



精神疾患全球负担以及国家层面的 卫生和社会部门进行综合性协调应对的需求

秘书处的报告

1. 执行委员会在 2012 年 1 月召开的第 130 届会议上审议了本报告的前一版本¹。执委会通过了 EB130.R8 号决议²。
2. 精神障碍属于还包括神经和物质使用障碍在内的一类范围广泛的疾患。常见的病症包括抑郁和焦虑、因滥用酒精和其它物质而导致的状况，也包括严重的可能令人丧失能力的状况，如精神分裂症和躁郁症。由于流行率高且可能造成丧失能力，儿童和青少年精神卫生问题令人关切。患有精神障碍而未接受治疗的人在极端情况下可能自杀，这种情况并不罕见。除重视上述精神卫生问题以外，世卫组织还将癫痫和痴呆列为工作重点，这两种神经疾患与精神障碍在服务提供方面有共同之处。
3. 未经治疗的精神、神经和物质使用障碍带来的代价巨大，占全球总疾病负担的 13%。单相抑郁是造成疾病负担的第三大原因，占全球疾病负担的 4.3%。在低收入和中等收入国家则分别占 3.2% 和 5.1%。当前的预测表明，到 2030 年，抑郁将成为全球疾病负担的最主要原因。如果在计算疾病负担时只考虑残疾因素，则精神障碍在低收入国家和中等收入国家分别占伤残损失健康生命年的 25.3% 和 33.5%。
4. 遭遇人道主义突发事件也是导致精神卫生问题的潜在风险因素。社会结构和为已然患有精神障碍者提供的正式和非正式保健服务都遭到破坏。对受到冲突影响者进行的调查表明，抑郁的患病率分别为 17%，而创伤后应激障碍则为 15%，这些数字比一般公众的平均患病率高得多。使人们罹患精神卫生问题的易感性或危险出现上升的其他因素包括：贫困、遭遇家庭暴力及虐待以及患有慢病。

¹ 见文件 EB130/9 和 EB130/2012/REC/2，第二次、第四次、第八次和第九次会议摘要记录。

² 关于通过该决议对秘书处的财政和行政影响，见文件 EB130/2012/REC/1。

5. 在全世界，治疗精神障碍的需求和供应之间存在巨大空白。例如，低收入国家和中等收入国家分别有 76% 和 85% 患有严重精神障碍的人未接受相关治疗；高收入国家未接受治疗人群的比例也很高，在 35% 到 50% 之间。

6. 精神障碍影响到诸如癌症、心血管病、糖尿病和哮喘病等其他非传染性疾病，并也会受到这些疾病的影响。精神障碍可以是非传染性疾病的前兆、此类疾病的后果或者二者相互作用的结果。比如，有证据表明抑郁症使人容易罹患心肌梗死，反之，心肌梗死会增加发生抑郁症的可能性。

7. 精神障碍人群的死亡率更高。例如，由于与精神障碍相关的身体健康问题（如癌症、糖尿病、艾滋病毒感染和自杀等严重后果），精神分裂症和重度抑郁症患者总体死亡率比一般公众分别高 1.6 倍和 1.4 倍。

8. 精神残疾的社会和经济影响是广泛而深远的。

- 有精神卫生症状的人尝陷于无家可归或被监禁，使其更为边缘化和状况不稳定。无家可归者的精神疾病患病率超过 50%，有研究表明，监狱人口三分之一以上有精神卫生问题。
- 有精神卫生症状的人往往缺乏教育和获得收入的机会，这又限制了他们获得经济发展的机会，也使他们无法融入社交网络并在社会共同体中获得地位。例如，在所有残疾中，严重精神疾病患者的失业率最高，达 90%。
- 有精神卫生症状的人的人权常遭到侵犯。除工作权和教育权受限制外，他们还可能遭受不卫生、不人道的生活条件、身体和性侵害、忽视，并可能在卫生机构遭到有害和有辱人格的待遇。他们往往被剥夺公民和政治权利（如结婚和建立家庭的权利）、公民身份权，以及投票权和有效、全面参与公共生活的权利。
- 精神卫生症状常常导致相关个人和家庭陷入贫困，并妨碍国家经济发展。一项最近进行的研究认为，今后 20 年，精神障碍将在全球累计导致高达 16 万亿美元的经济产出损失¹。

¹ 《全球非传染性疾病经济负担》，世界经济论坛，日内瓦，2011。

9. 世卫组织《2011 精神卫生地图集》¹提供的数据表明，各国内部缺乏满足精神卫生需求的资源，特别是财政和人力资源。该图集还指出，相关资源分配不公平、使用效率低。例如，全球精神卫生资金的 67% 仍用于精神病医院，虽然此类医院往往卫生成果不彰且存在侵犯人权现象。将资金投向以社区为基础的服务则能够为更多的人提供更好、性价比更高的照顾。

