



ปัจจัยสังคม

กำหนดสุขภาพจิต

SOCIAL DETERMINANTS OF MENTAL HEALTH



สนับสนุนโดย

แผนงานพัฒนาวัตรธรรมเชิงระบบ
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต

SOCIAL DETERMINANTS OF MENTAL HEALTH



สนับสนุนโดย
แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ตีพิมพ์โดยองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.2014 ภายใต้ชื่อเรื่อง
Social determinants of mental health
© องค์การอนามัยโลก ค.ศ.2014

ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกได้มอบลิขสิทธิ์การแปลและเผยแพร่ในฉบับภาษาไทย
โดยแผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตเป็นผู้รับผิดชอบฉบับภาษาไทยแต่เพียงผู้เดียว
(Agreement No: TR/17/010)

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต

© แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต พ.ศ.2560

แปลและเรียบเรียงโดย นายแพทย์ปริทรรศ ศิลปกิจ
แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์

ISBN: 978-616-11-3486-0

สนับสนุนโดย

แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย

แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต
ชั้น 3 อาคารอำนวยการ สถาบันพัฒนาการได้กราชนครินทร์
196 หมู่ 10 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2560
จำนวน : 52 หน้า
จำนวนที่พิมพ์ : 2,000 เล่ม
ออกแบบ/พิมพ์ที่ : หจก.วนิดาการพิมพ์ โทรศัพท์ 08 1783 8569

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าด้วยรูปแบบหรือวิธีการใดๆ ด้วยกระบวนการทางอิเล็กทรอนิกส์
การถ่ายภาพ การบันทึก การสำเนา หรือวิธีการอื่นใดเพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า

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

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดเอกสารที่ร่วมจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก และ Calouste Gulbenkian Foundation's Global Mental Health Platform ชุดเอกสารนี้มีสี่เล่ม ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้;

- นวัตกรรมเพื่อลดการรักษาอยู่ในสถานพยาบาล: การสำรวจโดยผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey);
- การบูรณาการจัดบริการโรคจิตเวชและโรคเรื้อรังอื่นๆ ในระบบบริการสาธารณสุข (Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems);
- ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต (Social determinants of mental health);
- การส่งเสริมสิทธิและการใช้ชีวิตในชุมชนของเด็กที่มีความบกพร่องทางจิตใจและสังคม (Promoting Rights and Community Living of Children with Psychosocial Disabilities)

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต

SOCIAL DETERMINANTS OF MENTAL HEALTH

สารบัญ

คำนำ	5
กิตติกรรมประกาศ	6
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	7
ความเป็นมาและบริบท	10
วิธีการ	12
ข้อค้นพบสำคัญและการอภิปรายผล	13
หลักการและการดำเนินการ	34
บทสรุป	38
เอกสารอ้างอิง	39

คำนำ

FOREWARD

หน่วยงาน Gulbenkian Mental Health Platform และองค์การอนามัยโลกร่วมกันจัดทำชุดเอกสารเพื่อเผยแพร่ประเด็นสุขภาพจิตที่ทันสมัย กำหนดหัวข้อโดยคณะกรรมการที่ปรึกษาและคณะกรรมการกำกับทิศของหน่วยงาน Gulbenkian Mental Health Platform โดยมีการจัดลำดับความสำคัญอิงตามศักยภาพของปัญหาที่สามารถแก้ไขให้สถานการณ์สุขภาพจิตโลกดีขึ้น หัวข้อในชุดเอกสารนี้จึงสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หลักสี่ข้อในแผนปฏิบัติการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก (WHO's Mental Health Action Plan) ปี ค.ศ.2013-2020

ชุดเอกสารนี้กล่าวถึงหัวข้อสำคัญต่อไปนี้: กลยุทธ์ระดับประชากรที่ดำเนินการผ่านภาคส่วนสุขภาพและนอกภาคส่วนสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคจิตเวช; กลยุทธ์ของระบบสุขภาพเพื่อจัดการและให้บริการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพเรื้อรังอื่นๆ แบบบูรณาการ; และนวัตกรรมกลวิธีที่เปลี่ยนจากการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชสู่การจัดบริการสุขภาพจิตในชุมชน เอกสารฉบับร่างแต่ละฉบับผ่านการทบทวนโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญชั้นนำด้านสุขภาพจิตในการประชุม International Forum on Innovation in Mental Health ที่จัดขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม 2013 และนำไปปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ชุดเอกสารที่อยู่ระหว่างการจัดทำเพิ่มเติมคือ กลยุทธ์เพื่อยุติการละเมิดสิทธิมนุษยชนในเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช

หัวข้อ “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต” นี้จัดทำขึ้นเพื่อเสริมองค์ความรู้เรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งหลายที่หล่อหลอมสุขภาพจิตและสุขภาวะในระดับบุคคลและระดับกลุ่มคน และเพื่อกำหนดการดำเนินการที่สามารถนำไปสู่การส่งเสริมและป้องกันเพื่อสุขภาพจิตที่ดี เอกสารนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตในทุกช่วงวัยของชีวิต การใช้มุมมองช่วงวัยของชีวิตนี้ช่วยแสดงให้เห็นความเสี่ยงที่เผชิญในแต่ละช่วงวัยของชีวิตที่จะมีผลต่อสุขภาพจิตหรือนำไปสู่โรคจิตเวชหลังผ่านไปหลายปีหรืออาจนานถึงหลายสิบปี

สาระสำคัญของเอกสารฉบับนี้คือ การดำเนินการและนโยบายสาธารณะเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ เป็นสิ่งที่ต้องทำในประชากรทั่วไปทุกคนโดยเป็นส่วนตามระดับความต้องการ การทุ่มเททรัพยากรไปยังกลุ่มที่ด้อยโอกาสที่สุดเพียงกลุ่มเดียวจะไม่สามารถทำให้เป้าหมายลดความแตกต่างระดับชั้นสังคมต่อสุขภาพสำเร็จได้ ประเด็นสื่อสารจึงต้องชัดเจนว่า ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อสุขภาพจิตนั้นมีผลในหลากหลายระดับ การจัดการปัจจัยเหล่านี้จำเป็นต้องทำในหลากหลายระดับและหลากหลายภาคส่วน แนวทาง “สุขภาพในทุกนโยบาย (health in all policies)” ควรบรรจุอยู่ในทุกภาคส่วนทั้งการศึกษา การสวัสดิการสังคม การคมนาคม และการจัดหาที่อยู่อาศัย

เราเชื่อมั่นว่า เอกสารนี้จะกระตุ้นความคิดและมีประโยชน์ต่อผู้อ่าน และแนะนำให้อ่านเอกสารฉบับอื่นในชุดนี้ด้วย

Shekhar Saxena
ผู้อำนวยการ แผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด
องค์การอนามัยโลก

Benedetto Saraceno
หัวหน้าและผู้ประสานงานวิชาการ
Global Mental Health Platform
Calouste Gulbenkian Foundation

กิตติกรรมประกาศ

ACKNOWLEDGEMENTS

เอกสารฉบับนี้จัดทำโดยทีมสถาบันความเสมอภาคด้านสุขภาพ (UCL Institute of Health Equity) ประกอบด้วย Jessica Allen, Reuben Balfour, Ruth Bell และ Michael Marmot ภายใต้ความร่วมมือกับแผนกสุขภาพจิตและสารเสพติดขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ Dan Chisholm และ Shekhar Saxena ด้วยคำแนะนำจากคณะผู้เชี่ยวชาญนานาชาติ Margaret Barry, Thomas Bornemann, Jonathan Campion, Somnath Chatterji, Lynne Friedli, Crick Lund, Atif Rahman, Eugenio Villar โดยมี JoAnne Epping-Jordan (Seattle, USA) เป็นกองบรรณาธิการของชุดเอกสาร

ชุดเอกสารนี้จัดทำขึ้นภายใต้การดูแลของคณะกรรมการที่ปรึกษาและคณะกรรมการกำกับทิศของ Gulbenkian Global Mental Health Platform ดังรายชื่อต่อไปนี้

คณะกรรมการที่ปรึกษา: Paulo Ernani Gadelha Vieira (Fiocruz, Brazil); Marian Jacobs (University of Cape Town, South Africa); Arthur Kleinman (Harvard University, USA); Sir Michael Marmot (University College London, United Kingdom); Mirta Roses Periago (Former Director, Pan American Health Organization); P. Satishchandra (National Institute of Mental Health & Neurosciences (NIMHANS), India); Tazeen H. Jafar (The Aga Khan University, Pakistan); and Observer to the Advisory Committee, Shekhar Saxena (WHO Department of Mental Health and Substance Abuse).

คณะกรรมการกำกับทิศ: Benedetto Saraceno (NOVA University of Lisbon, Portugal; Head and Scientific Coordinator of the Platform), José Miguel Caldas de Almeida (NOVA University of Lisbon, Portugal), Sérgio Gulbenkian (Calouste Gulbenkian Foundation), Jorge Soares (Calouste Gulbenkian Foundation)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

EXECUTIVE SUMMARY



สาระสำคัญ / KEY MESSAGES

- สุขภาพจิตและโรคจิตเวชที่พบบ่อยหลายโรคถูกกำหนดจากความแตกต่างตามสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และกายภาพที่อาศัยอยู่
- ความเหลื่อมล้ำทางสังคมสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคจิตเวชที่พบบ่อยหลายโรค
- การดำเนินการเพื่อปรับปรุงสภาพชีวิตประจำวันให้ดีขึ้น ตั้งแต่ก่อนเกิด วัยเด็กเล็ก วัยเรียน วัยสร้างครอบครัวและวัยทำงาน และวัยสูงอายุ ทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความเสี่ยงของโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำทางสังคม
- แม้ว่าการดำเนินการแบบครอบคลุมตลอดทุกช่วงวัยของชีวิตเป็นสิ่งจำเป็น แต่นักวิชาการมีความเห็นพ้องกันว่าหากให้เด็กทุกคนได้รับโอกาสที่ดีที่สุดตั้งแต่เริ่มต้นของชีวิต จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านสังคมและด้านสุขภาพจิตสูงที่สุด
- การดำเนินการจำเป็นต้องครอบคลุมประชากรทั่วไป (universal): ครอบคลุมทั้งสังคม และเป็นสัดส่วนตามความต้องการของระดับชั้นทางสังคมที่มีต่อผลลัพธ์สุขภาพ
- เอกสารนี้เน้นการดำเนินการที่มีประสิทธิผลเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคจิตเวชตลอดทุกช่วงวัยของชีวิต ทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศ ซึ่งหมายรวมถึงมาตรการด้านสิ่งแวดล้อม มาตรการด้านโครงสร้าง และมาตรการของท้องถิ่น กิจกรรมต่างๆ ที่ป้องกันโรคจิตเวชมักจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตประชากรไปด้วยเช่นกัน

ความเป็นมาและบริบท / BACKGROUND AND CONTEXT

ความชุกและการกระจายตัวตามระดับสังคมของโรคจิตเวชในกลุ่มประเทศรายได้สูงมีข้อมูลการศึกษาวิจัยงานวิจัยชัดเจน ส่วนกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางเพิ่งเริ่มตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว และยังคงมีช่องว่างอีกมากทั้งด้านการวิจัยเพื่อประเมินปัญหา และด้านยุทธศาสตร์ นโยบายและโปรแกรมเพื่อการป้องกันโรคจิตเวช ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องยกระดับความสำคัญของการป้องกันโรคจิตเวชและการส่งเสริมสุขภาพจิต ผ่านการดำเนินการที่มีผลต่อปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

วิธีการ / METHODS

คณะกรรมการการองค์การอนามัยโลกว่าด้วยปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (WHO Commission of Social Determinants of Health) ทีม Marmot Review ของอังกฤษ ทีมทบทวนขององค์การอนามัยโลกด้านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและความแตกต่างทางสุขภาพ (WHO Review of Social Determinants of Health and the Health Divide) และหลักฐานงานวิจัยใหม่มากมายจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต นักวิจัยจากสถาบันความเสมอภาคด้านสุขภาพ (Institute of Health Equity) ได้ร่วมกันสังเคราะห์หีในสองประเด็นหลัก คือ 1) ปัจจัยสังคมกำหนดโรคจิตเวชที่พบบ่อย และ 2) การดำเนินการที่มีผลต่อปัจจัยสังคมกำหนดที่สามารถป้องกันโรคจิตเวช และ/หรือ ทำให้สุขภาพจิตประชากรดีขึ้น การดำเนินการนี้อยู่ภายใต้ความร่วมมือของคณะบุคคลากรจากแผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด องค์การอนามัยโลก และได้รับคำแนะนำจากคณะผู้เชี่ยวชาญนานาชาติ

ข้อค้นพบสำคัญ / MAIN FINDINGS

ประชากรบางกลุ่มเฉพาะมีความเสี่ยงต่อโรคจิตเวชสูงกว่า เพราะมีแนวโน้มหรือมีโอกาสมากกว่าที่จะเผชิญสภาพสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี รวมถึงข้อจำกัดด้านเพศ การเสียเปรียบนี้เริ่มต้นตั้งแต่ก่อนเกิดและสะสมเพิ่มขึ้นตลอดชีวิต การศึกษาในปัจจุบันมากมายเน้นถึงความจำเป็นของการใช้แนวทางช่วงวัยของชีวิต (life course approach) เพื่อทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิตและสุขภาพกาย แนวทางนี้คำนึงถึงความแตกต่างของประสบการณ์และผลกระทบของปัจจัยสังคมกำหนดที่มีต่อชีวิตแต่ละช่วงวัย แนวทางช่วงวัยของชีวิตนี้เสนอให้มีการปรับปรุงสภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นตั้งแต่เกิด เติบโต ใช้ชีวิต ทำงาน จนถึงวัยชรา

การดำเนินการเพื่อป้องกันโรคจิตเวชและส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นส่วนสำคัญมากในความพยายามทำให้สุขภาพของประชากรโลกดีขึ้นและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ข้อเสนอปร่วมยืนยันชัดเจนถึงปัจจัยปกป้องและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิตที่เป็นที่ประจักษ์ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่เฉพาะจากกลุ่มประเทศรายได้สูง แต่มาจากกลุ่มประเทศยากจนและประเทศรายได้ปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ได้อย่างประสบความสำเร็จในทุกประเทศแม้มีระดับการพัฒนาที่แตกต่างกัน

หลักการและการดำเนินการ / PRINCIPLES AND ACTIONS

หลักการสำคัญที่ใช้ในตลอดเอกสารนี้คือ ครอบคลุมประชากรทั่วไปในสัดส่วนเหมาะสม (proportionated universalism) โดยนโยบายควรเป็นแบบครอบคลุมแต่เป็นสัดส่วนตามความต้องการ การเน้นเฉพาะประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสที่สุดเพียงกลุ่มเดียวจะไม่สามารถลดความเหลื่อมล้ำสุขภาพจากความแตกต่างระดับชั้นทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิตได้สำเร็จ ดังนั้นถือเป็นสิ่งสำคัญที่การดำเนินการควรครอบคลุมประชากรทั่วไป แต่มีการปรับสัดส่วนให้เหมาะสมตามระดับของความด้อยโอกาส

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องมีผลในหลายระดับต่างกัน ทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับโครงสร้าง และระดับประชากร แนวทางจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพนั้นต้องอาศัยการดำเนินการที่ครอบคลุมหลากหลายภาคส่วนและหลากหลายระดับ

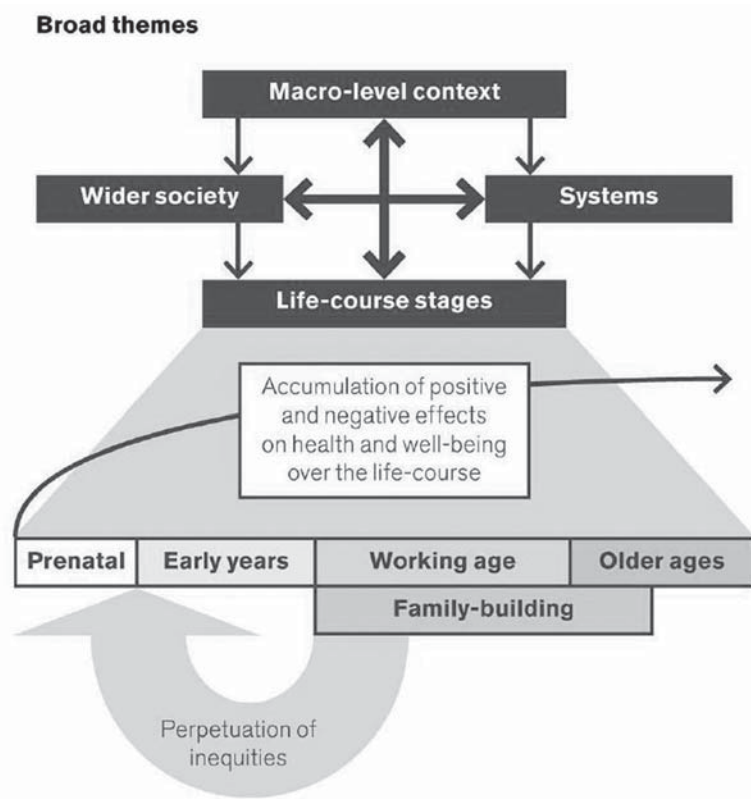
การใช้มุมมองช่วงวัยของชีวิตเพื่อให้ตระหนักว่าสุขภาพจิตในแต่ละช่วงวัยของชีวิตได้รับอิทธิพลที่แตกต่างกัน การจัดระเบียบสังคมและสถาบัน เช่น การศึกษา บริการสังคม และการจ้างงาน มีผลกระทบอย่างมากต่อโอกาสที่จะช่วยให้ผู้คนเลือกเส้นทางของตนเองในชีวิต ประสบการณ์จากการจัดระเบียบสังคมและสถาบันนี้แตกต่างกันมากมาย โครงสร้างและผลกระทบเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคมากขึ้นขึ้นกับนโยบายระดับชาติ และระดับนานาชาติ

บทสรุป / CONCLUSION

สุขภาพจิตที่ดีเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพและสุขภาวะ สุขภาพจิตของบุคคลและโรคจิตเวชที่พบบ่อยหลายโรค ถูกกำหนดโดยสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจและกายภาพที่มีต่อแต่ละช่วงวัยของชีวิต ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคจิตเวชที่พบบ่อยหลายโรคสัมพันธ์อย่างมากกับความเหลื่อมล้ำทางสังคม หมายความว่ายิ่งมีความเหลื่อมล้ำมากเท่าใด ก็ยิ่งมีความเสี่ยงจากความเหลื่อมล้ำมากขึ้นเท่านั้น การดำเนินการที่สำคัญคือปรับปรุงสภาพชีวิตประจำวัน เริ่มตั้งแต่อ่อนเกิด ต่อเนื่องถึงวัยเด็กเล็ก เด็กโตและวัยรุ่น วัยทำงานและสร้างครอบครัว ไปจนถึงวัยสูงอายุ การดำเนินการตลอดทุกช่วงวัยของชีวิตนี้จะทำให้ทั้งสุขภาพจิตประชากรดีขึ้น และลดความเสี่ยงต่อโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำทางสังคม

เมื่อการดำเนินการครอบคลุมตลอดช่วงวัยของชีวิตเป็นสิ่งจำเป็น หลักฐานเชิงประจักษ์และข้อสรุปร่วมทางวิชาการมีความเห็นพ้องกันว่าหากให้เด็กทุกคนได้รับโอกาสที่ดีที่สุดตั้งแต่เริ่มต้นของชีวิต จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านสังคมและด้านสุขภาพจิตสูงที่สุด ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว การดำเนินการจำเป็นต้องครอบคลุมประชากรทั่วไป กระจายตามระดับชั้นทางสังคมที่แตกต่าง และเป็นสัดส่วนตามความต้องการของระดับชั้นทางสังคม และลดความเหลื่อมล้ำจากโรคจิตเวชได้สำเร็จ

การใช้แนวทางช่วงวัยของชีวิตเพื่อแก้ไขความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ปรับมาจากการทบทวนเรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและความแตกต่างทางสุขภาพ (Social Determinants of Health and the Health Divide) ขององค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป





ความเป็นมาและบริบท

BACKGROUND AND CONTEXT

รายงานฉบับนี้ได้รวบรวมหลักฐานของการดำเนินการเชิงกลยุทธ์เพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการเมืองที่มีผลต่อการกระจายตัวของโรคจิตเวช ตลอดจนมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันหรือลดปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละช่วงวัยตลอดชีวิตจากทุกประเทศที่มีระดับการพัฒนาเศรษฐกิจแตกต่างกัน บางกิจกรรมได้ดำเนินการแล้วดังแสดงในรายงานกรณีศึกษา แต่มีอีกหลายกิจกรรมที่ต้องดำเนินการให้มากขึ้น รายงานฉบับนี้มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมดังกล่าว

หลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าสุขภาพจิตและโรคจิตเวชที่พบบ่อยถูกกำหนดตามความแตกต่างของปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมเริ่มชัดเจนและเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ รายงานบททวนหลักฐานทั่วโลกจัดทำโดย Vikram Patel และคณะ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกว่าด้วยปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพยืนยันหลักฐานว่า ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำมีความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบกับการเพิ่มอัตราโรคซึมเศร้า¹ และเพศเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ โดยผู้หญิงพบโรคจิตเวชได้บ่อยกว่าและผู้หญิงมักเผชิญกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในลักษณะที่แตกต่างไปจากผู้ชาย

