# 促 进 精 神 卫 生:

概念 • 新证据 • 实践

# 报 告 概 要

一份来自世界卫生组织精神卫生与物质滥用部、维多利亚健康促进基金会和墨尔本大学合作的联合报告

世界卫生组织

日 内 瓦

# 促 进 精 神 卫 生:

## 概念•新证据•实践

# 报 告 概 要

翻译： 刘铁桥　邓慧琼　夏卫萍

刘光亚　易艳红　徐利敏

审校： 刘铁桥　郝 伟

世界卫生组织

日 内 瓦

## 世界卫生组织图书馆的公开数据

促进精神卫生：概念•新证据•实践报告概要/一份来自世界卫生组织精神卫生与物质滥用部、维多利亚健康促进基金会和墨尔本大学合作的联合报告。

1.精神卫生 2.卫生促进 3.精神障碍—预防与控制 4.卫生政策

5.循证医学 6.发展中国家 I.世界卫生组织

ISBN 92 4 159159 5 - (NLM classification: WM 31.5)

©世界卫生组织 2004

WHO 版权所有。世界卫生组织的出版物能从市场获得和传播，世界卫生组织，Appia 大街 20 号，1211 日内瓦 27，瑞士（tel：+41 22 791 2476；fax：+41 22 791 4857；email：bookorders@who.int）。不管是出于何种目的复制和翻译 WHO 的出版物，均需通过以下地址联系并征得 WHO 的同意（fax： +41 22 791 4806；email：permissions@who.int）。

这一出版物上所涉及的人和出现的资料并不暗示世界卫生组织任何分部赞同与一些国家、领土、城市或地区的法律地位或其当局的法律地位相关的观点，也不表示赞同关于其边界或界线的界定的观点。地图上的虚线代表了大致的边界线，也许这些边界线并未得到完全的赞同。

本文提及某些特殊的公司或制造商，这并不代表 WHO 与它们有特殊的协议和对它们有偏爱。

世界卫生组织不能保证本文所提供的资料一定是成熟的和完全正确的，对在实施本资料时所出现的一切损害不承担任何法律责任。

# 序

*“……不仅仅是没有疾病或身体不虚弱。”*

*“……让所有人获得尽可能最高的健康水平。”*

*“……促进精神健康领域的相关措施，尤其是那些影响人类关系和谐的措施。”*

这些目标和功能是世界卫生组织（WHO）承诺促进精神健康的核心。

遗憾的是，卫生专家和规划者经常将大部分精力放在眼前的疾病问题上，而较少注意到那些“健康者”的需要。造成这种情况的部分原因，是由于他们对健康促进措施的有效性缺乏足够的证据或清晰的概念；这与怎样培训专家和规划者，认识他们在社会中的作用，以及社会对他们的期望有很大的关系。其实他们也发现，很难保证世界各国快速变化的社会环境条件对精神健康是起正面的作用而不是造成威胁。但在精神健康这个领域，他们往往不愿意公开地讨论精神卫生问题，这也是造成忽视那些“健康者”需要的原因。

《促进精神卫生：概念 • 新证据 • 实践》这一报告概要是 WHO 克服上述困难的最新尝试。本报告描述了精神卫生的概念和促进精神卫生的相关措施，试图在促进精神卫生的共同特征上，使有差异的不同文化能够达成一定程度的共识。这个报告亦提出了要在促进健康和公共卫生的更广阔的范围内促进精神卫生。报告中提供的一些有益于精神卫生的包括卫生的和非卫生的干预措施对卫生政策规划者和公共卫生专业人员会是有用处的。不过，在未来几年里，还迫切需要更新更系统的证据，以便为进一步的发展计划提供更加坚实的科学基础。

预防精神疾病和促进精神卫生的目标既有不同又有重叠。在这个报告中所讨论的很多干预措施亦与预防有关。精神卫生促进所涉及的范围和人群更为广泛。由于这个原因，WHO 在发布另一个关于防止精神疾病的报告《精神障碍的预防：有效干预措施和政策的选择》之前，单独发布本报告。

我诚挚地希望本报告将在健康促进这一更广泛的领域里给精神卫生的促进一个更明确的定位，从而有益于 WHO 所服务的国家。

**世界卫生组织非传染性疾病与精神卫生部主任助理**

Dr Catherine Le Galés-Camus

于日内瓦

# 目　录


前　言……（1）
报告概要的形成……（2）
致　谢 ……（4）
关键内容……（7）
概 述……（9）
一、什么是精神卫生？……（9）
二、促进精神卫生是公共卫生的一部分……（9）
三、精神卫生不仅仅是没有精神疾病……（11）
四、没有精神健康就没有健康：精神卫生与行为……（11）
第一部分 概念……（13）
一、健康与健康促进……（13）
二、积极的精神卫生……（16）
三、精神卫生的内在价值……（18）
四、文化与精神卫生……（18）
五、社会资本与精神卫生……（19）
六、精神卫生与人权……（20）
七、行动的概念框架……（20）
第二部分 新证据……（23）
一、健康促进的目标和行动……（23）
二、促进精神卫生的证据及其运用……（24）
三、精神卫生的社会决定因素……（25）
四、躯体健康与精神健康的联系……（27）
五、精神健康指标的制定……（28）
六、有效干预的证据……（30）
七、有效地促进低收入国家的精神卫生……（37）
八、更新有关效益与成本—效益的证据……（41）
第三部分 政策和实践……（45）
一、精神卫生，人人有关……（45）
二、促进精神卫生：精神卫生政策的一个重要组成部分……（45）
三、促进精神卫生的总体框架……（47）
四、社区发展作为促进精神卫生的一个策略：来自低收入国家的教训
……（48）
五、开发可持续的干预措施……（49）
六、促进精神卫生的跨部门合作途径……（51）
七、国际合作与 WHO 的作用……（53）
八、重要建议……（55）
参考文献……（56）

# 前　言

编撰《促进精神卫生：概念·新证据·实践》这一报告的目的，是将健康促进领域中的精神健康这一维度带入我们的生活。精神卫生促进（promotion of mental health）包含在健康促进（health promotion）这一大的领域之内，与预防精神疾病，精神病患者的治疗与康复相并列。如同促进躯体健康一样，促进精神健康包括指导人们选择和保持健康的生活方式，从而保有良好的生活条件和环境。这个报告概要和其相关的完整报告陈述了与促进精神卫生相关的概念，列举了关于干预措施有效性的新证据，阐述了卫生政策和实践的措施。这个报告是对另一个重点为预防精神疾病的 WHO 的报告的补充。

这个报告有选择地复述了来源于不同国家和文化背景下的已有证据，记录了不同经济发展水平的国家诸如在宣传、政策和计划的形成、立法和规则改革、交流、研究与评价等方面的实施和调控；思考了持续获得基础证据的策略和确定干预措施的成本—效益（cost-effectiveness）的方法。国际合作与联盟将在更新和应用这些证据时发挥关键的作用，例如，鼓励采取必要的社会措施，监控一系列政策与措施对精神卫生的影响等等。

《促进精神卫生：概念·新证据·实践》是为工作在卫生和非卫生领域（如政府、教育、商业）的很多部门的工作者而作的，他们的决策影响着精神卫生的发展，而他们自己可能没有认识到这一点。这个报告亦是为那些促进精神健康的精神卫生专业人员而作的，激励他们继续为精神病患者提供服务。本报告也与低、中、高收入和资源的国家里的政策制定者以及为国际社会制定行动指南者相关。报告中通过应用公共卫生框架强调如何确定优先发展领域，这是计划者和实践者在不同收入国家常常遇到的困境。

《促进精神卫生：概念·新证据·实践》是卫生和非卫生领域科学工作者合作的结果。其目标是为了促进对证据更好的理解，促进对局部地区证据的收集，总之是要活跃科学，发展国际合作。

这篇报告概要是《促进精神卫生：概念·新证据·实践》完整报告的写作者们编写的，编写的目的是让读者对即将出版的详细而完整的报告有一个初步的印象。当完整而详细的报告发表时，希望读者能够继续给予关注，仔细阅读，并进行深入的思考。

编者：Helen Herrman, Shekhar Saxena, Rob Moodie

## 报告概要的形成

这篇报告概要是由《促进精神卫生：概念 • 新证据 • 实践》（Herrman, Saxena & Moodie，待出版）的作者们编写的，即将由 WHO 出版。编写者们从备选材料中精选了一些章节的内容，形成这个报告概要，目的是使读者对关于促进精神卫生的重要概念、证据和实践有一个大致的了解。因此，报告概要可以说仅仅是给出了一个提纲，更详细的资料会在即将出版的完整报告中体现出来。

报告概要列出了《促进精神卫生：概念 • 新证据 • 实践》各章节的标题。但这些章节的作者没有一一标明（为了保持连贯性，对插入另外章节中的部分的作者加了注明），在引用报告概要的内容时，请对相关章节的作者致谢。

### 完整报告的详细目录

《促进精神卫生：概念 • 新证据 • 实践》，一份来自世界卫生组织精神卫生与物质滥用部、维多利亚健康促进基金会(VicHealth)和墨尔本大学合作出版的报告。由 Herrman H, Saxena S & Moodie R 编辑于日内瓦，WHO 出版。

| 章 节 | 作 者 |
|---|---|
| 1．介绍 | Herrman H， Saxena S，Moodie R |
| 2．健康与健康促进 | Mittelmark M, Puska P，O’Byrne D，Tang K |
| 3．积极的精神健康 | Kovess-Masfety V，Murray M，Gureje O |
| 4．精神卫生的内在价值 | Lehtinen V，Ozamiz A，Underwood L，Weiss M |
| 5．世界各地关于精神卫生的概念 | Sturgeon S， Orley J |
| 6．社会资本与精神卫生 | Whiteford H， Cullen M， Baingana F |
| 7．精神卫生与人权 | Drew N， Funk M， Pathare S， Swartz L |
| 8．行动的概念框架 | Walker L， Moodie R， Verins I |
| 9．促进精神卫生的证据及其运用 | Barry M， McQueen D |
| 10．精神卫生的社会决定因素 | Anthony J |
| 11．心身健康与疾病 | Raphael B， Schmolke M， Wooding S |
| 12．精神卫生的指标 | Zubrick S， Kovess-Masfety V |
| 13．促进精神卫生有效措施的证据 | Hosman C，Jané－Llopis E |
| 14．发展中国家促进精神卫生的证据 | Patel V， Swartz L， Cohen A |
| 15．决定因素、有效性和成本—效益方面的证据 | Petticrew M，Chisholm D，Thomson H，Jané－Llopis E |
| 16．促进精神卫生：政策的一个重要成分 | Funk M, Gale E，Grigg M，Minoletti A，Yasamy M |
| 17．在人群中促进精神卫生的策略 | Lahtinen E， Joubert N， Raeburn J |

| | |
|---|---|
| 18．社区发展作为促进精神卫生的一个策略：来自低收入国家的教训 | Arole R， Fuller B， Deutschman P |
| 19．发展持续效用的干预：理论和证据 | Hawe P， Riley T， Ghali L |
| 20．促进精神卫生的多部门合作途径 | Taylor A， Rowling L |
| 21．国际合作及 WHO 与联合国机构的作用 | Saxena S， Saraceno B |
| 22．结论——今后努力的方向 | |

# 致　谢

本报告概要由几位编者与维多利亚健康发展基金会的 Lyn Walker 女士合作而成，它是直接从《促进精神卫生：概念·新证据·实践》这一完整报告中摘录出来的。编辑们非常感谢对此作出贡献和提供建议的人们，名单列于下面。

编辑们还要感谢 Christine Hayes 女士在编辑工作上、Amanda Favilla 医生在资料收集和写作上所提供的帮助；感谢 Jean Cameron 女士、Margaret Nelson 女士和 Rosemary Westermeyer 女士在行政上给予的关照；感谢 Tushita Bosonet 女士对报告概要所提供的版式设计。

WHO 非常感谢芬兰政府对此报告所提供的财政援助。

**致谢名单如下：**

编辑

**Professor Helen Herrman**，St Vincent’s Mental Health Service Melbourne and The University of Melbourne Dept of Psychiatry，Melbourne, Australia

**Dr Shekhar Saxena**，Coordinator，Mental Health：Evidence and Research，Dept of Mental Health & Substance Abuse，World Health Organization，Geneva, Switzerland

**Professor Rob Moodie**, Chief Executive Officer，Victorian Health Promotion Foundation, Victoria, Australia

顾问

**Dr Beverley Long**，World Federation for Mental Health，Atlanta, USA

**Professor Norman Sartorius**，University of Geneva，Geneva，Switzerland

**Dr Dusica Lecic-Tosevski**，President，World Psychiatric Association，Section on Prevention of Mental Disorders，School of Medicine, University of Belgrade，Institute of Mental Health，Yugoslavia

完整报告的作者

**Dr James Anthony**，Chairperson，Department of Epidemiology，State University of Michigan，Michigan，USA

**Dr Rajanikant Arole**，Director, Comprehensive Rural Health Project，Jamkhed, Maharashtra, India

**Dr Florence Baingana**，Senior Health Specialist (Mental Health)，The World Bank，Washington DC, USA

**Mr Chris Bale**，Director, Partnership for Children，London, United Kingdom

**Ms S Banerjee**，Research Scholar，Institute of Psychiatry，Kolkata, India

**Dr Margaret Barry**, Department of Health Promotion，National University of Ireland，Galway，Ireland

**Dr Dan Chisholm**，Economist，Global Program on Evidence for Health Policy，World Health Organization，Geneva，Switzerland

Professor AN Chowdhury，Head，Institute of Psychiatry，Kolkata，India

**Dr Alex Cohen**，Assistant Professor of Social Medicine，Harvard Medical School，Boston, USA

**Ms Michelle Cullen**，Consultant, Post Conflict Unit，The World Bank，Washington, USA

**Dr Peter Deutschmann**，Director, Australian International Health Institute，University of Melbourne，Victoria, Australia

**Dr Jodie Doyle**，Coordinator，Cochrane Health Promotion and Public Health Field，Australia

**Ms Natalie Drew**，Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health

Organization，Geneva, Switzerland

**Ms Monica Eriksson**，Project Leader, Nordic School of Public Health，Sweden

**Ms Beth Fuller**，Senior Program Development Officer，Australian International Health Institute，The University of Melbourne，Victoria, Australia

**Dr Michelle Funk**，Coordinator，Mental Health Policy and Service Development，Department of Mental Health and Substance Abuse，World Health Organization，Geneva, Switzerland

**Ms Elizabeth Gale**，Chief Executive, Mentality，London, United Kingdom

**Dr Laura Ghali**，Community Health Sciences，University of Calgary, Canada

**Ms Margaret Grigg**，Technical Officer，Departement of Mental Health and Substance Abuse，World Health Organization，Geneva, Switzerland

**Professor Oye Gureje**，Department of Psychiatry, University of Ibadan，Ibadan, Nigeria

**Professor Penny Hawe**，Makin Chair in Health and Society，Department of Community Health Services，University of Calgary, Canada

**Professor Clemens Hosman**，Mental Health Promotion and Mental Disorders Prevention Unit，Universities of Nijmegen and Maastricht，The Netherlands

**Dr Eva Jane-Llopis**，Head of Science-Based Knowledge and Policy，Prevention Research Center on Programme Development and Effect Management Department of Clinical Psychology and Personality，University of Nijmegan， The Netherlands

**Professor Natacha Joubert**，Head, Mental Health Promotion Unit，Health Canada

**Dr Corey Keyes**，Department of Sociology and Department of Behavioral，Sciences and Health Education Emory University，Georgia, USA

**Professor Viviane Kovess-Mafesty**，Directrice，Fondation MGEN pour la Sante Publique，Paris，France

**Dr Eero Lahtinen**，Senior Medical Officer，Ministry of Social Affair and Health in Finland，Helsinki, Finland

**Professor Ville Lehtinen**，National Research and Development Centre for Welfare and Health - STAKES Mental Health Promotion Unit，Helsinki, Finland

**Professor Bengt Lindstrom**，Nordic School of Public Health，Goteborg, Sweden

**Ms Merja Lyytijainen**，Project Coordinator，Finnish Association for Mental Health，Finland

**Dr David McQueen**，Associate Director for Global Health Promotion Centres for Disease Control and Prevention，Atlanta, USA

**Dr Alberto Minoletti**，Director, Mental Health Unit，Ministry of Health，Santiago, Chile

**Professor Brian Mishara**，Director, Centre for Research and Intervention on Suicide and Euthanasia (CRISE)，University of Quebec，Montreal, Canada

**Professor Maurice Mittelmark**，President, International Union for Health Promotion and Education, Research Centre for Health Promotion，University of Bergen，Bergen, Norway

**Mr Michael Murray**，Chief Executive, The Clifford Beers Foundation，University of Central England，Birmingham, United Kingdom

**Dr Desmond O’Bryne**，Health Education and Health Promotion Unit，World Health Organization，Geneva, Switzerland

**Dr John Orley**，Former Programme Manager in the Department of Mental Health，World Health Organization，Geneva, Switzerland

**Professor Agustin Ozamiz**，Professor of Sociology，University Deusto, Bilbao Spain

**Dr Vikram Patel**，Senior Lecturer，London School of Hygiene & Tropical Medicine Director, Sangath Centre Goa, India

**Dr Soumitra Pathare**，Ruby Hall Clinic，Pune, India

**Dr Mark Petticrew**，MRC Social and Public Health Sciences Unit，Glasgow, United Kingdom

**Dr Pekka Puska**，Director-General National Public Health Institute (KTL)，Helsinki, Finland，Former Director of Communicable Disease Prevention and Health Promotion, World Health Organization，Geneva, Switzerland

**Associate Professor John Raeburn**，University of Auckland，Auckland, New Zealand

**Professor Beverley Raphael**，Director, Centre for Mental Health，North Sydney, NSW, Australia

**Dr Therese Riley**，Department of Community Health Sciences，School of Public Health, La Trobe University，Victoria, Australia

**Associate Professor Louise Rawlings**，School of Policy and Practice，University of Sydney，New South Wales, Australia

**Dr Benedetto Saraceno**，Director, Department of Mental Health and Substance Abuse，World Health Organization, Geneva Switzerland

**Dr Margit Schmolke**, International Centre for Mental Health，Mt Sinai School of Medicine，New York, USA

**Dr Shona Sturgeon**, Dept of Social Development, School of Cape Town, Republic of South Africa

**Professor Leslie Swartz**，Director, Child Youth and Family Development，Human Sciences Research Council，Cape Town, Republic of South Africa

**Dr Kwok-Cho Tang**，Senior Professional Officer, World Health Organisation, Geneva, Switzerland

**Ms Alison Taylor**，Chief Executive Officer, Mental Health Foundation，Auckland, New Zealand

**Ms Hilary Thomson**，MRC Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow，Glasgow, United Kingdom

**Ms Lynn Underwood**，Fetzer Institute，Kalamazoo, Michigan, USA

**Ms Irene Verins**, Senior Project Officer, Victorian Health Promotion Foundation, Victoria, Australia

**Ms Lyn Walker**, Director, Mental Health and Wellbeing Unit, Victorian Health Promotion Foundation，Victoria, Australia

**Professor Mitchell Weiss**，Professor and Head， Department of Public Health and epidemiology， Swiss Tropical Instiute， Basel， Switzerland

**Professor Harvey Whiteford**， Krutzmann Professor of Psychiatry，University of Queensland， The Park Centre of Mental Health， Queensland， Australia

**Profeeor Stephen Zubrick**， Head of Division of Population Sciences， Institute for Child Health Research， West Perth， WA， Australia

## 关键内容

### 1．没有精神健康就没有健康

世界卫生组织（WHO）将健康定义为：

*……躯体、心理、社会适应的完好状态，而不仅仅是没有疾病或身体不虚弱。(WHO 2001, p.1)*

显然，精神健康是健康这一整合定义的一部分。公共卫生和健康促进的目标和传统，就像对心脏健康、感染性疾病和对烟草的控制一样，应该有效地运用于精神卫生领域。

### 2．精神健康不仅仅是没有精神疾病，它对于个人、家庭和社会都是至关重要的

WHO 对精神卫生的描述是：

*……一种完好的状态，个体能够认识到他或她的能力，能够应对日常生活中正常的压力，能够卓有成效地工作，能够对他或她的社会有所贡献。(WHO 2001a, p.1)*

精神卫生这一具有积极意义的定义是个人和社会行使良好功能和呈现完好状态的基础。精神卫生的核心概念与它在不同文化中广泛而多变的解释是一致的。

### 3．精神卫生是由社会经济和环境因素决定的

精神健康与精神疾病与躯体健康和躯体疾病一样，是由多个相互作用的社会、心理和生物因素决定的。最明显的证据是，无论在发达国家还是在发展中国家，精神疾病的患病风险都与贫穷的相关指标，包括低教育水平、低收入与不良住房条件等，关系密切。最可能使贫困人群易于罹患精神疾病的危险因素涉及：不安全感和绝望感，快速的社会变化，暴力威胁和躯体疾病。

### 4．精神健康与行为相关

心理、社会和行为的健康问题可能交互作用而强化了他们对行为和心身完好状态的作用。一方面是物质滥用、暴力及虐待妇女儿童；另一方面则是健康问题，诸如心脏疾病、抑郁、焦虑等。这些问题在高失业率、低收入、有限的教育、压抑的工作环境、性别歧视、不健康的生活方式以及违背人权的条件下，变得更加普遍和难于处理。

### 5．有效的公共卫生干预可以增强精神健康

有些国家在改进心脏健康状况方面更注重环境、烟草和营养政策，而不是特殊的药物和治疗技术。改善环境条件对心脏健康的益处反过来又在多个层面影响措施的制定与实施。

有研究表明，非卫生领域的政策和措施同样也可以影响精神卫生，如住房、教育和儿童保健。尽管证据还不够确定和不够充分，但我们已经有足够多的证据证明社会变化与精神健康的关系。这就强调说明应该应用这种关系评价当地政策和干预措施，必须在不同的卫生和非卫生领域来评估政策和干预措施的有效性，以促进精神卫生。

### 6．共同行动有赖于共同的价值观和科学证据的质量

在有些社区，尽管精神健康可能没被他们作为一种结果来认定，或仅仅是名义上的认定，但由来已久的生活方式维持着精神健康。而在另一些社区（社会），还要通过做工作，使他

们相信努力促进精神健康是现实的和值得的。

**7．尊重和保护公民基本的民主、政治、经济、社会和文化权利所形成的一种风气是促进精神卫生的基础**

没有这些权利所提供的安全保障和自由，就很难保持高水平的精神健康。

**8．多部门的合作是促进精神健康的关键**

精神卫生的水平可以通过社会的共同行动来提高。如同防治躯体疾病的具体措施一样，促进精神健康需要政府和各职能部门，包括教育、劳动、法律、交通、环境、住房、福利等部门的多部门合作，制定相关政策和计划。

