



初级保健里的心理健康： 加强治疗和促进心理健康



世界精神卫生日是世界精神卫生联合会的注册服务标识。

目录

介绍

第一节	3
初级保健和精神健康	3
资料说明书——身心合一：整合卫生保健资源指南	5
资料说明书——将精神健康纳入初级保健的七大理由	7
第二节	8
初级保健和精神健康服务实践	8
在初级保健机构里检查精神疾病	8
整合精神健康和初级保健——精神健康初级保健实践	9
综合行为健康工程——综合行为保健等级	13
加拿大精神健康协作行动——精神保健协作框架	14
Hogg精神健康基金会——综合保健	17
资料说明书——十大整合原则	20
资料说明书——精神健康：加强精神健康促进	22
第三节	24
将精神健康纳入初级保健的好处和障碍	24
综合医院对初级保健医生的精神医学培训	24
中东地区整合的好处和障碍	26
儿童精神健康服务：中东地区面临的挑战和机遇	28
西太平洋地区整合的好处和障碍	30
第四节	34
行动呼吁： 倡导人士在将精神健康纳入初级保健工作中的作用 Gabriel Ivbijaro, Wonca	34
评注： 将精神健康纳入初级保健——转移工作任务，扩大对精神障碍患者的服务规模。 Vikram Patel 教授	36
第五节	38
WMHD宣言范文	39
媒体对签署宣言的报道范文	40
普通新闻报道范文	41
范文/读者来函	43
精神健康游行	45



介绍

精神健康障碍一直都是严峻而又耗资巨大的全球性卫生问题，影响着不同年龄、不同文化、不同社会经济地位的民众。严重抑郁症在伤残调整生命年方面排名第四，而且很快就将成为全球第二大致残原因。全球约有4.5亿精神健康障碍患者中，只有不到一半的患者得到了自己所需的帮助。在很多低收入国家，全国仅有1或2名精神病医师。而很多发达国家则把精神健康服务“剥离”出初级保健系统——导致精神健康和疾病更不受人关注、资金投入更少、治疗方案和相关服务减少，并与个体的综合保健需求脱离或几乎没有任何联系。

美国Hogg精神健康基金会称：“……精神健康和疾病关联密切。因此，要改善对精神障碍患者的护理工作，就需要密切关注精神健康和综合医疗保健的联系接口。”

多年来，综合保健和协同保健一直都是决策者与卫生保健服务组织争论不休的话题。目前已开展了相当多的研究工作，也实施了试点项目。从具有划时代意义的美国《卫生部长2001年精神健康报告》，到世界卫生组织(WHO)和世界家庭医生学会(WONCA)近期发布的报告，都对采用精神和生理保健综合方法的原因和理由给予了大力支持。

现在，我们要来回顾、讨论和面对一直阻碍卫生保健综合化和有效服务进程的障碍，更好地定义和提倡适合于各个国家卫生体系的保健系统。公民有效拥护的目标应该是建立一个恰当、廉价而又便利的卫生保健系统，综合所有必要环节，推动综合性协同方式，服务全体公民的健康。50年来的科研进步和实践证明，“精神不健康就不算健康”。世界精神卫生联合会认为，目前政府和保健服务体系应当将创建综合卫生保健方式视为最高优先工作领域，将疾病和健康的所有方面纳入同一个治疗系统，从而改善民众的健康状况。

2009年世界精神卫生日全球宣传行动的目标是宣传将精神卫生保健提高到更高重要水平的迫切要求。我们希望您设想一个能够服务于您所有疾患的保健系统，即所有医生和专家一同努力，为您带来最好的“以患者为中心”的护理服务。但如果不能携手努力来处理所有健康事务，我们又如何做到以患者为中心呢？10月10日，全球各地的基层精神卫生组织将启动和开展数以百计的世界精神卫生日宣传、意识和教育活动，必然会把这些问题摆在公共关注前沿，并有望指导我们以全新的精力和努力，为存在精神健康障碍及由此引发的相关身体健康问题的患者改善治疗及护理服务。

非常感谢您长期以来一直支持世界精神卫生日，感谢您在社区里为推广改善精神健康而做的所有工作。

在此谨代表WFMH委员会及全体职员向您致谢。

L. Patt Franciosi, 博士
世界精神卫生日活动主席

John Copeland 教授
世界精神卫生联合会会长

初级保健和精神健康

1948年，世界卫生组织(WHO)将“健康”定义为“不仅为疾病或羸弱之消除，而系体格、精神与社会之完全健康状态”。

为什么“初级保健里的精神健康”会如此重要而被选定为2009年世界精神卫生日的主题呢？提倡纳入精神保健将如何提高更好地诊断、治疗和预防精神疾病及精神卫生问题的几率，以及这种纳入将如何在未来20年里促进全球人民的精神和情绪健康呢？

世界卫生组织总干事陈冯富珍博士在世卫 2008年世界卫生日启动仪式上发表了题为《初级卫生保健：过去重要，现在更重要》的致辞。她说世卫日益重视初级卫生保健，这不但出于个人信念，也出自于成员国日益增强的需求。陈冯富珍博士说，“这种需求显示决策者们越来越期望了解卫生系统如何才能做到更平等、更包容和更公正。这种期望也从根本上反应了一种观念上的改变，即需要更全面地思考卫生系统作为一个整体的绩效问题。”（世卫《2008年世界卫生报告》引言和概览，第2页）

卫生系统要做到更“平等、包容和公正”的理念，本身就很好地说明了将精神健康问题及精神障碍人士的需求纳入改善综合性初级卫生保健的原因。几百年来，精神健康治疗、精神健康宣传和疾病预防工作都没有得到政府、医疗行业以及普通大众应有的关注。

几百年来，精神疾病一直都被视为社会问题——独立于任何身体健康问题。但现在，大多数人都认为，精神健康疾病并不是单独发生的——事实上，精神疾病的出现都涉及或伴随着其他健康问题——如心脏病、糖尿病、癌症、神经系统疾病以及很多生活问题。个体的身体状况和生活环境不仅仅影响着身体的某一个方面——而是整个身体，每个方面都相互影响。这样看来，以全面综合方式来处理个体的健康问题将能带来更积极的成果，并能提高康复和生产力恢复的几率。

初级保健是个人与医生之间的长期关系。普通医生为大多数民众的健康需求提供护理服务，并协调超出其专业范围的其他保健服务。1996年，美国医学研究所对初级保健做了如下定义：“初级保健是指由负责解决大部分个人保健需求、与患者发展长期关系并在家庭和社区里开展执业工作的临床医生提供的综合性便利保健服务。”而下文释义则来自1960年代：初级保健可视为大型保健系统里的某个保健级别，区别于二级保健（由社区专家和当地社区医院提供的保健服务）以及三级保健（由地区或学院保健中心提供的保健服务）。在卫生资源有限的非工业化国家里，初级保健可能会由乡村卫生工作者、护士助理、促进者、社区保健顾问、赤脚医生等提供

([www.msm.edu/Centers_and_Institutes/National_Center_for_Primary_Care_\(NCPC\)/What_is_Primary_Care.htm](http://www.msm.edu/Centers_and_Institutes/National_Center_for_Primary_Care_(NCPC)/What_is_Primary_Care.htm))。

精神保健经常被视为一个单独领域，或是一个与普通保健系统并行的专业领域，它治疗的是精神方面的疾病。大脑里的神经系统疾病一度被视为是单独的问题，不需要任何身体监测——但近年来人们日益认识到，良好的精神健康与良好的全身健康之间具有非常重要的联系。精神疾病会影响身体健康，而很多身体疾患也会引发更多精神卫生问题。此外，人们也认定，患有持久严重精神疾病的人士患上多种身体疾病的几率通常是普通人的两倍。然而，即使对精神和身体之不可分割关系及精神和身体疾病之重大共病性有此认识，但整个医学领域对卫生保健系统仍然不够关注，无法像陈冯富珍博士所说的那样“为卫生系统找到主要解决方案，以缩小期望与实现间难以容忍的差距”（《2008年世界卫生报告》，第3页）。



要改善诊断、治疗和成果，保健服务机构必须要找出构建合作关系的新方法，以实践更有效更具协作性的服务，做到以患者为中心并关注全身保健。若改革运动是要实现改善全世界公民卫生健康并打造和维护真正全面综合的保健服务提供系统，则“初级保健：过去重要，现在更重要”理念的宣传推广计划和政策就必须包含入精神健康和精神疾病。

2009年世界精神卫生日全球宣传活动主题“**初级保健里的精神健康：加强治疗和促进精神健康**”旨在满足长期以来“使精神健康成为全球优先关注”的需求，并强调所有人经常忽视的事实，即精神健康是每个人总体健康和良好状况的一个不可或缺的元素。这一宣传主题旨在吸引全世界人们关注不断增多的，注重将精神保健纳入初级保健的信息和知识。这是一个重大趋势，即将精神保健诊断、治疗和护理从传统独立却不平等的精神保健服务提供体系转入主流卫生保健体系里。

精神保健服务“终端用户”、承担精神疾病患者大部分照顾工作之家人及试图影响精神保健政策之倡导者的参与，是这段转变、改革和资源有限时期的关键。2009年世界精神卫生日宣传活动的主要目的在于为基层精神保健界提供相关信息和资源，使之倡导将精神健康和精神疾病作为完善保健服务规划中不可或缺的组成部分。必须予以解决的主要倡导问题之一，就是对精神疾病患者的充分有效诊断、治疗和康复可能在普通和初级卫生保健系统里得不到同等的优先关注。全球精神健康倡导运动的工作就是要确保，卫生保健改革不会带来这一非意图结果。

WMHDAY 2009（2009年世界精神健康日）重点突出了将精神保健服务纳入初级保健服务提供系统给精神疾病患者及精神健康不佳人士及其家人和护理人员——以及保健专业人士所带来的机遇和挑战。与往常一样，此次宣传活动也将注重于精神健康倡导人士、患者/服务使用者以及家人/护理组织在规划这一重大普通健康和心理健康改革运动过程中所应发挥的关键作用。若这项致力于实现合二为一的运动是要帮助全球遭遇精神疾病和情绪健康问题的民众都能获得优质、充分而又廉价的服务，则就很需要这些见识广博、积极而又坚定的倡导人士。

全球精神卫生领域的倡导人士、家庭、专业人士和决策者都必须牢记，当前致力于改善精神保健服务提供方式的运动并不是第一个此类改革努力。以往的经验教训告诉我们，要在世界各国内实现精神保健服务的平等性，绝不会是一帆风顺的奋斗过程。将精神保健有效纳入初级保健范畴，并达到与精神疾病保健护理负担相对应的优先水平，这将是全球经济和社会陷入困境时期的一个大事业。当然，全世界从现在开始倾听并采取行动来改善精神保健服务、随时为遭遇精神分裂症、焦虑症、双相情感障碍和抑郁症等严重精神健康问题和疾病的患者提供服务，尚为时不晚。

身心合一：德州和美国综合卫生保健资源指南

Hogg精神健康基金会(2008年12月)第5、11、13、20、23、31页

要点

- 患病人群存在行为健康问题的风险较高，正如存在行为健康问题的个体更容易出现共病性。未能处理医疗或精神共病性降低了个体成功康复和实现总体健康的几率。
- 在初级保健里检查行为健康问题或在行为健康状况里检查医疗问题，对发现健康问题都具有关键意义，但尚不足以改善共病个体的治疗成果。
- 很多初级保健服务机构需要接受培训来辨别和治疗行为健康疾病，但只有不断与行为健康服务机构保持沟通和协作，这种培训才能发挥最大作用。
- 尽管存在多个综合性保健模式，但最有效的模式以全面多元化的方式影响着治疗系统。
- 抑郁症，可能还有其他常见精神健康疾病的综合保健服务成本效益，类似于治疗其他慢性疾病的效益。
- 成功的整合国内工作需要精力充沛且极其敬业的领导层。
- 临床和实施手册、检查和评估工具、患者名录及培训计划等资源开发日益增多，这将大大改善健康或行为保健系统实现研究成果的能力。
- 需要实施经济奖励，来支持以事实为依据的综合型护理模式，而非专业转介及有限或没有后续跟踪的护理模式。
- 注重于消费者/患者全面健康的成果或绩效衡量系统将有助于鼓励初级保健和行为保健系统的协作。
- 科技将成为推动整合的重要工具，包括鉴别和检查患者、跟踪患者治疗进程、鼓励遵守临床协议、促进服务机构之间的沟通以及评估综合性治疗方案的影响。

所吸取的经验教训

为何要把行为健康纳入初级保健环境里？

- 大多数人都会到初级保健环境里寻求行为健康问题帮助。
- 行为健康问题在初级保健里经常未被发现或治疗。
- 糖尿病等常见疾病患者的行为健康问题比例较高。
- 若没有及时处理慢性病患者的精神疾病，则其精神和医疗后果就越糟糕。
- 在公立机构看病的有色人群、少年儿童、老人以及未投保或低收入患者更不可能得到妥善的精神疾病护理。
- 初级保健里对行为健康问题的处理，将提供一个重要机会来及早干预和预防更严重之疾病，同时也能覆盖那些不能或无法享受专业行为保健护理的人群。



为何要把身体保健纳入行为健康环境里？

- 在行为健康环境里接受治疗的成年人，通常也患有常见身体健康疾病，如心血管病、糖尿病和高血压。
- 虽然在行为健康环境里接受服务的大多数人都患有身体疾病，但一半以上的这些疾病都没有得到识别。
- 与普通人相比，严重精神疾病患者一般更难以获取初级医疗保健。
- 严重精神疾病患者死于身体疾病的年龄，平均比普通人群早25年。
- 社区精神保健中心虽然认识到为患者提供医疗护理的重要性，但通常他们受其本身能力限制。

