

รายงานสรุป

การป้องกันโรคจิตเวช มาตรการและทางเลือกนโยบาย ที่มีประสิทธิภาพ

Prevention of Mental Disorders Effective Interventions and Policy Options

รายงานโดย

แผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด องค์การอนามัยโลก

ด้วยความร่วมมือกับ

ศูนย์วิจัยเพื่อการป้องกัน มหาวิทยาลัย Nijmegen และ Maastricht



สนับสนุนโดย

แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

รายงานสรุป

การป้องกันโรคจิตเวช
มาตรการและทางเลือกนโยบายที่มีประสิทธิผล
Prevention of Mental Disorders
Effective Interventions and Policy Options

รายงานโดย

แผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด องค์การอนามัยโลก
ด้วยความร่วมมือกับ
ศูนย์วิจัยเพื่อการป้องกัน มหาวิทยาลัย Nijmegen และ Maastricht



สนับสนุนโดย

แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ตีพิมพ์โดยองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.2004 ภายใต้ชื่อเรื่อง

Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options

Summary report

© องค์การอนามัยโลก (2004)

ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกได้มอบลิขสิทธิ์การแปลและเผยแพร่ในฉบับภาษาไทย

โดยแผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตเป็นผู้รับผิดชอบฉบับภาษาไทยแต่เพียงผู้เดียว

(Agreement No: TR/17/008)

การป้องกันโรคจิตเวช : มาตรการและทางเลือกนโยบายที่มีประสิทธิผล

© แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต (2017)

แปลและเรียบเรียงโดย แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์
นายแพทย์ปริทรรศ ศิลปกิจ

ISBN: 978-616-11-3353-5

สนับสนุนโดย

แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย

แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ชั้น 3 อาคารอำนวยการ สถาบันพัฒนาการเด็กกราชนครินทร์

196 หมู่ 10 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180

พิมพ์ครั้งที่ 1 : พฤษภาคม 2560

จำนวน : 78 หน้า

จำนวนที่พิมพ์ : 2,000 เล่ม

ออกแบบ/พิมพ์ที่ : หจก.วนิดาการพิมพ์ 14/2 หมู่ 5 ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50300
โทรศัพท์/โทรสาร 0 5311 0503-4

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าด้วยรูปแบบหรือวิธีการใด ๆ ด้วยกระบวนการทางอิเล็กทรอนิกส์ การถ่ายภาพ การบันทึก การสำเนา หรือวิธีการอื่นใดเพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า

หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต โทรศัพท์ 0 5390 8300 ต่อ 73190 โทรสาร 0 5312 1094 หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ www.jitdee.com

คำนิยม

เป้าหมายหลักหนึ่งของแผนสุขภาพจิตและสารเสพติดองค์การอนามัยโลกคือ ลดภาระโรคที่เกิดจากโรคจิตเวช โรคระบบประสาทและความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุราและเสพติด การป้องกันความเจ็บป่วยเหล่านี้เป็นหนึ่งในวิธีที่เห็นได้ชัดว่าได้ผลที่สุดในการลดภาระดังกล่าว มติของสมัชชาองค์การอนามัยโลกและคณะกรรมการระดับภูมิภาคหลายครั้งเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการป้องกันโรคจิตเวชให้มากขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่หนังสือ “การป้องกันปฐมภูมิสำหรับโรคจิตเวช โรคระบบประสาทและความผิดปกติทางจิตสังคม” ในปี ค.ศ.1998 (WHO, 1998) แต่ขณะนี้ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ทำให้แนวคิดและหลักฐานวิชาการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนใหม่ รายงานสรุปนี้ (พร้อมรายงานฉบับเต็มในอนาคต) ได้นำเสนอภาพรวมของข้อมูลนี้ โดยเฉพาะในประเด็นหลักฐานของมาตรการที่มีประสิทธิผล และทางเลือกนโยบายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อบัญญัติขององค์การอนามัยโลกในการที่จะจัดเตรียมข้อมูลและหลักฐานให้ประเทศสมาชิกเพื่อสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกได้เลือกและนำมาตราการหรือนโยบายที่เหมาะสมไปพัฒนาสุขภาพประชากรต่อไป งานป้องกันโรคจิตเวชนั้นยังมีข้อมูลจำกัดเนื่องจากหลักฐานวิชาการส่วนใหญ่ยังใหม่และขาดการทดสอบในหลากหลายบริบท

โรคจิตเวชมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับประเด็นสิทธิมนุษยชน โดยปัญหาจากตราบาป การเลือกปฏิบัติ และการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวนั้นรุนแรงและหลากหลาย อย่างน้อยในประเด็นที่ยังคงเข้าใจว่าโรคจิตเวชไม่มีวิธีการใดที่จะป้องกันหรือรักษาได้ การป้องกันที่มีประสิทธิผลจะช่วยปรับเปลี่ยนความเข้าใจเหล่านี้และช่วยให้สังคมเปลี่ยนมุมมองได้ แม้ว่าประเด็นสิทธิมนุษยชนนั้นจะหมายความว่าความมากไปกว่าการละเมิดที่ผู้ป่วยจิตเวชเผชิญอยู่ก็ตาม ข้อจำกัดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของบุคคลหรือชุมชนที่มีความเสี่ยงถือเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญของโรคจิตเวช จึงไม่น่าแปลกใจที่วิธีการป้องกันที่มีประสิทธิผลหลายวิธีจะสอดคล้องกับหลักของความเท่าเทียมทางสังคม ความเท่าเทียมในโอกาสและการรับบริการสำหรับบุคคลกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ในสังคม ตัวอย่างเช่น มาตรการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมโภชนาการ การศึกษาปฐมวัย การเข้าถึงตลาดแรงงาน การลดความเหลื่อมล้ำจากเชื้อชาติและเพศ และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เป็นต้น หลายนโยบายมีความคุ้มค่าในการดำเนินการเพราะเป็นมาตรการที่มีคุณค่า แม้ว่าหลักฐานด้านประสิทธิผลในการป้องกันโรคจิตเวชเฉพาะโรคนั้นจะยังไม่ชัดเจน ความจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่าประสิทธิผลนั้น ไม่ควรนำมาเป็นข้ออ้างที่จะยังไม่ดำเนินการใดๆ ทั้งที่นโยบายสุขภาพและสังคมมีความจำเป็นเร่งด่วนเช่นนี้ แท้จริงแล้วควรมีการคิดค้นวิธีการประเมินหลักฐานในระหว่างลงมือดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวไปพร้อมกัน ซึ่งควรจะมีทั้งการประเมินเชิงคุณภาพที่ยึดศาสตร์ทางสังคม มานุษยวิทยาและศาสตร์อื่นๆ รวมทั้งการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ซับซ้อนและหลากหลาย

ภัยคุกคามที่พบบ่อยและสำคัญของงานสุขภาพจิตคือ ความขัดแย้งและความรุนแรง ทั้งระหว่างบุคคล ระหว่างชุมชนหรือระหว่างประเทศ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชมากมาย การป้องกันความรุนแรงจำเป็นต้องใช้ความพยายามของสังคมขนาดใหญ่ บุคลากรสุขภาพจิตอาจช่วยได้เพียงเยียวยาผลกระทบที่เกิดจากความรุนแรงนี้ด้วยการให้การป้องกันเฉพาะประเด็นและช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานด้านนี้มีมุมมองด้านงานสุขภาพจิตมากขึ้น

หนึ่งในประเด็นสำคัญในการดำเนินการโปรแกรมป้องกันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์คือการปรับโปรแกรมที่ผ่านการทดสอบมาแล้วมาใช้ในชีวิตจริง โดยเฉพาะตามบริบทของวัฒนธรรมและทรัพยากรที่หลากหลาย แม้ว่าการทดสอบประสิทธิผลด้วยระเบียบวิธีการควบคุมที่เข้มงวดน่าจะทำให้หลักฐานที่ชัดเจนแต่อาจปรับใช้ไปทั่วทั้งโลกได้น้อย ตัวแปรด้านวัฒนธรรมและบริบทอื่นๆ ไม่ควรจะถูกมองว่าเป็นปัจจัยรบกวนเท่านั้น แต่ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมในการปรับเข้าสู่สถานการณ์

ในชีวิตจริง จึงควรวิเคราะห์ย้อนกลับไปถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย การปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมอาจทำให้การขยายผลของโปรแกรม ยุ่งยากและช้าลง และทำให้ได้โปรแกรมป้องกันที่มีความซับซ้อนขึ้น แต่ก็ควรจะเป็นเช่นนั้น

ปัญหาใหญ่อันหนึ่งคือ: ใครเป็นผู้จ่ายสำหรับการป้องกัน เนื่องจากค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพสูงขึ้นทั่วโลก มีการแข่งขันในการจัดสรรงบประมาณมากขึ้น สถานการณ์เช่นนี้ทำให้การลงทุนเพื่อการป้องกันซึ่งหวังผลระยะยาวเสียเปรียบการลงทุนเพื่อการรักษาที่เห็นประโยชน์ในเวลาอันสั้น ดังนั้นถ้าโรทางเศรษฐศาสตร์รวมทั้งเชิงธุรกิจของการบำบัดรักษาจะเด่นชัดกว่า การป้องกัน ส่งผลให้มีการลงทุนเพื่อกิจกรรมป้องกันน้อย ผู้ให้บริการสุขภาพเองมักคิดว่างานป้องกันไม่ใช่บทบาทหน้าที่หลักของตน โดยเฉพาะในมาตรการที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่นนอกกระบบสุขภาพ ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขและบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องรับบทบาทความเป็นผู้นำในงานนี้แม้ว่างบประมาณสุขภาพจะมีจำกัดก็ตาม ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสุขภาพจิต หน่วยงานสาธารณสุข และภาคส่วนอื่นๆ อาจซับซ้อน แต่จำเป็นที่จะต้องทำให้โปรแกรมป้องกันอยู่บนฐานของความเป็นจริง จุดเริ่มต้นในความร่วมมือคือการถ่วงดุลหลักฐานด้านประสิทธิผลเพื่อเป็นประเด็นหลักในการสื่อสาร ให้ความถูกต้องทางวิชาการแต่เข้าใจง่ายและสามารถปฏิบัติตามได้ กระผมหวังว่าสื่อสิ่งพิมพ์ขององค์การอนามัยโลกนี้จะ เป็นก้าวหนึ่งไปสู่ทิศทางดังกล่าว

Benedetto Saraceno

ผู้อำนวยการ

ฝ่ายสุขภาพจิตและสารเสพติด

องค์การอนามัยโลก

เจนีวา

สารบัญ

คำนิยาม	3
คำนำ	7
ขั้นตอนการจัดทำรายงานสรุป	9
กิตติกรรมประกาศ	11
ประเด็นสำคัญ	14
บทนำ: หลักฐานเชิงประจักษ์ในงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต	16
การป้องกันโรคจิตเวช: ความสำคัญลำดับต้นในงานสาธารณสุข	16
การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันโรคจิตเวช	17
การพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับโปรแกรมและนโยบายที่ประสบความสำเร็จ	19
บทที่ 1: หลักฐานของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง	21
แนวคิดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง	21
ปัจจัยกำหนดทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ	22
ปัจจัยกำหนดด้านบุคคลและครอบครัว	23
บทที่ 2: กลยุทธ์มหภาคเพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิต	25
การเสริมโภชนาการ	25
การจัดการที่อยู่อาศัย	25
การเพิ่มโอกาสทางการศึกษา	26
การลดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ	26
การเสริมสร้างเครือข่ายชุมชน	27
การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด	27
บทที่ 3: การลดตัวกระตุ้นความเครียดและเสริมความเข้มแข็งทางใจ	29
การส่งเสริมสุขภาพเรื้อรังตั้งแต่มีชีวิต	29
การลดการละเมิดและทอดทิ้งเด็ก	31
การปรับตัวเมื่อพ่อแม่ป่วยด้วยโรคจิตเวช	31
การเสริมความเข้มแข็งทางใจและลดพฤติกรรมเสี่ยงในโรงเรียน	32
การรับมือกับครอบครัวแตกแยก	33
มาตรการในที่ทำงาน	34
การช่วยเหลือผู้ลี้ภัย	36
สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	36

บทที่ 4: การป้องกันโรคจิตเวช	39
ความผิดปกติพฤติกรรมเกราะ ความก้าวร้าว และความรุนแรง	39
โรคซึมเศร้าและอาการซึมเศร้า	42
โรควิตกกังวล	44
ความผิดปกติพฤติกรรมการกิน	46
ความผิดปกติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสพติด	48
โรคจิต	50
การฆ่าตัวตาย	52
บทที่ 5: ก้าวไปข้างหน้า	55
ขั้นตอนการดำเนินการ	55
การประเมินความต้องการและการพัฒนาโปรแกรม	55
การเผยแพร่และการนำไปปรับใช้	56
การปรับหรือดัดแปลงให้เหมาะกับบริบท	57
การนำไปใช้	58
การประเมินผลและการตรวจติดตาม	59
ความยั่งยืน	59
เงื่อนไขที่จำเป็น	60
นโยบาย	60
การสร้างศักยภาพบุคลากรและการฝึกอบรม	61
การวิจัยและการสนับสนุน	61
ทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐาน	63
เอกสารอ้างอิง	64

คำนำ

รายงานสรุป “การป้องกันโรคจิตเวช: มาตรการและทางเลือกนโยบายที่มีประสิทธิภาพ” เป็นการนำเสนอภาพรวมโปรแกรมและนโยบายที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาชาติเพื่อการป้องกันโรคจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรม โดยเน้นการป้องกันปฐมภูมิมากกว่าการป้องกันทุติยภูมิหรือตติยภูมิ นำเสนอแนวคิดที่เกี่ยวกับการป้องกัน ความสัมพันธ์ระหว่างการป้องกันโรคจิตเวชกับการส่งเสริมสุขภาพจิต การปรับเปลี่ยนปัจจัยกำหนดเชิงบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อมต่อโรคจิตเวช หลักฐานใหม่ของการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ นโยบายสาธารณสุขและการนำสู่การปฏิบัติ และสถานะที่จำเป็นต้องมีการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ หนังสือเล่มนี้ใช้คู่กับหนังสือจากองค์การอนามัยโลกอีกเล่มหนึ่ง คือ “การส่งเสริมสุขภาพจิต: แนวคิด หลักฐานและการปฏิบัติ” (WHO, 2004b; Herrman, Saxena & Moodie, 2004)

การป้องกันโรคจิตเวชมีประวัติศาสตร์มานานกว่า 100 ปี ตั้งแต่มีการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพจิตในทศวรรษที่ 20 เริ่มมีความคิดถึงวิธีการป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและโรคจิตเวชในเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งส่วนหนึ่งได้แปลงเป็นกิจกรรมทดลองในบริการปฐมภูมิและในโรงเรียนและในงานสาธารณสุข อย่างไรก็ตามยังไม่มีการพัฒนาโปรแกรมป้องกันที่มีหลักฐานอย่างเป็นระบบ และไม่มีการศึกษาควบคุมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลจนถึงราวปี ค.ศ.1980 ในช่วง 25 ปีที่ผ่านมาศาสตร์การป้องกันด้านสุขภาพจิตจากหลายสาขาวิชาได้พัฒนาก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว เกิดความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องเพิ่มขึ้นมากมาย มีผลงานตีพิมพ์และโปรแกรมที่มีประสิทธิผลจำนวนมาก ดังในรายงานสรุปชุดนี้ ศูนย์วิจัย มหาวิทยาลัย สถาบันหลากหลายพร้อมทั้งผู้จัดการโปรแกรมและผู้ปฏิบัติได้แสดงหลักฐานมาตรการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพจิตที่สามารถมีผลต่อปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง และลดการเกิดและความชุกของโรคจิตเวชบางโรคได้

การป้องกันโรคจิตเวช: มาตรการและทางเลือกนโยบายที่มีประสิทธิภาพ เล่มนี้ ได้รวมการทบทวนหลักฐานที่คัดเลือกมาจากประเทศและวัฒนธรรมหลากหลายที่มีอยู่ แต่ความรู้ในปัจจุบันส่วนใหญ่มาจากผลการวิจัยในประเทศที่ร่ำรวยได้สูง และมีงานวิจัยใหม่ๆ บ้างจากประเทศกำลังพัฒนา ดังนั้นการแลกเปลี่ยนโปรแกรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระหว่างประเทศถือเป็นความท้าทายที่จะสร้างความเข้าใจการป้องกันตามบทบาททางวัฒนธรรมและปัจจัยทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

รายงานสรุปและรายงานฉบับเต็มนี้ เขียนโดยผู้ทำงานทั้งหน่วยงานในและนอกระบบสุขภาพ ทั้งองค์กรรัฐและเอกชน จากประเทศที่มีรายได้และทรัพยากรน้อย ปานกลาง และสูง โดยผู้เขียนเหล่านี้อยู่ในบทบาทที่มีผลสำคัญต่อปัจจัยกำหนดของโรคจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรม และสามารถขับเคลื่อนงานป้องกันที่มีประสิทธิผลนั้นได้ หนังสือเล่มนี้ยังกล่าวถึงโอกาสที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและสุขภาพจิตสามารถให้การป้องกันสุขภาพปฐมภูมิและการป้องกันตั้งแต่ระยะแรกควบคู่ไปกับการรักษาและฟื้นฟูที่ทำอยู่ สนับสนุนผู้ทำงานส่งเสริมสุขภาพให้บูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับนโยบายและกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันสุขภาพระดับประเทศหรือระดับพื้นที่ เป็นการกระตุ้นให้นักวิจัยด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพขยายความรู้ในการออกแบบและสร้างมาตรการที่มีประสิทธิภาพ หนังสือ *การป้องกันโรคจิตเวช: มาตรการและทางเลือกนโยบายที่มีประสิทธิภาพ* นี้เขียนขึ้นด้วยความเชื่อมั่นว่าการลดการเกิดโรคจิตเวชในประชากรทั่วโลกเป็นไปได้หากมีความร่วมมือระหว่างหลากหลายภาคีรวมถึงผู้นำชุมชนและผู้บริโภค ทั้งในการวิจัย นโยบาย และการปฏิบัติ

รายงานสรุปนี้ จัดทำขึ้นโดยบรรณาธิการประจำบทและเอกสารอื่นๆ ที่จัดเตรียมเพื่อรายงานฉบับเต็มของ *การป้องกันโรคจิตเวช: มาตรการที่มีประสิทธิภาพและข้อเสนอแนะนโยบาย* ที่จะช่วยให้ผู้อ่านรับรู้ถึงประเด็นและมาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ตามรายละเอียดในรายงานฉบับเต็ม เราหวังว่า รายงานสรุปเล่มนี้ จะช่วยกระตุ้นให้ผู้อ่านมองการป้องกันโรคจิตเวชเป็นประเด็นสำคัญลำดับต้นของนโยบายสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ และสามารถแปลงหลักฐาน ข้อเสนอสรุป และข้อเสนอแนะไปเป็นแผนปฏิบัติการได้

Clemens Hosman

Eva Jané-Llopis

Shekhar Saxena

บรรณาธิการ

ขั้นตอนการจัดทำรายงานสรุป

รายงานสรุปนี้จัดเตรียมโดยทีมบรรณาธิการ (Clemens Hosman, Eva Jané-Llopis & Shekhar Saxena) ของรายงานฉบับเต็มเรื่อง “การป้องกันโรคจิตเวช: มาตรการและทางเลือกนโยบายที่มีประสิทธิภาพ” ที่จะตีพิมพ์โดย Oxford University Press ในปี ค.ศ.2005 ทีมบรรณาธิการได้คัดเลือกและปรับเนื้อหาบางส่วนจากรายงานดังกล่าว เพื่อให้เห็นภาพรวมของมาตรการและการดำเนินนโยบายที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความเสี่ยงของโรคจิตเวช ดังนั้นในรายงานฉบับนี้จะนำเสนอเพียงประเด็นที่น่าสนใจ ส่วนข้อมูลรายละเอียดศึกษาเพิ่มเติมได้ในรายงานฉบับเต็ม และรายงานฉบับนี้จะแสดงเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาสรุปเท่านั้น เอกสารอ้างอิงทั้งหมดทั้งบทความเผยแพร่และรายงานวิจัยที่กล่าวถึงวิธีการป้องกัน โปรแกรมและนโยบายป้องกัน และหลักฐานปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จาก Hosman, Jané-Llopis & Saxena (eds), *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*, Oxford University Press, 2005

บทย่อในรายงานสรุปนี้จะสอดคล้องตามหัวข้อบทในรายงานฉบับเต็มดังรายละเอียดข้างล่างนี้ สิ่งที่คุณพจนานำเสนออาจไม่ได้กล่าวไว้ในรายงานสรุปเล่มนี้ทั้งหมดและหากค้นคว้าบทความเพื่อการอ้างอิงให้ระบุถึงชื่อผู้พจนานำเสนอ

รายละเอียดของรายงานฉบับเต็ม

Hosman C, Jane-Llopis E & Saxena S, eds (2005). Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. Oxford, Oxford University Press.

บทที่	ผู้พจนาน
1. Need for evidence-based prevention	Saxena S, Hosman C, Jané-Llopis E
2. Concepts of mental health promotion and mental disorder prevention	Jané-Llopis E, Herrman H, Hosman C, Saxena S
3. Effectiveness and evidence: levels and perspectives	Hosman C, Jané-Llopis E
4. Poverty, social exclusion and disadvantaged groups	Patel V, Jané-Llopis
5. Supporting refugees and victims of war	Musisi S, Mollica R, Weiss M
6. Work, stress and unemployment	Price R, Kompier M
7. Preventing child abuse and neglect	Hoefnagels C
8. Coping with parental mental illness	Beardslee W, Solantaus T, van Doesum K
9. Dealing with family disruption: divorce and bereavement	Sandler I, Ayers T, Dawson-McClure S
10. Promoting a healthy start in life and reducing early risks	Brown CH, Sturgeon S
11. Enhancing resilience and reducing risk behavior in schools	Domitrovich C, Weare K, Elias M, Greenberg M, Weissberg R
12. Ageing mentally healthy	Jané-Llopis E, Hosman C, Copeland J, Beekman AJ
13. Prevention of conduct disorders, violence and aggression	Eddy JM
14. Prevention of eating disorders	Hosman C

บทที่

ผู้นิพนธ์

- | | |
|--|--|
| 15. Prevention of depression and depressive symptomatology | Jané-Llopis E, Muñoz R, Patel V |
| 16. Prevention of anxiety disorders | Hosman C, Dadds M, Raphael B |
| 17. Preventing the harm done by substances | Anderson P, Biglan A, Holder H |
| 18. Early prevention in psychosis | Killackey E, McGorry P, Wright A, Harris M, Juriansz D |
| 19. Suicide prevention | Hosman C, Wasserman D, Bertolote J |
| 20. Reflections and implications | Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S |
| 21. Recommendations: the way forward for research, policy and practice | Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S |

กิตติกรรมประกาศ

ทีมบรรณาธิการได้รวบรวมหัวข้อในรายงานสรุปนี้ตามหัวข้อบทจากรายงานฉบับเต็ม “การป้องกันโรคจิตเวช: มาตรการและทางเลือกนโยบายที่มีประสิทธิภาพ” ทีมบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้นิพนธ์และที่ปรึกษาดังรายนามต่อไปนี้

ทีมบรรณาธิการขอขอบคุณ Ms Christine Hayes ที่ช่วยตรวจทาน และ Ms Rosemary Westermeyer ในการบริหารจัดการและประสานงานตลอดทั้งโครงการและการผลิตรายงานฉบับนี้ ขอขอบคุณ Ms Judith van der Waerden ที่กรุณารวบรวมและตรวจสอบรายชื่อหนังสืออ้างอิงทั้งหมด ท้ายสุดองค์การอนามัยโลกและทีมบรรณาธิการขอขอบพระคุณสำนักพิมพ์ Oxford University Press (OUP) ที่อนุญาตให้จัดทำรายงานสรุปนี้จากรายงานฉบับเต็มของสำนักพิมพ์

ทีมบรรณาธิการ

Professor Clemens Hosman

Director

Prevention Research Centre on Mental Health

Promotion and Mental Disorder Prevention

Radboud University Nijmegen and Maastricht University

Nijmegen/Maastricht, The Netherlands

Dr. Eva Jané-Llopis

Head of Science and Policy

Prevention Research Centre on Mental Health

Promotion and Mental Disorder Prevention

Radboud University Nijmegen and Maastricht University

Nijmegen, The Netherlands

Dr. Shekhar Saxena

Coordinator

Mental Health: Evidence and Research

Department of Mental Health and Substance Abuse

World Health Organization

Geneva, Switzerland

ที่ปรึกษา

Dr. Thomas Bornemann

Director for Mental Health

The Carter Center

Atlanta GA, USA

Professor Sheppard Kellam

Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health

Baltimore MD, USA

Dr. Beverly Long

World Federation for Mental Health

Atlanta GA, USA

Dr. David McQueen

Associate Director for Global Health Promotion

Centers for Disease Control and Prevention

Atlanta GA, USA

Dr. Patricia Mrazek

Mental Health Policy Consultant

World Federation for Mental Health

Rockville MD, USA

ผู้นิพนธ์รายงานฉบับเต็ม

Dr. Peter Anderson

Public Health Consultant

Nijmegen, The Netherlands

Dr. Tim Ayers

Department of Psychology, Program for Prevention Research

Arizona State University

Tempe AZ, USA

Professor William Beardslee

Judge Baker Children’s Center

Children’s Hospital Boston and Harvard Medical School

Boston MA, USA

Professor Aart-Jan Beekman

Department of Psychiatry, Free University

Amsterdam, The Netherlands

Dr. José Manoel Bertolote

Coordinator
Management of Mental and Brain Disorders
Department of Mental Health and Substance Abuse
World Health Organization
Geneva, Switzerland

Professor Anthony Biglan

Oregon Research Institute
Eugene OR, USA

Professor C Hendricks Brown

Department of Epidemiology and Biostatistics
University of South Florida, Tampa and
Department of Biostatistics and Mental Health
Bloomberg School of Public Health at Johns Hopkins
Baltimore MD, USA

Professor John Copeland

Department of Psychiatry
University of Liverpool
Liverpool, United Kingdom

Professor Mark Dadds

NHMRC Senior Research Fellow and Professor
School of Psychology
University of New South Wales
Sydney, Australia

Dr. Spring Dawson-McClure

Department of Psychology
Program for Prevention Research
Arizona State University
Tempe AZ, USA

Dr. Celene Domitrovich

Prevention Research Center
Pennsylvania State University
University Park PA, USA

Dr. J Mark Eddy

Research Scientist
Oregon Social Learning Centre
Eugene OR, USA

Professor Maurice Elias

Department of Psychology
Rutgers University
Piscataway NJ, USA

Professor Mark Greenberg

Prevention Research Center
Pennsylvania State University
University Park PA, USA

Professor Helen Herrman

St Vincent's Mental Health Service Melbourne and
The University of Melbourne Department of Psychiatry
Melbourne, Australia

Ms. Meredith Harris

Research Fellow
ORYGEN Research Centre
The University of Melbourne
Melbourne, Australia

Dr. Cees Hoefnagels

Associate Professor
Prevention Research Centre on Mental Health
Promotion and Mental Disorder Prevention
Department of Health Promotion and Education
Maastricht University
Maastricht, The Netherlands

Professor Harold Holder

Prevention Research Center
Pacific Institute of Research and Evaluation
Berkeley CA, USA

Mr. David Juriansz

Acting Coordinator of the Compass Strategy
ORYGEN Youth Health
Melbourne, Australia

Dr. Eóin Killackey

Research Fellow
Department of Psychology
The University of Melbourne and ORYGEN
Research Centre
Melbourne, Australia

Professor Michiel Kompier

Work and Organizational Psychology
Radboud University Nijmegen
Nijmegen, The Netherlands

Professor Patrick McGorry

Director
ORYGEN Youth Health and ORYGEN Research Centre
Department of Psychiatry
The University of Melbourne
Melbourne, Australia

Dr. Richard Mollica

Director of the Harvard Program in Refugee Trauma
Harvard Medical School
Boston MA, USA

Professor Ricardo Muñoz

University of California, San Francisco
Chief Psychologist
Department of Psychiatry
San Francisco General Hospital
San Francisco CA, USA

Dr. Seggane Musisi

Senior Consultant Psychiatrist
Department of Psychiatry
Makerere Medical School, Mulago Hospital
Kampala, Uganda

Dr. Vikram Patel

London School of Hygiene and Tropical Medicine
and Chair, Sangath Society
Goa, India

Professor Richard Price

Institute for Social Research and
Department of Psychology
University of Michigan
Ann Arbor MI, USA

Professor Beverly Raphael

Centre for Mental Health
New South Wales Department of Health
Sydney, Australia

Professor Irwin Sandler

Department of Psychology
Program for Prevention Research
Arizona State University
Tempe AZ, USA

Dr. Tytti Solantaus

Mental Health Unit
STAKES
Helsinki, Finland

Dr. Shona Sturgeon

Department of Social Development
School of Cape Town
Cape Town, South Africa

Ms. Karin van Doesum

Prevention Team, RIAGG IJsselland, Deventer and
Prevention Research Centre on Mental Health
Promotion and Mental Disorder Prevention
Radboud University Nijmegen
Nijmegen, The Netherlands

Professor Danuta Wasserman

Department of Public Health
Karolinska Institute
Stockholm, Sweden

Professor Katherine Weare

School of Education
University of Southampton
Southampton, United Kingdom

Professor Mitchell Weiss

Department of Public Health and Epidemiology
Swiss Tropical Institute and
Department of Social and Preventive Medicine
University of Basel
Basel, Switzerland

Professor Roger Weissberg

Director CASEL
Department of Psychology
University of Illinois at Chicago
Chicago Ill, USA

Ms. Annemarie Wright

Coordinator of the Compass Strategy
ORYGEN Youth Health
Melbourne, Australia

ประเด็นสำคัญ

การป้องกันโรคจิตเวชเป็นงานสาธารณสุขที่มีความสำคัญลำดับต้น Prevention of mental disorders is a public health priority

ประชากรทั่วโลกกว่า 450 ล้านคนได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรม ประชากรอย่างน้อยหนึ่งในสี่คนมีความเจ็บป่วยเช่นนี้อาจร้อยครั้งหนึ่งในชีวิต โรคทางจิตเวชและระบบประสาทก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years; DALYs) ถึงร้อยละ 13 ของความสูญเสียที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บทั้งหมด และประมาณการว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ในปี ค.ศ.2020 ความเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นสาเหตุทำให้เสียอันดับแรกของโรคที่ทำให้เกิดความทุพพลภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โรคจิตเวชนั้นไม่เพียงแต่จะก่อให้เกิดภาวะทางจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจต่อสังคมชุมชนแล้ว ยังเพิ่มความเสี่ยงของการเจ็บป่วยทางกายอีกด้วย จากประสิทธิผลวิธีการรักษาที่จะลดความทุพพลภาพของโรคจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมที่ยังมีข้อจำกัดในขณะนี้ ดังนั้นวิธีการสำคัญอันเดียวที่จะช่วยลดภาระโรคได้คือ “การป้องกัน”

โรคจิตเวชมีปัจจัยกำหนดจำนวนมาก ดังนั้นการป้องกันจึงต้องพยายามใช้หลากหลายวิธีร่วมกัน Mental disorders have multiple determinants; prevention needs to be a multipronged effort

ศาสตร์ทางสังคม ชีววิทยา และประสาทวิทยาชี้ให้เห็นถึงบทบาทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการก่อให้เกิดโรคจิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิต โดยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องทางชีวภาพ จิตใจ สังคมและชุมชน และปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อบุคคลตลอดชั่วชีวิตเริ่มตั้งแต่เป็นทารกในครรภ์ ปัจจัยหลายอันสามารถแก้ไขได้และถือเป็นเป้าหมายสำคัญของมาตรการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โรคร่วมที่พบได้บ่อยและความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตกับความเจ็บป่วยทางกาย และปัญหาสังคมเน้นให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องบูรณาการนโยบายสาธารณสุข มุ่งเป้าในกลุ่มปัญหาที่เกี่ยวข้องกัน มีปัจจัยกำหนดร่วมกัน มีวิถีปัญหาาร่วมกันตั้งแต่ต้น และในกลุ่มประชากรที่มีหลายปัจจัยเสี่ยง

การป้องกันที่ได้ผลสามารถลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตได้ Effective prevention can reduce the risk of mental disorders