**9．精神卫生，人人有关**

精神健康关系到每一个人，包括那些可以为促进精神健康作出贡献的人和从中获益的人，包括个人、家庭、社区、商业组织和卫生专业人员。尤其重要的是地方和国家政策的制定者，他们的行为可能以他们并未意识到的方式影响着精神卫生事业。国际团体应鼓励不同经济发展水平的国家去评估干预措施对提高人民精神健康水平的可能性和证据。他们也应保证这些国家意识到精神健康对社会发展的重要性。

# 概　述

*公共卫生是通过社会有组织的努力来促进健康、防止疾病和延长生命的一门科学。(WHO 1998，p. 3)*

*20 世纪，世界人民在健康方面所取得的收获比以往任何历史时期都要多。这一方面是收入和教育水平提高的结果,另一方面是营养、卫生、住房、供水和卫生设施改善的结果。同时它们也是对疾病病因、预防、治疗新知识的获得以及使干预计划更易于实施的政策的结果。通过结构变化和个体行为相联系已使健康方面的工作获得了最大的进展。(Nutbeam 2000， p.1)*

*21 世纪的卫生政策将必须从关键问题来构建——"什么让人们更健康？"(Kickbusch 2003，p. 386)*

## 一、什么是精神卫生? (What is mental health?)

从一开始，WHO 就将心理完好状态包括在健康的定义内。WHO 关于健康的著名定义是：

*……躯体、心理、社会适应的完好状态，而不仅仅是没有疾病或身体不虚弱。(WHO 2001, p.1)*

这个定义包括三个中心观点：精神健康是健康不可缺少的一部分，精神健康不仅仅是没有疾病，精神健康是与躯体和行为健康密切相关的。

尽管对于促进精神卫生的工作来说，对精神卫生（或精神健康）下定义并不总是必需的，但为之下个定义仍很重要。不同国家对文化、阶层与性别的价值观有巨大的差异，因此要达到一个统一的定义是有困难的(WHO 2001b)。然而，正如年龄与财富在世界各地虽有不同的表达，但仍有其核心的共同含义一样，精神卫生也有自己的定义，这并不妨碍不同文化有不同解释的存在。WHO 最近建议"精神卫生（健康）"的定义是:

*……一种完好的状态，个体能够认识到他或她的能力，能够应对日常生活中正常的压力，能够卓有成效地工作，能够对他或她的社会有所贡献。(WHO 2001a， p.1)*

在这个定义里提到的状态与能力是有其自身的含义的。从积极的意义上说，精神健康是个人和社会的完好状态和有效工作的基础，而不仅仅是没有精神疾病而已。

精神健康与躯体健康都不能单独存在。精神、躯体和社会的功能是互相依存的。此外，健康与疾病也是可以共存的。除非将健康限制性地定义为没有疾病，它们才是相互排斥的（Sartorius 1990）。认识到健康是自身、他人和环境的平衡状态，可以帮助社会和个人理解怎样寻求促进健康的方法。

## 二、促进精神卫生是公共卫生的一部分（Promoting mental health is an integral part of public health）

精神健康和精神疾病与躯体健康和躯体疾病一样，是由多个相互作用的社会、心理和生物因素决定的。最明显的证据是，无论是发达国家还是发展中国家，精神疾病的患病风险都与贫穷有关，包括低教育水平等。贫困与精神疾病的关系普遍存在于各个社会，而与它们的发展水平无关。在任何国家里，贫困人群都是易患精神疾病的，其原因可以用诸如不安全感和绝望感、社会剧变、暴力威胁和躯体疾病等因素来解释（Patel & Kleinman 2003）。最近的一项自然研究的结果显示，经济水平对家庭功能和儿童的精神健康有重要作用：为了减少贫困,美国在印第安保护区开了一些赌场，经过一段时间后，儿童的行为有了变化——引入赌场后，儿童的行为问题减少了,研究表明，出现这种变化的原因可能是父母加强了对儿童的管教（Costello 等，2003；Rutter 2003）。心理、社会和行为问题可以相互作用、相互强化，对行为和健康状态产生至少两方面的影响——一方面是物质滥用、暴力、虐待妇女儿童；另一方面则是健康问题，诸如心脏疾病、抑郁、焦虑等。这些问题在高失业率、低收入、教育受限、压抑的工作环境、性别歧视、不健康的生活方式以及违背人权的条件下，变得更加普遍和难处理（Desjarlais 等，1995）。

每个人的精神健康都受到个体因素及其经历、社会相互作用、社会结构与资源和文化价值观的影响；亦受到日常生活、家庭、学校、街道和工作场所的影响（Lehtinen, Riikonen & Lahtinen 1997；Lahtinen 等，1999）。每个人的精神健康状况反过来也影响这些领域的生活，从而影响社区或人群的健康。发展中国家的人种志学（ethnographic）研究表明了社会环境的变化（如 Mumbai 的贫民区），是怎样影响社区的变化和精神卫生的(Parkar, Fernandes & Weiss 2003)。最新的跨遗传学、神经科学、社会学及精神卫生学的研究表明，社会对人类生活的影响超过了社区所有个体成员的作用（Anthony 待出版）。

然而，依据原始的健康和疾病的多因素（Cooper 1993）及连续谱（Rose 1992）的基本概念，精神健康和精神疾病是被排除在传统的公共卫生之外的。这就产生了两种后果。首先，在社区里促进精神卫生的机会没有被完全开发。其次，国家有组织的努力以减少精神疾病的社会和经济负担，很大程度取决于对有病个体的治疗。

精神疾病是常见病。以伤残调整生命年（DALYs）来计算，1990 年世界上精神和行为问题占整个疾病负担的 11%（WHO 2001b）。预计到 2020 年将增长到 15%。精神健康问题亦带来其他一些社会负担（WHO 2003）。1990 年抑郁症是第四大疾病负担，预计到 2020 年将上升到第二位，仅次于心脏缺血性疾病。然而，很多政府和社会忽略了精神疾病和精神卫生。WHO 最近收集的数据显示，很多国家精神卫生可用资源与精神疾病所导致的负担之间存在很大的差距（WHO 2001c）。与最近几十年世界人口健康的总体收益相比，精神疾病的负担有所增加（Eisenberg 1998；Desjarlais 等，1995）。

对精神疾病和精神卫生忽视的原因，部分是因为这样一个错误的假设：认为精神卫生与

精神疾病是一个分开的概念。直到现在，由于对精神疾病广泛存在的耻辱感（stigma），以至于鼓励大家委婉地使用“精神卫生”（mental health）这个术语来描述对精神疾病及其相关患者的治疗和服务。这种用法进一步导致了精神卫生（mental health）与精神疾病（mental illness）概念的混淆。

至少到目前为止，世界上很多地方对精神疾病的治疗是与其他药物和卫生保健分开了的。在收容庇护所里，经常看到很多看起来不可治愈的病人。这些不能治愈的假相使人们相信精神疾病的病因完全是生物性的。认为预防精神疾病是“全或无”的（Cooper 1990），认为促进精神健康与解决现实世界的问题无关，甚至因此而减少对精神疾病患者的治疗与康复的投入。

对于促进精神卫生与减少精神疾病对个人和社会造成的花费，这两个相关目标只能通过公共卫生的途径来实现（Sartorius 1998; VicHealth 1999; Hosman 2001; Herrman 2001; Walker, Moodie & Herrman 2004）。在公共卫生框架里，能够提高卫生水平的措施包括健康促进，预防疾病和残疾，对患者进行治疗和康复。即使措施和结果有重复，这些工作都还是有不同之处。它们需要互相补充，且不可以互相替代。

## 三、精神卫生不仅仅是没有精神疾病 （Mental health is more than the absence of mental illness）

前面已经提到，精神健康意味着心身完好状态而不是单纯没有疾病。2003 年，美国 George Vaillant 提出：精神健康太重要了，不能被忽视，它需要有明确的定义。正如 Vaillant(2003)指出来的，这是一个复杂的任务。“平均的心理健康”（average mental health）与“健康”的含义并不完全相同，因为平均的心理健康包括健康的和大量精神病理学症状的混合。怎样才是健康的，答案有时还取决于地理、文化和历史的背景。另外，必须弄清楚的是：定义是讨论状态（state）还是讨论特征(trait)？例如一个运动员因踝部骨折而暂时不能行走，他是健康的吗？一个曾经患双相情感障碍的人现在没有症状，他是健康的吗？还有一个问题，是“受价值观影响的两面性危险”（the two-fold danger of contamination by values）（Vaillant 2003, p. 1374）——在一种特定的文化背景下给心理健康下的定义可能是偏狭的，心理状态是“很好”，好在什么地方呢？是为自身还是为社会？是为适应还是为创造？是为快乐还是为生存？但尽管有这样那样的困难，Vaillant 仍认为，共性的东西和某些共同的成分对精神健康具有普遍的重要意义，就像尽管有文化差异的存在，维生素与四种基本元素都是人类生存所必需的一样。

## 四、没有精神健康就没有健康：精神卫生与行为（No health without mental health: mental health and behaviour）

健康的精神状态是与生命各阶段的行为相联系的。大量证据表明：与精神疾病相关的社会因素也与酒精和药物使用、犯罪及辍学等相关。有益于健康的因素不足，有害于健康因素

的出现，这些对其他行为问题，如不安全的性行为、交通事故、身体怠惰等的风险上升起着重要作用。此外，与健康有关的决定性因素、行为及精神健康之间存在着复杂的相互作用。例如，对工作不满意，可能带来抑郁情绪、饮酒和使用药物，而这些又可能进一步导致交通事故，结果可能带来躯体的损伤和失业等(Walker, Moodie & Herrman 2004)。Kleinman (1999) 描述“破败的社区”如棚屋区、贫民窟、移民的边缘人群的精神和社会问题有：街头暴力、家庭暴力、自杀、物质滥用、抑郁、创伤后障碍问题，等等。他呼吁医学研究和政策、计划“能降低当代由不同的社会暴力所致的精神疾病对社会健康所造成的巨大负担”(Kleinman 1999, p. 979)。他的结论是需要制定和评估各种项目计划，一方面是控制和减少这些问题，另一方面是帮助个人和家庭应对这样的环境。

正如研究所表明的抑郁与心血管疾病存在关联一样，躯体健康和心理健康通过不同的机制同样是紧密相联系的。反过来说，心理健康在维持躯体健康和恢复躯体疾病中的重要性也已经被证实。因此，要改变社区总体的健康状况，心理健康是需要考虑的关键问题。

各种证据表明，心理健康和（或）其决定因素能随社会和躯体环境的预期与非预期的变化而变化。这将在后面的文章中讨论。这也提示在高收入或低收入的国家里对所执行的某一政策或措施应该有充分的证据，同时应对执行的过程与结果进行评估。这还表明有必要在任何国家里对社会、经济和环境的改变给精神卫生的影响进行监控。通过这些行动我们将获得更多的证据，有利于进一步实行能促进或维持精神健康的干预措施，使这些措施更适合具体的时间、国家、地区和人群。本出版物提供了与促进精神卫生有关的概念、证据、政策和与措施相关的总结提纲，这些内容在整篇报告里将有详尽的描述。

# 第一部分 概念

这一部分谈及了一些与健康、健康促进、心理健康有关的概念，及其在不同的文化、国家和亚人群中的应用。目的是描述心理健康在健康促进中的地位，以及促进心理健康在精神卫生这个大领域里的地位。这一部分为第二部分和第三部分关于促进精神卫生效果的证据、政策与实践提供了背景。

## 一、健康与健康促进（Health and health promotion）

### 1.“新”的公共卫生(The “new” public health)

健康促进是一个新的领域，它经常作为“新”的公共卫生而被提及(Baum 1998)。它常被用来间接地检验“健康”的观点；然而，“健康”这一术语本身的含义就不明确。

“健康”指缺乏和存在的状态（absent and present states）。它常被用来表达没有疾病或残疾，但是，通常情况下健康是指合适的和有能力的状态，或是指存储的个人资源能应付需求(Naidoo & Wills 2000)。不同背景和文化的人可能对健康持不同的观点。人们所描述的健康通常反映了他们所生活的特殊环境。在某些人看来，健康就是没有疾病；另一些人则认为健康就是自主性（autonomy）。例如，老年人倾向于将健康定义为内在的力量和有能力应对生活的挑战；年轻人则倾向于强调身体结实（fitness），强调活力和能力的重要性。有舒适生活条件的人对健康的理解倾向于能享受生活；生活条件不怎么好的人则倾向于将健康与应付日常生活的必要条件联系起来。

有鉴于此，已有一些人通过实际的行动来尝试构建一个统一的健康的概念(Seedhouse 1986；Tones & Tilford 2001)。健康的统一理论，例如 WHO 所提出的理论，涉及范围很广，包括环境和个体因素，明确提示促进心理健康必须着眼于个体和环境两方面，呼吁在比传统医学模式更广泛的范围和人群内进行干预和行动。

健康促进已经被定义为致力于在生命的全过程调节健康的决定因素的行动与倡导(WHO 1998)。健康促进和疾病预防必然地与行动相关且互有重叠。前者与健康的决定因素有关，后者关注疾病的原因，健康促进有时被用来指包括了预防在内的更广泛的概念(Lehtinen, Riikonen & Lahtinen 1997)。

### 2．健康的决定因素(Determinants of health)

健康的决定因素是指那些可以增强或威胁个人或群体健康状态的因素。可以是指个体的选择，如是否吸烟；也可以指超出了个体所能控制的诸如社会的、经济的和环境的特点，具体来说包括个人的社会阶层、性别、宗教信仰、教育程度、住房条件、社会人际关系、社区

中的社会和市民参与水平、工作岗位的可得性、空气质量以及建筑设计等。

3．干预措施的不同水平(Levels of intervention)

上述个体很少能或完全不能控制的因素，则需要社会的共同关注。有证据表明，从地方到国家实行不同水平的干预有可能促进健康（Benzeval 等，1995）。正如在渥太华健康促进宪章（Ottawa Charter of Health Promotion，WHO 1986）中所提及的那样。此宪章中所确定的五项行动策略是目前世界上很多地区提高健康水平的基本蓝图（见 Box 1）。

**Box 1： 渥太华健康促进宪章（WHO 1986）**

行动策略（Action strategies）

1.建立健康的公共政策（Build healthy public policy）

2.发展个人技能（Develop personal skills）

3.建立支持环境（Create supportive environments）

4.重新确定健康服务（Reorient health services）

5.加强社区活动（Strengthen community action）

4．健康的不平等与不公平（Health inequalities and inequities）

健康的不平等涉及诸多社会因素，包括前面已经提到的那些因素。不公平则与个体的遗传素质、个体与健康有关的行为模式以及个体对教育、工作和娱乐的选择不同等因素有关。社会的不公正所导致的不仅仅是健康的不平等（inequalities），也涉及健康的不公正（inequities）。

在从地方到国家的不同水平上，可以看到很多这样的例子，即政策和干预措施帮助那些生活在社会和经济条件不好的地方的人们拥有了更好的健康状态（Benzeval 等，1995; Black & Mittelmark 1999）。依照 WHO 的观点，促进健康的政策不仅仅只需要卫生保健部门的参与，还需要经济、环境、社会等各部门对健康的相关因素及提高健康的平等水平发挥积极的作用（WHO 1998）。

5．健康促进的政策问题（The political dimension of health promotion）

促进健康应该做些什么？这需要依具体情况、具体地点及具体时间而定。例如，健康危机在什么情况下值得发布一次信息通报，或者是给予一项严厉的忠告，或是定一项强制性的提案？科学证据永远不能提供完全令人满意的答案，有关政策的考虑自然地进入了决策的过程。健康促进的政策包括提倡针对个体与集体的社会干预。

6．促进健康的实施（Health promotion practice）

尽管实施促进健康的环境条件不同，基于共同合作的需要，也为了共同合作项目的计划、实施与评估的再循环，健康促进工作都有其共同的特征。有影响的模式（Tones & Tilford 2001; Raeburn & Rootman 1998）强调个体处理自身问题的能力和与别人合作工作的能力。事实上，

所有促进健康的措施都包括以下几方面特点：

（ 1 ）仔细研究某一社区的需要、资源、优先项目、历史，与社区合作的模式是：和它一起做，而不是针对它做；

（ 2 ）在行动计划、获取资源、实施及监控行动和变化过程上达成共识，在计划和行动上要灵活，以适应新的或不断变化的条件的需要，并不断进行监督与反馈；

（ 3 ）强调要评估和推广最好的措施，注意保持并提高推广的质量。

### 7．健康促进证据的性质(The nature of health promotion evidence)

（ 1 ）谨慎的原则（The principle of prudence）

1998 年世界卫生大会（WHA51.12）决议以循证的方法来促进健康。然而，健康促进的有效性证据受到了挑战。健康促进是社会的行动，因此，仅通过对照的实验室研究来寻找是否有效的证据这种做法常常不适合。取而代之的、对于有效性的共识，是以“三角测量”的方法得出来自不同研究者在不同地点所得到的不同种类的证据，加以共同解释。“谨慎的原则”认为所有的证据都有缺点，我们不可能完全确信某一个研究项目所得出的结论，但是我们可以尽可能了解现有证据的质量，从而为行动提供建议。

健康促进有效性的证据多是源于以社区为基础的研究。我们不能完全依赖于传统的和定量化的测量。定性的方法使我们知道什么样的工作效果好，什么样的工作效果不好。尽管这种“真实性”研究是一项复杂的工作，但也可能获得不少可靠的认识。

最近几十年健康促进的主要收获体现在几个领域，包括控制烟草和促进心脏健康。在芬兰促进心脏健康计划的实施和评价是一个很好的典范（见 Box 2）。在很多例子中都得到了国际条约和合作组织的支持（如 WHO 控制烟草的框架协定——WHO 2003a; WHO 城市健康计划）。

**Box 2：健康促进的案例研究：芬兰东部的促进心脏健康研究**

作为一种工具，健康促进活动有防止心血管疾病（CVD）的作用，芬兰东部的北卡累利阿（North Karelia）省实施了 25 年的计划就是一个很好的例子。北卡累利阿省的男性人群吸烟大大减少，饮食习惯也改变了。饮食习惯的改变使人们的血清胆固醇平均水平从 1972 年到 1997 年下降了 17%，上升的血压得到了控制，休闲的体育锻炼时间增加了。在女性人群中，尽管吸烟的人数有某种程度的增加，但饮食习惯，胆固醇和血压水平，存在相似的变化。到 1995 年,中年男性(低于 65 岁)冠心病的年死亡率比计划实施前(1967—1971 年)下降了 73%。最近几年，北卡累利阿的 CVD 死亡率每年下降约 8%。自 20 世纪 80 年代以来，芬兰发生了可喜的变化。到 1995 年，整个芬兰男性 CVD 年死亡率下降了 65%。同时，肺癌的死亡率也下降了，其中北卡累利阿下降率超过 70%，整个芬兰下降率接近 60%。

北卡累利阿和其他 CVD 计划的经验为以下成功地促进心脏健康计划的建议奠定了基础

（Puska 2002）：

■社区的预防计划应该注意那些在项目的计划、实施与评估方面已经建立的良好规则。

■社区的预防计划应该注意两方面：用恰当的医学/流行病学框架来选择中期目标；在设计干预计划时应该结合有关的行为/社会学理论。

■充分理解社区（社区分析），与不同的社区组织密切合作，社区人群共同参与是很重要的。

■社区干预计划应该将良好的媒体信息交流活动与广泛的社区活动联系起来，包括初级卫生保健、自愿组织、食品工业和超级市场、工场、学校、地方媒体等等。

■社区干预计划应该寻求来自正式社区政策决策者和非正式社团领导者的支持与合作。

■成功的社区干预计划需要将合理的理论框架与奉献、坚持及刻苦工作联系起来。

■社区干预计划的主要力量应放在试图改变社区的社会和自然环境上，使之对健康和健康的生活方式有益。

■作为一种国家的示范项目，大的社区干预计划不仅要对目标社区有用，对整个国家也要有广泛的影响。因此，应有正确的评估，并大力推广其结果。

■ 对于全国来说，在整个计划的全过程中应该与国家卫生决策者紧密联系。

（ 2 ）证据的力度（The strength of the evidence）

关于促进健康的证据有两个焦点问题：证据的力度；证据对科研、实践、政策发展的作用。

证据的力度受到干预措施的设计与相关的研究方法，如效度与减少偏差的有效性的影响。有作用的“证据力度”的类型涉及三个科学查询的要素——假阳性率（falsifiability）、可预测性及结果的可重复性。据此可将证据分成四型(Tang, Ehsani & McQueen 2003):

■A 型：已知是什么起作用，已知是怎样起作用的，可重复性好。

■B 型：已知是什么起作用，已知是怎样起作用的，但可重复性有限。

■C 型：已知是什么起作用，存在可重复性，但是不知是如何起作用的。

■D 型：已知是什么起作用，但不知是如何起作用的，可重复性也有限。

促进健康研究在错综复杂的文化、社会、经济与政治因素相互作用的环境中进行，环境的复杂性，使 A 型证据很难产生。因此促进健康的努力应致力于 B 型证据，这在实践中非常重要。促进健康干预措施的有效性是不可能事先预知的。因此，必须在促进健康实践的同时结合评估研究。

## 二、积极的精神卫生（Positive mental health）

促进健康的证据取决于定义、评估与记录精神健康。在过去的 30 年间，有关研究致力于理解“精神卫生”（mental health）的含义，由于很多证据普遍是用英语记录且来源于发达国家，因此这些证据受到了很大的限制。多数将精神卫生定义为积极的情感或情绪，如感觉

到快乐，拥有自尊与自主的心理资源的人格特征，具有能够应对逆境的灵活性等等。精神卫生的不同模式与不同方面促使我们理解积极的精神卫生的含义。精神卫生的很多方面在下面的 Box 3 中有描述。

**Box 3：有关积极的精神卫生概念的一些观点**

文化背景（Cultural context）

Jahoda(1958)修改了 1947 年 WHO 上的宣言“健康不仅仅是没有疾病，而是躯体、心理、社会适应良好的完整状态”，他将精神健康分成三个方面。第一，精神健康包括自我认识，能够充分挖掘自我潜能；第二，精神健康包括存在对环境的驾驭意识；最后，积极的精神健康亦意味着自主，个体有能力识别、面对和解决问题。其他，像 HB Murphy (1978)认为这些观点承载了被北美人认为是很重要的文化价值。精神健康的定义明显受到这些文化的影响。精神健康在不同的环境、文化、社会经济与政治影响下具有不同的含义。

