئة العمل –كتقديم برامج تدريبية غير مناسبة في إطار الاستعدادات لحالات التفشي وإجراءات مكافحة العدوى – وضغوط الوظيفة، والامتعاض، وعبء العمل، والدعم المؤسسي، والتعويضات، فضلاً عن الوصمة المجتمعية والتمييز ضدهم والمضايقات الموجهة لهم.<sup>61-67</sup>

أما من ناحية عوامل الحماية، فقد توصلت الدراسات إلى أنَّ كبار السن من الموظفين، أو ممن يتمتعون بخبرات سريرية أطول، لم يعانون القدر نفسه من الضغوط النفسِيَّة، بل أقل. وساهم في ذلك كلاً من بيئة العمل الداعمة والإيجابية، والتواصل الواضح مع الموظفين، وفترات الراحة القصيرة والمنظمة من المسؤوليات السريرية، والثقة في التدابير الوقائية.<sup>68-71</sup> وكان توفير الدعم النفسِيَّ وبروتوكولات دعم الموظفين من بين العوامل الوقائية الأخرى. وأبرزت العديد من الدراسات أهمية قدرة الموظفين على الوصول إلى معدات حماية شخصية مناسبة.<sup>72,73</sup> وساهم أيضًا في تحسين النتائج النفسِيَّة الانخفاض العام الذي شهدته معدلات انتقال المرض بالإضافة إلى تعافي الزملاء منه.<sup>74,75</sup>

وقابل زيادة معدلات تفشي الجائحة، زيادة في مستويات الاحتراق الوظيفي والإرهاق النفسِيَّ / العاطفي والضغط النفسِيَّ. ففي شهر يونيو 2020، أفاد 44 في المائة من أطباء الرعاية الأُولية في الولايات المتحدة بأنَّ شعور الاحتراق الوظيفي كان عند مستويات عالية طوال الوقت. ومع حلول شهر سبتمبر 2020، أفاد 53 بالمائة منهم بزيادة إرهابهم النفسِيَّ / العاطفي. وفي شهر ديسمبر 2020، قال 76 في المائة منهم أنَّ شعورهم بالضغط النفسِيَّ قد ازداد سوءًا عما كان عليه في فصل الربيع.<sup>47</sup> وبين شهري أبريل 2020 وفبراير 2021، شهدت نسبة المشاركين في مسح الرابطة الطبية البريطانية المذكور آنفًا ممن أفادوا بأنَّ شعورهم بأعراض الاكتئاب أو القلق أو الضغط النفسِيَّ أو الاحتراق الوظيفي الناتجة عن العمل قد ازداد سوءًا مع تفشي الجائحة، شهدت هذه النسبة ارتفاعًا من 28 في المائة إلى 41 في المائة خلال هذه الفترة.<sup>48</sup>

”ما آثار إحباطي وذهولي أنَّ كثيرًا من مرضاي يتقون في رأيي المهني في جميع متطلبات الرعاية الصحية الخاصة بهم، ولكن لا يفعلون المثل عندما يتطرق الحديث عن لقاحات كوفيد، فأجدهم يضعون ثقتهم في مقالة ما نشرت على الفيسبوك أو الإنترنت.“

ممارس رعاية أولية، الولايات المتحدة الأمريكية (أغسطس 2021)<sup>49</sup>

ومع ظهور لقاحات كوفيد-19، أضيف عبء آخر على العاملين في قطاع الصحة يتمثل في توزيع اللقاحات، وإن صاحبه شعور بالأمل في أن الجائحة في سبيلها إلى الاضمحلال. ولكن لم يلبثوا حتى ظهرت حالات تفش جديدة، كان بطلها متحورات الفيروس. ولم يقف الأمر عند هذا الحد، إذ غُمرت الساحة بالجدالات السياسية وظهرت قطاعات في المجتمعات رافضة للقاحات، الأمر الذي فاقم من الضريبة التي تتحملها الصحة النفسِيَّة للعاملين. وسرعان ما بدأت مشاعر الحنق والغضب الأخلاقي تطفو على السطح بين العاملين في مجال الصحة والرعاية متخذة من الأفراد الرافضين للحصول على اللقاحات هدفًا لها، فتراكم عليهم الشعور بالذنب والكرب الأخلاقي.<sup>50</sup>

”أجد نفسي في خضم من الأحزان متحدثًا للأقارب المفجوعين في موتاهم. لم يسبق لي أن تعاملت مع فجائع من هذا النوع خلال مسيرتي كطبيب الممتدة لأكثر من 30 عامًا.“

ممارس عام، المملكة المتحدة (مايو 2022)<sup>51</sup>

الجدول 1: ملخص لعوامل الخطر المفضية للاضطرابات النفسية والعوامل الوقائية منها لدى العاملين في مجال الصحة والرعاية في أثناء الجائحات وتفشي الأمراض

| العوامل الوقائية   | عوامل الخطر  | الصعيد<br>فردِي  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• فترات راحة قصيرة ومتكررة من المهام السريرية</li> <li>• إجازات مناسبة من العمل</li> <li>• الثقة في الإجراءات الاحترازية</li> <li>• تصوّر ذاتي لدى العامل بأنه يجري تدريبه ودعمه على النحو المناسب</li> <li>• تولي مهام إدارية</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• برامج تدريبية غير مناسبة</li> <li>• انخفاض مستويات التعليم</li> <li>• موظفين بدوام جزئي</li> <li>• ضعف الخبرات السريرية</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• التدريب والخبرات</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• دعم اجتماعي مناسب</li> <li>• ذكر</li> <li>• ارتفاع دخل الأسرة</li> <li>• التمتع بصحة جيدة</li> <li>• كبر السن</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• زيادة فترات الحجر الصحي</li> <li>• الموظفون لديهم أطفال في المنزل</li> <li>• تأثر نمط الحياة الشخصي نتيجة للوباء/ الجائحة</li> <li>• العزل الفردي أو الاجتماعي</li> <li>• أنثى</li> <li>• انخفاض دخل الأسرة</li> <li>• المعاناة من اعتلالات بدنية مشتركة</li> <li>• صغر السن</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• عوامل شخصية</li> </ul>      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• زملاء يقدمون الدعم</li> <li>• دعم من أفراد الأسرة</li> <li>• الشعور بالسيطرة والتمتع بالقدرة/ المرونة</li> <li>• النفسية على التكيف</li> <li>• الشعور بالمسؤولية/ الإيثار</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تدي منظور المرء لكفاءته الشخصية</li> <li>• اعتلالات بدنية أو أمراض نفسية سابقة</li> <li>• شعور بفقدان السيطرة</li> <li>• تعطل الحياة الشخصية</li> <li>• الشعور بعد الجاهزية</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• عوامل نفسية</li> </ul>      |

## الإطار 2: المساواة بين الجنسين في أثناء تفشي الجائحة

عانت النساء عمومًا، والأمهات والمنوبات بتقديم خدمات الرعاية على وجه الخصوص، من زيادة حادة في أعباء خدمات الرعاية غير مدفوعة الأجر.<sup>76</sup> وأسفر ذلك عن حصولهن على نتائج أكثر انخفاضًا في مقاييس الصحة النفسية. وتعدّ خدمات الرعاية غير مدفوعة الأجر من العوامل الرئيسة التي يتوقف عليها قرار المرأة في الالتحاق بوظيفة مدفوعة الأجر من عدمه.<sup>77</sup> ففي خضم جائحة كوفيد-19، شهد سوق العمل انخفاضًا حادًا في أعداد النساء في كثير من الدول.<sup>78</sup> أما بالنسبة للنساء اللاتي قررن البقاء في مناصبهن ضمن العاملين في مجال الصحة والرعاية، فقد تدهورت ظروف عملهن في ظل وجود أدلة على ارتفاع معدلات إصابتهن بالاحتراق الوظيفي والأمراض النفسية، مثل الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة.<sup>79,80</sup>

لا بدّ أن ندرك أنّ تأثير الجائحة على الجوانب البدنية والنفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية اختلف باختلاف الجنس، إذ أنّ هذا يمثل خطوة أساسية لوضع خطط وسياسات فعّالة للقوى العاملة تراعي المساواة بين الجنسين.<sup>81</sup> وفيما يلي بعض المجالات التي يمكن استهدافها بالإجراءات من أجل دعم المساواة بين الجنسين من حيث الصحة والنفسية والسلامة:

- بناء قاعدة للمساواة عبر أطر قانونية تحظر التمييز والعنف والتحرش ضد المرأة.<sup>82</sup>
- التصدي للأنظمة والثقافات السائدة في أماكن العمل عبر تطبيق تدخلات تنظيمية تستهدف بوجه خاص دعم الصحة النفسية في مكان العمل، مثل تحديد العوائق التي تحول دون حصول النساء على صور دعم الصحة النفسية، وتهدف بوجه عام الوقاية من عوامل الخطر وتوفير الاحتياجات المناسبة لكل جنس في أماكن العمل وتحسين ظروف عمل النساء.<sup>83</sup>
- ترسيخ الاستراتيجيات الداعمة لمسؤوليات الرعاية الشخصية الخاصة بالمرأة، مثل منح إجازات رعاية متساوية للرجال والنساء، حتى يتسنى للنساء العاملات في القطاع التركيز على توفير الخدمات الصحية وفي الوقت نفسه يتجنبن مخاطر تدهور حالاتهن والاحتراق الوظيفي والتغيب عن العمل.<sup>84</sup>
- إجراء تحليلات قائمة على نوع الجنس لضمان المساواة في الأجر مقابل مهام العمل نفسها، وهو ما يتأتى عبر: تقييم الفرق في الأجر بين الجنسين، والوقوف على مستوى الفصل بين الجنسين مهنيًا، ووضع استراتيجيات تحول في آليات التعامل مع الجنسية خاصة بالاستبقاء والتوظيف.<sup>85</sup>
- تمكين المرأة من إنجاز مساعيها عبر إتاحة وصولها لآليات دعم مماثلة لآليات دعم الرجل، وعبر التوجيه وتعزيز الجهود الرامية لإعداد القيادات النسائية.<sup>86</sup>

وبدون اتخاذ خطوات استباقية لتهيئة الطريق أمام بناء قوى عاملة أكثر مراعاة للمساواة بين الجنسين وأوسع نطاقًا في شموليتها، فلدى ظهور أية أزمات فإنها ستفاقم من مظاهر عدم المساواة القائمة مما سيفسر عن آثار سلبية متفاوتة تجتريها النساء العاملات في مجال الصحة والرعاية.

## القسم الثاني: التدخلات الرامية لحماية الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية ودعمها

تتطلب حماية الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية تدخلات على المستويين الفردي والمؤسسي. ولقد كشفت النتائج المستقاة من مشروع "Magent4Europe"، وهي مبادرة تمتد لأربع سنوات وترمي إلى تحسين الصحة النفسية للمتخصصين في مجال الصحة، عن أن الأطباء وأطقم التمريض منحوا أولوية أعلى لسلامتهم عند إحداث أي تغييرات مؤسسية - متضمنًا ذلك تعزيز عدد الموظفين وتخفيف أعباء أعمال التوثيق حتى يسمح لهم ذلك بتوفير وقت أكبر لمرضاهم - وذلك مقارنة بالتدريب على المرونة النفسية أو منحهم مساحات للتأمل.<sup>89</sup> وأفاد العاملون في قطاع الصحة خلال تفشي جائحة كوفيد-19 عن حاجتهم لفترات راحة معربين في الوقت نفسه عن مخاوفهم تجاه مدى إمكانية حصولهم على لقاءات كاملة ومعدات حماية شخصية فعّالة، وعن حاجتهم للتدريب على عمليات إعادة توزيع المهام، مشيرين بذلك إلى أن هذه الأمور تشكل عوامل أساسية قد ينتج عنها إمّا الإصابة بالاحتراق الوظيفي أو استبقائهم.<sup>90</sup>

### التدخلات المؤسسية

وضعت منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية مبادئ توجيهية للسلامة والصحة المهنية للعاملين في حالات طوارئ الصحة العامة، فتضمنت إرشادات خاصة بتناوب الوظائف/ المهام للحدّ من تعرض العاملين لعوامل الخطر والضغوط، والتدريب على تنفيذ إجراءات التشغيل القياسية ضمن سيناريوهات بعينها ليتمكن العاملون من التعامل مع حالات الطوارئ بكفاءة وفعالية، وإتاحة معدات الحماية الشخصية الملائمة والمجهزة بشكل سليم.<sup>91</sup> وتؤكد هذه المبادئ التوجيهية أيضًا على أهمية التواصل الجيد والتبادل الشفاف للمعلومات حتى يصل إلى العاملين شعور بالسيطرة وبوجود مساحة للتعبير عن مخاوفهم.