โปรแกรมและนโยบายป้องกันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์พร้อมใช้มีหลากหลาย และพบว่าสามารถลดปัจจัยเสี่ยง เสริมสร้างปัจจัยปกป้อง ลดอาการทางจิตเวชและความทุพพลภาพ และลดการเกิดของโรคจิตเวชบางชนิดได้ นอกจากนี้ยังช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิต ทำให้สุขภาพกายดีขึ้น และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและเศรษฐกิจ มาตรการที่ได้หลายผลลัพธ์เช่นนี้แสดงให้เห็นว่าการป้องกันสามารถเกิดความคุ้มค่าประสิทธิผลได้ งานวิจัยเริ่มที่จะเห็นผลลัพธ์ระยะยาวที่ชัดเจน

การดำเนินการควรทำตามหลักฐานที่มีอยู่ Implementation should be guided by available evidence

ด้วยเหตุผลทางจริยธรรมและเพื่อให้ทรัพยากรที่จำกัดถูกนำไปใช้เพื่อการป้องกันอย่างเหมาะสมที่สุด จึงควรให้ความสำคัญในลำดับต้นกับโปรแกรมและนโยบายป้องกันที่มีหลักฐานแสดงถึงประสิทธิผล การพัฒนาหลักฐานเป็นอีกหนึ่งขั้นตอนและควรคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและใช้วิธีการศึกษาวิจัยที่หลากหลาย

โปรแกรมและนโยบายที่ได้ผลควรจะสามารถนำไปใช้ได้ในวงกว้าง

Successful programmes and policies should be made widely available

การทำให้โปรแกรมและนโยบายที่ได้ผลแพร่หลายพร้อมใช้ จะช่วยให้ประเทศและชุมชนต่างๆ มีเครื่องมือป้องกันหลากหลายที่จะรับมือกับปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบฐานข้อมูลระดับนานาชาติและระดับชาติที่บูรณาการและสามารถเข้าถึงได้ เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนได้รับข้อมูลโปรแกรมและนโยบายที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลลัพธ์ที่จะเกิด และเงื่อนไขที่จะทำให้การดำเนินงานได้ผล

องค์ความรู้ด้านหลักฐานประสิทธิผลยังจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

Knowledge on evidence for effectiveness needs further expansion

กรอบการศึกษามาตรการป้องกันที่มีประสิทธิผลยังคงมีความจำเป็นที่ต้องพยายามขยายเพิ่มเติมต่อไปเพื่อปรับปรุงประสิทธิผลและความคุ้มค่าประสิทธิผลในบริบทที่แตกต่างและทำให้มีหลักฐานวิชาการที่หนักแน่น โดยต้องใช้กระบวนการประเมินผลโปรแกรมและนโยบายและการดำเนินงานซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง ความรู้เกี่ยวกับวิธีการ ลักษณะโปรแกรม และเงื่อนไขอื่นๆ ที่มีผลดีต่อประสิทธิผลควรได้รับการแปลงเป็นแนวปฏิบัติเพื่อการปรับปรุงโปรแกรม แนวปฏิบัติดังกล่าวควรมีการเผยแพร่และนำไปใช้อย่างเป็นระบบ

การป้องกันจะต้องมีความไวต่อวัฒนธรรมและสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่ในประเทศ

Prevention needs to be sensitive to culture and to resources available across countries

โอกาสในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการส่งเสริมสุขภาพจิตในปัจจุบันนี้ยังไม่แพร่หลายทั่วโลก จึงจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อลดช่องว่างและให้การสนับสนุนกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ เพื่อพัฒนาความรู้ความชำนาญ นโยบายและมาตรการป้องกันเพื่อตอบสนองตามความจำเป็น วัฒนธรรม เงื่อนไข และโอกาสของแต่ละที่

ผลลัพธ์ด้านประชากรต้องการการลงทุนทั้งกำลังคนและงบประมาณ

Population-based outcomes require human and financial investments

ผลลัพธ์ด้านประชากรสามารถเกิดได้ตามที่คาด หากมีการลงทุนทรัพยากรบุคคลและงบประมาณอย่างเพียงพอ การสนับสนุนงบประมาณควรจัดสรรให้ดำเนินงานตามโปรแกรมและนโยบายป้องกันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น นอกจากนี้ในระดับประเทศควรได้รับการสนับสนุนการลงทุนด้านพัฒนาศักยภาพบุคคล มีการจัดฝึกอบรมและการสร้างแรงงานมืออาชีพ การลงทุนส่วนใหญ่ควรจะมาจากรัฐบาลเนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบหลักของสุขภาพประชากร

การป้องกันที่ได้ผลต้องการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ

Effective prevention requires intersectoral linkages

การป้องกันโรคจิตเวชและการส่งเสริมสุขภาพจิตจะต้องเป็นส่วนหนึ่งที่ยูนิฟิเคชันในนโยบายสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพระดับท้องถิ่นและระดับชาติ การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตควรบูรณาการเข้ากับนโยบายสาธารณสุขผ่านกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐที่แตกต่างกัน เช่น หน่วยงานที่ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สวัสดิการสังคม การจ้างงาน การศึกษา ยุติธรรม และสิทธิมนุษยชน ซึ่งจะช่วยสร้างประโยชน์ให้กับทุกฝ่าย (win-win situations) ในภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งประโยชน์ด้านสุขภาพสังคมและเศรษฐกิจ

การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันโรคจิตเวช

Protecting human rights is a major strategy to prevent mental disorders

สถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การทารุณกรรมเด็ก ความรุนแรง สงคราม การถูกแบ่งแยก ความยากจน และการเข้าถึงการศึกษา ส่งผลกระทบต่อพัฒนาความเจ็บป่วยทางจิตและการเกิดโรคจิตเวช นโยบายและกิจกรรมที่จะส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานเป็นตัวแทนกลยุทธ์ป้องกันโรคจิตเวชที่ได้ผลดี

บทนำ:

หลักฐานเชิงประจักษ์ในงานป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิต

What is evidence-based prevention and promotion in mental health?

การป้องกันโรคจิตเวช: ความสำคัญลำดับต้นในงานสาธารณสุข Prevention of mental disorders: a public health priority

โรคจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมพบได้ในคนทุกภูมิภาคทุกประเทศและทุกสังคม ไม่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มหนึ่งกลุ่มใด จากรายงานสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.2001 ประมาณการว่าประชากรทั่วโลกกว่า 450 ล้านคนได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคจิตเวช และประชากรอย่างน้อยหนึ่งในสี่คนมีความเจ็บป่วยเช่นนี้¹ อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต (WHO, 2001b) โรคจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมพบได้ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก และทุกหนึ่งในห้าของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปีมีปัญหาพัฒนาการ ปัญหาอารมณ์ หรือปัญหาพฤติกรรม ในจำนวนนี้หนึ่งในแปดป่วยด้วยโรคจิตเวช และเพิ่มขึ้นเป็นหนึ่งในห้าในกลุ่มเด็กด้อยโอกาส โรคจิตเวชและระบบประสาทก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years; DALYs)² ถึงร้อยละ 13 ของความสูญเสียที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บทั้งหมด (WHO, 2004d) ความเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นสาเหตุห้าในสิบอันดับแรกของโรคที่ทำให้เกิดความทุพพลภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ได้แก่ โรคซึมเศร้า ความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุรา โรคจิตเภท และโรคย้ำทำ (Murray & Lopez, 1996) ในปี ค.ศ.2020 ประมาณการว่าการสูญเสียสุขภาพจากความผิดปกติทางจิตประสาทจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 โดยเกิดจากโรคซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวถึงร้อยละ 5.7 ของปีที่สูญเสียสุขภาพ

ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรคจิตเวชนั้นเกิดในวงกว้าง คงอยู่นาน และมีมูลค่ามหาศาล โรคจิตเวชทำให้เกิดค่าใช้จ่ายของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในประเทศสหรัฐอเมริกาค่าใช้จ่ายรวมต่อปีที่เกิดจากโรคจิตเวชพบสูงถึง 147 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ มากกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ หรือโรคเอดส์ (Institute of Medicine, 1989) แม้ว่าการประมาณการต้นทุนทางตรงในประเทศรายได้ต่ำอาจไม่สูงเท่านี้เนื่องจากบริการสุขภาพจิตที่ขาดแคลนและไม่ครอบคลุม แต่แท้จริงแล้วต้นทุนส่วนใหญ่เป็นต้นทุนทางอ้อมที่เกิดจากการสูญเสียผลผลิตจากการทำงาน (WHO, 2001b) นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายที่ต่ำจากการรักษา (เพราะไม่ได้รับการรักษา) กลับเป็นการเพิ่มต้นทุนทางอ้อม ทำให้ระยะเวลาเจ็บป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาและเกิดทุพพลภาพนานขึ้น โดยรวมแล้วค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจจากความเจ็บป่วยทางจิตมีมูลค่ามหาศาลและไม่สามารถวัดได้ นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพและสังคม ยังมีค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียการจ้างงาน การสูญเสียผลผลิตจากการทำงาน ผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล อาชญากรรมและความปลอดภัยของประชาชน และผลกระทบจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังรวมถึงค่าใช้จ่ายที่ยากต่อการวัดและไม่นับรวมไว้ด้วย เช่น ผลที่เกิดจากการลาป่วยและการเลือกปฏิบัติ หรือค่าเสียโอกาสของบุคคลและครอบครัว (WHO, 2001b; Hosman & Jané-Llopis, 1999)

¹ รวมถึง unipolar depressive disorders, bipolar affective disorder, schizophrenia, epilepsy, alcohol and selected drug use disorders, Alzheimer's and other dementias, post-traumatic stress disorder, obsessive and compulsive disorder, panic disorder และ primary insomnia.

² ปีที่สูญเสียสุขภาพ Disability Adjusted Life Years (DALYs), เป็นวิธีการคำนวณของ Global Burden of Disease เพื่อประเมินความทุพพลภาพและความร้ายแรงของการเจ็บป่วย (Murray & Lopez, 1996). DALY ใช้วัดช่องว่างด้านสุขภาพที่รวมข้อมูลทั้งความทุพพลภาพและผลลัพธ์สุขภาพอื่นที่ไม่ถึงกับเสียชีวิต และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การสูญเสีย 1 ปีสุขภาพ หรือ 1 DALY หมายถึงการสูญเสีย 1 ปีของชีวิตที่มีสุขภาพดี

ดังนั้น เพื่อลดภาระทางสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจจากปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวช จึงจำเป็นที่ประเทศและภูมิภาคต่างๆ ควรให้ความสนใจในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตมากขึ้น ทั้งการกำหนดนโยบาย การบังคับใช้กฎหมาย การตัดสินใจ และการจัดสรรทรัพยากรของระบบบริการสุขภาพทั้งหมด

การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันโรคจิตเวช Promotion of mental health and prevention of mental disorders

ปัญหาในช่วงแรกของนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายที่ทำงานด้านนี้คือ ความคล้ายคลึงและขอบเขตของกรอบแนวคิดระหว่างสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิต และระหว่างงานป้องกันและงานส่งเสริมสุขภาพจิต องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพว่า “เป็นสภาวะที่อยู่ดีมีสุขทั้งร่างกายจิตใจและสังคม โดยไม่เพียงจะปราศจากโรคหรือความทุพพลภาพเท่านั้น” (WHO, 2001a, p.1) ดังนั้นสุขภาพจึงรวมทั้งความสามารถของจิตใจ ร่างกาย และสังคมที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน และพึ่งพาซึ่งกันและกัน ความเจ็บป่วยทางกายนั้นอาจมาพร้อมกัน หรือตามมาภายหลัง หรือนำมาก่อนความเจ็บป่วยทางจิตเวชก็ได้ อย่างไรก็ตามมีข้อมูลยืนยันว่าโรคจิตเวชเพิ่มความเสี่ยงของความเจ็บป่วยทางกาย และในทางกลับกันความเจ็บป่วยทางกายก็เพิ่มความเสี่ยงของโรคจิตเวชเช่นกัน

การส่งเสริมสุขภาพจิต Mental health promotion

การส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การมีสุขภาพจิตที่ดี โดยมองว่าสุขภาพจิตเป็นต้นทุนที่มีคุณค่าในตัวเอง และถือเป็นสิ่งพื้นฐานของคนที่จำเป็นต่อการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ การส่งเสริมสุขภาพจิตมีเป้าหมายที่จะจัดการกับปัจจัยกำหนดของสุขภาพจิตเพื่อเพิ่มสุขภาพจิตที่ดี ลดความไม่เท่าเทียม สร้างทุนทางสังคม สร้างผลดีต่อสุขภาพ และลดช่องว่างสุขภาพระหว่างประเทศและกลุ่มชน (Jakarta Declaration for Health Promotion, WHO, 1997) มาตรการส่งเสริมสุขภาพจิตมีขอบเขตที่กว้างหลากหลาย และหมายรวมถึงวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ทั้งในผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง ผู้ที่มีความเสี่ยง และผู้ที่กำลังป่วยหรือกำลังฟื้นตัวจากปัญหาสุขภาพจิต (คำอธิบายที่ 1) ข้อมูลเพิ่มเติมสามารถศึกษาได้ใน “การส่งเสริมสุขภาพจิต: แนวคิด หลักฐานและการปฏิบัติ” (Herrman, Saxena & Moodie 2004; WHO 2004b).

คำอธิบายที่ 1: คำจำกัดความของการส่งเสริมสุขภาพจิต

“กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการสร้างสภาวะของบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาด้านจิตใจและจิตสำนึกอย่างเหมาะสม โดยกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี เสริมคุณภาพชีวิต และทำให้ช่องว่างสุขภาพระหว่างประเทศและกลุ่มชนลดลง เป็นกระบวนการที่ทำโดยประชาชน ทำกับประชาชน และทำเพื่อประชาชน การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตถือเป็นหนึ่งในเป้าหมายและผลลัพธ์ของกลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพจิตในภาพกว้าง (Hosman & Jané-Llopis 1999)”

การป้องกันโรคจิตเวช Mental disorder prevention

สุขภาพจิตไม่ดี หมายถึง ปัญหาสุขภาพจิต อาการทางจิตเวช และโรคจิตเวช หมายรวมถึงความตึงเครียดทางใจและอาการที่เกิดจากความกดดันชั่วคราวหรือถาวร มาตรการป้องกันมุ่งเน้นไปที่ลดปัจจัยเสี่ยงและเสริมสร้างปัจจัยปกป้องต่อปัญหาสุขภาพจิต แม้ว่าจะมีคำจำกัดความของการป้องกันโรคจิตเวชที่แตกต่างกันไปบ้าง แต่คำจำกัดความในภาพกว้างแสดงดังคำอธิบายที่ 2

คำอธิบายที่ 2: คำจำกัดความทางสาธารณสุขของการป้องกันโรคจิตเวช

การป้องกันโรคจิตเวชมีจุดมุ่งหมายที่จะ “ลดอุบัติการณ์การเกิด ความชุก การกลับป่วยซ้ำของโรคจิตเวช ลดระยะเวลาของอาการป่วย และลดสถานะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ป้องกันหรือชะลอการกลับป่วยซ้ำ รวมถึงลดผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม” (Mrazek & Haggerty, 1994)

วิธีการป้องกันโรคจิตเวชตามแนวคิดของสาธารณสุขได้กล่าวไว้ว่า “เป็นกระบวนการรวมทรัพยากรของท้องถิ่น รัฐ ประเทศ และนานาชาติเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน” (Detels และคณะ, 2002) รายงานจากสถาบันการแพทย์ (Mrazek & Haggerty, 1994) ได้เสนอกรอบมาตรการด้านสุขภาพจิตต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวชตามการจำแนกประเภทการป้องกันของความเจ็บป่วยทางกาย (Gordon, 1983, 1987) และตามการแยกประเภทการป้องกันทางสาธารณสุขดั้งเดิมเป็นการป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention) การป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention) และการป้องกันตติยภูมิ (tertiary prevention) โดยตามหลักการจำแนกสาธารณสุขนี้ การป้องกันแบบทั่วไป (universal prevention) การป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ (selective prevention) และการป้องกันแบบเจาะจง (indicated prevention) ถือว่าเป็นการป้องกันแบบปฐมภูมิ (คำอธิบายที่ 3) การป้องกันแบบทุติยภูมิพยายามที่จะลดอัตราการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยในประชากร (ความชุก) ด้วยวิธีการค้นหาและให้การรักษาโรคตั้งแต่ระยะแรก ส่วนการป้องกันแบบตติยภูมิจะหมายรวมถึงมาตรการที่ช่วยลดความทุพพลภาพ เสริมการฟื้นฟูและป้องกันการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำ หนังสือ *การป้องกันโรคจิตเวช: มาตรการและทางเลือกนโยบายที่มีประสิทธิภาพ* จะมุ่งเน้นที่การป้องกันปฐมภูมิของโรคจิตเวช ในที่นี้ได้ทบทวนมาตรการเพื่อการป้องกันแบบทั่วไป การป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ และการป้องกันแบบเจาะจง และเสนอกกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพต่อผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารภาครัฐ และผู้ปฏิบัติงานเพื่อนำไปใช้ในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาค

คำอธิบายที่ 3: คำจำกัดความของการป้องกันทั่วไป (universal prevention) การป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ (selective prevention) และการป้องกันแบบเจาะจง (indicated prevention)

การป้องกันแบบทั่วไป (universal prevention) เป็นมาตรการที่มีเป้าหมายสำหรับสาธารณะหรือประชากรทุกคนที่ยังไม่พบว่ามีความเสี่ยง

การป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ (selective prevention) มีเป้าหมายเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะกลุ่มย่อยที่มีความเสี่ยงจะเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าประชากรทั่วไปชัดเจน ทั้งนี้จากหลักฐานปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ จิตใจ หรือสังคม

การป้องกันแบบเจาะจง (indicated prevention) มีเป้าหมายที่บุคคลที่มีความเสี่ยงสูง ที่ตรวจพบอาการหรืออาการแสดงแม้จะเป็นเพียงเล็กน้อยที่บ่งบอกถึงความเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือมีข้อบ่งชี้ทางชีวภาพถึงแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตเวชแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในขณะนี้ (Mrazek & Haggerty, 1994, หน้า 22-24)

การเชื่อมต่อระหว่างการป้องกันและการส่งเสริมในงานสุขภาพจิต

Interface between prevention and promotion in the field of mental health

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันแตกต่างกันที่เป้าหมายผลลัพธ์ การส่งเสริมสุขภาพจิตมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีโดยทำให้จิตใจเป็นสุขมากขึ้น มีสมรรถนะและความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้น และโดยการสร้างสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุน ส่วนการป้องกันโรคจิตเวชมีเป้าหมายเพื่อลดอาการและลดโรคจิตเวชลงในที่สุด ซึ่งกลวิธีในการส่งเสริมสุขภาพจิตนั้นเป็นหนึ่งในวิธีการที่จะบรรลุได้ทั้งสองเป้าหมายนี้ การส่งเสริมสุขภาพจิตที่มุ่งเป้าเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีในชุมชนอาจเกิดผลลัพธ์เสริมที่ช่วยลดอุบัติการณ์เกิดของโรคจิตเวชได้อีกด้วย สุขภาพจิตที่ดีเป็นปัจจัยปกป้องต่อความเจ็บป่วยทางจิต อย่างไรก็ตามปัญหาสุขภาพจิตกับสุขภาพจิตที่ดีไม่ได้อยู่ตรงข้ามกันเหมือนปลายเส้นตรง แต่เป็นสองส่วนที่ทับซ้อนกัน

และมีความสัมพันธ์กันภายใต้แนวคิดเดียวกันของสุขภาพจิต (Detels และคณะ, 2002) เนื้อหาของการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพมักจะอยู่ในโปรแกรมและกลยุทธ์เดียวกัน กิจกรรมเหมือนกัน แม้จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ต่างกันแต่เสริมร่วมกัน เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันโรคจิตเวชต่างมีหลักเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตและจัดการที่สาเหตุ จึงอธิบายได้ว่าเป็นวิธีการที่มาจากหลักคิดต่างกันแต่เกี่ยวข้องกัน

การพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับโปรแกรมและนโยบายที่ประสบความสำเร็จ Developing the evidence for successful programmes and policies

ความจำเป็นที่ต้องมีหลักฐาน

The need for evidence

ศาสตร์ทางการแพทย์และการป้องกันที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์กระตุ้นให้มีการใช้ชุดความรู้ที่ดีที่สุดที่มาจากงานวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อการตัดสินใจในเวชปฏิบัติและสาธารณสุข ตามความหมายของศาสตร์การแพทย์ที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (Sackett และคณะ, 1996) การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการใช้หลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันที่ชัดเจนด้วยความระมัดระวังและรอบคอบเพื่อตัดสินใจเลือกมาตรการสำหรับบุคคล ชุมชน และประชากร เพื่อสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้ในการลดอุบัติการณ์ของโรค และช่วยให้คนควบคุมและดูแลสุขภาพของตนให้ดีขึ้น (Hosman & Jané-Llopis, 2005) ด้วยแรงกดดันจากสังคมทำให้มีการลงทุนภาครัฐในมาตรการป้องกันเพื่อลดภาระจากความเจ็บป่วยทางจิตใจมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีหลักฐานชัดเจนที่แสดงให้เห็นว่ามาตรการป้องกันเกิดประโยชน์ต่อสาธารณะ และมีความคุ้มค่าประสิทธิผล เพื่อรับรองการสนับสนุนจากภาครัฐและจากสาธารณะอย่างต่อเนื่อง และจะเป็นสิ่งสำคัญมากหากหน่วยงาน ภาครัฐ หรือเอกชนตัดสินใจจะขยายและทำตามมาตรการป้องกันใหม่นี้ในขนาดใหญ่ขึ้น

รายงานนี้แสดงหลักฐานการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มีประสิทธิผลที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อกระตุ้นให้มีการนำนโยบายและแนวปฏิบัติไปใช้ และเพื่อส่งเสริมให้มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการป้องกันนี้ ความก้าวหน้าในงานวิจัยป้องกันในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้ลบข้อสงสัยถึงความเป็นไปได้ในการป้องกันโรคจิตเวช องค์ความรู้เพิ่มมากขึ้นถึงบทบาทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่มีผลต่อพัฒนาการเกิดของความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมตลอดช่วงวัย การศึกษาจำนวนมากแสดงให้เห็นว่ามาตรการป้องกันสามารถลดปัจจัยเสี่ยงและเสริมความเข้มแข็งปัจจัยปกป้องได้สำเร็จ และเป็นจุดเริ่มต้นที่แสดงให้เห็นการลดการเกิดและการกลับป่วยซ้ำของปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชที่รุนแรงในประชากรกลุ่มเสี่ยง

มาตรฐานของหลักฐาน

Standards of evidence

การเรียกร้องหาวิธีการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้กระตุ้นให้นักวิจัยผู้ปฏิบัติงาน ผู้สนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพ และผู้กำหนดนโยบายถกเถียงกันถึงคุณภาพมาตรฐานของหลักฐาน หลักฐานวิชาการและมาตรฐานของหลักฐานจะต้องเลี่ยงผลการทดสอบมาตรการที่สรุปไม่ถูกต้อง (ความตรงภายใน-internal validity) หรือเลี่ยงผลที่คาดเดาหากนำไปใช้ในพื้นที่หรือวัฒนธรรมที่แตกต่าง (ความตรงภายนอก-external validity) หลักฐานที่ตรงตามกลุ่มประชากรเป้าหมายจะถือว่าเป็นไปตามมาตรฐานที่เป็นไปได้สูงที่สุด

ตามศาสตร์ทางการแพทย์ที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ การทดลองควบคุมแบบสุ่ม (RCT) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็น “มาตรฐานชั้นเลิศ (gold standard)” และเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะลดความเสี่ยงของข้อสรุปที่ไม่ถูกต้องจากการวิจัย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพนั้น การวิจัยแบบ RCT มีข้อจำกัด เนื่องจากการออกแบบวิจัย RCT มีลักษณะเฉพาะเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของบุคคลที่ได้รับมาตรการนั้นๆ ในสถานการณ์ที่ปัจจัยอื่นถูกควบคุมอย่างมาก

แต่มาตรการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นการทำทั้งชั้นเรียนโรงเรียน หน่วยงาน ชุมชน หรือแม้แต่กลุ่มประชากรบางการศึกษา ใช้การสุ่มในชั้นเรียน หรือสุ่มทั้งโรงเรียน การออกแบบวิจัยทำได้ยากและต้องมีสัมพันธภาพระหว่างนักวิจัยและชุมชน อย่างยาวนาน ดังนั้นการออกแบบวิจัยด้วยวิธีอื่น เช่น การศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experiment) หรือวิธีอนุกรมเวลา (time-series) ถือว่าเป็นวิธีการที่มีคุณค่าสำหรับการพัฒนาหลักฐานที่มีประโยชน์ในงานประเภทนี้ วิธีวิจัยเหล่านี้มีการนำไปใช้ได้ผลดี เช่น การประเมินผลกระทบของการออกกฎหมายและนโยบายระดับชาติถึงมาตรการเพื่อลดการใช้เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดผิดกฎหมาย เป็นต้น ในบางสถานการณ์จำเป็นต้องใช้การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสร้างความเข้าใจในปัจจัยที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาและการนำไปโปรแกรมและนโยบายที่มีประสิทธิภาพไปใช้ รายงานสรุป เล่มนี้อ้างอิงข้อสรุปจากการศึกษาที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่หลากหลาย ทั้งการวิจัยแบบทดลอง การวิจัยเชิงคุณภาพ รวมทั้งงานวิจัย แบบ RCTs ด้วย

เนื่องจากโปรแกรมที่แสดงผลสนับสนุนมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากจากการทดลองหลากหลาย ดังนั้นเพื่อเสริมความหนักแน่นของข้อค้นพบที่น่าเสนอ รายงานสรุปเล่มนี้จึงจัดให้การศึกษาที่ได้ทำซ้ำในหลายชุมชนและหลายประเทศมีความสำคัญลำดับต้น โดยทำความเข้าใจการศึกษาเหล่านี้ว่า บทบาทของวัฒนธรรมและเศรษฐกิจมีผลอย่างไรหากใช้มาตรการเดียวกันในบริบทที่แตกต่างกัน และช่วยชี้ว่าการปรับเปลี่ยนอะไรที่จำเป็นเพื่อให้ผลลัพธ์ดั้งเดิม แม้การวิจัยป้องกันที่มีอยู่ในปัจจุบันนี้ส่วนใหญ่ทำในประเทศพัฒนาแล้วโดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานสรุปและรายงานฉบับเต็มนี้ (Hosman, Jané-Llopis & Saxena, 2005) มีวัตถุประสงค์เพื่อเอื้อให้มีการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากความรู้ด้านการป้องกันและมาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ทั่วโลก ดังนั้นหลักๆแล้วอะไรทำแล้วได้ผลนั้นสามารถนำไปปรับใช้ในสถานการณ์แตกต่างได้ โดยเฉพาะประเทศรายได้ต่ำที่ยังขาดข้อมูลการวิจัยป้องกันทั้งที่จำเป็นต้องแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนอย่างมาก เพื่อให้เกิดการพัฒนา ด้านการป้องกันและประกอบารตัดสินใจ ประเทศเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเพื่อให้เข้าใจความเป็นไปได้ของ โปรแกรมป้องกัน และพัฒนาต่อจนสามารถมีหลักฐานเชิงประจักษ์ของตนเองในที่สุด

เมื่อโปรแกรมป้องกันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มีพร้อมใช้เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มนานาชาติที่จะรับ “วิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practices)” มาใช้ในประเทศและชุมชนต่างๆ จึงเกิดคำถามถึงระดับ (มาตรฐาน) ของหลักฐานควรจะมีเพื่อช่วยในการตัดสินใจเพื่อนำมาปรับใช้ มาทำซ้ำ หรือขยายผล การกำหนดเป็นหลักเกณฑ์ทั่วไปเพื่อช่วยตัดสินใจทำได้ยาก เนื่องจากมีความแตกต่างของวัฒนธรรมและเศรษฐกิจในประเทศต่างๆ ซึ่งเป็นความท้าทายในการพัฒนาหลักฐานใหม่เพิ่มเติม โดยทั่วไปจะแนะนำให้พิจารณาความตรงภายในและภายนอกของหลักฐานที่มีอยู่เป็นกรณีเพื่อการตัดสินใจมาตรการที่จะดำเนินงาน หรือแนะนำให้ทำเพียงทดลองใช้ตามบริบทที่มีอยู่เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ใหม่

การพัฒนาหลักฐานเป็นอีกหนึ่งขั้นตอน และมาตรฐานหลักฐานที่แตกต่างจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ต่างกัน

บทที่:

1

หลักฐานของปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้อง

Evidence-based risk and protective factors

แนวคิดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง

The concept of risk and protective factors

การป้องกันโรคจิตเวชมุ่งเป้าที่ปัจจัยกำหนดทั้งหลายที่เป็นสาเหตุ หรือชักนำให้เกิดโรคจิตเวช *ปัจจัยเสี่ยง (risk factors)* จะเพิ่มโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญหรือทำให้ปัญหารุนแรงขึ้นหรือยาวนานขึ้น *ปัจจัยปกป้อง (protective factors)* หมายถึงการเพิ่มความต้านทานของบุคคลต่อปัจจัยเสี่ยงและความเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถแก้ไข ลด หรือปรับเปลี่ยน การตอบสนองของคนต่อบางสถานการณ์เสี่ยงที่ชักนำไปสู่ผลที่ไม่เหมาะสมได้ (Rutter, 1985) ส่วนใหญ่แล้วปัจจัยปกป้อง ระดับบุคคลจะเหมือนกับลักษณะของสุขภาพจิตที่ดี เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง ความสามารถในการปรับอารมณ์ ความคิดเชิงบวก ทักษะการแก้ปัญหาและทักษะทางสังคม ทักษะการจัดการกับความเครียด และความรู้สึกรับควบคุมตัวเองได้ ด้วยเหตุนี้ มาตรการป้องกันที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างปัจจัยปกป้องส่วนใหญ่จึงทับซ้อนกันกับการส่งเสริมสุขภาพจิต

หลักฐานปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องกันและความเชื่อมโยงที่นำไปสู่การเกิดโรคจิตเวชนั้นชัดเจนมาก (เช่น Coie และคณะ, 1993; Ingram & Price, 2000) ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องมีทั้งระดับบุคคล ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่แล้วผลจากการมีหลายปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน หรือขาดปัจจัยปกป้อง หรือมีทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องผสมผสานกัน และชักนำให้บุคคลนั้นเปลี่ยนจากสุขภาพจิตดีเป็นการเพิ่มโอกาสป่วย จนเกิดปัญหาสุขภาพจิตและเกิดโรคจิตเวชขั้นในที่สุด

มาตรการเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยทางจิตใจมีจุดมุ่งหมายที่จะรับมือกับปัจจัยเสี่ยงและเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง ตลอดทุกช่วงวัย เพื่อขัดขวางกระบวนการที่จะนำไปสู่ความผิดปกติทางจิตใจ ปัจจัยบุคคลได้มีอิทธิพลต่อพัฒนาการสุขภาพจิต และการเกิดโรคจิตเวชมาก หากจัดการปัจจัยดังกล่าวได้สำเร็จจะยิ่งได้ผลในการป้องกันสูงมาก

ปัจจัยกำหนดในมาตรการป้องกันจะต้องเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และมีทั้งปัจจัยเฉพาะโรค ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้องทั่วไป โดย *ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องทั่วไป (Generic risk and protective factors)* นั้นเป็นปัจจัยที่พบร่วมได้บ่อยในปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชต่างๆ มาตรการจัดการกับปัจจัยทั่วไปได้ดีนั้นจะส่งผลกระทบต่อป้องกันได้ ในวงกว้าง ตัวอย่างเช่น ความยากจนและการล่วงละเมิดเด็กซึ่งพบได้บ่อยในโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลและความผิดปกติการใช้สารเสพติด ดังนั้นมาตรการที่จะจัดการกับความยากจนและการล่วงละเมิดเด็กได้ดี คาดได้ว่าจะส่งผลกระทบต่อทั้งสามโรคนี้ ส่วน *ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องเฉพาะโรค (Disease-specific risk and preventive factors)* ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนั้นๆ ตัวอย่างเช่น ความคิดเชิงลบจะมีความเฉพาะกับโรคซึมเศร้า และโรคซึมเศร้ามีความเฉพาะกับการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกายและสุขภาพจิต ยกตัวอย่างเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถนำไปสู่โรคซึมเศร้าหรือในทางกลับกันโรคซึมเศร้าสามารถนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดได้ สุขภาพจิตและสุขภาพกายมีความเกี่ยวข้องผ่านปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยร่วมกัน เช่น ที่อยู่อาศัยยากจนนำไปสู่ทั้งสุขภาพจิตไม่ดีและสุขภาพกายไม่ดี จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจระหว่างโรคจิตเวชต่างๆ ระหว่างสุขภาพจิตและสุขภาพกาย และการที่ปัจจัยเสี่ยงทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงเฉพาะโรคจะเป็นหนทางนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตเวช

องค์ความรู้ที่มีหลักฐานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องมีอยู่เพียงพอแล้วที่จะรับประกันการลงทุนโดยภาครัฐและเอกชนในการที่จะพัฒนา เผยแพร่ และดำเนินการตามโปรแกรมและนโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มาตรการที่มีผลต่อปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่ส่งผลกระทบต่อขนาดใหญ่อหรือมาตรการที่มีผลต่อปัญหาที่พบบ่อยร่วมกัน รวมทั้งปัญหาสังคมและเศรษฐกิจจะมีความคุ้มค่าประสิทธิผลที่สุดและน่าสนใจที่สุดสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ

ผู้กำหนดนโยบายและผู้ออกแบบโปรแกรมต้องคำนึงว่าโรคจิตเวชเฉพาะโรคอาจทำให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกันในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงหลากหลาย ดังนั้นนโยบายสาธารณสุขที่มีประสิทธิผลควรครอบคลุมมาตรการป้องกันหลายมาตรการที่จัดการกับสาเหตุที่หลากหลายในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยกำหนดทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ Social, environmental and economic determinants

ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับสุขภาพจิตมักเป็นประเด็นใหญ่ เช่น ความยากจน สงคราม และความไม่เท่าเทียมกัน ตัวอย่างเช่น คนยากจนมักจะมีชีวิตอยู่โดยขาดเสรีภาพพื้นฐานทั้งด้านความปลอดภัย การกระทำ หรือทางเลือกที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น โดยมักจะไม่ค่อยมีอาหารที่พอก หรือไม่ได้รับการศึกษาหรือการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ความขาดแคลนนี้จำกัดการใช้ชีวิตที่แตกต่างจากชีวิตที่มีคุณค่าเช่นคนทั่วไป (World Bank, 2000) ประชากรที่อาศัยอยู่ในสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ยากจนเพิ่มความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิต โรคซึมเศร้า และความอยู่ดีมีสุข (Patel & Jané-Llopis, 2005) ปัจจัยมหภาคอื่นๆ เช่น การขยายสังคมเมือง สงคราม และการย้ายถิ่น การเหยียดเชื้อชาติ และความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจจะเชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของอาการและความเจ็บป่วยทางจิตเวช ยกตัวอย่าง เช่น สงครามและบาดแผลทางใจจากสงครามเป็นสาเหตุของโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (post-traumatic stress disorders; PTSD) โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา (Musisi, Mollica & Weiss, 2005) นอกจากนี้บาดแผลทางใจดังกล่าวยังเพิ่มความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตในลูกหลานที่พ่อแม่เผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจหรือโรคซึมเศร้าอีกด้วย

คำอธิบายที่ 4 แสดงปัจจัยสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจต่อสุขภาพจิตที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งจะอธิบายเพิ่มเติมใน “การป้องกันโรคจิตเวช: มาตรการและทางเลือกนโยบายที่ประสิทธิผล” (Hosman, Jané-Llopis & Saxena, 2005)

คำอธิบายที่ 4: ปัจจัยสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของสุขภาพจิต	
ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยปกป้อง
การเข้าถึงสุราและยาเสพติด การย้ายถิ่น การแยกตัวเองและความห่างเหิน ไม่ได้รับการศึกษา การคมนาคมลำบาก ไร้ที่อยู่อาศัย ชุมชนเพื่อนบ้านวุ่นวาย การถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน สภาพสังคมที่ขาดแคลน โภชนาการไม่ดี ความยากจน ความอยุติธรรมและการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ การเสียเปรียบทางสังคม สังคมเมือง ความรุนแรงและการกระทำผิดกฎหมาย สงคราม ความเครียดจากการทำงาน การว่างงาน	การเสริมความสามารถ การรวมกลุ่มชนกลุ่มน้อย สัมพันธภาพเชิงบวก การมีส่วนร่วมทางสังคม ความรับผิดชอบต่อสังคมและความอดทน การบริการสังคม การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายในชุมชน

ปัจจัยกำหนดด้านบุคคลและครอบครัว Individual and family-related determinants

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของบุคคลและครอบครัวเป็นได้ทั้งชีวภาพ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือเกี่ยวกับบริบทครอบครัว โดยอาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่สำคัญเฉพาะ ณ บางช่วงอายุของชีวิต และสามารถส่งผลข้ามจากรุ่นสู่รุ่นได้ ยกตัวอย่างเช่น การล่วงละเมิดเด็กและความเจ็บป่วยทางจิตเวชของพ่อแม่ในช่วงวัยทารกหรือวัยเด็ก ตอนต้นสามารถนำไปสู่โรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลของบุคคลนั้นเมื่อโตขึ้นและยังส่งผ่านไปสู่รุ่นลูกได้ ในขณะที่ความผูกพันที่มั่นคงและสังคมครอบครัวที่เกื้อหนุนสามารถลดความเสี่ยงดังกล่าวได้ (Hoefnagels, 2005; Beardslee, Solantaus & vanDoesum, 2005) ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงของมารดาระหว่างตั้งครรภ์หรือการเลี้ยงดูไม่ดีตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิตเป็นเหตุของความเสี่ยงทางจิตเวชและระบบประสาทได้ (Brown & Sturgeon, 2005) ความขัดแย้งในชีวิตสมรสนำไปสู่ความผิดปกติพฤติกรรมเกร (conduct disorders) ในเด็ก โรคซึมเศร้าในผู้หญิงและความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุราในทั้งพ่อและแม่ได้ (Sandler, Ayers & Dawson-McClure, 2005; Dyer & Halford, 1998)

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทางกายอาจมีปัจจัยเสี่ยงหรือปัญหาที่ตามมา เช่น นอนไม่หลับเรื้อรัง ปัญหาการติ่มสุรา การทารุณกรรมผู้สูงอายุ ความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือปัญหาพฤติกรรมในอดีต เช่น เคยมีโรคซึมเศร้ามาก่อน เป็นต้น โรควิตกกังวลเองเพิ่มความเสี่ยงของโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา บางครั้งอาจเกิดจากหลายเหตุต่อเนื่องกัน เช่น โรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก ความผิดปกติ

ปกติพฤติกรรมเกรี้ยวกราดในวัยรุ่น และความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและโรคมะเร็งในวัยผู้ใหญ่ เหล่านี้เป็นเพียงตัวอย่างบางส่วน ของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่มีบทบาทสำคัญต่อบุคคลและครอบครัว คำอธิบายที่ 5 แสดงให้เห็นถึงปัจจัยหลักอิงตาม หลักฐานเชิงประจักษ์หลักที่พบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเวช

ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานควรได้รับรู้ถึงองค์ความรู้ปัจจัยกำหนดต่อสุขภาพจิตที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และแก้ไข ได้ รวมถึงความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยทางจิต หลักฐานของปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ต่อสุขภาพจิตนั้นชัดเจน และพบว่าไม่เพียงนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชเท่านั้นยังสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพกาย อีกด้วย ตัวอย่างเช่น กะโหลกศีรษะร้าว บาดเจ็บที่ศีรษะ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคตับแข็ง ในบทถัดไป จะกล่าวถึงหลักฐานที่แสดงว่าปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชร่วมนั้นสามารถแก้ไขด้วยการจัดการปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ผ่านมาตรการการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตได้อย่างไร

คำอธิบายที่ 5: ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องสำหรับโรคจิตเวช

ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยปกป้อง
ไม่ประสบความสำเร็จในการเรียนและขาดการเรียนรู้ทาง ศีลธรรม	ความสามารถในการรับมือกับความเครียด
สมาธิสั้น	ความสามารถในการเผชิญกับความทุกข์ยาก
การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือสมองเสื่อม	การปรับตัว
การล่วงละเมิดเด็กหรือทอดทิ้งเด็ก	ความเป็นตัวของตัวเอง
นอนไม่หลับเรื้อรัง	การกระตุ้นความคิดอ่านตั้งแต่อายุน้อย
ปวดเรื้อรัง	การออกกำลังกาย
การสื่อสารไม่ตรงไปตรงมา	ความรู้สึกปลอดภัย
การตั้งครรภในวัยรุ่น	ความรู้สึกรู้ว่าจัดการและควบคุมได้
การทำรุนแรงผู้สูงอายุ	การอบรมเลี้ยงดูที่ดี
วุฒิภาวะอารมณ์ไม่สมวัยและไม่สามารถควบคุมได้	การรู้หนังสือ
ใช้สารเสพติดมากเกินไป	ความผูกพันที่ดีและความผูกพันในช่วงต้นของชีวิต
เผชิญกับความก้าวร้าว รุนแรง และบาดแผลทางใจ	ปฏิสัมพันธ์พ่อแม่และลูกในเชิงบวก
ความขัดแย้งในครอบครัวหรือครอบครัวแตกแยก	ทักษะการแก้ปัญหา
ความเหงา	พฤติกรรมเตรียมเข้าสังคม
น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์	ความภาคภูมิใจในตนเอง
ระดับชั้นทางสังคมต่ำ	ทักษะชีวิต
ความเจ็บป่วยทางกาย	ทักษะการจัดการทางสังคมและจัดการกับความขัดแย้ง
ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง	การพัฒนาทางสังคมอารมณ์
พ่อแม่ป่วยด้วยโรคจิตเวช	การจัดการกับความเครียด
พ่อแม่ใช้สารเสพติด	การเกื้อหนุนทางสังคมโดยครอบครัวและเพื่อน
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด	
ความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก	
ทักษะและความสามารถการทำงานไม่ดี	
ความบกพร่องด้านการอ่าน	
ความพิการทางประสาทสัมผัสหรือพิการทางร่างกาย	
ทักษะทางสังคมไม่ดี	
เหตุการณ์ที่เครียดในชีวิต	
การใช้สารเสพติดในระหว่างตั้งครรภ์	

บทที่:

2

กลยุทธ์มหภาคเพื่อลดความเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพชีวิต

Macro-strategies to reduce risk
and improve quality of life

การปรับเปลี่ยนกฎหมาย สร้างนโยบาย และจัดสรรทรัพยากรช่วยให้สุขภาพจิตของประชากรในประเทศหรือท้องถิ่นดีขึ้นได้มาก การปรับแก้กฎหมายได้รับการพิสูจน์แล้วว่าส่งผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ บทนี้จะกล่าวถึงกลยุทธ์ป้องกันมหภาคสำคัญที่ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคจิตเวช (Patel & Jané-Llópez, 2005; Musisi, Molica & Weiss, 2005; Anderson และคณะ, 2005)

การเสริมโภชนาการ Improving nutrition

การเสริมโภชนาการและกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วยโอกาสทางสังคมและเศรษฐกิจพบหลักฐานชัดเจนว่าทำให้เด็กพัฒนาความคิดอ่านได้ดี ผลการเรียนดีขึ้น และลดความเสี่ยงของความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยเฉพาะในเด็กกลุ่มเสี่ยงหรือเด็กที่อาศัยในชุมชนยากจน มาตรการที่มีประสิทธิผลสูงที่สุดคือมีทั้งการให้อาหารฟรี มีการประเมินติดตามพัฒนาการ และการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบนี้จะรวมมาตรการโภชนาการ (เช่น ให้อาหารเสริม) ร่วมกับการให้คำปรึกษาและการดูแลทางจิตสังคม (เช่น ให้ความอบอุ่น สนใจรับฟัง) (WHO, 1999) การใช้กราฟติดตามการเจริญเติบโต (เทียบน้ำหนักของเด็กกับน้ำหนักตามเกณฑ์) ถือเป็นมาตรการที่คุ้มค่าประสิทธิผลที่สุด (WHO, 2002c) นอกจากนี้ไอโอดีนถือว่ามีความสำคัญมากในการป้องกันภาวะปัญญาอ่อน พัฒนาการล่าช้า และความบกพร่องการเรียนรู้ (WHO, 2002c) โปรแกรมเสริมไอโอดีนด้วยเกลือไอโอดีนหรือน้ำผสมไอโอดีนเป็นวิธีที่จะทำให้เด็กได้รับไอโอดีนในระดับที่เพียงพอต่อความต้องการได้ จากการผลักดันมาตรการนี้ทั่วโลก และด้วยการสนับสนุนจากองค์การยูนิเซฟ ทำให้ครัวเรือนทั่วโลกกว่าร้อยละ 70 มีการใช้เกลือไอโอดีน สามารถช่วยป้องกันทารกแรกเกิด 91 ล้านคนจากการขาดสารไอโอดีน (UNICEF, 2002) และช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่เกี่ยวข้องได้ในทางอ้อม

การจัดหาที่อยู่อาศัย Improving housing

การไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหนึ่งในตัวบ่งชี้ถึงความยากจน ใช้เป็นเป้าหมายเพื่อเสริมสุขภาพประชาชนและลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ ผลการทบทวนล่าสุดพบว่าจัดหาที่อยู่อาศัยส่งผลดีต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยการรายงานสุขภาพด้วยตัวเองดีขึ้น ลดความตึงเครียดด้านสุขภาพจิต และส่งผลดีต่อสังคม เช่น รับรู้ถึงความปลอดภัย อาชญากรรม และการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชน (Thomson, Petticrew & Morrison, 2001)

การเพิ่มโอกาสทางการศึกษา Improving access to education

การไม่รู้หนังสือหรือได้รับการศึกษาน้อยเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้และแอฟริกาตอนใต้ของทะเลทรายซาฮารา มีแนวโน้มที่จะพบมากในผู้หญิง การไม่รู้หนังสือจำกัดศักยภาพของบุคคลอย่างมากที่จะยกฐานะทางเศรษฐกิจของตน ระดับการศึกษาในหลายประเทศดีขึ้นอย่างมากด้วยโปรแกรมการศึกษาที่มุ่งในเด็ก แต่มีกิจกรรมน้อยมากที่มุ่งการไม่รู้หนังสือของผู้ใหญ่ โปรแกรมดังกล่าวจึงควรมีเป้าหมายเพิ่มการรู้หนังสือในผู้ใหญ่ด้วย ซึ่งจะเกิดประโยชน์ชัดเจนในการลดความตึงเครียดทางจิตใจและส่งเสริมสุขภาพจิต ตัวอย่างของการวิจัยชาติพันธุ์วิทยาในประเทศอินเดียพบว่า โปรแกรมการเรียนรู้หนังสือได้ผลลัพธ์มากกว่าการเรียนรู้เฉพาะทักษะที่สอน (Cohen, 2002) การให้ผู้หญิงมารวมตัวกันในสังคมใหม่ที่ได้รับความรู้และความคิดจากโลกภายนอก ผู้หญิงกลุ่มนี้เป็นตัวเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้อย่างมาก การเข้าร่วมกิจกรรมด้วยการเป็นครูอาสาสมัครพบว่าผู้หญิงและเด็กหญิงที่รู้หนังสือจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มีคุณค่าในตัวเองและมีจุดมุ่งหมายชีวิตชัดเจน ผลจากสุขภาพจิตที่ดีมาได้หลายทางทั้งจากความรู้ทักษะคิดคำนวณที่ช่วยลดความเสี่ยงถูกโกง ความมั่นใจที่จะปกป้องสิทธิของตนมากขึ้น และลดอุปสรรคในการเข้าถึงโอกาสต่างๆ ผลลัพธ์ทั้งหมดนี้เชื่อมโยงกับการป้องกันความเจ็บป่วยทางจิตเวชและลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิต

มีข้อมูลบ่งชี้ถึงความสำเร็จในการให้เงินสนับสนุนเพื่อปิดช่องว่างระหว่างเพศในด้านการศึกษา (World Bank, 2000) ยกตัวอย่างเช่น ผลการประเมินรอบแรกของการให้เงินสนับสนุนโรงเรียนในบังคลาเทศปี ค.ศ.1982 พบการเข้าเรียนของเด็กหญิงในโรงเรียนมัธยมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27 เป็นร้อยละ 44 ในช่วงห้าปีคิดเป็นจำนวนมากกว่าสองเท่าของค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ (Bellew & King, 1993) การประเมินผลการศึกษาในปากีสถานได้แสดงให้เห็นว่าการปรับปรุงสภาพของโรงเรียนให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น การสนับสนุนค่าเรียน และการปรับปรุงโรงเรียนให้เหมาะกับวัฒนธรรมเพิ่มการเข้าเรียนของเด็กหญิงอย่างรวดเร็ว (World Bank, 2000) การศึกษาที่ดีขึ้นช่วยให้ผู้หญิงเพิ่มสมรรถนะทางความคิด อารมณ์และสติปัญญาและเพิ่มโอกาสในการทำงาน และอาจลดความไม่เท่าเทียมทางสังคมและลดความเสี่ยงของโรคจิตเวชบางชนิด เช่น โรคซึมเศร้าได้

การลดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ Reducing economic insecurity

ในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ ภาระหนี้เงินกู้เป็นสาเหตุหลักของความเครียดและวิตกกังวลนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า โรคจิตเวช และการฆ่าตัวตาย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร เช่น BRAC ในบังคลาเทศได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความยากจนโดยมุ่งที่ประเด็นวงเงินสินเชื่อ ความเท่าเทียมทางเพศ การบริการสุขภาพพื้นฐาน โภชนาการ การศึกษา และสิทธิมนุษยชน การจัดหาเงินกู้ยืมจากแหล่งดังกล่าวอาจช่วยลดความเสี่ยงของความเจ็บป่วยทางจิตเวชด้วยการกำจัดสาเหตุสำคัญของความเครียดออกไป โดยเฉพาะการถูกคุกคามจากเจ้าหน้าที่นอกระบบ การประเมินผลโปรแกรม BRAC เพื่อลดความยากจนพบว่าได้ช่วยคนจนที่สุดในบังคลาเทศนับล้านคนและผู้หญิงที่เป็นสมาชิกของ BRAC มีความอยู่ดีมีสุขมากกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้เป็นสมาชิก (Chowdhury & Bhuiya, 2001)

การเสริมสร้างเครือข่ายชุมชน Strengthening community networks

มาตรการชุมชนหลายงานที่เน้นการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างศักยภาพ สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบต่อสังคมภายในสมาชิกชุมชนเอง ตัวอย่างของมาตรการดังกล่าว เช่น Community that Care (CTC) ซึ่งดำเนินการอย่างประสบความสำเร็จแล้วในหลายร้อยชุมชนของประเทศสหรัฐอเมริกา และขณะนี้ถูกนำไปใช้และขยายผลในเนเธอร์แลนด์ อังกฤษ สกอตแลนด์ แคว้นเวลส์ และออสเตรเลีย ระบบการจัดการของโปรแกรม CTC คือใช้วิธีการดำเนินการในชุมชนด้วยการกระตุ้นให้ชุมชนสร้างระบบป้องกันความรุนแรงและก้าวร้าวในชุมชนเอง (Hawkins, Catalano & Arthur, 2002) วิธีการนี้จะทำให้ชุมชนใช้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของท้องถิ่นค้นหาความเสี่ยงและพัฒนากิจกรรมขึ้น โดยมาตรการนี้จะทำไปพร้อมกันในหลายระดับของชุมชน ได้แก่ ระดับชุมชน (เช่น การจัดสรรทรัพยากร การปรับนโยบาย การใช้สื่อ) ระดับโรงเรียน (เช่น การเปลี่ยนโครงสร้างการจัดการในโรงเรียนหรือการเรียนการสอน) ระดับครอบครัว (เช่น การอบรมพ่อแม่) และระดับบุคคล (เช่น การสร้างความสามารถทางสังคม) (Developmental Research and Programs, 1997) โปรแกรม CTC จะสนับสนุนให้ชุมชนเลือกและใช้โปรแกรมอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่และตรงกับความเสี่ยงของชุมชนที่วิเคราะห์ได้ จนถึงขณะนี้ระบบ CTC ได้รับการประเมินผลในประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยวิธีประเมินก่อนหลังเปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐานของแต่ละชุมชนใน 40 ชุมชน การประเมินพบผลต่อเยาวชนดีขึ้น ตัวอย่างเช่น ปัญหาที่โรงเรียน (ลดลงร้อยละ 30) ถูกจับเนื่องจากมีอาวุธในครอบครอง (ลดลงร้อยละ 65) ลักทรัพย์ (ลดลงร้อยละ 45) คดียาเสพติด (ลดลงร้อยละ 29) และถูกจับคดีทำร้ายร่างกาย (ลดลงร้อยละ 27)

การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด Reducing the harm from addictive substances

การจัดเก็บภาษี ลดการจำหน่าย และการห้ามโฆษณา Taxation, reduced availability and bans on advertising

มาตรการควบคุมสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพสามารถดำเนินการได้ทั้งระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น ได้แก่ การจัดเก็บภาษี การจำกัดแหล่งจำหน่าย และการห้ามโฆษณาทุกรูปแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม (Anderson และคณะ, 2005) มาตรการที่ลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดจะสามารถป้องกันความผิดปกติพฤติกรรมเสพติด (substance use disorders) ได้

ราคาเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ การเพิ่มภาษีที่ทำให้ยาสูบราคาเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จะสามารถลดทั้งความชุกและการใช้ยาสูบได้ถึงร้อยละ 5 ในประเทศที่มีรายได้สูง และร้อยละ 8 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เช่นเดียวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากมีราคาเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จะสามารถลดการบริโภคในระยะเวลาได้ถึงร้อยละ 7 ในประเทศที่มีรายได้สูง และประมาณร้อยละ 10 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ (แม้จะมีข้อมูลจำกัด) (Anderson และคณะ, 2005) นอกจากนั้นการเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยลดอุบัติเหตุและความชุกของโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์ ได้แก่ โรคตับ อุบัติเหตุจากรถ และการบาดเจ็บอื่นๆ ทั้งเจตนาและไม่เจตนา เช่น ความรุนแรงในครอบครัว รวมไปถึงผลกระทบต่อสุขภาพจิตจากการดื่ม

กฎหมายที่ปรับเปลี่ยนอายุขั้นต่ำที่ดื่มได้ตามกฎหมายให้สูงขึ้นช่วยลดการจำหน่ายเครื่องดื่มและปัญหาการดื่มในเด็กเยาวชนลง การจำกัดชั่วโมงและวันเวลาในการจำหน่ายและลดแหล่งจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ช่วยลดการดื่มและปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มลง การจำกัดการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานสามารถลดความชุกของการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 4-6) และลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของผู้สูบได้ (ร้อยละ 10) (Fichtenberg & Glantz, 2002)

ชุดกิจกรรมห้ามโฆษณาบุหรี่แบบครอบคลุมสามารถลดการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 6 ในขณะที่ชุดกิจกรรมห้ามโฆษณาบุหรี่ที่ทำเพียงบางเรื่องพบว่ามีผลเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีผลเลย (Saffer, 2000) ประเทศที่มีการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าการดื่มต่ำกว่าร้อยละ 16 และมีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุท้องถนนน้อยกว่าร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับประเทศที่ไม่มี การห้ามโฆษณาดังกล่าว (Saffer & Dave, 2002).

การลดการสูบบุหรี่และการใช้สารอื่นในระหว่างตั้งครรภ์

Reduced smoking and use of other substances during pregnancy

มีหลักฐานชัดเจนถึงผลกระทบจากการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ ที่ทำให้เด็กมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น น้ำหนักแรกคลอดต่ำ ตายระหว่างคลอด หรือมีปัญหาพัฒนาการทางระบบประสาทและความคิดอารมณ์ในระยะยาว (เช่น สติปัญญาต่ำกว่าปกติ โรคสมาธิสั้น พฤติกรรมเกราะ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ) (Brown & Sturgeon, 2005) การคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกคลอดต่ำนั้นทราบกันดีอยู่แล้วว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติดในแม่สัมพันธ์กับการติดสารเสพติดในลูกเมื่อลูกโตเป็นวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์งดเว้นการใช้สารเสพติดจะเกิดผลดีต่อสุขภาพจิตในระยะยาว ยกตัวอย่างเช่น การบำบัดพฤติกรรมเพียง 15 นาทีในแม่ตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่พบว่าทำให้เลิกบุหรี่ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 โดยแม่ที่เลิกบุหรี่จะทำให้เด็กแรกคลอดน้ำหนักเพิ่มขึ้นถึง 200 กรัม การลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงช่วยเพิ่มน้ำหนักแรกคลอดในเกือบครึ่งหนึ่งของแม่ที่สูบบุหรี่ (Windsor และคณะ, 1993)

บทที่:

3

การลดตัวกระตุ้นความเครียด และเสริมความเข้มแข็งทางใจ

Reducing stressors and enhancing resilience

การส่งเสริมสุขภาพเริ่มตั้งแต่มีชีวิต Promoting a healthy start in life

โปรแกรมจัดการตั้งแต่ระยะแรกถือเป็นวิธีการป้องกันที่มีอิทธิพลมากที่สุด โปรแกรมที่ประสบความสำเร็จที่สุดที่จัดการปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องเริ่มตั้งแต่มีชีวิต เป้าหมายคือประชากรเด็กกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะเด็กที่มาจากครอบครัวรายได้น้อย และระดับการศึกษาต่ำ (Brown & Sturgeon, 2005) ได้แก่ มาตรการเยี่ยมบ้านระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด มาตรการลดการสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ การอบรมพ่อแม่ และโปรแกรมก่อนวัยเรียน เป็นต้น

มาตรการเยี่ยมบ้าน Home-based interventions

มาตรการเยี่ยมบ้านระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดที่จัดการประเด็นเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ของแม่ ขาดการช่วยเหลือทางสังคม ทักษะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ และการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและพ่อแม่ นั้น พบว่ามีผลอย่างมากในทางสาธารณสุข ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ (Brown & Sturgeon, 2005) โดยหมายรวมถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นทั้งมารดาและทารกแรกเกิด ลดการใช้บริการสุขภาพพลง และลดปัญหาพฤติกรรมในระยะยาวหลัง 15 ปีผ่านไป และยังมีหลักฐานที่แสดงว่ามาตรการดังกล่าวมีความคุ้มค่าประสิทธิผลโดยเฉพาะเมื่อคิดในระยะยาว

โปรแกรมเยี่ยมบ้านก่อนและหลังคลอด (The Prenatal and Infancy Home Visiting Programme) (Olds, 1997, 2002) เป็นตัวอย่างหนึ่งของโปรแกรมที่มีประสิทธิผล (รายละเอียดดังกล่าวอธิบายที่ 6)

คำอธิบายที่ 6: โปรแกรมเยี่ยมบ้านก่อนและหลังคลอด The Prenatal and Infancy Home Visiting Programme

โปรแกรมนี้เป็นตัวอย่างของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประสบความสำเร็จที่สุดโปรแกรมหนึ่ง เป็นโปรแกรมที่มีการเยี่ยมบ้านเป็นเวลาสองปีโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรม มุ่งเน้นกลุ่มวัยรุ่นยากจนที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก ผลการศึกษา RCTs พบผลดีต่อทารกแรกเกิด โดยลดการเกิดน้ำหนักแรกคลอดต่ำ (น้ำหนักเพิ่มขึ้นถึง 400 กรัม) คลอดก่อนกำหนดลดลงร้อยละ 75 ลดจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินลงสองเท่า และลดการทำร้ายเด็กลงอย่างชัดเจน หลังติดตามสืบพบว่าแม่ใช้วิธีการลงโทษน้อยลง แม่มีงานทำมากขึ้น (ร้อยละ 82) ระยะห่างการมีลูกคนที่สองนานขึ้น (นานกว่า 12 เดือน) และลูกที่เกิดมีคะแนนไอคิวสูงขึ้น ติดตามจนเด็กอายุ 15 ปี พบรายงานว่าถูกทำร้ายน้อยลง ตัวเด็กเองมีปัญหาสุราและสารเสพติดลดลง (ร้อยละ 56) ถูกจับกุมน้อยลง (ร้อยละ 56) ถูกตัดสินว่ากระทำความผิดน้อยลง (ร้อยละ 81) และมีจำนวนคุนอนลดลง (ร้อยละ 63) ครอบครัวมีสภาพการเงินดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาลลงมากกว่าค่าใช้จ่ายของโปรแกรมที่ใช้ไป (Olds, 1997, 2002; Olds และคณะ, 1997; Olds และคณะ, 1998)

มาตรการนี้ได้ถูกนำไปใช้ในอีกสองชุมชนของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประสบความสำเร็จเช่นกัน และมีบางประเทศในยุโรปนำไปปรับใช้ หากเป็นพยาบาลจะได้ผลดีที่สุดกับแม่ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือมีความเครียดสูง ซึ่งครอบครัวลักษณะนี้มักจะได้ประโยชน์จากโปรแกรมเฉพาะที่สามารถจัดการหลายๆ ปัญหาพร้อมกันตามความต้องการได้ อย่างไรก็ตาม ไม่ได้หมายความว่าโปรแกรมเยี่ยมบ้านด้วยพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์เท่านั้นที่มีประสิทธิผล (Villar และคณะ, 1992) สิ่งที่สำคัญคือค้นหาว่าอะไรคือองค์ประกอบหลักที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิผลและอะไรคืออุปสรรค ในโปรแกรมเยี่ยมบ้านก่อนและหลังคลอดที่เยี่ยมโดยพยาบาลพบว่าได้ผลดีกว่าบุคลากรอื่น อย่างไรก็ตาม ไม่จำเป็นต้องเป็นเช่นนั้นเสมอไป การใช้ทรัพยากรบุคคลของชุมชนอาจเป็นวิธีการที่ได้ประสิทธิผลเช่นกัน ตัวอย่างเช่น โปรแกรมเยี่ยมบ้านมีประโยชน์อย่างมากในประชากรและประเทศกลุ่มรายได้ต่ำ เนื่องจากความรู้หนังสือหรือความจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและความรู้ต่างๆ ประเทศกำลังพัฒนาที่ไม่มีบุคลากรสุขภาพอาจใช้คนในชุมชนมาฝึกเป็นผู้เยี่ยมครอบครัวและสร้างความชำนาญในการเยี่ยมบ้านได้ หากให้การอบรมที่เพียงพอก็จะสามารถจัดบริการดังกล่าวได้ และควรมีการวิจัยประเมินผลต่อไป

มาตรการก่อนวัยเรียนและโปรแกรมอบรมพ่อแม่ Preschool educational and parenting interventions

โปรแกรมชุมชนสำหรับครอบครัวยุคเสี่ยงที่มีเด็กเล็กเกิดผลดีอย่างมาก (Brown & Sturgeon, 2005) รวมถึงโปรแกรมป้องกันแบบทั่วไปในก่อนวัยเรียน เช่น โครงการอ่านหนังสือในครอบครัว คลินิกตรวจสุขภาพ โครงการจัดกิจกรรมนันทนาการ และรายการโทรทัศน์ที่สอนทักษะการอ่านพื้นฐานและค่านิยมทางอารมณ์และสังคม

มาตรการกลุ่มเฉพาะที่มุ่งเป้าเป็นเด็กจากชนกลุ่มน้อยและครอบครัวที่ยากจนเพื่อเพิ่มความสามารถในการคิดอ่านและทักษะด้านภาษาและการพูดพบว่า ทำให้พัฒนาการด้านความคิดดีขึ้น สัมฤทธิ์ผลทางการเรียนดีขึ้น และสำเร็จการศึกษา และมีปัญหาพฤติกรรมเกรี้ยวหรือถูกจับกุมลดลง ตัวอย่างเช่น โครงการก่อนวัยเรียน High/Scope Perry Preschool Project พบว่าได้ผลดีต่อเนื่องจนเมื่อเด็กอายุ 19 ปี และ 27 ปี โดยลดการถูกจับกุม (ลดลงร้อยละ 40) และมีผลตอบแทนทางเศรษฐกิจต่อการลงทุนของรัฐบาลถึงเจ็ดเท่า (Schweinhart และคณะ, 1993; Schweinhart & Weikart, 1997)