我们该如何改善初级保健环境里的行为健康治疗服务？

- 只有在查明疾病后予以妥善治疗，精神疾病的检查才能帮助患者改善治疗成果。
- 没有额外支持，对医生教育的结果只能给服务提供者的行为和医疗成果带来极少或短暂的变化。
- 强化转介至专科行为健康服务机构，并提供额外支持，可改善治疗过程和成果，但需要开展更多研究工作。
- 在初级保健机构里设置行为健康专家，不大可能改善患者的治疗成果，除非能够协调并采用基于事实的方法来开展护理工作。
- 研究表明，协同护理是一项有效方法，能够改善广大患有精神疾病之初级保健患者的治疗成果。
- 初级保健行为健康模式可能很有利，但尚未得到系统评估。

我们该如何改善行为健康环境里的身体保健服务？

- 检查身体健康状况可能很有必要，但倘若未能紧随其后提供优质保健服务，则单靠检查也远远不足。
- 健康促进计划显示对降低严重精神疾病患者的慢性身体疾病几率有成效。
- 对于培训初级保健机构里的精神科医生是否能够改善消费者的身体健康成果，目前我们尚不得而知。
- 将初级保健机构设在行为保健环境里，可改善消费者的身体健康成果。
- 强化转介并提供额外支持，可改善治疗过程和成果，但需要开展更多研究工作。

保健护理的整合遇到哪些障碍？

- 临床障碍包括初级保健和行为健康文化之间的差异、服务机构缺乏培训、服务机构缺乏兴趣以及名声不好。
- 组织障碍包括身体和行为健康机构之间难以沟通和协商、不同类型的服务机构存在实质性隔离，以及初级保健机构倾向于治疗急性病症。
- 政策障碍包括不同服务体系信息共享的法律障碍以及限制服务项目的法规。
- 经济障碍复杂多样，包括调整鼓励措施的问题。

强烈建议您阅读整篇文件以及其所含有的所有精彩内容。您可前往如下网址查阅：

http://www.hogg.utexas.edu/PDF/IHC_Resource_Guide.pdf

将心理健康纳入初级保健的七大理由

将心理健康纳入初级保健：全球展望。世卫/世界家庭医生学会，2008年，第21-46页。

- 1. 精神疾病的负担很大。**精神疾病在各个社会都很常见。它们不但给患者及其家庭带来重大个人负担，也给整个社会带来了重大的经济和社会困难。
- 2. 精神和身体健康问题相互交错。**很多人同时患有身体和精神健康问题。综合性初级保健服务有助于确保以全方位的方式来治疗患者，满足精神疾病患者的精神健康需求，同时也能满足精神疾病患者的身体健康需求。
- 3. 精神疾病治疗差距巨大。**每个国家精神疾病的蔓延程度与接受治疗和护理人群数量之间都存在着巨大差距。精神卫生初级保健有助于缩短这一差距。
- 4. 精神卫生初级保健能强化服务获取。**若把心理健康纳入初级保健里，则民众就能在更接近家园的地方获取精神保健服务，这样就能让一家人团聚在一起，保持日常活动。精神卫生初级保健还能促进社区外展和精神健康推广，也能长期监控和管理患者。
- 5. 精神卫生初级保健能促进尊重人权。**在初级保健机构里提供精神健康服务，能最大限度地消除羞辱和歧视。此外，也能消除精神病医院里可能出现的侵犯人权风险。
- 6. 精神卫生初级保健成本低廉，民众能够承担。**对患者、社区及政府而言，精神卫生初级保健服务成本低于精神病医院。此外，患者及其家人也可省却长途辛劳寻找专业护理所产生的间接费用。常见精神疾病的治疗成本低廉，政府投资能带来重大效益。
- 7. 精神卫生初级保健能带来良好健康成果。**大多数在初级保健机构里接受治疗的精神疾病患者都能获得良好成果，尤其是在将其连接至二级服务网络和社区方面。

欲查阅全文，请浏览：

<http://www.globalfamilydoctor.com/index.asp?PageID=9063&ContType=IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare>

初级保健和精神健康服务实践

对一些人而言，将精神健康纳入初级保健体系的思路或许是一个全新方案，但这个概念并不是新的概念，事实上已在全球各地广泛开展研究和应用。几乎全球各个国家对卫生保健包括精神卫生保健的组织和观点都不一样。重要的是要找出一个整合精神健康和初级保健的方法，在每个国家的结构和资源能力范围内都能做到既全面又有效。本节将举例说明当前世界各地正在实施的一些精神健康和初级保健整合项目及政策。这里仅作概括讨论。若欲进一步了解详情，请查阅全文。

在初级保健机构里检查发现精神疾病

Vimal Kumar Sharma MD, PhD, FRCPsych,¹

John R M Copeland MD, ScD, FRCPsych,²

精神健康问题是全球伤残的主要起因之一。尽管精神疾病治疗方法不断取得新的进展(精神、社会及医药学)，但全球很多精神疾病患者都未能得到妥善的帮助，由此他们只能默默承受疾病折磨。在发达国家里，这可能要归咎于民众对精神疾病的厌恶，导致人们不愿意寻求任何精神健康问题方面的帮助。另一个重要原因则是初级保健服务机构所接受的培训不足，技能低下，无法为精神健康问题人士提供检查和治疗服务。研究表明，全科医生及初级保健工作人员缺乏时间和相应培训来评估患者的精神健康问题。

中低收入国家所提供的精神卫生保健服务极差，这一点通常都归咎于缺乏相关资源。培训一名医生大约需要六年时间，而培训一名精神病医生则另外还需三年时间。因此，由于医学教育成本高昂，这些国家的医生很少，精神病医生更少。很大一部分医生都移民至高收入国家。很多非洲国家根本没有精神病医生，一些国家仅有一或两名。没有人能对这个问题予以解答。由此，成千上万的精神疾病患者仍然得不到治疗，无法参加工作，生活贫困或收容于精神病管制院。

及早并准确查明精神健康问题，随之实施妥善治疗和管理计划，指导患者顺利康复并重返工作，这将有助于减轻精神疾病给全球卫生和社会保障系统所带来的负担压力。精神障碍领域的工作明确表明，早期干预不但有助于快速全面康复，还能帮助患者更好地重新融入社会。因此，我们的工作重点应该是在世界各个角落建立相关体系，以协助尽早鉴别精神健康问题人士并实施相应的干预措施。解决这个问题的方法之一是利用计算机辅助方法等现代科技，相应增加卫生和社会福利方面的人力资源，尤其是中低收入国家。

我们和初级保健工作者一同开发了一套计算机辅助工具包，即全球精神健康评估工具(GMHAT/PC)，并已翻译成多种语言(西班牙语、荷兰语、德语、印地语、中文和阿拉伯语，此外法语和葡萄牙语版本也在准备之中)。该工具包是解决这一问题的一个创新途径。首先，这种方法致力于提高初级保健机构对精神疾病的认识，并帮助初级保健工作者掌握相关技能来提供妥善治疗。其次，遵照ICD 十大标准来开发更全面的精神健康评估，辅以计算机辅助精神病鉴别诊断，并针对二级保健开发出医疗途径、生活质量、需求和风险评估。这些方法由初级保健医生和精神病医生一同研发，目前为止在英国、印度和阿布扎比已被证明行之有效。计算机的使用可能是其推广应用的瓶颈，但我们正继续研发该程序，使之能够安装于触摸屏PDA，从而方便随处使用，并可通过移动电话来沟通相关结果。到目前为止，这些方法已经过7年的修正和研发，是基于多年来开发和利用计算机辅助研究诊断工具的经验。下文简单介绍了GMHAT/PC：

全球精神健康评估工具 (GMHAT/PC)

GMHAT/PC是一款计算机化临床评估工具，用于在初级和普通卫生保健机构里评估和鉴别精神健康问题。该评估程序一开始介绍了基本指令，详细指导如何使用该工具及评级症状。接下来的页面列出了一系列问题，按如下症状或问题的顺序全面并迅速地实施精神状况评估：忧虑；焦虑和惊恐发作；注意力；抑郁情绪，包括自杀风险；睡眠；胃口；饮食失调；疑病症；强迫意念和强迫行为；恐怖症；躁狂症/轻度躁狂；思维障碍；精神症状(妄想和幻觉)；定向障碍；记忆障碍；酗酒；滥用药物；个性问题和压力源。各子栏目里每次会出现一个问题。问题按临床树状结构顺序排列分布。每个重大临床疾患都有关键性检查问题。若患者没有存在某个子栏目关键项的症状，则检查工作将移至下一个子栏目。检查结束时，屏幕会询问检查者的资料及其临床诊断结果(若有)。随后屏幕会跳至一份症状摘要报告及其评分，并显示GMHAT/PC诊断结果。主计算机通过分级模型并围绕ICD-10来提供诊断。诊断程序考虑了症状的严重程度(中度至严重)。计算机也会根据所存在的其他疾患症状生成备选诊断结果和共病状况。此外，诊断结果也包括了自残风险评估。该程序还包括了这些疾患的管理指南。

对于没有充分精神病二级保健服务的服务机构，目前采用新ALL-AGECAT鉴别诊断程序的二级保健模型GMHAT/FULL也已进入验证试用阶段、

有意试验、翻译和/或将GMHAT/PC引入其临床服务的个人和机构可与我们联系。该程序不收费。

¹ Cheshire and Wirral Partnership NHS Foundation Trust 精神病顾问医生兼代医学总监及利物浦大学名誉高级讲师

² 利物浦大学名誉教授兼高级研究员

欲知详情：

Vimal Kumar Sharma MD, PhD, FRCPsych

v.k.sharma@liv.ac.uk

整合精神健康和初级保健——精神健康初级保健实践

(世卫/世界家庭医生学会，将精神健康纳入初级保健——全球展望，2008年，第49页)

下文最佳实践范例表明，在一系列情形及艰难的经济和政治条件下仍然可以将精神健康纳入初级保健。这些代表性国家的社会经济状况和卫生保健资源完全迥异。其将精神健康纳入初级保健的具体模式也因此而大相径庭。虽然细节不同，但他们都通过有效领导、专注努力及在当地应用10项原则而取得成功，详见下一节。明确的政策和计划，加上充足资源和密切监管，并培训和持续支持初级保健工作者、提供精神病治疗药物以及紧密联系高级别保健和社区资源，最终催生了最佳成果。

欲知全部国家列表及获取详情，建议您前往如下网址查阅全文：

http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare.pdf?nav_id=339



阿根廷

内乌肯省的初级保健医生主导严重精神障碍患者的诊断、治疗和康复工作。精神科医师及其他精神保健专家则负责审查并提供复杂病例的建议。社区型康复中心Austral与初级保健中心密切合作，补充提供临床保健护理。这也作为普通内科住院医生及实习初级保健医生的培训场所。其精神卫生保健模式基于四个关键元素。

1. **初级保健医生。**由一支卫生服务团队在初级保健医生的指导下负责提供严重精神障碍的诊断、治疗和康复服务。该医生经过相关培训能够承担此职责。此外，初级保健医生经常也要采用简洁、针对性精神疗法，帮助患者解决生活压力和家庭矛盾。
2. **门诊患者。**精神障碍患者在社区里接受门诊治疗，在熟悉环境中可得到家人、朋友和社区服务的支持。
3. **全面护理。**患者接受全面护理，包括精神和身体疾患。
4. **专家支持。**精神科医师则负责审查并提供复杂病例的建议。他们还培训初级保健医生和护士。由于谨慎使用精神科医师并避免采用机构护理方式，因此费用更低，患者对所需服务的获取也得到改善。

内乌肯省的 *sanitarios* (卫生所) 和 *curanderos* (卫生员) 通常都是精神障碍患者的第一联络点。某些情况下，患者会通过 *curanderos* 前往接受正式的初级保健。但在农村地区，最经常采用的方式是自我护理和非正式护理，家庭的支持作用被视为极端重要。

精神科医师分布于城市各地的健康中心，并在需要时提供咨询服务。他们不隶属于任何特定诊所，而是要服务于多个卫生保健机构。除治疗严重精神障碍外，精神病医师还负责处理社会精神疾病。必要时，精神障碍患者会被送往省级医院。该省公立医院的精神科病床数量有限(10)，有时会导致急性患者的治疗工作复杂化。需要长期护理的重病、暴力或自杀倾向患者会被送往布宜诺斯艾利斯的精神病院。

印度

初级保健中心、社区健康中心和Taluk医院(提供门诊护理)的精神保健服务和普通初级保健大多整合在一起。通过如下方式来鉴别精神障碍人士，并引导至上述机构：

- *anganwadi* (庭院) 工作者；
- 初级保健中心工作人员——初级公共卫生护士及认证社会卫生助理；
- 精神病院及私人诊所；
- 非政府组织和康复中心；
- 社区里的社工和义工；
- *panchayat* 成员；
- 地区精神健康计划团队成员；
- 学校教师。