人格类型（Personality types）

Leighton & Murphy (1987)定义了不同的人格类型与他们的应对策略。他们假设健康人群都有不同的应对策略，其中有些策略是相对不健康的，当受到不良刺激时，这些不良的应对方式可能增大个体罹患精神疾病的风险。

情感方面（Affective dimension）

积极的精神健康可以被定义成一种完好的主观感觉。Bradburn(1965)设计了一个量表来衡量心理状态的积极和消极的方面。后来的工作研究了主观的完好状态的定义与决定因素，结果表明：比起环境对它的影响来，它对环境的影响更大。

有益的方法（Salutogenic approach）

Antonovsky 提出了“有益原则”（salutogenic）的方法，更多地关注“应对”而不是“回避”，关注“有益”因素而不是风险因素。他将应激源分为正性、中性与副性作用三种。内聚感（sense of coherence）的意义对于积极的精神健康是至关重要的，因为它包含对应激源灵活的应对能力。乐观主义是精神健康的主导认知，有人发现乐观主义者具有更好的应对机制，如接受现实与相信自己（reliance on personal growth）(Scheier & Carver 1992)。

顺应性（Resilience）

不同个体应对逆境与面对应激源时避免崩溃的能力有很大的不同。并不是所有对应激的反应都是病理性的，它们可能是作为应对机制的一种体现。大量的研究者已对防御与应对机制进行了研究。Rutter (1985)认为顺应性是环境与个体素质相互作用过程的产物。保护性因素可以调整个体对环境危险的反应，使结果不一定总是有害的；保护性因素可能仅仅在面对应激源时方可察觉。

心理分析方法（Psychoanalytical approach）

心理分析方法提出积极的精神健康标准是人们有应用内在能量去认识情感、智力与性方面的能力。

生存质量的方法（Quality of life approach）

WHO 定义将生活质量（quality of life）定义为“个体”在他（她）所处的与其目标、期望、标准及关心的问题的文化与价值系统中，对自身位置的一种感受(WHOQOL Group 1995)。这种定义反应了个体对社会、环境、心理、精神及健康的良好状态的满足。生活质量的概念描述了健康，包括心理健康，涉及应对、顺应性、满足、自治的积极和消极的方面。

## 三、精神卫生的内在价值(The intrinsic value of mental health)

精神卫生对人们生活的方方面面都起着作用。对于个体、社会和文化而言，它既是物质的，也是非物质的，或者说它具有内在的价值。精神健康对社会及其成员在主观感受及生产力效率方面是一种互惠的关系。它的价值体现在以下几个相关的方面：

■精神卫生对于个体保持完好状态及其功能是很必要的。

■良好的精神健康状态对于个人、家庭、社区及国家都是很重要的资源。

■精神健康作为整体健康不可分割的一部分，作用于社会，对整体生产效力产生影响作用。

■精神健康与每个人都密切相关，它涉及家庭、学校、工场及其休闲活动的方方面面。

■积极的精神健康对社会、个人、及其社会经济资本有促进作用。

■精神性的活动（spirituality）对促进心理健康有显著作用，心理健康亦影响精神生活(Underwood-Gordon 1999)。

心理健康可以被视为是一种个人资源，影响个人的生活质量，而社会行为可以增加或减少这种资源。而且这种关系是互动的。互相满足与保持持久关系是良好心理健康的一个方面。越来越多的证据表明社会的凝聚力是社区繁荣的关键因素。

## 四、文化与精神卫生（Culture and mental health）

如前所述，尽管精神卫生的概念是统一的，但是在不同个体、不同文化及其相关环境，对它的表述是不同的。精神卫生覆盖的范围很广，不仅仅是精神卫生专业人员所涉及的范围。因此在促进精神卫生方案实施之前，有必要了解该地对精神卫生概念的诠释。

每种文化都影响人们对精神卫生及其相关问题的理解方式。对于不同文化因素价值的理解和敏感性将增加干预措施的效果和成功率。下面这个例子充分地解释了这一点：一个居住在南非种族隔离区的科萨族人的母亲，不去安慰她哭泣的儿子，这位母亲的解释是她想培养儿子坚强的性格，让他长大以后离开国家去参加武装斗争。安哥拉的年轻士兵经历了失去接受教育与正常生活经历的机会(Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2000; Mendes 2003)。根据他们与他人有不同的感受而且与人交往困难的报告，我们只有采用特殊的方法才能帮助他们适应和平社会。又例如感染 HIV/AIDS 的人最关注“耻辱”（stigma）问题。理解精神卫生对这些不同人群组的含义，对发展适当的干预措施是有帮助的。

然而，如果在不同文化中仅重视同源性而忽视个体的差异，那么文化特异性途径对于理解与促进精神卫生可能是不利的。目前，大部分文化是重叠但又异源的。这就需要在政治、经济及社会环境的背景下理解不同群体的信仰及行为。文化是我们必须要考虑的几个因素之一(Tomlinson 2001)。

## 五、社会资本与精神卫生（Social capital and mental health）

*一方面，为减轻精神疾病，大量资金用于对个体的干预。另一方面，日常经历告诉我们，通过动员组织社会，鼓励市民相互交流，增加我们在社区中彼此信任与关爱的程度，可能是决定健康的最重要的因素。而这一点却往往被我们所忽视。(Lomas 1998 p. 1181)*

随着最近几十年关于社会群体与健康促进思想的复兴，“社会资本”的概念逐渐占了上风。它激发我们改变过去那种从个体入手的研究思路，而致力于研究决定群体健康，尤其是群体心理健康的因素(Anthony 出版)。延伸到增强个体生产率（“物质资本”与“人力资本”）以外的工具与训练。社会资本是指“社会组织的特征，如网络，规范，社会信任等，这些能促进双方利益的协调与合作”(Putnam 1995)。经济与社会环境亦影响社会资本。

社会资本（social capital）不是个人的感觉或资源。很难在不降低个体资源水平的前提下去定义与衡量它。潜在的危害性有：排除了非成员与少数团体；对社会组织的成员有过高的要求。然而，越来越多的人一致认为，社会资本推动了集体行动，通过其他形式的资金的补充能促进社会与经济的增长与发展。

过去 20 年的研究显示了社会资本与经济发展的联系，人类服务系统的有效性与社区发展的联系。社会科学家已经调查研究了较高的社会资本是如何保护个体免除社会隔离，如何强化社会安全与降低犯罪水平，如何提高入学率与教育水平，如何加强社区生活及提高工作成果(Woolcock 1998)。研究者已经开始分析社会资本与精神健康的关系(Kawachi & Berkman 2001; McKenzie, Whitley & Weich 2002; Sartorius 2003)。社会资本、健康与精神卫生、促进精神卫生对强化社会资本的潜力，它们之间的关系已经成为最近研究与讨论的主题。

群体健康指标或健康的危险因素通常被认为是人群中个体特征的集合。普遍考虑的问题是一个或多个环境因素与个体健康之间的关系(Marmot 1998)。社会资本的作用在于它具有以另一种途径理解环境的潜力——理解环境与社会因素的相互作用以及个体与群组之间的联系。个体与环境相互作用的网络可用来解释一系列共同的结果，其解释是那种只靠集合个体健康结果的解释所不及的(Anthony 出版)。

要解释健康与社区的关联(Gillies 1999; Henderson & Whiteford 2003)、社会资本与精神健康的关系的潜在机制，尚有许多工作要做。这两个变量之间的关系是多向性的还是因果的，或者是相关关系的，也尚不清楚(Lochner, Kawachi & Kennedy 1999)。然而，社会网络被认为对社会凝聚力、非正式的关爱、危机保护、更好的健康教育、更好地得到健康服务等有促

进作用，也有益于加强或改变对公共卫生有影响的社会规范（如吸烟、卫生设施、性行为等）(Baum 1999; Kawachi, Kennedy & Glass 1999)。

**Box 4：社会凝聚力与自杀、反社会行为的关联**

反社会行为与自杀行为的变化与社会凝聚力（social cohesion）有关(OECD 2001)。长期以来，社会控制能力不足与地方组织的紊乱被认为是自杀(Durkheim 1897)与犯罪行为(Shaw & McKay 1942)增加的重要因素之一。

## 六、精神卫生与人权（Mental health and human rights）

尊重与保护公民在基本的民权、政治、经济、社会及其文化方面的权力这一社会风气的形成是促进精神卫生的基础。没有这些权力给安全与自由提供保证，就很难保持高水平的精神健康(Gostin 2001)。

人权框架为确定和处理精神健康的基本决定因素提供了一个有用的工具。这个工具使联合国人权机构出台了一系列有用的措施来指导各国设计、贯彻、监测和评估与精神卫生相关的政策、法规及计划。作为政府认可的立法规范与标准，它们为精神健康的促进提供了保障，同时，也对政府部门为促进精神卫生所做的工作的评估提供了一个实用的标准。

人权赋予个人与社区对政府的法制义务。在社会中他们可以帮助平衡权力的分配与执行，缓和穷人权力不足的现象(WHO 2002b)。平等与无歧视的原则要求对弱势群体以特殊的重视，是国际人权框架的不可分割的一部分。此外，所有人都有参与决策过程的权利（这在联合国的权利法案和其他规则上有体现），这一权利有助于保证各成员国的人们参与对他们有影响的卫生政策和措施的制定与执行，以保护他们自己的利益。

促进精神健康不仅仅是卫生部门的责任。它需要不同的部门、不同的人员及各种资金的参与。人权包括民事的、文化的、经济的、政治的及社会的范畴，因此，需要在精神健康决定因素的广泛领域内提供一个跨部门的机构来考虑精神卫生问题。

## 七、行动的概念框架（A conceptual framework for action）

澳大利亚 Victorian 健康促进基金会(VicHealth)提出了行动的概念框架，以指导促进精神健康的工作(见图 1)。这个框架的中心集中于三个精神健康的决定因素（社会包容，不存在歧视与暴力，经济参与），确定需要优先采取行动的人群、地区与环境，描述预期的利益。精神不健康的情况在人群中普遍存在时，在社会和经济状况不佳的地区则更为常见（Desjarlais 等，1995）。整合于 VicHealth 的健康促进框架，就是要减少健康的不平等。以 VicHealth 的观点，要想成功就需要作出以下努力：

■关注精神健康的社会和经济决定因素；

■涉及作用于人群和亚人群水平的全范畴的健康促进方法；

■通过针对不同区域和不同环境来开展这项工作。

由于社会、经济因素与精神健康的关系密切，因此，促进精神健康只有在整个社区的关注与支持下，在与公共、个人、非政府部门发展合作关系的前提下，才能获得成功，并坚持下去。

为了整合牵涉到的必要的部门，必须跨部门合作并形成一种关注健康与疾病问题的共识。考虑到资源的有限性，需要全球的合作来应付与减少精神健康的负担，避免与卫生部门进行资源竞争。

一般情况下，政府政策、研究与实践各自系统地有组织地进行，互相间很少协商交流。为了在群体水平上发展有效的促进精神健康的措施，这些部门必须统筹发展一种整合机制，以考虑长期的和整体的规划、实施与投资。还必须讨论有关的政策，因为对结果的评估可能会影响计划的进程，有的政府部门注重近期收益，因为长远效益的项目往往看不到近期收益，可能不会引起他们的注意。

健康促进是一个充满活力的新领域，尤其是促进精神健康成为最近关注的焦点。健康促进的门类包括了改变健康结构的决定因素，困难不少：要在卫生与其他部门中发展新的、能掌握基本概念与实践技能的人力；在卫生及社会政治领域的学术水平上的多学科合作亦很关键，这需要在学术竞争的环境中转变观念和文化；最后，部门与学科的竞争有可能会阻碍健康促进的发展。国际合作计划的发展是保证促进精神健康的措施在发达国家与发展中国家实施的基础，这需要对才智与经验的共享。

**图 1 精神卫生促进与完好状态的 VicHealth 框架**

**（Figure1： VicHealth’s framework of the promotion of mental health and well-being）**

| 精神卫生与行动主题的关键决定因素<br>（Key Determinants of Mental Health & Themes For Action） | | |
|---|---|---|
| **社会方面** | **远离歧视与暴力** | **经济参与** |
| ■支持性的关系<br>■群体活动<br>■民权保证 | ■价值观差异<br>■人身安全<br>■个人生活自主 | ■工作<br>■教育<br>■住房<br>■现金 |

↓

| 人群组与行动干预的范围（Population Groups & Action Areas） | |
|---|---|
| 人群组（Population groups ） | 健康促进行动（Health promotion action） |
| ■儿童 | ■研究、监测和评估 |

| | |
|---|---|
| ■年轻人<br>■成年男女<br>■老人<br>■土著社区<br>■不同文化的社区<br>■乡村社区居民 | ■发展个人技能<br>■发展组织<br>■强化社区<br>■社会交流<br>■倡导立法与政策改革 |

↓

| 执行行动的部门与场所（Sectors & Settings for Action） | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 住房提供，<br>通讯设施 | 社区，<br>合作 | 教育，<br>公众 | 工作场所<br>学术 | 运动、艺术与娱<br>乐地方政府 | 卫生，<br>司法 |

↓

| 中间效果（Intermediate Outcomes） | | |
|---|---|---|
| 个　人 | 组织和社区 | 社　会 |
| ■增加个人的归属感、自尊感及自主感 | ■接触组织和作出反应<br>■安全、支持性的环境 | ■整合和支持公共政策与项目<br>■强有力的立法平台<br>■资源配置 |

↓

| 促进精神卫生（Improved Mental Health） |
|---|

↓

| 长期效益（Long-term Benefits） | | |
|---|---|---|
| ■较少的焦虑与抑郁<br>■较少的物质滥用<br>■躯体健康改进 | ■在职业、家庭和学校的工作效率提高<br>■较少的暴力与犯罪 | ■减少了健康的不平等<br>■改进生活质量和生活的期望值 |

（资料来源：VicHealth 1999）

## 第二部分　新证据

*有效地促进健康导致健康决定因素的改变(Nutbeam 2000, p.3)。*

### 一、健康促进的目标和行动（Objectives and actions of health promotion）

个人、社会和环境因素决定精神健康与精神疾病的状况，是围绕以下三个主题展开的（HEA 1997; Lehtinen, Riikonen & Lahtinen 1997; Lahtinen 等，1999）：

■建立和维持健康社区，提供一个舒适、安全的环境，有良好的住房，积极的教育经历，就业，良好的工作环境，支持性的政治框架；使矛盾和暴力减小到最少；允许自我决定和控制生活；提供一个有良好社会支持的、积极的角色模式，满足基本的食物需要，提供温暖与庇护的社区。

■每个人通过诸如参与、求同存异及相互的责任感等技能来应对社会问题，这与个体早期与社会的合作、接触、友谊、联系、被接纳感等积极的生活经历有关。

■每个人处理思想与情感，管理生活以及恢复正常情绪的能力，这与个体的躯体健康，自我尊重，解决矛盾的能力和学习能力相关。

提高个体自身的、社会的和环境的质量，避免不利影响，是促进精神健康努力的目标。在每个国家或社区，当地对于主要问题和主要收益，对于决定精神健康的社会和个体因素所持的观点，都将影响促进精神健康的行动。正如前面提到过的，健康促进和疾病预防必然涉及相关和重叠的活动：前者与健康的决定因素相关，后者关注疾病的原因。预防精神疾病的证据（Hosman & Jané－Llopis 待出版）是促进精神健康的证据的基础。除此之外，促进精神健康措施的有效性的证据，通过对在不同国家不同环境的不同方式的经验评估,得到扩展和加强，这为我们发展有效的干预措施提供了更多的把握。

促进精神健康的措施主要是社会政治的：减少失业，提高教育和住房水平，减少对疾病的羞辱和各种歧视，制定某些特殊的政策(如规定必须戴安全帽以防头部损伤)等。关键的实施者是政界要人、教育工作者及非政府组织的成员。精神卫生专家的工作是要提醒这些实施者，哪些因素是影响健康的重要因素(Goldberg 1998)；卫生保健工作者则在防止疾病、在初级保健机构和其他场合，在卫生政策的制定和应用等方面，起着更直接的作用。

健康促进与疾病预防的方法结合起来(Mrazek & Haggerty 1994; Eaton & Harrison 1996)

将干预措施按照疾病不同的危险水平（或促进健康的不同范畴）分类，分成不同的人群组，可使集体干预行动的类型更加明确。如：普遍的（针对整体人群，如良好的产前保健），选择性的（针对风险显著高于平均水平的亚人群，如对年轻人、贫困人群及初产妇等提供家庭支持），或是指向性的（针对那些有轻微的但还是可察觉的症状的高风险人群，如筛选或早期治疗抑郁与痴呆症状）。收集证据的方法受以下认识的影响：①直接的因果关系的证据（对健康与疾病有最直接影响）是最有力的；②大部分健康状态受多重原因的交互作用，并随时间的变化而变化(Desjarlais 等，1995)；③家庭环境和虐待或忽视儿童等重要因素会影响躯体与精神健康的水平，并且在成年后还会增加对几种类型的疾病的患病风险。其他生活事件与环境的相互作用也将对健康、恢复或疾病的发展产生积极的或消极的作用。

促进精神卫生要求和平公正的社会、良好的居住环境、良好的教育与职业状况，还要求多部门的协同合作(Kreitman 1990)。同时也需要有可以测量结果的、循证的干预措施。然而，要求个别的健康促进计划来说明对疾病、生产力和生活质量的长期作用，常常是不现实且不必要的。必要的是收集与精神健康相关的主要因素（病因学研究），设计一个能评估对这些主要因素有效的干预方案。换句话说，这种干预方案的效果可以期待在经济方面、社会歧视或社会联系方面的变化上反映出来。确认与记录这些变化对精神卫生的益处，建立评估这些决定因素的指标，是需要进一步关注的工作领域。现在尽管已经有一些关于促进精神健康的证据，但是还需要进一步通过病因学研究以及对计划与政策的效果评估来加以补充。

本报告概要在这个部分里涉及了在不同环境与人群中促进精神健康的证据的性质、收集、评估与使用，概括了产生新证据的方法。

## 二、促进精神卫生的证据及其运用(Evidence and its use in mental health promotion)

### 1．政策与实践的关联研究(Linking research with practice and policy)

在获得促进精神健康的成熟的证据方面，最近几年取得了重要的进展。在精神健康的风险与保护因素的认识上已达成了共识，并且已有干预措施表明能降低已确认的风险因素，增强已知的保护因素(Mrazek & Haggerty 1994)。国际健康促进与教育联合会(IUHPE)报道了欧盟支持促进精神卫生工作的计划，他们有大量的以循证为基础的计划来保证促进精神健康的实施(IUHPE)。许多证据表明在不同人群与环境中实施有效的促进精神健康的计划是可行的（Hosman & Jané－Llopis 待出版）。

将已有证据应用于全球的实践和政策的制定，这是一个重要的挑战。尽管研究者可能更关注证据的质量和方法学问题，但不同部门可能对于所需的证据类型持不同的观点。如Nutbeam(2000)所描述的那样，决策者可能关注资源的合理配置，展示剩余价值的要求；专家们需要有实施干预可能成功的信心；受益人则关注与他们的需求相关的实施计划与过程。促进已有良好证据的措施能很好地实施，尤其是在条件不利的环境及低收入国家实施，这是另一个主要的任务。这就需要寻找能在不同的文化背景与环境条件下有效、可行、可以持续

实施的项目。因此这一挑战是双重的：将研究证据转化为有效的实践；将有效的实践转化到研究中去，使最新的尚未成文的证据能够形成公开文件。

2．转向积极的精神健康(Shifting to positive mental health)

促进精神健康从积极的意义而不是从消极意义上给精神健康重新定义。这种转向关注的是完好健康状况的积极指标，并要求我们改进方法，建立精神健康结局的积极指标。这种转向亦要求我们关注那些能够记录实施过程以及结果的对精神卫生有促进作用的方法，并确认成功地实施这些措施所必要的条件。

3．确认有效计划的实施(Identifying effective programme implementation)

评估的办法和途径要与促进精神健康实施的原则相一致（Labonte & Robertson 1996），要能够评估过程的初始与结局（WHO 1998b）。这种研究方法突破了方法学的范畴，具有一定的难度。有关计划实施的系统研究相对来说往往被忽视。证据是有等级的概念的，尤其是有一种几乎是专门用于评估随机对照研究（RCTs）结果的方法，这限制了大量的近期主要在高收入国家进行研究所得的证据。需要一种连续性的研究来评估从 RCTs 到更多的定性方法，如：从病例研究、描述性分析、综述、调查、以及民族志学等研究中，所获得的证据(McQueen & Anderson 2001)。

应用研究对于了解在何种条件下以及怎样实施计划才能更为有效是很关键的。如何在现实环境中最好地实施某一措施？收集这一方面的资料对确认有效计划的实施是很有帮助的。

4．将证据应用于低收入国家(Applying the evidence to low-income countries)

在对有关证据进行讨论时除了要注意研究其设计的质量之外，还要直面干预措施的质量与其适用的范围及政策的影响。最近某欧美文献中讨论到证据问题时说：“证据至少在那些最需要的地区是存在的，这些地区指受冲突影响的发展中国家与地区。”(WHO 2002, p. 27)建立用户友好信息系统与数据库是很必要的，它能使执行者与政策制定者易于获得所需信息。确定有效的项目能够被用于学校与社区，并且持续下去，这一任务尤其紧迫。在这一方面，开发基于社区发展与授权项目的应用可能是有帮助的，如“社区妈妈项目”（Johnson 等，1993，2000），“孀妇互助项目”(Silverman 1988)。这些项目与其他项目相比更高效且投入低，能够在条件不好的社区由非专业人员成功地实施。为年轻人服务的学校计划的实施亦是低收入国家的重要问题。

由于缺乏大量的资源，很多国家很难证明有创新性的实践形式，因而不能引起其他国家的关注。他们可能缺少文件、通报、宣传册等。然而没有文件并不代表没有好的实践。有必要普及研究现有的证据怎样应用于不同的文化环境。

国际合作有必要通过出版指导性文献为低收入国家提供技术支持，以便有效地实施低成本的、可持续的项目。检验证据的最终标准是：这些证据能否有效指导全球的实践与政策的制定，以减少不平等的因素，在最大程度上提高个体、家庭和社区的精神健康。