น้ำหนักแรกคลอดต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สูงจนแล้วว่ามีผลต่อความบกพร่องด้านความคิดและพฤติกรรม เด็บโตไม่สมวัย สติปัญญาบกพร่องเมื่อโตขึ้น มีปัญหาการเรียนรู้อันตรายที่โรงเรียน และเพิ่มความเสี่ยงของความผิดปกติของพฤติกรรมและโรคจิตเวช ดังนั้นมาตรการเยี่ยมบ้านตั้งแต่หลังคลอดร่วมกับโปรแกรมก่อนวัยเรียน เช่น โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการทารก (Infant Health and Development Programme) ที่มุ่งเป้าทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์หรือเด็กที่มีแม่ปัญญาอ่อนเริ่มตั้งแต่ทารกหลังคลอดถึง 3 ขวบ ได้ดำเนินการเข้ามาแล้วหลายครั้งจนสามารถยืนยันประสิทธิผลในการป้องกันระดับไอคิวตกลงในช่วง 4-5 ขวบปีแรก รวมทั้งระดับของปัญญาอ่อนได้อย่างชัดเจน (Blair, Ramey & Hardin, 1995; Blair & Ramey, 1997) แม่เองก็รายงานว่าเด็กมีปัญหาพฤติกรรมลดลง โครงการศูนย์เลี้ยงดูเด็กเล็ก (Day-care programmes) สำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยงพบว่าเกิดผลดีคล้ายกัน กล่าวคือการสอบตระหว่างชั้นประถมศึกษาลดลงอย่างมาก (Ramey, Yeates & Short, 1984)

โปรแกรมอบรมพ่อแม่ได้ผลในการป้องกันอย่างชัดเจน ตัวอย่างโปรแกรม Webster-Stratton's "The Incredible Years" ที่ใช้วิธีการปรับพฤติกรรมโดยเพิ่มปฏิสัมพันธ์เชิงบวกและลดวงจรการบังคับระหว่างเด็กและพ่อแม่ พบว่าช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมแก้ปัญหาและความสามารถทางสังคมดีขึ้น และลดปัญหาพฤติกรรมเกรี้ยวทั้งที่บ้านและโรงเรียน โปรแกรมจะใช้วิธีการแสดงตัวอย่างในวิดีโอเทป และมีชุดหัวข้อเฉพาะสำหรับพ่อแม่ ครู และเด็ก (Webster-Stratton & Reid, 2003; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001) อีกตัวอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิผล ได้แก่ Australian Triple P Positive Parenting Programme (Sanders, Turner & Markie-Dadds, 2002) โดยเป็นโปรแกรมอบรมพ่อแม่รุ่นใหม่ที่ใช้มาตรการหลายระดับ ทั้งแบบทั่วไป แบบเฉพาะกลุ่ม และแบบเจาะจง จากการศึกษาติดตามกลุ่มควบคุม พบว่าพ่อแม่ที่ดูชุดวิดีโอเทปการอบรมเลี้ยงดูตามโปรแกรมที่มีลักษณะให้ข้อมูลร่วมกับความบันเทิง (infotainment-style television programme) เด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมลดลง และพ่อแม่มีความมั่นใจมากขึ้น (Sanders, Montgomery & Brechman-Toussaint, 2000)

การลดการละเมิดและทอดทิ้งเด็ก Reducing child abuse and neglect

แม้จะมีกิจกรรมมากมายที่ดำเนินการเพื่อป้องกันหรือหยุดการเกิด หรือการเกิดซ้ำของการละเมิดหรือทารุณกรรมในเด็ก แต่มีโปรแกรมเชิงรุกเพียงสองวิธีที่พบว่ามีประสิทธิผลบ้าง ได้แก่ โปรแกรมเยี่ยมบ้านในแม่กลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการทำร้ายและทอดทิ้งเด็ก และโปรแกรมป้องกันตัวเองสำหรับเด็กวัยเรียนเพื่อให้เด็กป้องกันการถูกละเมิดทางเพศ (Hoefnagels, 2005)

โปรแกรมเยี่ยมบ้าน

Home-based interventions

โปรแกรมเยี่ยมบ้านพบว่าประสบความสำเร็จในการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะกระทำผิดต่อเด็ก โปรแกรมเยี่ยมบ้านก่อนและหลังคลอด (คำอธิบายที่ 6 ก่อนหน้านี้) ได้แสดงหลักฐานจากงานวิจัยแบบสุ่มควบคุมที่พบว่าการลดการทำร้ายเด็ก แม่วัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานที่เข้าโปรแกรมป้องกัน ในช่วงสองปีแรกพบกรณีการละเมิดหรือทอดทิ้งเด็กลดลงร้อยละ 80 และเมื่อเวลาผ่านไปนาน 15 ปีกรณีการละเมิดหรือทอดทิ้งเด็กลดลงร้อยละ 46 จากตัวอย่างแม่กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมในโปรแกรมทั้งหมด (Olds และคณะ, 1997) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการป้องกันการล่วงละเมิดในเด็กสามารถทำได้ ความสำเร็จตามโปรแกรมที่ตั้งเป้าจัดการปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยและได้หลายผลลัพธ์

โปรแกรมป้องกันตัวเอง

Self-defence strategies

วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมป้องกันตัวเองคือให้เด็กมีความรู้และทักษะเพื่อที่จะสามารถป้องกันตัวเองไม่ให้ตกเป็น ผู้ถูกกระทำได้ โปรแกรมในโรงเรียนนี้ดำเนินการกันอย่างแพร่หลายในสหรัฐอเมริกาในหลายระดับชั้นเรียนของโรงเรียนประถมศึกษา การทดลองแบบควบคุมหลายการศึกษาแสดงผลที่เหมือนกันว่าเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้และทักษะดีกว่าเด็กที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรกดังกล่าว (Rispen, Aleman & Goudena, 1997) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานที่บอกได้ว่าโปรแกรมป้องกันตัวเองดังกล่าวสามารถลดอัตราการล่วงละเมิดเด็กได้

การปรับตัวเมื่อพ่อแม่ป่วยด้วยโรคจิตเวช Coping with parental mental illness

เด็กที่มีพ่อแม่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมเสพสารเสพติดจัดว่าเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงที่สุดที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต ยกตัวอย่างเช่น เด็กที่มีพ่อแม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงประมาณร้อยละ 50 ที่จะเกิดโรคซึมเศร้าก่อนอายุ 20 ปี (Beardslee และคณะ, 1988) มีหลักฐานยืนยันว่าโรคจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลสามารถถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นได้ ซึ่งเป็นผลรวมกันจากปัจจัยเสี่ยงทั้งทางพันธุกรรม ชีวภาพ จิตใจ และสังคม เริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์หรือทารกแรกเกิด (van Doesum, Hosman & Riksen-Walraven, in press) ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา นักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานจากสหรัฐอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลียได้พัฒนามาตรการหลากหลายเพื่อป้องกันการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น โดยมุ่งเน้นที่ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในเด็กและครอบครัว ประเด็นที่หยิบยกขึ้นมาได้แก่ ความรู้ของคนในครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความเข้มแข็งทางใจของเด็ก ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และเด็ก และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ความรู้สึกอับอายเป็นตราบาป และการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม บางมาตรการเน้นที่สัมพันธ์ภาพของพ่อแม่และเด็กตั้งแต่เริ่มต้น บางมาตรการใช้การดูแลทั้งครอบครัวตลอดทั้งช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นตอนต้น หรือมุ่งเน้นที่ตัวเด็กเองในฐานะที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

การศึกษาแบบควบคุมในโปรแกรมดังกล่าวยังมีจำกัด แม้ว่าบางการศึกษาจะแสดงผลที่จะสนับสนุน (Beardslee, Solantaus & VanDoesum, 2005) ได้แก่ การศึกษาโปรแกรมเยี่ยมบ้านในช่วงขวบปีแรกหลังคลอดโดยมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเด็กและพ่อแม่ตั้งแต่แรกเกิด การตรวจคัดกรองในโรงเรียน และโปรแกรมจัดการระยะแรกในเด็กเจาะจงเฉพาะรายที่มีอาการวิตกกังวลมากขึ้นและมีพ่อแม่วิตกกังวล และโปรแกรมกลุ่มปรับความคิด (cognitive-oriented group programme) สำหรับเด็กวัยรุ่นที่มีพ่อแม่ป่วยด้วยซึมเศร้าและเด็กมีอาการซึมเศร้าสูงแม้จะยังไม่ถึงกับป่วย ตัวอย่างผลการทดลองแบบสุ่มของโปรแกรมกลุ่มปรับความคิดนี้ พบว่าความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าและการกลับป่วยซ้ำในกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 25 ในขณะที่กลุ่มที่เข้าโปรแกรมปีแรกเกิดเพียงร้อยละ 8 เมื่อติดตามในปีที่สองพบการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มได้รับโปรแกรมเป็นร้อยละ 31 และร้อยละ 21 ตามลำดับ (Clarke และคณะ, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบควบคุมก่อนหน้านี้ (Clarke และคณะ, 1995)

การเสริมความเข้มแข็งทางใจและลดพฤติกรรมเสี่ยงในโรงเรียน Enhancing resilience and reducing risk behaviour in schools

แม้ว่าเด็กจะใช้เวลาในโรงเรียนแตกต่างกัน แต่โรงเรียนถือเป็นสถาบันหลักในการขัดเกลาทางสังคม ด้วยเหตุนี้และด้วยความสะดวกในการจัดกิจกรรมในสถานที่ที่เด็กใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่นี้ โรงเรียนจึงกลายเป็นสถานที่หนึ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับมาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันในกลุ่มเด็กและเยาวชน

โปรแกรมในโรงเรียนประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลายส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยงปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมผ่านการเรียนรู้ทางสังคม อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม (ดูการทบทวนของ Domitrovitch และคณะ, 2005) บางมาตรการกำหนดเป้าทั้งโรงเรียนแบบบูรณาการระหว่างชั้นเรียน ในขณะที่บางมาตรการกำหนดเป้าหมายเพียงบางส่วน (เช่น เด็กบางชั้นเรียน) หรือเฉพาะเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยง โปรแกรมในโรงเรียนส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมแบบธรรมชาติทั่วไป มุ่งเป้าที่ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันต่างๆ ไป ผลลัพธ์คือ การเรียนดีขึ้น ทักษะในการแก้ปัญหาและความสามารถทางสังคมดีขึ้น ลดปัญหาทั้งด้านอารมณ์และพฤติกรรม เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล การกลั่นแกล้ง การใช้สารเสพติด พฤติกรรมก้าวร้าว เกเร

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะทั่วไป General skill building programmes

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะทั่วไปในโรงเรียนประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาตอนต้น เช่น โปรแกรม I Can Problem Solve (Shure, 1997; & Shure Spivack, 1988) สามารถเพิ่มความสามารถในการคิดแก้ไขปัญหาและลดการเก็บกดและหุนหันพลันแล่นได้ โปรแกรม Improving Social Awareness–Social Problem-Solving (ISA-SPS) ช่วยจัดการกับความเครียดในช่วงเปลี่ยนผ่านเข้าโรงเรียนมัธยมได้ดีขึ้น และส่งผลให้ปัญหาพฤติกรรมลดลงอย่างชัดเจนเมื่อติดตามหกปี (Bruene-Butler และคณะ, 1997) โปรแกรม Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของโปรแกรมที่ผ่านการทดลอง RCTs มาหลายครั้งและพบว่าความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการแก้ปัญหาดีขึ้น และปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมลดลง (Conduct Problems Prevention Research Group, 1999; Greenberg & Kusche, 1998) โปรแกรมเสริมสร้างทักษะในโรงเรียนที่ช่วยปรับในกลุ่มเด็กนักเรียนมัธยมต้นและมัธยมปลาย ถือว่าเป็นโปรแกรมที่ป้องกันทั้งความเจ็บป่วยทางจิตเวชและป้องกันการใช้อาหารเสริมไปด้วย โดยเฉพาะเมื่อการแก้ปัญหาเข้ามาสู่ประเด็นเหล่านี้

การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของโรงเรียน Changing the school ecology

มาตรการป้องกันด้วยสิ่งแวดล้อม (ecologically-focused preventive interventions) โดยใช้บริบทของบ้านหรือโรงเรียนของเด็ก เป็นวิธีการพัฒนาศักยภาพทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและป้องกันหรือลดผลลัพธ์ที่ไม่เหมาะสม รายงานฉบับเต็ม (Dimitrovich และคณะ, 2005) ได้แสดงตัวอย่างโปรแกรมที่ได้ผล เช่น การปรับโครงสร้างสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน (เช่น School Transitional Environment Project: Felner, และคณะ, 1993) การปรับบรรยากาศในชั้นเรียน (เช่น Good Behavior Game: Kellam และคณะ, 1994) หรือการปรับบรรยากาศของทั้งโรงเรียน (เช่น Norwegian Bullying Prevention Programme: Olweus, 1989) นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมที่ผ่านการวิจัยแบบ RCTs มาหลายครั้งทั้งในสหรัฐอเมริกาและเนเธอร์แลนด์ เช่น Good Behavior Game ซึ่งเป็นโปรแกรมป้องกันแบบทั่วไป ที่ส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมและให้ปฏิบัติตามกฎในชั้นเรียนผ่านการเสริมแรงทางบวก พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างชัดเจนได้นานถึงห้าปีหลังได้รับการกิจกรรมดังกล่าวในเด็กผู้ชายที่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลางถึงรุนแรง

โปรแกรมหลายองค์ประกอบ Multicomponent programmes

โปรแกรมป้องกันที่ทำแบบองค์รวมทั้งโรงเรียน ในหลายระดับชั้นเรียนพร้อมกัน เช่น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนร่วมไปกับการพัฒนาทักษะรายบุคคลของเด็กนักเรียนและผู้ปกครองที่เกี่ยวข้อง พบว่าเกิดประสิทธิผลมากกว่ามาตรการเดียวในระดับชั้นเรียนเดียว ตัวอย่างโปรแกรมหลายองค์ประกอบที่มีประสิทธิผล เช่น Linking the Interests of Family and Teacher (LIFT) ที่พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนลดลงโดยเฉพาะเด็กส่วนใหญ่ที่เสี่ยง (Reid และคณะ, 1999) และโปรแกรมหลายองค์ประกอบที่ทำต่อเนื่อง Seattle Development Project ทำให้เกิดความผูกพันกับโรงเรียนอย่างมาก สมรรถนะทางการเรียนจากการรายงานด้วยตัวเองดีขึ้น และพฤติกรรมไม่เหมาะสมในโรงเรียนน้อยลง (Hawkins, von Cleve & Catalano, 1991)

การรับมือกับครอบครัวแตกแยก Dealing with family disruption

วัยรุ่นที่พ่อแม่หย่าร้างกันพบมีปัญหาสูงขึ้น ทั้งตั้งครภภในวัยรุ่น แต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย ออกโรงเรียนกลางคัน พฤติกรรมเกเร ใช้สารเสพติด มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ความสามารถทางการเรียนและสังคมต่ำ และมีโอกาสสูงที่จะมีสัมพันธภาพกับคู่อริแบบไม่มีความสุข หย่าร้าง และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หากพ่อแม่เสียชีวิตพบอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าได้มากขึ้นจนถึงขั้นโรคซึมเศร้า มีปัญหาที่โรงเรียนและปัญหาพฤติกรรมมากกว่า และประสบความสำเร็จด้านการเรียนต่ำกว่า

มาตรการสำหรับเด็กที่พ่อแม่หย่าร้างมีใช้กันสองรูปแบบคือ โปรแกรมเด็ก (child-focused programmes) และโปรแกรมผู้ปกครอง (parent-focused programmes) (ดูใน Sandler, Ayers & Dawson-McClure, 2005) โปรแกรมโรงเรียนที่ได้ผลในเด็กกลุ่มนี้ (เช่น Children's Support Group, Children of Divorce Intervention Programme) โปรแกรมเหล่านี้จะสอนทักษะการจัดการกับความคิดและพฤติกรรม (เช่น การควบคุมความโกรธ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร) และส่งเสริมให้เด็กตระหนักและแสดงอารมณ์ของตัวเองได้ นอกจากนี้กิจกรรมกลุ่มยังเป็นการช่วยเหลือทางสังคม ลดการแยกตัวและการถูกตีตรา การศึกษาแบบควบคุมพบว่าเด็ก (อายุ 8-12 ปี) ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีอาการซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมน้อยลงเมื่อติดตามหนึ่งปี (Wolchik และคณะ, 1993; Wolchik และคณะ, 2000) ส่วนโปรแกรมผู้ปกครองจะเน้นที่ทักษะการเลี้ยงดูและการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งพบว่าได้ผลดีมากในการเพิ่มคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างแม่ลูกและสร้างวินัยได้ผลดี ลดปัญหา

พฤติกรรมและปัญหาด้านอารมณ์ในเด็ก ผลการศึกษาแบบสุ่มติดตามหกปีพบผลดีในระยะยาว ทั้งความผิดปกติทางจิตเวช น้อยลงอย่างชัดเจน โดยเป็นผลจากทั้งโปรแกรมกับเด็กและกับแม่ (Wolchik และคณะ, 2002) วัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีเพียงร้อยละ 11 ที่ได้รับวินิจฉัยด้วยโรคจิตเวชในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่พบสูงถึงร้อยละ 23.5 นอกจากนี้ในกลุ่มวัยรุ่นเหล่านี้ที่เริ่มมีปัญหาสุภาพจิตพบปัญหาพฤติกรรมน้อยกว่า

แม้ว่ามีมาตรการมากมายที่พัฒนาขึ้นมาสำหรับเด็กที่พ่อแม่เสียชีวิต แต่มีเพียงไม่กี่มาตรการที่ได้รับการทดสอบด้วยวิธีการวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมที่ดี (Sandler, Ayers & Dawson McClure, 2005) การใช้วิธีการกลุ่มที่มีการแยกกลุ่มเฉพาะเป็นกลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มพ่อแม่ที่ยังมีชีวิตอยู่โดยทำไปพร้อมๆ กันพบว่าได้ผลดี (Sandler และคณะ, 2003) กิจกรรมกลุ่มได้ผลด้วยการเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เด็กที่สูญเสียพ่อแม่มีสุขภาพจิตดีขึ้น รวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพ่อแม่ลูก การจัดการปัญหา สุขภาพจิตของผู้ดูแล การมีระเบียบวินัย และการแบ่งปันความรู้สึกซึ่งกันและกัน ทั้งโปรแกรมเด็กและโปรแกรมผู้ปกครองจะได้ผลที่ชัดเจนมากขึ้นในเด็กที่มีความเสี่ยงสูงหรือเด็กที่เริ่มมีอาการตั้งแต่อ่อนเข้าโปรแกรม

มาตรการในที่ทำงาน Intervening at the workplace

งานเป็นต้นเหตุของความเครียดที่ทำให้สุขภาพจิตไม่ดีอยู่สองเหตุผลหลัก ได้แก่ ความเครียดจากการทำงานและการว่างงาน ซึ่งความเครียดดังกล่าวเพิ่มการเกิดโรคซึมเศร้า วิตกกังวล ภาวะหมดไฟ (burn-out) ปัญหาการดื่มสุรา โรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ความเครียดจากการทำงาน Work stress

มาตรการเพื่อลดความเครียดจากการทำงานอาจทำโดยตรงด้วยการเพิ่มความสามารถของพนักงานในการจัดการปัญหา หรือลดความเครียดจากสภาพแวดล้อมการทำงาน มาตรการที่ปรับสภาพการทำงานมีสามวิธีการ ได้แก่ มาตรการปรับเนื้อหาและปรับทางเทคนิค (เช่น การเสริมสร้างงาน การปรับรูปแบบของการทำงาน อุปกรณ์สำนักงานให้สะดวก ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ลดเสียงในที่ทำงาน ลดภาระงาน เป็นต้น) มาตรการปรับบทบาทงานให้ชัดเจนและเสริมสัมพันธภาพทางสังคม (เช่น การสื่อสาร การแก้ปัญหาความขัดแย้ง) และมาตรการที่ปรับแก้ไขหลายจุดทั้งงานและพนักงาน แม้จะมีกฎหมายระดับชาติและนานาชาติเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของงานทั้งด้านจิตใจและสังคมโดยเน้นการประเมินความเสี่ยงและบริหารจัดการความเสี่ยง แต่โปรแกรมส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นลดการประเมินรับรู้ความเครียดและผลที่ตามมา มากกว่าที่จะลดหรือทำให้ต้นเหตุความเครียดหมดไป (ดูจาก Price & Kompier, 2005)

โปรแกรมจัดการกับความเครียด (stress management programme) พบว่ามีประสิทธิผลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ข้อมูลวิจัยพบว่ามาตรการปรับเนื้อหาและปรับทางเทคนิคจะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นได้มาก โปรแกรม Caregiver Support Programme เป็นตัวอย่างโปรแกรมที่ได้ผลในการเพิ่มความสามารถของทีมผู้ดูแลให้สามารถขับเคลื่อนพฤติกรรมช่วยเหลือกันของทีมและเทคนิคการแก้ไขปัญหา (คำอธิบายที่ 7) มีหลักฐานเพิ่มเติมมากมายที่สนับสนุนแนวคิดที่ว่ามาตรการปรับงานมีประโยชน์อย่างมากทั้งต่อพนักงานและบริษัท หากมาตรการนั้นมีทั้งการประเมินความเสี่ยงของงานและสภาพแวดล้อมของงานด้านสังคม และการให้ความรู้เพื่อจัดการกับความเครียดและการนำไปใช้อย่างระมัดระวัง

ข้อความที่ 7: โปรแกรมช่วยเหลือผู้ดูแล (Caregiver Support Programme): มาตรการจัดการความเครียดในที่ทำงานเพื่อให้พนักงานมีวิธีการในการจัดการกับปัญหา และเสริมสร้างสุขภาพจิต

Caregiver Support Programme ออกแบบมาเพื่อเสริมการช่วยเหลือทางสังคมและควมมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับงานสำหรับทีมผู้ดูแลด้านสุขภาพและสุขภาพจิต โปรแกรมประกอบด้วยกรอบ 6 ครั้งๆ ละ 4-5 ชั่วโมง โดยแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วยผู้จัดการจากหน่วยงาน 10 คน และผู้ดูแล 10 คน เนื้อหาแต่ละครั้งจะเน้นที่ (1) ความเข้าใจและสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายช่วยเหลือในองค์กรที่มีอยู่ (2) เพิ่มการมีส่วนร่วมของพนักงานในการตัดสินใจและใช้กระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (3) สอนให้ผู้จัดการจากหน่วยงานและผู้ดูแลสามารถสร้างและจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสอนที่หน่วยงานของตนเองได้ และ (4) เทคนิคที่จะทำให้ทักษะใหม่ๆ เหล่านี้คงอยู่ได้ในระยะยาว โปรแกรมนี้ใช้หลักการเรียนรู้ทางสังคมเพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่าสามารถทำได้สำเร็จและป้องกันไม่ให้พนักงานรู้สึกทำไม่ได้

โปรแกรมนี้ผ่านการประเมินด้วยการทดลองแบบสุ่มขนาดใหญ่ พบว่างานได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนมากขึ้น พนักงานรับรู้ความสามารถในการจัดการความขัดแย้งและงานที่มากเกินไปได้ดีขึ้น และสภาพบรรยากาศในที่ทำงานดีขึ้น โปรแกรมนี้ยังเสริมสุขภาพจิตและความพึงพอใจในงานของผู้ที่เข้าร่วมอบรมอย่างน้อย 5 ครั้งจาก 6 ครั้ง โปรแกรมนี้ยังส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของพนักงานที่มีความเสี่ยงสูงที่จะลาออกจากงาน (Heaney, Price & Rafferty, 1995a, 1995b)

ตกงานหรือว่างงาน

Job loss and unemployment

มาตรการป้องกันทั่วไปที่เป็นที่รู้จักกันดีเมื่อมีการตกงานหรือว่างงานคือการมีนโยบายทางกฎหมายของรัฐในการประกันการว่างงานและสวัสดิการช่วยเหลือ หรือนโยบายเกี่ยวกับความมั่นคงในการทำงาน ในแต่ละที่ทั่วโลกมีการใช้แตกต่างกันมาก นโยบายการจ้างงานต่างๆ มีไว้เพื่อลดความเสี่ยงการตกงานและว่างงาน ทั้งการร่วมจ้าง นโยบายความมั่นคงในการทำงาน การตัดลดค่าจ้างหรือลดชั่วโมงการทำงาน ไม่พบหลักฐานชัดเจนว่านโยบายดังกล่าวมีผลป้องกันสุขภาพจิตของพนักงานได้เพียงใด แม้ว่าจะเห็นได้ชัดว่าช่วยลดความเครียดจากการว่างงานได้

โปรแกรมมากมายได้พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลในการช่วยคนว่างงานให้ได้รับการจ้างงานใหม่ เช่น Job Club และโปรแกรม JOBS (ดูใน Price & Kompier, 2005) เป็นโปรแกรมที่ไม่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายต่ำด้วยการแนะนำทักษะในการหางานและเสริมสร้างแรงจูงใจ ทักษะในการจัดการเมื่อถูกปฏิเสธงาน และการช่วยเหลือทางสังคมด้วยคนช่วยหางาน โปรแกรม JOBS ผ่านการทดลองใช้และนำไปใช้ในการทดลองแบบสุ่มขนาดใหญ่ในสหรัฐอเมริกา (Caplan และคณะ, 1989; Price, van Ryn & Vinokur, 1992; Vinokur และคณะ, 2000) และประเทศฟินแลนด์แล้ว (Vuori และคณะ, 2002) พบว่าได้ผลดี ทำให้อัตราการจ้างงานใหม่สูงขึ้น งานที่ได้มีคุณภาพและค่าจ้างดี และเพิ่มความสามารถในการหางานด้วยตนเองได้ดีขึ้น ลดอาการซึมเศร้าและความเครียด โปรแกรม JOBS ได้มีการใช้อย่างได้ผลกระจายในประเทศจีนและไอร์แลนด์

การช่วยเหลือผู้ลี้ภัย Supporting refugees

หลักฐานสำคัญล่าสุดชี้ให้เห็นถึงผลเสียอย่างร้ายแรงจากบาดแผลทางจิตใจในสงครามต่อสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่ได้รับผลกระทบในหลายภูมิภาคของโลก (Musisi, Mollica & Weiss, 2005) ผลกระทบเหล่านี้อาจคงอยู่นานหลายชั่วอายุคนโดยเกิดผลเสียต่อการสาธารณสุขและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนที่ได้รับผลกระทบ ความทุกข์ทรมานและความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างมากพบในทั้งผู้ลี้ภัยที่หนีออกนอกประเทศ ชุมชนที่บอบช้ำอย่างหนักในประเทศหลังสงคราม เยื่อสงครามที่ถูกทำร้ายทางร่างกายหรือทางเพศและทหารผ่านศึก ปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTSD) โรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งมักสัมพันธ์กับโรคร่วม เช่น การใช้สารเสพติด บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความทรงจำการรับรู้ตัวเองเสียไป อาจมีการแสดงอาการโรคจิตและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังมีหลักฐานที่ยืนยันได้ว่ามีผลกระทบจากรุ่นสู่รุ่นของการบาดเจ็บทางใจอย่างรุนแรงนี้ สงครามมีผลกระทบอย่างมากต่อสังคมหลังสงครามและความสามารถของสังคมที่จะรับมือกับผลกระทบที่ตามมาทั้งทางสังคมสุขภาพและสุขภาพจิต สงครามทำลายโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพนำไปสู่การสูญเสียทุนทางสังคมและทำให้มีเด็กกำพร้ามากขึ้น ผลที่ตามมาจากสงครามนี้ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวชและทำให้ระบบการป้องกันสุขภาพของประเทศแย่ลง

วิธีการป้องกันที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุดคือการพยายามป้องกันสงครามและป้องกันพฤติกรรมและเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางใจ ผ่านความตั้งใจรักษาสันติภาพระหว่างประเทศ การเป็นปากเสียง และมุ่งมั่นในสิทธิมนุษยชน การป้องกันเพื่อลดการเกิดความผิดปกติทางจิตเวชภายหลังสังคมที่ขัดแย้งควรเน้นที่มาตรการระยะแรกตั้งแต่หลังเกิดเหตุการณ์ ป้องกันผลเสียที่ตามมาจากสงคราม (เช่น การเกิดโรคจิตเวช หรือปัญหาการฟื้นตัวของครอบครัว) สร้างบริการด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต และโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมของประเทศ การให้ความรู้สุขภาพจิต การฟื้นฟูสิทธิมนุษยชน และให้การช่วยเหลือทางอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจแก่ผู้ลี้ภัย (Musisi, Mollica & Weiss, 2005) นอกเหนือจากมาตรการเพื่อป้องกันโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTSD) แล้ว มีเพียงไม่กี่มาตรการที่ได้รับการประเมินผลลัพธ์อย่างจริงจัง การสนับสนุนจากหน่วยงานระหว่างประเทศจึงจำเป็นเพื่อนำกลยุทธ์การป้องกันระดับมหภาคมาใช้และพัฒนาข้อมูลที่แสดงถึงประสิทธิผลและความเป็นไปได้

สุขภาพจิตผู้สูงอายุ Ageing mentally healthy

มาตรการป้องกันแบบทั่วไป การป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ และการป้องกันแบบเจาะจงทำให้สุขภาพจิตผู้สูงอายุดีขึ้นได้จริง (Jané-Llopis และคณะ, 2005) การออกกำลังกายและเสริมการช่วยเหลือทางสังคมผ่านโปรแกรม Befriending เป็นตัวอย่างหนึ่งของมาตรการป้องกันแบบทั่วไป ส่วนมาตรการป้องกันแบบกลุ่มเสี่ยงเฉพาะและแบบเจาะจงในผู้สูงอายุที่ได้ผล เช่น วิธีการให้ความรู้ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและให้ความรู้ผู้ดูแล การประเมินคัดกรองตั้งแต่ระยะแรก มาตรการในสถานบริการปฐมภูมิ และโปรแกรมที่ใช้เทคนิคการทบทวนชีวิต นอกจากนี้การศึกษาล่าสุดนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างการป้องกันมะเร็งสมอง ความดันโลหิตสูง และระดับคอเลสเตอรอลสูง เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม

การออกกำลังกาย

Exercise interventions

การศึกษาภาคตัดขวางและการทดลองแบบควบคุมพบว่า การออกกำลังกาย เช่น การเดินแอโรบิกและไทเก๊กให้ประโยชน์ทั้งต่อร่างกายและจิตใจในประชากรผู้สูงอายุ (Li และคณะ, 2001) ประโยชน์ที่เกิดขึ้นคือ มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น สภาพอารมณ์ดีและอยู่เย็นเป็นสุข ลดความทุกข์ทางจิตใจและอาการซึมเศร้า ความดันโลหิตลดลง และการหกล้มลดลง ประเทศไต้หวันเป็นตัวอย่างหนึ่งที่วัฒนธรรมออกกำลังกายด้วยไทเก๊กปฏิบัติกันอย่างกว้างขวางในผู้สูงอายุ

การเสริมการช่วยเหลือทางสังคม

Enhancing social support

การศึกษาพบว่า การมีเพื่อนในผู้สูงอายุเป็นผลดีต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะในหญิงสูงอายุ โปรแกรม Befriending เป็นวิธีการที่ใช้อย่างกว้างขวางเพื่อเสริมการช่วยเหลือทางสังคมและลดความเหงาและซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จนถึงปัจจุบันมีการศึกษาผลลัพธ์แบบก่อนหลังเพียงการศึกษาเดียวที่ยืนยันว่าโปรแกรม Befriending ในหญิงสูงอายุสามารถลดความเหงาและเพิ่มการมีเพื่อนใหม่ได้อย่างชัดเจน (Stevens & van Tilburg, 2000) ข้อมูลยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

การคัดกรองและให้การดูแลตั้งแต่แรกในสถานบริการปฐมภูมิ

Early screening and intervention in primary care

มีหลักฐานบางส่วนที่แนะนำว่าการคัดกรองผู้สูงอายุตั้งแต่แรกและให้การดูแลรายกรณีจะเกิดประโยชน์มากและได้ผลที่คุ้มค่าประสิทธิผล รวมทั้งประโยชน์ด้านสุขภาพจิต ตัวอย่างเช่น โปรแกรมการดูแลรายกรณีตั้งแต่แรกในชุมชนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งรวมถึงการประเมินผู้สูงอายุที่บ้าน การเยี่ยมสม่ำเสมอ และจัดบริการทางสังคม (เช่น ทำความสะอาดบ้าน ดูแลสุขอนามัย ระบบเรียกดูแลฉุกเฉิน) ช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการจัดการตัวเองและความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น (Shapiro & Taylor, 2002) ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการนี้ในช่วงหนึ่งปีครึ่งของการศึกษาพบว่าลดการนอนโรงพยาบาลลง (ร้อยละ 2.5 และร้อยละ 16.9) และลดการเสียชีวิตลง (ร้อยละ 2.5 และร้อยละ 6.1) อย่างชัดเจน