وخضعت هذه المبادئ التوجيهية لتعديلات مؤقتة (في شهر فبراير 2021) بغية التصدي للمخاطر المهنية التي "فاقمتها جائحة كوفيد-19" - ومن بينها الكرب النفسي والوصمة الاجتماعية والتمييز والعنف الجسدي والنفسي والمضايقات.<sup>92</sup> ورغم أن هذه المبادئ التوجيهية لا تأتي بذكر مخاطر الصحة النفسية تحديدًا، فإنّ تدابيرها المقترحة تستهدف مخاوف العاملين وعوامل الخطر المرتبطة باضمحلال الصحة النفسية (كما سبق توضيحه في القسم الأول). وتتضمن إرشادات صحة وسلامة العاملين خلال جائحة كوفيد-19 ما يلي:

- مستويات توظيف آمنة وتوزيع عادل لأعباء العمل.
- فترات راحة في أثناء العمال وأوقات راحة بين المناوبات.
- آليات إشراف داعمة، وبرامج تدريبية على ممارسات الوقاية من العدوى ومكافحتها.
- إجازات مدفوعة الأجر وسياسات تتيح للعاملين المكث في المنزل دون فقدان مصادر دخلهم في حالة الإصابة بالمرض، أو في حالات الحجر الصحي والعزل الذاتي.

| الصعيد<br>مؤسسي  | عوامل الخطر  | العوامل الوقائية |
|--|--|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• مخاطر عالية عند الاتصال مع المرضى/ العاملين في الخطوط الأمامية</li> <li>• إصابة زميل بالعدوى</li> <li>• العمل في أكثر مناطق تفشي المرض</li> <li>• ضغوط عمل والشعور بالامتعاض</li> <li>• أعباء العمل/ ساعات العمل والمناوبات</li> <li>• اعتبار التدابير الاحترازية بمنزلة عوائق</li> <li>• التكليف بمهام عالية المخاطر بدون إعطاء حرية اختيار قبولها أو رفضها</li> <li>• توفر الاختبارات ومعدات الحماية الشخصية</li> <li>• وجود تصور لدى المرء بنقص الدعم المؤسسي</li> <li>• وجود تصور لدى المرء بنقص البرامج التدريبية</li> <li>• عدم الثقة في إجراءات السيطرة على العدوى</li> <li>• عدم تعويض الموظفين من قبل المؤسسة</li> <li>• اتصال متزايد مع المرضى المصابين</li> <li>• تدابير احترازية تؤدي إلى وضع عراقيل أمام القيام بمهام الوظيفة</li> <li>• إعادة توزيع الموظفين بشكل قسري لتولي رعاية المرضى المصابين</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعقيبات إيجابية للموظفين</li> <li>• ثقة الموظفين في إجراءات مكافحة العدوى في الخدمات المطبقة</li> <li>• تطبيق إجراءات مكافحة عدوى وتدابير احترازية في مكان العمل/ توفير معدات وقاية/ معدات الحماية الشخصية</li> <li>• برامج تدريبية وثقافية فعّالة للموظفين لإعدادهم لحالات التفشي</li> <li>• بروتوكولات لدعم الموظفين</li> <li>• تواصل واضح مع الموظفين/ تلقي معلومات محدثة أولاً بأول</li> <li>• عدم وجود عدوى بين الموظفين بعد البدء في تطبيق إجراءات وقائية صارمة</li> <li>• إمكانية الحصول على تدخلات نفسية صممت خصيصًا لتناسب مع الاحتياجات الفردية لكل موظف</li> <li>• توفر الموارد الطبية</li> <li>• دعم الزملاء/ فريق متماسك</li> <li>• أعباء عمل متوازنة</li> </ul> |                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• مخاوف من إصابة أفراد الأسرة بالعدوى</li> <li>• الرفض الاجتماعي/ الوصمة الاجتماعية</li> <li>• العزل الاجتماعي</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• انخفاض عام في معدلات انتقال المرض</li> <li>• دعم اجتماعي</li> </ul>   |                  |

المصدر: مقتبس بتصرف من كيسي وآخرون (2020)<sup>87</sup>؛ وأبهوف وآخرون (2021)<sup>88</sup>

## التدخلات النفسية

ليس لدينا سوى أدلة محدودة تثبت فعالية التدخلات الرامية لتعزيز الصحة النفسية لدى العاملين في مجال الصحة والرعاية في حالات التفشي واسعة النطاق. ورغم توفر عدد من الدراسات التي تناولت برامج التدخل النفسية الموجهة للعاملين في قطاع الصحة سواء على المستوى الفردي أو الجماعي خلال جائحة كوفيد-19، ما نزال نعاني ندرة في الدراسات ذات الجودة العالية التي تقيم فعالية برامج التدخل التي أجريت خلال حالات التفشي السابقة واسعة النطاق.

## الإطار 4: دولة قطر: رؤى مستنقاة من خط المساعدة الوطني للصحة النفسية

في شهر إبريل 2020، أسست إدارة خدمات الصحة النفسية بمؤسسة حمد الطبية خط المساعدة الوطني للصحة النفسية بالتعاون مع وزارة الصحة العامة ومؤسسة الرعاية الصحية الأولية، سعياً لتوفير خدمات دعم الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية والجمهور بوجه عام بصورة تمتاز بالسهولة والسرية وإمكانية الوصول إليها سريعاً.

ويضم خط المساعدة الوطني للصحة النفسية فريقاً متكاملًا متعدد التخصصات يتولى التنسيق فيما بين أفراد فريق من التمريض مدرب على فرز المصابين وتنسيق مناورات العمل. وثمة فريق يدعم فريق فرز المصابين الذي يعمل في الخطوط الأمامية. ويتألف فريق الدعم هذا من أطباء نفسيين وعلماء نفس متخصصين في برامج التدخل، الأمر الذي يضمن حصول المتصلين على التدخلات والعلاجات النفسية متى اقتضت الحاجة. وخضع جميع أفراد العمل في خط المساعدة للتدريب وفق برنامج موحد قائم على الأدلة يضمن إعدادهم على النحو الذي يكفل لهم توفير الدعم الكامل. وفي ظل تنامي احتياجات الصحة النفسية من حيث التعقيد والنطاق مع استمرار تفشي الجائحة، خضع البرنامج التدريبي للتعديل في عام 2021 ليتضمن التعامل مع الحزن وإجهاد الشفقة.

وعمدت خدمة الصحة النفسية بمؤسسة حمد الطبية إلى الترويج لخط المساعدة الوطني للصحة النفسية عبر نشر ملصقاتها في أرجاء مؤسسة حمد الطبية ومؤسسة الرعاية الصحية الأولية، وعبر نشر فيديوهات توعوية على وسائل التواصل الاجتماعي، وباستخدام رسائل جماعية عبر مركز القيادة والسيطرة على الحوادث على مستوى النظام/ القيادة التكتيكية، وعبر إضافة رسائل بهذا المحتوى في شاشات التوقف بأجهزة الكمبيوتر بمؤسسة حمد الطبية. وفي حالة قيام أحد المديرين بتسجيل بيانات الاتصال الخاصة به في هذه الخدمة، يتلقى الموظفون في إدارته اتصالاً هاتفياً قياسياً لتقديم الدعم النفسي واقتراح بعض استراتيجيات التكيف الإيجابية عليه. وعلاوة على ذلك، قدّم فريق خط المساعدة الوطني للصحة النفسية تقارير موجزة بالحوادث التي تقع في المجالات السريرية، فضلاً عن تنظيمه لندوات تثقيفية عن السلامة عبر شبكة الإنترنت.

تلقت خدمة خط المساعدة الوطني للصحة النفسية أكثر من 43 ألف مكالمة منذ إنطلاقها؛ إلا أن الاتصالات القادمة من العاملة في مجال الصحة والرعاية لا تشكل سوى 1 في المائة فقط من الاتصالات الشهرية، رغم منح الأولوية لاتصالاتهم. وبخلاف ذلك، فقد خدمت أنشطة خط المساعدة الأخرى أكثر من 10 آلاف عامل في مجال الصحة والرعاية منذ شهر إبريل 2020.

لم أدرك ساعتها كما ساعدني هذا الأمر...

لا أصدق أن مؤسسة حمد الطبية تهتم بنا إلى هذا الحد...

أشعر بالتقدير البالغ منهم!

إلى أي مدى شعرت بالرضا عن الخدمة التي قدمها خط المساعدة؟

ما احتمالية الاستعانة بهذه الخدمة مجدداً؟

هل ستوصي بخدمة خط المساعدة الوطني للصحة النفسية لأحد الأقران أو الزملاء؟

المصدر: إدارة خدمات الصحة النفسية بمؤسسة حمد الطبية، 2022

## الإطار 3: أستراليا: الاستثمار الحكومي في خدمات الصحة النفسية لصالح العاملين في مجال الصحة والرعاية

في استجابة لمخاوف الصحة النفسية الناجمة عن الجائحة التي يعاني منها العاملون في مجال الصحة والرعاية، عززت الحكومة الفيدرالية الأسترالية من استثماراتها وطبقت إجراءات تنسيقية تحت مظلة إطار عمل وطني - يطلق عليه كل طبيب في كل مكان - من أجل توسيع نطاق التدخلات التي تستهدف الصحة النفسية لدى العاملين في مجال الصحة والرعاية وسلامتهم، باعتبارها إحدى الأولويات الوطنية.<sup>93</sup> وخرج من رحم هذه الاستثمارات مبادرة محورية أطلق عليها اسم الشبكة الأساسية للعاملين في قطاع الصحة (TEN).<sup>94</sup> وتعدّ هذه المبادرة هي الأولى من نوعها إذ تقدم خدمات رقمية للصحة النفسية تطبق من خلالها نموذجاً متكاملًا ومختلطاً للرعاية يتاح فيها للعاملين في مجال الصحة والرعاية الاطلاع على عدد من الموارد للإرشاد الذاتي والحصول على الخدمات عبر التواصل المباشر مع الأفراد المعنيين.

بلغ عدد مستخدمي المبادرة أكثر من 25 ألف فرد حتى كتابة هذا التقرير. وتشير البيانات الأولية المستقاة منه إلى وجود اضطرابات مثيرة للقلق في المشهد العام للصحة النفسية. فنجد أن 84 في المائة من المشاركين أفادوا بتعرضهم لأعراض الكرب النفسي، بينما أفاد أكثر من نصفهم بأنهم يعانون من حالات معتدلة (أو أكثر حدة) من الاكتئاب والقلق والضعف في الأداء، فيما أورد 32 في المائة منهم أنهم يعانون من أعراض حادة من الناحية السريرية لاضطراب ما بعد الصدمة. وسجل أكثر من 90 في المائة إصابتهم بأعراض الاحتراق الوظيفي، مثل الشعور بالانفصال عن العمل والإرهاق. ويبدو لنا من نتائج هذه المبادرة أن الأطباء وأطقم التمريض هم الفئة الأكثر تضرراً.