新转介来的患者由初级保健或社区健康中心的医生/医师负责查诊。若医生参加了地区精神健康计划的培训，则就可做出诊断并决定下一步治疗方案，如用药或转介。或者，若医生没有接受培训，或若病情超出其专业水平，则医生会让患者等到地区精神保健团队前来时再来就诊。精神障碍人士接受相同的检查手续，与其他由于别的原因而来中心看病的患者一同排队等待。普通工作日内，一个初级保健或社区健康中心要看300至400名患者，其中约有10%会被确诊精神障碍。地区精神保健团队会于精神保健门诊日在初级保健或社区健康中心的指定区域接待患者。他们会被隔离于中心的主要看病活动，主要是为了避免拥挤人群。新转介来的患者与随后前来的患者一起按照抵达顺序排队。重返而来的患者携带自己的患者手册，内含相关病历和医疗信息。精神科医生会在指定房间接待患者及(通常)某个家人或护理人员，若没有房间，则会在大厅的某个角落避开旁人私下接待。若有必要，精神科医生会将诊断结果和处方写在患者手册上，并交给护士，由护士遵照医嘱配药。这些药物通常由该团队带到治疗机构，供患者在下一次保健门诊日之前服用。通常情况下，只有训练有素的医生才能开出精神药物处方，并积极跟踪患者在医疗保健诊所之间的用药情况。未经培训的医生只能开由团队精神科医生选择的处方药。

所有新的患者都会在首次看病时接受精神教育，包括有关其精神障碍的信息、根源、预防、治疗、监控和控制。这能让他们参与治疗过程，并鼓励他们继续接受治疗。社工则负责满足那些需要咨询和后续服务之患者的需求。社工定期举办集体治疗会，安排患者入住康复中心并联系其他政府服务部门。某些情况下，社工开展家访，评估家庭状况并协助确保患者继续得到治疗。若有必要，临床心理科医生和精神科医生会开展个人咨询活动。这样，临床精神保健日期间所提供的服务有：


- 为新确诊的患者制定诊断和治疗计划；
- 为旧患者提供复查和后续服务；
- 临床心理科医生或精神科医生提供咨询服务；
- 精神教育；
- 必要时予以转介。

大多数前来的患者都诊断有抑郁症、双相情感障碍、精神分裂症或癫痫症(参见评估/成果)。

南非

艾兰泽尼将精神健康纳入初级保健的模式在某种程度上因诊所的不同而异。这种差别取决于多个因素，如诊所的规模和位置、护士的培训和资历以及保健工作者参与整合模式的意愿。主要的模式有两种(参见下文)。

模式1。第一种模式是由一名技术娴熟的专业护士坐诊，为所有精神健康障碍的患者看病。这名护士的主要职能是为精神障碍人士开展常规评估、配发精神药物或向医生建议更换药物、提供基本咨询服务，并鉴别可改善的社会问题。若有辅助服务机构，则患者也会被转介至此类机构，但通常情况下，社区型社会服务机构非常稀少。护士每周会专门制定精神保健咨询时间表，患者都知道要在这个时间前来诊所。这些患者无需与出于其他原因而来诊所的患者排队。普通保健工作者接受培训，能够查明精神障碍，然后将患者转介至指定精神科护士或地区精神健康协调员(参见下文)。



模式2。第二种模式中，精神障碍与其他健康问题一起接受治疗。精神障碍人士与普通患者一同排队等待，等自己排到队首后就由恰好轮到的初级保健医师看病。护士训练有素，能够评估和治疗精神及身体健康问题，而共病患者则能得到全面治疗。必要时患者会被转介至二级保健或社区型服务机构。

两种模式都由护士负责检测精神健康问题、管理慢性精神障碍，包括配发精神药物或建议更改药物、咨询、转介和在危急情况下予以干预。必要时地区精神健康协调员（与精神科护士一样接受培训）和医生会提供支持。地区协调员的职能包括：

- 监督和帮助普通保健工作者一同治疗精神障碍人士；
- 评估从初级保健机构转介来的患者；
- 必要时稳定患者情绪；
- 建议医生开药或更改药物；
- 协助社会精神康复；
- 咨询；
- 家访；
- 检查诊所药物的供给情况；
- 保管精神健康统计数据；
- 编写分区报告。

地区初级精神保健的主要优先工作是控制精神分裂症和相关障碍、双相情感障碍以及重性抑郁症。癫痫症则归为普通慢性病来加以治疗。提供一些基本咨询服务，但由于时间限制，这项服务极其有限。大多数情况下，由于该地区缺乏技术娴熟的辅导师和精神医生，因此不大可能实现辅导转介。

英国

Waltham Forest PCT有两个机构承包为寻求庇护者、难民和无家可归人士等弱势群体提供综合性初级保健服务，提供的服务类似。本例中我们提及位于Walthamstow的这家机构来说明其精神保健计划。这家Walthamstow机构拥有10名全科医师（其中两人为培训生）和四名执业护士。

该机构的总体服务是治疗和护理轻度至中度精神障碍及精神和社会精神需求更为复杂的人士。具体而言，这家服务机构致力于覆盖无法正常联系健康服务机构人士以及少数民族人士。

这家服务机构按四个步骤提供全方位的综合性和初级保健服务（参见下文）。

第一步期间，该全科医疗机构通过书面和口头方式，向精神障碍患者介绍相关信息及如何获取更专业的精神保健服务、住房、就业和社会服务。此外，他们也会引导患者前往当地图书馆，查询有关精神健康问题的图书和视频资料，或由某个人士（通常为精神健康服务用户）来提供进一步协助、辅导和支持。该人士具体责任是促进患者的自我帮助，并帮助其融入社会。



第二步期间，初级保健机构会对患者实施精神健康和社会精神评估，有时也会使用标准化检查和评估仪器。根据问题的复杂程度，患者会在该机构内接受治疗或被转介至PCT内的相应二级保健和社区服务机构。由一名辅导人员在该全科医疗机构内提供精神疗法，包括认知行为疗法。有时也会根据需要长期辅导的程度，将患者转介至更为专业的外部服务机构。

而在第三步期间，患者会被转介至能够协助其解决经济和社会问题的组织或机构。这种支持非常关键，确保患者能够管理好就业、住房和家庭问题，从而预防其进一步孤立及精神健康的潜在恶化。第四步则面向之前病情紧急但目前已趋于稳定的患者。这些患者本应在初级保健机构内接受全面的精神和身体保健服务，以便同时减轻二级保健服务机构的工作压力。然而目前为止，该步骤在此医疗机构内尚未得到很好的实施。

除了为精神障碍人士提供治疗和支持外，这家医疗机构还努力通过全方位的保健方式来促进良好的精神健康。例如，该医疗机构与移民及不会讲英语的人士认真沟通，并为所有有需要的人提供电话传译服务。同样，医师们也努力保持公正态度，协助所有弱势群体，包括无家可归人士。他们还注重每位患者的文化背景，采用妥善可接受的方式与之沟通互动。由此，该医疗机构不但专业从事精神障碍人士治疗工作，也致力于促进全体患者的精神健康。

综合行为健康工程

综合行为保健等级

综合行为保健并不是一项全有或全无的极端工作。相反，这是一项持续开展的工作，基于卫生保健和行为保健专业人士之间的协作水平。William J. Doherty, Ph.D.、Susan H. McDaniel, Ph.D.和Macaran A. Baird, M.D.对协作水平做了如下精彩描述，此外《未来的行为保健》(1996年10月，第25-28页)对此也做了总结。

第一等级：协作极少

精神健康和其他保健专业人员在独立的场所内工作，工作系统相互独立，也很少进行病例交流。

第二等级：远程基本协作

服务机构在独立场所设立独立系统，但定期会沟通交流共有患者的情况，大部分是通过电话和信函方式。所有这类沟通都是因特定患者问题而引发的。精神健康和其他健康专业人员相互视为资源，但他们却在自己的世界里开展工作，很少分担责任，很少相互了解文化，也基本没有分担权限和责任。

第三等级：现场基本协作

精神健康和其他保健专业人士拥有独立系统，但共用相同的场所。他们会定期沟通交流共有患者的情况，大部分通过电话或信函方式，但偶尔也会由于相隔很近而面对面交流。他们认识到对方的重要作用，可能也会有融入一个较大但组织不够严密之团队的感觉，但他们没有共同语言，也没有深入了解对方的世界。与第一等级和第二等级一样，主治医生们在病情治疗决策上的权限和影响力远远高于其他专业人士，这也可能引起后者的怨恨。



第四等级：部分整合系统内的紧密协作

精神健康和其他保健专业人士共有相同场所，也拥有一些共同的系统，如时间安排或图表。他们会定期面对面交流患者情况、相互协商、制定疑难杂症的协调治疗计划，并基本理解和认同对方的作用和文化。他们都遵循生物、精神、社会医学/系统模式。但这种实际做法有时仍然很难，团队建设会议偶尔才会举行，彼此也会存在操作差异，如会一同承担精神保健，但不会一同承担医疗服务。主治医生在协作团队里的权限和影响力较高，这可能也是一个无法解决但尚能控制的紧张因素。

第五等级：完全整合系统内的紧密协作

精神健康和其他保健专业人士共有相同场所，并在一个完美生物、精神、社会医学服务网络里拥有相同的愿景和相同的系统。服务机构和患者都同样期望由一支团队来提供预防和治疗服务。所有专业人士都致力于遵循一个生物、精神、社会医学/系统模式，并深入了解对方的作用和文化。他们定期举行协作团队会议，讨论患者情况及团队协作问题。他们会根据角色和专业领域的不同，认真平衡专业人士之间的权限和影响力。

欲知详情：

www.ibhp.org/index.php?section=pages&cid=85

加拿大精神健康协作行动

精神保健协作框架

协作性精神保健描述了一系列执业模式，消费者及其家人和护理人员与各种初级保健和精神健康领域的保健服务机构——每家机构经验、培训、知识和专业方向各不相同——一同合作，促进精神健康，并为具有精神健康需求的个人提供更协调更有效的服务。基于以往的研究以及对现有精神保健协作行动的分析来制定一个概念框架，从而：

- 导入协作性精神保健的关键成分
- 引导对CCMHI的讨论
- 研究文件
- 鉴别未来研究的需求

基本元素

政策、立法、拨款法规和资金

政策、立法和拨款法规应符合协作性精神保健的原则，并提供足够资金来落实贯彻协作行动。自2000年以来，协作性精神保健概念得到了更大支持，这一点在政策、法规和拨款分配方面得到了体现。但协作性精神保健仍然面临着政策方面的障碍。这些障碍可分为两大类。第一类涉及的是当前在改革初级保健和精神保健系统方面的工作努力；在没有协调好改革策略时就会出现各种挑战。第二类涉及的是健康人力资源方面的立法和政策；具体而言，涉及的是薪酬、执业范围和责任机制。



研究和社区

精神保健协作行动应该是通过鉴别和实施最佳实践来形成的循证研究结果，也应扎根于各个社区的需求和资源。

关键要素

四大关键要素可用于帮助确定协作性精神保健：可获取性、协作结构、协作丰富性以及消费者为中心原则。

可获取性

通过提高精神保健服务的**可获取性**来实现协作性精神保健的目标。这包括在初级保健机构内实施精神健康促进、疾病预防、检测和预防，或“服务进家”。协作性精神保健的服务场所为各种场合，包括社区健康中心、保健服务机构经营场所及个人家里、学校、教养所或庇护所等社区场合。服务场合根据个人需求和偏好及服务机构知识、培训和技能的不同而异。适当情况下，协作形式可以由多个服务机构配合消费者、家人及护理人员共同实施评估或提供护理服务，或可通过电话或书面交流来加以实施。换言之，有效协作并非要求保健服务机构要设在同一个场所内。

可通过不同方式在初级保健场合内提供精神健康服务，例如：

- 在初级保健场合内提供直接精神保健服务；或
- 在初级保健场合内为初级保健服务人员提供间接精神保健支持。

第一种情况下，精神保健服务由精神健康专业人员提供；而在第二种情况下，则由初级保健服务人员在精神健康专业人员的支持或与之协商来提供精神保健服务。各种精神保健协作行动为在初级保健场合下提供精神保健服务而制定的策略包括：

- 精神健康专业人员在初级保健场合内提供直接精神保健服务；
 - 初级保健场合预定时间提供诊病服务；
 - 精神健康和初级保健服务机构设在一起；
- 精神健康专业人员以正式或非正式方式帮助初级保健服务人员，在初级保健场合内提供间接精神保健服务。

协作结构

成功的精神保健协作行动要认识到，应当制定相关**系统和结构**来支持协作的实施。

首先，服务机构要创建或参加某个组织**结构**，确定相关人员均同意合作的方式。这种结构可为：

- 正式(如服务协议、协调中心、协作网络)；
- 非正式(如服务机构之间的口头协议)。



其次，服务机构要组织或创建相关系统，确定他们将如何约定来实现某些关键的精神保健协作职能，如：

- 转介策略(如形式、转介网络)；
- 信息技术(如电子客户记录、网络型信息交换、电话会议、视频会议、电子邮件、通告服务)；
- 评估(如开发评估设备并约定采用某种评估设备、方法和共用软件)。

协作丰富性

有效的协作性精神保健的一个中心特征是保健合作伙伴之间的**协作丰富性**，包括：初级和精神保健服务机构、消费者及护理人员。**协作丰富性**的特点包括：

- 保健合作伙伴通过各种教育措施来实现知识转移，例如：
 - 课程、讲座、辅导、研讨会、巡回会、轮换制、病例讨论、实习、研习会、座谈会；
 - 教育材料，如：研究论文、研究资料、书籍、指南、手册；
- 广大学科领域的保健合作伙伴积极参与(如护士、社工、饮食学家、家庭医生、精神医生、精神科医生、药剂师、职业治疗师、同行支持工作者)；
- 全体保健合作伙伴之间的沟通交流。