การดำเนินการเพื่อพัฒนาสุขภาพชีวิตประจำวันตั้งแต่ก่อนเกิด ต่อเนื่องไปจนช่วงเด็กเล็ก วัยเรียน วัยทำงาน และสร้างครอบครัว จนถึงวัยชรา ด้วยการเพิ่มโอกาสในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของประชากรและลดความเสี่ยงของกลุ่มโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำทางสังคม ดังนั้นเมื่อต้องดำเนินงานครอบคลุมตลอดช่วงวัยของชีวิต ข้อเสนอแนะทางวิชาการมีความเห็นพ้องกันว่าหากให้เด็กทุกคนได้รับโอกาสที่ดีที่สุดตั้งแต่เริ่มต้นของชีวิต จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านสังคมและด้านสุขภาพจิตสูงที่สุด

ความชุกและการกระจายตัวตามระดับสังคมของโรคจิตเวชในกลุ่มประเทศรายได้สูงมีข้อมูลการศึกษา รายงานไว้ชัดเจน ส่วนกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางเพิ่งเริ่มตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว และยังคงมีช่องว่างอีกมาก ทั้งด้านการวิจัยเพื่อประเมินปัญหา และด้านยุทธศาสตร์ นโยบายและโปรแกรมเพื่อการป้องกันโรคจิตเวช ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องยกระดับความสำคัญของการป้องกันโรคจิตเวชและการส่งเสริมสุขภาพจิต ผ่านการดำเนินการที่มีผลต่อปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

แนวคิดหลักและนิยาม / MAJOR CONCEPTS AND DEFINITIONS

สุขภาพจิตและโรคจิตเวช (MENTAL HEALTH AND MENTAL DISORDERS)

สุขภาพจิตและโรคจิตเวชไม่ใช่สิ่งตรงข้ามกัน และสุขภาพจิตที่ดี “ไม่ได้หมายถึงการปราศจากโรคจิตเวชเท่านั้น”²

สุขภาพจิต / MENTAL HEALTH

องค์การอนามัยโลกได้นิยามคำว่า สุขภาพจิต (mental health) ว่าหมายถึง “สภาพสุขภาวะที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนเองได้”² ด้วยความหมายนี้ การที่ปราศจากโรคจิตเวชนั้นจึงไม่ได้หมายความว่าสุขภาพจิตที่ดี^{3 4} หรือในอีกแง่หนึ่ง คนที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชยังสามารถมีสุขภาวะที่ดี มีชีวิตที่พึงพอใจ มีความหมาย มีชีวิตที่ยังทำประโยชน์ได้ ภายใต้ข้อจำกัดของความเจ็บปวด ความทุกข์ หรือความบกพร่องที่เป็นอยู่

โรคจิตเวช / MENTAL DISORDERS

โรคจิตเวช ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดสุราและสารเสพติด โรคจิตเวชที่พบบ่อยอาจเป็นผลมาจากประสบการณ์ตึงเครียดได้⁵ แต่ถึงแม้ไม่มีประสบการณ์ตึงเครียดก็อาจเกิดโรคจิตเวชได้เช่นกัน และประสบการณ์ตึงเครียดเองก็ไม่นำไปสู่โรคจิตเวชเสมอไป หลายคนมีปัญหาสุขภาพจิตแต่ยังไม่ถึงกับป่วยเป็นโรคจิตเวช (sub-threshold mental disorders) หมายความว่ามีความสุขจิตไม่ดีแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเวช ประชากรจำนวนมากทีเดียวที่มีโรคจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้น⁶ บางครั้งมีการใช้คำว่า ความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) ซึ่งหมายถึง โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (หรือหมายถึง โรคจิตเวชที่พบบ่อย-common mental disorders) และโรคจิตเภท โรคไบโพลาร์หรือโรคอารมณ์แปรปรวนแบบสองขั้ว (หรือหมายถึง โรคจิตเวชรุนแรง-severe mental illness)⁷

ในหลายประเทศทั่วโลก ได้เปลี่ยนไปเน้นที่การป้องกันโรคจิตเวชที่พบบ่อย เช่น โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า ด้วยการดำเนินการที่มีผลต่อปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ รวมถึงจัดการรักษาโรคจิตเวชให้ดีขึ้น การดำเนินการดังกล่าวต้องครอบคลุมสาเหตุและตัวกระตุ้นของโรคจิตเวชทั้งหลายในสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองในสภาพชีวิตประจำวัน

กล่องที่ 1 สุขภาพจิตและสุขภาวะ

Box 1 Mental health and well being

ในปัจจุบันกลุ่มนักวิจัยและนโยบายสาธารณะได้ให้ความสนใจในเรื่องสุขภาวะมากขึ้น หลักสมรรถนะของ Amartya Sen⁸ เปิดประเด็นอภิปรายกันถึงสมรรถนะต่างๆ ที่ทำให้คนแต่ละคน ทำหรือเป็น ตามเหตุผลที่คนๆ นั้น ให้คุณค่า ตามแนวคิดของ Sen สิ่งที่เราให้คุณค่าในการทำหรือเป็นมีได้หลากหลายตั้งแต่ “เรื่องพื้นฐาน เช่น การถูกเลี้ยงดูอย่างเหมาะสมและไม่ป่วยจากโรคที่หลีกเลี่ยงได้ ไปจนถึงกิจกรรมหรือสถานะของบุคคลที่ซับซ้อนมาก เช่น สามารถเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตในชุมชนและมีความเคารพนับถือตนเอง”⁹

Martha Nussbaum นักทฤษฎีการเมืองได้สร้างแนวคิดสมรรถนะไว้ทั้งหมดสิบหมวด ได้แก่ ไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร, สามารถอยู่อย่างมีความสุขดี, มีอิสระและสิทธิในตัวเอง, สามารถใช้ความรู้สึก จินตนาการ ความคิดและเหตุผล, มีอิสระในการแสดงออกทางอารมณ์, มีหลักเหตุผลที่สามารถวางแผนชีวิตตนเองได้, สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นโดยยังคงความเคารพนับถือตนเองและไม่เลือกปฏิบัติในความแตกต่าง, มีชีวิตโดยคำนึงถึงสิ่งมีชีวิตอื่นในโลกนี้, สามารถหัวเราะ เล่น เพลิดเพลินไปกับกิจกรรมบันเทิงต่างๆ ได้, มีสิทธิตัดสินใจในทางเลือกการเมืองที่มีผลปกครองชีวิตตนเองอย่างเต็มที่ และสามารถควบคุมสมบัติแวดล้อมของตนได้¹⁰

สุขภาพจิตเป็นส่วนสำคัญของแนวคิดเรื่องสุขภาวะ เพราะสามารถทำให้บุคคล ทำหรือเป็นตามสิ่งที่ตน ให้คุณค่า ในทางกลับกัน การเป็นหรือทำสิ่งต่างๆ ตามที่ตนเห็นคุณค่าก็นับถือเป็นตัวส่งเสริมสุขภาพจิตด้วย สมรรถนะในการทำหรือเป็นนั้นถูกกำหนดตามสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ดังตัวอย่างเช่น สมรรถนะของผู้หญิงคนหนึ่งมีจำกัดมากหากเรียนไม่จบการศึกษาชั้นมัธยม ทำให้ตกเป็นเหยื่อความรุนแรงในครอบครัว ทำงานในตลาดแรงงานนอกระบบที่ค่าแรงถูก และขัดสนในการเลี้ยงดูหาอาหารและเสื้อผ้าให้ลูก ผู้หญิงคนนี้มีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการซึมเศร้าและรู้สึกสิ้นหวัง หดหนทาง มากกว่าผู้หญิงที่ไม่เผชิญกับ ปัจจัยสังคมกำหนดเช่นนี้ สมรรถนะและสุขภาวะจึงมีความสัมพันธ์กับระดับทางสังคมเศรษฐกิจตามปัจจัยสังคมกำหนด



วิธีการ

METHODS

คณะกรรมการองค์การอนามัยโลกว่าด้วยปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (WHO Commission of Social Determinants of Health) ทีม Marmot Review ของอังกฤษ ทีมทบทวนขององค์การอนามัยโลกด้านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและความแตกต่างทางสุขภาพ (WHO Review of Social Determinants of Health and the Health Divide) ทีมริเริ่มรายงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก^{11 12} และหลักฐานงานวิจัยใหม่มากมายจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต นักวิจัยจากสถาบันความเสมอภาคด้านสุขภาพ (Institute of Health Equity) ได้ร่วมกันสังเคราะห์ในสองประเด็นหลัก คือ 1) ปัจจัยสังคมกำหนดโรคจิตเวชที่พบบ่อย และ 2) การดำเนินการที่มีผลต่อปัจจัยสังคมกำหนดที่สามารถป้องกันโรคจิตเวช และ/หรือทำให้สุขภาพจิตประชากรดีขึ้น การดำเนินการนี้อยู่ภายใต้ความร่วมมือของคณะบุคลากรจากแผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด องค์การอนามัยโลก และได้รับคำแนะนำจากคณะผู้เชี่ยวชาญนานาชาติ

▶ ข้อค้นพบที่สำคัญและการอภิปรายผล

MAIN FINDINGS AND DISCUSSION

ปัจจัยสังคมกำหนด ความเหลื่อมล้ำทางสังคม และโรคจิตเวชที่พบบ่อย / SOCIAL DETERMINANTS, SOCIAL INEQUALITIES AND COMMON MENTAL DISORDERS

รายงานฉบับนี้มุ่งเน้นการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดต่อโรคจิตเวชที่พบบ่อยและต่อปัญหาสุขภาพจิต (ที่ยังไม่เข้าเกณฑ์ว่าป่วย) กลยุทธ์แบบครอบคลุมในระดับประชากรเพื่อจัดการปัจจัยสังคมกำหนดมีแนวโน้มที่จะทำให้อาการของประชากรดีขึ้นและลดความเหลื่อมล้ำได้ เพราะกลยุทธ์เหล่านี้มุ่งเน้นที่การปรับปรุงสภาพที่บุคคลเกิดใช้ชีวิต เติบโต ทำงาน และแก่ชรา ความเหลื่อมล้ำเชิงระบบระหว่างชนชั้นสังคมที่สามารถหลีกเลี่ยงได้นั้นถือว่าไม่เสมอภาคและไม่เป็นธรรม ดังนั้นความแตกต่างเชิงระบบของสุขภาพจิตจากเพศ อายุ ชาติพันธุ์ รายได้ การศึกษา หรือถิ่นที่อยู่อาศัย จัดเป็นความเหลื่อมล้ำ และสามารถลดทอนลงได้ด้วยการดำเนินการที่มีผลต่อปัจจัยสังคมกำหนดดังกล่าว ตัวอย่างหลักฐานที่เห็นได้ชัด เช่น โรคจิตเวชที่พบบ่อย (โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล) มีการกระจายตามระดับความด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจในสังคม¹³ และคนที่ยากจนหรือด้อยโอกาสต้องเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่พบบ่อยและเกิดผลเสียที่ตามมาในสัดส่วนที่ไม่เหมาะสม^{14 15}

ผลการทบทวนวรรณกรรมทางระบาดวิทยาเรื่องโรคจิตเวชที่พบบ่อยกับความยากจนในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางพบว่า จากการศึกษาทั้งสิ้น 115 รายงาน มากกว่าร้อยละ 70 พบความสัมพันธ์กันระหว่างความยากจนจากมาตรวัดต่างๆ กับโรคจิตเวชที่พบบ่อย โดยความสัมพันธ์มากขึ้นกับชนิดของมาตรวัดความยากจนที่ใช้¹⁶

บางรายงานวัดความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับโรคจิตเวชด้วยภาระหนี้สิน ตัวอย่างจากการศึกษาระดับประชากรในประเทศอังกฤษ เวลส์ และสกอตแลนด์พบว่า คนที่ยังมีหนี้สินมากจะยังมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชอย่างหนึ่งอย่างใดมากขึ้น แม้ว่าจะมีการปรับค่าตัวแปรด้านรายได้และตัวแปรด้านสังคมอื่นๆ แล้วก็ตาม¹⁷

รายงานทบทวนการสำรวจประชากรของกลุ่มประเทศยุโรปพบว่า โรคจิตเวชที่พบบ่อย (เช่น โรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล) พบได้มากขึ้นสัมพันธ์กับการศึกษาน้อย ขาดแคลนเครื่องอุปโภคบริโภค และการว่างงาน¹⁸ รวมถึงการอยู่อย่างโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุ

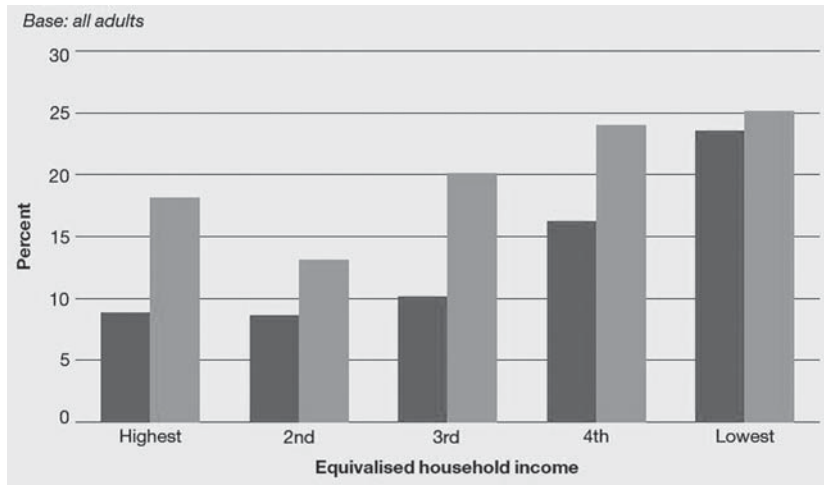
รายงานระบาดวิทยาการกระจายตัวของสุขภาพจิตที่ดี (positive mental health) จัดทำขึ้นในกลุ่มประเทศยุโรป จาก Eurobarometer survey ในปี ค.ศ.2002 แสดงให้เห็นว่าสุขภาพจิตของประชากรมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนทั้งระหว่างประเทศ และระหว่างเพศชายและเพศหญิงในประเทศเดียวกัน²⁰ โดยสุขภาพจิตที่ไม่ดีพบได้มากกว่าในผู้หญิง กลุ่มคนยากจน และคนที่ได้รับการช่วยเหลือทางสังคมน้อย²⁰

โรคจิตเวชและสถานะทางสังคมเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือโรคจิตเวชนำไปสู่รายได้และการมีงานทำน้อยลง ทำให้ยากจนมากขึ้น และย้อนกลับมาเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคจิตเวช

รูปแบบความเหลื่อมล้ำที่กระจายตามระดับชั้นทางสังคมนั้นเกิดขึ้นก่อนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ รายงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า เด็กวัยรุ่นอายุ 10-15 ปีที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำมีความชุกของอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงเป็น 2.5 เท่าของเด็กวัยรุ่นที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจสูงกว่า²¹ แม้ในเด็กเล็กที่อายุเพียงสามถึงห้าขวบพบปัญหาทางสังคมอารมณ์และพฤติกรรมได้มากขึ้นโดยตรงข้ามกับความมั่งคั่งของครัวเรือนที่วัดโดยฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ²²

รูปแบบการกระจายตัวทางสังคมของโรคจิตเวชที่พบบ่อยนั้นพบในระดับชั้นทางสังคมที่แตกต่าง และเด่นชัดในผู้หญิงมากกว่าในผู้ชาย (แผนภาพที่ 1)¹⁹

แผนภาพที่ 1: ความชุกของโรคจิตเวชที่พบบ่อยจำแนกตามรายได้ครัวเรือนในอังกฤษ ค.ศ.2007¹⁹
 ได้รับการอนุญาตให้เผยแพร่จาก Health and Social Care Information Centre (สงวนลิขสิทธิ์)



Key: Pale bars : women; dark bars: men.

สมมติฐานหลักที่เชื่อมสถานะทางสังคมกับโรคจิตเวชนั้นเน้นที่ระดับ ความถี่ และระยะเวลาที่เผชิญประสบการณ์ตึงเครียด รวมถึงการได้รับการปกป้องจากการช่วยเหลือทางสังคมทั้งในรูปแบบอารมณ์ ข้อมูล หรือเครื่องมือต่างๆ ที่ได้รับหรือแลกเปลี่ยนกับคนอื่น หรือจากศักยภาพและการจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง คนที่อยู่ในระดับชั้นทางสังคมต่ำมักมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับสภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีตลอดทั้งชีวิตและได้รับการปกป้องและช่วยเหลือน้อยกว่า ความต้อโอกาสเหล่านี้เริ่มตั้งแต่ก่อนเกิดและมีแนวโน้มสะสมเพิ่มมากขึ้นไปตลอดชีวิต แม้ว่าคนที่เผชิญเหตุการณ์เหมือนกันไม่จำเป็นต้องเกิดความเสี่ยงเหมือนกันทุกคน ในบางคนมีความเข้มแข็งทางใจมากกว่าหรือได้รับการปกป้องและช่วยเหลือจะลดผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากความต้อโอกาสและความยากจนลงได้

กรอบแนวคิดแบบหลายระดับ (multilevel framework) เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยสังคมกำหนดโรคจิตเวชนั้นสามารถนำมาใช้ในการวางกลยุทธ์และมาตรการเพื่อลดโรคจิตเวชและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีได้ ประเด็นสำคัญต่อไปนี้มีผลสำคัญด้วยเหตุผลหลักสองประการคือ: มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงของโรคจิตเวช; และแสดงถึงโอกาสที่จัดการลดความเสี่ยงลงได้²³

ช่วงวัยของชีวิต (life-course): ช่วงเวลาก่อนคลอด ตั้งครรภ์ และหลังคลอด วัยเด็กเล็ก วัยรุ่น วัยทำงาน และสร้างครอบครัว วัยสูงอายุ รวมถึงเพศในทุกช่วงวัย

พ่อแม่ ครอบครัว และครัวเรือน: พฤติกรรมและทัศนคติในการเลี้ยงดูลูก สภาพความเป็นอยู่ (รายได้ การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน อาหารโภชนาการ น้ำ สุขอนามัย ที่อยู่อาศัย การมีงานทำ) สภาพการทำงานและการว่างงาน สุขภาพกายและสุขภาพจิตของพ่อแม่ การดูแลแม่ตั้งครรภ์และหลังคลอด การช่วยเหลือทางสังคม

ชุมชน: ความเชื่อใจและความปลอดภัยในย่านที่พักอาศัย การมีส่วนร่วมในชุมชน อาชญากรรม/ความรุนแรง ลักษณะสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติและที่สร้างขึ้น ขาดเพื่อนบ้านใกล้เคียง

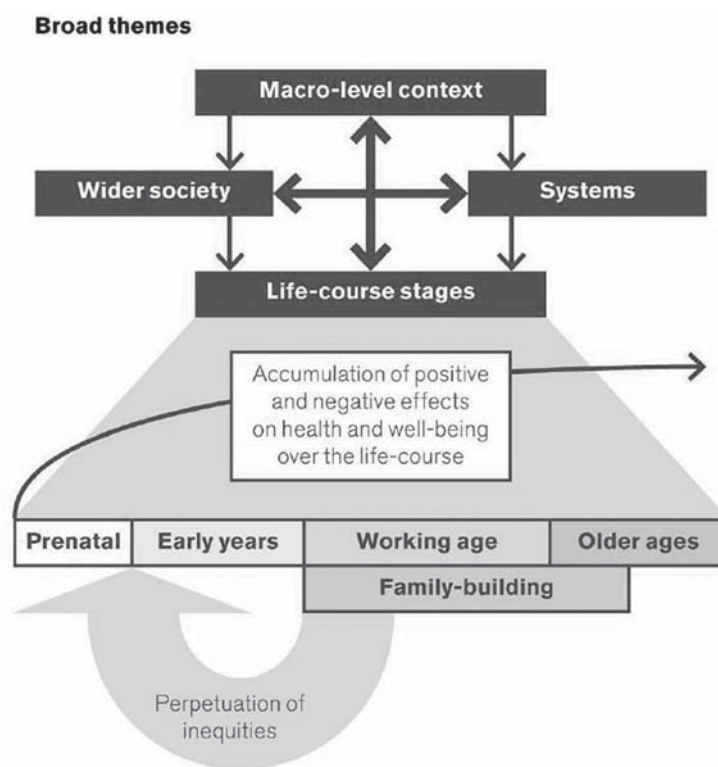
บริการท้องถิ่น: บริการดูแลและสอนเด็กเล็ก โรงเรียน บริการสำหรับเด็ก/วัยรุ่น บริการด้านสุขภาพ บริการทางสังคม น้ำสะอาด และสุขอนามัย

ปัจจัยระดับชาติ: การลดความยากจน ความเหลื่อมล้ำ การแบ่งแยกกีดกัน ธรรมชาติของสิทธิมนุษยชน การสู้รบ นโยบายระดับชาติเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการศึกษา การจ้างงาน บริการสุขภาพ ที่อยู่อาศัย และบริการอื่นตามความต้องการ นโยบายคุ้มครองทางสังคมทั้งแบบทั่วไปและแบบที่ใช้เมื่อจำเป็น