استعانت الحكومة الفيدرالية بمشاركة قطاع واسع من الشركاء المعنيين وأجرت بحوثاً مبنية على المشاهدة لتقييم مدى إتاحة الوصول للمبادرة ومعدلات استخدامها، وذلك من أجل تعزيز معدلات انتشارها ومواصلة إدخال متواصلة عليها.<sup>95,96</sup> وتبين م4ن معظم هذه الاستشارات أن الوصمة الاجتماعية كانت العائق الأساسي أمام حصول جميع العاملين في المهن الطبية على خدمات الصحة النفسية، في الوقت الذي عبّر فيه الأطباء على وجه الخصوص خاص عن مخاوفهم بشأن إلزامية البلاغات، إذ قال أحد المحبين:

”وإلى جانب ذلك، أعتقد أن لدينا مخاوف مما قد يترتب عن الإفصاح عن إصابتنا بمرض نفسي أو معاناتنا من مشكلات نفسية ... فقد نفقد وظائفنا جراء ذلك“.

لذا، التزمت الشبكة الأساسية للعاملين في قطاع الصحة بالسرية وأتاحت استخدامها بدون الكشف عن الهوية، إذ أن استخدام الخدمة غير متصل بنظام الرعاية الصحية الوطني الذي يحتفظ بالسجلات الصحية بصفة دائمة ويتيح للزملاء الاطلاع عليها. ومن ثم، ينبغي توفير برامج وطنية لدعم الصحة النفسية لدى العاملين في مجال الصحة والرعاية بحيث يسهل الوصول إليها وتتناسب مع احتياجات كل فرد على حدة دون المساس بسرية بياناته، وتخضع في الوقت نفسه للمراقبة والتوجيه ضماناً لتحقيق الفعالية المنشودة من ورائها.

المصادر: المجلس الاستشاري للقوى العاملة الصحية (2022)،<sup>97</sup> مركز الوقاية (2022)،<sup>98</sup> معهد بلاج دوج (2022)،<sup>99</sup> كولشيل وآخرون (2022)،<sup>100</sup> وبولدوين وآخرون (2022)<sup>101</sup>

\*البيانات من البحث غير منشورة، سيتم نشرها قريباً.

## الإطار 5: الوصمات الاجتماعية الناتجة عن مساعي الحصول على خدمات دعم الصحة النفسية

الوصمة هي تفاعل اجتماعي ذو وطأة شديدة وهي انعكاس للتصنيف والقوالب النمطية والفصل، مما يؤدي إلى المكانة فقدان المكانة والتمييز في سياق سلطوي بعينه.<sup>110</sup> وتعرض الأفراد الذين يعانون من أمراض نفسية للوصمة الاجتماعية أمر واسع الانتشار، وقد يؤثر على رغبة جميع الفئات في الحصول على المساعدة، لا سيما العاملين في مجال الصحة والرعاية.<sup>111,112</sup>

يعدّ العاملون في مجال الصحة والرعاية الأكثر ميلاً للمعاناة في صمت بسبب الوصمات الاجتماعية المدركة لديهم والمرتبطة بإصابتهم بـ "مرض نفسي"، فضلاً عن الخوف من فقدان رخصهم الطبية. قد يسفر هذا التردد في طلب المساعدة أو الكشف عن مشكلات الصحة النفسية إلى الاعتماد المفرط على العلاج الذاتي والتقييم الذاتي الضعيف.<sup>113,114</sup> وفي سياق العمل الطبي، قد يؤدي أحياناً الإقرار بالمرض النفسي إلى النبذ وإصدار الأحكام من قبل الزملاء.<sup>115-117</sup> وينتاب كثير منهم القلق من أن تشخيصهم بالكتئاب أو ما يعادله من أمراض نفسيه قد يعني عجزهم عن تقديم رعاية جيدة؛ ومن ثمّ يخشون فقدان احترام مجتمعهم وسمعتهم، الأمر الذي بدوره يعرض مصادر رزقهم وأمن أسرهم المالي للخطر.<sup>118,119</sup>

وعليه، يجب أن تركز برامج التدخل التي تستهدف هذه الفئة على التصدي للوصمات الاجتماعية المرتبطة بالتماس العلاج وتشجيع القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية على الإفصاح عند معاناتهم من أي اعتلالات نفسية.

## التزامات "واجب الحرص" تغطي كلاً من حماية الصحة الجسدية والنفسية

تتحمل الحكومات وأرباب العمل مسؤولية توفير بيئة عمل آمنة وصحية لجميع الموظفين وإجراء تعديلات معقولة لتلبية الاحتياجات المحددة للأفراد، وهو ما اتفقت عليه الدول الأعضاء الآن باعتباره المبدأ الأساسي الخامس وأحد حقوق العمل.<sup>120</sup> فيلزم النظام حماية العاملين<sup>121</sup> عبر تجنبهم الإجهاد البدني أو النفسي الضار بسبب ظروف العمل، والإقرار بحق كل فرد في بيئة عمل خالية من العنف والمضايقات، بما في ذلك العنف والمضايقات الجندرية.<sup>122</sup>

ولا غنى أيضاً عن تطبيق آلية وقاية على مستوى النظام تحمي من المخاطر والأخطار التي تهدد الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية وسلامتهم. إذ بدون ذلك، لن تجدي التدخلات النفسية والاجتماعية الفردية، لقصر تأثيراتها زمنياً، كما سيقل تأثير استراتيجيات التكيف الفردية أو تدريبات المرونة النفسية التي يمارسها العاملون في بيئات العمل التي تستمر في إلحاق الضرر بهم. فلا بدّ إداً من إيلاء هذا الأمر أولوية عالية ليس في أوقات الأزمات فحسب وإنما بصفة مستمرة أيضاً. إنّ إعداد العاملين في مجال الصحة والرعاية للمتطلبات والآثار النفسية قبل وفي أثناء وبعد أحداث مثل جائحة كوفيد-19 أمسى أمراً ضرورياً لتقليل المخاطر والحوادث دون إصابتهم بالكرب النفسي.<sup>123</sup>

تشير نتائج مراجعتنا إلى وجود عوامل خطر نظامية أوسع نطاقاً تؤدي إلى ظهور مشكلات الصحة النفسية وإرهاق والاحتراق الوظيفي لدى العاملين. ومن ثمّ، لا بدّ من توفير برامج تدخل فردية جنباً إلى جنب الجهود المبذولة لحماية أداء النظام الصحيّ بما يضمن ظروف عمل آمنة ولائقة تكفل للقطاع الاحتفاظ بالعاملين، وبالتالي تعزيز حماسهم نحو مواصلة حماية صحة الآخرين.<sup>124</sup>

خلال فحصنا المنهجي للمراجعات (كما هو موضح في القسم الأول)، لم نقف إلا على دراستين فقط تبحثان في فعالية الدعم النفسي وبرامج التدخل النفسية الاجتماعية الرامية إلى الحدّ من نتائج الصحة النفسية السلبية بين العاملين في قطاع الصحة خلال الكوارث وتفشي الأمراض.<sup>104,105</sup> ووجدنا في هاتين المراجعتين أن برامج التدخل المستقاة من بروتوكولات قائمة على الأدلة وتتضمن أساليباً فردية وجماعية للعلاج الإدراكي السلوكي اتسمت بالفعالية في الحدّ من اضطرابات ما بعد الصدمة والقلق، بينما لم تحقق برامج التدخل ذات الجلسة الواحدة القدر نفسه من النجاح. وبخلاف ما يعتري منهجية برامج التدخل ذات الجلسة الواحدة من شوائب، نجد أنّ الاختلاف الكبير في النتائج الإحصائية والسريرية ناتج عن شمولية تدخلات المسار الأول والتي تضمنت عناصر نفسانية وأخرى تتعلق بالصحة النفسية تتسم بالوضوح، فضلاً عن توفير عدد أكبر من الموظفين ومعدات حماية شخصية وبرامج تدريبية.<sup>106,107</sup>

وثمة أدلة على أنّ الموظفين الذين يتحملون العبء الأكبر من أمراض الصحة النفسية هم الأقل ميلاً لطلب المساعدة أو الموافقة على تلقيها.<sup>108</sup> وإن دلّ ذلك على شيء فإنما يدلّ على ضرورة وضع مسارات منهجية واضحة لخدمات الصحة النفسية بحيث تحمي سرية البيانات وتقف حائط صدّ أمام الوصم الاجتماعي. وفي دليل محدث للسلامة النفسية خلال العمل، أوصى المعهد الوطني للصحة وجودة الرعاية بتوفير آليات لتحديد احتياجات الصحة النفسية وإدارتها على النحو الذي يحفظ سرية البيانات، وبما يضمن دراية العاملين بموارد الدعم المقدمة لهم عبر نقاط اتصال تُخصص لذلك، ويصاحبها نقاط مرجعية لا تتبنى ثقافة الوصم الاجتماعي.<sup>109</sup> (انظر الإطار 5).

## الإطار 6: دلالة كوفيد-19 بالنسبة لمستقبل القوى العاملة

”أوشك على الاستسلام رغم أيّ أكنّ اهتمامًا بالغاَ بمرضاي، ولكن إلى متى أستطيع الاستمرار؟“  
ممارس رعاية أولية، الولايات المتحدة

تثير الضغوط الجسدية والنفسيّة - ومستويات الاحتراق الوظيفيّ الواردة - التي يعاني منها العاملون في مجال الصحة والرعاية ممن يتعاملون مع جائحة كوفيد-19 أسئلة عن مستقبل القوى العاملة. فطوال فترة الجائحة، أشارت الأصابع إليهم إمّا كأبطال أو متهمين، بل وصلت في بعض الأحيان إلى تعرضهم لاعتداءات جسدية.<sup>132</sup> فبين شهري يناير 2020 ويونيو 2022، تم الإبلاغ عن 1613 حالة اعتداء (لمنظمة الصحة العالمية) على قطاع الرعاية الصحيّة، من بينها 700 اعتداء استهداف العاملين في الصحة والرعاية.<sup>133</sup> وتحرّم هذه الاعتداءات أفراد المجتمع من عناية هم في أمسّ الحاجة إليها، وتعرض العاملين في مجال الصحة والرعاية للخط وتقوض الأنظمة الصحيّة.

ففي المملكة المتحدة، حذرت الجمعية الطبية البريطانية من أنّ الموظفين على وشك ترك وظائفهم بسبب الضغوط النفسيّة والاحتراق الوظيفيّ، وانعكاس ذلك سلبياً على سلامة المرضى.<sup>134</sup> وفي استطلاع أجرته الجمعية شهر مايو 2020، أفاد 15 في المائة من المجيبين عن عزمهم الاستقالة من هيئة الخدمات الصحيّة الوطنيّة أو التقاعد المبكر أو العمل في مكان آخر متى عادت الأمور إلى مجاريها. وبحلول شهر فبراير 2021:

- 18 بالمائة من الأطباء كانوا ”أكثر ميلاً“ للتفكير في الاستقالة من هيئة الخدمات الصحيّة الوطنيّة لسلك مسيرة مهنيّة أخرى في غضون عام.
- 26% كانوا أكثر ميلاً للتقاعد المبكر.
- 26% كانوا أكثر ميلاً للحصول على إجازة المهنيّة في غضون عام.<sup>135</sup>
- وعلى المنوال ذاته، ففي الاستطلاع الذي أجرته الهيئة على أكثر من 600 ألف موظف\* في عام 2021، تبين أنّ:
- 31% فكروا في الاستقالة من مؤسساتهم.
- 23% يحتمل بحثهم عن وظيفة في مؤسسة جديدة خلال الـ 12 شهراً التالية.
- 17% سيستقيلون بمجرد إيجادهم وظيفة أخرى.<sup>136</sup>

في شهر مايو 2022، اعتمدت جمعية الصحة العالمية في نسختها الخامسة والسبعين قراراً بشأن الموارد البشرية الصحيّة (قرار رقم WHA75.17)، داعية الدول الأعضاء إلى الوفاء بواجب الحرص عبر تفعيل ميثاق منظمة الصحة العالمية العالمي للعاملين في مجال الرعاية الصحيّة (الميثاق العالمي للرعاية)<sup>125</sup> وهما يتماشى مع مدونة منظمة الصحة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيّين على المستوى الدولي.<sup>126</sup> ويقوم الميثاق العالمي للرعاية بجمع الوثائق القانونية وقوانين ولوائح العمل الدوليّة والتزامات الدول الحالية ويستخدمها كمراجع حتى تكون دليلاً فنياً لكيفية حماية العاملين في مجال الصحة والرعاية والحفاظ على حقوقهم. ويشمل إطار عملها ما يلي:

- منع الضرر الناجم عن أخطار العمل ومخاطره، مع الحماية من العدوى ومكافحتها، وتوفير الدعم للصحة النفسيّة والدعم النفسي والاجتماعي، وتقديم الحماية في الأوضاع الهشة وفي النزاعات وفي حالات الضعف، والحماية من العنف والمضايقات.
- تقديم الدعم عبر تعويض عادل ومنصف وحماية اجتماعيّة في بيئات عمل تمكينية، وضمان توفير الوقت للعاملين للوصول إلى الرعاية التي يحتاجونها.
- ترسيخ شمولية الحقوق وأدوات الحماية وعوامل التمكين لتوفير معاملة عادلة بدون تمييز.
- حماية الحقوق من أجل: تحقيق التمكين الشامل والفردي القائمة على التفاوض، مع توفير أدوات الحماية للمبلغين عن المخالفات دون التعرض لأعمال انتقامية.