## 三、精神卫生的社会决定因素(Social determinants of mental health)

我们对健康的社会经济决定因素已经进行了充分的研究。简言之，越是被社会隔离或越是处于贫困地位的人，其健康状况可能越差(House, Landis & Umberson 1988)。社会关系越是良好的人，可能越健康，死亡率越低(Kawachi & Kennedy 1997)。很多研究表明：良好的健康状态与社会联系相关(Putnam 2001)。不少作者列举了与精神健康和精神疾病有关的个体、社会和环境因素的证据（HEA 1997; Lahtinen 等，1999; Wilkinson & Marmot 1998; Eaton & Harrison 1998; Hosman & Llopis 2004; Patel & Kleinman 2003）。

随着 20 世纪脑科学和神经科学的发展，我们对社会因素给精神卫生与精神疾病带来的影响有了新的认识。在 21 世纪初，我们重新认识到遗传的先天作用和社会经历对其产生的影响。如今，中心思想不是来自优生学，人们已经否定了通过种族清除和选择性繁殖的模式来提高人群质量的方式，取而代之的是另一种主流模式，即：基因表达能够被外因改变，也可被社会经历所改变。

让群众和社会领导者掌握这些 21 世纪才出现和发展的观点是很重要的。怎样选择社会应对措施，部分取决于我们预测利弊发生的能力以及资源配置的收益—风险分析（benefit-risk evaluation）的能力。预测的准确性在证据中是外显的，或多或少是客观的；但是收益—风险的评价与干预措施的选择则取决于群体对价值的理解与表达。

创造或优化社会结构和评估证据的过程对社会领导者是一个直接的挑战，因为有关精神健康决定因素的新发现和新证据的价值是有限的，除非有社会结构和程序将这些新发现和新证据付诸实施。从这个意义上说，动员能够促进精神卫生的资源(Jenkins 2001)。

20 世纪末，对“风险因素流行病学”有不断增多的尖刻的批评，因为风险因素流行病学意味着一个有选择性的、较窄的研究范围，研究集中于能预示精神疾病或其他躯体状况风险增加的个体水平上的特征和行为(Susser & Susser 1996)。而且，当预防项目集中于改变个体水平的行为时，收获少得令人悲观（Syme 2003）。的确，这种批评已不鲜见。但也有早期的批评家，如 Claus Bahne Bahnson，为更多的研究者辩护。他建议，为了避免对生物或社会心理或其他因素所起的作用大小的争议，在研究的整个过程中应将这几个方面整合到一起来研究。从这个程度上说，精神健康的异常，如自杀相关行为，至少在某个水平上应看作是社会现象。此批评至少是一个世纪之前的事了。

还有很多来自跨学科的公共卫生研究的经验，如对灵长类动物的实验室研究范例（见 Box 5）。

**Box 5：灵长类动物（不包括人类）的实验室研究中的发现**

Harry Harlow 教授的早期实验，将灵长类动物的婴儿与它们的母亲分开，是一个有特别的启发意义的研究。这个研究帮助我们更敏锐地关注人类实验，阐明母—婴分离在人类怎样成为一个不良精神状态的社会决定因素。总之，这是一个基因—环境相互作用的证据，与易

感的雄性灵长类后代过分的攻击行为以及这些个体通常成为严重的酒精滥用者有关联。

研究表明，这些与母亲过早分离的雄性灵长类后代，与其他同样被分离的同龄幼兽生活在一起时，显示攻击和饮酒的行为会加重。更有趣的是，如果这些雄性动物存在 5-HT 转运体基因突变，则会表现出更严重的攻击行为和更多的酒精消耗。然而，当雄性后代在母亲养育的环境中保持与母亲同处，与 5-HT 转运体有关的攻击和饮酒行为则没有明显差别。这就是说，5-HT 转运体变化的不利于健康的行为，明显地只出现在母婴分离后与同龄兽共同喂养的情况下，而不出现在母亲喂养的情况下(Suomi 2002)。

这种灵长类动物研究实验不宜在人类重复。但是“自然实验”有时会产生婴儿与家庭分离，随后群居的情形（如：在某些地区观察到父母死于 HIV/AIDS 导致大量孤儿的产生）。此外，在有些城市地区，儿童离开家庭环境成为街头流浪儿，形成团体，必然地引起社会等级分层。灵长类动物的实验室研究提示，精神健康的积极决定因素（保护因素）在这种情况下被瓦解，这些孤儿及其团体成为一种特殊的、非常值得干预和研究的群体。

## 四、躯体健康与精神健康的联系（Links between physical health and mental health）

良好的精神卫生是指感觉完好和拥有积极的心理状态。它可以影响躯体和精神疾病的起病、过程和结局。例如，研究表明，抑郁焦虑与心脑血管系统及心脑血管疾病存在关联(Kuper, Marmot & Hemingway 2002; Carson 等，2002)。业已表明，精神疾病能增加躯体疾病的易感性，导致更差的疾病结局。心理上的信念如乐观主义、自我克制、成就感和有意义感等，对精神健康和躯体健康都有保护作用。即使对未来不现实的乐观主义信念对 HIV 感染者的健康也有保护作用。同样，躯体健康也可以影响精神疾病和躯体疾病及其结局。这些相互关系都包括在健康的整体概念中。

调查纽约市社区市民健康的状况时电话调查了来自 33 个社区的一万名纽约市民，结果显示，有明显情绪苦恼的人其躯体健康状态不良的比例是普通人群的 3 倍。他们更易于发生许多慢性疾病，包括高胆固醇、高血压、哮喘与糖尿病，因而也导致更高的早死风险。他们往往有更多的不利于健康的高风险的行为，包括久坐的习惯、烟酒过多、不良的饮食习惯等。(New York City，Department of Health and Mental Hygiene 2003)。

在老年人的健康研究中，躯体健康和精神健康的关联也很明显。例如，泰国老年人的日常生活就显示了良好的生活习惯对保持躯体与精神健康的重要性：他们经常锻炼身体，关注健康知识，乐于进行宗教信仰活动，与人友善相处，计划收支，这些都导致了对生活的满足感(Othaganont, Sinthuvorakan & Jensupakarn 2002)。

健康的整体概念在很多地方是理解健康和良好状态的基础。古澳大利亚本土文化对健康的定义就说明了这一点。国家土著人健康政策工作委员会（National Aboriginal Health Strategy Working Party ）（1989）将健康定义为：

*……不仅仅是个体良好的躯体健康状态，而是整个社区在社会、情感与文化方面的整*

*体完好状态。这是整体生活的观点，它亦包括了生—死—生的轮回概念。*

这个定义包括了精神卫生，包含了社会、情感的良好状态，涵盖了精神的、环境的（如国家和地方）、躯体的、社会的（包括社区与文化），以及情感的因素。这些因素通过一种复杂的方式相互作用。这些相互作用被假定为通过心理或心理生理的机制相互作用。最近，特定的精神疾病对心脏疾病及死亡的不利影响已经明确(Bunker 等，2003)。

依据精神健康、躯体健康与疾病三者关系的观点，已有大量的证据强调整体方法对健康的价值。这些关联的自然结果就是，依据健康与躯体、精神疾病的整体观点，来促进积极的精神健康，值得引起高度重视。

精神健康、精神疾病和痊愈的概念（Mental health，mental illness，and concepts of recovery）

对于精神病患者和他们的关爱者来说，懂得“精神健康不仅仅是指没有疾病”这个原则可能是有益处的。有时，保护性的健康资源和积极的健康态度能与某些严重的精神病理学症状共存，例如它们可共存于一个精神分裂症患者身上。这提示我们：在疾病的预防、诊断、治疗和痊愈过程中，需发展一种综合的临床模式，这一综合模式要格外关注和考虑个人积极的健康态度、素质强度、能力以及个人对疾病恢复的主观努力。这种疾病恢复模式使患者和与他们相关的人将治疗和恢复的重点放在强化其个人素质和对未来积极的向往上。强化病人的素质有助于个体在患有精神或其他疾病时能活得更好，而避免被疾病进一步地削弱(Schmolke 2003)。

## 五、精神健康指标的制定（Developing indicators of mental health）

相当数量的实践群体呼吁在精神卫生和精神卫生促进方面发展和使用某些人口学的指标，这些指标来源于：精神卫生的流行病学研究、生活质量的跨国研究、社会性的决定因素及其不平等与健康和精神健康后果之间的关系的发现、心理测验的研究、来自保健监护和监督的观察。

在提出精神健康的指标时，健康促进工作者和精神卫生工作者各有不同的看法，尽管这些看法并不是对立的。不论是关注人群还是关注个体，两者都认为积极的精神健康是建立在一个大的社会政治、经济和文化环境的背景下的。反之，精神卫生状况通过许多集体的和个体的机制对物质资源和社会资源的分配产生影响。最后，个人的生物学特征和基因表达受到这些环境因素的调节，同时也与这些环境因素产生相互作用。作为一种结果，积极的精神健康指标必然能反映出影响的不同水平。

新出现的积极的精神健康的框架或概念模型，尽管仍处在早期阶段，就已经认识到了需要一系列的指标来反映精神健康的不同水平［Korkeila 2000; Lahtinen 等，1999; National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) and European Commission 2000; Stephens, Dulberg & Joubert 1999］。这些指标涉及到多个部门（例如卫生、福利、教育、司法）。它们也包括文化、社会和政治经济结构进程的宏观水平的指标；社会组织和社区、学校、地方邻居和工作场所的行为的远期指标；人口统计学、物质、社会环境、家庭和同伴

行为的近期指标；个人的心理、生物、社会、物质和个体的人口学特征等直接指标。

显然，制定一个能包括这些内容的全部或部分的框架是一个巨大的任务。然而，在这方面人们已经作了一些努力。例如，使用 2000 年被联合国采用的人类发展指数(Human Development Index，HDI)可以测定更广泛而宏观的精神健康的决定因素，同时考虑到人口的增长和国家的经济状况，被作为一种成就性（measure of achievement）的指标。另一些国家宏观指标是性别相关发展指数（Gender-related Development Index，GDI）和性别优势指数（Gender Empowerment Index，GEI）。它们与人类基本发展的某些特征相关，是测量精神健康背景的指标。

有几种测量工具试图评估个体总的精神卫生痛苦水平和某一特定行为的强度，如自杀行为的强度。例如，Kessler-10(K10)是一个测定精神刺激的自评问卷；SF-36 是一种访谈式的评定精神痛苦的工具。

**Box 6：自杀率、自伤率、自杀观念，这些是衡量精神痛苦的有效指标吗？**

专业和非专业人士几乎都认为自杀必然是心理痛苦的指标。自杀率通常被用于或被推荐作为与心理状态和精神疾病相关的特殊死亡原因的一个指标。然而，有几个特征使得将自杀作为一个指标有了疑问，即自杀的概念、多变性、人群中的低概率事件、事件本身的性质及复杂的原因，这些使得自杀率成了衡量人群精神痛苦的一个较差的指标。

自杀死亡率掩盖了比它更普遍的、更具有隐蔽性和更可变的自伤率。自我伤害（self-inflicted injury）比蓄意自伤（deliberate selfharm）少了些自身的主观性。因为自我伤害有更高的发生率，而且它与许多常见的痛苦因素如物质滥用、抑郁及暴力有关。同时自伤与紧随其后的自杀有紧密的联系，对有自我伤害意图的人在人群中的发生比例进行监测可能为衡量精神痛苦提供一个有用的替代指标。

自杀观念问题是直接探求心理痛苦的另一种方式。然而，一个对自杀观念的合理的测定需要一定的时间和在人群中评价这一测量的应答性（responsiveness）和价值。

有关自杀的环境和背景的研究也要识别特定环境下的自杀动机以及自杀行为的促发因素(Mitchell Weiss, personal communication)。在那样的研究中，自杀行为的研究能识别特殊情景下的精神健康问题，进而将其补充到精神障碍诊断标准下的分条目中，它们常常被用来解释自杀行为。因为自杀是一个如此显而易见的精神卫生问题，因此自杀背景的研究是精神卫生专业人员特别感兴趣的事件，而且它们对指导规划跨文化的社区精神卫生工作特别有用。

个人信息的收集包括人口学的相关因素、暴露于应激性生活事件的情况、社会支持的水平及生活质量。人口学的相关因素（demographic determinants），如年龄、性别、教育程度、收入和当前的职业，这些能归纳人口的特征，并能提供执行精神健康促进措施所需的描述性背景材料。应激性生活事件与不良的精神卫生有关(Brown & Harris 1989)，这在社会科学的

领域进行了广泛的研究（Wethington, Brown & Kessler 1995）。社会支持（social support）常常被作为一个环境变量来考虑。然而研究表明，它受遗传因素的影响(Kendler 1997)，与个性有关，并具有时间上的相对稳定性(Sarason, Sarason & Shearin 1986)。更重要的是，社会支持在环境里不是隐藏的而是通过个体间的相互行为来维持。纵向研究表明它和健康，尤其是正性的精神健康有关（Cederblad 等，1995）。社会支持涵盖了三个领域：个体与其他人接触的程度，个体对支持的认知评价，以及个体对提供的支持所做出的回应。目前已经有了许多测量方法(Korkeila 2000)，它们均来自对社会科学的长期的感性认识。例如包括 27 项条目内容的社会支持问卷（Social Support Questionnaire）；医疗结果研究的社会支持调查（Medical Outcomes Study Social Support Survey，MOS-SSS）。生活质量评定问卷不仅测量精神健康而且通常包含了直接考察精神健康的项目和领域。

## 六、有效干预的证据（Evidence of effective interventions）

证据是为了证明许多可以作为范例的精神卫生促进措施和政策的有效性而存在的。它们表明，在整个生命周期和不同的场合，诸如围产期保健、学校、工作场所和地方社区等，在公共卫生的途径内促进精神卫生，是一种现实的选择。在许多生活领域，设计良好的干预措施有助于促进精神健康和人群的完好状态。在过去的二十年里，有关精神卫生促进和精神障碍预防的大量研究表明：这些措施是有效的，而且能够改善精神卫生，促进健康，促进社会和经济的发展(Albee & Gulotta 1997; Durlak 1995; Price 等，1992; Price 等，1988; Hosman & Llopis 1999; Hosman, Llopis & Saxena 2004; Mrazek & Haggerty 1994)。已有专题综述说明，干预措施对不同背景，包括学校(Greenberg 等，2001)和工作场所(Price & Kompier 2004)的某些行为有效，诸如虐待儿童(Hoefnagels 2004; MacMillan 等，1994a, 1994b)，品行障碍(Reid 等，1999)，暴力和攻击(Yoshikawa 1994)，物质使用(Gilvarry 2000；Anderson 等，1999)。同样，荟萃分析已被用来评价某些措施在下列领域的作用：儿童和青少年的有害药物使用(Tobler 1992; Tobler 等，1999; Tobler 等，1997)，儿童精神卫生(Durlak 等，1997; Durlak & Wells 1998)，婴儿到六岁儿童的干预(Brown 等，2000)，儿童性虐待的预防(Davis & Gidycz 2000)和抑郁的预防(Jané－Llopis, Hosman & Jenkins 2003)等。

以下内容回顾了最好的有效的精神卫生促进的例子，它们的证据来自对照实验，包括队列研究（quasi-experimental studies）和时间序列研究（time series design）。相关的证据也来自观察和定性的研究。特别是这些干预措施来源于低收入国家，在这些国家里，由于资源短缺，往往不能完成昂贵的对照研究。《促进精神卫生：概念 • 新证据 • 实践》报告中列举了大量的在不同系统水平和生命的不同时期促进精神卫生的一些措施和政策，本报告概要陈述的只是这些政策和措施的一个简短的摘要，更多的细节和更广泛的例子可以从报告全文中获得。对于预防精神疾病和减少精神不健康的危险性的循证措施的广泛的综述，我们将另文叙述(Hosman, Llopis & Saxena 2004)。

1. 宏观干预对精神健康的影响：创造支持性的环境和实施公共政策（Macro interventions with mental health impact：creating supportive environments and implementing public policy）

（ 1 ）改善营养（Improving nutrition）

强有力的证据表明，改善营养、发展社会经济，能使生活在贫困社区的孩子们认知正常发育，并能改进教育的效果。最有效的干预模式是结合了心理关怀（例如热情、注意倾听）和营养干预措施的模式（比如提供食物）（WHO 1999）。这些措施也被证实是合算的（WHO 2002）。此外，碘在预防精神和躯体发育迟滞以及预防学习能力受损方面起到了重要的作用(WHO 2002)。补碘措施保证了孩子们能获得适当的碘。经过全球的努力，在联合国儿童基金会（UNICEF）的支持下，世界上 70%的家庭已经使用了碘盐，这一措施保护了九亿一千万新生儿免于碘缺乏(UNICEF 2002 报告)，并且也间接地防治了相关的精神和躯体健康问题。

（ 2 ）改善住房（Improving housing）

住房条件差已作为穷困的一个指标，且已作为提高公共健康水平、减少健康不平等的一个目标。最近，一个关于改善住房对健康的影响的系统综述(Thomson, Petticrew & Morrison 2001)提示，改善住房有益于躯体和精神健康，居民的自我陈述表明：躯体和精神健康改善了，安全感增强了，犯罪减少了，社区活动的参与增加了。

（ 3 ）提高受教育机会（Improving access to education）

识字率低（low literacy）在许多国家是一个重大的社会问题，尤其在南亚和非洲的 Saharan 地区。识字率低和教育水平低在女性中可能更为常见。缺乏教育严重限制了个人争取更好的经济权利的能力。现在，大部分国家通过给孩子们更好的教育而提高了识字率，取得了令人欣慰的成绩。然而，较少有针对成人提高识字率的措施。印度的人种志学研究提示，提高成人的读写能力对促进精神健康有明显的作用。积极的精神健康作用是通过多种途径来调节的，例如计算能力的获得，它降低了个体被骗的风险，使其更有信心表达个人的权利，减少获得各种机会的障碍。

也有证据表明，使用补助金来缩小在教育上的性别差距是成功的(World Bank 2000)。例如，1982 年对孟加拉建立津贴的学校首次进行了评估，结果表明，在过去五年中，中学注册的女生从 27%上升到 44%，为全国平均水平的两倍多(Bellew & King 1993)。巴基斯坦的评估研究表明，如果改善就学条件，给予补助，加上适合的文化设计，能使女生的就学人数锐增。更好的教育提高了女性认知—感情、增长了智力能力，拓宽了工作前途，这些都能减少社会的不公和罹患某种精神障碍（如抑郁）的危险性。

（ 4 ）加强社区网络（Strengthening community networks）

社区干预关注的是在社区成员中发展和建立他们的主人翁意识和社会责任感。社区干预的一个例子就是社区关爱（Communities that Care，CTC）项目(Hawkins 等，2002)，它已经

在美国的几百个社区被成功地实施，并且正在荷兰、英国、瑞士、威尔士和澳大利亚被采用和重复。CTC 是一个区域实验性的策略，这种策略帮助社区公民使用当地的数据在多个水平上同时发挥作用：社区（如动员、媒体、政策变动），学校（改变学校管理结构或教学时间），家庭（如父母训练策略）和个人（如社会能力提高策略）(Hawkins 等，1997)。CTC 策略通过激发社区来执行预防暴力和攻击的社区预防系统(Hawkins 等，2002)。并在选择和实施已有的、适合他们社区风险预测的循证措施上对社区给予支持。迄今为止，这个操作系统在美国的 40 个试验社区进行了对照评估。结果表明对青年人的行为，父母的技能，家庭和社区的关系，有明显的改善作用，使学校问题、武器指控、非法的药物犯罪和攻击行为有明显的减少。

（ 5 ）减少成瘾药物的滥用（Reducing misuse of addictive substances）

已有足够的证据表明怀孕期间使用酒精、烟草和药物对健康的负性影响。这些影响包括增加了早产的可能性，婴儿出生时的低体重，围产期死亡率增加，儿童成长期的神经和认知—情感发育受限制，表现出智力低下、ADHD、行为问题、学习成绩差等(Brown & Sturgeon 2004; Tuthill 等，1999)。早产和出生时体重过轻这些本身就是导致不良的精神健康和精神障碍的危险因素(Elgen, Sommerfelt & Markestad 2002)。一般而言，母亲的物质滥用与其后代在青少年期和成年期的物质依赖有关(Allen 等，1998)。帮助孕妇戒掉或减少物质使用的教育措施对促进精神健康有长期的益处。

（ 6 ）灾难后干预（Intervening after disasters）

灾后重建阶段的心理和社会干预已经推荐应用于提高受影响人群的精神健康水平，防止精神病理状况的发生(WHO 2003b)。这些干预包括利用社区志愿者，提供非介入性（nonintrusive）的情感支持，精神教育和鼓励采取预先已有的积极的应对方式。

（ 7 ）防止暴力（Preventing violence）

社区基础上的防止暴力措施包括公众教育运动，改进城区组织结构和社区管理政策(WHO 2002a)。这些努力不仅防止了暴力，而且对受影响的人群的精神健康和精神完好状态也有好处。

2. 精神卫生促进的中间的和微观干预（Meso and micro interventions for mental health promotion）

（ 1 ）生命的早期阶段（The early stages of life）

生命的早期阶段在心理、社会和躯体功能方面的发展，比一生中其他的任何时期都更多。从出生到三岁所发生的变化将会影响到其后的儿童和青少年期的变化（UNICEF 2002）。一个生命有一个健康的开始在很大程度上决定了儿童其后在学校里的功能状态，与同伴的亲情关系和与社会更广泛的联系。生命健康的开始的最主要维度是躯体和心理的完好状态，包括远离贫穷、暴力、武装冲突，远离家庭中的 HIV/AIDS(UNICEF 2002)，远离躯体疾病、虚弱、受伤、遭虐待、被忽视，没有在出生前接触有害物质或药物、营养不良及缺少健康的母

爱等。生命的开始状况反过来又会影响其随后的行为问题，包括对立—违拗（opposition-defiance），攻击和品行问题，胆怯和退缩行为，注意缺陷和多动，学前预备行为（包括口头表达、语言文字和社会技能）。

建立以家庭完好为目标的政策，例如减轻经济困难的政策，在工作场所的家庭式友好政策，或儿童保育政策等，均有利于儿童及其将来成人时总体的躯体和精神健康。

**Box 7：促进精神健康的个案研究：家访**

证据表明，怀孕期间的家访干预对健康、对社会和经济的收益方面，都有巨大的公共卫生意义，包括对母亲和对新生儿的长期的精神健康的改善。一个有效的例子就是出生前的和婴儿期的家访项目（Prenatal and Infancy Home-visiting Programme ）（Olds 1998; Olds 2002），这是一个为期 25 年的研究项目，这个项目试图通过出生前和婴儿期的护士家访，改善低收入母亲和孩子早期的健康和发育以及将来生活的发展轨迹。