ช่วงวัยของชีวิต / LIFE-COURSE

ประสบการณ์และผลกระทบจากปัจจัยสังคมกำหนดนั้นหลากหลายเปลี่ยนไปตลอดชีวิต และมีอิทธิพลต่อบุคคลในแต่ละอายุ เพศ หรือช่วงชีวิตที่เฉพาะแตกต่างกัน คณะกรรมการด้านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ที่มทบทวน Marmot ที่มทบทวนขององค์การอนามัยโลกยุโรป และที่อื่นๆ ได้ให้ความสำคัญของแนวคิดช่วงวัยของชีวิต (life-course approach) เพื่อทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่เกิดจากประสบการณ์และผลกระทบจากปัจจัยสังคมกำหนดที่แตกต่างกันตลอดชีวิต^{24 25} แนวคิดช่วงวัยของชีวิต (life-course approach) ได้เสนอการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพให้เหมาะกับช่วงวัยที่ต่างกัน (แผนภาพที่ 2) หลักฐานชัดเจนได้แสดงว่าสุขภาพจิตและสุขภาพกายหลายอย่างที่เกิดขึ้นในชีวิตภายหลังนั้น เริ่มมาตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิตแล้ว^{27 28}

แผนภาพที่ 2: แนวคิดช่วงวัยของชีวิต (life-course approach) เพื่อแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ²⁶



ความตึงเครียดที่เผชิญในช่วงพัฒนาการเฉพาะที่สำคัญของวัยเด็กเล็กส่งผลกระทบต่อระบบควบคุมความเครียดทางชีวภาพ กลไกเซลล์ประสาทที่ควบคุมการตอบสนองต่อความเครียดในสมอง และการแสดงออกของยีนที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความเครียด²⁹ ผลจากความตึงเครียดที่มีต่อระบบเหล่านี้จะถูกขัดขวางหากได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ด้วยความรัก สัมพันธภาพที่เอื้ออาหารและเสมอต้นเสมอปลายจากผู้ใหญ่ที่ดูแล^{29 30} ความสัมพันธ์เช่นนี้สร้างความผูกพันที่มั่นคงระหว่างเด็กกับผู้เลี้ยงดูซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมที่ดี ความผูกพันที่มั่นคงกับผู้เลี้ยงดูในช่วงขวบปีแรกๆ นั้นถือเป็นรากฐานสำคัญของการป้องกันความวิตกกังวลและในการจัดการกับความตึงเครียด³¹ การสะสมความตึงเครียดเป็นเวลานานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อความเครียดทั้งผลทางสรีรวิทยาของระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ และระบบอื่นๆ รวมถึงสมอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ^{27 30} เมื่อพ้นวัยเด็กเล็ก การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สังคมชุมชนที่กว้างขึ้น และความเชื่อด้านบวก เช่น การมองโลกในแง่ดี ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกควบคุมตัวเองได้ สิ่งเหล่านี้จะช่วยปกป้องผลกระทบจากความตึงเครียดได้²⁹ พฤติกรรมตอบสนองต่อความเครียดทั้งการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดจะจัดว่าเป็นโรคจิตเวชเมื่อถึงขั้นเสพติดสุราหรือสารเสพติด

การวิเคราะห์ประสบการณ์ตลอดช่วงวัยของชีวิตทั้งผลดีและผลเสีย พบว่าปัจจัยด้านบวกและด้านลบและกระบวนการเหล่านี้จะสะสมไปเรื่อยๆ ส่งผลต่อพันธุกรรม จิตใจ สังคม สรีรวิทยา และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล รวมทั้งสภาพสังคมทั้งครอบครัว ชุมชน กลุ่มชน และเพศ การสั่งสมผลดีและผลเสียนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจและตามมาด้วยความเหลื่อมล้ำในผลลัพธ์สุขภาพจิตและสุขภาพกาย กระบวนการเหล่านี้เป็นพลวัตในแง่ที่ว่าอิทธิพลทั้งด้านบวกและด้านลบนั้นเกิดขึ้นตลอดเวลาของชีวิต กระบวนการสั่งสมเหล่านี้จะมุ่งไปสู่ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตเร็วที่สุด และบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขในทุกช่วงวัยของชีวิต

การใช้มุมมองแบบช่วงวัยของชีวิต คำนึงถึงอิทธิพลที่มีผลในแต่ละช่วงวัยของชีวิตที่สามารถเปลี่ยนแปลงความเสี่ยงและการเผชิญกับอันตรายหรือความตึงเครียดได้ การจัดระเบียบสังคมและสถาบันต่างๆ เช่น ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน ตลาดแรงงาน และระบบบำนาญมีผลกระทบอย่างมากต่อโอกาสที่จะช่วยให้ผู้คนเลือกเส้นทางของตนเองในชีวิต การจัดระเบียบสังคมและสถาบันนี้แตกต่างกันมาก โครงสร้างและผลกระทบเหล่านี้จะได้รับการสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคมากขึ้นกับนโยบายระดับชาติและระดับนานาชาติ

ประสบการณ์และสุขภาพจิตก่อนคลอด / PRE-NATAL EXPERIENCE AND MENTAL HEALTH

ช่วงเวลาก่อนคลอดนั้นส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์สุขภาพกาย สุขภาพจิต และสติปัญญาในช่วงแรกของชีวิตไปจนถึงตลอดชีวิต สุขภาพของมารดาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี ไม่ถูกสุขอนามัยและโภชนาการ การสูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ความเครียด และการใช้แรงงานหนักสามารถส่งผลกระทบต่อการพัฒนาการของทารกในครรภ์และผลลัพธ์ในชีวิตเมื่อโตขึ้น⁷ เด็กที่เกิดจากมารดาอาจจนจะเสียโอกาสมากกว่าตั้งแต่ยังไม่เกิด เช่น มีโอกาสที่จะขาดสารอาหารระหว่างตั้งครรภ์ น้ำหนักแรกคลอดน้อย เผชิญกับความเครียด สภาพการทำงานที่แย่ และการใช้แรงงานหนัก²⁶

การทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) จาก 17 รายงานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหรืออาการซึมเศร้าของแม่และการเจริญเติบโตของเด็กเล็กในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าเด็กที่เกิดจากแม่ซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงกว่าที่จะน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์และเติบโตช้า และน้ำหนักแรกคลอดน้อยเองเป็นตัวเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าเมื่อโตขึ้น³² ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาระยะยาวสี่รายงาน พบว่าในเด็กที่เกิดจากแม่ซึมเศร้านั้นมีความเสี่ยงที่จะมีน้ำหนักตัวน้อยและเติบโตช้ากว่าเด็กทั่วไปถึงประมาณสองเท่า³²

ภาวะซึมเศร้าของแม่ตั้งครรภ์และหลังคลอดถือเป็นปัญหาขนาดใหญ่ในประเทศกำลังพัฒนา ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางได้ประมาณการความชุกของโรคจิตเวชที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดร้อยละ 16 และหลังคลอดร้อยละ 20³³ ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคจิตเวชในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด ได้แก่ ความต้อโอกาสทางเศรษฐกิจสังคม การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อายุยังน้อย ไม่ได้แต่งงาน ขาดความเอาใจใส่และช่วยเหลือจากคู่ครอง ครอบครัวสามีไม่เป็นมิตร คู่ครองใช้ความรุนแรง ขาดการช่วยเหลือ ประคับประคองด้านอารมณ์และการดำเนินชีวิต มีประวัติปัญหาสุขภาพจิตมาก่อน การให้กำเนิดลูกผู้หญิง (ในบางแห่ง) ส่วนปัจจัยปกป้อง ได้แก่ มีการศึกษาสูง มีงานทำมั่นคง เป็นกลุ่มชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ และมีคู่ครองที่เชื่อถือได้³³ Rahman และคณะได้ประมาณการไว้ว่า หากลดภาวะซึมเศร้าในแม่ตั้งครรภ์และหลังคลอดในปากีสถานลงจากร้อยละ 25, ร้อยละ 50 หรือร้อยละ 75 จะช่วยลดจำนวนเด็กที่น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ลงได้ร้อยละ 7, ร้อยละ 26 และร้อยละ 36 ตามลำดับ³⁴

งานวิจัยจำนวนมากตอกย้ำถึงความสำคัญของระดับการศึกษาของแม่ว่ามีผลอย่างมากต่อเด็ก มารดาที่มีการศึกษา ยิ่งต่ำจะสัมพันธ์กับปัญหาต่างๆ เพิ่มขึ้น ทั้งการเสียชีวิตของทารก การเจริญเติบโตช้าและขาดสารอาหาร เด็กอ้วน เกินมาตรฐาน คะแนนทดสอบคำศัพท์ต่ำ ปัญหาพฤติกรรมเกเร ปัญหาอารมณ์ คะแนนความคิดวิเคราะห์ต่ำ ปัญหาสุขภาพจิต และการติดเชื่อ³⁵⁻³⁸

วัยเด็กเล็ก / THE EARLY YEARS

ประสบการณ์ที่ไม่ดี (adverse conditions) ในช่วงวัยเด็กสัมพันธ์กับการเพิ่มความเครียดต่อโรคจิตเวช สภาพครอบครัวและคุณภาพของการเลี้ยงดูเด็กมีผลอย่างมากต่อความเสี่ยงสุขภาพจิตและสุขภาพกาย สถาบันความเสมอภาคด้านสุขภาพได้ทบทวนวรรณกรรมล่าสุดถึงปัจจัยที่มีผลต่อเด็กเล็ก และพบว่า “การขาดความผูกพันที่มั่นคง การละเลยทอดทิ้ง การขาดการกระตุ้นอย่างมีคุณภาพ และความขัดแย้ง ล้วนส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางสังคม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานภาพการทำงาน ตลอดจนสุขภาพจิตและสุขภาพกายในอนาคต”²³ เด็กที่ถูกละเลยหรือทอดทิ้ง ถูกทารุณกรรมทางร่างกายหรือทางจิตใจ หรือเติบโตขึ้นมาในครอบครัวที่มีความรุนแรงจะได้รับความบอบช้ำอย่างชัดเจน²⁸

สุขภาพจิตของผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ตัวเด็ก ตัวอย่างเช่น เด็กที่แม่เจ็บป่วยทางจิตมีโอกาที่จะป่วยด้วยโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นถึงห้าเท่า³⁹ ความยากจนโดยเฉพาะการมีหนี้สินเพิ่มความตึงเครียดในแม่ ความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่ถือเป็นความเสี่ยงต่อลูกด้วยเช่นกัน การเผชิญปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างจะยิ่งเพิ่มความบอบช้ำมากยิ่งขึ้นจากการสะสมผลกระทบทั้งหลายร่วมกัน^{26 40}

เด็กที่อยู่ในกลุ่มฐานะสังคมเศรษฐกิจต่ำจะมีโอกาสเผชิญสภาพที่เอื้อต่อพัฒนาการที่เหมาะสมน้อยกว่า³⁸ ปัญหาทางสังคมและอารมณ์ตามระดับชั้นทางสังคมนั้นสามารถพบได้ตั้งแต่เด็กเล็กเพียงสามขวบ ผลการวิเคราะห์จากสหราชอาณาจักรพบว่ารายได้ของครอบครัวแปรผกผันกับปัญหาอารมณ์สังคมของเด็กอายุ 3 ถึง 5 ขวบ²² อย่างไรก็ตามผลกระทบนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการกระทำของพ่อแม่ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ด้านอารมณ์และสังคมที่ดีเป็นต้น²² ความเหลื่อมล้ำที่เกิดในช่วงขวบปีแรกๆ ของพัฒนาการนั้นสามารถเยียวยาแก้ไขได้ด้วยการช่วยเหลือระดับประคองจากครอบครัวและการเลี้ยงดู การดูแลแม่หลังคลอด ตลอดจนการดูแลเด็กและให้การศึกษา ครอบครัวขยายและชุมชนที่เข้มแข็งสามารถช่วยปกป้องและเป็นแหล่งสนับสนุนเพื่อลดผลกระทบได้²⁶

การดำเนินการเพื่อสนับสนุนสุขภาพจิตในเด็กเล็ก

Actions to support mental health in the early years

ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบถึงมาตรการแก้ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางพบว่า การนำมาตรการไปใช้โดยมีการฝึกอบรมและนิเทศบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิและระดับชุมชนอย่างเหมาะสมด้วยมาตรการที่ได้รับการปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมแล้ว จะสามารถช่วยให้สุขภาพจิตของแม่ดีขึ้น⁴¹ บางรายงานเสนอว่ามาตรการนั้นจะมีประโยชน์ต่อแม่ด้วยการสร้างโอกาสให้มีงานที่ดีขึ้นและมีรายได้สูงขึ้น^{42 43}

มาตรการที่มีประสิทธิผลได้ดำเนินการในประเทศแอฟริกาใต้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในแม่และช่วยให้ความผูกพันและปฏิสัมพันธ์กับลูกดีขึ้น⁴⁴ มาตรการเยี่ยมบ้าน (home-based intervention) เพื่อทดสอบประสิทธิผลการกระตุ้นเด็กตั้งแต่ระยะแรกในแม่ซึมเศร้าถูกนำไปใช้ในชุมชนหลายแห่งของจาไมกา มาตรการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น ผ่านการอบรมความรู้แม่ถึงวิธีการเลี้ยงดูลูกและเสริมความภาคภูมิใจของพ่อแม่ โดยให้บุคลากรสุขภาพชุมชนจากศูนย์สุขภาพของรัฐเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ ครั้งละครึ่งชั่วโมงเพื่อสาธิตกิจกรรม (มักเป็นการเล่น) ระหว่างเด็ก แม่ และผู้ดูแลอื่นๆ การเยี่ยมบ้านยังเปิดโอกาสให้บุคลากรสุขภาพและแม่มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนกันในเรื่องการเลี้ยงดู รวมทั้งทักษะการเลี้ยงดูที่สำคัญ โฆษณาสำหรับเด็ก และวิธีสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อเสริมการเล่นและเรียนรู้ ผลการวิเคราะห์หามาตรการนี้พบว่าการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสุขภาพชุมชนสามารถลดภาวะซึมเศร้าในแม่ได้อย่างชัดเจน⁴²

The Triple P-Positive Parenting Programme เป็นมาตรการปรับพฤติกรรมครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมและพัฒนาการดีขึ้น ด้วยการปรับสภาพแวดล้อมภายในครอบครัวให้เด็กสามารถค้นพบศักยภาพของตนเอง นำไปสู่การเพิ่มโอกาสในชีวิตของเด็กและลดความเสี่ยงที่ทำให้สุขภาพจิตไม่ดี⁴⁵ โปรแกรมนี้ดำเนินการในระดับประชากร พัฒนาและดำเนินการครั้งแรกในประเทศออสเตรเลีย และได้นำไปดำเนินการซ้ำอย่างประสบความสำเร็จในอีกหลายประเทศรวมทั้งจีน (ฮ่องกง) อิหร่าน ญี่ปุ่น และสวีเดน⁴⁶⁻⁴⁹

ในสหรัฐอเมริกามีหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจนแล้ว รวมถึงการศึกษาประสิทธิผลของมาตรการก่อนวัยเรียนในเด็กเล็กที่อยู่ในสภาพรายได้ต่ำและยากจนในระยะยาว ตัวอย่างโปรแกรม เช่น High/Scope Perry Preschool Project, Nurse-Family Partnership และชุดโปรแกรม Incredible Years เป็นสามโครงการตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจน

โปรแกรมเหล่านี้ทำให้การตั้งครุฑได้ผลดีขึ้น และเด็กมีความพร้อมในการไปโรงเรียน มีผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียน มีความสำเร็จทางเศรษฐกิจ และมีสุขภาพจิตสุขภาพกายดี⁵⁰⁻⁵² นอกจากนี้ ยังมีโปรแกรม Incredible Years ที่ได้ดำเนินการมาแล้วในกว่า 20 ประเทศ รวมทั้งเดนมาร์ค ฟินแลนด์ เขตบาเลสไตน์ และสหภาพรัสเซีย⁵³

โปรแกรม Mother2Mothers เป็นมาตรการสำหรับเด็กเล็กดำเนินการในเขต Kwa-Zulu-Natal ของแอฟริกาใต้ โดยช่วยให้ชุมชนพัฒนากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่ออบรมให้ความรู้และช่วยเหลือทางจิตใจและสังคม ให้หญิงตั้งครรภ์และแม่่มือใหม่ที่ติดเชื้อ HIV/AIDS โดยเฉพาะการช่วยเหลือให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีอยู่ ผลการประเมินพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพทางจิตสังคมดีขึ้น ใช้บริการที่มีอยู่มากขึ้น และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ผลการประเมินยังพบอีกด้วยว่าแม่่มือใหม่เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่งเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากได้เข้าร่วมตามโปรแกรมเป็นเวลานานกว่า⁵⁴

วัยเด็กโต / LATER CHILDHOOD

แม้พัฒนาการสมองของเด็กขวบปีแรกๆ นั้นมีความสำคัญมากต่อชีวิตเมื่อโตขึ้น แต่การช่วยเหลือระดับประคองยังจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมจนถึงวัยเด็กและวัยรุ่น การศึกษามีความสำคัญในอันที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งทางอารมณ์ และการศึกษาส่งผลต่อชีวิตได้หลากหลายเมื่อโตขึ้นเนื่องจากมีผลต่อความเสี่ยงโรคจิตเวช เช่น การมีงานทำ รายได้ และการมีส่วนร่วมในชุมชน โรงเรียนก็มีความสำคัญเช่นกันเนื่องจากเป็นสถาบันที่สามารถดำเนินการโปรแกรมป้องกันให้กับเด็กและเยาวชน เช่นเดียวกับทารก เด็กเล็ก เด็กวัยรุ่น และวัยรุ่นที่มาจากพื้นหลังที่ยากจนกว่าจะมีแนวโน้มที่จะเผชิญหรือพบเจอกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีและสภาพครอบครัวที่ตึงเครียดมากกว่า ดังนั้นควรมุ่งเน้นไปยังกลุ่มเสี่ยงที่สุดเหล่านี้แต่ในสัดส่วนที่เหมาะสม

ความยากจนทำให้การสร้างสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เอื้อต่อการเรียนรู้ทำได้ลำบากกว่า ทั้งจากสภาพแออัดและไม่ถูกสุขลักษณะ⁵⁵ การมีงานทำของพ่อแม่ไม่เพียงแต่ลดความยากจนเท่านั้นแต่ยังทำให้กิจวัตรในครอบครัวดีขึ้นและทำให้เด็กเข้าใจบทบาทหน้าที่การงานของชีวิตผู้ใหญ่ โรงเรียนมีบทบาทสำคัญที่สามารถกระทำต่อเด็กได้โดยตรงและโรงเรียนยังสามารถทำงานร่วมกับหน่วยบริการอื่นๆ เพื่อให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำพ่อแม่ถึงวิธีการเลี้ยงลูกและมีศักยภาพสนับสนุนให้พ่อแม่มีความพร้อมในการทำงานหรือฝึกอบรมทักษะอีกด้วย

เมื่อเด็กโตเข้าสู่วัยรุ่น จะเริ่มสนใจในพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น รวมทั้งการใช้สารเสพติด^{56 57} ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องแน่ใจว่าวัยรุ่นจะมีความรู้ในการตัดสินใจอย่างมีข้อมูล และมีปัจจัยปกป้อง เช่น การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจ ตลอดจนสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนๆ ครอบครัวรวมทั้งชุมชนในวงกว้าง อาหารเสริมครรภ์ในวัยรุ่นนั้นสัมพันธ์กับประวัติประสบการณ์ที่ไม่ดีในวัยเด็กรวมทั้งประสบการณ์ในปัจจุบันด้วย^{23 58}

การดำเนินการเพื่อสนับสนุนสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

Actions to support mental health among children and adolescents

การดำเนินการเพื่อสนับสนุนสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น มักจะทำในโรงเรียนซึ่งเป็นสถานที่ที่เอื้อให้เกิดการดำเนินการได้ดีและมีประสิทธิภาพและสามารถเข้าถึงประชากรทั้งหมดได้⁵⁹ นอกจากนี้โรงเรียนยังมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนพัฒนาการด้านความสามารถทางสังคม อารมณ์ การเรียนและความคิดอ่านซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพจิตเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาว⁶⁰ การดำเนินการเพื่อสนับสนุนสุขภาพจิตและแก้ไขความผิดปกติทางจิตในเด็กและวัยรุ่นในโรงเรียนนั้นได้นำไปใช้แล้วในหลายประเทศทั่วโลก⁶¹⁻⁶³ รวมทั้งหลายมาตรการในโรงเรียนที่ทำในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางที่ได้รับผลกระทบจากสงครามและความรุนแรง ซึ่งถือว่าเป็นความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดปัญหาโรคจิตเวช^{102 103}

ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบถึงมาตรการในโรงเรียนพบว่ามาตรการส่วนใหญ่เป็นแบบทั่วไป (universal) ที่ทำทั้งโรงเรียนเพื่อสร้างสุขภาพจิตให้เกิดผลกระทบที่ดีที่สุด ซึ่งมักจะรวมถึงการเปลี่ยนแปลงพื้นฐานแนวคิดของโรงเรียน การสื่อสารกับผู้ปกครอง การฝึกอบรมครูพิเศษ การให้ความรู้ผู้ปกครอง การมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือกับองค์กรภายนอก⁶⁴

โปรแกรมการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ (The Social and Emotional Learning Programme) ได้ดำเนินการแล้วในหลายมลรัฐของสหรัฐอเมริกา เป็นตัวอย่างมาตรการในโรงเรียนที่ดีอันหนึ่ง โปรแกรมนี้สนับสนุนสัมพันธภาพที่ทำให้การเรียนรู้ในระหว่างการพัฒนาทักษะทางสังคมอารมณ์ของเด็กนั้นมีความท้าทายดึงดูดใจ และมีเป้าหมาย เพื่อที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงลงได้⁶⁵ รายงานสรุปผลการทบทวนขนาดใหญ่สามรายงานเรื่องโปรแกรมการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ที่ครอบคลุมงานวิจัย 317 เรื่องและมีเด็กในการศึกษาทั้งสิ้น 324,303 คน พบว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพและทำให้เกิดประโยชน์สามด้าน ได้แก่ ทักษะทางสังคมอารมณ์ ทักษะคิดต่อตัวเองและผู้อื่น การมีส่วนร่วมกับโรงเรียน พฤติกรรมเชิงบวกทางสังคม ความสำเร็จทางการศึกษา พฤติกรรมทางสังคมและความดีใจทางอารมณ์⁶⁶

ในประเทศศรีลังกาหลังยุคสังครามกลางเมืองในปี ค.ศ.2009 ได้มีการสุ่มเลือกโรงเรียนเพื่อทดลองใช้มาตรการในโรงเรียน มาตรการนี้ได้ทำคล้ายๆ กันในอีกหลายประเทศที่ผ่านสงคราม เช่น อินโดนีเซีย⁶⁷ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 15 ครั้ง ในเวลา 5 สัปดาห์ ดำเนินการโดยบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรม โปรแกรมนี้มาแล้ว โครงสร้างโปรแกรมประกอบด้วยหัวข้อเฉพาะสำหรับแต่ละครั้ง เช่น ข้อมูลเรื่องความปลอดภัย ความมั่นคง การตระหนักรู้และภาคภูมิใจในตัวเอง การบาดเจ็บทางใจ ทักษะการจัดการปัญหา การกลับมาเชื่อมต่อกับสังคม และการวางแผนเพื่ออนาคต ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงสุขภาพจิตและความประพฤติของผู้ร่วมโครงการบางคนดีขึ้น และความสามารถในการจัดการความขัดแย้งด้วยวิธีที่ไม่ใช้ความรุนแรงดีขึ้น⁶⁸

วัยทำงาน / WORKING AGE

การศึกษาภาระโรคในภาพรวมระดับโลก แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเวชในวัยผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นและมีความสำคัญมากขึ้นทั่วโลก ในผู้หญิงพบโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของปีสูญเสียสุขภาพจากความทุพพลภาพ และโรควิตกกังวลเป็นสาเหตุอันดับที่ 6 ส่วนในผู้ชายโรคซึมเศร้าจัดอยู่อันดับที่ 2 ความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดจัดอยู่อันดับที่ 7 ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราจัดอยู่อันดับที่ 8 และโรควิตกกังวลจัดอยู่อันดับที่ 11 ของปีสูญเสียสุขภาพจากความทุพพลภาพ⁶ ประเมินการว่าหนึ่งในสี่ถึงหนึ่งในห้าของเยาวชน (อายุ 12-24 ปี) ป่วยด้วยโรคจิตเวชในหนึ่งปี อย่างไรก็ตามความชุกอาจแตกต่างกันได้มากระหว่างพื้นที่⁶⁹ โรคจิตเวชจำนวนมากทั่วโลกยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ได้รับการรักษา^{70 71}

ในประเทศอังกฤษ พบว่าหนึ่งในสี่ของประชากรเคยป่วยด้วยโรคจิตเวชในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา โดยร้อยละ 17.6 ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่พบบ่อยอย่างน้อยหนึ่งโรค; ร้อยละ 17 มีปัญหาสุขภาพจิตแต่ยังไม่ถึงกับป่วยเป็นโรคจิตเวช; ในขณะที่ร้อยละ 5 มีอาการโรคจิต (แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์วินิจฉัย) และร้อยละ 24 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าระดับที่กำหนดว่าเสี่ยงต่ำ⁷²

นโยบายลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ Policies to reduce alcohol consumption

ในหลายประเทศทั่วโลก ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับสุขภาพจิตของประชากร โดยมีแนวโน้มปัญหาเพิ่มขึ้นทั้งการติดสุรา ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ตลอดจนอันตรายต่อสุขภาพ เช่น สุขภาพร่างกายอ่อนแอ อุบัติเหตุ และความรุนแรงในครอบครัว⁷³ ในหลายประเทศทั้งอังกฤษ ออสเตรเลีย มาลาวี แซมเบีย และสกอตแลนด์ ได้มีการถกเถียงถึงนโยบายและการขับเคลื่อนนโยบายที่มุ่งเน้นวิธีการเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁷⁴⁻⁷⁷

ในเขตบริติชโคลัมเบียของประเทศแคนาดาได้กำหนดราคาขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ 20 ปีที่แล้วและมีการปรับเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อพยายามลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาติดตามระยะยาวตั้งแต่ปี ค.ศ.1989 ถึง ค.ศ.2010 ประเมินการว่าหากเพิ่มราคาขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นร้อยละ 10 สามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เทียบเท่ากับเครื่องดื่มอื่นๆ ลงร้อยละ 16.1 และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดลดลงร้อยละ 3.4⁷⁸

ตามที่ได้กล่าวมาก่อนหน้านี้ว่า โรคจิตเวชที่เกิดในผู้ใหญ่ส่งผลกระทบมากกว่าเพียงตัวผู้ป่วยเอง แต่ยังมีผลต่อลูก สามีภรรยาและครอบครัว ชุมชน การพัฒนาเศรษฐกิจ และคนรุ่นต่อไปอีกด้วย

การว่างงานและการจ้างงานที่มีคุณภาพต่ำถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากต่อโรคจิตเวช และถือเป็นสาเหตุสำคัญของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิต เนื่องจากความเสี่ยงจากการว่างงานและการจ้างงานที่มีคุณภาพต่ำนั้นสัมพันธ์อย่างมากกับฐานะทางสังคมและระดับความรู้ทักษะ รายงานล่าสุดจากสถาบันความเสมอภาคด้านสุขภาพถึงผลกระทบสุขภาพจากภาวะเศรษฐกิจถดถอย โดยกล่าวว่าหลักฐานที่แสดงว่าการตกงานมีความสัมพันธ์มากกับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล (แม้จะยังไม่ใช้การวินิจฉัยทางคลินิก)^{79 80} และแสดงให้เห็นว่าผลกระทบเหล่านี้ยิ่งชัดเจนมากขึ้นหากว่างงานเป็นเวลานาน ดังนั้นกลยุทธ์เพื่อลดการว่างงานระยะยาวจึงถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคจิตเวชในผู้ใหญ่²⁴

การจ้างงานที่มีคุณภาพต่ำ เช่น การจ้างงานด้วยสัญญาจ้างงานระยะสั้น หรืองานที่มีค่าตอบแทนต่ำหรือมีอิสระในการทำงานต่ำส่งผลร้ายต่อสุขภาพจิตได้มาก ในทางตรงกันข้าม งานที่มั่นคงและรู้สึกมีอิสระในการทำงาน ถือเป็นปัจจัยปกป้องสุขภาพจิตที่ดี^{81 82} ดังนั้นนายจ้างจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากที่จะลดโรคจิตเวชของคนทำงานลงหรือทำให้เป็นมากขึ้น และควรกำหนดแนวทางการจ้างงานที่ดีขึ้นเพื่อให้มั่นใจว่างานมีผลตอบแทนที่ดีและมีอิสระในการทำงานอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีสภาพการทำงานที่ดีด้วย ดังที่ได้กล่าวแล้วก่อนหน้านี้ว่า รายได้ ระดับหนี้สินและความยากจน (เปรียบเทียบกับคนรอบข้าง) มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับความเสี่ยงของโรคจิตเวช กลวิธีและความพยายามที่จะสร้างรายได้ให้พอเพียงสำหรับการมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดีจึงมีความสำคัญ ทั้งด้วยการคุ้มครองทางสังคมและนโยบายค่าแรงขั้นต่ำ

การดำเนินการเพื่อสนับสนุนสุขภาพจิตในผู้ใหญ่ Actions to support mental health among adults

มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการการเงินเป็นเครื่องมือสำคัญในการแก้ไขปัญหาความยากจน เพิ่มขีดความสามารถของประชาชน (โดยเฉพาะผู้หญิง) และชุมชน และลดปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตในกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสที่สุด⁸³ โครงการสินเชื่อรายย่อย (Microfinance programme) ช่วยให้คนที่ยากจนที่สุดสามารถหาเลี้ยงชีพได้ พัฒนาการค้าขายให้ดีขึ้น และเปิดช่องทางให้ทั้งชุมชนพ้นจากความยากจนได้⁸⁴ ผลการทบทวนบริการสินเชื่อรายย่อยที่สัมพันธ์กับสุขภาพพบว่า โครงการสินเชื่อรายย่อย ถือเป็นแหล่งเงินทุนใหม่ที่ช่วยให้มีช่องทางเข้าสู่บริการด้านสุขภาพให้กับประชากรในวงกว้างและประชากรที่เข้าถึงบริการได้ยาก⁸⁵ อย่างไรก็ดี ถึงแม้ว่ามีการส่งเสริมโครงการสินเชื่อรายย่อยอย่างมากในหลายประเทศ แต่งานวิจัยที่ศึกษาผลของโครงการนี้ต่อสุขภาพจิตยังคงค่อนข้างจำกัด

การศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลของเครื่องมือลดความยากจน (poverty alleviation tools) โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสินเชื่อบุคคลรายย่อยกับสุขภาพจิตของผู้ใหญ่ในประเทศแอฟริกาใต้ พบว่าวิธีการลดความตึงเครียดจากการเงินในคนยากจนและคนกลุ่มเสี่ยงได้ผลในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ชาย แต่ได้ผลน้อยกว่าในผู้หญิง⁸⁶ ถึงแม้ว่าอาการซึมเศร้าไม่ได้ลดลงในผู้หญิงจากการศึกษาชิ้นนี้ แต่จากการวิจัยอื่นพบว่า มาตรการสินเชื่อรายย่อยนี้ช่วยให้ชีวิตผู้หญิงและสุขภาพจิตดีขึ้น

การประเมินมาตรการสินเชื่อรายย่อยเพื่อผู้ป่วยเอดส์และความเสมอภาคทางเพศ (Microfinance for Aids and Gender Equity; IMAGE) ที่รวมกลุ่มสินเชื่อรายย่อยเข้ากับโครงการฝึกอบรมเพศภาวะ และ HIV/AIDS พบว่าระดับของความรุนแรงระหว่างบุคคลลดลงอย่างชัดเจนในหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการ โดยเกิดประโยชน์โดยตรงต่อสุขภาพกาย ต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว และสังคมในวงกว้าง ตลอดจนลดผลกระทบต่อเนื่องจากความรุนแรง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าอีกด้วย⁸⁷

งานวิจัยอีกชิ้นหนึ่งที่กัลกาตา ประเทศอินเดีย ด้วยความร่วมมือกับองค์กรสินเชื่อรายย่อยขนาดใหญ่ที่เรียกว่า สมาคมการเงินหมู่บ้าน (Village Financial Society; VFS) ได้ศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงวิธีการชำระคืนเงินกู้กับระดับความเครียดของลูกค้า โดยการศึกษาชิ้นนี้ต้องการทราบว่า การเพิ่มความยืดหยุ่นในการชำระคืนเงินกู้นั้นจะช่วยให้ประสบการณ์การใช้บริการสินเชื่อรายย่อยนั้นดีขึ้นหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าลูกค้าที่ชำระคืนเงินรายเดือนนั้นมีความวิตกกังวลน้อยกว่าลูกค้าที่ชำระคืนเงินรายสัปดาห์ร้อยละ 51 นอกจากนี้ลูกค้ารายเดือนบอกว่ารายได้และการลงทุนทางธุรกิจดีขึ้นด้วย เป็นผลมาจากการเพิ่มความยืดหยุ่นทำให้ลูกค้าสามารถลงทุนเพื่อทำกำไรได้มากขึ้นและช่วยให้ลูกค้าจัดการผลกระทบระยะสั้นจากรายได้ได้ดีกว่า และลดความตึงเครียดจากการเงินในที่สุด⁸⁸

สถานที่ทำงานเป็นสถานที่ที่ได้รับความสนใจมากขึ้นในฐานะที่เป็นหน่วยงานจัดการสำคัญที่สามารถพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพกายในประชากรวัยผู้ใหญ่⁸⁹ ผลการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่านายจ้างที่ส่งเสริมกิจกรรม เช่น ความมีอิสระในการทำงาน ปรับโครงสร้างการทำงานใหม่ และลดแรงกดดันในการทำงาน^{90 91} จะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตโดยลดความเครียด อาการวิตกกังวลและซึมเศร้าลง และทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น มีความพึงพอใจในงานและผลผลิตงานดีขึ้น⁹² นายจ้างยังสามารถช่วยให้สุขภาพของลูกจ้างดีขึ้นได้ด้วยการจ่ายค่าแรงขั้นต่ำที่สามารถทำให้ชีวิตมีสุขภาพดี ป้องกันความยากจนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของสุขภาพจิตไม่ตี²⁴

การดำเนินการในสถานที่ทำงาน Actions in the Workplace

บริษัทค้าปลีกรายใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศจีนชื่อ Credibility Retail Enterprise ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญการวิจัยจากมหาวิทยาลัยปักกิ่งเข้ามาช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตของพนักงาน โดยคัดเลือกเก็บบริษัทจากในเครือและพนักงาน 300 คนจากแต่ละบริษัทเข้าร่วมโครงการ ที่มีวิจัยจากมหาวิทยาลัยได้พัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในองค์กร (Health Promotion Enterprise programme)⁹³ ที่ประยุกต์แนวทางกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ปี ค.ศ.1986⁹⁴ ในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการดูแลองค์กร โปรแกรมนี้พัฒนาเป็นสองระดับ ได้แก่ ระดับองค์กร - มีเป้าหมายที่ผู้จัดการและผู้นำองค์กรโดยจัดให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพจิต สร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี และพัฒนานโยบายสุขภาพขององค์กร; และระดับพนักงาน-โดยช่วยให้องค์กรค้นหาความต้องการของพนักงานและจัดลำดับความสำคัญเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต

ในมาตรการระดับองค์กร ผู้จัดการจะเข้าร่วมกิจกรรมอบรมแบบโต้ตอบตลอดระยะเวลาสามปีเพื่อเรียนรู้และเพิ่มพูนทักษะ ทั้งทักษะในการสื่อสาร การจัดการกับความเครียด การแก้ปัญหา การจัดการความขัดแย้ง และการรู้จักตัวเอง ส่วนมาตรการระดับพนักงาน จะจัดให้พนักงานเข้าร่วมกิจกรรมอบรมแบบอภิปรายตลอดระยะเวลาสามปีเช่นกัน โดยให้พนักงานพูดคุยถึงกิจกรรมการทำงาน การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมการทำงานให้ดีขึ้น และช่วยให้พนักงานค้นหาความต้องการที่เฉพาะเจาะจงได้

ผลการสำรวจก่อนและหลังดำเนินการพบว่า โปรแกรมมีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในพนักงาน ประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น และการขาดงานลดลง นอกจากนี้ยังช่วยให้พนักงานสามารถจัดการแรงกดดันในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์ของการส่งเสริมป้องกันทางสุขภาพจิตยังพบว่า ในทุก 1 ปอนด์ที่ใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานที่ทำงานสามารถก่อให้เกิดผลตอบแทนทางเศรษฐกิจได้ถึง 10 ล้านปอนด์⁹⁵

การสร้างครอบครัว / FAMILY BUILDING

การสร้างครอบครัวและการเลี้ยงดูลูกมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของเด็ก ตลอดจนผลด้านอื่นอีกมากมายตลอดชีวิตของเด็ก สุขภาพจิตของผู้ใหญ่ได้รับผลกระทบอย่างมากในช่วงวัยสร้างครอบครัว ความเสี่ยงในช่วงวัยผู้ใหญ่นี้ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ตัวอย่างเช่น อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศอังกฤษพบสัมพันธ์ชัดเจนกับระดับฐานะทางสังคม ในปี ค.ศ.2003-4 พบว่ามากกว่าร้อยละ 20 ของกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำที่สุดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงที่สุดที่พบเพียงร้อยละ 7²⁴

การเข้าถึงบริการสำหรับแม่ตั้งครรภ์และหลังคลอด การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีเลี้ยงดูลูก และการช่วยให้สามารถจัดการชีวิตช่วงวัยเปลี่ยนผ่านเป็นพ่อแม่ เหล่านี้ถือเป็นตัวป้องกันสุขภาพจิตของผู้ใหญ่ และเด็ก²⁴ การสนับสนุนช่วยเหลือควรดำเนินการต่อเนื่องไปตลอดด้วยเด็กจนถึงวัยรุ่น นอกจากนี้การสนับสนุนช่วยเหลือต้องเหมาะสมกับสภาพของพ่อแม่และช่วงวัยพัฒนาการของเด็กด้วย

ความพยายามสนับสนุนช่วยเหลือสุขภาพจิตแก่แม่ตั้งครรภ์และหลังคลอดนั้นมีประโยชน์ทั้งต่อพ่อแม่และเด็ก และช่วยลดการส่งต่อความเหลื่อมล้ำจากรุ่นสู่รุ่น การสนับสนุนให้พ่อแม่มีงานทำ มีรายได้เพิ่มขึ้น และสภาพที่อยู่อาศัยดีขึ้น มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงดูลูกและลดโรคจิตเวชลงได้

กรณีศึกษา

Case study box

โครงการ The Sure Start initiative ในประเทศอังกฤษ เป็นตัวอย่างที่ดีอันหนึ่งที่ขยายผลมาตรการดำเนินการในเด็กขวบปีแรกๆ ดำเนินการโดยรัฐบาล ด้วยการริเริ่มตั้งพ่อแม่ แม่ตั้งครรภ์ ทารกและเด็กก่อนวัยเรียน ให้เข้ามาร่วมโครงการ เพื่อลดอัตราน้ำหนักร่างกายต่ำกว่าเกณฑ์ พัฒนาการทางสมองล่าช้า และส่งเสริมพัฒนาการ ตลอดจนการช่วยเหลือพ่อแม่และครอบครัวให้มีสัมพันธภาพซึ่งกันและกันดีขึ้น มีความผูกพันกับเด็ก และลดความต้อโอกาสทางสังคม โดยบริการเหล่านี้มีพร้อมให้บริการและสามารถเข้าถึงได้ง่ายสำหรับผู้ที่มีโอกาสและขาดแคลนมากที่สุด^{96 97}

วัยสูงอายุ / OLDER PEOPLE

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นสัมพันธ์กับทั้งประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาและประสบการณ์เฉพาะบางเรื่อง รวมทั้งลักษณะเฉพาะตามวัยที่มากขึ้นและสภาพชีวิตหลังเกษียณ สุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้สูงอายุแปรเปลี่ยนไปตลอดช่วงวัยสูงอายุ ตัวอย่างหลักฐานจากประเทศอังกฤษพบว่าความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมากในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี โดยในรายงานนี้คัดภาวะสมองเสื่อมออกจากภาวะโรคซึมเศร้า

หลักฐานเกี่ยวกับการอุปถัมภ์และการกระจายตัวของสุขภาพจิตและโรคจิตเวชในผู้สูงอายุมีค่อนข้างจำกัด ส่วนมากเป็นข้อมูลจากประเทศที่มีรายได้สูง อย่างไรก็ตามหลักฐานที่มีอยู่แสดงให้เห็นว่าความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นสัมพันธ์กับสถานะเศรษฐกิจสังคม ระดับการศึกษา เพศ เชื้อชาติ อายุ ระดับสุขภาพกาย (ที่สัมพันธ์กับปัจจัยทางวัฒนธรรม สังคมและเศรษฐกิจ)^{98 99} ลักษณะที่พบแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ สัมพันธ์กับการจัดการทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจ และระดับการคุ้มครองทางสังคม (social protection) ของประเทศ¹⁰⁰

หลักฐานจากผลการวิเคราะห์งานวิจัยทั่วยุโรปพบว่า ในผู้ชายอารมณ์ซึมเศร้าจะสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และมีส่วนสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ส่วนในผู้หญิงแตกต่างกันที่มักสัมพันธ์อย่างมากกับปัจจัยทางสังคม เช่น ระดับการแยกตัวโดดเดี่ยว การติดต่อกับครอบครัว และการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มความเชื่อศรัทธาหรือกลุ่มชุมชนอื่น¹⁰⁰ งานวิจัยหลายชิ้นชี้ว่าผู้หญิงสูงอายุมีผลลัพธ์ของโรคจิตเวชทั้งหลายที่แย่มากกว่าผู้ชายสูงอายุ