以消费者为中心

消费者的需求是协作性精神保健的核心。**以消费者为中心**要求消费者要参与其护理工作的各个方面，从治疗方案选择到计划评估，并要求相关措施的设计要能满足特定群体的需求，尤其是那些经常得不到妥善服务或具有强烈初级和精神保健需求的群体。越来越多的精神保健协作行动开始重视消费者的作用，在下列方面为消费者和/或其护理人员分配时间和相关资源：

- 教育(如教育材料、培训课或信息中心)；
- 同伴支持；
- 参与制定精神保健协作行动(如焦点小组、委员会)并参与制定和实施计划评估(如设备设计、承担调查人员或受访者角色)；
- 参与调整精神健康促进和治疗干预措施，使之适合个人需求。



结论

协作性精神保健最终要受到这些基本元素的影响：政策、立法、拨款、研究和社区需求及资源。协作性精神保健的确定需要四大关键要素：可获取性、协作结构、协作丰富性以及消费者为中心原则。在对协作性精神保健现状的后续系列文件中，我们将根据这些关键要素和基本元素来开展讨论。而即将推出的实施工具包及精神保健协作章程也将基于这个框架。

欲知详情：

Canadian Collaborative MH Initiative
C/O Cheryl D'Souza
The College of Family Physicians of Canada (Project Sponsor)
2630 Skymark Avenue, Mississauga, Ontario
Canada L4W 5A4
电话：(905) 629-0900
电邮：info@ccmhi.ca
<http://www.ccmhi.ca/>

HOGG精神健康基金会 综合保健

何谓协作护理？

协作护理是一种综合型保健模式，即身体保健和精神保健服务机构在初级保健场合内，携手治疗轻度至中度精神障碍及稳定的严重精神障碍。

如何调整协作护理模式，使之符合机构的独特需求？

协作护理模式拥有很高的灵活性，即使在实施其规定元素时也是如此。机构可根据自己的资源及患者的需求来创建并实施协作护理系统。

诊断小组

大量协作护理模式的研究都侧重于治疗抑郁症。但是，新的研究表明，协作护理方法同样适用于其他疾病的诊断，而协作护理专家也认为，这种方法同样适用于在初级保健场合内治疗很多种轻度至中度精神障碍或病情稳定的严重精神障碍。

鉴别患者

可以通过不同方式来鉴别具有精神保健需求的患者。有些服务机构选择采用标准化检查仪器来系统地筛选存在精神健康问题的初级保健患者。还有一些服务机构则依靠非正式方式来鉴别疑似存在精神保健需求的患者。这两种方法都需要花费成本，也各有优势。检测仪器能改善精神健康问题的检测结果，但需要大量费用和时间。非正式检测方法给初级保健工作人员带来的工作压力较小，但却会降低精神健康问题的检测几率。最好的方法取决于机构的资源。

评估工具

任何用于精神病诊断以便在初级保健场合内治疗的仪器，只要具备足够的心理测量特性(即具备足够的可靠性及目标群体有效性)，就可加以使用。患者要定期接受评估工具的评估，以便临床护理经理监控他们对治疗的反应。

评估工具不同于检测仪器。检测仪器上的阳性结果提示医生，患者可能遇到困难。随后医生利用评估工具来确定患者是否真的遇到困难及其问题的性质。医生会补充提问，进一步核对评估工具的结果，以确诊病症。

干预

精神药物是初级保健场合最常用于治疗精神健康问题的干预手段。初级保健医生或其他合格人员(如执业护士)开具抗抑郁症或其他适当药物，护理经理则监督患者反应及督促其按医嘱用药。

若采用药物干预疗法，则机构可要求其服务人员遵循服药算法来指导药物选择及剂量。服药算法很多，机构可选择其中一项。

协作护理模式也可采用简明的循证精神疗法作为干预手段。初级保健场合使用多种简明循证精神疗法，包括认知行为疗法、人际关系疗法和问题解决疗法。行为管理和相关循证治疗也是儿童治疗的可选方案。这些疗法可由拥有相关资质的临床护理经理或协同精神健康专业人员来实施。

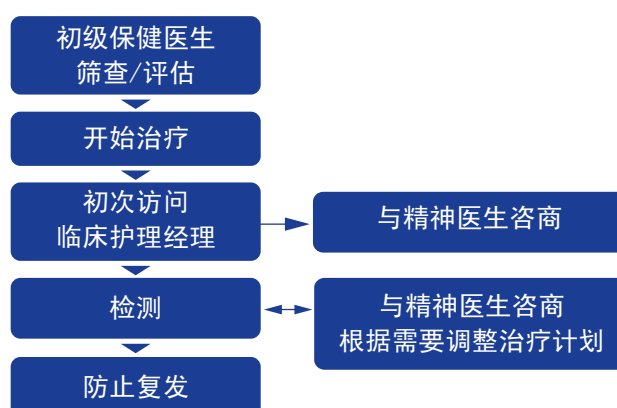
精神疗法和行为管理方法对儿童尤为重要。根据诊断结果，药物疗法可能不是儿童的首要治疗方案，这是因为我们要考虑儿童使用精神药物的安全性和有效性。

临床护理经理

各种专业人员和辅助专业人员可在接受培训后担任有效的护理经理。很多协作护理研究项目采用注册专业人员担任其职责，包括护士、执业护士、硕士级社工或精神医生及博士级精神医生。若要在诊所里服务，则这些专业人员也能有效提供简明精神疗法。

若临床护理经理的职责限于监督治疗、遵循情况和反应及教育患者，则也可培训辅助专业人员来担此职务。辅助专业人员为拥有一些临床经验的学士级工作人员，如注册执业护士。

合作护理流程图





治疗监控

若面对面联系不切实际或不可能，则临床护理经理可通过其他方式与患者合作，包括电话和远程视频联系。此外，也可通过这些方式来咨询精神科医生。

患者登记册

可通过多种方式来建立用于跟踪那些确诊存在精神保健需求人员的患者登记册。只要含有必要的数据库，并且护理经理可获取所需资料，该登记册可并入现有的临床数据库。

登记册也可独立于数据库，以简单的Excel或Access电子表格形式单独保存。协作护理研究人员拥有Excel和Access格式的免费患者登记册模板。

我们也可采用安全的网络型应用程序来建立登记册。虽然成本高昂，但对于护理经理、初级保健医生和精神科医生不在同个位置的机构而言，这一措施更为有用。而如果采用网络登记册，团队的每个成员都可从任何有互联网接入的计算机登录网站，输入信息或查阅患者进展情况，有效地促进信息交流。

专业精神保健服务人员

若患者干预措施涉及精神药物，则由精神科医生对临床护理经理实施每周监督就非常重要。在一些协作护理模式中，初级保健医生也可随时与精神科医生联系，向其咨询疑难病症。

初级保健场合里的精神保健人员可直接与协作护理患者合作，以此方式来建立协作护理模式。精神科医生则负责用药管理。精神医生、社工及其他合格人员可提供辅导或简明循证精神疗法。若患者干预措施涉及到简明循证精神疗法，则由经验丰富的临床医生(如精神学博士)负责监督也很有用。

欲知详情:

Hogg Foundation for Mental Health
The University of Texas at Austin
P. O. Box 7998
Austin, Texas 78713-7998 USA
电话: 512-471-5041
Hogg-Info@austin.utexas.edu
<http://www.hogg.utexas.edu>

十大整合原则

(世卫/世界家庭医生学会，将精神健康纳入初级保健——全球展望，2008年，第49-55页)

通过分析和合成这些最佳实践，世卫和世界家庭医生学会确定了可应用于所有精神保健整合工作的十大常用原则。这十大原则覆盖各种政策和经济背景及各级别卫生系统，是整合初级精神保健“不可或缺”的原则。

1. 政策和计划应结合初级精神保健。

政府对整合精神保健的承诺，以及履行这一承诺的正式政策和立法，是取得圆满成功的基础。不仅精神保健政策能够推动整合的发展，重视初级保健层面之精神保健服务的普通保健政策也能做到这一点。国家性指令对鼓励和规划改进措施发挥着基础作用。相反，各地方应自行鉴别需求，并据此启动相关工作流程，与随后的政府推动工作相辅相成。

2. 倡导人士要改变态度和行为。

倡导人员在精神保健整合中发挥着重要作用。可通过谨慎的战略性方式来使用信息，影响他人做出改变。要花费时间和精力来让国家和地方政治领导层、卫生机构、管理层和初级保健工作者敏锐认识到精神保健整合的重要性。精神障碍普遍性、未予治疗而留下之负担、精神病院经常发生之侵犯人权事件以及初级保健型治疗的有效性，经常都成为重要的争论依据。

3. 需要对初级保健工作者实施充分培训。

在服务前和/或服务期间对初级保健工作者进行精神保健方面的培训，是实施精神保健整合的必要前提。但是，保健工作者也必须经常锻炼技能并接受专家监督。协作或共同护理模式，即初级保健工作者和精神保健专家相互协商共同干预，对提供长期培训和支持而言是一种特别有效的途径。

4. 初级保健任务必须有限并具有可行性。

一般而言，在精神保健任务有限并具有可行性时，初级保健工作者才能发挥最大作用。具体责任领域的决策必须考虑与社区各个利益相关方的协商以及可用人力和经济资源的评估，并认真考虑当前保健体系在解决精神保健问题方面的优势和弱势。初级保健工作者的职能可在掌握技能和自信后扩展至执业医师的范畴。

5. 必须为初级保健提供专业精神保健人员和设施支持。

将精神保健服务纳入初级保健很有必要，但必须辅之以辅助服务机构，尤其是二级保健环节，以便让初级保健工作者转介、求助和接受监督。这种支持可来自社区精神保健中心、二级医院或在初级保健系统内执业的技术和经验丰富的专业医师。专业人员包含从精神科护士到精神科医生的广大群体。



6. 患者必须能够在初级保健场合内获取必要的精神药物。

获取必要的精神药物是将精神健康成功纳入初级保健的必备条件。这要求国家要直接向初级保健机构分配精神药物，而不要通过精神病院。国家还应审查和更新立法及法规，允许初级保健工作者处方和配发精神药物，尤其是在精神健康专家和医生紧缺的地区。

7. 整合是过程，而非结果。

即使有政策支持，整合也需要时间，一般都涉及一系列发展过程。与一系列当事方会谈很有必要，某些情况下还必须克服大量的怀疑论或阻力。即使整合理念得到广泛认可，仍然有很多工作需要开展。保健工作者需要接受培训，此外也可能需要聘用更多人员。而在此之前，一般都要就预算达成协议并进行妥善分配。

8. 精神保健服务协调员很关键。

将精神健康纳入初级保健要逐步开展，要善于抓住机会，发展方向可能会逆反或变化，同时有时也会出现一些意外的问题，威胁着这种项目的成果甚至存在。精神保健协调员在指导整合项目时应应对这些挑战并推动整合工作向前推进方面发挥着关键作用。

9. 需要与政府其他非卫生领域、非政府组织、乡村和社区保健工作者及志愿者合作。

卫生以外的其他政府领域可与初级保健机构有效合作，帮助精神障碍患者参加教育、社交和就业活动，帮助其康复并完全融入社会生活。非政府组织、乡村和社区保健工作者及志愿者在初级精神保健支持方面经常发挥着重要作用。可联系乡村和社区保健工作者来鉴别精神障碍人士，并将其转介至初级保健机构；社区型非政府组织可帮助患者提高身体机能，减少其住院需求。

10. 需要经济和人力资源。

尽管初级精神保健成本相对低廉，但服务的开展和维持仍然需要经济资源。培训需要费用，也可能需要更多初级保健和社区保健工作人员。此外也必须聘用提供支持和监督的精神保健专家。

欲知详情：

世卫/世界家庭医生学会

将精神健康纳入初级保健——全球展望

http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare.pdf?nav_id=339

世界卫生组织

第220号资料说明书，2007年9月

精神健康：加强精神健康促进

没有精神健康就没有健康

- 世卫章程对健康的定义“健康不仅为疾病或羸弱之消除，而系体格、精神与社会之完全健康状态”，明确指出了精神健康的基本性质。精神健康是此定义不可或缺的部分。
- 在预防诸如感染或心血管疾病方面适用的公共卫生与健康促进的目标和传统，也同样有效适用于精神健康领域。

精神健康不仅仅是没有精神障碍

- 精神健康的概念是指一种健康状态，在这种状态中，每个人能够实现自己的能力，能够应付正常的生活压力，能够有成效地从事工作，并能够对其社区作出贡献。
- 从积极意义上来说，精神健康是个人与社区保持健康和有效发挥作用的基础。虽然不同文化对精神健康做了各种各样丰富的诠释，但其核心概念是一致的。
- 精神健康促进涵盖各种各样的战略，所有目的都在于对精神健康产生积极影响。与所有健康促进一样，精神健康促进包括采取行动创造有利于精神健康的条件和环境，并促使人们采纳并保持健康生活方式。这包括采取一系列措施来增加机会，让更多人享受更好的精神健康。

精神健康由社会经济和环境因素所决定

- 与一般健康和疾病一样，精神健康与精神健康障碍由多种相互作用的社会、精神和生理因素所决定。
- 最明显的证据与包括教育程度低在内的贫穷指标相关。有些研究还发现与简陋住房和菲薄收入有关。持续存在并不断增长的个人和社区的社会经济劣势被视为是精神健康的高危因素。
- 每个社区中的弱势群体对精神健康障碍的抵抗力较差，这一点可归咎于不安全与无助的经历、社会快速变化以及暴力和身体健康不佳等因素。
- 尊重和保护基本公民、政治、社会经济和文化权利的环境，也是精神健康促进的基础。如果没有这些权利所提供的安全与自由，保持高水平的精神健康就非常困难。