## ترسيخ بيئات الممارسة التمكينية التي تكفل ازدهار الصحة النفسيّة الإيجابية والسلامة لدى القوى العاملة

بجانب التزامات أرباب العمل القانونية بواجب الحرص، عليهم كذلك أن يكونوا سابقين في غرس ثقافة قائمة على الدعم. فمن شأن توفير بيئات ممارسة تمكينية - أي بيئات معنية بالصحة والرعاية تدعم التميز وظروف العمل اللائقة - أن تجتذب الموظفين وتستبقهم بهم، وتوفر رعاية جيدة للمرضى وتعزز قطاع الصحة والرعاية ككل، وذلك وفقاً لما طرحه تحالف المهن الصحيّة العالمية.<sup>127</sup>

ولتغيير ثقافة مكان العمل بالصورة التي تتيح تمكين العاملين في مجال الصحة والرعاية، على المنظمات فعل ما يلي:<sup>128-130</sup>

- تطوير سياسات مؤسسية عادلة وشاملة.
- ضمان عدم إثناء العاملين في قطاع الصحة عن السعي للحصول على الرعاية المناسبة لصحتهم البدنية و/أو النفسيّة و/أو لتعاطي مواد الإدمان.
- تشجيع بيئة عمل عادلة وداعمة مع الالتزام بالسلامة والصحة المهنيّة.
- توفير فرص تعليمية.

ويعدّ برنامج ”FIPWiSE“ الذي أسسه الاتحاد الدولي للصيدلة أحد النماذج الناجحة على ذلك، لتوفيره بيئة ممارسة إيجابية للنساء في العلوم والتعليم.<sup>131</sup> ويحدد البرنامج مظاهر عدم المساواة في بيئات العمل التي تؤثر على النساء في هذه المجالات ويتصدى لها. وجرى تنفيذ البرنامج في دول عديدة حول العالم مقدماً نموذجاً لتوظيف النساء ومكافأتهن واستبقائهن ضمن القوى العاملة.

## الإطار 7: استجابة قائمة على سياسة عامة تمنح الأولوية للصحة النفسية لدى العاملين في مجال الصحة والرعاية في تشيلي

كانت الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية ذات أولوية رئيسة لدى حكومة تشيلي منذ بداية الجائحة، إذ جرى إطلاق مبادرة رئاسية تحت مسمى "SaludableMente" بتعاون من تسع وزارات، كما انعقدت لجنة اجتماعية وطنية تضم أكثر من 50 مسؤول يمثلون الحكومة على الصعيدين الوطني والمحلي ومتخصصين في مجال الصحة وأكاديميين وأفراد من أصحاب تجارب على أرض الواقع، وذلك من أجل "ترسيخ استراتيجية الدولة وتوحيد الجهود لمكافحة فيروس كورونا". ومن هنا، أضحت الصحة النفسية جزءاً لا يتجزأ من الاستجابة الوطنية للجائحة. وكانت إحدى الركائز الأساسية لهذه الجهود هي حماية الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية ودعمها.<sup>140</sup>

وظفت تقارير إلى السطح تفيد بأن ما يصل إلى 25% من المتخصصين في الفرق الصحية عانوا من أعراض اكتئاب متوسطة إلى شديدة وأن الذين عملوا أكثر من 44 ساعة عانوا من أعراض أشد من الاكتئاب، خاصة فيما بين النساء وأطقم التمريض وموظفي الرعاية الإسعافية التابعين لخدمات الرعاية المنزلية الأولية.<sup>141</sup> وأكدت دراسة أجريت مؤخراً الخطر الجسيم والمتزايد بالإصابة بأحد الأمراض النفسية لدى النساء - اللاتي يشكلن 73% من القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية في تشيلي. وتوصلت الدراسة أيضاً إلى أن ظروف عملهن، لا سيما ما لاقوه من دعم من القيادة والنظراء، كانت بمنزلة عوامل وقائية.\* يكشف لنا مدى حاجتنا إلى النظر في أعباء العمل وظروفه، وكذلك السياسات العامة المراعية للجنسين والمرتبطة بحماية العاملين في مجال الصحة والرعاية ودعمهم.

طرحت مجموعة الخبراء في اللجنة الاجتماعية الوطنية الممثلين لقطاعات متنوعة أربعة مجالات استراتيجية للعمل، وأكدوا على تطبيقها على المستوى الوطني، وهي:<sup>142</sup>

1. وضعت خطة وطنية تم تنفيذها لحماية الصحة النفسية لدى العاملين في مجال الصحة والرعاية باستخدام أحدث الأدلة من البحوث الوطنية والدولية التي تضمنت مؤشرات المخاطر النفسية والاجتماعية والتغيب عن العمل وقدرة الخدمات الصحية على الاستجابة.
2. وضعت خطة للتواصل الاجتماعي تضمنت تثقيف عامة السكان بالعنصر النفسي، واستراتيجيات الحد من الوصمات الاجتماعية والتمييز، والقضاء على مسميات "البطولة" في وسائل الإعلام.
3. قامت بتعزيز البنية التحتية الحكومية والأطر التنظيمية وتطويرها لضمان مراقبة التدخلات الرامية إلى حماية الصحة النفسية لدى العاملين في قطاعي الصحة والرعاية، وهو ما تضمن تشكيل فريق عمل ثلاثي لتقييم وتعديل الدور القانوني لرب العمل في توفير قدر كاف من الوقاية والحماية للصحة النفسية في أثناء العمل.
4. شكّلت مجموعة عمل لتقييم وتعزيز برامج الوقاية والعلاج في مجال الصحة النفسية والسلامة والصحة المهنية، بغية تنسيق عملية تنفيذها ومواصلتها على المدى الطويل.<sup>144</sup>

امتازت استجابات السياسة العامة الرامية إلى التصدي لتأثيرات جائحة كوفيد-19 على الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية، بتنفيذها على نحو منسق لخطط الصحة النفسية، وزيادة الميزانية، وإنشاء مجموعات عمل تتألف من ممثلين للهيئات والقطاعات المختلفة للإشراف على عمليات التنفيذ والمراقبة المستمرة.

أما في الولايات المتحدة، أجري استطلاع بدعم من الجمعية الطبية الأمريكية على أكثر من 20 ألف عامل في مجال الصحة والرعاية يعملون في 124 مؤسسة بين شهري يوليو وديسمبر 2020. وتوصل التقرير إلى أن 24% من الأطباء و40% من أطقم التمريض أبلغوا عن نيّتهم في ترك وظائفهم في غضون السنتين التاليتين.<sup>137</sup> وبأني تفسيراً لهذه الرغبة في ترك العمل أو تقليل ساعاته ما عانوه من احتراق وظيفي وأعباء عمل وضغوط نفسية ناجمة عن جائحة كوفيد-19. وكشفت العديد من الدراسات عن أن الصحة النفسية للعديد من العاملين في أطقم التمريض تعرضت لتأثير سلبي أكبر مما تعرض له غيرهم.

وبين شهري يناير 2020 وإبريل 2022، أوردت مقالات صحفية في 76 دولة عن لجوء العاملين في قطاع الصحة إلى اتخاذ إجراءات عمالية، من بين التهديد بتنظيم إضرابات. وبوجه عام، كانت أطقم التمريض هي المحرك الأساسي لهذه الإجراءات خلال عامي 2020 و2021، علماً بأنهم يشكلون 59% من إجمالي عدد العاملين في قطاع الصحة في العالم. تضمنت أسباب هذه الإجراءات عدم وجود بدل مخاطر، أو تأمين، أو أجور إضافية، أو تأخر الرواتب، أو نقص في عدد الموظفين والمعدات والإمدادات، وسوء ظروف العمل بشكل عام.<sup>138</sup>

وقد حذر المجلس الدولي للممرضين والممرضات من أن العجز في عدد العاملين في أطقم التمريض قبل تفشي الجائحة والبالغ 5,9 مليون فرد قد تفاقم بعد تفشيها، الأمر الذي قد يفضي إلى نقص حاد في القوى العاملة، لا سيما في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط.<sup>139</sup> واستجابة لهذا النقص، دعا التقرير إلى تغيير اتجاه بؤرة تركيز السياسات من برامج التدخل الفردية إلى تأسيس بيئة عمل أكثر صحة وإنتاجية (ص 28):

"يجب أن يكون جزءاً أساسياً من هذه الاستجابة هو إحداث تحوّل في السياسة وتغيير دفة التركيز المهني والإداري من فرادى العاملين في أطقم التمريض ممن يتعين عليهم ممارسة "التأقلم" و"المرونة النفسية" في مواجهة أعباء العمل التي لا تطاق والناجمة عن الجائحة، إلى مسار يتحمل فيه أرباب العمل والمؤسسات مسؤولية تهيئة ظروف عمل داعمة والحفاظ عليها وتوفير عدد كاف من الموظفين."

\* نتاج من مجموعة بيانات غير منشورة المخطوطة في طريقها للوصول.

\* تعبر جميع نقاط البيانات عن ارتفاع في النسب عما كانت عليه في السنوات السابقة.

## القسم الثالث: الإجراءات على مستوى السياسة العامة

الشكل 6: استراتيجيات على مستوى السياسات لحماية الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية



وتستطيع الدول وجميع الشركاء المعنيين من خلال التعاون مع القوى العاملة وجمعياتهم المهنية استغلال هذه الاستراتيجيات كنقطة انطلاق لإثراء حوار السياسات والإجراءات الخاصة بالتعامل مع الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية.

### تنفيذ السياسات والخطط المشتركة بين القطاعات والقائمة على الأدلة

- محاكاة الإجماع السياسي الذي توصلت إليه جمعية الصحة العالمية ومؤتمر العمل الدولي في كل بيئة وطنية. إطلاق حوار بين القطاعات وتشجيعه في الوزارات المعنية بالصحة والعمل والرعاية الاجتماعية والتعليم وحماية حقوق الإنسان والشؤون المالية؛ وإشراك أرباب العمل والعاملين في المسؤولية المشتركة عن حماية القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية.
- مراجعة السياسة الوطنية والأطر التنظيمية لخدمات الصحة النفسية وتعزيزها بجانب السلامة والصحة المهنية. وضمان منح سياسات السلامة والصحة المهنية الأولوية للصحة النفسية للعاملين وسلامتهم من خلال القضاء على العراقيل التي تغرق السياسات المعنية بالعمل اللائق وذلك عبر تطبيق قوانين العمل الدولية والإرشادات الفنية الواردة الميثاق العالمي للصحة والرعاية. وينبغي أن تضع خطط الصحة النفسية في الاعتبار مبادئ خطة العمل الشاملة للصحة النفسية ٢٠١٣ - ٢٠٣٠ التابعة لمنظمة الصحة العالمية، وتنفيذ الترتيبات المؤسسية والقانونية والتمويلية والخدمات المناسبة لضمان تلبية الاحتياجات وتعزيز الصحة النفسية.<sup>149</sup>
- مواهجة مناهج السياسة الوطنية بشأن الصحة النفسية والسلامة والصحة المهنية ودمجها والتأهب لمكافحة الجائحات. وينبغي أن تضمن هذه السياسات تهيئة النظام الصحي لمواجهة جميع المخاطر حتى يكون قادراً على الانتقال السريع إلى تدابير الطوارئ دون الإخلال بالمعايير الدولية لحماية صحة وسلامة القوى العاملة وصونها. وينبغي لهذه التدابير مراعاة النقاشات التي تجرئها هيئة التفاوض الحكومية الدولية التابعة لمنظمة الصحة العالمية وأن تكون جزءاً لا يتجزأ منها،<sup>150</sup> متضمناً ذلك عناصر الصحة النفسية وحماية القوى العاملة.