หลักฐานจากประเทศอังกฤษพบว่า ผู้ชายที่อายุมากกว่า 75 ปี และผู้หญิงที่อายุมากกว่า 65 ปีมีความเสี่ยงและอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น⁹⁹ เหตุการณ์บางอย่างในชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้ามักเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ เช่น การสูญเสีย รู้สึกสูญเสียสถานภาพหรือตัวตน สุขภาพกายไม่ดี ขาดการติดต่อกับครอบครัวและเพื่อน ไม่ได้ออกกำลังกาย และการใช้ชีวิตอยู่คนเดียว

และเช่นเดียวกับช่วงวัยอื่นของชีวิต หลักฐานพบว่าระดับชั้นทางสังคมมีผลต่อโรคจิตเวชในผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ระดับการศึกษาสูงจะเป็นตัวป้องกันโรคจิตเวชได้โดยเฉพาะในผู้หญิง¹⁰¹ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพ ภาวะสูงวัย และการเกษียณในยุโรป (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe; SHARE) หลังปรับค่าลักษณะทางประชากรแล้ว พบมีความแตกต่างกันทั้งภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุและสภาพสุขภาพระหว่างประเทศต่างๆ¹⁰⁰ โดยประเทศแถบสแกนดิเนเวียมีระดับปัญหาต่ำที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มประเทศแถบยุโรปตะวันตก ในขณะที่ผู้สูงอายุในประเทศอิตาลี กรีซ และสเปนพบโรคจิตเวชสูงที่สุด

อัตราการเกิดปัญหาที่แตกต่างกันในทวีปยุโรปนั้น ส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับระดับการให้การช่วยเหลือสนับสนุน และการจัดบริการของรัฐ ซึ่งหากมีการจัดบริการมากกว่าจะสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดีกว่า¹⁰⁰

ในขณะที่ประเทศอื่นๆ ที่ภาวะสูงวัยสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าและโรคจิตเวชที่พบบ่อยอื่นๆ แต่ในประเทศญี่ปุ่นนั้น ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี กลับพบน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า¹⁰²

การแยกตัวออกจากสังคมของผู้สูงอายุนั้นถือเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคจิตเวช (โดยเฉพาะในผู้หญิง) ผลการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษพบว่าผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ 10 แยกตัวจากสังคม และพบสูงมากขึ้นไปอีกในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ผลการทบทวนวรรณกรรมแสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างความเหงาในผู้สูงอายุกับอาการซึมเศร้า สุขภาพจิตไม่ดี การคิดอ่านไม่ดี การเสพติดสุรา ความคิดฆ่าตัวตาย และการเสียชีวิต

การดำเนินการสนับสนุนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

Actions to support mental health among older people

ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า มาตรการที่ช่วยสนับสนุนกิจกรรมทางสังคม ความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถลดอาการซึมเศร้าและปกป้องปัจจัยเสี่ยง เช่น การแยกตัวจากสังคม ได้อย่างชัดเจน¹⁰³ งานวิจัยเสนอว่ามีมาตรการที่มีประสิทธิผลอยู่แล้ว เช่น มาตรการทางจิตสังคม มาตรการเพื่อลดการแยกตัวทางสังคม โปรแกรมออกกำลังกาย และโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมทั้งการดำเนินการเพื่อลดความยากจนและเสริมสร้างสุขภาพกาย¹⁰⁴ ยิ่งกว่านั้นมาตรการปรับปรุงเครื่องทำความร้อนในบ้าน^{105 106} การช่วยให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนใหม่¹⁰⁷ และการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทำงานจิตอาสา¹⁰⁸ พบว่ามีประสิทธิผลในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิต

The Meeting of the Minds programme ในอ็อกแลนด์ นิวซีแลนด์ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี ค.ศ.2001 เพื่อส่งเสริมภาวะสูงวัยที่ดีสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้โปรแกรมเสริมกิจกรรมคิดอ่าน ด้วยความร่วมมือกับห้องสมุดชุมชนของเมือง สภามณฑลเมือง และมูลนิธิผู้สูงอายุและสุขภาพจิต โดยมีห้องสมุดชุมชน 12 แห่งเข้าร่วม โปรแกรมคัดเลือกจากสถานที่ตั้งและการเข้าถึงง่าย (เดินทางได้สะดวกและมีที่จอดรถ) ประชาสัมพันธ์โปรแกรมผ่านหนังสือพิมพ์และสถานีวิทยุท้องถิ่น โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมครึ่งละหนึ่งชั่วโมง เดือนละหนึ่งครั้ง ในแต่ละห้องสมุด ในช่วงหกเดือนแรกมีผู้เข้าร่วมโปรแกรมถึง 1,085 คน ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมสังคมที่หลากหลาย เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงประวัติครอบครัว ถิ่นฐาน หรือวัฒนธรรม; การเรียนรู้ เช่น ทักษะคอมพิวเตอร์ ศิลปะและหัตถกรรม การท่องเที่ยว และเหตุการณ์ปัจจุบัน; และกิจกรรมห้องสมุด เช่น สไลด์หนังสือ หรือการบรรยายจากนักเขียนรับเชิญ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 38 อาศัยอยู่ตามลำพังและโปรแกรมนี้ได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้พบปะเพื่อนใหม่ๆ และพัฒนาสัมพันธ์ทางสังคม¹⁰⁹

The Upstream Healthy Living Centre ตั้งอยู่ที่ประเทศอังกฤษ ได้นำเสนอแนวคิดการค้นหาผู้สูงอายุ ในชนบทที่อาจมีการแยกตัวทางสังคมอย่างมากและให้เข้ามาร่วมกิจกรรมกับศูนย์ฯ โดยศูนย์ฯ จะมีพี่เลี้ยงช่วยจัด และสนับสนุนให้ทำกิจกรรมเฉพาะที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และช่วยเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคมและดึงคน ให้มาเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ ผลการประเมินผลพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับผลดีจากการเข้าร่วมกิจกรรม ของศูนย์ฯ โดยรายงานว่าคุณภาพทางจิตใจดีขึ้นและภาวะซึมเศร้าลดลง¹⁰

เนื่องจากหลักฐานส่วนใหญ่จากประเทศที่มีรายได้สูงได้แสดงถึงประสิทธิผลของมาตรการในการ สนับสนุนสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ แต่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางนั้น ยังขาดหลักฐานและงานวิจัยสนับสนุนมาตรการในผู้สูงอายุอยู่อีกมาก

การส่งต่อความด้อยโอกาสจากรุ่นสู่รุ่น / INTERGENERATIONAL TRANSFER OF DISADVANTAGE

ความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจนั้นส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่น ส่งผลให้ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิตยังคงอยู่ แม้เวลาผ่านไป¹³ การมองปัจจัยสังคมกำหนดตามช่วงวัยของชีวิตสามารถแสดงการส่งต่อความด้อยโอกาสจากรุ่นสู่รุ่นได้ แนวคิดการส่งต่อความเสี่ยงจากรุ่นสู่รุ่นพัฒนามาจากแนวคิดการลดภาวะโลกร้อนโดยวิเคราะห์การส่งต่อปัจจัยทางสังคม และเศรษฐกิจของคนระหว่างรุ่นและการพัฒนานโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ หลักพื้นฐานของการพัฒนาที่ยั่งยืน คือ คนรุ่นปัจจุบันไม่ควรยอมรับผลทางสิ่งแวดล้อมที่จะเกิดขึ้นกับคนรุ่นต่อไป หลักการนี้สามารถนำไปใช้กับปัจจัย สังคมกำหนดสุขภาพจิตและสุขภาพกายได้

การส่งต่อความเหลื่อมล้ำจากรุ่นสู่รุ่นนั้นเกิดขึ้นโดยตรง เช่น ช่วงตั้งครรภ์และตลอดชีวิต จากพ่อแม่สู่ลูก ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น นอกจากนี้การส่งต่อความเหลื่อมล้ำจากรุ่นสู่รุ่นยังเกิดในระดับชุมชนและระดับประเทศ อีกด้วย

บริบทระดับชุมชน / COMMUNITY LEVEL CONTEXT

การดำเนินการเพื่อสนับสนุนสุขภาพจิตในระดับชุมชนนั้นเป็นพื้นฐานในการพัฒนาและปรับปรุงบรรทัดฐาน ค่านิยมและแนวปฏิบัติต่างๆ ทางสังคม ในขณะที่เดียวกันถือเป็นการสนับสนุนการเสริมสร้างพลังและการมีส่วนร่วม ของชุมชนอีกด้วย แก่นของการดำเนินการในชุมชน (community-based approaches) ทั้งหลายคือการเข้าใจว่า การเปลี่ยนแปลงภายในชุมชนจะเกิดขึ้นได้ดีที่สุดด้วยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน⁹² ความพยายามเปลี่ยนแปลงนี้ เพื่อการปรับแก้ปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่สำคัญให้ดีขึ้นทั้งสังคมโดยรวม ปราศจากการแบ่งแยกกีดกันและความรุนแรง และเพื่อการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรทางเศรษฐกิจ¹¹¹

ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางทั้งหลายมักขาดแคลนบุคลากรเพื่อจัดการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ที่จำเป็น¹¹² อย่างไรก็ตามมาตรการชุมชนหลายมาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้วได้แก้ไขปัญหานี้และช่วยทดแทน การขาดแคลนบุคลากรสุขภาพ

ในช่วงสี่ทศวรรษที่ผ่านมา ทางตอนเหนือของประเทศกาน่ามีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ด้านสุขภาพจิตหลายกลุ่มที่ริเริ่มโดยองค์กรเอกชน ตัวอย่างหนึ่งคือ The Basic Needs Mental Health and Development programme ซึ่งเป็นมาตรการเดียวในพื้นที่ที่ยังไม่มีสถานบริการจิตเวชอยู่เลย

โปรแกรมนี้จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านจิตใจที่จัดโดยหน่วยบริการสุขภาพกาน่า กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนจะพบปะกันเดือนละหนึ่งครั้งและให้ความช่วยเหลือสมาชิก เช่น ความรับผิดชอบดูแล เก็บพินและหาน้ำ และเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยหุงหาอาหาร นอกจากนี้โปรแกรมยังช่วยให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าถึงสินเชื่อได้เพื่อจะได้เป็นสมาชิกที่มีประโยชน์ในชุมชน ผลการประเมินโปรแกรมนี้สรุปว่า กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนมีประโยชน์โดยเฉพาะในเรื่องบริการช่วยเหลือสนับสนุนทั้งหลาย รวมทั้งการช่วยเหลือด้านสังคมและการเงิน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนยังได้ช่วยให้มีการใช้บริการที่มีอยู่แล้วมากขึ้น (เช่น บริการสุขภาพกาน่า) และทำให้อยู่รับการรักษัจนครบโปรแกรมมากขึ้นด้วยผลการรักษาที่ดีขึ้น¹¹³

โปรแกรม BasicNeeds นำไปใช้ในชนบทของประเทศเคนย่า ผลการประเมินผลกระทบพบว่าเป็นกรณีตัวอย่างที่มีความเป็นไปได้ของโปรแกรมสูงมาก และยังสามารถบรรลุผลในการพัฒนาทั้งสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสามารถทางเศรษฐกิจ-โดยพยายามบูรณาการเพื่อให้สุขภาพจิตดีขึ้นและลดความขาดแคลนการดูแลสุขภาพจิต¹¹⁴

ในประเทศอินเดีย Comprehensive Rural Health Project (CRHP) ได้เริ่มดำเนินการในเขต Maharashtra ตะวันตก ปี ค.ศ.1970 โครงการนี้เป็นมาตรการชุมชนที่มุ่งบูรณาการสุขภาพจิตเข้าสู่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยให้ความสำคัญมากกับสตรี โครงการได้ค้นหาปัจจัยกำหนดทางสังคมและเศรษฐกิจต่อสุขภาพ และจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้สุขภาพจิตให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการ ลดตราบาปจากสุขภาพจิต รวมถึงวรรณะทางสังคม นอกจากนี้โครงการยังจัดกิจกรรมที่ช่วยในการสร้างรายได้ โปรแกรมการเกษตรและสิ่งแวดล้อม การศึกษาและระบบส่งต่อ มาตรการใช้อาสาสมัครที่ผ่านการอบรมดำเนินการกับกลุ่มผู้หญิงจากชุมชนเพื่อเสริมสร้างความสามารถและความภาคภูมิใจในตนเอง และเพิ่มการรับรู้ถึงการจัดการตนเอง ผลการประเมินโครงการพบว่ามาตรการเหล่านี้มีผลลัพธ์ที่ดี ผู้หญิงหลายคนรับรู้และเข้าใจว่าโอกาสการหางานอย่างอิสระในตลาดแรงงานนั้นเป็นประโยชน์ต่อตัวเองและครอบครัว ยิ่งไปกว่านั้นผู้หญิงรู้สึกส่วนตัวมีส่วนร่วมมากขึ้นในการตัดสินใจและมีอิสระในการกระทำ ทำให้มีความรู้สึกถึงความสามารถและการจัดการตัวเอง และทำให้สัมพันธภาพในครัวเรือนดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมนี้ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น^{115 116}

การดำเนินการในบริการปฐมภูมิ / ACTIONS IN PRIMARY CARE

ตามปฏิญญา Alma Ata¹¹⁷ ได้ให้คำจำกัดความชัดเจนว่าบริการปฐมภูมิหมายถึง “การดูแลสุขภาพที่จำเป็นที่ทุกคน ทุกครอบครัวในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ ด้วยวิธีการที่เป็นที่ยอมรับในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมเต็มที่จากชุมชน และในราคาที่ชุมชนและประเทศสามารถจ่ายได้” บริการสุขภาพปฐมภูมิมิมีบทบาทสำคัญในการค้นหาความต้องการด้านสุขภาพจิตและการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ในประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลก บริการปฐมภูมิถือเป็นจุดพบปะครั้งแรกระหว่างประชาชนและหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ได้รับการตรวจค้นหาโรคจิตเวชตั้งแต่ระยะแรกและป้องกันการเกิดอาการในอนาคต และยังสามารถให้การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีจากหน่วยบริการโดยตรงหรือส่งต่อไปรับบริการเฉพาะทางต่อไป⁹² อย่างไรก็ตามในแต่ละประเทศการจัดการจัดบริการปฐมภูมียังมีความแตกต่างกันอยู่มาก บางประเทศบริการปฐมภูมิจัดเป็นแหล่งบริการหลักที่ให้บริการประชาชนที่มีรายได้น้อย¹¹⁸ และในบางแห่งการจัดบริการนั้นมักมุ่งเน้นเฉพาะสุขภาพกายเพียงอย่างเดียว¹¹⁹

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตระหนักถึงความท้าทายที่ประเทศสมาชิกทั้งหลายต้องเผชิญ จึงได้เสนอโปรแกรมลดช่องว่างสุขภาพจิต (Mental Health Gap Action Programme; mhGAP) ให้ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร สาธารณสุข และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ด้วยแนวปฏิบัติชัดเจนถึงวิธีการขยายบริการสุขภาพจิต วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมนี้คือการหาทางเน้นย้ำความสำคัญในการเพิ่มการจัดสรรงบประมาณและกำลังคนให้แก่การจัดบริการสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง¹²⁰ สิ่งจำเป็นในการทำหน้าที่เพื่อขยายบริการสุขภาพจิตคือการกระจายงานในบุคลากรสุขภาพ โดยการแบ่งภาระงานระหว่างบุคลากรสุขภาพที่มีคุณสมบัติที่แตกต่างกัน เพื่อแก้ไขปัญหาขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และเพื่อเติมช่องว่างที่เกิดจากการขาดบุคลากรสุขภาพ¹²¹

การพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศอูกันดา Primary healthcare developments in Uganda

ในปี ค.ศ.1999 กระทรวงสาธารณสุขของประเทศอูกันดาได้เสนอการปฏิรูปนโยบายสุขภาพระดับชาติ โดยหนึ่งในหลักเกณฑ์ คือให้บริการปฐมภูมิจัดอยู่ในยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพระดับชาติ และพร้อมไปกับการปฏิรูปนี้รัฐบาลได้พัฒนาชุดบริการสุขภาพขั้นต่ำ (Uganda Minimum Health Care Package; UMHCP) ซึ่งมีงานสุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบสำคัญควบคู่ไปกับการกระจายบริการสุขภาพจิตลงไปในพื้นที่ การดำเนินการนี้มีเป้าหมายจัดการกับภาระโรคทางจิตเวช ส่วนการส่งเสริมโปรแกรมสุขภาพจิตปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนโดยระบบส่งต่อของพื้นที่และของประเทศ¹²²

เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของอูกันดา - เช่นเดียวกับประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางอื่นอีกหลายประเทศ - การจัดบริการจึงทำโดยบุคลากรสุขภาพทั่วไป แม้ในบางครั้งบุคลากรสุขภาพอาจไม่ได้รับการฝึกอบรมทางการแพทย์หรือไม่มีคุณสมบัติ - โดยบุคลากรสุขภาพถือเป็นกระดูกสันหลังของระบบสุขภาพอูกันดา¹²³

โครงการสุขภาพจิตและความยากจน (Mental Health and Poverty Project) มีเป้าหมายพัฒนานโยบายและการดำเนินการด้านสุขภาพจิตให้ดีขึ้น เพื่อตัดวงจรความยากจนกับโรคจิตเวชในสี่ประเทศได้แก่ Mayuge, Uganda, KwaZulu-Natal และ South Africa เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี ค.ศ.2008 ถึง ค.ศ.2009 การวิจัยหลังดำเนินการเพื่อประเมินประสิทธิผลของโครงการพบว่า โครงการได้ช่วยทำให้เกิดเจตจำนงทางการเมืองที่จะสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้แก่การบริการสุขภาพจิต ด้วยความร่วมมือจากหน่วยงานในชุมชนหลายภาคส่วน การปรับภาระงาน การพัฒนาและสนับสนุนกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และคาดหวังการพัฒนาเพื่อแก้ไขช่องว่างการรักษาในหน่วยบริการในประเทศที่มีรายได้น้อย¹²⁴

การดำเนินการในสถานการณ์วิกฤติด้านมนุษยธรรม / ACTION IN HUMANITARIAN SETTINGS

คนที่เผชิญกับวิกฤติการณ์มนุษยธรรมหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น สงคราม การสู้รบ และภัยพิบัติภัยทางธรรมชาติหรือภัยพิบัติจากอุตสาหกรรมมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเวช^{125 126} วิกฤติการณ์มนุษยธรรมนั้นไม่เพียงส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อสถาบันสังคมอีกด้วย สามารถนำไปสู่ความล้มเหลวของสถาบันครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และสายสัมพันธ์ในชุมชน-ยิ่งจะทำให้ผลกระทบรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นการดำเนินการเพื่อดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะฉุกเฉินนั้นควรหาทางแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางสังคมตลอดจนปัจจัยทางจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน

ประเทศรวันดา^{127 128}

In Rwanda

ประเทศรวันดาเป็นประเทศหนึ่งที่เผชิญกับความรุนแรงและความขัดแย้งอย่างมากในช่วงสงครามฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ในปี ค.ศ.1994 ในช่วงนั้นมีประชาชนถูกสังหารทั้งสิ้นประมาณ 800,000 คน และอีกประมาณสองล้านคนต้องอพยพลี้ภัย ในปี ค.ศ.2006 โปรแกรมมาตรการในชุมชน (community-based intervention programme) เริ่มดำเนินการในเขตอำเภอ Byumba ของรวันดาด้วยความช่วยเหลือและร่วมมือจากองค์กรท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาการใช้ชีวิตและสุขภาพจิตของประชาชนผู้รอดชีวิตจากการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ การดำเนินการใช้หลักของเทคนิคสังคมบำบัด (sociotherapeutic technique) ซึ่งใช้ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่อยู่อาศัย เพื่อสนับสนุนการสร้างค่านิยม บรรทัดฐาน และสัมพันธภาพขึ้นมาใหม่ ตลอดจนเสริมศักยภาพของความร่วมมือร่วมแรง นอกจากนี้ยังมีการให้สุขภาพจิตศึกษาและให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในขณะที่เดียวกันก็เปิดโอกาสให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิธีการรับมือของแต่ละคน ตลอดจนกิจกรรมอื่นๆ ที่ให้เกิดการช่วยเหลือกันอย่างแท้จริงในผู้เข้าร่วมโปรแกรม ตั้งแต่ปี ค.ศ.2006 มีคนเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่า 7,000 คน การประเมินผลแสดงให้เห็นว่ามาตรการนี้ทำให้สุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้นด้วยแนวทางสังคมบำบัด จึงมีข้อเสนอให้นำวิธีการนี้ไปใช้ในอีกหลายประเทศ

ประเทศอิรัก

In Iraq

Medecins Sans Frontieres (MSF) หรือองค์กรแพทย์ไร้พรมแดน ได้ทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขของประเทศอิรัก เพื่อขยายบริการให้การปรึกษา-โดยมีการฝึกอบรมผู้ให้การปรึกษาทั้งเก่าและใหม่-และได้พัฒนากลวิธีในการจัดบริการร่วมเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย 2012 ราย พบว่าร้อยละ 97 ของผู้ที่ได้รับบริการปรึกษามีปัญหาสุขภาพจิตในช่วงรักษาตัวโรงพยาบาล และลดลงเหลือร้อยละ 29 เมื่อประเมิน ณ ครั้งสุดท้ายที่มาใช้บริการ¹²⁹