精神健康与行为相联系

- 精神、社会和行为健康问题可能会相互作用，加剧其对行为和健康的影响。
- 一方面是滥用药物、暴力和对妇女儿童的虐待，另一方是HIV/AIDS、抑郁和焦虑等健康问题，在失业率高居不下、收入菲薄、教育程度低、工作压力大、性别歧视、社会排斥、生活方式不健康和人权侵犯的条件下，这两方面问题更普遍也更难应对。



加强精神健康促进的价值和可见性

- 国家精神健康政策不应只关注精神健康障碍，还应认识并处理精神健康促进方面更广泛的问题。这些问题涉及上述社会经济和环境因素及行为。这要求包括教育、劳动、司法、运输、环境、住房和福利在内的政府和商界及卫生领域，要把精神健康促进也纳入主流政策和规划中。地方级和国家级政府中的决策者尤其重要，他们的行动会以不为其所知的方式对精神健康问题产生影响。

采取富有成本效益的干预措施来促进精神健康，甚至于贫穷人群中的精神健康。

成本低廉、影响深远的循证干预精神健康促进措施包括：

- 早期儿童干预(如对孕妇进行家访，对弱势群体实施学前社会精神干预、营养与社会精神相结合的干预措施)；
- 向儿童提供支持(技能建设项目、儿童与青少年发展项目)；
- 赋予妇女社会经济权利(如改善获取教育、小额贷款方案)；
- 向老年人群提供社会支持(如扶助措施、老年人社区和日间看护中心)；
- 针对包括少数民族、土著民族、移民和受到冲突与灾难影响之民众在内的弱势群体的项目(如灾后社会精神干预)；
- 学校中的精神健康促进活动(如支持学校生态变化的项目、爱生学校)；
- 工作中的精神健康干预(如压力预防项目)；
- 住房政策(如改善住房)；
- 预防暴力项目(如社区治安行动)；以及
- 社区发展项目(如“社区关怀”行动、综合性农村开发项目)。

世卫与政府一同促进精神健康

- 为贯彻落实这些有效干预措施，政府应采用一项精神健康框架，以此推进健康和社会经济发展的其他领域，从而使所有相关领域参与支持和评价旨在促进精神健康的活动。
- 世卫为政府提供相关技术材料和建议，帮助其实施这些旨在促进精神健康的政策、计划和项目。

欲知详情，请联系：

世卫媒体中心

电话：+41 22 791 2222，

Email: mediainquiries@who.int

将心理健康纳入初级保健的好处和障碍

如前文所述，整合心理健康和初级保健服务的原因似乎显而易见，是所有以患者为中心之保健模式的关键所在。精神和身体健康相互依存；某些国家和社区缺少或根本没有心理健康服务；整合能够缩减保健成本，并提高患者对治疗服务的获取；而同时处理所有保健问题也能营造出连续性更强的护理服务——带来更积极更成功的治疗成果。

虽然整合心理健康和初级保健的模式及范例很多，但我们知道这个理念的成功之路上仍然面临着很多障碍。各个国家和社区的卫生系统、医生数量、经济问题、文化、语言问题各不一样，此外在采纳这种护理模式方面也存在着诸多其他障碍。

美国的Hogg心理健康基金会在近期发布的《整合卫生保健资源指南——身心合一》(http://www.hogg.utexas.edu/PDF/IHC_Resource_Guide.pdf)中介绍了一些整合障碍——

- 临床障碍包括初级保健和行为健康文化之间的差异、服务机构缺乏培训、服务机构缺乏兴趣以及名声不好。
- 组织障碍包括身体和行为健康机构之间难以沟通和协商、不同类型的服务机构存在实质性隔离，以及初级保健机构倾向于治疗急性病症。
- 政策障碍包括不同服务体系信息共享的法律障碍以及限制组织服务项目的法规。
- 经济障碍复杂多样，包括调整保健资金配发措施的问题以及缺乏承担关键整合服务的能力。

为克服这些障碍并发挥其好处——我们必须携手合作扫除障碍。我们务必要认识到，哪些障碍导致您的社区无法将心理健康整合入初级保健，并应着手改变。消费者、医师、保健机构等都需要一起来组建一个团队——沟通、妥协和合作意愿能够克服很多障碍。


为扩大我们的信息面，我们要求一些心理健康专业人士告诉我们，他们认为在其所在地区实施整合有哪些好处和障碍。我们收到了中东地区、西太平洋地区和东南亚地区及中南美洲地区的回复。希望这能为您介绍更多有关此课题的信息，帮助您了解自身地区的状况。

综合医院对初级保健医生的精神医学培训 南美洲

Rodolfo Fahrner, MD, PhD

精神病学这一医学专业的活动范围已扩展至整个医学执业领域，涉及机构、私人或社区领域。因此，它涵盖了保健、生物精神社会教学和研究、精神动力、精神病理以及在综合医学执业框架内对患者的精神疗法方面。它还涉及了医生及保健团队其他专业人士与患者、家庭、综合医院、精神病院及社区之间的关系。

世界卫生组织将健康定义为体格、精神与社会之完全健康状态。要实现这一目标，务必要站在纵观个人和社区的角上来提供保健服务。为此，心理健康必须纳入初级保健。



通过初级保健，我们认识到这指的是要基于切实可行的方法和科技，辅以科学依据和社会认同原则并让全体社区成员及家庭完全参与，为其提供必要的保健服务，且成本要让社区和国家能够本着自行承担责任和自行决定的精神来支持其各个阶段的发展。这代表的是个人、家庭和社区与保健系统的第一层联系；其基础是要尽量把保健服务带近民众生活和工作的场所：它是永久及不断发展之健康协助的第一元素。

为发挥最大作用，初级保健必须采用社区能够接受和理解，且健康团队能够完全采用的方式。为此，他们要根据社区的健康需求来接受充分的社会精神和技术培训。

初级保健医生提供的精神保健更有针对性，这是因为在此意义上，医生是社区健康促进项目的主要执行人员。初级保健医生有责任与患者保持更持久和固定的联系。

显然，这表明应对普通医生实施培训，让其能够理解和管理初级、二级和三级保健预防方面的精神健康问题。

在WPA的组织下，全球各国都在努力规范本科层次的精神医学培训，并致力于提高培训质量。但是，世界各地精神医学教学水平参差不齐，即便是发达国家的医学院之间也是如此。现在，人们认识到，社区里的很多患者，特别是那些在综合医院及全科医疗机构里看病的患者，都存在某种程度的精神困扰。

培训机会各不一样，但在三种主要情形下必须开展针对性的精神医学培训：职业培训方案中的精神病学配套培训期间；受训人员受训期间以及CME计划期间。

对于成功的治疗策略模式，初级保健医生很有必要在首次对重大社会精神和精神问题患者实施精神病理和精神疗法治疗时接受培训。

就我们的经验来看，对初级保健医生实施培训以提高其精神医学知识的目标，无法单靠本科或研究生医学培训科目的讲课来实现。

我们布宜诺斯艾利斯大学医院精神健康科多年来一直与初级保健医生紧密合作，开展精神医学培训课程。这些课程在将理论结合入临床实践方面都有一个独特的方式。

其发展趋势是要实现积极的教学过程，这看来是一个正确的方向。“动手胜于旁观”。实际操作始终都很有必要（多次操作胜于几次）。密切监督和认真、持续的反馈也很有必要。

只有当参加培训的精神科医生充分调动积极性，主动认识问题、医学态度明确并能够传达其对自己认为有趣及刺激之事务的热情时，这样全面整合型“共同合作”课程才能真正发挥作用。

我们还在教学医院不同科室开发了几项特定的采用“共同合作”模式的教学课程、临床或研究课程：初级保健、外科、内科医学和小儿科。只有在精神科医生在综合医院开展综合性工作时，这种教学模式才有可能得到实施。

培训和再培训工作由精神科医生负责。后者必须在临床精神病学、精神疗法、精神病理学和社会动力学方面拥有扎实的培训知识，在科学方法和教学技能方面经验丰富，能妥善整合多学科团队，并拥有极高的“常识”水平。

2007年间，我们开展了精神科医生调查活动，其目的是评估精神科医生对参与护理精神病患者之初级保健医生的看法。

此外，这项调查活动还搜集了他们对与参与护理精神病患者之初级保健医生合作的看法。



共有44名综合医院的精神科医生参加了此次调查。本次调查抽样人群平均年龄37岁，53%为男性。

本次调查结果显示，超过一半的精神科医生在私人医疗机构工作；其中有些会接受初级保健医生的咨询（占其工作时间的10-30%）；但很少有精神科医生会接受初级保健医生的咨询（占其工作时间的51-70%）。

大多数接受调查的精神科医生都认为，初级保健医生应直接参与精神病患者的护理工作。此外，他们还认为，应在初级保健医生办公室里设置精神科医生供其咨询。

几乎所有接受调查的精神科医生都提出，治疗精神病患者的最有效方法是初级保健医生和精神科医生之间的协同工作。他们全部认为，初级保健医生的培训应包括精神科实习。

这些结果肯定了大学医院精神健康科这么多年来致力于培训精神科医生的工作，成为采用“共同合作”模式的初级保健医生培训机构。

这种方法表明，必须在日常执业框架里实施教学和培训工作。

欲知详情：

Rodolfo Fahrner, MD, PhD

Emeritus Professor, School of Medicine, University of Buenos Aires

Chairman of the Department of Psychiatry, FLENI, Institute for the Study of Neurological Sciences

Montañeses 2325 C1426AOK Buenos Aires, Argentina

电邮: fahrner@ciudad.com.ar

中东地区整合的好处和障碍

Omer El Rufaie 教授

好处

1 有证据表明，初级保健患者中精神共病状况的误失率极高，并由此导致：

- 不必要的检查，这些检查可能带来危险且费用昂贵；
- 不必要的用药；
- 不当转介至专业机构；
- 不必要地反复前往医疗机构看病；
- 长期忍受病痛并对各个方面的机能产生负面影响。

2 如何解决初级保健患者精神共病状况的误失率？

- 对全科医生的弱势和优势开展认真评估，并据此针对性采用适合各个全科医生群体的培训方式，为全科医生提供妥善培训课程。
- 利用精神科初级保健诊所来对全科医生、相关护士和其他辅助医务人员实施“手把手”培训。

3 初级保健场合内的精神科诊所：

- 教育和培训全科医生来检测患者的精神共病状况，并实施相应的治疗控制措施。
 - PHC场合内的治疗控制：全科医生单独或与中心的精神科医生一起；
 - 转介至专业精神科医生，即精神科门诊诊所；
 - 紧急情况下，如杀人或自杀等，转介至急诊科；
 - 为全科医生转介来的患者提供精神治疗服务；
 - 为护理和相关辅助医务人员提供培训课程；

既定目标

- 大大减少精神共病状况的误失率，并由此提供极具成本效益的健康服务。在UAE的经验中，我们采用了相同的咨询室、办公和护理人员，此外也采用了相同的存档系统，即无需因为在PHC中心设置精神科诊所而增加开支。
- 实行“整体”理念，即同步治疗患者的身体和精神健康问题。
- 在轻松且无歧视的环境下治疗精神病患者，远离精神病院，并因此而消除了重症精神病患者所遭受的各种歧视。

障碍

- 健康服务战略规划者和决策者的态度，他们始终注重于医院服务，而不注重初级保健。同时普通大众对精神科的态度依然缺乏积极肯定。
- 很多全科医生的精神病学知识和临床技能不足。很多情况下这都与他们的医学院基础培训息息相关。而由于CME计划的缺乏或不足，这种情况也日益恶化。
- 很多全科医生对精神病学持有消极或矛盾态度。
- 身体症状表现出很多精神病症；给精神病学检测诊断带来了挑战，包括初级或共病情况。
- 初级保健人群中精神病例的产生因素是一个争论不休的话题，需要开展进一步的工作。重要的一点是如何归类短暂的自我限制性障碍、后续身体疾病、过度工作、过于警惕如压力。这是PHC患者的常见问题。ICDS-10是否圆满解决了这个问题？在此方面，PHC里的全科医生和精神科医生应避免将社会问题医学化。

欲知详情：

Professeur Omer El Rufaie
Chairman, Department of Psychiatry & Beh Science
Faculty of Medicine & Health Sciences
U.A.E. University
电邮: ranganathan@uaeu.ac.ae



儿童精神健康服务：中东地区面临的挑战和机遇

Valsamma Eapen 教授

新世纪的第一个十年内，健康专业人士面临着快速增长的儿童精神健康服务需求以及不断变化的服务提供模式。这为我们提供了一个独特的机会，为之前缺乏服务的地区做好准备，或改善现有的服务。

障碍

(1) 初级保健层面缺乏对儿童精神共病的认识。

青少年儿童的精神健康问题非常普遍，尽管能够实施有效治疗，但在患有精神健康问题的青少年中，仅三分之一能得到专业帮助。Eapen等人在一项研究阿联酋精神健康问题儿童偏好的调查中发现，仅37%的儿童选择咨询精神健康专家。

寻求专业帮助的常见障碍包括：

- 社会对获取精神健康服务的歧视；
- 家庭不愿意承认自己的孩子存在精神健康问题；
- 家庭和朋友对精神健康治疗持有消极看法；
- 对此类治疗的效果缺乏信赖和信任；
- 很多人在咨询精神健康专业人士之前都会先求助于传统术士及其他医疗途径。