这个项目已经得到了来自两个不同背景、不同人群的独立的大样本的随机对照研究的检验。它已经成功地改善了父母对孩子的照顾，减少了与虐待和忽视儿童有关的伤害。母亲在其后的生活阶段较少怀孕，参与工作的能力更强，较少使用辅助的公共设施。在第一个实验中，对那些低收入的未婚妈妈在怀孕期间由护士进行家访，等她们的孩子满 15 岁时随访发现，这个项目对这些孩子在被逮捕的数量、被定罪、物质滥用、紊乱的性活动等方面，产生了长期的正面的效果，而且家庭的经济状况变好了。政府对这些家庭的开销减少，数量超过了对此项目的投入。

针对有关的危险因素和保护因素对此方案进行了重要的修改后，这种干预已经在美国的另外两个社区得到了成功的实践。最近，这个项目已被欧洲的一些国家所采用。

应该注意的是，在传播、采用、实施这些家访干预时，某些由护士和社会工作者所进行的干预并不一定能产生效果(Villar 1992)。这就要求能鉴别在这些有效项目中哪些成分是积极有效的。这方面知识的获得，应该成为将来发展家访计划的指南。

（ 2 ）学前教育和心理社会干预（Pre-school educational and psychosocial interventions）

许多社区项目是针对有年轻孩子的家庭的，比如：图书馆的家庭阅读项目，健康筛查诊所，有组织的娱乐活动，关于基本阅读技巧和社会情感价值的电视教育项目等。

在美国，Perry 学前计划（Perry Preschool Project）结合半天的学前干预和每周一次的家访，有很好的长期效果。所干预的孩子们都是非裔的美国人，都有贫穷的背景，通过干预，他们改善了认知的发展，获得了更好的学业成绩，品行问题和被捕明显减少。

19 岁到 27 岁这个年龄段的人也获得了明显的好处：被捕率减少了 40%，再次被捕率减少了 7 倍(Schweinhart & Weikart 1997)。出生在贫穷家庭或少数民族家庭的孩子们的语言技能通常比其他孩子发展得慢一些，而充分的证据表明，从两岁开始的早期干预能提高基本的

阅读技能，让孩子与他们的父母就图画书进行对话能提高阅读技能，并能使孩子们更容易过渡到学校的学习(Valdez-Menchaca & Whitehurst 1992)。

问题是：以家庭为基础的干预和通过双亲干预的方式，是否是一种有效的资源的使用？有关这一领域的少数几个成本—效益分析的研究表明，这是一种有前景的方式(Olds 1997)。并且，这一方式对父母和他们的孩子的躯体和心理健康同时发生作用，而且这一作用可以延续到孩子的一生，可以在代与代之间延续。

（ 3 ）在学校环境中减少暴力、促进情感健康发展（Reducing violence and improving emotional well-being in the school setting）

许多国家出台了普及基础教育的制度。尽管并不是所有的发展中国家都是这样做了，但年轻人入学的数量还是在增加。除了培养学生的学业发展这一中心作用外，学校的另一个重要职责是促进学生的健康和社会化情感的发展(WHO 1997; Elias 等，1997; Weare 2000)。尽管孩子们在学校度过的时间长短各有不同，在许多社会里，学校仍是他们最初社会化的场所。基于这一原因，也因为在这样一个背景下（年轻人在这里度过了许多的时间）进行行为干预的便利性，学校已经成为对孩子和年轻人进行干预的最重要的场所之一。

要发挥有效的功能，孩子们需要有社交和情感能力。他们也需要有建设性地使用这些技能的自信心和有助于发展自我个性、实践他们技能的机会。这个过程常被称为“社会和情感的学习过程”(Elias 等，1997)。学业、社会和情感学习联合网站(CASEL-www.casel.org/index)提供了大量的有关加强社会情感学习的循证的方案，不同的地区和国家可以通过下载这些方案很方便地实施这一方案。

①以学校为基础的有效的精神卫生干预（Effective school-based interventions for mental health）

大量的证据表明，针对学生群体所提供的一般性干预项目对积极的精神健康有益。学校的几个类型的干预被确定能提高学生的能力和自我价值，同时也减少了情绪和行为问题(Kellam 1994; Domitrovich 等，2004; Patton 等，2003; Greenberg 等，2001)。有些干预项目用一种整合的途径来对整个学校进行干预，另一些则选择学校系统的某一部分作为干预目标，例如，针对某个年级的孩子们，或者是针对被认为正处于情感和行为问题高危险期的一组特殊的人群。

通常来说，以学校为基础的普通干预主要针对一般的危险因素和一般的精神健康问题，比如学业不良、攻击、欺负弱小等。这些项目在提高个体能力、顺应性（resilience）及减少抑郁症状方面已显示出效果(Felner 等，1993; Kellam 等，1994; Greenberg & Kusche 1998)。

随着学生的成长，他们会面临新的挑战，比如来自从事不良行为和物质使用的同伴的压力，这时，社会情感能力对维持健康和正性（积极）的发展显得尤其重要。以学校为基础的技能发展项目对大、中学生来说常常既要能促进精神健康又要能防止物质滥用，尤其是遇到这类需要解决的实际问题时。积极的年轻人发展项目（Positive Youth Development

Programme，PYD）就是这样的以学校为基础的着眼于学生这类技能发展的一个范例(Caplan 等，1992)。促进一般的社会能力和学会拒绝酒精及药物使用的技巧的课程，对学生的技能和社会适应能力有显著的改善作用。

②改变学校的生态（Changing school ecology）

一个有积极的心理社会环境的学校（对孩子们友好的学校）对年轻人的精神健康和完好状态会产生正性的影响(WHO 2003c)。积极的学校心理社会环境是指提供一个友好的、有益的、支持性的氛围，互助合作和主动的学习，避免身体的惩罚和暴力。

③综合干预项目（Multicomponent programmes）

同时针对不同水平的干预措施，例如既改变学校生态，同时提高个人技能，这样的干预措施比那些单一水平的干预措施效果更好。有效的多组分的干预项目例子有：家庭和老师利益结合（Linking the Interests of Families and Teachers，LIFT）的项目，减少了学生的攻击行为，对那些正处在危险边缘的孩子特别有效(Reid 等，1999) ；西雅图社会发展计划（Seattle Social Development Project）(Hawkins 等，1992)，它对个人、学校及家庭的多种危险和保护因素进行了长达 6 年的干预，结果发现，学生对学校的依附感增强，自我报告成绩提高，在学校的不良行为明显减少(Hawkins, Von Cleve & Catalano 1991)。

（ 4 ）成人人群（The adult population）

①降低对失业的紧张度（Reducing the strain of unemployment）

下岗和失去工作能引起严重的精神健康问题。在一个美国母亲的样本中，生活贫穷、没有工作和接受社会福利的母亲对孩子有负性的认知和行为，较低的母性精神健康，较少的社会支持，表现出较多的回避应对策略（Brooks-Gunn 等，2001）。干预措施推荐工作改革，发展和实施最终能使贫困女性离开低工资的工作，进入能使她们的经济长期自足的工作。这些优先权包括提供基本生活的工资，接受再教育和工作培训(O’Campo 1998)。

同样，对低收入的失业群体进行咨询或进行找工作的培训可能是一个有效的策略，能增强他们应对失业压力的能力，减少失业对精神健康的负性影响。例如 JOBS 工作项目（JOBS Programme ）(Caplan 等，1989；Caplan 等，1997)，在再就业率、获得工作的质量及报酬、找工作的自我有效性和技巧等方面，已经显示出积极的影响，同时减少了失业者的抑郁和痛苦。JOBS 工作项目已在中国、芬兰和美国成功地传播(Price 等，1998)，目前正在北爱尔兰实践。

②职业场所的应激预防措施（Stress prevention programmes at the workplace）

有证据表明，某些职业特征可能引起或导致精神健康问题（如疲乏、焦虑障碍、抑郁、失眠），还能导致胃肠功能紊乱，心血管疾病，肌肉骨骼疾病，对健康和人类服务产生经济和社会负担（Price & Kompier 2004）。减小工作压力的干预可以是直接针对提高员工的应对能力，也可以是改变工作环境。研究显示，应激处理训练、应激转移技巧、放松技术、社会技能和体能训练等，能增加员工在工作中的应对能力，对预防不利的心理健康后果是有效的

（Murphy 1996； Van der Klink 等，2001）。减少工作环境中应激源的干预包括工作任务和工作技术干预，如压缩工作量，改进工作环境，减少噪音等；干预定位于明确角色职责，处理冲突，协调关系；把工作定向和个人定向的措施结合起来。上述这些社会干预可能引起积极的影响，但不能保证一定会有(Semmer 2003)。

（ 5 ）改善老年人的精神健康（Improving the mental health of the elderly）

到 2000 年止，世界上有 6 亿多人年龄超过了 60 岁。这个数字有望在 20 年后增加 70%。这种老年人口的快速增加带来了与年龄相关的躯体和精神健康问题的增加，包括痴呆的危险性的增加(Levkov 等，1995)，与年龄有关的慢性疾病的增加以及总体水平的精神完好状态和生活质量的下降。不同类型的一般干预措施已经在改善老年人群的精神健康方面取得了成功。成功的干预包括社会支持、社区保障干预及促进健康生活方式的干预(■Llopis, Hosman & Copeland 2004)。这些项目包括运动干预、提供助听设备和友谊项目（Befriending Programme）（见 Box 8）。

**Box 8：精神健康促进的个案研究：老年人**

友谊（Befriending）

在过去的 20 年里，不同的研究表明友谊对于老年人，尤其是老年女性的完好状态有重要作用（Armstrong & Goldsteen 1990）。友谊有多重作用，比如提供陪伴和快乐，在有问题和应激的情况下得到支持，维持个体的身份和生存的意义。对老年人群来说，“友谊”是一个广泛使用的策略，用来增加社会支持，减少孤独和抑郁。一个针对老年女性的友谊项目，由 12 个组会（group sessions）组成，建立在社会支持、友谊、自助的理论基础之上，实践证明能明显减少老年人的孤独（Stevens & van Tilburg 2000）。

提供听力帮助（Providing hearing aids）

一个在初级保健诊所开展的助听干预被用来评价提供听力帮助是否对听力丧失的老年人提高生活质量有益(Mulrow 等，1990)。结果表明获得了听力帮助的老年人与那些没有获得的老年人比，在社会和情感功能、社交、认知和抑郁方面都有显著的改善。

3. 在所有的国家和背景下发展（Moving forward in all countries and settings）

政策制定者，服务提供者，地方当局和执行者需要充分利用那些在其他地方已经发展、实践和验证了的干预措施。然而，从大量的增长快速的建立在循证基础上的有关干预措施的出版物中检索出相关的科学知识是很费时的。尤其是在低收入国家，接触科学杂志和书籍有一定困难。据此，有几个组织已经建立或正在发展国际性的数据库，使人们比较容易获得那些建立在循证基础上的预防和健康促进项目的数据，包括那些针对精神卫生内容的数据。这些数据库的一些例子包括：美国疾病预防和控制中心，Cochrane 图书馆，CASEL，物质滥用和精神卫生服务管理局(SAMHSA)，与欧盟和 WHO 有关的 Nijmegen 预防研究中心建立

的精神卫生促进行动执行情况数据库(IMHPA)。

然而，新出现的证据是有限的，它常常是基于一个或两个设计良好的结局进行研究，而且大部分是在富裕国家完成的。最近，新一代研究的主要方向转为比较某一项目在不同国家和不同文化背景下的效果。我们对于所发现的跨地域的证据的可靠性，这些证据对不同文化和经济环境的敏感性，了解仍然是很薄弱的。在我们倡导要将“最好的实践”和“最佳的干预模式”在世界不同的国家和地区进行传播的前提下，这就成了一个严重的问题。在某一地方实施有效的项目用于不同的环境和不同的国家时，是否一定有效？对此我们需要谨慎地推论。在主动传播有效的或者有希望的干预项目，鼓励他们在其他地方采用和实施的同时，我们应该鼓励他们进行新的效果研究并发展支持性的研究政策。

促进精神健康的证据不管是作为一个整体还是针对某一措施的证据都是逐渐增加的。期望每个国家和地区对他们所执行的每一项措施都进行一系列的效果对照研究是不现实的。尤其是在低收入国家，资源的短缺往往促使当局和实践者依据最少的科学证据便作出可能的决定来促进精神健康。这就强调不仅要研究项目的收益，同时还要研究他们的工作机制、原理及影响效果的因素。这些知识和由它们而得来的指导方针能使政策制定者、项目设计者和执行者根据地方的需求、资源和文化背景来对方案进行适当的改进，以增加这些干预措施的有效性。同时也强调需要使用广泛的研究方法，包括耗资较少的定性研究，在有效性存在问题的国家和地区，增加这方面的基础证据。

## 七、有效地促进低收入国家的精神卫生（Effective mental health promotion in low-income countries）

精神卫生与人类的发展是密不可分的，因为人类发展的社会和经济决定因素与精神卫生密切相关，而不良的精神卫生将有害于人类的寿命、整体健康水平和创造性。影响人类发展的因素同样是那些影响精神健康的因素，而且人类的发展与精神健康之间可能存在互动的关系（Patel 2001）。

在基础设施薄弱、人力和物质资源短缺、人权不能被认可的背景下来谈促进精神健康是困难的，最主要的困难是，在精神卫生促进的实践范围内能够立即想到的，而且是许多社会变化所必须的精神卫生改善，却远远不能达到。这里主要讨论三个方面的行动：倡导、授权（empowerment）和社会支持。

### 1. 倡导（Advocacy）

倡导的目的在于使人们对精神健康产生公共需求，要说服所有的相关部门对精神卫生予以高度重视。预防危害精神健康的酒精滥用，就是倡导的一个例子。

全球的疾病负担研究显示酒精滥用是导致社会和家庭破裂及病死率和死亡率的一个主要的原因，对发展中国家的男性来说，尤其如此。对酒精滥用引起的障碍的认识日益增加，尤其在拉丁美洲，东欧和南亚(Pyne, Claeson & Correia 2002; Patel 1998)。在印度，与酒精滥用有

关的社会问题作为一种尺度，已经进入到了政治性的领域：在最近的几年里，对抵制酒精滥用这一问题进行了全民表决，并且取得了胜利（Patel 1998）。

一个以社区为基础的反对酗酒、促进家庭精神健康的方法在印度农村是分步完成的，是从评估酗酒给社区带来的负担和影响开始的(Bang & Bang 1991)。这个研究证实了酗酒问题的巨大负担并且确定了一系列关键性的预防和促进策略。这些策略包括教育和了解相关知识，反对醉酒的男人，倡导政界限制在酒吧和商店里售卖酒精，媒体宣传戒酒。这个研究项目通过由年轻人和妇女以及 Daramukti Sangathana（从酒中解放出来）村庄小组领导的社区运动得以实现，使该地区酒精的生产量明显减少，酒精的消耗量也减少了 60%。结果是，现在人们有更多的钱用于食物、衣服和福利，家庭暴力大大减少(Bang & Bang 1995)。

在中国云南进行了一个以社区为基础的、非盲的匹配试验用来调查一个多层面的社区干预对预防年轻人药物滥用的有效性。这个项目与在印度的那个项目一样，涉及该社区的多个领导部门，强调社区参与和行动，综合学校教育、提高读写能力和增加就职机会等措施。这一项目显著地降低了药物滥用的发生率，人们对 HIV/AIDS 和药物滥用的态度和知识有明显提高（Wu 等，2002）。

### 2. 授权（Empowerment）

授权是这样一个过程：通过它使生活在社区中的传统的贫困人群（这些人群由于贫困妨碍了他们的健康）克服困难，获得他们应有的权利，得到一种完整的平等的最好的健康生活。授权程序影响精神卫生的一个例子是缓和债务的低额贷款计划。

在许多发展中国家，欠债和经济不稳定是产生巨大压力和忧虑的原因之一。因为穷人常常缺乏读写能力和信用度，而这些恰恰是贷款所必须的，因此正规的银行不能实施对社区穷人的短期贷款。对于无权无势的农民来说，一方面要靠季节性下雨才有收成，另一方面又要面对日益激烈的来自大型跨国公司的竞争。在印度，自然灾害和竞争是债务的主要原因，在近几年由于债务导致的应激已使数百人自杀(Sundar 1999)。

发展中国家的农民在经济上经不起折腾，这一事实提示我们为了促进精神健康，应该修订银行的贷款程序，即通过地方银行对生活在最贫穷地区的人民的信用度进行评估。某些社区银行和贷款机构，比如在印度由 SEWA 运作的银行和孟加拉的 Grameen 银行，采取了积极的措施，已经在那些从前根本不存在贷款机构的地区建立了贷款机构，并贷款给那些从前不可能接近这些机构和得到这些服务的穷人。

已有证据表明，可以利用这样的银行贷款措施来促进精神卫生。孟加拉国农村发展委员会（Bangladesh Rural Advancement Committee，BRAC）的工作涵盖了提供卫生保健、教育、以及农村发展项目等内容。其中农村发展项目通过“村庄组织”（Village Organizations，VO）在各个独立的村一级组织运作，“村庄组织”包括了每个社区中最贫困的村庄，其主要的活动是提高村民的意识和觉悟，以及增加必需的储蓄等。一旦建立了这一组织，村庄中的各个成员便能获得增收计划的信任。BRAC 对它的许多方案在不同背景下的运作情况进行了评

估，数据来自基层一线（baseline）、不同的季节、不同的人种学的调查，来自人口统计学的监测。结果表明：BRAC 成员的营养状况更好，儿童存活率更高，获得了更好的教育，家庭暴力发生率低，身心健康状况也得到了改善（Chowdury & Bhuiya 2001）。

其他对健康有影响的方案及策略所关注的还有社区妇女权利的保护和暴力的预防（见 Box 9）。

**Box 9: 妇女权利及其对心理健康的影响**

“sex”只是生物学上常用来区别男女特征的一个术语，而“gender”则还涉及男女在社会属性上的差异。在发展中国家，“gender”这一社会学性别是一个引起享有健康权利不平等的关键因素。性别影响着男性和女性支配健康决定因素的能力，这些决定因素包括他们的经济地位、社会地位、可得到的资源以及社会待遇。因此，性别可视为一个影响健康的重要社会学决定因素，它与其他决定因素如年龄、家庭结构、收入、教育、社会支持等相互作用而影响个体的健康状况（WHO 2000a）。在发展中国家，性别对公共卫生的重要影响已经得到公认并成为社会的主流认识；因此，性别已成为重要的健康计划的核心成分，这些计划多着眼于儿童及青春期健康、生殖健康和初级卫生保健。

性别在解释女性罹患较多的常见精神障碍时有重要作用，这一结论在发展中国家的一系列研究中得到了证实（Broadhead 等，待出版；Patel, Rodrigues & De Souza 2002）。这些研究表明了妇女为何更容易罹患抑郁，至少有部分的原因在于：社会对妇女持消极态度、对她们的工作缺少认可、妇女受教育和就职的机会比男性少、遭遇家庭暴力的风险更大（WHO 2000a）。

尽管大量的研究表明家庭暴力和心理健康问题之间有密切的联系（WHO 2000a; Heise, Ellsberg & Gottemoeller 1999），但我们还没有就许多发展中国家所实行的减少家庭暴力的项目对心理健康的实际影响进行过系统的评估。这些项目在不同的水平发挥了作用，包括：增加卫生工作者对问题的敏感性，使他们在被问到与虐待有关的问题时能够自信坦然；将对暴力行为进行的健康教育结合到现存的健康方案和媒体策略之中（如电视肥皂剧）；改进法律，使受虐妇女的权利得到保障；采用法律措施使施虐者受到更重的经济惩罚，为受害者提供帮助，抓出男性施虐者（Heise, Ellsberg & Gottemoeller 1999）。亲情关系往往是发生家庭暴力的最常见起因，因此解决问题的途径多着眼于强化亲情关系，具体包括双亲关系训练、榜样示范、婚姻咨询。其中的一些方法，如垫脚石项目（Stepping Stones Programme），在非洲和亚洲背景下的定性评估中，表明它能帮助男性提高交流技巧，并使他们学会尊重女性（被 WHO 2002a 引证）。许多项目在减少暴力行为的初步结论上看是有效的，鉴于家庭暴力和女性常见的精神障碍有关，这些项目很可能也非常有益于精神健康的促进。

### 3. 社会支持（Social support）

社会支持策略力图强化社区组织机构来鼓励健康的生活方式以及增进心理健康。事实证明跨部门的联合是有效的。事例之一是促进母亲的心理健康的举措。母亲的心理健康状况不佳会累及母亲本身及婴儿的生长发育（WHO 2000a; Broadhead 等，待出版），促进母亲健康的干预措施会改善母婴关系，促进儿童发育。例如，赞比亚的一项试验表明，获得支持和咨询等干预措施帮助的母亲在解决婴幼儿的健康问题时有更多的应对措施，这也显示了母亲权利的增强（Heise 1999）。秘鲁的从女人到女人（Women-to-Women）方案也表明可以增强母亲的自尊（Broadhead 等，待出版）。

一篇针对在不良环境中促进儿童发育项目的评论在最近引起了世界卫生组织的注意（WHO 1999）。改善营养和发展教育可促进贫困人口的心理社会学发展，结合营养和心理社会学方面的干预（如父母的激励）所起的作用最大。全方位方案涵盖了营养和心理社会学两方面的干预，这种方案在世界上一些最贫困的国家得到了采用。尽管有这些令人振奋的结果，但我们还应认识到，那些在营养上和社会经济上处于劣势的儿童的健康状况从未完全赶上那些营养充足条件优越的儿童。我们有必要发展和检验某些联合使用了多种干预的干预模式，使之能用于更大的儿童群体，以评价这些以儿童为重点的干预对他们成年时身心健康的影响。

生活技能教育是一个促进心理健康的模式，它力求教导青少年，使之能有效处理日常生活的需求和挑战（WHO 1997）。生活技能包括作决定、解决问题、创造性和批判性思维、有效的沟通技能和人际交往技能、自我意识、够应付情绪和压力等。生活技能与青少年在成长过程中所获得的其他重要技能如计算、阅读和谋生的实用技能不同。有证据表明（不过，到目前为止，这些证据完全来自发达国家），培养生活技能对防止精神活性物质滥用、青春期怀孕、欺负弱小、改善学习成绩、减少旷课、促进心理健康和健康的行为方式等方面，都是有效的（WHO 1997）。这种模式目前被大力提倡，在一些发展中国家得到试用或进一步采用。