جذبت جائحة كوفيد-19 الانتباه إلى دور جميع العاملين الأساسيين، بما في ذلك القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية. فكانت النتيجة اهتماماً أثمر زخماً في قرارات الحكومات الدولية خلال اجتماعات عام 2022 التي عقدتها جمعية الصحة العالمية ومؤتمر العمل الدولي مما أعاد التأكيد على التزامات الحكومات وأرباب العمل تجاه حماية القوى العاملة وضمان حقوقهم وتزويدهم بالعمل اللائق في بيئة تمكينية آمنة تدعم صحتهم النفسية وسلامتهم.

ويعدّ الاستثمار في القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية أحد الاعتبارات الأساسية لاستمرارية الخدمات الصحية الأساسية ووظائف الصحة العامة الأساسية وإحراز تقدم نحو شمول التغطية الصحية والأمن الصحي. علاوة على ذلك، تعدّ حماية هذه القوى العاملة ووقايتها استثماراً أساسياً في حدّ ذاته، فصار حقهم في بيئة عمل صحية وأمنة التزاماً وفقاً لما ينصّ عليه المبدأ الأساسي الخامس والحقوق داخل العمل.<sup>145</sup>

ومن ثمّ، هذه هي اللحظة المناسبة لوضع تصور جديد عن كيفية قيام الحكومات وأرباب العمل بتقديم خدمات الصحة والسلامة، مع مراعاة كل من الخدمات المقدمة للأفراد والمجتمعات والالتزامات تجاه العاملين في مجال الصحة والرعاية الذين يقدمون تلك الخدمات. إنها فرصة للاستثمار الواعي في نظام صحي وطني يحظى فيه الحق في التمتع بالصحة وبيئة عمل آمنة بأهمية قصوى تتيح للعاملين والمرضى والمجتمعات الازدهار بالقدر نفسه.

### الخيارات القائمة على الأدلة أضحت متوفرة وينبغي تطبيقها على نطاق واسع

نحن في حاجة إلى الالتزام بنهج منسّق يشمل جميع أركان الحكومة، إذ لا بدّ أن تسهم الوزارات المسؤولة عن التعليم والعمل والشؤون المالية والصحة داخل كل دولة في التغييرات التي تخضع لها السياسات والنظم بغية حماية حقوق العاملين في مجال الصحة والرعاية وضمانها بجانب تقديم خدمات صحة ورعاية متكاملة.

ويحظى تنفيذ هذه التغييرات المنهجية وتعزيزها بأهمية خاصة في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط، حيث الاحتياجات السكانية هي الأكبر في الحجم، ولا يزال تمتع الجميع بخدمات الصحة النفسية للجميع أمراً محدوداً لأضيق الحدود،<sup>146</sup> ويشكّل النقص في العاملين في مجال الصحة والرعاية تهديداً للإنصاف والتغطية الصحية " الشاملة".<sup>147</sup>

يقسّم هذا التقرير إجراءات السياسة في ثلاث فئات: السياسات والخطط المشتركة بين القطاعات والقائمة على الأدلة، والاستثمار في رعاية الصحة النفسية ودعمها، وتعزيز الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة والرعاية (انظر الشكل 6).



## الاستثمار في رعاية الصحة النفسية ودعمها

- تحسين عمليات الرصد والمراقبة لاحتياجات الصحة النفسية بين القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية ومتطلباتها من الموارد وتوفير هذه الموارد. والتوسع في استخدام الأدوات الموجودة على مستوى النظام الصحي وضمان المساءلة عن تنفيذ الاستراتيجيات على المستويات الوطنية والإقليمية والمؤسسية. وتعدّ مشاركة العاملين في مجال الصحة والرعاية ممن يعانون من أمراض نفسية أمراً ضرورياً.
- تعزيز إمكانية الوصول إلى خدمات رعاية صحية نفسية عالية الجودة وتحافظ على السرية لجميع العاملين في مجال الصحة والرعاية. وتنفيذ استجابات وطنية تناسب السياق المحلي وتعتبر عن رؤى العاملين في مجال الصحة والرعاية وقاعدة الأدلة الدولية. وينبغي إنشاء بنية تحتية جديدة للحفاظ على واستكمال برامج الدعم الحالية الموجهة للصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية، وترسيخ هذه البنية التحتية على صعيد الدولة بأكمله.
- إدانة ومكافحة الوصمات الاجتماعية الموجهة ضد العاملين في مجال الصحة والرعاية المنخرطين بشكل مباشر في الاستجابة لجائحة كوفيد-١٠ ومعالجة الآثار النفسية السلبية الناجمة عن لاستجابة للجائحة.<sup>151</sup> ودمج استراتيجيات الحد من الوصمات الاجتماعية في برامج الصحة النفسية العامة، وتعزيز الجهود الرامية للتخلص من الوصمات الاجتماعية المرتبطة بالصحة النفسية في المجتمع بأكمله.
- الاستثمار في بحوث الصحة النفسية للخروج بالأدلة اللازمة والاستئناس بها في وضع الحلول السياسية والتنظيمية. نحتاج على وجه الخصوص إجراء بحوث عن تأثير وفعالية الاستجابات المنبثقة عن السياسات. وينبغي أن يشمل ذلك بحوثاً عن الفعالية طويلة المدى والتكلفة الخاصة ببرامج التدخل التي تستهدف الأفراد والمؤسسات لتحقيق السلامة النفسية وتحديد احتياجات مختلف الفئات داخل بيئة العمل.<sup>152</sup> وتمثل الجهود المتنامية الرامية إلى حماية وصون العاملين في مجال الصحة والرعاية التي ستشهدها الندوة العالمية السابعة لبحوث الأنظمة الصحية في شهر أكتوبر ٢٠٢٢ فرصة تحت أيدينا لإجراء الحوار البحثي.

## تعزيز الموارد البشرية العاملة في مجال الصحة والرعاية

- استقدام قوى عمل في مجال الصحة والرعاية وتوسيع نطاقها والعمل على استبقائها لتقديم الخدمات الصحية الأساسية ووظائف الصحة العامة الأساسية. فكما اتضح في جميع مراحل الجائحة، تسبب العجز في عدد الموظفين في المرافق الوطنية والمرافق في زيادة الأعباء والضغوط النفسية على الموظفين القائمين على رأس العمل، الأمر الذي قد يقوض من جودة الرعاية والأمن الصحي العالمي في نهاية المطاف. وينبغي إعطاء الأولوية للموارد البشرية في الاستثمارات الصحية ومواءمتها مع الاستراتيجية العالمية للموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠،<sup>153</sup>
- رفع الأداء إلى أفضل مستوى فيما يخص احتياجات القوى العاملة وتوقعها من أجل توسيع نطاق خدمات الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية والجمهور على حدّ سواء. وينبغي أن يتسق ذلك مع خطة العمل الشاملة للصحة النفسية ٢٠١٣ - ٢٠٣٠ التابعة لمنظمة الصحة العالمية<sup>154</sup> ومشاركة فرق متكاملة ومتعددة التخصصات ومتكاملة معنية بالصحة النفسية والرعاية الاجتماعية في البيئات المجتمعية التي يتم دعمها بالتدريب والإشراف المستمر وتمتاز بيئات العمل فيها وتعويضاتها المالية وفرص الترقّي الوظيفي بقدرتها على اجتذاب القوى العاملة في مجال الصحة النفسية والاحتفاظ بها.<sup>155</sup>

تمثل النفقات الموجهة لتوسيع نطاق الخدمات وتوفير الدعم المناسب للصحة النفسية استثمارًا بحد ذاته في الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة وهو ما من شأنه تعزيز النظم الصحية في الوقت الحاضر وفي المستقبل. ولقد زادت التحديات التي تواجهها الأنظمة الصحية مع ظهور متحورات جديدة أكثر عدوى من فيروس كوفيد-19، ناهيك عن استمرارية حالات طوارئ الصحة العامة الأخرى. ومن شأن القصور في التعامل مع مشكلات الصحة الجسدية والنفسية وضمان توفير العمل اللائق بأجور عادلة أن يكون له آثارًا سلبية تتضمن الفتور والتغيب عن العمل وضعف معدلات الاستبقاء. ويزداد هذا الوضع خطرًا في الدول التي تعاني من نقص في القوى العاملة والموارد الصحية. ،

إن تأثير التقاعس عن اتخاذ ما يلزم من إجراءات سيكون هائلًا متجاوزًا الأنظمة الصحية برمتها، إذ تشير التقديرات إلى أن اضطرابات الصحة النفسية الشائعة تكلف الاقتصاد العالمي 1 تريليون دولار سنويًا ويتخذ ذلك صورة ضعف الإنتاجية في أغلب الأحيان. ولو استطعنا تعزيز خدمات الرعاية الصحية النفسية ولو بدرجة تتيج قدرًا متوسطًا من إمكانية وصول العاملين في مجال الصحة والرعاية إليها، فسيكون لهذا عائدًا عظيمًا من الاستثمارات يتخذ صورة تحسن مستوى الصحة وإنتاجية العاملين بجانب فوائد اقتصادية عامة أخرى.

إن القوى العاملة التي تتمتع بالصحة وتحظى بالحماية والأمن هي الأجدر على الاستجابة للتهديدات كافة، بما في ذلك النزاعات وحالات الطوارئ الإنسانية وأية جائحة تلوح في المستقبل. نحن في حاجة إلى المزيد من التمويل المستدام لتطوير القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية القادرة على تقديم خدمات لا غنى عنها في الوفاء بحقوق سكاننا في الوقت الحاضر وفي المستقبل.

ترأس جيم كامبل، مدير إدارة القوى العاملة الصحية بمنظمة الصحة العالمية، وحنان عبد الرحيم، عميد كلية العلوم الصحية بجامعة قطر، المجلس الاستشاري للمنتدى المعني بإعداد هذا التقرير.

قام بكتابة هذ التقرير كل من الدكتورة حنان عبد الرحيم بالتعاون مع جيم كامبل والدكتورة ميريديث فيندت نيولين، بمنظمة الصحة العالمية، والدكتورة سناء الحراحشه، بمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش).