การป้องกันภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

Depression and suicide prevention

แม้ว่าภาวะซึมเศร้าจะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ แต่ยังไม่พบการศึกษาแบบควบคุมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มนี้ มีบางหลักฐานที่พบว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมหญิงหม้ายช่วยเหลือกันเองมีสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้นและอาการซึมเศร่าลดลง มีหลักฐานเบื้องต้นที่แนะนำว่าการพูดคุยทบทวนชีวิตและการบำบัดแบบย้อนรำลึกอดีตที่ดี (reminiscence therapy) อาจช่วยลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยในบ้านพักคนชรา (เช่น Haight, Michel & Hendrix, 1998) มีข้อมูลบ่งชี้ว่าสายด่วนให้คำปรึกษาและบริการช่วยเหลือฉุกเฉินช่วยให้การฆ่าตัวตายลดลงได้ (De Leo, Dello Buono & Dwyer, 2002)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง

Chronic medical conditions

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอีกกลุ่มหนึ่งคือ คนที่ป่วยด้วยโรคทางกายหรือทุพพลภาพทางกายเรื้อรัง เช่น การได้ยินเสียงเคลื่อนไหวลำบาก ปวดข้อ หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยเฉพาะความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า มาตรการด้านนี้ที่ผ่านการประเมินประสิทธิผลมีเพียงไม่กี่ตัวอย่าง เทคนิคการให้ความรู้ผู้ป่วยที่สอนเกี่ยวกับพยากรณ์โรคและวิธีการรับมือกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง (เช่น อาการปวดเรื้อรัง) พบว่าได้ผลดีต่อจิตใจในระยะสั้น เช่น ลดอาการซึมเศร้าลง (Riemsma และคณะ, 2002) มีข้อมูลบ่งชี้ว่าการจัดอุปกรณ์ช่วยการได้ยินให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยินจะช่วยให้ความสามารถด้านสังคม อารมณ์ และความคิดอ่านดีขึ้นและลดอาการซึมเศร้าด้วย (Mulrow และคณะ, 1990)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและยากจน

Caregivers of chronically ill and indigent elderly

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและยากจนมีความเสี่ยงสูงที่จะมีความเครียดสูงและเกิดภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาแบบควบคุมขนาดใหญ่ถึงวิธีการให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-educational intervention) สำหรับครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุพบว่าช่วยให้ผู้ดูแลลดภาระลง ซึมเศร่าลดลง ความรู้สึกมีความสุขและความพึงพอใจของผู้ดูแลดีขึ้น (Sorensen, Pinquart & Duberstein, 2002) การให้สุขภาพจิตศึกษานั้นรวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย การบริการและแหล่งช่วยเหลือที่มีอยู่ และการอบรมเพื่อจัดการกับปัญหาเฉพาะโรคอย่างได้ผล โดยใช้วิธีการบรรยาย การประชุมกลุ่ม และสื่อเอกสาร

การป้องกันภาวะสมองเสื่อม

Prevention of dementia

การป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีหลายวิธีด้วยกัน ตัวอย่างเช่น ลดการเผชิญกับสารพิษต่อสมองในธรรมชาติ (เช่น อะลูมิเนียม) ลดความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงที่เริ่มมีอาการนำของสมองเสื่อม การให้ยาป้องกัน (เช่น กลุ่ม NSAIDS เอสโตรเจน แอนติออกซิแดนต์ หรือวิตามินอี เป็นต้น) และการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม (Jané-Llopis และคณะ, 2005) วิธีการเหล่านี้มีข้อมูลยืนยันว่าสามารถป้องกันได้แม้จะยังไม่สรุปชัดเจน ส่วนวิธีการที่มีข้อมูลยืนยันชัดเจนว่าสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดสมองเสื่อมได้มี 2 วิธี วิธีแรกคือ การป้องกันการบาดเจ็บของสมองตั้งแต่อายุยังน้อยด้วยการควบคุมความเร็วบนท้องถนน ใส่หมวกกันน็อก คาดเข็มขัดนิรภัย กฎหมายควบคุมการดื่มแล้วขับและกฎหมายใบอนุญาตขับขี่ (Cooper, 2002) วิธีที่สองคือป้องกันโรคหลอดเลือดซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนของภาวะสมองเสื่อม การศึกษาแบบ double-blind ของยุโรปแนะนำว่าหากลดความดันโลหิตสูงลงด้วยการให้ยาลดความดันในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสามารถลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 50 (Forette และคณะ, 1998, 2002) และยังแนะนำว่าการลดระดับคอเลสเตอรอล เช่น การให้ยากกลุ่ม statin อาจช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

การป้องกันโรคจิตเวช

Preventing mental disorders

ในบทนี้จะกล่าวถึงความก้าวหน้าในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมาของการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความเสี่ยงของโรคจิตเวชที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และแสดงถึงนโยบายและโปรแกรมที่มีประสิทธิผลทั้งโปรแกรมป้องกันแบบทั่วไป (universal) โปรแกรมป้องกันเฉพาะกลุ่มเสี่ยง (selective) หรือโปรแกรมป้องกันแบบเจาะจง (indicated) สำหรับความผิดปกติพฤติกรรมเกรเรหรือ conduct disorders (Eddy, 2005) โรคซึมเศร้า (Jané-Llopis, Muñoz & Patel, 2005) โรควิตกกังวล (Hosman, Dadds & Raphael, 2005) โรคความผิดปกติพฤติกรรมกรกิน หรือ eating disorders (Hosman, 2005) ความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด (Anderson, Biglan & Holder, 2005) โรคจิต (Killackey และคณะ, 2005) และภาวะฆ่าตัวตาย (Hosman, Wasserman & Bertelotte, 2005)

ความผิดปกติพฤติกรรมเกรเร ความก้าวร้าว และความรุนแรง Conduct disorders, aggression and violence

ความผิดปกติพฤติกรรมเกรเรในวัยรุ่นมีความชุกประมาณการอยู่ในช่วงร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 10 พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง และมักพบร่วมกับปัญหาอื่น ๆ ได้หลากหลาย เช่น สอบตกหรือเรียนไม่ดี มีปัญหาสัมพันธภาพกับครูหรือปัญหาการทำงานในวัยผู้ใหญ่ ปัญหาการใช้หรือติดสารเสพติด โรควิตกกังวลและซึมเศร้า โดยค่าใช้จ่ายทางสังคมและเศรษฐกิจจากความผิดปกติพฤติกรรมเกรเรและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนั้นสูงมาก จากค่าใช้จ่ายทั้งการรักษา กระบวนการยุติธรรมและอาญา บริการสังคม การศึกษา และมูลค่าทางอารมณ์และเศรษฐกิจจากเหยื่อผู้ได้รับผลกระทบและครอบครัว นักเศรษฐศาสตร์ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียเฉลี่ยต่อเด็กหนึ่งคนที่ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติพฤติกรรมเกรเรว่ามีมูลค่าถึง 25,806 เหรียญสหรัฐต่อปี

ปัจจัยเสี่ยงที่พบได้แก่ การสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม พ่อแม่ที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมและใช้สารเสพติด การล่วงละเมิดหรือทารุณกรรมเด็ก ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและเกรเรตั้งแต่เด็ก การใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุน้อย สัมพันธภาพกับเพื่อนแบบไม่ดี ไม่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน และอาศัยในถิ่นที่ยากจน ไม่สงบและมีอาชญากรรมบ่อย

มาตรการป้องกันที่ได้ผลมากที่สุดคือ ลดปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมก้าวร้าวและเกรเร โดยเน้นการเสริมความสามารถทางสังคมและพฤติกรรมทางสังคมของเด็ก พ่อแม่ เพื่อน และครู มาตรการเหล่านี้แทรกเข้าไปกับปัญหาพฤติกรรมเกรเร โดยเน้นปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างเด็ก ผู้ดูแล และเพื่อน มาตรการนี้พยายามสร้างการพัฒนาพฤติกรรมรูปแบบใหม่โดยใช้ข้อค้นพบจากงานวิจัยใหม่ๆ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

มาตรการป้องกันแบบทั่วไป Universal interventions

มาตรการทั่วไปที่พบว่าได้ผลดีกับปัญหาพฤติกรรมเกราะ ได้แก่ มาตรการในโรงเรียน ที่มีทั้งการจัดการในชั้นเรียน การเสริมสร้างทักษะทางสังคมของเด็ก และวิธีการหลายรูปแบบที่ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม ข้อคิดเห็นที่ 8 ได้เสนอบางตัวอย่างของโปรแกรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว

โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมในชั้นเรียน (classroom behaviour management programmes) นั้น ช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่เป็นไปตามความต้องการของสังคมในชั้นเรียนผ่านการสนับสนุนให้กระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่สนับสนุนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โปรแกรมที่มีประสิทธิผลพบว่าทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมเกราะน้อยลง (เช่น ลดพฤติกรรมก่อกวน ลดพฤติกรรมก้าวร้าว) และความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มนักเรียน และระหว่างนักเรียนกับครูดีขึ้น

โปรแกรมเสริมทักษะทางสังคมของเด็ก (child social skills programmes) ให้เด็กมีทักษะการคิดอ่านเพื่อช่วยให้สามารถรับมือหรือจัดการกับสถานการณ์ทางสังคมที่เป็นปัญหาได้ดีขึ้น โดยมีการสอนทักษะเกี่ยวกับ การฟัง การเห็นอกเห็นใจ การแก้ปัญหาระหว่างบุคคล และการจัดการกับความขัดแย้งหรือความโกรธ สอดแทรกเข้าไปในเนื้อหาชั้นเรียน โปรแกรมนี้พบว่าส่งผลดีต่อการคิดแก้ปัญหาและลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงอย่างยาวนานอย่างน้อยหนึ่งปีหลังติดตาม ตัวเด็กเองและครูรายงานว่าปัญหาพฤติกรรมเกราะน้อยลง

มาตรการหลายรูปแบบ (multimodal interventions) มีแนวโน้มที่จะรวมทั้งมาตรการในโรงเรียนและมาตรการข้ามหลายหน่วยงาน เช่น รวมมาตรการเสริมทักษะทางสังคมของเด็กในโรงเรียนกับการอบรมพ่อแม่เรื่องการเลี้ยงดู มาตรการหลายรูปแบบทำในทั้งเด็กและผู้ปกครองไปพร้อมๆ กันด้วยการให้ทักษะที่จำเป็นเพื่อเสริมพัฒนาการพฤติกรรมทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ มาตรการเหล่านี้พบว่าทำให้อัตราการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในสนามเด็กเล่นลดลง และลดพฤติกรรมเกราะอื่นๆ เช่น กลั่นแกล้ง ขโมย ทำลายของสาธารณะ รายงานพฤติกรรมเกราะ และการถูกจับกุมครั้งแรกลดลง

ข้อความที่ 8: ตัวอย่างโปรแกรมที่ลดปัญหาพฤติกรรมเกราะและพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์

	วิธีการ	ตัวอย่างมาตรการที่มีประสิทธิผล
การป้องกันแบบทั่วไป Universal prevention	การจัดการพฤติกรรม Behaviour management	<i>Good Behaviour Game (GBG)</i> (Kellam และคณะ, 1994)
	มาตรการเสริมทักษะทางสังคมของเด็ก Child social skills interventions	<i>I Can Problem Solve</i> (Shure, 1997; Shure & Spivack, 1988) <i>Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)</i> (Greenberg และคณะ, 1995)
	โปรแกรมหลายรูปแบบในโรงเรียน Multimodal school programmes	<i>Bullying Prevention Programme</i> (Olweus, 1989) <i>Child Development Project (CDP)</i> (Battistich และคณะ, 1996) <i>Seattle Social Development Project (SDP)</i> (Hawkins, von Cleve & Catalano, 1991; Hawkins และคณะ, 1999) <i>Linking the Interests of Families and Teachers Programme (LIFT)</i> (Reid และคณะ, 1999)

ข้อความที่ 8: ตัวอย่างโปรแกรมที่ลดปัญหาพฤติกรรมเกรและพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)

	วิธีการ	ตัวอย่างมาตรการที่มีประสิทธิผล
การป้องกัน กลุ่มเสี่ยงเฉพาะ Selective prevention	โปรแกรมก่อนคลอด/ โปรแกรมเด็กเล็ก Prenatal/early childhood programmes	<i>Nurse Family Partnership</i> (Olds และคณะ, 1998; Olds, 1997) <i>Incredible Years Programme</i> (Webster-Stratton, 1990; Webster-Stratton & Reid, 2003)
	โปรแกรมในโรงเรียน หรือในชุมชน School or community based programmes	<i>Adolescent Transitions Programme</i> (Dishion & Andrews, 1995)
การป้องกัน แบบเจาะจง Indicated prevention	โปรแกรมหลายรูปแบบ สำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยง School multimodal programmes for children at risk	<i>First Step</i> (Walker และคณะ, 1998) <i>Montreal Prevention Project</i> (Tremblay และคณะ, 1995) <i>Fast Track</i> (Conduct Problems Prevention Research Group, 2002)

มาตรการป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ Selective interventions

มาตรการป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะสำหรับแต่ละบริบทที่แตกต่างกันพบว่ามีประสิทธิผลในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเกรและ/หรือโปรแกรมก่อนคลอดและ/หรือโปรแกรมเด็กเล็ก โปรแกรมในโรงเรียน โปรแกรมในชุมชน เป็นต้น โปรแกรมก่อนคลอดและ/หรือโปรแกรมเด็กเล็กช่วยเสริมทักษะพ่อแม่ในการเลี้ยงดู ช่วยเหลือและสอนพฤติกรรมทางสังคมของเด็กและ/หรือพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็ก (Olds, และคณะ, 1997) โปรแกรมนี้พบว่าช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติพฤติกรรมเกร เช่น การสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ และการล่วงละเมิดหรือทอดทิ้งเด็ก และลดปัญหาพฤติกรรมเกรในวัยรุ่น รวมถึงลดความรุนแรงและลดการถูกตำรวจจับกุม ส่วนโปรแกรมในโรงเรียนหรือโปรแกรมในชุมชนสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงเฉพาะนี้มุ่งที่ทักษะการแก้ไขปัญหาและทักษะทางสังคมของเด็ก และ/หรือทักษะการจัดการของพ่อแม่ ได้ผลดีทำให้สัมพันธภาพไม่ตึงเครียดระหว่างพ่อแม่กับเด็กลดลง และผลการประเมินพฤติกรรมเกรที่โรงเรียนโดยครูลดลง

มาตรการป้องกันแบบเจาะจง Indicated interventions

มาตรการแบบเจาะจงเพื่อป้องกันความผิดปกติพฤติกรรมเกร จะเน้นในเด็กที่ครูและ/หรือผู้ปกครองบอกว่าเด็กมีปัญหาพฤติกรรมเกรชัดเจน โปรแกรมนี้พบว่าช่วยลดปัญหาพฤติกรรมเกรตลอดหลายปีการศึกษาของโรงเรียนซึ่งได้จากรายงานของครูและรายงานจากเด็กเอง ตัวอย่างโปรแกรมที่มีองค์ประกอบทั้งการป้องกันแบบทั่วไป การป้องกันเฉพาะกลุ่มเสี่ยง และการป้องกันแบบเจาะจง ได้แก่ *Fast Track* (Conduct Problems Prevention Research Group, 2002) ในโปรแกรมนี้เด็กจะถูกกระตุ้นตั้งแต่อายุ 6-7 ปี ในระหว่างปีการศึกษา เด็กจะได้เข้าร่วมหลากหลายโปรแกรม ทั้งการฝึกอบรมทักษะการแก้ไขปัญหาและทักษะทางสังคม (เช่น PATHS) กิจกรรมฝึกทักษะทางสังคมผ่านการเล่นกับเพื่อน และการสอนพิเศษเพิ่ม ผู้ปกครองเข้าร่วมกลุ่มฝึกอบรมทักษะพ่อแม่ และเด็กเข้าร่วมกิจกรรมฝึกทักษะการวางแผน นอกจากนี้ครอบครัวจะได้รับการเยี่ยมบ้านเป็นประจำและมีการช่วยเหลือจัดการรายกรณี ผลการทดลองแบบสุ่มหลังได้รับโปรแกรมสามปีแรกพบว่า เด็กที่เข้าร่วมโปรแกรม *Fast Track* มีปัญหาพฤติกรรมเกรในระดับต่ำลงจากรายงานของทั้งครูและผู้ปกครอง

โรคซึมเศร้าและอาการซึมเศร้า Depression and depressive symptomatology

โรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในโรคจิตเวชที่พบมากที่สุด มีประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคซึมเศร้ากว่า 340,000,000 คนทั่วโลก ในปี ค.ศ.2002 โรคซึมเศร้ามีสัดส่วนภาระโรคร้อยละ 4.5 ของ DALYs (WHO, 2004d) เป็นสาเหตุอันดับต้นของความทุพพลภาพในประเทศแถบยุโรป คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้าจะขึ้นมาเป็นสาเหตุอันดับสองของภาระโรคโดยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 5.7 ของ DALYs รองจากโรคหัวใจขาดเลือด นั้นหมายความว่าโรคซึมเศร้าโรคเดียวจะก่อให้เกิดความทุพพลภาพถึงหนึ่งในสามของความทุพพลภาพทั่วโลกที่เกิดจากความผิดปกติทางระบบประสาทและจิตเวช จึงกลายเป็นโรคจิตเวชสำคัญที่ควรได้รับการเฝ้าระวัง การเกิดหรือการกลับป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่หลากหลายที่มีผลในแต่ละช่วงอายุเริ่มต้นตั้งแต่วัยทารก ทั้งปัจจัยทางชีววิทยา จิตวิทยา ครอบครัวยุทธศาสตร์ และชุมชนที่กระจายอยู่ในประชากรทั่วไปและมีมากขึ้นในประชากรกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงเฉพาะต่อโรคซึมเศร้า (เช่น พ่อแม่เป็นโรคซึมเศร้า ความคิดที่มีแนวโน้มซึมเศร้า) หรือปัจจัยเสี่ยงทั่วไป (เช่น การเลี้ยงดูไม่เหมาะสม การละเมิดหรือทอดทิ้งเด็ก เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต การถูกกลั่นแกล้ง) หรือปัจจัยปกป้อง (เช่น ความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนรับมือได้ ความภาคภูมิใจในตัวเอง การมีศักยภาพในตัวเอง ความต้านทานต่อความเครียด ได้รับการช่วยเหลือทางสังคม) การป้องกันโรคซึมเศร้าในระดับชุมชนที่ได้ผลควรมีกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งมาตรการแบบทั่วไป มาตรการกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ และมาตรการแบบเจาะจง ผลการศึกษาแบบควบคุมพบว่าหลังได้รับโปรแกรมป้องกันทำให้อาการซึมเศร้าลดลงอย่างชัดเจน แต่ในขนาดที่น้อย เพียงร้อยละ 11 และมีความแตกต่างในขนาดผลลัพธ์ (effect size) ระหว่างแต่ละมาตรการสูง (Jané-Llopis และคณะ, 2003) มีการศึกษาจำนวนหนึ่งพบว่าช่วยลดการเกิดโรคซึมเศร้าได้ชัดเจน

มาตรการป้องกันแบบทั่วไป Universal interventions

การเสริมความเข้มแข็งของปัจจัยปกป้องในประชากรทั่วไปพบว่าช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ ตัวอย่างเช่น โปรแกรมในโรงเรียนที่เน้นการเสริมทักษะการคิดอ่าน การแก้ปัญหา และทักษะทางสังคมในเด็กและวัยรุ่น และโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โปรแกรมในโรงเรียนบางโปรแกรม (เช่น The Resourceful Adolescent Programme) พบว่าทำให้อาการซึมเศร้าระดับสูงลดลงมากกว่าร้อยละ 50 หลังได้รับโปรแกรมหนึ่งปี (Shochet และคณะ, 2001) การศึกษาผลลัพธ์แบบควบคุมของโปรแกรมทั่วไปที่ให้คำปรึกษาครอบครัวที่บ้านในประเทศฟินแลนด์พบปัญหาด้านอารมณ์ลดลงหลังผ่านไปนาน 10-15 ปี ในช่วงเป็นวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Aronen & Kurkela, 1996)

มาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์บางมาตรการพิสูจน์ว่ามีผลต่อปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเกิดโรคซึมเศร้า รวมถึงมาตรการป้องกันที่ได้ผลในการลดการละเมิดและทอดทิ้งเด็ก และการกลั่นแกล้ง

มาตรการป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ Selective interventions

โปรแกรมอบรมพ่อแม่สำหรับผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมเกราะ มีเป้าหมายเพื่อให้พ่อแม่มีความสุขทางสังคมและจิตใจมากขึ้น โดยการให้ความรู้และฝึกวิธีการเลี้ยงดูลูกเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กพบว่าลดอาการซึมเศร้าในพ่อแม่ได้กว่าร้อยละ 30 พร้อมๆ กับพฤติกรรมเด็กดีขึ้น แม้ผลที่ได้จะไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ มาตรการเฉพาะหลายมาตรการที่มุ่งการรับมือกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิต พบว่าช่วยลดอาการซึมเศร้ารุนแรงอย่างได้ผลและคงอยู่ได้ระยะยาว เช่น โปรแกรมสำหรับเด็กที่พ่อแม่

เสียชีวิตหรือหายาร้าง โปรแกรมสำหรับคนว่างงาน และโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ยิ่งไปกว่านั้นการป้องกันการส่งต่อโรคซึมเศร้าและปัญหาที่เกี่ยวข้องจากรุ่นสู่รุ่นด้วยมาตรการสำหรับเด็กทารก วัยรุ่น และครอบครัวในพ่อแม่ที่มีโรคซึมเศร้าเป็นมาตรการที่ได้ผลชัดเจนอันหนึ่ง

การให้การช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างพอเพียงในกลุ่มผู้ลี้ภัยและผู้ที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางจิตใจจากสงครามหรืออาศัยอยู่ในชุมชนหลังความแตกแยก พบว่าลดการเกิดโรคซึมเศร้าลงอย่างชัดเจน หากสามารถป้องกันความขัดแย้งหรือบาดแผลทางใจ และมีการเคารพสิทธิมนุษยชนยิ่งทำให้ลดการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น หลักการเดียวกันนี้สามารถใช้ได้กับประชากรทั่วไปด้วยมาตรการลดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและความยากจนที่นำไปใช้ให้ครอบคลุมทั่วประเทศและภูมิภาค แม้ในปัจจุบันจะยังไม่มีข้อมูลหลักฐานว่าวิธีการนี้จะเป็นโยบายชึ้ในการลดโรคซึมเศร้าได้ชัดเจน

มาตรการป้องกันแบบเจาะจง Indicated interventions

โปรแกรมสำหรับผู้มีอาการซึมเศร้ามากแต่ยังไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พบว่าช่วยลดอาการซึมเศร้าลงและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าได้ โปรแกรมดังกล่าวส่วนใหญ่ใช้กิจกรรมแบบกลุ่มเพื่อสอนบุคคลที่เสี่ยงนี้ให้เกิดความคิดเชิงบวก ปรับลดวิธีคิดเชิงลบ และเพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหา โปรแกรมนี้จัดให้กับเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการสุขภาพปฐมภูมิ วัยรุ่น หรือกลุ่มเฉพาะอื่นๆ ในกรณีของวัยรุ่นมีการศึกษาแบบสุ่มที่พบหลักฐานว่าในปีแรกหลังได้รับโปรแกรมสามารถลดการเกิดโรคซึมเศร้า ทั้งการเกิดใหม่และการกลับป่วยซ้ำลงร้อยละ 40-70 (Clarke และคณะ, 1995, 2001)

มีโครงการใหม่ที่อยู่ระหว่างการศึกษาคือความเป็นไปได้ที่จะเข้าถึงประชากรที่มีความเสี่ยงได้มากขึ้น โดยสื่อเรียนรู้ด้วยตัวเอง สื่อสาธารณะ และอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้บางการศึกษาได้แสดงให้เห็นประโยชน์ของการบำบัดด้วยการรับแสงเพิ่ม (light therapy) ว่าเป็นกลวิธีในการป้องกันโรคซึมเศร้าในช่วงฤดูหนาวสำหรับผู้มีอาการซึมเศร้าที่ยังไม่แสดงอาการชัดเจน (Avery และคณะ, 2001)

โรควิตกกังวลพบว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดโรคซึมเศร้าอยู่บ่อยครั้ง โปรแกรมป้องกันโรควิตกกังวลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง จึงเป็นกลวิธีทางอ้อมหนึ่งที่จะลดความเสี่ยงของโรคซึมเศร้า อย่างน้อยมีการศึกษาแบบควบคุมหนึ่งที่ยืนยันว่า โปรแกรมสำหรับโรควิตกกังวลในเด็กสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ชัดเจนในเด็กที่มีความวิตกกังวลระดับสูงมากก่อนจะเริ่มโปรแกรม (Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2001) กล้องความเห็นที่ 9 แสดงตัวอย่างของโปรแกรมแบบเจาะจงที่มีประสิทธิผลอื่นๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า

สรุป โปรแกรมป้องกันตลอดช่วงวัยจำนวนมากที่มีหลักฐานว่าลดระดับอาการซึมเศร้าลงได้ แต่มีการศึกษาจำนวนหนึ่งที่ได้รับการประเมินผลและพบว่าไม่มีประสิทธิผลในการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า ประเด็นการลดหรือป้องกันอาการซึมเศร้านั้นสำคัญ เพราะอาการซึมเศร้าในระดับสูงพบว่าเพิ่มความเสี่ยงของโรคซึมเศรารุนแรงได้ นอกจากนั้น อาการซึมเศร่ายังสัมพันธ์กับการลดความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการดูแลครอบครัว พลังในชีวิต ความรู้สึกเป็นสุข ความพึงพอใจในชีวิตทั่วไป และสุขภาพจิตที่ดี

กล่องที่ 9: การป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง

Coping with Stress Course (Clarke และคณะ, 2001)
เป้าหมายคือเด็กที่มีพ่อแม่ป่วยด้วยโรคจิตเวช ที่มีอาการ
ซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือว่าป่วย หรือเคยมีครั้งที่ป่วยด้วยโรค
ซึมเศร้ามาก่อน

ใช้วิธีการบำบัดแบบปรับความคิด (cognitive therapy)
ในรูปแบบกลุ่ม 15 ครั้ง เพื่อค้นหาและปรับรูปแบบ
ขบวนการคิดเชิงลบ และสร้างความคิดเชิงบวกและเป็น
จริงมากกว่ามาทดแทน

ผลการศึกษาแบบสุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์
โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 9.3) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม
(ร้อยละ 28.8) เมื่อติดตาม 14 เดือน

Coping with Stress Course (Clarke และคณะ, 1995)
เป้าหมายคือวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมที่มีอาการซึมเศร้า

ใช้วิธีการบำบัดแบบปรับความคิด (cognitive therapy)
ในรูปแบบกลุ่ม 15 ครั้ง เพื่อค้นหาและปรับรูปแบบ
ขบวนการคิดเชิงลบ และสร้างความคิดเชิงบวกและเป็น
จริงมากกว่ามาทดแทน

ผลการศึกษาแบบสุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์
โรคซึมเศร้าครั้งแรก (ร้อยละ 14.5) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม
(ร้อยละ 25.7) หลังติดตามหนึ่งปี

โรควิตกกังวล

Anxiety disorders

โรควิตกกังวลเป็นอีกหนึ่งโรคจิตเวชที่พบได้บ่อยที่สุดเหมือนโรคซึมเศร้า แม้จะพบได้มากน้อยแตกต่างกันตามวัฒนธรรม โรควิตกกังวลประกอบด้วยโรคต่างๆ ที่หลากหลาย แต่ที่มีการเน้นในการป้องกันได้แก่ โรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) โรคกลัวสังคม (social phobia) และ PTSD ค่าใช้จ่ายจากโรควิตกกังวลในสหรัฐอเมริกาของปี ค.ศ.1990 คิดประมาณการเป็นเงินถึง 64 พันล้านเหรียญสหรัฐ (มูลค่าดอลลาร์ของปี ค.ศ.1998) โรควิตกกังวลส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นครั้งแรก ในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น ซึ่งทำให้กลุ่มอายุนี้เป็นเป้าหมายสำคัญในการป้องกันตั้งแต่เริ่มต้น โรควิตกกังวลถือเป็นพยาธิสภาพทางจิตใจที่พบบ่อยที่สุดในเด็กมีอัตราความชุกในหนึ่งปี ร้อยละ 5.7-17.7 (ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 10) (Costello & Angold, 1995) มีหลักฐานที่แสดงว่าเด็กจำนวนมากที่ยังคงมีโรควิตกกังวลอยู่แม้เติบโตเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ (Majcher & Pollack, 1996)

ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็กที่มีพ่อแม่วิตกกังวล; เด็กที่เป็นเหยื่อทารุณกรรม ได้รับอุบัติเหตุ ความรุนแรง เผชิญสงคราม ภัยพิบัติ หรือได้รับบาดเจ็บทางใจอื่นๆ; ผู้ลี้ภัย; และบุคลากร/เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับหรือเยียวยารักษาเหยื่อที่ได้รับผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องทั้งทั่วไปและเฉพาะโรควิตกกังวลได้แก่ เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ กระบวนการเรียนรู้ในวัยเด็ก (เช่น การเห็นตัวอย่างและการควบคุมมากเกินไปจากพ่อแม่ที่วิตกกังวลมาก) ความรู้สึกควบคุมตัวเองไม่ได้ และขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพตัวเอง การจัดการแก้ไขปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมต่ำ การเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิตจะทำให้สมองไวมากขึ้นที่จะเสี่ยงต่อความผิดปกติทางอารมณ์และวิตกกังวลเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่โดยมีการปรับเปลี่ยนระบบประสาทที่ตอบสนองต่อความเครียดที่คงอยู่ตลอดชีวิต

วิธีการป้องกันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มีหลากหลายตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย กลุ่มโรควิตกกังวล ประเภทของ ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยปกป้อง ช่วงเวลา (เช่น ก่อนเกิด หรือหลังเกิดเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ) และวิธีการของแต่ละมาตรการ

การลดเหตุการณ์หรือลดการเผชิญเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ Reducing traumatising events or exposure

ผู้คนนับล้านทั่วโลกเผชิญกับเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจที่สามารถป้องกันได้ เช่น การทารุณกรรมเด็ก ความรุนแรง การคุกคามทางเพศ สงคราม และการทรมาณ การลดเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจสามารถทำได้ด้วยวิธีการสร้างความปลอดภัยทั้งบนท้องถนน สถานที่ทำงาน และในชุมชนหมู่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ กฎหมายความปลอดภัย และการควบคุมอาวุธปืน โปรแกรมในโรงเรียนที่ได้ผลในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวและเกรและการเล่นแก๊สอาจนำไปสู่การลดเหตุการณ์ดังกล่าวลงได้ ซึ่งโปรแกรมลดการทารุณกรรมในเด็กที่ได้ผลก็เช่นกัน กิจกรรมป้องกันทั้งระดับชาติและนานาชาติเพื่อป้องกันสงคราม การกระทบกระเทือนจิตใจจากสงคราม และการละเมิดสิทธิมนุษยชนหากทำได้สำเร็จคาดว่าจะมีส่วนสำคัญต่อการลดความวิตกกังวลที่เกิดจากเหตุการณ์สะเทือนใจดังกล่าวได้ ระยะเวลาในการเผชิญเหตุการณ์ มีหลักฐานว่าเป็นตัวกำหนดปัจจัยเสี่ยงของปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นการป้องกันการเผชิญและลดระยะเวลาการเผชิญจึงควรจัดเป็นมาตรการสาธารณะ เช่น การป้องกันการเผชิญต่อสถานที่ที่กระทบกระเทือนจิตใจในช่วงภัยพิบัติ และเสริมการค้นหาและจัดการหากมีการใช้ความรุนแรงหรือการทารุณกรรมตั้งแต่แรก อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลถึงผลโดยตรงจากการป้องกันด้วยมาตรการดังกล่าว

การเสริมความเข้มแข็งทางใจและการเรียนรู้ล่วงหน้า Enhancing emotional resilience and anticipatory education