การดำเนินการต่อสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้น /

ACTIONS TARGETING THE NATURAL AND BUILT ENVIRONMENT

การดำเนินการเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนสุขภาพจิตโดยมาตรการสิ่งแวดล้อม (ทั้งสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้น) ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายผ่านกระบวนการแตกต่างกันที่หลากหลาย สิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นมีความสำคัญทั้งต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายและสามารถลดความเสี่ยงที่เกี่ยวกับโรคติดต่อโรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิต^{130 131}

ความเข้าใจว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้อย่างไรนั้นเพิ่มขึ้นมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แต่หลักฐานและงานวิจัยส่วนใหญ่มาจากกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง งานวิจัยด้านนี้ยังคงค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางยังไม่มีรายงานเช่นนี้ โดยทั่วไปแล้วเมื่อมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นมักจะไม่มี การประเมินติดตามผลกระทบด้านสุขภาพจิต

การทบทวนอย่างเป็นระบบถึงโปรแกรมปรับปรุงแหล่งสลัมในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางพบว่าหลายมาตรการส่งผลดีต่อสุขภาพจิต (และสุขภาพกาย) โดยลดความเสี่ยงของความเครียด การบาดเจ็บ และการแพร่กระจายของโรค มาตรการเฉพาะเจาะจง เช่น พัฒนาระบบน้ำสะอาดและสุขาภิบาล ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านพลังงาน สร้างระบบการขนส่ง ลดอันตรายจากสิ่งแวดล้อม จัดระบบการจัดการของเสียให้ดีขึ้น และปรับปรุงที่อยู่อาศัย^{131 132}

การปรับปรุงที่อยู่อาศัยอย่างมีประสิทธิภาพ *Effective improvements to housing stock*

การศึกษาในประเทศเม็กซิโกได้ประเมินผลที่ได้รับของโปรแกรมที่ดำเนินการทั่วประเทศโดยการสร้างพื้นที่คอนกรีตแทนพื้นที่สกปรกเพื่อสุขภาพของเด็กและสุขภาวะของผู้ใหญ่ พบว่าการเปลี่ยนพื้นที่คอนกรีตนั้นทำให้สุขภาพของเด็กดีขึ้นอย่างชัดเจน ลดอุบัติการณ์เกิดโรคและติดเชื้อ และยังทำให้พัฒนาทางสติปัญญาของเด็กดีขึ้นอีกด้วย ยิ่งไปกว่านั้นการศึกษายังรายงานถึงสุขภาวะของผู้ใหญ่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยการเพิ่มคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นมาผลจากการปรับปรุงที่พักอาศัยและลดภาวะซึมเศร้าและเครียด¹³³

ในสหราชอาณาจักร รัฐบาลได้เปิดตัวโครงการ Warm Front Scheme เพื่อปรับปรุงการเก็บพลังงานในบ้านและลดผลกระทบต่อสุขภาพจากการขาดแคลนเชื้อเพลิงในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำซึ่งต้องทุกข์ทรมานจากความหนาวเย็น โครงการนี้เป็นความร่วมมือระหว่างหลายหน่วยงานของรัฐ และให้เงินทุนสนับสนุนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการใช้พลังงานภายในบ้าน ผลพบว่าโครงการ Warm Front Scheme ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความเครียด และวิตกกังวลได้^{105 106}

การเข้าถึงสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและพื้นที่กลางแจ้งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพจิตที่ดี ในปัจจุบันนี้มีการประมาณว่าเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรโลกอาศัยอยู่ในเขตเมือง ย้ายออกจากสภาพแวดล้อมธรรมชาติและขาดการเชื่อมโยงกับธรรมชาติ¹³⁴ การพักอาศัยอยู่ใกล้กับสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติและมีกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ซี่มา หรือทำสวนนั้น ล้วนเป็นผลดีต่อสุขภาพจิตทั้งสิ้น กิจกรรมเหล่านี้ช่วยลดความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า¹³⁵⁻¹³⁷ นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพจิตจากการออกกำลังกายอีกด้วย (ทั้งในร่มและกลางแจ้ง)¹³⁸

มาตรการที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความเชื่อมโยงระหว่างคนกับธรรมชาติ และการเพิ่มกิจกรรมกลางแจ้ง ดำเนินการแล้วในหลายประเทศที่มีรายได้สูงทั้ง ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา และสหราชอาณาจักร^{139 140} เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพจิตมากมายที่ได้รับการยืนยันแล้ว เช่น สมาธิดีขึ้นในเด็กสมาธิสั้นหลังจากเดินเล่นในสวนสาธารณะ และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและอารมณ์ของพนักงานดีขึ้นหลังปลูกต้นไม้ไว้ในสำนักงาน^{139 141-143}

ประวัติศาสตร์ของประเทศ-สถานการณ์ทางการเมือง สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน และบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและสังคมที่อยู่ในสังคม-เป็นสิ่งที่กำหนดสภาพชีวิตของประชาชน ดังนั้นประเทศที่มีเสรีภาพทางการเมืองต่ำ มีสภาพแวดล้อมทางการเมืองไม่มั่นคง และมีระบบบริการและระบบกำกับดูแลที่ไม่ดีจะเพิ่มความเสี่ยงให้ประชาชนและส่งผลเสียต่อสุขภาพทางจิตใจ²⁴

ความวุ่นวายทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจส่งผลต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกาย หลักฐานยืนยันจากข้อมูลอายุขัยเฉลี่ยที่ลดลงและไม่คงที่ ซึ่งเป็นผลที่ตามมาในสหพันธ์รัฐรัสเซียหลังจากการล่มสลายของสหภาพโซเวียต¹⁴⁴ การเสียชีวิตในคนวัยกลางคนในสหพันธ์รัฐรัสเซียช่วงปี ค.ศ.1992-2001 เพิ่มขึ้น โดยประมาณการว่ามีการเสียชีวิต 2.5-3 ล้านคนมากกว่าการเสียชีวิตคาดการณ์ในปี ค.ศ.1991¹⁴⁵ การเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นนี้ส่วนใหญ่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจและเสียชีวิตฉับพลันจากการบาดเจ็บ^{144 146} ซึ่งทั้งสองเหตุนี้สัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบมีปัญหาลักษณะชัดเจนแสดงว่าการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การบาดเจ็บจากความรุนแรง และการดื่มสุราแบบมีปัญหานี้มีวิธีการเกิดผ่านปัจจัยสังคมและจิตใจ (ตัวอย่าง ดู¹⁴⁸)

ผลการวิเคราะห์ความตึงเครียดทางจิตใจใน 8 ประเทศที่เคยอยู่ในสหภาพโซเวียตมาก่อนพบมีความแตกต่างกันมากระหว่างประเทศ ระดับความตึงเครียดทางจิตใจในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย และสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ความยากจน การว่างงาน การศึกษาต่ำ ความพิการ ขาดความไว้วางใจคน และขาดการช่วยเหลือรายบุคคล¹⁴⁹

การศึกษาภาคตัดขวางสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมตลอดช่วงวัยของชีวิตและอาการซึมเศร้าในผู้ชายและผู้หญิงในประเทศสาธารณรัฐเช็ก โปแลนด์ และสหพันธ์รัฐรัสเซียพบว่า การถูกแยกจากสังคมนั้นสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทั้งในผู้ชายและผู้หญิง ภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากสถานะสังคมเศรษฐกิจในปัจจุบันมากกว่าผลจากชีวิตวัยเด็กหรือระดับการศึกษา ซึ่งผลกระทบนี้ในโปแลนด์และสหพันธ์รัฐรัสเซียรุนแรงมากกว่าในสาธารณรัฐเช็ก¹⁵⁰

แนวคิดของ Amartya Sen ที่ว่า “ความขัดสนรายได้เชิงเปรียบเทียบกับคนในสังคมอาจหมายถึงการขาดพื้นที่ของความสามารถโดยสิ้นเชิง”⁸ มีประโยชน์ในแง่ที่ช่วยให้เรามองว่า ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้มีความหมายอย่างไรสำหรับแต่ละคน รวมถึงความขัดสนในมิติอื่นๆ เช่น สุขภาพ การศึกษา การทำงาน ที่อยู่อาศัย และการมีส่วนร่วมในสังคม ดังนั้นนโยบายและโปรแกรมระดับประเทศเพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้จะเกิดผลอย่างมากต่อสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ¹⁵¹ งานวิจัยจำนวนมากได้เน้นศึกษาถึงปัจจัยระดับประเทศ เช่น การว่างงาน และระดับของสวัสดิการสังคมว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นต้นเหตุไปสู่สุขภาพ

การวิเคราะห์ชุดข้อมูลขนาดใหญ่จาก 26 ประเทศในสหภาพยุโรปในช่วงปี ค.ศ.1970-2007 พบว่าการว่างงานที่เพิ่มขึ้นในทุกๆ ร้อยละ 1 จะสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายในคนที่อายุน้อยกว่า 65 ปีที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.79 หลักฐานจากการศึกษาระยะยาวอื่นพบว่า การว่างงานสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น^{153 154} และความไม่มั่นคงของงานสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต^{79 155} ระบบสวัสดิการสังคมที่เข้มแข็งจะช่วยป้องกันความเสี่ยงว่างงานที่มีต่อโรคจิตเวช เมื่อเปรียบเทียบระหว่างประเทศสเปนกับสวีเดนในช่วงปี ค.ศ.1980-2005 Stuckler และคณะพบว่า ในขณะที่ประเทศสเปนนั้นการว่างงานเพิ่มขึ้นสัมพันธ์โดยตรงกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายในระยะสั้น แต่ในประเทศสวีเดนอัตราการว่างงานที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงเกิดวิกฤตการเงินปี ค.ศ.1992 ไม่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตาย ส่วนหนึ่งเนื่องจากค่าชดเชยทางสังคมในตลาดแรงงานที่เข้มแข็งของสวีเดน (การคุ้มครองตลาดแรงงานเฉลี่ย 362 เหรียญต่อคน) สูงมากกว่าสเปน (88 เหรียญต่อคน)¹⁵²

หลังวิกฤติธนาคารในปี ค.ศ.2008 การว่างงานในประเทศสมาชิกยุโรปเพิ่มขึ้นอย่างมากในปี ค.ศ.2009 และแนวโน้มการฆ่าตัวตายที่เคยลดลงในทั้งสองกลุ่มประเทศก่อนหน้านี้ปี ค.ศ.2007 เริ่มกลับมาเพิ่มขึ้นอีกในปี ค.ศ.2008¹⁵⁶ หลังจากเศรษฐกิจถดถอยในสหราชอาณาจักรในช่วงปี ค.ศ.2008-2010 พบการฆ่าตัวตายมากกว่าที่คาดการณ์จากข้อมูลแนวโน้มในอดีตถึง 1,001 ราย (ชาย 846 และหญิง 155); ในประเทศอังกฤษผู้ชายที่ว่างงานนั้นสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นถึงสองในห้า; การว่างงานในพื้นที่ที่เพิ่มสูงขึ้นมากเท่าใดอัตราการฆ่าตัวตายในพื้นที่นั้นจะสูงขึ้นสอดคล้องกัน¹⁵⁷

โปรแกรมตลาดแรงงานเชิงรุก (Active Labour Market Programmes) ได้ดำเนินการในหลายประเทศทั่วโลก และใช้วิธีการเชิงรุกในการดึงคนกลับเข้าสู่การทำงาน¹⁵⁸ โปรแกรมหางาน Tyohon Job Search Programme ซึ่งเป็น Job Search Programme ของ USA's Prevention Research Center (MPRC) ในมิชิแกน ถือเป็นโปรแกรมตลาดแรงงานเชิงรุกสำเร็จรูป มีเป้าหมายหลักในการส่งเสริมและสนับสนุนให้คนที่เคยถูกให้ออก และ/หรือเคยตกงานมาเป็นเวลานานกลับเข้ามาทำงานใหม่อีกครั้ง โปรแกรมประกอบด้วย การกำหนดให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมอยู่กับครูฝึกที่เชี่ยวชาญ ที่จะช่วยในการหางานและแนะแนวตลาดแรงงานรวมถึง แหล่งช่วยเหลือการเงินและการฝึกอาชีพ

งานวิจัยหลายชิ้นได้ประเมินประสิทธิผลของ Tyohon Job Search Programme หลังดำเนินการได้ระยะหนึ่ง พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการหาคนเข้าสู่ตลาดแรงงานเมื่อติดตามหกเดือนและสองปีหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยร้อยละ 70.4 ได้กลับไปมีงานทำที่มั่นคง หรืออยู่ในการฝึกอบรมเมื่อติดตามสองปี¹⁵⁹ ¹⁶⁰ ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษาที่มีกลุ่มควบคุมยังสามารถแสดงประโยชน์เพิ่มเติมของโปรแกรมที่มีต่อสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมโปรแกรมด้วย เมื่อติดตามสองปีผู้เข้าร่วมโปรแกรมรายงานว่าอาการซึมเศร้าลดลงและมีความภาคภูมิใจในตัวเองมากขึ้น

โปรแกรมตลาดแรงงานเชิงรุก ได้นำไปใช้ในอีกหลายประเทศ เช่น สวีเดน¹⁶¹ เดนมาร์ก¹⁶² และในบางรัฐของสหรัฐอเมริกา

แม้ว่าสุขภาพจิตจะไม่ได้ถูกกล่าวถึงในเป้าหมายการพัฒนาแห่งทศวรรษ (Millennium Development Goals; MDGs)¹ แต่เป้าหมายอื่นๆ เช่น การลดความยากจน ความหิวโหย การเสียชีวิตของเด็กเล็กต่ำกว่าห้าขวบ การเพิ่มการเข้าถึงน้ำดื่มสะอาด การป้องกันและรักษา HIV/AIDS มาลาเรียและวัณโรค เป้าหมายเหล่านี้ล้วนมีส่วนอย่างมากต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต การเตรียมการการสิ้นสุดแผน MDGs ในปี ค.ศ.2015 นั้น สหประชาชาติได้ทำกระบวนการปรึกษาหารือและวางแผนสำหรับช่วงต่อไปของแผนการพัฒนามนุษย์อย่างยั่งยืน (วาระหลังปี ค.ศ.2015) โดยนำมาจากเป้าหมายของ MDGs ที่ยังไม่สำเร็จ และประเด็นจากแผนพัฒนาสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน Rio+20 การบรรจุแนวทางดำเนินการด้วยปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ¹⁶³ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในวาระหลังปี ค.ศ.2015 จะทำให้เกิดกรอบการพัฒนาเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องรวมงานสุขภาพจิตเข้าไปด้วย¹⁶⁴ การเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพจิตโลก (The Movement for Global Mental Health) ซึ่งเป็นเครือข่ายของบุคคลและองค์กรที่มุ่งหวังปรับปรุงบริการสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวช ได้เรียกร้องให้มีการบรรจุสามองค์ประกอบต่อไปนี้เข้าในวาระหลังปี ค.ศ.2015¹⁶⁵

1. ส่งเสริมการปกป้องสิทธิมนุษยชนและป้องกันการแบ่งแยกกีดกันผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตและมีความพิการทางจิตสังคม
2. ปิดช่องว่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีขนาดใหญ่และพัฒนาการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและสังคม
3. ให้มีการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าไปในการริเริ่มพัฒนางานอย่างชัดเจน

การดำเนินการเชิงนโยบายต่อปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต Policy action on the social determinants of mental health

การตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิตระดับประชากรต่อสังคมและเศรษฐกิจชาติเริ่มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ข้อมูลจาก Mental Health Atlas 2001⁷⁰ แสดงว่าร้อยละ 60 ของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้พัฒนานโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมประชากรโลกประมาณร้อยละ 72 ในขณะที่ร้อยละ 71 ของประเทศสมาชิกมีการจัดทำแผนสุขภาพจิตและร้อยละ 59 มีการใช้กฎหมายสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามความครอบคลุมนโยบายระหว่างประเทศที่มีรายได้สูงกับประเทศที่มีรายได้นั้นยังมีช่องว่างอยู่มาก กฎหมายสุขภาพจิตครอบคลุมประชากรร้อยละ 92 ที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง แต่ครอบคลุมประชากรเพียงร้อยละ 36 ที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อย

GermAnn and Ardiles¹⁶⁶ กล่าวว่า รัฐบาลควรใช้การดำเนินการที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพจิตชาติที่สะท้อนทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกัน และให้ความสนใจกับความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิตและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในวงกว้าง อย่างไรก็ตามในหลายประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ประชาชนที่อยู่อย่างยากจนถือว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น เนื่องจากความตึงเครียดสูง การแยกตัวจากสังคม การขาดต้นทุนทางสังคม ภาวะทุพโภชนา และการเผชิญกับความรุนแรงและการบาดเจ็บ ซึ่งทั้งหมดนี้ผู้กำหนดนโยบายมักจะมองข้ามไป¹⁶⁷

รัฐบาลบางแห่งจากประเทศที่มีรายได้สูงและใช้ภาษาอังกฤษได้ผนวกการดำเนินการที่มีผลต่อปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตเข้าสู่นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ ตัวอย่างเช่น อังกฤษ สกอตแลนด์ นิวซีแลนด์ และออสเตรเลีย

¹ การพัฒนาแห่งทศวรรษ (Millennium Development Goals) ตั้งเป้าหมายที่จะบรรลุผลในปี ค.ศ.2015 ในการลดความยากจนและหิวโหย, เด็กทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา, ส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศ, ลดการเสียชีวิตของเด็กเล็ก, พัฒนาสุขภาพแม่ก่อนและหลังคลอด, ป้องกันและรักษา HIV/AIDS มาลาเรียและวัณโรค, รักษาสิ่งแวดล้อม และพัฒนาภาควิชาสุขภาพทั่วโลก

ดังตัวอย่าง ความสำเร็จของรัฐบาลออสเตรเลียในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ในการให้ความสำคัญกับ ประเด็นสุขภาพจิตและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ออสเตรเลียได้รับรองยุทธศาสตร์สุขภาพจิตระดับชาติ (National Mental Health Strategy) ในปี ค.ศ.1992 หลังจากนั้นรัฐบาลได้ริเริ่มนโยบายและแผนดำเนินการด้านสุขภาพจิต มากมาย¹⁶⁸ ในนโยบายสุขภาพจิตระดับชาติล่าสุด รัฐบาลออสเตรเลียมีเป้าหมายปรับปรุงบริการสุขภาพจิต จากกรอบบริการเดิม โดยไม่เพียงแต่ปรับปรุงบริการสุขภาพจิตโดยตรงด้วยการปฏิรูปหรือพัฒนานโยบาย และแผนงานด้านสุขภาพจิตและนำสู่การปฏิบัติเท่านั้น แต่ยังคงคำนึงถึงนโยบายสิ่งแวดล้อมที่ครอบคลุมมากขึ้น เช่น ที่อยู่อาศัย การศึกษา ภาวะสูงวัย โรคเรื้อรัง และความหลากหลายทางเชื้อชาติและวัฒนธรรม¹⁶⁹ นอกจากนี้ ออสเตรเลียยังได้กระจายบริการสุขภาพจิตลงในพื้นที่ และเน้นแนวทางชุมชนเพื่อจัดบริการสุขภาพจิต ตามความต้องการและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม หลักสำคัญของแนวทางนี้คือภาคส่วนต่างๆ สามารถมีบทบาท ช่วยสนับสนุนสุขภาพจิตโดยการร่วมมือกันและทำงานในแบบหุ้นส่วน ทั้งงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและมาตรการจัดการปัญหาตั้งแต่ระยะแรก¹⁶⁹

ในอีกหลายประเทศมีนโยบายทำนองเดียวกันนี้เกิดขึ้นเช่นกัน เช่น สกอตแลนด์และนิวซีแลนด์ โดยให้ ความสนใจกับสภาพแวดล้อมของประชาชนทางสังคม เศรษฐกิจ กายภาพ และวัฒนธรรม และอิทธิพลของ สิ่งเหล่านี้ต่อสภาพจิตของประชาชน ทั้งสกอตแลนด์และนิวซีแลนด์มียุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ตลอดช่วงวัยของชีวิต ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ไปจนถึงวัยสูงอายุ^{170 171}



หลักการและการดำเนินการ

PRINCIPLES AND ACTIONS

ในบทที่แล้วได้กล่าวถึงหลักฐานปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตและสภาวะแวดล้อมทางสังคมของประชาชนที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตตลอดช่วงวัยของชีวิต ในบทนี้จะเสนอหลักการและการดำเนินการที่สำคัญเพื่อลดภาระโรคจิตเวชในภาพรวมระดับโลก ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิต และส่งเสริมสุขภาพจิตและสภาวะสำหรับทุกคน การดำเนินการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิตจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างกว้างต่อประเทศ ต่อชุมชนสังคม และต่อประชากรทั้งหมด โดยการลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม และบุคคลที่เกิดจากโรคจิตเวช