寻求专业帮助的其他障碍还包括：

- 在获取服务时面临着实际和后勤保障困难；
- 费用；
- 可用性；
- 精神健康服务的可获取性。

面对这些现状，应当优先考虑在初级保健和学校保健场合内实施符合文化敏感性的评估和干预方法，并建设与年龄相当的服务。

(2) 在社区和初级保健层面改善服务提供的方法

不论经济状况如何，一个高效而又具有成本效率的方法能解决这个国家儿童精神健康需求，即在学校里实施精神健康检查计划(Eapen, 1999年)。这种计划将考虑如下因素：

- 采用现有资源并考虑当地健康优先领域来实施；
- 要辅以治疗和护理；
- 要整合现有及可用的学校和健康人力资源；
- 要培训与儿童共处的初级保健人员、教师及其他专业人士；
- 要提高学校和健康工作者在检测精神健康问题方面的能力和信心；
- 检测儿童精神健康需求要配上相应的转介系统、护理通道并提供精神健康服务。



(3) 如何提高儿童精神健康服务的可获取性

虽然很多精神健康问题儿童都会联系初级保健服务机构，但却很少能获得妥善的帮助。阿联酋一项针对前往初级保健机构之儿童的调查显示，虽然约40%的儿童存在精神健康问题，但仅有1%是由初级保健医生发现的 (Eapen等人，2004年)。未能获取精神健康服务的原因包括：

- 父母缺乏意识；
- 初级保健人员缺乏认识；
- 缺乏转介至专业精神健康服务机构的资源和机会。

决定哪些儿童能获得健康服务的因素有：

- 精神障碍的类型和严重程度；
- 父母的教育和意识；
- 儿童的年龄和性别；
- 家庭和社会背景因素。

虽然服务和方式使用存在不足和差距，但我们急需更加重视为大众及在初级保健层面上发展资源，重视公共卫生教育、提高初级保健人员的培训，并提高专业精神健康服务的可获取性。

机会

- 鉴于近50%的成年人精神障碍均起源于儿童和少年时期，因此预防服务应注重于这一人生早期阶段，监督和监控“高危”儿童，并采取妥善的早期干预策略。
- 儿童的精神健康需求根据发育阶段的不同而不同、复杂并不断变化，这要求我们要采取全面灵活的方式来解决青少年的基本需求、教育和家庭联系问题，同时要提倡保障和保护，并认识和解决更弱势儿童的需求。
- 通过追加拨款并改变决策者的认识，可以改善当前儿童和少年获取精神保健的问题。

健康服务规划必须考虑发展差别，并采用针对性更强的精神健康、药品使用、儿童保护和职业康复整合护理模式来帮助民众获取现有体系的服务。

参考文献：

- Eapen, V. et al. (1999). School Mental Health Screening: a model for developing countries. *Journal of Tropical Paediatrics*, 45, 192-193.
- Eapen, V., Al-Sabosy, M., Saeed, M., & Sabri, S. (2004). Child psychiatric disorders in a primary care Arab population. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34, 51-60.
- Eapen, V., Ghubash R (2004). Mental Health Problems in children and Help seeking patterns in the UAE. *Psychological Reports*, 94: 663-667.

欲知详情：

Valsamma Eapen 教授
Chair of Infant, Child & Adolescent Psychiatry
University of New South Wales
Sydney, Australia
电邮: v.eapen@unsw.edu.au



西太平洋地区整合的好处和障碍

M Parameshvara Deva 博士, FRCPsych, FRANZCP

介绍

初级保健精神病学是一个较新出现和形成的概念，是指利用相关知识和技能来为西太平洋地区16亿多广大民众传播基本的精神护理。即使是该地区医学和护理学院，也仅仅是在1950年代后才将精神病学确定为教学科目。精神病院被放逐至远离人群的乡下“疯人院”，其监狱般氛围和限制性的治疗行为，并没有预兆着精神健康未来能够成为普通卫生领域的一份子。尽管世卫章程已在1946年明确定义健康应包括精神和社会健康，但事实上直到1960年代末，一些亚洲国家的精神医生仍被称为Alienists，即脱离于主流医疗领域。即使在有此服务的地区，精神科也只注重于将严重精神患者收容于采用讲演法的精神病院。初级保健诊所和非精神科诊所或病房解决患者常见精神困扰的重要意义被降至最小化，因此在医生和护理的观念及执业行为中，精神健康和身体健康之间的分离就变得根深蒂固了。

尽管如此，1992年世卫推出的ICD-X初级保健版本(ICD-X PHC)是一项具有划时代意义的决策。它承认了较不严重精神问题的重要性，这些精神问题可轻松地成为大多数初级保健机构内的患者群体之一。诸如焦虑和抑郁问题或疾病等非精神性心理问题也同样重要，即使不常需要住院，但也经常要以精神科急诊方式转介至精神科医生。1997年，世卫推出 ICD-X PHC工具包，最终承认初级保健体系长期忽视了精神健康分支，并自此有了培训工具包。

自正式承认非精神科机构内的精神问题也很重要以来已经过去10年了，2001年世界卫生报告再次强调要在初级保健机构内提供精神保健服务，并在初级保健机构内开展精神医学教学。虽然到2009年，这个概念已不再新颖，但在有16亿人口之西太平洋地区的草根层次上却基本没有得到令人满意的贯彻实施。

西太平洋地区初级保健服务提供的现状

改善初级保健精神科的工作进展迟缓，有时根本就没有开展，其中一个主要因素就是该地区初级保健自身的执业状况。西太平洋地区广阔，情况多样，生活着最富有和最贫穷的人群，其保健系统的差异也很大。很少有国家拥有全面的健康保险体系，而且在公立服务稀少或难以获取的情况下，数百万计的民众不得不向私人医生付费来获取服务。这导致很多初级保健医生每周要工作6天，每天最长工作14个小时。这样他们就几乎没有时间来接受新的培训。监管部门对护理标准的监督有限，这意味着初级保健机构的精神健康问题的检测改进水平仍然很低。

在很多国家里，出于经济及医生培训预算低下的原因，初级保健服务均由非医疗护士、医务助理或护士来提供，但这些人精神保健方面的培训甚至更少。在一些太平洋岛国里，根本没有接受过精神医学培训的医生或护士，因此即使初级保健机构认识到患者存在精神健康问题，他们也没有人可以咨询或可以转介寻求协助。即使初级保健机构里有护士拥有一些精神保健经验，但她们在治疗方案方面的能力有限，因为这些护士无权处方精神药物。



虽然大多数医生和护士在职业生涯的每一天都要面对病患的忧伤，但他们中很少人接受过最基本的培训，不知道如何开导情绪忧伤的患者。护理学校和医学院各个医学分支的课程大纲都很少重视保健专业人员应对压力和忧伤的方式。通常医生将情绪忧伤的患者转介给社工(若有)的方式只是帮他们寻找交通工具、提供金钱或寻求其亲属的同意。

西太平洋地区大多数发展中国家本科层次教育的现状是，对精神健康的关注度处于最低水平，或即使有所关注，也只关注于精神错乱，而非远比精神疾病更为常见的焦虑或疑虑或压力相关疾病。该地区也很少有医学院或护理学院会向这些未来的医生或护士教授初级保健精神病学。结果，大多数医生或护士认为精神错乱就是精神病学的全部，却很少掌握鉴别患者忧伤的技能。即使附近就有精神科医生，他也很少诊治患有焦虑症或抑郁症的患者，除非患者的症状非常严重并被正式转介给他。该地区很少有精神科医生听说过ICDX PHC。即使知道，也很少将这份文件教授给初级保健机构。采用被删减过精神病学教科书来培训初级保健机构如何检测初级保健系统内的常见精神健康问题也并不合适。

西太平洋地区精神护理现状

二十世纪二十或三十年代很多西太平洋地区的顶尖精神病院或精神疗养院，直到已经独立于殖民统治多年的1950年代仍然是精神病患者护理的中流砥柱，并没有由更新的、在世界其他地区已然普遍的短期逗留型综合医院精神病科来取而代之。其结果是，即使在相对富裕的西太平洋国家里，大型精神病院仍然占据了几乎不可撼动的地位。这就阻碍了初级保健精神病学的发展，因为甚至连医生都认为“真正的”精神病学需要精神病院来专门处理。

很多国家精神科医生在总人口中的比率仅为每25万人中有一名精神医生，而且大多数都在大城市中心。事实上，有些国家在农村人口中心根本就没有精神医生。虽然大多数较大的国家都设置了自己的精神科及精神护理培训课程，但与需求相比，接受培训的人数仍然很少。虽然在很多发达国家中，青少年人口占据了总人口的一半，但青少年的精神医生却非常稀少。而为数不多的精神医生却常常工作压力过大，他们不仅要照顾重症和慢性患者，还要背负极其繁重的行政管理和官僚工作，导致他们无法进行职业发展，也无法为他人提供初级保健精神病学培训。

而由于人力物力资源投资不足，很多发达国家的保健计划对精神护理都缺乏足够的重视。药物短缺及缺乏新型药物，加上长期缺乏训练有素的精神健康人员，这些都是西太平洋地区很多低收入国家的普遍特点。



更好地将精神健康纳入初级保健的机会

尽管西太平洋地区很多发展中国家存在几个貌似不可能的情况，但仍然也隐匿着很多机遇。其中之一就是该地区所有国家都拥有庞大的全面培训SRN或接受3年培训的护士队伍。虽然医生人数很少，且大多是服务于医院，但护士却广泛分布于各国的农村和城市区域。他们很多都接受过助产培训，且不仅接受过治疗培训，还接受过预防和社区工作培训。很多人都掌握了一定的家庭危机处理技能。但遗憾的是，他们即使接受过精神健康培训，培训力度也远远不足，无法处理初级保健患者的日常焦虑或抑郁问题。

其次，还有各种各样的二级医疗工作者，如健康推广工作者及医疗培训最长4年的‘初级医生’，他们在偏远农村地区担当初级保健提供者，但同样没有接受过初级保健层次的基本精神健康工作。

第三，开设了各种短期课程来培训已经在初级保健层次工作但尚未掌握精神保健护理基本技能的义工、传统助产士、医务助理、护士助理。所有这些人力资源都接受了基本的医务培训，在该地区发展中国家里通常都处于保健前沿，但他们的日常工作仍然不能涵盖精神保健。反对精神健康服务的人士，经常基于他们对初级保健系统内精神健康的有限了解，争论说护士和上述其他保健工作者工作压力已经过大，已经无法再提供这项额外服务了。1946年世卫对健康的定义就这样被轻而易举地遗忘了。在护士培训中，SARS和HIV-AIDS等新型疾病占据了优先地位，而精神健康却被抛在脑后。

初级保健-精神健康的培训课程无需高昂预算或复杂技术或设备。过去10年来，柬埔寨、蒙古、中国、马来西亚、菲律宾、巴布亚新几内亚、所罗门群岛、瓦努阿图、斐济和库克群岛等在资金极其有限的情况下，为全科医生、护士和义工开设了为期3-4天的培训课程，取得了持久效果。但这些培训的资金严重不足，且最高层的关注也极其有限，因此相当一部分的培训都采用自愿模式，并没有覆盖整个国家的卫生人员。

2008年，在世卫蒙古办事处和多个NGO的帮助下，蒙古卫生部开展了为期4天的PHC精神病学培训师培训课程。参训人员大多为精神科医生，他们接受了初级保健精神病精选课题的培训，以便在初级保健层次上传授给其他人员。这项计划旨在借助世卫及诸多其他机构的帮助，在蒙古广大国土内培训其他人员，并为初级保健服务人员开展培训。



结论

1. 显然，若该地区的健康服务要真正体现1946年世卫章程第1段第2行对健康的定义，那么精神健康应当且必须整合入初级保健。尽管如此，整合进程非常缓慢，事实上由于根深蒂固的无知和偏见，整合工作根本就没有开展，而且有时还流于形式。
2. 而促进这一急需整合工作的过程非但成本低廉、便于操作，而且可以立即启动，一些国家已经在现有基础上完成了这项工作。阻碍其发展的因素主要就是因为行政意愿的不足。该地区各级行政管理人员似乎都没有认识到这片拥有16亿人口及37个国家和领地之广阔地区的精神健康需求。
3. 只要有此意愿并予以少数的培训资金和人力资源支出，这一长期被忽视的保健领域就能迅速得到改善，并补足60年前世卫健康定义作者心中的缺憾。

参考文献:

WHO Constitution 1946 Para 1 line 2
WHO ICD X Primary Care version 1992
WHO ICD X Mental Health in Primary Health Care 1997

欲知详情:

Dr. M Parameshvara Deva, FRCPsych, FRANZCP
Consultant Psychiatrist, KPJ Selangor Specialist Hospital
40300 SHAH ALAM, MALAYSIA
Founder, Asian Federation of Psychiatric Associations, AFPA
devaparameshvara@yahoo.com

行动呼吁： 倡导人士在将心理健康纳入初级保健工作中的作用

Gabriel Ivbijaro, Wonca

总体而言，全球人均寿命正不断提高。但是，美中不足的是，精神保健成果却没有与之齐头并进。很多存在心理健康问题的患者仍要遭受污辱和歧视。他们难以获得普通和精神健康，其平均寿命因此而更短。

没有精神健康就没有健康，任何人都无法避免精神疾病。我们大家，包括关注心理健康的专业人士和服务用户，都需要一同努力来弥补现实与理想之间的差距、拥有与未有之间的差距，并解决一直纠缠我们的污名和歧视。