نتقدم بخالص الشكر لأعضاء المجلس الاستشاري لمنتدى الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية التابع لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش" لعام 2022، الذين أسهموا برؤاهم فريدة في إعداد هذا التقرير، وهم:

- هوارد كوتون، المجلس الدولي للممرضين والممرضات، سويسرا
- الدكتورة كاثرين دوجان، الاتحاد الدولي للصيدلة، هولندا
- بول فارمر، مؤسسة مايند، المملكة المتحدة
- الدكتورة سيندي فرياس، معهد علوم الأعصاب، مستشفى كلينيك في برشلونة، إسبانيا
- فيكتوريا هورنبي، مؤسسة ابتكارات الصحة النفسية، المملكة المتحدة
- الدكتورة ديفورا كيستل، منظمة الصحة العالمية، إدارة الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان، سويسرا
- البروفيسور يوسف خضر، جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية، الأردن
- إيان تولي، مؤسسة حمد الطبية، قطر
- كما نعرب عن جزيل شكرنا على الإسهامات التي قدّمها الآتي أسماؤهم في إعداد هذا التقرير:
- الدكتور بيتر بالدوين، معهد بلاك دوج، أستراليا
- الدكتور ماثيو كوليشيل، معهد بلاك دوج، أستراليا
- الدكتور جورجيو كوميتو، منظمة الصحة العالمية، إدارة القوى العاملة الصحية، سويسرا
- الدكتور ماتياس إرازافال دومينجيز، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، قسم الأمراض غير المعدية والصحة النفسية، الولايات المتحدة الأمريكية
- محمد الجمل، جامعة قطر، قطر
- الدكتورة جين هول، منظمة الصحة العالمية، المكتب القطري، فيجي
- أيمن إبراهيم، جامعة قطر، قطر
- كاثرين كين، منظمة الصحة العالمية، إدارة القوى العاملة الصحية، سويسرا
- الدكتورة سلمى خالد، جامعة قطر، قطر
- الدكتورة عائشة مالك، منظمة الصحة العالمية، إدارة الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان، سويسرا
- الدكتورة ميشيل مكيساك، منظمة الصحة العالمية، إدارة القوى العاملة الصحية، سويسرا
- البروفيسورة ماريا إليسا أنسوليجا مورينو، جامعة دييجو بورتاليس، تشيلي
- الدكتورة لينزيت موريس، جامعة قطر، قطر

## ملحق: مراجعة نظامية لمنهجية استعراض الأدبيات

### أبرز نقاط المنهجية

قواعد البيانات التي تم البحث فيها:

- Medline
- L.OVE: Living Overview of Evidence (Epistemonikos Foundation)
- Public health +: NCCMT McMaster
- Trip Medical Database
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence
- ACCESSSS from McMaster PLUS™

مواعيد نشر الدراسات المشمولة:

- ١ نوفمبر ٢٠٢١ - نهاية أبريل ٢٠٢٢

تمت صياغة سؤال المراجعة باستخدام إطار عمل "PE(C) O":

- "Population" (P) (الفئة المستهدفة): العاملون في مجال الصحة والرعاية: الأطباء والممرضون والممرضات والعاملون في الصحة المجتمعية، وأطباء العلاج الطبيعي، والصيدلة وغيرهم.
- "Exposure" (E) (التعرض): التعرض لكوفيد-١٩.
- "Comparison" (C) (المقارنة، إن وجدت): عموم الفئات السكانية المستهدفة في الدراسة نفسها أو مستويات ما قبل الجائحة على الفئة السكانية المستهدفة نفسها.
- "Outcome" (O) (النتيجة): نتيجة الصحة النفسية، بما في ذلك الاحتراق الوظيفي والضغط النفسي والقلق والاكتئاب والفكر الانتحاري والصدمات والأرق واضطرابات النوم.
- معايير الاشتمال الأخرى:
- يجب أن تكون المقالة استعراضًا كميًا منهجيًا بتحليل استخلاصي وصفي أو بدونه.
- يجب أن تكون المقالات باللغة الإنجليزية ونصها متاح بالكامل.

تم إجراء تقييم جودة المراجعة النظامية باستخدام قائمة التحقق من معهد جونا بريدجز لتدقيق المراجعات النظامية والتوليفات البحثية (-JBI\_Crit-  
[https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI\\_Crit-ical\\_Appraisal-Checklist\\_for\\_Systematic\\_Reviews2017\\_0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Crit-ical_Appraisal-Checklist_for_Systematic_Reviews2017_0.pdf))

- معاذ مرسي، جامعة قطر، قطر
- بريونا بانت، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، قسم الأمراض غير المعدية والصحة النفسية، الولايات المتحدة الأمريكية
- كاترينا ربيز، جامعة فاندربيلت، الولايات المتحدة الأمريكية
- ريان شيخ، جامعة قطر، قطر
- براء شريم، جامعة قطر، قطر
- الدكتور مجاهد شريم، جامعة قطر، قطر
- جيسكا ستودويك، منظمة الصحة العالمية، إدارة الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان، سويسرا
- الدكتورة مونيكا زولازي، جامعة قطر، قطر

وأخيرًا، نود أن نتقدم بشكرنا للسيدة سلطنة أفضل، الرئيس التنفيذي لمؤتمر (ويش)، والسيدة ديدي تومسون، مدير البحوث والمحتوى، من فريق ويش، لما قدمته من دعم وتعليقات بناءة على هذا التقرير.

الآراء الواردة في هذا المنشور لا تعبر إلا عن آراء مؤلفيه، ولا تعبر بالضرورة عن آراء أو قرارات أو سياسات المؤسسات التي يمثلونها. ويتحمل المؤلفون مسؤولية أي خطأ أو سهو ورد في التقرير.

## مصادر

1. Aymerich C et al. COVID-19 pandemic effects on health worker's mental health: Systematic review and meta-analysis. European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 2022; 65(1), e10.
2. Balakrishnan V et al. COVID-19 depression and its risk factors in Asia Pacific - A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 2022; 298(Pt B), 47-56.
3. Blasco-Belled A et al. Mental health among the general population and healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of well-being and psychological distress prevalence. Current Psychology, 2022; 1-12.
4. Caruso R et al. Burnout and post-traumatic stress disorder in frontline nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic literature review and meta-analysis of studies published in 2020. Acta Biomed. 2021; Dec 21;92(S2):e2021428.
5. Chen X et al. Meta-regression on the heterogenous factors contributing to the prevalence of mental health symptoms during the COVID-19 crisis among healthcare workers. Frontiers in Psychiatry, 2022; 13, 833865.
6. Doherty A et al. The effectiveness of psychological support interventions for those exposed to mass infectious disease outbreaks: A systematic review. BMC Psychiatry 2021; 21, 592.
7. Dragioti E et al. A large scale meta analytic atlas of mental health problems prevalence during the COVID-19 early pandemic. Journal of Medical Virology, 2022;94:1935 1949.
8. Eyles E et al. Systematic review of the impact of the COVID-19 pandemic on suicidal behaviour amongst health and social care workers across the world. Journal of Affective Disorders Reports, 2021; Dec;6:100271.
9. Ghahramani S et al. A systematic review and meta-analysis of burnout among healthcare workers during COVID-19. Frontiers in Psychiatry, 2021; 12:758849.
10. Hannemann J et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of medical staff considering the interplay of pandemic burden and psychosocial resources: A rapid systematic review. PloS One, 2022; 17(2), e0264290.
11. Hu N et al. The pooled prevalence of the mental problems of Chinese medical staff during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 2022; 303, 323-330.
12. Johns G et al. The global prevalence of depression and anxiety among doctors during the Covid-19 pandemic: Systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders 2022; Feb 1;298(Pt A):431-441.
13. Linde ES et al. Obsessive-compulsive disorder during the COVID-19 pandemic - A systematic review. Frontiers in Psychiatry, 2022; 13:806872.

## مخطط سير عملية البحث

تم جلب 292 مرجعًا للفرز بوصفها 292 دراسة  
تم التخلص من 19 نسخة مكررة  
تم فرز 273 دراسة ومقارنتها بالعنوان والملخص  
تم استبعاد 245 دراسة  
تم تقييم 28 دراسة من حيث أهلية النص الكامل  
تم استبعاد 5 دراسات  
3 دراسات كانت نتائجها لا تتعلق بالصحة النفسية  
1 لم تشمل الدراسات الأولية  
1 كان نوع المقالة غير صحيح (خطاب إلى المحرر)  
تم تضمين 23 دراسة

## التحديات والقيود والتوجهات المستقبلية

ثمة تحديات منهجية عديدة تواجه الباحث عند دراسة تأثير الجائحة على الصحة النفسية، لا سيما عند محاولة تجميع معدلات الانتشار بالأرقام وتلخيص النتائج لعدد هائل من السياقات. أولاً، هناك تباين كبير بين الدراسات، ويرجع ذلك في جانب منه إلى تنوع الأدوات وخصائص القياس النفسي لهذه الأدوات المستخدمة في قياس أعراض الاضطرابات النفسية. وحتى عند استخدام الأدوات نفسها، قد يختلف الحد الفاصل الذي توصف فيه الأعراض بالتفاقم، الأمر الذي يسفر عن تشابك وخط في مستويات الشدة. نتفهم اللجوء إلى السرعة في إجراء هذه الدراسات تلبيةً لاحتياجات برامجية، إلا أن الآثار المترتبة لهذه السرعة على مصداقية وإمكانية تعميم النتائج تعقد عملية تجميع هذه النتائج وتفسيرها. والأهم من ذلك، أن سياق الجائحة، المرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصحة النفسية، أصبح في حد ذاته سياقاً غير متجانس إلى حد كبير في ظل حالات التفشي المفاجئة التي تشهدها البلدان في أوقات متباعدة.

## المراجع

1. WHO. Director-General's opening remarks at the World Health Assembly - 24 May 2021. Available at: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-the-world-health-assembly-24-may-2021> [Accessed 28 June 2022].
2. Cometto G, et al. Health workforce governance for compassionate and respectful care: A framework for research, policy and practice. *BMJ Global Health*. 2022; Mar 1;7(3):e008007.
3. USA National Academy of Medicine, Clinician Well-Being Collaborative. National plan for health workforce well-being. Available at: <https://nam.edu/initiatives/clinician-resilience-and-well-being/national-plan-for-health-workforce-well-being> [Accessed 28 June 2022].
4. WHO. Guidelines on Mental Health at Work. Geneva: World Health Organization (WHO); forthcoming.
5. The US Surgeon General's Advisory on Building a Thriving Health Workforce. Addressing Health Worker Burnout. Washington, DC: US Surgeon General; 2022. Available at: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/health-worker-wellbeing-advisory.pdf> [Accessed 28 June 2022].
6. Primary Care Collaborative. Primary Care & COVID-19: Week 8 Survey: Primary care practices on their response to the COVID-19 crisis. 6 May 2020. Available at: <https://www.pcpcc.org/2020/05/06/primary-care-covid-19-week-8-survey> [Accessed 28 June 2022].
7. Boniol, MK et al. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: A threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Global Health*. 2022 Jun;7(6):e009316. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35760437> [Accessed 4 July 2022].
8. Buchan J, Catton H, and Shaffer F. Sustain and Retain in 2022 and Beyond: The global nursing workforce and the COVID-19 pandemic. Philadelphia: International Centre on Nurse Migration; 2022.
9. WHO. The Impact of COVID-19 on Health and Care Workers: A closer look at deaths. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021.
10. Buchan J, Catton H, and Shaffer F. Sustain and Retain in 2022 and Beyond: The global nursing workforce and the COVID-19 pandemic. Philadelphia: International Centre on Nurse Migration; 2022.
11. Labrague LJ. Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Nursing Management*. 2021; Oct;29(7):1893-1905.
12. OECD. Health Systems Resilience; 2022. Available at: <https://www.oecd.org/health/health-systems-resilience.htm> [Accessed 28 June 2022].
14. Lluch C et al. The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare personnel: A systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. *Healthcare*. 2022; 10(2), 364.
15. Ottisova L et al. (2022). Effectiveness of psychosocial interventions in mitigating adverse mental health outcomes among disaster-exposed health care workers: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 2022; 35,746-758.
16. Saeed H et al. Anxiety linked to COVID-19: A systematic review comparing anxiety rates in different populations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022; 19(4), 2189. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042189>
17. Ślusarska B et al. Prevalence of depression and anxiety in nurses during the first eleven months of the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; Jan 20;19(3):1154.
18. hakur B and Pathak M. Burden of predominant psychological reactions among the healthcare workers and general population during COVID-19 pandemic phase: A systematic review and meta-analysis. *Indian Journal of Community Medicine: Official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 2021; 46(4), 600-605.
19. Xiong N et al. The psychological impact of COVID-19 on Chinese healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2022; 1-15.
20. Yunitri N et al. Global prevalence and associated risk factors of posttraumatic stress disorder during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 2022; 126, 104136.
21. Zhang SX et al. Mental disorder symptoms during the COVID-19 pandemic in Latin America - a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2022; Apr 19;31:e23.
22. Zhang SX et al. A systematic review and meta-analysis of symptoms of anxiety, depression, and insomnia in Spain in the COVID-19 crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; Jan 17;19(2):1018.
23. Zhang SX et al. Meta-analytic evidence of depression and anxiety in Eastern Europe during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022; Feb 15;13(1):2000132.