10. 会员国为治疗和预防精神障碍提供的资金仍然不足。全球人均年度精神卫生支出还不到 2 美元，在低收入国家则还不到 0.25 美元。人均年度精神卫生支出的中位数在低收入国家是 0.20 美元，在高收入国家是 44.84 美元。

11. 低收入国家和中等收入国家精神卫生人力资源不足。例如，世界人口近一半居住在平均每 20 万或更多人才有一位精神病医生的国家，而接受过社会心理干预培训的精神卫生保健提供者，如心理学家、社会工作者和职业治疗师，则更为稀缺。

12. 从全球看，护士构成精神卫生领域工作的最大专业群体。但是，最近一项对 58 个低收入和中等收入国家进行的分析表明，和照顾有迫切需求患者所需要的护士人数相比，现有护士队伍还有 128 000 名护士的缺口。

13. 与低收入国家相比，更高比例的高收入国家报告称具备了精神卫生政策、计划和立法。例如，只有 36% 的居住在低收入国家的人口享有专门的精神卫生立法，而在高收入国家，这个比例是 92%。

14. 在低收入国家和中等收入国家，精神卫生方面的民间社会也尚未得到很好的发展。只有 49% 的低收入国家存在精神残疾者的组织，而在高收入国家这个比例是 83%；存在家庭联合会的比例则分别为 39% 和 80%。

卫生和社会部门的有效战略

15. 世卫组织建议采取以下战略：

(a) 改进提供针对精神卫生症状的高质量治疗和保健，包括：

(i) 将精神卫生纳入更广泛的卫生政策和战略，例如与一般卫生保健、非传染性疾病、残疾、孕产妇健康和艾滋病毒/艾滋病相关的政策和战略，

¹ 《2011 精神卫生地图集》，日内瓦，世界卫生组织，2011。

- (ii) 在一般卫生服务中扩大以证据为基础的精神卫生干预措施，并在有性价比、可负担和可行的基础上将其纳入一揽子保健服务。例如，用一线抗癫痫药物治疗癫痫是针对非传染性疾病性价比最高的干预措施之一；用（仿制）抗抑郁药和在初级卫生保健中提供短期心理疗法（总支出少于 1 美元）治疗抑郁症的性价比也很高；用老一些的抗精神病药物加上提供社会心理支持治疗精神错乱者也是有效可行的精神卫生干预措施；对酒精饮料征税并限制其可获得性和市场营销是已经确定的减少有害使用酒精的最超值做法；
- (b) 使患有精神障碍或面临此类风险者更好地获得社会福利服务、受教育机会和就业机会，做法是：
- (i) 积极支持儿童和青少年接受教育，特别是小学和中学教育，
- (ii) 推动为弱势儿童提供学前教育，包括父母有精神卫生症状的儿童和经济和社会弱势群体中的儿童；这不仅是一项改进精神卫生结果的有效战略，也能够在成人阶段降低犯罪率、改善就业情况。
- (iii) 将有精神卫生症状者纳入就业和收入促进计划（例如小企业运营），推出就业支持项目并提供社会保障资金，
- (iv) 在精神卫生服务、住房和其它社会服务之间建立强有力的联系；
- (c) 保护有精神卫生症状者的人权，做法是：
- (i) 制定保护和促进人权的政策和法律并建立独立监督机制以便改进卫生设施的条件，使之符合国际人权标准，如《联合国残疾人权利公约》，
- (ii) 支持发展有力的民间社会，促进有精神残疾者完全融入和参与公共事务，包括政策制定过程；
- (d) 保护并促进精神卫生，做法是：
- (i) 采用针对儿童早期和家庭生活的干预措施，同时关注育儿技能并处理家庭环境下的暴力和虐待问题，以及利用以学校为基础的精神卫生促进规划；

- (ii) 在工作场所采用包括以减轻压力及促成因素为重点的干预措施；
- (iii) 建立更加强有力的支持系统，促进积极健康的老年生活，并有助于防止寂寞和孤独；
- (iv) 实施防止自杀规划，包括对获得自残手段加以限制，以及对存在企图自杀危险的人给予适当看管和跟踪。

秘书处的活动

16. 2008 年，世卫组织启动精神卫生差距行动规划¹，利用多种方面改善各国精神卫生状况。现将秘书处最突出的活动总结如下。

宣传

17. 世卫组织建立了精神卫生差距行动规划论坛，这是一个非正式的不断发展的组，成员包括会员国、联合国机构和其它政府间组织、国际发展机构、基金会、学士机构、非政府组织和世卫组织合作中心。论坛每年开会，提升各会员国和其他利益攸关方给予精神卫生的重视程度，目的是为所有患有精神性、神经性和物质滥用性障碍者提供保健，特别关注低收入和中等收入国家。