《**初级保健——以前重要，现在更重要**》(世卫 2008) 也支持要在全球范围内培养和发展初级保健。我们不能再忽视初级保健或服务用户的需求和观点了。《**将心理健康纳入初级保健：全球展望**》(世卫/世界家庭医生学会 2008) 让我们能够紧紧关注服务用户在心理健康未纳入初级保健时所遇到的问题及承受的折磨。而在实现心理健康整合后，这也能用来展示成果并反应服务用户的心声。

所有利益方都必须携手合作来实现全体服务用户及其家庭的目标和愿望。我们呼吁各个国家、政府、个人、人权组织和其他非政府组织 (NGO)、学术界及家庭医学学院、护理和其他保健专业人士团结起来，一起推动精神健康，并以下列方式与全球精神健康服务用户一同认识到，精神健康是实现以个人为中心之全面初级保健的必要元素：

要求将心理健康列为初级保健和家庭医学的必要组成部分，所有初级保健服务均应包含精神健康；

要求在委托和获取所有初级保健服务时，精神健康都必须是其中的关键组成部分；

帮助个人和精神健康服务用户获得充足的认可，实现自我护理和支持；

认识到在最少限制环境下提供护理及家庭和社区帮助的作用，是所有精神健康干预和治疗的首要原则；

认识到精神、社会和环境干预及资源是全体民众精神健康的必要元素，并应促进全体民众均能获取精神健康服务；

确保开展精神健康培训，并面向于所有在初级保健系统内工作的人员；


保证为真正需要的精神健康服务用户提供必要的药物治疗；

要求清除精神健康的污名和对其歧视，并随时监督和保护全体民众的人权；

为那些单靠初级保健无法满足其需求的民众提供专家服务并予以支持；

保证通过初级保健，为精神健康障碍人士提供持续护理。

2009年世界精神卫生日为我们提供了一个机会，来重申初级保健精神健康整合所能带来的优势。这项2009年行动呼吁认识到，单靠个人无法实现全人类的精神健康。只有各个领域和团体通过沟通和合作，本着尊重、尊严和仁爱原则，我们才能发现优势并不断推进。



在大多数保健系统中，初级保健提供人员都是健康服务的第一正式联系点。初级保健工作人员应把自己视为服务用户的使节和代言人，并采取相应行动。而委托初级保健服务的方面必须将精神健康视为其所委托之服务的关键组成部分，且必须认识并出资支持自我护理和支持等重要环节。

记住，不健康的精神会影响每个人，包括您或您的挚爱。我们都应得到最佳护理。

现在我该做些什么？

2009年世界精神卫生日为您提供机会，发挥自己的作用。

服务用户及其家庭、护理人员和倡导人士。采取行动，将此2009年行动呼吁副本发送给本地所有保健服务机构，包括健康专业人士、政治家、慈善机构以及其他非政府组织，询问他们准备如何响应2009年行动呼吁。要求参加个人健康护理的设计和交付，因为这是您的权利和权益。

初级保健医生及团队。根据2009年行动呼吁的原则来给自己设定基准。制定切实可行的行动计划来弥补所鉴别的差距。

专业学院。介入您的团队成员，根据2009年行动呼吁的原则来给自己设定基准。制定切实可行的行动计划来弥补所鉴别的差距。

委托健康服务的机构。马上检查您的服务规范，并确保合同含有2009年行动呼吁的原则。

政府、政治家和意见领袖。要求那些委托和获取服务的方面要向您表明，他们遵循了2009年行动呼吁的原则。

现在是采取行动的时候了，请加入我们。

参考文献：

WHO/Wonca. *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. Geneva: World Health Organisation, 2008.
WHO. *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organisation, 2008.

欲知详情：

Dr Gabriel Ivbijaro MBBS, FRCGP, FWACPsych, MMedSci, MA
Chair, Wonca Working Party on Mental Health, Editor in Chief, *Mental Health in Family Medicine*, Medical Director Waltham Forest
Community & Family Health Services
The Wood Street Medical Centre
6 Linford Road, London E17 3LA
United Kingdom
电邮: gabriel.ivbijaro@nhs.net
www.globalfamilydoctor.com



评论

将心理健康纳入初级保健： 转移工作任务，扩大对精神障碍患者的服务规模

Vikram Patel 教授

2008年是134个国家代表在阿拉木图承诺通过加强初级保健实现“2000年人人享有卫生保健”之划时代宣言的第30个年头。虽然世界还远远没有实现这个理想，但这一宣言却是全球卫生事业的一个重要时刻。它强调了在民众家园附近提供保健服务的重要意义，将促进性和预防性保健干预措施整合入医疗护理的需求，并规定心理健康是健康的一个不可或缺的组成部分。

世界卫生组织(世卫)与世界家庭医生学会(WONCA)发表了一份有关全球对心理健康整合纳入初级保健之观点的报告，作为对30周年的献礼。在此一年前，《柳叶刀》(Lancet)刊登了一系列文章，吸引全球民众来关注世界大多数地区，尤其是中低收入国家，精神障碍人士面临的巨大治疗差距。

*初级保健被视为是缩短这一治疗差距的最关键保健服务场合。
正是在这些重大全球卫生事件的背景下，今年的WMHDay主题具有重要针对性。*

本评论中，我只考虑了如下具体因素：心理健康如何整合入初级保健，并实现扩大精神障碍患者循证干预措施的目标、《柳叶刀》全球心理健康系列文章的行动呼吁以及2008年世界精神卫生日(www.globalmentalhealth.org)启动之全球心理健康运动的目标。这一行动呼吁基于平等和社会公平、社区参与、妥善使用资源和跨领域行动的原则，直接响应了阿拉木图宣言“人人享有卫生保健”之理想的核心信息。

世卫/世界家庭医生学会的报告完美审查并总结了将心理健康纳入初级保健所需的策略(文本框1)。但是，要实现切实可持续的整合，我们需要解决两个主要挑战。

首先是横向措施(即加强卫生系统)与纵向项目(如具体的精神保健项目)之间的平衡。

其次是由非专业或较不专业保健工作人员积极参与之社区型护理与机构型专家保健工作人员之间的平衡。

心理健康纳入初级保健的10项策略(资料来源：世卫-世界家庭医生学会关于心理健康纳入初级保健的报告)

- 政策和计划应结合初级精神保健。
- 倡导人士要改变态度和行为。
- 需要对初级保健工作者实施充分培训。
- 初级保健任务必须有限并具有可行性。
- 必须为初级保健提供专业精神保健人员和设施支持。
- 患者必须能够在初级保健场合内获取必要的精神药物。
- 整合是过程，而非结果。
- 精神保健服务协调员很关键。
- 需要与政府其他非卫生领域、非政府组织、乡村和社区保健工作者及志愿者合作。
- 需要经济和人力资源。

虽然我们都一致同意应将心理健康纳入初级保健，但这意味着我们拥护含有初级保健环节的纵向精神保健项目，还是拥护含有牢固精神保健环节的全面初级保健项目？

由于很多国家的初级保健系统都极其衰弱，尤其是在人力资源方面，同时大多数基础保健干预措施的覆盖力度也不够，因此前一种方法不大可能取得成功。纵观历史，初级保健工作者一直认为精神保健工作与自己的日常工作背道而驰，而纵向精神保健项目会继续加深这种观念。

另一方面，如果没有纵向项目，那么在面临其他健康干预措施对有限资源的强烈竞争时，精神保健就要面临着淡出人们视野的危险。总而言之，最切实可行的策略就是要支持一项资源配置的纵向项目（特别是经济资源），但也要强调通过现有的初级保健系统来利用这些资源，从而强化这一系统而非营造一个与之平行的精神保健系统。世卫/世界家庭医生学会报告为我们提供了一些介绍如何实现这类整合目标的优秀个案范例。

第二个挑战就是精神健康专业人士担心，注重提供社区型护理会导致将精神保健移交给非专业人士。

在世界很多地方，这种担心根本毫无意义，因为那里根本没有能够提供精神健康服务的专业人士或设施。即便存在这样的专业人士或设施，也很稀少，分布不平等，贫穷和边缘人群难以获取，经常无法承担，存在受人耻笑，甚至在某些情况下，还存在着深远的侵犯基本人权情况。因此，对这一挑战的回答是，出于可接受度、可行性和承担能力的原因，最基层的精神保健只能由非专业人士来提供。但是否有何种模式能够告诉我们该如何以既高效又安全的方式来开展这项工作？

转移工作任务，是指将保健工作重新分配给健康工作团队的策略，这已经成为解决专业健康人力资源短缺的常用方法。

在适当情况下，将具体工作从高层次健康工作者手中转移给培训较短及资历较低的健康工作者，从而更有效地利用现有的健康人力资源。发展中国家转移精神保健工作任务的证据基础正逐渐增加，与调查结果完全一致。一系列评估此类服务机制的高质量研究调查为前述全球新举措奠定了关键基础。因此，我们现在就知道，在一系列中低收入国家里，可以培训外行人士或社区健康工作者来为抑郁或焦虑障碍、精神分裂和痴呆症患者提供精神和社会精神干预措施。

这些转移任务干预措施的一个关键要素就是需要精神健康专业人士发挥培训阶段之外的作用，持续不断地为社区健康工作者提供监督、质保和支持。这是与之前改善初级保健的努力有着截然不同的地方。

将精神健康纳入初级保健，这是延续几十年的口号，但在实现这一理想方面我们取得的成果很有限，这其中部分是因为本评论中提及的挑战（当然，还有其他因素，其中有一个相当重要的因素就是解决精神健康问题的政治意愿极低）。

在如何通过初级保健来扩大精神障碍服务、同时致力于强化初级保健系统方面，我们现在拥有了一个相当扎实的证据基础。非专业人士，尤其是社区和初级保健工作者的作用，是这项策略的核心所在。专业人士必须发挥更大的公共卫生作用，促使“人人享有卫生保健”梦想成真。

推荐读物¹⁻⁴

1. World Health Organisation and WONCA. Integrating mental health in primary care: a global perspective. Geneva: WHO, 2008.
2. Lancet Global Mental Health Group. Scaling up services for mental disorders-a call for action. Lancet 2007;370:1241-1252.
3. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. Lancet 2008;372(9642):940-9.
4. Walley J, Lawn JE, Tinker A, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. Lancet 2008;372(9642):1001-7.

欲知详情:

Vikram Patel 教授，博士
London School of Hygiene & Tropical Medicine
Via - Sangath Centre, Porvorim, Goa, India 403521
电邮: vikram.patel@lshtm.ac.uk
www.globalmentalhealth.org

沟通与宣传

世界精神卫生联合会整理了新闻发布稿范文、媒体报道范文、WMHD正式宣言及“精神健康游行”新文章，供您个人使用和了解详情。

请使用本文资料来广为宣传您的WMHD活动。消除耻辱感和歧视的最佳方式就是采用强有力的宣传工具来教育广大受众。当地报纸文章、城市游行及公众签署宣言可帮助您开展一个具有重要意义及长期效应的活动。

本节内容包括：


WMHD宣言范文

媒体对签署宣言的报道

新闻发布稿(可通用)

范文、读者来函

精神健康游行



2009年世界精神卫生日 宣言范文

鉴于全球共有精神疾病患者4.5亿多人，都可受益于早期诊断及妥善而又充分的治疗和支持；

鉴于本应受益于早期精神疾病诊断和治疗的患者只有不足一半能获取治疗或护理；

鉴于诸如焦虑障碍、重性抑郁障碍、双相情感障碍和精神分裂症等精神疾病若没有得到妥善诊断和治疗，会导致工作绩效低下、家庭破裂，也会带来严重的全球疾病负担；

鉴于这些令人吃惊的健康数据及其所敲响的警钟历来都没有引起大众、普通保健系统以及当选和任命之公共政策决策者的足够注意和关注，导致这些精神障碍没有得到足够的重视；

以及鉴于世界精神卫生联合会指定2009年世界精神卫生日的主题为“*初级保健里的精神健康：加强治疗和促进精神健康*”，并呼吁通过初级保健服务和设施为那些遭受严重精神健康问题和障碍的人士提供更多妥善、平等的精神健康服务；

为此，我 _____， _____(职位)_____，来自 _____(城镇/国家机构、组织、部门)_____ 在此宣布，2009年10月10日为 _____城镇/城市/国家_____ 的世界精神卫生日，并呼吁所有政府和非政府精神健康组织及机构，联合当选及任命的公职人员，致力于提高公众对精神疾病及患有这些障碍之人士的认知度和认可度；推动改善公共政策，以通过初级保健系统来为那些有需要的人士强化诊断、治疗和支持服务；并消除长期以来经常阻碍公民寻求应得服务和支持的耻辱感和歧视。


我也呼吁全体公民参加并支持当地、州级/省级和全国性非政府组织，致力于让精神健康成为全国各地社区的一项优先工作。

让我们携手起来，一起创造不同，促进社区和公民的精神健康！

签名 _____ 职位 _____

部门/办事处/机构 _____ 日期 _____

(签章)



媒体对签署世界精神卫生日 宣言的报道范文

2009年10月10日

立即发布

_____ (城镇、城市或国家) _____ 的 _____ 市长(或其他官员)宣布10月10日为
_____ (地点) _____ 的世界精神卫生日。


尊敬的 _____ (官员头衔/职务/职位) _____ (姓名) _____ 签署了(立法机关、办公室、部门)
发布的宣言，指定10月10日为 _____ (地点) _____ 的2009年世界精神卫生日。