การเสริมความเข้มแข็งทางใจและทักษะด้านการคิดอ่านที่จำเป็น เป็นวิธีการสำคัญหนึ่งที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผลในการป้องกันการพัฒนาโรควิตกกังวล โปรแกรมป้องกันความวิตกกังวลที่น่าจะได้ผลดีสำหรับเด็กอายุ 7-16 ขวบของออสเตรเลียมีชื่อว่า โปรแกรม FRIENDS ใช้แพร่หลายในโรงเรียน ศูนย์สุขภาพ และโรงพยาบาล โดยอิงพื้นฐานของโปรแกรมรักษาโรควิตกกังวล แต่แปลงเป็นรูปแบบป้องกัน ทั้งการป้องกันแบบทั่วไป การป้องกันแบบเฉพาะกลุ่มเสี่ยง หรือการป้องกันแบบเจาะจง โปรแกรม FRIENDS เป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม (cognitive-behavioural programme) จำนวน 10 ครั้ง สอนทักษะให้เด็กสามารถรับมือกับความวิตกกังวลได้ดีขึ้น และสร้างความเข้มแข็งทางใจ ความสามารถในการแก้ปัญหา และความมั่นใจในตนเอง จากการทดลองแบบควบคุมพบว่าเด็กที่มีอาการวิตกกังวลระดับสูงมาก่อนได้รับโปรแกรมจะลดการวินิจฉัยโรควิตกกังวลครั้งแรกลง จากร้อยละ 54 ในกลุ่มควบคุมเป็นร้อยละ 16 ในกลุ่มทดลองเมื่อติดตามหกเดือนหลังได้รับโปรแกรมป้องกัน (Dadds และคณะ, 1997) จากการศึกษาแบบควบคุมก็พบเช่นกันว่าเมื่อจัดโปรแกรมในเด็กนักเรียนทั่วไปและเด็กหรือวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง พบอาการวิตกกังวลลดลงอย่างชัดเจน (Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2001) โปรแกรม FRIENDS ใช้ในประเทศสวีเดน เนเธอร์แลนด์ และสหรัฐอเมริกาด้วย

แต่ยังไม่พบหลักฐานข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลของการเรียนรู้ล่วงหน้า (anticipatory education) เพื่อป้องกันโรควิตกกังวลในคนที่อาจจะเผชิญกับเหตุการณ์กระทบกระเทือนใจ เช่น นักดับเพลิง หน่วยกู้ภัย เจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือเจ้าหน้าที่ธนาคาร

มาตรการหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจ Post-trauma interventions

การสนทนาซักถามถึงเหตุการณ์สำคัญที่กระทบกระเทือนจิตใจ (critical incident stress debriefing; CISD) กลายเป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายหลังจากเหตุการณ์รุนแรง เช่น เหตุการณ์ยิงกัน หรือภัยพิบัติ โดยทั่วไปแล้วการสนทนาซักถามจะทำให้เกิดการทบทวนและระบายอารมณ์ความรู้สึกด้วยการสนับสนุนให้ระลึกถึงและจัดการความรู้สึกต่อเหตุการณ์อีกครั้งภายใน 24 ถึง 72 ชั่วโมงหลังจากเหตุการณ์ จากการศึกษาแบบควบคุมหลายการศึกษาสรุปรวมได้ว่า CISD ไม่ได้ช่วยป้องกันการเกิด PTSD หรือโรคจิตเวชอื่นๆ แม้ว่าผู้ได้รับมักจะคิดว่าเป็นวิธีการที่ช่วยให้ดีขึ้นได้ (Litz และคณะ, 2002; Arendt

& Elklit, 2001) แท้จริงแล้วการสนทนาซักถามประเด็นทางจิตใจกลับเป็นการทำให้ได้รับการกระทบกระเทือนใจซ้ำและเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด PTSD วิธีการที่พบว่าได้ผลในการป้องกันการเกิด PTSD ได้ตั้งแต่แรกคือ การใช้การบำบัดแบบปรับความคิดพฤติกรรม (cognitive-behavioural therapy) ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของเรา หลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง การฝึกผ่อนคลาย การย้อนนึกถึงการเผชิญเหตุการณ์รุนแรง การจัดการปรับเปลี่ยนความคิดที่ทำให้กลัวใหม่ และการทดลองเผชิญสถานการณ์ที่ไม่อยากเจอ จากการศึกษาแบบควบคุมหลายการศึกษาพบว่า การบำบัดสัปดาห์ละครั้งจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละหนึ่งชั่วโมงครึ่งสามารถลดอุบัติการณ์การเกิด PTSD ในหกเดือนลงได้จากร้อยละ 67 เหลือร้อยละ 15 (Bryant และคณะ, 1998; Bryant และคณะ, 1999)

มาตรการป้องกันแบบเจาะจง

Indicated interventions

นอกจากโปรแกรม FRIENDS ที่ใช้ได้ผลดีในเด็กที่มีอาการวิตกกังวลสูงแล้ว มีข้อมูลเบื้องต้นจากการศึกษาแบบควบคุมที่พบว่า การฝึกอบรมปฏิบัติระยะสั้นเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด (short-term cognitive workshop) ในคนที่เคยมีอาการแพนิค (panic attack) ครั้งแรกจะช่วยลดการเริ่มเกิดโรคแพนิค (panic disorder) ได้ เมื่อติดตามหกเดือนพบว่ากลุ่มที่ผ่านการฝึกอบรมเกิดโรคแพนิคเพียงร้อยละ 2 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่พบถึงร้อยละ 14 (Gardenswartz และ Craske, 2001)

ความผิดปกติพฤติกรรมการกิน

Eating disorders

ผู้หญิงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นพบ anorexia nervosa ร้อยละ 0.5-1 และ bulimia nervosa ร้อยละ 0.9-4.1 และอีกร้อยละ 5-13 มีบางอาการของความผิดปกติพฤติกรรมการกิน (สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน, 2000; Kurth และคณะ, 1995; Shisslak, Crago และ Estes, 1995; Keel, Leon และ Fulkerson, 2001) ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมาความผิดปกติพฤติกรรมการกินเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (Lucas และคณะ, 1991) ตัวเลขเหล่านี้ส่วนใหญ่อ้างอิงจากการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว และอาจใช้กับประเทศที่มีรายได้ต่ำไม่ได้โดยเฉพาะในประเทศที่มีอาหารขาดแคลนหรืออดอยาก ในประเทศสหรัฐอเมริกา โรค anorexia nervosa ถือเป็นภาวะเรื้อรังที่พบบ่อยเป็นอันดับสามในเด็กวัยรุ่นหญิง รองจากโรคอ้วนและโรคหอบหืด เด็กสาววัยรุ่นร้อยละ 5-15 จะลดน้ำหนักแบบไม่ถูกวิธี เช่น ล้างคออาเจียน กินยาระบายหรือยาขับปัสสาวะ (Phelps และ Wilczenski, 1993) โรค anorexia nervosa มักจะเริ่มเมื่ออายุ 14-18 ปี ในขณะที่โรค bulimia จะเริ่มในช่วงเปลี่ยนจากวัยรุ่นเป็นผู้ใหญ่ตอนต้น แม้ว่าอุบัติการณ์และความชุกของความผิดปกติพฤติกรรมการกินจะต่ำแต่ผลที่ตามมาอันรุนแรง ผู้ป่วย anorexia หรือ bulimia ประมาณร้อยละ 25-33 จะกลายเป็นโรคเรื้อรัง ความผิดปกติพฤติกรรมการกินนี้พบโรคร่วมได้สูงทั้งความผิดปกติพฤติกรรมเสพสารเสพติด โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล

ความผิดปกติพฤติกรรมการกินส่วนใหญ่เกิดในผู้หญิงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเฉพาะนักศึกษา นักเรียนบัลเลต์ นางแบบ และเรียนทำอาหาร แม้ว่าจะมีรายงานวิจัยมากมายที่กล่าวถึงสาเหตุการเกิดความผิดปกติพฤติกรรมการกิน แต่การศึกษาก็ยังมีข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัยสำคัญ เช่น ขาดการออกแบบวิธีวิจัยหรือขาดกลุ่มควบคุม หากยอมรับข้อจำกัดเหล่านี้จะเห็นภาพปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการนำไปสู่ความผิดปกติพฤติกรรมการกิน ปัจจัยด้านทัศนคติและพฤติกรรมเฉพาะโรคที่สำคัญได้แก่ การลดน้ำหนักแบบไม่ถูกวิธี การกังวลเรื่องรูปร่างและน้ำหนักมากเกินไป และความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตน รวมไปถึงอิทธิพลจากครอบครัวและสังคม เช่น พฤติกรรมตัวอย่างจากเพื่อน และอิทธิพลของสังคมที่ชื่นชมความผอมผ่านสื่อต่างๆ และการขาดความรู้ความเข้าใจของสื่อ ปัจจัยเสี่ยงอื่นที่พบว่าเกี่ยวข้อง ได้แก่ การขาดความผูกพัน

ที่มั่นคง การถูกรังแกทางร่างกายหรือล่วงละเมิดทางเพศ การถูกกลั่นแกล้งล้อเลียน ขาดความภาคภูมิใจในตัวเอง หรือมีปัญหาในการรับมือกับความเครียด อารมณ์ หรือความขัดแย้ง เป็นต้น

มาตรการป้องกันทั่วไป มาตรการป้องกันเฉพาะกลุ่มเสี่ยง และมาตรการป้องกันแบบเจาะจง Universal, selective and indicated interventions

ดังนั้น เพื่อลดการรอดอาหารที่ไม่ถูกวิธีและลดความผิดปกติพฤติกรรมการกิน มาตรการป้องกันจึงมุ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น เด็กนักเรียนประถม มัธยมต้น และมัธยมปลาย (สำหรับการป้องกันแบบทั่วไป) กลุ่มเป้าหมายในโรงเรียนเฉพาะที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น นักเต้นบัลเลต์ นักกีฬา นางแบบ และเรียนทำอาหาร (สำหรับการป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ) หรือเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ตอนต้นหญิงที่มีเริ่มมีอาการที่แสดงพฤติกรรมการอดอาหารแบบไม่เหมาะสม (สำหรับมาตรการป้องกันแบบเจาะจง) (Pratt และ Woolfenden, 2003)

โปรแกรมให้ความรู้แบบดั้งเดิมมีครั้งแรกก่อนปี ค.ศ.1995 โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการกิน พฤติกรรม อดอาหาร และเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่เกี่ยวข้อง พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้มากขึ้น แต่ไม่สามารถเปลี่ยนทัศนคติและ พฤติกรรมในประชากรเด็กวัยรุ่นหญิงทั่วไปได้ จากการศึกษาแบบควบคุมหลายการศึกษาล่าสุด ได้ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม หลายมิติ (multidimensional programmes) แบบใหม่ที่บูรณาการวิธีการให้ความรู้สุขภาพแบบดั้งเดิมแต่เพิ่มวิธีการส่งเสริม สุขภาพจิต และพบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ในบางการศึกษาพบว่าได้ผลป้องกันในทัศนคติเกี่ยวกับการกิน การยอมรับหรือฝังใจ ในค่านิยมรูปร่างตามสังคม ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ความไม่พึงพอใจรูปร่างของตน และพฤติกรรมการอดอาหาร ตัวอย่าง เช่นการศึกษาของออสเตรเลียถึงโปรแกรมโต้ตอบ (interactive programme) ที่เน้นความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กวัยรุ่น เพิ่มเติมจากการปรับทัศนคติการกินและพฤติกรรมการกิน พบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 12 เดือน มีความพึงพอใจรูปร่าง ของตนมากขึ้น ความภาคภูมิใจในตนเองและได้รับการยอมรับจากสังคมดีขึ้น และอยากพอมน้มน้อยลง (O’Dea และ Abraham, 2000) วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูงที่ผ่านโปรแกรมมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่มีความเสี่ยงสูงยังคงมีน้ำหนักลดลง

จากรายงานเบื้องต้นของการศึกษาแบบ RCT สองการศึกษา เสนอว่าการใช้อินเทอร์เน็ตแบบโต้ตอบ (interactive internet-based intervention) เป็นวิธีหนึ่งที่ได้ผลในการเข้าถึงผู้หญิงวัยรุ่นตอนต้นที่มีความเสี่ยง และได้ผลในการเปลี่ยน ปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคลต่อความผิดปกติพฤติกรรมการกิน เช่น ความกังวลเรื่องรูปร่าง และการอดอาหาร ความอยากพอม และวิธีการรับประทานอาหารที่ผิดปกติ (Winzelberg และคณะ, 2000; Zabinski และคณะ, 2001)

รายงานทบทวน Cochrane ล่าสุดพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่ามาตรการที่เกี่ยวกับการเรียนรู้และสนับสนุน ผ่านสื่อส่งผลให้การยอมรับหรือฝังใจในค่านิยมด้านรูปร่างของผู้หญิงตามสังคมลดลง แต่มาตรการที่จัดการโดยตรงต่อทัศนคติ และพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติยังไม่พบประสิทธิผลชัดเจน (Pratt และ Woolfenden, 2003)

โดยรวมแล้ว จากการศึกษาเหล่านี้จะเห็นผลที่ยังไม่สามารถสรุปถึงประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันความผิดปกติ พฤติกรรมการกินได้ชัดเจน และยังไม่มีการศึกษาใดที่พบหลักฐานแสดงมาตรการที่สามารถลดการเกิดความผิดปกติพฤติกรรม การกินได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มที่ศึกษาด้านปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่สามารถบอกความแตกต่างระหว่างโปรแกรม ที่ได้ผลและไม่ได้ผล รวมถึงสามารถบอกได้ว่าใครจะได้ประโยชน์จากโปรแกรมแบบใด

ความผิดปกติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสพสารเสพติด Substance related disorders

การป้องกันความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตเวชเนื่องจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หมายรวมถึงการป้องกันภาวะเมาหรือเกิดพิษเฉียบพลัน (acute intoxication) การเสพแบบอันตราย (harmful use) หรือเสพแบบติด (dependence) “สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท” หมายถึง ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติดผิดกฎหมาย (เช่น กลุ่มโอปิออยด์ กัญชา โคเคน) รวมถึงยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามใบสั่งแพทย์และสารระเหย ข้อมูลทั่วโลกบ่งชี้ว่ายาสูบหรือบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของภาระโรคที่เกิดจากความทุพพลภาพ (burden of disability) ถึงร้อยละ 4.1 (WHO, 2002c) คาดการณ์ว่าในศตวรรษที่ 21 ยาสูบจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกถึงหนึ่งพันล้านคน โดยสามในสี่พบในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และประชากรทั่วโลกประมาณสองพันล้านคนบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกว่า 75 ล้านคนเข้าเกณฑ์วินิจฉัยความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา (WHO, 2004a) แอลกอฮอล์ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของภาระโรคที่เกิดจากความทุพพลภาพร้อยละ 4.0 (WHO, 2002c) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับต้นของภาระโรคในประเทศรายได้ต่ำที่มีอัตราการตายต่ำ (WHO, 2002c) ในประเทศที่มีรายได้สูงร้อยละ 10-30 ของการดื่มแต่ละครั้งจะดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 60 กรัม (หากดื่มมาตรฐาน) ซึ่งส่งผลถึงการดื่มจนเมา ในขณะที่ร้อยละ 25 ของผู้ชายและร้อยละ 10 ของผู้หญิงดื่มในระดับเสี่ยงหรือระดับเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ความชุกของการติดอยู่ในช่วงร้อยละ 3-5 นอกจากผลกระทบโดยตรงที่เกิดจากการเมาหรือการติดแล้ว แอลกอฮอล์ยังเป็นสาเหตุของโรคต่อไปถึงร้อยละ 20-30 ได้แก่ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ โรคตับแข็ง ฆาตกรรม โรคลมชัก และอุบัติเหตุจากยานพาหนะ ปลายทศวรรษที่ 1990 ประมาณการได้ว่าร้อยละ 4.2 ของประชากรโลกที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายและเป็นสาเหตุของภาระโรคที่เกิดจากความทุพพลภาพทั้งหมดร้อยละ 0.8 (WHO, 2002c)

การป้องกันแบบทั่วไป

Universal interventions

มาตรการควบคุมสารเสพติดที่ได้ผลสามารถใช้ในระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น ได้แก่ การจำกัดเก๊าะภาษี การจำกัดแหล่งจำหน่าย และการห้ามโฆษณาทุกรูปแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม มาตรการเชิงนโยบายเพื่อลดอันตรายจากสารเสพติดมีผลต่อการป้องกันความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดได้ ส่วนมาตรการป้องกันเชิงนโยบายอื่นๆ ที่มีประสิทธิผล เช่น มาตรการสื่อ มาตรการชุมชนแบบครอบคลุม หรือมาตรการในโรงเรียน เป็นต้น

มาตรการสื่อ

Media interventions

หลักฐานผลกระทบต่อสุขภาพจากยาสูบมีมากมายอย่างต่อเนื่อง แต่ขาดการตอบรับจากผู้บริโภคในข้อมูลเหล่านี้ มีการประมาณการว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรณรงค์ผ่านสื่อที่เพิ่มขึ้นทุกร้อยละ 10 จะลดยอดขายบุหรี่ยี่สิบร้อยละ 0.5 (Kenkel และ Chen, 2000) จึงจำเป็นต้องมีการเผยแพร่ข้อมูลทั้งในประเทศที่มีรายได้สูง กลาง หรือต่ำ

สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิธีการให้ความรู้หรือการชักชวนมักจะเน้นการดื่มน้อยลง ลดอันตรายจากการดื่มเมื่อขับชียานพาหนะ และในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้อง แม้จะเป็นความตั้งใจที่ดี แต่การสื่อสารสาธารณะนี้ถือว่าไม่ประสบความสำเร็จเมื่อเทียบกับข้อความส่งเสริมการดื่มที่น่าสนใจและออกสื่อบ่อยครั้งกว่าโดยบริษัทน้ำเมาที่จ่ายค่าโฆษณา มาตรการสื่อที่ใช้เพื่อการป้องกันแบบทั่วไปพบว่า มีผลน้อยมากต่อการดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้อง (Babor และคณะ, 2003)

มาตรการชุมชนแบบครอบคลุม Comprehensive community interventions

มาตรการชุมชนใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ แม้ว่าโปรแกรมชุมชนบางโปรแกรมพบว่าประสบความสำเร็จ แต่ผลส่วนใหญ่ยังถือว่าน้อยและไม่คุ้มกับความพยายามและค่าใช้จ่าย (Cumings, 2000) อย่างไรก็ตาม แม้มาตรการดังกล่าวจะส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ไม่มาก แต่หากมีการขยายผลทั่วประเทศก็เกิดผลกระทบต่อสุขภาพสาธารณะได้

การขับเคลื่อนชุมชน (community mobilization) นำมาใช้เพื่อสร้างความตระหนักของปัญหาการขายเครื่องดื่มในร้านที่ได้รับอนุญาต เพื่อหาแนวทางแก้ไขเฉพาะกับปัญหาและกดดันเจ้าของร้านให้มีความรับผิดชอบต่อชุมชนในการเปิดร้าน เช่น เสียงดัง หรือพฤติกรรมลูกค้า พบว่าการขับเคลื่อนชุมชนช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวและปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในร้านที่ได้รับอนุญาตดังกล่าวได้ ตัวอย่างของมาตรการชุมชนแบบครอบคลุมที่ออกแบบเฉพาะของตน เช่น Saving Lives Project ที่มีการณรงค์ผ่านสื่อ การให้ข้อมูลทางธุรกิจ จัดวันสร้างความตระหนักในการขับเร็วและการดื่มแล้วขับ สายด่วนแจ้งการจราจร การให้ความรู้เกี่ยวกับภัยผ่านเพื่อน โปรแกรมสำหรับมหาวิทยาลัย และกิจกรรมอื่นๆ ทำให้การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุยานพาหนะลดลงร้อยละ 25 การเสียชีวิตของผู้ขับขี่ยานพาหนะที่ดื่มแอลกอฮอล์ลดลงร้อยละ 47 การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเนื่องจากความประมาทลดลงร้อยละ 5 และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เกิดกับบุคคลอายุ 16-25 ปีลดลงร้อยละ 8 (Hingson และคณะ, 1996)

โปรแกรมป้องกันในโรงเรียน School-based prevention programmes

เป้าหมายของโปรแกรมในโรงเรียนส่วนใหญ่คือ เปลี่ยนความเชื่อทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุราและใช้ยาเสพติดของวัยรุ่น หรือปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆ เช่น ทักษะทางสังคม และความภาคภูมิใจในตนเองที่เชื่อว่าเป็นเหตุของการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้ยาเสพติด

โปรแกรมในโรงเรียนเน้นการให้ข้อมูล และสอนนักเรียนเกี่ยวกับผลกระทบหรืออันตรายจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งพบว่าทำให้มีความรู้และเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับสุรา บุหรี่ และยาเสพติดได้ แต่การใช้สารเสพติดจริงๆ ยังคงเหมือนเดิม (Kenkel และ Chen 2000; Babor และคณะ, 2003) มาตรการในโรงเรียนปัจจุบันเริ่มใช้การปรับค่านิยมใหม่และฝึกทักษะการปฏิเสธ ทำให้เกิดผลด้านการป้องกันได้ดีแต่ได้ผลเพียงช่วงสั้นๆ ยกเว้นมีการเสริมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

บางโปรแกรม เช่น Project Northland หรือ Midwestern Prevention Project มีการให้ความรู้ระดับบุคคล และมีมาตรการระดับครอบครัวหรือชุมชนทำให้สำเร็จมากขึ้น ตัวอย่างเช่น Midwestern Prevention Project ดำเนินการในโรงเรียนรัฐ 50 โรงเรียนใน 15 ชุมชนของรัฐแคนซัส ประเทศสหรัฐอเมริกา และทำซ้ำในรัฐอื่น 57 โรงเรียน 11 ชุมชน โปรแกรมประกอบด้วยห้าองค์ประกอบ ได้แก่ โปรแกรมในโรงเรียน 10 ถึง 13 ครั้งและมีการเสริมเพิ่มอีก 5 ครั้ง โปรแกรมผ่านสื่อ โปรแกรมอบรมผู้ปกครองและหน่วยงาน การอบรมผู้นำชุมชน และการปรับเปลี่ยนนโยบายท้องถิ่นที่ริเริ่มโดยองค์กรชุมชน ผลการรายงานด้วยตัวเองถึงความชุกการดื่มต่อเดือนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างชัดเจนหลังหนึ่งปี แม้ว่าจะไม่แตกต่างชัดเจนหลังติดตามสามปี รายงานการเมาสุราต่อเดือนลดลงอย่างชัดเจนจนถึงเรียนจบมัธยมปลาย (Johnson และคณะ, 1990)

แม้ว่ามาตรการในโรงเรียนพิสูจน์แล้วว่าได้ผลในการเพิ่มความรู้และเปลี่ยนทัศนคติต่อสารเสพติด แต่หลักฐานในการป้องกันความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดโดยตรงยังมีเพียงเล็กน้อย หลักฐานชี้แนะว่าผลจากมาตรการดังกล่าวจะดีขึ้นหากมีการใช้มาตรการป้องกันเชิงนโยบายอื่นร่วมด้วย ดังรายละเอียดในบทก่อนหน้า

มาตรการป้องกันเฉพาะกลุ่มเสี่ยง และมาตรการป้องกันแบบเจาะจง Selective and indicated interventions

การบำบัดแบบสั้น (brief interventions) มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าประสิทธิผลสูงในการเลิกสูบบุหรี่และลดการดื่มแบบเสี่ยงและแบบอันตราย การให้คำแนะนำแบบสั้น (brief advice) จากบุคลากรสุขภาพทั่วไปที่ให้บริการกับผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ในเวชปฏิบัติทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 40 พยายามจะหยุดสูบบุหรี่และร้อยละ 5 สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้นานอย่างน้อยหกเดือน (ซึ่งเป็นตัวทำนายที่มีน้ำหนักมากบ่งบอกถึงการหยุดสูบบุหรี่) (Lancaster และ Stead, 2004) การให้โคโคตินทดแทนเพิ่มอัตราความสำเร็จขึ้นอีกร้อยละ 10 (Silagy และคณะ, 2004) ในประเทศที่มีรายได้สูง ค่าใช้จ่ายในการป้องกันต่อ DALY โดยใช้การบำบัดแบบสั้นและการให้โคโคตินทดแทนอยู่ที่ประมาณ 2,200 ดอลลาร์นานาชาติ (WHO, 2004c) ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ค่าใช้จ่ายในการป้องกันต่อ DALY อยู่ที่ประมาณ 30 ถึง 700 ดอลลาร์นานาชาติ (Ranson และคณะ, 2000) จำนวนของผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาด้วยปัญหาการดื่มแบบเสี่ยงและแบบอันตรายเพื่อให้สามารถหยุดดื่มได้หนึ่งคนอยู่ที่ 8-10 (Moyer, และคณะ, 2002; Ballesteros และคณะ, 2004) ในประเทศที่มีรายได้สูงค่าใช้จ่ายในการป้องกันต่อ DALY โดยใช้คำแนะนำแบบสั้นในสถานพยาบาลปฐมภูมิอยู่ที่ประมาณ 2,300 ดอลลาร์นานาชาติ (WHO, 2004c) ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันการบริโภคสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทศึกษาได้จาก WHO, 2002b

โรคจิต

Psychotic disorders

การเริ่มต้นป่วยโรคจิตเป็นความโศกเศร้าอย่างรุนแรงในชีวิตของบุคคลนั้น นอกจากโรคจิตเภท (schizophrenia) และ Schizoaffective แล้ว ยังหมายรวมถึงโรคจิตที่จัดอยู่ในกลุ่ม affective psychosis และ atypical psychosis ด้วย ซึ่งมักจะทำให้คนที่ป่วยได้รับผลกระทบอย่างมากในชีวิตหลายๆ ด้าน โรคจิตพบเริ่มป่วยครั้งแรกมากที่สุดในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Kaplan, Sadock และ Grebb, 1994) โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบได้บ่อยที่สุด มีความชุกในชีวิตประมาณร้อยละ 1 และความชุกปัจจุบันประมาณร้อยละ 0.5 การศึกษาภาระโรค ค.ศ.2000 พบว่าโรคจิตเภทก่อให้เกิดการสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLD) ร้อยละ 2.8 และสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ร้อยละ 1.1 (Murray และคณะ, 2001) นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายทางเศรษฐศาสตร์สูงมากที่เกิดจากโรคจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจากมีความชุกสูงทั้งที่อุบัติการณ์เกิดต่ำจากรายงานสุขภาพโลก (World Health Report) ปี ค.ศ.2001 (WHO, 2001b) ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เกิดจากโรคจิตเภทในปี ค.ศ.1991 ของประเทศสหรัฐอเมริกาคิดเป็นเงิน 19 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี ค.ศ.2001 ประเทศออสเตรเลียประมาณค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เกิดจากโรคจิตเภทที่ถือว่าต่ำที่สุดของประเทศพัฒนาแล้ว คิดเป็นเงิน 661,000,000 ดอลลาร์ออสเตรเลีย (ร้อยละ 1.2 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศ) หรือคิดเป็น 18,000 ดอลลาร์ออสเตรเลียต่อผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย ในขณะที่มีต้นทุนทางอ้อมและค่าใช้จ่ายอื่นๆ เพิ่มขึ้นอีก 1.2 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย (SANE Australia, 2002)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะที่แสดงออกหลากหลายและมีสาเหตุการเกิดที่ซับซ้อนเข้าใจได้ยาก ทั้งปัจจัยหลักจากพันธุกรรมและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความไวทางพันธุกรรม (Jablensky และ Kalaydjieva, 2003; van Os และ McGuffin, 2003) ความเสี่ยงทางพันธุกรรมที่ซับซ้อนเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับยีนส์หลายตัวที่มีผลเล็กๆ น้อยๆ ร่วมกัน ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมก็มีความสำคัญและอาจเป็นต้นเหตุของพัฒนาการด้านระบบประสาทที่ไวต่อการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงอื่นที่มีผลได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด การบาดเจ็บในวัยเด็ก การย้ายถิ่นที่อยู่ คุณภาพของสภาพแวดล้อมที่เลี้ยงดู การเสียเปรียบทางเศรษฐกิจและสังคม หรือการเกิดในชุมชนเมือง (Jablensky และคณะ, 2000)

สาเหตุทางชีวภาพของปัจจัยเสี่ยงอธิบายจากสมมติฐานไวรัสที่เชื่อว่าได้รับเชื้อไวรัสในช่วงไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ส่งผลต่อพัฒนาการทางระบบประสาทที่นำไปสู่การเกิดโรคจิต (Frangou และ Murray, 2000) และมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดเป็นสาเหตุร่วมของโรคจิตเภท (Geddes และ Lawrie, 1995; McNeil, 1995; Warner, 2001) สาเหตุทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การศึกษาที่พบว่าคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคจิตมากกว่าคนที่อาศัยอยู่ในชนบท (Torrey, Bowler และ Clark, 1997; van Os และ McGuffin, 2003) การใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะกัญชาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุชัดเจนในการเกิดโรคจิต

แม้ว่าการป้องกันแบบทั่วไปจะยังเป็นไปไม่ได้ในการป้องกันโรคจิต อย่างไรก็ตาม ความเจ็บป่วยทางกายบางชนิดสามารถป้องกันได้ด้วยการให้ภูมิคุ้มกันหรือมุ่งเป้าที่ปัจจัยเสี่ยง จึงมีมาตรการเสริมหลายวิธีที่ใช้เพื่อสนับสนุนให้คนที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรก และพัฒนาแนวทางการค้นหาบุคคลที่มีความเสี่ยงและให้การช่วยเหลือด้วยนวัตกรรมใหม่ ตัวอย่างของวิธีการป้องกันระยะแรก 2 วิธี ดังต่อไปนี้

การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตและการเข้ารับบริการตั้งแต่เริ่มป่วย Mental health literacy and help-seeking at onset of disorder

เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความชุกสูงที่สุดในคนวัยหนุ่มสาว โดยช่วงอายุ 12-26 ปีเป็นช่วงอายุที่เริ่มต้นป่วยด้วยโรคจิตเวชได้มากที่สุดตลอดช่วงอายุขัย (Moon, Meyer และ Grau, 1999; Patton, 1996) และจากหลักฐานที่แสดงว่าการค้นหาและรักษาโรคซึมเศร้าและโรคจิตตั้งแต่ระยะแรกทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้น (Kupfer, Frank และ Perel, 1989; Loebel และคณะ, 1992) มาตรการป้องกันและการดูแลตั้งแต่ระยะแรกแบบเจาะจงในระดับประชากรจะมีโอกาสที่จะช่วยลดภาระโรคที่น่าเป็นห่วงนี้ได้

การรณรงค์ผ่านสื่อที่หลากหลายเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพจิตจัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งของโครงการ Scandinavian Early Treatment and Identification of Psychosis Study (TIPS) ซึ่งเป็นโครงการวิจัยที่ค้นหาการป่วยด้วยโรคจิตครั้งแรก (first-episode psychosis) (Johannessen และคณะ, 2001) โครงการ TIPS จะเปรียบเทียบหน่วยบริการตามการกระจายทางภูมิศาสตร์โดยจัดทีมค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกและให้การรณรงค์ข้อมูลทางสาธารณะไปพร้อมกัน เทียบกับสองหน่วยบริการที่มีระบบการค้นหาและส่งต่อผู้ป่วยแบบเดิมอยู่แล้ว (Larsen และคณะ, 2001) พบว่าในหน่วยที่จัดบริการค้นหาระยะแรกมีความล่าช้าในการรักษาลดลงถึงร้อยละ 90 และการรณรงค์ให้ความรู้ผ่านสื่อสาธารณะได้ผลในการเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและสนับสนุนการเข้ารับบริการตั้งแต่เริ่มป่วย ความล่าช้าในการรักษาตั้งแต่ครั้งแรกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทราบกันดีว่าทำให้เกิดการป่วยซ้ำในครั้งต่อๆ มาได้

โครงการในยุคถัดมา ได้แก่ Compass Strategy เป็นโครงการรณรงค์สร้างความตระหนักในชุมชน ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ สร้างมาจากโครงการ TIPS และการวิจัย Delay (ดู Killackey และคณะ, 2005) Compass Strategy เป็นการรณรงค์สร้างความตระหนักในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้คนวัยหนุ่มสาวเข้ารับการช่วยเหลือด้านปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่วัยหนุ่มสาว ครอบครัว และสมาชิกในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพิ่มอัตราการเข้ารับความช่วยเหลือ และลดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาของคนหนุ่มสาวอายุ 12-25 ปีที่เริ่มป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์หรือโรคจิตครั้งแรก วิธีการของโครงการใช้หลักการส่งเสริมสุขภาพแบบ Precede-Proceed Model (Green และ Kreuter, 1999) โดยมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ กลไกการให้คำปรึกษาชุมชน ชุมการรณรงค์ และกรอบการประเมินผลที่ครอบคลุม โดยการจัดการหลายระดับและมีโครงสร้างที่ปรึกษาจะทำให้มีทิศทางกลยุทธ์ที่เป็นไปตามกรอบการวางแผนแบบมีส่วนร่วม โครงการนี้ใช้ในประเทศออสเตรเลียตั้งแต่ปี ค.ศ.2001 และได้รับการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