**Box 10：谁来关心衰老与心理健康问题？**

到 1990 年，世界上 60 岁及以上的人口大部分（58％）生活在发展中国家。到 2020 年，这一比例将上升到 67%。在这 30 年中，老年人群的增加数量在发展中国家为 200％，而在发达国家则为 68%（Murray & Lopez 1996）。这种人口统计学指标的转变不但伴随着经济增长和工业化，而且伴随着社会组织机构和家庭生活的深刻变化。老年人与年轻人一样，精神健康状况是一个重要的病因和导致早死的原因。在发展中国家，老年人面对着三重负担：衰老带来非传染的、退化性疾病的高峰，家庭支持系统水平下降，缺乏足够的社会福利支持系统(Patel & Prince 2001)。

最近有一本书引证了大量旨在提高发展中国家老年人生活质量的方案（Tout 1989）。最

常见的方案包括一些增收的形式。这就使那些不能为老年人提供补贴的及未能为老年人制定政府补贴计划的国家中的老年人有较多的独立生活的资本。印度助老计划（HelpAge India）就率先制定了一些方案，旨在招募儿童和年轻人来照顾有躯体疾患的老年人。CEWA（老年人福利中心）建立起一些日间中心，在那里，老年人可以打发时间，减少社会孤立状态。韩国则组织一些社会活动使老年男性和老年女性可以相互正式认识。减轻躯体残疾，比如减轻视力残疾，提供康复措施，在许多国家都得到运用。马耳他的好邻里计划（Good Neighbour Scheme）中有这样的举措：确认一些邻里去拜访孤寡老人，为他们提供社会支持及一些实际的帮助。所有这些例子都针对导致老年人精神健康状况不良的三个危险因素：经济困难、社会隔离及身体健康状况不佳。而这些因素对老年人的精神健康均有重要影响。

那些主要用以提高低收入国家的精神卫生方案应当考虑到“促进精神卫生”的确切定义中可能暗含某些并不常用的观点和假说。促进精神卫生的方案掺杂着一些关于人们能够如何生活以及应当怎样生活的基本假设，人们可能指责这些方案含有太多文化上和生化学的东西。对这种可能出现的指责作出反应、对所做的活动进行反思是非常重要的，同时也应当避免走向另一种极端，即拒绝探讨那些来源于不同背景但有利于精神健康的措施。

## 八、更新有关效益与成本—效益的证据（Generating evidence on effectiveness and cost-effectiveness）

### 1．对干预策略进行评价的必要性（The need for evaluation of policies）

目前，对政府卫生政策的经济学评估证据非常有限。简而言之，对某些干预措施，尤其是个体水平的干预措施，我们已有好的卫生经济学证据，而其他多数则没有这方面的资料。最近的一个综合性报告（CRD，2000）很好地阐述了这个问题。报告对综合干预策略的有效性进行了回顾，这些干预策略或是直接强调精神健康的需要，或是强调与不良精神健康状况关系非常密切的一些因素，如失业、无家可归、经济收入低下等。被证明有效的干预措施包括：给有抑郁高危因素的孕妇提供以家庭为基础的社会支持，为失业人群提供社会支持和解决问题技能训练及认知行为训练。有些干预措施似乎是有害的，例如在创伤性事件后进行心理疏导（psychological debriefing）[①]。其他一些干预强调的是干预不良精神状态的决定因素，而不是不良精神状态本身——提供教育、提供工作、提供福利或者其他支持性的干预，这些干预措施是有效的。学前儿童的日间护理（幼儿园）似乎是有益的，它增加了成年期受聘于高薪工作的机会，并且降低了不良心理卫生状况的风险。还有许多干预措施着眼于处理酒精滥用及精神活性物质滥用，这些措施也被认为是有效的。

尚有大量听起来似乎有理的政策性干预措施，希望它们对心理健康有直接或间接的作用，但尚缺乏有力的证据来表明这一点。或许，这些看似有理的干预措施最重要的一点就是增加了经济上的援助。不良的心理健康状况通常与贫困及被剥夺种种权利有关，我们希望增

加最贫困社会的收入水平，这将有助于当地居民身心健康水平的提高，尽管我们尚无足够的

① 这是简单的应激后的心理干预措施，在此过程中，鼓励受创伤者讲述创伤的经历，表达自己的痛苦情绪，改善病人对痛苦经历的认知等——译者注

证据说明这一点。我们未能就增加收入对改善精神卫生状况的作用进行系统评估，在这一点上，综合性报告的作者哀叹说丧失了机会。事实上，对其他的许多社会干预措施同样也缺乏评估。

我们不应将“尚未找到证据”和“找不到证据”相混同。在缺乏对结果的评估的情况下我们仍然能够采用那些疗效不确切的干预措施，是因为它仍然有其病因学观察研究作基础。然而，这并不说明我们就不必对各种干预措施在心理健康及其他方面所具有的影响进行评估。行为的、组织的、心理的或政策性的干预措施对心理健康产生影响的结果如何，这样的评估研究在大多数国家尚不多见。此外，我们也缺乏对这些干预措施的成本—效益分析的原始经济学数据。

2．评估研究的难点（Difficulties with evaluative research）

缺乏就这些政策对精神卫生的影响进行评估研究的原因有五。第一，政策制定的时间跨度短，而复杂的结果评估需要很长的时间，我们没有多少时间来进行评估；第二，政策环境变化迅速，数据更新快；第三，实验室的评估研究常常不适合回答政策性问题；第四，这些干预措施效果不显著而且不集中，这就意味着我们需要进行大样本和大范围（单位）的随机调查研究；最后，进行这种评估研究所能得到的经费有限（Sturm 1999）。然而，虽然存在以上种种影响评估的不利因素，我们仍能够克服其中的许多困难，并且解决了其中的一些问题。我们有理由像 Sturm 一样指出：纵向观察研究仍然是必要的，它能提供心理健康监测的数据，从而得知促进精神卫生的政策实施的效果。我们需要更多有力度的评估研究结果，但并不否定对有关心理健康的决定因素和外显指标进行观察所得出的数据也是很有用的。

政策制定者需要得到那些来自上级的干预措施的效果究竟如何的最好证据。然而，我们在收集这样的证据时面临着许多的特殊困难，由于一些实际操作上的原因和政治上的原因，许多主要的影响身、心健康的决定因素并不适合于作随机调查研究。其事例有：修建新道路，新的住房供给，以地区为基础的重建等。从理论上说，这些举措都是对心理健康有影响的。最近，研究健康不均衡的人员推荐：我们需要多多利用“自然的东西”（如：就职机会、住房供给、或其他的政策变化）来做试验，用以估计非卫生部门的政策对健康的影响。通过非卫生部门的有关政策来改善心理健康状况是大有潜力可挖的，对这些政策的“溢出的效益”(spillover)进行评估，将对精神卫生证据的获得作出重要的贡献。

3．事例：住房与心理健康（An example: housing and mental health）

从评估研究中得出的证据表明，改善住房条件可以促进心理健康。就像职业问题（职业

问题与心理卫生的关系已有有力的证据）一样，居住在恶劣环境的人，其心理健康状况通常也不佳，不过评估住房政策对健康状况的实际影响却少有研究。最近对有关文献的系统综述发现，仅有 18 个研究监测了住房条件改善后对健康状况的影响（Thomson, Petticrew & Morrison 2001）。这 18 个研究在人口样本、地点、和住房条件改善的类型（比如，有的是安装了中央供热系统，有的是进行了装修，有的是改善了居住的周边环境）上有所不同，研究的结果也有较大的差异，但研究者得出的证据都表明：改善住房条件对心理卫生状况有益。另一个大型的前瞻性对照研究表明，住房条件改善的程度与促进心理健康作用的效果是成正相关。心理健康状况一致改善的模式说明，至少在富裕国家，改善住房条件可以促进心理健康状况。

另外一些与住房相关的因素也与心理健康的变化有联系，最显著的是住房所有权、住房的设计、搬家、以及邻里间的特性（Allen 2000）。住所的重新安置意味着原有社区的丧失，社交网络的中断，社会交往的欲望得不到满足，这都将导致身心健康受损。

4．心理卫生效果的估价（Mental health impact assessments）

我们已经很清楚旨在提高公共住房水平的政策对心理健康有积极的作用，但我们同时也应该认识到它对心理健康可能有的潜在的消极作用。这提示我们必须监测并估计改善住房条件以及其他的社会政策对精神卫生的实际利弊。推广这种监测和评估对进行成功的心理健康效果评估至关重要，心理健康效用的评估（和普遍意义的健康效用的评估一样），目的是对政策、项目、课题的变更起重要的参考作用，以使可能的健康收益最大化，而降低可能有的任何消极作用，便于对投资领域的先后缓急进行排序，以促进心理健康。成功而有意义的心理健康效用评估在于：从其他事情中得到某种措施对精神卫生作用的性质、作用的大小及预期的可能影响的证据。显然，不同种类的证据是重要的，尤其在缺乏对公共卫生干预措施评价的情况下就显得更为重要。例如，定性研究得出的数据能够用以确定干预措施某些不可预知的消极或积极的作用，以及这些作用的性质和可能的机制（Thomson, Petticrew & Douglas 2003）。对生命过程的纵向研究所得出的数据能够检测暴露于不良的社会和经济状况下对健康的长期影响，并且可以确定在哪些具体社会环境中或哪些具体人群中最适合用到干预措施（Kuh 等 2003）。横断面的流行病学数据可以告知我们要制定一个什么样的干预措施。而这种种数据之间的联系强度便于我们对干预措施进行先后排序，就像我们可以利用已经存在的失业数据和不良心理健康状况的数据一样。

5．成本—效益分析（Cost-effectiveness）

对干预措施的成本—效益分析的资料也相当缺乏。经济学上的评估可能是决策者在决定是否采用干预措施时要考虑的重点（Michie & Williams 2003）。卫生经济学上的评估旨在回答资源的最佳配置问题。经济理论和实践为评估所推行的促进定神卫生的措施提供了一系列有用的方法（Cohen 1984）。然而，作为一种方法学，经济评估尚未广泛用于评估健康促进的措施上（Cohen 1984；Shiell & Hawe 1996； Godfrey 2001； Byford & Sefton 2002； Hale

2000）。这个领域的研究凸现了在健康促进的领域中用常规的方法进行经济评价时所面临的挑战：预期收益的长期性如何，缺乏敏感而且合适的结局测量手段。说到临床评估，用于经济学评价的最佳设计是 RCT。RCT 的使用可能会因促进的措施（活动）常涉及到整个社区而不是某一组特定的新人群而受到限制。对随机调查中的受试者来说，RCT 也是不人道和不切实际的。基于这些原因，我们可以采用其他的评估手段，如：组群随机调查（以整个调查组人群为对照，如：不同地区的多组儿童的对照），模拟试验，以及观察研究。尽管这些研究因缺乏对照组而影响了其解释效力，但它们更易于在一个真实的环境中实行。它们也能够长年地对干预措施进行长期的成本—效益研究。

需要对促进精神卫生策略的潜在的结果进行恰当和全面的衡量。表 1 提供了一套可能的结果划分方式，这种方式可以用于卫生经济学上的研究。目标收益人可以是个人、也可以是不同社区或不同人口。我们有必要在每个水平上对干预措施的一系列结果进行考虑，包括中间的结果（如行为上的改变），以及有关健康方面（生活质量的提高）或非健康领域（社会生产力的增加）的最后结果。健康状况的改变可能仅能解释一种结果，所以有必要考虑促进健康的措施在非健康方面的收益。因而发展一种从社区水平上来评估健康促进措施效果的方法是必要的。

如表 1 所示，资源或支出可能发生在不同的水平，包括：国家或地区的，地方提供的或社区的，个人的。具体包括了发展、贯彻和维持心理健康促进计划的相关的支出、训练费用、媒体广告方面的支出。对这些支出进行估量是非常困难的，因为这些措施的执行涉及许多相关的机构，而且这些支出多和其他方案的支出混杂在一起。但目前在一系列相关的领域取得了某些明显的进展。如发展和维持对减少吸烟、酗酒、不安全性行为、心血管疾病高危因素的措施所做的支出（花费）已涉及到 WHO 所辖的不同区域(Johns 等，2003)。

**表 1：对心理健康促进措施进行经济分析的不同结果的划分方式**

**（Table 1: Cost-outcome domains for the economic analysis of mental health promotion）**

| | 水平 1：个体 （如在校儿童和工人） | 水平 2：群组 （如家庭和社区） | 水平 3：大范围人口（如地区性和全国性人口） |
|---|---|---|---|
| 资源投入（Resource inputs） | 寻求健康的时间健康及社会关心生活方式的改变(如锻炼身体) | 干预措施的执行家庭支持 | 政策的发展和执行 |
| 过程指标（Process indicators） | 态度或行为的改变 | 态度或行为的改变 | 态度或行为的改变 |
| 健康结果（Health | 功能、生活质量 | 家庭负担 | 综合指标 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| outcomes） | 死亡率（如自杀） | 暴力 | （如 DALYs） |
| 社会和经济效益（Social and economic benefits） | 获得更多自尊<br>参与工作能力增强 | 社会资本增加社会凝聚力增强<br>失业率下降 | 社会归属感增强生产力提高<br>卫生资源花费减少 |

## 第三部分　政策和实践

这一部分讨论的是政府和相关的商业部门形成政策框架的方法以及在地方社区维持某一方案的措施。

### 一、精神卫生，人人有关（Mental health is everybody’s business）

促进精神卫生的举措其范围和成效都可能是相当大的。从概念上来说，精神卫生可以是而且应当是广义的。在实际操作中，可以将干预措施分为两类，其中一种的初衷是要提高个人和团体的心理健康水平，例如鼓励学校制止欺凌弱小的现象和提高父母养育子女的技巧的一些措施；另一种则以其他目的为主，促进心理健康只是一个附带的效益，如确保发展中国家的女童能够上学的政策和资源及改善公共住房的措施。这样分类有助于缩小促进心理健康的干预措施的范围，便于划分相对责任。比如：监测有关住房及有关教育的公共政策对心理健康所起的效用将会变得切实可行。因此，我们需要提倡一个国家或地区的心理健康方案或利益，监督其实施并帮助他们利用实施过程得出的结果。我们会用到其他的人群来做这个工作，但是要保证这些结果与发现能给政策的制定和措施的实践带来生机。

促进精神卫生的活动可能成为整个健康促进活动中有用的主流措施。应当牢记：心理健康和躯体健康之间的关系密切，许多促进心理健康的干预措施对躯体健康也是有益的，反之亦然。非卫生部门的一些政策和许多社区干预，对身心健康都有影响和作用。

促进心理健康的行动对预防精神障碍通常都有重要的作用。其措施对预防所有与行为相关的疾病和危险因素也都有效。例如有助于预防吸烟和不安全的性行为，并从而预防获得性免疫缺陷综合征（AIDS）或少女怀孕的现象。AIDS 或少女怀孕并不是精神障碍，与预防精神障碍的作用相比，促进心理健康的措施对于预防有害于健康的行为和反社会行为潜力要更大一些（Orley & Weisen 1998）。

### 二、促进精神卫生：精神卫生政策的一个重要组成部分（Mental health promotion: an important component of mental health policy）

促进心理卫生有必要成为精神卫生政策的一个有机成分，有必要使它占有相应的地位，明确战略方向，从而得到成功的应用。精神卫生政策应是一套有系统的价值观、原理及目标，才便于在人群中促进心理健康，减少精神障碍造成的疾病负担。精神卫生政策如果形成得好，就可能在不同的部门达成共识，并指定各自的作用和职责一一加以贯彻执行；如果精神卫生

政策作为广泛的社会政策的一部分（而不是一个孤立的政策方针或从属于一般意义上的卫生政策），强调促进精神卫生就会显得更真实可行，我们就有更多的机会在发展和执行精神卫生政策的过程中使不同部门的关键人物参与进来。

1．政策的组成部分（Components of policy）

一项政策由以下部分组成：愿景陈述，政策的价值和原则的陈述，有助于政策实施的一系列目标，以及对达成目标应在哪些主要领域采取行动的描述。

（ 1 ）愿景陈述（Vision statement）

愿景陈述有两个主要组成部分：解析政策的主要要素和展示实施这个政策数年后我们会得到什么结果。我们需要树立远大的目标以期在心理健康领域取得令人期待的成果，同时也应使高远的目标与能获得的资源和条件相适应。

（ 2 ）价值和原则（Values and principles）

价值用于判断什么是值得追求的。原则应当与价值相适应，用于确立行动的标准。

（ 3 ）目标（Objectives）

目标是一系列可以测量的目的，它将政策的愿景划分为可以完成的许多任务。这些目标旨在促进人群的健康，为疾病花费提供经济保护，同时就人们对健康的种种期望作出回应（WHO 2000）。

（ 4 ）采取行动和策略的领域（Areas for action and strategies）

采取行动和策略的领域将精神卫生政策的目标进一步加以推进。有效的心理健康政策往往会考虑在几个领域内同步发展（见 Box 11）。

**Box 11：实施心理健康政策的主要领域**

■财政（Financing）
■立法与人权（Legislation and human rights）
■服务机构（Organization of services）
■人力资源与培训（Human resources and training）
■促进、预防、诊断与治疗（Promotion, prevention, treatment, and rehabilitation）
■基本用药的获得与分配（Essential drug procurement and distribution）
■宣传倡导（Advocacy）
■诊断水平的提高（Quality improvement）
■信息系统（Information systems）
■政策与服务的研究和评估（Research and evaluation of policies and services）
■多部门的合作（Intersectoral collaboration）

促进精神卫生的举措在三个不同的层次起作用：增强个体心理健康，增强社会团体心理

健康，减少不利于心理健康的结构性障碍（Mentality 2003）。这种框架有利于在心理健康政策以内为促进措施定义一个切入点。心理健康的结构性障碍（structural barriers）可以通过以下途径减少：主动减少歧视和不平等，增加受教育机会，提供有意义的职业，提供住房和健康服务，以及为弱势群体提供支持。

## 三、促进精神卫生的总体框架（A general framework for mental health promotion）

一个关于促进整个社会和人群的精神卫生的策略的大体框架得到了政府社会发展部门、卫生与精神卫生政策理论上的支持。这个框架有三个方面：关于精神卫生的定义，促进精神卫生的策略，计划和评估模式。

### 1. 精神卫生的定义（A concept of mental health）

促进精神卫生的举措所采用的途径是建立在对精神卫生有积极意义的观点之上，而不是强调心理疾病和精神功能的缺损。健康促进的特点就是用一种积极的方法使人类的健康水平得以提高。

### 2. 促进精神卫生的策略(Mental health promotion strategies)

渥太华健康促进宪章（WHO 1986）为促进健康的策略提供了基础，我们可以将它视为促进精神卫生的指南。它将注意力转向与健康有关的个体、社会和环境因素。渥太华宪章为这一积极的途径提供了一个很好的框架，它采用了新的公共卫生理念，强调有益于健康的政策，强调保护环境，鼓励人们在日常环境中控制与健康有关的问题。它的主要策略在于建立有益于健康的公共政策，创造支持性的环境，强化社会行动，发展个人技能，对健康服务进行再定位。

（ 1 ）建立有益于健康的公共卫生政策（Building healthy public policies）

所有的公共政策（并非只有卫生政策）都与健康促进有关。渥太华宪章认识到：大多数社会机构和行动都对健康有影响和作用。对个人和社会来说，促进精神卫生的措施对强化心理健康问题的关注度和价值有宣传的作用。

（ 2 ）创造支持性环境（Creating supportive environments）

环境卫生策略一直被认为对健康有重要影响。然而关注的焦点多半是在一些有形（实体）的领域内。我们需要更多地注意社会的宏观大环境以及它们对健康发生作用的机制。个人与其周围环境间复杂的相互作用与其背景有关，其中的中介机制是个人的经验与技能，以及社会的、文化的因素。促进心理健康所面临的一个挑战是识别这些因素对环境有何种影响，发展一些干预措施以改变某些不利的因素，以及发现某些能评估影响结果的指标。

（ 3 ）强化社会团体的行动（Strengthening community action）

人们在团体行动中为相同的目标而共同努力，产生一种“强大”的感受，强化社会资本，同时也增加了社区团体的力量和应变能力。

（ 4 ）发展个人技能（Developing personal skills）

信息和信息的宣传对促进人们了解精神卫生来说至关重要。对“健康”概念的理解可以指引人们去获得精神卫生知识，并有助于促进心理健康。

（ 5 ）健康服务的再定位（Reorienting health services）

渥太华宪章力求对健康服务重新定位，使其从单纯的医学模式转化到更重视整体的综合模式。一个有益于健康的卫生政策在这两种模式间寻求平衡。有关人员推荐了一种补充的途径，在这种补充的途径里，以社会学领域为基础的“软性策略”（soft strategies）被应用于某些基于 RCT 的证据之上的“干预策略”（interventions strategy）中。

3. 计划和评估模式（A model for planning and evaluation）

一个简单的计划模式有助于我们执行所论及的原则和策略。心理健康的决定因素需要在发展干预措施的目标下，在具体情境中，进行描述和加以实施。对计划的策略在三个人口学水平实施是有帮助的，这三个人口学水平是：社会（如政策和健康服务），社区（如学校，工厂），个人（包括家庭和小的组群）。

## 四、社区发展作为促进精神卫生的一个策略：来自低收入国家的教训（Community development as a strategy for mental health promotion: lessons from a low-income country）

社区发展是一个以人为中心的途径。其目标是发展社会、经济、环境、文化都非常良好的社区，尤其要关注社区中的每一个人。基于地方的知识经验和优先权，社区发展强调共同识别和解决社区问题。在印度的农村地区所做的工作为说明社区发展与精神卫生促进的关系提供了例证，尽管这些工作的目标并未特别指向精神卫生。