本次宣言签署仪式由 _____ (组织方或机构) _____ 组织，出席人员包括(组织成员、公共官员、社
区领导人和普通市民)。

该宣言呼吁全体非政府组织和政府机构与当选和任命的公共政策决策者及官员携手合作，在初级保健场合
内加强平等妥善的精神健康服务，并帮助那些患有精神分裂症、焦虑障碍、双相情感障碍和抑郁症等严重
精神健康问题和障碍的人士能够随时获取相关服务！此外，该宣言还强调，全体社区成员应提高自身对精
神障碍的认识，并协助消除长期以来困扰精神疾病和严重精神健康障碍患者的污辱和歧视。

2009年世界精神卫生日的主题是“*初级保健里的精神健康：加强治疗和促进精神健康*”。它体现了一个重
大趋势，即将精神健康诊断、治疗和精神疾病护理从传统独立却不平等的精神健康服务提供系统转移到主
流保健系统内。

世界精神卫生联合会(WFMH)于1992年确定了世界精神卫生日；这是唯一一个每年一度的专门关注精神健康
和精神障碍的全球性宣传运动，目前已有100多个国家每年通过地方、区域和全国性世界精神卫生日活动和
计划来庆祝这个日子。



2009年世界精神卫生日 新闻报道(可通用)

立即发布
(日期)

第17个每年一度的世界精神卫生日 全球宣传运动强调应更关注初级保健系统内的精神健康服务

2009年世界精神卫生日全球宣传运动将注重“**初级保健里的精神健康：加强治疗和促进精神健康**”。这一宣传主题体现了全球精神疾病治疗方式的一个日益重要趋势。此次宣传旨在吸引全世界人们都来关注不断增多的注重将精神保健纳入初级保健的信息和知识，并为全球各地的基层患者/消费者、家庭成员/护理人员及精神健康倡导和教育协会提供这些信息。这是一个重大趋势，即将精神保健诊断、治疗和护理从传统独立却不平等的精神保健服务提供体系转入主流卫生保健体系里。

世界精神卫生联合会(WFMH)于1992年确定了世界精神卫生日；这是唯一一个每年一度的专门关注精神健康和障碍的全球性宣传运动，目前已有100多个国家每年通过地方、区域和全国性世界精神卫生日活动和计划来庆祝这个日子。

2008年9月，世界卫生组织(WHO)和世界家庭医生学会(Wonca)发布了《**将精神健康纳入初级保健：全球展望**》，标志着在促使全球共同努力将精神健康纳入初级保健系统方面迈出了重要一步。在该刊物的卷首语中，世卫总干事陈冯富珍博士及世界家庭医生学会主席Chris van Weel教授如此评价这项工作：

“初级保健以民为本。而将精神健康服务纳入初级保健，则是确保民众获取所需精神保健服务最切实可行的方法。大众能够在更接近家园的地方获取精神保健服务，这样就能让一家人团聚在一起，保持日常活动。此外，他们也可省却长途辛劳寻找专业护理所产生的间接费用。初级保健机构里提供精神保健服务，能够最大限度消除辱名和歧视，并消除精神病院经常发生的侵犯人权风险。同时，正如本报告所述，将精神健康服务纳入初级保健系统，能够以合理的成本带来良好的健康成果。虽然如此，普通初级保健系统必须得到强化，这样我们才能合理预期精神健康的整合工作能够卓有成效。”（《将精神健康纳入初级保健：全球展望》；世界卫生组织和世界家庭医生学会(Wonca)2008年版权所有，第7页）

WMHDAY 2009重点突出了将精神保健服务纳入初级保健服务提供系统给精神疾病患者及精神健康不佳人士及其家人和护理人员——以及保健专业人士所带来的机遇和挑战。



与往常一样，2009年世界精神卫生日宣传运动也将注重于精神健康倡导人士、患者/服务使用者以及家人/护理组织在规划这一重大普通健康和心理健康改革运动过程中所应发挥的关键作用。若这项致力于实现整合的运动是要帮助全球遭遇精神疾病和情绪健康问题的民众都能获得优质、充分而又廉价的服务，则就需要这些见识广博、积极而又坚定的倡导人士。

世界精神卫生日新闻报道(可通用)——可补充WMHDAY活动信息及引用精神健康领导人士或该领域专家的评语来改写。



特刊、评论或读者来函范文

2009年世界精神卫生日

宣传运动强调应更关注初级保健系统内的精神健康服务

2009年世界精神卫生日全球宣传运动将注重 **“初级保健里的精神健康：加强治疗和促进精神健康”**。今年的主题体现了长期以来致力于使精神健康成为全球优先关注的需求，并强调所有人经常忽视的事实，即精神健康是每个人总体健康和良好状况的一个不可或缺的元素。精神疾病不会选择受害者，它存在于各种文化及人生的各个阶段。精神疾病会对患者的身体健康产生重大影响。这一宣传主题旨在吸引全世界人们关注不断增多的注重将精神保健纳入初级保健的信息和知识，并为全球各地的基层患者/消费者、家庭成员/护理人员及精神健康倡导和教育协会提供这些信息。这是一个重大趋势，即将精神保健诊断、治疗和护理从传统独立却不平等的精神保健服务提供体系转入主流卫生保健体系里。

精神保健服务终端用户、承担帮助精神疾病患者参与社会生活之大部分照顾工作的家人及试图影响精神保健政策之倡导者的参与，是这段转变、改革和资源有限时期的关键。为基层精神保健界提供相关信息和资源，确保将精神健康和精神疾病视为整体良好健康中不可或缺的组成部分，并为那些有所需要的大众提供妥善服务，这些都是2009年世界精神卫生日宣传的主要目标。必须予以解决的主要倡导问题之一，就是精神疾病患者的充分有效诊断、治疗和康复可能在普通和初级卫生保健系统里得不到平等级别的优先关注。全球精神健康倡导运动的工作就是要确保卫生保健改革不会导致这一非意图结果。

2008年9月，世界卫生组织(WHO)和世界家庭医生学会(Wonca)发布了《**将精神健康纳入初级保健：全球展望**》，标志着在促使全球共同努力将精神健康纳入初级保健系统方面迈出了重要一步。在该刊物的卷首语中，世卫总干事陈冯富珍博士及世界家庭医生学会主席Chris van Weel教授如此评价这项工作：

“初级保健以民为本。而将精神健康服务纳入初级保健，则是确保民众获取所需精神保健服务最切实可行的方法。民众能够在更接近家园的地方获取精神保健服务，这样就能让一家人团聚在一起，保持日常活动。此外，他们也可省却长途辛劳寻找专业护理所产生的间接费用。初级保健机构里提供精神保健服务，能够最大限度消除辱名和歧视，并消除精神病院经常发生的侵犯人权风险。同时，正如本报告所述，将精神健康服务纳入初级保健系统，能够以合理的成本带来良好的健康成果。虽然如此，普通初级保健系统必须得到强化，这样我们才能合理预期精神健康的整合工作能够卓有成效。”（《将精神健康纳入初级保健：全球展望》；世界卫生组织和世界家庭医生学会(Wonca)2008年版权所有，第7页）



WMHDAY 2009重点突出了将精神保健服务纳入初级保健服务提供系统给精神疾病患者及精神健康不佳人士及其家人和护理人员——以及保健专业人士所带来的机遇和挑战。与往常一样，此次宣传活动也将注重于精神健康倡导人士、患者/服务使用者以及家人/护理组织在规划这一重大普通健康和心理健康改革运动过程中所应发挥的关键作用。若这项致力于实现整合的运动是要帮助全球遭遇精神疾病和情绪健康问题的民众都能获得优质、充分而又廉价的服务，则就很需要这些见识广博、积极而又坚定的倡导人士。

全球精神卫生领域的倡导人士、家庭、专业人士和决策者都必须牢记，当前致力于改善精神保健服务提供方式的运动并不是第一个此类改革努力。以往的经验教训告诉我们，要在世界各国内实现精神保健服务的平等性，绝不会是一帆风顺的奋斗过程。将精神保健有效纳入初级保健范畴，并达到与精神疾病保健护理负担相对应的优先水平，这将是全球经济和社会陷入困境时期的一个大事业。当然，全世界从现在开始倾听并采取行动来改善精神保健服务、随时为遭遇精神分裂症、焦虑症、双相情感障碍和抑郁症等严重精神健康问题和疾病的患者提供服务，尚为时不晚。这将成为2009年世界精神卫生日所传达的核心信息！

世界精神卫生联合会(WFMH)于1992年确定了世界精神卫生日，并协调确定于每年10月10日展开推广纪念活动；这是唯一一个每年一度的专门关注精神健康和障碍的全球性宣传运动，目前已有100多个国家每年通过政府机构和非政府精神健康组织举办公共宣传和教育活动、宣言签署、倡导运动及其他公共活动来庆祝这个日子。

本文可用作新闻报道或以特刊、评论或读者来函之方式投递给当地或区域报纸。此外，也可将其刊登在贵组织网站，帮助您宣传贵组织的世界精神卫生日活动。您也可增加贵组织介绍及世界精神卫生日宣传活动来改写本文内容。



精神健康游行

还有什么方法能比汇集倡导同伴举办游行或集会更能展示您的支持、团结和改革意愿呢？

可能没有了。

本着世界精神卫生日的精神及精神健康运动的优势和团结原则——WFMH提议我们大家都要努力为今年的世界精神卫生日多做贡献。我们鼓励合作伙伴不要单纯地举办WMHD的纪念活动，同时也要举办集会、游行和/或聚会活动来支持精神健康改革。

这是非常有效的方式，能够把您的观点传达给那些掌握权力的人士，并用来教育普通大众。街道游行、举办展览或烛光集会——这些都是一些最有效的方式，能够同时表明对某项事业的支持、吸引新成员的加入，并吸引社区、媒体及掌权人士的关注。正如WFMH主席 John Copeland在2008年12月新闻通讯稿里说的那样：“为什么政府会对精神疾病如此熟视无睹？如果精神疾病无法为人所知，那么关注精神疾病的人士必须为人所知。”

对于能够合法且和平地聚集一起举办游行或集会的人——我们鼓励您采取这一措施。这样，您不仅能引起人们对精神疾病话题产生必要的关注，还能向那些遭受歧视和污辱的患者表明，完全没有必要感到羞耻或害怕。您将直面这一不为人知的疾病；您将使这个问题人情化，并向社区和政府表明这项事业的有效性。

这听起来可能很难，但不一定会这样。聚集10-50位朋友、家人和同事，选择集会场所或起点终点，制作一些聪明但又和平的标语，您就能举办游行活动来宣传精神健康！

如何组织游行或集会

我们搜集了一些普通信息，供您用来计划精神健康游行活动。请注意，各国和各个社区的规定或有所不同——请查询所在地区的法律规定和要求，避免出现可能破坏或取消游行活动的法律问题。我们重点推荐的两种展示方法是：

集会或聚会——指民众聚集在某个场所的集会。这些活动通常比较隆重，能够引起人们的关注，可作为纪念或突出某个人或某个群体或某个广泛关注主题的和平方式。

游行——游行是指民众聚集在一起，从某个指定点行进至约定目的地。若您拥有庞大人群或想要覆盖广阔地区，游行就是很好的办法。

1. 选择日期(10月10日很理想！)并确定一个场所。

查询举办游行或公共集会是否需要取得许可证或某种许可——务必要了解自己举办公公共聚会方面的权利。选择人口密集的路线或公共聚会点。

2. 确定自己动机及想要传达给观众的讯息。

要简单、和平并有力。制作旗帜、标语和传单——确保这些都注重于您的讯息、有力而又和平，拼写准确，规格要足以让民众可以看到。



3. 安排演讲者为人群发言。您可以安排演讲者来宣布活动的开始、结束或二者兼而有之。演讲要简短扼要，并应记住这是一次展示而非座谈会。

4. 广而告之您的观点！联系您的拥护者、朋友、合作伙伴等——尽量多邀请些团体来体现社区的实力和团结。在不同团体(精神健康团体和专业人士、医疗团体、家庭、患者、医生、护士等)之间营造团结一致

5. 为全体参与人士分配任务并确定职责。若与不同团体合作——召集全体领导人，充分利用和团结每个人的能力、网络和讯息。

6. 联系媒体并撰写新闻报道来宣布自己的计划——包括“何人、何事、何时、何地”等信息，确保民众能够了解此次展示活动的各方面资料。

7. 确保拍摄照片、记录整个活动并在结束后将所有资料发送至wmhday@wfmh.com——这样我们就能向世界表明我们团结一致，我们不会再保持沉默！

这将成为全球精神疾病领域最大型的倡导活动！我们希望您参与，并尽自己所能来表明支持。不管是5个人还是500个人——只要我们做了努力，就能创造出不一样的成绩！

有效标语

- 展示某个问题的重要意义；
- 展示某个问题的针对性；
- 把问题具体化；
- 针对各个特定受众；
- 表明自己了解哪些措施能够推动变化；
- 具有文化针对性和敏感性；
- 让人记忆深刻。

范例：

庆祝世界精神卫生日——敞开您的心怀！

没有我们的参与就不能为我们作出决定！

精神健康改革游行

所有疾病都应得到同等的护理和治疗！

“约有4.5亿人患有精神疾病。环顾自己四周——数一数。”

没有精神健康就没有健康！

精神歧视：睁开双眼认清现



世界精神卫生联合会

12940 HARBOR DRIVE, SUITE 101, WOODBRIDGE, VA 22192

电话：703.494.6515， 传真：703.494.6518

传真：WWW.WFMH.COM

世界精神卫生日是世界精神卫生联合会的注册服务标识。