ครอบคลุมประชากรทั่วไปในสัดส่วนเหมาะสม / PROPORTIONATED UNIVERSALISM

หลักการสำคัญที่สามารถนำไปใช้จากเอกสารฉบับนี้ คือครอบคลุมประชากรทั่วไปในสัดส่วนเหมาะสม การมุ่งเน้นเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงหรือคนที่ด้อยโอกาสที่สุดเพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถลดความเหลื่อมล้ำสุขภาพจากความแตกต่างระดับชั้นทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิตได้สำเร็จ ดังได้กล่าวมาแล้วในบทก่อนหน้านี้ ดังนั้นถือเป็นสิ่งสำคัญที่การดำเนินการและมาตรการเพื่อช่วยสนับสนุนทีมงานสุขภาพจิตนั้นควรครอบคลุมประชากรทั่วไป แต่ในขณะเดียวกันมีการปรับสัดส่วนให้เหมาะสมตามระดับของความด้อยโอกาส

หลายครั้งที่นโยบายมุ่งเป้าไปที่กลุ่มย่อยเฉพาะของประชากรที่เสี่ยงมากที่สุด ข้อดีของวิธีการนี้คือมีความคุ้มค่า ประสิทธิภาพและเป็นการจัดบริการตามความต้องการเฉพาะ แต่วิธีการนี้พบว่ามีข้อจำกัดเนื่องจากบริการที่จัดสำหรับคนยากจนมักจะเป็นบริการมีคุณภาพต่ำและถูกลดทอนหรือยกเลิกบริการได้ง่าย ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะถูกกำหนดเป้าหมายเฉพาะและไม่ได้ช่วยเหลือประชาชนโดยรวม และอีกหลายครั้งที่ผู้รับบริการคือคนชายขอบและด้อยสิทธิที่สุด ดังนั้นจึงมีปากเสียงน้อยที่จะร้องเรียนคุณภาพบริการหรือการจำกัดบริการ

ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตนั้นคงมีอยู่ในทุกระดับชั้นทางสังคม ประชาชนเกือบทุกคนมีประสบการณ์ไม่มากนักเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่ไม่จำเป็น การจัดบริการเฉพาะกลุ่มเป้าหมายมักจะทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำและสร้าง “จุดตัด” ที่ไม่เป็นธรรมซึ่งแยกคนที่มีความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพออกไป แนวคิดเรื่องครอบคลุมประชากรทั่วไปในสัดส่วนเหมาะสมจึงเป็นวิธีหนึ่งที่แก้ไขข้อจำกัดของโปรแกรมเฉพาะกลุ่มเป้าหมายโดยให้มีการดำเนินการที่เป็นไปตามสัดส่วนกับระดับความต้องการในทุกระดับชั้นสังคม

การดำเนินกับภาคส่วนต่างๆ / ACTION ACROSS SECTORS

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตมีผลในหลากหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับโครงสร้าง และระดับประชากร แนวทางปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจะต้องใช้การดำเนินการที่ร่วมกันหลายภาคส่วนและหลายระดับ เช่น งานสุขภาพ การศึกษา งานสวัสดิการ การคมนาคม และการจัดหาที่อยู่อาศัย ซึ่งอาจขับเคลื่อนโดยงานสุขภาพ แต่ก็อาจขับเคลื่อนนอกจากงานสุขภาพได้เช่นกัน ซึ่งในกรณีดังกล่าวการส่งผลต่อสุขภาพควรแสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจน แนวทางนี้ต้องการมีส่วนร่วมและความร่วมมือจากองค์กรระหว่างประเทศ รัฐบาล องค์กรเอกชน สถาบันทางสังคมและผู้ให้บริการ ชุมชนและกลุ่มจิตอาสา ตลอดจนหน่วยงานบริการเอกชน

การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจะสำเร็จได้ผลมากที่สุดด้วยการจัดให้ความเท่าเทียมด้านสุขภาพอยู่ในความสำคัญลำดับต้นๆของทุกภาคส่วน ความเป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานระหว่างภาคส่วนที่ประสบความสำเร็จ เพื่อสร้างแรงจูงใจและทำงานร่วมกัน และผลักดันผ่านการเจรจาและการมุ่งเป้าสำคัญร่วมกัน แนวทางความเท่าเทียมสุขภาพในทุกนโยบายอาจเป็นประโยชน์ในการเอื้อการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนที่แตกต่างกัน การทำงานร่วมกันของหน่วยงานสุขภาพกับหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากสุขภาพทำให้เกิดผลต่อภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมได้มากในแบบที่ภาคสุขภาพเองไม่สามารถทำได้โดยลำพัง แนวทางนี้จะสำเร็จได้ดีที่สุดด้วยการแบ่งปันความรู้และข้อมูลที่เหมาะสม วางแผนร่วมกัน ร่วมกำหนดยุทธศาสตร์และสนับสนุน และการดำเนินการที่ดี

แนวทางช่วงวัยของชีวิต / LIFE-COURSE APPROACH

การใช้มุมมองช่วงวัยของชีวิตเพื่อให้ตระหนักว่าสุขภาพจิตในแต่ละช่วงวัยของชีวิตได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยเฉพาะและปัจจัยทั่วไปในแต่ละช่วงวัยแตกต่างกัน และตระหนักว่าสุขภาพจิตนั้นส่งผลกระทบต่อชีวิต มาตรการและยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันที่เหมาะสมจะต้องเหมาะสมกับแต่ละช่วงวัยของชีวิตที่แตกต่างกัน ในหลายครั้งองค์กรที่บุคคลในแต่ละช่วงวัยเกี่ยวข้องถือเป็นจุดที่เหมาะสมที่สุดในการจัดมาตรการที่เหมาะสม เช่น สถานดูแลเด็กเล็ก โรงเรียน สถานประกอบการ เป็นต้น

สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างมากในอีกไม่กี่ทศวรรษข้างหน้า แนวทางช่วงวัยของชีวิตจะยิ่งมีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดี รวมถึงการป้องกันโรคจิตเวชในช่วงวัยสูงอายุ

การป้องกันตั้งแต่ระยะแรก / EARLY INTERVENTION

จากแนวทางช่วงวัยของชีวิต เป็นสิ่งสำคัญมากที่เด็กทุกคนต้องได้รับโอกาสที่ดีที่สุดตั้งแต่เริ่มต้นของชีวิต การดำเนินการและโปรแกรมในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางที่เข้าไปดำเนินการตั้งแต่ระยะแรกสุดของชีวิตเด็กนั้นสามารถป้องกันโรคจิตเวชทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และทำให้เด็กทารก เด็ก และวัยรุ่นได้พัฒนาศักยภาพตนเองให้มากขึ้น เพิ่มโอกาสที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพจิตดี แนวทางมาตรการระยะแรกนี้ยังช่วยสนับสนุนช่วยเหลือพ่อแม่และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กเล็ก เช่น ช่วยให้พ่อแม่สร้างหรือมีรายได้มากขึ้น ยุทธศาสตร์มาตรการระยะแรกนี้ยังได้ช่วยขัดขวางการส่งต่อความไม่เท่าเทียมจากรุ่นสู่รุ่นได้อีกด้วยโดยพยายามตัดความเชื่อมโยงระหว่างสถานะทางสังคมเศรษฐกิจของพ่อแม่และลูก

สุขภาพใจและสุขภาพกายดี / HEALTHY MIND AND HEALTHY BODY

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพเป็นตัวกำหนดและมีอิทธิพลอย่างมากทั้งต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ยิ่งไปกว่านั้นความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกายกับสุขภาพจิตแสดงให้เห็นว่า สุขภาพกายที่ไม่ดีอาจทำให้เกิดโรคจิตเวช และในทางกลับกันสุขภาพจิตที่ไม่ดีอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพกายได้ การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิตไม่สามารถทำได้สำเร็จหากไม่มีการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพกายด้วย ดังนั้นการใช้แนวทางปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพนั้นจึงควรคำนึงถึงความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและสุขภาพกายในทุกการดำเนินการเพื่อแก้ไขความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ

การให้ความสำคัญลำดับต้นกับสุขภาพจิต / PRIORITIZING MENTAL HEALTH

งานสุขภาพจิตมีความจำเป็นที่จะต้องจัดลำดับความสำคัญให้มากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะการยกระดับความสำคัญของความต้องการด้านสุขภาพจิตในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งประเด็นนี้ยังขาดความเข้าใจและ/หรือไม่ตระหนักว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ การสร้างความตระหนักและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตให้เพิ่มขึ้นนั้นควรให้สอดคล้องกับการเพิ่มการจัดสรรงบประมาณ บริการการแพทย์ และกำลังคนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและลดความเหลื่อมล้ำ ต้องมีการลงทุนนโยบายที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างพอเพียง ส่วนหนึ่งด้วยการขับเคลื่อนโดยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมของโรคจิตเวชที่มีต่อชุมชนและประเทศชาติ

หลีกเลี่ยงการดำเนินกระยะสั้น / AVOIDING SHORT-TERMISM

ความก้าวหน้าในการกำหนดนโยบายมักถูกขัดขวางโดยการคิดระยะสั้น ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ว่าแนวทางปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตที่ใช้มุมมองช่วงวัยของชีวิตนั้นต้องอาศัยนโยบายที่ยั่งยืนระยะยาวที่มุ่งเน้นลดความเหลื่อมล้ำสุขภาพผ่านการพัฒนาชุมชน การเสริมสร้างสมรรถนะ การทำงานร่วมกัน และการสร้างสถาบันท้องถิ่นในตลอดทุกช่วงวัยของชีวิต ดังนั้นหัวใจสำคัญคือการทำนายนโยบายต้องคำนึงถึงระยะเวลาของนโยบายและที่คาดว่าจะเกิดในระยะยาว เน้นการสร้าง ความมั่นใจในการดำเนินการอย่างยั่งยืน

ความเท่าเทียมทางสุขภาพจิตในทุกนโยบาย / MENTAL HEALTH EQUITY IN ALL POLICIES

การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิตถือเป็นงานที่ต้องดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐทั้งหมด ร่วมกับทุกภาคส่วนอื่น ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกนโยบายจากทุกภาคส่วนจะต้องแน่ใจว่าโปรแกรมและกลยุทธ์ของตนจะไม่ก่อผลเสียและมีศักยภาพในการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิต แนวทางและเครื่องมือมากมายที่ใช้ในการประเมินผลกระทบต่อความเท่าเทียมสุขภาพของนโยบายที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสุขภาพกายเป็นหลัก สามารถนำมาพัฒนาใหม่ให้ครอบคลุมความเท่าเทียมทางสุขภาพจิตได้

ความรู้ในการดำเนินการระดับท้องถิ่น / KNOWLEDGE FOR ACTION AT THE LOCAL LEVEL

ในการดำเนินการเพื่อป้องกันและลดปัญหาสุขภาพจิตในระดับท้องถิ่นนั้น การสร้างระบบและกระบวนการให้ข้อมูลถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก มีข้อมูลหลากหลายประเภทแตกต่างกันที่เป็นที่ต้องการขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการดำเนินการ แต่ข้อมูลหลักได้แก่:

- ข้อมูลการกระจายตัวของปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่
- ข้อมูลจำนวนผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและผู้ที่ยังไม่ได้รับการรักษา

- ข้อมูลความตึงเครียดทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ข้อมูลประเภทนี้สามารถทราบได้จากการตั้งชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม สอบถามสมาชิกชุมชนเพื่อค้นหาต้นเหตุของความตึงเครียดทางจิตใจในชุมชนนั้น กระบวนการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่จะช่วยให้ชาวบ้านค้นหาวิธีการแก้ไขและมาตรการจัดการต่อไป
- ความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่มีคุณค่าและทรัพยากรท้องถิ่น รวมทั้งวิธีการที่ปัจจัยสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดหรือที่ช่วยลดความตึงเครียดในจิตใจ
- ความรู้สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเกี่ยวกับ ก) สิ่งที่มีคุณค่าและทรัพยากรท้องถิ่น ข) ความรู้เกี่ยวกับมาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทอื่น
- การประเมินโครงการที่พัฒนาริเริ่มในท้องถิ่น เพื่อประเมินศักยภาพของผลกระทบที่มีต่อความเท่าเทียมทางสุขภาพจิต (กลุ่มต่างกันได้รับผลกระทบแตกต่างกันอย่างไรบ้าง) โดยเฉพาะในกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคจิตเวช
- การเสริมกันระหว่างมาตรการ: ข้อมูลมาตรการว่ามีผลต่อสุขภาพจิตและปัจจัยทางสังคมโดยพัฒนาบริการการศึกษา บริการดูแลสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติและที่สร้างขึ้น การคมนาคม โอกาสสร้างรายได้ และการพัฒนาชุมชนในท้องถิ่นได้อย่างไร

ข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญมากในการจัดการดำเนินการและรวบรวมการสนับสนุนการดำเนินการในระดับท้องถิ่น ทางที่ดีแล้วยุทธศาสตร์ระดับชาติควรกำหนดกรอบแนวทางและการสนับสนุนการดำเนินการระดับท้องถิ่น หากยุทธศาสตร์ระดับชาติถูกนำไปใช้เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาที่ยังรากลึกของการกระจายอำนาจ เงิน และทรัพยากรที่ไม่เท่าเทียมแล้ว การดำเนินการระดับท้องถิ่นจะประสบผลสำเร็จและยั่งยืนในระยะยาวได้

ยุทธศาสตร์ระดับประเทศ / COUNTRY-WIDE STRATEGIES

ยุทธศาสตร์ระดับประเทศมีแนวโน้มที่จะมีผลกระทบอย่างมากต่อการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจิตและมีความสำคัญมากที่สุดในการเข้าถึงประชากรส่วนใหญ่ การดำเนินการที่หลากหลายในระดับประเทศ รวมทั้งการลดความยากจน และการปกป้องสังคมอย่างมีประสิทธิภาพตลอดช่วงวัยของชีวิต การลดความเหลื่อมล้ำและการแบ่งแยกกีดกัน การป้องกันสงครามและความขัดแย้งรุนแรง และการส่งเสริมการเข้าถึงการจ้างงาน การดูแลสุขภาพ ที่อยู่อาศัย และการศึกษา สามารถส่งผลดีต่อสุขภาพจิต โดยเน้นเป็นพิเศษที่นโยบายซึ่งเกี่ยวข้องกับ:

- การรักษาแม่ตั้งครรภ์และหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า
- พัฒนาการปฐมวัย
- ครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเวชในเป้าหมายของโครงการลดความยากจน
- สวัสดิการสังคมสำหรับคนว่างงาน
- นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นโยบายเหล่านี้มีความสัมพันธ์เฉพาะอย่างชัดเจนกับโรคจิตเวชและระดับชั้นทางสังคม



สุขภาพจิตที่ดีเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพและสุขภาวะ สุขภาพจิตของบุคคลและโรคจิตเวชที่พบบ่อยหลายโรค ถูกกำหนดโดยสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และกายภาพที่มีต่อแต่ละช่วงวัยของชีวิต ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคจิตเวชที่พบบ่อยหลายโรคสัมพันธ์อย่างมากกับความเหลื่อมล้ำทางสังคม หมายความว่ายิ่งมีความเหลื่อมล้ำมากเท่าใดก็ยิ่งมีความเสี่ยงจากความเหลื่อมล้ำมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและลดอุบัติการณ์ของโรคจิตเวชโดยรวม การดำเนินการที่สำคัญคือปรับปรุงสภาพชีวิตประจำวัน เริ่มตั้งแต่ก่อนเกิด ต่อเนื่องถึงวัยเด็กเล็ก เด็กโตและวัยรุ่น นวัยทำงานและสร้างครอบครัว ไปจนถึงวัยสูงอายุ การดำเนินการตลอดทุกช่วงวัยของชีวิตนี้จะทำให้ทั้งสุขภาพจิต ประชากรดีขึ้น และลดความเสี่ยงต่อโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำทางสังคม เนื่องจากโรคจิตเวชส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายด้วย การดำเนินการเหล่านี้จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพกายและทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้นอีกด้วย การใช้มุมมองช่วงวัยของชีวิตนั้นคำนึงถึงอิทธิพลในแต่ละช่วงวัยที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ประชาชนถูกทำให้เสี่ยงเนื่องจากความยากจนที่ฝังรากลึก ความเหลื่อมล้ำทางสังคมและการแบ่งแยกกีดกัน การจัดระเบียบสังคมและสถาบัน เช่น การศึกษา บริการสังคม และการจ้างงาน มีผลกระทบอย่างมากต่อโอกาสที่จะช่วยให้ผู้คนเลือกเส้นทางของตนเองในชีวิต ประสบการณ์จากการจัดระเบียบสังคมและสถาบันนี้แตกต่างกันมาก โครงสร้างและผลกระทบเหล่านี้จะได้รับการสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคมากขึ้นขึ้นกับนโยบายระดับชาติและระดับนานาชาติ

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องมีผลในหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับโครงสร้าง และระดับประชากร แนวทางปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจำเป็นต้องดำเนินการแบบหลากหลายภาคีและหลากหลายระดับ

หลักฐานยืนยันว่าการกำหนดนโยบายในทุกระดับขององค์กรและในทุกภาคส่วน สามารถส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพจิต การเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลและชุมชนเป็นหัวใจของการดำเนินการที่ส่งผลต่อปัจจัยสังคมกำหนดความตั้งใจของเราคือบทความนี้จะกระตุ้นให้มีการวิจัยและการดำเนินการต่อไปอย่างเร่งด่วนในทุกประเทศทั่วโลก

เอกสารอ้างอิง

REFERENCES



1. Patel V, Lund C, Hatheril S, Plagerson S, Corrigan J, Funk M, et al. Mental disorders: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 115-34.
2. World Health Organization. What is mental health? WHO web page: World Health Organization; 2013 [updated 2013/05/01/]. Available from: <http://www.who.int/features/qa/62/en/>.
3. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult ClinPsychol*. 2005;73(3):539-48.
4. Barry MM. Addressing the Determinants of Positive Mental Health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2009;11(3):4-17.
5. Patten SB. Are the Brown and Harris “vulnerability factors” risk factors for depression? *J Psychiatry Neurosci*. 1991;16(5):267-71.
6. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197-223.
7. Joint Commissioning Panel for Mental Health. Guidance for commissioning public mental health services-Practical mental health commissioning. 2013.
8. Sen A. *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
9. Sen A. From income inequality to economic inequality. *Southern Economic Journal*. 1997;64(2):384-401.
10. Nussbam MC. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Feminist Economics*. 2003;9:33-59.
11. World Health Organization. *Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options, summary report*. Geneva: World Health Organization, 2004.
12. World Health Organization. *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Geneva: World Health Organization, 2004.
13. Champion J, Bhugra D, Bailey S, Marmot M. Inequality and mental disorders: opportunities for action. *The Lancet*. 2013;382(9888):183-4.

14. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2003;81(8):609-15.
15. Melzer D, Fryers T, Jenkins R. *Social Inequalities and the Distribution of Common Mental Disorders.* Hove: Psychology Express; 2004.
16. Lund C, Breen A, Flisher A, Kakuma R, Corrigall J, Joska J, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine.* 2010;71:517-28.
17. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Coid J, et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *PsycholMed.* 2008;38(10):1485-93.
18. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Journal of Public Mental Health.* 2005;1(14) page numbers: 1-12.
19. McNamus S, Meltzer H, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R. *Adult psychiatric morbidity in England, 2007.* Leeds: The NHS Information Centre for health and social care, 2007.
20. Lehtinen V, Sohlman B, Kovess-Masfety V. Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2005;1(9):1-7.
21. Lemstra M, Neudorf C, D'Arcy C, Kunst A, Warren LM, Bennett NR. A systematic review of depressed mood and anxiety by SES in youth aged 10-15 years. *CanJ Public Health.* 2008;99(2):1259.
22. Kelly Y, Sacker A, Del BE, Francesconi M, Marmot M. What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child.* 2011;96(9):832-7.
23. Bell R, Donkin A, Marmot M. Tackling structural and social issues to reduce inequalities in children's outcome in low and middle income countries [paper submitted to Unicef]. 2013.
24. Marmot Review Team. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010* London: Marmot Review; 2010 [updated 2012/08/03/]. Available from: www.instituteofhealthequity.org.
25. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet.* 2011;378(9801):1515-25.
26. World Health Organization. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report.* Copenhagen: World Health Organization, 2013.
27. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *American Journal of Pediatrics.* 2012;129(1):e232-e46.
28. Fryers T, Brugha T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2013;9:1-50.
29. Taylor SE. Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2010;107(19):8507-12.

30. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*. 2009;301(21):2252-9.
31. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. 2012;11:11-5.
32. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2011;89(8):608-15.
33. Fisher J, Cabral de MM, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139G-49G.
34. Rahman A, Patel V, Maseko J, Kirkwood B. The neglected 'm' in MCH programmes--why mental health of mothers is important for child nutrition. *Trop Med Int Health*. 2008;13(4):579-83.
35. Bicego GT, Boerma JT. Maternal education and child survival: A comparative study of survey data from 17 countries. *Social Science and Medicine*. 1993;36(9):1207-27.
36. Gleason MM, Zamfirescu A, Egger HL, Nelson CA, Fox NA, Zeanah CH. Epidemiology of psychiatric disorders in very young children in a Romanian pediatric setting. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;20(10):527-35.
37. Case A, Fertig A, Paxson C. The lasting impact of childhood health and circumstance. *J Health Econ*. 2005;24(2):365-89.
38. Schady N. Parents' Education, Mothers' Vocabulary, and Cognitive Development in Early Childhood: Longitudinal Evidence From Ecuador. *American Journal of Public Health*. 2011;101(12):2299-307.
39. Melzer D, Fryers T, Jenkins R, Brugha T, McWilliams B. Social position and the common mental disorders with disability: estimates from the National Psychiatric Survey of Great Britain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(5):238-43.
40. Currie C, Dyson A, Eisenstadt N, Jensen BB, Melhuish E. Early years, family and education task group: report [In Press]. 2013.
41. Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT, et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. 2013.
42. Baker-Henningham H, Powell C, Walker S, Grantham-McGregor S. The effect of early stimulation on maternal depression: a cluster randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*. 2005;90(12):1230-4.
43. UCL IHE. Improving outcomes in Children's Centres-The Evidence Review. London: UCL IHE, 2012.

44. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A, et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;338:1-8.
45. Sanders MR, Ralph A, Sofronoff K, Gardiner P, Thompson R, Dwyer S, et al. Every Family: A Population Approach to Reducing Behavioural and Emotional Problems in Children Making the Transition to School. *Journal of Primary Prevention*. 2008;29:197-222.
46. Leung C, Sanders MR, Leung S, Mak R, Lau J. An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process*. 2003;42(4):531-44.
47. Tehrani-Doost M, Shahrivar Z, Gharraie JM, Alghband-Rad J. Efficacy of positive parenting on improving children's behavior problems and parenting styles. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009;14(4):371-9.
48. Matsumoto Y, Sofronoff K, Sanders MR. The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program with Japanese parents. *Behaviour Change*. 2007;24(4):205-18.
49. Bodenmann G, Cina A, Ledermann T, Sanders MR. The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behaviour: A comparison with two other treatment conditions. *Behaviour Research and Therapy*. 2008;46(4):411-27.
50. Belfield, C. R., Nores, M., Barnett, S. and Schweinhart, L. (2006) The High/Scope Perry Preschool Program: Cost-Benefit Analysis Using Data from the Age-40 Followup. *The Journal of Human Resources*. 41(1):162-190
51. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcoletto KJ, et al. Enduring Effects of Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses on Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164:4128.
52. Webster-Stratton C, Reid MJ, Stoolmiller M. Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(5):471-88.
53. The Incredible Years. Parents, teachers and children's training series. Program Overview-Fact Sheet. (2010) Available at: <http://incredibleyears.com/download/program/Incredible-Years-factsheet.pdf>
54. Baek C, Mathambo V, Mkhize S, Friedman I, Apicella L, Rutenberg N. Key findings from an evaluation of the mothers2mothers program in Kwa-Zulu-Natal, South Africa: Horizons Final Report. Washington, DC: Population Council, 2007.
55. Marmot Review Team. The Health Impacts of Cold Homes and Fuel Poverty. London: Friends of the Earth and the Marmot Review Team, 2011.
56. Champion J. Public mental health: the local tangibles. *The Psychiatrist*. 2013;37:238-43.
57. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The Adolescent Brain. *AnnNYAcadSci*. 2008;1124:111-26.

58. Wickrama KA, Conger RD, Lorenz FO, Jung T. Family antecedents and consequences of trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood: a life course investigation. *J Health SocBehav.* 2008;49(4):468-83.
59. Jané-Llopis E, Barry MM. What makes mental health promotion effective? *IUHPE-Promotion and Education Supplement.* 2005;12:47-54.
60. Barry MM. Promoting Positive Mental Health and Well-being: Practice and Policy. In: Keyes CL, editor. *Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health.* London: Springer; 2013.
61. Katz C, Bolton S, Katz LY, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareem J. A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety.* 2013;00:1-16.
62. Collins S, Woolfson LM, Durkin K. Effect on coping skills and anxiety of a universal school-based mental health intervention delivered in Scottish primary schools. *School Psychology International.* 2013:1-16.
63. Holen S, Waaktaar T, Lervag A, Ystgaard M. The effectiveness of a universal school-based program on coping and mental health: a randomised controlled study of Zippy's Friends. *Educational Psychology.* 2012;32(5):657-77.
64. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International.* 2011;26(1):29-69.
65. Mart A, Dusenbury L, Weissberg RP. Social, Emotional, and Academic Learning: Complementary Goals for School-Family Partnerships. In: Redding M, Murphy M, Sheley P, editors. *Handbook on Family and Community.* Lincoln: Academic Development Institute; 2011.
66. Payton J, Weissberg RP, Durlak JA, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB, et al. *Emotional Learning for Kindergarten to Eighth-Grade Students: Findings from Three Scientific Reviews.* Chicago, IL: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, 2008.
67. Tol WA, Komproe IH, Susanty D, Jordans MJD, Macy RD, De Jong JTVM. School-based mental health intervention for children affected by political violence in Indonesia-A cluster randomized trial. *Jama-Journal of the American Medical Association.* 2008;300(6):655-62.
68. Tol WA, Komproe IH, Jordans MJD, Vallipuram A, Spisma H, Sivoyokan S, et al. Outcomes and moderators of a preventive school-based mental health intervention for children affected by war in Sri Lanka: a cluster randomised trial. *World Psychiatry.* 2012;11:114-22.
69. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet.* 2007;369(9569):1302-13.
70. World Health Organization. *Mental health atlas 2011.* Geneva: World Health Organization, 2011.
71. Ferrari A, Charlson F, Norman R, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Medicine* 2013;10(11):1-12.

72. Royal College of Psychiatrists. No health without public mental health—the case for action. London: Royal College of Psychiatrists, 2010.
73. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*. 2012;11(3):139-45.
74. Woodhouse, J. and Ward, P. (2012) A minimum price for alcohol?. House of Commons. Available at: www.parliament.uk/briefing-papers/SN05021.pdf
75. Collins DJ, Lapsley HM. The avoidable costs of alcohol abuse in Australia and the potential benefits of effective policies to reduce the social costs of alcohol. Barton: 2008.
76. Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Act (2012).
77. United Nations Development Programme. Addressing the Social Determinants of Noncommunicable Diseases. New York: 2013.
78. Stockwell T, Auld MC, Zhao J, Martin G. Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction*. 2012;107(5):912-20.
79. UCL IHE. The impact of the economic downturn and policy changes on health inequalities in London. London: UCL IHE, 2012.
80. Catalano R, Goldman-Mellor S, Saxton K, Margerison-Zilko C, Subbaraman M, LeWinn K. The Health Effects of Economic Decline. *Annual Review of Public Health*. 2011;32:431-50.
81. Anderson P, McDaid D, Basu S, Stuckler D. Impact of economic crises on Mental Health. Copenhagen: WHO European Office, 2011.
82. Bamba C. Yesterday Once More? Unemployment and Health in the 21st Century. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2010;64:213-5.
83. Brett JA. “We Sacrifice and Eat Less”: The Structural Complexities of Microfinance Participation. *Human Organization*. 2006;65(1):8-19.
84. PATH. Microfinance and women’s health: What do we know? *Outlook*. 2011;28(1):1-8.
85. Leatherman S, Metcalfe M, Geissler K, Dunford C. Intergrating microfinance and health strategies: examining the evidence to inform policy and practice. *Health Policy and Planning*. 2012;27:85-101.
86. Fernald LCH, Hamad R, Karlan D, Ozer EJ, Ziman J. Small individual loans and mental health: a randomized controlled trial among South African Adults. *BMC Public Health*. 2008;8(409):1-14.
87. Jan S, Ferrari G, Watts CH, Hargreaves JR, Kim JC, Phetla G, et al. Economic evaluation of a combined microfinance and gender training intervention for prevention of intimate partner violence in rural South Africa. *Health Policy Plan*. 2011;26(5):366-72.
88. Field E, Pande R, Papp J, Park YJ. Repayment Flexibility Can reduce Financial Stress: a randomized control trial with microfinance clients in India. *PLoS ONE*. 2012;7(9):1-7.

89. Council Directive 89/391/EEC of June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work, (1989).
90. Egan M, Bambra C, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M, Thomson H. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007;61:945-54.
91. Bambra C, Egan M, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007;61:1028-37.
92. Barry MM, Jenkins R. *Implementing mental health promotion*. Oxford: Churchill Livingstone Elsevier; 2007.
93. Sun J, Buys N, Wang X. Effectiveness in Privately Owned Enterprises in China. *Population Health Management*. 2013;16:1-9.
94. World Health Organization. *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: World Health Organization, 2013.
95. Knapp M, McNaid D, Parsonage M. *Mental health Promotion and Prevention: The Economic Case*. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, 2011.
96. Jané-Llopis E, Anderson P. *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States*. Luxembourg: European Communities, 2006.
97. Goff J, Hall J, Sylva K, Smith T, Smith G, Eisenstadt N, et al. *Evaluation of Children's Centres in England (ECCE). Strand 3: Delivery of Family Services by Children's Centres*. Oxford: The University of Oxford, 2013.
98. Allen J. *Older People and Wellbeing*. London: Institute for Public Policy Research, 2008.
99. McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S. *Paying the price: The cost of mental health care in England to 2026*. London: King's Fund, 2008.
100. Grundy E, van Campen C, Deeg D, Dourgnon P, Huisman M, Ploubidis G, et al. *Health inequalities and the health divide among older people in the WHO European Region [In Press]*. 2013.
101. Ploubidis G, Grundy E. *Later-Life Mental Health in Europe: A Country-Level Comparison*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64B(5):666-76.
102. Donovan N, Halpern D. *Life Satisfaction: The State of Knowledge and Implications for Government*. London: Cabinet Office, 2002.
103. Forsman AK, Nordmyr J, Wahlbeck K. *Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults*. *Health Promotion International*. 2011;26(S1):85-107.

104. Champion J, Bhui K, Bhugra D. European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. *European Psychiatry*. 2011;27:68-80.
105. Critchley R, Gilbertson J, Grimsley M, Green G. Living in cold homes after heating improvements: Evidence from Warm-Front, England's Home Energy Efficiency Scheme. *Applied Energy*. 2007;84(2):147-58.
106. Green G, Gilbertson J. Warm front better health. Health impact evaluation of the warm front scheme. Sheffield Hallam University: Centre for Regional, Economic Research, 2008.
107. Mead N, Lester H, Chew-Graham C, Gask L, Bower P. Effects of befriending on depressive symptoms and distress: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2010;196:96-101.
108. Lum TY, Lightfoot E. The Effect of Volunteering on the Physical and Mental Health of Older People. *Research on Aging*. 2005;27:31-55.
109. Saxena S, Garrison P. Mental Health Promotion-Case Studies from Countries. Geneva: World Health Organization, 2004.
110. Greaves CJ, Farbus L. Effects of creative and social activity on the health and wellbeing of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*. 2006;126(3):134-42.
111. Walker L, Verins I, Moodie R, Webster K. Responding to the social and economic determinants of mental health. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, editors. *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization; 2005.
112. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Morris JE, Saxena S, et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*. 2013;378:1654-63.
113. Cohen A, Raja S, Underhill C, Yaro BP, Dokurugu AY, De Silva M, et al. Sitting with others: mental health self-help groups in northern Ghana. *International Journal of Mental Health Systems*. 2012;6(1):1-8.
114. Lund C, Waruguru M, Kingori J, Kippen-Wood S, Breuer E, Mannarath S, et al. Outcomes of the mental health and development model in rural kenya: a 2-year prospective cohort intervention study. *Int Health*. 2013;5:43-50.
115. Kermode M, Herrman H, Arole R, White J, Premkumar R, Patel V. Empowerment of women and mental health promotion: qualitative study in rural Maharashtra, India. *BMC Public Health*. 2007;7(225):1-10.
116. Kermode M, Bowen K, Arole R, Joag K, Jorm AF. Community beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: A mental literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Public Health*. 2009;123:476-83.
117. Declaration of Alma-Ata, (1978).

118. Rojas G, Fristch R, Solic J, Jadresic E, Castillo C, Gonzalez M, et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2007;370(9599):10-6.
119. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*. 2010;276:2086-95.
120. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. 2008.
121. Patel V. Global Mental Health: From Science to Action. *Harv Rev Psychiatry*. 2012;20(1):6-12.
122. Kigozi F. Integrating mental health into primary health care-Uganda's experience. *South African Psychiatry Review*. 2007(10):17-9.
123. Sebunnya J, Kigozi F, Kizza D, Ndyabangi S. Integration of Mental Health into Primary Health Care in a rural district in Uganda. *African Journal of Psychiatry*. 2010;13(2):128-31.
124. Petersen I, Ssebunnya J, Bhana A, Baillie K. Lessons from case studies of integrating mental health into primary health care in South Africa and Uganda. *International Journal of Mental Health Systems*. 2011;5.
125. Tol WA, Barbui C, Galappatti A, Silove D, Betancourt TS, Souza R, et al. Mental health and psychological support in humanitarian settings: linking practice and research. *The Lancet*. 2011;378:1581-91.
126. Meffert S, Ekblad S. Global mental health intervention research and mass trauma. *Open Access Journal of Clinical Trials*. 2013;5:61-9.
127. Richters A, Dekker C, Scholte WF. Community based sociotherapy in Byumba, Rwanda. *Intervention*. 2008;6(2):100-16.
128. Scholte WF, Verdun F, Kamperman AM, Rutayisire T, Zwinderman AH, Stronks K. The Effect on Mental Health of a Large Scale Psychosocial Intervention for Survivors of Mass Violence: A Quasi-Experimental Study in Rwanda. *PLoS ONE*. 2011;6(8):1-8.
129. Frontieres MS. Healing Iraqis. The challenges of providing mental health care in Iraq: *Medecines Sans Frontieres*; 2013. Available from: http://www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2013/Healing_Iraqis.pdf.
130. Wright PA, Moos B. Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology*. 2007;27(1):79-89.
131. Turley R, Saith R, Bhan N, Rehfuess E, Carter B. Slum upgrading strategies involving physical environment and infrastructure interventions and their effects on health and socio-economic outcomes (Protocol). *The Cochrane Library*. 2012(9) pages: 1-20.

132. Turley R, Saith R, Bhan N, Rehfuess E, Carter B. Slum upgrading strategies involving physical environment and infrastructure interventions and their effects on health and socio-economic outcomes (Review). The Cochrane Library. 2013;1 pages: 1-139.
133. Cattaneo MD, Galiani S, Gertler PJ, Martinez S, Titiunik R. Housing, Health, and Happiness. *American Economic Journal: Economic Policy*. 2009;1(1):75-105.
134. Haines A, Smith KR, Anderson D, Epstein PR, McMichael AJ, Roberts I, et al. Policies for accelerating access to clean energy, improving health, advancing development, and mitigating climate change. *The Lancet*. 2007;370:1264-81.
135. Pretty J, Peacock J, Hine R, Sellens M, South N, Griffin M. Green exercise in the UK countryside: Effects on health and psychological well-being, and implications for policy and planning. *Journal of Environmental Planning and Management*. 2007;50(2):211-31.
136. Barton J, Hine R, Pretty J. The health benefits of walking in greenspaces of high natural and heritage value. *Journal of Integrative Environmental Sciences*. 2009;6(4):261-78.
137. Maller CJ, Henderson-Wilson C, Townsend M. Rediscovering Nature in Everyday Settings: Or How to Create Healthy Environments and Healthy People. *EcoHealth*. 2009;6:553-6.
138. Coon JT, Boddy K, Stein K, Whear R, Barton J, Depledge MH. Does Participating in Physical Activity in Outdoor Natural Environments Have a Greater Effect on Physical and Mental Wellbeing than Physical Activity Indoors? A Systematic Review. *Environmental Science & Technology*. 2011;45(5):1761-72.
139. Shibata S, Suzuki N. Effects of foliage plant on task performance and mood. *Journal of Environmental Psychology*. 2002;22:265-72.
140. Mind. *Ecotherapy – The green agenda for mental health*. London: Mind, 2007.
141. Grinde B, Patil GG. Biophilia: Does Visual Contact with Nature Impact on Health and Well-Being? *Int J Environ Res Publ Health*. 2009;6:2332-43.
142. Kuo FE, Taylor AF. A Potential Natural Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence from a National Study. *AmJ Public Health*. 2004;94:1580-6.
143. Taylor AF, Kuo FE. Children With Attention Deficits Concentrate Better After Walk in the Park. *Journal of Attention Disorders*. 2008.
144. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*. 2012;380(9846):1011-29.
145. Men T, Brennan P, Boffetta P, Zaridze D. Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region. *BMJ*. 2003;327(7421):964 page: 964-966.
146. Zatonski WA, Bhala N. Changing trends of diseases in Eastern Europe: Closing the gap. *Public Health*. 2012;126(3):248-52.

147. Leon DA, Saburova L, Tomkins S, Andreev E, Kiryanov N, McKee M. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *The Lancet*. 2007;369(9578):2001-9.
148. Marmot M. *Status Syndrome: How your social standing directly affects your health and life expectancy*. London: Bloomsbury Publishing; 2005.
149. Roberts B, Abbott P, McKee M. Levels and determinants of psychological distress in eight countries of the former Soviet Union. *Journal of Public Mental Health*. 2010;9(3):17-26.
150. Nicholson A, Pikhart H, Pajak A, Malyutina S, Kubinova R, Peasey A, et al. Socioeconomic status over the life-course and depressive symptoms in men and women in Eastern Europe. *J Affective Disorders*. 2008;105:125-36.
151. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation-Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization, 2008.
152. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374(9686):315-23.
153. Kasl SV, Jones BA. The impact of job loss and retirement on health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
154. Kaplan GA, Roberts RE, Camacho TC, Coyne JC. Psychosocial predictors of depression: Prospective evidence from the human population laboratory studies. *Am J Epidemiology*. 1987;125(2): 206-20.
155. Virtanen M, Kawachi I, Oksanen T, Salo P, Tuisku K, Pulkki-Raback L, et al. Socio-economic differences in long-term psychiatric work disability: prospective cohort study of onset, recovery and recurrence. *Occupational and Environmental Medicine*. 2011;68(11):791-8.
156. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*. 2011;378(9786):124-5.
157. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*. 2012;345:e5142.
158. Stuckler D, Basu S. *The Body Economy: Why Austerity Kills*. New York: Allen Lane; 2013.
159. Vuori J, Silvonen J, Vinokur AD, Price RH. The Tyohon job search program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2002;7(1):5-19.
160. Vuori J, Silvonen J. The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2005;78:43-52.
161. Sianesi B. *Swedish active labour market programmes in the 1990s: Overall effectiveness and differential performance*. London: Institute of Fiscal Studies, 2002.

162. Jespersen S, Munch JR, Skipper L. Costs and Benefits of Danish Active Labour Market Programmes. *Labour Economics*. 2008;15(5):859-84.
163. UN Platform on Social Determinants of Health. Health in the post-2015 development agenda: need for a social determinants of health approach: Joint statement of the UN Platform on Social Determinants of Health. Geneva: 2013.
164. Minas H, Kwasik J. The Post-2015 Development Agenda 2013 [cited 2013 3rd December 2013]. Available from: <http://www.globalmentalhealth.org/post-2015-development-agenda>.
165. Movement for Global Mental Health. Position Statement on mental health in the post-2015 development agenda 2013 [cited 2013 3rd December 2013]. Available from: http://www.globalmentalhealth.org/sites/default/files/MGMH%20Position%20Statement_Post2015%20Development%20Agenda.pdf.
166. GermAnn K, Ardiles P. Toward flourishing for all: Mental health promotion and mental illness prevention policy background paper. 2009.
167. Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2011;378:1505-14.
168. Whiteford H, Buckingham B, Manderscheid R. Australia's National Mental Health strategy. *British Journal of Psychiatry*. 2002;180:210-5.
169. National mental health policy 2008: Commonwealth of Australia; 2009. Available from: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/532CBE92A8323E03CA25756E001203BF/\\$File/finpol08.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/532CBE92A8323E03CA25756E001203BF/$File/finpol08.pdf).
170. Ministry of Health. Te Tahuhu-Improving Mental Health 2005-2015: The Second New Zealand Mental Health and Addiction Plan. Wellington: Ministry of Health, 2005.
171. The Scottish Government. Mental Health Strategy for Scotland: 2012-2015. Edinburgh: The Scottish Government, 2012.

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต

SOCIAL DETERMINANTS OF MENTAL HEALTH

สุขภาพจิตที่ดีเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพและสุขภาวะ สุขภาพจิตของบุคคลและโรคจิตเวชที่พบบ่อยหลายโรค ถูกกำหนดโดยสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจและกายภาพที่มีต่อแต่ละช่วงวัยของชีวิต ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคจิตเวชที่พบบ่อยหลายโรคสัมพันธ์อย่างมากกับความเหลื่อมล้ำทางสังคม หมายความว่ายิ่งมีความเหลื่อมล้ำมากเท่าใด ก็ยิ่งมีเสี่ยงจากความเหลื่อมล้ำมากขึ้นเท่านั้น การดำเนินการที่สำคัญคือปรับปรุงสภาพชีวิตประจำวัน เริ่มตั้งแต่ก่อนเกิด ต่อเนื่องถึงวัยเด็กเล็ก เด็กโตและวัยรุ่น วัยทำงานและสร้างครอบครัว ไปจนถึงวัยสูงอายุ การดำเนินการตลอดทุกช่วงวัยของชีวิตนี้จะทำให้ทั้งสุขภาพจิตประชากรดีขึ้น และลดความเสี่ยงต่อโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำทางสังคมได้



SOCIAL DETERMINANTS OF MENTAL HEALTH

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต

แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ชั้น 3 อาคารอำนวยการ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
196 หมู่ 10 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180
โทรศัพท์ 0 5390 8300 ต่อ 73190 โทรสาร 0 5312 1094
www.jitdee.com