26. Johns G, Samuel V, Freemantle L, Lewis J and Waddington L. The global prevalence of depression and anxiety among doctors during the COVID-19 pandemic: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2022; 298(Pt A), 431-441. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.026>
27. Yunitri N, et al. Global prevalence and associated risk factors of posttraumatic stress disorder during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2022 Feb; 126: 104136.
28. Cox CL. 'Healthcare Heroes': problems with media focus on heroism from healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of medical ethics*. 2020 Aug 1;46(8):510-3.
29. Cox CL. 'Healthcare Heroes': problems with media focus on heroism from healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of medical ethics*. 2020 Aug 1;46(8):510-3.
30. Chen, Leon L. DNP, AGACNP-BC, FCCP, FAANP (Clinical Program Manager, Research and Simulated Learning, Nurse Practitioner, and Clinical Assistant Professor), The toxic healthcare hero narrative, *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*: January 2022 - Volume 34 - Issue 1 - p 1-2 doi: 10.1097/JXX.0000000000000684.
31. Halberg N, Jensen PS, Larsen TS. We are not heroes-The flipside of the hero narrative amidst the COVID19-pandemic: A Danish hospital ethnography. *J Adv Nurs*. 2021 May;77(5):2429-2436. doi: 10.1111/jan.14811. Epub 2021 Feb 22. PMID: 33616210; PMCID: PMC8014459.
32. Ananda-Rajah, M., Veness, B., Berkovic, D., Parker, C., Kelly, G., & Ayton, D. (2021). Hearing the voices of Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMJ Leader*, 5(1), 31-35. [000386].
33. WHO. Workforce Intelligence from Open Sources (WIOS) Report. Geneva: World Health Organization (WHO); forthcoming.
34. APA. COVID-19 Pandemic Guidance Document: Moral Injury During the Covid-19 Pandemic. APA Committee on the Psychiatric Dimensions of Disaster and COVID-19. Washington, DC: American Psychiatric Association (APA); 2020.
35. Čartolovni A, Stolt M, Scott PA and Suhonen R. Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nursing Ethics*. 2021 Aug;28(5):590-602.
36. BMA. Moral Distress and Moral Injury: Recognising and tackling it for UK doctors. London: British Medical Association (BMA); 2021.
37. BMA. Moral Distress and Moral Injury: Recognising and tackling it for UK doctors. London: British Medical Association (BMA); 2021.
38. WHO. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. 28 May 2019. Available at: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> [Accessed 28 June 2022].
13. El Akoum M, Dhimi S, Thompson D, Sheikh A. Building health system resilience: A roadmap for navigating future pandemics. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health, 2022.
14. The US Surgeon General's Advisory on Building a Thriving Health Workforce. Addressing Health Worker Burnout. Washington, DC: US Surgeon General; 2022. Available at: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/health-worker-wellbeing-advisory.pdf> [Accessed 28 June 2022].
15. Santomauro DF, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 2021; 398(10312), 1700-1712.
16. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022. COVID-19: Scientific briefs WHO/2019-nCoV/Sci\_Brief/Mental\_health/2022.1.
17. Couarraze, S et al. The major worldwide stress of healthcare professionals during the first wave of the COVID-19 pandemic - the international COVISTRESS survey. *PLoS One*, 2021 Oct 6;16(10):e0257840. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34614016> [Accessed 4 July 2022].
18. The US Surgeon General's Advisory on Building a Thriving Health Workforce. Addressing Health Worker Burnout. Washington, DC: US Surgeon General; 2022. Available at: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/health-worker-wellbeing-advisory.pdf> [Accessed 28 June 2022].
19. Ward J. Pandemic-related workplace violence and its impact on public health officials, March 2020-January 2021. 2022; *American Journal of Public Health*, 17, e1-e11.
20. PAHO. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES): Regional report from the Americas. Washington DC: Pan American Health Organization (PAHO); 2022.
21. Ward J. Pandemic-related workplace violence and its impact on public health officials, March 2020-January 2021. 2022; *American Journal of Public Health*, 17, e1-e11.
22. WHO. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. Geneva: World Health Organization (WHO); 2015.
23. WHO. Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak. Interim Briefing Note Version 1.5. Geneva: World Health Organization (WHO); 2020.
24. Zhang SX, et al. Mental disorder symptoms during the COVID-19 pandemic in Latin America - a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2022; 31, e23, 1-13.
25. Zhang SX, Miller, SO et al. Meta-analytic evidence of depression and anxiety in Eastern Europe during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 2022; 13(1), 2000132.

52. Dudzinski DM. Moral outrage toward willfully unvaccinated COVID-19 patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2022; Apr 1:1-2.
53. British Medical Association (BMA). Personal impact of the COVID-19 pandemic on doctors' wellbeing; 2020.
54. Kisely S, et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, 2020; 369: m1642.
55. Tang L, Pan L, Yuan L and Zha L. Prevalence and related factors of posttraumatic stress disorder among medical staff members exposed to H7N9 patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 2016; 4, 63-67.
56. Lai J, et al. Factors associated with Mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus. *JAMA Network Open*, 2020; 3:e203976.
57. Tam CWC, Pang EPF, Lam LCW and Chiu HF. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological Medicine*, 2004; 34, 1197-1204.
58. Uphoff EP, et al. Mental health among healthcare workers and other vulnerable groups during the COVID-19 pandemic and other coronavirus outbreaks: A rapid systematic review. *PLoS One* 2021; 16(8): e0254821.
59. Maunder RG, al. Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psychological Medicine*, 2004; 66, 938-942.
60. Thibaut F and van Wijngaarden-Cremers P. Women's Mental Health in the Time of COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Global Women's Health*, 2020; 1:588372.
61. BMA. Rest, Recover, Restore: Getting UK health services back on track. London: British Medical Association (BMA); 2021.
62. Dudzinski DM. Moral outrage toward willfully unvaccinated COVID-19 patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2022; Apr 1:1-2.
63. Feldmann H, Jones S, Klenk H-D and Schnittler HJ. Ebola virus: from discovery to vaccine. *Nature Reviews Immunology*, 2003; 3, 677-685.
64. Maunder RG, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging Infectious Diseases*, 2006; 12, 1924-1932.
65. BMA. Rest, Recover, Restore: Getting UK health services back on track. London: British Medical Association (BMA); 2021.
66. Dudzinski DM. Moral outrage toward willfully unvaccinated COVID-19 patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2022; Apr 1:1-2.
67. Thibaut F and van Wijngaarden-Cremers P. Women's mental health in the time of COVID-19 pandemic. *Frontiers in Global Women's Health*, 2020; 1:588372.
68. Ho SMY, Kwong -Lo RSY, Mak CWY and Wong JS. Fear of severe acute respiratory syndrome (SARS) among health care workers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005; 73, 344-349.
39. Garcia CL, et al. Influence of burnout on patient safety: Systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 2019; 55(9): 553.
40. The US Surgeon General's Advisory on Building a Thriving Health Workforce. Addressing Health Worker Burnout. Washington, DC: US Surgeon General; 2022. Available at: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/health-worker-wellbeing-advisory.pdf> [Accessed 28 June 2022].
41. BMA. Rest, Recover, Restore: Getting UK health services back on track. London: British Medical Association (BMA); 2021.
42. National Academy of Medicine. Taking Action Against Clinician Burnout: A systems approach to professional well-being. Washington, DC: National Academies Press; 2019. Available at: <https://nam.edu/systems-approaches-toimprove-patient-care-by-supporting-clinician-well-being> [Accessed 28 June 2022].
43. Dragioti E, et al. A large-scale meta-analytic atlas of mental health problems prevalence during the COVID-19 early pandemic. *Journal of Medical Virology*. 2022; May;94(5):1935-1949.
44. Ghahramani S, et al. A systematic review and meta-analysis of burnout among healthcare workers during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12.
45. Yin, X and Zeng, L. A study on the psychological needs of nurses caring for patients with coronavirus disease 2019 from the perspective of the existence, relatedness, and growth theory. *International Journal of Nursing Sciences*, Volume 7, Issue 2, 10 April 2020, Pages 157-160
46. Dragioti E, et al. A large-scale meta-analytic atlas of mental health problems prevalence during the COVID-19 early pandemic. *Journal of Medical Virology*. 2022; May;94(5):1935-1949.
47. BMA. COVID-19: Analysing the Impact of Coronavirus on Doctors. London: British Medical Association (BMA). Available at: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/covid-19/what-the-bma-is-doing/covid-19-analysing-the-impact-of-coronavirus-on-doctors> [Accessed 28 June 2022].
48. International Council of Nurses. The International Year of the Health and Care Worker and the COVID-19 Pandemic: A summary of the work of the International Council of Nurses; 2021.
49. Larry A Green Center. Quick COVID-19 Survey. Available at: <https://www.green-center.org/covid-survey>. [Accessed 28 June 2022].
50. BMA. COVID-19: Analysing the Impact of Coronavirus on Doctors. London: British Medical Association (BMA). Available at: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/covid-19/what-the-bma-is-doing/covid-19-analysing-the-impact-of-coronavirus-on-doctors> [Accessed 28 June 2022].
51. Larry A Green Center. Quick COVID-19 Primary Care Survey: Series 1 Fielded March 13-16, 2020. Available at: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/154717/PC%20C19%20Series%201-4%20Nat%20Exec%20Summary.pdf?sequence=1&isAllowed=y.%20Accessed%20June%2024,%202020> [Accessed 28 June 2022].

84. Jefferson L, et al. General practitioner wellbeing during the COVID-19 pandemic. A systematic review. *British Journal of General Practice*. 10 February 2022.
85. WHO. Working for Health 2022-2030 Action Plan. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022.
86. WHO. Closing the Leadership Gap: gender equity and leadership in the global health and care workforce. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021.
87. WHO. Guidelines on Mental Health at Work. Geneva: World Health Organization (WHO); forthcoming.
88. WHO. COVID-19: Occupational Health and Safety For Health Workers: Interim guidance, 2 February 2021. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021.
89. WHO. Health Labour Market Analysis Guidebook. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021.
90. WHO. Closing the Leadership Gap: gender equity and leadership in the global health and care workforce. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021.
91. Kisely S, et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, 2020; 369: m1642.
92. Uphoff EP, et al. Mental health among healthcare workers and other vulnerable groups during the COVID-19 pandemic and other coronavirus outbreaks: A rapid systematic review. *PLoS One*, 2021; 16(8): e0254821.
93. Dudzinski DM. Moral outrage toward willfully unvaccinated COVID-19 patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2022; Apr 1:1-2.
94. Buchan J, Catton H, and Shaffer F. Sustain and Retain in 2022 and Beyond: The global nursing workforce and the COVID-19 pandemic. Philadelphia: International Centre on Nurse Migration; 2022.
95. WHO. Occupational Safety and Health In Public Health Emergencies: A manual for protecting health workers and responders. Geneva: World Health Organization (WHO); 2018.
96. WHO. COVID-19: Occupational Health and Safety For Health Workers: Interim guidance, 2 February 2021. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021.
97. WHO. Guidelines on Mental Health at Work. Geneva: World Health Organization (WHO); forthcoming.
98. Clun, R. 'Australia must import mental health workers to double workforce to fix crisis.' *The Sydney Morning Herald*, 21 October 2021.
99. The Prevention Hub. Every Doctor, Every Setting: A National Framework. Available at: <https://preventhub.org.au/priorities/medical-healthcare/national-medical-framework> [Accessed 28 June 2022].
100. Black Dog Institute. TEN - The Essential Network for Health Professionals. Available at: <https://www.blackdoginstitute.org.au/the-essential-network> [Accessed 28 June 2022].
69. Kang HS, Son YD, Chae SM and Corte C. Working experiences of nurses during the Middle East respiratory syndrome outbreak. *International Journal of Nursing Practice*, 2018; 24, e12664.
70. Khalid I, et al. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical Medical Research*, 2016; 14, 7-14.
71. Park JS, Lee EH, Park NR and Choi YH. (2018). Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a MERS-CoV outbreak: A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2018; 32, 2-6.
72. BMA. Rest, Recover, Restore: Getting UK health services back on track. London: British Medical Association (BMA); 2021.
73. Dudzinski DM. Moral outrage toward willfully unvaccinated COVID-19 patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2022; Apr 1:1-2.
74. Kisely S, et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, 2020; 369: m1642.
75. Uphoff EP, et al. Mental health among healthcare workers and other vulnerable groups during the COVID-19 pandemic and other coronavirus outbreaks: A rapid systematic review. *PLoS One*, 2021; 16(8): e0254821.
76. BMA. Rest, Recover, Restore: Getting UK health services back on track. London: British Medical Association (BMA); 2021.
77. Kisely S, et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, 2020; 369: m1642.
78. BMA. Rest, Recover, Restore: Getting UK health services back on track. London: British Medical Association (BMA); 2021.
79. Dudzinski DM. Moral outrage toward willfully unvaccinated COVID-19 patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2022; Apr 1:1-2.
80. OECD. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19) - Caregiving in Crisis: Gender inequality in paid and unpaid work during COVID-19. 13 December 2021. Available at: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/caregiving-in-crisis-gender-inequality-in-paid-and-unpaid-work-during-covid-19-3555d164> [Accessed 28 June 2022].
81. ILO. The COVID-19 Response: Getting gender equality right for a better future for women at work. Geneva: International Labour Organization (ILO); 2020.
82. OECD. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19) - Caregiving in Crisis: Gender inequality in paid and unpaid work during COVID-19. 13 December 2021. Available at: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/caregiving-in-crisis-gender-inequality-in-paid-and-unpaid-work-during-covid-19-3555d164> [Accessed 28 June 2022].
83. Seedat S, et al. Women's wellbeing and the burden of unpaid work. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2021; 374, n1972.