มาตรการก่อนป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคที่เกี่ยวข้อง

Pre-psychotic intervention in schizophrenia and related disorders

วิธีการค้นหาบุคคลที่สงสัยว่าจะมีอาการนำ (prodrome) ของโรคจิตเป็นการศึกษาในบุคคลใหม่ที่ต่างไปจากการศึกษาดั้งเดิมที่เน้นค้นหาติดตามผู้ที่มีความเสี่ยง วิธีการแบบดั้งเดิมที่ติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงสูงจะมุ่งเน้นบุคคลที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคจิต (โดยเฉพาะโรคจิตเภท) ตั้งแต่วัยเด็กและติดตามต่อเนื่อง บางรายนานถึง 35 ปี วิธีการนี้มีจุดอ่อนมาก ทั้งความสามารถในการทำนายต่ำและมีโอกาสเกิดผลบวกลวง (false positive) ได้สูง

มาตรการสำหรับความเสี่ยงสูงมาก (ultra-high-risk; close-in) เพื่อการค้นหาประชากรที่มีอัตราจะเปลี่ยนเป็นโรคจิตได้สูงโดยมีผลบวกลวงต่ำและใช้การติดตามระยะสั้นกว่าวิธีการแบบดั้งเดิม เป็นการพัฒนามาตรการเพื่อป้องกันโรคจิตตั้งแต่จุดเริ่มต้น เบลล์ได้เสนอ “วิธีการคัดกรองหลายทาง (multiple-gate screening)” และ “การติดตามอย่างใกล้ชิด (close-in)” โดยเลือกเฉพาะความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปเป็นโรคจิตซึ่งจะช่วยลดผลบวกลวงได้ (Bell, 1992) แนวคิดนี้ได้แปลงมาสู่การปฏิบัติครั้งแรกที่เมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลียในปี ค.ศ.1994 ที่คลินิก PACE (Young และคณะ, 1995) และได้ขยายไปใช้โปรแกรมการวิจัยทางคลินิกอื่นๆ ทั่วโลก (Cornblatt, 2002; Miller และคณะ, 2002; Morrison และคณะ, 2002) คลินิก PACE ได้ทำการวิจัยแบบสุ่มควบคุม (RCT) พบหลักฐานชัดเจนว่าสามารถชะลอการเกิดโรคจิตครั้งแรกด้วยการให้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ในขนาดต่ำร่วมกับและการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive therapy) (McGorry และคณะ, 2002) การศึกษานี้อยู่ในขั้นตอนของการทดลองซ้ำและขยายผลทั้งในคลินิก PACE และคลินิกนานาชาติอื่นๆ

การฆ่าตัวตาย

Suicide

องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่า ในปี ค.ศ.2001 ประชากรทั่วโลกประมาณ 849,000 คนที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (WHO, 2002a) คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 จะมีจำนวนคนฆ่าตัวตายประมาณ 1.2 ล้านคน (Murray และ Lopez, 1996) และมีประชากรมากกว่านี้อีก 10-20 เท่าที่จะพยายามฆ่าตัวตาย ในประเทศยุโรปส่วนใหญ่จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายต่อปีมากกว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร และในปี ค.ศ.2001 จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกเริ่มสูงพอๆ กับจำนวนผู้เสียชีวิตจากความรุนแรง (500,000 คน) และจากสงคราม (230,000 คน) (WHO, 2002c) แนวโน้มและอัตราการฆ่าตัวตายจะแตกต่างกันไปมากในแต่ละประเทศ ยกตัวอย่างเช่น อัตราการฆ่าตัวตายต่อปีของกลุ่มประเทศยุโรปกลางและยุโรปตะวันออกพบ 48.0-79.3 ต่อแสนประชากรชาย ในขณะที่ประเทศที่นับถือศาสนาอิสลามและอีกหลายประเทศในละตินอเมริกัพบอัตราการฆ่าตัวตายต่อปีต่ำกว่า 4 ต่อแสนประชากรชาย (Bertolote, 2001) อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ แม้ในหลายการศึกษาเริ่มแสดงข้อมูลเตือนว่าอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นในคนวัยหนุ่มสาวอายุ 15-25 ปี (Apter, 2001)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช (ส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท) มีหรือเคยมีสิ่งกระตุ้นทางสังคม (เช่น ความลำบากในวัยเด็ก การถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือทำร้ายร่างกาย การว่างงาน แยกตัวเองไม่มีสังคม หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง) การฆ่าตัวตายในครอบครัวหรือในกลุ่มเพื่อน เข้าถึงบริการการช่วยเหลือทางจิตใจน้อย และมีการเข้าถึงวิธีการหรืออุปกรณ์เพื่อการฆ่าตัวตาย

แม้ว่าจะมีความพยายามในการวางแผนเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายในชุมชนมานานหลายสิบปี หลักฐานของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยังคงจำกัด การศึกษาหลายชิ้นเป็นเพียงการบรรยายลักษณะทั่วไป และโอกาสที่จะเห็นผลลัพธ์การศึกษาแบบควบคุมเป็นไปได้ยากเนื่องจากอุปสรรคที่ต่ำและอุปสรรคด้านจริยธรรมในการวิจัยด้วยวิธีสุ่มควบคุม (RCTs)

จนถึงปัจจุบันนี้ วิธีการที่มีประสิทธิผลที่สุดในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าด้วยยาต้านซึมเศร้า และลดการเข้าถึงวิธีการหรืออุปกรณ์เพื่อการฆ่าตัวตาย สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยหนุ่มสาวนั้นมีข้อเสนอแนะให้ใช้วิธีการป้องกันในโรงเรียนด้วยหลายกิจกรรมร่วมกัน

สายด่วนและศูนย์วิกฤติ

Hotlines and crisis centres

สายด่วนหรือศูนย์วิกฤติเป็นหนึ่งในวิธีการแบบเป็นระบบที่เก่าแก่ที่สุดในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่าสายด่วนหรือศูนย์วิกฤติจะมีผลต่ออัตราการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามผลจากบางการศึกษาให้การสนับสนุนวิธีการดังกล่าว ตัวอย่างเช่น ในเมืองเวเนโต ประเทศอิตาลี โทรศัพท์สายด่วนสำหรับผู้สูงอายุให้ร่วมกับบริการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาทั้งสองพบว่าเป็นช่วง 11 ปี การฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 71 ในผู้สูงอายุ 18,641 คนที่ใช้บริการเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มควบคุม (De Leo, Dello Buono และ Dwyer, 2002)

โปรแกรมในโรงเรียน

School-based programmes

การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในโรงเรียนไม่พบว่ามีผลต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และยังมีข้อสงสัยว่าการให้ความรู้ดังกล่าวอาจเพิ่มจำนวนนักเรียนที่คิดถึงการฆ่าตัวตายว่าเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ไขปัญหา อย่างไรก็ตามวิธีการคัดกรองโดยตรงอย่างเป็นระบบด้วยปัจจัยทำนายที่อิงตามหลักฐานวิชาการถือว่าเป็นกลยุทธ์ทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิผลสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โปรแกรม Suicide Prevention and School Crisis Management Programme ที่ดำเนินการในโรงเรียนรัฐประจำอำเภอในฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกา ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษามัธยมต้น และมัธยมปลายจำนวน 330,000 คน โดยโปรแกรมนี้ให้ไปพร้อมกับนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายของโรงเรียน การอบรมและให้คำปรึกษาครู การให้ความรู้ผู้ปกครอง การจัดหลักสูตรจัดการกับความเครียดและทักษะชีวิตสำหรับนักเรียน และการสร้างทีมวิกฤตสุขภาพจิตในแต่ละโรงเรียน ผลการศึกษาระยะยาวห้าปี พบว่าจำนวนเด็กที่ฆ่าตัวตายต่อปีลดลงร้อยละ 63 และการพยายามฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 64 (Zenere และ Lazarus, 1997)

มาตรการป้องกันระยะแรกในสถานพยาบาลปฐมภูมิและการจ่ายยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

Early intervention in primary care and prescription of psychoactive drugs

บางการศึกษาแนะนำว่าการฝึกอบรมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปให้สามารถวินิจฉัยและรักษาภาวะซึมเศร้าในสถานพยาบาลปฐมภูมิสามารถเพิ่มทั้งจำนวนและคุณภาพของการรักษาภาวะซึมเศร้าในระยะแรกได้ การศึกษาแบบไม่สุ่มควบคุมของสวีเดนพบว่า การอบรมแพทย์ฯ ดังกล่าวช่วยลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยซึมเศร้าและจำนวนการฆ่าตัวตายลง (Rutz, von Knorring และ Walinder, 1992) อย่างไรก็ตาม ผลเหล่านี้เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว จึงควรมีการอบรมเสริมเป็นครั้งๆ และมีการจัดอบรมซ้ำๆ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเกิดผลดีกับผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

จากผลการวิจัยสุ่มควบคุม (RCTs) ขนาดใหญ่พบหลักฐานว่าการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมากหลังจ่ายยาต้านซึมเศร้า เช่น paroxetine (ลดลงเฉลี่ยร้อยละ 82: Montgomery, และคณะ, 1995) และรักษาด้วย lithium (ลดลงร้อยละ 72: Tondo, Jamison & Baldessarini, 1997)

การควบคุมการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย

Reducing access to the means to commit suicide

วิธีการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ได้ผลชัดเจนและได้ผลมากที่สุดคือ วิธีที่เกี่ยวข้องกับการลดการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย (Leenars, 2001) ทั้งการลดพิษของก๊าซหุงต้มในครัวเรือนและไอเสียรถยนต์ มาตรการด้านความปลอดภัยในอาคารสูงและสะพาน การควบคุมการใช้ยาระงับประสาทและยาแก้ปวด และจำกัดการเข้าถึงสารกำจัดศัตรูพืช องค์การอนามัยโลก (1998b) ได้เสนอการลดลงของการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตายว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญของ “มนุษย์ในระบบนิเวศ (human-ecological model)” เพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ก้าวไปข้างหน้า

The way forward

ข้อมูลที่น่าสนใจในรายงานฉบับนี้แสดงให้เห็นว่าการป้องกันโรคจิตเวชและลดความเสี่ยงของความเจ็บป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา มีการพัฒนาโปรแกรมและนโยบายเชิงประจักษ์หลากหลายมากมายที่ได้ผลในการลดปัจจัยเสี่ยงและเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง ครอบคลุมกรอบแนวคิดการป้องกันแบบปฐมภูมิ (primary prevention) สำหรับประชากรทั่วไป (universal populations) ประชากรกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ (selective populations) และประชากรเจาะจงที่มีความเสี่ยง (indicated populations) โปรแกรมป้องกันแบบปฐมภูมิสามารถลดการเกิดของโรคจิตเวชบางโรคได้ ดังนั้นมาตรการป้องกันที่ได้ผลทั้งหลายจำเป็นต้องมีการดำเนินการต่อเนื่องในทศวรรษหน้า เพื่อให้ครอบคลุมเป้าหมายปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องกันของโรคจิตเวช และให้เกิดผลลัพธ์เชิงป้องกันต่อประชากรทั้งหมด

ผลสะท้อนจากหลักฐานและระบบของวิธีการป้องกันทั้งในอดีตและปัจจุบันทำให้เกิดความเข้าใจถึงขั้นตอนและเงื่อนไขจำเป็นในการพัฒนาการป้องกันโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่ได้ผลและสามารถใช้ได้ทั่วโลก สรุปแนวทางดังกล่าวไว้ด้านล่างนี้

การกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานตามขั้นตอนทั้งภายในและระหว่างประเทศอย่างได้ผล จำเป็นต้องมีการกำหนดเงื่อนไขที่จำเป็นทั้งระดับพื้นที่ ระดับประเทศ หรือระดับนานาชาติ ได้แก่ นโยบายระดับชาติ ความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาศักยภาพและการฝึกอบรมเพื่อสร้างความเชี่ยวชาญ การวิจัยเพื่อสนับสนุนการพัฒนา และการดำเนินงานตามโปรแกรมและนโยบายที่ได้ผล ทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาโปรแกรม การจัดบริการป้องกันและอื่นๆ เงื่อนไขดังกล่าวในหลายประเทศยังไม่ได้รับการพัฒนาหรือมีจำกัด

ขั้นตอนการดำเนินการ

Steps to be taken

การประเมินความต้องการและการพัฒนาโปรแกรม

Needs assessment and programme development

ความต้องการของชุมชน และปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้องที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์

Address community needs and evidence-based risk and protective factors

- นโยบายป้องกันต้องขึ้นอยู่กับความต้องการด้านสุขภาพจิตของประชาชนที่ผ่านการประเมินอย่างเป็นระบบ
- โปรแกรมที่ได้ผล จะต้องคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวตลอดช่วงอายุขัย
- การขยายผลมาตรการป้องกันด้านสุขภาพจิตสู่ประชากรทั้งหมด จะต้องมีการพัฒนามาตรการให้มีศักยภาพในการเข้าถึงประชากรกลุ่มใหญ่ได้

โปรแกรมป้องกันอิงตามหลักประสิทธิผล

Base prevention programmes on principles of effectiveness

แม้ว่าถึงปัจจุบันนี้ จะมีโปรแกรมป้องกันที่ได้ผลมากมาย แต่ยังคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงประสิทธิผลและความคุ้มค่า ประสิทธิภาพ ประวัติศาสตร์อันยาวนานของการวิจัยและการพัฒนาวิธีการป้องกันทำให้เกิดความเข้าใจถึงวิธีการและเงื่อนไขที่จำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมและนโยบายป้องกันที่ได้ผลและหลีกเลี่ยงความผิดพลาด ยกตัวอย่างโปรแกรมที่มีโอกาสได้ผลมากขึ้น ได้แก่ โปรแกรมที่ร่วมกันหรือประสานกันจากหลายมาตรการที่มีเป้าหมายเดียวกัน โปรแกรมที่ปรับตามความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะ โปรแกรมที่เจาะในช่วงพัฒนาการที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลง โปรแกรมที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และโปรแกรมที่เข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ได้ เป็นต้น

- ผู้พัฒนาโปรแกรมและผู้ให้บริการจะต้องได้รับการชี้แนะถึงข้อมูลรายละเอียดโปรแกรมและหลักการและเงื่อนไขที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ที่ทำให้เกิดประสิทธิผลหรือความคุ้มค่าประสิทธิผลมากขึ้น

ผลลัพธ์ที่หลากหลายทั้งด้านสุขภาพจิต ด้านสุขภาพกาย และด้านสังคม

Address multiple outcomes in mental and physical health and social domains

โปรแกรมป้องกันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในขณะนี้พบว่าทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น ทำให้สุขภาพกายดีขึ้น และเกิดประโยชน์ต่อสังคมและเศรษฐกิจ โดยมาตรการที่ได้ผลลัพธ์ที่หลากหลายเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า การป้องกันเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่าประสิทธิผล ปัญหาสำคัญของศาสตร์และนโยบายด้านการป้องกันคือ การแยกส่วนแก้ปัญหาจิตใจ สังคม การศึกษา พฤติกรรม และกฎหมาย ทั้งๆ ที่หลายๆ ปัญหาในปัจจุบันนี้เกี่ยวข้องกันหรือสัมพันธ์กัน สามารถแก้ไขไปพร้อมๆ กันได้ วิธีการที่ได้ผลลัพธ์เบื้องต้นที่หลากหลายในด้านต่างๆ ได้ผลดีกว่าการรวมผลลัพธ์ย่อยที่กระจัดกระจายจากแต่ละโปรแกรม ผลลัพธ์รวมที่มีทั้งด้านสุขภาพและสังคมจะน่าเชื่อถือมากที่สุดสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหลายในการยอมลงทุนเพื่อการป้องกันในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

- โปรแกรมควรได้หลายผลลัพธ์ นั่นคือสามารถลดความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชได้หลายโรค สามารถเสริมสร้างทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกายไปพร้อมกัน และสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ

การเผยแพร่และการนำไปปรับใช้

Dissemination and adoption

สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลทั่วโลก

Support global information exchange

การเผยแพร่และนำวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) หรือโปรแกรมและนโยบายต้นแบบไปใช้ในประเทศและชุมชนต่างๆ ขยายไปในวงกว้าง การแลกเปลี่ยนข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่จำกัดของแต่ละประเทศและชุมชนอย่างเหมาะสมในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน ประวัติศาสตร์ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนามาตรการป้องกันที่ได้ผลดีนั้นจะต้องลงทุนเป็นเวลานานทั้งการวิจัยปัจจัยเสี่ยง การพัฒนาโปรแกรม การวิจัยประเมินผล และการปรับปรุงโปรแกรม และยังคงศึกษาความเป็นไปได้ในโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการดำเนินงาน ดังนั้น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประเทศหรือชุมชนนี้จะทำให้งานด้านการป้องกันพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว โดยแต่ละประเทศหรือแต่ละชุมชนจะมีเครื่องมือป้องกันที่หลากหลายเพื่อจัดการกับการเกิดโรคจิตเวชและปัญหาที่เกี่ยวข้องนี้

- การทำให้โปรแกรมและนโยบายป้องกันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่นั้นส่งผลกระทบต่อได้มากขึ้น จะต้องสนับสนุนการเผยแพร่และการนำไปใช้ทั่วโลก เพื่อให้มีการดำเนินการได้ในขนาดใหญ่

การพัฒนาระบบการเผยแพร่ระดับประเทศและระดับโลก

Develop dissemination systems nationally and globally

การสนับสนุนให้โปรแกรมและนโยบายที่ได้ผลนี้มีการเผยแพร่และนำไปใช้ทั่วโลกนั้น จำเป็นที่จะต้องปรับปรุงวิธีการเข้าถึงข้อมูลมาตรการที่ได้ผลดังกล่าวทั้งในระดับชาติและนานาชาติ ในบางประเทศหรือบางภูมิภาคเริ่มพัฒนาระบบฐานข้อมูลในอินเทอร์เน็ตเพื่อให้สะดวกในการเข้าถึงโปรแกรมดังกล่าว ซึ่งส่วนใหญ่จะได้ประโยชน์มากหากระบบนั้นเป็นมาตรฐานและสามารถเข้าถึงกันได้ทั่วโลก โปรแกรมและนโยบายที่ได้ผลนี้จะถูกนำไปใช้มากขึ้นหากสามารถปรับให้เข้ากับความต้องการของผู้กำหนดนโยบาย ผู้จัดบริการหรือผู้ปฏิบัติงาน ทั้งในประเทศที่มีรายได้สูง ปานกลาง หรือต่ำ

- ระบบฐานข้อมูลระดับชาติและนานาชาติที่บูรณาการและสามารถเข้าถึงได้ จะต้องได้รับการพัฒนา เพื่อให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนทราบข้อมูลโปรแกรมและนโยบายที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เจือจางเพื่อการดำเนินงานให้สำเร็จ ผลลัพธ์ของโปรแกรม ความคุ้มค่าประสิทธิผล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลและสื่อวัสดุทั้งหลายควรแปลเป็นภาษาประจำชาติเพื่อให้ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน และผู้สนับสนุนในพื้นที่สามารถเข้าถึงได้
- ความมีส่วนร่วมและการลงทุนของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และจากคนสำคัญหลักในภาคส่วนต่างๆ (เช่น หน่วยงานสุขภาพ การศึกษา สถานประกอบการ โรงงานอุตสาหกรรม หรือหน่วยงานยุติธรรม) และการกระตุ้นให้สนใจต่อกลุ่มเป้าหมายจะเกิดขึ้นเมื่อฐานข้อมูลมีข้อมูลผลลัพธ์ที่หลากหลายและความคุ้มค่าประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันที่ตรงกับความต้องการของแต่ละกลุ่ม รวมถึงประโยชน์ที่ได้เพิ่มเติมจากประโยชน์ด้านสุขภาพจิต

การปรับ หรือดัดแปลงให้เหมาะกับบริบท

Adaptation and tailoring

การปรับโปรแกรมตามวัฒนธรรมโดยยึดหลักประสิทธิผล

Develop cultural adaptation of programmes guided by principles of effectiveness

แม้ว่าหลักฐานประสิทธิผลของโปรแกรมและนโยบายป้องกันสุขภาพจิตจะมีอยู่ แต่ความรู้ในปัจจุบันเกือบทั้งหมดเป็นผลจากการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และประเทศในยุโรปตอนเหนือ ซึ่งยังไม่ทราบว่าจะสามารถใช้ได้หรือได้ผลในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางหรือไม่ งานวิจัยล่าสุดที่ทำในหลากหลายวัฒนธรรมและแนวปฏิบัติและนโยบายในกลุ่มคนท้องถิ่น ทำให้เริ่มเข้าใจถึงบทบาทของปัจจัยทางวัฒนธรรมในการพัฒนาและการดำเนินการมาตรการป้องกัน และยังคงมีการศึกษาเพิ่มเติมว่ามาตรการอะไรที่ได้ผลกับบริบทวัฒนธรรมหรือเศรษฐกิจแบบใด องค์ความรู้ดังกล่าวจะสามารถขึ้นำการปรับใช้โปรแกรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์นี้ให้เหมาะสมในบริบทใหม่ และการพัฒนาโปรแกรมใหม่ที่ได้ผลสำหรับท้องถิ่น

- การปรับและดัดแปลงให้เหมาะสมตามวัฒนธรรมจะต้องทำโดยผู้จัดบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อโปรแกรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์นี้นำมาจากต่างประเทศหรือวัฒนธรรมอื่น หรือเมื่อนำไปใช้ในชุมชนและกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างไปจากกลุ่มที่โปรแกรมได้พัฒนาหรือทดลองใช้มา
- การปรับตามวัฒนธรรม ควรเป็นไปตามหลักของมาตรการและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนาและเผยแพร่ข้อมูลลักษณะสำคัญที่จำเป็นของโปรแกรมที่ได้ผล

การดัดแปลงให้เหมาะกับบริบทเพื่อเสริมประสิทธิภาพ

Use tailoring strategies to enhance efficacy

การปรับแก้โปรแกรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ตามวัฒนธรรมนั้นไม่เพียงจำเป็นสำหรับการนำไปใช้ระหว่างประเทศเท่านั้น ยังจำเป็นแม้ในประเทศเดียวกันที่ต่างวัฒนธรรม หรือเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มประชากรเสี่ยงกลุ่มใหม่ การดัดแปลงโปรแกรมให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและตามความต้องการของท้องถิ่นและกลุ่มประชากรเป้าหมายที่แตกต่างเป็นสิ่งจำเป็น โดยต้องสมดุล

ระหว่างโปรแกรมเดิมกับการคิดค้นวิธีใหม่ตามความต้องการของพื้นที่ และโอกาสในการพัฒนากับองค์ความรู้หลักการป้องกันที่ได้ผล

- โปรแกรมใหม่หรือโปรแกรมที่ปรับแก้อาจได้ผลดีขึ้น หากได้รับการดัดแปลงให้เหมาะกับบริบทตามความต้องการและลักษณะทางวัฒนธรรมของประชากรกลุ่มย่อย
- โปรแกรมและนโยบายที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ควรจะมีการพัฒนาเพื่อให้สามารถถ่ายทอดได้ สามารถปรับใช้ได้ หรือสามารถคิดวิธีการใหม่ได้ในวัฒนธรรมที่แตกต่างหรือในประเทศอื่น การประเมินและสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศควรให้โอกาสเรียนรู้ที่จะสร้างองค์ความรู้ใหม่ในกระบวนการดังกล่าว

การนำไปใช้

Implementation

โปรแกรมและนโยบายสุขภาพจิตของชุมชนและประชากรที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์จะเกิดผลเพียงใด ขึ้นอยู่กับการเลือกใช้อย่างระมัดระวัง และคุณภาพและขนาดพื้นที่ดำเนินการ

การสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมและนโยบายตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในขนาดใหญ่

Support large-scale implementation of evidence-based programmes and policies

แม้ในหลายการศึกษาจะแสดงถึงการดำเนินงานที่ได้ผลแล้ว แต่รายงานผลการป้องกันส่วนใหญ่เป็นเพียงการศึกษาประสิทธิผลเฉพาะในสถานการณ์ทดลอง ซึ่งอาจจะไม่สะท้อนกระบวนการหรือสถานการณ์ในทางปฏิบัติของชีวิตประจำวันในชุมชน

- ในการตัดสินใจเลือกมาตรการนั้น ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานควรจะต้องเลือกมาตรการที่ได้ผลและเป็นไปได้จากมาตรการและวิธีการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์หลากหลายที่มีอยู่
- การขยายการดำเนินงานในขนาดใหญ่ให้ได้ผลดีนั้น นักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานต้องพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานเพื่อตรวจสอบว่าเมื่อใด โปรแกรมจึงจะพร้อมในการขยายผลขนาดใหญ่ได้ มาตรฐานดังกล่าวควรจะใช้ได้กับความแตกต่างของภูมิภาค ของประเทศ และของท้องถิ่น ตามบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม ทรัพยากรที่มี ความเชี่ยวชาญ และความพร้อมในการวิจัย

การดำเนินงานอย่างมีคุณภาพ

Ensure high quality of implementation

การดำเนินงานอย่างมีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้โปรแกรมป้องกันเกิดประสิทธิผล และทำให้มั่นใจว่าเมื่อทำในที่ใหม่ผลลัพธ์ของโปรแกรมจะยังคงได้ผลดังเดิม องค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของการดำเนินงานอย่างมีคุณภาพคือการทำให้ตรงตามโปรแกรมเดิม โดยโปรแกรมและนโยบายจะต้องทำตามที่กำหนดไว้ การทำให้ตรงตามโปรแกรมเดิมจะต้องมีเอกสารรายละเอียดของโปรแกรม การฝึกอบรมผู้จัดบริการตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง และการกำกับดูแลการทำงาน

- ผู้ปฏิบัติงานและผู้ดำเนินการของโปรแกรมจะถูกกระตุ้นให้ทำตามโปรแกรมอย่างมีคุณภาพ และใช้เครื่องมือเพื่อปรับปรุงและมั่นใจว่าทำตามโปรแกรมเดิม เช่น คู่มือการใช้โปรแกรม แนวปฏิบัติเพื่อให้ดำเนินงานได้ผล การฝึกอบรม และการกำกับดูแล
- นักวิจัย ผู้ปฏิบัติงาน และผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาข้อบกพร่องจากการตรวจสอบและรายงานกระบวนการทำงาน เพื่อหาโอกาสปรับปรุงให้ดีขึ้น

การประเมินผลและการตรวจติดตาม Evaluation and monitoring

ระบบการพัฒนาและดำเนินการเพื่อประเมินคุณภาพและปรับปรุงให้ดีขึ้น

Develop and implement systems for quality assessment and improvement

จากการศึกษาผลลัพธ์เห็นได้ว่ายังจำเป็นต้องมีการปรับปรุงประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันให้ดีขึ้น การเพิ่มประสิทธิผลจำเป็นต้องมีระบบการเรียนรู้ เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้กำหนดนโยบาย ผู้จัดบริการ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริโภครวมกัน ให้ทราบถึงระดับของประสิทธิผลและโอกาสพัฒนาในขณะนี้ เพื่อการพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

- การดำเนินงานโดยผู้จัดบริการ ควรได้รับการชี้แจงด้วยข้อมูลสะท้อนจากการตรวจติดตามโปรแกรมและการประเมินคุณภาพ การศึกษาผลเชิงคุณภาพและวิจัยแบบควบคุม และระบบตรวจติดตามในชุมชน โดยใช้ตัวชี้วัดสุขภาพจิต ตัวชี้วัดสุขภาพ และตัวชี้วัดทางสังคม

การติดตามระยะยาว

Include long-term follow-ups

การประเมินติดตามผลในระยะยาวจะช่วยเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ของโปรแกรม ทำให้มีข้อมูลสื่อสารที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือมากขึ้นที่จะช่วยสนับสนุนมาตรการส่งเสริมและป้องกัน โดยจะเป็นตัวช่วยในการตัดสินใจเลือกว่าจะใช้มาตรการเมื่อไรและนานแค่ไหน

- นักวิจัยควรมีการติดตามระยะยาวในการศึกษาผลลัพธ์ด้วย เพื่อให้มาตรการดำเนินการนานพอที่จะสามารถแสดงผลได้ และเพื่อให้สามารถประมาณระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะเกิดผลลัพธ์ได้

ความยั่งยืน

Ensuring sustainability

การสร้างหรือเสริมนโยบายและทรัพยากรที่จะสนับสนุนการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

Establish or build upon policies and resources that facilitate sustainable implementation

ผลของโปรแกรมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของสุขภาพจิตประชกรนั้น ขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการดำเนินงาน ซึ่งประสิทธิผลของโปรแกรมมักถูกจำกัดด้วยข้อจำกัดความยั่งยืนของโปรแกรม จึงเป็นสิ่งสำคัญที่มาตรการป้องกันสามารถส่งเสริมและสร้างด้วยทรัพยากรท้องถิ่นเพื่อให้เกิดผลคงอยู่ในพื้นที่มากที่สุดเมื่อเวลาผ่านไป

- การสร้างประโยชน์ต่อสุขภาพจิตและสาธารณสุขให้ได้นานขึ้นนั้น สิ่งสำคัญคือการพัฒนาความรับผิดชอบของชุมชนในการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างยั่งยืนภายในหน่วยงานสุขภาพ
- การเสริมการดำเนินงานอย่างยั่งยืน หน่วยงานภาครัฐและผู้จัดบริการควรเลือกโปรแกรมและนโยบายที่สามารถสร้างขึ้นภายใต้โครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรที่มีอยู่ องค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันควรจะมีบูรณาการชัดเจนกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและนโยบายทางสังคมที่ได้ผลและมีอยู่แล้วของโรงเรียน สถานที่ทำงาน และชุมชน

เงื่อนไขที่จำเป็น Conditions needed

นโยบาย Policy

การพัฒนา นโยบายระดับชาติเพื่อการป้องกันโรคจิตเวชและการส่งเสริมสุขภาพจิตภายใต้บริบทของสาธารณสุขและนโยบายสาธารณะ

Develop a national policy for mental disorder prevention and mental health promotion within the context of public health and public policy

การพัฒนาและดำเนินงานของโปรแกรมและนโยบายที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไปนั้น ขั้นตอนและเงื่อนไขที่จำเป็นสมควรต้องได้รับคำแนะนำจากนโยบายการป้องกันแบบองค์รวมทั้งระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับภูมิภาค ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกายและสุขภาพจิตแสดงถึงความจำเป็นในการบูรณาการป้องกันและงานส่งเสริมสุขภาพจิตในกรอบเข้าด้วยกันภายใต้กรอบสาธารณสุขแบบองค์รวมในวงกว้าง

- หน่วยงานภาครัฐจะได้รับการกระตุ้นให้พัฒนา นโยบายระดับชาติและระดับภูมิภาคในการป้องกันโรคจิตเวชและการส่งเสริมสุขภาพจิตในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสุขภาพและเพื่อให้สอดคล้องกับการรักษาและบำบัดฟื้นฟูโรคจิตเวชที่มีอยู่แล้ว
- นโยบายป้องกันที่สอดคล้องไปกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ควรทำในระดับประชากรและทำในหลากหลายบริบทกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การส่งเสริมให้สุขภาพดีตั้งแต่แรกเกิดผ่านบริการช่วยเหลือพ่อแม่วัยใส; จัดโปรแกรมในโรงเรียนตั้งแต่วัยเด็กเล็กเพื่อพัฒนาการสุขภาพที่ดี; กระตุ้นปัจจัยปกป้องสุขภาพจิตและนโยบายที่เหมาะสมกับชีวิตครอบครัวของสถานที่ทำงาน; ให้มีบุคลากร ทรัพยากร และการฝึกอบรมด้านการป้องกันเพิ่มขึ้นในบริการสุขภาพ; และสร้างการเข้าถึงบริการดูแลเด็กและระบบช่วยเหลือในชุมชนโดยเฉพาะสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง
- การป้องกันโรคจิตเวชและการส่งเสริมสุขภาพจิต ควรจะบูรณาการกับนโยบายสาธารณะที่ครอบคลุมกิจกรรมในแนวนอน ผ่านหน่วยงานสาธารณะต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สวัสดิการสังคม แรงงานและการจ้างงาน การศึกษา หน่วยงานยุติธรรม และคุ้มครองสิทธิมนุษยชน
- นโยบายป้องกันควรจะคำนึงถึงเงื่อนไขที่จำเป็นที่จะทำให้การดำเนินงานตามโปรแกรมป้องกันที่มีหลักฐานที่เป็นประจักษ์ที่เป็นไปได้ นั่น มีการพัฒนา เผยแพร่ และยั่งยืน