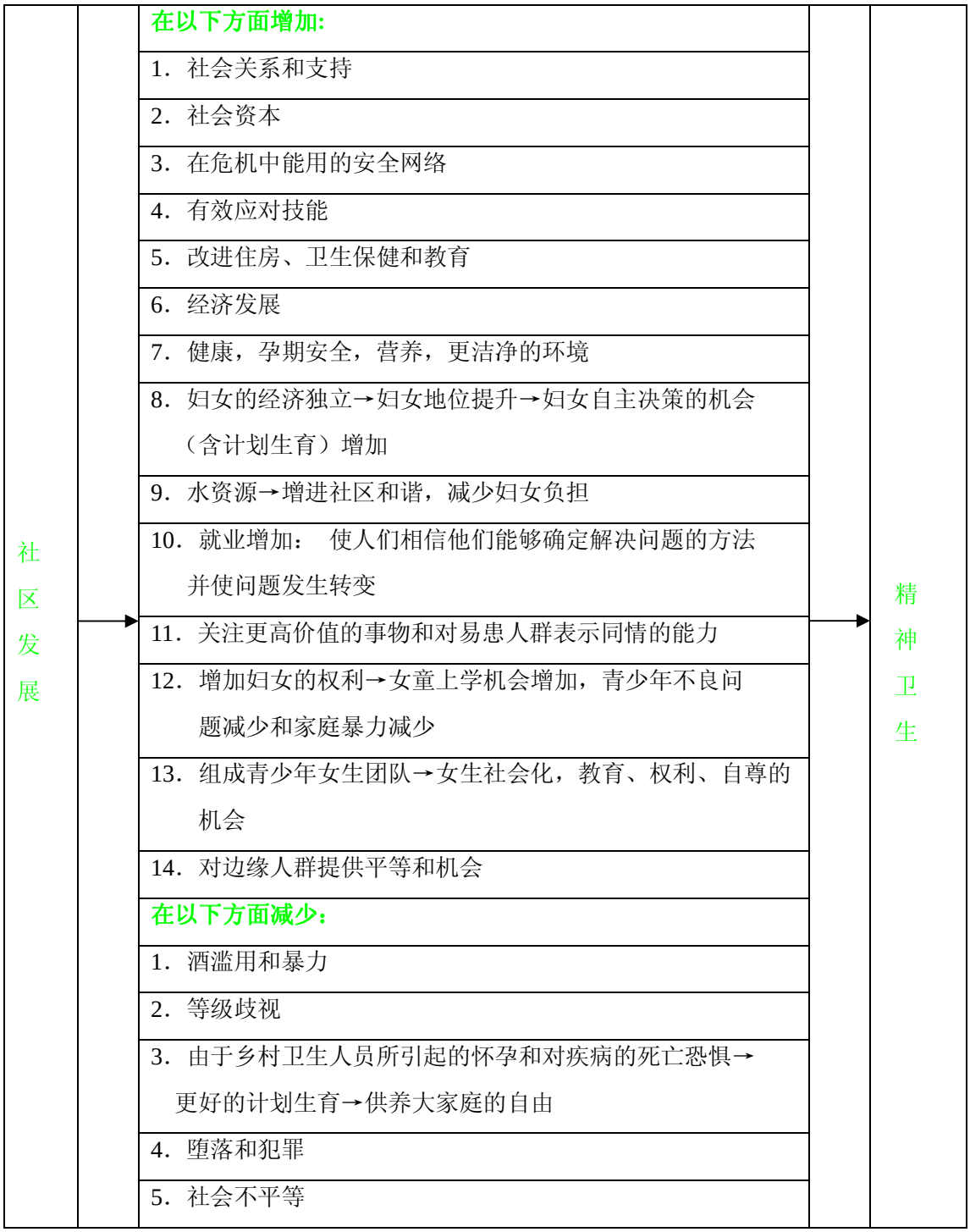
贫困、不平等、性别歧视及家庭暴力在印度农村是导致精神疾病的主要原因。在文献中也能找到与不良心理状况有关的因素，包括：较低的自尊、习得性无助、安全感低、高水平的负性生活事件、社会孤立、应激、失业、财政和经济被剥夺、社会地位低、教育水平低、女性（McKenzie 2000; Mumford 等 1997；WHO 1990）。

印度农村的一个大型的初级卫生保健项目直接着手解决贫困、不平等、性别歧视等问题，这一项目间接地得到了心理健康方面的重要收益。这些农村中进行的社区发展工作取得成功，从而增进了心理健康，其关键原因在于：留心这些社区里人们的需要、利益和责任；着力解决妇女的弱势地位，促使她们参加社会活动。这些干预措施成功实施后，人们意识到团体工作的巨大力量，他们也开始就影响村庄的一些问题如健康需要和等级歧视等问题公开地寻求解决途径。

图 2 描述了这个项目中社区发展和心理健康的联系。从项目得出的经验与教训为在其他地方推行相似的方案提供了一个模板。了解与社区相关的地方性因素、社区解决自身问题的能力以及改进影响心理健康的决定性因素，这些经验共同表明为何社区发展途径是促进心理健康的一个非常重要的策略。

**图 2：印度农村村庄社区发展与精神卫生的关系**

**（Figure2: The relationship between community development and mental health in rural villages in India）**




（资料来源：Arole, Fuller & Deutschman 待出版）

## 五、开发可持续的干预措施（Developing sustainable interventions）

健康促进措施的“可持续性”（sustainability）是指一个干预措施在创始之初或在示范运

作期后仍然能继续带来好处和健康收益。一个方案如果在资源供应有限的情况下能够产生持续的效益，我们就可以说它是个可持续性的方案。在健康促进这一总体领域里关于可持续性的研究和理论得出了一些有用的例子，不过单独对精神卫生促进的证据还非常少。

许多研究已经涉及到干预措施的可持续性问题。Goodman 和 Steckler（1987）追踪观察了 10 年前实施的一系列方案。他们的兴趣在于确定可以预示干预方案是有生命力的还是短命的那些因素。其结果使人们感到震惊：关键的因素在于相关组织中的主导人员中有人拥护这项方案，也就是说，在关键的决策圈里有人提倡这个方案。这个研究使人们将注意力放在能够促进可持续性的组织上，探寻这些组织影响可持续性的一些因素。这项工作将注意力放在这样的事实上：一个方案最初确立的方式可能影响到它的持续发展（Shediac-Rizzkallah & Bone 1998）。

与干预项目可持续性有关的主要特征如下：

■有证据表明项目是有效的。

■使用者、资助者和决策者均关心项目的发展。

■一开始便得到相关组织主要负责人的切实的或友好的支持。

■很可能得到额外的资金援助。

■相关组织是成熟的（稳定可靠，资源丰富）。

■方案以及主管部门有共同的使命。

■方案并非一个孤立的单元，它的策略、步骤和职责统一于组织。

■高层组织中的实权者（而不是方案主管）可以给方案提供重大支持。

■方案尽可能没有会从项目的终止中获利的“竞争性的供应方”。

■主管部门既往有过创新的举动。

■项目的价值和使命与社会相适应。

■项目得到社区人群的拥护，如果中止就会受到谴责。

■其他组织也在模仿这一创新性的方案。

对项目可持续性的研究越来越多，但以什么为标准进行测量却已变得更加复杂。大多数工作集中在项目的存在和消失之上（Bracht 等，1994）。但是正如 Green(1987)指出的，对促进健康的投入其正确方向不是看项目本身可以存在多久，而是看它能够持续解决我们手中问题的能力。这种持续的能力可以有许多的表现形式，能够在项目的名称、商标甚至是项目最初的人员全都消失很久之后，仍然显示出强大的生命力。这就把对可持续性的研究和在促进健康中建立能力的研究直接联系了起来（Hawe 等，1997）。

我们要强调的新的动态干预系统不是要增加新的干预项目，而是要更多地强化已有项目的功能和容量，例如强化初级卫生保健系统，强化学校保健系统对健康的作用。因此，项目的可持续性研究的新领域较少关注项目的技术层面，更多的是将项目看作是一个组织机构或社会团体中的变化的过程。这些项目就是对系统进行校正，使其在更高或更好的水平发挥作

用。

同时，新的领域涵盖了更多的对提供项目的具体环境进行的系统性分析以及对具体环境中的因素的系统性分析（如项目实施前的民心，和机构之间的关系）；这就可以预测经过一段时间之后，有的项目为什么衰退，有的项目为什么却一直很活跃。

## 六、促进精神卫生的跨部门合作途径（An intersectoral approach to mental health promotion）

策动卫生事业的力量在卫生部门之外（Marmot 1999）。

渥太华宪章中就有这样的文字："所有不同等级的所有部门的政策制定者应将卫生健康事业提到日程上来。"（WHO 1986,p.2）《健康促进的雅加达宣言》（Jakarta Declaration on Health Promotion）在强调部门间的合作上更进了一步：

*我们有必要打破传统的政府部门的分界，打破在政府与非政府组织间，在公共部门和私人部门之间的分界。合作是很重要的……这需要创造新的伙伴关系……（WHO 1997a,p.3）*

对精神卫生促进这种合作就显得更为重要。

这种合作工作方式需要：

■建立在现有的部门行动、环境与组织结构上；

■在多种水平上，为不同的目的创建不同的伙伴关系；

■在政府部门与组织之间，政策专家、实践专家和研究专家之间，创造一个平等合作的行动。

社会政治因素和经济因素对人群健康有着决定性作用，因此，毫无疑问，我们需要就促进心理健康进行协作实践。即：对决定健康的因素施加影响，比如加强社会联系，消除歧视和暴力等；改变工作场所和自然环境，这些不能仅靠卫生部门的行动而要通过多部门的协作。多学科的途径涉及就业、教育、司法、福利、艺术、体育及环境的创造等方面的研究、政策制定和实践。其目的是使更多人参与和增强社会联系以促进精神卫生。

我们可以在学校、工作场所、艺术或体育类社团等环境来实施。目标人群包括学生、员工、雇主、老年人、低收入群体、年轻人、移民或少数民族。在制定政策、组织机构改革，咨询的过程，社区发展和社区参与，改变自然和社会环境等不同背景中，可以应用多样化的策略。合作的性质会因不同的环境、不同的部门和不同的水平而有所不同。

要得到良好的效果通常需要多部门参与的共同计划。合作和伙伴关系的建立需要时间，需要有分担任务和成果共享的共同承诺。建立合作和伙伴关系面临的挑战包括：各级部门的资金问题，工作人员的专业背景和观念上的差异，对优先权的争夺，多样的并且通常并不公正的资金模式，不同人群的多种健康模式，复杂的决策过程等。

为达到更好的健康效果，多部门合作最重要的要素（组成）如下：

■在各个部门间使用一种通用的语言。

■以合伙的途径分配资源，共享资源。

■增强个人的、组织的以及社团等多个层次的参与者的能力。

来源于土著的某些健康模式现在被视为实践的良好范例。例如，萨摩亚人社会（Samoan communities）有一个称之为“fonofale”的健康模式，这个模式基于萨摩亚人的传统住房也就是“fale”而建立。其房顶代表了文化的价值和信念；其地基是家庭、核心家庭或其他大家庭；四根立柱代表“躯体的—生物学的”，“精神的”，“心智的和情感的”，以及“其他方面”的完好状态（它包括了许多的变量，如性别、性取向、年龄和社会阶层）（Anae 等，2002）。土著的澳大利亚人，像萨摩亚人和毛利人，他们并没有将精神和肉体进行区分。他们认为要达到身心的完好状态，各要素间的相互作用是很关键的（Anae 等，2002）。精神卫生的这一观点需要个体融入社会以促进心理健康，这种心理健康的提升具有文化敏感性。

**Box 12：个案研究：强调精神卫生的社会决定因素的合作伙伴**

以下的个案研究论证了：在寻求精神卫生的社会决定因素方面，卫生部门与其他部门进行协作的效果。

新西兰的 Aotearoa 精神卫生学校（Mentally Healthy Schools in Aotearoa, New Zealand）

健康促进的学校框架（WHO 1996）在发达国家和发展中国家被广泛采用，它是卫生部门和教育部门跨部门协作的重要范例。新西兰卫生部通过新西兰精神卫生基金会的指导资助了精神卫生学校的发展（MHF 2001）。这个计划将课程的学习和教学、学校组织机构和道德风气、社会联系、伙伴关系和服务联系在一起。它是政府两个部门之间为了全国的同一个目标互相合作、加强联系的范例，它们的这种联系对学校儿童的健康和身心完好很有帮助。

心事—— 一所提供促进精神卫生资源的国家级学校（MindMatters-a national school mental health promotion resource）

心事（MindMatters）是一所提供促进精神卫生资源的国家级学校，它是由澳大利亚卫生部资助的。它为基层发展健康促进学校（这种学校通过学校环境的各个方面来促进青少年的健康）提供有组织的策略。卫生部门承认教育系统的优先权并认可了为教师提供便利的合作。它标志着一个转变，即：不再向卫生部门的干预措施强调个人的不足，而将注意力集中在学校有效的干预措施实施后所得到的发现上。

Danang 城对老年人卫生保健和健康促进进行社会化（Socializing the care and promotion of older people’s health in Danang City）

Danang 城是越南的一个港口城市。这个城市的人们发展了一个以社区为基础的卫生保健计划，以促进并维护老年人的健康。这个计划需要体育中心和活动中心的协作。鼓励爷爷奶奶为年轻人树立榜样，同时鼓励年轻人照顾他们的爷爷奶奶（像爷爷奶奶那样的榜样——虔诚的孩子）。通过健康教育和咨询来强化老年人个体的活动能力和自我照顾能力。综合医院也设立了专门的病房以适应年轻人照看老年人的需要，医生也能够尊重老年人。这一个案

研究说明社区里各种形式、不同水平的活动是如何通过提高健康意识和社会交流来促进心理健康的。医务人员和医院的工作习惯发生了改变。将老年人和年轻人连结起来的一个健康教育方案对二者都有价值。老年人的健康状况得到了持续的改善。

## 七、国际合作与 WHO 的作用（International collaboration and the role of WHO）

很显然，促进精神卫生需要跨部门的协作。事实上，大多数干预措施都是由传统的精神卫生之外的部门负责的。进行宣传的必要性也很明显，因为心理健康的问题通常是内隐的而不是外显的，是隐藏的而不是公开的。所以，跨部门的协作就成为至关紧要的了。

WHO 作为负责卫生事业的国际机构，已经认识到精神卫生本身及促进精神卫生的价值。它付诸行动的动机源于健康的核心概念，即“健康不只是没有躯体疾病或衰弱，而是躯体、心理及社会功能的一种完好状态”。WHO 同时也有它自己的具体的核心功能。这些核心功能包括：

■在心理健康领域，尤其是那些影响到人际关系和谐的领域，加强行动；

■就健康问题帮助所有人群发展一种共识。

世界卫生大会通过了许多与精神卫生有关的决议，促请各成员国采取措施来预防精神疾病、促进精神卫生，并提请总干事采取适当的策略为贯彻这一措施提供信息和指南（WHO 2002）。在 2002 年，世界卫生大会（WHA55.10）通过决议，敦促 WHO“支持建立有效的政策与项目，以加强和保护精神卫生”，它号召全人类“共建文明社会，为强化全球公民的精神卫生意识、倡导精神卫生运动采取关键行动”（WHO 2002）。

WHO 在精神卫生促进方面的作用可简要概括如下：

1．就促进精神卫生的策略去发现、总结、编撰和更新相关证据，尤其是来自于中低收入国家的证据（To generate, review, compile, and update evidence on strategies for mental health promotion, especially from low and middle-income countries）

尽管不时有一些关于促进精神卫生研究的论文发表，尽管我们也正在努力吸纳这些证据，然而，在此领域里尚无基于循证研究的文献的全面综述。《促进精神卫生：概念·新证据·实践》和预防精神障碍所做的相应工作都是为了填补这一空白。我们至少可以在最需要促进精神卫生的地方找到促进精神卫生效力的证据，比如中、低收入国家，经常发生冲突的地区，在这些地方精神卫生尤其缺乏。我们需要付出更大的努力从这些环境中得出促进精神卫生效力的证据。同时也需要注意那些无效的策略，注意几乎所有的证据都证明其不合适的策略，因为这方面的相关信息对防止宝贵的资源的浪费非常有益。

2．开发合适的策略与项目(To develop appropriate strategies and programmes)

WHO 能够帮助各个国家发展和执行适用的策略和项目。需要考虑以下因素：

■有效的证据。

■审慎的原则。

■文化的合适性和可接受性。

■资金和人力的需求。

■技术成熟的水平和基层的需求量。

■全部的产出和收益。

■大规模应用的潜力。

3．促进伙伴关系和协作关系的建立（To facilitate partnerships and collaboration）

促进精神卫生需要那些对精神卫生有直接或间接作用的政府各部门组织的共同努力。从国际上来说，这包括了专业协会、其他的国际组织、国家政府、非政府组织、卫生工业和可以预期的捐赠人。WHO 的作用是将这些部门形成一种战略联系来发展促进精神卫生的有效方案。在这个领域，与 WHO 有合作关系的国际组织包括：国际劳工组织（International Labour Office, ILO）、联合国儿童基金会（UNICEF）、联合国难民高级专员办公室（UNHCR）和世界银行。

## 重要建议

精神卫生是这样一种完好状态：在这种状态下，个体意识到自己的能力，觉得自己能应对生活中常见的压力，能够高效率地工作，能够对所在的社会有所贡献。促进精神卫生对人的全面健康有重要作用，应当成为促进全面健康的一个必不可少的组成部分。

促进精神卫生的范畴要从促进躯体健康的成功经验来类推。精神卫生是一种社会责任，而不仅仅只关系到个人，正如许多国家和社会已经认识到的心血管健康问题、控制吸烟问题、牙齿健康问题，及其他领域的一些问题一样。精神卫生状况不良给社会和经济所造成的损失是巨大的，有证据表明，如果社会和政府不采取行动，这种损失会进一步加大。

从这个报告概要所提供的材料中，我们可以得出关于促进精神卫生问题的重要建议。这些建议与中、低收入国家中精神卫生政策的计划者及公共卫生专业人员特别关系密切。

1．我们可以通过采用有效的公共卫生干预和社会干预来促进精神卫生。这一领域的科学证据强度仍有限，但是已有不同等级的证据表明某些增进人群心理健康的项目和干预措施是有效的，这些措施包括：

■幼年时期的干预，如对孕妇进行家访，学龄前期的心理社会学干预，在残疾人群中结合使用营养和社会心理学干预；

■保护妇女的经济和社会地位，如增加受教育机会，低信任贷款计划（micro-credit schemes）。

■为老龄人口提供社会支持，如对老龄人友善尊重，为老年人建立社区中心和日间看护中心。

■为易感人群（如少数民族，土著居民，移民以及冲突和灾难中的受害者）所制定的某些项目，如在灾后重建期实行心理干预和社会干预。

■在学校进行促进精神卫生的活动，如支持社会生态学变化的项目，建立儿童友好学校。

■工作过程中的心理健康干预，如应激预防训练项目。

■住房政策，如改善住房条件。

■预防暴力的项目，如社区治安行动项目。

■社区发展项目，如成立“关注心理健康社区”，农村综合发展项目。

2．跨部门合作是促进精神卫生有效项目实施的关键。对有的合作项目，心理健康的结果是主要的目标；然而，对大多数的合作项目，促进精神卫生这一结果是继发于其他社会经济的结果，但其本身仍然很有价值。

3．就其有效性来说，项目的可持续性至关重要。社区相关部门和社区拥有者的参与、

持续不断的资源的注入能够促成精神卫生项目持续发展。

4．需要对这些项目实施更多的科学研究和系统评价，以增加证据的强度，并确定这些以循证为基础的干预项目在不同的文化环境和资源背景中的适用性。

5．我们需要采取国际性的行动以得出进一步的证据，并在国家间宣传这些证据，来帮助中、低收入国家采用有效的项目而不再使用无效的项目，并促成国际间的合作。

## 参考文献


Albee GW, Gullotta TP (1997). Primary prevention works. Thousand Oaks, Sage Publications.

Allen N, Lewinsohn P, Seeley J (1998). Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. Development and Psychopathology, 10(3):513-529.

Allen T (2000). Housing renewal - doesn't it make you sick? Housing, 15(3):443-461.

Anae M et al. (2002). Towards promoting youth mental health in Aotearoa New Zealand: holistic houses of health. International Journal of Mental Health Promotion, 4(3):5-14.

Anderson P (1999). Tobacco, alcohol and illicit drugs. In: The evidence of health promotion effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Paris, International Union for Health Promotion and Education.

Anthony J (in press). Existing evidence: determinants of mental health. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva, World Health Organization.

Armstrong M, Goldsteen K (1990). Friendship support patterns of older American women. Journal of Aging Studies, 4(4):391-404.

Bang A, Bang R (1991). Community participation in research and action against alcoholism. World Health Forum, 12:104-109.

Bang A, Bang R (1995). Action against alcoholism. Health Action, 11:2.

Baum F (1998). The new public health: an Australian perspective. Melbourne, Oxford University Press.

Baum F (1999). Social capital: is it good for your health? Issues for a public health agenda. Journal of Epidemiology and Community Health, 53: 195-196.

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

Benzeval M, Judge K, Whitehead M, eds (1995). Tackling inequalities in health: an agenda for action. London, Kings Fund.

Black D, Mittelmark M (1999). Equity in health: a fundamental human right. In: The International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Part Two. Brussels-Luxembourg, ECSE-EC-EAEC:156-164.

Bracht N et al. (1994). Community ownership and program continuation following a health demonstration project. Health Education Research, 9:243-255.

Bradburn NM, Caplovitz D (1965). Reports on happiness. Chicago, Aldine Publishing Company.

Broadhead J et al. (in press). Social support and life events as risk factors for depression among women in an urban setting in Zimbabwe. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.

Brooks-Gunn J et al. (2001). Effects of combined public assistance and employment on mothers and their young children. Women and Health, 32(3):179 210.

Brown CH et al. (2000). Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science. Addictive Behaviours, 25:955-964.

Brown GW, Harris TO, eds (1989). Life events and illness. New York, Guilford Press.

Brown H, Strugeon S (in press). Healthy start of life and reducing early risks. In: Hosman: C, Jane- Llopis E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs. Oxford, Oxford University Press.

Bunker SJ et al. (2003). “Stress” and coronary heart disease: psychosocial risk factors. National Heart Foundation of Australia position statement update. Medical Journal of Australia, 178:272-276.

Byford S, Sefton T (2002). First aid: lessons from health economics for economic evaluation in social welfare.［Discussion paper.］ London, London School of Economics, Health and Social Care.

Caplan M et al. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol use. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60(1): 56-63.

Carson AJ et al. (2002). Depression after stroke. Lancet, 356:122-126.

Catalano R, Dooley D (1980). Economic change in primary prevention. In: Price R et al. (eds). Prevention in mental health - research, policy and practice. London, Sage.

Cederblad M et al. (1995). Coping with life span crises in a group at risk of mental and behavioural disorders: from the Lundby study. Acta Psychiatrica Scandanavia, 91:322-330.

Chowdhury A, Bhuiya A (2001). Do poverty alleviation programs reduce inequities in health? The Bangladesh experience. In: Leon D, Walt G, eds. Poverty, inequality and health. Oxford, Oxford University Press:312-332.