115. Søvold LE, et al. Prioritizing the mental health and well-being of healthcare workers: an urgent global public health priority. *Frontiers in Public Health*, 2021; 9:679397.
116. Center C, et al. Confronting depression and suicide in physicians: A consensus statement, *JAMA*, 2003; 289(23);3161–3166.
117. Noonan SJ. Help Our Healers Heal: Reflections on Stigma Amongst Health Care Professionals. *Psychiatric Times*. 15 June 2020. Available at: <https://www.psychiatristimes.com/view/help-our-healers-heal-reflections-on-stigma-amongst-health-care-professionals> [Accessed 28 June 2022].
118. Center C, et al. Confronting depression and suicide in physicians: A consensus statement, *JAMA*, 2003; 289(23);3161–3166.
119. Noonan SJ. Help Our Healers Heal: Reflections on Stigma Amongst Health Care Professionals. *Psychiatric Times*. 15 June 2020. Available at: <https://www.psychiatristimes.com/view/help-our-healers-heal-reflections-on-stigma-amongst-health-care-professionals> [Accessed 28 June 2022].
120. ILO. International Labour Conference adds safety and health to Fundamental Principles and Rights at Work. Geneva: International Labour Conference, 110th Session; 10 June 2022. Available at: [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_848132/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_848132/lang--en/index.htm) [Accessed 22 June 2022].
121. ILO. The Occupational Safety and Health Convention, 1981 (No. 155) and its Recommendation No. 164. International Labour Organization (ILO); 1981. Available at: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55\\_TYPE,P55\\_LANG,P55\\_DOCUMENT,P55\\_NODE:REC,en,R164,/Document](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:REC,en,R164,/Document) [Accessed 4 July 2022].
122. ILO. Violence and Harassment Convention, 2019 (No. 190) and its Recommendation No. 206. International Labour Organization (ILO); 2019. Available at: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C190](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190) [Accessed 4 July 2022].
123. WHO. Action required to address the impacts of the COVID-19 pandemic on mental health and service delivery systems in the WHO European Region Recommendations from the Technical Advisory Group on the Mental Health Impacts of COVID-19, 30 June 2021. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021.
124. WHO. Guidelines on Mental Health at Work. Geneva: World Health Organization (WHO); forthcoming.
125. WHO. Global Health and care workers compact. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/carecompact> [Accessed 28 June 2022].
126. WHO. Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010.
101. Coleshill MJ, et al. The Essential Network (TEN): Protocol for an Implementation Study of a Digital-First Mental Health Solution for Australian Health Care Workers During COVID-19. *JMIR Research Protocols*. 2022; Vol 11, No 3: March. Available at: <https://www.researchprotocols.org/2022/3/e34601> [Accessed 28 June 2022].
102. Baldwin A, et al. The Essential Network (TEN): Rapid development and implementation of a digital-first mental health solution for Australian healthcare workers during COVID-19. *BMJ Innovations*, 2021; Volume 8, Issue 2. Available at: <https://innovations.bmj.com/content/8/2/105> [Accessed 28 June 2022].
103. Doherty A et al. The effectiveness of psychological support interventions for those exposed to mass infectious disease outbreaks: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 2021; 21(1), 1–28.
104. Ottisova L. et al. Effectiveness of psychosocial interventions in mitigating adverse mental health outcomes among disaster exposed health care workers: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 2022; Apr;35(2):746–758.
105. Doherty A et al. The effectiveness of psychological support interventions for those exposed to mass infectious disease outbreaks: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–28.
106. Ottisova L. et al. Effectiveness of psychosocial interventions in mitigating adverse mental health outcomes among disaster exposed health care workers: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 2022; Apr;35(2):746–758.
107. Bell V and Wade D. Mental health of clinical staff working in high-risk epidemic and pandemic health emergencies a rapid review of the evidence and living meta- analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2021; 56(1), 1–11.
108. Bell V and Wade D. Mental health of clinical staff working in high-risk epidemic and pandemic health emergencies a rapid review of the evidence and living meta- analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2021; 56(1), 1–11.
109. NICE. Mental Wellbeing at Work. NICE guideline [NG212]. 2 March 2022. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Available at: [www.nice.org.uk/guidance/ng212](http://www.nice.org.uk/guidance/ng212) [Accessed 28 June 2022].
110. Link BG and Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 2001; 27(1), 363–385.
111. Nyblade L, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 2019; 17, 25.
112. Knaak S, Mantler E and Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 2017; 30, 111–116.
113. Mehta SS, Matthew BA and Edwards L. Suffering in silence: mental health stigma and physicians' licensing fears. *American Journal of Psychiatry*, 2018; 13, 2–4.
114. Søvold LE, et al. Prioritizing the mental health and well-being of healthcare workers: an urgent global public health priority. *Frontiers in Public Health*, 2021; 9:679397.

141. PAHO. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Washington DC: Pan American Health Organization (PAHO); 2022.
142. Ministry of Health Chile. Strategies to support the well-being and mental health of the population, in the context of the COVID-19 pandemic: Final report of proposals from the healthy experts table. Santiago: Ministry of Health Chile; 2020.
143. WHO. Impact of COVID-19 on human resources for health and policy response: The case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039001> [Accessed 5 July 2022].
144. Undersecretary of Assistance Networks and Undersecretary of Public Health. General Considerations for the Mental Health Care of Workers in the Health Sector in the Covid-19 Context. Santiago; 2020.
145. ILO. International Labour Conference adds safety and health to Fundamental Principles and Rights at Work. Geneva: International Labour Conference, 110th Session; 10 June 2022. Available at: [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_848132/lang-en/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_848132/lang-en/index.htm) [Accessed on 22 June 2022].
146. WHO. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: Results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization (WHO); 2020. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455> [Accessed 4 July 2022].
147. Boniol, MK et al. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: A threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Global Health*. 2022 Jun;7(6):e009316. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35760437> [Accessed 4 July 2022].
148. WHO. Global Health and care workers compact. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/carecompact> [Accessed 28 June 2022].
149. WHO. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
150. WHO. Intergovernmental Negotiating Body. Available at: <https://inb.who.int> [Accessed 4 July 2022].
151. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). COVID-19 – strategies adaptable from healthcare to public health settings to support the mental health and resilience of the workforce during the COVID-19 pandemic recovery. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2021.
152. NICE. Mental Wellbeing at Work. NICE guideline [NG212]. 2 March 2022. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Available at: [www.nice.org.uk/guidance/ng212](http://www.nice.org.uk/guidance/ng212) [Accessed 28 June 2022].
153. WHO. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization (WHO); 2016.
154. WHO. Occupational Safety and Health in Public Health Emergencies: A manual for protecting health workers and responders. Geneva: World Health Organization (WHO); 2018.
155. FIP. FIPWiSE toolkit for positive practice environments for women in science and education. International Pharmaceutical Federation (FIP); 2022. Available at: <https://www.fip.org/fipwise-ppe-toolkit> [Accessed 28 June 2022].
156. Health Care in Danger. COVID-19 Special. Available from: <https://healthcareindanger.org/covid-19-special> [Accessed 28 June 2022].
157. WHO. Stopping attacks on health care; 2022. Available at: <https://www.who.int/activities/stopping-attacks-on-health-care> [Accessed 28 June 2022].
158. BMA. Thousands of overworked doctors plan to leave the NHS, BMA finds. British Medical Association. Press Release. 3 May 2021. Available at: <https://www.bma.org.uk/bma-media-centre/thousands-of-overworked-doctors-plan-to-leave-the-nhs-bma-finds> [Accessed 28 June 2022].
159. BMA. COVID-19: analysing the impact of coronavirus on doctors. Available at: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/covid-19/what-the-bma-is-doing/covid-19-analysing-the-impact-of-coronavirus-on-doctors> [Accessed 28 June 2022].
160. NHS. NHS Staff Survey 2021. National Health Service (HS) and Survey Coordination Centre. Available at: [https://www.nhsstaffsurveys.com/static/b3377ce95070ce69e84460fe210a55f0/ST21\\_National-briefing.pdf](https://www.nhsstaffsurveys.com/static/b3377ce95070ce69e84460fe210a55f0/ST21_National-briefing.pdf) [Accessed 28 June 2022].
161. Sinsky CA et al. COVID-related stress and work intentions in a sample of us health care Workers. *Mayo Clinic Proceedings Innovations, Quality & Outcomes*. 2021;5(6):1165–1173.
162. WHO. Workforce Intelligence from Open Sources (WIOS) Report. Geneva: World Health Organization (WHO); forthcoming.
163. Buchan J, Catton H, and Shaffer F. Sustain and Retain in 2022 and Beyond: The global nursing workforce and the COVID-19 pandemic. Philadelphia: International Centre on Nurse Migration; 2022.
164. Irarrazaval M et al. Public policy responses to address the mental health consequences of the COVID-19 pandemic: Evidence from Chile. *Frontiers in Public Health*. 2021; Sep 29;9:590335.

## شركاء أبحاث ويش



WISH gratefully acknowledges the support of the Ministry of Public Health



154. WHO. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
155. USA National Academy of Medicine, Clinician Well-Being Collaborative. National Plan for health workforce well-being. Available at: <https://nam.edu/initiatives/clinician-resilience-and-well-being/national-plan-for-health-workforce-well-being> [Accessed 28 June 2022].
156. WHO. Health Workforce Policy and Management in the Context of the COVID-19 Pandemic Response: Interim guidance. Geneva: World Health Organization (WHO); 2020.
157. WHO. Retention of the Health Workforce in Rural and Remote Areas: A systematic review. Human Resources for Health Observer Series No. 25. Geneva: World Health Organization (WHO); 2020.
158. WHO. Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (2021). Geneva: World Health Organization (WHO); 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/nri-2021> [Accessed 28 June 2022].
159. Chisholm D. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. Lancet Psychiatry, 2016; 3(5), 415–424.
160. WHO. Global Health and Care Worker Compact. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/carecompact> [Accessed 28 June 2022].

ISBN 978-1-91-399125-8



9 781913 991258 >

[www.wish.org.qa](http://www.wish.org.qa)