การลงทุนป้องกันในบริการสุขภาพปฐมภูมิและทุติยภูมิ

Invest in prevention within primary and secondary health care

ผู้ให้บริการและโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและบริการสุขภาพจิตนั้น ถือว่าอยู่ในจุดเชิงกลยุทธ์ที่จะบูรณาการโปรแกรมตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันโรคจิตเวชและส่งเสริมสุขภาพจิตเข้าในบริการสุขภาพของตน

- สนับสนุนนโยบายป้องกันโรคจิตเวชและส่งเสริมสุขภาพจิตในบริการสุขภาพปฐมภูมิและทุติยภูมิที่จำเป็น พร้อมไปกับการเพิ่มทรัพยากรและฝึกอบรม
- โรคร่วมทางจิตเวชและความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต สุขภาพกาย และปัญหาทางสังคมพบได้สูงมาก จึงจำเป็นต้องเสนอให้มีกลยุทธ์ป้องกันแบบบูรณาการสำหรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ กลยุทธ์ดังกล่าวควรเน้นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่พบบ่อย และจัดลำดับความสำคัญมาตรการสุขภาพจิตที่สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่แก้ปัญหานั้นได้หลากหลาย

การสร้างศักยภาพบุคลากรและการฝึกอบรม Capacity building and training

การพัฒนากิจกรรมป้องกันที่ประสบความสำเร็จในประเทศ จำเป็นต้องมีการเสริมศักยภาพทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ได้แก่ ศักยภาพในการกำหนดนโยบาย ในการพัฒนาและการปรับปรุงโปรแกรม ในการวิจัย ในการจัดบริการป้องกัน ในการปรับโครงสร้างองค์กร ในการสนับสนุน และในการระดมทรัพยากรเพื่อป้องกันด้านสุขภาพจิต การสร้างโอกาสการฝึกอบรมใหม่ๆ จะต้องตอบสนองความต้องการตามประเด็นเชี่ยวชาญในทุกบทบาทและทุกงานทั้งหมดที่เกิดขึ้น

การพัฒนาโปรแกรมอบรมสำหรับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต

Develop training programmes for prevention and promotion in mental health

- แต่ละประเทศควรริเริ่มพัฒนาขีดความสามารถและความเชี่ยวชาญในระดับชาติและระดับท้องถิ่นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันโรคจิตเวชและการส่งเสริมสุขภาพจิต
- องค์ประกอบการฝึกอบรมการป้องกันโรคจิตเวชและการส่งเสริมสุขภาพจิต ควรรวมอยู่ในการฝึกอบรมที่มีอยู่แล้ว ในงานส่งเสริมสุขภาพ งานสาธารณสุข งานบริการปฐมภูมิ งานบริการสุขภาพจิต และสาขาวิชาอื่นที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อส่งเสริมการฝึกอบรม

Develop international collaborations to promote training initiatives

โอกาสในการฝึกอบรมการป้องกันโรคจิตเวชและการส่งเสริมสุขภาพจิตมีแพร่หลายทั่วโลก การริเริ่มความร่วมมือระหว่างประเทศนี้มีแนวโน้มความจำเป็นที่จะสนับสนุนประเทศที่ยังขาดศักยภาพและความเชี่ยวชาญในด้านนี้

- การริเริ่มการฝึกอบรมระหว่างประเทศควรดำเนินการภายใต้ความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศที่มีศักยภาพ และมีประสบการณ์ในการริเริ่มจัดการอบรมอยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศรายได้ปานกลางและประเทศรายได้ต่ำ

การวิจัยและการสนับสนุน

Research and advocacy

การเพิ่มศักยภาพการวิจัยเชิงป้องกัน

Expand the capacity for prevention research

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ศาสตร์ด้านการป้องกันหลากหลายสาขาได้พัฒนาก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ผลงานจากศาสตร์ด้านสังคม ชีววิทยา และประสาทวิทยาได้สร้างความเข้าใจถึงบทบาทสำคัญของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่นำไปสู่โรคจิตเวช หลักฐานวิชาการได้แสดงให้เห็นปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ ชุมชน และสังคม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้ที่มีผลแตกต่างกันตลอดช่วงอายุวัยเริ่มตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์และวัยทารก นักวิชาการด้านการป้องกันได้ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมและนโยบายป้องกันเพื่อให้ได้หลักฐานสำหรับการตัดสินใจดำเนินงานและปรับปรุงพัฒนาต่อไป และถือเป็นการเพิ่มโอกาสสนับสนุนงานป้องกัน

นักวิจัยได้ศึกษาถึงกระบวนการและเงื่อนไขที่ซับซ้อนที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ละบุคคลหรือสภาพสังคมแวดล้อมที่จำเป็นต่อการเกิดผลป้องกัน การรับรู้ความคืบหน้าสำคัญและผลลัพธ์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหลายไม่ควรทำไปโดยขาดการตระหนักว่าหลักฐานที่มีอยู่นั้นยังเป็นเพียงเล็กน้อยและจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มมากขึ้น

- ในการเสริมสร้างฐานความรู้ด้านการป้องกัน และการขยายโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพให้มากขึ้นนั้น ศักยภาพในการทำวิจัยเชิงป้องกันและความร่วมมือวิจัยระหว่างประเทศจะต้องขยายเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ควรรวมถึงการพัฒนาเครือข่ายระหว่างประเทศของศูนย์วิจัยเพื่อการป้องกันที่ทำงานด้านความต้องการสุขภาพจิตของประเทศที่มีรายได้ต่ำ รายได้ปานกลาง และรายได้สูง

การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยเชิงป้องกัน

Set priorities for the prevention research agenda

- ในการขยายฐานความรู้เรื่องการป้องกันที่มีประสิทธิผลไปในประเทศต่างๆ และในหลากหลายวัฒนธรรม นักวิจัยจำเป็นต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษในเรื่อง:
 - การศึกษาในหลายสถานที่และการศึกษาซ้ำเพื่อขยายความรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ของโปรแกรมและนโยบายที่คงอยู่และความไวทางวัฒนธรรม;
 - การศึกษาระยะยาวเพื่อทดสอบผลลัพธ์ระยะยาวของมาตรการป้องกันตั้งแต่ระยะแรก;
 - การพัฒนาโปรแกรมป้องกันที่เข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่;
 - การวิจัยที่บอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิต สุขภาพกาย และสังคมของโปรแกรมและนโยบายป้องกันที่มีประสิทธิผล;
 - การศึกษาความคุ้มค่าประสิทธิผลเพื่อค้นหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและคุณค่าของโปรแกรมและนโยบายป้องกันที่มากกว่าประโยชน์ด้านสุขภาพจิต; และ
 - การศึกษาค้นหาตัวเชื่อมที่ทำให้เกิดผลและแนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อปรับปรุงประสิทธิผลของโปรแกรมและนโยบาย และวิธีการดำเนินงาน

เสริมมุมมองร่วมด้านมาตรฐานของหลักฐานที่มีความไวต่อบริบทและวัฒนธรรม

Enhance common views on standards of evidence, sensitive to context and culture

ความต้องการหลักฐานเชิงประจักษ์ของงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพได้กระตุ้นให้เกิดการอภิปรายระหว่างนักวิจัย ผู้ปฏิบัติงาน ผู้สนับสนุนงานการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และผู้กำหนดนโยบายถึงมาตรฐานคุณภาพของหลักฐาน ซึ่งยังมีมุมมองที่ขัดแย้งกันถึงมาตรฐานดังกล่าว จึงเป็นเรื่องยากที่จะมีกฎทั่วๆ ไปที่ใช้ได้ระหว่างประเทศและในการดำเนินงาน

- มุมมองร่วมจำเป็นต้องมีการพัฒนาระหว่างผู้มีส่วนได้เสียและองค์กรระหว่างประเทศถึงมาตรฐานของหลักฐานที่มีความไวทั้งต่อบริบททางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ และสัมพันธ์กับวิธีการที่ตัดสินใจเลือก

สนับสนุนความร่วมมือหรือพันธมิตรระหว่างการวิจัย นโยบายและการปฏิบัติ

Facilitate collaboration and partnerships between research, policy and practice

การส่งเสริมพันธมิตรความร่วมมือจะทำให้มีการนำองค์ความรู้และการปฏิบัติมาทำงานร่วมกันในการออกแบบการดำเนินงาน และการประเมินผลโปรแกรมป้องกัน และมีความรู้ความเข้าใจถึงประสิทธิผลมากขึ้น ความสัมพันธ์ที่เสริมกันเช่นนี้จะทำให้คุณภาพของมาตรการและนโยบายที่ดำเนินการดีขึ้น

- ความร่วมมือที่ยั่งยืนในการดำเนินงานและประเมินผลมาตรการใหม่หรือมาตรการที่มีอยู่ควรได้รับการกระตุ้นด้วยงานวิจัย นโยบาย และการปฏิบัติ

ทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐาน Resources and infrastructures

ในการดำเนินการตามขั้นตอนและเงื่อนไขที่จำเป็นในการป้องกันโรคจิตเวช ควรจะต้องมีการพัฒนาทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานที่เพียงพอในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติเพื่อให้ใช้สิ่งที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พัฒนาโครงสร้างทรัพยากรพื้นฐานที่ส่งเสริมโปรแกรมและนโยบายให้ยั่งยืน

Develop a resourced infrastructure that promotes sustainable programmes and policies

- รัฐบาลควรกระตุ้นและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระดับชาติและระดับท้องถิ่นที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคจิตเวช และทำงานร่วมกันกับหน่วยงานสาธารณสุข และนโยบายสาธารณสุขอื่นๆ
- รัฐบาลและหน่วยประกันสุขภาพควรจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมเพื่อเผยแพร่และดำเนินงานตามโปรแกรมและนโยบายที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศ
- ทรัพยากรที่เพิ่มขึ้นควรจัดสรรให้:
 - สนับสนุนการสร้างขีดความสามารถในหลายภาคส่วนตามที่ได้รับมอบหมายความรับผิดชอบ;
 - การสนับสนุนทุนในการฝึกอบรมและการเรียนรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิต;
 - ให้การสนับสนุนทุนการดำเนินงานโปรแกรมที่มีเครือข่ายพันธมิตร พร้อมการวิจัยประเมินผล และ
 - มีการกระตุ้นในระดับท้องถิ่นและระดับชาติเพื่อพัฒนาหน่วยงานระหว่างภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมและนโยบายส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

การจัดการและประสานการดำเนินงานในแต่ละประเทศ

Organize and coordinate action in each country

การประสานการดำเนินงานเป็นสิ่งจำเป็นในองค์กรและภาคส่วนต่างๆ ที่จะทำให้เกิดการป้องกันที่มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่าประสิทธิผล

- รัฐบาลควรเสริมการประสานงานระดับชาติในการริเริ่ม การปฏิบัติ และการทำงานของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาเผยแพร่ ดำเนินงาน และประเมินผลกิจกรรมป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดประสิทธิผลและใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- การประสานงานนี้ควรฝังอยู่ในกลยุทธ์ระดับชาติเพื่อความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งงานสาธารณสุข งานส่งเสริมสุขภาพ งานบริการสุขภาพปฐมภูมิและงานบริการสุขภาพจิต และความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่จะได้รับประโยชน์จากโปรแกรมและนโยบายป้องกันที่มีประสิทธิผลนี้ เช่น การศึกษา แรงงาน และยุติธรรม

การสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐและเอกชนระหว่างประเทศที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

Develop sustainable and effective collaboration between international governmental and nongovernmental organizations

การลดการเกิดโรคจิตเวชและการส่งเสริมสุขภาพจิตทั่วโลกจะประสบความสำเร็จได้ เมื่อองค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องได้ร่วมมือกันทุ่มเท ใช้ความเชี่ยวชาญและจุดแข็ง และประสานการทำงานและนโยบายร่วมกัน

- การจัดการและประสานงานในระดับชาติควรฝังตัวอยู่ในความร่วมมือและพันธมิตรที่ตีระหว่างภาครัฐและเอกชนระหว่างประเทศ ด้วยการมีส่วนร่วมในการพัฒนา เผยแพร่ และดำเนินงานตามโปรแกรมและนโยบายป้องกันที่มีประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM IV-TR*, 4th ed. Washington, American Psychiatric Association.

Anderson P, Biglan A, Holder H (2005). Preventing the harm done by substances. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Apter A (2001). Adolescent suicide and attempted suicide. In: Wasserman D, ed. *Suicide, an unnecessary death*. London, Martin Dunitz: 181-195.

Arendt M, Elklit A (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(6): 423-437.

Aronen ET, Kurkela SA (1996). Long-term effects of an early home-based intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(12): 1665-1672.

Avery DH et al. (2001). Bright light therapy of subsyndromal seasonal affective disorder in the workplace: morning versus afternoon exposure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(4): 267-274.

Babor T et al. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity*. Oxford, Oxford Medical Publications.

Ballesteros J et al. (2004). Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*, 99: 103-108.

Battistich V et al. (1996). Prevention effects of the child development project: Early findings from an outgoing multisite demonstration trial. *Journal of Adolescent Research*, 11(1): 12-35.

Beardslee W, Solantaus T, van Doesum K (2005). Coping with parental mental illness. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Beardslee W et al. (1988). Psychiatric disorder in adolescent offspring of parents with affective disorder in a non-referred sample. *Journal of Affective Disorders*, 15(3): 313-322.

Bell R (1992). Multiple-risk cohorts and segmenting risk as solutions to the problem of false positives in risk for the major psychoses. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 55(4): 370-381.

Bellew R, King E (1993). Educating women: lessons from experience. In: King E, Hill A, eds. *Barriers, benefits and policies*. Baltimore, John Hopkins University Press.

Bertolote JM (2001). Suicide in the world: an epidemiological overview. In: Wasserman D, ed. *Suicide, an unnecessary death*. London, Martin Dunitz: 3-10.

Blair C, Ramey C (1997). Early intervention for lowbirth-weight infants and the path to second generation research. In: Guralnick MJ, ed. *The effectiveness of early intervention*. Baltimore, Paul Brookes: 77-97.

Blair C, Ramey CT, Hardin JM (1995). Early intervention for low birthweight, premature infants: participation and intellectual development. *American Journal of Mental Retardation*, 99(5): 542-554.

Brown H, Sturgeon S (2005). Promoting a healthy start of life and reducing early risks. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Bruene-Butler L et al. (1997). The Improving Social Awareness-Social Problem Solving Project. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Primary prevention works. Issues in children's and families' lives*, vol. 6. Thousand Oaks, USA, Sage Publications: 239-267.

Bryant RA et al. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 862-866.

Bryant RA et al. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive-behavioral therapy and counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156: 1780-1786.

Caplan RD et al. (1989). Job seeking, reemployment, and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss. *Journal of Applied Psychology*, 74(5): 759-769.

Chowdhury A, Bhuiya A (2001). Do poverty alleviation programs reduce inequities in health? The Bangladesh experience. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health*. Oxford, Oxford University Press.

Clarke GN et al. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34: 312-321.

Clarke GN et al. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58: 1127-1134.

Cohen A (2002). Our lives were covered in darkness. The work of the National Literary Mission in Northern India. In: Cohen A, Kleinman A, Saraceno B, eds. *World mental health casebook: social and mental health programs in low-income countries*. London, Kluwer Academic/Plenum Publishers: 153-190.

Coie JD et al. (1993). The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48(10): 1013-1022.

Conduct Problems Prevention Research Group (1999). Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: II. Classroom effects. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 67(5): 648-57.

Conduct Problems Prevention Research Group (2002). The implementation of the Fast Track program: An example of a large-scale prevention science efficacy trial. *Journal of Abnormal and Child Psychology*, 30(1): 1-17.

Cooper B (2002). Thinking preventively about dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17: 895-906.

Cornblatt BA (2002). The New York high risk project to the Hillside recognition and prevention (RAP) program. *American Journal of Medical Genetics*, 114(8): 956-966.

Costello EJ, Angold A (1995). Epidemiology. In: March JS, ed. *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York, Guilford Press.

Cummings KM (2000). Community-wide interventions for tobacco control. In: National Cancer Institute. *Population based smoking cessation*. Smoking and Tobacco Control Monograph 12. Bethesda, MD, US Department of Health and Human Services: 217-221.

Dadds MR et al. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4): 627-635.

DeLeo D, Dello Buono M, Dwyer J (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181: 226-229.

Detels R et al., eds (2002). *Oxford textbook of public health*. 3rd ed. Oxford, Oxford University Press.

Developmental Research and Programs (1997). *Communities That Care: a comprehensive prevention program*. Seattle, WA, Developmental Research and Programs.

Dishion TJ, Andrews DW (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4): 538-548.

Domitrovich C et al. (2005). Enhancing resilience and reducing risk behaviour in schools. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Dyer C, Halford WK (1998). Prevention of relationship problems: Retrospect and prospect. *Behavior Change*, 15(2): 107-125.

Eddy M (2005). Prevention of conduct disorders, violence and aggression. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Felner RD et al. (1993). Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: Longitudinal follow-ups and extensions of the School Transitional Environment Project (STEP). *Prevention in Human Services*, 10: 103-136.

Fichtenberg CM, Glantz SA (2002). Effect of smokefree workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 325: 188-195.

Forette F et al. (1998). Prevention of dementia in randomized double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet*, 352(9137): 1347-1351.

- Forette F et al. (2002). The prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) study. *Archives of Internal Medicine*, 162(18): 2046-2052.
- Frangou S, Murray RM (2000). Pharmacological treatment strategies. In: *Schizophrenia*, 2nd ed. London, Martin Dunitz: 48-59.
- Gardenswartz C, Craske M (2001). Prevention of panic disorder. *Behavior Therapy*, 32(4): 725-737.
- Geddes JR, Lawrie SM (1995). Obstetric complications and schizophrenia: a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 167(6): 786-93.
- Gordon R (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98: 107-109.
- Gordon R (1987). An operational classification of disease prevention. In: Steinberg JA, Silverman MM, eds. *Preventing mental disorders: a research perspective*. Rockville, MD, Department of Health and Human Services: 20-26.
- Green LW, Kreuter MW (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*, 3rd ed. Mountain View, Mayfield Publishing Company.
- Greenberg MT, Kusché CA (1998). Preventive interventions for school-age deaf children: The PATHS curriculum. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3(1): 49-63.
- Greenberg MT et al. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology*, 7: 117-136.
- Haight BK, Michel Y, Hendrix S (1998). Life review: Preventing despair in newly relocated nursing home residents: Short-and long-term effects. *International Journal of Ageing and Human Development*, 47(2): 119-142.
- Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6): 951-976.
- Hawkins JD, von Cleve E, Catalano Jr RF (1991). Reducing early childhood aggression: Results of a primary prevention program. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2): 208-217.
- Hawkins JD et al. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153: 226-234.
- Heaney CA, Price RH, Rafferty J (1995a). The Caregiver Support Program: an intervention to increase employee coping resources and enhance mental health. In: Murphy LR et al., eds. *Job stress interventions*. Washington DC, American Psychological Association: 93-108.
- Heaney CA, Price RH, Rafferty J (1995b). Increasing coping resources at work: a field experiment to increase social support, improve work team functioning, and enhance employee mental health. *Journal of Organizational Behavior*, 16: 335-352.

Herrman H, Saxena S, Moodie R (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, World Health Organization.

Hingson R et al. (1996). Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: The saving lives program. *American Journal of Public Health*, 86(6): 791-797.

Hoefnagels C (2005). Preventing child abuse and neglect. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C (2005). Prevention of eating disorders. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C, Dadds M, Raphael B (2005). Prevention of anxiety disorders. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C, Jané-Llopis E (1999). Political challenges 2: mental health. In: International Union for Health Promotion and Education. *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*. Brussels, ECSC-EC-EAEC: 29-41.

Hosman C, Jané-Llopis E (2005). Effectiveness and evidence: levels and perspectives. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S eds (2005). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C, Wasserman D, Bertelotte J (2005). Suicide prevention. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Ingram RE, Price JM, eds (2000). *Handbook of vulnerability to psychopathology: risk across the lifespan*. New York, Guilford.

Institute of Medicine (1989). *Utilization management by third parties: Controlling costs and changing patient care? The role of utilization management*. Washington DC, Institute of Medicine.

Jablensky A, Kalaydjieva L (2003). Genetic epidemiology of schizophrenia: Phenotypes, risk factors, and reproductive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 160(3): 425-429.

Jablensky A et al. (2000). Psychotic disorders in urban areas: an overview of the study on low prevalence disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34: 221-236

Jané-Llopis E, Muñoz R, Patel V (2005). Prevention of depression and depressive symptomatology. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

- Jané-Llopis E et al. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183: 384-397.
- Jané-Llopis E et al. (2005). Ageing mentally healthy. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.
- Johannessen JO et al. (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 51: 39-46.
- Johnson CA et al. (1990). Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high risk and low risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 447-456.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, eds (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*, 7th ed. Baltimore, Williams and Wilkins.
- Keel PK, Leon GR, Fulkerson JA (2001). Vulnerability to eating disorders in childhood and adolescence. In: Ingram RE, Price JM, eds. *Vulnerability to psychopathology: Risks across the life span*. New York, Guilford: 390-411.
- Kellam SG et al. (1994). The course and malleability of aggressive behaviour from early first grade into middle school: results of a developmental epidemiologically-based preventive trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35: 259-281.
- Kenkel D, Chen L (2000). Consumer information and tobacco use. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford Medical Publications: 177-214.
- Killackey E et al. (2005). Early prevention in psychosis. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.
- Kupfer DJ, Frank E, Perel JM (1989). The advantage of early treatment intervention in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 46(9): 771-5.
- Kurth C et al. (1995). The severity of dieting and bingeing behaviours in college women: Interview validation of survey data. *Journal of Psychiatric Research*, 29(3): 211-225.
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Oxford: Update Software.
- Larsen TK et al. (2001). Shortened duration of untreated first episode of psychosis: changes in patient characteristics at treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158: 1917-1919.
- Leenars A (2001). Controlling the environment to prevent suicide. In: Wasserman D, ed. *Suicide, an unnecessary death*. London, Martin Dunitz: 259-264.
- Li F et al. (2001). Enhancing the psychological well-being of elderly individuals through Tai Chi exercise: A latent growth curve analysis. *Structural Equation Modelling*, 8(1): 53-83.

Litz BT et al. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(2): 112-134.

Loebel AD et al. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149(9): 1183-1188.

Lowry-Webster HM, Barrett PM, Dadds MR (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behavior Change*, 18(1): 36-50.

Lucas AR et al. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148(7): 917-922.

Majcher D, Pollack MH (1996). Childhood anxiety disorders. In: Hechtman, Trokenberg L, eds. *Do they grow out of it? Long-term outcomes of childhood disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Association: 139-169

McGorry RD et al. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with sub threshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59: 921-8.

McGorry RD, Singh BS (1995). Schizophrenia: risk and possibility of prevention. In: Raphael B, Burrows GD, eds. *Handbook of studies on preventive psychiatry*. Amsterdam, Levier.

McNeil TV (1995). Prenatal risk factors and schizophrenia: selective review and methodological concerns. *Epidemiological Reviews*, 17(1): 107-12.

Miller TJ et al. (2002). Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *American Journal of Psychiatry*, 159: 863-865.

Montgomery SA, Dunner DL, Dunbar GC (1995). Reduction of suicidal thoughts with paroxetine in comparison with reference antidepressants and placebo. *Eur Neuropsychopharmacology*. 5: 5-13.

Moon L, Meyer P, Grau J (1999). Australia's young people: their health and wellbeing. Canberra, *Australian Institute of Health and Welfare*.

Morrison AP et al. (2002). Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals. Study design and interim analysis of transition rate and psychological risk factors. *British Journal of Psychiatry Suppl.*, 43: s78-84.

Moyer A et al. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97: 279-92.

Mulrow CD et al. (1990). Quality-of-life changes and hearing impairment. A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 113(3): 188-94.

Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, National Academy Press.

Murray CJL, Lopez AD (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020*. Geneva, World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health.

Murray CJL et al. (2001). *The global burden of disease 2000 project: aims, methods, and data sources*. Geneva, World Health Organization.

Musisi S, Mollica R, Weiss M (2005). Supporting refugees and victims of war. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

O'Dea JA, Abraham S (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviours of young male and female adolescents: *A new educational approach that focuses on self-esteem*. *International Journal of Eating Disorders* 28(1): 43-57.

Olds DL (1997). The Prenatal/Early Infancy Project: fifteen years later. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Primary prevention works*. Thousand Oaks, USA, Sage: 41-67.

Olds DL (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3): 1153-1172.

Olds DL et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(8): 637-643.

Olds DL et al. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behaviour: A 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 280(8): 1238-1244.

Olweus D (1989). Bully/victim problems among schoolchildren: Basic facts and effects of a school-based intervention program. In: Rubin K & Heppler D, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Erlbaum: 411-448.

Patel V, Jané-Llopis E (2005). Poverty, social exclusion and disadvantages groups. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Patton G (1996). An epidemiological case for a separate adolescent psychiatry? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(5): 563-566.

Phelps L, Wilczenski F (1993). Eating disorders inventory - 2: Cognitive behavioural dimensions with nonclinical adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, (49): 508-515.

Pratt BM, Woolfenden SR (2003). Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford, Update Software.

Price R, Kompier M (2005). Work, stress and unemployment. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Price RH, van Ryn M, Vinokur AD (1992). Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. *Journal of Health and Social Behavior*, 33: 158-167.

Ramey CT, Yeates KO, Short EJ (1984). The plasticity of intellectual development: Insights from preventive interventions. *Child Development*, 55: 1913-1925.

Ranson K et al. (2000). The effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco control policies. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford Medical Publications: 427-447.

Reid JB et al. (1999). Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *American Journal of Community Psychology*, 27(4), 483-517.

Riemsma RP et al. (2002). Patient education for adults with rheumatoid arthritis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford, Update Software.

Rispens J, Aleman A, Goudena PP (1997). Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect*, 21: 975-987.

Rutter M (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-561.

Rutz W, von Knorring L, Walinder J (1992). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85: 83-88.

Sackett DL et al. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312: 71-72.

Saffer H (2000). Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford Medical Publications: 215-236.

Saffer H, Dave D. (2002). Alcohol consumption and alcohol advertising bans. *Applied Economics*, 30: 1325-34.

Sanders MR, Montgomery D, Brechman-Toussaint M (2000). Mass media and the prevention of child behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41: 939-948.

Sanders MR, Turner KM, Markie-Dadds C (2002). The development and dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3(3): 173-179.

- Sandler I, Ayers T, Dawson-McClure S (2005). Dealing with family disruption: divorce and bereavement. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.
- Sandler IN et al. (2003). The family bereavement program: efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(3): 587-600.
- SANE (2002). *Schizophrenia costs: an analysis of the burden of schizophrenia and related suicide in Australia*. SANE Australia.
- Schweinhart LJ, Weikart DP (1997). The High/Scope preschool curriculum comparison study through age 23. *Early Childhood Research Quarterly*, 12(2): 117-143.
- Schweinhart LJ et al. (1993). *Significant benefits: The High/Scope Perry preschool study through age 27*. Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation, 10. Ypsilanti MI, High/Scope Press.
- Shapiro A, Taylor M (2002). Effects of a community-based early intervention program on the subjective well-being, institutionalization, and mortality of low-income elders. *Gerontologist*, 42(3): 334-341.
- Shisslak CM, Crago M, Estes LS (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18: 209-219.
- Shure MB (1997). Interpersonal cognitive problem solving: Primary prevention of early high-risk behaviors in the preschool and primary years. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Primary prevention works. Issues in children's and families' lives*. Vol. 6. Thousand Oaks USA, Sage Publications: 239-267.
- Shure MB, Spivack G (1988). Interpersonal cognitive problem solving. In: Price RH et al., eds. *14 ounces of prevention; a casebook for practitioners*. Washington DC, American Psychological Association: 69-82.
- Silagy C et al. (2004). Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford, Update Software.
- Shochet et al. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3): 303-315.
- Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42(3): 356-72.
- Stevens N, van Tilburg T (2000). Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology*, 26(1): 15-35.
- Thomson H, Petticrew M, Morrison D (2001). Housing interventions and health - a systematic review. *British Medical Journal*, 323: 187-190.

Tondo L, Jamison KR, Baldessarini RJ (1997). Effect of lithium maintenance on suicidal behaviour in major mood disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836: 339-351.

Torrey EF, Bowler AE, Clark K (1997). Urban birth and residence as risk factors for psychoses: an analysis of 1880 data. *Schizophrenia Research*, 25(3): 169-76.

Tremblay RE et al. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4): 560-568.

UNICEF (2002). *UNICEF annual report 2002*. New York, UNICEF.

van Doesum K, Hosman C, Riksen-Walraven M (in press). A model based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*.

van Lier PAC (2002). Preventing disruptive behavior in early elementary school children. Dissertation, *Erasmus University*, Rotterdam.

van Os J, McGuffin P (2003). Can the social environment cause schizophrenia? *British Journal of Psychiatry*, 182(4): 291-292.

Villar J et al. (1992). A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. The Latin American Network for Prenatal and Reproductive Research. *New England Journal of Medicine*, 327(18): 1266-1271.

Vinokur AD et al. (2000). Two years after a job loss: Long-term impact of the JOBS Program on reemployment and mental health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1): 32-47.

Vuori J et al. (2002). The Työhön job search program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1): 5-19.

Walker HM et al. (1998). First step to success: An early intervention approach for preventing school antisocial behaviour. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 6(2): 66-80.

Warner R (2001). The prevention of schizophrenia: What interventions are safe and effective? *Schizophrenia Bulletin*, 27(4): 551-562.

Webster-Stratton C (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(5): 479-492.

Webster-Stratton C, Reid MJ (2003). The incredible years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In: Kazdin AE, ed. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, Guilford Press: 224-240.

Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Community Psychology*, 30(3): 283-302.

- WHO (1997). *The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1999). *A critical link: interventions for physical growth and child development*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2001a). *Basic documents*. 43rd ed. Geneva, World Health Organization: 1.
- WHO (2001b). *The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002a). *Prevention and promotion in mental health. Mental health: evidence and research*. Geneva, Department of Mental Health and Substance Dependence.
- WHO (2002b). *Prevention of psychoactive substance use: A selected review of what works in the area of prevention*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002c). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life style*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2004a). *Global status report: Alcohol policy*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2004b). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2004c). *WHO CHOICE Cost effectiveness analyses*. Geneva, World Health Organization. Available at: <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,cea&language=english>.
- WHO (2004d). *The world health report 2004: Changing history*. Geneva, World Health Organization.
- Windsor RA et al. (1993). Health education for pregnant smokers: Its behavioural impact and cost benefit. *American Journal of Public Health*, 83(2): 201-206.
- Winzelberg AJ et al. (2000). Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2): 346-350.
- Wolchik SA et al. (1993). The children of divorce parenting intervention: Outcome evaluation of an empirically based program. *American Journal of Community Psychology*, 21(3): 293-331
- Wolchik SA, et al. (2000). An experimental evaluation of theory-based mother and mother-child programs for children of divorce. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5): 843-856.
- Wolchik SA et al. (2002). Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce. A randomized controlled trial. *JAMA*, 288(15): 1874-1881.

World Bank (2000). *World development report: attacking poverty*. Oxford, Oxford University Press.

Young A et al. (1995). The PACE Clinic: development of a clinical service for young people at high risk of psychosis. *Australian Psychiatry*, 3: 345-349.

Zabinski M et al. (2001). Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4): 401-408.

Zenere PJ, Lazarus PH (1997). The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a prevention and intervention program. *Suicide and Threatening Behavior*, 27(4): 387-403.

Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options summarizes international evidence-based programmes and policies for preventing mental and behavioural disorders.

The following key messages are drawn:

1. Prevention of mental disorders is a public health priority.
2. Mental disorders have multiple determinants; prevention needs to be a multipronged effort.
3. Effective prevention can reduce the risk of mental disorders.
4. Implementation should be guided by available evidence.
5. Successful programmes and policies should be made widely available.
6. Knowledge on evidence for effectiveness needs further expansion.
7. Prevention needs to be sensitive to culture and to resources available across countries.
8. Population-based outcomes require human and financial investments.
9. Effective prevention requires intersectoral linkages.
10. Protecting human rights is a major strategy to prevent mental disorders.

แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต
ชั้น 3 อาคารอำนวยการ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
196 หมู่ 10 ตำบลดอนแก้ว อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180