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

Cohen D (1984). Utility model of preventive behaviour. Journal of Epidemiology and Community Health, 38:61-65.

Cooper B (1990). Epidemiology and prevention in the mental health field. Social Psychiatry

and Psychiatric Epidemiology, 25:9-15.

Cooper B (1993). Single spies and battalions: the clinical epidemiology of mental disorders. Psychological Medicine, 23:891-907.

Costello EJ et al. (2003). Relationships between poverty and psychopathology; a natural experiment. JAMA, 290:2023-2029.

CRD (2000). Evidence from systematic reviews of research relevant to implementing the 'wider public health' agenda. Centre for Reviews and Dissemination (http://www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm accessed August 2000).

Davis MK, Gidycz CA (2000). Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis. Journal of Clinical Child Psychology, 29:257-265.

Desjarlais R et al. (1995). World mental health: problems and priorities in low income countries. New York, Oxford University Press.

Domitrovich C et al (in press). Schools as a context for the prevention of mental health disorders and promotion of mental health. In: Hosman C, Jane-Llopis E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: an overview on evidence- based strategies and programs. Oxford, Oxford University Press.

Durkheim E (1897). In: Simpson G, Spaulding JA, Simpson G, eds (1951). Suicide: a study in sociology. New York, Free Press.

Durlak JA (1995). School-based prevention programs for children and adolescents. Thousand Oaks, Sage Publications.

Durlak JA, Wells AM (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. American Journal of Community Psychology, 25:115-152.

Durlak JA, Wells AM (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. American Journal of Community Psychology, 26:775-802.

Eaton WW, Harrison G (1996). Prevention priorities. Current Opinion in Psychiatry, 9:141-143.

Eaton WW, Harrison G (1998). Epidemiology and social aspects of the human environment. Current Opinion in Psychiatry; 11:165-168.

Eisenberg L (1998). Public health importance. In: Jenkins R, Ustun TB, eds. Preventing mental illness: mental health promotion in primary care. Chichester, John Wiley:141-154.

Elgen I, Sommerfelt K, Markestad T (2002). Population based, controlled study of behaviouralproblems and psychiatric disorders in low birth weight children at 11 years of age. Archive of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition, 87(2):F128-F132.

Elias MJ (1995). Primary prevention as health and social competence promotion. Journal of Primary Prevention, 16:5-24.

Felner RD et al. (1993). Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: longitudinal follow-ups and extensions of the School Transitional

Environment Project (STEP). Prevention in Human Services, 10: 103-136.

Gillies P (1999). The effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. Health Promotion International, 13:1-21.

Gilvarry E (2000). Substance abuse in young people. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 41:55-80.

Godfrey C (2001). Economic evaluation of health promotion. In: Rootman I et al., eds. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Geneva, World Health Organization (WHO Regional Publications, European Series, No. 92).

Goldberg D (1998). Prevention of mental illness. In: Jenkins R, Ustun TB, eds. Preventing mental illness: mental health promotion in primary care. Chichester, John Wiley:141-154.

Goodman RM, Steckler AB (1987). A model of institutionalization of health promotion programs. Family and Community Health, 11:63-78.

Gostin L (2001). Beyond moral claims. A human rights approach to mental health. Special section: keeping human rights on the bioethics agenda. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 10:264-274.

Green LW (1987). Is institutionalisation the proper goal of grant making? Family and Community Health, 11:79.

Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. Prevention and Treatment, 4:np.

Greenberg MT, Kusche CA (1998). Preventive interventions for school-age deaf children: The PATHS curriculum. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 3(1):49-63.

Hale J (2000). What contribution can health economics make to health promotion? Health Promotion International, 15:341-348.

Hawe P et al. (1997). Multiplying health gains: the critical role of capacity-building in health promotion. Health Policy, 39:29-42.

Hawkins D et al. (1992). The Seattle social development project: effects of the first four years on protective factors and problem behaviours. In: McCord J, Tremblay RE, eds. Preventing antisocialbehavior: interventions from birth through adolescence. New York, Guilford Press:139 161.

Hawkins D, Arthur M, Olson J (1997). Community interventions to reduce risks and enhance protection against antisocial behaviour. In: Stoff DW, Breiling J, Masers JD, eds. Handbook of antisocial behaviour. NIMH/John Wiley & Sons:365-374.

Hawkins D, Catalano R, Arthur M (2002). Promoting science-based prevention in communities. Addictive Behaviours, 27:951-976.

Hawkins D, von Cleve E, Catalano R (1991). Reducing early childhood aggression: results of a primary prevention program. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30(2): 208-217.

HEA (1997). Mental health promotion: a quality framework. London, Health Education

Authority.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). Ending violence against women. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program (Population Reports Series L, No. 11).

Henderson S, Whiteford H (2003). Social capital and mental health. Lancet, 362:505-506.

Herrman H (2001). The need for mental health promotion. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35:709-715.

Hoefnagels C (in press). The case of child abuse prevention. In: Hosman C, Jane-Llopis E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C (2001). Evidence of effectiveness in mental health promotion. In: Proceedings of the European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion. Ministry of Social Affairs and Health (Report 3).

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

Hosman C, Jané－Llopis E (in press). Evidence of effective interventions of mental health promotion. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva, World Health Organization.

Hosman C, Jane-Llopis E, Saxena S, eds (in press). Prevention of mental disorders: an overview on evidence- based strategies and programs. Oxford, Oxford University Press.

House JS, Landis KR, Umberson D (1988). Social relationships and health. Science, 214:540-545.

IUHPE (2000). The evidence of health promotion effectiveness: shaping health in a new Europe. 2nd edn. A report for the European Commission. Paris, International Union for Health Promotion and Education.

Jahoda M (1958). Current concepts of positive mental health. New York, Basic Books.

Jane-Llopis E et al. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention. Meta-analysis. British Journal of Psychiatry, 183.

Jané－Llopis E, Hosman C, Copeland J (in press). Aging mentally healthy and the prevention of dementia. In: Hosman C, Jané－Llopis E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: an overview on evidence- based strategies and programs. Oxford, Oxford University Press.

Jenkins R, Lehtinen V, Lahtinen E (2001). Emerging perspectives on mental health. International Journal of Mental Health Promotion, 3(1):25-43.

Johns B et al. (2003). Programme costs in the economic evaluation of health interventions. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 1: 1 (http: //www.resource-allocation.com)

Johnson Z et al. (1993). Community mothers programme: randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. British Medical Journal, 306:1449-1452.

Johnson Z et al. (2000). Community mothers programme: seven year follow-up of a randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. Journal of Public Health Medicine, 22(3): 337-342.

Kawachi I, Berkman L (2001). Social ties and mental health. Journal of Urban Health, 78:458-467.

Kawachi I, Kennedy B (1997). Socioeconomic determinants of health: health and social cohesion.Why care about income inequality? British Medical Journal, 314:1037-1040.

Kawachi I, Kennedy B, Glass R (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. American Journal of Public Health, 89(8):1187-1193.

Kellam SG et al. (1994). Depressive symptoms over first grade and their response to a developmental epidemiologically based preventive trial aimed at improving achievement. Development and Psychopathology, 6:463-481.

Kendler KS (1997). Social support: a genetic-epidemiologic analysis. American Journal of Psychiatry,154(10):1398-1404.

Kickbusch I (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. American Journal of Public Health, 93:383-388.

Kleinman A (1999). Social violence: research questions on local experiences and global responses. Archives of General Psychiatry, 56:978-979.

Korkeila JJ (2000). Measuring aspects of mental health. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).

Kreitman N (1990). Research issues in the epidemiological and public health aspects of parasuicide and suicide. In: Goldberg D, Tantam D, eds. The public health impact of mental disorders. Toronto, Hogrefe and Huber.

Kuh D et al. (2003). Life course epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health, 57(10): 778-783.

Kuper H, Marmot M, Hemingway H (2002). A systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Seminars in Vascular Medicine, 2:267-314.

Labonte R, Robertson A (1996). Delivering the goods, showing our stuff: the case for the constructivist paradigm for health promotion research and practice. Health Education Quarterly, 23(4):431-447.

Lahtinen E et al., eds (1999). Framework for promoting mental health in Europe. Hamina, (STAKES) National Research and Development Centre for Welfare and Health, Ministry of Social Affairs and Health, Finland.

Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V (2000). Public health approach on mental health in Europe. National Research and Development Centre for Welfare and Health. (STAKES) Ministry of Social Affairs and Health.

Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E (1997). Promotion of mental health on the European

agenda. Helsinki, (STAKES), National Research and Development Centre for Welfare and Health.

Leighton A, Murphy J (1987). Primary prevention of psychiatric disorders. Acta Psychiatrica Scandanavica, Suppl. 337:76.

Levkoff S, MacArthur I, Bucknall J (1995). Elderly mental health in the developing world. Social Science Medicine, 41(7):983-1003.

Lochner K, Kawachi I, Kennedy B (1999). Social capital: a guide to its measurement. Health and Place, 5:259-270.

Lomas J (1998). Social capital and health-implications for public health and epidemiology. Social Science and Medicine, 47(9):1181-1188.

MacMillan HL et al. (1994a). Primary prevention of child physical abuse and neglect: a critical review: I. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 35:835-856.

MacMillan HL et al. (1994b). Primary prevention of child sexual abuse: A critical review: II. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 35:857-876.

Marmot M (1999). The solid facts: the social determinants of health. Health Promotion Journal of Australia, 9(2):133-139.

Marmot MG (1998). Improvement of social environment to improve health. Lancet, 351:57-60.

McKenzie K, Whitley R, Weich S (2002). Social capital and mental health. British Journal of Psychiatry, 181:280-283.

McKenzie K, Kwame (2000). Social capital and mental health. Paper presented at the Interrelations of Social Capital with Health and Mental Health Workshop; The World Bank, Washington, Jul 17.

McQueen DV, Anderson LM (2001). What counts as evidence: issues and debates. In: Rootman et al., eds. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92:63-81.

Mendes P (2003). A chapter missing? - aspects of the inner life of ex-under aged soldiers. Unpublished paper/communication.

Mentality (2003). Making it effective: a guide to evidence based mental health promotion. Radical mentalities - briefing paper 1. London, mentality (www.mentality.org.uk).

MHF (2001). Guidelines for mentally healthy schools. New Zealand, Mental Health Foundation of New Zealand.

Michie S, Williams S (2003). Reducing work-related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. Occupational and Environmental Medicine, 60(1):3-9.

Mrazek P, Haggerty R, eds (1994). Reducing risks of mental disorder: frontiers for preventive intervention research. Washington, National Academy Press.

Mulrow C et al. (1990). Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals. Journal of the American Geriatric Society, 38(1): 45-50.

Mumford DB et al. (1997). Stress and psychiatric disorder in rural Punjab: a community

survey. British Journal of Psychiatry, 170:473-478.

Murphy HBM (1978). The meaning of symptomcheck-list scores in mental health surveys: a testing of multiple hypotheses. Social Science and Medicine, 12:67-75.

Murphy LR (1996). Stress management in work settings: a critical review of the health effects. American Journal of Health Promotion, 11:112-135.

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

Naidoo J, Wills J (2000). Health promotion: foundations for practice. Edinburgh, Harcourt Publishers.

National Aboriginal Health Strategy Working Party (1989). A national Aboriginal health strategy. Canberra, Department of Aboriginal Affairs, Commonwealth Government of Australia.

National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) and European Commission (2000). Minimum data set of European mental health indicators. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).

New York City Department of Health and Mental Hygiene (2003). There is no health without mental health. NYC Vital Signs, 2(3). (www.nyc.gov/health/ survey.)

Nutbeam D (2000). Health promotion effectiveness— the questions to be answered. In: A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe, 2nd ed. Brussels-Luxembourg, European Commission:1-11

O'Campo P, Rojas-Smith L (1998). Welfare reform and women's health: review of the literature and Implications for state policy. Journal of Public Health Policy, 19(4):420 446.

OECD (2001). The well-being of nations. The role of human and social capital. Education and skills. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, Centre for Educational Research and Innovation.

Olds D (1997). The Prenatal/Early Infancy Project: fifteen years later. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. Primary Prevention Works. Thousand Oaks, USA: Sage Publications:41-67.

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

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

Orley J, Weisen RB (1998). Mental health promotion. The international Journal of Mental Health Promotion, 1:1-4.

Othaganont P, Sinthuvorakan C, Jensupakarn P(2002). Daily living practice of the life-satisfied Thai elderly. Journal of Transcultural Nursing, 13: 24-29.

Parkar SR, Fernandes J, Weiss MG (2003). Contextualizing mental health: gendered

experiences in a Mumbai slum. Anthropology and Medicine, 10:291.

Patel V (1998). The politics of alcoholism in India. British Medical Journal, 316:1394-1395.

Patel V (2001). Poverty, inequality and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. Poverty, inequality and health. Oxford, Oxford University Press:247-262.

Patel V, Kleinman A (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. Bulletin of the World Health Organization, 81:609-615.

Patel V, Prince M (2001). Ageing and mental health in developing countries: who cares? Qualitative studies from Goa, India. Psychological Medicine, 31:29-38.

Patel V, Rodrigues M, De Souza N (2002). Gender, poverty and post-natal depression: a cohort study from Goa, India. American Journal of Psychiatry,159:43-47.

Patton G et al. (2003). Changing schools, changing health? Design and implementation of the Gatehouse Project. Journal of Adolescent Health, 33(4):231-239.

Price R, Kompier M (in press). Work stress and unemployment: risks, mechanisms, and prevention. In: Hosman C, Jane-Llopis E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: an overview on evidence- based strategies and programs. Oxford, Oxford University Press.

Price RH et al. (1988). Fourteen ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington, American Psychological Association.

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

Puska P (2002). Successful prevention of noncommunicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine, 4(1):5-7.

Putnam R (1995). Bowling alone: America's declining social capital. Journal of Democracy, 6(1):65-78.

Putnam R (2001). Social capital. Measurement and consequences. ISUMA- Canadian Journal of Policy Research, Spring:4-51.

Pyne HH, Claeson M, Correia M (2002). Gender dimensions of alcohol consumption and alcoholrelated problems in Latin America and the Caribbean. Discussion Paper No. 433. Washington, The World Bank.

Raeburn J, Rootman I (1998). People-centred health promotion. Chichester, John Wiley & Sons.

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

Rose G (1992). The strategy of preventive medicine. Oxford, Oxford University Press.

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

Rutter M (2003). Poverty and child mental health: natural experiments and social causation. Editorial. JAMA, 290:2063-2064.

Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN (1986). Social support as an individual difference variable: its stability, origins, and relational aspects. Journal of Personality and Social Psychology, 50:845-855.

Sartorius N (1990). Preface. In: Goldberg D, Tantam D, eds. The public health impact of mental disorders. Toronto, Hogrefe and Huber.

Sartorius N (1998). Universal strategies for the prevention of mental illness and the promotion of mental health. In: Jenkins R, Ustun TB, eds. Preventing mental illness: mental health promotion in primary care. Chichester, John Wiley:61-67.

Sartorius N (2003). Social capital and mental health. Current Opinion in Psychiatry, 16 (Suppl. 2):S101-S105.

Scheier MF, Carver CS (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. Cognitive Therapy and Research, 16(2):201-228.

Schmolke M (2003). Discovering positive health in the schizophrenic patient. A salutogenetic-oriented study. Verhaltenstherapie, 13:102-109.

Schweinhart L, Weikart D (1997). The High/Scope Preschool curriculum comparison study through age 23. Early Childhood Research Quarterly, 12(2):117-143.

Seedhouse D (1986). Health: a universal concern. Nursing Times, 82:36-38.

Semmer NK (2003). Job stress interventions and organization of work. In: Quick JC, Tetrick LE, eds. Handbook of occupational health psychology. Washington, American Psychological Association: 325-354.

Shaw C, McKay H (1942). Juvenile delinquency and urban areas. Chicago, University of Chicago Press.

Shediac-Rizzkallah MC, Bone LR (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. Health Education Research, 13:87-108.

Shiell A, Hawe P (1996). Health promotion community development and the tyranny of individualism. Health Economics, 5:241-247.

Silverman PR (1988). Widow-to-widow: a mutual help program for the widowed. In: Price et al., eds. 14 ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington, American Psychological Association: 175-186.

Stephens T, Dulberg C, Joubert N (1999). Mental health of the Canadian population: a comprehensive analysis. Chronic Diseases in Canada, 20(3):118-126.

Stevens N, van Tilburg T (2000). Stimulating friendship in later life: a strategy for reducing loneliness among older women. Educational Gerontology, 26(1):15-35.

Sturm R (1999). What type of information is needed to inform mental health policy? Journal of Mental Health Policy and Economics, 2:141-144.

Sundar M (1999). Suicide in farmers in India [letter]. British Journal of Psychiatry, 175:585-586.

Suomi S (2002). Evidence of gene-environment interactions in the primate laboratory. Presentation at the Johns Hopkins University Symposium The Intersection of Genomics and Enviromics, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland.

Susser M, Susser E (1996). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. American Journal of Public Health, 86(5):674-677.

Syme SL (2003). Psychosocial interventions to improve successful aging. Annals of Internal Medicine, 139:400-402.

Tang KC, Ehsani J, McQueen D (2003). Evidencebased health promotion: recollections, reflections and reconsiderations. Journal of Epidemiology and Community Health, 57:841-843.

Thomson H, Petticrew M, Douglas M (2003). Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence. Journal of Epidemiology and Community Health, 57:11-16.

Thomson H, Petticrew M, Morrison D (2001). Housing interventions and health - a systematic review. British Medical Journal, 323:187-190.

Tobler NS (1992). Drug prevention programs can work: research findings. Journal of Addictive Diseases, 11:1-28.

Tobler NS et al. (1999). Effectiveness of school-based drug prevention programs for marijuana use. School Psychology International, 20:105-137.

Tobler NS, Stratton HH (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. Journal of Primary Prevention,18:71-128.

Tomlinson M (2001). A critical look at cultural diversity and infant care. Synergy, Australian Transcultural Mental Health Network, Winter:3-5.

Tones K, Tilford S (2001). Health promotion: effectiveness, efficiency and equity. Cheltenham， Nelson Thornes Ltd.

Tout K (1989). Ageing in developing countries. Oxford, Oxford University Press.

Tuthill D et al. (1999). Maternal cigarette smoking and pregnancy outcome. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 13(3):245-253.

Underwood-Gordon LG (1999). A working model of health: spirituality and religiousness as resources: applications to persons with disability. Journal of Religion, Disability and Health, 3(3):51-71.

UNICEF (2002). UNICEF Annual Report 2002. New York, UNICEF.

Vaillant G (2003). Mental Health. American Journal of Psychiatry, 160:1373-1384.

Valdez-Menchaca M, Whitehurst G (1992). Accelerating language development through picture book reading: a systematic extension to Mexican day care. Developmental Psychology, 28(6):1106-1114.

Van der Klink et al. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. American Journal of Public Health, 91(2):270-276.

VicHealth (1999). Mental health promotion plan foundation document 1999-2002. Carlton

South, Victoria, Victorian Health Promotion Foundation.

Villar J et al. (1992). A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. New England Journal of Medicine, 327(18):1266-1271.

Walker L, Moodie R, Herrman H (2004). Promoting mental health and wellbeing. In: Moodie R, Hulme A (eds). Hands on health promotion. Melbourne, IP Communications.

Weare K (2000). Promoting mental, emotional and social health: a whole school approach. London, Routledge.

Wethington E, Brown G, Kessler R (1995). Interview measurement of stressful life events. In: Cohen S, Kessler R, Underwood GL, eds. Measuring stress. New York, Oxford University Press:59-79.

WHO (1948). Constitution of the World Health Organization. Geneva, World Health Organization.

WHO (1978). Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR,Sep 6-12. Geneva, World Health Organization

WHO (1986). Ottawa charter of health promotion. Geneva, World Health Organization.

WHO (1990). The introduction of a mental health component into primary health care. Geneva, World Health Organization.

WHO (1996). Promoting health through schools. The WHO global school health initiative. Geneva, World Health Organization.

WHO (1997). Life skills education in schools. Geneva, Programme on Mental Health, World Health Organization.

WHO (1997a). Partnerships for health in 21st century: 2+2=5. Conference working paper on partnerships. Geneva, World Health Organization: HPR/HEP/4ICHP/PT/97.1.

WHO (1998). Health promotion glossary. Geneva, World Health Organization.

WHO (1998a). Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen, World Health Organization, EURO.

WHO (1999). A critical link: interventions for physical growth and child development. Geneva, World Health Organization.

WHO (2000). The world health report 2000-health systems:improving performance. Geneva, World Health Organization

WHO (2000a). Women's mental health: an evidence based review. Geneva, World Health Organization: WHO/MSD/MHP/00.1.

WHO (2001). Basic documents. 43rd Edition. Geneva , World Health Organization:1.

WHO (2001a). Strengthening mental health promotion. Geneva, World Health Organization (Fact sheet, No. 220).

WHO (2001b). Mental health: new understanding, new hope. The World Health Report. Geneva, World Health Organization.

WHO (2001c). Atlas: mental health resources in the world. Geneva, World Health Organization.

WHO (2002). Prevention and promotion in mental health. Mental health: evidence and research.Geneva, Department of Mental Health and Substance Dependence.

WHO (2002a). World report on violence and health: summary. Geneva, World Health Organization.

WHO (2002b). 25 questions and answers on health and human rights. Geneva, World Health Organization (Health and human rights publication series, No.1).

WHO (2003). Investing in mental health. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003a). WHO framework convention on tobacco control. World Health Assembly (www.who.int/ tobacco/fctc/text/final).

WHO (2003b). Mental health in emergencies. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003c). Creating an environment for emotional and social wellbeing. Geneva, World Health Organization.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine, 41: 1403-1409.

Wilkinson R, Marmot M (1998). The solid facts: social determinants of health. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.

Windsor R et al. (1993). The dissemination of smoking cessation methods for pregnant women: achieving the Year 2000 objectives. American Journal of Public Health, 83(2):173-178.

Woolcock M (1998). Social capital and economic development: towards a theoretical synthesis and policy framework. Theory and Society, 27(2):151-208.

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

World Bank (2004). Social capital website (www.worldbank.org/poverty/scapital).

Wu Z et al. (2002). Community base trial to prevent drug use amongst youth in Yunnan, China. American Journal of Public Health, 92:1952-1957.

Wyn J et al. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34:594-601.

Yoshikawa H (1994). Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. Psychological Bulletin, 115:28-54.