18. 世卫组织近期关于精神卫生和发展的报告²也有助于推动将精神卫生纳入国家和国际发展议程。

信息和监测

19. 在扩大精神卫生干预措施的证据基础以便加强会员国的精神卫生保健体系方面，秘书处也发挥了中心作用。这主要是由于以下几个项目。

- 通过地图集项目（参见第 9 段），秘书处绘制了会员国可获得资源图。收集的数据包括相关政策、规划、供资、服务、专业人员、治疗和药物、信息系统和相关组织等信息。国家层面需要这些数据以便评估国内形式，区域和全球层面

¹ 精神卫生差距行动规划：精神卫生差距行动规划：扩大为罹患精神性、神经性和物质滥用性障碍患者提供的卫生服务。日内瓦，世界卫生组织，2008。

² Funk M 等，《精神卫生和发展：针对有精神卫生症状者这一弱势群体》。日内瓦，世界卫生组织，2010。

则可以利用这些数据了解可获得资源和总体需求的整体情况。

- 世卫组织精神卫生系统评估文书¹使各国能够收集有关国家和区域精神卫生系统的关键信息。迄今已有 80 多个国家应用该文书。秘书处审查并分析这些有关低收入和中等收入国家精神卫生系统详细状况的数据，以便帮助改进精神卫生系统并为监测变化提供基线。
- 秘书处对一般卫生保健和发展的大背景下收集和分析精神卫生数据，并将分析结果纳入国家概况系列发布。每份国家概况均描述有关国家人口和社会经济形势，分析改过精神卫生服务的后果，详细叙述精神卫生服务和一般卫生系统之间的关系。国家概况还涉及有关国家改进其精神卫生状况的努力，记录改革进程和主要里程碑。

政策、法律和人权

20. 秘书处还支持会员国制定全面且符合实际的精神卫生政策、战略计划和法律，依照国际最佳实践和包括《联合国残疾人权利公约》在内的人权标准推动提高精神卫生保健的质量和可获得性，促进有精神障碍者的权利。

21. 通过其“有质量的权利：为实现更好的精神卫生而采取行动、团结并赋权”项目，秘书处支持会员国评估并改善门诊和住院精神卫生服务的质量和 인권 条件。该项目帮助各国相关机构进行能力建设，使其能够利用专为本项目设计的评估工具对国内精神卫生设施进行深入评估，促进建立或加强有精神残疾者及其家庭的组织。评估结果和民间社会更好的参与将有助于起草以人权为导向的政策和法律。

发展服务

22. 秘书处还与会员国一道发展精神卫生服务，特别是使精神卫生保健去机构化，将精神卫生纳入一般卫生保健，以及发展以社区为基础的精神卫生服务。

23. 精神卫生差距行动规划的目标是扩大各国为有精神性、神经性和物质滥用性障碍者提供的服务，特别是对其中收入较低的人。该规划确定的优先重点为：抑郁症、精神分裂症和其它精神障碍、自杀、癫痫、痴呆、酒精和非法药物使用导致的障碍，以及儿童

¹ 文件 WHO/MSD/MER/05.2。

精神障碍。已经出版了一份干预指南，内容包括预防和管理上述每种重点关注障碍的以证据为基础的干预措施¹。根据该指南对低收入和中等收入国家非专科卫生保健机构相关卫生保健提供者进行了培训，目的是使孤立的精神卫生规划纳入整体卫生保健体系，在各个层面促进精神卫生。许多高收入国家在这方面也面临资源短缺，并认为该指南很有用。

人道主义突发事件中的精神卫生和社会心理支持

24. 世卫组织在应对与人道主义突发事件有关的精神卫生问题方面发挥领导作用。世卫组织发起并参与相关合作，制定联合国机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南²和体现在《环球手册》修订版中的精神卫生标准³。过去 10 年间，世卫组织向海地、印度尼西亚、伊拉克、约旦、黎巴嫩、索马里、斯里兰卡和叙利亚阿拉伯共和国等国家和地区的卫生部门提供了大量突发事件及事后支持，帮助改善其人民的精神卫生状况。

卫生大会的行动

25. 请卫生大会批准执行委员会在 EB130.R8 号决议中建议的决议。

= = =

¹ 精神卫生差距行动规划面向非专业卫生机构的关于精神、神经和物质使用性疾患的干预指导：精神卫生差距行动规划。日内瓦，世界卫生组织，2010。

² 机构间常设委员会。《机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南》。日内瓦，机构间常设委员会，2007。

³ 《环球计划：人道主义宪章与赈灾救助标准》。英国拉格比：实际行动出版社，舒马赫技术与发展中心，2011。